



BURGENLAND

Burgenländischer Gesundheitsbericht 2017 Langfassung

Berichtszeitraum 2012-2017



im Auftrag der Burgenländischen Landesregierung

VORWORT



Beste Gesundheitsversorgung für alle Burgenländer und Burgenländerinnen, unabhängig vom Einkommen – das ist mein primäres Anliegen als Gesundheitslandesrat. Seit dem Jahr 2011 wird in regelmäßigen Abständen mit dem Gesundheitsbarometer die Zufriedenheit der Burgenländer und Burgenländerinnen mit dem Gesundheitssystem im Burgenland abgefragt. Die aktuellsten Ergebnisse aus dem Jahr 2017, die wir im Herbst letzten Jahres präsentiert haben, haben einen guten Befund für unser Bundesland gebracht: Demnach sind 83 Prozent der Burgenländer und Burgenländerinnen mit dem Gesundheitssystem im Burgenland zufrieden. Die große Mehrheit der Bevölkerung sieht auch die Krankenhäuser positiv, 82 Prozent haben Vertrauen in die Versorgung der Spitäler. 77 Prozent bewerten die Verfügbarkeit von Spitälern als insgesamt positiv. Größte Herausforderung der nächsten Jahre wird die Lösung des Ärztemangels im Burgenland sein. So sehen auch 31 Prozent der Menschen eine flächendeckende Hausarztversorgung am Land als ein sehr großes Problem.

Hier setzen wir auch seitens der Politik an, und zwar mit einem Maßnahmenpaket zur Absicherung des Landarzt-Angebotes: Mit Stipendien für angehende Hausärzte und Hausärztinnen, finanziellen Anreizen für Turnusärzte und Turnusärztinnen und Förderungen für Arztpraxen. Das Gesundheits-Angebot im Burgenland wird nicht nur abgesichert, sondern weiter ausgebaut: Es werden in allen Bezirken Akutordinationen installiert, die eine wohnortnahe Gesundheitsversorgung garantieren.

Einen guten Überblick über das burgenländische Gesundheitssystem und die gesundheitliche Situation der burgenländischen Bevölkerung gibt der Burgenländische Gesundheitsbericht 2017. Der Schwerpunkt wird zum einen auf Gesundheitsdeterminanten gelegt. Zum anderen wird auch dieses Mal wieder dem Kapitel „Gesundheits- und Krankenversorgung“ ein großer Platz im Gesundheitsbericht eingeräumt. Dabei werden sowohl Leistungen als auch die Inanspruchnahme dieser in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Vorsorge, ambulante Versorgung und stationäre Versorgung beschrieben.

Ich bedanke mich bei der Fachhochschule Burgenland für ihre Arbeit und die fundierten Analysen, die wieder wertvolle Erkenntnisse liefern und als wichtige Grundlage für Entscheidungen im Gesundheitswesen dienen.

LR Mag. Norbert Darabos

Landesrat für Soziales und Gesundheit

IMPRESSUM

Herausgeber:

Amt der Burgenländischen Landesregierung, Abteilung 6 – Soziales und Gesundheit

Projektleitung:

Barbara Szabo¹, Erwin Gollner¹

Projektmanagement:

Barbara Szabo¹, Erwin Gollner¹, Claudia Krischka², Christina Philipp², Yvonne Grafl², Karina Wapp², Manfred Dreiszker²

Autoren und Autorinnen:

Barbara Szabo¹, Julia Stöller³, Katharina Hauer³, Barbara Csar¹, Erwin Gollner¹, Florian Schnabel¹

Zitiervorschlag:

Szabo, B., Stöller, J., Hauer, K., Csar, B., Gollner, E. & Schnabel, F. (2018). Amt der Burgenländischen Landesregierung – Abteilung 6 Soziales und Gesundheit (Hrsg.). *Burgenländischer Gesundheitsbericht 2017 Langfassung*. Eisenstadt: Erstes Burgenländisches Rechenzentrum.

Druck: Erstes Burgenländisches Rechenzentrum, Kasernenstraße 9, 7000 Eisenstadt

2018

ISBN: 978-3-200-05610-7

¹ Fachhochschule Burgenland GmbH

² Amt der Burgenländischen Landesregierung

³ Forschung Burgenland GmbH

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AHS	Allgemein bildende Höhere Schule
AMS	Arbeitsmarktservice
ASchG	ArbeitnehmerInnenschutzgesetz
ASKÖ	Arbeitsgemeinschaft für Sport und Körperkultur in Österreich
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ASKÖ	Arbeitsgemeinschaft für Sport und Körperkultur in Österreich
ASVÖ	Allgemeiner Sportverband Österreichs
AT-HIS	Österreichische Gesundheitsbefragung
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BAKS	Burgenländischen Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin
B-BSG	Bundesbedienstetenschutzgesetz
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGKK	Burgenländische Gebietskrankenkasse
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BHS	Berufsbildende Höhere Schule
BIG	Business Intelligence im Gesundheitswesen
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKFP	Brustkrebsfrüherkennungsprogramm
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMI	Body Mass Index
BMS	Berufsbildende Mittlere Schule
BSFF	Bundes-Sportförderungsfonds
BURGEF	Burgenländischer Gesundheitsfonds
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
bzw.	beziehungsweise
cm	Zentimeter
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
COR	Coronarangiographie
CT	Computertomographie
DKV	Dickdarmkrebsvorsorge
E	Eisenstadt
ECHI	European Core Health Indicators
ECHIM	European Community Health Indicators and Monitoring
ECT	Emissions-Computer-Tomographie
EHIS	Europäische Gesundheitsbefragung
engl.	Englisch
EU	Eisenstadt-Umgebung
EU-SILC	EU-Erhebung „Community Statistics on Income and Living Conditions“
FH	Fachhochschule
FSG	Führerscheinggesetz
GIZ	GesundheitsInfoZentrum
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GS	Güssing
HEPA	health-enhancing physical activity
HIV	Humane Immundefizienz-Virus

HLS-EU	European Health Literacy Survey
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-O	International Classification of Diseases for Oncology
IG-L	Immissionsschutzgesetz-Luft
ILO	Messkonzept der International Labour Organization
inkl	inklusive
ISCED	International Standard Classification of Education
JE	Jennersdorf
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KAZ	Krankenanstalten in Zahlen
kg	Kilogramm
KRAGES	Burgenländische Krankenanstalten Ges.m.b.H.
LISA	Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte
m	Meter
MA	Mattersburg
mg/dl	Milligramm pro Deziliter
mmHg	Millimeter Quecksilbersäule
MR	Magnetresonanz-Tomographie
MTD	Gehobener medizinisch-technischer Dienst
MTF	Medizinisch-technische Fachdienste
NAP.b	Nationaler Aktionsplan Bewegung
NAP.e	Nationaler Aktionsplan Ernährung
NMS	Neue Mittelschule
NUTS	Nomenclature des unités territoriales statistiques
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
OP	Oberpullendorf
OW	Oberwart
PET	Positronen-Emissions-Tomographie
PGA	Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit
PM	particulate matter
Poly	Polytechnische Schule
PSD	Psychosozialer Dienst
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
STGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
STR	Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegerät
StVO	Straßenverkehrsordnung
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft Burgenland
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
TBuS	Tägliche Bewegungs- und Sporteinheit
VR	Versorgungsregion
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WHO	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation
WIFO	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung
ZAE	Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit

INHALTSVERZEICHNIS

EXECUTIVE SUMMARY	1
1 EINLEITUNG	7
1.1 Theoretische, konzeptionelle und methodische Grundlagen.....	8
1.1.1 Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren & Whitehead (1991).....	8
1.1.2 Zyklus der Gesundheitsberichterstattung	9
1.1.3 Integrierte Gesundheitsberichterstattung.....	10
1.2 Gesundheitspolitische Entwicklungen seit Erstellung des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2012.....	10
2 METHODEN UND DATENQUALITÄT	12
2.1 Indikatoren	12
2.2 Datenquellen	12
2.2.1 Statistik der Ständesfälle einschließlich Todesursachenstatistik	13
2.2.2 Krebsstatistik (Krebsregister).....	14
2.2.3 AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014.....	14
2.2.4 Business Intelligence im Gesundheitswesen (BIG)	15
2.2.5 Krankenanstalten in Zahlen (KAZ).....	16
2.2.6 Gesundheitsbarometer Burgenland.....	16
2.3 Darstellung der Daten im Bericht.....	17
3 SOZIODEMOGRAPHIE	18
3.1 Bevölkerungsstruktur und -entwicklung.....	18
3.1.1 Geschlechts- und Altersstruktur.....	19
3.1.2 Staatsangehörigkeit und Migrationshintergrund	21
3.1.3 Geburten.....	21
3.1.4 Bevölkerungsprognose	23
3.2 Sozialstruktur.....	24
3.2.1 Bildung.....	24
3.2.2 Beschäftigung.....	26
3.2.3 Einkommen.....	28
3.3 Geschlechterspezifika.....	30
3.4 Zusammenfassende Übersicht zu Kapitel 3.....	30
4 GESUNDHEITZUSTAND	32
4.1 Lebenserwartung.....	32
4.1.1 Lebenserwartung bei der Geburt	32
4.1.2 Ferne Lebenserwartung.....	33
4.1.3 Lebenserwartung in guter Gesundheit.....	34
4.2 Mortalität	36
4.2.1 Säuglingssterblichkeit und perinatale Sterblichkeit.....	36
4.2.2 Ursachenspezifische Mortalität.....	37

4.3	Morbidität	43
4.3.1	<i>Indikatoren zum objektiven Gesundheitszustand</i>	43
4.3.2	<i>Indikatoren zum subjektiven Gesundheitszustand.....</i>	49
4.4	Body Mass Index	59
4.5	Geschlechterspezifika.....	60
4.6	Zusammenfassende Übersicht zu Kapitel 4.....	61
5	GESUNDHEITSDETERMINANTEN.....	64
5.1	Faktoren individueller Lebensweisen	64
5.1.1	<i>Sport und Bewegung</i>	65
5.1.2	<i>Ernährung.....</i>	70
5.1.3	<i>Rauchverhalten</i>	72
5.1.4	<i>Alkoholkonsum</i>	74
5.1.5	<i>Konsum illegaler Suchtmittel</i>	77
5.1.6	<i>Gesundheitskompetenz.....</i>	79
5.2	Soziale und kommunale Netzwerke	80
5.2.1	<i>Soziale Unterstützung.....</i>	81
5.2.2	<i>Freiwilligenarbeit.....</i>	83
5.3	Lebens- und Arbeitsbedingungen.....	84
5.3.1	<i>Lebensbedingungen</i>	84
5.3.2	<i>Arbeitsbedingungen.....</i>	90
5.4	Allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt.....	98
5.4.1	<i>Ökologische Umweltbedingungen</i>	99
5.4.2	<i>Wirtschaftliche Bedingungen</i>	101
5.5	Geschlechterspezifika.....	102
5.6	Zusammenfassende Übersicht zu Kapitel 5.....	102
6	GESUNDHEITSFÖRDERUNGS-, PRÄVENTIONS- UND VORSORGEPROJEKTE	104
6.1	Gesundheitsförderung im Setting Gemeinde und Familie.....	105
6.1.1	<i>Gesundes Dorf</i>	105
6.1.2	<i>Gemeinsam gesund alt werden</i>	106
6.1.3	<i>Richtig Essen (und Fördern) von Anfang an.....</i>	107
6.1.4	<i>Frühe Hilfen unter dem Titel „Netzwerk Kind Burgenland“.....</i>	108
6.1.5	<i>Club der ganz schön starken Freunde.....</i>	109
6.2	Gesundheitsförderung im Setting Betrieb	110
6.2.1	<i>Gesunde MitarbeiterInnen – Gesunder Betrieb!</i>	110
6.2.2	<i>BetriebsFitService</i>	111
6.2.3	<i>Suchtpräventionsprojekte</i>	111
6.3	Gesundheitsförderung in den Settings Schule und Kindergarten.....	112
6.3.1	<i>GeKiBu – Gesunde Kindergärten im Burgenland</i>	113
6.3.2	<i>Gesunder Kindergarten – Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Kindergarten</i>	113
6.3.3	<i>Unser Schulbuffet.....</i>	114
6.3.4	<i>Bewegungsprojekte in Kindergärten und Schulen</i>	114
6.3.5	<i>Suchtpräventionsprojekte</i>	117

6.4	Vorsorgeprojekte im Burgenland	117
6.4.1	<i>Brustkrebsfrüherkennungsprogramm (BKFP)</i>	118
6.4.2	<i>Diabetes Burgenland „Leben mit Diabetes“ und Therapie Aktiv</i>	118
6.4.3	<i>Dickdarmkrebsvorsorge (DKV)</i>	119
7	GESUNDHEITS- UND KRANKENVERSORGUNG	120
7.1	Gesundheitsförderung, Prävention und Vorsorge	121
7.1.1	<i>Einrichtungen</i>	122
7.1.2	<i>Inanspruchnahme</i>	123
7.2	Ambulante Versorgung	129
7.2.1	<i>Extramurale Versorgung</i>	129
7.2.2	<i>Spitalsambulante Versorgung</i>	133
7.2.3	<i>Rettungs- und Krankentransportdienste</i>	137
7.2.4	<i>Rehabilitation im ambulanten Bereich</i>	138
7.2.5	<i>Mobile Dienste</i>	138
7.3	Pharmazeutische Versorgung	142
7.4	Stationäre Versorgung	144
7.4.1	<i>Akutversorgung</i>	144
7.4.2	<i>Rehabilitation im stationären Bereich</i>	150
7.4.3	<i>Exkurs: Langzeitversorgung</i>	151
7.4.4	<i>Patientenstromanalyse</i>	152
7.5	Medizinisch-technische Großgeräte	153
7.6	Psychosoziale Gesundheitsversorgung	154
7.6.1	<i>Psychosozialer Dienst (PSD) Burgenland</i>	156
7.6.2	<i>Landespsychologischer Dienst Burgenland</i>	158
7.6.3	<i>Sozial- und Frauenhaus Burgenland</i>	158
7.6.4	<i>Inanspruchnahme psychologischer, psychotherapeutischer und psychiatrischer Gesundheitsleistungen</i> 158	
7.7	Zufriedenheit von Patienten und Patientinnen und Zugang zum Gesundheitswesen	159
7.7.1	<i>Grundsätzliche Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung</i>	159
7.7.2	<i>Entwicklung der Gesundheitsversorgung</i>	161
7.7.3	<i>Zugang zum Gesundheitswesen</i>	161
7.8	Geschlechterspezifika	162
7.9	Zusammenfassende Übersicht zu Kapitel 7	163
8	RESÜMEE UND AUSBLICK	165
9	VERZEICHNISSE	167
9.1	<i>Literaturverzeichnis</i>	167
9.2	<i>Abbildungsverzeichnis</i>	175
9.3	<i>Tabellenverzeichnis</i>	179

EXECUTIVE SUMMARY

Die Fachhochschule Burgenland GmbH verfasste im Auftrag der Abteilung 6 – Soziales und Gesundheit des Amtes der Burgenländischen Landesregierung den vierten Burgenländischen Gesundheitsbericht. Dieser gibt Auskunft über den Gesundheitszustand, Einflussfaktoren auf die Gesundheit sowie die Gesundheits- und Krankenversorgung der burgenländischen Bevölkerung im Berichtszeitraum 2012 bis 2017. Schwerpunktthemen des Berichtes sind die psychosoziale Gesundheit der Burgenländer und Burgenländerinnen, Entwicklungstrends in Hinblick auf einen drohenden Ärztemangel und Gender Health.

Methoden und Datenqualität

Im Rahmen der Burgenländischen Gesundheitsberichterstattung 2017 wurde mit vielfältigen vorhandenen Datenquellen von Organisationen wie der Landesstatistik Burgenland, der Statistik Austria sowie des Bundesministeriums für Gesundheit (Stand März 2018: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz) gearbeitet. Darüber hinaus stellten wichtige Stakeholder im österreichischen und burgenländischen Gesundheitswesen zusätzliche Zahlen und Fakten zur Gesundheitssituation im Burgenland zur Verfügung. Die in diesem Bericht beschriebenen Kennzahlen sind stets vor dem Hintergrund aller Limitationen, die mit der Methodik einzelner Datenquellen verbunden sind, zu interpretieren.

Bei der Darstellung der Gesundheitsindikatoren zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation im Burgenland orientiert sich der vorliegende Bericht an den „European Core Health Indicators“ (ECHI).

Soziodemographie

Per 1.1.2017 lebten im Burgenland 291.942 Personen. Damit ist das Burgenland das bevölkerungsmäßig kleinste Bundesland Österreichs. Seit Publikation des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2012 erlebte die burgenländische Bevölkerung einen Zuwachs von 2,2%. Gemäß dem Hauptszenario der Statistik Austria wird die Bevölkerung bis zum Jahr 2067 auf 339.551 Personen ansteigen.

Betrachtet man die Altersstruktur der Bevölkerung, so zeigt sich, dass das Burgenland (28,2%) im Österreichvergleich (24,3%) über einen überdurchschnittlich hohen Anteil an über 60-jährigen Personen verfügt, der seit dem 1.1.2012 um insgesamt zwei Prozentpunkte anstieg. Besonders die NUTS3-Regionen Burgenland Mitte und Burgenland Süd zeichnen sich durch einen hohen Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung aus.

Die Bevölkerungsentwicklung wird einerseits von der natürlichen Bevölkerungsbewegung im Sinne der Differenz von Geburten und Todesfällen, andererseits von Zuwanderungen beeinflusst.

Die Geburtenrate lag im Burgenland per 1.1.2015 bei 7,8 pro 1.000 Einwohner. Seit dem Jahr 2011 (7,5) zeigt sich nur ein leichter Anstieg der Geburtenziffer. Im Österreichvergleich (2015: 9,8) weist das Burgenland eine niedrige Geburtenrate auf. Etwa ein Viertel der burgenländischen Frauen brachte im Jahr 2015 das erste lebendgeborene Kind in einem Risikoalter (unter 20 Jahre oder 35 Jahre oder mehr) zur Welt.

Das Burgenland verfügt im Österreichvergleich über einen sehr geringen Anteil an Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft (8,5%; Österreich: 18,1%) und einen ebenfalls geringen Anteil an Personen mit Migrationshintergrund (11,6%; Österreich: 22,1%).

Neben unveränderbaren Personenmerkmalen wie Alter und Geschlecht beeinflussen auch Faktoren wie Bildung, Beruf und Einkommen die Gesundheit der Bevölkerung.

Der Großteil der burgenländischen Bevölkerung (35,2%) im Alter von 25 bis 64 Jahren verfügte im Jahr 2014 über eine Lehre als höchsten Bildungsabschluss. Im Österreichvergleich weist das Burgenland einen hohen Anteil an Personen mit höchstem Bildungsabschluss „Berufsbildende Mittlere Schule“ (19,0%; Österreich: 15,2%) und einen geringen Anteil an Akademikern und Akademikerinnen (12,4%; Österreich: 17,0%) auf. Zwischen den Geschlechtern zeigen sich deutliche Unterschiede was den Anteil an Pflichtschulabgängern und Pflichtschulabgängerinnen, Personen mit Lehrabschluss und Personen mit abgeschlossener Berufsbildender Mittlerer Schule betrifft.

Im Jahresdurchschnitt 2016 wies das Burgenland mit 5,7% eine leicht niedrigere Arbeitslosenquote als noch im Jahresdurchschnitt 2012 (6,5%) auf. Damit lag das Burgenland im Jahr 2016 leicht unter dem Wert für Gesamtösterreich (6,0%).

Die Beschäftigten im Burgenland pendeln zum Arbeiten häufig in ein anderes Bundesland. Der Anteil der Pendler und Pendlerinnen an der erwerbstätigen Bevölkerung lag im Burgenland mit 36,8% im Jahr 2014 deutlich höher als in Gesamtösterreich (13,4%) und gleichzeitig am höchsten aller Bundesländer.

In Hinblick auf das Einkommen als weitere Größe des sozialen Status einer Person ist anzumerken, dass Burgenland (10,6%) im Jahresdurchschnitt 2013 bis 2016 eine geringere Armutsgefährdungsquote als Gesamtösterreich aufwies (14,1%).

Gesundheitszustand

Im Jahr 2016 konnte ein durchschnittlicher Burgenländer bei der Geburt mit 79,3; eine durchschnittliche Burgenländerin mit 84,2 Lebensjahren rechnen. Seit 2012 stieg die Lebenserwartung bei beiden Geschlechtern um rund 1,6 Jahre an. Mit diesen Werten lag das Burgenland im Jahr 2016 etwa im Österreichschnitt.

Ein anderes Bild zeigt sich bei der gesunden Lebenserwartung. Sowohl Burgenländer (2014: 64,7; Österreich: 65,9) als auch Burgenländerinnen (61,7; Österreich: 66,6) erleben im Durchschnitt weniger Jahre in guter Gesundheit als ihre Geschlechtsgenossen in Gesamtösterreich. Während burgenländische Frauen zwar älter werden als burgenländische Männer, leben sie um etwa drei Jahre kürzer in guter Gesundheit.

Zur Beschreibung des Sterblichkeitsgeschehens kann zunächst die Anzahl der Todesfälle von Säuglingen herangezogen werden. Diese lag im Jahresdurchschnitt 2013 bis 2016 im Burgenland bei 3,4 Säuglingen pro 1.000 Lebendgeborenen und damit geringfügig unter der Säuglingssterblichkeit in Gesamtösterreich (3,7).

Generell ist die altersstandardisierte Sterberate im Burgenland (Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016: 1.050 pro 100.000 Einwohner) in den vergangenen Jahren erfreulicherweise zurückgegangen (Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011: 1.117). Burgenländische Männer weisen ein etwa 1,5-mal höheres Sterberisiko auf als burgenländische Frauen. Verglichen mit dem Österreichschnitt (992,1) hat das Burgenland eine etwas höhere Sterberate.

Der Großteil der Burgenländer und Burgenländerinnen stirbt an Herz-Kreislaufkrankungen (45%), Krebserkrankungen (23%) und sonstigen Krankheiten wie z.B. endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten; psychischen Krankheiten und Krankheiten von Muskel-Skelett-System und Bindegewebe (19%).

Seit dem Zeitraum 2007 bis 2011 zeigt sich ein Anstieg der Sterberate aufgrund infektiöser und parasitärer Krankheiten bei Männern; ein Rückgang der Sterberate aufgrund bösartiger Neubildungen bei Männern, Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems bei beiden Geschlechtern, Krankheiten der Atmungsorgane bei beiden Geschlechtern, Krankheiten der Verdauungsorgane bei beiden Geschlechtern und ein Rückgang der Sterberate aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen sowie sonstigen Krankheiten. Burgenländerinnen verstarben in den Jahren 2013 bis 2016 hingegen häufiger an sonstigen Krankheiten als noch in den Jahren 2007 bis 2011.

Im Österreichvergleich weist das Burgenland überdurchschnittlich viele Todesfälle aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems sowie sonstiger Krankheiten bei beiden Geschlechtern; überdurchschnittlich viele Todesfälle aufgrund von bösartigen Neubildungen bei Männern, hingegen wenige bei Frauen; überdurchschnittlich wenig Todesfälle aufgrund von infektiösen und parasitären Krankheiten, Krankheiten der Atmungsorgane sowie Verletzungen und Vergiftungen bei beiden Geschlechtern auf.

Regionsspezifische Daten zeigen, dass in einzelnen Bezirken des Burgenlandes zum Teil besonders hohe Sterberaten aufgrund spezifischer Krankheiten auftreten. Exemplarisch sei hier auf die hohe Herz-Kreislaufmortalität im Bezirk Oberwart hingewiesen.

Wichtige Daten zur Beschreibung der Morbidität sind zunächst dem Österreichischen Krebsregister zu entnehmen. Im Jahresdurchschnitt 2010 bis 2014 erkrankten im Burgenland 686 Männer und 627 Frauen pro Jahr neu an Krebs. Mit einer altersstandardisierten Neuerkrankungsrate bei Burgenländern von 514,3 und bei Burgenländerinnen von 380,7 pro 100.000 Einwohner lag das Burgenland in diesem Zeitraum deutlich unter den Werten Gesamtösterreichs (Männer: 578,7; Frauen: 417,4). Zudem zeigt sich seit 2007 ein Rückgang der altersstandardisierten Krebsrate im Burgenland.

Die bei Burgenländern am häufigsten auftretenden Krebsformen sind bösartige Neubildungen der Prostata; des Dickdarms, Rektums und Anus sowie der Luftröhre, Bronchien und der Lunge. Bei burgenländischen Frauen dominieren bösartige Neubildungen der Brustdrüse sowie des Dickdarms, Rektums und Anus.

Betrachtet man ergänzend zu objektiven Daten subjektive Angaben der Bevölkerung zur eigenen Gesundheit, so ist zunächst der subjektive Gesundheitszustand von Interesse. Knapp ein Drittel (29,8%) der burgenländischen Bevölkerung schätzt die eigene Gesundheit als sehr gut; 44,9% als gut; 20,2% als mittelmäßig; 4,2% als schlecht und 0,9% als sehr schlecht ein (Stand: 2014). Die burgenländische Bevölkerung weist einen etwas schlechteren

subjektiven Gesundheitszustand als die Bevölkerung in Gesamtösterreich auf. Burgenländer bewerten ihre Gesundheit zudem besser als Burgenländerinnen.

40,0% der Burgenländer und Burgenländerinnen berichten darüber, an einer chronischen Erkrankung zu leiden. In Gesamtösterreich liegt dieser Anteil bei 36,0%. Die häufigsten subjektiv empfundenen Krankheiten der burgenländischen Bevölkerung sind Bluthochdruck (28,4%), Allergien (23,5%) und chronische Kreuzschmerzen (22,8%).

Gesundheitsprobleme treten im Burgenland auch aufgrund von Übergewicht und Adipositas auf. Gemäß den Ergebnissen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 ist nicht einmal die Hälfte der burgenländischen Bevölkerung normalgewichtig (41,0%). Während ein sehr kleiner Bevölkerungsanteil untergewichtig ist (1,4%), sind mehr als ein Drittel der Burgenländer und Burgenländerinnen übergewichtig (38,2%), weitere 19,3% sogar adipös. Damit weist das Burgenland im Österreichvergleich (32,4% übergewichtig, 14,3% adipös) einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Übergewichtigen und Adipösen auf. Seit dem Jahr 2007 ist zudem ein Anstieg Übergewichtiger und Adipöser im Burgenland zu verzeichnen. Männer sind häufiger übergewichtig oder adipös als Frauen.

Gesundheitsdeterminanten

Das Gesundheitsverhalten der einzelnen Person stellt eine wesentliche Gesundheitsdeterminante dar. Betrachtet man zunächst das Bewegungsverhalten der Bevölkerung, so zeigen die vorhandenen Daten, dass nur etwa ein Fünftel (22,6%) der burgenländischen Bevölkerung die Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung erfüllt. In Gesamtösterreich ist es vergleichsweise etwa ein Viertel (24,6%). Burgenländer bewegen sich häufiger als Burgenländerinnen.

Was das Ernährungsverhalten der Bevölkerung betrifft, so isst etwas mehr als die Hälfte (54,0%) der Burgenländer und Burgenländerinnen – wie empfohlen – täglich Obst. Mehr als ein Drittel (37,7%) konsumiert – wie empfohlen – einmal oder mehrmals täglich Gemüse und Salat. Die Empfehlung von „maximal drei Portionen mageres Fleisch oder magere Wurst pro Woche“ halten in etwa drei Viertel (72,3%) der Burgenländer und Burgenländerinnen ein. Zwei Drittel (64,6%) essen wöchentlich ein- bis zweimal Fisch. Mit Ausnahme des Fischkonsums – bei dem sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigen – ernähren sich Burgenländerinnen gesünder als Burgenländer. Im Österreichvergleich weist das Burgenland einen geringen Gemüse- und Salatkonsum auf.

Zu gesundheitsschädlichem Verhalten zählt insbesondere Suchtmittelkonsum. Betrachtet man zunächst das Rauchverhalten, so zeigen die Ergebnisse, dass etwa ein Fünftel der burgenländischen Bevölkerung (22,2%) und damit ein etwas geringerer Anteil als in Gesamtösterreich (24,3%) täglich raucht. In der Versorgungsregion Burgenland Nord wird häufiger geraucht (25,0%) als in der Versorgungsregion Burgenland Süd (17,4%). Burgenländer rauchen zudem etwas häufiger (24,2%) als Burgenländerinnen (20,4%). Seit 2006/07 (27,5%) zeigt sich ein Rückgang der täglichen Raucher und Raucherinnen im Burgenland.

Exzessiven Alkoholkonsum – also das Trinken von sechs oder mehr alkoholischen Getränken bei einer Gelegenheit – betreiben etwa 2,5% der Burgenländer und Burgenländerinnen mindestens einmal pro Woche; 21,6% mindestens einmal im Monat. Mit diesen Werten liegt das Burgenland etwa im Österreichschnitt. In der Versorgungsregion Burgenland Süd wird häufiger exzessiv Alkohol konsumiert als in der Versorgungsregion Burgenland Nord. Im Geschlechtervergleich zeigt sich, dass Burgenländer tendenziell öfter exzessiv Alkohol trinken als Burgenländerinnen.

Das Ausmaß des Konsums illegaler Drogen spiegelt sich unter anderem in drogenbezogenen Todesfällen wider. Im Jahr 2016 starben 1,6 Burgenländer und Burgenländerinnen pro 100.000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren an den Folgen von übermäßigem Drogenkonsum (Gesamtösterreich: 2,8).

Burgenländer und Burgenländerinnen (65,5% ausreichend oder exzellent) weisen gemäß den Ergebnissen einer Studie des Ludwig-Boltzmann-Instituts Health Promotion Research im Österreichvergleich (48,4%) eine überdurchschnittlich hohe Gesundheitskompetenz auf.

Neben dem Gesundheitsverhalten sind die Quantität und Qualität sozialer und kommunaler Netzwerke weitere wichtige Einflussfaktoren auf die Gesundheit. Diesbezüglich zeigen Zahlen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014, dass mehr als die Hälfte der Burgenländer und Burgenländerinnen (55,9%) eine hohe soziale Unterstützung im Familien- und Freundeskreis bzw. in der Nachbarschaft erlebt. Mehr als ein Drittel (35,5%) fühlt sich zumindest mittelmäßig stark unterstützt. In Gesamtösterreich zeigt sich eine leicht niedrigere individuell wahrgenommene soziale Unterstützung als im Burgenland.

Auch die Lebens- und Arbeitsbedingungen beeinflussen die Gesundheit der Bevölkerung. Ein Indikator für die Gesundheitsförderlichkeit der Lebensbedingungen ist die Zufriedenheit mit der Wohnumgebung. Etwa die Hälfte der Burgenländer und Burgenländerinnen (51,9%) ist mit den Wohnbedingungen sehr zufrieden, mehr als ein Drittel

(39,4%) zumindest zufrieden. Die burgenländische Bevölkerung ist mit der Wohnumgebung im Allgemeinen zufriedener als die Gesamtbevölkerung Österreichs. Im Längsschnitt zeigt sich ein Anstieg der Zufriedenheit. Lärm- und Geruchsbelästigungen im Wohnbereich werden von Burgenländern und Burgenländerinnen nur in sehr geringem Ausmaß wahrgenommen.

Auskunft über die Sicherheit der Wohnumgebung geben Heim-, Freizeit- und Verkehrsunfälle. Im Jahr 2016 ereigneten sich im Burgenland 20.979 Heim- und Freizeitunfälle. Damit konnten weniger derartige Unfälle pro 100.000 Einwohner (7.193) als in Gesamtösterreich (9.093) verzeichnet werden. Zusätzlich wurden in diesem Jahr 810 Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden im Burgenland registriert, wobei 1.039 Personen verletzt, 19 sogar getötet wurden. Mit Ausnahme der Todesopfer aufgrund eines Verkehrsunfalls weist das Burgenland auch hierbei im Österreichvergleich niedrige Werte auf.

Die Reichweite sogenannter „Gesunder Dörfer“ ist ebenfalls ein Indikator für die Gesundheitsförderlichkeit der Lebensbedingungen, insbesondere der Wohnumgebung. Knapp die Hälfte (45,0%) der burgenländischen Bevölkerung lebt in „Gesunden Dörfern“.

Wichtige Kennzahlen zur Beschreibung der Arbeitsbedingungen sind die durchschnittliche Anzahl der Krankenstandstage sowie die Krankenstandsquote. Im Jahr 2016 registrierte die Burgenländische Gebietskrankenkasse 11,8 Krankenstandstage pro Beschäftigtem bzw. Beschäftigter und eine Krankenstandsquote von 3,2%. Mit diesen Werten weist das Burgenland sowohl im Österreich- als auch im Längsschnittvergleich „gute“ Werte auf.

Ein anderes Bild liefern Zahlen zum Präsentismus. So gab deutlich mehr als die Hälfte der Burgenländer und Burgenländerinnen (58,3%) im Jahr 2014 an, in den vergangenen 12 Monaten trotz gesundheitlicher Probleme arbeiten gegangen zu sein. In Gesamtösterreich liegt dieser Anteil etwas niedriger (53,7%). Präsentismus ist vor allem in der Versorgungsregion Burgenland Nord (62,2%) hoch ausgeprägt. Frauen gehen zudem häufiger (62,1%) krank arbeiten als Männer (55,1%).

Zur Beschreibung ökologischer Umweltbedingungen als weitere Gesundheitsdeterminante eignen sich vor allem Messwerte zur Feinstaub- und Ozonbelastung. Erfreulicherweise ging die Zahl der Überschreitungen von Grenzwerten zur Feinstaub- und Ozonbelastung zwischen 2012 und 2016 zurück.

Gesundheitsförderungs-, Präventions- und Vorsorgeprojekte

Im Burgenland werden zahlreiche Einzelinitiativen in den Bereichen der Gesundheitsförderung, Prävention und Vorsorge gesetzt. Projekte werden in den Settings Gemeinde, Familie, Betrieb, Kindergarten und Schule durchgeführt. Im Sinne der Gesundheitsförderungsstrategie Burgenland sowie der Nachhaltigkeit dieser Projekte bedarf es in Zukunft einer Abstimmung und Qualitätssicherung einzelner Maßnahmen.

Gesundheits- und Krankenversorgung

Nahezu die gesamte burgenländische Bevölkerung (95,9%) war im Jahr 2016 krankenversichert. Dieser Anteil entspricht in etwa jenem in Gesamtösterreich (98,6%). Die Gesundheitsausgaben pro Kopf lagen im Jahr 2015 im Burgenland mit 3.508€ niedriger als in Gesamtösterreich (3.973€).

Betrachtet man das Vorsorgeverhalten der burgenländischen Bevölkerung, so zeigt sich im Österreichvergleich sowohl eine hohe Impfquote als auch eine hohe Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen. Im Jahr 2016 nahm etwa ein Fünftel (21,4%) der Burgenländer und Burgenländerinnen ab 18 Jahren das kostenlose allgemeine Untersuchungsprogramm in Anspruch, während es in Gesamtösterreich „nur“ 13,7% waren. Seit 2011 zeigt sich zudem ein starker Anstieg der Inanspruchnahme des gynäkologischen Untersuchungsprogrammes (5,4%, 2016: 16,1%). Auch Screeningmaßnahmen wie Mammographie und der Test auf verstecktes Blut im Stuhl werden von Burgenländern und Burgenländerinnen häufiger genutzt als von in anderen Bundesländern lebenden Österreichern und Österreicherinnen.

Die ambulante medizinische Versorgung im Burgenland umfasst die (zahn-)ärztliche therapeutische Behandlung im niedergelassenen Bereich sowie alle Leistungen, die in Ambulatorien der Krankenkassen, selbstständigen Ambulatorien und Spitalsambulanzen erbracht werden. Daneben zählen der Rettungs- und Krankentransportdienst sowie mobile Dienste zu ambulanten Versorgungsleistungen.

Mit Stand August 2017 standen im Burgenland 528 niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, davon 236 Kassenärzte und Kassenärztinnen zur Verfügung. Mehr als die Hälfte dieser waren Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen (285). Im regionalen Vergleich zeigt sich, dass die Versorgungsdichte an Allgemeinmedizinern und Allgemeinmedizinerinnen pro 100.000 Einwohner in der Versorgungsregion Burgenland Süd geringfügig höher ist als in der Versorgungsregion Burgenland Nord. Umgekehrt verhält es sich bei der Anzahl

an Fachärzten und Fachärztinnen. Im Österreichvergleich verfügt das Burgenland über eine höhere Versorgungsdichte an Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinerinnen, jedoch eine geringere an Fachärzten und Fachärztinnen. Die Altersverteilung der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen im Burgenland deutet auf einen Ärztemangel in naher Zukunft hin. So waren mit Stand August 2017 25,4% aller niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen 60 Jahre oder älter.

Die Burgenländische Gebietskrankenkasse verzeichnete im Jahr 2016 4.417.512 Arztbesuche im niedergelassenen Bereich von Personen mit Wohnort im Burgenland. Im Vergleich mit Gesamtösterreich fällt auf, dass die burgenländische Bevölkerung mehr Arztkonsultationen pro 100.000 Einwohner vornimmt und insbesondere häufiger die Leistungen von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinerinnen in Anspruch nimmt. Während seit 2012 ein geringfügiger Rückgang der Arztkonsultationen insgesamt zu verzeichnen ist, zeigt sich ein Anstieg bei Besuchen von Fachärzten und Fachärztinnen.

In Burgenlands Spitalsambulanzen waren im Jahr 2016 deutlich weniger (3,0 Vollzeitäquivalente pro 1.000 Einwohner) Personen beschäftigt als in jenen Gesamtösterreichs (4,5). Auch die Anzahl und Frequenz ambulanter Patienten und Patientinnen in Spitalsambulanzen ist im Burgenland (Anzahl: 756,6; Frequenz: 1.375,5) deutlich niedriger als in Gesamtösterreich (978,4; 1.968,9). Seit 2011 zeigt sich allerdings ein Anstieg dieser beiden Zahlen. Die pharmazeutische Versorgung im Burgenland wird außerhalb des stationären Bereichs von insgesamt 38 öffentlichen Apotheken, vier Filialapotheken und 46 Hausapotheken sichergestellt. Im Österreichvergleich weist das Burgenland eine hohe Dichte an Hausapotheken auf, wobei die Zahl dieser seit 2010 leicht rückläufig ist.

Im Jahr 2016 wurden insgesamt 210.731 burgenländische Patienten und Patientinnen, die bei der Burgenländischen Gebietskrankenkasse versichert sind, knapp fünf Millionen Packungen Heilmittel verordnet, die zu Kosten von 111,5 Millionen Euro führten. Burgenländerinnen erhielten in diesem Jahr mehr Heilmittelverordnungen als Burgenländer. Im zeitlichen Verlauf ist ein Rückgang der verordneten Packungen seit 2013 feststellbar.

Die stationäre medizinische Akutversorgung wird im Burgenland von insgesamt fünf Krankenanstalten erbracht. Diese wiesen im Jahr 2016 eine Zahl von 1.172 systemisierten und 1.175 tatsächlich aufgestellten Betten auf. Die Zahl der systemisierten Betten pro 1.000 Einwohner ist seit 2011 gesunken. Im Österreichvergleich verfügen Burgenlands Krankenanstalten über weniger systemisierte und tatsächlich aufgestellte Betten pro 1.000 Einwohner. Daneben sind auch weniger (224,3 Vollzeitäquivalente je 100 Betten) Personen beschäftigt als in Gesamtösterreich (263,1), wobei jedoch seit 2011 (209,2) ein Anstieg zu verzeichnen ist.

Insgesamt wiesen Burgenlands Krankenhäuser im Jahr 2016 73.767 stationäre Aufenthalte auf. Der Anteil der Nulltagesaufenthalte an allen stationären Aufenthalten lag bei 36,5% und damit deutlich höher als in allen österreichischen Krankenanstalten (24,9%). Daneben verzeichneten Burgenlands Krankenanstalten mehr stationäre Aufenthalte pro tatsächlich aufgestelltem Bett (62,8) als jene in Gesamtösterreich (56,1). Im zeitlichen Verlauf zeigt sich seit 2011 ein Rückgang der stationären Aufenthalte. Die meisten stationären Aufenthalte im Burgenland wurden im Jahr 2016 aufgrund von Neubildungen (14,0%), Krankheiten des Verdauungssystems (11,7%) sowie Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (11,5%) verzeichnet. Während die Zahl stationärer Aufenthalte pro tatsächlich aufgestelltem Bett im Burgenland über jener in Gesamtösterreich liegt, weisen Burgenlands Krankenanstalten im Österreichvergleich deutlich weniger Belagstage pro 100.000 Einwohner (91,6; Österreich: 142,2) und eine niedrigere durchschnittliche Belagsdauer (3,62 Tage; Österreich: 4,90) auf.

Die Zufriedenheit der Burgenländer und Burgenländerinnen mit der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen ist sehr hoch. Allerdings ist der Anteil der sehr oder eher zufriedenen Personen zwischen 2011 und 2016 von 90% auf 83% gesunken. Männer und ältere Personen sind zufriedener als Frauen und jüngere Personen. Die höchste Zufriedenheit zeigt sich bei der hausärztlichen Versorgung, die niedrigste bei Nachbehandlungen nach einem stationären Aufenthalt.

Neben Krankenanstalten im Burgenland (66,2%) lässt sich die burgenländische Bevölkerung vor allem in Krankenhäusern in Wien (15,1%), Niederösterreich (10,5%), der Steiermark (7,7%) und in anderen Bundesländern (0,5%) behandeln.

Resümee und Ausblick

Die Betrachtung verschiedener Kennzahlen zur Beschreibung des Gesundheitszustandes, der Gesundheitsdeterminanten und der Gesundheits- sowie Krankenversorgung der burgenländischen Bevölkerung im Längsschnittvergleich weist auf eine Verbesserung zahlreicher Gesundheitsindikatoren zwischen 2012 und 2017 hin. Dies betrifft etwa die Gesamt mortalität, die ursachenspezifische Mortalität, die allgemeine Lebenserwartung, das Rauchverhalten, das Vorsorgeverhalten sowie einzelne Aspekte der ambulanten und stationären Versorgung.

Im Österreichvergleich zeigt sich im Burgenland zudem vor allem in Hinblick auf einzelne Indikatoren zur Beschreibung der Gesundheits- und Krankenversorgung eine günstige Situation.

Dennoch besteht in Zukunft weiterhin Handlungsbedarf. Dies betrifft vor allem strukturierte Aktivitäten der Gesundheitsförderung, die das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung weiter verbessern, die gesunde Lebenserwartung erhöhen und vor allem den im Österreichvergleich überdurchschnittlich hohen Anteil an Übergewichtigen und Adipösen verringern sollen. Die aktuellen Informationen zeigen, dass zwar vereinzelt Gesundheitsförderungsinitiativen gesetzt werden, allerdings bedarf es einer konzeptionellen Abstimmung und Nachhaltigkeit dieser Maßnahmen.

Daneben zeigt sich ein höherer gesundheitspolitischer Handlungsbedarf im Südburgenland im Vergleich zum Nordburgenland. Dieser spiegelt sich in einzelnen Gesundheitsparametern wie der Herz-Kreislaufmortalität wider, wobei insbesondere das Angebot an Gesundheitsförderung im Süden des Landes ausgebaut werden sollte.

Des Weiteren gilt es in Zukunft, rechtzeitig Maßnahmen zur Eindämmung des drohenden Ärztemangels zu setzen.

1 EINLEITUNG

Gemäß den Ergebnissen der 16. Welle des Gesundheitsbarometers Burgenland, der vom Institut für Strategieanalysen (2016) im Auftrag des Burgenländischen Gesundheitsfonds (BURGEF) durchgeführt wurde, sind 83% der Burgenländer und Burgenländerinnen ab 16 Jahren mit der Gesundheitsversorgung im Burgenland im Allgemeinen sehr oder zumindest eher zufrieden. Wie sieht es aber im Detail mit der Gesundheit und der Gesundheits- und Krankenversorgung der burgenländischen Bevölkerung aus?

Im §4 der 15-a-Vereinbarung „Zielsteuerung-Gesundheit“ (vgl. BMGF, 2017b) wird festgehalten, dass sich Maßnahmen zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit von Bund, Ländern und der Sozialversicherung an Public Health-Grundsätzen orientieren sollen. Zu diesen Grundsätzen zählt auch eine systematische Gesundheitsberichterstattung.

Das Department Gesundheit der Fachhochschule (FH) Burgenland GmbH wurde im Jahr 2017 von der Abteilung 6 – Soziales und Gesundheit des Amtes der Burgenländischen Landesregierung mit der Erstellung des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2017 beauftragt. Dieser Gesundheitsbericht ist im Sinne einer periodischen Fortschreibung (5-Jahres-Rhythmus: 2002, 2007 und 2012) der vierte, der explizit über die gesundheitliche Situation und Versorgung der burgenländischen Bevölkerung informiert. Er richtet sich an die Fachöffentlichkeit, politische Entscheidungstragende sowie die interessierte Bevölkerung.

Die Gesundheitsberichterstattung unterliegt innerhalb und außerhalb Österreichs einem kontinuierlichen Entwicklungsprozess. Während vor einigen Jahren der Fokus bei der Erstellung von Gesundheitsberichten noch auf Krankheits- und Todesursachen sowie der Darstellung von Krankenhausentlassungszahlen und Leistungen im Gesundheitswesen lag (vgl. Kurth et al., 2009), steht im Zentrum einer zeitgemäßen Gesundheitsberichterstattung ein umfassendes, ganzheitliches, bio-psycho-soziales Gesundheitsverständnis. Der vorliegende Burgenländische Gesundheitsbericht 2017 geht aus diesem Grund den Weg, der im Burgenland erstmalig mit dem Bericht aus dem Jahr 2012 (vgl. Schnabel et al., 2012) beschritten wurde, weiter. Er beinhaltet im Sinne eines umfassenden determinantenorientierten Public Health-Reports nicht nur krankheitsbezogene Daten, sondern auch Informationen zum subjektiven Wohlbefinden, zu Einflussfaktoren auf die Gesundheit sowie zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention.

In Anlehnung an die Empfehlungen der Plattform Gesundheitsberichterstattung (vgl. GÖG, 2010; Czirkovits & Winkler, 2009) verfolgt der vorliegende Gesundheitsbericht folgende Ziele:

- Information über die und Analyse der gesundheitliche(n) Lage und Versorgung der burgenländischen Bevölkerung
- Darstellung und Analyse von Entwicklungstrends
- Durchführung von Kausalanalysen
- Aufdecken von gesundheitspolitischem Handlungsbedarf

Diese Ziele sollen durch die Vernetzung von Krankheits- und Gesundheitsdaten (s. Kapitel 2) sowie die Interpretation und Diskussion dieser mit Stakeholdern des burgenländischen Gesundheitswesens erreicht werden.

Die konkreten Inhalte des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2017 orientieren sich darüber hinaus zum einen im Sinne einer Vergleichbarkeit der Daten am Burgenländischen Gesundheitsbericht 2012, zum anderen im Sinne einer „state of the art“-Berichterstattung an nationalen und internationalen Entwicklungen der Gesundheitsberichterstattung. Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) empfiehlt für die konkrete Gestaltung von Gesundheitsberichten die Kombination von vier Teilbereichen (s. Abbildung 1).

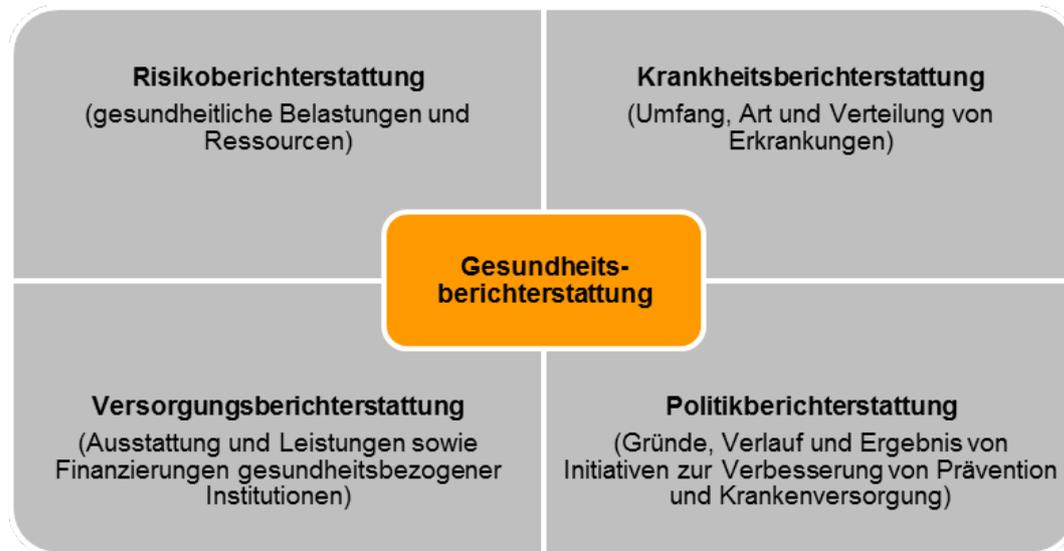


Abbildung 1: Empfehlungen zur Funktion und Gestaltung von Gesundheitsberichten, Quelle: Rosenbrock & Gerlinger (2009), Eigene Erstellung

Ausführungen zu gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen finden sich insbesondere in den Kapiteln 3 und 5. Aspekte der Krankheitsberichterstattung werden in Kapitel 4 behandelt. Die Versorgungsberichterstattung erfolgt in Kapitel 7, jene der Politikberichterstattung in Kapitel 6.

Ergänzend dazu definierten die Abteilung 6 – Soziales und Gesundheit des Amtes der Burgenländischen Landesregierung und das Department Gesundheit der FH Burgenland folgende Schwerpunktthemen des Berichtes, die auf aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen (s. Kapitel 1.2) und Diskussionen in der Public Health-Community Bezug nehmen:

- Psychosoziale Gesundheit der Burgenländer und Burgenländerinnen (s. Kapitel 4.3.2, 5.2, 6 und 7.6)
- Entwicklung des drohenden Ärztemangels im niedergelassenen Bereich (s. Kapitel 7.2.1)
- Gender-Health (Geschlechtsunterschiede in Hinblick auf einzelne Gesundheitsindikatoren werden am Ende jedes Hauptkapitels dargestellt.)

1.1 Theoretische, konzeptionelle und methodische Grundlagen

Neben der gesetzlichen Grundlage für Gesundheitsberichterstattung auf nationaler Ebene (Vereinbarung gemäß Artikel 15a Bundesverfassungsgesetz) spielt das Thema des Gesundheitsmonitorings auch auf Ebene der Europäischen Union eine zentrale Rolle. Dies zeigt sich etwa im „European Community Health Indicators and Monitoring (ECHIM)“-Projekt, in dem Empfehlungen zur Darstellung von Gesundheitsindikatoren definiert wurden und laufend weiterentwickelt werden (s. Kapitel 2.1).

Die steigende Aufmerksamkeit für die Gesundheitsberichterstattung ist mit der kontinuierlichen Entwicklung von Konzepten, Theorien und methodischen Zugängen verbunden, die im vorliegenden Gesundheitsbericht Berücksichtigung finden sollen.

1.1.1 Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren & Whitehead (1991)

Um der Forderung der Berücksichtigung aller wesentlichen Einflussfaktoren auf die Gesundheit der burgenländischen Bevölkerung im Rahmen der vierten burgenländischen Gesundheitsberichterstattung nachzukommen, orientiert sich der Bericht am im Public Health- und Gesundheitsförderungsbereich allseits bekannten Modell der Gesundheitsdeterminanten von Göran Dahlgren & Margret Whitehead aus dem Jahr 1991 (s. Abbildung 2).

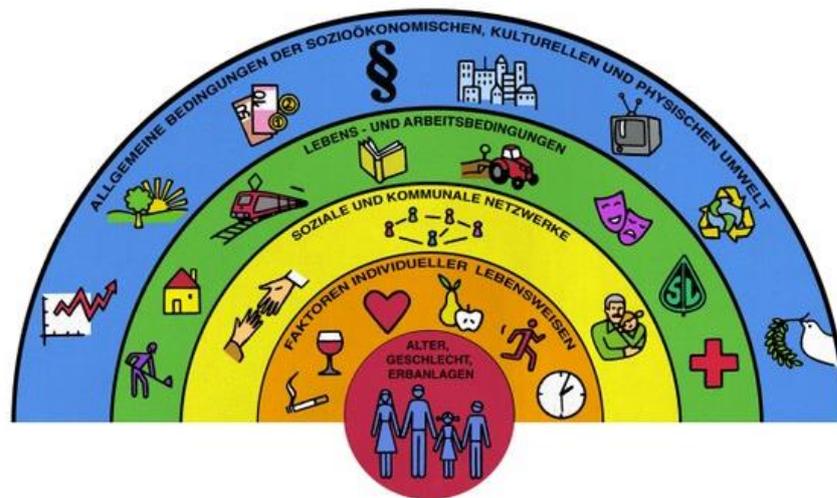


Abbildung 2: Gesundheitsdeterminantenmodell nach Dahlgren & Whitehead (1991), Quelle: Fonds Gesundes Österreich (2008, www)

Die im Modell dargestellten Einflüssebenen auf die Gesundheit finden im vorliegenden Gesundheitsbericht Beachtung, indem zentrale Indikatoren dafür dargestellt werden. Die folgenden Beispiele sollen dies verdeutlichen:

- **Alter, Geschlecht, Erbanlagen** → Geschlechts- und Altersverteilung im Burgenland (s. Kapitel 3.1.1)
- **Faktoren individueller Lebensweisen** → Bewegungs- und Ernährungsverhalten sowie Suchtmittelkonsum der burgenländischen Bevölkerung (s. Kapitel 5.1)
- **Soziale und kommunale Netzwerke** → wahrgenommene soziale Unterstützung der Burgenländer und Burgenländerinnen, Vereinstätigkeiten (s. Kapitel 5.2)
- **Lebens- und Arbeitsbedingungen** → Fehlzeiten am Arbeitsplatz, Freizeit- und Verkehrsunfälle, Gesunde Betriebe und Dörfer im Burgenland (s. Kapitel 5.3)
- **Allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt** → ökologische und wirtschaftliche Rahmenbedingungen (s. Kapitel 5.4), Gesundheits- und Krankenversorgung im Burgenland (s. Kapitel 7)

1.1.2 Zyklus der Gesundheitsberichterstattung

Die Gesundheitsberichterstattung ist die Grundlage und der Ausgangspunkt des sogenannten gesundheitspolitischen Regelkreises. Ziel ist es, dass die Gesundheitsberichterstattung die Gesundheitspolitik, die evidenzbasierte Ableitung von Strategien und Maßnahmen sowie deren Umsetzung begleitet. Es soll sowohl ein Rückblick auf gesetzte Gesundheitsmaßnahmen als auch ein Ausblick auf zukünftige Handlungsfelder erfolgen (vgl. GÖG, 2010).

Als Startpunkt soll die Gesundheitsberichterstattung im Sinne einer Analyse des Gesundheitszustandes und der Gesundheitsversorgung zunächst Daten zur Soziodemographie (s. Kapitel 3), zu gesundheitlichen Bestimmungsfaktoren (s. Kapitel 5), zum objektiven und subjektiven Gesundheitszustand (s. Kapitel 4) sowie zum Gesundheitssystem, dessen Inanspruchnahme und Gesundheitsausgaben (s. Kapitel 6 und 7) liefern. Dabei sollen zudem ein regionaler Vergleich erfolgen sowie Trends und Ungleichheiten aufgezeigt werden. Dieser Schritt passierte im Burgenland bereits in den Jahren 2002, 2007 und 2012 in Form des 1., 2. und 3. Burgenländischen Gesundheitsberichtes.

Darauf aufbauend sollen gesundheitspolitische Zielsetzungen formuliert und das Erreichen dieser sowie deren Sinnhaftigkeit überprüft werden. Das Burgenland orientiert sich in diesem Zusammenhang seit dem Jahr 2014 an den zehn Rahmen-Gesundheitszielen Österreichs (vgl. BMGF, 2017a) und legt auf Basis der Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung im Jahr 2012 den Fokus auf die sieben in der folgenden Tabelle angeführten Ziele.

Tabelle 1: Gesundheitsziele Burgenland, Quelle: BURGEF (2014), Eigene Erstellung

Gesundheitsziele Burgenland	
Ziel 1	Gesundes Aufwachsen für alle im Burgenland lebenden Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen
Ziel 2	Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen im Burgenland durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen
Ziel 3	Gesunde Ernährung, gesunde und sichere Bewegung im Alltag und psychosoziale Gesundheit bei allen Burgenländerinnen und Burgenländern fördern
Ziel 4	Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen
Ziel 5	Die Gesundheitskompetenz der burgenländischen Bevölkerung stärken
Ziel 6	Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken
Ziel 7	Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung im Burgenland für alle nachhaltig sicherstellen

Im vorliegenden Bericht wird in den einzelnen Kapiteln Bezug auf diese Gesundheitsziele genommen. Bereits an dieser Stelle wird jedoch darauf hingewiesen, dass die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Ziel 1) im vorliegenden Bericht nicht im Detail betrachtet wird.

Im Sinne der zyklischen Gesundheitsberichterstattung dienen diese Ziele dazu, Optionen, Strategien und Maßnahmen zur Bewältigung gesundheitlicher Herausforderungen zu definieren und damit Planungsmaßnahmen zu setzen, Interventionskonzepte zu entwickeln und in weiterer Folge umzusetzen.

Bereits gesetzte Maßnahmen werden im vorliegenden Gesundheitsbericht in den Kapiteln 6 und 7 dargestellt. Dabei gilt es im Sinne einer zyklischen Gesundheitsberichterstattung die Wirkung der Umsetzung zu evaluieren. Dies erfolgt einerseits durch die Analyse umgesetzter Gesundheitsförderungs-, Präventions-, Vorsorge- sowie Versorgungsprojekte und -maßnahmen, zum anderen durch einen Längsschnittvergleich von Gesundheitsdaten. Empfehlungen zur Adaption bestehender Maßnahmen bzw. zur Umsetzung neuer Maßnahmen aufgrund aktueller Zahlen zur Gesundheits- und Versorgungssituation im Burgenland werden in Kapitel 8 gegeben. Sie eröffnen einen Blick auf die nächsten fünf Jahre und setzen den Kreislauf des gesundheitspolitischen Regelkreises erneut in Gang.

1.1.3 Integrierte Gesundheitsberichterstattung

Methodisch baut der Burgenländische Gesundheitsbericht 2017 auf der integrierten Gesundheitsberichterstattung auf. Diese gilt als erfolgsversprechend, wenn es darum gehen soll, aus „*Daten Taten werden zu lassen*“. Integration sollte gemäß Süß (2009) vor allem auf Akteurs- und Datenebene stattfinden.

Auf Akteursebene „passierte“ Integration durch die enge Zusammenarbeit des Auftraggebers, nämlich der Abteilung 6 – Soziales und Gesundheit des Amtes der Burgenländischen Landesregierung mit dem Auftragnehmer, nämlich dem Department Gesundheit der Fachhochschule Burgenland. Zum anderen wurden zentrale Akteure und Akteurinnen im burgenländischen Gesundheitswesen vor allem im Zuge der Datenbeschaffung und -analyse in die Berichterstattung integriert.

Auf Datenebene wurden Informationsquellen unterschiedlicher politischer Ressorts genutzt und miteinander kombiniert, um einen Gesamtblick auf die Gesundheitssituation und -versorgung der Burgenländer und Burgenländerinnen zu erhalten. So fanden etwa neben Daten aus dem Gesundheitsbereich auch solche aus dem Sozialwesen (z.B. Daten zur Langzeitversorgung, Beschäftigung und Einkommen), dem Umweltsektor (z.B. Feinstaubbelastung) sowie dem Wirtschaftsbereich (z.B. Bruttoregionalprodukt) Berücksichtigung.

1.2 Gesundheitspolitische Entwicklungen seit Erstellung des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2012

Seit der Publikation des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2012 fanden neben der bereits erwähnten Definition von Gesundheitszielen im Burgenland einige zentrale Entwicklungen im österreichischen Gesundheitssystem statt, die auch Auswirkungen auf das Burgenland hatten. Auf diese wird im Folgenden kurz Bezug genommen, da sie einen wichtigen Rahmen für die Gesundheitsberichterstattung bilden und gleichzeitig ein besseres Verständnis für aktuelle gesundheitspolitische Aktivitäten (s. Kapitel 6 und 7) schaffen.

Auf nationaler Ebene wurde im Zuge der Gesundheitsreform 2013 die Zielsteuerung Gesundheit zwischen Bund, Ländern und der Sozialversicherung vereinbart. Diese bildet eine Vereinbarung, die dem Artikel 15a des

Bundesverfassungsgesetzes über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens als neu erlassenes Gesetz beigefügt wurde (= Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz). Damit verpflichteten sich Bund, Länder und Sozialversicherung gemeinsam dazu, optimale Strukturen, Organisation und Finanzierung im österreichischen Gesundheitssystem für die Bevölkerung sicherzustellen. Im Zentrum stehen eine gemeinsame Wirkungs- und Ergebnisorientierung sowie Strategieentwicklung (vgl. BMGF, 2014; Österreichische Bundesregierung, 2013).

Konkret wurden folgende Schwerpunkte im Zuge der Zielsteuerung Gesundheit definiert:

- Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention
- Leistungserbringung am „best point of service“
- Stärkung der Primärversorgung
- Verlagerung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich

Des Weiteren nimmt die Vereinbarung Bezug auf die Rahmen-Gesundheitsziele Österreichs sowie die Patientenorientierung als zentrale Prämisse aller Aktivitäten.

Neben der Ebene des Bundes werden auch auf Landesebene im Vierjahrestakt in sogenannten Zielsteuerungsverträgen konkrete Ziele zu den genannten Themenfeldern definiert, die Verbindlichkeitscharakter haben. Dabei dient der Bundes-Zielsteuerungsvertrag als Richtlinie für die Landes-Zielsteuerungsverträge und beinhaltet detaillierte Jahresarbeitsprogramme. Die einzelnen Landes-Zielsteuerungsverträge, so auch jener im Burgenland, werden zwischen dem Land und der Sozialversicherung vereinbart und vom Bund bestätigt. Auch auf Landesebene sind detaillierte Jahresarbeitsprogramme für vier Vertragsjahre, in denen geplante Maßnahmen aufgelistet sind, zu erstellen (vgl. Österreichische Bundesregierung, 2013, Art. 8; BMGF, 2017b).

Die Zielsteuerung Gesundheit führte im Jahr 2013 im Burgenland wie auch in anderen Bundesländern zu einer Ausweitung der Aufgabenbereiche des BURGEF. Dazu zählen unter anderem die (Weiter-)Entwicklung der Gesundheitsziele (inkl. Strategien zur Umsetzung) auf Landesebene sowie die Koordination, Abstimmung und Festlegung aller aus dem Landes-Zielsteuerungsvertrag festgelegten Vereinbarungen (vgl. Burgenländische Landesregierung, 2013; BURGEF, 2017).

In den folgenden Kapiteln des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2017 sollen diese politischen Aktivitäten der vergangenen Jahre bei der Interpretation der Entwicklung bestimmter Gesundheitsindikatoren berücksichtigt werden. Auf die Burgenländische Gesundheitsförderungsstrategie wird in den Kapiteln 6 und 7 Bezug genommen. Darüber hinaus werden in diesen Kapiteln die Kernthemen der Zielsteuerung Gesundheit in besonderem Maße behandelt.

2 METHODEN UND DATENQUALITÄT

Der Burgenländische Gesundheitsbericht 2017 baut auf verschiedenen Datenquellen auf und orientiert sich an internationalen Gesundheitsindikatoren.

In diesem Kapitel werden die zentralen Datengrundlagen überblicksmäßig beschrieben. Zudem wird erörtert, auf welche Gesundheitsindikatoren Bezug genommen wird und in welcher Weise die auf Basis der Datenanalysen ermittelten Kennzahlen im vorliegenden Bericht dargestellt werden.

2.1 Indikatoren

Der Burgenländische Gesundheitsbericht 2017 orientiert sich – genauso wie der Burgenländische Gesundheitsbericht 2012 – in Anlehnung an die Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung der GÖG (2010) an den „European Core Health Indicators“ (ECHI), die auch als „European Community Health Indicators“ bezeichnet werden (vgl. ECHIM, 2012). Diese Gesundheitsindikatoren wurden gemeinsam von den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und der Europäischen Kommission entwickelt. Sie gliedern sich in fünf Hauptthemen:

- Demographie und sozioökonomische Situation
- Gesundheitszustand
- Gesundheitsdeterminanten
- Gesundheits- bzw. Krankenversorgungsleistungen
- Aktivitäten der Gesundheitsförderung

Zu Beginn jedes Hauptkapitels des vorliegenden Gesundheitsberichtes erfolgt ein Überblick über die von den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und der Europäischen Kommission empfohlenen Indikatoren zum jeweiligen Themenbereich. Zudem wird Auskunft darüber gegeben, zu welchen Kennzahlen Daten auf Bundeslandebene – im Speziellen auf Ebene des Bundeslandes Burgenland – vorhanden sind und damit im vorliegenden Bericht beschrieben werden können. Vor der Abbildung einzelner Kennzahlen wird die Bedeutung und empfohlene Darstellungsform laut dem Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitoring erläutert.

An dieser Stelle wird festgehalten, dass im vorliegenden Bericht zusätzlich zu den European Core Health Indicators weitere, ausgewählte Gesundheitsindikatoren Berücksichtigung finden.

2.2 Datenquellen

Neben öffentlich zugänglichen Gesundheitsdaten des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, der Landesstatistik Burgenland, der Statistik Austria und weiterer Organisationen wurden zusätzlich Daten bei einzelnen Einrichtungen angefragt. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die wesentlichsten Datenquellen, die dem vorliegenden Gesundheitsbericht zugrunde liegen.

öffentlich zugängliche Daten	zusätzlich angefragte Daten
<ul style="list-style-type: none"> • Daten des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Meldepflichtige Infektionserkrankungen, Epidemiologiebericht Drogen, Krankenanstalten in Zahlen...) • Daten der Landesstatistik Burgenland und der Statistik Austria (Abgestimmte Erwerbsstatistik, Arbeitsmarktstatistiken, Bildung in Zahlen, Demographische Jahrbücher, European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), Österreichische Gesundheitsbefragungen (AT-HIS), Jahrbücher der Gesundheitsstatistik, Krebsregister, Todesursachenstatistik, Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme, Fehlzeitenreporte, Familien- und Haushaltsstatistik, Sozialberichte...) • Daten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (Leistungsbericht) • Publikation des Ludwig Boltzmann Instituts (Gesundheitskompetenz) • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) (Arbeitsunfälle) • Ärztelkammer Burgenland (niedergelassene Ärzte und Ärztinnen nach Fachrichtung und Alter mit und ohne Kassenvertrag) • Burgenländische Gebietskrankenkasse (Auswertungen mithilfe der Informationsplattform „Business Intelligence im Gesundheitswesen“ (BIG), Projektbeschreibungen) • Barmherzige Brüder Eisenstadt (Patienten-, Mitarbeiter-, Betten- und Aufenthaltszahlen) • Burgenländischer Gesundheitsfonds (Gesundheitsbarometer, Projektbeschreibungen) • Kuratorium für Verkehrssicherheit (Verkehrsunfälle) • Burgenländische Krankenanstalten Ges.m.b.H (KRAGES) (Geschäftsbericht) • Landesstatistik Burgenland (Pendler und Pendlerinnen, Geburten...) • PROGES Burgenland (Projektbeschreibung „Gesundes Dorf“) • Psychosozialer Dienst Burgenland (Leistungsberichte) • Selbsthilfe Burgenland (Anzahl der Selbsthilfegruppen) • Umweltbundesamt (Feinstaub- und Ozonbelastung)

Abbildung 3: Zentrale Datenquellen im Rahmen der Burgenländischen Gesundheitsberichterstattung 2017, Eigene Erstellung

In den folgenden Abschnitten werden einige der in Abbildung 3 angeführten Datengrundlagen näher betrachtet. Dabei handelt es sich um die zentralsten Datenquellen, aus denen der Großteil der Informationen für den vorliegenden Gesundheitsbericht generiert wurde. Vertiefte Ausführungen sowie Beschreibungen der Methodik, die anderen Datenquellen zugrunde liegen, sind den Angaben im Literaturverzeichnis zu entnehmen.

2.2.1 Statistik der Standesfälle einschließlich Todesursachenstatistik

Die im Folgenden dargestellten Informationen zur Statistik der Standesfälle einschließlich der Todesursachenstatistik wurden der „Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Statistik der Standesfälle einschließlich Todesursachenstatistik“ (vgl. Statistik Austria, 2012) sowie den Jahrbüchern der Gesundheitsstatistik (vgl. z.B. Statistik Austria, 2017a) entnommen. Details können in diesen beiden Dokumenten der Statistik Austria nachgelesen werden.

Im Zuge der Statistik der Standesfälle werden Geburten, Sterbefälle samt Todesursachen, Eheschließungen und Begründungen eingetragener Partnerschaften durch die Religionsgemeinschaften systematisch aufgezeichnet. Meldungen hierzu stammen von den Standesämtern und Bezirksverwaltungsbehörden Österreich, die wiederum zum Teil auf Meldungen von Krankenanstalten, Beschauärzten und Beschauärztinnen sowie frei praktizierenden Hebammen zur Geburt bzw. zur Todesursache beruhen. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass Geburten nach dem Wohnort der Mutter und Sterbefälle nach dem letzten Wohnort des bzw. der Verstorbenen veröffentlicht werden. Die Standesfall- und Todesursachenstatistik ist als Vollerhebung zu verstehen. Lediglich Geburten, Sterbefälle, Eheschließungen und Begründungen eingetragener Partnerschaften, die im Ausland stattfinden, können derzeit leider nur unvollständig erfasst werden.

Was die Todesursachen betrifft, so ist festzuhalten, dass die Kodierung gemäß der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) erfolgt. Dabei ist zu erwähnen, dass die Angaben zur Todesursache einer Person in Österreich amtlich bestellten Totenbeschauärzten und Totenbeschauärztinnen, Pathologen und Pathologinnen sowie Gerichtsmedizinern und Gerichtsmedizinerinnen vorbehalten sind.

Die in der Todesursachenstatistik und auch im vorliegenden Bericht dargestellte altersstandardisierte Sterbeziffer gibt an, wie viele Todesfälle aufgrund der jeweils vorherrschenden Sterblichkeitsverhältnisse auf 100.000 Lebende entfallen wären, wenn die Altersstruktur der Bevölkerung (gleichen Geschlechts) in der jeweiligen Periode dem der Standardbevölkerung entsprochen hätte.

Generell kann die Qualität der Standesfall- und Todesursachenstatistik als hoch bewertet werden, da die Daten aufgrund des Urkundencharakters der zugrundeliegenden Dokumente eine hohe Genauigkeit und Verlässlichkeit aufweisen. Zudem werden laufend verschiedene qualitätssichernde Maßnahmen durchgeführt (z.B. Vollständigkeitskontrollen, Plausibilitätsprüfungen). Die Qualität der Todesursachenstatistik im Speziellen hängt von der Qualität der Angaben durch Ärzte und Ärztinnen ab. Die Todesursachenstatistik gilt als eine der in Österreich zuverlässigsten Quellen für Gesundheitsdaten.

Die Daten stehen auf Österreich-, Nomenclature des unités territoriales statistiques (NUTS)1-, Bundesländer-, NUTS3-, Bezirks- und Gemeindeebene zur Verfügung. Bei der Darstellung der Sterblichkeit auf Bezirks- bzw. Gemeindeebene ist es aufgrund geringer Fallzahlen und damit verbundener zufälliger Schwankungen innerhalb eines Jahres notwendig, Sterbedaten über einen längeren Zeitraum hinweg zusammenzufassen. Die zum Zeitpunkt der Publikation des vorliegenden Berichtes jüngsten Berechnungen altersstandardisierter Sterberaten auf Bezirksebene entstammen den Jahren 2007/2015 (vgl. Leitner, 2017).

Ergebnisse der Standesfall- und Todesursachenstatistik werden in den Kapiteln 3.1.3, 4.2, 5.1.3.3, 5.1.4.2 und 5.1.5.1 des vorliegenden Berichtes dargestellt.

2.2.2 Krebsstatistik (Krebsregister)

Die nachfolgenden Informationen zur Krebsstatistik (Krebsregister) entstammen der „Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Krebsstatistik (Krebsregister)“ (vgl. Statistik Austria, 2014a) sowie den Jahrbüchern der Gesundheitsstatistik (vgl. z.B. Statistik Austria, 2017a). Details können diesen beiden Dokumenten der Statistik Austria entnommen werden.

Die österreichische Krebsstatistik liefert seit 1969 Daten zur Krebsinzidenz, zur Überlebensdauer und zur Prävalenz von Krebserkrankungen. Dabei liegen Informationen zum Alter, Geschlecht, Wohnort und den Krebslokalisationen vor. Seit dem Jahr 2006 wird zur Angabe der Tumorart die International Classification of Diseases for Oncology, Version 3 (ICD-O-3) verwendet.

Erkrankungen und Sterbefälle aufgrund bösartiger Neubildungen werden aufgrund der gesetzlichen Meldepflicht der Krankenanstalten im Krebsregister nahezu vollständig erfasst. Ausnahme bilden Behandlungen von Personen mit Wohnsitz in Österreich, die im Ausland stattfinden. Die Zahl dieser Fälle wird von der Statistik Austria allerdings als gering eingestuft.

Ergänzend dazu wird die Vollständigkeit der Daten des Krebsregisters dadurch leicht eingeschränkt, dass Ambulanzen außerhalb der Krankenanstalten und der niedergelassene Bereich nicht meldepflichtig sind. Da die meisten Tumorarten allerdings mit einem Spitalsaufenthalt verbunden sind, sind lediglich einzelne bösartige Neubildungen (z.B. der Haut) zum Teil untererfasst.

Generell liegen Zahlen aufgrund des Datenschutzes sowie regionaler Unterschiede in der Vollständigkeit der Daten lediglich auf Österreich- und Bundeslandebene vor. Nur in vier Bundesländern – Kärnten, Salzburg, Tirol und Vorarlberg – gibt es auch regionale Krebsregister. Es wird empfohlen, altersstandardisierte Inzidenzraten (europäische Standardbevölkerung) anzugeben, da das Erkrankungs- und Mortalitätsrisiko mit steigendem Lebensalter zunimmt und innerhalb einer Bevölkerung mit hohem Anteil älterer Menschen somit von vorneherein mehr Neuerkrankungs- und Todesfälle auftreten.

Die Qualität der Krebsstatistik in Österreich entspricht, sowohl was die Erhebung als auch die Publikation betrifft, internationalen Standards. Zur Qualitätssicherung der Daten werden Plausibilitätsprüfungen, Vollständigkeitskontrollen und zusätzliche Recherchen durchgeführt sowie Zahlen der Krebsstatistik mit jenen der Todesursachenstatistik verglichen.

Zahlen zur Krebsinzidenz, die dem österreichischen Krebsregister entnommen wurden, finden sich in Kapitel 4.3.1.2 des vorliegenden Berichtes.

2.2.3 AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014

Die folgenden Informationen wurden der „Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014“ (vgl. Statistik Austria, 2016a) entnommen. Nähere Ausführungen zur Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 (AT-HIS) zugrundeliegenden Methodik können in diesem Dokument der Statistik Austria nachgelesen werden.

Zum zweiten Mal wurde in Österreich im Zeitraum Oktober 2013 bis Mai 2015 eine auf der Europäischen Gesundheitsbefragung basierende Erhebung zum Thema Gesundheit durchgeführt, an der 15.771 Personen im Alter von 15 und mehr Jahren teilnahmen. Davon stammten 956 aus dem Burgenland.

Zum Einsatz kamen telefonische Interviews und ein schriftlicher Fragebogen. Dementsprechend ist zu berücksichtigen, dass es sich um Selbstangaben der Befragten handelt. Dies ist mit einigen Limitationen verbunden. So ist z.B. in Hinblick auf den ermittelten Body Mass Index (BMI) zu erwähnen, dass das eigene Körpergewicht häufig unterschätzt, die Körpergröße hingegen überschätzt wird. Dies bedeutet, dass von einem in der Realität höheren BMI der Befragten auszugehen ist. Weitere verzerrende Einflussfaktoren stellen sozial

erwünschtes Antwortverhalten, ein eingeschränktes Erinnerungsvermögen der Befragten und eine nicht-richtige Einschätzung bestimmter Parameter (z.B. konsumierte Alkoholmenge in einem bestimmten Zeitraum) dar.

Konkret wurden bei der österreichischen Erhebung im Jahr 2014 dieselben Fragen wie bei der Europäischen Gesundheitsbefragung (EHIS, Welle 2) gestellt. Diese können den Themenfeldern

- Gesundheitszustand,
- Gesundheitsdeterminanten,
- Gesundheitsvorsorge und
- soziodemographische bzw. sozioökonomische Hintergrundmerkmale

zugeordnet werden. Zusätzlich war es möglich, national weitere Fragen zu integrieren. Die Zusatzfragen in Österreich betreffen die Themen Lebensqualität, Präsentismus, ausgewählte chronische Erkrankungen, ambulante Gesundheitsversorgung, funktionale Tätigkeiten und Gesundheitszustand der im Haushalt lebenden Kinder.

Die Ergebnisse der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 gelten als repräsentativ für die österreichische Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren (hochgerechnet: 7,2 Millionen Personen). Im Sinne der Repräsentativität erfolgte eine räumliche Schichtung der Bruttostichprobe nach den 32 Versorgungsregionen Österreichs (s. Kapitel 2.3). Mit dem Ziel der Schätzung der interessierenden, jedoch unbekannt Parameter der Grundgesamtheit wurde eine Hochrechnung der Ergebnisse der Stichprobe durchgeführt. Im vorliegenden Gesundheitsbericht werden ausschließlich diese hochgerechneten Zahlen dargestellt.

Ausgeschlossen von der Erhebung wurden im Jahr 2014 Personen in Anstaltshaushalten (z.B. Krankenhäuser, Wohnheime, Klöster, Pflegeeinrichtungen). Dies war bei der AT-HIS Gesundheitsbefragung in den Jahren 2006/07 (vgl. Statistik Austria, 2007) noch nicht der Fall. Dementsprechend wurden für Längsschnittvergleiche im vorliegenden Gesundheitsbericht Personen in Anstaltshaushalten aus dem Datensatz 2006/07 entfernt. Dies führt dazu, dass die im vorliegenden Bericht verwendeten Zahlen, die der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2006/07 entstammen, leicht von jenen, die im Burgenländischen Gesundheitsbericht 2012 beschrieben wurden, abweichen.

In Hinblick auf den Berichtszeitraum ist zu erwähnen, dass dieser von Merkmal zu Merkmal variiert. So wurden die Befragten bei einigen Variablen darum gebeten, Auskunft über die letzten zwölf Monate (z.B. chronische Krankheiten) zu geben, bei anderen wurde nach den letzten vier Wochen (z.B. Alkoholkonsum) oder den letzten zwei Wochen (z.B. psychische Gesundheit), wieder bei anderen nach den letzten sieben Tagen (z.B. Schmerzen) oder punktuellen Ereignissen (z.B. Körpergewicht) gefragt.

Ergebnisse der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 stehen auf Österreich-, Bundesland- und Gesundheitsversorgungsregionenebene zur Verfügung. Die Klassifikation in Hinblick auf den Bildungsstand, die im Rahmen der vorliegenden Gesundheitsberichterstattung ebenfalls verwendet wurde, beruht auf der ISCED 2011.

Im Sinne einer Qualitätssicherung der Daten wurden Plausibilitäts- und Vollzähligkeitsprüfungen durchgeführt.

Was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der Befragung 2014 mit jenen der Befragung 2006/07 betrifft, so ist darauf hinzuweisen, dass einige Fragestellungen und/oder Antwortkategorien verändert sowie einige Themen 2014 neu bzw. nicht mehr aufgenommen wurden. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass im vorliegenden Bericht nur Längsschnittvergleiche jener Variablen angestellt wurden, die in Hinblick auf die Fragestellung und Antwortkategorien bei beiden Erhebungen ident sind.

Ergebnisse der AT-HIS Gesundheitsbefragung konnten zur Beschreibung vieler verschiedener Kennzahlen im Rahmen der Burgenländischen Gesundheitsberichterstattung 2017 herangezogen werden. Dementsprechend finden sich Daten dazu in den Kapiteln 4.1.3, 4.3.2, 4.4, 5.1, 5.2.1, 5.3.1.4, 5.3.1.5, 5.3.2.2, 5.3.2.3, 7.1.2, 7.2.1, 7.2.5, 7.6.4 und 7.7.3.

2.2.4 Business Intelligence im Gesundheitswesen (BIG)

Die Burgenländische Gebietskrankenkasse (BGKK) ermöglichte – wie auch im Zuge der Burgenländischen Gesundheitsberichterstattung 2012 – den Zugang zu Daten des Business Intelligence im Gesundheitswesen (BIG). BIG ist eine Informationsplattform, die Auskunft über das Leistungsgeschehen in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens gibt. Im Bericht entstammen Informationen zu folgenden Themen dem BIG:

- E-Card-Konsultationen
- Medikamentenverordnungen in einzelnen Fachbereichen und zu einzelnen Krankheitsbildern
- stationäre Aufenthalte aufgrund bestimmter Krankheitsbilder
- präoperative Verweildauer

- Patientenstromanalyse

Die Daten wurden von der BGKK zur Verfügung gestellt und werden in den Kapiteln 4.3.1.3, 7.2.1, 7.3, 7.4.1.5 und 7.4.4 beschrieben.

2.2.5 Krankenanstalten in Zahlen (KAZ)

„Krankenanstalten in Zahlen“ (KAZ) gibt Auskunft über zentrale Kennzahlen der Krankenanstalten in Österreich und wird als Publikation jährlich vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz veröffentlicht. Die Daten folgender Krankenanstalten sind gemäß dem Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) darin enthalten (vgl. BMGF, o.J.a, www):

- Allgemeine Krankenanstalten für Personen ohne Unterschied des Geschlechts, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung
- Sonderkrankenanstalten für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke
- Pflegeanstalten für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen
- Sanatorien, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen

Im vorliegenden Gesundheitsbericht wurden die Daten im Speziellen der Broschüre „Krankenanstalten in Zahlen – Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten 2016“ entnommen (vgl. BMGF, 2017c). Wie der Name bereits verrät, enthält dieser Bericht Daten und Kennzahlen für jene Krankenhäuser, die über die Landesgesundheitsfonds finanziert sind. Diese machen 70% der gesamten Bettenkapazität in Österreich aus. Konkret entstammen die darin dargestellten Daten der Krankenanstalten-Kostenrechnung, der Krankenanstalten-Statistik und der Diagnosen- und Leistungsberichte aus dem stationären Bereich. Für einen Längsschnittvergleich wurden die im Zuge des Burgenländischen Gesundheitsbericht 2012 herangezogenen Daten aus dem Jahr 2011 verwendet.

Generell ist bei der Interpretation der Zahlen zu berücksichtigen, dass die Daten über Diagnosen und medizinische Leistungen vorwiegend zum Zweck der Abrechnung stationärer Krankenhausaufenthalte dokumentiert werden und damit nur eingeschränkt epidemiologische Aussagen auf dieser Datengrundlage getätigt werden können.

Zahlen, die dieser Datenquelle entstammen, werden vor allem in den Kapiteln 7.2.2 und 7.4 des vorliegenden Berichtes dargestellt.

2.2.6 Gesundheitsbarometer Burgenland

Im Rahmen des „Gesundheitsbarometers Burgenland“ führt das Institut für Strategieanalysen im Auftrag des BURGEF in regelmäßigen Abständen telefonische Bevölkerungsbefragungen zur Patientenzufriedenheit und weiteren Gesundheitsthemen durch. Dabei werden jedes Mal ca. 1.400 Burgenländer und Burgenländerinnen ab 16 Jahren befragt, wobei von einer maximalen Schwankungsbreite der Ergebnisse von +/- 2,6% auszugehen ist.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick darüber, welche Ergebnisse zu welchen Themenbereichen welcher Wellen des Gesundheitsbarometers im vorliegenden Gesundheitsbericht dargestellt werden.

Tabelle 2: Gesundheitsbarometer Burgenland – ausgewählte Ergebnisse, Quelle: Eigene Erstellung

Welle und Zeitraum	Themen
Welle 7 – Februar/März 2013	Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung, Aufsuchen von Spitalsambulanzen, Motive für das Aufsuchen niedergelassener Ärzte und Ärztinnen
Welle 8 – September/Okttober 2013	Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung, persönliche Gesundheit, Bewegungsverhalten, Alkoholkonsum, Rauchverhalten, gezielte Gesundheitsvorsorge
Welle 14 – März 2015	Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung, Entwicklung der Gesundheitsversorgung
Welle 16 – März/April 2016	Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung, Hausarztversorgung, Akutordination Oberwart, Zwei-Klassenmedizin

Ausgewählte Ergebnisse der verschiedenen Wellen im Rahmen des Gesundheitsbarometers Burgenland werden in den Kapiteln 4.3.2.1, 5.1.1, 5.1.3, 5.1.4, 7.2.1, 7.2.2 sowie 7.7 dargestellt.

2.3 Darstellung der Daten im Bericht

Die einzelnen Gesundheitsindikatoren werden im vorliegenden Gesundheitsbericht zunächst für das Bundesland Burgenland beschrieben. Sofern die Datenverfügbarkeit diesbezüglich gegeben ist, werden Zahlen auch für einzelne Regionen des Burgenlandes im Speziellen angeführt.

Diesbezüglich ist zu erwähnen, dass die herangezogenen Datenquellen auf zwei verschiedenen Klassifikationen der Regionen beruhen. So nehmen einige eine Unterscheidung nach NUTS3-Regionen, andere eine Einteilung in Versorgungsregionen gemäß dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) vor. Die folgende Tabelle zeigt, welche Bezirke und Statutarstädte den jeweiligen Regionen zugeordnet werden.

Tabelle 3: NUTS3-Regionen und Versorgungsregionen Burgenland, Quelle: Eigene Erstellung

NUTS3-Region	dazugehörige Bezirke und Statutarstädte
AT111 Mittelburgenland	Bezirk Oberpullendorf
AT112 Nordburgenland	Statutarstadt Eisenstadt, Statutarstadt Rust, Bezirk Eisenstadt-Umgebung, Bezirk Mattersburg, Bezirk Neusiedl am See
AT113 Südburgenland	Bezirk Güssing, Bezirk Jennersdorf, Bezirk Oberwart
Versorgungsregion	dazugehörige Bezirke und Statutarstädte
VR 11 Burgenland Nord	Statutarstadt Eisenstadt, Statutarstadt Rust, Bezirk Eisenstadt-Umgebung, Bezirk Mattersburg, Bezirk Neusiedl am See, Bezirk Oberpullendorf
VR 12 Burgenland Süd	Bezirk Güssing, Bezirk Jennersdorf, Bezirk Oberwart

Aus der Tabelle geht hervor, dass die Zuteilung der Bezirke mit Ausnahme des Bezirkes Oberpullendorf bei beiden Klassifikationen sehr ähnlich ausfällt.

Bei der Datendarstellung im vorliegenden Bericht wird stets angegeben, welche regionale Einteilung vorgenommen wurde. Zum Teil werden einzelne verfügbare Daten zudem auch auf Bezirksebene dargestellt.

Ergänzend zur Beschreibung der Daten auf Regionsebene wird – abhängig von der Datenlage – ein Vergleich der Zahlen zwischen den beiden Geschlechtern, einzelnen Altersgruppen und Bildungsschichten vorgenommen.

Um die Daten interpretieren zu können, erfolgen zudem ein Längsschnittvergleich sowie ein Vergleich der Daten mit jenen im Österreichschnitt.

In Hinblick auf den Längsschnittvergleich ist festzuhalten, dass die zum Zeitpunkt der Abfassung des Berichtes jüngst erschienenen Daten zur Ermittlung der Ist-Situation verwendet wurden. Zum Teil wurde aufgrund jährlicher Schwankungen bestimmter Kennzahlen auch ein Jahresdurchschnittswert der vergangenen Jahre errechnet. Die Längsschnittdaten stammen, abhängig von der Datenverfügbarkeit, vorwiegend aus den Jahren 2009 bis 2012.

Am Ende jedes Hauptkapitels werden Geschlechterspezifika, Besonderheiten einzelner Regionen, Auffälligkeiten im Österreich- sowie Auffälligkeiten im Längsschnittvergleich zusammenfassend dargestellt.

Einige Grafiken wurden mithilfe geographischer Karten erstellt. Die Vorlagen hierzu entstammen folgender Quelle:

adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner,
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg, Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported

3 SOZIODEMOGRAPHIE

Die Beschreibung soziodemographischer Merkmale der Bevölkerung stellt ein Standardkapitel eines jeden Gesundheitsberichtes dar.

In den europäischen Gesundheitsindikatoren (vgl. ECHIM, 2012) werden folgende Kennzahlen zur Beschreibung der demographischen und sozioökonomischen Situation einer Bevölkerung aufgelistet:

- Bevölkerungsverteilung nach Geschlecht und Alter
- Geburtenrate
- Durchschnittliches Alter einer Mutter
- Gesamtfertilitätsrate
- Bevölkerungsprognose
- Bevölkerungsverteilung nach höchst-abgeschlossenem Bildungsstand
- Bevölkerungsverteilung nach Beschäftigung
- Gesamtarbeitslosenrate und Langzeitarbeitslosigkeit
- Anteil der Bevölkerung unterhalb der Armutsgrenze und Verteilung der Bevölkerung auf Einkommensklassen

Das Kapitel „Soziodemographie“ stellt eine Verbindung zum burgenländischen Gesundheitsziel „Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen“ (s. Kapitel 1.1.2) her. Generell zielt dieses auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit unabhängig von Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status ab, indem Rahmenbedingungen geschaffen werden, die zu einer längeren und höheren Gesundheit der Bevölkerung beitragen.

Auch im Gesundheitsdeterminantenmodell von Dahlgren & Whitehead (1991) (s. Kapitel 1.1.1) wird die Gesundheitsrelevanz soziodemographischer Indikatoren deutlich. Demnach sind individuelle Faktoren, wozu auch das Alter und Geschlecht zählen, wichtige, allerdings unbeeinflussbare Determinanten der Gesundheit. Sozioökonomische Faktoren finden sich im äußersten Rahmen der Gesundheitsdeterminanten und sind im Gegensatz dazu beeinflussbar. Die Verantwortung für gesundheitliche Chancengerechtigkeit liegt vorwiegend bei der Politik und weniger beim einzelnen Individuum.

Im Folgenden werden die oben aufgelisteten Indikatoren zur Beschreibung der demographischen und sozioökonomischen Situation im Burgenland dargestellt, wobei die Daten mit Gesamtösterreich verglichen werden. Zudem wird auf Besonderheiten einzelner Regionen innerhalb des Burgenlandes eingegangen und ein Längsschnittvergleich vorgenommen.

3.1 Bevölkerungsstruktur und -entwicklung

Per 1.1.2017 zählte das Burgenland 291.942 Personen, wobei die NUTS3-Region Nordburgenland mit 156.735 Personen (53,7%) die höchste und die NUTS3-Region Mittelburgenland mit 37.752 Personen (12,9%) die niedrigste Bevölkerungsdichte aufwies. Das Südburgenland zählte per 1.1.2017 97.455 Personen (33,4%).

Gemessen an der Einwohnerzahl ist das Burgenland (291.942), gefolgt von Vorarlberg (388.752) und Salzburg (549.263), das bevölkerungsmäßig kleinste Bundesland Österreichs. Seit Publikation des Gesundheitsberichtes 2012 ist die burgenländische Bevölkerung um 6.160 Personen gewachsen, was einem Bevölkerungszuwachs von 2,2% entspricht. Auf NUTS3-Ebene betrachtet, verzeichnete die Region Mittelburgenland einen Zuwachs von 0,5% (+191 Personen), die Region Nordburgenland einen Zuwachs von 4,1% (+6.235) und die Region Südburgenland eine Abnahme von 0,3% (-266) (s. Abbildung 4).

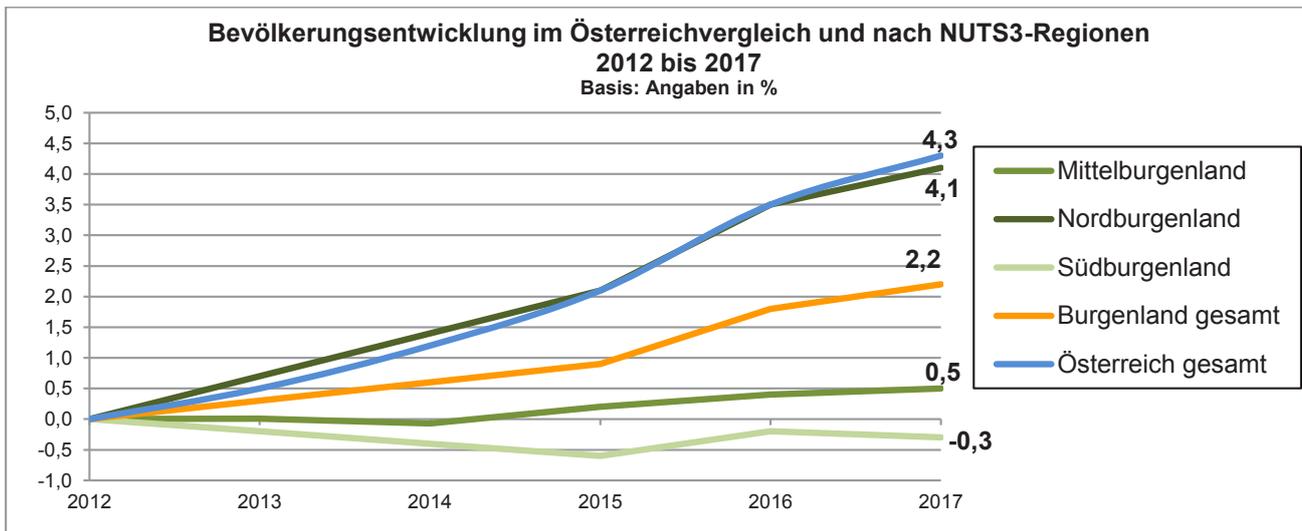


Abbildung 4: Bevölkerungsentwicklung im Österreichvergleich und nach NUTS3-Regionen 2012 bis 2017, Stand: 1.1.2017, Basis: Angaben in %, Quellen: Landesstatistik Burgenland, Statistik Austria, Eigene Erstellung und Berechnungen

Die Bezirke Eisenstadt Umgebung inklusive der Statutarstädte Eisenstadt und Rust (58.548), Neusiedl am See (58.383) und Oberwart (54.124) stellten mit Stand 1.1.2017 verglichen mit den Zahlen des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2012 weiterhin die bevölkerungsmäßig größten politischen Bezirke des Burgenlandes dar. Die geringste Bevölkerungszahl wiesen die südburgenländischen Bezirke Jennersdorf (17.298) und Güssing (26.033) auf. Im Jahresrückblick erfuhren diese beiden Bezirke weiterhin einen kontinuierlichen Rückgang (Jennersdorf 2012: 17.588; Güssing 2012: 26.594). In allen anderen politischen Bezirken des Burgenlandes stieg die Bevölkerungszahl verglichen mit der letzten Berichtsperiode (2012) tendenziell an.

3.1.1 Geschlechts- und Altersstruktur

Die Darstellung demographischer Indikatoren wie jene der Geschlechts- und Altersverteilung bildet gemäß den europäischen Gesundheitsindikatoren (vgl. ECHIM, 2012) eine wesentliche Ausgangsbasis für die Interpretation von Gesundheitsdaten. Darüber hinaus zeigt die Alters- und Geschlechtsstruktur den Bedarf an entsprechenden Public Health-Maßnahmen auf.

3.1.1.1 Geschlechterverteilung

Per 1.1.2017 lebten laut Angaben der Landesstatistik Burgenland und der Statistik Austria 148.416 (50,8%) Frauen und 143.526 (49,2%) Männer im Burgenland. Vergleicht man diese Werte mit jenen aus dem Jahr 2012, so lässt sich feststellen, dass sich die Gesamtdifferenz zwischen dem Frauenanteil (51,2%) und dem Männeranteil (48,8%) um 0,4 Prozentpunkte verringerte.

Auf Ebene der NUTS3-Regionen zeigt sich eine ähnliche Geschlechterverteilung wie im gesamten Burgenland. Vergleicht man die relativen Werte des Burgenlandes mit jenen Österreichs, so lassen sich per 1.1.2017 kaum Unterschiede in der Geschlechterverteilung feststellen.

Sieht man sich die einzelnen Bezirke des Burgenlandes an, so fällt auf, dass in jedem der sieben burgenländischen Bezirke ein etwas höherer Frauenanteil vorliegt. Die größte Differenz zwischen Frauen- und Männeranteil weist der Bezirk Eisenstadt Umgebung, inklusive der zwei Statutarstädte Eisenstadt und Rust, mit 2,0% mehr Frauen (29.854) als Männer (28.694) auf. Gleich danach folgen die Bezirke Oberwart und Neusiedl am See mit jeweils 1,8% mehr Frauen als Männer. Der geringste Unterschied zeigt sich im Bezirk Jennersdorf mit einer Geschlechterdifferenz von 0,6% mehr Frauen (8.699) als Männer (8.599).

3.1.1.2 Altersverteilung

Zwar wird in den europäischen Gesundheitsindikatoren (vgl. ECHIM, 2012) empfohlen, die Bevölkerung bei der Darstellung der Altersverteilung in die Altersgruppen 0 bis 14, 15 bis 24, 25 bis 49, 50 bis 64, 65 bis 79 und 80+ zu unterteilen, allerdings wird im Folgenden aus Gründen der Datenverfügbarkeit sowie der Vergleichbarkeit mit dem Burgenländischen Gesundheitsbericht 2012 eine etwas andere Aufteilung vorgenommen.

Betrachtet man die Altersverteilung der burgenländischen Bevölkerung per 1.1.2017, so zeigt sich, dass der Großteil der Bevölkerung (43,4%) zwischen 30 und 59 Jahre alt war. Jeweils rund 28% gehörten der Altersklasse

0 bis 29 und 60+ an. Geschlechtsspezifisch ist anzumerken, dass der Anteil der 0- bis 59-Jährigen an der gesamten weiblichen Bevölkerung mit Stand 1.1.2017 niedriger war als der Anteil der 0- bis 59-Jährigen an der gesamten männlichen Bevölkerung. In der Altersgruppe 60 bis 74 glich sich der Prozentsatz zwischen den Geschlechtern an. Der Anteil der Altersgruppe 75+ an der gesamten weiblichen Bevölkerung war schließlich wieder deutlich höher (12,8%) als jener an der gesamten männlichen Bevölkerung (8,6%) (s. Abbildung 5).

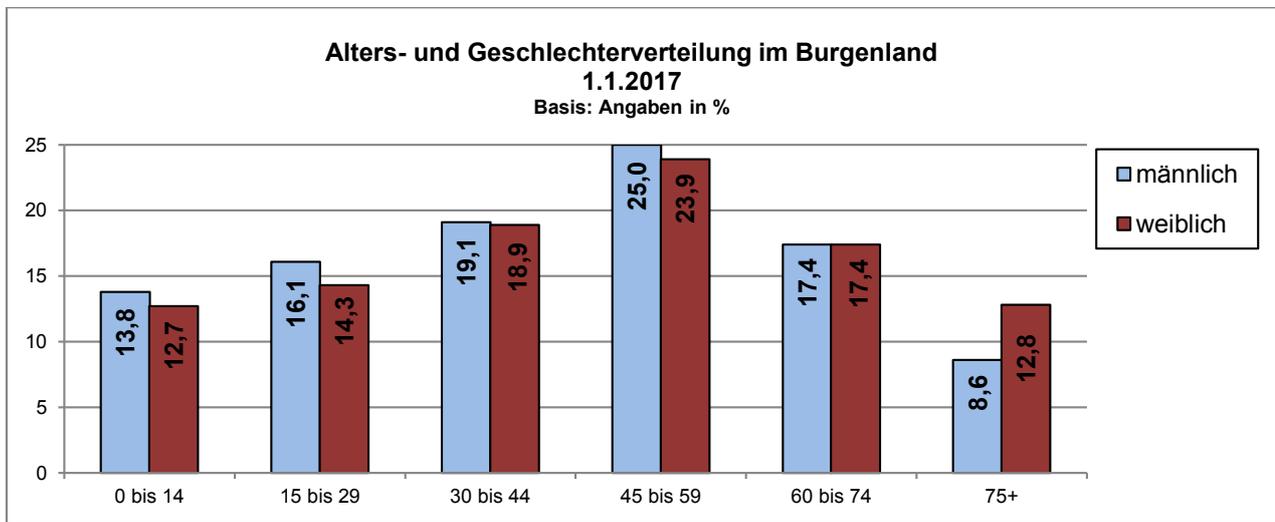


Abbildung 5: Alters- und Geschlechterverteilung im Burgenland, Stand: 1.1.2017, Basis: Angaben in %, Quellen: Landesstatistik Burgenland, Statistik Austria, Eigene Erstellung

Auf Ebene der NUTS3-Regionen sieht die Altersverteilung in den einzelnen burgenländischen Regionen ziemlich ähnlich aus.

Die „jüngste“ Region des Burgenlandes war per 1.1.2017 Nordburgenland. So waren hier 13,8% der Bevölkerung unter 15 Jahre; 59,4% zwischen 15 und 59 Jahre und 26,8% über 60 Jahre alt. Mit einem Anteil von 30,4% an über 60-Jährigen, 57,1% an 15- bis 59-Jährigen und 12,5% an unter 15-Jährigen war die NUTS3-Region Mittelburgenland im Vergleich dazu die älteste Region des Burgenlandes.

Vergleicht man das Burgenland mit dem Österreichschnitt, so zeigt sich, dass ca. 28,2% der Burgenländer und Burgenländerinnen mit Stand 1.1.2017 älter als 60 Jahre alt waren, während dieser Anteil in Österreich „nur“ bei 24,3% lag. Der Bevölkerungsanteil der unter 15-Jährigen lag im Burgenland mit 13,2% im Gegensatz dazu leicht unter dem Österreichschnitt (14,4%) (s. Abbildung 6).

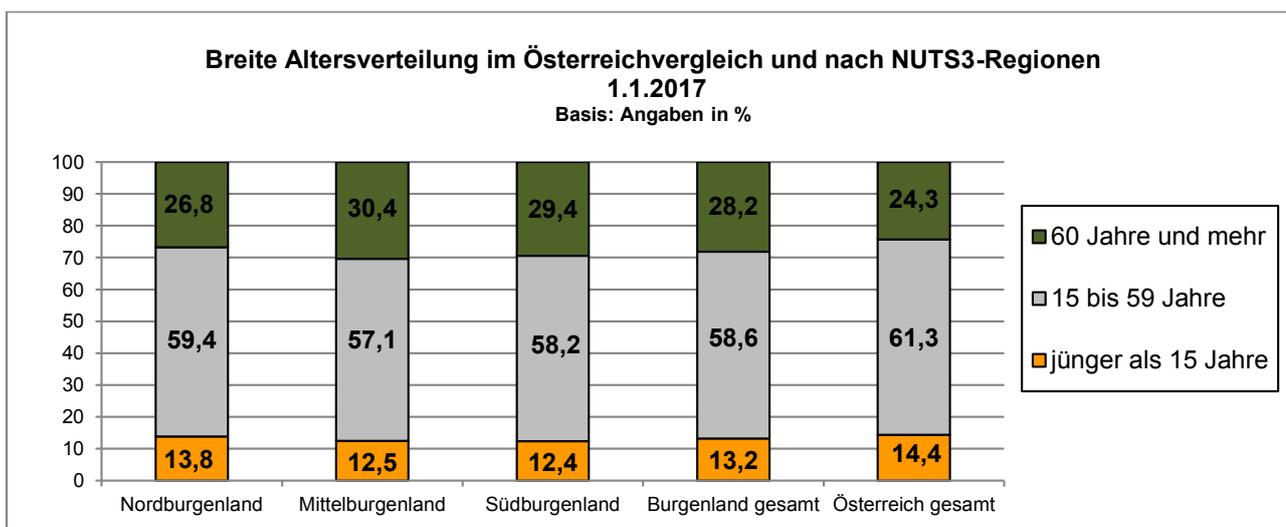


Abbildung 6: Breite Altersverteilung im Österreichvergleich und nach NUTS3-Regionen 1.1.2017, Stand: 1.1.2017, Basis: Angaben in %, Quellen: Landesstatistik Burgenland, Statistik Austria, Eigene Erstellung und Berechnungen

Auf Bezirksebene galten per 1.1.2017 die Bezirke Güssing (32,0%) und Oberpullendorf (30,5%) als die „ältesten“ Bezirke. Mit einem Anteil von 14,0% an unter 15-Jährigen war der Bezirk Neusiedl am See der „jüngste“ burgenländische Bezirk, gefolgt vom Bezirk Mattersburg (13,8%).

Vergleicht man die Werte zur Altersverteilung mit denen vom Stichtag 1.1.2012, so lässt sich feststellen, dass der Anteil der unter 15-Jährigen an der Gesamtbevölkerung konstant blieb, der Anteil 15- bis 59-Jähriger leicht abnahm (- 1,9 Prozentpunkte) und der Anteil der Bevölkerungsgruppe 60+ um ganze zwei Prozentpunkte zunahm.

3.1.2 Staatsangehörigkeit und Migrationshintergrund

Per 1.1.2017 lebten im Burgenland 267.236 (91,5%) Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft und 24.706 (8,5%) Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft, wobei seit 2012 (6,1%) ein Anstieg des Anteils der ausländischen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung zu verzeichnen ist.

Vorwiegend stammten die im Burgenland lebenden Nicht-Österreicher und Nicht-Österreicherinnen per 1.1.2017 aus anderen Staaten Europas (80,7%), hier vor allem aus osteuropäischen Ländern (61,7%). Der größte Anteil der im Burgenland lebenden europäischen Nicht-Österreicher und Nicht-Österreicherinnen kommt aus Ungarn (26,6%), der Slowakei (16,0%), Deutschland (15,6%) und Rumänien (11,7%).

Der Anteil der im Burgenland lebenden Nicht-Österreicher und Nicht-Österreicherinnen an der Gesamtbevölkerung war auf NUTS3-Ebene in der Region Nordburgenland (9,7%) am höchsten, gefolgt von der Region Südburgenland (7,3%) und schließlich der Region Mittelburgenland (6,4%).

Das Burgenland liegt mit einem Anteil von 8,5% an ausländischen Staatsbürgern und Staatsbürgerinnen an der Gesamtbevölkerung deutlich unter dem Wert Gesamtösterreichs (18,1%) (s. Abbildung 7).

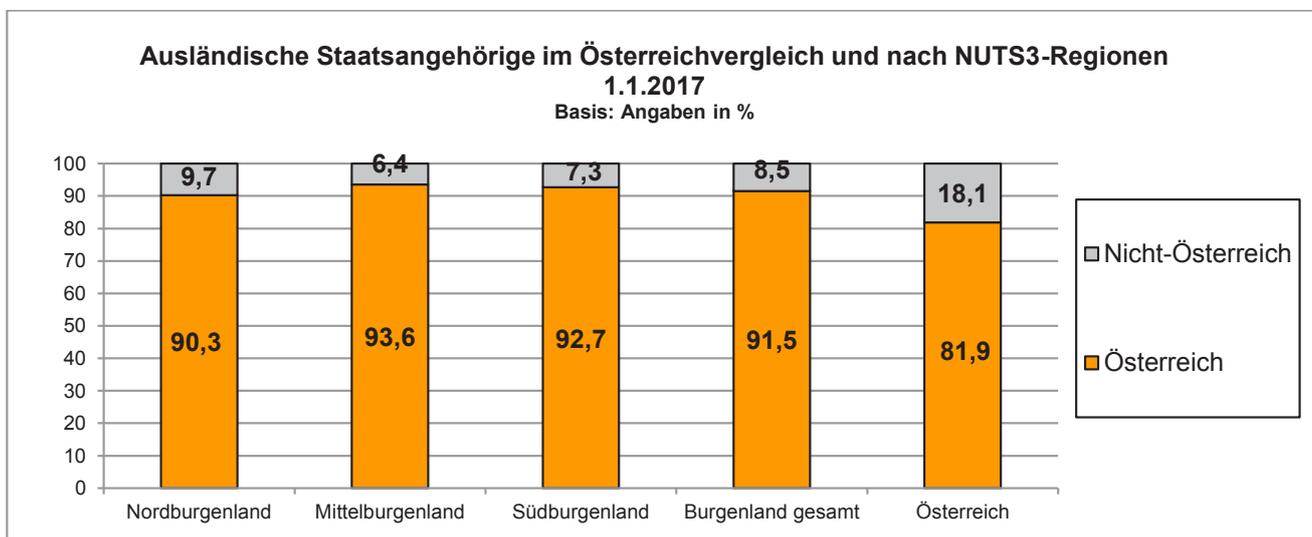


Abbildung 7: Ausländische Staatsangehörige im Österreichvergleich und nach NUTS3-Regionen 1.1.2017, Stand: 1.1.2017, Basis: Angaben in %, Quellen: Landesstatistik Burgenland, Statistik Austria, Eigene Erstellung und Berechnungen

Von der Bevölkerung mit nicht-österreichischer Staatsangehörigkeit zu unterscheiden ist die Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Diese zweitgenannte Bevölkerungsgruppe zeichnet sich dadurch aus, dass beide Elternteile im Ausland geboren wurden, wobei Angehörige der ersten Generation selbst auch im Ausland geboren wurden, Angehörige der zweiten Generation hingegen in Österreich zur Welt kamen.

Die zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Kapitels aktuellsten Daten zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund stammen aus dem Jahr 2016 (vgl. Statistik Austria, 2017b). Laut der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung lebten im Jahresdurchschnitt 2016 33.200 Personen mit Migrationshintergrund im Burgenland, was einem Anteil von 11,6% an der gesamten burgenländischen Bevölkerung in Privathaushalten entspricht. Von diesen waren 26.200 Personen Zuwanderer bzw. Zuwanderinnen der 1. und 7.000 Personen Zuwanderer bzw. Zuwanderinnen der 2. Generation. Im Österreichvergleich (22,1%) wies das Burgenland in diesem Jahr einen niedrigen Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung in Privathaushalten und gleichzeitig den niedrigsten Anteil über alle Bundesländer gesehen auf.

3.1.3 Geburten

Die Geburtenrate, die Fertilitätsrate und das Alter einer Mutter bei der Geburt ihres Kindes sind wichtige Kennzahlen zur Abbildung der demographischen und sozioökonomischen Situation, insbesondere zur Reproduktionsrate einer Bevölkerung, und finden sich auch in den europäischen Gesundheitsindikatoren (vgl. ECHIM, 2012). In diesem Kapitel werden die drei Kennzahlen für das Burgenland dargestellt.

3.1.3.1 Geburtenrate

Als Geburtenrate bzw. Geburtenziffer wird die Anzahl Lebendgeborener pro 1.000 Einwohner in einem Jahr bezeichnet. Diese Kennzahl stellt einen zentralen Indikator für das Bevölkerungswachstum dar.

Per 1.1.2015 betrug die Geburtenrate im Burgenland laut Daten der Landesstatistik Burgenland bzw. der Statistik Austria 7,8 pro 1.000 Einwohner. Seit dem Jahr 2011 (7,5) zeigt sich ein leichter Anstieg der Geburtenziffer.

Betrachtet man die Geburtenrate auf Ebene der NUTS3-Regionen, so zeigt sich, dass diese in der Region Nordburgenland (8,1) über jener in den Regionen Mittelburgenland (7,5) und Südburgenland (7,4) lag. Abbildung 8 gibt einen Überblick über die Entwicklung der Geburtenrate im Burgenland, in den einzelnen Regionen sowie in Gesamtösterreich zwischen 2007 und 2015.

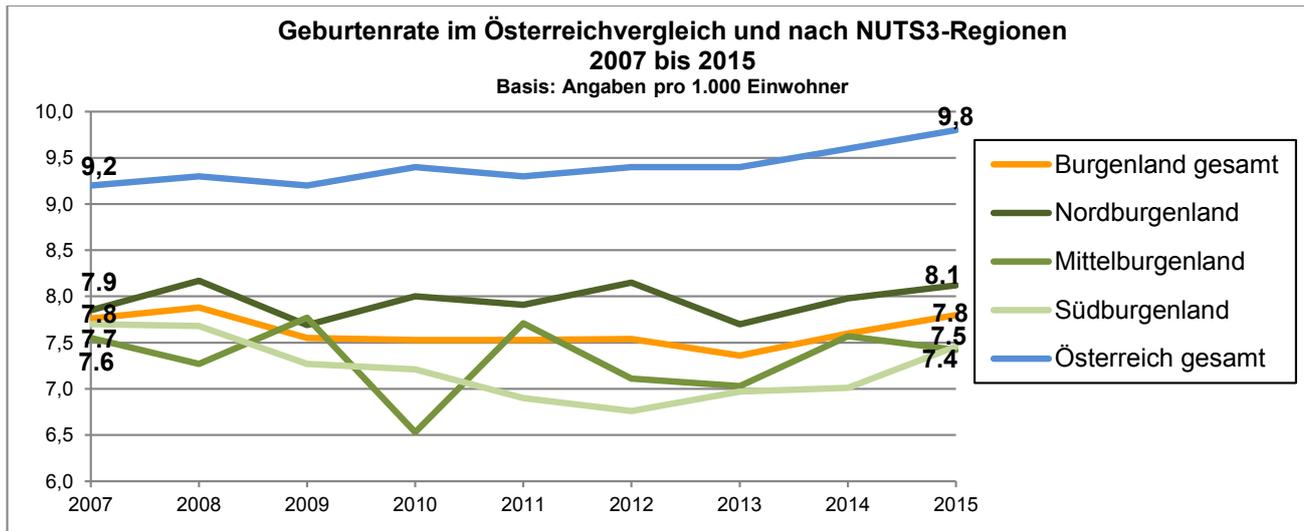


Abbildung 8: Geburtenrate im Österreichvergleich und nach NUTS3-Regionen 2007 bis 2015, Stand: 1.1.2015, Basis: Angaben pro 1.000 Einwohner, Quellen: Landesstatistik Burgenland, Statistik Austria, Eigene Erstellung

Die Bezirke Mattersburg (8,3) und Neusiedl am See (8,2) verzeichneten 2015 die höchste Geburtenrate. Der Bezirk Jennersdorf stellte mit einer Geburtenrate von 5,8 das Schlusslicht des Burgenlandes dar.

Die Geburtenrate des Burgenlandes lag mit Stichtag 1.1.2015 (7,8) deutlich unter der Geburtenrate Gesamtösterreichs (9,8). Auf die Geschlechter verteilt waren im Jahr 2015 51,8% (1.166) der Lebendgeborenen männlich und 48,2% (1.084) weiblich.

3.1.3.2 Fertilitätsrate

Die Fertilitätsrate, engl. „total fertility rate“, gibt die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau in gebärfähigem Alter (15 bis 49 Jahre) an (vgl. ECHIM, 2012).

Im Detail wurde für das Burgenland zur Darstellung dieser Kennzahl die Gesamtfertilitätsrate herangezogen. Diese zeigt, wie viele Kinder eine Frau im Laufe ihres Lebens durchschnittlich bekommen würde, wenn die im jeweiligen Kalenderjahr herrschenden altersspezifischen Fertilitätsverhältnisse in der Zukunft konstant blieben.

Im Burgenland betrug die Gesamtfertilitätsrate mit Stichtag 1.1.2016 1,41. Die Gesamtfertilitätsrate des Burgenlandes lag damit leicht unter dem Österreichschnitt (1,53).

Im Längsschnittvergleich zeigt sich, dass die Gesamtfertilitätsrate im Burgenland seit dem Jahr 2012 (1,30) zahlenmäßig anstieg, allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass bei der Datenerfassung der Landesstatistik Burgenland bzw. der Statistik Austria erst seit dem Jahr 2015 im Ausland Geborene von Müttern mit Wohnsitz in Österreich hinzugerechnet werden.

3.1.3.3 Alter der Mütter bei der Geburt ihres Kindes

Der europäische Gesundheitsindikator „mother's age distribution“ gibt das durchschnittliche Alter an, in dem eine Frau ihr erstes lebendgeborenes Kind bekommt (vgl. ECHIM, 2012). Zusätzlich wird im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings die Darstellung des Anteils der Lebendgeburten von Frauen unter 20 Jahren sowie des Anteils der Lebendgeburten von Frauen im Alter von 35 Jahren und mehr an allen Lebendgeburten empfohlen. Die Berechnung dieser beiden Anteile dient dazu, den Anteil jener Mütter darzustellen, die aufgrund ihres Alters eine Risikoschwangerschaft hatten. Eine Risikoschwangerschaft erhöht die Gefahr von Frühgeburten, die Mortalität des Kindes in der perinatalen Phase sowie Wachstumsstörungen des Kindes.

Im Burgenland lag das durchschnittliche Fertilitätsalter laut Daten der Landesstatistik Burgenland bzw. der Statistik Austria im Jahr 2016 bei 30,8 Jahren. Im Längsschnittvergleich zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg des Fertilitätsalters. Beispielsweise betrug das durchschnittliche Fertilitätsalter im Jahr 1992 26,8 Jahre, im Jahr 2005 bereits 29,1 Jahre und im Jahr 2011 29,9 Jahre. Die aktuellen Zahlen für das Burgenland aus dem Jahr 2016 (30,8) liegen etwa im Österreichschnitt (30,6).

Sieht man sich den Anteil der Frauen im Risikoalter bei der Geburt ihres ersten lebendgeborenen Kindes an allen Geburten an, so lag Burgenland im Jahr 2015 mit einem Anteil von 24,3% (546 Mütter, davon 36 unter 20 Jahren und 510 im Alter von 35 Jahren und mehr) geringfügig über dem Österreichschnitt (23,0%, 19.406 Mütter).

Ein Vergleich mit dem Berichtszeitraum des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2012 zeigt, dass der Anteil der Frauen, die ihr erstes Kind mit 35 Jahren oder mehr bekommen, stetig ansteigt. Waren im Jahr 2012 noch 18,9% über 35 Jahre alt, so waren es per 1.1.2015 bereits 22,7%.

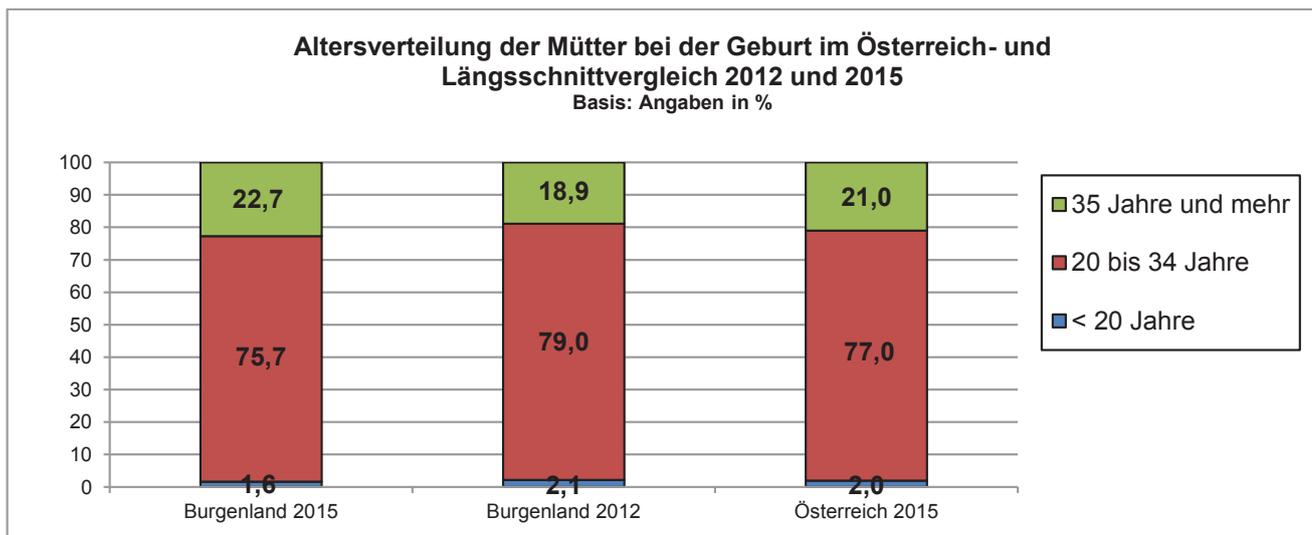


Abbildung 9: Altersverteilung der Mütter im Österreich- und Längsschnittvergleich 2012 und 2015, Stand: 2015, Basis: Angaben in %, Quellen: Landesstatistik Burgenland, Statistik Austria, Eigene Erstellung und Berechnungen

Abbildung 9 gibt einen Überblick über die Altersverteilung der Mütter im Burgenland im Österreich- sowie im Längsschnittvergleich.

3.1.4 Bevölkerungsprognose

Im Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitoring wird festgehalten, dass das Ziel von Bevölkerungsprognosen darin liegt, Aussagen über die voraussichtliche zukünftige Bevölkerungsgröße und -struktur zu treffen, indem bestimmte Annahmen in Hinblick auf Fertilität, Mortalität und Migration getroffen werden (vgl. ECHIM, 2012). Im Folgenden wird das ermittelte Hauptszenario der Statistik Austria für das Burgenland dargestellt.

Gemäß dem Hauptszenario zur Bevölkerungsentwicklung der Statistik Austria (vgl. Statistik Austria, 2017c) wird die Bevölkerungszahl des Burgenlandes zwischen 2017 und 2067, also in den nächsten 50 Jahren, von 291.942 auf 339.551 Personen ansteigen. Dies entspricht einem prognostizierten Bevölkerungszuwachs von 16,3%. Die österreichische Bevölkerung wird vergleichsweise zwischen 2017 (8.772.865) und 2067 (9.871.337) um 12,5% wachsen.

Betrachtet man die Geschlechterverteilung in der Zukunftsprognose von 50 Jahren, so zeigt das Hauptszenario der Statistik Austria ein vorausgerechnetes Wachstum von 14,4% (2067: 165.012) bei den burgenländischen Männern und 17,6% bei den burgenländischen Frauen (2067: 174.539) (s. Abbildung 10).

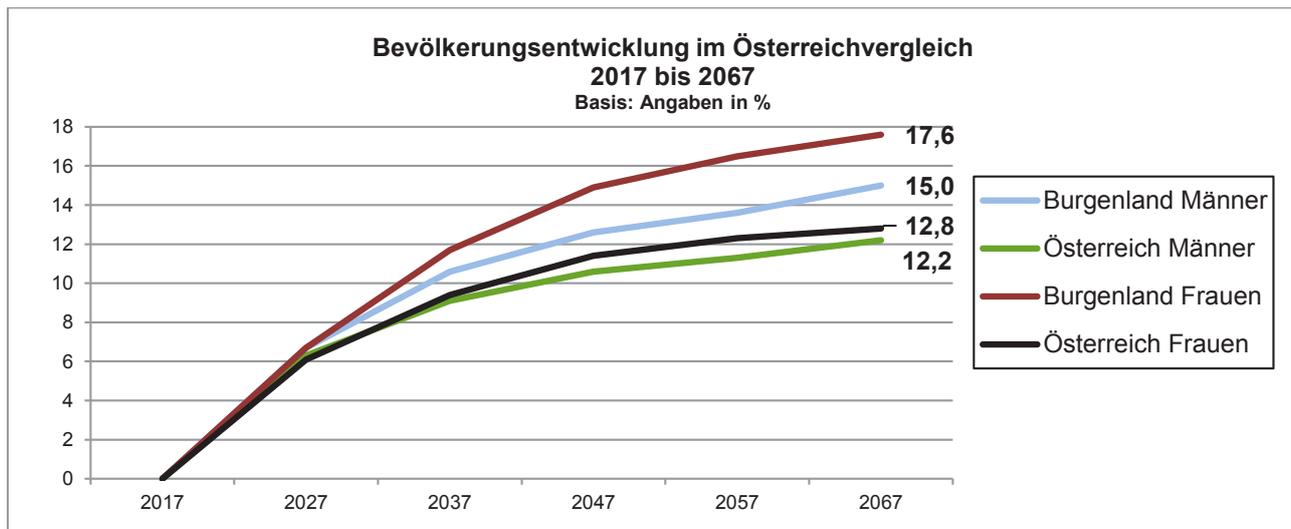


Abbildung 10: Bevölkerungsentwicklung im Österreichvergleich 2017 bis 2067, Stand: 2017, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria (2017c), Eigene Erstellung und Berechnungen

Neben der Darstellung der Bevölkerungsentwicklung im Allgemeinen ist auch die Bevölkerungsprognose separat für die einzelnen Altersgruppen empfehlenswert. Analog zum Burgenländischen Gesundheitsbericht 2012 erfolgt in Hinblick auf die altersspezifische Bevölkerungsprognose auch in diesem Bericht die Einteilung der Altersklassen in den Sprüngen 0 bis 19 Jahre, 20 bis 64 Jahre und 65 Jahre und mehr.

Die Prognosen weisen auf einen starken Anstieg der Altersklasse 65+ in den nächsten 50 Jahren hin (+ 51.289, 81,7%). Im Gegensatz dazu wird die Bevölkerungsgruppe der 20- bis 64-Jährigen gemäß den Prognosen abnehmen.

3.2 Sozialstruktur

Neben unveränderbaren Personenmerkmalen (Alter, Geschlecht) und der Staatsangehörigkeit bzw. dem Migrationshintergrund beeinflussen gemäß Dahlgren & Whitehead (1991) auch Faktoren wie Bildung, Beruf und Einkommen die Gesundheit der Bevölkerung.

Die Kennzahlen „Verteilung der Bevölkerung nach höchst-abgeschlossenem Bildungsstand“, „Verteilung der Bevölkerung nach Beschäftigungsklassen“, „Arbeitslosenquote“, „Verteilung der Bevölkerung nach Einkommensklassen“ und „Armutsgefährdungsquote“ stellen zentrale europäische Gesundheitsindikatoren dar (vgl. ECHIM, 2012). Die Kennzahlen dienen dazu, den sozioökonomischen Status von Personen zu bestimmen. Eine Stratifizierung von Gesundheitsdaten nach diesen Merkmalen ermöglicht es, soziale Ungleichheiten im Gesundheitszustand zu ermitteln. Im Folgenden werden die genannten Indikatoren für das Burgenland dargestellt.

3.2.1 Bildung

Generell wird im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings (vgl. ECHIM, 2012) empfohlen, die Bevölkerung bei der Darstellung des Bildungsstandes auf Basis der internationalen Bildungsklassifizierung (ISCED) in drei Gruppen einzuteilen (niedriger, mittlerer und hoher Bildungsstand). Konkret sollte dabei der Bildungsstand der Bevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren dargestellt werden. Während der zweitgenannten Empfehlung im vorliegenden Gesundheitsbericht nachgekommen wird, orientiert sich die Klassifikation der Bildungsschichten aus Gründen der Datenverfügbarkeit an der in Österreich üblichen Einteilungsvariante (Pflichtschulabschluss, Lehre, Berufsbildende Mittlere Schule, Matura, Studium oder Kolleg).

Im Jahr 2014 hatte die Mehrheit der burgenländischen Bevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren laut Statistik Austria (2017d) als höchste abgeschlossene Schulbildung einen Lehrabschluss (35,2%). Dabei entspricht der Anteil dieser „Bildungsgruppe“ an der gesamten 25- bis 64-jährigen Bevölkerung in etwa dem Österreichschnitt (34,6%).

Geschlechtsspezifisch betrachtet lässt sich vor allem bei den Lehrabschlüssen eine starke Differenz zwischen Männern und Frauen erkennen. So ist der Anteil der Männer mit Lehrabschluss (48,7%) an der gesamten burgenländischen männlichen Bevölkerung im Alter zwischen 25 und 64 Jahren deutlich höher als der Anteil der Frauen mit Lehrabschluss (21,7%) an der gesamten burgenländischen weiblichen Bevölkerung im Alter zwischen 25 und 64 Jahren. Ein umgekehrtes Bild zeigt sich beim höchsten Bildungsabschluss „Berufsbildende Mittlere Schule (BMS)“ und „Pflichtschule“. Während 23,3% der Frauen eine BMS und 26,0% eine Pflichtschule als höchsten Bildungsabschluss aufwiesen, lagen diese Prozentwerte bei den Männern weit darunter (BMS: 14,9%; Pflichtschule: 11,1%).

Seit Publikation des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2012 fand nur eine geringe Veränderung in Hinblick auf die Verteilung der Bevölkerung auf die einzelnen Bildungsschichten statt. Beispielsweise sank der Anteil der Burgenländer und Burgenländerinnen, die lediglich über einen Pflichtschulabschluss verfügen, von 20,3% (2010) auf 18,6% (2014), während der Anteil der Burgenländer und Burgenländerinnen mit akademischem Abschluss von 10,7% (2010) auf 12,4% (2014) anstieg. Somit zeigt sich im Längsschnitt ein genereller Anstieg des Bildungsstandes der burgenländischen Bevölkerung. Detailinformationen hierzu sind Abbildung 11 zu entnehmen.

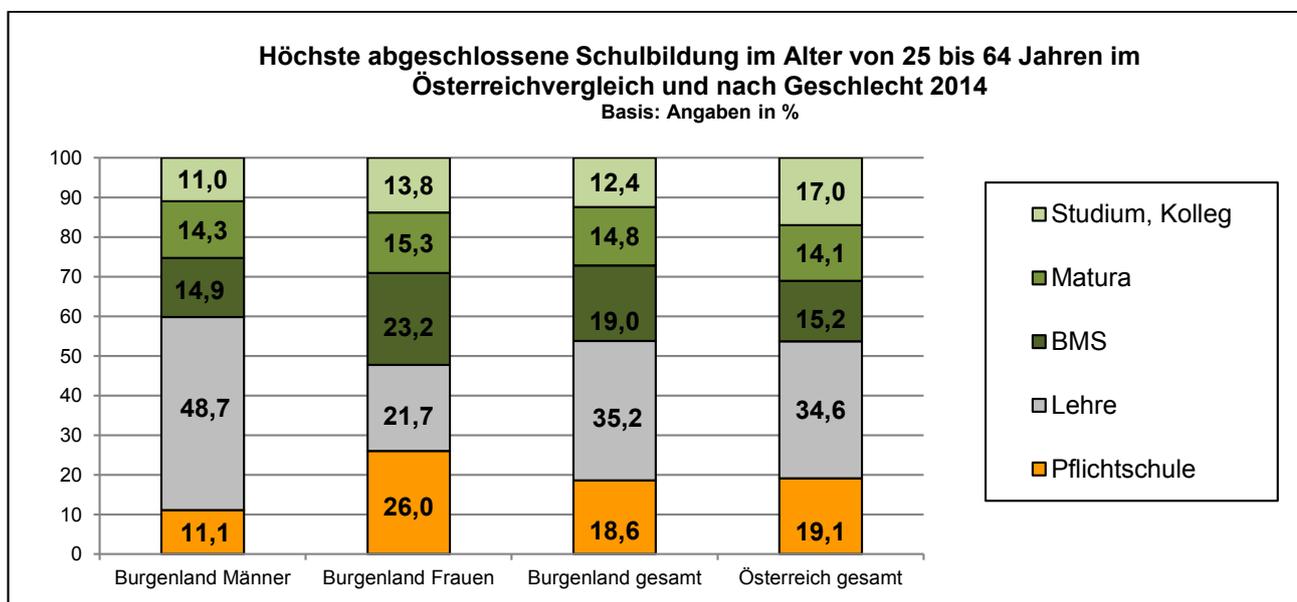


Abbildung 11: Höchste abgeschlossene Schulbildung im Alter von 25 bis 64 Jahren im Österreichvergleich und nach Geschlecht 2014, Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria (2017d), Eigene Erstellung und Berechnungen

Im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung wies das Burgenland im Jahr 2014 einen recht hohen Anteil an Personen mit BMS als höchst-abgeschlossenen Bildungsstand (Burgenland: 19,0%, Österreich: 15,2%) und einen niedrigen Anteil an Personen mit Studien- oder Kollegabschluss (Burgenland: 12,4%, Österreich: 17,0%) auf (s. Abbildung 11).

Auf Ebene der NUTS3-Regionen zeigt sich, dass die Region Südburgenland bei den höchsten Bildungsabschlüssen BMS (18,4%) und Matura (12,9%) im Vergleich zu den anderen Regionen den geringsten Anteil aufweist. In der Region Südburgenland hatten darüber hinaus 21,3% einen Pflichtschulabschluss, in der Region Mittelburgenland vergleichsweise 17,6% und in der Region Nordburgenland 17,1%.

3.2.2 Beschäftigung

Gemäß den europäischen Gesundheitsindikatoren gilt es im Rahmen eines Gesundheitsmonitorings, auch den Beschäftigungsstand der Bevölkerung darzustellen (vgl. ECHIM, 2012). Im Speziellen wird dabei eine detaillierte Klassifizierung von Beschäftigtengruppen vorgeschlagen. Im Folgenden wird vorwiegend aus Datenverfügbarkeitsgründen lediglich auf die Anzahl der Beschäftigten sowie den Anteil erwerbstätiger Personen an der Gesamtbevölkerung eingegangen. Im Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitoring wird die Darstellung dieser Kennzahl für die 25- bis 64-jährige Bevölkerung empfohlen. Im vorliegenden Bericht wird aus Gründen der Datenlage auf den Anteil Erwerbstätiger an der 15- bis 64-jährigen Bevölkerung (= erwerbsfähige Bevölkerung) eingegangen. Ergänzend dazu wird in diesem Kapitel das Thema der Arbeitslosigkeit behandelt.

Im Jahresdurchschnitt 2016 waren laut der Österreichischen Arbeitsmarktstatistik (vgl. Statistik Austria, 2017e) rund 132.300 Personen zwischen 15 und 64 Jahren (69,8% der 15- bis 64-jährigen Bevölkerung = Erwerbstätigenquote) im Burgenland als erwerbstätig gemeldet. Im Jahresdurchschnitt 2012 waren nahezu gleich viele (133.500) Burgenländer und Burgenländerinnen in diesem Alter erwerbstätig. Es zeigt sich, dass das Burgenland in Hinblick auf den Anteil erwerbstätiger Personen an der 15- bis 64-jährigen Bevölkerung leicht unter dem Österreichschnitt (71,5%) im Jahr 2016 lag.

Geschlechtsspezifisch betrachtet zeigt sich eine Erwerbstätigenquote von 73,7% (Österreich: 75,4%) innerhalb der burgenländischen männlichen und 65,9% (Österreich: 67,7%) innerhalb der weiblichen Bevölkerung.

3.2.2.1 Arbeitslosigkeit

Da Arbeitslosigkeit, insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit, ein Risikofaktor für gesundheitliche Benachteiligungen ist, bildet sie einen wichtigen Gesundheitsindikator. Im Detail soll gemäß den europäischen Gesundheitsindikatoren der Anteil der Arbeitslosen und Langzeitarbeitslosen (= mehr als ein Jahr arbeitslos) an der erwerbsfähigen Bevölkerung (im Alter von 15 bis 74 Jahren) dargestellt werden. Darüber hinaus wird empfohlen, die Arbeitslosigkeit innerhalb der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre (= Jugendarbeitslosigkeit) separat zu berechnen (vgl. ECHIM, 2012). Im vorliegenden Gesundheitsbericht wird den Empfehlungen im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings nachgekommen, indem die Arbeitslosenquote nach dem Messkonzept der International Labour Organization (ILO) dargestellt wird.

Im Jahresdurchschnitt 2016 waren 8.100 Arbeitslose im Burgenland gemeldet. Dies entspricht einer Arbeitslosenquote von 5,7%. Vergleichsweise waren im Jahresdurchschnitt 2012 6.500 Personen ab 15 Jahren (Arbeitslosenquote: 6,5%) im Burgenland arbeitslos.

In Österreich waren im Jahresdurchschnitt 2016 270.000 (6,0%) Personen arbeitslos. Somit lag das Burgenland in Hinblick auf die Arbeitslosenquote im Jahr 2016 leicht unter dem Österreichschnitt (s. Abbildung 12).

Vergleicht man die Zahlen der beiden Geschlechter im Jahresdurchschnitt 2016 miteinander, so lassen sich nur kleine Unterschiede feststellen. Während die Arbeitslosenquote der Burgenländer mit 5,6% unter dem der österreichischen männlichen Bevölkerung (6,5%) lag, wiesen Burgenländerinnen mit 5,9% eine geringfügig höhere Arbeitslosenquote als der Österreichschnitt der Frauen (5,6%) auf.

In der jungen Altersgruppe (15 bis 24 Jahre) waren im Burgenland im Jahresdurchschnitt 2016 2.100 Personen von Arbeitslosigkeit betroffen, was einer Arbeitslosenquote von 14,2% entspricht. In Österreich waren im Jahresdurchschnitt 2016 63.500 (11,2%) junge Österreicher und Österreicherinnen von Arbeitslosigkeit betroffen. Damit lag das Burgenland nach Wien (20,3%) in Hinblick auf die Jugendarbeitslosigkeit an zweiter Stelle.

Neben der Arbeitslosigkeit der jungen Altersgruppe stellt die Langzeitarbeitslosigkeit (länger als 12 Monate) einen weiteren europäischen Gesundheitsindikator dar (vgl. ECHIM, 2012). Im Burgenland traf im Jahresdurchschnitt 2016 „Langzeitarbeitslosigkeit“ auf 2.700 Personen zu, was einem Anteil von 33,3% an allen Arbeitslosen entspricht. In Gesamtösterreich galten im Jahr 2016 87.200 Personen und damit 32,3% aller Arbeitslosen als langzeitarbeitslos. Somit lag das Burgenland in Hinblick auf die Langzeitarbeitslosigkeit etwa im Österreichschnitt.

Arbeitslosenquote (ILO) im Österreich- und Längsschnittvergleich 2012 und 2016

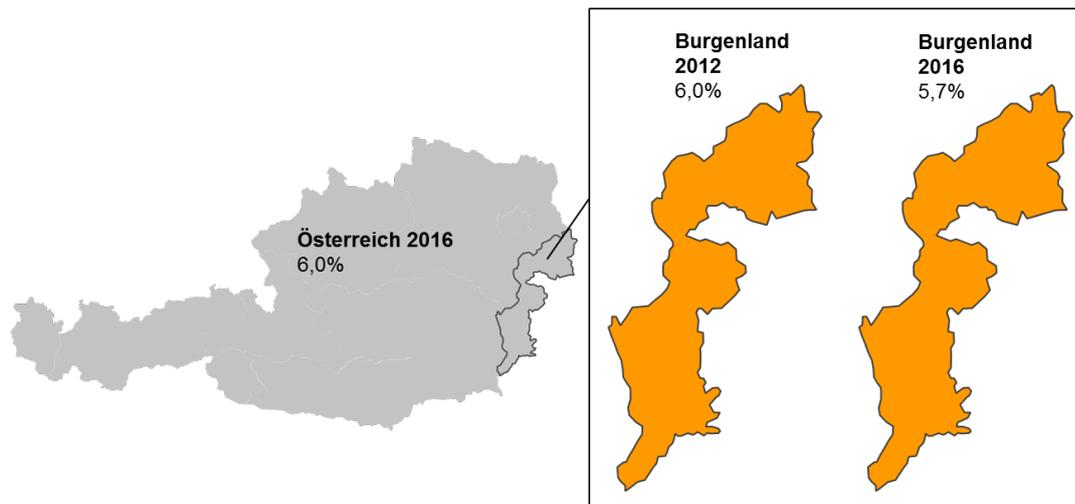


Abbildung 12: Arbeitslosenquote (ILO) im Österreich- und Längsschnittvergleich 2012 und 2016, Stand: 2016, Quelle: Statistik Austria (2017e), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg, Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung

Da ein Schwerpunkt des vorliegenden Gesundheitsberichtes auf der psychischen Gesundheit der Bevölkerung liegt (s. Kapitel 1), sollen im folgenden Abschnitt zentrale Ergebnisse eines Forschungsprojektes im Auftrag des Arbeitsmarktservice (AMS) Burgenland (vgl. AMS Burgenland, 2014) zur psychischen Gesundheit von Arbeitslosen im Burgenland überblicksmäßig dargestellt werden.

Gemäß den Ergebnissen des Projektes wiesen 5% der im Juli 2013 beim AMS Burgenland gemeldeten Personen eine psychiatrische Diagnose auf, wobei zusätzlich von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen wird. Am häufigsten traten affektive Störungen (z.B. Depressionen) sowie Erkrankungen aus der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (z.B. Angst- und Zwangserkrankungen) auf. Auf Basis einer Befragung verschiedener Personengruppen (Kunden und Kundinnen des AMS Burgenland, Mitarbeitende des AMS Burgenland, Experten und Expertinnen am Arbeitsmarkt) identifizierten die Projektverantwortlichen folgende Handlungsfelder zur Optimierung der Betreuung von psychisch erkrankten AMS-Kunden und AMS-Kundinnen:

- Kooperations- und Vernetzungsaktivitäten für Betroffene und Fachkräfte sollten forciert werden.
- Maßnahmen müssen sich am individuellen Beratungs-, Qualifikations- und/oder Unterstützungsbedarf der betroffenen Kunden und Kundinnen orientieren und nicht an leicht verfügbaren Angeboten.
- Berater und Beraterinnen des AMS müssen für psychische Erkrankungen sensibilisiert werden, um so früh wie möglich adäquate Interventionen einzuleiten und Fehlbelastungen bei Betroffenen zu vermeiden.
- Information und Transparenz im Kundenkontakt bzw. Prozessverlauf sind im Umgang mit psychisch erkrankten Personen notwendig.
- Es sollten zielgruppenspezifische Leitlinien und Arbeitshilfen etabliert werden.
- In Zukunft gilt es, betriebliche Erfahrungen, Zugänge und Barrieren weiterhin systematisch zu erforschen, zu dokumentieren und zu evaluieren, damit unternehmensbezogene Maßnahmen bedarfsgerecht ausgerichtet werden können (vgl. AMS Burgenland, 2014).

3.2.2.2 Pendler und Pendlerinnen

Obwohl sich in den europäischen Gesundheitsindikatoren kein Indikator zur Darstellung des Pendlerverhaltens findet (vgl. ECHIM, 2012), wird dieses Thema im vorliegenden Gesundheitsbericht, so wie auch im Burgenländischen Gesundheitsbericht 2012, kurz behandelt. Ein Grund hierfür ist, dass das regelmäßige Zurücklegen von langen Wegen in die Arbeit zu bestimmten physischen und psychischen Belastungen führen kann und auf lange Sicht die Gesundheit beeinträchtigen, Stress verursachen und negative Auswirkungen auf die Beziehung zwischen Arbeit und Familie haben kann. Berufspendler und -pendlerinnen leiden laut Studien (vgl. Stutzer & Frey, 2008; Universität Zürich, 2004) unter häufigen Kopf-, Rücken- und Nackenschmerzen und neigen zudem auch eher zu Übergewicht. Weitere Spätfolgen können Bluthochdruck, Herz-

Kreislaufkrankungen, Schlafstörungen, erhöhte Gereiztheit sowie Konzentrationsschwierigkeiten bei der Arbeit sein.

Im vorliegenden Gesundheitsbericht werden unter burgenländischen Pendlern und Pendlerinnen, so wie auch im Burgenländischen Gesundheitsbericht 2012, all jene Personen verstanden, die im Burgenland wohnhaft, aber außerhalb des Burgenlandes tätig sind und aus diesem Grund zumeist, wenn auch nicht immer, eher eine weite Distanz zu ihrer Arbeitsstelle zurücklegen müssen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Personen, die innerhalb des Burgenlandes eine große Distanz zwischen Arbeits- und Wohnort zurücklegen, in den nachfolgenden Zahlen nicht miteinfasst sind.

Im Jahr 2014 waren 49.496 Burgenländer und Burgenländerinnen an einem Dienstoff außerhalb des Burgenlandes tätig. Dies entspricht 36,8% der berufstätigen burgenländischen Bevölkerung im Jahr 2014. Die meisten Burgenländer und Burgenländerinnen pendelten in die Bundeshauptstadt Wien (25.353), nach Niederösterreich (15.856) und in die Steiermark (6.368). Im Jahr 2011 pendelten nahezu gleich viele Personen (49.865) in ein anderes Bundesland oder ins Ausland.

Die abgestimmte Erwerbsstatistik und Arbeitsstättenzählung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2016b) kam zu dem Ergebnis, dass 13,4% der erwerbstätigen Österreicher und Österreicherinnen in diesem Jahr in ein anderes Bundesland oder ins Ausland pendelten. Mit 36,8% lag das Burgenland damit an erster Stelle der meisten Bundeslandauspendler und -auspendlerinnen in ganz Österreich. An zweiter Stelle lag Niederösterreich mit 28,4%. In den restlichen Bundesländern bewegen sich die Werte zwischen 5,4% (Tirol) und 11,1% (Wien).

Daten der Landesstatistik Burgenland auf NUTS3-Regionsebene zeigen, dass Nordburgenländer und Nordburgenländerinnen am häufigsten (40,4%; 29.639) und Mittelburgenländer und Mittelburgenländerinnen am seltensten (30,2%; 5.092) in ein anderes Bundesland oder ins Ausland pendelten. Im Südburgenland lag der Anteil mit 33,4% (14.765) im Mittelfeld. Das häufige Auspendeln der Nordburgenländer und Nordburgenländerinnen dürfte an der geographischen Nähe zu Wien liegen.

Auf Bezirksebene zeigt sich, dass der Bezirk Jennersdorf mit 46,3% (3.782) den höchsten Anteil an Pendlern und Pendlerinnen aufweist, gefolgt vom Bezirk Neusiedl am See mit 43,3% (11.984).

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass aktuell leider keine Daten zu Wochen- und Tagespendlern bzw. Wochen- und Tagespendlerinnen im Speziellen vorliegen. Gerade diese Differenzierung wäre allerdings zur Abschätzung der gesundheitlichen Belastungen, die mit dem Pendeln einhergehen können, notwendig, da das Wochen- und Tagespendeln jeweils unterschiedliche Auswirkungen auf die Gesundheit haben kann.

Abschließend wird auf weitere Ausführungen zu Arbeitsbedingungen, insbesondere prekären Arbeitsverhältnissen, in Kapitel 5.3.2 hingewiesen.

3.2.3 Einkommen

Zahlreiche Studien bestätigen, dass sich Armut auf die Gesundheit von Personen auswirkt und Auslöser für unterschiedliche Erkrankungen, Gesundheitsbeschwerden und Risikofaktoren sein kann. Personen, die in Armut leben, schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand und ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter ein und weisen ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko auf (vgl. Lampert & Kroll, 2010). Diese Erkenntnisse verdeutlichen den hohen Stellenwert der Berücksichtigung von Einkommensungleichheiten im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung.

Konkret wurden folgende europäische Gesundheitsindikatoren zur Darstellung der Einkommenssituation von Bevölkerungen definiert: Anteil der Personen mit einem Einkommen unter der Armutsgrenze (= Armutsgefährdungsquote); 20/80-Verhältnis des Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens (= Maß zur Beschreibung von Einkommensungleichheit und damit zur Quantifizierung sozialer Ungleichheit) (vgl. ECHIM, 2012).

Die Armutsgefährdungsquote wird im Folgenden in der empfohlenen Form für das Burgenland dargestellt. Dabei beschreibt diese Kennzahl den Anteil der Personen an der Gesamtbevölkerung, deren äquivalisiertes Haushaltseinkommen unter der Armutsgefährdungsschwelle liegt. Das Äquivalenzeinkommen beschreibt das gewichtete verfügbare Haushaltseinkommen, wobei die Gewichtung auf Basis der EU-Skala vorgenommen und das verfügbare Haushaltseinkommen durch die Summe der Gewichte je Haushalt dividiert wird (vgl. ECHIM, 2012).

Das 20/80-Verhältnis des Gesamteinkommens kann für das Burgenland in der empfohlenen Form nicht dargestellt werden, da lediglich Daten auf nationaler Ebene vorliegen. Stattdessen werden, wie auch im Burgenländischen Gesundheitsbericht 2012, die Einkommensquartile bzw. -viertel dargestellt. Ein Quartil (Einkommensviertel) teilt das Einkommen der Bevölkerung in vier gleich große Teile, wovon 25% unterhalb des ersten Quartils liegen, das zweite Quartil dem Median entspricht, 75% unterhalb und 25% oberhalb des dritten Quartils liegen.

Zudem werden im Folgenden die durchschnittlichen Brutto- und Nettobezüge der beschäftigten Burgenländer und Burgenländerinnen sowie der Pensionisten und Pensionistinnen im Burgenland dargestellt.

Im Burgenland waren gemäß der EU-Erhebung „Community Statistics on Income and Living Conditions“ (EU-SILC) 2016 (vgl. Statistik Austria, 2017f) im Jahr 2016 45.000 Personen armutsgefährdet. Dies entspricht einer Armutsgefährdungsquote von 14,9%.

Aufgrund jährlicher Schwankungen wurde zur Darstellung der Armutsgefährdung im Österreichvergleich ein Vier-Jahresdurchschnittswert (2013 bis 2016) berechnet. In diesem Zeitraum betrug die Armutsgefährdungsquote im Burgenland durchschnittlich 10,6%. Der Vier-Jahresdurchschnittswert für Österreich lag bei 14,1%.

Das Ausmaß jährlicher Schwankungen zeigt sich vor allem im Längsschnittvergleich: Während seit Publikation des vergangenen Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2012 die Armutsgefährdungsquote von 14,0% im Jahr 2011 auf 14,9% im Jahr 2014 nur gering anstieg, ergibt eine Berechnung der Jahresdurchschnittswerte einen Rückgang der Armutsgefährdungsquote von 12,5% (Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011) auf 10,6% (Jahresdurchschnitt 2013 bis 2016).

Um einen Vergleich der Einkommensverteilung im Burgenland mit jener in Gesamtösterreich herzustellen, wurden die österreichischen Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen als Referenzwerte in vier Quartile geteilt. Auch hierfür wurden neben den aktuellsten Werten (2016) aufgrund jährlicher Schwankungen Jahresdurchschnittswerte (2013 bis 2016) berechnet.

Die Berechnung des Vier-Jahresdurchschnittswertes (2013 bis 2016) zeigt folgende Verteilung der Bevölkerung auf die Einkommensviertel: 20% der Bevölkerung können dem untersten Einkommensviertel zugeordnet werden. 26% fallen in das zweite Einkommensviertel. 28% können dem 3. und weitere 26% dem vierten Einkommensviertel zugerechnet werden. Damit zeigt sich unter Heranziehen der Referenzwerte von 25% pro Einkommensquartil eine eher günstige Situation für das Burgenland.

Eine weitere Kennzahl zur Beschreibung der Einkommenssituation, die zwar keinen europäischen Gesundheitsindikator darstellt, jedoch aus der Lohnsteuerstatistik für Österreich (vgl. Statistik Austria, 2016c) generiert werden kann, ist der Median der Brutto- und Nettobezüge von Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen (mit ganzjährigen Bezügen). Dieser wird im Folgenden separat für die beiden Geschlechter dargestellt, um Einkommensvor- bzw. -nachteile ermitteln zu können.

Im Jahr 2015 lag der Median der Bruttobezüge bei burgenländischen Männern mit ganzjährigen Bezügen bei 41.327 €, jener der Nettobezüge bei 27.456 €. Burgenländische Frauen mit ganzjährigen Bezügen wiesen einen Bruttobezug von 34.155 € und einen Nettobezug von 19.266 € (Median) auf. Vergleicht man die Bruttobezüge von Männern mit jenen von Frauen, so ergibt sich ein Einkommensvorteil der Männer gegenüber den Frauen von 21,0%.

Mit den Werten liegt das Burgenland etwa im Österreichschnitt, bei den Nettobezügen weist das Burgenland sogar günstigere Werte als Gesamtösterreich auf (Median Männer Bruttobezug: 41.396 €, Nettobezug: 26.861 €; Median Frauen Bruttobezug: 34.234 €, Nettobezug: 18.998 €; Einkommensvorteil Männer: 20,9%).

Seit dem Jahr 2013 kann im Burgenland eine Verringerung des Einkommensvorteils der Männer gegenüber den Frauen festgestellt werden (Männer: 46.392 €, Frauen: 36.267 €, Einkommensvorteil Männer: 27,9%).

Auf Regionsebene zeigt sich für das Jahr 2015 eine eher ungünstigere Situation in Hinblick auf eine geschlechtergerechte Einkommensverteilung in den NUTS3-Regionen Süd- und Mittelburgenland im Vergleich zum Nordburgenland. Auch in Hinblick auf die Brutto- und Nettobezüge sind Personen im Süd- und Mittelburgenland gegenüber jenen im Nordburgenland im Nachteil.

Betrachtet man die Jahresnettobezüge (Median) von Pensionisten und Pensionistinnen mit und ohne ganzjährigen Bezügen, so zeigt sich im Österreichvergleich eine eher ungünstige Einkommenssituation für das Burgenland (Burgenland: 16.630 €, Österreich: 17.020 €).

Auf Regionsebene betrachtet weisen Pensionisten und Pensionistinnen im Nordburgenland einen höheren Jahresnettobezug als jene im Süd- und Mittelburgenland (15.529 €) auf.

3.3 Geschlechterspezifika

Generell lebten im Burgenland per 1.1.2017 mit 148.416 Personen (50,8%) etwas mehr Frauen als Männer (143.526; 49,2%). Altersspezifisch betrachtet zeigt sich vor allem in der Altersgruppe 75+ eine deutliche Dominanz des weiblichen Geschlechts: Während „nur“ 8,6% aller burgenländischen Männer 75 Jahre und älter sind, liegt dieser Anteil bei den burgenländischen Frauen bei 12,8%. Für die nächsten 50 Jahre (bis 2067) wird weiter ein stärkerer Anstieg der weiblichen burgenländischen Bevölkerung (+ 17,6%) im Vergleich zur männlichen (+ 15,0%) prognostiziert.

Im Durchschnitt wies eine burgenländische Frau in gebärfähigem Alter (15 bis 49 Jahre) mit Stichtag 1.1.2016 eine Kinderzahl von 1,41 (Österreich: 1,53) auf. Eine „typische“ burgenländische Frau bekam im Jahr 2016 ihr erstes Kind mit 30,8 Jahren (Österreich: 30,6 Jahre).

Betrachtet man den Bildungsstand der beiden Geschlechter für das Jahr 2014, so zeichnet sich folgendes Bild ab: Zwar gab mit einem Prozentsatz von 26,0% ein deutlich höherer Anteil der Frauen zwischen 25 und 64 Jahren als der Männer (11,1%) an, lediglich einen Pflichtschulabschluss als höchste abgeschlossene Schulbildung zu haben, allerdings wies ein etwas höherer Anteil der Frauen im Burgenland eine Matura (15,3%) oder einen Studienabschluss auf (13,8%; Männer Matura: 14,3%; Studium: 11,0%).

In Hinblick auf die Beschäftigung zeigt sich erwartungsgemäß eine höhere Erwerbstätigenquote bei den Burgenländern (73,7%) im Vergleich zu den Burgenländerinnen (65,9%). Die Arbeitslosenquote bei beiden Geschlechtern ist allerdings ungefähr gleich hoch (Männer 2016: 5,6%; Frauen: 5,9%).

Betrachtet man die Einkommenssituation, so zeigt sich (noch immer) ein deutlicher Einkommensvorteil der burgenländischen Männer gegenüber den Frauen. Während die Jahresnettoeinkünfte bei Männern (Median) im Jahr 2016 im Durchschnitt bei 27.456 € lagen, waren es bei Frauen 19.266 €. Dies entspricht einem Einkommensvorteil der Männer gegenüber den Frauen von 21,0%.

3.4 Zusammenfassende Übersicht zu Kapitel 3

Zusammenfassend zeigen sich in Hinblick auf einzelne soziodemographische Merkmale im Burgenland im Längsschnitt-, Österreich- und Regionenvergleich durchaus Unterschiede, die in Tabelle 4 überblicksmäßig dargestellt sind. In der Tabelle sind jene Gesundheitsindikatoren zu diesem Themenbereich angeführt, bei denen

- in den vergangenen Jahren nennenswerte Veränderungen stattfanden,
- Burgenland im Vergleich zu Gesamtösterreich unter- oder überdurchschnittliche Werte aufweist und/oder
- nennenswerte Unterschiede zwischen den Regionen des Burgenlandes feststellbar sind.

Ist die aktuelle Zahl für das Burgenland im Längsschnitt- bzw. Österreichvergleich als überdurchschnittlich „gut“ zu werten, so ist diese in der nachfolgenden Tabelle grün hinterlegt. Sind hingegen „Verslechterungen“ im Längsschnittvergleich feststellbar bzw. fallen die Werte für das Burgenland „schlechter“ als für Gesamtösterreich aus, so ist die Zahl rot hinterlegt. Bei Kennzahlen, die als neutral (weder gut noch schlecht) zu werten sind, jedoch nennenswerte Unterschiede im Längsschnitt- bzw. Österreichvergleich bestehen, ist die Zahl gelb hinterlegt. Unterschiede zwischen den Regionen werden in der letzten Spalte der Tabelle textlich erläutert.

In Hinblick auf den Zeithorizont ist zu erwähnen, dass die im Österreich- und Regionenvergleich angeführten Daten stets die jüngst verfügbaren Zahlen sind und sich auf den im Längsschnittvergleich angeführten „aktuelleren“ Zeitraum beziehen.

Tabelle 4: Zusammenfassende Übersicht zu Kapitel 3, Quelle: Eigene Erstellung

Gesundheits- indikator	Längsschnittvergleich		Österreichvergleich		Regionenvergleich
	1.1.2017	1.1.2012	Burgenland	Österreich	
Anteil der Altersgruppe 60+ an der Gesamtbevölkerung	1.1.2017	1.1.2012	Burgenland	Österreich	In den NUTS3-Regionen Mittelburgenland (30,4%) und Südburgenland (29,4%) liegt der Anteil der über Sechzigjährigen höher als in der Region Nordburgenland (26,8%).
	28,2%	26,2%	28,2%	24,3%	
Anteil ausländischer Staatsangehöriger an der Gesamtbevölkerung	1.1.2017	1.1.2012	Burgenland	Österreich	In der NUTS3-Region Nordburgenland (9,7%) ist der Anteil ausländischer Staatsangehöriger höher als in den Regionen Mittelburgenland (6,4%) und Südburgenland (7,3%).
	8,5%	6,1%	8,5%	18,1%	
Geburtenrate (Anzahl Lebendgeborener pro 1.000 Einwohner)	1.1.2015	1.1.2011	Burgenland	Österreich	In der NUTS3-Region Nordburgenland (8,1) liegt die Geburtenrate über jener der Regionen Mittelburgenland (7,5) und Südburgenland (7,4).
	7,8	7,5	7,8	9,8	
Anteil jener mit Matura oder Studium/Kolleg an der Gesamtbevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren	2014	2010	Burgenland	Österreich	In der NUTS3-Region Nordburgenland (30,0%) ist der Anteil jener mit Matura oder Studium/Kolleg höher als in den Regionen Mittelburgenland (24,6%) und Südburgenland (23,6%).
	27,2%	24,6%	27,2%	31,1%	
Anteil der Auspendler und Auspendlerinnen in andere Bundesländer an allen Erwerbstätigen	2014	2010	Burgenland	Österreich	In der NUTS3-Region Nordburgenland (40,4%) pendelt ein höherer Anteil in ein anderes Bundesland als in den Regionen Mittelburgenland (30,2%) und Südburgenland (33,4%).
	36,8%	34,1%	36,8%	13,4%	
Armutsgefährdungsquote	Jahresdurchschnitt 2013 bis 2016	Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011	Burgenland	Österreich	<i>Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.</i>
	10,6%	12,5%	10,6%	14,1%	

4 GESUNDHEITZUSTAND

Neben der Darstellung der soziodemographischen Kennzahlen sollten auch Daten zum allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung Bestandteil eines jeden Gesundheitsberichtes sein, da sie Auskunft über die aktuelle gesundheitliche Situation in einer Region geben.

Die folgenden europäischen Gesundheitsindikatoren dienen der Beschreibung des Gesundheitszustandes von Bevölkerungen (vgl. ECHIM, 2012):

- Lebenserwartung
- Lebenserwartung in guter Gesundheit
- Säuglingssterblichkeit und perinatale Sterblichkeit
- Gesamtmortalität und ursachenbezogene Mortalität
- Selbstmordrate
- Übertragbare Krankheiten, insbesondere Humane Immundefizienz-Virus (HIV)/Aids
- Krebsinzidenz
- Registrierte und selbst-berichtete Morbiditäten (Diabetes, Demenz, Depression, akuter Myokardinfarkt, Schlaganfall, Asthma, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD))
- Geringes Geburtsgewicht
- Subjektiver Gesundheitszustand und psychisches Wohlbefinden
- Körperliche Beeinträchtigungen
- Body Mass Index (BMI)

Das Kapitel „Gesundheitszustand“ nimmt Bezug auf die übergeordnete Vision der Österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele, nämlich die Steigerung der gesunden Lebensjahre bis zum Jahr 2020 um durchschnittlich zwei Jahre. Obwohl die allgemeine Lebenserwartung der österreichischen Staatsbürger und Staatsbürgerinnen zwar über dem Durchschnitt der OECD-Staaten liegt, liegt die Zahl der in guter Gesundheit erlebten Jahre darunter (BMGF, 2017a). Wie viele gesunde Lebensjahre Burgenländer und Burgenländerinnen erleben und inwieweit sich diese vom Österreichschnitt unterscheiden, wird in diesem Kapitel dargestellt.

4.1 Lebenserwartung

Der europäische Gesundheitsindikator „life expectancy“, also „Lebenserwartung“, gibt die Anzahl an Lebensjahren an, die ein durchschnittlicher Burgenländer bzw. eine durchschnittliche Burgenländerin hat. Zur Beschreibung der Lebenserwartung von Bevölkerungen dient die Lebenserwartung ab der Geburt, aber auch die Lebenserwartung ab einem bestimmten Alter (z.B. ferne Lebenserwartung ab dem 65. Lebensjahr) (vgl. ECHIM, 2012).

Grundsätzlich handelt es sich bei der Lebenserwartung um einen Basisindikator zur Beschreibung des allgemeinen Gesundheitszustandes einer Bevölkerung.

4.1.1 Lebenserwartung bei der Geburt

Im Burgenland betrug die durchschnittliche Lebenserwartung laut Landesstatistik Burgenland bzw. Statistik Austria (2017g) bei der Geburt im Jahr 2016 bei Männern 79,3 und bei Frauen 84,2 Jahre. Somit wurden Burgenländerinnen in diesem Jahr im Schnitt um 4,9 Jahre älter als Burgenländer. Zwischen 2012 und 2016 stieg die Lebenserwartung bei Geburt bei beiden Geschlechtern um rund 1,6 Jahre an und liegt etwa im Österreichschnitt (Männer: 79,2; Frauen: 84,1). Abbildung 13 zeigt die Entwicklung der Lebenserwartung bei der Geburt burgenländischer Männer und Frauen im Österreichvergleich zwischen 2011 und 2016.

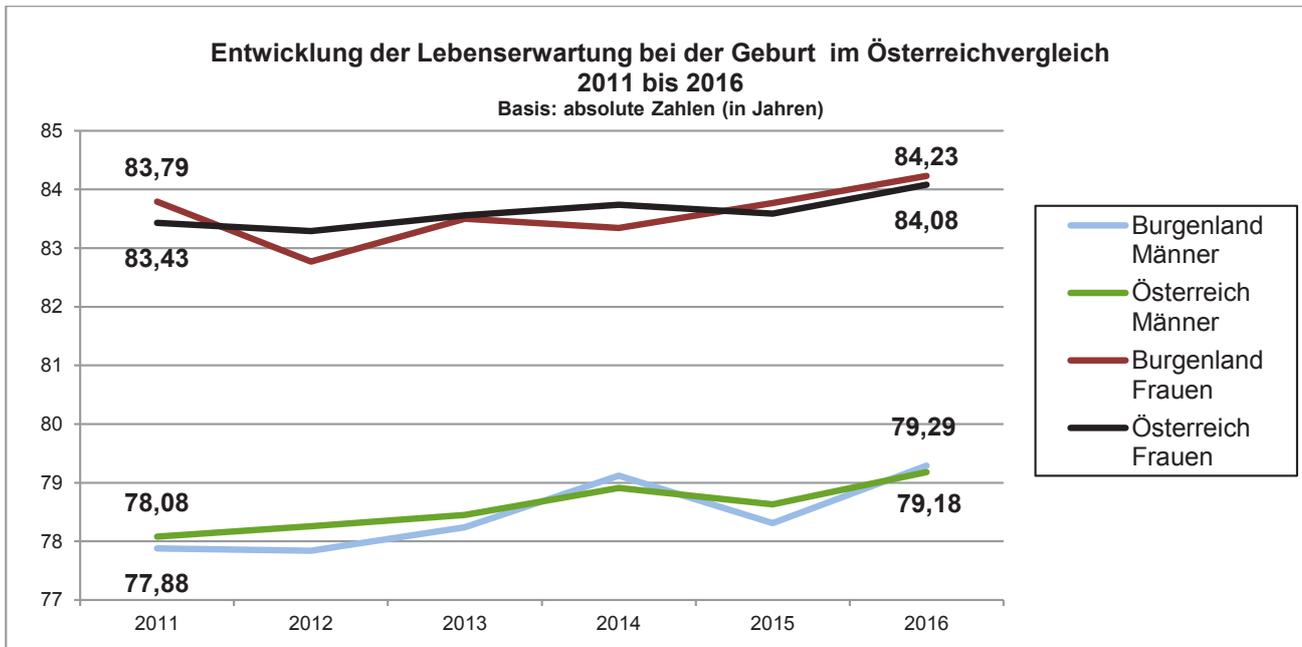


Abbildung 13: Entwicklung der Lebenserwartung bei der Geburt im Österreichvergleich 2011 bis 2016, Stand: 2016, Basis: absolute Zahlen (in Jahren), Quellen: Landesstatistik Burgenland, Statistik Austria (2017g), Eigene Erstellung

Prognosen zufolge wird die Lebenserwartung sowohl bei Frauen als auch bei Männern bis zum Jahr 2036 weiter ansteigen. Schätzungen zufolge werden burgenländische Frauen im Jahr 2036 durchschnittlich um 2,9 Jahre älter werden. Für Gesamtösterreich werden im Vergleich dazu mehr zusätzliche Jahre (+ 3,1) prognostiziert. Ein stärkerer Anstieg der Lebensjahre wird bei Männern prognostiziert. So sollen Burgenländer bis zum Jahr 2036 um durchschnittlich 3,6 Jahre älter werden (Österreich: + 3,8).

Auf Regionsebene des Burgenlandes zeigt sich, dass die Lebenserwartung bei der Geburt im Jahr 2016 bei Männern in der NUTS3-Region Mittelburgenland am höchsten (79,9), in der Region Südburgenland am niedrigsten (78,9) war. Bei den burgenländischen Frauen zeigte sich in diesem Jahr die höchste Lebenserwartung in der NUTS3-Region Südburgenland (83,8), die niedrigste in der Region Mittelburgenland (83,3).

Betrachtet man die Lebenserwartung auf Bezirksebene, so zeigt sich, dass diese bei den burgenländischen Männern mit 78,2 Jahren in Güssing am niedrigsten und mit 79,9 Jahren in Oberpullendorf am höchsten war. Im Bezirk Neusiedl am See lebende Frauen (84,5) wiesen die höchste, im Bezirk Mattersburg lebende (82,4) die niedrigste Lebenserwartung bei der Geburt auf.

Auf Bundeslandebene liegen keine Zahlen zur Lebenserwartung in Abhängigkeit des Bildungsstandes vor. Zahlen auf der Ebene Gesamtösterreichs deuten allerdings darauf hin, dass mit steigendem Bildungsabschluss die Lebenserwartung steigt.

4.1.2 Ferne Lebenserwartung

Unter der fernen Lebenserwartung wird die durchschnittliche Anzahl an Lebensjahren verstanden, die ab einem bestimmten Alter einer Person noch zu erwarten ist.

Im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings wird empfohlen, neben der Lebenserwartung bei der Geburt auch die ferne Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren darzustellen (vgl. ECHIM, 2012).

Die ferne Lebenserwartung eines 65-jährigen Burgenländers betrug im Jahr 2016 laut Statistik Austria 18,1 Jahre. Eine 65-jährige Burgenländerin hatte durchschnittlich noch weitere 21,2 Jahre und somit 3,1 Jahre mehr als ein burgenländischer Mann in diesem Alter zu erwarten. Auf der Ebene Gesamtösterreichs zeigen sich nahezu gleich hohe Werte (Männer: 18,3 Jahre; Frauen: 21,5 Jahre).

Seit dem Jahr 2011 zeigt sich, ebenso wie bei der Lebenserwartung bei der Geburt, ein leichter Anstieg der fernen Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren bei beiden Geschlechtern (s. Abbildung 14).

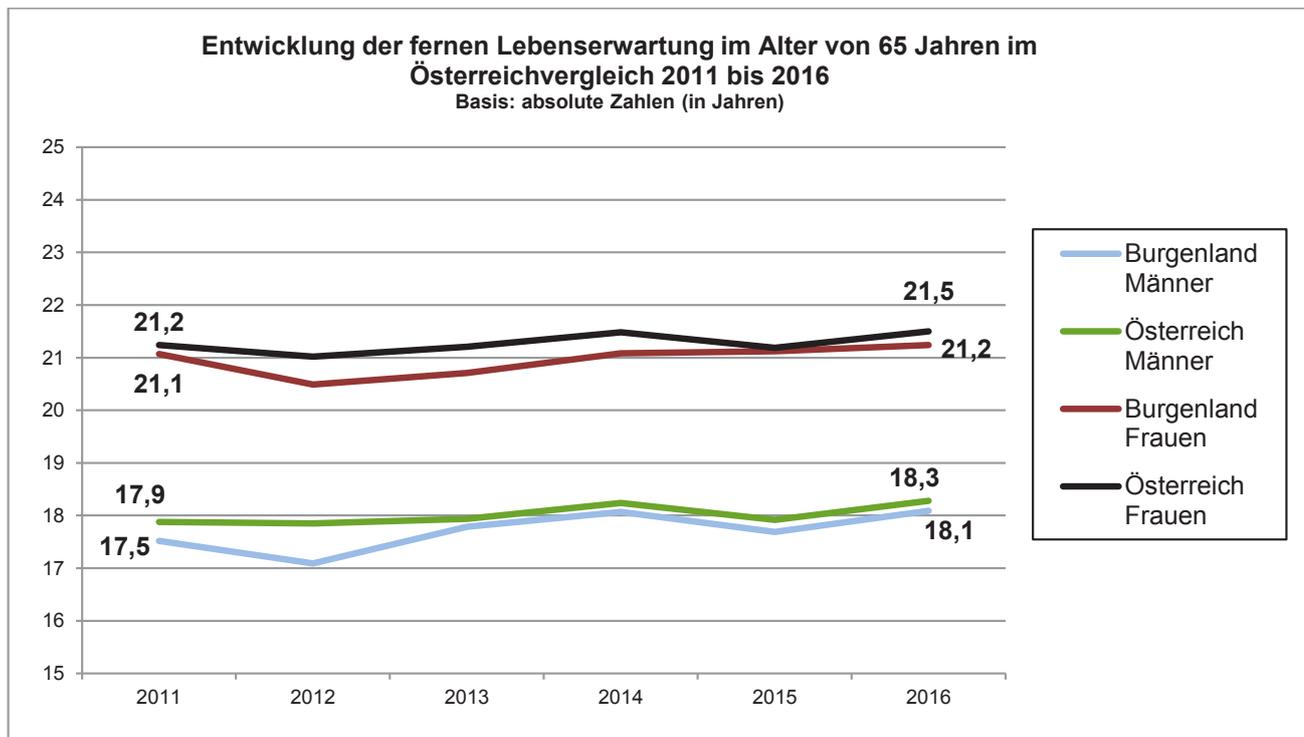


Abbildung 14: Entwicklung der fernen Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren im Österreichvergleich 2011 bis 2016, Stand: 2016, Basis: absolute Zahlen (in Jahren), Quelle: Statistik Austria, Eigene Erstellung

Gemäß dem Hauptszenario der Statistik Austria wird für das Burgenland bis zum Jahr 2036 ein Anstieg der fernen Lebenserwartung bei 65-jährigen Frauen um 2,3 Jahre prognostiziert. Burgenländische 65-jährige Männer können laut Prognosen bis zum Jahr 2036 mit durchschnittlich 2,4 zusätzlichen Jahren rechnen als noch heute. Im Österreichschnitt zeigt sich ein ähnliches Bild (Frauen: + 2,3; Männer: + 2,5).

Auf Ebene der einzelnen Regionen liegen keine Zahlen zur fernen Lebenserwartung vor.

4.1.3 Lebenserwartung in guter Gesundheit

Neben den bisher erläuterten Kennzahlen zur Lebenserwartung sind auch die Lebensjahre, die in guter Gesundheit verbracht werden, wesentlich, um den Gesundheitszustand eines Landes zu messen. Konkret meint der Begriffskomplex „Lebenserwartung in guter Gesundheit“ die Anzahl an Lebensjahren einer Person, die in guter Gesundheit, also in Abwesenheit von etwaigen langfristigen Gesundheitseinschränkungen verbracht werden. Mithilfe der Kennzahl „Lebenserwartung in guter Gesundheit“ kann die Frage beantwortet werden, ob mit der Steigerung der Lebenserwartung auch ein längeres Leben in guter Gesundheit einhergeht oder ob es lediglich zu einer Verlängerung der Krankheitsdauer kommt. In diesem Kapitel wird die für die burgenländische Bevölkerung vorausberechnete Lebenserwartung in guter Gesundheit betrachtet.

Der europäische Gesundheitsindikator „Lebenserwartung in guter Gesundheit“ wird berechnet, indem Lebensjahre mit langfristigen Gesundheitseinschränkungen einer Person von der allgemeinen Lebenserwartung abgezogen werden. Zur Berechnung der Lebensjahre in guter Gesundheit werden dabei Morbiditäts- und Mortalitätskennzahlen benötigt (vgl. ECHIM, 2012).

Auf Österreichebene findet regelmäßig eine Gesundheitsbefragung statt, die unter anderem den subjektiven Gesundheitszustand der Bevölkerung ermittelt (s. Kapitel 2.2.3). Die folgenden Daten zur gesunden Lebenserwartung beruhen auf Ergebnissen dieser Befragung aus dem Jahr 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a), wobei Zahlen der Sterbetafel und Antworten auf die Frage zur subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit herangezogen wurden.

4.1.3.1 Lebenserwartung in guter Gesundheit bei der Geburt

Aufgrund einer Änderung der Antwortkategorien im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung wird darauf hingewiesen, dass ein Vergleich der Zahlen zur Lebenserwartung in guter Gesundheit aus dem Jahr 2014 mit jenen aus den Jahren 2006/07 (vgl. Statistik Austria, 2007) nicht möglich ist.

Ebenfalls darauf hingewiesen wird, dass auf Bundeslandebene zwar Daten zur Lebenserwartung in guter Gesundheit vorliegen, jedoch Daten auf Regions- und Bezirksebene nicht von der Statistik Austria ausgewertet bzw. veröffentlicht wurden. Diese beiden Anmerkungen gelten auch für die Darstellung der fernen Lebenserwartung in guter Gesundheit im Alter von 65 Jahren (s. Kapitel 4.1.3.2).

Laut den Berechnungen der Statistik Austria verbrachten Männer im Burgenland im Jahr 2014 durchschnittlich 82% (64,7 Jahre) und Frauen 74% (61,7 Jahre) ihres Lebens in (sehr) guter Gesundheit. Somit wiesen burgenländische Männer im Durchschnitt um drei gesunde Lebensjahre mehr auf als burgenländische Frauen. Stellt man hier einen Bezug zur allgemeinen Lebenserwartung im Jahr 2014 her, so zeigt sich, dass obwohl burgenländische Frauen im Durchschnitt um 4,2 Jahre älter wurden als Männer, sie weniger Lebensjahre in (sehr) guter Gesundheit hatten.

Im Österreichvergleich zeigt sich, dass die Lebenserwartung in guter Gesundheit bei der Geburt im Jahr 2014 im Burgenland sowohl bei Männern (Österreich: 65,9) als auch bei Frauen (Österreich: 66,6) unter dem Österreichschnitt lag (s. Abbildung 15). Im Bundesländervergleich weist das Burgenland bei beiden Geschlechtern die wenigsten gesunden Lebensjahre auf.

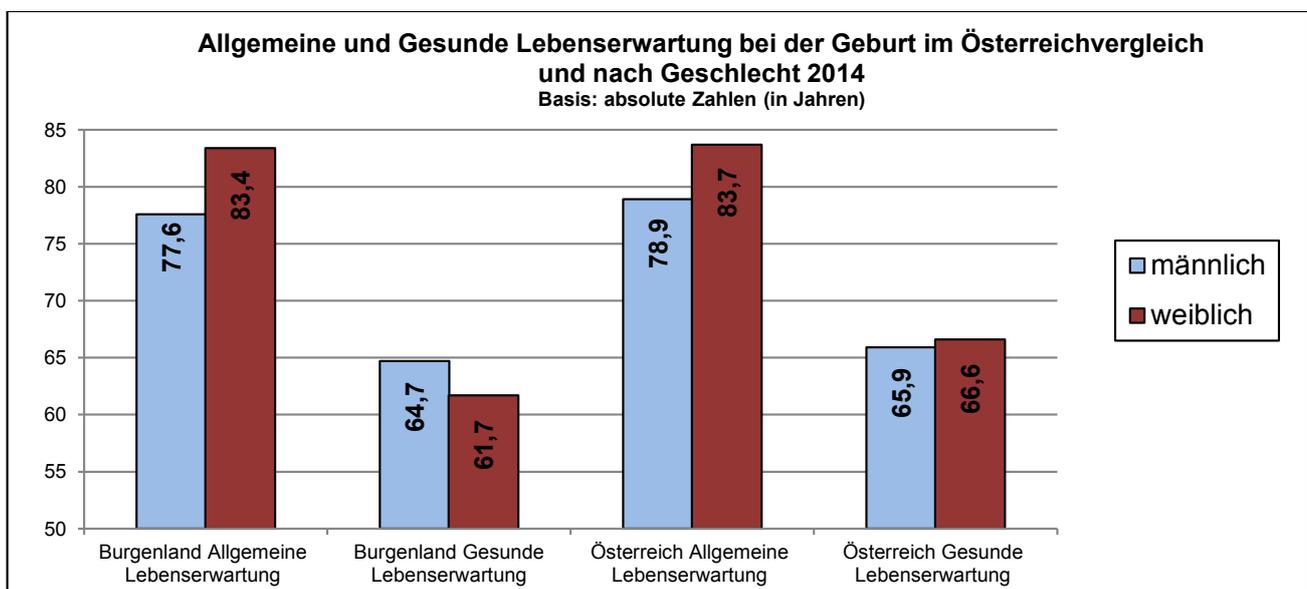


Abbildung 15: Allgemeine und Gesunde Lebenserwartung bei der Geburt im Österreichvergleich und nach Geschlecht 2014, Stand: 2014, Basis: absolute Zahlen (in Jahren), Quelle: Statistik Austria, Eigene Erstellung

Ob der Bildungsabschluss der Burgenländer und Burgenländerinnen einen Einfluss auf die Anzahl gesunder Lebensjahre hat, kann anhand der aktuellsten Auswertungen der Statistik Austria nicht beantwortet werden. Daten hierzu liegen lediglich auf Österreichebene vor. Demnach verbrachten österreichische Hochschulabgänger und Hochschulabgängerinnen im Jahr 2014 durchschnittlich 74,1 Lebensjahre in (sehr) guter Gesundheit; 9,1 Lebensjahre in mittelmäßiger Gesundheit und „nur“ 1,4 Lebensjahre in (sehr) schlechter Gesundheit. Im Gegensatz dazu wiesen Pflichtschulabgänger und Pflichtschulabgängerinnen 59,4 Jahre in (sehr) guter Gesundheit; 14,8 Jahre in mittelmäßiger Gesundheit und 5,5 Jahre in (sehr) schlechter Gesundheit auf.

4.1.3.2 Ferne Lebenserwartung in guter Gesundheit im Alter von 65 Jahren

Neben der Kennzahl „Lebenserwartung in guter Gesundheit bei Geburt“ stellt die ferne Lebenserwartung in guter Gesundheit im Alter von 65 Jahren einen weiteren europäischen Gesundheitsindikator dar. Unter der fernen Lebenserwartung in guter Gesundheit wird die durchschnittliche Anzahl an Lebensjahren der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren verstanden, die noch in guter Gesundheit zu erwarten sind (vgl. ECHIM, 2012).

Im Burgenland verbrachte ein 65-jähriger Mann im Jahr 2014 im Durchschnitt noch weitere 10,8 Jahre und eine 65-jährige Frau weitere 7,8 Jahre ihres Lebens in (sehr) guter Gesundheit. Somit konnten burgenländische Männer im Alter von 65 Jahren noch mit drei gesunden Lebensjahren mehr rechnen als burgenländische Frauen.

In Österreich betrug die ferne Lebenserwartung in guter Gesundheit bei 65-jährigen Männern im Jahr 2014 weitere 11,4 Jahre; bei Frauen 11,3 Jahre. Somit konnten burgenländische Frauen im Alter von 65 Jahren mit 3,5 Jahren weniger in guter Gesundheit rechnen als jene in Gesamtösterreich. Bei burgenländischen Männern ist die Differenz zum Wert Gesamtösterreichs deutlich geringer (0,6).

4.2 Mortalität

Daten zur Mortalität geben Auskunft über registrierte Sterbefälle in einer bestimmten Periode. In Österreich werden Sterbefälle in der Todesursachenstatistik dokumentiert und von der Statistik Austria nach WHO-Richtlinien kodiert (vgl. Statistik Austria, 2012). Die aus der Todesursachenstatistik gewonnenen Daten geben Auskunft über geographische, demographische und sozioökonomische Einflussgrößen auf die Sterblichkeit.

Folgende europäische Gesundheitsindikatoren wurden zur Beschreibung der Mortalität von Bevölkerungen definiert (vgl. ECHIM, 2012):

- Säuglingssterblichkeit (infant mortality)
- Perinatale Sterblichkeit (perinatal mortality)
- Ursachenspezifische Sterblichkeit (disease-specific mortality)
- Sterblichkeit aufgrund von Drogen (drug-related deaths), Rauchen (smoking-related deaths), Alkohol (alcohol-related death) und extremer Temperaturen (excess mortality by extreme temperature)

Im Folgenden werden diese Mortalitätskennzahlen dargestellt. Lediglich Kennzahlen zur Sterblichkeit aufgrund von extremen Temperaturen werden in Österreich nicht erhoben und aus diesem Grund im vorliegenden Gesundheitsbericht nicht dargestellt. Auf die Sterblichkeit aufgrund von Drogen, Rauchen und Alkohol wird in Kapitel 5.1 eingegangen, da diese Todesfälle gesundheitsverhaltensbedingt sind.

4.2.1 Säuglingssterblichkeit und perinatale Sterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit, englisch „infant mortality“, gibt Auskunft über die Anzahl an Todesfällen von Säuglingen, die innerhalb ihres ersten Lebensjahres sterben (pro 1.000 Lebendgeborenen) (vgl. ECHIM, 2012).

Im Burgenland betrug die Säuglingssterblichkeit laut Statistik Austria (2017a) im Jahr 2016 4,3 Säuglinge pro 1.000 Lebendgeborene. Da es aufgrund der geringen Fallzahl zu jährlichen Schwankungen kommt, ist die Berechnung eines Durchschnittswertes der vergangenen Jahre sinnvoll. Im Zeitraum 2013 bis 2016 betrug die Säuglingssterblichkeit im Burgenland durchschnittlich 3,4 Säuglinge je 1.000 Lebendgeborene pro Jahr. Vergleicht man den Jahresdurchschnittswert mit jenem aus dem Zeitraum 2007 bis 2010 (2,6 Säuglinge), so zeigt sich, dass die Zahl der verstorbenen Säuglinge um 0,8 je 1.000 Lebendgeborene gestiegen ist.

Eine Darstellung der Säuglingssterblichkeit auf Regionesebene ist aufgrund der geringen Fallzahl und der fehlenden Datenlage nicht möglich.

Im Zeitraum von 2013 bis 2016 lag die Säuglingssterblichkeit im Burgenland (3,4 Säuglinge je 1.000 Lebendgeborene) leicht unter dem Österreichschnitt (3,7 je 1.000 Lebendgeborene). Generell ist zu berücksichtigen, dass erst seit dem Jahr 2015 auch im Ausland Geborene von Müttern mit Hauptwohnsitz in Österreich in den Daten Berücksichtigung finden.

Die perinatale Sterblichkeit, englisch „perinatal mortality“, gibt die Anzahl an frühkindlichen Todesfällen nach einer Lebendgeburt inklusive der Todesfälle unmittelbar während der Geburt innerhalb eines Jahres an (je 1.000 Lebend- und Totgeburten). Bei der Berechnung dieser Kennzahl finden alle Totgeburten unmittelbar während der Geburt sowie frühkindliche Todesfälle (innerhalb der ersten sechs vollendeten Lebenstage nach der Geburt) je 1.000 Lebend- und Totgeburten Berücksichtigung (vgl. ECHIM, 2012).

Um internationale Vergleiche darstellen zu können, legte die WHO fest, dass alle Säuglinge, die aufgrund der oben genannten Kriterien in die Berechnung fallen würden, ein Gewicht von mindestens 1.000 Gramm aufweisen müssen. Die Berechnung der Kennzahl zur perinatalen Sterblichkeit dient vor allem dazu, die Qualität der perinatalen Gesundheitsversorgung zu beleuchten (vgl. ECHIM, 2012).

Die perinatale Sterblichkeit im Burgenland ergab laut Statistik Austria im Jahr 2016 einen Wert von 5,2 je 1.000 Lebend- und Totgeborenen. Im Jahresdurchschnitt 2013 bis 2016 lag die perinatale Sterblichkeit im Burgenland bei 4,0 je 1.000 Lebend- und Totgeborenen. Generell ist zu berücksichtigen, dass erst seit dem Jahr 2015 auch im Ausland Geborene von Müttern mit Hauptwohnsitz in Österreich in den Daten Berücksichtigung finden.

Im Vergleich zu Österreich liegt das Burgenland in Hinblick auf die perinatale Sterblichkeit im Jahresdurchschnitt 2013 bis 2016 unter dem Durchschnittswert (5,3 je 1.000 Lebend- und Totgeborene).

4.2.2 Ursachenspezifische Mortalität

Neben der Gesamtmortalität wird im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings (vgl. ECHIM, 2012) empfohlen, die Sterblichkeit aufgrund folgender Krankheiten pro 100.000 Einwohner darzustellen:

- Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99), im Speziellen Aids (B20-B24)
- Bösartige Neubildungen (C00-C97), im Speziellen für die Regionen Bauch (C16), Darm (C18), Bronchien usw. (C32-C34), Haut (C43), Brust (C50), Gebärmutter (C53), Prostata (C61) und Lymphgefäße (C81-C96)
- Psychische Erkrankungen (F00-F99)
- Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (I00-I99), im Speziellen ischämische Herzkrankheiten (I20-I25) sowie Schlaganfall (I60-I69)
- Krankheiten der Atmungsorgane (J00-J99), im Speziellen chronische untere Atemwegserkrankungen (J40-J47)
- Krankheiten der Verdauungsorgane (K00-K93)
- Äußere Ursachen, Verletzungen und Vergiftungen (V01-Y89), im Speziellen Unfälle (V01-X59), Transportmittelunfälle (V01-V99), Stürze („accidental falls“) (W00-W19), Selbstmord und Selbstverletzung (X60-X84) sowie Mord (X85-Y09)

Die Klassifikation der angeführten Erkrankungen erfolgt auf Basis der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD). Dabei ist es zentral, altersstandardisierte Zahlen darzustellen, um die Altersverteilung innerhalb einer Bevölkerung zu berücksichtigen. Nach Möglichkeit sollen die Zahlen separat für die beiden Geschlechter dargestellt werden.

Die angeführten Mortalitätskennzahlen sind wesentliche Gesundheitsindikatoren, die einerseits zur Planung von Gesundheitsvorsorge- und -versorgungsmaßnahmen, andererseits zur Evaluation gesundheitspolitischer Aktivitäten herangezogen werden können.

Aufgrund jährlicher Schwankungen wurden für das Burgenland Jahresdurchschnittswerte auf Basis der vergangenen fünf Jahre (2012 bis 2016) errechnet.

4.2.2.1 Gesamtmortalität

Im Burgenland lag die altersstandardisierte Sterberate laut Todesursachenstatistik der Statistik Austria (2017h) im Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016 bei 1.050 pro 100.000 Einwohner. Geschlechtsspezifisch betrachtet zeigen sich deutlich mehr Sterbefälle bei Männern (1.308,1 pro 100.000 Einwohner) als bei Frauen (867,9 pro 100.000 Einwohner). Somit ist das Sterberisiko von Männern etwa 1,5-mal höher als jenes von Frauen.

Vergleicht man diese Zahlen mit jenen aus den Jahren 2007 bis 2011, so zeigen sich erfreuliche Ergebnisse: Sowohl die Sterberate über die gesamte Bevölkerung hinweg (Jahresdurchschnittswert 2007 bis 2011: 1.117 Sterbefälle pro 100.000 Einwohner) als auch für die beiden Geschlechter separat betrachtet (Männer 2007 bis 2011: 1.479,7; Frauen 2007 bis 2011: 885,1) ist rückläufig (s. Abbildung 16).

Verglichen mit dem Österreichschnitt (Jahresdurchschnittswert 2012 bis 2016: 992,1 pro 100.000 Einwohner) weist das Burgenland eine etwas höhere Sterberate auf. Dabei sterben sowohl mehr Männer als auch mehr Frauen im Burgenland als im Rest Österreichs (Männer: 1.231,4; Frauen: 821,3).

Auf Bezirksebene zeigt sich, dass im Zeitraum 2007/2015 der Bezirk Oberwart zu jenen Bezirken Österreichs mit der höchsten Sterblichkeit gehörte. So lag die Sterblichkeit in diesem Bezirk 13% oder mehr über dem Österreichschnitt (vgl. Leitner, 2017).

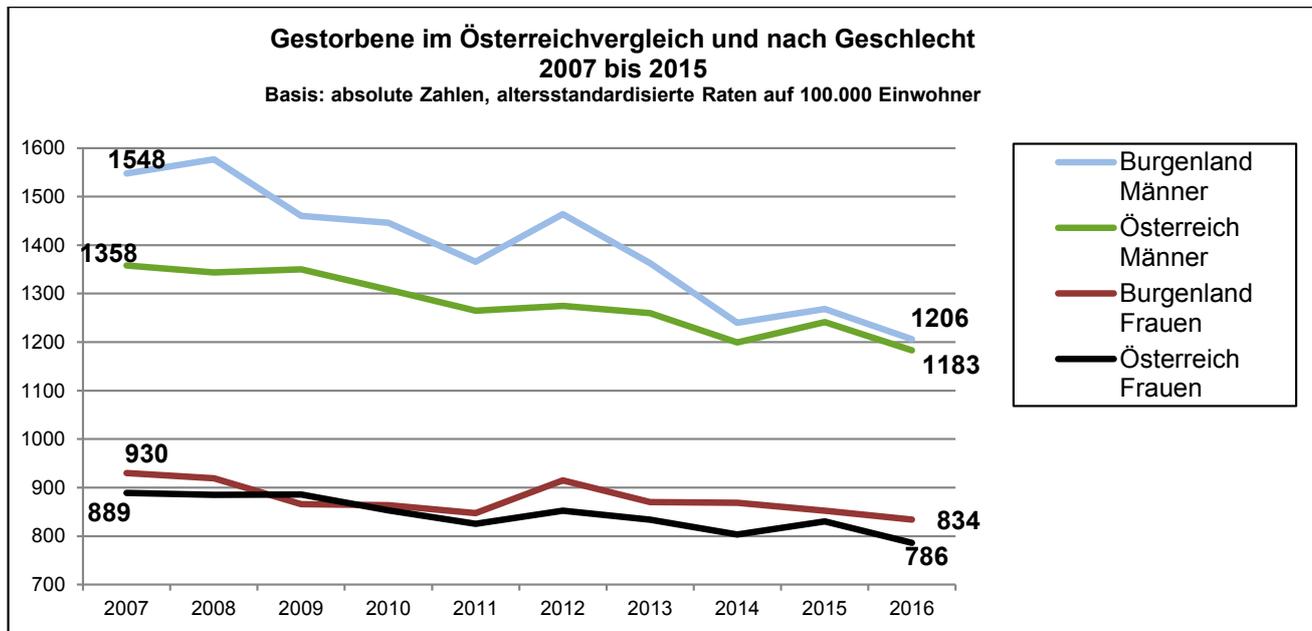


Abbildung 16: Gestorbene im Österreichvergleich und nach Geschlecht 2007 bis 2015, Stand: 2015, Basis: absolute Zahlen, altersstandardisierte Raten auf 100.000 Einwohner, Quellen: Landesstatistik Burgenland, Statistik Austria, Eigene Erstellung und Berechnungen

4.2.2.2 Todesursachen

Im Folgenden werden im Speziellen die im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings geforderten, ursachenspezifischen Sterberaten (vgl. ECHIM, 2012) sowie die Sterblichkeitszahlen für die Hauptdiagnosegruppen auf Basis der ICD-Codierung dargestellt. Die Daten entstammen der Todesursachenstatistik der Statistik Austria (2017h).

Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)

Im Burgenland starben im Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016 7,1 Personen pro 100.000 Einwohner an infektiösen und parasitären Krankheiten. Männer (10,5) starben häufiger als Frauen (5,5) an dieser Erkrankungsform. Insgesamt ist die Sterberate aufgrund infektiöser und parasitärer Erkrankungen seit dem Zeitraum 2007 bis 2011 bei den Burgenländern stark angestiegen (Jahresdurchschnittswert 2007 bis 2011: 5,9), während sie bei Burgenländerinnen konstant blieb (Jahresdurchschnittswert 2007 bis 2011: 5,6). Verglichen mit dem Österreichschnitt zeigt sich eine günstige Situation für das Burgenland (Jahresdurchschnittswert 2012 bis 2016 gesamt: 9,2; Männer: 11,3; Frauen: 7,6) in Hinblick auf Todesfälle aufgrund infektiöser und parasitärer Krankheiten.

Betrachtet man im Detail Aids (B20-B24) als eine Form infektiöser und parasitärer Krankheiten, so zeigt sich, dass die Sterberate aufgrund dieser Erkrankung im Burgenland im Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016 sehr niedrig ausfiel (gesamt: 0,1; Männer: 0,2; Frauen: 0,1). Dies war auch bereits in den Jahren 2007 bis 2011 der Fall (gesamt: 0,3; Männer: 0,5; Frauen: 0,0). Auch in Gesamtösterreich starben wenige Personen an Aids, allerdings liegen die Werte etwas höher als im Burgenland (gesamt: 0,5; Männer: 0,8; Frauen: 0,2).

Insgesamt sind infektiöse und parasitäre Krankheiten mit einem Anteil von 0,01% für einen nur geringen Anteil der Todesfälle im Burgenland verantwortlich.

Bösartige Neubildungen (C00-C97)

Im Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016 verstarben 246,2 Burgenländer und Burgenländerinnen pro 100.000 Einwohner an bösartigen Neubildungen. Die altersstandardisierte Sterberate aufgrund derartiger Erkrankungen lag bei burgenländischen Männern (324,3 pro 100.000 Einwohner) deutlich höher als bei burgenländischen Frauen (191,2 pro 100.000 Einwohner).

Verglichen mit dem Zeitraum 2007 bis 2011 zeigt sich ein rückläufiger Trend der Zahl der Todesfälle aufgrund bösartiger Neubildungen im Burgenland (Jahresdurchschnittswert 2007 bis 2011: 275,5 pro 100.000 Einwohner), was insbesondere an der Abnahme von Sterbefällen innerhalb der männlichen Bevölkerung (2007 bis 2011: 373,9)

liegt. Die Sterberate aufgrund bösartiger Neubildungen blieb bei den burgenländischen Frauen im Längsschnitt gesehen dahingegen konstant (192,6).

In Gesamtösterreich starben im Zeitraum 2012 bis 2016 nahezu gleich viele Personen pro 100.000 Einwohner an bösartigen Neubildungen (Jahresdurchschnittswert: 246,4) wie im Burgenland. Betrachtet man die beiden Geschlechter separat, so zeigt sich für Frauen im Burgenland im Vergleich zu jenen in Gesamtösterreich (198,5) eine leicht günstigere, für Männer im Burgenland im Vergleich zu jenen in Gesamtösterreich (319,5) eine leicht ungünstigere Situation in Hinblick auf Todesfälle aufgrund bösartiger Neubildungen.

Betrachtet man einzelne Krebsformen im Detail, so zeigen sich folgende altersstandardisierte Sterberaten pro 100.000 Einwohner (Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016):

- Magen (C16) → Burgenland gesamt: 11,0; Männer: 14,7; Frauen: 8,8
- Dickdarm, Rektum und Anus (C18-C21) → Burgenland gesamt: 26,2; Männer: 36,7; Frauen: 19,1
- Kehlkopf, Luftröhre, Bronchien und Lunge (C32-C34) → Burgenland gesamt: 44,8; Männer: 69,0; Frauen: 24,4
- Haut (C43) → Burgenland gesamt: 3,9; Männer: 6,2; Frauen: 2,5
- Brustdrüse (C50) → Burgenland gesamt: 18,0; Männer: 0,3; Frauen: 31,1
- Gebärmutter (C53) → Frauen: 5,3
- Prostata (C61) → Männer: 38,1
- Lymphgefäße und sonstiges lymphatisches und blutbildendes Gewebe (C81-C96) → Burgenland gesamt: 21,7; Männer: 26,7; Frauen: 17,5

Die bei Frauen am häufigsten auftretenden tödlichen bösartigen Neubildungen sind, wie auch im Berichtszeitraum des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2012, jene der Brustdrüse (16% aller Todesfälle aufgrund bösartiger Neubildungen) sowie des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge (13%). Bei burgenländischen Männern dominieren Kehlkopf-, Luftröhren-, Bronchien- bzw. Lungenkrebs (21%), Prostatakrebs (12%) und bösartige Neubildungen des Darms, Rektums und Anus (11%).

Verglichen mit den Jahresdurchschnittswerten 2007 bis 2011 zeigt sich bei beiden Geschlechtern eine Abnahme der altersstandardisierten Sterberate aufgrund bösartiger Neubildungen des Magens (gesamt: 13,1; Männer: 18,1; Frauen: 9,9); des Darms, Rektums und Anus (gesamt: 28,7; Männer: 40,8; Frauen: 20,4) sowie der Lymphgefäße und des sonstigen lymphatischen und blutbildenden Gewebes (gesamt: 24,8; Männer: 33,2; Frauen: 19,0). Auch die Todesfälle aufgrund von Brustkrebs bei Frauen (und Männern) (gesamt: 20,9; Männer: 0,3; Frauen: 35,8) und Prostatakrebs bei Männern (52,8) sind rückläufig. Die Sterberate aufgrund bösartiger Neubildungen der Gebärmutter (Frauen: 4,6) stieg leicht an. Bei Todesfällen aufgrund bösartiger Neubildungen des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge (gesamt: 44,0; Männer: 75,7; Frauen: 21,0) sowie bösartiger Neubildungen der Haut (gesamt: 3,9; Männer: 5,1; Frauen: 2,9) zeigen sich Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern: Während die Sterberate für erstgenannte Krebsform bei Männern zurückging, stieg sie bei Frauen leicht an. Ein umgekehrtes Bild zeigt sich bei bösartigen Neubildungen der Haut.

Im Österreichvergleich weist das Burgenland geringere Sterberaten aufgrund bösartiger Neubildungen des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge (Österreich gesamt: 48,1; Männer: 69,9; Frauen: 31,7) sowie der Brustdrüse (Österreich gesamt: 19,1; Männer: 0,6; Frauen: 32,6) auf. Bei den Sterbefällen aufgrund der anderen aufgelisteten Krebsformen liegt das Burgenland etwa im Österreichschnitt.

Insgesamt waren bösartige Neubildungen im Burgenland im Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016 für etwa ein Viertel (23%) aller Todesfälle verantwortlich. Sie sind damit Haupttodesursache Nummer 2 im Burgenland. Auch für den Zeitraum 2007 bis 2011 sowie im Österreichschnitt ergibt sich ein ähnlicher Anteil.

Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (I00-I99)

Im Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016 starben 476,5 Burgenländer und Burgenländerinnen pro 100.000 Einwohner an Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems. Innerhalb der männlichen Bevölkerung lag die Sterberate bei 578,4; innerhalb der weiblichen Bevölkerung bei 412,8 pro 100.000 Einwohner.

Im Längsschnitt betrachtet zeigt sich ein deutlicher Rückgang der Todesfälle aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (Jahresdurchschnittswert 2007 bis 2011 gesamt: 519,8) sowohl bei Männern (Jahresdurchschnittswert 2007 bis 2011: 652,9) als auch bei Frauen (Jahresdurchschnittswert 2007 bis 2011: 440,6).

Trotz dieser positiven Entwicklung in den vergangenen Jahren liegt die Sterberate aufgrund von Herz-Kreislauferkrankungen im Burgenland bei beiden Geschlechtern deutlich über jener in Gesamtösterreich (gesamt: 427,4; Männer: 504,5; Frauen: 371,8).

Die altersstandardisierte Sterberate pro 100.000 Einwohner aufgrund ischämischer Herzkrankheiten als spezielle Form von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems lag im Burgenland im Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016 bei 215,3. Insgesamt starben in diesem Zeitraum deutlich mehr Burgenländer (291,6) als Burgenländerinnen (167,5) an ischämischen Herzkrankheiten.

„Schlaganfall“ war im Burgenland in diesem Zeitraum bei 67,7 Sterbefällen pro 100.000 Einwohner und wiederum häufiger bei Männern (75,1) als bei Frauen (63,3) die Todesursache.

Bei beiden Formen von Herz-Kreislauferkrankungen zeigt sich ein starker Rückgang seit dem Zeitraum 2007 bis 2011 (Jahresdurchschnittswert 2007 bis 2011 ischämische Herzkrankheiten gesamt: 254,1; Schlaganfall: 81,4), allerdings weist das Burgenland im Vergleich zum Österreichschnitt (Jahresdurchschnittswert 2012 bis 2016 ischämische Herzkrankheiten gesamt: 182,8; Schlaganfall: 62,5) erhöhte Sterberaten aufgrund dieser Herz-Kreislauferkrankungen auf.

Ein Vergleich der altersstandardisierten Mortalitätsraten auf Bezirksebene zeigt, dass im Zeitraum 2007/2015 der Bezirk Oberwart eine deutlich erhöhte Herz-Kreislaufsterblichkeit aufwies, wobei diese um 21% höher lag als im Österreichschnitt (Normwert: 100) (vgl. Leitner, 2017).

Insgesamt waren Herz-Kreislauferkrankungen in den Jahren 2012 bis 2016 für nahezu die Hälfte (46%) aller Todesfälle im Burgenland verantwortlich und stellten damit – wie auch im Berichtszeitraum 2007 bis 2011 – mit deutlichem Abstand die Haupttodesursache der Burgenländer und Burgenländerinnen dar.

Krankheiten der Atmungsorgane (J00-J99)

Im Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016 starben 43,4 Personen pro 100.000 Einwohner im Burgenland an Krankheiten der Atmungsorgane. Die Sterberate aufgrund dieser Erkrankungsform war im Burgenland bei Männern (64,9) mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen (30,4).

Im Längsschnitt gesehen nahm die Sterberate aufgrund von Erkrankungen der Atmungsorgane zwischen den Zeiträumen 2007 bis 2011 und 2012 bis 2016 bei beiden Geschlechtern ab (Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011 gesamt: 53,9; Männer: 88,9; Frauen: 36,8), wobei der Rückgang bei Männern besonders stark ausfiel.

Verglichen mit Gesamtösterreich weist das Burgenland unterdurchschnittliche Werte bei Todesfällen aufgrund der Atmungsorgane auf (Österreich gesamt: 50,9; Männer: 73,6; Frauen: 37,5) auf.

Betrachtet man im Speziellen chronische Krankheiten der unteren Atemwege, so zeigen sich diesbezüglich für das Burgenland (gesamt: 29,6; Männer: 46,6; Frauen: 19,1) im Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016 sowohl im Längsschnittvergleich mit den Jahren 2007 bis 2011 (gesamt: 34,3; Männer: 65,3; Frauen: 19,2) als auch im Österreichvergleich (gesamt: 34,2; Männer: 50,4; Frauen: 23,3) niedrige Sterberaten.

Die Bezirke Eisenstadt (- 44% bei einem Normwert von 100 für Österreich) und Neusiedl am See (-3 2%) wiesen innerhalb Österreichs im Zeitraum 2007/15 gemeinsam mit Deutschlandsberg und Südoststeiermark in der Steiermark die niedrigsten Sterblichkeitsraten aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane auf.

Insgesamt waren im Burgenland im Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016 4% aller Todesfälle auf Krankheiten der Atmungsorgane zurückzuführen.

Krankheiten der Verdauungsorgane (K00-K93)

Im Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016 lag die Sterberate aufgrund von Krankheiten der Verdauungsorgane bei 34,0 pro 100.000 Einwohner. Diese Todesursache ist bei burgenländischen Männern (45,2) stärker verbreitet als bei burgenländischen Frauen (23,1).

Die Sterblichkeit aufgrund dieser Krankheitsform ging in den vergangenen Jahren leicht zurück (Jahresdurchschnittswert 2007 bis 2011 gesamt: 38,2; Männer: 49,8; Frauen: 26,3).

Im Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016 lag das Burgenland bei Männern etwa im Österreichschnitt (45,7), bei Frauen (Österreich Frauen: 25,6) leicht darunter.

Frauen in Eisenstadt wiesen im Zeitraum 2007/15 eine um ein Drittel geringere Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten der Verdauungsorgane als jene in Gesamtösterreich auf (vgl. Leitner, 2017).

Insgesamt waren 3% aller Todesfälle im Burgenland im Zeitraum 2012 bis 2016 Krankheiten der Verdauungsorgane geschuldet.

Verletzungen und Vergiftungen (V01-Y89)

Aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen starben im Burgenland im Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016 45,5 Personen pro 100.000 Einwohner. Diese Todesursache tritt bei Burgenländern mehr als doppelt so häufig (67,9) auf wie bei Burgenländerinnen (28,5).

Verglichen mit dem Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011 gingen Sterbefälle aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen bei Männern (Jahresdurchschnittswert 2007 bis 2011: 82,7) allerdings zurück, während sie bei Frauen konstant blieben (28,5).

Verglichen mit dem Österreichschnitt (gesamt: 52,0; Männer: 76,0; Frauen: 32,9) sterben im Burgenland weniger Personen an Verletzungen und Vergiftungen.

Betrachtet man im Speziellen einzelne Formen von Verletzungen und Vergiftungen, so zeigen sich folgende altersstandardisierte Sterberaten pro 100.000 Einwohner für das Burgenland im Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016:

- Unfälle (V01-X59, Y85-Y86) → gesamt: 30,3; Männer: 43,1; Frauen: 21,4
- Transportmittelunfälle (V01-V99, Y85) → gesamt: 6,1; Männer: 9,7; Frauen: 2,6
- Unfälle durch Sturz (W00-W19) → gesamt: 9,0; Männer: 12,5; Frauen: 6,1
- Selbstmord und Selbstbeschädigung (X60-X84, Y87) → gesamt: 11,0; Männer: 19,4; Frauen: 3,7
- Mord, tätlicher Angriff (X85-Y09, Y87.1) → gesamt: 0,4; Männer: 0,2; Frauen: 0,5

All diese Zahlen sind verglichen mit den Jahresdurchschnittswerten 2007 bis 2011 rückläufig. Im Österreichvergleich liegt die Sterberate aufgrund von Unfällen (Jahresdurchschnittswert Österreich gesamt: 30,8; Männer: 43,2; Frauen: 21,5), im Speziellen auch Transportmittelunfällen (Österreich gesamt: 5,6; Männer: 8,9; Frauen: 2,7) und Mord bzw. tätlichem Angriff (Österreich gesamt: 0,5; Männer: 0,4; Frauen: 0,5) im Burgenland ziemlich genau im Durchschnitt. Unfälle durch Sturz (Österreich gesamt: 10,7; Männer: 15,2; Frauen: 7,8) und Selbstmord und Selbstbeschädigung (Österreich gesamt: 14,7; Männer: 24,5; Frauen: 6,7) verursachen in Gesamtösterreich mehr Todesfälle pro 100.000 Einwohner als im Burgenland.

Insgesamt waren Verletzungen und Vergiftungen im Burgenland im Zeitraum 2012 bis 2016 für 4% aller Todesfälle verantwortlich.

Sonstige Krankheiten (D00-H95, L00-R99)

Folgende Erkrankungen zählen zu den „sonstigen Krankheiten“ laut ICD-Kodierung:

- Neubildungen, ausgenommen bösartige; Krankheiten des Blutes (D00-D89)
- Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)
- Psychische Krankheiten (F01-F99)
- Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (G00-H95)
- Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)
- Krankheiten von Muskel-Skelett-System und Bindegewebe (M00-M99)
- Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)
- Komplikationen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)
- Perinatale Affektionen (P00-P96)
- Angeborene Fehlbildungen und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)
- Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen (R00-R99)

An sonstigen Krankheiten starben im Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016 197,5 Burgenländer und Burgenländerinnen pro 100.000 Einwohner. Die Sterberate lag bei Männern (216,9) deutlich über jener der Frauen (176,5).

Im Längsschnitt gesehen nahmen Todesfälle aufgrund sonstiger Erkrankungen (Jahresdurchschnittswert 2007 bis 2011 gesamt: 183,6; Männer: 225,7; Frauen: 154,6) bei Männern etwas ab, bei Frauen hingegen zu.

Im Österreichvergleich (Jahresdurchschnittswert 2012 bis 2016 gesamt: 171,3; Männer: 200,8; Frauen: 147,4) sterben überdurchschnittlich viele Burgenländer und Burgenländerinnen an sonstigen Erkrankungen.

Betrachtet man im Speziellen psychische Erkrankungen (F00-F99), so zeigt sich, dass daran im Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016 im Burgenland 21,5 Personen pro 100.000 Einwohner verstarben. Die Sterberate lag bei Männern (23,3) etwas höher als bei Frauen (18,7).

Im Längsschnitt gesehen zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Todesfälle aufgrund psychischer Krankheiten (Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011 gesamt: 7,5; Männer: 12,4; Frauen: 3,3), was an einer heute höheren Sensibilität der Bevölkerung für diese und einer damit verbundenen häufigeren Diagnose dieser Erkrankungsform liegen dürfte.

In Gesamtösterreich zeigen sich ähnliche Sterberaten aufgrund psychischer Erkrankungen bei Männern (24,6). Bei Frauen lag das Burgenland in diesem Zeitraum über dem Österreichschnitt (15,8).

Insgesamt lag der Anteil der Todesfälle aufgrund sonstiger Krankheiten an der Gesamtsterblichkeit im Burgenland im Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016 bei rund 20%.

Regionale Vergleiche der altersstandardisierten Mortalitätsraten (pro 100.000 Einwohner) sind für den Zeitraum 2007/2015 möglich. Die folgende Tabelle zeigt die altersstandardisierten ursachenspezifischen Sterberaten in den einzelnen Bezirken des Burgenlandes. Dabei werden diese separat für die beiden Geschlechter dargestellt. In der Tabelle sind jene Werte, bei denen der jeweilige Bezirk in einem nennenswerten Ausmaß über dem Österreichwert liegt, farblich rot; jene, bei denen der Bezirk unter dem Österreichschnitt liegt, grün hinterlegt.

Tabelle 5: Altersstandardisierte Sterberaten auf Bezirksebene 2007/2015, Basis: Angaben pro 100.000 Einwohner, Stand: 2015, Quelle: Leitner (2017) und ergänzende Kartographen, Eigene Erstellung

Todesursache	ND	EU	MA	OP	OW	GS	JE
Gesamtmortalität Männer (Österreich: 1.239,7)	1.320,2- 1.399,4	1.320,2- 1.399,4	1.264,2- 1.320,1	1.320,2- 1.399,4	1.399,5- 1.528,3	1.320,2- 1.399,4	1.320,2- 1.399,4
Gesamtmortalität Frauen (Österreich: 829,8)	811,7- 841,6	841,7- 878,2	811,7- 841,6	841,7- 878,2	878,3- 917,2	841,7- 878,2	745,6- 778,5
Bösartige Neubildungen Männer (Österreich: 326,4)	345,2- 368,4	345,2- 368,4	345,2- 368,4	328,9- 345,1	328,9- 345,1	345,2- 368,4	328,9- 345,1
Bösartige Neubildungen Frauen (Österreich: 200,5)	172,4- 183,9	192,3- 202,5	184,0- 192,2	172,4- 183,9	192,3- 202,5	192,3- 202,5	192,3- 202,5
Krankheiten Herz- Kreislaufsystem Männer (Österreich: 438,4)	451,1- 479,2	451,1- 479,2	427,4- 451,0	479,3- 503,9	504,0- 535,5	504,0- 535,5	405,5- 427,3
Krankheiten Herz- Kreislaufsystem Frauen (Österreich: 383,8)	390,4- 415,3	390,4- 415,3	374,3- 390,3	438,2- 476,4	438,2- 476,4	415,4- 438,1	288,6- 322,4
Krankheiten Atmungsorgane Männer (Österreich: 77,8)	42,6- 61,6	39,3- 42,5	82,0- 94,5	94,6- 112,8	82,0- 94,5	82,0- 94,5	94,6- 112,8
Krankheiten Atmungsorgane Frauen (Österreich: 39,8)	20,5- 26,0	20,5- 26,0	26,1- 33,0	33,1- 37,3	37,4- 41,2	41,3- 47,3	26,1- 33,0
Krankheiten Verdauungsorgane Männer (Österreich: 48,8)	44,9- 49,3	38,6- 44,8	38,6- 44,8	44,9- 49,3	61,4- 70,8	38,6- 44,8	33,1- 38,5
Krankheiten Verdauungsorgane Frauen (Österreich: 28,1)	26,7- 29,2	17,8- 20,4	20,5- 23,7	23,8- 26,6	26,7- 29,2	20,5- 23,7	20,5- 23,7
Verletzungen und Vergiftungen Männer (Österreich: 78,1)	70,4- 76,7	70,4- 76,7	76,7- 83,6	54,4- 62,5	70,4- 76,7	76,7- 83,5	83,6- 91,6
Verletzungen und Vergiftungen Frauen (Österreich: 32,5)	20,3- 24,7	31,8- 33,7	31,8- 33,7	24,8- 29,1	31,8- 33,7	20,3- 24,7	20,3- 24,7

4.3 Morbidität

Im Folgenden werden sowohl objektive als auch subjektive Kennzahlen zur Beschreibung der Morbidität, also der Krankheitslast, innerhalb der burgenländischen Bevölkerung dargestellt. Auf subjektive Indikatoren wird unter anderem deswegen ergänzend zurückgegriffen, da die Aussagekraft von objektiven Morbiditätszahlen, insbesondere der Krankenhausentlassungszahlen, limitiert ist. Als sehr gut erfasst und aussagekräftig gelten dahingegen die Krebsinzidenz (s. Kapitel 2.2) sowie die meldepflichtigen Infektionskrankheiten.

Da das Ziel der Krankenhausentlassungszahlen in erster Linie die adäquate finanzielle Abgeltung der stationären Behandlungskosten und nicht das Ermitteln von Erkrankungsrisiken einer Bevölkerung ist, werden in diesem Kapitel im Kontext der Krankenhausentlassungsstatistik (vgl. Statistik Austria, 2015b) lediglich Daten zu den im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings explizit geforderten Krankheiten dargestellt. Das sonstige Krankenhausentlassungsgeschehen als Leistungsfaktor im burgenländischen Gesundheitswesen wird in Kapitel 7 thematisiert.

Konkret wurden folgende europäische Gesundheitsindikatoren zur Beschreibung der Morbidität von Bevölkerungen definiert (vgl. ECHIM, 2012):

- Inzidenz übertragbarer Krankheiten, im Speziellen Inzidenz von HIV-Infektionen und Aids-Fällen
- Krebsinzidenz
- Anteil der Bevölkerung, der an Diabetes, Depression, Asthma und COPD leidet (selbstberichtet und registriert)
- Anteil der Bevölkerung mit Demenz (registriert)
- Anzahl akuter Myokardinfarkte
- Anzahl der Schlaganfälle
- (geringes) Geburtsgewicht
- Anteil der Personen, die einen Selbstmordversuch begangen haben
- Subjektive chronische Morbidität
- Subjektiver Gesundheitszustand und individuell wahrgenommene Lebensqualität
- Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten
- Einschränkungen der körperlichen und sensorischen Funktionen
- Schmerzen des Muskel-Skelett-Systems

Mit Ausnahme des Indikators „Anteil der Personen, die einen Selbstmordversuch begangen haben“ und „Anteil der Bevölkerung mit Demenz (registriert)“ können für das Burgenland alle empfohlenen Kennzahlen dargestellt werden. Ergänzend dazu werden zur Beschreibung der Morbidität von Bevölkerungen auch Zahlen zum Unfallgeschehen empfohlen. Auf diese wird, da sie in gewisser Weise die Lebens- und Arbeitsbedingungen abbilden, in Kapitel 5.3 eingegangen.

4.3.1 Indikatoren zum objektiven Gesundheitszustand

Zunächst werden in Anlehnung an die europäischen Gesundheitsindikatoren objektive Kennzahlen zur Beschreibung des Krankheitsspektrums bzw. -ausmaßes im Burgenland dargestellt.

4.3.1.1 Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Konkret wird im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings empfohlen, die Inzidenz, also die Zahl der Neuerkrankungen, von ausgewählten übertragbaren Krankheiten – nämlich Chlamydia, Giardiasis, Campylobacteriosis, Salmonellen, Mumps, Hepatitis A, invasive Pneumokokkenerkrankungen, Hepatitis B, Legionellose, Listeriose, E.Coli (VTEC, STEC, EHEC) und Yersiniose – pro 100.000 Einwohner in einem Jahr darzustellen. Zudem soll auch im Speziellen die Inzidenz der jährlichen HIV-Infektionen sowie Aids-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner beschrieben werden (vgl. ECHIM, 2012).

Da effektive Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung von Infektionskrankheiten gesetzt werden können, geben Inzidenzzahlen zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten Auskunft über gesundheitspolitischen Handlungsbedarf. Insbesondere HIV-Infektionen sind mit ernsten gesundheitlichen Folgen, hohen Behandlungskosten und einer frühzeitigen Sterblichkeit verbunden (vgl. ECHIM, 2012).

Da meldepflichtige Infektionskrankheiten im Burgenland heutzutage in sehr geringer Fallzahl auftreten, werden im Folgenden lediglich absolute Zahlen dargestellt. Ein aussagekräftiger Österreichvergleich sowie eine

separate Darstellung von Zahlen für einzelne Regionen, die beiden Geschlechter oder spezifische Altersgruppen ist nicht möglich. Aufgrund jährlicher Schwankungen werden die Daten für die Jahre 2012 bis 2016 dargestellt.

Tabelle 6 zeigt die Inzidenz jener im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings empfohlenen Infektionserkrankungen, für die burgenlandspezifische Zahlen vorliegen. Die Daten entstammen der Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK). Aus der Tabelle geht hervor, dass diese Krankheitsbilder – mit Ausnahme der Campylobacteriosis und der Salmonellen – quantitativ gesehen eine sehr geringe Bedeutung im Burgenland haben.

Tabelle 6: Inzidenz ausgewählter meldepflichtiger Infektionskrankheiten 2012 bis 2016, Stand: 2016, Quelle: BMASGK (2018a), Eigene Erstellung

Erkrankung	2012	2013	2014	2015	2016
Campylobacteriosis	157	226	222	222	263
E.Coli-Enteritis, sonstige darmpathogene Stämme	1	0	0	0	0
Hepatitis A	0	0	1	2	7
Hepatitis B	12	4	19	18	29
Invasive Pneumokokkenerkrankung	2	3	9	6	5
Legionellose	1	3	4	3	3
Listeriose	2	0	0	0	4
Salmonella spp.	53	66	44	52	57
STEC/VTEC	3	0	1	0	0

Gemäß der Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten stellten folgende Erkrankungen die am häufigsten auftretenden meldepflichtigen Infektionskrankheiten im Burgenland im Jahr 2016 dar:

- Campylobacteriosis (263 Erkrankungsfälle, davon 261 laborbestätigt)
- Salmonella spp. (57 Erkrankungsfälle, alle laborbestätigt, ein Fall verstorben)
- Hepatitis B (29 laborbestätigte Fälle)
- Hepatitis C (36 laborbestätigte Fälle)
- Norovirus (22 Erkrankungsfälle)
- Tuberkulose (22 Erkrankungsfälle, davon drei Fälle verstorben)
- Pertussis/Keuchhusten (14 Erkrankungsfälle, alle laborbestätigt)
- Clostridium difficile (14 Erkrankungsfälle, alle laborbestätigt, davon ein Fall verstorben)

In Hinblick auf HIV ist anzumerken, dass sich laut Österreichischer HIV- und Aids-Statistik (vgl. BMASGK, 2018b) im Burgenland in den vergangenen fünf Jahren jährlich keine bis eine Person neu infizierte.

4.3.1.2 Krebsinzidenz

Da bösartige Neubildungen zu den Haupttodesursachen zählen (s. Kapitel 4.2.2.2), ist die Krebsinzidenz, also die Anzahl der Neuerkrankungen an Krebs pro 100.000 Einwohner innerhalb eines Jahres ein wesentlicher Gesundheitsindikator. Im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings wird empfohlen, neben der generellen Krebsinzidenz, die Inzidenz für folgende Krebsformen im Detail darzustellen (vgl. ECHIM, 2012):

- Bösartige Neubildungen der Luftröhre, der Bronchien oder der Lunge (C33-C34)
- Bösartige Neubildungen der Brustdrüse (C50)
- Bösartige Neubildungen des Dickdarms, Rektums und Anus (C18-C21)
- Bösartige Neubildungen der Prostata (C61)
- Bösartige Neubildungen des Magens (C16)
- Bösartiges Melanom der Haut (C43)
- Bösartige Neubildungen der Gebärmutter (C53)
- Leukämie (C91-95)

Es wird empfohlen, altersstandardisierte Bevölkerungszahlen zur Berechnung zu verwenden und die Zahlen geschlechtsspezifisch darzustellen. Da diese Kennzahlen in Österreich in Form eines Krebsregisters sehr gut statistisch erfasst sind (s. Kapitel 2.2.2), kann diesen Empfehlungen nachgekommen werden. Aus Datenschutzgründen sind allerdings keine Auswertungen auf Ebene einzelner Regionen möglich.

Krebsinzidenzen unterliegen starken jährlichen Schwankungen. Aus diesem Grund wurden zur näheren Analyse Fünfjahresdurchschnittswerte (2010 bis 2014) berechnet (vgl. Statistik Austria, 2018).

Insgesamt erkrankten im Jahresdurchschnitt 2010 bis 2014 686 Männer und 627 Frauen pro Jahr neu an Krebs. Die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate lag bei Burgenländern bei 514,3; bei Burgenländerinnen bei 380,7 pro 100.000 Einwohner. Mit diesen Werten liegt das Burgenland deutlich unter dem Österreichschnitt (Männer: 578,7; Frauen: 417,4). Für die einzelnen Krebsarten zeigen sich für das Burgenland im Jahresdurchschnitt 2010 bis 2014 folgende altersstandardisierte Raten pro 100.000 Einwohner:

- Bösartige Neubildungen der Luftröhre, der Bronchien oder der Lunge (C33-C34) → Männer: 75,4; Frauen: 29,2
- Bösartige Neubildungen der Brustdrüse (C50) → Männer: 2,3; Frauen: 117,4
- Bösartige Neubildungen des Dickdarms, Rektums und Anus (C18-C21) → Männer: 83,0; Frauen: 41,6
- Bösartige Neubildungen der Prostata (C61) → Männer: 98,7
- Bösartige Neubildungen des Magens (C16) → Männer: 18,5; Frauen: 10,3
- Bösartiges Melanom der Haut (C43) → Männer: 8,6; Frauen: 6,2
- Bösartige Neubildungen der Gebärmutter (C53) → Frauen: 8,1
- Leukämie (C91-C95) → Männer: 15,6; Frauen: 10,0

Dabei zeigt sich, dass (mit Ausnahme geschlechtsspezifischer Krebsformen) Burgenländer häufiger an den einzelnen Krebsarten erkranken als Burgenländerinnen. Die bei Männern am häufigsten auftretenden Krebsformen sind bösartige Neubildungen der Prostata; bösartige Neubildungen des Dickdarms, Rektums und Anus sowie bösartige Neubildungen der Luftröhre, der Bronchien oder der Lunge. Bei den burgenländischen Frauen dominieren bösartige Neubildungen der Brustdrüse sowie bösartige Neubildungen des Dickdarms, Rektums und Anus.

Die Inzidenzen von Krebserkrankungen der Luftröhre, der Bronchien oder der Lunge liegen im Burgenland bei beiden Geschlechtern unter dem Österreichschnitt (Männer: 79,2; Frauen: 39,3). Dasselbe gilt für bösartige Neubildungen des Magens (Österreich Männer: 22,4; Österreich Frauen: 11,6) und Leukämie (Österreich Männer: 17,2; Österreich Frauen: 10,3), in besonderem Ausmaß für bösartige Melanome der Haut (Österreich Männer: 23,1; Österreich Frauen: 17,4). Bei bösartigen Neubildungen der Brustdrüse liegen Burgenländerinnen ebenfalls unter dem Österreichschnitt der Frauen (121,2), Burgenländer leicht über dem Österreichschnitt der Männer (1,9). Auch bei bösartigen Neubildungen des Dickdarms, Rektums und Anus zeigt sich ein erfreuliches Bild für die weibliche burgenländische Bevölkerung (Österreich Frauen: 44,5), während innerhalb der männlichen burgenländischen Bevölkerung in den vergangenen fünf Jahren, proportional betrachtet, mehr Personen erkrankten als im Österreichschnitt (77,4). An Gebärmutterhalskrebs erkrankten etwas weniger Frauen im Burgenland als in Gesamtösterreich (8,9), an Prostatakrebs deutlich weniger Männer im Burgenland als in Gesamtösterreich (133,9).

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der zahlenmäßig bedeutendsten Krebsformen seit 2007 separat für die beiden Geschlechter.

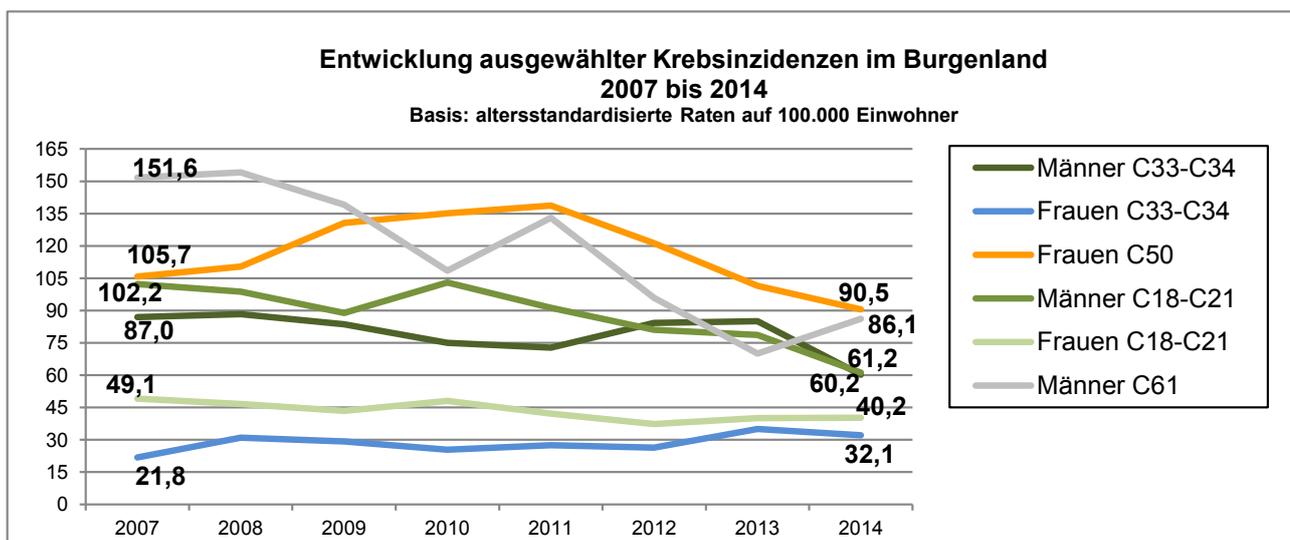


Abbildung 17: Entwicklung ausgewählter Krebsinzidenzen im Burgenland 2007 bis 2014, Stand: 2014, Basis: altersstandardisierte Raten auf 100.000 Einwohner, C33-C34 = Bösartige Neubildungen der Luftröhre, der Bronchien oder der Lunge, C50 = Bösartige Neubildungen der Brustdrüse, C18-C21 = Bösartige Neubildungen des Dickdarms, Rektums und Anus, C61 = Bösartige Neubildungen der Prostata, Quellen: Landesstatistik Burgenland, Statistik Austria (2018), Eigene Erstellung

Insgesamt ist die altersstandardisierte Krebsrate auf 100.000 Einwohner sowohl bei Burgenländern als auch bei Burgenländerinnen zwischen 2007 (Männer: 672,3; Frauen: 397,2) und 2014 (Männer: 445,8; Frauen: 310,1) stark rückläufig.

Mit Ausnahme bösartiger Neubildungen der Luftröhre, der Bronchien oder der Lunge bei Frauen, zeigt sich unter Berücksichtigung einiger jährlicher Schwankungen ein tendenzieller Rückgang der einzelnen Krebsinzidenzen.

4.3.1.3 Registrierte Morbidität ausgewählter Krankheiten

Im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings werden zur Darstellung der Morbidität neben der Krebsinzidenz und den meldepflichtigen Infektionserkrankungen folgende objektive Kennzahlen empfohlen (vgl. ECHIM, 2012):

- Anzahl der Personen, die jemals die Diagnose „Diabetes“ erhielten und in den vergangenen 12 Monaten davon betroffen waren (Angabe pro 100.000 Einwohner und Anteil an der Gesamtbevölkerung)
- Anzahl der Personen, die jemals die Diagnose „Depression“ erhielten und in den vergangenen 12 Monaten davon betroffen waren (Angabe pro 100.000 Einwohner und Anteil an der Gesamtbevölkerung)
- Rate an akutem Myokardinfarkt (tödlich und nicht tödlich) und koronarem Tod pro 100.000 Einwohner
- Rate an Schlaganfällen (tödlich und nicht tödlich) pro 100.000 Einwohner
- Anzahl der Personen, die jemals die Diagnose „Asthma“ erhielten und in den vergangenen 12 Monaten davon betroffen waren (Angabe pro 100.000 Einwohner und Anteil an der Gesamtbevölkerung)
- Anzahl der Personen, die jemals die Diagnose „Chronisch obstruktive Lungenerkrankung“ (COPD) erhielten und in den vergangenen 12 Monaten davon betroffen waren (Angabe pro 100.000 Einwohner und Anteil an der Gesamtbevölkerung)

Daten in dieser Form liegen nur in einigen europäischen Ländern, nicht aber in Österreich, vor. In Hinblick auf die Krankheitsbilder „Diabetes“, „Depression“, „Herzinfarkt“, „Asthma“ und „Chronisch obstruktive Lungenerkrankung“ (COPD) wird auf subjektive Aussagen der Bevölkerung zum Vorhandensein dieser Krankheitsformen verwiesen (s. Kapitel 4.3.2.3).

Im Folgenden können objektive Zahlen lediglich zu jenen Personen gegeben werden, die aufgrund der oben angeführten Erkrankungen stationär im Burgenland aufgenommen wurden und/oder Verschreibungen von Medikamenten für die Behandlung der Erkrankungen erhielten.

Zahlen zu stationären Aufenthalten stammen aus der Krankenhausentlassungsstatistik und bilden das Ausmaß dieser Erkrankungsformen nur eingeschränkt ab. Vor allem die Erkrankungen „Diabetes“, „Depression“, „Asthma“ und „Chronisch obstruktive Lungenerkrankung“ (COPD) sind nicht unbedingt mit einem stationären Aufenthalt verbunden.

Zahlen zu stationären Aufenthalten und Arzneimittelverschreibungen zur Behandlung der Erkrankungen wurden von der BGKK zur Verfügung gestellt (s. Kapitel 2.2.4).

Gemäß den Daten der BGKK wurden in Burgenlands Krankenanstalten im Jahr 2015 666 Personen aufgrund von Diabetes mellitus (E10-E14) „normal“, sechs Personen auf sonstige Art entlassen. Neun Personen wurden in eine andere Krankenanstalt transferiert, fünf Personen starben. Insgesamt wurden in allen österreichischen Krankenanstalten im Jahr 2015 17.828 Burgenländer und Burgenländerinnen aufgrund von Diabetes mellitus stationär behandelt.

Um einen Vergleich zum Rest Österreichs herstellen zu können, erfolgte eine Berechnung der Zahlen pro 1.000 Einwohner. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass sich die im Folgenden dargestellten Zahlen aus Datenverfügbarkeitsgründen auf den Standort der Krankenanstalt beziehen. Im Burgenland verzeichneten demnach 2,4 Personen pro 1.000 Einwohner einen stationären Aufenthalt aufgrund von Diabetes. Damit liegt das Burgenland geringfügig über dem Österreichschnitt (2,1 pro 1.000 Einwohner).

Affektiven Störungen (F30-F39), denen auch Depressionen zugeordnet werden, waren bei 509 (392 „normale“ Entlassungen, 117 sonstige Entlassungsart) stationären Aufenthalten in Burgenlands Krankenanstalten der Grund (davon 180 mit der Diagnose „Depressive Episode“, F32). 10 Personen wurden aufgrund affektiver Störungen in eine andere Krankenanstalt transferiert (davon sieben Personen mit der Diagnose „Depressive Episode“).

Innerhalb des Burgenlandes hatten 1,8 Personen pro 1.000 Einwohner im Burgenland einen stationären Aufenthalt aufgrund affektiver Störungen. Im Rest Österreichs lag dieser Wert mit 3,8 pro 1.000 Einwohner deutlich höher,

was unter anderem darauf zurückzuführen ist, dass Personen in ländlichen Regionen, so auch jene im Burgenland, die an dieser Erkrankung leiden, sich häufig in Krankenanstalten in Großstädten wie Wien oder Graz behandeln lassen. So wurden in allen österreichischen Krankenanstalten im Jahr 2015 insgesamt 31.347 Burgenländer und Burgenländerinnen aufgrund affektiver Störungen stationär behandelt.

1.255 (1.245 „normale“ Entlassungen, 10 sonstige Entlassungsart) Personen wurden im Jahr 2015 aufgrund ischämischer Herzkrankheiten (I20-I25), zu denen auch der akute Myokardinfarkt zählt, in Burgenlands Krankenanstalten betreut und entlassen. 310 Personen wurden in eine andere Krankenanstalt transferiert, 71 Personen starben.

Damit wiesen 5,7 Personen pro 1.000 Einwohner einen stationären Aufenthalt aufgrund einer ischämischen Herzkrankheit in Burgenlands Krankenanstalten auf. In Österreich lag diese Rate (7,4 pro 1.000 Einwohner) deutlich höher, was wiederum zum Teil an der häufigeren Behandlung dieser Krankheiten in größeren Krankenanstalten in österreichischen Ballungszentren zurückzuführen ist. Insgesamt wurden in allen österreichischen Krankenanstalten im Jahr 2015 nämlich 61.946 Burgenländer und Burgenländerinnen aufgrund ischämischer Herzkrankheiten stationär behandelt.

Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I69, „Schlaganfall“) waren die Ursache für 907 Krankenhausentlassungen (902 „normale“ Entlassungen, fünf sonstige Entlassungsart) im Burgenland. 130 Personen wurden aufgrund eines Schlaganfalls in eine andere Krankenanstalt transferiert, 102 Personen starben aufgrund einer zerebrovaskulären Krankheit. Insgesamt wurden in allen österreichischen Krankenanstalten im Jahr 2015 40.157 Burgenländer und Burgenländerinnen aufgrund zerebrovaskulärer Krankheiten stationär behandelt.

Die Schlaganfallrate lag damit im Burgenland bei 3,9 pro 1.000 Einwohner, wobei sich diese Zahl lediglich auf Behandlungen von Burgenländern und Burgenländerinnen in Burgenlands Krankenanstalten bezieht. In Gesamtösterreich war sie mit 4,8 pro 1.000 Einwohner etwas höher.

Aufgrund „sonstiger chronischer obstruktiver Lungenkrankheit“ (J44) wurden 534 (531 „normale“ Entlassungen, drei sonstige Entlassungsart) Personen aus burgenländischen Krankenanstalten im Jahr 2015 entlassen. 14 Personen wurden in eine andere Krankenanstalt gebracht, sechs Personen starben aufgrund dieser Erkrankung. Wegen Asthma (J45-J46) waren im Jahr 2015 68 Personen in Krankenanstalten im Burgenland. Zwei davon wurden in eine andere Krankenanstalt transferiert.

Insgesamt wurden in allen österreichischen Krankenanstalten im Jahr 2015 21.433 Burgenländer und Burgenländerinnen aufgrund sonstiger chronisch obstruktiver Lungenkrankheiten, 2.871 aufgrund von Asthma stationär behandelt.

Ergänzend zu diesen Zahlen wurde auch die Asthma- bzw. COPD-Prävalenz mittels Verwendung von Medikamentendaten (R03 Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen) sowie die Diabetes-Prävalenz (A10 Antidiabetika) abgeschätzt. Auch diese Daten wurden von der BGKK zur Verfügung gestellt (s. Kapitel 2.2.4) und beziehen sich auf alle Patienten und Patientinnen mit Wohnsitz im Burgenland.

Im Jahr 2016 wurden 24.262 Burgenländern und Burgenländerinnen Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen verordnet. Dies entspricht 8.319 Personen pro 100.000 Einwohner. Insgesamt wurden 142.325 Packungen verschrieben. In Gesamtösterreich lag die Zahl der Personen mit Verordnungen für Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen mit 8.091 pro 100.000 Einwohner etwas niedriger.

Mit zunehmendem Alter erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, Verordnungen für Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen zu erhalten. 56,4% der Patienten und Patientinnen, die im Jahr 2016 mit derartigen Medikamenten behandelt wurden, waren 50 Jahre und älter.

Zwischen 2014 und 2016 schwankte die Anzahl der verordneten Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen zwischen 22.352 im Jahr 2014 und 24.262 im Jahr 2016.

Antidiabetika (A10) wurden im Jahr 2016 16.950 Patienten und Patientinnen mit Wohnsitz im Burgenland verschrieben. Dies entspricht 5.812 Personen pro 100.000 Einwohner. Insgesamt wurden 207.471 Medikamentenverpackungen verordnet. In Gesamtösterreich wurden im Jahr 2016 4.476 Personen pro 100.000 Einwohner mit Antidiabetika behandelt und damit deutlich weniger als im Burgenland.

Auch bei der Einnahme von Antidiabetika zeigt sich, dass diese vor allem in den höheren Altersgruppen erfolgt (90,8% der Patienten und Patientinnen 50 Jahre und älter).

Zwischen 2013 und 2016 zeigt sich ein kontinuierlicher Zuwachs der burgenländischen Patienten und Patientinnen, denen Antidiabetika verordnet wurden (2013: 16.440).

4.3.1.4 Niedriges Geburtsgewicht und Kaiserschnittrate

Der europäische Gesundheitsindikator „Niedriges Geburtsgewicht“ gibt die Anzahl jener Lebendgeburten pro 100 Lebendgeburten an, bei denen das Geburtsgewicht weniger als 2.500 Gramm betrug. Diese Kennzahl ist ein wichtiger Indikator für Schwangerschaftsbedingungen und Schwangerschaftsbetreuung. Ein geringes Geburtsgewicht kann mit Gesundheitsproblemen im späteren Lebensverlauf verbunden sein (vgl. ECHIM, 2012). Die Anzahl lebendgeborener Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht unterliegt starken jährlichen Schwankungen. Aus diesem Grund wurden zur Darstellung Jahresdurchschnittswerte für den Berichtszeitraum errechnet. National wird standardmäßig nicht, wie im Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitoring gefordert, die Anzahl an Geburten mit einem niedrigen Geburtsgewicht pro 100 Lebendgeburten, sondern der Anteil dieser an allen Geburten ermittelt. An dieser Darstellungsform orientiert sich auch der vorliegende Gesundheitsbericht.

Insgesamt wogen laut Statistik Austria (2017i) im Burgenland im Jahr 2015 156 Säuglinge bei ihrer Geburt maximal 2.500 Gramm. Im Jahresdurchschnitt 2013 bis 2015 waren es 155. Prozentuell betrachtet sind folgende Aussagen möglich: Im Jahresdurchschnitt 2013 bis 2015 kamen von allen lebendgeborenen Säuglingen 7,1% mit einem niedrigen Geburtsgewicht zur Welt. Im Österreichschnitt war der Anteil der Geburten mit niedrigem Geburtsgewicht an allen Lebendgeburten etwas niedriger (Jahresdurchschnittswert 2013 bis 2015: 6,6%).

Während sich im Zeitraum 2007 bis 2015 für Österreich ein klarer Trend in Richtung Verringerung der Niedriggeburtenrate zeigt, ist für das Burgenland in diesem Zeitraum weder ein eindeutiger Rückgang noch eine Zunahme der Niedriggeburtenrate erkennbar. Stattdessen zeigen sich jährliche Schwankungen (s. Abbildung 18).

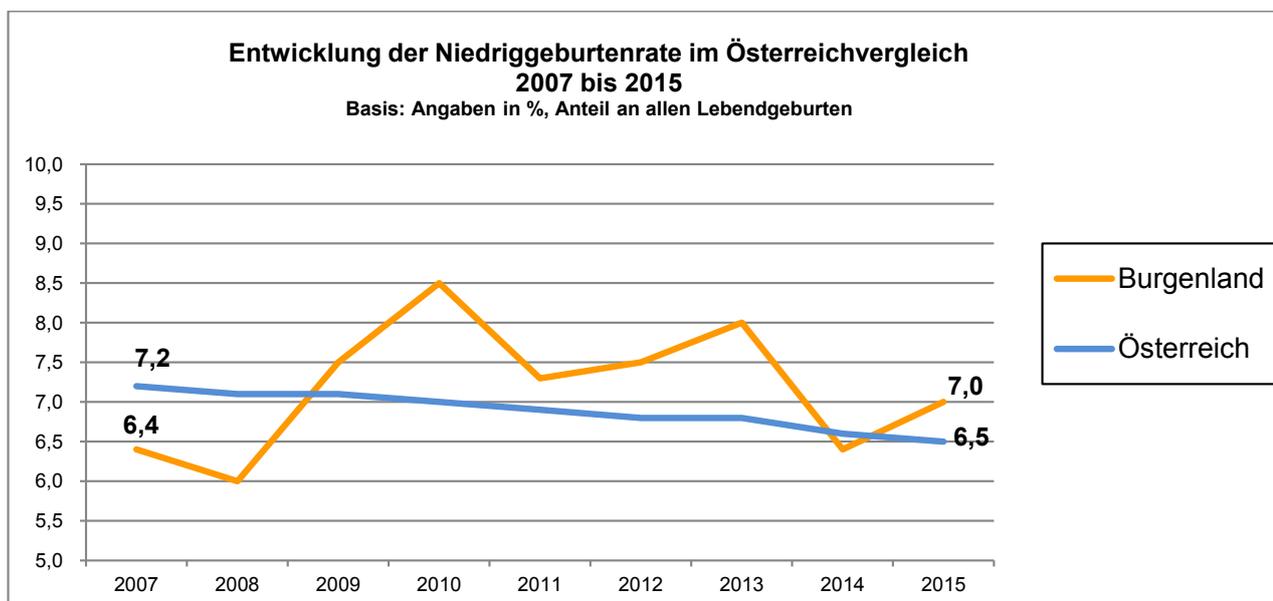


Abbildung 18: Entwicklung der Niedriggeburtenrate im Österreichvergleich 2007 bis 2015, Basis: Angaben in %, Anteil Untergewichtiger (Gewicht bis 2.500 Gramm) an allen Lebendgeburten, Stand: 2015, Quellen: Landesstatistik Burgenland, Statistik Austria (2017i), Eigene Erstellung

Von allen Lebendgeburten kamen im Jahr 2016 im Burgenland 780 Säuglinge per Kaiserschnitt zur Welt (34,0% aller Lebendgeborenen). Im Jahresdurchschnitt 2013 bis 2016 waren es 738. Dies entspricht einem Anteil von 33,5% aller Lebendgeburten. Mit diesen Werten liegt das Burgenland deutlich über dem österreichischen Durchschnittswert (2016: 29,6%).

Seit 2007 ist – mit jährlichen Schwankungen – ein leichter Anstieg der Kaiserschnittrate im Burgenland zu verzeichnen. Dasselbe gilt für Gesamtösterreich (s. Abbildung 19).

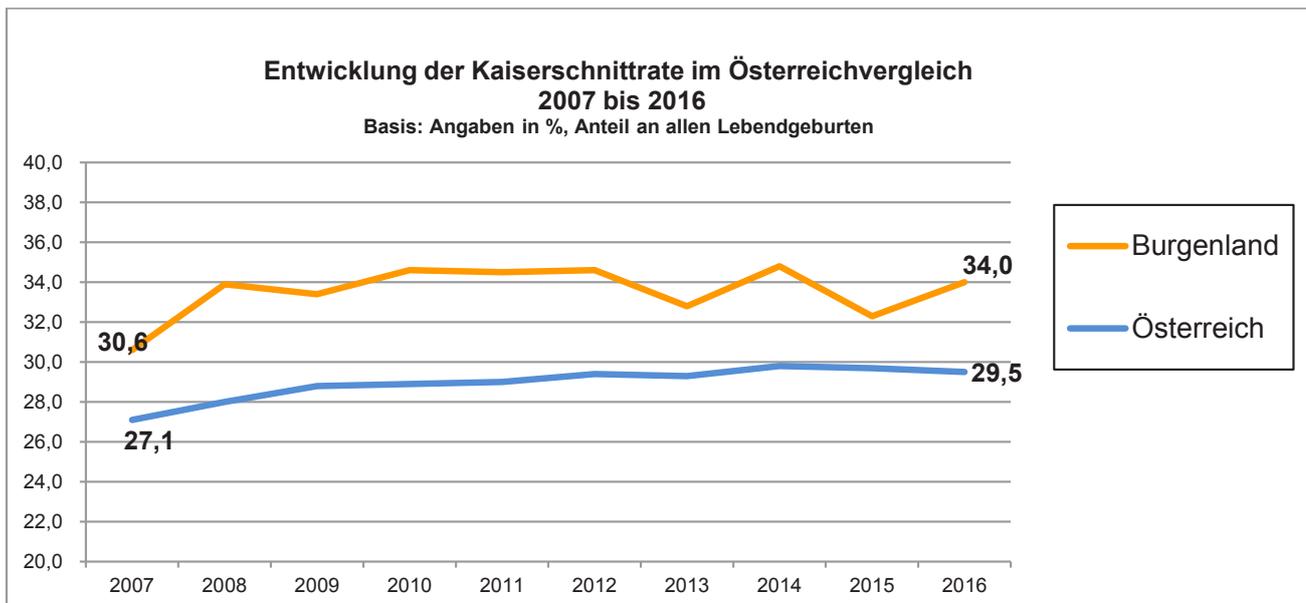


Abbildung 19: Entwicklung der Kaiserschnittquote im Österreichvergleich 2007 bis 2016, Stand: 2016, Basis: Angaben in %, Anteil der Geburten per Kaiserschnitt an allen Lebendgeburten, Quellen: Landesstatistik Burgenland, Statistik Austria (2017i), Eigene Erstellung

4.3.2 Indikatoren zum subjektiven Gesundheitszustand

Die Darstellung des subjektiven Gesundheitszustandes von Bevölkerungen ist neben der Auswertung objektiver Daten ein unverzichtbarer Bestandteil von Gesundheitsberichterstattungen. Durch Gesundheitsbefragungen lassen sich Zusammenhänge zwischen Krankheitshäufigkeiten, dem Gesundheitsverhalten und sonstigen gesundheitsrelevanten Risikofaktoren erkennen (vgl. ECHIM, 2012).

Es werden folgende Indikatoren zum subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand der Burgenländer und Burgenländerinnen dargestellt:

- Subjektiver Gesundheitszustand
- Individuell wahrgenommene Lebensqualität
- Subjektive chronische Morbidität im Allgemeinen sowie ausgewählter Erkrankungen
- Individuell wahrgenommene Einschränkungen

Auch wenn subjektive Angaben zum eigenen Gesundheitszustand mit Limitationen verbunden sind (s. Kapitel 2.2), sind sie von hoher Relevanz, da sie Auskunft über das individuelle Erleben von Gesundheit und Krankheit innerhalb der Bevölkerung geben.

4.3.2.1 Subjektiver Gesundheitszustand

Der subjektive Gesundheitszustand, englisch „self-perceived health“, ist die eigene Einschätzung des persönlichen Gesundheitszustandes durch Personen selbst. Um einen europaweiten Vergleich der Daten zum subjektiven Gesundheitszustand zu ermöglichen, wird im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings die Darstellung des subjektiven Gesundheitszustandes innerhalb von Bevölkerungen pro Kalenderjahr sowie separat für die beiden Geschlechter, Altersgruppen (14 bis 64 Jahre, 65+ Jahre) und einzelne sozioökonomische Gruppen empfohlen (vgl. ECHIM, 2012).

Wesentlich ist, dass der subjektive Gesundheitszustand einen erheblichen Einfluss auf die Bewertung von Gesundheitsproblemen, Begleiterscheinungen von Krankheiten und den Gesundheitsbedarf der Bevölkerung hat. Studien ergaben, dass der wahrgenommene Gesundheitszustand ein guter Indikator zur Vorhersage von Sterblichkeitsraten ist (vgl. ECHIM, 2012).

Die im Folgenden dargestellten Zahlen entstammen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (s. Kapitel 2.2) (vgl. Statistik Austria, 2015a).

29,8% der burgenländischen Bevölkerung schätzen ihren Gesundheitszustand als sehr gut; 44,9% als gut; 20,2% als mittelmäßig; 4,2% als schlecht und 0,9% als sehr schlecht ein.

Vergleichsweise berichtete im Rahmen der Befragung ein Anteil von 35,7% der Österreicher und Österreicherinnen über einen sehr guten Gesundheitszustand. Damit bewerteten Burgenländer und Burgenländerinnen ihre eigene Gesundheit nicht ganz so gut wie in anderen Bundesländern lebende Österreicher und Österreicherinnen.

Im Vergleich zu den Ergebnissen der Gesundheitsbefragung 2006/07 (vgl. Statistik Austria, 2007) zeigt sich ein Rückgang des Anteils jener Personen, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut einschätzen (2006/07: 36,2%). Die Bevölkerungsgruppe mit gutem subjektiven Gesundheitszustand stieg im Vergleich dazu von 36,7% auf 44,9% an. Erfreulich ist, dass der Anteil der Bevölkerung, die über einen schlechten bzw. sehr schlechten subjektiven Gesundheitszustand verfügt, zwischen 2006/07 (7,0%) und 2014 sank (5,1%).

Bei der Auswertung auf Ebene der Versorgungsregionen zeigt sich folgendes Bild: 75,6% der Bevölkerung in der Versorgungsregion Burgenland Nord schätzen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein, in der Versorgungsregion Burgenland Süd tun dies 73,1%. Einen schlechten bzw. sehr schlechten Gesundheitszustand geben 5,9% der Nordburgenländer und Nordburgenländerinnen, 3,7% der Südburgenländer und Südburgenländerinnen an. Damit sind keine deutlichen Unterschiede zwischen den Regionen in Hinblick auf den subjektiven Gesundheitszustand feststellbar. Abbildung 20 veranschaulicht die eben beschriebenen Ergebnisse.

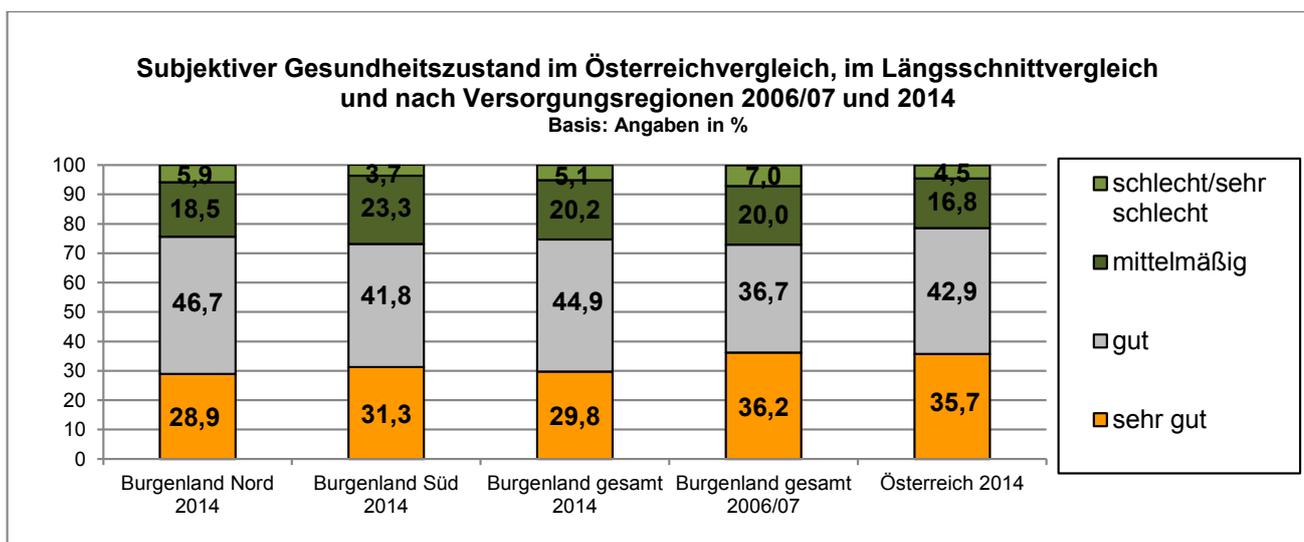


Abbildung 20: Subjektiver Gesundheitszustand im Österreichvergleich, im Längsschnittvergleich und nach Versorgungsregionen 2006/07 und 2014, Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Quellen: Statistik Austria (2007, 2015a), Eigene Erstellung und Berechnungen

Betrachtet man die Ergebnisse für die beiden Geschlechter separat, so zeigt sich, dass burgenländische Männer ihren Gesundheitszustand tendenziell besser einschätzen als burgenländische Frauen. So berichten 78,3% der Männer, hingegen nur 71,3% der Frauen von einem sehr guten oder guten Gesundheitszustand. Im Gegensatz dazu schätzen 4,0% der Burgenländer, hingegen 6,2% der Burgenländerinnen ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht ein.

Altersspezifisch betrachtet zeigt sich erwartungsgemäß, dass mit zunehmendem Alter der eigene Gesundheitszustand schlechter eingeschätzt wird. So bewerten lediglich 14,5% der über 65-Jährigen ihren Gesundheitszustand als sehr gut und 35,2% als gut, während die Werte bei den 15- bis 64-Jährigen weit darüber liegen (33,6% sehr gut; 47,4% gut). Im Gegensatz dazu stufen 11% der Altersgruppe 65+ den eigenen Gesundheitszustand als (sehr) schlecht ein, hingegen nur 3,6% der breiten Altersgruppe 15 bis 64 Jahre. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist allerdings – trotz Hochrechnungen – zu berücksichtigen, dass die Befragtegruppe der über 65-Jährigen im Burgenland zahlenmäßig gering ausfiel.

Eine Befragung von 1.404 Burgenländern und Burgenländerinnen ab 16 Jahren im Rahmen des Gesundheitsbarometers Burgenland (Welle 8, September/Oktober 2013, vgl. Institut für Strategieanalysen, 2013a) kam zu ähnlichen Ergebnissen wie die AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014. Hier schätzten rund drei Viertel der Burgenländer und Burgenländerinnen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder eher gut ein, während 5% von einer schlechten oder eher schlechten Gesundheit berichteten.

Eine Befragung der Wiener Städtischen Versicherung in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft für Sport und Körperkultur in Österreich (ASKÖ) (vgl. Wiener Städtische & ASKÖ, 2017) kam zu einem schlechten Ergebnis, was das „Gesundfühlen“ von Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Burgenland betrifft. Im Rahmen einer

Befragung unter 1.000 Jugendlichen zwischen 15 und 26 Jahren gaben 36% der jungen Burgenländer und Burgenländerinnen, hingegen „nur“ ein Viertel aller Österreicher und Österreicherinnen in dieser Altersgruppe an, sich nicht gesund zu fühlen.

4.3.2.2 Lebensqualität

Obwohl es keinen europäischen Gesundheitsindikator zur Beschreibung der Lebensqualität gibt, wird dieses Thema im vorliegenden Gesundheitsbericht behandelt. Grund hierfür ist, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität neben der Darstellung des subjektiven Gesundheitszustandes ein wichtiges Instrument zur Beschreibung des subjektiven Wohlbefindens von Bevölkerungen ist. Im Allgemeinen bildet die Lebensqualität sowohl körperliche, emotionale, mentale und soziale als auch verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens aus subjektiver Sicht von Personen ab (vgl. Ellert & Kurth, 2013).

Im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) bewerteten 77,2% der Burgenländer und Burgenländerinnen ihre Lebensqualität als gut oder sehr gut, 19,9% als mittelmäßig und 2,9% als schlecht oder sehr schlecht. Das Burgenland liegt damit etwa im Österreichschnitt (s. Abbildung 21).

Verglichen mit den Ergebnissen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2006/07 (vgl. Statistik Austria, 2007) zeigt sich ein Rückgang des Anteils jener Burgenländer und Burgenländerinnen, die ihre Lebensqualität mit „sehr gut“ bewerten (2006/07: 32,0%, 2014: 22,4%). Dafür gab bei der Befragung im Jahr 2014 ein höherer Anteil der Bevölkerung an, über eine gute Lebensqualität zu verfügen (2006/07: 44,1%; 2014: 54,8%). Der Anteil jener, die von einer schlechten oder sehr schlechten Lebensqualität berichten, ist rückläufig (2006/07: 5,8%, 2014: 2,9%). Diese Zahlen gehen mit der Entwicklung der subjektiven Gesundheit im Längsschnitt betrachtet konform (s. Kapitel 4.3.2.1).

Auf Ebene der Versorgungsregionen zeigen sich keine auffälligen Unterschiede zwischen dem Nord- und dem Südburgenland (s. Abbildung 21).

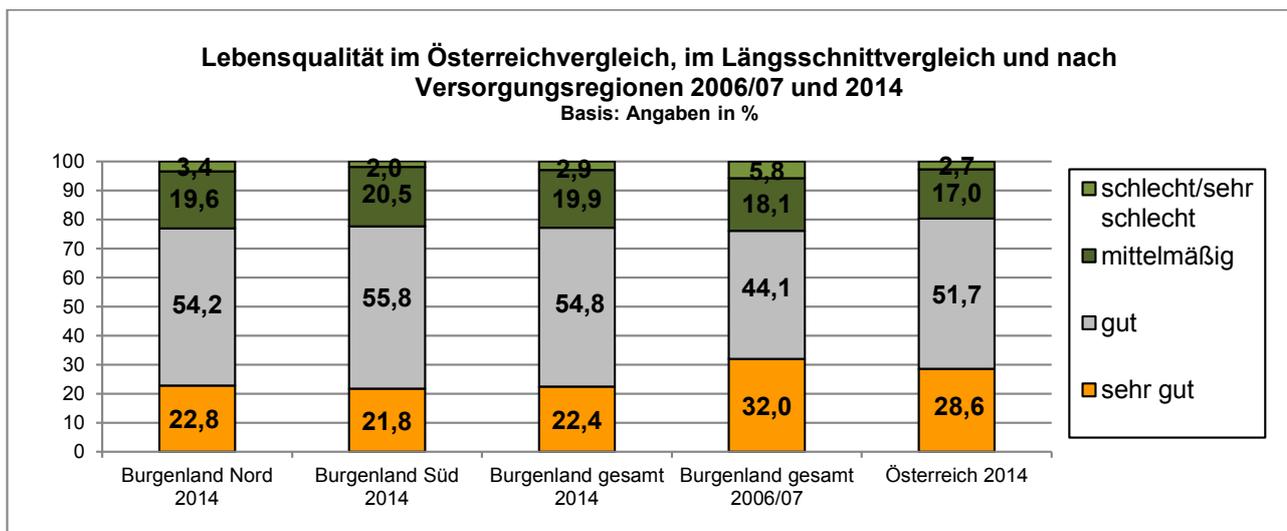


Abbildung 21: Lebensqualität im Österreichvergleich, im Längsschnittvergleich und nach Versorgungsregionen 2006/07 und 2014, Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Quellen: Statistik Austria (2007, 2015a), Eigene Erstellung und Berechnungen

Zwischen den Geschlechtern zeigen sich nur geringfügige Unterschiede. Wie auch bei der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes bewerten burgenländische Männer ihre Lebensqualität im Allgemeinen allerdings etwas besser als burgenländische Frauen. So weisen etwa 3,7% der Frauen eine schlechte bzw. sehr schlechte subjektive Lebensqualität auf, hingegen „nur“ 1,9% der Männer.

Ebenso wie beim subjektiven Gesundheitszustand sinkt auch die individuell wahrgenommene Lebensqualität mit steigendem Alter. So geben etwa noch 33,0% der 20- bis 24-Jährigen an, eine sehr gute Lebensqualität zu haben. Bei den 40- bis 44-Jährigen sind es 23,5% und bei den Personen im Alter von 80 bis 84 Jahren nur mehr 17,9%.

In Hinblick auf die einzelnen Bildungsschichten zeigt sich, dass die eigene Lebensqualität mit steigendem Bildungsstand zunimmt. So bewerten beispielsweise „nur“ 20,4% der Personen, die die Stufe 3 (Sekundarbereich II, Bildungseinrichtungen, welche sich der allgemeinen Bildung oder der Berufsbildung nach dem Sekundarbereich I widmen) als höchsten Bildungsabschluss angeben, bereits 31,1% der Personen auf Bildungsstufe 5 (kurzes

tertiäres Bildungsprogramm, Berufsbildende Höhere Schulen ab dem 4. Jahrgang, Aufbaulehrgänge, Schulen für Berufstätige, Kollegs) und 57,3% der Personen auf Stufe 6 (Bachelor- bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm) die eigene Lebensqualität als sehr gut.

4.3.2.3 Selbstberichtete chronische Morbidität

Chronische Erkrankungen sind laut Public Health Forschungen mit hohen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden, weshalb es wichtig ist, Ursachen und Auslöser chronischer Erkrankungen herauszufinden und zu mindern. Studien der vergangenen Jahre zeigen, dass viele chronische Erkrankungen eng mit Lebensweisen verknüpft sind. Beispielsweise erhöht ein exzessiver Alkoholkonsum das Risiko, an Herz-Kreislauferkrankungen, Schlaganfällen, psychischen Störungen sowie Leberzirrhose zu leiden und ist für mindestens 9% aller chronischen Krankheitsfolgen im europäischen Raum verantwortlich (vgl. Jakubowski, 2003). Aus den genannten Gründen scheint eine Auseinandersetzung mit dem Ausmaß von chronischen Erkrankungen innerhalb der burgenländischen Bevölkerung unerlässlich. Auch im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings wurden Gesundheitsindikatoren hierfür definiert.

Der europäische Gesundheitsindikator „selbstberichtete chronische Morbidität“ bezieht sich auf den Anteil jener Personen an der Gesamtbevölkerung, die über eine längerdauernde chronische Krankheit oder über längerdauernde chronische Gesundheitsprobleme/-beeinträchtigungen berichten (vgl. ECHIM, 2012).

Im Speziellen wird eine Betrachtung folgender chronischer Krankheitsbilder im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings empfohlen (vgl. ECHIM, 2012):

- Diabetes
- Depression
- Asthma
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD, „Raucherlunge“)
- Schmerzen des Bewegungsapparates

Auf Zahlen zum Ausmaß dieser chronischen Erkrankungen innerhalb der burgenländischen Bevölkerung wird im Folgenden eingegangen. Konkret wurden hierfür Ergebnisse der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) herangezogen, welche sich auf die Frage „Haben Sie eine dauerhafte Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem?“ beziehen. Vorweg ist darauf aufmerksam zu machen, dass die Zahlen auf Selbstauskünften der Befragten beruhen und mögliche Fehlangaben (sowohl eine Über- als auch Unterschätzung des Krankheitsausmaßes) nicht auszuschließen sind. Zudem liegen keine aktuelleren Daten vor. Zusätzlich zu den genannten Krankheitsbildern, deren Betrachtung im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings empfohlen wird, werden in diesem Gesundheitsbericht noch folgende Erkrankungen – allerdings nur überblicksmäßig – dargestellt:

- Magen- oder Darmgeschwür
- Harninkontinenz
- Allergie (ausgenommen allergisches Asthma)
- Chronische Kopfschmerzen
- Chronisches Nierenproblem oder Nierenversagen
- Chronische Nackenschmerzen oder sonstige chronische Beschwerden an der Halswirbelsäule
- Leberzirrhose
- Schlaganfall
- Bluthochdruck (Hypertonie)
- Koronare Herzkrankheit oder Angina pectoris
- Herzinfarkt oder chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarkts

Die Ergebnisse der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) zeigen, dass 40,0% der Burgenländer und Burgenländerinnen an einer chronischen Erkrankung leiden, womit das Burgenland etwas über dem Österreichschnitt liegt (36,0%). Seit der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2006/07 (vgl. Statistik Austria, 2007) blieb der Anteil der Personen mit einer chronischen Erkrankung im Burgenland konstant (40,4%). In den Versorgungsregionen zeigen sich in Hinblick auf den Anteil der Bevölkerung, der dauerhaft an einer chronischen Krankheit leidet, kaum Unterschiede (s. Abbildung 22).

Anteil der Bevölkerung mit dauerhafter Krankheit oder chronischem Gesundheitsproblem im Österreichvergleich, im Längsschnittvergleich und nach Versorgungsregionen 2006/07 und 2014

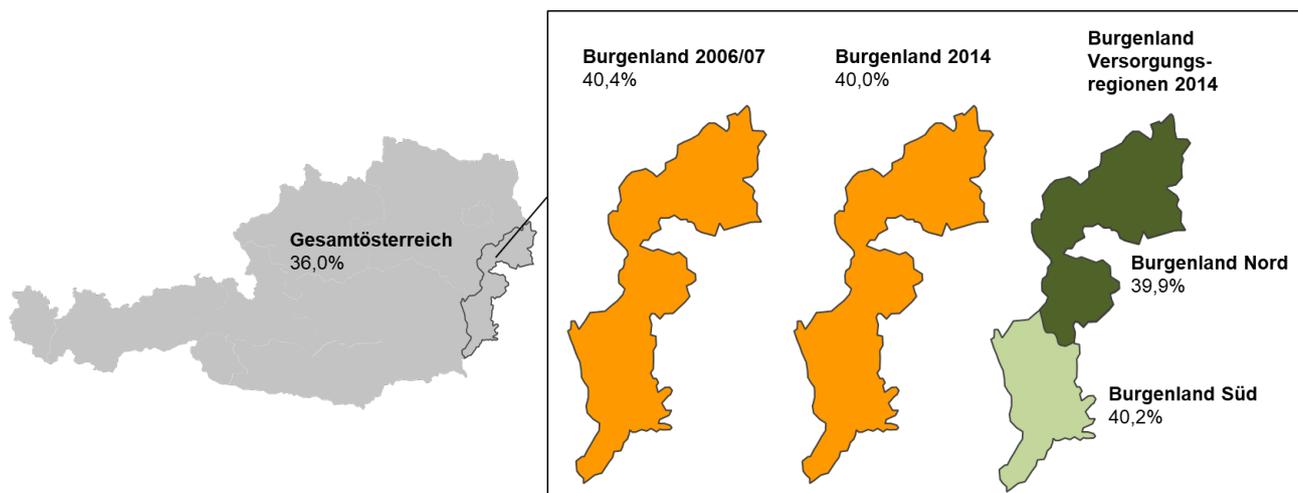


Abbildung 22: Anteil der Bevölkerung mit dauerhafter Krankheit oder chronischem Gesundheitsproblem im Österreichvergleich, im Längsschnittvergleich und nach Versorgungsregionen 2006/07 und 2014, Stand: 2014, Quellen: Statistik Austria (2007, 2015a), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg, Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung und Berechnungen

Im Folgenden werden Unterschiede im Auftreten von dauerhaften Krankheiten oder chronischen Gesundheitsproblemen zwischen den Geschlechtern und Altersgruppen beschrieben.

Im Vergleich zu burgenländischen Männern (38,1%) leiden Frauen (41,8%) etwas öfter an einer chronischen Krankheit oder einem chronischen Gesundheitsproblem.

Vergleicht man einzelne Altersgruppen miteinander, so zeigt sich, dass mit steigendem Alter erwartungsgemäß der Anteil jener, die an chronischen Krankheiten leiden, zunimmt. So gaben im Zuge der Befragung etwa 28,2% der Burgenländer und Burgenländerinnen zwischen 25 und 29 Jahren, bereits 34,5% der Burgenländer und Burgenländerinnen zwischen 45 und 49 Jahren und 52,9% der Burgenländer und Burgenländerinnen zwischen 55 und 59 Jahren an, eine chronische Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem zu haben.

Den Befragten wurde im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 auch folgende Frage gestellt:

„Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Gesundheitsprobleme?“

Die Antwort auf diese Frage gibt Auskunft über die sogenannte 12-Monatsprävalenz chronischer Erkrankungen. Die Ergebnisse zeigen, dass im Burgenland mehr als ein Fünftel (22,8%) an chronischen Kreuzschmerzen, etwa jeder Neunte bzw. jede Neunte (11,7%) an Arthrose, jeweils jeder Dreizehnte bzw. jede Dreizehnte an Depressionen (7,4%) oder Diabetes (7,1%) und ein sehr geringer Teil an Asthma (4,6%) und COPD (4,3%) leidet.

Im Folgenden wird auf einzelne Krankheitsbilder näher eingegangen.

4.3.2.3.1 Diabetes

Diabetes wurde zu einem der größten Public Health Probleme des 21. Jahrhunderts. Die Krankheit korreliert stark mit Übergewicht und Fettleibigkeit, gehört aber zu den Krankheiten, die durch Präventionsmaßnahmen verhindert werden können. Langfristig gesehen ist Diabetes die häufigste Krankheit, die in Industriestaaten zur Erblindung von Personen zwischen 20 und 74 Jahren führt und die häufigste Ursache von chronischer Niereninsuffizienz. Internationale und nationale Vergleiche zur Diabetesprävalenz können dazu dienen, Lücken in der Gesundheitsversorgung aufzudecken (vgl. ECHIM, 2012).

Im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings wird empfohlen, sowohl den Anteil jener Personen zu betrachten, bei denen Diabetes jemals diagnostiziert wurde, als auch den Anteil jener, die in den letzten 12 Monaten (vor der Befragung) an Diabetes litten (vgl. ECHIM, 2012). Im Folgenden können lediglich Zahlen zu jenen Personen angegeben werden, die in den vergangenen 12 Monaten Diabetes hatten.

Im Burgenland sind laut AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) 7,1% der Bevölkerung Diabetiker bzw. Diabetikerinnen (12-Monatsprävalenz). Zwischen den Versorgungsregionen zeigen sich nur geringfügige Unterschiede (Burgenland Nord: 7,5%; Burgenland Süd: 6,5%).

Die Diabetes-Prävalenz im Burgenland lag mit dem Wert von 7,1% im Jahr 2014 deutlich über dem Österreichschnitt (4,9%). Ärztlich diagnostiziert mit Diabetes waren eigenen Angaben zufolge 6,9% der Burgenländer und Burgenländerinnen (Österreich: 4,7%).

Bei burgenländischen Männern zeigt sich eine deutlich höhere Diabetes-Prävalenz (9,4) als bei burgenländischen Frauen (5,0%).

Betrachtet man die einzelnen Altersgruppen, so zeigt sich erwartungsgemäß ein Anstieg der Diabetes-Prävalenz mit zunehmendem Alter. So gaben im Rahmen der Befragung etwa 2,7% der 30- bis 34-Jährigen an, an Diabetes zu leiden, während der Anteil bei den 50- bis 54-Jährigen etwa bei 18,6% lag.

4.3.2.3.2 Depression

Psychische Gesundheitsprobleme treten in der heutigen Gesellschaft immer häufiger auf und haben einen hohen Stellenwert auf persönlicher, sozialer und wirtschaftlicher Ebene. Die Weltgesundheitsorganisation (vgl. WHO, 2015) entwickelte einen Aktionsplan mit Maßnahmen zur Stärkung der mentalen Gesundheit der Weltbevölkerung und formulierte die häufigsten Auslöser für Depressionen als eine Form psychischer Erkrankungen. Unter anderem zählen sozioökonomische Faktoren (Geschlecht, Alter, körperliche Gesundheit), materielle Faktoren (Höhe des Einkommens, Wohnumfeld, Besitz), der Zugang zum Gesundheitssystem und Risikofaktoren wie Rauchen und Alkoholkonsum zu den häufigsten Ursachen.

Zur Beschreibung der Prävalenz von Depressionen wird im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings empfohlen, den Anteil jener Personen anzugeben, die jemals die Diagnose „Depression“ erhielten. Ergänzend dazu soll auch der Anteil jener Personen dargestellt werden, die in den letzten 12 Monaten (vor der Befragung) an Depressionen litten (vgl. ECHIM, 2012). Im Folgenden können aus Datenverfügbarkeitsgründen lediglich Aussagen zum zweiten Indikator getätigt werden.

Im Burgenland leiden laut AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) 7,4% der Bevölkerung an Depressionen (12-Monatsprävalenz). Die Prävalenz von Depressionen liegt im Burgenland mit 7,4% etwa im Österreichschnitt (7,7%). Bei 6,0% der befragten Burgenländer und Burgenländerinnen wurde die Diagnose „Depression“ eigenen Angaben zufolge auch vom Arzt bzw. von der Ärztin gestellt. Vergleichsweise liegt der Anteil der mit Depression diagnostizierten Personen an der Gesamtbevölkerung in Österreich bei 5,7%.

In Hinblick auf das Erleben von Depressionen zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen den beiden Versorgungsregionen (Burgenland Nord: 7,6%; Burgenland Süd: 7,2%).

Innerhalb der männlichen Bevölkerung im Burgenland sind 4,7% (3,2% diagnostiziert), innerhalb der weiblichen Bevölkerung 10,0% (8,7% diagnostiziert) von Depressionen betroffen. Somit leiden burgenländische Frauen – zumindest was subjektive Angaben zeigen – deutlich häufiger an Depressionen als burgenländische Männer.

Im Altersgruppenvergleich lässt sich kein klarer Trend in Hinblick auf das Erleben von Depressionen erkennen.

4.3.2.3.3 Asthma

Asthma zählt neben der Zuckerkrankheit „Diabetes“ und psychischen Erkrankungen zu einer der größten Public Health Herausforderungen. Bei Asthma handelt es sich um eine chronische Entzündung der Atemwege, die durch Einwirkung von verschiedenen Reizen anfallsweise zu einer Atemnot führt. Für Betroffene gibt es bereits gute Behandlungsmöglichkeiten, für (noch) Nicht Betroffene Präventionsmaßnahmen.

Zur Darstellung der Asthma-Prävalenz wird neben objektiven Kennzahlen im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings auch empfohlen, einerseits den Anteil jener Personen darzustellen, die angeben, jemals die Diagnose Asthma erhalten zu haben, andererseits den Anteil jener Personen anzugeben, die in den letzten zwölf Monaten (vor der Befragung) durchgehend daran litten (vgl. ECHIM, 2012). Im Folgenden können lediglich Aussagen zum zweiten Indikator getätigt werden.

Im Burgenland leiden laut AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) 4,6% an Asthma (12-Monatsprävalenz, einschließlich allergisches Asthma). Bei 3,8% wurde auch die ärztliche Diagnose „Asthma“

gestellt. Mit diesen Werten liegt das Burgenland in Hinblick auf die Asthmaprävalenz im Österreichschnitt (4,4%; 3,8% diagnostiziert).

Zwischen den beiden Versorgungsregionen zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede in Hinblick auf die Asthma-Prävalenz (Burgenland Nord: 4,7%; Burgenland Süd: 4,5%).

Burgenländische Männer leiden etwas häufiger an Asthma (5,5%) als burgenländische Frauen (3,8%). In Hinblick auf das Alter zeichnet sich kein klarer Trend ab.

4.3.2.3.1 Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Bei COPD handelt es sich um eine chronische Lungenerkrankung, die eine große Gesundheitsbelastung darstellt, die Lebensqualität der Betroffenen stark beeinträchtigt und hohe Kosten im Gesundheitswesen verursacht. COPD zählt zu den häufigsten chronischen Morbiditäten in Europa. Teilweise kann man der Erkrankung durch bestimmte Verhaltensweisen vorbeugen. Einer der Hauptrisikofaktoren für COPD ist Rauchen.

Zur Ermittlung der COPD-Prävalenz wird neben objektiven Kennzahlen im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings auch empfohlen, einerseits den Anteil jener Personen darzustellen, die angeben, jemals die Diagnose COPD erhalten zu haben, andererseits den Anteil jener Personen anzugeben, die in den letzten zwölf Monaten (vor der Befragung) durchgehend daran litten (vgl. ECHIM, 2012). Im Folgenden können lediglich Aussagen zum zweiten Indikator getätigt werden. Allerdings sind keine Daten zum Vorhandensein einer ärztlichen Diagnose für diese Erkrankung vorhanden.

Im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) gaben (hochgerechnet) 4,3% der befragten Burgenländer und Burgenländerinnen an, innerhalb der letzten 12 Monate an COPD gelitten zu haben. In Gesamtösterreich lag dieser Anteil gleich hoch (4,2%).

Eine Betrachtung der Zahlen auf Ebene der Versorgungsregionen zeigt keine nennenswerten Unterschiede (Burgenland Nord: 4,0%; Burgenland Süd: 4,9%).

5,3% der Männer im Burgenland und 3,4% der Frauen im Burgenland leiden an COPD. Somit zeigt sich, dass diese Erkrankung bei burgenländischen Männern etwas häufiger auftritt als bei burgenländischen Frauen. Innerhalb der einzelnen Altersgruppen zeichnet sich kein erkennbarer Trend in Hinblick auf das Erleben von COPD ab.

4.3.2.3.2 Schmerzen des Bewegungsapparates

Für die Darstellung von Schmerzen des Bewegungsapparates sind Fragen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) relevant, die sich auf Arthrose (Gelenksabnutzung, die zu Schmerzen, Bewegungseinschränkung und Gelenkdeformierung führen kann), chronische Kreuzschmerzen oder ein anderes chronisches Rückenleiden beziehen. Im Folgenden wird der Anteil jener Personen angegeben, die in den letzten 12 Monaten (vor der Befragung) an derartigen Schmerzen des Bewegungsapparates litten.

Arthrose

Ergebnisse der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) zeigen, dass 11,7% der burgenländischen Bevölkerung an Arthrose leiden. 9,3% erhielten auch eine ärztliche Diagnose hierfür. Mit diesen Werten liegt das Burgenland ziemlich genau im Österreichschnitt (12,0%; diagnostiziert: 10,5%).

Zwischen den beiden Versorgungsregionen zeigen sich in Hinblick auf die Arthrose-Prävalenz keine nennenswerten Unterschiede (Burgenland Nord: 11,4%; Burgenland Süd: 12,2%).

Innerhalb der weiblichen burgenländischen Bevölkerung ist der Anteil jener, die von Arthrose betroffen sind (15,8%), doppelt so hoch wie innerhalb der männlichen Bevölkerung (7,3%).

Erwartungsgemäß steigt das Auftreten von Arthrose mit zunehmendem Alter an. Während im Rahmen der Befragung etwa in der Bevölkerungsgruppe 30 bis 34 Jahre 4,4% angaben, in den vergangenen 12 Monaten an Arthrose gelitten zu haben, waren es in der Bevölkerungsgruppe der 50- bis 54-Jährigen 10,1%; bei den 70- bis 74-Jährigen bereits 35,3%.

Chronische Kreuzschmerzen oder andere chronische Rückenleiden

Aus der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) geht hervor, dass etwa ein Fünftel der Burgenländer und Burgenländerinnen (22,8%) chronische Kreuzschmerzen oder andere chronische Rückenleiden aufweist. Der Wert für Gesamtösterreich liegt mit etwa einem Viertel (24,4%) ziemlich gleich hoch.

In der Versorgungsregion Burgenland Nord leidet ein etwas höherer Anteil der Bevölkerung (24,1%) an chronischen Kreuzschmerzen oder einem sonstigen chronischen Rückenleiden als in der Versorgungsregion Burgenland Süd (20,4%).

Mit 24,1% aller Burgenländerinnen leiden zudem etwas mehr Frauen als Männer (21,3%) an chronischen Kreuzschmerzen.

Erwartungsgemäß steigt der Anteil der Personen mit chronischen Kreuzschmerzen oder einem anderen chronischen Rückenleiden mit zunehmendem Alter an. Während im Zuge der Befragung noch 17,4% der 30- bis 34-jährigen Burgenländer und Burgenländerinnen angaben, unter derartigen Beschwerden zu leiden, waren es etwa bei den 55- bis 59-Jährigen bereits 36,9%.

4.3.2.3.3 Weitere chronische Erkrankungen

Neben den bisher dargestellten chronischen Krankheitsbildern (Diabetes, Depression, Asthma, COPD, Schmerzen des Bewegungsapparates), die sich auch in den europäischen Gesundheitsindikatoren wiederfinden, befasst sich dieses Kapitel mit weiteren 12-Monatsprävalenzen. Diese sind in der folgenden Tabelle nach Auftretenshäufigkeit im Burgenland aufgelistet. Nennenswerte Unterschiede zu Gesamtösterreich zeigen sich lediglich bei Bluthochdruck (Burgenland: 28,4%; Österreich: 21,1%).

Neben den geschlechts- und regionsspezifischen Unterschieden, die der Tabelle zu entnehmen sind, zeigen sich folgende Differenzen zwischen den Altersgruppen und Bildungsschichten.

Bei Bluthochdruck, chronischen Nackenschmerzen oder sonstigen chronischen Beschwerden an der Halswirbelsäule und koronaren Herzkrankheiten bzw. Angina pectoris zeigt sich ein linearer Anstieg der Prävalenz mit steigendem Alter. Bluthochdruck tritt zudem besonders häufig in niedrigen Bildungsschichten auf.

Tabelle 7: Weitere chronische Erkrankungen im Österreichvergleich, nach Versorgungsregionen und nach Geschlecht 2014; Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Anteil jener Personen, die angeben, in den letzten 12 Monaten an der Erkrankung gelitten zu haben, Quelle: Statistik Austria (2015a), Eigene Erstellung und Berechnungen

Erkrankung	Burgenland gesamt	Österreich gesamt	Burgenland Nord	Burgenland Süd	Burgenland Männer	Burgenland Frauen
Bluthochdruck	28,4%	21,1%	28,1%	29,1%	29,4%	27,5%
Allergien	23,5%	24,2%	25,1%	20,7%	23,5%	23,5%
Chronische Nackenschmerzen oder sonstige chronische Beschwerden an der Halswirbelsäule	19,9%	18,5%	20,3%	19,4%	14,1%	25,5%
Chronische Kopfschmerzen	5,5%	6,7%	5,3%	5,8%	2,7%	8,1%
Harninkontinenz	3,2%	3,6%	3,4%	2,9%	1,6%	4,7%
Magen- oder Darmgeschwür	2,5%	2,5%	2,5%	2,7%	1,8%	2,8%
Koronare Herzkrankheit oder Angina pectoris	2,0%	2,2%	1,5%	2,9%	2,6%	1,5%
Chronische Nierenprobleme oder Nierenversagen	1,5%	1,5%	1,1%	2,3%	0,6%	2,4%
Herzinfarkt oder chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarkts	1,2%	1,0%	1,5%	0,8%	2,4%	0,1%
Schlaganfall	1,2%	0,8%	0,7%	2,2%	1,4%	1,1%
Leberzirrhose	0,4%	0,2%	0,5%	0,2%	0,8%	0,0%

4.3.2.4 Individuell wahrgenommene Einschränkungen

Im Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitoring wird für die Darstellung individuell wahrgenommener Einschränkungen empfohlen, den Anteil jener Personen anzugeben, die über einen längeren Zeitraum in ihrem Alltagsleben eingeschränkt sind (vgl. ECHIM, 2012).

In der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) wird in Bezug auf dieses Thema die Frage „Wie sehr sind Sie seit zumindest einem halben Jahr durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?“ gestellt.

Zusätzlich stellen „körperliche und sensorische funktionelle Einschränkungen“ einen wesentlichen europäischen Gesundheitsindikator dar (vgl. ECHIM, 2012). Auch diese wurden in der AT-HIS Gesundheitsbefragung abgefragt.

Im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) gaben hochgerechnet 5,6% der befragten Burgenländer und Burgenländerinnen an, „stark“; 27,9% „etwas“ und 66,5% „nicht“ durch ein gesundheitliches Problem in ihrem Alltagsleben eingeschränkt zu sein (6-Monatsprävalenz).

Im Vergleich mit Gesamtösterreich sind Burgenländer und Burgenländerinnen etwas seltener „stark eingeschränkt“ als Österreicher und Österreicherinnen (7,0%), dafür häufiger „etwas eingeschränkt“ (Österreich: 24,5%).

Richtet man den Blick auf die Versorgungsregionen im Burgenland, so sind Burgenländer und Burgenländerinnen im Südburgenland (6,2% stark eingeschränkt; 30,5% etwas eingeschränkt) stärker eingeschränkt als Burgenländer und Burgenländerinnen im Nordburgenland (5,2% stark eingeschränkt; 26,3% etwas eingeschränkt).

Im Längsschnitt betrachtet, also verglichen mit den Ergebnissen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2006/07 (vgl. Statistik Austria, 2007) nahm der Anteil der „stark“ Eingeschränkten im Burgenland deutlich ab (2012: 10,7% stark eingeschränkt). Gleichzeitig stieg der Anteil der Personen, die „etwas eingeschränkt“ sind von 19,6% auf 27,9% an (s. Abbildung 23).

Geschlechtsspezifisch betrachtet zeigen sich nur geringfügige Unterschiede zwischen Männern und Frauen (s. Abbildung 23).

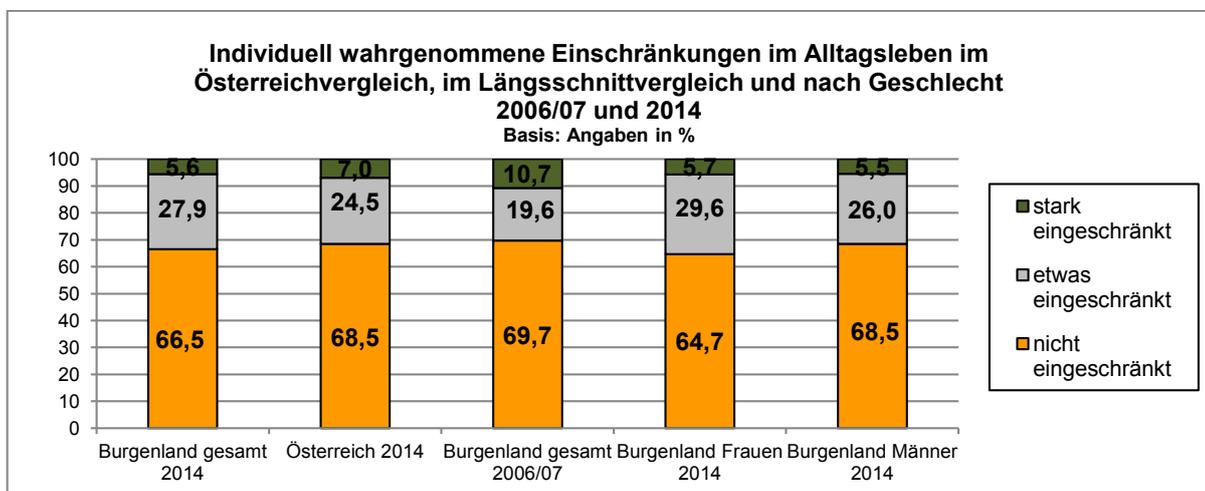


Abbildung 23: Individuell wahrgenommene Einschränkungen im Alltagsleben im Österreichvergleich, im Längsschnittvergleich und nach Geschlecht 2006/07 und 2014, Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Quellen: Statistik Austria (2007, 2015a), Eigene Erstellung und Berechnungen

Burgenländer und Burgenländerinnen, die einen niedrigen Bildungsstand haben, gaben im Zuge der Befragung häufiger an, in ihren Alltagstätigkeiten „stark eingeschränkt“ zu sein.

Im Detail wurde im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung auch nach konkreten Gesundheitseinschränkungen bzw. -problemen gefragt. Die Ergebnisse werden im Folgenden überblicksmäßig beschrieben.

4.3.2.4.1 Probleme beim Sehen

14,5% aller Burgenländer und Burgenländerinnen gaben im Zuge der Befragung an, einige Schwierigkeiten beim Sehen zu haben, 1% klagten sogar über große Schwierigkeiten und 0,2% gaben an, blind oder fast blind zu sein.

In Österreich zeigen sich ziemlich idente Werte (13,0% einige; 1,1% große Probleme beim Sehen; 0,2% blind oder fast blind).

Auf Ebene der Versorgungsregionen zeigt sich, dass der Anteil der Betroffenen im Südburgenland (15,7% einige, 2,0% große Schwierigkeiten, 0,6% blind oder fast blind) etwas höher ist als im Nordburgenland (13,8% einige; 0,5% große Schwierigkeiten; 0,0% blind oder fast blind).

Geschlechtsspezifisch betrachtet zeigt sich, dass Frauen (16,8% einige; 1,1% große Schwierigkeiten; 0,4% blind oder fast blind) im Vergleich zu Männern (12,1% einige, 1,0% große Schwierigkeiten, 0,0% blind oder fast blind) verstärkt Probleme beim Sehen haben.

4.3.2.4.2 Probleme beim Hören

Im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) wurden sowohl Schwierigkeiten beim Hören in ruhigen Räumen als auch Schwierigkeiten beim Hören in lauten Räumen abgefragt.

5,2% der Befragten im Burgenland (hochgerechnete Zahlen) gaben an, „einige“ Schwierigkeiten beim Hören in ruhigen Räumen zu haben (6,1% Österreich). 0,4% meinten, dass sie „große“ Schwierigkeiten haben (0,7% Österreich).

In Hinblick auf das Hören in lauten Räumen zeigen sich erwartungsgemäß deutlich höhere Prozentwerte: 24,3% der Burgenländer und Burgenländerinnen haben „einige“ Probleme dabei, 1,8% sogar „große“ Probleme. Damit liegt das Burgenland etwa im Österreichschnitt (22,5% „einige“ Probleme; 3,3% „große“ Probleme).

Die Bevölkerung in der Versorgungsregion Burgenland Süd leidet stärker an Hörschwierigkeiten in lauten Räumen (26,6% einige Schwierigkeiten; 2,7% große Schwierigkeiten) als jene in der Versorgungsregion Burgenland Nord (23,0% einige Schwierigkeiten; 1,3% große Schwierigkeiten). Dasselbe gilt für Hören in ruhigen Räumen (Burgenland Nord: 4,5% einige oder große Schwierigkeiten, Burgenland Süd: 7,2%).

Auch zwischen den Geschlechtern lassen sich leichte Unterschiede erkennen. So haben etwas mehr Männer (einige Schwierigkeiten: 26,0%; große Schwierigkeiten: 1,9%) Hörprobleme in lauten Räumen als Frauen (einige Schwierigkeiten: 22,7%; große Schwierigkeiten: 1,8%). Kaum Unterschiede zeigen sich bei Hörproblemen in ruhigen Räumen (Männer: 6,0% einige oder große Probleme, Frauen: 5,0%).

Erwartungsgemäß klagen tendenziell öfter ältere Menschen über Hörschwierigkeiten, sowohl in ruhigen als auch in lauten Räumen.

Ein Hörgerät tragen 2,5% aller Befragten im Burgenland (Männer: 2,9%, Frauen: 2,0%). Damit liegt das Burgenland in Hinblick auf das Tragen eines Hörgerätes etwas unter dem Österreichschnitt (3,6%).

4.3.2.4.3 Schwierigkeiten beim Gehen und Treppensteigen

Ergebnisse der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) zeigen, dass 3,9% der burgenländischen Bevölkerung „einige“, 2,6% „große“ Schwierigkeiten beim Gehen einer Distanz von etwa 0,5 Kilometer ohne Gehhilfe haben. 0,5% können diese Aufgabe gar nicht bewältigen. Mit diesen Werten liegt das Burgenland etwa im Österreichschnitt (3,3% einige Schwierigkeiten; 2,4% große Schwierigkeiten; 1,4% kann es gar nicht).

Einige Schwierigkeiten beim Treppensteigen mit 12 Stufen haben 8,1% der burgenländischen Bevölkerung. 1,9% berichteten im Rahmen der Befragung sogar über große Schwierigkeiten, 0,3% können gar nicht Treppensteigen mit 12 Stufen. Damit liegt Burgenland in Hinblick auf den Anteil jener mit einigen Schwierigkeiten über, in Hinblick auf den Anteil jener mit großen Schwierigkeiten leicht unter dem Österreichschnitt (5,8% einige Schwierigkeiten; 2,6% große Schwierigkeiten; 0,8% kann es gar nicht).

Auf Ebene der Versorgungsregionen zeigen sich nur geringfügige Unterschiede in Hinblick auf Schwierigkeiten beim Gehen und Treppensteigen.

Im Allgemeinen treten sowohl Schwierigkeiten beim Gehen als auch beim Treppensteigen bei burgenländischen Frauen häufiger auf als bei burgenländischen Männern. So haben rund 5,0% der burgenländischen Männer, hingegen 8,5% der burgenländischen Frauen beim Zurücklegen einer Distanz von etwa 0,5 Kilometern ohne Gehhilfe einige oder sogar große Schwierigkeiten. Auch das Treppensteigen stellt innerhalb der weiblichen

Bevölkerung (12,6% einige oder große Schwierigkeiten) ein größeres Problem dar als innerhalb der männlichen Bevölkerung (7,2% einige oder große Schwierigkeiten).

Mit steigendem Alter nehmen erwartungsgemäß sowohl Schwierigkeiten beim Gehen ohne Gehhilfe als auch beim Treppensteigen zu.

4.4 Body Mass Index

Mithilfe des Body Mass Index (BMI) ist es möglich, das Verhältnis von Gewicht und Körpergröße darzustellen. Diese Kennzahl bietet damit die Möglichkeit, Aussagen über das Ausmaß an über- und untergewichtigen Personen innerhalb einer Bevölkerung zu treffen.

Die Berechnung des BMI für eine Person erfolgt folgendermaßen:

$$BMI = \frac{\text{Körpergewicht in Kilogramm (kg)}}{(\text{Körpergröße in Meter (m)})^2}$$

Die WHO definierte bestimmte Grenzwerte zur Interpretation des BMIs, die in der nachstehenden Tabelle angeführt sind.

Tabelle 8: BMI Klassifikation laut WHO, Quelle: Eigene Erstellung

Klassifikation	BMI (kg/m ²)
Untergewicht	< 18,5
Normalgewicht	18,5-24,9
Übergewicht	≥ 25-29,9
Adipositas	≥ 30

Hat eine Person einen BMI von unter 18,5; wird sie als untergewichtig bezeichnet. Normalgewicht ist bei einem BMI zwischen 18,5 und 24,9 gegeben. Ein BMI ab 25 deutet auf Übergewicht hin. Ab einem BMI von 30 spricht man von Adipositas.

Diese Klassifikation der WHO stellt international die gängigste dar. Allerdings existieren auch andere Klassifikationen, die Faktoren wie das Alter berücksichtigen und für einzelne Altersgruppen unterschiedliche Grenzwerte zur Bestimmung von Unter-, Normal- und Übergewicht bzw. Adipositas definieren.

Ein genereller Kritikpunkt an der Berechnung des BMI – unabhängig von der Definition der konkreten Grenzwerte – liegt darin, dass er keine Aussagen über die Körperzusammensetzung einer Person zulässt. Beispielsweise wäre ein Sportler oder eine Sportlerin mit einem BMI von 26 laut BMI-Klassifikation übergewichtig, auch wenn sich dessen bzw. deren Gewicht in einem hohen Muskelanteil begründen lässt (vgl. Österreichische Gesellschaft für Ernährung, 2017).

Um den durchschnittlichen BMI von Bevölkerungen zu bestimmen, bedarf es gemäß dem Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitoring folgender zwei Fragen im Rahmen von Bevölkerungsbefragungen:

- „Wie groß sind Sie? (cm)“
- „Wie viel wiegen Sie, wenn Sie keine Kleidung und Schuhe tragen? (kg)“

Die Darstellung des BMI in Gesundheitsberichten ist heutzutage unerlässlich, da Übergewicht ein zunehmendes Gesundheitsproblem in Industrienationen, so auch in Österreich, darstellt (vgl. ECHIM, 2012).

Ergebnisse der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) zeigen, dass hochgerechnet rund 3,4 Millionen Österreicher und Österreicherinnen übergewichtig sind. Exzessives Körpergewicht begünstigt eine Reihe von Krankheiten, vor allem Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, das Schlafapnoe-Syndrom und Osteoarthritis (degenerative Gelenkerkrankung).

In der AT-HIS Gesundheitsbefragung wurden die im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings empfohlenen Fragen gestellt, um den BMI der Bevölkerung berechnen zu können. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Berechnung des BMIs auf Basis dieser beiden Fragen für das Burgenland dargestellt, wobei der Fokus auf den Anteil übergewichtiger und adipöser Burgenländer und Burgenländerinnen an der Gesamtbevölkerung gelegt wird. Dabei wird auf die in Tabelle 8 angeführte Klassifikation zurückgegriffen. Bei der Interpretation der Daten ist generell zu beachten, dass das Körpergewicht bei einer Selbstangabe tendenziell unterschätzt wird, während die Körpergröße überschätzt wird.

Nicht einmal die Hälfte der burgenländischen Bevölkerung kann als normalgewichtig bezeichnet werden (41,0%). In Gesamtösterreich ist der Anteil der Normalgewichtigen an der Gesamtbevölkerung etwas höher (50,4%). Ein sehr kleiner Anteil der Burgenländer und Burgenländerinnen ist untergewichtig (1,4%). Vergleichsweise ist in Österreich der Anteil der Untergewichtigen an der Gesamtbevölkerung doppelt so hoch (2,8%). Während sich in Hinblick auf das Untergewicht ein zahlenmäßig eher marginales Gesundheitsproblem im Burgenland feststellen lässt, ist ein hoher Anteil der Bevölkerung übergewichtig oder sogar adipös. Mehr als ein Drittel der Burgenländer und Burgenländerinnen (38,2%) zählt laut BMI-Klassifikation der WHO bereits zur Gruppe der Übergewichtigen. Weitere 19,3% können sogar als adipös bezeichnet werden. In Österreich liegen diese Werte deutlich niedriger (Übergewicht: 32,4%; Adipositas: 14,3%).

Richtet man den Blick auf die beiden Versorgungsregionen des Burgenlandes, so zeigen sich nur geringfügige Unterschiede was den Anteil unter-, normal- und übergewichtiger bzw. adipöser Personen an der Gesamtbevölkerung betrifft. Lediglich der Anteil adipöser Menschen ist im Nordburgenland (20,1%) etwas höher als im Südburgenland (18,2%) (s. Abbildung 24).

Ein starker Unterschied beim BMI zeigt sich allerdings zwischen den beiden Geschlechtern. So liegt der Anteil übergewichtiger Burgenländer an allen Männern im Burgenland (44,1%) deutlich höher als der Anteil übergewichtiger Burgenländerinnen an allen Frauen im Burgenland (32,8%). Dasselbe gilt für Adipositas (Männer: 22,6%; Frauen: 16,3%).

Im Altersgruppenvergleich zeigt sich, dass der Anteil der Übergewichtigen bzw. Adipösen tendenziell zwischen dem 19. und 64. Lebensjahr kontinuierlich zunimmt und ab dann wieder etwas rückläufig ist.

Anteil Übergewichtiger und Adipöser im Österreichvergleich, im Längsschnittvergleich und nach Versorgungsregionen 2006/07 und 2014

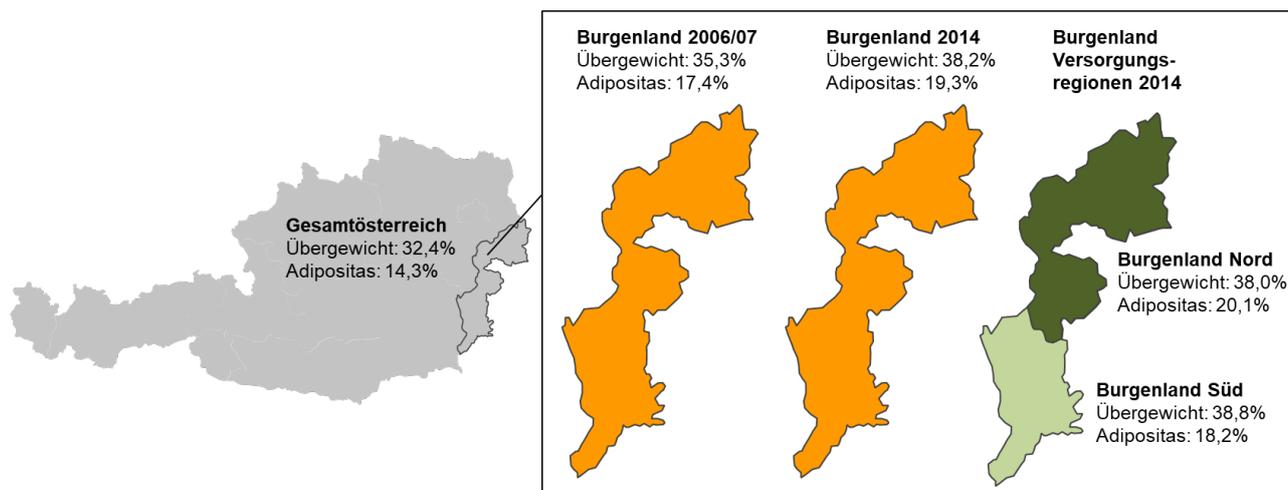


Abbildung 24: Anteil Übergewichtiger und Adipöser im Österreichvergleich, im Längsschnittvergleich und nach Versorgungsregionen 2006/07 und 2014, Stand: 2014, Quellen: Statistik Austria (2007, 2015a), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg, Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung und Berechnungen

Im Längsschnittvergleich zeigt sich, dass der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen im Burgenland an der Gesamtbevölkerung zwischen 2006/07 und 2014 zunahm. Im Detail zählten in den Jahren 2006/07 35,3% der Burgenländer und Burgenländerinnen zur Gruppe der Übergewichtigen (2014: 38,2%) und 17,4% zur Gruppe der Adipösen (2014: 19,3%).

4.5 Geschlechterspezifika

Obwohl Burgenländerinnen im Schnitt um 4,9 Jahre länger als Burgenländer leben, erleben sie weniger Jahre in guter Gesundheit (61,7) als ihre männlichen Mitbürger (64,7).

Die generell höhere Lebenserwartung der Frauen spiegelt sich in Sterblichkeitszahlen wider. So ist das Sterberisiko von Männern etwa 1,5-mal höher als jenes von Frauen. Was einzelne Todesursachen betrifft, so sterben Männer doppelt so häufig an infektiösen und parasitären Krankheiten wie Frauen. Auch Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen, Krankheiten der Atmungsorgane, Krankheiten der Verdauungsorgane, Verletzungen und Vergiftungen, sonstigen Krankheiten sowie bösartigen Neubildungen treten bei Burgenländern deutlich häufiger auf als bei Burgenländerinnen. Die bei Frauen am häufigsten auftretenden tödlichen Krebsarten sind Brustkrebs und Lungenkrebs. Bei Männern führt ebenfalls Lungenkrebs, gefolgt von Prostata- und Darmkrebs die Liste der tödlichsten bösartigen Neubildungen an.

Betrachtet man parallel zum Sterblichkeitsgeschehen aufgrund bösartiger Neubildungen Zahlen zur Krebsinzidenz, also zu den Neuerkrankungen an Krebs, so zeigt sich, dass (mit Ausnahme geschlechtsspezifischer Krebsformen) Burgenländer häufiger an einzelnen Krebsarten erkranken als Burgenländerinnen. Die bei Männern am häufigsten auftretenden Krebsformen sind Prostata-, Dickdarm- und Lungenkrebs. Bei burgenländischen Frauen dominieren Neuerkrankungsfälle aufgrund von Brust- und ebenfalls Dickdarmkrebs.

Abseits vom „objektiven“ Krankheitsgeschehen zeigen Zahlen zum subjektiven Gesundheits- und Krankheitserleben, dass sich Männer (78,3% sehr gut oder gut) gesünder fühlen als Frauen (71,3% sehr gut oder gut). Auch ihre Lebensqualität bewerten Burgenländer etwas besser als Burgenländerinnen. Dieses „bessere“ Empfinden des eigenen Gesundheitszustandes der burgenländischen Männer gegenüber den Frauen spiegelt sich auch in der Angabe chronischer Gesundheitsprobleme (38,1% Männer; 41,8% Frauen) wider. Bei näherem Betrachten einzelner subjektiv wahrgenommener chronischer Erkrankungen zeigt sich, dass Frauen deutlich häufiger an Depressionen, Arthrose, chronischen Nackenschmerzen oder sonstigen chronischen Beschwerden an der Halswirbelsäule, chronischen Kopfschmerzen, Harninkontinenz und chronischen Nierenproblemen oder Nierenversagen; etwas häufiger an chronischen Kreuzschmerzen oder einem anderen chronischen Rückenleiden und einem Magen- oder Darmgeschwür erkranken. Männer leiden hingegen deutlich häufiger an Diabetes, Asthma, COPD und Herzinfarkt oder chronischen Beschwerden infolge eines Herzinfarkts; etwas häufiger an Bluthochdruck, einer koronaren Herzkrankheit oder Angina pectoris.

Neben chronischen Gesundheitsproblemen erleben Burgenländer und Burgenländerinnen auch verschiedene Einschränkungen im Alltag. Generell gibt ein höherer Anteil der Frauen an (35,3%), im Alltag eingeschränkt zu sein (Männer: 31,5%). Größere Probleme als Burgenländer erleben Burgenländerinnen vor allem beim Sehen, Gehen und Treppensteigen, während Männer häufiger von Hörproblemen betroffen sind.

4.6 Zusammenfassende Übersicht zu Kapitel 4

Zusammenfassend zeigen sich in Hinblick auf einzelne Indikatoren zur Beschreibung des Gesundheitszustandes der burgenländischen Bevölkerung im Längsschnitt-, Österreich- und Regionenvergleich durchaus Unterschiede, die in Tabelle 9 überblicksmäßig dargestellt sind. In der Tabelle sind jene Gesundheitsindikatoren zu diesem Themenbereich angeführt, bei denen

- in den vergangenen Jahren nennenswerte Veränderungen stattfanden,
- Burgenland im Vergleich zu Gesamtösterreich unter- oder überdurchschnittliche Werte aufweist und/oder
- nennenswerte Unterschiede zwischen den Regionen des Burgenlandes feststellbar sind.

Ist die aktuelle Zahl für das Burgenland im Längsschnitt- bzw. Österreichvergleich als überdurchschnittlich „gut“ zu werten, so ist diese grün hinterlegt. Sind hingegen „Verschlechterungen“ im Längsschnittvergleich feststellbar bzw. fallen die Werte für das Burgenland „schlechter“ als für Gesamtösterreich aus, so ist die Zahl rot hinterlegt. Unterschiede zwischen den Regionen werden in der letzten Spalte der Tabelle textlich erläutert.

In Hinblick auf den Zeithorizont ist zu erwähnen, dass die im Österreich- und Regionenvergleich angeführten Daten stets die jüngst verfügbaren Zahlen sind und sich auf den im Längsschnittvergleich angeführten „aktuelleren“ Zeitraum beziehen.

Tabelle 9: Zusammenfassende Übersicht zu Kapitel 4, Quelle: Eigene Erstellung

Gesundheitsindikator	Längsschnittvergleich		Österreichvergleich		Regionenvergleich
			Burgenland	Österreich	
Gesunde Lebenserwartung bei der Geburt	Längsschnittvergleich nicht möglich		♂ 64,7 ♀ 61,7	♂ 65,9 ♀ 66,6	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
perinatale Sterblichkeit (je 1.000 Lebendgeborene)	Jahresdurchschnitt 2013 bis 2016	Jahresdurchschnitt 2007 bis 2012	Burgenland	Österreich	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
	4,0	4,6	4,0	5,3	
altersstandardisierte Sterberate (pro 100.000 Einwohner)	Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016	Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011	Burgenland	Österreich	2007/15 (Bezirksauswertungen) → überdurchschnittlich hoch: Oberwart, Güssing
	1.050	1.117	1.050	992,1	
Sterberate aufgrund infektiöser und parasitärer Krankheiten	Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016	Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011	Burgenland	Österreich	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
	7,1	5,9	7,1	9,2	
Sterberate aufgrund bösartiger Neubildungen	Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016	Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011	Burgenland	Österreich	2007/15 (Bezirksauswertungen) → keine Besonderheiten
	246,3	275,5	246,3	246,4	
Sterberate aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems	Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016	Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011	Burgenland	Österreich	2007/15 (Bezirksauswertungen) → überdurchschnittlich hoch: Oberwart, Güssing, Oberpullendorf; unterdurchschnittlich niedrig: Jennersdorf
	476,5	519,8	476,5	427,4	
Sterberate aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane	Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016	Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011	Burgenland	Österreich	2007/15 (Bezirksauswertungen) → unterdurchschnittlich niedrig: Neusiedl am See, Eisenstadt Umgebung
	43,4	53,9	43,4	50,9	
Sterberate aufgrund von Krankheiten der Verdauungsorgane	Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016	Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011	Burgenland	Österreich	2007/15 (Bezirksauswertungen) → überdurchschnittlich hoch: Oberwart unterdurchschnittlich niedrig: Eisenstadt Umgebung, Jennersdorf
	34,0	38,2	34,0	35,0	
Sterberate aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen	Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016	Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011	Burgenland	Österreich	2007/15 (Bezirksauswertungen) → unterdurchschnittlich niedrig: Oberpullendorf, Neusiedl am See, Güssing
	45,5	51,9	45,5	52,0	
Sterberate aufgrund sonstiger Krankheiten	Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016	Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011	Burgenland	Österreich	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
	197,5	183,6	197,5	171,3	
Krebsinzidenz (pro 100.000 Einwohner)	Jahresdurchschnitt 2010 bis 2014	seit 2007	Burgenland	Österreich	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
	♂ 514,3 ♀ 380,7	rückläufig	♂ 514,3 ♀ 380,7	♂ 578,7 ♀ 417,4	
behandelte Personen mit Antidiabetika (pro 100.000 Einwohner)	2016	2013	Burgenland	Österreich	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
	5.812	5.715	5.812	4.476	
Anteil der Lebendgeborenen, die per Kaiserschnitt zur Welt kommen	Jahresdurchschnitt 2013 bis 2016	seit 2007	Burgenland	Österreich	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
	33,5%	leicht ansteigend	33,5%	29,6%	
Anteil der Bevölkerung mit sehr gutem Gesundheitszustand	2014	2006/07	Burgenland	Österreich	keine nennenswerten Unterschiede
	29,8%	36,2%	29,8%	35,7%	

Gesundheits- indikator	Längsschnitt- vergleich		Österreich- vergleich		Regionenvergleich
	2014	2006/07	Burgenland	Österreich	
Anteil der Bevölkerung mit sehr guter Lebensqualität	2014	2006/07	Burgenland	Österreich	<i>keine nennenswerten Unterschiede</i>
	22,4%	32,0%	22,4%	28,6%	
Anteil der Bevölkerung mit chronischer Erkrankung (subjektiv)	2014	2006/07	Burgenland	Österreich	<i>keine nennenswerten Unterschiede</i>
	40,0%	40,4%	40,0%	36,0%	
Anteil der Bevölkerung mit starker Einschränkung im Alltag aufgrund eines Gesundheits- problems (subjektiv)	2014	2006/07	Burgenland	Österreich	<i>keine nennenswerten Unterschiede</i>
	5,6%	10,7%	5,6%	7,0%	
Anteil übergewichtiger oder adipöser Personen	2014	2006/07	Burgenland	Österreich	<i>keine nennenswerten Unterschiede</i>
	57,5%	52,7%	57,5%	46,7%	

5 GESUNDHEITSDETERMINANTEN

Im Einleitungsteil dieses Gesundheitsberichtes fand bereits eine detaillierte Beschreibung des Gesundheitsdeterminantenmodells von Dahlgren & Whitehead (s. Kapitel 1.1.1) statt. In den nachfolgenden Abschnitten werden nun unter Berücksichtigung der in dem Modell beschriebenen Einflüssebenen auf die Gesundheit, dazugehörige Kennzahlen für das Burgenland dargestellt und in Bezug zu jenen Gesamtösterreichs gesetzt. Zudem wird auf Besonderheiten der einzelnen Regionen innerhalb des Burgenlandes eingegangen. Auf den innersten Kreis des Gesundheitsdeterminantenmodells wurde bereits in Kapitel 3 (Soziodemographie) Bezug genommen, weshalb in diesem Kapitel die äußeren Kreise im Fokus stehen.

Im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings wird empfohlen, folgende Gesundheitsdeterminanten im Rahmen von Gesundheitsberichterstattungen darzustellen (vgl. ECHIM, 2012):

- Blutdruck
- Anteil regelmäßiger Raucher und Raucherinnen
- Anzahl schwangerer Raucherinnen
- Ausmaß an Alkoholkonsum
- Ausmaß an riskantem Alkoholkonsum
- Ausmaß des Konsums illegaler Drogen
- Obstkonsum der Bevölkerung
- Gemüsekonsum der Bevölkerung
- Ausmaß des Stillens
- Ausmaß körperlicher Aktivität
- Ausmaß an sozialer Unterstützung
- vorherrschende Gesundheitsrisiken aufgrund von Arbeitsbedingungen
- Verletzungen aufgrund verschiedener Ursachen
- Feinstaubbelastung

Kennzahlen zum Blutdruck wurden im vorangegangenen Kapitel („Bluthochdruck“) dargestellt. „Verletzungen aufgrund verschiedener Ursachen“ werden laut den europäischen Gesundheitsindikatoren zur Darstellung des Gesundheitszustandes von Bevölkerungen (s. Kapitel 4) empfohlen. Da diese aber unter anderem ein Resultat der Gestaltung von Lebens- und Arbeitsbedingungen als wesentliche Gesundheitsdeterminante sind, werden sie im vorliegenden Bericht in diesem Kapitel betrachtet.

Es wird angemerkt, dass aufgrund mangelnder Datenverfügbarkeit nicht alle der aufgelisteten Indikatoren dargestellt werden können. Zum Beispiel sind Daten zu den Indikatoren „Anzahl schwangerer Raucherinnen“ und „Ausmaß des Stillens“ auf Burgenlandebene nicht vorhanden. Stattdessen werden allerdings in den folgenden Abschnitten weitere, nicht im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings definierte gesundheitsdeterminantenbezogene Kennzahlen für das Burgenland dargestellt.

Die Burgenländischen Gesundheitsziele (s. Kapitel 1.2) nehmen zu einem großen Teil Bezug auf die Stärkung einzelner Gesundheitsdeterminanten. Welche Gesundheitsdeterminanten mit welchem Burgenländischen Gesundheitsziel positiv beeinflusst werden sollen, wird in den nachfolgenden Unterkapiteln näher erläutert.

5.1 Faktoren individueller Lebensweisen

Aspekte der individuellen Lebensweise sind auf der zweiten Ebene des Gesundheitsdeterminantenmodells von Dahlgren und Whitehead angesiedelt. Sie beschreiben Faktoren, die vom Individuum beeinflussbar sind und spiegeln das Gesundheitsverhalten bzw. die Lebensweisen von Menschen wider (Fonds Gesundes Österreich, 2013).

In der Einführung des Kapitels 5 wurden alle Indikatoren aufgelistet, die vom Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitoring zur Beschreibung der Gesundheitsdeterminanten empfohlen werden. Zu den Faktoren der individuellen Lebensweisen zählen dabei die Indikatoren „Anteil regelmäßiger Raucher und Raucherinnen“, „Ausmaß an Alkoholkonsum“, „Ausmaß an riskantem Alkoholkonsum“, „Ausmaß des Konsums illegaler Drogen“, „Obstkonsum der Bevölkerung“, „Gemüsekonsum der Bevölkerung“ und „Ausmaß körperlicher

Aktivität“. Auf diese Kennzahlen sowie weitere verhaltensbezogene Einflussfaktoren auf die Gesundheit nehmen die nachfolgenden Abschnitte des Berichtes Bezug.

5.1.1 Sport und Bewegung

Bewegung wird von der WHO (vgl. WHO, 2017a) als „jede alltägliche Bewegung“ definiert. Somit umfasst der Begriff sowohl körperliche Aktivität im Alltag wie regelmäßiges Treppensteigen, Zurücklegen von Strecken im Alltag zu Fuß oder mit dem Fahrrad, als auch leichte körperliche Betätigungen wie Spazierengehen sowie bewusste sportliche Betätigungen wie Joggen und Kraftsport.

Empirische Studien belegen einen eindeutigen Zusammenhang zwischen Bewegung und Gesundheit. So identifizierte die WHO Bewegungsarmut als viertgrößten Risikofaktor für die globale Mortalität. Sie ist zudem bei 21 bis 25% aller Brust- und Darmkrebserkrankungen, 27% aller Diabetesfälle und 30% aller ischämischen Herzerkrankungen die Hauptursache (vgl. WHO, 2017b).

Während ein Mangel an körperlicher Aktivität für viele, vor allem chronische, Erkrankungen verantwortlich ist, führt regelmäßige Bewegung zu gesundheitsförderlichen Effekten wie einer Verbesserung der Herz-Kreislauf-Gesundheit, einem „gesunden“ Körpergewichtsverlust sowie einem verminderten Risiko für Schlaganfall, Bluthochdruck, Stürze sowie Lungen-, Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs. Positive Auswirkungen konnten auch auf das Immunsystem, die psychische Gesundheit, die Schlafqualität sowie kognitive Funktionen (bei älteren Personen) festgestellt werden (vgl. Titze et al., 2010).

Im Burgenländischen Gesundheitsziel 3 „Gesunde Ernährung, gesunde und sichere Bewegung im Alltag und psychosoziale Gesundheit bei allen Burgenländerinnen und Burgenländern fördern“ wurde aufgrund dieser hohen Gesundheitsrelevanz körperlicher Aktivität „Sport und Bewegung“ als zentrales Handlungsfeld definiert.

Im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings wird empfohlen, den Anteil der Bevölkerung darzustellen, der die Bewegungsempfehlungen eines Landes erfüllt (vgl. ECHIM, 2012). Aus diesem Grund werden im Folgenden zunächst die Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung erläutert.

5.1.1.1 Erfüllung der Österreichischen Bewegungsempfehlungen

Die Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung unterscheiden bei der Definition von Gesundheitswirkungen aufgrund von Bewegung zwischen der Zielgruppe „Kinder und Jugendliche“, „Erwachsene“ und „ältere Menschen“. Da im vorliegenden Gesundheitsbericht kein Fokus auf die Personengruppe der Kinder und Jugendlichen gelegt wird, beziehen sich die nachfolgenden Abschnitte ausschließlich auf Erwachsene und ältere Menschen.

Gemäß den Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung (vgl. Titze et al., 2010) sollten Erwachsene mindestens 150 Minuten pro Woche Bewegung mittlerer (während der Bewegung kann gesprochen, aber nicht mehr gesungen werden) oder 75 Minuten pro Woche Bewegung höherer Intensität (während der Bewegung sind nur kurze Wortwechsel möglich) ausüben. Zudem werden muskelkräftigende und bei Personen ab 65 Jahren zusätzlich gleichgewichtssinn-stärkende Aktivitäten empfohlen, welche mindestens an zwei Tagen pro Woche durchgeführt werden sollten. Abbildung 25 veranschaulicht die Bewegungsempfehlungen für Erwachsene in Österreich.



Abbildung 25: Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung für Erwachsene, Quelle: Titze et al. (2010)

Im Folgenden wird aufgezeigt, inwieweit die burgenländische Bevölkerung die Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung erfüllt. Dabei gilt es zu bedenken, dass sozioökonomische Merkmale wie Alter, Geschlecht und soziale Schicht, individuelle Lebensweisen, das soziale Umfeld, Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie die gebaute Umwelt das Bewegungsverhalten von Personen beeinflussen.

Die im Folgenden dargestellten Daten zum Bewegungsverhalten der Bevölkerung stammen aus der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a), dem Gesundheitsbarometer Burgenland (vgl. Institut für Strategieanalysen, 2013a) und einer Befragung des Marktforschungsinstituts Marketagent.

Bezüglich der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 ist anzumerken, dass aufgrund unterschiedlicher Fragestellungen ein Vergleich der Daten mit jenen der Befragung aus den Jahren 2006/07 nicht möglich ist.

Ergebnisse der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 zeigen, dass 22,6% der burgenländischen Bevölkerung, also etwas mehr als ein Fünftel, alle Bewegungsempfehlungen einhalten. Mit diesem Anteil liegt das Burgenland leicht unter dem Österreichschnitt (24,6%).

Betrachtet man die einzelnen Empfehlungen im Detail, so machen 43,5% der Burgenländer und Burgenländerinnen mindestens 150 Minuten pro Woche mäßig intensive Bewegung. Dies ist ein deutlich geringerer Anteil als in Gesamtösterreich (50,5%). 29,1% der burgenländischen Bevölkerung verrichtet eigenen Angaben zufolge zumindest an zwei Tagen pro Woche eine Aktivität zum Muskelaufbau (Österreichschnitt: 32,4%).

In den nachfolgenden Abschnitten wird auf einzelne Aspekte des Bewegungsverhaltens näher eingegangen.

5.1.1.2 Bewegungsverhalten im Alltag

In Kapitel 3.2.2 wurde beschrieben, dass im Jahresdurchschnitt 2016 rund 69,8% der burgenländischen Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren erwerbstätig waren. Der Arbeitsplatz ist damit ein Ort, an dem viele Burgenländer und Burgenländerinnen einen großen Teil ihrer Zeit verbringen.

In der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) zielte ein Teil der Fragenitems auf die Ermittlung des Bewegungsverhaltens im Alltag der Bevölkerung ab. Wie das Bewegungsverhalten im Alltag für die burgenländische Bevölkerung, mit Fokus auf den Arbeitsalltag, aussieht, wurde in der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 mit folgender Frage ermittelt:

„Wenn Sie arbeiten, welche der folgenden Antwortmöglichkeiten beschreibt am besten was Sie tun? Würden Sie sagen...“

Folgende Antwortmöglichkeiten standen zur Beantwortung dieser Frage zur Verfügung:

- „vorwiegend sitzen oder stehen bzw. leichte körperliche Anstrengung“
- „vorwiegend gehen oder mäßig anstrengende körperliche Tätigkeiten“
- „vorwiegend schwere körperliche Arbeit oder körperlich beanspruchende Tätigkeiten“
- „Ich führe keine arbeitsbezogenen Tätigkeiten aus.“

Die Ergebnisse zeigen, dass mehr als ein Drittel der burgenländischen Bevölkerung eine berufliche Tätigkeit ausübt, bei der er/sie vorwiegend sitzt oder steht bzw. leichte körperliche Aktivitäten verrichtet (35,3%). Im Österreichvergleich ist dieser Anteil an der Gesamtbevölkerung noch höher (40,6%). 43,8% der Burgenländer und Burgenländerinnen gaben im Zuge der Befragung an, vorwiegend gehende oder mäßig anstrengende körperliche Tätigkeiten im beruflichen Alltag auszuüben, in Gesamtösterreich taten dies 38,2% der Bevölkerung. Vorwiegend schwere körperliche Arbeit oder körperlich beanspruchende Tätigkeiten führen 7,1% der Burgenländer und Burgenländerinnen aus (Österreich: 7,3%). Der Rest der Befragten gab an, keinen arbeitsbezogenen Tätigkeiten nachzugehen.

In den Versorgungsregionen des Burgenlandes lassen sich leichte Unterschiede erkennen: Nordburgenländer und Nordburgenländerinnen gehen häufiger einer sitzenden oder stehenden Tätigkeit bzw. leichten körperlichen Aktivitäten bei der Arbeit nach (38,0%) als Südburgenländer und Südburgenländerinnen (30,7%) (s. Abbildung 26).

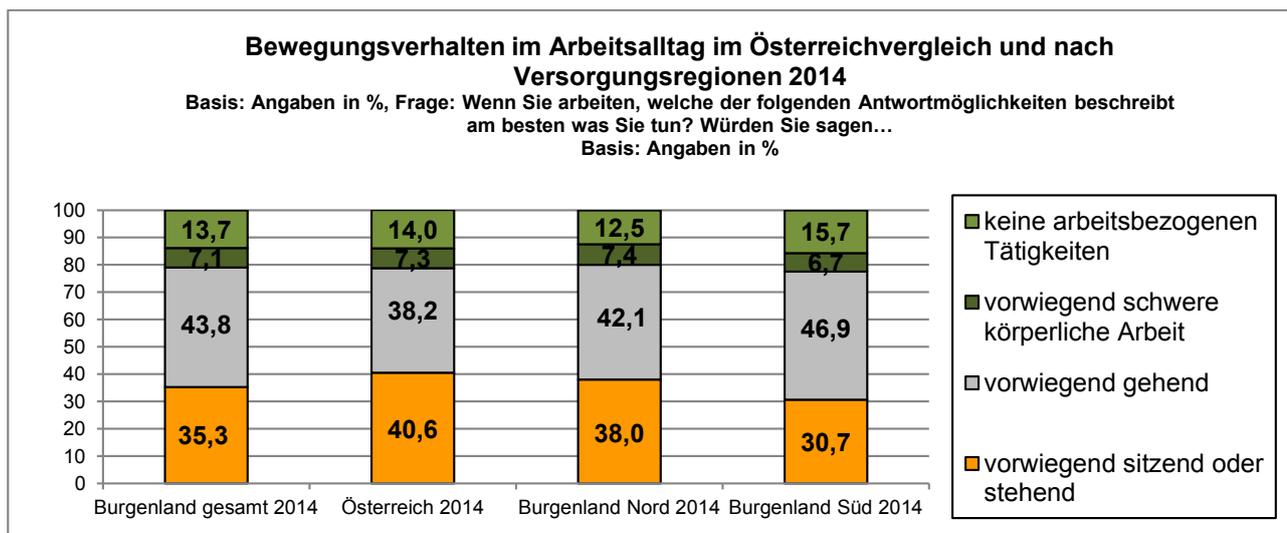


Abbildung 26: Bewegungsverhalten im Arbeitsalltag im Österreichvergleich und nach Versorgungsregionen 2014, Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Frage: Wenn Sie arbeiten, welche der folgenden Antwortmöglichkeiten beschreibt am besten was Sie tun? Würden Sie sagen..., Quelle: Statistik Austria (2015a), Eigene Erstellung und Berechnungen

Geschlechtsspezifisch betrachtet zeigt sich, dass ein etwas höherer Anteil der burgenländischen Männer (38,1%) als der Frauen (32,7%) vorwiegend sitzende oder stehende berufliche Tätigkeiten ausübt. Jedoch gab bei der Befragung auch ein deutlich höherer Anteil der Männer im Burgenland (11,7%) an, vorwiegend schwere körperliche Tätigkeiten zu verrichten (Frauen: 2,7%). Gehendes oder mäßig anstrengendes Bewegungsverhalten bei der Arbeit weist hingegen ein höherer Anteil der Frauen (48,0%) als der Männer (39,5%) im Burgenland auf.

Betrachtet man die Ergebnisse für einzelne Bildungsschichten im Burgenland, so lässt sich erwartungsgemäß erkennen, dass Personen mit höherem Bildungsstand öfter einen Beruf ausüben, der vorwiegend sitzende oder stehende Tätigkeiten beinhaltet, während mit sinkendem Bildungsstand die Wahrscheinlichkeit steigt, Tätigkeiten auszuüben, die gehend oder mäßig anstrengend bzw. körperlich schwer sind.

Dauer des Zufußgehens im Alltag

Folgende Fragen im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) zielten auf die Ermittlung des Geh-Verhaltens der burgenländischen Bevölkerung im Alltag ab:

„An wie vielen Tagen in einer typischen Woche gehen Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung zu Fuß, um von A nach B zu gelangen?“ und

„Wie lange gehen Sie an einem typischen Tag zu Fuß, um von A nach B zu gelangen?“

Etwa ein Viertel der Burgenländer und Burgenländerinnen (26,3%) gab im Rahmen der Befragung an, seltener als an einem Tag pro Woche mindestens zehn Minuten zu Fuß zu gehen. Im Österreichschnitt liegt dieser Anteil mit 19,2% deutlich niedriger.

Zwischen den Versorgungsregionen und den beiden Geschlechtern zeigen sich nur geringfügige Unterschiede im „Zufußgeh-Verhalten“.

Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich ausschließlich auf den Teil der Bevölkerung, der zuvor angab, an mehr als einem Tag pro Woche mehr als 10 Minuten zu Fuß zu gehen. Diese werden im Folgenden als „aktivere“ Personen bezeichnet.

Mehr als die Hälfte der „aktiveren“ Burgenländer und Burgenländerinnen (53,9%) ist an einem typischen Tag zwischen zehn und 29 Minuten zu Fuß unterwegs, im Österreichschnitt liegt dieser Anteil mit 60,0% etwas darüber. Etwa ein Fünftel (26,3%) ist 30 bis 59 Minuten an einem typischen Tag zu Fuß unterwegs (Österreich: 23,5%). Bei ca. jedem fünften Burgenländer bzw. jeder fünften Burgenländerin (19,9%) dauert das Zufußgehen im Durchschnitt mindestens eine Stunde. Im Österreichschnitt ist der Anteil dieser Gruppe (16,5%) an der „aktiveren“ Bevölkerung leicht niedriger.

Im Nordburgenland (56,1%) ist der Anteil der „aktiveren“ Personen, die sich jeden Tag im Durchschnitt nur zwischen zehn und 29 Minuten zu Fuß bewegen, höher als im Südburgenland (50,2%) (s. Abbildung 27).

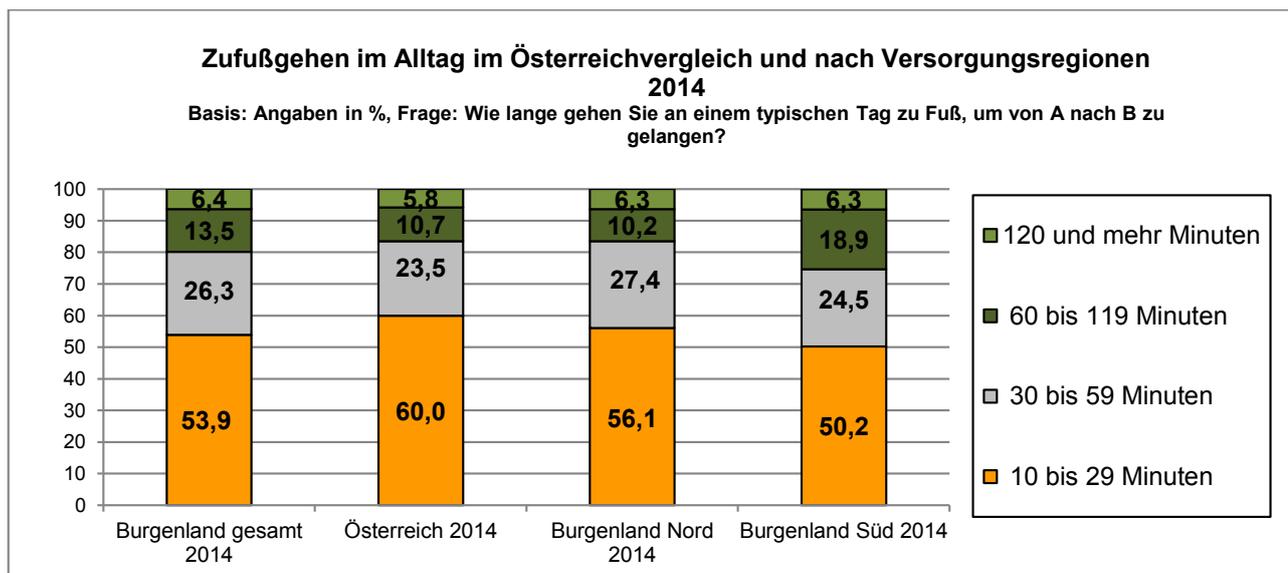


Abbildung 27: Zufußgehen im Alltag im Österreichvergleich und nach Versorgungsregionen 2014, Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Frage: Wie lange gehen Sie an einem typischen Tag zu Fuß, um von A nach B zu gelangen?, Quelle: Statistik Austria (2015a), Eigene Erstellung und Berechnungen

Im Geschlechtervergleich zeigt sich, dass Frauen pro Tag länger zu Fuß gehen als Männer. 8,2% der „aktiveren“ Frauen gehen mehr als zwei Stunden an einem typischen Tag zu Fuß, während dieser Anteil bei den „aktiveren“ Männern nur bei 4,5% liegt. Der Anteil jener, die an einem typischen Tag nur zehn bis 29 Minuten gehen, ist hingegen bei Männern (57,8%) höher als bei Frauen (50,0% der „aktiveren“ Frauen).

Eine separate Betrachtung der Ergebnisse für einzelne Bildungsschichten zeigt, dass je höher der Bildungsabschluss ist, desto kürzer ist die durchschnittliche Dauer des Zufußgehens pro Tag.

5.1.1.2.1 Dauer des Radfahrens im Alltag

Mit folgenden Fragen wurde ergänzend zum Zufußgehen im Alltag das Radfahr-Verhalten der burgenländischen Bevölkerung im Alltag erhoben:

„An wie vielen Tagen in einer typischen Woche fahren Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung mit dem Fahrrad, um von A nach B zu gelangen?“ und

„Wie lange fahren Sie an einem typischen Tag mit dem Fahrrad, um von A nach B zu gelangen?“

Drei Viertel (76,1%) der Bevölkerung im Burgenland gibt an, nie oder seltener als an einem Tag pro Woche mindestens zehn Minuten ohne Unterbrechung mit dem Fahrrad zu fahren. In Gesamtösterreich liegt dieser Anteil an der Gesamtbevölkerung nahezu gleich hoch (75,3%).

Richtet man den Blick auf die Versorgungsregionen im Burgenland, so zeigt sich, dass ein größerer Anteil der Bevölkerung in der Versorgungsregion Burgenland Süd (80,0%) nie oder seltener als an einem Tag pro Woche mit dem Fahrrad unterwegs ist als in der Versorgungsregion Burgenland Nord (73,9%).

Wie lange (in Minuten) die burgenländische Bevölkerung an einem typischen Tag mit dem Fahrrad fährt, wird im Nachfolgenden erläutert. Ergebnisse beziehen sich dabei lediglich auf den Teil der Bevölkerung, der zuvor angegeben hat, an mehr als an einem Tag pro Woche mindestens zehn Minuten mit dem Fahrrad zu fahren. Diese Personen werden im Folgenden als „aktiverer“ Burgenländer und Burgenländerinnen bezeichnet.

44,9% der „aktiveren“ burgenländischen Bevölkerung fährt an einem typischen Tag mindestens eine Stunde mit dem Fahrrad, 22,4% zwischen 30 und 59 Minuten. Etwa ein Drittel (32,9%) der „aktiveren“ Burgenländer und Burgenländerinnen fährt im Durchschnitt „nur“ zehn bis 29 Minuten an einem typischen Tag mit dem Fahrrad. In Gesamtösterreich zeigt sich in Hinblick auf die Dauer ein etwas geringer ausgeprägtes Radfahrverhalten im Alltag (s. Abbildung 28).

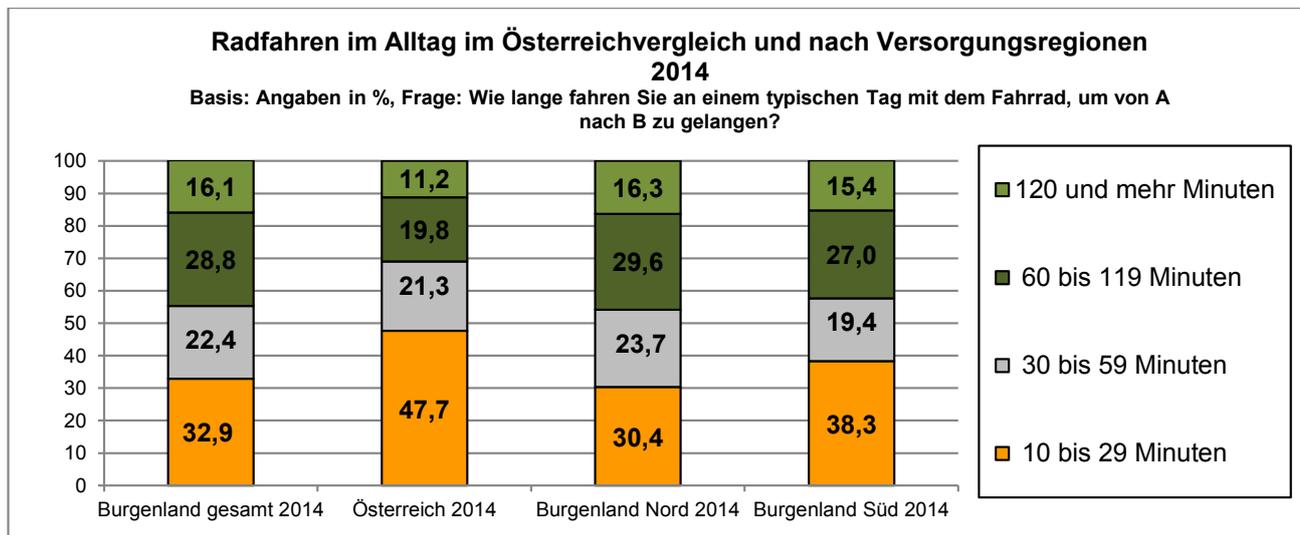


Abbildung 28: Radfahren im Alltag im Österreichvergleich und nach Versorgungsregionen 2014, Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Frage: Wie lange fahren Sie an einem typischen Tag mit dem Fahrrad, um von A nach B zu gelangen?, Quelle: Statistik Austria (2015a), Eigene Erstellung und Berechnungen

Geschlechtsspezifisch betrachtet fährt ein höherer Anteil der „aktiveren“ burgenländischen Männer (21,2%) als der „aktiveren“ burgenländischen Frauen (11,4%) an einem typischen Tag, an dem mit dem Fahrrad gefahren wird, mindestens zwei Stunden ohne Unterbrechung mit dem Fahrrad.

Zusätzlich zum Bewegungsverhalten der burgenländischen Bevölkerung im Alltag geben die folgenden Ergebnisse weiterer Erhebungen Auskunft über das Bewegungsverhalten der Burgenländer und Burgenländerinnen in der Freizeit.

5.1.1.3 Bewegungsverhalten in der Freizeit

Im Zuge der Welle 8 des Gesundheitsbarometers Burgenland der vom Institut für Strategieanalysen (2013a) im Herbst 2013 durchgeführt wurde, wurde 1.404 Burgenländern und Burgenländerinnen ab 16 Jahren die Frage gestellt:

„Wie oft pro Woche betreiben Sie Sport? Mit Sport ist hier eine körperliche Aktivität gemeint, die mindestens so anstrengend ist wie schnelles Gehen und mindestens eine halbe Stunde am Stück dauert.“

Mehr als ein Drittel (38%) der befragten Personen gab im Zuge dieser Befragung an, zwei- oder dreimal wöchentlich Sport zu betreiben. Genau ein Viertel ist eigenen Angaben zufolge viermal oder öfters pro Woche sportlich aktiv. 16% berichteten über das Ausüben von Sport einmal pro Woche. Etwa ein Fünftel (21%) treibt gar keinen Sport.

Eine Untersuchung des Ludwig Boltzmann Instituts Health Promotion Research, bei der die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung erhoben wurde (vgl. Pelikan, Röthlin & Ganahl, 2013), kam zu ähnlichen Ergebnissen.

Eine Studie des Marktforschungsinstituts Marketagent, bei der 1.001 Privatpersonen in Österreich zu ihren sportlichen Gewohnheiten befragt wurden, ergab, dass Burgenländer und Burgenländerinnen im Durchschnitt 312 Stunden pro Jahr Sport betreiben. Mit diesem Wert liegt das Burgenland unter dem Österreichschnitt (333). Der beliebteste Zeitraum zum Sporttreiben liegt im Burgenland zwischen 17 und 21 Uhr. Im Vergleich zum Rest

Österreichs (311 Euro) geben Burgenländer und Burgenländerinnen für sportliche Aktivitäten im Durchschnitt weniger Geld aus (273 Euro pro Jahr).

5.1.2 Ernährung

Im Burgenländischen Gesundheitsziel 3 „Gesunde Ernährung, gesunde und sichere Bewegung im Alltag und psychosoziale Gesundheit bei allen Burgenländerinnen und Burgenländern fördern“ wird neben der Bewegung auch das Thema „Gesunde Ernährung“ als zentrales Handlungsfeld für das Burgenland definiert.

Entsprechend dem hohen Stellenwert des Themas Ernährung sowohl im Burgenland als auch auf nationaler, europäischer und globaler Ebene gilt es, das Ernährungsverhalten der Burgenländer und Burgenländerinnen im vorliegenden Gesundheitsbericht zu beschreiben.

Das Europäische Gesundheitsindikatoren-Monitoring empfiehlt die Darstellung von zwei Indikatoren (Obstkonsum, Gemüsekonsum), die sich auf das Ernährungsverhalten von Bevölkerungen beziehen. Zur Analyse des Obstkonsums von Bevölkerungen (= 1. Indikator) wird empfohlen, die Anzahl der Obstportionen – ausgenommen Fruchtsäften – zu ermitteln, die eine Person jeden Tag zu sich nimmt. Der zweite Indikator „Gemüsekonsum“ soll anhand der Aufnahme der täglichen Portionen an Gemüse – ausgenommen Kartoffel (Erdäpfel) und Gemüsesäften – bestimmt werden (vgl. ECHIM, 2012).

Neben diesen, im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings empfohlenen, Indikatoren werden im vorliegenden Gesundheitsbericht auch der Fleisch- und Fischkonsum der Burgenländer und Burgenländerinnen dargestellt.

5.1.2.1 Nationaler Aktionsplan Ernährung

Der Nationale Aktionsplan Ernährung (NAP.e) (vgl. Lehner, Sgarabottolo & Zilberszac, 2013) legt österreichweite Ernährungsziele fest und steht in Verbindung mit anderen gesundheitspolitischen Strategien wie dem Nationalen Aktionsplan Bewegung (NAP.b) (vgl. Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport, 2013) und den Österreichischen Rahmengesundheitszielen (vgl. BMGF, 2017a). Die Zielsetzung des NAP.e entspricht den Zielen der ernährungsbezogenen Prävention. Dabei stehen die Erhöhung der Lebenszeit, die in Gesundheit verbracht wird und die Verbesserung der Lebensqualität im Mittelpunkt. Um diese Ziele zu erreichen, wurden im NAP.e einheitliche lebensmittelbasierte Empfehlungen formuliert, welche auf die Bedürfnisse verschiedener Zielgruppen Rücksicht nehmen. Ein Ergebnis ist die „Österreichische Ernährungspyramide“ (vgl. BMGF, o.J.b).

Um zu beurteilen, inwieweit sich Burgenländer und Burgenländerinnen „gesund“ ernähren, gilt es zunächst die Österreichischen Ernährungsempfehlungen für die erwachsene Allgemeinbevölkerung, die in der Ernährungspyramide festgehalten sind, zu beschreiben.

Abbildung 29 veranschaulicht die sieben Stufen einer ausgewogenen Ernährungsweise, wie sie im Rahmen der Österreichischen Ernährungspyramide (vgl. BMGF, o.J.b) definiert sind. Folgende Mengenangaben der Lebensmittelgruppen werden empfohlen:

- **Alkoholfreie Getränke**
 - täglich mindestens 1,5 Liter Wasser oder alkoholfreie bzw. energiereiche Getränke
- **Gemüse, Hülsenfrüchte und Obst**
 - täglich drei Portionen Gemüse und/oder Hülsenfrüchte und zwei Portionen Obst
- **Getreide und Erdäpfel**
 - täglich vier Portionen Getreide, Brot, Nudeln, Reis oder Erdäpfel – vorzugsweise Vollkorn (je nach körperlicher Aktivität kann die Anzahl der empfohlenen Portionen ansteigen)
- **Milch und Milchprodukte**
 - täglich drei Portionen Milchprodukte – vorzugsweise fettärmere Varianten
- **Fisch, Fleisch, Wurst und Eier**
 - wöchentlich mindestens ein bis zwei Portionen Fisch, maximal drei Portionen mageres Fleisch oder magere Wurst und maximal drei Eier
- **Fette und Öle**
 - täglich ein bis zwei Esslöffel pflanzliche Öle, Nüsse oder Samen (Streich-, Brat- und Backfette sowie fettreiche Milchprodukte sparsam verwenden)
- **Fettes, Süßes und Salziges**
 - fett-, zucker- und salzreiche Lebensmittel sowie energiereiche Getränke sparsam verwenden (maximal eine Portion wöchentlich)

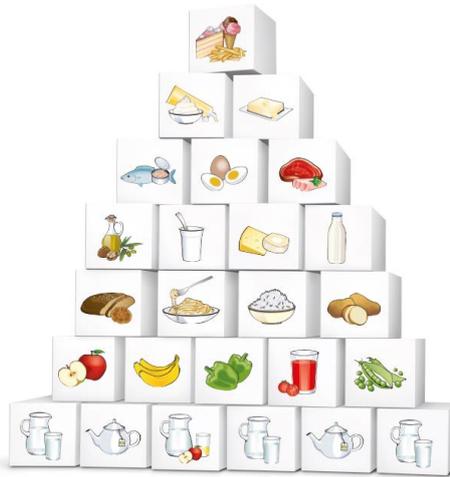


Abbildung 29: Österreichische Ernährungspyramide, Quelle: BMGF (o.J.b)

Ausgehend von den beschriebenen Empfehlungen wird im Folgenden auf Basis der Datenlage versucht zu ermitteln, in welcher Weise Burgenländer und Burgenländerinnen diese Ernährungsempfehlungen einhalten.

Die Daten zum im Folgenden beschriebenen Ernährungsverhalten der Burgenländer und Burgenländerinnen wurden der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) entnommen. Da die Befragung im Jahr 2014 andere Fragestellungen zum Ernährungsverhalten beinhaltete als noch in den Jahren 2006/07 (vgl. Statistik Austria, 2007) ist ein Längsschnittvergleich der Daten nicht möglich.

5.1.2.2 Ernährungsverhalten der Burgenländer und Burgenländerinnen

Im Zuge der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 wurde die Häufigkeit des Obst-, Gemüse- und Salat-, Fleisch- und Wurst- sowie Fischkonsums der Bevölkerung abgefragt. Im Folgenden werden die Ergebnisse diesbezüglich dargestellt.

Obstkonsum

Die Ergebnisse zeigen, dass etwas mehr als die Hälfte der Burgenländer und Burgenländerinnen (54,0%) täglich oder mehrmals täglich Obst isst. Dieser Anteil entspricht in etwa jenem in Gesamtösterreich (56,2%). 16,0% der Burgenländer und Burgenländerinnen gaben im Rahmen der Befragung an, vier- bis sechsmal pro Woche; 23,2% ein- bis dreimal pro Woche; 5,7% weniger als einmal pro Woche und 1,1% nie Obst zu sich zu nehmen.

Ein Vergleich auf Ebene der Versorgungsregionen zeigt, dass die Bevölkerung in der Region Burgenland Nord (55,9% täglich oder mehrmals täglich) etwas häufiger Obst konsumiert als jene in der Region Burgenland Süd (50,7%).

Im Geschlechtervergleich zeigt sich, dass Frauen (63,3% täglich oder mehrmals täglich) deutlich öfter als Männer (44,2% täglich oder mehrmals täglich) Obst zu sich nehmen. Umgekehrt gaben 9,3% der burgenländischen Männer, hingegen nur 4,3% der Frauen an, seltener als einmal pro Woche Obst zu essen.

Der Anteil der Befragten, der bei der Einstiegsfrage zum Obstkonsum angab, täglich oder mehrmals täglich Obst zu konsumieren, wurde zusätzlich nach der Häufigkeit des täglichen Obstkonsums befragt.

Die Ergebnisse zeigen, dass jene Burgenländer und Burgenländerinnen, die täglich oder mehrmals täglich Obst essen, im Durchschnitt 1,8 Portionen konsumieren. In Gesamtösterreich ist dieser Wert ident.

In Hinblick auf die Erreichung der Ernährungsempfehlung zum Obstkonsum, die bei zwei Portionen täglich liegt, lässt die Datenlage folgende Schlussfolgerung zu: Etwas mehr als die Hälfte der Burgenländer und Burgenländerinnen (54,0%) isst täglich Obst, wobei die durchschnittliche Anzahl an Portionen bei 1,8 liegt. Damit kann festgehalten werden, dass etwa die Hälfte der burgenländischen Bevölkerung dieser Empfehlung zumindest nahe kommt.

Gemüse- und Salatkonsum

37,7% der Burgenländer und Burgenländerinnen gaben im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 an, einmal oder mehrmals täglich Gemüse und/oder Salat zu essen. In Österreich liegt dieser Anteil mit 47,5% deutlich

höher. 29,4% der burgenländischen Bevölkerung essen zumindest vier- bis sechsmal wöchentlich, 31,4% ein- bis dreimal pro Woche Gemüse. 1,5% gaben an, weniger als einmal pro Woche Gemüse oder Salat zu essen.

Betrachtet man die Ergebnisse für die beiden Versorgungsregionen separat, so lassen sich kaum nennenswerte Unterschiede im Gemüsekonsum feststellen.

Im Geschlechtervergleich zeigt sich, ähnlich wie beim Obstkonsum, dass Frauen (45,0% täglich oder mehrmals täglich) deutlich häufiger zu Gemüse und Salat greifen als Männer (30,0% täglich oder mehrmals täglich).

Ein Vergleich der Ergebnisse einzelner Bildungsschichten zeigt, dass Burgenländer und Burgenländerinnen mit höherem Bildungsabschluss tendenziell häufiger Gemüse und Salat essen als Burgenländer und Burgenländerinnen mit niedrigem Bildungsabschluss.

Im Durchschnitt essen jene Burgenländer und Burgenländerinnen, die bei der Befragung angaben, täglich oder mehrmals täglich Gemüse zu essen, 1,5 Portionen pro Tag. Der Österreichschnitt liegt bei 1,6 Portionen.

Vergleicht man die Ergebnisse zum Gemüse- und Salatkonsum mit der Ernährungsempfehlung von drei Portionen täglich Gemüse, so ist Folgendes festzuhalten: Nur etwas mehr als ein Drittel der Burgenländer und Burgenländerinnen (37,7%) isst täglich Gemüse, wobei die durchschnittliche Portionsmenge bei 1,5 liegt. Damit ist der Großteil der Burgenländer und Burgenländerinnen von dieser Ernährungsempfehlung weit entfernt.

Fleisch- und Wurstkonsum

Mehr als ein Viertel der Burgenländer und Burgenländerinnen (27,7%) gab im Rahmen der Befragung an, mindestens einmal pro Tag Fleisch und/oder Wurst zu konsumieren (Österreich: 28,5%). Der Großteil der Burgenländer und Burgenländerinnen (45,1%) isst drei- bis viermal pro Woche Fleisch und/oder Wurst (Österreichschnitt: 43,4%). Knapp ein Viertel (23,3%) gab an, ein- bis zweimal wöchentlich; 1,8% ein- bis zweimal im Monat; 0,7% seltener als einmal im Monat und 1,4% nie Fleisch oder Wurst zu essen.

Zwischen den beiden Versorgungsregionen zeichnen sich in Hinblick auf den Fleisch- und Wurstkonsum keine nennenswerten Unterschiede ab (Burgenland Nord: 28,7% täglich; Burgenland Süd: 25,9%).

Anders als beim Konsum von Obst und Gemüse essen Frauen (18,8% täglich) deutlich seltener Fleisch- und Wurstwaren als Männer (37,1% täglich).

Wie aus dem vorangegangenen Kapitel hervorgeht, wird ein Konsum von maximal drei Portionen magerem Fleisch oder magerer Wurst pro Woche empfohlen. Knapp drei Viertel der Burgenländer und Burgenländerinnen (72,3%) isst drei- bis viermal pro Woche oder seltener Fleisch und/oder Wurst. Ob es sich dabei um mageres Fleisch bzw. magere Wurst handelt und wie viele Portionen konsumiert werden, geht aus den vorhandenen Daten nicht hervor.

Fischkonsum

Der Großteil der Burgenländer und Burgenländerinnen isst ein- bis zweimal in der Woche Fisch (57,8%, Österreichschnitt: 56,1%). Etwa ein Viertel (25,5%) konsumiert nur ein- bis zweimal im Monat, etwa ein Zehntel (10,1%) sogar seltener als einmal im Monat oder nie Fisch.

Anders als beim Obst-, Gemüse- bzw. Salat- und Fleisch- bzw. Wurstkonsum zeigen sich beim Verzehr von Fisch keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Auch zwischen den Versorgungsregionen, einzelnen Altersgruppen und den Bildungsschichten sind keine großen Differenzen erkennbar.

Ein Vergleich der Ergebnisse mit der Österreichischen Ernährungsempfehlung zum Fischkonsum – die bei wöchentlich mindestens ein bis zwei Portionen liegt – zeigt, dass 64,6% der Burgenländer und Burgenländerinnen wöchentlich ein- bis zweimal Fisch essen. Um wie viele Portionen es sich dabei handelt gibt die Datenlage keine Auskunft.

5.1.3 Rauchverhalten

Tabakkonsum ist eine der führenden vermeidbaren Ursachen für zahlreiche Krankheits- und Todesfälle der heutigen Zeit und stellt einen Hauptrisikofaktor für Erkrankungen des Herzens und der Blutgefäße, chronische Bronchitis, Lungenödem, Lungenkrebs und viele andere Krankheiten dar. Auch Passivrauchen schadet der Gesundheit und wird heutzutage als ein wichtiges Public Health Problem angesehen. Um dem Aktiv- und Passivrauchen entgegenzuwirken, werden international verschiedene Tabakkontrollmaßnahmen durchgeführt. Dazu zählen z.B. Nichtraucherchutzgesetze (vgl. ECHIM, 2012).

Zur Beschreibung des Rauchverhaltens innerhalb einer Bevölkerung wird im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings empfohlen, den Anteil jener Personen an der Gesamtbevölkerung anzugeben, der täglich Tabak konsumiert (vgl. ECHIM, 2012).

Neben der Erhebung von Zahlen zum aktiven Rauchverhalten und zum Passivrauchen sollen in Gesundheitsberichterstattungen zudem aktuelle Zahlen zu den Todesfällen aufgrund des Tabakrauchens erhoben werden (vgl. ECHIM, 2012).

Auf nationaler Ebene wurden im Zuge der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) Fragen zum Rauchverhalten gestellt. Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse für das Burgenland dargestellt.

5.1.3.1 Aktivrauchen

Knapp ein Viertel der burgenländischen Bevölkerung (22,2%) gab im Rahmen der Erhebung an, derzeit täglich zu rauchen. Im Vergleich zu Gesamtösterreich (24,3%) ist der Anteil der täglichen Raucher und Raucherinnen an der Gesamtbevölkerung im Burgenland leicht geringer. In Hinblick auf den Anteil der Gelegenheitsraucher und Gelegenheitsraucherinnen liegt Burgenland (4,6%) ebenfalls leicht unter dem Österreichschnitt (5,7%). Knapp die Hälfte der Burgenländer und Burgenländerinnen (45,3%) gehört der Gruppe der Nichtraucher und Nichtraucherinnen an (Österreich: 45,6%). Mehr als ein Viertel (27,9%) gab an, zwar nicht aktuell, aber in der Vergangenheit täglich geraucht zu haben (Österreich: 24,4%).

Ein Vergleich der beiden Versorgungsregionen des Burgenlandes zeigt, dass der Anteil der täglichen Raucher und Raucherinnen in der Region Burgenland Nord deutlich höher ist (25,0%) als in der Region Burgenland Süd (17,4%).

Auch zwischen den beiden Geschlechtern lassen sich Unterschiede erkennen. Burgenländer (24,2% täglich; 5,1% gelegentlich) rauchen tendenziell häufiger als Burgenländerinnen (20,4% täglich; 4,1% gelegentlich).

Burgenländer und Burgenländerinnen zwischen 20 und 34 Jahren rauchen häufiger als ältere Generationen. So gaben im Rahmen der Befragung etwa 33,6% der 25- bis 29-Jährigen und 35,8% der 30- bis 34-Jährigen, jedoch „nur“ 14,4% der 55- bis 59-Jährigen und 8,6% der 65- bis 69-Jährigen an, täglich zu rauchen.

Im Längsschnittvergleich (vgl. Statistik Austria, 2007) zeigt sich, dass zwar der Anteil der täglichen Raucher und Raucherinnen im Burgenland abnahm (2006/07: 27,5%), der Anteil der Gelegenheitsraucher und Gelegenheitsraucherinnen allerdings einen Anstieg erlebte (2006/07: 1,1%).

Abbildung 30 veranschaulicht die beschriebenen Daten zum Rauchverhalten der Burgenländer und Burgenländerinnen im Österreich- und Längsschnittvergleich und weist Ergebnisse separat für die beiden Versorgungsregionen aus.

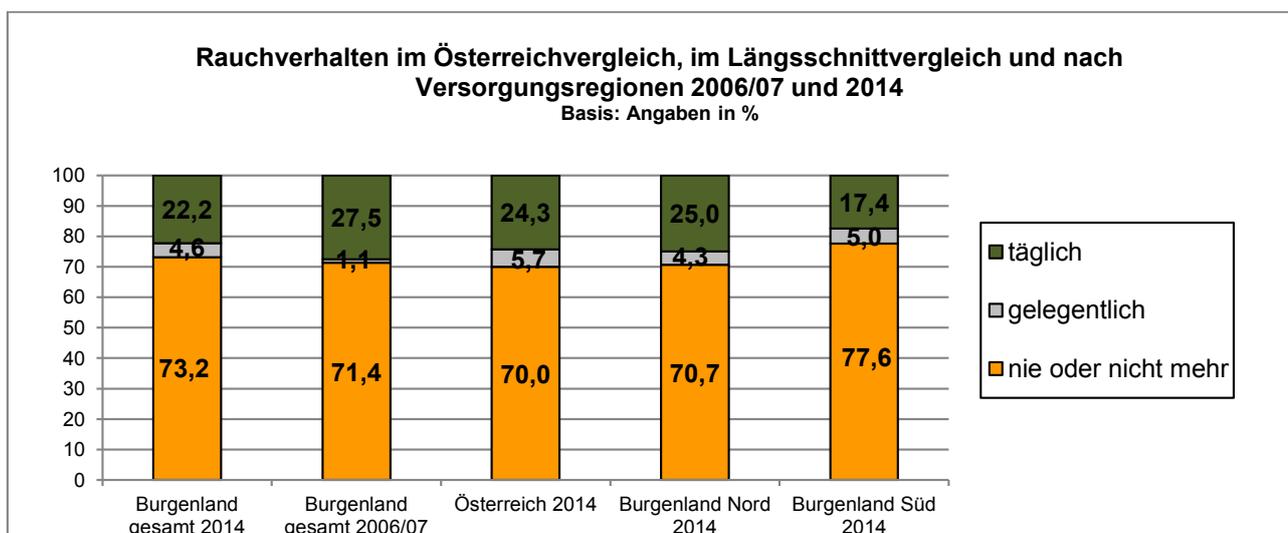


Abbildung 30: Rauchverhalten im Österreichvergleich, im Längsschnittvergleich und nach Versorgungsregionen 2006/07 und 2014, Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Quellen: Statistik Austria (2007, 2015a), Eigene Erstellung und Berechnungen

Die täglichen Raucher und Raucherinnen wurden in der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) auch nach dem Alter gefragt, mit dem sie zu rauchen begonnen hatten.

Ein „typischer“ täglicher Raucher bzw. eine „typische“ tägliche Raucherin im Burgenland beginnt – genauso wie in Gesamtösterreich – im Alter von 18 Jahren mit dem Rauchen. Frauen beginnen im Durchschnitt etwa ein halbes Jahr früher zu rauchen als Männer.

Im Burgenland werden von den täglichen Rauchern und Raucherinnen im Durchschnitt 14 Zigaretten pro Tag konsumiert. In Gesamtösterreich sind es rund 16 Zigaretten täglich.

Welche Produkte die täglichen Raucher und Raucherinnen im Burgenland am häufigsten konsumieren, wurde mit der Frage „*Welche der folgenden Produkte rauchen Sie häufig?*“ abgefragt.

Am häufigsten (98,8%) werden Zigaretten geraucht. Ein geringer Teil der täglichen Raucher und Raucherinnen greift zur Zigarre (0,7%) oder zu anderen Tabakprodukten (z.B. Wasserpfeife) (0,5%). In Gesamtösterreich zeigen sich diesbezüglich ähnliche Zahlen (98,5% Zigaretten; 0,7% Zigarren; 0,2% Pfeifentabak; 0,6% andere Produkte).

Knapp ein Drittel (30,9%) aller burgenländischen Raucher und Raucherinnen gaben im Zuge der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 an, im vergangenen Jahr ernsthaft versucht zu haben, mit dem Rauchen aufzuhören (Gesamtösterreich: 32,0%).

Ergänzend zu den Zahlen der AT-HIS Gesundheitsbefragung liefert auch die Welle 8 des Gesundheitsbarometers Burgenland (vgl. Institut für Strategieanalysen, 2013a) Daten zum Rauchverhalten der Burgenländer und Burgenländerinnen. Im September und Oktober 2013 nahmen an dieser Befragung 1.404 Burgenländer und Burgenländerinnen ab 16 Jahren teil. Ähnlich wie in der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 gab auch hier etwa ein Viertel (27%) der Befragten an, derzeit zu rauchen. Weitere 40% sind gemäß den Ergebnissen dieses Gesundheitsbarometers Exraucher bzw. Exraucherinnen.

Wie bereits einführend in das Kapitel „Rauchverhalten“ angemerkt, stellt neben dem Aktivrauchen auch das Passivrauchen ein gesundheitliches Risiko für die Bevölkerung dar. Aus diesem Grund ist das nächste Unterkapitel diesem zweiten Aspekt der Raucherthematik gewidmet.

5.1.3.2 Passivrauchen

Im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) wurde neben Fragen zum aktiven Rauchverhalten auch ein Aspekt des Passivrauchens ermittelt. Konkret wurde folgende Frage gestellt:

„Wie oft sind Sie in Innenräumen Tabakrauch ausgesetzt?

Innenräume sind zum Beispiel zu Hause, bei der Arbeit, in öffentlichen Gebäuden, im Restaurant, etc.“

Die Ergebnisse zeigen, dass ein Anteil von 15,8% der Burgenländer und Burgenländerinnen eine oder mehr Stunden pro Tag Tabakrauch in Innenräumen ausgesetzt ist. Weitere 13,9% berichteten von Passivrauch, der weniger als eine Stunde täglich andauert. Der größte Anteil (70,3%) der Burgenländer und Burgenländerinnen ist eigenen Angaben zufolge erfreulicherweise nie oder fast nie Tabakrauch in Innenräumen ausgesetzt. Die Werte für Gesamtösterreich sind nahezu ident (eine Stunde pro Tag oder mehr: 14,8%; weniger als eine Stunde pro Tag: 13,5%; nie oder fast nie: 71,7%).

5.1.3.3 Tabakassoziierte Todesfälle

Im Jahr 2016 veröffentlichte die Krebshilfe Burgenland Zahlen zur jährlichen Sterberate aufgrund des Rauchens.

Allein im Burgenland starben diesen Daten zufolge im Jahr 2015 500 Menschen an den Folgen des Rauchens. Weitere 146 Menschen erkrankten in diesem Jahr neu an Lungenkrebs, davon 102 Männer und 44 Frauen. An den Folgen von Lungenkrebs starben im Jahr 2015 126 Burgenländer und Burgenländerinnen.

5.1.4 Alkoholkonsum

Im weltweiten Vergleich von Daten zum Alkoholkonsum zeigt sich, dass dieser im europäischen Raum am höchsten ist. Neben dem Tabakrauchen stellt der Konsum von Alkohol ein weiteres vermeidbares Gesundheitsrisiko innerhalb der Bevölkerung dar. Exzessiver Konsum von Alkohol führt zu neuropsychiatrischen Störungen, kardiovaskulären Erkrankungen, Leberzirrhose und Leberkrebs. Außerdem wird Alkohol mit dem Auftreten

verschiedener Infektionskrankheiten in Verbindung gebracht. Übermäßiger Alkoholkonsum in der Schwangerschaft führt darüber hinaus nachweislich zu verschiedenen mentalen Handicaps des Kindes (vgl. WHO, 2017g). Der Konsum von Alkohol schadet oft nicht nur den Konsumenten und Konsumentinnen selbst, sondern auch der gesamten Gesellschaft. Unter anderem kann es zu Gewalt auf der Straße oder in der Familie kommen. Damit verbunden sind hohe Kosten in der Gesundheitsversorgung, der Kriminalitätsbekämpfung und der Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung (WHO, 2011a).

Zur Beschreibung des Ausmaßes von Alkoholkonsum innerhalb von Bevölkerungen wird im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings empfohlen, die konsumierten Liter an purem Alkohol pro Person pro Jahr darzustellen (vgl. ECHIM, 2012). Leider liegen Daten in dieser Form für das Burgenland nicht vor. Aus diesem Grund wird auf Ergebnisse der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) zur Häufigkeit des Alkoholkonsums zurückgegriffen.

Daneben werden im vorliegenden Bericht auch Zahlen zu Verletzten und Todesfällen im Straßenverkehr angeführt, die auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind.

5.1.4.1 Ausmaß des Alkoholkonsums

Im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) wurden die Teilnehmer und Teilnehmerinnen gefragt, wie oft sie in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken haben.

Die Ergebnisse zeigen, dass knapp ein Drittel (32,5%) der Burgenländer und Burgenländerinnen mindestens einmal wöchentlich Alkohol trinkt. Hochgerechnet 5,1% aller befragten Burgenländer und Burgenländerinnen berichteten sogar von einem täglichen oder fast täglichen Alkoholkonsum. In Gesamtösterreich trinken vergleichsweise 37,5% der Befragten mindestens einmal wöchentlich Alkohol; 6,2% täglich oder fast täglich.

Südburgenländer und Südburgenländerinnen greifen innerhalb einer Woche etwas häufiger zu Alkohol (35,5% mindestens einmal in der Woche) als Nordburgenländer und Nordburgenländerinnen (30,9%).

Abbildung 31 fasst das Ausmaß des Alkoholkonsums innerhalb der burgenländischen Bevölkerung zusammen und bietet darüber hinaus neben einem Österreichvergleich einen Vergleich der beiden Versorgungsregionen im Burgenland.

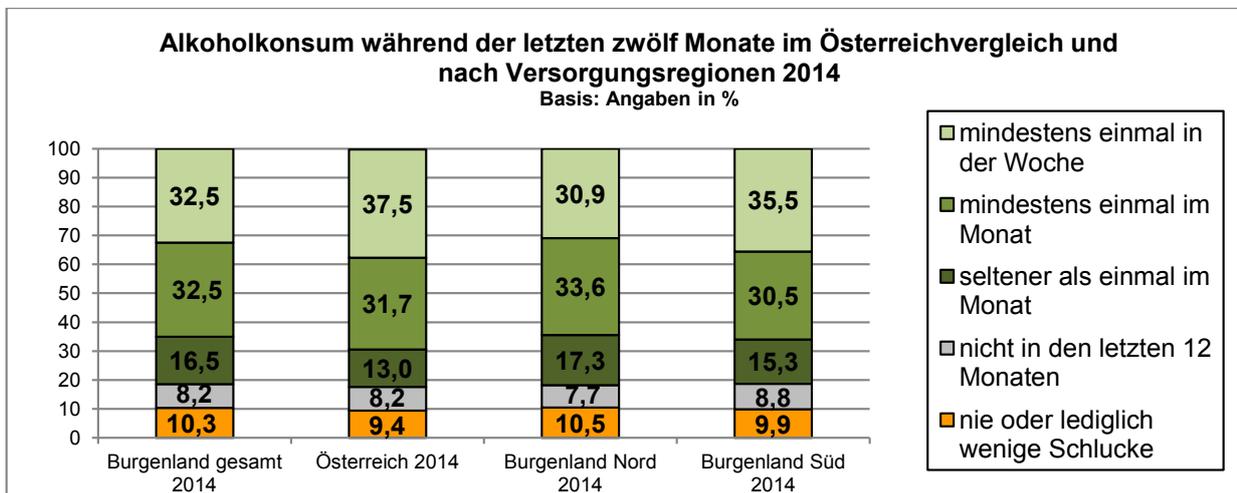


Abbildung 31: Alkoholkonsum während der letzten zwölf Monate im Österreichvergleich und nach Versorgungsregionen 2014, Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria (2015a), Eigene Erstellung und Berechnungen

Burgenländische Männer greifen deutlich häufiger zu Alkohol als burgenländische Frauen. So konsumieren 46,0% der Männer (8,5% sogar täglich oder fast täglich), aber nur 20,0% (2,0% sogar täglich oder fast täglich) der Frauen mindestens einmal pro Woche Alkohol.

Jene Personen, die im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 angaben, mindestens ein- bis zweimal pro Woche Alkohol zu konsumieren, wurden darüber hinaus gefragt:

„Denken Sie an Montag bis Donnerstag, an wie vielen dieser 4 Tage trinken Sie üblicherweise Alkohol?“

An jedem Tag von Montag bis Donnerstag trinken 13,6% dieser Befragtengruppe Alkohol. Der Wert für Gesamtösterreich liegt in etwa gleich hoch (14,8%). Der Großteil dieser Bevölkerungsgruppe (38,9%) trinkt unter der Woche keinen Alkohol (Österreich: 38,1%).

Eine separate Betrachtung der Daten für die beiden Geschlechter zeigt, dass der Alkoholkonsum der männlichen Bevölkerung im Burgenland auch speziell zwischen Montag und Donnerstag höher ist als jener der weiblichen Bevölkerung. So trinken etwa 15,6% der Burgenländer mit wöchentlichem Alkoholkonsum in diesem Zeitraum üblicherweise an allen vier Tagen Alkohol, während dieser Anteil bei den Burgenländerinnen „nur“ bei 9,2% liegt.

Neben dem Alkoholkonsum unter der Woche wurden die betroffenen Personen auch zu ihrem Konsumverhalten am Wochenende (Freitag bis Sonntag) befragt.

Am Wochenende konsumieren 17,1% der Personen, die mindestens ein- bis zweimal pro Woche Alkohol trinken, täglich, also an allen drei Tagen (Freitag bis Sonntag) Alkohol. Dieser Anteil liegt in Gesamtösterreich (19,3%) geringfügig höher. Mehr als drei Viertel der Burgenländer und Burgenländerinnen trinken am Wochenende an ein bis zwei Tagen Alkohol (77,1%; Österreich: 76,1%).

Auskunft über exzessiven Alkoholkonsum geben neben dem Anteil der Bevölkerung, der täglich oder fast täglich Alkohol trinkt, Ergebnisse auf folgende Frage, die im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 jenen Personen gestellt wurde, die angeben, Alkohol zu konsumieren:
„Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken? Zum Beispiel während einer Feier, bei einem Essen, abends mit Freunden oder alleine zu Hause, ...“

Von jenen, die überhaupt Alkohol konsumieren, tun dies 2,5% wöchentlich in hohem Ausmaß (sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit). Im Österreichschnitt liegt dieser Anteil nahezu gleich hoch (2,9%). Mindestens einmal im Monat sechs oder mehr alkoholische Getränke am Stück trinkt etwa ein Fünftel (21,6%) der befragten Burgenländer und Burgenländerinnen (Österreich: 19,6%).

Ein Vergleich der beiden Versorgungsregionen innerhalb des Burgenlandes zeigt, dass der Anteil jener, die mindestens einmal im Monat sechs oder mehr alkoholische Getränke konsumieren, in der Versorgungsregion Burgenland Süd (26,0%) etwas höher ist als in der Versorgungsregion Burgenland Nord (22,9%) (s. Abbildung 32).

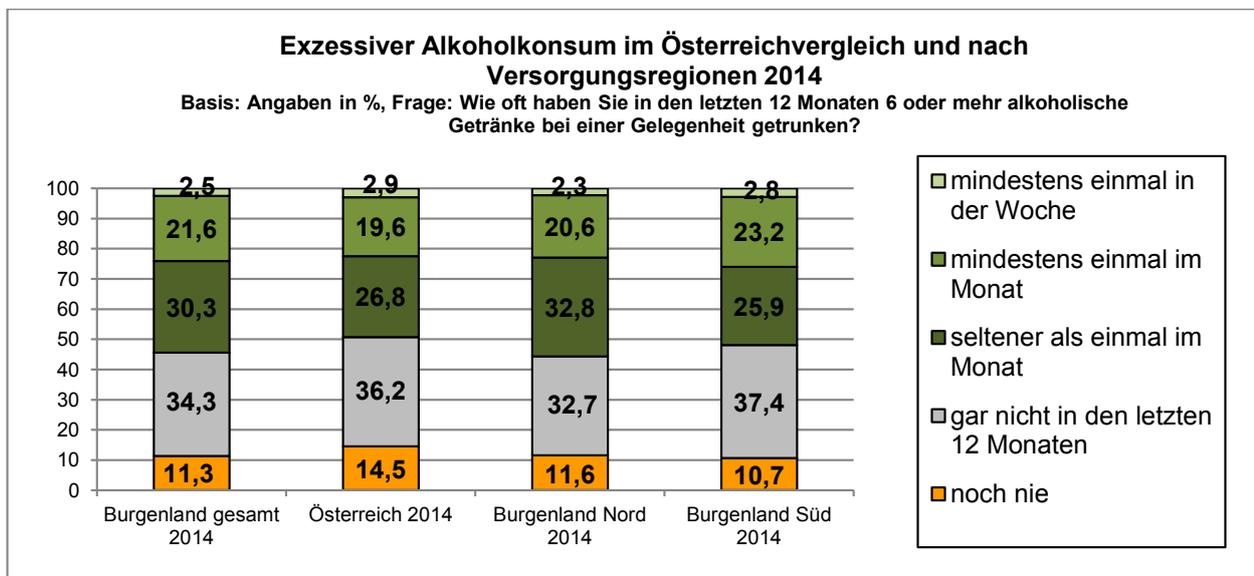


Abbildung 32: Exzessiver Alkoholkonsum im Österreichvergleich und nach Versorgungsregionen 2014, Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Frage: Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken?, Quelle: Statistik Austria (2015a), Eigene Erstellung und Berechnungen

Im Geschlechtervergleich zeigt sich, dass Burgenländer tendenziell öfter exzessiv Alkohol konsumieren als Burgenländerinnen. Nahezu ein Drittel der Männer im Burgenland (30,8%) trinkt mindestens einmal im Monat sechs oder mehr alkoholische Getränke am Stück, bei Frauen im Burgenland liegt dieser Anteil bei 16,6%. Mindestens einmal wöchentlich konsumieren sogar 3,7% der burgenländischen Männer, hingegen „nur“ 1,3% der burgenländischen Frauen exzessiv Alkohol.

Ergänzend zu den Daten der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 liegen Befragungsergebnisse der Welle 8 des Gesundheitsbarometers Burgenland (vgl. Institut für Strategieanalysen, 2013a), der im September und Oktober 2013 durchgeführt wurde, zum Alkoholkonsum vor. Gemäß den Ergebnissen dieser Studie trinken etwa drei Viertel der Bevölkerung (71%) gelegentlich, etwa ein Viertel (23%) nie und ein kleiner Anteil (6%) regelmäßig Alkohol.

5.1.4.2 Alkoholbedingte Todesfälle

Im Folgenden wird die Anzahl der Todesfälle aufgrund von Ursachen, die mit Alkohol in Zusammenhang stehen, pro 100.000 Einwohner, dargestellt. Folgende Krankheitsbilder (ICD-Klassifikation) gelten als alkoholbedingte Todesfälle (vgl. ECHIM, 2012):

- C15 Bösartige Neubildung des Ösophagus
- C32 Bösartige Neubildung des Larynx
- F10 Psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol
- K70 Alkoholische Leberkrankheit
- K73 Chronische Hepatitis
- K74 Fibrose und Zirrhose der Leber
- K76 Sonstige Krankheiten der Leber
- V00-V99, W00-W99, X00-X99, Y00-Y99 Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität

Die im Folgenden dargestellten Zahlen beziehen aufgrund der Datenverfügbarkeit mit Ausnahme sonstiger Krankheiten der Leber (K76) alle der angeführten Diagnosen mit ein.

Aufgrund der verfügbaren Daten aus der Todesursachenstatistik (vgl. Statistik Austria, 2017h) können folgende Aussagen zu Todesfällen, die auf Alkohol zurückzuführen sind, getätigt werden:

Im Burgenland traten im Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016 72,4 Todesfälle pro 100.000 Einwohner auf, die auf Alkohol zurückzuführen sind. Im Längsschnitt betrachtet zeigt sich eine Abnahme alkoholbedingter Todesfälle (Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011: 80,5 Todesfälle). Innerhalb der männlichen Bevölkerung (Jahresdurchschnittswert 2012 bis 2016: 116,8 Todesfälle) treten deutlich mehr alkoholassoziierte Todesfälle pro 100.000 Einwohner auf als innerhalb der weiblichen Bevölkerung (36,0 Todesfälle) im Burgenland.

Im Vergleich zu Gesamtösterreich (Jahresdurchschnitt 2012 bis 2016: 80,3 Todesfälle) treten im Burgenland etwas weniger alkoholbedingte Todesfälle auf. Dies betrifft beide Geschlechter (Österreich Frauen: 45,4 Todesfälle; Österreich Männer: 123,2 Todesfälle).

5.1.4.3 Verletzte und Getötete im Straßenverkehr mit Alkoholbeteiligung

In diesem Unterkapitel wird die Anzahl an Personen dargestellt, die im Straßenverkehr durch Trunkenheit verletzt wurden. Daten hierzu stammen von der Statistik Austria (2017j).

Zu den Straßenverkehrsunfällen mit alkoholisierten Beteiligten werden jene Unfälle gezählt, an denen Personen beteiligt sind, die eine Beeinträchtigung durch Alkohol gemäß §5 Abs. 1 Straßenverkehrsordnung (StVO) oder eine Überschreitung des im §14 Abs. 8 Führerscheingesetz (FSG) festgelegten Blut- oder Atemalkoholgrenzwertes aufweisen, einschließlich jener Personen, die eine Untersuchung auf Alkoholbeeinträchtigung verweigerten. Für Verkehrstote gilt die 30-Tage-Fristabgrenzung, welche besagt, dass nur Verkehrstote einbezogen werden, die innerhalb dieser Frist versterben. Es werden damit die Auswirkungen des Alkoholkonsums auf alle Straßenverkehrsteilnehmer und -teilnehmerinnen betrachtet (vgl. Statistik Austria, 2017j).

Die Statistik der Straßenverkehrsunfälle zeigt, dass Alkoholunfälle zwischen den Jahren 2012 (Burgenland: 96, Österreich: 2.684) und 2015 (Burgenland: 46, Österreich: 2.226) sowohl im Burgenland als auch in Gesamtösterreich kontinuierlich zurückgingen. Pro Jahr starb im Burgenland im Zeitraum 2012 bis 2015 etwa eine Person aufgrund eines Verkehrsunfalls mit Alkoholbeteiligung.

5.1.5 Konsum illegaler Suchtmittel

Der Konsum illegaler Suchtmittel beeinflusst einerseits die Gesundheit der Betroffenen, andererseits hat er gleichzeitig negative Auswirkungen auf das gesellschaftliche Zusammenleben. Vor allem jüngere Menschen sind vermehrt vom Konsum illegaler Drogen betroffen. Drogenkonsum korreliert dabei häufig mit anderen gesundheitlichen und sozialen Problemen. Die Darstellung des illegalen Drogenkonsums innerhalb von

Bevölkerungen ermöglicht es, den Bedarf an politischen Interventionen zu identifizieren, zu planen und zu evaluieren (vgl. ECHIM, 2012).

Die WHO definiert Drogenabhängigkeit als chronische Krankheit, die durch eine hohe Rückfallquote geprägt ist. Statistiken zeigen, dass sich Investitionen in Präventionsmaßnahmen auszahlen. So spart etwa in den USA jeder Dollar, der in Drogenbehandlung investiert wird, sieben Dollar an Gesundheits- und Sozialausgaben. Daten und Fakten der WHO, bezogen auf die europäische Region, zeigen, dass der Konsum illegaler Drogen häufig eine Ursache für Todesfälle aufgrund von Aids oder Selbstmord ist. Darüber hinaus ist illegaler Drogenkonsum die neuntwichtigste Ursache für den Verlust gesunder Lebensjahre (vgl. WHO, 2017h).

Im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings wird zur Erfassung des Suchtmittelkonsums innerhalb von Bevölkerungen empfohlen, den Anteil der Personen in der Bevölkerung darzustellen, die jemals illegale Drogen (Cannabis, Kokain, Speed (Aufputzmittel) und/oder Ecstasy) konsumierten (= Lebenszeitprävalenz) sowie den Anteil jener Personen, die die erwähnten illegalen Drogen während des letzten Jahres konsumierten (= Jahresprävalenz). Darüber hinaus sollten drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner ermittelt werden (vgl. ECHIM, 2012).

Zu den beiden erstgenannten Kennzahlen liegen für das Burgenland keine aktuellen Daten vor. Aus diesem Grund wird zur Beschreibung der Drogensituation im Burgenland neben Informationen zu drogenbezogenen Todesfällen auf weitere Daten der Berichte zur Drogensituation in Österreich (vgl. Weigl et al., 2017) zurückgegriffen, die in regelmäßigen Abständen von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) veröffentlicht werden.

5.1.5.1 Drogenbezogene Todesfälle

Die jüngsten Daten zur Drogensituation stammten zur Abfassung des Berichtes aus dem Jahr 2017 (vgl. Weigl et al., 2017). Diese zeigen, dass im Berichtsjahr 2016 1,6 Burgenländer und Burgenländerinnen pro 100.000 Einwohner (15- bis 64-Jährige) an den Folgen von übermäßigem Drogenkonsum starben. Vergleichsweise wurden in diesem Jahr in Gesamtösterreich 2,8 Todesfälle pro 100.000 Einwohner verzeichnet.

Im Längsschnittvergleich ist die Zahl der Todesfälle, die auf Drogenkonsum zurückzuführen sind, in Gesamtösterreich mit leichten jährlichen Schwankungen seit 2007 tendenziell rückläufig. Auf Burgenlandebene lassen sich aufgrund geringer Fallzahlen keine validen Aussagen zur Entwicklung dieser Kennzahl im Längsschnitt formulieren.

5.1.5.2 Behandlung von Drogenabhängigen

Im Burgenland ist der Psychosoziale Dienst (PSD) Burgenland die Fachstelle für Drogen- und Suchtberatung der burgenländischen Bevölkerung. Der Grundsatz des PSD Burgenland lautet „*Therapie statt Strafe*“. Soziale und gesundheitspolitische Maßnahmen sollen im Gegensatz zu den im österreichischen Recht verankerten Strafen eine Besserung oder sogar Heilung von Drogenabhängigen begünstigen. Eine reine Bestrafung von Suchtkranken ruft oft keine Einsicht oder Änderung ihres Verhaltens hervor. Folgende gesundheitsbezogene Maßnahmen kommen nach dem Suchtmittelgesetz §15 bei Anzeigen wegen Suchtmittelkonsum in Betracht:

- Ärztliche Überwachung des Gesundheitszustandes (z.B. Harntest)
- Ärztliche Behandlung einschließlich Entzugs- und Substitutionsbehandlung
- Psychotherapie
- Klinisch-psychologische Beratung und Betreuung
- Psychosoziale Beratung und Betreuung (PSD Burgenland, 2017a)

Eine häufige Behandlungsform für Drogenabhängige in Österreich ist die Substitutionsbehandlung (eingesetzte Substanzen enthalten die angegebene Wirkstoffmenge und keine Verunreinigungen) der Betroffenen durch qualifizierte Ärzte und Ärztinnen.

Im Burgenland waren laut dem jüngsten Bericht zur Drogensituation (vgl. Weigl et al., 2017) mit Stand 31.12.2016 266 Personen in Substitutionsbehandlung. Demgegenüber standen 20 Ärzte und Ärztinnen laut der Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte (LISA), die diese Form der Therapie im Burgenland durchführen können. Da die Behandlung auch über die Bundeslandgrenzen hinaus möglich ist, standen den 266 Personen im Burgenland allerdings insgesamt 63 versorgungswirksame Ärzte und Ärztinnen gegenüber (inklusive der 20 Ärzte und Ärztinnen laut LISA im Burgenland).

5.1.5.3 Verstöße gegen das Suchtmittelgesetz und Meldung von Drogenmissbrauch-Vorfällen

Im Jahr 2016 gab es im Burgenland 895 Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte). Während sich im Burgenland zwischen den Jahren 2007 (1.008) und 2016 eine tendenzielle Abnahme dieser zeigt, stiegen sie in Gesamtösterreich – mit jährlichen Schwankungen – in diesem Zeitraum an (2007: 22.929, 2016: 35.857).

Jeder Drogenmissbrauch-Vorfall in Österreich muss laut gesetzlichen Bestimmungen vorrangig an die Gesundheitsbehörde gemeldet werden. Im Burgenland wurden 65% der an die Gesundheitsbehörde gemeldeten Fälle als „nicht behandlungsrelevant“ eingestuft. In Gesamtösterreich liegt dieser Prozentsatz etwas niedriger (55%). Am häufigsten werden im Burgenland Drogenmissbrauchsfälle von Cannabis (17%), gefolgt von Opiaten (12%), Kokain (ca. 5%) und Stimulantien (weniger als 5%) als behandlungsrelevant eingestuft. Auch auf Österreichebene (ohne Wien) sind die häufigsten behandlungsrelevanten Fälle dem Missbrauch von Cannabis (28%), gefolgt von Opiaten (9%), Stimulantien (4%) und Kokain (weniger als 3%) zuzuschreiben (vgl. Weigl et al., 2017).

5.1.6 Gesundheitskompetenz

Mit dem Burgenländischen Gesundheitsziel 5 wird angestrebt, die Gesundheitskompetenz der burgenländischen Bevölkerung zu stärken (s. Kapitel 1.2). In den Österreichischen Rahmen-Gesundheitszielen, auf denen die Burgenländischen Gesundheitsziele beruhen, heißt es, dass die Gesundheitskompetenz, auch „Health Literacy“ genannt, einen wichtigen Eckpfeiler zur Förderung der Bevölkerungsgesundheit und zur Reduktion gesundheitlicher Chancengleichheit bildet (vgl. BMGF, 2017a).

Für den Begriff der Gesundheitskompetenz liegen unterschiedlichste Definitionen vor. Eine, die sich in den vergangenen Jahren im Gesundheitswesen besonders stark etabliert hat, ist jene von Ilona Kickbusch (2006, S. 69). Der Autorin zufolge bedeutet Gesundheitskompetenz Folgendes:

„Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein. Gesundheitskompetenz stärkt eine Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit zu Gesundheitsfragen und verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, diese zu verstehen und damit Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.“

Sorensen et al. (2012) erweiterten diese Definition und differenzierten zwischen drei verschiedenen Domänen, in denen es möglich ist, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Die Autoren und Autorinnen unterscheiden dabei zwischen Gesundheitskompetenz in Hinblick auf die Krankheitsbewältigung, die Krankheitsprävention und die Gesundheitsförderung.

Die Förderung von Gesundheitskompetenz zielt darauf ab, Menschen dabei zu unterstützen, im Alltag eigenverantwortliche, ihrer Gesundheit zuträgliche Entscheidungen zu treffen. Hierfür ist es notwendig, die persönlichen Kompetenzen und das Verantwortungsbewusstsein der Bevölkerung zu stärken, einen einfachen Zugang zu verständlicher, unabhängiger und qualitätsgesicherter Information zu ermöglichen und das Bewusstsein für die Bedeutung von Gesundheitsvorsorge zu steigern. Darüber hinaus gilt es, die Rolle des Patienten bzw. der Patientin im Gesundheitssystem auf eine höhere Ebene anzuheben (vgl. BMGF, 2017a).

Zwar existiert kein europäischer Gesundheitsindikator, der Bezug auf das Thema der Gesundheitskompetenz nimmt, aufgrund der steigenden Bedeutung dessen im österreichischen Gesundheitswesen werden im vorliegenden Bericht allerdings Informationen hierzu dargestellt.

Hierfür wurden Daten des Ludwig Boltzmann Instituts Health Promotion Research herangezogen (vgl. Pelikan, Röthlin & Ganahl, 2013). Dieses Institut führte in Österreich die Erhebung der Gesundheitskompetenz mittels European Health Literacy Survey (HLS-EU) durch. Neben Österreich nahmen sieben weitere europäische Länder (Bulgarien, Deutschland, Griechenland, Irland, Niederlande, Polen und Spanien) an dieser Studie teil. Eine Zusatzerhebung, die in allen österreichischen Bundesländern im Jahr 2011 durchgeführt wurde, liefert die konkrete Datengrundlage für die Darstellung der Gesundheitskompetenz der burgenländischen Bevölkerung im vorliegenden Bericht. Konkret wurde im Zuge der Erhebung die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Bezug auf die Themen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung gemessen. Diese drei Bereiche bilden gemeinsam den „Gesamtindex Gesundheitskompetenz“ ab.

Die Ergebnisse der Studie des Ludwig Boltzmann Instituts Health Promotion Research (vgl. Pelikan, Röthlin & Ganahl, 2013) zeigen für das Burgenland im Bundesländervergleich sehr zufriedenstellende Ergebnisse. Was den

„Gesamtindex Gesundheitskompetenz“ betrifft, weisen etwa zwei Drittel der befragten Burgenländer und Burgenländerinnen (65,5%) eine ausreichende oder sogar exzellente Gesundheitskompetenz auf. Etwas mehr als ein Viertel (26,7%) verfügt über eine problematische Gesundheitskompetenz. Bei 7,8% kann sogar von inadäquater Gesundheitskompetenz gesprochen werden. In Gesamtösterreich (48,4%) liegt der Anteil jener mit ausreichender und exzellenter Gesundheitskompetenz deutlich unter jenem im Burgenland, der Anteil jener mit problematischer (34,9%) und inadäquater Gesundheitskompetenz (16,7%) stark darüber (s. Abbildung 33).

Anteil der Befragten mit ausreichender oder exzellenter Gesundheitskompetenz im Österreichvergleich 2013

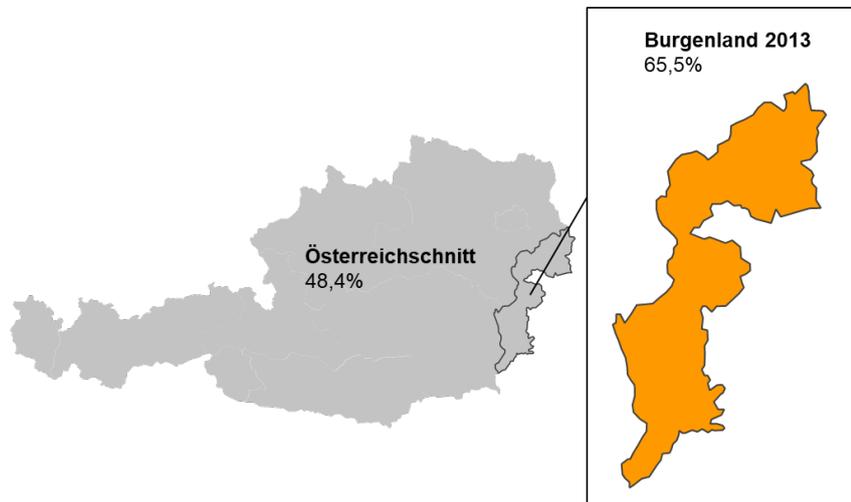


Abbildung 33: Anteil der Befragten mit ausreichender oder exzellenter Gesundheitskompetenz im Österreichvergleich 2013, Stand: 2013, Quelle: Pelikan, Röthlin & Ganahl (2013), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg, Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung

Betrachtet man die einzelnen Facetten von Gesundheitskompetenz – Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung – im Detail, so zeigt sich, dass Burgenland in allen drei Bereichen im Österreichvergleich gut abschneidet. So liegt etwa der Anteil jener mit ausreichender und exzellenter Gesundheitskompetenz im Bereich der Krankheitsbewältigung im Burgenland mit 66,6% um rund 12 Prozentpunkte höher als in Gesamtösterreich (54,9%). Im Bereich der Prävention liegt der Anteil der befragten Burgenländer und Burgenländerinnen mit ausreichender oder exzellenter Gesundheitskompetenz (69,6%) noch höher als im Bereich der Krankheitsbewältigung. Auch die Differenz zum Anteil in Gesamtösterreich ist noch größer (Österreichschnitt: 55,0%). Der größte Unterschied zwischen dem Burgenland und Gesamtösterreich zeigt sich bei der Gesundheitskompetenz im Bereich der Gesundheitsförderung. Hier liegt der Anteil jener mit exzellenter oder zumindest ausreichender Gesundheitskompetenz im Burgenland (63,0%) um mehr als 20 Prozentpunkte über jenem in Gesamtösterreich (41,8%).

Detaillierte Ergebnisse zu einzelnen Items im Rahmen der Erhebung der Gesundheitskompetenz finden sich im Abschlussbericht der Österreichischen Gesundheitskompetenz (Health Literacy) Bundesländer-Studie (vgl. Pelikan, Röthlin & Ganahl, 2013).

5.2 Soziale und kommunale Netzwerke

Soziale und kommunale Netzwerke stellen neben dem Gesundheitsverhalten eine weitere zentrale Ebene des Modells der Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren & Whitehead (1991) dar (s. Kapitel 1.1.1) und haben demnach Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung.

Im Ziel 6 der Burgenländischen Gesundheitsziele wird das Ziel deklariert, durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit der Bevölkerung zu stärken. In den Österreichischen Rahmen-Gesundheitszielen (vgl. BMGF, 2017a) wird diesbezüglich ausgeführt, dass es dabei gilt, die Bevölkerung dazu zu bewegen, soziale Beziehungen zu pflegen, ehrenamtliche Tätigkeiten auszuüben und an demokratischen, gemeinschaftlichen Prozessen mitzuwirken. Hierfür ist es notwendig, bestimmte Strukturen zu schaffen.

Sozialer Zusammenhalt – auch als Sozialkapital oder soziale Kohäsion bezeichnet – sowie gute soziale Beziehungen und damit verbundene soziale Unterstützung sind wichtige Schutzfaktoren für die Gesundheit. Zahlreiche internationale Studien zeigen Zusammenhänge zwischen dem Sozialkapital einerseits und Gesundheitsindikatoren wie der Mortalität und der selbsteingeschätzten Gesundheit andererseits (vgl. Siegrist, Dragano & dem Knesebeck, 2009). Sozialkapital und soziale Unterstützung leisten zudem einen wichtigen Beitrag für Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität. Es werden drei Ebenen des Sozialkapitals unterschieden (vgl. BMGF, 2017a):

- Zusammenhalt auf gesellschaftlicher Ebene (Makroebene)
Dieser wird vor allem durch politische und ökonomische Rahmenbedingungen beeinflusst.
- Zusammenhalt in Nachbarschaften und sozialen Netzwerken (Mesoebene)
- Zusammenhalt im Familien- und Freundeskreis (Mikroebene)

Während Sozialkapital gesundheitsförderlich wirkt, begünstigen soziale Ausgrenzung und Vereinsamung psychische Krankheiten wie Depressionen, aber auch Krankheiten wie Herz-Kreislaufkrankungen (vgl. Wilkinson & Marmot, 2004).

Im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings wird eine Kennzahl im Kontext sozialer Netzwerke aufgelistet. Dabei wird Bezug auf das Konzept der sozialen Unterstützung genommen, das mithilfe der „Oslo3-Social Support Scale“ gemessen werden soll. Der Indikator gibt Auskunft über die individuell empfundene Verfügbarkeit von Menschen, denen man vertraut und die einem Liebe und Wertschätzung schenken (vgl. ECHIM, 2012).

Diese Skala wurde auch im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) verwendet. Dementsprechend ist es möglich, diesen Gesundheitsindikator für das Burgenland darzustellen. Darüber hinaus werden allerdings im Sinne einer umfassenderen Beschreibung sozialer und kommunaler Netzwerke auf der Makro-, Meso- und Mikroebene im Burgenland zusätzlich zur sozialen Unterstützung Indikatoren zu folgenden beiden Themenaspekten dargestellt:

- Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung
- Freiwilligenarbeit im Burgenland

Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass die Wohnformen der burgenländischen Bevölkerung, die in Kapitel 5.3.1.1 beschrieben werden, in gewisser Weise ebenfalls ein Indikator für das soziale Netzwerk ist. Hier ist vor allem der Anteil der Bevölkerung, der in Einpersonenhaushalten lebt, von Interesse, da diese Wohnart soziale Isolation und damit verbundene psychische und körperliche Beeinträchtigungen begünstigen kann.

Zu den im Folgenden dargestellten Indikatoren liegen keine Vergleichswerte aus vergangenen Jahren vor. Aus diesem Grund kann eine eventuelle Veränderung dieser im zeitlichen Verlauf nicht dargestellt werden.

5.2.1 Soziale Unterstützung

Das Ausmaß der mithilfe der Oslo3-Social Support Scale im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) gemessenen sozialen Unterstützung innerhalb der burgenländischen Bevölkerung wurde auf Basis der Beantwortung folgender Fragestellungen ermittelt:

„Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben?“

„Wie viel Interesse und Anteilnahme zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?“

„Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?“

Damit werden mit der Oslo3-Social Support Scale sowohl Aspekte der Mikro- als auch der Mesoebene sozialen Zusammenhalts thematisiert.

Mehr als die Hälfte (55,9%) der burgenländischen Bevölkerung erlebt bezüglich der oben genannten Faktoren eine hohe Unterstützung. Mehr als ein Drittel (35,5%) fühlt sich zumindest mittelmäßig unterstützt. Nur 8,7% empfinden eine geringe Unterstützung vonseiten ihres sozialen Umfeldes. In Gesamtösterreich zeigt sich eine leicht niedrigere individuell wahrgenommene soziale Unterstützung als im Burgenland (s. Abbildung 34).

Ausmaß individuell wahrgenommener sozialer Unterstützung der Bevölkerung im Österreichvergleich 2014

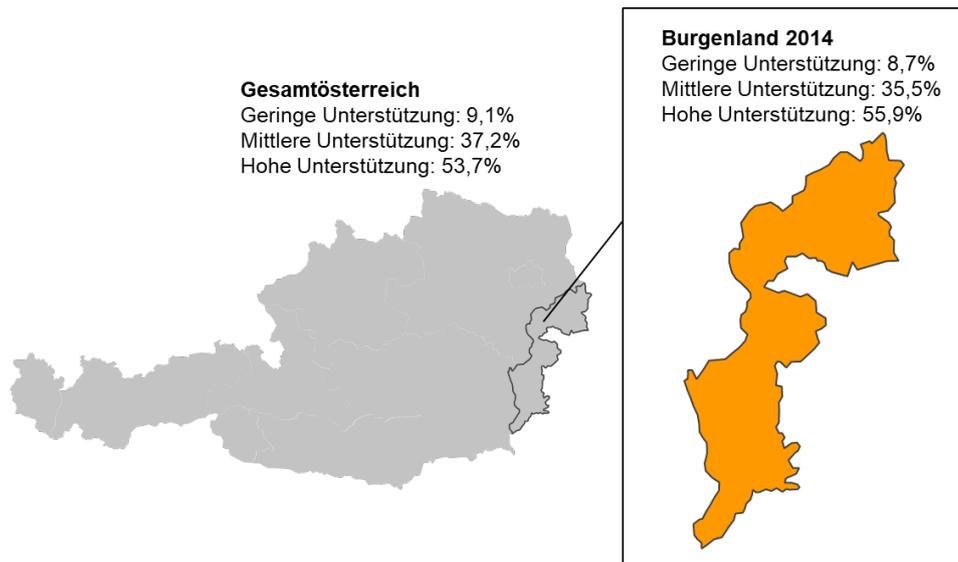


Abbildung 34: Ausmaß individuell wahrgenommener sozialer Unterstützung der Bevölkerung im Österreichvergleich 2014, Stand: 2014, Quelle: Statistik Austria (2015a), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg, Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung

Betrachtet man die einzelnen Antworten auf die drei Fragen, die zur Ermittlung der sozialen Unterstützung gestellt wurden, im Detail, so lassen sich folgende Kernaussagen treffen:

- Der Großteil der Burgenländer und Burgenländerinnen kann sich auf drei bis fünf (49,0%) oder sogar sechs oder mehr Menschen (33,1%) bei persönlichen Problemen verlassen. In Gesamtösterreich zeigen sich diesbezüglich ähnliche Prozentwerte (drei bis fünf Personen: 49,5%; sechs oder mehr: 32,3%). Nennenswerte regionsspezifische Unterschiede sind nicht festzustellen. Geschlechtsspezifisch betrachtet gab bei der Befragung ein etwas höherer Anteil der Männer (35,2%) als der Frauen (31,1%) an, sich bei Problemen auf sechs oder mehr Personen verlassen zu können.
- 60,9% der burgenländischen Bevölkerung sind der Ansicht, dass andere Menschen viel Interesse und Anteilnahme am eigenen Handeln zeigen. Mehr als jeder bzw. jede Fünfte (22,2%) nimmt zumindest „etwas“ Interesse und Anteilnahme wahr. Etwa jeder bzw. jede Zehnte (9,2%) empfindet wenig Interesse und Anteilnahme anderer Menschen. In Gesamtösterreich zeigt sich eine ähnliche Verteilung der Antworten (61,7% viel; 23,4% etwas; 5,8% weder viel noch wenig; 7,9% wenig; 1,2% keine). Zwischen den beiden Versorgungsregionen zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede. Männer im Burgenland erleben etwas weniger Interesse und Anteilnahme (56,3% viel; 23,3% etwas; 9,3% weder viel noch wenig; 10,2% wenig; 0,9% keine) anderer Menschen als Frauen (65,2% viel; 21,1% etwas; 4,2% weder viel noch wenig; 8,3% wenig; 1,2% keine).
- Was die praktische Hilfe durch Nachbarn und Nachbarinnen anbelangt, so sind beinahe drei Viertel der Burgenländer und Burgenländerinnen (71,4%) der Ansicht, dass diese einfach oder sogar sehr einfach zu erhalten ist. In Gesamtösterreich wird die praktische Hilfe durch Nachbarn und Nachbarinnen in leicht geringerem Ausmaß erlebt (68,3% einfach oder sehr einfach). Im Regionenvergleich innerhalb des Burgenlandes zeigt sich, dass ein etwas höherer Anteil der Bevölkerung in der Versorgungsregion Burgenland Nord (13,0%) im Rahmen der Befragung angab, dass es schwierig ist, praktische Hilfe von Nachbarn und Nachbarinnen zu erhalten als in der Versorgungsregion Burgenland Süd (9,3%). Geschlechtsspezifisch betrachtet zeigt sich, dass Männer im Burgenland in deutlich höherem Ausmaß praktische Hilfe von Nachbarn und Nachbarinnen lukrieren können (78,2% einfach oder sehr einfach) als ihre weiblichen Mitbürgerinnen (65,0% einfach oder sehr einfach).

Bei der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 wurde die Bevölkerung im Zuge der Erhebung der Lebensqualität dieser unter anderem auch danach gefragt, wie zufrieden diese mit der Unterstützung speziell durch Freunde und Freundinnen ist.

Auf einer fünfstufigen Skala von „sehr unzufrieden“ bis „sehr zufrieden“ ordnete sich der Großteil der befragten Burgenländer und Burgenländerinnen (51,4%) im Bereich „zufrieden“ ein. Mehr als ein Viertel (27,5%) ist sogar sehr zufrieden mit der Unterstützung durch Freunde und Freundinnen. Ein geringer Prozentsatz von 3,8% ist unzufrieden oder sehr unzufrieden. Beinahe jeder bzw. jede Fünfte (17,3%) ist weder zufrieden noch unzufrieden. In Gesamtösterreich zeigen sich ähnliche Werte, was den Zufriedenheitsgrad mit der Unterstützung von Freunden und Freundinnen betrifft (sehr zufrieden: 29,4%; zufrieden: 51,6%; weder noch: 15,4%; unzufrieden oder sehr unzufrieden: 3,6%).

Während sich zwischen den beiden Versorgungsregionen keine nennenswerten Unterschiede in Hinblick auf diesen sozialen Zufriedenheitsaspekt zeigen, sind Differenzen zwischen den beiden Geschlechtern feststellbar. So ist mehr als ein Drittel der Burgenländerinnen (35,6%), hingegen nicht einmal ein Fünftel der Burgenländer (18,9%) mit der Unterstützung durch Freunde und Freundinnen sehr zufrieden. Nicht nennenswert zufrieden oder gar nicht zufrieden (sehr unzufrieden, unzufrieden oder weder zufrieden noch unzufrieden) sind „nur“ 17,6% der Frauen im Burgenland, hingegen 24,6% der Männer.

Die Jugendstudie Burgenland 2015 (vgl. Institut für Jugendkulturforschung, 2015) liefert ergänzend zu den dargestellten Ergebnissen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 weitere Daten zur Bedeutung des sozialen Netzwerkes für ein glückliches und erfülltes Leben innerhalb der 14- bis 24-jährigen burgenländischen Bevölkerung. Die Erkenntnisse zeigen, dass „gute Freunde“ jenen Lebensbereich bilden, den die befragten Jugendlichen, verglichen mit anderen Faktoren wie z.B. sicherem Arbeitsplatz, Abwechslung, Ausbildung und Freizeit als am wichtigsten bezeichnen. So gaben 87% im Zuge dieser Untersuchung an, dass „gute Freunde“ sehr wichtig, 12% eher wichtig und nur 1% eher unwichtig für ein erfülltes Leben sind.

Auch guten Beziehungen zu Eltern wird vonseiten der jungen Burgenländer und Burgenländerinnen eine hohe Bedeutung zugeschrieben (70% sehr wichtig, 24% eher wichtig, 4% eher unwichtig, 1% ganz unwichtig). Eine Partnerschaft bzw. fixe Beziehung als weitere zentrale Komponente eines guten sozialen Netzwerkes stellt ebenso einen wichtigen Lebensbereich für die Jugendlichen dar (57% sehr wichtig, 33% eher wichtig, 8% eher unwichtig, 2% ganz unwichtig). Im Geschlechtervergleich zeigt sich, dass Mädchen und junge Frauen sozialen Beziehungen eine höhere Bedeutung für ein erfülltes Leben zuschreiben als Burschen und junge Männer.

5.2.2 Freiwilligenarbeit

Wie einführend in das Kapitel 5.2 erwähnt wurde, zielt das Gesundheitsziel „Durch sozialen Zusammenhalt die Bevölkerung stärken“ neben der Schaffung ausreichender sozialer Unterstützung auf Individualebene auch darauf ab, ehrenamtliche Tätigkeiten der Bevölkerung zu fördern.

Zu diesem Thema führte das Institut für empirische Sozialforschung im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz im Jahr 2012 eine bundesweite Bevölkerungsbefragung zum freiwilligen Engagement in Österreich durch. Erhoben wurden

- das Engagement im Rahmen einer formellen Freiwilligenarbeit,
- das Engagement im Rahmen einer informellen Freiwilligenarbeit,
- das Ausmaß der Freiwilligenarbeit,
- Motive und Beweggründe für ein freiwilliges Engagement,
- Gründe dafür, nicht in der Freiwilligenarbeit aktiv zu sein und
- Fragen zur Informiertheit und zum Informationsbedarf (vgl. BMASK, 2013).

In dieser Studie wird Freiwilligenarbeit definiert als „*Leistung, die freiwillig (also aus freien Stücken, ohne Druck und Zwang) und ohne Bezahlung für Personen außerhalb des eigenen Haushaltes erbracht wird.*“ (BMASK, 2013, S. 8) Dabei wird zwischen formeller Freiwilligenarbeit in Form von Vereinen, Institutionen bzw. Organisationen (= ehrenamtliche Tätigkeit) und informeller Freiwilligenarbeit im privaten Bereich (Nachbarschaftshilfe) unterschieden.

Im Burgenland sind gemäß diesen Studienergebnissen 39% der Bevölkerung freiwillig tätig. Speziell formelle Freiwilligentätigkeiten in Form von Vereinen, Institutionen oder Organisationen leistet etwa ein Viertel der Burgenländer und Burgenländerinnen. Verglichen damit ist in Gesamtösterreich beinahe die Hälfte der Bevölkerung ab 15 Jahren (46%) in der Freiwilligenarbeit tätig. Mehr als ein Viertel (28%) leistet formelle Freiwilligenarbeit, beinahe ein Drittel (31%) engagiert sich im Rahmen der Nachbarschaftshilfe. 13% sind sowohl formell als auch informell freiwillig tätig.

Zahlen zu konkreten Freiwilligentätigkeiten sowie Motiven und Barrieren für Freiwilligenarbeit liegen leider nur auf Bundesebene vor. Sie sind dem Studienbericht „Freiwilliges Engagement in Österreich: Bundesweite Bevölkerungsbefragung 2012“ zu entnehmen (vgl. BMASK, 2013).

Ergänzend liefern allerdings Ergebnisse der Jugendstudie Burgenland (vgl. Institut für Jugendkulturforschung, 2015) aus dem Jahr 2015 weitere Daten zum sozialen Engagement im Burgenland, wobei sich die Ergebnisse lediglich auf Jugendliche (14- bis 24-Jährige) beziehen. Diese wurden im Zuge einer Erhebung unter anderem gefragt, in welcher Weise ihrer Ansicht nach Jugendliche im Burgenland die Möglichkeit haben, sich auf kommunaler Ebene zu engagieren. Nur rund die Hälfte (48%) der Befragten ist der Ansicht, dass eine Mitarbeit auf Gemeindeebene möglich ist. Dementsprechend verwundert es nicht, dass sich im Jahr 2015 nur 16% der befragten Jugendlichen in ihrer Gemeinde in irgendeiner Weise engagierten. Dieses Engagement erfolgte zumeist in Sportvereinen, politischen Vereinen und Jugendvereinen. Etwa ein Viertel (24%) der befragten Jugendlichen berichtete zumindest über eine Bereitschaft, sich auf kommunaler Ebene engagieren zu wollen.

5.3 Lebens- und Arbeitsbedingungen

Neben dem Gesundheitsverhalten und sozialen Netzwerken stellen Lebens- und Arbeitsbedingungen eine weitere zentrale Gesundheitsdeterminante dar (s. Kapitel 1.1.1). Die Gestaltung dieser hat einen wesentlichen Einfluss auf die Bevölkerungsgesundheit. So heißt es im Grundlegendokument der Gesundheitsförderung, der Ottawa Charta: *„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“* (WHO, 1986, S. 1) Die Gesundheit der Bevölkerung hängt damit nicht bloß vom individuellen Verhalten, sondern auch von gewissen Rahmenbedingungen bzw. Verhältnissen ab.

Diesem Umstand wird auch im Burgenländischen Gesundheitsziel 2 Rechnung getragen. Darin wird festgehalten, dass gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen im Burgenland durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche geschaffen werden sollen (s. Kapitel 1.2).

In den Österreichischen Rahmen-Gesundheitszielen wird diesbezüglich weiter ausgeführt, dass es zur gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebens- und Arbeitswelt notwendig ist, dass alle relevanten Akteure und Akteurinnen des Bundes, der Länder, der Gemeinden und Städte, der Körperschaften öffentlichen Rechts und der Sozialpartnerschaft über alle Politik- und Gesellschaftsbereiche hinweg zusammenarbeiten. Daneben gilt es, Beteiligungs-, Mitgestaltungs- und Mitentscheidungsmöglichkeiten der Bevölkerung in Bezug auf ihre Lebens- und Arbeitsbedingungen zu fördern (vgl. BMGF, 2017a).

In der Gesundheitsförderung spricht man – was die Gestaltung konkreter Arbeits- und Lebensbedingungen betrifft – vom sogenannten Setting-Ansatz. Unter einem Setting wird laut WHO (vgl. Franzkowiak, Homfeldt & Mühlum, 2011) ein Ort bzw. ein soziales System verstanden, an bzw. in dem Gesundheit und Krankheit alltäglich erlebt und durch umweltbezogene, organisationale und personelle Faktoren beeinflusst wird. Zu den wichtigsten Settings, mit denen die Gesundheitsförderung arbeitet, zählen Gemeinden bzw. Kommunen, Betriebe, Schulen und nichtschulische Bildungseinrichtungen.

Ausgewählte Gesundheitsförderungsprojekte in einzelnen Settings im Burgenland werden in Kapitel 6 beschrieben. Im Folgenden werden gesundheitsrelevante Indikatoren zur Beschreibung der Lebens- und Arbeitsbedingungen von Burgenländern und Burgenländerinnen dargestellt.

5.3.1 Lebensbedingungen

Im Burgenland gibt es 171 Gemeinden, von denen 13 sogenannte Stadtgemeinden sind. Diese verteilen sich – wie in Kapitel 3 dargestellt – auf sieben politische Bezirke.

Gemeinden als Lebenswelten sind ideale Orte, um die Bevölkerungsgesundheit flächendeckend zu stärken. So können in diesem Setting grundsätzlich nahezu alle Bevölkerungsgruppen mit Gesundheitsinterventionen erreicht werden. Das Setting Gemeinde wird als *„Mutter aller Settingansätze“* in der Gesundheitsförderung bezeichnet. In Gemeinden und Städten als örtliche Umgebung, in denen sich Menschen aufhalten, finden sich wesentliche Belastungs- und Unterstützungsfaktoren (vgl. Trojan, 2014).

Trotz der Tatsache, dass viele Faktoren der Lebensbedingungen auf nationaler Ebene festgelegt werden, bieten Gemeinden als Settings zahlreiche Möglichkeiten für Maßnahmen und Projekte nachhaltiger Gesundheitsförderung (vgl. Naidoo & Wills, 2003).

In den vergangenen Jahren etablierten sich auf internationaler Ebene das WHO-Netzwerk „Gesunde Städte“ und auf nationaler Ebene das „Netzwerk Gesunde Städte Österreichs“, das in erstgenanntes eingebettet ist. Vertreter und Vertreterinnen dieser Netzwerke setzen sich für gesundheitsförderliche Lebensbedingungen ein.

Im Gegensatz zu Städten sind ländliche Gemeinden in Österreich – die den Großteil der Gemeinden im Burgenland ausmachen – punkto Gesundheitsförderung weniger in Form von Netzwerken organisiert. Allerdings existieren auch auf dieser Ebene Initiativen wie etwa das „Gesunde Dorf“ (s. Kapitel 6.1.1).

Im Folgenden werden ausgewählte Indikatoren, die unterschiedliche Facetten der Lebensbedingungen von Burgenländern und Burgenländerinnen abbilden, dargestellt. Dazu zählen folgende Kennzahlen:

- Haushalts- und Lebensformen
- Zufriedenheit mit der Wohnumgebung
- Belastungen im Wohnumfeld (Lärmstörung, Geruchsbelästigung)
- Heim- und Freizeitunfälle
- Straßenverkehrsunfälle
- Reichweite von Gesunden Dörfern

In den europäischen Gesundheitsindikatoren finden sich lediglich Kennzahlen zu Unfällen und Verletzungen zu Hause sowie in der Freizeit (vgl. ECHIM, 2012).

5.3.1.1 Haushalts- und Lebensformen

Wie bereits in Kapitel 5.2 kurz angemerkt, können Haushalts- und Lebensformen von Personen einen Einfluss auf die Gesundheit dieser haben.

Generell ist etwa anzunehmen, dass insbesondere das Leben in Einpersonenhaushalten soziale Isolation begünstigt und damit die Gesundheit beeinträchtigen kann. Darüber hinaus zeigt sich der Konnex zwischen Haushalts- und Lebensformen einerseits und Gesundheit andererseits darin, dass ungünstige Wohnverhältnisse wie kalte und feuchte oder aber überbelegte und beengte Wohnungen Erkrankungen der Atemwege, Erschöpfungszustände, Stresssymptome, Infektionen und Unfälle begünstigen können.

Betrachtet man zunächst den Anteil der Einpersonenhaushalte an allen Haushaltsformen, so zeigen die Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebungen der Statistik Austria (vgl. Statistik Austria, 2017b), dass dieser im Jahr 2016 (Jahresdurchschnittswert) im Burgenland bei 30,6% lag. Der Anteil der Männer, die in diesem Jahr in Einpersonenhaushalten lebten, ist etwas niedriger (44,4%) als jener der Frauen (55,6%).

Vergleichsweise lag der Anteil der Einpersonenhaushalte an allen Privathaushalten in Gesamtösterreich im Jahresdurchschnitt 2016 etwas höher (37,0%) als im Burgenland.

Seit dem Jahr 2012 zeigt sich für das Burgenland sowohl ein Anstieg der absoluten Zahlen an Einpersonenhaushalten (2012: 32.300, 2016: 37.600) als auch des prozentuellen Anteils dieser an allen Privathaushalten (2012: 28,2%, 2016: 30,6%).

Betrachtet man neben den Einpersonenhaushalten auch die Mehrpersonenhaushalte im Burgenland, die im Jahr 2016 einen Anteil von 69,3% aller Haushalte ausmachten, so zeigt sich, dass die durchschnittliche Haushaltsgröße (Ein- und Mehrpersonenhaushalte zusammen) in diesem Jahr bei 2,35 lag. Vergleichsweise betrug diese in diesem Jahr in Gesamtösterreich 2,22. Im Jahr 2012 lebten im Durchschnitt 2,48 Personen in einem burgenländischen Haushalt (Österreich: 2,27).

Betrachtet man das Rechtsverhältnis der Wohneinheiten, so zeigt sich, dass im Jahr 2016 im Burgenland mehr als zwei Drittel aller Hauptwohnsitzwohnungen (69,0%) Eigentümshäuser waren. 13,4% an allen Hauptwohnsitzwohnungen machten Genossenschaftswohnungen aus. Der Rest verteilte sich auf andere Wohnobjekte (Wohnungseigentum, Gemeindewohnung, andere Hauptmiete, sonstige).

In Gesamtösterreich zeigt sich diesbezüglich eine gänzlich andere Wohnsituation. Hier verfügt nur ein gutes Drittel (37,7%) über ein eigenes Haus. Beinahe jeder bzw. jede Fünfte (16,3%) lebt in einer Genossenschaftswohnung, ebenfalls fast jeder bzw. jede Fünfte bezieht eine Wohnform mit anderer Hauptmiete (17,7%). Etwa jeder bzw. jede Zehnte hat eine Eigentumswohnung (10,5%).

Im Jahr 2012 lag der Anteil der Häuser im Burgenland, die im Eigentum stehen, an allen Hauptwohnsitzwohnungen (74,0%) noch höher als im Jahr 2016.

Neben dem Leben in Einpersonenhaushalten kann auch das Leben in sogenannten „Patchworkfamilien“ – also „Stieffamilien“ – mit gesundheitlichen Belastungen wie einer besonders schwierigen Vereinbarkeit verschiedener Lebensbereiche, finanziell prekären Situationen oder emotionalen Belastungen verbunden sein. Die Statistik

Austria versteht unter Stieffamilien jene Familien, bei denen die Eltern ihre jeweiligen Kinder aus vorhergehenden Ehen oder Lebenspartnerschaften in die neue Beziehung eingebracht haben (vgl. Statistik Austria, 2017b).

Im Burgenland lebten im Jahr 2016 ca. 1.900 Paare mit Kindern unter 18 Jahren in Stieffamilien. Diese machten einen Anteil von 7,9% aller Paare mit Kindern unter 18 Jahren aus. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass diese Zahlen jährlich starken Schwankungen unterliegen und ein Längsschnittvergleich der Daten somit nicht sinnvoll ist. In Gesamtösterreich lag der Anteil der Paare mit Kindern unter 18 Jahren in Stieffamilien an allen Paaren mit Kindern unter 18 Jahren im Jahr 2016 geringfügig höher (8,8%) als im Burgenland.

5.3.1.2 Zufriedenheit mit der Wohnumgebung

Daten zur Zufriedenheit der burgenländischen Bevölkerung mit der Wohnumgebung liefern Ergebnisse der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a). Dabei wurden im Zuge der Erhebung der Lebensqualität im Speziellen auch folgende Fragen gestellt:

„Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?“

„Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?“

Beide Fragen bilden wesentliche Komponenten der Lebensbedingungen der Bevölkerung ab.

Etwa die Hälfte der Burgenländer und Burgenländerinnen (51,9%) ist mit den Wohnbedingungen sehr zufrieden, mehr als ein Drittel (39,4%) zumindest zufrieden. 6,7% sind weder zufrieden noch unzufrieden. Nur ein kleiner Prozentsatz (2,0%) ist unzufrieden oder sehr unzufrieden. Damit ist die burgenländische Bevölkerung mit der Wohnumgebung im Allgemeinen zufriedener als die Gesamtbevölkerung Österreichs (47,7% sehr zufrieden; 39,7% zufrieden; 8,1% weder zufrieden noch unzufrieden; 3,5% unzufrieden; 1,0% sehr unzufrieden).

Im Längsschnittvergleich zeigt sich, dass die Zufriedenheit der Burgenländer und Burgenländerinnen mit ihren Wohnbedingungen seit 2006/07 (vgl. Statistik Austria, 2007) leicht zunahm. Damals gaben hochgerechnet 47,2% an, mit der Wohnumgebung sehr zufrieden zu sein. 41,1% waren zumindest zufrieden.

Weder zwischen den beiden Versorgungsregionen noch zwischen den beiden Geschlechtern zeigen sich nennenswerte Unterschiede in Hinblick auf die Zufriedenheit mit den Wohnbedingungen.

Betrachtet man die Zufriedenheit der burgenländischen Bevölkerung mit den Beförderungsmitteln, so zeigen die Daten, dass etwa ein Drittel (33,8%) sehr, beinahe die Hälfte (46,8%) zumindest zufrieden damit ist. Etwa jeder bzw. jede Achte (12,0%) ist weder zufrieden noch unzufrieden. 7,5% sprechen von einer Unzufriedenheit, was die Verfügbarkeit von Beförderungsmitteln betrifft. In Gesamtösterreich zeigt sich eine etwas höhere Zufriedenheit der Bevölkerung diesbezüglich (37,9% sehr zufrieden; 44,9% zufrieden; 11,6% weder zufrieden noch unzufrieden; 4,1% unzufrieden; 1,5% sehr unzufrieden).

Seit der AT-HIS Gesundheitsbefragung in den Jahren 2006/07 (vgl. Statistik Austria, 2007) sank sowohl der Anteil der mit den verfügbaren Beförderungsmitteln sehr zufriedenen Burgenländer und Burgenländerinnen (2006/07: 37,4% sehr zufrieden; 2014: 33,8%) als auch jener der unzufriedenen (2006/07: 10,1%, 2014: 7,5%) leicht. Einen starken Zuwachs konnten die zufriedenen (2006/07: 38,1%, 2014: 46,8%) Burgenländer und Burgenländerinnen verzeichnen.

Südburgenländer und Südburgenländerinnen (30,0% sehr zufrieden; 47,7% zufrieden; 12,0% weder zufrieden noch unzufrieden; 6,5% unzufrieden; 3,8% sehr unzufrieden) weisen eine geringere Zufriedenheit mit verfügbaren Beförderungsmitteln auf als Nordburgenländer und Nordburgenländerinnen (35,9% sehr zufrieden; 46,2% zufrieden; 12,0% weder zufrieden noch unzufrieden; 4,4% unzufrieden; 1,5% sehr unzufrieden).

Auch zwischen den Geschlechtern zeigen sich Unterschiede in der Zufriedenheit mit Beförderungsmitteln. Während 84,2% der Burgenländerinnen mit der Verfügbarkeit dieser sehr zufrieden oder zumindest zufrieden sind, liegt dieser Anteil bei den Burgenländern „nur“ bei 76,6%.

Die folgende Abbildung fasst die Ergebnisse zur Zufriedenheit der Burgenländer und Burgenländerinnen mit ihrer Wohnumgebung und den Beförderungsmitteln im Speziellen zusammen.

Anteil der Bevölkerung, der sehr zufrieden oder zufrieden mit der Wohnumgebung und den Beförderungsmitteln ist im Österreichvergleich, im Längsschnittvergleich und nach Versorgungsregionen 2006/07 und 2014

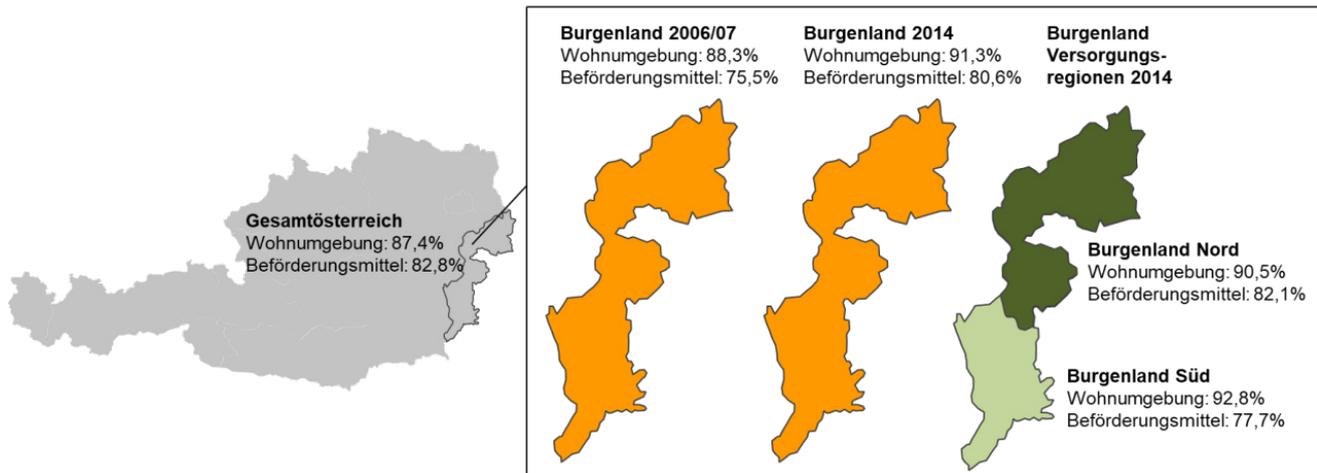


Abbildung 35: Anteil der Bevölkerung, der sehr zufrieden oder zufrieden mit der Wohnumgebung und den Beförderungsmitteln ist im Österreichvergleich, im Längsschnittvergleich und nach Versorgungsregionen 2006/07 und 2014, Stand: 2014, Quellen:

Statistik Austria (2007, 2015a), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg, Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung und Berechnungen

5.3.1.3 Belastungen im Wohnumfeld

Belastungen sind Faktoren, die die Gesundheit negativ beeinflussen können. Für das Burgenland liegen Daten zu folgenden Belastungen in Hinblick auf Wohnbedingungen vor:

- Lärmstörung im Wohnbereich
- Geruchsbelästigung im Wohnbereich

Lärmstörung im Wohnbereich

Lärmstörungen über einen längeren Zeitraum hinweg können in Form von Belastungen zu verschiedenen gesundheitlichen Beschwerden führen. Während direkte Schäden am Gehör erst bei sehr hohen Lautstärken entstehen, können psychische Beeinträchtigungen wie z.B. Schlafstörungen bereits bei nicht sehr lautem Lärm, dem man allerdings über einen längeren Zeitraum hinweg ausgesetzt ist, auftreten. Ein Bericht der WHO aus dem Jahr 2011 gibt Auskunft über die Krankheitslast, die aufgrund von Umweltlärm entsteht. Darin wird festgehalten, dass mindestens 1 Million gesunde Lebensjahre innerhalb der europäischen Bevölkerung aufgrund der negativen gesundheitlichen Auswirkungen von Umgebungslärm verlorengehen. Im Bericht wird zudem darauf hingewiesen, dass Lärm das Auftreten ischämischer Herzkrankheiten, Schlafstörungen, kognitiver Leistungsbeeinträchtigungen und Tinnitus begünstigt (vgl. WHO, 2011b).

Daten zur subjektiven Lärmbelastung liefert das Mikrozensus-Sonderprogramm zum Thema Umweltbedingungen der Statistik Austria (2017k).

Die Ergebnisse zeigen, dass im Jahr 2015 5,8% der Burgenländer und Burgenländerinnen über starke oder sehr starke Lärmstörungen im Wohnbereich (tagsüber und/oder nachts) berichteten. 7,7% sprachen von einer mittleren Lärmstörung; 12,3% nehmen eine geringfügige; rund drei Viertel (74,1%) überhaupt keine Lärmstörung im Wohnbereich wahr. In Gesamtösterreich wird eine höhere Lärmstörung im Wohnbereich erlebt (11,5% stark oder sehr stark; 13,8% mittel; 13,4% geringfügig; 61,3% gar nicht).

Ein Vergleich mit den Werten aus dem Jahr 2011 zeigt nur geringfügige Veränderungen der subjektiv wahrgenommenen Lärmbelastung. Erfreulich ist jedoch, dass der Anteil jener, die tagsüber und/oder nachts keine Lärmbelastigung wahrnehmen, zwischen 2011 (68,7%) und 2015 (74,1%) anstieg.

Geruchsbelästigung im Wohnbereich

Ebenfalls im Zuge des Mikrozensus-Sonderprogrammes der Statistik Austria zum Thema Umweltbedingungen (vgl. Statistik Austria, 2017k) wurde die subjektive Geruchsbelästigung im Wohnumfeld abgefragt.

Forschungen des Zentrums für Public Health an der Medizinischen Universität Wien (o.J.) zeigen, dass Gerüche eng mit dem Wohlbefinden, der Lustbefriedigung und den Gedächtnisfunktionen verbunden sind. Als unangenehm

wahrgenommene Gerüche können mit der Befürchtung des Entstehens von Krankheiten bei Betroffenen einhergehen und damit auch das psychische Wohlbefinden negativ beeinflussen.

Geruchs- bzw. Abgasestörungen treten aus Sicht des Großteils der burgenländischen Bevölkerung (88,4%) im Wohnbereich tagsüber und/oder nachts gar nicht auf. 6,1% nehmen geringfügige; 3,4% mittlere und nur 2,1% starke oder sehr starke Geruchs- bzw. Abgasestörungen im Wohnbereich wahr. Ähnlich wie bei der Lärmbelastung zeigen sich auch bei der Geruchsbelästigung günstige Werte für das Burgenland im Österreichvergleich (2,8% stark oder sehr stark; 5,0% mittel; 8,5% geringfügig; 83,7% gar nicht).

Vergleicht man die Werte mit jenen aus dem Jahr 2011, so sind nur geringfügige Unterschiede in Hinblick auf das Ausmaß der subjektiv wahrgenommenen Geruchs- bzw. Abgasebelastung durch Burgenländer und Burgenländerinnen festzustellen. Tendenziell zeigt der Längsschnittvergleich allerdings, dass diese eher rückläufig ist.

Die folgende Abbildung fasst die Ergebnisse zur Lärm- und Geruchsbelastung im Burgenland zusammen. Sie gibt Auskunft über den Anteil jener Personen, die diese zumindest in geringfügigem Ausmaß erleben.

**Anteil der Bevölkerung, der zumindest eine geringfügige Lärm- bzw. Geruchs-/Abgasebelastung wahrnimmt
im Österreich- und Längsschnittvergleich 2011 und 2015**

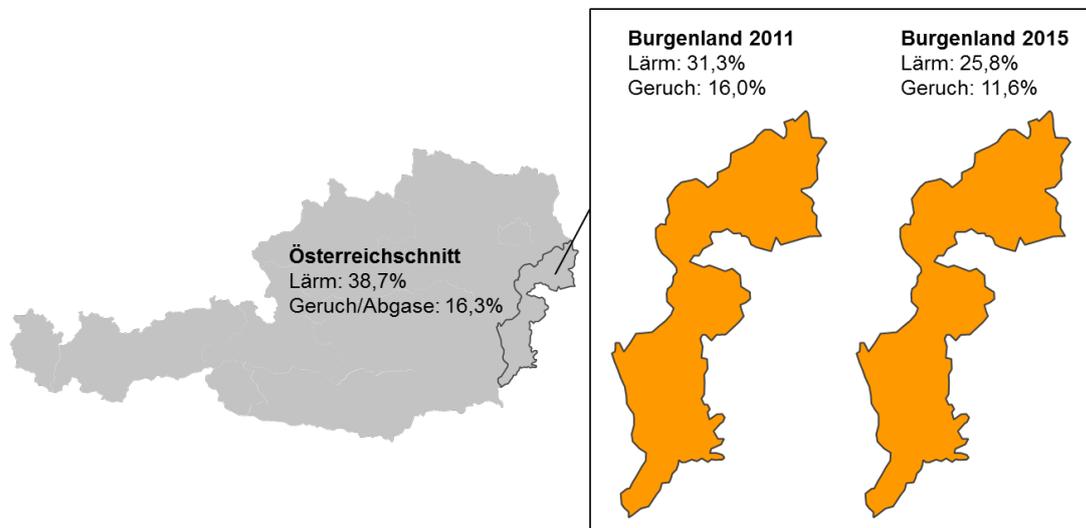


Abbildung 36: Anteil der Bevölkerung, der zumindest eine geringfügige Lärm- bzw. Geruchs-/Abgasebelastung wahrnimmt im Österreich- und Längsschnittvergleich 2011 und 2015, Stand: 2015, Quelle: Statistik Austria (2017k), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg, Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung

5.3.1.4 Heim- und Freizeitunfälle

In der Europäischen Union werden jährlich etwa 60 Millionen Personen aufgrund von Verletzungen medizinisch behandelt, etwa sieben Millionen davon in Krankenanstalten (vgl. ECHIM, 2012). Daten des Kuratoriums für Verkehrssicherheit, die auf der Website www.kfv.at verfügbar sind, zeigen, dass der Großteil des Unfallgeschehens in Österreich im eigenen Haus oder in der näheren Wohnumgebung stattfindet.

Im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings wird empfohlen, zur Beschreibung des Unfallgeschehens im Freizeitbereich die registrierte und selbstberichtete Inzidenz von Verletzungen zuhause und in der Freizeit darzustellen. Dabei wird vorgeschlagen, die Anzahl registrierter Verletzungen in den vergangenen 12 Monaten, die eine Behandlung in einem Krankenhaus erforderten, pro 100.000 Einwohner wiederzugeben. Auch die subjektiv berichtete Inzidenz soll sich auf den Zeitraum der vergangenen 12 Monate vor der Befragung beziehen (vgl. ECHIM, 2012).

Auskunft über die Zahl registrierter Heim- und Freizeitunfälle geben Daten des Kuratoriums für Verkehrssicherheit. Dieses zufolge ereigneten sich im Jahr 2016 im Burgenland 20.979 Heim- und Freizeitunfälle. Darin sind Verletzte und Getötete inkludiert, die ihren Wohnsitz in Österreich haben und stationär oder ambulant in einem Krankenhaus im Burgenland behandelt wurden. Pro 100.000 Einwohner sind das rund 7.193 Heim- und Freizeitunfälle.

Vergleichsweise konnten in Gesamtösterreich in diesem Jahr rund 9.093 Unfälle dieser Art pro 100.000 Einwohner und damit deutlich mehr Heim- und Freizeitunfälle verzeichnet werden.

Diese objektiven Daten können durch subjektive Angaben der Bevölkerung zur Unfallhäufigkeit ergänzt werden. Diesbezüglich liefert die AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) Informationen. Im Rahmen dieser Erhebung gaben 3,6% der Burgenländer und Burgenländerinnen an, in den letzten 12 Monaten eine Verletzung aufgrund eines Haushaltsunfalls; 4,5% aufgrund eines Freizeitunfalls gehabt zu haben. In Hinblick auf Haushaltsunfälle zeigen sich dabei kaum Unterschiede zu den Werten in Gesamtösterreich (3,2%), allerdings erlebt die burgenländische Bevölkerung etwas seltener Freizeitunfälle als die gesamtösterreichische Bevölkerung (6,7%).

Ein Vergleich der beiden Versorgungsregionen liefert keine nennenswerten Unterschiede in Hinblick auf das Haushalts- und Freizeitunfallgeschehen.

Zwischen den beiden Geschlechtern sind jedoch große Unterschiede in Hinblick auf Freizeitunfälle feststellbar. So erlebten 6,4% der Burgenländer, hingegen „nur“ 2,6% der Burgenländerinnen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung eine Verletzung aufgrund eines Freizeitunfalls. Bei den Haushaltsunfällen zeigen sich nur geringfügige Unterschiede (Männer: 3,2%; Frauen; 4,1%).

5.3.1.5 Straßenverkehrsunfälle

Zwar wird im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings kein Indikator zur Beschreibung der Straßenverkehrsunfälle definiert, aufgrund der Verletzungen und Todesfälle, die mit solchen verbunden sind, wird im vorliegenden Gesundheitsbericht allerdings dennoch darauf Bezug genommen.

Daten hierzu liefert die Verkehrsunfallstatistik der Statistik Austria. Aufgrund einer Umstellung in der Erhebungsmethode sind die Werte nach 2012 mit jenen davor nicht vergleichbar.

Im Jahr 2016 ereigneten sich im Burgenland 810 Unfälle mit Personenschaden. Insgesamt wurden 1.039 Personen verletzt, 19 sogar getötet.

Um diese Zahlen mit den Werten Gesamtösterreichs zu vergleichen, ist es sinnvoll, sie auf 10.000 Einwohner umzurechnen. Demnach ereigneten sich im Burgenland im Jahr 2016 pro 10.000 Einwohner rund 28 Verkehrsunfälle mit 36 Verletzten und 0,7 Getöteten. In Gesamtösterreich wurden deutlich mehr Verkehrsunfälle (44) und Verkehrsverletzte (55), allerdings etwas weniger Todesopfer aufgrund eines Verkehrsunfalls (0,5) pro 10.000 Einwohner verzeichnet.

Ähnlich wie bei den Heim- und Freizeitunfällen erscheint eine Erweiterung der registrierten Verkehrsunfälle um subjektive Angaben der Bevölkerung dazu sinnvoll. Im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) wurde die Frage gestellt:

„Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Verletzung aufgrund eines Straßenverkehrsunfalls?“

Eine Hochrechnung der Daten zeigt, dass 1,2% der Burgenländer und Burgenländerinnen innerhalb der vergangenen 12 Monate vor der Befragung einen Straßenverkehrsunfall hatten, der zu einer Verletzung führte. In Gesamtösterreich zeigt sich ein ähnlicher Prozentsatz (1,6%).

Detailauswertungen deuten darauf hin, dass es weder zwischen den beiden Versorgungsregionen noch zwischen den Geschlechtern nennenswerte Unterschiede in Hinblick auf Verletzungen aufgrund von Straßenverkehrsunfällen gibt. Ein Altersgruppenvergleich zeigt, dass der Anteil jener, die in den vergangenen 12 Monaten eine Verletzung aufgrund eines Straßenverkehrsunfalls hatten, in der Gruppe der 20- bis 24-Jährigen (5,2%) eindeutig am höchsten ist.

5.3.1.6 Reichweite Gesunder Dörfer

Die Organisation Proges betreute im Rahmen des Projektes „Gesundes Dorf“ (s. Kapitel 6.1.1) mit Stand Jänner 2018 77 Gemeinden im Burgenland, die als „Gesunde Dörfer“ bezeichnet werden können und damit Aktivitäten setzen, um der Bevölkerung ein gesundes Wohnen zu ermöglichen.

Damit sind beinahe die Hälfte (45,0%) der burgenländischen Gemeinden „Gesunde Dörfer“. Zum Zeitpunkt der Publikation des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2012 konnten noch um 37 Gemeinden weniger als heute als „Gesunde Dörfer“ im Burgenland bezeichnet werden. Die folgende Tabelle gibt Auskunft darüber, welche Gemeinden in den einzelnen Bezirken des Burgenlandes „Gesunde Dörfer“ sind.

Tabelle 10: „Gesunde Dörfer“ pro Bezirk 2018, Stand: Jänner 2018, Quelle: Proges (2017, www), Eigene Erstellung

Gesunde Dörfer im Burgenland	
Neusiedl am See	Edelstal, Frauenkirchen, Gattendorf, Gols, Illmitz, Parndorf, Neusiedl am See, Pamhagen, St. Andrä am Wallern, Winden am See, Zicksee, Zurndorf (12)
Eisenstadt Umgebung	Breitenbrunn, Donnerskirchen, Klingenbach, Mörbisch am See, Purbach am Neusiedler See, Schützen am Gebirge, Siegendorf, St. Margarethen, Trausdorf, Wimpassing a.d. Leitha, Zagersdorf, Zillingtal (12)
Mattersburg	Baumgarten, Draßburg, Forchtenstein, Hirm, Rohrbach bei Mattersburg, Schattendorf, Sigleß, Wiesen (8)
Oberpullendorf	Draßmarkt, Frankenau Unterpullendorf, Horitschon, Kaisersdorf, Kobersdorf, Lackendorf, Lockenhaus, Oberloisdorf, Neutal, Oberpullendorf, Ritzing, Steinberg-Dörfel, Unterfrauenhaid (13)
Oberwart	Badersdorf, Bernstein im Burgenland, Kemetten, Kohfidisch, Markt Allhau, Oberschützen, Rechnitz, Rotenturm an der Pinka, Schandorf, Unterkohlstätten, Wiesfleck, Wolfau (12)
Güssing	Eberau, Gerersdorf-Sulz, Großmüribisch, Hackerberg, Olbendorf, Ollersdorf im Burgenland, Rauchwart, Stegersbach, Stinatz, St. Michael, Strem (11)
Jennersdorf	Deutsch Kaltenbrunn, Eitendorf, Heiligenkreuz, Königsdorf, Minihof-Liebau, Mogersdorf, Mühlgraben, St. Martin an der Raab, Weichselbaum (9)

Das Projekt „Gesundes Dorf“ wird in Kapitel 6.1.1 des vorliegenden Berichtes, die Organisation Proges in Kapitel 7.1.1 beschrieben.

Ergänzend zum „Gesunden Dorf“ ist zu erwähnen, dass Eisenstadt als Landeshauptstadt des Burgenlandes Mitglied des „Netzwerks Gesunde Städte Österreich“ ist.

5.3.2 Arbeitsbedingungen

Neben der Gemeinde kommt dem Setting Betrieb eine weitere hohe Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung zu. Ein Grund hierfür ist, dass berufstätige Erwachsene ca. zwei Drittel ihrer Tageszeit an ihrem Arbeitsplatz verbringen. Das Setting Betrieb stellt vor allem in der Gesundheitsförderung ein wichtiges Interventionsfeld dar. Dabei gilt es, gesundheitliche Belastungen am Arbeitsplatz zu reduzieren und gleichzeitig gesundheitliche Ressourcen im Arbeitsumfeld zu stärken. Die Arbeit kann nämlich sowohl negative als auch positive Folgen für die Gesundheit haben.

In den vergangenen Jahren stieg angesichts der Zunahme an psychischen Erkrankungen innerhalb der Gesellschaft vor allem die öffentliche Aufmerksamkeit für das Thema der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz. Auf politischer Ebene wurde in Hinblick auf die Förderung der psychischen Gesundheit von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in Österreich am 01.01.2013 ein wesentlicher Meilenstein gelegt. Zu diesem Zeitpunkt trat eine Novelle zum ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) in Kraft, die Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen dazu verpflichtet, im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Ermittlung von gesundheitsgefährdenden Belastungen auch psychische Belastungen einzuschließen. Konkret sind Unternehmen nach dem §7 ASchG dazu aufgefordert, geeignete Maßnahmen zu setzen, um psychische Belastungen zu reduzieren und die Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten. Im Jahr 2014 trat eine dementsprechende Novellierung des Bundesbedienstetenschutzgesetzes (B-BSG) in Kraft.

Die Arbeit kann negativ auf das eigene Wohlbefinden, z.B. in Form von Zeit- und Leistungsdruck oder Überforderung, wirken. Positive gesundheitliche Auswirkungen der Arbeit entstehen z.B. in Form der Stärkung der persönlichen Identität, der sozialen Anerkennung sowie der Entwicklung von Kompetenzen und Fähigkeiten (vgl. Igit et al., 2014; Neuner, 2016).

Im Zuge der Darstellung soziodemographischer Kennzahlen im Burgenland im vorliegenden Bericht wurden bereits einige Indikatoren zur Beschreibung der Arbeitssituation dargestellt. Konkret wurden in Kapitel 3.2.2 bzw. 3.2.3 die Arbeitslosenquote, Zahlen zu Pendlern und Pendlerrinnen sowie das durchschnittliche Einkommen der Burgenländer und Burgenländerinnen thematisiert. Dabei wurde auf die Gesundheitsrelevanz dieser Indikatoren Bezug genommen.

In diesem Kapitel sollen weitere gesundheitsrelevante Arbeitsbedingungen näher betrachtet werden. Konkret erfolgt eine Beschreibung folgender Kennzahlen:

- atypische Beschäftigungsformen

- Krankenstandszahlen
- Präsentismus und Arbeitsfähigkeit
- Arbeitsunfälle
- arbeitsplatzbezogene Belastungen und Ressourcen
- Reichweite von Gesunden Betrieben

Im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings werden „injuries: workplace“ und „work-related health risks“ als Kennzahlen aufgelistet (vgl. ECHIM, 2012). Zwar können diese aufgrund der Datenverfügbarkeit in der dort definierten Form im vorliegenden Bericht nicht dargestellt werden, allerdings geben Krankenstandszahlen, Daten zu Arbeitsunfällen sowie Informationen zur Arbeitsfähigkeit ebenfalls Auskunft über das Krankheitsgeschehen am Arbeitsplatz.

Insgesamt gab es mit Stand Juli 2017 8.943 Arbeitgeberbetriebe im Burgenland. 81,5% davon waren Kleinstunternehmen mit ein bis neun Beschäftigten. 15,3% der Betriebe wiesen eine Mitarbeiterzahl von 10 bis 49 Personen auf. 2,8% verfügten über 50 bis 249 Mitarbeitende. Insgesamt 36 Betriebe im Burgenland (0,4%) waren zu diesem Zeitpunkt Großbetriebe mit mindestens 250 Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen (Wirtschaftskammer Burgenland, 2017).

5.3.2.1 Atypische Beschäftigungsformen

In den vergangenen Jahren stieg die Zahl atypischer Beschäftigungsformen aufgrund wirtschaftlicher Veränderungen an. So sind Unternehmen z.B. gefordert, Arbeitszeiten und -formen sowie Beschäftigungsverhältnisse zu flexibilisieren und zu entgrenzen, um den Anforderungen am Markt gerecht zu werden (vgl. Hünefeld, 2016). Dazu werden in der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2016 der Statistik Austria (2017b), die die Datengrundlage für die Darstellung atypischer Beschäftigungsformen im vorliegenden Gesundheitsbericht bildet, folgende Beschäftigungsarten unter dem Begriff „atypische Beschäftigungsformen“ zusammengefasst:

- Teilzeitbeschäftigung ab 12 Stunden wöchentlicher Normalarbeitszeit
- Geringfügige Erwerbstätigkeit mit weniger als 12 Stunden wöchentlicher Normalarbeitszeit
- Befristungen ohne Lehre
- Leiharbeit
- Freie Dienstverträge

In der wissenschaftlichen Literatur gibt es Hinweise darauf, dass atypische Beschäftigungen häufig mit prekären Arbeitsbedingungen, z.B. in Form von sozialer Isolation und mangelnder Identifikation mit dem Unternehmen, verbunden sind. Diese wiederum können die psychische Gesundheit beeinträchtigen. Daneben zeigen Studienergebnisse, dass atypisch Beschäftigte eine niedrigere Arbeitsmotivation und eine geringere selbstberichtete Arbeitsleistung erbringen als „Normalbeschäftigte“. Gleichzeitig liegen jedoch auch Hinweise dafür vor, dass sich einzelne atypische Beschäftigungsformen wie Teilzeitbeschäftigung auf bestimmte Gesundheitsparameter günstig auswirken können (vgl. Hünefeld, 2016).

Im Burgenland gingen gemäß Daten der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2016 (vgl. Statistik Austria, 2017b) 36.200 Personen einer atypischen Beschäftigung nach. Insgesamt machten atypische Beschäftigungsformen damit knapp ein Drittel (31,0%) aller Beschäftigungsverhältnisse im Burgenland aus. Teilzeitarbeit stellte dabei die häufigste atypische Beschäftigungsform im Burgenland dar (71,3% aller atypischen Beschäftigungsformen). Bei den sonstigen Formen atypischer Beschäftigungsverhältnisse dominierten im Jahr 2016 befristete Arbeitsverträge (48,1% aller sonstigen atypischen Beschäftigungsformen) und geringfügige Beschäftigungen unter 12 Stunden (35,6%). Generell ist darauf hinzuweisen, dass auf einzelne Beschäftigte häufig mehrere Merkmale atypischer Beschäftigungsformen (z.B. Befristung und Leiharbeit) zutreffen können.

Burgenländerinnen gehen erwartungsgemäß sehr viel häufiger einer Teilzeittätigkeit (41,5% aller Beschäftigungsverhältnisse) nach als Burgenländer (3,8%). Auch bei den sonstigen atypischen Beschäftigungsformen zeigt sich ein häufigeres Vorkommen dieser innerhalb der weiblichen burgenländischen Bevölkerung (Frauen: 10,4% aller Beschäftigungsformen, Männer: 7,6%).

Im Österreichvergleich weist das Burgenland einen etwas niedrigeren Anteil atypischer Beschäftigungsverhältnisse auf (Österreich: 34,3% aller Beschäftigungsformen). Dies ist im Speziellen auf das höhere Ausmaß sonstiger atypischer Beschäftigungsformen (ohne Teilzeit) in Gesamtösterreich zurückzuführen (Burgenland: 8,9% aller Beschäftigungsformen, Österreich: 13,0%). In Hinblick auf den Anteil der Teilzeit-Beschäftigungsverhältnisse an

allen Beschäftigungsformen zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen dem Burgenland (22,1%) und Gesamtösterreich (21,3%).

5.3.2.2 Krankenstände

Zur Beschreibung der Gesundheitssituation in Betrieben werden häufig Fehlzeiten, im Speziellen Krankenstände, als Kennzahlen herangezogen. In Österreich publiziert das Österreichische Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO) auf Basis der Daten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger jährlich einen Fehlzeitenreport. Der jüngste Fehlzeitenreport, dessen Daten im vorliegenden Gesundheitsbericht verwendet wurden, stammt aus dem Jahr 2017. In den Fehlzeitenreporten werden Fehlzeiten als jene Tage definiert, an denen Beschäftigte aus persönlichen Gründen ihre Arbeit nicht verrichten können (vgl. Leoni & Schwinger, 2017).

Krankheiten, Unfälle und Kuraufenthalte sind die Hauptgründe für Fehlzeiten. Krankenstandstage werden dabei als Kalendertage dargestellt, wobei keine Unterscheidung zwischen Arbeits-, Werk-, Sonn- und Feiertagen vorgenommen wird. Das bedeutet, dass die Summe der in den Fehlzeitenreporten angeführten Krankenstandstage größer ist als die Summe tatsächlich verloren gegangener Arbeitstage (vgl. Leoni & Schwinger, 2017).

Eine weitere Kennzahl, die das Krankheitsgeschehen bei Beschäftigten abbildet, ist die sogenannte Krankenstandsquote. Diese gibt Auskunft über den Verlust an Arbeitstagen. Sie bildet die Summe der Krankenstandstage innerhalb eines Jahres dividiert durch das Arbeitsvolumen eines Arbeitnehmers bzw. einer Arbeitnehmerin ab (vgl. Leoni & Schwinger, 2017).

Die in den folgenden Absätzen dargestellten Kennzahlen zu Krankenständen eignen sich auch als Indikator für den Gesundheitszustand der Bevölkerung (s. Kapitel 4). Generell ist bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen, dass die Zahl der Krankenstände nicht immer unmittelbar das gesundheitliche Befinden der beschäftigten Bevölkerung abbildet, da diese auch von gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und institutionellen Faktoren beeinflusst wird (vgl. Leoni & Schwinger, 2017, S. 1). Darüber hinaus ist zu beachten, dass sich die im Folgenden dargestellten burgenlandspezifischen Krankenstandszahlen lediglich auf bei der Burgenländischen Gebietskrankenkasse versicherte Personen beziehen.

Im Jahr 2016 verzeichnete die Burgenländische Gebietskrankenkasse 11,8 Krankenstandstage pro Beschäftigtem bzw. Beschäftigter (vgl. Leoni & Schwinger, 2017). Über alle Gebietskrankenkassen in Österreich hinweg fielen durchschnittlich 12,6 – also etwas mehr – Krankenstandstage je Erwerbstätigem bzw. Erwerbstätiger an. Nach den Bundesländern Salzburg und Vorarlberg lag die Zahl der Krankenstandstage pro Beschäftigtem bzw. Beschäftigter innerhalb Österreichs im Burgenland am dritt niedrigsten.

Im Längsschnitt betrachtet zeigt sich ein Rückgang der Krankenstandszahlen im Burgenland. Die im Burgenländischen Gesundheitsbericht 2012 herangezogenen Daten aus dem Jahr 2010 zeigten noch eine durchschnittliche Zahl von 13 Krankenstandstagen je Erwerbstätigem bzw. Erwerbstätiger.

Die normierte Krankenstandsquote als Kennzahl zur Beschreibung des Verlustes an Arbeitstagen lag im Jahr 2016 im Burgenland bei 3,2% und damit erneut etwas niedriger als in Gesamtösterreich (3,4%) (s. Abbildung 37).

Betrachtet man die Krankenstandsquote im Burgenland separat für die beiden Geschlechter, so zeigt sich ein etwas höherer Wert bei den Burgenländerinnen im Vergleich zu den Burgenländern. Dieser Trend geht mit den geschlechtsspezifischen Daten in Gesamtösterreich konform.

Im Vergleich von Arbeitern bzw. Arbeiterinnen und Angestellten zeigt sich eine leicht höhere Krankenstandsquote (3,4%) bei der erstgenannten Gruppe im Vergleich zur zweitgenannten (3,0%).

Generell ist darauf hinzuweisen, dass burgenländische Pendler und Pendlerinnen, die in einem anderen Bundesland arbeiten, in der Krankenstandsstatistik der BGKK nicht aufscheinen.

Durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage und Krankenstandsquote im Österreich- und Längsschnittvergleich 2010 und 2016

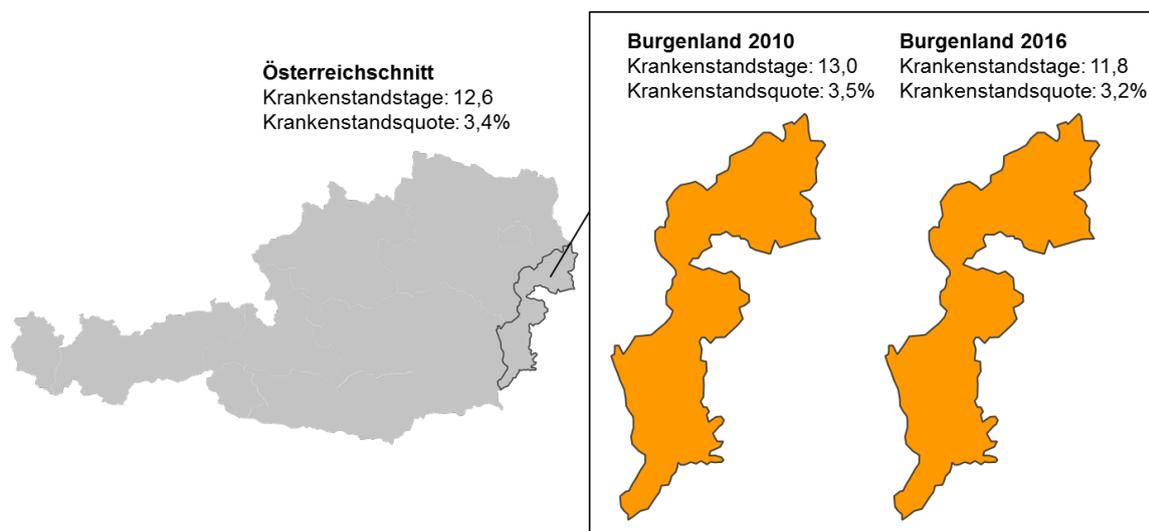


Abbildung 37: Durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage und Krankenstandsquote im Österreich- und Längsschnittvergleich 2010 und 2016, Stand: 2016, Quelle: Leoni & Schwinger (2017), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg, Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung

Ergänzend zu den Daten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, die lediglich Krankenstandsfälle mit Arztbescheinigung beinhalten, geben subjektive Angaben der Bevölkerung weiter Auskunft über das Krankenstandsgeschehen. Zahlen hierzu liefert die AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a).

Etwas mehr als die Hälfte der beschäftigten Burgenländer und Burgenländerinnen (51,2%) gab im Zuge der Befragung an, in den vergangenen 12 Monaten aufgrund gesundheitlicher Probleme im Krankenstand gewesen zu sein. Die geschätzte durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage im vergangenen Jahr liegt bei 17,9 und damit deutlich höher als jene der registrierten Krankenstandstage der Burgenländischen Gebietskrankenkasse. Dies dürfte an der Tatsache liegen, dass einerseits die Versicherten der Burgenländischen Gebietskrankenkasse nicht die Gruppe der burgenländischen Beschäftigten repräsentieren. Andererseits bestehen Krankenstände auch ohne Arztbescheinigung, womit es bei den Daten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger zu einer Untererfassung des Krankenstandsgeschehens kommt. Zudem ist zu beachten, dass im Zuge der AT-HIS Gesundheitsbefragung nur jene Personen nach der Anzahl der Krankenstandstage gefragt wurden, die auch angaben, im vergangenen Jahr im Krankenstand gewesen zu sein.

Ein Vergleich mit Gesamtösterreich liefert hier ein anderes Bild als bei den registrierten Krankenständen. So gaben etwas mehr Burgenländer und Burgenländerinnen im Vergleich zu allen Österreichern und Österreicherinnen (48,8%) an, im vergangenen Jahr aufgrund gesundheitlicher Probleme im Krankenstand gewesen zu sein. Auch die erinnerte durchschnittliche Anzahl der Krankenstandstage liegt leicht höher als in Gesamtösterreich (17,3).

Zwischen den beiden Versorgungsregionen des Burgenlandes zeigen sich ebenfalls deutliche Unterschiede in Hinblick auf das subjektiv erlebte Krankenstandsgeschehen. So gaben 56,3% der Personen im Nordburgenland, hingegen „nur“ 41,5% im Südburgenland an, im vergangenen Jahr aufgrund gesundheitlicher Probleme im Krankenstand gewesen zu sein. Die durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage jener, die angaben, im Krankenstand gewesen zu sein, wird allerdings ziemlich gleich hoch eingeschätzt (Burgenland Nord: 17,9; Burgenland Süd: 18,0).

Ein Vergleich der beiden Geschlechter zeigt – ähnlich wie die objektiven Daten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger – ein etwas stärker ausgeprägtes Krankenstandsgeschehen innerhalb der weiblichen Bevölkerung (53,4%) im Vergleich zur männlichen (49,3%). Auch die durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage liegt bei jenen, die tatsächlich im vergangenen Jahr im Krankenstand waren, bei burgenländischen Frauen (20,0) deutlich höher als bei burgenländischen Männern (16,1).

5.3.2.3 Präsentismus und Arbeitsfähigkeit

Die Bereitschaft von Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen, trotz Krankheit arbeiten zu gehen, wird in den Krankenstandszahlen nicht abgebildet. Im Gegenteil, eine aus verschiedenen persönlichen oder arbeitsbedingten Gründen bestehende Bereitschaft, krank am Arbeitsplatz zu erscheinen, wirkt sich positiv auf die Krankenstandsstatistik aus. In diesem Kontext ist vom Phänomen des Präsentismus die Rede. Präsentismus kann langfristig zu negativen gesundheitlichen Folgen bei den betroffenen Beschäftigten führen (vgl. Steinke & Badura, 2011).

Im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) wurde die beschäftigte österreichische Bevölkerung ergänzend zur Frage nach Krankenständen danach gefragt, ob in den vergangenen 12 Monaten trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gegangen wurde.

Hochgerechnet beantworteten deutlich mehr als die Hälfte (58,3%) der beschäftigten Burgenländer und Burgenländerinnen diese Frage mit „Ja“. In Gesamtösterreich gab ein etwas geringerer Anteil der Bevölkerung (53,7%) an, in den vergangenen 12 Monaten trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gegangen zu sein.

Wie beim subjektiv wahrgenommenen Krankenstandsgeschehen zeigen sich auch beim Präsentismus deutliche Unterschiede zwischen den beiden Versorgungsregionen des Burgenlandes. So liegt der Anteil jener, die im vergangenen Jahr vor der Befragung trotz gesundheitlicher Probleme bei der Arbeit erschienen, in der Versorgungsregion Burgenland Nord (62,2%) deutlich höher als in der Versorgungsregion Burgenland Süd (50,7%).

Auch zwischen den beiden Geschlechtern zeigen sich analog zu den subjektiv angegebenen Krankenständen Unterschiede. So ist Präsentismus bei Burgenländerinnen (62,1%) häufiger Thema als bei Burgenländern (55,1%).

Abbildung 38 bietet einen Überblick über Zahlen zum Präsentismus im Österreich- und Regionenvergleich.

Präsentismus im Österreichvergleich und nach Versorgungsregionen 2014
Basis: Anteil jener, die angeben, in den vergangenen 12 Monaten trotz gesundheitlicher Probleme arbeiten gegangen zu sein

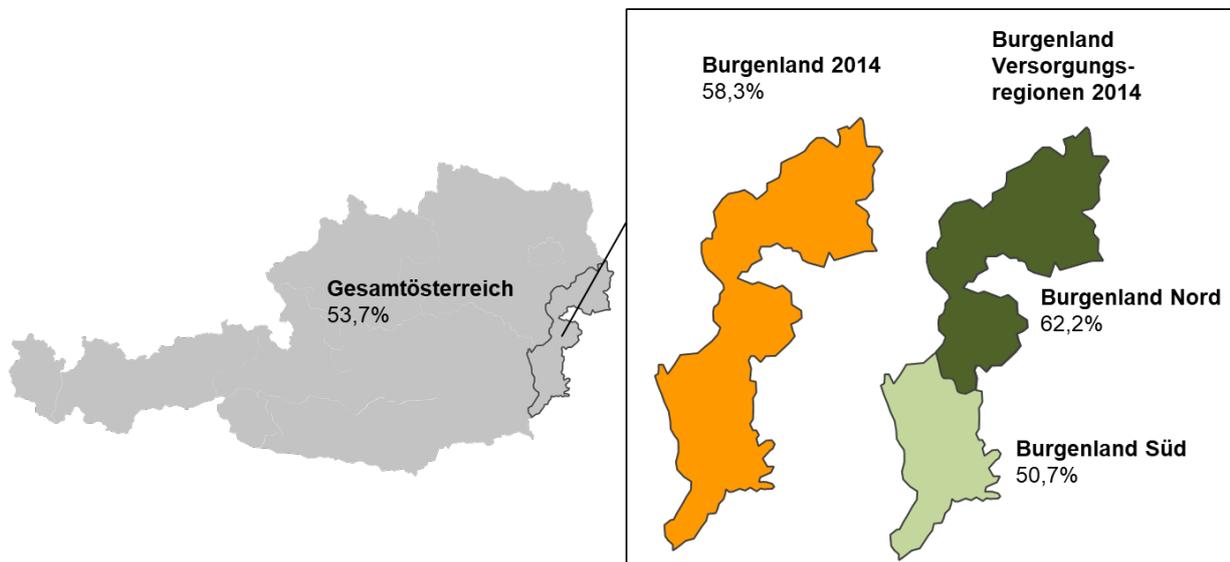


Abbildung 38: Präsentismus im Österreichvergleich und nach Versorgungsregionen 2014, Stand: 2014, Basis: Anteil jener, die angeben, in den vergangenen 12 Monaten trotz gesundheitlicher Probleme arbeiten gegangen zu sein, Quelle: Statistik Austria (2015a), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg, Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung und Berechnungen

Neben Krankenstandszahlen und Informationen zum Präsentismus stellt die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeitsfähigkeit ebenfalls einen Indikator zur Beschreibung der Gesundheitssituation von Beschäftigten dar. So besteht für gewöhnlich ein positiver Zusammenhang zwischen der individuell wahrgenommenen Arbeitsfähigkeit und dem subjektiven Gesundheitszustand.

Im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) gab hochgerechnet knapp ein Drittel der Burgenländer und Burgenländerinnen (31,2%) an, mit der eigenen Arbeitsfähigkeit sehr zufrieden zu

sein. Mehr als die Hälfte (53,1%) ist zumindest zufrieden. 8,8% sind weder zufrieden noch unzufrieden. 6,8% berichteten über eine Unzufriedenheit damit (1,5% sehr unzufrieden; 5,3% unzufrieden).

In Gesamtösterreich liegt der Anteil sehr zufriedener Beschäftigter mit 37,0% etwas höher als im Burgenland. Gleichzeitig zeigen sich jedoch nur geringfügige Unterschiede in Hinblick auf den Anteil unzufriedener Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (Gesamtösterreich: 7,1%). Dies lässt sich mit dem vergleichsweise hohen Anteil (lediglich) zufriedener beschäftigter Burgenländer und Burgenländerinnen erklären (Gesamtösterreich: 46,2%).

Zwischen den beiden Versorgungsregionen des Burgenlandes zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede in Hinblick auf die individuell wahrgenommene Arbeitsfähigkeit.

Der Anteil jener, die mit der eigenen Arbeitsfähigkeit unzufrieden sind, ist innerhalb der weiblichen burgenländischen Bevölkerung (1,9% sehr unzufrieden; 6,9% unzufrieden) etwa doppelt so hoch wie innerhalb der männlichen burgenländischen Bevölkerung (1,2% sehr unzufrieden; 3,7% unzufrieden).

Die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeitsfähigkeit steigt tendenziell mit steigendem Bildungsstand an.

Auch in den Jahren 2006/07 (vgl. Statistik Austria, 2007) wurde die österreichische Bevölkerung im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung nach dem Zufriedenheitsgrad mit der eigenen Arbeitsfähigkeit gefragt. Damals gab hochgerechnet noch ein höherer Anteil der befragten Burgenländer und Burgenländerinnen (40,9%) an, damit sehr zufrieden zu sein. Gleichzeitig lag jedoch auch der Anteil jener, die über eine Unzufriedenheit damit berichteten, höher (3,8% sehr unzufrieden; 6,0% unzufrieden). Dies ist auf den heute im Vergleich zu 2006/07 (38,1%) deutlich höheren Anteil (lediglich) zufriedener Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen zurückzuführen.

5.3.2.4 Arbeitsunfälle

Wie bereits einführend in das Kapitel 5.3.2 angemerkt, stellt die Inzidenzrate an Unfällen bei der Arbeit einen europäischen Gesundheitsindikator dar. Er gibt Auskunft über das Gesundheitsrisiko am Arbeitsplatz und ist neben der Beschäftigtengesundheit auch ein Indikator für die Effektivität von Arbeitsschutzmaßnahmen.

Daten zu den Arbeitsunfällen in Österreich liefert die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA). Arbeitsunfälle werden dabei als „*plötzlich von außen auftretende Körperschädigungen im ursächlichen, örtlichen und zeitlichen Zusammenhang mit der versicherten Erwerbstätigkeit oder Ausbildung*“ bezeichnet (AUVA, o.J., [www](http://www.auva.at)).

Bei der Interpretation der Arbeitsunfallzahlen ist zu berücksichtigen, dass sich diese auf den Standort der Betriebe und nicht den Wohnort der Verunfallten beziehen. Darüber hinaus sind in den Daten ausschließlich unselbstständig Erwerbstätige abgebildet.

Im Burgenland ereigneten sich gemäß Daten der AUVA im Jahr 2016 1.435 anerkannte Arbeitsunfälle (ohne Wegunfälle). Seit 2012 (1.446) hält sich die Zahl der jährlichen Arbeitsunfälle ziemlich konstant. Von den Arbeitsunfällen im Jahr 2016 passierten die meisten aufgrund eines Kontrollverlustes (40,3%), z.B. über das Werkzeug oder sonstige Gegenstände. Den mit deutlichem Abstand zweit- und dritthäufigsten Grund stellen Stürze (18,9%) und unkoordinierte Bewegungen (18,7%) dar.

Um die Daten mit Gesamtösterreich zu vergleichen, erscheint die Ermittlung der Unfallrate auf 1.000 Beschäftigungsverhältnisse sinnvoll. Im Jahr 2016 ereigneten sich mit 18,6 Arbeitsunfällen (ohne Wegunfälle) pro 1.000 Beschäftigten im Burgenland deutlich weniger Arbeitsunfälle als in Gesamtösterreich (24,6). Diese Unfallrate ist im Burgenland seit 2012 (20,1) leicht rückläufig.

5.3.2.5 Arbeitsplatzbezogene Belastungen, Ressourcen und Beanspruchungen

In der Arbeitswelt können verschiedene Formen von Belastungen auftreten. Neben physischen Belastungen wie z.B. Lärm und Staub wird seit einigen Jahren auch psychischen Belastungsfaktoren zunehmende Aufmerksamkeit geschenkt. Huber, Molnar & Steurer (2013) unterscheiden bei den psychischen Belastungen zwischen jenen auf der Ebene der Aufgabenanforderungen und Tätigkeiten, jenen des Sozial- und Organisationsklimas, jenen der Arbeitsumgebung sowie jenen der Arbeitsabläufe und der Arbeitsorganisation. In den Arbeitswissenschaften werden Belastungen als neutrale Größen definiert, die von außen auf den Menschen einwirken (vgl. Meyer, 2001). Im Umgang mit Belastungen stehen Menschen für gewöhnlich Ressourcen zur Verfügung. Dabei wird zwischen inneren, personalen Ressourcen wie eigenen Einstellungen (z.B. Optimismus), dem Gesundheitszustand, der beruflichen Qualifikation sowie der eigenen Selbstwirksamkeitserwartung bzw. Resilienz und äußeren Ressourcen wie organisationalen Ressourcen in Form von Situationskontrolle und sozialer Unterstützung unterschieden (vgl.

Ulich & Wülser, 2012). Untersuchungen zeigen, dass ein hohes Ausmaß an Ressourcen bei der Arbeit mit einer positiven Grundeinstellung zur Arbeit und einer höheren Leistungsfähigkeit einhergeht (vgl. Igic et al., 2014). Das Zusammenspiel von Belastungen und Ressourcen mündet schließlich in einem bestimmten Beanspruchungserleben. Überwiegen die Belastungen die Ressourcen, so entstehen negative Beanspruchungen (z.B. Stress). Überwiegen die Ressourcen die Belastungen, so treten positive Beanspruchungsformen (z.B. Wohlbefinden) auf (vgl. Bamberg, Busch & Ducki, 2003). Liegen nicht ausreichend Ressourcen vor, um Belastungen zu bewältigen, so führt dies zu einer Fehlbeanspruchung (vgl. Neuner, 2016).

Auf Bundeslandebene liegen nur eingeschränkt Daten zum Belastungs-Ressourcen-Beanspruchungserleben von Beschäftigten vor. Entsprechend der Datenverfügbarkeit wird exemplarisch auf folgende Themen eingegangen:

- Arbeitsklima, das sowohl belastend als auch ressourcenstärkend wirken kann
- körperliche Belastungen
- psychische Belastungen
- arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme, die als negative Beanspruchungen bezeichnet werden können

Informationen zum Arbeitsklima liefert der Österreichische Arbeitsklimaindex (AKI). Im Zuge dessen wird auf Basis einer subjektiven Einschätzung von Beschäftigten ein Gesamtindex des Arbeitsklimas ermittelt, der folgende Teilindices beinhaltet:

- Gesellschaft (Optimismus für die Gesellschaft, gesellschaftlicher Status)
- Betrieb (wirtschaftliche Zukunft, Image, Führungsstil, Sozialleistungen)
- Arbeit (Zufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit, mit dem Leben im Gesamten, mit dem Einkommen, mit den Beziehungen zu Kollegen und Kolleginnen, mit den Arbeitszeitregelungen; Isolation am Arbeitsplatz; psychischer Stress; physischer Stress und Innovationsstress)
- Erwartungen (Karriere, Arbeitsmarktchancen)

Je höher der errechnete Gesamtindexwert ist, desto höher ist die Zufriedenheit der Beschäftigten und desto geringer werden Belastungen wahrgenommen (vgl. Preinfalk & Michenthaler, 2011).

Für das Burgenland lagen zum Zeitpunkt der Berichtslegung die jüngsten Ergebnisse des Arbeitsklima-Index aus dem Jahr 2016 vor. Zwischen Februar und Dezember 2016 wurden 548 burgenländische Beschäftigte, österreichweit rund 5.000 Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen befragt. Die Arbeiterkammer Burgenland (2017) fasst die zentralen Ergebnisse folgendermaßen zusammen:

1. Der Arbeitsklima-Index von Beschäftigten mit Wohnsitz im Burgenland liegt drei Prozentpunkte unter dem Österreichschnitt und ist damit als „schlechter“ zu werten.
2. Seit 2014 zeigt sich eine Abnahme des Arbeitsklima-Index im Burgenland.
3. Eine Betrachtung der Teilindices zeigt, dass die Hauptgründe hierfür in einem steigenden Wirtschaftspessimismus (Teilindex „Gesellschaft“) und subjektiv wahrgenommenen geringeren Arbeitsmarktchancen (Teilindex „Erwartungen“) liegen.
4. Seit 2014 sanken auch die Werte des Teilindex „Betrieb“, wobei vor allem die Zufriedenheit der burgenländischen Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen mit dem Führungsstil und dem Vertrauen in die wirtschaftliche Zukunft abnahmen.
5. Obwohl der Großteil der beschäftigten Burgenländer und Burgenländerinnen eine relativ hohe Arbeitsplatzsicherheit empfindet, zeigen Detailanalysen, dass mit steigendem Alter und mit sinkendem Bildungsstand die Sorge um den eigenen Arbeitsplatz zunimmt.
6. Seit 2014 nimmt der Anteil jener Beschäftigten im Burgenland zu, die angeben, gerade noch oder nicht mehr mit dem beruflichen Einkommen auszukommen. Besonders weibliche Beschäftigte und Arbeiter bzw. Arbeiterinnen sowie einfache Angestellte weisen eine subjektiv wahrgenommene prekäre Einkommenssituation auf.
7. Mehr als ein Drittel der befragten Burgenländer und Burgenländerinnen gab im Zuge der Befragung an, gerne weniger arbeiten zu wollen als dies derzeit der Fall ist.

Daten zum Erleben körperlicher und psychischer Belastungen sowie zum Beanspruchungserleben am Arbeitsplatz liefert das Ad-hoc-Modul 2013 „Arbeitsunfälle und arbeitsplatzbezogene Gesundheitsprobleme“ der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung der Statistik Austria (2014b).

Betrachtet man zunächst körperliche Belastungen, so zeigen die Ergebnisse, dass hochgerechnet 69,6% der erwerbstätigen Burgenländer und Burgenländerinnen zumindest einen körperlichen Belastungsfaktor bei der Arbeit erleben. Damit liegt das Burgenland unter dem Österreichschnitt (73,3%).

Im Geschlechtervergleich zeigt sich, dass bei der Befragung burgenländische Männer deutlich häufiger von körperlichen Belastungen am Arbeitsplatz berichteten (75,9%) als burgenländische Frauen (61,9%).

Neben körperlichen Belastungen erlebt mehr als ein Drittel der beschäftigten Burgenländer und Burgenländerinnen (38,6%) zumindest eine psychische Belastung am Arbeitsplatz. Das sind hochgerechnet 52.400 Personen. Mit diesem Prozentsatz liegt das Burgenland leicht unter dem Österreichschnitt (40,3%).

Den häufigsten psychischen Belastungsfaktor stellen starker Zeitdruck oder Arbeitsüberlastung dar. 37,5% der erwerbstätigen Burgenländer und Burgenländerinnen verspüren diese Belastungsfaktoren (Österreich: 38,3%).

Neben körperlichen Belastungen werden auch solche psychischer Art von Männern im Burgenland (41,1% zumindest ein psychischer Belastungsfaktor am Arbeitsplatz; 40,1% starker Zeitdruck oder Arbeitsüberlastung) häufiger wahrgenommen als von Frauen (35,5% zumindest ein psychischer Belastungsfaktor am Arbeitsplatz; 34,3% starker Zeitdruck oder Arbeitsüberlastung).

Abbildung 39 fasst die Ergebnisse zum Erleben körperlicher und psychischer Belastungen von beschäftigten Burgenländern und Burgenländerinnen im Österreichvergleich zusammen.

Vorhandensein körperlicher und psychischer Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz im Österreichvergleich 2013

Basis: Anteil jener Beschäftigten mit mindestens einem körperlichen bzw. psychischen Belastungsfaktor am Arbeitsplatz

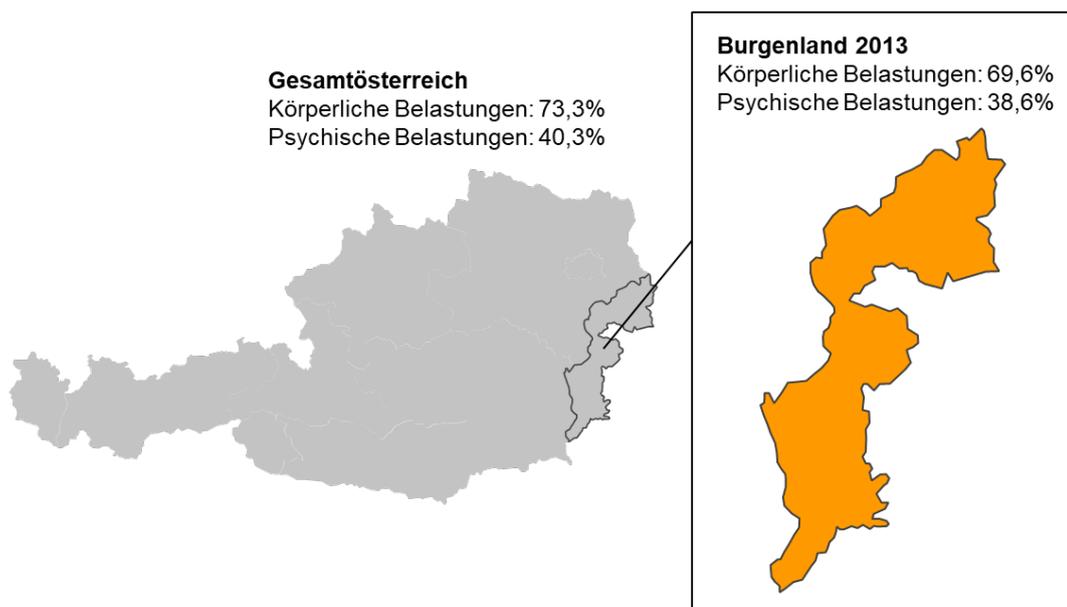


Abbildung 39: Vorhandensein körperlicher und psychischer Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz im Österreichvergleich 2013, Stand: 2013, Basis: Anteil jener Beschäftigten mit mindestens einem körperlichen bzw. psychischen Belastungsfaktor am Arbeitsplatz, Quelle: Statistik Austria (2014b), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg, Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung

Hochgerechnet weisen 11,9% aller beschäftigten bzw. ehemals beschäftigten Burgenländer und Burgenländerinnen zumindest ein arbeitsbedingtes Gesundheitsproblem auf. Im Detail berichteten 8,9% von einem; 3,0% von zwei oder mehr arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen.

Mit diesen Werten liegt das Burgenland unter den Werten Gesamtösterreichs. So berichteten 15,6% der österreichischen Erwerbstätigen bzw. Nicht-Erwerbstätigen, die früher erwerbstätig waren, über ein arbeitsbedingtes Gesundheitsproblem (11,6% eines; 4,0% zwei oder mehr).

Betrachtet man die Ergebnisse separat für die beiden Geschlechter, so zeigen sich in Hinblick auf den Anteil jener, die von arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen berichteten, keine nennenswerten Unterschiede zwischen Männern (12,6%) und Frauen (11,3%).

5.3.2.6 Reichweite Gesunder Betriebe

In Österreich existiert ein Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), das einen Zusammenschluss der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, der Sozialpartner und des Fonds Gesundes Österreich darstellt.

Ziel des Netzwerkes ist es, innerhalb Österreichs ein gemeinsames Verständnis für Betriebliche Gesundheitsförderung zu schaffen und in den neun Bundesländern kompetente Anlaufstellen zu diesem Thema zu haben (Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung, o.J., www).

Zur Beurteilung der Qualität Betrieblicher Gesundheitsförderung führte das Netzwerk BGF ein dreistufiges Bewertungssystem ein:

- **Stufe 1 – BGF-Charta**
Die BGF-Charta ist eine Absichtserklärung eines Unternehmens zur Einhaltung der Qualitätskriterien des Österreichischen Netzwerkes BGF. Darüber hinaus erklärt sich das Unternehmen dazu bereit, ein BGF-Projekt zu planen.
- **Stufe 2 – BGF-Gütesiegel**
Mit dem BGF-Gütesiegel wird ein erfolgreich abgeschlossenes BGF-Projekt prämiert, im Zuge dessen es gelungen ist, das Thema Gesundheit in den Regelbetrieb zu implementieren. Dabei bewertet ein unabhängiges Institut, bestehend aus Experten und Expertinnen sowie Mitgliedern des Netzwerkes, ob die Qualitätskriterien des Netzwerkes BGF eingehalten werden. Das BGF-Gütesiegel ist auf drei Jahre befristet.
- **Stufe 3 – BGF-Preis**
Alle drei Jahre werden BGF-Preise vom Netzwerk BGF vergeben. Mit dem Preis werden herausragende Projekte aus dem Kreis der BGF-Gütesiegelbetriebe geehrt. Eine Fachjury kürt aus dem Kreis der Preisträger und Preisträgerinnen einen Gewinner bzw. eine Gewinnerin in der Kategorie „Kleinbetrieb“ (bis 49 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen) und einen bzw. eine in der Kategorie „Großbetrieb“ (ab 50 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen) (vgl. Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung, o.J., www).

Im Burgenland unterzeichneten mit Stand Juli 2017 laut Auskunft der BGKK 31 Betriebe die BGF-Charta (Stufe 1). Neun Betriebe erwarben bis zu diesem Zeitpunkt das BGF-Gütesiegel (Stufe 2), ein Unternehmen konnte sich einen BGF-Preis sichern (Stufe 3).

Seit 2012 nahm sowohl die Zahl der Unternehmen mit unterzeichneter BGF-Charta (2012: 10) als auch jene mit BGF-Gütesiegel (2012: 1) deutlich zu. Zu diesem Zeitpunkt gab es zudem noch kein Unternehmen, das den BGF-Preis erhalten hatte.

Projekte, die über das Netzwerk BGF hinaus im Burgenland zum Thema Betriebliche Gesundheitsförderung umgesetzt werden, werden in Kapitel 6.2 beschrieben.

5.4 Allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt

Betrachtet man das in Kapitel 1.1.1 dargestellte Gesundheitsdeterminantenmodell von Dahlgren & Whitehead (1991), so geht daraus hervor, dass die äußerste Ebene allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt bilden. Dazu zählen etwa die Wirtschaftslage, das Rechtssystem, die Medienlandschaft sowie die physische Umwelt (z.B. Qualität von Boden, Luft und Wasser).

In Kapitel 3.2 wurden bereits einige Merkmale zur Beschreibung sozioökonomischer Lebensbedingungen – v.a. in Hinblick auf die Themen Bildung, Beschäftigung und Einkommen – dargestellt.

In diesem Kapitel werden exemplarisch für allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt ausgewählte Kennzahlen zu

- ökologischen Umweltbedingungen (Feinstaub- und Ozonbelastung) sowie
- sozioökonomischen Umweltbedingungen (Bruttoregionalprodukt)

im Burgenland dargestellt.

Im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings wird im Kontext allgemeiner (gesundheitsrelevanter) Umweltbedingungen auf dieser Ebene lediglich der Indikator „Feinstaubbelastung“ angeführt (vgl. ECHIM, 2012).

5.4.1 Ökologische Umweltbedingungen

Das Ziel 4 der Österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele lautet: *„Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern“* (BMGF, 2017a, S. X).

Eine gesunde Umwelt gilt als zentrale Gesundheitsressource. Gleichzeitig können bestimmte Umweltbedingungen die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung aber auch beeinträchtigen und Erkrankungen wie z.B. Atemwegserkrankungen oder bestimmte Krebserkrankungen begünstigen. Um eine nachhaltige gesundheitsförderliche Wirkung der Umwelt sicherzustellen und qualitativ hochwertige Lebensmittel produzieren zu können, ist es notwendig, Luft, Wasser, Boden und den gesamten natürlichen Lebensraum zugänglich und rein zu halten (vgl. BMGF, 2017a, S. X).

Zu ungünstigen Umweltbedingungen zählen beispielsweise die Feinstaub- und Ozonbelastung.

5.4.1.1 Feinstaubbelastung

Es gibt wissenschaftliche Belege dafür, dass erhöhte Konzentrationen von Feinstaub mit einer Zunahme an Atemwegs- und Herz-Kreislaufkrankungen verbunden sind (vgl. Uhl & Gans, 2007).

Im Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitoring wird festgehalten, dass Luftverschmutzung in Form von hohen Konzentrationen an Feinstaub, auch PM₁₀ (particulate matter) genannt, für zahlreiche Krankheiten und Todesfälle verantwortlich sind. Vor allem auf Kleinkinder, aber auch auf ungeborene Babies hat Luftverunreinigung in dieser Form starke gesundheitsschädliche Wirkungen. Die feinen Partikeln können tief in die Lunge eindringen, was zu Entzündungen und sogar Herz- oder Lungenerkrankungen führen kann (vgl. ECHIM, 2012). Die WHO (2013) unterscheidet zwischen zwei Formen gesundheitlicher Auswirkungen von Feinstaub:

1. Auswirkungen durch akute Exposition → Entzündungen der Lunge, Zunahme an Symptomen der Atemwege, schädliche Effekte auf das Herz-Kreislaufsystem
2. Auswirkungen durch Langzeit-Exposition → Zunahme an Atemwegssymptomen, Abnahme der Lungenfunktion bei Kindern und Erwachsenen, Zunahme an COPD, Abnahme der Lebenserwartung aufgrund steigender Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen und Lungenkrebs

Daten zur Feinstaubbelastung bzw. PM₁₀-Emission werden vom Amt der Burgenländischen Landesregierung und dem Umweltbundesamt zur Verfügung gestellt.

Der Luftschadstoff PM₁₀ bezieht sich auf Teilchen in der Luft, deren Durchmesser weniger als 10 Mikrometer umfasst. Dessen Vorkommen in der Luft wird in Mikrogramm pro Kubikmeter angegeben. Feinstaub als Luftschadstoff besteht aus einer Mischung von festen und flüssigen, in der Luft herumschwebenden Partikeln (vgl. ECHIM, 2012).

Im Immissionsschutzgesetz-Luft (IG-L) werden folgende Grenzwerte definiert:

1. Innerhalb eines Jahres darf der Tagesmittelwert von 50 µg/m³ an maximal 25 Tagen überschritten werden.
2. Der definierte Grenzwert des Jahresmittelwertes liegt bei 40 µg/m³.

Das Grenzwertkriterium der Luftqualitätsrichtlinie liegt bei maximal 35 Tagesmittelwerten über 50 µg/m³ (vgl. Spangl & Nagl, 2017, S. 28).

Im Burgenland gibt es in Eisenstadt, Illmitz, Kittsee und Oberschützen Messstellen zur Bestimmung der PM₁₀-Emission. Die folgende Tabelle zeigt, inwiefern die festgelegten Grenzwerte an den einzelnen Messstellen im Jahr 2016 überschritten wurden.

Tabelle 11: Grenzwertüberschreitungen bei PM₁₀ im Burgenland 2016, Stand: 2016, Quellen: Amt der Burgenländischen Landesregierung und Umweltbundesamt, Eigene Erstellung

Messstelle	Jahresmittelwert (max. 40 µg/m ³)	Anzahl der Tage, an denen der Tagesmittelwert > 50 µg/m ³ lag
Eisenstadt	19,4	12
Illmitz	16,8	7
Kittsee	21,6	14
Oberschützen	19,0	8

Aus der Tabelle geht hervor, dass der Grenzwert für den Jahresmittelwert im Burgenland an keinem der insgesamt 126 Messstellen im Jahr 2016 überschritten wurde. Seit 2012 (Eisenstadt: 22,5; Illmitz: 20,1; Kittsee: 24,5; Oberschützen: 21,7) zeigt sich erfreulicherweise ein Rückgang des Jahresmittelwertes.

Im Rest Österreichs wurde der definierte Jahresmittelwert im Jahr 2016 ebenfalls nirgends überschritten.

Auch die Grenzwerte für den Tagesmittelwert (max. 25 bzw. 35 Tage Wert über 50 µg/m³) wurden an den burgenländischen Messstellen nirgends verzeichnet. Auch hier zeigt sich im Längsschnitt gesehen (2012 Eisenstadt: 22, Illmitz: 20, Kittsee: 29, Oberschützen: 12) eine positive Entwicklung.

Auf Österreichebene wurden die im IG-L definierten Grenzwerte für den Tagesmittelwert im Jahr 2016 an fünf Messstellen überschritten. In Graz Don Bosco wurde sogar das etwas großzügigere Grenzwertkriterium der Luftqualitätsrichtlinie – maximal 35 Tagesmittelwerte über 50 µg/m³ – überschritten.

5.4.1.2 Ozonbelastung

Auch die Ozonbelastung stellt ein Gesundheitsrisiko dar. Laut dem European Centre for Environment and Health (2006) (vgl. ECHIM, 2012) werden europaweit pro Jahr etwa 21.000 Todesfälle aufgrund einer Luftbelastung mit Ozon verursacht. Erhöhte Ozonkonzentrationen in der Luft können bei Menschen zu Reizungen der Schleimhäute von Augen, Nase und Atemwegen; Beeinträchtigungen der Lungenfunktion und Lungenerkrankungen führen. Bei Personen, die an Allergien und Asthma leiden, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit des Auftretens dieser Symptome.

Ozon ist ein sekundärer Luftschadstoff, der durch die Einwirkung von Sonnenlicht entsteht. Zur Beurteilung der Ozonbelastung existieren laut Spangl & Nagl (2017) drei verschiedene Schwellen- und Zielwerte:

1. Einstundenmittelwert von 180 µg/m³ als Informationsschwellenwert und von 240 µg/m³ als Alarmschwellenwert
2. Achtstundenmittelwert gemäß IG-L von 120 µg/m³ (langfristige gesundheitliche Auswirkungen)
3. Kumulative Ozonbelastung (AOT40) (langfristige Auswirkungen auf die Vegetation)

Im Jahr 2016 gab es in Österreich 106 Ozonmessstellen in acht Ozonüberwachungsgebieten:

1. Nordostösterreich (dazu zählen auch die NUTS3-Regionen Nordburgenland und Mittelburgenland)
2. Südostösterreich mit mittlerem Murtal (dazu zählt auch die NUTS3-Region Südburgenland)
3. Oberösterreich und nördliches Salzburg
4. Pinzgau, Pongau und Steiermark nördlich der Niederen Tauern
5. Nordtirol
6. Vorarlberg
7. Kärnten und Osttirol
8. Lungau und oberes Murtal

Im Jahr 2016 kam es an drei der 106 Ozonmessstellen zu einer Überschreitung der Informationsschwelle gemäß Ozongesetz (180 µg/m³ als Einstundenmittelwert) an insgesamt drei Tagen. An einem dieser Tage wurde die Überschreitung im Burgenland – konkret in Kittsee – festgestellt. Hier wurde in diesem Jahr auch der höchste Einstundenmittelwert (245 µg/m³) registriert. Spangl & Nagl (2017) führen diese starke lokale Ozonbildung auf Emissionen flüchtiger organischer Verbindungen ohne Methan (Non-Methane Volatile Organic Compounds, NMVOC-Emissionen) der Raffinerie Bratislava zurück.

Vergleicht man die Messdaten im Mitteilungszeitraum 2014 bis 2016 mit dem Zielwert für den Schutz der menschlichen Gesundheit (täglicher maximaler Achtstundenmittelwert von 120 µg/m³ darf über drei Jahre maximal 25-mal überschritten werden) so zeigt sich, dass dieser in diesem Zeitraum an 40 Stationen überschritten wurde. Im Burgenland fanden Überschreitungen in Illmitz und Kittsee statt. In Illmitz passierte eine derartige Überschreitung sogar alleine im Jahr 2016 (s. Tabelle 12).

Tabelle 12: Grenzwertüberschreitungen bei Ozon im Burgenland 2016, Stand: 2016, Quellen: Amt der Burgenländischen Landesregierung und Umweltbundesamt, Eigene Erstellung

Messstelle	Anzahl der Tage mit Achtstundenmittelwerten über 120 µg/m ³ im Zeitraum 2014 bis 2016	Anzahl der Tage mit Achtstundenmittelwerten über 120 µg/m ³ im Jahr 2016
Eisenstadt	19	12
Illmitz	33	27
Kittsee	27	19
Oberschützen	19	6

Vergleicht man die Jahresmittelwerte der Ozonbelastung für die burgenländischen Messstellen (Eisenstadt, Illmitz, Kittsee, Oberschützen) im Zeitverlauf, so zeigt sich seit 2012 erfreulicherweise ein Rückgang, wobei auf jährliche Schwankungen im Zeitraum 2012 bis 2016 hinzuweisen ist.

5.4.2 Wirtschaftliche Bedingungen

Die wirtschaftliche Situation in einer Region steht in einer wechselseitigen Beziehung zur Bevölkerungsgesundheit. So wird auf der einen Seite die Wertschöpfung in einem Land durch die Gesundheit der Bevölkerung im Sinne der Produktivität, des Angebots an Arbeitskräften, der Ausbildung und der Kapitalbildung beeinflusst. Auf der anderen Seite hängt der Gesundheitszustand der Bevölkerung von wirtschaftlichen Faktoren einer Region ab (vgl. European Communities, 2005). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass Studien belegen, dass nicht unbedingt absoluter Wohlstand innerhalb einer Bevölkerung, sondern vielmehr eine gerechte Verteilung von Ressourcen die Bevölkerungsgesundheit positiv beeinflusst (vgl. Bramesfeld, 2011).

Auskunft über wirtschaftliche Bedingungen in einer Region liefern Zahlen zur Arbeitsmarkt- und Einkommenssituation. Indikatoren in diesem Kontext wurden bereits in Kapitel 3.2.2 und 3.2.3 dargestellt. In diesem Kapitel sollen ergänzend dazu Ausführungen zum Bruttoregionalprodukt erfolgen.

Die jüngsten Daten der Landesstatistik Burgenland (2017) zum Zeitpunkt der Abfassung des vorliegenden Berichtes stammen aus dem Jahr 2015. Abbildung 40 zeigt die Entwicklung des Bruttoregionalproduktes zwischen 2012 und 2015 im Burgenland im Österreichvergleich, wobei darauf hinzuweisen ist, dass die Daten aus dem Jahr 2015 vorläufige Zahlen sind. Dabei werden die Zahlen im Sinne einer Vergleichbarkeit in € je Einwohner dargestellt.

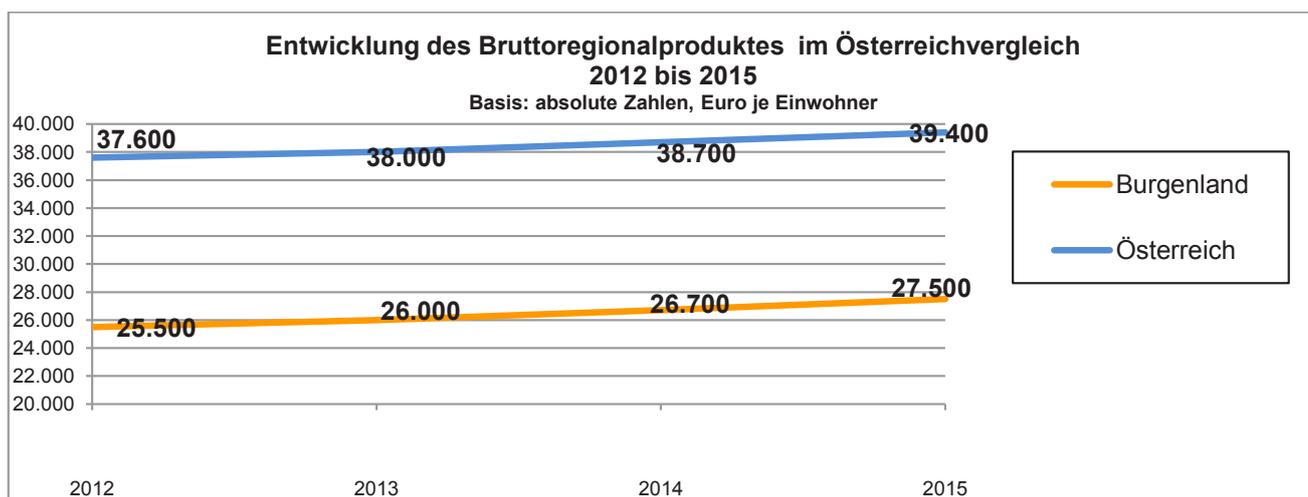


Abbildung 40: Entwicklung des Bruttoregionalproduktes im Österreichvergleich 2012 bis 2015, Stand: 2015, Basis: absolute Zahlen, Euro je Einwohner, Quelle: Landesstatistik Burgenland (2017), Eigene Erstellung

Aus der Abbildung geht hervor, dass das Bruttoregionalprodukt pro Einwohner im Burgenland jährlich stetig wächst. Insgesamt lag es im Burgenland im Jahr 2015 bei rund acht Millionen Euro.

Im Österreichvergleich zeigt sich, dass das Bruttoregionalprodukt pro Einwohner im Burgenland (2015: 27.500) deutlich unter dem Österreichschnitt (39.400) liegt. Im Bundesländervergleich weist Burgenland das geringste Bruttoregionalprodukt pro Einwohner auf.

5.5 Geschlechterspezifika

Vergleicht man zunächst den gesundheitlichen Einflussfaktor des Gesundheitsverhaltens von Burgenländern mit jenem von Burgenländerinnen, so zeigt sich in Hinblick auf die meisten gesundheitsrelevanten Lebensweisen eine günstigere Situation für die weibliche Bevölkerung.

Ein größerer Anteil der Frauen im Burgenland als der Männer kommt den Ernährungsempfehlungen nach. So konsumiert etwa ein deutlich höherer Anteil der Burgenländerinnen als der Burgenländer täglich oder mehrmals täglich Obst und Gemüse. Umgekehrt meidet die weibliche Bevölkerung im Vergleich zur männlichen übermäßigen Fleisch- und Wurstkonsum.

Neben ungesunden Ernährungsweisen ist das Rauchen als weitere gesundheitsriskante Lebensweise innerhalb der männlichen burgenländischen Bevölkerung (24,4% täglich; 5,1% gelegentlich) verbreiteter als innerhalb der weiblichen burgenländischen Bevölkerung (20,4% täglich; 4,1% gelegentlich). Eine im Geschlechtervergleich ungünstige Situation für Frauen zeigt sich lediglich im Durchschnittsalter, mit dem zu rauchen begonnen wird. So liegt dieses bei Burgenländerinnen um etwa ein halbes Jahr unter jenem bei Burgenländern.

Neben dem Rauchen wird innerhalb der männlichen Bevölkerung im Burgenland auch häufiger Alkohol konsumiert als innerhalb der weiblichen Bevölkerung. So konsumieren 46,0% der Männer, aber „nur“ 20,0% der Frauen mindestens einmal pro Woche Alkohol. Daneben trinken Burgenländer deutlich öfter exzessiv Alkohol (30,8% mindestens einmal im Monat) als Burgenländerinnen (16,6%).

Was das Bewegungsverhalten im Alltag betrifft, so zeigt sich, dass Frauen zwar am Stück länger zu Fuß gehen, Männer jedoch an einem typischen Tag, an dem Fahrrad gefahren wird, länger ohne Unterbrechung mit dem Fahrrad fahren.

Auf Ebene der sozialen und kommunalen Netzwerke als weiterer wesentlicher Einflussfaktor auf die Gesundheit zeigt sich, dass Männer im Burgenland weniger Interesse und Anteilnahme (56,3% viel) anderer Menschen am eigenen Leben als Frauen (65,2% viel) wahrnehmen. Umgekehrt können Burgenländer in deutlich höherem Ausmaß praktische Hilfe von Nachbarn und Nachbarinnen (78,2% einfach oder sehr einfach) lukrieren als Burgenländerinnen (65,0% einfach oder sehr einfach).

In Hinblick auf Wohnformen, die in engem Zusammenhang mit dem sozialen Netzwerk von Personen stehen, zeigt sich, dass ein höherer Anteil der Frauen (55,6%) als der Männer (44,4%) in Einpersonenhaushalten lebt. Verletzungen aufgrund von Freizeitunfällen als weiterer Indikator zur Beschreibung der Lebensbedingungen treten bei Männern im Burgenland (6,4% im letzten Jahr) häufiger auf als bei Frauen (2,6%).

Vergleicht man die subjektiv wahrgenommenen Arbeitsbedingungen von Frauen und Männern, so zeigt sich eine eher ungünstige Situation für die weibliche Bevölkerung. Burgenländerinnen gehen häufiger einer atypischen Beschäftigungsform nach, weisen höhere Krankenstandsquoten auf, sind am Stück länger im Krankenstand und kommen häufiger krank zur Arbeit. Auch der Anteil jener, die mit der eigenen Arbeitsfähigkeit unzufrieden sind, ist innerhalb der weiblichen burgenländischen Bevölkerung (1,9% sehr unzufrieden; 6,9% unzufrieden) höher als innerhalb der männlichen burgenländischen Bevölkerung (1,2% sehr unzufrieden; 3,7% unzufrieden). Frauen sind darüber hinaus mit ihrem Einkommen unzufriedener als Männer. Lediglich die Ergebnisse des ad-hoc Moduls der Arbeitskräfteerhebung 2013 zu arbeitsbezogenen Gesundheitsproblemen weisen in Hinblick auf die Indikatoren „körperliche Belastungen“, „psychische Belastungen“ und „arbeitsbezogenes Gesundheitsproblem“ auf eine günstigere Arbeitssituation von Burgenländerinnen im Vergleich zu Burgenländern hin.

5.6 Zusammenfassende Übersicht zu Kapitel 5

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich das Burgenland in Hinblick auf einzelne Gesundheitsdeterminanten durchaus vom Österreichschnitt unterscheidet. Auch im Längsschnitt- und Regionenvergleich konnten Unterschiede festgestellt werden (s. Tabelle 13). In der Tabelle sind jene Gesundheitsindikatoren zu diesem Themenbereich angeführt, bei denen

- in den vergangenen Jahren nennenswerte Veränderungen stattfanden,
- Burgenland im Vergleich zu Gesamtösterreich unter- oder überdurchschnittliche Werte aufweist und/oder
- nennenswerte Unterschiede zwischen den Regionen des Burgenlandes feststellbar sind.

Ist die aktuelle Zahl für das Burgenland im Längsschnitt- bzw. Österreichvergleich als überdurchschnittlich „gut“ zu werten, so ist diese grün hinterlegt. Sind hingegen „Verschlechterungen“ im Längsschnittvergleich feststellbar bzw.

fallen die Werte für das Burgenland „schlechter“ als für Gesamtösterreich aus, so ist die Zahl rot hinterlegt. Bei Kennzahlen, die als neutral (weder gut noch schlecht) zu werten sind, jedoch nennenswerte Unterschiede im Längsschnitt- bzw. Österreichvergleich bestehen, ist die Zahl gelb hinterlegt. Unterschiede zwischen den Regionen werden in der letzten Spalte der Tabelle textlich erläutert.

In Hinblick auf den Zeithorizont ist zu erwähnen, dass die im Österreich- und Regionenvergleich angeführten Daten stets die jüngst verfügbaren Zahlen sind und sich auf den im Längsschnittvergleich angeführten „aktuelleren“ Zeitraum beziehen.

Tabelle 13: Zusammenfassende Übersicht zu Kapitel 5, Quelle: Eigene Erstellung

Gesundheitsindikator	Längsschnittvergleich		Österreichvergleich		Regionenvergleich
			Burgenland	Österreich	
Anteil der Bevölkerung, die die Bewegungsempfehlungen erfüllt	kein Längsschnittvergleich möglich		Burgenland 22,6%	Österreich 24,6%	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
Anteil der Bevölkerung, die täglich oder mehrmals täglich Obst isst	kein Längsschnittvergleich möglich		Burgenland 54,0%	Österreich 56,2%	In der Versorgungsregion Burgenland Nord isst ein größerer Teil der Bevölkerung täglich (55,9%) Obst als in der Region Burgenland Süd (50,7%).
Anteil der Bevölkerung, die täglich oder mehrmals täglich Gemüse/Salat isst	kein Längsschnittvergleich möglich		Burgenland 37,7%	Österreich 47,5%	keine nennenswerten Unterschiede
Anteil der Bevölkerung, die täglich raucht	2014	2006/07	Burgenland	Österreich	In der Versorgungsregion Burgenland Nord raucht ein größerer Teil der Bevölkerung täglich (25,0%) als in der Region Burgenland Süd (17,4%).
	22,2%	27,5%	22,2%	24,3%	
Anteil der Bevölkerung, die mindestens einmal im Monat exzessiv Alkohol konsumiert	kein Längsschnittvergleich möglich		Burgenland 24,1%	Österreich 22,5%	In der Versorgungsregion Burgenland Süd wird häufiger exzessiv Alkohol konsumiert (26,0% mindestens einmal im Monat) als in der Region Burgenland Nord (22,9%).
drogenbezogene Todesfälle (pro 100.000 15- bis 64-Jährige)	2016	seit 2007	Burgenland	Österreich	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
	1,6	rückläufig	1,6	2,8	
Anteil der Bevölkerung mit ausreichender oder exzellenter Gesundheitskompetenz	kein Längsschnittvergleich möglich		Burgenland 65,5%	Österreich 48,4%	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
			55,9%	53,7%	
Anteil der Bevölkerung, die freiwillig tätig ist	kein Längsschnittvergleich möglich		Burgenland 39%	Österreich 46%	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
Anteil der Bevölkerung, die in Einpersonenhaushalten lebt	2016	2012	Burgenland	Österreich	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
	30,6%	28,2%	30,6%	37,0%	
Anteil der Bevölkerung, die mit der Wohnumgebung zufrieden ist	2014	2006/07	Burgenland	Österreich	In der Versorgungsregion Burgenland Süd herrscht eine leicht höhere Zufriedenheit mit der Wohnumgebung (92,8%) vor als in der Versorgungsregion Burgenland Nord (90,5%).
	91,3%	88,3%	91,3%	87,4%	
Anteil der Bevölkerung, die eine starke oder sehr starke Lärmstörung im Wohnbereich wahrnimmt	2015	2011	Burgenland	Österreich	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
	5,8%	4,9%	5,8%	11,5%	
Krankenstandstage pro Beschäftigtem bzw. Beschäftigter	2016	2010	Burgenland	Österreich	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
	11,8	12,6	11,8	13,0	
Anteil jener, die angeben, in den vergangenen 12 Monaten trotz gesundheitlicher Probleme arbeiten gegangen zu sein	kein Längsschnittvergleich möglich		Burgenland 58,3%	Österreich 53,7%	In der Versorgungsregion Burgenland Nord geht ein höherer Anteil der Bevölkerung (62,2%) krank zur Arbeit als in der Versorgungsregion Burgenland Süd (50,7%).
Arbeitsunfallrate (pro 1.000 Beschäftigten)	2016	2012	Burgenland	Österreich	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
	18,6	20,1	18,6	24,6	
Bruttoregionalprodukt (in € je Einwohner)	2015	2012	Burgenland	Österreich	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
	27.500	25.500	27.500	39.400	

6 GESUNDHEITSFÖRDERUNGS-, PRÄVENTIONS- UND VORSORGEPROJEKTE

Lange Zeit wurde Gesundheit als bloße Abwesenheit von Krankheit verstanden. Dies hat sich durch das Grundlagenpapier der Gesundheitsförderung, nämlich die Ottawa Charta, in den 1980er Jahren grundlegend geändert. Gesundheit wird darin positiv definiert, als ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden. Die Gesundheitsförderung sorgt dafür, dieses ganzheitliche Wohlbefinden für alle durch die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten zu erreichen. Menschen können sich nur wirklich wohlfühlen, wenn auch das Umfeld, in dem sie leben, lernen, arbeiten und wohnen gesundheitsförderlich ist (vgl. Fonds Gesundes Österreich, 2014, www). Maßnahmen der Gesundheitsförderung haben zudem zum Ziel, ein höheres Maß an Selbstbestimmung zu erreichen, die Ressourcen zu steigern und eine Erhöhung der Gesundheitspotenziale von Bevölkerungsgruppen in bestimmten Settings herbeizuführen (vgl. Fonds Gesundes Österreich, 2005, www).

Im Gegensatz zur Gesundheitsförderung setzt Prävention auf die Minimierung bzw. Vermeidung von Risikofaktoren, welche die Entstehung von Krankheiten begünstigen. Der Schwerpunkt der Prävention liegt damit auf der Vermeidung von Gesundheitsrisiken (Schnitzer & Gollner, 2018, S. 41).

Gemäß dem Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitoring sollten im Rahmen von Gesundheitsberichten unter anderem auch Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte beschrieben werden. Konkret wird empfohlen, folgende Gesundheitsinterventionen darzustellen (vgl. ECHIM, 2012):

- Strategien zum Thema „Tabakkonsum“
- Strategien zum Thema „Gesunde Ernährung“
- Strategien und Aktivitäten zum Thema „Gesunde Lebensweisen“
- Integrierte Strategien in verschiedenen Settings (z.B. Arbeitsplatz, Schule, Krankenhaus)

In den folgenden Unterkapiteln wird ein Einblick in ausgewählte Gesundheitsförderungs-, Präventions- und Vorsorgeprojekte im Burgenland gegeben, die im Berichtszeitraum 2012 bis 2017 durchgeführt wurden, wobei eine Unterteilung dieser in Settings, in denen sie umgesetzt werden, erfolgt. Die Daten und Informationen zu den Projekten wurden direkt von den umsetzenden Organisationen zur Verfügung gestellt. Generell ist darauf hinzuweisen, dass aufgrund der Vielfalt an Einrichtungen, die vereinzelt Aktivitäten der Gesundheitsförderung, Prävention und Vorsorge im Burgenland setzen, im Rahmen des vorliegenden Gesundheitsberichtes lediglich ein Auszug aus Projekten zu den Themen Gesundheitsförderung, Prävention und Vorsorge gegeben werden kann.

In diesem Zusammenhang wird auf die Gesundheitsförderungsstrategie Burgenland für die Umsetzungsperiode 2013 bis 2022 der Landes-Zielsteuerungskommission hingewiesen, in die sich die im Folgenden beschriebenen Projekte großteils einordnen lassen. Das Kernziel dieser Strategie liegt darin, die verschiedenen Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Burgenland aufeinander abzustimmen und qualitätsgesichert, wirksam sowie effizient umzusetzen. Dies soll in weiterer Folge einen Beitrag zu einem längeren, selbstbestimmten Leben bei guter Gesundheit für alle Menschen im Burgenland leisten.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die im Folgenden beschriebenen Projekte. Dabei erhebt sie, wie bereits erwähnt, keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Tabelle 14: Überblick über ausgewählte Gesundheitsförderungs-, Präventions- und Vorsorgeprojekte im Burgenland, Quelle: Eigene Erstellung

Gesundheitsförderungs-, Präventions- und Vorsorgeprojekte	
Gesundheitsförderung im Setting Gemeinde und Familie	Gesundes Dorf
	Gemeinsam gesund alt werden
	Richtig Essen (und Fördern) von Anfang an
	Frühe Hilfen unter dem Titel „Netzwerk Kind Burgenland“
	Club der ganz schön starken Freunde
Gesundheitsförderung im Setting Betrieb	Gesunde MitarbeiterInnen – Gesunder Betrieb!
	BetriebsFitService
	Suchtpräventionsprojekte
Gesundheitsförderung in den Settings Kindergarten und Schule	GeKiBu – Gesunde Kindergärten im Burgenland
	Gesunder Kindergarten – Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz
	Kindergarten: KindergartenpädagogInnengesundheit
	Unser Schulbuffet
	Bewegungsprojekte in Kindergärten und Schulen
	Suchtpräventionsprojekte im Jahr 2016
Vorsorgeprojekte	Brustkrebs-Früherkennungsprogramm
	Diabetes Burgenland „Leben mit Diabetes“ und Therapie Aktiv
	Dickdarmkrebsvorsorge (DKV)

6.1 Gesundheitsförderung im Setting Gemeinde und Familie

Die Lebenswelt Gemeinde mit all ihren Strukturen und Angeboten stellt einen idealen Ort zur Stärkung der Gesundheit von Einwohnern und Einwohnerinnen dar, da beinahe alle Bevölkerungsgruppen in diesem Setting erreicht werden können.

Ziel der kommunalen Gesundheitsförderung ist die nachhaltige gesundheitliche Entwicklung im Setting Gemeinde. Der multidimensionale Ansatz erfordert zunächst die Identifikation wesentlicher Belastungs- und Unterstützungsfaktoren in der Gemeinde. Des Weiteren müssen sämtliche Stakeholder sowie Einwohner und Einwohnerinnen am Entscheidungsfindungsprozess beteiligt werden, um in weiterer Folge neue Organisationsstrukturen in der Gemeinde schaffen zu können. Kommunale Gesundheitsförderungsmaßnahmen sollten aus diesem Grund gemeinsam mit Einwohnern und Einwohnerinnen sowie Stakeholdern entwickelt und umgesetzt werden. Dabei sind gesundheitliche Einflussfaktoren wie beispielsweise soziale Strukturen, Umwelt- und Lebensbedingungen sowie politische Einflüsse von Bedeutung und müssen bei der Umsetzung der Maßnahmen berücksichtigt werden (vgl. Gollner & Szabo, 2018, S. 136).

In Gemeinden selbst leben verschiedene Familien. Familien stellen dabei im Sinne der primären Sozialisation jene Lebenswelt dar, die Kinder am frühesten und am nachhaltigsten prägt. Da ein Eingriff in das Familienleben nur schwer möglich ist, liegen die Aufgaben der Gesundheitsförderung im Setting Gemeinde darin, Rahmenbedingungen für Familien und Eltern gesundheitsförderlich zu gestalten. Dabei soll es diesen im Sinne des Mottos der WHO „*Make the healthier way the easier choice*“ ermöglicht werden, ihr Leben möglichst gesundheitsförderlich zu leben. Im Sinne der Einübung gesunder Verhaltensweisen gilt es, Beratungsangebote für Familien und Eltern zu schaffen (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015).

6.1.1 Gesundes Dorf

Das Gesundheitsförderungsprojekt „Gesundes Dorf“, welches vom Land Burgenland mit Unterstützung des Fonds Gesundes Österreich und der BGKK initiiert wurde, wurde erstmals im Jahr 2002 in Kooperation mit dem Burgenländischen Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin (BAKS) entwickelt. Im Zeitraum von 2008 bis 2012 war Proges (vormals – Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit – PGA) für die Betreuung der Gemeinden zuständig. Die Projektfortführung erfolgt seit 2013 vonseiten der BGKK und des Proges.

Die Stärkung des Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung sowie die Förderung eines gesunden Lebensstils zählen zu den wesentlichen Zielen des Projektes. Vor allem Gemeindegänger und Gemeindegängerinnen sowie regionale Anbieter und Anbieterinnen (Ärzte und Ärztinnen, Vereine, Selbstständige in Gesundheitsberufen) sollen in die Entwicklung von Organisationsstrukturen zur Gestaltung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen

Programmen im Sinne der Partizipation und Vernetzung einbezogen werden. Zur Umsetzung von gesundheitsfördernden Angeboten in den Gemeinden ist es notwendig, ehrenamtliche Strukturen aufzubauen, um ein positives Gesundheitsverhalten der Bevölkerung zu fördern. Durch die Regionalbetreuung wird das Thema Gesundheitsförderung in die burgenländischen Dörfer und Städte getragen. Regionalmanager und Regionalmanagerinnen unterstützen und beraten die „Gesunden Dörfer“ unentgeltlich bei der Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen. Dabei begleitet das Regionalmanagement von Proges die Gemeinden vom ersten Informationsgespräch über die Gründung eines Arbeitskreises bis hin zur Entwicklung und Umsetzung entsprechender Maßnahmenpläne.

Der Projektablauf erfolgt idealerweise in folgenden Schritten:

- Ein kostenloses Erstgespräch mit Proges findet statt.
- Das Projekt „Gesundes Dorf“ wird im Gemeinderat beschlossen.
Die zukünftige Zusammenarbeit wird in einer Kooperationsvereinbarung festgelegt.
- Die Bevölkerung der Gemeinde wird zum Startworkshop eingeladen. Gesundheitsthemen und Ideen werden für das Dorf gesammelt.
- Es erfolgen die Gründung eines Arbeitskreises und die Erarbeitung eines Maßnahmenplans.
- Regelmäßige Treffen zwischen dem Arbeitskreis und dem Proges Regionalmanager bzw. der Proges Regionalmanagerin zur Umsetzung der Maßnahmen und zur Erarbeitung weiterer Gesundheitsthemen finden statt.

Die konkrete Ausgestaltung der Betreuung der Regionalmanager und Regionalmanagerinnen im Zuge dieses Prozesses hängt von den regionalen Gegebenheiten und den individuellen Bedürfnissen der Gemeinde ab. Darüber hinaus werden die Gemeinden über Gesundheitsthemen und Förderangebote informiert sowie bei der Öffentlichkeitsarbeit und der Organisation von Vernetzungstreffen unterstützt. Die Qualität und Nachhaltigkeit der Maßnahmen soll durch das Regionalmanagement sichergestellt werden. Nach einem Jahr aktiver Mitarbeit der Gemeinden erfolgt die Verleihung einer Urkunde, nach drei Jahren bekommen die Gemeinden eine „Gesundes Dorf“-Tafel.

Kapitel 5.3.1.6 gibt Auskunft darüber, welche Gemeinden im Burgenland „Gesunde Dörfer“ sind.

Die soeben dargestellten Informationen zum Projekt „Gesundes Dorf“ entstammen den Webseiten des Proges, der BGKK sowie des Land Burgenland. Zudem stellte der Proges eine zusätzliche Projektbeschreibung zur Verfügung.

6.1.2 Gemeinsam gesund alt werden

Die Entwicklung der Bevölkerung in Österreich zeigt vor allem einen steigenden Anteil der älteren und einen abnehmenden Anteil der jüngeren Personen (s. Kapitel 3.1.1.2), was viele unterschiedliche gesellschaftspolitische Bereiche vor sehr große Herausforderungen stellt. Aufgrund dieses Wandels kommt der Gesundheitsförderung von älteren Personen, vor allem in Gemeinden, eine große Bedeutung zu.

Im Rahmen des Projektes „Gemeinsam gesund alt werden“ wurde die Mitwirkung und Mitbestimmung von älteren Personen (ab 61 Jahren) am Leben in der Gemeinde gefördert. Zudem lag der Fokus des Projektes darauf, gesundheitsförderliche Angebote für diese Zielgruppe zu entwickeln.

Für die Durchführung des Projektes wurde im Burgenland der Bezirk Oberwart ausgewählt. Dieser Bezirk hat einen sehr hohen Anteil an älteren Personen und gilt im Vergleich zu anderen Regionen Österreichs als sozial, gesundheitlich und wirtschaftlich benachteiligt.

Das Projekt wurde von der Forschung Burgenland, dem Burgenländischen Hilfswerk sowie der Volkshilfe Burgenland in folgenden acht Gemeinden umgesetzt: Bad Tatzmannsdorf, Bernstein, Litzelsdorf, Oberschützen, Oberwart, Pinkafeld, Rechnitz und Wolfau

Finanziert wurde das Modellprojekt vom Fonds Gesundes Österreich, der nationalen Kompetenz- und Förderstelle für Gesundheitsförderung. Das Projekt fand von Juli 2015 bis März 2017 statt.

Die Durchführung des Projektes basierte auf fundierten wissenschaftlichen Theorien und Methoden. Zentrales Augenmerk wurde darauf gelegt, dass der Projektzielgruppe in allen Phasen des Projektes die Möglichkeit gegeben wird, das Projekt aktiv mitzugestalten und daran mitzuwirken.

Im Zentrum der Umsetzung standen gesundheitsförderliche Aktivitäten zur Stärkung der sozialen Teilhabe wie:

- Gemeinschaftliche Aktivitäten (z.B. gemeinsames Singen, Ausflüge, Gymnastik, Tanzkurse, Gesundheitscafés)

- Generationsübergreifende Aktivitäten (z.B. gemeinsames Kochen und Basteln mit Kindern und Jugendlichen, Generationenfest)
- Aktivitäten zur Förderung von gemeinsamem Lernen (z.B. Handy- und Computerkurse)
- Gemeindeübergreifende Aktivitäten (z.B. Kinonachmittag, Abschlussveranstaltung)

Vor dem Hintergrund der Gewährleistung eines Rollouts des konzeptionellen Vorgehens des Projektes auf andere burgenländische Gemeinden sowie der Transferierbarkeit der Ergebnisse auf andere Settings wurden alle Aktivitäten und Ergebnisse im Rahmen des Projektes kontinuierlich dokumentiert und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Im Projektendbericht wurden auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse des Projektes Handlungsempfehlungen für künftige kommunale Gesundheitsförderungsprojekte abgeleitet.

Die interdisziplinäre Kooperation zwischen der Forschung Burgenland und den zwei mobilen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen spielte während der gesamten Projektlaufzeit eine große Rolle. Durch den direkten Zugang der mobilen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zur Zielgruppe konnte die Teilnehmerate im Allgemeinen erhöht und die Teilnahmemöglichkeit körperlich beeinträchtigter älterer Menschen an den monatlichen Veranstaltungen geschaffen werden.

Im Sinne der Nachhaltigkeit des Projektes fungierten die Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen als Sprachrohr zwischen der Forschung Burgenland und den teilnehmenden Gemeinden. So wurden die Gemeinden bei der Erstellung von Nachfolgeprojektanträgen von der Forschung Burgenland und den mobilen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen begleitet und konnten an Workshops und Schulungen teilnehmen, die das Ziel hatten, die Gesundheitsförderungsmaßnahmen für ältere Menschen in der Gemeinde zu verankern.

Einige der umgesetzten Aktivitäten wurden bereits nachhaltig in der Gemeindeform verankert. Beispielfähig fand sich in einer Gemeinde eine Gruppe von älteren Menschen und gründete eine Bewegungsgruppe, die sich nun wöchentlich trifft. Des Weiteren wurde in Form von regelmäßig stattfindenden Lesungen die örtliche Bibliothek in einigen Gemeinden wiederbelebt. Allein diese Beispiele zeigen den Erfolg dieses kommunalen Gesundheitsförderungsprojektes auf.

Am Ende des Projektes konnten folgende Handlungsempfehlungen für zukünftige kommunale Gesundheitsförderungsprojekte formuliert werden:

- Beachtung der individuellen Kultur einer jeden Gemeinde
- Legen eines Fokus auf die Bedürfnisse der Zielgruppe
- Stärkung der personellen Ressourcen in der Gemeinde
- Einplanung ausreichender Zeitressourcen
- Kooperation statt Konkurrenz (zwischen den Gemeinden)
- Schaffung ausreichender Partizipationsmöglichkeiten
- Exakte Definition der Zielgruppe

Die soeben dargestellten Informationen zum Projekt „Gemeinsam gesund alt werden – Ein Modellprojekt zur Förderung der sozialen Teilhabe von älteren Menschen ab 61 Jahren an gemeinschaftlichen Aktivitäten im Bezirk Oberwart“ wurden direkt vom Projektteam der Forschung Burgenland GmbH bzw. der Fachhochschule Burgenland GmbH zur Verfügung gestellt. Das Modellprojekt wurde bereits abgeschlossen, allerdings sind in einigen Gemeinden Folgeprojekte geplant.

6.1.3 Richtig Essen (und Fördern) von Anfang an

Im Rahmen des Projektes „Richtig Essen (und Fördern) von Anfang an“ kooperieren seit 2008 die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit, das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz und der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Das im Rahmen dieses Projektes bestehende Angebot der BGKK gliedert sich in folgende Teile:

- „Richtig Essen von Anfang an (REVAN I)“ bestehend aus dem Workshop „Mein Baby isst und fühlt mit“ sowie „Babys erstes Löffelchen“ und
- „Richtig Essen und Fördern von Anfang an (REVAN II)“, ein Workshop zum Thema „Obstsalat und Kletterturm – so fördere ich mein Kind“.

Der Workshop „Mein Baby isst und fühlt mit“ umfasst eine individuelle, kostenlose Beratung bezüglich einer gesunden und ausgewogenen Ernährung während der Schwangerschaft. Da eine abwechslungsreiche und vollwertige Ernährung während der Schwangerschaft bedeutsam für die gesunde Entwicklung des Kindes ist,

stellen speziell ausgebildete Diätologen und Diätologinnen sowie Kindergarten- bzw. Heilpädagogen und Kindergarten- bzw. Heilpädagoginnen in zwei Einheiten zu je ca. eineinhalb Stunden entsprechende Informationen zu diesem Thema zur Verfügung und beantworten Fragen. Als Ziele werden dabei die Förderung einer bedarfsgerechten Ernährung für die Mutter sowie die Gewährung eines optimalen Lebensbeginns für den Säugling definiert. An einem kostenlosen Informationsabend, an dem Schwangere, Mütter, Väter sowie Angehörige teilnehmen können, werden folgende Themen bearbeitet:

- Ernährungsempfehlungen – doppelt so gut statt doppelt so viel!
- Empfohlene Gewichtszunahme
- Lebensmittelinfektion in der Schwangerschaft – Risiko und Genuss
- Abhilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden
- Aufbau einer guten Eltern-Kind-Beziehung bereits während der Schwangerschaft
- Richtiges Handling im Umgang mit dem Säugling
- Frühkindliche sensorische und motorische Entwicklung und Förderung
- Alltagstipps

Im Rahmen des Workshops „Babys erstes Löffelchen“ werden Eltern zu den Themen Stillen und Beikost informiert. Die richtige Zusammensetzung an Nährstoffen ist für die gesunde Entwicklung eines Kindes unumgänglich. Darüber hinaus werden das Essverhalten und die Geschmacksvorlieben eines Kindes bereits in der Stillzeit und im Beikostalter geprägt. Speziell geschulte Diätologen und Diätologinnen informieren Schwangere (ideal im letzten Drittel der Schwangerschaft) sowie frischgebackene Eltern und Angehörige kostenlos innerhalb von drei Stunden zu folgenden Themenbereichen:

- Vorteile des Stillens und richtige Ernährung während der Stillzeit
- Anfangsnahrung für Säuglinge
- Ernährung in den ersten Lebensmonaten
- Geschmacksprägung
- Das richtige Timing: so klappt es mit der Beikost
- Breimahlzeiten: Zubereitung, Zutaten und Aufbewahrung
- Maßnahmen zur Allergievorbeugung
- Gesunde Zähne

Ein weiterer kostenloser Workshop wurde zum Thema „Obstsalat und Kletterturm – so fördere ich mein Kind richtig“ speziell für Eltern von ein- bis dreijährigen Kindern entwickelt. Zum einen zielt dieser Workshop auf die Bewusstseinsbildung der Eltern bezüglich ausgewogener, gesunder Ernährung ab, zum anderen sollen Eltern zu den Themen Wahrnehmung, Sprache und Bewegung eines Kindes als wichtige Bestandteile einer gesunden Entwicklung geschult werden. Diese Aspekte werden von geschulten Diätologen und Diätologinnen sowie Kindergarten- und Heilpädagogen bzw. Kindergarten- und Heilpädagoginnen im Rahmen von zwei Einheiten zu je zwei Stunden aufgegriffen:

- Ernährung für ein- bis dreijährige Kinder
 - Geeignete Lebensmittel für Kleinkinder
 - Speisenzubereitung
 - Benötigte Nährstoffe und Energie des Kleinkindes für die optimale Entwicklung
 - Umgang mit Nahrungsmittelallergien
 - Austausch von Erfahrungen und wertvolle Tipps für den Kochalltag
- Wie fördere ich mein Kind richtig
 - Informationen zur Kindesentwicklung und Förderung der Bewegung
 - Wahrnehmungsförderung
 - Umgang mit kindlicher Angst, Trotzen und Fremdeln
 - Unterstützung des Kindes bei der Sauberkeitsentwicklung
 - Förderung der Sprachentwicklung

Die dargestellten Projektinformationen entstammen der Homepage der BGKK sowie der Homepage „Richtig essen von Anfang an“.

6.1.4 Frühe Hilfen unter dem Titel „Netzwerk Kind Burgenland“

Um Eltern und Familien mit Kindern zwischen null und drei Jahren in belastenden Lebenssituationen zu unterstützen, startete das Land Burgenland in Kooperation mit der BGKK das Projekt „Frühe Hilfen“ unter dem Titel

„Netzwerk Kind Burgenland“. Für die operative Umsetzung ist die Volkshilfe Burgenland zuständig. Die Finanzierung erfolgt aus den Vorsorgemitteln der Bundesgesundheitsagentur.

Unter dem Begriff „Frühe Hilfen“ wird ein Gesamtkonzept von Gesundheitsförderungsmaßnahmen und frühzeitigen Interventionen im Kindesalter verstanden. Im Rahmen des Projektes sollen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die ein glückliches, gesundes und chancengleiches Aufwachsen von Kindern ermöglichen. Im Fokus des niederschweligen Angebots stehen die Stärkung der Ressourcen und der Abbau von Belastungsfaktoren in den Familien.

Aufgebaut wurden im Burgenland zwei regionale Frühe-Hilfen-Netzwerke (Netzwerk Kind Burgenland), welche als multiprofessionelle Unterstützungssysteme fungieren. Die Umsetzung der Angebote erfolgt im Netzwerk Kind Nord (seit 2015) in den Bezirken Neusiedl am See, Eisenstadt-Umgebung, Mattersburg und Oberpullendorf sowie im Netzwerk Kind Süd (seit 2016) in den Bezirken Oberwart, Güssing und Jennersdorf.

Etabliert wird ein Netzwerk-Management, um eine funktionierende Vernetzung und Verantwortung für den Aufbau von Kooperationen sicherzustellen. Unterstützend wird durch ein speziell geschultes, interdisziplinäres Team eine bedarfsorientierte Familienbegleitung kostenlos und über einen längeren Zeitraum angeboten. Diese abgestimmten Unterstützungsangebote sowie die jeweilige Betreuung können in unterschiedlichen belastenden Situationen Abhilfe schaffen – von der individuellen Beratung bis hin zur Unterstützung bei Behördengängen, die Betreuung bei der Pflege sowie die Erziehung und Versorgung des Kindes. Durch Vernetzungstreffen können außerdem Erfahrungen und Informationen ausgetauscht sowie neue Kontakte geknüpft werden. Folgende belastende Lebenssituationen stehen dabei im Vordergrund:

- Überforderung oder Unsicherheit im Umgang mit dem Kind
- Psychosoziale Belastungen, wie z.B. Sorge um die Existenz, fehlendes soziales Netz usw.
- Ängste, Depressionen oder Sucht als beispielhafte psychische Erkrankungen
- Kinder mit Entwicklungsrisiken
- Sehr frühe oder sehr späte Elternschaft
- Erfahrung von Gewalt oder Konflikten in der Beziehung

Die soeben dargestellten Informationen zum Projekt wurden der Homepage „Frühe Hilfen“, der Homepage der BGKK sowie der Homepage des Land Burgenland entnommen.

6.1.5 Club der ganz schön starken Freunde

Das Projekt „Club der ganz schön starken Freunde“ der Sportunion Burgenland startete im Oktober 2015 und wird vom Fonds Gesundes Österreich sowie dem Bundes-Sportförderungsfonds (BSFF) finanziert. Folgende Visionen und Ziele werden dabei verfolgt:

- Visionen
 - Die körperliche und seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen „jeder Kleidergröße“ zwischen sechs und 14 Jahren im Burgenland verbessern
 - Langfristige Strukturen frei von Mobbing schaffen
- Ziele
 - Die teilnehmenden Kinder und Jugendlichen fühlen sich nach eigenen Angaben wohler als zu Beginn des Projektes (Steigerung des subjektiven Gesundheitszustands). Ihre Lebenszufriedenheit ist gestiegen, sie akzeptieren sich selbst besser und fühlen sich in der Gruppe besser integriert und akzeptiert.
 - Die teilnehmenden Kinder und Jugendlichen sind in ihrer Freizeit häufiger körperlich aktiv als zu Beginn des Projektes.
 - Im Laufe des Projektes erfolgt eine Ausweitung der „Club Aktivitäten“ und eine Installierung von „Clubs der ganz schön starken Freunde“ in mindestens zwei weiteren burgenländischen Gemeinden. Institutionen und Dienste, die sich mit psychosozialen Belangen und Themen der Gesundheitsförderung befassen, können für Kooperationen gewonnen werden.

Zielgruppen des Projektes sind sowohl Mädchen und Buben zwischen sechs und 14 Jahren als auch Eltern, Erzieher und Erzieherinnen sowie Pädagogen und Pädagoginnen.

Das Projekt findet im Setting Gemeinde statt. Das Einbinden der Projektaktivitäten (z.B. Aufführungen) in Gemeindeveranstaltungen bietet eine Möglichkeit, um auf die Problematik „Mobbing“ aufmerksam zu machen. Im

Projekt soll die Integration und ein inklusives Miteinander von Kindern und Jugendlichen gefördert und die Ausgrenzung und Stigmatisierung von Kindern außerhalb der gängigen „Körpernorm“ verhindert werden.

Die Hauptaktivitäten im Projekt sind die Durchführung von Workshops, Vorträgen und regelmäßigen Bewegungseinheiten. Die drei Säulen des Projektes lauten „Bewegung“, „gesunde Ernährung“ und „psychische Gesundheit“.

Das Angebot findet an drei Standorten (Neusiedl am See, Eisenstadt, Oberwart) sowie in ausgewählten Sozialeinrichtungen statt. Die wöchentlich zweimal stattfindenden Bewegungseinheiten bestehen u.a. aus Übungen, die den Selbstwert, die Selbstwirksamkeit und die Teamarbeit schulen. Sie tragen dazu bei, die körperliche Freizeitaktivität der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen zu steigern. Mehrmals im Semester finden Koch- und Ernährungsworkshops für die ganze Familie statt. Psychologen und Psychologinnen halten Vorträge und Informationsabende für Eltern zu den Themen Mobbing, Konfliktlösung und Selbstwertstärkung.

Ergänzend zu diesen Workshops findet eine Schulung von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen statt. Trainer und Trainerinnen sollen durch eine Zusatzqualifikation für einen mobbingfreien Übungsbetrieb im Sport sorgen.

Das Projekt ermöglicht den Zugang zu gesundheitsfördernden Maßnahmen für bisher benachteiligte Personen durch preiswerte bzw. kostenlose Aktivitäten. Zur Erreichung der Zielgruppe wird ein aufsuchender und niederschwelliger Zugang gewählt.

Die Informationen zu diesem Projekt wurden direkt von der Sportunion Burgenland zur Verfügung gestellt.

6.2 Gesundheitsförderung im Setting Betrieb

Die zunehmenden Veränderungen der Arbeitswelt und der aktuell stattfindende soziale und gesellschaftliche Wandel stellen Unternehmen zunehmend vor große Herausforderungen (vgl. Brodersen et al., 2015). Es ist abzusehen, dass durch die fortschreitende demographische Entwicklung ein höheres Durchschnittsalter der Beschäftigten erwartet werden kann, was sich im Gesundheitszustand der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen bemerkbar machen wird (vgl. Hollmann, 2013).

Die Verschiebung der Industriegesellschaft hin zur Informations-, Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft veränderte zudem das Anforderungsprofil an vielen Arbeitsplätzen, wodurch psychische Belastungen im Arbeitsalltag in den Vordergrund rückten (vgl. Brodersen et al., 2015). Da die psychosozialen Verhältnisse am Arbeitsplatz insbesondere durch die Führungskraft geprägt werden, kommt ihr bei der Förderung der Gesundheit im Betrieb eine besondere Bedeutung zu (vgl. Matyssek, 2012).

Einen Anker hierfür kann ein ganzheitliches Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) darstellen. Der Begriff „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ ist vielseitig und umfasst drei Zielgruppen und Konzepte: Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen über Personalentwicklung, Führungskräfte über Führungskräfteentwicklung sowie Gesunde Organisation über Organisationsentwicklung (vgl. Gollner, Szabo, Hauer, Braun, Stöller & Schnabel, 2018).

Im Mittelpunkt der Betrieblichen Gesundheitsförderung als Teil des BGM stehen die Förderung der aktiven Teilnahme und persönlichen Entwicklung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen sowie die Verbesserung der Arbeitsorganisation (ENWHP, 2007). Grundsätzlich wird in der Betrieblichen Gesundheitsförderung zwischen verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen unterschieden. Verhaltensorientierte Maßnahmen (= Maßnahmen, die Impulse zur individuellen Verhaltensveränderung geben) sind grundsätzlich im Bereich der Personalentwicklung und Führungskräfteentwicklung verortet, während verhältnisorientierte Maßnahmen (= Maßnahmen, die eine gesunde Organisation als interaktives System ausmachen) im Bereich der Organisationsentwicklung angesiedelt sind.

6.2.1 Gesunde MitarbeiterInnen – Gesunder Betrieb!

Psychosoziale Belastungen stellen mittlerweile eine der häufigsten Ursachen für Berufsunfähigkeit, Krankenstände und Frühpensionierungen dar. Die Ursachen liegen häufig in ungünstigen betrieblichen Anforderungen, Organisations- und Kommunikationsstrukturen sowie mangelnden Partizipationsmöglichkeiten. Vor allem aber auch die Beziehung zu Kollegen und Kolleginnen sowie Führungskräften spielt für das Wohlbefinden und die Motivation von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen eine zentrale Rolle.

Die Forschung Burgenland GmbH begleitet im Rahmen des Projektes fünf burgenländische Betriebe unterschiedlicher Branchen bei der Umsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung mit speziellem Fokus auf die psychosoziale Gesundheit. Bei den teilnehmenden Betrieben handelt es sich um das Krankenhaus Oberpullendorf der KRAGES, das Rote Kreuz Burgenland, die Schloffer GmbH, Vamos – Verein zur Integration

und die Vossen GmbH & Co. KG. Insgesamt werden rund 900 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Burgenland durch das dreijährige Projekt von Mai 2016 bis April 2019 adressiert.

Die Finanzierung erfolgt durch Mittel des Fonds Gesundes Österreich und des Landesgesundheitsförderungsfonds Burgenland sowie durch Beiträge der teilnehmenden Betriebe.

Zentrales Ziel des Projektes ist es, das psychosoziale Gesundheitskapital der fünf Modellbetriebe sowie die Resilienz der darin arbeitenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und Führungskräfte zu steigern. Im Fokus des Projektes stehen sowohl verhaltensbezogene und resilienzstärkende Angebote als auch verhältnisorientierte Maßnahmen. Das systematische Vorgehen des Projektes unterteilt sich in die Phasen Diagnose, Planung, Umsetzung und Evaluation. Zudem werden den Mitgliedern der betriebsinternen Projektteams Schulungen zum Thema Betriebliche Gesundheitsförderung angeboten, um diesbezügliche Umsetzungskompetenzen nachhaltig in den Betrieben zu verankern. Um den Austausch zwischen den Betrieben zu fördern und ihnen die Möglichkeit zu geben, voneinander zu lernen, wird ein betriebsübergreifendes Netzwerk aufgebaut.

Die soeben dargestellten Informationen zum Projekt „Gesunde MitarbeiterInnen – Gesunder Betrieb! – Stärkung der psychosozialen Gesundheit von MitarbeiterInnen in burgenländischen Unternehmen anhand des Sozialkapital- und Resilienzansatzes“ wurden vom Projektteam der Forschung Burgenland GmbH zur Verfügung gestellt.

6.2.2 BetriebsFitService

Im Mai 2017 startete die BGKK gemeinsam mit der Wirtschaftskammer Burgenland, der Sportunion Burgenland sowie der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft Burgenland (SVA) die Gesundheitsinitiative „BetriebsFitService“. „BetriebsFitService“ baut auf dem gleichnamigen Projekt, welches im Zeitraum von April 2014 bis Mai 2017 stattfand, auf. Aufgrund der Nachfrage nach Betrieblicher Gesundheitsförderung sowie des Projekterfolgs wurde das Projekt mit dem Ziel weitergeführt, Unternehmen aus dem Burgenland mit einer Mitarbeiterzahl von bis zu 30 bei der Durchführung Betrieblicher Gesundheitsförderung zu unterstützen. Im Folgenden wird auf Ergebnisse der ersten Projektphase (April 2014 bis Mai 2017) Bezug genommen.

Ziel des Projektes war es, in 30 Betrieben des Burgenlandes jeweils ein Projekt der Betrieblichen Gesundheitsförderung umzusetzen und gesündere Arbeitsverhältnisse zu schaffen. Die Wirkungen der jeweiligen Projekte zeigten sich in einer gesteigerten Mitarbeiterzufriedenheit, der Minimierung der Rückenschmerzen und der verbesserten Führungs- und Feedbackkultur. Strukturelle Verankerungen des Themas Gesundheit wurden durch Weiterbildungen der Projektleiter und Projektleiterinnen sowie einzelner Führungskräfte möglich gemacht. Angestrebte Veränderungen waren die Sensibilisierung der Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen sowie der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen für das Thema Gesundheit und die Reduktion von Krankenständen.

Ziel des „BetriebsFitService“ war es, die Betriebliche Gesundheitsförderung in Burgenlands Klein- und Mittelbetrieben besser zu etablieren und den Schritt in eine gesündere Lebensweise in den Unternehmen durch die kostenlose Projektbegleitung leichter zu gestalten. „BetriebsFitService“ konnte dank aller Kooperationspartner und Kooperationspartnerinnen (Wirtschaftskammer Burgenland, BGKK, SVA – Landesstelle Burgenland, Industriellenvereinigung Burgenland) für Betriebe kostenlos angeboten werden.

Insgesamt nahmen zwischen April 2014 und Mai 2017 29 Betriebe am Projekt teil, wobei 520 Personen erreicht werden konnten. Von diesen unterzeichneten 25 die BGF-Charta (s. Kapitel 5.3.2.6).

In jedem der 29 Betriebe fand vor der Initiierung eines Prozesses der Betrieblichen Gesundheitsförderung eine Gesundheitsbefragung statt. Zudem wurde in jedem Unternehmen mindestens ein Gesundheitszirkel abgehalten. Bei größeren Betrieben und bei Betrieben mit unterschiedlichen Abteilungen wurden mindestens zwei Gesundheitszirkel durchgeführt. Alle Betriebe erhielten die Möglichkeit, weitere Gesundheitszirkel während der Projektlaufzeit in Anspruch zu nehmen. In jedem Unternehmen wurde daneben mindestens ein Mitarbeiter bzw. eine Mitarbeiterin installiert, der bzw. die sich den Themen der Gesundheitsförderung im Unternehmen annimmt. Betriebsübergreifend wurde ein Netzwerk von insgesamt 55 Referenten und Referentinnen in den Bereichen Bewegung, Ernährung und psychosoziale Gesundheit aufgebaut.

Die Informationen zu diesem Projekt wurden direkt von der Sportunion Burgenland zur Verfügung gestellt.

6.2.3 Suchtpräventionsprojekte

Der PSD Burgenland (s. Kapitel 5.1.5 und 7.6.1) führt Suchtpräventionsprojekte durch, deren Zielgruppe Arbeitslose, aber auch Beschäftigte im burgenländischen Gesundheitswesen sind. Im Folgenden soll ein Überblick über diese gegeben werden, wobei die Informationen den Leistungsberichten des PSD Burgenland entnommen wurden.

6.2.3.1 Suchtprävention in AMS-Kursen

Zur Zielgruppe dieses Workshops zählen sowohl Jugendliche als auch junge Erwachsene in AMS-Kursen. Aufgrund der Tatsache, dass Arbeitslosigkeit eine sehr krisenhafte Lebensphase darstellt, sollte entsprechende Unterstützung angeboten werden.

Sucht im Allgemeinen und das persönliche Suchtverhalten werden in einem sechswöchigen Kurs reflektiert. Zur Stärkung des eigenen Selbstwertes werden Ressourcen und Perspektiven gemeinsam erarbeitet.

Darüber hinaus erhalten Trainer und Trainerinnen Schulungen zu den Themen „Umgang mit schwierigen Teilnehmern und Teilnehmerinnen“, „Verbesserungsmöglichkeiten des Gruppenklimas“ und „Suchtpräventionsmethoden“. Zudem finden laufende Selbstreflexionen statt.

Die „Seminarreihe für Trainer und Trainerinnen in AMS-Kursen“ zielt darauf ab, durch ein Basiswissen über Sucht, Ursachen und Entwicklung von Sucht bei Jugendlichen und deren Risikoverhalten den Umgang mit konsumierenden Kursteilnehmern und Kursteilnehmerinnen zu erleichtern. In diesem Zusammenhang stehen verschiedene Module zur Verfügung:

- einführende Erklärung zu den Themen Suchtvorbeugung, Entwicklung von Sucht, Risikoverhalten der Jugendlichen und Handlungsmodelle im Umgang mit konsumierenden Personen
- Reflexion der eigenen Rolle, praxisrelevante Suchtpräventionsmethoden, Fallbeispiele der Krisenintervention und Rechtsgrundlagen
- Alkohol
- Nikotin
- Medien und „Safer Internet“
- Illegale Suchtmittel bzw. Erläuterung des Suchtmittelgesetzes

6.2.3.2 Vorträge und Informationsveranstaltungen zum Thema Sucht

Für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Krankenhäusern sowie Studierende in Gesundheitseinrichtungen und Krankenpflegeschulen werden folgende Vorträge und Informationsveranstaltungen zum Thema Sucht angeboten:

- Basiswissen zu Ursachen von Sucht und Suchtprozessen
- Suchtentstehungsmodelle
- Motive eines Suchtmittelkonsums bei Jugendlichen
- Missbrauch der Jugendlichen in Bezug auf Suchtmittel
- Kommunikation mit Patienten und Patientinnen, Ärzten und Ärztinnen, Pflegepersonal sowie Angehörigen

6.3 Gesundheitsförderung in den Settings Schule und Kindergarten

In der Lebenswelt Schule sollen alle Beteiligten für gesundheitliche Themen sensibilisiert werden, um mit der eigenen Gesundheit verantwortungsvoll umzugehen. Die Gesundheitsförderung fördert Ressourcen und Gesundheitskompetenzen und beeinflusst somit auch das spätere Gesundheitsverhalten. Daher kann die Schule zur gesunden Entwicklung von Schülern und Schülerinnen beitragen.

Im Setting Schule gilt es, die gemeinsamen Interessen der Bildung und Gesundheit zu vereinigen, um Schulen zu einem besseren Ort für Lernen, Lehren und Arbeiten zu entwickeln. Unter „Gesundheitsförderung in Schulen“ wird die Umsetzung eines strukturierten Plans für Wohlergehen, Gesundheit und Entwicklung von Sozialkapital bei Schülern und Schülerinnen, dem Lehrpersonal und anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in der Schule verstanden. Dadurch wird das Wohlbefinden der Schulgemeinschaft erhöht (vgl. Vilnius Resolution, 2009).

Neben den Schulen zählen auch andere Erziehungs- und Bildungseinrichtungen wie Kindergärten zu wichtigen Settings der Gesundheitsförderung. Dem Kindergarten wird eine hohe Bedeutung für Gesundheitsförderung beigemessen, da es gerade in diesem frühen Kindesalter zur Prägung von gesundheitsrelevantem Verhalten kommt. Die strukturellen Gegebenheiten des Kindergartens bilden eine wichtige Grundlage zur Förderung der Gesundheit von Kindern. Außerdem können bei der Implementierung von Gesundheitsförderung im Setting Kindergarten neben den Kindern auch Eltern und das Kindergartenpersonal erreicht werden (vgl. Gollner & Szabo, 2018).

6.3.1 GeKiBu – Gesunde Kindergärten im Burgenland

Ausgehend von der Österreichischen Vorsorgestrategie Ernährung initiierte das Land Burgenland im Jahr 2012 das Projekt „GeKiBu – Gesunde Kindergärten im Burgenland“ mit dem Ziel, das Ernährungsverhalten von Kindern, deren Familien und Pädagogen bzw. Pädagoginnen zu verbessern sowie das Setting Kindergarten nachhaltig gesundheitsförderlich zu gestalten. Erfahrene Ernährungsexpertinnen betreuen die Projektkindergärten unter Einbeziehung der Zielgruppen und vermitteln auf spielerische Weise gesunde Essgewohnheiten und zahngesunde Ernährung. Da viele Kinder ihre Hauptmahlzeit im Kindergarten einnehmen, wird seit 2016 ein großer Schwerpunkt auf die Optimierung der Gemeinschaftsverpflegung gelegt. Zentrale Eckpunkte des Projektes „GeKiBu – Gesunde Kindergärten im Burgenland“ sind:

- Kinderworkshops gemeinsam mit den Kindern
- Themenbezogene Elternabende mit praktischen Tipps für den Alltag
- Ernährungsworkshops für Kindergartenpädagogen und Kindergartenpädagoginnen zur Integration des Themas Ernährung in das Kindergartenleben
- Workshops für Gemeinschaftsverpfleger, Speiseplananalyse und anschließende individuelle Beratung

Bereits 70 Kindergärten erhielten mit Stand April 2018 die Auszeichnung „Gesunder Kindergarten“, jedes Jahr können 15 neue Kindergärten in das Projekt aufgenommen werden. Um die Nachhaltigkeit sicherzustellen, haben die bestehenden Gesunden Kindergärten die Möglichkeit, eine weiterführende Betreuung in Anspruch zu nehmen. Auch jährlich stattfindende Vernetzungstreffen tragen zur Nachhaltigkeit bei und ermöglichen den Austausch unter den Kindergärten.

Finanziert wurde das Projekt von 2012 bis 2014 aus den Vorsorgemitteln der Bundesgesundheitsagentur, seit 2015 erfolgt die Finanzierung aus Mitteln des Burgenländischen Gesundheitsförderungsfonds.

Die Informationen zu diesem Projekt wurden vom Land Burgenland zur Verfügung gestellt.

6.3.2 Gesunder Kindergarten – Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Kindergarten

Die BVA setzte sich mit diesem Projekt zum Ziel, interessierten burgenländischen Kindergartenleitern und Kindergartenleiterinnen, Kindergartenpädagogen und Kindergartenpädagoginnen sowie dem nicht-pädagogischen Personal Anregungen und Unterstützung im Bereich Gesundheit und gesundheitsförderliche Prozesse am Arbeitsplatz anzubieten.

In Kooperation mit dem Land Burgenland werden Kindergärten seit 2017 bei der Förderung und Erhaltung der Gesundheit von Kindergartenpädagogen und Kindergartenpädagoginnen unterstützt. Um die Ist-Situation zu erfassen, werden Ressourcen und Belastungen am Arbeitsplatz erhoben und anschließend gesundheitsfördernde Maßnahmen gemeinsam erarbeitet. Unterschiedliche Module werden zur Stärkung der Gesundheitskompetenz angeboten. Dabei soll das Thema Gesundheitsförderung nachhaltig im Arbeitsalltag „Kindergarten“ verankert werden.

Der Prozess „Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Kindergarten“ lässt sich in folgenden Schritten, die innerhalb von ein bis drei Jahren gesetzt werden, beschreiben:

- Vorphase – Information – Entscheidungsfindung – Projektdefinition
- Sensibilisierungsworkshop mit der Kindergartenleitung, Diagnosephase zur Erhebung des Ist-Zustandes (Ressourcen und Belastungen)
- Gesundheitsworkshop mit den Kindergartenpädagogen und Kindergartenpädagoginnen, Diagnosephase zur Erhebung des Ist-Zustandes (Ressourcen und Belastungen)
- Zusammenführungsworkshop mit der Kindergartenleitung und dem Gesundheitsteam
Je nach Größe des Kindergartenteams besteht das Gesundheitsteam aus drei bis fünf Kindergartenpädagogen und Kindergartenpädagoginnen. Um Entscheidungen mittragen zu können, sollte außerdem die Kindergartenleitung ins Gesundheitsteam integriert werden. In der Planungsphase werden Schwerpunkte definiert und Vorschläge bzw. ein Maßnahmenplan erarbeitet. In der darauffolgenden Umsetzungsphase werden geplante verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen durchgeführt.
- Reflexionsworkshop zur Evaluation und Bewertung der Ergebnisse mit der Kindergartenleitung und dem Gesundheitsteam

Die soeben dargestellten Informationen zum Projekt entstammen der Homepage der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA).

6.3.3 Unser Schulbuffet

Die bundesweite Initiative „Unser Schulbuffet“ des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz ist eine Maßnahme im Rahmen des Nationalen Aktionsplans Ernährung (NAP.e.) (s. Kapitel 5.1.2.1) und richtet sich an Buffetbetreiber und Buffetbetreiberinnen zur Verbesserung des Verpflegungsangebotes für Kinder und Jugendliche an Schulen.

Die Initiative „Unser Schulbuffet“ wird im Burgenland von der BGKK als Kooperationspartner des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz seit November 2014 umgesetzt. Ein attraktives Speisen- und Getränkeangebot soll für Schüler und Schülerinnen, Lehrpersonen sowie das sonstige Schulpersonal zur Verfügung gestellt werden. Das Verpflegungsangebot orientiert sich an ernährungswissenschaftlichen Empfehlungen und soll zu einem gesundheitsförderlichen Ernährungsverhalten verhelfen. Dabei werden Buffetbetreiber und Buffetbetreiberinnen von mobilen Beratern und Beraterinnen kostenlos unterstützt.

In einem ersten Gespräch wird die individuelle Ausgangslage besprochen sowie in weiterer Folge mit der „Leitlinie Schulbuffet“ verglichen. Die „Leitlinie Schulbuffet“ ist ein vom Ministerium bereitgestellter Leitfaden, welcher den Mindeststandard für den Warenkorb am Schulbuffet darstellt und sich an Betreiber und Betreiberinnen eines Schulbuffets richtet. Für die Umsetzung der „Leitlinie Schulbuffet“ bekommen die Buffetbetreiber und Buffetbetreiberinnen im Anschluss einige praktische Tipps zur gesundheitsförderlichen Gestaltung des Schulbuffets. Werden mindestens 75% der geforderten Kriterien erfüllt, so erhält der Buffetbetrieb eine Qualitätsauszeichnung. Im Rahmen einer Re-Evaluierung erfolgt nach einem Jahr eine neuerliche Überprüfung des Warenangebots.

Die Informationen zu diesem Projekt wurden der Homepage des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, der Homepage des Proges sowie der Homepage der BGKK entnommen.

6.3.4 Bewegungsprojekte in Kindergärten und Schulen

Im Folgenden werden ausgewählte Bewegungsprojekte, die in Burgenlands Kindergärten und Schulen umgesetzt werden, beschrieben.

6.3.4.1 Kinder gesund bewegen

Die vom Sportministerium im Jahr 2009 gestartete Initiative „Kinder gesund bewegen“ (KiGeBe) setzt sich zum Ziel, durch polysportive Bewegungsmaßnahmen Haltungsschäden und Übergewicht als Folgen von mangelnder Bewegung entgegenzuwirken. Im Vordergrund stehen dabei die gesundheitsorientierte Bewegungsförderung von Kindern sowie die Entwicklung von Kooperationen zwischen den Bildungseinrichtungen und Sportvereinen in Österreich. Bewegungsprogramme des ASKÖ, des ASVÖ und der Sportunion Burgenland werden in die Initiative „Kinder gesund bewegen“ eingebracht. Die gemeinsame Initiative baut auf die langjährigen Erfahrungen der Breitensportverbände auf. Aufgrund einer erneuten Förderung des Sportministeriums kann die Initiative bis zum Ende des Schuljahres 2018/19 in Kindergärten und Volksschulen weitergeführt werden.

Polysportive Bewegungseinheiten sollen für möglichst viele Kinder unter der Perspektive der Chancengerechtigkeit kostenlos angeboten werden. Durch qualifizierte Übungsleiter und Übungsleiterinnen sowie Trainer und Trainerinnen werden die Einheiten innerhalb der regulären Betreuungszeit unter Aufsicht der Pädagogen und Pädagoginnen durchgeführt. Dabei ergeben sich einige Vorteile:

- Zusammenarbeit mit der Partnerinstitution wird gefestigt
- Bekanntheitsgrad des Vereins sowie des Angebots für Kinder, Pädagogen und Pädagoginnen sowie Eltern wird gesteigert
- Neue Mitglieder werden gewonnen
- Langfristige Kooperation zwischen der Partnerinstitution und dem Verein wird angestrebt
- Kosten für Übungsleiter und Übungsleiterinnen sowie benötigte Materialien können abgerechnet werden

In der Vision von „Kinder gesund bewegen“ wird festgehalten, dass die Initiative die Entwicklung des organisierten Sports in Österreich unterstützen soll. Passend zur Vision legten die Projektverantwortlichen mehrere übergeordnete Zielsetzungen fest: Wichtig ist es, dass Kinder im Kindergarten- und Volksschulalter bereits ausreichend bewegungsaktiv sind. Darüber hinaus sollen Bewegung und Sport einen fixen Bestandteil im Kindergarten- und Volksschulalltag einnehmen. Um diese Ziele sinnvoll verfolgen zu können, ist aus Sicht der Projektverantwortlichen eine flächendeckende Kooperation von Bildungseinrichtungen und Sportorganisationen in Österreich notwendig.

Die Informationen zu diesem Projekt entstammen der Homepage des ASKÖ Burgenland, der Homepage des ASVÖ Burgenland und der Homepage „Fit Sport Austria“. Weitere Informationen wurden von der Sportunion Burgenland zur Verfügung gestellt.

6.3.4.2 Tägliche Bewegungs- und Sporteinheit

Im Rahmen der Schulautonomie im Burgenland startete im Jahr 2016 das Pilotprojekt „Tägliche Bewegungs- und Sporteinheit“ (TBuS) an jeder Pflichtschule. Seit dem Schuljahr 2017/18 wird das Projekt österreichweit durchgeführt. Die Initiative des Sportministeriums möchte das System „Bildung“ mit dem System „Sport“ vernetzen, um sportmotorische Fähigkeiten und Fertigkeiten der Schüler und Schülerinnen zu fördern und den Umgang mit Geschlechterrollen, Teamfähigkeit und Kreativität zum Thema zu machen.

Wichtige Kooperationspartner und Kooperationspartnerinnen im Rahmen des Projektes sind das Bundesministerium für Öffentlichen Dienst und Sport und das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung. Ziel des Projektes ist es, eine zusätzliche Einheit „Bewegung und Sport“ ergänzend zum herkömmlichen Sportunterricht sowie einen integrativen Bewegungsunterricht anzubieten. Qualifizierte „Bewegungscoaches“ unterstützen dabei, jede Woche ein bis zwei zusätzliche Bewegungseinheiten in den Schulalltag zu bringen.

Im Zuge der Umsetzung der Initiative im Burgenland arbeiten die Sportdachverbände ASKÖ, ASVÖ und Sportunion, der Landesschulrat Burgenland, die Pädagogische Hochschule Burgenland, Schulleiter und Schulleiterinnen, Lehrer und Lehrerinnen sowie die „Bewegungscoaches“ und beteiligte Organisationen, Vereine und Institutionen eng zusammen. Das Sportministerium und das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung verleihen das TBuS-Gütesiegel an Schulen, die bestimmte Kriterien in Bezug auf die Förderung der „Täglichen Bewegungs- und Sporteinheit“ einhalten.

Das Projekt stützt sich auf die Ausführungen im „Nationalen Aktionsplan Bewegung“ (NAP.b), auf die Hinweise in dem Bericht „Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung“ (s. Kapitel 5.1.1) und auf Ausführungen in der „Österreichischen Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie“ (2011 bis 2015). Ziel der TBuS ist es, Bewegung und Sport von Kindern und Jugendlichen im Alter von sechs bis 15 Jahren durch differenzierte, polysportive Bewegungs- und Sporteinheiten (je 50 Minuten) sowohl quantitativ als auch qualitativ zu verbessern. Vorrangige Zielgruppe der „Täglichen Bewegungs- und Sporteinheit“ sind Schüler und Schülerinnen an Volksschulen, Neuen Mittelschulen, Polytechnischen Schulen, Schulsonderformen und der Unterstufe an Allgemeinbildenden Höheren Schulen (Sekundarstufe I). Die Projektinitiative grenzt keine Kinder und Jugendlichen aus. Sie ist für alle Kinder und Jugendlichen, insbesondere auch für Schüler und Schülerinnen mit Förderbedarf, offen.

Einerseits sollen mit dem Projekt mehr Kinder und Jugendliche zu langfristiger Bewegung motiviert werden, andererseits soll das Bewegungsprojekt einen Beitrag zur Weiterentwicklung von Sportorganisationen, wie z.B. Sportverbänden und Sportvereinen, leisten.

Im Zuge des Projektes werden folgende Maßnahmen gesetzt:

- wöchentliche zusätzliche Bewegungsstunde durch einen Bewegungscoach in burgenländischen Schulen
- Integrative Einheit im Sinne der Integration von Bewegungs- und Sporteinheiten in einzelne Unterrichtsfächer
- Talentescouting, bei dem regionale Vereine ihre Sportart in dieser Bewegungscoachstunde vorstellen

Die Initiativen „Kinder gesund bewegen“ und die „Tägliche Bewegungs- und Sporteinheit“ verlaufen parallel. Dabei setzt die Initiative „Kinder gesund bewegen“ in jenen Volksschulen und Regionen an, in denen die „Tägliche Bewegungs- und Sporteinheit“ noch nicht durchgeführt wird.

Die Informationen zu diesem Projekt entstammen der Homepage des ASVÖ Burgenland und der Homepage „Tägliche Bewegungs- und Sporteinheit“. Weitere Informationen wurden von der Sportunion Burgenland zur Verfügung gestellt.

6.3.4.3 Fit & Locker mit Hopsi Hopper

Da sich Bewegung positiv auf die Entwicklung der Konzentrations- und Koordinationsfähigkeit auswirkt, zielt das Projekt „Fit & Locker mit Hopsi Hopper“ darauf ab, Bewegung in den Kindergarten- und Volksschulalltag zu integrieren und zahlreiche Anregungen und Tipps zum Thema Bewegung für Kindergärten und Schulen bereitzustellen. Mit dem ASKÖ Fit Frosch „Hopsi Hopper“ wird seit mehr als 20 Jahren die körperliche, seelische und geistige Fitness der Kinder durch vielfältige bewegte und spielerische Aktivitäten im Kindergarten, in der Schule, im Sportverein, im Schwimmbad, in der Stadt und Gemeinde sowie auf Festen und weiteren

Veranstaltungen gefördert. Dabei werden unterschiedliche spielerische Bewegungsschwerpunkte gesetzt. Zusätzlich gibt es auch ein Bewegungsplakat, einen innovativen „Hopsi Hopper Spielteppich“ zur Kombination von Lernen und Bewegung und zur Förderung von Kreativität sowie ein „Hopsi Hopper Buch“ zur Förderung des bewegten und sozialen Lernens und der Lesekompetenz.

Zudem erhalten bewegungsfreundliche Kindergärten und Volksschulen für die nachhaltige Partnerschaft mit dem ASKÖ Burgenland eine Auszeichnung. Unter Einhaltung bestimmter Kriterien kann der Titel „Bewegungsfreundlicher Kindergarten“ bzw. „Bewegungsfreundliche Volksschule“ verliehen werden.

Seit dem Jahr 2016 nimmt der ASKÖ mit dem Programm „Gesund aktiv mit Hopsi Hopper“ außerdem am Projekt „Activity Square Europe (ASE)“ teil, mit dem Ziel, Erfahrungen auszutauschen, neue Schulsportkooperationen zu starten und nationale Organisationen und Bewegungsprogramme zu vernetzen. Über drei Jahre läuft das Projekt gemeinsam mit den Ländern Belgien, Dänemark, England, Finnland, Niederlande, Saarland (Deutschland), Schweden, Slowenien und Ungarn. Zu den österreichischen Partnerorganisationen zählen neben dem ASKÖ Fit Sport Austria, der ASVÖ und die Sportunion Österreich.

Die soeben dargestellten Informationen zum Projekt entstammen der Homepage des österreichweiten ASKÖ sowie des ASKÖ Burgenland.

6.3.4.4 Ugotchi

Das Projekt „Ugotchi“ der Sportunion Österreich bzw. der Sportunion Burgenland wird vom Bundes-Sportförderungsfonds (BSFF) gefördert und für Schüler und Schülerinnen im Alter von sechs bis zehn Jahren angeboten.

Kinder sollen durch die Kombination der Themen „Bewegung“ und „Ernährung“ zu einem selbstmotivierten, gesunden Lebensstil erzogen werden und ein Bewusstsein für dessen Bedeutung entwickeln.

Schüler und Schülerinnen einer Volksschulklasse sammeln für „gesunde Tätigkeiten“ Punkte. So können sie z.B. für den Besuch der Vereinsstunde genügend Schlaf, Bewegung in der Pause oder gesundes Essen (Gemüse und Obst) jeweils einen Punkt sammeln und so das eigene Punkteheft füllen.

Das Punkteheft sowie alle weiteren Unterlagen bekommt die Klasse kostenlos zugeschickt, sobald sie sich auf der Homepage mit den Zugangsdaten der Schule angemeldet hat. Mitmachen können alle Volksschulklassen. Das Aktivsein jedes bzw. jeder Einzelnen in der Klasse trägt zu einem gemeinsamen Gesamtergebnis bei. Je aktiver jeder Schüler und jede Schülerin ist, desto besser ist das Ergebnis der gesamten Klasse und der Schule. Dies soll die Klassengemeinschaft stärken. Begleitet wird die Aktion von einem jährlich wechselnden Motto. Dazu werden Projektunterlagen erstellt und an alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen übermittelt.

Lehrer und Lehrerinnen stellen wichtige Kooperationspartner und Kooperationspartnerinnen dar, die auf die Bedeutung von Fairness und Toleranz im Sport bzw. im gesamten Leben aufmerksam machen sollen und für das Punktesammeln motivieren. Auch Eltern wird eine entscheidende Rolle für die Gesundheits- und Bewegungsförderung der Kinder zugeschrieben.

Die Informationen zum soeben beschriebenen Projekt wurden von der Sportunion Burgenland zur Verfügung gestellt.

6.3.4.5 U-Tour

Das vom Bundes-Sportförderungsfonds (BSFF) geförderte Projekt „U-Tour“ startete im Jänner 2016. Zielgruppe des Projektes sind Schüler und Schülerinnen im Alter von 11 bis 19 Jahren.

Primäres Ziel dieses Projektes, das von der Sportunion Österreich bzw. Sportunion Burgenland umgesetzt wird, ist es, Schulen und Vereine zu mehr sportlicher Zusammenarbeit zu ermutigen. Folgende Aktivitäten wurden zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Berichtes zur Erreichung dieses Ziels im Burgenland gesetzt:

- 10 „U-Tour“ Stopps
- 600 Schnupperstunden von Vereinen in Schulen
- 100 neue Vereinsmitglieder
- 15 neue Kurse und Einheiten in Vereinen
- 15 neu ausgebildete Übungsleiter und Übungsleiterinnen

Mit Stand Jänner 2018 nahmen mehr als 5.000 Schüler und Schülerinnen am Projekt teil.

Die Informationen zu diesem Projekt wurden von der Sportunion Burgenland zur Verfügung gestellt.

6.3.5 Suchtpräventionsprojekte

Nachfolgend werden einige Projekte des Fachbereiches Suchtprävention des PSD Burgenland im Setting Schule überblicksmäßig vorgestellt. Die Informationen dazu wurden den Leistungsberichten des PSD Burgenland entnommen. In diesen öffentlich zugänglichen Berichten werden auch weitere Initiativen des PSD Burgenland festgehalten.

6.3.5.1 PLUS

Das österreichische Präventionsprogramm „PLUS“ ist als Lebenskompetenzprogramm für NMS und AHS konzipiert. Das Programm zielt darauf ab, die Entwicklung kognitiver, emotionaler und sozialer Kompetenzen der Schüler und Schülerinnen zu unterstützen. Darüber hinaus werden dem Lehrpersonal Hilfestellungen bei der Förderung des Klassenklimas, des sozialen Lernens sowie der Persönlichkeitsentwicklung von Schülern und Schülerinnen angeboten.

6.3.5.2 Seminarreihe für Pädagogen und Pädagoginnen

Im Rahmen verschiedener Seminare erlangen Pädagogen und Pädagoginnen an NMS, AHS und BHS Wissen über die Entstehung von Sucht sowie Konsummotive, Wirkung, Risiken und Folgen des Konsums von Suchtmittel. Zudem werden Handlungsmöglichkeiten für den Umgang mit dem Thema Sucht in der Schule erarbeitet und Methoden zur Lebenskompetenzförderung im Unterricht vorgestellt.

6.3.5.3 Feelok

Die Internetplattform „Feelok“ stellt zahlreiche Informationen sowie Dienstleistungen zu gesundheits- und gesellschaftsbezogenen Themenbereichen, wie z.B. Rauchen und Alkohol, zur Verfügung. Diese werden in Form von Texten, Tests und Spielen für Schüler und Schülerinnen, Jugendliche sowie Pädagogen und Pädagoginnen bereitgestellt.

6.3.5.4 Workshops für Schüler und Schülerinnen

Folgende drei Workshops werden für Schüler und Schülerinnen bzw. Jugendliche angeboten:

Rausch und Risiko

Dieser Workshop gibt den Schülern und Schülerinnen die Möglichkeit, sich über das eigene Verhalten in Bezug auf Suchtmittel Gedanken zu machen und sich damit kritisch auseinanderzusetzen. Ziel dieses Workshops ist es, den risikobewussten und verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu stärken. Außerdem sollen eigene Möglichkeiten, Grenzen und Konsequenzen in Zusammenhang mit Alkoholkonsum identifiziert werden.

Alkohol und Nikotin

Der Workshop bietet Informationen zum Thema Alkohol und Nikotin. Dabei werden Schüler und Schülerinnen dazu befähigt, den eigenen Suchtmittelkonsum kritisch zu beleuchten. Dadurch soll das Problembewusstsein gestärkt und der Unterschied zwischen Genuss und Missbrauch verdeutlicht werden.

Erlebnispädagogik Outdoor

Zu den wesentlichen Zielen dieses Workshops zählen:

- Erleben und Setzen von Grenzen
- Entwicklung von Teamfähigkeit
- Erkennen der eigenen Ressourcen
- Entwicklung von Problemlösungsfähigkeiten
- Auseinandersetzung mit dem Suchtmittelkonsum und Suchtverhalten

Zielgruppe des Workshops sind erneut Schüler und Schülerinnen sowie Jugendliche.

6.4 Vorsorgeprojekte im Burgenland

Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen und Screenings haben zum Ziel, spezifische Krankheiten (ohne Symptome) frühzeitig zu erkennen und darauf aufbauend eine Behandlung durchzuführen. Im Folgenden werden im Burgenland durchgeführte Vorsorgeprojekte überblicksmäßig beschrieben.

6.4.1 Brustkrebsfrüherkennungsprogramm (BKFP)

Das qualitätsgesicherte, transparente und systematische Programm zur Früherkennung von Brustkrebs ist seit Beginn des Jahres 2014 österreichweit im Einsatz. Das von der Bundesgesundheitskommission beschlossene Programm wurde von der Sozialversicherung gemeinsam mit Bund, Ländern und Österreichischer Ärztekammer erarbeitet.

Alle zwei Jahre erhalten Frauen zwischen 45 und 69 Jahren eine Einladung zur Mammographie-Untersuchung. Eine Überweisung ist dabei nicht notwendig. Auch ohne Einladung kann eine Vorsorgemammographie in Anspruch genommen werden. Die Untersuchung wird von zertifizierten Radiologen und Radiologinnen durchgeführt, wobei das Ergebnis von einem zweiten Radiologen oder einer zweiten Radiologin begutachtet werden muss. Falls notwendig, erhält die Frau zusätzlich eine Ultraschalluntersuchung.

Zusätzlich zum Brustkrebsfrüherkennungsprogramm besteht weiterhin die Möglichkeit, eine altersunabhängige Mammographie zur Abklärung von Beschwerden, bei Krankheitsverdacht, bei einer bestehenden Brustkrebserkrankung sowie im Rahmen der Nachsorge bei familiär erhöhtem Risiko mit einer entsprechenden Zuweisung durchzuführen. Im Alter von 40 bis 44 Jahren bzw. im Alter von über 70 Jahren besteht die Möglichkeit, sich über eine Homepage oder eine Telefon-Serviceline zum Programm anzumelden. Im Anschluss erfolgt eine Einladung zur Mammographie.

Ziel der Brustkrebs-Früherkennung ist es, möglichst frühzeitig Tumore zu erkennen, um sie mit bestmöglichem Erfolg behandeln zu können. Zielgruppe sind gesunde Frauen ohne Anzeichen einer Brustkrebserkrankung. Die Teilnahme am Programm ist freiwillig.

Die im vorliegenden Bericht verwendeten Informationen zu diesem Projekt entstammen der Homepage der BGKK sowie der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB).

6.4.2 Diabetes Burgenland „Leben mit Diabetes“ und Therapie Aktiv

Die Behandlung und Betreuung von chronisch Kranken stellt eine große und immer wichtiger werdende Aufgabe für das Gesundheitssystem dar. In den letzten Jahren kam es zu einem rasanten Anstieg von sogenannten Wohlstandserkrankungen. Verbunden mit der demographischen Entwicklung zeigt sich weltweit eine stetig steigende Anzahl an Patienten und Patientinnen mit Diabetes mellitus Typ 2.

Österreichweit werden rund 600.000 Diabetiker und Diabetikerinnen geschätzt, burgenlandweit rund 20.000. Der Trend ist steigend, wobei die Dunkelziffer noch sehr hoch ist. Viele Betroffene wissen nichts über ihre Erkrankung.

Diabetes mellitus Typ 2 ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, die stark durch Lebensgewohnheiten im Bereich der Ernährung und Bewegung beeinflusst werden kann. Deshalb ist das oberste Ziel, die Betroffenen ehestmöglich zu diagnostizieren und einer adäquaten Therapie und Betreuung zuzuführen. Schulungsmaßnahmen sind ein wichtiger Bestandteil jeder Diabetesbehandlung. Durch die aktive Teilnahme an einer Basisschulung zeitnah zur Diagnosestellung sollen die Betroffenen dazu befähigt werden, alles über ihre Erkrankung zu erfahren, um im Alltag damit umgehen zu können. Die Schulungen sind als effektive, gezielte Präventionsmaßnahme im Rahmen eines modernen Disease Management Programms zu sehen.

Die Basisschulungen für neu diagnostizierte Typ 2 Diabetiker und Diabetikerinnen erfolgen standardisiert und nach einheitlichen Schulungsunterlagen in allen burgenländischen Krankenhäusern durch ein interdisziplinäres Schulungsteam, bestehend aus Ärzten und Ärztinnen, Diätologen und Diätologinnen sowie Diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit Zusatzausbildung. Die Patienten und Patientinnen erhalten eine kostenlose Schulungsmappe, die sie beim Leben mit Diabetes im Alltag unterstützen soll.

Die Basisschulungen im intramuralen Bereich erfolgen in Kleingruppen, auch Angehörige sind gerne willkommen. Die Schulung ist in 10 Einheiten bzw. 12 Einheiten für Insulinpflichtige untergliedert, eine Einheit dauert 50 Minuten. Neben den Inhalten, die in den Einheiten vom Schulungsteam vermittelt werden, bleibt genügend Raum für Diskussion und die Beantwortung von Fragen. Nach Absolvierung aller Einheiten erhalten die Patienten und Patientinnen eine Teilnahmebestätigung.

Im Sinne einer verbesserten und strukturierten medizinischen Betreuung von Typ 2 Diabetikern und Typ 2 Diabetikerinnen wird das Programm „Therapie Aktiv“ seit 2015 von neun niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen im Burgenland angeboten. Ziel dieses Programms ist es, Diabetespatienten und Diabetespatientinnen bestmöglich zu versorgen und zu behandeln. Im Rahmen dessen werden fortlaufende Fußuntersuchungen, Augenkontrollen und Bestimmungen des HbA1c (= Glykohämoglobin) durchgeführt. Um den Behandlungserfolg auch selbst aktiv

zu beeinflussen, erfolgt eine gezielte Information über gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung und selbstständige Blutzuckermessungen. Eine Vereinbarung von Zielen kann die Motivation erhöhen.

Die Informationen zu diesem Projekt wurden von der BGKK und dem Land Burgenland zur Verfügung gestellt.

6.4.3 Dickdarmkrebsvorsorge (DKV)

Das Land Burgenland bietet gemeinsam mit der BGKK das Vorsorgemodell „Burgenland gegen Dickdarmkrebs“ an. Im Jahr 2002 wurde das Projekt in den Bezirken Güssing und Jennersdorf begonnen. Seit 2005 wird es im gesamten Burgenland flächendeckend umgesetzt.

95% der bösartigen Tumore entwickeln sich aus zuvor bestehenden, gutartigen Vorstufen, sogenannten Polypen. Grundsätzlich braucht ein Polyp ungefähr fünf bis zehn Jahre, bis er zu einem bösartigen Tumor wird. Außerdem verliert ein Polyp ab einer Größe von einem Zentimeter Blut, welches für das freie Auge nicht sichtbar ist, aber mittels Testverfahren gut nachgewiesen werden kann.

Ziel dieses Vorsorgeprogrammes ist die Reduktion der Mortalitäts- und Morbiditätsrate bei Dickdarmkrebs. Personen zwischen 40 und 80 Jahren bekommen im Zuge des jährlichen Vorsorgeprogramms eine Einladung zu einem Test, um Blut im Stuhl möglichst früh zu erkennen. Bei einem positiven Testergebnis findet eine endoskopische Untersuchung des Dickdarms statt. Dabei wird ein vorhandener Polyp entfernt, damit er sich nicht zu einem bösartigen Tumor entwickeln kann.

Die Informationen zu diesem Projekt entstammen der Homepage der BGKK.

Kapitel 7.1.2.2 gibt Auskunft über die Inanspruchnahme von Dickdarmkrebsvorsorgemaßnahmen, insbesondere auch die Teilnahme der Burgenländer und Burgenländerinnen am Vorsorgemodell „Burgenland gegen Dickdarmkrebs“.

7 GESUNDHEITS- UND KRANKENVERSORGUNG

Die Beschreibung der Gesundheits- und Krankenversorgung ist Kernbestandteil eines jeden Gesundheitsberichtes. Im Folgenden werden daher sowohl Einrichtungen des Gesundheits- und Krankheitswesens im Burgenland als auch die Inanspruchnahme gesundheits- und krankheitsbezogener Leistungen dargestellt. In Anlehnung an die Empfehlungen der europäischen Gesundheitsindikatoren (vgl. ECHIM, 2012) werden vor allem Kennzahlen zu folgenden Themenbereichen in diesem Kapitel dargestellt:

- Gesundheitsausgaben
- Impfungen
- Vorsorgeuntersuchungen bzw. Screenings
- Anzahl niedergelassener Ärzte und Ärztinnen
- Anzahl der Arztbesuche
- Medikamentengebrauch
- Spitalsbetten
- Praktizierende Gesundheitsberufe
- Krankenhausaufenthalte
- Anteil der Nulltagesaufenthalte an den gesamten stationären Aufenthalten
- Hauptdiagnosen in Krankenanstalten
- Durchschnittliche Belagsdauer
- Patientenmobilität
- Medizinisch-technische Großgeräte

Diese werden durch weitere Gesundheitsindikatoren, die der Beschreibung der Gesundheits- und Krankenversorgung dienen, ergänzt.

Die Gesundheits- und Krankenversorgung der Bevölkerung findet sich bezugnehmend auf das Gesundheitsdeterminantenmodell von Dahlgren & Whitehead (1991) (s. Kapitel 1.1.1) in den Lebens- und Arbeitsbedingungen wieder, die von der Politik gestaltbar und veränderbar sind.

Zudem bezieht sich das Kapitel „Gesundheits- und Krankenversorgung“ auf das Ziel 7 der Burgenländischen Gesundheitsziele „Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung im Burgenland für alle nachhaltig sicherstellen“. Das entsprechende übergeordnete Rahmen-Gesundheitsziel für Österreich verfolgt den Ansatz der Stärkung von Prävention und Vorsorge sowie der primären Gesundheitsversorgung und der Gewährleistung des zielgruppenspezifischen und diskriminierungsfreien Zugangs. Dadurch soll eine nachhaltige Absicherung des öffentlichen, solidarischen Gesundheitssystems gewährleistet werden. Zur Sicherung der Qualität, Effektivität und Effizienz bedarf es integrierter, multiprofessioneller und gesundheitsförderlicher Versorgungssysteme und Netzwerkstrukturen. Zentral sind zudem eine wirksame Früherkennung, Frühintervention, integrierte Versorgung und die Stärkung der Patientenkompetenz im Umgang mit Erkrankungen (BMGF, 2017a). Wie sich Indikatoren zu den genannten Elementen des Gesundheitssystems für das Burgenland derzeit gestalten und im Österreichvergleich zu bewerten sind, ist Inhalt dieses Kapitels.

Im Folgenden werden zunächst zwei „übergeordnete“ Indikatoren beschrieben, die das gesamte Gesundheitssystem betreffen.

Versicherungsschutz („insurance coverage“)

Der Indikator „Versicherungsschutz“ bzw. „insurance coverage“ gibt den Anteil der in Hinblick auf Krankheit versicherten Personen einer Bevölkerung an. Hierbei können öffentliche und private Versicherungssysteme einbezogen werden. Der Anteil der Versicherten an der Gesamtbevölkerung beschreibt die Chancen(un)gleichheiten im Gesundheitswesen und im Zugang der Bevölkerung zu Gesundheitsdienstleistungen (vgl. ECHIM, 2012). Im vorliegenden Bericht wird nur die Situation hinsichtlich des gesetzlichen Krankenversicherungsschutzes im Burgenland dargestellt. Dabei werden durch Krankenfürsorgeanstalten geschützte Personen nicht miteinberechnet.

Im Jahr 2016 waren 279.884 Personen im Burgenland krankenversichert. Das entspricht einem Anteil von 95,87% der burgenländischen Bevölkerung. Dieser Anteil liegt etwas unter dem Österreichschnitt (98,58%) (vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2017a).

Gesundheitsausgaben („expenditures on health care“)

Die aktuellen nationalen Gesundheitsausgaben („expenditures on health care“) werden als Prozentsatz des Bruttoinlandsproduktes (BIP) und in Millionen des Kaufkraftstandards angegeben. Die Bereitstellung und Finanzierung von Gesundheitsleistungen und -gütern durch ein Gesundheitssystem stellen eine wesentliche Gesundheitsdeterminante dar. Die Gesundheitsausgaben weisen darüber hinaus auf die langfristige Tragfähigkeit eines Gesundheitssystems hin (vgl. ECHIM, 2012).

Im Jahr 2015 betragen die Gesundheitsausgaben in Österreich rund 37,6 Milliarden Euro bzw. 11,1% des BIP (BMASGK, 2017). Die geschätzten Ausgaben pro Kopf beliefen sich im Österreichschnitt auf 3.973 €. Im österreichweiten Vergleich waren die Gesundheitsausgaben im Burgenland im Jahr 2015 mit 3.508 € pro Kopf am geringsten aller Bundesländer. Neben dem Burgenland lagen auch Oberösterreich (3.738 € pro Kopf), die Steiermark (3.834 € pro Kopf), Tirol (3.870 € pro Kopf) und Niederösterreich (3.884 € pro Kopf) unter dem Österreichschnitt (s. Abbildung 41). Werden jedoch die unterschiedliche Wirtschaftskraft der Bundesländer berücksichtigt und die Gesundheitsausgaben auf das Bruttoregionalprodukt bezogen, so gibt das Burgenland mit 12,7% des Bruttoregionalproduktes am meisten für Gesundheit aus, gefolgt von Kärnten mit 12,0% (vgl. Hofmarcher & Molnárová, 2017).

Gesundheitsausgaben pro Kopf im Österreichvergleich 2015

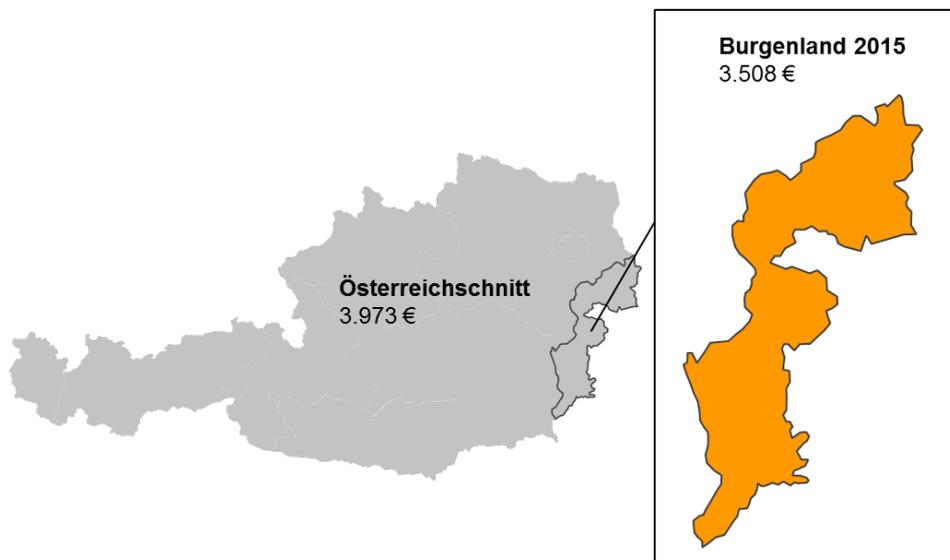


Abbildung 41: Gesundheitsausgaben pro Kopf im Österreichvergleich 2015, Stand: 2015, Quelle: Hofmarcher & Molnárová (2017), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg, Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung

7.1 Gesundheitsförderung, Prävention und Vorsorge

Gesundheit ist gemäß einem aktiven Selbstverständnis die Fähigkeit, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen und zu genießen. Demnach zielt Gesundheitsförderung laut WHO (1986) auf „...einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ ab. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erreichen, ist es zudem nötig, Bedürfnisse, Wünsche und Hoffnungen sowohl einzelner Personen als auch von Gruppen wahrzunehmen und zu verwirklichen. Zudem muss das Gefühl vermittelt werden, dass die Umwelt gemeistert bzw. verändert werden kann. Gesundheitsförderung richtet den Blick auf den Erhalt sowie die Förderung von Gesundheit und zielt auf eine höhere Selbstbestimmung der Bevölkerung über die eigene Gesundheit ab.

Am 20.11.2014 wurde durch die Landes-Zielsteuerungskommission die Gesundheitsförderungsstrategie Burgenland für die Umsetzungsperiode 2013 bis 2022 beschlossen. Die Gesundheitsförderungsstrategie hat zum Ziel, „...einen Rahmen für ziel- und wirkungsorientiertes, qualitätsgesichertes und abgestimmtes Handeln im Bereich der Gesundheitsförderung im Burgenland zu schaffen“ (BURGEF, 2014). Inhaltlich orientiert sie sich an

der Bundesgesundheitsförderungsstrategie und legt Interventionsfelder für Maßnahmen der Gesundheitsförderung fest. Zudem ist darin festgehalten, dass ein Sondervermögen des Burgenländischen Gesundheitsfonds zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention mit der Bezeichnung „Gesundheitsförderungsfonds“ einzurichten ist. Insgesamt stehen mit dem Gesundheitsförderungsfonds im Burgenland 509.240 € pro Jahr für die Jahre 2013 bis 2022 zur Verfügung (vgl. BURGEF, 2014).

Prävention hat im Gegensatz zur Gesundheitsförderung die Vermeidung oder Verringerung von Krankheiten im Fokus. Hierbei werden je nach Krankheitsstadium zum Zeitpunkt der Maßnahme drei Arten unterschieden: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Die Primärprävention versucht, mittels Verringerung eines personengebundenen Risikos Krankheiten vorzubeugen. Die Sekundärprävention zielt auf die Früherkennung bzw. Verhinderung des Fortschreitens einer Krankheit ab. Die Tertiärprävention stellt die Vermeidung bzw. Milderung von Folgeschäden und Komplikationen einer bereits eingetretenen Erkrankung in den Mittelpunkt. Ziel von populationsbasierter Prävention ist die Reduzierung von Krankheitsinzidenzen, Behinderungen und vorzeitigem Tod sowie ein möglichst langer Erhalt der Selbstständigkeit im Alter (vgl. Walter et al., 2003).

Impfungen zählen zu den wichtigsten primärpräventiven Maßnahmen. Sie haben neben einem individuellen gesundheitlichen Nutzen auch einen positiven Effekt auf die öffentliche Gesundheit, da ab einer bestimmten Durchimpfungsrate die gesamte Bevölkerung – also auch Menschen, die aus verschiedenen Gründen nicht geimpft werden können – davon profitiert (vgl. Robert Koch Institut, 2015).

Screenings zur Früherkennung und Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen zählen zu den wichtigsten sekundärpräventiven Maßnahmen, da sie dem frühzeitigen Erkennen und dadurch der Verringerung von Risikofaktoren und der Vermeidung von Erkrankungen dienen (vgl. Robert Koch Institut, 2004).

Im vorliegenden Gesundheitsbericht werden Kennzahlen zu folgenden Präventions- bzw. Vorsorgemaßnahmen entsprechend den europäischen Gesundheitsindikatoren (vgl. ECHIM, 2012) dargestellt:

- Durchimpfungsrate bei Kindern
- Durchimpfungsrate bei Erwachsenen
- Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen
- Sonstige Aktivitäten zur Überprüfung des Gesundheitszustandes

Zuvor wird allerdings noch ein Überblick über Einrichtungen im Burgenland, die sich mit den Themen Gesundheitsförderung, Prävention und Vorsorge beschäftigen, gegeben. Konkrete burgenländische Projekte zur Gesundheitsförderung, Prävention und Vorsorge werden in Kapitel 6 vorgestellt.

7.1.1 Einrichtungen

Im Zeitraum 2013 bis 2017 wurden einige Gesundheitsförderungs-, Präventions- und Vorsorgeprojekte sowie -programme von verschiedenen Organisationen im Burgenland umgesetzt (s. Kapitel 6).

Eine Angabe von konkreten Zahlen und Daten ist nicht möglich, da keine zentral verfügbare Erfassung der im Burgenland vorhandenen Strukturen und Einrichtungen dieser Bereiche vorliegt. Daher werden im Folgenden exemplarisch der Verein „Proges – WIR SCHAFFEN GESUNDHEIT“ (vormals PGA) und die BGKK als Einrichtungen, die Gesundheitsförderung, Prävention und Vorsorge aktiv im Burgenland umsetzen, kurz vorgestellt. Weitere Organisationen, die sich diesen Themen im Burgenland aus verschiedenen Perspektiven und mit unterschiedlichen Schwerpunkten widmen, sind etwa andere Sozialversicherungsträger, das Department Gesundheit der Fachhochschule Burgenland GmbH, die Forschung Burgenland GmbH, Sportdachverbände (ASKÖ, ASVÖ, Sportunion) sowie der PSD Burgenland (s. Kapitel 6).

7.1.1.1 Proges – WIR SCHAFFEN GESUNDHEIT (Proges Burgenland)

Der Proges Burgenland fokussiert den Aufbau und die Ausbreitung der Gesundheitsförderungslandschaft im Burgenland, wobei das kommunale Setting im Mittelpunkt steht. Er ist im Auftrag der BGKK mit der Beratung und Betreuung der teilnehmenden Gemeinden des Pilotprojektes „Gesundes Dorf“ bis 2023 betraut, wobei die Finanzierung aus Mitteln des Burgenländischen Gesundheitsförderungsfonds erfolgt. Im Zuge dessen werden Gemeinden von Proges-Regionalmanagern und Proges-Regionalmanagerinnen bei der Umsetzung von gesundheitsförderlichen Aktivitäten professionell beraten. Zudem ist der Proges Burgenland für die Durchführung der Projektkoordination des Seminarprogramms „Bildungsnetzwerk“ des Fonds Gesundes Österreich im Burgenland und des Projektes „Unser Schulbuffet“ zuständig (vgl. Proges, 2018).

7.1.1.2 Burgenländische Gebietskrankenkasse (BGKK)

Die BGKK ist unter anderem im Bereich der Gesundheitsförderung und Vorsorge tätig. Das GesundheitsInfoZentrum (GIZ) als Service der BGKK bietet die Möglichkeit, sich kostenlos persönlich, schriftlich, telefonisch oder per E-Mail über verschiedene Gesundheitsthemen zu informieren und dient als ergänzendes Angebot zur Selbstinformation. Das Leistungsangebot im Bereich der Gesundheitsförderung umfasst neben dem GIZ (vgl. BGKK, 2016):

- Betriebliche Gesundheitsförderung
- fit2work
- Gesundes Dorf (gemeinsam mit dem Proges Burgenland)
- G'scheit essen – g'sund bleiben
- Klick dich schlank mit KiloCoach
- Netzwerk Kind
- Richtig Essen und Fördern von Anfang an
- Unser Schulbuffet

Das Leistungsangebot der BGKK im Bereich der Vorsorge umfasst:

- Brustkrebs-Früherkennungsprogramm
- Dickdarmkrebsvorsorge
- Therapie Aktiv
- fit2work
- Jugendlichenuntersuchung
- Melanomvorsorge
- Rauchentwöhnung
- Vorsorgeuntersuchung

Diese Projekte und Programme wurden bereits zum Teil in Kapitel 6 vorgestellt.

7.1.2 Inanspruchnahme

Im Folgenden wird die Inanspruchnahme von Präventions- und Vorsorgeleistungen durch die burgenländische Bevölkerung dargestellt.

7.1.2.1 Schutzimpfungen

Schutzimpfungen dienen der Bekämpfung von Infektionskrankheiten und sind gesellschaftlich sowie gesundheitspolitisch weitgehend akzeptiert. Sie bieten sowohl einen individuellen Krankheits- als auch einen Populationsschutz (vgl. Meyer et al., 2002).

Es gilt allerdings zu bedenken, dass Impfprogramme stets eine valide Datenbasis zu Erkrankungshäufigkeiten, Durchimpfungsraten, Impfkomplicationen und Seroprävalenzen (= Anteil der positiv getesteten serologischen Parameter) sowie die Evaluation bereits durchgeführter Impfkationen voraussetzen. So hängt der Erfolg bzw. die Akzeptanz von Schutzimpfungen von verschiedensten Faktoren, wie z.B. der Inzidenz der Erkrankung, der Häufigkeit der Krankheitskomplikationen, der Effektivität des Impfstoffes, den Nebenwirkungen der Impfung, der Erreichbarkeit der Zielpopulation, der Inanspruchnahme der Impfung sowie der Kostenerstattung ab (vgl. Meyer et al., 2002).

Im Folgenden wird zusätzlich zur Durchimpfungsrate bezüglich Grippe (Influenza), Tetanus, Diphtherie, Polio (Kinderlähmung), FSME (Zeckenkrankheit) und Pneumokokken explizit jene bei Kindern in Anlehnung an die europäischen Gesundheitsindikatoren (vgl. ECHIM, 2012) angeführt. Die Daten entstammen einer objektiven statistischen Erhebung des Land Burgenland bzw. des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz sowie der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 der Statistik Austria (2015a).

Die Durchimpfungsrate bei Kindern wird als Prozentsatz der Kinder an allen Kindern angegeben, die einen vollen Impfschutz gegen wesentliche übertragbare Kinderkrankheiten haben. Schutzimpfungen bei Kindern stellen eine der wirksamsten und kosteneffektivsten Maßnahmen der Primärprävention dar (vgl. ECHIM, 2012).

Gemäß den europäischen Gesundheitsindikatoren (vgl. ECHIM, 2012) sollten Säuglinge und Kleinkinder bis zum vollendeten 2. Lebensjahr vollständig gegen folgende übertragbare Kinderkrankheiten geimpft werden: Pertussis, Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis, Masern, Mumps und Röteln.

Diese Schutzimpfungen sind im kostenlosen Kinder-Impfprogramm des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz in Österreich enthalten. Zudem sind auch Impfungen gegen Rotavirus, Haemophilus influenzae Typ B, Hepatitis B und Pneumokokken Teil des Kinder-Impfprogramms (vgl. BMASGK, 2018c). Tabelle 15 stellt den empfohlenen Impfkalender für Säuglinge und Kleinkinder dar. Dabei sind nur die kostenfreien Impfungen zwischen dem 1. und 2. Lebensjahr angeführt.

Tabelle 15: Impfkalender für Säuglinge und Kleinkinder, Quelle: BMGF (2018c), Eigene Erstellung

	1. Lebensjahr							2. Lebensjahr
	7. Woche	3. Monat	4./5. Monat	6. Monat	7.-9. Monat	10.-11. Monat	12.-13. Monat	14. Monat
Rotavirus	2-3 Teilimpfungen (je nach Impfstoff), Abstand 4 Wochen							
Diphtherie Tetanus Pertussis Poliomyelitis Haemophilus influenzae B Hepatitis B		2 Teilimpfungen, Abstand 2 Monate					3. Teilimpfung, Abstand 6 Monate zur 2. Teilimpfung	
Pneumokokken		2 Teilimpfungen, Abstand 2 Monate					3. Teilimpfung, Abstand 6 Monate zur 2. Teilimpfung	
Mumps Masern Röteln						2 Teilimpfungen, Abstand 4 Wochen		

Bezüglich der Durchimpfungsrate bei Kindern werden im Folgenden die Absolutzahlen der burgenländischen Kinder berichtet, die gemäß burgenländischer Impfstatistik im Zeitraum 2014 bis 2017 die 1. Teilimpfung der im Rahmen des Kinder-Impfprogramms enthaltenen Schutzimpfungen erhalten haben.

Abbildung 42 gibt einen Überblick über diese Daten.

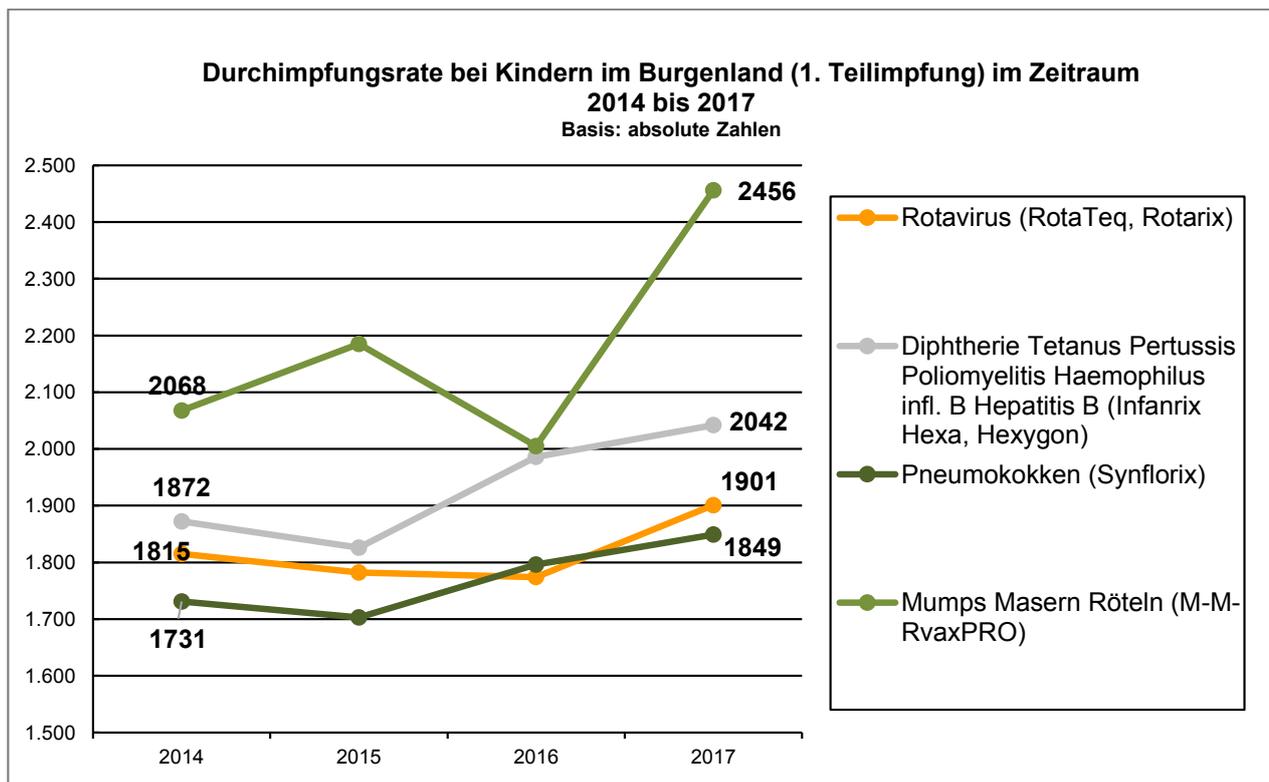


Abbildung 42: Durchimpfungsrate bei Kindern im Burgenland im Zeitraum 2014 bis 2017, Stand: 2018, Basis: absolute Zahlen, Quelle: Impfstatistik Burgenland, Eigene Erstellung

Ergänzend zu den objektiven statistischen Daten stehen Aussagen der Bevölkerung im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) zum aufrechten Impfschutz gegen Grippe (Influenza), Tetanus, Diphtherie, Polio (Kinderlähmung), FSME (Zeckenkrankheit) und Pneumokokken sowie zusätzlich Angaben von Eltern zur Impfung der eigenen Kinder zur Verfügung. Generell ist bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen, dass es sich dabei um subjektive Angaben der Bevölkerung handelt. So lässt sich vermuten, dass nicht alle Personen über ihren tatsächlichen Impfschutz Bescheid wissen.

Zunächst sollen aufgrund der Darstellung der Durchimpfungsraten von Kindern im vorangegangenen Abschnitt Aussagen der Eltern zum Impfstatus ihrer Kinder beschrieben werden.

Im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) wurden von befragten Eltern auch Angaben bezüglich der Impfung der eigenen Kinder erfragt. Dabei zeigt sich, dass im Burgenland mit 94,4% ein etwas größerer Elternanteil das kostenlose Impfangebot nutzt als im Österreichschnitt (91,0%). Der von der burgenländischen Bevölkerung mit Abstand am häufigsten genannte Grund für die Nichtinanspruchnahme des Impfangebots ist die Meinung, dass die Impfung schädlich ist (53,8%). Bezüglich der Inanspruchnahme von Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln bei Kindern liegt das Burgenland mit 94,9% ziemlich genau im Österreichschnitt (95,2%).

Neben dem Impfschutz von Kindern wurde im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 auch nach Impfungen bei den Befragten selbst gefragt. Die Ergebnisse zeigen, dass 74,8% der burgenländischen Bevölkerung eigenen Angaben zufolge einen aufrechten Impfschutz gegen Tetanus; 75,3% gegen FSME; 14,7% gegen Pneumokokken; 47,9% gegen Diphtherie und 44,2% gegen Polio haben. Zudem gaben im Zuge der Befragung 11,1% an, sich in den vergangenen 12 Monaten vor der Befragung, 22,1% vor mehr als 12 Monaten vor der Befragung gegen Grippe geimpft zu haben. Grundsätzlich kann beobachtet werden, dass die Durchimpfungsrate mit zunehmendem Alter ab etwa 55 Jahren abnimmt. Ausnahmen bilden die Impfungen gegen Grippe und FSME. Während der Impfschutz gegen Grippe im Alter zunimmt, bleibt der Anteil der Personen mit aufrechem Impfschutz gegen FSME bis ins hohe Alter recht hoch.

Eine separate Betrachtung der Ergebnisse für die beiden Versorgungsregionen des Burgenlandes zeigt nur geringfügige Unterschiede. In der Versorgungsregion Burgenland Nord herrscht allerdings eine etwas höhere Durchimpfungsrate gegen Grippe, Polio und Pneumokokken vor, während die Bevölkerung in der Versorgungsregion Burgenland Süd bei Tetanus, Diphtherie und FSME voranliegt.

Im Vergleich zum Österreichschnitt weist das Burgenland eine geringfügig höhere Durchimpfungsrate bei Grippe und Pneumokokken und eine deutlich höhere Durchimpfungsrate bei FSME auf. Bei dem Impfschutz gegen Polio, Tetanus und Diphtherie liegt das Burgenland geringfügig unterhalb des Österreichschnitts (s. Abbildung 43).

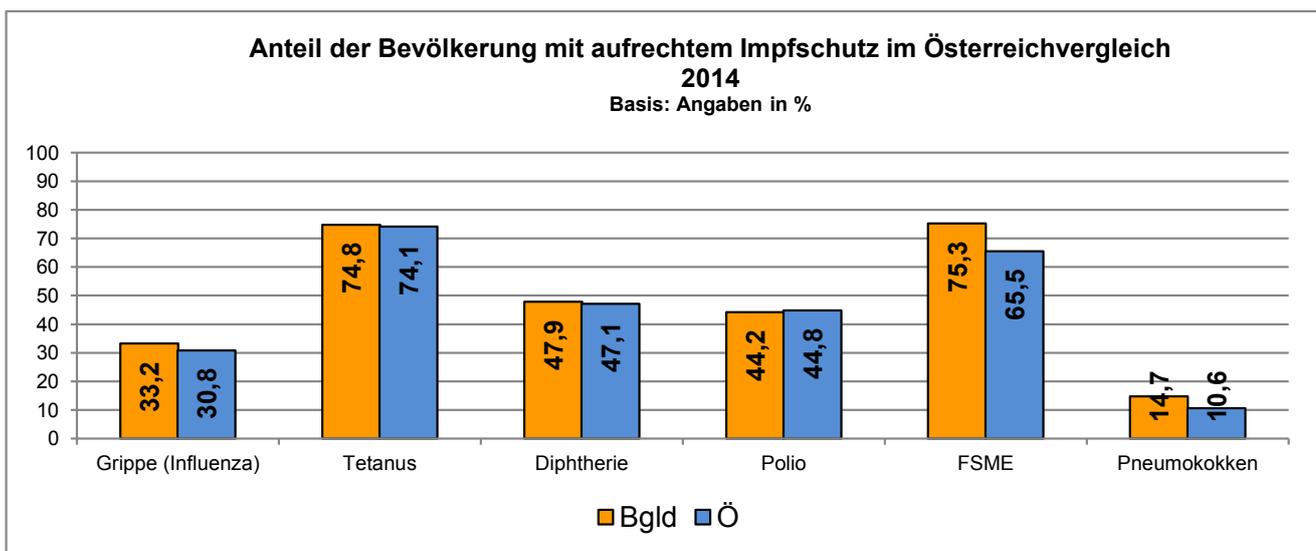


Abbildung 43: Anteil der Bevölkerung mit aufrechem Impfschutz im Österreichvergleich 2014, Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria (2015a), Eigene Erstellung

Ein Vergleich dieser Zahlen mit den Ergebnissen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2006/07 (vgl. Statistik Austria, 2007) ist nur eingeschränkt möglich. Generell zeigen sich für das Burgenland allerdings keine nennenswerten Unterschiede zwischen den beiden Befragungszeitpunkten.

7.1.2.2 Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen

Die Vorsorgeuntersuchung wurde in Österreich im Jahr 1974 eingeführt. Seit 2005 ist sie unter dem Namen „Vorsorgeuntersuchung Neu“ bekannt. Zu dem bewährten Leistungskatalog der Vorsorgeuntersuchung kamen ab diesem Zeitpunkt folgende Leistungen hinzu:

- mehr Beratung hinsichtlich eines gesundheitsförderlichen Lebensstils
- verstärkte Beratungsfunktion des Arztes bzw. der Ärztin
- Erstellung eines Risikoprofils für jede untersuchte Person
- Erweiterung der Darmkrebsvorsorge
- vermehrte Aufmerksamkeit auf die Hör- und Sehleistung bei Menschen über 65 Jahren
- Einbeziehung von Parodontalerkrankungen

Die Gesundenuntersuchung kann in Österreich von jedem bzw. jeder Erwachsenen ab dem 18. Lebensjahr einmal jährlich kostenlos in Anspruch genommen werden. Dabei erfolgen die Untersuchungen durch Vertragsärzte und Vertragsärztinnen auf Basis eines standardisierten Programmes. Sie setzen sich aus einem allgemeinen Untersuchungsteil und einem gynäkologischen Teil zusammen. Ziel der „Vorsorgeuntersuchung Neu“ ist das Früherkennen von Krankheiten wie z.B. Krebs, Diabetes oder Herz-Kreislaufkrankungen (vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2017a).

Daten vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2017b) zeigen, dass im Jahr 2016 insgesamt 72.473 Burgenländer und Burgenländerinnen das kostenlose Vorsorgeuntersuchungsprogramm in Anspruch nahmen. Im Jahr 2011 waren es 56.983 Burgenländer und Burgenländerinnen. Im Jahr 2016 entfielen 52.317 Untersuchungen – das entspricht 72,2% – auf das allgemeine und 20.156 (27,8%) auf das gynäkologische Untersuchungsprogramm. Im Vergleich zu den Daten aus dem Jahr 2011 nahm der Anteil der Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen des gynäkologischen Untersuchungsprogrammes deutlich zu (2011: 11,6% der Untersuchungen).

Insgesamt nahmen 21,4% der burgenländischen Bevölkerung ab 18 Jahren an der allgemeinen Vorsorgeuntersuchung teil. Geschlechtsspezifisch betrachtet zeigt sich, dass ein leicht höherer Anteil der Frauen (22,5%) als der Männer (20,2%) das allgemeine Untersuchungsprogramm in Anspruch nimmt. Am gynäkologischen Untersuchungsprogramm nahmen 16,1% der burgenländischen Frauen ab 18 Jahren teil.

Abbildung 44 zeigt, wie das Burgenland in Hinblick auf die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen im Österreich- und Längsschnittvergleich abschneidet.

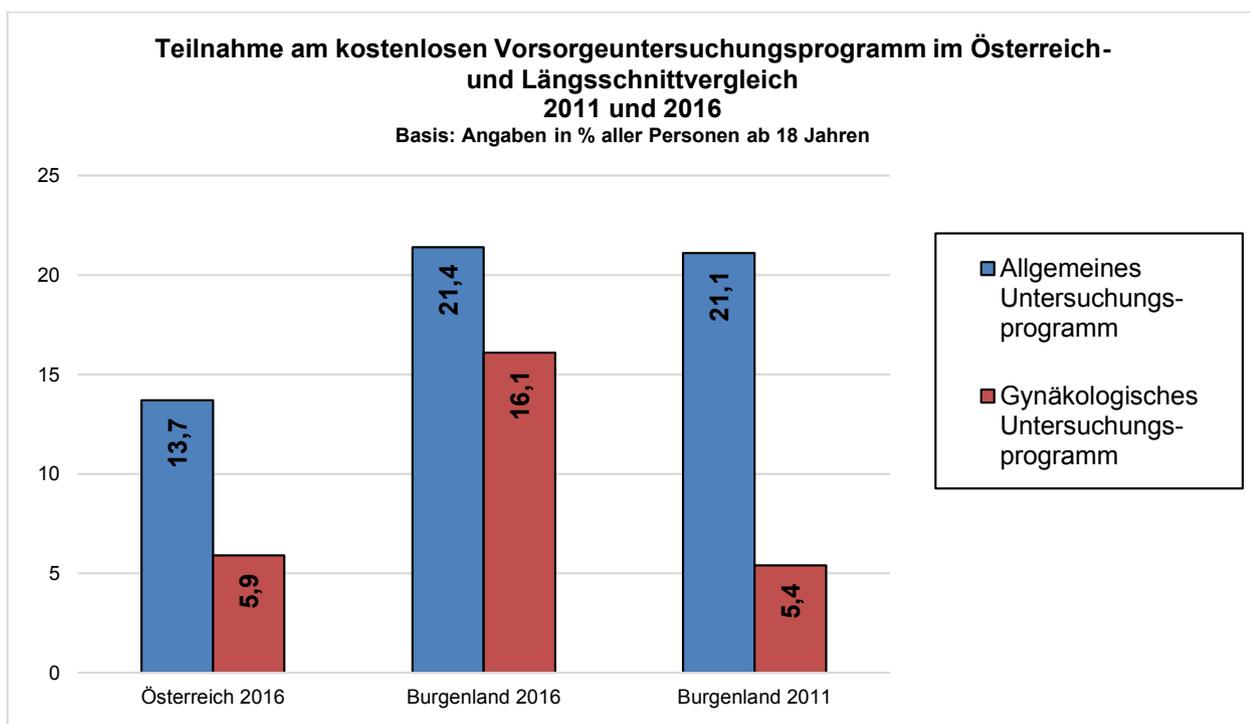


Abbildung 44: Teilnahme am kostenlosen Vorsorgeuntersuchungsprogramm im Österreich- und Längsschnittvergleich 2011 und 2016, Stand: 2016, Basis: Angaben in % der Zielgruppe (Wohnbevölkerung ab 18 Jahren), Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2017b), Eigene Erstellung

Im Folgenden wird näher auf die Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Früherkennung von Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs eingegangen. Die Daten dazu entstammen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a).

Gemäß den europäischen Gesundheitsindikatoren soll die Inanspruchnahme von Brustkrebsvorsorge für Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren, die innerhalb der letzten zwei Jahre eine Mammographie (Brustkrebscreening) hatten, dargestellt werden. Brustkrebs ist die häufigste Krebsform bei Frauen und seit den 1960er Jahren kann ein stetiger Anstieg der Inzidenz beobachtet werden. Bevölkerungswide Brustkrebs-Früherkennungsprogramme mittels Mammographien ermöglichen eine Verringerung der Brustkrebsmortalität um 30% (vgl. ECHIM, 2012).

Aufgrund der verfügbaren Daten wird im Folgenden die Inanspruchnahme der Brustkrebsvorsorge innerhalb der gesamten weiblichen Bevölkerung Burgenlands ab 15 Jahren und nicht speziell innerhalb der Altersgruppe der 50- bis 69-Jährigen dargestellt.

Den subjektiven Aussagen der Befragten im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 zufolge nahmen 52,9% der Burgenländerinnen innerhalb der letzten zwei Jahre eine Mammographie in Anspruch. Damit liegt das Burgenland über dem Österreichschnitt (46,4%). Im Vergleich der Versorgungsregionen liegt Burgenland Nord mit 54,1% leicht voran (Burgenland Süd: 51,1%).

Zur Beschreibung der Inanspruchnahme von Leistungen der Gebärmutterhalskrebsvorsorge sollte gemäß den europäischen Gesundheitsindikatoren der Anteil jener Frauen im Alter von 20 bis 69 Jahren dargestellt werden, die sich innerhalb der letzten drei Jahre einem diesbezüglichen Screening unterzogen. Bei Gebärmutterhalskrebs handelt es sich um eine der am wirksamsten mittels Screenings kontrollierbaren Krebsformen. Durch PAP-Abstriche und anschließende Behandlung von zytologischen Anomalien kann die Entwicklung von Krebs frühzeitig verhindert werden (vgl. ECHIM, 2012).

Die verfügbaren Daten lassen eine Darstellung der Inanspruchnahme der Gebärmutterhalskrebsvorsorge von Burgenländerinnen ab 15 Jahren zu.

Innerhalb der vergangenen drei Jahre vor der Befragung ließen 83,6% der Burgenländerinnen einen „Krebsabstrich“ machen. Im Vergleich dazu lag der Anteil in Gesamtösterreich bei 78,0%. In der Versorgungsregion Burgenland Süd lag der Anteil (86,3%) geringfügig höher als in der Versorgungsregion Burgenland Nord (81,9%).

Zur Beschreibung der Inanspruchnahme der Darmkrebsvorsorge sollte laut europäischen Gesundheitsindikatoren der Anteil der Personen im Alter von 50 bis 74 Jahren dargestellt werden, die sich in den letzten zwei Jahren einem Darmkrebs-Früherkennungstest unterzogen. Mittels Screenings ab einem Alter von 50 Jahren kann die Mortalität aufgrund von Darmkrebs reduziert werden (vgl. ECHIM, 2012).

Die Daten der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) ermöglichen lediglich eine Darstellung der Inanspruchnahme der Darmkrebsvorsorge innerhalb der burgenländischen Bevölkerung ab 15 Jahren. Konkret liegen Daten zur Durchführung einer Darmspiegelung und zur Untersuchung auf verstecktes Blut im Stuhl vor.

Objektive Daten der BGKK zum Vorsorgemodell „Burgenland gegen Dickdarmkrebs“ (s. Kapitel 6.4.3) geben Auskunft über die Inanspruchnahme dieses Projektes durch die Zielgruppe der 40- bis 80-Jährigen.

Innerhalb der letzten fünf Jahre vor der Befragung wurde eigenen Angaben zufolge bei 30,5% der burgenländischen Bevölkerung eine Darmspiegelung vorgenommen. Österreichweit nahmen nur 24,2% der Bevölkerung eine Darmspiegelung in Anspruch. Mit 31,5% wurde bei einem leicht höheren Bevölkerungsanteil in der Versorgungsregion Burgenland Nord eine Darmspiegelung vorgenommen als in der Versorgungsregion Burgenland Süd (28,7%).

Ein Screeningverfahren zur Früherkennung von Darmkrebs ist der Test auf verstecktes Blut im Stuhl. Hierzu liegen neben den subjektiven Angaben der Befragten im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 auch objektive Daten vor.

In Hinblick auf die Inanspruchnahme des Vorsorgemodells „Burgenland gegen Dickdarmkrebs“ zeigen Statistiken der BGKK, dass zwischen 2012 und 2017 jährlich im Durchschnitt 38,7% der Zielgruppe (40- bis 80-Jährige) an dieser Vorsorgeaktion teilnahmen. Im Zeitraum 2003 bis 2011 lag die durchschnittliche jährliche Teilnahmerate mit 35,0% noch etwas niedriger. Die eindeutig höchste Teilnahmerate zeigt sich über den Berichtszeitraum hinweg (2012 bis 2017) im Bezirk Oberwart (44,7%); die niedrigste in den Bezirken Güssing (34,4%), Eisenstadt (35,9%)

und Neusiedl am See (35,9%). Jährlich (Zeitraum 2012 bis 2017) erhielten durchschnittlich 8,5% der Personen, die an der Vorsorgeuntersuchung teilnahmen, ein positives Testergebnis (2003 bis 2011: 8,1%).

Die Ergebnisse der AT-HIS Gesundheitsbefragung, die einen Österreichvergleich der Daten ermöglichen, zeigen ergänzend dazu, dass 55,6% der gesamten burgenländischen Bevölkerung innerhalb der letzten zwei Jahre vor der Befragung einen Test auf verstecktes Blut im Stuhl in Anspruch nahmen. In Gesamtösterreich war dieser Anteil deutlich niedriger (33,0%). In der Versorgungsregion Burgenland Süd nahm ein etwas größerer Anteil der Bevölkerung dieses Screeningverfahren in Anspruch (58,6%) als in der Versorgungsregion Burgenland Nord (53,9%). Zudem unterzog sich ein etwas größerer Anteil der Frauen (59,2%) als der Männer (51,9%) diesem Test.

7.1.2.3 Sonstige Aktivitäten zur Überprüfung des Gesundheitszustandes

Die Bevölkerung hat neben den oben angeführten Vorsorgeuntersuchungen weitere Möglichkeiten, um ihren Gesundheitszustand regelmäßig zu überprüfen. An dieser Stelle wird das Verhalten der Bevölkerung in Hinblick auf Blutdruckmessung, Cholesterinmessung und Blutzuckermessung beschrieben.

Der „normale“ Blutdruck von Erwachsenen liegt bei 120/80 mmHg (Millimeter Quecksilbersäule). Bei einer mehrmaligen Messung von Blutdruckwerten über 140/90 mmHg liegt ein behandlungsbedürftiger Bluthochdruck vor, der zumeist symptomlos oder symptomarm verläuft. Da Bluthochdruck allerdings einen großen Risikofaktor für Herz-Kreislaufkrankungen darstellt, sollte bei der Feststellung von Bluthochdruck das Vorhandensein anderer Erkrankungen des Blutes wie zu hohe Blutfette (Cholesterin) oder Diabetes (Blutzucker) abgeklärt werden.

Cholesterin ist ein fettähnlicher Stoff, der zahlreiche lebensnotwendige Funktionen im menschlichen Organismus hat. Die Normwerte für das LDL-Cholesterin – das „schädliche“ Cholesterin, das sich an den Blutgefäßwänden ablagern kann, wenn es in zu hoher Konzentration vorhanden ist – liegen bei 160 bis 190 mg/dl (Milligramm pro Deziliter). Zu hohe Cholesterinwerte sind ein wesentlicher Risikofaktor für die Entwicklung einer Gefäßverkalkung, die zu Folgekrankheiten wie Herzinfarkt oder Schlaganfall führen kann.

Der Blutzuckerwert sollte bei einem Erwachsenen bzw. einer Erwachsenen in nüchternem Zustand bei 80 bis 110 mg/dl liegen. Ein chronisch erhöhter Blutzuckerwert deutet auf Diabetes hin und erhöht das Risiko für Ablagerungen in den Blutgefäßen mit möglichen Folgeerkrankungen dieser wie beispielsweise Herzinfarkt, Schlaganfall oder Nierenerkrankungen.

Den Angaben der burgenländischen Bevölkerung im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) zufolge wurde bei 1,0% noch nie der Blutdruck, bei 4,5% noch nie der Cholesterinwert und bei 3,6% noch nie der Blutzuckerwert durch medizinisches Fachpersonal gemessen. Vergleichsweise wurde in Gesamtösterreich bei 1,6% der Bevölkerung noch nie der Blutdruck, bei 8,8% noch nie der Cholesterinwert und bei 7,0% noch nie der Blutzuckerwert gemessen.

Im Vergleich der Versorgungsregionen sowie zwischen den beiden Geschlechtern zeigen sich nur geringfügige Unterschiede.

Ergänzend stehen Angaben von 1.404 befragten Burgenländern und Burgenländerinnen ab 16 Jahren, die im Zuge des Gesundheitsbarometers Burgenland 2013 (Welle 8, September/Oktober 2013) (vgl. Institut für Strategieberatung, 2013a) gemacht wurden, bezüglich der Gesundheitsvorsorge zur Verfügung.

Diesen Angaben zufolge taten 52% der Befragten in den Jahren 2012 oder 2013 gezielt etwas für ihre Gesundheit. 26% gaben an, generell viel für ihre Gesundheit zu tun. Zumeist werden dabei mehr Bewegung und Sport gemacht sowie ärztliche Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig in Anspruch genommen. Die Hälfte jener Personen, die in den Jahren 2012 bzw. 2013 gezielte Gesundheitsvorsorge betrieben, hatte einen Anlass dafür. Vorrangig waren dies spezifische Erkrankungen, Schmerzen und Beschwerden (v.a. im Rückenbereich) sowie Übergewicht. Zudem wurden eine generell wahrgenommene sinkende Lebensqualität und der Wunsch, „fitter“ zu sein sowie körperliche Probleme auszugleichen als Gründe für die gezielte Gesundheitsvorsorge genannt. Von 12 vorgegebenen Motiven für die Gesundheitsvorsorge wurden vor allem das Wohlbefinden; die Vermeidung von Medikamenten; der Wunsch, sich gesünder zu fühlen und leistungsfähiger zu sein sowie das Bemerkte erster Erkrankungsanzeichen als bedeutend eingestuft. Als hinderlich für die Durchführung regelmäßiger Gesundheitsvorsorge werden von den Befragten die schwierige Änderbarkeit des eigenen Lebensstils, die fehlende Kenntnis der Notwendigkeit sowie Zeitmangel aus beruflichen Gründen vermutet.

7.2 Ambulante Versorgung

Die ambulante medizinische Versorgung der österreichischen Bevölkerung umfasst die (zahn-)ärztliche therapeutische Behandlung im niedergelassenen Bereich sowie alle Leistungen, die in Ambulatorien der Krankenkassen, selbstständigen Ambulatorien und Spitalsambulanzen erbracht werden. Im folgenden Kapitel werden ergänzend zu diesen medizinischen Bereichen Rettungs- und Krankentransport- sowie mobile Dienste und die Rehabilitation im ambulanten Bereich im Burgenland beschrieben.

Die bezüglich der ambulanten Versorgung relevanten europäischen Gesundheitsindikatoren (vgl. ECHIM, 2012), die im Folgenden dargestellt werden, sind:

- Anzahl praktizierender Ärzte und Ärztinnen
- Registrierte und selbstberichtete Konsultationen eines Allgemeinmediziners bzw. einer Allgemeinmedizinerin
- Registrierte und selbstberichtete Inanspruchnahme sonstiger ambulanter Versorgungsangebote

Aufgrund der aktuellen Datenlage können die europäischen Gesundheitsindikatoren „Zeitpunkt des ersten pränatalen Arztbesuchs von Schwangeren“ sowie „Mobilität von Fachkräften“ nicht dargestellt werden.

7.2.1 Extramurale Versorgung

In Anlehnung an die europäischen Gesundheitsindikatoren (vgl. ECHIM, 2012) werden in diesem Kapitel folgende Kennzahlen zur Beschreibung der extramuralen Versorgung im Burgenland dargestellt:

- Anzahl praktizierender, niedergelassener Ärzte und Ärztinnen pro 100.000 Einwohner
- Anzahl der registrierten Konsultationen niedergelassener Ärzte und Ärztinnen pro Jahr
- Anzahl der selbstberichteten Konsultationen niedergelassener Ärzte und Ärztinnen pro Jahr

Zum Teil werden die Indikatoren im Folgenden aufgrund der Datenlage in etwas anderer Form als im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings vorgeschlagen wird beschrieben. Zusätzlich wird die (selbstberichtete) Inanspruchnahme anderer Gesundheitsdienstleistungen im niedergelassenen Bereich (Physiotherapie und Ergotherapie) thematisiert.

7.2.1.1 Anzahl praktizierender, niedergelassener Ärzte und Ärztinnen

Die im Folgenden dargestellten Zahlen wurden von der Ärztekammer Burgenland und der Ärztekammer Österreich zur Verfügung gestellt. Berechnungen wurden selbstständig durchgeführt.

Im Burgenland standen im Jahr 2017 (Stand: August 2017) 528 niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, davon 236 Kassenärzte und Kassenärztinnen und 292 Wahlärzte und Wahlärztinnen zur Verfügung. Mehr als die Hälfte dieser waren Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen (285), wobei 78 davon eine zusätzliche Facharztausbildung hatten. Unter den 242 Fachärzten und Fachärztinnen, die nicht Allgemeinmediziner bzw. Allgemeinmedizinerinnen sind, bilden die Fächer Innere Medizin (44) und Frauenheilkunde (29) die größten Gruppen.

Für den Vergleich der Versorgungsregionen sowie jenen zwischen Burgenland und Gesamtösterreich werden die folgenden Zahlen als ärztliche Versorgungseinheiten pro 100.000 Einwohner dargestellt. Im regionalen Vergleich zeigt sich, dass die Versorgungsdichte an Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen pro 100.000 Einwohner in der Versorgungsregion Burgenland Süd (100) geringfügig höher ist als in der Versorgungsregion Burgenland Nord (97). Die Versorgungsdichte an Fachärzten und Fachärztinnen ist hingegen in der Region Burgenland Nord (89) höher als in der Region Burgenland Süd (71).

Im österreichweiten Vergleich verfügt das Burgenland über eine höhere Versorgungsdichte an Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen pro 100.000 Einwohner (Burgenland: 98, Österreich: 75), jedoch eine geringere an Fachärzten und Fachärztinnen (Burgenland: 83, Österreich: 130). Details dazu finden sich in Abbildung 45.

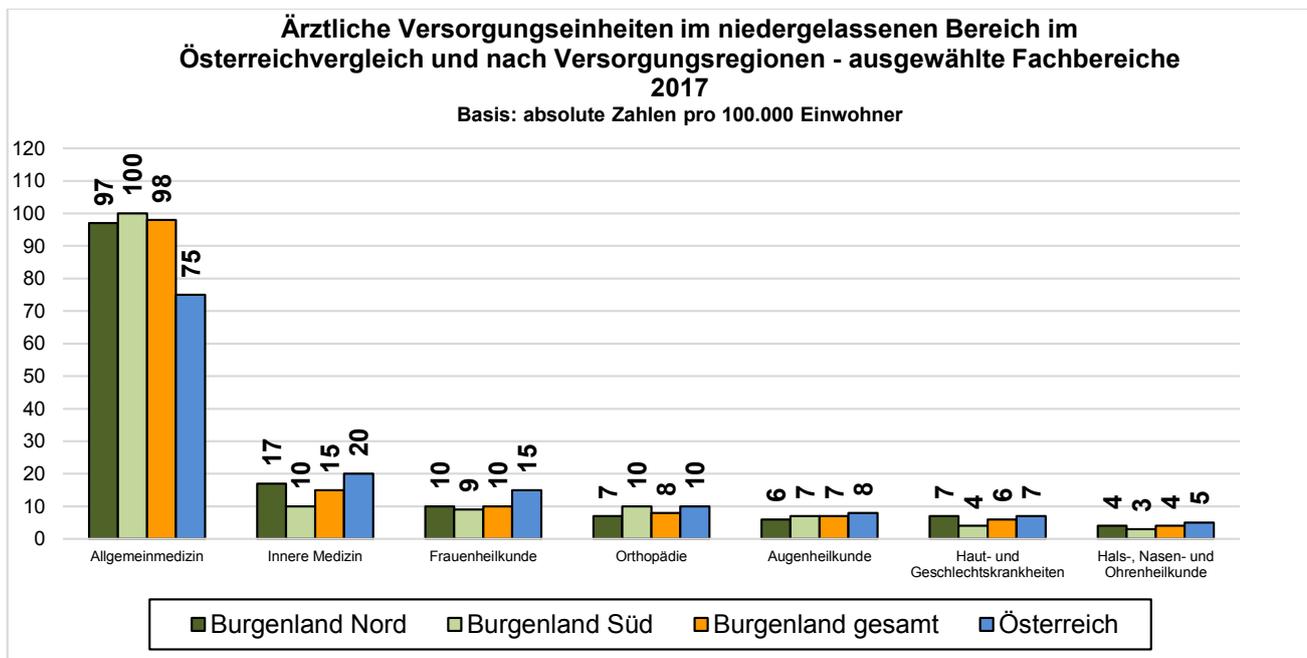


Abbildung 45: Ärztliche Versorgungseinheiten im niedergelassenen Bereich im Österreichvergleich und nach Versorgungsregionen – ausgewählte Fachbereiche 2017, Stand: August 2017, Basis: absolute Zahlen pro 100.000 Einwohner, Quellen: Ärztekammer Burgenland, Ärztekammer Österreich, Eigene Erstellung und Berechnungen

Verglichen mit den im Burgenländischen Gesundheitsbericht 2012 verwendeten Daten fällt auf, dass die Gesamtzahl der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen seit 2011 sank (2011: 544, 2017: 528), die Zahl der Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen im Speziellen jedoch anstieg (2011: 255, 2017: 285).

Die Altersverteilung der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen im Burgenland deutet auf einen drohenden Ärztemangel hin, da mit Stand August 2017 134 Ärzte und Ärztinnen bereits 60 Jahre und älter waren, was einem Anteil von 25,4% aller niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen entspricht. Das derzeitige Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen liegt im Burgenland bei 54 Jahren.

Betrachtet man die Altersverteilung innerhalb der Kassenärzteschaft sowie der Wahlärzteschaft separat, so zeigt sich, dass die Kassenärzte und Kassenärztinnen ein höheres Durchschnittsalter (56 Jahre) aufweisen als die Wahlärzte und Wahlärztinnen (52 Jahre). Zudem weisen erstgenannte einen deutlich höheren Anteil an Ärzten und Ärztinnen, die 60 Jahre oder älter sind (35,2%), als zweitgenannte (17,5%) auf. Dies lässt darauf schließen, dass in den kommenden Jahren der Bedarf an Kassenärzten und Kassenärztinnen im Burgenland steigen wird.

Im Vergleich der Versorgungsregionen fällt auf, dass der Anteil der Ärzte und Ärztinnen ab 60 Jahren in der Versorgungsregion Burgenland Süd (29,5%) höher ist als in der Versorgungsregion Burgenland Nord (23,6%). In Hinblick auf das Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen zeigen sich jedoch kaum Unterschiede zwischen den beiden Versorgungsregionen (Burgenland Süd: 54 Jahre, Burgenland Nord: 53 Jahre).

7.2.1.2 Anzahl der registrierten Arztbesuche

Die Anzahl der registrierten Arztbesuche im extramuralen Bereich ist ein wichtiger objektiver Indikator für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (vgl. ECHIM, 2012).

Im Folgenden wird die Zahl der E-Card Konsultationen pro 100.000 Einwohner nach Fachgruppen dargestellt. Dabei wird nicht zwischen Erst- und Folgekonsultationen unterschieden. Die Daten basieren auf den E-Card-Konsultationen und wurden von der BGKK zur Verfügung gestellt. Sie beziehen sich auf alle Personen mit Wohnsitz im Burgenland.

Insgesamt wurden im Jahr 2016 im Burgenland 4.417.512 E-Card Konsultationen von Personen mit Wohnort im Burgenland registriert. Dies entspricht 1.513.147 Konsultationen pro 100.000 Einwohner. Ärzte und Ärztinnen für Allgemeinmedizin verzeichneten 2.857.693 Konsultationen (978.856 pro 100.000 Einwohner), Fachärzte und Fachärztinnen 921.223 Konsultationen (315.550 pro 100.000 Einwohner). Nähere Informationen zu den einzelnen Fachrichtungen sind in Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16: Zahl der E-Card Konsultationen pro 100.000 Einwohner nach Fachrichtungen im Österreichvergleich 2016, Stand: 2016, Basis: absolute Zahlen pro 100.000 Einwohner, Quelle: BGKK, Eigene Erstellung und Berechnungen

Fachrichtung	Arztbesuche pro 100.000 Einwohner Burgenland	Arztbesuche pro 100.000 Einwohner Österreich
Alle Vertragspartner und Vertragspartnerinnen (inkl. Zahnärzte und Zahnärztinnen)	1.513.147	1.349.342
Allgemeinmedizin	978.856	781.164
Fachärzte und Fachärztinnen	315.550	369.857
Augenheilkunde und Optometrie	40.949	38.878
Chirurgie	6.612	7.305
Haut- und Geschlechtskrankheiten	28.532	33.035
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	30.836	31.762
Innere Medizin	51.679	41.253
Kinderheilkunde	22.351	32.944
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	22.835	22.483
Lungenkrankheiten	10.930	10.789
Neurologie und Psychiatrie	19.186	17.355
Orthopädie und orthopädische Chirurgie	25.012	33.641
Unfallchirurgie	2.147	1.478
Urologie	18.553	15.228

Im Vergleich mit Gesamtösterreich fällt auf, dass die burgenländische Bevölkerung mehr E-Card Konsultationen pro 100.000 Einwohner (Burgenland: 1.513.147, Österreich: 1.349.342) aufweist und insbesondere häufiger die Leistungen von Allgemeinmedizinern und Allgemeinmedizinerinnen (Burgenland: 978.856, Österreich: 781.164) in Anspruch nimmt. Hingegen werden Fachärzte und Fachärztinnen weniger von Burgenländern und Burgenländerinnen konsultiert (Burgenland: 315.550, Österreich: 369.857). Hinsichtlich spezifischer Fachrichtungen nehmen auffällig mehr Burgenländer und Burgenländerinnen Fachärzte und Fachärztinnen für Innere Medizin (Burgenland: 51.679, Österreich: 41.253), aber auffallend weniger Fachärzte und Fachärztinnen für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Burgenland: 28.532, Österreich: 33.035) in Anspruch.

Bezüglich der Geschlechterverteilung fällt auf, dass mehr Frauen (56,7%) als Männer (43,3%) Ärzte und Ärztinnen im extramuralen Bereich im Jahr 2016 konsultierten. Der mehrheitliche Anteil der Frauen an den Arztbesuchen zieht sich über alle Fachrichtungen mit Ausnahme von Kinderheilkunde (Frauen: 48,1%; Männer: 51,9%), Lungenkrankheiten (Frauen: 48,3%; Männer: 51,7%) und Urologie (Frauen: 18,4%; Männer: 81,6%) hinweg.

Im zeitlichen Verlauf zeigt sich, dass die Zahl der E-Card Konsultationen pro 100.000 Einwohner seit 2012 geringfügig gesunken ist (2012: 1.516.662, 2016: 1.513.147). Einen Anstieg erlebten hingegen die Konsultationen pro 100.000 Einwohner von Fachärzten und Fachärztinnen (2012: 311.541, 2016: 315.550). Am deutlichsten zeigt sich dieser in der Fachrichtung Innere Medizin (2012: 46.150, 2016: 51.679).

7.2.1.3 Anzahl der selbstberichteten Arztbesuche

Im Folgenden wird ergänzend zu den registrierten Arztbesuchen jener Personen, die bei der BGKK versichert sind und im Burgenland wohnen, die Anzahl selbstberichteter Arztbesuche dargestellt. Die Informationen hierzu wurden der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) entnommen. Dabei soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die Ergebnisse nicht mit jenen der Befragung in den Jahren 2006/07 (vgl. Statistik Austria, 2007) verglichen werden, da damals andere Frageformulierungen und Antwortkategorien verwendet wurden. Im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 wurde erhoben, wann der letzte Arztbesuch im niedergelassenen Bereich stattgefunden hatte.

Die Ergebnisse zeigen, dass in den letzten 12 Monaten vor der Befragung 78,2% der Burgenländer und Burgenländerinnen einen Allgemeinmediziner oder eine Allgemeinmedizinerin und 65,5% einen Facharzt oder eine Fachärztin (dazu zählen sowohl solche im niedergelassenen Bereich als auch jene in Spitals- und Unfallambulanzen) aufsuchten.

Zwischen den beiden Versorgungsregionen zeigen sich nur geringfügige Unterschiede. Zudem entsprechen die Zahlen für das Burgenland in etwa dem Österreichschnitt (Allgemeinmediziner bzw. Allgemeinmedizinerin Österreich: 76,2%; Facharzt bzw. Fachärztin Österreich: 63,3%).

Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich dahingehend beobachten, dass ein etwas höherer Anteil der Frauen Allgemeinmediziner bzw. Allgemeinmedizinerinnen (Frauen: 81,1%; Männer: 75,1%), Fachärztinnen und Fachärztinnen (Frauen: 70,7%; Männer: 60,0%), Zahnärzte und Zahnärztinnen (Frauen: 73,7%; Männer: 68,8%), Augenärzte und Augenärztinnen (Frauen: 36,7%; Männer: 33,9) sowie Orthopäden und Orthopädinnen (Frauen: 17,6%; Männer: 12,0%) innerhalb der letzten 12 Monate vor der Befragung konsultierte. Hautärzte und Hautärztinnen wurden hingegen etwas häufiger von Männern (24,7%) als von Frauen (20,4%) besucht. Zudem berichteten mehr als die Hälfte der burgenländischen Frauen (62,6%), in diesem Zeitraum einen Gynäkologen bzw. eine Gynäkologin aufgesucht zu haben.

Details zu den selbstberichteten Arztbesuchen im Burgenland, Gesamtösterreich und den beiden Versorgungsregionen werden in Abbildung 46 dargestellt.

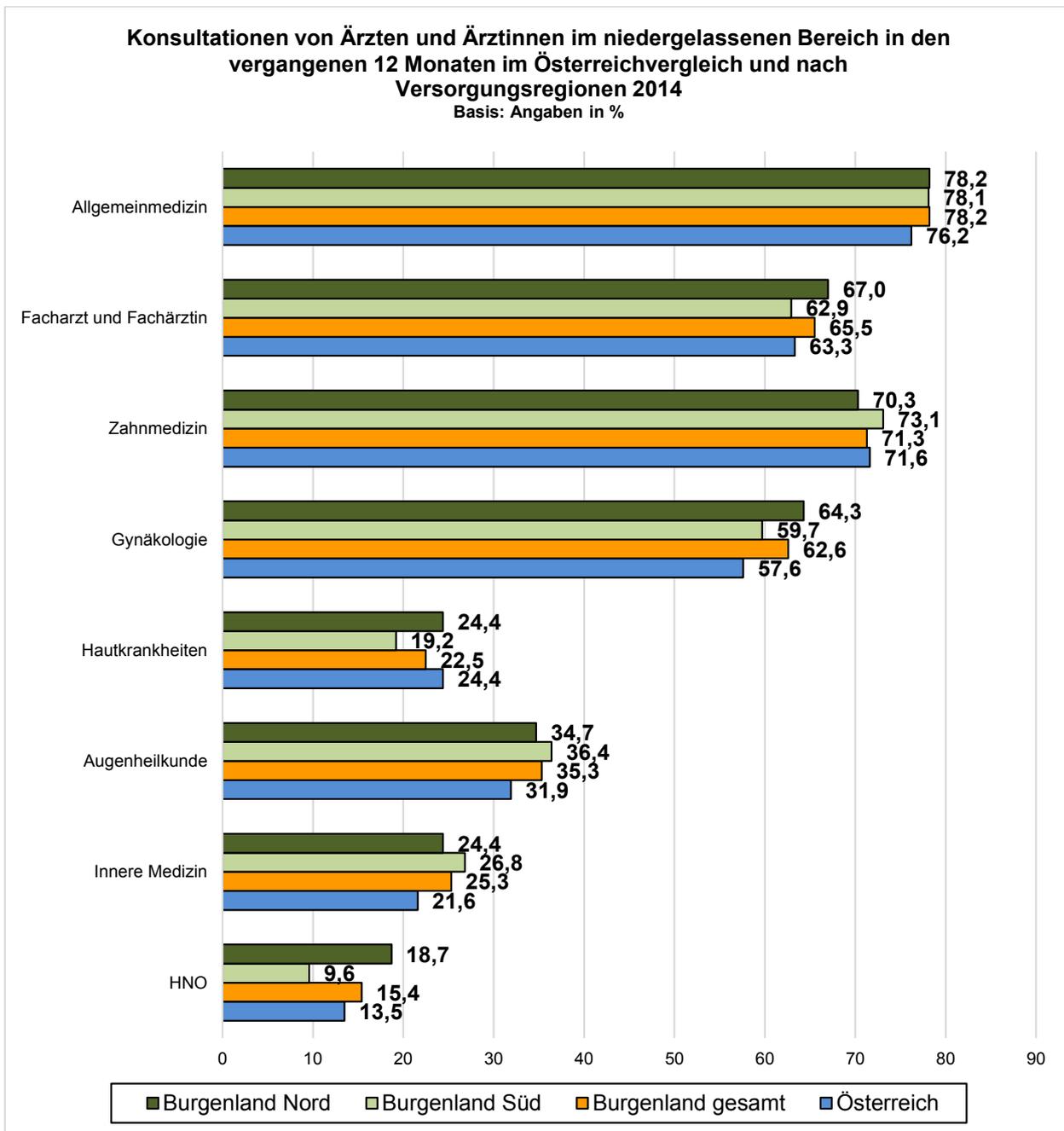


Abbildung 46: Konsultationen von Ärzten und Ärztinnen im niedergelassenen Bereich in den vergangenen 12 Monaten im Österreichvergleich und nach Versorgungsregionen 2014, Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria (2015a), Eigene Erstellung und Berechnungen

Im Rahmen des Gesundheitsbarometers Burgenland im Jahr 2016 (Welle 16, März/April 2016) (vgl. Institut für Strategieanalysen, 2016) wurde die Meinung der burgenländischen Bevölkerung zur Hausarztversorgung eingeholt. 96% der Befragten gaben an, einen fixen Hausarzt bzw. eine fixe Hausärztin zu haben. 94% dieser Personen sind mit den Öffnungszeiten des Hausarztes bzw. der Hausärztin eher bis sehr zufrieden. Bei 77% der Befragten haben die Öffnungszeiten beim letzten Mal, als ein Hausarzt bzw. eine Hausärztin erforderlich war, sehr gut bis eher gut „gepasst“.

Die meistgenannten Verbesserungswünsche hinsichtlich der Öffnungszeiten sind die Öffnung der Praxis abends (19%), die Öffnung der Praxis nachmittags (17%) sowie generell längere Öffnungszeiten (13%). Ganztägige und täglich durchgängige Öffnungszeiten wurden von nur wenigen als Verbesserungsvorschläge angeführt (je 3%). Hinsichtlich der Dringlichkeit von ausgedehnten Öffnungszeiten von Hausarztpraxen sind die Befragten geteilter Meinung. 48% sehen dies als sehr bis eher dringend an, 47% als eher nicht bis gar nicht dringend. Knapp mehr als die Hälfte der Befragten (53%) meint, dass Öffnungszeiten eines Hausarztes bzw. einer Hausärztin innerhalb einer Region bis 22 Uhr eher nicht bis gar nicht erforderlich sind. In dem Fall, dass der Hausarzt bzw. die Hausärztin geschlossen hat, wenn Bedarf besteht (ohne akute Notfälle), würden 46% abwarten, bis der Hausarzt bzw. die Hausärztin wieder öffnet. 33% würden einen anderen Arzt bzw. eine andere Ärztin in der Umgebung aufsuchen.

7.2.1.4 Inanspruchnahme sonstiger Gesundheitsdienstleistungen

An dieser Stelle wird die Inanspruchnahme von Physiotherapie und Ergotherapie als weitere Gesundheitsdienstleistungen im ambulanten Bereich durch die burgenländische Bevölkerung beschrieben.

Die Datenlage zum Angebot physiotherapeutischer und ergotherapeutischer Leistungen im niedergelassenen Bereich ist mangelhaft, da keine vollständige Erfassung vorliegt. Die im Folgenden beschriebenen Daten entstammen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) und geben daher lediglich einen Einblick in die selbstberichtete Inanspruchnahme.

Physiotherapie wurde innerhalb der vergangenen 12 Monate vor der Befragung von 15,7% der burgenländischen Bevölkerung in Anspruch genommen. Im Vergleich der Versorgungsregionen liegt Burgenland Nord mit 16,7% leicht voran (Burgenland Süd: 13,9%). Österreichweit beanspruchte mit 18,1% ein etwas größerer Anteil der Bevölkerung physiotherapeutische Beratung, Untersuchung oder Behandlung.

Beratende, untersuchende oder behandelnde Leistungen der Ergotherapie nahmen 2,9% der Burgenländer und Burgenländerinnen in den vergangenen 12 Monaten vor der Befragung in Anspruch, im Vergleich dazu 2,6% der Österreicher und Österreicherinnen. Auch derartige Gesundheitsdienstleistungen werden in der Versorgungsregion Burgenland Nord (3,4%) etwas häufiger genutzt als in der Versorgungsregion Burgenland Süd (2,1%).

Im Geschlechtervergleich zeigen sich sowohl bei der Inanspruchnahme von Physiotherapie als auch von Ergotherapie keine relevanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

7.2.2 Spitalsambulante Versorgung

Im Burgenland sind fünf Krankenanstalten neben der stationären (s. Kapitel 7.4) auch für die spitalsambulante Versorgung der Bevölkerung zuständig. Dabei handelt es sich um das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt sowie die KRAGES-Krankenanstalten Kittsee, Oberpullendorf, Oberwart und Güssing.

An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass die ambulante Versorgung der Bevölkerung im Burgenland ebenso in 24 selbstständigen Ambulatorien (Stand: Oktober 2017) miterbracht wird. Davon befinden sich sechs im Bezirk Neusiedl am See, jeweils fünf in Eisenstadt und dem Bezirk Oberpullendorf, jeweils drei im Bezirk Mattersburg und in Oberwart und zwei in Güssing (vgl. BMGF, 2017d). Der Bezirk Jennersdorf verfügt mit Stand Oktober 2017 über kein selbstständiges Ambulatorium.

Im Folgenden liegt der Fokus auf der spitalsambulanten Versorgung, die anhand folgender Kennzahlen beschrieben wird:

- Personal in Spitalsambulanzen
- Anzahl und Frequenz ambulanter Patienten und Patientinnen
- Ambulante Endkosten
- Kosten je Patient bzw. Patientin und je Frequenz

Um die österreichweite Vergleichbarkeit zu gewährleisten, werden die einzelnen Kennzahlen zusätzlich pro 1.000 Einwohner oder pro ambulantem Patienten bzw. ambulanter Patientin dargestellt, wobei die Ergebnisse

auf eigenen Berechnungen beruhen. Die Daten entstammen der überregionalen Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten Österreich (vgl. BMGF, 2017c).

Ergänzend zu den aufgelisteten Kennzahlen werden in den folgenden Ausführungen die im Rahmen des Gesundheitsbarometers Burgenland 2013 (vgl. Institut für Strategieanalysen, 2013b) selbstberichteten Gründe für spitalsambulante Aufnahmen angeführt.

7.2.2.1 Personal in Spitalsambulanzen

Im Burgenland arbeiteten im Jahr 2016 887,04 Vollzeitäquivalente (VZÄ) in Spitalsambulanzen. Darunter versteht man die auf Normalarbeitszeit umgerechneten Beschäftigungsverhältnisse. Somit waren in diesem Jahr etwa 3,0 VZÄ pro 1.000 Einwohner in burgenländischen Spitalsambulanzen tätig.

Im zeitlichen Verlauf stieg die absolute Zahl der VZÄ an (2011: 824,48; 2016: 887,04), pro 1.000 Einwohner ist aufgrund des Bevölkerungszuwachses keine Veränderung zu beobachten (2011: 2,9 VZÄ pro 1.000 Einwohner; 2016: 3,0 VZÄ pro 1.000 Einwohner). Im Österreichschnitt sind rund 4,5 VZÄ pro 1.000 Einwohner in Spitalsambulanzen tätig (s. Abbildung 47).

Personal in Spitalsambulanzen im Österreich- und Längsschnittvergleich 2011 und 2016 Basis: Vollzeitäquivalente pro 1.000 Einwohner

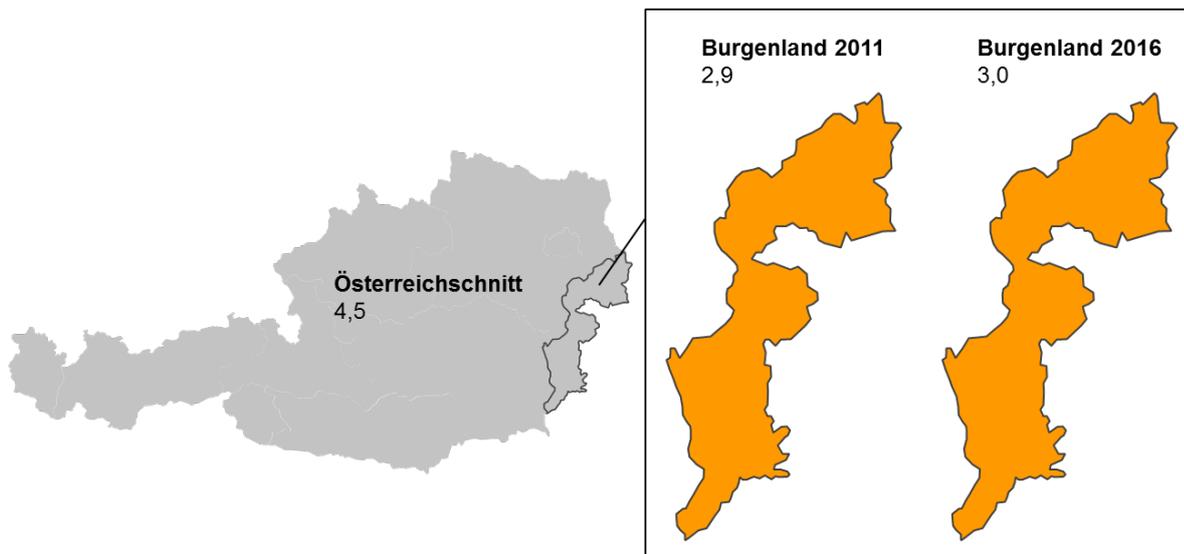


Abbildung 47: Personal in Spitalsambulanzen im Österreich- und Längsschnittvergleich 2011 und 2016, Stand: 2016, Basis: Vollzeitäquivalente pro 1.000 Einwohner, Quelle: BMGF (2017c), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg, Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung und Berechnungen

7.2.2.2 Anzahl und Frequenz ambulanter Patienten und Patientinnen

Im Burgenland wurden im Jahr 2016 insgesamt 220.658 Personen in Spitalsambulanzen behandelt. Dies entspricht 757 ambulanten Patienten und Patientinnen pro 1.000 Einwohner. Insgesamt fanden 401.170 spitalsambulante Besuche statt, was rund 1.375 ambulanten Frequenzen pro 1.000 Einwohner entspricht.

Im zeitlichen Verlauf kann seit 2011 eine tendenzielle Zunahme der Anzahl, jedoch eine Abnahme der Frequenz ambulanter Patienten und Patientinnen in den burgenländischen Spitalsambulanzen verzeichnet werden. So wurden im Jahr 2011 vergleichsweise 736 Patienten und Patientinnen pro 1.000 Einwohner behandelt, wobei 1.416 spitalsambulante Besuche pro 1.000 Einwohner stattfanden.

Im Vergleich zum Österreichschnitt (Anzahl: 978 ambulante Patienten und Patientinnen pro 1.000 Einwohner; Frequenz: 1.969 pro 1.000 Einwohner) ist eine geringere Anzahl und Frequenz im Burgenland zu beobachten.

Hinsichtlich der Frequenz pro ambulantem Patienten bzw. ambulanter Patientin zeigt sich ebenso ein geringerer Wert für das Burgenland mit einer Abnahme im zeitlichen Verlauf (Burgenland 2016: 1,82; Burgenland 2011: 1,93; Österreichschnitt 2016: 2,01). Details dazu finden sich in Abbildung 48.

**Anzahl und Frequenz ambulanter Patienten und Patientinnen im
Österreich- und Längsschnittvergleich 2011 und 2016**
Basis: absolute Zahlen pro 1.000 Einwohner

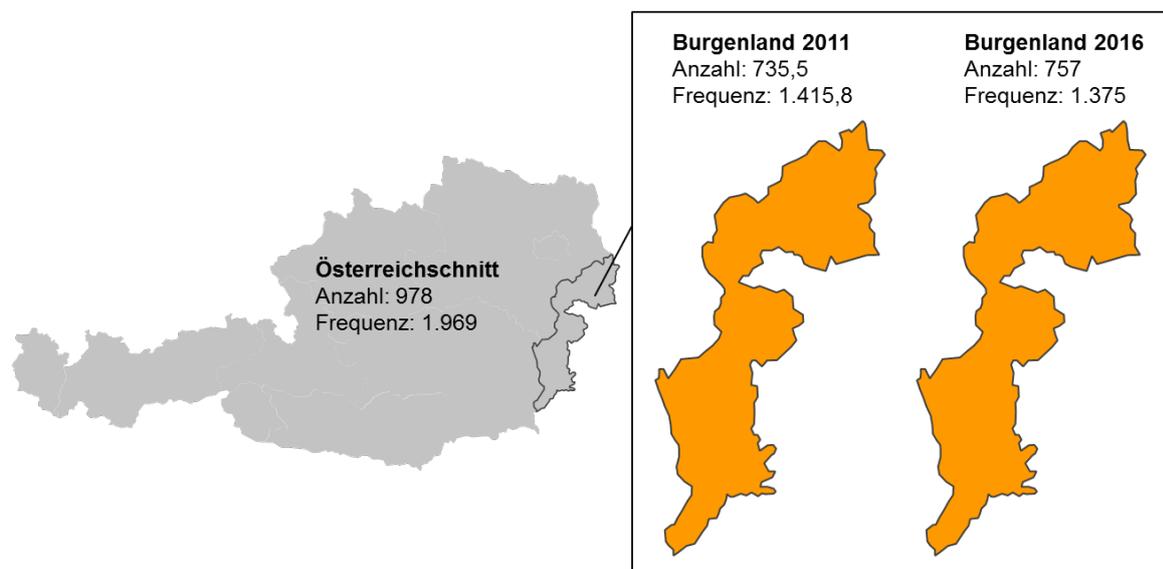


Abbildung 48: Anzahl und Frequenz ambulanter Patienten und Patientinnen im Österreich- und Längsschnittvergleich 2011 und 2016, Stand: 2016, Basis: absolute Zahlen pro 1.000 Einwohner, Quelle: BMGF (2017c), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg, Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung und Berechnungen

Im Rahmen des Gesundheitsbarometers Burgenland 2013 (Welle 7, Februar/März 2013) (vgl. Institut für Strategieanalysen, 2013b) gaben in etwa drei Viertel der befragten Burgenländer und Burgenländerinnen an, Spitalsambulanzen nur in Ausnahmefällen bzw. seltener als einmal im Halbjahr aufzusuchen. Bezüglich der Altersverteilung kann hierbei beobachtet werden, dass ältere Personen und Personen im Alter zwischen 30 und 39 Jahren Spitalsambulanzen etwas häufiger besuchen.

7.2.2.3 Ambulante Endkosten

Im Burgenland lagen die ambulanten Endkosten im Jahr 2016 bei 35.328.546 €. Dies entspricht durchschnittlich 160 Euro pro ambulantem Patienten bzw. ambulanter Patientin. Dabei versteht man unter Endkosten Primärkosten abzüglich Kostenminderungen durch Erlöse bzw. Kostenersatzleistungen. 2011 betrug die Kosten 27.467.796 €.

Im Österreichvergleich weist Burgenland geringere Kosten pro ambulantem Patienten bzw. ambulanter Patientin auf (Österreich: 248 €). Pro ambulanter Frequenz sind die Kosten im Burgenland ebenso geringer (Burgenland: 159 €; Österreich: 209 €). Details dazu finden sich in Abbildung 49.

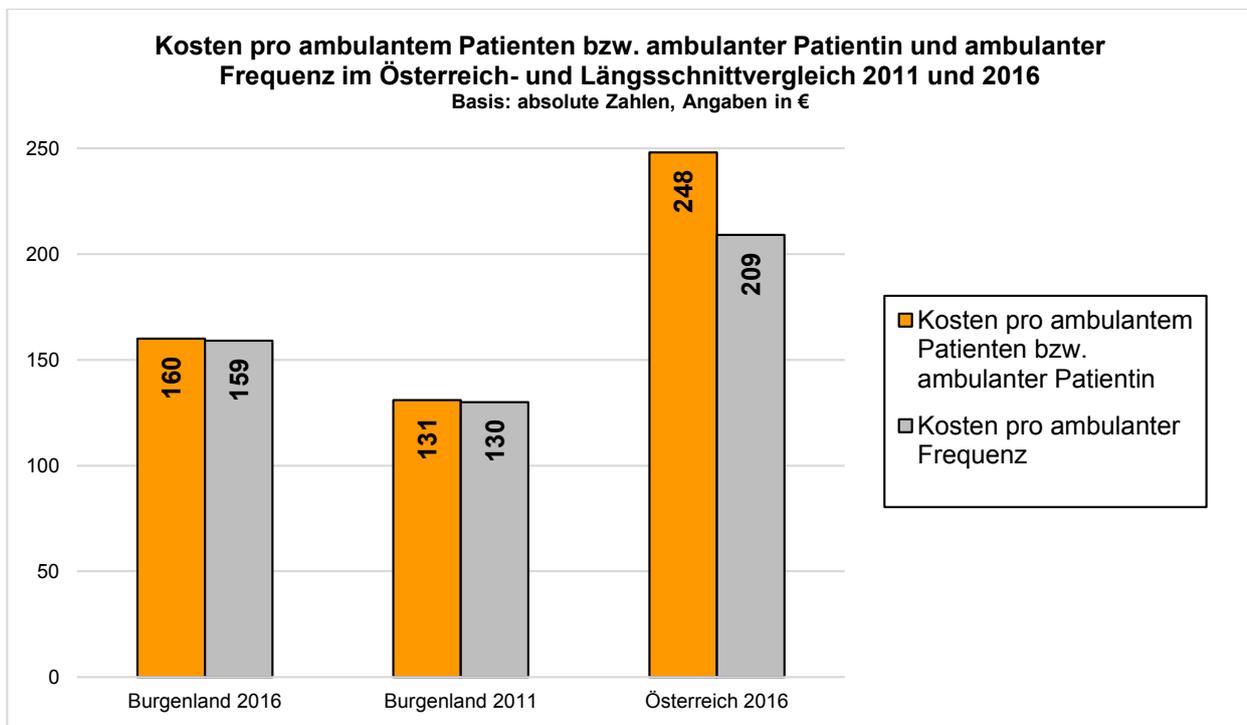


Abbildung 49: Kosten pro ambulantem Patienten bzw. ambulanter Patientin und ambulanter Frequenz im Österreich- und Längsschnittvergleich 2011 und 2016, Stand: 2016, Basis: absolute Zahlen, Angaben in €, Quelle: BMGF (2017c), Eigene Erstellung

7.2.2.4 Gründe für spitalsambulante Aufnahmen

Im Rahmen des Gesundheitsbarometers Burgenland 2013 (Welle 7, Februar/März 2013) (vgl. Institut für Strategieanalysen, 2013b) wurden die Gründe für das Aufsuchen einer Spitalsambulanz anstelle eines niedergelassenen Arztes bzw. einer niedergelassenen Ärztin innerhalb der burgenländischen Bevölkerung erhoben. Der Hauptgrund sind akute Fälle bzw. Notfälle, gefolgt von Öffnungszeiten, Ausnahmefällen, Überweisungen durch den Arzt bzw. die Ärztin und schwere Verletzungen bzw. Unfälle (Brüche). Eine speziellere Ausstattung und technische Möglichkeiten werden nur selten als Gründe für den Besuch einer Spitalsambulanz angeführt.

Allgemein gesehen vermuten rund 30% der Befragten, dass Spitalsambulanzen vor allem wegen der besseren Versorgung und der größeren Anzahl an Fachärzten und Fachärztinnen aufgesucht werden. Weitere wichtige Gründe scheinen Öffnungszeiten außerhalb der Ordinationszeiten und Notfälle zu sein.

Aufgrund der eingeschränkten Öffnungszeiten einer niedergelassenen Ordination gab ein Drittel der Befragten im Rahmen der Befragung an, bereits eine Spitalsambulanz aufgesucht zu haben. Konkret wäre der niedergelassene Arzt bzw. die niedergelassene Ärztin am Wochenende/Feiertag bzw. am Abend benötigt worden. Mehr als die Hälfte der Befragten würde Öffnungszeiten von Haus- und Facharztordinationen wochentags bis 18 Uhr, ein Drittel der Befragten eine Öffnung bis 20 Uhr bevorzugen. 44% bzw. 42% der Befragten würden sich eine Öffnung der Hausarztordination bzw. der Facharztordination am Samstag und Sonntag vormittags wünschen.

Im Burgenland wurde für diese „Problematik“ eine sogenannte Akutordination in Oberwart eingerichtet, die im Jahr 2018 auch in anderen Regionen des Burgenlandes eingerichtet werden soll. Dieses Projekt wird im Folgenden überblicksmäßig beschrieben.

Pilotprojekt Akutordination Oberwart

Die Informationen zu diesem Projekt entstammen der Homepage der BGKK sowie der Homepage der KRAGES.

Im Bezirk Oberwart startete im Jahr 2016 ein Pilotprojekt, das die Verschränkung von niedergelassenem Bereich und Spitalsbereich zum Ziel hat. Direkt im Krankenhaus Oberwart wurde eine Akutordination als Anlaufstelle für allgemeinmedizinische Notfälle eingerichtet. Patienten und Patientinnen haben die Möglichkeit, die Akutordination von Montag bis Freitag sowie zu den Tagesrandzeiten von 17 Uhr bis 22 Uhr zu nutzen.

Projekträger sind das Land Burgenland, die BGKK, die Burgenländische Ärztekammer sowie der BURGEF und die KRAGES.

Als wichtiges Ziel des Pilotprojektes wird die Entlastung der Spitäler genannt. Patienten und Patientinnen ohne entsprechende Zuweisung kommen in erster Linie in die Akutordination. Dort erfolgt eine Erstbegutachtung und Erstversorgung durch einen erfahrenen Allgemeinmediziner bzw. eine erfahrene Allgemeinmedizinerin. Je nach Krankheitsbild werden die Patienten und Patientinnen an die Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit des Krankenhauses Oberwart (ZAE) weitergeleitet oder an einen niedergelassenen Arzt bzw. eine niedergelassene Ärztin verwiesen.

Darüber hinaus sollen durch die zeitlich begrenzten Dienstzeiten die Arztstellen am Land attraktiver gestaltet werden. Das bewährte Hausarztssystem bleibt weiterhin bestehen, da die Akutordination ausschließlich für allgemeinmedizinische Notfälle eingerichtet wurde. Daher finden auch keine Weiterverordnungen von Arzneimitteln, Wiederbestellungen, Kontrollen und Krankschreibungen statt. Das Projekt umfasst die Gemeinden des Bezirkes Oberwart und ersetzt den allgemeinmedizinischen Wochentagsnacht-Bereitschaftsdienst. Ausgenommen sind die Dörfer Litzelsdorf, Kemeten und Deutsch Schützen. Diese werden weiterhin vom Bereitschaftsdienst Güssing mitversorgt. Diesbezüglich ist jedoch festzuhalten, dass im Jahr 2018 ein Rollout der Akutordination auf alle sieben Bezirke des Burgenlandes erfolgt.

7.2.3 Rettungs- und Krankentransportdienste

Die Rettungs- und Krankentransportdienste leisten einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung einer raschen Versorgung im Notfall sowie im Krankheitsfall. Im Burgenland sind für den bodengebundenen Rettungs- und Krankentransportdienst das Burgenländische Rote Kreuz und der Arbeitersamariterbund (Landesverband Burgenland) zuständig. Für die Rettung aus der Luft ist vorwiegend der Christophorus-Flugrettungsverein des ÖAMTC verantwortlich.

Das Rote Kreuz Burgenland verfügt über sieben Bezirksstellen (Neusiedl am See, Eisenstadt, Mattersburg, Oberpullendorf, Oberwart, Güssing und Jennersdorf) und fünf weitere Rettungsstellen in Frauenkirchen, Kittsee, Deutschkreutz, Rechnitz und Rudersdorf (Stand: 31.12.2016). Der Samariterbund betreibt im Burgenland an vier Standorten (Andau, Hornstein, Weppersdorf und Großpetersdorf) Rettungsstützpunkte (Stand: 2017). Seit Erscheinen des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2012 kam der Rettungsstützpunkt Großpetersdorf beim Samariterbund hinzu.

Insgesamt fanden im Jahr 2016 beim Roten Kreuz Burgenland 82.560 Einsätze im Rettungsdienst, davon 6.421 Notarzteinsätze, 19.666 Rettungseinsätze und 56.473 Krankentransporte statt (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Burgenland, 2017). Im zeitlichen Verlauf ist zu beobachten, dass die Anzahl der Einsätze des Roten Kreuzes Burgenland insgesamt seit 2011 anstieg (2011: 74.420). Einzig die Zahl der Krankentransporte sank (2011: 59.231). Die Zahl der Notarzteinsätze im Speziellen verdoppelte sich nahezu (2011: 3.704).

Der Samariterbund führte laut Angaben des Samariterbundes Burgenland im Jahr 2017 insgesamt 14.379 Transporte im Burgenland durch, davon waren 12.007 Krankentransporte, 2.266 Rettungstransporte und 106 Notarzteinsätze. Im zeitlichen Verlauf seit 2011 ist zu beobachten, dass sowohl die Gesamtzahl (2011: 10.546) als auch die Zahlen der einzelnen Bereiche der Transporte (Krankentransporte 2011: 8.821, Rettungstransporte 2011: 1.656, Notarzteinsätze 2011: 69) anstiegen.

Im Jahr 2017 waren beim Samariterbund Burgenland 20 Hauptberufliche, 67 Ehrenamtliche und 34 Zivildienstleistende tätig. Seit 2011 zeigt sich ein Anstieg der Zahlen der Hauptberuflichen (2011: 14) und der Zivildienstleistenden (2011: 31), die Zahl der Ehrenamtlichen ging jedoch stark zurück (2011: 97).

Das Burgenländische Rote Kreuz verfügte im Jahr 2016 über 3.396 freiwillige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (2011: 2.244), 196 Hauptberufliche (2011: 168) und 184 Zivildienstleistende (2011: 139). In allen drei Personalbereichen stieg die absolute Anzahl zwischen 2011 und 2016 an. Im Vergleich zum Österreichischen Roten Kreuz (842 pro 100.000 Einwohner) waren im Jahr 2016 beim Burgenländischen Roten Kreuz überdurchschnittlich viele Personen freiwillig tätig (1.164 pro 100.000 Einwohner). Die Zahl der Zivildienstleistenden pro 100.000 Einwohner beim Roten Kreuz ist im Burgenland (63) etwas höher als im Österreichschnitt (52), während die Anzahl der Hauptberuflichen beim Burgenländischen Roten Kreuz (67 pro 100.000 Einwohner) deutlich unter dem Österreichschnitt (94 pro 100.000 Einwohner) liegt (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Burgenland, 2017).

Hinsichtlich der Einsätze (Basis: Österreichisches und Burgenländisches Rotes Kreuz) zeigt sich Folgendes: Österreichweit fanden im Jahr 2016 348 Einsatzfahrten pro 1.000 Einwohner, davon 16 Notarzteinsätze statt, während es im Burgenland 283 Einsatzfahrten pro 1.000 Einwohner, davon 22 Notarzteinsätze waren (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Burgenland, 2017).

7.2.4 Rehabilitation im ambulanten Bereich

Medizinische Rehabilitation zielt darauf ab, die Gesundheit von Patienten und Patientinnen nach einer Erkrankung wiederherzustellen. Ihnen soll

- die aktive Teilhabe an ihrem bisherigen Leben unabhängig der Herkunft ihrer Beeinträchtigung,
- die Führung eines möglichst selbstständigen Lebens und
- die Ausübung eines Berufes

ermöglicht werden. Durch Rehabilitation sollen behinderungsbedingte Pensionierungen und Pflegebedürftigkeit verhindert oder hinausgezögert werden. Dabei werden medizinische, berufliche und soziale Maßnahmen gesetzt. In Österreich gibt es sowohl stationäre (s. Kapitel 7.4.2) als auch ambulante Rehabilitation. Ambulante Rehabilitation umfasst alle Rehabilitationsangebote, die nicht stationär erbracht werden, das bedeutet, die jeweilige Person übernachtet nicht in der Rehabilitationseinrichtung. Damit ambulante Rehabilitation in Anspruch genommen werden kann, müssen die medizinischen Voraussetzungen erfüllt, die häusliche Versorgung sichergestellt und die erforderliche Mobilität gegeben sein (vgl. Gyimesi et al., 2016). Im Folgenden werden Zahlen zur ambulanten Rehabilitation im Burgenland und in Gesamtösterreich dargestellt.

Österreichweit stehen 926 ambulante Therapieplätze zur Verfügung (Stand: 2016). Im Burgenland selbst gibt es derzeit keine ambulanten Therapieplätze. Gemäß Rehabilitationsplan 2016 (vgl. Gyimesi et al., 2016) sollen bis zum Jahr 2020 die ambulanten Therapieplätze österreichweit auf 1.235 ausgeweitet werden. 39 davon sollen sich im Burgenland befinden. Nähere Informationen zur Aufteilung der geplanten ambulanten Therapieplätze nach Rehabilitations-Indikationsgruppen können Tabelle 17 entnommen werden.

Tabelle 17: SOLL an ambulanten Therapieplätzen bis zum Jahr 2020 im Burgenland, Quelle: Gyimesi et al. (2016), Eigene Erstellung

Rehabilitations-Indikationsgruppe	SOLL an ambulanten Therapieplätzen bis zum Jahr 2020 im Burgenland
Bewegungs- / Stützapparat und Rheumatologie	15
Herz-Kreislaufkrankungen	6
Spezialbereich Lymphologie	0
Zentrales und peripheres Nervensystem	2
Onkologische Rehabilitation	2
Psychiatrische Rehabilitation	9
Atmungsorgane	3
Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat	2
Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen	0
Gesamt	39

7.2.5 Mobile Dienste

Mobile Dienste umfassen Personen und Institutionen, die ambulante Alten- und Langzeitversorgung anbieten und beinhalten vor allem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal sowie Pflegehelfer und Pflegehelferinnen, die Personen zu Hause betreuen und pflegen (vgl. BMASK, 2011). Folgende Bereiche der mobilen Dienste werden in diesem Kapitel dargestellt:

- Hauskrankenpflege und Heimhilfe
- Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung
- Informelle Pflege- und/oder Unterstützungsleistungen

Gemäß dem Österreichischen Pflegevorsorgebericht 2016 (vgl. BMASK, 2017) waren im Burgenland im Jahr 2016 289,9 Vollzeitäquivalente im Bereich der mobilen Dienste (Dienste der Langzeitpflege, soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe/Mindestsicherung bzw. sonstigen öffentlichen Mitteln (mit-)finanziert werden; ohne Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung) tätig.

Insgesamt wurden im Jahr 2016 laut diesem Bericht 5.210 Burgenländer und Burgenländerinnen durch derartige mobile Dienste betreut. Dies entspricht 1.786 Personen pro 100.000 Einwohner. Im zeitlichen Verlauf zeigt sich seit 2011 ein Anstieg der Zahl der betreuten Personen im Burgenland um rund 13%.

7.2.5.1 Hauskrankenpflege und Heimhilfe

Während die Hauskrankenpflege (Aufgaben sind z.B. Verbandswechsel, Wundpflege, Verabreichung von Insulin) von diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal sowie Pflegehelfern und Pflegehelferinnen vorgenommen wird, führen die Heimhilfe (Aufgaben sind z.B. hauswirtschaftliche Tätigkeiten, einfache Körperpflege) auf Grundlage des Burgenländischen Sozialbetreuungsberufegesetzes ausgebildete Personen durch (vgl. Amt der Burgenländischen Landesregierung, 2015).

Die folgenden Informationen entstammen dem Burgenländischen Sozialbericht 2013/2014 (vgl. Amt der Burgenländischen Landesregierung, 2015).

Im Burgenland schlossen sich 1997 sieben Pflegeorganisationen zur Koordinierung und Qualitätsverbesserung der Hauskrankenpflege und Heimhilfe zusammen. Dieser sogenannten „Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege und soziale Dienste“ gehören seit 2002 folgende acht Institutionen an:

- Burgenländisches Hilfswerk
- Caritas der Erzdiözese Eisenstadt
- Volkshilfe Burgenland
- Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Burgenland
- Evangelischer Diakonieverein Burgenland (Pinkafeld)
- Diakonie Oberwart
- Verein „Sozialinitiative Großpetersdorf“
- Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt-Hauskrankenpflege

Neben den oben genannten Mitgliedern der „Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege und soziale Dienste“ sind auch die Hauskrankenpflege Pöttsching, der Verein „Soziale Dienste Schattendorf und Umgebung“, die Sozialstation Neudörfel und der Samariterbund Burgenland (mit Beschränkung auf die Umgebung der Pflegekompetenzzentren) berechtigt, Hauskrankenpflege durchzuführen. Zudem bietet das Olbendorfer Sozialwerk Heimhilfe an. Ergänzend wird im Burgenland Mobile Kinderkrankenpflege vom „MOKI Burgenland“ durchgeführt. Im Vergleich zu den Anbietern und Anbieterinnen von Hauskrankenpflege und Heimhilfe in den Jahren 2009/2010 kann eine Veränderung dahingehend festgestellt werden, dass eine zusätzliche Institution (Samariterbund Burgenland) die Betriebsbewilligung für Hauskrankenpflege erhielt, allerdings der Betreuungsdienst Hornstein und der Soziale Dienst Krensdorf als Anbieter von Heimhilfe wegfielen.

Die im Folgenden dargestellten Zahlen entstammen dem Burgenländischen Sozialbericht 2013/2014 (vgl. Amt der Burgenländischen Landesregierung, 2015) und beziehen sich dementsprechend auf diesen Zeitraum. Für den Längsschnittvergleich werden die im Rahmen des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2012 herangezogenen Daten des Burgenländischen Sozialberichtes 2009/2010 verwendet.

Im Burgenland waren mit Stichtag 1.1.2015 im Bereich der Pflege- und Betreuungsdienste 254 Vollzeitäquivalente tätig. Zwischen 2010 (231,5 VZÄ) und 2015 änderte sich diese Zahl nur geringfügig. Betrachtet man die Entwicklung der Jahreseinsatzstunden, so ist im Jahr 2014 nach zwei rückläufigen Jahren wieder ein leichter Anstieg feststellbar. Insgesamt sank die Zahl im Vergleich zu 2010 jedoch leicht. Details dazu finden sich in Abbildung 50.

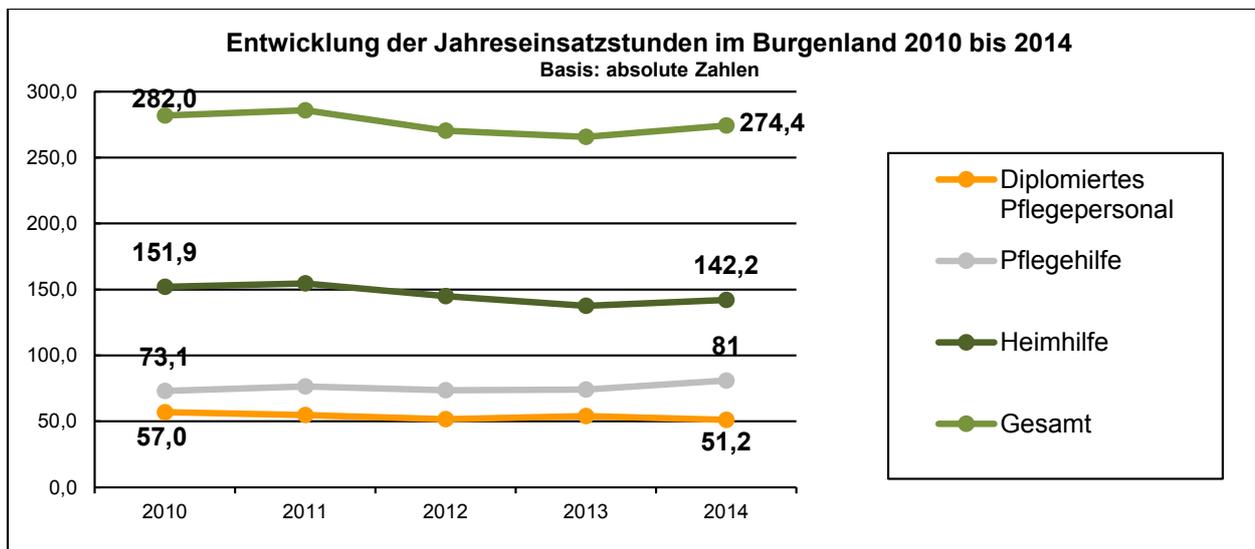


Abbildung 50: Entwicklung der Jahreseinsatzstunden im Burgenland 2010 bis 2014, Stand: 1.1.2015, Basis: absolute Zahlen, Quelle: Amt der Burgenländischen Landesregierung (2015), Eigene Erstellung

Im Bereich der Hauskrankenpflege und Heimhilfe wurden im Jahr 2014 durchschnittlich 1.950 Personen pro Monat ambulant betreut, wobei die Zahl mit Ausnahme eines Rückgangs im Jahr 2012 einen stetigen Anstieg verzeichnet.

Werden die Einsatzstunden ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste im Monatsdurchschnitt pro 1.000 Einwohner älter als 75 Jahre der einzelnen Bezirke miteinander verglichen, so zeigt sich, dass Oberwart (1.114) und Mattersburg (1.026) die meisten, Eisenstadt (445) und Neusiedl am See (470) die wenigsten Einsatzstunden im Jahr 2014 aufweisen. Ein ähnlicher Trend ist bei der Anzahl betreuter Personen pro 1.000 Einwohner ab 75 Jahren zu beobachten. So lag diese in Oberwart (89,8), gefolgt von Güssing (81,6), am höchsten, in Eisenstadt (41,0) und Neusiedl am See (48,4) am niedrigsten.

Im zeitlichen Verlauf seit 2010 ist auffällig, dass in den meisten Bezirken die Zahl der Einsatzstunden sank. Ausnahme bilden Oberwart und Jennersdorf. Bezüglich der Zahl der betreuten Personen ist auffällig, dass diese in den Bezirken der Versorgungsregion Burgenland Nord abnahm (Ausnahme: Oberpullendorf), in jenen der Versorgungsregion Burgenland Süd hingegen anstieg.

Zusätzlich zu den objektiven statistischen Daten stehen Aussagen der Bevölkerung im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) zur Inanspruchnahme von häuslichen Pflegediensten und sozialen Hilfsdiensten zur Verfügung. Diesen Angaben zufolge nehmen 1,4% der Burgenländer und Burgenländerinnen (Gesamtösterreich: 1,7%) häusliche Pflege- und Betreuungsdienste in Anspruch. Während zwischen den Versorgungsregionen kein Unterschied erkennbar ist, nutzt ein höherer Anteil der Frauen (1,9%) als der Männer (0,9%) dieses Angebot. Hinsichtlich der Altersverteilung zeigt sich erwartungsgemäß ein Anstieg der Inanspruchnahme derartiger Leistungen mit zunehmendem Alter.

7.2.5.2 Hospiz- und Palliativversorgung

Die Hospiz- und Palliativversorgung ist die begleitende und unterstützende Pflege und Betreuung von schwer kranken und sterbenden Menschen, die ambulant oder stationär erfolgt. Ein Hospiz begleitet unheilbar kranke Menschen würdevoll und umfassend betreut aus dem Leben, während in der Palliativversorgung die medizinische Versorgung der Sterbenden und die umfassende professionelle, haupt- und ehrenamtliche Betreuung im Fokus stehen (vgl. Amt der Burgenländischen Landesregierung, 2015).

Im stationären Bereich sind Palliativstationen und stationäre Hospize Versorgungseinheiten, die in Krankenhäusern oder Pflegeheimen integriert sind. Im Burgenland verfügt lediglich das Krankenhaus Oberwart über eine Palliativstation. Im Pflegeheim St. Peter in Oberpullendorf wird Hospizbetreuung angeboten.

Mit dem Ziel des Aufbaus einer integrierten Palliativversorgung im Burgenland wurde im Jahr 2004 der „Hospizplan Burgenland“ vom Burgenländischen Landtag beschlossen. Die Versorgung soll vorwiegend durch interdisziplinäre ambulante Dienstleistungen an den Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Sozialbereich gewährleistet werden. Dabei wird sowohl professionelle und fachliche Hilfe zur Verfügung gestellt als auch menschlicher Beistand geleistet (vgl. Amt der Burgenländischen Landesregierung, 2015).

Zum Ausbau einer flächendeckenden organisatorischen und personellen Infrastruktur wurden mehrere Strukturen geschaffen, deren Trägerschaft – mit Ausnahme der Landeskoordination – das Rote Kreuz Burgenland, Caritas Burgenland, das Burgenländische Hilfswerk und die Diakonie Burgenland übernehmen. Die Landeskoordination wird seit dem Jahr 2009 vom PSD Burgenland durchgeführt. Folgende Strukturen im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung gibt es derzeit (Stand: 2014) im Burgenland (vgl. Amt der Burgenländischen Landesregierung, 2015):

- eine Landeskoordination
- vier Regionalkoordinatorinnen
- fünf mobile Palliative Care Support Teams
- Hospizgruppen mit ehrenamtlichen Hospizhelfern und Hospizhelferinnen

Die fünf mobilen Palliative Care Support Teams bestehen aus Experten und Expertinnen verschiedenster Fachgruppen wie z.B. Ärzten und Ärztinnen, diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen. Leistungen sind Informationen sowie Beratung und Anleitung hinsichtlich medizinisch-pflegerischer Maßnahmen für Sterbende zu Hause und deren Angehörige.

Im Gegensatz zu den Palliativ-Teams bieten freiwillige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen als Hospizbegleiter und Hospizbegleiterinnen keine professionelle, sondern persönliche Unterstützung an. 2014 betreuten 110 ehrenamtliche Hospizbegleiter und Hospizbegleiterinnen Sterbende und schwer Kranke zu Hause. Im selben Jahr wurden 460 Patienten und Patientinnen von den 40 Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der fünf mobilen Palliativ-Teams betreut. Dabei stieg die Zahl der betreuten Patienten und Patientinnen zwischen 2010 (304) und 2014 um rund 51% an (vgl. Amt der Burgenländischen Landesregierung, 2015).

7.2.5.3 Informelle Pflege- und/oder Unterstützungsleistungen

Im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) wurde erstmals die Erbringung informeller Pflege- und/oder Unterstützungsleistungen erhoben.

Den Ergebnissen zufolge pflegen bzw. unterstützen 22,6% der burgenländischen Bevölkerung mindestens einmal pro Woche eine oder mehrere Personen mit einem altersbedingtem Problem, einer chronischen Erkrankung oder einem Gebrechen. In 88,5% der Fälle handelt es sich dabei um Familienangehörige.

Österreichweit gaben 17,7% der Bevölkerung an, mindestens einmal pro Woche eine oder mehrere Personen zu pflegen bzw. zu unterstützen. Hier ist zu beobachten, dass ein größerer Anteil an nichtverwandten Personen gepflegt wird als im Burgenland (Österreich: 18,9% andere Personen; Burgenland: 11,5% andere Personen).

Das zeitliche Ausmaß der informellen Pflege pro Woche beträgt bei 61,7% der Burgenländer und Burgenländerinnen, die im Rahmen der Erhebung angaben, informelle Pflege zu leisten, bis zu 10 Stunden, bei 22,2% 10 bis 20 Stunden und bei 16,1% 20 oder mehr Stunden.

Im Österreichvergleich wendet die burgenländische Bevölkerung etwas mehr Zeit für informelle Pflege bzw. Betreuung auf. So leisten 69,7% der Österreicher und Österreicherinnen bis zu 10 Stunden Pflege; 15,6% 10 bis 20 Stunden und 14,7% 20 oder mehr Stunden.

Zwischen den beiden Versorgungsregionen zeigen sich nur geringfügige Unterschiede in Hinblick auf informelle Pflegeleistungen (Versorgungsregion Burgenland Nord: 23,1%; Versorgungsregion Burgenland Süd: 21,7%), wobei jedoch der Anteil jener Pflegenden, die angaben, Familienangehörige zu pflegen in der Versorgungsregion Burgenland Nord an allen informell Pflegenden wesentlich höher ist (93,4%) als in der Versorgungsregion Burgenland Süd (79,4%).

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung gibt es Unterschiede dahingehend, dass ein größerer Anteil der Frauen (24,2%) als der Männer (20,9%) mindestens einmal pro Woche informelle Pflegeleistungen erbringt und Frauen dabei auch einen größeren zeitlichen Aufwand haben (Frauen: 58,4% bis zu 10 Stunden, 22,4% 10 bis 20 Stunden, 19,2% 20 oder mehr Stunden; Männer: 65,7% bis zu 10 Stunden, 22,0% 10 bis 20 Stunden, 12,3% 20 oder mehr Stunden).

7.3 Pharmazeutische Versorgung

In diesem Kapitel werden Indikatoren zur Beschreibung der pharmazeutischen Versorgung dargestellt. Dazu zählen vor allem Zahlen zu Apotheken im Burgenland inkl. dem dort arbeitenden Personal sowie Daten zum Heilmittelgebrauch innerhalb der burgenländischen Bevölkerung und den damit verbundenen Kosten.

7.3.1.1 Apotheken

Apotheken können in Österreich nur nach einer Bedarfsprüfung eröffnet werden. Dabei müssen diese von zur Führung von Apotheken berechtigten Pharmazeuten bzw. Pharmazeutinnen geführt werden (vgl. BMG, 2010).

Insgesamt verfügt das Burgenland (Stand: 31.12.2016) über 44 Apotheken, davon 38 öffentliche Apotheken, vier Filialapotheken und zwei Krankenhausapotheken. Zwischen 2010 und 2016 kam sowohl bei den Filialapotheken als auch bei den Krankenhausapotheken je eine hinzu (vgl. Statistik Austria, 2017I).

Die meisten öffentlichen Apotheken befinden sich in den Bezirken Neusiedl am See (12) und Eisenstadt (10). Oberwart verfügt über acht, Mattersburg über sechs, Oberpullendorf über fünf, Güssing über zwei und Jennersdorf über lediglich eine Apotheke (vgl. Apothekenindex Österreich, 2018).

Im Vergleich zu Gesamtösterreich (15,4) liegt das Burgenland (13,0) in Hinblick auf die Anzahl öffentlicher Apotheken pro 100.000 Einwohner etwa im Durchschnitt. Im zeitlichen Verlauf gab es im Burgenland einen geringfügigen Rückgang der öffentlichen Apotheken pro 100.000 Einwohner zwischen 2010 (13,4) und 2016. Details dazu finden sich in Abbildung 51.

Öffentliche Apotheken im Österreich- und Längsschnittvergleich 2010 und 2016
Basis: Angaben pro 100.000 Einwohner

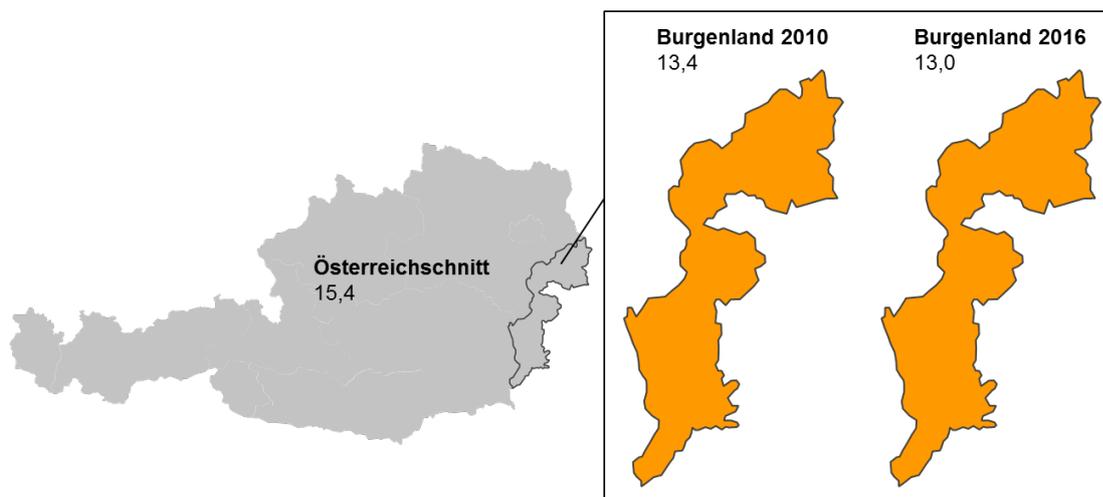


Abbildung 51: Öffentliche Apotheken im Österreich- und Längsschnittvergleich 2010 und 2016, Stand: 2016, Basis: Angaben pro 100.000 Einwohner, Quelle: Statistik Austria (2017I), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg, Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung und Berechnungen

Ergänzend zu den 44 öffentlichen Apotheken gibt es im Burgenland noch 46 Hausapotheken (2010: 49). Im Österreichvergleich (10,5 Hausapotheken pro 100.000 Einwohner) verfügt das Burgenland über eine hohe Dichte an Hausapotheken (15,8 pro 100.000 Einwohner), wobei diese zwischen 2010 (17,1 Hausapotheken pro 100.000 Einwohner) und 2016 leicht abnahm (vgl. Statistik Austria, 2017I).

Insgesamt waren im Burgenland im Jahr 2015 (Zahlen aus dem Jahr 2016 lagen zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vor) 169 Apotheker und Apothekerinnen sowie 187 pharmazeutisch-kaufmännische Assistenten und Assistentinnen beschäftigt. Zudem wurden 137 Personen dem sonstigen Hilfspersonal (z.B. Reinigung, Büro) zugerechnet. Die Verteilung des Personals sieht somit wie folgt aus: 34,3% aller im Jahr 2015 in burgenländischen Apotheken Beschäftigten waren Apotheker und Apothekerinnen, 37,9% pharmazeutisch-kaufmännische Assistenten und Assistentinnen und 27,8% sonstiges Personal. Im Vergleich zum Österreichschnitt

verfügt das Burgenland über einen etwas größeren Anteil an Apothekern und Apothekerinnen (Österreich: 32,7%) sowie sonstigem Personal (Österreich: 21,3%), jedoch über einen leicht geringeren Anteil an pharmazeutisch-kaufmännischen Assistenten und Assistentinnen (Österreich: 39,1%) (vgl. Österreichische Apothekerkammer, 2017).

7.3.1.2 Heilmittelgebrauch und Heilmittelkosten

Gemäß den europäischen Gesundheitsindikatoren gibt die Darstellung des Heilmittelgebrauchs und der Heilmittelkosten Auskunft über den Zugang zu Heilmitteln und die zeitgemäße Versorgung innerhalb einer Region. Die Aussagekraft eines Vergleichs verschiedener Regionen ist allerdings dadurch beschränkt, dass viele verschiedene Faktoren den Heilmittelgebrauch beeinflussen (vgl. ECHIM, 2012).

Die im Folgenden dargestellten Zahlen zu Heilmittelverordnungen und dadurch entstandenen Kosten im Jahr 2016 wurden von der BGKK zur Verfügung gestellt und beziehen sich auf Versicherte mit Wohnsitz im Burgenland. Zahlen zum Konsum von Medikamenten für spezifische Krankheitsbilder wurden bereits zur Schätzung von Morbiditäten in Kapitel 4.3.1.3 dargestellt.

Im Jahr 2016 wurden im Burgenland insgesamt 210.731 Patienten und Patientinnen 4.867.999 Packungen Heilmittel verordnet, welche zu Kosten in der Höhe von 111.472.302,31 € führten. Das entspricht 23 Packungen pro Patient bzw. Patientin und 528,98 € pro Patient bzw. Patientin.

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung kann beobachtet werden, dass mehr Frauen (113.256; Männer: 97.475) Heilmittelverordnungen erhalten. Auch die Zahl der Packungen ist bei weiblichen Patientinnen (25) höher als bei männlichen Patienten (21).

Es zeigt sich erwartungsgemäß ein Anstieg der Verordnungen mit zunehmendem Alter der Patienten und Patientinnen. Während bei unter 55-Jährigen im Jahr 2016 in den einzelnen Altersgruppen maximal durchschnittlich 15 Heilmittel pro Patient bzw. Patientin verordnet wurden (Altersgruppe 45 bis 54), waren es bei 65- bis 74-Jährigen bereits 41, bei 75- bis 84-Jährigen 57 und bei Personen ab 85 Jahren bereits 66.

Im zeitlichen Verlauf ist seit 2013 ein Rückgang der verordneten Packungen von 5.009.654 (24 pro Patient bzw. Patientin) auf 4.867.999 (23 pro Patient bzw. Patientin) zu beobachten. Die Heilmittelkosten stiegen allerdings von 100.435.633,88 € (2013) auf 111.472.302,31 € (2016) an, was einem Zuwachs von rund 11% entspricht und auf einen Gebrauch von teureren Heilmitteln bzw. einen Anstieg der Heilmittelkosten schließen lässt.

Die Anzahl der verordneten Packungen pro Patient bzw. Patientin variiert zwischen den Fachrichtungen. Deutlich voran liegt erwartungsgemäß die Allgemeinmedizin mit 23 Verordnungen pro Patient bzw. Patientin, gefolgt von den Fachrichtungen Innere Medizin (7 pro Patient bzw. Patientin), Neurologie und Psychiatrie (6 pro Patient bzw. Patientin) und Augenheilkunde (5 pro Patient bzw. Patientin). Diese Tendenz spiegelt sich auch in den Medikamentenkosten pro Patient bzw. Patientin wider. So sind sie in der Allgemeinmedizin mit 465,47 € am höchsten, gefolgt von der Inneren Medizin (170,64 €) sowie der Neurologie und Psychiatrie (160,64 €).

Die höchsten Kosten pro Medikamentenpackung liegen mit Abstand in den Fachbereichen Urologie (40,91 €) und Lungenkrankheiten (34,34 € Euro).

Ergänzend zu diesen objektiven Zahlen stehen subjektive Aussagen der Bevölkerung im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) zum Medikamentenkonsum zur Verfügung.

Die Ergebnisse zeigen, dass ein größerer Anteil der burgenländischen Bevölkerung (56,2%) als der österreichischen Bevölkerung (49,2%) in den letzten beiden Wochen vor der Befragung ärztlich verschriebene Medikamente einnahm. Dabei ist zwischen den Versorgungsregionen kein Unterschied zu beobachten. Geschlechtsspezifisch betrachtet zeigt sich analog zu den Daten der BGKK ein höherer Medikamentenkonsum bei Frauen (61,2%) im Vergleich zu Männern (51,1%). Werden die Ergebnisse separat für einzelne Altersgruppen betrachtet, so zeigt sich ein sprunghafter Anstieg des Medikamentenkonsums ab 50 Jahren.

Auch im Längsschnittvergleich (vgl. Statistik Austria, 2007) zeigen sich keine auffälligen Veränderungen zwischen den Jahren 2006/07 (53,7%) und 2014.

Im Vergleich zu ärztlich verschriebenen Medikamenten nahm ein deutlich geringerer Anteil der burgenländischen Bevölkerung (27,9%) rezeptfreie Medikamente, pflanzliche Heilmittel oder Vitamine in den vergangenen zwei Wochen vor der Befragung im Jahr 2014 ein.

Dabei liegt das Burgenland unter dem Österreichschnitt (34,2%). Geschlechtsspezifisch zeigt sich auch hier ein höherer Konsum innerhalb der weiblichen Bevölkerung (33,9%) im Vergleich zur männlichen (21,6%).

Aufgrund einer Änderung der Fragestellung ist ein Vergleich der Zahlen zu rezeptfreien Medikamenten, pflanzlichen Heilmitteln und Vitaminen aus dem Jahr 2014 mit jenen aus den Jahren 2006/07 nicht möglich.

7.4 Stationäre Versorgung

Die stationäre medizinische Versorgung wird in Österreich von öffentlichen, privatgemeinnützigen und privaten Spitälern erbracht. Dabei gelten Länder mit ihren Landesgesellschaften, Gemeinden bzw. Gemeindeverbände, Glaubensgemeinschaften (konfessionelle Träger), Sozialversicherungsträger sowie private Träger als Betreiber bzw. Träger von Krankenhäusern. Wesentliche Indikatoren zur Beschreibung der stationären Versorgung, die sich auch im Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitoring (vgl. ECHIM, 2012) wiederfinden, lassen sich folgenden Themen zuordnen:

- Bettenanzahl
- Anzahl praktizierender Ärzte und Ärztinnen im stationären Bereich
- Anzahl Beschäftigter in der Gesundheits- und Krankenpflege im stationären Bereich
- Krankenhausentlassungen
- Anzahl tagesklinischer Fälle und Anteil an stationären Aufenthalten
- Belagsdauer
- Operationen inkl. Wartezeiten
- Patientenstromanalyse
- Krebs-Überlebensrate
- Sterberate aufgrund von Herzinfarkt oder Schlaganfall binnen 30 Tagen
- Postoperative Infektionen
- Verzögerung der Krebsbehandlung

Mit Ausnahme der Krebs-Überlebensrate, der Sterberate aufgrund von Herzinfarkt oder Schlaganfall binnen 30 Tagen, der postoperativen Infektionen und der Verzögerung der Krebsbehandlung werden alle angeführten Indikatoren bzw. Themen in den folgenden Kapiteln behandelt. Zudem werden zusätzliche Kennzahlen zur Beschreibung der stationären Gesundheitsversorgung dargestellt. Ergänzend wird auf die stationäre Rehabilitation und die Langzeitversorgung eingegangen.

7.4.1 Akutversorgung

Im Folgenden wird auf die wichtigsten europäischen Gesundheitsindikatoren zur Beschreibung der Akutversorgung, wie z.B. die Anzahl der Spitalsbetten, Bezug genommen. Dabei wird vorweg angemerkt, dass die Versorgung der burgenländischen Bevölkerung im stationären Bereich durch vier Landeskrankenhäuser und eine Krankenanstalt eines konfessionellen Trägers sichergestellt wird:

- Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt
- KRAGES Krankenhaus Kittsee
- KRAGES Krankenhaus Oberpullendorf
- KRAGES Krankenhaus Oberwart
- KRAGES Krankenhaus Güssing

Somit verfügen bis auf Jennersdorf und Mattersburg alle Bezirke des Burgenlandes über ein Krankenhaus. Alle fünf Krankenanstalten sind landesgesundheitsfondsfinanziert.

7.4.1.1 Bettenanzahl

Im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings wird empfohlen, die Bettenanzahl im stationären Bereich pro 100.000 Einwohner darzustellen. Die Bettenanzahl im stationären Bereich ist eine wesentliche Kennzahl zur Beschreibung verfügbarer Kapazitäten im Bereich der Gesundheitsversorgung (vgl. ECHIM, 2012).

Aufgrund der geringen Bevölkerung im Burgenland werden die Zahlen im Folgenden pro 1.000 Einwohner dargestellt. Die Daten entstammen dem BMGF (2017c).

Die burgenländischen Krankenanstalten verfügten im Jahr 2016 über insgesamt 1.172 systemisierte und 1.175 tatsächlich aufgestellte Betten. Dabei werden unter systemisierten Betten jene Betten (inklusive Tagesklinikbetten) verstanden, die durch sanitätsbehördliche Bewilligung festgelegt wurden. Die tatsächlich aufgestellten Betten sind jene, die im Jahr 2016 im Jahresdurchschnitt oder mindestens sechs Monate lang tatsächlich aufgestellt waren, unabhängig davon, ob sie auch belegt wurden.

Zwischen 2011 (1.345; 4,7 pro 1.000 Einwohner) und 2016 (1.172; 4,0 pro 1.000 Einwohner) sank die Zahl der systemisierten Betten, während jene der tatsächlich aufgestellten Betten (2011: 1.153; 4,0 pro 1.000 Einwohner; 2016: 1.175; 4,0 pro 1.000 Einwohner) in absoluten Zahlen leicht anstieg.

Im Vergleich zum Österreichschnitt verfügt das Burgenland über eine geringere Bettenanzahl. Österreichweit stehen 5,4 systemisierte und 5,2 tatsächlich aufgestellte Betten pro 1.000 Einwohner zur Verfügung. Details dazu finden sich in Abbildung 52.

Systemisierte und tatsächlich aufgestellte Betten im Österreich- und Längsschnittvergleich 2011 und 2016
Basis: Angaben pro 1.000 Einwohner

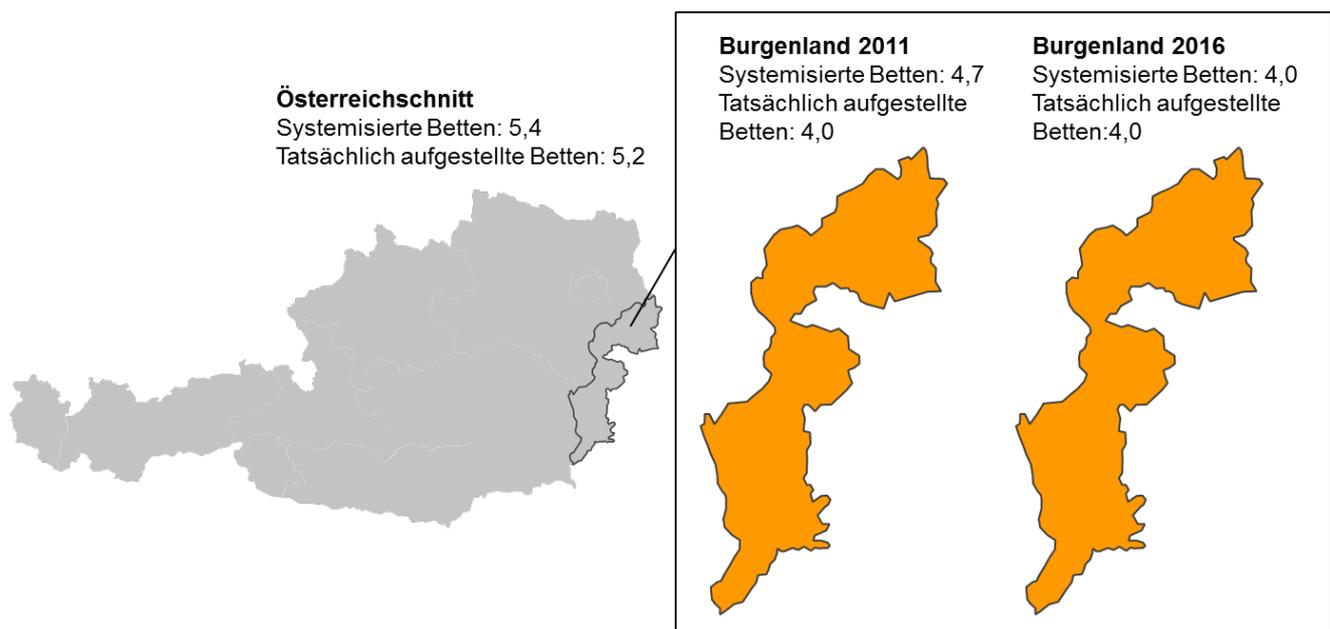


Abbildung 52: Systemisierte und tatsächlich aufgestellte Betten im Österreich- und Längsschnittvergleich 2011 und 2016, Stand: 2016, Basis: Angaben pro 1.000 Einwohner, Quelle: BMGF (2017c), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg, Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung und Berechnungen

Im regionalen Vergleich verfügte – wie bereits im Jahr 2011 – die Versorgungsregion Burgenland Süd auch im Jahr 2016 über mehr Betten pro 1.000 Einwohner (5,0; 2011: 5,2) als die Versorgungsregion Burgenland Nord (3,5; 2011: 3,5).

7.4.1.2 Personal

Die europäischen Gesundheitsindikatoren „Anzahl von praktizierenden Ärzten und Ärztinnen“ sowie „Anzahl Beschäftigter in der Gesundheits- und Krankenpflege“ geben Auskunft darüber, wie viel Personal in diesen Fachbereichen zur Sicherstellung der stationären Versorgung zur Verfügung steht (vgl. ECHIM, 2012). Im Folgenden wird zudem die Verteilung des Personals auf verschiedene Berufsgruppen dargestellt. Darüber hinaus wird das Ausmaß weiterer Berufsgruppen, die in den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten des Burgenlandes tätig sind, beschrieben. Die Daten entstammen dem BMGF (2017c).

Im Burgenland waren im Jahr 2016 insgesamt 2.635,88 Vollzeitäquivalente (VZÄ) in den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten angestellt. Dies entspricht 224,3 Personen pro 100 Betten. Seit 2011 (2.412) zeigt sich ein Anstieg der Anzahl der VZÄ in burgenländischen Krankenanstalten um 223,88.

Im Vergleich zum Österreichschnitt (263,1 VZÄ pro 100 Betten) weist das Burgenland weniger VZÄ pro 100 Betten auf. Details dazu finden sich in Abbildung 53.

Personal je 100 Betten im Österreich- und Längsschnittvergleich 2011 und 2016
Basis: Vollzeitäquivalente (VZÄ)

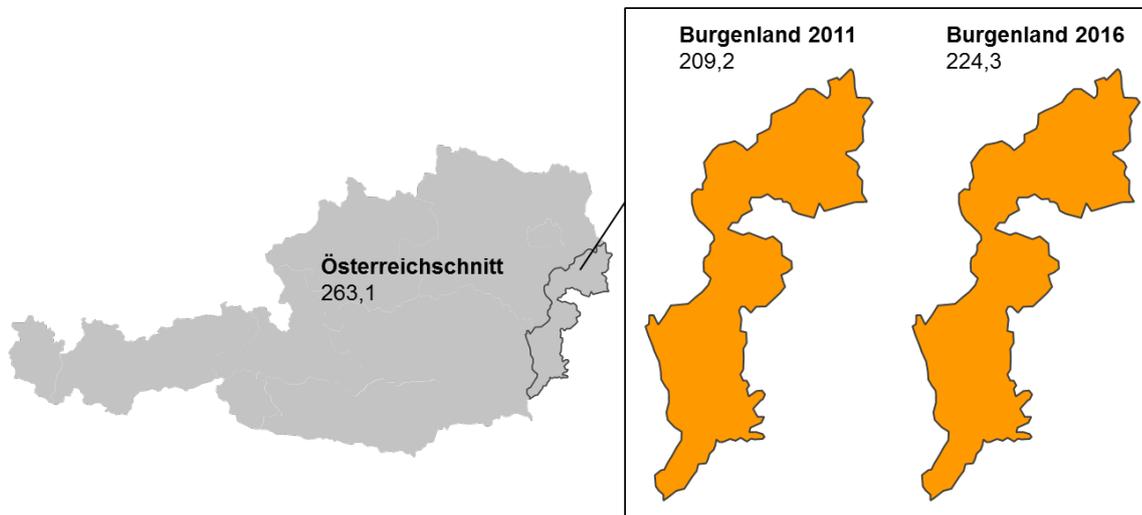


Abbildung 53: Personal je 100 Betten im Österreich- und Längsschnittvergleich 2011 und 2016, Stand: 2016, Basis: Vollzeitäquivalente (VZÄ), Quelle: BMGF (2017c), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg, Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung

Von den insgesamt 2.635,88 VZÄ in den burgenländischen Krankenanstalten machten im Jahr 2016 mit 42,6% Angehörige des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie weitere Gesundheitsberufe den größten Anteil aus, gefolgt von Ärzten und Ärztinnen mit 18,0%. Den Rest bildeten Betriebspersonal (14,5%); Pflegehilfe und Sanitätshilfsdienste (8,9%); der Gehobene medizinisch-technische Dienst (MTD), Medizinisch-technische Fachdienste (MTF) und Masseurinnen und Masseure (7,3%); Verwaltungs- und Kanzleipersonal (7,1%); Hebammen (1,0%); Apotheker und Apothekerinnen, Chemiker und Chemikerinnen sowie Physiker und Physikerinnen (0,4%) und sonstiges Personal (0,2%).

Zwischen 2011 und 2016 veränderte sich die Verteilung der Berufsgruppen auf das Gesamtpersonal im stationären Bereich im Burgenland kaum. Im Vergleich zu Gesamtösterreich fällt auf, dass im Burgenland ein höherer Anteil der Beschäftigten Personen des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (Österreich: 37,1%) sind, während das Verwaltungs- und Kanzleipersonal in Gesamtösterreich (10,1%) sowie das sonstige Personal (2,4%) einen größeren Anteil der gesamten Belegschaft im stationären Bereich einnimmt als im Burgenland. Betrachtet man die durchschnittlichen Personalkosten in den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten, so weist das Burgenland (64.443 €) einen etwas geringeren Aufwand auf als der Österreichschnitt (65.064 €). In Hinblick auf die durchschnittlichen Personalkosten pro Berufsgruppe fällt allerdings auf, dass im Burgenland für Ärzte und Ärztinnen (124.409 €, Österreich: 122.403 €); den Gehobenen medizinisch-technischen Dienst, den Medizinisch-technischen Fachdienst und Masseurinnen bzw. Masseure (63.902 €, Österreich: 60.546 €) sowie sonstiges Personal (75.141 €, Österreich: 38.616 €) ein größerer finanzieller Aufwand entsteht.

7.4.1.3 Stationäre Aufenthalte

Gemäß dem Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitoring (vgl. ECHIM, 2012) sollten die Krankenhausentlassungen in einem Jahr pro 100.000 Einwohner dargestellt werden. Dieser Indikator beschreibt in erster Linie die Nutzung stationärer Versorgungsleistungen innerhalb einer Bevölkerung.

Zwei weitere Indikatoren im Kontext stationärer Aufenthalte sind die Anzahl tagesklinischer Fälle und deren Anteil an allen stationären Aufenthalten. Diese Indikatoren geben Auskunft über die Nutzung und Entwicklung tagesklinischer Behandlungen (vgl. ECHIM, 2012). Dabei versteht man unter tagesklinischen Behandlungen

(Nulltagesaufenthalte) jene stationären Aufenthalte, bei denen die Aufnahme und die Entlassung am selben Kalendertag erfolgen (vgl. BMGF, 2017c).

Ein weiterer europäischer Gesundheitsindikator, der an dieser Stelle dargestellt wird, betrifft Operationen bei ausgewählten Diagnosen. Die Beschreibung dieser gibt ebenfalls Auskunft über die Verfügbarkeit geeigneter und zeitgemäßer medizinischer Versorgung (vgl. ECHIM, 2012). Im Folgenden wird nach einer allgemeinen Darstellung der stationären Aufenthalte ein Überblick über die häufigsten im Burgenland durchgeführten Operationen gegeben.

Die im Folgenden dargestellten Daten stammen vom BMGF (2017c).

Im Burgenland konnten im Jahr 2016 73.767 stationäre Aufenthalte verzeichnet werden. Die Nulltagesaufenthalte beliefen sich auf 26.948, das ist ein Anteil an den gesamten stationären Aufenthalten von 36,5%.

Im Vergleich zum Österreichschnitt (24,9%) hat Burgenland einen hohen Anteil an Nulltagesaufenthalten. Auch hinsichtlich der Anzahl der stationären Aufenthalte pro tatsächlich aufgestelltem Bett liegt Burgenland (62,8) über dem Österreichschnitt (56,1).

Im zeitlichen Verlauf zeigt sich seit 2011 ein Rückgang der stationären Aufenthalte (2011: 77.420; 67,1 pro tatsächlich aufgestelltem Bett) im Burgenland. Der Anteil der Nulltagesaufenthalte an allen stationären Aufenthalten blieb in etwa gleich (2011: 36,1%).

Betrachtet man die Verteilung der stationären Aufenthalte auf Patienten und Patientinnen in unterschiedlichen Altersgruppen, so fällt auf, dass stationäre Aufenthalte erwartungsgemäß mit steigendem Lebensalter zunehmen. Waren im Jahr 2016 im Burgenland beispielsweise 8,3% der stationär aufgenommenen Patienten und Patientinnen im Alter von 15 bis 29 Jahren, so entfielen 27,5% aller stationären Aufenthalte auf die Altersgruppe 75+.

Die Verteilung der stationären Aufenthalte auf einzelne Altersgruppen im Österreichvergleich zeigt Abbildung 54.

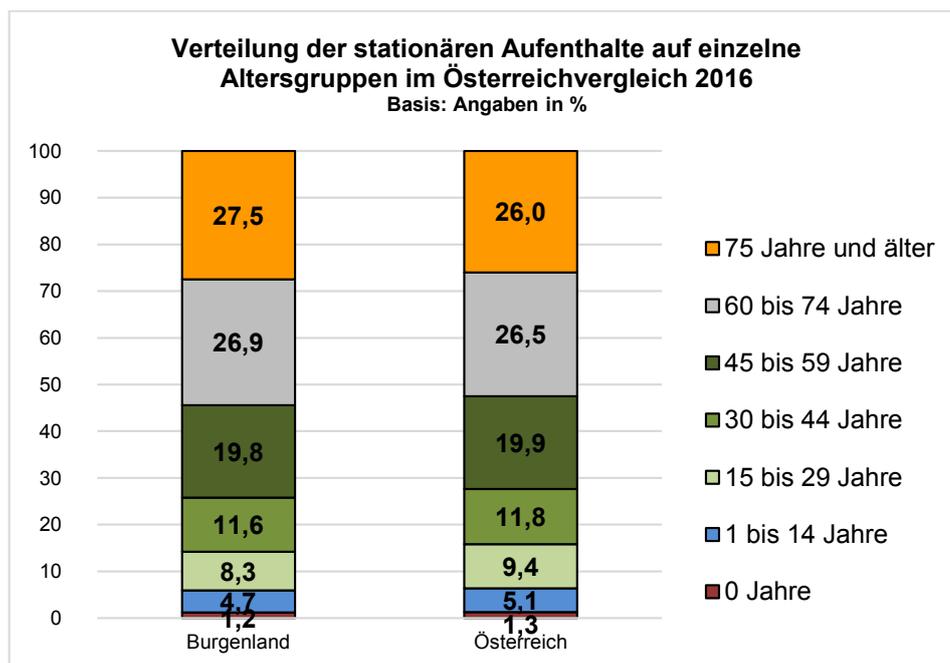


Abbildung 54: Verteilung der stationären Aufenthalte auf einzelne Altersgruppen im Österreichvergleich 2016, Stand: 2016, Basis: Angaben in %, Quelle: BMGF (2017c), Eigene Erstellung

In Burgenlands Krankenanstalten wurden die meisten Personen im Jahr 2016 aufgrund der Diagnose „Neubildungen“ (14,00%) stationär aufgenommen. Danach folgen Krankheiten des Verdauungssystems (11,73%) und des Kreislaufsystems (11,48%). Diese Diagnosen führten bereits im Jahr 2011 die stationären Aufnahmen an.

Im Vergleich zu Gesamtösterreich lag Burgenland bei den meisten Diagnosen im Jahr 2016 im Österreichschnitt. Bei Krankheiten des Verdauungssystems (Österreich: 8,89%) sowie Symptomen und abnormen klinischen Laborbefunden, die anderenorts nicht klassifiziert sind (Burgenland: 6,29%, Österreich: 3,97%) lag man jedoch deutlich darüber.

Hingegen wurde in Burgenlands Krankenhäusern im Vergleich zu anderen österreichischen Krankenanstalten ein etwas geringerer Anteil aller Patienten und Patientinnen aufgrund der Diagnosen „Neubildungen“ (Österreich:

16,59%), „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Burgenland: 2,43%; Österreich: 4,65%) sowie „Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde“ (Burgenland: 3,45%; Österreich: 7,70%) stationär behandelt.

Im Jahr 2016 waren die meisten operativen medizinischen Leistungen in burgenländischen Krankenanstalten Operationen am Uterus (2.160; 741 pro 100.000 Einwohner), gefolgt von Geburten (2.066; 708 pro 100.000 Einwohner), Operationen am Kniegelenk (1.906; 653 pro 100.000 Einwohner), an der Abdominalwand (1.201; 412 pro 100.000 Einwohner) und an Kornea, Iris und Linse (1.084; 372 pro 100.000 Einwohner).

Im Vergleich zu Gesamtösterreich sind die häufigsten fünf operativen medizinischen Leistungen im Burgenland dieselben. Dennoch sind leichte Differenzen zu erkennen, die aus Tabelle 18 hervorgehen.

Tabelle 18: Die fünf häufigsten operativen medizinischen Leistungen pro 100.000 Einwohner im Österreich- und Längsschnittvergleich 2010 und 2016, Stand: 2016, Quelle: BMGF (2017c), Eigene Erstellung

Operative medizinische Leistung	Burgenland 2016		Burgenland 2010		Österreich 2016	
	Rang	Anzahl	Rang	Anzahl	Rang	Anzahl
Operationen am Uterus	1	741	1	779	4	627
Geburt	2	708	3	614	2	928
Operationen am Kniegelenk	3	653	2	734	3	665
Operationen an der Abdominalwand	4	412	5	357	5	391
Operationen an Kornea, Iris und Linse	5	372	4	457	1	1.156

Im zeitlichen Verlauf kann beobachtet werden, dass bereits im Jahr 2010 dieselben operativen medizinischen Leistungen die häufigsten fünf im Burgenland waren, jedoch die Anzahl der Operationen pro 100.000 Einwohner am Uterus (2010: 779, 2016: 741), am Kniegelenk (2010: 734, 2016: 653) und an Kornea, Iris und Linse (2010: 457, 2016: 372) zurückging. Einen Anstieg erlebten hingegen die Zahl der Geburten (2010: 614, 2016: 708) und die Zahl der Operationen an der Abdominalwand (2010: 357, 2016: 412) pro 100.000 Einwohner. Details dazu finden sich ebenfalls in Tabelle 18.

Die Fälle stationärer Aufenthalte nach Fachdisziplinen werden im Folgenden für Gesamtburgenland und die burgenländischen Versorgungsregionen dargestellt. Regionsspezifische Daten wurden von den Barmherzigen Brüdern Eisenstadt sowie der KRAGES zur Verfügung gestellt.

Insgesamt gab es im Jahr 2016 in den burgenländischen Krankenanstalten die häufigsten Fälle in der Fachdisziplin „Innere Medizin“ (23.513), gefolgt von „Tagesklinik interdisziplinär“ (12.667), „Chirurgie“ (8.383) und „Gynäkologie“ (5.075). Auch die Fachdisziplinen „Unfallchirurgie“ (4.821), „Kinder“ (4.086), „Tagesklinik Augen“ (2.610), „Orthopädie“ (2.527), „Neurologie“ (2.392), „Urologie“ (2.183) und „HNO“ (2.154) wiesen mehr als 2.000 Fälle im Jahr 2016 auf.

Im Vergleich der Versorgungsregionen fällt auf, dass in der Versorgungsregion Burgenland Süd im Jahr 2016 mehr Fälle pro 1.000 Einwohner in den Fachdisziplinen „Kinder“ (Burgenland Süd: 19,6; Burgenland Nord: 11,2), „Neurologie“ (Burgenland Süd: 11,0; Burgenland Nord: 6,8), „Unfallchirurgie“ (Burgenland Süd: 22,4; Burgenland Nord: 13,6), „Orthopädie“ (Burgenland Süd: 9,8; Burgenland Nord: 8,1) und „Tagesklinik interdisziplinär“ (Burgenland Süd: 63,9; Burgenland Nord: 33,1) auftraten. Hingegen gab es mehr Fälle pro 1.000 Einwohner in der Versorgungsregion Burgenland Nord in den Fachdisziplinen „Innere Medizin“ (Burgenland Süd: 43,1; Burgenland Nord: 99,5), „HNO“ (Burgenland Süd: 4,8; Burgenland Nord: 8,7) und „Chirurgie“ (Burgenland Süd: 27,7; Burgenland Nord: 29,3) im Vergleich zur Versorgungsregion Burgenland Süd.

7.4.1.4 Belagstage und Belagsdauer

Unter Belagstagen versteht man die Summe der Mitternachtsstände der Patienten bzw. Patientinnen in einem definierten Zeitraum. Die durchschnittliche Belagsdauer ist die durchschnittliche Dauer eines Krankenhausaufenthaltes in Tagen (vgl. BMGF, 2017c).

Die auch im Rahmen des Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitorings definierte Kennzahl der durchschnittlichen Belagsdauer gibt Hinweise auf die Qualität, die Kosten und die Effizienz der Versorgung. Die Zahlen werden häufig zur Versorgungsplanung herangezogen, wobei zu berücksichtigen ist, dass das Gesundheits- und Versicherungssystem einen signifikanten Einfluss auf die Belagsdauer hat (vgl. ECHIM, 2012).

Burgenland verzeichnete im Jahr 2016 laut BMGF (2017c) 267.148 Belagstage, was 91.595 Belagstagen pro 100.000 Einwohner entspricht. Zwischen 2011 (98.620 pro 100.000 Einwohner) und 2016 sanken die Belagstage

um 7.025 Belagstage pro 100.000 Einwohner. Im Österreichvergleich lag Burgenland im Jahr 2016 deutlich unter dem Durchschnitt (142.210 Belagstage pro 100.000 Einwohner). Details dazu finden sich in Abbildung 55.

Belagstage im Österreich- und Längsschnittvergleich 2011 und 2016

Basis: Angaben pro 100.000 Einwohner

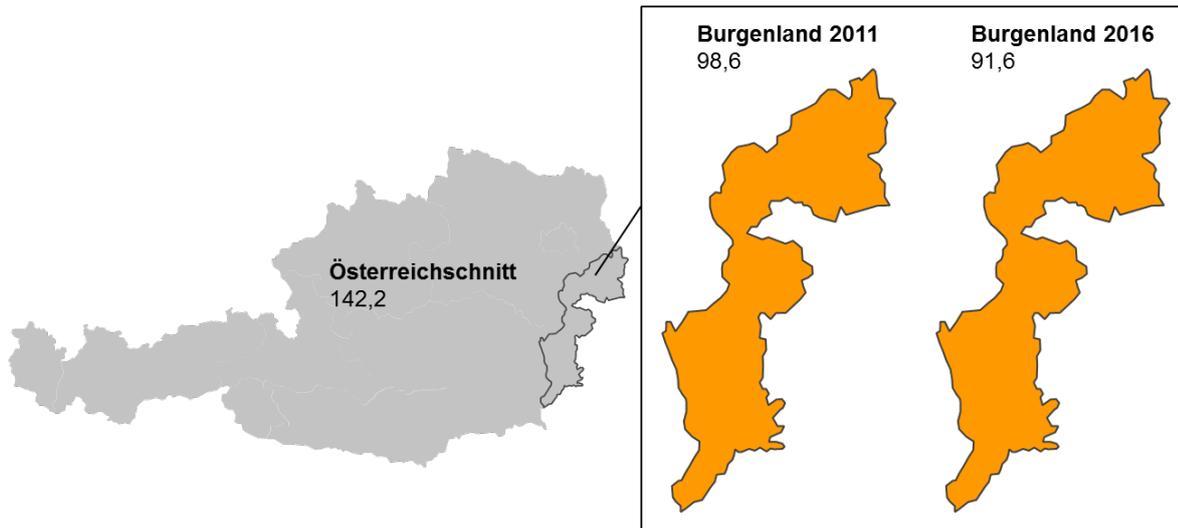


Abbildung 55: Belagstage im Österreich- und Längsschnittvergleich 2011 und 2016, Stand: 2016, Basis: Angaben pro 100.000 Einwohner, Quelle: BMGF (2017c), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg, Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung und Berechnungen

Im Durchschnitt dauerte ein Aufenthalt (ohne Nulltagesaufenthalte und Langzeitaufenthalte über 28 Tage) in burgenländischen Krankenhäusern im Jahr 2016 3,62 Tage. Die Belagsdauer im Jahr 2016 ist damit im Vergleich zu 2011 (5,24 Tage) deutlich niedriger und lag im Burgenland im Jahr 2016 unter dem Österreichschnitt (4,90 Tage).

7.4.1.5 Präoperative Verweildauer

Gemäß dem Europäischen Gesundheitsindikatoren-Monitoring stellt die präoperative Verweildauer eine weitere wichtige Kennzahl zur Beschreibung des Zuganges zur Gesundheitsversorgung dar. Diese entspricht der durchschnittlichen Wartezeit bei geplanten Operationen, also nicht akut erforderlichen Eingriffen, in Tagen. Eine lange präoperative Verweildauer kann zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, einem Effektivitätsverlust und zusätzlichen Kosten sowie Unzufriedenheit bei Patienten und Patientinnen bzw. in der Öffentlichkeit führen (vgl. ECHIM, 2012).

Die im Folgenden dargestellten Zahlen wurden von der BGKK zur Verfügung gestellt, wobei die zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichtes aktuellsten Werte aus dem Jahr 2014 stammen.

Insgesamt betrug die präoperative Verweildauer im Jahr 2014 in burgenländischen Krankenanstalten 0,98 Tage. Dabei lag die Verweildauer für operative Eingriffe bei 0,95 Tagen und für konservative Behandlungen bei 1,24 Tagen. Im Vergleich zur präoperativen Verweildauer in österreichischen Krankenanstalten (1,04) war jene im Burgenland kürzer. Seit 2012 (1,10 Tage; operativ: 1,04 Tage; konservativ: 1,66 Tage) ist die Verweildauer im Burgenland rückläufig.

7.4.1.6 Stationäre Endkosten

Die stationären Endkosten sind Primärkosten abzüglich Kostenminderungen wie Erlöse oder Kostenersatzleistungen (vgl. BMGF, 2017c).

Im Folgenden werden die Endkosten je systemisiertem Bett, je tatsächlich aufgestelltem Bett, je Belagstag und je stationärem Aufenthalt dargestellt. Bezüglich der Entwicklung der stationären Endkosten je Belagstag ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Anzahl der Belagstage tendenziell rückläufig ist (vgl. BMGF, o.J.a, www).

Im Jahr 2016 betragen die stationären Endkosten laut BMGF (2017c) im Burgenland je systemisiertem Bett 190.380 €, je tatsächlich aufgestelltem Bett 189.894 €, je Belagstag 835 € und je stationärem Aufenthalt 3.025 €. Seit dem Jahr 2011 (stationäre Kosten je systemisiertem Bett: 135.822 €, je tatsächlich aufgestelltem Bett: 158.439 €, je Belagstag: 649 €, je stationärem Aufenthalt: 2.360 €) ist ein Anstieg der Kosten zu verzeichnen.

Während die stationären Endkosten je Belagstag im Jahr 2011 im Burgenland (649 €) noch knapp unter dem Österreichschnitt (655 €) lagen, wies das Burgenland im Jahr 2016 (835 €) etwas höhere Kosten pro Belagstag im Vergleich zum Österreichschnitt (813 €) auf.

7.4.2 Rehabilitation im stationären Bereich

Die stationäre medizinische Rehabilitation ist in Österreich im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) geregelt. Sie beinhaltet die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen. Bei der stationären Rehabilitation verbleibt der Rehabilitand bzw. die Rehabilitandin während der gesamten Behandlungsdauer in der Einrichtung (vgl. Gyimesi et al., 2016).

Im Burgenland stehen derzeit sechs stationäre Rehabilitationseinrichtungen für die Indikationsgruppen „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“, „Erkrankungen des Stoffwechsel- und Verdauungssystems“, „Onkologische Erkrankungen“, „Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates“, „Psychiatrische Erkrankungen“, „Neurologische Erkrankungen“ sowie „Sonstige Krankheiten“ zur Verfügung (vgl. Gyimesi et al., 2016). Seit Erscheinen des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2012 gab es bezüglich der Anzahl der Sonderkrankenanstalten im Burgenland keine Veränderung.

In Tabelle 19 sind die einzelnen Rehabilitationseinrichtungen im Burgenland mit Informationen zum Träger, zur Indikationsgruppe, zur Anzahl systemisierter Betten sowie zur Anzahl der Bettenäquivalente (= tatsächliche Inanspruchnahme) angeführt.

Tabelle 19: Rehabilitationseinrichtungen im Burgenland, Quelle: Gyimesi et al. (2016), Eigene Erstellung

Einrichtung	Träger	Indikationsgruppe	Systemisierte Betten	Betten-äquivalente
Sonderkrankenanstalt Bad Tatzmannsdorf	Pensionsversicherungsanstalt (PVA)	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	168	147
		Neurologie	1	1
		Sonstige Krankheiten	1	-
		Stoffwechsel- und Verdauungssystem	1	1
Sonderkrankenanstalt Zicksee, St. Andrä	privat	Bewegungs- und Stützapparat	129	110
		Herz-Kreislauf-Erkrankungen	8	7
		Onkologie	1	-
		Sonstige Krankheiten	1	1
		Stoffwechsel- und Verdauungssystem	1	1
Therapiezentrum Rosalienhof, Bad Tatzmannsdorf	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA)	Onkologie	68	55
Der Sonnberghof – Onkologische Rehabilitation, Bad Sauerbrunn	privat	Neurologie	1	1
		Onkologie	119	119
		Sonstige Krankheiten	1	1
Sonderkrankenanstalt für neurologische Rehabilitation, Kittsee	privat	Bewegungs- und Stützapparat	10	8
		Herz-Kreislauf-Erkrankungen	2	2
		Neurologie	81	67
		Psychiatrie	1	1
		Sonstige Krankheiten	3	3
		Stoffwechsel- und Verdauungssystem	1	1
Sonnenpark Neusiedlersee – Zentrum für psychosoziale Gesundheit, Rust	privat	Psychiatrie	100	95

7.4.3 Exkurs: Langzeitversorgung

Im Folgenden wird auf die stationäre Pflegesituation im Burgenland eingegangen, da der Pflegebereich eine wichtige Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialwesen darstellt. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass mobile Pflegedienste bereits in Kapitel 7.2.5 beschrieben wurden.

Vorweg ist darauf aufmerksam zu machen, dass das Land Burgenland zur Beschreibung der Sozial- und Pflegesituation eigene Berichte erstellt. In diesem Zusammenhang ist für detailliertere Informationen auf den zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Gesundheitsberichtes jüngsten Burgenländischen Sozialbericht 2013/2014 (vgl. Amt der Burgenländischen Landesregierung, 2015) hinzuweisen.

7.4.3.1 Heime und Plätze

Gemäß dem Altenwohn- und Pflegeheimgesetz ist das Land Burgenland bestrebt, stationäre Einrichtungen zur Aufnahme älterer sowie vorübergehend oder dauernd pflegebedürftiger Personen in ausreichendem Maß zur Verfügung zu stellen. Ziel ist es, die Menschenwürde der Heimbewohner und Heimbewohnerinnen zu wahren, deren Interessen zu berücksichtigen und ihre Selbstständigkeit und Mobilität weitestgehend zu erhalten. Träger von Pflege- und Altenwohnheimen sind im Burgenland vorwiegend nicht-öffentliche Organisationen (vgl. Amt der Burgenländischen Landesregierung, 2015).

Der burgenländischen Bevölkerung standen mit Stand Ende März 2015 im eigenen Land 44 Pflegeheime mit insgesamt 2.142 Plätzen zur Verfügung. Die meisten Altenwohn- und Pflegeheimplätze gab es im Bezirk Oberwart (508), gefolgt von Eisenstadt und Eisenstadt Umgebung (388) sowie dem Bezirk Oberpullendorf (337). Vergleicht man die verfügbaren Plätze pro 100.000 Einwohner zwischen den Versorgungsregionen, so fällt auf, dass in der

Versorgungsregion Burgenland Nord (643) im Jahr 2015 deutlich weniger Plätze zur Verfügung standen als in der Versorgungsregion Burgenland Süd (939).

Zwischen 2012 und 2015 stieg die Zahl der Altenwohn- und Pflegeheimplätze von 2.045 auf 2.142 an.

7.4.3.2 Personal

Insgesamt waren Ende Dezember 2014 in Burgenlands Heimen 1.532 Personen im Ausmaß von 1.248,2 Vollzeitäquivalenten beschäftigt. Von diesen waren nur 13% männlich. Umgerechnet kamen auf zehn Heimplätze 5,82 Vollzeitäquivalente. Die Verteilung des Personals auf die einzelnen Berufsgruppen gestaltete sich folgendermaßen (vgl. Amt der Burgenländischen Landesregierung, 2015):

- 72,8% Betreuungspersonal
- 23,0% funktionelles Personal
- 4,2% Verwaltungspersonal

Das Betreuungspersonal gliederte sich wiederum in 39,6% diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, 51,0% Pflegehilfepersonal und 9,4% sonstiges Betreuungspersonal.

Die Zahl der Vollzeitäquivalente nahm zwischen 2010 (1.118,6 Vollzeitäquivalente) und 2014 um 129,6 zu. Die Zahl der Vollzeitäquivalente pro zehn Heimplätze blieb allerdings nahezu konstant (2010: 5,85).

7.4.3.3 Auslastung

Von den zur Verfügung stehenden 2.142 Heimplätzen in den 44 Heimen waren mit Stand 31.3.2015 2.075 Plätze belegt. Dies entspricht einer Auslastung von 96,9%. Von den Bewohnern und Bewohnerinnen waren im Schnitt 72,4% weiblich und nur 8,8% nicht burgenländischer Herkunft. Das Durchschnittsalter lag bei 82,7 Jahren (vgl. Amt der Burgenländischen Landesregierung, 2015).

Mitte 2010 wurde als generelle Unterbringungs Voraussetzung für Neuzugänge ein Pflegegeldbezug ab Stufe 4 festgelegt. Im Vergleich wurde dadurch der Anteil der Bewohner und Bewohnerinnen mit Pflegegeld ab Stufe 4 von 64,5% Ende 2010 auf 74,5% Ende 2014 angehoben.

7.4.4 Patientenstromanalyse

Die Patientenmobilität steht gemäß den europäischen Gesundheitsindikatoren mit der Verfügbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen, der Entwicklung der Infrastruktur, der Kostenübernahme sowie der Patientensicherheit in Zusammenhang (vgl. ECHIM, 2012).

Im Folgenden wird beschrieben, in welchen Krankenhäusern sich die burgenländische Bevölkerung außerhalb des eigenen Heimatbundeslandes behandeln lässt. Die Daten wurden von der BGKK zur Verfügung gestellt und beziehen sich auf Patienten und Patientinnen mit Wohnsitz im Burgenland.

Im Jahr 2015 traten außerhalb des Burgenlandes die meisten Krankenhausbehandlungen von Burgenländern und Burgenländerinnen in Wien (13.591 Fälle), Niederösterreich (9.461 Fälle) und der Steiermark (6.897 Fälle) auf. Während 66,2% der Krankenhausbehandlungen von Burgenländern und Burgenländerinnen im eigenen Bundesland passierten, waren Krankenhausaufenthalte in Wien für 15,1%, in Niederösterreich für 10,5% und in der Steiermark für 7,7% aller Krankenhausaufenthalte von Burgenländern und Burgenländerinnen verantwortlich.

Im regionalen Vergleich ist erkennbar, dass die Bevölkerung der NUTS3-Regionen Nordburgenland und Mittelburgenland außerhalb des Burgenlandes vor allem Krankenanstalten in Wien (Nordburgenland: 22,4%; Mittelburgenland: 11,1%) und Niederösterreich (Nordburgenland: 16,1%; Mittelburgenland: 9,2%) – vermutlich aufgrund der geographischen Nähe – bevorzugt, während Südburgenländer und Südburgenländerinnen – vermutlich ebenso aus Erreichbarkeitsgründen – vor allem Krankenhausbehandlungen in der Steiermark (21,5%) in Anspruch nehmen. Nähere Informationen diesbezüglich finden sich in Abbildung 56.

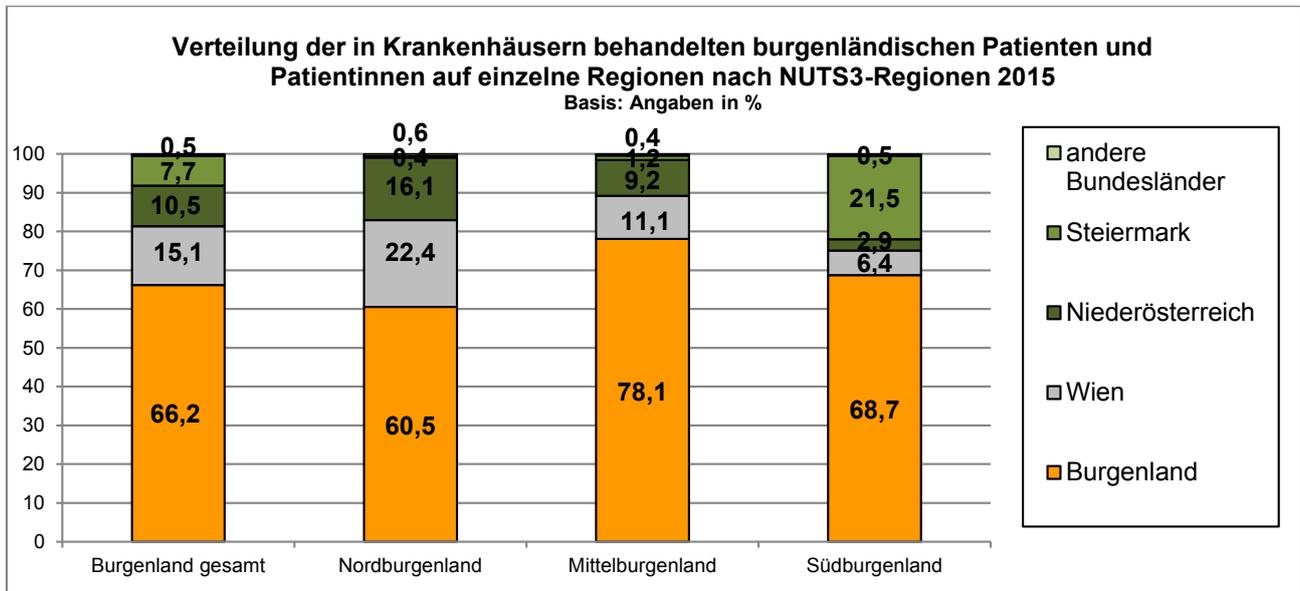


Abbildung 56: Verteilung der in Krankenhäusern behandelten burgenländischen Patienten und Patientinnen auf einzelne Regionen nach NUTS3-Regionen 2015, Stand: 2015, Basis: Angaben in %, Quelle: BGKK, Eigene Erstellung und Berechnungen

Im Längsschnittvergleich blieb die Aufteilung der Krankenhausaufenthalte außerhalb des Burgenlandes auf die einzelnen Bundesländer unverändert. Auch im Jahr 2010 fanden die meisten Krankenhausbehandlungen der burgenländischen Bevölkerung außerhalb des Burgenlandes in Wien (11,0%) statt, gefolgt von Niederösterreich (9,6%) und der Steiermark (8,3%). Allerdings stieg der Anteil der Krankenhausaufenthalte außerhalb des Burgenlandes von 29,6% im Jahr 2010 auf 33,8% im Jahr 2015 an.

7.5 Medizinisch-technische Großgeräte

Zu den europäischen Gesundheitsindikatoren zählen auch die Anzahl der Computertomographie-Scanner sowie die Zahl der Magnetresonanztomographie-Einheiten pro 100.000 Einwohner. Die Verfügbarkeit von modernen medizinischen Geräten gilt als wichtiger Indikator für eine zeitgemäße Erbringung der Gesundheitsdienstleistungen (vgl. ECHIM, 2012).

Medizinisch-technische Großgeräte sollen in jenen Krankenanstalten eingerichtet werden, die diese gemäß ihrer Fächerstruktur zur medizinischen Behandlung benötigen. Dabei sind Kooperationspotenziale zwischen dem intra- und extramuralen Bereich bei der Standortplanung im Sinne der Versorgungswirksamkeit zu berücksichtigen (vgl. Griebler et al., 2017).

Gemäß dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) gelten folgende medizinisch-technische Geräte als Großgeräte (vgl. GÖG, 2018):

- Computertomographiegeräte (CT)
- Magnetresonanz-Tomographiegeräte (MR)
- Emissions-Computer-Tomographiegeräte (ECT; inkl. ECT-CT)
- Coronarangiographische Arbeitsplätze (Herzkatheterarbeitsplätze; COR)
- Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte (STR) (Linearbeschleuniger)
- Positronen-Emissions-Tomographiegeräte (PET; inkl. PET-CT, PET-MR)

Im Rahmen des Österreichischen Großgeräteplanes wurden zur Berechnung des Großgerätebedarfes pro Großgerät Einwohnerrichtwerte und Erreichbarkeitsrichtwerte herangezogen. Diese sind in Tabelle 20 angeführt.

Tabelle 20: Großgeräteplanung-Planungsrichtwerte, Stand 2017, Quelle: GÖG (2018), Eigene Erstellung

Gerätegruppe	Erreichbarkeit	Einwohnerrichtwert
CT	30 Minuten	30.000-50.000
MR	45 Minuten	70.000-90.000
ECT	45 Minuten	80.000-100.000
STR	90 Minuten	130.000-150.000
COR	60 Minuten	200.000-300.000
PET	60 Minuten	300.000-400.000

Dabei gibt der Erreichbarkeitswert die Frist in Minuten an, innerhalb derer zumindest 90% der Wohnbevölkerung den jeweils nächstgelegenen leistungs anbietenden Standort bezüglich der betreffenden Großgerätegruppe erreichen sollte. Die Einwohnerrichtwerte sind die Sollbereiche für die Anzahl der Einwohner und Einwohnerinnen je Großgerät (vgl. GÖG, 2018).

In Tabelle 21 wird die Anzahl der Großgeräte im Burgenland im Jahr 2015 den Richtwerten des Großgeräteplans 2017 gegenübergestellt. Die Zahlen hierzu entstammen den Zusatzdokumenten zum Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2017.

Tabelle 21: Großgeräte Burgenland Ist-Stand und Plan, Stand: 2015, Quelle: GÖG (2018), Eigene Erstellung

Großgerät (nach Bereichen)	CT	MR	COR	ECT
Großgeräte in Fonds-Krankenanstalten	2015: 5 Plan: 5	2015: 2 Plan: 4	2015: 1 Plan: 1	2015: 1 Plan: 1
Großgeräte in Akut-Krankenanstalten	2015: 5 Plan: 5	2015: 2 Plan: 4	2015: 1 Plan: 1	2015: 1 Plan: 1
Großgeräte im extramuralen Bereich	2015: 4 Plan: 3	2015: 2 Plan: 1	2015: 0 Plan: 0	2015: 2 Plan: 2
Großgeräte in Rehabilitationszentren	2015: 0 Plan: 0	2015: 0 Plan: 0	2015: 0 Plan: 0	2015: 0 Plan: 0
Großgeräte im Burgenland insgesamt	2015: 9 Plan: 8	2015: 4 Plan: 5	2015: 1 Plan: 1	2015: 3 Plan: 3

Burgenland verfügt über 9 CT-, 4 MR-, 1 COR- und 3 ECT-Geräte. Dabei zeigt sich, dass dies in etwa den Planungsempfehlungen entspricht. Lediglich die Zahl der CT- und MR-Geräte im extramuralen Bereich liegt über dem Plan, während die Zahl der MR-Geräte in den Krankenanstalten unter dem Plan liegt.

Zwischen den Jahren 2010 und 2015 erhöhte sich die Zahl der COR-Geräte um 0,5; während jene der ECT-Geräte um 1 reduziert wurde. Die Anzahl der CT- und MR-Geräte blieb im Burgenland unverändert, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Planzahl der MR-Geräte erhöht wurde.

7.6 Psychosoziale Gesundheitsversorgung

Die psychosoziale Gesundheitsversorgung im Burgenland stellt ein Schwerpunktthema des vorliegenden Gesundheitsberichtes dar. Es nimmt Bezug auf das Ziel 3 der Burgenländischen Gesundheitsziele „*Gesunde Ernährung, gesunde und sichere Bewegung im Alltag und psychosoziale Gesundheit bei allen Burgenländerinnen und Burgenländern fördern*“.

Das entsprechende übergeordnete Rahmen-Gesundheitsziel für Österreich „*Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern*“ streicht die Bedeutung der psychosozialen Gesundheit für die Lebensqualität und die Vermeidung akuter sowie chronischer Erkrankungen heraus. Neben einer förderlichen Gestaltung der Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie der Stärkung der Lebenskompetenzen braucht es in der Gesellschaft auch Wissen und Sensibilität in Bezug auf psychische Erkrankungen, um eine umfassende Entstigmatisierung zu erreichen. Psychisch erkrankte Menschen und deren Angehörige benötigen eine umfassende und bedarfsgerechte Versorgung und müssen in die Gesellschaft integriert werden bzw. sein (vgl. BMGF, 2017a).

Einige Aspekte des Themas „Psychosoziale Gesundheit“ wurden bereits in den vorangegangenen Kapiteln des vorliegenden Gesundheitsberichtes behandelt. Dazu zählen die Lebensqualität (s. Kapitel 4.3.2.2), das Ausmaß an Sozialkapital und sozialer Unterstützung (s. Kapitel 5.2), das Auftreten psychischer Belastungen und Beanspruchungen sowie das Sozialklima am Arbeitsplatz (s. Kapitel 5.3.2.5).

In diesem Kapitel werden versorgungsspezifische Aspekte der psychosozialen Gesundheit betrachtet. Konkret werden die psychosozialen Dienste sowie die Inanspruchnahme psychologischer, psychotherapeutischer und psychiatrischer Beratung und Behandlung im Burgenland dargestellt.

Die psychosoziale Gesundheitsversorgung in Österreich erfolgt in Form einer modularen Versorgung. Das bedeutet, dass zur Behandlung mehrere Module angewendet werden, die die spezifischen Anforderungen bestimmter Patientengruppen (z.B. Erwachsene, Kinder und Jugendliche), spezieller Behandlungsformen oder bestimmter Behandlungsphasen berücksichtigen. Ziel ist es, die multiprofessionelle niederschwellige Versorgungsangebotsstruktur im ambulanten Bereich zu stärken (vgl. GÖG, 2018).

Gemäß dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2017 gibt es drei Patientengruppen (Erwachsene, Kinder und Jugendliche, Abhängigkeitserkrankungen) im Bereich der psychosozialen Gesundheitsversorgung, die sich wiederum in drei Versorgungsbereiche gliedert (intramural, extramural, komplementär). Die entsprechenden Versorgungsangebote sind in Tabelle 22 dargestellt.

Tabelle 22: Versorgungsbereiche der psychosozialen Gesundheitsversorgung, Quelle: GÖG (2018), Eigene Erstellung

Versorgungsbereich	Erwachsene	Kinder und Jugendliche	Abhängigkeitserkrankungen
Intramural	<ul style="list-style-type: none"> – Stationärer Bereich – Tagesklinik – Ambulanz – Konsiliar- und Liaisondienst für Krankenanstalt 		<ul style="list-style-type: none"> – Stationärer Bereich – Tagesklinik – Ambulanz
Extramural	<ul style="list-style-type: none"> – Allgemeinmedizin – Facharzt bzw. Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie 		
	<ul style="list-style-type: none"> – Psychosoziale Versorgungseinrichtungen mit Facharzt bzw. Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin – Not- und Krisendienst – Konsiliar-/Liaisondienst für Einrichtungen des Sozialbereichs 	<ul style="list-style-type: none"> – Kinder- und Jugendpsychiatrie Ambulatorien – Konsiliar-/Liaisondienst von Facharzt bzw. Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie für entwicklungspädiatrische Ambulatorien, Einrichtungen des Sozialbereichs – Mobile Einheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur aufsuchenden Betreuung 	<ul style="list-style-type: none"> – Erste Anlaufstellen zur Beratung, Behandlungsmotivation, Behandlungsvorbereitung von Suchterkrankungen – Niederschwellige Einrichtungen – Ambulante Therapieeinrichtungen für Suchterkrankungen – Einrichtungen zur Nachsorge und Nachbetreuung von Suchterkrankungen
Komplementär	<ul style="list-style-type: none"> – Psychosoziale Beratungsstellen – Abgestuft betreutes Wohnen – Abgestufte Arbeitsmöglichkeiten – Tagesstruktur 	<ul style="list-style-type: none"> – Psychosoziale Beratungsstellen – Voll- und teilbetreute Wohnformen – Abgestufte Arbeits- und Ausbildungsmöglichkeiten – Krisenzentren/Kinderschutzzentren – Angebote zu „Frühen Hilfen“ – Mobile sozialarbeiterische/sozialpädagogische Dienste 	<ul style="list-style-type: none"> – Spezielle Einrichtungen im Bereich Wohnen, Arbeit, Tagesstruktur

Dazu ist anzumerken, dass ein Konsiliardienst ein Vertreter bzw. eine Vertreterin einer Berufsgruppe ist, die nach Anfrage eine Begutachtung eines Patienten bzw. einer Patientin im Rahmen eines stationären Aufenthaltes vornimmt. Ein Liaisondienst hingegen steht anfrageunabhängig, regelmäßig zur Beratung und Unterstützung des Behandlungsteams zur Verfügung (vgl. GÖG, 2018).

Die diesbezügliche Situation der psychosozialen Gesundheitsversorgung im Burgenland wird in den folgenden Kapiteln beschrieben. Neben Ausführungen zu psychosozialen Diensten und Einrichtungen wird die Inanspruchnahme der psychosozialen Gesundheitsversorgung, basierend auf Daten der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014, angeführt. Bezüglich der stationären psychiatrischen Rehabilitation wird auf die

Leistungsbeschreibung des PSD Burgenland im Folgenden und die Ausführung in Kapitel 7.4.2 des vorliegenden Gesundheitsberichtes zur stationären Rehabilitation verwiesen.

7.6.1 Psychosozialer Dienst (PSD) Burgenland

Eine wichtige Institution im Bereich der ambulanten psychosozialen Gesundheitsversorgung im Burgenland stellt der PSD Burgenland dar. Dieser wurde im Jahr 1959 als Verein gegründet und wird heute in Form einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung als eine Tochtergesellschaft der KRAGES geführt. Er beschäftigt vor allem Psychologen und Psychologinnen, Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, Pflegepersonal, Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen, Fachärzte und Fachärztinnen sowie administratives Personal (vgl. PSD Burgenland, 2017b). Mitte 2015 waren beim PSD Burgenland 101 Personen beschäftigt (vgl. Amt der Burgenländischen Landesregierung, 2015).

Grundsätzlich bietet der PSD Burgenland folgende Leistungen an (vgl. PSD Burgenland, 2017c):

- Psychologischer Dienst
- Sozialarbeiterischer Dienst
- Pflegerischer Dienst
- Psychotherapie

Der PSD Burgenland verfügt über folgende Behandlungszentren und ist mit diesen in allen sieben Bezirken des Burgenlandes vertreten:

- Zentrum für seelische Gesundheit Neusiedl
- Zentrum für seelische Gesundheit Eisenstadt
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Eisenstadt
- Heilpädagogisches Zentrum Rust
- Zentrum für seelische Gesundheit Mattersburg
- Zentrum für seelische Gesundheit Oberpullendorf (sozialpsychiatrisches Ambulatorium)
- Zentrum für seelische Gesundheit Oberwart
- Kinder- und Jugendpsychiatrie Oberwart
- Zentrum am Krankenhaus Oberwart
- Zentrum für seelische Gesundheit Güssing
- Zentrum für seelische Gesundheit Jennersdorf

Bevor im Folgenden die Aktivitäten des PSD Burgenland zur psychosozialen Gesundheitsversorgung im Jahr 2016 beschrieben werden, erfolgt der Hinweis, dass sich die Angaben nur auf Personen beziehen, die im Burgenland behandelt wurden. Burgenländer und Burgenländerinnen, die in anderen Bundesländern psychosoziale Gesundheitsversorgung in Anspruch nahmen, sind in den folgenden Zahlen nicht beinhaltet.

Im Jahr 2016 wurden vom multiprofessionellen Team des PSD Burgenland 3.096 Patienten und Patientinnen betreut. Im Vergleich zum Vorjahr (2015: 3.796) zeigt sich ein Rückgang der Zahl um 700 Personen. Der fachärztliche Dienst betreute im Jahr 2016 3.828 Patienten und Patientinnen. Auch diese Zahl ist im Vergleich zum Jahr 2015 (4.169) rückläufig (vgl. PSD Burgenland, 2017c).

Insgesamt wurden im Jahr 2016 218 Personen in Zusammenhang mit Suchtmittelmissbrauch durch den PSD Burgenland betreut. Diese Zahl stieg im Vergleich zum Vorjahr an (2015: 192). Auch die Anzahl der Angehörigenkontakte wurde von 16 im Jahr 2015 auf 24 im Jahr 2016 gesteigert. Hinsichtlich der Altersverteilung ist zu beobachten, dass die meisten Behandlungen in der Gruppe der 25- bis 34-Jährigen stattfanden, gefolgt von der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen. Der geschlechtsbezogene Vergleich zeigt, dass der Großteil der Patienten und Patientinnen männlich war (77%). Betrachtet man die regionale Verteilung, so kann festgehalten werden, dass die meisten Patienten und Patientinnen im PSD Eisenstadt (58), gefolgt vom PSD Neusiedl und PSD Oberwart (je 43), dem PSD Oberpullendorf (35) und dem PSD Mattersburg (34) betreut wurden. Die wenigsten Klienten und Klientinnen wiesen der PSD Güssing (3) und der PSD Jennersdorf (2) auf (vgl. PSD Burgenland, 2017a).

Im Heilpädagogischen Zentrum Rust wurden im Jahr 2016 insgesamt 35 Kinder und Jugendliche stationär aufgenommen. Davon waren 11 weiblich und 24 männlich. Die Altersverteilung erstreckte sich von sieben bis 14 Jahren, die meisten Neuaufnahmen waren 12 Jahre alt (9). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Kinder und Jugendlichen betrug 14,3 Wochen bzw. 100,41 Pflage tage pro Kind. Nur vier der betreuten Kinder und Jugendlichen waren nicht aus dem Burgenland (vgl. PSD Burgenland, 2017d).

Das Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Eisenstadt verzeichnete im Jahr 2016 840 Patienten und Patientinnen. Davon waren 316 weiblich und 524 männlich. Hinsichtlich der Altersverteilung bildeten die 14- bis 18-Jährigen die größte Gruppe (257), gefolgt von den 6- bis 10-Jährigen (254) und 10- bis 14-Jährigen (242). Die bis 6-Jährigen bildeten eindeutig die kleinste Gruppe (87) (vgl. PSD Burgenland, 2017c).

Das Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Oberwart behandelte im Jahr 2016 insgesamt 588 Patienten und Patientinnen, wovon 360 männlich und 228 weiblich waren (vgl. PSD Burgenland, 2017c).

Einen Überblick über die Behandlungen des PSD Burgenland im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt Abbildung 57.

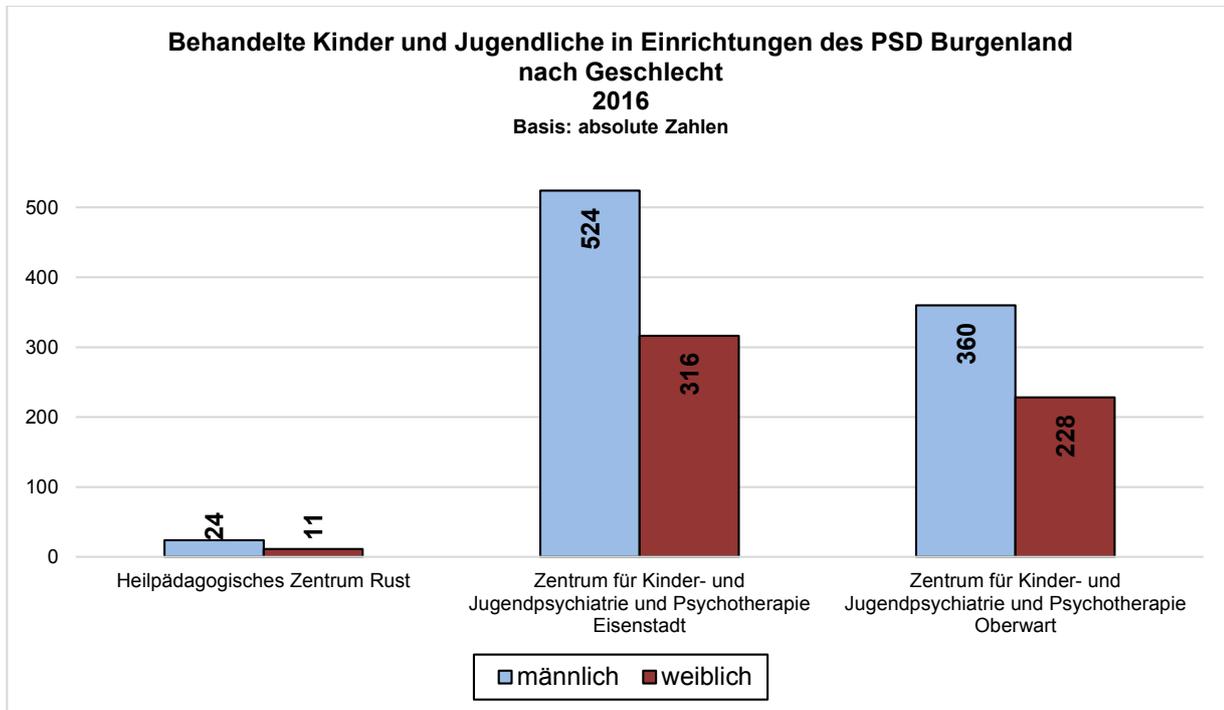


Abbildung 57: Behandelte Kinder und Jugendliche in Einrichtungen des PSD Burgenland nach Geschlecht 2016, Stand: 2016, Basis: absolute Zahlen, Quellen: PSD Burgenland (2017c, 2017d), Eigene Erstellung

Die Klinischen Psychologen bzw. Psychologinnen sowie die Gesundheitspsychologen und -psychologinnen des PSD Burgenland üben auch Konsiliar- und Liaisonstätigkeiten an den KRAGES Krankenhäusern aus. Im Jahr 2016 standen hierfür insgesamt sechs Klinische Psychologen und Psychologinnen bzw. Gesundheitspsychologen und -psychologinnen im Ausmaß von circa 3,5 Vollzeitäquivalenten zur Verfügung. Diese nahmen insgesamt 3.810 psychologische Interventionen vor. Die häufigsten Interventionen waren Gespräche (2.962), Interventionen mit Patienten und Patientinnen (1.321), Testungen (499) und Gespräche mit Angehörigen (224). Weitere Aktivitäten waren Gespräche mit Patienten und Patientinnen bzw. deren Bezugsperson(en) (98) sowie Gespräche mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen (27) (vgl. PSD Burgenland, 2017e).

Die häufigsten Interventionen der Klinischen Psychologen und Psychologinnen bzw. Gesundheitspsychologen und -psychologinnen fanden im Jahr 2016 im Krankenhaus Oberwart (2.055), gefolgt vom Krankenhaus Güssing (989) und Krankenhaus Oberpullendorf (425) statt. Das Krankenhaus Kittsee wies mit 341 die niedrigste Anzahl an psychologischen Interventionen innerhalb der KRAGES Krankenhäuser auf.

Im Längsschnittvergleich zeigt sich ein deutlicher Anstieg der psychologischen Interventionen von 2.396 im Jahr 2015 auf 3.810 im Jahr 2016.

Die Zuweisungen der Patienten und Patientinnen erfolgte zum Großteil durch die internen Abteilungen in den Krankenhäusern (32,1%), gefolgt von der Neurologie (17,2%), den chirurgischen Abteilungen (13,3%), der psychiatrischen Ambulanz (12,6%), den onkologischen Abteilungen (11,0%) und der Palliativ-Abteilung (5,1%). Hinsichtlich der Geschlechter- und Altersverteilung ist zu beobachten, dass mehr als die Hälfte der zugewiesenen Patienten und Patientinnen im Jahr 2016 weiblich (61,7%) war und mehr als drei Viertel älter als 50 Jahre (79,3%) waren.

Die Suchtprävention des PSD Burgenland richtet sich sowohl an Kinder und Jugendliche als auch an Erwachsene. Im Jahr 2016 stand dieser Fachstelle ein multiprofessionelles Team mit drei Beschäftigten im Ausmaß von 1,75

Vollzeitäquivalenten zur Verfügung. Es wurden mehrere Projekte zur Suchtprävention mit verschiedenen Schwerpunktthemen und Zielgruppen durchgeführt, die zum Teil bereits in Kapitel 6.2.3 und 6.3.5 beschrieben wurden. Durch diese konnten im Jahr 2016 insgesamt 1.475 Personen erreicht bzw. betreut werden. Der Großteil der erreichten Personen waren Schüler und Schülerinnen (47%), gefolgt von Eltern (32%), Multiplikatoren und Multiplikatorinnen (12%) sowie Risikogruppen (10%) (vgl. PSD Burgenland, 2017f).

7.6.2 Landespsychologischer Dienst Burgenland

Beim Landespsychologischen Dienst Burgenland arbeiten Psychologen und Psychologinnen mit Zusatzausbildungen in klinischer Gesundheitspsychologie bzw. Psychotherapie. Diese leisten unentgeltliche, landesweite Unterstützung bei Erziehungsproblemen, familiären oder persönlichen Krisen oder bei Behinderung eines Familienmitglieds. Die Aufgaben umfassen gemäß dem Sozialhilfegesetz unter anderem die Erstellung von Gutachten und Stellungnahmen, Beratung, Auskunft und Sachverständigentätigkeit. Gemäß dem Kinder- und Jugendhilfegesetz sind weitere Aufgaben des Landespsychologischen Dienstes unter anderem die Begutachtung von Kindern und Jugendlichen sowie die Verfassung von Gutachten, therapeutische Begleitung von Kindern und Jugendlichen und psychologische Beratung von Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe (vgl. Amt der Burgenländischen Landesregierung, 2015).

Weitere Informationen zu den Aufgabenfeldern des Landespsychologischen Dienstes Burgenland finden sich im Sozialbericht 2013/2014 des Land Burgenland.

7.6.3 Sozial- und Frauenhaus Burgenland

Im Burgenland gibt es ein Sozialhaus in Oberwart und ein Frauenhaus in Eisenstadt. Beide Einrichtungen betreibt der Verein „Die Treppe“ (vgl. Amt der Burgenländischen Landesregierung, 2015).

Das Sozialhaus Burgenland in Oberwart bietet Frauen und Familien seit den 1980er Jahren anonyme Beratung, Betreuung und Krisenintervention, Unterstützung bei Behördenwegen, bei der Wohnungs- und Arbeitssuche sowie die Möglichkeit einer kostenlosen vorübergehenden Unterkunft.

Das Frauenhaus Burgenland in Eisenstadt ist eine Schutz- und Hilfseinrichtung für Frauen und Kinder, die von physischer und/oder psychischer Gewalt betroffen sind bzw. misshandelt und/oder bedroht wurden. Es erfolgt eine professionelle Unterstützung und Betreuung in sozialpädagogischer und therapeutischer Hinsicht mit dem Ziel, einerseits Wege aus der Gewalt- und Missbrauchsbeziehung zu finden, andererseits der sozialen Isolation der Frauen entgegenzuwirken.

Weitere Informationen und Daten zum Sozialhaus Burgenland sowie zum Frauenhaus Burgenland können dem Sozialbericht 2013/2014 des Land Burgenland entnommen werden.

An dieser Stelle soll auch auf Selbsthilfegruppen, die es im Burgenland für Menschen mit psychischen Erkrankungen gibt, sowie Hilfsangebote für Angehörige psychisch Erkrankter hingewiesen werden.

7.6.4 Inanspruchnahme psychologischer, psychotherapeutischer und psychiatrischer Gesundheitsleistungen

Die im Folgenden beschriebenen Daten entstammen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a) und geben daher lediglich einen Einblick in die selbstberichtete Inanspruchnahme von psychologischer, psychotherapeutischer und psychiatrischer Beratung, Untersuchung und Behandlung innerhalb der vergangenen 12 Monate vor der Befragung.

12 Monate vor der Befragung suchten insgesamt 6,7% der burgenländischen Bevölkerung einen Psychologen bzw. eine Psychologin, einen Psychotherapeuten bzw. eine Psychotherapeutin oder einen Psychiater bzw. eine Psychiaterin auf, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen. Österreichweit beanspruchte mit 7,0% ein nahezu gleich hoher Anteil der Bevölkerung psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Beratung, Untersuchung oder Behandlung.

Ein Vergleich der Versorgungsregionen zeigt nur geringfügige Unterschiede (Burgenland Nord: 6,3%; Burgenland Süd: 7,3%).

Im Geschlechtervergleich fällt auf, dass 12 Monate vor der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 ein doppelt so hoher Anteil der Frauen (8,8%) wie der Männer (4,4%) im Burgenland psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Beratung, Untersuchung oder Behandlung in Anspruch nahm.

7.7 Zufriedenheit von Patienten und Patientinnen und Zugang zum Gesundheitswesen

Ein wichtiges Qualitätskriterium für das Gesundheitssystem ist die Zufriedenheit von Patienten und Patientinnen mit der Versorgung. Sie ergibt sich aus dem individuellen Vergleich der persönlich erlebten Ist-Situation mit der erwarteten Soll-Situation. Durch die Erhebung der Patientenzufriedenheit können Defizite und Handlungsbedarf in der Gesundheits- und Krankenversorgung erkannt werden (vgl. BMG, 2016).

Der Zugang zum Gesundheitswesen ist ein weiteres wesentliches Qualitätskriterium. Gemäß den europäischen Gesundheitsindikatoren wird dieser durch selbstberichteten nicht erfüllten Bedarf an medizinischer Versorgung aufgrund von finanziellen Barrieren, Wartezeiten und räumlicher Entfernung abgebildet (vgl. ECHIM, 2012).

Im Rahmen des Gesundheitsbarometers Burgenland führt das Institut für Strategieanalysen im Auftrag des BURGEF laufend Bevölkerungsbefragungen zum Thema Gesundheit und Gesundheitsversorgung durch (s. Kapitel 2.2.6). Im Folgenden werden Ergebnisse ausgewählter Fragen im Rahmen der Wellen 7, 8, 14 und 16 aus den Jahren 2013, 2015 und 2016 dargestellt. Ergänzend wird der Zugang zum Gesundheitswesen im Burgenland basierend auf den Daten der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 beschrieben.

7.7.1 Grundsätzliche Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung

Die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung im Burgenland ist im Allgemeinen sehr hoch. Der Anteil der sehr und eher zufriedenen Befragten sank allerdings von 90% (Welle 1 im März 2011, vgl. Institut für Strategieanalysen, 2011) auf 83% (Welle 16 im April 2016, vgl. Institut für Strategieanalysen, 2016). Die Werte der einzelnen Wellen dazwischen liegen zwischen 80% und 90%. Insgesamt bewerteten Männer sowie ältere Personen die Gesundheitsversorgung in allen Wellen besser.

Rund die Hälfte der Befragten war im Jahr 2015 (Welle 14 März 2015) (vgl. Institut für Strategieanalysen, 2015) der Ansicht, dass die burgenländische Gesundheitsversorgung in etwa jener in Gesamtösterreich entspricht. Jeweils ca. 20% bewerteten sie im Österreichvergleich besser bzw. schlechter.

Im Rahmen der Welle 14 wurde zusätzlich zur allgemeinen Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung auch die spezifische Bewertung der Hausarzt-, Facharzt- und der stationären und ambulanten Krankenversorgung sowie weiterer Bereiche der Gesundheitsversorgung im Burgenland abgefragt. Dabei zeigt sich, dass insbesondere die Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung (71% sehr zufrieden) hoch ist. Weniger als die Hälfte ist sehr zufrieden mit den Leistungen der Fachärzte und Fachärztinnen (44%), der Verfügbarkeit von Krankenhäusern im Burgenland (44%), den Notarzdiensten (39%), der Versorgung in Krankenhäusern bei einem stationären Aufenthalt (36%), der Versorgung mit Spitalsambulanzen (35%) und der Nachbehandlung nach einem stationären Aufenthalt (32%). Im zeitlichen Verlauf zeigt sich, dass die Zufriedenheit im Vergleich zu jener, die im Zuge der Welle 1 des Gesundheitsbarometers Burgenland erhoben wurde (vgl. Institut für Strategieanalysen, 2011), in allen Bereichen etwas abnahm. Details dazu finden sich in Abbildung 58.

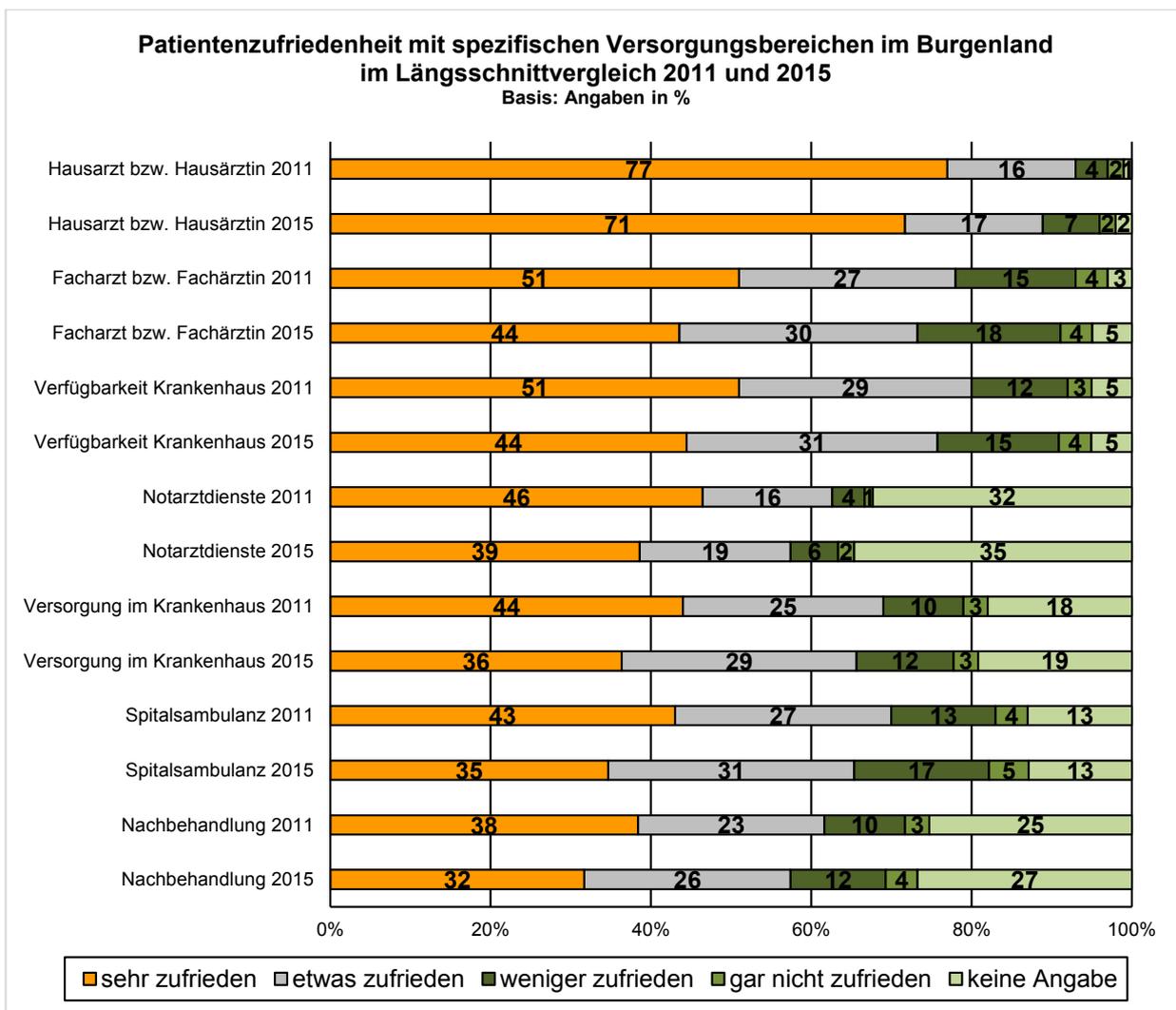


Abbildung 58: Patientenzufriedenheit mit spezifischen Versorgungsbereichen im Burgenland im Längsschnittvergleich 2011 und 2015, Basis: Angaben in %, Quellen: Institut für Strategieanalysen (2011, 2015), Eigene Erstellung

Neben der Zufriedenheit mit der Krankenversorgung wurde den Befragten auch die Frage nach der Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung gestellt. Dabei zeigt sich, dass mehr als die Hälfte sehr zufrieden mit den Vorsorge-Untersuchungen (54%) ist, jedoch weniger als die Hälfte mit den Informationen über die Gesundheitsversorgung (38%). Auch in diesem Bereich ist zu beobachten, dass die Zufriedenheit im Vergleich zu jener, die im Zuge der Welle 1 des Gesundheitsbarometers Burgenland ermittelt wurde, abnahm. Details dazu finden sich in Abbildung 59.

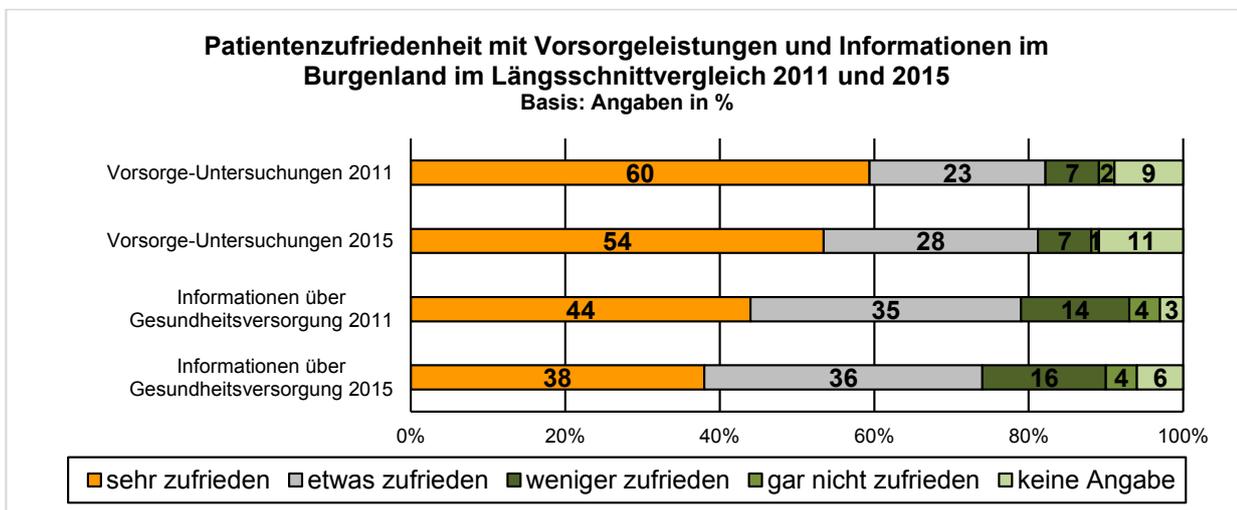


Abbildung 59: Patientenzufriedenheit mit Vorsorgeleistungen und Informationen im Burgenland im Längsschnittvergleich 2011 und 2015, Basis: Angaben in %, Quellen: Institut für Strategieanalysen (2011, 2015), Eigene Erstellung

7.7.2 Entwicklung der Gesundheitsversorgung

Im Rahmen der Welle 14 des Gesundheitsbarometers Burgenland (März 2015) (vgl. Institut für Strategieanalysen, 2015) wurden die Befragten nach ihrer subjektiven Einschätzung der zukünftigen Entwicklung der Gesundheitsversorgung im Burgenland befragt. Rund 50% der Befragten erwarten keine Veränderung, 30% vermuten eine Verschlechterung und 18% glauben an eine Verbesserung. Dieser Trend wird aber nicht als burgenlandspezifische, sondern vom Großteil (85%) als generelle Entwicklung wahrgenommen.

Die befürchteten Verschlechterungen betreffen allem voran längere Wartezeiten (74% „große Sorgen“), eine verstärkt notwendige Übernahme der Kosten durch die Betroffenen selbst (73%), weniger Zahlungen durch die Krankenkassen (72%), Einschränkungen in Hinblick auf die Behandlungsangebote von Krankenhäusern (64%), die Teuerung von Arzneimitteln (64%) und den Mangel an Hausärzten und Hausärztinnen (59%).

7.7.3 Zugang zum Gesundheitswesen

Der Zugang zum Gesundheitswesen kann anhand des selbstberichteten nicht erfüllten Bedarfes an medizinischer Versorgung aufgrund von finanziellen Barrieren, Wartezeiten und räumlicher Entfernung beschrieben werden. Die folgenden Daten entstammen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Statistik Austria, 2015a). Hierzu wurden folgende Fragen gestellt:

- „Hat sich bei Ihnen in den letzten 12 Monaten eine Untersuchung oder Behandlung verzögert, weil Sie zu lange auf einen Termin warten mussten?“
- „Hat sich bei Ihnen in den letzten 12 Monaten eine Untersuchung oder Behandlung verzögert, weil die Entfernung zu weit war oder es Probleme gab, dorthin zu kommen?“
- „Kam es in den letzten 12 Monaten vor, dass Sie eine der folgenden Untersuchungen oder Behandlungen benötigt hätten, Sie sich diese aber nicht leisten konnten? (medizinische Versorgung, zahnärztliche Untersuchung/Behandlung, ärztlich verordnete Medikamente, Behandlung aufgrund psychischer Probleme)“

Die Befragten konnten auf diese Fragen mit „Ja“, „Nein“ oder „Kein Bedarf“ antworten.

Die Ergebnisse zeigen, dass im Burgenland eher noch aufgrund der Wartezeit (6,0%) eine Untersuchung oder eine Behandlung verzögert wurde als aufgrund der räumlichen Entfernung (2,4%). Von finanziellen Barrieren berichteten 3,3% bei zahnärztlichen Untersuchungen bzw. Behandlungen, 1,8% bei medizinischen Untersuchungen, 2,1% bei ärztlich verordneten Medikamenten und 1,5% bei einer Behandlung aufgrund psychischer Probleme.

Im Vergleich der Versorgungsregionen kann eine Tendenz hin zu einem schlechteren Zugang in der Versorgungsregion Burgenland Nord erkannt werden. So treten alle Barrieren außer jene der finanziellen Hürden bei zahnärztlichen Untersuchungen bzw. Behandlungen (Burgenland Nord: 3,1%; Burgenland Süd: 3,6%) häufiger in der Versorgungsregion Nord auf.

Im Österreichvergleich zeigt sich, dass die Wartezeit (Österreich: 7,9%), finanzielle Barrieren bei medizinischen Untersuchungen (2,2%), finanzielle Barrieren bei zahnärztlichen Untersuchungen bzw. Behandlungen (5,1%) und finanzielle Barrieren bei psychischen Behandlungen (1,6%) im Burgenland zum Teil deutlich bzw. zum Teil leicht seltener den Zugang zum Gesundheitswesen erschweren. Allerdings stößt die burgenländische Bevölkerung geringfügig öfter auf das Problem der räumlichen Entfernung (Österreich: 1,4%) und auf finanzielle Barrieren bei ärztlich verordneten Medikamenten (Österreich: 1,5%). Details dazu finden sich in Abbildung 60.

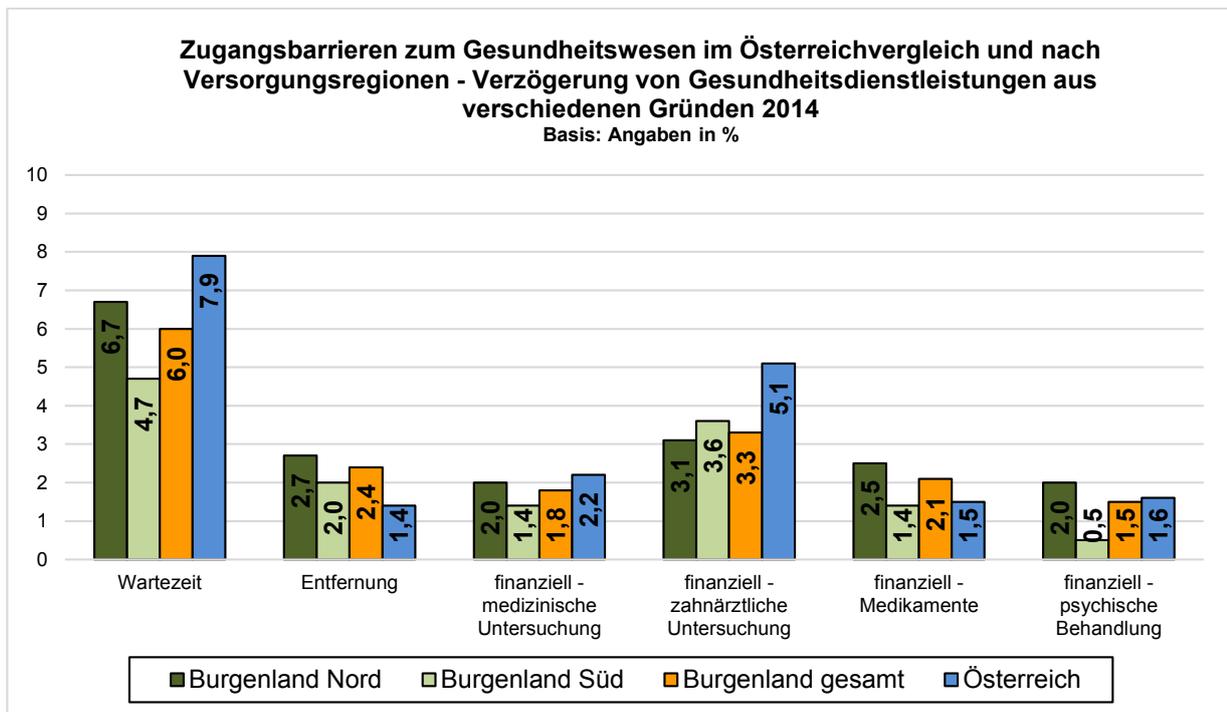


Abbildung 60: Zugangsbarrieren zum Gesundheitswesen im Österreichvergleich und nach Versorgungsregionen – Verzögerung von Gesundheitsdienstleistungen aus verschiedenen Gründen 2014, Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Antwort „ja“, Quelle: Statistik Austria (2015a), Eigene Erstellung und Berechnungen

Im Vergleich der Geschlechter fällt auf, dass Frauen (Wartezeit: 6,9%; Entfernung: 3,4%; finanziell – medizinische Untersuchung: 2,7%; finanziell – zahnärztliche Untersuchung/Behandlung: 3,8%; finanziell – psychische Behandlung: 2,1%) bis auf finanzielle Barrieren bei ärztlich verordneten Medikamenten (Frauen: 1,9%; Männer: 2,3%) eher Zugangsbarrieren erleben als Männer (Wartezeit: 5,0%; Entfernung: 1,4%; finanziell – medizinische Untersuchung: 0,9%; finanziell – zahnärztliche Untersuchung/Behandlung: 2,7%; finanziell – psychische Behandlung: 0,8%).

Im Rahmen der Welle 16 des Gesundheitsbarometers Burgenland (März/April 2016, vgl. Institut für Strategieberatung, 2016) wurde ebenfalls der gerechte Zugang zum Gesundheitswesen thematisiert.

Mehr als die Hälfte der Befragten (53%) war zum Zeitpunkt der Befragung der Meinung, dass im Burgenland eine Zwei-Klassen-Medizin existiert. 30% waren der Ansicht, dass diese in manchen Fällen, aber nicht durchgängig, gegeben ist.

Als Vorteile der privaten Bezahlung von Leistungen sehen 59% in erster Linie geringere Wartezeiten und mehr Komfort, wobei diese Gruppe keinen Qualitätsunterschied der Versorgung sieht. 35% hingegen sind der Meinung, dass privat zahlende Patienten und Patientinnen eine bessere medizinische Versorgung im Burgenland erhalten.

Die Hauptursachen für die Zwei-Klassen-Medizin im Burgenland sehen die Befragten in Einsparungen der Krankenkassen (76%) und des Staates (72%), gefolgt von einem gezielt gesteigerten Angebot von Privatleistungen durch Ärzte und Ärztinnen (63%) und einer geringeren Anzahl an Ärzten und Ärztinnen mit Kassenverträgen (62%).

7.8 Geschlechterspezifika

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass viele der Kennzahlen zur Beschreibung der Gesundheits- und Krankenversorgung dadurch, dass sie sich häufig auf Ausstattungs-, Kapazitäts- und Kostenaspekte beziehen, nicht geschlechtsspezifisch dargestellt werden können. Vor allem was die Inanspruchnahme bestimmter Leistungen betrifft, sind jedoch sehr wohl Zahlen für die beiden Geschlechter separat verfügbar. Im Folgenden werden jene zusammenfassend beschrieben, bei denen sich Unterschiede zwischen Frauen und Männern zeigen.

Betrachtet man zunächst das Vorsorgeverhalten, so zeigt sich, dass ein leicht höherer Anteil der Frauen (22,5%) als der Männer (20,2%) im Burgenland das allgemeine Vorsorgeuntersuchungsprogramm in Anspruch nimmt. Am gynäkologischen Untersuchungsprogramm nahmen im Jahr 2016 zudem 16,1% der Burgenländerinnen ab 18

Jahren teil. In Hinblick auf Screening-Verfahren deuten auch die subjektiven Angaben der Befragten im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 auf ein etwas stärker ausgeprägtes Vorsorgeverhalten bei Frauen hin. So zeigen die Daten z.B., dass Burgenländerinnen (59,2%) häufiger einen Test auf verstecktes Blut im Stuhl durchführen lassen als Burgenländer (51,9%).

Sieht man sich die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im ambulanten Bereich an, so weisen sowohl die objektiven Daten der BGKK als auch die subjektiven Angaben im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 auf eine häufigere Inanspruchnahme von Frauen im Vergleich zu Männern im Burgenland hin. Lediglich bei den registrierten Arztbesuchen in den Fachbereichen Kinderheilkunde, Lungenkrankheiten und Urologie sowie dem subjektiv angegebenen Aufsuchen von Hautärzten und Hautärztinnen zeigt sich ein höherer Anteil der Männer an allen Arztbesuchen.

Häusliche Pflegedienste und soziale Hilfsdienste als weitere ambulante Versorgungs- bzw. Pflegeleistungen werden ebenfalls von einem etwas höheren Anteil der burgenländischen Frauen (1,9%) als der Männer (0,9%) in Anspruch genommen.

Betrachtet man die Pflegeleistungen der Bevölkerung selbst, so zeigen die Daten der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014, dass Burgenländerinnen (24,2%) häufiger als Burgenländer (20,9%) mindestens einmal pro Woche informelle Pflegeleistungen erbringen und auch einen größeren zeitlichen Aufwand damit haben.

Was die Inanspruchnahme von Arzneimitteln betrifft, so zeigen die Daten der BGKK, dass mehr Frauen als Männer Heilmittelverordnungen vom Arzt bzw. von der Ärztin verschrieben bekommen. Auch die subjektiven Angaben im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 deuten auf einen höheren Medikamentenkonsum bei Burgenländerinnen (61,2% Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente in den letzten beiden Wochen vor der Befragung; 33,9% rezeptfreie Medikamente) im Vergleich zu Burgenländern (51,1%; 21,6%) hin.

Zur stationären Gesundheits- und Krankenversorgung gibt es nur wenige geschlechtsspezifische Zahlen. Betrachtet man aber die Inanspruchnahme von stationärer Langzeitversorgung im Pflegebereich, so ist auf eine deutliche Dominanz weiblicher Bewohnerinnen (72,4%) in Burgenlands Pflegeheimen hinzuweisen.

Was die psychosoziale Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, vor allem die Inanspruchnahme von Leistungen des PSD Burgenland, betrifft, so zeigen die Daten, dass im Jahr 2016 deutlich mehr Burschen bzw. Männer (77%) in Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum durch den PSD Burgenland betreut wurden. Auch im Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Eisenstadt, im Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Oberwart sowie im Heilpädagogischen Zentrum Rust wurden mehr männliche Patienten betreut. Interessanterweise weisen im Gegensatz dazu die subjektiven Angaben der Bevölkerung im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2014 darauf hin, dass Frauen (8,8%) häufiger als Männer (4,4%) im Burgenland psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen in Anspruch nehmen.

Generell weisen Burgenländer eine höhere Zufriedenheit mit der Gesundheits- und Krankenversorgung im Burgenland auf und erleben größtenteils auch weniger Zugangsbarrieren als Burgenländerinnen.

7.9 Zusammenfassende Übersicht zu Kapitel 7

Zusammenfassend zeigt sich, dass sich das Burgenland in Hinblick auf einzelne Kennzahlen zur Beschreibung der Gesundheits- und Krankenversorgung durchaus vom Österreichschnitt unterscheidet. Zudem konnten Differenzen im Längsschnitt- und Regionenvergleich festgestellt werden, die in Tabelle 23 aufgelistet sind. In der Tabelle sind jene Gesundheitsindikatoren zu diesem Themenbereich angeführt, bei denen

- in den vergangenen Jahren nennenswerte Veränderungen stattfanden,
- Burgenland im Vergleich zu Gesamtösterreich unter- oder überdurchschnittliche Werte aufweist und/oder
- nennenswerte Unterschiede zwischen den Regionen des Burgenlandes feststellbar sind.

Ist die aktuelle Zahl für das Burgenland im Längsschnitt- bzw. Österreichvergleich als überdurchschnittlich „gut“ zu werten, so ist diese grün hinterlegt. Sind hingegen „Verschlechterungen“ im Längsschnittvergleich feststellbar bzw. fallen die Werte für das Burgenland „schlechter“ als für Gesamtösterreich aus, so ist die Zahl rot hinterlegt. Bei Kennzahlen, die als neutral (weder gut noch schlecht) zu werten sind, jedoch nennenswerte Unterschiede im Längsschnitt- bzw. Österreichvergleich bestehen, ist die Zahl gelb hinterlegt. Unterschiede zwischen den Regionen werden in der letzten Spalte der Tabelle textlich erläutert.

In Hinblick auf den Zeithorizont ist zu erwähnen, dass die im Österreich- und Regionenvergleich angeführten Daten stets die jüngst verfügbaren Zahlen sind und sich auf den im Längsschnittvergleich angeführten „aktuelleren“ Zeitraum beziehen.

Tabelle 23: Zusammenfassende Übersicht zu Kapitel 7, Quelle: Eigene Erstellung

Gesundheitsindikator	Längsschnittvergleich		Österreichvergleich		Regionenvergleich
			Burgenland	Österreich	
Anteil der Bevölkerung mit Grippeimpfschutz	kein Längsschnittvergleich möglich		Burgenland	Österreich	In der Versorgungsregion Burgenland Nord herrscht eine leicht höhere Durchimpfungsrate vor.
			33,2%	30,8%	
Anteil der Bevölkerung mit FSME-Impfschutz	kein Längsschnittvergleich möglich		Burgenland	Österreich	In der Versorgungsregion Burgenland Süd herrscht eine leicht höhere Durchimpfungsrate vor.
			75,3%	65,5%	
Teilnahmerate der Bevölkerung ab 18 Jahren am allgemeinen Vorsorgeuntersuchungsprogramm	2016	2011	Burgenland	Österreich	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
	21,4%	21,1%	21,4%	13,7%	
Teilnahmerate der Bevölkerung ab 18 Jahren am gynäkologischen Untersuchungsprogramm	2016	2011	Burgenland	Österreich	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
	16,1%	5,4%	16,1%	5,9%	
Anteil der Bevölkerung, die sich einem Test auf verstecktes Blut im Stuhl unterzog (innerhalb der letzten zwei Jahre vor der Befragung)	kein Längsschnittvergleich möglich		Burgenland	Österreich	In der Versorgungsregion Burgenland Süd nimmt ein etwas größerer Anteil der Bevölkerung (58,6%) dieses Screeningverfahren in Anspruch als in der Region Burgenland Nord (53,9%).
			55,6%	33,0%	
Versorgungsdichte Allgemeinmedizin im niedergelassenen Bereich pro 100.000 Einwohner	2017	2011	Burgenland	Österreich	Geringfügige Unterschiede
	absolut: 285	absolut: 255	98	75	
Versorgungsdichte Facharztbereich im niedergelassenen Bereich pro 100.000 Einwohner	2017	2011	Burgenland	Österreich	In der Versorgungsregion Burgenland Nord ist die Dichte höher (89) als in der Region Burgenland Süd (71).
	243	289	83	130	
registrierte Arztbesuche (Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen) pro 100.000 Einwohner	2016	2012	Burgenland	Österreich	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
	978.856	995.231	978.856	781.164	
registrierte Facharztbesuche pro 100.000 Einwohner	2016	2012	Burgenland	Österreich	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
	315.550	311.541	315.550	369.857	
VZÄ in Spitalsambulanzen pro 1.000 Einwohner	2016	2011	Burgenland	Österreich	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
	3,0	2,9	3,0	4,5	
Anzahl ambulanter Patienten und Patientinnen in Spitalsambulanzen pro 1.000 Einwohner	2016	2011	Burgenland	Österreich	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
	757	735,5	757	978	
Anzahl ambulanter Frequenzen in Spitalsambulanzen pro 1.000 Einwohner	2016	2011	Burgenland	Österreich	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
	1.375	1.415,8	1.375	1.969	
verordnete Packungen Heilmittel	2016	2013	kein Österreichvergleich möglich		Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
	4.867.999	5.009.654			
Anteil der Bevölkerung, die in den letzten beiden Wochen vor der Befragung ärztlich verschriebene Medikamente einnahm	2014	2006/07	Burgenland	Österreich	keine nennenswerten Unterschiede
	56,2%	53,7%	56,2%	49,2%	
systemisierte Betten im stationären Bereich pro 1.000 Einwohner	2016	2011	Burgenland	Österreich	Die Versorgungsregion Burgenland Süd (5,0) hat mehr Betten als die Region Burgenland Nord (3,5).
	4,0	4,7	4,0	5,4	
VZÄ je 100 Betten im stationären Bereich	2016	2011	Burgenland	Österreich	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
	224,3	209,2	224,3	263,1	
Anteil der Nulltagesaufenthalte an allen stationären Aufenthalten	2016	2011	Burgenland	Österreich	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
	36,5%	36,1%	36,5%	24,9%	
Belagstage in 1.000 pro 100.000 Einwohner im stationären Bereich	2016	2011	Burgenland	Österreich	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
	91,6	98,6	91,6	142,2	
durchschnittliche Belagsdauer im stationären Bereich	2016	2011	Burgenland	Österreich	Es liegen keine Daten auf Ebene der Regionen vor.
	3,62	5,24	3,62	4,90	

8 RESÜMEE UND AUSBLICK

Die Ergebnisse des vorliegenden Gesundheitsberichtes zeigen, dass sich einzelne Kennzahlen zur Beschreibung der Gesundheitssituation der burgenländischen Bevölkerung sowie der Gesundheitsdeterminanten seit Erscheinen des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2012 verbessert haben. Dazu zählen unter anderem

- die allgemeine Lebenserwartung,
- die Gesamtmortalität,
- ursachenspezifische Mortalitäten,
- Krebsinzidenzen,
- das Rauchverhalten,
- die Anzahl „Gesunder Dörfer“,
- Krankenstandszahlen,
- die Feinstaub- und Ozonbelastung sowie das
- Vorsorgeverhalten der Bevölkerung.

„Verschlechterungen“ konnten hingegen in Hinblick auf den Anteil Übergewichtiger und Adipöser sowie den subjektiven Gesundheitszustand der Bevölkerung festgestellt werden. Bezüglich der ersten der beiden Kennzahlen zeigen sich zudem hohe Werte im Österreichvergleich.

Trotz der positiven Entwicklung einzelner Gesundheitsindikatoren weist das Burgenland verglichen mit Gesamtösterreich eine geringere gesunde Lebenserwartung, eine höhere Gesamtmortalität, eine höhere Mortalität aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen und sonstigen Krankheiten sowie einen höheren Anteil der Bevölkerung mit subjektiv wahrgenommenem chronischen Gesundheitsproblem auf. Eine günstige Situation für das Burgenland zeigt sich hingegen in Hinblick auf Krebsinzidenzen, das Vorsorgeverhalten sowie die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung.

Während die Gesundheits- und Krankenversorgung sowie das Angebot an Vorsorge- und Screeningmaßnahmen inklusive der Inanspruchnahme im Allgemeinen sowohl im Österreich- als auch im Längsschnittvergleich als grundsätzlich sehr zufriedenstellend bewertet werden kann, deuten vor allem folgende Punkte auf die Notwendigkeit der Forcierung von Gesundheitsförderung, die die Steigerung der gesunden Lebensjahre zum Ziel hat, im Burgenland hin:

- im Österreichvergleich niedrige gesunde Lebenserwartung der Burgenländer und Burgenländerinnen
- im Österreichvergleich hohe Herz-Kreislaufmortalität der Burgenländer und Burgenländerinnen
- im Längsschnittvergleich schlechter subjektiver Gesundheitszustand
- im Österreichvergleich hoher Anteil an Personen mit subjektiv wahrgenommener chronischer Krankheit
- im Österreich- und Längsschnittvergleich hoher Anteil an Übergewichtigen und Adipösen
- geringer Anteil der Bevölkerung (22,6%), der die Bewegungsempfehlungen erfüllt

Zwar gibt es im Burgenland eine Vielzahl an einzelnen Interventionen im Bereich der Gesundheitsförderung, allerdings mangelt es an Strukturen, die eine Abstimmung von Einzelaktivitäten und eine Nachhaltigkeit der Projekte ermöglichen würden. Genau dies wird im Rahmen der Gesundheitsförderungsstrategie Burgenland gefordert.

Regionsspezifisch betrachtet zeigt sich ein höherer gesundheitspolitischer Handlungsbedarf im Südburgenland im Vergleich zum Nordburgenland. So weisen die Bezirke des Südburgenlandes beispielsweise eine deutlich höhere Herz-Kreislaufmortalität auf als jene des Nordburgenlandes. Diese Ungleichheiten sollte die Gesundheitspolitik in der Planung stärker berücksichtigen.

Obwohl die Krankenversorgung der Bevölkerung im Allgemeinen als ausreichend bewertet werden kann, deuten sowohl Zahlen zum Angebot als auch zur Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen im niedergelassenen Bereich auf zukünftigen Handlungsbedarf hin. So werden in naher Zukunft einerseits zahlreiche Ärzte und Ärztinnen im niedergelassenen Bereich in Pension gehen, andererseits weist die burgenländische Bevölkerung eine im Österreichvergleich überdurchschnittlich hohe Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen im niedergelassenen Sektor auf. Dementsprechend gilt es, in Zukunft Maßnahmen zu setzen, um diesem „drohenden Ärztemangel“ entgegenzuwirken. Dazu zählen etwa die Erhöhung der Attraktivität des niedergelassenen Arztberufes im Burgenland sowie der weitere Ausbau von Angeboten wie der Akutordination Oberwart. Weitere Maßnahmen zur Bindung des Ärztenachwuchses im Burgenland, die auch in Zukunft weiter durchgeführt werden sollten, sind etwa

das Medizinstipendium sowie kostenlose Vorbereitungskurse für junge Burgenländer und Burgenländerinnen auf das Aufnahmeverfahren zum Medizinstudium.

Auch die psychosoziale Gesundheitsversorgung, die in den vergangenen Jahren im Burgenland vor allem im ambulanten Bereich deutlich ausgeweitet wurde, gilt es angesichts des Anstiegs psychischer Erkrankungen weiter zu forcieren.

Daneben zeigen geschlechtsspezifische Daten, dass es in Hinblick auf einzelne Gesundheitsindikatoren durchaus Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt. Aus diesem Grund sollten besondere Bedürfnisse und Anforderungen der beiden Geschlechter bei jeglichen Angeboten von der Gesundheitsförderung über die Prävention und Vorsorge sowie den ambulanten Bereich bis hin zur stationären Versorgung Berücksichtigung finden.

Die in diesem Bericht dargestellten Zahlen bilden eine wichtige Ausgangsbasis für zukünftige Strategien in der burgenländischen Gesundheitspolitik. Sie sollen dazu herangezogen werden, um politische Strategien zur Förderung der Bevölkerungsgesundheit bedarfsgerecht zu planen, Gesundheitsleistungen anzupassen und Krankheiten wirksam zu verhüten bzw. zu behandeln.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass insbesondere die Gesundheitsförderungsstrategie Burgenland weiter verfolgt und umgesetzt werden sollte. Im Sinne der Chancengerechtigkeit sind dabei stets regions- und geschlechtsspezifische Besonderheiten mitzubedenken. Derartige Maßnahmen könnten dazu beitragen, dass sich einzelne Gesundheitsindikatoren bis zum Erscheinen des nächsten Burgenländischen Gesundheitsberichtes weiter verbessern und derzeit noch vorherrschende Defizite im Österreichvergleich ausgeglichen werden.

9 VERZEICHNISSE

9.1 Literaturverzeichnis

AMS Burgenland. (2014). *Optimale Betreuung und Vorgangsweisen bei psychisch belasteten KundInnen: Forschungsprojekt im Auftrag des AMS Burgenland*. Wien.

Amt der Burgenländischen Landesregierung (Hrsg.). (2015). *Sozialbericht 2013/2014 des Landes Burgenland*. Eisenstadt. Verfügbar unter: https://www.burgenland.at/fileadmin/user_upload/Downloads/Gesundheit_und_Soziales/Soziales/Berichte_Publicationen/Sozialberichte/_Sozialbericht-2014_Cover.pdf [20.03.2018]

Apothekenindex Österreich. (2018). *Burgenland – Alle Apothekennotdienste im Überblick*. Salzburg. Verfügbar unter: <http://www.apothekenindex.at/apotheken/index.php?cPath=28> [20.03.2018]

Arbeiterkammer Burgenland. (2017). *Arbeitsklima-Index 2016*. Verfügbar unter: https://bgld.arbeiterkammer.at/service/presse/Arbeitsklima-Index_2016.html [16.03.2018]

AUVA. (o.J.). *Arbeitsunfall*. Verfügbar unter: <https://www.auva.at/portal27/auvaportal/contentPrint?contentid=10007.671001&viewmode=content&print=true> [16.03.2018]

Bamberg, E., Busch, C. & Ducki, A. (2003). *Stress- und Ressourcenmanagement. Strategien und Methoden für die neue Arbeitswelt*. Bern: Huber.

BGKK. (2016). *Vorsorge*. Verfügbar unter: <http://www.bgkk.at/portal27/bgkkportal/content?contentid=10007.674469&portal:componentId=gtn78d570c6-fb92-4366-9b92-460937816619&viewmode=content> [18.03.2018]

BMASGK. (2017). *Die Gesundheitsausgaben in Österreich*. Wien. Verfügbar unter: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Gesundheitsausgaben/ [18.03.2018]

BMASGK. (2018a). *Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten*. Wien. Verfügbar unter: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankheiten/Uebertragbare_Krankheiten/Statistiken_und_Fallzahlen/ [12.03.2018]

BMASGK. (2018b). *HIV-Statistik Österreich*. Wien. Verfügbar unter: https://www.bmgf.gv.at/home/HIV_AIDS [12.03.2018]

BMASGK. (2018c). *Kostenloses Kinder-Impfprogramm*. Verfügbar unter: https://www.bmgf.gv.at/home/Service/Gesundheitsleistungen/Kostenloses_nbsp_Kinder_Impfprogramm [18.03.2018]

BMASK. (2011). *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2010*. Wien.

BMASK. (2013). *Freiwilliges Engagement in Österreich: Bundesweite Bevölkerungsbefragung 2012*. Wien.

BMASK. (2017). *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2016*. Wien. Verfügbar unter: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=449> [18.03.2018]

BMG. (2010). *Das Österreichische Gesundheitssystem: Zahlen-Daten-Fakten*. Wien.

BMG. (2016). *Sektorenübergreifende Patientenbefragung: Ergebnisbericht 2015*. Wien. Verfügbar unter: <https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/4/7/CH1330/CMS1311931110184/patientenbefragung2015.pdf> [21.03.2018]

BMGF. (2014). *Die Gesundheitsreform 2013*. Verfügbar unter: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Die_Gesundheitsreform_2013 [30.08.2017]

BMGF. (2017a). *Gesundheitsziele Österreich: Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung* (BMG Hrsg.). Wien. Verfügbar unter: https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2017/06/gz_langfassung_de_20170626.pdf [30.08.2017]

- BMGF. (2017b). *Zielsteuerung-Gesundheit ab 2017*. Verfügbar unter: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Zielsteuerung_Gesundheit_ab_2017 [30.08.2017]
- BMGF. (2017c). *Krankenanstellen in Zahlen: Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstellen ÖSTERREICH*. Wien. Verfügbar unter: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/9/0/9/CH1163/CMS1289376034962/oesterreich_2016.pdf [06.03.2018]
- BMGF. (2017d). *Kataster der selbstständigen Ambulatorien*. Wien.
- BMGF. (o.J.a). *Krankenanstellen in Zahlen*. Verfügbar unter: <http://www.kaz.bmgf.gv.at/> [06.03.2018]
- BMGF. (o.J.b) *Die österreichische Ernährungspyramide*. Wien. Verfügbar unter: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/3/0/CH1046/CMS1290513144661/folder_erpyr_web.pdf [06.03.2018]
- Bramesfeld, A. (2011). Soziale Ungleichheit, psychische Gesundheit und Versorgung: Social Inequalities, Mental Health and Service Provision. *Psychiatrische Praxis*, 38, 363-365.
- Brodersen, S., Cosmar, M., Felfe, J., Giesert, M., Kratzer, N., Kummer, A., Liebrich, A., Lück, P., Pangert, B., Reuter, T., Schneberger, T., Schuster, S. & Winterstein S. (2015). *Führungskräfte sensibilisieren und Gesundheit fördern – Ergebnisse aus dem Projekt „iga.Radar“*. IGA-Report 29 (AOK-BV, BKK-DV, DGUV & vdek, Hrsg.). Berlin.
- Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport. (2013). *Nationaler Aktionsplan Bewegung: NAP.b*. Wien. Verfügbar unter: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/6/5/CH1357/CMS1405438552027/napaktionsplan_bewegung2013.pdf [06.03.2018]
- Burgenländische Landesregierung. (2013, 17. Oktober). *Gesetz vom 17. Oktober 2013 über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens im Burgenland (Burgenländisches Gesundheitswesengesetz 2013 – Bgld. GwG 2013)*. Verfügbar unter: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Lgbl/LGBL_BU_20131211_74/LGBL_BU_20131211_74.pdf [30.08.2017]
- BURGEF. (2014). *Gesundheitsförderungsstrategie Burgenland im Rahmen des Landes-Zielsteuerungsvertrags* (BURGEF Hrsg.). Eisenstadt. Verfügbar unter: http://www.burgef.at/fileadmin/daten/burgef/Berichte/GF-Strategie_Burgenland_2013_-_2022.pdf [30.08.2017]
- BURGEF. (2017). *Struktur und Organisation*. Eisenstadt. Verfügbar unter: <http://www.burgef.at/burgef/> [30.08.2017]
- Czirkovits, C. & Winkler, P. (2009). *GBE als Grundlage für gesundheitspolitische Maßnahmen (Public Health Action Cycle)*. Bericht (GÖG Hrsg.). Wien. Verfügbar unter: http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/GBE_PHAC.pdf [30.08.2017]
- Dahlgren, D. & Whitehead, M. (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Sweden: Institute of Future Studies.
- ECHIM. (2012). *ECHI documentation sheets. Latest versions available at the end of the Joint Action for ECHIM June 30 2012*.
- Ellert, U. & Kurth, B.M. (2013). *Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. Bundesgesundheitsblatt 2013, Verfügbar unter: <http://edoc.rki.de/oa/articles/reRa1cDYd3Zh6/PDF/214uEyu7vtt6.pdf> [13.09.2017]
- ENWHP (2007). *Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter: <http://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/load?contentid=10008.571220&version=1391192956> [15.01.2018]
- European Communities. (2005). *The contribution of health to the economy in the European Union*. Luxembourg.
- Fonds Gesundes Österreich. (2008). *Gesundheitsdeterminanten, Farbe gekennzeichnet*. Verfügbar unter: http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Determinanten_farbe%28k%29.jpg/view [30.08.2017]
- Fonds Gesundes Österreich. (2013). *Gesundheitsdeterminanten (Determinanten der Gesundheit, Einflussfaktoren auf Gesundheit)*. Verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/gesundheitsdeterminanten> [12.10.2017]

- Fonds Gesundes Österreich. (2014). *Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung> [12.10.2017]
- Fonds Gesundes Österreich. (2005). *Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/?view=nachhaltigkeit> [12.10.2017]
- Franzkowiak, P., Homfeldt, H.G. & Mühlum, A. (2011). *Lehrbuch Gesundheit*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- GÖG. (2010). *Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung* (GÖG Hrsg.). Wien. Verfügbar unter: https://www.goeg.at/sites/default/files/2017-06/Empfehlungen_GBE_0.pdf [30.08.2017]
- GÖG. (2018). *Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan* (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz Hrsg.). Wien. Verfügbar unter: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg_2017_-_textband_stand_dezember_2017.pdf https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg_2017_-_textband_stand_dezember_2017.pdf [21.03.2018]
- Gollner, E., Szabo, B., Schnabel, F., Schnitzer, B. & Thaller-Schneider, M. (Hrsg.), (2018). *Gesundheitsförderung Konkret*. Wien: Verlag Holzhausen GmbH.
- Gollner, E & Szabo, B. (2018). Gesundheitsförderung in nicht-schulischen Bildungseinrichtungen. In: E. Gollner, B. Szabo, F. Schnabel, B. Schnitzer & M. Thaller-Schneider (Hrsg.), *Gesundheitsförderung Konkret* (S. 367-405). Wien: Verlag Holzhausen GmbH.
- Gollner, E., Szabo, B., Hauer, K., Braun, C., Stöller, J. & Schnabel, F. (2018). Betriebliches Gesundheitsmanagement. In: E. Gollner, B. Szabo, F. Schnabel, B. Schnitzer & M. Thaller-Schneider (Hrsg.), *Gesundheitsförderung Konkret* (S. 254-267). Wien: Verlag Holzhausen GmbH.
- Griebler, R., Winkler, P., Gaiswinkler, S., Bengough, T., Delcour, J., Juraszovich, B., Nowotny, M., Pochobradsky, E., Schleicher, B., Schmutterer, I. & Wachabauer, D. (2017). *Niederösterreichischer Gesundheitsbericht 2016* (Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der NÖ Landesregierung und des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds Hrsg.). Wien.
- Gyimesi, M., Fülöp, G., Ivansits, S., Pochobradsky, E., Stoppacher, A., Kawalirek, S. & Maksimovic, A. (2016). *Rehabilitationsplan 2016* (Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger Hrsg.). Wien. Verfügbar unter: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.564714> [20.03.2018]
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2017a). *Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2017*. Wien. Verfügbar unter: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.630187&version=1461594513> [18.03.2018]
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2017b). *Bericht des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger an das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen sowie an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz gemäß § 447h (4) ASVG für das Jahr 2016: Vorsorgeuntersuchung NEU* (Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH Hrsg.). Graz. Verfügbar unter: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.645426&version=1507711451> [19.03.2018]
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2018). *Vorsorgeuntersuchung*. Verfügbar unter: <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.758423&viewmode=content> [19.03.2018]
- Hofmarcher, M. M. & Molnárová, Z. (2017). *Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme. Betrachtung der Bundesländerebene*. Wien. Verfügbar unter: <http://docplayer.org/58581170-Leistungskraft-regionaler-gesundheitssysteme-betrachtung-der-bundeslaenderebene.html> [18.03.2018]
- Hollmann, D. (2013). *Gesund Führen. Hernsteiner, 2013* (02), 4.
- Huber, E., Molnar, M. & Steurer, J. (2013). *Bewertung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen im Rahmen der Kontroll- und Beratungstätigkeit. Leitfaden für die Arbeitsinspektion* (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Zentral-Arbeitsinspektorat, Hrsg.), Wien.
- Hünefeld, L. (2016). *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Atypische Beschäftigung* (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Hrsg.). Dortmund.

- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.), (2014). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Huber.
- Igic, I., Keller, A., Elfering, A., Semmer, N., Brunner, B. & Wieser, S. (2014). *Job-Stress-Index 2014. Erhebung von Kennzahlen zu psychischer Gesundheit und Stress bei Erwerbstätigen in der Schweiz* (Gesundheitsförderung Schweiz, Hrsg.), Bern.
- Institut für Jugendkulturforschung. (2015). *Jugendstudie Burgenland 2015: Textkommentar* (im Auftrag des Landesjugendreferats Burgenland). Wien. Verfügbar unter: https://www.ljr.at/fileadmin/user_upload/Mit_Machen/Jugendstudie/Jugendstudie_Burgenland_2015.pdf [16.03.2018]
- Institut für Strategieanalysen. (2011). *Gesundheitsbarometer Burgenland: Welle 1-Februar/März 2011: Tabellenband*. Wien.
- Institut für Strategieanalysen. (2013a). *Gesundheitsbarometer Burgenland: Welle 8 – September/Oktober 2013*. Wien.
- Institut für Strategieanalysen. (2013b). *Gesundheitsbarometer Burgenland: Welle 7 – Februar/März 2013*. Wien.
- Institut für Strategieanalysen. (2015). *Gesundheitsbarometer Burgenland: Welle 14 – März 2015*. Wien.
- Institut für Strategieanalysen. (2016). *Gesundheitsbarometer Burgenland: Welle 16 März/April 2016*. Wien.
- Jakubowski, E. (2003). Public Health in Europa. In F. W. Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist & U. Walter (Hrsg.), *Das Public Health Buch* (S. 11-15). München & Jena: Urban & Fischer.
- Kickbusch, I. (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2015). *Familie als Setting der Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/familie-als-setting-der-gesundheitsfoerderung/> [17.03.2018]
- Kurth, B.M., Lange, C., Kamptsiuris, P. & Hölling, H. (2009). Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut: Sachstand und Perspektiven. *Bundesgesundheitsblatt*, 52, 557-570.
- Lampert, T. & Kroll, L. (2010). *Armut und Gesundheit, GBE Kompakt: Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (Robert Koch Institut Hrsg.). Verfügbar unter: <http://edoc.rki.de/series/gbe-kompakt/sonstige/reAwH2wxwRHfM/PDF/29wYJ9AaKy3gU.pdf> [17.03.2018]
- Landesstatistik Burgenland. (2017). *Bruttoregionalprodukt nach Bundesländern, laufende Preise*. Verfügbar unter: https://www.burgenland.at/fileadmin/user_upload/Downloads/Land_und_Politik/Land/Statistik/Wirtschaft/Regionale_Gesamtrechnung/T1_Bruttoregionalprodukt_nach_Bundeslaendern.pdf [16.03.2018]
- Lehner, P., Sgarabottolo, V. & Zilberszac, A. (2013). *Nationaler Aktionsplan Ernährung*. (Bundesministerium für Gesundheit Hrsg.). Wien. Verfügbar unter: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/1/7/CH1047/CMS1471773335591/nap_e_20130909.pdf [25.10.2017]
- Leitner, B. (2017). Regionale Unterschiede in der todesursachenspezifischen Sterblichkeit. *Statistische Nachrichten*, 8, 652-660.
- Leoni, T. & Schwinger, J. (2017). *Fehlzeitenreport 2017. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Die alter(n)sgerechte Arbeitswelt* (Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Hrsg.). Wien.
- Matyssek, A., K. (2012). *Führung und Gesundheit: Ein praktischer Ratgeber zur Förderung der psychosozialen Gesundheit im Betrieb* (3. Auflage). Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Medizinische Universität Wien. (o.J.). *Gerüche und Gesundheit*. Wien. Verfügbar unter: <https://zph.meduniwien.ac.at/umwelthygiene/wissenschaft-forschung/themen/gerueche-und-gesundheit/> [16.03.2018]
- Meyer, M. (2001). *Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz. Einfluss auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Mitarbeiter*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft.

- Meyer, C., Reiter, S., Siedler, A., Hellenbrand, W. & Rasch, G. (2002). Über die Bedeutung von Schutzimpfungen: Epidemiologie, Durchimpfungsraten, Programme. *Bundesgesundheitsblatt*, 45 (4), 323-331.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung: Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit und Gemeinwesenentwicklung*. Köln: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung. (o.J.). *Österreichisches Netzwerk BGF*. Verfügbar unter: www.netzwerk-bgf.at/portal27/bgfportal/content?contentid=10007.751720&portal:componentId=gtn81cdd9be-2485-4cc6-b995-5d9211c5345c&viewmode=content [16.03.2018]
- Neuner, R. (2016). *Psychische Gesundheit bei der Arbeit. Betriebliches Gesundheitsmanagement und Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Österreichische Apothekerkammer. (2017). *Apotheker in Zahlen 2017: Apothekenteam*. Verfügbar unter: <https://www.apotheker.or.at/internet/oeak/ZDF.nsf/25491c013cad4554c1256a7d0052b98a/e4d1d5bbf8fed76ac12578990024fac6!OpenDocument> [20.03.2018]
- Österreichische Bundesregierung. (2013, 15. Oktober). *Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit*. Verfügbar unter: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/6/0/5/CH1443/CMS1371563907633/15a-vereinbarung_zielsteuerung-gesundheit_bgbl_2013_i_200.pdf [30.08.2017]
- Österreichische Gesellschaft für Ernährung. (2017). *BMI: Definition - Einteilung in Gewichtsklassen - Folgen eines erhöhten BMI-Wertes*. Verfügbar unter: <http://www.oege.at/index.php/component/content/article/54-bildung-information/ernaehrung-von-az/1757-bmi> [14.11.2017]
- Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Burgenland. (2017). *Leistungsbericht 2016*. Eisenstadt. Verfügbar unter: <https://www.rotekreuz.at/nocache/bgl/berichten/publikationen/leistungsberichte/> [20.03.2018]
- Pelikan, J. M., Röthlin, F. & Ganahl, K. (2013). *Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung – nach Bundesländern und im internationalen Vergleich. Abschlussbericht der Österreichischen Gesundheitskompetenz (Health Literacy) Bundesländer-Studie. LBIHPR Forschungsbericht*. Wien.
- Preinfalk, H. & Michenthaler, G. (2011). Der Österreichische Arbeitsklima Index. *WISO*, 34 (2011), 107-114.
- Proges. (2017). *Gesundes Dorf & Gesunde Stadt*. Verfügbar unter: <http://www.proges.at/gesundesdorf/> [16.03.2018]
- Proges. (2018). *Willkommen beim Proges Burgenland*. Verfügbar unter: <http://www.proges.at/proges-fachbereiche/kommunale-gesundheitsfoerderung/> [16.03.2018]
- PSD Burgenland. (2017a). *Drogen und Suchtberatung*. Verfügbar unter: http://www.psychosozialerdienst.at/?page_id=112 [28.11.2017]
- PSD Burgenland. (2017b). *Geschichte*. Verfügbar unter: https://www.psychosozialerdienst.at/?page_id=90 [21.03.2018]
- PSD Burgenland. (2017c). *Jahresbericht 2016: Erwachsenen Bereich PSD*. Verfügbar unter: https://www.psychosozialerdienst.at/?page_id=79 [21.03.2018]
- PSD Burgenland. (2017d). *Jahresbericht Heilpädagogisches Zentrum Rust 2016*. Verfügbar unter: https://www.psychosozialerdienst.at/?page_id=90 [21.03.2018]
- PSD Burgenland. (2017e). *Gesamt-Jahresstatistik 2016 der Klinischen und GesundheitspsychologInnen des PSD an öffentlichen Krankenhäusern*. Verfügbar unter: https://www.psychosozialerdienst.at/?page_id=90 [21.03.2018]
- PSD Burgenland. (2017f). *Jahresbericht 2016: Suchtprävention*. Verfügbar unter: https://www.psychosozialerdienst.at/?page_id=79 [21.03.2018]
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.). (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Robert Koch Institut (2004). *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch Institut.

- Robert Koch Institut (Hrsg.) (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. Berlin: Robert Koch Institut.
- Rosenbrock, R.; Gerlinger, T. (2009). *Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung*. Bern: Huber.
- Schnabel, F., Szabo, B., Gollner, E., Walter, E. & Dragosits, A. (2012). *Burgenländischer Gesundheitsbericht 2012 Langfassung* (Amt der Burgenländischen Landesregierung Hrsg.). Hornstein: DANEK Grafik Repro Druck.
- Schnitzer, B. & Gollner, E. (2018). Konzept und Entwicklung der Gesundheitsförderung. In: E. Gollner, B. Szabo, F. Schnabel, B. Schnitzer & M. Thaller-Schneider (Hrsg.), *Gesundheitsförderung Konkret* (S. 28-44). Wien: Verlag Holzhausen GmbH.
- Schwartz, F. W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. & Walter, U. (Hrsg.) (2003). *Das Public Health Buch*. München & Jena: Urban & Fischer.
- Siegrist, J., Dragano, N. & dem Knesebeck, O. (2009). Soziales Kapital, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit* (S. 167-180). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12 (80).
- Spangl, W. & Nagl, C. (2017). *Jahresbericht der Luftgütemessungen in Österreich 2016* (Umweltbundesamt Hrsg.). 6. Wien. Verfügbar unter: <http://www.umweltbundesamt.at/fileadmin/site/publikationen/REP0605.pdf> [16.03.2018]
- Statistik Austria. (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*. Wien.
- Statistik Austria. (2012). *Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Statistik der Standesfälle einschließlich Todesursachenstatistik*. Wien.
- Statistik Austria. (2014a). *Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Krebsstatistik (Krebsregister)*. Wien.
- Statistik Austria. (2014b). *Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2013*. Wien: Verlag Österreich GmbH.
- Statistik Austria. (2015a). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014: Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*. Wien. Verfügbar unter: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetsicherung/Gesundheitsberichte/Oesterreichische_Gesundheitsbefragung_2014_ATHIS [11.09.2017]
- Statistik Austria. (2015b). *Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Spitalsentlassungsstatistik*. Wien.
- Statistik Austria. (2016a). *Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014*. Wien.
- Statistik Austria. (2016b). *Abgestimmte Erwerbsstatistik und Arbeitsstättenzählung 2014: Ergebnisse und Analysen*. Verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/2/index.html?includePage=detailedView§ionName=Bev%C3%B6lkerung&pubId=728 [30.08.2017]
- Statistik Austria. (2016c). *Statistik der Lohnsteuer*. Wien. Verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/19/index.html?includePage=detailedView§ionName=%C3%96ffentliche+Finanzen%2C+Steuern&pubId=603 [09.03.2018]
- Statistik Austria. (2017a). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik*. Wien. Verfügbar unter: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitals_entlassungen_nach_ausgewaehlten_diagnosen/index.html [07.09.2017]
- Statistik Austria. (2017b). *Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2016*. Wien.
- Statistik Austria. (2017c). *Demographisches Jahrbuch*. Wien.
- Statistik Austria. (2017d). *Bildung in Zahlen: Tabellenband*. Wien.

- Statistik Austria. (2017e). *Arbeitsmarktstatistiken 2016: Detailergebnisse H Bundesländer*. Wien.
- Statistik Austria. (2017f). *Tabellenband EU-SILC 2016: Einkommen, Armut und Lebensbedingungen*. Verfügbar unter:
https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/7/0/0/CH3434/CMS1493709119968/tabellenband_eu-silc_2016.pdf [05.09.2017]
- Statistik Austria. (2017g). *Demographisches Jahrbuch 2016*. Wien. Verfügbar unter:
https://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/2/index.html?includePage=detailedView§ionName=Bev%C3%B6lkerung&pubId=539 [09.03.2018]
- Statistik Austria. (2017h). *Todesursachenstatistik*. Wien. Verfügbar unter:
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html [11.03.2018]
- Statistik Austria. (2017i). *Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung*. Wien. Verfügbar unter:
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/medizinische_und_sozialmedizinische_merkmale_von_geborenen/index.html [12.03.2018]
- Statistik Austria. (2017j). *Statistik der Straßenverkehrsunfälle*. Wien. Verfügbar unter:
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/energie_umwelt_innovation_mobilitaet/verkehr/strasse/unfaelle_mit_personenschaden/index.html [16.03.2018]
- Statistik Austria. (2017k). *Mikrozensus Umweltbedingungen, Umweltverhalten*. Wien. Verfügbar unter:
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/energie_umwelt_innovation_mobilitaet/energie_und_umwelt/umwelt/umweltbedingungen_verhalten/index.html [16.03.2018]
- Statistik Austria. (2017l). *Apotheken 2016 nach Bundesländern*. Wien. Verfügbar unter:
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/einrichtungen_im_gesundheitswesen/022347.html [20.03.2018]
- Statistik Austria. (2018). *Krebsstatistik*. Wien. Verfügbar unter:
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/krebs_im_ueberblick/index.html [12.03.2018]
- Steinke, M. & Badura, B. (2011). *Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Stutzer, A., Frey, B. S. (2008). *Stress That Doesn't Pay: The Commuting Paradox*. Zürich: Institut für Empirische Wirtschaftsforschung, Universität Zürich.
- Süß, W. (2009). Integrierte Berichterstattung für integrierte Handlungskonzepte auf kommunaler Ebene – konzeptionelle und normative Anforderungen. In J. Kuhn & J. Böcken (Hrsg.). *Verwaltete Gesundheit: Konzepte der Gesundheitsberichterstattung in der Diskussion* (S. 183-199). Saarbrücken: Mabuse.
- Titze, S., Ring-Dimitriou, S., Schober, P.H., Halbwachs, C., Samitz, G., Miko, H.C., Lercher, P., Stein, K.V., Gäbler, C., Bauer, R., Gollner, E., Windhaber, J., Bachl, N., Dorner, T.E. & Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public Health. (2010). *Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung* (Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich Hrsg.). Wien: Eigenverlag.
- Trojan, A. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 307–319). Bern: Huber.
- Uhl, M. & Gans, M. (2007). *BALL-POP: Mögliche Risiken für die städtische Bevölkerung durch persistente organische Schadstoffe in der Luft* (Umweltbundesamt Hrsg.). Wien. Verfügbar unter:
www.umweltbundesamt.at/fileadmin/site/publikationen/REP0085.pdf [16.03.2018]
- Ulich, E. & Wülser, M. (2012). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Vilnius Resolution. (2009). *Bessere Schulen durch Gesundheit*. Verfügbar unter:
http://www.schoolsforhealth.eu/uploads/files/German_Vilnius%20resolution_3rd%20conference%20on%20health%20promoting%20schools.pdf [16.03.2018]

- Weigl, M., Anzenberger, J., Grabenhofer-Eggerth, A., Horvath, I., Schmutterer, I., Strizek, J. & Tanios, A. (2017). *Bericht zur Drogensituation 2017: Ergebnisbericht*. Gesundheit Österreich, Wien.
- Walter, U., Schwartz, F.W., Robra, B.P. & Schmidt, T. (2003). Prävention. In F.W. Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist & U. Walter (Hrsg.), *Das Public Health Buch* (S. 189-209). München & Jena: Urban & Fischer.
- Wiener Städtische & ASKÖ (2017). *Ein Viertel der Jugendlichen fühlt sich nicht gesund*. Wien. Verfügbar unter: <https://www.wienerstaedtsche.at/unternehmen/presse/pressemeldungen/detail/ein-viertel-der-jugendlichen-fuehlt-sich-nicht-gesund.html> [13.03.2018]
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2004). *Soziale Determinanten von Gesundheit: Die Fakten*. Kopenhagen: WHO.
- Wirtschaftskammer Burgenland. (2017). *Arbeitgeberbetriebe 2014-2017 – Burgenland nach Beschäftigtengrößenklassen*. Verfügbar unter: <http://wko.at/statistik/bundesland/Arbeitgeber%20Bgl.pdf> [16.03.2018]
- WHO. (1986). *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung*. Ottawa. Verfügbar unter: http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Ottawa_Charta.pdf [28.11.2012]
- WHO. (2011a). *Europäischer Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012-2020)*. Kopenhagen. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/148068/RC61_wd13G_Alcohol_111374_ver2012.pdf [20.11.2017]
- WHO. (2011b). *Krankheitslast aufgrund von Umgebungslärm. Quantifizierung des Verlusts an gesunden Lebensjahren in der Europäischen Region*. Bonn. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/de/media-centre/sections/press-releases/2011/03/new-evidence-from-who-on-health-effects-of-traffic-related-noise-in-europe> [16.03.2018]
- WHO. (2013). *Review of evidence on health aspects of air pollution – REVIHAAP Project*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013-2020*. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf [15.09.2017]
- WHO. (2017a). *Weltgesundheitstag 2002 - Gesund leben - in Bewegung bleiben*. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/de/about-us/whd/past-themes-of-world-health-day/world-health-day-2002-move-for-health> [17.10.2017]
- WHO. (2017b). *Physical Activity*. Verfügbar unter: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/> [17.10.2017]
- WHO. (2017c). *Nutrition*. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/nutrition> [25.10.2017]
- WHO. (2017d). *From farm to plate: make food safe*. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/en/about-us/whd/past-themes-of-world-health-day/world-health-day-2015/from-farm-to-plate-make-food-safe> [25.10.2017]
- WHO. (2017e). *Background*. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/en/about-us/whd/world-health-day-2016-beat-diabetes/background> [25.10.2017]
- WHO. (2017f). *World No Tobacco Day 2017: Tobacco – a threat to development*. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2017/05/world-no-tobacco-day-2017-tobacco-a-threat-to-development> [15.11.2017]
- WHO. (2017g). *Alcohol use*. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use> [17.11.2017]
- WHO. (2017h). *Data and statistics*. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/illicit-drugs/data-and-statistics> [28.11.2017]

9.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Empfehlungen zur Funktion und Gestaltung von Gesundheitsberichten, Quelle: Rosenbrock & Gerlinger (2009), Eigene Erstellung.....	8
Abbildung 2: Gesundheitsdeterminantenmodell nach Dahlgren & Whitehead (1991), Quelle: Fonds Gesundes Österreich (2008, www)	9
Abbildung 3: Zentrale Datenquellen im Rahmen der Burgenländischen Gesundheitsberichterstattung 2017, Eigene Erstellung.....	13
Abbildung 4: Bevölkerungsentwicklung im Österreichvergleich und nach NUTS3-Regionen 2012 bis 2017, Stand: 1.1.2017, Basis: Angaben in %, Quellen: Landesstatistik Burgenland, Statistik Austria, Eigene Erstellung und Berechnungen.....	19
Abbildung 5: Alters- und Geschlechterverteilung im Burgenland, Stand: 1.1.2017, Basis: Angaben in %, Quellen: Landesstatistik Burgenland, Statistik Austria, Eigene Erstellung	20
Abbildung 6: Breite Altersverteilung im Österreichvergleich und nach NUTS3-Regionen 1.1.2017, Stand: 1.1.2017, Basis: Angaben in %, Quellen: Landesstatistik Burgenland, Statistik Austria, Eigene Erstellung und Berechnungen.....	20
Abbildung 7: Ausländische Staatsangehörige im Österreichvergleich und nach NUTS3-Regionen 1.1.2017, Stand: 1.1.2017, Basis: Angaben in %, Quellen: Landesstatistik Burgenland, Statistik Austria, Eigene Erstellung und Berechnungen.....	21
Abbildung 8: Geburtenrate im Österreichvergleich und nach NUTS3-Regionen 2007 bis 2015, Stand: 1.1.2015, Basis: Angaben pro 1.000 Einwohner, Quellen: Landesstatistik Burgenland, Statistik Austria, Eigene Erstellung.....	22
Abbildung 9: Altersverteilung der Mütter im Österreich- und Längsschnittvergleich 2012 und 2015, Stand: 2015, Basis: Angaben in %, Quellen: Landesstatistik Burgenland, Statistik Austria, Eigene Erstellung und Berechnungen.....	23
Abbildung 10: Bevölkerungsentwicklung im Österreichvergleich 2017 bis 2067, Stand: 2017, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria (2017c), Eigene Erstellung und Berechnungen.....	24
Abbildung 11: Höchste abgeschlossene Schulbildung im Alter von 25 bis 64 Jahren im Österreichvergleich und nach Geschlecht 2014, Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria (2017d), Eigene Erstellung und Berechnungen.....	25
Abbildung 12: Arbeitslosenquote (ILO) im Österreich- und Längsschnittvergleich 2012 und 2016, Stand: 2016, Quelle: Statistik Austria (2017e), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg , Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung.....	27
Abbildung 13: Entwicklung der Lebenserwartung bei der Geburt im Österreichvergleich 2011 bis 2016, Stand: 2016, Basis: absolute Zahlen (in Jahren), Quellen: Landesstatistik Burgenland, Statistik Austria (2017g), Eigene Erstellung.....	33
Abbildung 14: Entwicklung der fernen Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren im Österreichvergleich 2011 bis 2016, Stand: 2016, Basis: absolute Zahlen (in Jahren), Quelle: Statistik Austria, Eigene Erstellung.....	34
Abbildung 15: Allgemeine und Gesunde Lebenserwartung bei der Geburt im Österreichvergleich und nach Geschlecht 2014, Stand: 2014, Basis: absolute Zahlen (in Jahren), Quelle: Statistik Austria.....	35
Abbildung 16: Gestorbene im Österreichvergleich und nach Geschlecht 2007 bis 2015, Stand: 2015, Basis: absolute Zahlen, altersstandardisierte Raten auf 100.000 Einwohner, Quellen: Landesstatistik Burgenland, Statistik Austria, Eigene Erstellung und Berechnungen	38
Abbildung 17: Entwicklung ausgewählter Krebsinzidenzen im Burgenland 2007 bis 2014, Basis: altersstandardisierte Raten auf 100.000 Einwohner, C33-C34 = Bösartige Neubildungen der Luftröhre, der Bronchien oder der Lunge, C50 = Bösartige Neubildungen der Brustdrüse, C18-C21 = Bösartige Neubildungen des Dickdarms, Rektums und Anus, C61 = Bösartige Neubildungen der Prostata, Quellen: Landesstatistik Burgenland, Statistik Austria (2018), Eigene Erstellung	45

Abbildung 18: Entwicklung der Niedriggeburtenrate im Österreichvergleich 2007 bis 2015, Basis: Angaben in %, Anteil Untergewichtiger (Gewicht bis 2.500 Gramm) an allen Lebendgeburten, Stand: 2015, Quellen: Landesstatistik Burgenland, Statistik Austria (2017i), Eigene Erstellung	48
Abbildung 19: Entwicklung der Kaiserschnitttrate im Österreichvergleich 2007 bis 2016, Stand: 2016, Basis: Angaben in %, Anteil der Geburten per Kaiserschnitt an allen Lebendgeburten, Quellen: Landesstatistik Burgenland, Statistik Austria (2017i), Eigene Erstellung	49
Abbildung 20: Subjektiver Gesundheitszustand im Österreichvergleich, im Längsschnittvergleich und nach Versorgungsregionen 2006/07 und 2014, Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Quellen: Statistik Austria (2007, 2015a), Eigene Erstellung und Berechnungen.....	50
Abbildung 21: Lebensqualität im Österreichvergleich, im Längsschnittvergleich und nach Versorgungsregionen 2006/07 und 2014, Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Quellen: Statistik Austria (2007, 2015a), Eigene Erstellung und Berechnungen.....	51
Abbildung 22: Anteil der Bevölkerung mit dauerhafter Krankheit oder chronischem Gesundheitsproblem im Österreichvergleich, im Längsschnittvergleich und nach Versorgungsregionen 2006/07 und 2014, Stand: 2014, Quellen: Statistik Austria (2007, 2015a), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg , Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung und Berechnungen	53
Abbildung 23: Individuell wahrgenommene Einschränkungen im Alltagsleben im Österreichvergleich, im Längsschnittvergleich und nach Geschlecht 2006/07 und 2014, Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Quellen: Statistik Austria (2007, 2015a), Eigene Erstellung und Berechnungen.....	57
Abbildung 24: Anteil Übergewichtiger und Adipöser im Österreichvergleich, im Längsschnittvergleich und nach Versorgungsregionen 2006/07 und 2014, Stand: 2014, Quellen: Statistik Austria (2007, 2015a), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg , Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung und Berechnungen.....	60
Abbildung 25: Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung für Erwachsene, Quelle: Titze et al. (2010).....	66
Abbildung 26: Bewegungsverhalten im Arbeitsalltag im Österreichvergleich und nach Versorgungsregionen 2014, Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Frage: Wenn Sie arbeiten, welche der folgenden Antwortmöglichkeiten beschreibt am besten was Sie tun? Würden Sie sagen..., Quelle: Statistik Austria (2015a), Eigene Erstellung und Berechnungen.....	67
Abbildung 27: Zufußgehen im Alltag im Österreichvergleich und nach Versorgungsregionen 2014, Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Frage: Wie lange gehen Sie an einem typischen Tag zu Fuß, um von A nach B zu gelangen?, Quelle: Statistik Austria (2015a), Eigene Erstellung und Berechnungen.....	68
Abbildung 28: Radfahren im Alltag im Österreichvergleich und nach Versorgungsregionen 2014, Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Frage: Wie lange fahren Sie an einem typischen Tag mit dem Fahrrad, um von A nach B zu gelangen?, Quelle: Statistik Austria (2015a), Eigene Erstellung und Berechnungen.....	69
Abbildung 29: Österreichische Ernährungspyramide, Quelle: BMGF (o.J.b).....	71
Abbildung 30: Rauchverhalten im Österreichvergleich, im Längsschnittvergleich und nach Versorgungsregionen 2006/07 und 2014, Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Quellen: Statistik Austria (2007, 2015a), Eigene Erstellung und Berechnungen.....	73
Abbildung 31: Alkoholkonsum während der letzten zwölf Monate im Österreichvergleich und nach Versorgungsregionen 2014, Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria (2015a), Eigene Erstellung und Berechnungen.....	75
Abbildung 32: Exzessiver Alkoholkonsum im Österreichvergleich und nach Versorgungsregionen 2014, Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Frage: Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken?, Quelle: Statistik Austria (2015a), Eigene Erstellung und Berechnungen.....	76
Abbildung 33: Anteil der Befragten mit ausreichender oder exzellenter Gesundheitskompetenz im Österreichvergleich 2013, Stand: 2013, Quelle: Pelikan, Röthlin & Ganahl (2013), adaptiert & in PPT	

bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg , Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung.....	80
Abbildung 34: Ausmaß individuell wahrgenommener sozialer Unterstützung der Bevölkerung im Österreichvergleich 2014, Stand: 2014, Quelle: Statistik Austria (2015a), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg , Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung.....	82
Abbildung 35: Anteil der Bevölkerung, der sehr zufrieden oder zufrieden mit der Wohnumgebung und den Beförderungsmitteln ist im Österreichvergleich, im Längsschnittvergleich und nach Versorgungsregionen 2006/07 und 2014, Stand: 2014, Quellen: Statistik Austria (2007, 2015a), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg , Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung und Berechnungen.....	87
Abbildung 36: Anteil der Bevölkerung, der zumindest eine geringfügige Lärm- bzw. Geruchs-/Abgasebelastung wahrnimmt im Österreich- und Längsschnittvergleich 2011 und 2015, Stand: 2015, Quelle: Statistik Austria (2017k), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg , Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung.....	88
Abbildung 37: Durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage und Krankenstandsquote im Österreich- und Längsschnittvergleich 2010 und 2016, Stand: 2016, Quelle: Leoni & Schwinger (2017), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg , Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung.....	93
Abbildung 38: Präsentismus im Österreichvergleich und nach Versorgungsregionen 2014, Stand: 2014, Basis: Anteil jener, die angeben, in den vergangenen 12 Monaten trotz gesundheitlicher Probleme arbeiten gegangen zu sein, Quelle: Statistik Austria (2015a), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg , Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung und Berechnungen	94
Abbildung 39: Vorhandensein körperlicher und psychischer Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz im Österreichvergleich 2013, Stand: 2013, Basis: Anteil jener Beschäftigten mit mindestens einem körperlichen bzw. psychischen Belastungsfaktor am Arbeitsplatz, Quelle: Statistik Austria (2014b), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg , Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung.....	97
Abbildung 40: Entwicklung des Bruttoregionalproduktes im Österreichvergleich 2012 bis 2015, Stand: 2015, Basis: absolute Zahlen, Euro je Einwohner, Quelle: Landesstatistik Burgenland (2017), Eigene Erstellung.....	101
Abbildung 41: Gesundheitsausgaben pro Kopf im Österreichvergleich 2015, Stand: 2015, Quelle: Hofmarcher & Molnárová (2017), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg , Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung.....	121
Abbildung 42: Durchimpfungsrate bei Kindern der Jahrgänge 2013 und 2014 im Burgenland, Stand: 2014, Basis: absolute Zahlen, Quelle: Impfstatistik Burgenland, Eigene Erstellung	124
Abbildung 43: Anteil der Bevölkerung mit aufrechter Impfschutz im Österreichvergleich 2014, Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria (2015a), Eigene Erstellung	125
Abbildung 44: Teilnahme am kostenlosen Vorsorgeuntersuchungsprogramm im Österreich- und Längsschnittvergleich 2011 und 2016, Stand: 2016, Basis: Angaben in % der Zielgruppe (Wohnbevölkerung ab 18 Jahren), Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2017b), Eigene Erstellung.....	126
Abbildung 45: Ärztliche Versorgungseinheiten im niedergelassenen Bereich im Österreichvergleich und nach Versorgungsregionen – ausgewählte Fachbereiche 2017, Stand: August 2017, Basis: absolute Zahlen pro	

100.000 Einwohner, Quellen: Ärztekammer Burgenland, Ärztekammer Österreich, Eigene Erstellung und Berechnungen.....	130
Abbildung 46: Konsultationen von Ärzten und Ärztinnen im niedergelassenen Bereich in den vergangenen 12 Monaten im Österreichvergleich und nach Versorgungsregionen 2014, Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria (2015a), Eigene Erstellung und Berechnungen	132
Abbildung 47: Personal in Spitalsambulanzen im Österreich- und Längsschnittvergleich 2011 und 2016, Stand: 2016, Basis: Vollzeitäquivalente pro 1.000 Einwohner, Quelle: BMGF (2017c), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg , Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung und Berechnungen.....	134
Abbildung 48: Anzahl und Frequenz ambulanter Patienten und Patientinnen im Österreich- und Längsschnittvergleich 2011 und 2016, Stand: 2016, Basis: absolute Zahlen pro 1.000 Einwohner, Quelle: BMGF (2017c), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg , Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung und Berechnungen.....	135
Abbildung 49: Kosten pro ambulanten Patienten bzw. ambulanten Patientin und ambulanten Frequenz im Österreich- und Längsschnittvergleich 2011 und 2016, Stand: 2016, Basis: absolute Zahlen, Angaben in €, Quelle: BMGF (2017c), Eigene Erstellung	136
Abbildung 50: Entwicklung der Jahreseinsatzstunden im Burgenland 2010 bis 2014, Stand: 1.1.2015, Basis: absolute Zahlen, Quelle: Amt der Burgenländischen Landesregierung (2015), Eigene Erstellung	140
Abbildung 51: Öffentliche Apotheken im Österreich- und Längsschnittvergleich 2010 und 2016, Stand: 2016, Basis: Angaben pro 100.000 Einwohner, Quelle: Statistik Austria (2017I), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg , Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung und Berechnungen	142
Abbildung 52: Systemisierte und tatsächlich aufgestellte Betten im Österreich- und Längsschnittvergleich 2011 und 2016, Stand: 2016, Basis: Angaben pro 1.000 Einwohner, Quelle: BMGF (2017c), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg , Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung und Berechnungen.....	145
Abbildung 53: Personal je 100 Betten im Österreich- und Längsschnittvergleich 2011 und 2016, Stand: 2016, Basis: Vollzeitäquivalente (VZÄ), Quelle: BMGF (2017c), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg , Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung.....	146
Abbildung 54: Verteilung der stationären Aufenthalte auf einzelne Altersgruppen im Österreichvergleich 2016, Stand: 2016, Basis: Angaben in %, Quelle: BMGF (2017c), Eigene Erstellung	147
Abbildung 55: Belagstage im Österreich- und Längsschnittvergleich 2011 und 2016, Stand: 2016, Basis: Angaben pro 100.000 Einwohner, Quelle: BMGF (2017c), adaptiert & in PPT bearbeitbar gemacht, ursprüngliche Vektor Karte von Andreas Griessner, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Austria_all.svg , Lizenz: CC Attribution-ShareAlike 3.0 Unported, Eigene Erstellung und Berechnungen	149
Abbildung 56: Verteilung der in Krankenhäusern behandelten burgenländischen Patienten und Patientinnen auf einzelne Regionen nach NUTS3-Regionen 2015, Stand: 2015, Basis: Angaben in %, Quelle: BGKK, Eigene Erstellung und Berechnungen.....	153
Abbildung 57: Behandelte Kinder und Jugendliche in Einrichtungen des PSD Burgenland nach Geschlecht 2016, Stand: 2016, Basis: absolute Zahlen, Quellen: PSD Burgenland (2017c, 2017d), Eigene Erstellung.....	157
Abbildung 58: Patientenzufriedenheit mit spezifischen Versorgungsbereichen im Burgenland im Längsschnittvergleich 2011 und 2015, Basis: Angaben in %, Quellen: Institut für Strategieanalysen (2011, 2015), Eigene Erstellung.....	160
Abbildung 59: Patientenzufriedenheit mit Vorsorgeleistungen und Informationen im Burgenland im Längsschnittvergleich 2011 und 2015, Basis: Angaben in %, Quellen: Institut für Strategieanalysen (2011, 2015), Eigene Erstellung.....	160

Abbildung 60: Zugangsbarrieren zum Gesundheitswesen im Österreichvergleich und nach Versorgungsregionen – Verzögerung von Gesundheitsdienstleistungen aus verschiedenen Gründen 2014, Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Antwort „ja“, Quelle: Statistik Austria (2015a), Eigene Erstellung und Berechnungen 162

9.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gesundheitsziele Burgenland, Quelle: BURGEF (2014), Eigene Erstellung.....	10
Tabelle 2: Gesundheitsbarometer Burgenland – ausgewählte Ergebnisse, Quelle: Eigene Erstellung	16
Tabelle 3: NUTS3-Regionen und Versorgungsregionen Burgenland, Quelle: Eigene Erstellung	17
Tabelle 4: Zusammenfassende Übersicht zu Kapitel 3, Quelle: Eigene Erstellung	31
Tabelle 5: Altersstandardisierte Sterberaten auf Bezirksebene 2007/2015, Basis: Angaben pro 100.000 Einwohner, Stand: 2015, Quelle: Leitner (2017) und ergänzende Kartographen, Eigene Erstellung.....	42
Tabelle 6: Inzidenz ausgewählter meldepflichtiger Infektionskrankheiten 2012 bis 2016, Stand: 2016, Quelle: BMASGK (2018a), Eigene Erstellung	44
Tabelle 7: Weitere chronische Erkrankungen im Österreichvergleich, nach Versorgungsregionen und nach Geschlecht 2014; Stand: 2014, Basis: Angaben in %, Anteil jener Personen, die angeben, in den letzten 12 Monaten an der Erkrankung gelitten zu haben, Quelle: Statistik Austria (2015a), Eigene Erstellung und Berechnungen.....	56
Tabelle 8: BMI Klassifikation laut WHO, Quelle: Eigene Erstellung.....	59
Tabelle 9: Zusammenfassende Übersicht zu Kapitel 4, Quelle: Eigene Erstellung	62
Tabelle 10: „Gesunde Dörfer“ pro Bezirk 2018, Stand: Jänner 2018, Quelle: Proges (2017, www), Eigene Erstellung	90
Tabelle 11: Grenzwertüberschreitungen bei PM ₁₀ im Burgenland 2016, Stand: 2016, Quellen: Amt der Burgenländischen Landesregierung und Umweltbundesamt, Eigene Erstellung	100
Tabelle 12: Grenzwertüberschreitungen bei Ozon im Burgenland 2016, Stand: 2016, Quellen: Amt der Burgenländischen Landesregierung und Umweltbundesamt, Eigene Erstellung	101
Tabelle 13: Zusammenfassende Übersicht zu Kapitel 5, Quelle: Eigene Erstellung	103
Tabelle 14: Überblick über ausgewählte Gesundheitsförderungs-, Präventions- und Vorsorgeprojekte im Burgenland, Quelle: Eigene Erstellung	105
Tabelle 15: Impfkalender für Säuglinge und Kleinkinder, Quelle: BMGF (2018c), Eigene Erstellung.....	124
Tabelle 16: Zahl der E-Card Konsultationen pro 100.000 Einwohner nach Fachrichtungen im Österreichvergleich 2016, Stand: 2016, Basis: absolute Zahlen pro 100.000 Einwohner, Quelle: BGKK, Eigene Erstellung und Berechnungen.....	131
Tabelle 17: SOLL an ambulanten Therapieplätzen bis zum Jahr 2020 im Burgenland, Quelle: Gyimesi et al. (2016), Eigene Erstellung.....	138
Tabelle 18: Die fünf häufigsten operativen medizinischen Leistungen pro 100.000 Einwohner im Österreich- und Längsschnittvergleich 2010 und 2016, Stand: 2016, Quelle: BMGF (2017c), Eigene Erstellung.....	148
Tabelle 19: Rehabilitationseinrichtungen im Burgenland, Quelle: Gyimesi et al. (2016), Eigene Erstellung.....	151
Tabelle 20: Großgeräteplanung-Planungsrichtwerte, Stand 2017, Quelle: GÖG (2018), Eigene Erstellung	154
Tabelle 21: Großgeräte Burgenland Ist-Stand und Plan, Stand: 2015, Quelle: GÖG (2018), Eigene Erstellung	154
Tabelle 22: Versorgungsbereiche der psychosozialen Gesundheitsversorgung, Quelle: GÖG (2018), Eigene Erstellung.....	155
Tabelle 23: Zusammenfassende Übersicht zu Kapitel 7, Quelle: Eigene Erstellung	164

ISBN: 978-3-200-05610-7