

Niederösterreichischer Gesundheitsbericht 2016

Berichtszeitraum 2005–2014

Im Auftrag der Niederösterreichischen Landesregierung und des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds



Gesundheit Österreich
GmbH ● ● ●

Niederösterreichischer Gesundheitsbericht 2016

Berichtszeitraum 2005–2014

Erstellt von der Gesundheit Österreich GmbH

Autorinnen/Autoren:

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

Mit Unterstützung von:

Amt der nö. Landesregierung
Fachstelle für Suchtprävention NÖ
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
NÖ Gesundheits- und Sozialfonds
NÖ Landeskliniken Holding
NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft

Projektassistenz:

Alexandra Mayerhofer

Wien, im Februar 2017

Im Auftrag der NÖ Landesregierung und des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds

ISBN

978-3-85159-208-5

Medieninhaber und Herausgeber:

Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, Abteilung Gesundheitswesen/Sanitätsdirektion
Landhausplatz 1, Haus 15B, 3109 St. Pölten
Tel.: 02742 9005, E-Mail: post.gs1@noel.gv.at

NÖ Gesundheits- und Sozialfonds
Stattersdorfer Hauptstraße 6/C, 3100 St. Pölten
Tel.: 02742/ 90 10, office@noegus.at

Copyright:

Amt der Niederösterreichischen Landesregierung & NÖ Gesundheits- und Sozialfonds

Vorgeschlagene Zitierweise:

Griebler, Robert; Winkler, Petra; Gaiswinkler, Sylvia; Bengough, Theresa; Delcour, Jennifer; Juraszovich, Brigitte; Nowotny, Monika; Pochobradsky, Elisabeth; Schleicher, Barbara; Schmutterer, Irene; Wachabauer, David (2017): Niederösterreichischer Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005–2014. Niederösterreichische Landesregierung und NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, St. Pölten

Der Umwelt zuliebe wird dieser Bericht vorrangig in elektronischer Form veröffentlicht.

Vorwort LH–Stv. Mag.^a Johanna Mikl–Leitner

„Leben in Gesundheit in Niederösterreich nachhaltig fördern und sichern.“

In Niederösterreich leben über 1,6 Millionen Menschen. Ihre Gesundheit und Lebensqualität ist unser Antrieb. Das Land Niederösterreich schafft dafür wesentliche Rahmenbedingungen, um die Gesundheit aller Niederösterreicherinnen und Niederösterreicher zu fördern und zu erhalten. Von Gesundheitsvorsorge, über medizinische Versorgung in den NÖ Kliniken, Langzeitpflege und Betreuung in den NÖ Pflegeheimen bis hin zu einer flächendeckenden Hospiz- und Palliativversorgung.



Die hohe Qualität unseres Gesundheitssystems ist das Ergebnis einer aktiven und engagierten Gesundheitspolitik in Niederösterreich. Vielfältige gesundheitspolitische Maßnahmen und Aktivitäten haben in den letzten Jahren zu großen Fortschritten im Ausbau und in der Qualitätserhöhung der Gesundheitsversorgung geführt.

Mit dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) als strategische Leit- und Koordinationsstelle haben wir die Planung, Steuerung, Finanzierung und Qualitätssicherung des niederösterreichischen Gesundheitssystems in eine Hand gelegt. Die NÖ Landeskliniken-Holding verantwortet die optimale Versorgung der Niederösterreicherinnen und Niederösterreicher in den 27 NÖ Kliniken. Im NÖ Gesundheits- und Sozialfonds entstehen innovative Strategien für die Aus- und Weiterbildung nichtärztlicher Gesundheitsberufe. Beispielsweise die 3-stufige Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege, welche kürzlich als Basis für eine bundesweite Reform diente. Neue Kennzahlensysteme zur Qualitätssicherung in den NÖ Kliniken wurden entwickelt. Mittels einer vorausschauenden Gesundheitsplanung passen wir Versorgungsangebote laufend an aktuelle Erfordernisse an. Die neue NÖ Psychiatrie-Koordinationsstelle im NÖ Gesundheits- und Sozialfonds ist das Ergebnis eines intensiven Prozesses und stimmt zudem zukünftig alle psychosozialen und sozialpsychiatrischen Leistungen aufeinander ab. Grenzüberschreitende EU-Projekte mit Nachbarregionen oder Mitgliedsstaaten der Europäischen Union schaffen Best-Practice-Beispiele für die wohnortnahe Versorgung der Menschen in Grenzregionen. Die Initiative »Tut gut!« sorgt dafür, dass Menschen in Niederösterreich bis ins hohe Alter lange bei guter Gesundheit leben können. Dazu bringt eine Vielzahl an Programmen Gesundheitsförderung und Prävention in alle wichtigen Lebensbereiche und stärkt die Eigenverantwortung der Niederösterreicherinnen und Niederösterreicher für ihre Gesundheit.

Eine erfolgreiche Gesundheitspolitik bedeutet letztendlich auch, die Finanzierbarkeit und die hohe Qualität der Gesundheitsversorgung auch für zukünftige Generationen zu sichern. Diese Zielsetzungen stehen vor allem im Vordergrund der laufenden Gesundheitsreform. So stellen wir sicher, dass jede Niederösterreicherin, jeder Niederösterreicher am richtigen Ort, zur richtigen Zeit, kosteneffizient und mit höchster Qualität behandelt wird.

Diese solide Ausgangsbasis lässt uns in Niederösterreich mit Zuversicht in die Zukunft blicken, zukünftige Herausforderungen meistern und die Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens weiter betreiben.

Als wichtige Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidung dient der vorliegende Landesgesundheitsbericht. Diese Daten und Fakten fließen in die mittel- und langfristige Planung für das niederösterreichische Gesundheitswesen ein, um Gesundheitsangebote an neue Bedürfnisse und Gegebenheiten anzupassen. Der Bericht soll allen Verantwortlichen im Gesundheitswesen einen Überblick über gesundheitsrelevante Themen verschaffen und sie in ihrer Arbeit für die Gesundheit der Niederösterreicherinnen und Niederösterreicher unterstützen.

In diesem Sinne ersuche ich alle Akteure im Gesundheitswesen, sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene, aktiv und konstruktiv an der Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems mitzuwirken, um unserer Bevölkerung ein Leben in Gesundheit bei höchster Lebensqualität zu ermöglichen.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mikl-Leitner'.

Mag.^a Johanna Mikl-Leitner

LH-Stellvertreterin, Vorsitzende des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds

Vorwort LR Ing. Maurice Androsch

Der vorliegende „*Niederösterreichische Gesundheitsbericht 2016*“ beschäftigt sich mit den Entwicklungen im Gesundheitsbereich in NÖ, im Vergleich zur letzten Erhebung 2010, und arbeitet dabei gesundheitsrelevante Zusammenhänge zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit heraus. Diese dienen in den unterschiedlichsten Politikfeldern dazu zielgerichtete Maßnahmen ergreifen zu können, um die Gesundheit der Niederösterreicherinnen und Niederösterreicher zu fördern. Der NÖ-Gesundheitsbericht richtet sich also an alle, die im Gesundheits- und Sozialwesen Verantwortung tragen, an Interessenvertretungen, Wohlfahrtsträger, an die Gemeinden und Beschäftigten in den Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufen.



Vernetzte Zusammenarbeit auf allen politischen Entscheidungsebenen – Bund, Länder und Gemeinden – ist notwendig und gemeinsame gesundheitspolitische Ziele dazu sollen den Bürgerinnen und Bürgern immer mehr ‚gesunde‘ Jahre bescheren. Die in Europa relativ junge, aber fachlich unbestrittene Strategie des „*Health in All Policies*“ erfordert von mir – als dem für Öffentliche Gesundheit zuständigen Landesrat – intensive Zusammenarbeit mit allen Ressortzuständigen, um optimal zur Verbesserung der Gesundheit beitragen zu können.

Große gesundheitspolitische Bedeutung gewinnt das Thema der Chancengerechtigkeit vor dem Hintergrund wachsender sozialer und wirtschaftlicher Unterschiede. Besonders die Erkenntnis, dass sozio-ökonomisch Benachteiligte von den Erfolgen der Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte weniger profitieren konnten, stellt uns vor neue Herausforderungen. Es ist mir ein besonderes Anliegen, dass Menschen über die gleichen Chancen verfügen, um ihre Gesundheit fördern, erhalten und wieder her stellen zu können – unabhängig vom sozialen und wirtschaftlichen Status. Mit dem Ansatz „*Health in All Policies*“ ist Gesundheit nicht mehr beschränkte Aufgabe eines Ressorts, sondern ist zur gemeinsamen Anstrengung aller Verantwortlichen herangereift. Wir müssen uns aber tagtäglich darüber bewusst sein, dass „*Health in All Policies*“ nicht von selbst entsteht. Dieser Ansatz lässt sich nur verwirklichen, wenn die politischen Verantwortlichen auf allen Ebenen die notwendigen Maßnahmen setzen und garantieren, dass diese Beschlüsse auch umgesetzt und überprüft werden.

Der vorliegende Gesundheitsbericht 2016 zeigt bei einer positiven Bilanz zur steigenden Lebenserwartung und einer Steigerung der ‚gesunden Lebensjahre‘ auch zahlreiche Herausforderungen auf, wie etwa die steigenden chronischen Erkrankungen, die Zunahme psychischer Krankheitsbilder und eine Abnahme des sozialen Wohlbefindens.

Mir ist es wichtig, den Gesundheitsbericht nicht als reine Statistik, sondern als Grundlage dafür zu verstehen, die zur Verfügung stehenden Ressourcen im Gesundheitsbereich so zielgerichtet wie möglich einzusetzen, um den Niederösterreicherinnen und Niederösterreichern eine Vielzahl „gesunder Jahre“ zusätzlich gewährleisten zu können. Ich möchte vor allem zwei der formulierten Gesundheitsziele herausheben, die in der Gesundheitsförderung entscheidend sein werden: Die

Stärkung des sozialen Zusammenhalts und die Schaffung und Erhaltung gesundheitsförderlicher Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen.

Ich bedanke mich bei der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) für die Erstellung des Niederösterreichischen Gesundheitsberichtes 2016 recht herzlich und wünsche Ihnen eine anregende Lektüre. Ich würde mich freuen, wenn Sie mir Ihre Meinung zu diesem Bericht per mail oder per Post übermitteln würden.

Ihr



Maurice Androsch

Ing. Maurice Androsch
Landesrat für Gesundheit, Soziales, Asyl,
Kinder- und Jugendhilfe und Tierschutz
NÖ Landesregierung
Landhausplatz 1
3109 St. Pölten
E-Mail: post.lrandrosch@noel.gv.at

Kurzfassung

Der Niederösterreichische Gesundheitsbericht 2016 beschreibt die gesundheitliche Lage der Niederösterreicherinnen und Niederösterreicher, wichtige Gesundheitsdeterminanten (auf Verhaltens- und Verhältnisebene) und ausgewählte Aspekte des niederösterreichischen Gesundheitssystems. Er differenziert, wann immer es die Datensituation erlaubt, nach Alter und Geschlecht und stellt – sofern vorhanden – Unterschiede nach Bildung, Haushaltseinkommen und Migrationshintergrund dar. Die Darstellung der zeitlichen Entwicklung fokussiert nach Maßgabe der Datenverfügbarkeit auf die Jahre 2005 bis 2014.

Demografie

Im Jahr 2014 leben in Niederösterreich rund 1,6 Mio. Menschen, also etwa ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung. Gemessen an der Zahl der Einwohner/innen ist Niederösterreich damit das zweitgrößte Bundesland Österreichs. Rund 14 Prozent der Niederösterreicherinnen und Niederösterreicher sind unter 15 Jahre alt, etwa 25 Prozent 60 Jahre oder älter. 14 Prozent der Niederösterreicherinnen/Niederösterreicher haben einen Migrationshintergrund.

Zwischen 2005 und 2014 ist die niederösterreichische Bevölkerung um 3,6 Prozent angewachsen. Der dafür bestimmende Faktor ist die Zuwanderung. Bis zum Jahr 2050 wird ein Anstieg der niederösterreichischen Bevölkerung um weitere 16 Prozent (auf 1,9 Mio. Menschen) prognostiziert. Vor allem die Bevölkerung im Alter von 60 oder mehr Jahren wird in diesem Zeitraum um geschätzte 11 Prozentpunkte zunehmen (von 25 auf rund 36 %).

Lebenserwartung

Die Lebenserwartung bei Geburt steigt in Niederösterreich für Männer wie für Frauen: Seit 2005 ist die Lebenserwartung für die männliche Bevölkerung um 2,2 Jahre, für die weibliche Bevölkerung um 1,7 Jahre gestiegen. Im Jahr 2014 können neugeborene Mädchen mit 83,4 und Buben mit 78,6 Lebensjahren rechnen.

Ebenso wie die Lebenserwartung steigt auch die Lebenserwartung in Gesundheit: Seit 1991 hat sie bei Männern um 11,8 Jahre, bei Frauen um 10,6 Jahre zugenommen. Im Jahr 2014 können Niederösterreicherinnen mit 66,3 und Niederösterreicher mit 65,3 Lebensjahren in guter oder sehr guter Gesundheit rechnen.

Da die Lebenserwartung in Gesundheit stärker steigt als die Lebenserwartung insgesamt, verkürzt sich damit der Lebensabschnitt in Krankheit.

Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

Vier von fünf Niederösterreicherinnen/Niederösterreicher (ab 15 Jahren) schätzen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein. Im Vergleich zu den Ergebnissen von 2006/2007 ist der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand damit unverändert geblieben.

Chronische Krankheiten und Beschwerden

Im Jahr 2014 leben in Niederösterreich rund 537.000 Menschen (39 % der Bevölkerung) mit dauerhaften Krankheiten bzw. chronischen Gesundheitsproblemen. Im Vergleich zu 2006/2007 hat dieser Anteil deutlich zugenommen (von 35 % auf 39 %).

Am häufigsten ist die niederösterreichische Bevölkerung von Allergien (25 %), Rücken- (26 %) und Nackenschmerzen (21 %) sowie von Bluthochdruck betroffen (23 %). 14 Prozent haben eine Arthrose, 5 Prozent von Asthma, 5 Prozent von chronischer Bronchitis/COPD und 6 Prozent von Diabetes betroffen. Jährlich erkranken etwa 7.000 Niederösterreicher/innen an Typ-2-Diabetes und mehr als 7.000 Niederösterreicher/innen an Krebs (am häufigsten an Brustkrebs, Prostata-, Dickdarm-, Lungen- und Gebärmutterhalskrebs). Rund 3.700 Niederösterreicher/innen erleiden im Jahr 2014 einen akuten Myokardinfarkt und knapp 3.800 einen ischämischen Schlaganfall.

Während Allergien, Atemwegserkrankungen (COPD/Bronchitis) und ischämische Schlaganfälle zugenommen haben, blieb die Diabetesinzidenz und -prävalenz sowie die Krebsinzidenz bei Frauen weitgehend unverändert. Sinkende Trends konnten hingegen bei akutem Myokardinfarkt und der Krebsinzidenz von Männern beobachtet werden.

Psychische Krankheiten

8 Prozent der Niederösterreicher/innen (rund 111.000 Personen) haben eine ärztlich diagnostizierte Depression. Bei weiteren 2 Prozent (26.000 Personen) zeigt sich eine moderate bis schwere depressive Symptomatik. Rund 12.000 Niederösterreicher/innen wurden im Jahr 2014 aufgrund einer psychiatrischen Diagnose akut- oder teilstationär behandelt. Insgesamt finden 2.450 Unterbringungen ohne Verlangen statt. 2.000 Niederösterreicher/innen nehmen aufgrund psychiatrischer Diagnosen eine stationäre Reha in Anspruch (steigender Trend), insbesondere Niederösterreicher/innen zwischen 40 und 59 Jahren. Etwa 250 Menschen begehen Suizid. Mehr als drei Viertel davon sind Männer. Psychisch bedingte Krankenstände machen im Jahr 2014 rund 2 Prozent aller Krankenstandsfälle aus (steigender Trend) und sind - aufgrund ihrer überdurchschnittlichen Dauer - für 9 Prozent der Krankenstandstage verantwortlich.

Verletzungen

Verletzungen stellen eine der häufigsten Ursachen für eine vorzeitige Sterblichkeit dar, insbesondere bei Jugendlichen und bei Männern. In den letzten 10 Jahren sind jedoch tödliche Verletzungen

bei Männern zurückgegangen. Im Jahr 2014 haben rund 11 Prozent der ab 15-jährigen Niederösterreicherinnen und Niederösterreicher Verletzungen aufgrund von Freizeit-, Haushalts- oder Straßenverkehrsunfällen erlitten, die jüngere Bevölkerung häufiger als die ältere. Sturzbedingte petrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens sind im Zeitraum 2005 bis 2014 stark zurückgegangen, sowohl bei der 60- bis 74-jährigen als auch bei der ab 75-jährigen niederösterreichischen Bevölkerung.

Leistungs- und Handlungsfähigkeit

In Niederösterreich sind rund 462.000 Menschen ab 15 Jahren (33 % der Bevölkerung) gesundheitsbedingt im Alltag eingeschränkt. Ihr Anteil hat seit 2006/2007 leicht zugenommen (von 30 auf 33 %). Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und Eigenversorgung weisen 19 Prozent der ab 65-jährigen Niederösterreicher/innen auf (rund 60.000 Personen). 21 Prozent würden diesbezüglich mehr Hilfe benötigen. 29 Prozent der ab 65-jährigen Niederösterreicher/innen sind von Einschränkungen bei der Haushaltsführung betroffen (rund 92.000 Personen), wobei diesbezüglich 28 Prozent mehr Unterstützung benötigen.

Lebensqualität

Die niederösterreichische Bevölkerung beurteilt die Qualität ihres Lebens (im Allgemeinen) mit durchschnittlich 74 von 100 möglichen Punkten. Am besten wird dabei das körperliche, am schlechtesten das soziale Wohlbefinden bewertet. Seit 2006/2007 ist es in Niederösterreich (wie auch in Gesamtösterreich) zu einer Verschlechterung des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens gekommen. Niederösterreicher/innen mit chronischen Krankheiten und/oder gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag schätzen ihre Lebensqualität deutlich schlechter ein als Personen ohne diese Gesundheitsprobleme – ein Zusammenhang, der auch für Gesamtösterreich gilt.

(Vorzeitige) Sterblichkeit

Innerhalb der letzten zehn Jahre ist die Sterblichkeit in Niederösterreich weiter zurückgegangen. Dies betrifft unter anderem die Haupttodesursachen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen sowie Vergiftungen und Verletzungen.

Etwa 3.600 Niederösterreicher/innen starben im Jahr 2014, bevor sie das 70ste Lebensjahr erreicht haben; Männer häufiger als Frauen. Hauptursache für die vorzeitige Sterblichkeit ist nach wie vor Krebs, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die vorzeitige Sterblichkeit ist bei Männern rückläufig (um 15 %) und blieb bei den Frauen weitgehend unverändert.

Risikofaktoren für chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme

Über 50 Prozent der Niederösterreicher/innen (ab 15 Jahren) sind übergewichtig oder adipös, nur 29 Prozent essen täglich Obst und Gemüse und lediglich 24 Prozent erfüllen die Empfehlung für eine gesundheitswirksame Bewegung, 22 Prozent rauchen täglich.

Der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen blieb seit 2006/2007 weitgehend unverändert. Allerdings kam es zu einer leichten Verschiebung von übergewichtigen zu adipösen Personen, insbesondere bei den 15- bis 29-Jährigen. Auch der Anteil täglich rauchender Männer und Frauen (15 Jahre oder älter) ist seit 2006/2007 in etwa gleich geblieben. Positive Entwicklungen gab es hingegen bei den 15-Jährigen: Der Anteil täglich Rauchender hat in dieser Altersgruppe zwischen 2010 und 2014 um die Hälfte abgenommen, der Anteil wöchentlicher Alkoholkonsumenten ist seit 2006 gesunken.

Gesundheitsrelevante Lebensverhältnisse

In Niederösterreich sind im Jahr 2014 rund 173.000 Menschen armutsgefährdet (11 %) und rund 125.000 materiell depriviert (8 %). Gäbe es keine Sozialleistungen (Mindestsicherung, Familien-, Arbeitslosen-, Gesundheits-, Bildungsleistungen, Wohnbeihilfen und Sozialhilfe), wären rund 21 Prozent der Niederösterreicher/innen von Armut bedroht.

Im Jahr 2014 sind 14 Prozent der Niederösterreicher/innen (im Alter von 25 bis 64 Jahren) Akademiker/innen, während knapp 17 maximal einen Pflichtschulabschluss aufweisen. Matura oder einen höheren Abschluss können 29 Prozent der Niederösterreicher/innen vorweisen. Seit 2008 ist der Anteil der Akademiker/innen von 11 auf 14 Prozent gestiegen, der Anteil der „maximal Pflichtschulabsolventinnen/-absolventen“ hingegen gleich geblieben. Der Anteil frühzeitiger Schul- und Ausbildungsabgänger/innen liegt in Niederösterreich im Jahr 2014 bei 6,4 Prozent. Deutliche Verbesserungen konnten im Schulklima festgestellt werden, diese betreffen Burschen wie Mädchen sowie ältere und jüngere Schüler/innen.

Im Jahr 2014 waren in Niederösterreich rund 54.000 Menschen arbeitslos. Das entspricht einer Arbeitslosenquote von rund 8,4 Prozent. Die Arbeitslosigkeit hat in Niederösterreich (wie auch in Österreich insgesamt) zwischen 2008 und 2014 deutlich zugenommen. Besonders betroffen von Arbeitslosigkeit sind Personen ab 50 Jahren, Migrantinnen und Migranten, Personen mit geringer formaler Bildung und Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen.

Ein Drittel aller Niederösterreicher/innen sind atypisch beschäftigt, d. h. sie haben entweder eine Teilzeitbeschäftigung, eine befristete Beschäftigung oder eine Beschäftigung, die keiner geregelten Sozialversicherungspflicht unterliegt. 80 Prozent dieser Beschäftigungsverhältnisse betreffen Frauen.

79 Prozent der erwerbstätigen Niederösterreicher/innen sind an ihrem Arbeitsplatz zumindest einer körperlichen Belastung ausgesetzt (620.000 Personen), 42 Prozent sind von Zeitdruck und Arbeitsüberforderung betroffen (331.000 Personen). Seit 2007 sind (wie in Österreich insgesamt)

sowohl die körperlichen Belastungen als auch Zeitdruck und Arbeitsüberlastung gestiegen. Abgenommen hat hingegen das Ausmaß der Arbeitsunfälle.

Rund die Hälfte der Niederösterreicher/innen (54 %) verfügt über ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung, rund 46 Prozent über ein eingeschränktes Sozialkapital. Letzteres trifft vermehrt ältere Menschen sowie Niederösterreicher/innen mit chronischen Erkrankungen oder gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag.

Rund 83.000 Personen in Niederösterreich sind in ihrem Wohnbereich einem durchschnittlichen Straßenlärm von über 60 dB ausgesetzt (5 %). Beinahe 108.000 Menschen sind nachts einem Lärmpegel von über 50 dB exponiert (7 %). 8 Prozent der ab 15-jährigen Niederösterreicher/innen (rund 105.000 Personen) fühlen sich in ihrem Wohnbereich stark bis sehr stark durch Lärm belastet. Ihr Anteil ist seit 2007 in etwa gleich geblieben. Der Verkehrslärm durch LKW und PKW gilt als Hauptursachen der Lärmbelastung.

Gesundheitsversorgung

Das Land Niederösterreich verfügt über eine gut ausgebaute Gesundheitsversorgung. Im niedergelassenen Bereich stehen der niederösterreichischen Bevölkerung rund 1.300 Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin, 2.000 Fachärztinnen/Fachärzte und rund 600 Zahnärztinnen/Zahnärzte zur Verfügung. Zudem gibt es in Niederösterreich zahlreiche Spitalsambulanzen, knapp 100 selbstständige Ambulatorien und etwa 230 öffentliche Apotheken. Im stationären Bereich stehen der niederösterreichischen Bevölkerung insgesamt 28 Klinik-Standorte zur Verfügung, darunter 20 Akut-Krankenanstalten (Fonds-Krankenanstalten) mit rund 8.000 Akut-Betten, sowie 20 stationäre Reha-Einrichtungen mit rund 3.000 Betten.

Im Bereich der psychosozialen Versorgung gibt es in Niederösterreich 5 psychiatrische Ambulanzen, 34,5 Planstellen in den Bereichen Psychiatrie und Neurologie, 6 Planstellen im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und rund 160 Ärztinnen/Ärzte mit PSY-III-Diplom zur Verfügung. Darüber hinaus sind knapp 1.000 Personen in Niederösterreich zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt und knapp 1.000 Personen in die Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen eingetragen. Die psychosozialen Dienste bieten Behandlung, Beratung, betreute Wohnplätze, tagesstrukturierende Angebote sowie eine berufliche Eingliederungshilfe und eine mobile Arbeitsunterstützung an. Im stationären Bereich hält das Land Niederösterreich 6 Landeskliniken mit allgemeinpsychiatrischen Abteilungen, eine Einrichtung für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Suchtdiagnose und drei Landeskliniken mit Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie vor.

Im Pflegebereich werden von den mobilen Diensten jährlich rund 3,4 Mio. Leistungsstunden angeboten, in stationären Einrichtungen (Wohn- und Pflegehäusern) rund 9.200 Plätze.

Im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung stehen 6 Palliativstationen, 7 stationäre Hospize, und ein Tageshospiz zur Verfügung. Im mobilen Bereich gibt es 21 mobile Palliativteams und/oder Palliativ-Konsiliardienste und 31 Hospizteams.

In Niederösterreich haben sich zudem in den letzten Jahren viele Akteure (Vereine, Schulen, Betriebe, Krankenhäuser, Gemeinden, Städte, das Land, der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, die NÖGKK u.v.m.) mit der Implementierung und Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen beschäftigt. In diesem Zeitraum wurden zahlreiche Projekte und Programme gestartet.

Chancengerechtigkeit

In Niederösterreich wie in Gesamtösterreich zeigen sich sowohl für Gesundheitsoutcomes (selbst- eingeschätzte Gesundheit, chronische Krankheiten, Karies, gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag), für eine Reihe von Gesundheitsdeterminanten (Übergewicht und Adipositas, Bluthochdruck, Obst- und Gemüsekonsum, gesundheitswirksame Bewegung, Rauchen, Arbeitslosigkeit, Sozialkapital) als auch im Bereich der Gesundheitsversorgung (Krebsvorsorge, Medikamenteneinnahme, Inanspruchnahme ärztlicher und spitalsambulanter Leistungen) Unterschiede nach Bildung und Haushaltseinkommen. Sie verlaufen allesamt zu Ungunsten niedriger Bildungs- und Einkommensschichten. Die Effekte von Bildung und Einkommen erweisen sich – in den meisten Fällen – als gleichläufig. Darüber hinaus zeigen sich eindeutige Geschlechts- und Genderunterschiede. Sie fallen mehrheitlich zu Ungunsten der weiblichen Bevölkerung aus. Unterschiede nach Migrationshintergrund weisen kein einheitliches Muster auf.

Inhalt

Abbildungen und Tabellen	XVI
Abkürzungen.....	XXV
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage, Ziele und Zielgruppen	1
1.2 Determinanten der Gesundheit.....	1
1.3 Aufbau und Inhalt des Berichts.....	4
2 Demografie	8
2.1 Bevölkerungsstand.....	8
2.2 Bevölkerungsstruktur.....	8
2.3 Bevölkerungsentwicklung.....	11
3 Gesundheitszustand	14
3.1 Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit	15
3.2 Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand	18
3.3 Krankheiten und Gesundheitsbeschwerden.....	20
3.3.1 Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme	20
3.3.2 Karies	33
3.3.3 Verletzungen aufgrund von Unfällen und deren Versorgung	36
3.3.4 Meldepflichtige übertragbare Krankheiten	39
3.4 Leistungs- und Handlungsfähigkeit.....	41
3.4.1 Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag	42
3.4.2 Körperliche und sensorische Einschränkungen.....	43
3.4.3 Aktivitätseinschränkungen im Alltag – ADL und IADL	46
3.4.4 Krankenstände	48
3.5 Lebensqualität	50
3.6 (Vorzeitige) Sterblichkeit und potenziell verlorene Lebensjahre.....	55
3.6.1 Gesamtsterblichkeit	55
3.6.2 Vorzeitige Sterblichkeit	60
3.6.3 Suizid	63
4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten.....	66
4.1 Körperliche Faktoren.....	67
4.1.1 Adipositas und Übergewicht	67
4.1.2 Bluthochdruck.....	69
4.2 Psychische Faktoren.....	71
4.2.1 Problematische Körperwahrnehmung	72
4.3 Gesundheitsverhalten	74
4.3.1 Ernährung.....	74
4.3.2 Gesundheitswirksame Bewegung	77
4.3.3 Tabakkonsum	81
4.3.4 Alkoholkonsum	85
4.3.5 Konsum illegaler Drogen	88
5 Verhältnisbezogene Gesundheits- determinanten	90
5.1 Materielle Lebensbedingungen	91
5.1.1 (Dauerhafte) Armutsgefährdung	93
5.1.2 Materielle Deprivation	94

5.1.3	Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung	94
5.1.4	20/80-Verhältnis des Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens	95
5.2	(Aus-)Bildung	95
5.2.1	Bildungsniveau	96
5.2.2	Bildungsmobilität	97
5.2.3	Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger/innen	99
5.2.4	Schulklima	100
5.3	Arbeit und Beschäftigung	100
5.3.1	Erwerbstätigkeit	102
5.3.2	Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz	110
5.3.3	Zeitdruck und Arbeitsüberlastung	112
5.3.4	Arbeitsunfälle	113
5.3.5	Work-Life-Balance	114
5.3.6	Trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gehen	115
5.4	Soziale Beziehungen und Netzwerke / Sozialkapital	116
5.5	Umwelt	119
5.5.1	Luftqualität	119
5.5.2	Lärm	122
6	Gesundheitsversorgung und -förderung	125
6.1	Gesundheitsförderung (Outcome-Messung)	126
6.2	Prävention	128
6.2.1	Vorsorgeuntersuchungen	128
6.2.2	Outcome-Messung	134
6.2.3	Öffentlicher Gesundheitsdienst	135
6.3	Ambulante Versorgung	136
6.3.1	Ärztliche Versorgung	136
6.3.2	Physio- und ergotherapeutische Versorgung im niedergelassenen Bereich	145
6.3.3	Selbständige Ambulatorien	146
6.3.4	Spitalsambulanzen	148
6.3.5	Pharmazeutische Versorgung	149
6.3.6	Notfallrettungsdienst	150
6.4	Akutstationäre Versorgung	152
6.4.1	Krankenhausaufenthalte in niederösterreichischen Akut-Krankenanstalten	153
6.4.2	Niederösterreichische Patientinnen und Patienten in österreichischen Akut-Krankenanstalten	155
6.5	Medizinisch-technische Großgeräte	158
6.6	Stationäre Rehabilitation	159
6.7	Langzeitpflege und -betreuung	162
6.7.1	Pflegegeldbezieher/innen	162
6.7.2	Pflege- und Betreuungsdienste	163
6.7.3	Informelle Pflege- und/oder Unterstützungsleistungen	167
6.8	Hospiz- und Palliativversorgung	168
6.8.1	Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene	168
6.8.2	Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene	172
6.9	Ausgewählte Outcome-Indikatoren zur Versorgungsqualität	174
6.9.1	Vorzeitige vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (MAHC)	174
6.9.2	30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt (AMI)	175
6.9.3	30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall	177
6.9.4	Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren	178
6.10	Spezifische Versorgungsaspekte	178
6.10.1	Schwangerschaft und Geburt	178
6.10.2	Psychiatrische, psychosomatische und psychosoziale Versorgung	183

6.10.3	Versorgung von Menschen mit einem risikoreichen Opiatkonsum	193
7	Chancengerechtigkeit	194
7.1	Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund	196
7.1.1	Gesundheitliche Ebene	196
7.1.2	Individuelle Determinanten.....	197
7.1.3	Verhältnisbezogene Determinanten	199
7.1.4	Gesundheitsversorgung.....	200
7.2	Geschlechts- und Genderunterschiede	201
7.2.1	Gesundheitliche Ebene	201
7.2.2	Individuelle Determinanten.....	202
7.2.3	Verhältnisbezogene Determinanten	202
7.2.4	Gesundheitsversorgung.....	203
7.3	Resümee.....	204
8	Zusammenfassende Schlussbetrachtung	205
	Literatur	212

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 1.1:	Framework zur Beobachtung der öffentlichen Gesundheit und ihrer Determinanten.....	2
Abbildung 2.1:	Anteil der 0- bis 14-Jährigen sowie der ab 60-Jährigen an der niederösterreichischen Bevölkerung; Jugendquotient, Altersquotient und Gesamtquotient, 2005–2015.....	9
Abbildung 2.2:	Anteil der 0- bis 14-Jährigen sowie der ab 60-Jährigen an der niederösterreichischen Bevölkerung nach Bezirken und Versorgungsregionen, 2005 und 2014.....	10
Abbildung 2.3:	Bevölkerungsveränderung in Niederösterreich, 2005–2014.....	11
Abbildung 2.4:	Bevölkerungsveränderung in Niederösterreich nach Bezirken (inkl. Absolutwerte), 2005 bis 2014.....	12
Abbildung 2.5:	Bevölkerungsprognose für Niederösterreich nach Altersgruppen bis 2050.....	13
Abbildung 3.1:	Lebenserwartung bei Geburt nach Geschlecht und in der Bandbreite der Versorgungsregionen, Niederösterreich 2005–2014.....	15
Abbildung 3.2:	Lebenserwartung in Niederösterreich nach Bezirken, 2014.....	16
Abbildung 3.3:	Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit in Niederösterreich nach Geschlecht, 1991, 1999, 2006 und 2014.....	17
Abbildung 3.4:	Lebenserwartung in Gesundheit nach Bildung ab der Geburt und mit 65 Jahren, Österreich 2014.....	17
Abbildung 3.5:	Niederösterreicher/innen mit einem sehr guten oder guten Gesundheitszustand nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014.....	19
Abbildung 3.6:	Niederösterreicher/innen mit chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen nach Altersgruppen, 2014.....	21
Abbildung 3.7:	Niederösterreicher/innen mit chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014.....	21
Abbildung 3.8:	Ausgewählte chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Altersgruppen und Geschlecht, Niederösterreich 2014.....	22
Abbildung 3.9:	Allergien* nach Altersgruppen, Niederösterreich 2006/2007 und 2014.....	23
Abbildung 3.10:	Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme des Bewegungsapparats nach Altersgruppen, Niederösterreich 2014.....	24

Abbildung 3.11:	Diabetes-Typ-2-Inzidenz nach Altersgruppen, Jahresdurchschnitt für Niederösterreich, 2012–2014.....	26
Abbildung 3.12:	Inzidenz akuter Myokardinfarkt und ischämischer Schlaganfall nach Geschlecht, Niederösterreich 2005–2014	27
Abbildung 3.13:	Inzidenz von akutem Myokardinfarkt und ischämischem Schlaganfall nach Altersgruppen und Geschlecht, Niederösterreich 2014.....	28
Abbildung 3.14:	Krebsinzidenz in Niederösterreich nach Altersgruppen und Geschlecht, 2012.....	29
Abbildung 3.15:	Häufigste Lokalisationen von Krebs-Neuerkrankungen bei Niederösterreicherinnen und Niederösterreichern, 2003–2012	30
Abbildung 3.16:	Krebsinzidenz bei Niederösterreicherinnen für ausgewählte Lokalisationen, 2003–2012	31
Abbildung 3.17:	Krebsinzidenz bei Niederösterreichern für ausgewählte Lokalisationen, 2003–2012	31
Abbildung 3.18:	Niederösterreicher/innen mit einer ärztlich diagnostizierten Depression nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monats-Prävalenz), 2014.....	32
Abbildung 3.19:	Verletzte innerhalb der letzten 12 Monate nach Altersgruppen und Unfallart, Niederösterreich 2014	36
Abbildung 3.20:	Unfallbedingte Verletzungen nach Bildung und Haushaltseinkommen, Niederösterreich 2014	37
Abbildung 3.21:	Akutstationäre Aufenthalte der niederösterreichischen Bevölkerung aufgrund pertrochantärer Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens nach Altersgruppen und Geschlecht, 2005–2014	38
Abbildung 3.22:	Inzidenz ausgewählter meldepflichtiger Infektionskrankheiten in Niederösterreich, 2011–2015.....	41
Abbildung 3.23:	Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag nach Bildung und Haushaltseinkommen, Niederösterreich 2014.....	43
Abbildung 3.24:	Körperliche und/oder sensorische Einschränkungen der niederösterreichischen Wohnbevölkerung, 2014.....	44
Abbildung 3.25:	Schwierigkeiten bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person bei ab 65-jährigen Niederösterreicherinnen/Niederösterreichern, 2014	46
Abbildung 3.26:	Schwierigkeiten bei Erledigungen des Haushalts bei ab 65-jährigen Niederösterreicherinnen/ Niederösterreichern, 2014	47
Abbildung 3.27:	Krankenstandstage ausgewählter Krankheitsgruppen bei NÖGKK erwerbstätigen versicherten Personen, 2014.....	49

Abbildung 3.28:	Psychisch bedingte Krankenstandsfälle bei NÖGKK versicherten Arbeitnehmerinnen/ Arbeitnehmern, 2005–2014	49
Abbildung 3.29:	Lebensqualität der niederösterreichischen Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht, Mittelwerte, 2014.....	51
Abbildung 3.30:	Lebensqualität der niederösterreichischen Bevölkerung nach Bildung und Haushaltseinkommen, Mittelwerte, 2014	52
Abbildung 3.31:	Lebensqualität chronisch kranker bzw. im Alltag gesundheitsbedingt eingeschränkter Niederösterreicher/innen, Mittelwerte, 2014	53
Abbildung 3.32:	Lebenszufriedenheit bei 11- und 15-jährigen Niederösterreicherinnen und Niederösterreichern, Mittelwerte, 2002–2014	54
Abbildung 3.33:	Gesamtsterblichkeit in der Bandbreite der Versorgungsregionen und nach Geschlecht, Niederösterreich 2005–2014	56
Abbildung 3.34:	Sterblichkeit nach Geschlecht, Altersgruppen und den häufigsten Todesursachen, Niederösterreich 2005–2014.....	57
Abbildung 3.35:	Sterblichkeit der niederösterreichischen Bevölkerung aufgrund der drei häufigsten Todesursachen nach Geschlecht, 2005–2014	57
Abbildung 3.36:	Krebssterblichkeit bei Niederösterreicherinnen für ausgewählte Lokalisationen, 2005–2014	58
Abbildung 3.37:	Krebssterblichkeit bei Niederösterreichern für ausgewählte Lokalisationen, 2005–2014	59
Abbildung 3.38:	Sterblichkeit der niederösterreichischen Bevölkerung aufgrund von Myokardinfarkt bzw. ischämischem Schlaganfall nach Geschlecht, 2005–2014.....	59
Abbildung 3.39:	Sterblichkeit der unter 70-jährigen Niederösterreicher/innen in der Bandbreite der Versorgungsregionen nach Geschlecht, 2005–2014	60
Abbildung 3.40:	(Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre bei niederösterreichischen Frauen nach Todesursachen, 2014, in Prozent	61
Abbildung 3.41:	(Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre bei niederösterreichischen Männern nach Todesursachen, 2014, in Prozent	62
Abbildung 3.42:	Suizidrate in Niederösterreich nach Geschlecht und im Vergleich zur Bundesländer-Bandbreite, 2005–2014	64
Abbildung 3.43:	Suizide in Niederösterreich nach Versorgungsregionen, 2005–2014	64
Abbildung 3.44:	Suizidrate in Niederösterreich nach Altersgruppen und Geschlecht, 2005–2014	65
Abbildung 4.1:	Übergewicht und Adipositas nach Altersgruppen und Geschlecht, Niederösterreich 2006/2007 und 2014	67

Abbildung 4.2:	Übergewicht und Adipositas nach Bildung und Haushaltseinkommen, Niederösterreich 2014	68
Abbildung 4.3:	Niederösterreicher/innen mit Bluthochdruck nach Altersgruppen und Geschlecht, 2006/2007 und 2014.....	70
Abbildung 4.4:	Niederösterreicher/innen mit Bluthochdruck nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014.....	71
Abbildung 4.5:	Problematische Körperwahrnehmung bei 11- und 15-Jährigen in Niederösterreich, 2002–2014.....	73
Abbildung 4.6:	Täglicher Obst- und Gemüsekonsum nach Altersgruppen und Geschlecht, Niederösterreich 2014.....	75
Abbildung 4.7:	Täglicher Obst- und Gemüsekonsum nach Bildung und Haushaltseinkommen, Niederösterreich 2014.....	75
Abbildung 4.8:	Täglicher Obst- und Gemüsekonsum bei 11- und 15-Jährigen in Niederösterreich, 2002–2014.....	76
Abbildung 4.9:	Bewegungsverhalten der niederösterreichischen Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014.....	78
Abbildung 4.10:	Bewegungsverhalten* im Alltag nach Altersgruppen und Geschlecht, Niederösterreich 2014	79
Abbildung 4.11:	Körperliche Bewegung bei 11- und 15-Jährigen in Niederösterreich, 2002–2014.....	80
Abbildung 4.12:	Raucherstatus der Niederösterreicher/innen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014	82
Abbildung 4.13:	Betroffenheit der niederösterreichischen Bevölkerung von intensivem* Passivrauch nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014.....	83
Abbildung 4.14:	Betroffenheit der niederösterreichischen Bevölkerung von intensivem* Passivrauch nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014.....	84
Abbildung 4.15:	Rauchverhalten 15-jähriger Niederösterreicher/innen, 2002–2014.....	85
Abbildung 4.16:	Alkoholkonsum der niederösterreichischen Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014.....	86
Abbildung 4.17:	Wöchentlicher Alkoholkonsum bei 15-Jährigen in Niederösterreich, 2002–2014.....	87
Abbildung 5.1:	Österreicher/innen mit sehr guter oder guter Gesundheit nach Einkommensgruppen*, 2008 und 2014	91
Abbildung 5.2:	Österreicher/innen mit chronischen Krankheiten und einer starken Beeinträchtigung durch ein gesundheitliches Problem nach Einkommensgruppen*, 2008 und 2014	92
Abbildung 5.3:	Armutsindikatoren für Niederösterreich, 2009–2014	92

Abbildung 5.4:	Bildungsmobilität der 25- bis 64-jährigen Frauen in Österreich, 2007 und 2011/2012	98
Abbildung 5.5:	Bildungsmobilität der 25- bis 64-jährigen Männer in Österreich, 2007 und 2011/2012	98
Abbildung 5.6:	Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Krankheit und Arbeitslosigkeit, Niederösterreich 2014	101
Abbildung 5.7:	Kennzahlen zum Erwerbsstatus von Männern in Niederösterreich, 2005–2015	103
Abbildung 5.8:	Kennzahlen zum Erwerbsstatus von Frauen in Niederösterreich, 2005–2015	103
Abbildung 5.9:	Atypische Beschäftigungsverhältnisse der niederösterreichischen Erwerbsbevölkerung nach Geschlecht, 2014	105
Abbildung 5.10:	Arbeitslosenquote in Niederösterreich nach Arbeitsmarktbezirken, 2014.....	106
Abbildung 5.11:	Langzeitarbeitslose in Niederösterreich, 2008–2014	107
Abbildung 5.12:	Arbeitsuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen an allen Arbeitsuchenden nach Altersgruppen und Bildung, Niederösterreich 2014	108
Abbildung 5.13:	Niederösterreicher/innen mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung nach Geschlecht, 2008–2014	109
Abbildung 5.14:	Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz, niederösterreichische Erwerbsbevölkerung 2013.....	111
Abbildung 5.15:	Zeitdruck oder Arbeitsüberlastung am Arbeitsplatz nach Geschlecht, niederösterreichische Erwerbsbevölkerung 2007 und 2013.....	112
Abbildung 5.16:	Arbeitsunfälle insgesamt und bei 15- bis 24-Jährigen nach Geschlecht, Niederösterreich 2005–2015	113
Abbildung 5.17:	Unselbstständig Erwerbstätige mit Überstunden inklusive Mehrstunden nach Geschlecht, Niederösterreich 2005–2015	115
Abbildung 5.18:	Soziale Unterstützung und Gesundheit – Krankheit und soziale Unterstützung, Niederösterreich 2014.....	117
Abbildung 5.19:	Soziale Unterstützung nach Altersgruppen, Niederösterreich 2014	118
Abbildung 5.20:	Soziale Unterstützung (hoch) nach Bildung und Haushaltseinkommen, Niederösterreich 2014	118
Abbildung 6.1:	Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach) in Niederösterreich: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale, 2005–2015	137

Abbildung 6.2:	Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte (Erstfach) in Niederösterreich: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale, 2005–2015	139
Abbildung 6.3:	Niedergelassene Fachärztinnen und –ärzte nach ausgewählten Fachrichtungen, Niederösterreich 2014	140
Abbildung 6.4:	Niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte (Erstfach) in Niederösterreich: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale, 2005–2015	143
Abbildung 6.5:	Leistungsbereiche selbständiger Ambulatorien in Niederösterreich, 2014 und 2016	147
Abbildung 6.6:	Apothekendichte nach niederösterreichischen Bezirken, 2015	149
Abbildung 6.7:	Stationäre Aufenthalte in niederösterreichischen Akut–Kranken– anstalten nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014	154
Abbildung 6.8:	Akutstationär versorgte Niederösterreicher/innen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014	155
Abbildung 6.9:	Akutstationäre versorgte Niederösterreicher/innen nach Hauptdiagnosegruppen*, 2005–2014	157
Abbildung 6.10:	Niederösterreichische Patientinnen und Patienten in stationären Reha– Einrichtungen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014	160
Abbildung 6.11:	Niederösterreichische Patientinnen und Patienten (20 Jahre und älter) in stationären Reha–Einrichtungen nach Indikationsgruppen* und Geschlecht, 2014	160
Abbildung 6.12:	Pflegegeldbezieher/innen in Niederösterreich nach Pflegegeldstufen und Altersgruppen, 2014	162
Abbildung 6.13:	Pflege– und Betreuungspersonen: Vollzeitäquivalente nach Angeboten in Niederösterreich, 2014	165
Abbildung 6.14:	Betreute Niederösterreicher/innen nach Diensten und Altersgruppen, 2014	166
Abbildung 6.15:	Betreute Niederösterreicher/innen nach Diensten und Pflegegeldstufen, 2014	167
Abbildung 6.16:	Modular abgestufte Hospiz– und Palliativversorgung	169
Abbildung 6.17:	Hospiz– und Palliativversorgung in Niederösterreich, 2009 und 2015	171
Abbildung 6.18:	Patientinnen/Patienten der Hospiz– und Palliativversorgung in Niederösterreich und Österreich, 2015	172
Abbildung 6.19:	Vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit in Niederösterreich nach Geschlecht, 2005–2014	174
Abbildung 6.20:	30–Tage–Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt in niederösterreichischen Akut–Krankenanstalten nach Geschlecht, 2005–2014	176

Abbildung 6.21:	30-Tage-Sterblichkeitsrate nach einem Schlaganfall in niederösterreichischen Akut-Krankenhäusern, nach Geschlecht, 2005–2014.....	177
Abbildung 6.22:	Säuglingssterblichkeit in Niederösterreich im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 1970–2014	179
Abbildung 6.23:	Frühgeborenenrate und geringes Geburtsgewicht in Niederösterreich, 2005–2014.....	180
Abbildung 6.24:	Kaiserschnittquote in Niederösterreich im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 1998–2014	181
Abbildung 6.25:	Teenager-Geburten in Niederösterreich im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 1998–2014	182
Abbildung 6.26:	Unterbringungen ohne Verlangen nach UbG nach Altersgruppen und Geschlecht, Niederösterreich 2014	189
Abbildung 6.27:	Unterbringungsrate in Niederösterreich im Vergleich zu Österreich im Zeitverlauf, 2000–2015	189
Abbildung 6.28:	Niederösterreicher/innen mit stationärem Reha-Aufenthalt aufgrund einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach Altersgruppen und Geschlecht, absolut, 2014	191
Abbildung 6.29:	Niederösterreicher/innen mit stationärem Reha-Aufenthalt aufgrund einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach Altersgruppen und Geschlecht, altersstandardisierte Rate, 2014	191
Abbildung 6.30:	Niederösterreichische Patientinnen/Patienten mit Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung aufgrund einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach Diagnosegruppen und Geschlecht, 2014	192
Abbildung 7.1:	Soziale Ungleichheit und ihre gesundheitsrelevanten Wirkungswege	195

Tabellen

Tabelle 2.1:	Indikatoren-Übersicht zu Kapitel 2 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks	8
Tabelle 3.1:	Indikatoren-Übersicht zu Kapitel 3 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks	14
Tabelle 3.2:	Karies-Prävalenz bei 6- und 12-jährigen Kindern in Niederösterreich, 2011/2012 und 2012/2013.....	34
Tabelle 4.1:	Indikatoren-Übersicht zu Kapitel 4 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks	66
Tabelle 5.1:	Indikatoren-Übersicht zu Kapitel 5 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks	90

Tabelle 5.2:	Bildungsstand der Niederösterreicher/innen im Alter von 25 bis 64 Jahren, 2014	97
Tabelle 5.3:	Bevölkerung nach Erwerbsstatus, Niederösterreich 2014	102
Tabelle 6.1:	Indikatoren-Übersicht zu Kapitel 6 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks	125
Tabelle 6.2:	Inanspruchnahme allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen bei Anspruchsberechtigten der NÖGKK, 2008/2009 und 2013/2014	129
Tabelle 6.3:	Koloskopien bei Anspruchsberechtigten der NÖGKK, 2010 – 2014	131
Tabelle 6.4:	Mammografien bei Anspruchsberechtigten der NÖGKK, 2008–2009 sowie 2013–2014.....	133
Tabelle 6.5:	Inanspruchnahme ausgewählter fachärztlicher Leistungen nach Altersgruppen und Geschlecht (in % und absolut*), Niederösterreich 2014	142
Tabelle 6.6:	Wohnbevölkerung 2016 im 15-, 20- und 25-Minuten-Einzugsbereich von RTW-Standorten (1. 1. 2017) in Niederösterreich	151
Tabelle 6.7:	Wohnbevölkerung 2015 im 15-, 20- und 25-Minuten-Einzugsbereich von NEF-Standorten (1. 1. 2017) in Niederösterreich	152
Tabelle 6.8:	Akutstationäre versorgte Niederösterreicher/innen nach Hauptdiagnosegruppen*, 2014	156
Tabelle 6.9:	Medizinisch-technische Großgeräte in Niederösterreich, 2014.....	158
Tabelle 6.10:	Pflege- und Betreuungsangebote in Niederösterreich, 2011 und 2014.....	164
Tabelle 6.11:	Betreute Personen in Niederösterreich nach Angeboten, 2011 und 2014.....	166
Tabelle 6.12:	Hospiz- und Palliativversorgung in Niederösterreich und Österreich, 2015	170
Tabelle 6.13:	Inanspruchnahme der psychiatrischen ¹ und psychosomatischen akut- und teilstationären Versorgung: Anzahl der Patientinnen/Patienten ² , Aufenthalte ³ , Aufenthaltsdauer und Wiederaufnahmerate nach Abteilungen, Niederösterreich 2014	188

Abkürzungen

µg/m ³	Mikrogramm pro Kubikmeter
ÄAVE	Ärztliche ambulante Vollzeitäquivalente
ADL	Activities of daily life
AES	Adult Education Survey
AHS	Allgemeinbildende höhere Schule
ALQ	Arbeitslosenquote
AMI	Akuter Myokardinfarkt
AMS	Arbeitsmarktservice
ATHIS	Österreichische Gesundheitsbefragung
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BALI	Beschäftigung : Arbeitsmarkt : Leistungsbezieher : Informationen
BHS	Berufsbildende höher Schule
BL-Bandbreite	Bundesländer-Bandbreite
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMI	Body-Mass-Index
BMS	Berufsbildende mittlere Schule
BMZ	Bettenmessziffer
CO	Kohlenstoffmonoxid
COPD	Chronisch obstruktive Lungenkrankheit
d ₃ mft/D ₃ MFT	Durchschnittliche Anzahl der aktiv kariösen, wegen Karies gezogenen oder gefüllten Zähne
dB	Dezibel
DLD	Diagnose- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten
DVHÖ	Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen
EMCDDA	European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction
EU	Europäische Union
EU-SILC	Statistics on Income and Living Conditions
EVP	Erwerbstätige versicherte Person
EW	Einwohner/innen
FA	Facharzt/Fachärztin
FÄ	Fachärzte/Fachärztinnen
g	Gramm
GF	Gesundheitsförderung
GG	Großgeräte
GMF	Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
HiAP	Health in All Policies
HKE	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
HPE	Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter

HS	Hauptschule
HVB/HVSVT	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
ICD	International Classification of Diseases
IFGP	Institut für Gesundheitsförderung und Prävention
IG-L	Immissionsschutzgesetz Luft
ILO	Internationale Arbeitsorganisation
ISCED	International Standard Classification of Education
KA	Krankenanstalt/en
kg	Kilogramm
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Lden/Lnight	Lärmindices
LISA	Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte
m	Meter
MAHC	Mortality Amenable to Health Care
mmHg	Millimeter-Quecksilbersäule Seite 64
MMR	Masern-Mumps-Röteln
NMS	Neue Mittelschule
NO ₂	Stickstoffdioxid
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
NÖGUS	NÖ Gesundheits- und Sozialfonds
NO _x	Stickstoffoxide
NTA	Null-Tage-Aufenthalte
O ₃	Ozon
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
OBSAN	Schweizer Gesundheitsobservatorium
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖGE	Österreichische Gesellschaft für Ernährung
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
p. a.	per anno
PFG	Pflegefondsgesetz
PHMF	Public Health Monitoring Framework
PIM	Potenziell inadäquate Medikation
PM	Feinstaub
PSO	Psychosomatik
PTS	Polytechnische Schule
PYLL	Potential Years Life Lost
R-GZ	Rahmen-Gesundheitsziele
RKI	Robert Koch Institut
SO ₂	Schwefeldioxid
SV	Sozialversicherung
UbG	Unterbringungsgesetz

VR	Versorgungsregion
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WHOQOL-BREF 1	Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der WHO
ZÄK	Österreichische Zahnärztekammer
ZS-G MVKO	Zielsteuerung-Gesundheit: Outcome-Messung im Gesundheitswesen

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage, Ziele und Zielgruppen

Mit dem „Niederösterreichischen Gesundheitsbericht 2016“ werden Aussagen zur gesundheitlichen Lage und zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der niederösterreichischen Bevölkerung sowie zur Gesundheitsversorgung in Niederösterreich getroffen. Zudem werden die Lebensverhältnisse der Niederösterreicher/innen dargestellt und – im Sinne von Health in All Policies (HiAP) – gesundheitsrelevante Zusammenhänge zu anderen Politikbereichen aufgezeigt.

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

Der Niederösterreichische Gesundheitsbericht 2016 bietet eine fundierte Grundlage für gesundheitspolitische Interventionen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung. Ziel ist auch, die Weiterentwicklung des niederösterreichischen Gesundheitssystems und die Verankerung von Gesundheit in allen Politikfeldern (HiAP) zu unterstützen. Der Bericht soll Steuerungsimpulse geben und Handlungsfelder aufzeigen.

Darüber hinaus schließt der Niederösterreichische Gesundheitsbericht 2016 sowohl inhaltlich als auch methodisch an die Monitoring–Routinen aktueller Gesundheitsstrategien an und schafft damit einen integrierten Gesamtüberblick. An gegebener Stelle wird jeweils Bezug zu den Rahmen-Gesundheitszielen, zur „Zielsteuerung–Gesundheit“ sowie zu anderen wichtigen Gesundheitsstrategien und Frameworks hergestellt.

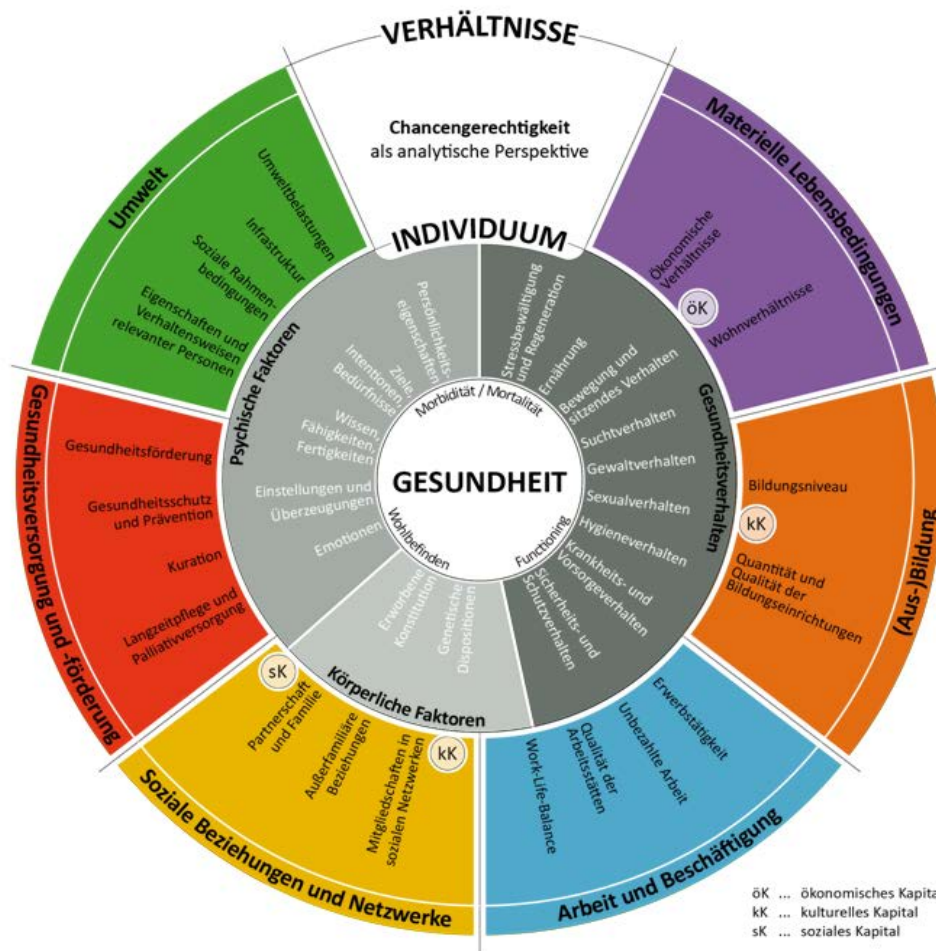
Zielgruppen des Berichts sind Entscheidungsträger/innen diverser Ressorts auf Landesebene, die interessierte Fachöffentlichkeit sowie Expertinnen und Experten in Wissenschaft und Lehre.

1.2 Determinanten der Gesundheit

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

Abbildung 1.1:

Framework zur Beobachtung der öffentlichen Gesundheit und ihrer Determinanten



Quelle: Griebler/Winkler 2015

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

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

1. Gesundheit wird als ein multidimensionales Konzept verstanden, das nicht anhand einzelner Variablen bestimmbar ist. In Anlehnung an die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und weiterführende Arbeiten (Becker 2006; WHO 1946) umfasst die Gesundheit:
 - » das Freisein von körperlichen und/oder psychischen Krankheiten und Beschwerden,

- » eine uneingeschränkte Leistungs- und Handlungsfähigkeit (im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit; s. WHO 2005) und
- » ein umfassendes Wohlbefinden (körperlich, psychisch und sozial).

Der Gesundheitszustand einer Person ist demnach das Ergebnis des Zusammenspiels dieser Dimensionen und ihrer graduellen Ausprägungen. Krankheit wird nicht als Gegenpol zu Gesundheit verstanden, sondern ist Bestandteil eines umfassenden Gesundheitskonzepts. Dieses Konzept beruht nicht auf einer Dichotomie von gesund oder krank (kein „Entweder/Oder“), sondern auf einem Entwicklungskontinuum der Dimensionen Krankheit, Wohlbefinden und Leistungs- und Handlungsfähigkeit.

2. Gesundheit geht aus dauerhaften und permanenten Entwicklungs- und Entfaltungsprozessen hervor (Antonovsky 1997; Pelikan 2007).
3. Damit ist Gesundheit das Ergebnis mehr oder weniger gelungener Adaptions- und Reproduktionsprozesse unter Maßgabe individueller und „gesellschaftlicher“ Bedingungen (Becker 2001; Dubos 1959; Parsons 1981; Pelikan 2007).

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

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

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

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

ausgegangen. Diese Faktoren beeinflussen die Gesundheit mehrheitlich direkt (Griebler/Dür 2009).

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

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

Die Darstellung des Frameworks impliziert – was Größe und Positionierung der bunt- und grau-färbten Segmente anbelangt – weder eine Gewichtung (im Sinne der Größenverhältnisse) noch eine explizite Zusammengehörigkeit (im Sinne der an einander grenzenden Bereiche).

1.3 Aufbau und Inhalt des Berichts

Der Niederösterreichische Gesundheitsbericht 2016 orientiert sich in Inhalt und Aufbau an dem an der GÖG entwickelten Public Health Monitoring Framework (PHMF; Abbildung 1.1). Da es jedoch zu ausgewählten Themen generell oder auf Landesebene an Daten mangelt, können im Gesundheitsbericht nicht alle Bereiche entsprechend ihrer Relevanz abgebildet werden.

Der Bericht ist in sechs große Kapitel gegliedert:

- » Demografie
- » Gesundheitszustand
- » Individuelle Gesundheitsdeterminanten
- » Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten
- » Gesundheitsversorgung und –förderung
- » Chancengerechtigkeit

Im Kapitel **Demografie** (Kapitel 2) wird die Bevölkerungsstruktur und -entwicklung beschrieben. Der **Gesundheitszustand der Bevölkerung** (Kapitel 3) wird über die Lebenserwartung und Sterblichkeit, die selbsteingeschätzte Gesundheit und Lebensqualität, über Krankheiten und Beschwerden sowie über die Leistungs- und Handlungsfähigkeit beschrieben. Im Bereich der **individuellen Gesundheitsdeterminanten** (Kapitel 4) gibt es vor allem bei den psychischen Faktoren große Datendefizite, sodass sich der Inhalt – abgesehen von einigen körperlichen Faktoren – auf zentrale Indikatoren zum Gesundheitsverhalten (Ernährung, Bewegung, Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum) beschränkt. Die **verhältnisbezogenen Determinanten** (Kapitel 5) werden auf Basis des PHMF in materielle Lebensbedingungen, (Aus-)Bildung, Arbeit und Beschäftigung, soziale Beziehungen/Netzwerke und Umwelt gegliedert. Auch der Bereich **Gesundheitsversorgung und -förderung** (Kapitel 6) ist (gemäß PHMF) als Verhältnisdeterminante zu sehen. Er liegt jedoch überwiegend im Wirkungsbereich des Gesundheitsressorts und wird deshalb in einem eigenen Kapitel dargestellt. Hier geht es um Gesundheitsförderung und Prävention, um ambulante und stationäre Versorgung, um Rehabilitation und um die Situation in der Langzeitpflege, Hospiz- und Palliativversorgung. Zudem werden ausgewählte Outcome-Indikatoren zur Versorgungsqualität thematisiert (Abschnitt 6.9) sowie drei spezifische Versorgungsthemen aufgegriffen (Abschnitt 6.10). In Kapitel 7 werden Ergebnisse zur **Chancengerechtigkeit** (Unterschiede nach Bildung, Einkommen, Migrationshintergrund und Geschlecht) zusammengefasst. Je nach Datenverfügbarkeit werden Ergebnisse zur **Chancengerechtigkeit** auch in den Kapiteln 3 bis 6 angesprochen und grafisch illustriert. Die **Schlussbetrachtung** am Ende des Berichts fasst die wichtigsten Ergebnisse zusammen und stellt den Bezug zu laufenden Gesundheitsstrategien her.

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

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

Einleitend wird in jedem Kapitel dargestellt, ob die verwendeten Indikatoren auch in den nachstehenden Gesundheitsstrategien und Frameworks eine Rolle spielen. Es wird damit ersichtlich, welche Indikatoren auch über den Gesundheitsbericht hinausgehend von besonderer Bedeutung sind.

- » Rahmen-Gesundheitsziele (R-GZ): Berücksichtigt sind hier nicht nur die Meta-Indikatoren aus dem Baseline-Bericht, sondern auch die Wirkungsziel-Indikatoren der bis dato operationalisierten R-GZ (1, 2, 3, 6 und 8). Mit der Operationalisierung der restlichen R-GZ werden zukünftig noch weitere Indikatoren hinzukommen.
(<http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/>; Stand: 1. Juli 2016)
- » Zielsteuerung-Gesundheit: Mess- und Vergleichskonzept – Outcome-Messung im Gesundheitswesen: Die 38 Indikatoren wurden unter Einbeziehung der drei Kurien Bund, Länder und Sozialversicherung erarbeitet und im Jahr 2015 beschlossen. Sie dienen der Outcome-Messung im Gesundheitswesen (BMG 2015a).

- » WHO Health 2020: Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert (WHO 2013; WHO 2015b)
- » Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework (GMF): Das Framework wurde 2012/2013 von der WHO zur Beobachtung der Verbreitung von nicht übertragbaren Krankheiten und diesbezüglicher Risikofaktoren entwickelt, umfasst neun globale Ziele und 25 Indikatoren (<http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators-definition/en/>; Stand 1. Juli 2016).
- » Health at a Glance: Indikatoren der OECD, die im Rahmen der jährlichen Publikation „Health at a Glance“ veröffentlicht werden und der Performance-Messung nationaler Gesundheitssysteme dienen (OECD 2014).

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

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

Versorgungsregionen in Niederösterreich:

- » NÖ-Mitte: Krems (Stadt), Krems (Land), Lilienfeld, St. Pölten (Stadt), St. Pölten (Land), Tulln, Wien Umgebung
- » Waldviertel: Gmünd, Horn, Waidhofen an der Thaya, Zwettl
- » Weinviertel: Gänserndorf, Hollabrunn, Korneuburg, Mistelbach, Wien Umgebung
- » Thermenregion: Baden, Bruck an der Leitha, Mödling, Neunkirchen, Wien Umgebung, Wr. Neustadt (Stadt), Wr. Neustadt (Land)
- » Mostviertel: Amstetten, Melk, Scheibbs, Waidhofen an der Ybbs

Soweit möglich referenzieren die Daten auf das Jahr 2014. **Zeitliche Entwicklungen** werden meist auf Basis der letzten zehn Jahre dargestellt (2005–2014). In manchen Fällen ist es zudem sinnvoll, eine längerfristige Entwicklung aufzuzeigen, etwa für die Kaiserschnitttrate oder die Frühgeburtenrate.

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

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

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

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

Die Stratifizierung nach dem **Einkommen** erfolgt anhand der von Statistik Austria bereitgestellten Einkommensquintile. Die entsprechenden Einkommensdaten stammen aus der Einkommensstatistik. Es handelt sich dabei um das Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen, das in fünf Gruppen unterteilt ist. Das äquivalisierte Nettohaushaltseinkommen ist das verfügbare Haushaltseinkommen dividiert durch die Summe der Konsumäquivalente eines Haushalts. Dabei wird unterstellt, dass mit zunehmender Haushaltsgröße und abhängig vom Alter der Kinder eine Kostenersparnis erzielt wird. Demzufolge wird das Haushaltseinkommen mit der so genannten EU-Skala (modifizierte OECD-Skala) gewichtet: Für jeden Haushalt wird ein Grundbedarf angenommen, die erste erwachsene Person eines Haushalts erhält daher ein Gewicht von 1. Für jede weitere erwachsene Person wird ein Gewicht von 0,5 und für Kinder unter 14 Jahren ein Gewicht von 0,3 angenommen. Auch die ATHIS-Auswertungen nach Einkommen beziehen sich auf die Bevölkerung ab 30 Jahren.

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

2 Demografie

Demografische Indikatoren sind in Gesundheitsberichten unerlässlich, sind aber im Normalfall kein Element von Gesundheitsstrategien und Frameworks (Tabelle 2.1). Sie verdeutlichen die demografische Entwicklung einer Gesellschaft und geben – z. B. im Sinne einer immer älter werdenden Bevölkerung – Hinweise auf zukünftige gesundheitspolitische Herausforderungen (chronische Krankheiten, Pflegebedarf etc.; s. Kapitel 3).

Tabelle 2.1:
Indikatoren-Übersicht zu Kapitel 2 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks

Indikatoren	Gesundheitsstrategien und Frameworks				
	R-GZ	ZS-G MVKO	Gesundheit 2020	GMF	Health at a Glance
Bevölkerungsstand und -struktur					✓
Jugend- und Altersquotient					✓
Bevölkerungsveränderung und -prognose					

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

Quelle und Darstellung: GÖG

2.1 Bevölkerungsstand

Im Jahr 2014 (Stichtag 31. 12. 2014) leben in Niederösterreich rund 1,6 Millionen Menschen, das sind 19 Prozent der österreichischen Gesamtbevölkerung. Gemessen an der Zahl der Einwohner/innen (EW) ist Niederösterreich das zweitgrößte Bundesland Österreichs.

In der Thermenregion leben 557.000 Niederösterreicher/innen (34 % der Bevölkerung), in NÖ-Mitte 385.000 (24 %), im Weinviertel 310.000 (19 %), im Mostviertel 242.000 (15 %) und im Waldviertel 138.000 (8 %).

Die vier einwohnerstärksten Bezirke in Niederösterreich sind Baden (rund 142.000 EW), Wien Umgebung (rund 119.000 EW), Mödling (rund 117.000 EW) und Amstetten (rund 114.000 EW).

2.2 Bevölkerungsstruktur

Altersstruktur

Im Jahr 2014 leben in Niederösterreich:

- » rund 234.000 0- bis 14-Jährige,

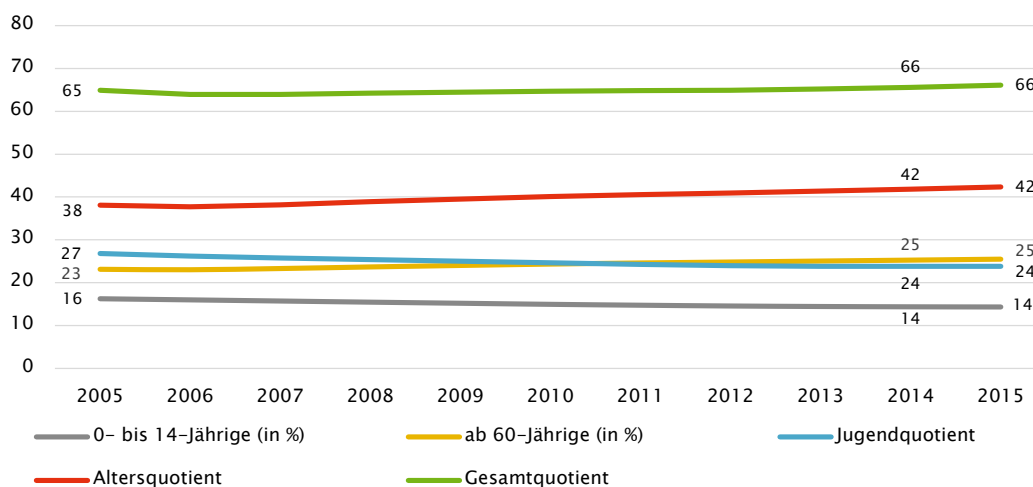
- » 278.000 15- bis 29-Jährige,
- » 707.000 30- bis 59-Jährige und
- » 412.000 ab 60-Jährige (davon sind 146.000 im Alter von 75+).

Damit besteht die niederösterreichische Bevölkerung zu rund 14 Prozent aus 0- bis 14-Jährigen (BL-Bandbreite: 13-16 %) und zu 25 Prozent aus ab 60-Jährigen (BL-Bandbreite: 22-27 %).

Das Durchschnittsalter der Niederösterreicher/innen beträgt rund 43 Jahre (bei Frauen: 44 Jahre; bei Männern: 42 Jahre) und ist seit 2005 um 2,5 Jahre gestiegen. Im Jahr 2014 sind 50 Prozent der Bevölkerung 45 Jahre oder älter.

Der Anteil der unter 15-Jährigen nimmt in Niederösterreich seit 2005 um insgesamt 2 Prozentpunkte ab und liegt im Jahr 2014 bei 14 Prozent. Der Anteil der ab 60-Jährigen nimmt hingegen im selben Zeitraum um insgesamt 2 Prozentpunkte zu und liegt 2014 bei 25 Prozent. Damit sinkt auch der Jugend- und steigt der Altersquotient sowie der Gesamtquotient (Abbildung 2.1).

Abbildung 2.1:
Anteil der 0- bis 14-Jährigen sowie der ab 60-Jährigen an der niederösterreichischen Bevölkerung; Jugendquotient, Altersquotient und Gesamtquotient, 2005-2015

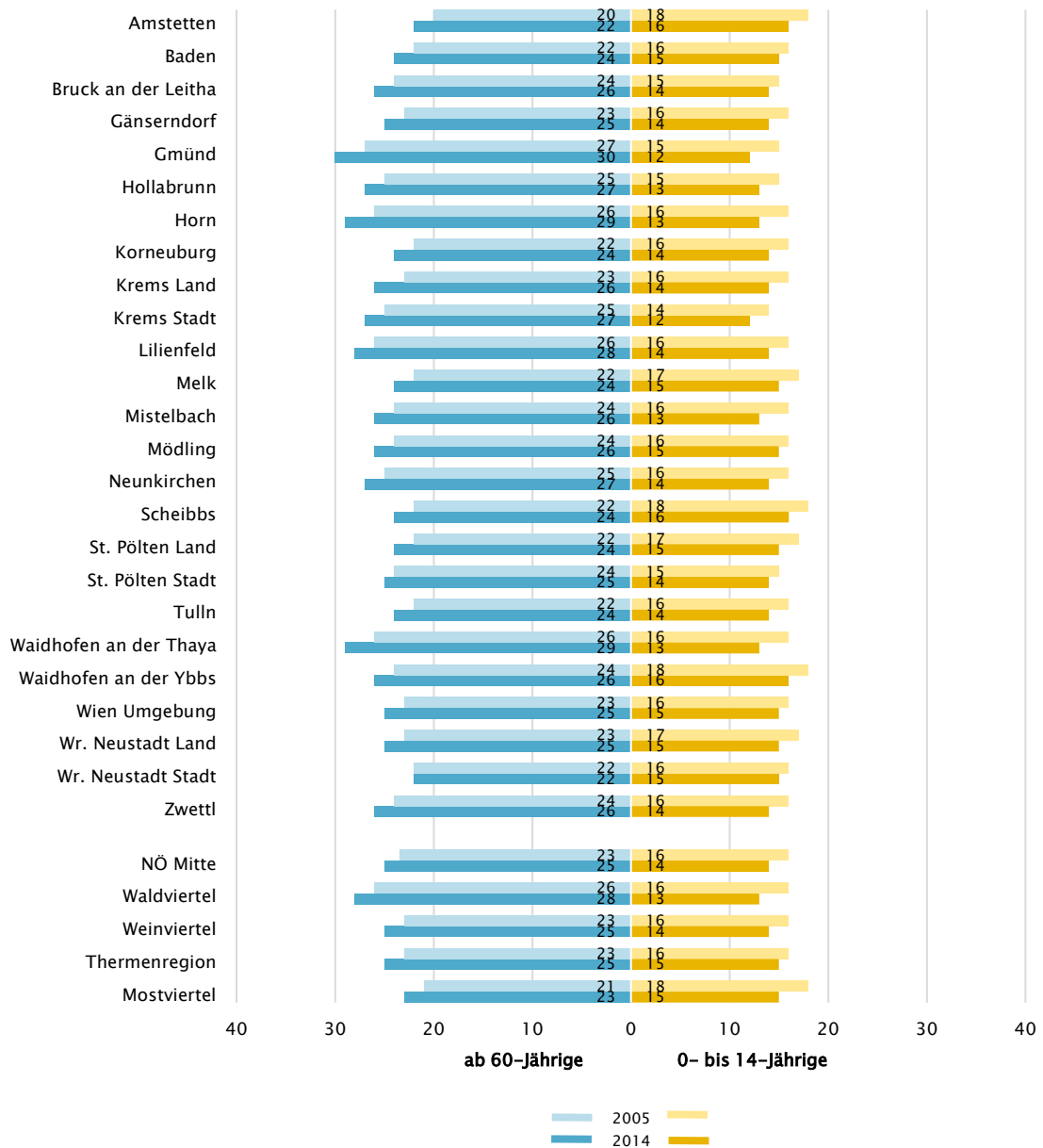


Jugendquotient: Bevölkerung 0 bis 14 Jahre auf 100 Personen im Alter von 15 bis 59 Jahren
 Altersquotient: Bevölkerung 60 Jahre und älter auf 100 Personen im Alter von 15 bis 59 Jahren
 Gesamtquotient: Bevölkerung 0 bis 14 Jahre und 60 Jahre und älter auf 100 Personen im Alter von 15 bis 59 Jahren

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

In allen Bezirken ist im Beobachtungszeitraum 2005 bis 2014 der Anteil der jungen Bevölkerung rückläufig, während der Anteil der älteren Bevölkerung stark zunimmt. Der Rückgang der unter 15-Jährigen liegt je nach Bezirk zwischen 1 und 3 Prozentpunkten, der Anstieg der ab 60-Jährigen bei bis zu 3 Prozentpunkten (Abbildung 2.2). Das Waldviertel weist eine insgesamt ältere Bevölkerungsstruktur auf als die anderen Versorgungsregionen (Abbildung 2.2).

Abbildung 2.2:
 Anteil der 0- bis 14-Jährigen sowie der ab 60-Jährigen an der niederösterreichischen
 Bevölkerung nach Bezirken und Versorgungsregionen, 2005 und 2014



Quelle: Statistik Austria – Bevölkerungsstatistiken 2005 und 2014
 Berechnung und Darstellung: GÖG

Geschlecht

51 Prozent der Bevölkerung in Niederösterreich sind Frauen (BL-Bandbreite: 51–52 %). Der Frauenanteil variiert nach VR zwischen 50 (Waldviertel, Mostviertel) und 51 Prozent (NÖ-Mitte, Weinviertel, Thermenregion) und je nach Bezirk zwischen 50 und 52 Prozent.

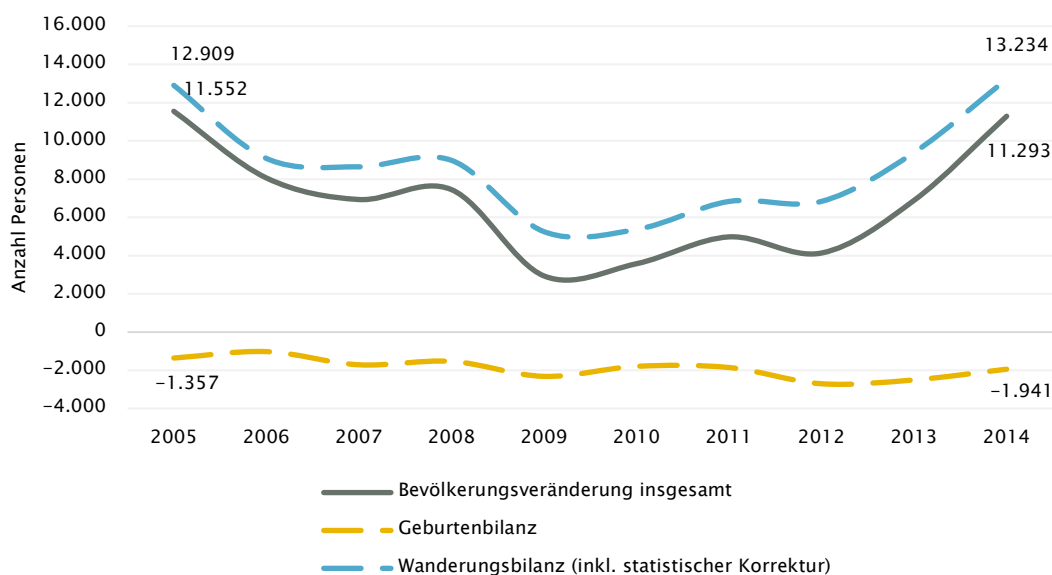
Migrationshintergrund

Rund 230.000 Niederösterreicherinnen und Niederösterreicher weisen einen Migrationshintergrund auf (definiert als: beide Eltern wurden im Ausland geboren); das entspricht einem Bevölkerungsanteil von 14 Prozent (BL-Bandbreite: 12–42 %).

2.3 Bevölkerungsentwicklung

Im Beobachtungszeitraum 2005 bis 2014 ist in Niederösterreich die Einwohnerzahl um 3,6 Prozent gestiegen (BL-Bandbreite: -0,4 bis +8,5 %). Aufgrund der Zuwanderung ist trotz negativer Geburtenbilanz eine positive Bevölkerungsbilanz zu verzeichnen. Die Geburtenbilanz ist weiterhin negativ (-1.950 Personen; Abbildung 2.3).

Abbildung 2.3:
Bevölkerungsveränderung in Niederösterreich, 2005–2014

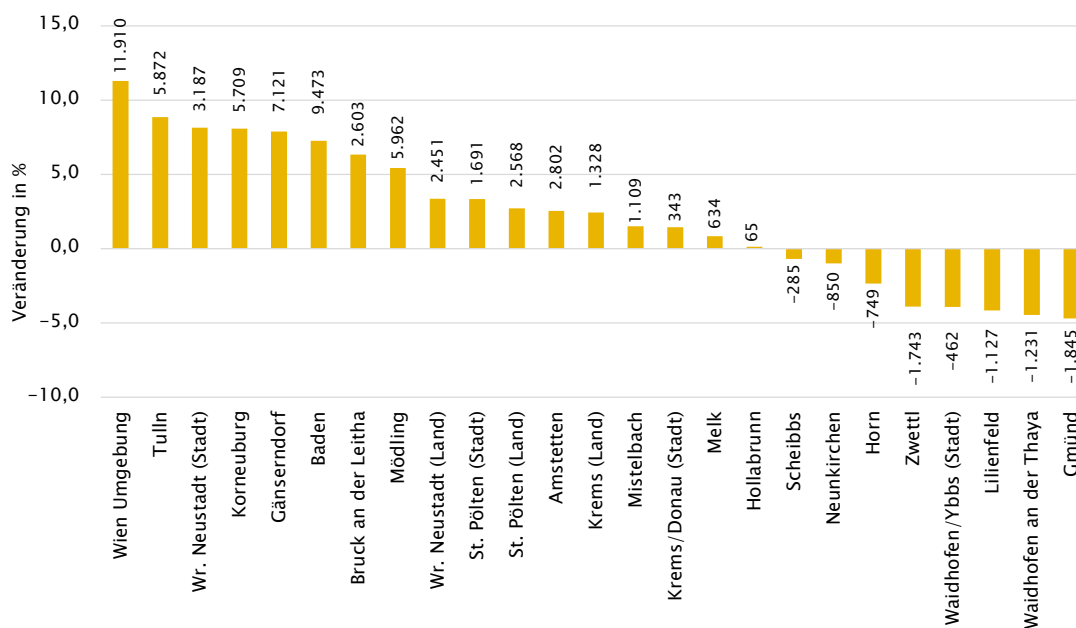


Quelle: Statistik Austria – Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung 2005–2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Es gibt in Niederösterreich 8 Bezirke, die im Beobachtungszeitraum 2005 bis 2014 einen Bevölkerungsrückgang verzeichneten (Scheibbs, Neunkirchen, Horn, Zwettl, Waidhofen/Ybbs (Stadt), Lilienfeld, Waidhofen an der Thaya, Gmünd). In 3 Bezirken beträgt der Bevölkerungsrückgang mehr als 4 Prozent (Lilienfeld, Waidhofen an der Thaya und Gmünd; Abbildung 2.4).

Abbildung 2.4:

Bevölkerungsveränderung in Niederösterreich nach Bezirken (inkl. Absolutwerte), 2005 bis 2014



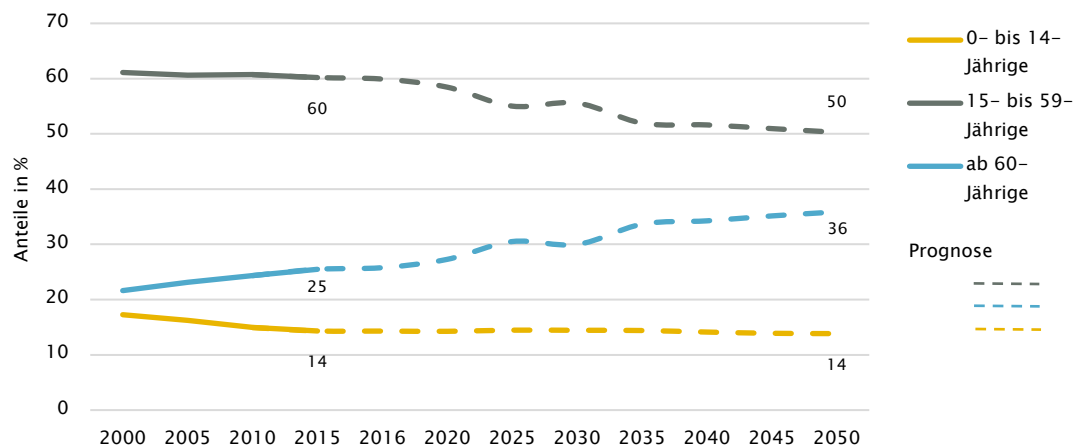
Quelle: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2005 und 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Bevölkerungsprognose

Die Bevölkerungsprognose von Statistik Austria (Hauptvariante) geht davon aus, dass die niederösterreichische Bevölkerung im Zeitraum 2015 bis 2050 – bei gleichbleibender Entwicklung der Geburten- und Wanderungsbilanz und ungeachtet einer starken Zuwanderungsrate, wie sie etwa 2015 durch die starke Migrationsbewegung verursacht wurde – um 16 Prozent zunehmen wird (von derzeit rund 1,6 Mio. auf 1,9 Mio.). Das würde für die niederösterreichische Wohnbevölkerung folgende Änderungen bedeuten (Abbildung 2.5):

- » Der Anteil der unter 15-Jährigen stagniert bei 14 Prozent.
- » Der Anteil der 15- bis 60-Jährigen sinkt um rund 10 Prozentpunkte (von 60 auf 50 %).
- » Der Anteil der ab 60-Jährigen steigt um 11 Prozentpunkte (von 25 auf 36 %).

Abbildung 2.5:
Bevölkerungsprognose für Niederösterreich nach Altersgruppen bis 2050



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

Definitionen und Daten

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

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

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

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

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

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

3 Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung wird anhand nachstehender Indikatoren beschrieben:

- » Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit
- » selbsteingeschätzter Gesundheitszustand
- » Krankheiten und Beschwerden
- » Leistungs- und Handlungsfähigkeit (inklusive Krankenstände)
- » Lebensqualität
- » (vorzeitige) Sterblichkeit (mit einem Exkurs zu Suizid)

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

Tabelle 3.1:
Indikatoren-Übersicht zu Kapitel 3 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks

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

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

Quelle und Darstellung: GÖG

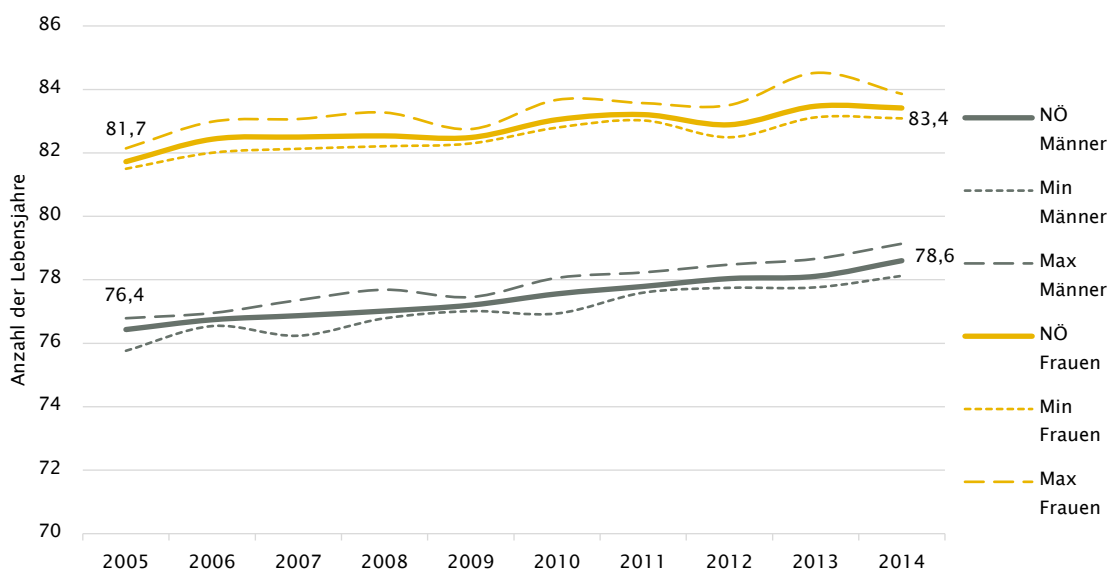
3.1 Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit

Lebenserwartung

Die Lebenserwartung bei Geburt steigt in Niederösterreich für Männer wie für Frauen. Seit 2005 ist die Lebenserwartung bei der männlichen Bevölkerung um 2,2, bei der weiblichen Bevölkerung um 1,7 Jahre gestiegen. Im Jahr 2014 konnten neugeborene Buben mit 78,6 (BL-Bandbreite: 77,7–80,4 Jahre), Mädchen mit 83,4 Lebensjahren rechnen (BL-Bandbreite: 82,6–85,1 Jahre). Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist somit tendenziell geringer geworden, wenngleich Frauen immer noch eine um fünf Lebensjahre höhere Lebenserwartung aufweisen (Abbildung 3.1).

Abbildung 3.1:

Lebenserwartung bei Geburt nach Geschlecht und in der Bandbreite der Versorgungsregionen, Niederösterreich 2005–2014

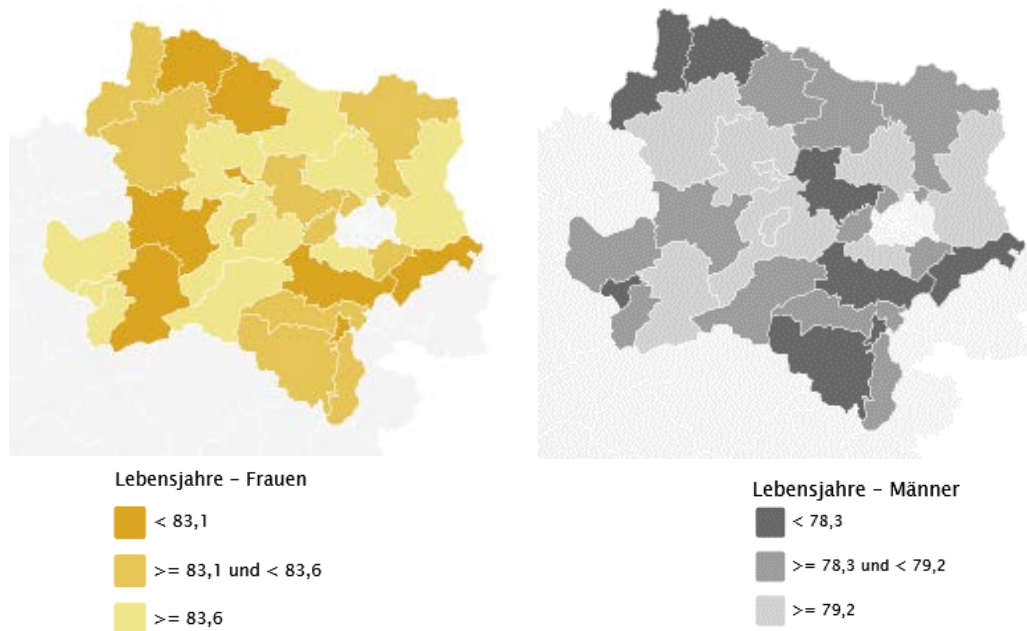


Min = geringste Lebenserwartung in den fünf Versorgungsregionen
 Max = höchste Lebenserwartung in den fünf Versorgungsregionen

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

Die Unterschiede nach VR sind gering: Die Lebenserwartung in der VR NÖ-Mitte sowie im Weinviertel ist tendenziell höher als in der Thermenregion oder im Waldviertel. In Mödling, dem Bezirk mit der höchsten Lebenserwartung, leben die Menschen im Durchschnitt um 2,7 Jahre länger als in Wiener Neustadt (Stadt), dem Bezirk mit der niedrigsten Lebenserwartung (Abbildung 3.2). Das Bundesland liegt im mehrjährigen Vergleich (2005–2014) konstant leicht unter dem Bundesdurchschnitt.

Abbildung 3.2:
Lebenserwartung in Niederösterreich nach Bezirken, 2014



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

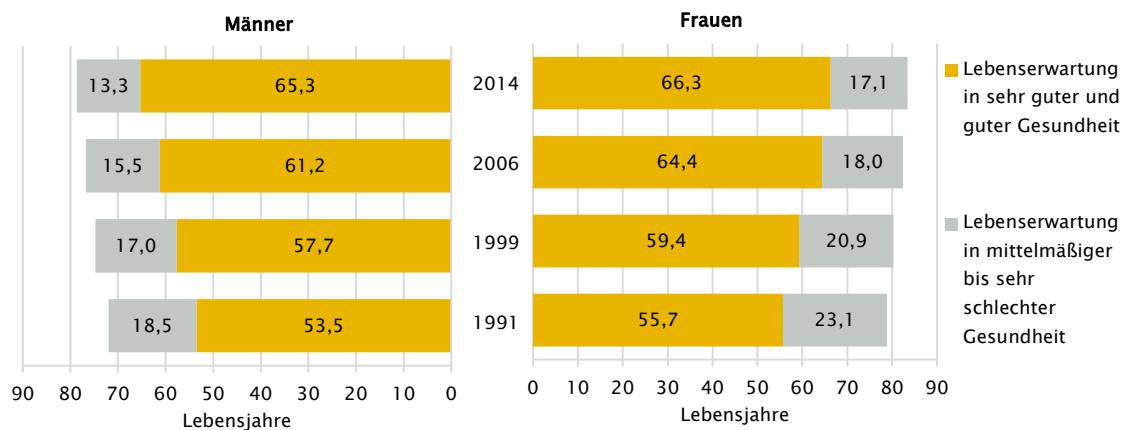
Lebenserwartung in Gesundheit

Ebenso wie die Lebenserwartung steigt auch die Lebenserwartung in Gesundheit. Seit 1991 ist sie bei der männlichen Bevölkerung um 11,8 Jahre, bei der weiblichen Bevölkerung um 10,6 Jahre gestiegen (Abbildung 3.3). Im Jahr 2014 geborene Niederösterreicherinnen können mit 66,3 und Niederösterreicher mit 65,3 Lebensjahren in guter oder sehr guter Gesundheit rechnen (BL-Bandbreite: Frauen 61,7–71,6 Jahre, Männer 64,7–69,4 Jahre).

Hinsichtlich der Entwicklung sind zwei Aspekte hervorzuheben:

1. Der Lebensabschnitt, der mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit verbracht wird, wird langfristig kürzer, auch wenn es zwischenzeitlich (2006) einen bemerkenswerten Anstieg gab.
2. Die Lebenserwartung von Frauen ist höher. Damit verbringen Niederösterreicherinnen mehr Lebensjahre in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit als Niederösterreicher (17,1 vs. 13,3 Lebensjahre); ein Faktum, das auch für Gesamtösterreich gilt.

Abbildung 3.3:
Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit in Niederösterreich nach Geschlecht, 1991, 1999, 2006 und 2014

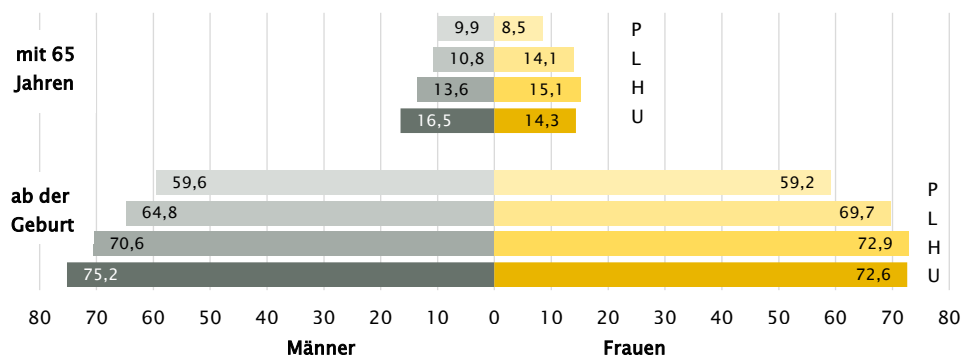


Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 1991, 1999, 2006 und 2014, Mikrozensus Sonderprogramme 1991 und 1999, Österreichische Gesundheitsbefragungen 2006/07 und 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Je höher der formale Bildungsabschluss, desto höher ist die Lebenserwartung und insbesondere die Lebenserwartung in Gesundheit (Abbildung 3.4).

Abbildung 3.4:
Lebenserwartung in Gesundheit nach Bildung ab der Geburt und mit 65 Jahren, Österreich 2014



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

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

Im Jahr 2014 konnten in Österreich Männer der höchsten Bildungsstufe mit 75,2 Lebensjahren in Gesundheit rechnen, Männer der niedrigsten Bildungsstufe nur mit 59,6 Lebensjahren (15,6 Lebensjahre weniger). Bei Frauen ist der Unterschied mit 72,6 vs. 59,2 Lebensjahren (Differenz 13,4 Lebensjahre) zwar etwas geringer, aber immer noch bemerkenswert hoch. Auch im Alter von 65 Jahren unterscheidet sich die fernere Lebenserwartung von Männern nach ihrer Bildung, während bei den Frauen diejenigen mit maximal Pflichtschulabschluss benachteiligt sind, ansonsten aber nur geringe Unterschiede bestehen. Es wird angenommen, dass für Niederösterreich ähnliche Unterschiede gelten.

Definitionen und Daten

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

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

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

Für den vorliegenden Bericht wird der ATHIS herangezogen (weil damit die Berechnung auf Landesebene möglich ist) in Kombination mit der Frage nach dem allgemeinen Gesundheitszustand in den Ausprägungen *sehr gut* und *gut*.

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

3.2 Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

77 Prozent der Niederösterreicher/innen ab 15 Jahren schätzen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein (BL-Bandbreite: 75–84 %), 4 Prozent als schlecht oder sehr schlecht (BL-Bandbreite: 2–6 %). Der Gesundheitszustand der 0- bis 14-Jährigen ist – laut Einschätzungen der Eltern – bei 96 Prozent sehr gut oder gut (BL-Bandbreite: 95–98 %).

Seit 2006/2007 gab es kaum eine Veränderung im selbsteingeschätzten Gesundheitszustand der ab 15-jährigen Bevölkerung: Der Anteil derer, die sich selbst als sehr gesund bis gesund einschätzten, lag 2006/2007 bei 76 Prozent.

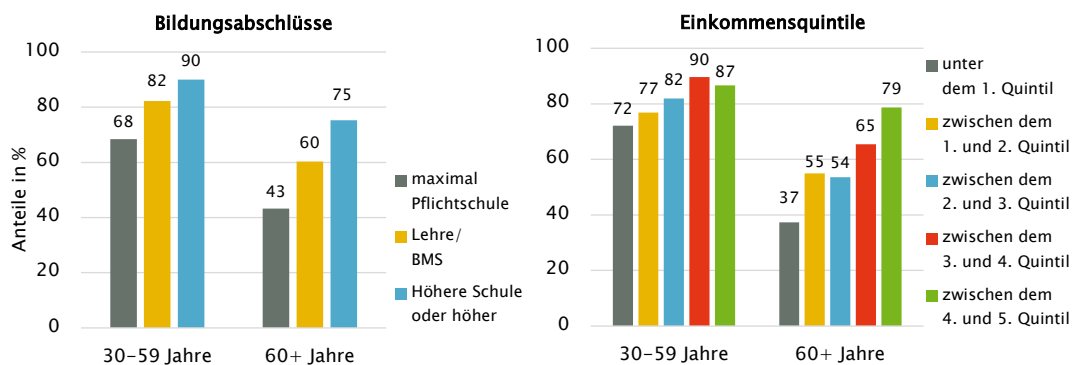
In Niederösterreich berichten Männer und Frauen (15 Jahre oder älter) in etwa gleich häufig von einem sehr guten bzw. guten Gesundheitszustand (79 % vs. 76 %). Ihr Anteil nimmt mit dem Alter deutlich ab: von 95 Prozent bei den 15- bis 29-jährigen auf 57 Prozent bei den ab 60-jährigen.

Mit Ausnahme der VR Waldviertel (69 %) sind in den einzelnen Versorgungsregionen rund 75 bis 80 Prozent der Niederösterreicher/innen bei sehr guter bzw. guter Gesundheit (NÖ-Mitte: 75 %, Weinviertel: 78 %, Thermenregion und Mostviertel: 80 %).

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Niederösterreich/innen mit einem höheren Bildungsabschluss (Matura oder höher; 30 Jahre und älter) verfügen deutlich häufiger über eine (sehr) gute Gesundheit als Niederösterreich/innen, die maximal einen Pflichtschulabschluss aufweisen (Abbildung 3.5). Ebenfalls deutliche Unterschiede finden sich in Bezug auf das Haushaltseinkommen (Abbildung 3.5): Niederösterreicher/innen aus besser verdienenden Haushalten weisen häufiger eine (sehr) gute Gesundheit auf als Niederösterreicher/innen aus schlechter verdienenden Haushalten. Ein Unterschied nach Migrationshintergrund zeigt sich nicht.

Abbildung 3.5:
Niederösterreicher/innen mit einem sehr guten oder guten Gesundheitszustand nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014



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

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

Definitionen und Daten

Die *selbsteingeschätzte Gesundheit* gibt Auskunft über den allgemeinen Gesundheitszustand. Im Unterschied zu rein klinischen Befunden werden damit auch die körperlichen, psychischen und sozialen Aspekte der Gesundheit erfasst (Klimont/Baldaszi 2015). Die selbsteingeschätzte Gesundheit gibt an, wie gesund sich jemand fühlt, und eignet sich für die Vorhersage von Krankheit und Sterblichkeit sowie für die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Bachmann et al. 2015).

Personen, die ihre Gesundheit eher negativ bewerten, leiden im Lebensverlauf häufiger an kognitiven und funktionalen Einschränkungen, chronischen Erkrankungen, nehmen mehr medizinische Leistungen in Anspruch und haben ein höheres Sterberisiko (Robert Koch Institut 2015).

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

3.3 Krankheiten und Gesundheitsbeschwerden

3.3.1 Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme

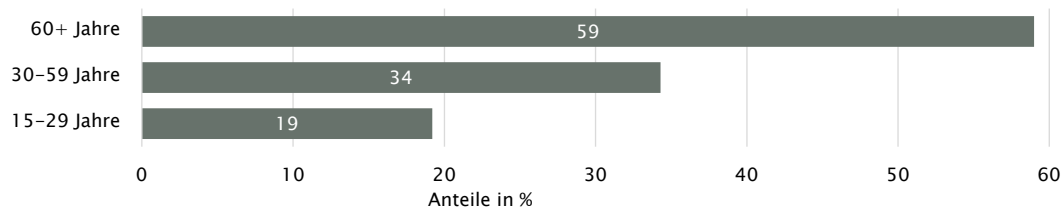
39 Prozent der niederösterreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren – das sind etwa 537.000 Personen – leiden im Jahr 2014 an zumindest einer dauerhaften Krankheit bzw. einem chronischen Gesundheitsproblem (BL-Bandbreite: 34–40 %). Das ist deutlich mehr als bei der Gesundheitsbefragung 2006/2007, als dieser Anteil 35 Prozent betrug (s. Klimont et al. 2007).

Mit einem Anteil von 37 Prozent sind Frauen der Altersgruppe 30 bis 59 Jahre häufiger von chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen betroffen als Männer (32 %).

Das Ausmaß chronischer Krankheiten/Gesundheitsprobleme nimmt mit dem Alter von 19 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 59 Prozent bei den ab 60-Jährigen zu (Abbildung 3.6).

In der Thermenregion und im Mostviertel leiden mit jeweils 36 Prozent etwas weniger Menschen an chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen als in den anderen VR mit jeweils rund 42 Prozent.

Abbildung 3.6:
Niederösterreicher/innen mit chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen nach
Altersgruppen, 2014



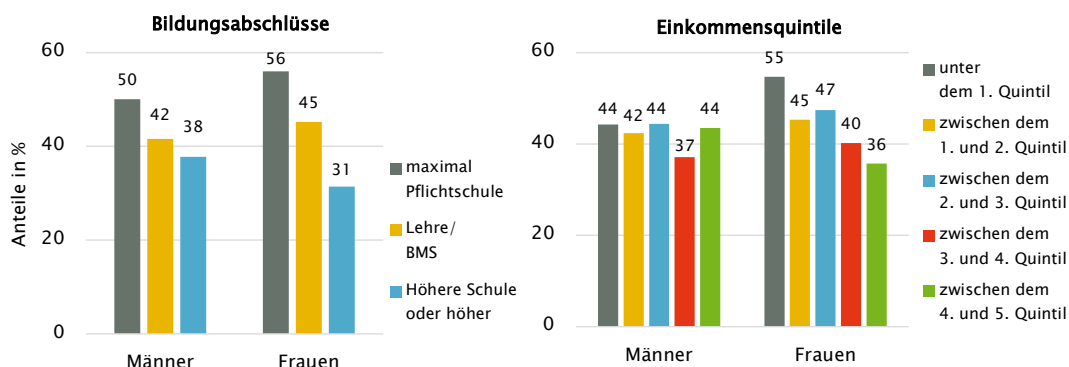
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

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

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Die Prävalenz chronischer Krankheiten/Gesundheitsprobleme nimmt mit zunehmendem Bildungsgrad ab (von 54 bei Personen mit maximal einem Pflichtschulabschluss auf 35 Prozent bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss) und lässt bei der weiblichen Bevölkerung einen deutlichen Einkommensgradienten zu Ungunsten der unteren Einkommensschichten erkennen (Abbildung 3.7). Niederösterreicherinnen ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) leiden zudem häufiger an chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen als Niederösterreicherinnen mit Migrationshintergrund (41 % vs. 32 %; ein Ergebnis das vor allem durch den Altersunterschied der Vergleichsgruppen bedingt ist (Niederösterreicher/innen ohne Migrationshintergrund sind häufiger 60plus als Niederösterreicher/innen mit Migrationshintergrund).

Abbildung 3.7:
Niederösterreicher/innen mit chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen nach Bildung und
Haushaltseinkommen, 2014



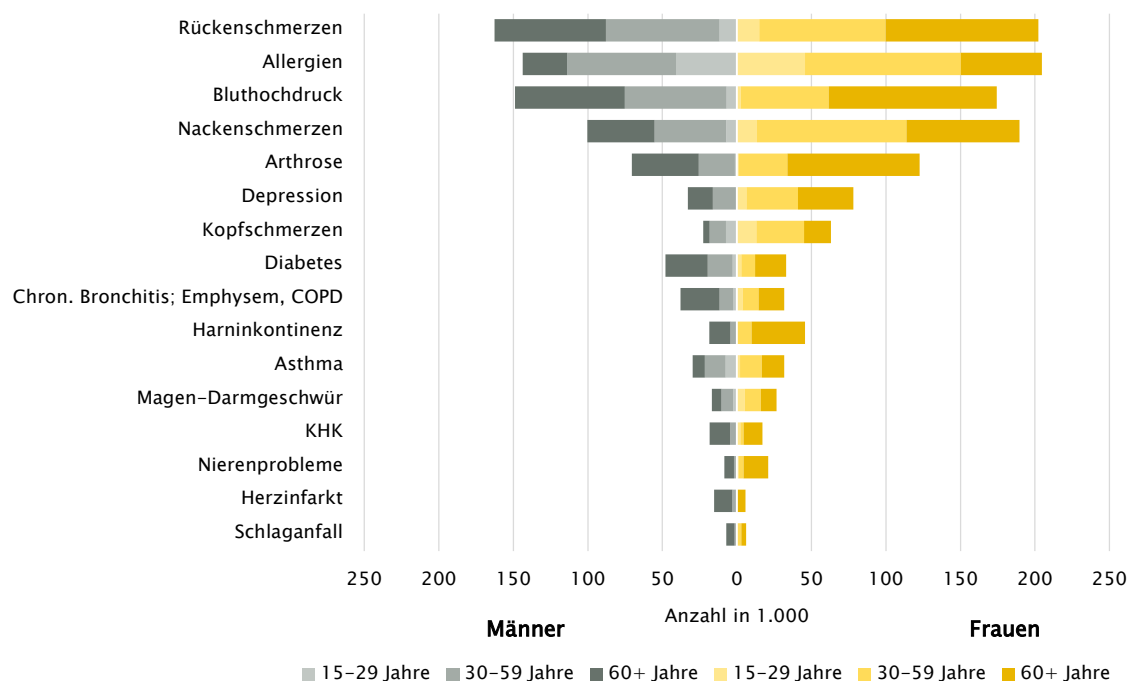
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

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

Überblick zu chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen

Am häufigsten leidet die niederösterreichische Bevölkerung an Rückenschmerzen (Global Burden of Disease Faktor Nr. 1; rund 365.000 Personen), Allergien (rund 350.000 Personen), Bluthochdruck (rund 320.000 Personen) und Nackenschmerzen (rund 290.000 Personen; Abbildung 3.8).

Abbildung 3.8:
Ausgewählte chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Altersgruppen und Geschlecht, Niederösterreich 2014



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

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

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

Definitionen und Daten

Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung wird zuerst – ganz allgemein – nach *dauerhaften Krankheiten oder chronischen Gesundheitsproblemen* gefragt (Krankheiten/Gesundheitsprobleme, die zumindest sechs Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden). Danach werden – in Bezug auf die letzten zwölf Monate – einzelne Krankheiten und Gesundheitsprobleme erfasst. Bei manchen Krankheiten wird darüber hinaus erhoben, ob dafür eine ärztliche

Diagnose vorliegt. Nur bei ausgewählten Krankheiten/Gesundheitsproblemen (Allergien, Arthrose, Atemwegserkrankungen und Diabetes) ist ein Vergleich mit der Gesundheitsbefragung 2006/2007 möglich (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

Allergien

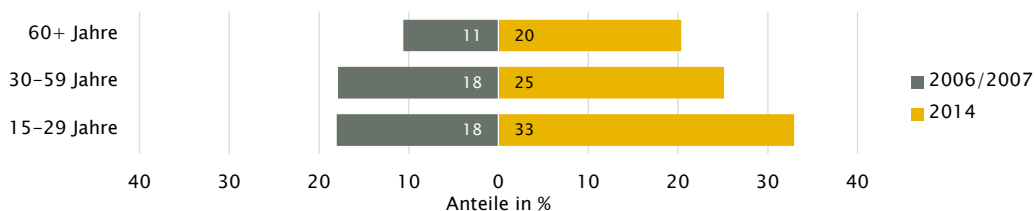
Rund ein Viertel der Niederösterreicherinnen und Niederösterreicher sind durch irgendeine Form von Allergie beeinträchtigt (349.000 Personen; BL-Bandbreite: 22–26 %). Der Großteil dieser Allergien wurde ärztlich diagnostiziert (21 %; 4 % gibt es keine ärztliche Diagnose). Im Jahr 2006/2007 lag die Allergie-Prävalenz mit 16 Prozent deutlich darunter. Insbesondere in der Altersgruppe der 15- bis 59-Jährigen, aber auch bei den ab 60-Jährigen ist der Anstieg besonders deutlich (Abbildung 3.9).

Die 15- bis 29-Jährigen leiden häufiger an Allergien (33 %) als die 30- bis 59-Jährigen (25 %) und diese wiederum häufiger als die Bevölkerung ab 60 Jahren (20 %; Abbildung 3.9).

Zudem sind Frauen ab 30 häufiger von Allergien betroffen als Männer (29 % vs. 21 % bei den 30- bis 59-Jährigen, 25 % vs. 15 % bei den ab 60-Jährigen).

Unterschiede nach Versorgungsregionen sind nicht erkennbar.

Abbildung 3.9:
Allergien* nach Altersgruppen, Niederösterreich 2006/2007 und 2014



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

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

Bewegungsapparat

Drei der in der österreichischen Gesundheitsbefragung angesprochenen chronischen Krankheiten/Gesundheitsprobleme betreffen den Bewegungsapparat: Rückenschmerzen, Nackenschmerzen und Arthrose. Alle drei Beschwerdegruppen liegen bei den chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen im obersten Drittel (Abbildung 3.8):

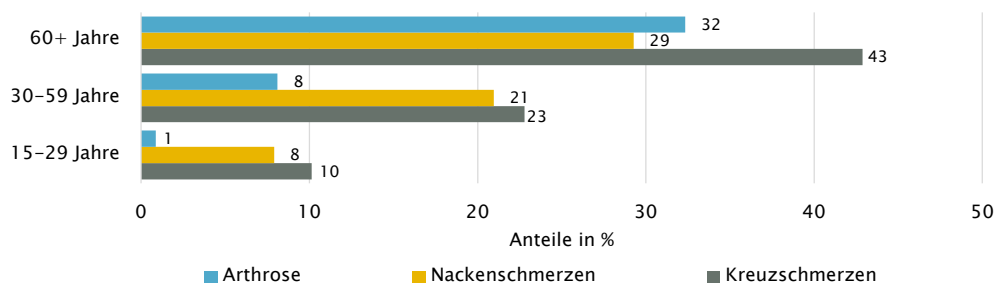
- » 26 Prozent der Niederösterreicher/innen leiden unter chronischen Rückenschmerzen (365.000 Personen; BL-Bandbreite: 21–28 %).
- » 21 Prozent sind von chronischen Nackenschmerzen betroffen (290.000 Personen; BL-Bandbreite: 16–22 %).
- » 14 Prozent haben eine Arthrose (193.000 Personen; BL-Bandbreite: 9–14 %).

In den Jahren 2006/2007 waren 15 Prozent der Niederösterreicher/innen von einer Arthrose und 31 Prozent von Wirbelsäulenbeschwerden (Beschwerden im Rücken-, Nacken- oder Brustwirbelbereich) betroffen.

Frauen leiden insgesamt häufiger an Krankheiten/Gesundheitsproblemen des Bewegungsapparats: Sie sind häufiger von Rückenschmerzen (29 % vs. 24 %), Nackenschmerzen (27 % vs. 15 %) und Arthrose betroffen (17 % vs. 11 %). Alle drei Gesundheitsprobleme nehmen mit dem Alter deutlich zu (Abbildung 3.10).

Chronische Nacken- und Rückenschmerzen treten schon in jungen Jahren bei einem bemerkenswert hohen Anteil der niederösterreichischen Bevölkerung auf (bei 8 bzw. 10 %). In der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen sind bereits 21 bzw. 23 Prozent davon betroffen. Bei den ab 60-Jährigen hat bereits jede/r Dritte eine Arthrose. Zudem leiden in dieser Altersgruppe 43 Prozent unter chronischen Rückenschmerzen und 29 Prozent unter Nackenschmerzen.

Abbildung 3.10:
Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme des Bewegungsapparats nach Altersgruppen, Niederösterreich 2014



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

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

Rücken- bzw. Nackenschmerzen sind in der Versorgungsregion NÖ-Mitte (31 bzw. 24 %) und im Waldviertel (30 bzw. 23 %) am häufigsten, im Mostviertel am seltensten (24 bzw. 17 %). Unter Arthrose leiden 21 Prozent der Waldviertler/innen (Höchstwert) und 12 bis 15 Prozent der Einwohner/innen der anderen Versorgungsregionen.

Atemwegserkrankungen

Die häufigsten chronischen Atemwegserkrankungen sind Asthma und COPD (chronisch obstruktive Lungenkrankheit / chronic obstructive pulmonary disease). Im Jahr 2014 litten knapp 5 Prozent der Niederösterreicher/innen an Asthma (rund 62.000 Personen; BL-Bandbreite: 3–6 %) und etwa ebenso viele an chronischer Bronchitis, einem Lungen-Emphysem oder COPD (rund 70.000 Personen; BL-Bandbreite: 3–5 %). 2006/2007 waren es jeweils 3,5 Prozent.

Chronische Atemwegserkrankungen sind im fortgeschrittenen Alter häufiger als in jungen Jahren: Die ab 60-jährige Bevölkerung leidet zu 6 Prozent an Asthma und zu 11 Prozent an Bronchitis/COPD.

Darüber hinaus zeigt sich, dass die männliche Bevölkerung zwischen 15 und 29 Jahren häufiger von Asthma betroffen ist als die weibliche (6 % vs. 2 %) und Männer im Alter von 60 und mehr Jahren häufiger von einer chronischen Bronchitis, einem Lungen-Emphysem oder COPD aufweisen als Frauen dieser Altersgruppe (13 % vs. 8 %).

In den VR Mostviertel und Waldviertel kommt Asthma häufiger vor (in rund 6 bis 7 % der Fälle) als in den anderen VR. Am niedrigsten ist die Prävalenz mit rund 3 Prozent in der Thermenregion und im Weinviertel. Bei Bronchitis/COPD sind keine regionalen Unterschiede feststellbar.

Diabetes

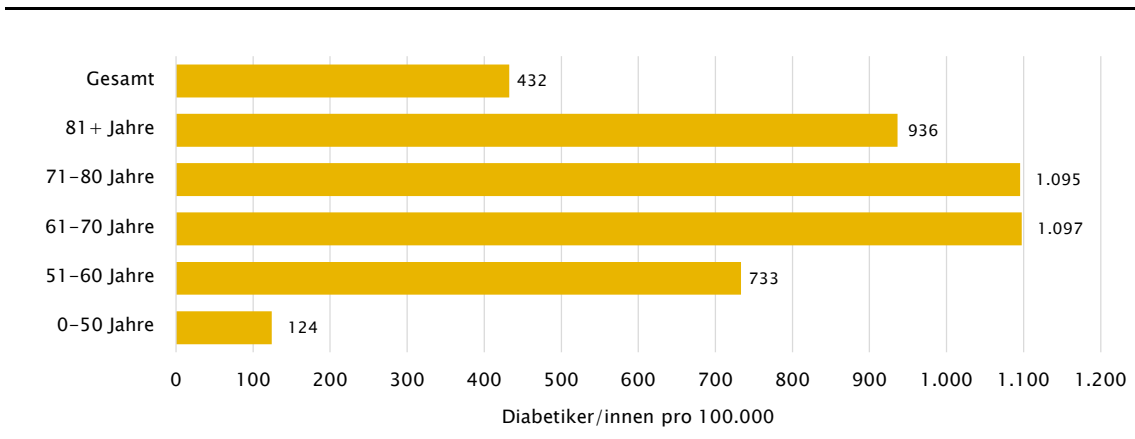
Diabetes ist noch etwas häufiger verbreitet als Asthma oder COPD: Rund 6 Prozent der Niederösterreicher/innen sind gemäß österreichischer Gesundheitsbefragung 2014 von Diabetes betroffen (rund 81.000 Personen; BL-Bandbreite: 3–7 %); Männer ab 30 Jahren häufiger als gleichaltrige Frauen (bei den 30- bis 59-Jährigen: 5 % vs. 3 %; bei den ab 60-Jährigen: 15 % vs. 10 %). Seit 2006/2007 blieb die 12-Monats-Prävalenz für Diabetes mit 6 Prozent weitgehend unverändert.

Etwa 2 Prozent der unter 30-jährigen Niederösterreicher/innen sind Diabetiker/innen, bei den 30- bis 59-Jährigen sind es 4 Prozent und in der Altersgruppe ab 60 Jahren 12 Prozent. Unterschiede nach Versorgungsregionen zeigen sich nicht.

Ergänzend zur Diabetes-Prävalenz kann aus Medikamentendaten die Diabetes-Typ-2-Inzidenz geschätzt werden. Jährlich erkranken demnach in Niederösterreich rund 7.000 Menschen an Typ-2-Diabetes. Das entspricht einer durchschnittlichen Inzidenzrate (für die Jahre 2012–2014) von 432 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 EW (rohe Rate; BL-Bandbreite: 294–496). Für die Jahre 2012 bis 2014 ist tendenziell eine Abnahme zu erkennen (von 436 auf 429 Fälle pro 100.000 EW).

Die 61- bis 80-jährige Bevölkerung weist mit rund 1.100 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 EW die höchste Diabetes-Inzidenzrate auf (Abbildung 3.11). Bei den 0- bis 50-Jährigen beträgt die Inzidenzrate 124 Fälle pro 100.000 EW.

Abbildung 3.11:
Diabetes-Typ-2-Inzidenz nach Altersgruppen, Jahresdurchschnitt für Niederösterreich,
2012–2014



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

Definitionen und Daten

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

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

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

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

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

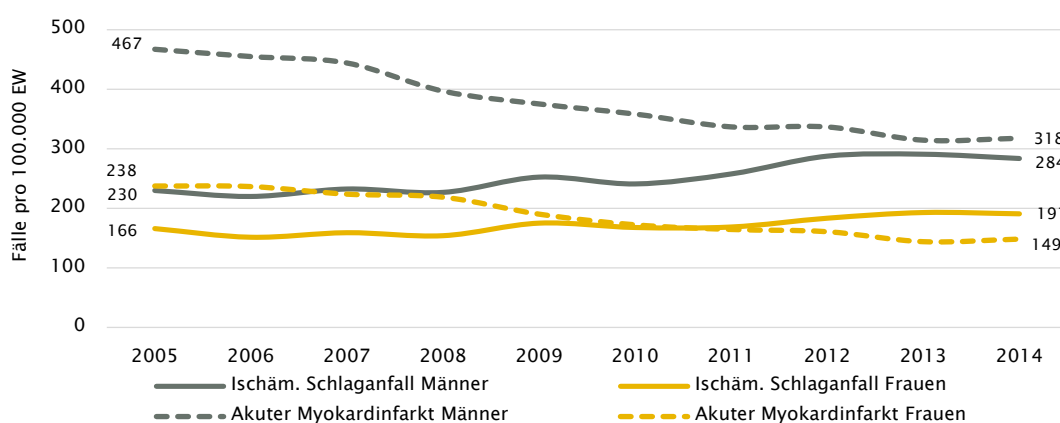
- » Fast ein Viertel der niederösterreichischen Bevölkerung (23 %) hat Bluthochdruck (rund 323.000 Personen; BL-Bandbreite: 17–28 %); 15- bis 29-jährige Männer häufiger als gleichaltrige Frauen (5 % vs. 2 %), Frauen ab 60 Jahren häufiger als gleichaltrige Männer (52 % vs. 38 %), die ältere Bevölkerung häufiger als die jüngere (s. 4.1.2).
- » 1,5 Prozent hatten innerhalb der letzten zwölf Monate einen Herzinfarkt oder leiden an chronischen Folgebeschwerden (rund 21.000 Personen; BL-Bandbreite: 0,5–1,6 %); dies betrifft vor allem die männliche Bevölkerung (2,3 % vs. 0,8 %) sowie die Bevölkerung ab 60 Jahren (4 %).
- » 1 Prozent hatte innerhalb der letzten zwölf Monate einen Schlaganfall oder ist von chronischen Folgebeschwerden betroffen (rund 13.000 Personen; BL-Bandbreite: 0,4–1,2 %); die Bevölkerung ab 60 Jahren (2 %) häufiger als die jüngere Bevölkerung.

Unterschiede nach Versorgungsregionen finden sich nicht.

Im Jahr 2014 erleiden in Niederösterreich rund 1.400 Frauen und etwa 2.300 Männer einen akuten Myokardinfarkt (ICD-10: I21 und I22). Dies entspricht einer altersstandardisierten Rate (Europa-Bevölkerung 2013) von rund 150 Neuerkrankungsfällen bei Frauen (BL-Bandbreite: 106–184 pro 100.000) und von mehr als doppelt so vielen Fällen (320) bei Männern (BL-Bandbreite: 263–450 pro 100.000). Ein ischämischer Schlaganfall (ICD-10: I63; auch: Hirninfarkt) trifft im Jahr 2014 rund 2.000 Männer und 1.800 Frauen. Die altersstandardisierte Rate ist bei Niederösterreichern mit rund 280 Neuerkrankungsfällen (BL-Bandbreite: 235–400 pro 100.000) deutlich höher als bei Niederösterreichern mit rund 190 Fällen (BL-Bandbreite: 161–271 pro 100.000; Abbildung 3.12).

Abbildung 3.12:

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



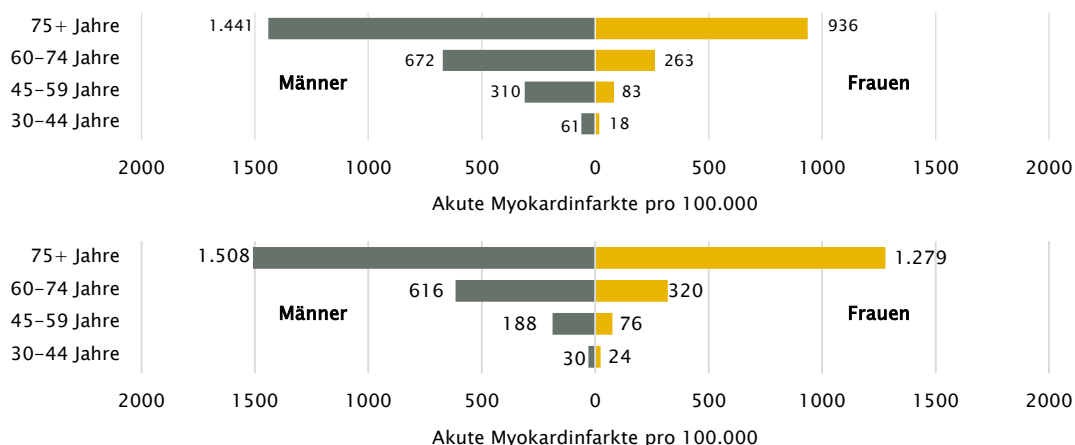
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

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

Die Anzahl akuter Myokardinfarkte ist im Beobachtungszeitraum 2005 bis 2014 – bei Männern wie bei Frauen – deutlich gesunken (sowohl absolut als auch pro 100.000 EW). Die altersstandardisierte Rate hat sich bei Männern um rund 33 Prozent, bei Frauen um 38 Prozent reduziert (Abbildung 3.12). Ischämische Schlaganfälle sind hingegen häufiger geworden: Im Beobachtungszeitraum ist die Anzahl der Fälle um rund 44 Prozent und die altersstandardisierte Rate um rund 20 Prozent gestiegen, bei Männern mehr als bei Frauen (Abbildung 3.12).

Akuter Myokardinfarkt und Ischämischer Schlaganfall werden ab einem Alter von 45 Jahren epidemiologisch bedeutsam, Myokardinfarkte etwas früher als Schlaganfälle (Abbildung 3.13). Für Myokardinfarkt beträgt die altersstandardisierte Erkrankungshäufigkeit bei der 45- bis 59-jährigen Bevölkerung etwa 190 Fälle pro 100.000 EW, bei den 60- bis 74-Jährigen 540 Fälle und bei den ab 75-Jährigen rund 1.400 Fälle. Einen ischämischen Schlaganfall erleiden im Jahr 2014 rund 110 45- bis 59-Jährige (pro 100.000), etwa 600 60- bis 74-Jährige und etwa 2.300 ab 75-Jährige.

Abbildung 3.13:
Inzidenz von akutem Myokardinfarkt und ischämischem Schlaganfall nach Altersgruppen und Geschlecht, Niederösterreich 2014



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

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

Definitionen und Daten

Akuter Myokardinfarkt (ICD-10: I21 und I22) und *ischämischer Schlaganfall* (ICD-10: I63) werden im Normalfall stationär behandelt und/oder führen unmittelbar zum Tod. Deshalb ist die Inzidenz aus der Kombination von Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD) und Todesursachenstatistik ableitbar (s. BMG 2015a); diese Inzidenz bildet die Grundlage für die hier dargestellten Analysen. In den Daten nicht enthalten sind klinisch unauffällige Fälle und solche, die sowohl in der DLD als auch in der Todesursachenstatistik nicht als

solche dokumentiert wurden. Ebenfalls nicht enthalten sind Personen, die – im Sinne der unikausalen Kodierung – nicht ursächlich an einem Myokardinfarkt oder Schlaganfall verstorben sind. Da in der DLD keine Patientinnen/Patienten identifizierbar sind, wird die Anzahl der Betroffenen auf Basis der Wohnpostleitzahl, des Geschlechts und des Geburtsdatums geschätzt. Sind Personen hinsichtlich dieser Merkmale ident, werden sie als ein/e Patient/in gezählt. Daraus können sich Unschärfen hinsichtlich vermeintlich identer Personen (Unterschätzung) sowie – bedingt durch einen Wohnortwechsel – vermeintlich verschiedener Personen (Überschätzung) ergeben.

Krebs

Zwischen 7.000 und 7.500 Menschen erkranken in Niederösterreich jährlich an Krebs; im Jahr 2012 (letzter verfügbares Datenjahr) waren es 7.486 Personen (3.479 Frauen und 4.007 Männer). Altersstandardisiert (Europa-Bevölkerung 2013) entspricht dies einer Rate von 396 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 bei Frauen (BL-Bandbreite: 380–499) und 567 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 bei Männern (BL-Bandbreite: 480–686).

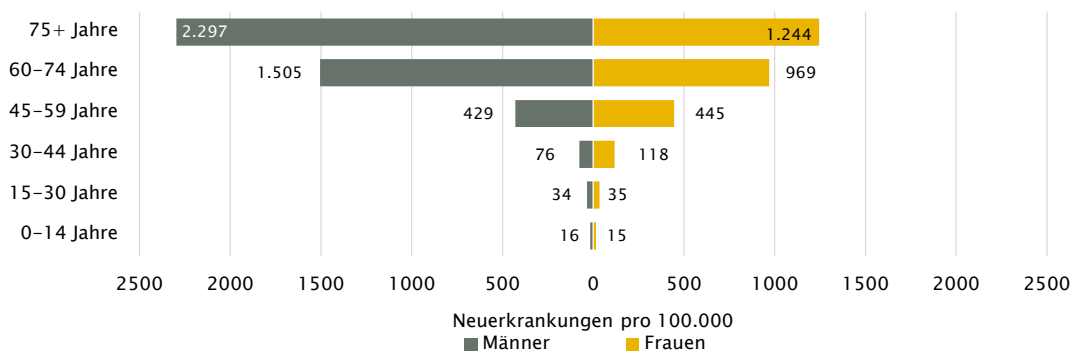
Ab einem Alter von 60 Jahren erkranken in Niederösterreich Männer eineinhalb Mal bis fast doppelt so häufig an Krebs wie gleichaltrige Frauen, in der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen Frauen rund eineinhalb Mal so häufig wie gleichaltrige Männer (Abbildung 3.14).

Ab etwa 30 Jahren steigt die Krebsinzidenz bei beiden Geschlechtern kontinuierlich an (Abbildung 3.14):

- » bei der weiblichen Bevölkerung von etwa 120 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 bei den 30- bis 44-Jährigen auf rund 1.200 Fälle bei den ab 75-Jährigen
- » bei der männlichen Bevölkerung von rund 80 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 bei den 30- bis 44-Jährigen auf rund 2.300 Fälle bei den ab 75-Jährigen

Abbildung 3.14:

Krebsinzidenz in Niederösterreich nach Altersgruppen und Geschlecht, 2012

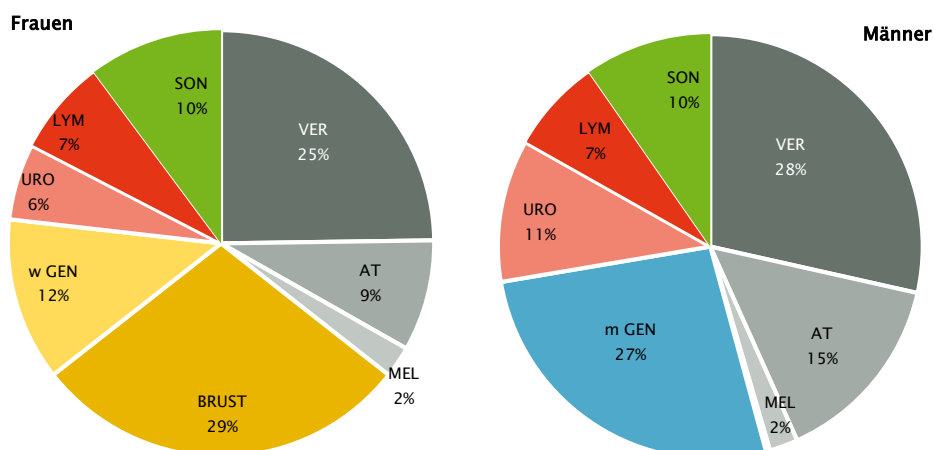


altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

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

Die häufigsten **Lokalisationen** einer Krebs-Neuerkrankung betreffen bei Frauen die Brust (29 %) und die Verdauungsorgane (25 %), bei Männern die Prostata (27 %) und die Verdauung (28 %; Abbildung 3.15). Weitere häufige Lokalisationen sind die Atmungsorgane, die weiblichen Genitalorgane (v. a. Gebärmutterkrebs, gefolgt von Eierstockkrebs), Harnorgane (v. a. bei Männern), lymphatisches, blutbildendes Gewebe sowie die Haut.

Abbildung 3.15:
Häufigste Lokalisationen von Krebs-Neuerkrankungen bei Niederösterreicherinnen und Niederösterreichern, 2003–2012



ICD-10-Codes:

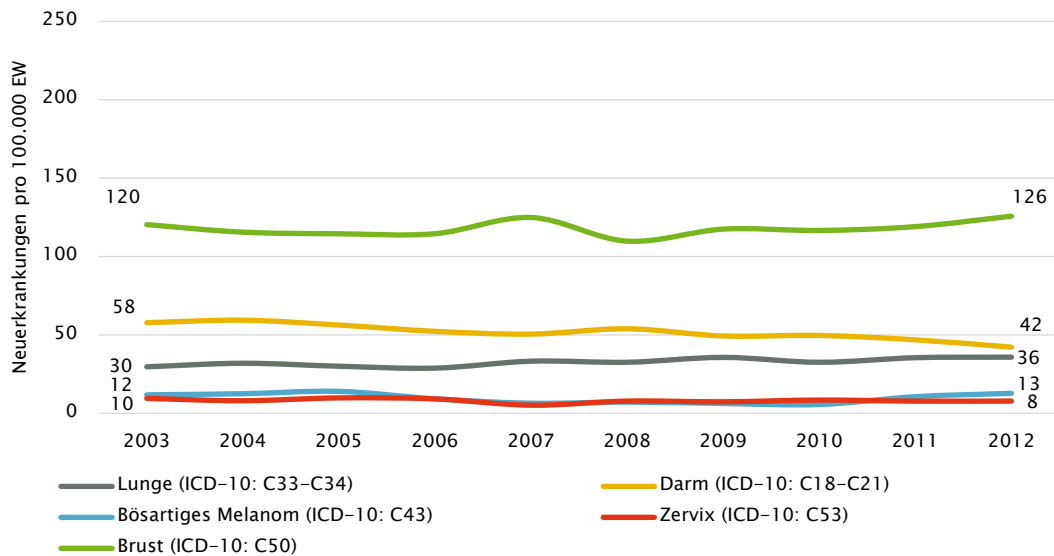
VER: C15–D26 Bösartige Neubildungen (BN) der Verdauungsorgane; AT: C30–C39 BN der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe; MEL: C43 Melanom; BRUST: C50 BN der Brustdrüse; w GEN: C51–C58 BN der weiblichen Genitalorgane; m GEN: C60–C63 BN der männlichen Genitalorgane; URO: C64–C68 BN der Harnorgane; LYM: C81–C96 BN des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes; SON: Sonstige Lokalisationen

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

Eine Zeitreihe der letzten zehn verfügbaren Jahre (2003–2012) zeigt für Niederösterreich (wie auch für Österreich insgesamt) eine weitgehend gleichbleibende Krebsinzidenz bei Frauen und einen Rückgang bei Männern. Im Jahr 2003 lag die alterststandardisierte Rate (Europabevölkerung 2013) für Niederösterreicherinnen bei 428 und für Niederösterreicher bei 696 Fällen pro 100.000 EW. Insbesondere Prostatakrebs, aber auch Darmkrebs sind tendenziell rückläufig (Abbildung 3.16 und Abbildung 3.17).

Abbildung 3.16:

Krebsinzidenz bei Niederösterreicherinnen für ausgewählte Lokalisationen, 2003–2012

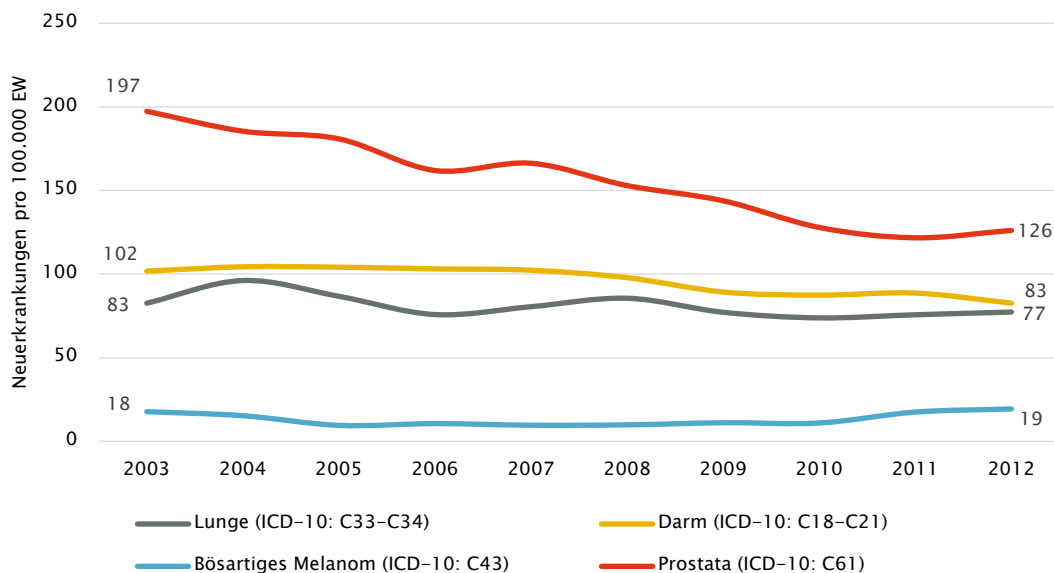


altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

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

Abbildung 3.17:

Krebsinzidenz bei Niederösterreichern für ausgewählte Lokalisationen, 2003–2012



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

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

Definitionen und Daten

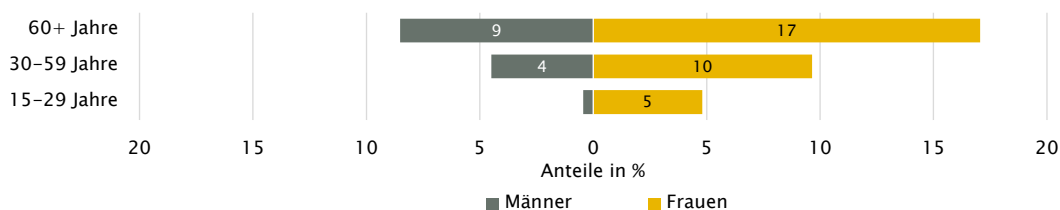
Die Krebsstatistik wird von Statistik Austria geführt. Sie erfasst alle Neuerkrankungsfälle von in Österreich wohnhaften und behandelten Personen (nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Tumorklassifikation). In vier Bundesländern (Vorarlberg, Tirol, Salzburg und Kärnten) gibt es regionale Krebsregister. Die Validität und Vollständigkeit der Krebsstatistik ist deshalb regional sehr unterschiedlich. Ein Abgleich mit der Todesursachenstatistik verbessert die Datenqualität, hat aber zur Folge, dass die Krebsstatistik regelmäßig rückwirkend für mehrere Jahre revidiert wird.

Depression¹

Rund 8 Prozent der Niederösterreicherinnen und Niederösterreicher haben entweder eine ärztlich diagnostizierte Depression oder attestieren sich selbst eine Depression (rund 111.000 Personen; BL-Bandbreite: 6–11 %). An einer Depression leidet vor allem die weibliche Bevölkerung: 11 Prozent der Niederösterreicherinnen, aber nur 5 Prozent der Niederösterreicher sind betroffen.

Bei 15- bis 29-jährigen Männern ist die Prävalenz von Depression mit weniger als 1 Prozent vergleichsweise gering, wohingegen 5 Prozent der gleichaltrigen Frauen darunter leiden. Bei den 30- bis 59-Jährigen sind 10 Prozent der Frauen und 4 Prozent der Männer erkrankt. In der Altersgruppe ab 60 Jahren leiden etwa 17 Prozent der Frauen sowie 9 Prozent der Männer an einer Depression (Abbildung 3.18).

Abbildung 3.18:
Niederösterreicher/innen mit einer ärztlich diagnostizierten Depression nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monats-Prävalenz), 2014



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

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

Die Prävalenz von Depression variiert zwischen den Versorgungsregionen zwischen 7 und 10 Prozent (Thermenregion: 7 %, Wein- und Mostviertel: 8 %, NÖ-Mitte: 9 %, Waldviertel: 10 %).

¹

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

Darüber hinaus weisen 1,9 Prozent der Niederösterreicher/innen ab 15 Jahren (rund 26.000 Personen; BL-Bandbreite: 1–3,6 %) eine moderate bis schwere depressive Symptomatik auf, ohne die konkrete Frage nach Vorliegen einer Depression zu bejahen.

Definitionen und Daten

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

3.3.2 Karies

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

Das Zahngesundheitsprogramm der WHO postulierte, dass bis zum Jahr 2020 80 Prozent der 6-jährigen Kinder kariesfrei sein sollten. 12-Jährige sollten bis 2020 im Durchschnitt maximal 1,5 kariös geschädigte Zähne aufweisen.

Zahnstatus 6-jähriger Kinder

Gemäß WHO-Definition besitzen 46 Prozent der 6-jährigen Niederösterreicher/innen ein kariesfreies Gebiss (BL-Bandbreite: 28–64 %). Dies gilt für Mädchen häufiger als für Burschen (47 % vs. 44 %). Im Durchschnitt haben 6-jährige Kinder in Niederösterreich 2,8 kariös geschädigte Zähne (Burschen: 3,1 kariös geschädigte Zähne; Mädchen: 2,5 kariös geschädigte Zähne; Tabelle 3.2).

Zahnstatus 12-jähriger Kinder

Von den 12-Jährigen sind rund 74 Prozent kariesfrei (BL-Bandbreite: 59–84 %). Sie weisen durchschnittlich 0,7 geschädigte Zähne auf (BL-Bandbreite: 0,6–1,4 Zähne). Bei den 12-Jährigen ist – im Gegensatz zu den 6-Jährigen – kein geschlechtsspezifischer Unterschied erkennbar (Tabelle 3.2).

Tabelle 3.2:

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

	6-Jährige						
	Burschen	Mädchen	Migrationshintergrund ¹		Eltern Matura ²		Gesamt
			ohne	mit	ohne	mit	
Kariesfrei nach WHO, in %	44,2	47,0	54,6	23,2	32,4	55,4	45,5
Kinder mit völlig gesundem Gebiss, in %	34,8	37,1	43,4	17,5	23,5	45,2	35,9
Kinder mit saniertem Gebiss, in %	10,2	6,0	8,4	7,7	7,7	8,6	8,2
Kinder mit unsaniertem Gebiss, in %	45,7	47,0	37,0	69,1	59,9	36,0	46,3
Durchschnittliche Anzahl kariös geschädigter Zähne (d ₃ mft)	3,1	2,5	2,1	4,5	3,9	2,0	2,8
	12-Jährige						
	Burschen	Mädchen	Migrationshintergrund ¹		Eltern Matura ²		Gesamt
			ohne	mit	ohne	mit	
Kariesfrei nach WHO, in %	73,6	74,3	79,7	53,6	65,9	76,5	74,0
Kinder mit völlig gesundem Gebiss, in %	45,7	44,9	50,3	27,3	27,2	53,7	45,3
Kinder mit saniertem Gebiss, in %	21,3	17,6	15,3	33,2	21,4	19,5	19,3
Kinder mit unsaniertem Gebiss, in %	5,2	8,1	5,0	13,1	12,7	3,9	6,8
Durchschnittliche Anzahl kariös geschädigter Zähne (D ₃ MFT)	0,7	0,8	0,5	1,4	1,1	0,6	0,7

¹ Migrationshintergrund ist dann gegeben, wenn die Kinder und/oder ein Elternteil im Ausland geboren wurden.

² mit Matura: mindestens ein Elternteil hat einen Maturaabschluss

Quelle: Länder-Zahnstatuserhebung 2011/2012 und 2012/2013
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund

Hinsichtlich der Verbreitung von Karies zeigen sich bei den **6-Jährigen** deutliche Unterschiede nach Migrationshintergrund und Bildung der Eltern:

- » 23 Prozent der 6-Jährigen mit Migrationshintergrund, jedoch 55 Prozent ohne Migrationshintergrund sind kariesfrei.
- » Kinder mit Migrationshintergrund haben im Durchschnitt 4,5, Kinder ohne Migrationshintergrund 2,1 kariöse geschädigte Zähne. Von den Kindern mit Migrationshintergrund haben 70 Prozent ein unsaniertes Gebiss, von den Kindern ohne Migrationshintergrund 37 Prozent.

- » Kinder, deren Eltern eine geringere formale Bildung aufweisen, haben im Durchschnitt 3,9 geschädigte Zähne, Kinder, deren Eltern mindestens einen Maturaabschluss haben, 2 geschädigte Zähne. Von Kindern aus „bildungsfernen“ Haushalten haben 60 Prozent ein unsaniertes Gebiss, von Kindern aus „Maturahaushalten“ 36 Prozent.

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

- » 54 Prozent der 12-Jährigen mit Migrationshintergrund, jedoch 80 Prozent ohne Migrationshintergrund sind kariesfrei.
- » Kinder mit Migrationshintergrund haben im Durchschnitt 1,4 geschädigte Zähne, Kinder ohne Migrationshintergrund 0,5.
- » Kinder mit Migrationshintergrund weisen zu 13 Prozent, Kinder ohne Migrationshintergrund zu 5 Prozent ein unsaniertes Gebiss auf.
- » 66 Prozent der 12-Jährigen mit Eltern ohne Matura sind kariesfrei, hingegen 77 Prozent der Kinder, deren Eltern mindestens einen Maturaabschluss haben.
- » 12-Jährige von Eltern ohne Matura haben durchschnittlich 1,1 geschädigte Zähne, 12-Jährige von Eltern mit Matura 0,6.
- » Der Anteil der 12-Jährigen mit unsaniertem Gebiss beträgt 13 Prozent bei Kindern, deren Eltern keine Matura aufweisen, und 4 Prozent bei Kindern aus Haushalten mit mindestens einem Maturaabschluss.

Definitionen und Daten

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

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

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

Die Daten zum Zahnstatus stammen aus den Länder-Zahnstatuserhebungen 2011/2012 und 2012/2013 (Bodenwinkler et al. 2012; Bodenwinkler et al. 2014). Von den 6-Jährigen wurde eine repräsentative Stichprobe von 646 Kindern, von den 12-Jährigen eine Stichprobe von 652 Kindern untersucht. Sie repräsentieren rund 16.000 6-Jährige bzw. 17.000 12-Jährige.

3.3.3 Verletzungen aufgrund von Unfällen und deren Versorgung

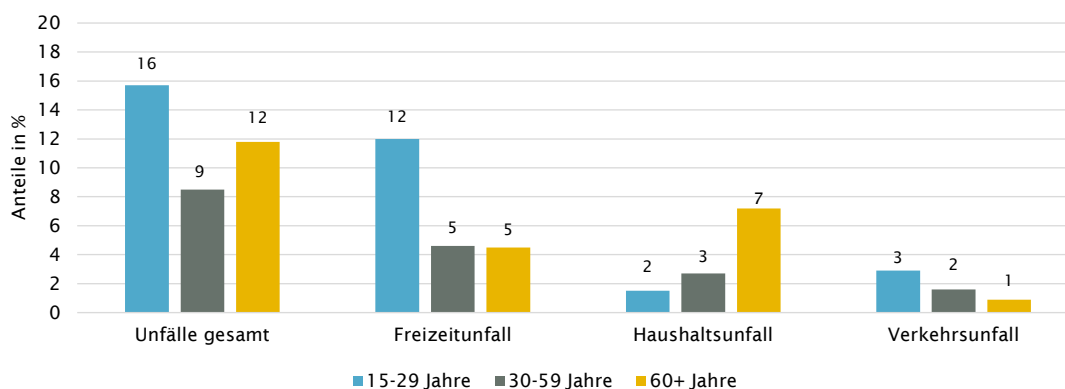
11 Prozent der ab 15-jährigen Niederösterreicher/innen (rund 150.000 Personen) waren in den letzten 12 Monaten aufgrund von Freizeit-, Haushalts- oder Straßenverkehrsunfällen verletzt (BL-Bandbreite: 9–13 %):²

- » 6 Prozent (rund 83.000 Personen) aufgrund eines Freizeitunfalls (BL-Bandbreite: 5–9 %)
- » 4 Prozent (rund 53.000 Personen) aufgrund eines Haushaltsunfalls (BL-Bandbreite: 3–5 %)
- » 1,6 Prozent (rund 22.000 Personen) aufgrund eines Straßenverkehrsunfalls (BL-Bandbreite: 1–2 %)

Männer zwischen 15 und 29 Jahren sind häufiger aufgrund von Verkehrs- und Freizeitunfällen verletzt als gleichaltrige Frauen (Verkehrsunfälle: 4,5 % vs. 1,3 %; Freizeitunfälle: 17 % vs. 7 %). Frauen ab 60 sind dafür häufiger von Verletzungen aufgrund von Haushalts- und Freizeitunfällen betroffen als gleichaltrige Männer (Haushaltsunfälle: 10 % vs. 4 %; Freizeitunfälle: 6 vs. 3 %).

Verletzungen treten mit Abstand am häufigsten bei den 15- bis 29-Jährigen auf, gefolgt von den ab 60-Jährigen (Abbildung 3.19). Verletzungen aufgrund von Freizeit- und Straßenverkehrsunfällen betreffen vor allem 15- bis 29-Jährige, Verletzungen aufgrund von Haushaltsunfällen vermehrt die ab 60-jährige Bevölkerung.

Abbildung 3.19:
Verletzte innerhalb der letzten 12 Monate nach Altersgruppen und Unfallart, Niederösterreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15+)

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

² Arbeitsunfälle werden an anderer Stelle berichtet (s. 5.3.4).

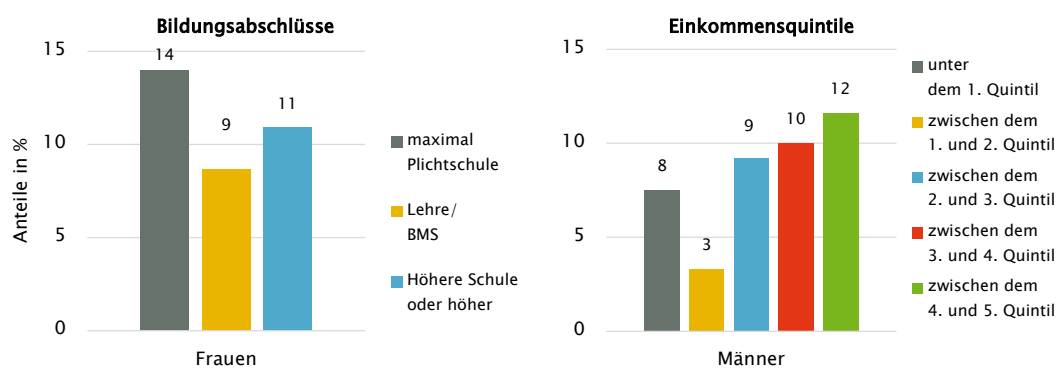
Regionale Unterschiede zeigen sich ausschließlich bei Verletzungen aufgrund von Haushaltsunfällen. Diese sind im Mostviertel mit rund 7 Prozent besonders häufig und im Weinviertel mit rund 2 Prozent besonders selten.

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Ausschließlich bei der weiblichen Bevölkerung wirken sich Bildungsunterschiede auf das Unfallgeschehen aus: Frauen mit maximal einem Pflichtschulabschluss verunfallen häufiger (14 %) als Frauen mit einem Lehr-/BMS-Abschluss (9 %) oder einer höheren Bildung (11 %). Nur bei der männlichen Bevölkerung wirkt sich das Einkommen auf die Unfallhäufigkeit aus: Mit steigendem Einkommen steigt – mit einer einzigen Ausnahmen – der Anteil verunfallter Personen (von 8 % beim untersten Einkommensquintil auf 12 % beim obersten Einkommensquintil; Abbildung 3.20). Unterschiede nach Migrationshintergrund sind nicht ersichtlich.

Abbildung 3.20:

Unfallbedingte Verletzungen nach Bildung und Haushaltseinkommen, Niederösterreich 2014



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

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

Medizinisch versorgte Unfälle

75 Prozent der in den letzten 12 Monaten aufgrund von Freizeit-, Haushalts- oder Straßenverkehrsunfällen verletzten Niederösterreicher/innen wurde medizinisch versorgt (rund 113.000 Personen; BL-Bandbreite: 74–81 %):

- » 58 Prozent (rund 66.000 Personen) ambulant (BL-Bandbreite: 44–68 %)
- » 27 Prozent (rund 30.000 Personen) stationär (über Nacht; BL-Bandbreite: 15–39 %)
- » 15 Prozent (rund 17.000 Personen) im niedergelassenen Bereich (Arzt/Ärztin, Sanitäter/innen etc.; BL-Bandbreite: 7–20 %)

Am häufigsten erfolgt eine medizinische Versorgung bei Verletzten im Alter von 30 bis 59 Jahren (84 % bzw. 50.000 Personen), gefolgt von den ab 60-Jährigen (74 % bzw. 36.000 Personen). Die

stationäre Versorgung von Verletzungen nimmt mit dem Alter stark zu (von 8 % bei den 15- bis 29-Jährigen auf 36 % bei Niederösterreicherinnen/Niederösterreichern im Alter von 60 oder mehr Jahren); die Versorgung im niedergelassenen Bereich nimmt stark ab (von 18 % bei den 15 bis 29-Jährigen auf 5 % bei den ab 60-Jährigen).

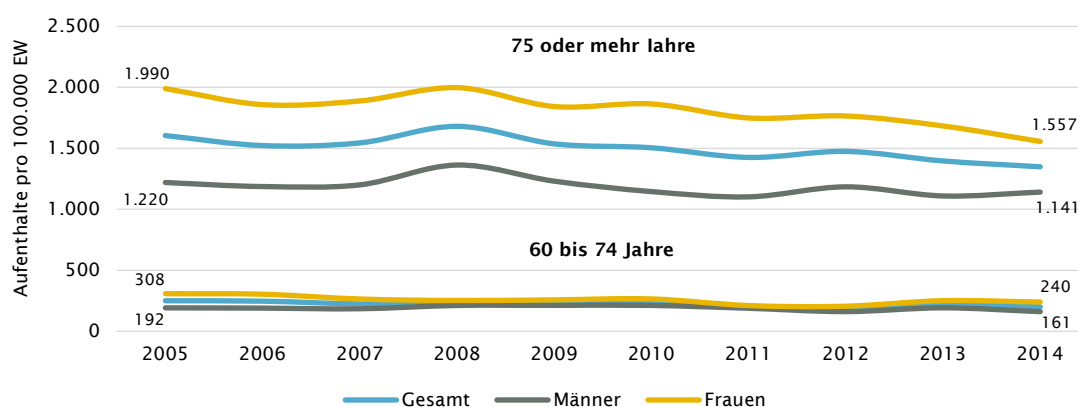
Sturzbedingte pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens

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

Im Jahr 2014 werden bei der ab 75-jährigen niederösterreichischen Bevölkerung rund 2.000 Aufenthalte aufgrund pertrochantärer Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens in Akut-Krankenanstalten dokumentiert (Haupt- oder Nebendiagnose). Altersstandardisiert (Europabevölkerung 2013) entspricht dies einer Rate von 1.349 Aufenthalten pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 1.349–1.753). Bei Personen im Alter von 60 bis 74 Jahren sind es 558 Aufenthalte bzw. – altersstandardisiert – 201 Aufenthalte pro 100.000 (BL-Bandbreite: 198–265). In beiden Altersgruppen werden Frauen häufiger akutstationär aufgenommen als Männer (Abbildung 3.21).

Abbildung 3.21:

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



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013; Haupt- und Nebendiagnosen

Quellen: BMGF - Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2005–2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Zeitraum 2005 bis 2014 sinkt die Häufigkeit stationärer Aufenthalte sowohl in der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen als auch in der Altersgruppe der ab 75-Jährigen. Der Rückgang ist bei Frauen jeweils stärker als bei Männern (Abbildung 3.21).

Im Weinviertel und in NÖ-Mitte ereignen sich mehr sturzbedingte Frakturen als in den übrigen Versorgungsregionen (Weinviertel: 192 pro 100.000 bei der 60- bis 74-jährigen Bevölkerung und 1.394 bei den ab 75-Jährigen; NÖ-Mitte: 190 und 1.352). Am seltensten kommen sturzbedingte Frakturen im Waldviertel (141 pro 100.000 bei den 60- bis 74-Jährigen) und im Mostviertel (1.095 pro 100.000 bei den ab 75-Jährigen) vor.

Definitionen und Daten

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

Angaben zur *medizinischen Versorgung* von Unfällen beziehen sich auf den schwerwiegendsten Unfall. Der/die Patient/in muss durch medizinisches Fachpersonal versorgt worden sein. Wird ein/e Patient/in von der Rettung versorgt, ohne ins Krankenhaus gebracht worden zu sein, zählt dies als Versorgung im niedergelassenen Bereich.

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

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

3.3.4 Meldepflichtige übertragbare Krankheiten

Bakterielle Lebensmittelvergiftungen gehören zu den häufigsten meldepflichtigen übertragbaren Erkrankungen in Niederösterreich. Am häufigsten treten Erkrankungen durch das **Campylobacter** auf (s. Abbildung 3.22). Die diesbezügliche Inzidenz bewegt sich in den Jahren 2011 bis 2015 zwischen 47 und 69 Erkrankungsfällen pro 100.000 EW (das sind zwischen 756 und 1.126 Fälle pro Jahr), Tendenz steigend. Niederösterreich liegt damit bei Campylobacteriosen seit mehreren Jahren unter dem Bundesdurchschnitt (2015: 73 Neuerkrankungen pro 100.000 in Österreich und 66 in Niederösterreich).

Bei **Salmonelleninfektionen** kommt es im Berichtszeitraum – dem europaweiten Trend folgend – zu einem deutlichen Rückgang von 381 Fällen im Jahr 2011 auf 167 Fälle im Jahr 2015 (s. Abbildung 3.22).

Die Fallzahlen von **Yersiniosen, STEC/VTEC³, Listeriosen und Shigellosen** stagnierten auf niedrigem Niveau (jeweils maximal 20 Fälle pro Jahr).

Die **Meningokokken**-Inzidenz ist in Österreich seit 2009 rückläufig. In Niederösterreich gab es im Jahr 2014 6 und im Jahr 2015 3 Fälle. Das entspricht einer Inzidenz von 0,4 bzw. 0,2. Bei den ebenfalls impfprävalenten **Pneumokokken** ist kein derartiger Trend erkennbar. Hier gab es in Niederösterreich von 2011 bis 2015 zwischen 32 und 56 Neuerkrankungen pro Jahr (s. Abbildung 3.22), Tendenz steigend. Dies entspricht einer Inzidenzrate zwischen 2,0 und 3,4 Fällen pro 100.000.

Bei **Hepatitis C** war in Niederösterreich in den letzten drei Jahren (2013–2015) ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen, der auch im Lichte der Neueinführung der elektronischen Labormeldepflicht zu interpretieren ist. Im Jahr 2014 werden in Niederösterreich fast 400 Fälle registriert, im Jahr 2015 sind es rund 250. Das entspricht einer Inzidenzrate von 24,4 bzw. 15,5 Fällen pro 100.000, was im ersten Fall etwas über und im zweiten etwas unter dem österreichischen Durchschnitt (21,5 bzw. 18,3) liegt.

Bei **Tuberkulose** ist langfristig bundesweit ein rückläufiger Trend zu beobachten. Seit 2011 liegen die Fallzahlen in Niederösterreich weitgehend konstant bei knapp 100 (s. Abbildung 3.22). Das entspricht einer Inzidenzrate von 5 bis 7 Fällen pro 100.000 EW. Im Jahr 2015 erkrankten in Niederösterreich 108 Personen an Tuberkulose. Bezogen auf die NÖ Bevölkerung bedeutet das eine Inzidenz von 6,6 Neuerkrankungen pro 100.000 EW. Damit zeichnet sich auch in Niederösterreich ein weiterer Rückgang der Tuberkulose-Fälle ab. Von diesen 108 Fällen waren

- » 74 (68,5 %) offene (also ansteckende) Tuberkulosen der Lungen,
- » 26 (24 %) nicht ansteckende Tuberkulosen der Lungen und
- » 8 (7,5 %) Tuberkulosen anderer Organe (extrapulmonale Tuberkulosen).

77 Tuberkulose-Fälle traten bei Männern (71 %), 31 bei Frauen (29 %) auf. In einem Fall war ein Kind betroffen (0–4 Jahre), in 4 Fällen Angehörige von Gesundheitsberufen. In 57 Fällen waren es Drittstaatenangehörige. 8 Fälle waren sogenannte MDR-Tuberkulosen (multiresistente Tuberkulosen).

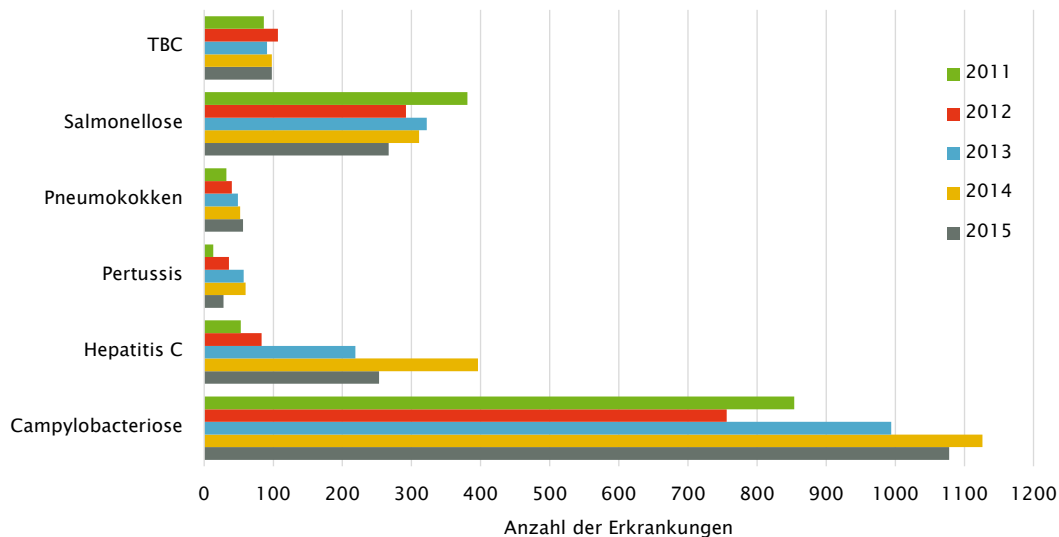
Am Beispiel der **FSME** zeigt sich sehr deutlich der Erfolg der Schutzimpfung: In den Jahren 2011–2015 wurden nur 2 bis 7 Neuerkrankungen pro Jahr registriert.

3

Shigatoxin bzw. Verotoxin produzierende Escherichia coli-Bakterien

Abbildung 3.22:

Inzidenz ausgewählter meldepflichtiger Infektionskrankheiten in Niederösterreich, 2011–2015



Quellen: BMGF – Jahresausweise der meldepflichtigen Infektionskrankheiten; AGES – Tuberkulose Jahresberichte 2011–2014; Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2001–2014; Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Pflicht, übertragbare Krankheiten anzuzeigen, ist gesetzlich geregelt. Als Datenquellen werden die Jahresausweise der meldepflichtigen Infektionserkrankungen des BMGF, Jahresberichte der nationalen Referenzzentralen sowie Mitteilungen der AIDS-Hilfe herangezogen.

3.4 Leistungs- und Handlungsfähigkeit

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

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

- » **Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag** geben Auskunft darüber, ob und inwieweit Personen mindestens ein halbes Jahr aus gesundheitlichen Gründen bei Tätigkeiten des normalen Lebens eingeschränkt waren.
- » **Körperliche und sensorische Beeinträchtigungen** betreffen die Mobilität sowie das Seh- und Hörvermögen. Sie bewirken eine Verminderung der Lebensqualität und stellen einen Risikofaktor dar, z. B. für Unfälle.

- » **Activities of Daily Living (ADL)** beziehen sich auf die Fähigkeit, unterschiedliche Basisaktivitäten der täglichen Körperpflege und Eigenversorgung selbständig durchführen zu können.
- » **Instrumental Activities of Daily Living (IADL)** umfassen Tätigkeiten innerhalb und außerhalb des Haushalts. Sie sind ein Maß für die Möglichkeit einer selbständigen Haushaltsführung.
- » **Krankenstände**

3.4.1 Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag

33 Prozent der Niederösterreicher/innen ab 15 Jahren (rund 462.000 Personen) sind im Jahr 2014 mindestens ein halbes Jahr aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt (BL-Bandbreite: 28–33 %), rund 26 Prozent sind etwas eingeschränkt (rund 356.000 Personen), rund 8 Prozent stark eingeschränkt (rund 106.000 Personen).

Seit 2006/2007 hat der Anteil gesundheitsbedingt eingeschränkter Personen im Alltag leicht zugenommen (von 30 % auf 33 %). Dies gilt sowohl für die 15– bis 29-jährige Bevölkerung (von 7 % auf 14 %) als auch für die Gruppe der 30– bis 59-Jährigen (von 26 % auf 29 %).

Frauen sind häufiger von gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag betroffen als Männer (36 % vs. 31 %). Besonders ausgeprägt ist dieser Unterschied bei den 15– bis 29-Jährigen (Frauen: 17 %, stark eingeschränkt 2 %; Männer: 11 %, stark eingeschränkt 1 %).

Der Anteil im Alltag eingeschränkter Niederösterreicher/innen nimmt mit dem Alter deutlich zu: von 14 Prozent bei den 15– bis 29-Jährigen (rund 36.000 Personen; stark eingeschränkt 2 %, rund 4.500 Personen) auf 54 Prozent bei den ab 60-Jährigen (rund 222.000 Personen; stark eingeschränkt 15 %, rund 63.000 Personen).

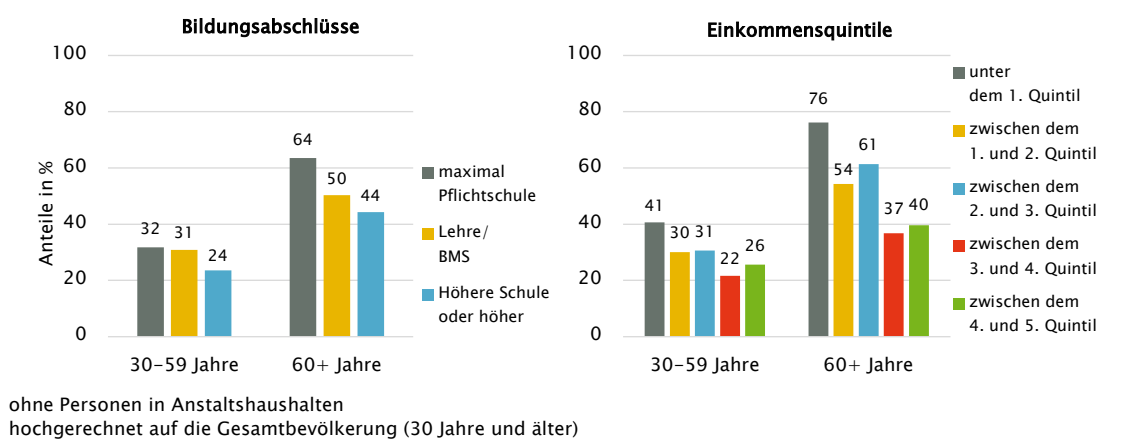
Regional betrachtet sind im Waldviertel rund 41 Prozent (45.000 Personen), in NÖ-Mitte 38 Prozent (129.000 Personen) und in den anderen Versorgungsregionen rund 30 bis 33 Prozent von gesundheitsbedingten Alltagseinschränkungen betroffen (Thermenregion: 30 %, 141.000 Personen; Mostviertel: 31 %, 60.000 Personen; Weinviertel: 33 %, 87.000 Personen).

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Niederösterreicher/innen mit einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter; Matura oder höher) weisen deutlich seltener gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag auf als Niederösterreicher/innen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (Abbildung 3.23). Ebenfalls deutliche Unterschiede finden sich in Bezug auf das Haushaltseinkommen (Abbildung 3.23): Niederösterreicher/innen aus besser verdienenden Haushalten weisen seltener gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag auf als Niederösterreicher/innen aus schlechter verdienenden Haushalten. Umgekehrt können Einschränkungen im Alltag auch zu verminderten Bildungs- und Einkommenschancen beitragen.

Niederösterreicherinnen ohne Migrationshintergrund sind häufiger von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen als Niederösterreicherinnen mit Migrationshintergrund (38 % vs. 24 %); ein Ergebnis das vor allem durch den Altersunterschied der Vergleichsgruppen bedingt ist (Niederösterreicher/innen ohne Migrationshintergrund sind häufiger 60plus als Niederösterreicher/innen mit Migrationshintergrund).

Abbildung 3.23:
Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag nach Bildung und Haushaltseinkommen, Niederösterreich 2014



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

Definitionen und Daten

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

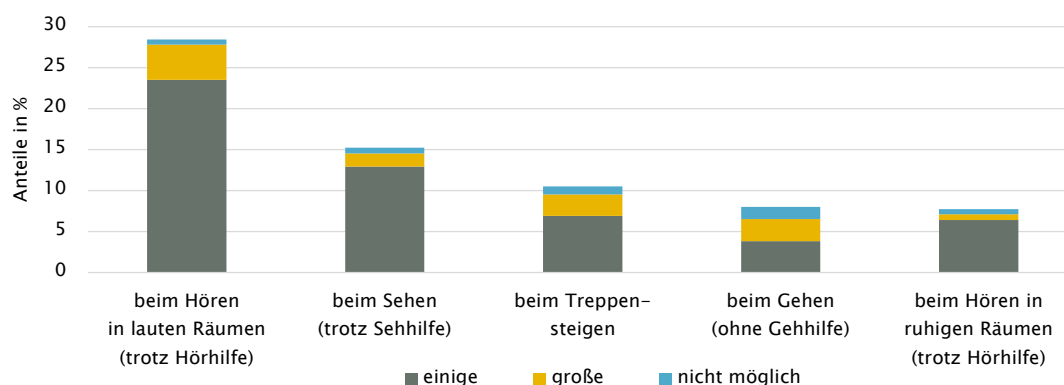
3.4.2 Körperliche und sensorische Einschränkungen

Von körperlichen und/oder sensorischen Einschränkungen sind im Jahr 2014 42 Prozent der in Privathaushalten lebenden Niederösterreicher/innen betroffen (rund 574.000 Personen im Alter von 15 oder mehr Jahren; BL-Bandbreite: 35–42 %). Auf Frauen trifft dies in etwa gleich häufig zu wie auf Männer (43 % vs. 41 %).

Mit zunehmendem Alter ist ein deutlicher Anstieg körperlich-sensorischer Einschränkungen zu beobachten: von 15 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen (rund 41.000 Personen) auf 66 Prozent bei den ab 60-Jährigen (rund 273.000 Personen).

Am häufigsten ist die niederösterreichische Bevölkerung von Hörproblemen (bei Gesprächen in lauten Räumen; 28 %) sowie von Einschränkungen beim Sehen (15 %) betroffen (Abbildung 3.24).

Abbildung 3.24:
Körperliche und/oder sensorische Einschränkungen der niederösterreichischen Wohnbevölkerung, 2014



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

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

Schwierigkeiten beim Sehen

Probleme beim Sehen trotz Sehhilfe (Brille oder Kontaktlinsen) haben im Jahr 2014 15 Prozent der Niederösterreicher/innen ab 15 Jahren (BL-Bandbreite: 12–16 %): 13 Prozent (179.000 Personen) haben einige Schwierigkeiten, rund 2 Prozent (31.000 Personen) haben große Schwierigkeiten oder sind dazu nicht in der Lage.

Sehprobleme trotz Sehhilfe finden sich bei Frauen häufiger als bei Männern (18 % vs. 12 %; bei den ab 60-Jährigen: 23 % vs. 14 %). Sie steigen mit dem Alter von 9 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen (rund 24.000 Personen) auf 19 Prozent bei den ab 60-Jährigen (rund 78.000 Personen).

Der Anteil der Niederösterreicher/innen, die von Sehproblemen betroffen sind, variiert zwischen den Versorgungsregionen zwischen 14 und 18 Prozent (Weinviertel: 14 %, 36.000 Personen; NÖ-Mitte: 14 %, 48.000 Personen; Thermenregion: 16 %, 74.000 Personen; Mostviertel: 17 %, 33.000 Personen; Waldviertel: 18 %, 19.000 Personen).

Schwierigkeiten beim Hören

Von Hörproblemen trotz Hörhilfe sind bei Gesprächen in ruhigen Räumen 8 Prozent der Niederösterreicher/innen ab 15 Jahren (rund 105.000 Personen; BL-Bandbreite: 5–8 %), bei Gesprächen in lauten Räumen 28 Prozent betroffen (rund 392.000 Personen; BL-Bandbreite: 22–30 %).

1,3 Prozent (rund 17.000 Personen) bzw. 5 Prozent (rund 67.000 Personen) haben diesbezüglich große Schwierigkeiten oder sind dazu nicht in der Lage.

Geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich nur bei Hörprobleme in lauten Räumen: Männer sind diesbezüglich häufiger betroffen als Frauen (Männer: 31 %, Frauen: 26 %; bei den ab 60-Jährigen: 56 % vs. 43 %).

Die Probleme beim Hören nehmen mit dem Alter zu: von 2 bzw. 9 Prozent (in ruhigen bzw. in lauten Räumen) bei den 15- bis 29-Jährigen (rund 4.000 bzw. 24.000 Personen) auf 17 bzw. 49 Prozent bei den ab 60-Jährigen (rund 68.000 bzw. 202.000 Personen).

Während in NÖ-Mitte 4 bzw. 29 Prozent der Bevölkerung (rund 15.000 bzw. 98.000 Personen) von Hörproblemen betroffen sind, sind dies im Waldviertel 12 bzw. 37 Prozent (rund 13.000 bzw. 41.000 Personen). Alle anderen Versorgungsregionen rangieren diesbezüglich dazwischen (Thermenregion: 7 bzw. 26 %, 36.000 bzw. 124.000 Personen; Weinviertel: 8 bzw. 26 %; 20.000 bzw. 68.000 Personen; Mostviertel: 11 bzw. 32 %, 21.000 bzw. 61.000 Personen).

Schwierigkeiten beim Gehen

Schwierigkeiten, einen halben Kilometer auf ebener Strecke ohne Gehhilfe (Gehstock, Rollator, Krücken etc.) zurückzulegen, haben im Jahr 2014 8 Prozent der Niederösterreicher/innen ab 15 Jahren (rund 111.000 Personen; BL-Bandbreite: 4-8 %); 4 Prozent haben große Schwierigkeiten oder sind dazu nicht in der Lage.

Der weibliche Bevölkerungsteil ist etwas häufiger von Geheinschränkungen betroffen als der männliche (9 % vs. 7 %; bei den ab 60-Jährigen: 25 % vs. 18 %). Die ältere Bevölkerung ist häufiger eingeschränkt als die jüngere: Bei den ab 60-Jährigen liegt der Anteil bereits bei 21 Prozent (rund 89.000 Personen).

Während im Waldviertel rund 12 Prozent (13.000 Personen) Schwierigkeiten haben, einen halben Kilometer ohne Gehhilfe zurückzulegen, liegt dieser Anteil in den anderen Versorgungsregionen bei 7 bzw. 8 Prozent (Weinviertel: 7 %, 19.000 Personen; Mostviertel: 7 %, 14.000 Personen; NÖ-Mitte: 8 %, 28.000 Personen; Thermenregion: 8 %, 37.000 Personen).

Schwierigkeiten beim Treppensteigen

Schwierigkeiten, eine Treppe mit 12 Stufen ohne Handlauf hinauf- und hinunterzugehen, haben im Jahr 2014 11 Prozent der Niederösterreicher/innen ab 15 Jahren (rund 147.000 Personen; BL-Bandbreite: 6-11 %): 4 Prozent haben große Schwierigkeiten oder sind dazu nicht in der Lage.

Die weibliche Bevölkerung ist davon etwas häufiger betroffen als die männliche (12 % vs. 9 %; bei den ab 60-Jährigen: 29 % vs. 22 %). Die ältere Bevölkerung ist häufiger eingeschränkt als die jüngere: Bei den ab 60-Jährigen liegt der Anteil bereits bei 25 Prozent (rund 105.000 Personen).

Im Waldviertel haben rund 17 Prozent (19.000 Personen) Schwierigkeiten beim Treppensteigen, in den anderen Versorgungsregionen rund 9 bis 11 Prozent (Weinviertel: 9 %, 25.000 Personen; Mostviertel: 10 %, 20.000 Personen; NÖ-Mitte: 10 %, 33.000 Personen; Thermenregion: 11 %, 50.000 Personen).

Definitionen und Daten

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

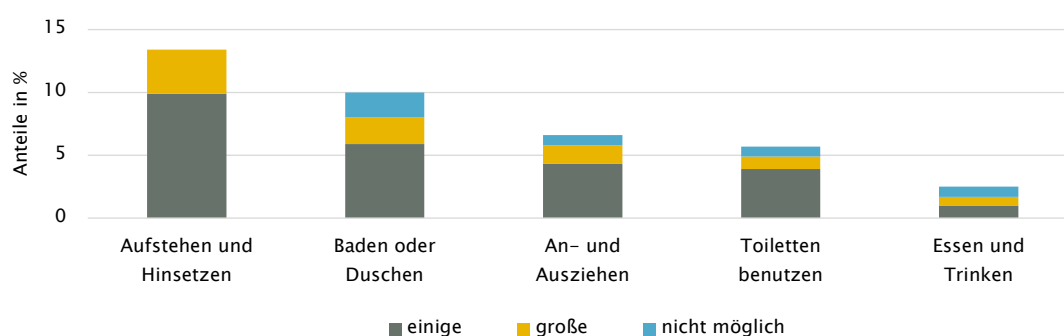
3.4.3 Aktivitätseinschränkungen im Alltag – ADL und IADL

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

Von Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person sind im Jahr 2014 19 Prozent der ab 65-jährigen Niederösterreicher/innen betroffen (rund 60.000 Personen; BL-Bandbreite: 10–19 %). Am häufigsten haben sie Schwierigkeiten beim Aufstehen und Hinsetzen (13 %) sowie beim Baden oder Duschen (10 %; Abbildung 3.25).

Abbildung 3.25:

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



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

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

Frauen ab 65 sind insgesamt häufiger von Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person betroffen als Männer (22 % vs. 15 %).

Während im Waldviertel und im Mostviertel 35 bzw. 31 Prozent von ADL-Einschränkungen betroffen sind (11.000 bzw. 13.000 Personen), sind in den anderen Versorgungsregionen zwischen 10 und 16 Prozent in der Körperpflege und Eigenversorgung beeinträchtigt (Weinviertel: 10 %, 5.000 Personen; NÖ-Mitte: 15 %, 12.000 Personen; Thermenregion 16 %, 19.000 Personen).

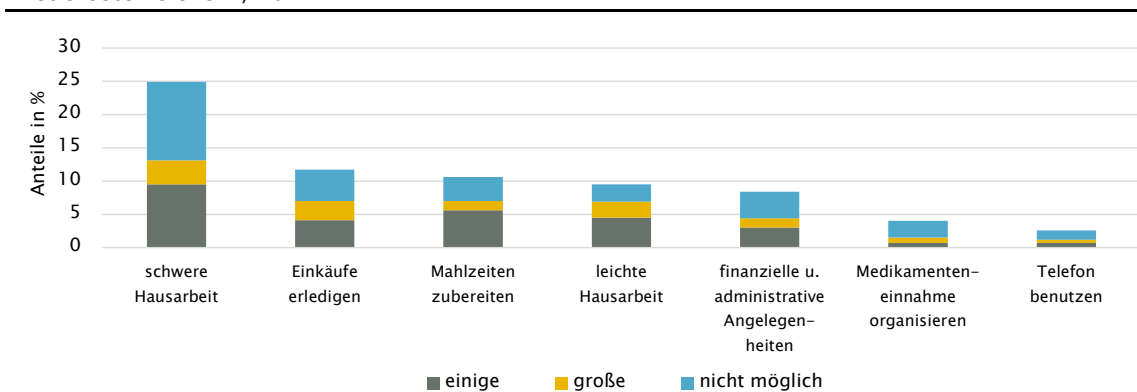
59 Prozent der bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Eigenversorgung eingeschränkten Personen haben Hilfe bei mindestens einer ADL (rund 35.000 Personen; BL-Bandbreite: 16–61 %): 31 Prozent nutzen technische Hilfsmittel, 87 Prozent erhalten Hilfe aus dem Familien- und Freundeskreis, 20 Prozent durch professionelles Pflege- und Betreuungspersonal (Kombinationen möglich). Mehr Hilfe für zumindest einer ADL benötigen 21 Prozent der Betroffenen (rund 13.000 Personen; BL-Bandbreite: 15–36 %). 8 Prozent von diesen erhalten bisher noch keine Hilfe (rund 1.000 Personen).

Einschränkungen bei Erledigungen des Haushalts (IADL)

Einschränkungen bei Erledigungen des Haushalts weisen im Jahr 2014 29 Prozent der ab 65-jährigen Niederösterreicher/innen auf (rund 92.000 Personen; BL-Bandbreite: 23–32 %). Am häufigsten haben sie Schwierigkeiten bei der Erledigung schwerer Hausarbeit (25 %) sowie bei der Erledigung von Einkäufen (12 %; Abbildung 3.26).

Abbildung 3.26:

Schwierigkeiten bei Erledigungen des Haushalts bei ab 65-jährigen Niederösterreicherinnen/ Niederösterreichern, 2014



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

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

Frauen ab 65 Jahren sind häufiger von Einschränkungen bei der Haushaltsführung betroffen als Männer (40 % vs. 16 %). Die geschlechtsspezifische Verteilung bestimmter Aufgaben ist dabei berücksichtigt.

Während im Mostviertel und im Waldviertel 50 bzw. 46 Prozent von IADL-Einschränkungen betroffen sind (20.000 bzw. 15.000 Personen), sind in den anderen Versorgungsregionen zwischen 15 und 28 Prozent in ihren IADL eingeschränkt (Weinviertel: 15 %, 8.000 Personen; NÖ-Mitte: 21 %, 16.000 Personen; Thermenregion 28 %, 33.000 Personen).

80 Prozent der bei Erledigungen des Haushalts eingeschränkten Personen haben Hilfe bei mindestens einer IADL (rund 73.000 Personen; BL-Bandbreite: 56–83 %): 8 Prozent nutzen technische Hilfsmittel, 87 Prozent erhalten Hilfe aus dem Familien- und Freundeskreis, 14 Prozent durch professionelles Pflege- und Betreuungspersonal (Kombinationen möglich). Mehr Hilfe bei zumindest einer IADL benötigen 28 Prozent der Betroffenen (rund 26.000 Personen; BL-Bandbreite: 18–55 %). 10 Prozent von diesen erhalten bisher noch gar keine Hilfe (rund 2.600 Personen).

Definitionen und Daten

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

3.4.4 Krankenstände

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

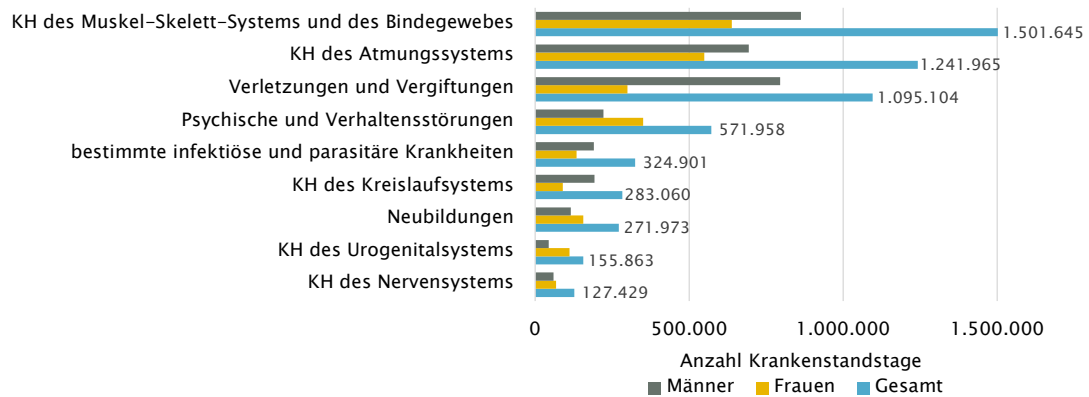
Im Jahr 2014 fallen rund 560.000 Krankenstände bei erwerbstätigen Personen an, die über die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse (NÖGKK) versichert sind. Das entspricht einer Rate von 1,20 Krankenständen pro erwerbstätiger versicherter Person (EVP; BL-Bandbreite: 0,94–1,41). Rund 56 Prozent (315.000 Fälle) betreffen Männer, rund 46 Prozent (247.000 Fälle) Frauen. Die Krankenstände sind im Zeitraum 2005 bis 2014 sowohl absolut als auch pro EVP um 11 Prozent gestiegen (von rund 506.000 auf 560.000). Dies gilt für Frauen stärker als für Männern: +15 % vs. +8 %).

Die rund 560.000 Krankenstände verursachten rund 6,5 Millionen Krankenstandstage. Das sind 13,8 Tage pro EVP (BL-Bandbreite: 10,2–13,8). Gegenüber dem Jahr 2005 ist die Anzahl der Krankenstandstage bei Frauen sowohl absolut als auch pro EVP um 14 bzw. 16 % gestiegen, bei Männern um 2 bzw. 5 % gesunken. Die durchschnittliche Dauer der Krankenstände hat geringfügig von durchschnittlich 12 Tagen auf 11 Tage abgenommen.

Mehrheitlich gehen NÖGKK versicherte Arbeitnehmer/innen aufgrund von Atmungsenerkrankungen (37 % aller Krankenstandsfälle), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems/Bindegewebes (15 %) und infektiösen/parasitären Krankheiten (13 %) in Krankenstand. 10 Prozent der Krankenstandsfälle sind auf Verletzungen und Vergiftungen zurückzuführen.

Gemessen an den Krankenstandtagen machen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems/Bindegewebes den größten Anteil aus (23 %; Abbildung 3.27), gefolgt von Krankheiten des Atmungssystems (19 %) und Verletzungen (17 %).

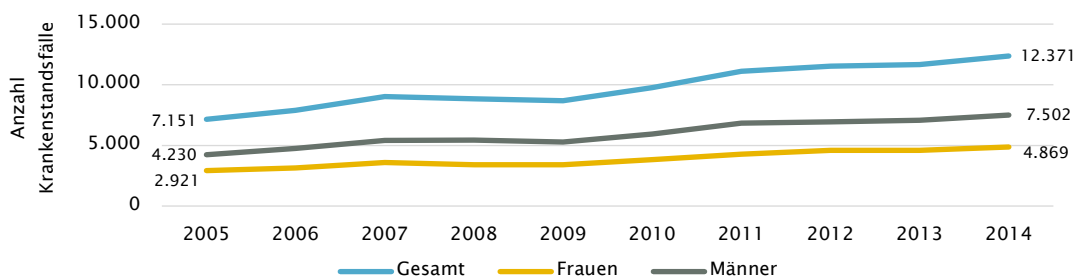
Abbildung 3.27:
Krankenstandstage ausgewählter Krankheitsgruppen bei NÖGKK erwerbstätigen versicherten Personen, 2014



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

Psychisch bedingte Krankenstände (12.400 Fälle bzw. 0,03 Fälle pro EVP; BL-Bandbreite: 0,01–0,04) machen im Jahr 2014 2 Prozent aller Krankenstände aus (BL-Bandbreite: 2–4 %). Aufgrund der überdurchschnittlichen Krankenstandsdauer beträgt ihr Anteil an den Krankenstandtagen 9 Prozent (BL-Bandbreite: 7–12 %). Die Anzahl der psychisch bedingten Krankenstände ist im Zeitraum 2005 bis 2014 um 73 Prozent gestiegen (von 7.200 auf 12.400 Fälle), bei Frauen um 67 Prozent und bei Männern um 77 Prozent (Abbildung 3.28). Die Dauer psychisch bedingter Krankenstände hat im selben Zeitraum – entgegen dem Trend bei den Krankenständen insgesamt – zugenommen: Im Jahr 2005 betrug die durchschnittliche Dauer 32 Tage, im Jahr 2014 46 Tage.

Abbildung 3.28:
Psychisch bedingte Krankenstandsfälle bei NÖGKK versicherten Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmern, 2005–2014



Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

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

3.5 Lebensqualität

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

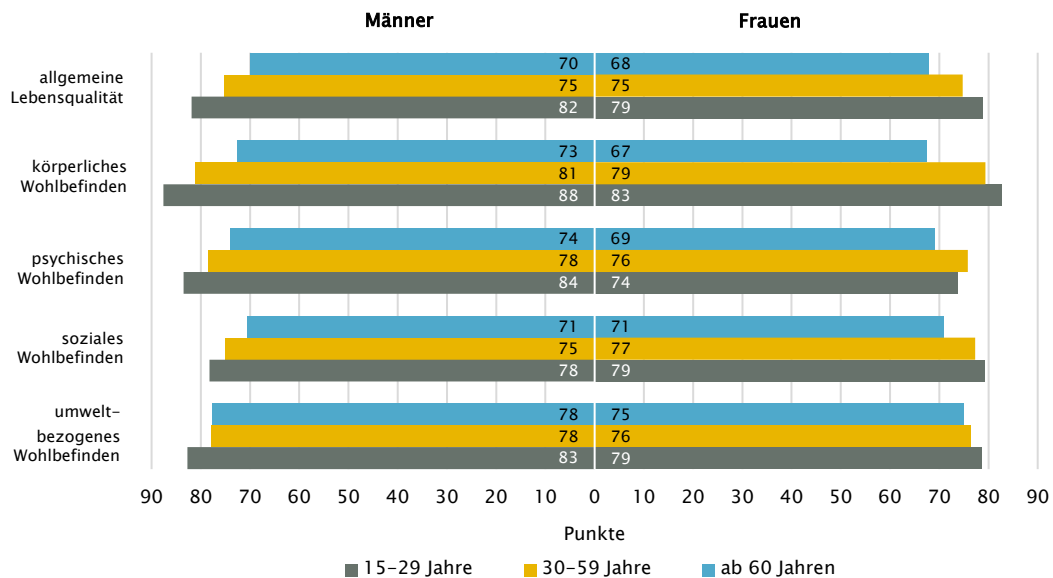
Die niederösterreichische Bevölkerung ab 15 Jahren beurteilt ihre Lebensqualität im Allgemeinen mit durchschnittlich 74 von 100 Punkten (BL-Bandbreite: 73–78 Punkte). Am besten beurteilt sie ihr körperliches Wohlbefinden (78 Punkte; BL-Bandbreite: 77–81 Punkte) sowie die umweltbezogene Lebensqualität (78 Punkte; BL-Bandbreite: 75–82 Punkte) gefolgt vom psychischen Wohlbefinden (76 Punkte; BL-Bandbreite: 74–79 Punkte). Am schlechtesten bewertet die niederösterreichische Bevölkerung ihr soziales Wohlbefinden (75 Punkte; BL-Bandbreite: 73–77 Punkte).

Seit 2006/2007 gab es Verschlechterungen in der körperlichen und psychischen (–1,5 bzw. –1,6 Punkte) sowie im sozialen Wohlbefinden (–2,5 Punkte), im Falle körperlichen und psychischen Wohlbefindens stärker bei Frauen, im Fall sozialen Wohlbefindens stärker bei Männern. Eine Verbesserung konnte ausschließlich für die umweltbezogene Lebensqualität beobachtet werden (+0,9 Punkte). Sie betrifft Männer stärker als Frauen.

Frauen zwischen 15 und 29 Jahren sowie Frauen ab 60 Jahren beurteilen ihre allgemeine Lebensqualität schlechter als Männer (Abbildung 3.29). Diesbezügliche Unterschiede finden sich hinsichtlich der körperlichen, der psychischen und der umweltbezogenen Lebensqualität und zeigen sich (auf Ebene der einzelnen Dimensionen) auch bei den 30- bis 59-Jährigen. Einzig im Bereich der sozialen Lebensqualität schneidet die männliche Bevölkerung schlechter ab als die weibliche Bevölkerung.

Erwartungsgemäß schätzen Jugendliche und junge Erwachsene ihre Lebensqualität in allen Bereichen besser ein als Personen ab 60 Jahren (Abbildung 3.29). Am deutlichsten zeigt sich dieser Unterschied in Bezug auf das körperliche Wohlbefinden, gefolgt vom sozialen und psychischen Wohlbefinden.

Abbildung 3.29:
Lebensqualität der niederösterreichischen Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht,
Mittelwerte, 2014



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

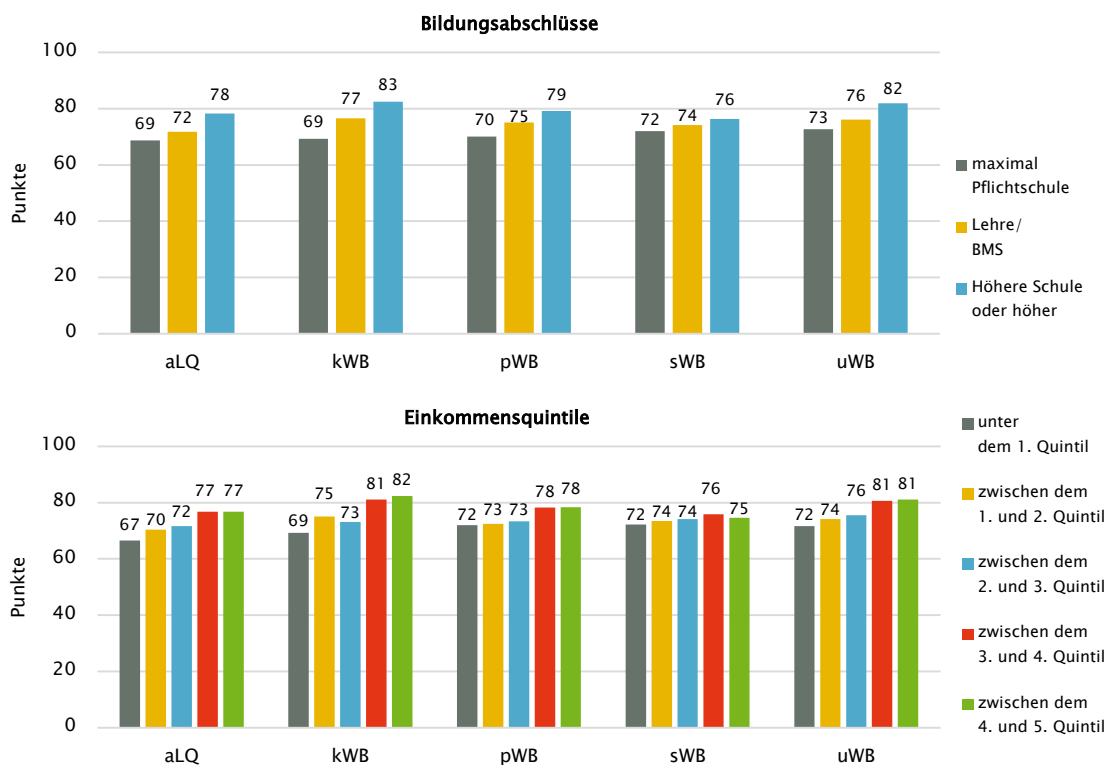
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Im regionalen Vergleich sticht vor allem das Waldviertel hervor. Die dort ansässige Bevölkerung schätzt ihre allgemeine Lebensqualität deutlich schlechter ein (70 Punkte) als die Einwohner/innen der anderen Versorgungsregionen (74–75 Punkte). Die Unterschiede werden im körperlichen (74 Punkte vs. 77–79 Punkte) sowie im psychischen Wohlbefinden (73 Punkte vs. 75–77 Punkte) ersichtlich.

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Niederösterreicher/innen mit einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter; Matura oder höher) berichten über eine höhere Lebensqualität als Niederösterreicher/innen mit maximal Pflichtschulabschluss (Abbildung 3.30). Dies gilt – mit Ausnahme des sozialen Wohlbefindens (hier ist der Unterschied bei den 30- bis 59-Jährigen nicht signifikant) – für die 30- bis 59-Jährigen, für die ab 60-jährige Bevölkerung sowie für alle Lebensqualitätsdimensionen.

Abbildung 3.30:
Lebensqualität der niederösterreichischen Bevölkerung nach Bildung und Haushaltseinkommen,
Mittelwerte, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)
aLQ = allgemeine Lebensqualität; kWB = körperliches Wohlbefinden; pWB = psychisches Wohlbefinden; sWB = soziales Wohlbefinden; uWB = umweltbezogenes Wohlbefinden
n.s. = nicht signifikant

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

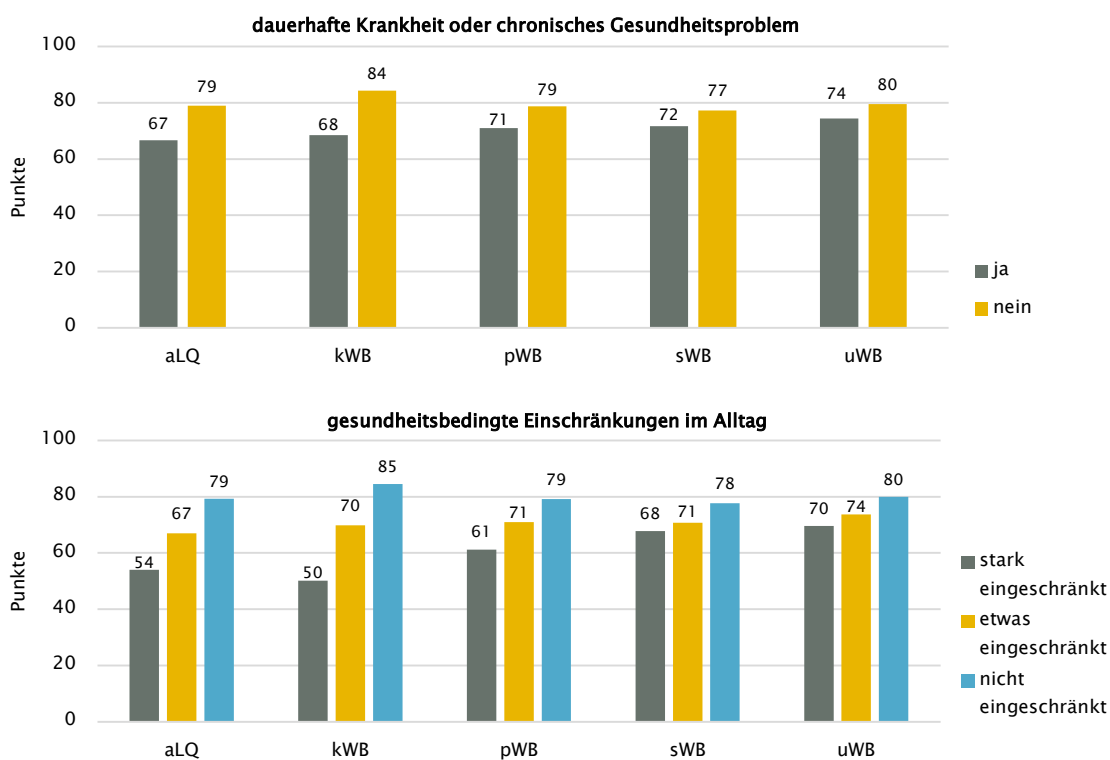
Ebenfalls deutliche Unterschiede finden sich in Zusammenhang mit dem Haushaltseinkommen (Abbildung 3.30): Niederösterreicher/innen aus besser verdienenden Haushalten schätzen ihre Lebensqualität besser ein als Niederösterreicher/innen aus schlechter verdienenden Haushalten.

Unterschiede nach Migrationshintergrund finden sich nur vereinzelt. Sie fallen allesamt zugunsten von Niederösterreicher/innen mit Migrationshintergrund aus (in Bezug auf das körperliche Wohlbefinden, 81 vs. 78 Punkte; bei Frauen in Bezug auf das psychische Wohlbefinden, 76 vs. 73 Punkte; bei Männern in Bezug auf das soziale Wohlbefinden, 76 vs. 74 Punkte); ein Ergebnis das vor allem durch den Altersunterschied der Vergleichsgruppen bedingt ist (Niederösterreicher/innen ohne Migrationshintergrund sind häufiger 60plus als Niederösterreicher/innen mit Migrationshintergrund).

Lebensqualität chronisch kranker bzw. im Alltag gesundheitsbedingt eingeschränkter Personen

Personen mit chronischen Krankheiten oder Gesundheitsproblemen bewerten ihre Lebensqualität schlechter als Personen ohne chronische Gesundheitsprobleme. Noch deutlicher werden die Unterschiede, wenn gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag vorliegen. Betroffene schätzen ihre Lebensqualität (insgesamt und in allen Subdomänen) wesentlich schlechter ein als nicht betroffene Personen. Der Unterschied nimmt dabei mit dem Grad der Einschränkung zu (Abbildung 3.31).

Abbildung 3.31:
Lebensqualität chronisch kranker bzw. im Alltag gesundheitsbedingt eingeschränkter
Niederösterreicher/innen, Mittelwerte, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)
aLQ = allgemeine Lebensqualität; kWB = körperliches Wohlbefinden; pWB = psychisches Wohlbefinden; sWB = soziales Wohlbefinden; uWB = umweltbezogenes Wohlbefinden

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

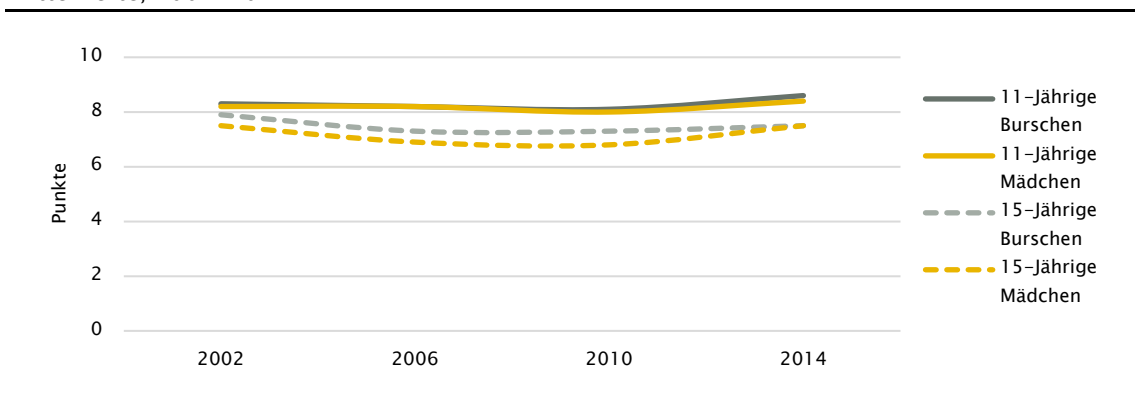
Lebenszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen

Die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen kann anhand ihrer Lebenszufriedenheit eingeschätzt werden. Dabei zeigt sich, dass die 11-Jährigen (2014) ihr Leben mit durchschnittlich 8,5 von 10 Punkten, die 15-Jährigen mit 7,5 bewerten (keine BL-Bandbreite möglich). Nennenswerte Unterschiede zwischen den Geschlechtern finden sich nicht.

Trendbeobachtungen verdeutlichen, dass die Lebenszufriedenheit der 11-Jährigen zwischen 2002 und 2010 weitgehend konstant geblieben ist und zwischen 2010 und 2014 leicht anstieg. Bei den 15-Jährigen hingegen hat die Lebenszufriedenheit zwischen 2002 und 2006 etwas abgenommen, ist bei den Burschen seither unverändert geblieben und ist bei den Mädchen zwischen 2010 und 2014 wieder etwas angestiegen (Abbildung 3.32).

Abbildung 3.32:

Lebenszufriedenheit bei 11- und 15-jährigen Niederösterreicherinnen und Niederösterreichern, Mittelwerte, 2002–2014



Quelle: BMGF/IFGP – HBSC 2002, 2006, 2010 und 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

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

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

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

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

Die *Lebenszufriedenheit* gibt Auskunft über die allgemeine Einschätzung des eigenen Lebens. Sie wird im Rahmen der Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC) mithilfe der *Cantril Ladder* erhoben, die eine Bewertung zwischen 0 (das schlechteste Leben, das für dich in deiner Situation möglich wäre) und 10 (das bestmögliche Leben) ermöglicht.

Die Ergebnisse zum Lebenszufriedenheit werden auf Basis der HBSC-Erhebung 2014 berichtet und mit Ergebnissen aus 2002, 2006 und 2010 verglichen (Dür/Mravlag 2002; Dür/Griebler 2007; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Die Angaben beziehen sich auf Personen, die eine Schule besuchen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS), und beruhen auf Selbstangaben.

3.6 (Vorzeitige) Sterblichkeit und potenziell verlorene Lebensjahre

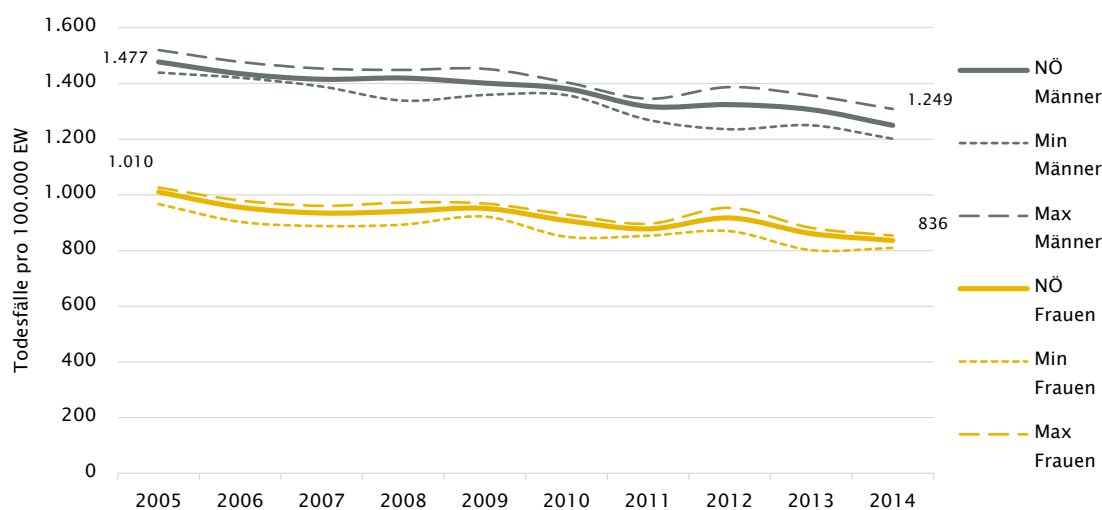
3.6.1 Gesamtsterblichkeit

In Niederösterreich sterben pro Jahr etwas mehr als 16.000 Menschen. Die altersstandardisierte Mortalitätsrate (Europa-Bevölkerung 2013) liegt für Männer bei 1.249 Todesfällen pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 1.089–1.292 Todesfälle pro 100.000 EW), für Frauen bei 836 (BL-Bandbreite: 710–863 Todesfälle pro 100.000 EW). Im Vergleich mit den anderen Bundesländern ist die Sterblichkeit in Niederösterreich damit relativ hoch.

Innerhalb der letzten zehn Jahre hat die Gesamtsterblichkeit für beide Geschlechter abgenommen, bei Männern um 15 Prozent, bei Frauen um 17 Prozent. Der geschlechtsspezifische Unterschied ist damit tendenziell geringer geworden (Abbildung 3.33).

Regionale Unterschiede fallen in Niederösterreich – wie bei der Lebenserwartung – eher gering aus. Nur in einzelnen Jahren zeigen sich bei Männern geringfügige Differenzen (Abbildung 3.33). Der größte Unterschied zeigt sich für das Jahr 2012, in dem die Mortalitätsrate (bei Männern) im Mostviertel mit 1.235 am geringsten und im Weinviertel mit 1.387 am höchsten war.

Abbildung 3.33:
Gesamtsterblichkeit in der Bandbreite der Versorgungsregionen und nach Geschlecht, Niederösterreich 2005–2014

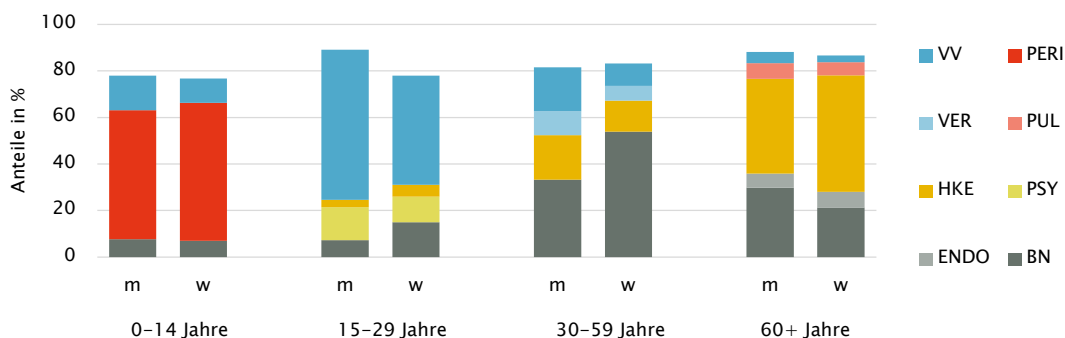


Min = Minimalwert aus den fünf Versorgungsregionen
Max = Maximalwert aus den fünf Versorgungsregionen
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

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

Im Beobachtungszeitraum 2005–2014 starben in Niederösterreich durchschnittlich 79 unter 15-jährige Kinder, Tendenz sinkend. Ursachen dafür sind vor allem angeborene Krankheiten (knapp 60 %; Abbildung 3.34). Bei den 15- bis 29-Jährigen sind die mit Abstand häufigsten Todesursachen Verletzungen und Vergiftungen (65 % bei Männern und 47 % bei Frauen). In der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen führen am häufigsten Krebserkrankungen zum Tod (bei rund einem Drittel der verstorbenen Männer und mehr als der Hälfte der verstorbenen Frauen), gefolgt von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sowie Verletzungen und Vergiftungen. Haupttodesursache für die ab 60-Jährigen sind Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (41 % der Männer und 50 % der Frauen) sowie Krebserkrankungen (30 % der Männer und 21 % der Frauen).

Abbildung 3.34:
Sterblichkeit nach Geschlecht, Altersgruppen und den häufigsten Todesursachen,
Niederösterreich 2005–2014

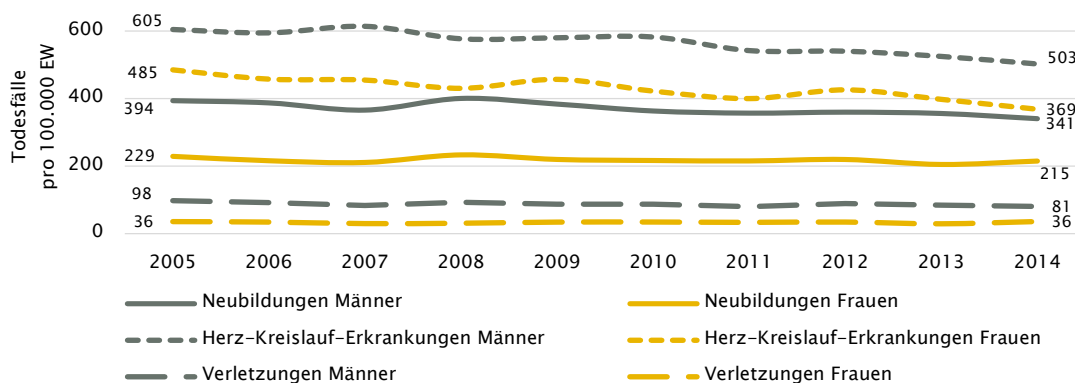


BN: C00–D48 Neubildungen; ENDO: E00–E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten; PSY: F00–F99 Psychische und Verhaltensstörungen; HKE: I00–I99 Krankheiten des Kreislaufsystems; PUL: J00–J99 Krankheiten des Atmungssystems; VER: K00–K93 Krankheiten des Verdauungssystems; PERI: P00–P96 Bestimmte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

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

Die Sterblichkeit aufgrund der drei Haupttodesursachen (auf ICD-10-Kapitelebene) ist tendenziell rückläufig (Abbildung 3.35), insbesondere jene durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (bei Männern seit 2005 um durchschnittlich 2,0 % p. a., bei Frauen um 2,9 %). Bei Männern werden auch tödliche Verletzungen und Vergiftungen (um durchschnittlich 1,8 % p. a.) und Krebs-Todesfälle etwas seltener (um durchschnittlich 1,5 Prozent p. a.). Bei Frauen hat sich die Sterblichkeit aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen sowie aufgrund von Krebs hingegen kaum verändert.

Abbildung 3.35:
Sterblichkeit der niederösterreichischen Bevölkerung aufgrund der drei häufigsten
Todesursachen nach Geschlecht, 2005–2014



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

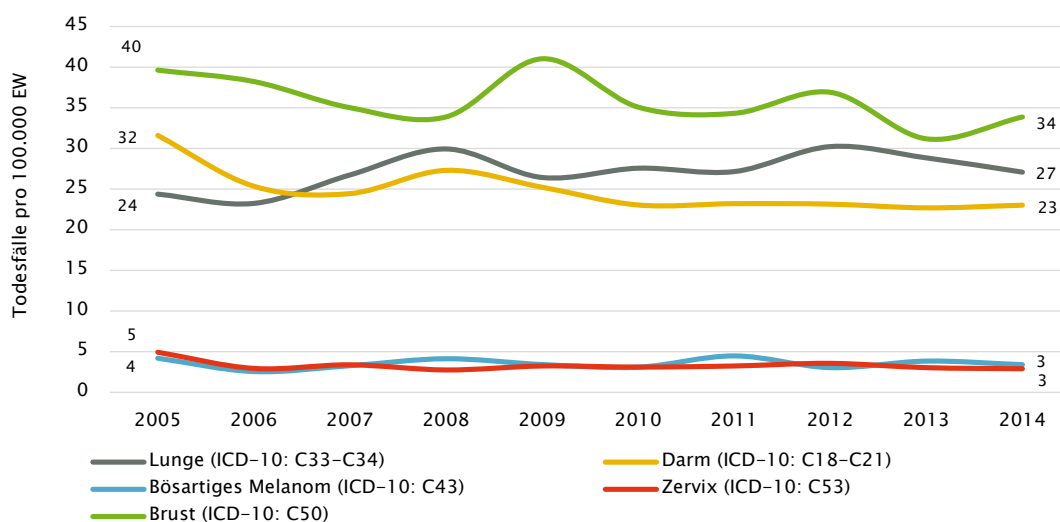
Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

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

Bei Frauen

- » ist die Mortalität aufgrund von Lungenkrebs tendenziell eher gestiegen (analog zur Entwicklung der Inzidenz),
- » sinkt die Mortalität aufgrund von Brust- und Darmkrebs (bei weitgehend gleichbleibender Brustkrebs- und leicht sinkender Darmkrebs-Inzidenz) und
- » bleibt die Mortalität aufgrund eines Melanoms etwa gleich (bei konstanter Inzidenz; Abbildung 3.36).

Abbildung 3.36:
Krebssterblichkeit bei Niederösterreicherinnen für ausgewählte Lokalisationen, 2005–2014



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

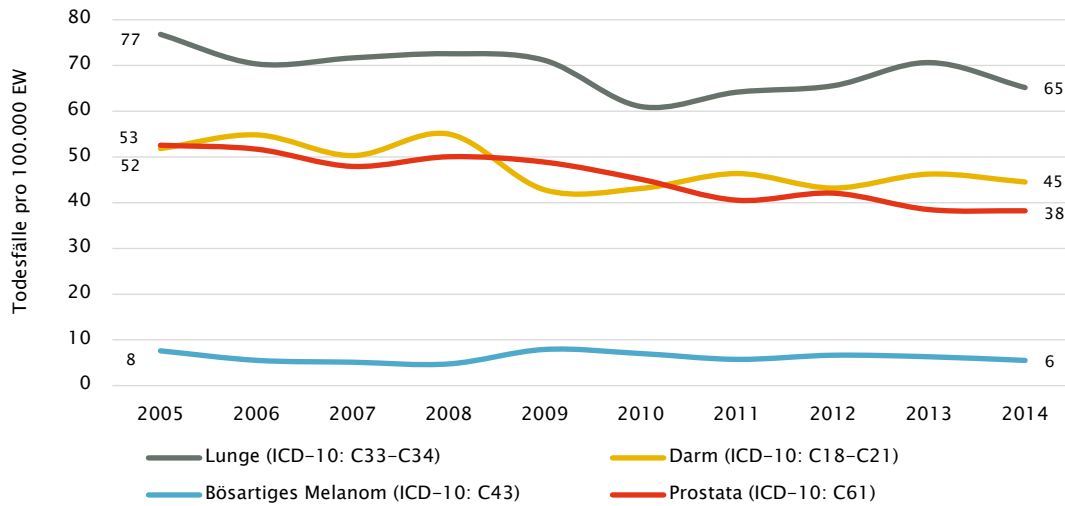
Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Bei Männern ist die Mortalitätsrate insbesondere bei Prostata- und Lungenkrebs, aber auch bei Darmkrebs tendenziell rückläufig und bei Melanomen im Großen und Ganzen gleichbleibend (Abbildung 3.37).

Deutlich stärker rückläufig als die Krebsmortalität ist die Mortalität aufgrund eines ischämischen Schlaganfalls oder aufgrund eines akuten Myokardinfarkts (Abbildung 3.38).

Abbildung 3.37:

Krebssterblichkeit bei Niederösterreichern für ausgewählte Lokalisationen, 2005–2014

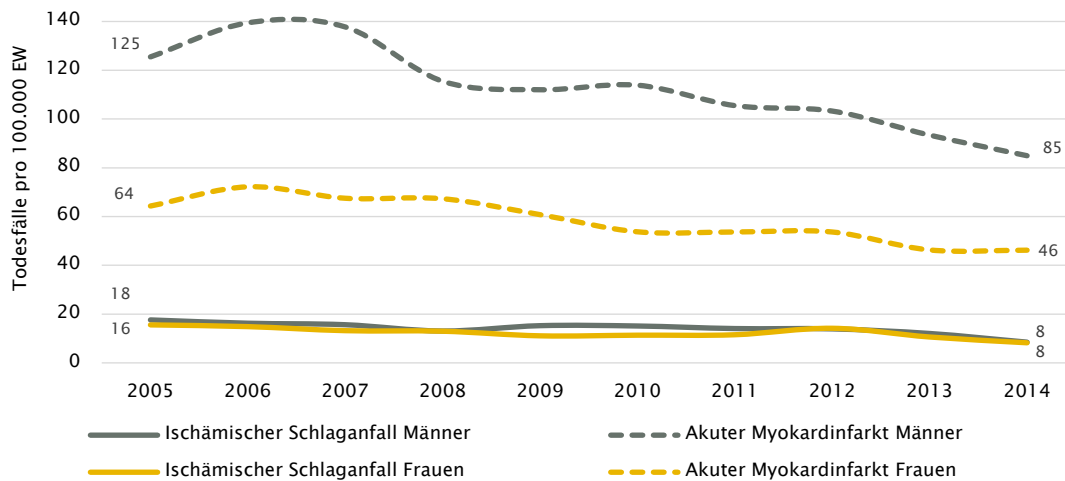


altersstandardisiert nach Europa–Bevölkerung 2013

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

Abbildung 3.38:

Sterblichkeit der niederösterreichischen Bevölkerung aufgrund von Myokardinfarkt bzw. ischämischem Schlaganfall nach Geschlecht, 2005–2014



altersstandardisiert nach Europa–Bevölkerung 2013

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

Definitionen und Daten

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

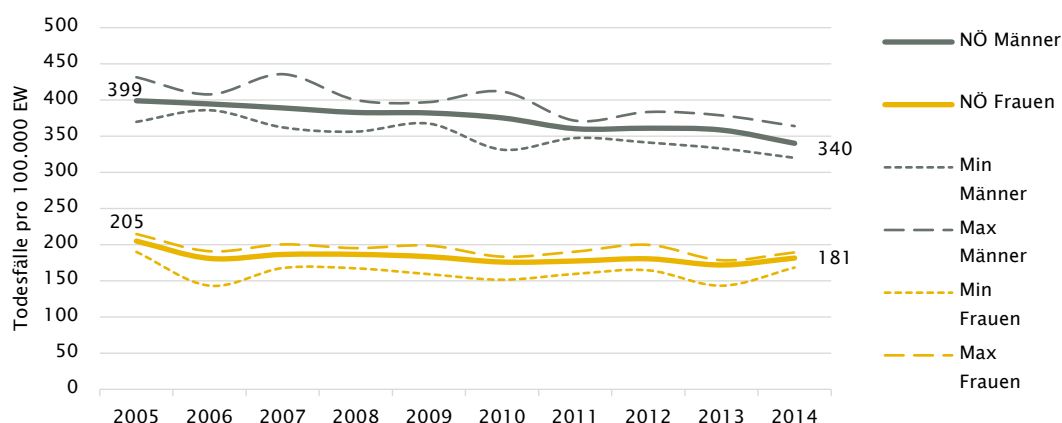
Seit dem Jahr 2009 werden auch im Ausland Verstorbene mit Wohnsitz in Österreich – mehrheitlich Männer – erfasst. Die Daten für die Todesursachenstatistik stammen aus der Auswertung der ärztlichen Todesbescheinigungen. Da die Obduktionsrate sinkt, spricht der Datenbereitsteller Statistik Austria von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

3.6.2 Vorzeitige Sterblichkeit

Etwa 3.600 Niederösterreicherinnen und Niederösterreicher sterben pro Jahr, bevor sie das 70ste Lebensjahr erreicht haben. Altersstandardisiert (Europa-Bevölkerung 2013) gilt dies für Männer nahezu doppelt so häufig wie für Frauen. Die Mortalitätsrate liegt im Jahr 2014 für Männer bei 340 Todesfälle pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 276–403) und für Frauen bei 181 Todesfälle pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 153–217). Niederösterreich rangiert damit – anders als bei der Gesamtsterblichkeit – im Mittelfeld der österreichischen Bundesländer.

Die Mortalitätsrate war innerhalb der letzten zehn Jahre bei Männern rückläufig (–15 %), hat sich allerdings bei Frauen – wenn man von einem Höchstwert im Jahr 2005 absieht – kaum verändert (Abbildung 3.39). Die Verringerung der Gesamtsterblichkeit bei Frauen (s. o.) lässt sich somit weitgehend auf eine Lebensverlängerung der über 70-Jährigen zurückzuführen.

Abbildung 3.39:
Sterblichkeit der unter 70-jährigen Niederösterreicher/innen in der Bandbreite der Versorgungsregionen nach Geschlecht, 2005–2014



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

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

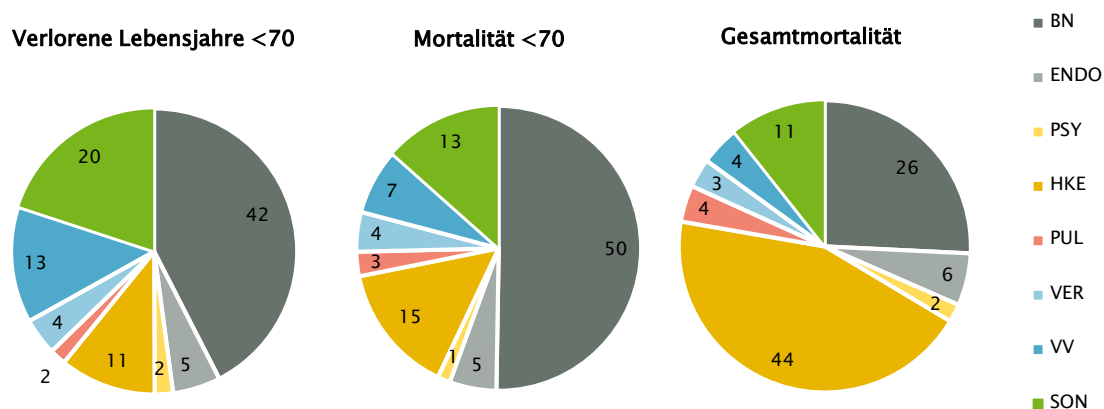
Unterschiede zwischen den Versorgungsregionen sind eher gering, insbesondere bei den Frauen (Abbildung 3.39). Tendenziell ist die vorzeitige Sterblichkeit von Frauen im Waldviertel und im Mostviertel geringer und in der Thermenregion höher. Bei Männern hingegen zeigen sich die niedrigsten Werte meist in der VR NÖ-Mitte und die höchsten vor allem im Waldviertel.

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

Hauptursache für die **vorzeitige Sterblichkeit** der unter 70-jährigen **Niederösterreicherinnen** sind Krebserkrankungen. Die Hälfte der Frauen, die nicht 70 Jahre alt werden, stirbt an Krebs. Bei 15 Prozent führen Herz-Kreislauf-Erkrankungen zum Tod, bei 7 Prozent Verletzungen und Vergiftungen. Zusammen machen sie fast drei Viertel aller Todesursachen aus. Gemessen an den **verlorenen Lebensjahren** verlieren Krebserkrankungen als Ursache für eine vorzeitige Sterblichkeit an Bedeutung, sind aber nach wie vor hauptverantwortlich für die verlorenen Lebensjahre von unter 70-jährigen Niederösterreicherinnen (42 %). 13 Prozent der verlorenen Lebensjahre sind auf tödliche Verletzungen zurückzuführen, 11 Prozent auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Abbildung 3.40).

Bezogen auf die weibliche **Gesamtbevölkerung** (Gesamtsterblichkeit) sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache (44 %). Krebserkrankungen machen 26 Prozent aller Todesfälle aus, Verletzungen 4 Prozent (Abbildung 3.40).

Abbildung 3.40:
(Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre bei niederösterreichischen Frauen nach Todesursachen, 2014, in Prozent



ICD-10-Codes:

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

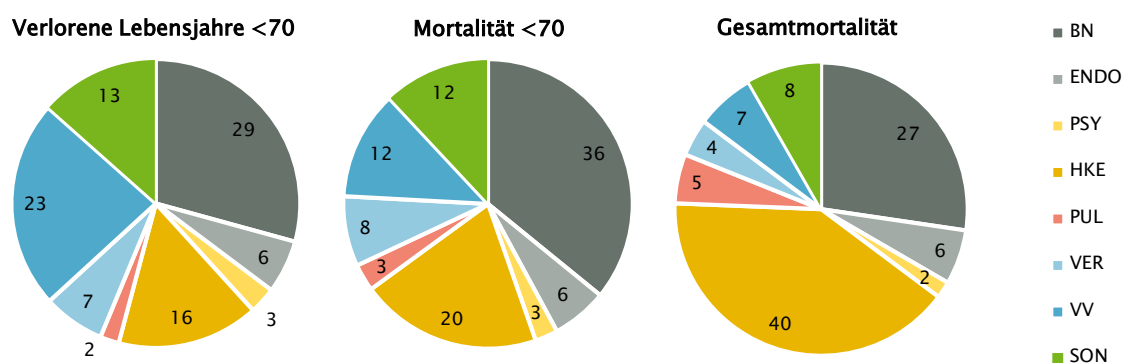
Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Hauptursachen für die **vorzeitige Sterblichkeit** der unter 70-jährigen **Niederösterreicher** sind Krebserkrankungen (36 %), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (20 %) und Verletzungen (12 %). Zusammen machen sie fast 70 Prozent aller Todesursachen aus. Ähnlich hohe Anteile sind es auch bei den **verlorenen Lebensjahren** (Krebserkrankungen 29 %, Verletzungen 23 %, Herz-Kreislauf-Erkrankungen 16 %; Abbildung 3.41).

Bezogen auf die männliche **Gesamtbevölkerung** (Gesamtsterblichkeit) sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache (40 %). Krebserkrankungen machen 27 Prozent aus, Verletzungen 7 Prozent (Abbildung 3.41).

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

Abbildung 3.41:
(Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre bei niederösterreichischen Männern nach Todesursachen, 2014, in Prozent



ICD-10-Codes:

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

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

Veränderung der vorzeitigen Sterblichkeit seit 2005

Zwischen 2005 und 2014 zeigen sich folgende Veränderungen der vorzeitigen Sterblichkeit:

- » Niederösterreichische Männer:
 - » Vorzeitige Sterblichkeit: Die Haupttodesursachen haben sich kaum verändert und werden anteilig – mit Ausnahme von Krebs – eher geringer zugunsten einer größeren Diversifikation der Todesursachen.

- » Verlorene Lebensjahre: Krebserkrankungen als Ursache für verlorene Lebensjahre nehmen anteilig zu, Verletzungen nehmen hingegen ab.
- » Niederösterreichische Frauen:
 - » Vorzeitige Sterblichkeit: Die Haupttodesursachen haben sich kaum verändert und werden anteilig – mit Ausnahme von Krebs – eher geringer zugunsten einer größeren Diversifikation der Todesursachen.
 - » Verlorene Lebensjahre: Die Bedeutung von Krebserkrankungen als Todesursache steigt leicht, die von Verletzungen sinkt. Die Diversifizierung relevanter Todesursachen zeigt sich bei Frauen nicht nur bei der vorzeitigen Sterblichkeit, sondern auch bei den verlorenen Lebensjahren.

Definitionen und Daten

Die *vorzeitige Sterblichkeit* gibt die Sterblichkeit vor einem bestimmten Alter an. Je nach Lebenserwartung können unterschiedliche Altersgrenzen für die Berechnung dieses Indikators angesetzt werden. Im vorliegenden Bericht beschreibt sie die Sterblichkeit vor Erreichen des 70. Lebensjahres. Der Vorteil dieses Indikators gegenüber der Gesamtsterblichkeit ist, dass sich Unklarheiten bezüglich der Haupttodesursache bei hochbetagten, multimorbiden Personen hier nicht niederschlagen. Die vorzeitige Sterblichkeit ist insbesondere für Gesundheitsförderung und Prävention wichtig. Auch die *verlorenen Lebensjahre (Potential Years of Life Lost, PYLL)* sind ein Maß für vorzeitige Sterblichkeit. Dieser Indikator berücksichtigt zusätzlich das Alter des vorzeitigen Todesfalls, indem die Sterbefälle mit den Lebensjahren, die bis zu einem bestimmten Alter (hier: 70 Jahre) verblieben wären, gewichtet werden. Dadurch fallen etwa Unfall-Todesfälle mehr ins Gewicht als Herz-Kreislauf-Todesfälle, weil sie in jüngerem Alter häufiger auftreten.

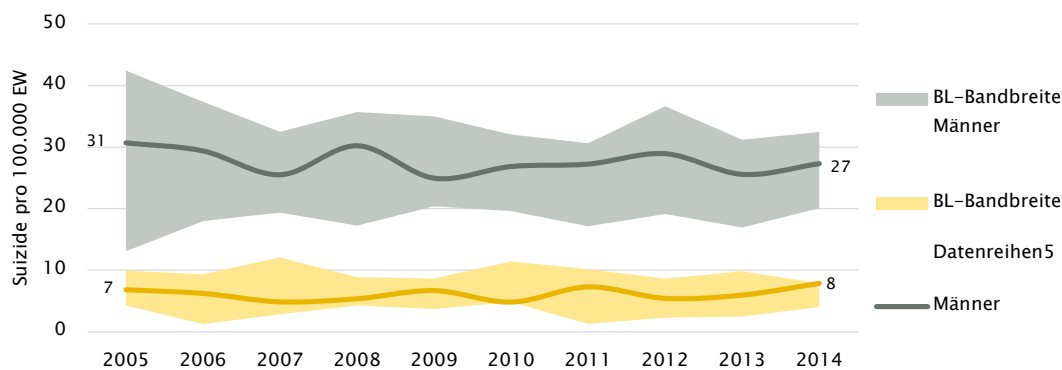
3.6.3 Suizid

In Niederösterreich begehen rund 250 Menschen pro Jahr Suizid. Mehr als drei Viertel davon sind Männer. Die Suizidrate beträgt im Jahr 2014 bei Männern (altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013) 27 Todesfälle pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 20–33 pro 100.000 EW) und bei Frauen 8 Todesfälle pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 4–8 pro 100.000 EW).

Im langjährigen Vergleich ist die Suizidrate rückläufig, sie hat sich in Niederösterreich seit Anfang der 1980er Jahre fast halbiert. Im Beobachtungszeitraum dieses Berichts – 2005 bis 2014 – ist die altersstandardisierte Rate bei Frauen auf gleichem Niveau geblieben und bei Männern tendenziell gesunken (Abbildung 3.42).

Abbildung 3.42:

Suizidrate in Niederösterreich nach Geschlecht und im Vergleich zur Bundesländer-Bandbreite, 2005–2014



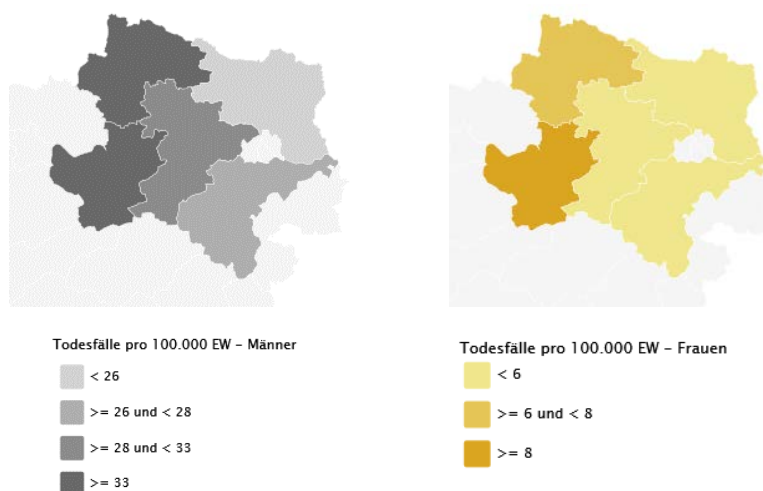
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

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

Suizide waren in den letzten zehn Jahren im Westen Niederösterreichs häufiger als im Osten. Das Weinviertel ist tendenziell die VR mit den niedrigsten Suizidraten Niederösterreichs. Bei Männern ist der Unterschied zwischen der VR mit der höchsten und der VR mit der niedrigsten Suizidrate deutlich größer als bei Frauen. Im Jahr 2014 beträgt die Suizidrate bei Männern im Weinviertel 23 und im Mostviertel 38 Todesfälle pro 100.000 EW, bei Frauen liegt sie zwischen 6 und 8 Todesfällen (Abbildung 3.43).

Abbildung 3.43:

Suizide in Niederösterreich nach Versorgungsregionen, 2005–2014



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

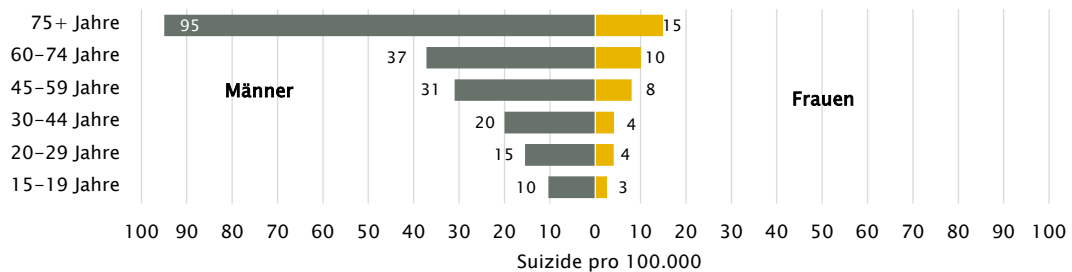
Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Wahrscheinlichkeit eines Suizids steigt mit zunehmendem Alter, wenngleich bei Jugendlichen der Suizid eine der häufigsten Todesursachen darstellt. Zwischen 2005 und 2014 begingen in Niederösterreich 63 Jugendliche im Alter von 15 bis 19 Jahren Suizid. Das entspricht bei Burschen einer altersstandardisierten Rate (Europabevölkerung 2013) von 10 und bei Mädchen von 3 Todesfällen pro 100.000 EW. Weitere 3 Suizide in diesem Zeitraum wurden von 10- bis 14-Jährigen ausgeführt.

In der Altersgruppe der ab 75-Jährigen begingen im Zeitraum 2005–2014 rund 95 von 100.000 Männern Suizid, von den gleichaltrigen Frauen 15 (Abbildung 3.44).

Abbildung 3.44:

Suizidrate in Niederösterreich nach Altersgruppen und Geschlecht, 2005–2014



altersstandardisiert nach Europa–Bevölkerung 2013

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

Zu Suizidversuchen liegen keine verlässlichen Zahlen vor, da sie oft nicht als solche erkannt bzw. nicht entsprechend dokumentiert werden und auch nicht zwingend zu einem Kontakt mit dem Gesundheitssystem führen. Internationale Studien gehen davon aus, dass die Zahl der Suizidversuche die Zahl der tatsächlich durch Suizid verstorbenen Personen um das 10- bis 30-Fache übersteigt (De Munck et al. 2009; Flavio et al. 2013; Kölves et al. 2013). Demnach kann für Niederösterreich von etwa 2.500 bis 7.500 Suizidversuchen pro Jahr ausgegangen werden.

Definitionen und Daten

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

4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

Die individuellen Gesundheitsdeterminanten werden gemäß Public Health Monitoring Framework (s. Abschnitt 1.2) in drei Bereiche unterteilt:

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

Im folgenden Kapitel werden Indikatoren zu körperlichen Faktoren und zum Gesundheitsverhalten dargestellt. Im Bereich der psychischen Faktoren gibt es große Datendefizite: Verlässliche Daten zur Gesundheitskompetenz liegen derzeit nur auf Bundesebene vor. Daten zur Selbstwirksamkeitserwartung und Körperwahrnehmung stehen (repräsentativ) nicht für alle Bundesländer zur Verfügung.

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

Tabelle 4.1:
Indikatoren-Übersicht zu Kapitel 4 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks

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

R-GZ = Rahmen-Gesundheitsziele

ZS-G MVKO = Zielsteuerung-Gesundheit: Mess- und Vergleichskonzept – Outcome-Messung im Gesundheitswesen

GMF = Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework

Quelle und Darstellung: GÖG

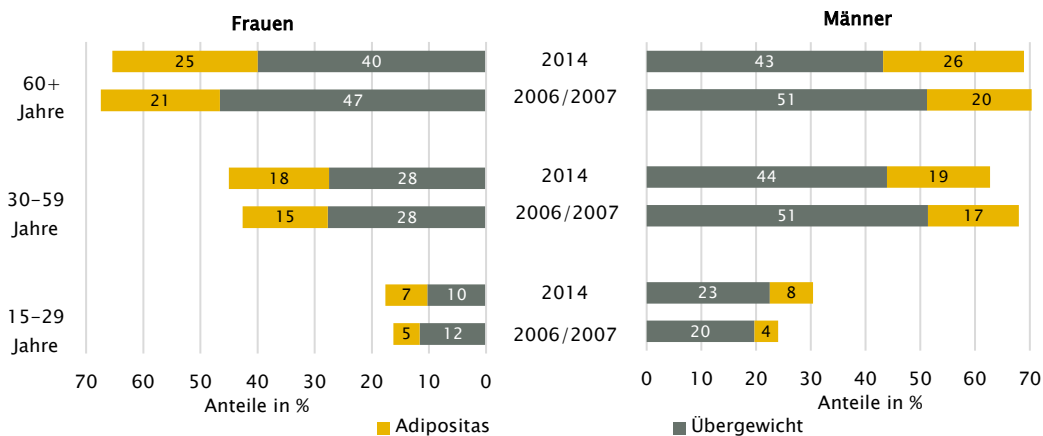
4.1 Körperliche Faktoren

4.1.1 Adipositas und Übergewicht

Adipositas und Übergewicht sind weltweit steigende Gesundheitsprobleme – bedingt durch einen hochkalorienhaltigen Ernährungsstil sowie mangelnde körperliche Bewegung. Adipositas und Übergewicht gelten als Risikofaktoren für zahlreiche Gesundheitsprobleme wie Bluthochdruck, hohes Cholesterin, Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen und bestimmte Krebsarten (OECD 2014). Darüber hinaus stehen Adipositas und Übergewicht mit einer Reihe psychosozialer Belastungen in Zusammenhang (z. B. Diskriminierung, Ausgrenzung, verminderte Selbstachtung), die zu einer verminderten Lebensqualität sowie zu einem erhöhten Depressionsrisiko beitragen (Flodmark et al. 2004).

Knapp 34 Prozent der niederösterreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren sind übergewichtig (BL-Bandbreite: 28–38 %) und rund 18 Prozent adipös (BL-Bandbreite: 10–19 %). Männer zwischen 15 und 59 Jahren sind deutlich häufiger von Übergewicht betroffen als Frauen (40 % vs. 28 %), aber etwa gleich häufig adipös. Während der Anteil der übergewichtigen bzw. adipösen Frauen kontinuierlich mit dem Alter steigt, ist bei den Männern ein Anstieg ab dem 30. Lebensjahr zu verzeichnen und ein leichter Rückgang bei den ab 60-Jährigen (Abbildung 4.1).

Abbildung 4.1:
Übergewicht und Adipositas nach Altersgruppen und Geschlecht, Niederösterreich 2006/2007 und 2014



ohne Personen in Anstalts Haushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15+)

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

Der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen ist in Niederösterreich seit 2006/2007 weitgehend unverändert (bei rund 52 %). Allerdings kam es zu einer leichten Verschiebung von überge-

wichtigen (Abnahme von 37 auf 34 %) hin zu adipösen Personen (Zunahme von 15 auf 18 %). Bedenklich ist dieser Anstieg besonders bei den 15- bis 29-Jährigen: 2006/2007 waren knapp 5 Prozent dieser Altersgruppe adipös, 2014 sind es bereits 8 Prozent. Bei den niederösterreichischen Männern hat sich dieser Anteil sogar verdoppelt (Abbildung 4.1).

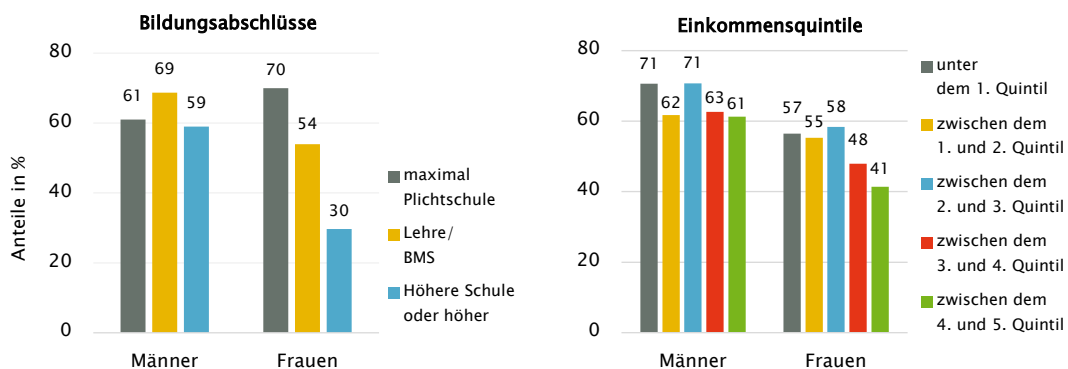
Nennenswerte Unterschiede nach Versorgungsregionen zeigen sich nicht.

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Während bei niederösterreichischen Männern (30 Jahre und älter) kein eindeutiger Zusammenhang mit der formalen Bildung besteht, ist bei niederösterreichischen Frauen ein linearer Zusammenhang zwischen Übergewicht/Adipositas und Bildung ersichtlich. Zudem steigt der Anteil übergewichtiger und adipöser Niederösterreicher/innen (30 Jahre und älter) mit sinkendem Haushaltseinkommen (von 53 % im obersten auf 63 % im untersten Einkommensquintil), ein Effekt, der sich vor allem bei der weiblichen Bevölkerung zeigt (Abbildung 4.2).

Abbildung 4.2:

Übergewicht und Adipositas nach Bildung und Haushaltseinkommen, Niederösterreich 2014



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

Quelle: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Der einzige nennenswerte Unterschied nach Migrationshintergrund besteht bei Adipösen: Personen ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) sind häufiger adipös als Personen mit Migrationshintergrund (20 % vs. 10 %); ein Ergebnis das vor allem durch den Altersunterschied der Vergleichsgruppen bedingt ist (Niederösterreicher/innen ohne Migrationshintergrund sind häufiger 60plus als Niederösterreicher/innen mit Migrationshintergrund).

Definitionen und Daten

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

Bei Personen ab 18 Jahren wird der BMI üblicherweise nach den Grenzwerten der WHO klassifiziert (WHO 2000). Personen mit einem BMI < 18,50 werden geschlechtsunabhängig als untergewichtig, mit einem BMI zwischen 18,51 und 24,99 als normalgewichtig und ab einem BMI von 25,00 als übergewichtig eingestuft. Personen mit einem BMI zw. 25,00 und 29,99 gelten als prä-adipös, mit Werten ≥ 30 als adipös. Bei Kindern und Jugendlichen gelten andere Grenzwerte.

Die Ergebnisse zu Adipositas und Übergewicht werden auf Basis des ATHIS 2014 berichtet und mit Ergebnissen aus 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben. Ein Vergleich der ab 15-jährigen und der ab 18-jährigen Bevölkerung hat gezeigt, dass es – hinsichtlich der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas – keine signifikanten Unterschiede gibt. Um den Aufwand zu reduzieren, werden deshalb die Ergebnisse für die 15+ Bevölkerung ab 15 Jahren berichtet.

4.1.2 Bluthochdruck

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

Im Jahr 2014 sind 23 Prozent der Niederösterreicher/innen ab 15 Jahren (rund 323.000 Personen) von Bluthochdruck betroffen (BL-Bandbreite: 17–28 %):

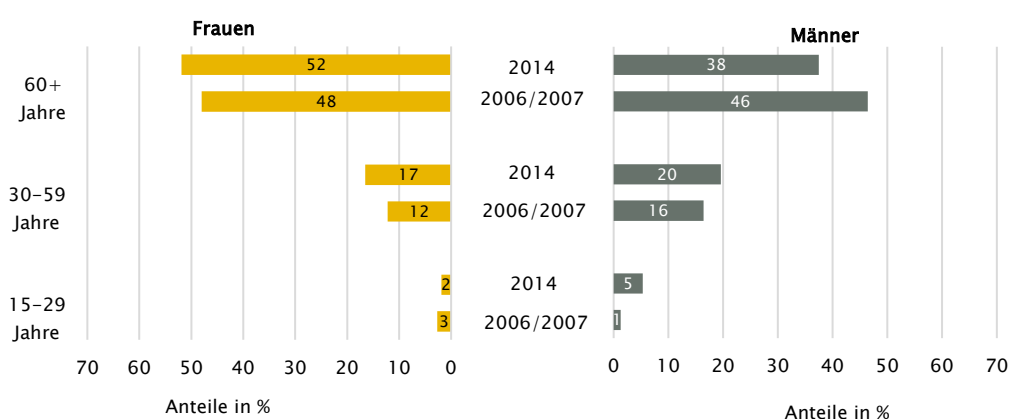
- » 15- bis 29-jährige Männer häufiger als gleichaltrige Frauen (5 % vs. 2 %)
- » Frauen ab 60 Jahren häufiger als gleichaltrige Männer (52 % vs. 38 %)
- » die ältere Bevölkerung häufiger als die jüngere (Abbildung 4.3)

Im Vergleich zum ATHIS 2006/2007 ist die Bluthochdruck-Prävalenz in Niederösterreich um rund 2 Prozentpunkte gestiegen.

Menschen unter 30 Jahren sind von Bluthochdruck nicht oder äußerst selten betroffen (4 %). Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz jedoch von 18 Prozent bei den 30- bis 59-Jährigen auf 45 Prozent bei den ab 60-Jährigen (Abbildung 4.3).

Ein Blick auf die Versorgungsregionen zeigt, dass die Bevölkerung im Waldviertel häufiger von Bluthochdruck betroffen ist als die Einwohner/innen der anderen VR (33 % vs. 22–23 %).

Abbildung 4.3:
Niederösterreicher/innen mit Bluthochdruck nach Altersgruppen und Geschlecht,
2006/2007 und 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15+)

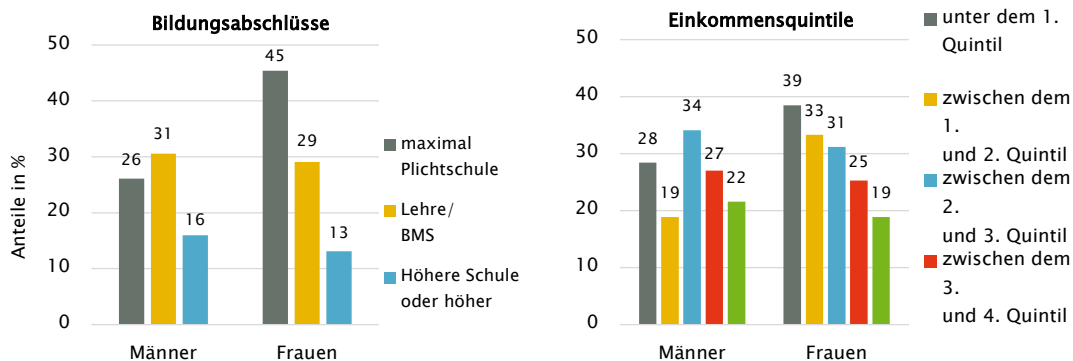
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 und 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Die Bluthochdruck-Prävalenz sinkt bei Frauen mit steigender Bildung von 45 auf 13 Prozent (Abbildung 4.4). Bei den Männern weisen Personen mit einem Lehr-/BMS-Abschluss die höchste Prävalenz auf. Ein ähnliches Bild zeigt sich in Bezug auf das Haushaltseinkommen: Mit steigendem Einkommen nimmt die Bluthochdruck-Prävalenz bei Frauen ab (von 39 auf 19 %), während bei den Männern kein derartiger Zusammenhang besteht (Abbildung 4.4). Niederösterreicher ohne Migrationshintergrund (15 Jahre oder älter) haben häufiger Bluthochdruck als Niederösterreicher mit Migrationshintergrund (23 % vs. 14 %); ein Ergebnis das vor allem durch den Altersunterschied der Vergleichsgruppen bedingt ist (Niederösterreicher/innen ohne Migrationshintergrund sind häufiger 60plus als Niederösterreicher/innen mit Migrationshintergrund).

Abbildung 4.4:

Niederösterreicher/innen mit Bluthochdruck nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014



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

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

Definitionen und Daten

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

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

4.2 Psychische Faktoren

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

Besonders von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang die sogenannten **Meta- bzw. Zugangs-Ressourcen**, z. B. die Selbstwirksamkeit (Bandura 1977; Bandura 1997), das Hardiness-Konzept⁴ (Kobasa 1979; Kobasa 1982) oder Antonovsky's „Sense of Coherence“⁵ (Antonovsky 1979; Antonovsky 1997; Antonovsky/Sagy 1986). Sie sind für die Nutzung/Aktivierung innerer und äußerer Ressourcen bedeutsam, geben Auskunft über die Widerstandsfähigkeit (Resilienz) von Personen und entscheiden, wie mit biografischen und gesellschaftlichen Veränderungen umgegangen wird.

Die **Gesundheitskompetenz** verkörpert die Fähigkeit, im alltäglichen Leben gesundheitsförderliche, präventive sowie die Krankenbehandlung betreffende Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Sie stärkt eine Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenz, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anwenden zu können (Kickbusch 2006; Sørensen et al. 2012). Die individuelle Kompetenz ist dabei immer in Relation zu den gesellschaftlichen Anforderungen zu sehen (Brach et al. 2012; Parker 2009).

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

Ebenfalls zu den psychischen Faktoren zählen die **Einstellung und Haltung zum eigenen Körper**. Beides beeinflusst sowohl das Verhalten als auch die psychische Gesundheit (Dür/Griebler 2007; Kurth/Ellert 2008).

Trotz ihrer Wichtigkeit liegen zu psychischen Einflussgrößen (mehrheitlich) weder für die niederösterreichische Bevölkerung noch für die österreichische Bevölkerung entsprechende Routinedaten vor. Ein Monitoring dieser Gesundheitsdeterminanten ist somit (vor allem in Bezug auf das Gesundheitsverhalten und auf die psychische Gesundheit) nur eingeschränkt möglich.

4.2.1 Problematische Körperwahrnehmung

Die Wahrnehmung des eigenen Körpers wird von physischen wie psychischen Faktoren bestimmt (z. B. durch den Gewichtsstatus) sowie von sozialen und kulturellen Faktoren (z. B. durch Medien,

4

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

5

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

Gleichaltrige, Eltern etc.) (Holmqvist/Frisén 2010; Seock/Merritt 2013). Sie beeinflusst sowohl das Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Personen als auch ihr psychisches Wohlbefinden bzw. ihre psychische Gesundheit (Dür/Griebler 2007; Kurth/Ellert 2008). Auf die Gesundheit wirkt sich vor allem ein negatives Körperbild aus, weil es mit ungesunden Maßnahmen zur Gewichtsreduktion (z. B. mit Fasten, extremen Diäten, übermäßigem Sport), Essstörungen, dem Konsum von Substanzen (z. B. Tabak), einem geringen Selbstwertgefühl und einer eingeschränkten psychischen Gesundheit einhergeht (Bucchianeri et al. 2013; Currie et al. 2012; Holmqvist/Frisén 2010).

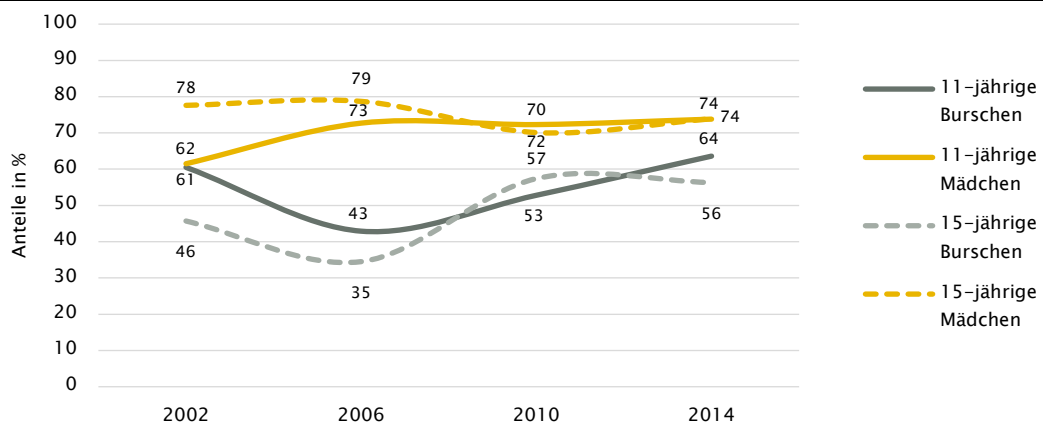
Aussagen zum Körperbild können in Niederösterreich auf Basis der Health Behaviour in School-aged Children Study getroffen werden. Ihr zufolge empfinden rund 64 bzw. 74 Prozent der 11-jährigen Burschen bzw. 11-jährigen Mädchen sowie 56 bzw. 74 Prozent der 15-jährigen Burschen bzw. 15-jährigen Mädchen ihren Körper als zu dick, obwohl sie laut BMI unter- bzw. normalgewichtig sind (keine BL-Bandbreiten möglich). In beiden Altersgruppen sind demnach Mädchen häufiger mit ihrem Körper unzufrieden als Burschen, und zwar in beiden Altersgruppen etwa gleich häufig (Abbildung 4.5).

Trendbeobachtungen verdeutlichen, dass es bei den 11-jährigen Burschen seit 2006 zu einer Verschlechterung des Körperbilds gekommen ist und dass das Ausmaß einer problematischen Selbsteinschätzung bei den 15-jährigen Burschen seit 2006 deutlich gestiegen ist (Abbildung 4.5).

Bei den Mädchen hingegen zeigt sich sowohl bei den 11- als auch bei den 15-Jährigen seit 2006 ein weitgehend gleichbleibender Trend, allerdings auf hohem Niveau. Darüber hinaus nähern sich die Werte der 11-Jährigen sukzessive den Werten der 15-Jährigen an (Abbildung 4.5).

Abbildung 4.5:

Problematische Körperwahrnehmung bei 11- und 15-Jährigen in Niederösterreich, 2002–2014



Quelle: BMGF/IFGP – HBSC 2002, 2006, 2010 und 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Körperwahrnehmung gibt Auskunft darüber, wie Personen ihren Körper sehen und empfinden (Holmqvist/Frisén 2010). Sie ist besonders problematisch, wenn unter- bzw. normalgewichtige Personen sich als zu dick empfinden.

Aussagen zu einem problematischen Körperbild werden auf Basis der HBSC-Erhebung 2014 berichtet und mit Ergebnissen aus 2002, 2006 und 2010 verglichen (Dür/Mravlag 2002; Dür/Griebler 2007; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Die Angaben beziehen sich auf Personen, die eine Schule besuchen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS), und beruhen auf Selbstangaben.

4.3 Gesundheitsverhalten

4.3.1 Ernährung

Das Ernährungsverhalten ist ein maßgeblicher Faktor für Gesundheit und Wohlbefinden und kann langfristig zur Gesundheitserhaltung beitragen (Pirouznia 2001; te Velde et al. 2007). Ein unausgewogenes Verhältnis von wenig gesundheitsförderlichen (z. B. Süßigkeiten, zuckerhaltige Getränke, Fleisch) und gesundheitsförderlichen Lebensmitteln (z. B. Gemüse, Fisch, Milch- und Vollkornprodukte) kann kurz- bis mittelfristig zu Gesundheitsproblemen wie Übergewicht und Karies führen. Langfristig werden dadurch Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder bestimmte Krebserkrankungen begünstigt (Bowman/Vinyard 2004; Malik et al. 2010; Vartanian et al. 2007). Bei Kindern und Jugendlichen kann sich ein ungünstiges Ernährungsverhalten auch negativ auf die kognitive Entwicklung auswirken. Als besonders wichtig erweist sich ein regelmäßiger Konsum von Obst und Gemüse (Hartley et al. 2013; Li et al. 2014; Wang et al. 2014). Die Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE) empfiehlt deshalb täglichen Obst- und Gemüsekonsum (s. www.oege.at).

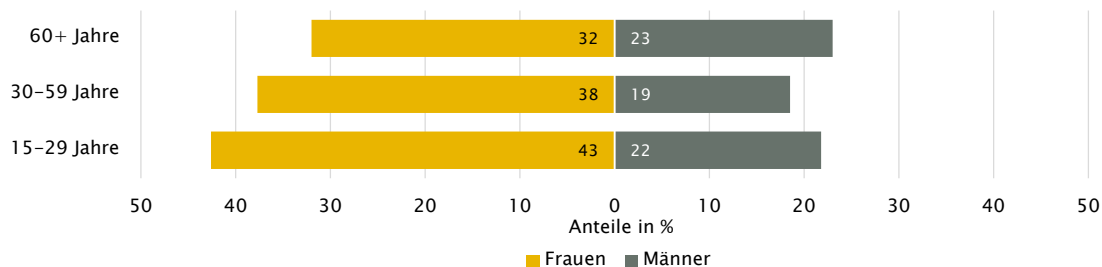
29 Prozent der Niederösterreicher/innen ab 15 Jahren essen täglich Obst und Gemüse (BL-Bandbreite: 29–42 %); Frauen aller Altersgruppen deutlich häufiger als Männer (37 % vs. 21 %). 26 Prozent essen täglich Obst (aber kein Gemüse), weitere 10 Prozent täglich Gemüse (aber kein Obst).

Während bei den Niederösterreicherinnen der tägliche Obst- und Gemüsekonsum mit dem Alter abnimmt (von 43 auf 32 %), kommen – über alle Altersgruppen hinweg – rund 20 Prozent der Niederösterreich den Ernährungsempfehlungen nach (Abbildung 4.6).

Ein Blick auf die Versorgungsregionen macht deutlich, dass die Bewohner/innen des Mostviertels häufiger täglich Obst und Gemüse konsumieren, als dies die Einwohner/innen der anderen VR tun (34 % vs. 27–29 %). Vor allem der Gemüsekonsum ist im Mostviertel stärker ausgeprägt.

Abbildung 4.6:

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



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15+)

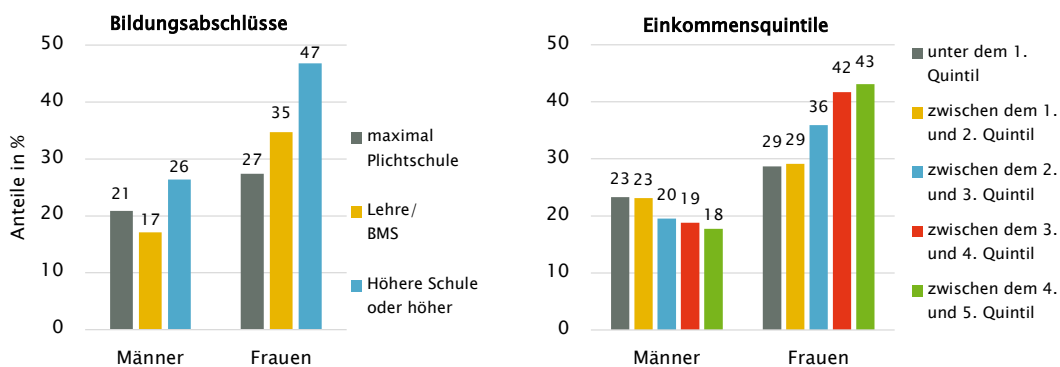
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Je höher der Bildungsabschluss und je höher das Haushaltseinkommen, desto häufiger essen niederösterreichische Frauen (30 Jahre und älter) täglich Obst und Gemüse (Abbildung 4.7). Diese Zusammenhänge finden sich – ähnlich wie bei Übergewicht/Adipositas und Bluthochdruck – bei der männlichen Bevölkerung nicht. Niederösterreicherinnen ohne Migrationshintergrund essen häufiger täglich Obst und Gemüse als Niederösterreicherinnen mit Migrationshintergrund (38 % vs. 30 %).

Abbildung 4.7:

Täglicher Obst- und Gemüsekonsum nach Bildung und Haushaltseinkommen, Niederösterreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30+)

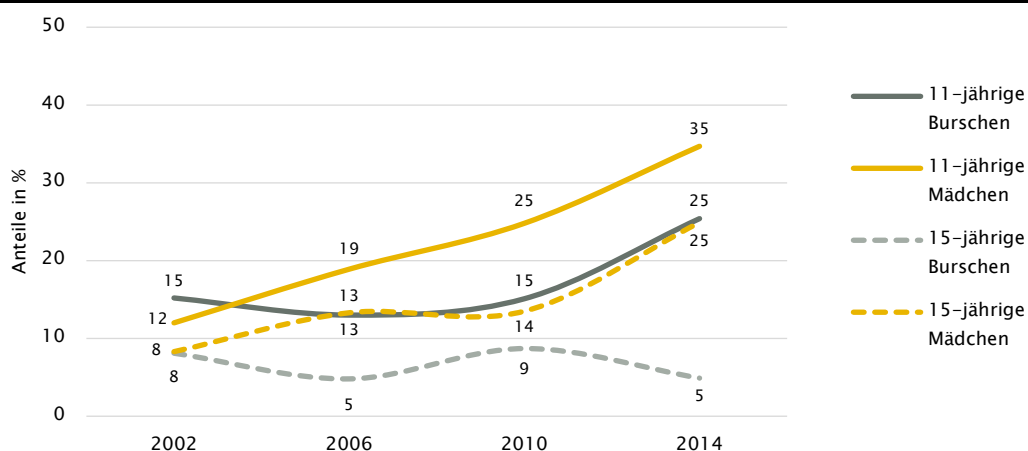
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Obst- und Gemüsekonsum bei Kindern und Jugendlichen

Aussagen zum Obst- und Gemüsekonsum von Kindern und Jugendlichen können in Niederösterreich auf Basis der Health Behaviour in School-aged Children Study getroffen werden. Ihr zufolge essen rund 25 Prozent der 11-jährigen Burschen und 35 Prozent 11-jährigen Mädchen sowie 5 Prozent der 15-jährigen Burschen und 25 Prozent 15-jährigen Mädchen täglich Obst und Gemüse (keine BL-Bandbreiten möglich). In beiden Altersgruppen greifen Mädchen häufiger zu Obst und Gemüse, die 11-jährigen Mädchen häufiger als die 15-jährigen (Abbildung 4.8).

Abbildung 4.8:

Täglicher Obst- und Gemüsekonsum bei 11- und 15-jährigen in Niederösterreich, 2002–2014



Quelle: BMGF/IFGP – HBSC 2002, 2006, 2010 und 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Trendbeobachtungen verdeutlichen, dass 11- und 15-jährige Niederösterreicherinnen seit 2002 vermehrt Obst und Gemüse konsumieren. Bei den 11-jährigen Burschen zeigt sich hingegen erst ab 2010 ein deutlicher Anstieg des täglichen Obst- und Gemüsekonsums, während das Konsumverhalten der 15-Jährigen (seit 2002) keinen eindeutigen Trend aufweist (Abbildung 4.5).

Definitionen und Daten

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

Aussagen zum täglichen Obst- und Gemüsekonsum werden auf Basis der HBSC-Erhebung 2014 berichtet und mit Ergebnissen aus 2002, 2006 und 2010 verglichen (Dür/Mravlag 2002; Dür/Griebler 2007; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Die Angaben beziehen sich auf Personen, die eine Schule besuchen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS), und beruhen auf Selbstangaben.

4.3.2 Gesundheitswirksame Bewegung

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

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

1. wöchentlich **mindestens 150 Minuten** mäßig intensive körperliche Bewegung sowie
2. **muskelkräftigende Übungen** an mindestens zwei Tagen pro Woche vor.
3. Ergänzend dazu wird eine **vermehrte Bewegung im Alltag** propagiert (Titze et al. 2010).

Die österreichischen **Empfehlungen für eine gesundheitswirksame Bewegung** (Punkt 1 und 2) erfüllen 24 Prozent der Niederösterreicher/innen ab 15 Jahren (BL-Bandbreite: 21–30 %); Männer häufiger als Frauen (27 % vs. 21 %). Während rund die Hälfte der 15- bis 29-jährigen Männer die österreichischen Bewegungsempfehlungen erfüllt, sinkt der Anteil bei den ab 30-Jährigen auf rund ein Fünftel. Bei den Frauen sinkt der Anteil mit dem Alter von etwa einem Viertel auf 16 Prozent.

Etwa 48 Prozent der niederösterreichischen Bevölkerung bewegen sich mindestens 150 Minuten pro Woche (Punkt 1 der Bewegungsempfehlung; BL-Bandbreite: 45–60 %), Frauen etwas seltener als Männer (46 % vs. 50 %). 15- bis 29-jährige Niederösterreicher/innen erfüllen die Bewegungsempfehlung von mindestens 150 Minuten körperlicher Aktivität mit 58 Prozent häufiger ältere Personen (rund 45 %).

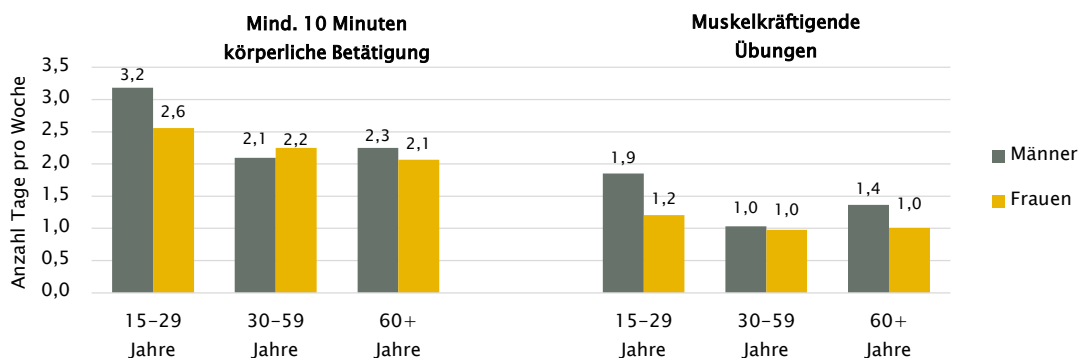
Eine differenziertere Betrachtung des Bewegungsverhaltens ist über die Anzahl der Tage pro Woche möglich, an denen die Befragten in ihrer Freizeit zumindest 10 Minuten körperlich aktiv sind. Demnach ist die niederösterreichische Bevölkerung an durchschnittlich 2,3 Tagen pro Woche körperlich aktiv (BL-Bandbreite: 2,2–2,7 Tage pro Woche):

- » junge Frauen seltener als junge Männer (2,6 vs. 3,2 Tage)
- » bis 29-Jährige häufiger als über 30-Jährige (2,9 vs. 2,2 Tage; Abbildung 4.9).

29 Prozent der Niederösterreicher/innen bewegen sich nie in ihrer Freizeit (BL-Bandbreite: 21–36 %), 6 % hingegen täglich.

Abbildung 4.9:

Bewegungsverhalten der niederösterreichischen Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014



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

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

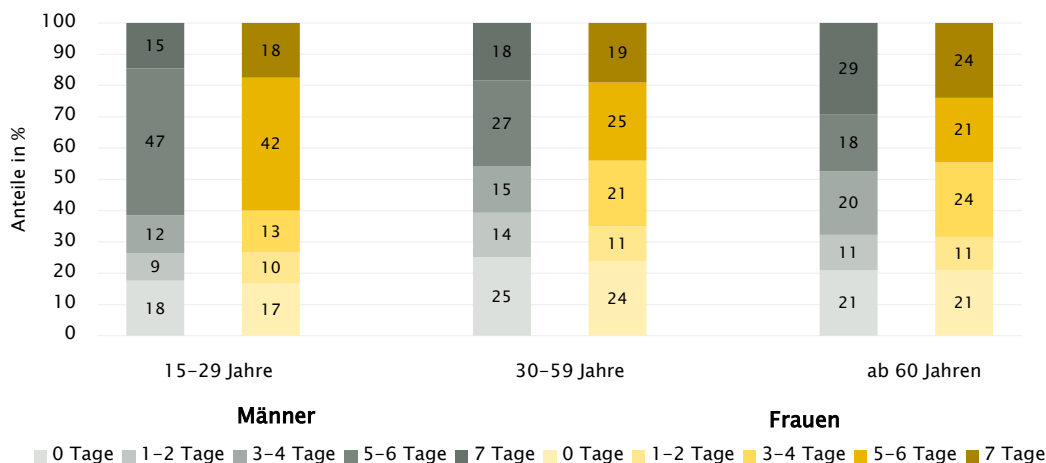
Die zweite Bewegungsempfehlung, an mindestens zwei Tagen pro Woche **muskelkräftigende Übungen** durchzuführen, erfüllen rund 31 Prozent der Niederösterreicher/innen (BL-Bandbreite: 29–39 %):

- » Männer häufiger als Frauen (35 % vs. 28 %),
- » jüngere Personen bis 29 Jahre häufiger als Personen ab 30 Jahre (46 % vs. 27–29 %).

Niederösterreicher/innen führen an rund 1,2 Tagen pro Woche muskelkräftigende Übungen durch (BL-Bandbreite: 1,1–1,6 Tage pro Woche). Mit durchschnittlich einem Tag pro Woche tut dies die weibliche Bevölkerung etwas seltener als die männliche Bevölkerung (1,3 Tage pro Woche). Niederösterreicher/innen zwischen 15 und 29 Jahren kräftigen ihre Muskeln deutlich häufiger (an rund 1,5 Tagen pro Woche) als die 30– bis 59-Jährigen (1 Tag pro Woche). Die ab 60-Jährige Bevölkerung tut dies an rund 1,2 Tagen pro Woche. 57 Prozent aller Niederösterreicher/innen führen nie muskelkräftigende Übungen durch (BL-Bandbreite: 49–61 %), 3 % tun dies täglich.

Alltagswege von mindestens 10 Minuten (ohne Unterbrechung) legt die niederösterreichische Bevölkerung an rund 3,7 Tagen pro Woche zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurück, Männer etwa genauso häufig wie Frauen (BL-Bandbreite: 3,6–4,8 Tage pro Woche). Mit durchschnittlich 3,9 Tagen pro Woche legt die Bevölkerung ab 60 Jahren etwa gleich häufig ihre Alltagswege zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurück wie die 15– bis 29-jährige Bevölkerung (4,1 Tage pro Woche). 30– bis 59-jährige Niederösterreicher/innen tun dies an 3,5 Tagen. 22 Prozent der Niederösterreicher/innen bewältigen ihre Alltagswege nie zu Fuß oder mit dem Fahrrad (BL-Bandbreite: 10–25 %), 21 Prozent hingegen täglich (Abbildung 4.10; BL-Bandbreite: 20–34 %).

Abbildung 4.10:
Bewegungsverhalten* im Alltag nach Altersgruppen und Geschlecht, Niederösterreich 2014



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

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

Ein Vergleich der Versorgungsregionen eröffnet, dass die Mostviertler/innen und die Weinviertler/innen mit rund 19–20 Prozent im Vergleich zu den anderen VR (24–25 %) die österreichischen Bewegungsempfehlungen am seltensten erfüllen.

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Niederösterreicher/innen mit einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter; Matura oder höher) erfüllen häufiger die österreichischen Bewegungsempfehlungen als Personen mit einer geringen formalen Bildung (27 % vs. 14 %). Zudem zeigt sich, dass Niederösterreicher/innen aus dem obersten Einkommensquintil deutlich häufiger gesundheitswirksam aktiv sind als Personen aus dem untersten Einkommensquintil (26 % vs. 10 %). Niederösterreicher/innen ohne Migrationshintergrund (15 Jahre oder älter) erfüllen häufiger die Bewegungsempfehlungen als Niederösterreicher/innen mit Migrationshintergrund (25 % vs. 18 %).

Bewegungsverhalten von 11-, 13- und 15-Jährigen

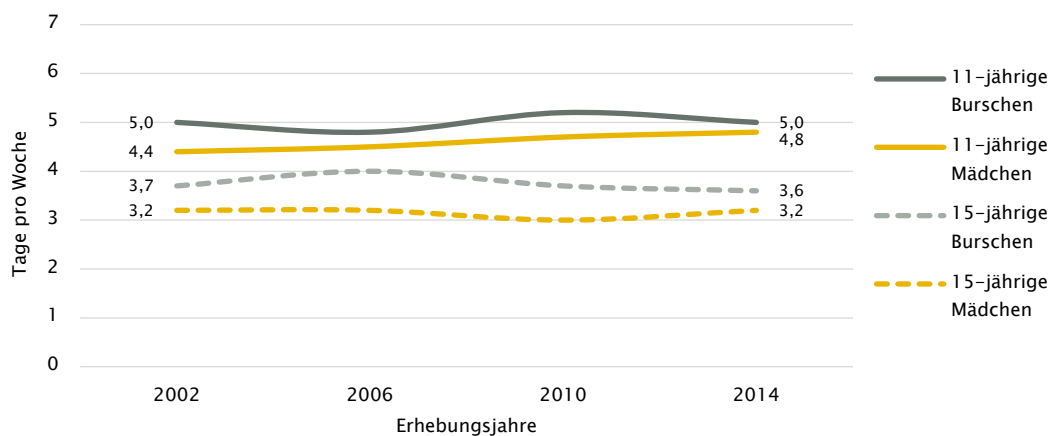
Aussagen zum Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen können für Niederösterreich auf Basis der Health Behaviour in School-aged Children Study getroffen werden. Ihr zufolge sind 11-jährige Burschen und Mädchen an etwa 5 Tagen pro Woche für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv, 15-jährige Burschen bzw. 15-jährige Mädchen nur noch an 3,6 bzw. 3,2 Tagen. Dies verdeutlicht, dass das Ausmaß körperlicher Bewegung bei Kindern und Jugendlichen mit dem Alter

abnimmt und dass es dabei zu einem Auseinanderdriften der Geschlechter kommt (Abbildung 4.11).

Die Empfehlung, täglich für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv zu sein, erfüllen 29 Prozent der 11-jährigen Burschen und 27 Prozent der gleichaltrigen Mädchen. Bei den 15-Jährigen sind dies 13 bzw. 6 Prozent (keine BL-Bandbreiten möglich).

Seit 2002 ist das Ausmaß körperlicher Bewegung (Tage pro Woche) weitgehend unverändert geblieben (Abbildung 4.11).

Abbildung 4.11:
Körperliche Bewegung bei 11- und 15-Jährigen in Niederösterreich, 2002–2014



Tage pro Woche

Quelle: BMGF/IFGP – HBSC 2002, 2006, 2010 und 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

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

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

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

Aussagen zum Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen werden auf Basis der HBSC-Erhebung 2014 berichtet und mit Ergebnissen aus 2002, 2006 und 2010 verglichen (Dür/Mravlag 2002; Dür/Griebler 2007; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Die Angaben beziehen sich auf Personen, die eine Schule besuchen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS), und beruhen auf Selbstangaben.

4.3.3 Tabakkonsum

Der Konsum von Tabak – aktiv oder passiv – verursacht zahlreiche tödliche Krankheiten und gilt als ein schwerwiegendes Gesundheitsrisiko (Robert Koch Institut 2008). Zu den Spätfolgen des Tabakkonsums zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall (s. auch 3.3.1), Atemwegserkrankungen wie COPD, chronische Bronchitis oder Asthma (s. ebenda) und bösartige Neubildungen wie Lungenkrebs, Kehlkopf- und Speiseröhrenkrebs, Harnblasenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs etc. (Singer et al. 2011).

22 Prozent der Niederösterreicher/innen ab 15 Jahren (rund 303.000 Personen) rauchen täglich⁶ (BL-Bandbreite: 21–33 %), 6 Prozent (rund 77.000 Personen) gelegentlich (BL-Bandbreite: 4–7 %). 73 Prozent sind Nichtraucher/innen⁷. 47 Prozent der Niederösterreicher/innen haben in ihrem Leben noch nie (täglich) geraucht. Seit 2006/2007 ist der Anteil täglich rauchender Männer und Frauen weitgehend unverändert.

51 Prozent der Gelegenheitsraucher/innen (3 % der 15+ Bevölkerung) und 35 Prozent der Nichtraucher/innen (26 % der 15+ Bevölkerung) haben früher täglich geraucht und ihr Rauchverhalten geändert (2006/2007: 3 % bzw. 18 % der 15+ Bevölkerung).

Insgesamt rauchen mehr Männer als Frauen täglich (24 % vs. 20 %). Männer sind auch stärkere Raucher: Sie rauchen häufiger mindestens 20 Zigaretten am Tag (21 % vs. 7 % der täglich Rauchenden). Täglich rauchende Niederösterreicher konsumieren durchschnittlich 18 Zigaretten am Tag, täglich rauchende Niederösterreicherinnen 13 Zigaretten.

Der Anteil der täglich Rauchenden ist bei den 30- bis 59-Jährigen (29 %) am größten, gefolgt von den 15- bis 29-Jährigen (23 %). Der Anteil der Gelegenheitsraucher/innen ist bei 15- bis 29-Jährigen (8 %) und 30- bis 59-Jährigen (7 %) ca. viermal so groß, wie bei den ab-60-Jährigen (2 %) (s. Abbildung 4.12). Die Anzahl der durchschnittlich pro Tag gerauchten Zigaretten ist bei den ab

6

50 Prozent der täglich rauchenden Niederösterreicher/innen konsumieren 15 oder mehr Zigaretten am Tag, 14 Prozent (rund 42.000 Personen) 20 oder mehr Zigaretten täglich (BL-Bandbreite: 6–15 %). 20 Zigaretten entsprechen einer Packung.

7

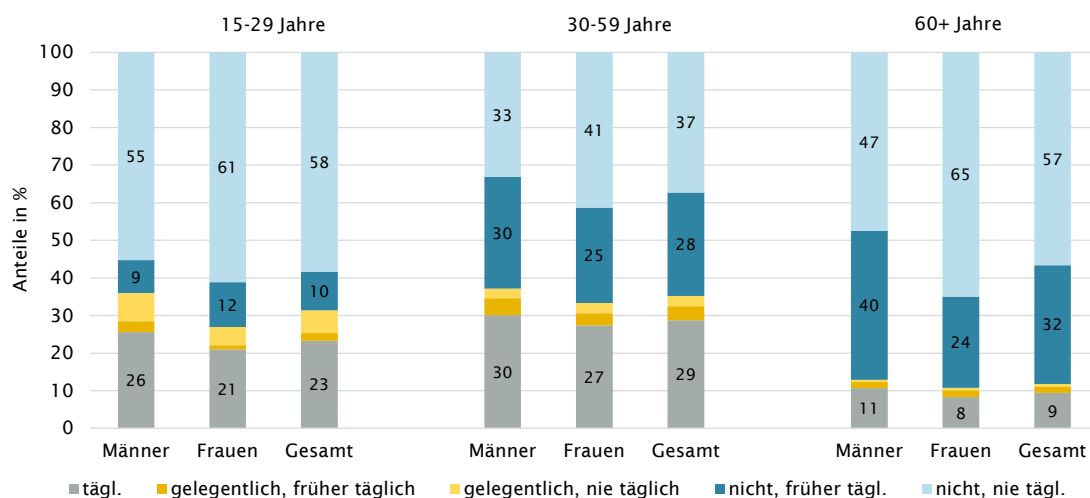
Eine Untersuchung des Instituts für empirische Sozialforschung (IFES) zu Rauchgewohnheiten in Niederösterreich liefert ein ähnliches Ergebnis. Bei der Befragung der ab 16-jährigen Bevölkerung im Jahr 2014 geben 20 Prozent an, täglich zu rauchen, 5 Prozent gelegentlich und 76 Prozent, nicht zu rauchen. (IFES 2015a).

30-Jährigen größer als bei den unter 30-Jährigen (17 bzw. 16 Stück bei den ab 30-Jährigen vs. 14 Stück bei den 15- bis 29-Jährigen).

Der Anteil täglicher Raucher/innen ist in der Thermenregion (25 %) am höchsten und im Mostviertel (19 %) am niedrigsten. In der Thermenregion ist auch der Anteil der stark Rauchenden am höchsten (20 %).

Abbildung 4.12:

Raucherstatus der Niederösterreicher/innen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15+)

Quelle: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Ernsthafte, aber nicht gelungene Aufhörversuche

30 Prozent der täglich rauchenden Niederösterreicher/innen (rund 92.000 Personen) haben im letzten Jahr versucht, mit dem Rauchen aufzuhören (BL-Bandbreite: 28-39 %), ab 60-jährige Männer häufiger als gleichaltrige Frauen. Unterschiede nach Versorgungsregion zeigen sich nicht.

Passivrauchen

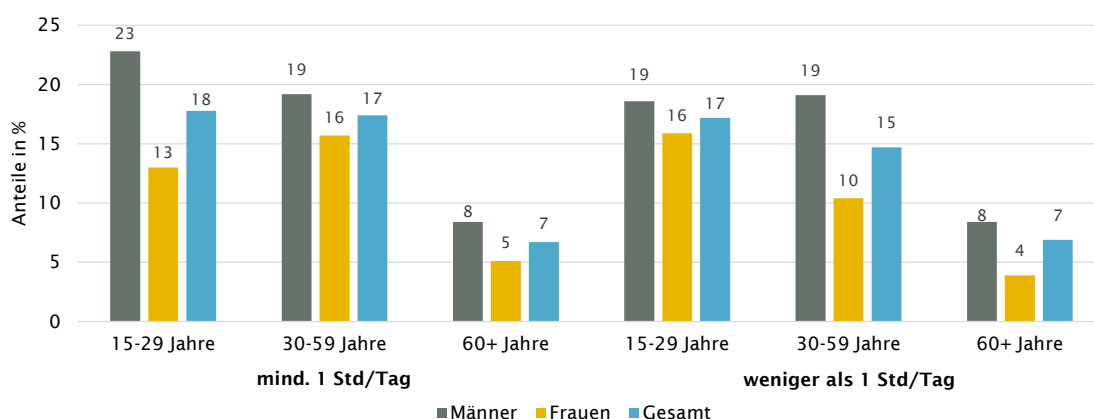
14 Prozent der Niederösterreicher/innen ab 15 Jahren (rund 198.000 Personen) sind täglich mindestens eine Stunde Passivrauch ausgesetzt (BL-Bandbreite: 10-22 %), weitere 13 Prozent weniger als eine Stunde pro Tag (BL-Bandbreite: 11-15 %). Dies gilt häufiger für Männer als für Frauen (Abbildung 4.13).

Der Anteil der „Passiv-Raucher/innen“ ist bei den 15- bis 59-Jährigen etwa zweieinhalb Mal so hoch wie bei den ab 60-Jährigen (Abbildung 4.13). 18 Prozent der 15- bis 29-Jährigen (23 % der

Männer und 13 % der Frauen) und 17 Prozent der 30– bis 59–Jährigen (19 % der Männer und 16 % der Frauen) sind mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt. Bei den ab 60–Jährigen sind es 7 Prozent (8 % der Männer und 5 % der Frauen).

Im Weinviertel und in der Thermenregion ist der Anteil der Personen, die täglich mindestens eine Stunde Passivrauch ausgesetzt sind, mit 17 bzw. 16 Prozent am höchsten, im Waldviertel mit rund 10 Prozent am niedrigsten.

Abbildung 4.13:
Betroffenheit der niederösterreichischen Bevölkerung von Passivrauch nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15+)

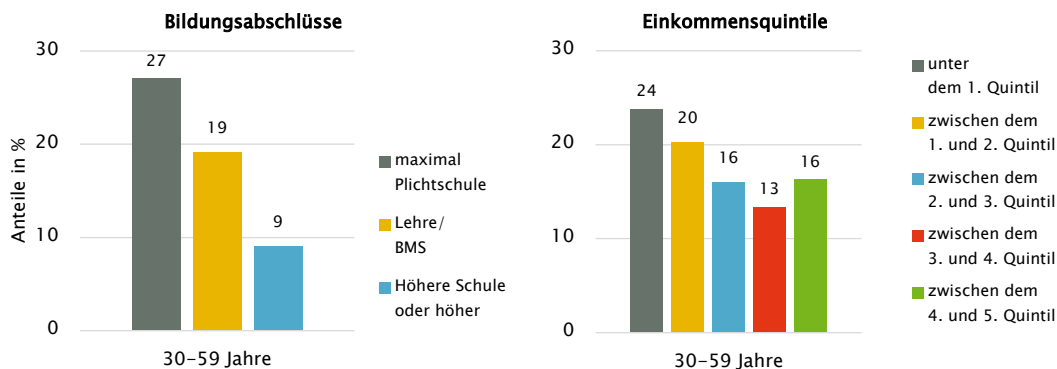
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Personen ohne Matura (30 Jahre und älter) zählen häufiger zu den täglichen Raucherinnen und Rauchern als Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (24 % vs. 14 %). Dies gilt insbesondere für die 30– bis 59–jährige Bevölkerung (35 % vs. 15 %). Darüber hinaus nimmt die Exposition gegenüber Passivrauch bei den 30– bis 59–Jährigen mit steigender Bildung ab (von 27 auf 9 %; Abbildung 4.14). Ähnliche Zusammenhänge finden sich – in Bezug auf die 30– bis 59–jährigen Niederösterreicher/innen – auch in Bezug auf das Haushaltseinkommen: Personen mit einem geringen Einkommen rauchen nicht nur häufiger täglich, sondern sind auch häufiger Passivrauch ausgesetzt als Personen mit einem höheren Einkommen (Abbildung 4.14). Niederösterreicher/innen mit Migrationshintergrund (15 Jahre oder älter) geben im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund öfter an, täglich zu rauchen (27 % vs. 21 %).

Abbildung 4.14:

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



* mindestens eine Stunde pro Tag ohne Personen in Anstaltshaushalten

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

Tabakkonsum von Jugendlichen

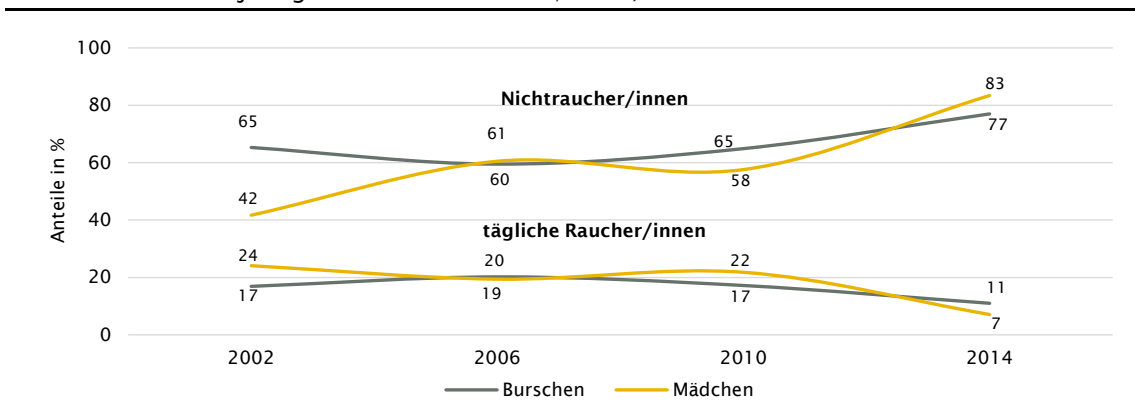
8 Prozent der 15-jährigen Niederösterreicher/innen rauchen täglich⁸ (Burschen: 11 %, Mädchen 7 %), 4 Prozent wöchentlich (Burschen: 4 %, Mädchen: 3 %) und 7 Prozent seltener, als einmal pro Woche (Burschen: 8 %, Mädchen: 6 %; keine BL-Bandbreiten möglich). 81 Prozent rauchen nicht (Burschen: 77 %, Mädchen: 83 %).

Der Anteil der täglich Rauchenden hat sich (bei den 15-Jährigen) zwischen 2010 und 2014 halbiert. Zwischen 2002 und 2010 blieb dieser Anteil weitgehend unverändert. Der Anteil der Nicht-raucher/innen ist bereits zwischen 2002 und 2006 und dann noch einmal zwischen 2010 und 2014 angestiegen (Abbildung 4.15).

8

Eine Untersuchung des Instituts für empirische Sozialforschung (IFES) zu Rauchgewohnheiten in Niederösterreich liefert ein ähnliches Ergebnis. Bei der Befragung von Schülern/Schülerinnen im Jahr 2015 geben 9 Prozent der 15-Jährigen an, täglich Zigaretten zu rauchen (IFES 2015b). Bei der ESPAD-Befragung 2015 (Strizek et al. 2016) geben 13 Prozent der 15-jährigen Schüler/innen Niederösterreichs an, täglich zu rauchen (Spezialauswertung: GÖG).

Abbildung 4.15:
Rauchverhalten 15-jähriger Niederösterreicher/innen, 2002–2014



Quelle: BMGF/IFGP – HBSC 2002, 2006, 2010, 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Ergebnisse zum Tabakkonsum und zum Passivrauchen in der ab 15-jährigen Bevölkerung werden auf Basis des ATHIS 2014 berichtet und mit Ergebnissen aus 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Die Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

Aussagen zum Rauchverhalten werden auf Basis der HBSC-Erhebung 2014 berichtet und mit Ergebnissen aus 2002, 2006 und 2010 verglichen (Dür/Mravlag 2002; Dür/Griebler 2007; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Die Angaben beziehen sich auf Personen, die eine Schule besuchen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS), und beruhen auf Selbstangaben.

4.3.4 Alkoholkonsum

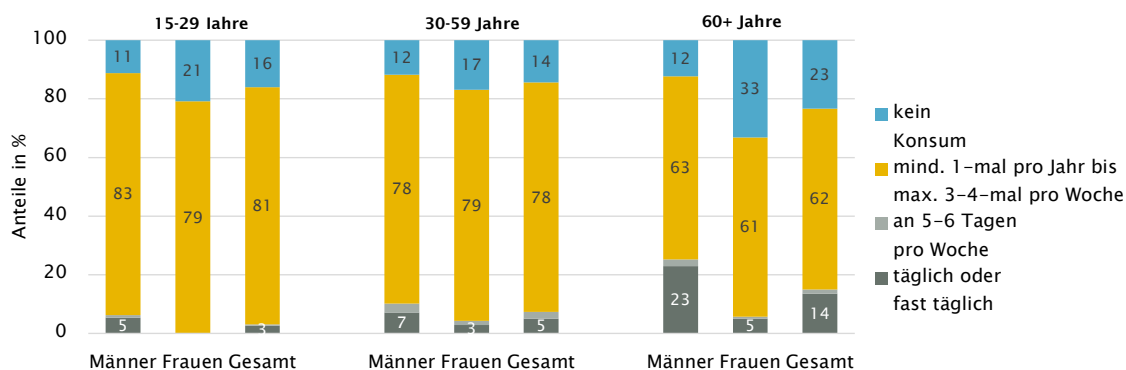
Übermäßiger Alkoholkonsum kann langfristig zu einer Reihe von gesundheitlichen Problemen führen. Zu den möglichen Folgen zählen u. a. Alkoholabhängigkeit, Krebserkrankungen, Leberzirrhose, alkoholinduzierte Pankreatitis, neurologische Störungen, kardiovaskuläre Erkrankungen sowie weitere Erkrankungen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

7 Prozent der Niederösterreicher/innen ab 15 Jahren (rund 98.000 Personen) trinken täglich oder fast täglich Alkohol (BL-Bandbreite: 5–7 %), weitere 2 Prozent (rund 23.000 Personen) an 5 bis 6 Tagen pro Woche. 17 Prozent (rund 240.000 Personen) erweisen sich als abstinent (BL-Bandbreite: 15–24 %). Grundsätzlich kann jedoch von einer Unterschätzung des Alkoholkonsums ausgegangen werden (s. Definitionen und Daten).

Männer trinken häufiger Alkohol als Frauen (täglich oder fast täglich: 11 % vs. 3 %; an 5 bis 6 Tagen pro Woche: 2,4 % vs. 1 %). Frauen sind häufiger abstinent (23 % vs. 12 %).

Der Anteil der täglich oder fast täglich Alkohol Konsumierenden nimmt mit dem Alter zu (von 3 % bei den 15- bis 29-Jährigen auf 14 % bei den ab 60-Jährigen). Der Anteil der Alkoholabstinenten ist bei ab 60-jährigen Frauen am höchsten (Abbildung 4.16).

Abbildung 4.16:
Alkoholkonsum der niederösterreichischen Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15+)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014
Darstellung: GÖG

In den Versorgungsregionen NÖ-Mitte und Thermenregion ist der Anteil an Personen, die täglich oder fast täglich Alkohol trinken, am höchsten, im Waldviertel am niedrigsten (8 % vs. 5 %). Im Waldviertel ist auch der Anteil der Abstinenten am höchsten, in NÖ-Mitte und in der Thermenregion am niedrigsten (30 % vs. 16 bzw. 15 %).

Problematischer Alkoholkonsum

4 Prozent der Niederösterreicher/innen ab 15 Jahren (rund 54.000 Personen) weisen einen problematischen Alkoholkonsum auf (BL-Bandbreite: 3–6 %); 15- bis 29-jährigen Männer deutlich häufiger als gleichaltrige Frauen (7 % vs. 1 %). Bei den ab 30-Jährigen zeigt sich dieser Unterschied nicht. Unterschiede nach Versorgungsregionen sind nicht erkennbar.

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Der wöchentliche Konsum von Alkohol steigt mit der Bildung (von 27 % maximal Pflichtschulabschluss auf 50 % mindestens Matura), wenngleich der häufige Konsum (an 5 oder mehr Tagen pro Woche) bei Männern mit maximal Pflichtschulabschluss und mit mindestens einem Maturaabschluss (mit je 19 %) und bei Frauen mit mindestens einem Maturaabschluss (mit 8 %) am weitesten verbreitet ist. Letzteres gilt auch für den problematischen Alkoholkonsum (6 %). Bei der männlichen Bevölkerung pflegen vor allem Personen mit einem Lehr-/BMS-Abschluss einen riskanten Alkoholkonsum (6 % vs. 2–3 %).

Ähnlich wie bei der Bildung nimmt der wöchentliche Alkoholkonsum auch mit steigendem Haushaltseinkommen zu (von 29 % beim untersten Einkommensquintil auf 52 % beim höchsten Einkommensquintil). Darüber hinaus steigt der problematische Alkoholkonsum bei Frauen mit steigendem Haushaltseinkommen (von 0,2 auf 8 %), während er bei den Männern von den unteren und oberen Einkommensklassen am häufigsten gepflegt wird (jeweils 6 %).

Sowohl der Anteil der täglich oder fast täglich Alkohol Konsumierenden (9 % vs. 7 %), als auch der Anteil an Abstinenten (22 % vs. 17 %) ist bei Niederösterreicherinnen und Niederösterreichern mit Migrationshintergrund (15 Jahre oder älter) größer als bei Niederösterreicher/innen ohne Migrationshintergrund. Bezüglich des problematischen Alkoholkonsums zeigt sich kein Unterschied.

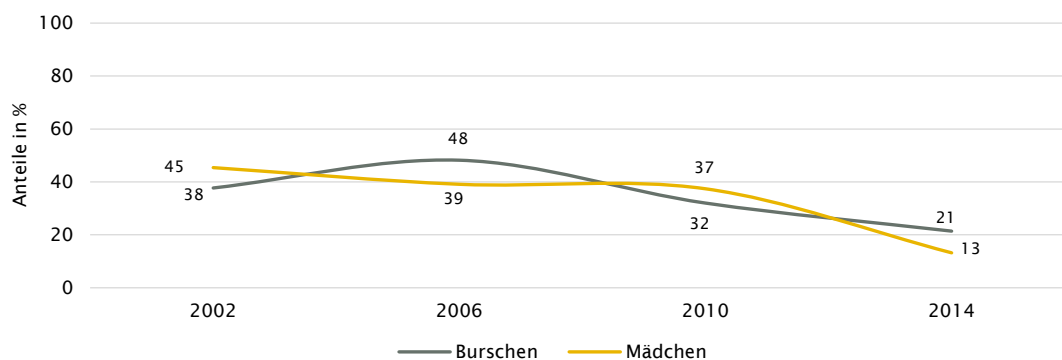
Alkoholkonsum von 15-Jährigen

16 Prozent der 15-jährigen Niederösterreicher/innen trinken mind. einmal pro Woche bis täglich Alkohol (Burschen: 21 %, Mädchen: 13 %; keine BL-Bandbreite möglich). 17 Prozent waren in den letzten 30 Tagen mindestens einmal betrunken (Burschen: 21 %, Mädchen: 15 %), 4 Prozent zweimal oder öfter (Burschen: 7 %, Mädchen: 2 %).⁹

Zwischen 2006 und 2014 zeigt sich beim Konsum alkoholischer Getränke sowohl bei den 15-jährigen Mädchen als auch bei den 15-jährigen Burschen ein abnehmender Trend (Abbildung 4.17). Auch Trunkenheitserfahrungen haben (bezogen auf die letzten 30 Tage) seit 2010 deutlich abgenommen (bei den Burschen von 35 auf 21 %; bei den Mädchen von 36 auf 15 %).

Abbildung 4.17:

Wöchentlicher Alkoholkonsum bei 15-Jährigen in Niederösterreich, 2002–2014



Quelle: BMGF/IFGP HBSC 2002, 2006, 2010, 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

9

In der ESPAD-Befragung 2015 (Strizek et al. 2016) geben 17 Prozent der 15-jährigen Niederösterreicher/innen an, in den letzten 30 Tagen betrunken gewesen zu sein (Spezialauswertung: GÖG).

Definitionen und Daten

Mit einem *problematischen Alkoholkonsum* ist ein wöchentlicher Konsum von im Durchschnitt 20g Reinalkohol pro Tag bei Frauen bzw. von 40g Reinalkohol durchschnittlich pro Tag bei Männern gemeint (wöchentliche Konsummenge durch 7 dividiert). 20g Reinalkohol sind beispielsweise in einem halben Liter Bier, einem Viertelliter Wein oder drei Gläsern Schnaps (zu je 20 ml) enthalten. Es gibt unter Expertinnen und Experten unterschiedliche Vorstellungen über Grenzen, ab denen Alkoholkonsum ein erhöhtes Gesundheitsrisiko darstellt (s. Uhl et al. 2009). Die Grenze zum „problematischen Alkoholkonsum“ ist eine davon.

Aussagen zum Alkoholkonsum werden auf Basis der HBSC-Erhebung 2014 berichtet und mit Ergebnissen aus 2002, 2006 und 2010 verglichen (Dür/Mravlag 2002; Dür/Griebler 2007; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Die Angaben beziehen sich auf Personen, die eine Schule besuchen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS), und beruhen auf Selbstangaben.

Befragungen in der erwachsenen Bevölkerung führen zu einer Unterschätzung des Alkohol-Pro-Kopf-Konsums. Sie erfassen nur etwa 40 Prozent der tatsächlich konsumierten Alkoholmenge. Gründe für die Unterschätzung sind die Unterrepräsentanz von Alkoholikern und Alkoholikerinnen in Studien, ein „Underreporting“ im Sinne sozialer Erwünschtheit sowie das Vergessen von Konsumereignissen aufgrund ihrer Belanglosigkeit in unserer Gesellschaft (Uhl et al. 2009). Eine österreichweite Befragung zum Substanzgebrauch in der Bevölkerung von 15 Jahren und älter im Jahr 2015, bei der die Unterschätzung des Alkoholkonsums durch Korrekturverfahren ausgeglichen wird, errechnet für 14 Prozent der Österreicher/innen ein Konsum über der „Gefährdungsgrenze“ (Frauen durchschnittlich 40g/Tag, Männer 60g/Tag). Darin enthalten sind bereits die für Österreich geschätzten 5 Prozent Alkoholiker/innen (Strizek/Uhl 2016). Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnte bei dieser Erhebung keine Auswertung auf Bundeslandebene gemacht werden.

4.3.5 Konsum illegaler Drogen

Wiederholter Drogenkonsum kann zu Abhängigkeit und anderen gesundheitlichen, psychischen und sozialen Problemen führen. Im Bereich des sogenannten risikoreichen Konsums illegaler Drogen spielt in Österreich vor allem der polytoxikomane Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten (häufig intravenös konsumiert) eine zentrale Rolle (Busch et al. 2015b).

Schätzungen für die Jahre 2012 und 2013 zufolge weisen zwischen 3.500 und 4.400 Niederösterreicher/innen einen risikoreichen Opiatkonsum auf – in den meisten Fällen im Rahmen eines polytoxikomanen Konsums. Das entspricht einer Rate von 329 bzw. 408 Personen pro 100.000 EW im Alter von 15 bis 64 Jahren (BL-Bandbreite: 157–1.082) (Busch et al. 2015b).

Schätzungen auf Basis unterschiedlicher Datenquellen für Gesamtösterreich zeigen, dass die Gruppe der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten etwa zu einem Viertel weiblich und zu drei Vierteln männlich ist. Der Anteil der unter 25-Jährigen wird für das Jahr 2015 auf nur mehr 10 Prozent geschätzt. Im Jahr 2004 waren es noch 40 Prozent. D.h. dass

es inzwischen weniger Einsteiger/innen gibt und sich die Altersstruktur der Personengruppe mit risikoreichem Opiatkonsum in Richtung „Alterung“ verändert hat (Busch et al. 2016).

Definitionen und Daten

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

Die Ergebnisse zum risikoreichen Opiatkonsum werden auf Basis folgender Quellen berichtet:

- » Prävalenzschätzungen mittels Capture-Recapture-Methode auf Basis von pseudonymisierten Daten aus dem Register der Substitutionsbehandlungen
- » Anzeigen wegen Opioiden
- » Drogenbezogene Todesfälle mit Opioid-Beteiligung

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

5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

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

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

Der Bereich Gesundheitsförderung und -versorgung wird ebenfalls den verhältnisbezogenen Gesundheitsdeterminanten zugerechnet, wird jedoch in einem eigenen Kapitel behandelt (s. Kapitel 6). Mehr als die Hälfte aller Indikatoren dieses Kapitels werden auch in anderen Gesundheitsstrategien und Frameworks verwendet (Tabelle 5.1).

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

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

R-GZ = Rahmen-Gesundheitsziele

ZS-G MVKO = Zielsteuerung-Gesundheit: Mess- und Vergleichskonzept – Outcome-Messung im Gesundheitswesen

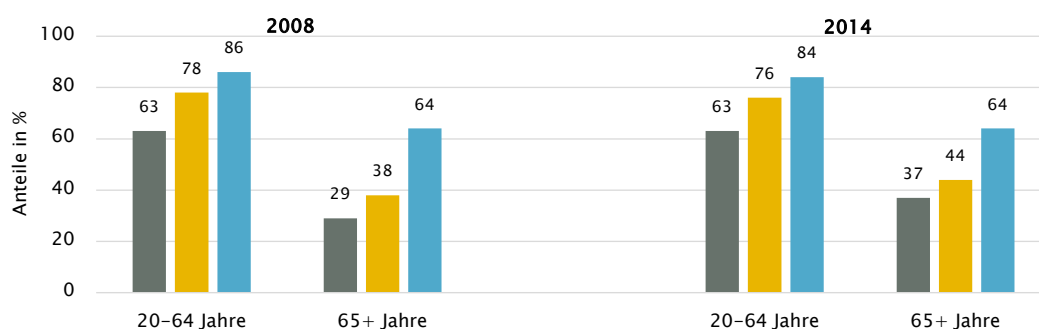
GMF = Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework

Quelle und Darstellung: GÖG

5.1 Materielle Lebensbedingungen

Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit ist vielfach belegt (Lampert et al. 2005; Pfortner 2013): Eine schlechte Gesundheit bzw. Krankheit erhöht nicht nur das Risiko zu verarmen (soziale Selektionshypothese), auch umgekehrt bewirkt Armut eine schlechtere Gesundheit. Selbst in einem Wohlfahrtsstaat wie Österreich ist ein diesbezüglicher Gradient erkennbar (Habl et al. 2014; Klimont et al. 2008). Auf Basis der EU-SILC-Daten kann ein deutlicher Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit nachgewiesen werden. Sowohl in der Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen als auch der über 64-Jährigen sinkt mit abnehmendem Haushaltseinkommen der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einstufen (Abbildung 5.1). Die Kategorie mit den niedrigsten Einkommen (weniger als 60 % des Medianeinkommens) entspricht dabei der Gruppe der Armutsgefährdeten (s. unten).

Abbildung 5.1:
Österreicher/innen mit sehr guter oder guter Gesundheit nach Einkommensgruppen*,
2008 und 2014



* Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen in Gruppen
< 60 Prozent des Medianeinkommens = Armutsgefährdung

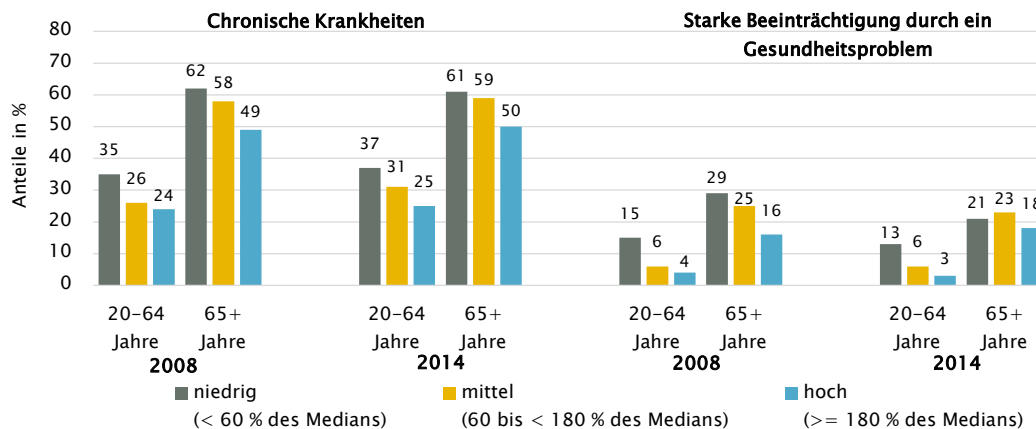
Quelle: Statistik Austria – EU-SILC 2008 und 2014
Darstellung: GÖG

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

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

Abbildung 5.2:

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



* Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen in Gruppen
 < 60 Prozent des Medianeinkommens = Armutsgefährdung

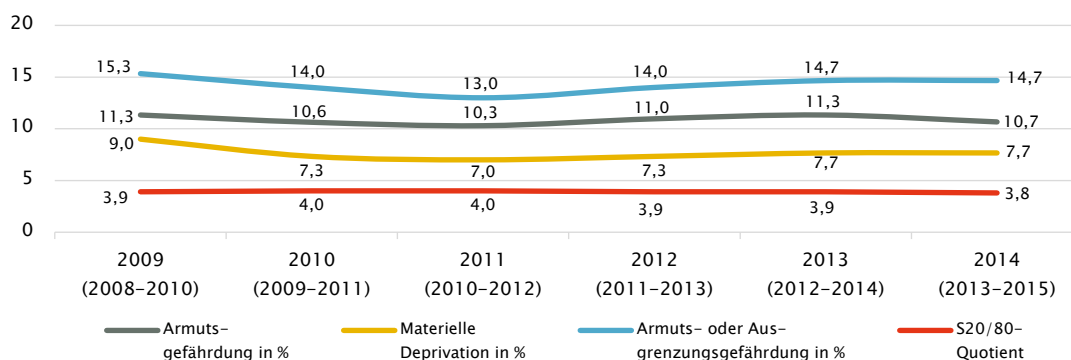
Quelle: Statistik Austria – EU-SILC 2008 und 2014
 Darstellung: GÖG

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

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

Abbildung 5.3:

Armutsindikatoren für Niederösterreich, 2009–2014



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

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

Definitionen und Daten

Alle Indikatoren zu den materiellen Lebensbedingungen stammen aus der EU-SILC-Erhebung (Statistics on Income and Living Conditions), die jährlich im Auftrag des Sozialministeriums von Statistik Austria durchgeführt wird und europaweit abgestimmt ist. Auch Nicht-EU-Staaten wie die Schweiz oder Norwegen beteiligen sich daran. Die Erhebung gibt es seit 2003, ab 2008 liegt eine einheitliche Zeitreihe vor (Statistik Austria 2013b; Statistik Austria 2014a; Statistik Austria 2015a).

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

5.1.1 (Dauerhafte) Armutsgefährdung

Im Jahr 2014 sind in Niederösterreich (Durchschnitt der Jahre 2013–2015) 11 Prozent der Bevölkerung armutsgefährdet (BL-Bandbreite: 11–23 %), also etwa 173.000 Menschen. Seit 2009 blieb dieser Werte weitgehend unverändert (Abbildung 5.3). Gäbe es allerdings keine Sozialleistungen (Familien-, Arbeitslosen-, Gesundheits-, Bildungsleistungen, Wohnbeihilfen und Sozialhilfe), wäre in Niederösterreich die Armutsgefährdung mit 21 Prozent im Durchschnitt der Jahre 2013–2015 fast doppelt so hoch.

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

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

Dauerhafte Armutsgefährdung

Der Großteil der armutsgefährdeten Menschen ist nicht nur in einem einzelnen Jahr armutsgefährdet, sondern über einen längeren Zeitraum. Im Jahr 2014 (also im Durchschnitt der Jahre 2013–2015) waren in Niederösterreich rund 6 Prozent der Bevölkerung dauerhaft armutsgefährdet. Dieser Wert ist ähnlich hoch wie in den Jahren zuvor.

Definitionen und Daten

Alle Personen, deren äquivalisiertes Haushaltseinkommen unterhalb der Armutsgefährdungsschwelle liegt, gelten als *armutsgefährdet*. Die Armutsgefährdungsschwelle ist definiert als 60 % des Medians des äquivalisierten Haushaltseinkommens (gewichtetes verfügbares Haushaltseinkommen). Der Betrag für die Armutsgefährdungsschwelle liegt im Jahr 2014 (für einen Ein-Personen-Haushalt) bei 1.161 Euro pro Monat. Für einen Haushalt bestehend aus zwei Erwachsenen und zwei Kindern (unter 14 Jahren) liegt der Wert für die Armutsgefährdungsschwelle 2,1-fach über der Schwelle für einen Ein-Personen-Haushalt. Da dieser Indikator keine Schulden oder Vermögensbestände und -auflösungen berücksichtigt, gelten diese Personen nicht als *arm*, sondern als *armutsgefährdet*.

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

5.1.2 Materielle Deprivation

Knapp 8 Prozent der Niederösterreicher/innen (rund 125.000 Menschen) sind im Jahr 2014 (Durchschnitt der Jahre 2013–2015) materiell depriviert. Damit liegt Niederösterreich am unteren Ende der BL-Bandbreite: (6–16 %). Im Vergleich zum Jahr 2009 hat sich die materielle Deprivation in Niederösterreich etwas verringert (Abbildung 5.3).

Definitionen und Daten

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

5.1.3 Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung

Die Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung liegt über der Armutsgefährdung, weil sie auch Personen mit einschließt, die in einem Haushalt mit geringer Erwerbsintensität leben und/oder materiell erheblich depriviert sind (s. 5.3.1.3). Etwa 15 Prozent der niederösterreichischen Bevölkerung sind im Jahr 2014 (Durchschnitt der Jahre 2013–2015) armuts- oder ausgrenzungsgefährdet, etwa ebenso viele wie im Jahr 2009 (Abbildung 5.3). Die Bandbreite der Bundesländer reicht im

Jahr 2014 von 15 bis 28 Prozent. In Niederösterreich ist demnach der Anteil der Armuts- und Ausgrenzungsgefährdeten vergleichsweise gering.

Definitionen und Daten

Personen, die entweder armutsgefährdet sind, in einem Haushalt ohne Erwerbseinkommen oder mit sehr niedriger Erwerbsintensität wohnen oder von erheblicher materieller Deprivation betroffen sind, gelten als *ausgrenzungsgefährdet*.

5.1.4 20/80-Verhältnis des Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens

Das 20/80-Verhältnis des Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens wird als Quotient angegeben. Bei einer vollkommen gleichmäßigen Verteilung der Einkommen würde der Quotient 1 betragen. In Niederösterreich lag der Wert im Jahr 2014 (Durchschnitt der Jahre 2013–2015) bei 3,8 (BL-Bandbreite: 3,4–4,6). Das bedeutet, dass in Niederösterreich das Haushaltseinkommen der reichsten 20 Prozent der Haushalte fast viermal so hoch ist wie das der ärmsten 20 Prozent. Damit rangiert Niederösterreich unter dem österreichischen Durchschnitt von 4,1. Im Zeitverlauf seit 2009 zeigen sich nur geringfügige Schwankungen (Abbildung 5.3).

Definitionen und Daten

Der Indikator *20/80-Verhältnis des Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens* ist – neben dem GINI-Koeffizienten – ein Maß zur Beschreibung von Einkommensungleichheit und damit zur Quantifizierung sozialer Ungleichheit. Er berechnet sich aus dem Verhältnis des Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens des obersten Einkommensquintils (jener 20 % der Bevölkerung mit dem höchsten Einkommen) zum Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens des untersten Einkommensquintils (jener 20 % der Bevölkerung mit dem niedrigsten Einkommen).

5.2 (Aus-)Bildung

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

Der Zusammenhang von Bildung und Gesundheit ist sowohl international (Richter 2009) als auch für Österreich vielfach belegt (Klimont et al. 2008)¹⁰. Er zeigt sich bereits am Lebensanfang, z. B. anhand der Frühgeborenenrate und an der Säuglingssterblichkeit (beide Kennzahlen sind bei Müttern mit geringerem Bildungsniveau höher als bei Müttern mit Matura oder Hochschulabschluss; s. 6.10.1) und am Lebensende anhand der Sterblichkeit bzw. Lebenserwartung (s. Abschnitt 3.1).

Der Bildungsbereich wird im vorliegenden Bericht anhand nachstehender Indikatoren abgebildet:

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

5.2.1 Bildungsniveau

Im Jahr 2014 verfügen 14 Prozent der Niederösterreicher/innen (im Alter von 25 bis 64 Jahren) über einen akademischen Abschluss (BL-Bandbreite: 12–24 %). Knapp 17 Prozent haben maximal einen Pflichtschulabschluss (BL-Bandbreite: 14–24 %). Eine Matura oder einen höheren Abschluss können 29 Prozent der Niederösterreicher/innen vorweisen (BL-Bandbreite: 25–43 %). 54 Prozent besitzen einen Lehr- oder BMS-Abschluss (Tabelle 5.2).

Langfristig gesehen ist das Bildungsniveau der österreichischen und auch der niederösterreichischen Bevölkerung gestiegen, wenngleich sich innerhalb der letzten Jahre Anzeichen einer Stagnation zeigen. Seit 2008 hat sich der Akademikeranteil in Niederösterreich von 11 auf 14 Prozent erhöht; der Anteil derjenigen, die maximal einen Pflichtschulabschluss aufweisen, ist gleich geblieben.

Wenngleich der Bildungsunterschied zwischen Frauen und Männern seit der Bildungsoffensive der 1960er Jahre deutlich geringer geworden ist, gibt es nach wie vor einen wesentlichen geschlechtsspezifischen Unterschied im Bildungsniveau: Niederösterreicherinnen beenden zwar etwas häufiger als Männer ihre Bildungslaufbahn mit einem akademischen Titel (15 % vs. 12 %), weisen jedoch deutlich häufiger maximal einen Pflichtschulabschluss auf (21 % vs. 12%; Tabelle 5.2).

10

Eine zusammenfassende Darstellung für Niederösterreich findet sich in Kapitel 7.

Tabelle 5.2:

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

Bildungsstand	absolut	Anteile in %		
	Gesamt	Gesamt	Männer	Frauen
Pflichtschule (inkl. Personen ohne Pflichtschulabschluss)	148.428	16,6	12,1	21,1
Lehre	323.091	36,1	45,6	26,6
Berufsbildende mittlere Schule	159.580	17,8	14,6	21,1
Allgemeinbildende oder berufsbildende höhere Schule	133.876	15,0	14,8	15,1
Kolleg	6.923	0,8	0,5	1,0
Universität, Hochschule, hochschulverwandte Lehranstalt	122.324	13,7	12,4	15,0

Quelle: Statistik Austria – Bildungsstandregister 2014
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Daten zum Bildungsniveau stammen aus dem Bildungsstandregister von Statistik Austria. (http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bildung_und_kultur/bildungsstand_der_bevoelkerung/index.html).

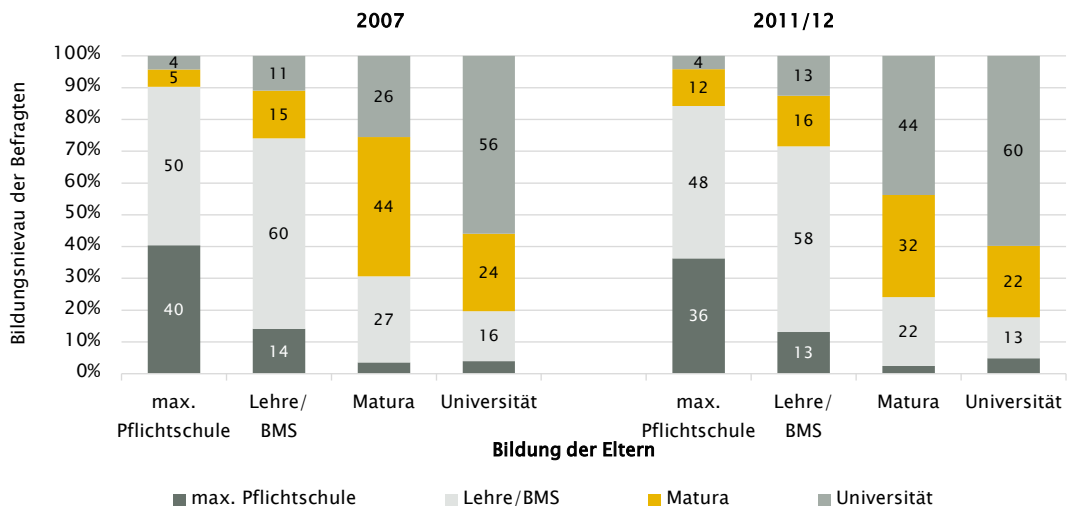
5.2.2 Bildungsmobilität

Die Bildungsmobilität kann in Österreich nur auf Bundesebene abgebildet werden. Die Erwachsenenbildungserhebung (AES) 2011/2012 zeigte, dass 57 Prozent der 25- bis 64-Jährigen, die mindestens einen akademischen Elternteil haben, ebenfalls einen tertiären Bildungsabschluss erreichen. Wenn beide Eltern höchstens einen Pflichtschulabschluss aufweisen maximal 5 Prozent. Für den unteren Bildungsbereich sind die Daten ebenfalls deutlich: 28 Prozent der Kinder, deren Eltern maximal einen Pflichtschulabschluss haben, bleiben ebenfalls auf diesem Bildungsniveau, während 4 Prozent der Kinder mit einem akademischen Elternteil maximal einen Pflichtschulabschluss aufweisen. Folglich gilt, je geringer das Bildungsniveau der Eltern, desto geringer die Chancen der Kinder auf eine akademische Ausbildung. Umgekehrt gilt, je höher die Bildung der Eltern, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit für ein niedriges Bildungsniveau der Kinder.

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

Abbildung 5.4:

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



BMS: Berufsbildende mittlere Schule

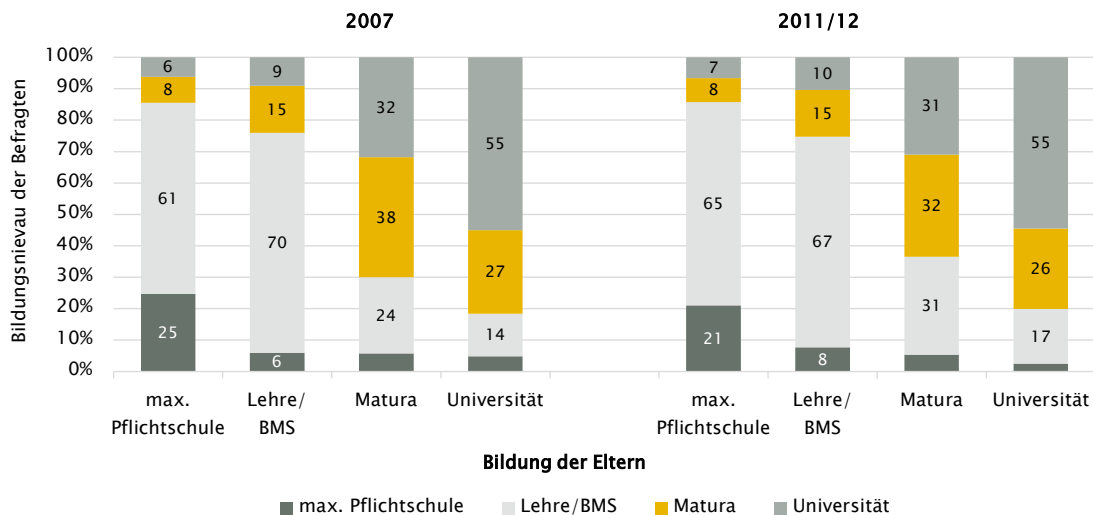
Universität: inkl. Fachhochschule oder hochschulverwandte Ausbildung

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

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

Abbildung 5.5:

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



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

Definitionen und Daten

Bildungsmobilität beschreibt den Zusammenhang zwischen den Bildungsabschlüssen der Eltern und denen ihrer Kinder. Je größer die Übereinstimmung, desto geringer ist die Bildungsmobilität.

Die Bildungsmobilität wird im Rahmen der Erwachsenenbildungserhebung (Adult Education Survey / AES) ermittelt (Statistik Austria 2013a), die alle fünf Jahre durchgeführt wird, bisher zweimal stattfand (2007 und 2011/12) und 2016/2017 zum dritten Mal durchgeführt wird.

Die AES-Befragung stellt eine Personenerhebung der 25- bis 64-jährigen Wohnbevölkerung (Kernpopulation) und der jungen Erwachsenen (18- bis 24-Jährige) dar und wird mittels Face-to-Face-Interviews durchgeführt. Die letzte Erhebung in Österreich umfasste die Daten von 5.754 Personen.

5.2.3 Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger/innen

Auskunft zu frühzeitigen Schul- und Ausbildungsabgängern/-abgängerinnen liefert die Eurostat-Datenbank über eine Zeitspanne der Jahre 2000 bis 2015. Für Niederösterreich ist ein sinkender Trend erkennbar: So hatten im Jahr 2005 knapp 10 Prozent der 18- bis 24-jährigen Niederösterreicher/innen keinen weiterführenden Bildungsabschluss (also maximal einen Haupt- oder Mittelschulabschluss) und befanden sich nicht in Ausbildung. Im Jahr 2014 waren es 6,4 Prozent (keine BL-Bandbreite möglich), 6,2 Prozent bei den Männern und 6,7 Prozent bei den Frauen.

Definitionen und Daten

Als *frühzeitige Schul- oder Ausbildungsabgänger/innen* zählen „18- bis 24-jährigen Personen ohne weiterführenden Bildungsabschluss (ISCED 3a/b oder höher¹¹), die an keiner Aus- oder Weiterbildung teilnehmen [...]. Personen in Schul- oder Semesterferien werden bei der Berechnung dieses Indikators als ‚in Ausbildung‘ gezählt (Statistik Austria 2012). Der Anteil frühzeitiger Schulabgänger/innen ist ein Leitindikator der „Europa 2020“-Strategie; bis zum Jahr 2020 soll dieser Anteil unter 10 % sinken. Die Rate der frühzeitigen Schulabgänger/innen wird jährlich auf Basis der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung ermittelt. (Statistik Austria)

11

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

5.2.4 Schulklima

Übersichtsarbeiten verdeutlichen, dass das Schulklima sowohl das Gesundheitsverhalten (z. B. Gewalt- und Suchtverhalten) als auch die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beeinflusst (Selbstwertgefühl, Depressivität). Je besser das Schulklima ist, desto besser sind auch die Ergebnisse zu den untersuchten Endpunkten (Ramelow et al. 2013).

Niederösterreichs Schüler/innen (im Alter von 11, 13 und 15 Jahren) bewerten das Schulklima an ihren Schulen mit rund 74 von 100 Punkten (HBSC-Erhebung 2014; gewichtete Ergebnisse; keine BL-Bandbreite möglich). Die Einschätzung des Schulklimas nimmt zwischen der 5. und 7. Schulstufe deutlich ab (von 80 Punkten bei den 11-Jährigen auf 71 bzw. 72 Punkte bei den 13- bzw. 15-Jährigen). Im Vergleich zum Jahr 2010 zeigen sich für beide Geschlechter sowie für alle Altersgruppen Verbesserungen im Schulklima. Insgesamt steigt die Einschätzung des Schulklimas von 65 auf 74 Punkte.

Definitionen und Daten

Das Schulklima repräsentiert eine wesentliche Zieldimension der schulischen Gesundheitsförderung. Es steht für die Qualität sozialer Beziehungen, die maßgeblich durch die Schulkultur geprägt sind (Bürgisser 2008).

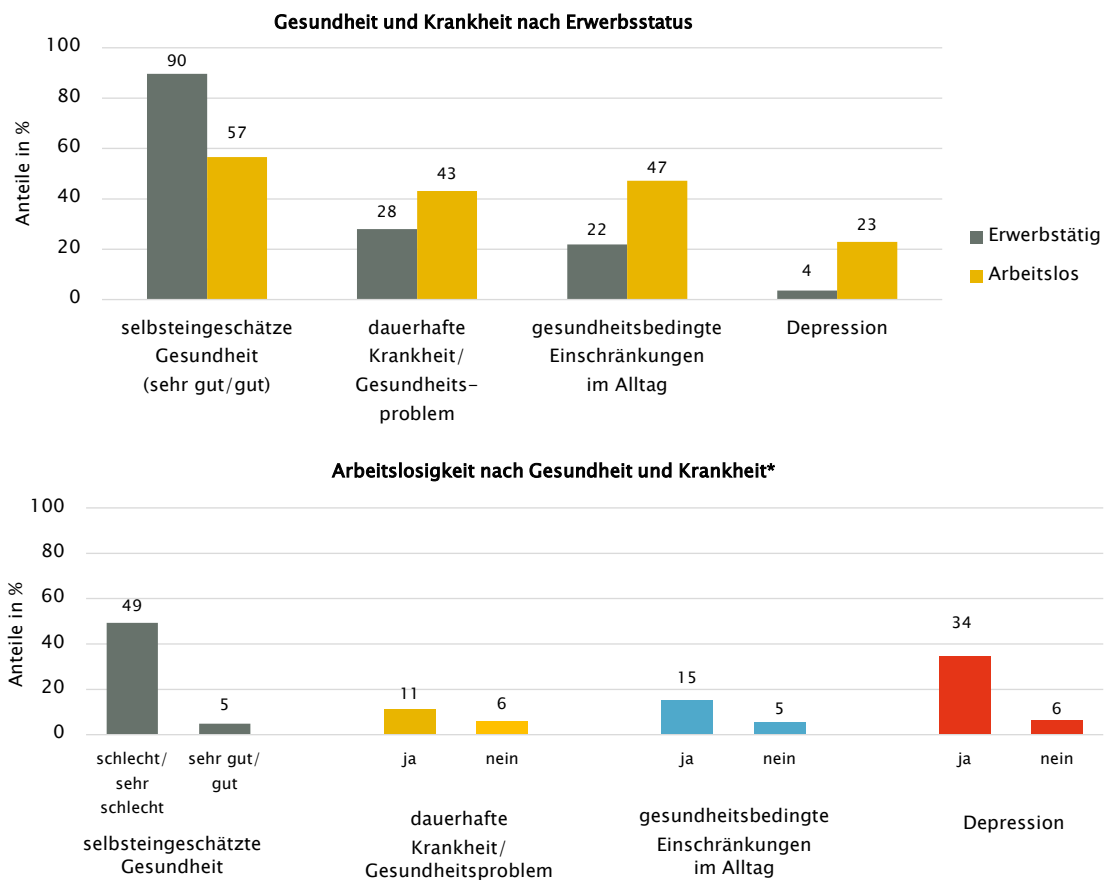
Aussagen zum Schulklima werden auf Basis der HBSC-Erhebung 2014 berichtet und mit Ergebnissen 2010 verglichen (Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Der Fokus liegt dabei auf den Schüler-Schüler sowie Lehrer-Schüler-Beziehungen. Die Daten werden in einem Index zusammengefasst, der in seinen Ausprägungen auf 0 (schlechtestmögliche Ausprägung) bis 100 (bestmögliche Ausprägung) normiert ist. Die Daten werden gewichtet, um – über die Jahre hinweg – eine vergleichbare Alters- und Geschlechtsstruktur zu haben. Die Daten beziehen sich auf Schüler/innen der meisten Schultypen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS) und beruhen auf Selbstangaben.

5.3 Arbeit und Beschäftigung

Erwerbsarbeit stellt für einen Großteil der Bevölkerung die primäre Einkommensquelle dar. Sie ermöglicht soziale Kontakte, erhöht das soziale Ansehen und strukturiert den Tag. Damit sind Art und Ausmaß der Erwerbstätigkeit eine wesentliche Determinante für die Gesundheit und das Wohlbefinden (Robert Koch Institut 2015). Risiken der Erwerbsarbeit resultieren aus körperlichen (s. 5.3.2) und/oder psychischen Belastungen (s. 5.3.3) sowie aus Unfall- und Verletzungsgefahren (s. 5.3.4). Ebenfalls als Risiko gilt Arbeitslosigkeit (Hollederer/Brand 2006): Sowohl soziale als auch gesundheitliche Einschränkungen sind eng mit Arbeitslosigkeit und der Dauer der Arbeitslosigkeit verbunden. Arbeitslose Frauen und Männer haben ein höheres Risiko, psychische oder körperliche Erkrankungen zu entwickeln, und haben eine geringere Lebenserwartung als der Bevölkerungsdurchschnitt. Arbeitslosigkeit ist damit eine Lebenslage, in der Betroffene in besonderem Maß psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind. Internationale Studien zeigen, dass bereits ein drohender Arbeitsplatzverlust psychosozial belastend ist und gesundheitsschädigende Wirkungen

haben kann (Robert Koch Institut 2015). Die Arbeitslosigkeit kann damit sowohl Ursache als auch Folge gesundheitlicher Probleme sein (mit Bezug auf Niederösterreich s. Abbildung 5.6): Arbeitslose Personen mit chronischen Erkrankungen haben demnach eine geringere Chance, eine bezahlte Tätigkeit zu finden, Erwerbstätige mit Erkrankungen einer höhere Wahrscheinlichkeit arbeitslos zu sein (Robert Koch Institut 2015).

Abbildung 5.6:
Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Krankheit und Arbeitslosigkeit, Niederösterreich 2014



* im Vergleich zu den Erwerbstätigen ohne Personen in Anstaltshaushalten hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

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

5.3.1 Erwerbstätigkeit

5.3.1.1 Erwerbsstatus

Im Jahr 2014 leben in Niederösterreich rund 817.500 Erwerbspersonen, das entspricht einer Erwerbsquote von 77 Prozent (BL-Bandbreite: 72–78 %). Tatsächlich erwerbstätig sind im selben Jahr rund 770.000 Personen (davon sind 47 % weiblich und 53 % männlich). Daraus ergibt sich eine Erwerbstätigenquote von 73 Prozent (Tabelle 5.3; BL-Bandbreite: 65–75 %).

Die Erwerbstätigenquote ist seit dem Jahr 2005 bei Frauen um 5 Prozentpunkte gestiegen (von 63 auf 68 %) und bei Männern um 1 Prozentpunkt gesunken (von 78 auf 77 %). Trotz seiner positiven Entwicklung bei der weiblichen Bevölkerung, ist die Erwerbstätigenquote bei Frauen immer noch deutlich niedriger als bei den Männern.

Tabelle 5.3:
Bevölkerung nach Erwerbsstatus, Niederösterreich 2014

Bevölkerung nach Erwerbsstatus (ILO-Konzept) in Niederösterreich 2014	Gesamt	Männer	Frauen
Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15–64 Jahre)	1.064.100	530.100	534.000
Erwerbspersonen im Alter von 15–64 Jahren (Erwerbstätige und Arbeitslose zusammen)	817.500	432.800	384.700
Erwerbsquote (Anteil der Erwerbspersonen an der Gesamtbevölkerung), in %	76,8 %	81,7 %	72,05 %
Erwerbstätige Personen (15–64 Jahre)	775.200	410.100	365.100
Erwerbstätigenquote (Anteil der Erwerbstätigen an den 15- bis 64-Jährigen), in %	72,8 %	77,4 %	68,4 %
Teilzeitbeschäftigte	210.800	40.900	169.900
Teilzeitquote, in %	26,7 %	9,8 %	45,8 %
Arbeitslose 15–64 Jahre (nach ILO)	42.500	22.900	19.600
Arbeitslosenquote (nach ILO), in %	5,1 %	5,2 %	5,0 %

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

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus–Arbeitskräfteerhebung 2014
Darstellung: GÖG

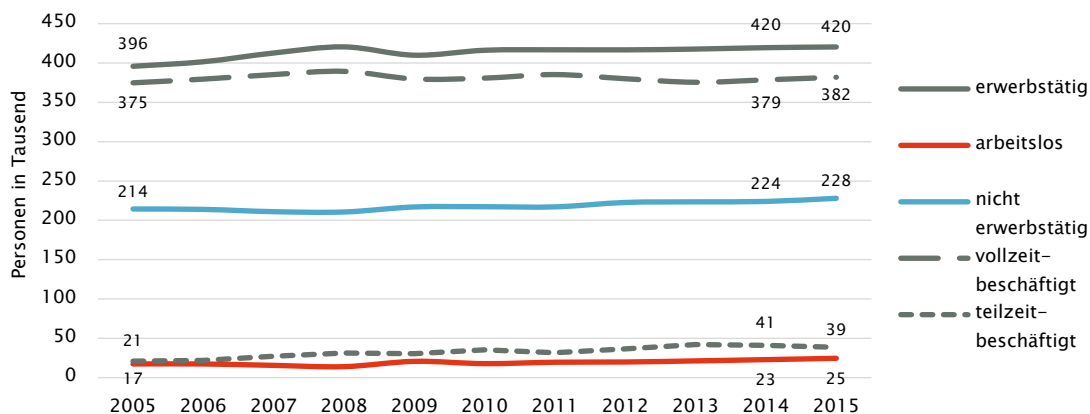
Die Entwicklung relevanter Erwerbsstatus-Indikatoren (nach dem ILO-Konzept) ist für Niederösterreicher in Abbildung 5.7 und für Niederösterreicherinnen in Abbildung 5.8 dargestellt.

Auffällig ist, dass

- » die Anzahl der erwerbstätigen Frauen um rund 15 Prozent gestiegen ist, während die der Männer gleich geblieben ist;
- » nach wie vor nur ein geringer Anteil der Männer (8 %) teilzeitbeschäftigt ist (BL-Bandbreite: 7–17 %); die Anzahl ist allerdings zwischen 2005 und 2014 um rund 80 Prozent gestiegen;
- » die Anzahl teilzeitbeschäftigter Frauen weiter gestiegen ist (um ca. 40 %). Die Teilzeitquote von Frauen liegt 2014 bei 47 Prozent (BL-Bandbreite: 41–52 %; s. auch 5.3.1.2);

- » die Anzahl arbeitsloser Männer (nach ILO) um 55 Prozent gestiegen (von 5.500 auf über 8.500), die Anzahl arbeitsloser Frauen hingegen um 4 Prozent gesunken ist (von 8.000 auf 7.500; das Thema der Arbeitslosigkeit nach der nationalen Berechnungsmethode des AMS ist gesondert in 5.3.1.3 dargestellt).

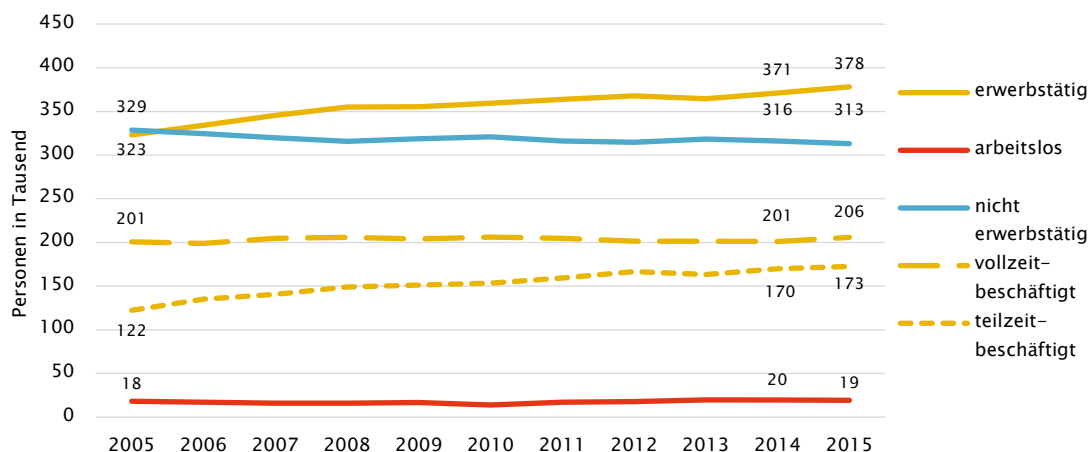
Abbildung 5.7:
Kennzahlen zum Erwerbsstatus von Männern in Niederösterreich, 2005–2015



hochgerechnet auf die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter
ILO = International Labour Organization
nicht erwerbstätig: Schüler, Studenten, Pensionisten, haushaltsführende Personen, Präsenz-/Zivildienstler, Männer in Karenz

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus–Arbeitskräfteerhebung
Darstellung: GÖG

Abbildung 5.8:
Kennzahlen zum Erwerbsstatus von Frauen in Niederösterreich, 2005–2015



hochgerechnet auf die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter
ILO = International Labour Organization
nicht erwerbstätig: Schüler, Studenten, Pensionisten, haushaltsführende Personen, Präsenz-/Zivildienstler, Männer in Karenz

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus–Arbeitskräfteerhebung
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

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

Die *Erwerbsquote* ist der Anteil der Erwerbspersonen an der Bevölkerung in der entsprechenden Altersgruppe (in Privathaushalten, ohne Präsenz- und Zivildienstler). Nach dem ILO-Konzept gelten Personen dann als *Erwerbstätige*, wenn sie in der Referenzwoche mindestens eine Stunde als Unselbständige, Selbständige oder mithelfende Familienangehörige gearbeitet haben.

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

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

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

- » Nicht erwerbstätig im Sinne der ILO

UND

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

ODER

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

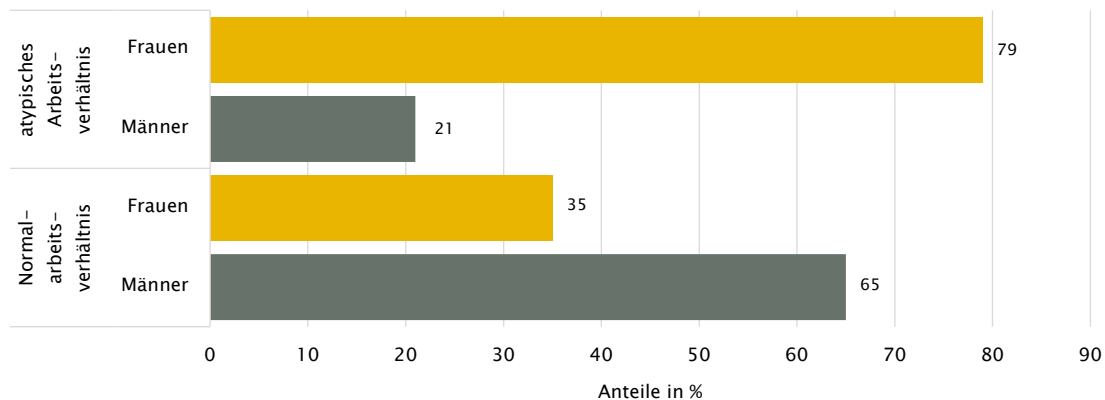
Aussagen zur Erwerbstätigkeit werden auf Basis der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebungen von Statistik Austria getroffen.

5.3.1.2 Atypische Beschäftigung

Zu atypischen Beschäftigungsformen zählen Teilzeitbeschäftigung, befristete Arbeitsverträge oder auch Beschäftigungen, die keiner geregelten Sozialversicherungspflicht unterliegen. Neben anderen arbeitsplatzbezogenen Stressfaktoren wie ständig steigende Anforderungen an Flexibilität und Erreichbarkeit, steigender Zeitdruck und Arbeitsplatzunsicherheit tragen atypische Beschäftigungsverhältnisse zu erhöhter Stressbelastung bei. Nicht alle betroffenen Personen verfügen über ausreichende Ressourcen, um diese Anforderungen über längere Zeit hindurch beschwerdefrei zu überstehen. (Eichmann/Saupe 2014, 36, 179)

Ein Drittel aller erwerbstätigen Niederösterreicher/innen weisen im Jahr 2014 ein atypisches Beschäftigungsverhältnis auf (BL-Bandbreite: 28–36 %). Knapp 80 Prozent dieser atypischen Beschäftigungsverhältnisse betreffen Frauen (Abbildung 5.9).

Abbildung 5.9:
Atypische Beschäftigungsverhältnisse der niederösterreichischen Erwerbsbevölkerung nach
Geschlecht, 2014



Jahresdurchschnittswerte

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

Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund

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

Definitionen und Daten

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

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

5.3.1.3 Arbeitslosigkeit

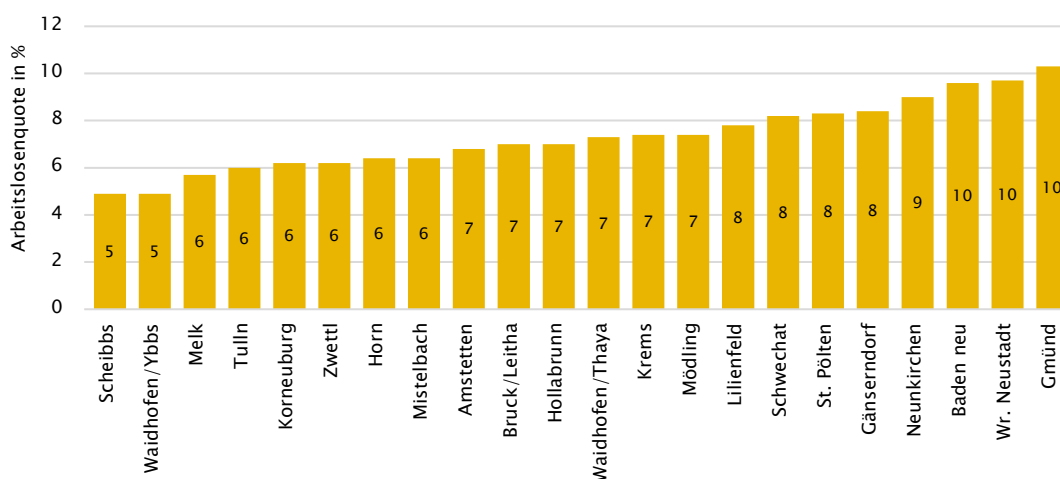
Im Jahr 2014 liegt die Arbeitslosenquote (ALQ) in Niederösterreich laut AMS und nationaler Berechnungsmethode bei 8,4 Prozent¹² (BL-Bandbreite: 5,7–11,6 %). Insgesamt sind 53.600 Menschen arbeitslos (30.900 Männer und 22.700 Frauen). Die Arbeitslosenquote liegt beim männlichen Bevölkerungsteil bei 8,8 Prozent (BL-Bandbreite: 5,9–13,2 %), beim weiblichen Bevölkerungsteil bei 8,0 Prozent (BL-Bandbreite: 5,1–9,9 %).

Zwischen 2008 und 2014 ist die Arbeitslosigkeit in Niederösterreich deutlich gestiegen (von 5,9 auf 8,4 %). Dies sind rund 18.400 Arbeitslose mehr.

Innerhalb der niederösterreichischen Bezirke liegt die Arbeitslosenquote zwischen 4,9 (Scheibbs und Waidhofen/Ybbs) und 10,3 Prozent (Gmünd; Abbildung 5.10).

Abbildung 5.10:

Arbeitslosenquote in Niederösterreich nach Arbeitsmarktbezirken, 2014



Quelle: AMS Arbeitsmarktprofile Niederösterreich 2014
Darstellung: GÖG

Von Arbeitslosigkeit sind vermehrt Berufseinsteiger/innen und ältere Arbeitnehmer/innen betroffen. Bei den unter 25-Jährigen beträgt die Arbeitslosenquote im Jahr 2014 etwa 8,9 Prozent und bei den ab 50-Jährigen 10,1 Prozent (bei ab 50-Jährigen Männern ist sie höher als bei den gleichaltrigen Frauen). Die ALQ der älteren Arbeitnehmer/innen liegt damit deutlich über dem niederösterreichischen Gesamtdurchschnitt.

12

Das ist deutlich höher als gemäß der internationalen Berechnungsmethode nach dem ILO-Konzept, demnach die Quote im Jahr 2014 bei 5,1 Prozent liegt (s. 5.3.1.1).

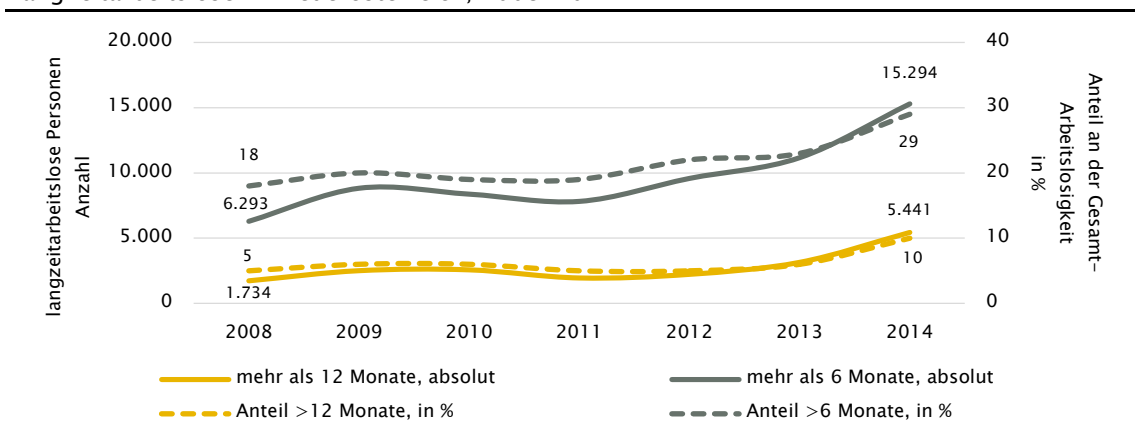
Arbeitslosigkeit nach Bildung und Migrationshintergrund

Die Entwicklung der ALQ zeigt bei Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft einen Anstieg von 5,7 auf 8,2 Prozent (2008–2014; +2,5 %), bei Personen mit nicht österreichischer Staatsbürgerschaft von 6,9 auf 9,9 Prozent (+3,0 %). Darüber hinaus zeigt sich, dass Personen mit maximal Pflichtschulabschluss häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen sind (ALQ = 23 %) als Personen mit einer weiterführenden Bildung (Lehr- bzw. BMS-Abschluss: 7 %, Matura oder höher: 3,4 %).

Langzeitarbeitslosigkeit

Von den 53.600 arbeitslos gemeldeten Personen sind im Jahr 2014 10 Prozent (5.400 Personen) mehr als 12 Monate arbeitslos. Die Anzahl der Langzeitarbeitslosen hat sich in Niederösterreich zwischen 2008 und 2014 verdreifacht (von 1.700 auf über 5.400 Personen). Ihr Anteil an allen Arbeitslosen hat sich von 5 auf 10 Prozent erhöht (Abbildung 5.11).

Abbildung 5.11:
Langzeitarbeitslose in Niederösterreich, 2008–2014



Quelle: AMS Arbeitsmarktprofile Niederösterreich 2008–2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

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

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

Langzeitarbeitslose: Personen gelten als langzeitarbeitslos, wenn sie zumindest 365 Tage beim AMS als arbeitslos und/oder lehrstellensuchend gemeldet sind und/oder sich in Kursmaßnahmen

des AMS befinden. Zeiten der Arbeitslosigkeit und des Kursbesuches werden also zusammengezählt und Kursmaßnahmen beenden nicht die Langzeitarbeitslosigkeit. Die Langzeit-Beschäftigungslosigkeit wird erst beendet, wenn eine Person länger als 62 Tage – etwa wegen Aufnahme einer Beschäftigung – nicht mehr beim AMS gemeldet ist. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen spricht man bereits ab 6 Monaten von Langzeitarbeitslosigkeit.

Als Quelle wurden die Arbeitslosen-Statistiken des AMS herangezogen. Datenabfragen wurden über die Abfrage-Tools AMS Online und BALI (Beschäftigung : Arbeitsmarkt : Leistungsbezieher : Informationen) gemacht. Ergänzend wurden die Arbeitsmarktprofil-Berichte des AMS für die Auswertungen herangezogen.

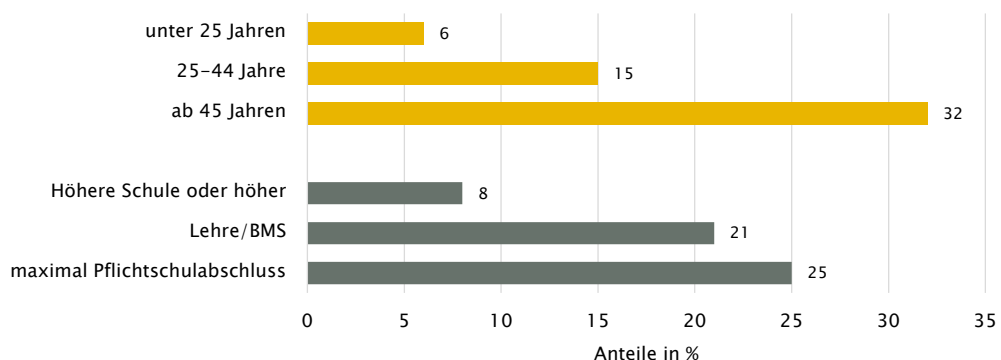
Arbeitssuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen

Im Jahr 2014 gibt es in Niederösterreich 11.290 arbeitslose Personen mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung (61 % davon sind Männer). Sie machen 21 Prozent aller Arbeitslosen aus (BL-Bandbreite: 14–25 %).

Der Anteil der Arbeitssuchenden mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (an allen Arbeitslosen) steigt mit zunehmendem Alter. In der Altersgruppe der unter 25-jährigen Arbeitslosen zeigen 6 Prozent gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen, in der Altersgruppe der 25- bis 44-Jährigen 15 Prozent und in der Altersgruppe ab 45 Jahren 32 Prozent.

Ein deutlicher Zusammenhang zeigt sich auch mit dem formalen Bildungsabschluss: 8 Prozent der arbeitssuchenden Niederösterreicher/innen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss haben gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen, hingegen 25 Prozent der Arbeitssuchenden mit maximal Pflichtschulabschluss (Abbildung 5.12).

Abbildung 5.12:
Arbeitssuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen an allen Arbeitssuchenden nach Altersgruppen und Bildung, Niederösterreich 2014

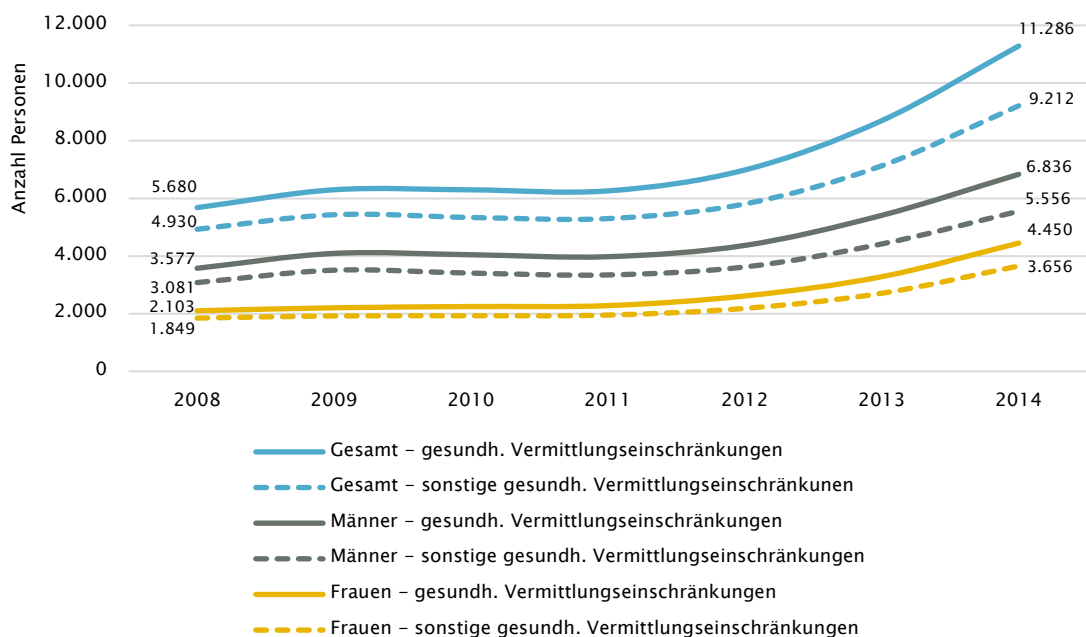


Quelle: AMS Online – Arbeitslose nach Personenmerkmalen (AL590)
Berechnung und Darstellung: GÖG

Von 2008 bis 2014 ist die Anzahl arbeitsloser Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen deutlich gestiegen (um 99 %, von 5.680 auf 11.286 Personen; Abbildung 5.13). Relativ zur Anzahl der Arbeitslosen ist ihr Anteil (2009–2014) um 5 Prozentpunkte gestiegen.

18 Prozent der Arbeitssuchenden mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen sind Menschen mit Behinderung, also begünstigt nach Behinderteneinstellungsgesetz u./o. Opferschutzgesetz, nach Landesbehindertengesetzen oder mit einem Behindertenpass.

Abbildung 5.13:
Niederösterreicher/innen mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung nach Geschlecht, 2008–2014



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

Definitionen und Daten

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

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

Personen in Haushalten ohne Erwerb oder mit sehr niedriger Erwerbsintensität

Ist in einem Haushalt niemand erwerbstätig oder schöpft der Haushalt insgesamt maximal 20 Prozent seines Erwerbspotenzials aus, berechnet auf Grundlage aller 18- bis 59-jährigen Personen im Haushalt (ohne Studierende), wird eine benachteiligte Lebenssituation angenommen.

In Niederösterreich lebt (im Durchschnitt der Jahre 2013–2015) rund 6 Prozent der Bevölkerung unter 60 Jahren in Haushalten ohne oder mit sehr niedriger Erwerbsintensität (74.000 Personen; BL-Bandbreite: 5–14 %). Seit 2009 blieb dieser Anteil weitgehend unverändert.

Definitionen und Daten

Keine oder sehr niedrige Erwerbsintensität: Haushalte, in denen Personen zwischen 18 und 59 Jahren (ausgenommen Studierende) leben, die im Laufe eines Jahres insgesamt weniger als 20 Prozent der maximal möglichen Erwerbsmonate ausschöpfen.

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

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

5.3.2 Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz

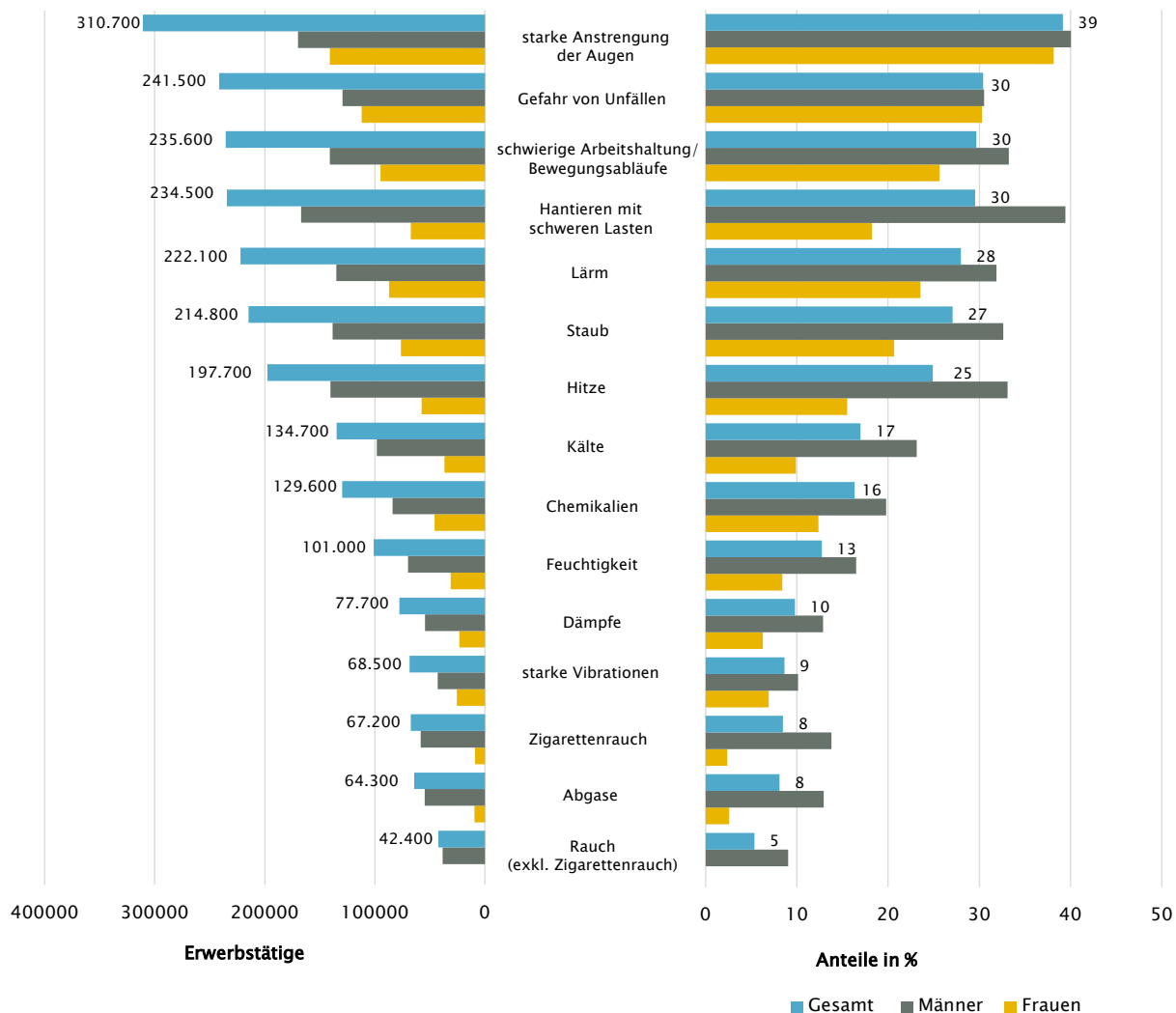
Laut Arbeitskräfteerhebung sind im Jahr 2013 79 Prozent der erwerbstätigen Niederösterreicher/innen an ihrem Arbeitsplatz zumindest einer körperlichen Belastung ausgesetzt (BL-Bandbreite: 66–78 %), Männer häufiger als Frauen (80 % vs. 77 %).

Die von Männern und Frauen am häufigsten erlebten Belastungen sind: starke Anstrengung der Augen, Unfallgefahr, schwierige Arbeitshaltungen und Bewegungsabläufe, das Hantieren mit schweren Lasten, gefolgt von Lärm, Staub und Hitze. Auffallend ist, dass von beinahe allen körperlichen Belastungsfaktoren Männer häufiger betroffen sind als Frauen (Abbildung 5.14).

Im Vergleich zum Jahr 2007 stieg die Anzahl betroffener Personen um 56 Prozent (von 400.000 auf 620.000 Personen), der prozentuale Anteil um 27 Prozentpunkte.

Abbildung 5.14:

Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz, niederösterreichische Erwerbsbevölkerung 2013



hochgerechnet auf die Erwerbsbevölkerung

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

Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund

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

5.3.3 Zeitdruck und Arbeitsüberlastung

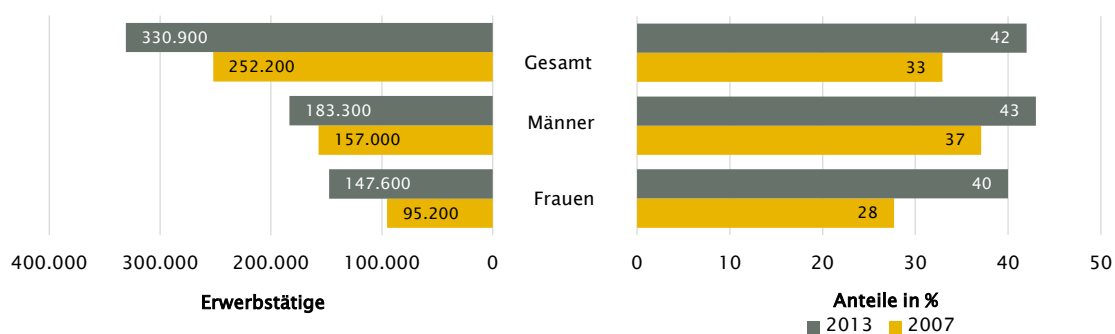
Zeitdruck und Arbeitsüberlastung sind Belastungen, die Stress verursachen und gesundheitliche Auswirkungen haben. Sie werden zumeist als von außen kommend wahrgenommen, während das Stresserleben subjektiv ist und zu unterschiedlichen Stressreaktionen führen kann. Ob und in welchem Ausmaß gesundheitliche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

Im Jahr 2013 sind rund 42 Prozent der erwerbstätigen Niederösterreicher/innen von Zeitdruck und Arbeitsüberlastung betroffen (BL-Bandbreite: 33–42 %). Zwischen 2007 und 2013 hat dieser psychische Belastungsfaktor um rund 11 Prozentpunkte zugenommen (von 252.000 auf 331.000 Personen, Abbildung 5.15).

Im Jahr 2013 zeigt sich kein nennenswerter Unterschied zwischen den Geschlechtern (Abbildung 5.15). Dies ist insofern interessant, als 2007 noch ein deutlicher Unterschied zwischen Männern und Frauen zu beobachten war. Damals waren 28 Prozent der Frauen und 37 Prozent der Männer von Zeitdruck und Arbeitsüberlastung betroffen.

Abbildung 5.15:

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



hochgerechnet auf die Erwerbsbevölkerung

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

Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund

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

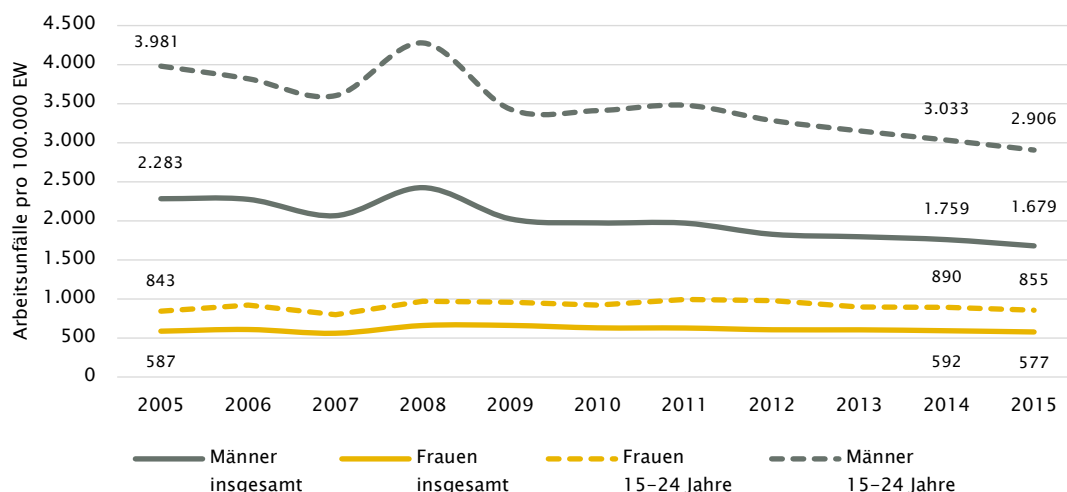
5.3.4 Arbeitsunfälle

Im Jahr 2014 hatten erwerbstätige Niederösterreicher/innen rund 13.000 Arbeitsunfälle. Das entspricht einer Rate von 1.200 Fällen pro 100.000 EW im erwerbsfähigen Alter (BL-Bandbreite: 1.145–2.448). Drei Viertel dieser Arbeitsunfälle betreffen Männer. 15 dieser Arbeitsunfälle endeten tödlich.

Zwischen 2005 und 2014 ist bei den Arbeitsunfällen ein Rückgang von 18 Prozent zu verzeichnen, das sind rund 2.700 Unfälle weniger. Dieser Trend ist fast ausschließlich auf die Entwicklung bei der männlichen Erwerbstätigen zurückzuführen (Abbildung 5.16). Eine Erklärung dafür ist der strukturelle Wandel der Wirtschaft, im Zuge dessen Arbeitsplätze mit hohem Unfallrisiko weniger geworden sind und sich Berufsstrukturen in Richtung Angestelltenverhältnisse mit höheren Qualifikationsanforderungen verschoben haben. Körperlich intensive und gefährlichere Produktionsprozesse wurden vermehrt in Drittländer verlagert oder von Maschinen übernommen. Zudem können langjährige Maßnahmen zur Erhöhung der Arbeitsplatzsicherheit für den Rückgang (mit)verantwortlich gemacht werden (Thomas 2015, 52f).

Überdurchschnittlich hoch ist die Arbeitsunfallrate bei jungen erwerbstätigen Niederösterreicherinnen und Niederösterreichern. Im Jahr 2014 werden rund 3.700 Arbeitsunfälle von 15- bis 24-Jährigen registriert. Das sind rund 29 Prozent aller Arbeitsunfälle und entspricht einer Rate von etwa 2.000 Fällen pro 100.000 in diesem Alter. Mit zunehmendem Alter sinkt das Risiko eines Arbeitsunfalles (Thomas 2015, 52f).

Abbildung 5.16:
Arbeitsunfälle insgesamt und bei 15- bis 24-Jährigen nach Geschlecht, Niederösterreich 2005–2015



Quelle: AUVA – Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

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

5.3.5 Work–Life–Balance

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

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

Work–Life–Balance wird im Niederösterreichischen Gesundheitsbericht mit den Indikatoren „geleistete Überstunden“ und „Mehrstunden“ dargestellt.

Geleistete Überstunden (inklusive Mehrstunden)

Im Jahr 2014 leisten rund 20 Prozent der unselbstständig erwerbstätigen Niederösterreicher/innen (BL-Bandbreite: 17–22 %) Überstunden und Mehrstunden. Der größere Teil davon sind Männer (25 % bzw. 87.900 leisten Über- oder Mehrstunden). Sie leisten etwa doppelt so häufig Überstunden und Mehrstunden wie Frauen (14 % bzw. rund 45.800).

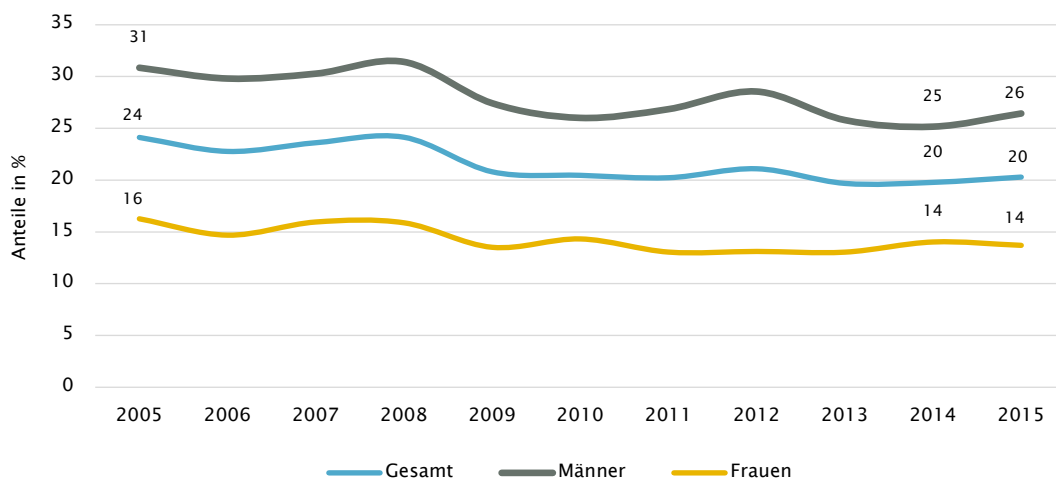
Zwischen 2005 und 2014 ist die Anzahl der Überstunden leistenden Personen zurückgegangen, nämlich um 6 Prozentpunkte bei Männern und um 2 Prozentpunkte bei Frauen (Abbildung 5.17).

Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund

Österreichweit zeigt sich, dass unselbstständige Erwerbspersonen ohne Migrationshintergrund häufiger Überstunden leisten als Erwerbspersonen mit Migrationshintergrund (20 % vs. 15 %). Darüber

hinaus werden Überstunden häufiger von Erwerbspersonen mit höherer Bildung (Matura oder höher) erbracht als von Erwerbspersonen mit geringer formaler Bildung (25 % vs. 9 %).

Abbildung 5.17:
Unselbstständig Erwerbstätige mit Überstunden inklusive Mehrstunden nach Geschlecht,
Niederösterreich 2005–2015



hochgerechnet auf die erwerbstätige Bevölkerung

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

Definitionen und Daten

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

5.3.6 Trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gehen

Im Jahr 2014 ist jeder/jede zweite (54 %) erwerbstätige Niederösterreicher/in in den letzten 12 Monaten trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gegangen (BL–Bandbreite: 50–56 %); das sind rund 383.000 Personen. Frauen (60 %; 193.000 Personen) taten dies deutlich häufiger als Männer (49 %; 190.000 Personen), 15- bis 59-jährige Männer (43–52 %) häufiger als ab 60-jährige (25 %).

Regionale Unterschiede nach Versorgungsregionen zeigen sich nicht.

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Frauen ohne Migrationshintergrund (15 Jahre oder älter) gehen häufiger trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit als Frauen mit Migrationshintergrund (62 % vs. 49 %). Unterschiede nach Einkommen bzw. Bildung zeigen sich nicht.

Definitionen und Daten

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

5.4 Soziale Beziehungen und Netzwerke / Sozialkapital

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

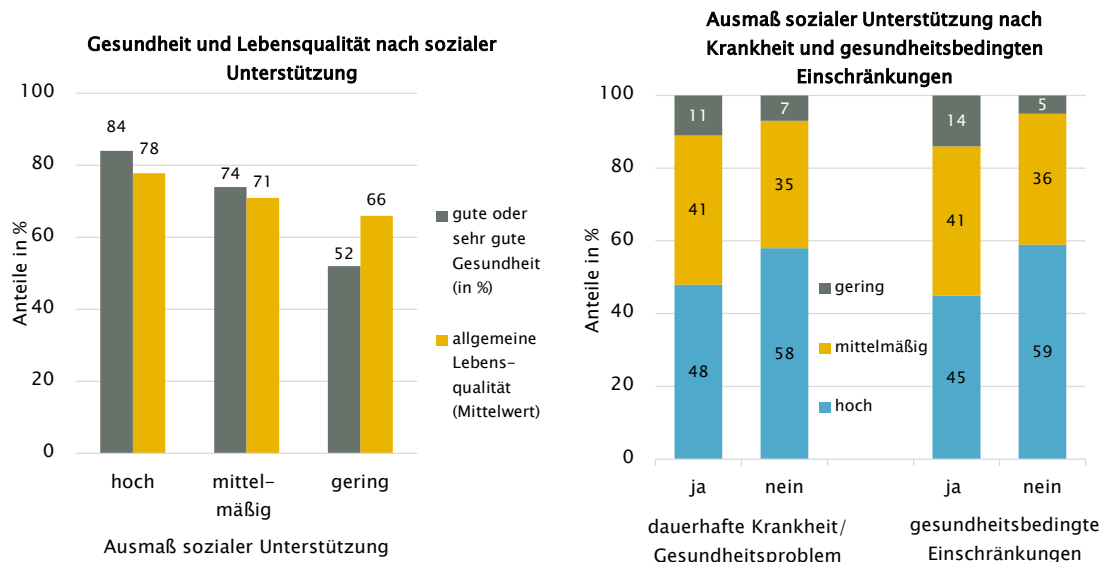
- » Zusammenhalt auf gesellschaftlicher Ebene, der durch die politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen beeinflusst wird (Makroebene)
- » Zusammenhalt in Nachbarschaften und sozialen Netzwerken (Mesoebene)
- » Zusammenhalt im Familien- und Freundeskreis (Mikroebene)

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

Für Niederösterreich wird deutlich, dass die Einschätzung der eigenen Gesundheit als sehr gut oder gut und die durchschnittliche Einschätzung der Lebensqualität mit zunehmendem Sozialkapital steigt. Zudem wird ersichtlich, dass Niederösterreicher/innen, die an chronischen Erkrankungen/Gesundheitsproblemen leiden und/oder aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt sind, in einem geringeren Ausmaß über ein stark ausgeprägtes Sozialkapital verfügen (Abbildung 5.18).

Abbildung 5.18:

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



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15+)

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

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

Mehr als die Hälfte der Niederösterreicher/innen ab 15 Jahren (54 %) verfügen über ein hohes Ausmaß sozialer Unterstützung (BL-Bandbreite: 46–61 %):

- » Männer zwischen 15 und 29 Jahren häufiger als Frauen (68 % vs. 52 %)
- » Frauen zwischen 30 und 59 Jahren geringfügig häufiger als Männer (61 % vs. 58 %)

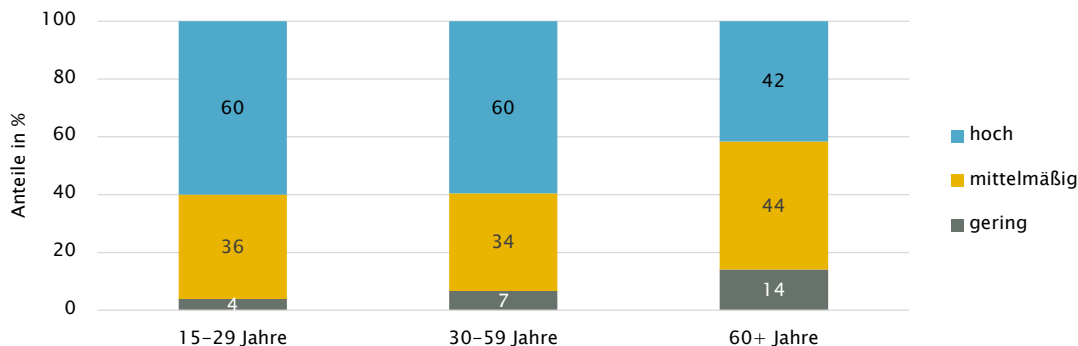
Rund 8 Prozent schätzen das Ausmaß sozialer Unterstützung für sich eher gering ein (BL-Bandbreite: 6–13 %).

Das Ausmaß sozialer Unterstützung nimmt ab einem Alter von 60 Jahren deutlich ab: Nur noch 42 Prozent der ab 60-Jährigen verfügen über ein hohes Ausmaß sozialer Unterstützung, während rund 60 Prozent der 15- bis 59-Jährigen damit rechnen können. Gleichzeitig sind 14 Prozent der ab 60-Jährigen mit einem geringen Unterstützungsausmaß konfrontiert, während dies bei den 15- bis 29-Jährigen 4 Prozent sind (Abbildung 5.19).

Regionale Unterschiede nach Versorgungsregionen zeigen sich nicht.

Abbildung 5.19:

Soziale Unterstützung nach Altersgruppen, Niederösterreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15+)

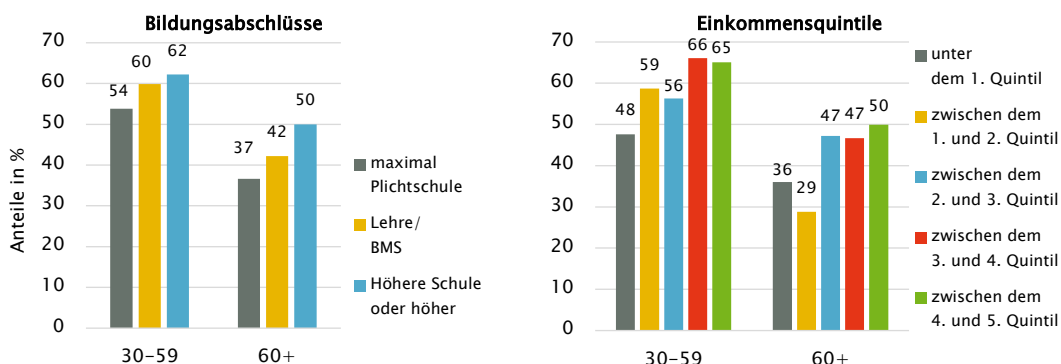
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Bildung und Einkommen beeinflussen die Möglichkeit, soziale Unterstützung zu geben sowie Unterstützung zu bekommen. Menschen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter) verfügen häufiger über ein hohes Ausmaß an Unterstützung als Menschen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (59 % vs. 45 %). Dies gilt insbesondere für Frauen (61 % vs. 42 %) sowie für die ab 60-jährige Bevölkerung (Abbildung 5.20). Menschen der obersten Einkommensquintile (30 Jahre und älter) erhalten häufiger ein hohes Unterstützungsausmaß als Menschen im untersten Einkommensquintil (61 % vs. 43 %), wobei auch hier markante Unterschiede bei den Altersgruppen bestehen (Abbildung 5.20).

Abbildung 5.20:

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



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

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

Niederösterreicher/innen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) verfügen über weniger soziale Unterstützung als Niederösterreicher/innen ohne Migrationshintergrund: 50 Prozent der Personen mit und 55 Prozent der Personen ohne Migrationshintergrund erhalten ein hohes Unterstützungsausmaß.

Definitionen und Daten

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

5.5 Umwelt

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

5.5.1 Luftqualität

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

Zu den gesundheitsgefährdenden Luftschadstoffen gehören Schwefeldioxid (SO₂), Kohlenstoffmonoxid (CO), Stickstoffoxide (NO_x), Schwermetalle (Blei, Cadmium, Nickel und Arsen), Benzol, Feinstaub (PM₁₀ und PM_{2,5}) und Ozon (O₃). Sie werden vorwiegend durch Verkehr und Industrie freigesetzt. Ihre Ausbreitung wird insbesondere durch Wetterbedingungen, aber auch durch Geomorphologie und Jahreszeit (Ferienverkehr, Heizverhalten, Stromverbrauch etc.) beeinflusst (Künzli et al. 2010).

In den letzten Jahrzehnten ist es zu deutlichen Verbesserungen bei den Schwefeldioxid-, Kohlenstoffmonoxid- und Benzolemissionen gekommen. Auch Schwermetalle in der Luft sind in Österreich kaum noch in gesundheitsrelevanten Konzentrationen vorhanden. Der Fokus wird daher auf

Stickstoffdioxid (NO₂)¹³, Feinstaub (PM₁₀ und PM_{2,5}) und Ozon (O₃) gelegt, da diese aktuell am häufigsten gesundheitsgefährdende Konzentrationen erreichen (Umweltbundesamt 2016b).

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

Stickstoffdioxid

Stickstoffdioxid (NO₂) gehört zur Gruppe der Stickstoffoxide. Hohe Stickstoffdioxid-Konzentrationen in der Außenluft wirken sich negativ auf die Lungenfunktion aus. Sie können zu einer Bronchialverengung führen, die vor allem Asthmatiker/innen betrifft (Künzli et al. 2010).

Seit 2005 haben sich die Stickstoffdioxidwerte an den Messstationen *St. Valentin Westautobahn*, *Heidenreichstein*, *Stockerau* und *Zwentendorf* erhöht, wobei der allgemeine Trend in diesem Zeitraum eher sinkend ist. Im Jahr 2014 werden an den Messstellen *Kematen an der Ybbs*, *St. Valentin Westautobahn*, *Wiener Neudorf* und *Tulln* höhere Werte als im Vorjahr gemessen, während an den restlichen 30 Messstationen niedrigere Werte registriert wurden.

Die im Jahr 2014 in Österreich zum Schutz der menschlichen Gesundheit geltenden Grenzwerte für den Jahresmittelwert von 35 µg/m³ werden an allen niederösterreichischen Messstationen eingehalten. Der Halbstunden-Mittelwert von 200 µg/m³ wurde im Jahr 2014 nur einmal überschritten (an der Messstation *St. Pölten Verkehr*).

Feinstaub

Feinstaub ist selbst in kleinen Konzentrationen gesundheitsgefährdend. Während eine vorübergehende Feinstaubbelastung zu Husten, Asthmaanfällen und Bronchitis führen kann, erhöhen langfristige Belastungen das Lungenkrebs- und Herzinfarkt-Risiko (BMG 2015b).

Die PM₁₀ Immissionen haben sich seit 2005 an allen niederösterreichischen Messstationen um etwa 30 Prozent abgenommen. Die Jahresmittelwerte von PM₁₀ liegen im Jahr 2014 an den niederösterreichischen Messstationen zwischen 12 und 26 µg/m³. An keiner der 26 PM₁₀-Luftgütemessstationen wird der Grenzwert für den Jahresmittelwert von 40 µg/m³ überschritten.

An 24 Messstationen kam es zu einer Grenzwertüberschreitung für den Tagesmittelwert von 50 µg/m³. Die häufigsten Überschreitungen mit einer Jahresgesamanzahl von 23 Tagen (erlaubt sind gem. IG-L in Österreich 25 Tage) wurden im Jahr 2014 an der Messstation *Klosterneuburg Verkehr* registriert.

13

Stickstoffdioxid gilt von den Stickoxiden als für den Menschen besonders gesundheitsschädlich.

An keiner der sieben PM_{2,5}-Luftgütemessstationen in Niederösterreich wird der gem. IG-L festgelegte Jahresmittelgrenzwert für PM_{2,5} von 25 µg/m³ überschritten.

Ozon

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

Im Jahr 2014 liegt der Jahresmittelwert für Ozon an den einzelnen niederösterreichischen Messstationen zwischen 38 und 74 µg/m³. Seit 2005 sind die Ozonwerte an allen niederösterreichischen Messstationen zurückgegangen.

An allen Messstationen wird im Jahr 2014 der Zielwert für den langfristigen Gesundheitsschutz von 120µg/m³ als Acht-Stunden-Mittelwert nicht eingehalten, am häufigsten in *Payerbach* und *Wiesmath* (23 Mal).

Die Informationsschwelle von 180 µg/m³ als Ein-Stunden-Mittelwert wird im Jahr 2014 an den Messstationen *Ziersdorf*, *Wiener Neustadt* und *Kollmitzberg* je einmal überschritten. Insgesamt waren aufgrund des verregneten Sommers die Werte an allen Stationen geringer als im dreijährigen Mittelungszeitraum 2012 bis 2014.

Definitionen und Daten

Stickstoffdioxid (NO₂) entsteht bei Verbrennungsprozessen in der Energieerzeugung und besonders in Dieselmotoren. In Ballungsgebieten ist der Straßenverkehr daher die größte Emissionsquelle. Neben direkten Auswirkungen auf die Gesundheit sind Stickstoffoxide Vorläufersubstanzen von Ozon und Feinstaub und belasten die Gesundheit daher auch indirekt (BMG 2015c).

Feinstaub PM₁₀ und *PM_{2,5}* sind Schwebestaubpartikel mit einem mindestens 50-prozentigen Anteil an Teilchen mit einem Durchmesser von 10 µm bzw. 2,5 µm. Im Gegensatz zum gut sichtbaren Grobstaub – wie er zum Beispiel auf Baustellen auftritt – ist Feinstaub mit freiem Auge nicht erkennbar. Die kleinen Partikel können tief in die Lunge eindringen und sind deshalb besonders gesundheitsgefährdend (Umweltbundesamt 2016b). Die Feinstaubbelastung variiert je nach Jahreszeit, Wetterlage und Geomorphologie. In den Wintermonaten, besonders bei austauscharmen Hochdruckwetterlagen mit wenig Wind, erhöht sich die Feinstaubkonzentration vor allem in den Städten aufgrund des hohen Verkehrsaufkommens und der hohen Industriedichte (DWD 2006).

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

dar. Es gilt als sekundärer Luftschadstoff, da es durch Reaktionen von Hitze und Vorläufersubstanzen wie Stickstoffmonoxid aus Verkehr und Industrie und leichtflüchtigen organischen Verbindungen (VOC) entsteht. Paradoxe Weise nimmt die Ozonkonzentration bei NO_x-gesättigter Luft ab, weshalb an stark befahrenen Verkehrsadern häufig niedrigere Werte und in ländlichen Gebieten höhere Werte gemessen werden. Die höchsten Ozonwerte treten in heißen, trockenen Sommerperioden auf (Künzli et al. 2010).

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

Stickstoffdioxid: Jahresmittelwert: 35 µg/m³ – inklusive einer Toleranzmarge von 5 µg/m³; Halbstunden-Mittelwert: 200 µg/m³

Feinstaub: PM₁₀-Jahresmittelwert: 40 µg/m³; PM₁₀-Tagesmittelwert: 50 µg/m³, dessen Überschreitung laut IG-L an maximal 25 Tagen pro Kalenderjahr zulässig ist; PM_{2,5}- Jahresmittelwert: 25 µg/m³.

Ozon: Informationsschwelle: Ein-Stunden-Mittelwert von 180 µg/m³; Alarmschwelle: Ein-Stunden-Mittelwert von 240 µg/m³; (langfristiger) Gesundheitsschutz: Acht-Stunden-Mittelwert von 120 µg/m³, der an höchstens 25 Tagen pro Kalenderjahr überschritten werden darf (gemittelt über drei Jahre)

Die genannten Schadstoff-Konzentrationen werden österreichweit vom Umweltbundesamt und den Bundesländern überwacht (an Belastungsschwerpunkten täglich rund um die Uhr). In Niederösterreich messen 34 Stationen die Stickstoffdioxid-Konzentration, 26 Stationen den PM₁₀-, sieben Stationen den PM_{2,5}-Gehalt sowie 30 Stationen die Ozon-Konzentration. Die Daten stammen aus dem Jahresbericht der Luftgütemessungen des Umweltbundesamts (Spangl/Nagl 2014).

5.5.2 Lärm

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

Grundsätzlich gibt es zwei Arten der Lärmbelastung: aurale und extraaurale. Aurale Lärm ist ein direkter Lärm, der durch seinen hohen Schalldruck zu temporären oder permanenten Hörstörungen führen kann (z. B: laute Discomusik, Presslufthammerlärm). Extraauraler Lärm wird als indirekter Lärm bezeichnet und kann trotz geringen Schalldrucks zu Stressreaktionen führen und die Lebensqualität beeinträchtigen. Folgen davon können Bluthochdruck, Schlafprobleme, Herzrasen und Muskelverspannungen sein. Da Lärm unterschiedlich wahrgenommen wird, kann sich der gemessene Lärm von der gefühlten Lärmbelastung unterscheiden (Gratt 2009).

Gemessene Lärmbelastung

Zum Stand 2012 sind in Niederösterreich 5 Prozent der Bevölkerung (rund 83.000 Personen; BL-Bandbreite: 1–25 %) in ihrem Wohnbereich einem durchschnittlichen Straßenlärm von über 60 dB ausgesetzt. Etwa 7 Prozent (rund 108.000 Personen; BL-Bandbreite: 1–30 %) sind nachts einem Lärmpegel von über 50 dB exponiert.

Definitionen und Daten

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

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

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

Gefühlte Lärmbelastung

Im Jahr 2011 fühlten sich 8 Prozent der ab 15-jährigen Niederösterreicher/innen (rund 105.000 Personen) in ihrem Wohnbereich tagsüber und/oder nachts stark bis sehr stark durch Lärm belastet (BL-Bandbreite: 5–19 %), tagsüber häufiger als in der Nacht (7 % vs. 4 %). 66 Prozent fühlen sich gar nicht belastet (BL-Bandbreite: 42–69 %) (Baud 2013).

Seit 2007 ist der Anteil stark bis sehr stark belasteter Niederösterreicher/innen etwa gleich geblieben, während der Anteil der Niederösterreicher/innen, die sich gar nicht beeinträchtigt fühlen, von 63 Prozent auf 66 Prozent zugenommen hat.

Rund 72 Prozent der betroffenen Niederösterreicher/innen berichten Verkehrslärm als Hauptursache für ihre Lärmbelastung, wobei damit hauptsächlich LKW- und PKW-Lärm gemeint sind (16 % bzw. 23 %). Auch Nachbarwohnungen sind mit 9 Prozent eine der Hauptlärmquellen. Seit 2007 hat sich die Lärmbelastung durch Verkehr verringert, die Belastung durch Eisenbahn (von 7 auf 11 %) und Fluglärm (von 5 auf 12 %) erhöht.

Zur Schärfung des Betroffenen-Profiles kann auf österreichweite Ergebnisse zurückgegriffen werden. Ihnen zufolge sind

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

Definitionen und Daten

Ergebnisse zur gefühlten Lärmbelastung werden auf Basis der Mikrozensusbefragung-Umwelt aus den Jahren 2007 und 2011 berichtet (Baud 2013). Alle Angaben beziehen sich auf Niederösterreicher/innen, die in Privathaushalten leben (15 Jahre und älter), und beruhen auf Selbstangaben.

6 Gesundheitsversorgung und -förderung

Das Kapitel zu Gesundheitsversorgung und -förderung umfasst die Bereiche

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

Schließlich werden

- » ausgewählte Outcome-Indikatoren zur Versorgungsqualität dargestellt und abschließend
- » drei spezifische Versorgungsaspekte thematisiert:
 - » Schwangerschaft und Geburt
 - » psychiatrische, psychosomatische und psychosoziale Versorgung
 - » Versorgung von Menschen mit einem risikoreichen Opiatkonsum

Viele der in diesem Kapitel verwendeten Indikatoren werden in keiner der zum Indikatoren-Vergleich herangezogenen Gesundheitsstrategien und Frameworks verwendet. Tabelle 6.1 zeigt deshalb nur jene Indikatoren, die in zumindest einer der fünf Strategien und Frameworks vorkommen.

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

Indikatoren	Gesundheitsstrategien und Frameworks				
	R-GZ	ZS-G MVKO	Gesundheit 2020	GMF	Health at a Glance
Vorsorgeuntersuchungen				(✓)	✓
Ärztliche Versorgung					(✓)
Akutbetten(-dichte)					✓
Akutstationäre Aufenthalte					✓
Plätze in Pflege- und Betreuungseinrichtungen/ Leistungseinheiten					✓
Inanspruchnahme Betreuungs- und Pflegedienste					✓
Informelle Pflege- und Unterstützungsleistungen					✓
Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren (PIM)		✓			
Vorzeitige, vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (MAHC)		✓			
30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt		✓			✓
30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall		✓			✓
Säuglingssterblichkeitsrate		✓	✓		✓
Frühgeburtenrate	✓				
Lebendgeborene unter 2.500 Gramm					✓

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

Quelle und Darstellung: GÖG

6.1 Gesundheitsförderung (Outcome-Messung)

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

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

Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang der **Settingansatz** (er versucht spezifische Kontexte in eine gesundheitsförderliche Richtung zu entwickeln; z. B. Familien, Kindergärten, Schulen, Betriebe, Krankenhäuser, Städte, Gemeinden usw.) sowie der **Health-in-All-Policies-Ansatz**, der Gesundheitsthemen in anderen Politikbereichen nachhaltig verankern möchte (Leppo et al. 2013; Pelikan J.M. 2010; Poland et al. 2000; Ståhl et al. 2006; Stegeman et al. 2012; WHO 2014; WHO 2015a). Die Relevanz dieser Ansätze wird durch die Ergebnisse der Kapitel 5 und 7 verdeutlicht.

GF-Strukturen

In Niederösterreich haben in den Jahren 2005 bis 2014 **zahlreiche Akteure** (Vereine, Schulen, Betriebe, Krankenhäuser, Gemeinden, Städte, das Land, der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, die NÖGKK u.v.m.) Gesundheitsförderung betrieben. In diesem Zeitraum wurden **zahlreiche Projekte und Programme** umgesetzt. Anders als in der Krankenversorgung ist es jedoch im GF-Bereich deutlich schwieriger, einen zahlenmäßigen Überblick zu geben, da weder für Niederösterreich noch für Österreich insgesamt eine umfassende und zentral verfügbare Erfassung der vorhandenen GF-Strukturen (Akteure, Projekte, Investitionen etc.) vorliegt.

Outcome-Messung

Im Jahr 2014 wurden im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit Indikatoren für eine „Outcome-Messung im Gesundheitswesen“ definiert (BMG 2015a), darunter auch Indikatoren für den GF-Bereich. Sie adressieren wesentliche Themenbereiche der GF (Gesundheitskompetenz, Ernährung, Bewegung, Sozialkapital, betriebliche GF, schulische GF) und ermöglichen eine Einschätzung des „Gegensteuerungspotenzials“ bisheriger GF-Aktivitäten (d. h. es konnten Trends in eine positive Richtung verändert werden).

Indikatoren im GF-Bereich:

1. Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen
2. Schulklima (s. 5.2.4)

3. Sozialkapital (s. 5.4)
4. Obst- und Gemüsekonsum (s. 4.3.1)
5. Gesundheitswirksame Bewegung (s. 4.3.2)
6. Gesundheitskompetenz
7. Neuerkrankungsfälle bösartiger Neubildungen (Lunge; Darm; Haut; Zervix; s. 3.3.1)
8. Neuerkrankungsfälle ausgewählter Herz-Kreislauf-Erkrankungen (akuter Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall; s. 3.3.1)
9. Neuerkrankungsfälle von Typ-2-Diabetes (s. 3.3.1)
10. Neuerkrankungsfälle von COPD

In Niederösterreich liegen derzeit nur für 7 der 10 genannten Indikatoren Daten vor (2–5 und 7–9). Trenddaten existieren nur für die Indikatoren 7, 8 und 9. Die Indikatoren 7 bis 9 (ausgewählte Inzidenzen) werden sowohl im GF-Bereich als auch im Präventionsbereich zur Outcome-Messung herangezogen (s. 6.2.2). Sie repräsentieren mittel- bis langfristige Outcomes, die auch durch die Gesundheitskompetenz sowie durch eine gesunde Ernährung und Bewegung beeinflusst sind.

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

- » Die Anzahl akuter Myokardinfarkte ist im Beobachtungszeitraum 2005 bis 2014 – bei Männern wie bei Frauen – deutlich gesunken (sowohl absolut als auch pro 100.000 EW). Die altersstandardisierte Rate hat sich bei Männern um rund ein Drittel (von 467 auf 318) und bei Frauen um 38 Prozent (von 238 auf 149) reduziert.
- » Eine tendenzielle Abnahme ist auch bei der Diabetes-Typ-2-Inzidenz (2012–2014) erkennbar (von 436 auf 429 Fälle pro 100.000 EW).
- » Bei niederösterreichischen Männern ist zwischen 2003–2012 ein sinkender Trend bei der Lungenkrebs-Inzidenz und bei der Darmkrebs-Inzidenz zu erkennen. Bei niederösterreichischen Frauen sind ein tendenziell sinkender Trend beim Zervix-Karzinom und eine Abnahme der Darmkrebs-Inzidenz zu beobachten. Die Anzahl bösartiger Neubildungen der Haut (Melanome) ist bei beiden Geschlechtern etwa gleich geblieben.
- » Niederösterreichs Schüler/innen (im Alter von 11, 13 und 15 Jahren) bewerten das Schulklima an ihren Schulen mit rund 74 von 100 Punkten. Im Vergleich zum Jahr 2010 zeigen sich damit für beide Geschlechter sowie für alle Altersgruppen Verbesserungen im Schulklima.

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

- » Nur 29 Prozent der Niederösterreicher/innen essen – empfehlungskonform – täglich Obst und Gemüse (Frauen häufiger als Männer) und nur 24 Prozent halten die österreichischen Bewegungsempfehlungen ein (Männer häufiger als Frauen); Trenddaten liegen derzeit nicht vor. Trendbeobachtungen bei Jugendlichen lassen erkennen, dass der Konsum von Obst und Gemüse in den letzten Jahren zugenommen hat (vor allem bei den Mädchen), während das Bewegungsverhalten weitgehend konstant blieb.

- » Nur die Hälfte der Niederösterreicher/innen verfügen über ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung (Sozialkapital). 8 Prozent schätzen das Ausmaß sozialer Unterstützung gering ein (Trenddaten fehlen).

Negative Entwicklungen sind bei der Lungenkrebs-Inzidenz (bei niederösterreichischen Frauen; von 30 auf 36 Neuerkrankungsfälle pro 100.000; 2003–2012) und beim ischämischen Schlaganfall zu beobachten. Im Beobachtungszeitraum ist die Anzahl ischämischer Schlaganfälle um rund 44 Prozent und die altersstandardisierte Rate um rund 20 Prozent gestiegen, bei Männern mehr als bei Frauen.

6.2 Prävention

Prävention dient der Vermeidung oder Verringerung von Krankheit. Je nachdem, in welchem Stadium der Erkrankung eine präventive Maßnahme ansetzt, wird in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention¹⁴ unterschieden.

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

Früherkennungs- und Gesundheitsvorsorge-Untersuchungen (s. 6.2.1) zählen zu den wichtigen Maßnahmen der Sekundärprävention und dienen dem frühzeitigen Erkennen und der damit verbundenen Verringerung von Risikofaktoren und Erkrankungen. Sie werden vorrangig von Ober- und Mittelschichtfamilien in Anspruch genommen (Robert-Koch-Institut 2004).

Ebenso wie im GF-Bereich wird auch im Präventionsbereich das Gegensteuerungspotenzial präventiver Maßnahmen anhand ausgewählter **Outcome-Indikatoren** eingeschätzt (s. Punkt 6.2.2).

6.2.1 Vorsorgeuntersuchungen

Die Vorsorgeuntersuchung kann ausschließlich bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten mit einem eigenen Kassenvertrag für Vorsorgeuntersuchungen oder bei Vertragseinrichtungen durchgeführt werden. Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit Wohnsitz in Österreich haben

14

In der Präventionsmedizin werden drei Arten der Prävention unterschieden:

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

einmal jährlich Anspruch auf eine kostenlose Vorsorgeuntersuchung. Das Untersuchungsprogramm umfasst die

- » Früherkennung von Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen,
- » Früherkennung von Risikofaktoren für Stoffwechsel-Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus),
- » Früherkennung häufiger Krebserkrankungen (Gebärmutterhalskrebs, Brustkrebs, Darmkrebs),
- » Prävention von Suchterkrankungen,
- » Prävention von Parodontal-Erkrankungen und
- » Prävention von Erkrankungen des höheren Alters.

Aufschluss über die Inanspruchnahme ausgewählter Früherkennungsuntersuchungen oder Vorsorgeuntersuchungen gibt neben der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 auch das Folgekostendatensystem (FOKO) der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK).

Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen

Im Jahr 2013/2014 waren in Niederösterreich durchschnittlich¹⁵ 914.725 Personen ab 19 Jahren anspruchsberechtigt, 2008/2009 waren es 873.466 Personen. Ein Vergleich der Erhebungsjahre 2008/2009 und 2013/2014 zeigt, dass die Anzahl der Anspruchsberechtigten mit Inanspruchnahme einer allgemeinen Vorsorgeuntersuchung (inklusive Vorsorgeuntersuchung zum Erkennen von Darmkrebs sowie Mammografie) von 76.311 auf 109.250 Personen gestiegen ist. Das entspricht einem Anteil von jeweils 8,7 sowie 12 Prozent (Tabelle 6.2).

Tabelle 6.2:

Inanspruchnahme allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen bei Anspruchsberechtigten der NÖGKK, 2008/2009 und 2013/2014

	2008/2009	2013/2014
Durchschnitt der Anspruchsberechtigten ab 19 Jahren	873.466	914.725
Anzahl Anspruchsberechtigte mit VU Gesamt (inkl. VU Kolo Mammo)	76.311	109.250
Anteil Inanspruchnahmen von VU Gesamt (inkl. VU Kolo Mammo)	8,7 %	11,9 %
Anzahl Anspruchsberechtigte mit VU (ohne VU Kolo Mammo)	72.661	71.886
Anteil Inanspruchnahmen von VU (ohne VU Kolo Mammo)	8,3 %	7,9 %

Quelle: FOKO (Folgekostendatensystem) der NÖGKK

¹⁵

Bezugsgröße ist die Gesamtzahl der Anspruchsberechtigten der NÖGKK in der fokussierten Personengruppe (beispielsweise Frauen zwischen 45 und 69 Jahren). Als Grundlage für mehrere Jahre wurde jeweils das arithmetische Mittel der Jahreswerte herangezogen.

Früherkennung häufiger Krebserkrankungen (Gebärmutterhalskrebs, Brustkrebs, Darmkrebs)

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sollen ermöglichen, eine Krebserkrankung in einem frühen Stadium zu erkennen, notwendige Therapien einzuleiten und dadurch die krankheitsspezifische Mortalität zu verringern. Vorsorgeuntersuchungen garantieren jedoch keine absolute Zuverlässigkeit, alle Kranken korrekterweise als krank und alle Gesunden als gesund zu erkennen. Es besteht demnach das Risiko, Kranke fälschlicherweise als gesund (falsch-negativ) und Gesunde fälschlicherweise als krank (falsch-positiv) zu identifizieren (Robert Koch Institut 2015).

Vorsorgeuntersuchungen zur Erkennung von Darmkrebs

Das kolorektale Karzinom (Dickdarm- und Mastdarmkrebs) ist in Österreich bei Männern mit 13 Prozent die dritthäufigste, bei Frauen mit 11 Prozent die zweithäufigste Krebserkrankung (s. 3.3.1).

Abgesehen vom Gesundheitsverhalten (Zigaretten- und Alkoholkonsum, körperliche Aktivität, Ernährung) gilt auch das Vorhandensein von Polypen (mit Zellveränderungen) als Risikofaktor für die Entstehung von Darmkrebs (American Institute for Cancer Research 2007). Polypen entstehen im Laufe der Jahre – als harmlose Schleimhautwucherungen – auf der Darmschleimhaut. Da dieser Prozess mitunter viele Jahre dauern kann, kommt der Vorsorgeuntersuchung eine wichtige Rolle zu.

In Österreich wird ab einem Alter von 50 Jahren (im Falle einer starken familiären Vorbelastung auch schon früher) die regelmäßige Inanspruchnahme einer Darmspiegelung (alle 5 Jahre) empfohlen.

Laut Österreichischer Gesundheitsbefragung 2014 unterzogen sich 38 Prozent der ab 50-jährigen Niederösterreicherinnen und Niederösterreicher im empfohlenen Zeitraum einer Vorsorgeuntersuchung zur Erkennung von Darmkrebs (BL-Bandbreite: 38–50 %), Männer und Frauen in etwa gleich häufig. 47 Prozent der ab 50-jährigen Niederösterreicher/innen hatten noch nie einer Darmspiegelung zu Vorsorgezwecken. Regionale Unterschiede nach Versorgungsregionen zeigen sich nicht.

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Die Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung zum Erkennen von Darmkrebs weist bei der weiblichen Bevölkerung einen negativen Bildungsgradienten auf: Niederösterreicherinnen mit maximal einem Pflichtschulabschluss nehmen eine Darmspiegelung im empfohlenen Zeitraum häufiger in Anspruch als Frauen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (44 % vs. 26 %). Unterschiede nach Einkommen oder Migrationshintergrund findet sich nicht.

FOKO-Daten

Laut Folgekostendatensystem der NÖGKK sind in den Jahren 2010 bis 2014 durchschnittlich 347.461 Personen ab 55 Jahren für eine Darmspiegelung anspruchsberechtigt. In diesem Zeitraum haben sich 44.782 Personen einer Darmspiegelung unterzogen, das entspricht einem Anteil von knapp 13 Prozent. (Tabelle 6.3)

Tabelle 6.3:
Koloskopien bei Anspruchsberechtigten der NÖGKK, 2010 – 2014

	2010 –2014
Durchschnitt Anspruchsberechtigte ab 55 Jahren	347.461
Anzahl Anspruchsberechtigte mit Koloskopie	44.782
Anteil Inanspruchnahme der Koloskopie durch Anspruchsberechtigte ab 55 Jahren	12,9 %

Quelle: FOKO (Folgekostendatensystem) der NÖGKK

Definitionen und Daten

Die Ergebnisse zu Darmspiegelungen werden im vorliegenden Kapitel unter anderem auf Basis des ATHIS 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (50 Jahre oder älter) und beruhen auf Selbstangaben.

Außerdem geben die Daten des Folgekostendatensystem (FOKO) der NÖGKK Auskunft zur Inanspruchnahme von Koloskopien. Die Aussagekraft konzentriert sich dabei auf Versicherte der NÖGKK, Wahlarzt- bzw. Fremdkassenleistungen bleiben damit unberücksichtigt. Eine weitere Problematik ist die unsaubere Trennung in kurative Untersuchungen und Vorsorgeuntersuchungen. Die Stärken der Analyse liegen in der Gesamterfassung der in die Auswertung einbezogenen Population (Vollerhebung) und der Stabilität der Daten im Zeitverlauf. Tendenziell ist von einer Unterschätzung der Inanspruchnahme auszugehen, da angenommen werden kann, dass die Berücksichtigung von kurativen Untersuchungen zu einer Überschätzung, andere Limitationen jedoch eher zu einer Unterschätzung führen.

Vorsorgeuntersuchungen zur Erkennung von Brustkrebs

Bei Brustkrebs (Mammakarzinom) handelt es sich um eine bösartige Veränderung des Brustgewebes. Das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, steht in Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten (Alkoholkonsum, körperliche Aktivität, Ernährung), hormonellen Faktoren und Erbfaktoren. So erkranken z. B. Frauen mit hohem Fettkonsum und mit Übergewicht sowie Frauen, die erst im fortgeschrittenen Lebensalter ihr erstes Kind gebären, häufiger an Brustkrebs. Das höchste Brustkrebsrisiko weisen Frauen auf, deren Familienmitglieder (Mutter, Schwester etc.) bereits an Brustkrebs erkrankt sind. Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei österreichischen Frauen (s. 3.3.1).

Laut nationalen sowie internationalen Leitlinien¹⁶ handelt es sich beim Mammografie-Screening (Röntgenuntersuchung der Brust) um eine Maßnahme zur „Sekundärprävention“ (Früherkennung bzw. Verhinderung des Fortschreitens einer Krankheit). Folglich gehören Frauen mit Symptomen, mit einer klinischen Manifestation oder mit einem erhöhten Brustkrebsrisiko nicht zur Zielgruppe des Screenings (Albert et al. 2010). Das österreichische Brustkrebsfrüherkennungsprogramm¹⁷ lädt daher Frauen zwischen 45 und 69 Jahren ein, alle zwei Jahre eine Früherkennungsmammographie vornehmen zu lassen.

Mit Datenstand 2014 nahmen 75 Prozent der 45- bis 69-jährigen Niederösterreicherinnen innerhalb der letzten zwei Jahre eine Vorsorge-Mammografie in Anspruch (BL-Bandbreite: 56–78 %). Bei 4 Prozent wurde noch nie ein Mammografie durchgeführt. Regionale Unterschiede nach Versorgungsregionen zeigen sich nicht.

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Die Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung zur Erkennung von Brustkrebs weist einen negativen Bildungsgradienten auf: Niederösterreicherinnen mit maximal einem Pflichtschulabschluss nehmen eine Mammografie im empfohlenen Zeitraum häufiger in Anspruch als Frauen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (82 % vs. 68 %). Kein Zusammenhang besteht mit dem Einkommen oder dem Migrationshintergrund.

FOKO-Daten

Laut Folgekostendatensystem (FOKO) der NÖGKK sind im Jahr 2013/2014 durchschnittlich¹⁸ 196.803 Frauen zwischen 45 und 69 Jahren anspruchsberechtigt, 2008/2009 waren es 185.744 Frauen. Ein Vergleich der Erhebungsjahre 2008/2009 und 2013/2014 zeigt, dass die Anzahl der Anspruchsberechtigten, die eine Mammographie in Anspruch genommen haben, von 91.544 auf 93.754 Frauen gestiegen ist. Das entspricht einem Anteil von jeweils 49 sowie 48 Prozent. (Tabelle 6.4)

16

European guidelines for quality assurance in mammography screening, IARC Handbooks for Cancer Prevention

17

<http://www.frueh-erkennen.at/>

18

Bezugsgröße ist die Gesamtzahl der Anspruchsberechtigten der NÖGKK in der fokussierten Personengruppe (Frauen zwischen 45 und 69 Jahren). Als Grundlage für mehrere Jahre wurde jeweils das arithmetische Mittel der Jahreswerte herangezogen.

Tabelle 6.4:

Mammografien bei Anspruchsberechtigte der NÖGKK, 2008–2009 sowie 2013–2014

	2008–2009	2013–2014
Durchschnitt anspruchsberechtigte Frauen 45–69	185.744	196.803
Anzahl anspruchsberechtigte Frauen zwischen 45 und 69 mit Mammographie	91.544	93.754
Anteil Inanspruchnahme der Mammographie bei anspruchsberechtigten Frauen zwischen 45 und 69	49,3 %	47,6 %

Quelle: FOKO der NÖGKK

Definitionen und Daten

Die Ergebnisse zu Mammografien werden auf Basis des ATHIS 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (45 bis 69 Jahre) und beruhen auf Selbstangaben.

Außerdem geben die Daten des Folgekostendatensystem (FOKO) der NÖGKK Auskunft zur Inanspruchnahme von Mammografien. Die Aussagekraft konzentriert sich dabei auf Versicherte der NÖGKK, Wahlarzt- bzw. Fremdkassen-Leistungen bleiben damit unberücksichtigt. Die Einführung des Brustkrebsfrüherkennungsprogramms (BKFP) und die damit verbundenen Unsicherheiten hinsichtlich Ablauf und Nutzen der Mammographie erschweren den Jahresvergleich. Eine weitere Problematik ist die unsaubere Trennung in kurative Untersuchungen und Vorsorgeuntersuchungen. Die Stärken der Analyse liegen in der Gesamterfassung der in die Auswertung einbezogenen Population (Vollerhebung) und der Stabilität der Daten im Zeitverlauf. Tendenziell ist von einer Unterschätzung der Inanspruchnahme auszugehen, da angenommen werden kann, dass die Berücksichtigung von kurativen Untersuchungen zu einer Überschätzung, andere Limitationen jedoch eher zu einer Unterschätzung führen.

Vorsorgeuntersuchungen zur Erkennung von Gebärmutterhalskrebs

Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) ist ein bösartiger Tumor des Gebärmutterhalses und ist weltweit die vierthäufigste bösartige Tumorart bei Frauen (Stewart/Wild 2014). Im Zusammenhang mit der Entwicklung eines Zervixkarzinoms stehen das Gesundheitsverhalten (Rauchen sowie eine frühe sexuelle Aktivität und damit verbundene Infektionen), hormonelle Verhütung sowie eine Immunsuppression. Wichtigster Auslöser für die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs ist jedoch eine Infektion mit humanen Papillomviren (HPV, HP-Viren), speziell mit den Hochrisiko-Typen HPV 16 und HPV 18. Liegt eine chronische Infektion mit diesen Hochrisiko-Typen vor, kann es zur Bildung eines Zervixkarzinoms kommen. Weil diese Entwicklung häufig über einen Zeitraum von mehreren Jahren verläuft und weil Gebärmutterhalskrebs im Frühstadium meist keine Symptome aufweist, wird bei Frauen ab dem 18. Lebensjahr eine regelmäßige Screening-Untersuchung mittels Abstrich am Gebärmutterhals (PAP-Abstrich) empfohlen. Als geeignetes Routine-Intervall gelten laut internationaler Evidenz drei Jahre. Mit dieser Methode können Veränderungen der Zellen

am Gebärmutterhals und somit Vorstufen von Gebärmutterhalskrebs entdeckt und erfolgreich behandelt werden (Pongratz et al. 2014).

Mit Datenstand 2014 wurde bei 89 Prozent der 20- bis 69-jährigen Niederösterreicherinnen innerhalb der letzten drei Jahre ein PAP-Abstrich zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs durchgeführt (BL-Bandbreite: 82–89 %). Der Anteil der Niederösterreicherinnen, die noch nie einen PAP-Abstrich durchführen ließen, ist mit 3 Prozent gering. Regionale Unterschiede nach Versorgungsregionen zeigen sich nicht.

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Die Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung zum Erkennen von Gebärmutterhalskrebs weist einen positiven Zusammenhang mit der formalen Bildung auf: Niederösterreicherinnen mit maximal einem Pflichtschulabschluss nehmen einen PAP-Abstrich seltener im empfohlenen Zeitraum in Anspruch als Frauen mit einer Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (86 % vs. 93 %). Ein Zusammenhang mit Einkommen oder Migrationshintergrund findet sich nicht.

Definitionen und Daten

Die Ergebnisse zum PAP-Abstrich zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs werden auf Basis des ATHIS 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (20 bis 69 Jahre) und beruhen auf Selbstangaben.

6.2.2 Outcome-Messung

Im Jahr 2014 wurden im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit Indikatoren für eine „Outcome-Messung im Gesundheitswesen“ definiert (BMG 2015a). Darin enthalten sind auch Indikatoren für den Präventionsbereich. Sie adressieren wesentliche Themenbereiche der Prävention und ermöglichen eine Einschätzung zum „Gegensteuerungspotenzial“ bisheriger Präventionsaktivitäten (d. h. es konnten Trends in eine positive Richtung verändert werden).

Indikatoren für den Präventionsbereich:

1. Sturzbedingte perthrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens (s. 3.3.3)
2. Tabakkonsum (s. 4.3.3)
3. Alkoholkonsum (s. 4.3.4)
4. Adipositas (s. 4.1.1)
5. Durchimpfungsraten bei Kindern
6. Neuerkrankungsfälle bösartiger Neubildungen (Lunge; Darm; Haut; Zervix; s. 3.3.1)
7. Neuerkrankungsfälle ausgewählter Herz-Kreislauf-Erkrankungen (akuter Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall; s. 3.3.1)

8. Neuerkrankungsfälle von Typ-2-Diabetes (s. 3.3.1)
9. Neuerkrankungsfälle von COPD

In Niederösterreich liegen derzeit für 7 der 9 genannten Indikatoren Daten vor (1–4 und 6–8). Die Indikatoren 6 bis 8 (ausgewählte Inzidenzen) werden sowohl im Präventionsbereich als auch im GF-Bereich zur Outcome-Messung herangezogen und an dieser Stelle nicht mehr berichtet (s. Abschnitt 6.1). Sie repräsentieren mittel- bis langfristige Outcomes, die durch einen regelmäßigen Tabak- und Alkoholkonsum sowie durch einen stark erhöhten Körperfettanteil (Adipositas) beeinflusst sind.

Die Ergebnisse der Outcome-Messung verdeutlichen, dass es sowohl positive wie negative Entwicklungen gegeben hat:

- » Sturzbedingte pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens sind im Zeitraum 2005 bis 2014 stark zurückgegangen, sowohl bei den 60- bis 74-Jährigen als auch bei den ab 75-Jährigen.
- » Der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen blieb seit 2006/2007 weitgehend unverändert (bei rund 52 %). Allerdings kam es zu einer leichten Verschiebung von übergewichtigen (Abnahme von 37 auf 34 %) zu adipösen Personen (Zunahme von 15 auf 18 %). Bedenklich ist dieser Anstieg besonders bei den 15- bis 29-Jährigen: 2006/2007 waren knapp 5 Prozent dieser Altersgruppe adipös, im Jahr 2014 sind es bereits 8 Prozent.

Darüber hinaus wird deutlich, dass das Rauchverhalten der Niederösterreicher/innen nach wie vor Aufmerksamkeit bedarf:

- » Der Anteil täglich rauchender Männer und Frauen blieb seit 2006/2007 weitgehend unverändert. Im Jahr 2014 rauchen 22 Prozent der Niederösterreicher/innen täglich. Erste positive Entwicklungen lassen sich bei den 15-Jährigen erkennen: Der Anteil täglich Rauchender hat in dieser Altersgruppe zwischen 2010 und 2014 um die Hälfte abgenommen.
- » 9 Prozent der Niederösterreicher/innen konsumieren an fünf oder mehr Tagen pro Woche Alkohol (7 % täglich oder fast täglich) und vier Prozent pflegen einen problematischen Alkoholkonsum (Trenddaten liegen derzeit nicht vor), Männer häufiger als Frauen. Positive Entwicklungen lassen sich bei den 15-Jährigen erkennen: Seit 2006 ist der Anteil wöchentlicher Alkoholkonsumenten deutlich zurückgegangen.

6.2.3 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist ein Teilbereich des österreichischen Gesundheitswesens und wird – neben den Krankenanstalten und dem niedergelassenen Bereich – auch als dessen „dritte Säule“ bezeichnet. Er umfasst laut Definition „alle Vorkehrungen, organisatorischen Einrichtungen und Tätigkeiten der dazu berufenen Ärzte und der Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, die für die Erhaltung der menschlichen Gesundheit sowie für die Verhütung und Bekämpfung von auf Mensch oder Tier übertragbaren Krankheiten erforderlich

sind“. Dazu zählen beispielsweise klassische Aufgaben wie die Seuchenbekämpfung, der Infektionsschutz mit Impfkationen, die sanitäre Aufsicht über die Gesundheitsberufe sowie Einrichtungen des Gesundheitswesens, die sanitätspolizeiliche Überwachung, die Umwelthygiene, die Mutter-Kind-Vorsorge, oder die Gesundheitsberichterstattung. Bei der Erfüllung seiner Pflichten orientiert sich der ÖGD an den Ergebnissen der Gesundheitsberichterstattung sowie den Erkenntnissen der Gesundheitswissenschaften. Der ÖGD behandelt Fragestellungen und Herausforderungen aus einer bevölkerungsbezogenen Sichtweise und im Hinblick auf die verschiedenen Agenden des öffentlichen Gesundheitsdienstes werden je nach Zuständigkeit auf Bundes-, Landes- bzw. Gemeindeebene (inklusive Städte mit eigenem Statut) wahrgenommen.

6.3 Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung umfasst neben der ärztlichen und therapeutischen Versorgung im niedergelassenen Bereich alle Leistungen, die in selbständigen Ambulatorien oder im spitalsambulanten Bereich erbracht werden. Zudem werden die pharmakologische Versorgung sowie der Notfallrettungsdienst beschrieben.

6.3.1 Ärztliche Versorgung

Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach)

In Niederösterreich stehen im Jahr 2014 im niedergelassenen Bereich rund 1.300 Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin (im Erstfach¹⁹) zur Verfügung (Datenquelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK zum Stand 31. 12. 2014). Fast 60 Prozent davon haben einen Kassenvertrag²⁰. Von diesen Vertragsärztinnen/-ärzten sind

- » 32 Prozent Frauen,
- » 49 Prozent 55 Jahre oder älter und
- » 5 Prozent 65 Jahre oder älter (Abbildung 6.1).

Von den rund 540 niederösterreichischen Wahlärztinnen/-ärzten sind im Jahr 2014 64 Prozent ausschließlich als Wahlärztinnen/Wahlärzte tätig. Sie sind jünger als die Vertragsärztinnen/-ärzte

19

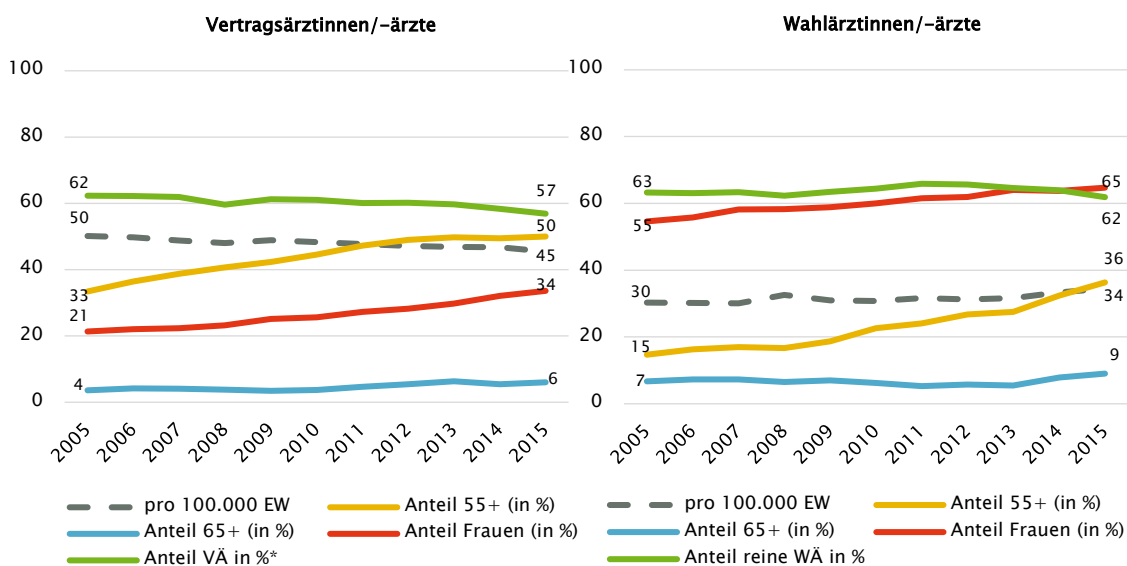
Das Erstfach entspricht jener Fachrichtung, in der die Ärztin / der Arzt in erster Linie tätig ist (zur Vermeidung von Mehrfachzählungen).

20

Die Angaben zum Vertragsstatus in den Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK sind dabei unabhängig von den Datengrundlagen der Sozialversicherungsträger. Abweichungen zwischen den Angaben zu Vertragsärztinnen/-ärzten gemäß Ärzteliste zu den Vertragspartnerdaten der Sozialversicherung sind daher möglich.

und häufiger weiblich (Abbildung 6.1). Die Zahl der Wahlärztinnen/-ärzte hat zwischen 2005 und 2014 um etwa 14 Prozent zugenommen.

Abbildung 6.1:
Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach) in Niederösterreich:
Ärztedichte und ausgewählte Merkmale, 2005–2015



VÄ = Vertragsärztinnen/-ärzte; Die Angaben zum Vertragsstatus in den Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK sind unabhängig von den Datengrundlagen der Sozialversicherungsträger; WÄ = Wahlärztinnen/-ärzte

* an allen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin

Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014)
Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Jahr 2014 kommen in Niederösterreich rund 47 Vertragsärztinnen/-ärzte (BL-Bandbreite: 39–50 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW) und etwa 33 Wahlärztinnen/-ärzte auf 100.000 EW (BL-Bandbreite: 19–35 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW). Während die Ärztedichte²¹ bei den Vertragsärztinnen/-ärzten zwischen 2005 und 2014 etwas gesunken ist, hat die Dichte der Wahlärztinnen/-ärzte leicht zugenommen (Abbildung 6.1).

Die Vertragsärztedichte variiert zwischen den Versorgungsregionen zwischen 45 und 59 Ärztinnen/Ärzten pro 100.000 EW (NÖ-Mitte: 45; Weinviertel: 45; Thermenregion: 46; Mostviertel: 49;

²¹ Ärztinnen/Ärzte je 100.000 Einwohner/innen; die Angaben beinhalten Kopffzahlen, ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Versorgungswirksamkeit der einzelnen Ärztinnen/Ärzte.

Waldviertel: 59), die Wahlärztedichte zwischen 19 und 41 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW (Mostviertel: 19; Weinviertel: 29; Waldviertel: 33; Thermenregion: 38; NÖ-Mitte: 41).

Nach Angaben der Sozialversicherungsträger²² stehen in Niederösterreich im vertragsärztlichen Bereich rund 780 ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) für Allgemeinmedizin zur Verfügung (2014). Die Versorgungsdichte bei Vertragsärztinnen/-ärzten der Allgemeinmedizin beträgt demnach 48 ÄAVE pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 39–61) und entspricht damit weitgehend der oben genannten Vertragsärztedichte (laut Ärzteliste). Im Wahlarztbereich werden gemäß REGIOMED 12 ÄAVE für Allgemeinmedizin ausgewiesen. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 0,7 ÄAVE pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 0,4–1,4).

Zwischen den Versorgungsregionen variiert die Versorgungsdichte durch Vertragsärztinnen/-ärzte der Allgemeinmedizin zwischen 46 und 51 ÄAVE pro 100.000 EW (NÖ-Mitte: 46; Weinviertel: 46; Thermenregion: 47; Mostviertel: 51; Waldviertel: 51), durch Wahlärztinnen/-ärzte zwischen 0,2 und 1,2 ÄAVE pro 100.000 EW (Mostviertel: 0,2; Thermenregion: 0,6; Waldviertel: 0,7; NÖ-Mitte: 0,9; Weinviertel: 1,2).

Im Jahr 2014 wurden 79 Prozent der Niederösterreicher/innen (im Alter von 15 und mehr Jahren) innerhalb der letzten 12 Monaten von einem Arzt / einer Ärztin für Allgemeinmedizin beraten, untersucht oder behandelt (rund 1.099.000 Personen; BL-Bandbreite: 70–79 %), Frauen zwischen 30 und 59 Jahren häufiger als gleichaltrige Männer (80 % vs. 72 %). Im Vergleich zum ATHIS 2006/2007 blieb die Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin unverändert. Die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen variiert zwischen den Altersgruppen zwischen 76 und 84 Prozent und fällt mit 76 Prozent bei den 30- bis 59-Jährigen am geringsten aus. Unterschiede nach Versorgungsregionen zeigen sich nicht.

Fachärztinnen/-ärzte (Erstfach; exkl. Zahnärztinnen/-ärzte)

In Niederösterreich stehen im Jahr 2014 im niedergelassenen Bereich rund 2.000 Fachärztinnen/Fachärzte (im Erstfach²³) zur Verfügung (Datenquelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK zum Stand 31. 12. 2014). Knapp 30 Prozent davon haben einen Kassenvertrag²⁴. Von diesen Vertragsärztinnen/-ärzten sind

- » 29 Prozent Frauen,
- » 55 Prozent 55 Jahre oder älter und
- » 7 Prozent 65 Jahre oder älter (Abbildung 6.2).

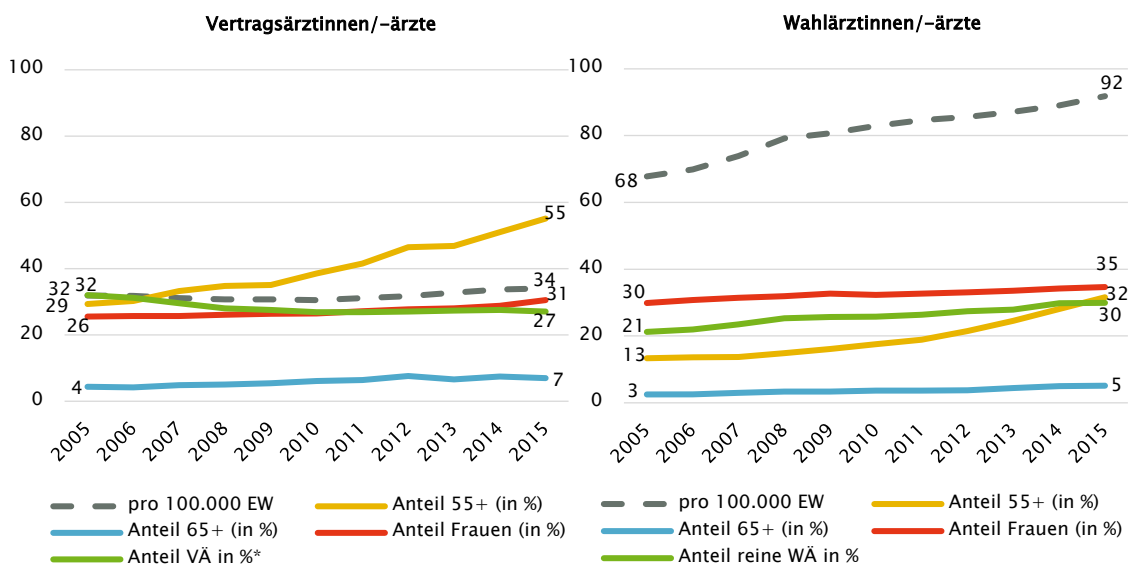
²² gemäß REGIOMED-System des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSVT)

²³ Das Erstfach entspricht jener Fachrichtung, in der die Ärztin / der Arzt in erster Linie tätig ist (zur Vermeidung von Mehrfachzählungen).

²⁴ siehe Fußnote 20

Von den rund 1.450 niederösterreichischen Wahlärztinnen/-ärzten sind im Jahr 2014 fast 30 Prozent ausschließlich als Wahlärztinnen/Wahlärzte tätig. Sie sind jünger als die Vertragsärztinnen/-ärzte und häufiger weiblich (Abbildung 6.2). Die Zahl der Wahlärztinnen/-ärzte hat zwischen 2005 und 2014 um 36 Prozent zugenommen.

Abbildung 6.2:
Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte (Erstfach) in Niederösterreich: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale, 2005–2015



VÄ = Vertragsärztinnen und -ärzte; Die Angaben zum Vertragsstatus in den Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK sind unabhängig von den Datengrundlagen der Sozialversicherungsträger.

WÄ = Wahlärztinnen/-ärzte

* an allen Fachärztinnen und Fachärzten

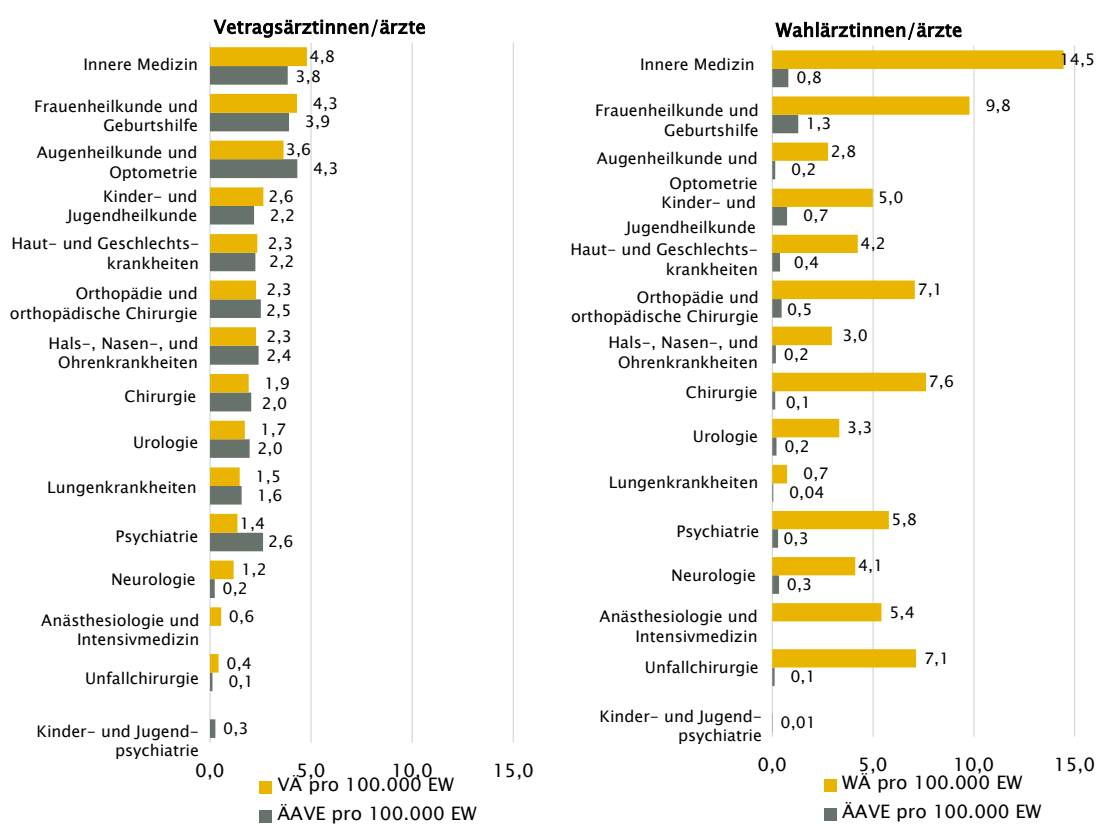
Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014)
Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Jahr 2014 kommen rund 34 Vertragsärztinnen/-ärzte (BL-Bandbreite: 32–65 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW) und etwa 89 Wahlärztinnen/-ärzte auf 100.000 EW (BL-Bandbreite: 58–139 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW). Während die Vertragsärztedichte zwischen 2005 und 2014 nahezu unverändert blieb, ist die Wahlarztdichte bei den FÄ deutlich gestiegen (Abbildung 6.2).

Zwischen den niederösterreichischen Versorgungsregionen variiert die Dichte an Vertragsärztinnen/-ärzten zwischen 27 und 45 Ärztinnen/Ärzten pro 100.000 EW (Weinviertel: 27; Mostviertel: 31; Thermenregion: 35; NÖ-Mitte: 38; Waldviertel: 45), an Wahlärztinnen/-ärzten zwischen 50 und 120 Ärztinnen/Ärzten pro 100.000 EW (Mostviertel: 50; Waldviertel: 62; Weinviertel: 77; Thermenregion: 104; NÖ-Mitte: 120).

Nach Angaben der Sozialversicherungsträger²⁵ stehen in Niederösterreich im vertragsärztlichen Bereich (exkl. Zahnärztinnen/-ärzte) je nach Fachrichtung zwischen 2 und 70 ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) zur Verfügung (Jahr 2014). Die Versorgungsdichte durch Fachärztinnen/-ärzte variiert je nach Fachrichtung zwischen 0,1 und 4,3 ÄAVE pro 100.000 EW und entspricht weitgehend der „Ärztedichte“ laut Ärzteliste (Abbildung 6.3). Im Wahlarztbereich werden gemäß REGIOMED zwischen 0,2 und 21 ÄAVE für die einzelnen Fachrichtungen ausgewiesen. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 0,01 bis 1,3 ÄAVE pro 100.000 EW (Abbildung 6.3).

Abbildung 6.3:
Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte nach ausgewählten Fachrichtungen, Niederösterreich 2014



VÄ = Vertragsärztinnen/-ärzte; Die Angaben zum Vertragsstatus in den Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK sind unabhängig von den Datengrundlagen der Sozialversicherungsträger.

WÄ = Wahlärztinnen/-ärzte

ÄAVE = ärztliche ambulante Versorgungseinheit/en; REGIOMED des HVSVT enthält keine Angaben zu technischen Fachrichtungen wie Radiologie, Labor, Pathologie und Physikalische Medizin.

Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014) und REGIOMED 2014 des HVSVT
Berechnung und Darstellung: GÖG

25
gemäß REGIOMED-System des HVSVT

Im Jahr 2014 wurden 77 Prozent der Niederösterreicher/innen (im Alter von 15 und mehr Jahren) innerhalb der letzten 12 Monaten von einem Facharzt / einer Fachärztin (FÄ; inkl. zahnärztlicher Versorgung) beraten, untersucht oder behandelt (1.064.000 Personen; BL-Bandbreite: 67–79 %), Frauen häufiger als Männer (86 % vs. 68 %). 2006/2007 fiel die Inanspruchnahme mit 69 Prozent noch deutlich geringer aus. Während bei der weiblichen Bevölkerung die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen (insgesamt) über alle Altersgruppen hinweg weitgehend konstant bleibt (bei 84–88 %), ist bei den Männern ab einem Alter von 60 Jahren ein deutlicher Anstieg zu beobachten (von 64 bzw. 58 % bei den 15– bis 29– bzw. 30– bis 59–Jährigen auf 88 % bei den ab 60–Jährigen).

Zwischen den Versorgungsregionen variiert die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen zwischen 69 und 81 Prozent (Mostviertel: 69 %; Waldviertel: 70 %; Weinviertel: 76 %; Thermenregion: 79 %; NÖ-Mitte: 81 %).

Betrachtet man die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen nach ausgewählten Fachrichtungen, so zeigt sich, dass die niederösterreichische Bevölkerung in den letzten 12 Monaten am häufigsten von folgenden Fachärztinnen/Fachärzten beraten, untersucht oder behandelt wurden (Tabelle 6.5):

- » Gynäkologin/Gynäkologe (Frauen)
- » Augenärztin/Augenarzt
- » Hautärztin/Hautarzt
- » Internistin/Internist
- » Orthopädin/Orthopäde

Mit Ausnahme der Fachärztinnen/–ärzte für Dermatologie, Urologie sowie für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten nehmen Frauen häufiger Fachärztinnen/–ärzte in Anspruch als Männer (Tabelle 6.5).

Bei der männlichen Bevölkerung nimmt die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen (in fast allen Fachbereichen) mit dem Alter zu. Davon ausgenommen ist die Inanspruchnahme orthopädischer Leistungen (Tabelle 6.5). Sie werden am häufigsten von den 15– bis 29–Jährigen in Anspruch genommen, gefolgt von der ab 60–jährigen Bevölkerung.

Bei der weiblichen Bevölkerung zeigt sich ein diesbezüglich differenzierteres Bild (Tabelle 6.5):

- » Fachärztinnen/–ärzte für Augenheilkunde, Innere Medizin, Orthopädie und Neurologie werden mit dem Alter häufiger in Anspruch genommen, Gynäkologinnen/Gynäkologen (bei Patientinnen ab 60 Jahre) seltener.
- » Die Inanspruchnahme von Hautärztinnen und Hautärzten bleibt über die Altersgruppen hinweg weitgehend konstant (zw. 22 und 26 %).
- » Die Inanspruchnahme von Fachärztinnen/–ärzten für Urologie sowie für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten nimmt erst bei den ab 60–jährigen Frauen zu.

Tabelle 6.5:

Inanspruchnahme ausgewählter fachärztlicher Leistungen nach Altersgruppen und Geschlecht (in % und absolut*), Niederösterreich 2014

Fachrichtungen	Männer				Frauen			
	15-29 Jahre	30-59 Jahre	60+ Jahre	Gesamt	15-29 Jahre	30-59 Jahre	60+ Jahre	Gesamt
Gynäkologie und Geburtshilfe	-	-	-	-	67,1 90.000	65,8 236.000	38,2 83.000	57,6 409.000
Augenheilkunde	36,4 47.000	21,0 73.000	51,0 100.000	32,7 220.000	25,8 34.000	30,6 110.000	52,0 113.000	36,2 257.000
Dermatologie	24,9 32.000	21,3 74.000	36,6 72.000	26,4 178.000	24,6 33.000	21,9 77.000	26,4 57.000	23,6 167.000
Innere Medizin	11,1 14.000	14,0 49.000	43,2 85.000	21,9 148.000	8,0 11.000	15,2 54.000	42,4 92.000	22,1 157.000
Orthopädie	13,9 18.000	10,9 38.000	12,8 25.000	12,0 81.000	10,8 14.000	13,5 48.000	29,7 65.000	17,9 127.000
Urologie	6,3 8.000	14,5 50.000	51,4 101.000	23,6 159.000	0,7 1.000	3,3 12.000	11,8 26.000	5,4 39.000
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	14,5 19.000	10,2 35.000	22,8 45.000	14,7 99.000	8,8 12.000	9,3 33.000	16,3 35.000	11,3 80.000
Neurologie	3,2 4.000	3,6 12.000	7,5 15.000	4,6 31.000	4,8 6.000	8,7 31.000	9,2 20.000	8,1 57.000

* auf Tausend gerundet; Inanspruchnahme innerhalb der letzten 12 Monate ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

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

Zahnärztinnen/-ärzte

In Niederösterreich stehen im Jahr 2014 im niedergelassenen Bereich rund 600 Zahnärztinnen/Zahnärzte (im Erstfach²⁶) zur Verfügung (Datenquelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK zum Stand 31. 12. 2014). Diese Zahl umfasst Fachärztinnen/-ärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, neue Zahnärztinnen/-ärzte (Dr.med.dent.) sowie Dentistinnen/Dentisten, die eines dieser Fächer im Erstfach ausüben. Fast 80 Prozent der niedergelassenen Zahnärztinnen/-ärzte haben einen Kassenvertrag. Von diesen Vertragszahnärztinnen/-zahnärzten sind

» 45 Prozent Frauen,

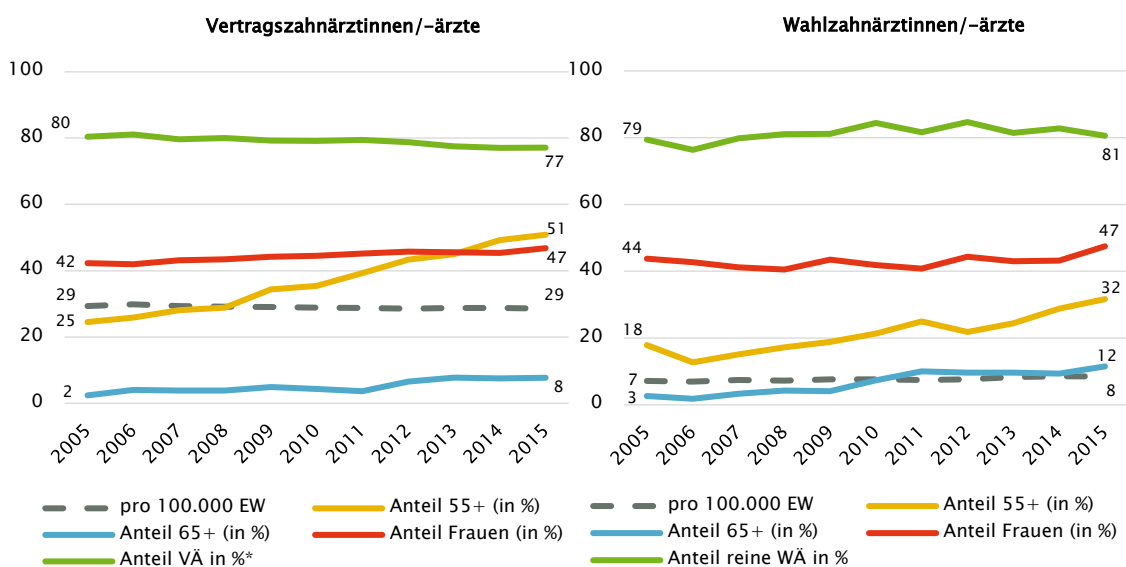
26

Das Erstfach entspricht jener Fachrichtung, in der die Ärztin / der Arzt in erster Linie tätig ist (zur Vermeidung von Mehrfachzählungen).

- » 49 Prozent 55 Jahre oder älter und
- » 7 Prozent 65 Jahre oder älter (Abbildung 6.4).

Von den rund 140 Wahlzahnärztinnen/-ärzten sind im Jahr 2014 83 Prozent ausschließlich als Wahlzahnärztinnen/-ärzte tätig. Sie sind jünger als die Vertragszahnärztinnen/-ärzte (Abbildung 6.4). Die Zahl der Wahlzahnärztinnen/-ärzte hat zwischen 2005 und 2014 um 24 Prozent zugenommen.

Abbildung 6.4:
Niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte (Erstfach) in Niederösterreich: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale, 2005–2015



VÄ = Vertragsärztinnen/-ärzte; Die Angaben zum Vertragsstatus in den Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK sind unabhängig von den Datengrundlagen der Sozialversicherungsträger.
WÄ = Wahlzahnärztinnen/-ärzte
* an allen Zahnärztinnen und Zahnärzten

Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014)
Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Jahr 2014 kommen in Niederösterreich rund 29 Vertragszahnärztinnen/-ärzte (BL-Bandbreite: 26–43 Zahnärztinnen/Zahnärzte pro 100.000 EW) und etwa 9 Wahlzahnärztinnen/-ärzte auf 100.000 EW (BL-Bandbreite: 6–20 Zahnärztinnen/Zahnärzte pro 100.000 EW). Während die Zahnärztedichte bei den Vertragszahnärztinnen und -zahnärzten zwischen 2005 und 2014 weitgehend unverändert blieb, nahm die Dichte bei den Wahlzahnärztinnen und -zahnärzten zu (Abbildung 6.4).

Zwischen den Versorgungsregionen variiert die Dichte an Vertragszahnärztinnen/-ärzten zwischen 26 und 32 Zahnärztinnen/-ärzte pro 100.000 EW (Weinviertel: 26; NÖ-Mitte: 28; Thermenregion: 29; Mostviertel: 31; Waldviertel: 32), die Dichte an Wahlzahnärztinnen/-ärzten zwischen

4 und 11 pro 100.000 EW (Mostviertel: 4; Waldviertel: 6; Weinviertel: 9; Thermenregion: 9; NÖ-Mitte: 11).

Nach Angaben der Sozialversicherungsträger²⁷ stehen in Niederösterreich im Bereich der Vertragszahnärztinnen/-ärzte rund 470 ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) zur Verfügung (Jahr 2014).²⁸ Die Versorgungsdichte bei Zahnärztinnen/-ärzten beträgt demnach 29 ÄAVE pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 29–34) und entspricht der zuvor genannten Vertragszahnärztedichte (laut Zahnärzteliste). Im Wahlarztbereich werden gemäß REGIOMED rund 25 ÄAVE im zahnärztlichen Bereich ausgewiesen. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 2 ÄAVE pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 1–6).

Zwischen den Versorgungsregionen in NÖ variiert die Versorgungsdichte durch Vertragszahnärztinnen/-ärzte zwischen 25 und 37 ÄAVE pro 100.000 EW (Weinviertel: 25; Thermenregion: 27; NÖ-Mitte: 28; Waldviertel: 35; Mostviertel: 37), durch Wahlzahnärztinnen/-ärzte zwischen 1,2 und 1,9 ÄAVE pro 100.000 EW (Weinviertel: 1,2; Mostviertel: 1,2; Waldviertel: 1,6; Thermenregion: 1,7; NÖ-Mitte: 1,9).

Im Jahr 2014 wurden 69 Prozent der Niederösterreicher/innen (im Alter von 15 und mehr Jahren) innerhalb der letzten 12 Monaten von einem Zahnarzt / einer Zahnärztin beraten, untersucht oder behandelt (etwa 960.000 Personen; BL-Bandbreite: 69–77 %), 44 Prozent vor weniger als sechs Monaten (etwa 607.000 Personen; BL-Bandbreite: 43–55 %). Im Jahr 2006/2007 lag der Anteil mit 61 Prozent deutlich darunter. Die weibliche Bevölkerung ab 30 Jahren nahm in den letzten 12 Monaten häufiger eine Zahnärztin / einen Zahnarzt in Anspruch als die männliche (78 % vs. 69 % der 30- bis 59-Jährigen; 65 % vs. 55 % der ab 60-Jährigen). Am geringsten fiel die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen durch die ab 60-jährige Bevölkerung aus (59 %).

Zwischen den Versorgungsregionen variiert die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen (bezogen auf die letzten 12 Monate) zwischen 66 und 74 Prozent (Weinviertel: 66 %; Mostviertel: 66 %; NÖ-Mitte: 67 %; Waldviertel: 69 %; Thermenregion: 74 %).

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Niedergelassene Zahnärztinnen/-ärzte werden von der ab 30-jährigen Bevölkerung bei steigendem Bildungsgrad häufiger in Anspruch genommen (max. Pflichtschulabschluss: 59 %, Lehre/BMS: 68 %, Matura oder höher: 77 %). Hinsichtlich des Haushaltseinkommens findet sich ein ähnliches Muster: Niederösterreicher/innen ab 30 Jahren, die dem untersten Einkommensquintil angehören, nehmen zahnärztliche Leistungen deutlich seltener in Anspruch als Niederösterreicher/innen ab

²⁷ gemäß REGIOMED-System des HVSVT

²⁸ inkludiert sind FÄ für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, neue Zahnärztinnen/-ärzte (Dr.med.dent), Dentisten sowie FÄ für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie

30 Jahre, die dem obersten Einkommensquintil zuzurechnen sind (60 % vs. 77 %). Darüber hinaus zeigt sich, dass Männer mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) seltener zu Zahnärztinnen/-ärzten gehen als Männer ohne Migrationshintergrund (58 % vs. 67 %).

Definitionen und Daten

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte sowie die Ärztedichte (Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW) wird auf Basis der Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK berichtet. Hinweise zur Versorgungsdichte (ärztliche ambulante Versorgungseinheiten pro 100.000 EW) beruhen auf REGIOMED. *Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE)* stehen für eine/n durchschnittlich arbeitende/n Ärztin/Arzt in Österreich.

Die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen wird auf Basis des ATHIS 2014 berichtet und mit Ergebnissen aus 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

6.3.2 Physio- und ergotherapeutische Versorgung im niedergelassenen Bereich

Physiotherapie

Über das Angebot physiotherapeutischer Leistungen im niedergelassenen Bereich ist derzeit wenig bekannt. Es mangelt an einer vollständigen Erfassung ambulant tätiger Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und deren Leistungsangebot. Auch Angaben zum Bedarf fehlen. Informationen liegen ausschließlich zur Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen vor. Sie definieren einen Mindestbedarf.

Laut Österreichischer Gesundheitsbefragung 2014 wurden 18 Prozent der Niederösterreicher/innen (im Alter von 15 oder mehr Jahren) innerhalb der letzten 12 Monaten von einer Physiotherapeutin / einem Physiotherapeuten beraten, untersucht oder behandelt (245.000 Personen; BL-Bandbreite: 16–22 %), Frauen ab 30 häufiger als Männer. Verglichen mit dem ATHIS 2006/2007 hat sich die Inanspruchnahme niedergelassener Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten damit in etwa verdoppelt.

In der männlichen Bevölkerung nehmen am häufigsten die 30- bis 59-Jährige ambulante physiotherapeutische Leistungen in Anspruch (17 %). Auch bei der weiblichen Bevölkerung ist ab 30 Jahren ein deutlicher Anstieg zu beobachten (von 12 % bei den 15- bis 29-Jährigen auf 24 bzw. 21 % bei den 30- bis 59-Jährigen bzw. ab 60-Jährigen).

Je nach Versorgungsregion beträgt die Inanspruchnahme 13 bis 23 Prozent (Waldviertel: 13 %; Mostviertel: 15 %; Weinviertel: 16 %; Thermenregion: 17 %).

Ergotherapie

Ebenso wie für ambulant erbrachte physiotherapeutische Leistungen gilt auch für die ergotherapeutische Versorgung, dass wenig über die Angebots- und Bedarfsseite bekannt ist. Laut Auskunft der NÖGKK gibt es seit 1. 4. 2014 einen Gesamtvertrag mit 30 Ergotherapeutinnen/-therapeuten (11 mit Kinder- und Jugendschwerpunkt).

Laut Österreichischer Gesundheitsbefragung 2014 wurden 3 Prozent der Niederösterreicher/innen (im Alter von 15 oder mehr Jahren) innerhalb der letzten 12 Monaten von einer Ergotherapeutin / einem Ergotherapeuten beraten, untersucht oder behandelt (43.000 Personen; BL-Bandbreite: 2-3 %). Im Jahr 2006/2007 lag der Wert ebenfalls bei 1,3 Prozent. Regionale Unterschiede zeigen sich nicht.

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Sozioökonomische Unterschiede finden sich ausschließlich bei der männlichen Bevölkerung und bei physiotherapeutischen Leistungen:

- » Die Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen nimmt mit dem Bildungsgrad zu (von 11 % mit max. Pflichtschulabschluss auf 19 % mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss).
- » Niederösterreicher mit Migrationshintergrund nehmen häufiger Physiotherapeutinnen/-therapeuten in Anspruch als Niederösterreicher ohne Migrationshintergrund (20 % vs. 14 %); ein Ergebnis das vor allem durch den Altersunterschied der Vergleichsgruppen bedingt ist (Niederösterreicher/innen ohne Migrationshintergrund sind häufiger 60plus als Niederösterreicher/innen mit Migrationshintergrund).

Definitionen und Daten

Die Inanspruchnahme ambulanter physio- und ergotherapeutischer Leistungen wird auf Basis des ATHIS 2014 berichtet und mit Ergebnissen aus 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

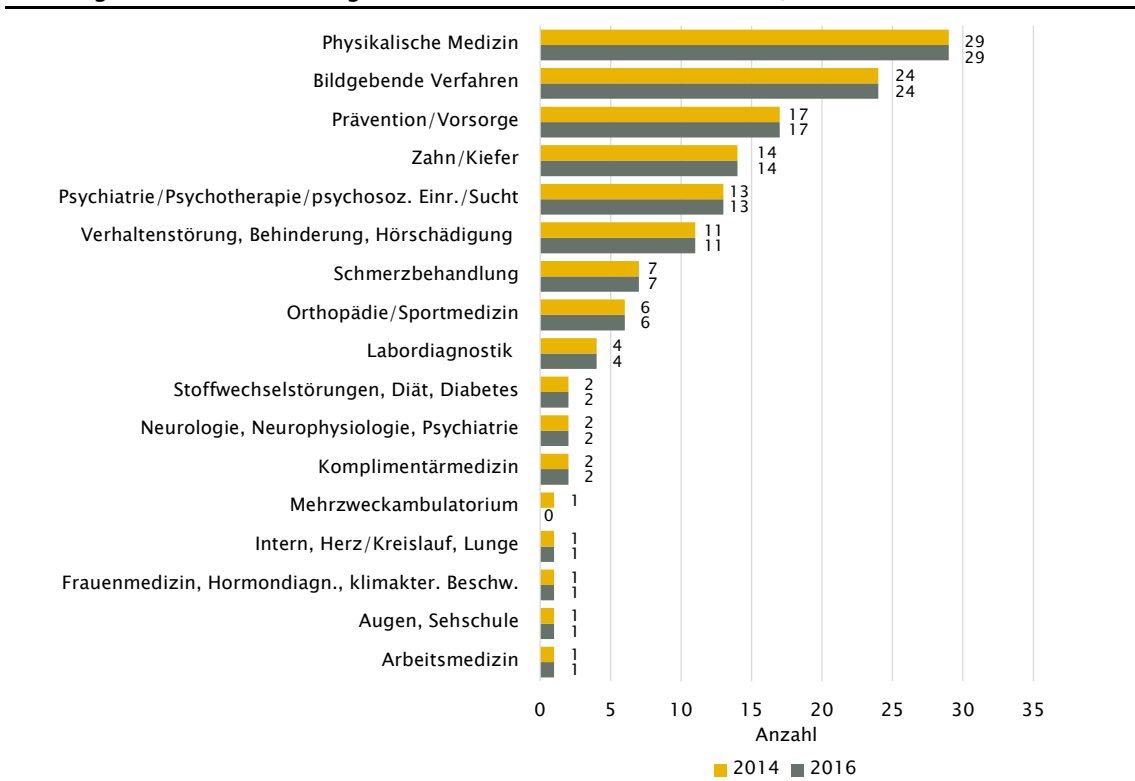
6.3.3 Selbständige Ambulatorien

Im Juni 2014 stehen der niederösterreichischen Bevölkerung 99 selbständige Ambulatorien zur Verfügung (ebenso im Jahr 2016). Ihr Leistungsspektrum konzentriert sich mehrheitlich auf nachstehende Bereiche:

- » Physikalische Medizin
- » Bildgebende Verfahren
- » Prävention und Vorsorge

- » Zahn und Kiefer
- » Psychiatrie, Psychotherapie, psychosoziale Versorgung und Sucht
- » Verhaltensstörung, Behinderung, Hörschädigung (Abbildung 6.5).

Abbildung 6.5:
Leistungsbereiche selbständiger Ambulatorien in Niederösterreich, 2014 und 2016



Quelle: BMGF – Kataster der selbstständigen Ambulatorien (Datenbankabruf: 17. 6. 2014 und 27. 1. 2016)
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Anzahl selbständiger Ambulatorien ist dem Kataster der selbstständigen Ambulatorien des BMGF entnommen. Es handelt sich hierbei um ein unverbindliches Verzeichnis des Gesundheitsressorts. Die Informationen in diesem Verzeichnis stammen aus früheren Primärerhebungen (zuletzt 2009), die auf Basis von Bescheiden der Bundesländer – soweit sie dem Gesundheitsressort zur Kenntnis gebracht werden – laufend aktualisiert werden. Das Verzeichnis umfasst (Fach-)Arztpraxen-ähnliche Einrichtungen, ambulante Behandlungseinrichtungen und Einrichtungen mit teilweise operativem Leistungsspektrum.

6.3.4 Spitalsambulanzen

Bei der spitalsambulanten Versorgung handelt es sich um die Versorgung von nicht-stationären Patientinnen und Patienten auf nicht bettenführenden Hauptkostenstellen (Mildschuh et al. 2012).

Frequenzen

Im Jahr 2014 beträgt die Frequenz ambulanter Patientinnen und Patienten in niederösterreichischen Spitalsambulanzen rund 2.672.000 (164.400 pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 144.800–268.900)²⁹. Sie ist seit 2006 absolut um etwa 14 Prozent, pro 100.000 EW um 11 Prozent gestiegen.

Am häufigsten werden Spitalsambulanzen in den Bereichen Unfallchirurgie, Radiologie, Innere- und Physikalische Medizin sowie Chirurgie aufgesucht.

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Mit steigendem Bildungsniveau sinkt – laut ATHIS 2014 – die Inanspruchnahme spitalsambulanter Leistungen (von 30 % bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss auf 21 % bei Personen mit Matura oder einer höheren formalen Bildung). Dies trifft besonders auf niederösterreichische Männer zu. Niederösterreicherinnen mit einem Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) lassen sich häufiger in Spitalsambulanzen behandeln als Niederösterreicherinnen ohne Migrationshintergrund (33 % vs. 25 %). Kein Zusammenhang besteht mit dem Haushaltseinkommen.

Definitionen und Daten

Die Daten zu den Spitalsambulanzen wurden der KA-Kostenstellenstatistik entnommen. Der Kontakt zu einer Spitalsambulanz inkludiert den Kontakt zu einem Facharzt oder einer Fachärztin. Unberücksichtigt bleiben hier Kontakte während eines stationären Aufenthaltes.

Zusammenhänge mit sozioökonomischen Faktoren werden auf Basis des ATHIS 2014 untersucht (Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Niederösterreicher/innen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

²⁹

Patientenfrequenz exklusive Medizinisch-chemische Labordiagnostik, Mikrobiologisch-serologische Labordiagnostik, Pathologie und Sonstige Fachhauptbereiche.

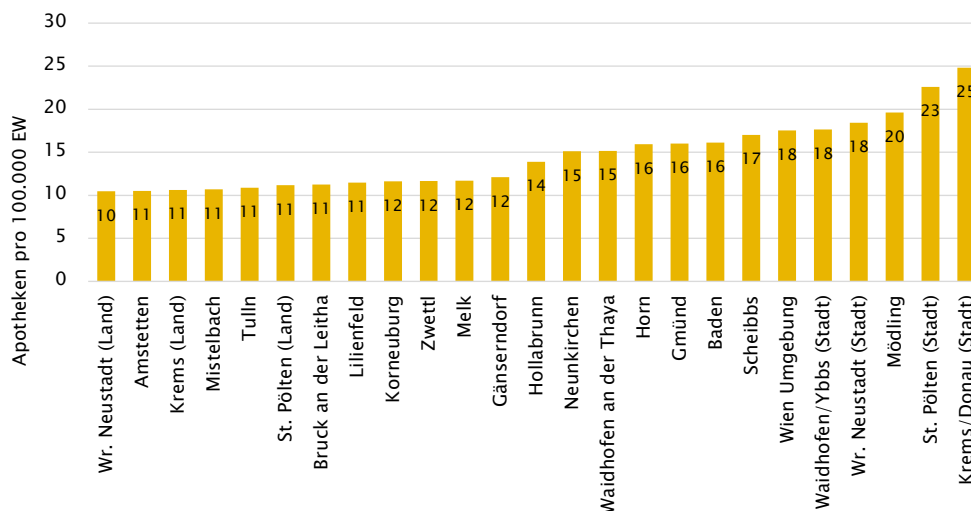
6.3.5 Pharmazeutische Versorgung

Apotheken

Im Jahr 2014 stehen der niederösterreichischen Bevölkerung 231 Apotheken zur Verfügung (exkl. Spitals- und Filialapotheken), 2015 232 Apotheken. Seit 2005 ist die Anzahl öffentlicher Apotheken um 13 Prozent gestiegen.

Im Jahr 2015 beträgt die Apothekendichte 14 Apotheken pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 13–18). Sie variiert in den niederösterreichischen Bezirken zwischen 10 (in Wiener Neustadt Land) und 25 Apotheken pro 100.000 EW (in Krems/Donau Stadt; Abbildung 6.11).

Abbildung 6.6:
Apothekendichte nach niederösterreichischen Bezirken, 2015



Quelle: Österreichische Apothekerkammer "Apotheke in Zahlen 2016" und Apothekenindex Österreich
Berechnung und Darstellung: GÖG

Medikamenten-Einnahme

Im Jahr 2014 haben 52 Prozent der Niederösterreicher/innen innerhalb der letzten zwei Wochen ärztlich verschriebene Medikamente eingenommen (rund 724.000 Personen; BL-Bandbreite: 44–56 %). 2006/2007 lag dieser Anteil bei 48 Prozent.

15- bis 59-jährige Niederösterreicherinnen nehmen häufiger ärztlich verordnete Medikamente ein als gleichaltrige Niederösterreicher (bei den 15- bis 29-jährigen: 25 % vs. 17 %, bei den 30- bis 59-jährigen: 50 % vs. 42 %).

Rezeptfreie Medikamente werden von 31 Prozent der Niederösterreicher/innen (rund 425.000 Personen) eingenommen (BL-Bandbreite: 28–39 %), von Frauen häufiger als von Männern (36 % vs. 25 %). Gegenüber dem ATHIS 2006/2007 ist dies eine Steigerung um 7 Prozentpunkte.

Während die Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente mit dem Alter deutlich zunimmt (von 21 % bei den 15- bis 29-Jährigen auf 82 % bei den ab 60-Jährigen), nimmt die Einnahme rezeptfreier Medikamente bei den ab 60-Jährigen etwas ab (von 31–33 % bei den 15- bis 59-Jährigen auf 27 % bei den ab 60-Jährigen).

Die Einnahme verschreibungspflichtiger Medikamente variiert zwischen den Versorgungsregionen zwischen 49 und 56 Prozent (Thermenregion: 49 %, Mostviertel: 51 %, Waldviertel: 53 %, Weinviertel: 55 %, NÖ-Mitte: 56 %). Für die Einnahme rezeptfreier Medikamente sind keine Unterschiede erkennbar.

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Niederösterreicher/innen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter) nehmen seltener ärztlich verschriebene Medikamente ein (46 %) als jene mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (59 %) bzw. mit maximal einem Pflichtschulabschluss (77 %). Umgekehrt werden rezeptfreie Medikamente von Niederösterreicherinnen/Niederösterreichern mit höherer Bildung (Matura oder höher) häufiger eingenommen (40 %) als von Niederösterreicherinnen/Niederösterreichern mit maximal Pflichtschulabschluss (24 %). Darüber hinaus zeigt sich, dass Niederösterreicher/innen aus dem untersten Einkommensquintil häufiger verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen als jene aus dem obersten Quintil (67 % vs. 48 %). Umgekehrt nehmen Niederösterreicher/innen aus dem untersten Einkommensquintil deutlich seltener rezeptfreie Medikamente ein als jene aus den anderen Einkommensgruppen (20 % vs. 32–34 %). Niederösterreicherinnen ohne Migrationshintergrund nehmen häufiger verschreibungspflichtige Medikamente ein als Niederösterreicherinnen mit Migrationshintergrund (57 % vs. 46 %), Niederösterreicher mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) häufiger rezeptfreie Medikamente als Niederösterreicher ohne Migrationshintergrund (33 % vs. 27 %).

6.3.6 Notfallrettungsdienst

Die Notfallrettung leistet einen wesentlichen Beitrag zur raschen Versorgung erkrankter oder verletzter Personen. Ihre Qualität bemisst sich unter anderem an:

- » der zeitnahen Ankunft beim Betroffenen (angenommener Erreichbarkeitsrichtwert³⁰: 90 Prozent der Wohnbevölkerung sollten innerhalb von 15 Minuten erreichbar sein),

30

Das österreichische Rote Kreuz verwendet als Parameter die Hilfsfrist, wonach jeder an einer öffentlichen Straße liegende

- » der Kompetenz und Erfahrung der involvierten Gesundheitsberufe und
- » der Überstellung Verletzter/Erkrankter an den „geeignetsten“ Versorgungsort.

Nachfolgend werden aufgrund der Datenlage ausschließlich Aussagen zum ersten Punkt getroffen.

Wegen der Neuorganisation des Notfallrettungswesens in Niederösterreich wurden die Berechnungen mit einer von der *Notruf NÖ GmbH* zur Verfügung gestellten und ab 1. 1. 2017 gültigen Standortliste durchgeführt. Ab 1. 1. 2017 sind in Niederösterreich in 138 der insgesamt 573 Gemeinden Rettungsdienststandorte vorhanden – besetzt mit einem Rettungstransportwagen (RTW) und/oder einem Notarzteinsatzfahrzeug (NEF). In 137 Gemeinden ist zumindest ein RTW stationiert, in 31 Gemeinden mindestens ein RTW und ein NEF und in einer Gemeinde nur ein NEF ohne RTW.

Alleine durch die RTW-Standorte können 98,6 Prozent der Niederösterreicher/innen (Bevölkerungsstand 2016) innerhalb von 15 Minuten (Fahrzeit im Straßen-Individualverkehr ohne Dispositions- und Ausrückzeit) erreicht werden, 99,8 Prozent innerhalb von 20 Minuten und knapp 100 Prozent innerhalb von 25 Minuten (Tabelle 6.6). Zudem sind die in der Analyse noch nicht berücksichtigten 429 First-Responder-Gruppen zu erwähnen, die zusätzlich zur Versorgung beitragen.³¹

Tabelle 6.6:
Wohnbevölkerung 2016 im 15-, 20- und 25-Minuten-Einzugsbereich von RTW-Standorten (1. 1. 2017) in Niederösterreich

Fahrzeit	Versorgte Bevölkerung	Anteil der versorgten Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung, in %
15 min	1.630.159	98,58
20 min	1.651.021	99,84
25 min	1.653.182	99,97

Quellen: Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2016; GeoMagis GmbH – GeoAtlas Distance (Stand: 2016) Standortliste der Notruf NÖ GmbH (gültig ab 1. 1. 2017); Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Anzahl der NEF-Standorte hat sich durch das 2016 durchgeführte Vergabeverfahren nicht geändert. Ab 1.1.2017 gibt es somit weiterhin 32 NEF-Standorte, die nach Berechnungen des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds 91,6 Prozent der Niederösterreicher/innen (Bevölkerungsstand 2015) innerhalb von 15 Minuten (Fahrzeit im Straßen-Individualverkehr ohne Dispositions- und Ausrückzeit) erreichen können, 98,3 Prozent innerhalb von 20 Minuten und knapp 99,9 Prozent

Notfallort in der Regel (95 % aller Fälle) innerhalb der vorgegebenen Hilfsfrist von 15 Minuten (Zeitraum vom Eingang einer Notfallmeldung in der zuständigen Rettungsleitstelle bis zum Eintreffen des Rettungsmittels am Notfallort) erreicht werden soll. Davon abgeleitet kann die Erreichbarkeit der Wohnbevölkerung in Anlehnung an die im ÖSG verwendete Erreichbarkeitsrichtwert-Systematik (90 % der Wohnbevölkerung sollen innerhalb der jeweiligen Erreichbarkeitsfrist erreichbar sein) überprüft werden. Die ÖSG-Erreichbarkeitsrichtwert-Systematik wird zu diesem Zweck auf den Notfallrettungsdienst übertragen.

31

First-Responder („Erstversorger“) sind Ersthelfer, die parallel zum Rettungsdienst alarmiert werden. Meist handelt es sich um Rettungsdienstmitarbeiter/innen außerhalb ihrer regulären Dienstzeit.

innerhalb von 25 Minuten (Tabelle 6.7), wobei die in der Analyse nicht berücksichtigten drei Notarztthubschrauber (NAH) (Standortgemeinden: Ybbsitz, Krems an der Donau, Wiener Neustadt) zusätzlich versorgungswirksam sind.

Tabelle 6.7:
Wohnbevölkerung 2015 im 15-, 20- und 25-Minuten-Einzugsbereich von NEF-Standorten (1. 1. 2017) in Niederösterreich

Fahrzeit	Versorgte Bevölkerung	Anteil der versorgten Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung, in %
15 min	1.514.274	91,6
20 min	1.624.887	98,3
25 min	1.650.692	99,9

Quellen: Statistik Austria – Bevölkerungsrasterdaten 2015;
GeoMagis GmbH – Distanzmatrix Standortliste der Notruf NÖ GmbH (gültig ab 1. 1. 2017);
Berechnung: NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Der *Notfallrettungsdienst* hat die Aufgabe, bei Notfallpatienten/-patientinnen am Notfallort lebensrettende Maßnahmen durchzuführen und ihre Transportfähigkeit herzustellen sowie diese Person unter Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit und Vermeidung weiterer Schäden in eine geeignete Gesundheitseinrichtung/Klinik zu befördern (Hellmich 2010).

Die obigen Darstellungen zum Notfallrettungsdienst basieren auf einer reinen Standortdarstellung und berücksichtigen keine Kapazitätsunterschiede (Anzahl der Fahrzeuge pro Standort) und auch keine Bereitschaftszeiten (Tag, Nacht). Die Standortauswahl basiert auf jenen Quellen, die bei den jeweiligen Abbildungen angeführt sind, und umfasst ausschließlich niederösterreichische Standorte. Standorte in benachbarten Bundesländern bleiben aus systematischen Gründen unberücksichtigt.

6.4 Akutstationäre Versorgung

Im stationären Bereich stehen der niederösterreichischen Bevölkerung insgesamt 28 Klinik-Standorte zur Verfügung, darunter 20 Akut-Krankenanstalten (Fonds-Krankenanstalten) mit rund 8.000 Akut-Betten. Die Akutbettendichte beträgt damit 4,95 FKA-Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 3,94–6,21). Die meisten Akutbetten stehen (exkl. Psychiatrie) in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, Unfallchirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe zur Verfügung.

Zwischen 2005 und 2007 ist die Zahl der tatsächlichen Betten um knapp 5 Prozent gestiegen. Seither ist sie auf ihr vorhergehendes Niveau gesunken. Die Bettendichte (tatsächliche Betten je 1.000 EW) war 2014 3 % geringer als noch im Jahr 2005.

97 Prozent der Niederösterreicher/innen können eine dieser Akut-Krankenanstalten innerhalb einer halben Stunde (im Straßen-Individualverkehr) erreichen.

Definitionen und Daten

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) (BGK 2012) legt für jede Fachrichtung fest, innerhalb welcher Zeit spezifische Versorgungsangebote für die Niederösterreicher/innen erreichbar sein müssen. Die hier beschriebene 30-Minuten-Grenze ist ein Durchschnittswert über alle Fachrichtungen und sollte für mindestens 90 Prozent der niederösterreichischen Bevölkerung eingehalten werden. Die Standortauswahl konzentriert sich dabei ausschließlich auf niederösterreichische Standorte. Standorte in benachbarten Bundesländern bleiben unberücksichtigt.

Der Erreichbarkeitswert bezieht sich auf den Straßen-Individualverkehr. Er wird – auf Basis einer angenommenen Durchschnittsgeschwindigkeit – vom jeweiligen Gemeindemittelpunkt zum nächstgelegenen Gemeindemittelpunkt errechnet und ist unabhängig von Tageszeiten und Öffnungszeiten als reine Wegzeit zu interpretieren.

Die *Akutbettendichte* gibt die Anzahl der Akutbetten pro 1.000 EW an.

6.4.1 Krankenhausaufenthalte in niederösterreichischen Akut-Krankenanstalten

Im Jahr 2014 werden in Niederösterreichs Akut-Krankenanstalten rund 360.100 Spitalsaufenthalte (inkl. Null-Tage-Aufenthalte) dokumentiert (= 22.200 Aufenthalte pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 22.200–38.800 Aufenthalte pro 100.000 EW):

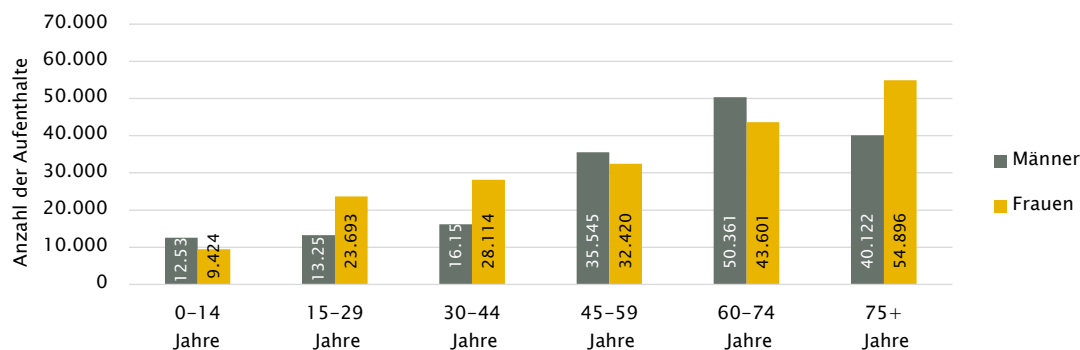
- » 90 Prozent entfallen auf Niederösterreicherinnen und Niederösterreicher (rund 325.000 Aufenthalte)
- » 53 Prozent auf Frauen (rund 192.000 Aufenthalte)
- » 52 Prozent auf Personen ab 60 Jahren (rund 189.000 Aufenthalte)
- » 14 Prozent finden als Null-Tage-Aufenthalte (NTA) statt (rund 50.000 Aufenthalte)

Die Anzahl akutstationärer Aufenthalte steigt mit dem Alter von etwa 22.000 Aufenthalten bei den 0- bis 14-Jährigen auf 95.000 bei den ab 75-Jährigen.

Niederösterreicherinnen werden häufiger akutstationär aufgenommen als Niederösterreicher; insbesondere im Alter von 15 bis 44 Jahren und im Alter von 75 Jahren und mehr (Abbildung 6.7).

Abbildung 6.7

Stationäre Aufenthalte in niederösterreichischen Akut-Krankenanstalten nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014



Quelle: BMGF - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Seit 2005 ist die Anzahl akutstationärer Aufenthalte in Niederösterreich um rund 6 Prozent zurückgegangen, bei Frauen um 9 Prozent, bei Männern um 2 Prozent. Die Anzahl der NTA ist im selben Zeitraum gleich geblieben, der Anteil der NTA an den Gesamtaufenthalten von 13 Prozent auf 14 Prozent gestiegen.

Die **durchschnittliche Belagsdauer** je Spitalsaufenthalt (im Sinne einer vollstationären Akutversorgung = exkl. NTA und Langzeitaufenthalte) beträgt in niederösterreichischen Akut-Krankenanstalten im Jahr 2014 5,45 Tage (BL-Bandbreite: für FKA: 4,94–5,55 Tage). Seit 2005 hat die Belagsdauer in fast allen Bereichen abgenommen, insgesamt um durchschnittlich 0,2 Tage.

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Laut ATHIS 2010 finden sich keine Unterschiede nach Bildung, Einkommen oder Migrationshintergrund.

Definitionen und Daten

Als *Null-Tage-Aufenthalte* (NTA) werden die Aufenthalte jener stationär aufgenommenen Patientinnen/Patienten bezeichnet, die innerhalb eines Kalendertags abgeschlossen sind.

Die *durchschnittliche Belagsdauer* gibt die Anzahl der Belagstage pro stationärem Aufenthalt an (exkl. NTA und Langzeitaufenthalte = 1–28 Tage).

Die Daten zu den akutstationären Aufenthalten stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und beziehen sich auf alle stationären Aufenthalt in niederösterreichischen Akut-Krankenanstalten (zielbezogen). Aufenthalte mit Unterbrechungen werden dabei nur einmal gezählt.

Die Angaben zu sozioökonomischen Faktoren werden auf Basis des ATHIS 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Sie beziehen sich auf Niederösterreicher/innen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

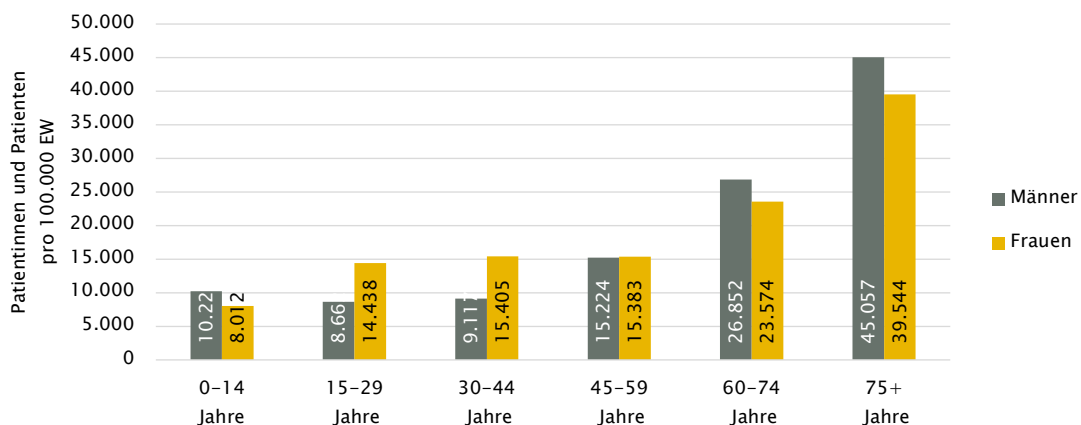
6.4.2 Niederösterreichische Patientinnen und Patienten in österreichischen Akut-Krankenanstalten

Im Jahr 2014 werden rund 275.400 Niederösterreicher/innen in österreichischen Akut-Krankenanstalten behandelt (altersstandardisierte Rate nach Europa-Bevölkerung 2013: 17.000 Pat. pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 15.200–18.700), im Durchschnitt 1,7-mal. Mehrheitlich handelt es sich bei der akutstationär aufgenommenen niederösterreichischen Bevölkerung um Frauen (54 %) und um Personen ab 60 Jahren (46 %).

Mit rund 17.500 Patientinnen pro 100.000 EW ist die altersstandardisierte Rate bei der weiblichen Bevölkerung höher als bei der männlichen Bevölkerung mit rund 16.500 Patienten pro 100.000 EW. Nach Altersgruppen betrachtet werden in der Gruppe der 15- bis 44-Jährigen häufiger Frauen, bei den unter 14-Jährigen und bei den ab 60-Jährigen häufiger Männer akutstationär behandelt. Die Wahrscheinlichkeit einer akutstationären Versorgung nimmt mit dem Alter deutlich zu (Abbildung 6.8).

Abbildung 6.8:

Akutstationär versorgte Niederösterreicher/innen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMGF - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Mehrheitlich werden die Niederösterreicher/innen aufgrund nachstehender Diagnosen versorgt:

- » Herz-Kreislauf-Erkrankungen (2.500 Pat. pro 100.000 EW)
- » Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (2.400 Pat. pro 100.000 EW)
- » Verletzungen und Vergiftungen (2.300 Pat. pro 100.000 EW)

- » Krankheiten des Verdauungssystems (2.100 Pat. pro 100.000 EW)
- » Krankheiten des Urogenitalsystems und Krebserkrankungen (9 %; 1.600 Pat. pro 100.000 EW)

Männer werden häufiger aufgrund von

- » Herz-Kreislauf-Erkrankungen (2.900 Patienten vs. 2.000 Patientinnen pro 100.000 EW),
- » Verletzungen und Vergiftungen (2.600 Patienten vs. 2.100 Patientinnen pro 100.000 EW),
- » Krankheiten des Verdauungssystems (2.400 Patienten vs. 1.900 Patientinnen pro 100.000 EW),
- » Atemwegserkrankungen (1.500 Patienten vs. 1.100 Patientinnen pro 100.000 EW) und
- » Krankheiten des Nervensystems (1.100 Patienten vs. 900 Patientinnen pro 100.000 EW) behandelt.

Frauen werden häufiger aufgrund von

- » Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (2.600 Patientinnen vs. 2.200 Patienten pro 100.000 EW) und
- » Krankheiten des Urogenitalsystems (1.800 Patientinnen vs. 1.400 Patienten pro 100.000 EW) akutstationär versorgt (Tabelle 6.8).

Tabelle 6.8:

Akutstationäre versorgte Niederösterreicher/innen nach Hauptdiagnosegruppen*, 2014

Hauptdiagnosegruppen	Männer			Frauen		
	absolut	pro 100.000 EW**	Anteil an allen männlichen Pat. (in %)	absolut	pro 100.000 EW	Anteil an allen weiblichen Pat. (in %)
ORT	17.835	2.246	14	22.663	2.585	15
HKE	21.179	2.893	17	18.691	2.022	13
VV	20.023	2.603	16	18.191	2.057	12
VER	18.242	2.356	14	16.270	1.871	11
URO	10.299	1.386	8	15.794	1.828	11
BN	12.078	1.617	10	13.297	1.508	9
PUL	11.212	1.545	9	9.445	1.110	6
AUG	8.327	1.141	7	10.811	1.196	7
GEB	–	–	–	17.056	2.272	11
NEU	8.906	1.142	7	7.622	874	5
SON	23.249	3.096	18	26.062	3.059	17

absteigend nach der Gesamthäufigkeit sortiert (ausgenommen sonstige Erkrankungen)

* exkl. F00–F99: Psychische- und Verhaltensstörungen

** altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

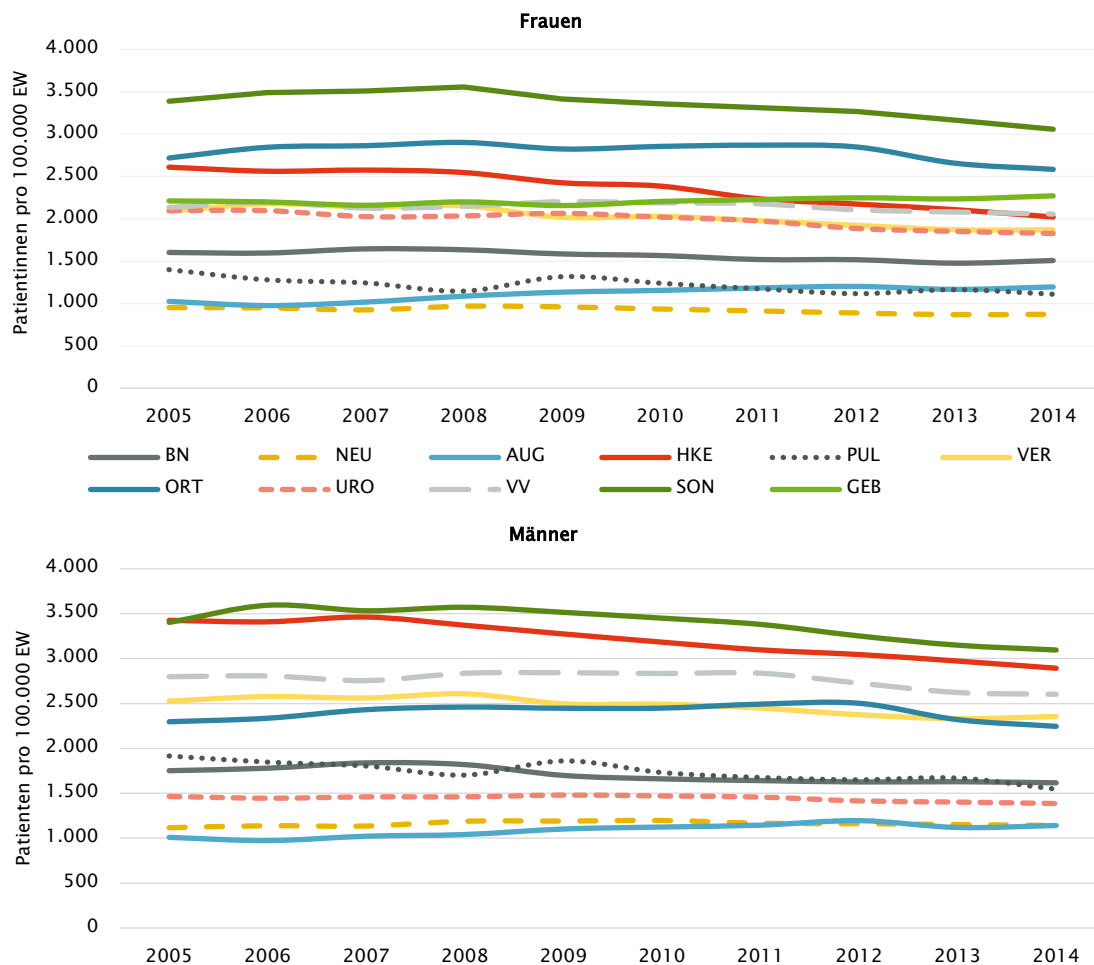
ICD-10-Codes:

BN: C00–D48 Neubildungen; NEU: G00–G99 Krankheiten des Nervensystems; AUG: H00–H59 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde; HKE: I00–I99 Krankheiten des Kreislaufsystems; PUL: J00–J99 Krankheiten des Atmungssystems; VER: K00–K93 Krankheiten des Verdauungssystems; ORT: M00–M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes; URO: N00–N99 Krankheiten des Urogenitalsystems; GEB: O00–O99 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gibt es nur bei Frauen; VV: S00–T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

Quelle: BMGF – Krankenanstaltenstatistik 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die altersstandardisierte Rate akutstationärer niederösterreichischer Patientinnen und Patienten (nach Europa-Bevölkerung 2013) hat in beinahe allen Diagnosegruppen seit 2005 abgenommen, einzige Ausnahme: Patientinnen und Patienten mit Krankheiten des Auges (steigend; Abbildung 6.9).

Abbildung 6.9:
Akutstationäre versorgte Niederösterreicher/innen nach Hauptdiagnosegruppen*, 2005–2014



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013
* exkl. F00–F99: Psychische- und Verhaltensstörungen

ICD-10-Codes:

BN: C00–D48 Neubildungen; NEU: G00–G99 Krankheiten des Nervensystems; AUG: H00–H59 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde; HKE: I00–I99 Krankheiten des Kreislaufsystems; PUL: J00–J99 Krankheiten des Atmungssystems; VER: K00–K93 Krankheiten des Verdauungssystems; ORT: M00–M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes; URO: N00–N99 Krankheiten des Urogenitalsystems; GEB: O00–O99 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gibt es nur bei Frauen; VV: S00–T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2005 und 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Daten stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und beziehen sich auf alle Niederösterreicher/innen, die in einer österreichischen Akut-Krankenanstalt aufgenommen wurden. Die Schätzung beruht auf einem Algorithmus, da ihre Zahl nicht direkt ermittelbar ist. Personen mit der gleichen Wohnpostleitzahl, demselben Geschlecht und Geburtsdatum werden als ident bewertet. Unschärfen ergeben sich diesbezüglich durch die Existenz von Personen mit gleichem Geschlecht, Geburtsdatum und Wohnort (Unterschätzung der Patientenzahl) oder durch Wohnortwechsel (Überschätzung der Patientenzahl). Unter akutstationären Patientinnen/Patienten werden jene Personen gefasst, die innerhalb eines Kalenderjahres in einer Fondskrankenanstalt, einem Unfallkrankenhaus oder in einem Sanatorium aufgenommen wurden.

6.5 Medizinisch-technische Großgeräte

In Niederösterreich sind im Jahr 2014 42 CT-Geräte eingerichtet, davon 24 CT in Akut-Krankenanstalten (Darstellung exkl. 2 Funktionsgeräte) und 18 Geräte im extramuralen Bereich. In der Gerätekategorie MR werden insgesamt 26 Geräte vorgehalten, davon 10 in Akut-Krankenanstalten und 16 im extramuralen Bereich (Darstellung exkl. 1 MR < 1 Tesla). Darüber hinaus stehen 7 COR-Anlagen in Akut-Krankenanstalten zur Verfügung. Als weitere Großgeräte (GG) sind in Niederösterreich 6 STR-Geräte (alle in Akut-KA), 12 ECT (6 in Akut-KA, 1 in RZ, 5 extramural) und 3 PET (2 in Akut-KA, 1 extramural) eingerichtet (Tabelle 6.9).

Tabelle 6.9:

Medizinisch-technische Großgeräte in Niederösterreich, 2014

	Akut-KA	RZ	Extramural	Gesamt	EW pro GG (in 1.000)	GG pro 1.000.000 EW
CT	24	-	18	42	38,7	25,8
MR	10	-	16	26	62,5	16,0
ECT	7 ¹	1	5	13	125,0	8,0
COR	7	-	-	7	232,2	4,3
STR	6	-	-	6	270,9	3,7
PET	2	-	1	3	541,8	1,8

¹ davon ein Gerät nicht SPECT-fähig

RZ = Rehabilitationszentrum; GG = Medizinisch-technisches Großgerät; EW = Einwohner/innen

CT = Computertomografie; MR = Magnetresonanztomografie; ECT = Emissions-Computer-Tomografiegeräte (inkl. ECT-CT); COR = Herzkatheter-Arbeitsplätze; STR = Strahlentherapie-Geräte; PET = Positronen-Emissions-Computertomografie (inkl. PET-CT)

Quelle: KDok 2014; Angaben der SV-Träger;
Erhebungen, Berechnungen und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Medizinisch-technische Großgeräte sollen in jenen Krankenanstalten eingerichtet werden, die diese zur Bewältigung der medizinischen Anforderungen benötigen, die sich aus der jeweiligen Fächerstruktur ergeben. Zudem sind bei der Standortplanung die Versorgungswirksamkeit des extramuralen Sektors sowie Kooperationspotenziale zwischen dem intra- und dem extramuralen Bereich zu berücksichtigen. Die Bevölkerung soll regional möglichst gleichmäßig versorgt werden und bestmöglich erreichbar sein. Die Angaben zu den Großgeräten entstammen der Krankenanstaltendokumentation des BMGF bzw. einer GÖG-eigenen Erhebung zu den Großgeräten im extramuralen Bereich.

6.6 Stationäre Rehabilitation

In Niederösterreich gibt es im Jahr 2014 20 stationäre Reha-Einrichtungen mit insgesamt 3.012 tatsächlichen Betten.

Stationäre Reha-Aufenthalte von Erwachsenen

Im Jahr 2014 wurden in Niederösterreich rund 37.500 stationäre Reha-Aufenthalte bei ab 20-Jährigen dokumentiert (Mindestdauer 8 Tage). Davon entfallen:

- » 50 Prozent auf Frauen,
- » 73 Prozent auf Personen zwischen 45 und 74 Jahren und
- » 44 Prozent auf Niederösterreicher/innen.

Die häufigste Ursache für einen stationären Reha-Aufenthalt ist eine Erkrankung des Bewegungs- und Stützapparats (13.600 Aufenthalte; 36 % aller Reha-Aufenthalte), gefolgt von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (6.400 Aufenthalte; 17 %) und Zuständen nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen (etwa 6.000 Aufenthalte; 16 %).

Seit 2005 ist die Anzahl stationärer Reha-Aufenthalte um 58 Prozent gestiegen (von etwa 23.700 auf 37.500 Aufenthalte). Der Anstieg lässt sich vor allem auf die Indikationsgruppen Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats und auf Zuständen nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen zurückführen.

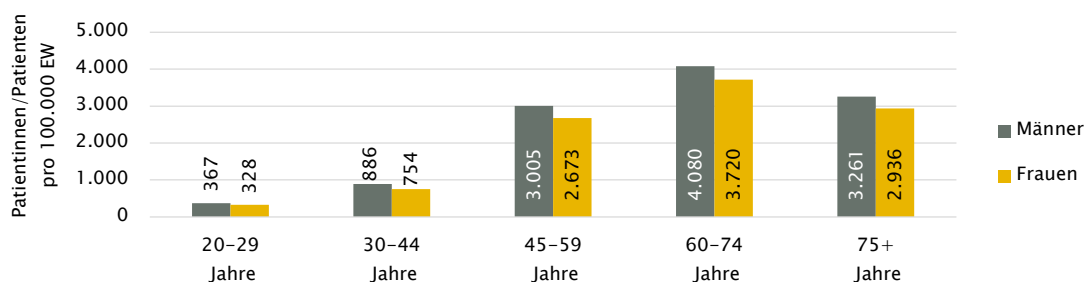
Patientinnen und Patienten

Im Jahr 2014 haben etwa 28.700 Niederösterreicher/innen (im Alter von 20 und mehr Jahren) eine Rehabilitation in österreichischen Reha-Einrichtungen in Anspruch genommen. Davon waren:

- » 49 Prozent Frauen,
- » 74 Prozent Personen zwischen 45 und 74 Jahren.

Niederösterreichische Männer treten häufiger einen stationäre Reha-Aufenthalt an als niederösterreichische Frauen (2.300 Patienten vs. 2.100 Patientinnen pro 100.000 EW; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013), ältere Niederöreicher/innen häufiger als jüngere (Abbildung 6.10).

Abbildung 6.10:
Niederösterreichische Patientinnen und Patienten in stationären Reha-Einrichtungen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014

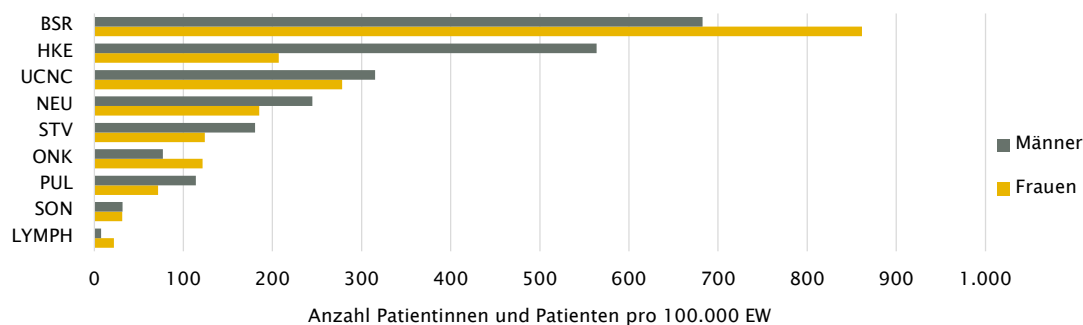


altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013; quellbezogen

Quelle: BMGF - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Während die weibliche Bevölkerung häufiger eine Rehabilitation aufgrund von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats, eine onkologische sowie eine lymphologische Reha in Anspruch nehmen, unterzieht sich die männliche Bevölkerung häufiger einer Reha aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems, Erkrankungen des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparats (Abbildung 6.11).

Abbildung 6.11:
Niederösterreichische Patientinnen und Patienten (20 Jahre und älter) in stationären Reha-Einrichtungen nach Indikationsgruppen* und Geschlecht, 2014



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013; * exkl. psychiatrische Rehabilitation (s. 6.9.1)

BSR = Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats; HKE = Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems; NEU = Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems; PUL = Krankheiten der Atmungsorgane; SON = Sonstige Krankheiten; STV = Krankheiten des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparats; UCNC = Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen; ONK = Onkologische Rehabilitation; LYMPH = Lymphologie-Rehabilitation

Quelle: BMGF - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Seit 2005 ist die Anzahl niederösterreichischer Reha-Patientinnen und -Patienten um 38 Prozent gestiegen (pro 100.000 EW um etwa 21 %).

Definitionen und Daten

Die *Reha-Indikationsgruppe* (RIG) beschreibt die Krankheitsgruppe, aufgrund derer sich der Patient / die Patientin in Rehabilitation befindet. Eine genaue Beschreibung der Indikationsgruppen findet sich im Reha-Plan 2012 (Reiter et al. 2012).

Daten zu den Reha-Aufenthalten stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten. Die Angaben zu den Aufenthalten sind zielbezogen und beziehen sich auf alle erwachsenen Patientinnen und Patienten (20 Jahre oder älter), die einen Aufenthalt von mehr als 7 Tagen in einem niederösterreichischen Rehabilitationszentrum hatten.

Angaben zu den Reha-Patientinnen/-Patienten (quellbezogen; 20 Jahre oder älter) beruhen auf einer Schätzung, da ihre Zahl nicht direkt ermittelbar ist. Der verwendete Algorithmus geht davon aus, dass Personen mit der gleichen Wohnpostleitzahl, demselben Geschlecht und Geburtsdatum ident sind. Unschärfen ergeben sich dabei durch die Existenz von Personen mit gleichem Geschlecht, Geburtsdatum und Wohnort (Unterschätzung der Patientenzahl) oder durch Wohnortwechsel (Überschätzung der Patientenzahl).

Nachtrag:

Nach Redaktionsschluss dieses Berichtes ist der Rehabilitationsplan 2016 vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger veröffentlicht worden. Er hat die erwarteten Verschiebungen in der Darstellung vorhandener REHA-Betten in den RIC's BSR, NEU und UCNC gebracht. Die Verschiebung ist durch die Tatsache begründet, dass sich die Versorgungsnotwendigkeiten bisher an den Diagnosen und nicht an den erbrachten REHA Leistungen orientiert haben. In Zukunft werden Patientinnen/Patienten in den Reha Einrichtungen nicht mehr nach der ICD-10-Diagnose sondern nach der Einweisungsindikation – und damit nach der erforderlichen Behandlung – erfasst.

Substantielle Änderungen hat der Rehabilitationsplan 2016 auch insofern gebracht, dass künftig das Schwergewicht in der quantitativen Erweiterung des Angebots auf der ambulanten Rehabilitation liegt, bei gleichzeitiger Dämpfung der quantitativen Erweiterung der stationären Rehabilitation.

Die Rehabilitation der Phase 1 (Frührehabilitation) findet in der Regel postoperativ statt. Die Phase 2 findet nach der Stabilisierungsphase statt. Bislang hat der allergrößte Teil der Rehabilitationsverfahren stationär stattgefunden.

Der Ausbau der ambulanten Rehabilitation hat das Ziel, einem Großteil der Bevölkerung die Rehabilitation auch ambulant (eventuell berufsbegleitend) zu ermöglichen. Durch die Schaffung der Phase 3 in der Rehabilitation ist es nun möglich die Effekte der Rehabilitation der Phase 2 (stationär oder ambulant) in einer Reha-Phase 3 zu stabilisieren. Dies zeigt die kontinuierlich positive Entwicklung der rehabilitativen Versorgung auf.

6.7 Langzeitpflege und -betreuung

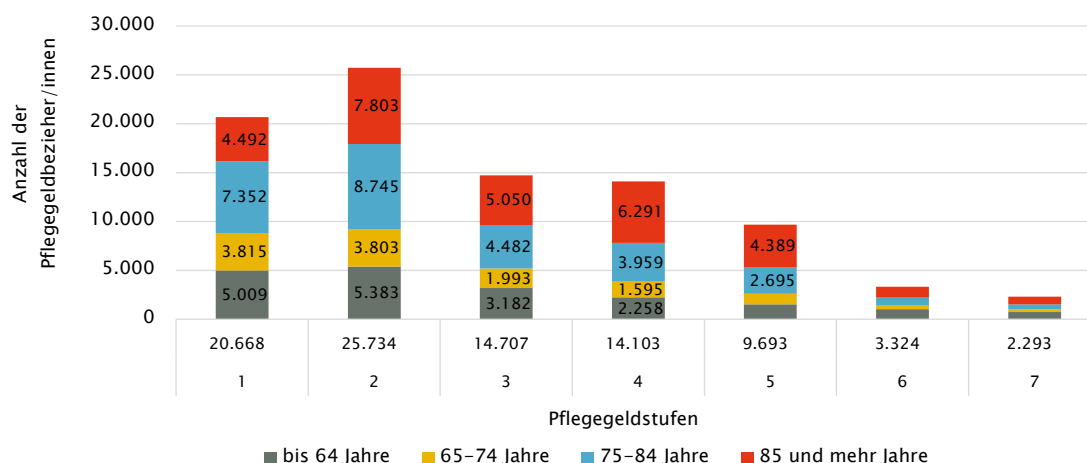
6.7.1 Pflegegeldbezieher/innen

Aufgrund der demografischen Entwicklung muss in Zukunft von einer steigenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen ausgegangen werden. Zur Anzahl von pflege- und betreuungsbedürftigen Personen in Österreich kann als Orientierungsgröße die Anzahl der Pflegegeldbezieher/innen herangezogen werden.

Mit Stand Dezember 2014 beziehen in Niederösterreich rund 91.000 Niederösterreicherinnen und Niederösterreicher Pflegegeld, das entspricht einem Bevölkerungsanteil von 5,5 Prozent (BL-Bandbreite: 4–7 %). Im Jahr 2011 waren es (zuzüglich der damaligen Landespflegegeldbezieher/innen) rund 85.000 Personen.

Abbildung 6.12:

Pflegegeldbezieher/innen in Niederösterreich nach Pflegegeldstufen und Altersgruppen, 2014



Die Daten beziehen sich auf anspruchsberechtigte Personen im Auszahlungsmonat Dezember 2014

Quelle: Hauptverband – Pflegegeldstatistik 2014
Darstellung GÖG

Mehr als die Hälfte der niederösterreichischen Pflegegeldbezieher/innen haben Anspruch auf Pflegegeld der Stufen 1 und 2, 49 Prozent haben Anspruch auf die Stufen 3 bis 7 (Abbildung 6.12).

Die Mehrheit der Niederösterreicherinnen und Niederösterreicher, die Pflegegeld beziehen, sind 65 Jahre und älter (79 %):

- » 33 Prozent bzw. rund 12.300 Personen sind 85 Jahre und älter.
- » 32 Prozent sind zwischen 75 und 84 Jahren.
- » 14 Prozent sind zwischen 65 und 74 Jahren (Abbildung 6.12).

65 Prozent der Pflegegeldbezieher/innen sind weiblich, 35 Prozent männlich. Während sich zwischen Männern und Frauen keine wesentlichen Unterschiede bei den Pflegegeldstufen zeigen, sind Frauen, die Pflegegeld beziehen, eher älter: 39 Prozent der Pflegegeldbezieherinnen sind 85 Jahre und älter, hingegen nur 22 Prozent der Pflegegeldbezieher.

Definitionen und Daten

Pflegegeld kann bezogen werden, wenn ständiger Betreuungs- und Hilfsbedarf wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung bzw. einer Sinnesbehinderung vorliegt, die voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird. Die Höhe des Pflegegeldes wird – je nach Ausmaß des erforderlichen Pflegebedarfs und unabhängig von der Ursache der Pflegebedürftigkeit – in sieben Stufen festgelegt. Erforderlich ist ein Pflegebedarf von mehr als 60 Stunden pro Monat. Die Anzahl der Stunden des monatlichen Pflegebedarfs wird im Rahmen einer Begutachtung durch eine Ärztin / einen Arzt oder eine Pflegefachkraft festgelegt. Die Daten sind der Pflegegeldstatistik 2014 des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger entnommen und beziehen sich auf die anspruchsberechtigten Personen im Auszahlungsmonat Dezember 2014.

6.7.2 Pflege- und Betreuungsdienste

Zur Betreuung und Pflege zu Hause werden in Niederösterreich mobile Pflege- und Betreuungsdienste (Hauskrankenpflege, Heimhilfe und auf ärztliche Verordnung therapeutische Hilfen) angeboten. Daneben besteht die Möglichkeit der stationären Kurzzeitpflege im Ausmaß von maximal 6 Wochen pro Jahr, die Möglichkeit der Tagespflege in stationären Einrichtungen und der Übergangspflege (einem Angebot der rehabilitativen Pflege und Betreuung von bis zu 3 Monaten als Überbrückungshilfe nach der Akutbehandlung in einem Krankenhaus und vor der Entlassung nach Hause). Bei dieser Leistung steht die Therapie und Rehabilitation und weniger die Medizin im Vordergrund. Stationäre Pflege und Betreuung wird in Pflegeheimen angeboten (mit Kurzzeitpflege und -betreuung, rehabilitativer Übergangspflege und Tagespflege).

Im Folgenden werden Angebote der nachstehenden Bereiche beschrieben:

- Mobile Dienste
- Stationäre Dienste
- Kurzzeitpflege (inkl. Übergangspflege, rehabilitative Pflege)
- Teilstationäre Dienste (Tagespflege)

Zur besseren Vergleichbarkeit werden die Leistungen bzw. die Anzahl der betreuten Personen zur Anzahl der ab 60-jährigen Einwohner/innen in Bezug gesetzt. Sie sind die primäre Zielgruppe dieser Angebote.

Definitionen und Daten

Die Daten zu formellen Pflegeleistungen basieren auf den Angaben der Länder zur Pflegedienstleistungsstatistik und umfassen fünf der in § 3 Abs 1 Pflegefondsgesetz (PFG) aufgelisteten sechs Dienstleistungsbereiche der Länder und Gemeinden in der Langzeitpflege, soweit ihre (Mit-)Finanzierung aus Mitteln der Sozialhilfe/Mindestsicherung bzw. aus sonstigen öffentlichen Mitteln erfolgt (mobile, teilstationäre und stationäre Dienste, Kurzzeitpflege, alternative Wohnformen); Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung sind hier nicht erfasst, außerdem sind Selbstzahler/innen nicht in den Daten enthalten.

In Niederösterreich werden im Jahr 2014 im Bereich der mobilen Dienste rund 3,4 Mio. Leistungsstunden erbracht. Das sind rund 8.300 Stunden pro 1.000 EW im Alter von 60 oder mehr Jahren (BL-Bandbreite: 3.571–14.654). In stationären Einrichtungen stehen rund 9.200 Plätze (für Lang- und Kurzzeitpflege) zur Verfügung. Das sind rund 22,4 Plätze pro 1.000 (BL-Bandbreite: 22–47).

Insgesamt sind die Leistungsstunden und Plätze in stationären Angeboten (Langzeitpflege und Kurzzeitpflege) von 2011 bis 2014 gestiegen (Tabelle 6.10), wobei der Anstieg bei den mobilen Diensten mit rund 3 Prozent und bei den stationären Angeboten mit rund 2,5 Prozent moderat ausfällt. Mit dem Ausbau der Pfleg- und Betreuungsangebote wird demnach der demografischen Alterung der Bevölkerung nur teilweise Rechnung getragen.

Tabelle 6.10:

Pflege- und Betreuungsangebote in Niederösterreich, 2011 und 2014

	Anzahl der erbrachten Leistungsstunden bzw. der verfügbaren Plätze		Leistungsstunden/Plätze pro 1.000 EW im Alter von 60 Jahren oder älter	
	Jahr 2011	Jahr 2014	Jahr 2011	Jahr 2014
Mobile Dienste (Leistungsstunden) ¹	3.320.725	3.435.963	8.327	8.280
Stationäre Angebote, inkl. Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege (Plätze) ²	9.002	9.210	22,2	22,4

¹ Leistungsstunden für das gesamte Jahr 2014 bzw. 2011

² Plätze per 31. 12. 2014 bzw. per 31. 12. 2011

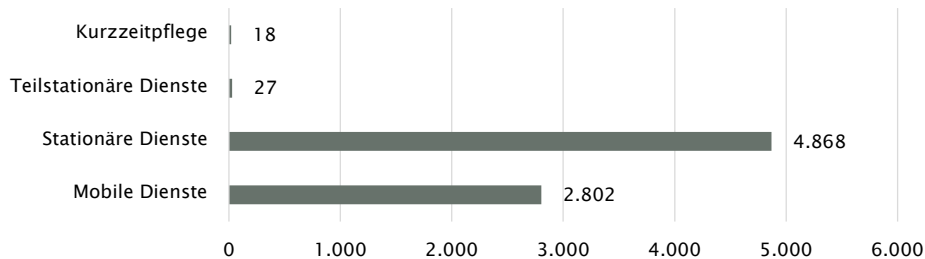
Quelle: Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG

Pflege- und Betreuungspersonen

Insgesamt sind in den angeführten Angeboten rund 10.208 Personen bzw. 7.716 Vollzeitäquivalente mit der Betreuung und Pflege von Menschen beschäftigt, die meisten davon im stationären Bereich (Abbildung 6.13).

Abbildung 6.13:

Pflege- und Betreuungspersonen: Vollzeitäquivalente nach Angeboten in Niederösterreich, 2014



Quelle: Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik
Darstellung: GÖG

Die Mehrzahl der Pflege- und Betreuungspersonen ist weiblich, über die Gesamtheit aller Dienste zu mehr als 90 Prozent.

Die Betreuung zu Hause wird auch durch 24-Stunden-Personenbetreuer/innen unterstützt. In Niederösterreich haben insgesamt rund 22.350 Personenbetreuer/innen eine Gewerbeberechtigung, rund 16.300 davon sind aktiv tätig (Wirtschaftskammer Österreich 2016).

Definitionen und Daten

Im Jahr 2007 wurden die Rahmenbedingungen für eine qualitätsgesicherte 24-Stunden-Betreuung auf legaler Basis geschaffen (§ 159 Gewerbeordnung, §§ 3b, 15 Abs 7 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, § 50 b Ärztegesetz), gleichzeitig entwickelte das Sozialministerium auch ein entsprechendes Fördermodell. Als Voraussetzungen für die Förderung gelten unter anderem: Anspruch auf Pflegegeld zumindest der Stufe 3 und eine Einkommensgrenze von 2.500,- Euro netto. Weiter muss die Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung nachgewiesen werden. Die Betreuungskraft muss eine Pflichtversicherung abgeschlossen haben und bestimmte Qualitätserfordernisse erfüllen. Die Anzahl der Personenbetreuer/innen mit Gewerbeberechtigung wird in der Wirtschaftskammer Österreich erfasst, Daten zur Anzahl jener Menschen, die eine Förderung erhalten, werden im Sozialministerium dokumentiert.

Betreute Personen

Für das Jahr 2014 wird von den Trägereinrichtungen der angeführten Angebote angegeben, dass sie rund 43.600 Personen betreuen, wobei einzelne Personen durchaus auch mehrere Dienste in Anspruch nehmen können (z. B. mobil betreute Personen, die gleichzeitig eine Tagesbetreuungseinrichtung besuchen oder Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen). Zur Anzahl von Personen, die eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch nehmen, gibt es keine verlässlichen Informationen. Allerdings haben im Jahr 2014 rund 8.200 Niederösterreicher/innen eine diesbezügliche Förderleistung des Sozialministeriumservice bzw. des Landes Niederösterreich in Anspruch genommen

(Bundesministerium für Arbeit 2015), das sind 2 Prozent aller Niederösterreicher/innen im Alter von 60 und mehr Jahren (BL-Bandbreite: 0,5–2,0).

Die Mehrheit der Personen wird mobil betreut (Tabelle 6.11), rund 29,8 Prozent aller Pflegegeldbezieher/innen (BL-Bandbreite: 26,5–35,3) bzw. 6,5 Prozent der Einwohner/innen ab 60 Jahren (BL-Bandbreite: 6,0–8,4). Die Anzahl der mobil betreuten Personen stieg zwischen 2011 und 2014 um 6,4 Prozent. Die Anzahl der in stationären Einrichtungen gepflegten/betreuten Personen stieg um 1,2 Prozent. Damit kann der Anstieg an Pflegegeldbezieher/innen bzw. an älteren Menschen nur teilweise bzw. gar nicht kompensiert werden. Stationär werden im Jahr 2014 rund 12.000 Menschen betreut, das sind rund 13 Prozent aller Pflegegeldbezieher/innen (BL-Bandbreite: 12–20) bzw. 2,9 Prozent der Menschen ab 60 Jahren (BL-Bandbreite: 2,8–4,6).

Tabelle 6.11:

Betreute Personen in Niederösterreich nach Angeboten, 2011 und 2014

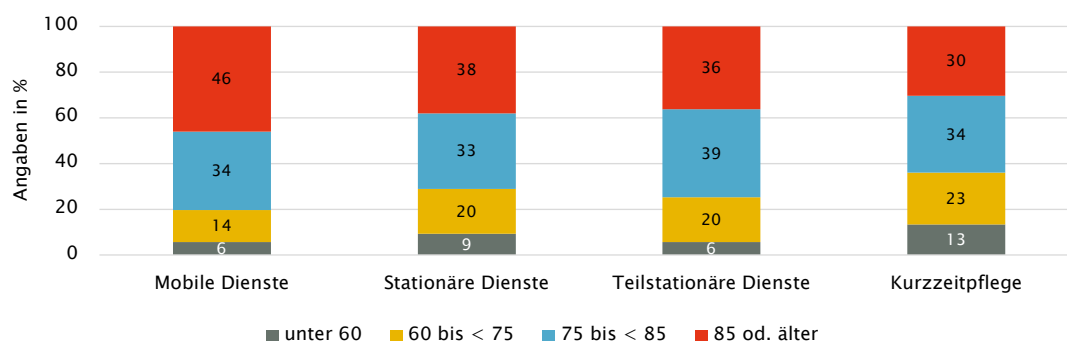
	Betreute Personen					
	Absolut		Anteil Pflegegeldbezieher/innen in %		Anteil an den EW 60+ in %	
	Jahr 2011	Jahr 2014	Jahr 2011	Jahr 2014	Jahr 2011	Jahr 2014
Mobile Dienste	25.326	26.935	29,7	29,8	6,4	6,5
Stationäre Angebote	11.924	12.073	14,0	13,3	3,0	2,9
Teilstationäre Angebote	433	689	0,5	0,8	0,1	0,2
Kurzzeitpflege	2.416	3.951	2,8	4,4	0,6	1,0

Quelle: Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG

Rund 93 Prozent der betreuten Personen sind 60 Jahre und älter. Mehr als drei Viertel sind über 75 Jahre alt, rund 40 Prozent sind über 85 Jahre alt. Es zeigen sich allerdings Unterschiede zwischen den einzelnen Angeboten (Abbildung 6.14).

Abbildung 6.14:

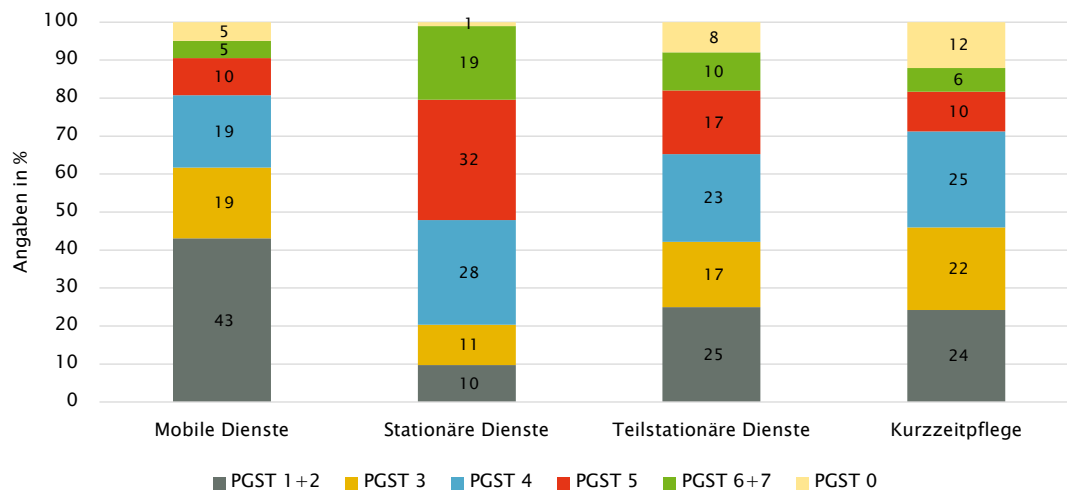
Betreute Niederösterreicher/innen nach Diensten und Altersgruppen, 2014



Quelle: Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG

Von mobilen Diensten werden knapp 43 Prozent mit Pflegegeldstufe 1 und 2 betreut, in den stationären Einrichtungen ist der Anteil der Menschen mit Pflegegeldstufe 4 bis 7 am höchsten (Abbildung 6.15).

Abbildung 6.15:
Betreute Niederösterreicher/innen nach Diensten und Pflegegeldstufen, 2014



PGST = Pflegegeldstufe

Pflegegeldstufe 0 umfasst jene Personen, bei welchen die Pflegegeldstufe (noch) nicht bekannt ist, weil die Ein- bzw. Umstufung noch nicht erfolgt ist oder weil sie kein Pflegegeld erhalten.

Quelle: Statistik Austria - Pflegedienstleistungsstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG

6.7.3 Informelle Pflege- und/oder Unterstützungsleistungen

20 Prozent der Niederösterreicher/innen unterstützten/pflegten im Jahr 2014 mindestens einmal pro Woche eine oder mehrere Personen mit altersbedingten Problemen, einer chronischen Erkrankung oder einem Gebrechen (rund 271.000 Personen; BL-Bandbreite: 14-23 %). In 82 Prozent der Fälle handelt es sich bei den betreuten/unterstützten Personen um Familienmitglieder.

Mehrheitlich werden die Pflege- und Unterstützungsleistungen von nachstehenden Personengruppen erbracht:

- » Frauen (51 %),
- » Personen im Alter von 30 bis 59 Jahren (59 %),
- » erwerbstätigen Personen (54 %; davon 74 % vollzeitbeschäftigt) und
- » Pensionistinnen/Pensionisten (31 %).

21 Prozent versorgen zudem Kinder im Alter von 0 bis 15 Jahren (13 % zwei oder mehr Kinder). 43 Prozent der Pflegenden sind selbst chronisch krank oder leiden unter einem dauerhaften Gesundheitsproblem. 38 Prozent sind selbst aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt (6 % stark). 19 Prozent schätzen ihre Lebensqualität als mittelmäßig bis sehr schlecht ein.

72 Prozent pflegten bzw. unterstützten Familienmitglieder oder andere Personen bis zu 10 Stunden pro Woche, 14 Prozent im Ausmaß von 10 bis 20 Stunden und 14 Prozent im Ausmaß von 20 oder mehr Stunden. Im Ausmaß mindestens eines Halbtagsjobs engagieren sich vor allem Frauen (63 %) für Familienangehörige oder andere Personen. 40 Prozent sind in Pension, 40 Prozent erwerbstätig (davon 68 % vollzeitbeschäftigt).

Definitionen und Daten

Das Ausmaß informeller Pflege- und Unterstützungsleistungen wird auf Basis des ATHIS 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

6.8 Hospiz- und Palliativversorgung

6.8.1 Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene

In den letzten Jahren ist die Hospiz- und Palliativversorgung stärker in den Fokus der Gesundheitspolitik gerückt. Ihr Ziel ist die multiprofessionelle Betreuung und Begleitung unheilbar kranker Menschen in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium an ihrem jeweiligen Aufenthaltsort (Krankenhaus, Pflegeheim, Zuhause).

Gemäß ÖSG 2012 soll die Hospiz- und Palliativversorgung in Abhängigkeit von den regionalen Rahmenbedingungen entwickelt und anhand adäquater Angebote – auch in organisatorischer Kombination mit anderen Einrichtungen- umgesetzt werden. Eine zwingende Umsetzung aller Bausteine ist nicht erforderlich.

Definitionen und Daten

Das System der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung ermöglicht die adäquate Versorgung von Palliativpatienten/-patientinnen in verschiedenen Settings. Palliativstationen übernehmen die Versorgung in besonders komplexen Situationen, die durch andere Einrichtungen oder Dienste nicht bewältigt werden können. Palliativkonsiliardienste (PKD) und mobile Palliativteams (MPT) unterstützen die Leistungserbringer der Grundversorgung mit spezialisiertem Hospiz- und Palliative-Care-Fachwissen. Die Hospizteams bieten Palliativpatientinnen/-patienten und deren An- und Zugehörigen mitmenschliche Begleitung und Beratung sowie Trauerbegleitung an.

Die hier vorgestellten Auswertungen beruhen auf zweierlei Datenquellen: einerseits auf den Daten des Dachverbands Hospiz Österreich (DVHÖ), andererseits auf aktuellen Strukturdaten des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds zur „Integrierten spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung“ (November 2015).

Statistische Abweichungen gegenüber den Daten, die von den Einrichtungen an das Bundesland Niederösterreich gemeldet wurden, ergeben sich durch eine veränderte Zuordnungen speziell bei den Palliativkonsiliardiensten und den mobilen Palliativteams. In der Datenerhebung des DVHÖ werden die Daten gemäß der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung entsprechend der ÖBIG-Broschüre (2004) erfasst und verarbeitet. Der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds zählt die kombinierten MPT/PKD bzw. PKD/MPT als solche und kumuliert deren Daten.

6.8.1.1 Angebote

Die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung ergänzt mit ihren sechs spezialisierten Leistungsangeboten die Einrichtungen und Dienstleister in der Grundversorgung (Abbildung 6.16). Um ein Leben bis zuletzt in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen, ist ein Versorgungsnetzwerk erforderlich, in dem alle in der Hospiz- und Palliativversorgung relevanten mobilen und (teil-)stationären Angebote sowie die verschiedenen Berufsgruppen eng zusammenarbeiten. Die aufgeführten Angebote sind Bestandteil der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung, deren Ziel es ist, Patientinnen/Patienten zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort zu versorgen (GÖG 2014).

Abbildung 6.16:
Modular abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung

Hospiz- und Palliativversorgung				
Grundversorgung		Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung		
Einrichtung/ Dienstleister		Unterstützende Angebote	Betreuende Angebote	
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativ-konsiliar-dienste	
Langzeitbereich	Alten-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen		Mobile Palliativteams	Stationäre Hospize
Familienbereich/ Zuhause	Niedergelassene (Fach)-Ärzeschaft, mobile Dienste, Therapeutinnen/Therapeuten ...			Tageshospize
„Einfache“ Situationen 80 bis 90 Prozent der Sterbefälle		Komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen 10 bis 20 Prozent der Sterbefälle		

Quelle: Hospiz Österreich
Besprechung und Darstellung: Nemeth/Rottenhofer (2004)

In Niederösterreich sind im Jahr 2015 im (teil-)stationären Bereich

- » 6 Palliativstationen mit insgesamt 42 Palliativbetten (2,6 Betten pro 100.000 EW),
- » 7 stationäre Hospize mit insgesamt 73 Hospizbetten (4,5 Betten pro 100.000 EW) und
- » ein Tageshospiz mit 4 Plätzen aktiv (0,2 Plätze pro 100.000 EW).

Im mobilen Bereich stehen für die Versorgung der niederösterreichischen Bevölkerung

- » 12 Palliativ-Konsiliardienste / mobile Palliativteams an niederösterreichischen Landeskliniken,
- » 5 mobile Palliativteams / Palliativ-Konsiliardienste an Landespflegeheimen oder von Vereinen,
- » jeweils drei Palliativ-Konsiliardienste und mobile Palliativteams und
- » 31 Hospizteams zur Verfügung.

Die Splitting der Vollzeitäquivalente auf Palliativ-Konsiliardienste und mobile Palliativteams ergibt

- » 37,8 VZÄ bei den Palliativ-Konsiliardiensten (4,7 VZÄ pro 1.000 Betten³²) und
- » 52,2 VZÄ bei den mobilen Palliativteams (3,2 VZÄ pro 100.000 EW).

Zudem stehen bei den 31 Hospizteams 16,1 vollzeitbeschäftigte hauptamtliche Koordinationspersonen zur Verfügung (1 VZÄ pro 100.000 EW).

Ein Vergleich zur bundesweiten Situation ist in Tabelle 6.12 ersichtlich.

Tabelle 6.12:

Hospiz- und Palliativversorgung in Niederösterreich und Österreich, 2015

Hospiz- und Palliativeinrichtungen	Niederösterreich Ist-Stand		Österreich Ist-Stand	
	absolut	pro 100.000 EW	absolut	pro 100.000 EW
Palliativstationen (Betten)	42	2,6	316	3,6
Stationäre Hospize (Betten)	73	4,5	93	1,1
Tageshospize (Plätze)	4	0,2	28	0,3
Palliativ-Konsiliardienste (VZÄ)	37,8	4,7 ¹	78,1	1,5 ¹
Mobile Palliativteams (VZÄ) ²	52,2	3,2	219,2	2,4
Hospizteams (VZÄ hauptamtlicher Koordinationspersonen / ehrenamtlich tätiger Hospizbegleiter/innen)	16,1 / 740	1 / 45	54,0 / 3.273	0,7 / 35

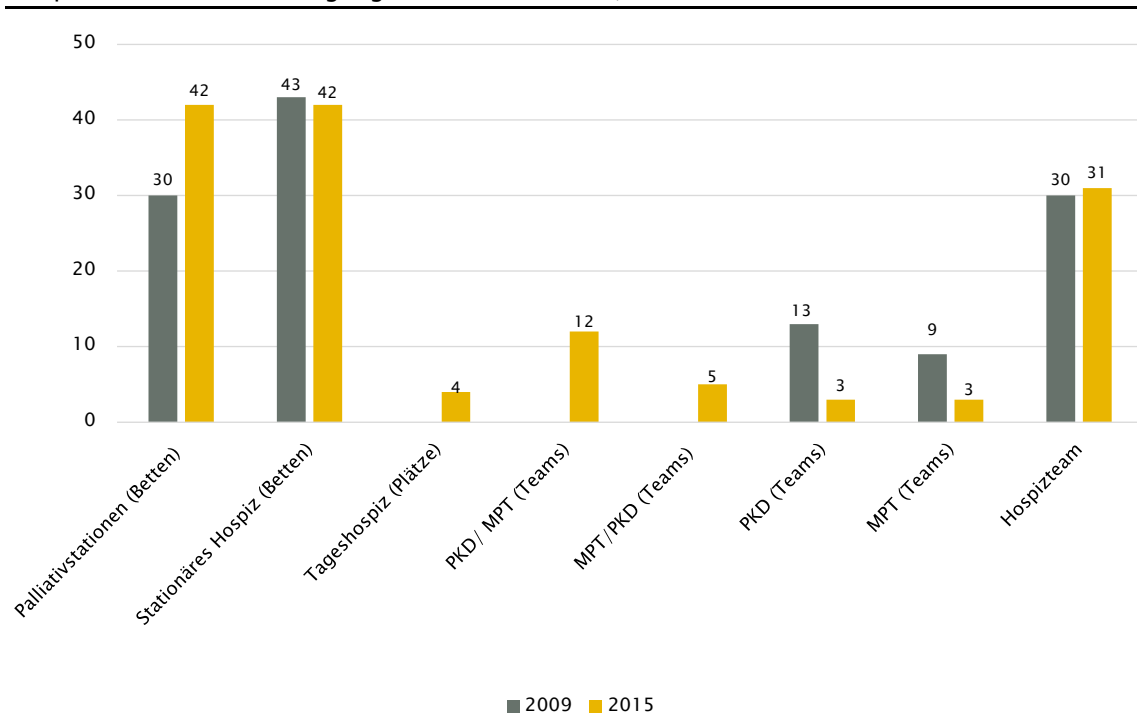
¹ pro 1.000 Betten in Fonds-KA

Quellen: DVHÖ Datenerhebung 2015
Berechnung und Darstellung: GÖG

Seit 2009 zeichnet sich in allen Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung in Niederösterreich eine Steigerung ab, wobei folgende Besonderheiten zu beachten sind:

- » In den sieben stationären Hospizen, die strukturell im Verbund mit Landespflegeheimen geführt werden, ist im Bedarfsfall eine Erweiterung auf 78 Betten möglich.
- » Von den 23 mobilen Palliativteams arbeiten 17 Teams struktur- und institutionsübergreifend sowie intra- als auch extramural (PKD/MPT oder MPT/ PKD). Sechs Teams in der Thermenregion sind entweder nur in einer Landesklinik (PKD) oder nur im extramuralen Bereich (MPT) tätig. Die geänderte Zuordnung bzw. Zählung dieser Angebote ist der Grund dafür, dass sich der Aufbau erst auf den zweiten Blick erschließt (Abbildung 6.17).

Abbildung 6.17:
Hospiz- und Palliativversorgung in Niederösterreich, 2009 und 2015



PKD = Palliativ-Konsiliardienst; MPT = Mobiles Palliativteam; LPH = Landespflegeheim

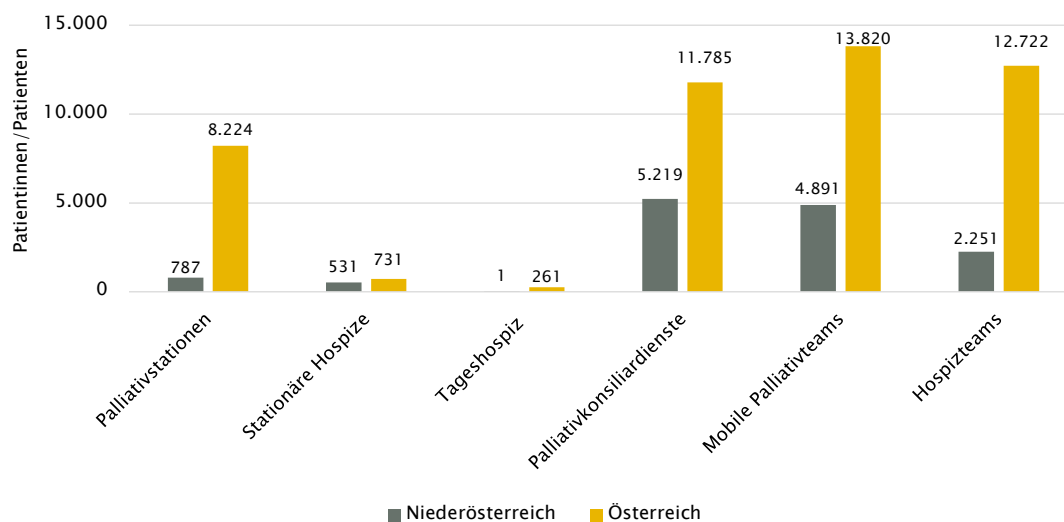
Quelle: DVHÖ Datenerhebung 2009, NÖ Gesundheits- und Sozialfonds 11/2015
Darstellung: GÖG

6.8.1.2 Palliativpatientinnen und -patienten

Die Zahl der im Jahr 2015 von den Einrichtungen und Diensten der Hospiz- und Palliativversorgung betreuten Patientinnen und Patienten ist in Abbildung 6.18 ersichtlich. Da Palliativpatientinnen und -patienten erfahrungsgemäß im Zeitverlauf unterschiedliche Versorgungsangebote in Anspruch nehmen, sind Mehrfachzählungen nicht auszuschließen.

In allen Versorgungseinrichtungen werden mehr Frauen als Männer betreut (53 % vs. 47 %). Am höchsten ist der Anteil von Patientinnen bei den mobilen Hospizteams mit 63 Prozent. Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten liegt in allen Versorgungseinrichtungen bei 69 Jahren.

Abbildung 6.18:
Patientinnen/Patienten der Hospiz- und Palliativversorgung in Niederösterreich und Österreich, 2015



Die vorliegende Auswertung basiert auf der Datenerhebung des DVHÖ, welcher die Daten gemäß der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung gemäß ÖBIG-Konzept erfasst und verarbeitet. Hingegen zählt der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds die kombinierten MPT/PKD bzw. PKD/MPT als solche und kumuliert die Daten. Aufgrund der unterschiedlichen Erfassung sind Abweichungen bei den Patientenzahlen im Palliativ-Konsiliardienst und im mobilen Palliativteam möglich.

Quelle: DVHÖ, Datenerhebung 2015
Berechnung und Darstellung: GÖG

6.8.2 Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Lebensbedrohlich oder lebenslimitierend erkrankte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bedürfen zwar genauso wie Erwachsene einer umfassenden Versorgung durch ein multiprofessionelles Team, dennoch gibt es wesentliche Unterschiede bzw. Herausforderungen im Unterschied zur Hospiz- und Palliativversorgung von Erwachsenen:

- » Pädiatrische Palliativ- und Hospizversorgung wird ab Diagnosestellung über den gesamten Krankheitsverlauf bis zum Tod und darüber hinaus benötigt.
- » Bei jahrelangem Verlauf der Krankheiten ändern sich die Krankheitssymptome im Kindesalter rascher als im Erwachsenenalter.
- » Gegebenenfalls müssen kurative und palliative Versorgung gleichzeitig stattfinden.

- » Pädiatrische Palliativ- und Hospizversorgung muss nach Alter, der Grunderkrankung sowie dem Entwicklungsstand des Kinders / Jugendlichen / jungen Erwachsenen ausgerichtet sein.

Seit 2013 gibt es ein österreichweit akkordiertes Experten-Konzept für die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen³³ mit vier spezialisierten Versorgungsangeboten:

- » **Kinder-Hospizteams** begleiten Palliativpatienten/-patientinnen und ihre Familien sowie An- und Zugehörige in der vertrauten Umgebung (Zuhause, im Krankenhaus, im Kinder-Hospiz, in der Betreuungseinrichtung, in Schule, Kindergarten ...) mit ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen/-begleitern.
- » **Mobile Kinder-Palliativteams** unterstützen die in der vertrauten Umgebung in der Basisversorgung Tätigen mit fachlicher Expertise.
- » **Stationäre Kinder-Hospize** nehmen erkrankte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene und ihre Familie oder nahen An- und Zugehörigen für eine bestimmte Zeit auf und bieten damit Entlastung und professionelle Unterstützung.
- » **Pädiatrische Palliativbetten** stehen in Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde für eine spezialisierte ganzheitliche Versorgung in besonders komplexen Situationen zur Verfügung, z. B. wenn ein Verbleib zu Hause oder in einer anderen Einrichtung nicht möglich ist.

Im Experten-Konzept wurden die spezialisierten Angebote charakterisiert und Qualitätskriterien verankert. In Ergänzung zum Experten-Konzept formulierte der Dachverband Hospiz Österreich Umsetzungs-Empfehlungen³⁴ und veröffentlichte diese im Herbst 2015. Diese Empfehlungen sollen eine flächendeckende, qualitätsvolle pädiatrische Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich fördern und unterstützen.

In Niederösterreich sind – als bisher einzigem Bundesland in Österreich – alle vier definierten pädiatrischen Versorgungsangebote in Betrieb. Für das Jahr 2015 stellt sich der Status quo der spezialisierten Hospiz- und Palliativangebote wie folgt dar: Die mobile pädiatrische Versorgung erfolgt durch das Mobile Kinder-Palliativteam (mobiles Kinder- und Jugend-Palliativteam KI-JU-PALL, Stützpunkte in Melk, Mödling, Tulln und Wr. Neustadt) und das Kinder-Hospizteam (HOKI NÖ). Die stationäre pädiatrische Versorgung wird durch 3 pädiatrische Palliativbetten (LK Mödling) und einen Kinder-Hospizplatz (Hilde Umdasch Haus) angeboten.

33

[http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/hospiz-_und_palliativversorgung_fuer_kinder,_jugendliche_und_junge_erwachsene,_expertenkonzept_\(2013\).pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/hospiz-_und_palliativversorgung_fuer_kinder,_jugendliche_und_junge_erwachsene,_expertenkonzept_(2013).pdf)

34

http://www.hospiz.at/pdf_dl/Empfehlungen_KiJu_DVHOE_2015.pdf

6.9 Ausgewählte Outcome-Indikatoren zur Versorgungsqualität

Im Jahr 2014 wurden im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit Indikatoren für eine „Outcome-Messung im Gesundheitswesen“ definiert (BMG 2015a). Darin enthalten sind auch Indikatoren für den Kurationsbereich. Nachstehend wird eine Auswahl dieser Indikatoren präsentiert.

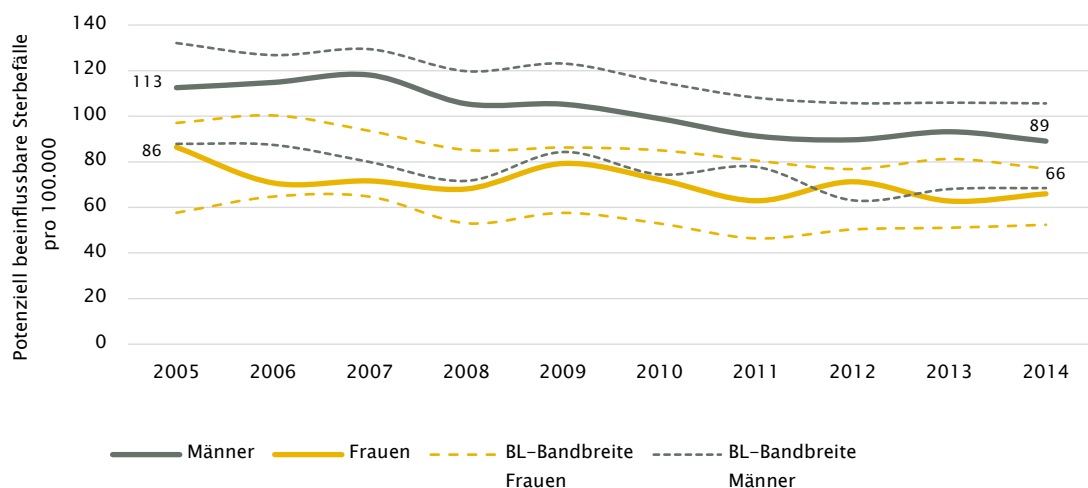
6.9.1 Vorzeitige vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (MAHC)

Im Jahr 2014 traten in Niederösterreich rund 1.180 Todesfälle ein, die – unter Beachtung von Todesursache und Alter der Betroffenen – vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbar gewesen wären; 56 Prozent davon betrafen Männer. Bezogen auf 100.000 EW bedeutet dies eine altersstandardisierte Rate (Europa-Bevölkerung 2013) von 89 Fällen bei Männern (BL-Bandbreite: 69–106) und 66 Fällen bei Frauen (BL-Bandbreite: 52–77). Niederösterreich rangiert damit im Vergleich mit den anderen Bundesländern im Mittelfeld (Abbildung 6.19).

Die vorzeitige, vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit ist deutlich rückläufig (Abbildung 6.19). Sie hat sich im Beobachtungszeitraum 2005–2014 um rund 30 Prozent von 100 auf 78 Todesfälle pro 100.000 reduziert.

Abbildung 6.19:

Vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit in Niederösterreich nach Geschlecht, 2005–2014



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

Definitionen und Daten

Der Indikator *vorzeitige vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit* (Englisch: *Mortality Amenable to Health Care, MAHC*) geht auf die Arbeiten von Ellen Nolte und Martin McKee zurück und wird definiert als vorzeitige Sterblichkeit, die bei rechtzeitiger und effektiver Gesundheitsversorgung nicht eingetreten wäre. „Vorzeitig“ bezieht sich dabei – wenn in der nachstehenden Liste von Todesursachen nicht anders angegeben – auf ein Alter unter 75 Jahren (Gay et al. 2011; Nolte et al. 2008). Der Indikator verweist damit direkt auf die Versorgungsqualität von Gesundheitssystemen.

- » Tuberkulose, Sepsis (Blutvergiftung), Pneumonie (Lungenentzündung), Influenza (Virusgrippe), Darminfektion (außer Typhus und Diphtherie) bei unter 14-Jährigen; Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (Kinderlähmung), Pertussis (Keuchhusten) bei unter 14-Jährigen; Masern bei 1- bis 14-Jährigen
- » Kolorektalkarzinom (Dickdarmkrebs), bösartiger Hauttumor, Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs und Unterleibskrebs bei unter 45-Jährigen, Hodenkrebs, Hodgkinsche Krankheit (Morbus Hodgkin, Lymphogranulomatose, bösartiger Tumor des Lymphsystems), Leukämie (Blutkrebs) bei unter 45-Jährigen
- » Schilddrüsen-Funktionsstörungen (Über- oder Unterfunktion), Diabetes mellitus bei unter 50-Jährigen
- » Epilepsie
- » Rheumatische Herz-Erkrankungen, ischämische Herz-Erkrankungen (50 % der Todesfälle)
- » Hypertensive Erkrankungen (Bluthochdruck)
- » Nephritis (Nierenentzündung), Nephrose, gutartige Prostatahyperplasie (gutartige Prostatavergrößerung)
- » Alle Atemwegserkrankungen (exkl. Influenza und Lungenentzündung) der 1- bis 14-Jährigen
- » Ulkuskrankheit (Magengeschwür), Appendizitis (Blinddarm-Entzündung), Abdominalhernie (Bauchwandbruch), Gallensteinleiden und Cholezystitis (Gallenblasenentzündung)
- » Tod zwischen der 29. Schwangerschaftswoche und dem 7. Lebenstag, Müttersterblichkeit, Perinatal-Sterblichkeit exklusive Totgeburten, angeborene Anomalien des Herz-Kreislauf-Systems
- » Missgeschicke an Patienten/Patientinnen während chirurgischer und medizinischer Behandlung

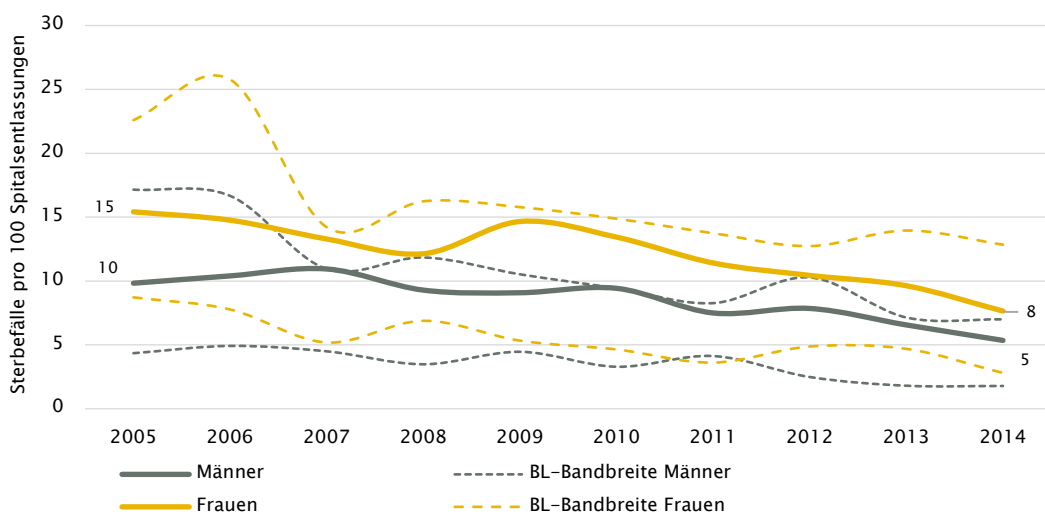
6.9.2 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt (AMI)

192 Menschen mit akutem Myokardinfarkt (Hauptdiagnose ICD-10 I21 und I22) starben im Jahr 2014 innerhalb der ersten 30 Tage ihres Aufenthaltes in einer niederösterreichischen Akut-Krankenanstalt (106 Männer und 86 Frauen). Bezogen auf 100 Spitalsaufenthalte mit derselben Hauptdiagnose bedeutet dies eine AMI-Sterblichkeit von 6,2 Todesfällen pro 100 Spitalsaufenthalte. Trotz der absolut höheren Sterbezahl von Männern ist die AMI-Sterblichkeit von Frauen höher: 7,6

von 100 stationär behandelten Myokardinfarkten enden bei Frauen tödlich (BL-Bandbreite: 3–13). Bei den Männern sind es 5,4 (BL-Bandbreite: 2–7).

Die 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt ist insgesamt gesehen rückläufig. Sie konnte zwischen 2005 und 2014 bei Frauen von 15 auf 8 und bei Männern von 10 auf 5 Todesfälle pro 100 stationäre Aufenthalte reduziert werden. Auch der geschlechtsspezifische Unterschied verringerte sich (Abbildung 6.20).

Abbildung 6.20:
30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt in niederösterreichischen Akut-Krankenanstalten nach Geschlecht, 2005–2014



Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2005–2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die *30-Tage-Sterblichkeit nach einem akuten Myokardinfarkt (AMI)* misst (bei den ab 45-Jährigen) den Anteil der innerhalb von 30 Tagen in einer Akut-Krankenanstalt Verstorbenen pro 100 Spitalsaufenthalte mit derselben Diagnose (Hauptdiagnose I21 und I22). Sie ist ein Indikator für die Qualität der Akutversorgung.

Der Indikator basiert auf der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und berücksichtigt folglich keine Todesfälle vor oder nach der Hospitalisierung. Die Sterblichkeit wird damit unterschätzt.

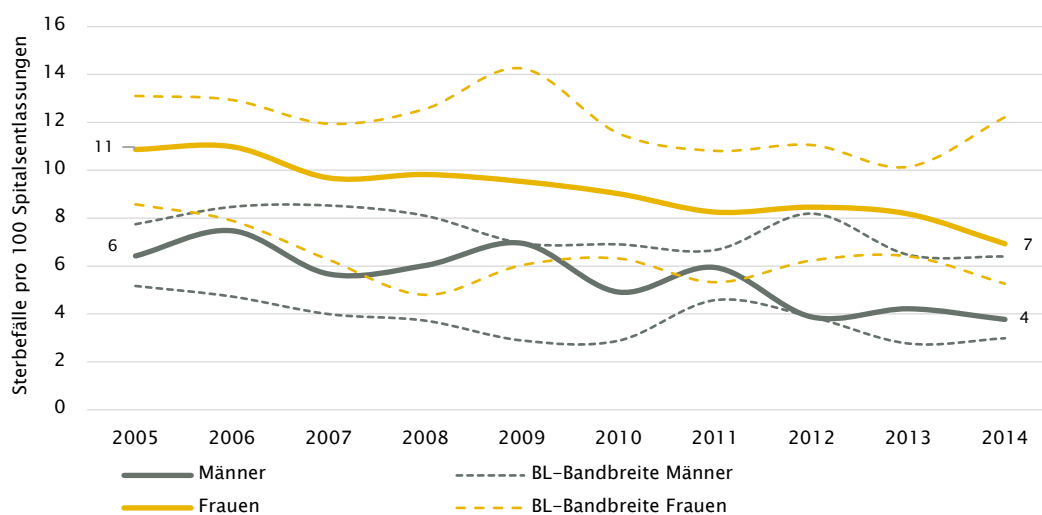
6.9.3 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall

229 Menschen starben im Jahr 2014 innerhalb der ersten 30 Tage ihres Aufenthaltes in einer niederösterreichischen Akut-Krankenanstalt aufgrund eines Schlaganfalles (Hauptdiagnose ICD-10 I63 und I64), 62 Prozent davon betrafen Frauen. Entsprechend groß ist der geschlechtsspezifische Unterschied: bei der weiblichen Bevölkerung endeten 6,9 von 100 Spitalsaufenthalten innerhalb der ersten 30 Tage tödlich (BL-Bandbreite: 5–12), bei Männern 3,8 (BL-Bandbreite: 3–6).

Die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall ist deutlich rückläufig, wenngleich es zwischendurch auch Steigerungen im Vergleich zum Vorjahr gab. Sie ist zwischen 2005 und 2014 bei beiden Geschlechtern auf weniger als die Hälfte gesunken (Abbildung 6.21).

Abbildung 6.21:

30-Tage-Sterblichkeitsrate nach einem Schlaganfall in niederösterreichischen Akut-Krankenhäusern, nach Geschlecht, 2005–2014



Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2005–2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die *30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall* misst (bei den ab 45-Jährigen) den Anteil der innerhalb von 30 Tagen in einer Akut-Krankenanstalt Verstorbenen pro 100 Spitalsaufenthalte mit derselben Diagnose (Hauptdiagnose I63 und I64). Sie ist ein Indikator für die Qualität der Akutversorgung.

Der Indikator basiert auf der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und berücksichtigt folglich keine Todesfälle vor oder nach der Hospitalisierung. Die Sterblichkeit wird damit unterschätzt.

6.9.4 Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren

Als Qualitätsindikator der pharmazeutischen Versorgung gilt seit einigen Jahren die potenziell inadäquate Medikation bei Älteren (PIM). Der Indikator ist definiert als Anteil der ab 70-Jährigen, der in einem Kalenderjahr mindestens mit einem potenziell inadäquaten Medikament (Packung) versorgt wurde.

Eine potenziell inadäquate Medikation ist mit unerwünschten Ereignissen wie etwa Tod oder Hospitalisierungen assoziiert und verweist damit einerseits auf die Verschreibungsqualität im ambulanten Bereich, andererseits auf die Patientensicherheit (Mann et al. 2014).

Im Jahr 2012 haben in Niederösterreich 53 Prozent der ab 70-Jährigen mindestens eine potenziell inadäquate Medikation erhalten (BL-Bandbreite: 44–57 %).

Definitionen und Daten

Die Definition *potenziell inadäquater Medikation* (PIM) fußt auf Vorarbeiten von Mann et al. (2012) und geht davon aus, dass eine Reihe von Medikamenten wegen ihrer pharmakokinetischen und pharmakodynamischen Wirkungen für ältere Menschen ungeeignet sind bzw. zu unerwünschten Nebenwirkungen führen. Insgesamt fließen 73 Wirkstoffe in die Berechnung des PIM-Anteils ein (jeweils nur in orale Formen). Sobald eine Person ab 70 Jahren einen dieser Wirkstoffe erhalten hat (mindestens eine Packung), zählt sie zur PIM-Gruppe.

6.10 Spezifische Versorgungsaspekte

6.10.1 Schwangerschaft und Geburt

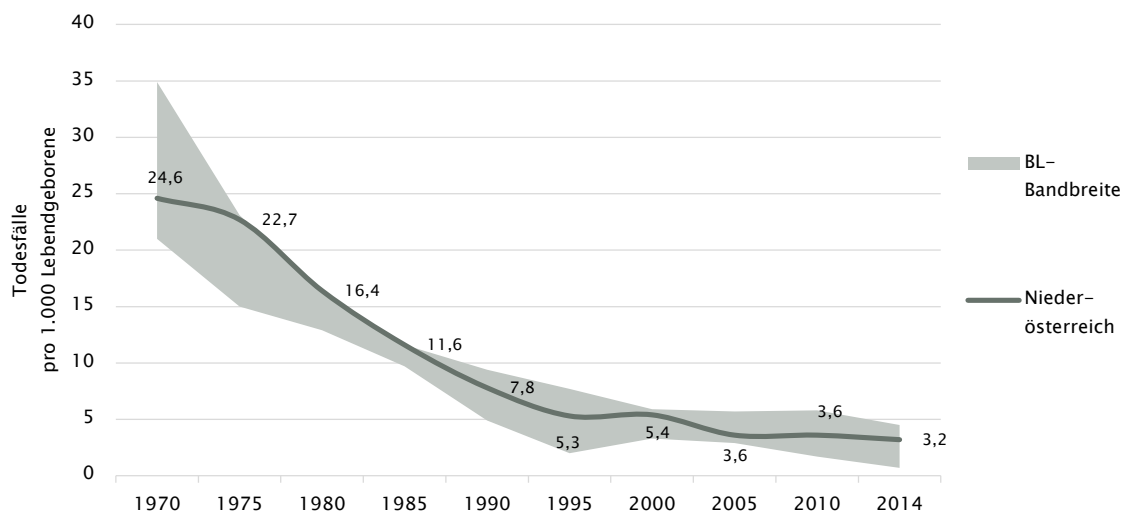
Säuglingssterblichkeit und neonatale Sterblichkeit

In Niederösterreich starben im Jahr 2014 46 Kinder innerhalb des ersten Lebensjahres. Das bedeutet eine Säuglingssterblichkeit von 3,2 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeborene (BL-Bandbreite: 0,7–4,5). Dies ist – abgesehen von den Jahren 2012 (3,1) und 2013 (2,7) – der niedrigste Wert. Wie in Österreich insgesamt war auch in Niederösterreich die Säuglingssterblichkeit bis in die erste Hälfte der 1990er Jahre stark rückläufig und sinkt seither weiterhin geringfügig. Ab Mitte der 1970er Jahre lag Niederösterreich im Vergleich mit den anderen Bundesländern eher im oberen Feld, seit Anfang der 1990er Jahre rangiert das Bundesland im Mittelfeld (s. die Jahre 1990–2014 in Abbildung 6.22).

Im Zeitraum 1970 bis 2014 ist für Niederösterreich auffällig, dass im ersten Lebensjahr mehr Buben als Mädchen verstarben. Dies entspricht auch dem österreichweiten Geschlechterverhältnis (Statistik Austria 2015c).

Abbildung 6.22:

Säuglingssterblichkeit in Niederösterreich im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 1970–2014



Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 2014
Darstellung: GÖG

Rund drei Viertel der Sterbefälle bei Säuglingen ereignen sich in den ersten vier Lebenswochen. Diese Fälle werden als *neonatale Sterblichkeit* bezeichnet, die mit 2,3 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeborene (2014) in Niederösterreich ebenso wie die Säuglingssterblichkeit im Bundesdurchschnitt liegt (BL-Bandbreite: 0,5–3,7). Zumeist haben diese Todesfälle ihren Ursprung in der Perinatalperiode (ICD-10: P00–P96, in mehr als 50 % der Fälle) oder sind auf Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (ICD-10: Q00–Q99, in rund einem Drittel der Fälle) zurückzuführen.

Unterschiede nach Bildung

Österreichweit ist die Säuglingssterblichkeit bei Müttern, die ihre formale Bildung mit einer Pflichtschule oder weniger beendet haben, höher als bei Müttern mit einem Matura- oder Hochschulabschluss (2014: 5,1 ‰ vs. 2,5 ‰) (Statistik Austria 2015c).

Definitionen und Daten

Die *Säuglingssterblichkeit* gibt die Anzahl der im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder pro 1.000 Lebendgeborenen derselben Zeitspanne an. Der Großteil dieser Todesfälle ereignet sich in den ersten Lebenstagen als Folge von Frühgeburt und/oder Fehlbildungen. Zur Präzisierung gibt es deshalb auch den Indikator *neonatale Sterblichkeit*. Diese misst die Anzahl der in den ersten 28 Tagen verstorbenen Kinder pro 1.000 Lebendgeborenen derselben Zeitspanne. Datenquelle für die Säuglingssterblichkeit ist die Statistik des Bevölkerungsstandes (Statistik Austria 2015c).

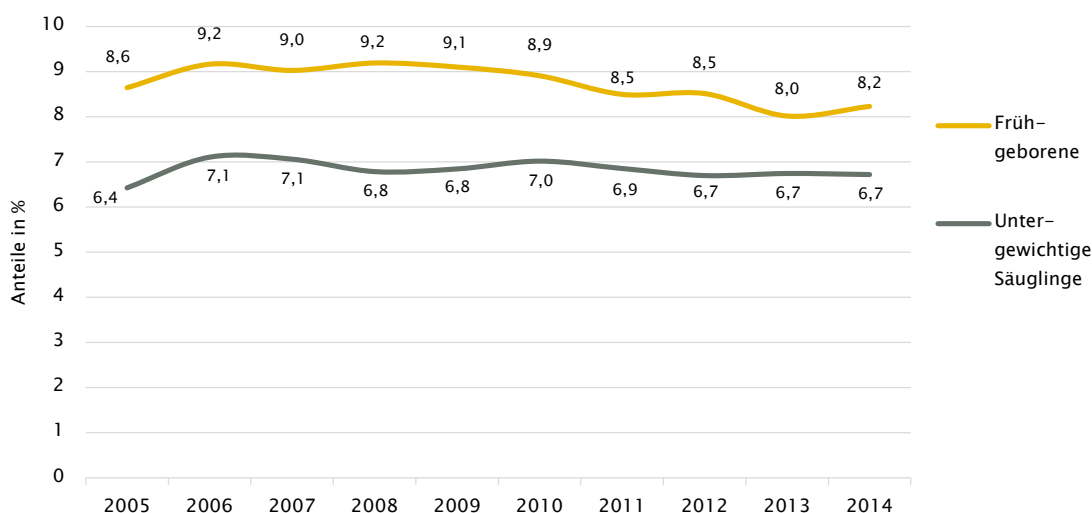
Frühgeburten und geringes Geburtsgewicht

Von insgesamt etwa 14.300 Neugeborenen im Jahr 2014 kamen in Niederösterreich rund 1.180 Kinder zu früh auf die Welt. Das entspricht einer Frühgeborenenrate von 8,2 Prozent Feld (BL-Bandbreite: 7,2–8,7%). In den Jahren 2006 bis 2009 lag Niederösterreich im Bundesländervergleich im oberen Bereich, seit dem Jahr 2010 entspricht die Frühgeborenenrate in Niederösterreich dem österreichischen Durchschnitt. Der Großteil der Frühgeburten findet zu einem späten Zeitpunkt statt, nur 1,5 Prozent oder 211 Kinder kamen im Jahr 2014 in Niederösterreich vor Vollendung der 32. Schwangerschaftswoche auf die Welt.

In Österreich ist die Frühgeburtenrate seit mehreren Jahrzehnten weitgehend konstant. Während der letzten 30 Jahre (1984–2014) schwankte der Wert zwischen 7,8 und 8,9 Prozent. Auch in Niederösterreich ist kein eindeutiger Trend erkennbar (Abbildung 6.23).

Abbildung 6.23:

Frühgeborenenrate und geringes Geburtsgewicht in Niederösterreich, 2005–2014



Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 2014
Darstellung: GÖG

Der Anteil der Kinder, die mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2.500 Gramm auf die Welt kommen, liegt etwas unter der Frühgeborenenrate. Auch hier ist kein Trend erkennbar. Im Jahr 2014 kommen in Niederösterreich 6,7 Prozent der Säuglinge mit einem geringen Geburtsgewicht auf die Welt (BL-Bandbreite: 5,8–7,5).

Trotz des offensichtlichen Zusammenhanges zwischen Frühgeburt und Geburtsgewicht besteht nicht zwangsläufig eine Kausalität. Etwa 40 Prozent der Frühgeburten sind nicht untergewichtig und knapp 30 Prozent der Untergewichtigen sind keine Frühgeburt (österreichweite Auswertung aus dem Jahr 2011, Klimont 2012).

Definitionen und Daten

Als *Frühgeburt* gilt jede Geburt, die vor Vollendung der 36. Schwangerschaftswoche beendet wird. Die Frühgeborenenrate berechnet sich aus dem Anteil der Frühgeborenen an allen Lebendgeborenen. Säuglinge mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2.500 Gramm gelten als Low-birth-weight-Säuglinge, unabhängig von der Schwangerschaftsdauer. Datenquelle für die Frühgeborenenrate ist die Statistik des Bevölkerungsstandes (Statistik Austria 2015c).

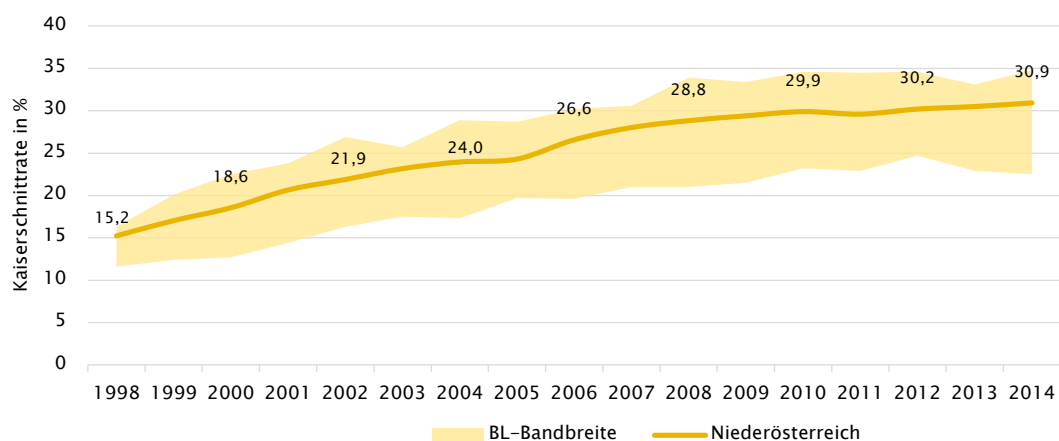
Kaiserschnittrate

Die Art der Entbindung hat sich in Niederösterreich wie auch österreichweit in den letzten 15 Jahren deutlich verändert. Im Jahr 2014 kam in Niederösterreich fast ein Drittel aller Kinder mittels Kaiserschnitt auf die Welt. Kurz vor der Jahrtausendwende lag die Kaiserschnittrate noch bei 15 Prozent. Seither ist die Rate kontinuierlich gestiegen (Abbildung 6.24).

Mit Ausnahme des Jahres 2005 liegt die Kaiserschnittrate in Niederösterreich etwas über dem Bundesdurchschnitt. Nicht nur das Ausmaß der Kaiserschnittrate, sondern auch die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind seit 1998 größer geworden. Im Jahr 2014 liegt die Bandbreite zwischen 22,5 und 34,8 Prozent.

Abbildung 6.24:

Kaiserschnittrate in Niederösterreich im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 1998–2014



Quelle: Statistik Austria, Jahrbücher der Gesundheitsstatistik 1998–2014
Darstellung: GÖG

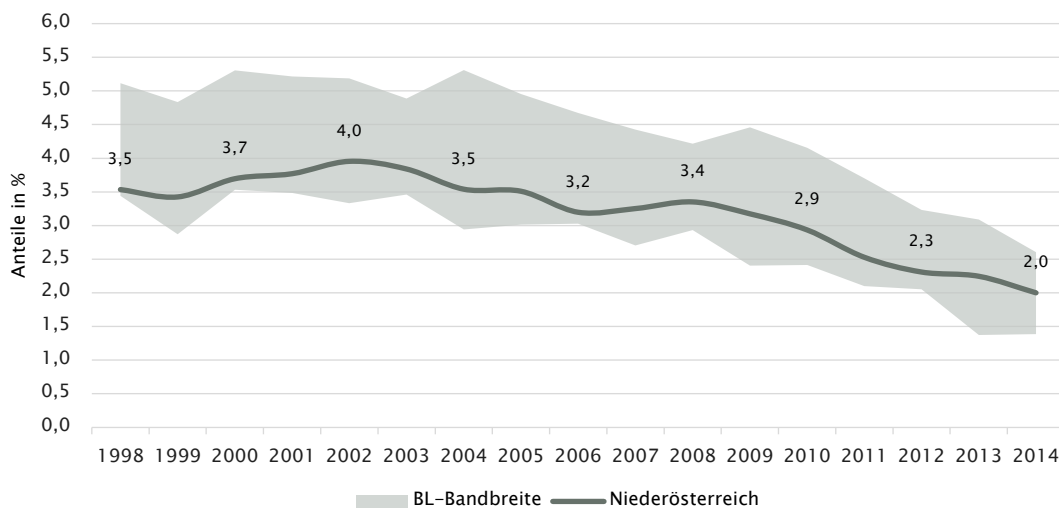
Definitionen und Daten

Die Art der Geburt wird in der Geburtenstatistik von Statistik Austria dokumentiert. Es wird derzeit nicht zwischen medizinisch indizierten und sog. „Wunsch-Kaiserschnitten“ unterschieden.

Teenager-Mütter

Mitte der 70er Jahre wurde in Niederösterreich – im langjährigen Vergleich – ein Höchststand bei Teenager-Müttern verzeichnet: Bis zu 18 Prozent aller Geburten betrafen zu dieser Zeit unter 20-jährige Niederösterreicherinnen. Bis Mitte der 1990er Jahre sank diese Quote deutlich, um nach einigen Jahren der Stagnation ab 2008 erneut zu sinken. Im Jahr 2014 waren 2 Prozent der Mütter bzw. 286 Mütter unter 20 Jahre alt (davon 14 Mütter 15 Jahre oder jünger). Der Anteil der Geburten durch Teenager-Mütter entsprach damit in etwa dem österreichischen Durchschnitt (BL-Bandbreite: 1,4–2,6 %).

Abbildung 6.25:
Teenager-Geburten in Niederösterreich im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 1998–2014



Quelle: Statistik Austria, Jahrbücher der Gesundheitsstatistik 1998–2014
Darstellung: GÖG

Im Zeitraum 1998–2014 zeigte sich am anderen Ende der Skala ein gegenläufiger Trend: Der Anteil von über 40-jährigen Müttern ist in Niederösterreich in diesem Zeitraum von 1,4 (1998) auf 3,9 Prozent (2014) gestiegen (BL-Bandbreite: 3,2–4,9). Das Durchschnittsalter aller Niederösterreicherinnen bei der Geburt eines Kindes liegt im Jahr 2014 bei 30,5 Jahren (BL-Bandbreite: 30,2–31,0).

Definitionen und Daten

Das Alter der Mutter bei der Geburt wird in der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung von Statistik Austria dokumentiert.

6.10.2 Psychiatrische, psychosomatische und psychosoziale Versorgung

6.10.2.1 Ambulantes Versorgungsangebot

Krankenanstalten mit psychiatrischen Ambulanzen

In Niederösterreich werden psychiatrische Ambulanzen an fünf Standorten (Landeskrankenhaus Holabrunn, Landeskrankenhaus Neunkirchen, Therapiezentrum Ybbs, Landeskrankenhaus Baden-Mödling / Standort Baden, Landeskrankenhaus Zwettl-Gmünd-Waidhofen/Thaya – Standort Waidhofen/Thaya) angeboten.

Die Versorgung wird durch mehrere Berufsgruppen geleistet:

- » Fachärztinnen/–ärzte für Psychiatrie und Neurologie
- » Fachärztinnen/–ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- » Psychotherapeutinnen/–therapeuten
- » Ärztinnen und Ärzte mit PSY-III-Diplom
- » Klinische Psychologinnen und Psychologen

Planstellen Psychiatrie und Neurologie

Laut Evaluation des NÖ Psychiatrieplans (Schöny et al. 2015) gibt es 2015 34,5 Planstellen für Neurologie und Psychiatrie, davon 25 Planstellen für beide Fächer, 3 Planstellen für (reine) Neurologie, 6,5 Planstellen für (reine) Psychiatrie.

Planstellen Kinder- und Jugendpsychiatrie

In Niederösterreich stehen im Jahr 2015 6 Planstellen für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung (Schöny et al. 2015).

Berufsberechtigte Psychotherapeutinnen/–therapeuten

Mit Stand 31. 12. 2014 sind in Niederösterreich insgesamt 961 Personen zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt. Das entspricht einer Dichte von 5,9 Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten pro 10.000 EW (BL-Bandbreite: 4,8–19,2 Therapeutinnen/Therapeuten pro 10.000 EW). Der Anteil der berufsberechtigten Frauen liegt bei 74 Prozent. Das Durchschnittsalter der Psychotherapeutinnen liegt mit rund 53 Jahren etwas niedriger als das ihrer männlichen Kollegen mit 56 Jahren. 96 Prozent der berufsberechtigten Personen sind österreichische Staatsbürger/innen.

Seit 1991 stieg die Zahl der zur selbständigen Ausübung berechtigten Psychotherapeutinnen und -therapeuten um ein Vielfaches (von 0,47 auf 5,9 Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten pro 10.000 EW).

Ärztinnen/Ärzte mit PSY-III-Diplom

In Niederösterreich praktizieren im Jahre 2015 rund 160 Ärztinnen/Ärzte mit PSY-III-Diplom. Das entspricht einer Ärztedichte von 10 pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 4,5–21,7). 24 Prozent der Ärztinnen/Ärzte haben einen Kassenvertrag (2,4 pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 1,0–4,8) und 76 Prozent sind Wahlärztinnen/ärzte (7,6 pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 3,5–18,5). 54 Prozent der praktizierenden Ärztinnen/Ärzte mit PSY-III-Diplom sind Frauen. 50 Prozent sind 55 Jahre oder älter.

Am dichtesten versorgt mit Ärztinnen/Ärzten mit PSY-III-Diplom ist NÖ-Mitte mit 14 FÄ pro 100.000 EW, gefolgt von der Thermenregion mit 11 FÄ pro 100.000 EW, Waldviertel mit 9 FÄ pro 100.000 EW, Weinviertel mit einer Ärztedichte von 8 pro 100.000 EW und das Mostviertel mit 7 FÄ pro 100.000 EW. Im Vergleich zum Jahr 2012 ist die Ärztedichte von 9,5 auf 10 pro 100.000 EW gestiegen (+6 %).

Klinische Psychologinnen/Psychologen

Mit Stand 31. 12. 2014 sind in Niederösterreich insgesamt 993 Personen in die Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen eingetragen. Dies entspricht einer Dichte von 6,1 Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen pro 10.000 EW (BL-Bandbreite: 5,7–16,5 pro 10.000 EW). Der Anteil der Frauen beträgt 88 Prozent. Das Durchschnittsalter der Klinischen Psychologinnen liegt mit 41 Jahren niedriger als das ihrer männlichen Kollegen mit 50 Jahren.

Seit 1991 stieg die Anzahl der zur Berufsausübung berechtigten Klinischen Psychologinnen/Psychologen in Niederösterreich um ein Vielfaches (von 0,2 auf 6,1 Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen pro 10.000 EW).

Definitionen und Daten

FÄ für Psychiatrie/Neurologie und FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie: Evaluation NÖ Psychiatrieplan (Schöny et al. 2015).

Psychotherapeutinnen/-therapeuten: Seit Anfang 1991 regelt das Psychotherapiegesetz (PthG, BGBl Nr. 361/1990) die Berufsausübung der Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Nach Abschluss der Ausbildung werden die Absolventinnen und Absolventen in die vom BMGF geführte PsychotherapeutInnenliste eingetragen. Die eingetragenen Personen sind verpflichtet, jede Änderung ihrer Daten gemäß § 18 Abs 1 PthG binnen eines Monats an das BMGF zu melden. Diese Liste erfasst die Anzahl der berufsberechtigten Personen, nicht jedoch die Kapazitäten der angebotenen Leistungen. Sie schließt außerdem Personen ein, die ihren Beruf nicht ausüben: Unterschiedliche Erhebungen zeigen, dass 10–20 Prozent der eingetragenen Personen temporär oder längerfristig

ihren Beruf nicht ausüben (Sagerschnig 2015). Datenanalyse: Bei Angabe von mehreren Berufssitzen erfolgte die regionale Zuteilung nach der erstgenannten Berufsadresse (Stichtage: jeweils 31.12.).

Ärztinnen/Ärzte mit PSY-III-Diplom: Mit der Erlangung des ÖÄK-Diploms für psychotherapeutische Medizin (PSY-III-Diplom) erhalten Ärztinnen/Ärzte die Berechtigung, selbständig und eigenverantwortlich psychotherapeutische Medizin anzuwenden. Datenquellen sind die Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK.

Klinischen Psychologinnen/Psychologen: Seit Anfang 1991 regelt das Psychologengesetz (BGBl Nr. 360/1990) die Berufsausübung der Klinischen Psychologinnen/Psychologen. Im Jahr 2013 wurde das neue Psychologengesetz 2013 (BGBl Nr. 182/2013) beschlossen, das BGBl Nr. 360/1990 trat mit 30. 6. 2014 außer Kraft. Nach Abschluss der Ausbildung werden die Absolventinnen und Absolventen in die vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) geführte Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen eingetragen. Die eingetragenen Personen sind verpflichtet, jede Änderung ihrer Daten gemäß § 31 Abs 1 Psychologengesetz binnen eines Monats an das BMGF zu melden (Sagerschnig 2015). Diese Liste erfasst die Anzahl der berufsberechtigten Personen, nicht jedoch die Kapazitäten der angebotenen Leistungen. Datenanalyse: Bei Angabe von mehreren Berufssitzen erfolgte die regionale Zuteilung nach der erstgenannten Berufsadresse (Stichtage: jeweils 31.12.).

6.10.2.2 Inanspruchnahme der ambulanten Versorgungsangebote

Laut Österreichischer Gesundheitsbefragung 2014 haben 7 Prozent der Niederösterreicher/innen (BL-Bandbreite: 5–8 %), das sind rund 91.000 Personen, in den letzten 12 Monaten entweder eine/n Psychologin/Psychologen, eine/n Psychotherapeutin/Psychotherapeuten und/oder einen/eine Psychiater/in in Anspruch genommen, Frauen häufiger als Männer (9 % vs. 5%).

Während bei den 15– bis 29-Jährigen und bei den 30– bis 59-Jährigen 7 bzw. 8 Prozent derartige Angebote in Anspruch nahmen, waren es bei den ab 60-Jährigen 4 Prozent.

Unterschiede nach Versorgungsregionen zeigen sich nicht.

Definitionen und Daten

Die Inanspruchnahme von Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und/oder Psychiater/innen in den letzten 12 Monaten wird auf Basis des ATHIS 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht zulässig. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

6.10.2.3 Psychosoziale Dienste

In allen fünf Versorgungsregionen des Bundeslandes Niederösterreich wird psychosoziale Beratung und Betreuung angeboten. Insgesamt übernehmen in Niederösterreich 23 Einrichtungen (öffentliche und private Träger) diese Aufgaben, verteilt nach Versorgungsregion zwischen 4 und 6 Einrichtungen. Die Anzahl betreuter Personen beträgt im Jahr 2013 7.056 Personen.

In Niederösterreich stehen im Jahr 2014 insgesamt 1.094 Wohnplätze in verschiedenen Wohnformen (voll-, teil- und punktbetreut) zur Verfügung. Diese verteilen sich wie folgt: In psychosozialen Betreuungszentren gab es im Jahr 2013 330 Wohnplätze, in den Betreuungsstationen der Landespflegeheime 319 Plätze (inkl. 9 Plätze im Pflegeheim Wallsee), wobei in diesem Jahr jeweils eine Auslastung von hundert Prozent erreicht wurde. Zusätzlich bestehen 99 Plätze in privaten Pflegeheimen. Das entspricht insgesamt 748 vollbetreuten Wohnplätzen. Darüber hinaus bieten PSZ GmbH, Caritas St. Pölten und verschiedene andere Anbieter insgesamt 346 Plätze in Wohnformen unterschiedlicher Betreuungsintensität (Schöny et al. 2015).

Die 17 tagesstrukturierenden Einrichtungen verfügen mit Stand 2014 insgesamt über 461 Plätze (Schöny et al. 2015). Zudem gibt es im Jahr 2013 41 Klubeinrichtungen mit 1.615 betreuten Personen. Berufliche Eingliederungshilfen (77 Plätze) werden in den Versorgungsregionen NÖ-Mitte, Weinviertel und Thermenregion angeboten. Zwei Einrichtungen mit 88 Plätzen bieten in der Versorgungsregion Niederösterreich-Mitte zeitlich unbefristete arbeitsunterstützende Maßnahmen an, durch die im Jahre 2013 117 Personen betreut werden konnten. Mobile Unterstützung am Arbeitsplatz nahmen 1.032 Personen in Anspruch.

Insgesamt stehen 29 Selbsthilfegruppen sowie 19 Angehörigengruppen in Niederösterreich zur Verfügung, diese Angebote sind in allen Versorgungsregionen vorhanden.

Definitionen und Daten

Die Daten zu den psychosozialen Diensten stammen aus der letzten Aktualisierung der Bestandsaufnahme der außerstationären psychiatrischen Versorgung für das Jahr 2013, die von GÖG/ÖBIG im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur durchgeführt wurde (Kern et al. 2014). Zahlen aus dem Jahr 2014, insbesondere zur Versorgungssituation im Bereich Wohnen und Tagesstruktur, wurden dem niederösterreichischen Psychiatrieplan 2014 (Schöny et al. 2015) entnommen und in den Bericht aufgenommen.

6.10.2.4 Akut- und teilstationäres Versorgungsangebot

Allgemeinpsychiatrie

Der niederösterreichischen Bevölkerung stehen insgesamt sechs Landeskliniken (Hollabrunn, Mauer, Neunkirchen, Tulln, Baden-Mödling, Zwettl-Gmünd-Waidhofen/Thaya) mit psychiatrischen Abteilungen zur Verfügung.

Laut Kostenstellenstatistik 2014 werden in Niederösterreich insgesamt 509 Betten für die allgemein psychiatrische Versorgung vorgehalten, darunter 89 tagesklinische Plätze. Das entspricht einer Bettenmessziffer (BMZ) von 0,31 tatsächlichen Psychiatrie-Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0,18–0,55).

Spezielles Versorgungsangebot für Personen mit Abhängigkeitserkrankungen

In Niederösterreich stehen in der Landeslinik Mauer 58 Betten für längerfristige Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Suchtdiagnose bereit (2014). Das entspricht einer Bettendichte von 0,04 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0–0,23). Zusätzlich ist das Anton Proksch Institut in Wien ebenfalls für NÖ versorgungswirksam.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

In Niederösterreich gibt es drei Landeskliniken mit Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Mauer, Tulln, Baden-Mödling) mit insgesamt 88 Betten, darunter tagesklinische Plätze (2014). Dies entspricht einer landesweiten BMZ von 0,05 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0–0,06).

Psychosomatik

Die Abteilungen für Psychosomatik (PSO) werden in Niederösterreich zwei unterschiedlichen Fachbereichen zugeordnet: Es gibt PSO-Abteilungen der Inneren Medizin und der Kinderheilkunde.

In der Sonderkrankenanstalt Eggenburg stehen im Jahre 2014 100 Betten für die PSO-Versorgung von Erwachsenen zur Verfügung. Das entspricht einer BMZ von 0,062 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0–0,103).

Für die PSO-Versorgung von Kindern und Jugendlichen gibt es im Jahre 2014 in Niederösterreich einen Standort mit 6 Betten (Landeslinik Krems). Das entspricht einer BMZ von 0,004 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0–0,036).

6.10.2.5 Inanspruchnahme der akut- und teilstationären Versorgungsangebote

Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose an psychiatrischen und psychosomatischen Abteilungen in Niederösterreich

In Niederösterreich werden im Jahre 2014 rund 7.700 Personen mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (mit rund 11.700 Aufenthalten) an akut- und teilstationären psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausabteilungen behandelt. Auf eine Person entfallen im Durchschnitt 1,5 Aufenthalte. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 20 Tage. 93 Prozent der Aufenthalte finden auf psychiatrischen Abteilungen, 7 Prozent auf psychosomatischen Abteilungen statt (Tabelle 6.13).

Tabelle 6.13:

Inanspruchnahme der psychiatrischen¹ und psychosomatischen akut- und teilstationären Versorgung: Anzahl der Patientinnen/Patienten², Aufenthalte³, Aufenthaltsdauer und Wiederaufnahmerate nach Abteilungen, Niederösterreich 2014

Art der Abteilung	Anzahl Patientinnen/ Patienten	Anzahl Aufenthalte	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	Wiederaufnahmerate
Psychiatrische Abteilung	6.956	10.893	18,5	1,6
Psychosomatische Abteilung	739	853	35,7	1,2
Gesamt	7.695	11.746	19,9	1,5

¹ exklusive Forensik

² Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (ICD-10: F00-F99)

³ exklusive Null-Tage-Aufenthalte

Quelle: Niederösterreichisches Gesundheitsinformationssystem, Stand: 24.01.2017;
Berechnung: NÖ Gesundheits- und Sozialfonds; Darstellung: GÖG

Niederösterreichische Patientinnen und Patienten mit psychiatrischer Hauptdiagnose an akut- und teilstationären Abteilungen in Österreich

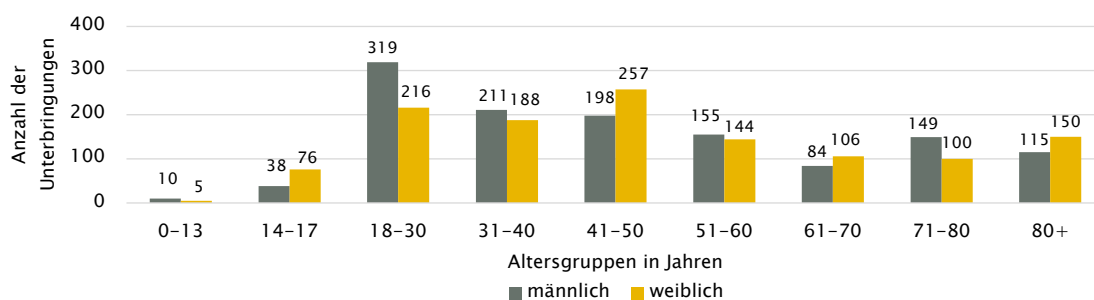
Im Jahr 2014 werden insgesamt rund 12.100 Niederösterreicher/innen mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (ICD-10: F00-F99) in einer österreichischen Krankenanstalt (akut- oder teilstationär) behandelt (Niederösterreichisches Gesundheitsinformationssystem, Stand 24.1.2017, Berechnung NÖ Gesundheits- und Sozialfonds).

6.10.2.6 Unterbringungen ohne Verlangen nach Unterbringungsgesetz (UbG)

Im Jahr 2014 finden rund 2.450 Unterbringungen ohne Verlangen nach UbG an psychiatrischen Abteilungen in Niederösterreich statt. Das entspricht einer rohen Rate von 150 Unterbringungen

pro 100.000 EW (BL-Bandbreite³⁵: 150–395 pro 100.000 EW). Der Vergleich zwischen den Geschlechtern ergibt ein geringfügiges Überwiegen von Männern (51 % der Unterbringungen). Die größten Abweichungen zwischen den Geschlechtern werden in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen beobachtet (67 % Frauen). In den Altersgruppen der 18- bis 30-Jährigen und der 71- bis 80-Jährigen werden mit je 60 % der Fälle häufiger Männer untergebracht (Abbildung 6.26).

Abbildung 6.26:
Unterbringungen ohne Verlangen nach UbG nach Altersgruppen und Geschlecht,
Niederösterreich 2014

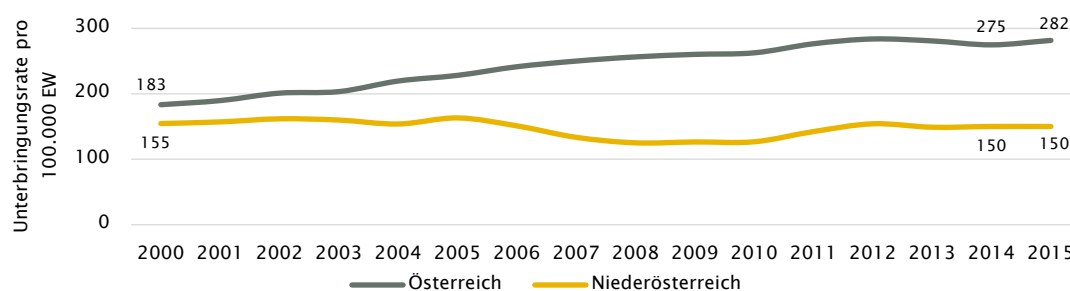


UbG = Unterbringungsgesetz

Quelle: VertretungsNetz – Patientenanwaltschaft 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Unterbringungsrate ist in den Jahren 2007 bis 2010 gesunken, danach wieder gestiegen und liegt im Jahre 2014 um 3 % niedriger als im Vergleichsjahr 2000. Sie liegt damit unterhalb des Bundesdurchschnitts und weicht vom ansteigenden Bundestrend ab (Abbildung 6.27).

Abbildung 6.27:
Unterbringungsrate in Niederösterreich im Vergleich zu Österreich im Zeitverlauf, 2000–2015



Unterbringungen ohne Verlangen nach UbG

Quellen: Bundesrechenzentrum; Statistik Austria – Jahresdurchschnittsbevölkerung
Berechnung und Darstellung: GÖG

35
aufgrund der länderübergreifenden Versorgungslage exklusive Burgenland, Wien und Steiermark

Die Unterbringungsrate ist ein Indikator, der einer Vielzahl von Einflussfaktoren unterliegt. Dabei kommt es nicht nur im Vergleich zwischen den Bundesländern zu einer breiten Streuung (siehe oben), sondern auch zwischen den einzelnen Krankenhäusern und Krankenhaustypen. Mögliche Einflussfaktoren, die in den Expertengesprächen zur Unterbringung in den Jahren 2012 und 2013 diskutiert wurden (Ladurner et al. 2015), sind

- » unterschiedliche Patientengruppen (Diagnosespektrum),
- » regionale Gegebenheiten,
- » Versorgungsstrukturen (außerstationäre psychosoziale Versorgungsstrukturen, somatische Abteilungen und Pflegeheime),
- » Anwendungspraktiken des Heimaufenthaltsgesetzes,
- » strukturelle Rahmenbedingungen der unterbringenden Abteilung (Personalstand, Architektur, Größe der Abteilung sowie Auslastung und Bettenverfügbarkeit) und schließlich
- » die unterschiedlichen Unterbringungspraktiken.

Definitionen und Daten

Das seit 1991 geltende Unterbringungsgesetz (UbG) regelt die unfreiwillige Aufnahme von Patientinnen und Patienten in psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen sowie die Anwendung von Zwangsmaßnahmen während der Unterbringung. Im Jahr 2010 wurde das Gesetz (UbG 1990) novelliert.

Die Daten der Bezirksgerichte zu Unterbringungen wurden vom Bundesrechenzentrum geliefert. Die Jahresdurchschnittsbevölkerung der Statistik Austria wurde für die Bevölkerungsdaten herangezogen. Für die Analyse nach Geschlecht und Alter wurden die Daten der Patienten-anwaltschaft (VertretungsNetz – Patienten-anwaltschaft) herangezogen.

6.10.2.7 Stationäre psychiatrische Rehabilitation

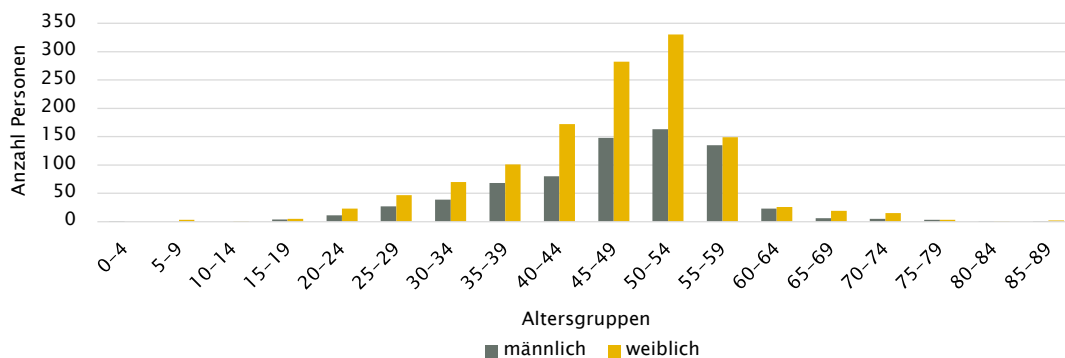
In Niederösterreich gibt es vier Standorte für stationäre psychiatrische Rehabilitation (Gesundheitsresort Königsberg, Lebens.Resort & Gesundheitszentrum Ottenschlag, Privatklinik Hollenburg, Rehabilitationsklinik Gars am Kamp) mit 415 systemisierten Betten.

Im Jahr 2014 nehmen rund 2.000 Niederösterreicher/innen aufgrund psychiatrischer Diagnosen (ICD-10: F00–F99) stationäre Rehabilitationsangebote in österreichischen Reha-Einrichtungen in Anspruch. Das entspricht einer altersstandardisierten Rate (Europa-Bevölkerung 2013) von 112 pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 19–112). 64 Prozent der Personen sind Frauen.

Die Altersverteilung zeigt eine Häufigkeitsspitze bei den 40- bis 59-Jährigen mit einem höheren Anteil an Frauen (absolut und altersstandardisiert; Abbildung 6.28 und Abbildung 6.29).

Die Anzahl der Niederösterreicher/innen, die mit einer psychiatrischen Diagnose (Hauptdiagnose F00–F99 nach ICD-10) in einer stationären Rehabilitationseinrichtung behandelt werden, liegt im Jahre 2014 im Vergleich zum Jahr 2005 um ein Vielfaches höher (2005: n = 80; 2014: n = 1.961; altersstandardisierte Rate: 5 vs. 112 pro 100.000 EW).

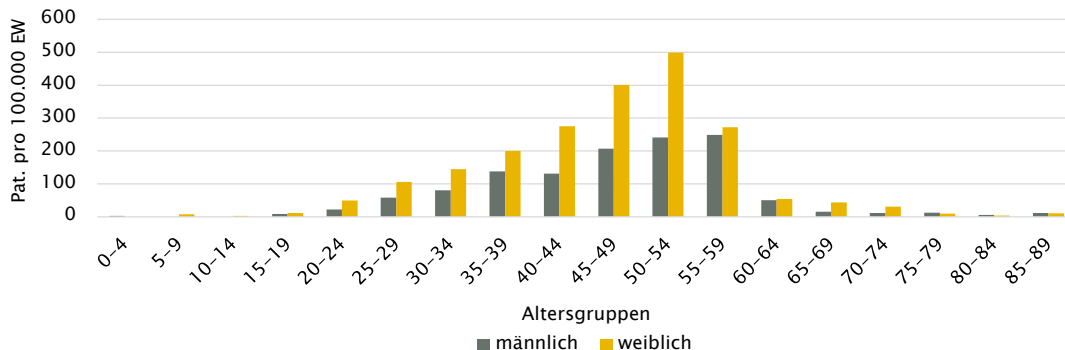
Abbildung 6.28:
Niederösterreicher/innen mit stationärem Reha-Aufenthalt aufgrund einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach Altersgruppen und Geschlecht, absolut, 2014



exklusive Null-Tage-Aufenthalte; nur Hauptdiagnosen bei Entlassung

Quelle: BMGF - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 6.29:
Niederösterreicher/innen mit stationärem Reha-Aufenthalt aufgrund einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach Altersgruppen und Geschlecht, altersstandardisierte Rate, 2014



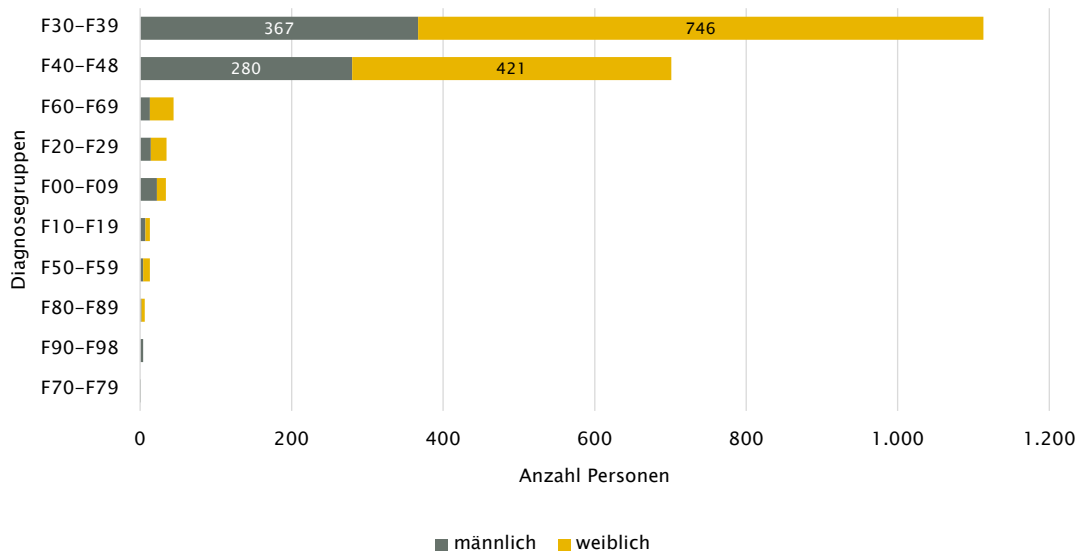
exklusive Null-Tage-Aufenthalte; nur Hauptdiagnosen bei Entlassung
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMGF - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Hauptdiagnosen der Patientinnen und Patienten

Im Jahre 2014 gehören die häufigsten psychiatrischen Hauptdiagnosen der Reha-Patientinnen und -Patienten zur Gruppe der affektiven Störungen (F30-F39), gefolgt von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48). Bei beiden Geschlechtern stehen die affektiven Störungen an erster Stelle (Frauen: 60 %; Männer 51 %).

Abbildung 6.30:
Niederösterreichische Patientinnen/Patienten mit Aufenthalt in einer stationären
Rehabilitationseinrichtung aufgrund einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach
Diagnosegruppen und Geschlecht, 2014



Doppelzählungen sind bei mehreren Aufnahmen mit unterschiedlichen Hauptdiagnosen im gleichen Jahr möglich; exklusive Null-Tage-Aufenthalte; nur Hauptdiagnosen bei Entlassung.
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen, F30-F39 Affektive Störungen, F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, F70-F79 Intelligenzminderung, F80-F89 Entwicklungsstörungen, F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Quelle: BMGF - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Daten zu Patientinnen und Patienten stammen aus der Diagnosen und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten. Die DLD umfasst unter anderem die Dokumentation jedes einzelnen Aufenthaltes. Einschränkend ist anzumerken, dass ein Aufenthalt erst nach der Entlassung dokumentiert wird, alle Informationen beziehen sich daher auf den Wissensstand zum Zeitpunkt der Entlassung. Patientenzahlen werden (da sie nicht direkt ermittelbar sind) auf Grundlage eines Algorithmus berechnet, der Personen mit der gleichen Wohnpostleitzahl, demselben Geschlecht und Geburtsdatum als ident behandelt. Daher ergeben sich Unschärfen durch die Existenz von Personen mit gleichem Geschlecht, Geburtsdatum und Wohnort (Unterschätzung der Patientenzahl) oder durch Wohnortswechsel (Überschätzung der Patientenzahl). Die Auswertungen beziehen sich auf Rehabilitationszentren. Rehabilitationszentren, die nicht als bettenführende Krankenanstalten, sondern als „selbstständige Ambulatorien mit angeschlossenen Beherbergungsbetrieb“ geführt werden, werden in der DLD nicht erfasst. Personen mit Aufenthalten von weniger als einem Tag wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

6.10.3 Versorgung von Menschen mit einem risikoreichen Opiatkonsum

Am 31. 12. 2014 befanden sich in Niederösterreich 2.109 Personen in Substitutionsbehandlung. Das entspricht einer rohen Rate von 196 Personen pro 100.000 Niederösterreicher/innen im Alter von 15 bis 64 Jahren (BL-Bandbreite: 111–630). Insgesamt erhielten im Jahr 2014 2.443 Personen eine Substitutionsbehandlung. Das sind zwischen 56 und 69 Prozent aller Niederösterreicher/innen mit einem risikoreichen Opiatkonsum. (Busch et al. 2015a; Busch et al. 2015b)

Im Rahmen der Substitutionsbehandlung stehen der Bevölkerung Niederösterreichs 219 versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung (Stichtag 31. 12. 2014; eSuchtmittel). Die Anzahl der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte beträgt 69 (LISA = Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte). Niederösterreich weist damit, gemeinsam mit Wien und Burgenland, die meisten substituierenden Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 15– bis 64–jährige EW auf. Im Gegensatz zu einigen anderen Bundesländern werden in Niederösterreich aber auch weit über die Hälfte der Personen in Substitutionsbehandlung in Arztpraxen versorgt. (Busch et al. 2015b)

In Niederösterreich gibt es 28 §15–Einrichtungen (Stand Mai 2016).

Definitionen und Daten

§15–Einrichtungen sind Einrichtungen, die gemäß § 15 Suchtmittelgesetz für gesundheitsbezogene Maßnahmen (Beratung, Behandlung und Betreuung) bei Suchtgiftmissbrauch zur Verfügung stehen.

Die Ergebnisse zum risikoreichen Opiatkonsum werden auf Basis folgender Quellen berichtet:

- » eSuchtmittel; eine vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) geführte personenbezogene Datenevidenz, zu deren Führung das BMGF aufgrund des Suchtmittelgesetzes verpflichtet ist
- » Österreichischer Suchthilfekompass
- » LISA (Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte)

Für detailliertere Informationen zu den einzelnen Datenquellen siehe auch den Bericht zur Drogensituation 2015 (Weigl et al. 2015) sowie den Epidemiologiebericht Drogen (Busch et al. 2015a; Busch et al. 2015b).

7 Chancengerechtigkeit

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bezeichnet den Umstand, dass Menschen – unabhängig von individuellen und sozialen Merkmalen³⁶ – über gleiche/gerechte³⁷ Chancen verfügen, ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen (Richter/Hurrelmann 2009).

Empirische Beobachtungen zeigen, dass weder gesundheitliche Chancen noch gesundheitliche Risiken gerecht verteilt sind, sondern in einem systematischen Zusammenhang mit sozioökonomischen Faktoren stehen. Die Auswirkungen sozialer Ungleichheit³⁸ werden häufig mit dem Begriff der „gesundheitlichen Ungleichheit“ bezeichnet (Mielck 2005; Richter/Hurrelmann 2009) und stellen mehr denn je eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung dar (Bauer et al. 2008; Marmot 2013; Richter/Hurrelmann 2009).

In der Fachliteratur wird zwischen **vertikal und horizontal verlaufenden Ungleichheiten** unterschieden. Vertikale Ungleichheiten sind (meist) durch Unterschiede in Einkommen, Bildung und Berufsstatus bedingt. Teils unabhängig davon sind „horizontale Ungleichheiten“, die durch Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Familiengröße, Wohnort/-region und dgl. entstehen (Hradil 2009).

Darüber hinaus zeigt sich, dass soziale Ungleichheiten (Benachteiligungen) nicht nur in einzelnen Lebensphasen, sondern über den gesamten Lebenslauf hinweg von gesundheitlicher Bedeutung sind (s. Beiträge in Richter/Hurrelmann (2009)). Sie entfalten von Geburt an ihre Wirkung und kumulieren bzw. potenzieren sich bis ins hohe Alter. Unterschiede, die sich im Kindes- und Jugendalter zeigen, finden demnach meist im Erwachsenenalter ihre Fortsetzung und entfalten oftmals über Generationen hinweg³⁹ ihre gesundheitserhaltende/-förderliche oder -schädigende Wirkung. (Dragano/Siegrist 2009; Marmot 2013)

36

Alter, Geschlecht, Nationalität, Hautfarbe, Religionszugehörigkeit, Sprache, Bildung, Einkommen, Vermögen, politische Orientierung, sexuelle Orientierung etc.

37

Diese Begriffe werden nicht synonym verstanden.

38

„Als soziale Ungleichheit werden gesellschaftliche Vor- und Nachteile von Menschen bezeichnet. Soziale Ungleichheiten bestehen in gesellschaftlich bedingten, relativ beständigen, asymmetrischen Verteilungen knapper, begehrter ‚Güter‘. Diese ‚Güter‘ können Ressourcen sein, das heißt Hilfsmittel autonomen Handelns wie etwa Bildungsabschlüsse oder Einkommen. Der Begriff ‚soziale Ungleichheit‘ kann sich aber auch auf andere (un)vorteilhafte Lebensbedingungen beziehen, wie z. B. auf belastende Arbeitsbedingungen, (un)gesunde Umweltbedingungen oder (un)günstige Wohnbedingungen.“ (Hradil 2009)

39

über Bildungschancen, den Erwerb von Kompetenzen, bestimmte Belastungs- und Ressourcenkonstellationen (Wohnverhältnisse, familiäres Klima etc.), über Möglichkeiten der sozialen Teilhabe, über gelernte bzw. sozialisierte Verhaltensweisen sowie über den Zugang zu gesundheitlichen Leistungen etc.

Im Fachdiskurs werden **unterschiedliche Modelle zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit** angeboten (Mackenbach 2006; Mielck 2005). Sie gehen allesamt davon aus, dass Gesundheitsunterschiede (abseits biologischer Effekte) vorrangig sozioökonomisch beeinflusst sind (Abbildung 7.1) und durch Unterschiede

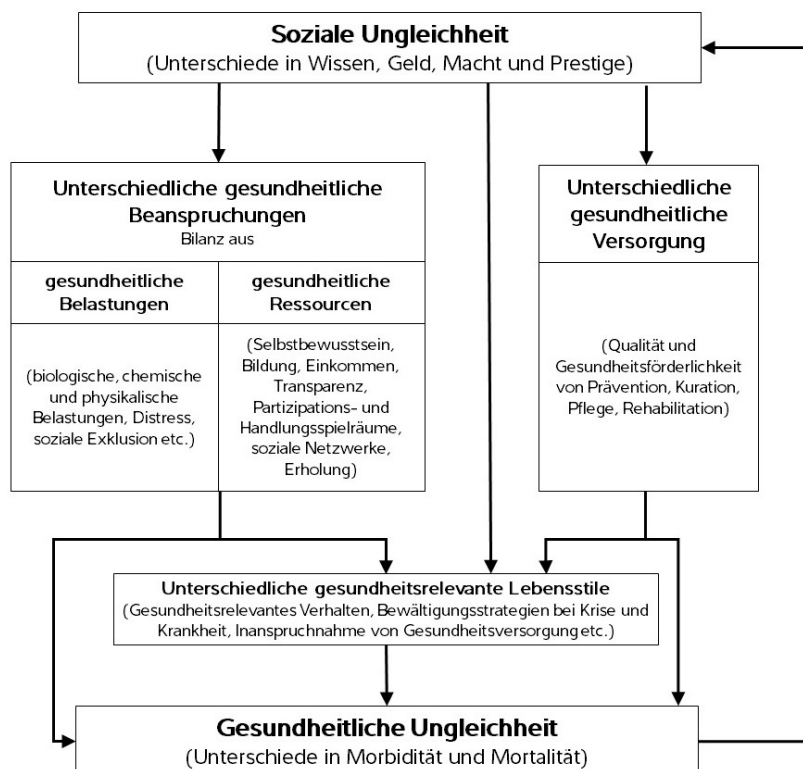
- » hinsichtlich (körperlicher und) psychischer Anforderungen und Ressourcen,
- » im Lebensstil (z. B. im Gesundheitsverhalten),
- » in materiellen und sozialen Lebensbedingungen (Verhältnissen),
- » in der Versorgung,

sowie durch eine Verschränkung dieser Faktorenbündel bedingt sind.

Empirische Studien zeigen, dass rund 40 bis 70 Prozent der beobachteten Gesundheitsunterschiede sozioökonomisch erklärt werden können. Alle wissenschaftlichen Befunde gehen davon aus, dass die Gesundheit und Lebenserwartung positiv mit dem Sozialstatus korrelieren: Je höher der Sozialstatus, desto besser die Gesundheit und desto höher die Lebenserwartung (Hradil 2009; Mackenbach 2006; Mielck 2005; Richter/Hurrelmann 2009).

Abbildung 7.1:

Soziale Ungleichheit und ihre gesundheitsrelevanten Wirkungswege



Quelle und Darstellung: Rosenbrock/Kümpers (Rosenbrock/Kümpers 2009), modifiziert nach Elkeles und Mielck 1993

Im vorliegenden Bericht wurden alle Indikatoren – sofern es die Datenlage erlaubte – nach den Dimensionen Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (horizontale Ungleichheiten) sowie nach Bildung und Haushaltseinkommen (vertikale Ungleichheiten) betrachtet. Die wichtigste Datenquelle, die eine Verknüpfung zwischen Gesundheit und gesundheitlicher Dimensionen einerseits und sozioökonomischen Verhältnissen andererseits erlaubt, ist die österreichische Gesundheitsbefragung. Die EU-SILC-Erhebung ist eine wichtige Datenquelle für Chancengerechtigkeit und erlaubt ebenfalls die Verknüpfung von Gesundheit und sozioökonomischen Dimensionen. Bei anderen wesentlichen Datenquellen, etwa der Todesursachenstatistik, die die Basis für die Berechnung der Lebenserwartung darstellt, ist eine routinemäßige Verknüpfung mit sozioökonomischen Variablen nicht möglich. Fallweise gibt es dazu Sonderauswertungen/Publikationen von Statistik Austria. Bei wiederum anderen Datenquellen (z. B. Krebsstatistik, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten) ist (derzeit) keine Verknüpfung mit sozioökonomischen Variablen möglich.

Die folgenden Abschnitte stellen entsprechend den drei Ringen des PHMF (s. Abschnitt 1.2) – Gesundheit, individuelle Determinanten und Verhältnisdeterminanten – zusammenfassend dar, wie es in Niederösterreich um die gesundheitliche Chancengerechtigkeit bestellt ist. Der Fokus liegt sowohl auf horizontalen wie auf vertikalen Chancengerechtigkeitsdimensionen.

7.1 Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

7.1.1 Gesundheitliche Ebene

Die **Lebenserwartung** und die **Lebenserwartung in Gesundheit** sind stark bildungsabhängig. Je höher der formale Bildungsabschluss, desto höher auch die Lebenserwartung und die Lebenserwartung in Gesundheit: Im Jahr 2014 konnten in Österreich Männer der höchsten Bildungsstufe mit rund 16 und Frauen mit 13 Lebensjahren mehr in Gesundheit rechnen als gleichaltrige Personen der untersten Bildungsklasse.⁴⁰ Dementsprechend korreliert der **selbsteingeschätzte Gesundheitszustand** der niederösterreichischen Bevölkerung (30 Jahre und älter) mit der Bildung: je höher die Bildung, desto besser die Gesundheit (max. Pflichtschulabschluss: 55 % bei sehr guter/guter Gesundheit; Matura oder höher: 87 %). Ebenfalls sichtbar werden Gesundheitsunterschiede zugunsten der obersten Einkommensschichten (81–85 % vs. 59 % bei der untersten Einkommensschicht). Auch **chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme** nehmen mit zunehmender Bildung ab (von 54 % auf 35 %). Zudem ist bei der weiblichen Bevölkerung ein deutlicher Einkommensgradient zu Ungunsten der unteren Einkommensschichten erkennbar (unterstes Quintil: 55 %; oberstes Quintil: 36 %). Niederösterreicherinnen ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und

40

Dieser Zusammenhang wird auch für Niederösterreich vermutet.

älter) leiden häufiger an chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen als Niederösterreicherinnen mit Migrationshintergrund (41 % vs. 32 %; Alterseffekt).

Auch hinsichtlich **Karies** ist ein Zusammenhang mit sozioökonomischen Variablen (Bildung und Migrationshintergrund) belegt, dies gilt sowohl für die 6- als auch für die 12-jährige Bevölkerung: 6-Jährige mit Eltern ohne Maturaabschluss haben im Durchschnitt 3,9 geschädigte Zähne, Kinder, deren Eltern einen Maturaabschluss aufweisen, hingegen 2 geschädigte Zähne. Von den Kindern aus „bildungsfernen“ Haushalten haben 60 Prozent ein unsaniertes Gebiss, von den Kindern aus „Maturahaushalten“ 36 Prozent. Kinder mit Migrationshintergrund haben im Durchschnitt 4,5, Kinder ohne Migrationshintergrund 2,1 kariöse geschädigte Zähne. Von den Kindern mit Migrationshintergrund haben 70 Prozent ein unsaniertes Gebiss, von den Kindern ohne Migrationshintergrund 37 Prozent. 12-Jährige von Eltern ohne Matura haben durchschnittlich 1,1 und 12-Jährige von Eltern mit Matura 0,6 geschädigte Zähne. 12-Jährige von Eltern ohne Matura haben auch häufiger ein unsaniertes Gebiss (13 % vs. 4 %). Ähnliche Unterschiede in der Zahngesundheit zeigen sich auch zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund (1,4 vs. 0,5 geschädigte Zähne; unsaniertes Gebiss: 13 % vs. 5 %).

Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag sind in der niederösterreichischen Bevölkerung mit niedrigem Bildungsabschluss (maximal Pflichtschule; 30 Jahre und älter) und mit sehr geringem Einkommen deutlich häufiger als in sozial besser gestellten Schichten (Bildung: 49 % vs. 28 %; Einkommen: 54 % vs. 29 %). Dieselbe Benachteiligung für bildungs- und einkommensschwache Bevölkerungsschichten zeigt sich auch in Bezug auf die **Lebensqualität** (mit kleineren Ausnahmen beim sozialen Wohlbefinden). Niederösterreicherinnen ohne Migrationshintergrund sind häufiger von gesundheitsbedingten Einschränkungen betroffen (38 % vs. 24 %; Alterseffekt) und weisen ein geringeres psychisches Wohlbefinden auf als Niederösterreicherinnen mit Migrationshintergrund. Niederösterreicher/innen mit Migrationshintergrund schätzen ihr körperliches Wohlbefinden höher ein als Niederösterreicher/innen ohne Migrationshintergrund (Alterseffekt).

7.1.2 Individuelle Determinanten

Übergewicht und vor allem **Adipositas** sind in erster Linie ein Problem der Bevölkerungsgruppe mit niedrigem formalen Bildungsniveau und geringem Haushaltseinkommen. Insbesondere bei der weiblichen Bevölkerung (30 Jahre und älter) zeigt sich ein sehr deutlicher Zusammenhang: Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss bzw. aus der niedrigsten Einkommenskategorie sind deutlich häufiger übergewichtig oder adipös als Frauen mit höherer Bildung (70 % vs. 30 %) bzw. aus der obersten Einkommenskategorie (57 % vs. 41 %). Niederösterreicher/innen mit Migrationshintergrund sind seltener von Adipositas betroffen als Niederösterreicher/innen ohne Migrationshintergrund (10 % vs. 20 %; Alterseffekt).

In Bezug auf **Bluthochdruck** zeigt sich, dass Frauen in bildungsfernen und/oder einkommensschwachen Bevölkerungsschichten (30 Jahre und älter) deutlich häufiger betroffen sind als Frauen, die zumindest mit Matura abgeschlossen und/oder in einem einkommensstarken Haushalt leben

(Bildung: 45 % vs. 13 %; Einkommen: 39 % vs. 19 %). Zudem weisen Niederösterreicher ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) häufiger Bluthochdruck auf als jene mit Migrationshintergrund (23 % vs. 14 %).

Niederösterreicher/innen mit hoher formaler Bildung essen häufiger **täglich Obst und Gemüse** als Niederösterreicher/innen anderer Bildungsschichten (37 % vs. 25 %). Für die weibliche Bevölkerung wird zudem ein deutlicher Einkommensgradient zu Ungunsten der unteren Einkommensgruppen ersichtlich (von 29 % bei den untersten bis 42–43 % bei den obersten Einkommensschichten). Niederösterreicherinnen ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) essen häufiger täglich Obst und Gemüse als jene mit Migrationshintergrund (38 % vs. 30 %).

Niederösterreicher/innen mit einem höheren Bildungsabschluss erfüllen häufiger die österreichischen Empfehlungen für eine **gesundheitswirksame Bewegung** als Niederösterreicher/innen mit einem niedrigeren Bildungsgrad (27 % vs. 14 %). Dies gilt auch für besser versus schlechter verdienende Haushalte (oberstes Einkommensquintil: 26 %, unterstes Einkommensquintil: 11 %). Zudem machen Niederösterreicher/innen ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) häufiger gesundheitswirksame Bewegung als Niederösterreicher/innen mit (25 % vs. 19 %).

Menschen mit einem niedrigeren Schulabschluss (30 Jahre und älter) **rauchen** häufiger täglich als Personen mit einem höheren Schulabschluss (22 % vs. 14 %). Das trifft in besonderem Maße auf die Altersgruppe der 30– bis 59-Jährigen zu (40 % vs. 15 %). Die 30– bis 59-jährigen Niederösterreicher/innen mit einem niedrigen Bildungsabschluss sind zudem häufiger **Passivrauch** ausgesetzt als Niederösterreich/innen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (eine Stunde pro Tag oder mehr: 27 % vs. 9 %). Selbiges gilt auch für 30– bis 59-jährige Niederösterreicher/innen aus der untersten vs. der obersten Einkommensschicht (tägliches Tabakkonsum: 36 % vs. 25 %; mindestens eine Stunde Passivrauch pro Tag: 24 % vs. 16 %). Niederösterreicher/innen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) zählen häufiger zu den täglichen Raucherinnen und Rauchern (27 % vs. 21 %).

Niederösterreicher/innen (15 Jahre und älter) mit Migrationshintergrund trinken häufiger täglich oder fast täglich **Alkohol** (9 % vs. 7 %) und sind auch häufiger abstinent (22 % vs. 17 %) als Niederösterreicher/innen ohne Migrationshintergrund. Der wöchentliche Konsum von Alkohol steigt mit der Bildung (von 27 % auf 50 %), wenngleich der häufige Konsum (an 5 oder mehr Tagen pro Woche) bei Männern in der untersten und obersten Bildungsschicht (mit je 19 %), bei Frauen in der obersten Bildungsschicht (mit 8 %) am weitesten verbreitet ist. Letzteres gilt auch für den problematischen Alkoholkonsum (6 %). Bei der männlichen Bevölkerung weisen vor allem Personen mit einem Lehr-/BMS-Abschluss einen problematischen Alkoholkonsum auf (6 % vs. 2–3 %). Ähnlich wie mit der Bildung steigt auch mit dem Haushaltseinkommen der wöchentliche Alkoholkonsum (von 29 % auf 52 %). Darüber hinaus nimmt der problematische Alkoholkonsum bei Frauen mit steigendem Haushaltseinkommen zu (von 0,2 % auf 8 %), während Männer der unteren und oberen Einkommensklassen tendenziell am häufigsten Alkohol konsumieren.

7.1.3 Verhältnisbezogene Determinanten

Die **Armutsgefährdung** ist für nicht österreichische Staatsbürger/innen besonders hoch. Im Jahr 2015 sind von dieser Gruppe österreichweit 37 % von Armut gefährdet, während es in der Gesamtbevölkerung 14 % sind. Neben anderen Bevölkerungsgruppen wie Ein-Eltern-Haushalten oder Mehrpersonenhaushalten mit drei oder mehr Kindern sind auch Menschen, die maximal einen Pflichtschulabschluss aufweisen, überdurchschnittlich von Armut gefährdet (21 %).⁴¹

Im Jahr 2014 lag zudem das **20/80-Verhältnis des Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens** bei einem Wert von 3,8. Das bedeutet, dass in Niederösterreich das Haushaltseinkommen der reichsten 20 Prozent der Haushalte mehr als viermal so hoch ist wie das der ärmsten 20 Prozent. Dieser Quotient blieb über die letzten Jahre hinweg konstant.

Das **Bildungsniveau** der niederösterreichischen Bevölkerung ist in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen, stagniert allerdings in den letzten Jahren. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die **Bildungsmobilität**. Sie ist in Österreich relativ gering. Zudem ist die Bildung der Frauen weitaus stärker als jene der Männer von der Bildung der Eltern beeinflusst.⁴² 7 Prozent der 18- bis 24-jährigen Niederösterreicher/innen haben im Jahr 2015 keinen weiterführenden Bildungsabschluss (also maximal einen Pflichtschulabschluss) und befinden sich nicht in Ausbildung (**frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger/innen**).

Niederösterreicher/innen mit nicht österreichischer Staatsbürgerschaft sind – gemessen an der Arbeitslosenquote (ALQ) – häufiger von **Arbeitslosigkeit** betroffen als Niederösterreicher/innen mit österreichischer Staatsbürgerschaft (10 % vs. 8 %). Die Entwicklung der ALQ zeigt bei Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft einen geringeren Anstieg (von 2008 bis 2014 um 2,5 %) als bei Personen mit nicht österreichischer Staatsbürgerschaft (von 2008 bis 2014 um 3 %). Ein Zusammenhang mit der formalen Bildung zeigt sich sowohl bei der Arbeitslosigkeit insgesamt als auch bei **arbeitsuchenden Menschen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen**. In beiden Fällen sind arbeitssuchende Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen als Personen mit einer weiterführenden Bildung.

Trotz gesundheitlicher Einschränkungen zur Arbeit gehen 62 Prozent der erwerbstätigen Niederösterreicherinnen ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) und 49 Prozent der Niederösterreicherinnen mit Migrationshintergrund.

Weiters finden sich Korrelationen zwischen Bildungs- und Einkommensunterschieden und dem **Ausmaß sozialer Unterstützung**: Je höher die Bildung und das Haushaltseinkommen, desto eher verfügen Niederösterreicher/innen über ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung. Zwischen

41
Ähnliche Ergebnisse werden auch für Niederösterreich vermutet.

42
Ähnliches wird auch für Niederösterreich angenommen.

den niedrigsten und den höchsten Bildungs- bzw. Einkommensschichten bestehen Unterschiede von 14 bis 18 Prozentpunkten. Zudem erhalten Niederösterreicher mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) deutlich seltener ein hohes Ausmaß an Unterstützung als Niederösterreicher ohne Migrationshintergrund (50 % vs. 57 %).

7.1.4 Gesundheitsversorgung

Ein Blick auf die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zeigt, dass mit steigendem Bildungsgrad auch die empfohlene **Inanspruchnahme des Gebärmutterhalsabstrichs** zunimmt (von 86 % auf 93 %). Umgekehrt nehmen Niederösterreicherinnen mit geringer formaler Bildung sowohl Darmspiegelungen als auch Mammographien häufiger in Anspruch als Niederösterreicherinnen mit einer höheren formalen Bildung (Darmspiegelung: 44 % vs. 26 %, Mammographie: 82 % vs. 68 %).

Bildungsunterschiede finden sich zudem – zugunsten der höheren Bildungsschichten – in der **Inanspruchnahme der niedergelassenen zahnärztlichen Versorgung** (77 % vs. 59 %). Ganz ähnliche Zusammenhänge zeigen sich in Bezug auf das Haushaltseinkommen. Niederösterreicher/innen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) gehen – bezogen auf die letzten 12 Monate – seltener zu Zahnärztinnen/–ärzten als Niederösterreich/innen ohne Migrationshintergrund (70 % vs. 65 %).

Ärztlich verschriebene **Medikamente** werden von Niederösterreicherinnen/Niederösterreichern mit höherer Bildung (30 Jahre und älter; Matura oder höher) seltener eingenommen (46 %) als von Niederösterreicherin–nen/Niederösterreichern mit einem Lehr– oder BMS–Abschluss (59 %) bzw. mit maximal einem Pflichtschulabschluss (77 %). Umgekehrt werden rezeptfreie Medikamente von Niederösterreicherinnen/Niederösterreichern mit höherer Bildung häufiger eingenommen (40 %) als von Niederösterreicherinnen/Niederösterreichern mit maximal einem Pflichtschulabschluss (24 %). Darüber hinaus zeigt sich, dass Niederösterreicher/innen aus dem untersten Einkommensquintil häufiger verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen als Niederösterreicher/innen aus dem obersten Quintil (67 % vs. 48 %). Umgekehrt nehmen Niederösterreicher/innen aus dem untersten Einkommensquintil deutlich seltener rezeptfreie Medikamente ein als Niederösterreicher/innen aus den anderen Einkommensgruppen (20 % vs. 32–34 %). Niederösterreicherinnen ohne Migrationshintergrund nehmen häufiger verschreibungspflichtige Medikamente ein als Niederösterreicherinnen mit Migrationshintergrund (57 % vs. 46 %), Niederösterreicher mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) häufiger rezeptfreie Medikamente als Niederösterreicher ohne mit Migrationshintergrund (33 % vs. 27 %).

Unterschiede in der **Inanspruchnahme spitalsambulanter Leistungen** finden sich – in Bezug auf Bildung (laut ATHIS 2014) – nur bei der männlichen Bevölkerung: Niederösterreicher mit maximal einem Pflichtschulabschluss wurden in den letzten 12 Monaten häufiger in einer Spitalsambulanz versorgt als Niederösterreicher mit einem Lehr– bzw. BMS–Abschluss oder einer höheren Ausbil–

derung (35 % vs. 24 bzw. 19 %). In Bezug auf den Migrationshintergrund zeigt sich, dass Niederösterreicherinnen mit Migrationshintergrund häufiger eine Spitalsambulanz in Anspruch nehmen als Niederösterreicherinnen ohne Migrationshintergrund (33 % vs. 25 %).

7.2 Geschlechts- und Genderunterschiede

7.2.1 Gesundheitliche Ebene

Mit durchschnittlich 83,4 Lebensjahren weisen **Niederösterreichs Frauen** eine um rund 5 Jahre längere Lebenserwartung auf als Niederösterreichs Männer. Sie verbringen jedoch deutlich mehr Lebensjahre in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit (17,1 vs. 13,3 Lebensjahre).

Niederösterreicherinnen sind häufiger von chronischen Erkrankungen/Gesundheitsproblemen betroffen als Niederösterreicher. Das gilt für chronische Krankheiten/Beschwerden des Bewegungsapparats (Rückenschmerzen: 29 % vs. 24 %; Nackenschmerzen: 27 % vs. 15 %; Arthrose: 17 % vs. 11 %), Depression (11 % vs. 5 %) und Krebserkrankungen (bei den 30- bis 59-Jährigen). Frauen ab 60 sind zudem häufiger von Verletzungen aufgrund von Haushalts- und Freizeitunfällen betroffen als gleichaltrige Männer (Freizeitunfälle: 6 % vs. 3 %; Haushaltsunfälle: 10 % vs. 4 %). Ab 75-jährige Niederösterreicherinnen werden außerdem häufiger aufgrund perthrochantärer Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens versorgt als Niederösterreich in diesem Alter (1.557 vs. 1.141 Aufenthalte pro 100.000 EW).

Niederösterreicherinnen sind darüber hinaus häufiger aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt (Sehprobleme: 18 vs. 12 %; Geheinschränkungen: 9 % vs. 7 %; Probleme beim Treppensteigen: 12 % vs. 9 %). Probleme bei Basisaktivitäten der Körperpflege und Eigenversorgung (ADL) sowie bei Aktivitäten der Haushaltsführung (IADL) weisen ebenfalls mehr Frauen als Männer auf (Altersgruppe 65+; ADL: 19 % vs. 10 %, IADL: 35 % vs. 15 %).

Niederösterreicherinnen zwischen 15 und 29 Jahren sowie ab 60 beurteilen ihre Lebensqualität schlechter als gleichaltrige Niederösterreicher. Unter 70-jährige Niederösterreicherinnen versterben zudem häufiger an Krebserkrankungen als unter 70-jährige Niederösterreicher.

Niederösterreichs Männer erleiden hingegen häufiger einen Myokardinfarkt (320 vs. 150 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW; altersstandardisiert), einen ischämischen Schlaganfall (280 vs. 190 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW; altersstandardisiert), sind (ab einem Alter von 30 Jahren) häufiger von Diabetes betroffen (30- bis 59-Jährige: 5 % vs. 3 %; ab 60-Jährige: 15 % vs. 10 %), leiden im Alter von 15 bis 29 Jahren häufiger an Asthma (6 % vs. 2 %) und haben in der Altersgruppe ab 60 Jahren häufiger eine chronische Bronchitis, ein Lungen-Emphysem oder COPD (13 % vs. 8 %), erkranken ab 60 Jahren häufiger an Krebs und sind – im Alter von 15 bis 29 Jahren – häufiger verletzt (22 % vs. 10 %; insbesondere durch Straßenverkehrs- und Freizeitunfälle).

Ferner weisen Niederösterreichs Männer eine beinahe doppelt so hohe vorzeitige Sterblichkeit auf (340 vs. 181 Todesfälle pro 100.000 EW unter 70; altersstandardisiert), insbesondere aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (20 % vs. 15 %) und Verletzungen (12 % vs. 7 %). Niederösterreicher begehen – im Vergleich zu den Niederösterreicherinnen – auch häufiger Suizid. Rund drei Viertel aller niederösterreichischen Suizide werden von Männern begangen.

7.2.2 Individuelle Determinanten

Niederösterreichs Männer zwischen 15 und 59 Jahren sind häufiger übergewichtig und adipös als (31–63 % vs. 18–45 %), 15– bis 29-jährige Niederösterreicher häufiger von Bluthochdruck betroffen als gleichaltrige Niederösterreicherinnen (5 % vs. 2 %). Sie essen seltener täglich Obst und Gemüse (21 % vs. 37 %), rauchen häufiger täglich (24 % vs. 20 %) und sind häufiger Passivrauch ausgesetzt (17 % vs. 12 %) und pflegen einen regelmäßigeren und problematischeren Alkoholkonsum (fast täglicher Alkoholkonsum: 11 % vs. 3 %; problematischer Alkoholkonsum: 5 % vs. 3 %).

Niederösterreicherinnen erfüllen hingegen seltener als Männer die österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung (21 % vs. 27 %) und sind – in der Altersgruppe ab 60 Jahren – häufiger von Bluthochdruck betroffen (52 % vs. 38 %).

7.2.3 Verhältnisbezogene Determinanten

Österreichische Ergebnisse zur Armutsgefährdung lassen vermuten, dass auch in Niederösterreich **Frauen** häufiger als Männer von Armut bedroht/betroffen sind.

Nach wie vor gibt es einen wesentlichen Unterschied im Bildungsniveau: Frauen beenden zwar etwas häufiger ihre Bildungslaufbahn mit einem akademischen Titel (15 % vs. 12 %), kommen jedoch deutlich häufiger nicht über einen Pflichtschulabschluss hinaus (21 % vs. 12 %). Ein österreichweiter Vergleich der Geschlechter zeigt, dass die Bildung der Frauen stärker als jene der Männer von der Bildung der Eltern beeinflusst wird. 60 Prozent der Frauen und 55 Prozent der Männer mit einem akademischen Elternteil erreichen ebenfalls einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss. 36 Prozent der Frauen und 21 Prozent der Männer von Eltern mit maximal Pflichtschulabschluss bleiben auf dem Pflichtschulniveau. Ähnliche Zusammenhänge werden auch für Niederösterreich vermutet.

Im Vergleich zu den Männern gehen Frauen in Niederösterreich seltener einer Erwerbstätigkeit nach (72 % vs. 82 %). Sind sie jedoch berufstätig, befinden sie sich häufiger in atypischen Beschäftigungsverhältnissen: 79 Prozent der atypischen Beschäftigungsverhältnisse betreffen Frauen. Darüber hinaus gehen Niederösterreicherinnen häufiger trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit (60 % vs. 49 %).

Niederösterreichs **Männer** sind hingegen häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen (8,8 % vs. 8,0 %), sind häufiger körperlichen Arbeitsbelastungen ausgesetzt (80 % vs. 77 %) und verunfallen häufiger

bei der Arbeit (1.800 vs. 600 pro 100.000 EW im erwerbsfähigen Alter). Niederösterreichs Männer leisten zudem häufiger Überstunden und Mehrstunden (25 % vs. 14 %).

7.2.4 Gesundheitsversorgung

Niederösterreichische **Männer** zwischen 30 und 59 Jahren gehen seltener zum Hausarzt / zur Hausärztin (72 % vs. 80 %) und zu niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzten als Frauen in Niederösterreich (FÄ exkl. Zahnärztinnen/-ärzte: 58 % vs. 84 %; Zahnärztinnen/-ärzte: 69 % vs. 78 %).

Im akutstationären Bereich werden Niederösterreichs Männer häufiger aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (2.900 vs. 2.000 Patienten bzw. Patientinnen pro 100.000 EW; altersstandardisiert), Verletzungen und Vergiftungen (2.600 vs. 2.100), Krankheiten des Verdauungssystems (2.400 vs. 1.900), Atemwegserkrankungen (1.500 vs. 1.100) und Krankheiten des Nervensystems (1.100 vs. 900) versorgt als Niederösterreichs Frauen.

Die männliche Bevölkerung unterzieht sich ferner häufiger einer Rehabilitation aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems, Erkrankungen des Stoffwechsels und des Verdauungsapparats. Niederösterreichs Männer weisen auch eine höhere vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit auf (89 vs. 66 Todesfälle pro 100.000 EW; altersstandardisiert).

Niederösterreichs Frauen nehmen häufiger ärztlich verschriebene (bei den 15- bis 29-Jährigen: 25 % vs. 17 %, bei den 30- bis 59-Jährigen: 50 % vs. 43 %) sowie rezeptfreie Medikamente ein (36 % vs. 25 %) und werden häufiger ambulant von Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen behandelt (30- bis 59-Jährige: 24 % vs. 17 %, ab 60-Jährige: 21 % vs. 12 %). Ebenso nehmen Niederösterreichs Frauen (zwischen 15 und 59 Jahren) häufiger niedergelassene Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten und/oder Psychiaterinnen/Psychiater in Anspruch (10 % vs. 5 %).

Die weibliche Bevölkerung wird zudem häufiger akutstationär aufgenommen und verstirbt häufiger innerhalb von 30-Tagen nach einer akutstationären Aufnahme an einem Myokardinfarkt (7,6 vs. 5,4 Todesfälle pro 100 Spitalsaufenthalte dieser Diagnose; altersstandardisiert) oder Schlaganfall (6,9 vs. 3,8 Todesfälle pro 100 Aufenthalte). Im akutstationären Bereich werden Niederösterreichs Frauen häufiger aufgrund von Krankheiten des Urogenitalsystems (1.800 vs. 1.400) und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (2.600 vs. 2.400) behandelt. Eine Unterbringung ohne Verlangen findet bei den 14- bis 17-jährigen und bei den 51- bis 60-jährigen Niederösterreichs Frauen häufiger statt als bei gleichaltrigen Niederösterreichern.

Niederösterreichs Frauen nehmen ferner häufiger stationäre Rehabilitation aufgrund von Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates, onkologische Reha, Lymphologie-Reha oder psychiatrische Reha (mehrheitlich aufgrund affektiver Störungen) in Anspruch. Darüber hinaus beziehen niederösterreichische Frauen häufiger Pflegegeld.

7.3 Resümee

Wie die niederösterreichischen Daten bestätigen, liefert die Darstellung relevanter Gesundheitsindikatoren nach Bildung und Einkommen ähnliche Ergebnisse. Nur in Ausnahmefällen sind statistisch relevante Zusammenhänge ausschließlich mit der Bildung oder dem Einkommen feststellbar. Das liegt daran, dass diese beiden Faktoren nicht unabhängig sind: Bildung und Einkommen sind eng miteinander verwoben: Menschen mit einem niedrigen Bildungsstand haben häufig ein geringes Einkommen, Menschen mit einer höheren Bildung häufig ein höheres Einkommen (und vice versa).

Menschen mit einem niedrigen Bildungsabschluss und niedrigem Einkommen erweisen sich – den Ergebnissen des Gesundheitsberichts zufolge – generell als gesundheitlich benachteiligt. Dies gilt in einigen Fällen auch für Niederöreicher/innen mit Migrationshintergrund, wobei der Migrationshintergrund mit einem geringen Einkommen assoziiert ist.

Darüber hinaus zeigen sich eindeutige Geschlechts- und Genderunterschiede. Sie fallen mehrheitlich zu Ungunsten der weiblichen Bevölkerung aus.

In den Analysen nicht berücksichtigt sind besonders benachteiligte Personengruppen wie z. B. wohnungslose Menschen oder Menschen ohne Krankenversicherung. Ihnen sollte zukünftig mehr Aufmerksamkeit zuteilwerden.

8 Zusammenfassende Schlussbetrachtung

Lebenserwartung (in Gesundheit) steigt weiterhin; Niederösterreich im Mittelfeld

Die Lebenserwartung in Niederösterreich steigt für Männer wie Frauen (seit 2005 um 2,2 Jahre für Männer und um 1,7 Jahre für Frauen). Im Jahr 2014 können neugeborene Buben mit 78,6 und Mädchen mit 83,4 Lebensjahren rechnen. Innerhalb der BL-Bandbreite liegt Niederösterreich damit im Mittelfeld. Trotz der Abnahme geschlechtsspezifischer Unterschiede weisen niederösterreichische Frauen immer noch eine um knapp 5 Jahre höhere Lebenserwartung auf als niederösterreichische Männer.

Ebenso wie die Lebenserwartung ist auch die Lebenserwartung in Gesundheit gestiegen (seit 1991 um etwa 12 Lebensjahre bei Männern und um etwa 11 Lebensjahre bei Frauen). Im Jahr 2014 geborene Niederösterreicherinnen können mit 66 Lebensjahren in guter oder sehr guter Gesundheit, Niederösterreicher mit 65 gesunden Lebensjahren rechnen. Während die weibliche Bevölkerung damit im BL-Vergleich im mittleren Bereich rangiert, liegt die männliche Bevölkerung im unteren Bereich.

Niederösterreichische Frauen leben damit – insgesamt gesehen – länger, verbringen jedoch mehr Lebensjahre in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit als Niederösterreichs Männer (17,1 vs. 13,3 Lebensjahre).

Niederösterreicher/innen stärker von chronischen Krankheiten und Gesundheitsproblemen betroffen

Im Jahr 2014 leiden in Niederösterreich rund 573.000 Menschen (ab 15 Jahren; 39 % der Bevölkerung) an dauerhaften Krankheiten bzw. chronischen Gesundheitsproblemen, vor allem an Rücken- (26 %) und Nackenschmerzen (21 %), Allergien (25 %) und Bluthochdruck (23 %). Rund 14 Prozent der Niederösterreicher/innen sind von einer Arthrose, je 5 Prozent von Asthma, chronischer Bronchitis oder COPD und 6 Prozent von Diabetes betroffen. Jährlich erkranken etwa 7.000 Niederösterreicher/innen an Typ-2-Diabetes und zwischen 7.000 und 7.500 Niederösterreicher/innen an Krebs (am häufigsten an Brustkrebs, Prostata-, Dickdarm-, Lungen- und Gebärmutterhalskrebs). Rund 3.700 Niederösterreicher/innen erlitten im Jahr 2014 einen akuten Myokardinfarkt und knapp 3.900 einen ischämischen Schlaganfall. Während Allergien, Atemwegserkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Bluthochdruck, ischämischer Schlaganfall) zugenommen haben, blieb die Diabetesprävalenz in den letzten Jahren weitgehend unverändert. Ferner ist bei niederösterreichischen Männern ein sinkender Trend (zw. 2003–2012) bei der Lungenkrebs-Inzidenz, Dickdarmkrebs-Inzidenz und bei der Prostatakrebs-Inzidenz zu verzeichnen. Für niederösterreichische Frauen stieg die Lungenkrebs- und Brustkrebs-Inzidenz, während eine Abnahme der Darmkrebs-Inzidenz zu beobachten ist. Im Vergleich zu anderen Bundesländern ist Niederösterreich damit (mit Ausnahme von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen) deutlich stärker von chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen betroffen.

Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme tragen zu einer Verminderung der Lebensqualität bei und sind – im Falle von Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen – häufig für einen vorzeitigen Tod verantwortlich. Eine sinkende Sterblichkeit bei Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen sowie eine Verringerung der 30-Tage-Sterblichkeit bei akutem Myokardinfarkt und bei Schlaganfall lassen vermuten, dass – trotz teils steigender Inzidenzen – die Versorgungsqualität und damit die Überlebenschancen gestiegen sind.

Risikofaktoren für chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme: trotz positivem Benchmark besteht Handlungsbedarf

Über 50 Prozent der Niederösterreicher/innen sind übergewichtig oder adipös, nur 29 Prozent essen täglich Obst und Gemüse und lediglich 24 Prozent erfüllen die Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung (s. Rahmen-Gesundheitsziele 7 und 8). 22 Prozent der Niederösterreicher/innen rauchen täglich, 14 Prozent sind täglich für mindestens eine Stunde Passivrauch ausgesetzt. Innerhalb der BL-Bandbreiten rangiert Niederösterreich damit (mit Ausnahme des Bewegungsverhaltens) im positiven bzw. mittleren Bereich. Alle beschriebenen Risikofaktoren sind bei Niederösterreicherinnen und Niederösterreichern mit geringer formaler Bildung (manchmal nur für Männer, manchmal nur für Frauen) prävalenter.

Der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen blieb seit 2006/2007 weitgehend unverändert. Allerdings kam es zu einer leichten Verschiebung von übergewichtigen zu adipösen Personen, insbesondere bei den 15- bis 29-Jährigen. Auch der Anteil täglich rauchender Männer und Frauen (15 Jahre oder älter) ist seit 2006/2007 in etwa gleich geblieben. Positive Entwicklungen gab es hingegen bei den 15-Jährigen: Der Anteil täglich Rauchender hat in dieser Altersgruppe zwischen 2010 und 2014 um die Hälfte abgenommen, der Anteil wöchentlicher Alkoholkonsumenten ist seit 2006 gesunken.

Psychische Erkrankungen nehmen zu oder treten mehr ins Blickfeld

Im Bereich psychische Erkrankungen lassen sich teils steigende Tendenzen erkennen:

- » Krankenstände aufgrund psychischer Erkrankungen nehmen zu.
- » Stationäre Reha-Aufenthalte steigen.
- » Die Suizidrate bei Männern sinkt.

8 Prozent der Niederösterreicher/innen (rund 111.000 Personen) haben eine Depression. Bei weiteren 2 Prozent (26.000 Personen) zeigt sich eine moderate bis schwere Symptomatik. Rund 12.000 Niederösterreicher/innen werden im Jahr 2014 aufgrund einer psychiatrischen Diagnose akut- oder teilstationär behandelt. Insgesamt finden 2.450 Unterbringungen ohne Verlangen statt. 2.000 Niederösterreicher/innen nehmen aufgrund psychiatrischer Diagnosen eine stationäre Rehabilitation in Anspruch, insbesondere Niederösterreicher/innen zwischen 40 und 59 Jahren. In allen Bevölkerungsgruppen sollte deshalb eine Stärkung der psychischen Gesundheit forciert werden (s. Rahmen-Gesundheitsziel 9).

Verletzungen: die männliche, jüngere und ältere Bevölkerung stärker betroffen

Verletzungen sind die mit Abstand häufigste Todesursache bei den 15- bis 29-Jährigen und sind insgesamt für 7 bzw. 12 Prozent aller vorzeitigen Todesfälle verantwortlich (Frauen bzw. Männer).

Im Jahr 2014 verletzten sich rund 11 Prozent der ab 15-jährigen Niederösterreicher/innen (rund 150.000 Personen) bei einem Freizeit-, Haushalts- oder Straßenverkehrsunfall. Besonders gefährdet sind 15- bis 29-Jährige durch Freizeit- und Straßenverkehrsunfälle und ab 60-Jährige durch Haushaltsunfälle. Niederösterreich rangiert damit innerhalb der BL-Bandbreite im mittleren Bereich.

Im Jahr 2014 hatten erwerbstätige Niederösterreicher/innen rund 13.000 Arbeitsunfälle. Drei Viertel dieser Arbeitsunfälle betreffen Männer, 29 Prozent 15- bis 24-Jährige. Niederösterreich rangiert damit im Bundesländer-Vergleich im positiven unteren Bereich. Im Sinne des Rahmen-Gesundheitsziels 1 (gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen schaffen) sollte dem Thema Arbeitssicherheit dennoch weitere Aufmerksamkeit zuteilwerden.

Gesundheitliche Einschränkungen im Alltag: ein Thema der Zukunft

In Niederösterreich sind rund 462.000 Menschen (ab 15 Jahren; 33 % der Bevölkerung) gesundheitsbedingt im Alltag eingeschränkt. Ihr Anteil hat seit 2006/2007 leicht zugenommen. Neben der älteren Bevölkerung (Personen ab 60 Jahren) sind vor allem Niederösterreicher/innen mit geringer Bildung betroffen. Innerhalb der BL-Bandbreite liegt Niederösterreich im negativen Spitzfeld.

Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und Eigenversorgung haben 19 Prozent der ab 65-jährigen Niederösterreicher/innen (60.000 Personen), wobei 21 Prozent mehr Hilfe benötigen, als ihnen zur Verfügung steht. 29 Prozent der ab 65-jährigen Niederösterreicher/innen sind von Einschränkungen bei der Haushaltsführung betroffen (92.000 Personen). 28 Prozent benötigen diesbezüglich mehr Unterstützung. Mit Stand Dezember 2014 beziehen in Niederösterreich rund 91.000 Personen Pflegegeld (5,5 % der Bevölkerung). Knapp mehr als die Hälfte der niederösterreichischen Pflegegeldbezieher/innen (51 Prozent) haben Anspruch auf Pflegegeldstufe 1 und 2. Die Mehrheit der Pflegegeldbezieher/innen ist 65 Jahre alt oder älter (79 %).

20 Prozent der Niederösterreicher/innen haben im Jahr 2014 mindestens einmal pro Woche eine oder mehrere Personen – in 82 Prozent der Fälle Familienmitglieder – mit altersbedingten Problemen, einer chronischen Erkrankung oder einem Gebrechen gepflegt/unterstützt (rund 271.000 Personen). Niederösterreich liegt damit innerhalb der BL-Bandbreite im oberen Mittelfeld. Mehrheitlich werden die Pflege- und Unterstützungsleistungen von nachstehenden Personengruppen erbracht:

- » Frauen,
- » Personen im Alter von 30 bis 59 Jahren,
- » Erwerbstätigen Personen.

43 Prozent dieser pflegenden Personen sind selbst chronisch krank oder haben ein dauerhaftes Gesundheitsproblem. 38 Prozent sind selbst aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt.

Den Blick auf die demografische Entwicklung gerichtet, ist die Pflege und Betreuung älterer Menschen damit weiterhin ein Thema mit steigender Brisanz.

Lebensqualität: soziales Wohlbefinden nimmt ab

Die eigene Lebensqualität wird in Niederösterreich ähnlich beurteilt wie im Bundesdurchschnitt; am besten das körperliche Wohlbefinden, am schlechtesten das soziale Wohlbefinden. Seit 2006/2007 gab es Verschlechterungen im körperlichen und psychischen (-1,5 bzw. -1,6 Punkte) sowie im sozialen Wohlbefinden (-2,5 Punkte) – im Falle körperlichen und psychischen Wohlbefindens stärker für Frauen, im Fall sozialen Wohlbefindens stärker für Männer. Im Sinne des Rahmen-Gesundheitsziels 5 sollte daher der soziale Zusammenhalt stärker gefördert werden.

Niederösterreicher/innen mit chronischen Krankheiten und/oder gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag schätzen ihre Lebensqualität deutlich schlechter ein als Personen ohne diese Gesundheitsprobleme. Hier ist unter anderem eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung gefragt (s. Rahmengesundheitsziel 10).

Gesundheitsdeterminanten im HiAP-Bereich: Armut – Bildung – Arbeit – Sozialkapital – Umwelt

Die Lebensverhältnisse üben einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit aus. Ihre gesundheitsförderliche Gestaltung sollte demnach oberstes Ziel sein (s. Rahmen-Gesundheitsziele 1, 2, 4, 5 und 6).

In Niederösterreich sind rund 173.000 Menschen **armutsgefährdet** (11 %) und rund 125.000 materiell depriviert (8 %). Gesamtosterreichischen Ergebnissen zufolge sind vor allem Ein-Eltern-Haushalte, allein lebende Frauen ohne Pension, Mehrpersonenhaushalte mit mindestens drei Kindern, nicht österreichische Staatsbürger/innen und Menschen mit geringer formaler Bildung häufiger armutsgefährdet. Seit 2011 hat der Anteil materiell Deprivierter zugenommen. Seit 2011 stieg der Anteil armutsgefährdeter Personen, um 2014 wieder etwas zu sinken. Innerhalb der BL-Bandbreite rangiert Niederösterreich im positiven unteren Bereich.

Im Jahr 2014 können rund 148.000 Niederösterreicher/innen zw. 25 und 64 Jahren maximal einen **Pflichtschulabschluss** vorweisen. Dieser Anteil blieb seit 2008 weitgehend konstant. Aufgrund der geringeren Bildungsmobilität der Frauen haben Niederösterreicherinnen häufiger einen niedrigeren Bildungsabschluss als Männer. Der Anteil **frühzeitiger Schul- und Ausbildungsabgänger/innen** liegt in Niederösterreich bei 6,4 Prozent. Deutliche Verbesserungen konnten im **Schulklima** festgestellt werden, diese betreffen Burschen wie Mädchen sowie ältere und jüngere Schüler/innen.

Im Jahr 2014 sind in Niederösterreich rund 54.000 Menschen **arbeitslos**. Das entspricht einer Arbeitslosenquote von rund 8,4 Prozent. Die Arbeitslosigkeit hat in Niederösterreich zwischen 2008

und 2014 deutlich zugenommen. Die Zahl der Langzeitarbeitslosen hat sich seit 2008 verdreifacht. Ebenfalls deutlich gestiegen ist der Anteil Arbeitssuchender mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen. Beim Thema Arbeitslosigkeit liegt Niederösterreich damit – bezogen auf die anderen Bundesländer – im mittleren Bereich.

Ein Drittel aller erwerbstätigen Niederösterreicher/innen weist im Jahr 2014 ein **atypisches Beschäftigungsverhältnis** auf, d. h. sie haben entweder eine Teilzeitbeschäftigung, eine befristete Beschäftigung oder eine Beschäftigung, die keiner geregelten Sozialversicherungspflicht unterliegt. Knapp 80 Prozent dieser Beschäftigungsverhältnisse betreffen Frauen. 79 Prozent der Erwerbstätigen sind an ihrem Arbeitsplatz zumindest einer **körperlichen Belastung** ausgesetzt (620.000 Personen), 42 Prozent sind von **Zeitdruck und Arbeitsüberforderung** betroffen (331.000 Personen). Seit 2007 sind körperliche Belastungen sowie Zeitdruck und Arbeitsüberlastung gestiegen. Abgenommen hat hingegen das Ausmaß der **Arbeitsunfälle**. Die Rate von rund 1.200 Unfällen pro 100.000 EW im erwerbsfähigen Alter ist die geringste im BL-Vergleich.

Rund die Hälfte der Niederösterreicher/innen (54 %) verfügt nur über ein eingeschränktes **Sozialkapital**. Niederösterreich liegt damit im Mittelfeld. Zudem hat das soziale Wohlbefinden in Niederösterreich abgenommen.

Rund 83.000 Personen in Niederösterreich sind in ihrem Wohnbereich einem durchschnittlichen **Straßenlärm** von über 60 dB ausgesetzt (5 %). Beinahe 108.000 Menschen sind nachts 50 dB oder mehr exponiert (7 %). 8 Prozent der ab 15-jährigen Niederösterreicher/innen (rund 105.000 Personen) fühlen sich in ihrem Wohnbereich stark bis sehr stark durch Lärm belastet. Ihr Anteil ist seit 2007 etwa gleich geblieben. Der Verkehrslärm durch LKW und PKW gilt als die Hauptursache der Lärmbelastung.

Gesundheitsversorgung und -förderung: Frühgeborenen- und Kaiserschnitttrate – potenziell inadäquate Medikation – 30-Tage-Sterblichkeit bei Myokardinfarkt und Schlaganfall – Gesundheitsförderung und Prävention

Von rund 14.300 Neugeborenen kommen in Niederösterreich rund 1.180 Kinder zu früh zur Welt (8,2 %). Niederösterreich liegt damit (im BL-Vergleich) im negativen oberen Bereich. Der Großteil der **Frühgeborenen** wird nach Vollendung der 32. Schwangerschaftswoche geboren. Knapp ein Drittel aller Neugeborenen kommt per Kaiserschnitt auf die Welt. Die **Kaiserschnitttrate** hat sich in Niederösterreich innerhalb der letzten 15 Jahre mehr als verdoppelt. Auch hier gehört Niederösterreich zu den Bundesländern mit den höchsten Raten.

Jede/r zweite Niederösterreicherin/Niederösterreicher hat im Jahr 2014 ärztlich verschriebene Medikamente eingenommen, ältere Personen deutlich häufiger als jüngere. 53 Prozent der ab 70-Jährigen haben im Jahr 2012 eine **potenziell inadäquate Medikation** erhalten. Damit liegt Niederösterreich im BL-Vergleich im negativen oberen Bereich.

Trotz einer steigenden Schlaganfall-Inzidenz ist das Risiko, an einem Myokardinfarkt oder Schlaganfall zu versterben, gesunken. Niederösterreichs Frauen weisen jedoch eine höhere **30-Tage-Sterblichkeit aufgrund eines Myokardinfarkts oder Schlaganfalls** auf als Niederösterreichs Männer.

Ausgewählten Outcomes zufolge scheint das **Gegensteuerungspotenzial gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen** in Niederösterreich noch ausbaufähig zu sein. Neben erfreulichen Entwicklungen (Lungenkrebs-Inzidenz bei Männern, Darmkrebs-Inzidenz, Myokardinfarkt-Inzidenz, Diabetes-Typ-2-Inzidenz, Schulklima) ist vor allem bei präventiv beeinflussbaren Risikofaktoren (Rauchverhalten, Übergewicht und Adipositas) noch kein positiver Trend erkennbar. Auch bei gesundheitsförderlichen Einflussfaktoren (Ernährung, Bewegung, Sozialkapital) zeigt sich ein bedenklicher Status quo. Vor allem in den Bereichen Ernährung und Bewegung scheint der Bedarf an Gesundheitsförderungsmaßnahmen enorm (s. Rahmengesundheitsziele 7 und 8).

Alle genannten Punkte adressieren das Rahmen-Gesundheitsziel 10 und sollten in den bereits laufenden Strategieprozessen (s. unten) Berücksichtigung finden.

Chancengerechtigkeit: untere soziale Schichten und Frauen benachteiligt

In Niederösterreich wie in Gesamtösterreich zeigen sich sowohl für Gesundheitsoutcomes (selbsteingeschätzte Gesundheit, chronische Krankheiten, Karies, gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag), für eine Reihe von Gesundheitsdeterminanten (Übergewicht und Adipositas, Bluthochdruck, Obst- und Gemüsekonsum, gesundheitswirksame Bewegung, Rauchen, Arbeitslosigkeit, Sozialkapital) als auch im Bereich der Gesundheitsversorgung (Krebsvorsorge, Medikamenteneinnahme, Inanspruchnahme ärztlicher und spitalsambulanter Leistungen) Unterschiede nach Bildung und Haushaltseinkommen. Sie verlaufen allesamt zu Ungunsten niedriger Bildungs- und Einkommenschichten. Die Effekte von Bildung und Einkommen erweisen sich – in den meisten Fällen – als gleichläufig. Darüber hinaus zeigen sich eindeutige Geschlechts- und Genderunterschiede. Sie fallen mehrheitlich zu Ungunsten der weiblichen Bevölkerung aus. Unterschiede nach Migrationshintergrund weisen hingegen kein einheitliches Muster auf.

Im Sinne des Rahmen-Gesundheitsziels 2 sollte das Thema Chancengerechtigkeit noch stärker forciert werden.

Laufende Strategien für mehr Gesundheit nutzen

Der Niederösterreichische Gesundheitsbericht 2016 unterstreicht die Bedeutung der **Österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele** (s. BMG 2012). Sie tragen zu einer verstärkten Determinantenorientierung bei.

- R-GZ 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen
- R-GZ 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter, sorgen
- R-GZ 3: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken
- R-GZ 4: Natürliche Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern
- R-GZ 5: Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken

- R-GZ 6: Gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten und unterstützen
- R-GZ 7: Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen
- R-GZ 8: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern
- R-GZ 9: Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern
- R-GZ 10: Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen

Da die meisten Gesundheitsdeterminanten außerhalb des Gesundheitsressorts liegen, ist eine **verstärkte Zusammenarbeit mit anderen Politikbereichen** notwendig. Der vorliegende Bericht liefert diesbezüglich Grundlagen für zahlreiche Ansatzpunkte.

Darüber hinaus sollten die Ergebnisse des Gesundheitsberichts sowohl in der Umsetzung der **Gesundheitsförderungsstrategie** als auch in der **Zielsteuerung-Gesundheit** Berücksichtigung finden. Beide Strategien bieten einen längerfristigen Handlungsrahmen.

Literatur

- Albert, U.S.; Alt, D.; Kreienberg, R.; Naß-Griegoleit, I.; Schulte, H.; Wöckel, A (2010): Früherkennung von Brustkrebs Eine Entscheidungshilfe für Frauen. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V., der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und der Deutschen Krebshilfe e.V. www.leitlinienprogramm-onkologie.de/docs/OL_PLL_Brustkrebsfrueherkennung.pdf
- Allen, T.D.; Herst, D.E.; Bruck, C.S.; Sutton, M. (2000): Consequences associated with work-to-family conflict: a review and agenda for future research. In: *Journal of occupational health psychology* 5/2:278-308
- American Institute for Cancer Research (2007): Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. A project of World Cancer Research Fund International. American Institute for Cancer Research, Washington
- Amstad, F.T.; Meier, L.L.; Fasel, U.; Elfering, A.; Semmer, N.K. (2011): A Meta-Analysis of Work-Family Conflict and Various Outcomes With a Special Emphasis on Cross-Domain Versus Matching-Domain Relations. In: *Journal of occupational health psychology* 16/2:151-169
- Angermeyer, Matthias C; Kilian, Reinhold; Matschinger, Herbert (2000): WHOQoL-100 und WHOQoL-bref. In: *Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität* Hogrefe, Göttingen
- Antonovsky, A. (1979): Health, stress and coping. New perspectives on mental and physical well-being. Jossey Bass, San Francisco
- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie DGVT, Tübingen
- Antonovsky, H.; Sagy, S. (1986): The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. In: *The Journal of social psychology* 126/2:213-225
- Bachmann, Nicole; Burla, Laila; Kohler, Dimitri (Hg.) (2015): Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Hogrefe Verlag, Bern
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. In: *Psychological Review* 84/191-215
- Bandura, A. (1997): Self-efficacy: The exercise of control. Freeman, New York
- Baud, S.; Milota, E. (2013): Umweltbedingungen, Umweltverhalten 2011. Ergebnisse des Mikrozensus. Hg. v. Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt- und Wasserwirtschaft, Wien

- Bauer, Ullrich; Bittlingmayer, Uwe H; Richter, Matthias (2008): Health Inequalities: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Becker, Peter (2001): Modelle der Gesundheit-Ansätze der Gesundheitsförderung. In: Gesundheitsoffensive Prävention-Gesundheitsförderung und Prävention als unverzichtbare Bausteine effizienter Gesundheitspolitik 41-53
- Becker, Peter (2006): Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung. Hogrefe, Göttingen
- BGK (2012): ÖSG 2012: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 23. November 2012. Bundesministerium für Gesundheit und Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- Blaxter, M (1990): Health and Lifestyles. London/New York: Tavistock/Routledge.
- BMG (2012): Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2015a): Grundlage für ein Mess- und Vergleichskonzept. Outcome-Messung im Gesundheitswesen. Konzept zur Vorlage an die B-ZK. Bundesministerium für Gesundheit, Wien. Unveröffentlicht
- BMG (2015b): Feinstaub: Luftschadstoff Nummer 1 [Online].
<https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/umwelt-feinstaub.html> [Zugriff am 27.06.2016]
- BMG (2015c): Luftschadstoffe und Gesundheitsgefahren [Online]. Bundesministerium für Gesundheit.
<https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesundheitsgefahren-luftschadstoffe.html> [Zugriff am 27.06.2016]
- Bodenwinkler, Andrea; Kerschbaum, Johann; Sax, Gabriele (2012): Zahnstatus 2011. Sechsjährige in Österreich. Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit / Gesundheit Österreich GmbH – Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Böhm, Karin; Tesch-Römer, Clemens; Ziese, Thomas (Hg.) (2009): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin
- Bowman, Shanthy A; Vinyard, Bryan T (2004): Fast food consumption of US adults: impact on energy and nutrient intakes and overweight status. In: Journal of the American College of Nutrition 23/2:163-168

- Brach, Cindy; Dreyer, Benard; Schyve, Paul; Hernandez, Lyla M; Baur, Cynthia; Lemerise, Andrew J; Parker, Ruth (2012): Attributes of a health literate organization. Discussion Paper. Institute of Medicine of the national academies
- Bucchianeri, Michaela M; Arikian, Aimee J; Hannan, Peter J; Eisenberg, Marla E; Neumark-Sztainer, Dianne (2013): Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. In: *Body Image* 10/1:1-7
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz; (Hg.) (2015): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2014. Wien
- Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt- und Wasserwirtschaft (2015): Straßenverkehr [Online]. <http://www.laerminfo.at/karten/strassenverkehr/strasse/24h.html> [Zugriff am 27.06.2016]
- Bürgisser, Titus (2008): Schulklima und Schulkultur. In: *Praxishandbuch Gesunde Schule Gesundheitsförderung verstehen, planen und umsetzen*. Hg. v. Wicki, Werner; Bürgisser, Titus. Haupt, Bern: 141-159
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Türscherl, Elisabeth (2015a): Epidemiologiebericht Drogen. Annex zum wissenschaftlichen Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien, veröffentlicht
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Türscherl, Elisabeth (2015b): Epidemiologiebericht Drogen. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien, veröffentlicht
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Tanios, Aida (2016): Epidemiologiebericht Sucht 2016. Illegale Drogen, Psychopharmaka und Tabak. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Cockerham, William C (2005): Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. In: *Journal of health and social behavior* 46/1:51-67
- Conner, Mark; Norman, Paul (2005): *Predicting Health Behaviour*. 2 Aufl., Open University Press, Berkshire (UK)
- Currie, Candace; Zanotti, Cara; Morgan, Antony; Currie, Dorothy; de Looze, Margaretha; Roberts, Chris; Samdal, Oddrun; Smith, Otto R.F.; Barnekow, Vivian (2012): Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 survey. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

- De Munck, Stephanie; Portzky, Gwendolyn; Van Heeringen, Kees (2009): Epidemiological trends in attempted suicide in adolescents and young adults between 1996 and 2004. In: *Crisis* 30/3:115–119
- De Silva, M.J.; McKenzie, K.; Harpham, T.; Huttly, S.R.A. (2005): Social capital and mental illness: A systematic review. In: *Journal of Epidemiology and Community Health* 59/8:619–627
- Dragano, Nico; Siegrist, Johannes (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit. In: *Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Hg. v. Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus. 2. aktualisierte Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 181–194
- Dubos, René J (1959): *The Mirage of Health*. New York: Harper and Row.
- Dür, W; Mravlag, K (2002): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des 6. HBSC-Surveys 2001 und Trends von 1990 bis 2001*. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien
- Dür, Wolfgang; Griebler, Robert (2007): *Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006*. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien
- DWD (2006): *Feinstaubmessung in Kurorten*. Broschüre. , Deutscher Wetterdienst, 2006, Freiburg
- Eichmann, Hubert; Saupe, Bernhard (2014): *Überblick über Arbeitsbedingungen in Österreich. Follow-up-Studie, Studie der Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA) im Auftrag des Sozialministeriums ; [inklusive E-Book]*. Sozialpolitische Studienreihe ; 15. Hg. v. Nocker, Matthias; Prammer, Elisabeth; Forschungs- und Beratungsstelle, Arbeitswelt. Verl. des ÖGB, Wien
- Eidgenössische Kommission für Lufthygiene, EKL (2011): *Sommersmog in der Schweiz. Stellungnahme der Eidgenössischen Kommission für Lufthygiene*, Bern
- Elkeles, T; Mielck, A (1993): *Soziale Ungleichheit*. In. *WZB discussion paper*, Berlin: 93–208
- Ellert, Ute; Kurth, Bärbel-Maria (2013): *Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland, Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. In: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 56/5–6:643–649
- EMCDDA (2013): *PDU (Problem drug use) revision summary*. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon
- Europäische Kommission (2008): *EU-Leitlinien für körperliche Aktivität. Empfohlene politische Maßnahmen zur Unterstützung gesundheitsfördernder körperlicher Betätigung. Kurzversion*.

Aufl. 4. Brüssel: Gebilligt von der EU-Arbeitsgruppe „Sport & Gesundheit“ auf ihrer Sitzung vom 25. September 2008, bestätigt von den Sportministern der EU-Mitgliedstaaten auf ihrer Sitzung in Biarritz vom 27.–28. November 2008

European Environment Agency, EEA (2014): Noise in Europe 2014. EEA Report. Bd. 10/2014. Publications Office of the European Union, Luxemburg

Falascetti E, Hingorani AD, Jones A, Charakida M, Finer N, Whincup P, Lawlor DA, Smith GD, Sattar N, Deanfield JE (2010): Adiposity and cardiovascular risk factors in a large contemporary population of pre-pubertal children. In: *European Heart Journal* 31:3063–3072

Feuerlein, Wilhelm (1979): Alkoholismus–Mißbrauch und Abhängigkeit: eine Einführung für Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen. Thieme,

Flavio, Muheim; Martin, Eichhorn; Pascal, Berger; Stephanie, Czernin; Gabriela, Stoppe; Merle, Keck; Anita, Riecher–Rössler (2013): Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. In: *Swiss Medical Weekly* 143/w13759

Flodmark, Carl-Erik; Lissau, I; Moreno, LA; Pietrobelli, A; Widhalm, K (2004): New insights into the field of children and adolescents' obesity: the European perspective. In: *International journal of obesity* 28/10:1189–1196

Gay, J. Gay; Paris, Valérie; Devaux, Marion; de Looper, Michael (2011): Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries: Estimates and Methodological Issues. OECD Health Working Papers No 55. OECD Health Working Papers. Bd. 55. OECD

GÖG (2014): Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene. Aktualisierung 2014. 2. Aufl., Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Gratt, W.; Doppler, A.; Begthaler, W.; Leszkovics, L.; Niedersüß, D.; Paula, L.; Kandl, P.; Hrdliczka, R.; Emrich, H. (2009): Handbuch Umgebungslärm. Minderung und Ruhevorsorge. Hg. v. Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt- und Wasserwirtschaft. 2. Aufl., Wien

Griebler, R; Dür, W (2009): Gesundheit und Gesellschaft. In: Biendarra I., Weeren M. (2009). *Gesundheit – Gesundheit? Eine Orientierungshilfe*, Würzburg: Königshausen & Neumann

Griebler, R.; Winkler, P. (2015): Public Health Monitoring Framework. Unveröffentlicht

Habl et al. (2014): Armut und Gesundheit. In: *Handbuch Armut in Österreich*. Hg. v. Dimmel, Nikolaus; Schenk, Martin; Stelzer-Orthofer, Christine. StudienVerlag, Innsbruck – Wien – Bozen: 240–267

Hartley, Louise; Igbinedion, Ewemade; Holmes, Jennifer; Flowers, Nadine; Thorogood, Margaret; Clarke, Aileen; Stranges, Saverio; Hooper, Lee; Rees, Karen (2013): Increased consumption of

- fruit and vegetables for the primary prevention of cardiovascular diseases. In: The Cochrane Library
- Hellmich, Christian (2010): Qualitätsmanagement und Zertifizierung im Rettungsdienst: Grundlagen, Techniken, Modelle, Umsetzung. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg
- Hollederer, Alfons; Brand, Helmut (2006): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Hans Huber, Bern
- Holmqvist, Kristina; Frisén, Ann (2010): Body dissatisfaction across cultures: Findings and research problems. In: European Eating Disorders Review 18/2:133-146
- Hradil, Stefan (2009): Was prägt Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Hg. v. Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus. 2. Auflage Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 35-54
- IFES (2015a): Rauchgewohnheiten in Niederösterreich. Tabellenband. Institut für empirische Sozialforschung, im Auftrag des Amtes der Niederösterreichischen Landesregierung, Wien
- IFES (2015b): Rauchgewohnheiten in Niederösterreich SchülerInnenbefragung. Tabellenband. Institut für empirische Sozialforschung, im Auftrag des Amtes der Niederösterreichischen Landesregierung, Wien
- Jordan, S (2015): Diskussion von Indikatoren zur Erfassung von Prozessen und Outcomes der Gesundheitsförderung in bevölkerungsweiten Studien. Kongressbeitrag. In: Gesundheitswesen 77/A279:
- Kern, Daniela; Sagerschnig, Sophie; Valady, Sonja (2014): Planung Psychiatrie 2014. Evaluierung der außerstationären psychiatrischen Versorgung. Ergebnisbericht. Bd. ZI. P3/2/42799. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg
- Klein, Charlotte; Fröschl, Barbara; Kichler, Rita; Pertl, Daniela; Tanios, Aida; Weigl, Marion (2015): Empfehlungen zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung: Systematische Erfassung, Nutzung und Verankerung von methodischen und praktischen Erkenntnissen aus den Maßnahmen der Vorsorgestrategie. Bd. ZI. 4692. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Klimont, J; Kytir, J; Leitner, B (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend und Statistik Austria, Wien

- Klimont, Jeannette; Ihle, P; Baldaszi, Erika; Kytir, J (2008): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hg. v. Austria, Statistik. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien
- Klimont, Jeannette (2012): Frühgeburten in Österreich. In: Statistische Nachrichten 9/2012:
- Klimont, Jeannette; Baldaszi, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014, Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur, Wien
- Kobasa, S.C. (1979): Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. In: *Journal of Personality and Social Psychology* 37/1:1-11
- Kobasa, S.C. (1982): Commitment and coping in stress resistance among lawyers. In: *Journal of Personality and Social Psychology* 42/4:707-717
- Kölves, Kairi; Kólves, Keili E; De Leo, Diego (2013): Natural disasters and suicidal behaviours: A systematic literature review. In: *Journal of affective disorders* 146/1:1-14
- Künzli, Nino; Perez, Laura; Rapp, Regula (2010): Luftverschmutzung und Gesundheit. European Respiratory Society, Lausanne
- Kurth, Bärbel-Maria; Ellert, Ute (2008): Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr? Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys KiGGS. In: *105/23:406-412*
- Ladurner, Joy; Sagerschnig, Sophie; Nowotny, Monika (2015): Analyse der Unterbringungen nach UbG in Österreich. Berichtsjahre 2012/2013. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Lampert, Thomas; Ziese, Thomas; Saß, Anke Christine; Häfelinger, Michael (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit: Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Robert Koch Institut, Berlin
- Lazarus, R.S. (1999): *Stress and Emotion: A New Synthesis*. Springer, New York
- Leppo, Kimmo; Ollila, Eeva; Peña, Sebastián ; Wismar, Matthias; Cook, Sarah (2013): *Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland
- Li, Min; Fan, Yingli; Zhang, Xiaowei; Hou, Wenshang; Tang, Zhenyu (2014): Fruit and vegetable intake and risk of type 2 diabetes mellitus: meta-analysis of prospective cohort studies. In: *BMJ open* 4/11:e005497

- Mackenbach, Johan (2006): Health Inequalities: Europe in Profile. Erasmus MC – University Medical Center Rotterdam, Rotterdam
- Malik, Vasanti S; Popkin, Barry M; Bray, George A; Després, Jean-Pierre; Willett, Walter C; Hu, Frank B (2010): Sugar-Sweetened Beverages and Risk of Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes A meta-analysis. In: *Diabetes care* 33/11:2477–2483
- Mann, E.; Bohmdorfer, B.; Fruhwald, T.; Roller-Wirnsberger, R. E.; Dovjak, P.; Duckelmann-Hofer, C.; Fischer, P.; Rabady, S.; Iglseider, B. (2012): Potentially inappropriate medication in geriatric patients: the Austrian consensus panel list. In: *Wien Klin Wochenschr* 124/5–6:160–169
- Mann, E.; Haastert, B.; Frühwald, T.; Sauermaun, R.; Hinteregger, M.; Hölzl, D.; Keuerleber, S.; Scheuringer, M.; Meyer, G. (2014): Potentially inappropriate medication in older persons in Austria: A nationwide prevalence study. In: *European Geriatric Medicine* 5/6:399–405
- Marmot, Michael (2013): Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. WHO, Copenhagen
- Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einführung in die aktuelle Diskussion. Huber, Bern
- Mildschuh, Stephan; Birner, Andreas; Stoppacher, Andreas; Paschek, Verena (2012): Dokumentation im ambulanten Bereich. Projektassistenz der Unterarbeitsgruppe Bundesländer. Bd. Zl.: 42790/12. Gesundheit Österreich GmbH – Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Murayama, H.; Fujiwara, Y.; Kawachi, I. (2012): Social capital and health: A review of prospective multilevel studies. In: *Journal of Epidemiology* 22/3:179–187
- Nemeth, Claudia; Rottenhofer, Ingrid (2004): Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. ÖBIG Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- Neuhauser, HK; Adler, C; Rosario, AS; Diederichs, C; Ellert, U (2014): Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in Germany 1998 and 2008–11. In: *Journal of human hypertension* 29, 247–253 (April 2015) | doi:10.1038/jhh.2014.82/
- Nolte, Ellen; Knai, Cécile; McKee, Martin (2008): Managing chronic conditions : experience in eight countries. Observatory Studies Series Bd. 15. Hg. v. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen
- Nygqvist, F.; Forsman, A.K.; Giuntoli, G.; Cattan, M. (2013): Social capital as a resource for mental well-being in older people: A systematic review. In: *Aging and Mental Health* 17/4:394–410
- OECD (2014): Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en

- Parker, Ruth (2009): Measuring Health Literacy: What? So What? Now What? In: Measures of Health Literacy: Workshop Summary. Hg. v. Hernandez, Lyla M. The National Academies Press, Washington: 91–98
- Parsons, Talcott (1981): Sozialstruktur und Persönlichkeit. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Pelikan J.M. (2010): Zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings. In: Dür, W, Felder-Puig R (Hrsg) Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung, 60–69
- Pelikan, Jürgen M; Röthlin, Florian; Ganahl, Kristin (2012): Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. Hg. v. Consortium, HLS-EU
- Pelikan, Jürgen M. (2007): Understanding Differentiation of Health in Late Modernity – by use of sociological system theory. In: Health and Modernity. Hg. v. McQueen, David V.; Kickbusch, Ilona S. Springer, New York: 74–102
- Pelikan, Jürgen M.; Röthlin, Florian; Ganahl, Kristin (2013): Gesundheitskompetenz (Health Literacy) und chronische Erkrankung. Wie können Gesundheitseinrichtungen die Gesundheitskompetenz ihrer KlientInnen stärken? Wien, 15.03.2013, Power Point
- Pfortner, Timo-Kolja (2013): Armut und Gesundheit in Europa: Theoretischer Diskurs und empirische Untersuchung. Springer VS, Wiesbaden
- Pirouznia, Mahshid (2001): The influence of nutrition knowledge on eating behavior—the role of grade level. In: Nutrition & Food Science 31/2:62–67
- Poland, Blake D; Green, Lawrence W; Rootman, Irving (Hg.) (2000): Settings for Health Promotion. Linking Theory and Practice. Sage Publications Inc., Thousand Oaks
- Pongratz, R; Staber, C; Fischer, T; Goltz, A; Soffried J; Spath-Dreyer, I; Füreder, H (2014): Evidenzinformierte Entscheidungskultur am Beispiel Gebärmutterhalskrebs – Pap-Abstrich, Bericht 2014. . Steiermärkische Gebietskrankenkasse
- Ramelow, Daniela; Griebler, Robert; Hofmann, Felix; Unterweger, Katrin; Mager, Ursula; Felder-Puig, Rosemarie; Dür, Wolfgang (2011): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Bd. 978-3-902611-55-0. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Ramelow, Daniela; Unterweger, Katrin; Gugglberger, Lisa; Felder-Puig, Rosemarie (2013): Die Bedeutung des Schulklimas für die Gesundheit von Schüler/inne/n und Lehrer/inne/n. Ludwig Boltzmann Institut, Wien

- Ramelow, Daniela; Teutsch, Friedrich; Hofmann, Felix; Felder-Puig, Rosemarie (2015): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Bd. 978-3-902611-89-5. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Reiter, Daniela; Fülöp, Gerhard; Gyimesi, Michael; Nemeth, Claudia (2012): Rehabilitationsplan 2012. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (2009): Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. aktualisierte Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Richter, TLM (2009): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Hurrelmann MRK: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 209-231
- Robert-Koch-Institut (2004): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin
- Robert Koch Institut (2008): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch Institut, Berlin
- Robert Koch Institut (Hg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
- Rosenbrock, Rolf; Kümpers, Susanne (2009): Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Hg. v. Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus. 2 Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften: 371-388
- Röthlin, Florian; Pelikan, Jürgen M.; Ganahl, Kristin (2013): Gesundheitskompetenz: Ausgewählte Ergebnisse aus der HLS-EU, der HLSÖsterreich und HLS Jugend Studie. Wie können Gesundheitseinrichtungen die Gesundheitskompetenz ihrer KlientInnen stärken? Wien, 15.03.2013, Power Point
- Sagerschnig, Sophie (2015): Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie. Endbericht. Gesundheit Österreich GmbH / ÖBIG, Wien
- Sartorius, N. (2003): Social capital and mental health. In: Current Opinion in Psychiatry 16/SUPPL. 2:S101-S105
- Schneller, Thomas; Salman, Ramazan; Goepel, Christiane (2006): Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. DAJ Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahlpflege, Bonn

- Schöny, Werner; Koren, Gernot; Unteregger, Sonja; Gruber, Dominik; Woisetschläger, Nina; Weichbold, Martin (2015): NÖ Psychiatrieplan Evaluation 2014. Evaluation der sozialpsychiatrischen/psychosozialen Versorgung in Niederösterreich. aktualisierte Aufl. NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, Linz
- Seniorliving (2016): <http://seniorliving.about.com/od/healthnutrition/a/fallstudy.htm> [Online]
- Seock, Yoo-Kyoung; Merritt, Leslie Rene (2013): Influence of Body Mass Index, Perceived Media Pressure, and Peer Criticism/Teasing on Adolescent Girls' Body Satisfaction/Dissatisfaction and Clothing-Related Behaviors. In: *Clothing and Textiles Research Journal* 31/4:244–258
- Siegrist, Johannes (2003): Machen wir uns selbst krank. In: Schwartz, Friedrich W.; Badura, Bernhard; Leidl, Reiner; Raspe, Heiner; Siegrist, Johannes & Walter, Ulla (Hrsg.): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. 2. Auflage, München: Urban & Fischer: S 139–162
- Siegrist, Johannes; Dragano, Nico; dem Knesebeck, Olaf (2009): Soziales Kapital, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: *Gesundheitliche Ungleichheit*. Hg. v. Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus. 2. aktualisierte Aufl. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 167–180
- Singer, MV; Batra, A; Mann, K (2011): *Alkohol und Tabak, Grundlagen und Folgeerkrankungen*. Stuttgart. Thieme Verlag
- Sørensen, Kristine; Van den Broucke, Stephan; Fullam, James; Doyle, Gerardine; Pelikan, Jürgen; Slonska, Zofia; Brand, Helmut (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: *BMC public health* 12/1:80
- Spangl, Wolfgang; Nagl, Christian (2014): *Jahresbericht der Luftgütemessungen in Österreich 2013*. Bd. REP-0469 Umweltbundesamt, Wien
- Ståhl, Timo; Wismar, Matthias; Ollila, Eeva; Lahtinen, Eero; Leppo, Kimmo (2006): *Health in All Policies. Prospects and potentials*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland
- Statistik Austria STATcube – Statistische Datenbank von STATISTIK AUSTRIA
- Statistik Austria (2012): *Arbeitskräfteerhebung, Ergebnisse des Mikrozensus*. Verlag Österreich GmbH, Wien
- Statistik Austria (2013a): *Erwachsenenbildung. Ergebnisse des Adult Education Survey (AES)*. Verlag Österreich GmbH, Wien
- Statistik Austria (2013b): *Studie zu Armut und sozialer Eingliederung in den Bundesländern*. Erstellt im Auftrag der Bundesländer, vertreten durch die Verbindungsstelle der Bundesländer. Statistik Austria, Wien

- Statistik Austria (2014a): Tabellenband EU-SILC 2013. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Verlag Österreich GmbH, Wien
- Statistik Austria (2014b): Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2013, Wien
- Statistik Austria (2015a): Tabellenband EU-SILC 2014: Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Wien
- Statistik Austria (2015b): Arbeitsmarktstatistiken 2014. Ergebnisse der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung und der Offenen-Stellen-Erhebung Verlag Österreich GmbH, Wien
- Statistik Austria (2015c): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2014. Verlag Österreich GmbH, Wien
- Stegeman, I.; Kuipers, Y.; Costongs, C. (2012): Health for all Policies. Gemeinsam für Gesundheit und Wohlbefinden. CrossingBridges
- Stewart, Bernard W; Wild, Christopher P (2014): World Cancer Report 2014. Hg. v. International Agency for Research on Cancer. Lyon
- Strizek, Julian; Anzenberger, Judith; Kadlik, Andrea; Schmutterer, Irene; Uhl, Alfred (2016): ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 1: Forschungsbericht. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Stuckler, David; Basu, Sanjay (2014): Sparprogramme töten. Die Ökonomisierung der Gesundheit. 1 Aufl., Verlag Klaus Wagenbach,
- Sundquist, K.; Yang, M. (2007): Linking social capital and self-rated health: A multilevel analysis of 11,175 men and women in Sweden. In: Health and Place 13/2:324-334
- te Velde, Saskia J; Twisk, Jos WR; Brug, Johannes (2007): Tracking of fruit and vegetable consumption from adolescence into adulthood and its longitudinal association with overweight. In: British Journal of Nutrition 98/02:431-438
- Thomas, Leoni (2015): Fehlzeitenreport 2015. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien
- Titze, S.; Ring-Dimitriou, S.; Schober, P.H.; Halbwachs, C.; Samitz, G.; Miko, H.C.; Lercher, P.; Stein, K.V.; Gäbler, C.; Bauer, R.; Gollner, E.; Windhaber, J.; Bachl, N.; Dorner, T.E.; Health, Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public (2010): Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung, Wien

- UbG (1990): Bundesgesetz vom 1. März 1990 über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz – UbG), BGBl N. 155/1990 (NR: GP XVII RV 464 AB 1202 S 132. BR: AB 3820 S 526.), 22.05.2014
- Uhl, Alfred; Bachmayer, Sonja; Kobra, Ulrike; Puhm, Alexandra; Springer, Alfred; Kopf, Nikolaus; Beiglböck, Wolfgang; Eisenbach–Stangl, Irmgard; Preinsperger, Wolfgang; Musalek, Michael (2009): Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends. 3. überarbeitete und ergänzte Auflage Aufl., Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Umweltbundesamt (2016a): Ziel der Umgebungslärmrichtlinie [Online]. <http://www.umweltbundesamt.at/umweltsituation/laerm/umgebungslaerm/ziel/> [Zugriff am 27.06.2016]
- Umweltbundesamt (2016b): Luftschadstoffe [Online]. <http://www.umweltbundesamt.at/umweltsituation/luft/luftschadstoffe/> [Zugriff am 27.06.2016]
- Vartanian, Lenny R; Schwartz, Marlene B; Brownell, Kelly D (2007): Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. In: American journal of public health 97/4:667–675
- Waller, Heiko (1996): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. 2. überarbeitete Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart,
- Wang, Xia; Ouyang, Yingying; Liu, Jun; Zhu, Minmin; Zhao, Gang; Bao, Wei; Hu, Frank B (2014): Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. In: Bmj 349/g4490
- Weigl, Marion ; Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Horvath, Ilonka; Türscherl, Elisabeth (2015): Bericht zur Drogensituation 2015. Im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon und des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- WHO (1946): Constitution of the World Health Organization. United Nations, City of New York
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. WHO, 21.11.1986, Ottawa
- WHO (2000): Obesity, preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation: Geneva June 3–5–1997. Geneva: World Health Organization
- WHO (2003): MONICA. Monograph and multimedia sourcebook. World´s largest study of heart disease, stroke, risk factors, and population trends 1979–2002. Buch, Monographie. WHO World Health Organization, Genf
- WHO (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Genf

- WHO (2013): Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. World Health Organization – Regional Office for Europe, Copenhagen
- WHO (2014): Health in All Policies (HiAP). Framework for Country Action
- WHO (2015a): Health in all policies. Training manual. World Health Organization, Geneva
- WHO (2015b): The European health report 2015. Targets and beyond – reaching new frontiers in evidence. World Health Organization, Denmark
- Winkler, Petra; Pochobradsky, Elisabeth; Wirl, Charlotte (2012): Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Wirtschaftskammer Österreich (2016): Statistikabteilung, Mitgliederstatistik Personenbetreuung Stand Februar 2016.
- Zielsteuerung–Gesundheit (2013): Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG Zielsteuerung–Gesundheit, 200. Bundesgesetzblatt NR: GP XXIV RV 2140 AB 2253 S. 200. BR: AB 8959 S. 820