

Gesundheitsbericht 2005 für die Steiermark



→ Gesundheit

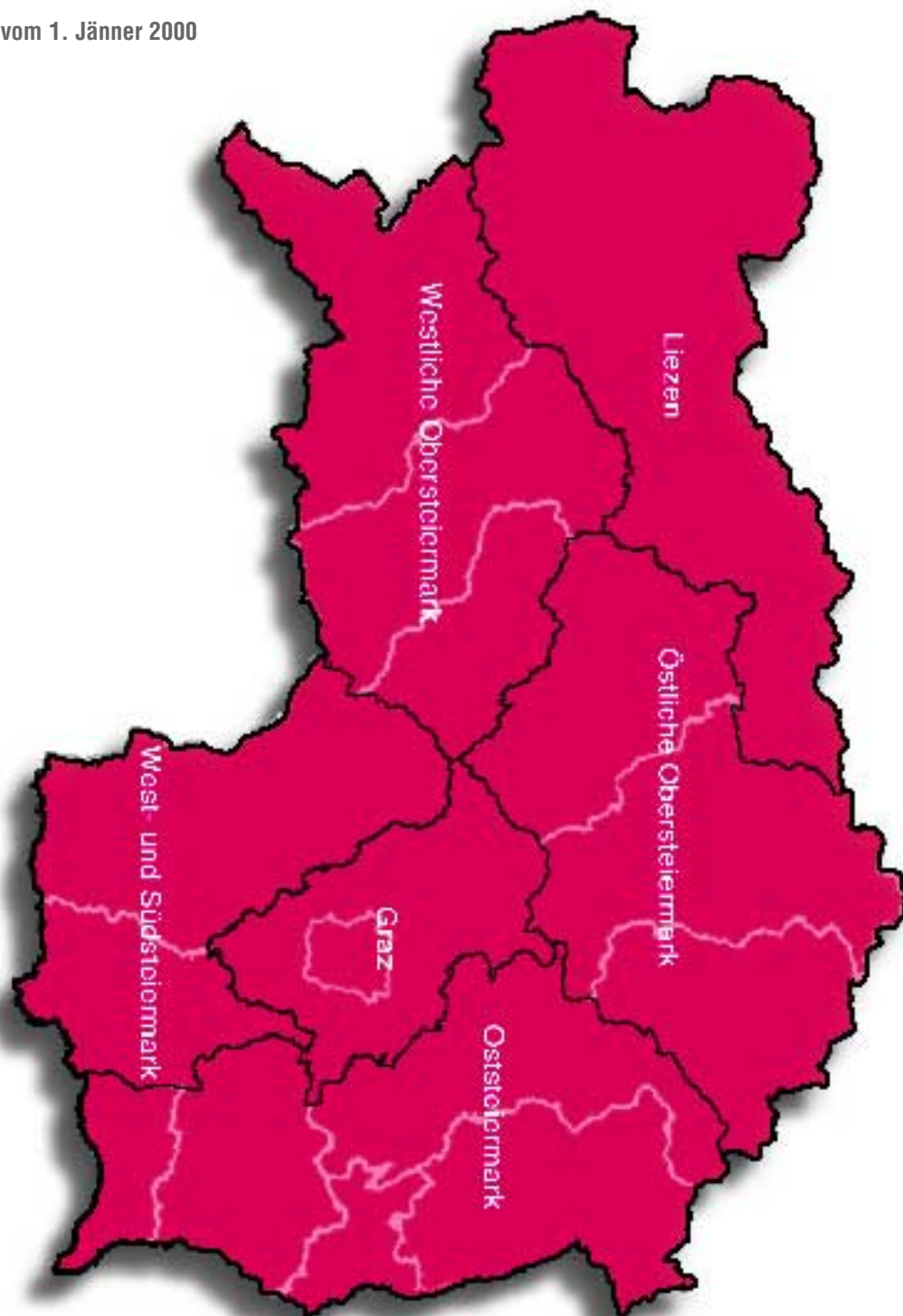
www.gesundheit.steiermark.at



Das Land
Steiermark

NUTS-III-Gliederung

Gebietsstand vom 1. Jänner 2000



— Grenzen der NUTS-III-Gebiete

— Bezirksgrenzen innerhalb der NUTS-III-Gebiete

Gesundheitsbericht 2005

für die Steiermark

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
Chancenungleichheit

Gesunde und sichere
natürliche Umwelt

Settings zur Förderung
der Gesundheit

Multisektorale
Verantwortung für die
Gesundheit

Integrierter
Gesundheitssektor

Finanzierung des
Gesundheitswesens und
Ressourcenzuteilung

Mobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang



»Gesundheit« ist ein modernes Schlagwort geworden: Die Gesundheit ist uns lieb und teuer und alle wünschen wir uns, dass sie uns recht lange erhalten bleibt.

Aber wie gesund sind wir wirklich? Wie gesund ist die Steiermark? Wer kümmert sich um die Gesundheitsversorgung, wer trägt in der Steiermark die Verantwortung für unser aller Gesundheit? Wo gibt es Defizite? Wo sind wir Spitze? Wo müssen wir unbedingt Projekte initiieren? Wie können wir die Gesundheitsversorgung, aber auch die Gesundheitsförderung finanzieren? Welche Partner brauchen wir?

Das Gesundheitsressort des Landes Steiermark versucht, Antworten auf diese Fragen zu bekommen, um der Bevölkerung ein effizientes und attraktives Angebot zu machen. Für all diese Angebote und Leistungen brauchen wir Grundlagen und Daten, damit wir wissen, wo wir ansetzen sollen. Deshalb erstellen wir alle fünf Jahre einen großen Gesundheitsbericht für die Steiermark. Nach dem Gesundheitsbericht 2000 kann ich Ihnen nun den Gesundheitsbericht 2005 für die Steiermark präsentieren.

Das Besondere an diesem Bericht – und damit ist er auch ziemlich einzigartig – ist seine Orientierung am Gesundheitsprogramm der WHO »Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert«. Somit bildet dieser Bericht eine Ergänzung zum Gesundheitsbericht 2000, der bereits einige der insgesamt 21 WHO-Gesundheitsziele behandelt hat. Nun liegt sozusagen der zweite Teil vor, der sich in erster Linie mit dem großen Bereich der »Gesundheitlichen Chancengleichheit« und der Betrachtung des Gesundheitsaspektes in der Gesamtpolitik auseinandersetzt.

In einer Zeit, in der fast täglich über die Frage der Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems und die angeblich so enorme Kostensteigerung im Gesundheitswesen diskutiert wird, ist es auch eine gesellschaftliche Verpflichtung, gerade jene zu berücksichtigen, die weniger gute Chancen und vielleicht auch nicht ganz so viel Glück im Leben haben wie andere. Auf diese Menschen gilt es Rücksicht zu nehmen und sie besonders zu unterstützen.

Denn die Frage darf nicht lauten »Können wir uns das noch leisten?«, sondern »Wollen wir uns das noch leisten?«

Eine Frage, die wir meines Erachtens auch künftig mit einem klaren »Ja« beantworten sollten

Wolfgang Erlitz
Gesundheitslandesrat

Inhalt

	1. Einleitung	2		
	2. Zusammenfassung	4		
	3. Methoden	8		
	3.1. Gesundheitliche Chancenungleichheit	8		
	3.2. Gesunde und sichere natürliche Umwelt	10		
Einleitung	3.3. Settings zur Förderung der Gesundheit	10		
	3.4. Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit und Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange	11		
Zusammenfassung	3.5. Integrierter Gesundheitssektor	12		
	3.6. Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuteilung	12		
Methoden	Literatur	12		
	4. Gesundheitliche Chancenungleichheit	14		
	4.1. Mortalität	14		
Gesundheitliche Chancenungleichheit	4.1.0. Lebenserwartung	14		
	4.1.1. Gesamtmortalität	14		
Gesunde und sichere natürliche Umwelt	4.1.2. Bösartige Neubildungen	16		
	4.1.3. Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane	17		
Settings zur Förderung der Gesundheit	4.1.4. Bösartige Neubildungen des Verdauungsapparates	18		
Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit	4.1.5. Bösartige Neubildungen der Brustdrüse	18		
	4.1.6. Bösartige Neubildungen der Prostata	19		
	4.1.7. Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes	19		
Integrierter Gesundheitssektor	4.1.8. Herz-Kreislauf-Erkrankungen	19		
	4.1.9. Ischämische Herzkrankheiten	21		
Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuteilung	4.1.10. Zerebrovaskuläre Erkrankungen	22		
	4.1.11. Krankheiten der Atmungsorgane	22		
	4.1.12. Krankheiten der Verdauungsorgane	23		
Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange	4.1.13. Unfälle, Verletzungen und Vergiftungen, Gewalteinwirkungen	24		
	4.1.14. Zusammenfassung: Mortalität	25		
	4.2. Morbidität	25		
	4.2.0. Hintergrund	25		
	4.2.1. Bösartige Neubildungen	26		
	4.2.2. Herz-Kreislauf-Erkrankungen	27		
	4.2.3. Krankheiten der Atmungsorgane	27		
	4.2.4. Krankheiten der Verdauungsorgane	28		
	4.2.5. Erkrankungen des Bewegungsapparates	28		
	4.2.6. Anzahl der selbst berichteten Erkrankungen	29		
	4.2.7. Art der selbst berichteten Erkrankungen	30		
	4.2.8. Anzahl der selbst berichteten Beschwerden	32		
	4.2.9. Art der selbst berichteten Beschwerden	33		
	4.2.10. Selbst berichtete chronische Erkrankungen	35		
	4.2.11. Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustands	37		
	4.2.12. Zusammenfassung: Morbidität	38		
	4.3. Risikofaktoren und Gesundheitsverhalten	39		
	4.3.1. Body Mass Index (BMI)	39		
	4.3.2. Selbst berichtetes Rauchverhalten	41		
	4.3.3. Selbst berichtetes Gesundheitsverhalten	43		
	4.3.4. Selbst berichtete körperliche Betätigung	44		
	4.3.5. Selbst berichtete Belastungen der Erwerbstätigen	46		
	4.3.6. Zusammenfassung: Risikofaktoren und Gesundheitsverhalten	47		
	4.4. Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	48		
	4.4.1. Selbstberichtete ärztlich verordnete Medikamente	48		
	4.4.2. Selbstberichtete nicht ärztlich verordnete Medikamente	50		
	4.4.3. Selbst berichtete Besuche bei AllgemeinmedizinerInnen (»Praktische(r) Arzt/ Ärztin«)	51		
	4.4.4. Selbst berichtete Besuche beim Frauenarzt bzw. bei der Frauenärztin	53		
	4.4.5. Selbst berichtete Besuche beim Internist bzw. bei der Internistin	54		
	4.4.6. Selbst berichtete Besuche beim Kinderarzt bzw. bei der Kinderärztin	54		
	4.4.7. Selbst berichtete Besuche beim sonstigen Facharzt bzw. bei der sonstigen Fachärztin	55		
	4.4.8. Selbst berichtete Besuche im Ambulatorium bzw. in der Ambulanz	55		
	4.4.9. Selbst berichtete Besuche bei ZahnbehandlerInnen bzw. im Zahnambulatorium	56		
	4.4.10. Selbst berichtete Krankenhausaufenthalte	56		
	4.4.11. Selbst berichtete Gesundenuntersuchung	57		
	4.4.12. Zusammenfassung und Schluss- folgerungen: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	58		
	4.5. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen: Gesundheitliche Chancenungleichheit	58		
	Literatur	60		
	5. Gesunde und sichere natürliche Umwelt	66		
	5.1. Rechtliche Grundlagen	66		
	5.2. Luftqualität	66		
	5.2.1. Feinstaub	66		
	5.2.2. Weitere Luftschadstoffe	68		
	5.3. Straßenverkehr	69		
	5.3.1. Lärm	69		
	5.3.2. Straßenverkehrsunfälle	70		
	5.4. Strahlung	70		
	5.4.1. Radonmessungen	70		
	5.4.2. Elektromagnetische Felder (EMF) – Mobiltelefonie	71		
	5.5. Abfall und kontaminierte Flächen	71		
	5.6. Wasser	72		
	5.7. Lebensmittelsicherheit	72		
	5.8. Entwicklung und Einrichtung eines Monitoring-, Berichts-, und Evaluations- systems über Umwelt-Gesundheits- Indikatoren	73		
	5.9. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen: Gesunde und sichere Umwelt	73		
	Literatur	74		
	6. Settings zur Förderung der Gesundheit	77		
	6.1. Häusliches Umfeld	78		
	6.2. Arbeitsplatz	80		

6.3. Kindergärten und Schulen	84	8.3.1. Schnittstellenmanagement und Versorgungskoordination	112
6.4. Lokale Gemeinden, Gemeinschaften und Städte	85	8.3.2. Disease Management und PatientInnenschulung	113
6.5. Arbeit in Settings für Menschen mit Behinderungen	88	8.3.3. Akutgeriatrie/ Remobilisation	115
6.6. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen: Settings zur Förderung der Gesundheit	89	8.3.4. Hospiz- und Palliativversorgung	115
Literatur	90	8.4. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen: Integrierter Versorgungssektor	116
		Literatur	118
7. Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit	94	9. Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuteilung	122
7.1. Beschreibung der rechtlichen Rahmenbedingungen	94	9.1. Kostendämpfungsmaßnahmen	122
7.1.1. Energie	94	9.1.1. Ausgaben allgemein	122
7.1.2. Transport	94	9.1.2. Ausgaben intramuraler Bereich	122
7.1.3. Industrie und Wirtschaft	94	9.1.3. Ausgaben extramuraler Bereich	123
7.1.4. Landwirtschaft und Lebensmittel	94	9.1.4. Ausgaben für die Gesundheitsförderung	124
7.1.5. Tourismus	95	9.2. Gesundheitsreform	124
7.1.6. Soziales	95	9.3. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen: Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuteilung	126
7.1.7. Umwelt	95	Literatur	127
7.1.8. Gesundheit	96	10. Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange	130
7.1.9. Entwicklungsprogramme	96	10.1. Beschreibung der rechtlichen Rahmen- bedingungen	130
7.1.10. Finanz und Justiz	96	10.2. Politisches Bewusstsein für multisektorale Verantwortung für Gesundheit	131
7.1.11. Medien	96	10.2.1. Landtagsbeschlüsse	131
7.2. Politisches Bewusstsein für multisektorale Verantwortung für Gesundheit	96	10.2.2. Anträge im Gesundheitsausschuss	131
7.2.1. Landtagsbeschlüsse	96	10.3. Darstellung der Gesundheitsförderungs- praxis	132
7.2.2. Anträge im Gesundheitsausschuss	97	10.4. Strategien zur Mobilisierung von Partnerschaften	133
7.3. Darstellung der Gesundheitsförderungs- praxis	98	10.5. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen: Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange	135
7.4. Möglichkeiten der Verankerung multi- sektoraler Verantwortung für Gesundheit	98	Literatur	136
7.5. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen: Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit	101	Anhang	137
Literatur	102	Tabellen	138
8. Integrierter Gesundheitssektor	104	Glossar	179
8.1. Hintergrund	104	WHO-Ziele – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert	184
8.1.1. Einleitung	104	Abkürzungsverzeichnis	186
8.1.2. Integrierte Versorgung und integrierter Gesundheitssektor: Konzept und internationale Entwicklungen	104		
8.2. Strukturen und Institutionen der Gesundheitsversorgung	105		
8.2.1. Österreichischer Strukturplan Gesundheit	105		
8.2.2. Ambulanter Sektor	106		
8.2.2.1. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	106		
8.2.2.2. Mobile Dienste	107		
8.2.2.3. Psychosoziale Versorgung	108		
8.2.2.4. Öffentlicher Gesundheitsdienst	109		
8.2.2.5. Öffentliche Apotheken	110		
8.2.2.6. Weitere ausgewählte Gesundheitsberufe	111		
8.2.3. Stationärer Sektor	111		
8.2.3.1. Krankenanstalten	111		
8.2.3.2. Angestellte Ärztinnen und Ärzte	112		
8.3. Beispiele integrierter Gesundheits- versorgung	112		

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
Chancenungleichheit

Gesunde und sichere
natürliche Umwelt

Settings zur Förderung
der Gesundheit

Multisektorale
Verantwortung für die
Gesundheit

Integrierter
Gesundheitssektor

Finanzierung des
Gesundheitswesens und
Ressourcenzuteilung

Mobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Einleitung

1. Einleitung

Der steirische Gesundheitsbericht 2000 wurde in Anlehnung an das WHO-Euro-Programm »Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert« konzipiert und hat damit einen Grundstein für die steirische Gesundheitsberichterstattung gelegt. Die Ausrichtung der Berichterstattung nach internationalen Zielen und Indikatoren ist ein innovatives und progressives Konzept, das noch wenig verbreitet ist. Die Steiermark nimmt hierbei eine Vorreiterrolle ein und stößt damit international in Fachkreisen auf Anerkennung (Cornelius-Taylor & Brand, 2004, S. 18).

Im Gesundheitsbericht 2000 für die Steiermark wurde bezüglich sieben der WHO 21 Ziele berichtet, inwieweit diese Ziele in der Steiermark erreicht beziehungsweise welche Maßnahmen gesetzt wurden. In Ergänzung zum Gesundheitsbericht 2000 wurde vom Steiermärkischen Gesundheitsressort (Gesundheitslandesrat Mag. Wolfgang Erlitz und Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion)) im Jahre 2004 ein neuerlicher Gesundheitsbericht in Auftrag gegeben, der weitere sieben WHO 21 Ziele behandeln und damit die Darstellungen aus dem Jahr 2000 ergänzen soll.

Der inhaltliche Schwerpunkt wurde auf das Thema »Gesundheitliche Chancenungleichheit« gelegt. Keiner der bisher vorliegenden Gesundheitsberichte des Bundes oder der Länder hat sich derartig intensiv mit dem Thema Ungleichheit auseinandergesetzt. Soziale und daraus resultierende gesundheitliche Chancenungleichheit ist in allen europäischen Ländern ein zumindest gleich bleibendes, wenn nicht größer werdendes Problem (siehe Kapitel 4). Aufgrund der schlechten Datenlage hinsichtlich sozialer Determinanten von Gesundheit und der in Österreich noch kaum entwickelten Wissenschaftstradition im Bereich Public Health liegt im Vergleich zu anderen europäischen Ländern wenig wissenschaftliche Evidenz über gesundheitliche Chancenungleichheit vor. Somit kann dem häufig verwendeten Argument, dass diese Art von Benachteiligung in unserem Wohlfahrtsstaat kein tatsächlich wichtiges Problem sei, kaum etwas entgegengesetzt werden. All diese Faktoren verhindern, dass die gesundheitliche Chancenungleichheit eine prioritäre Stellung auf der politischen Tagesordnung einnimmt beziehungsweise dass Maßnahmen und Programme entwickelt werden, die zur Verringerung derselben beitragen. Dem soll mit diesem Bericht Abhilfe geschaffen werden, indem zumindest eine Basis erarbeitet wird, die einen Diskurs und die Ableitung weiterer Forschungsprojekte ermöglicht. Im vorliegenden Bericht wurde durch die detaillierte und statistisch hochwertige Analyse des Mikrozensus eine Möglichkeit zur Darstellung gesundheitlicher Chancenungleichheit gefunden. Weiters wurde für die Analyse der ungleichen gesundheitlichen Chancen ein Sozialindex in Anlehnung an international getestete Verfahren entwickelt, um einen Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und der Mortalität herstellen zu können. Dadurch konnte gezeigt werden, dass es klare soziale Gradienten sowohl bei gesundheitlichen Risiken wie auch bei gesundheitlichen Ressourcen gibt. Aber auch regionale Unterschiede zwischen NUTS-III-Regionen beziehungsweise Bezirken treten klar ans Tageslicht. Basierend auf den vorliegenden Ergebnissen ergibt sich hier ein breites Interventionsfeld der regionalen und auch lokalen Gesundheitspolitik.

Es wurden auch Ziele in den Gesundheitsbericht aufgenommen, die eine ausgeprägte gesundheitspolitische Dimension und eine stärkere qualitative Ausrichtung haben. Auch hier wur-

de im vorliegenden Bericht ein bisher wenig berührtes, aber gesundheitspolitisch maßgebliches Feld beleuchtet. Im Besonderen handelt es sich um das Ziel der »Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik«, die berücksichtigt, dass Gesundheit maßgeblich durch die Handlungen anderer, außerhalb des Gesundheitswesens liegender Bereiche determiniert wird, und auch dementsprechend, Maßnahmen entwickelt und Handlungen setzt. So wagte sich der vorliegende Bericht auch an die schwierig zu beschreibenden und zu bewertenden Ziele der »gesunden und sicheren Umwelt«, der »multisektoralen Verantwortung für die Gesundheit«, der »Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange« und der »Settings zur Förderung der Gesundheit« heran. Diese Art und Weise an Themen heranzugehen ist in der österreichischen Gesundheitsberichterstattung bisher noch kaum zu finden. Dadurch bekommt der vorliegende Bericht eine wichtige politische Dimension, die vor allem auch die dringende Notwendigkeit der Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik für die Steiermark unterstreicht. Diese kann nur dann entwickelt werden, wenn Gesundheit und Gesundheitsförderung als Leitthemen mit höchster Priorität auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. Darüber hinaus bedarf es einer engen Zusammenarbeit aller Ressorts, um Maßnahmen für die Gesundheit(sförderung) umzusetzen.

Ein besonderes Merkmal des Berichts ist weiters die Betrachtung der Ergebnisse aus einer Gesundheitsförderungsperspektive. Obwohl die meisten der vorliegenden Daten Routinedaten bzw. Krankheitsdaten sind und daher dem biomedizinischen Konzept von Gesundheit entsprechen, wurde die Interpretation dieser Daten aus einer Gesundheitsförderungsperspektive vorgenommen und versucht, aus diesen Krankheitsdaten Gesundheitsförderungsinformationen zu machen. Vor allem in den Kapiteln, die wenig auf Routinedaten basieren, wurde ein salutogenetisches sowie ein gesundheitspolitisch gesamtheitlich ausgerichtetes Konzept verwendet. Darüber hinaus wurde großer Wert darauf gelegt, dass die Ergebnisse des vorliegenden Berichts in einer praxisrelevanten Art und Weise dargestellt wurden und somit eine Basis für die Ausrichtung der Arbeit der handelnden GesundheitspolitikerInnen liefern.

Der folgende Bericht stellt nach Zusammenfassung und Einleitung die verwendeten Methoden dar. Im Kapitel 4 folgt sodann die Darstellung von gesundheitlicher Chancenungleichheit. Hierbei werden zuerst die Ergebnisse hinsichtlich der Mortalität (Todesursachenstatistik) und dann hinsichtlich der Morbidität (Krankenhausentlassungsdaten und Mikrozensus) berichtet. Abschließend wird die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen betreffend Chancenungleichheiten analysiert. Das Kapitel 5 umfasst eine Beschreibung der Umwelt, gefolgt von einer Darstellung der Gesundheitsförderung in Settings im Kapitel 6. Kapitel 7 liefert einen Aufriss über die Verankerung von multisektoraler Verantwortung für Gesundheit in der Steiermark. Eine Übersicht über die integrierte Gesundheitsversorgung in der Steiermark wird im Kapitel 8 gegeben, sowie der aktuelle Stand der Finanzierung des Gesundheitswesens und der Ressourcenzuteilung im Kapitel 9 berichtet wird. Schluss endlich wird im Kapitel 10 die Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange in der Steiermark in Grundzügen geschildert.

Literatur

1. Cornelius-Taylor, B. & Brand, H. (2004). European public health reports between expectations and reality. Italian Journal of Public Health, 1, 1–2, 13–21.

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche Chancenungleichheit

Gesunde und sichere natürliche Umwelt

Settings zur Förderung der Gesundheit

Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit

Integrierter Gesundheitssektor

Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuteilung

Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange

Anhang

ZUSAMMENFASSUNG

2. Zusammenfassung

Diese Zusammenfassung stellt eine Auswahl der wichtigsten aus der Datenlage für die Steiermark abgeleiteten Ergebnisse dar und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Zusammenfassungen und Schlussfolgerungen finden sich am Ende der einzelnen Kapitel dieses Berichts.

- ▶ Die steirische Lebenserwartung und Gesamtsterblichkeit liegt im Österreich- und Europaschnitt. Die Haupttodesursachen in der Steiermark sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gefolgt von Krebserkrankungen (alle Lokalisationen zusammengenommen), Unfällen und Verletzungen sowie Erkrankungen der Atmungsorgane. Krankenhausaufenthalte werden in der Steiermark – nach Geburten bei den Frauen und Unfällen bei den Männern – am häufigsten durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen der Atmungsorgane verursacht. Die am weitest verbreiteten Tumorlokalisationen sind die Brustdrüse bei den Frauen und die Prostata bei den Männern. Die SteirerInnen geben an, am häufigsten unter Erkältungskrankheiten, Schäden der Wirbelsäule, Gelenkerkrankungen und erhöhtem Blutdruck zu leiden. Etwas häufiger als in anderen Bundesländern wird von den SteirerInnen ein schlechter subjektiver Gesundheitszustand, Übergewicht und Belastungen durch Zeitdruck, körperliche Arbeit oder der Unvereinbarkeit von Beruf, Haushalt und Betreuungspflichten berichtet. Im Österreich- und Bundesländerdurchschnitt liegt die steirische Bevölkerung hinsichtlich Rauchen, gesundheitsförderlicher Aktivitäten und körperlicher Betätigung.
- ▶ Sowohl die Sterblichkeit als auch die Ursachen für Krankenhausaufenthalte, selbst berichtete Krankheiten und selbst berichtetes Gesundheitsverhalten zeigen – nach Geschlecht betrachtet – unterschiedliche Muster: Frauen berichten von einem schlechteren subjektiven Gesundheitszustand, während Männer höhere Sterblichkeitsraten und häufigere Krankenhausaufenthalte aufweisen. Männer geben an mehr Bewegung zu machen und Frauen berichten häufiger sich gesund zu ernähren.

- ▶ Die Höhe der Sterblichkeitsraten, der Krankenhaushäufigkeiten, der Krankheitsbelastungen sowie die Verbreitung von Risikofaktoren und bestimmtem Gesundheitsverhalten sind regional unterschiedlich, am ehesten fällt dabei die Bevölkerung der Regionen West- und Süd-Steiermark sowie die östliche und westliche Obersteiermark mit einem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand und -verhalten auf.
- ▶ Aufgrund der schlechten Datenlage konnte für die Steiermark der Zusammenhang zwischen Sterblichkeit und sozialem Status nur unzureichend untersucht werden. Bei den selbst berichteten Krankheiten, Beschwerden, Risikofaktoren und Gesundheitsverhalten zeigt sich ein sozialer Gradient sowohl nach Bildung als auch nach Stellung im Beruf oder nach Lebensunterhalt betrachtet. Aus diesen Ergebnissen sowie den Resultaten steirischer, österreichischer und internationaler Studien kann geschlossen werden, dass auch in der Steiermark gesundheitliche Chancengleichheit vorliegt.
- ▶ Heim-, Freizeit- und Sportunfällen kommt – vor allem bei Kindern und Jugendlichen sowie bei älteren Menschen – eine steigende Bedeutung zu. Aufgrund der zunehmenden demographischen Alterung stellen insbesondere Stürze älterer Personen, die folgenschwere Konsequenzen sowie Gesundheits- und Pflegekosten nach sich ziehen, ein wachsendes Public Health Problem dar.
- ▶ Arbeits- und Wegunfälle passieren in der Steiermark häufiger als in Gesamtösterreich. Besonders betroffen sind manuell arbeitende Berufsgruppen und Branchen, wobei diese Gruppen auch höhere Krankenstandsdaten aufweisen. Krankenstände werden vor allem aufgrund von Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane, gefolgt von Krankheiten von Skelett, Muskeln und Bindegewebe und Unfällen in Anspruch genommen. Die längsten Krankenstände verursachen allerdings gut- und bösartige Neubildungen und psychische Erkrankungen, sowie Herz- und Gefäßerkrankungen. Um diesbezüglich Verbesserungen zu bewirken, wurden – allerdings erst in einigen wenigen Betrieben – in der Steiermark Gesundheitsförderungsprogramme implementiert.

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

- ▶ Die Anzahl der Unfälle in steirischen Schulen ist deutlich geringer als jene in österreichischen. Vereinzelt werden Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit in Schulen und Kindergärten gesetzt. Aufgrund der steigenden Gesundheitsprobleme mit fortschreitendem Alter sollte Gesundheitsförderung neben Volksschulen auch in andere Schultypen stärker integriert werden.
- ▶ Wenig systematisch aufbereitetes Datenmaterial und Informationen gibt es hinsichtlich der Settings Betrieb, Schule, Gemeinde und Stadt – ganz abgesehen von epidemiologischen Daten über den Gesundheitszustand von behinderten Personen.
- ▶ Die in diesem Bericht vorliegende Analyse des steirischen Landesrechts, der Beschlüsse des Steiermärkischen Landtags und dessen Gesundheitsausschusses und eines ausgewählten Auszugs aus der Gesundheitsförderungspraxis kann nur einen groben Trend für die Verankerung der multisektoralen Verantwortung von Gesundheit und für die partnerschaftliche Ausrichtung der Gesundheitsförderungsarbeit beschreiben. Um eine fundierte Beurteilung der Situation abzugeben, bedarf es weiterer Recherchen und Studien.
- ▶ Basierend auf den analysierten Dokumenten zeigt sich, dass Gesundheit explizit verhältnismäßig häufig in den Sektoren Wirtschaft und Soziales genannt wird. Auch in den Sektoren Bildung, Umwelt und Landwirtschaft spielt Gesundheit – wenn auch nur in geringem Ausmaß – eine Rolle. Die Verankerung der multisektoralen Verantwortung für Gesundheit in den Sektoren Tourismus, Transport, Medien, Energie, Finanz und Justiz ist weitgehend noch nicht gegeben.
- ▶ Am häufigsten wird im Gesundheitswesen mit Akteuren des öffentlichen Dienstes, GesundheitsprofessionistInnen und anderen ExpertInnen und NGOs zusammengearbeitet. Hinsichtlich der Kooperation mit VertreterInnen der Privatwirtschaft kann nur eingeschränkt von partnerschaftlicher Arbeit gesprochen werden. Die Zusammenarbeit mit BürgerInnen und WissenschaftlerInnen ist noch relativ wenig verbreitet.
- ▶ Obwohl Daten für eine aussagekräftige und flächendeckende Umweltgesundheitsberichterstattung derzeit in noch nicht ausreichender Form vorhanden sind, ergeben sich bei Betrachtung der verfügbaren Datenlage für die Steiermark Hinweise auf wesentliche und vermeidbare umweltbezogene Belastungen in den folgenden Bereichen: Luftschadstoffe (vor allem Feinstaub in den städtischen Ballungsräumen) und Lärm (Verkehrsbelastungen im Stadtgebiet Graz). Darüber hinaus stellen Verkehrsunfälle ein erhebliches Gesundheitsproblem dar: sowohl die Anzahl tödlicher Verkehrsunfälle, der Unfälle mit Verletzungsfolgen sowie der unter Alkoholeinfluss verursachten Unfälle sind im Bundesländervergleich unakzeptabel hoch.
- ▶ Die Rahmenbedingungen und Strukturen zur Ermöglichung einer kontinuierlichen, lückenlosen und die Versorgungsebenen überschreitenden Behandlungskette sind derzeit noch schwach entwickelt. Multiprofessionelle und organisationsübergreifende Kooperationsformen der Versorgung sowie systematische Anreizsysteme zur Abgeltung integrierter Versorgungsmodelle sind derzeit noch nicht gewährleistet. Jedoch sind bereits Versorgungsmodelle, im Besonderen zur Koordinierung der Überleitungsprozesse, des Aufnahme- und Entlassungsmanagements an der Schnittstelle zwischen extramuralen und intramuralen Gesundheitsdienstleistern sowie der multiprofessionellen Weiterbetreuung im Stadium der Erprobung vorhanden. Zwischen den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention, Diagnose, Behandlung, Rehabilitation und Pflege gibt es bisher nur teilweise Kooperationen.
- ▶ Die Ausgaben für das Gesundheitswesen sind weiterhin im Steigen begriffen, wobei die Aufwendungen für die Gesundheitsförderung verschwindend gering sind. Durch die Gesundheitsreform 2005 soll die Finanzierung von das Krankenhaus entlastende, strukturverändernde Maßnahmen und von Gesundheitsförderungsprojekten gefördert werden.

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
Chancenungleichheit

Gesunde und sichere
natürliche Umwelt

Settings zur Förderung
der Gesundheit

Multisektorale
Verantwortung für die
Gesundheit

Integrierter
Gesundheitssektor

Finanzierung des
Gesundheitswesens und
Ressourcenzuteilung

Mobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Methoden

Gesundheitliche Chancengleichheit

- Datenquellen
- Soziale Indikatoren
- Definitionen

Gesunde und sichere natürliche Umwelt

Settings zur Förderung der Gesundheit

Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit und Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange

- Rechtliche Rahmenbedingungen
- Politisches Bewusstsein
- Exemplarische Darstellung der Gesundheitsförderungspraxis
- Festlegung der Sektoren
- Festlegung der Partner
- Integrierter Gesundheitssektor
- Finanzierung des Gesundheitswesens

Literatur

3. Methoden

Die für diesen Bericht gewählte Arbeitsweise stützt sich auf zwei wesentliche Säulen: Einerseits wurde für die Auswertung auf für die Steiermark bzw. Österreich verfügbare einschlägige Daten sowie relevante Dokumente zurückgegriffen. Andererseits aber wurde eine umfassende Literatursuche durchgeführt, um die Steiermark- und Österreich-spezifischen Ergebnisse mit internationalem und gut abgesichertem Wissen zu vervollständigen. Dabei kann von der Annahme ausgegangen werden, dass viele der andernorts systematisch gewonnenen Erkenntnisse auch für die Steiermark Gültigkeit besitzen. Auch wenn sich die Autorinnen grundsätzlich über die Problematik der Übertragbarkeit bewusst sind, wurde – angesichts der beschränkten Verfügbarkeit adäquater Daten bzw. einschlägiger Studien in der Steiermark – besonderer Wert gelegt, auch internationale Studienergebnisse für die Berichterstellung zu berücksichtigen.

3.1. Gesundheitliche Chancengleichheit

Datenquellen

Zur Darstellung und Bewertung wurden routinemäßig verfügbare Datenquellen wie die Todesursachenstatistik und die Krankenhausentlassungsstatistik herangezogen, welche auf Basis der 9. Revision der ICD-Klassifikation erstellt wurden. Daten dieser beiden Datenquellen wurden dem Gesundheitssystem Steiermark bereits altersstandardisiert (unter Verwendung der alten europäischen Standardbevölkerung) als Durchschnittsraten (inkl. 95% Konfidenzintervall) über den verfügbaren Zeitraum entnommen. Die Daten aus dem Jahr 2003 waren nicht zeitgerecht erhältlich, weshalb nur die Daten der Jahre 1998 bis 2002 verwendet wurden. Beide Datensätze konnten bis auf Bezirksebene ausgewertet werden.

Die Krankenhausentlassungsstatistik (inkl. NulltagespatientInnen) umfasst Daten aus Krankenanstalten, die in einem Abrechnungsverhältnis mit dem Steiermärkischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds (SKAFF) stehen. Sie sind mit großer Vorsicht zu interpretieren, weil sie die Daten jener SteirerInnen, die in anderen Bundesländern versorgt wurden, sowie Indikationen und Behandlungen, die häufig in Nicht-SKAFF-Krankenanstalten vorgenommen werden (z.B. Unfälle), nicht beinhalten. Darüber hinaus sind die vorliegenden Daten durch Doppel-Erfassungen verzerrt. Da es sich um eine fallbezogene Statistik handelt, wird jede Krankenhausaufnahme einzeln erfasst, sodass die Daten durch Wiederaufnahmen verunreinigt sind.

Nicht herangezogen für eine Analyse zur gesundheitlichen Chancengleichheit wurden die Daten des Krebsregisters, da es keine sozioökonomischen Daten beinhaltet und ökologische Korrelationen aufgrund geringer Fallzahlen auf Bezirksebene nicht aussagekräftig sind.

Eine weitere wesentliche Quelle stellte der letzten verfügbare Mikrozensus Gesundheit 1999 dar, der nun erstmals für die Steiermark ausgewertet wurde. Grundlage für die Analyse

des Mikrozensus 1999 ist die von Statistik Austria im Rahmen des Sonderprogramms zu Fragen zur Gesundheit im September 1999 durchgeführte Erhebung. Es handelt sich dabei um eine mündliche Befragung von Personen in Privathaushalten, die nach einem komplexen Stichprobenplan ausgewählt wurden. Somit beziehen sich auch die Ergebnisse ausschließlich auf jenen Teil der Bevölkerung, der in Privathaushalten lebt, d.h. die Anstaltsbevölkerung (Krankenanstalten, Pflegeheime, Gefängnisse, etc.) wurde nicht befragt. In der Steiermark umfasste die Stichprobe 7.116 Personen, das sind 12,1% der insgesamt befragten 58.745 Österreicherinnen und Österreicher. Von den 7.116 Personen waren 3.454 (49%) Personen männlich und 3.662 (51%) weiblich. Gegliedert nach NUTS-III-Einheiten ergaben sich folgende absoluten Stichprobenumfänge: Graz 1.476, Liezen 453, Östliche Obersteiermark 1.169, Oststeiermark 1.971, West- und Südsteiermark 1.324, Westliche Obersteiermark 723, gesamt 7.116.

Für das Sonderprogramm des Mikrozensus besteht keine Auskunftspflicht. 18,3% der Befragten verweigerten die Auskunft, so dass eine Antwortrate (Responserate) von 81,7% gegeben war. Zudem besteht die Möglichkeit, Fremdauskünfte zu erteilen, was insbesondere bei Kindern sehr häufig der Fall ist. 35,5% der Auskünfte waren Fremdauskünfte.

Fehlende Angaben wurden von Statistik Austria mit Hilfe einer statistischen Imputationsmethode ergänzt. Österreichweit wurden die Ergebnisse auf 7.958.101 EinwohnerInnen hochgerechnet, steiermarkweit auf 1.185.397 Personen. Aus methodischer Sicht setzt eine Hochrechnung voraus, dass die Stichprobe die tatsächliche Bevölkerungsstruktur weitestgehend nachbildet, sprich repräsentativ für die Grundgesamtheit ist, wobei diesbezügliche Abweichungen durch entsprechende Gewichtungen im Rahmen der Hochrechnung korrigiert werden können. Ein Vergleich der den Analysen zugrunde liegenden hochgerechneten Daten mit der tatsächlichen Bevölkerungsstruktur hat gezeigt, dass hinsichtlich der wichtigsten soziodemografischen Merkmale eine sehr gute Übereinstimmung vorliegt.

Diese Übereinstimmung trifft auf die regionale Gliederung nach NUTS-III-Regionen nur bedingt zu, was dadurch zu erklären ist, dass das dem Mikrozensus zugrunde liegende Stichproben- und Hochrechnungsmodell nur für Aussagen auf Bundesländerebene abgestimmt ist. Insbesondere der Großraum Graz/Graz-Umgebung ist in den Mikrozensusdaten etwas unterrepräsentiert. Vor der endgültigen Auswertung wurden unplausible Angaben nach Rücksprache mit ExpertInnen aus der Analyse ausgeschlossen. Für die steiermarkspezifischen Auswertungen wurde von der Landesstatistik Steiermark der entsprechende Datensatz von Statistik Austria angekauft. Die Auswertungen erfolgten in SPSS.

Soziale Indikatoren

Nachdem weder die Todesursachen- noch die Spitalsentlassungsstatistik Informationen über den sozialen Status auf individueller Ebene beinhalten, war es nur möglich, unter Heranziehung ökologischer Methoden einen Zusammenhang zwischen Indikatoren für den Gesundheitszustand (über Da-

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

ten zur Mortalität) und Indikatoren zur sozialen Ungleichheit zu prüfen. Es konnte nur eine ökologische Analyse für die Auswertung der Todesursachenstatistik durchgeführt werden. Eine Vielzahl ökologischer Studien hat den Einfluss von sozioökonomischem Status auf den Gesundheitszustand bzw. auf Sterblichkeit untersucht, wobei Gruppen-Indikatoren (gebietsbasierte Maße; »area based measures«) verwendet wurden. Diese werden in Fällen eingesetzt, wenn auf individueller Ebene derartige Maßzahlen nicht verfügbar sind (Smith, Hart, Watt, Hole, & Hawthorne, 1998; Murray, Gakidou, & Frenk, 1999; Wolfson & Rowe, 2001; Tseng, M., Yatts, K., Millikan, R. & Newman, 2001).

So genannte ökologische Studien untersuchen also Zusammenhänge auf höher aggregierter Ebene (z.B. Gruppen, Organisationen, geografische Gebiete) bzw. analysieren derartig »gruppierte Daten« anstelle individueller Daten. Man spricht auch von einem »unvollständigen« Studiendesign (»incomplete design«). Die Entscheidung für ein ökologisches Studiendesign fällt oft aufgrund methodischer Überlegungen bzw. vor allem, wenn Informationen zu Variablen auf individueller Ebene nicht verfügbar sind. Neben einfacher und unaufwändiger Machbarkeit sind ökologische Studien jedoch gleichzeitig auch von schwieriger Interpretation ihrer Aussagen gekennzeichnet. Besonders Querschnittsanalysen sind anfällig für verschiedenste Formen von Verzerrungen.

Im Zusammenhang mit dem »Gesundheitsbericht Steiermark 2005« ergeben sich mehrere methodische Probleme, auf ökologischer Ebene einen Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status (»ecologic exposure«; hier: aggregierter Index für sozioökonomische Ungleichheit) und dem individuellen Risiko (»individual risk«; hier Sterblichkeit) zu zeigen. Bei der Interpretation der Ergebnisse einer derartigen ökologischen Analyse muss unter anderem mit ökologischen und durch den Index bedingten Verzerrungen gerechnet werden. Eine ökologische Verzerrung, d.h. das Unvermögen einen gegebenen, »wahren« Effekt auf individueller Ebene auch auf ökologischer Ebene zu zeigen, kann aufgrund der Nichtfassbarkeit der Heterogenität der individuellen Merkmale bzw. ihrer Verteilung entstehen. D.h. der gegebene individuelle Effekt ist auf ökologischer Ebene nicht darstellbar bzw. zeigt möglicherweise einen entgegengesetzten Effekt. Es wurden in der sozialepidemiologischen Forschung zahlreiche Summenmaße bzw. Indizes für Ungleichheit entwickelt (z.B.: Townsend Score: Townsend, Phillimore, Beattie, 1986; 1988; 1994; Robin-Hood Index: Atkinson & Micklewright, 1992; Atkinson Score: Atkinson, 1970, Pedersen, 2004). Dazu wird Information über die Verteilung der in diese Summenmaße eingehenden Komponenten bzw. Teilfaktoren (wie z.B. Arbeitslosenrate, Besitzverhältnisse etc.) in der untersuchten Bevölkerung – zumindest auf Ebene der Haushalte – benötigt (z.B. Volkszählung). Diese Index-Konstruktion kann zu Verzerrung und Missklassifikation führen.

Eine Strategie diese Formen von Bias zu reduzieren, ist die Bildung möglichst kleiner – in Bezug auf die Aussetzung zur »ökologischen Variable« – homogener Einheiten (z.B. Bezirke). Die Kontrolle der Störgrößen ist bei Analysen auf ökolo-

gischer Ebene grundsätzlich problematischer als bei jenen auf individueller Ebene. Als zusätzlich limitierend ergibt sich die Unmöglichkeit die Größe des erwartbaren ökologischen Bias zu schätzen (zur Validierung wären wieder Informationen auf individueller Ebene notwendig).

Dennoch wurde im vorliegenden Gesundheitsbericht eine explorative ökologische Korrelations-Analyse (»complete ecologic analysis«) durchgeführt, welche geschlechtsspezifische Sterberaten auf Gruppen-Ebene (d.h. von politischen Bezirken) per Summenindex verglichen (»Multiple Group Design«). Damit kann untersucht werden, ob Einkommens- und Wohlstandsungleichheit zwischen Bezirken unterschiedliche Sterberaten bewirken. Es wurde also eine lineare Regression »gruppenspezifischer« (und geschlechtsspezifischer) Sterberaten auf Bezirksebene mit gruppenspezifischen ökologischen Expositions-Variablen (z.B. Sozial-Index für jeden Bezirk) vorgenommen. Ein Problem bei der Interpretation des Korrelationskoeffizienten ist unter diesen Bedingungen gegeben, muss aber, da dies die einzige Möglichkeit ist, mit den vorliegenden Daten gesundheitliche Unterschiede nach sozialen Gruppen zu erfassen, in Kauf genommen werden.

Analog zum »Townsend Score« (Townsend, Phillimore, Beattie, 1986; 1988; 1994) wurde ein Summenindex aus folgenden Variablen gebildet: Bildung (%-Anteil der Bevölkerung ohne Matura), Wohnverhältnisse (%-Anteil der Bevölkerung in der Wohnungskategorie C+D und %-Anteil der Bevölkerung mit Wohnungen, die von mehr als 1 Person pro Raum bewohnt werden) und Arbeitslosenquote. Die Gewichtung und Berechnung wurde ebenfalls nach der Vorlage des »Townsend Score« vorgenommen (Census Dissemination Unit – Census Knowledge Base, 2003). Für diese Analyse wurden aufgrund der geringen Fallzahlen bestimmte Todesursachen ausgewählt: Sterblichkeit allgemein, Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Von Korrelationen der Daten aus der Spitalsentlassungsstatistik wurde aufgrund der ohnehin geringen Validität Abstand genommen.

Der Mikrozensus wurde aufgrund der geringen Repräsentativität auf Bezirksebene nur bis auf NUTS III Ebene ausgewertet. Demgegenüber konnten die Mikrozensusdaten hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen Gesundheit und sozialem Status (Bildung, Stellung im Beruf, Erwerbstätigkeit, Wohnungseigentum) auf individueller Ebene analysiert werden.

Für den Indikator Bildung wurde die Variable »Höchste abgeschlossene Schulbildung« mit den ursprünglichen Kategorien analog zur Auswertung von Statistik Austria »Gesundheitszustand & Konsum medizinischer Leistungen« in folgende Gruppen zusammengefasst: Pflichtschulabschluss, Lehrabschluss (Berufsschule), Berufsbildende Mittlere Schule, Allgemeinbildende Höhere Schule, Berufsbildende Höhere Schule und Universität, Hochschule, hochschulverwandte Lehranstalt. In der vorliegenden Analyse bezieht sich dieser Indikator auf Personen ab 15 Jahren, im Unterschied zur Mikrozensus-Auswertung der Statistik Austria, wo die Häufigkeiten erst ab 30 Jahren angegeben werden (Statistik Austria, 2002). Eklatante Unterschiede sind nicht zu erwarten.

Beim Indikator Stellung im Beruf wurden die beiden Lehr- lingsarten ArbeiterInnen und Angestellte zu einer Gruppe Lehrling zusammengelegt (ebenfalls analog zu Statistik Austria, 2002) und folgende Gruppen gebildet: Selbstständige/r, Mithelfende/r, Angestellte/r, Beamte/r, FacharbeiterIn, Sonst. ArbeiterIn, Lehrling und Sonstige.

Einleitung

Zusammenfassung

Der Indikator Lebensunterhalt besitzt die Unterteilung Erwerbstätig, Karenzurlaub, Arbeitslos, PensionistIn/RentnerIn, ausschließlich haushaltsführend, SchülerIn/StudentIn, sonstige Personengruppe und Kind im Vorschulalter.

Methoden

Nachdem Studien gezeigt haben, dass Wohneigentumsverhältnisse einen guten Vorhersagewert für die Gesundheit haben (MacIntyre, 2003), wurde abschließend ein Indikator für die Wohneigentumsverhältnisse gebildet. Die Mikrozensus-Variable »Rechtsverhältnis an der Wohnung« wurde zu Eigentum (einschließlich Verwandter, Schwägerte/r des/der Hauseigentümers/-eigentümerin), Miete (Haupt- bzw. UntermieterIn) und sonstige Rechtsverhältnisse zusammengefasst. Allerdings wurde aufgrund der wenig aussagekräftigen Ergebnisse auf eine Darstellung des Zusammenhangs zwischen Merkmalen im Bereich der Fragekategorie »Rechtsverhältnis an der Wohnung« und Ergebnisgrößen zur Gesundheit in diesem Bericht schließlich verzichtet.

Gesundheitliche Chancengleichheit

Gesunde und sichere natürliche Umwelt

Settings zur Förderung der Gesundheit

Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit

Integrierter Gesundheitssektor

Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuteilung

Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange

Anhang

Neben verschiedensten deskriptiven und explorativen statistischen Analysemethoden kamen Kontingenztafelanalysen inkl. Chi-Quadrat-Tests zur Anwendung. Konkrete Signifikanzaussagen wurden zudem anhand der jeweiligen standardisierten Residuen verifiziert.

Definitionen

Der Body-Mass-Index berechnet sich aus den eigenen Angaben zu Körpergröße (in cm) und Gewicht (in kg) nach folgender Formel: $\text{BMI} = \text{Gewicht}/(\text{Körpergröße}/100)^2$. Weil diese Berechnung des BMI bei unter 20jährigen aufgrund der Wachstumsphasen kein aussagekräftiger Indikator ist, wurden nur Personen ab 20 Jahren in die Analyse inkludiert. Es gibt international verschiedene Definitionen von Über- und Untergewicht. Für den vorliegenden Bericht wurde folgende Klassifizierung vorgenommen: starkes Untergewicht ($<17,999$), Untergewicht (18,0–20,999), Normalgewicht (21–25,999), Übergewicht (26–29,999), starkes Übergewicht (>30). Dabei wurde die Klassifizierung des ÖBIG aus Gründen der Vergleichbarkeit übernommen (Land Niederösterreich, 2002, S. 31). Die Daten wurden um Werte, die einen BMI unter 15 bzw. einen BMI über 53,9 anzeigten, aus Plausibilitätsgründen bereinigt.

Im Bericht wurden durchgehend 10-Jahres-Altersgruppen (15–24, 25–34, 35–44, 55–64, 65–74, 75 und älter) verwendet. Von der ursprünglichen Absicht auch noch eine Altersgruppe der 75–84jährigen und der über 85 jährigen zu bilden, wurde aufgrund der geringen Fallzahlen Abstand genommen. Für die Darstellung des Body Mass Index wurde die erste Altersgruppe mit 20–24 Jahren definiert und dann mit der für den Bericht festgelegten Altersgruppierung weitergearbeitet.

3.2. Gesunde und sichere natürliche Umwelt

Vor dem Hintergrund der rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen im Bereich der gesundheitsrelevanten Umweltbedingungen sowie des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes, erfolgte die Darstellung datengestützter Informationen zu den Bereichen Luftqualität, Verkehr, Lärm, Strahlung, Abfall, Wasser sowie Lebensmittelsicherheit. In dieser Auswahl wurde im Wesentlichen auf die von der WHO entwickelten Kernindikatoren zu 10 Umweltbereichen zurückgegriffen (WHO, 2004, S.7). Dabei wurden die umweltrelevanten Daten aus dem Landesumweltinformationssystem (LUIS) bezogen und mit relevanten Berichten ergänzt. Zur Darstellung des Standes sowie zur Beschreibung der Umsetzung damit verbundener Maßnahmen wurde eine Recherche relevanter Projektberichte durchgeführt. Zusätzlich wurden Informationen über zuständige Fachpersonen bzw. ExpertInnen der Landesverwaltung eingeholt.

3.3. Settings zur Förderung der Gesundheit

Zentrale Fragestellung des Kapitels Settings war, einerseits den Gesundheitszustand der in diesem Setting lebenden Bevölkerung mit Hilfe vorhandener Daten zu beschreiben und andererseits darzustellen, inwieweit Gesundheitsförderung in den Settings Familie und Nachbarschaft, Arbeitsplatz, Kindergärten und Schulen sowie Gemeinden bereits durchgeführt wird. Für die Erreichung des ersten Zieles wurden Daten der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse und des Instituts Sicher Leben herangezogen, um die Unfallhäufigkeit in den Settings Schule, Arbeitsplatz, Heim und Freizeit zu beschreiben. Weiters wurden die Ergebnisse der Auswertung der Studie »Health behaviour of school aged children« herangezogen, um Aufschluss über den Gesundheitszustand der SchülerInnen in der Steiermark zu geben. Zur Beantwortung des zweiten Teils der Fragestellung wurden folgende Recherchen durchgeführt: Die Erhebung zum Setting Schule und Gemeinde bezog sich maßgeblich auf Styria Vitalis aufgrund ihrer Aktivitäten in diesen Bereichen. Im Hinblick auf die betriebliche Gesundheitsförderung wurden mit der Bitte um die Übermittlung eines Projektberichtes alle steirischen Betriebe kontaktiert, die der Kooperationsplattform für betriebliche Gesundheitsförderung am Josefhof bekannt waren und die laut Kooperationsplattform internationale Qualitätskriterien für betriebliche Gesundheitsförderung erfüllen.

Zur Beschreibung der Arbeit in Settings für behinderte Menschen wurde eine Recherche durchgeführt, die nur exemplarisch einen Aufriss über die Situation in der Steiermark liefern kann. Vor allem aufgrund der fehlenden epidemiologischen Daten in diesem Bereich ist eine fundierte Darstellung nicht möglich.

3.4. Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit und Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange

Ausgehend von der Fragestellung, ob die rechtlichen Rahmenbedingungen multisektoral und partnerschaftlich ausgerichtet ist und ob die Gesundheitspolitik und die Gesundheitsförderungspraxis multisektoral und partnerschaftlich arbeiten, wurde eine Dokumentenanalyse des steirischen Landesgesetzes, der steirischen Landtagsbeschlüsse und Gesundheitsausschussanträge, sowie der Gesundheitsförderungspraxis durchgeführt.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Zur Beschreibung der steirischen Gesetzes und Rechtslage wurde im Rechtsinformationssystem die gültige Fassung des steirischen Landesrechtes mit dem Textwort »*gesund*« durchsucht. Inkludiert in die Analyse wurden alle Dokumente, die die Definition von multisektoraler Verantwortung erfüllen. Es wurde nicht zwischen Gesetzen und Verordnungen unterschieden, beide wurden inkludiert. Ausgenommen wurden jene Dokumente, die Formalvorgänge (z.B. Geschäftsverteilung des Landes, Gemeindeordnung) regelten, die nicht die Gesundheit des Menschen betreffen und auch jene, die lediglich die gesundheitliche Eignung z.B. für ein Berufsbild festlegten. 121 Rechtstexte enthielten bei der Abfrage am 25.3.2005 das Textwort »gesund« und wurden gesichtet. Exkludiert wurden 4 (3%) Dokumente, die Formalismen regelten, 5 (4%), die gesundheitliche Eignungen festlegten und 11 (9%), die sich nicht mit der menschlichen Gesundheit beschäftigten. Zusätzlich wurden 3 Rechtsdokumente inkludiert, die unter den Landtagsbeschlüssen zu finden waren und den Inkludierungskriterien entsprachen, aber von der RIS-Abfrage nicht detektiert wurden. Somit wurden insgesamt 104 Rechtstexte in die Untersuchung eingeschlossen.

Politisches Bewusstsein

Zur Beschreibung des politischen Bewusstseins für multisektorale Verantwortung für Gesundheit wurde das Online-Archiv der steirischen Landtagsbeschlüsse, das bis November 2000 zurückreicht, im Volltext (wiederum mit der Spezifikation »Landtagsbeschlüsse«) mit dem Wort »gesund*« am 12.3.2005 abgefragt. 111 Dokumente wurden vom Online-Archiv ausgeworfen und gesichtet. 86 (77%) der Beschlüsse wurden exkludiert und zwar 37 (33%) Beschlüsse, in denen Berichte zur Kenntnis genommen wurden und somit keine Maßnahmen beschlossen wurden, 26 (23%) Beschlüsse, die rechtlichen Charakter hatten und im Teil der Rechtsdokumentenanalyse berücksichtigt wurden, 13 (12%) Beschlüsse, die die Bundesregierung betrafen und daher für die Verankerung von multisektoraler Verantwortung auf Landesebene keine Relevanz haben, 9 (8%) Beschlüsse, die Formalismen (wie z.B. die Wahl in Ausschüsse) regelten und ein Beschluss, weil er sich nicht auf die menschliche Gesundheit bezog. Somit wurden 25 Landtagsbeschlüsse in die Betrachtungen des vorliegenden Berichts inkludiert.

Zusätzlich wurden alle im Gesundheitsausschuss eingebrachten Dokumente (Anträge und Regierungsvorlagen)

vom Online-Archiv des Steiermärkischen Landtags am 12.3.2005 abgefragt. 102 Dokumente wurden in der Datenbank gefunden, davon wurden 23 (23%) ausgeschlossen, weil sie den Wirkungsbereich des Bundes betrafen. In Folge dessen verblieben 79 Anträge für die vorliegende Analyse.

Exemplarische Darstellung der Gesundheitsförderungspraxis

Exemplarisch für die Gesundheitsförderungspraxis wurden die aktuellsten Jahresberichte (2003, wo vorhanden 2004) jener Vereine analysiert, die von der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8A, Basissubventionen erhalten. D.h. diese Organisationen werden nicht ausschließlich für spezifische Gesundheitsförderungsprojekte finanziell unterstützt, sondern auch unabhängig von den Projekten für ihre Arbeit als Organisation. 11 solcher Institutionen wurden eruiert, davon wurden 2 exkludiert; eine, weil kein Bericht übermittelt worden war und eine, weil sie nicht multisektoral arbeitet. Dementsprechend wurden die Jahresberichte von 9 Organisationen inkludiert, wobei jedes einzelne in den Berichten genannte Projekt als ein eigenes betrachtet wurde, wodurch 89 Projekte in die Analyse gingen. Wie schon bei der Dokumentenanalyse der Rechtstexte und der politischen Anträge und Beschlüsse ging es darum, zu eruieren und zu beschreiben, in welchen Sektoren durch die Kooperation mit Gesundheitsförderungsorganisationen Gesundheit verankert ist.

Festlegung der Sektoren

Multisektorale Verantwortung wurde in Anlehnung an die WHO-Strategie Gesundheit 21 wie folgt definiert: »Es muss mindestens ein Sektor außerhalb des Gesundheitssektors involviert und damit bereit bzw. verpflichtet sein, die Konsequenzen der Handlungen bzw. Nicht-Handlungen für die Gesundheit zu tragen«. Laut WHO-Strategie wurden folgende Sektoren festgelegt: Energie, Transport, Wirtschaft, Landwirtschaft und Lebensmittel, Finanzen, Soziale Sicherheit, Justiz und Gerichtsbarkeit und Medien. Um das Spektrum zu komplettieren wurden zusätzlich die Querschnittssektoren Umwelt, Bildung und Gesundheit als eigene Bereiche in die Analyse mit aufgenommen. Weiters wurden die Verordnungen zu den Entwicklungsprogrammen des Landes und der verschiedenen Bezirke separat betrachtet.

Festlegung der Partner

Folgende Kriterien wurden als Definition von Partnerschaft festgelegt und mussten erfüllt sein: gemeinsames Ziel, gemeinsame Entscheidungsfindung und gemeinsame Einbringung und Verwendung von Ressourcen. Nachdem es jedoch nicht möglich war, die notwendigen Informationen zu dieser Kategorisierung von Partnerschaften aus den Gesetzen wie auch aus anderen verwendeten Dokumenten, wie Landtagsbeschlüssen und Gesundheitsausschussanträgen oder Projektberichten, zu bekommen, wurde jede genannte Partei als Partner gewertet. In Anlehnung an die WHO-Strategie wurden folgende Partner festgelegt: Akteure öffentlicher Institutionen, ExpertInnen, WissenschaftlerInnen, Nicht-Staatliche Organisationen (Non-Profit), VertreterInnen der Privatwirtschaft (Profit) und BürgerInnen (WHO, 1999, S. 192–195).

3.5. Integrierter Gesundheitssektor

Vor dem Hintergrund einer literaturgestützten Beschreibung zur Erläuterung des Konzeptes der integrierten Versorgung wurden die rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen nach Recherche relevanter Gesetzestexte dargestellt. Zur Beschreibung der Merkmale und Kennzahlen der einzelnen Versorgungsbereiche im Gesundheitssektor wurden Informationen direkt bei den Berufsgruppen (Ärztelkammer, Apothekerkammer, Hebammengremium), Institutionen (KAGES, StGKK, Landessanitätsdirektion) eingeholt und durch Projekt- bzw. Jahresberichte sowie Informationen aus offiziellen Websites (v.a. Gesundheitsministerium) ergänzt. Exemplarisch für mögliche Umsetzungsformen integrierter Versorgung wurden Projektberichte und Tätigkeitsberichte analysiert. Zusätzlich wurden Informationen über zuständige ExpertInnen, Fachpersonen bzw. ProjektleiterInnen eingeholt.

3.6. Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuteilung

Zur Beschreibung der Umsetzung der WHO-Prinzipien zur Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuteilung wurden Finanzierungsdaten vom Steiermärkischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds, der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse und der Steiermärkischen Landesregierung, im Speziellen der Fachabteilung 8B, angefragt. Die vorliegenden Daten wurden durch die Verwendung von Jahresberichten sowie weiteren für die Steiermark relevanten Dokumenten und Literatur vervollständigt. Wo Informationen fehlten, unvollständig waren oder Fragen aufwarfen, wurde durch telefonische Gespräche mit den ExpertInnen im Feld eine Klärung herbeigeführt.

Zusammenfassend können als besondere Qualitätsmerkmale des vorliegenden Berichts die über die deskriptive Statistik hinausgehende Analyse wie auch die über die üblichen Standards der Gesundheitsberichterstattung hinausreichende Literaturrecherche genannt werden. Außerdem zeichnen sich die qualitativen Methoden der nicht auf Routinedaten basierenden Kapitel durch einen systematischen, klar nachvollziehbaren Ansatz aus. Auch die Betrachtung und Interpretation der Ergebnisse aus Sicht der Gesundheitsförderung, die internationale Ausrichtung, sowie die Orientierung an den WHO21-Zielen und Strategien geben dem Gesundheitsbericht eine ungewöhnlich hohe Qualität und eine ausgeprägte gesundheitspolitische Relevanz. Die Berichtslegung zu Kapiteln wie der multisektoralen Verantwortung für Gesundheit in der vorliegenden Form ist für Österreich bisher einzigartig und entspricht höchsten internationalen Standards. Mit diesem Bericht wird somit der Gesundheitspolitik eine gute Basis für eine wissenschaftsbasierte Entscheidungsfindung zur Verfügung gestellt.

Literatur

- Atkinson AB (1970). On the measurement of inequality. *Journal of Economic Theory*; 2: 244–263.
- Atkinson, A.B. & Micklewright, J. (1992). *Economic Transformation in Eastern Europe and the Distribution of Income*. Cambridge: University Press.
- Census Dissemination Unit: Census Knowledge Base. (2003). http://census.ac.uk/cdu/Datasets/1991_Census_datasets/Area_Stats/Derived_data/Deprivation_scores/Townsend_index.htm
- Land Niederösterreich, Abteilung Gesundheitswesen/Sanitätsdirektion (Hrsg.). (2002). *Niederösterreichischer Gesundheitsbericht 2002*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
- MacIntyre, S., McKay, L., Der, G. & Hiscock, R. (2003). Socio-economic position and health: what you observe depends on how you measure it. *Journal of Public Health Medicine*, 25, 4, S. 288–294.
- Murray, CJL, Gakidou, EE. & Frenk J. (1999). Health inequalities and social group differences: what should we measure? *Bulletin of the World Health Organization*, 77: 537–543.
- Pedersen, AW. (2004). Inequality as Relative Deprivation – A Sociological Approach to Inequality Measurement. *Acta Sociologica*, 47, 1, 31–49.
- Phillimore, P., Beattie, A. & Townsend, P. (1994). Widening inequality of health in northern England, 1981–91. *BMJ*; 308: 1125–1128.
- Smith, GD., Hart, C., Watt, G., Hole, D., Hawthorne V (1998). Individual social class, area-based deprivation, cardiovascular disease risk factors, and mortality: the Renfrew and Paisley Study. *J Epidemiol Community Health*; 52(6):399–405.
- Statistik Austria. (2002). *Gesundheitszustand und Konsum medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Mikrozensus 1999*. Wien: Verlag Österreich.
- Townsend Score. (o.D.) Download vom 24.5.2005, von <http://www.avon.nhs.uk/phnet/Methods/townsend.htm>
- Townsend, P., Phillimore, P., Beattie, A (1988). *Health and deprivation: inequality and the north*. London: Routledge,.
- Townsend, P., Phillimore, P., Beattie, A. (1986). *Inequalities in health in the Northern region: an interim report*. Newcastle upon Tyne: Northern Regional Health Authority and Bristol University.
- Tseng, M., Yeatts, K., Millikan, R. & Newman B. (2001). Area-level characteristics and smoking in women. *Am J Public Health*; 91(11):1847–1850.
- WHO. (1999). *Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Eine Einführung*. Kopenhagen. (=Europäische Schriftenreihe »Gesundheit für alle« 5).
- WHO. (2004). *Environmental health indicators for Europe. A Pilot Indicator-based Report*. Copenhagen: Regional Office for Europe.
- Wolfson, M. & Rowe G. (2001) On measuring inequalities in health. *Bull World Health Organ.*; 79(6):553–560.

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Gesundheitliche Chancenungleichheit

WHO-Ziel:

Bis zum Jahr 2020 sollte das Gesundheitsgefälle zwischen sozioökonomischen Gruppen innerhalb der Länder durch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit von benachteiligten Gruppen in allen Mitgliedsstaaten um mindestens ein Viertel verringert werden

Mortalität

Morbidität

Risikofaktoren und Gesundheitsverhalten

- Body Mass Index (BMI)
- Rauchverhalten
- Gesundheitsverhalten
- Körperliche Betätigung
- Belastungen der Erwerbstätigen

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

- Medikamente
- Arztbesuche
- Krankenhausaufenthalte
- Gesundenuntersuchung

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Literatur

4. Gesundheitliche Chancengleichheit

4.1. Mortalität

4.1.0. Lebenserwartung

Die mittlere Lebenserwartung bei der Geburt lag im Schnitt der Jahre 1999–2003 in der Steiermark für Frauen bei 82 und für Männer bei 75 Jahren, womit die SteirerInnen eine ähnlich hohe Lebenserwartung haben wie die ÖsterreicherInnen (siehe Tab. 4.1.0). Die mittlere Lebenserwartung der ÖsterreicherInnen liegt dabei im Mittelfeld der EU-15 (Europäische Kommission, 2003, S. 9; WHO, 2004a).

Innerhalb der EU hat sich der Unterschied in der Lebenserwartung in den letzten 30 Jahren vergrößert, wobei ein deutliches Ost-West-Gefälle sichtbar wird (WHO, 2002, S. 10–11). Dieses Ost-West-Gefälle besteht auch innerhalb Österreichs mit einer deutlich höheren Lebenserwartung in Vorarlberg und in Tirol im Vergleich zu Wien und dem Burgenland (ÖBIG, o.D.; siehe auch Stadt Wien, Lebenserwartung und Mortalität, 2003, S. 76–78). Innerhalb der Steiermark haben besonders die BewohnerInnen der NUTS-III-Regionen West- und Südsteiermark und östliche Obersteiermark eine niedrigere Lebenserwartung, gefolgt von der westlichen Obersteiermark (ÖBIG, o.D.). Auf Bezirksebene fallen die BewohnerInnen von Mürzzuschlag und Radkersburg durch eine niedrigere Lebenserwartung auf, hingegen fällt vor allem die Bevölkerung der Bezirke Feldbach, Weiz und Graz-Umgebung mit einer hohen auf (ÖBIG, o.D.).

Dieses Muster ist für beide Geschlechter ähnlich, wenngleich Frauen durchwegs einige Jahre länger leben als Männer. Die männlichen Bewohner von Deutschlandsberg, Leibnitz und Mürzzuschlag haben eine im Vergleich zum gesamtsteirischen Durchschnitt kürzere Lebensspanne zu erwarten (siehe Tab. 4.1.0). Umgekehrt fällt auf, dass besonders die BewohnerInnen Liezens und der Oststeiermark eine ähnlich hohe Lebenserwartung haben wie die BewohnerInnen der westlichen Bundesländer (ÖBIG, o.D.).

Die behinderungsfreie Lebenserwartung zeigt sowohl regional als auch nach Geschlecht das gleiche Bild. Allerdings ist bei den Frauen auch in der NUTS-III-Region Graz die behinderungsfreie Lebenserwartung eher niedrig, während sie in der Oststeiermark am höchsten ist (ÖBIG, o.D.). Diese kürzere behinderungsfreie Lebenserwartung lässt sich vermutlich auf den Anstieg chronischer Krankheiten im fortgeschrittenen Alter zurückführen. Im Österreichvergleich ist die Steiermark, anders als bei der Lebenserwartung insgesamt, hier eher auf den hinteren Rängen zu finden und liegt damit etwas unter dem österreichischen Durchschnitt. Europaweit (inkl. der Länder der Gemeinschaft unabhängiger Staaten und Süd-Ost-Europa) liegt Österreich 2001 mit einer behinderungsfreien Lebenserwartung von 71 Jahren an achter Stelle (WHO, 2003, S. 28). Positiv verzeichnet werden kann jedoch,

dass laut einer österreichischen Studie die gesunde Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten in Österreich gestiegen ist (Doblhammer & Kytir, 2001, S.389).

Mit der Lebenserwartung als Gesamtindikator für den Gesundheitszustand zeichnet sich aber auch bereits ab, dass die BewohnerInnen bestimmter steirischer Regionen gesundheitlich benachteiligt sind und somit erhöhten Bedarf an gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen haben.

4.1.1. Gesamt mortalität

Im Durchschnitt der Jahre 1998 bis 2002 sind jährlich 837 Männer und 495 Frauen pro 100.000 EinwohnerInnen verstorben, wobei die weibliche Sterberate signifikant unter jener der Männer liegt (siehe Tab. 4.1.1). Im Österreichvergleich liegt die steirische Gesamtsterblichkeit ungefähr im Durchschnitt (Land Niederösterreich, 2002, Tab. 3.1.6). Europaweit wird Österreich in die Gruppe der Länder mit der niedrigsten Mortalität eingeordnet (WHO, 2003, S. 29).

Die Sterblichkeit der Männer zeigt signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Bezirken. Am höchsten liegt sie mit über 900 Verstorbenen pro 100.000 Einwohner in den Bezirken Radkersburg, Mürzzuschlag, Leibnitz, Fürstenfeld, Deutschlandsberg und Voitsberg. Alle Bezirke der NUTS-III-Region West- und Süd-Steiermark (Deutschlandsberg, Leibnitz, Voitsberg) sowie zwei eher südlich gelegene Bezirke der Region Oststeiermark (Fürstenfeld, Radkersburg) weisen hohe Sterblichkeitszahlen bei den Männern auf. Mortalitätsraten unter 800 Männern pro 100.000 Einwohner zeigen hingegen die Bezirke Liezen, Weiz, Graz-Stadt und Knittelfeld. Die Korrelation der männlichen Sterberaten mit dem Sozialindex (beruhend auf der Arbeitslosenrate, der Wohnungsausstattung, der abgeschlossenen Bildung und der Anzahl der Personen pro Wohnraum; siehe Kapitel 3.1) findet zwar keinen signifikanten aber doch einen erhöhten Zusammenhang zwischen Sterblichkeit und sozialer Lage.

Der unmittelbare Zusammenhang zwischen Sterblichkeit und sozialer Ungleichheit gilt jedoch seit den 80er Jahren als unumstritten (Naidoo & Wills, 2000, S. 29). Für Großbritannien wurde beispielsweise bei Männern ein 3,7 bis 5mal so hohes Sterblichkeitsrisiko für sozial schwächere Gruppen gefunden (Chandola, 2000). Am stärksten ist die Kluft zwischen manuell und nicht-manuell arbeitenden Berufsgruppen. Bewohner aller europäischen Länder, die einer manuellen Arbeit nachgehen, zeigen hier ein ca. 1,5mal so hohes Sterblichkeitsrisiko, verglichen mit Männern, die eine nicht-manuelle Arbeit ausüben (Kunst, Groenhof, Mackenbach et al, 1998, S. 1638). Darüber hinaus wurde nachgewiesen, dass ein kumulativer Effekt der Benachteiligung besteht. So haben finnische Männer, die sowohl als Kinder als auch als Erwachsene dem manuell arbeitenden Sektor zugerechnet werden können, ein höheres Sterblichkeitsrisiko als Männer, die sich über die Lebensspanne in der sozialen Hierarchie auf- oder abwärts bewegen (Pensola & Martikainen, 2003, S. 747). In dieser sozial mobilen Gruppe wiederum zeigen Männer, die sozial aufsteigen, eine geringere Sterblichkeit. Es zeigt sich vor allem,

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche Chancengleichheit

Gesunde und sichere natürliche Umwelt

Settings zur Förderung der Gesundheit

Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit

Integrierter Gesundheitssektor

Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuteilung

Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange

Anhang

dass der soziale Status im Erwachsenenalter den stärksten Zusammenhang mit der Mortalität aufweist (Pensola & Martikainen, 2003, S. 747). In einer deutschen Studie wurde sogar ein viermal so hohes Sterblichkeitsrisiko bei un- und angelernten männlichen Arbeitskräften festgestellt wie bei mittleren Vorgesetzten und Führungskräften (Peter & Geyer, 1999). Dieser Zusammenhang konnte in einer Analyse der Sterblichkeitsdaten männlicher Krankenversicherter bestätigt werden, wo ebenfalls Angehörige gering qualifizierter Berufsgruppen eine signifikant höhere Sterblichkeit aufwiesen (Helmer et al, 2002, S. 7).

Auch für Österreich gibt es diesbezüglich Belege. Zum Beispiel ist in Wien ein Zusammenhang zwischen Mortalität einerseits sowie Arbeitslosigkeit und Wohnungssituation andererseits auf Bevölkerungsebene gegeben (Stadt Wien, 2003, S. 172–176). Auch ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Frühsterblichkeit wurde für die österreichischen Männer festgestellt (Schleicher & Hlava, 2003, S. 15). In der Vergangenheit wurde errechnet, dass 35–49jährige Pflichtschulabsolventen ein bis zu 4,7mal so hohes Sterblichkeitsrisiko haben wie Männer der höchsten Bildungsstufe (Doblhammer-Reiter, 1995/1996).

So wie bei den Männern liegen auch bei den Frauen große Unterschiede zwischen den Bezirken vor, wobei jedoch das Ausmaß etwas geringer ist. Wiederum sind jene Bezirke, die auch hohe männliche Sterblichkeitszahlen aufweisen, besonders betroffen (ausgenommen Fürstenfeld) (siehe Tab. 4.1.1). Besonders niedrig sind die weiblichen Raten in Feldbach, wenngleich die Unterschiede nicht statistisch signifikant sind. Knittelfeld und Graz-Stadt zeigen für beide Geschlechter eher niedrige Sterblichkeitsraten, während Liezen (mit der geringsten Männersterblichkeit) eine relativ hohe Frauensterblichkeit aufweist. Die statistische Analyse des Zusammenhangs zwischen der weiblichen Sterblichkeit und dem Sozialindex hat keine signifikanten Ergebnisse ergeben. Damit kann allerdings ein Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit für die Steirerinnen nicht ausgeschlossen werden.

Österreichische Studien zeigen zwar inhomogene Ergebnisse (Stadt Wien, 2003, S. 174; Doblhammer-Reiter, 1995/1996) und der soziale Gradient scheint in der Sterblichkeit der weiblichen Bevölkerung weniger stark ausgeprägt zu sein als in der männlichen, trotzdem ist eine Ungleichheit gegeben (Babitsch, 2001, S. 85).

So wurde in einer deutschen Studie bei un- und angelernten Frauen ein 3,8mal so hohes Sterblichkeitsrisiko festgestellt wie bei Führungskräften (Peter & Geyer, 1999). Der Nachweis der Stärke der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit bei den Frauen ist stark abhängig von der Operationalisierung der sozialen Ungleichheit (Berücksichtigung der Stellung des Ehe- bzw. Lebenspartners) und ist daher in herkömmlichen Studien im Vergleich zu Männern schwerer zu erbringen (Babitsch, 2001, S. 88) Durch die Verwendung eines sozialen Indikators, der die soziale und materielle Situation des Haushalts miteinbezog, wurde in Großbritannien ein ähnlich großer sozialer Gradient in der Sterblichkeit festgestellt, und zwar sowohl für Männer als auch für Frauen, die in sozial und materiell schlechter gestellten Haushalten lebten (Sacker et al, 2000, S. 1305).

Hohe Gesamtsterblichkeitsraten liegen für Männer und Frauen in den Bezirken Mürzzuschlag, Voitsberg, Radkersburg, Leibnitz und Deutschlandsberg vor. Vor allem zeigen die Regionen West- und Süd- sowie östliche Obersteiermark eine deutlich höhere Sterblichkeit (auch im Österreichvergleich) (ÖBIG, o.D.). Der Grund dafür ist vermutlich ein Konglomerat verschiedener Ursachen wie wirtschaftlicher Unsicherheit, Mangel an Arbeitsplätzen vor Ort sowie damit einhergehender Stressbelastungen und einem daraus resultierenden gesundheitsschädigenden Lebensstil. Auf alle Fälle liegt das Einkommen in all den genannten Bezirken unter dem Steiermark- und Österreich-Durchschnitt, was jedoch noch nicht bedeutet, dass diese Bezirke auch jene mit der schlechtesten Einkommenssituation sind (Land Steiermark, 2003a, S. 31). Um die diesbezüglichen Ursachen zu erfassen, bedürfte es weiterer wissenschaftlicher Untersuchungen in den betroffenen Regionen.

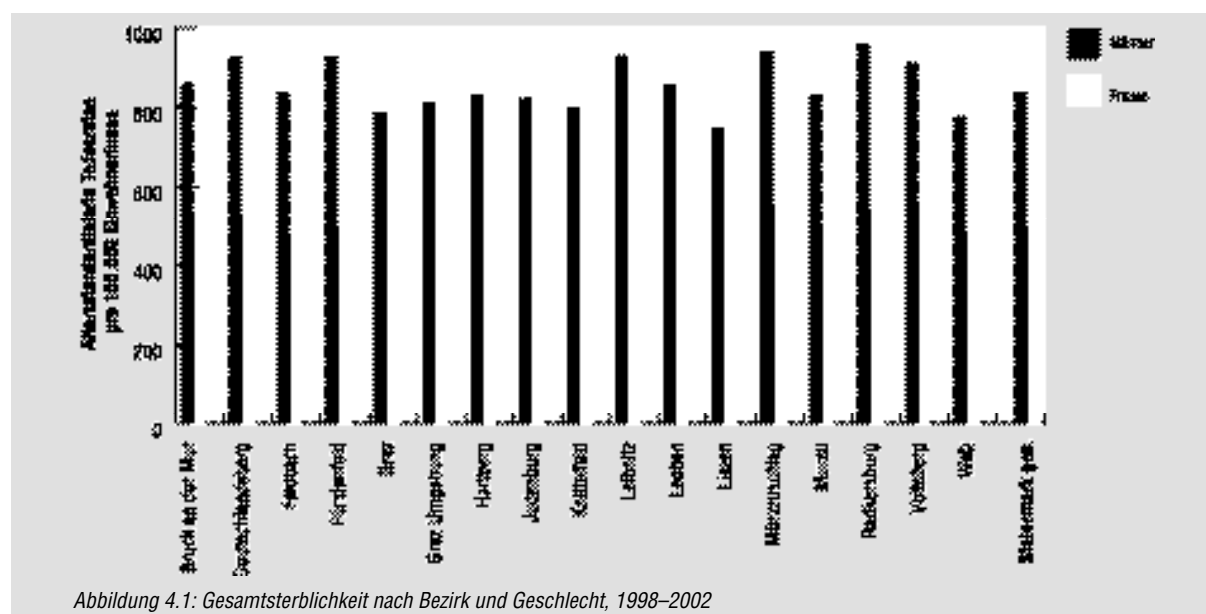


Abbildung 4.1: Gesamtsterblichkeit nach Bezirk und Geschlecht, 1998–2002

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancenungleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Allgemein ist festzuhalten, dass in internationalen Studien sowie in nationalen Untersuchungen ein Zusammenhang zwischen Sterblichkeit und sozialer Ungleichheit hergestellt wurde. Die sozialen und damit einhergehend gesundheitlichen Unterschiede wurden ausreichend für Skandinavien und Großbritannien für beide Geschlechter belegt (Green & Potvin, 2004, S. 120). Auch eine niederländische Studie stellte – ähnlich wie zahlreiche andere – fest, dass der größte Teil der Ungleichheit auf materielle Ursachen zurückzuführen ist, wobei diese Ungleichheit sich zum Teil durch ihre psychosoziale Wirkung (Stress, fehlende soziale Unterstützung, dramatische Lebensereignisse) negativ auf die Sterblichkeit auswirkt (van Oort, van Lenthe & Mackenbach, 2005, S. 217). Die Autoren schließen aus den Ergebnissen ihrer und anderer Studien, dass Erfolg versprechende Interventionen zur Reduktion von gesundheitlicher Ungleichheit auf die Verbesserung der materiellen Situation sozial schlechter gestellter Gruppen abzielen sollten. Zusätzlich muß bei Interventionen zur Verhaltensänderung und zur Verbesserung psychosozialer Faktoren mitberücksichtigt werden, dass materielle Benachteiligung nicht unwesentlich zur Entstehung gesundheitsschädigenden Verhaltens sowie negativer psychosozialer Faktoren beiträgt (van Oort, van Lenthe & Mackenbach, 2005, S. 219). In aktuellen Studien wurde außerdem ein Zusammenhang zwischen sozialem Kapital, sozialer Integration, religiöser Einbindung und Mortalität hergestellt (Skarbski, Kopp & Kawachi, 2003; Skrabski, Kopp & Kawachi, 2004). Es kann also angenommen werden, dass starker sozialer Zusammenhalt ein salutogener Faktor ist und konsequenterweise die Rahmenbedingungen zur Stärkung des sozialen Kapitals durch die Politik geschaffen werden müssen.

4.1.2. Bösartige Neubildungen

Aufgrund von bösartigen Neubildungen verstarben zwischen 1998 und 2002 im Schnitt jährlich 231 Männer und 135 Frauen pro 100.000 EinwohnerInnen (siehe Tab. 4.1.2). Damit liegt die Steiermark bei beiden Geschlechtern ungefähr im österreichischen Durchschnitt (Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, 2002, Tab. 3.1.6). Auch im EU-15-Vergleich befindet sich die Steiermark im Mittelfeld (WHO, 2004a).

Die höchsten Krebssterblichkeitsraten der Männer finden sich in den Bezirken Radkersburg, Fürstenfeld, Leibnitz und Voitsberg (mit Raten über 250 pro 100.000 Männer), gefolgt von Mürzzuschlag (siehe Tab. 4.1.2). Somit ist die südliche und westliche Steiermark besonders von einer erhöhten Krebssterblichkeit betroffen, während die Bezirke Liezen, Weiz und Knittelfeld niedrige Werte zeigen.

Die Korrelation zwischen den männlichen Krebssterblichkeitsraten und dem Sozialindex zeigt einen geringen und damit keinen signifikanten Zusammenhang. Es kann jedoch aufgrund internationaler Studienergebnisse davon ausgegangen werden, dass soziale Ungleichheit auch eine Auswirkung auf die Krebssterblichkeit hat.

Beispielsweise wurde in einer europäischen Studie bei einem Vergleich des Krebssterblichkeitsrisikos zwischen manuell und nicht manuell arbeitenden Männern ein erhöhtes Risiko für erstere von 10–70% je nach Land identifiziert (Kunst, Groenhouf & Mackenbach, 1998, S. 1638). Aber auch bei der Aufschlüsselung nach sozialen Klassen wurden Unterschiede festgestellt. So wurde in Rom bei Männern der niedrigsten sozialen Klasse ein um 20% höheres Sterblichkeitsrisiko aufgrund von Krebserkrankungen gefunden (Michelozzi, Perucci, Forastiere et al, 1999, S. 688). In Australien betrug die Risikoerhöhung sogar 40% (Turrel & Mathers, 2001, S. 235). Turrel und Mathers stellten darüber hinaus fest, dass die Krebssterblichkeit um 19% reduziert werden könnte, wenn die Sterblichkeit in allen Gruppen gleich hoch wäre (Turrel & Mathers, 2001, S. 236). Allerdings sind die Ergebnisse für die männliche Krebssterblichkeit nach sozialen Klassen nicht durchgehend so eindeutig. Manche Studien fanden einen umgekehrten Zusammenhang, d.h. dass sozial besser gestellte Männer eine höhere oder gleich hohe Sterblichkeit wie sozial schlechter gestellte aufweisen (Pensola & Martikainen, 2003, S. 747–748). Dies wird vor allem mit der Inhomogenität der Gruppe der bösartigen Neubildungen erklärt, die Tumore verschiedenster Lokalisationen und Stadien vereint.

Bei den Frauen zeigen die Bezirke Voitsberg und Mürzzuschlag die höchste Krebssterblichkeit, unmittelbar gefolgt von Deutschlandsberg, Leoben, Graz Umgebung und Fürstenfeld (siehe Tab. 4.1.2). Eine niedrige weibliche Krebssterblichkeit konnte hingegen in den ländlichen Bezirken Murau, Hartberg, Weiz und Feldbach gefunden werden.

Hinsichtlich der weiblichen Krebssterblichkeit in der Steiermark zeigte sich kein Zusammenhang zwischen den sozialen und den gesundheitlichen Unterschieden auf Bezirksebene. In internationalen Studien gibt es zur gesundheitlichen Ungleichheit bei der weiblichen Krebssterblichkeit unterschiedliche Ergebnisse. So wies eine Ungleichheitsstudie in Rom keine signifikanten Unterschiede auf (Michelozzi, Perucci, Forastiere et al, 1999, S. 689), während in Australien für die Frauen der niedrigsten Sozialklasse ein erhöhtes Krebssterblichkeitsrisiko von 14% und ein Anstieg der Ungleichheit über die Zeit festgestellt wurde (Turrel & Mathers, 2001, S. 235).

Für beide Geschlechter sind die Raten in den Bezirken Voitsberg und Mürzzuschlag hoch. Bei einer Betrachtung nach NUTS-III-Regionen ist allen voran die West- und Süd-Steiermark von einer hohen Krebssterblichkeit bei beiden Geschlechtern betroffen, gefolgt von Graz und der östlichen Obersteiermark (ÖBIG, o.D.). Da bekanntlich jeweils ungefähr ein Drittel der Krebserkrankungen auf den Tabakkonsum und auf ungesunde Ernährung zurückgeführt werden können (Schlattmann, 2000, S. 453), lassen sich diese regionalen Besonderheiten zum Teil durch Unterschiede im Lebensstil erklären. Zumindest in der West- und Süd-Steiermark sowie in der östlichen Obersteiermark konnte ein erhöhter Tabakkonsum sowie ein eher hoher Anteil an Übergewichtigen (als Indikator für geringen Obst- und Gemüsekonsum) festge-

stellt werden. Darüber hinaus stellte sich die Bevölkerung der West-Süd-Steiermark körperlich relativ inaktiv heraus (siehe Kapitel 4.3.4).

Zur Verringerung sozial bedingter gesundheitlicher Unterschiede sollten Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme initiiert werden, welche auf die Veränderung von bisherigen Lebensweisen abzielen und der Entstehung von Krebserkrankungen entgegen wirken. Dazu zählen zum einen die Reduktion der Risikofaktoren-Exposition in den Bereichen des Tabak- und Alkoholkonsums sowie der ultravioletten Strahlung, zum andern die Unterstützung gesunder Verhaltensweisen wie die Umstellung auf eine gesündere und ausgewogenere Ernährung (insbesondere die Steigerung des Obst- und Gemüsekonsums) und die Förderung der körperlichen Bewegung. Darüber hinaus sind natürlich auch Programme zur effektiven, qualitätsgesicherten und zielgruppenorientierten Krebs-Früherkennung von Bedeutung. Die Sensibilisierung, Aufklärung und Wissensbildung gilt dabei als Voraussetzung, um der Bevölkerung das Treffen informationsbasierter Entscheidungen zu ermöglichen.

Aufgrund der Zunahme des Anteils der älteren Bevölkerung, sowie der steigenden Risikofaktoren-Exposition ist mit einem dramatischen Anstieg der absoluten Zahl der Krebserkrankungen in den nächsten 20 Jahren zu rechnen. Dennoch wird geschätzt, dass die Prognose von Krebserkrankungen sich verbessern und ein größerer Teil der Krebserkrankungen heilbar sein wird (UICC, 2004, S. 30). Für das Gesundheitssystem bedeutet dies allerdings auch, dass zur Behandlung von Krebserkrankungen in Zukunft mehr Ressourcen notwendig sein werden. Es bedarf daher verstärkter Bemühungen, um eine ausreichende onkologische und palliativmedizinische Versorgung, die in einem engen kooperativen und interdisziplinären Verbundsystem organisiert ist, zu gewährleisten. In erster Linie sollte jedoch die Reduktion von Krebsneuerkrankungen durch Gesundheitsförderung und Prävention zu einem unmittelbaren gesundheitspolitischen Ziel gemacht werden.

4.1.3. Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane

Diese Gruppe beinhaltet Krebserkrankungen im Bereich des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge, wobei dem Lungenkrebs der bei weitem größte Anteil in dieser Gruppe zukommt. In der Steiermark verstarben zwischen 1998 und 2002 im Schnitt jedes Jahr 57 von 100.000 Männern und 15 von 100.000 Frauen an einer Krebserkrankung der Atmungsorgane (siehe Tab. 4.1.3). Nach wie vor besteht also ein gravierender Unterschied zwischen der weiblichen und männlichen Sterblichkeit, wenngleich die steirischen Raten ungefähr gleich hoch sind wie die österreichischen und europäischen (WHO, 2004a).

Mit über 70 Verstorbenen pro 100.000 Männern ist die Lungenkrebssterblichkeit in den Bezirken Leibnitz, Bruck an der Mur und Leoben am höchsten (siehe Tab. 4.1.3). Danach folgen Judenburg, Graz-Umgebung und Graz-Stadt. Höhere Sterblichkeitsraten aufgrund von Krebserkrankungen der At-

mungsorgane scheinen somit in eher städtischen Bezirken wie dem Grazer Zentralraum und den Industriebezirken (Bruck, Leoben, Voitsberg, Judenburg) aufzutreten. Vergleichsweise niedrige Raten findet man in den ländlichen Gebieten wie Weiz, Liezen und Feldbach. Diese Ungleichheit könnte auf den höheren Tabakkonsum in eher städtischen und industriellen Gebieten zurückgeführt werden (Statistik Austria, 2002, S. 29).

Die Sterblichkeitsraten der Frauen machen derzeit weniger als ein Fünftel der männlichen Werte aus. Hohe Raten finden sich wiederum eher in städtischen und industriellen Regionen, wie vor allem Voitsberg, Bruck an der Mur, Radkersburg und Graz (siehe Tab. 4.1.3). Gering ist hingegen die Sterblichkeit in den ländlichen Bezirken Fürstenfeld, Hartberg und Weiz. Dabei sind diese Unterschiede durchaus gravierend, da beispielsweise Voitsberg mit einer 2,6mal so hohen Sterblichkeit wie Fürstenfeld aufwarten kann. Trotz der noch geringen weiblichen Sterblichkeit aufgrund von Lungenkrebs-erkrankungen muss darauf hingewiesen werden, dass sich die weibliche Sterberate seit 1970 in Österreich verdoppelt hat, während jene der Männer um ca. ein Viertel zurückgegangen ist (WHO, 2004a). Die zunehmende Zahl an Raucherinnen führt bzw. führte in fast allen westlichen Industrienationen bereits zu einem deutlichen Anstieg der weiblichen Sterblichkeit aufgrund von bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane. Auch im Steirischen Frauengesundheitsbericht wurde eine Erhöhung des weiblichen Sterblichkeitsrisikos aufgrund von bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane um 31% zwischen 1998 und 2002 errechnet (Land Steiermark, 2004b, S. 28).

Wenngleich für die bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane aufgrund der mangelnden Daten kein Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit gefunden werden konnte, sollten bei der Planung von Maßnahmen auch Sozialfaktoren berücksichtigt werden.

Österreichische Studien berichten einen umgekehrten Zusammenhang zwischen Lungenkrebs und Bildung. So wurde für die Bevölkerung der Stadt Wien festgestellt, dass die Lungenkrebssterblichkeit in besser gebildeten Schichten höher ist als in weniger gut gebildeten (Stadt Wien, 2003, S. 174). Zum gleichen Ergebnis kam eine Analyse gesamtösterreichischer Daten (Schleicher & Hlava, 2003, S. 13). Da die Lungenkrebssterblichkeit meist erst den Ausdruck einer jahrzehntelang vorangegangenen Raucherkarriere darstellt und überwiegend die ältere Bevölkerung betrifft, spiegelt sich hier wahrscheinlich auch das vergangene Rauchverhalten der unterschiedlichen Bildungsschichten wider. So wird dieser umgekehrte Zusammenhang vor allem durch den geringen Anteil insbesondere weiblicher Raucher bei älteren Generationen, die überwiegend auch einen niedrigeren Bildungsgrad aufweisen, erklärt.

Verwendet man allerdings die Wohnungskategorie als sozialen Indikator, präsentiert sich hier ein weniger verzerrtes Bild. Hier zeigt sich für Gesamtösterreich wie auch für Wien, dass

mit dem steigenden Anteil der schlecht ausgestatteten Wohnungen die Sterblichkeit aufgrund von bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane steigt (Schleicher & Hlava, 2003, S. 19; Stadt Wien, 2003, S. 175). Dieser Zusammenhang wird in internationalen Studien bestätigt. So haben europäische, römische und australische Studien ein höheres Sterblichkeitsrisiko in sozial schlechter gestellten Gruppen aufgrund von Krebs der Atmungsorgane (vor allem für Männer) festgestellt (Kunst, Bos, Mackenbach et al, 2001, S. 103–104; Michelozzi, Perucci, Forastiere et al, 1999, S. 688, Turrel & Mathers, 2001, S. 235). Diese Ergebnisse stehen auch im Einklang mit den höheren RaucherInnenprävalenzen in unteren sozialen Schichten.

4.1.4. Bösartige Neubildungen des Verdauungsapparates

Zwischen 1998 und 2002 verstarben jährlich 78 Männer und 43 Frauen pro 100.000 EinwohnerInnen aufgrund bösartiger Neubildungen des Verdauungsapparates (siehe Tab. 4.1.4), wobei in der Steiermark bei den Männern ein ansteigender und bei den Frauen ein sinkender Trend in der Sterblichkeit verzeichnet wurde (Land Steiermark, 2004b, S. 29). Sowohl international und auch in Österreich insgesamt wird ein Rückgang von Krebserkrankungen des Verdauungsapparates verzeichnet. Deutliche Abnahmen sind insbesondere bei Magen-, Darm-, Bauchspeicheldrüsen- und Speiseröhrenkrebs zu verzeichnen (UICC, 2004, S. 24–28). Dieser Rückgang wird vor allem auf Verbesserungen in der Lebensmittelaufbewahrung sowie auf Veränderungen des Ernährungsverhaltens zurückgeführt (UICC, 2004, S. 28).

Die Sterblichkeitsraten der steirischen Männer sind vor allem in der Süd-, West- und Südoststeiermark hoch. So zeigt Fürstenfeld die höchste Sterblichkeit mit einer Rate von 104 verstorbenen Männern auf 100.000 (im Durchschnitt der Jahre 1998 bis 2002), gefolgt von Radkersburg, Deutschlandsberg, Voitsberg, Feldbach und Leibnitz (siehe Tab. 4.1.4). Gering hingegen ist die Sterblichkeit in Knittelfeld, Liezen, Judenburg und Murau, also Bezirken der östlichen Obersteiermark. Beachtlich ist, dass die höchste Rate um 88% höher ist als die niedrigste (siehe Tab. 4.1.4).

Die weiblichen Sterblichkeitsraten sind in etwa halb so hoch wie die männlichen. Am höchsten ist die Rate in Voitsberg, gefolgt von Knittelfeld – das ist interessanterweise jener Bezirk, der bei den Männern den geringsten Wert aufwies, der damit als einziger fast gleich hohe Raten bei Männern und Frauen zeigt. Eindeutige regionale Muster auf NUTS-III-Ebene lassen sich nicht erkennen, außer dass die weiblichen Raten der NUTS-III-Region Graz im Gegensatz zu den Männern über dem Landesschnitt liegen. Hohe Sterblichkeitsraten liegen für beide Geschlechter für die Bezirke Fürstenfeld, Feldbach und Voitsberg vor, geringe für Judenburg, Murau, Bruck an der Mur und Weiz. Nachdem hoher tierischer Fett- sowie Fleischkonsum als Risikofaktor, der Konsum von pflanzlichen Ballaststoffen, Gemüse und Früchten sowie ein bewegungsreicher Lebensstil als Schutzfaktoren für Krebs des Verdauungsapparates gelten (Schüler & Levi, 1996, S. 307; UICC, 2004, S. 32), könnten hier entsprechende Primärpräven-

tionsprogramme zum Einsatz gelangen. Zur Reduktion der Darmkrebs-Mortalität im Besonderen wird international auch ein gut organisiertes, zwei-jähriges Darmkrebs-Screening bei über 50jährigen empfohlen, obwohl die Beweislage für die Empfehlung einer Screening-Methode derzeit noch nicht ausreicht (UICC, 2004, S. 190; USPSTF, 2005).

Studienergebnisse zu sozialen Unterschieden in der Sterblichkeit aufgrund von Krebs der Verdauungsorgane sind bisher inhomogen. Vielfach werden keine signifikanten Zusammenhänge gefunden (Michelozzi, Perucci, Forastiere et al, 1999, S. 688–690; Schleicher & Hlava, 2003, S. 14–19; Stadt Wien, 2002, S. 172) oder es werden widersprüchliche Ergebnisse berichtet. So stellt in Wien eine Analyse auf ökologischer Ebene bei Männern eine höhere Sterblichkeit in Bezirken mit eher schlecht gebildeter Bevölkerung und durchschnittlich kleineren Wohnungen fest (Stadt Wien, 2003, S. 175–176), während im Gegensatz dazu eine gesamtösterreichische Studie einen Zusammenhang zwischen geringer Sterblichkeit und niedriger Bildung herstellt (Schleicher & Hlava, 2003, S. 13).

4.1.5. Bösartige Neubildungen der Brustdrüse

24 pro 100.000 Steirerinnen verstarben zwischen 1998 und 2002 jährlich an Brustkrebs (siehe Tab. 4.1.5). In Europa und in Österreich lagen die Raten im Zeitraum von 1998 bis 2001 zwischen 28 und 26 Verstorbenen pro 100.000 Einwohnerinnen (WHO, 2004a). Somit ist in der Steiermark von einer ähnlich hohen Sterblichkeit wie in Österreich und in Europa auszugehen.

Innerhalb der Steiermark zeigen die Brustkrebssterblichkeitsraten jedoch große Unterschiede. So sind in Murau 13, in Deutschlandsberg aber 35 von 100.000 Frauen an Brustkrebs verstorben (siehe Tab. 4.1.5). Insgesamt liegen die Raten in den Bezirken der NUTS-III-Region West- und Südsteiermark über dem steirischen Durchschnitt und jene der NUTS-III-Region westliche Obersteiermark darunter. Von einer hohen Sterblichkeit sind eher städtische Gebiete betroffen, wie die Bezirke Deutschlandsberg, Leoben, Voitsberg, Graz-Umgebung und Graz, während die niedrigsten Raten eher in den ländlichen Bezirken Murau, Feldbach, Hartberg und Liezen zu finden sind (siehe Tab. 4.1.5).

Diese Unterschiede entstehen vermutlich durch das Zusammenspiel mehrerer Faktoren. Die Risikofaktoren späte Erstschwangerschaft oder Kinderlosigkeit (Schlattmann, 2000, S. 454) treten bei Frauen im städtischen Umfeld mit längeren Ausbildungszeiten und stärkerer Berufsorientierung häufiger auf als bei Frauen im ländlichen Umfeld (Land Steiermark, 2004, S. 12).

Hinsichtlich des sozialen Gradienten bei Brustkrebserkrankungen kommt die internationale Literatur zu widersprüchlichen Ergebnissen. So wurde in einem europäischen Vergleich in Finnland eine erhöhte Brustkrebssterblichkeit in niedrigen Bildungsschichten festgestellt, während in Norwegen das Gegenteil der Fall war (Kunst, Bos, Mackenbach et al, 2001, S. 105). In Turin wiederum konnte gar kein Zusam-

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

menhang gefunden werden (Kunst, Bos, Mackenbach et al, 2001, S. 105), während in Rom das Sterblichkeitsrisiko bei schlechter gebildeten Frauen signifikant geringer war als bei besser gebildeten (Michelozi, Perucci, Forastiere et al, 1999, S. 689). Ähnlich inhomogen ist die österreichische Datenlage aufgrund von ökologischen Studien. Unter den Wienerinnen wurde eine erhöhte Brustkrebssterblichkeit bei den höher Gebildeten diagnostiziert (Stadt Wien, 2003, S. 174), während andere Studien keine Zusammenhänge fanden (Schleicher & Hlava, 2003). Eine etwas ältere österreichische Studie stellte einen nicht signifikanten Zusammenhang fest, dennoch war das Sterblichkeitsrisiko für die Pflichtschulabsolventinnen um 26% geringer als bei Frauen mit höherer Bildung (Doblhammer-Reiter, 1995/1996, S. 77).

4.1.6. Bösartige Neubildungen der Prostata

30 von 100.000 Männern in der Steiermark verstarben im Untersuchungszeitraum 1998 bis 2002 jährlich an Prostatakrebs (siehe Tab. 4.1.6).

Wiederum gibt es signifikante Unterschiede zwischen den Bezirken. Am höchsten ist die Sterblichkeit in Mürzzuschlag mit 40 Verstorbenen pro 100.000 Einwohner, gefolgt von Murau und Radkersburg. Umgekehrt weist Judenburg mit 23 Verstorbenen pro 100.000 Einwohner die niedrigste Rate auf, gefolgt von Voitsberg und Fürstenfeld. In den Bezirken der NUTS-III-Region West- und Südsteiermark sind die Raten durchgehend niedriger als in der gesamten Steiermark.

In Hinblick auf die soziale Ungleichheit bei Prostatakrebs gilt, wie beim Brustkrebs, dass bisher kein signifikanter Zusammenhang hergestellt werden konnte (Michelozi, Perucci, Forastiere et al, 1999, S. 689). Europaweit wird ein Anstieg der Prostatakrebserkrankungen festgestellt, allerdings spiegelt dieser Anstieg vor allem die verstärkten Früherkennungsaktivitäten wider (Stadt Wien, 2003, S. 216; UICC, 2004, S. 21 und 24). Die Sterblichkeit hingegen ist seit den 70ern in Europa stabil, da die Prognosen bei Prostatakrebs relativ gut sind (UICC, 2004, S. 24). Die Risikofaktoren für Prostatakrebs sind nicht vollständig untersucht, allerdings gelten genetische, individuelle (wie Übergewicht und fettreiche Ernährung) und berufsbedingte Faktoren als potentielle Risikofaktoren. Dennoch können auch diese nur einen geringen Teil der Erkrankungen erklären (Boffetta, Brennan & Saracci, 2004, S. 1178–1179). Aufgrund des fehlenden Wissens über Risikofaktoren gibt es kaum wissenschafts-basierende Möglichkeiten der Primärprävention. Auch für die Sekundärprävention, also für das Prostatakrebs-Screening, gibt es keine gesicherte Beweislage, die eine Senkung der Mortalitätsraten aufgrund von Früherkennungsmaßnahmen unterstützen würde (Boffetta, Brennan & Saracci, 2004, S. 1178–1179). Daher wird der Einsatz eines Routine-Screenings beim derzeitigen Stand des Wissens nicht empfohlen (USPTF, 2002).

4.1.7. Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes

Diese Krankheitsgruppe umfasst das Hodgkin- und Non-Hodgkin-Lymphom, Leukämie und das multiple Myelom. Im Zeitraum zwischen 1998 und 2002 sind in der Steiermark jährlich 11 Frauen und 17 Männer pro 100.000 EinwohnerInnen in Folge einer der genannten Krebserkrankungen verstorben (siehe Tab. 4.1.7). Die Sterblichkeit der Männer ist dabei signifikant höher als jene der Frauen. Auch zwischen den Bezirken gibt es gravierende Unterschiede.

Bei den Männern ist die Sterblichkeitsrate in Fürstenfeld mit 10 Fällen pro 100.000 Einwohnern am niedrigsten, gefolgt von Radkersburg und Deutschlandsberg. Hingegen ist die Sterblichkeit in Leibnitz (22 Fälle pro 100.000 Einwohner), Knittelfeld und Voitsberg am höchsten. Wiederum scheinen eher städtische Gebiete von einer höheren Sterblichkeit betroffen zu sein, wie Voitsberg, Knittelfeld, der Raum Graz und Bruck an der Mur (siehe Tab. 4.1.7).

Die weiblichen Todesraten sind in Liezen mit 16 am höchsten und in Hartberg mit 6 pro 100.000 Einwohnerinnen am niedrigsten. Ansonsten sind bei der Sterblichkeit aufgrund von Krebs des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes kaum regionale Muster zu erkennen. Für beide Geschlechter liegen die Raten in Weiz und Leoben unter den gesamtsteirischen Raten und in Graz Umgebung und Feldbach darüber (siehe Tab. 4.1.7).

Über die Ursachen bzw. Risikofaktoren für das Hodgkin-, Non-Hodgkin-Lymphom, Leukämie und multiples Myelom ist wenig bekannt. Vermutlich dürften jedoch Infektionserreger (Epstein-Barr-Virus, HIV und andere) eine Rolle spielen, aber auch exogene Faktoren wie ionisierende und ultraviolette Strahlung, Pestizide und Benzolexposition (Boffetta, Brennan & Saracci, 2004, S. 1183–1185). Aufgrund des mangelnden Wissens über Risikofaktoren und Krankheitsentstehung ist wenig über die Vorsorge gegen diese Erkrankungen bekannt, allerdings kann durch die Vermeidung potentieller Risikofaktoren einem gewissen Erkrankungsanteil vorgebeugt werden (Boffetta, Brennan & Saracci, 2004, S. 1185).

4.1.8. Herz-Kreislauf-Erkrankungen

377 Männer und 250 Frauen pro 100.000 EinwohnerInnen verstarben im Schnitt jedes Jahr zwischen 1998 und 2002 an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Damit ist die Rate der Männer 1,5mal so hoch wie jene der Frauen (siehe Tab. 4.1.8). Im Jahr 2001, dem letzten mit EU-Statistiken vergleichbaren Jahr, lag die männliche Rate bei 350 und die weibliche bei 229 pro 100.000 EinwohnerInnen (Joanneum Research, 2000). Somit waren Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Steiermark weiter verbreitet als im Europa der EU-15 (Männer: 298, Frauen: 193 pro 100.000), während im österreichischen Vergleich die Steiermark unter dem Durchschnitt blieb (Männer: 360, Frauen: 249 pro 100.000) (WHO, 2004a; vgl. auch Land Niederösterreich, 2002, Tab. 3.1.6).

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
Chancenungleichheit

Gesunde und sichere
natürliche Umwelt

Settings zur Förderung
der Gesundheit

Multisektorale
Verantwortung für die
Gesundheit

Integrierter
Gesundheitssektor

Finanzierung des
Gesundheitswesens und
Ressourcenzuteilung

Mobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Bei den Männern zeichnen sich die Bezirke Knittelfeld, Graz und Liezen durch besonders niedrige Herz-Kreislauf-Sterblichkeitsraten mit unter 350 Verstorbenen pro 100.000 Einwohner aus (siehe Tab. 4.1.8). Das Schlusslicht mit der höchsten Sterblichkeit bilden Mürzzuschlag, Deutschlandsberg und Voitsberg mit Raten von über 430 Verstorbenen pro 100.000 Männer. Die Sterblichkeit variiert somit regional sehr stark. Insgesamt weisen die Bezirke der westlichen Obersteiermark, des Grazer Raums und Liezen eine geringere Sterblichkeit auf als die gesamte Steiermark, während die Bezirke der West- und Südsteiermark durch eine vergleichsweise höhere Rate auffallen.

Bei den Frauen sind die Unterschiede zwischen den Bezirken mit der höchsten Sterblichkeit (mit mehr als 280 Verstorbenen pro 100.000 Einwohnerinnen in Voitsberg, Mürzzuschlag und Leibnitz) und jenen mit der geringsten (mit weniger als 230 in Knittelfeld, Graz, Feldbach) ähnlich groß. Insgesamt zeigen hier die Bezirke der Oststeiermark (ausgenommen Radkersburg) wie auch des Grazer Raums geringe Herz-Kreislauf-Sterblichkeitsraten, während die Bezirke der NUTS-III-Region West- und Südsteiermark und der östlichen Obersteiermark (außer Leoben) höhere Raten aufweisen.

Für beide Geschlechter gilt, dass die Raten der Bezirke Voitsberg, Mürzzuschlag, Leibnitz, Radkersburg, Deutschlandsberg und Bruck eher hoch, die Raten der Bezirke Knittelfeld, Graz, Hartberg und Graz Umgebung eher niedrig sind. Hinsichtlich der NUTS-III-Regionen bedeutet das eine niedrige Sterblichkeit in der NUTS-III-Region Graz und eine hohe Sterblichkeit in der Region West- und Südsteiermark, sowie der östlichen Obersteiermark.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen unterliegen bekanntlich umwelt- und verhaltensbedingten Risikofaktoren, wie Rauchen,

Alkoholmissbrauch, ungesunder Ernährung und Bewegungsmangel, aber auch Stress und geringere Kontroll- und Partizipationsmöglichkeiten im Beruf. Um das WHO-Ziel zur Senkung der Herz-Kreislauf-Sterblichkeit um 40% zu erreichen (WHO, 1999, S. 70), bedarf es daher gezielter, umfassender wie auch teilweise geschlechtsspezifischer Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen.

Die regionale Varianz in der Herz-Kreislauf-Sterblichkeit zwischen den steirischen Bezirken konnte mittels Korrelationsberechnungen zwischen Todesraten und Sozialindex (siehe Kapitel 3.1) zwar nicht nachgewiesen werden, es ist jedoch eher davon auszugehen, dass ein sozialer Gradient auch in der Herz-Kreislauf-Sterblichkeit besteht. Bereits in den achtziger Jahren wurde in großen prospektiven Studien in Großbritannien ein gravierender Unterschied in der Herz-Kreislauf-Sterblichkeit nach beruflichem Status nachgewiesen (Marmot, Shipley & Rose, 1984). Hier wurde ein 2–3fach erhöhtes Risiko für Personen mit niedrigem beruflichen Status errechnet. Auch in italienischen Studien wurde für beide Geschlechter ein Anstieg des Risikos mit schlechterem sozialen Status gemessen (Michelozzi, Perucci, Forastiere et al, 1999, S. 688–690). Dasselbe Muster ist in europäischen wie auch in anderen internationalen Studien ersichtlich (Kunst, Groen-hof, Mackenbach et al, 1998, S. 1638; Turrel & Mathers, 2001, S. 235). Eine britische Untersuchung zeigte, dass Personen, die über keine Berufsausbildung verfügten, eine höhere Herz-Kreislauf-Mortalität aufwiesen als fachlich Ausgebildete (Muntaner, Sorlie, O'Campo et al, 2001, S. 197–198). Des Weiteren wurde gezeigt, dass manuell arbeitende Männer von Vätern mit ebenfalls manueller Tätigkeit ein deutlich höheres Herz-Kreislauf-Sterblichkeitsrisiko haben als Männer, die nicht-manuell arbeitende Väter hatten, unabhängig von ihrem eigenen Berufsstatus (Pensola & Martikainen,

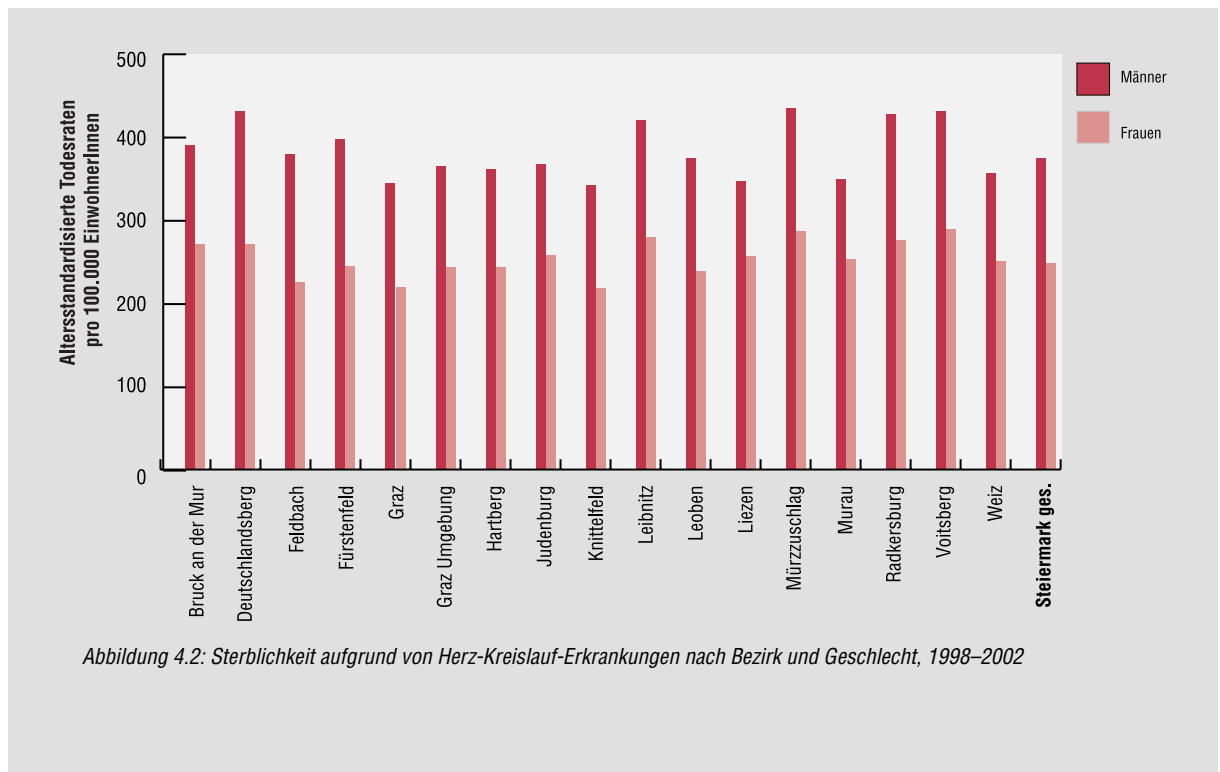


Abbildung 4.2: Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Bezirk und Geschlecht, 1998–2002

2003, S. 747). Sowohl soziale Herkunft als auch berufliches Umfeld im Erwachsenenalter scheinen hier also eine Rolle zu spielen, wobei letzteres von größerer Bedeutung sein dürfte. In Deutschland wurde bei un- und angelernten Arbeitskräften im Vergleich zu Führungskräften ein bis zu doppelt so hohes Erkrankungsrisiko an Herzinfarkt festgestellt (Peter & Geyer, 1999). Dieser Studie zufolge gilt dies sowohl für Männer als auch für Frauen. Andere deutsche Studien belegen, dass Frauen aus sozial schwachen Schichten ein etwa 3,7mal so hohes Herzinfarkt-Risiko und ein 2,8mal so hohes Schlaganfallrisiko haben als sozial besser gestellte Frauen (Babitsch, 2001, S. 85). Auch für Österreich liegen Ergebnisse vor, die einen sozialen Gradienten in der Herz-Kreislauf-Sterblichkeit berichten. So hat Doblhammer bei Männern im Vergleich zu anderen Todesursachen zwar den geringsten sozialen Gradienten bei der Herz-Kreislauf-Sterblichkeit gefunden, jedoch war das Risiko für sozial schlechter gestellte Männer noch immer um ca. 30% erhöht (Doblhammer-Reiter, 1995/1996, S. 75). In einigen Studien wurde auch ein Zusammenhang zwischen Herz-Kreislauf-Erkrankungsrisiken und dauerhaftem Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung im Erwerbsleben (sogenannte Gratifikationskrisen) hergestellt (Siegrist, 1996). Dies deutet auf großes Präventionspotential durch betriebliche Gesundheitsförderung hin.

Weiters hat eine aktuelle britische Studie die große Bedeutung von Herz-Kreislauf-Risikofaktoren wiederholt unterstrichen. Und zwar hat man versucht zu berechnen, wie viel der sozialen Gradienten in der Herz-Kreislauf-Mortalität auf die soziale Ungleichheit per se und wie viel auf Herz-Kreislauf-Risikofaktoren zurückzuführen ist. Hierbei wurde festgestellt, dass der größte Anteil der gesundheitlichen Ungleichheit auf Risikofaktoren wie erhöhtes Cholesterin und Bluthochdruck, Rauchen, hoher BMI, Alkohol und geringe körperliche Aktivität zurückgeführt werden konnte (Emberson, Whincup, Morris et al., 2004). Es wurde dabei natürlich darauf hingewiesen, dass aufgrund von Chancenungleichheit sozial benachteiligte Gruppen verstärkt Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ausgesetzt sind. Die kardialen Risikofaktoren Rauchen, Bluthochdruck, Ernährung, erhöhtes Cholesterin, körperliche Inaktivität, Übergewicht, Adipositas und Diabetes mellitus sind modifizierbar und ihre Reduktion sowie die Verringerung der sozialen Ungleichheit sollten vorrangige Interventionsbereiche sein. In zahlreichen Programmen, wie z.B. dem Nord Karelien Programm, wurde eine bevölkerungsweite Modifizierung der Risikofaktoren versucht und erreicht (Vartianainen et al, 2000). Durch die Intervention sowohl auf individueller Ebene (Änderung des Lebensstils Einzelner) als auch auf systemischer Ebene (Gestaltung umweltbezogener, organisatorischer und politischer Anreize, die die Entscheidung für einen gesunden Lebensstil erleichtern) wurden Risikofaktoren vermindert und somit ein Beitrag zur Senkung der Mortalität geleistet (Dorner & Rieder, 2004). Kampagnen zur Steigerung des Gesundheitsbewusstseins und des Wissens über Risikofaktoren in den 90er Jahren haben in Österreich – wie auch in vielen anderen Ländern – keinen nachhaltigen Effekt gezeigt und werden als nicht ausreichende Strategien zur Reduktion von Risikofaktoren gesehen (Schmei-

ser-Rieder & Kunze, 2001, S. 419; Rieder et al, 2004, S. 537). Die Entwicklung von ganzheitlichen Programmen, die auf mehreren Ebenen Interventionen setzen, ist unumgänglich. Diese sollten beispielsweise neben Anti-Tabak-Maßnahmen auch Bestimmungen für den Bereich der Lebensmittelindustrie inkludieren, sowie politische Rahmenbedingungen für die Senkung des Salzgehalts in Nahrungsmitteln (z.B. Brot) und für die Steigerung des Konsums von Obst, Gemüse und fettarmer Ernährung.

4.1.9. Ischämische Herzkrankheiten

85 Frauen und 168 Männer pro 100.000 EinwohnerInnen sind im Untersuchungszeitraum 1998 bis 2002 jährlich aufgrund von ischämischen Herzkrankheiten (inkl. Herzinfarkt) verstorben (siehe Tab. 4.1.9), womit die Todesrate der Männer beinahe doppelt so hoch ist wie jene der Frauen.

Die österreichische Sterblichkeitsrate lag 2001 für Frauen bei 92 und für Männer bei 170 pro 100.000 Personen (WHO, 2004a). Die Raten der EU-15 lagen für Frauen bei 64 und für Männer bei 134 Verstorbenen pro 100.000 Personen (WHO, 2004a). Somit kann man davon ausgehen, dass die steirischen Raten (2001: 76 Frauen und 155 Männer pro 100.000) etwas unter den österreichischen, jedoch über den europäischen liegen (Joanneum Research, 2000).

Die Bezirke Murau, Weiz, Hartberg und Graz Umgebung zeigen die niedrigste männliche Sterblichkeit mit Raten unter 150 Verstorbenen pro 100.000 Männer. Signifikant höhere Raten zeigen die Bezirke Deutschlandsberg und Voitsberg mit über 210 Verstorbenen pro 100.000 Männern (siehe Tab. 4.1.9). Regional zeigt damit Graz eine vergleichsweise niedrige männliche Sterblichkeit und die West- und Südsteiermark eine hohe.

Bei den Frauen zeigt sich ein ähnliches Bild, wobei die Unterschiede auf Bezirksebene bei den Frauen noch etwas größer sind als bei den Männern (siehe Tab. 4.1.9). Die niedrigsten Raten liegen für die Bezirke Hartberg, Fürstenfeld, Murau und Knittelfeld vor, die höchsten hingegen für Judenburg, Leibnitz und Voitsberg. Damit fallen auch hier die Bezirke der Region Graz mit geringeren Raten und jene der West- und Südsteiermark mit hohen Raten auf.

Für beide Geschlechter zeichnet sich die NUTS-III-Region Graz, sowie die Bezirke Murau, Hartberg und Knittelfeld durch niedrige Raten aus, während besonders der Bezirk Judenburg, sowie die Region West- und Südsteiermark hohe Todesraten aufgrund ischämischer Herzerkrankungen aufweisen.

Wie schon bei der Herz-Kreislauf-Mortalität betont, sind Verhaltens- wie auch verhältnisorientierte Maßnahmen zur Reduktion der Risikofaktoren Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Bluthochdruck, erhöhtes Cholesterin und Übergewicht angezeigt. Besonderen Bedarf haben laut internationalen Studien sozial schlecht gestellte Gruppen (Turrell & Mathers, 2001, S. 235; Michelozzi, Perucci, Forastiere et al, 1999, S. 688–690; Kunst, Groenhouf, Mackenbach et al, 1998, S. 1638). Österreichische Studien zeigen hingegen ein etwas

heterogeneres Bild. Einerseits wird über einen Zusammenhang zwischen einem hohen Anteil an besser gebildeten Personen bzw. einem hohen Pro-Kopf-Einkommen und einer höheren Sterblichkeit aufgrund von ischämischen Herzerkrankungen berichtet, andererseits fand man auch eine Korrelation zwischen einem hohen Anteil gut ausgestatteter Wohnungen bzw. einer großen durchschnittlichen Wohnfläche und einer geringen Sterblichkeit (Stadt Wien, 2003, S. 174–176; Schleich & Hlava, 2003, S. 19). Nachdem diese Analysen allerdings nur auf ökologischen Querschnittsdaten beruhen, kann nicht ausgeschlossen werden, dass auch in Österreich und in der Steiermark die Sterblichkeit aufgrund von ischämischen Herz-Krankheiten mit schlechterer Bildung steigt. Europäische Studien bestätigen nicht nur dieses Muster, sondern zeigen auch, dass die Sterblichkeit zumindest für Männer zwischen 1980 und 1994 in der besser gebildeten Gruppe stärker rückläufig war als in der schlechter gebildeten (Kunst, Bos, Mackenbach et al, 2001, S. 106). Der gesundheitliche Unterschied zwischen sozialen Gruppen scheint also bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen größer zu werden.

4.1.10. Zerebrovaskuläre Erkrankungen

89 Männer und 74 Frauen pro 100.000 Personen sind jährlich zwischen 1998 und 2002 an Hirngefäßerkrankungen verstorben. Da die männlichen Sterblichkeitsraten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und aufgrund von ischämischen Herzkrankheiten 1,5mal und 2mal so hoch sind wie die weiblichen, fällt bei den zerebrovaskulären Erkrankungen der geringe – wenn auch statistisch signifikante – Sterblichkeitsunterschied zwischen Männern und Frauen auf (siehe Tab. 4.1.10). Österreich (2001: 68 Männer und 57 Frauen pro 100.000) und die Länder der EU-15 (2001: 66 Männer und 54 Frauen pro 100.000) zeigten im Jahr 2001 etwas niedrigere Raten als die Steiermark (2001: 78 Männer und 66 Frauen pro 100.000) (WHO, 2004a; Joanneum Research, 2000).

Die männlichen Sterberaten der Bezirke Judenburg und Graz sind mit ca. 70 Verstorbenen pro 100.000 Männer besonders gering, während die Radkersburger und Voitsberger Raten mit mehr als 136 Todesfällen pro 100.000 besonders hoch sind (siehe Tab. 4.1.10), d.h. doppelt so hoch wie in Judenburg und Graz. Hinsichtlich von NUTS-III-Regionen zeigen also wieder die Region Graz niedrige, sowie die Regionen West- und Südsteiermark und östliche Obersteiermark eher höhere Raten.

Die weiblichen Sterberaten zeigen das gleiche regionale Muster, wobei die Raten in den am stärksten betroffenen Bezirken doppelt so hoch sind wie in den am wenigsten betroffenen (siehe Tab. 4.1.10).

Aus diesen Daten zur Herz-Kreislauf-Mortalität geht hervor, dass vor allem die Regionen West- und Südsteiermark (vor allem Voitsberg und Leibnitz) und – wenn auch geringer – die östliche Obersteiermark (vor allem Mürzzuschlag), sowie die Bezirke Radkersburg und Fürstenfeld einen besonders großen Bedarf an Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaß-

nahmen zur Verbesserung des Lebensstils haben. Die Bevölkerung der Region West- und Südsteiermark weist außerdem einen hohen Anteil körperlich nicht-aktiver Personen (siehe Kapitel 4.3.4) sowie den höchsten Anteil an Personen, die keine Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und -vorsorge setzen, auf (siehe Kapitel 4.3.3).

Erwartungsgemäß zeigt sich auch für Hirngefäßerkrankungen ein sozialer Gradient, der in dieser Form sowohl in europäisch vergleichenden Studien (Kunst, Bos, Mackenbach et al, 2001, S. 109–110) als auch in verschiedenen anderen Populationen durchwegs für Männer (zumeist auch für Frauen) belegt werden konnte (Turrel & Mathers, 2001, S. 235; Michelozzi, Perucci, Forastiere et al, 1999, S. 688–690; Kunst, Groenhof, Mackenbach et al, 1998, S. 1638). Ähnliche Ergebnisse fand man für Österreich, wo ebenfalls eine geringere Sterblichkeit in Populationen mit hohem Anteil besser Gebildeter, mit großer durchschnittlicher Wohnfläche und mit geringer Arbeitslosenquote berichtet wird (Stadt Wien, 2003, S. 174). Hinsichtlich der zeitlichen Entwicklung der Ungleichheit ist kein einheitliches Muster erkennbar. In manchen Ländern blieb die gesundheitliche Ungleichheit unverändert bestehen, während sich die gesundheitliche Kluft in anderen vergrößerte (Kunst, Bos, Mackenbach et al, 2001, S. 106; Michelozzi, Perucci, Forastiere et al, 1999, S. 688–690).

4.1.11. Krankheiten der Atmungsorgane

Aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane verstarben zwischen 1998 und 2002 jährlich 43 Männer und 18 Frauen pro 100.000 EinwohnerInnen, womit die Rate der Männer 2,4mal so hoch ist wie jene der Frauen. Diesen Raten bescheinigen der Steiermark (2001: 40 Männer und 20 Frauen pro 100.000) eine etwas geringere Krankheits- und Sterblichkeitsbelastung im Vergleich zu Österreich (2001: 46 Männer und 22 Frauen pro 100.000), und eine deutlich niedrigere Belastung als dem Durchschnitt der EU-15-Länder (2001: 70 Männer und 35 Frauen pro 100.000) (WHO, 2004a).

Die männlichen Sterblichkeitsraten liegen zwischen 35 Fällen pro 100.000 Personen in Liezen und Weiz und ca. 60 Fällen in Knittelfeld und Fürstenfeld. Es lassen sich kaum regionale Muster erkennen, nur die NUTS-III-Regionen Liezen und Graz zeigen geschlossen eher geringe Raten (siehe Tab. 4.1.11).

Auch bei den Frauen variieren die Raten um einen Faktor 2 zwischen Voitsberg mit nur 11 Fällen pro 100.000 Frauen und Murau und Bruck an der Mur mit 22 Fällen. Hinsichtlich des Musters in den NUTS-III-Regionen fallen nur die niedrigen Raten in der NUTS-III-Region Graz auf. Alle anderen Regionen zeigen in sich divergierende Ergebnisse auf Bezirksebene (siehe Tab. 4.1.11).

Für beide Geschlechter lassen sich ebenso weder gemeinsame regionale Muster noch Gemeinsamkeiten auf Bezirksebene entdecken. Einzig die relativ niedrigen Todesraten in Graz und Graz-Umgebung treffen sowohl auf Männer als auch auf Frauen zu.

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancenungleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Die Sterblichkeit aufgrund von Erkrankungen der Atmungsorgane zeigt im europäischen Vergleich seit den 80er Jahren unverändert einen besonders ausgeprägten sozialen Gradienten und dies vor allem bei den Männern, (Kunst, Bos, Mackenbach et al, 2001, S. 111–112; Michelozzi, Perucci, Forastiere et al, 1999, S. 688–690). Bei den Frauen ist die Ausprägung des sozialen Gradienten weitaus geringer, was vermutlich mit dem bisher geringeren Vorkommen des Hauptrisikofaktors für Atemwegserkrankungen, dem Tabakkonsum, in der weiblichen Bevölkerung erklärt werden kann. Für Männer in niedrigen sozialen Schichten werden in verschiedenen europäischen Ländern bis zu mehr als doppelt so hohe Risiken angegeben (Kunst, Groenhof, Mackenbach et al, 1998, S. 1638). Dies ist im Ausmaß der Relation vergleichbar mit den Ergebnissen einer australischen Studie (Turrel & Mathers, 2001, S. 235). In österreichischen Studien konnten diese Ergebnisse nicht bestätigt werden. Eine ökologische Querschnittsstudie fand zwar einen Zusammenhang zwischen Bildung und Sterblichkeit aufgrund von Erkrankungen der Atmungsorgane, allerdings ergab sie im Gegensatz zu den internationalen Ergebnissen, dass höher gebildete Personen öfter an Erkrankungen der Atmungsorgane versterben als schlechter gebildete (Schleicher & Hlava, 2003, S. 13). Dieses Ergebnis kann zwar zum Teil mit dem in der Vergangenheit erhöhten Tabakkonsum in besser gebildeten Schichten erklärt werden, ist jedoch vor allem aufgrund des ökologischen Studiendesigns zu hinterfragen. Daher wird eher davon ausgegangen, dass auch in der Steiermark – soweit es internationale Trends abschätzen lassen – die Mortalität aufgrund von Erkrankungen der Atmungsorgane in niedrigen sozialen Schichten höher ist als in besser gestellten.

Es gilt als unumstritten, dass die wichtigsten Risikofaktoren für Erkrankungen der Atmungsorgane Rauchen und Luftverschmutzung sind (Lam & Hedley, 2004, S. 1227). In der Region Graz sind jedoch trotz hohen RaucherInnenanteils (siehe Kapitel 4.3.2) und Luftverschmutzung aufgrund der Smog- und Feinstaubbelastung die Sterblichkeitsraten für beide Geschlechter niedrig, was zum Teil durch die zeitliche Verzögerung des Auftretens von Atemwegserkrankungen erklärt wird. Es ist weiters davon auszugehen, dass die Bedeutung von Erkrankungen der Atmungsorgane, speziell von chronisch obstruktiven pulmonalen Erkrankungen (COPD) steigen wird. Die Erkrankungsraten nehmen mit dem Alter stark zu und gewinnen daher mit der demographischen Alterung an Bedeutung (Land Steiermark, 2004, S. 26; Lam & Hedley, 2004, S. 1234; Europäische Kommission, 2003, S. 28–29). Nachdem auch für diese Erkrankung der wichtigste Risikofaktor das Rauchen ist, wird die Bedeutung von Maßnahmen im Bereich der Tabakprävention immer klarer.

4.1.12. Krankheiten der Verdauungsorgane

Krankheiten der Verdauungsorgane verursachten zwischen 1998 und 2002 eine durchschnittliche jährliche Sterberate von 47 männlichen und 21 weiblichen Todesfällen pro 100.000 EinwohnerInnen (siehe Tab. 4.1.12). Die Todesrate der Männer ist somit 2,3mal so hoch bzw. signifikant höher als jene der Frauen. Die steirischen Raten bei den Männern (2001: 49 pro 100.000) liegen somit über den österreichischen (2001: 43 pro 100.000) und den europäischen Raten (2001: 39 pro 100.000) (WHO, 2004a; siehe auch Land Niederösterreich, 2002, Tab. 3.1.6), während die Raten der Frauen (2001: 21 pro 100.000) gleichauf mit den österreichischen und europäischen (2001: Österreich 22 und EU-15 23 pro 100.000) liegen (WHO, 2004a).

Sowohl die männlichen als auch die weiblichen Todesraten variieren stark zwischen den Bezirken, wobei bei den Männern die höchste Rate (Leibnitz, Radkersburg, Fürstenfeld) bis zu 2,5mal so hoch ist wie die niedrigste (Murau, Bruck an der Mur, Liezen). Bei den Frauen unterscheiden sich die Raten um den Faktor 1,8 (Radkersburg, Judenburg, Graz vs. Fürstenfeld, Weiz, Liezen) (siehe Tab. 4.1.12).

Die regionale Sterblichkeit durch Erkrankungen der Verdauungsorgane ist nach Geschlecht verschieden. Bei den Männern liegen die Bezirke der NUTS-III-Region Oststeiermark etwas über dem steirischen Schnitt, während Graz eher geringe Raten aufweist. Die weiblichen Raten sind in der NUTS-III-Region östliche Obersteiermark eher niedrig und in der westlichen Obersteiermark sowie in der West- und Südsteiermark eher hoch (siehe Tab. 4.1.12).

Dieses regionale Sterblichkeitsmuster lässt sich vermutlich mit den geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Hauptursachen für die Sterblichkeit an Krankheiten der Verdauungsorgane erklären. So sind bei den Frauen für mehr als die Hälfte der Todesfälle dieser Krankheitsgruppe Magen-, Darm- und Bauchfellerkrankungen verantwortlich zu machen, während es bei den Männern in der überwiegenden Zahl die chronische Leberkrankheit oder Leberzirrhose ist (Stadt Wien, 2003, S. 148). Jene Bezirke, die über Weinbaugebiete verfügen (wie Leibnitz, Radkersburg, Fürstenfeld und Feldbach) zeigen auch die höchsten männlichen Sterblichkeitsraten. Die Ernährung dürfte ebenfalls eine Rolle spielen. Österreich weist im Allgemeinen im EU-15-Vergleich die höchsten Sterblichkeitsraten aufgrund von Leberzirrhose und Lebererkrankungen auf (WHO, 2004a).

Studien in Italien und in anderen europäischen Ländern zeigten auch bei Erkrankungen des Verdauungsapparates ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko in sozial schlecht gestellten Gruppen, vor allem bei Männern, zum Teil aber auch bei Frauen (Kunst, Groenhof, Mackenbach et al, 1998, S. 1638; Michelozzi, Perucci, Forastiere et al, 1999, S. 688–690). In einer österreichischen Analyse zeigte sich dieses Muster für beide Geschlechter (Stadt Wien, 2003, S. 175–176). Es ist somit auch für die Steiermark ein sozialer Gradient in der Mortalität anzunehmen.

4.1.13. Unfälle, Verletzungen und Vergiftungen, Gewalteinwirkungen

74 Männer und 24 Frauen pro 100.000 EinwohnerInnen sind aufgrund von Unfällen jährlich zwischen 1998 und 2002 verstorben (siehe Tab. 4.1.13), womit die Sterblichkeit der Männer aufgrund der höheren Selbstmord- und Unfallhäufigkeit dreimal so hoch ist, wie jene der Frauen. Die Steiermark liegt mit diesen männlichen Raten über den österreichischen (2001: 68 pro 100.000) und den europäischen Raten (2001: 56 pro 100.000), während sie mit den weiblichen im Mittelfeld liegt (2001: 56 pro 100.000) (WHO, 2004a; siehe auch Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, 2002, Tab. 3.1.6).

Besonders hoch ist die männliche Sterberate im Bezirk Murau mit 114 Fällen pro 100.000 Einwohner, wo Todesfälle aufgrund von Verkehrsunfällen und Selbstmorden besonders häufig vorkommen. Hohe Raten zeigen auch Hartberg, Mürzschlag und Liezen, wo vermutlich die hohe Anzahl der tödlichen Verkehrsunfälle den Großteil der Todesfälle verursacht haben dürfte (siehe Kapitel 5.3.2). Weitaus seltener versterben Männer aufgrund von Unfällen im Grazer Raum, Voitsberg und Knittelfeld, was auf die geringere Häufigkeit tödlicher Verkehrsunfälle in Städten zurückgeführt wird (siehe Kapitel 5.3.2). Eher hohe Raten zeigen die NUTS-III-Regionen Liezen sowie die östliche und westliche (ausgenommen Knittelfeld) Obersteiermark, geringe Raten zeigt die NUTS-III-Region Graz (siehe Tab. 4.1.13).

Frauen in Radkersburg und Liezen verstarben häufig aufgrund von Unfällen und Verletzungen. Wiederum ist die Rate in Graz Umgebung und Knittelfeld eher gering, wobei allerdings die Rate der Stadt Graz etwas über dem Steiermarkschnitt und deutlich signifikant über der Rate des Bezirks Graz-Umgebung liegt. Bei den Frauen zeigen sich sonst keine nennenswerten regionalen Muster.

Beiden Geschlechtern gemeinsam sind die niedrigen Raten in Graz-Umgebung und Knittelfeld, sowie die hohen Raten in Liezen und Murau.

Stark ausgeprägt ist in Europa der soziale Gradient im Hinblick auf die Sterblichkeit aufgrund von Unfällen vor allem bei Männern (Kunst, Bos, Mackenbach et al, 2001, S. 113). Diese Ungleichheit hat sich bei den Männern im Vergleich zu den 80er Jahren vergrößert, d.h. die Sterblichkeit in besser gebildeten Gruppen war stärker rückläufig als in schlechter gebildeten (Kunst, Bos, Mackenbach et al, 2001, S. 113–114; Michelozzi, Perucci, Forastiere et al, 1999, S. 689). Bei den Frauen ist kein signifikanter Zusammenhang nachzuweisen (Kunst, Bos, Mackenbach et al, 2001, S. 114; Michelozzi, Perucci, Forastiere et al, 1999, S. 689–690). Den höchsten sozialen Gradienten weist im internationalen Vergleich Portugal mit einem mehr als doppelt so hohen Risiko bei Männern mit manuellen Tätigkeiten auf (Kunst, Groenhouf, Mackenbach et al, 1998, S. 1638). In österreichischen Studien lässt sich ebenfalls ein klares soziales Gefälle bei Männern nachweisen. So gibt es eine signifikant häufigere Sterblichkeit bei schlecht gebildeten Männern aufgrund von Selbstmord und Unfällen (Doblhammer-Reiter, 1995/1996, S. 75). Auch zeigte sich in Wien ein signifikanter Zusammenhang zwischen besserer Bildung und geringeren Suizidraten (Stadt Wien, 2003, S. 174–175). Bei den Frauen wurde für Österreich ein schwacher Zusammenhang zwischen Suizidraten und schlechter Bildung festgestellt (Doblhammer-Reiter, 1995/1996, S. 76). Für Wien hingegen wurde eine höhere Suizidsterblichkeit bei Bevölkerungsgruppen mit hohem Anteil an gut gebildeten Frauen berechnet (Stadt Wien, 2003, S. 174). Somit kann auch für die steirischen Männer ein sozialer Gradient bei der Sterblichkeit aufgrund von Unfällen, Verletzungen, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen angenommen werden.

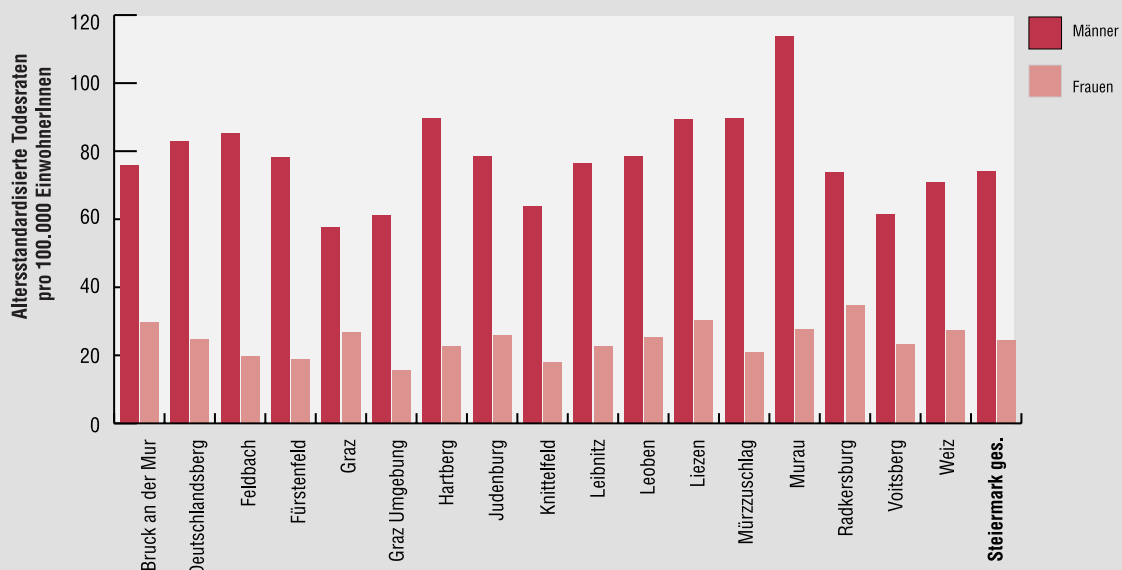


Abbildung 4.3: Sterblichkeit aufgrund von Unfällen, Verletzungen, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen nach Bezirk und Geschlecht, 1998–2002

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancenungleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

4.1.14. Zusammenfassung: Mortalität

- ▶ Die Lebenserwartung der SteiererInnen bei der Geburt ist ähnlich hoch wie jene der ÖsterreicherInnen. Allerdings weist innerhalb der Steiermark vor allem die West- und Südsteiermark und die östliche Obersteiermark eine eher niedrige Lebenserwartung auf.
- ▶ Die steirische Gesamtsterblichkeit liegt im Österreich- und Europavergleich im Durchschnitt. Höhere Raten weisen vor allem die Regionen West- und Süd- und östliche Obersteiermark auf, sowie die Bezirke Mürzzuschlag, Voitsberg, Radkersburg, Leibnitz und Deutschlandsberg.
- ▶ Die Haupttodesursachen in der Steiermark sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gefolgt von bösartigen Neubildungen und Unfällen und Verletzungen (siehe Tab. 4.1.14). Danach folgen Krankheiten der Verdauungs- und Atmungsorgane. Innerhalb der Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die Sterblichkeitsraten aufgrund von ischämischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen um einiges höher als die Raten aufgrund von zerebrovaskulären Erkrankungen. Bei den Krebserkrankungen stehen bei beiden Geschlechtern bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane an erster Stelle. Bei den Frauen folgen Brustkrebs und bösartige Neubildungen der Atmungsorgane. Bei den Männern sind danach bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (v.a. Lungenkrebs) die am weitesten verbreitete Krebserkrankung. Die männlichen Sterblichkeitsraten sind für alle Todesursachen signifikant höher als die weiblichen. Die Sterberaten der Männer aufgrund von Unfällen, Verletzungen und Vergiftungen sind dabei dreimal so hoch wie die der Frauen, die Raten aufgrund von Erkrankungen der Atmungsorgane sind 2,4mal so hoch. Bei den ischämischen Herzkrankheiten und den bösartigen Neubildungen des Verdauungsapparates sind die männlichen Sterberaten ungefähr doppelt so hoch. Die Sterblichkeit der Männer aufgrund von bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane ist sogar 3,7mal so hoch wie bei den Frauen.
- ▶ Ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den Haupttodesursachen und dem Sozialindex konnte nicht festgestellt werden. Dieses Ergebnis wird allerdings auf Einschränkungen durch das ökologische Design der Analyse zurückgeführt. Dennoch muss aufgrund internationaler und österreichischer Studienergebnisse angenommen werden, dass es ausgeprägte Unterschiede in der Sterblichkeit zwischen den verschiedenen sozio-ökonomischen Gruppen gibt. Darüber hinaus gibt es markante Unterschiede zwischen den Regionen und Bezirken, die je nach Todesursache unterschiedliche Ausprägungen haben. Auffällig sind hohe Sterblichkeitsraten und niedrige Lebenserwartung in den NUTS-III-Regionen West- und Südsteiermark und östliche Obersteiermark, sowie niedrige Sterberaten in den NUTS-III-Regionen Graz und Liezen.

4.2. Morbidität

4.2.0. Hintergrund

Daten zur Beschreibung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung sind häufig nicht nur schwierig zu recherchieren, sondern auch in ihrer Aussagekraft sehr beschränkt. Gemeinhin werden Ergebnisse aus Befragungen zur selbst berichteten Morbidität (wie z. B. die im Rahmen des Sonderprogramms des Mikrozensus in der Vergangenheit alle fünf Jahre durchgeführte Erhebung zu Fragen zur Gesundheit), diverse Register (wie z. B. die Inzidenzstatistik des österreichischen Krebsregisters) und Statistiken zu meldepflichtigen Krankheiten (wie z. B. HIV/AIDS, Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, Hepatitis, etc.), Statistiken der Sozialversicherungen zu Krankenständen sowie die Statistik der Krankenhäuser zu stationären PatientInnen als Grundlage für die epidemiologische Darstellung herangezogen. Für viele Krankheiten gibt es jedoch keinerlei statistische Aufzeichnungen und ihr Ausmaß kann nur, meist aufgrund internationaler Studien oder Veröffentlichungen internationaler Organisationen, geschätzt werden. Dennoch, wenngleich keine der genannten Quellen ein 100% verlässliches Abbild des tatsächlichen Krankheitsgeschehens bietet, geben sie, mit den nötigen Einschränkungen interpretiert, einen wichtigen Hinweis auf das Ausmaß vorherrschender Krankheiten bzw. lassen Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu.

Die Krankenanstaltenstatistik etwa lässt zwar keine Rückschlüsse auf das Ausmaß der Gesamtmorbidität einer Bevölkerung zu, liefert aber dennoch wichtige Hinweise auf das Krankheits- und Leistungsgeschehen (Stadt Wien, Chronische Krankheiten in Wien, 2004, S. 42). Bei der Interpretation dieser Daten aus den Krankenhäusern zur Charakterisierung des Gesundheitszustandes bzw. der Krankheitslast in einer Bevölkerung sind folgende Faktoren zu berücksichtigen: Zum einen werden derartige Datensätze häufig nicht primär zu epidemiologischen Zwecken, sondern zur Leistungs- und Kostendokumentation erstellt. Aber auch Unterschiede der niedergelassenen und ambulanten Versorgungsdichte, regional und zeitlich schwankende Zuweisungs- und Aufnahmeverfahren der einzelnen Krankenhäuser sowie unterschiedliche Personal- und Geräteausstattung der Krankenhäuser (Reitsma, Dalstra, Bonsel, van der Meulen, Koster & Gunning-Schepers, 1999, S. 55), können zu regional divergierender Inanspruchnahme stationärer Behandlung führen. So wurde gezeigt, dass die Krankenhausmorbidität – mit Ausnahme der Fälle für Atemwegserkrankungen und Depression – keine taugliche Messgröße zur Einschätzung der Krankheitslast darstellt. Für die restlichen der dabei untersuchten Diagnosegruppen – Erkrankungen des Verdauungstraktes, des Bewegungsapparates, sowie Gelenkerkrankungen und Fettsucht – ergab sich kein Zusammenhang der Krankenhausmorbidität mit der tatsächlichen Prävalenz (Payne, Coy, Patterson & Milner, 1994). Die hier im Folgenden berichtete altersstandardisierte Krankenhaushäufigkeit lässt also keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Krankheitslast im Sinne von Prävalenz bzw. Inzidenz und etwaige kausale Verknüpfungen zu.

fungen zu. Auch sind Vergleiche zwischen den Bundesländern mit Vorsicht zu betrachten.

Aufgrund der gesetzlichen Dokumentationspflicht für Fonds-krankenanstalten (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2004b, S. 17) besteht Vollständigkeit in der Erfassung der stationären Krankenhausfälle bei bundeseinheitlicher Diagnosen- und Leistungsdokumentation. Im Sinne einer epidemiologisch gestützten Gesundheitsberichterstattung wäre jedoch die Einrichtung bzw. der weitere Ausbau von regionalen und nationalen Krankheitsregistern sowie die Verbesserung der Datenlage vor allem im niedergelassenen und ambulanten Bereich notwendig.

Insgesamt waren in den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten der Steiermark im Jahr 2003 293.739 Krankenhausaufenthalte zu verzeichnen (344.027 inklusive der nicht-landesfondsfinanzierten KA). Dies entspricht einer Krankenhaushäufigkeit von 248,3 stationären Fällen pro 1.000 EinwohnerInnen. Dabei lag die durchschnittliche Belagsdauer bei 6,37 Tagen (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2005). Die häufigste Ursache für Krankenhausaufnahmen im Zeitraum 1992 bis 2001 bei Männern waren Verletzungen und Vergiftungen, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Bei den Frauen stellten Schwangerschaften und Geburt vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Ursache für einen Krankenhausaufenthalt dar (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2004a, S. 14).

4.2.1. Bösartige Neubildungen

Diese große und sehr heterogene Diagnose-Gruppe umfasst Krebserkrankungen unterschiedlichster Gewebstypen und Tumorstadien. Die hier verwendeten Spitalsentlassungsdaten können deshalb nur einen orientierenden Überblick bieten. Die altersstandardisierte Inzidenzrate aller bösartigen Neubildungen (exklusive der Nichtmelanom-Hauttumoren) in der Europäischen Union im Jahr 1997 betrug 419 pro 100.000 Einwohner für Männer bzw. 297 pro 100.000 Einwohnerinnen für Frauen. Somit ergibt sich ein um den Faktor 1,4 höheres altersstandardisiertes Risiko einer Krebserkrankung für Männer (European Communities, 2002, S. 172). Österreichweit war bei den Männern zwischen 1990 und 2000 eine Zunahme der Neuerkrankungsrate um 5,8%, bei den Frauen ein leichter Rückgang um 1,9% zu verzeichnen (Statistik Austria, 2004a, S. 14). Im direkten Bundesländervergleich nimmt die Steiermark jedoch den vorletzten Rang ein, d. h. die Steiermark weist hinter Kärnten die zweitniedrigsten altersstandardisierten Neuerkrankungsraten auf. Allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass hier Unterschiede der Meldefrequenz der Krankenanstalten sowie regionale Krebsfrüherkennungsprogramme zu einer im Vergleich höheren Erfassungsrate beitragen können (Statistik Austria, 2004a, S. 18).

In der Steiermark waren im Jahr 2000 laut Österreichischem Krebsregister insgesamt 5.044 Krebsneuerkrankungen registriert worden, die Hälfte davon (2.540 Fälle) entfiel auf Frauen (Statistik Austria, 2004a, Tabelle 3.2.3.). Im Zeitraum zwischen 1983 bis 2000 betrug die Zunahme der Neuerkrankun-

gen bei den steirischen Männern 37%, der Anstieg der altersstandardisierten Neuerkrankungsrate 14%. Der größte Teil dieses Zuwachses kann durch die Zunahme der neu diagnostizierten Prostatakrebskrankungen erklärt werden. Bei den Steirerinnen kam es im gleichen Zeitraum zu einem Anstieg der Krebsneuerkrankungen um 21%, bzw. zu einer Zunahme der altersstandardisierten Neuerkrankungsrate um 8%.

Betrachtet nach der Krebslokalisierung stellten im Jahr 2000 bei den Steirern bösartige Neubildungen der Prostata die häufigste Lokalisation dar, gefolgt von Lungen- und Dickdarmkrebs. Betrachtet nach der Tumorlokalisierung stellten bei den steirischen Frauen bösartige Neubildungen der Brustdrüse (Brustkrebs), gefolgt von solchen des Dickdarms sowie der Gebärmutter (Corpuskarzinom) die häufigsten Krebserkrankungen dar. Beim Corpuskarzinom weist die Steiermark im Bundesländervergleich die höchsten Neuerkrankungsraten auf. Bereits an vierter Stelle rangierten bei den steirischen Frauen im Jahr 2000 Lungenkrebskrankungen, wobei hier seit 1983 eine Zunahme der altersstandardisierten Neuerkrankungsrate um 101% (!) erfolgte (Statistik Austria, 2004a, Tabelle 3.2.3.). Der Steirische Frauengesundheitsbericht zeigte ebenfalls, dass das weibliche Sterberisiko aufgrund von Krebs der Atmungsorgane zwischen 1998 und 2002 um 31% angestiegen ist (Land Steiermark, 2004b, S. 28).

Insgesamt betrug der Anteil der bösartigen Neubildungen an der gesamten Krankenhausmorbidity (also die Anzahl der PatientInnen ohne Mehrfachaufnahmen bezogen auf die Wohnbevölkerung) der steirischen Männer im Zeitraum 1992 bis 2001 etwa 8% (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2004a, Tab. 3.2.1.). Wegen bösartiger Neubildungen waren in diesem Zeitraum jährlich durchschnittlich 938 Steirer pro 100.000 Einwohner in stationärer Behandlung, was dem österreichweiten Durchschnitt entspricht.

Betrachtet man die Krankenhaushäufigkeit, so waren bei den Männern im Zeitraum 1998 bis 2002 durchschnittlich 2.361 stationäre Fälle von bösartigen Neubildungen zu verzeichnen. Innerhalb der Steiermark lassen sich jedoch starke regionale Unterschiede beobachten. So lag die Krankenhaushäufigkeit in den Bezirken Fürstenfeld und Leoben an der Spitze, gefolgt von den ebenfalls signifikant über dem Durchschnitt liegenden Häufigkeiten in den Bezirken Liezen, Knittelfeld, Mürzschlag, Graz, Bruck an der Mur und Leibnitz. Die geringsten Häufigkeiten fanden sich in den Bezirken Graz-Umgebung, gefolgt von Weiz und Feldbach (siehe Tab. 4.2.1.).

Bei den Frauen lag der Anteil der bösartigen Neubildungen bezogen auf die gesamte Krankenhausmorbidity im Zeitraum 1992 bis 2001 bei 9% (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2004a, Tab. 3.2.1.). Im Zusammenhang mit bösartigen Neubildungen waren in diesem Zeitraum jährlich durchschnittlich 1.107 Steirerinnen pro 100.000 Einwohnerinnen in stationärer Behandlung, was gering über dem gesamtösterreichischen Durchschnitt liegt. Insgesamt lag die durchschnittliche Krankenhaushäufigkeit der Frauen im Zeitraum 1998 bis 2002 bei jährlich 2.122 stationären Fällen.

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Auch hier zeigt sich ein regional erheblich gestreutes Verteilungsmuster. Dabei lagen die Krankenhaushäufigkeiten in Fürstenfeld und Leoben an der Spitze, gefolgt von den ebenfalls signifikant über dem Durchschnitt liegenden Häufigkeiten in den Bezirken Judenburg, Liezen, Graz und Murau. Die geringsten Häufigkeiten fanden sich – wie bei den Männern – in den Bezirken Graz-Umgebung und Weiz (siehe Tab. 4.2.1.).

4.2.2. Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Diese große Diagnose-Gruppe umfasst neben den Herzerkrankungen auch jene Erkrankungen, die aus dem Blickwinkel der Prävention besonders bedeutsam sind, wie Bluthochdruck, Arteriosklerose, Hirngefäßerkrankungen und Schlaganfälle. Erkrankungen dieser Gruppe stellten bei beiden Geschlechtern die häufigste Todesursache dar (siehe Kapitel 4.1. Mortalität). International kann ein Rückgang der Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen beobachtet werden, wobei dies sowohl auf die abnehmende Inzidenz als auch auf die verlängerte Überlebenszeit zurück zu führen ist. Durch Gesundheitsförderung und Prävention positiv beeinflusste Lebensstilfaktoren haben hier einen nennenswerten Anteil. Aber auch die verbesserte medikamentöse Therapie von Bluthochdruck und hohen Blutfettwerten sowie die verbesserte klinische Versorgung bei manifester Herzerkrankung tragen dazu bei (Reitsma, Dalstra, Bonsel, van der Meulen, Koster & Gunning-Schepers, 1999, S. 55). Dennoch waren in der Europäischen Region im Jahr 2002 Herz-Kreislauf-Erkrankungen verantwortlich für eine beträchtliche Krankheitslast, Mortalität sowie reduzierte Lebensqualität und damit die führende Ursache für den Verlust behinderungsfreier Lebensjahre (WHO, 2004b, S.129).

In der multifaktoriellen Krankheitsentwicklung kann das Bündel lebensstilassoziierter Risikofaktoren – Rauchen, Alkoholmissbrauch, ungesunde Ernährung, körperliche Inaktivität und Übergewicht – nur einen Teil der Krankheitslast erklären (Kuh, & Ben-Shlomo, 2004, S. 42). Hinsichtlich der Entstehung ischämischer Herzerkrankungen (das sind Erkrankungen mit verminderter Blutversorgung des Herzens, wie z.B. Angina pectoris und Herzinfarkt) gibt es klare Evidenz der Einflussnahme psychosozialer, besonders Stress-assoziierter (Bosma, Siegrist, Peter & Marmot, 1998), arbeitsplatzbezogener (Siegrist, Peter, Junge, Cremer & Seidel 1990) und sozioökonomischer Faktoren (Marmot & Bobak, 2000). Aber auch umweltbezogene Einflüsse spielen eine Rolle. Bekannt und untersucht ist das erhöhte Erkrankungsrisiko im Zusammenhang mit Luftverschmutzung, im Besonderen durch Feinstaub (siehe auch Kapitel 5.2.2.1). In einer österreichischen Studie zu den Auswirkungen verkehrsbedingter Luftverschmutzung wurde geschätzt, dass pro Zunahme um 10 µg/m³ an Feinstaub jährlich mit zusätzlichen 449 stationären Fällen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen pro einer Million EinwohnerInnen zu rechnen ist (Seethaler, 1999, S.46).

Insgesamt waren im beobachteten Zeitraum Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Ursache für Krankenhausaufenthalte der Steirer und Steirerinnen. Betrachtet man die Krankenhausmorbidity (hier werden die Aufnahmen auf Ebe-

ne von PatientInnen – ohne Mehrfachaufnahmen – dokumentiert im Gegensatz zur Krankenhaushäufigkeit, wo sogenannte »Fälle« – welche auch Mehrfachaufnahmen inkludieren – betrachtet werden) bezogen auf die Wohnbevölkerung, so waren aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Zeitraum 1992 bis 2001 bei den Männern jährlich durchschnittlich 2.130 Steirer pro 100.000 Einwohner in stationärer Behandlung. Dies entspricht etwa dem Durchschnitt aller Bundesländer bzw. rund 18% der gesamtsteirischen Krankenhausmorbidity. Deutlich über dem Bundesdurchschnitt lag jedoch die Krankenhaushäufigkeit für Frauen in der Steiermark, wobei jährlich durchschnittlich 1.810 Steirerinnen pro 100.000 Einwohnerinnen wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen hospitalisiert wurden. Dies bedeutet im Bundesländervergleich den zweiten Rang und etwa 15% der gesamtsteirischen Krankenhausmorbidity (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2004a, Tab. 3.2.1.).

Die durchschnittliche altersstandardisierte Krankenhaushäufigkeit der Männer insgesamt lag im beobachteten Zeitraum bei 3.509 Fällen pro 100.000 Einwohner. Dabei sind erhebliche regionale Unterschiede zu verzeichnen: An der Spitze lag dabei der Bezirk Knittelfeld mit 4.266 Fällen (die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen jedoch war in diesem Bezirk am niedrigsten (siehe auch Tab. 4.1.8.)). Es folgten die Bezirke Radkersburg, Judenburg, Mürzzuschlag, Bruck an der Mur und Leoben. Ebenfalls signifikant über dem Durchschnitt – lag die Krankenhaushäufigkeit in den Bezirken Murau, Liezen, Fürstenfeld, Hartberg und Leibnitz. Signifikant unter dem Steiermark-Durchschnitt lag die Krankenhaushäufigkeit in den Bezirken Graz-Umgebung, Feldbach und Weiz, gefolgt von Deutschlandsberg und Graz (siehe Tab. 4.2.2.).

Die durchschnittliche altersstandardisierte Krankenhaushäufigkeit der Frauen insgesamt lag im beobachteten Zeitraum bei 2.678 Fällen pro 100.000 Einwohnerinnen. Auch hier sind erhebliche regionale Unterschiede zu beobachten. Deutlich an der Spitze mit 3.697 Fällen lag der Bezirk Radkersburg, in einigem Abstand gefolgt von den Bezirken Judenburg, Knittelfeld, Murau und Hartberg. Ebenfalls signifikant über dem Durchschnitt – lag die Krankenhaushäufigkeit in den Bezirken Liezen, Bruck an der Mur, Mürzzuschlag, Leibnitz und Fürstenfeld. Unterdurchschnittlich waren hingegen die Häufigkeiten in den Bezirken Weiz, Voitsberg und Graz. Sogar deutlich unterdurchschnittlich waren auch hier – analog zu den Männern – wieder die Bezirke Feldbach und Graz-Umgebung (siehe Tab. 4.2.2.). Erwähnenswert in diesem Zusammenhang ist die Beobachtung der höchsten Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Bezirk Voitsberg (siehe Tab. 4.1.8).

4.2.3. Krankheiten der Atmungsorgane

Zur Entstehung und Verschlimmerung von Atemwegserkrankungen – besonders von akuter Bronchitis und Asthmaerkrankungen sowie von chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen – trägt die Inhalation von lungengängigen Schadstoffen in beträchtlichem Ausmaß bei. Der schädigende Einfluss von Tabakrauch ist dabei eindrucksvoll in zahlrei-

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancenungleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

chen internationalen Studien belegt. Besonders auch die Exposition gegenüber Passivrauch stellt ein vermeidbares Risiko für die Entwicklung von Atemwegserkrankungen dar (U.S. Department of Health and Human Services, 1989). Ebenso tragen Stickoxide, welche als Folgeprodukt bei Verbrennungsprozessen auftreten, zur Krankheitsentstehung bei. Gasherde und Tabakrauch können in Wohnungen bei ungenügenden Lüftungsverhältnissen zu erheblichen Stickstoffdioxidkonzentrationen in der Raumluft führen, die jene im Freien sogar übersteigen können (Kuh & Ben-Shlomo, 2004, S. 247–250).

Ein bedeutender Anteil der Krankheitslast an Atemwegserkrankungen kann jedoch der Verschmutzung der Außenluft zugeschrieben werden (siehe auch Kapitel 5.2.). Schätzungen einer Studie zu gesundheitlichen Auswirkungen der Luftverschmutzung in acht italienischen Großstädten ergaben für die untersuchte Bevölkerung von rund 8,3 Millionen knapp 1.900 zusätzliche – also der Einwirkung von Feinstaub zuzurechnende – Krankheitsfälle für Atemwegserkrankungen (Martuzzi, Galassi, Ostro, Forastriere & Bertolini, 2002, S. 23). In der bereits erwähnten Studie zur Analyse gesundheitlicher Auswirkungen von durch Verkehrsbelastung verursachter Luftverschmutzung, wurden für Österreich jährlich 228 zusätzliche – das heißt der alleinigen Auswirkung des Anstiegs von Feinstaub um $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ zuzurechnende – stationäre Fälle pro einer Million EinwohnerInnen an Atemwegserkrankungen geschätzt (Seethaler, 1999, S. 46).

Wegen Erkrankungen der Atmungsorgane waren im Zeitraum 1992 bis 2001 jährlich durchschnittlich 1.682 Steirer je 100.000 Einwohner in stationärer Behandlung. Dies liegt leicht unter dem Durchschnitt aller Bundesländer. Ebenfalls unter dem Bundesdurchschnitt lag die Krankenhausmorbidity für Frauen in der Steiermark mit durchschnittlich 1.219 hospitalisierten Steirerinnen pro 100.000 Einwohnerinnen (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2004a, Tab. 3.2.1.). Damit waren diese Erkrankungen bei den Steirern für 14%, bei den Steirerinnen für 10% der gesamten Krankenhausmorbidity verantwortlich.

Insgesamt lag die durchschnittliche jährliche Krankenhaushäufigkeit der Männer in der Steiermark im Zeitraum 1998 bis 2002 bei 2.344 Fällen, mit deutlicher regionaler Streuung. Dabei waren im Bezirk Leoben mit 2.881 die meisten stationären Fälle zu verzeichnen, gefolgt von Graz, Murau, Bruck an der Mur, Leibnitz und Radkersburg. Signifikant unter dem steirischen Durchschnitt lag die Krankenhaushäufigkeit in den Bezirken Mürzschlag, Graz-Umgebung, Liezen, Weiz, Hartberg und Feldbach.

Ein ganz ähnliches Muster zeigt die Krankenhaushäufigkeit bei den Frauen: Graz liegt hier mit 1.946 Fällen signifikant über dem Durchschnitt von jährlich 1.536 stationären Fällen, gefolgt von den Bezirken Bruck an der Mur, Leoben und Leibnitz. Ein der Situation bei den Männern vergleichbares Bild zeigt sich auch bei den nach unten vom Durchschnitt abweichenden Bezirken (siehe Tab. 4.2.3.).

Wenngleich auch aufgrund der bereits oben beschriebenen methodischen Einschränkungen Rückschlüsse auf ursächliche Zusammenhänge unzulässig sind, sollten für die bei beiden Geschlechtern beobachteten regionalen Verteilungsmuster auch Umwelteinflüsse in Erwägung gezogen werden. Die beobachtete hohe Krankenhaushäufigkeit der EinwohnerInnen von durch Luftverschmutzung (besonders Feinstaub) stärker belasteten Gebieten sollte Anlass zu epidemiologischen Untersuchungen geben.

4.2.4. Krankheiten der Verdauungsorgane

Zu dieser Gruppe zählen neben Erkrankungen des Magen- und Darmtrakts auch chronische Lebererkrankungen wie z.B. die alkoholische Leberzirrhose. Wegen Erkrankungen der Verdauungsorgane waren im Zeitraum 1992 bis 2001 jährlich durchschnittlich 2.009 Steirer pro 100.000 Einwohner in stationärer Behandlung. Dies liegt über dem Durchschnitt der Bundesländer. Deutlich über dem Durchschnitt und an führender Stelle im Bundesländervergleich lag die Krankenhausmorbidity für Frauen in der Steiermark mit durchschnittlich 1.776 hospitalisierten Steirerinnen pro 100.000 Einwohnerinnen. Bezogen auf die gesamte Krankenhausmorbidity der Steiermark in diesem Zeitraum nahmen Erkrankungen der Verdauungsorgane einen Anteil von 17% bei den Männern und 15% bei den Frauen ein (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2004a, Tab. 3.2.1.).

Insgesamt lag die durchschnittliche jährliche Krankenhaushäufigkeit der Männer in der Steiermark im Zeitraum 1998 bis 2002 bei 2.645 Fällen pro 100.000 Einwohner. In der regionalen Streuung liegt hier Judenburg an der Spitze mit 3.086 stationären Fällen, gefolgt von den Bezirken Leibnitz, Mürzschlag, Fürstenfeld, Deutschlandsberg, Bruck an der Mur und Radkersburg, die ebenfalls eine signifikant über dem Steiermark-Durchschnitt liegende Häufigkeit aufweisen. Die geringste Häufigkeit wiesen Einwohner des Bezirkes Feldbach, gefolgt von Weiz und Graz-Umgebung auf.

Im beobachteten Zeitraum wurden bei den Frauen jährlich durchschnittlich 2.270 stationäre Fälle pro 100.000 Einwohnerinnen verzeichnet. Es zeigt sich auch hier ein regional gestreutes Verteilungsbild. Deutlich im Spitzenfeld liegen auch hier die Bezirke Judenburg und Mürzschlag, gefolgt von den Bezirken Leibnitz, Bruck an der Mur, Graz, Deutschlandsberg und Fürstenfeld, die ebenfalls eine signifikant über dem Steiermark-Durchschnitt liegende Häufigkeit aufweisen. Auch hinsichtlich der Abweichung nach unten zeigen sich zu den Männern vergleichbare Verteilungsmuster (siehe Tab. 4.2.4.).

4.2.5. Erkrankungen des Bewegungsapparates

Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparats sind häufige Ursachen chronischer Schmerzen und körperlicher Behinderungen. Neben Verletzungen stellen entzündliche Erkrankungen und Abnützungen der Gelenke und der Wirbelsäule, Bandscheibenerkrankungen und Osteoporose Krankheitsbilder von erheblicher Krankheitslast dar. Epidemiologische Untersuchungen weisen auf die Zunahme der Inzidenz und Prävalenz der Osteoporose in Europa hin (European

Communities, 2004, S. 181). Der außergewöhnliche Stellenwert dieser mit dem Alter zunehmenden Erkrankungen zeigt sich auch an der Vorrangstellung, die diese innerhalb der zu Arbeitsunfähigkeit führenden Gesundheitsprobleme einnehmen: Europaweit waren bei 50% der Personen Knochen- und Muskelerkrankungen für längerfristige Arbeitsunterbrechungen verantwortlich (European Communities, 2004, S. 252).

Auch in Österreich waren im Jahr 2003 Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes die zweithäufigste Ursache für Krankenstandsfälle. Mit durchschnittlich 18,1 und insgesamt 7.864.396 Krankenstandstagen waren sie die führende Ursache aller in diesem Zeitraum erfassten Krankenstandstage (eigene Berechnungen, Quelle: Statistik Austria, 2004b, S. 119). Im Jahr 2004 nahmen die Krankenstandstage im Zusammenhang mit diesen Erkrankungen (für beide Geschlechter gesamt betrachtet) in der Steiermark den dritten Rang ein und waren für rund ein Fünftel aller Krankenstandstage verantwortlich (siehe Tab. 6.2.8.). Insgesamt kam es im Zeitraum zwischen 1995 und 2002 in Österreich zu einer Zunahme der Anzahl an stationären Fällen von Krankheiten dieser Diagnosegruppe bei gleichzeitiger Abnahme der durchschnittlichen Verweildauer (Statistik Austria, 2004b, S. 112).

Rücken- und Kreuzschmerzen wurden in der Steiermark von fast einem Fünftel der Männer und Frauen als Beschwerden genannt, bei den Männern gefolgt von Gelenks- Hüft- und Nervenschmerzen der Beine. Aber auch bei den selbst berichteten chronischen Krankheiten nehmen jene des Bewegungsapparates eine führende Stellung ein: 7% der Männer geben dauerhafte Schäden an der Wirbelsäule an, bei den Frauen stellen Schäden an der Wirbelsäule und Gelenkerkrankungen an Hüfte und Bein die am zweithäufigsten genannten Erkrankungen dar (siehe Tab. 4.2.10.1.). Darüber hinaus treten diese Erkrankungen laut Mikrozensus offensichtlich in der Steiermark besonders häufig auf. Sowohl Männer als auch Frauen sind im Österreichvergleich besonders häufig von Schäden an der Wirbelsäule betroffen (Statistik Austria, 2002, S. 103–105; siehe auch 4.2.7).

Wesentliche Risikofaktoren bei der Entstehung und Chronifizierung von Rückenschmerzen sind psychosoziale aber auch physikalische Faktoren der Arbeitsbelastung, wie z.B. schwere körperliche Arbeit, wiederholte einseitige Belastungen und monotone Arbeitsanforderungen. Diese sind auch für Präventionsmaßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zugängliche Einflussfaktoren (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2002, S. 119).

Wegen Erkrankungen des Bewegungsapparates waren bei den Männern im Zeitraum 1992 bis 2001 jährlich durchschnittlich 1.689 Steirer pro 100.000 Einwohner in stationärer Behandlung. Damit lag die Steiermark leicht über dem Durchschnitt der Bundesländer. Gering über dem Bundesdurchschnitt lag auch die Krankenhausmorbidity für steirische Frauen, mit durchschnittlich 1.629 hospitalisierten Steirerinnen pro 100.000 Einwohnerinnen. Der Anteil dieser Erkrankungen an

der gesamtsteirischen Krankenhausmorbidity lag bei den Männern bei 14,4%, bei den Frauen bei 13,6% (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2004a, Tab. 3.2.1.). Insgesamt lag die durchschnittliche jährliche Krankenhaushäufigkeit der Männer in der Steiermark im Zeitraum 1998 bis 2002 bei 2.080 Fällen.

Die deutliche regionale Streuung weist vor allem für den Bezirk Murau einen auffälligen Spitzenwert aus: Männliche Einwohner dieses Bezirks waren mit 3.929 Fällen pro 100.000 Einwohner steiermarkweit am häufigsten wegen diesen Erkrankungen in stationärer Behandlung. Deutlich darunter, aber ebenfalls signifikant über dem steirischen Durchschnitt liegen auch die Häufigkeiten in den Bezirken Leoben und Judenburg, sowie Knittelfeld, Liezen, Deutschlandsberg, Hartberg und Bruck an der Mur. Signifikant weniger Krankenhaushäufigkeiten als im steirischen Durchschnitt waren in den Bezirken Graz, Feldbach sowie Graz-Umgebung zu verzeichnen. Ein fast identes Muster hinsichtlich der regionalen Unterschiede zeigt sich bei den Frauen: auch hier liegt die Krankenhaushäufigkeit im Bezirk Murau mit 4.158 Fällen pro 100.000 Einwohnerinnen an der Spitze und übertrifft hier sogar jene der steirischen Männer. Mit Ausnahme von Hartberg liegt die Krankenhaushäufigkeit der Frauen in den gleichen Bezirken wie bei den Männern über dem steirischen Durchschnitt und zeigt auch hinsichtlich der Bezirke mit signifikant geringerer Häufigkeit ein vergleichbares Bild. Die Werte der Bezirke mit der niedrigsten bzw. höchsten Aufnahmehäufigkeit liegen dabei – bei beiden Geschlechtern – um das Zweieinhalbfache auseinander (siehe Tab. 4.2.5.). Eine mögliche Erklärung dafür wäre der im Vergleich hohe Anteil an selbst berichteten Beschwerden des Bewegungsapparates (Rücken- und Kreuzschmerzen, Beschwerden an Hüfte-, Beinen, Schulter und Armen) der Bevölkerung in den NUTS-III-Regionen der westlichen und östlichen Obersteiermark. Da derartige Beschwerden jedoch mit dem Alter stark zunehmen, sind diese nicht alterskorrigierten Häufigkeiten nur mit Vorsicht zu verwenden. Auch hinsichtlich der Belastungen herrschen regionale Unterschiede, wobei deutlich mehr erwerbstätige Steirer und Steirerinnen in der westlichen Obersteiermark schwere körperliche Arbeit als belastend angegeben als in den restlichen NUTS-III-Regionen (siehe Tab. 4.3.5.1.).

4.2.6. Anzahl der selbst berichteten Erkrankungen

In der 1999 stattgefundenen Mikrozensus-Befragung gab etwas mehr als die Hälfte der steirischen Bevölkerung an, innerhalb der letzten 12 Monate krank gewesen zu sein (siehe Tab. 4.2.6.1). Ungefähr ein Drittel war einmal und 12% waren zweimal krank. Die SteirerInnen sind im Vergleich zu den ÖsterreicherInnen insgesamt etwas häufiger krank. Somit hat die Steiermark im Bundesländervergleich im Berichtszeitraum den zweitgeringsten Anteil an völlig Gesunden und auch einen relativ hohen Anteil jener, die zwei- und mehrmals erkrankt waren (Statistik Austria, 2002, S. 96).

Steirer und Steirerinnen unterscheiden sich in der Krankheitshäufigkeit wenig, nur der ohnehin geringe Anteil jener,

die mehr als 3mal im Jahr vor der Befragung krank waren, ist bei den Frauen höher als bei den Männern (siehe Tab. 4.2.6.1).

In der Gruppe der Kinder unter 15 Jahren geben nur 43% an, innerhalb des letzten Jahres nie krank gewesen zu sein. Weitere 40% waren nur einmal krank, womit gut 80% der Kinder nie oder maximal einmal krank waren. Am höchsten ist der Anteil jener, die im letzten Jahr nie erkrankt sind, in der Altersgruppe der 15–44jährigen: hier erreicht der Wert fast 50%. Erwartungsgemäß steigt der Anteil der mehrfach Erkrankten mit dem Alter. Trotzdem ist der Anteil jener, die nie krank waren, mit 45% bei den über 75jährigen hoch. Ungefähr ein Drittel der über 65jährigen war im letzten Jahr einmal, ca. 15% zweimal und ca. 6% dreimal krank. Damit sinkt der Anteil der gesunden Menschen bei den über 75jährigen im Vergleich zu den über 44jährigen zwar lediglich um 8%, innerhalb der Gruppe der Erkrankten verdoppelt sich jedoch der Anteil jener, die zweimal und öfter erkrankt waren. Dieser Anstieg ist ähnlich wie in Gesamtösterreich, allerdings stärker ausgeprägt als beispielsweise in Wien. Dort bleibt der Anteil sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit einem Anstieg von ca. 6% der zweimal und öfter Erkrankten verhältnismäßig gering (Stadt Wien, 2002, S. 100).

Im regionalen Vergleich ist der Anteil der Personen, die nie erkrankt waren, in der West- und Südsteiermark am höchsten, gefolgt von Graz. Am häufigsten gaben BewohnerInnen des Bezirks Liezen an, im letzten Jahr krank gewesen zu sein (siehe Tab. 4.2.6.1).

Ein Unterschied in der Erkrankungshäufigkeit zwischen den einzelnen abgeschlossenen Bildungsstufen ist nicht sofort erkennbar, allerdings zeigt der statistische Test einen hoch signifikanten Zusammenhang. So waren weniger als die Hälfte der PflichtschulabsolventInnen im letzten Jahr nie und beinahe 8% häufiger als zweimal krank (siehe Tab. 4.2.6.2). Diese Häufigkeiten sind allerdings vor allem durch den hohen Anteil der PflichtschulabsolventInnen an den älteren Bevölkerungsgruppen bedingt. Dennoch kann der Zusammenhang nicht allein durch das Alter erklärt werden, da ein relativ gleichmäßiger Anstieg des Anteils jener, die im letzten Jahr völlig gesund waren, mit steigender Bildung zu erkennen ist. Auch ein europäischer Vergleich zeigt den gleichen Trend, wenn auch bei einer etwas anderen Fragestellung. Es wurde untersucht, ob Personen mit geringerer Bildung häufiger aufgrund von Krankheit oder Verletzungen in ihren alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt sind und das Bett hüten müssen. Es zeigte sich, dass in den meisten Ländern Menschen mit geringerer Bildung häufiger eingeschränkt und erkrankt waren (European Commission, 2003, S. 58, S.66, S. 69).

Ein signifikanter Zusammenhang ergab sich auch zwischen Krankheitshäufigkeit und Stellung im Beruf. Der höchste Anteil an Personen, die im letzten Jahr nie erkrankten, fand sich mit 57% bei den Mithelfenden (siehe Tab. 4.2.6.2). Selbstständige und Angestellte zeigen ebenfalls einen hohen Anteil an Gesunden. Gering ist hingegen der Anteil jener, die im letzten Jahr nie krank waren, vor allem bei den ArbeiterInnen und Lehrlingen (siehe Tab. 4.2.6.2). Auch bei den FacharbeiterInnen

ist der Anteil derer, die einmal erkrankt sind, signifikant erhöht. Dieser Trend der steigenden Krankheitshäufigkeit mit geringerer Stellung im Beruf zeigt sich auch bei den Männern in Wien und für beide Geschlechter in Gesamtösterreich (Stadt Wien, 2002, S. 101; Statistik Austria, 2002, S. 96).

Nach dem Lebensunterhalt betrachtet werden ebenfalls hoch signifikante Unterschiede festgestellt. PensionistInnen sind erwartungsgemäß häufiger krank, und der Anteil der zweimalig und dreimalig Erkrankten ist hier überdurchschnittlich hoch (siehe Tab. 4.2.6.2). Ähnliche Ergebnisse finden sich auch für Gesamtösterreich (Statistik Austria, 2002, S. 96).

Auffällig ist auch die hohe Krankheitshäufigkeit der arbeitslosen Bevölkerung. Mit einem Anteil von nur 41% im letzten Jahr nicht Erkrankten weist diese Gruppe die höchste Krankheitshäufigkeit unter den erwachsenen Befragten auf. Weiters ist bei den Arbeitslosen der Anteil der in den letzten 12 Monaten nur einmal Erkrankten am höchsten. Dieser Trend geht konform mit österreichischen Ergebnissen; allerdings liegt der Anteil der im letzten Jahr völlig gesunden Arbeitslosen in Gesamtösterreich mit 46% über dem Anteil in der Steiermark (Statistik Austria, 2002, S. 96).

4.2.7. Art der selbst berichteten Erkrankungen

Von jenen, die angaben im letzten Jahr krank gewesen zu sein, erkrankten nach eigenen Angaben etwas mehr als ein Viertel der SteirerInnen an Erkältungskrankheiten und der gleichen (siehe Tab. 4.2.7.1). Dieser Anteil ist für Männer und Frauen ungefähr gleich hoch.

Es folgen bei beiden Geschlechtern Schäden an der Wirbelsäule. An dritter Stelle folgen bei den Frauen Gelenkerkrankungen an Hüfte oder Bein und bei den Männern Prellungen, Zerrungen und Quetschungen und andere Verletzungen. Bei den Frauen folgt so dann erhöhter Blutdruck (der bei den Männern den 6. Rang einnimmt) und bei den Männern Gelenkerkrankungen an Hüfte und Bein (siehe Tab. 4.2.7.1). Der Anteil jener, die an Schäden an der Wirbelsäule und an Gelenkerkrankungen an Hüfte und Bein erkrankt sind, ist in der Steiermark im Bundesländervergleich am höchsten, wie auch der Anteil jener mit Bluthochdruck (nach Burgenland und Niederösterreich) (Statistik Austria, 2002, S. 100–101). Österreichweit liegen an vierter Stelle Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten (inkl. Schwerhörigkeit). Diese Krankheitsgruppe liegt in der Steiermark zwar an fünfter Stelle, doch ist der Anteil im Vergleich trotzdem hoch, und zwar der viert höchste nach Nieder-, Oberösterreich und Wien (Statistik Austria, 2002, S. 100–101).

Männer litten im Vergleich zu Frauen häufiger an Verletzungen (Prellungen, Zerrungen, Quetschungen; andere Verletzungen) sowie an HNO-Erkrankungen (inkl. Schwerhörigkeit), während Frauen häufiger angaben, an Venenentzündungen, -thrombosen und Krampfadern sowie an niedrigem Blutdruck zu leiden (siehe Tab. 4.2.7.1). Alle übrigen Erkrankungsbilder betreffen weniger als 2% aller im letzten Jahr einmal erkrankten Frauen und Männer. Bei seltenen Erkrankungen kann vor allem aufgrund der geringen Fallzahlen und des daraus resultierenden Stichprobenfehlers keine seriöse

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancenungleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Interpretation vorgenommen werden. Im Österreichvergleich leiden Steirer auffällig häufig an Prellungen, Zerrungen, Quetschungen (Steiermark: 3,6%, Österreich: 2,2%) und Gelenkerkrankungen an Hüfte und Bein (Steiermark: 2,7%, Österreich: 2,2%). Gemeinsam mit den Kärntnern, Burgenländern und Niederösterreichern leiden sie auch am häufigsten unter Schäden an der Wirbelsäule (Statistik Austria, 2002, S. 102–103). Dieser Unterschied steht vermutlich in Zusammenhang mit der Erwerbsstruktur in diesen Bundesländern, welche durch Beschäftigungsverhältnisse im primären und sekundären Dienstleistungssektor geprägt ist, also mehr körperliche Arbeit und ein höheres Risiko für Abnutzungserscheinungen des Bewegungsapparats und Verletzungen mit sich bringt. Dies trifft auch auf die steirischen Frauen zu, die im Bundesländervergleich ebenfalls den höchsten Anteil an Schäden an der Wirbelsäule und an Gelenkerkrankungen zeigen. Auch im Vergleich zu Gesamtösterreich sind diese Anteile höher, z.B. bei Schäden an der Wirbelsäule (Steiermark 3,6% und Österreich 2,7%), sowie auch beim niedrigen Blutdruck (Steiermark: 2,0%, Österreich: 1,2%), bei Gefäßstörungen an den Beinen und bei Venenentzündungen, -thrombosen und bei Krampfadern (Statistik Austria, 2002, S. 104–105). Darüber hinaus zeigen im Bundesländervergleich die Steirerinnen den höchsten Anteil an Lebererkrankungen und die Steirer einen hohen Anteil an Magen- und Lebererkrankungen – wenn auch bei einem geringen Anteil dieser Erkrankungen an der gesamten Krankheitslast – (Statistik Austria, 2002, S. 102–105), was auch auf den relativ hohen Alkoholkonsum in der Steiermark zurückgeführt werden kann (Land Steiermark, 2000, S. 125).

Bei den unter 15jährigen ist der Anteil der an Erkältung Erkrankten mit 36% weitaus am höchsten, gefolgt von HNO-

und Darmerkrankungen. Erkältung als Krankheitsbild nimmt mit steigendem Alter ab (20% bei den über 65jährigen), wogegen die anderen oben angeführten Erkrankungen an Bedeutung gewinnen. Vor allem der Anteil jener mit chronisch degenerativen Erkrankungen, wie etwa Gelenkerkrankungen, steigt ab der Altersgruppe der 45–59jährigen sprunghaft an. Dies ist auch jenes Alter, in dem Schäden an der Wirbelsäule am häufigsten auftreten und Bluthochdruck erstmals ein nennenswertes Problem darstellt (siehe Tab. 4.2.7.1).

Regional betrachtet, zeigt Liezen den höchsten Anteil an im letzten Jahr erkrankten Personen. Nur 40% gaben an, im letzten Jahr gesund gewesen zu sein (siehe Tab. 4.2.7.1). Bei der am häufigsten genannten Krankheitsgruppe, den Erkältungskrankheiten, findet sich der höchste Anteil Erkrankten in der westlichen Obersteiermark. Auch HNO-Krankheiten werden neben Prellungen, Zerrungen und Quetschungen hier etwas häufiger genannt als in anderen steirischen Regionen (siehe Tab. 4.2.7.1). Schäden an der Wirbelsäule kommen wiederum in Liezen und in der östlichen Obersteiermark häufiger vor als im Rest der Steiermark. Gleiches gilt für niedrigen Blutdruck und Gelenkerkrankungen im Bereich von Schulter und Arm. Liezen hat darüber hinaus auch den höchsten Anteil an Menschen, die angaben, an Venenentzündungen, -thrombosen und Krampfadern zu leiden. Von erhöhtem Blutdruck sind besonders die BewohnerInnen der Region östliche Obersteiermark, Oststeiermark und Liezen betroffen (siehe Tab. 4.2.7.1). Die Oststeiermark zeigt außerdem das häufigste Auftreten von Gelenkskrankheiten der Hüfte und des Beins. In der Region Graz/Graz-Umgebung finden sich überdurchschnittlich häufig Darmerkrankungen. D.h. es lassen sich zwar gewisse regionale Unterschiede erkennen, die Interpretation der Ergebnisse sollte jedoch aufgrund des zu

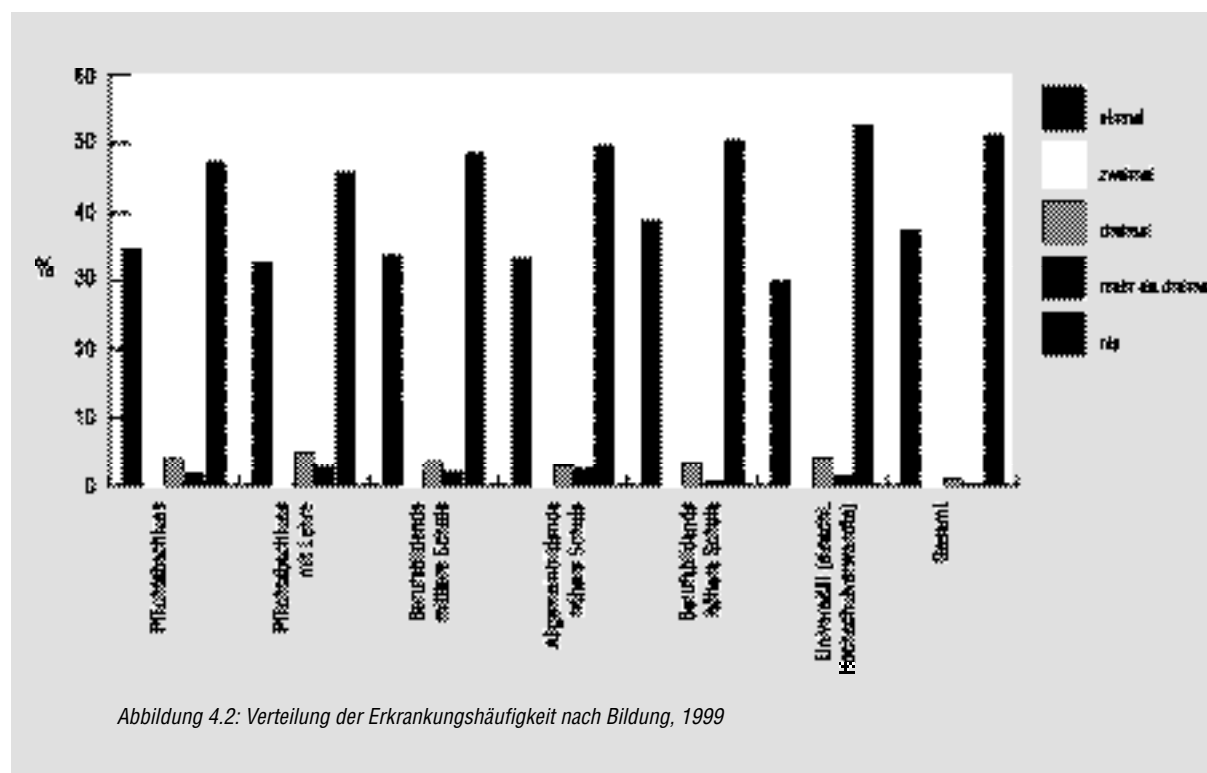


Abbildung 4.2: Verteilung der Erkrankungshäufigkeit nach Bildung, 1999

erwartenden hohen Stichprobenfehlers aufgrund der geringen Fallzahlen – wie bereits erwähnt – eher vorsichtig erfolgen.

In allen Bildungsgruppen sind Erkältungen die am häufigsten genannten Erkrankungen, gefolgt von Wirbelsäulenschäden (siehe Tab. 4.2.7.2). Nur bei den PflichtschulabsolventInnen werden Gelenkserkrankungen der Hüfte und des Beins häufiger als Wirbelsäulenschäden genannt, womit diese Bildungsgruppe mit 5% auch am weitaus häufigsten Gelenkserkrankungen der Hüfte und des Beins (wie auch der Schulter und des Arms) berichtet. Hier zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen, wobei Personen mit mittlerer oder höherer berufsbildender Ausbildung unterdurchschnittlich oft daran leiden. Auch von Wirbelsäulenschäden sind PflichtschulabsolventInnen häufig betroffen, ungefähr gleich häufig wie LehrabsolventInnen sowie AbgängerInnen von berufsbildenden mittleren Schulen. AbsolventInnen der AHS und Universität sind hingegen signifikant seltener betroffen. Hoch signifikante Unterschiede können auch bei erhöhtem Blutdruck festgestellt werden. Wiederum leiden Personen mit Pflichtschulabschluss überdurchschnittlich oft an hohem Blutdruck (4%). Niedrig ist der Anteil der Personen mit Bluthochdruck mit 1–2% unter den höher Gebildeten. Weiters geben Personen mit Pflichtschulabschluss häufiger an, unter Venenentzündungen zu leiden als Personen mit höherem Bildungsstatus (siehe Tab. 4.2.7.2).

Diese hier erläuterten Verteilungsmuster nach Bildung gehen konform mit den österreichischen Ergebnissen (Statistik Austria, 2002, S. 100–101). Zum Teil kann dieses Muster natürlich durch die Altersstruktur erklärt werden, allerdings ist anzunehmen, dass trotz Berücksichtigung des Alters ein Zusammenhang zwischen diesen Krankheitsbildern und Bildung bestehen bleibt.

Verwendet man als sozialen Indikator die Stellung im Beruf, dann zeigt sich, dass nach den Lehrlingen vor allem Angestellte signifikant seltener von erhöhtem Blutdruck und Gelenkserkrankungen an Hüfte und Bein betroffen sind (siehe Tab. 4.2.7.2). Mithelfende hingegen – eine Gruppe, die unter anderem mithelfende Frauen in der Landwirtschaft inkludiert – berichten überdurchschnittlich oft niedrigen Blutdruck. FacharbeiterInnen und Lehrlinge sind gravierend häufiger von Prellungen, Quetschungen und anderen Verletzungen betroffen, ArbeiterInnen hingegen von Schäden an der Wirbelsäule. Aber auch steirische FacharbeiterInnen sind im Österreichvergleich von Wirbelsäulenschäden stärker betroffen (Statistik Austria, 2002, S. 100–101).

Nach den Erkältungen, der in allen Berufsgruppen häufigsten Erkrankung, folgen bei den Selbstständigen Schäden an der Wirbelsäule (5%), gefolgt von Gelenkserkrankungen an Hüfte und Bein (siehe Tab. 4.2.7.2). Mithelfende hingegen nannten am häufigsten niedrigen Blutdruck, mit einem weiten Abstand gefolgt von Gelenkserkrankungen (Hüfte, Bein) (4%). Angestellte nennen HNO-Beschwerden, Beamten und sonstige ArbeiterInnen Wirbelsäulenschäden besonders häufig. Bei FacharbeiterInnen und Lehrlingen stehen Prellun-

gen, Zerrungen, Quetschungen an erster Stelle. Im österreichischen Vergleich zeigen die einzelnen Berufsgruppen ähnliche Gesundheitsprobleme. Die österreichischen FacharbeiterInnen und Lehrlinge berichten seltener als die steirischen von Prellungen, Zerrungen und Quetschungen (Statistik Austria, 2002, S. 100–101).

Gruppiert man die Ergebnisse nach dem Lebensunterhalt zeigt sich, dass PensionistInnen vor allem unter Gelenkserkrankungen an Hüfte und Bein (7%), erhöhtem Blutdruck (6%) und Schäden an der Wirbelsäule (5%) leiden (siehe Tab. 4.2.7.2), wobei die gesamtösterreichischen PensionistInnen etwas seltener von Gelenkserkrankungen der Hüfte und des Beins betroffen sind (5%) (Statistik Austria, 2002, S. 100–101). Haushaltsführende Personen sind ebenfalls häufig von hohem Blutdruck betroffen. Erwerbstätige hingegen klagen über Wirbelsäulenschäden (5%) und Prellungen, Zerrungen, Quetschungen (3%), womit die Steiermark etwas über dem Österreichschnitt (bei dem die Personen in Karenz in der erwerbstätigen Gruppe inkludiert sind) liegt (3% und 2%) (Statistik Austria, 2002, S. 100–101). Die Gruppe der Arbeitslosen zeigt den höchsten Anteil an Wirbelsäulenerkrankungen mit 7%, der auch etwas über dem österreichischen mit 6% liegt (Statistik Austria, 2002, S. 100–101).

Zusammenfassend zeigt sich, dass erstens ein sozialer Gradient nach Bildung besteht und zweitens die unterschiedlichen sozialen Gruppen unter verschiedenen Krankheitsbildern leiden. So scheinen, gesamt gesehen, die Angestellten relativ gesund im Vergleich zu FacharbeiterInnen und sonstigen ArbeiterInnen. Arbeitslose sowie sozial schlechter gestellte Berufsgruppen (gemeinsam mit den Beamten) zeigen besonders häufig Schäden an der Wirbelsäule. Soziale Ungleichheiten in der Krankheitsverteilung sind somit auch in der Steiermark gegeben. Trotz Wohlfahrtsystem können gesundheitliche Ungleichheiten zwischen den sozialen Klassen nicht ausgeschlossen werden. Selbst im Wohlfahrtsstaat Schweden wurde festgestellt, dass gut ein Drittel der Krankheitslast ungleich verteilt ist und dass von dieser Ungleichheit vor allem unqualifizierte ArbeiterInnen betroffen sind (Ljung et al, 2005, S. 95–96).

4.2.8. Anzahl der selbst berichteten Beschwerden

Auf die Frage nach der Anzahl der Beschwerden, »die zwar Ihr Wohlbefinden beeinträchtigen, aber keine Bettlägrigkeit zur Folge haben oder Ihre gewohnte Tätigkeit behindern«, wurden durchschnittlich 1,6 Beschwerden genannt, wobei Frauen (1,9) etwas häufiger angeben, an Beschwerden zu leiden als Männer (1,4) (siehe Tab. 4.2.8.1). Hiermit liegt die Steiermark etwas über dem Österreichschnitt und im Bundesländervergleich im hinteren Feld (Statistik Austria, 2002, S. 86–88).

Insgesamt gaben rund 42% der steirischen Bevölkerung an, unter keinen Beschwerden zu leiden, Männer häufiger (46%) als Frauen (39%). Etwa ein Fünftel der Bevölkerung nannte nur eine Beschwerde, ein Achtel zwei Beschwerden, aber immerhin fast ein Viertel gab an, an drei oder mehr Beschwerden zu leiden. Hier sind es wiederum die Frauen, die häufiger

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancenungleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

unter einer Vielzahl von Beschwerden leiden als Männer. Denn während mehr als ein Viertel (27%) der Steirerinnen drei oder mehr Beschwerden anführen, sind es bei den Männern nicht einmal ein Fünftel (19%).

Der Anteil jener, die keine Beschwerden haben, sinkt mit dem Alter (siehe Tab. 4.2.8.1). Bei den unter 15jährigen sind zwei Drittel völlig beschwerdefrei. Dieser Anteil sinkt stetig, womit bei den 65–74jährigen nur noch jede/r Fünfte keine Beschwerden hat (siehe Tab. 4.2.8.1). Insbesondere der Anteil jener Personen, die unter vier oder mehr Beschwerden leiden, nimmt ab den 45jährigen stark zu, wobei der Anteil bereits ab der Altersgruppe der 55–64jährigen bei über 25% liegt. Bei den 65–74jährigen leiden bereits 42% unter drei oder mehr Beschwerden, bei den über 75jährigen sind es sogar mehr als die Hälfte (siehe Tab. 4.2.8.1).

Regional gesehen ist der Anteil der beschwerdefreien Personen in der westlichen und östlichen Obersteiermark sowie im Bezirk Liezen am niedrigsten. Dies spiegelt sich auch in der durchschnittlichen Zahl der Beschwerden wider, denn auch hier liegen diese Regionen voran. Insbesondere in der östlichen Obersteiermark fällt zudem der hohe Anteil (ein Fünftel) der Bevölkerung mit vier und mehr Beschwerden auf. Diese regionalen Unterschiede können allerdings zum Teil auf die unterschiedliche Altersstruktur zurückgeführt werden. So hat die östliche Obersteiermark mit einem geringen Anteil an Personen, die keine Beschwerden haben, und mit einer hohen durchschnittlichen Zahl der Beschwerden pro Person auch die älteste Bevölkerung in der Steiermark (Land Steiermark, 2003, S. 38).

Die durchschnittliche Anzahl der Beschwerden weist auf einen deutlichen Zusammenhang mit der Ausbildung hin. So geben PflichtschulabsolventInnen durchschnittlich 2,3 Beschwerden an, während es bei AkademikerInnen nur 1,4 und bei AbgängerInnen von allgemein bildenden höheren Schulen nur 1,1 sind (siehe Tab. 4.2.8.2). Darüber hinaus geben Personen, deren höchster Abschluss die Pflichtschule ist, wesentlich seltener an, keine Beschwerden zu haben (31%), dafür ist die Angabe von drei bzw. mehr als drei Beschwerden mit 34% signifikant hoch. Der Anteil der Personen mit Lehrabschluss, die drei und mehr Beschwerden im letzten Jahr hatten, ist hingegen mit nur 21% relativ gering. Von den AHS- sowie BHS-AbsolventInnen waren rund 50% im letzten Jahr beschwerdefrei. Weiters sind AHS- und UniversitätsabsolventInnen signifikant seltener mit drei oder mehr Beschwerden konfrontiert (siehe Tab. 4.2.8.2). Da diese Ergebnisse nicht altersstandardisiert sind, muss bedacht werden, dass die schlechter gebildete Gruppe auch einen höheren Anteil an älteren Personen aufweist. Im österreichischen Vergleich zeigt sich ein sehr ähnliches Muster, allerdings sind die Werte in der Steiermark durchwegs etwas besser als in Gesamtösterreich. Das könnte damit zusammenhängen, dass in der hier vorliegenden Analyse bereits Personen ab dem 15. Lebensjahr berücksichtigt wurden. In allen Bildungsgruppen ist in der Steiermark die durchschnittliche Anzahl an Beschwerden etwas geringer, wie auch der Anteil an beschwer-

defreien Personen in den einzelnen Bildungsgruppen etwas höher ist.

Betrachtet man die Anzahl der Beschwerden nach der Stellung im Beruf zeigt sich, dass es hoch signifikante Unterschiede gibt. So ist der Anteil der beschwerdefreien Angestellten, FacharbeiterInnen und Lehrlinge überdurchschnittlich hoch. Die Gruppe Sonstige, die PensionistInnen und Kinder bzw. SchülerInnen beinhaltet, haben hingegen überdurchschnittlich oft mehr als drei Beschwerden (siehe Tab. 4.2.8.2). Lehrlinge – was aufgrund ihres jungen Alters nicht überrascht – aber auch Angestellte und FacharbeiterInnen zeichnen sich durch einen besonders niedrigen Anteil an Personen aus, die drei und mehr Beschwerden haben. Das schlägt sich auch in der durchschnittlichen Anzahl der Beschwerden nieder. Im Vergleich schneiden damit die steirischen Angestellten etwas besser ab als die österreichischen (Statistik Austria, 2002, S. 86).

Unterscheidet man nach der Art, wie einzelne Gruppen ihren Lebensunterhalt bestreiten, zeigen sich ebenso wesentliche Unterschiede. Unter den Erwerbstätigen sowie den Personen in Karenz ist vergleichsweise (abgesehen von der Gruppe der SchülerInnen, Studierenden und Kindern) nur ein geringer Anteil von mehr als drei Beschwerden betroffen. Arbeitslose, PensionistInnen und ausschließlich Haushaltsführende hingegen klagen häufig über drei und mehr Beschwerden. Dies spiegelt sich natürlich auch im Anteil der beschwerdefreien Personen wider, wo (abgesehen von der Gruppe der SchülerInnen und Studierenden), erwerbstätige und karentzierte Personen besonders häufig angeben beschwerdefrei zu sein. PensionistInnen und Arbeitslose hingegen zeigen einen geringen Anteil an völlig beschwerdefreien Personen. Es fällt auf, dass im Österreichvergleich steirische Arbeitslose (Stmk.: 26%, Ö: 37%), PensionistInnen (Stmk.: 18%, Ö: 32%), und Haushaltsführende (Stmk.: 33%, Ö: 37%) einen geringeren Anteil an Beschwerdefreien aufweisen (Statistik Austria, 2002, S. 86). Damit schneiden diese in vielen Fällen sozial schlechter gestellten Gruppen in der Steiermark besonders schlecht ab.

Eine steirische Untersuchung zeigte auch, dass Beschwerden signifikant mit internen Gesundheitsressourcen und dem vorhandenen sozialen Netzwerk in Zusammenhang stehen (Freidl et al, 1999, S. 188). Das deutet darauf hin, dass die Senkung von Beschwerden in der steirischen Bevölkerung durch Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die sich stark an salutogenetischen Modellen orientieren, in Angriff genommen werden sollte.

4.2.9. Art der selbst berichteten Beschwerden

Am häufigsten klagen Männer wie Frauen über Rücken- und Kreuzschmerzen, nämlich jeweils mehr als ein Fünftel der steirischen Bevölkerung (siehe Tab. 4.2.9.1). Auch im Österreichvergleich leiden die SteirerInnen unter Beschwerden, die den Bewegungsapparat betreffen, besonders häufig, wie auch unter Beschwerden, die mit dem Herz-Kreislauf-System im Zusammenhang stehen (wie z.B. Kreislaufstörungen mit 11,7%) (Statistik Austria, 2002, S. 91).

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancenungleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Danach folgen bei den Männern Gelenks-, Nerven- bzw. Muskelschmerzen an Hüfte und Beinen sowie Schlafstörungen (jeweils knapp 10%). Bei den Frauen kommen an zweiter Stelle Kreislaufstörungen (16%), gefolgt von Schlafstörungen (14%) und Kopfschmerzen bzw. Migräne (13%), wobei die beiden erstgenannten auch im Österreichvergleich bei den Steirerinnen besonders häufig auftreten (Statistik Austria, 2002, S. 94). Generell ist der Anteil der Frauen mit Beschwerden bei allen 10 der wichtigsten Krankheitsbilder (mit Ausnahme der Rücken- und Kreuzschmerzen) höher als bei den Männern. Dies ist jedoch wiederum zum Teil auf die unterschiedliche Altersstruktur zurückzuführen. Besonders deutlich sind die Geschlechterunterschiede bei Kreislaufstörungen, Wetterempfindlichkeit, Kopfschmerzen/Migräne und bei Beinleiden (siehe Tab. 4.2.9.1).

In allen Altersgruppen sind die am häufigsten vorkommenden Beschwerden Rücken- und Kreuzschmerzen. Dabei steigt der Anteil der Betroffenen kontinuierlich mit dem Alter. Bei den meisten anderen Krankheitsbildern kommt es in der Altersgruppe der 45–54jährigen zu einem spürbaren Anstieg. Eine Ausnahme bilden nur Kopfschmerzen und Migräne, denn hier finden sich die höchsten Anteile im Haupterbsalter zwischen 25 und 64 Jahren. Danach verlieren diese Symptome wieder etwas an Bedeutung. Laut einer österreichischen Studie zeigen Menschen mit Kopfschmerzen eine signifikant erhöhte Stressprävalenz (Rieder et al, 2004, S. 178).

Wiederum ist die östliche und westliche Obersteiermark am stärksten von verschiedenen Beschwerden betroffen, was durch die Altersstruktur bedingt sein dürfte. Darüber hinaus fällt der hohe Anteil jener, die über Kreislaufstörungen, Wetterempfindlichkeit und Schwäche bzw. Müdigkeit klagen, in Liezen auf (siehe Tab. 4.2.9.1).

Nach Bildung betrachtet zeigen PflichtschulabsolventInnen mit nur 31% den geringsten Anteil an Beschwerdefreien, was etwas über dem Österreicherergebnis (28%) liegt, wobei für Österreich Personen ab dem 30. Lebensjahr berücksichtigt wurden (Statistik Austria, 2002, S. 90). Die häufigsten Beschwerden sind in allen Bildungsgruppen Rücken- und Kreuzschmerzen, wobei Personen mit dem Abschluss einer berufsbildenden mittleren Schule hier einen überdurchschnittlich hohen Anteil (28%) aufweisen (siehe Tab. 4.2.9.2). Kopfschmerzen werden am zweit häufigsten von Personen mit berufsbildender mittlerer bzw. höherer Schule und von UniversitätsabsolventInnen berichtet, Schlafstörungen von Personen mit Pflichtschule oder Lehre, und Kreislaufstörungen von AHS-AbsolventInnen. Von den 10 meist genannten Beschwerden sind PflichtschulabsolventInnen bei 7 Beschwerden am häufigsten betroffen, in den meisten Fällen gefolgt von den Personen mit Lehrabschluss. Natürlich muss wiederholt auf die Altersstruktur dieser Bevölkerung hingewiesen werden, dennoch zeichnet sich auch hier wieder ein soziales Gefälle ab. Einen geringen Anteil an Beschwerden zeigt für alle Beschwerdebilder die Gruppe der AHS-AbsolventInnen.

Nimmt man die Stellung im Beruf als sozialen Indikator, sind es die Lehrlinge, gefolgt von Angestellten und FacharbeiterInnen, die am häufigsten keine Beschwerden haben (siehe Tab. 4.2.9.2). FacharbeiterInnen und Lehrlinge geben auch wesentlich seltener als alle anderen Schlafstörungen, Wetterfühligkeit, Schwäche und Müdigkeit, Kreislaufstörungen, Sehstörungen, sowie Beinleiden an. Am häufigsten werden Rückenschmerzen als Beschwerden genannt, wobei die Gruppe der sonstigen ArbeiterInnen davon am stärksten betroffen ist, gefolgt von den Selbständigen. Auch der Anteil bei den Mithelfenden, BeamtenInnen und FacharbeiterInnen ist auffallend hoch – rund ein Viertel der Befragten ist hiervon betroffen (siehe Tab. 4.2.9.2). Diese Beobachtungen gehen konform mit österreichischen Ergebnissen, allerdings ist in allen Gruppen die Betroffenheit durch Rückenschmerzen in der Steiermark stärker ausgeprägt. Auffallend häufig betroffen ist die Gruppe der steirischen sonstigen ArbeiterInnen (Stmk.: 30%, Ö: 25%) (Statistik Austria, 2002, S. 90–91). Außerdem ist in allen Gruppen (ausgenommen die Angestellten) der Anteil der Beschwerdefreien in der Steiermark geringer als in Österreich (Statistik Austria, 2002, S. 90–91).

Die Gruppe der Sonstigen, also jene, die keiner Gruppe zuordenbar waren und die unter anderem auch die PensionistInnen inkludiert, ist besonders häufig von Schlafstörungen, Wetterempfindlichkeit, Schwäche und Müdigkeit sowie von Kreislaufstörungen betroffen. Über Kopfschmerzen klagen Mithelfende signifikant öfter. Ähnliche Ergebnisse liegen für Österreich vor (Statistik Austria, 2002, S. 90–91).

Auch gruppiert nach Lebensunterhalt zeigt sich, dass Rückenprobleme außer bei den Kindern im Vorschulalter die meist genannten Beschwerden sind, wobei PensionistInnen (30%), Erwerbstätige (25%) und sonstige Personengruppen (23%) am stärksten betroffen sind (siehe Tab. 4.2.9.2). Hier zeigt sich im Österreichvergleich eine relativ hohe Belastung der steirischen Erwerbstätigen (Ö: 22% – hier inkl. Personen in Karenz) (Statistik Austria, 2002, S. 90–91). Österreichweit sind Arbeitslose (Stmk.: 21%, Ö: 25%) häufiger von Rückenschmerzen betroffen als in der Steiermark. Auch ist der Anteil der unter Kopfschmerzen leidenden Arbeitslosen (Stmk.: 20%, Ö: 16%) in der Steiermark etwas erhöht. Steirische Haushaltsführende leiden im Vergleich zu anderen Gruppen häufig unter Beinleiden, Schwäche und Müdigkeit sowie unter Schlafstörungen (siehe Tab. 4.2.9.2). SchülerInnen, Studierende und Kinder sind naturgemäß am seltensten von Beschwerden betroffen. PensionistInnen sind hingegen am stärksten von den 10 häufigsten Beschwerden (mit Ausnahme der Kopfschmerzen) betroffen (siehe Tab. 4.2.9.2). Auch hier ist die Verteilung für Gesamtösterreich ähnlich (siehe Statistik Austria, 2002, S. 90–91).

Bei vielen Beschwerden ist auch der Anteil der betroffenen Arbeitslosen relativ hoch (Kreislaufstörungen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Wetterempfindlichkeit, Sehstörungen). Dieses Ergebnis geht einher mit Resultaten einer steirischen Studie, die zeigte, dass arbeitslose Männer und Frauen eine höhere Wahrscheinlichkeit haben an Ängstlichkeit (1,6mal so hoch) und Schlafstörungen (Männer 1,6mal und

Frauen 2,5mal so hoch) zu leiden als Erwerbstätige (Rasky et al, 1996, S. 761). Weiters zeigte sich bei den Frauen sogar eine fünfmal und bei den Männern eine viermal so hohe Wahrscheinlichkeit an Appetitlosigkeit zu leiden (Rasky et al, 1996, S. 761). Arbeitslose Frauen leiden auch ungefähr dreimal so häufig wie Erwerbstätige an Husten (Rasky et al, 1996, S. 761).

Erwerbstätige weisen die genannten Beschwerden signifikant seltener auf. Sie haben gemeinsam mit SchülerInnen, Studierenden und Kindern im Vorschulalter überdurchschnittlich oft keine Beschwerden im Gegensatz zu PensionistInnen, Arbeitslosen und ausschließlich Haushaltsführenden. Im Österreichvergleich zeigt sich, dass die steirischen PensionistInnen, Arbeitslosen, Haushaltsführenden und die SteirerInnen der sonstigen Personengruppe einen geringeren Anteil an Beschwerdefreien aufweisen als die ÖsterreicherInnen (Statistik Austria, 2002, S. 90).

4.2.10. Selbst berichtete chronische Erkrankungen

Fast drei Viertel (72%) der steirischen Bevölkerung berichten, an keiner chronischen Krankheit zu leiden, wobei dies auf Männer (knapp 75%) etwas häufiger zutrifft als auf Frauen (rund 70%) (siehe Tab. 4.2.10.1). Somit liegt die Steiermark im Bundesländervergleich im Mittelfeld (Statistik Austria, 2002, S. 106–111). Der Anteil chronisch Kranker reicht zwar auch in immer jüngere Altersgruppen hinein (Rosenbrock, 2002, S. 23), doch sind vorwiegend ältere Menschen von chronischen Krankheiten betroffen. So nimmt der Anteil jener Steirerinnen und Steirer, die unter zumindest einer chronischen Krankheit leiden, mit dem Alter kontinuierlich zu (siehe Tab. 4.2.10.1). Sind es bei den unter 45jährigen noch weniger als 19%, die zumindest eine chronische Krankheit angeben, sind es im Alter zwischen 45 und 60 Jahren bereits 38%, und bei den über 60jährigen schon mehr als die Hälfte.

Auf die Frage nach der Art der chronischen Erkrankung (wobei aus einer Liste mit 30 Krankheiten vier ausgewählt werden konnten, siehe Tab. 4.2.10.1) geben Männer am häufigsten dauerhafte Schäden an der Wirbelsäule (7%) an, gefolgt von chronisch erhöhtem Blutdruck und Gelenkserkrankungen an Hüfte und Bein. Bei den Frauen liegt an erster Stelle chronisch erhöhter Blutdruck (6%), gefolgt von Schäden an der Wirbelsäule und Gelenkserkrankungen an Hüfte und Bein (siehe Tab. 4.2.10.1). Ansonsten werden noch vergleichsweise häufig niedriger Blutdruck, Venenentzündungen, -thrombosen und Krampfadern, Zuckerkrankheit und Gelenksrheumatismus genannt. Ein Vergleich zwischen Männern und Frauen zeigt, dass Frauen viel häufiger als Männer einen zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck aufweisen, sowie häufiger unter Venenentzündungen, -thrombosen und Krampfadern und an Gelenksrheumatismus leiden. Aber auch Gallenblasenentzündungen und Gallensteine scheinen typische weibliche chronische Krankheiten zu sein (siehe Tab. 4.2.10.1). Männer hingegen gaben häufiger an, unter chronischen Erkältungskrankheiten und der gleichen, Leberkrankheiten und Herzinfarkt zu leiden. Vor allem leiden die Steirer im Bundesländervergleich auch relativ häufig an

Schäden der Wirbelsäule und an Gelenkserkrankungen (Statistik Austria, 2002, S. 109).

Der Einfluss des Alters zeigt sich auch darin, dass erhöhter Blutdruck und Gelenkserkrankungen an Hüfte und Bein bei den über 60jährigen sprunghaft ansteigen (siehe Tab. 4.2.10.1). Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen dominieren Schäden an der Wirbelsäule und Hautallergien. Bei den über 75jährigen spielen dann neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen Erkrankungen des Bewegungsapparates, Zuckerkrankheit und auch Augenkrankheiten (letztere als viert häufigste genannte Erkrankung) eine große Rolle (siehe Tab. 4.2.10.1).

Wie schon zuvor berichtet, sind bei den regionalen Unterschieden vor allem die westliche und östliche Obersteiermark sowie Liezen stärker von chronischen Krankheiten betroffen (siehe Tab. 4.2.10.1). Vor allem fällt auf, dass die westliche Obersteiermark bei allen drei meist genannten chronischen Krankheiten – nämlich Schäden an der Wirbelsäule, erhöhter Blutdruck und Gelenkserkrankungen an Hüfte und Bein – deutlich vor den übrigen steirischen Regionen liegt (siehe Tab. 4.2.10.1). Auch die selbstberichteten Herzinfarktraten sind hier höher als anderswo (siehe Tab. 4.2.10.1). Positiv fällt die NUTS-III-Region Liezen in Hinblick auf den vergleichsweise geringen Anteil an Zuckerkranken auf. Bei den Hautallergien sind wiederum die Region Graz/Graz-Umgebung sowie die östliche Obersteiermark führend, wobei in der letzt genannten Region auch der Anteil jener Personen, die an einer anderen chronischen Hautkrankheit leiden, überdurchschnittlich hoch ist.

Eingeteilt nach Bildungsgruppen leiden Personen, die höchstens einen Pflichtschulabschluss haben, am häufigsten an erhöhtem Blutdruck, Gelenkserkrankungen (Hüfte, Bein) und Schäden an der Wirbelsäule (siehe Tab. 4.2.10.2). Personen mit AHS-Abschluss berichten am häufigsten von Gelenkserkrankungen (Hüfte, Bein), gefolgt von erhöhtem Blutdruck und sonstigen Krankheiten. Die restlichen Gruppen weichen nicht vom Durchschnitt der steirischen Gesamtbevölkerung ab.

Der Vergleich zwischen den Bildungsgruppen zeigt, dass PflichtschulabsolventInnen von einer ganzen Reihe von Krankheiten (Zuckerkrankheit, erhöhter Blutdruck, andere Herzkrankheiten, Hirngefäßerkrankungen, Venenentzündungen, Augenkrankheiten, Gelenkserkrankungen an Hüfte und Bein, Gefäßstörungen an den Beinen und Gelenksrheumatismus) am häufigsten betroffen sind. In Wien leiden Frauen mit niedrigem Ausbildungsniveau häufiger an chronischen Erkrankungen, besonders an Zuckerkrankheit, Herzerkrankungen und Gelenkserkrankungen (Stadt Wien, 2003, S. 96–97). In der Steiermark sind diese Unterschiede weniger kontinuierlich ausgeprägt. Personen mit einem Lehrabschluss sind z.B. signifikant selten von Zuckerkrankheit, von Gelenkserkrankungen an Hüfte und Bein, von anderen Herzerkrankungen und von Venenentzündungen betroffen, während, wie erwähnt, PflichtschulabsolventInnen signifikant häufig an diesen Krankheiten leiden. Dieses Bild ist zum Teil durch die Al-

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancenungleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

ters- und Geschlechtsstruktur dieser Bildungsgruppen bedingt, da die Gruppe der PflichtschulabsolventInnen durch einen hohen Anteil älterer Frauen charakterisiert ist. Eine europäische Analyse zeigte sowohl für die österreichischen Daten sowie auch für die Daten anderer europäischer Länder, dass auch bei Mitberücksichtigung der Alters- und Geschlechtsverteilung ein niedriger Bildungsstatus mit einem höheren Anteil an chronisch Erkrankten einhergeht (European Commission, 2003, S. 51). Allerdings wurde auch dargelegt, dass Unterschiede in einzelnen Ländern marginal sind oder zum Teil nicht mit der Bildung korrelieren, was z.B. auch für Frauen in Österreich der Fall ist (Kunst, Bos, Mackenbach et al, 2001, S. 176).

Betrachtet man die Verteilung von chronischen Krankheiten nach der Stellung im Beruf zeigt sich, dass – abgesehen von den Schäden an der Wirbelsäule, die in allen Lebensunterhaltgruppen eine Rolle spielen – bei den Mithelfenden Venenentzündungen, Krampfadern und Gelenkserkrankungen an Hüfte und Bein eine große Rolle spielen (siehe Tab. 4.2.10.2). Bei den Selbstständigen, BeamtenInnen und FacharbeiterInnen leidet ein hoher Anteil unter erhöhtem Blutdruck (siehe Tab. 4.2.10.2). Angestellte hingegen fallen häufig durch einen besseren Gesundheitszustand auf. Sie leiden z. B. signifikant seltener unter den in der Kategorie »andere« zusammengefasste Herzkrankheiten, sowie unter chronischer Bronchitis und Lungenemphysem. Dennoch berichten sie häufiger als andere Gruppen über Hautallergien und Gelenksrheumatismus. Auch in Wien zeigte sich, dass Selbstständige und Angestellte (abgesehen von den Lehrlingen) weniger häufig unter chronischen Krankheiten leiden als FacharbeiterInnen und sonstige ArbeiterInnen (Stadt Wien, 2004, S. 98–99).

Auch nach Art des Lebensunterhalts betrachtet – einmal abgesehen von den PensionistInnen, die bei zahlreichen chronischen Krankheiten den höchsten Anteil erreichen – leiden Haushaltsführende auffallend häufig unter erhöhtem Blutdruck, Hirngefäßerkrankungen und Gelenksrheumatismus (siehe Tab. 4.2.10.2). Arbeitslose berichten häufig, an Hautallergien zu leiden, wie auch Kinder im Vorschulalter und Personen in Karenz, wobei letztere darüber hinaus häufig an Gelenkserkrankungen der Hüfte und des Beins, an Zuckerkrankheit sowie an niedrigem Blutdruck leiden. Erwerbstätige hingegen zeichnen sich durch geringe Anteile an Erkrankten aufgrund von Zuckerkrankheit, erhöhtem Blutdruck, anderen Herzerkrankungen, Hirngefäßerkrankungen und chronischer Bronchitis sowie Lungenemphysem aus. Erwerbstätige weisen also tendenziell weniger chronische Krankheiten auf. Dies wird auch im internationalen Vergleich bestätigt, wo ein altersstandardisierter Vergleich zwischen ökonomisch aktiven und inaktiven Menschen gezeigt hat, dass nicht Erwerbstätige häufiger unter chronischen Krankheiten leiden. Dies trifft auf beinahe alle europäischen Länder zu (European Commission, 2003, S. 52). Eine steirische Studie zeigte, dass arbeitslose Männer und Frauen generell häufiger an chronischen Krankheiten leiden (Rasky et al, 1996, S. 761). Arbeitslose Männer haben eine mehr als 1,5mal so hohe

Wahrscheinlichkeit an Erkrankungen des Verdauungsapparats und der Leber sowie eine dreimal so hohe an Erkrankungen der Atmungsorgane zu leiden, wie Erwerbstätige (Rasky et al, 1996, S. 761). Auch weisen sie durchschnittlich einen höheren Blutdruck als die erwerbstätigen Steirer auf (Rasky et al, 1996, S. 761).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die steirische Bevölkerung hauptsächlich an Schäden der Wirbelsäule, erhöhtem Blutdruck und Gelenkserkrankungen der Hüfte und des Beins leidet und sich hierbei ein klarer sozialer Gradient abzeichnet, der sowohl anhand der Bildungsgruppen, der Berufsgruppen, wie auch nach der Art des Lebensunterhalts erkenntlich wird. Diese soziale und gesundheitliche Ungleichheit zeigt im Vergleich zu den 80er und 90er Jahren unterschiedliche Entwicklungen. In manchen europäischen Ländern scheint sie geringer zu werden, in anderen zeigt sie jedoch eine zunehmend stärkere Ausprägung. Zu diesen Ländern zählt neben England (und Wales) und Italien auch Österreich (Kunst, Bos, Mackenbach et al, 2001, S. 180).

Das effektive Management von chronischen Krankheiten ist von großer Bedeutung, vor allem in Hinblick auf die zukünftige Entwicklung des Gesundheitswesens. Mit der demographischen Alterung sowie mit dem Anstieg chronischer (oftmals lebensstilbedingter) Erkrankungen ganz allgemein sind ein starker Anstieg des Anteils an chronisch kranken Menschen und somit weitere Herausforderungen an das Gesundheitssystem zu erwarten (Stadt Wien, 2004, S. 29). Einerseits bedarf es daher Maßnahmen der Prävention chronischer Erkrankungen, andererseits aber auch Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität der bereits Erkrankten (Rosenbrck, 2002). Hierbei muss es Ziel sein, die Betroffenen zu befähigen, damit sie ihre Krankheit und die damit verbundenen Einschränkungen möglichst gut meistern.

Die Prävention von chronischen Krankheiten wurde bisher nur unzureichend in Angriff genommen. Dies hat seine Ursache sowohl in der noch verbesserungsbedürftigen wissenschaftlichen Basis, der ebenfalls ausbaufähigen Kommunikation von wissenschaftlichen Ergebnissen an EntscheidungsträgerInnen bzw. der geringen Berücksichtigung vorhandener Ergebnisse im Entscheidungsprozess. Aber auch der verbreitete Glaube, dass chronische Krankheiten nur ältere Menschen betreffen und durch selbst verschuldetes Risikoverhalten entstehen, sowie die Orientierung des Gesundheitssystems auf die akute Versorgung, tragen nicht zu einem adäquaten Herangehen an die Problematik bei (Yach et al, 2004). Es bedarf einer konzertierten, strategischen und multisektoralen Vorgangsweise, die von fundierten wissenschaftlichen Ergebnissen gestützt wird, um dem zunehmenden Problem der chronischen Erkrankungen entgegenzutreten. Dafür ist es zu allererst notwendig, das Problem auf die Agenda der Politik zu bringen, die politischen EntscheidungsträgerInnen über evidenzbasierte Möglichkeiten der Kontrolle von Risikofaktoren zu informieren und sie davon zu überzeugen, dass es einer Umorientierung und Änderung des Gesundheitssystems bedarf (Yach et al, 2004).

4.2.11. Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustands

70% der steirischen Bevölkerung schätzen ihren Gesundheitszustand als gut oder sogar sehr gut ein, nur ca. 6% geben einen schlechten oder sehr schlechten Gesundheitszustand an (siehe 4.2.11.1). Damit ist im Bundesländervergleich die Steiermark eher im hinteren Mittelfeld zu finden (Statistik Austria, 2002, S. 83). Männer schätzen ihren Gesundheitszustand bekanntermaßen etwas besser ein als Frauen. In der Steiermark ist dieser Geschlechtsunterschied sogar besonders stark ausgeprägt: Die Steirer geben mit einer 23%igen Wahrscheinlichkeit einen besseren Gesundheitszustand an als die Steirerinnen (Land Steiermark, 2004b, S. 32). Am häufigsten (jeweils knapp 40%) geben Männer wie Frauen an, dass es ihnen »gut« gehe. Nochmals 35% der Männer und 30% der Frauen bezeichnen ihren Gesundheitszustand als »sehr gut«. Fast drei Viertel der steirischen Männer und gut zwei Drittel der steirischen Frauen beurteilen ihren Gesundheitszustand somit aus eigener Sicht durchaus positiv. Bei der steirischen Befragung im Jahr 2000 wurden die SteirerInnen ebenfalls zu ihrem subjektiven Gesundheitszustand befragt. In dieser Befragung wurden jedoch etwas andere Antwortkategorien vorgegeben und die Befragten konnten bei der Antwort wählen zwischen »ausgezeichnet, sehr gut, gut, weniger gut und schlecht« (Land Steiermark, 2004b, S. 81). Damit erzielte man deutlich unterschiedliche Ergebnisse, die wesentlich weniger Befragte in den zwei obersten Kategorien auswiesen (Mikrozensus 1999: sehr gut und gut: Männer: 75%, Frauen: 69%; Steirische Gesundheitsbefragung 2000: ausgezeichnet und sehr gut: Männer: 48%, Frauen: 40%) (Land Steiermark, 2004b, S. 81). Nachdem nicht anzunehmen ist, dass sich die Unterschiede des subjektiven Gesundheitszustands innerhalb eines Jahres derart gravierend verändern, sind die Unterschiede auf die Auswahl der Antwortmöglichkeiten zurückzuführen. Die Antwort »ausgezeichnet« wird im österreichischen Sprachgebrauch nur sehr zögerlich für die Beschreibung des Gesundheitszustands benutzt.

Wie bereits an anderer Stelle berichtet (Land Steiermark, 2004b, S. 32; Land Steiermark, 2000, S. 68) sinkt die positive Einschätzung des Gesundheitszustands mit dem Alter. So geben, laut Mikrozensus, etwa 60% der 15–24jährigen SteirerInnen an, dass es ihnen »sehr gut« gehe und auch bei den 25–34jährigen trifft dies auf immerhin noch mehr als die Hälfte der Personen zu. Dieser Prozentsatz sinkt deutlich ab dem 35. Lebensjahr, wobei nur mehr die Hälfte der 35–54jährigen SteirerInnen ihren Gesundheitszustand als »gut« bezeichnet. Ab etwa 65 Jahren fühlt sich die Mehrheit der Bevölkerung nur noch »mittelmäßig« und bei den über 75jährigen sind es letztendlich immerhin fast ein Viertel der Bevölkerung, die ihren Gesundheitszustand als »schlecht« bzw. »sehr schlecht« einstufen. Im Vergleich zu den ÖsterreicherInnen zeigen die SteirerInnen somit bei den über 35jährigen einen geringeren Anteil an Menschen, die sich sehr gut und gut fühlen (Statistik Austria, 2002, S. 83).

Die Unterschiede in der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands variieren auch relativ stark zwischen den Regionen. So beträgt der Anteil jener, die sich sehr gesund fühlen, in Graz beinahe 40%, während er in der westlichen Obersteiermark nur 23% beträgt. Die westliche Obersteiermark ist somit wieder einmal trauriger Spitzenreiter. Fasst man den Anteil jener mit einem sehr guten und einem guten Gesundheitszustand zusammen, liegt Graz nach wie vor mit 77% weit vorne, während Liezen (67%), die West- und Südsteiermark (68%) und die westliche Obersteiermark (69%) wiederum, wenngleich weniger stark ausgeprägt, das schlechteste Ergebnis zeigen. Der höchste Anteil derer, die ihren Gesundheitszustand als »schlecht« oder sogar »sehr schlecht« einstufen, findet sich in der West- und Südsteiermark (8%), gefolgt von der östlichen Obersteiermark (7%). Interessanterweise ist auch der Anteil der Menschen mit einem schlechten oder sehr schlechten Gesundheitszustand in Graz mit 7% relativ hoch (siehe Tab. 4.2.11.1).

Nach der Schulbildung betrachtet fällt auf, dass nur 58% der PflichtschulabsolventInnen angeben einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand zu haben, während 10% einen schlechten oder sehr schlechten berichten. Hier liegt ein klarer sozialer Gradient vor, wobei der Anteil jener mit gutem oder sehr gutem Gesundheitszustand mit zunehmender Bildung steigt bzw. der Anteil jener mit schlechtem oder sehr schlechtem Gesundheitszustand mit zunehmender Bildung sinkt (siehe Tab. 4.2.11.2). Dieses Muster besteht in beinahe allen europäischen Ländern für beide Geschlechter (Kunst, Bos & Mackenbach, 2001, S. 161; European Commission, 2003, S. 39). Der zeitliche Trend deutet zwar darauf hin, dass der Anteil der Personen mit schlechtem Gesundheitszustand sinkt, allerdings bleibt die auf sozialen Unterschieden beruhende gesundheitliche Ungleichheit bestehen (Kunst et al, 2001, S. 158). In einer europäischen Studie, die den Unterschied im Gesundheitszustand nach Bildung in 11 verschiedenen Ländern vergleicht, zeigt sich, dass europaweit die Wahrscheinlichkeit einen schlechten Gesundheitszustand aufzuweisen in den niedrigen Bildungsgruppen gravierend höher ist (Kunst et al, 2004, S. 7). In Österreich beispielsweise ist die Wahrscheinlichkeit eines schlechten Gesundheitszustandes in der niedrigsten Bildungsgruppe bei Männern mehr und bei Frauen etwas weniger als dreimal so hoch wie in der höchsten (Kunst et al, 2004, S. 7). Diese Unterschiede veränderten sich zwischen den 80iger und 90iger Jahren kaum (Kunst et al, 2004, S. 7), was bedeutet, dass soziale Unterschiede nach wie vor von größter Relevanz sind.

Die Gruppierung nach der Stellung im Beruf bringt ähnliche Ergebnisse. Selbstständige sowie sonstige ArbeiterInnen beurteilen ihren Gesundheitszustand wesentlich öfters mit gut, während Angestellte, BeamtInnen, FacharbeiterInnen und Lehrlinge diesen sogar überwiegend mit sehr gut beschreiben (siehe Tab. 4.2.11.2). Andererseits weisen auch Lehrlinge und Selbstständige – aber auch Mithelfende – einen verhältnismäßig hohen Anteil an Personen mit schlechtem oder sehr schlechtem Gesundheitszustand auf.

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancenungleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Nach dem Lebensunterhalt betrachtet, ergeben sich keine statistisch signifikanten Ergebnisse. Allerdings kann beobachtet werden, dass PensionistInnen einen geringen Anteil an sich gesund oder sehr gesund fühlenden Menschen aufweisen (siehe Tab. 4.2.11.2). SchülerInnen, Studierende und Erwerbstätige beschreiben ihren Gesundheitszustand besonders häufig als sehr gut oder gut. Dieser Unterschied zwischen wirtschaftlich aktiven und inaktiven Menschen, also zwischen Arbeitslosen und Haushaltsführenden einerseits und Erwerbstätigen andererseits, ist in Europa weit verbreitet, auch nach Korrektur für Alter und Geschlecht (European Commission, 2003, S. 39).

Die hier dargestellten Ergebnisse weisen darauf hin, dass in der Steiermark soziale und gesundheitliche Unterschiede bestehen, denen durch Maßnahmen zur Verringerung der sozialen Ungleichheit entgegengewirkt werden muss.

Der subjektive Gesundheitszustand gilt als guter Indikator für den allgemeinen Gesundheitszustand, weil er einerseits ganzheitlich ist und damit physische, psychische und soziale Komponenten mitberücksichtigt und weil er ein guter Prädiktor für die Lebenserwartung, die Sterblichkeit und auch für Erkrankungen ist (Schwartz, Badura, Leidl et al, 2000, S. 27). Jedoch gilt es zu berücksichtigen, dass je nach Formulierung der Fragestellung und Antwortmöglichkeiten sowie der aktuellen Befindlichkeit des Befragten diese Angaben variieren können. Trotzdem kann aus den steirischen Ergebnissen geschlossen werden, dass der subjektive Gesundheitszustand der SteirerInnen im Österreichvergleich, insbesondere jedoch bei den Frauen und Älteren, eher schlecht eingeschätzt wird. Damit schneidet auch hier, wie in manchen anderen Bereichen, die Steiermark relativ schlecht ab. Daher sollte sie Zielgebiet vielfältiger Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme sein.

4.2.12. Zusammenfassung: Morbidität

- ▶ Obwohl die Spitalsentlassungsstatistik keine direkten Rückschlüsse auf das Ausmaß der Gesamtmorbidität einer Bevölkerung zulässt, liefert sie dennoch wichtige Hinweise auf das Krankheits- und Leistungsgeschehen.
- ▶ Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen bei beiden Geschlechtern die zweithäufigste Ursache aller Krankenhausaufenthalte dar. Die steirischen Frauen weisen dabei im Bundesländervergleich deutlich überdurchschnittliche Häufigkeiten auf.
- ▶ Vergleicht man nach Geschlechtszugehörigkeit fällt auf, dass mit Ausnahme der Erkrankungen des Bewegungsapparates – hier dominieren die Krankenhausaufenthalte der steirischen Frauen – steirische Männer die größeren Häufigkeiten bei Krankenhausaufenthalten auf weisen; ganz besonders gilt dies für Erkrankungen der Atemwege aber auch für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

- ▶ Erkrankungen der Atmungsorgane weisen – bei beiden Geschlechtern – starke regionale Häufigkeitsunterschiede auf. Auffallend häufiger deswegen in stationärer Behandlung waren im Berichtsraum BewohnerInnen aus den Bezirken Graz, Bruck an der Mur, Leoben und Leibnitz.
- ▶ Deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegen Krankenhaushäufigkeiten der steirischen Frauen bei den Erkrankungen der Verdauungsorgane. Regionale Unterschiede lassen sich bei beiden Geschlechtern identifizieren.
- ▶ Beträchtliche regionale Ungleichheiten sind bei den Krankenhausaufenthalten wegen Erkrankungen des Bewegungstraktes zu verzeichnen. BewohnerInnen des Bezirks Murau zeigen innerhalb der Steiermark Spitzenwerte. Aber auch BewohnerInnen aus den Bezirken der westlichen und östlichen Obersteiermark zeigen überdurchschnittliche Aufnahmehäufigkeiten.
- ▶ Die Raten bei Krebsneuerkrankungen gemäß Meldungen über das Krebsregister sind über den Zeitraum von 1980 bis zum Jahr 2000 bei den steirischen Frauen mit 8% weniger stark gestiegen als bei den steirischen Männern (14%). Letzteres wird vor allem auf eine Zunahme der neu (und zu einem früheren Zeitpunkt) diagnostizierten Prostatakrebserkrankungen erklärt. Betrachtet man die Krebsneuerkrankungsraten im Jahr 2000, so stellt die häufigste Tumorlokalisation bei den steirischen Männern die Prostata, gefolgt von Lunge und Dickdarm dar. Bei den steirischen Frauen stellten bösartige Neubildungen der Brustdrüse, gefolgt von Krebserkrankungen des Dickdarms und der Gebärmutter (Corpuscarcinom), die häufigsten Tumorlokalisationen dar. Auffallend bei den Frauen sind die im Bundesländervergleich höchste Neuerkrankungsrate beim Corpuscarcinom und die dramatische Zunahme von Lungenkrebsneuerkrankungen.
- ▶ Die häufigsten selbst berichteten Krankheiten sind nach den Erkältungskrankheiten Schäden an der Wirbelsäule, Gelenkserkrankungen und erhöhter Blutdruck, wobei diese in der steirischen Bevölkerung etwas häufiger als in der österreichischen auftreten. Männer und Frauen zeigen unterschiedliche Krankheitsmuster. Männer leiden häufiger an Verletzungen und HNO-Erkrankungen, während Frauen eher an Venenentzündungen, -thrombosen und Krampfadern sowie an niedrigem Blutdruck leiden. Die Häufigkeit der berichteten Krankheitsbilder ist regional unterschiedlich. Die Region Liezen zeigt den höchsten Anteil an im letzten Jahr erkrankten Personen. In dieser Region wie auch in der östlichen Obersteiermark treten weiters häufiger als im Rest der Steiermark Schäden an der Wirbelsäule und erhöhter Blutdruck auf. Bei denselben Krankheitsbildern kann auch nach Bildungsabschluss, Stellung im Beruf und Lebensunterhalt ein sozialer Gradient beobachtet werden. Dieses Ergebnis ist zwar nicht für das Alter korrigiert, dennoch ist von einer gesundheitlichen Chancenungleichheit auszugehen. Angestellte scheinen, gesamt betrachtet, im Vergleich zu FacharbeiterInnen und ArbeiterInnen gesünder zu sein, wie auch Erwerbstätige im Vergleich zu Arbeitslosen.

- Die steirische Bevölkerung hat im Vergleich zu anderen österreichischen Bundesländern eine relativ hohe Anzahl an durchschnittlichen Beschwerden. Vor allem in der westlichen und östlichen Obersteiermark, sowie im Bezirk Liezen ist der Anteil der beschwerdefreien Personen niedrig. Auch nach Bildung, Stellung im Beruf und Lebensunterhalt zeigen sich Unterschiede in der Häufigkeit der Beschwerden. SteirerInnen leiden – auch im Bundesländervergleich – besonders häufig unter Rücken- und Kreuzschmerzen und unter Beschwerden, die mit dem Herz-Kreislauf-System im Zusammenhang stehen. Die Beschwerdebilder variieren nach Geschlecht und sozioökonomischem Status.
- Die SteirerInnen leiden am häufigsten unter Schäden an der Wirbelsäule, chronisch erhöhtem Blutdruck und Gelenkerkrankungen an Hüfte und Bein. Von diesen drei chronischen Krankheitsbildern sind die westliche und östliche Obersteiermark sowie Liezen besonders häufig betroffen. PflichtschulabsolventInnen sind wiederum von einigen chronischen Erkrankungen häufiger betroffen als Personen mit anderem Bildungsabschluss. Wiederum spielt die Altersstruktur hierbei eine Rolle. Angestellte weisen weniger chronische Krankheiten auf und auch bei Erwerbstätigen generell gibt es eine Tendenz in diese Richtung.
- Ihren subjektiven Gesundheitszustand bewerten die SteirerInnen im Vergleich zu anderen Bundesländern eher schlecht, was allerdings für Steirerinnen in einem höheren Ausmaß gilt als für Steirer. Darüber hinaus gibt es hier auch regionale Unterschiede. Einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand geben die BewohnerInnen der westlichen Obersteiermark, der West- und Südsteiermark sowie von Liezen an. Nach Bildung und der Stellung im

Beruf betrachtet zeigt sich ein sozialer Gradient: Personen mit schlechterem sozioökonomischem Status haben einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand als Personen mit höherem sozioökonomischem Status.

4.3. Risikofaktoren und Gesundheitsverhalten

4.3.1. Body Mass Index (BMI)

Aufgrund der Daten des Mikrozensus 1999 weist nur die Hälfte der SteirerInnen ein normales Gewicht auf. Fast 39% sind als übergewichtig oder gar stark übergewichtig zu klassifizieren und etwas mehr als 11% haben Untergewicht. Letzteres betrifft vor allem jüngere Frauen (siehe Tab. 4.3.1.1). Die Klassifikation des Gewichtes erfolgt nach dem BMI (siehe Kapitel 3.1). Im vorliegenden Bericht wurde ein BMI zwischen 21 und 26 als Normalgewicht definiert.

Bei Vergleichen mit anderen Bundesländern oder Gesamtösterreich (Land Niederösterreich, 2002, Tab. 4.1.1; Statistik Austria, 2002, S. 71) zeigen die SteirerInnen (bei einer von diesem Bericht abweichenden BMI-Klassifikation) einen etwas höheren Anteil an Übergewichtigen. Hierbei zeigt sich, dass es sowohl in der Steiermark als auch in Gesamtösterreich einen höheren Anteil an Übergewichtigen Männern (BMI mindestens 27) gibt (Statistik Austria, 2002, S. 72–73). Während mehr als die Hälfte aller steirischen Männer einen BMI von mindestens 26 aufweisen, sind es bei den Frauen nur etwas mehr als ein Viertel (siehe Tab. 4.3.1.1). Bei den Frauen ist hingegen der Anteil der Untergewichtigen (BMI zwischen 18 und unter 21) signifikant höher als bei den Männern. Insgesamt weisen mehr als die Hälfte (55%) aller steirischen Frauen einen BMI im Normalbereich auf, wohingegen dieser Anteil bei den Männern mit nur 43% deutlich darunter liegt.

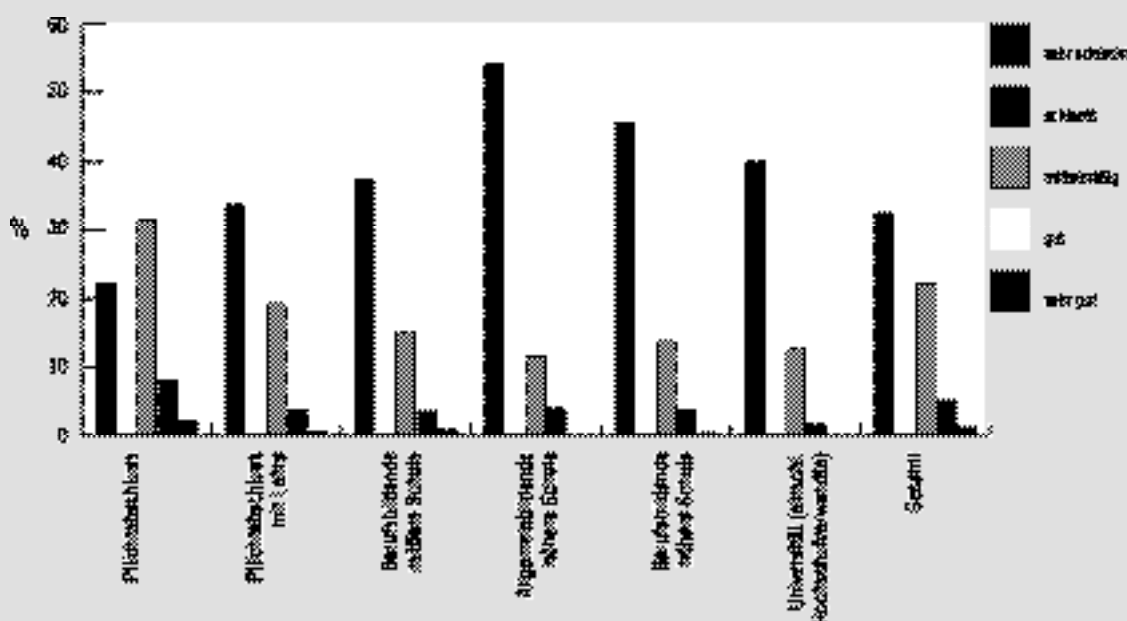


Abbildung 4.2: Verteilung der Erkrankungshäufigkeit nach Bildung, 1999

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Übergewicht tritt am häufigsten im Alter zwischen 45 und 74 Jahren auf (siehe Tab. 4.3.1.1). In dieser Altersgruppe liegt der Anteil der Übergewichtigen zwischen 35% und 38%, der Anteil der stark Übergewichtigen um die 13%. Somit ist etwa jeder Zweite 44–75jährige als übergewichtig oder stark übergewichtig zu bezeichnen. Hingegen ist Untergewichtigkeit eher ein Problem der jüngeren Altersgruppen. So sind fast ein Viertel der 20–24jährigen SteirerInnen untergewichtig. Dieser Anteil sinkt bei den 24–34jährigen auf 18% und bei den 34–45jährigen weiter auf 14%. Erst bei den über 75jährigen erreicht er dann wieder mehr als 10%. Zusammenfassend kann also festgestellt werden, dass Übergewicht mehrheitlich ein Problem der Männer und der mittleren bis älteren Altersgruppen (45–74jährige) ist, während Untergewicht eher ein Problem der Frauen und der jüngeren Altersgruppen (20–34jährige) darstellt. Dasselbe Muster zeigt sich auch in anderen Bundesländern (Stadt Wien, 2002, S. 54, Land Niederösterreich, 2002, Tab. 4.1.1.1). Hinzuweisen wäre auch darauf, dass der Anteil der Über- und Untergewichtigen eher im Steigen begriffen ist und im Falle des Übergewichts auf das zunehmende Problem der ungesunden Ernährungsmuster hindeutet. So stieg die Prävalenz der Adipösen in Österreich von 9% im Jahr 1991 auf 11% im Jahr 2000 (Kiefer, Kunze & Rieder, 2001, S. 18).

Regional betrachtet zeigen vor allem die West- und Südsteiermark (43%), die westliche Obersteiermark (41%) sowie die östliche Obersteiermark (40%) einen hohen Anteil an Übergewichtigen (siehe Tab. 4.3.1.1), während die Region Graz/Graz-Umgebung und Liezen (ca. 34%) einen vergleichsweise geringen Anteil an Überwichtigen aufweist. Allerdings hat die Region Graz (14%) den höchsten Anteil an Untergewichtigen, während dieser Anteil in den verbleibenden Regionen mit 10–11% etwas darunter liegt.

Übergewicht als Folge kalorien- und fettreicher Ernährung sowie mangelnder Bewegung gilt als Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Stoffwechselstörungen. Die hier dargestellten Muster der Verbreitung des Übergewichts und starken Übergewichts sind dem Muster der Verbreitung der Herz-Kreislauf-Mortalität sehr ähnlich. Männer zeigen nicht nur häufigeres Übergewicht, sondern auch hohe Herz-Kreislauf-Mortalitätsraten; beides trifft vor allem in der West- und Südsteiermark sowie in der östlichen Obersteiermark zu (siehe Kapitel 4.1.8 – 4.1.10).

Die Verteilung des BMI in der steirischen Bevölkerung zeigt außerdem einen signifikanten Zusammenhang mit der Bildung. In jeder Bildungsgruppe ist der Anteil der Normalgewichtigen um die 50 Prozent, wobei hier keine wesentlichen Abweichungen festzustellen sind (siehe Tab. 4.3.1.2). Personen mit abgeschlossener Ausbildung von AHS, BHS oder Universität haben jedoch signifikant häufiger Untergewicht, während AHS-AbsolventInnen häufiger als erwartet von starkem Untergewicht betroffen sind. Hingegen ist der Anteil der stark Übergewichtigen bei Personen, die höchstens einen Pflichtschul- und Lehrabschluss besitzen, signifikant höher als in den anderen Bildungsgruppen. Dieser Zusammenhang

zwischen Bildung und Übergewicht kann auch für Österreich insgesamt festgestellt werden (Statistik Austria, 2002, S. 74; Kiefer et al, 2001, S. 17) und wurde für zahlreiche europäische Länder unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht sowohl für Übergewichtige als auch für stark Übergewichtige festgestellt (European Commission, 2003, S. 76). Auch in internationalen Studien wurden diese Ergebnisse nachgewiesen (Galobardes, Morabia & Bernstein, 2000, S. 534), wobei in Finnland bei Frauen ein stärkerer Gradient festgestellt wurde als bei Männern (Laaksonen, Rahkonen & Prättälä, 1998, S. 433).

Betrachtet man den BMI nach der Stellung im Beruf kann festgestellt werden, dass die in der Kategorie sonstige ArbeiterInnen zusammengefassten und Selbstständigen, gefolgt von FacharbeiterInnen, am häufigsten unter Übergewicht und starkem Übergewicht leiden (42–46%) (siehe Tab. 4.3.1.2). Untergewichtigkeit findet sich hingegen häufig bei Angestellten. Es scheint also einen Zusammenhang zwischen sozialem Status und BMI (und besonders Übergewicht) zu bestehen, auch wenn aufgrund der geringen Fallzahlen in bestimmten Kategorien keine aussagekräftigen statistischen Tests vorliegen. Die vorliegenden Muster werden von österreichischen Ergebnissen und von internationalen Studien bestätigt (Statistik Austria, 2002, S. 74). So wurde festgestellt, dass bei beiden Geschlechtern der BMI mit der Stellung im Beruf korreliert (Galobardes, Morabia & Bernstein, 2000, S. 534) und dass Frauen mit geringerer Beschäftigung (wie Teilzeitarbeit und Berufe mit geringem sozialen Status) sowie Männer mit geringen Besitzverhältnissen höhere BMI-Werte hatten (Ball, Mishra & Crawford, 2003, S. 398). Wie schon bei der Bildung wurde auch für die Stellung im Beruf bei den Frauen ein stärkerer Zusammenhang festgestellt als bei den Männern. In einer australischen Studie war die Wahrscheinlichkeit von Übergewicht bei Frauen mit einer schlechten beruflichen Stellung um 40% höher als bei Frauen mit einer besseren beruflichen Stellung (Ball, Mishra & Crawford, 2002, S. 561).

Nach der Art des Lebensunterhalts sind PensionistInnen (48%) und Arbeitslose (44%) besonders häufig von Übergewicht und starkem Übergewicht betroffen, während ca. ein Viertel der SchülerInnen und Studierende sowie KarenzurlaubberInnen untergewichtig oder stark untergewichtig sind (siehe Tab. 4.3.1.2). Auch in europäischen Analysen zeigte sich, dass Vollbeschäftigte nach Berücksichtigung von Alter und Geschlecht weniger häufig übergewichtig oder stark übergewichtig sind als wirtschaftlich inaktive Personen (wie Arbeitslose, gering Beschäftigte mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von weniger als 12 Stunden, PensionistInnen, Haushaltsführende, etc.). Weiters zeigte eine steirische Studie, dass arbeitslose Männer signifikant seltener motiviert sind ihr Gewicht zu reduzieren und ihre Ernährungsgewohnheiten zu ändern, als erwerbstätige (Rasky et al, 1996, S. 761).

Die Ernährung der ÖsterreicherInnen, und somit vermutlich auch der SteirerInnen, zeichnet sich durch hohen Fett- und Zuckergehalt aus, wobei der Geschmack und nicht die Gesundheit im Vordergrund steht (Kiefer, Ortner & Kunze, 2000,

S. 9). Der aktuellste europaweite Ernährungsbericht hat gezeigt, dass in Europa zu wenig Gemüse, Obst, Ballaststoffe und zu wenig Vitamine (vor allem Vitamin D und Folat) wie auch Mineralien (z.B. Kalzium) konsumiert werden. Im Gegenzug wird zu viel Fett, Fleisch, Fleischprodukte, Salz und Alkohol zu sich aufgenommen (European Nutrition and Health Report, 2004, S. 15). Fettreiche Speisen wirken sich nicht nur negativ auf das Gewicht des Einzelnen, sondern in der Folge auch auf den schlechteren Gesundheitszustand der Bevölkerung aus. Trotz oftmals besseren Wissens wird also eine ungesunde Ernährung aufgrund ihres besseren Geschmacks einer gesunden vorgezogen (Kiefer, Ortner & Kunze, 2000, S. 10). Allerdings nicht die Ernährung allein, sondern auch die geringe körperliche Aktivität sind als Ursachen für das zunehmende Problem des Übergewichts zu nennen. Dem sollten vor allem primärpräventive Maßnahmen entgegengesetzt werden, die – bereits in jungen Jahren beginnend – einen gesunden Lebensstil attraktiv und selbstverständlich machen. Aber auch vermehrte Information und Aufklärung der KonsumentInnen sowie die Förderung eines entsprechenden Warenangebots wäre hier wünschenswert. Für die Politik könnte das die Zusammenarbeit mit der Lebensmittelindustrie, dem Handel und der Landwirtschaft bedeuten, mit dem Ziel einer gemeinsamen Strategieentwicklung zur Verbesserung der Attraktivität einer ausgewogenen Ernährung.

4.3.2. Selbst berichtetes Rauchverhalten

Laut Mikrozensus 1999 stuften sich fast 63% der befragten SteirerInnen ab 15 Jahren auf die Frage, ob sie Zigaretten rauchten, als NichtraucherInnen ein. RaucherInnen von Zigarren, Pfeifen oder ähnlichem sind hier nicht enthalten, ihr Anteil ist jedoch gering. Der NichtraucherInnenanteil setzt sich zusammen aus 47% »echten« NichtraucherInnen (Nie-mals-RaucherInnen) und 16% Ex-RaucherInnen. Etwas über 9% der Befragten gaben an gelegentlich zu rauchen. 15% der Befragten bzw. fast 40% der RaucherInnen gaben an, täglich nicht mehr als 10 Zigaretten zu rauchen. Jede/r achte RaucherIn konsumierte jedoch mehr als 20 Zigaretten pro Tag (= starke RaucherInnen)(siehe Tab. 4.3.2.1).

Die Steiermark zeigt im Bundesländervergleich den zweit höchsten Anteil an NichtraucherInnen und den höchsten Anteil an Ex-RaucherInnen (Statistik Austria, 2002, S. 77). Im Vergleich zum EU-15-Durchschnitt liegt Österreich sowie die Steiermark ziemlich im Schnitt mit 28–29% täglichen RaucherInnen (WHO, 2004a). Der Nichtraucher-Anteil (sowohl Niemals- als auch Ex-Raucher) ist bei den Frauen höher (67%) als bei den Männern (58%). Auch der Anteil der starken Raucher ist bei den Männern deutlich höher als bei den Frauen. Allerdings ist in Österreich ein verstärkter Anstieg der Raucherinnen unter den Frauen zu beobachten. Zwischen 1991 und 1999, also in nur acht Jahren, ist der Anteil der weiblichen täglichen Raucher in Österreich von 21% auf 32% angestiegen (Statistik Austria, 2002, S. 29).

Der Anteil der RaucherInnen, die mehr als 10 Zigaretten täglich rauchen, ist in der Altersgruppe der 25–54jährigen am

höchsten, wobei bei den 35–44jährigen sogar mindestens jede/r fünfte Befragte mehr als 10 Zigaretten pro Tag raucht. Aber auch unter den 15–24jährigen raucht jede/r zehnte Befragte mehr als 10 Zigaretten täglich. Groß ist in dieser Altersgruppe jedoch vor allem der Anteil der GelegenheitsraucherInnen (15% der Befragten) und jener, die bis zu 10 Zigaretten täglich (22% der Befragten) rauchen. Beide gemeinsam, GelegenheitsraucherInnen und mäßige RaucherInnen, machen in dieser Altersgruppe ein gutes Drittel aus. Der Anteil jener, die mehr als 20 Zigaretten am Tag rauchen (= starke RaucherInnen), ist bei den 25–54jährigen am höchsten. Der höhere Anteil von echten NichtraucherInnen in den oberen Altersgruppen hängt mit dem höheren Frauenanteil in der älteren Bevölkerung zusammen.

Regional betrachtet ist der Anteil jener, die nie in ihrem Leben geraucht haben, mit über 50% in der Ost-, West- und Südsteiermark am höchsten (siehe Tab. 4.3.2.1). Auch ist der hohe Anteil der Ex-RaucherInnen in der West- und Südsteiermark mit 25%, gefolgt von der Oststeiermark mit 17% hoch. Der Anteil der RaucherInnen, die mehr als 10 Zigaretten täglich rauchen, ist in der östlichen Obersteiermark (16%) besonders hoch. Darüber hinaus zeigt diese Region den niedrigsten Anteil an Niemals-RaucherInnen und Ex-RaucherInnen. Allerdings rauchen mehr als ein Drittel der Befragten in der östlichen Obersteiermark täglich. Hingegen ist der Anteil der GelegenheitsraucherInnen sowie der mäßigen RaucherInnen (maximal 10 Zigaretten pro Tag) in der westlichen Obersteiermark (31%), sowie in Liezen (30%) und Graz (28%) am höchsten.

Trotz des – zu mindest diffus vorhandenen – Wissens um das Risiko, das mit dem Rauchen verbunden ist, ist der Tabakkonsum stark verbreitet und bei Frauen sogar im Steigen begriffen. Die schädlichen Konsequenzen werden unterbewertet und dem Bedürfnis der unmittelbaren Befriedigung und dem Zwang der Gewöhnung wird schließlich nachgegeben (Siegrist, 1998, S. 145–146).

Die Auswertung nach der höchsten abgeschlossenen Ausbildung zeigt einen besonders hohen Niemals-RaucherInnen-Anteil bei den PflichtschulabsolventInnen (58%). Dieser ist jedoch vor allem aufgrund der Alters- und Geschlechtsstruktur dieser Gruppe zu erklären (siehe Tab. 4.3.2.2). Bei den LehrabsolventInnen ist der Niemals-RaucherInnen-Anteil mit nur 37% deutlich niedriger. Gleichzeitig zeigt diese Gruppe einen besonders hohen Anteil an Personen, die täglich mehr als 10 Zigaretten rauchen bzw. mit dem Rauchen aufgehört haben. Auffällig ist auch, dass ca. jede/r fünfte AHS-AbsolventIn täglich bis zu 10 Zigaretten raucht, jedoch ist der Anteil der stärkeren RaucherInnen (mehr als 10 Zigaretten) in dieser Gruppe signifikant geringer.

Mit diesem Bild unterscheidet sich die Steiermark nicht von Gesamtösterreich (Statistik Austria, 2002, S. 77), wobei hier in dieser Analyse bereits Personen ab 15 Jahren berücksichtigt wurden. Insgesamt zeigt Österreich im internationalen und alters- sowie geschlechtskorrigierten Vergleich eine re-

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancenungleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

lativ hohe RaucherInnenprävalenz (European Commission, 2003, S. 89). In den meisten europäischen Ländern zeigt sich auch ein sinkender RaucherInnenanteil mit steigender Bildung, allerdings ist dieser Trend für Österreich nicht klar erkennbar, was vermutlich auf den hohen RaucherInnenanteil unter den AHS-AbsolventInnen zurückzuführen ist. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass diese Gruppe zu den gemäßigten RaucherInnen zählt, während schlecht ausgebildete Personen einen hohen Anteil an stärkeren RaucherInnen aufweist. Internationale Studien zeigen, dass Personen mit hohem Bildungsstand über den geringsten RaucherInnenanteil verfügen, während die RaucherInnenquote in den unteren Bildungsschichten deutlich höher liegt (Barbeau, Krieger & Soobader, 2004, S. 276). Ebenso wird gezeigt, dass Männer und Frauen ohne Qualifikation eine ca. 30% höhere Wahrscheinlichkeit haben zu rauchen als jene, die zumindest die mittlere Reife erreicht haben (Shohaimi et al, 2003, S. 274). Eine dänische Studie zeigt, dass die Unterschiede in der RaucherInnenprävalenz nach Bildungsgruppen über die Zeit zunahm (Osler et al, 2001, S. 35–36). Darüber hinaus zeigte sich, dass Kinder von Eltern ohne berufliche Ausbildung beinahe 2,5mal häufiger dem Passivrauchen zuhause ausgesetzt sind als Kinder akademischer Eltern (Jaakkola, Ruotsalainen & Jaakkola, 1994, S. 110). D.h. es gibt unterschiedliche auslösende Faktoren für den Tabakkonsum sowie verschiedene Konsummuster und Grade der Abhängigkeit je nach Bildungsgruppe, wobei tendenziell sozial schlechter gestellte Gruppen höhere Anteile an RaucherInnen insgesamt sowie insbesondere an stärkere RaucherInnen zeigen.

Auch nach der Stellung im Beruf zeigen sich hoch signifikante Unterschiede beim Rauchverhalten. Die GelegenheitsraucherInnen sind vor allem bei den Angestellten und den Lehrlingen zu finden, wie auch die gemäßigten RaucherInnen mit bis zu 10 Zigaretten am Tag. Hingegen sind bei den FacharbeiterInnen und sonstigen ArbeiterInnen um die zwei Drittel aktuelle RaucherInnen oder zumindest Ex-RaucherInnen (siehe Tab. 4.3.2.2). In diesen Gruppen raucht auch rund ein Viertel mehr als 10 Zigaretten am Tag, womit sie zu den stärkeren RaucherInnen gezählt werden können. Wiederum verhält sich die steirische Bevölkerung nicht anders als die österreichische, außer dass der Niemals-RaucherInnen-Anteil in der Steiermark in beinahe allen Gruppen höher ist als in Österreich (Statistik Austria, 2002, S. 77). Auch internationale Studien beweisen einen starken Zusammenhang zwischen Rauchen und der Stellung im Beruf, wobei der größte Unterschied zwischen manuell arbeitenden (ArbeiterInnen) und nicht manuell arbeitenden Personen (Angestellten) besteht (Barbeau, Krieger & Soobader, 2004; Shohaimi et al, 2003, S. 273; Leigh, 1996). So wurde gezeigt, dass manuell arbeitende Männer eine 2,5–3mal so hohe und manuell arbeitende Frauen eine 1,7–1,9mal so hohe Wahrscheinlichkeit haben zu rauchen wie nicht manuell arbeitende (Shohaimi et al, 2003, S. 273). Aber auch beim Passivrauchen scheint es einen sozialen Gradienten zu geben, der sich durch die verschiedenen sozioökonomischen Gruppen zieht. So haben laut einer schwedischen Studie qualifizierte, manuell arbei-

tende Männer – also Facharbeiter – eine beinahe fünfmal so hohe Wahrscheinlichkeit dem Passivrauch ausgesetzt zu sein als nicht manuell arbeitende Männer in leitenden Positionen. Ebenso haben nicht qualifizierte und qualifizierte manuell arbeitende Frauen eine rund viermal so hohe Wahrscheinlichkeit Passivrauch ausgesetzt zu sein als ihre besser gestellten KollegInnen (Moussa, Lindström & Östergren, 2004, S. 197). Außerdem zeigte sich, zumindest für die USA, dass jene Personen, die über die besten sozio-ökonomischen Ressourcen verfügen, auch in der RaucherInnenentwöhnung erfolgreicher waren als jene mit einem schlechteren sozio-ökonomischen Status (Barbeau, Krieger & Soobader, 2004, S. 276).

Wie auch die Bildung und die Stellung im Beruf, steht die Art des Lebensunterhalts mit dem Rauchen in Zusammenhang. GelegenheitsraucherInnen sind besonders häufig SchülerInnen und Studierende, sowie Erwerbstätige (siehe Tab. 4.3.2.2). Beinahe jede/r vierte SchülerIn raucht täglich bis zu 10 Zigaretten. Erwerbstätige und Arbeitslose hingegen rauchen überdurchschnittlich häufig 11 bis 20 und mehr Zigaretten. 22% der Arbeitslosen sind in diesen Gruppen zu finden. Dies spiegelt sich in den Nicht-RaucherInnen-Anteilen wider, die bei den Arbeitslosen und den Erwerbstätigen signifikant niedriger sind. Nur 41% der Erwerbstätigen und 38% der Arbeitslosen zählen sich zu den Nicht- und Niemals-RaucherInnen.

Die Beschreibung der Situation in verschiedenen europäischen Ländern zeigt sich keinen eindeutigen Trend. So wie in Österreich weisen auch in manchen anderen Ländern wirtschaftlich aktive Gruppen höhere RaucherInnenanteile auf als wirtschaftlich inaktive Gruppen, auch nach Bereinigung nach Alter und Geschlecht (European Commission, 2003, S. 89). In anderen Ländern, wie auch in der Steiermark, verhält es sich umgekehrt. Eine steirische Studie zeigte, dass arbeitslose Männer und Frauen mit einer ungefähr doppelt so hohen Wahrscheinlichkeit rauchen wie Erwerbstätige, wobei arbeitslose Männer auch eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit haben, einen höheren Tabakkonsum über die gesamte Lebenszeit aufzuweisen (Rasky et al, 1996, S. 760). Studien zeigen, dass dieser Zusammenhang zwischen dem Rauchverhalten und Arbeitslosigkeit sogar stärker ist als bei anderen sozialen Indikatoren (Shohaimi et al, 2003, S. 275). Wird Arbeitslosigkeit als Maßstab für den allgemeinen Mangel an materiellen Ressourcen und für Unsicherheit angenommen, zeigen Menschen, die in Bezirken mit einem hohen Anteil an Arbeitslosen wohnen, in Großbritannien einen signifikant höheren Anteil an RaucherInnen (Shohaimi et al, 2003, S. 273). Diese Personen haben eine ungefähr 1,3mal so hohe Wahrscheinlichkeit zu rauchen, wie Personen, die in Bezirken leben, wo die Arbeitslosigkeit geringer ist (Shohaimi et al, 2003, S. 274). Dasselbe trifft zu, wenn die soziale Lage eines Bezirks danach gemessen wird, wie hoch der Anteil der AutobesitzerInnen ist. Auch hier zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen einem höheren Anteil an AutobesitzerInnen und einem geringeren RaucherInnenanteil (Shohaimi et al, 2003, S. 274).

Shohaimi et al versuchten vor allem herauszufinden, ob es auch einen Zusammenhang zwischen den Eigenschaften der Wohngegend und dem Rauchverhalten der BewohnerInnen gibt. Sie stellten fest, dass dieser Zusammenhang gegeben ist und dass er am stärksten ist, wenn sowohl die Arbeitslosigkeit als auch die Besitzverhältnisse in einem Bezirk berücksichtigt werden (Shohaimi et al, 2003, S. 275). Ähnliche Ergebnisse gibt es aus den USA, wo ebenfalls Männer in ärmeren Bezirken häufiger rauchen als in reicheren Bezirken (Ross, 2000, S. 270). Dies bestätigt den oftmals theoretisch und empirisch diskutierten Einfluss der Normen und Werte des Umfelds auf das Gesundheitsverhalten. Wenn Rauchen einerseits sozial akzeptiert und weit verbreitet ist und andererseits Probleme im Wohnbezirk, wie geringe Wohnqualität oder andere Unsicherheiten, Stress verursachen, ist die Wahrscheinlichkeit zu rauchen höher (Shohaimi et al, 2003, S. 275). Wie diesen kulturellen und lokalen Einflussfaktoren am effektivsten entgegengewirkt werden kann, ist allerdings bisher wissenschaftlich noch nicht geklärt.

Aus den hier vorliegenden Ergebnissen lässt sich ein klarer Bedarf für Maßnahmen ablesen. So wäre es wichtig, das gelegentliche und geringe, aber tägliche Rauchen bei den Jugendlichen und damit den Beginn von RaucherInnenkarrieren zu verhindern. Ebenso müssten Entwöhnprogramme für die stärkeren RaucherInnen in der Altersgruppe der 25–54jährigen implementiert werden. Vor allem (junge) Frauen sollten eine primäre Zielgruppe von Maßnahmen sein, wie auch der soziale Gradient mitberücksichtigt werden muss. Um dies zu ermöglichen bedarf es eines sektorenübergreifenden, umfassenden Programms, das den Ansprüchen der Europäischen Anti-Tabak-Strategie gerecht wird.

4.3.3. Selbst berichtetes Gesundheitsverhalten

Ein knappes Drittel der befragten SteirerInnen ab 15 Jahren gab an, keine gezielten Aktivitäten zur Erhaltung der Gesundheit zu setzen (siehe Tab. 4.3.3.1). Damit liegt die Steiermark etwas unter dem Österreichschnitt (Statistik Austria, 2002, S. 63). Unabhängig davon berichtet die Hälfte der Befragten sich gesundheitsbewusst zu ernähren und körperlich aktiv zu sein. Nur wenige (3%) berichten etwas für ihre psychische Gesundheit zu tun (wie z.B. autogenes Training, Entspannungsübungen). Der Anteil jener, die öffentliche Beratungs- sowie private Angebote in Anspruch nehmen, ist verschwindend gering.

Der Anteil der Männer und Frauen, die keinen gezielten Aktivitäten nachgehen, ist bei beiden Geschlechtern gleich hoch. Jedoch unterscheiden sich Männer und Frauen darin, welche Maßnahmen sie zur Gesunderhaltung setzen. 55% der Frauen ernähren sich gesundheitsbewusst, während dies nur 46% der Männer tun. Auch sorgen Frauen etwas häufiger für ihre psychische Gesundheit als Männer (siehe Tab. 4.3.3.1). Körperlich aktiv hingegen sind mehr Männer (52%) als Frauen (47%).

Das Alter hat ebenfalls einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der steirischen Bevölkerung. Der Anteil jener, die keine gezielten Aktivitäten setzen, steigt mit dem Alter. So setzen bei den 15–24jährigen fast drei Viertel der Befragten präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen, während dies bei den über 75jährigen zwei Drittel sind (siehe Tab. 4.3.3.1). Das Gesundheitsverhalten steht auch hinsichtlich der verschiedenen Aktivitäten in Zusammenhang mit dem Alter. So steigt etwa die Bedeutung gesundheitsbewusster Ernährung mit dem Alter und erreicht um das Pensionsantrittsalter herum seinen Höhepunkt. Deutlich mehr als die Hälfte der Steirerinnen und Steirer ab 55 Jahren ernähren sich nach eigenen Angaben gesundheitsbewusst. Das Gegenteil ist bei der Ausübung körperlicher Aktivitäten der Fall. Hier nimmt die Bedeutung mit zunehmendem Alter ab und etwas weniger als ein Drittel der über 75jährigen geben an, Bewegung zu betreiben. Im Hinblick auf die Erhaltung oder Förderung ihrer psychischen Gesundheit sind die 35–44jährigen am aktivsten. 5% der Befragten dieser Altersgruppe setzen hier entsprechende Aktivitäten.

Dieses nach Geschlecht und Alter unterschiedliche Muster gesundheitsrelevanten Verhaltens ist in der Steiermark ganz ähnlich jenem in Gesamtösterreich (Statistik Austria, 2002, S. 63–66). Betrachtet man die einzelnen steirischen Regionen, zeigen sich allerdings große Unterschiede. So ist der Anteil derer, die im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention nicht aktiv sind, in der West- und Südsteiermark mit beinahe 40% mit Abstand der höchste, gefolgt von der Oststeiermark mit 30%. Hingegen sind die östlichen ObersteirerInnen (88%) gesundheitlich bei weitem am aktivsten. Die Bevölkerung der West-, Süd- und Oststeiermark legt demnach auch am wenigsten Wert auf gesundheitsbewusste Ernährung und körperliche Aktivitäten. Bei den psychischen Aktivitäten sind hingegen die BewohnerInnen der Region Graz/Graz-Umgebung (5%) und der westlichen Obersteiermark (3%) am aktivsten (siehe Tab. 4.3.3.1).

Es gibt auch einen signifikanten Zusammenhang zwischen Bildung, Stellung im Beruf, Lebensunterhalt und dem Gesundheitsverhalten. Je höher die Bildung, desto mehr Wert legt die steirische Bevölkerung auf Ernährung, Sport und das psychische Wohlbefinden (siehe Tab. 4.3.3.2). Nur 13% der AkademikerInnen setzen keine gezielten Aktivitäten zu Gesundheitsförderung, während der Anteil der Inaktiven bei den Pflichtschul- und LehrabsolventInnen rund ein Drittel ausmacht (siehe Tab. 4.3.3.2). Hier liegen sowohl in der Steiermark als auch in Österreich klare Trends vor, die zum Teil auf die Alters- und Geschlechterverteilung zurückzuführen sind, vermutlich jedoch nicht allein damit erklärt werden können.

Nach der Stellung im Beruf betrachtet, sind es vor allem Mithelfende, FacharbeiterInnen, sonstige ArbeiterInnen und Lehrlinge, die zu rund einem Drittel angeben keine gezielten Aktivitäten zur Förderung der Gesundheit zu setzen (siehe Tab. 4.3.3.2). Dieser Trend lässt sich in umgekehrter Folge bei gesundheitsbewusster Ernährung erkennen, wo sich nur

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

rund ein Drittel der FacharbeiterInnen, ArbeiterInnen und Lehrlinge um eine gesunde Ernährung bemühen, während dies gut die Hälfte in allen anderen Gruppen tut. BeamtInnen und Angestellte betreiben auch überdurchschnittlich oft körperliche Bewegung und kümmern sich um ihr psychisches Wohlbefinden. Erfreulich ist, dass der Anteil der Inaktiven in den verschiedenen Berufsgruppen in der Steiermark etwas geringer ist als in Österreich. Dennoch bestätigt sich auch für Österreich der klare soziale Gradient (Statistik Austria, 2002, S. 63).

Dieses Muster wird durch die Auswertung nach der Art des Lebensunterhalts bestätigt. Denn der Anteil jener, die keine gesundheitlichen Aktivitäten setzen, ist bei Personen in Karenzurlaub, gefolgt von Arbeitslosen und PensionistInnen am höchsten (siehe Tab. 4.3.3.2). Arbeitslose berichten auch signifikant seltener, sich gesund zu ernähren und eher seltener Sport zu betreiben, während Erwerbstätige besonders häufig Sport betreiben. Diese Ergebnisse decken sich mit jenen einer steirischen Studie, die feststellte, dass arbeitslose SteirerInnen signifikant höhere Mengen Alkohol trinken, seltener Sport betreiben und sich auch seltener die Zähne putzen (Rasky et al, 1996, S. 760). Körperlich inaktiv sind besonders Personen in Karenz und PensionistInnen.

Dieses Ergebnis deckt sich mit einer steirischen Studie, die einen starken Zusammenhang zwischen Gesundheits- und Risikoverhalten der steirischen Bevölkerung und ihrem sozio-ökonomischen Status feststellte (Stronegger et al, 1997, S. 425). So wurde diagnostiziert, dass die Gruppen mit dem ungesündesten Verhalten LandwirtInnen, Arbeitslose und ArbeiterInnen sind und dass ein klarer Zusammenhang zwischen Gesundheits- und Risikoverhalten und höchster abgeschlossener Bildung besteht (Stronegger et al, 1997, S. 424–425). Als eine mögliche Erklärung hierfür werden inadäquate Stressbewältigungsstrategien, die in niedrigen sozio-ökonomischen Gruppen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit vorkommen, genannt. Ein weiterer Hinweis eines sozial geschichteten Musters des Gesundheitsverhaltens wurde in einer anderen steirischen Studie gefunden, wo sich zeigte, dass Einkommen und interne Kontrollüberzeugungen, d.h. die Überzeugung den eigenen Gesundheitszustand selbst bestimmen zu können, in einem deutlichen Zusammenhang miteinander stehen (Freidl et al, 2001, S. 110).

Zusammenfassend zeigen im Bereich der körperlichen Aktivität vor allem ältere Menschen und Frauen ein ungünstiges Gesundheitsverhalten, hingegen im Bereich der Ernährung eher Jugendliche und Männer. Weiters weisen die BewohnerInnen der Regionen West-, Süd- und Oststeiermark eher eine Tendenz zur ungesunden Lebensweise auf, wie auch sozial schlechter gestellte Gruppen, insbesondere Personen mit geringer Bildung, Fach- und ArbeiterInnen sowie Arbeitslose. Änderungen des Gesundheitsverhaltens unterliegen komplizierten langen Prozessen und können nicht allein durch Bewusstmachung in Form von Medienkampagnen, Gesundheitsbildung und durch die Schaffung von Angeboten herbei-

geführt werden (Schwarzer, 1996). Einerseits besteht bei manchen Menschen keine Intention ihr Verhalten zu ändern, andererseits gelingt es vielen nicht die Intention in die Tat umzusetzen. Hier spielt eine breite Palette an Faktoren eine Rolle. Die Anwendung von gesundheitspsychologischen Theorien und Modellen, die eigens zum Verständnis dieser Prozesse entwickelt wurden, können die Effektivität von Verhaltensänderungs-Interventionen um ein vielfaches verbessern und sollten daher in der Praxis der Gesundheitsförderung verstärkt umgesetzt werden. Darüber hinaus gilt es zu bedenken, dass Verhaltensänderung durch die Änderung der Verhältnisse maßgeblich gefördert wird und dass Programme, die gleichzeitig sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisprävention betreiben, wie zum Beispiel das Nord Karelíen Projekt, effektiv und zielführend sind (Vartinainen et al, 2000).

4.3.4. Selbst berichtete körperliche Betätigung

Das Sonderprogramm Gesundheit des Mikrozensus hat zusätzlich zum allgemeinen Gesundheitsverhalten auch die körperliche Betätigung (wie z.B. Joggen, Radfahren, oder Aerobic) der Bevölkerung ab 15 Jahren in der Freizeit erhoben. Unter körperlicher Betätigung wird die Ausübung einer physischen Aktivität verstanden, die mindestens einmal pro Woche durchgeführt wird und bei deren Ausübung man ins Schwitzen kommt. Auf diese Frage hin gaben 60% der steirischen Befragten an, sich gar nicht körperlich zu betätigen bzw. 40% mindestens an einem Tag pro Woche. Bei der Frage nach dem Gesundheitsverhalten zur Erinnerung (siehe Kap. 4.3.3) bezeichneten sich 49% als körperlich aktiv, wobei hier sicherlich auch jene körperliche Betätigungen berücksichtigt wurden, bei denen man nicht ins Schwitzen kommt (z.B. Spazieren gehen). Ungefähr 11–12% sind einmal bzw. zweimal pro Woche sportlich aktiv, 8–9% drei- bzw. vier- oder mehrmals wöchentlich (siehe Tab. 4.3.4.1). Hier zeigt sich ein gravierender Unterschied zwischen Männern und Frauen. Mehr als zwei Drittel (66%) der Steirerinnen geben an körperlich inaktiv zu sein. Dieser Anteil liegt geringfügig über dem österreichischen Durchschnitt (65%) (Statistik Austria, 2002, S. 66–68). Bei den Männern überwiegen die körperlich Inaktiven ebenfalls, wenngleich der Anteil mit 55% geringer ist als bei den Frauen. Allerdings, bezogen auf die Häufigkeit, gehen die steirischen Männer im Schnitt häufiger als die Frauen körperlichen Betätigungen nach. So betreiben 25% der Männer ein- bis zweimal pro Woche Sport, und 21% sogar mehr als dreimal pro Woche. Bei den Frauen sind immerhin 21% moderat aktiv (ein- bis zweimal pro Woche), jedoch nur noch 14% betätigen sich mehr als dreimal in der Woche sportlich. Damit liegen die Steirerinnen und Steirer im österreichischen Schnitt (Statistik Austria, 2002, S. 67–68).

Auch das Alter spielt hier erwartungsgemäß eine große Rolle, wobei mit zunehmendem Alter körperliche Betätigung in der Freizeit immer geringer wird. So sind nur noch 27% der 65–74jährigen und 16% der über 75jährigen körperlich aktiv (siehe Tab. 4.3.4.1). Auch die Frequenz der Aktivitäten zeigt altersabhängige Muster. Bis zur Lebensmitte dominiert inner-

halb der sportlich Aktiven der Anteil jener, die an einem Tag bzw. an zwei Tagen pro Woche einer körperlichen Betätigung nachgehen. Dies trifft auf rund 3 von 10 Steirerinnen und Steirer zwischen 25 und 44 Jahren und immerhin auf fast noch ein Viertel der Bevölkerung bis 54 Jahren zu. Ab dem Pensionsalter steigt sogar der Anteil der sportlich Aktiven, die mehr als zweimal in der Woche Bewegung machen. Insgesamt allerdings sinkt der Anteil der SportlerInnen mit dem Alter. Trotzdem fällt positiv auf, dass die 55–74jährigen SteirerInnen im Vergleich zu den gleichaltrigen ÖsterreicherInnen im Durchschnitt sportlich aktiver sind (Statistik Austria, 2002, S. 66).

Dennoch zeigt im Österreichvergleich die Steiermark den viert höchsten Anteil an sportlich Inaktiven (Statistik Austria, 2002, S. 66) und auch innerhalb der Steiermark gibt es berichtenswerte regionale Unterschiede. Wiederum ist es die Bevölkerung der Ost-, West- und Südsteiermark, die den höchsten Anteil an Nichtaktiven aufweist, gleichauf mit Graz (siehe Tab. 4.3.4.1). Die körperlich aktivste Bevölkerung (mit mehr als dreimal pro Woche sportlicher Betätigung) findet sich in Liezen und in der östlichen Obersteiermark, während die West- und SüdsteirerInnen sowie GrazerInnen, die sich körperlich betätigen, dies am häufigsten ein- bis zweimal pro Woche tun.

Wie bereits beim Gesundheitsverhalten berichtet, steigt der Anteil der körperlich Inaktiven mit sinkender Bildung. 71% der PflichtschulabsolventInnen berichten sich nicht körperlich zu betätigen. Personen mit berufsbildender mittlerer und höherer Schule sind am häufigsten einmal pro Woche sportlich aktiv. Hingegen fallen die UniversitätsabsolventInnen dadurch auf, dass sie besonders häufig (fast 40%) angeben zweimal und öfter in der Woche körperlich aktiv zu sein (siehe Tab. 4.3.4.2). Die geringe körperliche Betätigung in den schlechter gebildeten Gruppen in der Steiermark – gilt für Personen ab 15 Jahren – wie auch in Österreich – hier wurden Personen ab 30 Jahre berücksichtigt – (Statistik Austria, 2002, S. 66) lässt sich zum Teil mit der Alters- und Geschlechtsstruktur erklären. Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass dies den Zusammenhang nicht vollständig erklären kann. Europäische Vergleiche sind kaum durchführbar, da die Routinedaten zwischen den verschiedenen europäischen Ländern zu diesem Thema nicht miteinander vergleichbar sind (European Commission, 2003, S. 209–210). U.S.-Amerikanische Studien zeigen, dass die körperliche Aktivität sowie deren Intensität mit der Bildung in Zusammenhang steht. So zeigten Rafferty et al, dass der Anteil jener, die nur Gehen als körperliche Aktivität angeben, mit steigender Bildung sinkt und im Gegenzug der Anteil jener, die Gehen und andere Aktivitäten setzen, sowie jener, die in ihrer Freizeit Sport betreiben, mit steigender Bildung zunimmt (Rafferty, Reeves & McGee, 2000, S. 560). Auch war der Anteil der Personen, die den nationalen Empfehlungen zur körperlichen Aktivität gerecht wurden, signifikant mit Bildung (und auch Einkommen) korreliert (Rafferty, Reeves & McGee, 2000, S. 561). Ross stellte auch einen Zusammenhang zwischen Bildung

und körperlicher Aktivität fest, indem sie zeigte, dass in Stadtteilen mit einem hohen Anteil von Personen mit Studienabschluss in der Wohnbevölkerung, signifikant häufiger moderate körperliche Bewegung betrieben wird (Ross, 2000, S. 270).

Auch die Stellung im Beruf zeigt einen Zusammenhang mit der körperlichen Aktivität auf. Auffallend inaktiv ist die unter »sonstige« subsummierte Gruppe, die besonders PensionistInnen und Personen jünger als 15 Jahre beinhaltet (siehe Tab. 4.3.4.2). Auch sind über 60% der Mithelfenden, ArbeiterInnen und Lehrlinge körperlich inaktiv. Im Gegensatz dazu weisen Angestellte, BeamtInnen und FacharbeiterInnen einen signifikant geringeren Anteil an inaktiven Personen auf. Diese Gruppen sind auch besonders häufig zwei- oder mehrmals die Woche aktiv. Interessant ist auch, dass Lehrlinge, wenn sie körperlich aktiv sind, dies mit 16,4% mehr als dreimal in der Woche tun.

Unterscheidet man nach der Art des Lebensunterhalts, sind Personen in Karenz, gefolgt von PensionistInnen, am seltensten körperlich aktiv und betätigen sich auch unterdurchschnittlich oft nur/maximal einmal pro Woche (siehe Tab. 4.3.4.2). Auch Arbeitslose geben zu 66% an, sportlich nicht aktiv zu sein, was zwar keine statistische Signifikanz erreicht, aber dennoch von Bedeutung sein dürfte, da steirische Studien belegen, dass arbeitslose Männer mit einer 1,7mal so hohen Wahrscheinlichkeit wie erwerbstätige keine regelmäßige Bewegung machen (Rasky et al, 1996, S. 760). Erwerbstätige, SchülerInnen und Studierende hingegen bewegen sich wesentlich häufiger als alle anderen Gruppen.

Das in der Steiermark beobachtete Muster der besonders wenig aktiven PensionistInnen, Arbeitslosen, ArbeiterInnen, Lehrlinge und PflichtschulabsolventInnen sowie Personen mit Lehrabschluss geht konform mit Ergebnissen des österreichischen Mikrozensus (Statistik Austria, 2002, S. 66). Dieser Zusammenhang wird auch in zahlreichen Studien bestätigt (Stolpe, 2001, S. 22). So wurde Männern und Frauen mit niedriger Schulbildung eine doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit von Bewegungsmangel betroffen zu sein nachgewiesen als für Personen mit besserer Ausbildung (Bisig, Bopp & Minder, 2001, S. 64). Erwartungsgemäß steht körperliche Aktivität nicht nur mit dem individuellen Sozialstatus in Zusammenhang, sondern auch mit dem sozialen Umfeld. So wurde in den USA gezeigt, dass Menschen, die in sozial benachteiligten Stadtteilen leben, weniger körperlich aktiv sind und auch weniger Geh- und Wanderwege oder Parks in ihrer Umgebung haben als Menschen in sozio-ökonomisch besser gestellten (Wilson et al, 2004, S. 24; Estabrooks, Lee & Gyuscsik, 2003, S. 102). Bei der weiteren Analyse zeigte sich, dass das Vorhandensein dieser Ressourcen in klarem Zusammenhang mit einem ausreichenden Ausmaß an körperlicher Aktivität steht (Wilson et al, 2004, S. 25). Im Gegensatz dazu stellte Ross fest, dass Personen, die in Nachbarschaften mit einem hohen Anteil von unter der Armutsgrenze lebenden Personen wohnen, mehr moderate körperliche Akti-

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

vität in Form von Gehen ausüben (Ross, 1996, S. 270). Dies lässt sich dadurch erklären, dass sozial schlechter gestellte Gruppen angeben vorwiegend zum Zwecke der Fortbewegung zu gehen (Giles-Corti & Donovan, 2002, S. 605), was bei Gruppen, die unter der Armutsgrenze leben und häufig auch nicht im Besitz eines Autos sind, der Hauptgrund für die körperliche Aktivität Gehen sein dürfte. Es verdichten sich also die Hinweise, dass die körperliche Bewegung stark im Kontext der Lebensbedingungen betrachtet werden muss, welche wiederum mit den sozialen Normen, den kulturellen und anderen Faktoren der Wohnumgebung in Zusammenhang stehen.

Auf alle Fälle wirkt sich körperliche Bewegung vielfältig positiv auf die Gesundheit aus. Eine europäische Studie zeigte, dass die Wahrscheinlichkeit einen sehr guten und guten subjektiven Gesundheitszustand anzugeben mit steigender körperlicher Aktivität steigt (Abu-Omar & Robine, 2004, S. 237). Körperlich aktive Personen sind einerseits seltener Übergewichtig und weniger krankheitsanfällig, andererseits leben sie länger und erfreuen sich besserer Lebensqualität (Schwarzer, 1996, S. 202). Die Motivierbarkeit von Menschen zu sportlicher Bewegung hängt allerdings mit ihrer Persönlichkeit, der Umwelt und der Art der sportlichen Aktivität selbst zusammen (Schwarzer, 1996, S. 223). All diese Merkmale müssen angesprochen und mit wiederholten Anstößen zur Motivation kombiniert werden, um eine nachhaltige Verhaltensänderung herbeizuführen (Schwarzer, 1996, S. 228).

4.3.5. Selbst berichtete Belastungen der Erwerbstätigen

Nur gut ein Drittel der erwerbstätigen Bevölkerung (Personen ab 15 Jahre) der Steiermark teilt mit, an keiner der angeführten beruflichen Belastungen, sowie an sonstigen Zusatzbelastungen zu leiden (siehe Tab. 4.3.5.1), womit die Steiermark den geringsten Anteil im Bundesländervergleich aufweist (Statistik Austria, 2002, S. 80). In beinahe allen Arten der Belastungen (ausgenommen Konflikte am Arbeitsplatz) ist die Steiermark im Bundesländervergleich an führender Stelle. Am stärksten belastet zeigt sich die Bevölkerung durch starken Zeitdruck, worüber 42% der Befragten klagen. Etwas weniger als ein Drittel geben schwere körperliche Arbeit und 15% geben Konflikte am Arbeitsplatz als belastend an. Auch die Dreifachbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf wird von 19% der steirischen Erwerbstätigen als belastend empfunden. Unter der Belastung von Beruf und Betreuung von Pflegefällen in der Familie leiden 8% der Befragten.

Von der Dreifachbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf sind – wenig überraschend – vorwiegend Frauen (31%) betroffen, allerdings betrifft dies auch 12% der Männer. Mit diesem Ergebnis liegt die Belastung der SteirerInnen um einiges höher als die der ÖsterreicherInnen, wo nur 8% der Männer und 25% der Frauen angeben unter der Vereinbarkeit von Beruf, Haushalt und Kindern zu leiden (Statistik Austria, 2002, S. 81–82). Männer sind sowohl durch schwere körperliche Arbeit als auch durch starken Zeitdruck häufiger belastet als

Frauen. Die SteirerInnen geben auch etwas häufiger als die ÖsterreicherInnen an, unter schwerer körperlicher Arbeit zu leiden. Dies könnte durch die hohen Beschäftigungsanteile im primären und sekundären Wirtschaftssektor in der Steiermark (Land Steiermark, 2004a, S. 35) erklärt werden, wie auch die relativ hohe Belastung durch Wirbelsäulen- und Gelenkschäden (siehe Kapitel 4.2.7 und 4.2.9). Durch Konflikte am Arbeitsplatz sind beide Geschlechter gleich häufig betroffen. Interessant ist auch, dass mehr Frauen (35%) als Männer (30%) angeben, keine Belastung zu verspüren.

An keinen der angeführten Belastungen scheinen die 15–24jährigen am wenigsten und die 45–54jährigen am häufigsten zu leiden. Von schwerer körperlicher Arbeit sind in allen Altersgruppen annähernd 30% der Erwerbstätigen betroffen. Die Belastung durch starken Zeitdruck verzeichnet einen leichten Anstieg mit zunehmendem Alter und erreicht einen Höhepunkt bei den 45–54jährigen. Allerdings spielt der Zeitdruck auch bei den über 65jährigen eine gewisse Rolle. Konflikte am Arbeitsplatz betreffen alle Altersgruppen gleichermaßen, wobei auch hier die 15–24jährigen nach den über 65jährigen diese Belastung am seltensten verspüren. Am stärksten ist der Alterseffekt bei der Belastung durch Haushalt, Kinder und Beruf. Während dieser Faktor bei den jungen, unter 25jährigen Erwerbstätigen noch eine untergeordnete Rolle spielt, sind es bei den 25–34jährigen gut ein Fünftel, und bei den 35–44jährigen immerhin schon fast ein Viertel, die dieser Mehrfachbelastung ausgesetzt sind. Ähnliche Muster für die Belastungen nach Altersgruppen zeichnen sich auch für Gesamtösterreich ab (Statistik Austria, 2002, S. 80), allerdings, wie bereits mehrfach erwähnt, ist das Ausmaß der empfundenen Belastung in der Steiermark durchwegs höher.

Auch innerhalb der Steiermark treten gewisse Unterschiede in der Belastung der erwerbstätigen Bevölkerung zu Tage, wobei die West- und Südsteiermark (hier leiden 82% der Befragten mindestens an einer der angeführten Belastungen), sowie die westliche Obersteiermark (74%) sich tendenziell am stärksten belastet fühlen. So geben fast 40% der Erwerbstätigen in der westlichen Obersteiermark wie auch fast ein Drittel der West- und SüdsteirerInnen, aber nur ein Fünftel der Erwerbstätigen in der Region Graz/Graz-Umgebung an, durch schwere körperliche Arbeit belastet zu sein. Überdurchschnittlich belastet durch starken Zeitdruck fühlen sich hingegen die Erwerbstätigen im Bezirk Liezen (fast 50%), während dies in der östlichen Obersteiermark »nur« etwas mehr als ein Drittel als Belastungsursache angeben. Was Konflikte am Arbeitsplatz anlangt, liegt wiederum die Region Graz/Graz-Umgebung voran, wo dies immerhin ein Fünftel der Erwerbstätigen als Belastung empfindet, während in der Oststeiermark nur 10% darunter leiden (siehe Tab. 4.3.5.1).

Auch der Anteil der mehrfach Belasteten ist in der Steiermark für beide Geschlechter im Österreichvergleich hoch. Weiters kann zusammenfassend festgestellt werden, dass Männer vorwiegend durch Belastungen am Arbeitsplatz (schwere körperliche Arbeit und Zeitdruck) leiden. Hier könnte vor al-

lem durch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung Abhilfe geschaffen werden. Frauen hingegen sind stärker durch die schwere Vereinbarkeit von Beruf und Betreuungspflichten belastet. Die Versorgung mit umfassenden Dienstleistungen im Bereich der Kinderbetreuung ist in der Steiermark verbesserungsbedürftig (Land Steiermark, 2004a, S. 18). Die Verbesserung der Versorgungsstruktur sowohl für die Pflege von Angehörigen als auch für die Betreuung von Kindern scheint daher gerade in den stärker belasteten Regionen und Bezirken von besonderer Bedeutung zu sein. Ebenso würde die Schaffung verbesserter Rahmenbedingungen zu einer Erleichterung der Vereinbarkeit von Beruf und Betreuungspflichten beitragen.

Nach Bildung betrachtet zeigt sich, dass alle Bildungsgruppen ähnlich stark durch ihre Erwerbstätigkeit belastet sind (siehe Tab. 4.3.5.2). Zwar zeigen AbsolventInnen von berufsbildenden höheren Schulen einen etwas erhöhten Anteil, aber im Großen und Ganzen konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den einzelnen Personengruppen gefunden werden. Bei schwerer körperlicher Arbeit liegt der Fall ganz anders. Je höher die Bildung, desto geringer ist der Anteil der Belastung durch schwere körperliche Arbeit. Im Gegensatz dazu fühlen sich UniversitätsabsolventInnen und Personen mit einem berufsbildenden mittleren Schulabschluss am stärksten von Konflikten am Arbeitsplatz belastet. Unter starkem Zeitdruck leiden besonders stark Personen mit Lehrabschluss. Bei Belastungen durch Haushalt, Kinder und Beruf ist der Anteil bei Personen mit einem Pflichtschul- sowie AHS- und Universitätsabschluss, also am oberen und am unteren Ende der Bildungsskala, signifikant hoch. Sowohl Pflichtschul- als auch AHS-AbsolventInnen beklagen sich besonders häufig über Belastungen durch Beruf und Pflege. Bei den PflichtschulabsolventInnen lässt sich dies vermutlich durch die hohe Belastung von älteren Frauen, die einerseits für die Pflege von Angehörigen und andererseits für die Kinderbetreuung der nächsten Generation verantwortlich sind, erklären. Bei den AHS-AbsolventInnen könnte dies durch die zunehmende Berufsorientierung der Frauen einerseits und die geringe Entlastung in der Familienarbeit andererseits erklärt werden. Auch hier sei wiederholt darauf hingewiesen, dass im Österreichvergleich die SteirerInnen stärker belastet sind (Statistik Austria, 2002, S. 80), auch wenn hier bereits Personen ab 15 Jahren berücksichtigt wurden. Vor allem die Belastung durch Beruf und Pflegefälle in der Familie ist in der Steiermark auffallend stark gegeben. So sind 15% der steirischen AHS-AbsolventInnen und 12% der steirischen PflichtschulabsolventInnen belastet, während die entsprechenden Vergleichswerte für Österreich (ab 30 Jahren) nur 5% bzw. 4% betragen (Statistik Austria, 2002, S. 80). Auch sind 26% der steirischen (ab 15 Jahren) und nur 18% der österreichischen PflichtschulabsolventInnen (ab 30 Jahren) durch Haushalt, Kinder und Beruf belastet.

Nach der Stellung im Beruf zeigt sich, dass nur 20% der Mithelfenden an keiner der angeführten Belastungen leidet, gefolgt von FacharbeiterInnen und Selbstständigen (siehe Tab. 4.3.5.2). Diese Gruppen sind auch am stärksten durch

schwere körperliche Arbeit betroffen, wogegen Angestellte und BeamtInnen wesentlich seltener darüber klagen. FacharbeiterInnen klagen auch signifikant häufiger über starken Zeitdruck, gefolgt von den Selbstständigen. Konflikte am Arbeitsplatz belasten Angestellte und BeamtInnen am meisten. Unter der schweren Vereinbarkeit von Beruf, Kindern und Haushalt klagen rund die Hälfte der Gruppe der Mithelfenden, die unter anderem die Gattinnen von Landwirten inkludiert. Diese Ergebnisse decken sich mit den oben angesprochenen Unterschieden nach Bildung, wonach AkademikerInnen am stärksten unter Konflikten und niedrigere Bildungsschichten am stärksten unter körperlicher Arbeit leiden. Im Vergleich mit Österreich zeigt sich, dass die steirischen FacharbeiterInnen, sonstigen ArbeiterInnen und Mithelfenden stärker unter schwerer körperlicher Arbeit leiden als die österreichischen Vergleichsgruppen (Statistik Austria, 2002, S. 80). In allen Berufsgruppen ist der Anteil jener, die unter der Unvereinbarkeit von Beruf, Kindern und Haushalt bzw. von Beruf und Pflege leiden, in der Steiermark höher als in den übrigen Bundesländern. Dies ist ein weiterer Hinweis auf die unzureichende Versorgungsstruktur im Hinblick auf Kinderbetreuung und Pflege in der Steiermark bzw. auf wenig familiengerechte Beschäftigungsformen (Statistik Austria, 2002, S. 80).

Die hier dargestellten Ergebnisse, wonach Menschen mit einem niedrigeren Ausbildungsniveau und Personen mit niedriger beruflicher Stellung stärker von körperlichen Belastungen betroffen sind, während Personen mit höherem Bildungsniveau und besserer beruflicher Stellung stärker unter psychischen Beschwerden leiden, decken sich mit Ergebnissen deutscher Studien (Stolpe, 2001, S. 21). Die starken Belastungen der steirischen Erwerbstätigen im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung lassen einen hohen Bedarf an betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen erkennen. Bei der Entwicklung solcher Maßnahmen sollte vor allem auf die Vereinbarkeit von Beruf mit Haushalt, Kinderbetreuung sowie Angehörigenpflege und auf die spezifischen Bedürfnisse der unterschiedlichen Bildungs- und Berufsgruppen Rücksicht genommen werden.

4.3.6. Zusammenfassung: Risikofaktoren und Gesundheitsverhalten

- Übergewicht oder starkes Übergewicht ist in der Steiermark etwas weiter verbreitet als in Gesamtösterreich und in einigen österreichischen Bundesländern, wobei Männer häufiger betroffen sind als Frauen. Einen hohen Anteil an Übergewichtigen und stark Übergewichtigen zeigen BewohnerInnen der West- und Südsteiermark, sowie der westlichen und östlichen Obersteiermark. Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Übergewicht und Bildung, wobei Pflichtschul- und LehrabschlussabsolventInnen signifikant häufiger übergewichtig sind. Nach Stellung im Beruf ist zu sehen, dass sonstige ArbeiterInnen, Selbstständige und FacharbeiterInnen am häufigsten unter Übergewicht und starkem Übergewicht leiden.
- Der Anteil der RaucherInnen in der steirischen Bevölkerung liegt ungefähr im österreichischen und europäischen Schnitt, wobei die Regionen Liezen, westliche und östliche

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Obersteiermark sowie Graz durch hohe RaucherInnenquoten auffallen. Nach Bildung betrachtet zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang, allerdings nach der Stellung im Beruf. Besonders häufig und stark rauchen FacharbeiterInnen und sonstige ArbeiterInnen. Insbesondere Arbeitslose weisen eine hohe RaucherInnen-Prävalenz auf.

- ▶ Der Anteil der Personen, die keine gesundheitsförderlichen Aktivitäten ausüben, ist in der Steiermark etwas geringer als im österreichischen Durchschnitt. Dieser Anteil ist bei beiden Geschlechtern gleich hoch, allerdings geben Männer häufiger körperliche Bewegung als gesundheitsförderliche Aktivität an, während Frauen häufiger gesunde Ernährung angeben. Regional betrachtet sind besonders die West- und SüdsteirerInnen und die OststeirerInnen gesundheitsfördernd wenig aktiv. Auch zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Gesundheitsverhalten und Bildung, Stellung im Beruf und Lebensunterhalt.
- ▶ Der Anteil der körperlich inaktiven Personen in der Steiermark liegt ungefähr im österreichischen Durchschnitt, wobei Frauen weniger aktiv sind als Männer. Besonders in den Regionen Ost-, West- und Südsteiermark gibt es hohe Anteile an körperlich inaktiven Menschen. Weiters steigt der Anteil der körperlich Inaktiven mit sinkender Bildung und schlechter Stellung im Beruf.
- ▶ Die SteirerInnen sind im Vergleich zu den BewohnerInnen anderer österreichischer Bundesländer am häufigsten durch Zeitdruck, körperliche Arbeit oder die Unvereinbarkeit von Beruf, Haushalt und Betreuungspflichten belastet. Frauen berichten häufiger über Mehrfachbelastungen, während Männer häufiger angeben unter schwerer körperlicher Arbeit und unter Zeitdruck zu leiden. Besonders die BewohnerInnen der West- und Südsteiermark sowie der westlichen Obersteiermark berichten von Belastungen dieser Art. Der Anteil der Belasteten ist zwar in allen Bildungsgruppen gleich hoch, allerdings sind die Belastungsursachen verschieden.

4.4. Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

4.4.1. Selbstberichtete ärztlich verordnete Medikamente

Die Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten steht in Zusammenhang mit dem sozio-ökonomischen Status einer Person sowie deren Geschlecht. Daneben gilt sowohl der objektiv festgestellte als auch der subjektiv empfundene Gesundheitszustand einer Person als Einflussfaktor für das Einnahmeverhalten.

Der geschlechtsspezifische Unterschied wurde bereits im Jugendlichenalter festgestellt, wobei junge Frauen und Mädchen einen deutlich höheren Konsum ärztlich verordneter Medikamente aufwiesen (Tobi, Meijer, Tuinstra & de Jongvan den Berg, 2003, S. 205). Der in zahlreichen anderen Studien beobachtete höhere Medikamentenkonsum von Frauen wird auch mit den bei Frauen häufiger auftretenden Arztbesuchen sowie der im Vergleich höheren Prävalenz chroni-

scher, mit Schmerzen verbundenen Erkrankungen in Zusammenhang gebracht.

Hinsichtlich des Einkommens können weniger übereinstimmende Aussagen getroffen werden. Einerseits wurde bei Personen mit einem niedrigeren Ausbildungsgrad mit sinkendem Haushaltseinkommen eine verminderte Medikamenteneinnahme beobachtet (Payne, Neutel, Cho & DesMeules, 2004), andererseits fand sich bei Personen niedrigen Einkommens – selbst nach Korrektur für den Gesundheitszustand – ein vergleichsweise höherer Medikamentenkonsum (Nielsen, Hansen & Rasmussen, 2003, S.680). Außerdem zeigen sich in Abhängigkeit vom Bildungsgrad unterschiedliche Einnahmemuster. Die mit niedrigerem Ausbildungsgrad beobachtete vermehrte Medikamenteneinnahme kann jedoch durch den im Durchschnitt schlechteren Gesundheitszustand dieser Personengruppe erklärt werden (van der Meer, van den Bos & Mackenbach, 1996, S. 9).

Die im folgenden berichteten Ergebnisse der im Rahmen der Mikrozensus Sonderprogramm »Fragen zur Gesundheit« 1999 durchgeführten Befragungen beziehen sich auf eingenommene Medikamente, welche in den letzten vier Wochen vor der Befragung vom Arzt bzw. von der Ärztin verschrieben wurden. Dabei erfolgte die Auswahl aus einer Liste von 19 Erkrankungen und Beschwerden (siehe Tab. 4.4.1.2.).

Fast zwei Drittel der Befragten, d. h. rund 63 %, geben an, keine ärztlich verordneten Medikamente eingenommen zu haben, wobei dies auf Männer (68 %) deutlich häufiger zutrifft als auf Frauen (58 %). 37 % konsumierten in diesen vier Wochen mindestens ein Medikament. Durchschnittlich wurden in der Steiermark im Berichtszeitraum 0,7 Medikamente pro Person (bezogen auf die Gesamtbevölkerung) eingenommen, wobei hier die steirischen Frauen im Bundesländervergleich mit den Kärntnerinnen an der Spitze liegen. Bei der Einnahme von mindestens einem Medikament nehmen sowohl die Steirerinnen als auch die Steirer im Österreichvergleich eine Spitzenstellung ein (Statistik Austria, 2002, S. 189–191). Abgesehen von der Kategorie »sonstige Medikamente« wurden dabei mit Abstand am häufigsten Medikamente gegen hohen Blutdruck (12 %) eingenommen, gefolgt von Medikamenten gegen Herzbeschwerden und solchen gegen Durchblutungsstörungen. Diese Reihenfolge ist bei Männern und Frauen gleich, wengleich der Medikamentenkonsum bei Frauen deutlich höher ausfällt als bei Männern. Am vierthäufigsten werden – wieder unter Vernachlässigung der sonstigen Medikamente – ärztlich verordnete Schmerzmittel genommen, und zwar von den steirischen Frauen zu 5%, von den steirischen Männern zu etwas weniger als 4%. Häufiger von Frauen eingenommen werden auch verordnete Medikamente gegen niedrigen Blutdruck, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Nervosität sowie Medikamente bei rheumatischen Erkrankungen. Erwartungsgemäß werden Hormonpräparate von Frauen deutlich häufiger eingenommen als von Männern. Ein signifikant höherer Männeranteil findet sich lediglich bei den Medikamenten gegen erhöhte Harnsäure (siehe Tab. 4.4.1.1.), was häufig in Zusammenhang mit hohem

Alkohol- und Fleischkonsum (v.a. Schweinefleisch) steht. Betrachtet man die Verschreibungen sämtlicher rezeptpflichtiger Medikamente nach Indikationsgruppen, so entfielen in Österreich im Jahr 2004 annähernd 20% aller Packungen auf Herz-Kreislauf-Medikamente. Somit lagen Medikamente aus diesem Anwendungsbereich deutlich an der Spitze, mit Abstand gefolgt von jenen zur Gefäßtherapie (mit rund 11%), Medikamenten zur Behandlung von Magen-Darm-Erkrankungen (rund 9%), Psychopharmaka (knapp 8%), sowie Antirheumatika (rund 6%) (Österreichische Apothekerkammer, 2005, S.62).

Insgesamt nimmt – besonders ausgeprägt ab der Altersgruppe der über 45jährigen – die durchschnittliche Anzahl der konsumierten ärztlich verschriebenen Medikamente mit dem Alter zu. Während rund 80% der steirischen Bevölkerung unter 45 Jahren keine ärztlich verordneten Medikamente einnehmen (Durchschnitt für die Gesamtbevölkerung dieser Altersgruppe: 0,3 Medikamente), sind es bei den 45–54jährigen nur noch etwa die Hälfte, und um das 60. Lebensjahr schließlich nur noch ein Drittel (Durchschnitt: 1 Medikament). Von den über 75jährigen nimmt nur jede(r) Fünfte kein ärztlich verordnetes Medikament (Durchschnitt für Gesamtbevölkerung dieser Altersgruppe: zwei Medikamente).

Das Einnahmeverhalten zeigt dabei, je nach Medikamentengruppe, unterschiedliche Muster. So steigt etwa die Einnahme von Medikamenten gegen Bluthochdruck ab der Altersgruppe der über 45jährigen sprunghaft an. Medikamente gegen Herzbeschwerden wiederum nehmen bei den über 55jährigen, Medikamente gegen Durchblutungsstörungen sowie Schmerzmittel bei den über 65jährigen zu. Mehr als 10% der über 75jährigen nehmen zudem ärztlich verordnete Medikamente gegen Schlafstörungen, sowie Medikamente bei rheumatischen Erkrankungen und Zuckerkrankheit. Hingegen sind Medikamente gegen Allergien oder Antibiotika weitgehend altersunabhängig bzw. bei Kindern etwas häufiger als in anderen Altersgruppen (siehe Tab. 4.4.1.1.).

Regional betrachtet ist der Anteil derjenigen, die keine ärztlich verordneten Medikamente nehmen, am höchsten in der demografisch »jungen« Oststeiermark, am geringsten in der vergleichsweise »alten« Obersteiermark. Weitere regionale Auffälligkeiten zeigen sich in der westlichen Obersteiermark sowie im Bezirk Liezen, wo überdurchschnittlich häufig Medikamente gegen Bluthochdruck verordnet und eingenommen werden. Diese Medikamenteneinnahme geht einher mit den selbst berichteten Erkrankungen. So etwa wurde in Liezen auch überdurchschnittlich häufig Bluthochdruck als Krankheit angegeben (siehe Tab. 4.2.7). Außerdem weisen Personen in der westlichen und östlichen Obersteiermark – möglicherweise aufgrund des Alterseffekts – sowie jene in der West- und Südsteiermark eine vermehrte Einnahme von Medikamenten gegen Schlafstörungen auf. In der östlichen Obersteiermark sowie in der West- und Südsteiermark wiederum geben Personen häufiger an Medikamente gegen Kopfschmerzen zu nehmen. Der Bezirk Liezen hingegen ver-

zeichnet einen deutlich unterdurchschnittlichen Anteil an Personen, die Medikamente gegen rheumatische Beschwerden und Zuckerkrankheit sowie Schmerzmittel nehmen. Personen aus diesem Bezirk liegen jedoch im regionalen Vergleich bei der Einnahme von Hormonpräparaten sowie von Antibiotika an führender Stelle. Die Bezirke Graz und Graz-Umgebung wiederum weisen die höchsten Anteile an Allergiemedikamenten auf (siehe Tab. 4.4.1.1.).

Signifikante Unterschiede in der Einnahmehäufigkeit von ärztlich verordneten Medikamenten zeigen sich hinsichtlich der Schulbildung der KonsumentInnen, wobei hier sicher auch ein Alterseffekt vorliegt: Personen, die höchstens einen Pflichtschulabschluss aufweisen, geben signifikant seltener an, keine ärztlich verordneten Medikamente eingenommen zu haben. AHS- und BHS-AbsolventInnen hingegen benötigten in den letzten vier Wochen vor der Befragung wesentlich seltener Medikamente. Die spiegelt sich auch in der durchschnittlich geringeren Anzahl der Medikamente wider (siehe Tab. 4.4.1.2.).

Vergleicht man die verordneten Medikamentengruppen nach Schulbildung, so können keine signifikanten Unterschiede bei Mitteln zur Behandlung von Verdauungsstörungen, Kopfschmerzen, Nervosität, erhöhtem Cholesterinspiegel, erhöhter Harnsäure, Allergien sowie Hormonpräparaten und Antibiotika festgestellt werden. Bei ärztlich verordneten Medikamenten gegen Lungenasthma und Magenbeschwerden liegt ein leicht erhöhter Anteil bei Personen, die höchstens einen Pflichtschulabschluss aufweisen, vor. Überdurchschnittlich hoch ist dieser Anteil bei Medikamenten gegen Herzbeschwerden, hohen Blutdruck, niedrigen Blutdruck, Schlafstörungen, rheumatische Erkrankungen, Zuckerkrankheit, Schmerzmittel sowie bei sonstigen Medikamenten. Zum Teil kann diese erhöhte Medikamenteneinnahme auch mit der selbst berichteten Morbidität in Zusammenhang gebracht werden. So geben Personen mit Pflichtschulabschluss als höchste abgeschlossene Ausbildung im Vergleich zu formal höher Gebildeten häufiger Bluthochdruck als chronische Krankheit an (siehe Tab. 4.2.10.1a.–4.2.10.2a.).

Wesentlich seltener benötigen Personen mit Lehrabschluss Medikamente gegen Herzbeschwerden, hohen Blutdruck, niedrigen Blutdruck, Durchblutungsstörungen und Zuckerkrankheit. AHS-AbsolventInnen zeigen einen geringeren Konsum bei Medikamenten zur Behandlung von hohem Blutdruck, rheumatischen Erkrankungen und Zuckerkrankheit. Personen mit BHS-Abschluss wiederum weisen geringere Anteile bei Medikamenten gegen Bluthochdruck und Durchblutungsstörungen auf, und UniversitätsabsolventInnen konsumieren signifikant weniger Medikamente gegen Durchblutungsstörungen.

Untersuchungen nach Stellung im Beruf ergaben folgende Auffälligkeiten: Mit fast 84% ist der Anteil derer, welche im Berichtszeitraum keine Medikamente benötigten, bei den Lehrlingen signifikant hoch, gefolgt von FacharbeiterInnen und Angestellten. Am meisten Medikamente scheinen die in

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancenungleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

der Kategorie »sonstige« zusammengefassten Personengruppen zu benötigen; diese Kategorie beinhaltet unter anderem die PensionistInnen. Ihr Anteil in der Kategorie »keine Medikamente« liegt mit rund 55% signifikant niedrig. Wie aus Tab. 4.4.1.2. weiters ersichtlich ist, werden bei Selbstständigen, Angestellten und Sonstigen (abgesehen von den sonstigen Medikamenten) am häufigsten Medikamente gegen Bluthochdruck, gefolgt von Medikamenten gegen Herzbeschwerden eingenommen. Bei den Mithelfenden, FacharbeiterInnen und sonstigen ArbeiterInnen liegen Schmerzmittel an zweiter Stelle nach Medikamenten gegen Bluthochdruck. Bei den Lehrlingen hingegen liegen Medikamente gegen Nervosität an zweiter Stelle, bei Beamten und Beamtinnen wiederum stellen Hormonpräparate nach den »sonstigen« Medikamenten die zweithäufigste Medikamentenart dar. Dabei fällt auf, dass Beamtinnen und Beamte in der Steiermark deutlich häufiger ärztlich verordnete Hormonpräparate einnehmen als jene im österreichischen Durchschnitt (Statistik Austria, 2002, S. 187). Bei fast allen Medikamenten – außer bei jenen gegen niedrigen Blutdruck, gegen Kopfschmerzen sowie bei Hormonpräparaten – zeigt sich bei der Personengruppe »Sonstige« ein signifikant hoher Anteil. Weiters ist auffallend, dass Angestellte bei Lungenasthma, Verdauungsstörungen, Nervosität, rheumatischen Erkrankungen, erhöhter Harnsäure, Schmerzmitteln und sonstigen Medikamenten einen signifikant geringeren Anteil aufweisen. Beamte und Beamtinnen zeigen zusätzlich noch einen unterdurchschnittlichen Anteil bei Medikamenten gegen Lungenasthma und rheumatische Erkrankungen. Einen überdurchschnittlichen Anteil weisen sie jedoch bei Hormonpräparaten auf. Bei FacharbeiterInnen zeigt sich noch ein signifikant geringerer Anteil bei Medikamenten gegen niedrigen Blutdruck, Kopfschmerzen, Nervosität, sowie bei Hormonpräparaten und sonstigen Medikamenten. Selbstständige nehmen wesentlich seltener Medikamente gegen Herzbeschwerden, gegen hohen Blutdruck, gegen Verdauungsstörungen und Nervosität ein. Allerdings zeigt diese Gruppe bei Mitteln gegen Kopfschmerzen einen signifikant höheren Anteil (siehe Tab. 4.4.1.2.).

Keine Medikamente benötigen über 83% der SchülerInnen und StudentInnen, sowie über 80% der Kinder im Vorschulalter. Auch Erwerbstätige sind mit 73% medikamentenfrei. Am häufigsten benötigen PensionistInnen Medikamente; ihr Anteil in der Kategorie »keine Medikamente« ist mit 28% signifikant niedrig. Ebenfalls deutlich niedrig ist der Anteil bei ausschließlich Haushaltsführenden, welche zu rund 50% keine Medikamente benötigen. Auch hier liegen – abgesehen von der Kategorie »sonstige Medikamente« – Medikamente gegen Bluthochdruck an erster Stelle. Diese Medikamentengruppe nimmt vor allem bei den PensionistInnen mit über 30% einen überdurchschnittlich hohen Anteil ein, mit großem Abstand gefolgt von ausschließlich Haushaltsführenden und Arbeitslosen. Bei Personen in Karenz sind Hormonpräparate an erster Stelle, bei Kindern im Vorschulalter hingegen Antibiotika. Am zweithäufigsten werden bei PensionistInnen und ausschließlich Haushaltsführenden Medikamente gegen

Herzbeschwerden verschrieben: Hier beträgt der Anteil bei den PensionistInnen beträchtliche 22%, weit hinten gefolgt von den ausschließlich Haushaltsführenden mit 6,3% (siehe Tab. 4.4.1.2.).

Keine signifikanten Unterschiede konnten nur bei den verordneten Antibiotika festgestellt werden. Bei fast allen anderen Medikamenten – mit Ausnahme der Hormonpräparate, die überdurchschnittlich häufig von Arbeitslosen, Personen in Karenz und ausschließlich Haushaltsführenden eingenommen werden – dominieren die PensionistInnen. Medikamente gegen Magenbeschwerden sind bei den Arbeitslosen zusätzlich überdurchschnittlich hoch vertreten. Medikamente gegen hohen Blutdruck, Kopfschmerzen und erhöhtes Cholesterin werden (abgesehen von den sonstigen Medikamenten) signifikant häufiger von ausschließlich Haushaltsführenden angegeben. Erwerbstätige sowie SchülerInnen und Kinder im Vorschulalter (letztere zeigen nur leicht erhöhte Anteile bei Lungenasthma) sind meistens unterdurchschnittlich vertreten. Erwerbstätige weichen lediglich bei Medikamenten gegen Kopfschmerzen und Magenbeschwerden nicht wesentlich vom Durchschnitt ab (siehe Tab. 4.4.1.2.).

4.4.2. Selbstberichtete nicht ärztlich verordnete Medikamente

Wie schon bei den ärztlich verordneten Medikamenten berichtet, lassen sich auch bei den nicht ärztlich verordneten Medikamenten sozioökonomische und geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Einnahme feststellen. Auch zu nicht ärztlich verordneten Medikamenten (auch: over the counter (OTC) – Medikamente) greifen Frauen deutlich häufiger als Männer. Hier besteht darüber hinaus ein direkter Zusammenhang mit der Anzahl der Arztbesuche (Payne, Neutel, Cho & DesMeules, 2004, S. 4). Weniger konsistent ist der Zusammenhang mit dem Grad der Schulbildung: Während von einigen ein höherer Konsum bei Gruppen mit höherem Ausbildungsgrad beobachtet wurde (van der Meer, van den Bos & Mackenbach, 1996, S. 9), konnten andere keinen Effekt nachweisen (Nielsen, Hansen & Rasmussen, 2003, S.681).

Insgesamt geben nur 17% der Bevölkerung an, in den letzten vier Wochen vor der Befragung Medikamente, die nicht ärztlich verordnet wurden, eingenommen zu haben. Frauen greifen dabei deutlich häufiger (20%) zu dieser Art von Medikamenten als Männer (14%). Im Bundesländervergleich zur durchschnittlichen konsumierten Anzahl an Medikamenten nehmen damit die steirischen Frauen den zweiten Rang ein (Statistik Austria, 2002, S. 194). An erster Stelle rangieren sowohl bei Männern als auch bei Frauen Schmerzmittel, gefolgt von den Kategorien sonstige Medikamente und Erkältungsmittel. Deutlich weniger Steirerinnen und Steirer greifen hingegen zu Kreislaufmitteln und weniger als 1% nehmen Abführmittel. Der Geschlechterunterschied ist vor allem bei den Kreislaufmitteln, den Schmerzmitteln und den sonstigen Medikamenten deutlich erkennbar (siehe Tab. 4.4.2.1.).

Wie auch bei den ärztlich verordneten Medikamenten lässt sich eine Zunahme mit steigendem Alter beobachten. Aber

nicht alle Medikamentenarten zeigen eine Altersabhängigkeit: während etwa Kreislaufmittel überhaupt erst ab der Altersgruppe der über 65jährigen eine Rolle spielen, liegt der Anteil jener Personen, die zu Erkältungsmitteln greifen, in praktisch allen Altersgruppen zwischen 4 und 5%. Schmerzmittel und sonstige Medikamente gewinnen hingegen eher kontinuierlich mit dem Alter an Bedeutung.

Betrachtet man die regionale Verteilung, ist der Anteil jener Personen, die im Zeitraum vor der Befragung nicht-ärztlich verordnete Medikamente genommen haben am größten in der östlichen und westlichen Obersteiermark sowie im Großraum Graz und Graz-Umgebung. Diese regionalen Unterschiede können nur teilweise mit der ungünstigen Altersstruktur erklärt werden, da die Bevölkerung im Bezirk Graz-Umgebung vergleichsweise jung ist. Auch müssen die in der östlichen Obersteiermark und in der Region Graz vergleichsweise hohen Anteile an Personen, welche Kreislaufmittel – Medikamente also, die mit höherem Alter an Bedeutung zunehmen – konsumieren im Zusammenhang mit der regional unterschiedlichen Altersstruktur gesehen werden. Erwähnenswert ist deshalb der hohe Anteil der Einnahme von Kreislaufmitteln in der vergleichsweise »jüngeren« West- und Südsteiermark (siehe Tab. 4.4.2.1.).

Bei den Erkältungsmitteln ist der Anteil vor allem in der östlichen Obersteiermark, aber auch in Graz und Graz-Umgebung überdurchschnittlich hoch. Auch Schmerzmittel werden von den BewohnerInnen in Graz und Graz-Umgebung häufiger genommen, und zwar doppelt so oft wie etwa in der Oststeiermark. Überdurchschnittlich hoch ist der Anteil der KonsumentInnen von sonstigen nicht ärztlich verordneten Medikamenten in der westlichen Obersteiermark.

Hinsichtlich der Schulbildung können leicht signifikante Unterschiede bei Erkältungsmitteln und sonstigen Medikamenten beobachtet werden. Personen mit berufsbildendem mittleren Schulabschluss sowie UniversitätsabsolventInnen nehmen geringgradig öfter Medikamente gegen Erkältungen und sonstige Medikamente ein. AHS-AbsolventInnen geben nur bei den Erkältungsmitteln eine häufigere Einnahme an und greifen vergleichsweise am seltensten zu nicht ärztlich verordneten Schmerzmitteln (siehe Tab. 4.4.2.2.).

Keine signifikanten Unterschiede können in bezug auf die Stellung im Beruf festgestellt werden. Eine Ausnahme bildet die Kategorie der sonstigen Medikamente. Dort sind bei FacharbeiterInnen und Lehrlingen unterdurchschnittliche Einnahmen zu beobachten. Führend in der Einnahme von Schmerzmitteln sind Lehrlinge sowie Beamtinnen und Beamte. Kreislaufmittel werden in den der Befragung vorausgehenden vier Wochen überdurchschnittlich häufig von Arbeitslosen und PensionistInnen eingenommen. Bei SchülerInnen und Erwerbstätigen wiederum ist dieser Anteil signifikant geringer als zu erwarten. Im Gegensatz zu den Erkältungsmitteln liegen bei den Schmerzmitteln signifikante Unterschiede vor: Kinder im Vorschulalter, SchülerInnen und StudentInnen nehmen weit weniger Schmerzmittel ein, wo-

gegen ausschließlich Haushaltsführende überdurchschnittlich oft dazu greifen. Sonstige Medikamente werden auch verstärkt von ausschließlich Haushaltsführenden und PensionistInnen, hingegen vermindert von SchülerInnen eingenommen. Weiters zeigt sich, dass ausschließlich Haushaltsführende und PensionistInnen einen signifikant geringeren Anteil von Personen aufweisen, welche keinerlei Medikamente benötigten (siehe Tab. 4.4.2.2.).

4.4.3. Selbst berichtete Besuche bei AllgemeinmedizinerInnen (»Praktische(r) Arzt/ Ärztin«)

Hintergrund

Sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme von ärztlichen Gesundheitsleistungen sind bekannt. Bezüglich der Arztbesuche bei AllgemeinmedizinerInnen kann eine – in den westlichen Industrienationen nicht ganz einheitliche – verstärkte Inanspruchnahme bei Personen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status beobachtet werden. Dies ist zum Teil auch bedingt durch den schlechteren Gesundheitszustand dieser Personengruppe. Die Validität von selbst-berichteter Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung gilt als ausreichend gut (Reijneveld & Stronks, 2001, S. 1407–8). Neben dem Einkommen und dem Versicherungsstatus (Bongers, van der Meer, van den Bos & Mackenbach, 1997) spielen die Stellung im Beruf und besonders das Bildungsniveau eine Rolle im Inanspruchnahmeverhalten. Diese Faktoren, welche auch zueinander in Beziehung stehen, können sich direkt oder indirekt auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auswirken, und zwar sowohl in Ausmaß als auch hinsichtlich der Wahl unterschiedlicher Versorgungstypen (Arthritis Community Research Evaluation Unit, 2001, S. 11). Aber auch in Abhängigkeit vom Geschlecht kann es zu unterschiedlichem Inanspruchnahmeverhalten kommen, wobei Frauen häufiger zum Arzt gehen. Dabei muss jedoch die von Frauen in höherem Ausmaß angegebene Anzahl an Beschwerden mit berücksichtigt werden (Wyke, Hunt & Ford, 1998, S.905). Ebenso müsste auch hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen dem Grad der Schulbildung und dem Inanspruchnahmeverhalten der Gesundheitszustand der jeweiligen Gruppen mitberücksichtigt werden. In einer Studie zur Chancengleichheit bei Arztbesuchen in 21 OECD Staaten wurden in vier dieser Staaten – darunter Österreich – Hinweise auf eine mögliche Ungleichheit in Abhängigkeit vom Einkommen gefunden. Dabei zeigte sich in allen OECD Staaten eine höhere Inanspruchnahme von AllgemeinmedizinerInnen bei den Gruppen mit den niedrigsten Einkommen. Wurde jedoch für den medizinischen Bedarf – also den schlechteren Gesundheitszustand bzw. die größere Krankheitslast dieser Gruppe – korrigiert, so verschwand dieses unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten. Im Unterschied zu den meisten der untersuchten OECD-Staaten, war jedoch in Österreich die Anzahl der Besuche bei AllgemeinmedizinerInnen bei den untersten Einkommensklassen nach Korrektur für den schlechteren Gesundheitszustand geringer als jene der oberen Einkommensklassen. Dabei wurde jedoch auf die in Österreich in allen Einkommensgruppen ver-

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

gleichsweise hohe Anzahl von Arztbesuchen verwiesen und somit die Möglichkeit einer »Unterversorgung« der Personen mit niedrigem Einkommen als gering eingeschätzt (van Dorstlaer, Koolman & Puffer, 2002, S. 234). In welchem Ausmaß sich objektiver und subjektiver Gesundheitszustand auf die Inanspruchnahme verschiedenster Versorgungstypen auswirkt wurde in den Niederlanden von van der Meer, van den Bos & Mackenbach analysiert. Nach Korrektur für den Gesundheitszustand konnte der Bildungsgrad nur mehr einen Teil der Variation in der Inanspruchnahme von AllgemeinmedizinerInnen erklären – somit ist die Inanspruchnahme nicht alleine bildungsabhängig. Die Inanspruchnahme von Fachärztinnen und Fachärzten war bei Personengruppen niedrigeren Bildungsgrades geringer als jene bei Personen mit höherem Bildungsgrad (1996, S. 13–14). Grundsätzlich stellen aber bei diesen Ergebnissen die für die einzelnen Versorgungs- und Gesundheitssysteme unterschiedlichen Charakteristika eine maßgebliche Einflussgröße dar, welche die Übertragbarkeit erschweren. So kann beispielsweise der direkte Zugang zu Fachärzten (wie etwa in Österreich) ein anderes Inanspruchnahmeverhalten nach sich ziehen als in Gesundheitssystemen mit »Gate-keeping«-Funktion (und somit stärker reguliertem Zugang zur fachärztlichen Versorgung).

Bei der Interpretation der im Folgenden berichteten Ergebnissen aus dem Mikrozensus konnte für bedeutsame Faktoren der Inanspruchnahme – nämlich Alter, Gesundheitszustand und Geschlecht – nicht korrigiert werden. Die hier beobachteten Auffälligkeiten können deshalb nur richtungsweisend verstanden werden.

Selbst berichtete Besuche bei Ärzten und Ärztinnen für Allgemeinmedizin

Ärzte und Ärztinnen für Allgemeinmedizin stellten die am häufigsten konsultierten Ärzte und Ärztinnen dar. Nahezu 80% der steirischen Bevölkerung haben im Berichtszeitraum mindestens einen derartigen Arztbesuch getätigt. Bezogen auf die steirische Gesamtbevölkerung war rund ein Fünftel nie, nicht ganz ein Viertel einmal, 15% zweimal, 24% drei- bis fünfmal und 17% mehr als fünfmal im untersuchten Zeitraum bei einem praktischen Arzt bzw. einer praktischen Ärztin. Durchschnittlich waren 3,6 Arztbesuche pro Befragtem zu verzeichnen, wobei die steirischen Frauen mit durchschnittlich 4 Arztbesuchen eine höhere Frequenz aufweisen als die steirischen Männer mit durchschnittlich 3,2 Besuchen (siehe Tab. 4.4.3.1). Die Steirerinnen liegen dabei auch über dem Durchschnitt der österreichischen Frauen (Statistik Austria, 2002, S.50).

Erwartungsgemäß existiert ein starkes Gefälle hinsichtlich des Alters der Befragten: Etwa ab dem 50. Lebensjahr ist eine deutliche Steigerung der durchschnittlichen Anzahl der Arztbesuche festzustellen. Liegt die durchschnittliche Zahl der Besuche bei einem praktischen Arzt in der Altersgruppe der 30–44jährigen noch bei rund 2,6, und überwiegt hier noch die Zahl derjenigen, die nie oder höchstens einmal beim Arzt waren, so steigt die Anzahl der durchschnittlichen Arztbesuche danach deutlich an und liegt in der Altersgruppe der über

75jährigen bei über 7 derartigen Besuchen. Ab der Altersgruppe der über 60jährigen geben zudem gut zwei Drittel der steirischen Bevölkerung an, zumindest dreimal in den letzten 12 Monaten bei einem praktischen Arzt bzw. bei der praktischen Ärztin gewesen zu sein (siehe Tab. 4.4.3.1).

Auch regional lassen sich gewisse Unterschiede erkennen, wobei jedoch bei der Interpretation der Ergebnisse der Alters-effekt eine große Rolle spielt. Auffallend ist, dass rund ein Viertel der Bevölkerung in Graz und Graz-Umgebung angeben, in den letzten 12 Monaten vor der Befragung nie einen praktischen Arzt kontaktiert zu haben, während dies in der – demografisch »alten« – östlichen Obersteiermark nur auf eine(n) von sieben EinwohnerInnen zutrifft. Hingegen gibt ein Fünftel der EinwohnerInnen der westlichen und östlichen Obersteiermark an, mehr als fünfmal beim praktischen Arzt bzw. bei der praktischen Ärztin gewesen. Ländlichkeit gehen mit unterschiedlicher Inanspruchnahme von AllgemeinmedizinerInnen einher und tragen so zu den beobachteten regionalen Unterschieden bei (Larson, SL. & Fleishman, 2003).

Betrachtet man die Häufigkeit von Arztbesuchen in Abhängigkeit von der Schulbildung treten hoch signifikante Unterschiede auf: Die durchschnittliche Anzahl der Besuche lag bei Personen mit Pflichtschulabschluss als höchste abgeschlossene Ausbildung signifikant am höchsten, gefolgt von Personen mit berufsbildendem mittleren Schulabschluss und Personen mit Lehrabschluss. Personen mit höchstens Pflichtschulabschluss gehen also am häufigsten zum praktischen Arzt bzw. zur praktischen Ärztin – der Anteil jener mit keinem einzigen bzw. einmaligem sowie zweimaligem Besuch ist hier wesentlich geringer als bei anderen Bildungsgruppen. Dafür ist er überdurchschnittlich hoch in der Kategorie der drei- bis fünfmaligen bzw. mehr als fünfmaligen Besuche. Personen mit AHS- bzw. BHS-Abschluss geben am häufigsten an nie beim praktischen Arzt gewesen zu sein. Personen mit Universitätsabschluss wiederum geben vergleichsweise häufig an drei- bis fünfmal bei einem bzw. einer AllgemeinmedizinerIn gewesen zu sein (siehe Tab. 4.4.3.2). Interessanterweise zeigen die Auswertungen auf gesamtösterreichischer Ebene ein geringfügig anderes Bild: hier kommt es mit steigender Schulbildung zu einer stetigen Abnahme der Konsultationen bei AllgemeinmedizinerInnen (Statistik Austria, 2002, S. 120). Hier ist jedoch anzumerken, dass in diesem Bericht für die Analyse der Häufigkeiten in Abhängigkeit von der Schulbildung bereits Personen ab 15 Jahren in der Stichprobe berücksichtigt wurden.

Auch hinsichtlich der Stellung im Beruf gibt es hoch signifikante Unterschiede. Nach der »sonstigen« Personengruppe, welche neben SchülerInnen und Studierenden auch PensionistInnen umfasst, ist die durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche bei den Beamten und Beamtinnen am höchsten, gefolgt von den sonstigen ArbeiterInnen und Mithelfenden. FacharbeiterInnen und Lehrlinge weisen die niedrigste durchschnittliche Anzahl von Arztbesuchen auf. Selbstständige gehen wesentlich seltener zum praktischen Arzt bzw. zur praktischen Ärztin (der Anteil bei »nie« ist signifikant hoch),

ebenso Angestellte und FacharbeiterInnen. Weiters geben Selbstständige wesentlich seltener an mehr als fünfmal zu einem praktischen Arzt zu gehen, gefolgt von Angestellten, FacharbeiterInnen, sonstigen ArbeiterInnen und Lehrlingen. Sonstige Personengruppen gehen überdurchschnittlich oft mehr als fünfmal, dafür wesentlich seltener nie, einmal und zweimal zum Arzt. Weitere Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen treten auch bei einmaligen Arztbesuchen auf, wobei der Anteil bei den Lehrlingen hier signifikant höher ist. Bei sonstigen ArbeiterInnen dominieren die drei- bis fünfmaligen Besuche. Geben Angestellte an, in den vergangenen 12 Monaten bei einer praktischen Ärztin bzw. bei einem praktischen Arzt gewesen zu sein, fällt dies am häufigsten in die Kategorie der ein- bzw. zweimaligen Besuche (siehe Tab. 4.4.3.2). Bezogen auf die österreichische Bevölkerung zeigen sich geringgradig andere Häufigkeitsverteilungen: Dort liegen die durchschnittlichen Anzahl der Arztbesuche der Beamten und Beamtinnen eher im Mittelfeld. Der an der Spitze liegenden Personengruppe »Sonstige« folgen Mithelfende und sonstige ArbeiterInnen an zweiter Stelle (Statistik Austria, 2002, S. 120).

PensionistInnen, gefolgt von Arbeitslosen und ausschließlich Haushaltführenden, weisen die größte durchschnittliche Anzahl an Arztbesuchen auf. Dabei liegt die durchschnittliche Besuchsfrequenz der steirischen Arbeitslosen über dem gesamtösterreichischen Durchschnitt dieser Gruppe. Die geringste Anzahl weisen SchülerInnen und Studierende auf, gefolgt von Kindern im Vorschulalter und Erwerbstätigen auf. Nie zum praktischen Arzt bzw. zur praktischen Ärztin gehen mit 27% am häufigsten die Schüler und Schülerinnen. Auch Erwerbstätige gehen seltener zum praktischen Arzt oder zur praktischen Ärztin. Am seltensten suchen Personen in Karenzurlaub einen praktischen Arzt bzw. eine praktische Ärztin auf. Erwerbstätige, die im Berichtsjahr einen praktischen Arzt bzw. eine praktische Ärztin aufsuchten, taten dies am häufigsten in einer Frequenz von ein- bis zweimal, wogegen mehr als fünf Arztbesuche signifikant seltener vorkommen. PensionistInnen hingegen waren im letzten Jahr vor der Befragung mit über 36% mehr als fünf Mal bei einem bzw. einer AllgemeinmedizinerIn. (siehe Tab. 4.4.3.2).

4.4.4. Selbst berichtete Besuche beim Frauenarzt bzw. bei der Frauenärztin

Bei der Auswertung der Anzahl der Besuche beim Frauenarzt bzw. bei einer Frauenärztin in den letzten 12 Monaten vor der Befragung wurden nur die Angaben von Frauen ab 15 Jahren berücksichtigt. Im Durchschnitt waren die Steirerinnen im Berichtszeitraum 0,9 mal bei einem Frauenarzt bzw. bei einer Frauenärztin. Damit liegen sie im Bundesländervergleich an letzter Stelle. Rund 37% der Steirerinnen haben im Berichtszeitraum nie den Frauenarzt bzw. die Frauenärztin aufgesucht. Im Gegensatz zu den vorher erwähnten Besuchen beim praktischen Arzt nimmt die durchschnittliche Zahl der Besuche beim Frauenarzt bzw. bei der Frauenärztin mit zunehmendem Alter ab. Am geringsten ist die Zahl der Frauen, die im Referenzzeitraum nie einen Frauenarzt bzw. eine Frau-

enärztin aufgesucht haben in der Altersgruppe der 30–44-jährigen. Bei den über 60-jährigen Frauen wiederum war die Mehrzahl im Berichtszeitraum nie beim Frauenarzt bzw. bei der Frauenärztin. Der überdurchschnittlich hohe Anteil der unter 30jährigen mit mehr als fünf jährlichen Frauenarztbesuchen ist wohl am ehesten auf Besuche im Zusammenhang mit Schwangerschaft zurück zu führen. Die regionalen Unterschiede sind aufgrund der geringen Fallzahlen mit Vorsicht zu interpretieren. Auffallend ist jedoch der mit einem Viertel vergleichsweise geringe Anteil an Frauen in der östlichen Obersteiermark, welche in den letzten 12 Monaten vor der Befragung nie beim Frauenarzt bzw. bei einer Frauenärztin waren, während dies in der westlichen Obersteiermark auf fast die Hälfte der Frauen zutrifft (siehe Tab. 4.4.4.1.). In diesem Zusammenhang muss auch die unterschiedliche Versorgungsdichte mit GynäkologInnen berücksichtigt werden (siehe Tab. 8.3.).

Hinsichtlich der Schulbildung ist auffallend, dass Frauen mit höchstens Pflichtschulabschluss den größten Anteil in der Kategorie jener bilden, die im Referenzzeitraum keinen Frauenarztbesuch aufwiesen. Diese Frauen waren auch weitaus seltener als andere einmal bzw. zweimal im letzten Jahr beim Frauenarzt bzw. bei der Frauenärztin. Hingegen wurde von Frauen mit Lehrabschluss deutlich häufiger die Inanspruchnahme eines/einer Frauenarztes/ärztin berichtet, ebenso von Frauen mit AHS- und BHS-Abschluss. Diese Frauen bilden einen signifikant niedrigeren Anteil in der Kategorie jener, die im Jahr vor der Befragung nie einen Frauenarzt bzw. eine Frauenärztin aufsuchten, während ihr Anteil bei den ein- und zweimaligen Besuchen signifikant höher ist. Auffallend ist, dass Frauen mit BHS-Abschluss einen signifikant höheren Anteil in der Kategorie mit mehr als fünf jährlichen Frauenarztbesuchen aufweisen (siehe Tab. 4.4.4.2). Interessant ist auch die Beobachtung, dass steirische Frauen mit Universitätsabschluss die zweitniedrigste durchschnittliche Anzahl an Frauenarztbesuchen aufweisen und auch in der Kategorie ohne Frauenarztbesuche im Berichtszeitraum den zweiten Rang einnehmen. Betrachtet man hingegen die österreichische weibliche Bevölkerung, weisen Frauen mit Universitätsabschluss ab 30 Jahren – nach jenen mit AHS- und BHS-Abschluss – die durchschnittlich höchsten Konsultationsraten auf (Statistik Austria, 2002, S. 123). Dies geht einher mit Ergebnissen des Steirischen Frauengesundheitsberichts, wo Frauen mit Lehr- und Fachschulabschluss eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten einen Krebsabstrich in Anspruch zu nehmen, was offensichtlich auch mit einer höheren Konsultationsrate in Zusammenhang steht (Land Steiermark, Fachabteilung 8B, 2004b, S. 47).

Häufiger als der Durchschnitt gehen Facharbeiterinnen zum Frauenarzt bzw. zur Frauenärztin, gefolgt von Angestellten und Beamtinnen. Die geringsten Häufigkeiten weisen weibliche Lehrlinge auf. Auffällig ist außerdem, dass Angestellte und Beamtinnen weitaus öfters zum Frauenarzt bzw. zur Frauenärztin gehen, während Lehrlinge und sonstige Personengruppen signifikant häufiger keine derartigen Arztbesu-

che angeben. Letzteres ist sicher auch durch die Altersstruktur erklärbar. Erwartungsgemäß suchen Frauen in Karenz durchschnittlich häufiger den Frauenarzt bzw. die Frauenärztin auf als die anderen Personengruppen. PensionistInnen hingegen – neben Schülerinnen und Studentinnen – zeigen die weitaus geringsten Frequenzen. Neben den Frauen in Karenz lässt sich auch bei arbeitslosen Frauen in der Kategorie der drei- bis fünfmaligen Besuche eine auffällige Häufigkeit beobachten. Pensionistinnen gehen vergleichsweise am seltensten zum Frauenarzt bzw. zur Frauenärztin (siehe Tab. 4.4.4.2).

4.4.5. Selbst berichtete Besuche beim Internist bzw. bei der Internistin

Einen Internisten bzw. eine Internistin suchten im Jahr vor der Befragung knapp 30% der SteirerInnen mindestens einmal auf. Mit durchschnittlich rund 0,8 Arztbesuchen jährlich liegt die steirische Bevölkerung im Bundesländervergleich hier an der Spitze (Statistik Austria, 2002, S. 124). Wie bei den Besuchen beim praktischen Arzt ist auch hier ein Alterseffekt zu beobachten, wobei sich ab der Altersgruppe der 45–59jährigen eine deutliche Steigerung der Besuche zeigt. Dennoch geben auch in diesem Alter noch zwei Drittel der Befragten an, in den letzten 12 Monaten nie bei einem Internisten bzw. bei einer Internistin gewesen zu sein. Es zeigen sich hier jedoch keine geschlechtsspezifischen Unterschiede (siehe Tab. 4.4.5.1.). Interessanterweise konsultieren jedoch die steirischen Männer häufiger als jene in den anderen Bundesländern einen Internisten bzw. eine Internistin (Statistik Austria, 2002, S. 125).

Regional gesehen ist die durchschnittliche Zahl der Besuche bei InternistInnen im Bezirk Liezen sowie in der West- und Südsteiermark am geringsten. Hier – ebenso wie in der westlichen Obersteiermark – besuchten etwa 80% der Bevölkerung im letzten Jahr vor der Befragung keinen Internisten bzw. keine Internistin. Dies kann zum Teil auch durch die im Vergleich mit den anderen Bezirken geringere Versorgungsdichte mit niedergelassenen InternistInnen erklärt werden (siehe Tab. 8.3.). Im Vergleich dazu war in der östlichen Obersteiermark nur etwa die Hälfte der Bevölkerung nie bei InternistInnen und fast 40% kontaktierten diese ein- oder zweimal. Überdurchschnittlich hoch ist in der westlichen wie in der östlichen Obersteiermark auch der Anteil jener Personen, die drei- bis fünfmal einen Internisten aufsuchten (siehe Tab. 4.4.5.1.) Bei sämtlichen vorgenannten regionalen Vergleichen ist immer auch die unterschiedliche Altersstruktur mit zu berücksichtigen.

Hoch signifikante Unterschiede zeigen sich hinsichtlich der Schulbildung. Personen mit höchstens Pflichtschulabschluss gehen wesentlich seltener mehr als fünfmal zum Internisten bzw. zur Internistin, wohingegen Personen mit AHS-Abschluss signifikant häufiger drei bis fünfmal bzw. mehr als fünfmal einen Internisten bzw. eine Internistin aufsuchen. Auch HochschulabsolventInnen sind häufiger mehr als fünfmal bei InternistInnen. Das spiegelt auch die durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche wider. Personen mit

AHS- und Hochschul-Abschluss besuchten den Internisten im letzten Jahr mit durchschnittlich 1,28 bzw. 1,12 Mal öfter als die anderen Personengruppen, während Personen mit Pflichtschulabschluss im Durchschnitt lediglich 0,63 derartige Besuche aufweisen (siehe Tab. 4.4.5.2.). Dieser Gradient deckt sich auch mit der in der Literatur beschriebenen geringeren Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung von Personen mit niedrigerem Bildungsgrad (van der Meer, van den Bos & Mackenbach, 1996, S.13). Interessant ist jedoch, dass – betrachtet man die österreichische Bevölkerung insgesamt – Personen mit Universitätsabschluss ab 30 Jahren dort eine vergleichsweise geringe durchschnittliche Anzahl an Besuchen bei InternistInnen aufweisen, während Personen mit AHS- und BHS-Abschluss weit voranliegen (Statistik Austria, 2002, S. 124).

Signifikante Unterschiede gibt es auch hinsichtlich der Stellung im Beruf: bei den Mithelfenden, wie auch bei den FacharbeiterInnen, ist der Anteil bei den einmaligen Arztbesuchen niedriger. Bei FacharbeiterInnen fällt auch der Anteil bei den zweimaligen Besuchen vergleichsweise niedrig aus. Bei Beamten und Beamtinnen zeigt sich hingegen, dass der Anteil bei den drei- bis fünfmaligen, aber auch bei den mehr als fünfmaligen Besuchen signifikant höher ist. Dies spiegelt auch die durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche wider. Der Anteil der zweimaligen Besuche liegt bei Arbeitslosen, PensionistInnen und Sonstigen deutlich über dem Durchschnitt, wogegen dieser bei Kindern im Vorschulalter und SchülerInnen geringer ist. Auffällig ist dabei, dass Beamten und Beamtinnen in der Steiermark – verglichen mit dem österreichischen Durchschnitt dieser Personengruppe – eine deutlich höhere Anzahl an durchschnittlichen Besuchen bei InternistInnen aufweisen (Statistik Austria, 2002, S. 124).

PensionistInnen geben wesentlich häufiger Besuche beim Internisten an als andere Personengruppen. Sie gaben seltener an, in den letzten 12 Monaten vor der Befragung keinen Facharzt aufgesucht zu haben, dafür deutlich öfter einmal bis fünfmal. Kinder im Vorschulalter hingegen benötigten den Internisten weitaus seltener. Im Hinblick auf die durchschnittliche Anzahl der Besuche zeigen sich ähnliche Ergebnisse. Arbeitslose, gefolgt von PensionistInnen, sind öfters beim Internisten bzw. bei der Internistin als die anderen Personengruppen. Dabei fällt auf, dass steirische Arbeitslose, im Vergleich mit dem österreichischen Durchschnitt dieser Personengruppe, deutlich häufiger derartige Konsultationen aufweisen (Statistik Austria, 2002, S. 124).

4.4.6. Selbst berichtete Besuche beim Kinderarzt bzw. bei der Kinderärztin

Knapp 40% der unter 15-jährigen Kinder in der Steiermark haben im Berichtszeitraum mindestens einmal einen Kinderarzt bzw. eine Kinderärztin aufgesucht. Im Schnitt waren insgesamt rund 1,1 derartige Besuche zu verzeichnen, womit die Steiermark mit Kärnten den letzten Rang im Bundesländervergleich einnimmt. Es lässt sich kein signifikanter Unterschied zwischen Burschen und Mädchen feststellen. Etwa 6 von 10 Kindern mussten nie zum Kinderarzt, knapp ein Fünf-

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

tel jedoch dreimal oder öfter (siehe Tab. 4.4.6.1.).

Regional auffallend ist die überdurchschnittlich hohe Frequenz von Besuchen beim Kinderarzt bzw. bei der Kinderärztin (im Schnitt 1,9mal jährlich) in der Region Graz sowie Graz-Umgebung. Die in diesen Bezirken äußerst hohe Dichte an FachärztInnen für Kinderheilkunde (siehe Tab. 8.3.) spielt hier sicher eine große Rolle. Im Vergleich dazu liegt die durchschnittliche Anzahl an Kinderarzt-Besuchen in Liezen bzw. in der westlichen Obersteiermark mit nur 0,5 mal deutlich darunter. Waren in den Bezirken Graz sowie Graz-Umgebung nur 5 von 10 Kindern nie beim Kinderarzt, so traf dies in Liezen auf 8 von 10 Kindern zu. Auch dies kann gut durch die im Vergleich mit den anderen Bezirken sehr geringe Anzahl – lediglich 2 – niedergelassener Kinderärzte in Liezen erklärt werden (siehe Tab. 8.3.). Gut 10% der Kinder aus Graz sowie Graz-Umgebung waren sogar mehr als fünfmal im letzten Jahr vor der Befragung beim Kinderarzt, fast ein Viertel drei- bis fünfmal. Auffallend hoch war der Anteil der Kinder, die drei- bis fünfmal beim Kinderarzt waren, auch in der östlichen Obersteiermark (siehe Tab. 4.4.6.1.).

4.4.7. Selbst berichtete Besuche beim sonstigen Facharzt bzw. bei der sonstigen Fachärztin

Knapp 42% der steirischen Bevölkerung suchten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung einen »sonstigen Facharzt bzw. eine sonstige Fachärztin« auf. Mit durchschnittlich einem derartigen Facharztbesuch im Referenzzeitraum weist die Steiermark im Bundesländervergleich einen Platz im hinteren Mittelfeld auf. Knapp ein Viertel der SteirerInnen gab an, einmal einen sonstigen Facharzt aufgesucht zu haben, eine(r) von sechs EinwohnerInnen zumindest zweimal. Dabei lässt sich kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen feststellen.

Wie beim Internisten und beim praktischen Arzt steigt auch hier die durchschnittliche Zahl der Arztbesuche mit dem Alter – wenngleich moderat – an. So ist der Anteil jener Personen, die zweimal oder öfter im letzten Jahr bei einem sonstigen Facharzt bzw. bei einer sonstigen Fachärztin waren, in der Altersgruppe der unter 45jährigen um den Faktor von etwa 1,3 geringer als bei den Gruppen der über 60jährigen (siehe Tab. 4.4.7.1.). Dabei zeigt sich in der Steiermark ein weniger klares Bild als bei Betrachtung der österreichischen Bevölkerung, wo die durchschnittliche Anzahl derartiger Facharztbesuche gleichmäßig mit zunehmendem Alter ansteigt und schließlich in der Gruppe der Hochaltrigen leicht zurück geht (Statistik Austria, 2002, S. 130)

In der östlichen Obersteiermark – wohl auch bedingt durch die Altersstruktur – kann eine deutlich höhere durchschnittliche Zahl an Arztbesuchen als in den anderen steirischen NUTS-III-Regionen beobachtet werden. Auch hier muss die unterschiedliche Dichte an niedergelassenen FachärztInnen bei der Erklärung der beobachteten regionalen Abweichung mit berücksichtigt werden.

Wie aus Tab. 4.4.7.2. ersichtlich, sind bezüglich der Schulbildung keine signifikanten Unterschiede feststellbar. Was allerdings die Stellung im Beruf anlangt, so zeigen sich signifikante Unterschiede bei Lehrlingen und FacharbeiterInnen, welche seltener zu einem sonstigen Facharzt gehen (nie: 69% bzw. 65%).

Bei der durchschnittlichen Anzahl der Besuche sieht man, dass – wie auch bereits bei Besuchen bei AllgemeinmedizinerInnen und InternistInnen beobachtet – die BeamtInnen im Durchschnitt die größte Häufigkeit aufweisen, gefolgt von sonstigen Personen, Angestellten und Mithelfenden. Am seltensten gehen Lehrlinge zu einem sonstigen Facharzt (siehe Tab. 4.4.7.2.).

Erwerbstätige waren überdurchschnittlich selten bei einem sonstigen Facharzt bzw. bei einer sonstigen Fachärztin. Signifikant höher ist dieser Anteil nur bei PensionistInnen und sonstigen Personen. Arbeitslose weisen einen sehr hohen Anteil bei den drei- bis fünfmaligen Besuchen auf sowie neben den PensionistInnen auch die höchste durchschnittliche Anzahl an sonstigen Facharztbesuchen.

4.4.8. Selbst berichtete Besuche im Ambulatorium bzw. in der Ambulanz

Rund 82% der Befragten gaben an, in den letzten 12 Monaten vor der Befragung nie ein Ambulatorium bzw. eine Spitalsambulanz in Anspruch genommen zu haben. Etwa eine von acht Personen war einmal in einer Ambulanz, nur rund 6% zweimal oder öfter. Auch hier lässt sich kein Unterschied zwischen Männern und Frauen erkennen. Mit durchschnittlich 0,5 Besuchen nimmt die Steiermark im Bundesländervergleich die Führungsposition ein (Statistik Austria, 2002, S. 133). Im Gegensatz zu den vorgenannten Versorgungstypen lassen sich jedoch hier keine altersassozierten oder regionalen Unterschiede beobachten. Weder hinsichtlich der Schulbildung noch der Stellung im Beruf liegen signifikante Unterschiede vor. Insgesamt sucht die Altersgruppe der 60–74jährigen am häufigsten ein Ambulatorium bzw. eine Spitalsambulanz auf.

Arbeitslose geben signifikant häufiger an, im Referenzzeitraum ein Ambulatorium bzw. eine Ambulanz besucht zu haben. Dabei weisen sie in allen Kategorien überdurchschnittliche Frequenzen auf. Aber auch PensionistInnen haben einen signifikant hohen Anteil vor allem bei den zweimaligen Besuchen. Deutlich geringer fällt der Anteil bei den Mehrfachbesuchen bei SchülerInnen und bei Kindern im Vorschulalter aus. Die durchschnittliche Anzahl der Besuche ist bei den Arbeitslosen – abgesehen von der sonstigen Personengruppe – am größten. Auffällig ist hier, dass Arbeitslose in bezug auf Arztbesuche aller unterschiedlichen Versorgungstypen überdurchschnittliche Häufigkeiten aufweisen. Dies lässt sich durch den im Vergleich schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand bei Arbeitslosen erklären (Robert Koch Institut, 2003) und entspricht auch dem schlechteren subjektiven Gesundheitszustand bzw. der dort höheren Anzahl an selbst berichteten Beschwerden (siehe Tab. 4.2.9.2. sowie 4.2.11.2.).

4.4.9. Selbst berichtete Besuche bei ZahnbehandlerInnen bzw. im Zahnambulatorium

Die im Mikrozensus enthaltene Frage zu den so genannten ZahnbehandlerInnen trägt dem Umstand Rechnung, dass sämtliche Berufsgruppen mit Berechtigung zur zahnärztlichen Tätigkeit in Österreich erfasst werden sollten: es sind dies DentistInnen, Fachärzte und Fachärztinnen für Zahn-, Mund-, und Kieferheilkunde sowie Zahnärzte und Zahnärztinnen. (Die im Folgenden verwendeten Bezeichnungen »Zahnarztbesuch« sowie »zahnärztlich« beziehen sich auf alle drei Berufsgruppen). Mit durchschnittlich rund 1,3 Zahnarztbesuchen pro Jahr liegen die Steirerinnen und Steirer im Bundesländervergleich im Mittelfeld. Knapp 40% geben an, im Befragungszeitraum nie bei einer/m ZahnbehandlerIn gewesen zu sein, mehr als ein Drittel einmal, und weitere 25% der Männer und 28% der Frauen zweimal oder öfter. Frauen suchen dabei im Schnitt etwas häufiger ZahnbehandlerInnen als Männer, wenngleich der Unterschied marginal ist (siehe Tab. 4.4.9.1.).

Mit steigendem Alter lässt sich ein Rückgang der Frequenzen bei ZahnbehandlerInnen feststellen. Am öftesten suchen Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren den Zahnbehandler bzw. die Zahnbehandlerin auf. Umgekehrt war etwa die Hälfte der über 60jährigen im letzten Jahr nicht beim Zahnbehandler bzw. bei der Zahnbehandlerin.

Regional gesehen besuchen die EinwohnerInnen des Bezirks Liezen am häufigsten ihre/n ZahnbehandlerIn (im Schnitt 1,5 mal pro Jahr). Hier ist auch der Anteil derer, die mehr als fünfmal im letzten Jahr vor der Befragung beim Zahnbehandler waren, mit über 5% am höchsten. Auch war in der östlichen Obersteiermark der Anteil jener Personen, die angegeben haben, im Befragungszeitraum niemals bei ZahnbehandlerInnen gewesen zu sein im Regionenvergleich geringer (siehe Tab. 4.4.9.1.).

Hoch signifikante Unterschiede können hinsichtlich der Schulbildung beobachtet werden, wobei wiederum Alterseffekte mit zu berücksichtigen sind. Fast die Hälfte der Personen mit Pflichtschulabschluss ist im letzten Jahr nie bei ZahnbehandlerInnen gewesen. Personen mit berufsbildender höherer Schule waren hingegen zu etwa 70% mindestens einmal bei ZahnbehandlerInnen (hier ist der Anteil bei »nie« auch signifikant gering). Beim zweimaligen Besuch ragt diese Gruppe mit 17% ebenfalls heraus, gefolgt von den Personen mit berufsbildender mittlerer Schule. Der Anteil bei einmaligem und zweimaligem Besuch ist bei den Personen mit höchstens Pflichtschulabschluss weitaus geringer. Auch bei der durchschnittlichen Anzahl an Zahnarztbesuchen weisen Personen mit berufsbildender mittlerer bzw. höherer Schule die höchsten Werte auf. Am niedrigsten ist diese wiederum bei Personen mit Pflichtschulabschluss (siehe Tab. 4.4.9.2.). Diese Beobachtung deckt sich mit Untersuchungen, welche eine verminderte Inanspruchnahme zahnärztlicher Versorgung bei Personengruppen niedrigerer Schulbildung ermittelten (Osterberg, Lundgren, Emilson, Sundh, Birkhed & Steen, 1998).

Ebenfalls hoch signifikante Unterschiede zeigen sich bei Betrachtung der Stellung im Beruf. Im letzten Jahr nie bei ZahnbehandlerInnen waren 43% der FacharbeiterInnen. Der Anteil der drei- bis fünfmaligen Besuche ist wiederum bei den Angestellten überaus hoch. BeamtInnen und Angestellte haben auch einen überdurchschnittlich hohen Anteil bei zweimaligen Besuchen. Auch ist deren Anteil bei der Kategorie ohne Zahnarztbesuch wesentlich geringer. Schließlich weisen Angestellte und BeamtInnen auch die höchste durchschnittliche Anzahl an Zahnarztbesuchen auf. Durchschnittlich die geringsten Frequenzen weisen die steirischen ArbeiterInnen sowie die FacharbeiterInnen und die Mithelfenden auf.

SchülerInnen und StudentInnen, gefolgt von Personen in Karenz sowie Arbeitslosen, gehen durchschnittlich häufiger zu ZahnbehandlerInnen, wohingegen PensionistInnen – nach Kindern im Vorschulalter – die geringsten Häufigkeiten aufweisen. PensionistInnen geben auch mit mehr als 51% am signifikant häufigsten an, in den 12 Monaten vor der Befragung nie bei ZahnbehandlerInnen gewesen zu sein. Auch fallen deren Anteile bei einmaligem, zweimaligem sowie bei mehr als fünfmaligem Besuch wesentlich geringer aus. Im Gegensatz dazu liegt bei den SchülerInnen der Anteil derer, die nie bei ZahnbehandlerInnen gewesen sind, unter dem Durchschnitt. Häufigkeiten für den einmaligen, zweimaligen und mehr als fünfmaligen Besuch sind hier jedoch wesentlich höher als erwartet (siehe Tab. 4.4.9.2.).

4.4.10. Selbst berichtete Krankenhausaufenthalte

Bei der Beurteilung der im Mikrozensus erhobenen Krankenhaushäufigkeiten sind einige Einschränkungen zu berücksichtigen: so werden Personen in PensionistInnen- und Pflegeheimen – welche aufgrund des schlechteren Gesundheitszustands eine erhöhte Krankenhaushäufigkeit erwarten lassen – nicht erfasst. Auch ist die Auskunftablehnung bei älteren Personen vergleichsweise höher. Dies könnte zu einer Unterschätzung der Krankenhausaufenthalte beitragen (Statistik Austria, 2002, S. 57).

Der überwiegende Teil der steirischen Bevölkerung – rund 87% – gibt keinen Krankenhausaufenthalt im Berichtszeitraum an. Etwa 12% war einmal im Krankenhaus, nur etwas mehr als 1% zweimal. Im Berichtszeitraum dreimal oder häufiger in stationärer Behandlung waren lediglich 0,1% der SteirerInnen. Mit durchschnittlich 0,1 Krankenhausaufenthalten im Berichtszeitraum liegt die Steiermark im österreichischen Durchschnitt (Statistik Austria, 2002, S. 183). Dabei zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen. Auffallend ist lediglich dass steirische Männer, die mindestens einen Spitalsaufenthalt im Berichtszeitraum angaben im Bundesländervergleich den zweithöchsten Anteil einnehmen. Erwartungsgemäß zeigt sich eine mit dem Alter steigende durchschnittliche Anzahl der Krankenhausaufenthalte. Am seltensten müssen Jugendliche und junge Erwachsene im Alter zwischen 15 und 24 Jahren ins Krankenhaus, am häufigsten – nämlich mehr als jede/r Fünfte – benötigen Personen im Alter von über 65 Jahren eine stationäre Behandlung (siehe Tab. 4.4.10.1.).

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancenungleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Regional gesehen war der Anteil derer, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung nie im Krankenhaus waren, in den Bezirken Graz sowie Graz-Umgebung am höchsten. Hier gaben dies rund 90% der Befragten an, wogegen dies nur auf knapp 84% in Liezen sowie in der östlichen und westlichen Obersteiermark zutrifft. Auffallend ist noch der vergleichsweise hohe Anteil an Personen mit einmaligem Krankenhausaufenthalt im Bezirk Liezen, sowie der etwas höhere Anteil an Personen mit 2 Krankenhausaufenthalten in der östlichen und westlichen Obersteiermark. Gerade in letzteren NUTS-III-Regionen muss die ungünstigere Altersstruktur mit berücksichtigt werden. Die – im Durchschnitt sehr geringe – Anzahl der Krankenhausbesuche ist bei PflichtschulabsolventInnen am höchsten, während UniversitätsabsolventInnen die geringsten Krankenhausaufenthalte aufweisen (siehe Tab. 4.4.10.2.).

Sonstige ArbeiterInnen weisen im Durchschnitt höhere Krankenhaushäufigkeiten auf. Die ohnehin geringe durchschnittliche Anzahl der Krankenhausaufenthalte ist bei Arbeitslosen und PensionistInnen am höchsten. Auch dies lässt sich zum Teil mit dem vergleichsweise schlechteren Gesundheitszustand erklären (Robert Koch Institut, 2003, S.13; sowie siehe Tab. 4.2.9.2. und 4.2.11.2.).

4.4.11. Selbst berichtete Gesundenuntersuchung

Die für Österreich verfügbaren empirischen Informationen weisen auf eine insgesamt relativ niedrige Inanspruchnahme bei Vorsorgeuntersuchungen hin. Im Berichtszeitraum nahmen rund 18% der ÖsterreicherInnen ab 19 Jahren die kostenlose Gesundenuntersuchung in Anspruch. Dabei lassen sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen Männern und Frauen beobachten. Generell steigt die Teilnahme mit zunehmendem Alter an, wobei die höchste Beteiligung ungefähr im Pensionsantrittsalter liegt. Unterschiedliche Beteiligungsquoten zeigen sich jedoch hinsichtlich des Bildungsgrades. Hier zeigen über 30jährige Personen mit lediglich Pflichtschulabschluss die geringste Inanspruchnahme, BHS-AbsolventInnen hingegen die höchste Beteiligung (Statistik Austria, 2002, S.48). Im Bundesländervergleich liegt die Beteiligung in der Steiermark bei den Frauen hinter Vorarlberg, Kärnten und dem Burgenland an vierter Stelle, jene der Männer sogar an zweiter Stelle (Statistik Austria, 2002, S.118).

Bislang liegen nur wenige Untersuchungen zu Zusammenhängen zwischen sozioökonomischer Schicht und der Teilnahme an Gesundenuntersuchungen vor. Dabei weisen Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status und Arbeitslose eine vergleichsweise selteneren Inanspruchnahme dieser Gesundheitsleistung auf. Ein weiterer Zusammenhang zeigt sich hinsichtlich des Rauchverhaltens und anderer Lebensstilfaktoren: Ergebnisse aus Großbritannien weisen darauf hin, dass starke RaucherInnen sowie Personen mit hohem Alkoholkonsum signifikant seltener einer Einladung zur Gesundenuntersuchung gefolgt sind (Griffiths, Cooke & Toon, 1994, S. 202–3). Hinsichtlich eines Zusammenhangs

zwischen Bildungsstatus und der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wurden für Personen mit niedriger Formalbildung deutlich geringere Häufigkeiten beschrieben, verglichen mit höher gebildeten Personen (Hahn, Jacob & Michels, 2000, S.100). Im Steirischen Frauengesundheitsbericht konnte kein Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme der Mammographie und Bildung festgestellt werden (Land Steiermark, Fachabteilung 8B, 2004b, S. 44). Allerdings war die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme des Krebsabstrichs bei den mittleren Bildungsgruppen (Lehr- und Fachschulabschluss) am höchsten (Land Steiermark, Fachabteilung 8B, 2004b, S. 47). Jedoch zeigt sich dabei ein widersprüchliches Bild in Abhängigkeit mit dem Erwerbsstatus sowie dem Geschlecht: Während erwerbstätige Frauen mit lediglich Volks- bzw. Hauptschulabschluss eine geringere Inanspruchnahme bei Krebsfrüherkennungsuntersuchungen aufweisen als Abiturientinnen, fehlt bei nicht erwerbstätigen Frauen ein Zusammenhang mit der Schulbildung. Bei Männern wurde überhaupt kein Zusammenhang zwischen Schulbildung und der Teilnahme bei derartigen Untersuchungen gefunden (Mielck & Brenner, zitiert nach Mielck 2000, S. 214).

In der für diese Auswertung herangezogene Altersgruppe ab 20 Jahren hat knapp ein Viertel der steirischen Befragten in den vorangegangenen 12 Monaten an der kostenlosen Gesundenuntersuchung teilgenommen, wobei steirische Frauen dieses Angebot geringfügig häufiger in Anspruch genommen haben als steirische Männer. Deutlichere Unterschiede lassen sich bezüglich des Alters beobachten: Mit steigendem Alter nimmt die Häufigkeit stetig zu, um jedoch ab der Altersgruppe der 65–74jährigen leicht, danach – also im höheren Alter – jedoch wieder abzusinken (siehe Tab. 4.4.11.1.).

Regional lassen sich interessante Häufigkeitsunterschiede ausmachen: Dabei nehmen die meisten Personen in der östlichen Obersteiermark eine Gesundenuntersuchung in Anspruch, gefolgt von jenen in Graz sowie Graz-Umgebung. Hingegen wird dieses Angebot in der West- und Südsteiermark sowie in der westlichen Obersteiermark am seltentsten genutzt. Dies kann durch einen Alterseffekt nicht ausreichend erklärt werden. Zu berücksichtigen sind aber hier Charakteristika der Region, da österreichweit die Beteiligung in Gebieten mit hoher Agrarquote geringer ausfällt (Statistik Austria, 2002, S.48).

Bei den steirischen Ergebnissen lassen sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Schulbildung beobachten. Selbstständige gehen seltener zur Gesundenuntersuchung, gefolgt von FacharbeiterInnen. Steirische ArbeiterInnen besitzen jedoch – für diesen Gesundheitsbericht ab 20 Jahren betrachtet – einen höheren Anteil. Im österreichischen Durchschnitt nehmen ArbeiterInnen ab 19 Jahren nämlich annähernd gleich selten wie Selbstständige ab 19 Jahren die kostenlose Gesundenuntersuchung in Anspruch (Statistik Austria, 2002, S.118). Wie auch bei den Ergebnissen für die gesamtösterreichische Bevölkerung (ab 19 Jahren), weisen

steirische Beamte und Beamtinnen (hier ab 20 Jahren) die höchsten Teilnahmequoten auf. Aufgrund geringer Fallzahlen kann bei den Lehrlingen keine Aussage getroffen werden. PensionistInnen wiederum gehen wesentlich häufiger als alle anderen Gruppen zur Gesundenuntersuchung.

4.4.12. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Angaben der Befragten im Rahmen des Mikrozensus liegen zwar zu Anzahl und Art der konsumierten Medikamente vor, berücksichtigen aber nicht den eng mit dem Medikamentenkonsumentum in Zusammenhang stehenden Gesundheitszustand.

- ▶ Steirische Frauen geben wesentlich häufiger als steirische Männer an, mindestens ein ärztlich verordnetes Medikament einzunehmen. Insgesamt trifft das auf mehr Steirer und Steirerinnen als im Bundesländervergleich zu.
- ▶ Die häufigsten Medikamentenarten stellen – bei Steirern und Steirerinnen gleichermaßen – Medikamente gegen Bluthochdruck, gefolgt von Medikamenten gegen Herzbeschwerden und solchen gegen Durchblutungsstörungen dar. Signifikante Unterschiede zeigen sich hinsichtlich der Schulbildung, wobei Personen mit niedriger formaler Schulbildung mehr Medikamente einnehmen.
- ▶ Auch nicht ärztlich verschriebene Medikamente werden von steirischen Frauen öfter eingenommen als von steirischen Männern. Im Bundesländervergleich nehmen die Steirerinnen damit bei der Anzahl der durchschnittlich konsumierten Medikamente den zweithöchsten Rang ein.
- ▶ Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin (»praktische Ärzte und Ärztinnen«) stellen die am häufigsten konsultierten Ärztinnen und Ärzte dar. Annähernd 80% der steirischen Bevölkerung haben im Berichtszeitraum einen derartigen Besuch getätigt. Steirische Frauen weisen eine höhere Besuchsfrequenz auf als die steirischen Männer. Zusammenhänge mit der Schulbildung ergeben sich insofern, als Personen mit vergleichsweise niedrigerer formaler Schulbildung eine höhere Besuchsfrequenz aufweisen. Analysiert nach der Stellung im Beruf zeigt sich, dass BeamtInnen nach den PensionistInnen die höchste Frequenz aufweisen.
- ▶ Besuche beim Frauenarzt bzw. der Frauenärztin nehmen – im Gegensatz zu den übrigen Arztbesuchen – mit steigendem Alter ab. Hier nehmen Frauen mit niedrigem Bildungsabschluss auch seltener einen Frauenarzt bzw. eine Frauenärztin in Anspruch als Frauen mit höherem Bildungsabschluss.
- ▶ Besuche bei InternistInnen – sie fallen bei beiden Geschlechtern gleich häufig aus – nehmen im Bundesländervergleich in der Steiermark den höchsten Rang ein. Personen mit formal höherer Schulbildung weisen dabei eine deutlich höhere Frequenz als andere Gruppen auf.
- ▶ Auch bei den Besuchen bei Zahnärzten und -ärztinnen weisen Personen mit formal niedrigerer Schulbildung eine wesentlich geringere Frequenz auf.
- ▶ Deutliche regionale Häufigkeitsunterschiede lassen sich bei der Inanspruchnahme der Gesundenuntersuchung identifizieren. BewohnerInnen der West- und Südsteier-

mark sowie der westlichen Obersteiermark nutzen dieses Angebot am seltensten. Weitere Unterschiede existieren hinsichtlich der Stellung im Beruf, wobei Selbstständige und FacharbeiterInnen die geringste Inanspruchnahme dieser – kostenlosen – Vorsorgeleistung zeigen.

Daraus folgt:

- ▶ Ziel- und altersgruppengerechte Aufklärung und Information sollten verstärkt genutzt werden, um eine sichere und angemessene Medikamenteneinnahme bei PatientInnen und KonsumentInnen sicher zu stellen. Besonders Ärzte und Ärztinnen sowie ApothekerInnen nehmen hier eine zentrale Rolle ein.
- ▶ Gerade in Hinblick auf die Selbstmedikation sind Maßnahmen zur Gewährleistung qualitätsgesicherter, unabhängiger und kritischer Medikamenteninformation für PatientInnen und KonsumentInnen zu verstärken.
- ▶ Eine wohnortnahe, bedarfsgerechte und integrierte Versorgung ist sicher zu stellen sowie Zugangsbarrieren sind abzubauen.
- ▶ Ein wissenschaftsgestütztes und zielgruppenorientiertes Programm zur Gesundenuntersuchung soll mit verstärkter Ausrichtung auf besonders belastete bzw. benachteiligte Gruppen eingeführt und begleitend evaluiert werden

4.5. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen: Gesundheitliche Chancenungleichheit

- ▶ Die SteirerInnen weisen einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand auf und leiden häufiger unter diversen beruflichen und familiären Belastungen als die restlichen ÖsterreicherInnen. Nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen spielen vor allem Krebs und Erkrankungen des Bewegungsapparates eine große Rolle.
- ▶ Besonders in den Regionen der östlichen und westlichen Obersteiermark sowie der West- und Süd-Steiermark gibt es Bedarf für Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme.
- ▶ Ein sozialer Gradient hinsichtlich der Verteilung von Krankheiten, Gesundheitsrisiken und -ressourcen ist für die Steiermark hinsichtlich Bildung, Stellung im Beruf und Lebensunterhalt klar gegeben.

Daraus folgt:

- ▶ Zur Beseitigung von gesundheitlicher Chancenungleichheit bedarf es systematischer, breit greifender Bemühungen für eine sozioökonomische Politik. Dabei sollten einerseits sozioökonomisch benachteiligte Gruppen Vorrang haben, aber andererseits gilt es auch eine grundlegende Verteilungsgerechtigkeit bei Einkommen und sozialen Gütern wie Bildung, Versorgung, Angebot von Dienstleistungen etc. zu schaffen, damit alle Schichten davon profitieren.
- ▶ Die Zusammenarbeit mit dem Sozial-, Wirtschafts- und Bildungssektor zur Entwicklung von gesundheitsverträgli-

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancenungleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

chen Politikvorschlägen sollte verstärkt werden. Gesundheitliche Chancenungleichheit kann nur durch multisektorale Arbeit verringert werden (siehe Kapitel 7).

- ▶ Der Einsatz der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung sowie die gesundheitsförderliche Abänderung der Politikvorschläge der Sozial-, Wirtschafts- und Bildungsbereiche sollte in Betracht gezogen werden, um gesundheitliche Chancenungleichheit zu verringern.
- ▶ Die Ursachen für die regionale gesundheitliche Chancenungleichheit sollten in Form von kommunalen Gesundheitsberichten näher untersucht werden. Darauf aufbauend sind Maßnahmen zur Behebung aufgezeigter Ursachen auf lokaler, regionaler, aber auch Länder- und Bundesebene zu erarbeiten.
- ▶ Maßnahmen zur geringeren Belastung der steirischen Bevölkerung durch berufliche und familiäre Pflichten sind ebenfalls zu setzen. Dazu zählen einerseits betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Bereich der Organisationsentwicklung und die Verbesserung der Partizipationsmöglichkeiten etc., sowie andererseits der Ausbau und die Verbesserung von Unterstützungsleistungen, wie z.B. die Ausweitung und Adaptierung des Kinderbetreuungsangebotes (Verlängerung der Öffnungszeiten, Schaffung von betrieblichen Kinderbetreuungseinrichtungen, familienfreundliche flexible Arbeitszeit, etc.) sowie die verbesserte Unterstützung pflegender Angehöriger.
- ▶ Die Vergabe von Subventionen für Gesundheitsförderungsprojekte sollte daran gekoppelt werden, dass die subventionierten Projekte zur Verringerung der sozialen Ungleichheit beitragen.
- ▶ Zur Verringerung der Krankheitsbelastung durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs sind wirksame primäre und sekundäre Präventionsprogramme zu entwickeln beziehungsweise auszubauen. Dies bedeutet
 - ▷ Einrichtung eines umfassenden bevölkerungsorientierten Programms zur Förderung der körperlichen Aktivität und der gesunden Ernährung (Bewusstseinsbildung, Förderung von setting-bezogenen Maßnahmen, sowie Ausbau von Initiativen zur Förderung nicht-motorisierter Mobilität, im Besonderen Gehen und Radfahren im Bereich der Transport- und Verkehrspolitik, Raumplanung sowie Wohnort- und Infrastrukturentwicklung)
 - ▷ Alters- und zielgruppengerechte Aufklärungsprogramme zur Krebsprävention
 - ▷ Zielgruppenorientierte Erarbeitung und Umsetzung von Strategien zur Verringerung lebensstilassoziierter Risikofaktoren: ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Rauchen und Alkoholkonsum
 - ▷ Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, die eine multisektorale Ernährungs- und Bewegungsstrategie beinhaltet (siehe Empfehlungen zur multisektoralen Verantwortung für Gesundheit)
 - ▷ Ausbau von wirksamen, zielgruppengerechten und qualitätsgesicherten Programmen zur primären und sekundären Krebsprävention (z.B. Krebsfrüherkennungsprogramme)

- ▷ Entwicklung und Ausbau von Maßnahmen des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes v.a. zur Vermeidung Luftschadstoff-assoziiierter Atemwegserkrankungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Literatur

1. Abu-Omar, A. & Robine, J. (2004). Self-rated health and physical activity in the European Union. *Sozial- und Präventivmedizin*, 49, 4, 235–242.
2. Arthritis Community Research Evaluation Unit (ACREU). (2001). Comparison of the patterns of health care utilization by the general population, and by people with arthritis or rheumatism, or other chronic conditions: an analysis of the 1996/97 Ontario Health Survey. Toronto: University Health Network.
3. Babitsch, B. (2001). Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Eine geschlechtsspezifische Betrachtung. In: A. Mielck & K. Bloomfield (eds.). *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Weinheim, München: Juventa. S. 83–95.
4. Ball, K., Mishra, G. & Crawford, D. (2002). Which aspects of socioeconomic status are related to obesity among men and women? *International Journal of Obesity*, 26, 559–565.
5. Ball, K., Mishra, G. & Crawford, D. (2003). Social factors and obesity: an investigation of the role of health behaviours. *International Journal of Obesity*, 27, 394–403.
6. Barbeau, E., Krieger, N. & Soobader, M. (2004). Working class matters: socioeconomic disadvantage, race/ethnicity, gender, and smoking in NHIS 2000. *American Journal of Public Health*, 94, 269–278.
7. Bisig, B., Bopp, M. & Minder, C. (2001). Sozio-ökonomische Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. In: A. Mielck, K. Bloomfield (eds.). *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Weinheim, München: Juventa.
8. Boffetta, P., Brennan, P. & Saracci, R. (2004). Neoplasms. In: R. Detels, J. McEwen, R. Beaglehole & H. Tanaka (eds.). *Oxford textbook of public health*. (4th ed). Oxford: University Press. S. 1156–1192.
9. Bongers IM., van der Meer JB., van den Bos J. & Mackenbach, JP. (1997). Socio-economic differences in general practitioner and outpatient specialist care in The Netherlands: a matter of health insurance? *Social Science Medicine*, 44, 8, 1161–1168.
10. Bosma, H., Siegrist, J., Peter, R. & Marmot, M. (1998). Alternative Job Stress Models and the Risk of Coronary Heart Disease. *American Journal of Public Health*, 88, 68–74.
11. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (2004a). *Gesundheit und Krankheit in Österreich – Gesundheitsbericht Österreich 2004*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
12. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (2004b). *Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung – LKF-Systembeschreibung*. Wien.
13. Chandola, T. (2000). Social class differences in mortality using the new UK National Statistics Socio-Economic Classification. *Social Science and Medicine*, 50, 641–649.
14. Doblhammer, G. & Kytir, J. (2001). Compression or expansion of morbidity? Trends in healthy life expectancy in the elderly Austrian population between 1978 and 1998. *Social Science Medicine*, 52, 385–391.
15. Doblhammer-Reiter, G. (1995/1996). *Soziale Ungleichheit vor dem Tod. Zum Ausmaß sozioökonomischer Unterschiede der Sterblichkeit in Österreich*. Demographische Informationen. Wien: Österreichische Akademie der Wissenschaften.
16. Dorner, T. & Rieder, A. (2004). Präventives Risikomanagement der koronaren Herzerkrankung. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 154/11–12, 257–265.
17. Emberson, J., Whincup, P., Morris, R. & Walker, M. (2004). Social class differences in coronary heart disease in middle-aged British men: implications for prevention. *International Journal of Epidemiology*, 33, 289–296.
18. Estabrooks, P., Lee, R. & Gyurcsik, N. (2003). Resources for physical activity participation: does availability and accessibility differ by neighborhood socioeconomic status? *Annals of Behavioural Medicine*, 25, 2, 100–104.
19. Europäische Kommission. (2003). *Die Gesundheitssituation in der Europäischen Union. Gesundheitsunterschiede verringern*. Download vom 19. September 2003 von http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/documents/health_status_de.pdf
20. European Commission. (2003). *Health in Europe. Results from 1997–2000 surveys*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
21. European Communities. (2002). *Health statistics. Key data on health 2002*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
22. European Nutrition and Health Report. (2004). *Annals of Nutrition & Metabolism*, 48, Suppl. 2.
23. Freidl, W., Rasky, E. & Stronegger, W. (1999). Operationalisation of a demand/resource model of health: an explorative study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 187–188.
24. Freidl, W., Stronegger, W., Rasky, E. & Neuhold, C. (2001). Associations of income with self-reported ill-health and health resources in a rural community sample in Austria. *Sozial- und Präventivmedizin*, 46, 106–114.
25. Galobardes, B., Morabia, A. & Bernstein, M. (2000). The differential effect of education and occupation on Body Mass and overweight in a sample of working people of the general population. *Annals of Epidemiology*, 10, 532–537.
26. Gerdtham, UG. (1997). Equity in Health Care Utilization: Further Tests Based on Hurdle Models and Swedish Micro Data. *Health Economics*, 6, 3, 303–319.
27. Giles-Corti, B. & Donovan, R. (2002). Socioeconomic status differences in recreational physical activity levels and real and perceived access to a supportive physical environment. *American Health Foundation and Elsevier Science*. 601–611.
28. Green, W. & Potvin, L. (2004). Education, health promotion, and social and lifestyle determinants of health and disease. In: R. Detels, J. McEwen, R. Beaglehole & H. Tanaka (eds.). *Oxford textbook of public health*. (4th ed). Oxford: University Press. S. 114–130.
29. Griffiths C., Cooke S. & Toon P. (1994). Registration health checks: inverse care in the inner city? *British Journal of General Practice*, 44(382), 201–4.
30. Hahn, A., Jacob, R. & Michels, H. (Hrsg.). (2000): *Regionaler Gesundheitsurvey für Trier und Trier-Saarburg*. Trier.
31. Halldórsson, M., Kunst, AE., Köhler, L. & Mackenbach, JP. (2002). Socioeconomic differences in children's use of physician services in the Nordic countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 200–204.
32. Helmert, U., Voges, W. & Sommer, T. (2002). Soziale Einflussfaktoren für die Mortalität von männlichen Krankenversicherten in den Jahren 1989 bis 2000. *Das Gesundheitswesen*, 64, 3–10.

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancenungleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

33. Joanneum Research. (2000). Gesundheitssystem Steiermark. Downloads vom 21. März 2005.
34. Kiefer, I., Ortner, C. & Kunze, M. (2000). Ernährungsphysiologische Analyse des Eßverhaltens der ÖsterreicherInnen. *Journal für Ernährungsmedizin*, 2, 5, 8–10.
35. Kiefer, I., Kunze, M. & Rieder, A. (2001). Epidemiologie der Adipositas. *Journal für Ernährungsmedizin*, 3,1, 17–19.
36. Kind, P., Dolan, P., Gudex, C. & Williams A. (1998). Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey. *British Medical Journal*, 316, 736–741.
37. Kuh, D. & Ben-Shlomo, Y. (eds.) (2004). *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*. Second Edition. Oxford: Oxford University Press.
38. Kunst, A., Groenhouf F., Mackenbach, J. and the EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. (1998). Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies. *British Medical Journal* 316, 1636–1642.
39. Kunst, A., Bos, V., Mackenbach, J. & EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health. (2001). *Monitoring socio-economic inequalities in health in the European Union: guidelines and illustrations. A report for the Health Monitoring Program of the European Commission*. Rotterdam: Department of Public Health.
40. Kunst, A., Bos, V., Lahelma, E., Bartley, M., Lissau, I., Regidor, E. et al. (2004). Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology*, 24.
41. Laaksonen, M., Rahkonen, O. & Prättälä, R. (1998). Smoking status and relative weight by educational level in Finland 1978–1995. *Preventive Medicine*, 27, 431–437.
42. Lam, T. & Hedley, A. (2004). Respiratory disease. In: R. Detsels, J. McEwen, R. Beaglehole & H. Tanaka (eds.). *Oxford textbook of public health*. (4th ed). Oxford: University Press. S. 1227–1254.
43. Land Niederösterreich, Abteilung Gesundheitswesen/Sanitätsdirektion (eds.). (2002). *Niederösterreichischer Gesundheitsbericht 2002*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
44. Land Steiermark, Fachabteilung 1c – Landesstatistik Steiermark (eds.). (2003). *Volkszählung 2001. Steiermark – Ergebnisse I. Heft 4*. Graz: Landesdruckerei.
45. Land Steiermark, Fachabteilung 1c – Landesstatistik Steiermark (eds.). (2003a). *Regionale Einkommensstatistik unselbständig Beschäftigter 2002. Heft 10*. Graz: Landesdruckerei.
46. Land Steiermark, Fachabteilung 1c – Landesstatistik Steiermark (eds.). (2004). *Natürliche Bevölkerungsbewegung 2003. Heft 3*. Graz: Landesdruckerei.
47. Land Steiermark, Fachabteilung 1c – Landesstatistik Steiermark (eds.). (2004a). *Kleine Steiermark Datei 2004*. Graz: Landesdruckerei.
48. Land Steiermark, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen (eds.). (2004b). *Steirischer Frauengesundheitsbericht 2003*. Graz: Werbeagentur Verlag Classic GmbH.
49. Land Steiermark, Fachabteilung für das Gesundheitswesen (eds.). (2000). *Gesundheitsbericht 2000 für die Steiermark*. Graz: Medienfabrik.
50. Larson, SL. & Fleishman, JA. (2003). Rural-Urban Differences in Usual Source of Care and Ambulatory Service Use: Analyses of National Data Using Urban Influence Codes. *Medical Care*. 41(7) Suppl:III-65-III-74.
51. Leigh, J. (1996). Occupations, cigarette smoking, and lung cancer in the epidemiological follow-up to the NHANES I and the California Occupational Mortality Study. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 73, 2, 370–397.
52. Ljung, R., Peterson, S., Hallquist, J., Heimerson, I. & Diderichsen, F. (2005). Socioeconomic differences in the burden of disease in Sweden. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 92–99.
53. Marmot, M. & Bobak, M. (2000). International comparators of poverty and health in Europe. *British Medical Journal*, 321, 1124–1128.
54. Marmot, M., Shipley, M. & Rose, G. (1984). Inequalities in death specific explanation of a general pattern? *Lancet*, 1, 1003.
55. Martuzzi, M., Galassi, C., Ostro, B., Forastiere, F., Bertolini, R. (2002). *Health Impact Assessment of Air Pollution in the Eight Major Cities in Italy*. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.
56. Michelozzi, P., Perucci, C., Forastiere, F., Fusco, D., Ancona, C. & Dell’Orco, V. (1999). Inequality in health: socioeconomic differentials in mortality in Rome, 1990–95. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 687–693.
57. Mielck, A. (Hrsg.). (2000). *Soziale Ungleichheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber.
58. Mielck, A., Bloomfield, K. (eds.). (2001). *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Weinheim, München: Juventa.
59. Moussa, K., Lindström, M. & Östergren, P. (2004). Socioeconomic and demographic differences in exposure to environmental tobacco smoke at work: the Scania Public Health Survey 2000. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32, 194–202.
60. Muntaner, C., Sorlie, P., O’Campo, P., Johnson, N. & Bakklund, E. (2001). Occupational hierarchy, economic sector, and mortality from cardiovascular disease among men and women: findings from the national longitudinal mortality study. *Annals of Epidemiology*, 11, 194–201.
61. Naidoo, J. & Wills, J. (2000). *Health promotion. Foundations for practice*. Edinburgh et al: Bailliere Tindall.
62. Nielsen MW., Hansen EH. & Rasmussen NK. (2003). Prescription and non-prescription medicine use in Denmark: association with socio-economic position. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 59(8–9), 677–84.
63. Jaakkola, N., Ruotsalainen, R. & Jaakkola, J. (1994). What are the determinants of children’s exposure to environmental tobacco smoke at home? *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 22, S. 107–112.
64. Kind, P., Dolan, P., Gudex, C. & Williams, A. (1998). Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey. *British Medical Journal*, 316, 736–741.
65. ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut fürs Gesundheitswesen). (o.D.). *Regionales Gesundheitsinformationssystem*. Downloads vom 14. Februar 2005 von <http://regis.oebig.at/regis.aspx>.

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancenungleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

66. Österreichische Apothekerkammer. (2005). Die Österreichische Apotheke in Zahlen. Wien.
67. Osler, M., Holstein, B., Avlund, K., Damsgaard, M. & Rasmussen, N. (2001). Socioeconomic position and smoking behaviour in Danish adults. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29, 32–39.
68. Osterberg T., Lundgren M., Emilson CG, Sundh V., Birkhed D. & Steen B. (1998). Utilization of dental services in relation to socioeconomic and health factors in the middle-aged and elderly Swedish population. *Acta Odontol Scand*, 56, 1, 41–7.
69. Payne, JN; Coy, J.; Patterson, S. & Milner, PC. (1994). Is use of hospital services a proxy for morbidity? A small area comparison of the prevalence of arthritis, depression, dyspepsia, obesity, and respiratory disease with inpatient admission rates for these disorders in England. *J. Epidemiol. Community Health*; 48: 74–78.
70. Payne, J. Neutel, I., Cho, R. & DesMeules, M. (2004). Factors Associated with Women's Medication Use. *BMC Women's Health*, 4(Suppl 1), 1–29.
71. Pensola, T. & Martikainen, P. (2003). Cumulative social class and mortality from various causes of adult men. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 745–751.
72. Peter, R. & Geyer, S. (1999). Schul- und Berufsausbildung, Berufsstatus und Herzinfarkt – eine Studie mit Daten einer gesetzlichen Krankenversicherung. *Das Gesundheitswesen*, 61, 20–26.
73. Peter, R. (2001). Berufsstatus und Gesundheit. In: A., Mielck, K., Bloomfield (eds.). *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Weinheim, München: Juventa. S. 28–39.
74. Pochobradsky, E., Habl, C. & Schleicher, B. (2002). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Wien: ÖBIG.
75. Porteous T, Bond C, Hannaford P, Sinclair H. (2005). How and why are non-prescription analgesics used in Scotland? *Family Practice*, 22(1), 78–85.
76. Rafferty, A., Reeves, M. & McGee, H. (2000). Compliance with physical activity recommendations by walking for exercise. *Morbidity and mortality weekly report*, 49, 25, 560–565.
77. Rasky, E., Stronegger, W. & Freidl, W. (1996). Employment status and its health-related effects in rural Styria, Austria. *Preventive Medicine*, 25, 757–763.
78. Reijneveld, SA. & Stronks, K. (2001). The validity of self-reported use of health care across socio-economic strata: a comparison of survey and registration data. *International Journal of Epidemiology*, 30, 1407–1414.
79. Reitsma, JB., Dalstra, JAA., Bonsel, GJ., van der Meulen, JHP., Koster, RW., Gunning-Schepers, LJ, Tijssen, JGP. (1999). Cardiovascular disease in the Netherlands, 1975 to 1995: decline in mortality, but increasing numbers of patients with chronic conditions. *Heart*, 82, 52–56.
80. Rieder, A., Lobentanz, I., Zeithofer, J., Mitsche, N., Lawrence, K., Schwarz, B. et al. (2004). Background morbidity of headache in an adult general population. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 116, 5, 176–181.
81. Robert Koch Institut – Statistisches Bundesamt. (2003). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 13 Arbeitslosigkeit und Gesundheit*. Berlin: Robert Koch Institut.
82. Rosenbrock, R. (2002). Die Public Health Perspektive: Krankheit vermeiden – Gesundheit fördern. In: U. Flick. (Hrsg.). *Innovation durch New Public Health*. Göttingen usw.: Hogrefe. (S. 20–39).
83. Ross, C. (2000). Walking, exercising, and smoking: does neighborhood matter? *Social Science & Medicine*, 51, 265–274.
84. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. (2002). *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden: Nomos.
85. Sacker, A., Firth, D., Fitzpatrick, R., Lynch, K. & Bartley, M. (2000). Comparing health inequality in men and women: prospective study of mortality 1986–96. *British Medical Journal*, 320, 1303–1307.
86. Schlattmann, P. (2000). Böartige Neubildungen. In: F. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe & J. Siegrist (eds.). *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Jena: Urban & Fischer. S. 451–457.
87. Schleicher, B. & Hlava, A. (2003). *Armutsbetroffene Frauen in Österreich*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
88. Schmeiser-Rieder, A. & Kunze, U. (2000). Blood pressure awareness in Austria. A 20-year evaluation, 1978–1998. *European Heart Journal*, 21, 414–420.
89. Schüler, G. & Levi, F. (1996). *Krebserkrankungen*. In: F. Gutzwiler & O. Jeanneret (eds.). *Sozial- und Präventivmedizin Public Health*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber. S. 299–311.
90. Schwartz, F., Badura, B., Leidl, R., Raspe, H. & Siegrist, J. (eds.). (2000). *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Jena: Urban & Fischer.
91. Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. (=Gesundheitspsychologie 1).
92. Seethaler R. WHO. (1999). *Health costs due to road traffic-related air pollution: an impact assessment project of Austria, France and Switzerland*. Synthesis Report Prepared for the Third WHO Ministerial Conference on Environment and Health. London: Bern.
93. Shohaimi, S., Luben, R., Wareham, N., Day, N., Bingham, S., Welch, A. et al. (2003). Residential area deprivation predicts smoking habit independently of individual educational level and occupational social class. A cross sectional study in the Norfolk cohort of the European Investigation into Cancer (EPIC-Norfolk). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 270–276.
94. Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
95. Siegrist, J. (1998). *Machen wir uns selbst krank? In: F. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe & J. Siegrist (eds.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Jena: Urban & Fischer. S. 125–457.
96. Siegrist, J., Peter, R., Junge, A., Cremer, P. & Seidel, D. (1990). Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: prospective evidence from blue-collar men. *Social Science and Medicine*, 31, 1129–1136.
97. Skrabski, A., Kopp, M. & Kawachi, I. (2003). Social capital in a changing society: cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 114–119.

98. Skrabski, A., Kopp, M. & Kawachi, I. (2004). Social capital and collective efficacy in Hungary: cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 340–345.
99. Stadt Wien, Gesundheitsberichterstattung (eds.). (2002). Mikrozensus 1999 – Ergebnisse zur Gesundheit in Wien. Wien: AV-Druck.
100. Stadt Wien, Gesundheitsberichterstattung (eds.). (2003). Lebenserwartung und Mortalität in Wien. Wien: AV-Druck.
101. Stadt Wien, Gesundheitsberichterstattung (eds.). (2004). Chronische Krankheiten in Wien. Wien: Astoria Druck.
102. Statistik Austria. (2002). Gesundheitszustand und Konsum medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Mikrozensus 1999. Wien: Verlag Österreich.
103. Statistik Austria. (2004a). Krebsinzidenz und Krebsmortalität in Österreich. Wien: Verlag Österreich. Download vom 17. Februar 2005, von http://www.statistik.at/fachbereich_03/download/tabelle325_2000.xls; sowie: Download vom 17. Februar 2005, von (http://www.statistik.at/fachbereich_03/download/tabelle323.xls)
104. Statistik Austria. (2004b). Statistisches Jahrbuch Österreichs 2005. Wien: Verlag Österreich.
105. Stolpe, S. (2001). Schulbildung/berufliche Ausbildung und Gesundheitszustand. In: A. Mielck, K. Bloomfield (eds.). *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Weinheim, München: Juventa. S. 17–39.
106. Stronegger, W., Freidl, W. & Rasky, E. (1997). Health behaviour and risk behaviour: socioeconomic differences in an Austrian rural county. *Social Science Medicine*, 44, 3, 423–426.
107. Tobi H., Meijer WM., Tuinstra J. & de Jong-van den Berg LT. (2003). Socio-economic differences in prescription and OTC drug use in Dutch adolescents. *Pharmacy World Science*, 25(5), 203–206.
108. Turrel, C. & Mathers, C. (2001). Socioeconomic inequalities in all-cause and specific cause mortality in Australia: 1985–1987 and 1995–1997. *International Journal of Epidemiology*, 30, 231–239.
109. UICC (International Union Against Cancer). (2004). Evidence-based cancer prevention strategies for NGOs. A UICC Handbook for Europe. Geneva: UICC.
110. U.S. Department of Health and Human Services. (1989). Reducing the Health Consequences of Smoking. 25 Years of Progress: a report of the Surgeon General. Public Health Service Centers for Disease Control: Office on Smoking and Health: Rockville, Maryland.
111. USPTF (United States Preventive Task Force). (2002). Screening for Prostate Cancer. Download vom 17. Februar 2005 von <http://www.ahcpr.gov/clinic/uspstf/uspsprca.htm>
112. USPTF (United States Preventive Task Force). (2005). Colorectal Cancer Screening. Download vom 17. Februar 2005 von <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/colorectal/>.
113. van der Meer, JBW., van den Bos, J. & Mackenbach, JP. (1996). Socioeconomic differences in the utilization of health services in a Dutch population: the contribution of health status. *Health Policy*, 37, 1, 1–18.
114. van Doorslaer, E., Koolman, X. & Puffer, F. (2002). Equity in the use of physician visits in OECD countries: Has equal treatment for equal need been achieved?. In: *Measuring Up: Improving the Performance of Health Systems in OECD Countries*. (S. 226–248). Paris: OECD.
115. Van Oort, F., van Lenthe, F. & Mackenbach, J. (2005). Material, psychosocial, and behavioural factors in the explanation of educational inequalities in mortality in the Netherlands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 214–220.
116. Vartiainen, E., Jousilahti, P., Alfthan, G. Sundvall, J., Peitinen, P. & Puska, P. (2000). Cardiovascular risk factor changes in Finland, 1972–1997. *International Journal of Epidemiology*, 29, 49–56.
117. Yach, D., Hawkes, C., Gould, L. & Hofmann, K. (2004). The global burden of chronic diseases. Overcoming impediments to prevention and control. *Journal of the American Medical Association*, 291, 2616–2622.
118. WHO. (1999). *Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Eine Einführung*. Kopenhagen. (=Europäische Schriftenreihe »Gesundheit für alle« 5).
119. WHO. (2002). *The European Health Report*. Copenhagen. (= WHO Regional Publications, European Series 97).
120. WHO. (2003). *Atlas of health in Europe*. Copenhagen: Regional Office for Europe.
121. WHO. (2004a). *European health for all database*. Download vom 5. Jänner 2005 von http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20010827_1
122. WHO. (2004b). *The world health report 2004: changing history*. Geneva.
123. Wilson, D., Kirtland, K., Ainsworth, B. & Addy, C. (2004). Socioeconomic status and perceptions of access and safety for physical activity. *Annals of Behavioural Medicine*, 28, 1, 20–28.
124. Wyke S., Hunt K. & Ford, G. (1998). Gender differences in consulting a general practitioner for common symptoms of minor illness. *Social Science Medicine*, 46, 901–906.

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
Chancenungleichheit

Gesunde und sichere
natürliche Umwelt

Settings zur Förderung
der Gesundheit

Multisektorale
Verantwortung für die
Gesundheit

Integrierter
Gesundheitssektor

Finanzierung des
Gesundheitswesens und
Ressourcenzuteilung

Mobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Gesunde und sichere natürliche Umwelt

WHO-Ziel:

Bis zum Jahr 2015 sollte die Bevölkerung der Region in einer mehr Sicherheit bietenden natürlichen Umwelt leben, in der die Exposition gegenüber gesundheitsgefährdenden Schadstoffen die international vereinbarten Standards nicht übersteigt.

Rechtliche Grundlagen

Luftqualität

- Feinstaub
- Weitere Luftschadstoffe

Straßenverkehr

- Lärm
- Straßenverkehrsunfälle

Strahlung

- Radonmessungen
- Elektromagnetische Felder (EMF) – Mobiltelefonie

Abfall und kontaminierte Flächen

Wasser

Lebensmittelsicherheit

Entwicklung und Einrichtung eines Monitoring-, Berichts-, und Evaluationssystems über Umwelt-Gesundheits-Indikatoren

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Literatur

5. Gesunde und sichere natürliche Umwelt

5.1. Rechtliche Grundlagen

Ein ganzheitlicher Umweltschutztatbestand ist in der geltenden Bundesverfassung derzeit nicht gegeben. Das österreichische Umweltschutzrecht besteht aus einer Fülle verschiedenster einzelner Umweltvorschriften in zahlreichen Bundes- und Landesgesetzen und den dazu ergangenen Verordnungen. Im Bundesverfassungsgesetz über den umfassenden Umweltschutz BGBl491/1984 (Novelle 1988) wurde jedoch begonnen, den Umweltschutz verfassungsrechtlich zu entwickeln (Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 13A, 2004, S. 303).

Mit den Zielen der WHO im Einklang stehen die im österreichischen Immissionsschutzgesetz Luft (IG-L, 1997) bezüglich der Außenluftbelastung formulierten Ziele, nämlich der dauerhafte Schutz der Gesundheit des Menschen vor schädlichen Luftschadstoffen sowie der Schutz des Menschen vor unzumutbar belästigenden Luftschadstoffen und die vorsorgliche Verringerung der Immission von Luftschadstoffen. In der derzeitigen Fassung sind explizit Grenzwerte für die Schadstoffe SO₂, NO₂, CO, Schwebstaub, Benzol, Blei sowie Staubniederschlag (und dessen Inhaltsstoffe) angeführt, außerdem ein Zielwert für Ozon. Darüber hinaus besteht eine Verordnungsermächtigung zur Festlegung von Immissionsgrenzwerten für weitere Schadstoffe, die den Schutz der menschlichen Gesundheit gefährden. Generell ist der Bund mit der Vollziehung des IG-L betraut. Die Kompetenz zur Verfügung von Maßnahmen zur Reduktion der Emission von Luftschadstoffen liegt teilweise beim Bund, teilweise auch bei den Ländern. Bezüglich der Luftbelastung in Innenräumen fehlen bisher, abgesehen vom Arbeitsplatzbereich, gesetzliche Grenzwerte und es liegen nur für wenige ausgesuchte Einzelstoffe Richtlinien vor (Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft, 2001, S. 11).

Hervorzuheben ist hier das Instrument der Umweltverträglichkeitsprüfung, welches zur Feststellung, Beschreibung und Bewertung unmittelbarer und mittelbarer Auswirkungen eines Vorhabens auf sogenannte Schutzgüter – nämlich Mensch, Boden, Wasser, Luft, Landschaft, Klima, Fauna und Flora sowie Sachgüter – vorgesehen ist. Die geltende gesetzliche Grundlage – das Umweltverträglichkeitsprüfungsgesetz, zuletzt novelliert im März 2005 – sieht ein konzentriertes Genehmigungsverfahren zur Feststellung und Bewertung der Auswirkung eines Vorhabens (wie beispielsweise Depo- nien über 500.000 m³ oder Hochspannungsleitungen über 220kV) auf die Umwelt unter Beteiligung der BürgerInnen vor. Dabei ist für ein Vorhaben nur ein einziger Genehmigungsantrag zu stellen, wobei die Landesregierung als zu-

ständige UVP-Behörde alle für das jeweilige Vorhaben zutreffenden Materiengesetze in einem konzentrierten Verfahren anwendet und anschließend in einem Bescheid über die Genehmigungsfähigkeit des Vorhabens entscheidet. Ebenfalls durch eine Europäische Richtlinie geregelt ist die Strategische Umweltprüfung (SUP) zur Beschreibung und Bewertung von Plänen und Programmen (wie etwa Abfallwirtschafts- und Raumordnungspläne) mit erheblichen Auswirkungen auf Umwelt und Gesundheit. Die verpflichtende Übernahme in die Rechtsmaterie aller EU-Mitgliedsstaaten und Umsetzung bis Juli 2004 ist in Österreich jedoch bisher nicht erfolgt. Die Integration einer Gesundheitsverträglichkeitsprüfung – im internationalen Sprachgebrauch mit »Health Impact Assessment (HIA)« (siehe Kap.7.4.) bezeichnet – in diese beiden Rechtsinstrumente würde eine wesentliche Entscheidungshilfe für Politik und Verwaltung an der Schnittstelle zwischen Umwelt und Gesundheit darstellen (Aschemann, 2004).

5.2. Luftqualität

5.2.1. Feinstaub

Zu den »klassischen« Luftschadstoffen gehört – neben Schwefeldioxid (SO₂), Stickstoffoxiden (NO_x) und Ozon (O₃) – auch der Schwebstaub. Als Schwebstaub gelten alle festen und flüssigen Teilchen in der Außenluft, die nicht sofort zu Boden sinken, sondern eine gewisse Zeit in der Atmosphäre verweilen. Dieser Schwebstaub kann nach Partikelgröße in verschiedene Kategorien unterteilt werden. Der Durchmesser der Partikel reicht von einigen Nanometern (nm oder Milliardstel Meter) bis zu 100 Mikrometer (µm oder Millionstel Meter) und die Partikel lassen sich dabei nach der Größe einteilen. Dabei lassen sich insgesamt drei Fraktionen darstellen: ultrafeine Partikel (kleiner als 100 Nanometer), feine Partikel (Teilchen kleiner als 2,5 µm, auch: lungengängiger Feinstaub) und grobe Partikel (Teilchen größer als 2,5 µm; im englischsprachigen Raum kann hier zusätzlich noch die »coarse« fraction unterschieden werden, welche Teilchen größer als 2,5 µm, aber kleiner als 10 µm umfasst; auch: inhalierbarer Feinstaub). Die Teilchengröße bestimmt die Verweildauer in der Atmosphäre entscheidend – ebenso wie mögliche Transportwege der Teilchen. So können kleine Teilchen innerhalb weniger Tage eine Distanz über einige tausend Kilometer überwinden. Ultrafeine Partikel weisen wegen ihrer großen Zahl im Feinstaubgemisch eine erhebliche Teilchenoberfläche auf, an welcher sich schädliche Stoffe (zum Beispiel Schwermetalle oder organische Stoffe, wie polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe oder Dioxine) anlagern können (Umweltbundesamt Deutschland, 2005, S. 2–3).

Verursacher dieser Luftschadstoffe sind einerseits der Verkehr (neben dem Straßenverkehr auch der sogenannte Offroad-Bereich der Land-, Forst, und Bauwirtschaft) aber auch Hausbrand, Gewerbe- und Industrieanlagen, sowie die Landwirtschaft. Aus ultrafeinen Teilchen besteht auch der Ruß aus dem Auspuff moderner Dieselfahrzeuge. Aber auch diffuse Quellen wie z.B. Wiederaufwirbelungen aus dem Straßenver-

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancenungleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

kehr oder Staubaufwirbelungen durch Baustellen tragen erheblich zu Belastungen bei. Vor allem aber sind immissionsklimatische Faktoren – wie zum Beispiel die für das Grazer Becken typischen Inversionswetterlagen – bedeutsam, da sie einem Austausch der feinstaubbelasteten Luft entgegenstehen. Die für die Steiermark vorgenommene Abschätzung des quantitativen Beitrags der einzelnen Verursachergruppen geht von jeweils 35% durch Hausbrand und Industrie und knapp 28% durch den Verkehr als primäre Emissionsquellen aus. Es wird allerdings angemerkt, dass bei den Gesamtemissionen – bedingt vor allem durch die erwähnten Wiederaufwirbelungen – dem Verkehr vor der Industrie als Verursachergruppe mit etwas mehr als 50% der größte Anteil zukommt (Land Steiermark, Fachabteilung 13A, 2004b, S. 4–7). Für die Beurteilung des gesundheitlichen Risikos sollten zusätzliche Expositionsmessgrößen zu Dauer, Kumulation, und Art der Exposition berücksichtigt und erhoben werden. Für PM_{10} -Teilchen hat die EU (in der Richtlinie 1999/30/EG) strenge Grenzwerte für die Luftqualität festgelegt, welche in Österreich im Immissionsschutzgesetz-Luft (IG-L) umgesetzt wurden. Dabei beträgt der einzuhaltende Tagesmittelwert für PM_{10} $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ bei 35 zugelassenen Überschreitungen im Kalenderjahr und einem Jahresmittelwert für PM_{10} von $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (Land Steiermark, Fachabteilung 13A, 2004b, S. 10).

Mittels des fixen Immissionsmessnetzes Steiermark wurden an 19 Messstellen die Konzentrationen von Feinstaub gemessen. Dabei waren im Jahr 2003 (der Jahresbericht 2004 war bei Erstellung dieses Kapitels noch nicht verfügbar) an nahezu 60% der Stationen an mehr als 35 Tagen Überschreitungen des Tagesmittelgrenzwertes zu verzeichnen (Land Steiermark, Fachabteilung 17C, 2004a, S.90–91). Es kam zu einem Anstieg sowohl der Überschreitungshäufigkeiten als auch Jahresmittelwerte im Vergleich zu 2002. Besonders deutlich war dieser Trend an den Stationen Graz-Mitte, Hartberg und Peggau. Aber auch im Raum Leoben, sowie in Bruck an der Mur und Gratwein kam es zu Überschreitungen (Land Steiermark, Fachabteilung 13A, 2004a, S.167).

Die Ergebnisse epidemiologischer Studien zeigen eine annähernd lineare Expositions-Wirkungs-Beziehung. Das bedeutet, dass nicht nur kurzzeitige Konzentrationsspitzen, sondern bereits geringere Konzentrationen zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen beitragen. Auch können niedrige Konzentration bei häufigerem und langfristigen Auftreten einen beträchtlichen Beitrag zur Gesamtwirkung leisten (Umweltbundesamt Deutschland, 2005, S. 16). Die Auswirkung von Luftverschmutzung auf die Sterblichkeit ist durch zahlreiche Studien belegt. Mehrere Meta-Analysen ergeben einen konsistenten Zusammenhang zwischen Feinstaubkonzentration und vorzeitiger Sterblichkeit. Sowohl im Zusammenhang mit kurzzeitiger Feinstaubbelastung (Ostro, 1993a, S 338; Zeger, Dominici & Samet, 1999, S. 173; Schwartz, Spix, Touloumi et al., 1996, S. S3) als auch mit lang andauernder Belastung (Pope et al., 1995; S.669) zeigte sich ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko (Gesamtsterblichkeit, Sterblichkeit in Folge von

Atemwegs- und Herz-Kreislaufkrankungen). Darüber hinaus untersuchten zahlreiche Studien Zusammenhänge zwischen Feinstaub-Belastung und Relativem Risiko in Bezug auf zahlreiche Krankheitsendpunkte. Diesbezüglich wurde dosisabhängig ein erhöhtes Relatives Risiko für akute Bronchitis, akute Atembeschwerden, Asthmaanfälle sowie Herz-Kreislaufkrankungen beschrieben (Ostro et al., 1993b, S. 695).

Eine im Jahr 1998 in acht italienischen Großstädten durchgeführte Studie der WHO untersuchte die Auswirkungen von Feinstaub in Bezug auf oben erwähnte Endpunkte. Auf Basis von relevanten Meta-Analysen wurden Schätzungen zum attributablen Risiko (entsprechend jenem Anteil, der einer Exposition durch Feinstaub zuordenbar ist) erstellt. Ergebnisse zeigten, dass 4.7% der Sterblichkeit der Einwirkung von PM_{10} zuzuschreiben ist. Bezogen auf die in der Studie relevante Wohnbevölkerung von etwa 8,3 Millionen EinwohnerInnen bedeutet dies eine Anzahl von jährlich 3.472 attributablen Todesfällen, wenn ein Tagesmittel von mehr als $30 \mu\text{g}/\text{m}^3$ PM_{10} überschritten wird. Des weiteren wurden 4.500 Krankenhausfälle pro Jahr für Herz-Kreislaufkrankungen und Atemwegserkrankungen zusammen geschätzt, sowie über 10.000 attributable Fälle von kindlicher Bronchitis und Verschlechterungen von bestehendem Asthma (Martuzzi, Galassi, Ostro, Forastriere & Bertolini, 2002, S. 11–14).

In vielen derzeit landesrechtlich geregelten Materien sind Emissionsminderungen möglich. Das von der Steiermärkischen Landesregierung im Dezember 2003 beschlossene Gemeinschaftsprojekt der Landesregierung und der Gemeinden zur Reduktion der Feinstaubbelastung wurde unter wissenschaftlicher Begleitung durch JOANNEUM RESEARCH erarbeitet. Damit wurde das Ziel verfolgt, neben einer Abschätzung von Feinstaubminderungspotentialen Empfehlungen an den Bundesgesetzgeber, den Landesgesetzgeber sowie an die für die Erlassung von Verordnungen zuständigen Bundesorgane zu formulieren und somit die Umsetzung von Maßnahmen, welche über das Immissionsschutzgesetz-Luft (IG-L) hinausgehen, zu ermöglichen. Von der Steiermärkischen Landesregierung wurde in der Sitzung vom 11.10.2004 das Programm zur Feinstaubreduktion in der Steiermark« zur Kenntnis genommen und dieses zum integrierten Teil ihres Regierungsprogramms erklärt. Darin werden zahlreiche Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Verkehr, wie beispielsweise der Ausbau des Radverkehrsnetzes oder die Attraktivierung des Öffentlichen Nahverkehrs (z.B. Steirertakt, tarifliche Maßnahmen, Ausbauprogramm der Straßenbahnen in Graz), beschrieben. Darüber hinaus sollten aber auch alle Möglichkeiten der Bewusstseinsbildung (z.B. betriebliche Mobilitätsberatung) bis hin zu Förderungsinstrumentarien (z.B. Nachrüst- Partikelsysteme für PKW, Linienbusse, LKW und Nutzfahrzeuge) ausgenutzt werden, um die Emissionen von Feinstaub (und darüber hinaus auch aller anderen luft- und klimawirksamen Spurengase) zu minimieren (Land Steiermark, Fachabteilung 13A, 2004b, S. 13–14). Verbesserungen im Hausbrandbereich aber auch Fragen der Raum-

ordnung spielen eine entscheidende Rolle. Ebenfalls im eigenständigen Wirkungsbereich des Landes bzw. der Gemeinden liegen Verordnungen in Zusammenhang mit dem Strassenverkehr (Einführung von verkehrsberuhigten Zonen, ganzjährige Tempolimits, Fahrverbote in Sanierungsgebieten) sowie in Bezug auf Maßnahmen zur Reduktion diffuser Feinstaub-Emissionen (z.B. Nullstreuung in Zone 30, verstärkte Straßenwäsche) (Land Steiermark, Fachabteilung 13A, 2004b, S. 16–17). Nach wie vor aber wurde im Zusammenhang mit der Verordnung von Fahrverboten in Gebieten mit erhöhter Feinstaubbelastung noch kein Gebrauch gemacht und stattdessen auf freiwilligen Autoverzicht gesetzt. Die periodische Evaluierung des Programms zur Feinstaubreduktion erfolgt durch das Umweltressort im Abstand von 2 Jahren. Dabei wird der Stand der Umsetzung der von der Projektgruppe empfohlenen 62 Maßnahmen dokumentiert. Die im folgenden dargestellten Maßnahmen stellen eine Auswahl zur Umsetzung dieser Maßnahmen mit Stand März 2005 dar:

Als eine erste Maßnahme zur Reduktion von Partikelemissionen aus dieselbetriebenen KFZ wurde eine Förderrichtlinie zur Nachrüstung von Diesel-Kfz und leichten Nutzfahrzeugen von der Steiermärkischen Landesregierung in ihrer Sitzung vom 13.12.2004 beschlossen. Diese Richtlinie – mit einem vorerst auf ein Jahr befristeten Fördervolumen von 1.800.000,- € – trat am 1.1.2005 in Kraft (HR Dr. Maria Stangl, Fachabteilung 13A – Umwelt- und Anlagenrecht, Referat 7 Umweltkoordination, e-mail, 23.5.2005). Die Förderung der Partikelfilter (Rußfilterkatalysator) erstreckt sich auch auf LKW und Überlandbusse und auch das Land Steiermark selbst führt Nachrüstungen seiner Dieselflotte durch und greift beim Neukauf von Dienstfahrzeugen nur auf mit Partikelfiltern ausgestattete Fahrzeuge zurück. Ebenfalls auf Verordnung durch den Landeshauptmann erfolgte die Erlassung von Geschwindigkeitsbeschränkungen in den Feinstaub-Sanierungsgebieten (Graz und Voitsberger Becken) gemäß IG-L (Tempo 100km/h auf Autobahnen im Großraum Graz, Tempo 80 km/h auf Freilandstraßen). Des weiteren wurde mit der Umsetzung von Maßnahmen zur Attraktivierung des Öffentlichen Nahverkehrs begonnen. Andere Maßnahmen – wie etwa der Ausbau von zusätzlichen P&R Stellparkplätzen in Bahnnähe, betriebliche Mobilitätsberatung, sowie ein Beschleunigungs- und Bevorrangungsprogramm für den Öffentlichen Nahverkehr – wurden bisher erst teilweise bzw. noch nicht flächendeckend umgesetzt. Andere Maßnahmen – wie etwa das »Nahverkehrssystem« »Voitsberger Becken« oder das Ausbauprogramm Straßenbahnen in Graz – befinden sich nach wie vor nicht im Stadium der Realisierung. Nullstreuung im Raum Graz konnte bisher nicht erreicht werden, wenngleich die Ausbringung von Streusplitt deutlich reduziert werden konnte (HR Dr. Maria Stangl, Fachabteilung 13A – Umwelt- und Anlagenrecht, Referat 7 Umweltkoordination, e-mail, 23.5.2005).

5.2.2. Weitere Luftschadstoffe

Zu temporären Überschreitungen kam es auch bei Konzentrationen von Schwefeldioxid. Besonders im Gratkorn Becken (v.a. durch Emissionen der lokalen Papier- und Zellstoffindustrie) wurden deutlich erhöhte Grundbelastungen sowie Spitzen registriert. Überschreitungen traten weiters an der Station Remschnigg bei Arnfels sowie im Voitsberger Becken auf. Überschreitungen der Stickstoffdioxidgrenzwerte waren besonders im Jänner 2003 für das Grazer Becken zu verzeichnen, wobei hier die höchsten Kurzzeitbelastungen der vergangenen 10 Jahre registriert wurden (Land Steiermark, Fachabteilung 17C, 2004a, S. 7–11). Zu weiteren Belastungen kam es in der Steiermark in den Sommermonaten, speziell im August 2003, durch ein großflächiges Auftreten von Schwellenwertüberschreitungen von Ozon (Land Steiermark – Fachabteilung 17C, 2004a, S. 40).

Zusätzlich zu den oben erwähnten Messungen erfolgen an ausgewählten Standorten sogenannte integrale Luftgütemessungen zur flächenhaften Erfassung von Luftschadstoffen. Dabei traten im Rahmen der Kurorte-Dauermessungen in St. Radegund in den Wintermonaten erhebliche diffuse – verkehrsbedingte – Staubbelastungen (Land Steiermark, Fachabteilung 17C, 2004a, S. 17) auf. Aufzeichnungen mobiler Luftgütemessungen entlang der stark befahrenen Straßen in Graz-Jakomini und Graz-Puntigam wiesen auf durch Stickstoffdioxid, Schwebstaub und Kohlenmonoxid verursachte Höchstbelastungen hin (Land Steiermark, Fachabteilung 17C, 2004a, S. 18). Wesentliche Luftschadstoffbelastungen nicht nur mit Feinstaub, sondern auch mit Stickoxiden entstehen durch Abgase des motorisierten Straßenverkehrs. Besonders Abgase der Dieselmotoren tragen erheblich zu Belastungen bei. Epidemiologische Untersuchungen im Salzburger Zentralraum verwiesen auf ein erhöhtes bevölkerungszuordenbares Risiko für Asthmasymptome, allergischen Schnupfen sowie häufiges Husten bei Kindern und Jugendlichen (Oberfeld, Gamper, Eder & Riedler, 1997 S.153). Eine WHO Studie über die umweltbedingte Krankheitslast der Kinder in der Europäischen Region widmete sich auch der durch Luftverschmutzung verursachten Auswirkungen auf Sterblichkeit sowie chronische und akute Atemwegserkrankungen. Auch dabei wurde auf die – neben bodennahem Ozon – für Kinder besonders schädliche Belastung durch PM₁₀ verwiesen. Diesen Schätzungen zufolge könnten in der Europäischen Region jährlich bis zu 3.800 Todesfälle verhindert werden, würde ein PM₁₀-Tagesmittel von 20 µg/m³ in allen Gebieten der Europäischen Region nicht überschritten werden (Valent, Little, Tamburlini & Barbone, 2004, S. 23). Außerdem weisen Schätzungen auf den erheblichen Anteil der Kosten aufgrund der Krankheitslast in Folge von durch Straßenverkehr verursachter Umweltverschmutzung hin. Dabei wurden die krankheitsbedingten Kosten in Österreich für den Zeitraum 1996 auf rund 45,2 Mio. Euro geschätzt (Seethaler, 1999, S. 72).

Maßnahmen betreffend Verkehr und Mobilität können in vielfältiger Weise auf die Gesundheit der Bevölkerung Einfluss

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancenungleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

nehmen. Ein Zusammenhang zwischen Verkehr, Umwelt und Gesundheit ergibt sich bei

- ▶ verkehrsbedingter Luftverschmutzung,
- ▶ Mortalität und Morbidität infolge von Verkehrsunfällen,
- ▶ dem durch Bewegungsarmut erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf- und andere Erkrankungen, sowie
- ▶ der Lärmbelastung des Menschen.

Dabei wird auch die Notwendigkeit intersektoraler Verantwortlichkeit und Partnerschaften zur Politikgestaltung im Bereich der Querschnittsmaterien Gesundheit und Umwelt deutlich.

Berücksichtigt wurde dies in der Charta Verkehr, Umwelt und Gesundheit der WHO 1999, in der auf die notwendige Integration von Umwelt-, Verkehrs- und Gesundheitspolitik verwiesen wurde. Ausdrücklich wurde gefordert, den Bemühungen um eine nachhaltige Verkehrsentwicklung Nachdruck zu verleihen, indem gesundheitliche Anforderungen volle Berücksichtigung finden und die Umwelt- und Gesundheitsbehörden auf transnationaler, nationaler, teilnationaler und kommunaler Ebene in Verkehrs-, Raumordnungs- und Infrastrukturpolitik betreffende Entscheidungen einbezogen werden (WHO, 1999, S.5).

5.3. Straßenverkehr

5.3.1. Lärm

Lärm ist eine von vielen Emissionen des Kraftfahrzeugsverkehrs. Schall, der als lästig erlebt wird oder zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt, wird als Lärm bezeichnet. Umweltbedingter Lärm führt neben subjektiv empfundener Minderung des sozialen und seelischen Wohlbefindens im Allgemeinen zu körperlichen Reaktionen, insbesondere Stressreaktionen. Bedingt durch Stressreaktionen können langandauernde Lärmbelastungen auch unterhalb der Schwelle für Gehörschäden gesundheitliche Beeinträchtigungen wie z.B. Blutdruckerhöhung, erhöhte Blutfette und verändertes Schlaferleben zur Folge haben. Dass Umweltlärm bei der Entstehung von ischämischen Herzkrankheiten (v.a. Herzinfarkt, Angina Pectoris) eine verursachende Rolle spielt, kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt zwar nicht exakt quantifiziert werden, wenngleich ein erhöhtes Risiko in mehreren Studien identifiziert wurde. Bei Straßenverkehrslärmbelastungen mit durchschnittlichen Dauerschallpegeln mehr als 65 dB(A) am Tag ist eine Zunahme des Herzinfarkttrisikos um ca. 20% zu befürchten. Wie in einem Gutachten des deutschen Rates von Sachverständigen für Umweltfragen 1999 festgehalten wurde, ergeben die übereinstimmende Tendenz und innere Konsistenz der dargestellten sowie aller derzeit bekannten Studien über den Zusammenhang von Verkehrslärm und Herzinfarkt eine hinreichende wissenschaftliche Begründung für präventive Maßnahmen zum Schutz vor lärmbedingten Risikoerhöhungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die WHO empfiehlt als Grenzwert für den vorbeugenden Gesundheitsschutz einen Wert von 55 dB(A) für den Tag und 45 dB(A) für die Nacht (Umweltbundesamt, 2004, S. 247).

Als Immissionsgrenzwerte (d.h. Lärmbelastung im Freien vor dem Fenster des vom Lärm am stärksten betroffenen Aufenthaltsraumes) gelten in Österreich tagsüber für Gebiete mit ständiger Wohnnutzung 55dB(A) als Grenzwert des vorbeugenden Gesundheitsschutzes für Dauerschallpegel sowie 80 dB(A) als Maximalpegel. Für allgemeine Wohngebiete gelten in der Steiermark in der Nacht 45 dB(A), bzw. für Kurgebiete 35 dB(A) (Amt der Steiermärkischen Landesregierung, 2002, S. 17).

Zur Ermittlung der Verkehrsbelastung wurde für das Stadtgebiet Graz zuletzt im Jahr 2002 ein Lärmkataster erstellt. Darin wurden flächendeckend alle Straßen im Stadtgebiet von Graz und lärmrelevante Informationen (Anzahl der Fahrstreifen, Geschwindigkeit, Fahrbahnbelag, Längsneigung, angrenzende Bebauung) zu den jeweiligen Straßenabschnitten basierend auf dem Verkehrszustand 2001 erfasst. Auf diesen Grundlagen wurden, ergänzt durch Verkehrszählungen, modellhaft Verkehrsbelastungen errechnet sowie die Lärmentwicklung im Zeitraum von 1994 bis 2002 eingeschätzt. Für die Erfassung des Straßenverkehrslärms werden Schallemissionen und -immissionen herangezogen.

Die Schallemissionen eines Kraftfahrzeugs werden einerseits bestimmt durch das Antriebsgeräusch, welches von Motor-drehzahl, Motorbelastung und der Bauart des Fahrzeugs abhängt, nicht jedoch von der Geschwindigkeit. Ebenfalls zu den Schallemissionen tragen die Rollgeräusche bei, welche schließlich von der Geschwindigkeit, der Fahrbahndecke sowie dem Reifentyp bestimmt werden. Bei niedrigen Geschwindigkeiten – also unterhalb von 30 bis 50 km/h – überwiegt bei einem PKW das Antriebsgeräusch gegenüber dem Rollgeräusch. Bei höheren Geschwindigkeiten jedoch sind die Reifenrollgeräusche und Windgeräusche maßgebend für die Lärmemissionen bei Kfz- Vorbeifahrten. Die tatsächlichen Schallimmissionen wiederum sind stark beeinflusst von der Schallabsorption der Luft, dem Abstand zwischen der Schallquelle und dem Immissionsort, Bebauung und Lärmschutzmaßnahmen sowie etwaigen Reflexionen an Gebäuden (Fallast, 2002, S. 8–9).

Zur Ermittlung der Verkehrsbelastungen wurde auf Daten der automatischen wie händischen Verkehrszählungen zurückgegriffen und diese mit den Straßendaten und den Modellrechnungen integriert. Insgesamt zeigte sich dabei durch die Veränderungen der Verkehrsbelastungen eine leichte Erhöhung der Lärmbelastungen durch den Straßenverkehr sowohl durch den motorisierten Individualverkehr als auch durch den öffentlichen Verkehr. Besonders auf den Autobahnen, welche im Stadtgebiet von Graz einen Anteil von rund 4% haben, war eine Zunahme sehr hoher Belastungsklassen (d.h. Schallimmissionswerte von über 60dB tagsüber) zu verzeichnen. Auch auf den Hauptverkehrsstraßen (6% des Gesamtstraßennetzes) und Verkehrsstraßen (11% des Gesamtstraßennetzes von Graz) wurden annähernd ähnliche Zunahmen registriert. (Fallast, 2002, S. 37–39). Die subjektiv empfundene Belästigung durch Lärm kann jedoch nicht

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancenungleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

durch Lärmberechnungen und Lärmkataster, sondern sollte durch Befragung Betroffener ermittelt werden. Im Jahre 1998 fühlten sich 16% der ÖsterreicherInnen in ihren Wohnungen durch Lärm gestört bzw. stark belästigt. Bezogen auf die Lärmquelle spielt der Verkehr eine überwiegende Rolle: Rund 61% dieser Betroffenen geben Kraftfahrzeugverkehr als Hauptverursacher dieser Störungen an (Dörfler, Umweltbedingungen, Umweltverhalten. Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1998, zitiert nach Umweltbundesamt, 2004, S. 248). Diese Ergebnisse weisen auf den Stellenwert des Lärmschutzes – im Wesentlichen Lärmvorsorge und Lärmsanierung – hin im Sinne einer Hebung der Lebensqualität im städtischen Raum und in anderen durch Umgebungslärm belasteten Gebieten.

5.3.2. Straßenverkehrsunfälle

Im Jahr 2003 wurden in der Steiermark 7.752 Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden registriert, wobei 9.714 Verletzte und 183 Todesopfer zu verzeichnen waren (Kammer für Arbeiter und Angestellte für Steiermark, 2004, S.368). Somit nimmt der Anteil der Unfallopfer im Straßenverkehr etwa 9% der gesamten Verunfallten ein (Bauer & Steiner, 2004, S. 28). Bezogen auf alle tödlichen Unfälle in der Steiermark (385 im Jahr 2003), beträgt der Anteil der durch Straßenverkehr verursachten Todesfälle jedoch 42% und liegt damit deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 33% (Bauer & Steiner, 2004, S. 30). Bezogen auf die Einwohnerzahl zeigten sich bei der Sterbeziffer (Anzahl Verkehrstote im Jahr 2003 pro Wohnbevölkerung) große Unterschiede zwischen den einzelnen Bezirken, wobei die Sterbeziffer in den Bezirken Murau und Liezen, in deutlichem Abstand gefolgt von den Bezirken Hartberg, Deutschlandsberg und Graz-Umgebung, erheblich über dem Steiermark-Durchschnitt lag (eigene Berechnungen siehe Tab. 5.1). Besonders besorgniserregend ist auch die Entwicklung der Alkohollunfälle: Dabei stiegen im Jahr 2003 gegenüber dem Vorjahr die Anzahl der Alkohollunfälle in der Steiermark um 6,2%, die der dabei Verletzten um 2,3% sowie die der dabei Getöteten sogar um 33% (Statistik Austria, 2004, S. 52). Generell gelten junge (20–24 Jahre) Männer als besondere Risikogruppe (Statistik Austria, 2004, S. 140). Bezüglich des Unfallgeschehens mit Kindern (0–14 Jahre) ergaben sich in der Steiermark leichte Erhöhungen im Vergleich zum Vorjahr, sowohl was die Anzahl der Unfälle mit Kindern (503) als auch die Anzahl der getöteten Kinder (11) betrifft (Statistik Austria, 2004, S. 48). Für die vorgenannten Aussagen muss jedoch einschränkend bemerkt werden, dass aufgrund der – statistisch gesprochen – geringen Fallzahlen Vergleiche fehlerbehaftet sind. Von einer Public Health – Perspektive stellen die Zahlen an sich, nicht zuletzt aufgrund des Vorhandenseins effektiver Präventionsstrategien – wie etwa Geschwindigkeitsbeschränkungen, Verkehrsberuhigungszonen, Herabsetzung des Alkohollimits – (U.S. Preventive Services Task Force, 1996; Roberts & Crombie, 1995), dennoch eine bedrohliche Größenordnung dar.

5.4. Strahlung

5.4.1. Radonmessungen

Im Zeitraum November 2002 bis März 2003 wurden im Auftrag der Fachabteilung 17C – Referat Strahlenschutz Langzeitradonmessungen bei ausgewählten steirischen Kindergärten durchgeführt. Radon (Rn-222), ein radioaktives Folgeprodukt von Uran-238, ist in allen Urgesteinen enthalten und Spuren finden sich daher im Boden und teilweise auch in Baumaterialien. Radon und dessen feste Folgeprodukte gelangen aus dem Boden durch Keller und Fundamente in die Wohnräume. Die Österreichische Strahlenschutzkommission empfiehlt in Übereinstimmung mit der Empfehlung der Europäischen Kommission für die jährliche durchschnittliche Radonkonzentration in Wohnräumen den so genannten Eingreifrichtwert von 400 Bq/m³ sowie den Planungsrichtwert von 200 Bq/m³ (Land Steiermark, Fachabteilung 17C – Referat Strahlenschutz, 2003, S. 18). In einer multizentrischen Studie aus neun europäischen Ländern, darunter auch Österreich, wurde nach Auswertung mehrerer Fall-Kontroll-Studien ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Wohnraum-Konzentration von Radon und Lungenkrebs gefunden. Dabei fand sich kein Hinweis auf einen Schwellenwert, wobei eine lineare Dosis-Wirkungs-Beziehung sogar für Konzentrationen unterhalb von 200 Bq/m³ ermittelt wurde. Dabei wurde eine Zunahme des Risikos an Lungenkrebs von 8,4% (95%CI 3.0% – 15,8%) pro Anstieg um 100 Bq/m³ Radonkonzentration errechnet (Darby, Hill, Auvinen, Barros-Dios, Baysson & Bochicchio et. al., 2005, S. 225–26).

Bei acht der im angegebenen Zeitraum untersuchten Kindergärten ergaben sich Jahresmittelwerte oberhalb des Eingreifrichtwertes von 400 Bq/m³, davon lagen 3 Kindergärten über 1000 Bq/m³ (Fachabteilung 17C – Referat Strahlenschutz, Land Steiermark, 2003, S. 22). Es wurden daraufhin die Gemeinden als Betreiber jener Kindergärten, bei denen mittlere Radonkonzentrationen von größer als 600 Bq/m³ erhoben wurden, über empfohlene Maßnahmen zur Reduktion der Radonkonzentration in den Innenräumen aufgeklärt. Dabei wurden in erster Linie zu Sofortmaßnahmen durch Lüftung vor Beginn des Betriebes (zum vollständigen Luftaustausch) geraten, darüber hinaus jedoch empfohlen, im Zuge von geplanten Renovierungsvorhaben auch bauliche Sanierungsmaßnahmen (wie etwa das Verlegen von Isolierfolien oder der Einbau einer Zuluftanlage) zur mittel- und langfristigen Radonabsenkung durchzuführen. Bei Neubauten wurde – besonders wenn sich Gruppenräume im Erdgeschoss befinden – zur Unterkellerung, Verlegung von Radonfolien in Fußböden, Abdichtung von Leitungsführungen sowie – im Falle von Hanglagen – zur Anbringung von wandseitigen Radonfolien geraten. (Fachabteilung 17C – Referat Strahlenschutz, Land Steiermark, 2003, S. 4–5; Dr. Reithofer, Land Steiermark, Fachabteilung 17C, telefonische Auskunft, 15. April 2005). Wünschenswert wären hier jedoch die verpflichtende Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen an den betroffenen Kindergärten sowie zusätzliche messtechnische Überprüfungen zur Bewertung der Wirksamkeit der gesetzten Maßnahmen.

5.4.2. Elektromagnetische Felder (EMF) – Mobiltelefonie

Risikoabschätzungen potenzieller gesundheitlicher Gefahren der EMF-Exposition im Zusammenhang mit der modernen Mobilfunktechnologie verweisen auf Ungewissheiten hinsichtlich möglicher, wenn auch unbewiesener, Gesundheitsschäden. Die Schwedische Strahlenschutzbehörde SSI hat 2002 eine Internationale unabhängige ExpertInnen-Gruppe beauftragt Untersuchungen über die wissenschaftliche Entwicklung auf diesem Gebiet anzustellen und bisherige Ergebnisse epidemiologischer und tierexperimenteller Untersuchungen in Bezug auf Krebs erregende Wirkungen zusammen zu fassen. Dabei konnte ein erhöhtes Krebsrisiko weder durch direkte Mobiltelefon-Nutzung noch durch EMF-Wirkung auf AnwohnerInnen in der Umgebung von Basisstationen (Sendemasten) nachgewiesen werden. Im Abschlussbericht wird jedoch darauf hingewiesen, dass aufgrund der Unsicherheiten weiterer erheblicher Forschungsbedarf besteht, ganz besonders hinsichtlich Langzeitbeobachtungen und möglicher weiterer bisher nicht untersuchter Gesundheitsgefahren (SSI's International Independent Expert Group for Electromagnetic Fields and Health, 2003, S. 4). Das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlene Vorsorgeprinzip verweist auf Vorsorgemaßnahmen zur Überwachung und Begrenzung der Exposition elektromagnetischer Felder, Risikokommunikation sowie die Einbeziehung der Bevölkerung.

Zur Vermeidung schädlicher Wirkungen muss deshalb die auf den Körper auftreffende Strahlungsenergie begrenzt werden. Die bei Eindringen der hochfrequenten Strahlung erzeugte Wärme wird als die sog. spezifische Absorptionsrate [in W/kg] gemessen. Der Grenzwert für Dauerbelastung für die allgemeine Bevölkerung wird dabei bei 0,08 W/kg angesetzt. Dies betrifft jedoch nur die thermische Wirkung. Zusätzlich existieren technische Richtwerte für die Leistungsflussdichten der Immissionen im Bereich von Hochfrequenz-Quellen. Ein Mitte 2000 veröffentlichter Entwurf zur Verordnung des Bundes über »Grenzwerte für ortsfeste Sendeanlagen öffentlicher Mobiltelefonsysteme und öffentlicher Mobilsprechfunksysteme«, nach dem im Telekommunikationsgesetz ein verbindlicher Grenzwert für Handys und Mobilfunkmasten verankert werden sollte, wurde später wieder zurückgezogen. Die in Österreich heranzuziehenden Expositionsgrenzwerte lagen dabei in den Mobilfrequenzbereichen von 900 und 1800 gering über, bei 2100 MHz an den von der WHO empfohlenen Richtwerten (Richtwerte WHO, ICNIRP: Leistungsflussdichten von 4,5, 9,0 bzw. 10,0 W/m²).

Seit November 2000 werden in der Steiermark in Umgebung von Schulen, Kindergärten, Altersheimen und Krankenhäusern laufend selektive Hochfrequenzmessungen durchgeführt. Im Jahr 2003 kam es dabei lediglich insgesamt viermal zu Überschreitungen des sogenannten »Salzburger Vorsorgegrenzwertes« von 1 mW/m², wobei es zu keinerlei Überschreitungen der durchschnittlichen Leistungsflussdichtegrenzwerte kam. Darüber hinaus werden seit März 2002 auch Breitbandmessungen zur Erfassung sämtlicher Hochfre-

quenz-Leistungsflussdichten (d.h. es werden zusätzlich auch andere HF-Quellen wie Rundfunk- und Fernsehsender erfasst) über jeweils 3 Monate hinweg durchgeführt. Dabei lag der Gesamtpegel immer weit unter den zulässigen Grenzwerten. Der »Salzburger Vorsorgegrenzwert« von 1 mW/m² konnte in diesem Zeitraum jedoch nur bedingt eingehalten werden (Land Steiermark, Fachabteilung 17C, 2004b, S. 15–18).

5.5. Abfall und kontaminierte Flächen

Unter den Gesichtspunkten der nachhaltigen Produktion und Abfallwirtschaft stellt das Aufkommen an besonders überwachungsbedürftigen Abfällen zwar ein bedeutsames Thema dar, eine direkte gesundheitliche Einwirkung dieser Abfälle kann jedoch derzeit nicht beschrieben werden. Dies liegt zum einen an der sehr unterschiedlichen Zusammensetzung der besonders überwachungsbedürftigen Abfälle, die eine einheitliche Bewertung erschwert, und zum anderen an der nicht bekannten Exposition gegenüber diesen verschiedenen Stoffen, welche in der Regel in speziellen Deponien oder Aufbereitungsanlagen entsorgt werden müssen. Eine generelle Darstellung bzw. Quantifizierung direkter gesundheitlicher Auswirkungen auf die Bevölkerung ist nicht möglich. Anhaltspunkte für die gesundheitliche Bedeutung dieser Abfälle liegen lediglich aus Fallstudien vor (WHO-Zentrum für Umwelt und Gesundheit, 2004, S. 57–58).

Als Altlasten werden Industriestandorte und Deponien bezeichnet, an denen in der Vergangenheit durch Verluste, Leckagen, Unfälle und unzureichende technische Sicherheitsvorkehrungen Schadstoffe in den Boden und ins Grundwasser gelangt sind und damit für die Umwelt und die menschliche Gesundheit eine Gefahr darstellen. Als Verdachtsflächen gelten Standorte, welche unter Altlastenverdacht stehen (Umweltbundesamt, 2004, S.235). Unter Altablagerungen versteht man befugte und unbefugte Ablagerungen von Abfällen (Deponien), Altstandorte sind Standorte von ehemaligen Industrie- und Gewerbebetrieben, in denen mit umweltgefährdenden Stoffen umgegangen wurde. Österreichweit werden seit 1989 Altlasten erfasst. In Abhängigkeit der Ausweisung der registrierten Flächen werden Altlastenbewertungen durch Voruntersuchungen bzw. Detailuntersuchungen seitens der Ämter der Landesregierungen durchgeführt. Mit Stand 1. Jänner 2004 wurden in der Steiermark insgesamt 16 Altlasten im Altlastenatlas ausgewiesen, was einem Anteil von rund 10% der gesamten in Österreich ausgewiesenen Altlasten entspricht. Nach Einschätzungen des Umweltbundesamtes gelten derzeit erst rund 30% der Altflächen in der Steiermark als erfasst (Umweltbundesamt, 2004, S.237).

Für die Steiermark wurden gemäß Altlastensanierungsgesetz Ende 2003 weitere 21 Verdachtsflächen, darunter acht Altablagerungen und 13 Altstandorte im Altlastenatlas aufgenommen. Insgesamt wurden seit Inkrafttreten dieses Gesetzes in der Steiermark 251 Verdachtsflächen im Verdachtsflächenkataster eingetragen, bei weiteren 917 Verdachtsflächen

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

steht eine Erstbewertung derzeit noch aus (Land Steiermark, Fachabteilung 13A – Anlagen- und Umweltrecht, 2004a, S. 93). An zehn Altablagerungen und Altstandorten in der Steiermark wurden Sanierungen begonnen, die Hälfte davon gilt als saniert bzw. gesichert. Bundesweit wurden bisher rund 2.400 Verdachtsflächen erfasst, was einem Erfassungsgrad von 16% entspricht (Umweltbundesamt, 2004, S.238).

5.6. Wasser

Trinkwasser ist ein Lebensmittel. Die Beurteilung unterliegt den Bestimmungen des Lebensmittelgesetzes 1975. Die Überwachung und Qualitätsbeurteilung des für den menschlichen Gebrauch bestimmten Wassers liegt in mittelbarer Bundesverwaltung und wird daher vom Landeshauptmann jedes Bundeslandes wahrgenommen. Grundwasser ist die mit Abstand häufigste Quelle für Trinkwassergewinnung. Grundwasseruntersuchungen gemäß Wassergüteehebungsverordnung wurden im Jahr 2003 zur Erhebung der Wassergüte und in Bezug auf spezifische Belastungen schwerpunktmäßig und regelmäßig anhand eines grobmaschig flächendeckenden Rastermessnetzes durchgeführt. Für die Gütebewertung der Fließgewässer bildet der biologische Befund die Basis, welches die langfristigen Qualitätstendenzen eines Gewässers widerspiegelt. Zusätzlich werden bakteriologische und chemische Parameter herangezogen. Dabei gelten die Güteklassen II oder besser als II als zufriedenstellend, ab Güteklasse III oder schlechter besteht besonderer Sanierungsbedarf (Umweltbundesamt, 2003, S. 138–139).

Für das Gütebild der Fließgewässer in der Steiermark wurden 2003 an 654 Messstellen 291 Bäche und Flüsse – somit die wasserwirtschaftlich überregional bedeutenden Fließgewässer – mit einer Gesamtlänge von 3250 km untersucht. Gütebeurteilungen der Fließgewässer im Jahr 2003 zeigten, dass der überwiegende Teil den Güteklassen I, I-II und II (sehr gering-, gering-, mäßig-belastet) entspricht. Gegenüber dem Stand 2000 konnten an 65 Messstellen Verbesserungen nachgewiesen werden, an 12 Stellen wurden Verschlechterungen des Gütezustandes festgestellt. Die gute Einstufung der Mur in Güteklasse I-II wurde wieder bestätigt. Aufgrund des extrem niederschlagsarmen Jahres 2003 waren im Bereich des Grundwassers zum Teil historische Tiefstände verzeichnet worden. Auch bei den Fließgewässern wurden wesentliche Auswirkungen der extremen Niederwasserphasen bzw. auch vollständige Austrocknungen von Bächen verzeichnet. Besonders im südlichen Teil der Steiermark führte dies zu teilweise kritischen Gütezuständen. Da die auf die Gewässer einwirkenden Emissionen (Abläufe von Kläranlagen, diffusen Einträgen, etc.) im Wesentlichen gleich groß wie in den vergangenen Jahren waren, führte diese Situation zu einem Zustand, welcher die Konzentrationen an Nährstoffen und leicht abbaubaren, organischen Substanzen im Gewässer ansteigen ließ. Durch die geringe Wasserführung war das Selbstreinigungsvermögen überfordert und das Gütebild verschob sich an einigen Fließgewässerabschnitten um eine halbe Güteklasse (Land Steiermark, 2004c, S. 21–22).

5.7. Lebensmittelsicherheit

Gemäß WHO-Definition sind durch Lebensmittel verursachte Erkrankungen Krankheiten infektiöser oder toxischer Natur, die tatsächlich oder wahrscheinlich auf den Verzehr von Lebensmitteln oder Wasser zurückgeführt werden können (WHO, 2002). Auffallend war ein deutlicher Anstieg der gemeldeten bakteriell bedingten Lebensmittelinfektionen: Besonders Salmonelleninfektionen stiegen in der Steiermark – entgegengesetzt der österreichweiten Entwicklung – im Vergleich zum Vorjahr sogar an. Als Hauptverursacher der Salmonellose gilt der Verzehr von kontaminierten Speisen, vor allem rohe oder unzureichend gekochte Eier und Geflügelprodukte, aber auch Rohmilch und andere Fleischprodukte (Feenstra, 2005, S. 206). Im Jahr 2003 wurden in der Steiermark über die Salmonella-Zentrale 1.220 Fälle registriert (Feenstra, 2004, S. 7). Das seit Anfang 2003 verbesserte Meldesystem kann dabei einen Teil des Anstiegs der gemeldeten Erkrankungen erklären. Besonders in den Sommermonaten bis in den Oktober traten gehäuft Fälle auf. Die im selben Zeitraum gemeldeten Fälle von Campylobacteriose – neben den Salmonellosen die zweithäufigste durch Lebensmittel bedingte bakterielle Durchfallerkrankung – lagen mit 683 im Labor nachgewiesenen Fällen über den im Vorjahr gemeldeten Fällen. Auch dies verhält sich entgegengesetzt zur Entwicklung in Restösterreich, wo es zu einem rückläufigen Trend kam. Typisch auch für diese lebensmittelassoziierte Erkrankung ist die beobachtete saisonale Häufung in den Sommermonaten. Auch hier gilt der Genuss von rohen tierischen Produkten – wie Rohmilch – aber auch von unzureichend erhitztem Geflügelfleisch als Hauptgefahrenquelle. Aber auch Infektionen beim Baden in kontaminierten Oberflächengewässern wurden beschrieben. In Österreich steht die Campylobacteriose nach der Salmonellose an zweiter Stelle der gemeldeten lebensmittelassoziierten Erkrankungen (Feenstra, 2005, S. 115). Ebenfalls fielen in der Gruppe der bakteriellen Lebensmittelvergiftungen 12 Neuerkrankungen mit enterohämorrhagischen Escherichia coli (EHEC) auf (Feenstra, 2004, S. 12–14). Infektionen mit diesen toxinbildenden, invasiven und hochinfektiösen Kolibakterien können neben schweren, zum Teil blutigen Durchfällen auch lebensbedrohliche Komplikationen durch Nierenversagen oder Blutungen hervorrufen. Als Infektionsursache spielen der Verzehr von unbehandelten tierischen Lebensmitteln, wie etwa ungenügend erhitztes Rinderhackfleisch und Rohmilch, seltener auch Milchprodukte und rohes kontaminiertes Gemüse eine wesentliche Rolle.

Mit 12.6.2004 ist die Richtlinie 2003/99/EG des Europäischen Parlaments und des Rats vom 17.11.2003 zur Überwachung von Zoonosen und Zoonosenerregern in Österreich in nationales Recht umzusetzen und sind die Regelungen entsprechend anzuwenden. Diese Richtlinie regelt die Überwachung von Zoonosen und Zoonosenerregern, die Überwachung diesbezüglicher Antibiotikaresistenzen, die Untersuchung lebensmittelbedingter Krankheitsausbrüche und den Austausch von Informationen über Zoonosen und Zoonosenerreger. Jedenfalls überwachungspflichtige Zoonosen und

Zoonoseerreger sind Brucellose und ihre Erreger, Campylobacteriose und ihre Erreger, Echinokokkose und ihre Erreger, Listeriose und ihre Erreger, Salmonellose und ihre Erreger, Trichinellose und ihre Erreger, Tuberkulose, verursacht durch *Mycobacterium bovis*, sowie Verotoxinbildende *Escherichia coli*. Gemäß Artikel 8 Abs. 2 der Richtlinie untersucht die zuständige Behörde (nach dem österreichischen Epidemiegesetz ist dies grundsätzlich die Bezirksverwaltungsbehörde) lebensmittelbedingte Krankheitsausbrüche (als Krankheitsausbruch gilt das Auftreten einer mit demselben Lebensmittel in Zusammenhang stehenden Krankheit und/oder Infektion in mindestens zwei Fällen beim Menschen oder eine Situation, in der sich die festgestellten Fälle stärker häufen als erwartet). Im Zuge der Untersuchungen werden Daten über die epidemiologischen Merkmale, die potenziell implizierten Lebensmittel und die potenziellen Ursachen des Ausbruchs erfasst. Die Untersuchungen umfassen so weit möglich auch angemessene epidemiologische und mikrobiologische Untersuchungen. Über diese Vorkommnisse ist der Kommission von Österreich jährlich ein Kurzbericht als Teil des Zoonoseberichtes zu übermitteln« (Feenstra, 2005, S. 96).

5.8. Entwicklung und Einrichtung eines Monitoring-, Berichts-, und Evaluationssystems über Umwelt-Gesundheits-Indikatoren

Zur Verbesserung der Information und Kommunikation über umweltbedingte Gesundheitsgefahren wurde, folgend den Beschlüssen der Dritten Ministerkonferenz für Umwelt und Gesundheit 1999, in der WHO Region für Europa von Juni 2002 bis Ende 2003 ein Pilotprojekt zur Entwicklung und Testung eines indikatorenbasierten Informationssystems für Umwelt und Gesundheit durchgeführt. Ziel des Projekts bestand darin zu prüfen, ob der vorgeschlagene Indikatorensatz für die nationale und internationale Berichterstattung sowie für die Beobachtung des Einflusses umwelt- und gesundheitspolitischer Maßnahmen im Bereich des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes anwendbar ist. Ein Indikatorensatz mit Kernindikatoren zu zehn Umweltbereichen wurde entwickelt und in 15 europäischen Staaten – Armenien, Bulgarien, Tschechische Republik, Estland, Finnland, Deutschland, Ungarn, Litauen, Niederlande, Polen, Rumänien, Slowakische Republik, Spanien, Schweden und die Schweiz – getestet (WHO, 2004, S.7). Eine Anpassung dieser Indikatoren zur Berücksichtigung spezieller umweltrelevanter Problembereiche auf nationaler Ebene steht noch aus. Die Integration dieses Informationssystems auch auf lokaler und regionaler Ebene in lokale Aktionspläne Umwelt & Gesundheit (LEHAP) ist geplant bzw. wird in einigen Staaten (Polen, Tschechische Republik, Litauen) bereits verwirklicht. Ziel ist die Schaffung eines integrierten und wissensbasierten Umwelt- und Gesundheitsinformationssystems zur Politikgestaltung und -umsetzung. Auf Basis dieser Indikatorenentwicklung wird auch auf Ebene der Europäischen Union eine Verknüpfung solcher In-

dikatoren in das bestehende EU-Aktionsprogramm Gesundheitsberichterstattung angestrebt und es wurden entsprechende die Datenverfügbarkeit und -qualität sowie die Machbarkeit und Relevanz berücksichtigende Indikatoren erarbeitet (WHO, 2003, S. 11–14).

5.9. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen: Gesunde und sichere Umwelt

- ▶ Maßnahmen des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes der letzten Jahrzehnte haben dazu beigetragen, dass die gesundheitlichen Belastungen durch chemische, physikalische und biologische Umweltfaktoren stark reduziert werden konnten. Die Entwicklung und Anwendung neuer Technologien, die Zunahme des motorisierten Verkehrs, vor allem des Straßenverkehrs, sowie das Zusammenwirken von komplexen Umwelteinflüssen (wie beispielsweise klimatische Faktoren, weiträumige Verfrachtung von Schadstoffen und Bildung von Sekundärschadstoffen) stellen jedoch weiterhin nennenswerte umweltbedingte Belastungsfaktoren dar.
- ▶ Daten für eine aussagekräftige und flächendeckende Umweltgesundheitsberichterstattung sind derzeit in noch nicht ausreichender Form vorhanden. Vor allem bevölkerungsbezogene und expositionsbezogene Indikatoren stehen nicht zur Verfügung.
- ▶ Trotz der geschilderten bestehenden Unzulänglichkeiten ergeben sich bei Betrachtung der verfügbaren Datenlage für die Steiermark Hinweise auf wesentliche und vermeidbare umweltbezogene Belastungen in folgenden Bereichen:
 - ▷ Luftschadstoffe: vor allem Belastungen durch Feinstaub – bei deutlichen Schwellenwertüberschreitungen der gesetzlichen Grenzwerte – besonders in den städtischen Ballungsräumen; aber auch Belastungen durch Stickstoffdioxid sowie
 - ▷ in den Sommermonaten – durch Ozon traten nennenswerte Belastungen auf.
 - ▷ Lärm: flächendeckende Messungen, aber vor allem subjektive Bewertungen der Lärmbelastungen fehlen für die Steiermark. Hinweise auf verstärkte Verkehrsbelastungen (und damit verbundenen Lärmbelastungen) finden sich im Stadtgebiet von Graz.
 - ▷ Verkehrsunfälle: innerhalb Österreichs kommt der Steiermark in Bezug auf Verkehrsunfälle ein besorgniserregender Rang zu. Sowohl die tödlichen Verkehrsunfälle, durch Unfälle im Straßenverkehr Verletzten sowie Alkoholunfälle sind unakzeptabel hoch.

Daraus folgt:

- ▶ Die Entwicklung und Einrichtung eines Umweltgesundheitsinformationssystems als Instrument zur Unterstützung der Politikgestaltung in diesem Bereich ist voran zu treiben. Dabei soll unter Einbeziehung wissenschaftlich erhärteter Erkenntnisse das Ziel verfolgt werden,

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancenungleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

- ▷ die Verfügbarkeit zeitnaher, vergleichbarer und regionaler Gesundheitsinformationen sicher zu stellen,
 - ▷ die Wirkung getroffener Maßnahmen zu verfolgen sowie
 - ▷ die Zugänglichkeit zu diesen Informationen zu gewährleisten.
- ▶ Die Querschnittsmaterien Gesundheit und Umwelt erfordern intersektorale Verantwortlichkeit und Partnerschaften zur Politikgestaltung.
- ▷ Maßnahmen betreffend Verkehr und Mobilität sind zu entwickeln, da sie in vielfältiger Weise auf die Gesundheit der Bevölkerung Einfluss nehmen. Ein Zusammenhang zwischen Verkehr, Umwelt und Gesundheit ergibt sich bei verkehrsbedingter Luftverschmutzung, Mortalität und Morbidität infolge von Verkehrsunfällen, dem durch Bewegungsarmut erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf- und andere Erkrankungen sowie der Lärmbelastung des Menschen.
- ▷ Wirksame präventive und strukturelle Gegenmaßnahmen zur Verbesserung der Verkehrssicherheit und der Verringerung der gesundheitlichen Folgen von Unfällen müssen ergriffen werden.
- ▶ Ein hoher Stellenwert muss der Umwelt-, Verkehrs- und Gesundheitspolitik in Hinblick auf eine Integration dieser Bereiche eingeräumt werden.
- ▶ Maßnahmen zur Verbesserung der Luftqualität, vor allem der Eindämmung von Luftschadstoffen, sollen verstärkt werden; die Potentiale zur Verringerung der Luftschadstoffe sollten auch durch Anreizsysteme und verstärkte Bewusstseinsbildung besser genutzt werden.
- ▶ Lärmschutzmaßnahmen (Lärmsanierung und Lärmvorsorge) ist ein erhöhter Stellenwert einzuräumen.
- ▶ Auswirkungen auf die Gesundheit sollten in Zulassungsverfahren und Verträglichkeitsprüfungen umfassender berücksichtigt werden. Auch sollen bei geplanten Vorhaben – wie etwa in der Raumplanung und bei Infrastrukturprogrammen und -investitionen den Auswirkungen auf die Gesundheit ein höherer Stellenwert eingeräumt werden.

Literatur

1. Amt der Steiermärkischen Landesregierung. (Hrsg.). (2002). Lärmschutz und Lärmsanierung – Ein Leitfadens für die Raumplanung. Graz.
2. Aschemann, R. (2004). Gesundheitsverträglichkeit – Ein Instrument zur Abschätzung der Gesundheitsauswirkungen von Projekten, Plänen und Programmen. Graz: Österreichisches Institut für die Entwicklung der Umweltfolgenabschätzung. (Unveröffentlicht).
3. Bauer, R. & Steiner, M. (2004). Unfallstatistik 2003 Verletzte nach Heim-, Freizeit- und Sportunfällen. Wien: Institut »Sicher Leben« des Kuratorium für Schutz und Sicherheit
4. Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft. (2001). Österreichischer Umwelt- und Gesundheitsaktionsplan. Wien.
5. Darby, S; Hill, D; Auvinen, A., Barros-Dios, JM., Baysson, H., Bochicchio, F., Deo, H., Falk, R., Forastiere, F., Hakama, M., I Heid, I., Kreienbrock, L., Kreuzer, M., Lagarde, F., Mäkeläinen, I., Muirhead, C., Oberaigner, W., Pershagen, G., Ruano-Ravina, A., Ruosteenoja, E., Schaffrath Rosario, A., Tirmarche, M., Tomásek, L., Whitley, E., Wichmann, H-E., Doll, R. (2005). Radon in homes and risk of lung cancer: collaborative analysis of individual data from 13 European case-control studies. *BMJ*, 330; 223–226.
6. Der Rat von Sachverständigen für Umweltfragen. (1999). Sondergutachten des Rates von Sachverständigen für Umweltfragen. Umwelt und Gesundheit Risiken richtig einschätzen. Wiesbaden.
7. Fallast, K. (2002). Ökostadt Graz. Lärmkataster Verkehr 2002. Graz.
8. Feenstra, O. (Hrsg.) (2004). 1. Jahresbericht zum Seuchenplan 2003. Amt der Steiermärkischen Landesregierung – Landesamtsdirektion: Graz.
9. Feenstra, O. (Hrsg.) (2005). Steirischer Seuchenplan – Update März 2005. Amt der Steiermärkischen Landesregierung – Landesamtsdirektion: Graz.
10. Haidinger G., Waldhör T., Feenstra O., Plank, R., Vutuc, C. (1998). Zur Häufigkeit und zum Schweregrad von Asthma bronchiale, Heuschnupfen und Neurodermitis bei Volksschulkindern im Bundesland Kärnten im Rahmen der International Study on Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). Schlußbericht der ISAAC Studie Kärnten 1995/1996. Wien und Klagenfurt: Abteilung 12-Sanitätswesen, Amt der Kärntner Landesregierung/Abteilung Gesundheit. Klagenfurt.
11. Kammer für Arbeiter und Angestellte für Steiermark. (2004). Regionalstatistik Steiermark 2003. Graz.
12. Land Steiermark, Fachabteilung 13A – Anlagen- und Umweltrecht. (Hrsg.). (2004a). Umweltschutzbericht 2003 des Landes Steiermark. Graz.
13. Land Steiermark, Fachabteilung 13A – Anlagen- und Umweltrecht. (Hrsg.). (2004b). Bericht der Projektgruppe »Programm zur Feinstaubreduktion in der Steiermark«. Graz.
14. Land Steiermark, Fachabteilung 17C – Referat Gewässeraufsicht. (Hrsg.). (2004c). Steirischer Gewässergüteatlas 2004. Graz.

15. Land Steiermark, Fachabteilung 17C – Referat Strahlenschutz. (Hrsg.). (2003). Ergebnisse des Messprogramms zur Erhebung der Radonbelastung in steirischen Kindergärten. Zusammenfassender Endbericht November 2002 – März 2003. Graz.
16. Land Steiermark, Fachabteilung 17C – Technische Umweltkontrolle und Sicherheitswesen. (Hrsg.). (2004b). Erhebung der HF-Belastung im Speziellen durch die Mobiltelefonie. Zusammenfassender Bericht. Graz.
17. Land Steiermark, Fachabteilung 17C – Technische Umweltkontrolle und Sicherheitswesen. (eds.). (2004a). Luftgütemessungen in der Steiermark – Jahresbericht 2003. Graz.
18. Martuzzi, M., Galassi, C., Ostro, B., Forastiere, F., Bertolini, R. (2002). Health Impact Assessment of Air Pollution in the Eight Major Cities in Italy. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.
19. Oberfeld G, Gamper A, Eder W, Riedler J. (1997). ISAAC Studie Salzburg 1995 & 1996. Amt der Salzburger Landesregierung. Salzburg.
20. Ostro B, Lipsett MJ, Mann JK, Krupnick A, Harrington W. (1993b). Air pollution and respiratory morbidity among adults in Southern California. *Am J Epidemiol*, 137, 691–700.
21. Ostro B. (1993a). The association of air pollution and mortality: examining the case for inference. *Arch Environ Health*, 48, 336–342.
22. Pope CA III, Thun MJ, Namboodiri MM, Dockery DW, Evans JS, Speizer FE, Heath CW Jr. (1995). Particulate air pollution as a predictor of mortality in a prospective study of U.S. adults. *Am J Respir Crit Care Med*, 151, 669–674.
23. Roberts, I. & Crombie, I. (1995). Child pedestrian deaths: sensitivity to traffic volume – evidence from the USA.. *J Epidemiol Community Health*;49(2):186–8.,
24. Schwartz, J., Spix, C., Touloumi, G., Bacharova, L., Barumamdazadeh, T., le Tertre, A., Piekarksi, T., Ponce de Leon, A., Ponka, A., Rossi, G., Saez, M. & Schouten, JP. (1996). Methodological issues in studies of air pollution and daily counts of deaths or hospital admissions. *J Epidemiol Comm Health*, 90, Suppl.1:S3–11.
25. Seethaler R. WHO. (1999). Health costs due to road traffic-related air pollution: an impact assessment project of Austria, France and Switzerland. Synthesis Report Prepared for the Third WHO Ministerial Conference on Environment and Health London. Bern.
26. SSI's Independent Expert Group on Electromagnetic Fields. (2003). Recent Research on Mobile Telephony and Cancer and Other Selected Biological Effects: First annual report from SSI's Independent Expert Group on Electromagnetic Fields. Stockholm.
27. Statistik Austria. (2004). Straßenverkehrsunfälle 2003. Wien: Verlag Österreich.
28. Umweltbundesamt (2004). Umweltsituation in Österreich. Siebenter Umweltkontrollbericht des Umweltministers an den Nationalrat. Wien.
29. Umweltbundesamt Deutschland. (2005). Hintergrundpapier zum Thema Staub/ Feinstaub. Berlin.
30. Umweltbundesamt. (2003). Wassergüte in Österreich – Jahresbericht 2002. Wien.
31. U.S. Preventive Services Task Force. (1996). Guide to clinical preventive services: Report of the U.S. Preventive Services Task Force (2nd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
32. Valent F, Little D, Tamburlini G, Barbone F. (2004). Burden of disease attributable to selected environmental factors and injuries among Europe's children and adolescents. WHO Environmental Burden of Disease Series, No. 8. Geneva.
33. WHO. (1999). Charta Verkehr, Umwelt und Gesundheit. Erklärung der Dritten Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit. Kopenhagen: Regionalbüro für Europa.
34. WHO. (2003). Development of environment and health indicators for European Union countries. Report on WHO Working Group. Copenhagen: Regional Office for Europe.
35. WHO. (2004). Environmental health indicators for Europe. A Pilot Indicator-based Report. Copenhagen: Regional Office for Europe.
36. WHO. (2002). Food safety and foodborne illness. Fact Sheet 237. WHO: Geneva.
37. WHO-Zentrum für Umwelt und Gesundheit, Büro Bonn. (2004). Environmental Health Indicators Projekt des Europäischen WHO-Zentrum für Umwelt und Gesundheit, Büro Bonn. Abschlußbericht. Bonn.
38. Zeger SL, Dominici F, Samet J. (1999). Harvesting-resistant estimates of air pollution effects on mortality. *Epidemiol*, 10, 171–175.

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
Chancenungleichheit

Gesunde und sichere
natürliche Umwelt

Settings zur Förderung
der Gesundheit

Multisektorale
Verantwortung für die
Gesundheit

Integrierter
Gesundheitssektor

Finanzierung des
Gesundheitswesens und
Ressourcenzuteilung

Mobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Settings

zur Förderung der Gesundheit

WHO-Ziel:

Bis zum Jahr 2015 sollten die Menschen in der Region bessere Möglichkeiten haben, zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz und in ihren Gemeinden in einem gesunden, natürlichen und sozialen Umfeld zu leben.

Häusliches Umfeld

Unfälle
Wohnen
Gesundheitsförderung

Arbeitsplatz

Unfälle und Berufskrankheiten
Krankenstände
Gesundheitsförderung

Kindergärten und Schulen

Unfälle in Schulen
Gesundheitsförderung

Lokale Gemeinden, Gemeinschaften und Städte

Arbeit in Settings für Menschen mit Behinderungen

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Literatur

6. Settings zur Förderung der Gesundheit

6.1. Häusliches Umfeld

Unfälle

2003 starben in der Steiermark insgesamt 385 Personen aufgrund von Unfällen (siehe Tab. 6.1.1). 42% davon sind auf Kraftfahrzeugunfälle zurückzuführen und 25% auf Stürze. Im Österreichvergleich zeigt die Steiermark nach dem Burgenland den zweit höchsten Anteil an tödlichen KFZ-Unfällen, während der Anteil der Sturzunfälle in der Steiermark am geringsten ist (Institut Sicher Leben, 2004, S. 31). Die Anzahl der tödlichen Unfälle bei Kindern und Jugendlichen ist sehr klein, so dass keine statistisch aussagekräftige Interpretation möglich ist. Bei den 15–59jährigen gibt es klare Unterschiede zwischen den Geschlechtern. So waren 83% der tödlich Verunfallten in dieser Altersgruppe Männer (siehe Tab. 6.1.1). Davon starben 61% bei Kraftfahrzeugunfällen, 17% bei sonstigen und rund 15% bei Stürzen. Bei den Frauen betrug der Anteil der aufgrund von KFZ-Unfällen getöteten Personen 77%.

In der älteren Generation ist die gefährlichste Unfallursache der Sturz, woran rund 50% der über 60jährigen Unfallopfer verstarben (siehe Tab. 6.1.1.). Frauen sind, vor allem aufgrund der höheren Lebenserwartung, aber auch aufgrund des häufigeren Alleinlebens, davon besonders betroffen. So verstarben 68% der weiblichen Unfallopfer aufgrund eines Sturzes. Bei den Männern betrug der Anteil immerhin noch 42%. Für Unfälle mit tödlichem Ausgang sind bei Männern über 60 Jahren nach wie vor zu einem Drittel KFZ-Unfälle ver-

antwortlich. Österreichweit sind die Unfälle zwischen 1980 und 2003 von 63 auf 32 pro 100.000 Personen, also um 46% zurückgegangen (Institut Sicher Leben, 2004, S. 12 und S. 18). Auch in Gesamtösterreich ist der Großteil der Unfalltoten bei den Männern auf KFZ-Unfälle und bei den Frauen auf Stürze zurückzuführen. Erfreulich ist jedoch, dass vor allem bei Kindern und SeniorInnen eine deutliche Reduktion der Unfalltoten festgestellt werden kann: Bei den Kindern ging der Anteil um die Hälfte, bei den SeniorInnen um ein Fünftel zurück (Institut Sicher Leben, 2004, s. 18). Auch die Anzahl der tödlichen Arbeits- und Verkehrsunfälle wurden in diesem Zeitraum halbiert, während Freizeit- und Sportunfälle um nur 37% zurückgingen. Somit ist, gesamt gesehen, die Bedeutung der Freizeit- und Sportunfälle gestiegen (Institut Sicher Leben, 2004, S. 12).

Die Reduktion der tödlichen Unfälle wird jedoch weniger auf die Fortschritte in der Unfallverhütung als auf die Fortschritte in der Medizin zurückgeführt (Institut Sicher Leben, 2004, S. 12). Dies spiegelt sich auch in der Anzahl der stationär behandelten Unfällen wider, die im selben Zeitraum um 26% gestiegen sind, wobei die Heim-, Freizeit- und Sportunfälle sogar um 71% zugenommen haben (Institut Sicher Leben, 2004, S. 14). So stiegen die Unfälle mit Invaliditätsfolgen aufgrund von Heim- und Freizeitunfällen innerhalb von 5 Jahren mit einem Anstieg von 50% am stärksten, gefolgt von den Sportunfällen (Institut Sicher Leben, 2004, S. 27).

2002 passierten in der Steiermark 68% aller kategorisierbaren Unfälle im Lebensbereich Heim und Freizeit, gefolgt von 14% im Verkehr und 11% beim Sport (siehe Tab. 6.1.2). Bei den Kindern und Jugendlichen rangieren Heim- und Freizeitunfälle mit 73% klar an der Spitze, wobei es hier keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern gibt. Bei den 15–

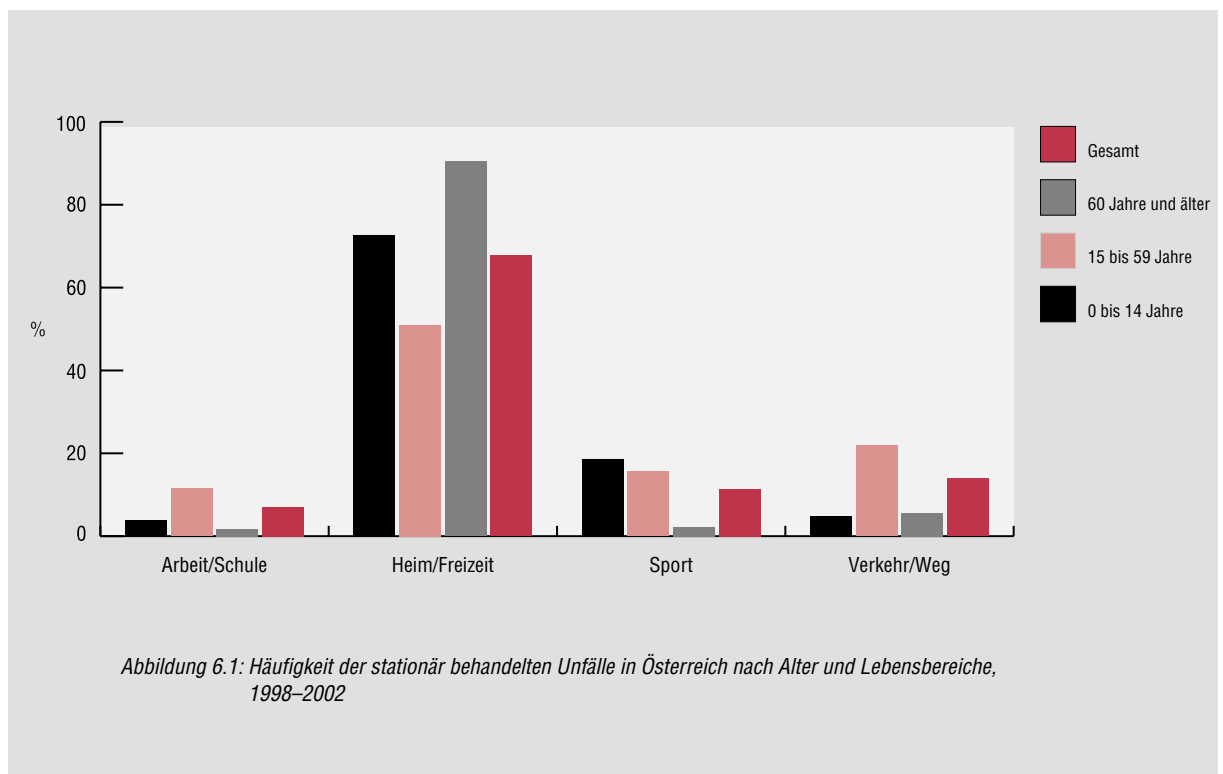


Abbildung 6.1: Häufigkeit der stationär behandelten Unfälle in Österreich nach Alter und Lebensbereiche, 1998–2002

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche Chancenungleichheit

Gesunde und sichere natürliche Umwelt

Settings zur Förderung der Gesundheit

Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit

Integrierter Gesundheitssektor

Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuteilung

Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange

Anhang

59jährigen nehmen die Heim- und Freizeitunfälle noch immer die Hälfte des Unfallgeschehens ein, doch sind hier auch die Bereiche Verkehr (22%) und Sport (16%) von relativ großer Bedeutung. Bei den über 60jährigen wiederum passieren 91% (!) der kategorisierten Unfälle im Lebensbereich Heim und Freizeit, worin sich der hohe Anteil an Stürzen (siehe oben) widerspiegeln dürfte. Wie bereits erwähnt, sind Frauen davon stärker betroffen als Männer. 94% ihrer Unfälle passieren in Heim und Freizeit. Bei den Männern ist der Anteil mit 85% etwas niedriger (siehe Tab. 6.1.2). Auch europaweit ist der größte Teil der Haus- und Freizeitunfälle bei Frauen auf Stürze zurückzuführen (Europäische Kommission, 2003, S. 134). Der größte Teil der stationären Behandlungen entfiel bei den Männern auf Verletzungen des Schädels (12%), wogegen bei Frauen der Oberschenkelbruch die meist gestellte Diagnose war (Institut Sicher Leben, 2004, S. 25). Bei Sportunfällen spielen vor allem Verrenkungen und Verstauchungen des Kniegelenks und Zerrungen der Bänder des Kniegelenks mit 21% aller Diagnosen eine wichtige Rolle (Institut Sicher Leben, 2004, S. 25.)

Die meisten Heim- und Freizeitunfälle passieren den unter 14jährigen beim Spielen in der Freizeit, den 15–59jährigen beim Heimwerken sowie bei der Haus- und Gartenarbeit und den über 60jährigen bei der Gartenarbeit, der Erfüllung von Grundbedürfnissen sowie beim Gehen und Laufen (Institut Sicher Leben, 2004, S. 39). Männer verletzen sich hierbei vor allem beim Heimwerken, bei der Gartenarbeit und bei Spiel- und Freizeit, während Frauen vor allem bei der Hausarbeit, beim Gehen und Laufen sowie beim Erfüllen ihrer Grundbedürfnisse Unfälle erleiden (Institut Sicher Leben, 2004, S. 39). Die meisten dieser Unfälle passieren in der Wohnung und in deren näherer Umgebung (Institut Sicher Leben, 2004, S. 46).

Unfälle im Wohnbereich sind ein zunehmend größer werdendes Public-Health Problem. Zum einen werden diese Unfälle durch das Verhalten der BewohnerInnen, zum anderen durch die Gestaltung der Umwelt verursacht. Daher scheinen Kampagnen zur Bewusstseinsbildung über Gefahrenstellen im häuslichen Umfeld sowie Interventionen zur Reduzierung derselben sinnvoll (WHO, 2004, S. 7). Darüber hinaus bedarf es Maßnahmen zur Reduzierung der Stürze älterer Menschen. Unter Berücksichtigung von Ergebnissen aus deutschen Untersuchungen stürzen ein Drittel der 65jährigen sowie die Hälfte der 80jährigen jährlich mindestens einmal (Robert Koch-Institut, 2002, S. 15). Mit der demographischen Alterung und dem starken Anstieg des Anteils der über 80jährigen entwickeln Stürze sich zu einem zunehmenden Gesundheits-Problem. 10–20% der Stürze führen zu Verletzungen, 5% zu Frakturen und 1–2% zu hüftnahen Oberschenkelhalsfrakturen. Darüber hinaus gilt es zu bedenken, dass 50% der aufgrund eines Sturzes stationär behandelten PatientInnen und 14–34% der PatientInnen mit einem hüftnahen Oberschenkelhalsbruch innerhalb eines Jahres versterben (Robert Koch-Institut, 2002, S. 15). Aber auch Kompetenzeinbußen in der Bewältigung des täglichen Lebens sind bei älteren Menschen nach Stürzen zu verzeichnen, womit das

unabhängige Leben eingeschränkt und Gesundheits- und Pflegekosten gesteigert werden. Ursachen für Stürze sind multifaktoriell und hängen mit Erkrankungen, Beeinträchtigungen (Seh- und Höreinbußen), Medikamenteneinnahme wie auch mit der Gestaltung der räumlichen Umwelt (Fußböden, Stufen, etc.) zusammen (Robert Koch-Institut, 2002, S. 15). Verschiedene Initiativen zur SeniorenInnensicherheit und Sturzprävention wurden vom Institut Sicher Leben gestartet. Internationale Beispiele zeigen, dass durch ein professionell geplantes und implementiertes Programm, das auf mehreren Ebenen (wie Verhaltensänderung, Bewusstseinsbildung, Gestaltung der Umwelt, etc.) ansetzt, die Zahl der Stürze verringert werden kann (Kempton et al, 2000; Barnett et al, 2004).

Wohnen

Andere Indikatoren, die das Setting Heim und Freizeit beschreiben, beziehen sich auf die Wohnqualität, also Ausstattungskategorie und Wohnungsgröße. So zeigt sich, dass zwischen 1991 und 2001 in der Steiermark sowohl die Nutzfläche pro BewohnerIn wie auch die durchschnittliche Wohnraumanzahl pro BewohnerIn gestiegen ist (siehe Tab. 6.1.3). Jedem/r SteirerIn standen im Jahr 1991 noch durchschnittlich 31 m² Wohnraum und 1,2 Wohnräume zur Verfügung, während dies 2001 bereits 38 m² und 1,4 Räume waren (siehe Tab. 6.1.3). Regional fällt auf, dass 2001 die BewohnerInnen der Oststeiermark (also Feldbach, Hartberg, Weiz, Radkersburg – ausgenommen Fürstenfeld) im Durchschnitt weniger Wohnraum in m² zur Verfügung hatten als die EinwohnerInnen des Grazer Raums. Dieselben oststeirischen Bezirke weisen auch eine geringere Wohnraumanzahl auf (siehe Tab. 6.1.3). Dieses Muster hat sich seit 1991 nicht entscheidend verändert.

Die Verbesserung der Wohnsituation bestätigt sich auch in Hinblick auf die Verteilung der Wohnungskategorien. 1991 hatten lediglich 68% der Hauptwohnsitzwohnungen Zentralheizung, Bad, Dusche und WC, während dies 2001 bereits 89% waren (siehe Tab. 6.1.4). Erfreulicherweise ist ein starker Rückgang in der schlechtesten Wohnungskategorie zu beobachten. 1991 hatten 11% der Wohnungen kein Wasser oder WC in der Wohnung. Dieser Anteil sank auf 2,6% (siehe Tab. 6.1.4). Einigermassen unverändert blieb die regionale Verteilung. 1991 zeigten Graz, Bruck und Leoben den geringsten Anteil an best ausgestatteten Wohnungen, während Weiz, Knittelfeld und Graz-Umgebung den höchsten Anteil verzeichnete. 2001 ist die Situation ganz ähnlich, nur dass Leoben nun einen besseren Rang einnimmt und nun gemeinsam mit Graz, Bruck und Deutschlandsberg den geringsten Anteil an best ausgestatteten Wohnungen aufweist. Der Unterschied zwischen den Regionen ist auch beträchtlich: Während Bruck an der Mur lediglich 82% an best ausgestatteten Wohnungen vorzuweisen hat, beträgt dieser Anteil in Weiz und Voitsberg 93% (siehe Tab. 6.1.4). Im Gegenzug dazu hat Leoben auch 2001 noch immer einen vergleichsweise hohen Anteil an Wohnungen der schlechteren Kategorien (siehe Tab. 6.1.4).

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Diese Darstellung kann nur einen groben Einblick in die Qualität der Wohnungen der SteirerInnen geben. Es ist hinlänglich bekannt, dass die physische wie auch soziale Qualität des Wohnens eine wichtige Determinante von Gesundheit ist. Beispielsweise zeigten britische Studien, dass das Alter des Gebäudes sowie fehlende bzw. unzureichende Heizungssysteme und damit die kalte Innenraumtemperatur, mit erhöhten Mortalitätsraten in Zusammenhang stehen (Wilkinson et al, 2001). Weiters können Wohnungen gravierende Mängel wie z.B. Kälte, Feuchtigkeit und Schimmel, aber auch lärmbedingten Stress, Passivrauch, Giftstoffe, Blei, Asbest, Kohlenmonoxid, etc. aufweisen. Solche schlechten Wohnbedingungen erhöhen die Erkrankungsraten aufgrund von Asthma, Allergien der Atemwege und der Haut sowie von Lungenerkrankungen (WHO, 2004, S. 5–6). So zeigen Kinder, die in einer feuchten Wohnung leben, höhere Erkrankungsraten von Atemwegsorganen sowie aufgrund von Infektionen und Stress (Naidoo & Wills, 2000, S. 34). Einige dieser belastenden Faktoren können durch das Verhalten der BewohnerInnen beeinflusst werden, wie etwa durch das Öffnen von Türen und Fenstern oder durch Koch- und Badegewohnheiten, die Einfluss auf die Innenraumluft und auf die Feuchtigkeits- und Schimmelanfälligkeit haben (WHO, 2004, S. 5–6).

Auch die Wohnumgebung und Nachbarschaft spielt eine Rolle. Aufgrund mangelhafter Stadtplanung kann das Fehlen von Parks und Flächen für das Spazierengehen zu mangelhafter körperlicher Aktivität, Übergewicht und abnehmender Sozialisationsfähigkeit führen (WHO, 2004, S. 8–9). Die Wohnung wirkt sich auch als Zufluchtsstätte sowie als identitätsbildender und sozialisierender Faktor auf die seelische und soziale Gesundheit aus (WHO, 2004, S. 3–5).

Ein Ansatz im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik wäre also, Maßnahmen und Interventionen zur Verbesserung von Wohnverhältnissen zu setzen. Die Effektivität solcher Interventionen konnte auch bereits in Ansätzen bewiesen werden. So zeigte eine systematische Literaturstudie, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen Verbesserung der Wohnverhältnisse und mentaler Gesundheit besteht (Thomson et al, 2002). Auch der allgemeine Gesundheitszustand konnte durch die Verbesserung von Wohnverhältnissen gesteigert werden (Thomson et al, 2002). Es sollte allerdings bedacht werden, dass Verbesserungen des Wohnbaus, gesamtheitlich gesehen, auch negative Auswirkungen haben kann. So etwa wurde ein Zusammenhang zwischen gestiegenen Kosten aufgrund verbesserter Wohnbedingungen und erhöhten Mortalitätsraten bei BewohnerInnen festgestellt (Thomson et al, 2002, S. 23). Dieser Zusammenhang wurde damit erklärt, dass die Verdoppelung der Miete die Finanzmittel für gesunde Ernährung stark einschränkte.

Aufgrund all dieser Zusammenhänge zwischen Wohnen und Gesundheit fordert die WHO die koordinierte Zusammenarbeit zwischen Gesundheit und Wohnbau auf politischer Ebene (WHO, 2004, S. 21). So bedarf es gesundheitsförderlicher Wohn- und Bauvorschriften sowie der Einbettung des Wohn-

baus in die Stadt- und Raumplanung, um die bedarfsgerechte Versorgung mit Diensten, Verkehrsmitteln, aber auch mit Erholungs- und Einkaufsmöglichkeiten sicherzustellen. Außerdem sollte der Wohnbau gemeinsam mit der Raumplanung Lösungen zur Stärkung sozialer Netzwerke, sozialen Kapitals und sozialen Zusammenhalts entwickeln (WHO, 1999, S. 122).

6.2. Arbeitsplatz

Unfälle und Berufskrankheiten

In der Steiermark wurden bei der Allgemeinen Unfallversicherung 2004 insgesamt 569 Schadensfälle pro 10.000 Versicherte gemeldet (siehe Tab. 6.2.1). Damit hat die Steiermark deutlich mehr Schadensfälle als Österreich mit 457 pro 10.000 Versicherten. Der größte Teil – nämlich 89% – der Schadensfälle entfällt in der Steiermark wie auch in Österreich auf Arbeitsunfälle (exkl. Wegunfälle). Die Wegunfälle und die Berufskrankheiten verursachen somit nur einen kleinen Anteil der Schadensfälle, obwohl hiervon 58 pro 10.000 bzw. 4 pro 10.000 Versicherten betroffen sind. Durchwegs gehen drei Viertel der Schadensfälle auf das Konto der Männer, die deutlich häufiger von den als anerkannt definierten Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten betroffen sind (siehe Tab. 6.2.1).

Nach Alter betrachtet sind die Altersgruppen der 20–24jährigen und der 35–45jährigen sowohl in Österreich als auch in der Steiermark etwas stärker von Unfällen und Berufskrankheiten betroffen als die anderen Gruppen (siehe Tab. 6.2.2). Bei den über 45jährigen ist der Anteil bereits ein geringerer, und bei den über 60jährigen sinkt er aufgrund der Pensionierung auf eine vernachlässigbare Größe (siehe Tab. 6.2.2). Betrachtet man allerdings die Häufigkeit innerhalb einer Altersgruppe (bezogen auf die Anzahl der Versicherten) stellt man fest, dass die Inzidenz bei den 15–19jährigen mit 1.023 Schadensfällen pro 10.000 Versicherten relativ hoch ist und dann mit steigendem Alter sinkt, um bei den 45–49jährigen einen Tiefpunkt mit einer nur halb so hohen Inzidenz von 426 pro 10.000 Versicherten zu erreichen. Danach steigt die Inzidenz wieder gering an, bis sie bei den über 65jährigen einen sprunghaften Anstieg mit einer Verdreifachung der Rate auf 1.583 Schadensfälle auf 10.000 Versicherte erreicht (siehe Tab. 6.2.2). Aufgrund der geringen Fallzahlen bei den über 65jährigen liefert die Inzidenz jedoch keinen validen Maßstab. Dennoch kann aufgrund der Daten geschlossen werden, dass das Risiko eines Arbeitsunfalls bzw. einer Berufskrankheit bei den unter 19jährigen und den über 50jährigen ArbeitnehmerInnen höher ist. Aufgrund der demographischen Alterung wird die steirische Wirtschaft zunehmend auch mit einer alternden ArbeitnehmerInnenschaft konfrontiert sein, weshalb betrieblicher Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung mit einem Lebenszeitanatz für diese Gruppe ein zentrales Interventionsfeld sein sollte.

Etwas mehr als die Hälfte der steirischen Schadensfälle entfällt auf Fachkräfte, ein weiteres Viertel auf die angelernten Hilfskräfte, gefolgt von den Lehrlingen und den ungelernten Hilfskräften mit rund 9–10% (siehe Tab. 6.2.3). Der Anteil der Schadensfälle bei den angelernten Hilfskräften ist in der Steiermark deutlich höher als in Österreich, wo er nur ein Fünftel der Fälle ausmacht, hingegen ist der Anteil der Schadensfälle bei den ungelerten Hilfskräften in der Steiermark deutlich niedriger als in Österreich (13%) (siehe Tab. 6.2.3).

Am häufigsten mit rund zwei Drittel der Fälle treten Schadensfälle in Produktionsberufen des Bergbaus, der Industrie und des Gewerbes auf, gefolgt von den Handels- und Verkehrsberufen sowie den Dienstleistungsberufen mit 9–11% (siehe Tab. 6.2.4). Auf die Gesundheits-, Lehr- und Kulturbereufe entfallen auch noch 8% der Fälle. Alle anderen Berufsgruppen tragen nur einen geringen Teil zu den gesamten Schadensfällen bei. Damit zeigt die Steiermark einen etwas höheren Anteil an Schadensfällen bei den Produktionsberufen als Österreich (Stmk.: 61%, Ö: 58%) und eine etwas geringere Häufigkeit bei den Handels- und Verkehrsberufen sowie bei den Dienstleistungsberufen (siehe Tab. 6.2.4).

Betrachtet man die steirischen Schadensfälle differenzierter, zeigt sich eine etwas andere Verteilung. So entfällt zwar der weitaus größte Teil der Arbeitsunfälle (exkl. Wegunfälle) (64%) und der Berufskrankheiten (76%) auf die Produktionsberufe, bei den Wegunfällen hingegen sind es vergleichsweise nur 40% der Fälle, die auf diese Berufsgruppe entfallen (siehe Tab. 6.2.4). Hingegen ist bei den Wegunfällen ein ähnlich hoher Anteil von rund 13–14% bei den Dienstleistungs-, Gesundheits-, Lehr- und Kultur- sowie bei den Rechts-, Verwaltungs-, Büroberufen und Mandataren zu finden. Ähnlich ist die Verteilung in Österreich.

Nach Wirtschaftsklassen entfallen zwei Drittel aller Schadensfälle auf die Sachgütererzeugung (34%), das Bauwesen (17%) und auf den Handel (12%), wobei in diesen Branchen auch zwei Drittel der Arbeitsunfälle passieren (siehe Tab. 6.2.5). Etwas mehr als ein Viertel der Wegunfälle passieren in der Sachgütererzeugung, gefolgt von Handel (16%) und Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen (13%), womit in diesen Wirtschaftsklassen beinahe zwei Drittel aller Wegunfälle verursacht werden. In der steirischen Sachgütererzeugung passieren somit mehr Wegunfälle als in Österreich (Stmk.: 27%, Ö: 22%). Diese Branche ist in der Steiermark auch stärker durch Berufskrankheiten belastet als in Gesamtösterreich (Stmk.: 54%, Ö: 44%) (siehe Tab. 6.2.5).

Auch die Anzahl der Schadensfälle bezogen auf die Anzahl der Versicherten zeigt im Vergleich, dass die Rate in der Steiermark mit 538 Schadensfällen pro 10.000 Versicherten deutlich höher ist als in Österreich mit 457 Schadensfällen (siehe Tab. 6.2.5). Dieser Unterschied entfällt vor allem auf den Bereich der Arbeitsunfälle, wo die Steiermark 480 Unfälle pro 10.000 aufweist, während es in Österreich 407 Unfälle sind. Bei den Wegunfällen ist der Unterschied weniger ausgeprägt, aber dennoch vorhanden. Nach Branchen geordnet ist die

Rate der Schadensfälle am höchsten im Bauwesen mit 1.098 Fällen pro 10.000 Versicherte, womit die Steiermark auch über der Häufigkeit in Österreich liegt (siehe Tab. 6.2.5). Die zweithöchste Rate aller Schadensfälle hat die Land- und Forstwirtschaft mit 811 pro 10.000, gefolgt vom Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen mit 787 pro 10.000 Versicherte. Vor allem die Arbeitsunfälle spielen sowohl im Bauwesen wie auch in den anderen beiden Sektoren in der Steiermark eine große Rolle. Im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen ist vor allem die Wegunfalls-Rate mit 139 pro 10.000 Versicherte deutlich höher als in anderen Branchen und als in Österreich insgesamt (85 pro 10.000 Versicherte). Hohe Wegunfallsraten spielen in der Steiermark auch im Beherbergungs- und Gaststättenwesen eine bedeutendere Rolle als in Österreich (siehe Tab. 6.2.5). Bei der Betrachtung der Arbeitsunfälle ist auch zu bedenken, dass die österreichische Rate im Europavergleich bereits hoch und über dem Schnitt gelegen ist (WHO, 2004a), während die steirischen noch über den österreichischen liegen. Das ist wiederum ein Indiz, das auf die große Notwendigkeit von Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderungsmaßnahmen für die steirischen ArbeitnehmerInnen hinweist.

Krankenstände

Die wichtigsten Ursachen für Krankenstandsfälle sind Erkrankungen der Luftwege und Atmungsorgane (39%), gefolgt von Krankheiten von Skelett-, Muskel- und Bindegewebs-Erkrankungen und Unfällen mit je 14% sowie von Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitären Erkrankungen mit 10% (siehe Tab. 6.2.6). Dieses Verteilungsmuster trifft sowohl auf Männer und Frauen wie auch auf ArbeiterInnen und Angestellte zu und macht durchwegs zwischen 72–82% aller Krankenstandsfälle aus. Der diesbezügliche Anteil an Unfällen ist allerdings bei Frauen nur halb so hoch wie der Anteil bei den Männern. Weiters ist zu beobachten, dass bei den ArbeiterInnen Unfälle mit 17% aller Krankenstandsfälle häufiger auftreten als bei Angestellten. Im Gegenzug dazu gehen Angestellte häufiger aufgrund von Krankheiten der Luft- und Atemwege in Krankenstand (siehe Tab. 6.2.6).

Betrachtet man die Krankenstandsraten pro 10.000 Versicherter zeigt sich das gleiche Bild mit 3.857 Krankheitsfällen pro 10.000 Versicherten aufgrund von Krankheiten der Luftwege und Atemorgane (siehe Tab. 6.2.7). Weit abgeschlagen folgen danach Skelett-, Muskel- und Bindegewebs-Erkrankungen (1.421 pro 10.000), Unfälle (1.374 pro 10.000) und Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1.019 pro 10.000). Männer gehen insgesamt häufiger in Krankenstand als Frauen und sind besonders von Unfällen und Muskel- und Skeletterkrankungen häufiger betroffen. Frauen hingegen leiden häufiger als Männer unter gutartigen und bösartige Neubildungen und urogenitalen Erkrankungen sowie unter psychischen Krankheiten, Krankheiten des Nervensystems und unter Symptomen.

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancenungleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Die Krankenstandsrate der ArbeiterInnen – wie auch im Folgenden können hier nur rohe Raten angegeben werden – ist ca. 1,5mal so hoch wie jene der Angestellten. Deutliche Unterschiede zeigen sich weiters sowohl bei Skelett-, Muskel- und Bindegewebs-Erkrankungen, wo die Rate der ArbeiterInnen 2,4mal so hoch ist wie jene der Angestellten, als auch bei den Unfällen mit einer dreimal so hohen Rate bei den ArbeiterInnen verglichen mit den Angestellten (siehe Tab. 6.2.7). Ein Teil dieses Unterschieds kann durch den höheren Anteil an Frauen in der Gruppe der Angestellten erklärt werden, allerdings ist davon auszugehen, dass die Krankheitsbelastung der ArbeiterInnen höher ist als die der Angestellten.

Auch bei der prozentuellen Verteilung der Krankenstandstage zeigt sich das gleiche Bild: der höchste Anteil an Tagen entfällt auf Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (24%), Krankheiten von Skelett, Muskeln und Bindegewebe (21%) und auf Unfälle (23%) (siehe Tab. 6.2.8). Der Anteil der Krankenstandstage ist wiederum bei den ArbeiterInnen im Vergleich zu den Angestellten und bei den Männern im Vergleich zu den Frauen höher.

In Hinblick auf die Krankenstandsdauer ziehen durchwegs gutartige und bösartige Neubildungen mit einer durchschnittlichen Dauer von 35 Tagen, gefolgt von den psychischen Erkrankungen mit 28 Tagen die längsten Krankenstände nach sich (siehe Tab. 6.2.8). Weiters verursachen Herz- und Gefäßerkrankungen Krankenstände von einer durchschnittlichen Dauer von 20 Tagen. Frauen weisen durchwegs längere Krankenstände auf als Männer (siehe Tab. 6.2.8). Die durchschnittliche Krankenstandsdauer aufgrund von Neubildungen ist bei ArbeiterInnen (37 Tage) etwas höher als bei Angestellten (33 Tage), während Angestellte länger aufgrund von psychischen Krankheiten (31 Tage) in Krankenstand sind (siehe Tab. 6.2.8).

Nach Sektoren betrachtet zeigt sich, dass sowohl bei den Krankenstandsfällen als auch bei den Krankenstandstagen prozentuell der höchste Anteil auf die Sektoren Sachgütererzeugung, Handel, öffentliche Verwaltung (inkl. Landesverteidigung und Sozialversicherung) und das Bauwesen entfällt (siehe Tab. 6.2.9 und 6.2.10). Diese Sektoren (ausgenommen die öffentliche Verwaltung) zeigten auch die höchsten Arbeitsunfallzahlen (siehe oben). Gesamt entfallen auf diese Branchen 66% der Krankenstandsfälle (Männer: 74%, Frauen: 56%) und 67% der Krankenstandstage (Männer: 81%, Frauen 57%). An vierter Stelle kommt bei den Männern das Realitätenwesen und bei den Frauen das Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen. Darüber hinaus entfallen bei den ArbeiterInnen die höchsten Anteile der Krankenstandsfälle und -tage bei beiden Geschlechtern auf die Branchen Sachgütererzeugung und Handel, bei den Männern zusätzlich noch auf das Bauwesen und bei den Frauen auf den Sektor Beherbergungs- und Gaststättenwesen (siehe Tab. 6.2.9 und 6.2.10). Der größte Teil der Krankenstandsfälle und -tage bei den Angestellten entfällt auf die Branchen Handel und die öffentliche Verwaltung. Allerdings folgt danach die Sachgüte-

rerzeugung und das Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen (siehe Tab. 6.2.9 und 6.2.10). Bei den männlichen Angestellten zeigt die Sachgütererzeugung einen gravierend höheren Anteil an Krankenstandsfällen und -tagen als bei den Frauen. Weiters ist bei den männlichen Angestellten an vierter Stelle das Realitätenwesen, während diesen Rang bei den weiblichen Angestellten die Sachgütererzeugung (nach dem Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen) einnimmt (siehe Tab. 6.2.9 und 6.2.10).

Die durchschnittliche Krankenstandsdauer ist in den verschiedenen Wirtschaftsklassen ähnlich hoch (siehe Tab. 6.2.10). Am längsten durchschnittlich im Krankenstand sind 2004 ArbeitnehmerInnen privater Haushalte, der öffentlichen Verwaltung, des Bergbaus und der Land- und Forstwirtschaft (siehe Tab. 6.2.10). Allgemein sind ArbeiterInnen etwas länger in Krankenstand als Angestellte. Bei den ArbeiterInnen zeigen außer den oben genannten Sektoren auch das Kredit- und Versicherungswesen und die Frauen im Unterrichtswesen mit durchschnittlich 17 Tagen ebenfalls relativ lange Krankenstände.

Allgemein beträgt die durchschnittliche Krankenstandsdauer 2004 12 Tage, womit sie seit 1980 um 5 Tage bzw. 29% zurückgegangen ist (siehe Tab. 6.2.11). Am stärksten rückläufig ist die Dauer des Krankenstands bei den Angestellten mit 32% (ArbeiterInnen 25%) und bei den Frauen mit 30% (Männer 26%).

Zusammenfassend kann also ein Rückgang der Krankenstände verzeichnet werden, allerdings kann dies auch durch den steigenden Wettbewerb und die damit einhergehende Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes bedingt sein. Männer gehen häufiger in Krankenstand und sind häufiger von Unfällen und Berufskrankheiten betroffen als Frauen. Dies dürfte jedoch vor allem mit der Datenerhebung zusammenhängen. Einen Krankenstand können nur erwerbstätige Personen in Anspruch nehmen, wobei Frauen nach wie vor innerhalb der Erwerbstätigen unterrepräsentiert sind. Die Datensammlung beruht weiters auf anerkannten Berufskrankheiten und Unfällen, wobei das System der Anerkennung aus einer Zeit stammt, wo vor allem Männer, und diese vor allem in Produktionsberufen erwerbstätig waren. Die Datenerfassung und Kategorisierung wurde daher den damals männlichen Berufsfeldern entsprechend gestaltet, während weibliche Berufsfelder ausgeblendet blieben. Somit weist die Datenerhebung per se eine Geschlechtsverzerrung auf. ArbeiterInnen sind häufiger und länger in Krankenstand als Angestellte, was einerseits mit tatsächlich höherer Krankheitsbelastung erklärt werden kann und andererseits mit der Natur des Arbeitsbereiches in Zusammenhang steht. Die Wahrscheinlichkeit seiner Arbeit trotz Krankheit nachzugehen, ist bei schwerer körperlicher Arbeit geringer als beispielsweise bei Büroarbeit.

Gesundheitsförderung in steirischen Betrieben

Nach Auskunft der Steirischen Kooperationsplattform für Gesundheitsförderung wird in 26 Betrieben Gesundheitsförderung nach internationalen Qualitätskriterien durchgeführt. D.h. Gesundheitsförderung muss Teil der Unternehmensstrategie, des Personalwesens und der Arbeitsorganisation sein (WHP in Europe, 1999). Weiters bedarf es eines klaren Konzepts, einer genauen Planung, der nachhaltigen und systematischen Umsetzung sowie der permanenten Überprüfung der Zielerreichung. Darüber hinaus ist für den Erfolg der betrieblichen Gesundheitsförderung entscheidend, dass die Organisation soziale Verantwortung übernimmt. Von den 26 angeschriebenen Betrieben antwortete die Hälfte auf die Bitte um die Übermittlung der Gesundheitsberichte.

Die Analyse dieser 13 Berichte zeigt, dass sich die Mehrzahl der betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen die Verbesserung der MitarbeiterInnen-Zufriedenheit bzw. der Motivation zum Ziel gesetzt hat. Ein weiteres häufig genanntes Ziel ist die Reduktion der Krankenstände (vor allem aufgrund von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates) bzw. die Steigerung der Gesundheitsquote. Außerdem häufig als Ziele genannt wurden die Verbesserung der Arbeitsorganisation und die Steigerung der Eigenverantwortung der MitarbeiterInnen. Dieser Aufriss der Zielsetzung zeigt bereits, dass es sich hier um Projekte handelt, die dem ganzheitlichen Konzept und dem systemischen Ansatz von betrieblicher Gesundheitsförderung gerecht werden. Weitere Ziele, die in den Berichten genannt wurden, waren die Verbesserung des Arbeitsschutzes und der Sicherheit, die Steigerung der körperlichen Betätigung, die Verbesserung der Ernährung sowie des Stressabbaus. Auch Verbesserungen des Firmen-Images, Qualitätsmanagement und Nachhaltigkeit wurden angeführt.

Eine große Zahl an Maßnahmen wurde in den Berichten genannt. So umfasste die Palette an Interventionen beispielsweise Richtlinien und Arbeitsanweisungen zum Arbeitsschutz, Belohnungsschemas für MitarbeiterInnen, bedürfnisgerechte Arbeitsplatzgestaltung sowie die Neugestaltung des internen Informationsflusses. Erwartungsgemäß finden auch zahlreiche Veranstaltungen zum Thema Ernährung, körperliche und geistige Fitness (wie Rückenschule und Wirbelsäulengymnastik) und Verbesserung der Ergonomie am Arbeitsplatz statt.

Ergebnisse der Gesundheitsförderungsmaßnahmen wurden in sechs der analysierten Projektberichte beschrieben, wobei drei davon auf eine Reduktion der Krankenstände verwiesen. Weiters wurden Ergebnisse wie die Steigerung der MitarbeiterInnen-Zufriedenheit, die hohe Inanspruchnahme an Veranstaltungen wie auch Verbesserungen im Lebensstil berichtet. Für die Evaluation wurden also vorwiegend Fragebogenauswertungen und Krankenstandsanalysen durchgeführt.

Einige der von der WHO in Gesundheit 21 definierten Prinzipien eines gesunden Unternehmens (WHO, 1999, S. 122) sind somit Ziel und Gegenstand der betrieblichen Gesundheitsförderung in steirischen Betrieben, wie die Schaffung ei-

nes sicheren Arbeitsumfeldes, einer gesunden Arbeitspraxis (gesunde Betriebskantine, Nichtraucher-Politik, etc.), von Gesundheitsförderungsprogrammen in- und außerhalb des Unternehmens sowie die Beseitigung von psychosozialer Belastung sowohl auf systemischer als auch auf individueller Ebene. Andere von der WHO angeführte Prinzipien sind hingegen weder im Diskurs noch in der Praxis verankert, wie die Beurteilung der Gesundheitsverträglichkeit der vom Betrieb produzierten oder vermarkteten Produkte und der aktive Beitrag des Unternehmens zur gesundheitlichen und sozialen Entwicklung in der Gemeinde.

Die große Bedeutung und vor allem auch das große Potential der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden im vorliegenden Bericht nicht nur in diesem Kapitel aufgezeigt und betont (siehe Kap. 4.1.8, 4.5, 7.1.3). Um die Gesundheit der SteirerInnen zu fördern, ist es notwendig die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung möglichst flächendeckend in der Arbeitswelt zu verankern. So könnte beispielsweise die Subventionsvergabe des Landes in verschiedensten Bereichen, aber allen voran in der Wirtschaftsförderung, daran gebunden werden, dass betriebliche Gesundheitsförderung durchgeführt wird. Um die Effektivität solcher Maßnahmen zu erhöhen, bedarf es parallel dazu einer Qualitätsoffensive, die durch die Aus- und Weiterbildung des Projektteams vor Ort, durch die Investition in die Ausbildung von betrieblichen GesundheitsmanagerInnen und durch die Vernetzung der Betriebe mit Forschungseinrichtungen und ExpertInnen die Sicherung der Qualität gewährleisten soll. Die Investition in betriebliche Gesundheitsförderung schafft eine Win-Win-Situation für ArbeitgeberInnen und -nehmerInnen und darüber hinaus für die Volkswirtschaft. Nicht nur wird die Gesundheit von ArbeitnehmerInnen verbessert, sondern betriebliche Gesundheitsförderung hat vor allem auch einen ganz klaren, bereits mehrfach bewiesenen Nutzen für die ArbeitgeberInnen bzw. für die Wirtschaft. So hat eine systematische Literaturstudie gezeigt, dass in quasi-experimentellen Studien eine Reduktion der Krankenstände von 12 bis 36% aufgrund von professionell durchgeführten Gesundheitsförderungsinterventionen, die auf mehreren Ebenen angesiedelt waren und sowohl Organisationsentwicklung als auch Interventionen auf individueller Ebene enthielten, nachgewiesen wurde (Kreis & Bödeker, 2004, S. 29). Nicht nur konnte eine Reduktion der Krankenstandskosten um 34%, sondern sogar eine Kosten-Nutzen-Relation von 1:2,5 bis 1:4,85 erreicht werden (Kreis & Bödeker, 2004, S. 29). Für Österreich wurde errechnet, dass durch betriebliche Gesundheitsförderungsinterventionen auf betriebs- und auf volkswirtschaftlicher Ebene Einsparungen von 3,64 Mrd. Euro erreicht werden können, was 1,7% des Bruttoinlandsprodukts entspricht (Helmenstein et al, 2004). Österreichweit wurden selbst bei einer geringen, 10%igen Beteiligung der ArbeitnehmerInnen ein Einsparungspotenzial für Betriebe von 36,14 Mio. bis 120,46 Mio. Euro errechnet (Helmenstein et al, 2004, S. 42). Bei flächendeckendem Einsatz und Einbindung aller ArbeitnehmerInnen könnten die Betriebe bis zu 1.205 Mio. Euro an Kosten einsparen (Helmenstein et al, 2004, S. 42).

6.3. Kindergärten und Schulen

Unfälle in Schulen

2004 sind in der Steiermark insgesamt 7.239 Schulunfälle passiert (siehe Tab. 6.3.1). Dies entspricht 386 Schulunfällen pro 10.000 Versicherte, während dies in Gesamtösterreich 443 waren. Damit liegt die Steiermark deutlich unter dem Österreichschnitt. Diese geringe Unfallzahl ist vor allem auf die unterschiedlichen Unfallzahlen im Bereich Schulsport zurückzuführen. Hier passierten erfreulicherweise in der Steiermark im Vergleich zu Österreich für beide Geschlechter deutlich weniger Unfälle. So verletzten sich in der Steiermark 197 pro 10.000 versicherter Mädchen und 204 pro 10.000 versicherter Buben beim Schulsport, während diese Raten in Gesamtösterreich 244 bzw. 275 pro 10.000 Versicherte betragen (siehe Tab. 6.3.1). Bei den Unfällen, die am Weg in die Schule und in der Schule (ausgenommen Schulsport) passierten, weist jedoch die Steiermark ähnlich hohe Raten auf wie Österreich, und zwar sowohl für Mädchen als auch für Buben.

Von den Unfällen im Jahr 2004 entfielen ca. 61% auf die 10–14jährigen, 25% auf die 15–19jährigen und 13% auf die 5–9jährigen, wobei sich diese steirischen Häufigkeiten nicht von jenen Österreichs unterscheiden (siehe Tab. 6.3.2). Der häufigste Unfallort bei den 5–9jährigen ist mit 65% die Schule (ausgenommen Schulsport), während sich nur 30% der Kinder beim Schulsport verletzen. Damit liegt die Häufigkeit in diesem Unfallbereich deutlich über dem Österreichschnitt (57%), während die Sportunfälle deutlich darunter liegen (37%). In allen Altersgruppen ist dieses Muster erkennbar mit klar höheren steirischen Unfallraten in der Schule (ausgenommen Schulsport) und geringeren Unfallhäufigkeiten beim Schulsport (siehe Tab. 6.3.2). Die Unfallhäufigkeit nimmt für den Bereich Schule mit dem Alter ab, so dass sich bei den 15–19jährigen nur noch 36% der SchülerInnen verletzen. Allerdings steigt die Häufigkeit bei den Sportunfällen, so dass bei den 10–19jährigen zwischen 55% und 58% aller Unfälle passieren. Diese Tendenzen sind in der Steiermark gleich wie in Gesamtösterreich.

Nach Schultyp betrachtet liegen in der Steiermark (sowie in Österreich) die höchsten Unfall-Raten im Bereich Schulsport in den Hauptschulen mit 394 gefolgt von den AHS mit 380 Fällen pro 10.000 Versicherten vor, wobei die Steiermark wiederum deutlich unter den Raten Österreichs liegt (siehe Tab. 6.3.3). Die höchste Rate an Unfällen, die in der Schule (ausgenommen Schulsport) passieren, trat 2004 in der Sonderschule mit 352 Unfallopfern pro 10.000 Versicherten auf, gefolgt von den polytechnischen Lehrgängen mit 307 und den Hauptschulen mit 300 Jugendlichen pro 10.000 Versicherten (siehe Tab. 6.3.3).

Wegunfälle passieren in allen Schultypen, ausgenommen Volksschulen und sonstige Schulen, ähnlich häufig. Die Schulwegunfallrate für sonstige Schulen liegt in der Steiermark bei 37 pro 100.000, während sie in Österreich mit 69 beinahe doppelt so hoch ist.

Besonders auffällig ist die Unfallrate im Bereich Schulsport in den Sonderschulen, wo die österreichische Rate (242 pro 10.000) mehr als dreimal so hoch ist wie die steirische (73 pro 10.000). Ein deutlicher Unterschied besteht auch bei den Unfällen in der Schule (ausgenommen Schulsport) in den sonstigen Schulen, wobei die österreichische Unfallrate mit 239 Fällen pro 10.000 Versicherte mehr als doppelt so hoch ist wie die steirische (105 pro 10.000). Somit können sich die steirischen Schulen über besonders wenige Unfälle in sonstigen Schulen und Sonderschulen und beim Schulsport generell freuen, jedoch passieren in der Steiermark in diesen Schultypen mehr Unfälle in der Schule (ausgenommen Schulsport) als im übrigen Österreich (siehe Tab. 6.3.3).

Die Unfälle in der Schule (ausgenommen Schulsport) passieren – wenn sie klassifiziert werden können – meist beim Gehen und Laufen (28%) sowie beim Balgen und Raufen (13%), wobei bei 11% Böden und bei 8% Gebäudeteile in irgendeiner Form in den Unfallhergang verwickelt sind (AUVA, 2003, S. 37). Bei den Sportunfällen sind bei 35% der Unfälle Sportgeräte und bei 16% Böden und Wände involviert (AUVA, 2003, S. 37). Der Großteil der Verletzungen kann auf Vorgänge des Stürzens und Umkippens (46%) zurückgeführt werden, gefolgt von Angestoßen (27%) oder von Gegenständen getroffen werden (19%) (AUVA, 2003, S. 37).

Gesundheitsförderung in Kindergärten und Schulen

Sowohl in den gesetzlichen Rahmenbedingungen für Kindergärten wie auch für Schulen ist Gesundheit und Gesundheitsförderung als solches nicht verankert, dennoch sind Grundsätze der Gesundheitsförderung darin zu finden. So ist im Steiermärkischen Kinderbetreuungsgesetz §3, Absatz 3f festgelegt, dass die Betreuung der Kinder die »Sorge um das körperliche Wohlbefinden der Kinder sowie die Erfüllung von Erziehungs- und Bildungsaufgaben und deren Beaufsichtigung« umfasst. Weiters wird als Aufgabe aller Kinderbetreuungseinrichtungen definiert, den Kindern eine positive Gesamtentwicklung zu ermöglichen und mit den Eltern (bzw. Erziehungsberechtigten) und den LehrerInnen eng zusammenzuarbeiten (Steiermärkisches Kinderbetreuungsgesetz §4, Abs. 2–4). Weiters soll die soziale, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung der Kinder unterstützt, sowie die Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit jedes Kindes und seine Fähigkeit zum Leben in der Gemeinschaft gefördert werden (Steiermärkisches Kinderbetreuungsgesetz §5, Abs. 1–2). Es gibt also keine verbindlichen Regelungen, wie Gesundheitsförderung in das pädagogische Programm zu integrieren ist, weshalb es der Initiative einzelner Kindergärten und Schulen überlassen bleibt, das Thema Gesundheit in den Alltag der Kinderbetreuung zu integrieren und die gesundheitsförderliche Entwicklung der jeweiligen Einrichtung in Gang zu setzen bzw. voranzutreiben.

Ein seit 1986 von Styria Vitalis durchgeführtes Programm zur Kariesprophylaxe, das in Zusammenarbeit mit Kindergärten und Volksschulen durchgeführt wird, hat es sich zum Ziel gesetzt, den Zustand der Zähne, die Zahnhigiene sowie die

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancenungleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

zahnrelevante Ernährung der steirischen Kinder zu verbessern. Dieses Programm wird in Partnerschaft mit der steirischen Gebietskrankenkasse, dem Land Steiermark und natürlich den Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen durchgeführt. Die Maßnahmen beinhalten Elternabende und Zahnputzaktionen durch speziell geschultes Personal und relevanter ExpertInnen (ErnährungsberaterInnen, ZahnärztInnen, etc.). Diese Maßnahme wird annähernd flächendeckend in der Steiermark angeboten und hat zur Verbesserung des Zahnstatus bei Kindern beigetragen (Styria Vitalis, 2002). Abgesehen von diesem Programm fehlt ein koordiniertes Vorgehen in der Gesundheitsförderung in Kinderbetreuungseinrichtungen in der Steiermark.

Laut §2, Absatz 1 des Schulorganisationsgesetzes und §17 des Schulunterrichtsgesetzes hat die Schule die SchülerInnen in ihrer Entwicklung und in ihrer gesamten Persönlichkeit zu fördern. Die Gesundheitsförderung als solche ist gesetzlich nicht verankert. 1997 hat das Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten einen Erlass zur Gesundheitsförderung herausgegeben, der Gesundheitsförderung als zentralen Bestandteil des pädagogischen Handelns definiert (Grundsatzterlass Gesundheitserziehung, 1997). Dieser Erlass sieht vor, dass Gesundheitsförderung als Schwerpunkt in die Lehrpläne integriert wird und die Gesundheitsförderung im ganzheitlichen Sinn (Umwelt, Soziales, Mentales, Schulpolitik) in Partnerschaft mit Eltern, LehrerInnen, Familie, ExpertInnen, Gemeinde, SchulärztInnen etc. umgesetzt wird. Allerdings obliegt die tatsächliche Implementierung dieser Grundsätze den Schulen im Rahmen ihrer Schulautonomie (Grundsatzterlass Gesundheitserziehung, 1997). Diese Initiative wurde zwar auch von einigen Schulen aufgegriffen, es existiert jedoch kein steiermarkweites, konzertiertes Vorgehen. Styria Vitalis führt auch im Bereich »Schule« Programme durch, welche sich auf Volksschulen (»gesunde Volksschule«) und Landesberufsschulen beziehen. Styria Vitalis unterstützt und begleitet dabei die Schulen auf dem Weg zur gesundheitsfördernden Institution, mit dem Ziel, Gesundheitsförderung als ein grundlegendes Prinzip in der jeweiligen Organisation zu verankern. Darüber hinaus bietet Styria Vitalis fertige Module (z.B. Bewegung, Kreativität, Soziales Lernen u.v.m) zur Umsetzung in Volksschulen, sowie Workshops und andere Aktionen zur Umsetzung an Landesberufsschulen an (Styria Vitalis, 2005). Im Schuljahr 2003/2004 berichtet Styria Vitalis über 24 Projekt-Volksschulen, die unter ihrer Betreuung die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Volksschule vorantreiben, und über weitere 36 abgeschlossene Projekte (Styria Vitalis, 2003, S. 30). Darüber hinaus arbeitet Styria Vitalis seit 2003 mit Hauptschulen – wenn auch noch in geringem Ausmaß (Styria Vitalis, 2003, S. 31). Die Zufriedenheit der Volksschulen ist laut eigenen Erhebungen von Styria Vitalis hoch (Styria Vitalis, 2003, S. 30); eine externe, wissenschaftlich ausgearbeitete Evaluation liegt aufgrund mangelnder Ressourcen bisher nicht vor.

Gesundheitsförderung in anderen Schulen – abgesehen von Volksschulen – führt nach wie vor ein Schattendasein bzw. wird in keiner koordinierten Form und nicht landesweit durchgeführt. Dies, obwohl die Datenlage darauf hinweist, dass sich das Risikoverhalten wie auch Gesundheitsressourcen mit dem Alter negativ verändern. So sinkt der Anteil der Kinder, die einen ausgezeichneten Gesundheitszustand angeben, mit dem Alter, sowie auch der Anteil jener, die mit ihrem Leben zufrieden sind, wobei vor allem HauptschülerInnen besonders schlecht abschneiden (Dür et al, 2004, S. 5–8). Auch das Risikoverhalten verändert sich mit dem Alter dramatisch. So liegt das Einstiegsalter für Alkohol zwischen 13 und 15 Jahren und 51% der 15jährigen SteirerInnen rauchen zumindest gelegentlich, womit die Steiermark weit über dem österreichischen Schnitt (45%) liegt (Dür et al, 2004, S. 9). Besonders Mädchen und Jugendliche in polytechnischen Schulen, BMS und BHS rauchen und sind auch unwilliger als KollegInnen in anderen Schultypen mit dem Rauchen aufzuhören (Dür et al, 2004, S. 11). Diese Trends finden sich auch im Hinblick auf Ernährung und Bewegung. Steirische HauptschülerInnen sind überproportional übergewichtig und adipös und ernähren sich unregelmäßiger als SchülerInnen anderer Schultypen. Unregelmäßige Ernährung sowie psychische Symptome nehmen mit dem Alter zu und körperliche Betätigung ab (Dür et al, 2004, S. 14–16). Auch die Belastung durch die Schule steigt mit fortschreitendem Alter, wobei sich 95% der 15jährigen durch die Schule sehr oder zumindest etwas belastet fühlen (Dür et al, 2004, S. 19–20). Auch der Anteil der Kinder, die einmal pro Woche oder öfter das Opfer von Bullying – d.h. von Einschüchterung und Schikanie – sind, steigt bei den Burschen (Dür et al, 2004, S. 20). In Österreich kommt es im internationalen Vergleich bei den 13- und 15jährigen besonders häufig zu körperlichen und verbalen Übergriffen (Dür et al, 2004, S. 21). Diese Ergebnisse zeigen klar den Bedarf für Maßnahmen zur Entwicklung von gesundheitsfördernden polytechnischen Lehrgängen, Hauptschulen, BMS, BHS aber auch AHS auf. Vor allem gilt es dem zeitlichen Trend, der für beinahe alle Indikatoren eine Verschlechterung mit sich bringt (Dür et al, 2004), entgegenzuwirken. Die »Globale Schulgesundheitsinitiative« fordert daher, dass in enger Zusammenarbeit zwischen Gesundheit und Bildung Kapazität und Infrastruktur auf- und ausgebaut wird, um Rahmenbedingungen zur Implementierung von wissenschaftlicher Gesundheitsförderung in Schulen zu schaffen (WHO, o.D.).

6.4. Lokale Gemeinden, Gemeinschaften und Städte

Ein erklärtes Handlungsfeld der Gesundheitsförderung, das 1986 in der Ottawa Charta definiert wurde, ist es, Gemeinden und Gemeinschaften zu stärken und gesunde Lebenswelten zu schaffen. Die unmittelbare Lebensumgebung bietet nachhaltige Möglichkeiten Menschen ein gesundheitsförderndes Leben zu ermöglichen. Mit dem Programm »Gesunde Gemeinde« strebt Styria Vitalis in der Steiermark den Aufbau ei-

ner Struktur zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Gesundheitsförderung an (Styria Vitalis, 2005). Die Schaffung spezifischer Rahmenbedingungen durch die Gemeinden selbst (wie Partnerschaften und Finanzierung) soll Gesundheitsförderung in der Gemeinde ermöglichen während die Umsetzung vor Ort in Form von Projektmanagement und gesundheitsfördernden Aktivitäten durch Einbringung von Know How seitens Styria vitalis unterstützt werden (Styria Vitalis, 2005). 2005 befinden sich laut Styria Vitalis 135 steirische Gemeinden im Gesunde-Gemeinde-Netzwerk (Styria Vitalis, 2005). Bezieht man die Anzahl der BewohnerInnen der Gesunden Gemeinden auf die steirische Gesamtbevölkerung, haben 2003 23% der SteirerInnen in Gesunden Gemeinden gelebt (Quelle: Volkszählung 2001, eigene Berechnungen). Die teilnehmenden Gemeinden können über die Homepage von Styria Vitalis in Erfahrung gebracht werden, besucht man allerdings stichprobenartig die Homepages dieser »Gesunden Gemeinden«, findet man kaum Informationen über die Gesundheitsförderung. Laut Styria Vitalis ist es gelungen, in 92% der teilnehmenden Gemeinden ein eigenes Budget für die Gesundheitsförderung zu installieren, welches im Durchschnitt 2.300 Euro pro Jahr beträgt (Styria Vitalis, 2002a, S. 17). In 79% der teilnehmenden Gemeinden gibt es Arbeitskreise, allerdings kann deren Aktivität nicht beurteilt werden (Styria Vitalis, 2002a, S. 17). Die vorliegenden Informationen deuten auf einen sehr unterschiedlichen Grad der Umsetzung des Konzeptes der Gesunden Gemeinde hin. Darüber hinaus können Initiativen, die von einzelnen nicht am Netzwerk teilnehmenden Gemeinden durchgeführt werden, oder all jene Aktivitäten, die nicht klar als Gesundheitsförderung deklariert sind, nicht erfasst werden. Die Arbeit in einzelnen Gesunden Gemeinden wurde begleitend vom Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Graz evaluiert. In Form einer Kohortenstudie wurde bei einer Stichprobe eine Gesundheitsbefragung zu Beginn des Projektes und nach weiteren sechs bzw. sieben Jahren durchgeführt. Die Evaluation umfasste Fragen zum Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten und zur Bekanntheit und Nutzung von Gesundheitsförderungsangeboten. Die Evaluation wird von Styria Vitalis auf Gemeindeebene ausgewertet. Die wissenschaftliche Aufbereitung dieser Daten durch das Institut für Sozialmedizin befindet sich noch in Bearbeitung. Erste Häufigkeitsberechnungen zeigen, dass sich keine nennenswerten Verbesserungen durch das Programm der Gesunden Gemeinde ergeben haben (Styria Vitalis, o.D.b). Allerdings ist zu hinterfragen, ob mit den verwendeten Indikatoren und Fragestellungen eine Veränderung aufgrund des Programms und der Programmziele tatsächlich messbar gemacht werden kann (Mag. Sigrid Schröpfer, Projektleitung Gesunde Gemeinde, Styria Vitalis, 22. April 2005). Dieses Problem ist im Bereich der Gesundheitsförderung weit verbreitet (Naidoo & Wills, 2000, S. 381). Statt eine formale Evaluation durchzuführen, wurde daher dazu übergegangen, in strukturierten Workshops mittels eines »moderierten Diskussionsabends« (Styria Vitalis, 2004a, S. 18) die Themen Aktivitäten, Gemeinschaft, Bewusstseinsänderung, Öffentlichkeitsarbeit und Lebensbedingungen darzustellen (Styria Vitalis, 2004). Eine Evaluation, die das ge-

samte Programm und die Arbeit der Styria Vitalis selbst bewertet, ist bisher noch nicht durchgeführt worden. Eine derartige umfassende Evaluation, die mit den notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen ausgestattet ist, könnte für die Weiterentwicklung des Programms wichtige Informationen liefern.

Zwei weitere Projekte, die sich mit der Arbeit in der Gemeinde beschäftigen und als Modellprojekte des Fonds Gesundes Österreich von diesem auch mitfinanziert werden, sollten hier genannt werden:

Das Projekt »Jugendgesundheitsförderung auf dem Lande«, das gemeinsam von Styria Vitalis und der ARGE Jugend gegen Gewalt und Rassismus durchgeführt wird, hat sich zum Ziel gesetzt, die Lebensqualität und das Wohlbefinden von Jugendlichen in den Gemeinden zu erhöhen, sowie die positive Identifikation mit der Gemeinde durch Befähigung zu aktiver Mitgestaltung zu steigern (Styria vitalis, o.D.). Zielgruppe sind 11- bis 18jährige Jugendliche, Eltern, MultiplikatorInnen, BürgerInnen sowie Jugend- und GesundheitsexpertInnen. Im Rahmen der Bedarfserhebung gaben nur 37% der Befragten an, dass Jugendliche bei der Festlegung von Regeln in der Gemeinde beteiligt werden (Styria Vitalis, o.D.a, S. 2). Außerdem zeigt sich, dass Jugendliche den größten Teil ihrer Freizeit zu Hause verbringen und 82% Fernsehen/Videos/DVDs als ihre Hauptbeschäftigung bezeichnen, gefolgt von Musik hören bzw. Musik machen (78%) und Freunde treffen (72%), während nur 40% in Vereinen aktiv sind (Styria Vitalis, o.D.a, S. 3). Weiters wurde festgestellt, dass Selbstwert, Alkoholkonsum und Gesundheitszustand mit der individuellen Lebenszufriedenheit signifikant in Zusammenhang stehen (Styria Vitalis, o.D.a, S. 6–7). Aufgrund dieser Ergebnisse werden Maßnahmen entwickelt und umgesetzt, die Jugendliche befähigen, Ressourcen und Potentiale durch die aktive Mitwirkung in der Gemeinde zu entwickeln und zu erweitern und ihnen somit Fähigkeiten zur Lebensbewältigung mitzugeben, die lebenslang zur Lebenszufriedenheit beitragen sollen (Styria Vitalis, o.D.a, S. 8).

Das Modellprojekt »Lebenswerte Lebenswelten im Alter« wird vom Institut für Sozialmedizin in Graz durchgeführt und verfolgt das Ziel der Gemeinschafts- und Gemeindeentwicklung sowie der nachhaltigen Schaffung von Strukturen (z. B. das »Seniorennetz« und die »Senioreninitiative«) (Reis-Klingspiegl, 2003). Maßnahmen für ersteres beinhalten gesundheitsbildende Angebote, einen regionalen Projektfonds zur Förderung von regionalen Projekten und Maßnahmen zur Qualifikationssteigerung für Projektdurchführende aus der Zielgruppe. Zur Schaffung von Strukturen werden ein »Seniorennetzwerk« aus Organisationen, die mit älteren Menschen arbeiten, und eine »Senioreninitiative«, die eine Übernahme der Projekte durch ältere Personen vor Ort gewährleisten soll, gegründet (Reis-Klingspiegl, 2003). Das dreijährige Projekt wird in Graz-Umgebung sowie in Voitsberg durchgeführt und basiert auf einer fundierten Bedarfserhebung. Die Befragung von insgesamt 1400 60–70jährigen Personen hat gezeigt, dass besonders ältere Frauen einen Bedarf für

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Gesundheitsförderungsmaßnahmen haben. Sie leben häufiger als Männer allein, sind verwitwet und erleben sich in ihrer sozialen Lage benachteiligt. Weiters sind sie stärker belastet, häufiger überfordert, verfügen über kleinere und weniger differenzierte unterstützende soziale Netzwerke und beteiligen sich seltener aktiv und passiv an Gesundheitsangeboten (Lebenswerte Lebenswelten, 2003). Darüber hinaus verfügen sie über geringere Gesundheitspotentiale wie geringere interne Kontrollüberzeugungen (d.h. die Überzeugung den eigenen Gesundheitszustand selbst bestimmen zu können), geringe Lebenszufriedenheit und Selbstwert (Lebenswerte Lebenswelten, 2003). Die Bedarfserhebung kommt weiters zum Schluss, dass es gezielter Strategien zur Reduktion von Armut und finanzieller Unsicherheit betroffener Personen bedarf (Lebenswerte Lebenswelten, 2003).

Ein weiteres Netzwerk zur Stärkung von Gemeinschaften und zur Schaffung gesunder Lebenswelten ist jenes der Gesunden Städte. Das »Österreichische Gesunde Städte Netzwerk« wurde 1992 vom Österreichischen Städtebund gegründet und orientiert sich an der WHO-Strategie »Gesundheit 21« (Stadt Wien, 2005). Konkrete gemeinsame Zielsetzungen, die im Netzwerk verfolgt werden, sind nicht angegeben. Voraussetzungen, um in das Netzwerk aufgenommen zu werden, sind ein Gemeinderatsbeschluss, eine ressortübergreifende, gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, breite Partizipationsmöglichkeiten für BürgerInnen und Organisationen, aktive Informationspolitik und Mitarbeit im Netzwerk (Stadt Wien, 2005). Fünf steirische Städte sind Mitglieder in diesem Netzwerk: Graz, Leoben, Kapfenberg, Bruck an der Mur und Voitsberg (Stadt Wien, 2005). Somit leben 25% der steirischen Bevölkerung in einer »Gesunden Stadt« (Quelle: Volkszählung 2001, eigene Berechnungen).

Die teilnehmenden Städte arbeiten mit unterschiedlicher Intensität an der Implementierung des Konzepts der »Gesunden Stadt«. Graz hat beispielsweise eine Reihe von grundsätzlichen Zielen festgelegt, die unter anderem gute Lebensbedingungen (Wohnen, Öko-System, Versorgung, Struktur, Verwaltung) wie auch Partizipation und Stärkung von sozialem Kapital beinhalten (Stadt Graz, o.D.). Aufgrund der Mitgliedschaft im Gesunde Städte Netzwerk wurde 1996 das Grazer Gesundheitsforum eingerichtet, das laut Gesundheitsamt ca. 50 verschiedene Institutionen umfasst und vorrangig Einrichtungen aus dem Gesundheitsbereich, aber auch aus anderen Sektoren beinhaltet, wie z.B. Ärzte-, Apothekerkammer, Krankenkasse, Universität Graz und verschiedene Ämter der Stadt Graz (Stadt Graz, o. D.). Dieses Forum konzentriert sich auf Basis der allgemeinen Ziele auf die Verbesserung der Umwelt- und Lebensqualität, Bildung von Gesundheitsbewusstsein, Stärkung des Selbsthilfepotentials, Informationstätigkeit und Arbeiten in Partnerschaften (Stadt Graz, o. D.). Zur Umsetzung dieser Ziele wurden in den letzten Jahren Arbeitskreise eingerichtet, die sich mit der Bekämpfung von Lärm, Feinstaub, Verkehr und Rauchen sowie mit pränataler Diagnostik auseinandersetzen (Stadt Graz, o.D.). Die Arbeitskreise sehen ihre Funktion in erster Linie in der Erarbei-

tung von Vorschlägen für die Politik. Die Umsetzung der Maßnahmen hängt einerseits von den politischen Interessen sowie von den personellen Ressourcen der ArbeitskreissprecherInnen ab. Das Gesundheitsforum selbst hat keine eigenen personellen Ressourcen, allerdings wurde ein eigenes – wenn auch kleines – Budget für die Umsetzung der »Gesunden Stadt« von der Stadt Graz eingerichtet. Die Arbeit im Gesundheitsforum ist daher stark vom Engagement und von der Ehrenamtlichkeit der Beteiligten abhängig (Dr. Josef Künstler, Abteilungsleiter des Gesundheitsamts des Magistrat Graz, 5. April 2005). In Orientierung an der Zielsetzung von Gesundheit 21 wird dabei auf partizipative und partnerschaftliche Arbeit großer Wert gelegt (Stadt Graz, o.D.; Dr. Josef Künstler). Die Initiativen der Stadt Graz sind durchaus positiv zu bewerten, dennoch wäre es der Entwicklung und Umsetzung des Konzepts der »Gesunden Stadt« dienlich, wenn weitere Schritte zur strukturellen Verankerung und Professionalisierung dieser Arbeit gesetzt würden. Namentlich die Schaffung einer personellen, organisatorischen und finanziellen Struktur und die Entwicklung eines Konzepts, das von der Bedarfserhebung und konkreten Zieldefinition über die Entwicklung und Implementierung von Maßnahmen bis hin zur Evaluation professionell durchgeführt wird, könnte zu einer Effektivitätssteigerung der Arbeit im Gesundheitsforum führen.

Eine Maßnahme der »Gesunden Stadt Voitsberg« ist die Organisation einer dreitägigen Gesundheitsmesse (Stadt Voitsberg, o.D.). Die Gesunde Stadt Kapfenberg engagiert sich vor allem in der Entwicklung einer gesundheitsfördernden, städtischen Umwelt, wobei vor allem auf Informationstätigkeit und Gesundheitsbildung (Vorträge, Gesundheitsmesse) gesetzt wird (Stadt Kapfenberg, o.D.). Leoben und Bruck an der Mur machen auf ihren Websites keine Angaben zu Zielen und Arbeitsbereichen (Stadt Leoben, o.D.; Stadt Bruck an der Mur, o.D.). Die Recherche der Websites jener steirischen Bezirkshauptstädte, die nicht am Gesunde Städte Netzwerk teilnehmen, ergab, dass Einzelmaßnahmen wie Gesundheitsmessen, Angebote und Aktivitäten zum Thema Bewegung und Ernährung in den Städten Leibnitz, Liezen und Knittelfeld angeboten werden. Die Websites der anderen Städte lieferten keine Informationen zum Thema Gesundheitsförderung.

Allgemein wird nur ein kleiner Anteil der Informationen über Websites transportiert. Diese Recherche kann daher nur ein Indikator für die Entwicklung der Gesunden Städte in der Steiermark sein und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Allerdings zeigt sie, dass die Zielrichtung und die Erklärung zur Gesunden Stadt eher als politisches Programm und weniger als konkrete Handlungsanleitung verstanden wird. Schlussfolgernd fehlen auch spezifische und messbare Ziele sowie die Umsetzung in Form von konkreten, dokumentierten und evaluierten Maßnahmen. Eine Professionalisierung der Implementierung des Konzepts der Gesunden Städte wäre daher nicht nur wünschenswert, sondern würde die Effektivität und Sinnhaftigkeit der Arbeit der Gesunden Städte um ein Vielfaches verbessern.

6.5. Arbeit in Settings für Menschen mit Behinderungen

Die WHO fordert im Strategiepapier Gesundheit 21 (WHO, 1999, S. 121) gleiche Möglichkeiten für Menschen mit Behinderung, sowie die Ermöglichung der vollständigen sozialen und ökonomischen Integration in die Gesellschaft. Dieser Forderung wurde auf gesetzlicher Ebene durch das im Februar 2004 beschlossene steirische Behindertengesetz Folge geleistet. Ziel des Gesetzes ist es, Menschen mit besonderen Bedürfnissen ein selbst bestimmtes Leben zu ermöglichen und ihnen Zugang zu allen Lebensbereichen wie Arbeit, Familie, Gesundheitsversorgung, Freizeit und Kultur sicherzustellen (Steiermärkisches Behindertengesetz, §1). Die Steiermark zeichnet sich weiters mit der Verabschiedung eines eigenen Pflegeheimgesetzes als eines und erstes von fünf Bundesländern aus, das den rechtlichen Schutz von HeimbewohnerInnen gewährleistet (Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, 2003, S. 171).

Die Datenlage zur Situation behinderter oder beeinträchtigter Personen in Österreich ist mangelhaft (Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, 2003, S. 10). Die letzte Mikrozensus-Befragung zur körperlichen Beeinträchtigung wurde 1995 durchgeführt. Für den EU-Raum wird geschätzt, dass 10% der Bevölkerung Menschen mit Behinderungen sind. Der Mikrozensus 1995 ergab, dass 30% der österreichischen Bevölkerung mindestens einer körperliche Beeinträchtigung leben (Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, 2003, S. 11). In der Steiermark bezogen 2002 ca. 0,7% der EinwohnerInnen Landespflegegeld und 4% Bundespflegegeld (Land Steiermark, 2002, S. 249–250; Eigene Berechnung). Hieraus lässt sich allerdings keine Aussage über die Verbreitung von Behinderungen ableiten, da nicht alle Menschen mit Beeinträchtigungen in diesen BezieherInnenkreis fallen. Am häufigsten werden Behinderungen aufgrund von Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates, von Schwerhörigkeit und von Sehproblemen genannt (Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, 2003, S. 10). Der Anteil der psychisch und geistig behinderten Menschen wird auf 0,6 bis 1% geschätzt (Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, 2003, S. 11). Diese spärlichen Daten sagen allerdings noch nichts über den Gesundheitsförderungsbedarf behinderter Menschen aus. Die Unterstützung von Forschungsprojekten sowie die Verbesserung der Datenlage in diesem Bereich werden daher mit Nachdruck empfohlen.

Als ein Indikator für die Quantität der Versorgung im gemeindenahen Bereich kann die Inanspruchnahme von sozialen Diensten durch PflegegeldbezieherInnen herangezogen werden. Dabei liegt die Steiermark mit 45% im österreichischen Mittelfeld (Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, 2003, S. 167). Als Maßstab für die Quantität des stationären Versorgungsnetzes kann die Anzahl der Pflegeplätze auf 100.000 EinwohnerInnen verwendet werden, wobei die Steiermark österreichweit mit 612 Pflegeplätzen pro

100.000 EinwohnerInnen den vierten Platz einnimmt. Allerdings wurde hierbei die Altersstruktur der Bundesländer nicht berücksichtigt (Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, 2003, S. 170). Die Steiermark lag Mitte der 90iger Jahre in der gemeindenahen Betreuung unter dem Bundesdurchschnitt (Schaffenberger et al, 1999, S. 42), allerdings wird bereits 2003 eine Überschreitung des Gesamtdienstpostenbedarfs berichtet (Land Steiermark, 2004, S. 8). Außerdem wurden hierbei beträchtliche regionale Unterschiede festgestellt, die es durch Ausbau der mobilen Dienste zu beseitigen gilt (Schaffenberger et al, 1999, S. 43; Land Steiermark, 2004, S. 10). Im Österreichvergleich schlecht versorgt ist die Steiermark auch im stationären Bereich mit 100 Heimplätzen pro 1.000 EinwohnerInnen, wobei es auch hier starke regionale Unterschiede gibt (Schaffenberger et al, 1999, S. 70–71). Gemeinsam mit dem Burgenland, Tirol und Salzburg wird für die Steiermark der größte Unterschied zwischen Ist- und Sollstand an Pflegeplätzen ermittelt (Schaffenberger et al, 1999, S. IX).

Der österreichische Bericht über die Lage behinderter Menschen gibt an, dass in der Steiermark vor allem Initiativen zur Integration von behinderten Menschen in den Arbeitsprozess (Job-Allianz, JobOskar, Schulversuch Berufsschule, Chance B) gestartet wurden (Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, 2003, S. 36–37, S. 104, S. 128). Darüber hinaus wird über mobile Beratungsdienste für Kinder und Jugendliche und über eine Beratungsstelle für Eltern behinderter Kinder in der Steiermark berichtet, die bisher nur in wenigen Bundesländern eingerichtet wurden (Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, 2003, S. 84, S. 87). In der Steiermark wurde 1999 auch der Familienentlastungsdienst eingerichtet, auf den die Familien gemäß dem Behindertengesetz Rechtsanspruch haben (Steiermärkisches Behindertengesetz, §3, Abs. 1). Neben den im Bericht angeführten Initiativen gibt es noch eine Reihe weiterer, wobei der Schwerpunkt – wie schon oben angeführt – vor allem im Bereich der Integration in die Arbeitswelt sowie in der Unterstützung und Entlastung von Angehörigen liegt. Bereits existierende Angebote zur Integration behinderter Menschen in den Arbeitsmarkt (wie Beschäftigungstherapie, Anlehre, geschützte Arbeitsplätze) wurden in den letzten Jahren durch weitere Projekte und Angebote ergänzt, wie z.B. durch die Einrichtung von Tagesförderstätten für schwerst- und mehrfachbehinderte Erwachsene, Kreativwerkstätten, Werkstätten im industriellen Bereich, Arbeitsassistenten und Job Coaching. Im Allgemeinen wird versucht, behinderte Personen stärker ins familiäre und alltägliche Umfeld zu integrieren und damit eine Verlagerung aus den stationären Betreuungseinrichtungen in den extramuralen und gemeindenahen Bereich zu erreichen. Auch im Bereich Wohnen ist dieser Trend klar erkennbar. So wurden beispielsweise zusätzlich zu den bereits existierenden Trainingswohnungen auch Wohngruppen und teiltbetreutes Wohnen eingerichtet.

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Als exemplarisches Projekt kann hier vielleicht »Be gender« genannt werden, das als Gesundheitsförderungsprojekt für behinderte Menschen konzipiert wurde. Das innovative und wissenschaftlich fundierte Projekt wurde vom Frauengesundheitszentrum in Graz durchgeführt und zielt darauf ab, die berufliche Situation von behinderten Frauen und Männern in der Steiermark zu beleuchten (Frauengesundheitszentrum, 2004, S. 11). Behinderte Menschen werden als ExpertInnen in eigener Sache befragt, womit sowohl die Forschungsstudie wie auch die Folgeprojekte auf Empowerment setzen (Frauengesundheitszentrum, 2004, S. 32 und S. 179–183). In Folgeprojekten in den Bezirken Leibnitz und Radkersburg wird versucht behinderte Frauen durch die Vernetzung, Beratung und Ausbildung derselben, durch die Implementierung von »gender mainstreaming« in Behinderteneinrichtungen und durch die Sensibilisierung von MitarbeiterInnen der Job-Allianz und Arbeitsassistenten für die Gender-Perspektive Frauen mit Behinderung zu gegenseitiger Unterstützung, zur Entwicklung von Handlungskompetenzen und Selbstbewusstsein zu befähigen (Frauengesundheitszentrum, 2004, S. 179–183). Dieses Projekt soll begleitend wissenschaftlich dokumentiert und evaluiert und mit einer weiteren Forschungsstudie verbunden werden (Frauengesundheitszentrum, 2004, S. 182–183).

Aufgrund der fehlenden Daten in diesem Bereich können weder der Bedarf und die Projekte beurteilt, noch Empfehlungen abgegeben werden. Allerdings kann aus diesem Aufriss der Lage geschlossen werden, dass eine Beleuchtung dieses Bereichs durch koordinierte Forschungsarbeiten und durch eine Verbesserung der Datenlage dringend erforderlich ist. Auch sollten Modellprojekte in der Gesundheitsförderung für behinderte Menschen unterstützt und zum Aufbau der Wissenslage genutzt werden.

6.6. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen: Settings zur Förderung der Gesundheit

► Das Setting häusliches Umfeld hat einen wichtigen Einfluss auf die physische, soziale wie auch mentale Gesundheit, daher ist es ein wichtiges Interventionsfeld für die Gesundheitsförderung. Routinedaten zur Beschreibung der Probleme in diesem Setting sind einerseits Unfälle und andererseits die Wohnungsausstattung. So kommt Heim-, Freizeit- und Sportunfällen eine zunehmend große Bedeutung zu, sowohl hinsichtlich der tödlichen Unfälle wie auch der Unfälle insgesamt. Vor allem bei Kindern und Jugendlichen sowie auch bei älteren Personen spielen Unfälle in Heim und Freizeit eine große Rolle. Stürze älterer Personen werden durch die demographische Alterung ein zunehmend größeres Public-Health Problem, da sie folgenschwere Konsequenzen sowie Gesundheits- und Pflegekosten nach sich ziehen. Weiters wurde festgestellt, dass sich die Wohnungsqualität in der Steiermark verbessert hat, jedoch in einigen Bezirken noch Aufholbedarf bei der Ausstattung besteht.

- Unfälle am Arbeitsplatz passieren in der Steiermark häufiger als in Gesamtösterreich. Davon besonders betroffen sind Fachkräfte, angelernte Hilfskräfte, Lehrlinge und ungelernete Hilfskräfte, Personen in Produktionsberufen des Bergbaus, der Industrie und des Gewerbes, sowie die Branchen Sachgütererzeugung, Bauwesen und Handel. Dieselben Branchen (gemeinsam mit der öffentlichen Verwaltung) und Personengruppen zeigen auch höhere Krankenstandsdaten. Krankenstände werden vor allem aufgrund von Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane, gefolgt von Skelett-, Muskel- und Bindegewebs-Erkrankungen und Unfällen in Anspruch genommen. Die längsten Krankenstände verursachen allerdings Krebserkrankungen und psychische Erkrankungen, wie auch Herz- und Gefäßerkrankungen. In einigen Betrieben in der Steiermark wurden Gesundheitsförderungsprogramme bereits implementiert. Diese zielen unter anderem auf die Reduktion von Krankenständen ab und beinhalten eine Vielzahl verschiedener Maßnahmen.
- Hinsichtlich des Settings Schule kann erfreulicherweise berichtet werden, dass die steirischen Unfallzahlen deutlich niedriger sind als die österreichischen. Es werden auch einige Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit in Schulen und Kindergärten gesetzt. Diese konzentrieren sich allerdings vornehmlich auf Volksschulen, obwohl es Hinweise darauf gibt, dass Gesundheitsprobleme mit fortschreitendem Alter steigen. Weiters fehlt bisher ein koordiniertes Vorgehen in diesem Bereich.
- Die Gesundheitsförderungsarbeit im Setting Gemeinde ist durch die Arbeit von Styria Vitalis gekennzeichnet. Darüber hinaus werden aktuell zwei große Modellprojekte in der Steiermark in diesem Setting durchgeführt, deren Ergebnisse und weitere Umsetzbarkeit noch abgewartet werden muß. Hinsichtlich der Gesunden Städte können Aktivitäten in mehreren steirischen Städten berichtet werden, die Implementierung wird in unterschiedlicher Intensität durchgeführt und vorangetrieben.
- Die Datenlage zur Situation behinderter Menschen ist äußerst mangelhaft und es kann daher wenig über den Gesundheitsförderungsbedarf für diese Gruppe gesagt werden.

Daraus folgt:

- Ein Programm zur Sturzprävention, das auf mehreren Ebenen ansetzt (wie Verhaltensänderung, Bewusstseinsbildung, Umweltgestaltung, etc.), sollte professionell geplant und implementiert werden.
- Maßnahmen und Interventionen zur Verbesserung der Wohnbedingungen in einem ganzheitlichen Sinne sollten gesetzt werden. D.h. eine koordinierte Zusammenarbeit zwischen Gesundheit, Wohnbau sowie Stadt- und Raumplanung soll gesundheitsförderliche Wohn- und Bauvorschriften, bedarfsgerechte Versorgung und die Stärkung von sozialem Kapital sicherstellen.

- ▶ Ein systemischer Anreiz zur Einrichtung von Gesundheitsförderungsprogrammen in möglichst vielen steirischen Betrieben sollte geschaffen werden. Neben der Schaffung eines sicheren Arbeitsumfeldes und einer gesunden Arbeitspraxis sollte die Beseitigung psychosozialer Belastungen eine Rolle spielen. Darüber hinaus sollen Maßnahmen entwickelt werden, die die Gesundheitsverträglichkeit der Produkte und den aktiven Beitrag der Betriebe zur gesundheitlichen Entwicklung ihrer Umgebung fördern.
- ▶ Ein weiterer und koordinierter Ausbau von Gesundheitsförderung in Kindergärten und Schulen wäre wünschenswert, wobei vor allem Kindergärten und Schulen für über 10jährige noch Aufholbedarf haben. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Bildungsressort zur Erarbeitung von Rahmenbedingungen, die den Auf- und Ausbau von Kapazität und Infrastruktur und somit die Implementierung von wissenschaftlicher Gesundheitsförderung sicherstellen, ist zu empfehlen.
- ▶ Eine umfassende Evaluation der Arbeit der Gesunden Gemeinden, aufbauend auf einem adäquaten Design und unterstützt durch ausreichende finanzielle und personelle Ressourcen, würde wichtige Informationen zur Weiterentwicklung des Programms bringen. Das Konzept der Gesunden Städte wird aktuell eher als politisches Programm als eine konkrete Handlungsanleitung betrachtet. Anreize zur Professionalisierung und zur Infrastruktur gestützten Implementierung wären zu setzen, damit Gesundheitsförderung in Städten tatsächlich umgesetzt werden kann.
- ▶ Um Gesundheitsförderungsarbeit mit behinderten Menschen in verschiedenen Settings zu ermöglichen, bedarf es zunächst koordinierter Forschungsarbeiten und Erhebungen zu Gesundheitsförderungsbedarf und -bedürfnissen in dieser Gruppe, sowie der Entwicklung von Modellprojekten.

Literatur

1. AUVA. (2003). Jahresbericht 2003. Wien: Gerin.
2. Barnett, L., van Beurden, E., Eaking, E., Beard, J., Dietrich, U. & Newman, B. (2004). Program sustainability of a community-based intervention to prevent falls among older Australians. *Health Promotion International*, 19, 3, 281–288.
3. Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen. (2003). Bericht über die Lage der behinderten Menschen in Österreich. O.O.: o.V.
4. Europäische Kommission. (2003). Statistiken zur Gesundheit. Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2002. Luxembourg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
5. Dür, W., Fürth, K., Fellner, K., Gottwald, R., Griebler, R., Indra, K. et al. (2004). Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen in der Steiermark. *Health Behaviour in School-Aged Children: Auswertung des Steirischen Samples der österreichischen Erhebung 2001/2002*. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie.
6. Frauengesundheitszentrum. (2004). Be gender – ein Projekt zur integrativen Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. Download vom 31.3.2005 von <http://www.fgz.co.at/behind.htm>.
7. Grundsatz erlass Gesundheitserziehung, Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten, Rundschreiben 7/1997, 4. März 1997.
8. Helmenstein, C., Hofmarcher, M., Kleissner, A., Riedel, M., Röhring, A. & Schnabl, A. (2004). *Ökonomischer Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung*. Wien: Institut für Höhere Studien.
9. Institut Sicher Leben. (2004). Unfallstatistik 2003. Verletzte nach Heim, Freizeit und Sportunfällen. Wien: Institut Sicher Leben.
10. Kempton, A., van Beurden, E., Sladden, T., Garner, E. & Beard J. (2000). Older people can stay on their feet: final results of a community based falls prevention programme. *Health Promotion International*, 15, 1, 27–33.
11. Kreis, J. & Bödeker, W. (2004). Health related and economic benefits of workplace health promotion and prevention. Dresden: BKK Bundesverband. Download vom 10. Mai 2005 von http://www.enwhp.org/download/IGA-Report_3_English.pdf
12. Land Steiermark, Fachabteilung Sozialwesen (eds). (2002). *Steirischer Sozialbericht*. Download vom 13. Mai 2005 von <http://www.soziales.steiermark.at/cms/bei-trag/10080585/5352/>.
13. Land Steiermark, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen (eds). (2004). *Jahresbericht 2003. Hauskrankenpflege Steiermark (Mobile ambulante Dienste)*. Download vom 23. Mai 2005 von <http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10046716/9283ec6e/HKP%20Jahresbericht%2003.pdf>
14. Lebenswerte Lebenswelten. (2003). *Zusammenfassung der Ergebnisse der Befragung von 1400 60–74 Jährigen in den 13 Projektgemeinden im Sommer 2003*. Download vom 5.4.2005 von <http://lebenswelten.meduni-graz.at/ergebnisbericht.htm>

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

15. Naidoo, J. & Wills, J. (2000). Health promotion. Foundations for practice. Edinburgh et al: Bailliere Tindall.
16. Reis-Klingspiogl, K. (2003). Konzept Lebenswerte Lebenswelten für ältere Menschen. Download vom 5.4.2005 von <http://lebenswelten.meduni-graz.at/konzeptalt.html>.
17. Robert Koch-Institut. (2002). Gesundheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Institut. (=Heft 10).
18. Schaffenberger, E., Juraszovich, B. & Pochobradsky, E. (1999). Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
19. Stadt Bruck an der Mur. (o.D.). Bruck an der Mur. Download vom 31.3.2005 von <http://www.bruckmur.at>.
20. Stadt Graz. (o.D.). Zielsetzungen. Download vom 31.3.2005 von www.graz.at/umwelt/gamt/.
21. Stadt Kapfenberg. (o.D.). Gesundheit. Download vom 31.3.2005 von www.kapfenberg.at.
22. Stadt Leoben. (o.D.). Leoben. Download vom 31.3.2005 von www.leoben.at.
23. Stadt Voitsberg. (o.D.). Voitsberg. Download vom 31.3.2005 von www.voitsberg.at.
24. Stadt Wien. (2005). Österreichisches Gesunde Städte Netzwerk. Download vom 31.3.2005 von <http://www.magwien.gv.at/who/netzwerk.htm#gruend>.
25. Stadt Wien, Gesundheitsberichterstattung (eds.). (2000). Wiener Gesundheitsbericht 2001. Wien: AV-Druck
26. Steiermärkisches Behindertengesetz. Landesgesetzblatt Steiermark, 10.Februar 2004.
27. Steiermärkisches Kinderbetreuungsgesetz, Landesgesetzblatt Steiermark, 28. März 2000.
28. Styria Vitalis. (o.D.). Jugendgesundheitsförderung auf dem Lande. Download vom 1.4.2005 von www.styriavitalis.at/.
29. Styria Vitalis. (o.D.a). Jugendgesundheitsförderung auf dem Lande. Ergebnisse der Fragebogenerhebung. Download vom 1.4.2005 von www.styriavitalis.at/.
30. Styria Vitalis. (o.D.b). Baustein auf Baustein – und fertig ist das »Gesunde Gemeinde Haus«. Internes Dokument.
31. Styria Vitalis. (2002). Auf den Zahn gefühlt... Das steirische Prophylaxemodell spart Schmerz und Geld. Download vom 30.3.2005 von www.styriavitalis.at/.
32. Styria Vitalis. (2002a). Jahresbericht 2002. O.O.: Steirische Gesellschaft für Gesundheitsschutz.
33. Styria Vitalis. (2003). Jahresbericht 2003. o.O.: o.V.
34. Styria Vitalis. (2004). Protokoll des Diskussionsabends zur Evaluation der Gesunden Gemeinde Obervogau. Internes Dokument.
35. Styria Vitalis. (2004a). Jahresbericht 2004. (In Druck).
36. Styria Vitalis. (2005). Styria Vitalis. Gesundheit für die Steiermark. Download vom 30.3.2005 von www.styriavitalis.at/.
37. Thomson, H., Petticrew, M. & Morrison, D. (2002). Housing improvement and health gain: a summary and systematic review. Glasgow: Medical Research Council.
38. Wallner, H. (o.D.). Gleichberechtigung mit EQUAL. Neue Wege gegen Diskriminierung. Download vom 31.3.2005 von <http://www.nachhaltigkeit.steiermark.at/cms/bei-trag/10109280/2788083/>.
39. Workplace Health Promotion (WHP) in Europe. (1999). Quality Criteria of Workplace Health Promotion. Essen: BKK Bundesverband.
40. WHO. (1999). Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Eine Einführung. Kopenhagen. (=Europäische Schriftenreihe »Gesundheit für alle« 5).
41. WHO. (2004). Wohnen und Gesundheit – ein Überblick. Hintergrunddokument. Download vom 29.3.2005 von <http://www.euro.who.int/document/hoh/gbackdoc01.pdf>
42. WHO. (2004a). European health for all database. Download vom 5. Jänner 2005 von http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20010827_1.
43. WHO. (o.D.). Global school health initiative. Download vom 30.3.2005 von http://www.who.int/school_youth_health/gshi/en/.
44. Wilkinson, P., Armstrong B. & Landon, M. (2001). Cold comfort: The social and environmental determinants of excess winter deaths in England, 1986–1996. Download vom 29.3.2005 von <http://www.jrf.org.uk/knowledge/findings/housing/n11.asp>.

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
Chancenungleichheit

Gesunde und sichere
natürliche Umwelt

Settings zur Förderung
der Gesundheit

Multisektorale
Verantwortung für die
Gesundheit

Integrierter
Gesundheitssektor

Finanzierung des
Gesundheitswesens und
Ressourcenzuteilung

Mobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit

WHO-Ziel:

Bis zum Jahr 2020 sollten alle Sektoren ihre Verantwortung für gesundheitliche Belange anerkennen und akzeptieren.

Rechtliche Rahmenbedingungn

Energie
Transport
Industrie und Wirtschaft
Landwirtschaft und Lebensmittel
Tourismus
Soziales
Umwelt
Gesundheit
Entwicklungsprogramme
Finanz und Justiz
Medien

Politisches Bewusstsein für multisektorale Verantwortung für Gesundheit

Landtagsbeschlüsse
Anträge im Gesundheitsausschuss

Darstellung der Gesundheitsförderungspraxis

Möglichkeiten der Verankerung multisektoraler Verantwortung für Gesundheit

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Literatur

7. Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit

7.1. Beschreibung der rechtlichen Rahmenbedingungen

7.1.1. Energie

In zwei Rechtsdokumenten, die sich mit dem Bereich Energiewirtschaft beschäftigen, wurde Gesundheit explizit erwähnt. Diese regeln die Errichtung von Energielieferungsanlagen und stellen sicher, dass hierbei die Gesundheit von Menschen nicht gefährdet werden darf. Laut WHO-Strategie kann der Energiesektor durch den Einsatz und die Förderung der Verwendung von erneuerbaren Ressourcen, durch Energie-Spar-Programme, durch die Reduzierung der durch Energieanlagen verursachten Umweltverschmutzung und durch den Einsatz von ökonomischen Steuerungsinstrumenten (wie Verschmutzungsabgaben und handelbare Zertifikate) beitragen (WHO, 1999, S. 130). Der Steirische Umweltschutzbericht 2003 berichtet hierzu, dass ökonomische Steuerungsinstrumente wie handelbare Zertifikate in Österreich zum Einsatz kommen und dass im Bereich der Energie- und Wohnbauförderung in den letzten Jahren Maßnahmen zur Förderung der Verwendung erneuerbarer Ressourcen gesetzt wurden (Land Steiermark, 2003, S. 207 und 232). Um diese Aspekte hinsichtlich der multisektoralen Verankerung von Gesundheit im Energiesektor detaillierter zu beschreiben und vor allem auch zu beurteilen, würde es einer tiefer gehenden Recherche bedürfen, die jedoch über den Rahmen dieses Berichtes hinausgehen würde.

7.1.2. Transport

Auf Landesebene wurden zwei Gesetze und eine Verordnung gefunden, die den Sektor Transport maßgeblich betreffen und in denen Gesundheit explizit erwähnt ist. Diese Gesetze zielen hauptsächlich auf Unfallverhütung zum Schutze aller VerkehrsteilnehmerInnen ab, wie auch auf den Schutz der Gesundheit vor Geruchs-, Lärm- und Abgasbelästigung. Beide Bereiche werden auch von der WHO gefordert. Die WHO-Strategie zeigt darüber hinaus eine breite Palette an politischen Optionen auf, wie die Verringerung der verkehrsbedingten Umweltbelastung durch Steueranreize, die Verlagerung des Verkehrs auf Schiene und Wasser sowie die Verringerung von verkehrsverursachten Unfällen und Verletzungen durch Geschwindigkeitsbegrenzungen und durch Einschränkung des Alkoholkonsums (WHO, 1999, S. 141). Der österreichische Umwelt- und Gesundheitsaktionsplan beinhaltet Maßnahmen all dieser Bereiche (Österreichischer Umwelt- und Gesundheitsaktionsplan, 1999, S. 96–99). Viele dieser Möglichkeiten sind in Österreich allerdings auf Bundesebene geregelt.

7.1.3. Industrie und Wirtschaft

Zehn (11%) von 90 Rechtstexten, in denen Gesundheit wörtlich verankert war, kommen aus dem Sektor der Industrie und der Wirtschaft. Ein Drittel dieser Dokumente regelt die Verwendung von Bauprodukten, die die Gesundheit der BewohnerInnen (und Nachbarn) nicht gefährden dürfen. Auch die Umwelt soll geschützt werden. Ein weiteres Drittel gewährleistet die bauliche Sicherheit von EndverbraucherInnen und KonsumentInnen (wie z.B. bei Veranstaltungen). Daneben wird noch der Gesundheitsschutz der Beschäftigten in der Industrie geregelt. Darüber hinaus wird im Abfallwirtschaftsgesetz festgesetzt, dass die Wirtschaftsförderung an die umweltverträgliche und wenig Abfall produzierende Erzeugung von Produkten geknüpft werden soll. Damit wird man in Ansätzen und in einzelnen Bereichen der WHO-Strategie gerecht, die empfiehlt, dass Anreize zu umwelt- und gesundheitsschonenden Herstellungsprozessen gesetzt werden und dass Verzeichnisse über gesundheitsschädigende (bzw. gesundheitsschonende) Produkte veröffentlicht werden sollen (WHO, 1999, S. 132). Außerdem können die Industrie und die Wirtschaft einen großen Beitrag zur Förderung der Gesundheit leisten, indem sie betriebliche Gesundheitsförderung in ihren Unternehmen implementieren und deren Weiterentwicklung vorantreiben. Hier wurden bereits erste Schritte gesetzt, allerdings ist weiterer Bedarf gegeben (siehe Kapitel 6.2).

Darüber hinaus schlägt die WHO vor, dass der Preis von Produkten die gesundheitlichen Kosten der Herstellung zum Ausdruck bringen soll und dass die Hersteller die Kosten und die Verantwortung für die durch ihre Produkte verursachten Gesundheitsschäden tragen müssen (WHO, 1999, S. 132). Der derzeitige Stand und die Möglichkeit der Umsetzung dieser Vorschläge für die Steiermark sollte geprüft werden. So könnten beispielsweise einige dieser Optionen im Kriterienkatalog zur steirischen Wirtschaftsförderung berücksichtigt werden.

7.1.4. Landwirtschaft und Lebensmittel

14 (15%) Rechtstexte im Bereich der Land- und Forstwirtschaft sprechen explizit die Gesundheit an. Ein Drittel davon betrifft auch die Sektoren Wirtschaft und soziale Sicherheit. 8 von 14 Dokumenten befassen sich mit Gesundheits- und Sicherheitsschutz von Beschäftigten in diesem Wirtschaftszweig und weitere 2 mit den Lehrplänen für land- und forstwirtschaftliche Fach- bzw. Berufsschulen, wo Gesundheit und Ernährung im Lehrplan verankert werden. Eine Verordnung zum Entwicklungsprogramm für Land- und Forstwirtschaft enthält unter anderem das Ziel, die Erhaltung der Kultur- und Naturlandschaft sowie die optimale Versorgung der Bevölkerung mit qualitativ einwandfreien Produkten zu gewährleisten. Auch die Trink- und Nutzwasserversorgung wird gesetzlich in der Steiermark geregelt, womit einer der WHO-Vorschläge bereits seit langer Zeit verwirklicht wird.

Maßnahmen zur Förderung innovativer Anbaumethoden sowie Investitionen in Bioanbau und örtliche Produktion zum

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Schutz von Arbeitsplätzen und ländlichen Gemeinschaftsstrukturen sollten entwickelt werden (WHO, 1999, S. 134). Auch hier werden in der Steiermark Initiativen gesetzt. In der Steiermark wurde beispielsweise 2003 an 6,3% der Betriebe mit 12,3% der landwirtschaftlichen Flächen eine Förderung für die »Biologische Wirtschaftsweise« ausbezahlt (Land Steiermark, 2003a, S. 238). Auch wurde im nationalen Förderprogramm im Bereich des Pflanzenbaus ein Schwerpunkt auf die Biogemüsezüchtung gelegt und die Direktvermarktung und Vermarktung von Bioprodukten gefördert (Land Steiermark, 2003a, S. 242–243). Die WHO fordert darüber hinaus gehend preispolitische Maßnahmen, um einen niedrigen Fett- und einen hohen Gemüse- und Obstkonsum, vor allem in sozial schlechter gestellten Gruppen, zu erreichen (WHO, 1999, S. 134). Die Preisgestaltung der landwirtschaftlichen Produkte stellt auch eine Herausforderung für die regionale Landwirtschaftspolitik dar (Land Steiermark, 2003a, S. 181), bisher allerdings nicht unter dem Gesundheitsaspekt und nicht in Hinblick auf gleiche Zugangsmöglichkeiten zu gesunden Lebensmitteln. Dennoch könnte eine kooperative Vorgangsweise zwischen dem Gesundheits- und Landwirtschaftssektor synergetisch Verbesserungen für beide Bereiche hervorbringen. Laut WHO soll auch ein verbesserter Dialog mit den VerbraucherInnen eine zentrale Rolle spielen (WHO, 1999, S. 134). Auch hier ergeben sich Anknüpfungspunkte zwischen Gesundheits- und Landwirtschaftspolitik, denn in beiden Bereichen spielt die VerbraucherInnenorientierung eine wichtige Rolle (Land Steiermark, 2003a, S. 181).

7.1.5. Tourismus

Einige der in der WHO-Strategie angesprochenen Maßnahmen, die im Sektor Tourismus gesetzt werden könnten, sind in der Steiermark im Umweltsektor geregelt. So wird der Naturschutz als Beitrag zum Schutz von Artenvielfalt und Ökosystemen durch die Umweltgesetzgebung geregelt. Damit wird eine WHO-Empfehlung auf Gesetzesebene erfüllt (WHO, 1999, S. 135). Auch die Sicherstellung von Wasserversorgung, Abwasser- und Müllentsorgung touristischer Betriebe, womit die Erholungsgebiete und die Gesundheit von TouristInnen geschützt werden sollen, werden in der Steiermark durch Umweltgesetze (z.B. Abfallwirtschaftsgesetz) behandelt.

Die WHO sieht auch eine Chance, im Tourismussektor Freizeit- und Erholungsprogramme anzubieten, die körperliche Bewegung, Entspannung, persönliche Entwicklung und somit eine verbesserte Bewältigungsfähigkeit fördern sollen (WHO, 1999, S. 135). Ein Beitrag dazu wird durch das per Verordnung verankerte Entwicklungsprogramm für das steirische Sportwesen geleistet, das darauf abzielt sportliche Betätigung frei zugänglich zu machen und hierfür die Erhaltung bzw. Errichtung der notwendigen Infrastruktur sowohl in qualitativer wie auch quantitativer Hinsicht sicherzustellen.

Im Hinblick auf die von der WHO vorgeschlagenen Möglichkeiten eines Beitrages des Tourismussektors zur Gesundheit der Bevölkerung gibt es in der Steiermark noch Defizite im

Bereich der Tabak- und Alkoholmissbrauchsprävention (WHO, 1999, S. 135). Einzelinitiativen wie der Gastronomie-Guide mit Informationen über Lokale mit NichtraucherInnenzonen in Graz und lokale Kooperationen zwischen Gastwirtschaften und den »Gesunden Gemeinden« sind zwar gegeben, allerdings wäre eine gemeinsame strategische Vorgangsweise gegen Tabak und Alkoholmissbrauch wünschenswert.

Die WHO schlägt auch vor Schritte zur besseren Verteilung des TouristInnenstroms auf das ganze Jahr zu setzen (WHO, 1999, S. 135). Dies würde einerseits eine geringere bzw. eine besser verkraftbare Umweltbelastung durch den Verkehr und andererseits eine ausgewogenere Arbeitsbelastung für die touristischen Betriebe und deren Angestellte bewirken.

7.1.6. Soziales

27 der 90 Rechtsdokumente (ca. 30%) entfielen auf den Sozialsektor, womit dieser Sektor die weitaus höchste Anzahl an Rechtstexten, die Gesundheit explizit verankern, aufweist. 7 (26%) dieser 27 Dokumente betrafen auch den Sektor Wirtschaft (z.B. in Form von Pflege- und Jugendheimbetreibern). Der größte Teil (9 von 27; 33%) zielt auf den Schutz von DienstnehmerInnen ab, wobei hier die Regelung der Dienstrechte im öffentlichen Bereich vorherrscht. Etwas mehr als ein Fünftel beschäftigt sich mit der Unterstützung von pflegebedürftigen und behinderten Personen, weitere 20% mit den Rechten von Müttern, Kindern und Jugendlichen. Somit werden auf Landesebene in Sozialgesetzen mit ausdrücklichem Bezug zur Gesundheit grundlegende Familienrechte und das Recht auf Fürsorge und Pflege geregelt.

Darüber hinaus empfiehlt die WHO eine Festlegung von Wohn-, Einkommens- und Sozialleistungsstandards zur Befriedigung der unterschiedlichen Bedürfnisse verschiedener Zielgruppen (WHO, 1999, S. 135). Eine Analyse und Prüfung der steirischen Sozialgesetzgebung, inwieweit diese Empfehlung in der Steiermark umgesetzt wird, würde den Rahmen des vorliegenden Berichtes sprengen. Ebenfalls wird von der WHO die enge Zusammenarbeit zwischen Sozial- und Gesundheitssektor befürwortet (WHO, 1999, S. 135), die zur verbesserten und gemeindeorientierten Erbringung von primären Gesundheits- und von Gesundheitsförderungsleistungen beitragen soll. Durch das Steiermärkische Sozialhilfegesetz sind sowohl die Schaffung von integrierten Sozial- und Gesundheitssprengel, wie auch die Erbringung von gemeindenahen Gesundheits- und Sozialdienstleistungen geregelt und sollten daher die Zusammenarbeit fördern. Die Zusammenarbeit zwischen Sozial- und Gesundheitssektor ist auch im Sinne einer integrierten Versorgung ein zentrales Element der Gesundheit 21-Strategie (siehe auch Kapitel 8.1).

7.1.7. Umwelt

Im Sektor Umwelt wurden zwölf (13%) Rechtsdokumente gefunden, in denen Gesundheit verankert wurde. Diese hatten vor allem zum Ziel, Gefahren für die Gesundheit, die von der Umwelt ausgehen, zu verringern. Einerseits soll Gesundheit durch den Schutz von Boden, Wasser, Luft, Klima, Pflan-

zen und Tieren sichergestellt sein, andererseits werden Erholungs- und Naturschutzräume zur Förderung der Gesundheit geschaffen.

Da Umwelt wie auch Gesundheit eine Querschnittsangelegenheit ist, betreffen acht dieser elf Rechtstexte neben Gesundheit und Umwelt auch noch andere Sektoren. Am häufigsten wird die Wirtschaft angesprochen (sieben Dokumente), die für die Umsetzung zu sorgen hat. Weitere angesprochene Sektoren sind die Medien sowie Transport, Tourismus und Landwirtschaft. Konkrete Maßnahmen, die mit diesen Gesetzen und Verordnungen einhergehen, sind Vorschriften in Hinblick auf Grenzwerte sowie deren Überprüfung bzw. Messung. Außerdem beziehen sich diese Rechtsdokumente auf die Einrichtung von Beiräten, Fonds und Umweltschutzverbänden, auf die Festlegung der Durchführung der Umweltverträglichkeitsprüfungen wie auch auf Vorgaben für die Förderung von ressourcenschonenden Energieträgern und Unternehmen, die umweltverträglich und wenig Abfall produzierende Produkte erzeugen.

7.1.8. Gesundheit

Auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen sind zum Teil multisektoral angelegt. So wurden elf (12%) derartige Rechtstexte gefunden. Der größte Teil dieser Texte beinhaltet Regelungen zum Schutz von PatientInnen und von Personen, die sich in Pflege befinden. Viele dieser Texte betreffen auch den Sektor Wirtschaft in Form von Regelungen für private Leistungserbringer wie Krankenanstalten, Apotheken, Heime, Kureinrichtungen und Leichenbestatter. Daneben ist auch der Sozialsektor häufig betroffen, da in der Primärversorgung eine enge Zusammenarbeit zwischen Sozial- und Gesundheitsdiensten gefördert wird.

7.1.9. Entwicklungsprogramme

Durch neun Verordnungen wurden Entwicklungsprogramme verankert, wovon eines dieser Programme auf Landes- und acht auf Bezirksebene angelegt sind. Die Programme auf Bezirksebene orientieren sich am Landesprogramm und sehen sich als Strategie und Leitbild zur Entwicklung der Region. Diese Programme sind explizit multisektoral angelegt, da sie neben der Gesundheit auch Wirtschaft, Landwirtschaft, Tourismus und Umwelt betreffen. In beinahe allen wurden auch Maßnahmen für die Sektoren Energie, Transport, Soziale Sicherheit und Bildung angesprochen. Zum Vollzug dieser Programme existiert eine fünf-jährige Berichterstattungspflicht an den Raumordnungsbeirat, allerdings richtet sich die Verwirklichung der Ziele nach den vorhandenen finanziellen Mitteln.

7.1.10. Finanz und Justiz

In der geltenden Fassung des steirischen Rechts konnten keine Rechtsdokumente gefunden werden, die Gesundheit explizit in den Sektoren Finanzen und Justiz verankern.

Von der WHO werden Maßnahmen im Finanzsektor vorgeschlagen, wie z.B. eine Steuerpolitik zur Reduzierung sozialer und einkommensbedingter Ungleichheiten sowie zur Förderung der Gesundheit, oder wie die Prüfung von Projekten

auf ihre Gesundheitsverträglichkeit im Zuge von Kreditvergaben und Investitionen (WHO, 1999, S. 135–136). Über die Steuerpolitik könnte auch die Herstellung gesundheitsfördernder Produkte unterstützt bzw. die Herstellung gesundheitsschädigender Produkte unterbunden werden. Steuerpolitik ist primär Bundessache und daher ist es wenig überraschend, dass keine Rechtstexte in dieser Hinsicht im steirischen Landesrecht gefunden wurden. Außerdem wäre zur Beurteilung der Machbarkeit bzw. des Umsetzungsgrades der WHO-Empfehlungen im steirischen Finanzsektor eine vertiefende Analyse der rechtlichen Möglichkeiten notwendig.

Für den Justizsektor wird von der WHO vorgeschlagen, dass Gesetze die Umsetzung der Weltgesundheitserklärung erleichtern und gerichtliche Schritte das Vorgehen gegen konkrete Gesundheitsschäden ermöglichen sollen (WHO, 1999, S. 137).

7.1.11. Medien

Hinsichtlich der Medien wird von Seiten der WHO empfohlen, Partnerschaften zwischen Einrichtungen und Organisationen des Gesundheitswesens und den Medien aufzubauen, um korrekte und relevante Gesundheitsinformationen rasch kommunizieren zu können (WHO, 1999, S. 138). In vier Rechtstexten wurde eine derartige Zusammenarbeit für die Steiermark festgesetzt, und zwar zur raschen Information der Bevölkerung im Katastrophenfall und hinsichtlich umweltbedingter Warnungen (Smogalarm, Erreichen/ Überschreiten von Luftemissionsgrenzwerten).

Außerdem schlägt die WHO vor, Maßnahmen zu setzen, um MedienakteurInnen und MultiplikatorInnen ethische Verhaltensregeln zu vermitteln, beispielsweise in Fortbildungsveranstaltungen über gesundheitsbezogene Kommunikation (WHO, 1999, S. 138). Einschlägige rechtliche Maßnahmen in diesem Bereich wurden im steirischen Landesrecht nicht verankert, was allerdings nicht ausschließt, dass derartige Schritte anderweitig gesetzt wurden.

7.2. Politisches Bewusstsein für multisektorale Verantwortung für Gesundheit

7.2.1. Landtagsbeschlüsse

26 steirische Landtagsbeschlüsse wurden in die Analyse für den vorliegenden Gesundheitsbericht inkludiert (siehe Kapitel 3.4). 9 (8%) Beschlüsse wurden ausgeschlossen, weil sie nur einen Sektor betrafen, und damit die Einschlusskriterien nicht erfüllten. Somit verblieben 17 (15%) Beschlüsse zur Analyse. Nachdem einige dieser Beschlüsse mehrere Unterpunkte hatten, die verschiedene Einzelmaßnahmen aufschlüsseln und unterschiedliche Sektoren betreffen, wurde jeder einzelne Unterpunkt der Beschlüsse als eigener Beschluss gewertet. Die 17 inkludierten Landtagsbeschlussdokumente enthielten 26 (Unter)Beschlüsse. Rund 40% davon betreffen auch den Sektor Wirtschaft und ca. 35% den Sozial- und Umweltsektor. Ein Fünftel betrifft die Landwirtschaft und lediglich ein Zehntel den Bildungsbereich.

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Wie schon bei der Rechtsdokumentenanalyse zeigt sich eine häufige Verankerung im Wirtschafts- und Sozialsektor. In den die Wirtschaft betreffenden Beschlüssen wird einerseits die Regelung von privatwirtschaftlich geführten Bereichen wie Schulbuffets und Fitnesscenters gefordert, andererseits wird die Wirtschaft als Partner in Form von privaten Betreibern von Krankenanstalten oder als Interessensvertretung miteinbezogen.

In den Beschlüssen, die den Sozialsektor betreffen, wird meist die Zusammenarbeit mit Organisationen des Sozialbereichs (wie den mobilen Diensten und Kinderbetreuungseinrichtungen) gesucht, um im Bereich der Gesundheitsförderung und der Suchtprävention aktiv zu werden wie auch um die Finanzierung, Steuerung und Planung von Sozial- und Gesundheitsdiensten zu verbessern. Diese enge Zusammenarbeit zwischen Sozial- und Gesundheitsdiensten zur Erbringung von gemeindenaher primärer Gesundheitsversorgung wird auch von der WHO gefordert, ebenso wie die Berücksichtigung von familienpolitischen Aspekten (WHO, 1999, S. 136–137). In den analysierten steirischen Landtagsbeschlüssen wird zusätzlich in frauenpolitischen Belangen ein enger Konnex zwischen Gesundheit- und Sozialsektor geknüpft. Hier scheint bereits ein Bewusstsein für die Mitverantwortung des Sozialsektors für die Gesundheit gegeben zu sein.

Der Schutz und die Förderung der Gesundheit gehen einher mit dem Schutz der Umwelt, der in Landtagsbeschlüssen gefordert wird, und zwar vor allem hinsichtlich des Schutzes vor Belastungen verursacht durch Feinstaub, Gentechnik, Abfall und durch konkret genannte Betriebe.

Eine gemeinsame Vorgangsweise zwischen Gesundheit und Landwirtschaft wurde hinsichtlich der Gentechnik-Problematik gefunden. Dieser Beschluss entspricht der von der WHO vorgeschlagenen Handlungsmöglichkeit im Sektor Landwirtschaft, rechtliche Maßnahmen zum Schutz der Umwelt und der Gesundheit vor möglichen Nebenwirkungen der Genmanipulation zu ergreifen und zu nützen (WHO; 1999, S. 134).

Hinsichtlich der Ernährung von Schulkindern und der Integration von Gesundheitserziehung in den Lehrplan wird die Kooperation mit dem Bildungssektor gesucht und gefordert.

In Anlehnung an die Strategie der WHO, die vorschlägt Gesundheit im Sektor Justiz und Gerichtsbarkeit einzubringen, wurde im Hinblick auf die Gentechnik eine Beschwerde beim Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaft per Landtagsbeschluss unterstützt. Die Zusammenarbeit mit Richtern ist vor allem zur Entwicklung von Lösungen im Drogenbereich Thema. Mit diesen Ansätzen wird die von der WHO aufgezeigte Option partnerschaftlich gesetzliche Rahmenbedingungen für Umwelt und Gesundheit zu schaffen genutzt.

Die Sektoren Energie, Tourismus, Finanzen und Medien waren von den Landtagsbeschlüssen, die explizit mit Gesundheit zu tun hatten, nicht angesprochen, Transport wurde lediglich einmal betreffend die Reduktion von Feinstaubbelastungen erwähnt.

7.2.2. Anträge im Gesundheitsausschuss

79 Anträge im Gesundheitsausschuss wurden für die gesamte Analyse inkludiert (siehe Kapitel 3.4). Für die Betrachtung zur multisektoralen Verantwortung wurden 57 Anträge exkludiert, weil sie ausschließlich den Sektor Gesundheit betrafen. Somit wurden 22 Dokumente analysiert. Wiederum, wie schon bei den Landtagsbeschlüssen, wurde jeder einzeln angeführte Punkt des Antrags als eigene beantragte Maßnahme gewertet und separat analysiert, was insgesamt 33 Antragspunkte ausmacht.

Mit der Analyse der Anträge im Gesundheitsausschuss des Landes bekommt man einen Einblick in das Bewusstsein über multisektorale Verantwortung für Gesundheit. Hierbei spielt der Bildungssektor, zur Verankerung multisektoraler Verantwortung, eine weitaus größere Rolle als im rechtlichen Bereich und bei den Landtagsbeschlüssen. Daneben ist auch der Sozialsektor häufig angesprochen, gefolgt vom Wirtschaftsressort.

15 (45%) Antragspunkte forderten Maßnahmen im Bildungssektor, in den vorliegenden Fällen in Schulen. 8 dieser Antragspunkte, eingebracht mit 2 beinahe gleich lautenden Anträgen, zielten auf Gesundheitsförderung in Schulen ab. Es ging hierbei um die Einführung des Pflichtfaches Gesundheitsförderung, Gesundheitserziehung und Erste Hilfe, sowie um die Berücksichtigung gesunder Ernährung bei der Schulbuffetvergabe, um die Umsetzung des Rauchverbots in Schulen sowie um die Schaffung eines gesundheitsfördernden Umfeldes. Darüber hinaus wurde gefordert die Suchtpräventionsarbeit in Schulen zu verstärken, wie auch die Mitarbeit des Bildungssektors grundsätzlich für die Suchtarbeit gefordert wird. Auch die Evaluation und Verbesserung der schulärztlichen Untersuchungen ist Thema.

Von 33 inkludierten Antragspunkten betrafen 14 (42%) neben dem Gesundheitssektor auch den Sektor Soziale Sicherheit. Mehrere dieser Anträge beschäftigten sich mit dem Schutz und der Unterstützung von benachteiligten Personengruppen, wie behinderten, alten und pflegebedürftigen Menschen sowie PatientInnen und psychisch kranken Personen. Weiters wird mehrmals die Zusammenarbeit mit Institutionen und Organisationen des Sozialsektors gefordert, wie mit den mobilen und sozialen Diensten, der Sozialabteilung, der Abteilung für Jugend und Familie, aber auch mit Kindergärten und Horten.

Die Wirtschaft wird in 6 (18%) Anträgen angesprochen. In den meisten Fällen wird die Regelung der privatwirtschaftlichen Tätigkeit gefordert, wie die Bindung eines gesunden Ernährungsangebots an die Schulbuffetvergabe, Standards für Pflegeheime und die Vertretung von deren BewohnerInnen, sowie die Regelung der Bezahlung für bestimmte Gesundheitsdienstleistungen. In einem Fall wird ein finanzieller Beitrag von privaten Betrieben (Pharmaunternehmen, Versicherungen) zur Entschädigung von PatientInnen gefordert.

Die Kooperation mit dem Sektor Justiz wird in Hinblick auf die Bekämpfung von Drogenmißbrauch und die Suchtarbeit gesucht. Die Nutzung von Medien zur gesundheitlichen Aufklärung wird einmal angesprochen. Vom Tourismussektor wird gefordert Freizeit- und Sportangebote für Jugendliche zu schaffen, um Alternativen zum Drogenkonsum zu schaffen bzw. zu fördern.

Zusammenfassend kann also festgestellt werden, dass sich das Bewusstsein für multisektorale Verantwortung hinsichtlich der Gesundheit im politischen Diskurs im Landtag und dessen Gesundheitsausschuss vor allem in Bezug auf die Sektoren Wirtschaft, Soziales und Umwelt in Ansätzen zeigt. Weitere Bewusstseinsbildung in diesem Bereich scheint allerdings notwendig zu sein, wenn man bedenkt, dass von den 79 im Gesundheitsausschuss gestellten Anträgen, die auch im Wirkungsbereich der Landesregierung lagen, 57 – also 71% – ausschließlich den Gesundheitssektor betrafen. Darüber hinaus werden die möglichen Beiträge anderer Sektoren, wie Tourismus, Medien, Landwirtschaft, Transport, Energie, Justiz und Finanzen zur Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik noch nicht ausreichend wahrgenommen.

7.3. Darstellung der Gesundheitsförderungspraxis

Weitaus am häufigsten wird von den Gesundheitsförderungsorganisationen mit dem Sozialsektor zusammengearbeitet, wobei diese Kooperation in 82% der analysierten Projekte genannt wurde. Am zweit häufigsten genannt wurde der Partner Wirtschaft (15%), danach folgen die Sektoren Medien und Bildung (je 13%). Nur 11% der Projekte betreffen allein den Sektor Gesundheit. Bei mehr als der Hälfte der Projekte waren insgesamt zwei Sektoren eingebunden, wobei hierbei wiederum vor allem der Sozialsektor betroffen war.

Die Zusammenarbeit mit dem Sozialsektor betrifft vor allem Maßnahmen im Bereich der Aids-Prävention und Betreuung, Gewaltprävention, Migration- und Flüchtlingsgesundheit, Suchtprävention sowie die gemeindeorientierte Arbeit vor allem für die Zielgruppen Jugend und Senioren.

Die Kooperationen mit der Wirtschaft beschränken sich vorwiegend auf das Sponsoring und auf Sachspenden durch private Firmen, wie auch die Unterstützung in Form von Duldung von Präventionsmaßnahmen – wie etwa Kondom-Verteilaktionen – in verschiedenen gastronomischen Lokalitäten. Darüber hinaus wird versucht Kontakte zu Firmen für die Integration von Randgruppen in die Arbeitswelt herzustellen. Private Firmen werden auch zur Umsetzung von bestimmten Maßnahmen eingesetzt bzw. werden private Firmenleistungen für die Projekte zugekauft, wie z.B. die Ausbildung zum/ LaufbetreuerIn. Von einer Verankerung der Gesundheit im Wirtschaftssektor kann dabei aber kaum gesprochen werden. Als Ausnahme ist in diesem Zusammenhang das Qualitätsgütesiegel »Grüne Haube« zu nennen, das versucht, qualitativ hochwertige Ernährung nachhaltig in der Gastronomie zu verankern.

Medienkooperationen und eine offensive Öffentlichkeitsarbeit ist mittlerweile fixer Bestandteil der Arbeit von Gesundheitsförderungsorganisationen. Einerseits zielen die Medienkooperationen auf die Kommunikation und auf die Bekanntmachung der Projekte ab, andererseits wirken sie auf die Bewusstseinsbildung, wie z.B. im Bereich der Aidsprävention. So wurde von den verschiedensten Vereinen und in den verschiedensten Projekten von Medienkooperationen berichtet, die sowohl Printmedien als auch Hörfunk beinhalten. Hierbei wird eine Vielzahl an MedienpartnerInnen angegeben, die auf lokaler, regionaler aber auch nationaler Ebene angesiedelt sind. Gleichzeitig werden auch projekts- bzw. vereinseigene Medien produziert.

Die Wahrnehmung der Verantwortung für Gesundheit im Sektor Bildung wird vor allem durch die Fortbildung von BesucherInnen dieser Bildungseinrichtungen (SchülerInnen, Studierende, Kinder, etc.) aber auch durch die Fortbildung der Angestellten (LehrerInnen, KindergärtnerInnen) vorangetrieben. Darüber hinaus gibt es zahlreiche Kooperationen mit Bildungs- und Wissenschaftseinrichtung.

Zusammenfassend kann allerdings festgestellt werden, dass die praktische Arbeit der nicht-staatlichen Gesundheitsförderungsorganisationen stark multisektoral orientiert ist. Allerdings gibt es noch Potential zur Verankerung von Gesundheit in noch weniger berücksichtigten Sektoren, wie Finanzen, Energie und Justiz, wo vor allem durch das verstärkte Einbringen der Gesundheitsperspektive etwas erreicht werden könnte. In den Sektoren Umwelt, Transport, Landwirtschaft und Lebensmittel und Tourismus könnten direkte Anknüpfungspunkte für gemeinsame Projekte genützt werden.

7.4. Möglichkeiten der Verankerung multisektoraler Verantwortung für Gesundheit

Die Notwendigkeit eines multisektoralen Zugangs zu Gesundheitspolitik ist weithin akzeptiert. Dies wurde auch durch eine europäische Erhebung bestätigt. Beinahe alle europäischen Regierungen sind sich darüber im Klaren, dass Gesundheit maßgeblich durch Maßnahmen in anderen Sektoren beeinflusst wird und – darüber hinaus – dass Gesundheit relevant für die Entwicklung von politischen Strategien in anderen Sektoren ist (Welsh Assembly Government, 2003, S. 11). In den europäischen Ländern wird Gesundheit gelegentlich, wenngleich nicht systematisch in die Politikentwicklung integriert (Welsh Assembly Government, 2003, S. 11).

Eine Vielzahl an Möglichkeiten der Verankerung multisektoraler Verantwortung für Gesundheit wird von europäischen RegierungsvertreterInnen genannt, wie die Einrichtung intersektoraler Arbeitsgruppen und Komitees (z.B. zur Entwicklung von Gesetzen), intersektoral konzipierte Strategien und Programme, intersektoral angelegte Regierungsprogramme, integrierte Bewertungs- und Screening-Instrumente (wie z.B. die Umweltverträglichkeitsprüfung), Berücksichtigung von Gesundheit in Budget- und Planungsprozessen oder durch

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

nationale oder internationale Vorgaben (Welsh Assembly Government, 2003, S. 16–17).

Im Allgemeinen kann zwischen intersektoraler Gesundheitspolitik unterschieden werden, die

1. neue Politikvorschläge in Kooperation mit anderen Sektoren entwickelt oder
2. auf aktuell vorliegende bzw. vorgebrachte Politikvorschläge reagiert und diese auf ihre Gesundheitskonsequenzen hin überprüft (Herten et al, 2001, S. 342).

Bevor Ressourcen in die Entwicklung neuer politischer Strategien gemeinsam mit anderen Sektoren investiert werden, sollte als erster Schritt die Machbarkeit und Sinnhaftigkeit überprüft werden. Hierfür bedarf es einer strukturierten, systematischen Durchsichtung aller politischen Sektoren, um jene Sektoren zu identifizieren, die am meisten zur Verbesserung der Gesundheit beitragen können (Herten et al, 2001, S. 342). Laut Herten et al sollte durch eine einfache und rasche Abfrage geprüft werden, ob es Evidenz über die Größe des Problems und über die Plausibilität des Zusammenhangs zwischen der in Frage kommenden intersektoralen Politik und einer Gesundheitsverbesserung gibt (Herten et al, 2001, S. 343). Außerdem müssen im Zuge der Machbarkeitsprüfung die soziale und politische Unterstützung für die Intervention sowie die Instrumente zur Umsetzung (Gesetze, Kommunikation, Finanzierung etc.) geprüft werden. Nach dieser Machbarkeitsprüfung sind die relevanten Bereiche identifiziert. Als zweiter Schritt wird eine Prioritätensetzung vorgenommen. Erst danach werden Gespräche und Verhandlungen mit VertreterInnen der relevanten Sektoren aufgenommen. Wenn diese Verhandlungen zur Entwicklung einer gemeinsamen politischen Strategie führt, kann diese implementiert und evaluiert werden (Herten et al, 2001, S. 342).

Als Instrument mit dem Potential die systematische Berücksichtigung von Gesundheit als Reaktion auf aktuell vorgebrachte Politikvorschläge in der Politikentwicklung zu verankern und damit den Grundstein für die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik zu legen, gilt das so genannte Health Impact Assessment bzw. die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP) (WHO, 1999a, S. 2; Herten et al, 2001, S. 342). Die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung ist eine Kombination von Abläufen, Methoden und Instrumenten, die dazu dienen, die potentiellen Auswirkungen eines Projektes, eines Programms oder einer Politik auf die Gesundheit der Bevölkerung zu beurteilen (WHO, 1999a, S. 4). Somit berücksichtigt eine GVP vorliegende wissenschaftliche Informationen sowie Einschätzungen, Erwartungen und Erfahrungen der Betroffenen. Sie soll bei den EntscheidungsträgerInnen aller Sektoren ein informiertes Verständnis für Gesundheit erreichen und eine informierte Entscheidung ermöglichen (Lock & McKee, 2005, S. 358). Sie enthält darüber hinaus Vorschläge für die Adaptierung des Programms, Projekts oder der Politik zur Minimierung der negativen und Maximierung der positiven Effekte auf die Gesundheit (WHO, 1999a, S. 8). Wesentliches Ziel ist es, die Vorschläge und Er-

gebnisse der GVP in Handlungen umzusetzen und damit den EntscheidungsträgerInnen zuzuarbeiten (WHO, 1999a, S. 8). Somit hat die GVP zwei zentrale und allgemein akzeptierte Funktionen, nämlich einerseits die Abschätzung der Gesundheitskonsequenzen verschiedener Optionen und andererseits die Unterstützung der EntscheidungsträgerInnen (Kemm & Parry, 2004).

Bevor jedoch die GVP implementiert werden kann, bedarf es eines Überzeugungsprozesses in der Politik. Der politische Wille zur Verwendung der GVP wird gegeben sein, sobald die GVP als Legitimationsinstrument für Ansprüche und Ziele der Gesundheitspolitik in anderen Sektoren erkannt wird (Mahoney & Durham, 2002, S. 15). Erst durch die GVP kann Evidenz basiert argumentiert werden, dass Gesundheit durch Maßnahmen in anderen Sektoren stark beeinflusst wird und dass gesundheitspolitische Ziele – neben sozial- und wirtschaftspolitischen – in anderen Sektoren zu verankern sind. D.h. die Durchführung einer GVP gibt dem/der GesundheitspolitikerIn stichhaltige Argumente in die Hand, mit denen er/sie gesundheitspolitische Maßnahmen, die in anderen Sektoren durchzuführen sind, legitimieren kann. Wenn der Nutzen dieses Verfahrens erkannt wird, wird auch der politische Wille für den systematischen Einsatz der GVP gegeben sein. Darüber hinaus kann der nachdrückliche Bedarf nach einem umfassenden und Evidenz basierten Ansatz in der Politik die Verwendung von GVP im politischen Entscheidungsprozess fördern und ermöglichen (Mahoney & Durham, 2002, S. 15).

Das Potential der GVP wurde bisher nicht ausreichend erkannt und in den meisten europäischen Ländern ist das Wissen über die GVP in einigen wenigen Politikbereichen gut, allerdings in anderen unzureichend (Welsh Assembly Government, 2003, S. 12). In manchen Ländern ist die Kenntnis kaum bis gar nicht gegeben. Es kann angenommen werden, dass zwar in Gesundheitsministerien Kenntnisse der GVP vorhanden sind, allerdings kaum in anderen Ministerien (Welsh Assembly Government, 2003, S. 12). Es ist nur eine logische Konsequenz daraus, dass nach wie vor in einigen europäischen Ländern kein Engagement und keine spezifischen Ressourcen zur GVP in der Regierung gegeben sind (Welsh Assembly Government, 2003, S. 15–16).

Dennoch hat eine Vielzahl europäischer Länder Erfahrungen mit GVPs gesammelt, wie z.B. Dänemark, Finnland, Luxemburg, UK, Niederlande, Schweden und Irland (Welsh Assembly Government, 2003, S. 29–33; Lock & McKee, 2005, S. 357). Aber auch in außereuropäischen Ländern wurde die GVP zur Verankerung von multisektoraler Verantwortung eingesetzt. Die Erfahrungen dieser Länder zeigen, dass den nationalen Gegebenheiten entsprechend unterschiedliche Implementierungsoptionen zum Ziel führen können.

So kann die GVP in die bereits bestehende Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) integriert werden, was beispielsweise in Australien, Neuseeland und Kanada eine systematische Anwendung der GVP sicherstellt (Mahoney & Durham, 2002,

S. 28, 30, 40). In Quebec zum Beispiel wurde die Implementierung der GVP in die UVP durch einen Bottom-Up-Ansatz erreicht, und zwar durch das starke Eintreten für Gesundheit und Public Health im Zuge öffentlicher Anhörungen in einem UVP-Verfahren (Banken, 2001, S. 27). Bei der Integration der GVP in die UVP sollten allerdings die etwas begrenztere UVP und eine weitaus breitere GVP als komplementäre Verfahren betrachtet werden (Lock & McKee, 2005, S. 358). Von einem Bottom-Up-Ansatz wie in Quebec kann man auch in den skandinavischen Ländern sprechen, wo aufgrund des traditionellen Verständnisses von intersektoraler Politik eine Vielzahl an GVPs durchgeführt wird, obwohl die GVP formal nicht verankert ist (Mahoney & Durham, 2002, S. 42).

In Großbritannien, Irland und den Niederlanden erfolgte im Gegensatz dazu die Implementierung der GVP durch einen politischen Top-Down-Ansatz (Banken, 2001, S. 27). In Großbritannien wurde die GVP zwar nicht institutionalisiert, allerdings wurde sie in den gesundheitspolitischen Strategien als zentrales Element verankert. Aufgrund des starken politischen Engagements wurde die GVP in die bestehenden Strukturen integriert (Mahoney & Durham, 2002, S. 34–35). Auch in Irland wird seit Juni 2002 aufgrund des politischen Engagements der Regierung jede neue nationale Politik auf ihre Gesundheitsverträglichkeit hin geprüft, wobei die verschiedenen Ministerien sich verpflichtet haben, die Gesundheit als Zielsetzung in ihre Strategien aufzunehmen (Mahoney & Durham, 2002, S. 38). In den Niederlanden hat das Gesundheitsministerium seit 1996 durch die Kooperation mit akademischen und administrativen Stellen einerseits eine Vielzahl an GVPs in Auftrag gegeben und hat andererseits wesentliche Arbeit im Bereich der methodischen Weiterentwicklung der GVP geleistet (Mahoney & Durham, 2002, S. 42).

Es gibt also verschiedene strategische Vorgangsweisen und Erfahrungen, wie die Implementierung der GVP erwirkt werden kann bzw. konnte. Auf europäischer Ebene hingegen wird die Institutionalisierung der GVP unabhängig von der Umweltverträglichkeitsprüfung als sinnvoll erachtet, wobei die Integration der GVP als Instrument in den politischen Entscheidungsfindungsprozess angestrebt wird (Banken, 2001, S. 30). Innovative Lösungen, die unter anderem auf Erfahrungen im Umweltbereich und Erfahrungen anderer Länder aufbauen, sind notwendig, um die Implementierung zu erreichen. Ein Beispiel wäre etwa die Einrichtung eines Zentrums zur Unterstützung und Beratung verschiedener Ministerien hinsichtlich der gesundheitlichen Konsequenzen ihrer vorgeschlagenen Gesetze und Programme (Banken, 2001, S. 29). Die gesetzliche Verankerung jedoch wird als die effektivste und nachhaltigste Maßnahme betrachtet, um die GVP zu institutionalisieren (Banken, 2001, S. 29).

Die Erfahrungen zeigen auch, dass es eine breite Palette an potentiellen Hindernissen gibt, die bei der Verankerung von multisektoraler Verantwortung und im speziellen bei der Implementierung der GVP überwunden werden müssen. Dazu gehören die Verbesserung der Methoden, Prozesse und Evidenzbasierung in der GVP (Welsh Assembly Government, 2003, S. 18). So wird unter anderem die oftmals nicht mög-

liche Quantifizierung und die unzureichende Validität der Ergebnisse von GVPs kritisiert (Veerman et al, 2005, S. 369). Andererseits wird die überfüllte politische Tagesordnung als Hemmnis angesehen, sowie auch die geringe Akzeptanz der GVP in Beamtenkreisen, da die GVP als Eingriff in fremde politische Bereiche gesehen wird (Welsh Assembly Government, 2003, S. 18). Außerdem spielt das Fehlen von Fähigkeiten, Expertise und Bewusstsein, sowie der Mangel an Ressourcen eine große Rolle (Welsh Assembly Government, 2003, S. 18). Darüber hinaus gibt es noch Unklarheit über den besten Zeitpunkt der Durchführung einer GVP im politischen Entscheidungsprozess (Lock & McKee, 2005, S. 359).

Um diese Hindernisse zu überwinden, wird Bewusstseinsbildung in den Regierungen und die konsensuelle Festlegung von Instrumenten und Methoden, sowie die Schulung der ausführenden Personen (z.B. Regierungsangestellte oder beauftragte WissenschaftlerInnen), die Entwicklung von Richtlinien, die Verbreitung und Weiterentwicklung der vorhandenen Beweislage der Erkenntnisse zur GVP sowie von Good-Practice-Beispielen vorgeschlagen (Welsh Assembly Government, 2003, S. 19–21). Darüber hinaus ist die Unterstützung des Einsatzes der GVP mit personellen, finanziellen und strukturellen Ressourcen unumgänglich (Welsh Assembly Government, 2003, S. 19). Allerdings wird darauf hingewiesen, dass in vielen Fällen eine kurze Beurteilung (»rapid assessment«) ausreichend und nur in wenigen Fällen eine tiefer gehende GVP notwendig ist (Welsh Assembly Government, 2003, S. 22; Herten et al, 2001, S. 343).

Die GVP bietet transparente Mechanismen, um die öffentliche Gesundheit in Sektoren und in politischen Entscheidungsprozessen zu verankern, in denen sie gegenwärtig noch wenig berücksichtigt wird (Lock & McKee, 2005, S. 360). Sie ist daher eng mit den Mechanismen der politischen Entscheidungsfindung verknüpft, weshalb ihr Einsatz auf diese Mechanismen zugeschnitten sein soll (Welsh Assembly Government, 2003, S. 25). Aufgrund der Stärke der GVP, nämlich der Kombination einer strukturierten Vorgangsweise und flexibler Methoden mit der Einbindung einer Vielzahl an EntscheidungsträgerInnen, konnte die Erfahrung gemacht werden, dass sie das Potential zur Integrierung von Gesundheit in die Politik anderer Sektoren hat (Lock & McKee, 2005, S. 360). Erfahrungsgemäß verbessert die GVP die intersektorale Zusammenarbeit (Lock & McKee, 2005, S. 358).

Die Implementierung der GVP in Österreich ist bisher noch kaum gegeben. Sie wird zwar in mehreren Dokumenten gefordert, allerdings wurde sie bisher wenig und vor allem nicht systematisch umgesetzt. Beispielsweise stellt der österreichische Umwelt- und Gesundheitsaktionsplan 1999 fest, dass eine technisch und sektoral orientierte Zugangsweise zum Thema Verkehr keine Umwelt- und Gesundheitsverträglichkeit garantieren kann (Österreichischer Umwelt- und Gesundheitsaktionsplan, 1999, S. 91). Auch wird festgehalten, dass die Integration des Gesundheitsbereiches in die strategische UVP eine wichtige Maßnahme wäre (Österreichischer Umwelt- und Gesundheitsaktionsplan, 1999, S. 94). Weiters wird die GVP auch als »unverzichtbares Instrument für eine

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

nachhaltige Siedlungsentwicklung« genannt (Österreichischer Umwelt- und Gesundheitsaktionsplan, 1999, S. 156). Selbst in den vorgeschlagenen Maßnahmen des österreichischen Umwelt- und Gesundheitsaktionsplans wird eine Umwelt/Gesundheitsverträglichkeitsprüfung gefordert, wobei einerseits die Implementierung der GVP für Pläne, Programme und Konzepte, und andererseits für die Prüfung von Gesetzen und Richtlinien vorgesehen wird (Österreichischer Umwelt- und Gesundheitsaktionsplan, 1999, S. 98).

In der Steiermark wurde im letzten Jahr seitens des Gesundheitsressorts gemeinsam mit dem Fonds Gesundes Österreich, der Stadt Graz und dem Umweltanwalt eine Studie gefördert, die einerseits den aktuellen Entwicklungsstand der GVP hinsichtlich der Verfahren und Methoden, aber auch hinsichtlich praktischer Erfahrungen recherchiert und aufbereitet hat, und andererseits praxisrelevante Checklisten zugeschnitten auf die lokalen Verhältnisse erstellt hat (Aschermann, 2004). Erstes Interesse an diesem immer wichtiger werdenden Bereich wird also in der Steiermark gezeigt. Vor allem scheint somit das Bewusstsein für die Funktionsweise der GVP als ein Instrument zur Verankerung von Gesundheit in anderen Sektoren und deren politischen Entwicklungsprozessen bereits gegeben zu sein. Weitere Bewusstseinsbildung unter den EntscheidungsträgerInnen ist – wie oben ausgeführt – der zentrale Schlüssel zur Implementierung der GVP und damit zur Verankerung der Gesundheit in verschiedenen Sektoren. Vor allem das Verständnis und die Erkenntnis, dass den EntscheidungsträgerInnen damit ein Instrument zur Legitimation von gesundheitsfördernden Interventionen in anderen Sektoren in die Hand gibt, sollte geschaffen werden.

7.5. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen: Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit

- ▶ Rechtlich und explizit ist Gesundheit außerhalb des Gesundheitssektors am häufigsten im Sozial- und Wirtschaftssektor verankert, gefolgt von den Sektoren Landwirtschaft und Umwelt. Eine Vielzahl von politischen Steuerungsinstrumenten wird hierbei eingesetzt.
- ▶ In den Beschlüssen des Steiermärkischen Landtags und in den Anträgen des Gesundheitsausschusses werden wiederum vor allem der Sozial- und Wirtschaftssektor angesprochen. In den Anträgen im Gesundheitsausschuss spielt auch der Bildungssektor eine größere Rolle. Der Großteil der Anträge im Gesundheitsausschuss bezieht sich allerdings nur auf den Gesundheitssektor.
- ▶ Der exemplarische Aufriss der Gesundheitsförderungspraxis zeigt, dass hier ebenfalls häufig mit dem Sozial- und dem Wirtschaftssektor kooperiert wird, wie auch mit Medien und Bildung. Die praktische Arbeit in den steirischen Gesundheitsförderungsorganisationen ist allerdings stark multisektoral ausgerichtet.
- ▶ International gibt es gute Erfahrungen sowohl mit der Ent-

wicklung von neuen multisektoralen Politikvorschlägen wie auch mit der Überprüfung der Auswirkung von Politikvorschlägen auf die Gesundheit. In einigen Ländern ist dies bereits gute politische Praxis, um Gesundheit multisektoral zu verankern.

Daraus folgt:

- ▶ Die Verankerung von Gesundheit in den Sektoren Wirtschaft, Soziales, Bildung, Landwirtschaft und Umwelt sollte noch ausgebaut werden. Kooperationen mit den Sektoren Tourismus, Transport und Medien sollten aufgebaut werden, wie auch Wege zur Verankerung von Gesundheit in den Sektoren Energie, Finanz und Justiz gefunden werden sollten.
- ▶ Zur Beurteilung der über die analysierten Dokumente hinausgehenden Verankerung von Gesundheit in diesen Sektoren (wie auch in allen anderen) bedarf es allerdings einer weitergehenden Recherche.
- ▶ Die Entwicklung von neuen Politikvorschlägen in Kooperation mit anderen Sektoren ist zu empfehlen. Dazu zählen vor allem die Zusammenarbeit mit dem Sektor
 - ▷ Landwirtschaft hinsichtlich der Entwicklung einer gemeinsamen Lebensmittel- und Ernährungspolitik
 - ▷ Bildung hinsichtlich einer gemeinsamen gesundheitsfördernden Bildungspolitik
 - ▷ Wirtschaft hinsichtlich der durchgängigen Implementierung von betrieblicher Gesundheitsförderung im umfassendsten Sinne
 - ▷ Tourismus hinsichtlich der Entwicklung von gesundheitsfördernden Freizeitprogrammen und touristischen Angeboten
 - ▷ Medien hinsichtlich der verantwortungsvollen und richtigen Bewusstseinsbildung und Informationsvermittlung an die Bevölkerung in Gesundheitsfragen
 - ▷ Transport hinsichtlich einer gesundheitsfördernden Verkehrspolitik
- ▶ Überprüfung von Politikvorschlägen auf ihre Gesundheitskonsequenzen sollte als Maßnahme zur Sicherstellung der multisektoralen Verantwortung für die Gesundheit in der Steiermark implementiert werden. Hierzu bedarf es einer Bewusstseinsbildungsoffensive, um den GesundheitspolitikerInnen die Vorteile dieses Instruments für ihre Arbeit bewusst zu machen und sodann der Erarbeitung eines Konzepts zur sinnvollen Implementierung der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, aufbauend auf internationalen Erfahrungen und den spezifischen Voraussetzungen in der Steiermark sicherzustellen.

Literatur

1. Aschemann, R. (2004). Gesundheitsverträglichkeit – Ein Instrument zur Abschätzung der Gesundheitsauswirkungen von Projekten, Plänen und Programmen. Graz: Österreichisches Institut für die Entwicklung der Umweltfolgenabschätzung. (Unveröffentlicht).
2. Banken, R. (2001). Strategies for institutionalizing HIA. Brussels: European Centre for Health Policy. (=EHP Health Impact Assessment Discussion Papers, 1).
3. Herten, L. Reineveld, S. & Gunning-Schepers, L. (2001). Rationalising changes of success in intersectoral health policy making. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 342–347.
4. Kemm, J. & Parry, J. (2004). What is HIA? Introduction and overview. In: J. Kemm, J. Perry & S. Palmer (eds). *Health impact assessment*. Oxford: Oxford University Press. S. 1–13.
5. Land Steiermark, Fachabteilung 13A. (2003). *Umweltschutzbericht 2003 des Landes Steiermark*. Graz: Dorrong.
6. Land Steiermark, Fachabteilung 10A. (2003a). *Grüner Bericht Steiermark 2002/2003. Bericht über die Lage der Land- und Forstwirtschaft in der Steiermark*. Graz: Medienfabrik.
7. Lock, K. & McKee, M. (2005). Health impact assessment: assessing opportunities and barriers to intersectoral health improvement in an expanded European Union. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 356–360.
8. Mahoney, M. & Durham, G. (2002). Health impact assessment: a tool for policy development in Australia. Download vom 11.5.2005 von http://www.deakin.edu.au/hbs/hia/publications/HIA_Final_Report_2003.pdf?Mode=shwall.
9. Österreichischer Umwelt- und Gesundheitsaktionsplan. (1999). Download vom 17.5.2005 von http://www2.uibk.ac.at/hyg_sm/sozialmedizin/documents/applications/environment_health/praevention/nehap/nehap-austria-deutsch.pdf.
10. Veerman, J., Barendregt, J. & Mackenbach, J. (2005). Quantitative health impact assessment: current practice and future directions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 361–370.
11. Welsh Assembly Government. (2003). Health impact assessment and government policymaking in European countries: a position report. Download vom 11. Mai 2005 von <http://www.cmo.wales.gov.uk/content/work/health-impact/govpol-e.pdf>.
12. WHO. (1999). *Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Eine Einführung*. Kopenhagen. (=Europäische Schriftenreihe »Gesundheit für alle« 5).
13. WHO. (1999a). *Health impact assessment: main concepts and suggested approach; the Gothenburg consensus paper*. Copenhagen: WHO regional office for Europe.

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancenungleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Integrierter Gesundheitssektor

WHO-Ziel:

Bis zum Jahr 2010 sollten die Menschen in der Region einen wesentlich besseren Zugang zu einer familienorientierten und gemeindenahen primären Gesundheitsversorgung haben, unterstützt durch ein flexibles und reaktionsschnelles Krankenhaussystem.

Hintergrund

Strukturen und Institutionen der Gesundheitsversorgung

»Österreichischer Strukturplan Gesundheit«

Ambulanter Sektor

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Mobile Dienste

Psychosoziale Versorgung

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Öffentliche Apotheken

Weitere ausgewählte Gesundheitsberufe

Stationärer Sektor

Krankenanstalten

Angestellte Ärztinnen und Ärzte

Beispiele integrierter Gesundheitsversorgung

Schnittstellenmanagement und Versorgungskoordination

Disease Management und PatientInnenschulung

Akutgeriatrie/ Remobilisation

Hospiz- und Palliativversorgung

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Literatur

8. Integrierter Gesundheitssektor

8.1. Hintergrund

8.1.1. Einleitung

Wie im Rahmenkonzept »Gesundheit für alle« des WHO Regionalbüros für Europa ausgeführt, leisten die Gesundheitsdienste einen äußerst wichtigen Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung. Sie verbrauchen einen beträchtlichen Teil der wirtschaftlichen Ressourcen und zählen zu den größten Arbeitgebern. Zahlreiche Faktoren beeinflussen die Bedingungen, unter denen in einer Gesellschaft Gesundheitsleistungen erbracht werden: Die steigende Zahl älterer Menschen, aber auch soziale und ökonomische Folgen von zunehmender Armut, Arbeitslosigkeit und Migration – Faktoren, die alle zu einer Zunahme von chronischen Krankheiten und Behinderungen beitragen – stellen für das gesamte Gesundheitswesen enorme Herausforderungen dar. Zusätzlich führt auch der Einsatz neuer Technologien und Therapien zu einer Steigerung der Kosten (WHO; 1999, S. 149–150). Auch erschweren die zunehmende Spezialisierung in der medizinischen Versorgung sowie die oft starr sektorale Leistungserbringung neben der zum Teil unzureichend aufeinander abgestimmten Finanzierung und Steuerung eine integrierte medizinische Versorgungskette (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). Als Antwort auf die damit verbundenen Qualitäts- und Leistungseinbußen im Gesundheitswesen sind in vielen Ländern der europäischen Region Gesundheitsreformen durchgeführt worden. Diese Reformen wurden bzw. werden unternommen, um die in der Organisation und Durchführung von Gesundheitsdiensten vorherrschende Fragmentierung zu beseitigen und dabei Effizienz, Qualität, Zugang, sowie Zufriedenheit in der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Die verstärkte Integration der einzelnen Versorgungsbereiche innerhalb des Gesundheitssektors – aber auch zwischen diesem und anderen Sektoren – rückte deshalb in vielen Staaten der europäischen Region der WHO ins Zentrum gesundheitspolitischer Planungen und Umsetzungen (Gröne & Garcia-Barbero, o.D., S.2).

8.1.2. Integrierte Versorgung und integrierter Gesundheitssektor: Konzept und internationale Entwicklungen

Zu den Begriffen »integrierte Versorgung« bzw. »integrierter Gesundheitssektor« und den damit verbundenen Programmen und Zielsetzungen kann hier nur ein grober Überblick gegeben werden. Die vom Regionalbüro der WHO für Europa vorgeschlagene Arbeitsdefinition versteht unter dem Konzept der integrierten Versorgung die Bemühungen, Durchführung, Management und Organisation von Gesundheitsdiensten in Diagnose, Behandlung, Pflege, Rehabilitation und Gesundheitsförderung zu vereinen und dabei die Gesundheitsdienste hinsichtlich Zugang, Qualität, Zufriedenheit der NutzerInnen und Effizienz zu verbessern (Gröne & Garcia-Barbero, 2001, S.1).

Hinsichtlich der Versorgungsebenen wird außerdem der Begriff der »horizontalen Integration« mit der Arbeitsform multiprofessioneller Teams innerhalb einer definierten Versorgungsstruktur von der »vertikalen Integration« unterschieden. Letztere bezieht sich auf die Integration der verschiedenen Versorgungsebenen untereinander, also von Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung (Leichsenring, 2004, S.4). Auch kann zwischen der »funktionellen Integration« auf der Makro-Ebene in Bezug auf Steuerung und Finanzierung und der »organisationalen Integration«, welche sich auf Vertragsgestaltung und Kooperationsformen auf institutioneller sowie professioneller Ebene der Leistungserbringer bezieht, unterschieden werden (Shortell et al., 2000). In diesem Zusammenhang muss erwähnt werden, dass in der international geführten Debatte zur integrierten Versorgung keine einheitlichen und konzeptuell klaren Zielvorstellungen vorliegen (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). So wurden in unterschiedlichen Gesundheitssystemen beispielsweise Programme zu »shared care« bzw. »seamless care« (Großbritannien), »managed care« (U.S.A.), oder »transmural care« (Niederlande) eingeführt. Verwandte Begrifflichkeiten sind auch »umfassende Versorgung« (Kodner & Spreeuwenberg, 2002, S. 1) und das Konzept »continuity of care« der WHO.

In der Ausgestaltung integrierter Versorgung kann – wie etwa im Rahmen der Reformdebatte in Deutschland – unterschieden werden zwischen der integrierten Versorgung als neues Dienstleistungsprodukt und den Trägern der integrierten Versorgung, welche die ökonomische und medizinische Gesamtverantwortung für die qualitätsgesicherte Bereitstellung der Versorgungsleistung tragen. Dabei kann sich die Leistung der integrierten Versorgung auf sektorübergreifend definierte Leistungskomplexe oder auf bevölkerungsbezogene Versorgungskonzepte beziehen.

Bei der Leistungserstellung der integrierten Versorgung kommen neben neuen Einsatzkombinationen und Organisationsformen von bekannten medizinischen Leistungen, wie beispielsweise ambulantes Operieren, Tageskliniken, teilstationäre Rehabilitation, ambulante und häusliche Pflege, auch vergleichsweise neue Produktionsfaktoren, wie etwa telemedizinische Leistungen oder gezieltes Fallmanagement, zum Einsatz. Dabei soll im Hinblick auf die konkreten Bedürfnisse der einzelnen PatientInnen die medizinisch und ökonomisch zweckmäßigste Behandlung zum Einsatz kommen. Die tatsächliche rechtliche und organisationale Ausgestaltung – etwa hinsichtlich neuer Vertragsmodalitäten mit den Leistungserbringern – ist auch noch Gegenstand von Diskussionen (Jakobs & Schulze, 2004). Andere Strategien beziehen sich auf die administrative Ebene (gemeinsamer Einkauf, intersektorale Planung, Dezentralisierung), die Erbringung von Gesundheitsdiensten (gemeinsame Ausbildung, »Case Management« und »Care Management«, multidisziplinäre Teamarbeit, integrierte Informationssysteme) sowie auf die klinische Versorgung selbst (standardisierte Diagnosekriterien, Behandlungsleitlinien, gemeinsame PatientInnenakte, kontinuierliche Patientenbetreuung) (Kodner & Spreeuwenberg, 2002, S. 5). Zum Bereich des Schnittstellenmanage-

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

ments wurden im Auftrag des Strukturfonds in Österreich im Projekt »MedTogether« ein Positionspapier zur Optimierung des Schnittstellenmanagements zwischen ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen erarbeitet. Unter Einbeziehung der extramuralen Partner sollten die Aufnahme- und Entlassungsabläufe im Krankenhaus in Hinblick auf die PatientInnen- Betreuung und die Gesamteffizienz sowie die Zufriedenheit der vor- und nachbetreuenden Einrichtungen verbessert werden. Am Projekt nahmen 18 Krankenhäuser mit 31 Krankenhausabteilungen sowie eine Vielzahl von niedergelassenen PartnerInnen in der extramuralen Versorgung (niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, mobile Dienste, Rehab-Zentren, Pflegeheime) aus ganz Österreich teil. Die inhaltliche Arbeit erfolgte unter Konzentration auf die relevanten Kernprozesse (Zuweisung, Aufnahme, Entlassungsvorbereitung und Entlassung, Übernahme in die nachstationäre Versorgung) anhand von 12 beispielhaften Krankheitsbildern (darunter chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (COPD), Diabetes, Herzinfarkt, Mammacarcinom, Hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur oder Schlaganfall). Das Projekt lief von Herbst 2002 bis Herbst 2004 und erste Ergebnisse zeigten, dass sich die Zahl der ungeplanten Wiederaufnahmen (innerhalb von 48 Stunden) im Projektverlauf in nahezu allen MedTogether-Abteilungen reduzierte. Außerdem konnte bei der PatientInnenbefragung verzeichneten in den MedTogether-Abteilungen die bereits am Beginn des Projekts hohe Zufriedenheit noch deutlich gesteigert werden. Die erstellten Musterprozesse sollen in weiterer Folge flächendeckend in ganz Österreich umgesetzt werden (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2004a, S. 5).

Auch im Bereich der Europäischen Union existieren Vorhaben und Programme, welche die Zielsetzung einer verbesserten Integretation der Versorgung verfolgen. Gesundheitspolitische Akzente in den Mitgliedsstaaten sollen dabei im Bereich der grenzüberschreitenden Versorgung und Patientenmobilität, der Weiterentwicklung elektronischer Gesundheitsdienste (»e-health«), sowie der Optimierung der Langzeitpflege unter verbesserter Verzahnung des Gesundheits- und Sozialsektors (z.B. PROCARE – Providing integrated health and social care for older persons) gesetzt werden (Europäische Kommission, 2003a & 2003b).

Mit der ergebnisorientierten Gesundheitsversorgung als Zielvorgabe für einen integrierten Gesundheitssektor stellt der Ansatz »Gesundheit für alle 21« des WHO Regionalbüros für Europa die Ausrichtung auf das letztendliche Gesundheitsergebnis in den Mittelpunkt der Bestrebungen (WHO, 1999, S.142). Dabei liegt ein wesentlicher Schwerpunkt auch in der Ausrichtung der Gesundheitsdienste auf eine familienorientierte und gemeindenahere primäre Gesundheitsversorgung, welche durch ein flexibles und reaktionsschnelles Krankenhaussystem ergänzt werden soll (WHO, 1999, S. 144). In diesem Zusammenhang sollen die hausärztliche Versorgung und deren LeistungserbringerInnen gestärkt werden. Letztere bilden nämlich einerseits bei einem Großteil der gesundheitlichen Probleme die erste Kontaktstelle mit dem Gesund-

heitssystem und bieten lebensweltnahe und kontinuierliche Versorgung. Die primäre Gesundheitsversorgung stellt idealtypisch eine niederschwellige und wohnortnahe Versorgung unter größtmöglicher Zusammenarbeit der verschiedensten Gesundheitsberufe dar (WHO, 2004, S.10).

8.2. Strukturen und Institutionen der Gesundheitsversorgung

8.2.1. »Österreichischer Strukturplan Gesundheit«

Wie im Gesundheitsreformgesetz 2005 dargelegt, kommt der Bundesgesundheitsagentur zukünftig in der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens eine zentrale Rolle zu. Der Bundesgesundheitsagentur, als öffentlich-rechtlichem Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit, obliegt neben der Entwicklung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen auch die Leistungsangebotsplanung aller Gesundheitssektoren. Auch sollen Richtlinien zur bundeseinheitlichen und alle Sektoren umfassenden Dokumentation durch die Bundesgesundheitsagentur erarbeitet werden. Eine weitere Aufgabe besteht außerdem in der Entwicklung von Rahmenvorgaben für das Nahstellenmanagement zwischen den Versorgungsstrukturen bzw. den einzelnen Gesundheitssektoren und die Erarbeitung von Formen der Zusammenarbeit verschiedenster Leistungserbringer im Gesundheitswesen. In das Organ der Bundesgesundheitsagentur – der 27 Mitglieder umfassenden Bundesgesundheitskommission – entsendet das Land Steiermark ein Mitglied.

Hinsichtlich des Nahstellenmanagements werden im Gesundheitsreformgesetz lediglich Anhaltspunkte skizziert. Dabei sollen vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen Kriterien zur Sicherstellung eines »dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Behandlungsprozesses eines Krankheitsbildes für den Übergang zwischen einer Anstaltspflege und einer Krankenbehandlung« festgesetzt werden. Diese Kriterien sollen jedenfalls den »Informationsaustausch über die medizinischen Behandlungsdaten, die Verantwortlichen, sowie die Bestimmung über geeignete Koordinationsformen für den gesamten Behandlungsprozess eines Krankheitsbildes« berücksichtigen (Gesundheitsqualitätsgesetz, 2004). Dazu wurden in den Materialien der entsprechenden Regierungsvorlage zur Förderung und Verbesserung der Qualitätsaspekte im Nahstellenmanagement die dafür notwendigen Methoden und Instrumente angeführt. So sollen im Besonderen die Zuweisung, Aufnahme, Entlassung und Übernahme als die Kernprozesse der intra- und extramuralen Leistungserbringung verbessert werden und dabei – unter anderem – auch der Einsatz von »Disease«-, »Case«- und/ »Care-Management« einbezogen werden. Derartige Programme sollen für chronische Erkrankungen – wie etwa Diabetes, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, Allergien, Schlaganfall oder Krebserkrankungen – entwickelt werden. Auch sollen die Anwendung EBM-gestützter Leitlinien, entsprechende Informations- und Dokumentationssysteme,

sowie eine »sinnvolle Koordinierung und Abstimmung diverser Leistungserbringerinnen und -erbringer unabhängig von deren organisatorischer Zugehörigkeit« berücksichtigt werden (Nationalrat XXII. GP, 2004b, S.34–35).

In der für die Jahre 2005 bis 2008 abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens erhält die so genannte »integrierte Gesundheitsstrukturplanung« einen besonderen Stellenwert. Hierbei sollen alle Ebenen und Bereiche der Gesundheitsversorgung (und angrenzender Bereiche) erfasst werden. Diese integrierte Planung soll neben dem stationären Bereich (insofern dieser aus Mitteln der Gebietskörperschaften und/oder der Sozialversicherung zur Gänze oder teilweise finanziert wird) auch den ambulanten Bereich einschließen (d.h. Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte mit Kassenverträgen, Gruppenpraxen mit Kassenverträgen und sonstige in der Gesundheitsversorgung frei praktizierende Berufsgruppen mit Kassenverträgen). Darüber hinaus sieht die Vereinbarung vor, auch den Rehabilitationsbereich und den Pflegebereich (soweit dieser im Rahmen des Nahtstellenmanagements für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung ist) in der integrierten Strukturplanung zu berücksichtigen. Die von der Bundesgesundheitsagentur österreichweit einheitlich festzulegenden Rahmenvorgaben zur Regelung des Nahtstellenmanagements sollen jedenfalls die »Verantwortung und die Kostentragung«, sowie die »Ressourcenplanung und -sicherstellung« beinhalten. Darüber hinaus soll der »funktionierende Informationstransfer zur organisatorischen Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs der Patientinnen- und Patientenversorgung zwischen leistungserbringenden Einrichtungen« gewährleistet werden. Eine der Voraussetzungen dafür ist die Einhaltung von verbindlichen Vorgaben zur Dokumentation. Dabei sollen die Landesgesundheitsfonds gegenüber der Bundesgesundheitsagentur zur Erfüllung der Rahmenvorgaben berichtspflichtig sein. Insbesondere der bis 31.12. 2005 festzulegende »Österreichische Strukturplan Gesundheit«, welcher den bis dorthin geltenden Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP 2003) ablöst, wird die gemeinsame verbindliche Planungsgrundlage für Detailplanungen auf regionaler Ebene oder auf Ebene einzelner Bereiche der Gesundheitsversorgung darstellen. Er soll die Leistungsangebotsplanung für den stationären Akutbereich sowie die Darstellung des Ist-Standes der Versorgungsstruktur im nicht-akuten stationären Bereich der Krankenanstalten, im ambulanten Bereich, im Rehabilitationsbereich sowie an den Nahtstellen zum Pflegebereich ermöglichen. (Nationalrat XXII. GP, 2004a, S. 4–6).

Die Landesgesundheitsfonds – in Nachfolge der bisherigen Landesfonds – nehmen als öffentlich-rechtliche Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit die Aufgaben aufgrund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG – Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wahr.

Als oberstes Organ der Landesgesundheitsfonds ist jeweils eine Gesundheitsplattform einzurichten, in der die Länder in gleichen Teilen wie die Sozialversicherung sowie der Bund vertreten sind. Zusätzlich gehören ihr VertreterInnen der Ärztekammer, der Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden, der PatientInnenvertretungen und der Rechtsträger der landesfondsfinanzierten Krankenanstalten an. Zu den für die Strukturplanung relevanten Aufgaben der Landesgesundheitsfonds zählen die Mitwirkung an Umsatz und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben, Mitwirkung bei der Erstellung von Detailplanungen, Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens, die Realisierung von gemeinsamen Modellversuchen zur integrierten Planung, Umsetzung und Finanzierung der fachärztlichen Versorgung im Bereich der Spitalsambulanzen und des niedergelassenen Bereichs (wie beispielsweise der Entwicklung neuer Kooperationsmodellen und Ärztezentren), sowie die Abstimmung der Ressourcenplanung zwischen dem Gesundheitswesen und dem Pflegebereich. Zur Beratung der Landesgesundheitsfonds kann jeweils eine Gesundheitskonferenz eingerichtet werden, in der die wesentlichen AkteurInnen des Gesundheitswesens vertreten sein sollen (Nationalrat XXII. GP, 2004a, S. 10–12). Bei Fertigstellung dieses Berichtes war die Konstituierung der Gesundheitsplattform des Landesgesundheitsfonds Steiermark noch ausständig.

8.2.2. Ambulanter Sektor

8.2.2.1. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Gemäß Ärzteliste waren in der Steiermark mit Stand März 2005 insgesamt 2.335 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte gemeldet (davon 175 sogenannte Wohnsitzärzte und -ärztinnen), rund 27% davon weiblich. Bezogen auf die Wohnbevölkerung ergibt sich somit im niedergelassenen Bereich für die Steiermark eine Ärztedichte von 1,97 Ärztinnen und Ärzten pro 1.000 EinwohnerInnen (G. Schneider, Referent EDV – Abteilung der Ärztekammer für Steiermark, e-mail, 17.5.2005). Unter alleiniger Berücksichtigung der hausärztlichen Versorgung waren im Jahr 2004 steiermarkweit 905 Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin niedergelassen, wobei insgesamt – durch die Möglichkeit einer Zweitniederlassung – 1043 Niederlassungen von AllgemeinmedizinerInnen bestanden 745 entfielen auf Kassenstellen (davon 627 auf sogenannte §2-Kassenvertragstellen) sowie 298 auf Niederlassungen von Wahlärztinnen und Wahlärzten, welche über kein Vertragsverhältnis mit einem Sozialversicherungsträger verfügen (siehe Tab. 8.1.).

Die gesetzliche Grundlage der Angebotsplanung für Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich bildet das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG). Dieses sieht in den zwischen dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger (bzw. den einzelnen Trägern der Krankenversicherungen) und den Ärztekammern abgeschlossenen Gesamtverträgen auch die Festsetzung der Anzahl und die örtliche Verteilung der Vertragsärzte und -ärztinnen vor. Dabei sollen neben der »Bevölkerungsdichte und -struktur auch die örtlichen

und Verkehrsverhältnisse« berücksichtigt werden und somit eine »ausreichende ärztliche Versorgung« in »angemessener Entfernung« gewährleistet werden. Diese sozialrechtlichen Bestimmungen zur Versorgung im niedergelassenen Bereich beziehen sich im Wesentlichen auf die Ärztinnen und Ärzte mit sogenannten §2-Kassenverträgen, welche den überwiegenden Teil der Bevölkerung versorgen. Das tatsächliche Angebot an AllgemeinmedizinerInnen (aber auch von Fachärzten und -ärztinnen mit Ausnahme der Zahnärzte und -ärztinnen) mit derartigen Kassenverträgen ergibt sich aus dem zwischen der Landesärztekammer und der Gebietskrankenkasse ausgehandelten »Stellenplan« (ÖBIG, 2000, S.14–15). Für die Vergabe von Kassenplanstellen schließlich werden von den Landesärztekammern Reihungslisten geführt, welche unter Heranziehung bestimmter Kriterien – wie etwa der fachlichen Eignung, etwaiger Zusatzqualifikationen sowie des Zeitpunktes der Eintragung in die Reihungsliste – für die Auswahl der sich um die Stellen bewerbenden Ärztinnen und Ärzte maßgeblich sind.

Zur Abschätzung des Bedarfs an niedergelassenen §2-Kassenärzten und -ärztinnen wurde vom ÖBIG die Methode der »natürlichen Einzugsbereiche« verwendet. Dabei werden bei den Wohngemeinden die Straßen- und Individualverkehrsverhältnisse, sowie Alter und Geschlecht der PatientInnen und die Fachrichtung berücksichtigt (ÖBIG, 2000, S.16). Unter Zugrundelegung dieser Modellrechnung für den Sollstand der ärztlichen Versorgung ergaben die Berechnungen des ÖBIG für die Steiermark für den niedergelassenen Bereich (im Bereich der §2-Kassen) im Jahr 2000 eine regional divergierende und für die einzelnen Fachrichtungen unterschiedliche Versorgungsstruktur. Sowohl Unter- als auch Überversorgung sind zu beobachten. Bedeutsam ist, dass die hausärztliche Versorgung mit AllgemeinmedizinerInnen in einigen der steirischen Bezirke den errechneten Sollstand unterschreitet. So fehlen in den Bezirken Deutschlandsberg und Radkersburg je 2 Stellen, in den Bezirken Mürzzuschlag und Judenburg je 4 Stellen, und in den Bezirken Leoben und Murau 5 bzw. 6 Stellen für AllgemeinmedizinerInnen. Daneben herrscht in den Bezirken Graz/ Graz-Umgebung (+8 Stellen), Bruck an der Mur (+5 Stellen), sowie Hartberg, Liezen und Voitsberg (je 4 Stellen) eine über dem errechneten Sollstand liegende Versorgungsdichte mit §2-Kassenstellen (ÖBIG, 2000, Tab. 3b).

Wird in den Bezirken lediglich die Bevölkerungsanzahl der verfügbaren Stellenanzahl des Ärztstandes des Jahres 2005 gegenübergestellt, zeigen sich regional unterschiedliche Versorgungsmuster im Bereich der Allgemeinmedizin. Insgesamt kamen auf 1.000 EinwohnerInnen 0,88 derartige Ärzte und Ärztinnen. Werden nur die Niederlassungen der AllgemeinmedizinerInnen mit §2-Kassenvertrag herangezogen, so waren rechnerisch 0,53 AllgemeinmedizinerInnen für 1.000 EinwohnerInnen zuständig. Diese Art der Darstellung weist jedoch mehrere methodische Unzulänglichkeiten auf, da hier weder die Altersstruktur noch andere für den medizinischen Bedarf bzw. die Inanspruchnahme der ärztlichen Versorgung

relevante Faktoren berücksichtigt werden. So sollten beispielsweise kleinräumige epidemiologische Daten, Gesundheitszustand und Morbiditätsdaten der lokalen Bevölkerung neben Mortalitätsraten zur Planung der ärztlichen Versorgung herangezogen werden (Wilkinson & Symon, 2000; Sundquist, Malmström, Johansson, & Sundquist, 2003; Barnett, Roderick, Martin, Diamond & Wrigley, 2002).

Auch fehlt hier die Berücksichtigung einer etwaigen Mitversorgung durch Krankenhausambulanzen sowie der für die Inanspruchnahme tatsächlich maßgeblichen Bevölkerungsanzahl des gesamten Einzugsbereiches.

Die fachärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich weist für die Steiermark gemäß Stand März 2005 insgesamt 1.184 Fachärztinnen und Fachärzte aus, davon 377 mit §2-Kassenvertrag, 193 mit Verträgen für die kleinen Kassen und weitere 614 ohne Kassenvertrag (siehe auch Tab. 8.2. sowie Tab. 8.3. für eine Aufstellung nach Fachrichtung und Bezirken). Zusätzlich waren in der Steiermark insgesamt 512 Niederlassungen von Ärzten und Ärztinnen für Zahn-, Mund-, und Kieferheilkunde verfügbar, wovon 347 auf Stellen mit §2-Kassenvertrag, 81 auf solche mit Verträgen für die kleine Kassen und weitere 84 auf Stellen ohne Kassenvertrag entfielen (siehe Tab. 8.2).

8.2.2.2. Mobile Dienste

Auf Basis der Rechtsgrundlage des steiermärkischen Sozialhilfegesetzes (SHG) von 1998 obliegt den Gemeinden die Gewährleistung von Diensten der Alten-, Familien-, und Heimhilfe sowie von Gesundheits- und Krankenpflege, soweit diese nicht stationär erbracht werden. Dem zufolge soll die Erbringung der sozialen Dienste »in räumlich geschlossenen Gebieten, in denen zwischen 7.000 und 35.000 Menschen leben« angestrebt werden. Diese Gebiete werden als integrierte Sozial- und Gesundheitsprengel (ISGS) bezeichnet und sollen »die organisatorische Vernetzung der Leistungserbringung zur Gewährleistung einer koordinierten, dauerhaften, flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung der Bevölkerung mit sozialen Diensten« sicherstellen (SHG, 2004). Der im Jahr 1997 durch das ÖBIG erstellte Bedarfs- und Entwicklungsplan (BEP) geht in seiner »Minimum«-Variante von einer Sollversorgung mit einem Dienstposten pro 250 EinwohnerInnen über 65 Jahren aus. Bezugnehmend auf den Bevölkerungsstand von 2001 würde dies einem Sollstand von 785 Dienstposten (Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester bzw. -pfleger, Alten-/PflegehelferInnen sowie Heimhilfen) entsprechen (ÖBIG, zitiert nach Badelt, Horak & Furtmüller, 2002, S. 8). Unter Berücksichtigung des Bevölkerungsstands von 2001 ergab sich in der rückwirkenden Betrachtung für die Steiermark im Jahr 2000 ein Verhältnis von einem Vollzeit-Dienstposten für 261 Personen im Alter von über 65 Jahren. Im Bundesländervergleich lag die Steiermark dabei im Mittelfeld vor den Bundesländern Tirol, Oberösterreich und Burgenland. Jedoch war die Versorgungsdichte in der Steiermark um knapp 20% schlechter als im bundesweiten Durchschnitt (exklusive Wien, welche als

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Großstadt eine Sonderstellung einnimmt) (Badelt, Horak & Furtmüller, 2002, S. 13). Auf Basis des oben erwähnten Bedarfs- und Entwicklungsplans ergibt sich in der Steiermark für 2003 ein Sollbedarf von 784 Vollzeit-Dienstposten: davon sollen 235 Dienstposten auf diplomierte Pflegefachkräfte, und je 274 auf Alten-/PflegehelferInnen sowie Heimhilfen entfallen. Wie aus dem »Jahresbericht Hauskrankenpflege Steiermark« ersichtlich, wurde dieser Sollwert bei den diplomierten Pflegefachkräften um 7 Vollzeit-Stellen, jener der Heimhilfen um rund 21 Vollzeit-Stellen überschritten. Der Personalstand bei den Alten-/PflegehelferInnen lag jedoch im Berichtszeitraum um 18,3 Stellen unter dem errechneten Richtwert. Gemessen am Ist-Stand wurde der empfohlene Gesamtdienstpostenbedarf im Jahr 2003 somit um 9,6 Vollzeit-Stellen überschritten (Amt der Steiermärkischen Landesregierung – Fachabteilung 8B, 2004a, S.8).

Es zeigten sich jedoch erhebliche regionale Unterschiede der Versorgungsdichte. So unterschreiten die Bezirke Leoben und Bruck an der Mur bei der Betreuung durch diplomierte Pflegefachkräfte deutlich den empfohlenen Betreuungsschlüssel, wie auch die Bezirke Voitsberg, Mürzzuschlag, Murau, und Knittelfeld. Zu leichten Unterschreitungen kam es in den Bezirken Fürstenfeld, Judenburg und Hartberg. Auch bei der Versorgungsdichte mit Alten- und PflegehelferInnen zeigten sich große Abweichungen zwischen den Bezirken: Wieder sind es die Bezirke Voitsberg und Bruck an der Mur, gefolgt von Weiz, Feldbach und Hartberg, welche den empfohlenen Betreuungsschlüssel deutlich unterschreiten. Aber auch in den Bezirken Mürzzuschlag, Murau und Liezen wird der Sollstand an Dienstposten nicht erreicht. Schließlich gibt es auch regionale Versorgungsunterschiede bei den Heimhilfen: Hier weisen die Bezirke Judenburg und Hartberg die stärkste Unterversorgung auf, gefolgt von Mürzzuschlag, Weiz, Graz-Umgebung, sowie Murau, Knittelfeld und – geringgradig – Bruck an der Mur und Fürstenfeld (Amt der Steiermärkischen Landesregierung – Fachabteilung 8B, 2004a, S. 8).

Betrachtet man die Personalentwicklung insgesamt, so waren im Jahr 2003 mit 242,2 Vollzeit-Beschäftigten insgesamt um 9,4% weniger diplomierte Vollzeit-Pflegefachkräfte tätig als im Vorjahr. Durchschnittlich 256,1 Vollzeit Alten-/PflegehelferInnen

(12,3% Zuwachs gegenüber 2002), sowie 295,3 Vollzeit-Heimhilfen (13,4% Zuwachs gegenüber 2002) waren im Jahr 2003 tätig. Die letztere Gruppe stellt somit zahlenmäßig die meisten Beschäftigten im Bereich der Mobilien Hauskrankenpflege der Steiermark (Amt der Steiermärkischen Landesregierung – Fachabteilung 8B, 2004a, S. 1–3). Betrachtet man die Altersstruktur der betreuten Personen über alle Berufsgruppen hinweg, so waren knapp 78% der Betreuten 75 Jahre und älter und 34% der Betreuten insgesamt älter als 85 Jahre. Knapp 12% der Betreuten fiel in die Altersgruppe der 65–74jährigen, immerhin 8% sind in den Altersgruppen der 45–64jährigen zu finden. Mit 71% stellen Frauen den weitaus

größeren Anteil an den betreuten Personen (Amt der Steiermärkischen Landesregierung – Fachabteilung 8B, 2004a, S. 13)

8.2.2.3. Psychosoziale Versorgung

Die psychiatrische Versorgung in der Steiermark wird im Bereich der Akutpsychiatrie durch die Krankenanstalten getragen, wobei der überwiegende Anteil der stationären Behandlung in der Landesnervenklinik Sigmund Freud in Graz (LSF) erfolgt. Darüber hinaus existiert ein komplexes extramurales psychosoziales Betreuungsangebot, welches eine gemeinde- und wohnortnahe und auf die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen abgestimmte Versorgung – ausserhalb der Krankenanstalten – im vertrauten sozialen Umfeld darstellt. Dabei ist eine Vielzahl an Berufsgruppen in verschiedensten institutionellen Strukturen eingebunden. Neben niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen, Gesundheits- und Klinischen PsychologInnen sind auch PsychotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen und SozialarbeiterInnen tätig. Neben Betreuungsangeboten in den psychosozialen Beratungsstellen werden betreutes Wohnen, Betreuung in sozialpsychiatrischen Tagesstätten und in der Arbeitsrehabilitation zur Verfügung gestellt (Amt der Steiermärkischen Landesregierung – Fachabteilung 8B, 2004b, S. 12).

Wie im Psychiatriebericht Steiermark näher ausgeführt, kann derzeit von einer flächendeckenden psychiatrischen Vollversorgung in der Steiermark nicht ausgegangen werden. Im Hinblick auf die 1999 vom Österreichischen Bundesinstitut für das Gesundheitswesen (ÖBIG) publizierten Standards für Versorgungsdichte und Ausstattungsbedarf in der psychiatrischen Versorgung, wurde in keinem einzigen Aufgabenbereich die halbe empfohlene Versorgungsdichte erreicht. In diesen Standards wurden abhängig vom Aufgabenbereich unterschiedliche Versorgungsschlüssel empfohlen. So wird beispielsweise für Beratungszentren ein Schlüssel von einem Dienstposten pro 7.000 EinwohnerInnen als eine hinreichende Versorgung betrachtet. Für Betreutes Wohnen wurden 7 KlientInnenplätze pro 10.000 EW, für Arbeitsrehabilitation 5 Plätze pro 10.000 EinwohnerInnen, für Tagesstätten 4 Plätze pro 10.000 EinwohnerInnen und für Tageskliniken 2 Plätze pro 10.000 EinwohnerInnen als empfohlener Referenzwert festgesetzt (ÖBIG, zitiert nach Amt der Steiermärkischen Landesregierung – Fachabteilung 8B, 2004b, S. 52).

Insgesamt schwankt der Ausbaugrad der Versorgung in der Steiermark je nach Betreuungsangebot. So beträgt die Versorgungsdichte bei psychosozialen Beratungszentren und Tagesstätten 37% bzw. 38%. Steiermarkweit beträgt der Ausbau von Einrichtungen zur Arbeitsrehabilitation etwa 37%, bei jenen zur Arbeitsassistenz erst 25% und bei Institutionen mit Betreutem Wohnen lediglich 10%. Über alle extramuralen Angebote an insgesamt 63 Standorten hinweg war zum Zeitpunkt der Berichterstellung erst ein Ausbaugrad von rund 30% vorhanden. (Amt der Steiermärkischen Landesregierung – Fachabteilung 8B, 2004b, S.52). Die regionalen Unterschiede der Versorgungsdichte der einzelnen Bezirke sind er-

heblich: Betrachtete man die Gesamtheit aller psychosozialen Versorgungseinrichtungen, so beträgt die durchschnittliche Versorgungslage in den Bezirken Graz-Umgebung knapp 3%, in Fürstenfeld und Radkersburg annähernd 7%, und in Deutschlandsberg knapp 8%. Hingegen weisen die Bezirke Graz (56%), Knittelfeld (49%), Leibnitz (46%), sowie Judenburg (knapp 42%) eine durchschnittlich bessere Versorgungslage auf (Amt der Steiermärkischen Landesregierung-Fachabteilung 8B, 2004b, S.54).

Dies trifft auch auf die Versorgung mit psychosozialen Beratungszentren zu. Zwar ist in allen steirischen Bezirken – wengleich personell nicht bedarfsdeckend ausgestattet – eine derartige Einrichtung vorhanden, es existieren jedoch große regionale Schwankungen. So weisen Graz-Umgebung (knapp 13%) und Liezen (knapp 16%), gefolgt von Leibnitz (24%) und Graz-Ost (25%) eine vergleichsweise niedrige Versorgungsdichte auf und unterschreiten den steiermarkweiten Durchschnitt von 37% beträchtlich. Im Gegensatz dazu ist der Versorgungsgrad in den Bezirken Knittelfeld (77%), Feldbach (76%), Murau (54%), Voitsberg (50%), Mürzzuschlag (49%), Bruck an der Mur (47%) sowie Graz-West (45%) besser, wengleich noch immer deutlich unter der empfohlenen Versorgungsstärke. So war im Jahr 2003 im Bereich der Beratungszentren eine Personalauslastung von lediglich 36,8% gegeben (Amt der Steiermärkischen Landesregierung- Fachabteilung 8B, 2004b, S.58).

Aber auch hinsichtlich der direkten Erreichbarkeit, also der Möglichkeit der KlientInnen zur Inanspruchnahme der Beratungszentren, treten große regionale Schwankungen auf. So sind Beratungszentren in den Bezirken Radkersburg, Fürstenfeld, Murau und Hartberg nur zwischen 8 und 11 Stunden pro Woche erreichbar und liegen damit erheblich unter der durchschnittlichen Öffnungszeit von 28 Wochenstunden. Im Mittelfeld liegen die Bezirke Knittelfeld, Judenburg und Graz-Umgebung mit je 20 Stunden, sowie Deutschlandsberg, Mürzzuschlag Graz-Ost und Leibnitz mit etwa 28 Wochenstunden. Mit 35 bis 40 Wochenstunden Erreichbarkeit folgen die Bezirke Leoben, Bruck an der Mur, Voitsberg, Graz-West und Liezen. An der Spitze liegt mit wöchentlich knapp 90 Stunden das psychosoziale Zentrum in Feldbach. Hier ist auch ein 24-Stunden-Journaldienst zur weiterreichenden Versorgung für die Bezirke Fürstenfeld und Radkersburg verfügbar (Amt der Steiermärkischen Landesregierung- Fachabteilung 8B, 2004b, S.62–63). Weitere regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte existieren bei den sogenannten sozialpsychiatrischen Tagesstätten. Hier sollen Personen, die während oder nach ihrer psychischen Erkrankung keiner Erwerbsarbeit nachgehen können bzw. die aufgrund der Schwere der krankheitsbedingten Belastung noch keine arbeitsrehabilitativen Maßnahmen erhalten, Angebote zur Stabilisierung und Vorbereitung auf Arbeitstrainingsmaßnahmen vorfinden. In den Bezirken Fürstenfeld, Radkersburg, Deutschlandsberg, Graz-Umgebung und Leoben sind jedoch keinerlei derartige Versorgungsstrukturen vorhanden. Nur in den Bezirken Judenburg, Knittelfeld, Hartberg und Murau

kann Vollversorgung erreicht werden (Amt der Steiermärkischen Landesregierung – Fachabteilung 8B, 2004b, S. 112–113).

Insgesamt wurden im Berichtszeitraum 2003 in den extramuralen psychosozialen Betreuungseinrichtungen 11.616 KlientInnen betreut. Dabei fand ein Großteil der Betreuung – von 9.466 Personen, also rund 81% – in den Beratungszentren statt, welche auch als Drehscheibe der psychosozialen Versorgung gelten (Amt der Steiermärkischen Landesregierung-Fachabteilung 8B, 2004b, S. 125). Dabei waren im Jahr 2003 im Bereich der psychosozialen Versorgung der Steiermark 264 vollzeitäquivalente Dienstposten verfügbar, welche von 467 MitarbeiterInnen besetzt wurden. Der überwiegende Anteil dieser Beschäftigten entfällt auf die sozialpsychiatrische Betreuung von Erwachsenen, etwas mehr als 7% auf die Kinder- und sowie weitere 4% auf die Gerontopsychiatrie (Amt der Steiermärkischen Landesregierung- Fachabteilung 8B, 2004b, S. 138–142).

8.2.2.4. Öffentlicher Gesundheitsdienst

Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) umfasst Vorkehrungen, Tätigkeiten, und organisatorische Einrichtungen »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« (Strobl in ÖBIG, 1998, S. 13). Wesentliche Aufgabenbereiche betreffen

- ▶ die Fachaufsicht und sanitäre Aufsicht über Personen und Einrichtungen des Gesundheitswesens,
- ▶ die Gesundheitsaufsicht und Hygieneüberwachung,
- ▶ den gesundheitlichen Umweltschutz und Umweltmedizin,
- ▶ den amtsärztlichen Dienst,
- ▶ Gesundheitsvorsorge sowie
- ▶ die Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung.

Eine Abgrenzung des ÖGD von der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung ergibt sich durch dessen Ausrichtung auf die Bevölkerung bzw. Bevölkerungsgruppen, dessen Schwerpunktsetzung auf Gesundheitsschutz, Gesundheitserhaltung, Gesundheitsaufklärung und -förderung, dessen Tätigkeit im Rahmen der Hoheitsverwaltung sowie – als Teil der öffentlichen Verwaltung – dessen Unparteilichkeit. Die Leistungserbringung spielt im ÖGD verglichen mit den Einrichtungen der ambulanten bzw. niedergelassenen und stationären Gesundheitsversorgung eine weniger große Rolle, während steuernde und normierende Funktionen im Vordergrund stehen (ÖBIG, 1998, S. 33).

Die Landesregierung ist die oberste Sanitätsbehörde des Landes. Sie wird vom Amt der Landesregierung und vom Landessanitätsrat unterstützt (Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme, 2001, S. 17). Die in der Steiermark zuständige Abteilung des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung ist die Abteilung 8 – Gesundheit, Veterinärwesen und Lebensmittelsicherheit, welche in folgende drei Fachabteilungen gegliedert ist:

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

- ▶ Fachabteilung 8A – Sanitätsrecht und Krankenanstalten: Diese ist zuständig für Rechtsangelegenheiten im Krankenanstaltenrecht, Lebensmittelsicherheit, Veterinärrecht und Sanitätsrecht. Weitere Bereiche betreffen den steiermärkischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds, Förderungen, PatientInnen- und Pflegeombudsschaft, sowie den PatientInnen-Entschädigungs-Fonds.
- ▶ Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion): Diese ist zuständig für den amtsärztlichen Dienst, Hygiene- und Gesundheitsaufsicht, Gesundheitlichen Umweltschutz und Umweltmedizin, Gesundheits- und Impfvorsorge, Gesundheitsförderung und Qualitätsmanagement, Psychiatriekoordination, Suchtkoordination, Lebensmittelaufsicht, sowie medizinisches Sachverständigenwesen.
- ▶ Fachabteilung 8C – Veterinärwesen: Diese ist zuständig für den Bereich der Tierseuchenbekämpfung, Schlacht- tier- und Fleischuntersuchung, Tiergesundheitsdienst, Lebensmittelsicherheit, Qualitätssicherungslabor, Untersuchung von Fleisch- und Abklatschproben.

Die personelle Kapazität des ÖGD in der Steiermark lässt sich wie folgt beziffern: insgesamt waren im steiermärkischen ÖGD mit Stand Mai 2005 insgesamt 477 Personen beschäftigt, wovon 146 MitarbeiterInnen der Abteilung 8 – Gesundheit, Veterinärwesen und Lebensmittelsicherheit hinzu zu rechnen waren. Insgesamt waren 245 DistriktsärztInnen, 32 AmtsärztInnen (davon 21 in den Bezirkshauptmannschaften, 11 in der FA-8B), 42 AmtstierärztInnen (davon 31 in den Bezirkshauptmannschaften, 11 in der FA-8C) sowie 17 LebensmittelrevisorInnen (davon 6 in den Bezirkshauptmannschaften, 11 in der FA-8B) beschäftigt (Dr. Th. Amegah, Fachabteilung 8B Gesundheitswesen; unter Bezugnahme auf Angaben seitens der Abteilung 5 Personal, beide: Amt der Steiermärkischen Landesregierung; e-mail, 8.7.2005).

Gesundheitsbehörde erster Instanz sind die Bezirksverwaltungsbehörden, welche über ein von einem Amtsarzt geleitetes Gesundheitsreferat (in Graz Gesundheitsamt) verfügen. In jeder Bezirkshauptmannschaft ist mindestens ein Amtsarzt bzw. eine Amtsärztin verfügbar (zusätzlich werden die politischen Exposituren in Bad Aussee und Gröbming durch einen Amtsarzt betreut). Unterstützt werden diese durch GesundheitsaufseherInnen, GesundheitspflegerInnen, technische AssistentInnen, Schwestern und HelferInnen sowie Bürokräfte. Das Gesundheitsamt des Magistrates Graz verfügt bei insgesamt 72 Beschäftigten über sieben Amtsärzte und -ärztinnen) und nimmt ebenfalls als Gesundheitsbehörde erster Instanz zahlreiche Aufgaben wahr, wobei Schwerpunkte im Bereich der Verhütung des Auftretens und der Ausbreitung von Infektionskrankheiten liegen. So etwa kommt dem täglichen Impfbetrieb an der dortigen Impfstelle aber auch den Impfaktionen in Schulen und Betrieben ein großer Stellenwert zu. Aber auch Reihen- und Umgebungsuntersuchungen, Gesundheitsberatung und umwelthygienische Untersuchungen sowie Kontrollerhebungen der Lebensmittelaufsicht werden laufend durchgeführt.

In den übertragenen Wirkungsbereich der Gemeinden – den kleinsten staatlichen Verwaltungssprengeln – fallen beispielsweise Aufgaben hinsichtlich der Verhütung ansteckender Erkrankungen und sanitätspolizeilichen Überwachung privater Krankenanstalten. In den eigenen Wirkungsbereich der Gemeinden schließlich fallen Aufgaben im Bereich der örtlichen Gesundheitspolizei, im Besonderen des Hilfs- und Rettungswesens sowie des Leichen- und Bestattungswesens (ÖBIG, 1998, S. 11ff). Die Aufgaben der für die Sanitätsdistrikten zuständigen Distriktsärzte und -ärztinnen umfassen die Unterstützung der Amtsärzte, die allgemeine sanitäre Aufsicht im Distrikt, die Überwachung der Einhaltung der Hygienevorschriften in öffentlichen und privaten Gewässern sowie Badeanstalten, die Mitwirkung bei öffentlichen Impfungen, Tätigkeiten aufgrund der Bestimmungen der Straßenverkehrsordnung (Blutalkoholuntersuchungen), Drogenuntersuchungen sowie die Untersuchungen gem. § 8 Unterbringungsgesetz (UbG).

Auf Grund der Neuregelung des Gemeindegesundheitsdienstes – welche alle steirischen Gemeinden mit Ausnahme der Stadt Graz betrifft – werden nun vakante Sanitätsdistrikte nicht mehr mit neuen DistriktsärztInnen besetzt. Stattdessen haben die Gemeinden die Erfüllung des Gemeindegesundheitsdienstes zu gewährleisten und dafür Sorge zu tragen, dass ihr dazu ein Gemeindearzt bzw. eine Gemeindeärztin zur Verfügung steht.

Die im Zuge der 1997 vom ÖBIG durchgeführten Studie erhobene ausführlich begründete Forderung nach einer Neupositionierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes hat weiterhin Gültigkeit. So wurde dort auf die Notwendigkeit einer Neugestaltung der rechtlichen Grundlagen als Voraussetzung einer inhaltlichen und organisatorischen Neuausrichtung hingewiesen. Dabei erfordert das an die geänderten Rahmenbedingungen angepasste Aufgabenspektrum sowohl eine Ausweitung der personellen, räumlichen und technischen Ressourcen, als auch eine auf die zeitgemäßen Anforderungen abgestimmte Aufwertung der Aus-, Fort-, und Weiterbildung. Auch könnte eine verbesserte Übersichtlichkeit der Zuständigkeiten bei klar differenzierten und abgrenzbaren Organisationsstrukturen zu einer den Herausforderungen gemäßen Aufgabenwahrnehmung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes beitragen. Zusammenfassend sollte das Ziel einer Neuausrichtung des ÖGD von einer reaktiven zu einer aktiv gestaltenden und konzeptiven Einrichtung verfolgt werden (ÖBIG, 1998).

8.2.2.5. Öffentliche Apotheken

Gemäß Apothekengesetz unterscheidet man zwischen öffentlichen Apotheken, welche für den allgemeinen Verkehr bestimmt sind, und Anstaltsapotheken. Öffentliche Apotheken dürfen nur mit einer Konzession betrieben werden. Darüber hinaus kann ein praktischer Arzt bzw. eine praktische Ärztin auf Antrag die Bewilligung zur Führung einer ärztlichen Hausapotheke erhalten, wenn sich in der Ortschaft seines bzw. ihres Berufssitzes keine öffentliche Apotheke befindet und der

Berufssitz des/der Arztes/Ärztin von der Betriebsstätte einer öffentlichen Apotheke mehr als sechs Straßenkilometer entfernt ist. In einer Ortschaft ohne eine ärztliche Hausapotheke oder öffentliche Apotheke kann dem bzw. der InhaberIn einer öffentlichen Apotheke die Bewilligung zum Betrieb einer Filialapotheke erteilt werden (wenn diese Ortschaft nicht mehr als vier Straßenkilometer von der Betriebsstätte der öffentlichen Apotheke entfernt ist und ein entsprechender Bedarf besteht) (Österreichische Apothekerkammer, 2005, S. 7–11).

In der im Jahre 2000 durchgeführten WHO-Studie für Österreich zur Angemessenheit der Gesundheitsversorgung wurde auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten bei Apotheken erhoben. So gaben rund 17% der befragten Steirer und knapp 27% der befragten Steirerinnen an, in den vergangenen 30 Tagen eine Apotheke in Anspruch genommen zu haben. Verglichen mit der österreichischen Gesamtbevölkerung nahmen in der Steiermark bei beiden Geschlechtern mehr Menschen diese Dienste in Anspruch. Durchschnittlich kam es bei den Steirern in diesem Zeitraum zu 0,33, bei den Steirerinnen zu 0,57 Kontakten bei Apotheken (Statistik Austria, 2002, S. 80–84). Insgesamt bestanden im Jahr 2004 in der Steiermark 166 öffentliche Apotheken (davon 2 Filialapotheken). In diesem Zeitraum wurden dort Arzneimittel im Wert von 223 Mio. Euro auf Rechnung der Sozialversicherungsträger abgegeben (A. Kössler, Referent der Wirtschaft- und finanzpolitischen Abteilung der Österreichischen Apothekerkammer, Telefonat, 15.4.2005). Im Bundesländervergleich lag die Steiermark im Jahr 2003 mit einem Verhältnis von einem/r ApothekerIn pro 1.711 EinwohnerInnen an zweiter Stelle hinter Wien (mit einem/r ApothekerIn pro 1.080 EinwohnerInnen), und geringgradig unter der gesamtösterreichischen Ziffer von einem/r ApothekerIn pro 1.756 EinwohnerInnen (Österreichische Apothekerkammer, 2005, S.13). Zusätzlich bestanden – mit Stand Mai 2005 – 202 ärztliche Hausapotheken (G. Schneider, Referent EDV – Abteilung der Ärztekammer für Steiermark, e-mail, 3.5.2005).

8.2.2.6. Weitere ausgewählte Gesundheitsberufe

Der Tätigkeitsbereich der Hebammen umfasst Betreuung, Beratung sowie Pflege der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerin vor allem auch die Beistandsleistung bei der Geburt und die Mitwirkung bei der Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge. Mit Stand Mai 2005 waren in der Steiermark 29 Hebammen ausschließlich in der freien Praxis tätig, weitere 66 waren in der freien Praxis und im Krankenhaus tätig (K. Müller, Österreichisches Hebammengremium – Landesgeschäftsstelle Steiermark, e-mail vom 19.5.2005).

Diplomierte PhysiotherapeutInnen sind zur eigenverantwortlichen Anwendung aller physiotherapeutischen Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung im intra- und extramuralen Bereich berechtigt. Ihr Tätigkeitsfeld umfasst dabei unter besonderer Berücksichtigung funktioneller Zusammenhänge auf den Gebieten der Gesundheitserziehung, Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation, insbesondere mechanothera-

peutische Maßnahmen, wie alle Arten von Bewegungstherapie, Förderung der Wahrnehmung (Perzeption), manuelle Therapie der Gelenke, Atemtherapie, alle Arten von Heilmassagen, Reflexzonentherapien, Lymphdrainagen, Ultraschalltherapie, sowie alle elektro-, thermo-, photo-, hydro- und balneotherapeutischen Maßnahmen. Ebenfalls mit Stand Mai 2005 waren in der Steiermark insgesamt 150 beim Bundesverband der diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs (Physio Austria) registrierte PhysiotherapeutInnen freiberuflich tätig. Da die Mitgliedschaft im Bundesverband auf Freiwilligkeit beruht, besteht die Möglichkeit, dass darüber hinaus auch nicht registrierte PhysiotherapeutInnen frei praktizieren (M. Kurtz, Freiberuflichenvertreter Physio Austria – Landesverband Steiermark, e-mail vom 9.5.2005).

8.2.3. Stationärer Sektor

8.2.3.1. Krankenanstalten

Krankenhäuser umfassen gemäß Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) allgemeine Krankenanstalten, Sonderkrankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen, Genesungsheime, Pflegeanstalten für chronisch Kranke und Sanatorien. Zu den landesfondsfinanzierten Krankenhäusern zählen die öffentlichen allgemeinen und die öffentlichen Sonderkrankenhäuser sowie die privaten gemeinnützig geführten allgemeinen Krankenhäuser, die aus öffentlichen Mitteln über den Landesfonds finanziert werden. Die Fondskrankenanstalten werden – zur Gänze oder großteils – aus öffentlichen Mitteln, nämlich den Mitteln der neun Landesfonds (Spitalsfinanzierungsfonds) finanziert. Die Fondskrankenanstalten unterliegen den zwischen dem Bund und den Ländern getroffenen Vereinbarungen im Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP 2001) und werden nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) finanziert (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2003a, S.10).

Im Jahr 2004 gab es in der Steiermark 25 Fondskrankenanstalten und 26 Krankenanstalten, welche nicht über den Landesfonds finanziert werden (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2004b). Diese 51 Krankenanstalten umfassen 24 allgemeine Krankenanstalten, 14 Sonderkrankenanstalten, 1 Heim für Genesende, 4 Pflegeanstalten für chronisch Kranke sowie 8 Sanatorien und Privatkliniken (detaillierte Aufstellung inkl. der systemisierten Bettenzahlen siehe Tab. 8.4. – 8.7., selbstständige Ambulatorien sind in den Daten nicht enthalten.).

Im Jahre 2003 waren in der Steiermark insgesamt 344.027 stationäre Aufenthalte (inkl. Eintagesaufenthalte) zu verzeichnen, davon 293.739 in Fonds-Krankenanstalten. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer – sie berücksichtigt stationäre Aufenthalte zwischen 1 und 28 Tagen, ohne Eintagespflege und Langzeitaufenthalte – betrug 2003 insgesamt 6,37 Tage und liegt damit über dem Bundesdurchschnitt von 5,97 Tagen. Entsprechend auch der Entwicklung in Gesamtösterreich, kam es in der Steiermark seit dem Jahr 1991 – mit damals durchschnittlich 7,1 Tagen – zu einem Rückgang der

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancenungleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Aufenthaltsdauer um rund 21%. Dabei muss jedoch festgehalten werden, dass durch die Einführung des LKF-Systems 1997 derartige Zeitreihenbetrachtungen problematisch sind. Parallel zu der seitdem verstärkten Abnahme der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer ist jedoch eine Zunahme der Krankenhausaufenthalte, besonders der Eintagespflege, zu verzeichnen. Mit 10.314 tatsächlich aufgestellten Betten in den steirischen Krankenanstalten insgesamt – davon 7.002 in den Fonds-Krankenanstalten – waren im Jahr 2003 geringfügig mehr Betten vorhanden als im Jahr zuvor. Im gesamten Zeitraum seit 1991 kam es jedoch zu einem Rückgang von 16% der Bettenanzahl, wobei der überwiegende Abbau im Bereich der Fonds-Krankenanstalten – welche den Großteil der Akutversorgung leisten – stattfand. Bei 15.544 Vollzeitstellen im Jahre 2003 in den steirischen Fonds-Krankenanstalten betrug der Personalzuwachs gegenüber dem Jahr 1991 rund 23%, wobei der stärkste Personalzuwachs in die erste Hälfte der 90er Jahre fiel (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2005).

8.2.3.2. Angestellte Ärztinnen und Ärzte

Insgesamt waren in der Steiermark mit Stand März 2005 2.686 angestellte und zur Berufsausübung berechnete Ärztinnen und Ärzte in die Ärzteliste eingetragen. Bei einem Frauenanteil von 46% liegt dabei eine fast ausgewogene Geschlechterverteilung vor. Ausgeglichenheit vorliegt. Unter Berücksichtigung auch jener angestellten Ärztinnen und Ärzte, welche über eine zusätzliche Niederlassung verfügen, ergibt sich eine Gesamtanzahl von 3.512 Ärztinnen und Ärzten (davon knapp 40% weiblich). Zusätzlich gab es 830 Turnusärztinnen, davon knapp 59% weiblich (G. Schneider, Referent EDV – Abteilung der Ärztekammer für Steiermark, e-mail, 17.5.2005).

8.3. Beispiele integrierter Gesundheitsversorgung

8.3.1. Schnittstellenmanagement und Versorgungskoordination

Hinsichtlich der Merkmale der integrierten Versorgung lässt sich das Konzept der koordinierten Versorgung abgrenzen. Letztere bezieht sich dabei auf partnerschaftliches Handeln in der medizinischen Versorgung mit Betonung von wechselseitiger Konsultation zwischen den einzelnen Versorgungsträgern und gemeinsamer Entscheidungsfindung. Dabei werden Kooperationen – im Gegensatz zur institutionalisierten Partnerschaft der Gesundheitsdienste in der integrierten Versorgung – als projekt-bezogene und zeitlich begrenzte Aktivitäten verstanden (Gröne & Garcia-Barbero, 2001, S.2).

Das Modell »Versorgungskordinator« der Steirischen Gebietskrankenkasse – Case Management in der Krankenhausentlassung

Reibungsverluste und mangelnde PatientInnenorientierung an Schnittstellen im Gesundheitswesen – insbesondere in der Phase des Entlassungsprozesses – waren Ausgangspunkt für das Modellprojekt »Versorgungskordinator«, wel-

ches im Jahr 2002 von der steirischen Gebietskrankenkasse im Bezirk Hartberg gestartet wurde. Da Schnittstellenmanagement in einem heterogenen Gesundheitssystem die Integration von vielen PartnerInnen in der Versorgungskette bedeutet, wurden im Rahmen dieses Modellprojekts von Beginn an alle wesentlichen PartnerInnen – Steiermärkische Gebietskrankenkasse (StGKK), Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft (KAGes), niedergelassene ÄrztInnen, extramurale Pflegedienste, PatientInnen und Angehörige – sowohl in die Modellentwicklung als auch in die Modellumsetzung mit einbezogen. Ziele des Modellprojekts waren die optimale Vorbereitung des Umfeldes auf die Entlassung von PatientInnen aus dem Krankenhaus, die Entwicklung von (Qualitäts-) Standards für die unterschiedlichen Entlassungsprozesse, eine verbesserte Koordination und Zusammenarbeit aller beteiligten Gruppen vor Ort im Sinne der Qualitätssteigerung für die PatientInnen bzw. deren Angehörige, und der Abbau von administrativen Hürden in allen Prozessen der Entlassung. Aber auch ein effizienter und ökonomischer Heilmittel Einsatz – sowohl der medikamentösen Therapie als auch der Versorgung mit Heilbehelfen und Hilfsmitteln – unter Kostenwahrheit und Transparenzsteigerung wurde verfolgt (Steiermärkische Gebietskrankenkasse, 2004).

Dabei soll der Versorgungskordinator (VK), im Wesentlichen dem Prozessmodell des Case Managements (Ewers, 2000) folgend, bereits während des Spitalsaufenthaltes seine Tätigkeit aufnehmen. Anhand einer Checkliste identifizieren Krankenhaus-ÄrztIn bzw. Krankenhaus-Diplomkrankenpflegepersonal bzw. -pfleger, PatientInnen, welche im Entlassungsprozess Unterstützung vom/von der VersorgungskordinatorIn benötigen. Der/Die VersorgungskordinatorIn nimmt mit dem/der PatientIn Kontakt auf und klärt gemeinsam mit ihm/ihr welche Unterstützung im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt notwendig ist und leitet die entsprechenden Maßnahmen ein.

Nach Evaluation des Modellprojekts im Bezirk Hartberg zeigen die Ergebnisse der PatientInnen- bzw. Angehörigenbefragung, dass mit dem VK ein kompetenter Ansprechpartner zur Verfügung steht, dass Betreuungskontinuität sichergestellt ist und dass PatientInnen bzw. deren Angehörige ausreichend Informationen, wie etwa bezüglich extramuraler Pflege oder Selbsthilfegruppen, erhalten. Dadurch soll Unsicherheit und Angst vor der Entlassung verringert werden. Seitens der PatientInnen werden auch positive Auswirkungen auf die Genesung festgestellt, welche auf die verbesserte Kommunikation im Entlassungsprozess zurückgeführt werden.

Neben den PatientInnen und Angehörigen wurden auch niedergelassene ÄrztInnen, KrankenhausmitarbeiterInnen und MitarbeiterInnen der extramuralen Pflegedienste befragt. Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass alle professionellen PartnerInnen in der Versorgungskette die neue Struktur und die Tätigkeit des Versorgungskordinators positiv bewerteten. Durchgehend besonders positiv bewertet

wurde die Tatsache, dass durch den/die VersorgungskordinatorIn bessere und raschere Information zur Verfügung gestellt wird. Auf Basis der Erfahrungen des Modellprojekts in Hartberg wurde ein standardisiertes Konzept zur Implementierung von VersorgungskordinatorInnen in anderen Bezirken entwickelt. Dies hat sich im ersten Roll-out des Modells bereits positiv bewährt. Mit Stand Mai 2005 sind VersorgungskordinatorInnen in zehn Krankenhäusern südlich der Mur-Mürzfurche (das sind alle Krankenhäuser ausgenommen jener im Großraum Graz) tätig. Nördlich der Mur-Mürzfurche steht der Implementierungsprozess in drei Landeskrankenhäusern (Leoben, Bruck/Mur, Mürzzuschlag) am Beginn. Das Murtal (LKH Knittelfeld, Judenburg und Stolzalpe) wird ab September 2005 betreut. Für die restlichen Krankenhäuser werden Konzepte für die Implementierung erarbeitet (E. Gspurning, Steiermärkische GKK, mündliche Auskunft, 10.5.2005).

8.3.2. Disease Management und PatientInnenschulung

Eine klare und eindeutig abgrenzbare Definition des Begriffes »Disease Management« findet sich weder in der internationalen Literatur noch in den Gesetzestexten. Vielmehr lassen sich hier eher heterogene Instrumente und Programme beschreiben. Gemeinsam sind den verschiedenen Disease Management-Programmen (DMP) Elemente wie evidenzbasierte Leitlinien und klinische Standards, »Behandlungskorridore«, Informationssysteme, PatientInnenschulungen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Ziel dieser Programme ist die Steuerung der Behandlung und Betreuung von PatientInnen mit definierten Gesundheitsstörungen bzw. Erkrankungen über professionelle, institutionelle und sektorspezifische Grenzen hinweg. Besonders chronische Krankheiten stehen im Mittelpunkt dieser Versorgungsform. Dabei richten sich Disease Management-Programme nicht auf die einzelne Krankheitsepisode, sondern betrachten »ganze Lebensabschnitte, die von Gesundheitsstörungen geprägt werden« (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2003). Im Vordergrund steht die kontinuierliche und koordinierte Betreuung bei gleichzeitig angemessener und individualisierter Versorgung (Steuten, Vrijhoef, Spreeuwenberg, van Merode, 2002). Disease Management umfasst (idealerweise) sämtliche Maßnahmen der Betreuung und Behandlung, aber auch Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation und orientiert sich an einem konkreten – in der Regel durch eine gesicherte Diagnose definierten – »PatientInnenfall«. Dabei zeigt die Praxis, dass derartig integrierte Versorgungsformen vor allem für komplexe, chronische Krankheiten wie Diabetes mellitus, Asthma, Herzkreislauf- und Koronarerkrankungen, sowie bestimmte Krebserkrankungen eingesetzt werden können.

Das »Innovationsprojekt Disease Management«, welches die Steiermärkische Gebietskrankenkasse im Auftrag des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger ausgearbeitet hat, orientiert sich an den Grundlagen für Disease Management. An der Entwicklung des Konzeptes war das Institut für Medizinische Systemtechnik und Gesundheitsma-

nagement der Joanneum Research Forschungsgesellschaft maßgeblich beteiligt, welches auch die wissenschaftliche Begleitung dieses Projekts übernahm. Evidenzbasierte und in der Praxis anwendbare Behandlungspfade stellen neben Dokumentations- und Informationssystemen für den raschen Informationsaustausch wesentliche Instrumente dar. Evidenzbasierte Kenntnisse für Prävention, Diagnose, Behandlung und Nachbetreuung sowie eine kontinuierliche Weiterentwicklung von Qualitätsstandards sollen die Etablierung eines funktionierenden Disease Managements gewährleisten. Durch die Vernetzung der Leistungserbringer über gesamte Krankheitsverläufe hinweg sollen PatientInnen mit chronischen Krankheiten optimal behandelt und so die krankheitsspezifische Lebensqualität erhöht sowie Folgeschäden vermieden werden. Im Projekt wurde detailliert das Disease Management Programm (DMP) für Diabetes Typ 2 ausgearbeitet. Die dafür konzipierten Behandlungspfade enthalten Einschlusskriterien von PatientInnen ins DMP, Risikoabschätzung, Therapieziele für PatientInnen in Abhängigkeit ihres biologischen und mentalen Alters sowie die relevanten therapeutischen Maßnahmen inklusive Überweisungsempfehlungen. Dabei sollen die Qualitäts- und Ergebnisdaten laufend evaluiert werden (Rieder, Rathmanner, Kiefer, Dorner, Kunze & Schwarz, 2004, S. 281).

Chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder auch Bluthochdruck können nur durch ein aktives Selbstmanagement der betroffenen PatientInnen nachhaltig und effektiv therapiert werden. So stehen die Ziele des verbesserten Umgangs mit der Erkrankung sowie einer erhöhten Lebensqualität der PatientInnen im Zentrum der PatientInnenschulungen und -beratungen (Dierks, Diel & Schwartz, 2003, S. 339). Das Steirische Schulungsprojekt für nicht-insulinpflichtige Typ-2-DiabetikerInnen, welches auf eine Vereinbarung zwischen der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (StGKK), der Ärztekammer für Steiermark und dem Steiermärkischen Krankenanstaltenfinanzierungsfonds (SKAFF) unter maßgeblicher Beteiligung des Forums für Qualitätssicherung in der Diabetologie (FQSD) und des Verbands der Diabetesberater im Jahr 2000 zurückgeht, verfolgt das Ziel des flächendeckenden Aufbaus eines Schulungsprojektes für nicht-insulinpflichtige Typ-2-DiabetikerInnen in der Steiermark. Im Herbst 2003 erfolgte die Erweiterung um ein Modul für Typ-2-DiabetikerInnen, die mit Insulin behandelt werden. In der mehr als vierjährigen Laufzeit wurden in erster Linie im niedergelassenen Bereich die DiabetikerInnenschulungen ausgebaut, aber auch – in geringerem Ausmaß – Schulungen in Krankenhausabteilungen gefördert. Die Schulungen erfolgen nach einem standardisierten und evaluierten Konzept (Düsseldorfer Schulungsmodell) und werden pro Kurs über die Steiermärkische Gebietskrankenkasse abgerechnet. Die Finanzierung erfolgte aus einem gemeinsamen Pool aus Mitteln der StGKK und des SKAFF. Zu Schulungsbeginn und nach Ablauf eines Jahres werden die Daten der PatientInnen detailliert und anonymisiert mit einheitlichen Bögen erhoben und elektronisch verarbeitet. Damit ist eine laufende Qualitätssicherung und

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Evaluierung des Projekts gewährleistet. Für die Konzepterstellung, aber auch die laufende Datenverwaltung und Datenanalyse zeichnet das Institut für Medizinische Systemtechnik und Gesundheitsmanagement verantwortlich. Nach dem Start des Projekts im Oktober 2000 nahmen bis Ende 2004 insgesamt 320 Ärztinnen und Ärzte in Gruppen zwischen 18 und 25 TeilnehmerInnen an Ausbildungsmodulen teil. Danach waren 276 der TeilnehmerInnen gemäß der Projektvereinbarung »abrechnungsberechtigt« gegenüber der StGKK. Die eineinhalbtägigen Ärzteschulungen durch auf Diabetologie spezialisierte InternistInnen und DiabetesberaterInnen werden von der Steiermärkischen Ärztekammer organisiert und inhaltlich vom Institut für Medizinische Systemtechnik und Gesundheitsmanagement gestaltet. Mit Stand Jänner 2005 wurden insgesamt rund 4.500 PatientInnen geschult, davon knapp 54% Frauen. Dabei werden gemeinsam mit den PatientInnen Themenbereiche wie Ernährung und Bewegung, aber auch Fußpflege sowie Selbstpflege und Selbstmanagement erarbeitet und erlernt (Institut für Medizinische Systemtechnik und Gesundheitsmanagement, 2005, S.4–6). Die Dokumentation der PatientInnendaten ist umfangreich und umfasst neben internistischen Befunden auch die für die Erkrankung maßgeblichen Faktoren zu Lebensstil, Lebensqualität und Selbstpflege. Die Ergebnisse der follow-up Untersuchungen zeigten eine Verbesserung sämtlicher klinischer Parameter, was auch eine nennenswerte Verminderung der Spät komplikationen erwarten lässt. In einer ersten modellbasierten gesundheitsökonomischen Analyse wurde unter Extrapolierung der Daten eine durchschnittliche Kostenreduktion pro geschultem/r PatientIn von etwa 774 Euro nach 10 Jahren Betreuungszeit (inklusive der Schulungs-, Betreuungs- und Behandlungskosten) errechnet. Die geschätzte Reduktion von Spät komplikationen über 10 Jahre bei 5000 geschulten PatientInnen wurde mit 1810 Ereignissen beziffert, entsprechend einer NNT (number needed to treat) von 2,8. Dies bedeutet, dass – statistisch betrachtet – knapp 3 PatientInnen über 10 Jahre geschult bzw. betreut werden müssen, um eine Spätfolge von Diabetes (darunter fallen etwa Nieren- oder Augenerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Fußkomplikationen) zu verhindern. Insgesamt wurde das Projekt DiabetikerInnenschulung sowohl von PatientInnen als auch von Ärztinnen und Ärzten sehr gut angenommen. Da von einer geschätzten Anzahl von 35.000 bis 60.000 Typ-2-DiabetikerInnen in der Steiermark (Prävalenz etwa 3–5%) auszugehen ist, ist bei derzeit 8–13% bereits geschulten PatientInnen der Bedarf nach einem weiteren Ausbau der Patientenschulungen gegeben (Institut für Medizinische Systemtechnik und Gesundheitsmanagement, 2004, S. 19–22). Die regionale Verteilung des Schulungsangebots durch ortsansässige Ärzte und Ärztinnen ist noch nicht flächendeckend und wird zur Zeit teilweise durch mobile Teams der StGKK ergänzt. Ein flächendeckendes Angebot in der gesamten Steiermark zu erreichen gilt als primäres Ziel. Zudem sollte der Schritt aus dem Projektcharakter heraus in die Regelversorgung in naher Zukunft geschehen. Dies kann ebenso in Form einer Einbindung in ein DMP erfolgen wie über die Aufnahme

dieser Leistung in den regulären Abrechnungskatalog der Kasse. Dabei soll nach aller Erfahrung die Beibehaltung einer standardisierten und verpflichtenden Dokumentation berücksichtigt werden (DI W. Habacher, Institut für Medizinische Systemtechnik und Gesundheitsmanagement, e-mail, 20.5.2005).

»Herz.Leben« (sprich: Herz Punkt Leben) ist ein Kooperationsprojekt der Ärztekammer für Steiermark, gemeinsam mit den Projektpartnern Steiermärkische Gebietskrankenkasse (StGKK), Steiermärkischer Krankenanstaltenfinanzierungsfonds (SKAFF), Medizin-Universität Graz, Forschungsgesellschaft Joanneum Research, Verband der Österreichischen DiabetesberaterInnen, Interessensgemeinschaft der Steirischen Ordensspitäler und der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft (KAGes), mit dem Ziel, die Morbidität und Mortalität von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu reduzieren. Im Mittelpunkt steht die verbesserte Kontrolle der Hypertonie, um die mit dem Bluthochdruck einhergehenden Folgeerkrankungen und Endorganschäden zu verhindern. Seit 2002 wurden durch ein Projektteam von Ärzten und Ärztinnen aller Versorgungsebenen im Rahmen eines Pilotprojektes die politischen und wissenschaftlichen Voraussetzungen für ein Gesamtprojekt mit Qualitätsmanagement bei arterieller Hypertonie erarbeitet (Mrak, Racovac, Winkler, Plank, Pieber, Bauer et al., 2004). Für die Konzepterstellung sowie die laufende Datenverwaltung und Datenanalyse sind das Institut für Medizinische Systemtechnik und Gesundheitsmanagement sowie die Ärztekammer für Steiermark zuständig. In die endgültige Umsetzung waren jedoch alle Vertragspartner maßgeblich eingebunden.

Neben PatientInnenschulungen stellen die ÄrztInnenfortbildung sowie ein Qualitäts- und Dokumentationssystem mit regelmäßigem Feedback für PatientInnen und ÄrztInnen wesentliche Strategien dieses Versorgungsmodells dar. Dabei entsprechen Konzept, Umsetzung sowie Finanzierung (wie beispielsweise auch die Abrechnung der StGKK mit den schulungsberechtigten ÄrztInnen) von »Herz.Leben« weitgehend dem zuvor beschriebenen steirischen Diabetesschulungsprojekt. Auch die Hypertonie-Schulung wird zweistufig (d.h. die Schulung der Ärzte und Ärztinnen als erste Stufe, danach erfolgt als zweite Stufe die PatientInnenschulung) durchgeführt und zielt darauf ab, die PatientInnen über ihre Krankheit sowie über Einflussfaktoren und deren Auswirkungen zu informieren sowie sie zu befähigen, das Selbstmanagement und die Selbstpflege dieser chronischen Erkrankung unter größtmöglicher Lebensqualität zu bewältigen. Nach Ausbildung von Ärzten und Ärztinnen sowie diplomierten Fachkräften (»Train the Trainer«) im Oktober 2004 kann ab Juni 2005 mit den ersten PatientInnenschulungen begonnen werden. Konkret können auch mit 1. Juni 2005 die ersten Abrechnungen mit der StGKK erfolgen (Projektleiter Oberarzt Dr. P. Mrak, LKH Hörgas-Enzenbach, mündliche Auskunft, 20.5.2005).

8.3.3. Akutgeriatrie/ Remobilisation

Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) umfasst sowohl die geriatrische, interdisziplinäre Primärversorgung direkt aufgenommener geriatrischer PatientInnen als auch die Durchführung oder Weiterführung einer geriatrischen Frührehabilitation akutkranker PatientInnen aus anderen Krankenhausabteilungen. Diese Versorgungsform kann seit 2003/2004 im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) in der Steiermark pauschaliert abgerechnet werden. Versorgungseinrichtungen der AG/R können als Abteilung oder Department im Bereich der Fächer Innere Medizin oder Neurologie geführt werden. Derartige Einrichtungen wurden bisher in der Steiermark in den LKHs Rottenmann und Hörgas-Enzenbach sowie am Geriatrischen Krankenhaus der Stadt Graz eröffnet. Wie auch im Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan 2003 (ÖKAP/GGP) ausgeführt, ist ein schrittweiser Ausbau der AG/R vorgesehen. In diesem Zusammenhang wurden auch Strukturqualitätskriterien durch das ÖBIG erarbeitet (ÖBIG, 2004a).

Zielgruppe der AG/R sind geriatrische PatientInnen, bei denen somatische und/oder psychische Multimorbidität vorliegt, welche eine stationäre Akutbehandlung erforderlich macht. Außerdem sollen hier jene PatientInnen betreut werden, bei denen eine Gefahr der Einschränkung der Selbstständigkeit durch den Verlust funktioneller oder kognitiver Fähigkeiten bzw. durch psychosoziale Probleme besteht.

Die Betreuung erfolgt durch ein geriatrisch qualifiziertes, interdisziplinäres Team. Dabei konnte international gezeigt werden, dass diese Versorgungsform – im Vergleich zur Standardversorgung in allgemeininternistischen Abteilungen – durch die interdisziplinäre Ausrichtung und die auf die besonderen Anforderungen der geriatrischen multimorbiden PatientInnen ausgerichteten Behandlungsformen deutlich bessere Ergebnisse erzielt werden konnten (Saltvedt, Opdahl Mo, Fayers, Kaasa & Sletvold, 2002). Das Behandlungsangebot ist multidimensional und berücksichtigt gleichermaßen medizinische, funktionelle, psychische, kognitive und soziale Aspekte der Erkrankung der PatientInnen. Neben der Behandlung der akuten Erkrankung stehen die Wiederherstellung und Erhaltung der Fähigkeit zur weitgehend selbstständigen Lebensführung, die Vermeidung weiterer Funktionsverluste, die Erhöhung der Lebensqualität und die Reintegration des Patienten/der Patientin in das gewohnte Umfeld im Mittelpunkt (ÖBIG, 2004b, S. 26–27). Die hierfür entwickelten ÖBIG-Strukturqualitätskriterien sollen dabei die Ausrichtung des Leistungsspektrums an obige Zielvorgaben gewährleisten. Ein interdisziplinärer und integrierter Versorgungsansatz soll dabei in sämtlichen Prozessen des stationären Ablaufs umgesetzt werden und beinhaltet Kernelemente wie etwa das Geriatrische Aufnahme- und Entlassungs-Assessment, funktionsverbessernde, funktionserhaltende und reintegrierende therapeutische Maßnahmen, reaktivierende Pflege sowie ganzheitliche (d.h. sozialarbeiterische und psychologische/psychotherapeutische) Betreuung. Angehörigenarbeit und Entlassungsplanung – bei Bedarf auch mit der Mög-

lichkeit des diagnostischen Hausbesuchs – sollen Kontinuität der Betreuung und ein verbessertes Schnittstellenmanagement sicherstellen.

Mittels einer im Jahre 2004 in der Steiermärkischen KAGES durchgeführten Stichtagserhebung zum Bedarf der Versorgungskapazitäten der AG/R wurde auf einen deutlichen Mehrbedarf für diese Versorgungsstrukturen in der Steiermark im Austausch für bestehende stationäre Betten geschlossen. In der dabei verwendeten – von der ÖBIG-Modellrechnung abweichenden – Methodik wurden die derzeit gebräuchlichen Aufnahmekriterien der Referenzeinheiten (d.h. bereits länger im Betrieb stehende AG/R-Einheiten) herangezogen, um das Potential von AG/R PatientInnen an stationären Einheiten zu ermitteln. (Dr. A. Frank, KAGES, Medizinische Direktion, Steiermärkische KAGES, e-mail, 24.5.2005; Dr. P. Mrak, LKH Hörgas, mündliche Auskunft, 20.5.2005). Im Sinne einer qualitätsgesicherten Versorgung wird auch der qualitative Ausbau dieser Versorgungsform angestrebt. Dabei sollen auf Basis auch der ÖBIG-Strukturqualitätskriterien und unter Beteiligung der relevanten Berufsgruppen die Voraussetzungen für ein österreichweites Qualitätssicherungssystem geschaffen werden. Angedacht ist die Entwicklung eines webbasierten, datenbankgestützten Benchmarking-Systems, welches die wesentlichen Prozess- und Outcome-Indikatoren berücksichtigt und auch durch laufende Qualitätsberichte den NutzerInnen zur Verfügung steht. Darüber hinaus soll aber auch Bewusstsein geschaffen werden, um die Verankerung der AG/R im Gesundheitswesen im Sinne einer integrierten, bedarfsgerechten, patientenzentrierten und gesundheitsförderlichen Versorgungsform zu unterstützen (AGÄM – Arbeitsgruppe Ältere und Multimorbide, Leitung Dr. P. Mrak, LKH Hörgas in Zusammenarbeit mit der Forschungsgesellschaft Joanneum Research, DI W. Habacher, DI. P. Beck; mündliche Auskunft, 20.5.2005).

8.3.4. Hospiz- und Palliativversorgung

Gemäß der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2002 veröffentlichten Definition bezeichnet »Palliative Care« einen »Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von PatientInnen und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art«. Als deutsche Übersetzungen werden auch die Bezeichnungen Palliativmedizin, Palliativbetreuung oder Palliativversorgung verwendet. Die Begriffe Palliativpflege und Hospizarbeit beinhalten wichtige Teilaspekte von Palliative Care (WHO, zitiert nach Österreichisches Bundesinstitut für das Gesundheitswesen, 2004b, S.7).

Zur Erreichung einer flächendeckenden Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich mit Festlegung der Versorgungsangebote und Ausarbeitung von Leitlinien sowie von Kriterien zur Angebotsplanung, wurde im August 2004 eine Arbeits-

gruppe mit ExpertInnen eingerichtet. Das unter Leitung des Österreichischen Bundesinstituts für das Gesundheitswesen (ÖBIG) in einer Arbeitsgruppe ausgearbeitete Konzept beschreibt die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung, das die bestehenden Palliativstationen und die zusätzlich erforderlichen Strukturen auf allen Versorgungsebenen umfasst. Der sogenannte Palliativkonsiliardienst soll den Ärzten, Ärztinnen und Pflegepersonen in den Krankenhaus-Abteilungen bei der Betreuung der PalliativpatientInnen beratend zur Seite stehen. Im jeweiligen häuslichen Umfeld und in Heimen soll als weiterer Baustein das Mobile Palliativteam – (vorwiegend durch eine Beraterische Unterstützung) bei der Betreuung mitwirken. An einigen wenigen Standorten sollen stationäre Hospize die Betreuung übernehmen, wenn eine Behandlung im Akutkrankenhaus nicht mehr erforderlich und die Betreuung zu Hause bzw. in einem Pflegeheim nicht mehr möglich ist. Ergänzend sollen einige Tageshospize für die Betreuung einer speziellen Gruppe von PalliativpatientInnen zur Verfügung stehen. Qualifizierte ehrenamtliche HelferInnen sollen PatientInnen und Angehörige in allen Versorgungsbereichen unterstützen.

Ziel der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung ist die Sicherstellung eines gerechten Zugangs zu den Möglichkeiten der Palliativmedizin für alle, die sie brauchen. Die Integration der abgestuften Versorgung ins Gesundheitswesen braucht eine qualifizierte Grundversorgung in guter Vernetzung mit den speziellen Hospiz- und Palliativeinrichtungen.

Da die Palliativmedizin auf die bestmögliche Linderung der Symptome der PatientInnen abzielt stehen dabei die Förderung der Lebensqualität und der Autonomie sowie die Befähigung der PatientInnen ebenso im Mittelpunkt wie die Entlastung der Angehörigen und die Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte (ÖBIG, 2004b, S. 12–20). Die in diesem Zusammenhang empfohlenen Strukturqualitätskriterien wurden für jede der zuvor angeführten Einrichtungsarten spezifiziert und beziehen sich auf die Qualifikation des ärztlichen und pflegerischen Personals, die Personalausstattung, die technische und räumliche Ausstattung sowie Größe der jeweiligen Einrichtung, und schließlich das Leistungsangebot (ÖBIG, 2004b, S. 21–22).

Hospiz- und Palliativversorgung in der Steiermark

Einrichtungen für Hospiz- und Palliativversorgung werden seit 1997 aus Mitteln des Steiermärkischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds (SKAFF) gefördert. Mit den Erfahrungen aus dem Pilotprojekt »Stationäre Palliativbetreuung« (1997–2001) wurden seit 2002 schrittweise weitere Einrichtungen aufgebaut. Mittelfristig soll steiermarkweit ein gerechter Zugang zu den Möglichkeiten der modernen Hospiz- und Palliativversorgung sichergestellt werden.

Die Universitäre Palliativmedizinische Einrichtung am LKH-Universitätsklinikum Graz ist die erste und derzeit noch einzige palliativmedizinische Einrichtung an einer Medizinischen Universität in Österreich. Diese Einrichtung besteht seit 2001 und umfasst die Palliativstation mit 12 Betten, das Mobile

Palliativteam Graz und den Palliativkonsiliardienst für das gesamte Klinikum. Die Inbetriebnahme der Palliativstation am Krankenhaus der Elisabethinen GmbH erfolgte bereits 1998 und verfügt nun über insgesamt 8 Betten. Der zugehörige Palliativkonsiliardienst ist seit September 2003 tätig. Das Albert Schweitzer Hospiz in den Geriatriischen Gesundheitszentren der Stadt Graz – mit 10 Betten – wurde 2002 eröffnet. Als erste Einrichtung außerhalb von Graz wurde 2003 das Mobile Palliativteam Bad Aussee gestartet. Es folgten der Palliativkonsiliardienst im Landeskrankenhaus Rottenmann, das Mobile Palliativteam Hartberg und das Mobile Palliativteam Fürstenfeld. Ehrenamtliche des Hospizvereins Steiermark sind an allen Standorten in der Begleitung aktiv.

Im Jahr 2004 wurden in den steirischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen insgesamt rund 75 Vollzeitäquivalent-Dienstposten finanziert und es standen ca. 110 MitarbeiterInnen, darunter Ärztinnen und Ärzte, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte und PflegehelferInnen, SozialarbeiterInnen sowie PsychotherapeutInnen und weitere Berufsgruppen, im Einsatz. Die steirischen Mobilen Palliativteams und Palliativkonsiliardienste betreuten im Jahr 2004 insgesamt 850 PatientInnen. Die beiden Palliativstationen und das Stationäre Hospiz betreuten 548 stationäre Fälle (Dr. J. Baumgartner, Koordination Palliativbetreuung, KAGES, e-mail, 19.5.2005). Die »Koordination Palliativbetreuung«, angesiedelt in der Medizinischen Direktion der Steiermärkischen KAGES, war für die Gesamtkoordination des Auf- und Ausbaues der Einrichtungen zuständig. Ergänzend dazu waren in der Steiermark 22 Hospizteams in der Begleitung von 1.511 PatientInnen und Angehörigen tätig, wobei insgesamt rund 46.000 Begleitstunden geleistet wurden und annähernd 511 ehrenamtliche MitarbeiterInnen beteiligt waren. Das Angebot des Hospizvereins Steiermark umfasste dabei neben zahlreichen »Offenen Trauergruppen« auch Beratungen zum Thema »PatientInnenverfügung« sowie Familienhospizkarenz. Zusätzlich wurden einschlägige Aus- und Fortbildungen durchgeführt (M. Lind, Hospizverein Steiermark, e-mail, 25.5.2005).

8.4. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen: Integrierter Versorgungssektor

- ▶ Rahmenbedingungen und Strukturen zur Ermöglichung einer kontinuierlichen, lückenlosen und die Versorgungsebenen überschreitenden Behandlungskette sind derzeit noch schwach entwickelt. Die Integration von primärer, spezialisierter und stationärer Versorgung ist derzeit noch nicht gewährleistet:
 - ▷ Gesundheitsförderung, Prävention, Diagnose, Behandlung, Rehabilitation und Pflege sind derzeit noch weitgehend fragmentiert. Darüber hinaus gibt es kaum Berührungspunkte zwischen dem Bereich der ambulanten und stationären klinischen Versorgung und jenem der Öffentlichen Gesundheit.

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche Chancengleichheit

Gesunde und sichere natürliche Umwelt

Settings zur Förderung der Gesundheit

Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit

Integrierter Gesundheitssektor

Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuteilung

Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange

Anhang

- ▷ Standardisierte Informations- und Dokumentationssysteme an den Schnittstellen sowie systematische Behandlungsleitlinien werden derzeit nur vereinzelt eingesetzt.
- ▷ Es sind jedoch bereits Versorgungsmodelle, im Besonderen zur Koordinierung der Überleitungsprozesse, des Aufnahme- und Entlassungsmanagements an der Schnittstelle zwischen extramuralen und intramuralen Gesundheitsdienstleistern sowie der multiprofessionellen Weiterbetreuung im Stadium der Erprobung vorhanden
- ▷ Wenngleich systematische Anreizsysteme zur Abgeltung integrierter Versorgungsmodelle noch fehlen, existieren in ausgewählten Bereichen – Management von Typ-2-Diabetes mellitus und von Bluthochdruck – bereits erprobte Finanzierungs- und Kooperationsmodelle für integrierte Versorgungsleistungen.
- ▶ Weiters besteht eine deutliche regionale Ungleichheit im Bereich der Versorgung. Dies betrifft einerseits die Versorgungsdichte bei den Mobilen Diensten und andererseits die wohnortnahen psychosozialen Versorgungseinrichtungen. Versorgungsstrukturen der Hospiz- und Palliativversorgung wurden zwar sukzessive ausgebaut, weisen aber noch Lücken auf. Die Versorgungskapazitäten im Bereich Akutgeriatrie/ Remobilisation sind noch weiter ausbaufähig.
- ▶ Multiprofessionelle und organisationsübergreifende Kooperationsformen der Versorgung, welche alle relevanten Gruppen im Versorgungsprozess – besonders auch PatientInnen und Selbsthilfegruppen – einbinden, sind derzeit nur vereinzelt vorhanden.

Daraus folgt:

- ▶ Bereits erprobte und bewährte Modelle integrierter Versorgung sind weiter auszubauen. PatientInnenorientierte Modellprojekte sollten unter Berücksichtigung der Übertragbarkeit evidenzbasierter Erkenntnisse praxisnah erprobt und wissenschaftlich begleitet werden. Interdisziplinäre stationäre und ambulante Versorgungsmodelle sind verstärkt zu fördern.
- ▶ Anreizsystemen zur Erbringung qualitätsgesicherter integrierter Leistungsangebote sollte ein erhöhter Stellenwert eingeräumt werden.
- ▶ Qualifizierungs- und Ausbildungsprogramme im Bereich des Schnittstellenmanagements sowie interdisziplinäre Fort- und Weiterbildungsangebote sind weiter zu entwickeln, verstärkt einzusetzen und zu evaluieren.
- ▶ Der Beseitigung regionaler Versorgungsungleichheiten sollte ein höherer Stellenwert eingeräumt werden. Gleicher Zugang zu und Verfügbarkeit von wohnortnahen niederschweligen und bedarfsgerechten Gesundheitsdiensten sollen für alle SteirerInnen sichergestellt werden.
- ▶ Zur tatsächlichen Ausrichtung der Gesundheitsdienste auf eine familienorientierte, gemeindenahе und gesundheitsorientierte primäre Gesundheitsversorgung ist die Rolle der hausärztlichen Versorgung unter größtmöglicher Ein-

beziehung regionaler Versorgungs- und Behandlungnetzwerke weiter zu entwickeln und zu stärken. Dies erfordert neben einer verstärkten Berücksichtigung von Konzepten lebensweltnaher Gesundheitsorientierung in der Ausbildung auch die praktische Integration von Gesundheitsförderung und Prävention in der primären Gesundheitsversorgung.

Literatur

1. Amt der Steiermärkischen Landesregierung- Fachabteilung 8B. (2004a). Jahresbericht 2003 Hauskrankenpflege Steiermark (Mobile Soziale Dienste). Graz.
2. Amt der Steiermärkischen Landesregierung- Fachabteilung 8B. (2004b). Psychiatriebericht Steiermark 2003. Graz.
3. Badelt, Ch.; Horak, Ch. & Furtmüller, St. (2002). Endbericht »Marktanalyse der Mobilen Dienste in der Steiermark«. Land Steiermark: Graz
4. Barnett, S., Roderick, P., Martin, D., Diamond, I. & Wrigley, H. (2002). Interrelations between three proxies of health care need at the small area level: an urban/rural comparison. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 56: 754–761.
5. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2004a). MedTogether Endbericht Positionspapier – Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für erfolgreiches Schnittstellenmanagement. Download vom 30.12.2004, von <http://www.at.mos.info/mm/Positionspapier.pdf>
6. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen – Krankenanstalten in Österreich Online Verzeichnis. (2004b). Download vom 26.4.2005, von http://bmgf.cms.apa.at/cms/site/kav_suche.htm?such_bundesland=ST&suchfeld1=name&suchtext1=&suchfeld2=nummer&suchtext2=&such_bettenanzahl
7. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen – Krankenanstalten in Zahlen. (2005). Download vom 24.4.2005, von <http://www.kaz.bmgf.gv.at/>
8. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2003a). Krankenanstalten in Österreich 2002/ 2003. BMSG: Wien.
9. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2003b). Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan 2003 ÖKAP/ GGP. BMSG: Wien.
10. Delnoij, D., Klazinga, N. & Kulu, I. (2002). Integrated Care in an International Perspective: Proceedings of the workshop of the EUPHA-section Health Services Research EUPHA Annual Conference 2001. *International Journal of Integrated Care*, 2. Download vom 6.4.2005, von <http://www.ijic.org/publish/articles/000073/index.html>
11. Dierks, ML., Diel, F. & Schwartz, FW. (2003). In: Schwartz, FW., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. & Walter, U. (Hrsg.), *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. (S. 339–348). München, Jena: Urban & Fischer.
12. Europäische Kommission – Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz. (2003a). Reflexionsprozess auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union. Brüssel.
13. Europäische Kommission – Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz. (2003b). Health Telematics Working Group of the High Level Committee on Health: Final Report. Brüssel.
14. Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme (Hrsg.). (2001). *Gesundheitssystem im Wandel. Österreich*. O.O.: o.V
15. Ewers, M. (2000): Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptuelle und methodische Grundlage. In: M. Ewers & D. Schaeffer (Hrsg.), *Case Management in Theorie und Praxis*. Bern: Verlag Hans Huber. S. 53–90.
16. Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, IS., Sutton, M., Leese, B., Giuffrida, A., Sergison, M. & Pedersen, L. (2000). Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, 3.
17. Gröne, O. & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*, 1 (3). Download vom 6.4.2005, von <http://www.ijic.org/publish/articles/000073/index.html>
18. Gröne, O. & Garcia-Barbero, M. (o.D.). Trends in Integrated Care – Reflections on Conceptual Issues. Download vom 6.4.2005, von <http://www.euro.who.int/document/ihb/trendicreflconissue.pdf>
19. GQG. (2004). Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz GQG) 2005. BGBl. für die Republik Österreich I, Nr. 179/2004 (30. Dezember 2004). Wien.
20. Institut für Medizinische Systemtechnik und Gesundheitsmanagement – JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH. (2005). Steirisches Schulungsprojekt für insulinpflichtige und nicht-insulinpflichtige Typ-2-Diabetiker – Jahresbericht 2004. Graz.
21. Jacobs, K. & Schulze, S. (2004). Wettbewerbsperspektiven integrierter Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: D. Cassel (Hrsg.): *Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen, Gesundheitsökonomische Beiträge* (44, S. 89–110). Baden-Baden: Nomos.
22. Kodner, DL. & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: Meaning, logic, and implications: A Discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2. Download vom 6.4.2005, von <http://www.ijic.org/publish/articles/000073/index.html>
23. Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 4, 1–18.
24. Marshall, M., Leatherman, S., Mattke, S. & The Members of the OECD Health Promotion, Prevention and Primary Care Panel (eds.) (2004). *OECD Health Technical Papers No. 16 – Selecting Indicators for the quality of health promotion, prevention and primary care at the health systems level in OECD countries*. Paris.
25. Mrak, P., Racovac, I., Winkler, R., Plank, J., Pieber, T., Bauer, B., Horvath, K., Krisper, P., Jeitler, K., Kaiiba, W. & Zweiker, R. (2004). *Public Awareness: Herz.Leben. Wiener Medizinische Wochenschrift – Skriptum Kongressjournal*, 1, 8, 16–18.
26. Nationalrat XXII. GP. (2004a). 692 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXII. GP – Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. *Parlamentarische Materialien*: Wien.
27. Nationalrat XXII. GP. (2004b). 693 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXII. GP – Regierungsvorlage – Materialien. *Parlamentarische Materialien*: Wien.

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

28. Ali, W. & Rasmussen, P. (2004). NZHTA Report – What is the evidence for the effectiveness of managing the hospital/community interface for older people? A critical appraisal of the literature. Volume 7, 1.
29. Österreichische Apothekerkammer. (2005). Die Österreichische Apotheke in Zahlen. Wien.
30. Österreichisches Bundesinstitut für das Gesundheitswesen (ÖBIG). (1998). Neupositionierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Wien: ÖBIG.
31. Österreichisches Bundesinstitut für das Gesundheitswesen (ÖBIG). (2000). Qualität der ärztlichen Versorgung in Österreich. Wien: ÖBIG.
32. Österreichisches Bundesinstitut für das Gesundheitswesen (ÖBIG). (2004a). Rehabilitationsplan 2004. Wien: ÖBIG.
33. Österreichisches Bundesinstitut für das Gesundheitswesen (ÖBIG). (2004b). Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Wien: ÖBIG.
34. Physiotherapie.at (o.D.). PhysiotherapeutInnen Steiermark. Download vom 6.4.2005, von <http://www.physiotherapie.at/>
35. Rieder, A., Rathmanner, Th., Kiefer, I., Dorner, Th., Kunze, M. & Schwarz, F. (2004). Österreichischer Diabetesbericht 2004 – Daten, Fakten, Strategien. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
36. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.)(2003). Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Nomos: Baden-Baden.
37. Saltvedt, I., Opdahl Mo, ES., Fayers, P., Kaasa, St. & Sletvold, O. (2002). Journal of the American Geriatrics Society, 50 (5): 792–798.
38. SHG. (2004.). Gesetz über die Sozialhilfe (Steiermärkisches Sozialhilfegesetz – SHG) Stammfassung: LGBl. Nr. 29/1998. Download vom 19.4.2005, von <http://www.ris.bka.gv.at/lr-steiermark>
39. Shepperd, S. & Iliffe, S. (2001). Hospital at home versus inpatient hospital care. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, 2.
40. Shortell, SM, Gillies, RR, Anderson, DA, Erickson, KM. & Mitchell, JB. (2000). Remaking Health Care in America. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
41. Statistik Austria. (2002). Gesundheit & Gesundheitsversorgung – Ergebnisse einer WHO-Studie für Österreich. Wien: Verlag Österreich.
42. Steuten, LMG, Vrijhoef HJM, Spreeuwenberg, C., Van Meroode, GG (2002). Participation of general practitioners in disease management: experiences from the Netherlands. International Journal of Integrated Care, 2. Download vom 10.4.2005, von <http://www.ijic.org/>
43. Steiermärkische Gebietskrankenkasse, Infora Consulting Group. (2004). Optimierung im regionalen Gesundheitswesen. Weiterführung Modellversuch und Umsetzungsvorbereitungen. Abschlussbericht. Graz.
44. Sundquist, K., Malmström, M., Johansson, S-E. & Sundquist, J. (2003). Care Need Index, a useful tool for the distribution of primary health care resources. Journal of Epidemiology and Community Health; 57:347–352.
45. WHO. (1999). WHO Gesundheit21: Das Rahmenkonzept »Gesundheit für alle« für die Europäische Region der WHO (Europäische Schriftenreihe »Gesundheit für alle«; Nr. 6). Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.
46. WHO. (2004). What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? WHO: Geneva.
47. Wilkinson D. & Symon B. (2000). Inequitable distribution of general practitioners in Australia: estimating need through the Robin Hood Index. Aust N Z J Public Health. 24(1): 71–5.
48. Zwarenstein, M. & Bryant, W. (2000). Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 2.

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
Chancenungleichheit

Gesunde und sichere
natürliche Umwelt

Settings zur Förderung
der Gesundheit

Multisektorale
Verantwortung für die
Gesundheit

Integrierter
Gesundheitssektor

Finanzierung des
Gesundheitswesens und
Ressourcenzuteilung

Mobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuteilung

WHO-Ziel:

Bis zum Jahr 2010 sollten alle Mitgliedsstaaten auf der Grundlage des chancengleichen Zugangs, der Wirtschaftlichkeit, der Solidarität und der optimalen Qualität belastbare Finanzierungs- und Ressourcenzuweisungsverfahren für Gesundheitsversorgungssysteme entwickeln.

Kostendämpfungsmaßnahmen

- Ausgaben allgemein
- Ausgaben intramuraler Bereich
- Ausgaben extramuraler Bereich
- Ausgaben für die Gesundheitsförderung

Gesundheitsreform

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Literatur

9. Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuteilung

Die WHO empfiehlt, dass nachhaltige Finanzierungs- und Ressourcenzuteilungsmechanismen nach den Prinzipien des gleichen Zugangs, der Solidarität und der besten Qualität entwickelt werden sollen. Im Speziellen soll darauf geachtet werden, dass die Ausgaben für das Gesundheitswesen adäquat und den Bedürfnissen der Bevölkerung angepasst sind. Bei der Ressourcenzuteilung zwischen Gesundheitsförderung und Krankenversorgung sind die Grundsätze der Kosteneffizienz, der Wissenschafts-Basierung und der Wirkung auf die Gesundheit zu berücksichtigen. Das Finanzierungssystem soll in allen Bereichen Flächendeckung und Nachhaltigkeit sicherstellen.

Das österreichische System der Pflichtversicherung gewährleistet grundsätzlich einen flächendeckenden Zugang zum Gesundheitssystem. Allerdings hat laut Schätzungen einer österreichischen Studie trotzdem ein – wenngleich geringer – Teil der österreichischen Wohnbevölkerung, (bis zu 2,4%), gar keinen Anspruch auf Leistungen im Krankheitsfall (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2003, S. 40). Der Großteil dieser Personen ist männlich und im Alter zwischen 15–29 Jahren. Es wird vermutet, dass unter den Nicht-Versicherten ein verhältnismäßig hoher Anteil an Personen ohne österreichische Staatsbürgerschaft sowie an Personen mit niedriger Bildung zu finden ist (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2003, S. 78). Für die Steiermark liegen derartige Analysen nicht vor, allerdings ist davon auszugehen, dass die österreichischen Ergebnisse auch auf die Steiermark zutreffen. Mögliche Modelle zur Schließung dieser Lücke wären die Einbeziehung von bedürftigen, nicht krankenversicherten Personen in die Krankenversicherung durch eine vom Sozialhilfeträger bezahlten Selbstversicherung, die gebührenfreie Krankenversicherung von Risikogruppen oder eine generelle Krankenversicherung für alle ÖsterreicherInnen (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2003, S. 93–99).

Um Nachhaltigkeit des Finanzierungssystems zu erzielen und das Ziel 17 der WHO zu erreichen, schlägt diese unter anderem vor, Kostendämpfungs-Maßnahmen zu setzen und mit Monitormechanismen zu versehen, um die Auswirkung der Ressourcenverwendung zu beobachten (WHO, 1999, S. 242). Weiters soll eine transparente Prioritätensetzung erfolgen und gegebenenfalls Ressourcen des Gesundheitssektors anderen Sektoren sowie privaten und nicht-staatlichen Organisationen zugewiesen werden, um gemeinsame Ziele zu erreichen (WHO, 1999, S. 242). Im folgenden Kapitel sollen nun diese Maßnahmen in Hinblick auf die Steiermark diskutiert werden.

9.1. Kostendämpfungsmaßnahmen

9.1.1. Ausgaben allgemein

Die Einführung des LKF-Modells 1997 zielte unter anderem darauf ab, die Kostensteigerungen im stationären Bereich einzudämmen (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2004, S. 17). Die gesamten Gesundheitsausgaben, gemessen am Bruttoinlandsprodukt, stagnieren seit diesem Zeitpunkt in Österreich mit 7,7% (Statistik Austria, 2004, S. 413, S. 416). Damit hat Österreich im internationalen Vergleich die fünf geringsten Ausgaben (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2004b, S. 54). 5,4% der gesamten Gesundheitsausgaben sind öffentliche Ausgaben und 2,3% private (Statistik Austria, 2004, S. 413). Allerdings stiegen die öffentlichen Ausgaben um 5,5%, während die Ausgaben von privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (also »non-profit«-Krankenhäuser und Rettungsdienste) um 0,8% sanken (Statistik Austria, 2004, S. 413). Zwischen 1998 und 2002 ist eine kontinuierliche Steigerung der öffentlichen Ausgaben zu beobachten (Statistik Austria, 2004, S. 416). Die Ausgaben privater Organisationen sanken in diesem Zeitraum erstmals zwischen 2001 und 2002, während sie zuvor ebenfalls kontinuierlich um ca. 5% stiegen (Statistik Austria, 2004, S. 416). Über den gesamten Zeitraum 1998 bis 2002 ist für beide Bereiche ein Anstieg der Ausgaben um 14–15% zu registrieren (Statistik Austria, 2004, S. 416). Ebenfalls kontinuierlich gestiegen sind die Ausgaben der privaten Haushalte laut Statistik Austria, im Vergleich 2002 und 2003 um 3,9% (Statistik Austria, 2004, S. 413). Auch in den vorangegangenen Jahren stiegen sie um 4–5% (ausgenommen zwischen 2000 und 2001) (Statistik Austria, 2004, S. 416). Der größte Anteil der Ausgaben der privaten Haushalte wird mit 41% für ambulante Gesundheitsdienstleistungen aufgewandt (Statistik Austria, 2004, S. 416).

Die Finanzierung des steirischen Gesundheitswesens wird maßgeblich durch die wichtigsten Finanziers, den Steiermärkischen Krankenanstaltenfinanzierungsfonds (SKAFF) und den Sozialversicherungen, von denen die Steiermärkische Gebietskrankenkasse (StGKK) den größten Teil der Versicherten umfasst, geprägt. Der SKAFF übernimmt vorwiegend die leistungsbezogene Finanzierung des intramuralen Bereichs, während die Sozialversicherungen vorwiegend für die Finanzierung des extramuralen Bereichs verantwortlich zeichnen.

9.1.2. Ausgaben intramuraler Bereich

Der SKAFF mit einem Budget von 583,178 Mio. Euro im Jahr 2004 (siehe Tab. 9.1) übernimmt die Abgeltung von Leistungen der Krankenanstalten im stationären, halbstationären, tages- und nachtklinischen sowie ambulanten Bereich sowie die Gewährung allfälliger Zuschüsse für Investitionen und Großgeräte (SKAFF-Gesetz, 2001, § 2, Abs 1, Z 1–2). Darüber hinaus hat er die Aufgabe Mittel zur Durchführung von strukturverbessernden Maßnahmen auf der Grundlage projektbezogener Konzepte zu verwenden (SKAFF, Gesetz, 2001, § 2, Abs 1, Z 3). Betrachtet man die finanziellen Ausgaben des

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

SKAFF für den stationären, ambulanten und Investitions-Bereich kann man eine kontinuierliche Steigerung der Mittel beobachten, wobei 2004 um 18% mehr Geld ausgegeben wurde als 1997 (siehe Tab. 9.1). Nur im Jahr 2003 kam es zu einer Reduktion der Mittel im Vergleich zum Vorjahr, was allerdings auf abrechnungstechnische Gründe zurückzuführen ist und keinen tatsächlichen Rückgang darstellt. Auch österreichweit sind die Ausgaben für die landesfondsfinanzierten Krankenanstalten gestiegen, dies vor allem in den Bundesländern Oberösterreich, Salzburg und Steiermark (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2004a, S. 41). Die stationären Endkosten der Fondskrankenanstalten sind in der Steiermark sowohl pro stationärem Fall wie auch pro Belegtag zwischen 1997 und 2000 deutlich stärker gestiegen als in den anderen Bundesländern (Land Niederösterreich, 2002, Tab. 5.6.1). Auch bei den ambulanten Endkosten der Fondskrankenanstalten ist ein geringfügig über dem Österreichschnitt gelegener Anstieg zu verzeichnen (Land Niederösterreich, 2002, Tab. 5.6.1).

Dieser Anstieg der Ausgaben des SKAFF ist vorwiegend für den stationären Bereich zu beobachten. Die Ausgaben für den stationären Bereich, die sich im Jahr 1997 auf 84% der Gesamtkosten beliefen, stiegen kontinuierlich auf 88% im Jahr 2004 (siehe Tab. 9.1). Die Investitionsmittel sind hingegen seit 1997 von rund 6% vor allem in den Jahren 2003 und 2004 auf 3–4% gesunken. Die Mittel für den ambulanten Bereich blieben über die Zeit ungefähr gleich hoch, während die Ausgaben für Projekt- und Strukturmittel, deren Anteil im Jahr 1997 noch 2% ausmachte, bis zum Jahr 2000 auf rund 3% anstieg und danach einen deutlichen Rückgang auf 0,1% zeigte (siehe Tab. 9.1). Der Rückgang der Strukturmittel nach 2000 wird damit begründet, dass im Jahr 2001 und 2002 die Mittel für die Hauskrankenpflege, die mobilen Dienste und die extramurale Psychiatrie zur Gänze aus dem Landesbudget und nicht aus dem SKAFF zur Verfügung gestellt wurden. 2003 und 2004 wurden wieder Mittel für diese Leistungen durch den SKAFF, wenn auch in verringertem Ausmaß, verwendet.

Die Ausgabensteigerung des SKAFF insgesamt sowie von dessen Teilbereichen spiegelt sich in den Ausgaben pro EinwohnerIn wider. So sind die Gesamtausgaben von 1997 bis 2004 von 403 auf 489 Euro pro EinwohnerIn gestiegen (siehe Tab. 9.1). Ebenfalls sind die Ausgaben für den stationären (von 1997: 338 Euro auf 2004: 428 Euro) und den ambulanten Bereich (von 1997: 33 Euro auf 2004: 39 Euro) gestiegen, während die Investitionsmittel und die Projekt- und Strukturmittel einen rückläufigen Trend zeigen (siehe Tab. 9.1). Allerdings sind hierbei die bereits erwähnten diversen budgettechnischen Hintergründe zu berücksichtigen.

9.1.3. Ausgaben extramuraler Bereich

Auch im niedergelassenen Bereich scheint keine Eindämmung der Kosten erreicht worden zu sein. So sind die abgerechneten Beträge der § 2-Kassen für niedergelassene ÄrztInnen (ausgenommen ZahnärztInnen und DentistInnen) seit

1992 österreichweit gestiegen (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2004a, S. 42). In der Steiermark stiegen die Ausgaben zwischen 1992 und 2001 um 71%, was deutlich über der Steigerungsrate von 57% für Gesamtösterreich liegt (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2004a, S. 42 und Tab. 5.6.2). Weiters kann beobachtet werden, dass hierbei die Abrechnungsbeträge der FachärztInnen (ausgenommen ZahnärztInnen und DentistInnen) um 89% gestiegen sind und jene der praktischen ÄrztInnen um 57%. Für beide Gruppen liegt die Zunahme über dem Österreichdurchschnitt (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2004a, Tab. 5.6.2).

Dieses Bild bestätigt sich auch, wenn man die Ausgaben der Kassen insgesamt betrachtet. Die Steiermärkische Gebietskrankenkasse (StGKK) deckt ca. 71% der steirischen Bevölkerung mit Ausgaben in der Höhe von 1.079 Mio. Euro im Jahr 2003 ab (StGKK, 2003, S. 3). Die Ausgaben der StGKK sind von 2002 auf 2003 um ca. 3% gestiegen (StGKK, 2003, S. 4). Dieser Anstieg liegt etwas über dem Anstieg der Ausgaben der österreichischen gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt, der laut Statistik Austria bei 2,4% liegt (Statistik Austria, 2004, S. 413). 78% der Einnahmen der StGKK stammten aus Beitragseinnahmen. Hiermit sind die Gesamteinnahmen im Vergleich zum Vorjahr um 7% gestiegen, jedoch die Einnahmen durch Versicherungsbeiträge sind um 3 Prozentpunkte gesunken (Vgl. StGKK, 2002 und 2003, S. 3). Der Rückgang der Beitragseinnahmen ist im Zusammenhang mit Frühpensionierungen und mit Arbeitslosigkeit zu sehen. Österreichweit wurden im Jahr 2003 noch 81% der Einnahmen durch Beiträge gedeckt, womit die Einnahmen der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse aus Versicherungsbeiträgen um 3 Prozentpunkte darunter liegen (Statistik Austria, 2004, S. 423).

Von den 1.026 Mio. Euro Versicherungsleistungen der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse wurden 2004 32% für ärztliche Hilfe, 28% für die Krankenanstaltenfinanzierung und Hauskrankenpflege und 25% für Heil- und Hilfsmittel ausgegeben (StGKK, 2003, S. 4). D.h. 85% der Mittel für Versicherungsleistungen entfielen auf kurative und pflegerische Maßnahmen. Pro Versicherte/n wurden im Jahr 2003 1.292 Euro ausgegeben. Die höchsten Ausgaben fielen wiederum für ärztliche Hilfeleistung (inkl. Zahnbehandlung und -ersatz) mit 397 Euro pro Versicherte/n, für die Landeskrankenanstalten und die Hauskrankenpflege (346 Euro pro Versicherte/n) und für Heilmittel (289 Euro pro Versicherte/n) an (StGKK, 2003, S. 4). Am stärksten gestiegen von 2002 auf 2003 sind die Ausgaben für Arzneien, Heilbehelfe und Hilfsmittel, nämlich um beinahe 9% (StGKK, 2003, S. 4).

Im Bereich der mobilen Gesundheitsdienste wurden 2004 10,8 Mio. Euro ausgegeben (siehe Tab. 9.2). Hierbei flossen 3,5 Mio. Euro in die Hauskrankenpflege. Der größte Teil der Mittel kam 2004 aus dem Landesbudget und 1,0 Mio. Euro aus dem SKAFF (Hr. Riegelnegg, Fachabteilung 7A – Gemeinden und Wahlen, Amt der Steiermärkischen Landesregie-

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

rung, 18. Mai 2005). Die finanziellen Aufwendungen für die Hauskrankenpflege sind seit 1997 gestiegen (siehe Tab. 9.3). Allerdings sind diese Ausgaben über die Zeit schwer vergleichbar, da vor 2002 auch andere Dienste in der Hauskrankenpflege mit abgegolten wurden. Mit Juli 2003 wurden die mobilen Dienste auf ein Normkostenmodell umgestellt. 2004 kann eine Umverteilung der Mittel von der etwas kostenintensiveren Hauskrankenpflege hin zu anderen, weniger kostenintensiven Diensten beobachtet werden (siehe Tab. 9.3). Damit konnte die angestrebte Verbesserung in der Leistungsorientierung und in der Effizienz der Trägerorganisationen erreicht werden (Badelt et al, 2002, S. 62).

9.1.4. Ausgaben für die Gesundheitsförderung

Vom Budget der Landessanitätsdirektion (6,411 Mio. Euro) wurden 2001 laut einer Erhebung 1,273 Mio. Euro, das sind 20% des Gesamtbudgets, für Prävention und Gesundheitsförderung (inkl. Impfungen und Suchtprävention) ausgegeben. Pro EinwohnerIn waren dies 1,07 Euro im Jahr 2001. Bezogen auf das Gesamtbudget des Landes Steiermark 2001 (3,493 Mrd. Euro) wurden somit 0,04% des Landesbudgets für Gesundheitsförderung ausgegeben. Die StGKK wendete 2003 beinahe 11,8 Mio. Euro, das sind etwas mehr als 1% der gesamten Mittel und 14 Euro pro Versicherter/n, für Vorsorgeuntersuchungen sowie Gesundheitsförderung- und Krankheitsverhütung auf (StGKK, 2003, S. 3).

Auch der SKAFF hat im Rahmen seiner Aufgabe zur Durchführung von strukturverbessernden Maßnahmen auf der Grundlage projektbezogener Konzepte (SKAFF-Gesetz, 2001, § 2, Abs 3) die Möglichkeit Gesundheitsförderungs- und vor allem auch Präventionsprojekte zu entwickeln und zu finanzieren. So hat der SKAFF im Zeitraum 1999–2003 zwei Projekte durchgeführt, die als Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte verstanden werden können. Diese Projekte sind die »Diabetes-Typ-2 Schulung«, die als Erfolg versprechende Sekundärpräventionsmaßnahme gilt (siehe Kapitel 8.3), und das 1999 unterstützte Gesundheitsförderungsprojekt »Die Spinne und das Netz«, das sich mit Frauen in der Pflege auseinandersetzte (Steiermärkischer Landtag, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004). Die Ausgaben für diese Projekte stiegen zwischen 1999 und 2003 von 0,01% auf 0,05% des Gesamtbudgets und von 0,04 auf 0,22 Euro pro EinwohnerIn (siehe Tab. 9.1). Mit der aktuellen Art. 15a-B-VG – Vereinbarung wurde zur integrierten und koordinierten Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens das Aufgabenspektrum der Landesgesundheitsfonds, d.h. konkret der Gesundheitsplattformen – ihrer Organe, erweitert. Eine ihrer expliziten Aufgaben besteht nun in der Entwicklung von Gesundheitsförderungsprojekten (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, Artikel 16, Abs. 1, Z 9). Somit kann angenommen werden, dass sich dieser bisher geringe Anteil der Ausgaben für den Gesundheitsförderungsbereich steigen wird.

Laut einer Studie wurden 1996 in Österreich ca. 1% der Gesundheitsausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention (ausgenommen Tertiärprävention inklusive Maßnahmen zur Suchtprävention und Impfungen) ausgegeben, das sind

0,09% des Bruttoinlandsprodukts (ÖBIG, 2000, S. 14); pro Kopf waren dies 1996 gesamt 23 Euro (ÖBIG, 2000, S. 15). Diese Aufwendungen wurden zu 40% von den Sozialversicherungen und zu 36% vom Bund erbracht, gefolgt von den Ländern mit 36% (ÖBIG, 2000, S. 16). Innerhalb der zur Verfügung stehenden Mittel wurden von den Gemeinden und den Ländern die höchsten Beträge für Gesundheitsförderung aufgebracht (ÖBIG, 2000, S. 17). Die Ausgaben für die Gesundheitsförderung in Österreich haben sich seit 1996 aufgrund der Einführung der kostenlosen Kleinkinderimpfungen, der Einrichtung des Fonds Gesundes Österreich etc. erhöht. Da keine aktuelle Untersuchung mit genauen Zahlen vorliegt muss allerdings angenommen werden, dass dennoch der Anteil der Ausgaben für die Gesundheitsförderung – sowohl gemessen an den Ausgaben des Gesundheitswesens als auch gemessen am Bruttoinlandsprodukt – nach wie vor verschwindend gering ist. Der Fonds Gesundes Österreich beispielsweise finanzierte im Jahr 2003 Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte in der Höhe von 9,733.747 Euro (Fonds Gesundes Österreich, 2004, S. 32), was bei 8,12 Mio. ÖsterreicherInnen im selben Jahr (Statistik Austria, 2004, S. 30) 1,2 Euro pro EinwohnerIn entspricht.

Zusammenfassend stagnieren zwar die Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP gemessen, allerdings sind bei allen anderen Betrachtungen – sowohl für den extra- als auch für den intramuralen Bereich – die Ausgaben gestiegen. Gleichzeitig ist ein Rückgang der Einnahmen durch Versicherungsbeiträge erkennbar. Um die adäquate Finanzierung nachhaltig sicher zu stellen, wurde eine Reform und Neu-Strukturierung des Gesundheitswesens durch die österreichische Regierung verabschiedet.

9.2. Gesundheitsreform

Durch die seit 2004 gültige Art. 15a B-VG – Vereinbarung zwischen Bund und Ländern wurde sowohl die Organisation wie auch die Finanzierung des Gesundheitswesens neu geregelt. Der zu etablierende Landesgesundheitsfonds, dessen oberstes Organ die Gesundheitsplattform ist, wird aus folgenden Finanzquellen gespeist: Beiträge der Bundesgesundheitsagentur, ein Landesbeitrag aus der aufkommenden Umsatzsteuer (0,949%), Beiträge der Sozialversicherung, Mittel für die Gesundheitsreform aus dem Finanzausgleich, Mittel gemäß dem Gesundheits- und Sozialbereichs-Behilfengesetz, Beiträge der Gemeinden sowie Mittel zur Betriebsabgangsdeckung von Ländern, Gemeinden und Rechtsträgern (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, Artikel 17, Abs. 1). Der Landesgesundheitsfonds Steiermark bekommt dabei 12,9% der Beiträge der Bundesgesundheitsagentur und 14,6% der Beiträge der Sozialversicherungen, wobei diese Quote aufgrund der Volkszählung 2001 ermittelt wurde (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, Artikel 19). Die Zuteilung der finanziellen Ressourcen erfolgt somit abhängig von der Bevölkerungsgröße und nicht bedarfsorientiert, wofür z.B. auch die Altersstruktur und der Gesundheitszustand der Bevölkerung eine Rolle spielen müsste.

Mit diesen Finanzmitteln müssen alle Leistungen der Krankenanstalten im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulanten Bereich abgedeckt werden (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, Artikel 20, Abs. 1). Bis zu 7% dieser den Landesgesundheitsfonds zur Verfügung stehenden Mittel können für die Finanzierung von Projekten, Planungen und krankenhausentlastenden Maßnahmen aufgewendet werden (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, Artikel 25, Abs. 3). Bisher waren dafür lediglich 5% vorgesehen (SKAFF-Gesetz, 2001, §4). In den Jahren 2005 und 2006 (2% 2007 und 2008) sind mindestens 1% der Mittel im Rahmen des Reformpools für die Förderung von gemeinsam vereinbarten Strukturveränderungen und Projekten zur Leistungsverchiebung zwischen intra- und extramuralen Bereich zu verwenden (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, Artikel 26, Abs. 1).

1997 wurde österreichweit einheitlich das leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierungs-Modell (LKF-Modell) eingeführt, wonach Leistungen basierend auf Diagnosefallgruppen nach einem Punktesystem entgolten werden. Im Gesundheitsreformgesetz 2005 wurde festgelegt, dass besondere Versorgungsfunktionen bei der Abrechnung zusätzlich berücksichtigt werden können, wie Zentral- und Schwerpunktversorgung, sowie Krankenanstalten mit speziellen fachlichen oder regionalen Versorgungsfunktionen (Gesundheitsreformgesetz 2005, § 27b, 2).

Das LKF-Modell soll weitergeführt werden, mit dem Ziel Kostentransparenz zu schaffen, sowie den Ressourceneinsatz zu optimieren und die Kostensteigerung einzudämmen (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, Artikel 22, Abs. 1). Weiters soll es bis Ende 2007 in einer umfassenden Form weiterentwickelt werden, so dass bisher die nicht erfassten spitalsambulanten und niedergelassenen Bereiche auch in dieser Form abgerechnet und zu einem leistungsorientierten System hingeführt werden (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, Artikel 8 und Artikel 22, Abs. 4).

Die WHO schlägt vor, Kostendämpfungs-Maßnahmen vor allem auf Seiten der Gesundheits-Dienstleister und nicht zu Lasten der PatientInnen und NutzerInnen umzusetzen (WHO, 1999, S. 242). Die für die Jahre 2005–2008 gültige Vereinbarung zwischen Bund und Länder gemäß Art. 15a B-VG – Vereinbarung sieht im 9. Abschnitt, Artikel 30 vor, dass Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen in der Höhe von 300 Mio. durchgeführt werden sollen. Diese Maßnahmen sollen vor allem auf Seiten der Dienstleistungserbringer durch Senkung von Verwaltungskosten sowie im patientenfernen Bereich in Krankenanstalten umgesetzt werden. Außerdem sollen neue Organisationsformen wie Tages- und Wochenkliniken und eine verbesserte Abstimmung zur Vermeidung von Doppelgleisigkeiten zwischen den Krankenanstalten sowie zwischen diesen und dem niedergelassenen Bereich führen und damit Kosten senken. Mit den vereinbarten Maßnahmen zur Kostendämpfung wird man (zumindest am Papier) den strategischen Ansätzen der

WHO gerecht. Einschränkend muss allerdings erwähnt werden, dass ein deutlicher Anstieg der gesamten wie auch der öffentlichen Gesundheitsausgaben bis zum Jahr 2035 aufgrund der demographischen Alterung prognostiziert wurde (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2002, S. 37). Die tatsächliche Umsetzung der in der Gesundheitsreform geplanten Maßnahmen muss also in den nächsten Jahren konsequent verfolgt und begleitend evaluiert werden, wobei vor allem mögliche nachteilige Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung und auf die Gesundheit der Bevölkerung nicht aus den Augen verloren werden dürfen.

Hierfür schlägt die WHO vor, Monitormechanismen zur Beobachtung der Auswirkung der Ressourcenverwendung auf Service-Erbringung und Gesundheitsförderung zu etablieren (WHO, 1999, S. 242). Die aktuelle Art. 15a B-VG – Vereinbarung sieht eine von den verschiedenen Akteuren zusammengeführte Leistungsdokumentation und standardisierte Qualitätsberichte zur Beobachtung und Steuerung vor (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, Artikel 32; Gesundheitsreformgesetz 2005, Artikel 9, §6). Die Ergebnisse dieser Berichte sollen der breiten Öffentlichkeit in geeigneter Form zugänglich gemacht werden (Gesundheitsreformgesetz 2005, Artikel 9, §6). Jedoch ist darauf hinzuweisen, dass diese Dokumentation, solange sie auf Leistungs- und Abrechnungsdaten beruht, eine geringe Aussagekraft hinsichtlich der Auswirkungen der Ressourcenverwendung auf die tatsächliche Qualität der Serviceleistungen und auf die Gesundheit besitzt.

Eine weitere Maßnahme zur Schaffung eines adäquat finanzierten Gesundheitswesens ist laut WHO die transparente Prioritätensetzung und deren ausreichende finanzielle Unterstützung (WHO, 1999, S. 242). Prioritätensetzung ist ein in Österreich und in der Steiermark wenig diskutiertes Thema. Vor allem auf gesundheitspolitischer Ebene und für das Gesundheitssystem wäre eine transparente Entscheidungsfindung und Prioritätensetzung wünschenswert. Auf breiter Basis ausgearbeitete Gesundheitsziele könnten beispielsweise zur Prioritätensetzung dienen.

Aber auch in der Gesundheitsversorgungspraxis sind die Prioritätensetzung und die Verwendung von Mittel nicht immer transparent und nachvollziehbar. So werden beispielsweise Leistungen im extramuralen Bereich, die keine gesetzlichen Pflichtleistungen der Kassen sind, von ChefärztInnen geprüft (Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme, 2001, S. 44), wodurch Entscheidungen zur Übernahme von Leistungen in einer intransparenten Art und Weise getroffen werden. Entscheidungen zur Prioritätensetzung und Rationierung sind naturgemäß Teil der Arbeit im Gesundheitswesen, sowohl im intra- wie auch im extramuralen Bereich, allerdings findet dies implizit und in einer nicht nachvollziehbaren Art und Weise statt.

Sowohl in der Gesundheitsversorgungspraxis als auch in der Gesundheitspolitik allgemein ist eine strategische Herangehensweise zur Ressourcenzuweisung und Prioritätensetzung notwendig, um die Entscheidungsfindung auf verschiedenen

Ebenen zu koordinieren (WHO, 1999, S. 163). Diese Prioritätensetzung muss auf vorher debattierten und beschlossenen Wertvorstellungen und Prinzipien beruhen. D.h. es sollte jeder Rationierung und Prioritätensetzung eine öffentliche Debatte sowie eine Abschätzung der möglichen Auswirkungen der Rationierung auf das Gesundheitswesen voran gehen (WHO, 1999, S. 163).

9.3. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen: Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuteilung

- ▶ Trotz Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung steigen die Ausgaben des steiermärkischen Krankenanstaltenfinanzierungsfonds (SKAFF) im stationären Bereich. Auch die Ausgaben des SKAFF für Dienstleistungen im ambulanten Bereich und Ausgaben für den niedergelassenen Gesundheitsbereich der steiermärkischen Gebietskrankenkassen steigen.
- ▶ Der größte Teil der Ausgaben wird für in den stationären Bereich aufgewendet. Verschwindend gering sind die Ausgaben für die Gesundheitsförderung.
- ▶ Durch das neue Gesundheitsreformgesetz und die aktuelle Vereinbarung zwischen Bund und Ländern wird ein Landesgesundheitsfonds eingerichtet, dessen finanzielle Mittel die Leistungen der Krankenanstalten abdecken soll. Allerdings besteht die Möglichkeit, bis zu 7% der Mittel für Projekte, Planungen und das Krankenhaus entlastende Maßnahmen aufzuwenden. Auch ist mindestens 1% im Rahmen des Reformpools für die Förderung von Struktur verändernden Maßnahmen zur Leistungsverschiebung zwischen intra- und extramuralem Bereich auszugeben. Weiters wurde als eine Aufgabe der Gesundheitsplattform, dem obersten Organ des Landesgesundheitsfonds, die Entwicklung von Gesundheitsförderungsprojekten festgelegt.

Daraus folgt:

- ▶ Einige der von der WHO genannten Strategien zur Sicherstellung einer nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitswesens werden durch das neue Gesundheitsreformgesetz geregelt. Die tatsächliche Implementierung der vorgesehenen Maßnahmen und deren Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung (mitunter in Form von Qualitätsberichten) und die Gesundheit der Bevölkerung muss in den nächsten Jahren beobachtet werden.
- ▶ Die finanzielle Ressourcenzuteilung sollte sich stärker am Kosten-Nutzen-Verhältnis der Leistungen orientieren und somit effiziente und effektive Gesundheitsförderungsleistungen verstärkt unterstützen.

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Literatur

1. Badelt, C., Horak, C. & Furtmüller, S. (2002). Endbericht »Marktanalyse der Mobilen Dienste in der Steiermark«. (Unveröffentlicht)
2. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.). (2002). Nachfragemodell Gesundheitswesen. Endbericht, Teil II. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
3. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.). (2003). Quantitative und qualitative Erfassung und Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
4. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.). (2004). Die Funktionsweise des österreichischen LKF-Systems. Wien: BMGF.
5. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.). (2004a). Gesundheit und Krankheit in Österreich. Wien: BMGF.
6. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.). (2004b). Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2003. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
7. Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme (Hrsg.). (2001). Gesundheitssystem im Wandel. Österreich. O.O.: o.V.
8. Fonds Gesundes Österreich. (2004). Jahresbericht 2003. Download vom 29. April 2005 von <http://fgoe.org/Jahresbericht03.pdf>.
9. Gesundheitsreformgesetz 2005. Bundesgesetzblatt I Nr. 35/2004. 30. Dezember 2004.
10. Land Niederösterreich, Abteilung Gesundheitswesen/Sanitätsdirektion (eds.). (2002). Niederösterreichischer Gesundheitsbericht 2002. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
11. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Hrsg.). (2000). Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. (=Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte 2/2001).
12. Statistik Austria. (2004). Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2003. Wien: Verlag Österreich.
13. Steiermärkische Gebietskrankenkasse. (2002). Jahresbericht 2002 der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse.
14. Steiermärkische Gebietskrankenkasse. (2003). Jahresbericht 2003 der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse.
15. Steiermärkischer Landtag. (2000). Vorlage der Steiermärkischen Landesregierung betreffend den Tätigkeitsbericht 1999 des Steiermärkischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds. XIV. Gesetzgebungsperiode, Einl.Zahl 10/1.
16. Steiermärkischer Landtag. (2001). Vorlage der Steiermärkischen Landesregierung betreffend den Tätigkeitsbericht 2000 des Steiermärkischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds. XIV. Gesetzgebungsperiode, Einl.Zahl 702/1.
17. Steiermärkischer Landtag. (2002). Vorlage der Steiermärkischen Landesregierung betreffend den Tätigkeitsbericht 2001 des Steiermärkischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds. XIV. Gesetzgebungsperiode, Einl.Zahl 1087/1.
18. Steiermärkischer Landtag. (2003). Vorlage der Steiermärkischen Landesregierung betreffend den Tätigkeitsbericht 2002 des Steiermärkischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds. XIV. Gesetzgebungsperiode, Einl.Zahl 1454/1.
19. Steiermärkischer Landtag. (2004). Vorlage der Steiermärkischen Landesregierung betreffend den Tätigkeitsbericht 2003 des Steiermärkischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds. XIV. Gesetzgebungsperiode, Einl.Zahl 2127/1.
20. SKAFF-Gesetz 2001. Landesgesetzblatt Steiermark, 11. Juni 2002.
21. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. 692 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrats XXII.GP. Download vom 13. März 2005 von <http://www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0329&doc=CMS1104315559331>.
22. WHO. (1999). Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Eine Einführung. Kopenhagen. (=Europäische Schriftenreihe »Gesundheit für alle« 5).

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
Chancenungleichheit

Gesunde und sichere
natürliche Umwelt

Settings zur Förderung
der Gesundheit

Multisektorale
Verantwortung für die
Gesundheit

Integrierter
Gesundheitssektor

Finanzierung des
Gesundheitswesens und
Ressourcenzuteilung

Mobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange

WHO-Ziel:

Bis zum Jahr 2005 sollten zur Umsetzung der »Gesundheit für alle – Konzepte« Allianzen und Partnerschaften gebildet werden, die einzelne und Gruppen sowie Organisationen aus allen Bereichen des öffentlichen und des privaten Sektors und nicht zuletzt die zivile Gesellschaft insgesamt in die Verfolgung gesundheitlicher Belange einbinden.

Beschreibung der rechtlichen Rahmenbedingungen

Politisches Bewusstsein für multisektorale Verantwortung für Gesundheit

- Landtagsbeschlüsse
- Anträge im Gesundheitsausschuss

Darstellung der Gesundheitsförderungspraxis

Strategien zur Mobilisierung von Partnerschaften

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Literatur

10. Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange

10.1. Beschreibung der rechtlichen Rahmenbedingungen

Zur Bewertung der Verankerung von partnerschaftlicher Arbeit für die Gesundheit in der Steiermark wurde eine Analyse des steirischen Landesrechts vorgenommen (siehe Kapitel 3.4). Von den 104 inkludierten Rechtsdokumenten wurden weitere 13 exkludiert, weil in den Beschlüssen keine Partner genannt wurden. Somit verbleiben 91 Rechtsdokumente zur vorliegenden Betrachtung.

In beinahe allen 91 gesichteten Rechtsdokumenten werden Akteure des öffentlichen Dienstes für die Implementierung explizit genannt. Nur in einigen wenigen Verordnungen, die als Ergänzungen zu bereits bestehenden Gesetzen erlassen wurden, war dies nicht der Fall. Der öffentliche Dienst hat hierbei gesetzlich vorgeschrieben, verschiedenste Aufgaben zu erfüllen, wie die Information der Bevölkerung, die Bewilligung, Überwachung und Kontrolle gesetzlicher Vorschriften, die Umsetzung diverser Maßnahmen, die Regelung von weiteren Details des Gesetzes, Anzeigepflichten, die Kooperation und Koordination von Maßnahmen sowie die Einhebung von Beiträgen.

36 (40%) Rechtstexte schreiben die Zusammenarbeit mit ProfessionistInnen, wie z.B. ÄrztInnen, Krankenpflegepersonal, ErnährungsberaterInnen, Sachverständigen, PädagogInnen, etc. vor. GesundheitsexpertInnen sind wichtige PartnerInnen, die mit ihrem Fachwissen einen großen Beitrag zur Entwicklung und Umsetzung von Programmen für die lokale und regionale Bevölkerung leisten können (WHO, 1999, S. 193). Im steirischen Landesrecht wird das Einbringen des Fachwissens in diversen Gesetzen verankert. In zahlreichen Belangen sollen Sachverständige und GutachterInnen beigezogen werden und ExpertInnen sollen laut Gesetz Überprüfungen und Kontrollen durchführen. Vor allem aber können GesundheitsexpertInnen in Form ihrer Berufsverbände helfen die WHO-Prinzipien, wie z.B. die Förderung von Qualität und Selbstversorgung der PatientInnen, in der Versorgung umzusetzen (WHO, 1999, S. 193). Zur Sicherstellung der Qualität wird der Einsatz von GesundheitsexpertInnen in verschiedenen Bereichen in der Steiermark gesetzlich festgehalten, wie z.B. zur Betreuung von Kindern in Heilpädagogischen Kindergärten oder für arbeitsmedizinische Untersuchungen. Andere ExpertInnen, wie PädagogInnen, ArchitektInnen und RaumplanerInnen, werden von der WHO ebenfalls als wichtige PartnerInnen angesehen (WHO, 1999, S. 193). Das spiegelt sich auch in der steirischen Rechtslage wider, wo ArchitektInnen für raumplanerische Maßnahmen zur Sicherung gesunder Wohnverhältnisse herangezogen werden und LehrerInnen und KindergärtnerInnen als PartnerInnen bei der Bewältigung der Problematik der Vernachlässigung und des

Missbrauchs von Kindern und Jugendlichen fungieren. Eine weitere Aufgabe, die die WHO bei den einschlägigen ExpertInnen (sowohl PädagogInnen als auch GesundheitsexpertInnen) sieht, ist ihre Vorbildrolle hinsichtlich eines gesunden Lebensstils (WHO, 1999, S. 193).

Auch Partnerschaften mit nicht-staatlichen Organisationen und VertreterInnen des Privatsektors werden von der WHO als nützlich vorgeschlagen. Beide werden in mehr als einem Drittel der Gesetze auch explizit angesprochen. Die WHO sieht in den nicht-staatlichen Organisationen (NGOs) eine Vertretung der bürgerlichen Gesellschaft, die für Bewusstseinsbildung, Veränderung und Dialog eintritt (WHO, 1999, S. 194). Sie sollen auch zur Erbringung von Gesundheitsleistungen herangezogen werden, vor allem im Bereich der Selbsthilfe. Dies wird in der Steiermark durch mehrere Rechtstexte ermöglicht. So können NGOs Rettungs-, Gesundheits- und Sozialdienste anbieten. Zum Beispiel sollen humanitäre und kirchliche Einrichtungen die Länder bei der Betreuung von MigrantInnen unterstützen. Unter den nicht-staatlichen Organisationen werden auch Kammern und Interessensvertretungen verstanden, deren Anhörung oder Mitwirkung ebenfalls in zahlreichen steirischen Rechtsdokumenten angeführt wird. All diese nicht-staatlichen Organisationen werden also in den Rechtsdokumenten als Partner angeführt. Allerdings spricht die WHO in der Strategie Gesundheit 21 auch zwei weithin bekannte Probleme an, die in Österreich noch der Lösung bedürfen. So fordert sie, dass zum einen die Stärke und das Potential von nicht-staatlichen Organisationen mit den Aktivitäten der staatlichen Organisationen koordiniert werden müssen, und daß zum andern dabei die nicht-staatlichen Organisationen als echte Partner gesehen werden müssen (und nicht als untergeordnete SubventionsnehmerInnen).

Die explizit in den Rechtsdokumenten erwähnten VertreterInnen der Privatwirtschaft werden häufig als PartnerInnen in der Erbringung verschiedener Dienstleistungen genannt. Zum Teil werden auch öffentliche Aufgaben wie Messungen und Überprüfungen an akkreditierte oder autorisierte privat betriebene Stellen ausgelagert. In den meisten Fällen sind sie einfach von der Einhaltung und Umsetzung des Gesetzes betroffen und müssen Auflagen erfüllen. Die von der WHO angesprochenen Verantwortungsgebiete der Privatwirtschaft, wie die Prüfung von Produkten hinsichtlich ihrer gesundheitsförderlichen bzw. -schädigenden Wirkung oder die objektive und nachweisbare Sicherstellung von proklamierten Produkteigenschaften wurde in den Rechtstexten nicht angesprochen (WHO, 1999, S. 195).

Im Vergleich weitaus seltener werden in den Rechtsdokumenten die BürgerInnen als PartnerInnen ausdrücklich erwähnt. Dies war nur bei ca. 17% der Rechtsdokumente der Fall. Hier wurde entweder auf die Pflichterfüllung einzelner BürgerInnen Bezug genommen oder es wurden Rechte festgelegt. Durch die Übertragung von Rechten wird einzelnen BürgerInnen Verantwortung übertragen und Mitbestimmung

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

ermöglicht. Die Mitverantwortung jedes/r Einzelnen für seine/ihre Gesundheit spricht auch die WHO-Strategie dezidiert an und sieht in den einzelnen BürgerInnen PartnerInnen, die Vorbildfunktion haben und durch die direkte Unterstützung von FreundInnen und Angehörigen im Sinne eines gesundheitsfördernden Lebens wirken (WHO, 1999, S. 195).

10.2. Politisches Bewusstsein für multi-sektorale Verantwortung für Gesundheit

10.2.1. Landtagsbeschlüsse

25 steirische Landtagsbeschlüsse wurden in die Analyse für den vorliegenden Gesundheitsbericht inkludiert (siehe Kapitel 3.4). Nachdem einige dieser Beschlüsse mehrere Unterpunkte haben, die verschiedene Einzelmaßnahmen aufschlüsseln und unterschiedliche Sektoren betreffen, wurde jeder einzelne Unterpunkt der Beschlüsse als eigener Beschluss gewertet. Die 25 inkludierten Landtagsbeschlussdokumente enthielten 47 (Unter)Beschlüsse.

In Landtagsbeschlüssen werden Akteure des öffentlichen Dienstes nur explizit angesprochen, wenn ihnen eine spezifische Rolle zugeordnet wird, da es ohnehin die Aufgabe der RegierungsbeamtInnen ist, die Umsetzung der Landtagsbeschlüsse in die Wege zu leiten. Ausdrücklich angesprochen wurden Akteure des öffentlichen Dienstes in 20 (43%) von 47 Beschlüssen. Hierbei wird spezifischen Bereichen die Umsetzung übertragen. Weiters werden ihnen Beratungs- und Kontrollfunktionen zugesprochen wie auch die Vertretung von bestimmten Gruppen (z.B. Kinder- und Jugendanwalt, Drogenkoordinator, etc.).

ExpertInnen (ausgenommen jene, die Akteure des öffentlichen Dienstes sind) werden nur in 15% der Landtagsbeschlüsse in eine Partnerschaft miteinbezogen. GesundheitsexpertInnen wie ÄrztInnen, PsychologInnen und BiomedizinerInnen werden als PartnerInnen für die Mitarbeit im Bereich der Suchtproblematik oder Gentechnik herangezogen. ProfessionistInnen wie LehrerInnen, KindergärtnerInnen oder geschulte SuchtexpertInnen werden zur Umsetzung von Bildungs- und Erziehungsmaßnahmen beigezogen. Durch die Einbindung der ExpertInnen und damit des Fachwissens soll ein Beitrag zur Qualität der Maßnahmenumsetzung geleistet werden. Die von der WHO den ExpertInnen und ProfessionistInnen zugeschriebenen Aufgaben der Vorbildfunktion und der Verantwortung ihr Fachwissen zur Entwicklung von lokalen und regionalen Programmen zur Verfügung zu stellen (WHO, 1999, S. 193), kommen im Teil des in diesem Bericht betrachteten politischen Diskurses nicht vor. Auch das Potential der Partnerschaften mit ProfessionistInnen aus den Bereichen Wirtschaft und Medien (WHO, 1999, S. 194) wird nicht thematisiert. Wirtschaftliches Fachwissen für die Entwicklung von Programmen, die Gestaltung von Anreizsystemen sowie für die Abschätzung von wirtschaftlichen Konsequenzen von Gesundheitsschäden zu nutzen (WHO, 1999, S. 194), wäre für die Gesundheitspolitik mit Sicherheit von Vor-

teil. Die Zusammenarbeit mit JournalistInnen (Medien) kann die Einbindung der Öffentlichkeit sowie die Transparenz von Entscheidungs- und Umsetzungsprozessen gewährleisten (WHO, 1999, S. 194).

Ähnlich häufig wie ExpertInnen werden auch nicht-staatliche Organisationen als Partner genannt (ca. 15%). Ihnen werden in Landtagsbeschlüssen vor allem die Aufgaben der Beratungstätigkeit und der Mitwirkung bei der Erarbeitung von Konzepten übertragen. Die NGOs werden offenbar als Wissens- und Personalressource betrachtet, die im Entwicklungsprozess einen Beitrag leisten kann. So werden auch die Interessensvertretungen wie die Ärzte-, Landwirtschaftskammer, etc. als Ressourcen herangezogen, mit der Annahme, dass von ihnen eingebrachte Standards der guten Praxis entsprechen. In den vorliegenden Beschlüssen werden teilweise auch die von der WHO den NGOs zugeschriebenen Aufgaben in die Praxis umgesetzt. So kann die Einbindung von Interessensvertretungen als Förderung der Selbsthilfe interpretiert werden wie auch als Versuch Aktivitäten von staatlichen und nicht-staatlichen Organisationen zu koordinieren. Ebenso kann der per Landtagsbeschluss erteilte Auftrag an NGOs bestimmte Gruppen verständlich zu informieren, als Aufforderung zum Dialog mit der Öffentlichkeit sowie zur Schärfung des Problembewusstseins verstanden werden. Damit wird zwar in den vorliegenden Beschlüssen das Potential von NGOs nur am Rande genutzt, allerdings ist diese Nutzung noch ausbaufähig.

In 6 (13%) der Beschlüsse werden VertreterInnen der Privatwirtschaft angesprochen. Die privatwirtschaftlichen VertreterInnen sind hierbei hauptsächlich Betroffene von Maßnahmen und in den meisten Fällen wird die Regelung ihrer Tätigkeit gefordert. Ein Beispiel wäre etwa die Regelung der angebotenen Ernährungsprodukte in Schulbuffets und in Fitnesszentren. Die Partnerschaft mit privaten BetreiberInnen wird auch für die Erbringung von Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung gesucht. Auch hier wird die Verantwortung des Privatsektors für seine Produkte und deren Kennzeichnung nicht angesprochen, wie auch die betriebliche Gesundheitsförderung nicht erwähnt wird.

Die Partnerschaft mit einzelnen BürgerInnen wurde nur in sehr wenigen Fällen gesucht. Es handelte sich hierbei vor allem um Eltern als PartnerInnen in der Gesundheitsförderung in Schulen und in der Suchtprävention.

Die Partnerschaft mit WissenschaftlerInnen wurde in den Beschlüssen, die in den Beobachtungszeitraum fielen, nicht angesprochen.

10.2.2. Anträge im Gesundheitsausschuss

79 Anträge im Gesundheitsausschuss wurden in die gesamte Analyse inkludiert (siehe Kapitel 3.4). Wie schon bei den Landtagsbeschlüssen wurde jeder einzeln angeführte Punkt des Antrags als eigene beantragte Maßnahme gewertet und separat analysiert. Das ergibt insgesamt 121 Antragspunkte.

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

In den 121 Antragspunkten wurden in 54% der Fälle Akteure des öffentlichen Dienstes explizit angesprochen. Sehr häufig wird in Anträgen die KAGes (Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft) angesprochen, wie auch die Steiermärkische Gebietskrankenkasse und andere Sozialversicherungsanstalten. Als zentrale Entscheidungsträger im Gesundheitswesen sind diese wichtige Partner für die Gesundheitspolitik. Vor allem Anliegen zur Unterstützung von besonders bedürftigen Gruppen (z.B. behinderte Personen, PatientInnen, Eltern von Zwillingen und Mehrlingen, Kinder, etc.) werden hierbei angesprochen, wie auch die Sicherstellung und Verbesserung der Versorgung. Eine Vielzahl an Partnern im öffentlichen Bereich wiederum wird bei Themen wie der Suchtprävention und der Gesundheitsförderung angesprochen, wie VertreterInnen des Landesschulrats, der Staatsanwaltschaft, der Polizei, der Kindergärten, etc.

23% der Anträge schlagen Partnerschaften mit ExpertInnen vor. Hier ist häufig von »GesundheitsprofessionistInnen« allgemein, ohne weitere Spezifikation, die Rede. Es werden aber auch ÄrztInnen und andere TherapeutInnen (DiätassistentInnen, SportwissenschaftlerInnen, Pflegefachkräfte) ausdrücklich genannt. Nur vereinzelt werden PädagogInnen angesprochen, wiederum im Kontext der Gesundheitsförderung. Die ProfessionistInnen werden als PartnerInnen zur Sicherung der Qualität, zur Durchführung von bestimmten Diensten, zur Mitarbeit bei der Erstellung von Konzepten und zur Beratung Einzelner sowie als VertreterInnen öffentlicher Institutionen herangezogen.

In 12% der Antragspunkte werden nicht-staatliche Organisationen genannt. Vor allem Trägervereine der mobilen Dienste und des Suchtpräventionbereichs und Betreiber von Krankenanstalten, deren Leistungen aus dem SKAFF rückvergütet werden, werden als Partner angeführt. Anliegen wie die finanzielle und strukturelle Sicherstellung von Gesundheitsleistungen werden diskutiert und das Einbringen der Kenntnisse und Fähigkeiten der NGOs verlangt.

Selten werden Partnerschaften mit VertreterInnen des Privatsektors genannt Kooperationen mit einzelnen BürgerInnen und WissenschaftlerInnen kommen fast gar nicht vor.

Zusammenfassend hat sich gezeigt, dass in den Beschlüssen des Landtags sowie in den Anträgen des Gesundheitsausschusses nach den Akteuren des öffentlichen Dienstes vor allem Partnerschaften mit ExpertInnen und nicht-staatlichen Organisationen gesucht werden. Das Potential der Partnerschaften mit dem Privatsektor, der Wissenschaft und einzelnen BürgerInnen wird scheinbar noch wenig erkannt.

10.3. Darstellung der Gesundheitsförderungspraxis

Eine exemplarische Betrachtung der Gesundheitsförderungspraxis zeigt, dass Gesundheitsförderungsorganisationen stark partnerschaftlich arbeiten. Nur 8 der betrachteten 89 Projekte, also rund ein Zehntel, haben keine Partnerschaf-

ten in ihren Berichten angeführt. Es handelt sich hierbei vor allem um kleine Einzelinitiativen.

Der größte Teil der Partner sind nicht-staatliche Organisationen (56%) und Akteure des öffentlichen Dienstes (46%). Unter den Akteuren der öffentlichen Dienste sind vor allem Bildungseinrichtungen bzw. VertreterInnen des Bildungssektors (Landesschulrat, PÄDAK, Schulen, etc.) stark vertreten, wobei es vor allem um gesundheits- und bewussteinbildende Maßnahmen und um das Erzielen eines Multiplikatoreffekts geht. Es geht aber auch darum, VertreterInnen aus diesem Bereich mit den Fähigkeiten auszustatten, bestimmte Situationen zu meistern. Auch mit Sozial- und Gesundheitsdiensten wie z.B. Krankenhäusern wird intensiv zusammenarbeitet. Insgesamt wird eine Vielzahl an Partnerschaften mit Akteuren des öffentlichen Dienstes wie z.B. Kindergärten, Horte, Landesflüchtlingsbüros, Stadtplanung, Umweltamt etc. genutzt.

Auch unter den NGOs bestehen zahlreiche Partnerschaften, wobei Trägerorganisationen von Gesundheits- und Sozialdiensten, verschiedenste Gesundheitsförderungsorganisationen, sowie hauptberuflich organisierte NGOs aus anderen Sektoren zusammenarbeiten. Allerdings werden auch lokale Organisationen als Partner in Projekte mit eingebunden. Dabei handelt es sich vor allem um kirchliche Organisationen oder vereinsähnlich organisierte Gruppen wie Feuerwehr, Sportverein, SeniorInnenorganisationen und viele mehr.

Die Zusammenarbeit mit ExpertInnen wird in 25% der Projekte gesucht. Hierbei kommen vor allem GesundheitsprofessionistInnen zum Einsatz, wie ÄrztInnen und andere TherapeutInnen. Organisationen wie zum Beispiel das Sozialmedizinische Zentrum Liebenau zeichnen sich durch einen hohen Grad an partnerschaftlicher und vernetzter Struktur aus, sowohl intra- als auch interdisziplinär.

In ungefähr einem Fünftel der Projekte waren VertreterInnen des Privatsektors involviert. Hierbei geht es, wie bereits dargestellt, vor allem um Sachspenden wie auch um die Unterstützung von Initiativen durch den Zugang zu bestimmten Bevölkerungsgruppen (in Lokalen, über Medien etc.) (siehe Kapitel 7.3).

Weitaus häufiger als in den Gesetzen oder in der politischen Debatte werden auch WissenschaftlerInnen als PartnerInnen genutzt. Ungefähr 17% der Projekte hatten wissenschaftliche KooperationspartnerInnen. Auch hierbei zeigen die Organisationen in der Gesundheitsförderungspraxis durchaus Kreativität und arbeiten mit verschiedensten Instituten in Projekten zusammen. Von nahe liegenden Institutionen wie dem Grazer Wissenschaftsladen oder dem Institut für Sozialmedizin an der Medizinischen Universität in Graz bis hin zu ausländischen Wissenschaftsinstituten im eigenen wie auch in ergänzenden inhaltlichen Bereichen werden zahlreiche Kooperationen geknüpft.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die steirische Gesundheitsförderungspraxis stark partnerschaftlich

wie auch multisektoral arbeitet. In diesem Bereich ist es gelungen, eine Vielzahl an Partnern zu mobilisieren und damit den Anforderungen der WHO-Strategie zu entsprechen. Bei der Einbindung der einzelnen BürgerInnen, beim Mobilisieren des privaten Sektors als echten Partner hinsichtlich der Übernahme der Verantwortung für den Gesundheitsförderungsgrad der Produkte und Produktkennzeichnung und in der Nutzung von Wirtschafts- und Kommunikations-ExpertInnen besteht noch Ausbaupotential.

10.4. Strategien zur Mobilisierung von Partnerschaften

Das Ziel, Gesundheit ganzheitlich zu fördern, stellt das Gesundheitswesen vor Aufgaben, die komplexe sozioökonomische und umwelt-bedingte Aspekte haben und dies in einer Periode, wo die Arbeit im Gesundheitswesen davon dominiert ist, dass mehr Leistung mit geringeren Mitteln zu erbringen ist (Lasker et al, 2001, S. 180). Probleme, deren Lösung sowohl komplex ist als auch innerhalb traditioneller Organisationsgrenzen nicht bewerkstelligt werden kann, so dass die handelnden Akteure sie nur gemeinsam lösen können, machen Partnerschaften notwendig und sind der Motor für die Mobilisierung von Partnern (Wildridge et al, 2004, S. 6).

Eine Vielzahl an verschiedenen Definitionen von Partnerschaften wird in der Literatur wie auch in der Praxis verwendet. Allen Definitionen gemein ist, dass folgende Kriterien für eine gesundheitsorientierte Partnerschaft gegeben sein sollen: Beteiligung mehrerer Organisationen, gemeinsame Ziele, Rechte, Pflichten und Ressourcen, Schaffung neuer Strukturen, Autonomie, Gleichberechtigung und Vertrauen (Wildridge et al, 2004, S. 4). Partnerschaften können formell oder informell sein. Formelle Partnerschaften können zur strategischen Planung, zur Auftragsvergabe für Serviceleistungen und zur Serviceerbringung abgeschlossen werden und arbeiten mit gemeinsamen finanziellen Ressourcen (Wildridge et al, 2004, S. 5). Partnerschaften können auf einer Makro-, Meso- (oder Mikro-; siehe Gillies, 1998, S. 101) und individuellen Ebene abgeschlossen werden. Auf der Makroebene werden Kooperationen zwischen Organisationen abgeschlossen, die versuchen, die Strukturen und das System zu verändern, während dies auf Meso(Mikro)ebene nicht der Fall ist (Gillies, 1998, S. 101). So sind die in Rechtsdokumenten geregelten Partnerschaften als Partnerschaften auf einer Makroebene zu betrachten, während einige der Partnerschaften in der Gesundheitsförderungspraxis eher auf einer Mikro- oder individuellen Ebene angesiedelt sind. Ein weiterer eigener Typ der Partnerschaft sind Private-Public-Partnerships, deren möglicher Beitrag an anderer Stelle in diesem Kapitel noch diskutiert wird (siehe unten) (Wildridge et al, 2004, S. 5).

Eine Partnerschaft wird erfolgreich sein, wenn sie die adäquaten Ressourcen (Finanzmittel, Raum, Ausrüstung, Fähigkeiten und Expertise etc.) zur Verfügung hat. Eine weitere Voraussetzung ist die Heterogenität sowie intensive Involvie-

rung der Partner und das Verhältnis zwischen den Partnern (Vertrauen, Respekt, Konfliktbewältigung, Macht). Darüber hinaus ist der Vollzug der Partnerschaft selbst (Leitung, Administration, Management, Steuerung, Effektivität) sowie deren externe Umgebung (Regelungen in den Organisationen) für den Erfolg ausschlaggebend (Lasker et al, 2001, S. 189; vgl. auch Wildridge et al, 2004, S. 7). Außerdem sollte sie, um die Effektivität sicherzustellen, synergetisch sein, d.h. die Kombination der investierten Ressourcen erreicht mehr als nur die Summe der einzelnen Teile (Lasker et al, 2001, S. 198).

Literaturstudien wie auch die in diesem Bericht vorliegende Analyse zeigen ein beeindruckendes Engagement für die Arbeit in Partnerschaften im Bereich der Gesundheitsförderungspraxis. Mit diversesten Partnern aus den verschiedensten Sektoren (Bildung, Soziales, Umwelt, Transport, Tourismus, Arbeit, etc) wird kooperiert, um Gesundheitsförderungsinterventionen zu planen, zu implementieren und zu evaluieren (Gillies, 1998, S. 104).

Die Mobilisierung von Partnerschaften kann erreichen, dass Gesundheit ganzheitlich gefördert wird. Durch Partnerschaften wird Gesundheit in Organisationen eingebracht, die damit ursprünglich nichts zu tun hatten und somit Bewusstsein über die verschiedenen, außerhalb des Gesundheitssektors liegenden Determinanten geschaffen. Mit dieser Vorgangsweise wird die Förderung von Gesundheit bei ihren eigentlichen Wurzeln und Ursachen angepackt (Naidoo & Wills, 2000, S. 162). Darüber hinaus stellen Partnerschaften die umfassende Erfüllung von Bedürfnissen in der Bevölkerung sicher, da durch das vereinte Know-How eine umfassendere Bedarfserhebung stattfinden und ein umfassender Ansatz in der Umsetzung gewählt werden kann (Naidoo & Wills, 2000, S. 162). International betrachtet haben weniger entwickelte Länder mehr Erfahrung in der Mobilisierung und Nutzung von (vor allem Makro-)Partnerschaften, jedoch sollten westliche Länder von diesen Erfahrungen lernen (Gillies, 1998, S. 104). Beispielsweise können Partnerschaften helfen, die zahlreichen Verhaltensänderungs-Interventionen in der westlichen Welt in einen größeren Kontext einzubetten und damit die Intervention um die Dimension der Verhältnisänderung zu erweitern (Gillies, 1998, S. 102). Weiters kann nur in Form von Partnerschaften die kritische Masse, die für das Eintreten für Gesundheit und Gesundheitsförderung notwendig ist, erreicht werden (Lasker et al, 2001, S. 185). Die zur effektiven Umsetzung von Gesundheitsförderungsprogrammen so wichtige Implementierung von Maßnahmen auf mehreren Ebenen kann nur in Form von Partnerschaften realisiert werden. Durch Partnerschaften können Ressourcen zusammengezogen und die Doppelgleisigkeit von Dienstleistungen beseitigt werden (Lasker et al, 2001, S. 185). Darüber hinaus können Partnerschaften sicherstellen, dass ein Grundprinzip der Gesundheitsförderung in die Praxis übernommen wird, nämlich die Partizipation und Zusammenarbeit mit der betroffenen Bevölkerung (Lasker et al, 2001, S. 185; Gillies, 1998, S. 101–102).

Eine Vielzahl an Modellen liefert Anleitung zur Abwicklung von Partnerschaften, wobei naturgemäß alle Modelle eine ähnliche Abfolge der Stadien beschreiben (Wildridge et al, 2004, S. 9–11). Der erste Schritt ist die Prüfung, ob die Lösung des vorliegenden Problems in einer Partnerschaft effektiver zu lösen ist als allein. Daraus lässt sich der Bedarf einer Partnerschaft ableiten, woraufhin der erste Kontakt zu den Partnern hergestellt wird. Die ersten Kontakte sollen dazu dienen, Unterschiede zu beseitigen, sowie Vertrauen und Kapazität aufzubauen. Der weiterführende Dialog soll zur Entwicklung einer Basis hinsichtlich der Vision, der Ziele, der Aufgaben und der notwendigen Maßnahmen dienen. Danach wird die notwendige Struktur sowie ein Management-Team etabliert und der Aktionsplan umgesetzt, wobei die permanente Involvierung der Partner, sowie die Evaluierung der Partnerschaft und die Verfeinerung des Aktionsplans konkrete Aufgaben der Partnerschaft sind. Danach kann, wenn angebracht, der Abschluss der Partnerschaft herbeigeführt werden (Wilson & Charlton, 1997).

Die Ergebnisse von Partnerschaften können, ebenso wie die Ziele, vielfältig sein. Es wird berichtet, dass vor allem die Nachhaltigkeit von Interventionen sowie Änderungen in Programmen, Regeln und Praktiken erreicht wurden (Lasker et al, 2001, S. 182; Gillies, 1998, S. 112). Das heißt, vor allem systemische Veränderungen, die als die effektivsten in der Gesundheitsförderung betrachtet werden, konnten durch Partnerschaften erwirkt werden.

Private-Public-Partnerships (PPP) sind, wie bereits gesagt, eine Art der Partnerschaft mit dem privatwirtschaftlichen Sektor. Sie sind von jenen Partnerschaften zu unterscheiden, die beispielsweise die Auftragserteilung durch die öffentliche Hand für die Lieferung von speziellen Dienstleistungen beinhalten und deren Regeln somit allein durch die öffentliche Hand festgesetzt werden (Widdus, 2001, S. 717). Ein bestimmter Grad an gemeinsamer Entscheidungsfindung muss gegeben sein, um eine Partnerschaft mit dem Privatsektor als PPP zu klassifizieren (Widdus, 2003, S. 235). PPPs sind in der Gesundheitsförderung relativ selten und kommen in diesem Bereich am ehesten in der Krankheitsprävention (und dies vor allem in weniger entwickelten Ländern) zum Einsatz. Hierbei handelt es sich vorwiegend um PPPs mit der pharmazeutischen Industrie zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten (Impfungen, Malaria, HIV/Aids) (Widdus, 2001). Aus den vorliegenden Erfahrungen kann allgemein abgeleitet werden, dass PPPs für den öffentlichen Bereich nützlich sind, wenn dieser einen spezifischen Mangel an Expertise oder Erfahrung hat, die jedoch im Privatsektor zu finden ist (Widdus, 2001, S. 718). Als nicht adäquat werden PPPs im Bereich der multisektoralen Gesundheitspolitikentwicklung sowie bei der Entwicklung von regelnden Rahmenbedingungen gesehen (Widdus, 2001, S. 718). PPPs sind dann sinnvoll und legitim, wenn der traditionelle Arbeitsansatz keine ausreichende Lösung des Problems herbeiführt, wenn die spezifischen Ziele einvernehmlich von allen Beteiligten anerkannt werden, wenn relevante komplementäre Expertise in beiden Sektoren gege-

ben ist, wenn die Langzeit-Interessen aller Beteiligten erfüllt werden und wenn der Beitrag an Ressourcen und Expertise zwischen den beiden Sektoren ausgewogen ist (Widdus, 2001, S. 718). Die Voraussetzung für eine PPP muss die Zustimmung der privaten Partner zu den relevanten Gesetzen, ethischen Konventionen und internationalen und nationalen Politiken sein (Widdus, 2003, S. 235). Um eine PPP öffentlich vertreten zu können, müssen die vorgesehenen Nutznießer, Finanziere und anderen Entscheidungsträger offen gelegt, sowie diverse Interessenskonflikte dargelegt werden. Die Haftung und Rechenschaft der Beteiligten in der PPP und die Transparenz derselben muss absolut sichergestellt sein, wenn die PPP von der Öffentlichkeit akzeptiert werden soll (Widdus, 2003, S. 235). PPPs können ein Mittel zur Erreichung eines Zieles sein, sind allerdings kein Patentrezept (Widdus, 2001, S. 718). Der Abschluss einer PPP muss daher wohl überlegt, geprüft und bewertet werden.

Dennoch kann die Zusammenarbeit mit der Privatwirtschaft für die Gesundheitsförderung einen zentralen Beitrag leisten, wenn auch nicht unbedingt in Form von PPPs und wenn auch bisher diese Möglichkeit wenig genutzt wurde (Gillies, 1998, S. 103). Als wichtigster Beitrag der Privatwirtschaft zur Sicherstellung von Gesundheitsförderung und -versorgung ist die erbrachte Steuerleistung zu nennen, die wiederum verschiedenen Determinanten von Gesundheit (wie Bildung, Soziales, Umwelt, etc.) zu gute kommt (Hancock, 1998, S. 194). Bei der Mobilisierung von Partnerschaften mit der Privatwirtschaft ist es von Bedeutung, die Ziele des jeweiligen Partners zu hinterfragen. Oftmals ins Auge gefasste Partner wie die Pharmaindustrie gehen vom biomedizinischen Modell aus und profitieren von Krankheiten, weshalb sie nur in beschränktem Ausmaß für Partnerschaften mit dem Ziel der Gesundheitsförderung in Frage kommen (Hancock, 1998, S. 194). Potentielle Partner können jene Wirtschaftszweige sein, die entweder von besserer Gesundheit profitieren (z.B. Versicherungen, Freizeit-, Erholungs-, Tourismus- und Reiseindustrie), wodurch ein gemeinsames Ziel gegeben ist, oder die an der Produktion von Gesundheit maßgeblich beteiligt sind (z.B. Landwirtschaft, Lebensmittel-, Bau-, und Energiewirtschaft, Umweltschutz, etc.) (Hancock, 1998, S. 195). Um Partnerschaften mit diesen Bereichen der Privatwirtschaft aufzubauen, sollten sich die beteiligten Partner zu den Prinzipien der Gesundheitsförderung bekennen. Hierdurch kann sichergestellt werden, dass Aktivitäten umweltverträglich und nachhaltig gestaltet werden, dass die privatwirtschaftlichen Partner in ihren Unternehmen sichere und gesunde Arbeitsbedingungen schaffen, faire Löhne und ihren Anteil am Steueraufkommen bezahlen, die Menschenrechte respektieren und weder die Gesundheit der KonsumentInnen noch der umliegenden Gemeinden durch ihre Aktivitäten in Gefahr bringen. Im Idealfall sollte nach diesen ethischen Kriterien die Auswahl der privaten Partner erfolgen (Hancock, 1998, S. 195). Allerdings muss anerkannt werden, dass die Funktionsweisen des privatwirtschaftlichen Marktes die Regeln der Gesellschaft bestimmen und daher auch für die Gesundheitsför-

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

derung genutzt werden müssen (Davies, 1998, S. 184). Wirtschaftliche Entwicklung ist eine Grundvoraussetzung für Gesundheit und die Wirtschaft profitiert nicht zuletzt von gesunden ArbeitnehmerInnen. Ein gegenseitiges Abhängigkeitsverhältnis ist also gegeben und sollte zur Kooperation genutzt werden. Dies eröffnet Möglichkeiten, die bisher vernachlässigt wurden. Um dieses Potential zu nutzen, müssen allerdings neben Aufrichtigkeit vor allem Transparenz, Rechenschaftspflicht, partnerschaftliche Strukturen und das Ziel der Kapazitätsentwicklung sichergestellt sein (Davies, 1998, S. 184–185). Der Privatsektor kann jedenfalls in vielerlei Hinsicht einen Beitrag leisten: einerseits durch die Entwicklung von gesundheitsfördernden Produkten und Dienstleistungen, andererseits durch Erfahrung mit betrieblicher Gesundheitsförderung wie auch mit Erfahrungen, Fähigkeiten und Kenntnissen der effektiven Ressourcennutzung, von Managementprozessen, Marketing und Unternehmensstrategien (Davies, 1998, S. 185).

10.5. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen: Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange

- ▶ Sowohl in den steirischen Rechtsdokumenten wie auch in den steirischen Landtagsbeschlüssen und Anträgen des Gesundheitsausschusses des Steiermärkischen Landtags werden erwartungsgemäß am häufigsten Akteure des öffentlichen Dienstes als Partner zur Umsetzung von Maßnahmen genannt. Weiters werden häufig GesundheitsprofessionistInnen wie ÄrztInnen, Krankenpflegepersonal und andere Gesundheitsberufe als ExpertInnen zur Qualitätssicherung, zur Beratung oder Begutachtung genannt. Aber auch ProfessionistInnen anderer Fachbereiche werden häufig ihrer Expertise wegen zur Umsetzung beigezogen.
 - ▶ Auch Partnerschaften mit nicht-staatlichen Organisationen (NGOs) sind sehr verbreitet. NGOs werden zur Sicherung des Angebots verschiedenster Gesundheitsdienstleistungen herangezogen wie z.B. medizinische Versorgung, Rettungsdienste bis hin zu Gesundheitsförderungsangeboten. Auch Interessensvertretungen werden in Rechtstexten sowie in den Anträgen und Beschlüssen des Landtags häufig angesprochen. In der Gesundheitsförderungspraxis geht man darüber noch hinaus und baut nicht nur zu den bereits genannten Bereichen Partnerschaften auf, sondern auch zu lokalen Organisationen.
 - ▶ VertreterInnen der Privatwirtschaft werden vorwiegend als Betroffene, die Vorschriften zu erfüllen haben, angesprochen. In Einzelfällen allerdings auch als Partner, denen die Umsetzung diverser Maßnahmen anvertraut wird. In der Gesundheitsförderungspraxis beschränken sich die Partnerschaften mit der Wirtschaft hauptsächlich auf Spenden und Unterstützung von konkreten Aktionen.
 - ▶ Partnerschaften mit einzelnen BürgerInnen und WissenschaftlerInnen werden verhältnismäßig selten angesprochen. Am häufigsten werden Partnerschaften zu diesen beiden Gruppen in der Gesundheitsförderungspraxis genutzt.
- Daraus folgt:**
- ▶ Neben der Schaffung von Bewusstsein bei GesundheitsprofessionistInnen um ihre Vorbildrolle sollten Maßnahmen zur Ermöglichung eines gesunden Lebensstils bei diesen und anderen ExpertInnen (vor allem PädagogInnen) getroffen werden. Beispiele dafür wären etwa die Gesundheitsförderung in den verschiedenen Settings (Gesundheitsversorgung, Schulen, etc.). Ebenso wären die Ausbildungscurricula der betroffenen Berufe um Lebensbewältigungskompetenz-Training und Gesundheitsbildung zu erweitern.
 - ▶ Die Koordination von Projekten, Maßnahmen und Programmen des staatlichen und des nicht-staatlichen Sektor sollte verbessert werden, wobei nicht-staatliche Organisationen als echte Partner bei der Erbringung von Dienstleistungen anerkannt werden und ihre Arbeit durch die geregelte Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Sektor unterstützt werden sollte (z.B. durch die Ermöglichung längerfristiger Finanz- und Maßnahmenplanung anhand von Gesundheitszielen).
 - ▶ Die Vorteile der Zusammenarbeit mit der Privatwirtschaft sollen verstärkt genutzt werden, wobei ein Ansatz die Sicherstellung der Haftung der Produzenten für die gesundheitsschädigende bzw. -förderliche Wirkung ihrer Produkte sein kann.
 - ▶ Die stärkere Einbindung und Partizipation von Individuen sowohl in Gesundheitsförderungsprojekte sowie in die Politikentwicklung sollte angestrebt werden, sowohl auf lokaler wie auch auf regionaler Ebene.
 - ▶ Die Kooperation mit WissenschaftlerInnen und Wissenschaftseinrichtungen sollte vor allem in der Politikentwicklung aber auch in der Gesundheitsförderungspraxis ausgebaut werden. Die Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis soll als synergetische Partnerschaft gefördert werden (z.B. durch die Bindung von Subventionen an die Partnerschaft mit Wissenschaftseinrichtungen zur Sicherstellung der Qualität in Konzeptentwicklung, Planung und Evaluation).

Literatur

1. Davies, R. (1998). Reflections on the role of business in health promotion and the challenge of partnership. *Health Promotion International*, 13, 3, S. 183–185.
2. Gillies, P. (1998). Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health Promotion International*, 13, 2, S. 99–119.
3. Hancock, T. (1998). Caveat partner: reflections on partnership with the private sector. *Health Promotion International*, 13, 3, S. 193–195.
4. Lasker, R., Weiss, E. & Miller, R. (2001). Partnership synergy: a practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage. *The Milbank Quarterly*, 79, 2, S. 179–205.
5. Naidoo, J. & Wills, J. (2000). *Health promotion. Foundations for practice*. Edinburgh et al: Bailliere Tindall.
6. WHO. (1999). *Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Eine Einführung*. Kopenhagen. (=Europäische Schriftenreihe »Gesundheit für alle« 5).
7. Widdus, R. (2001). Public-private partnerships for health: their main targets, their diversity, and their future directions. *Bulletin of the World Health Organization*, 79, 8, S. 713–720.
8. Widdus, R. (2003). Public-private partnerships for health require thoughtful evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 81, 4, S. 235.
9. Wilson, A. & Charlton, K. (1997). *Making partnerships work: a practical guide for the public, private, voluntary and community sectors*. York: Joseph Rowntree Foundation, York Publishing Services.
10. Wildridge, V., Childst, S., Cawthra, L. & Madge, B. (2004). How to create successful partnerships – a review of the literature. *Health Information and Libraries Journal*, 21, 3–19.

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancenungleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

Anhang

Tabellen

Glossar

WHO-Ziele – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert

Abkürzungsverzeichnis

Tabelle 4.1.0:
Lebenserwartung in der Steiermark nach Bezirk und Geschlecht, 1970–2003

Bezirk	Männer				Frauen			
	Æ 1970–73	Æ 1979–83	Æ 1989–93	Æ 1999–03	Æ 1970–73	Æ 1979–83	Æ 1989–93	Æ 1999–03
Bruck an der Mur	66,3	69,4	72,1	74,8	74,6	76,2	79,1	81,2
Deutschlandsberg	65	68,4	71,7	74,1	71,7	75	78,5	80,5
Feldbach	66,7	68,4	72,9	75,9	73,7	76,1	79,4	82,1
Fürstenfeld	66,4	67,5	72,2	74,8	73	75,7	78,5	81,2
Graz Umgebung	66,1	68,8	72,9	76,1	73,1	75,4	79,2	82,3
Graz-Stadt	67,9	70	72,8	75,8	72,4	76,5	78,8	81,9
Hartberg	66,3	68,7	72,1	74,9	74,3	77	79,6	81,5
Judenburg	65,7	68,2	72,2	75,7	73,3	76,1	78,5	81,8
Knittelfeld	66	66,9	73	76,1	72,8	76	79,9	82,3
Leibnitz	64,3	66,7	71,1	74,1	72,6	74,6	78,8	80,9
Leoben	65,9	68,4	72,3	75	74	76,5	78,9	81,7
Liezen	67,3	69,5	73	76,3	70,9	74,5	79,1	82,5
Murau	67,5	69,9	72,1	74,9	73,5	75,9	78,4	81,7
Mürzzuschlag	65,3	67,9	72,1	74,5	72,5	75,7	79,3	81
Radkersburg	64,4	66,5	71,4	74,8	73,6	75,9	78,5	81,3
Voitsberg	65,8	68,4	72	74,8	72	73,2	78,3	81
Weiz	67,1	69,4	72,6	76,6	73	76,4	79,2	82,7
Steiermark	66,6	69	72,6	75,4	73,5	76,1	79,1	81,7
Österreich	66,9	69,2	72,3	75,6**	73,9	76,3	79	81,4

Quelle: Statistik Austria
Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.1.1:
Gesamtmortalität nach Bezirk und Geschlecht, 1998–2002

Bezirke	Altersstandardisierte Raten je 100.000 EinwohnerInnen* im Jahresdurchschnitt 1998–2002				
	Männer			Frauen	
	Rate	95% Konfidenzintervall		Rate	95% Konfidenzintervall
Bruck an der Mur	861,2	838,0	884,3	524,6	507,0 542,1
Deutschlandsberg	928,1	903,5	952,6	528,9	510,6 547,2
Feldbach	839,0	816,7	861,3	448,4	432,2 464,5
Fürstenfeld	928,3	887,8	968,9	488,0	459,5 516,4
Graz	787,0	775,1	798,9	474,2	465,5 482,9
Graz Umgebung	811,2	795,3	827,0	479,1	467,1 491,0
Hartberg	832,8	810,7	855,0	478,8	462,2 495,4
Judenburg	823,0	796,9	849,2	503,3	483,3 523,4
Knittelfeld	797,9	765,1	830,8	471,9	447,3 496,4
Leibnitz	931,5	909,2	953,8	531,9	515,3 548,5
Leoben	856,4	833,7	879,0	497,0	480,3 513,7
Liezen	749,1	729,9	768,4	500,8	485,5 516,0
Mürzzuschlag	940,9	911,3	970,4	551,7	529,6 573,8
Murau	831,5	799,1	863,9	476,1	452,2 500,0
Radkersburg	958,1	918,2	998,1	537,9	508,7 567,1
Voitsberg	913,0	886,8	939,2	547,2	527,4 567,0
Weiz	775,5	756,6	794,4	482,7	467,8 497,5
Steiermark	836,8	831,5	842,2	495,2	491,2 499,2

Quelle: Gesundheitsinformationssystem Steiermark
Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark
Standardbevölkerung ist die European Standard Population
*nach Bevölkerung gleichen Geschlechts

Tabelle 4.1.2:

Mortalität aufgrund von »Bösartigen Neubildungen« insgesamt
(ICD9: II. 140-239) nach Bezirk und Geschlecht, 1998–2002

Altersstandardisierte Raten je 100.000 EinwohnerInnen* im Jahresdurchschnitt 1998–2002					
Bezirke	Männer			Frauen	
	Rate	95% Konfidenzintervall		Rate	95% Konfidenzintervall
Bruck an der Mur	240,1	227,9	252,4	136,0	127,0 145,0
Deutschlandsberg	239,2	226,7	251,7	143,1	133,6 152,7
Feldbach	226,1	214,5	237,7	123,7	115,2 132,2
Fürstenfeld	262,2	240,6	283,8	140,2	124,9 155,6
Graz	232,3	225,8	238,8	136,0	131,4 140,7
Graz Umgebung	236,9	228,3	245,4	140,7	134,2 147,2
Hartberg	220,5	209,0	231,9	117,6	109,4 125,9
Judenburg	210,6	197,3	223,9	131,1	120,8 141,4
Knittelfeld	204,9	188,2	221,5	133,8	120,6 147,0
Leibnitz	261,7	249,9	273,6	139,6	131,1 148,1
Leoben	240,8	228,7	252,8	140,8	131,9 149,7
Liezen	190,1	180,4	199,8	132,4	124,5 140,3
Mürzzuschlag	247,3	232,1	262,5	147,6	136,1 159,1
Murau	219,2	202,6	235,9	112,1	100,4 123,7
Radkersburg	272,9	251,7	294,1	133,7	119,0 148,4
Voitsberg	254,0	240,1	267,8	157,7	147,0 168,4
Weiz	203,6	193,8	213,3	122,9	115,4 130,4
Steiermark	230,9	228,1	233,7	135,0	133,0 137,1

Quelle: Gesundheitsinformationssystem Steiermark

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Standardbevölkerung ist die European Standard Population.

* nach Bevölkerung gleichen Geschlechts

Tabelle 4.1.3:

Mortalität aufgrund von »Bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane«
(ICD9: II. 160-165) nach Bezirk und Geschlecht, 1998–2002

Altersstandardisierte Raten je 100.000 EinwohnerInnen* im Jahresdurchschnitt 1998–2002					
Bezirke	Männer			Frauen	
	Rate	95% Konfidenzintervall		Rate	95% Konfidenzintervall
Bruck an der Mur	70,6	64,0	77,3	20,4	16,9 23,9
Deutschlandsberg	59,0	52,8	65,3	15,3	12,2 18,4
Feldbach	43,4	38,3	48,5	11,2	8,6 13,7
Fürstenfeld	48,1	38,8	57,3	8,3	4,6 12,0
Graz	61,3	58,0	64,6	19,5	17,7 21,2
Graz Umgebung	61,4	57,0	65,7	14,3	12,3 16,4
Hartberg	47,1	41,8	52,4	8,4	6,2 10,6
Judenburg	63,4	56,1	70,6	17,3	13,5 21,0
Knittelfeld	49,9	41,7	58,1	12,2	8,2 16,2
Leibnitz	71,7	65,5	77,8	13,5	10,8 16,1
Leoben	69,9	63,5	76,4	16,7	13,7 19,8
Liezen	43,0	38,4	47,7	16,9	14,1 19,7
Mürzzuschlag	49,8	43,0	56,7	11,5	8,3 14,7
Murau	48,7	40,9	56,6	13,3	9,2 17,4
Radkersburg	58,4	48,7	68,2	19,6	14,0 25,2
Voitsberg	60,8	54,1	67,6	21,2	17,3 25,2
Weiz	40,5	36,2	44,9	9,7	7,5 11,8
Steiermark	56,9	55,5	58,3	15,4	14,7 16,1

Quelle: Gesundheitsinformationssystem Steiermark

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Standardbevölkerung ist die European Standard Population.

* nach Bevölkerung gleichen Geschlechts

Tabelle 4.1.4:

Mortalität aufgrund von »Bösartigen Neubildungen des Verdauungsapparates« (ICD9: II. 150-159) nach Bezirk und Geschlecht, 1998–2002

Altersstandardisierte Raten je 100.000 EinwohnerInnen* im Jahresdurchschnitt 1998–2002						
Bezirke	Männer			Frauen		
	Rate	95% Konfidenzintervall		Rate	95% Konfidenzintervall	
Bruck an der Mur	71,8	65,1	78,5	35,4	30,8	40,0
Deutschlandsberg	92,6	84,8	100,4	36,1	31,3	40,8
Feldbach	87,8	80,6	95,0	50,2	44,8	55,6
Fürstenfeld	104,5	90,8	118,1	47,0	38,1	55,8
Graz	75,6	71,9	79,3	43,7	41,1	46,4
Graz Umgebung	77,2	72,3	82,1	48,4	44,6	52,2
Hartberg	79,9	73,0	86,8	39,7	35,0	44,5
Judenburg	64,8	57,4	72,1	35,9	30,5	41,3
Knittelfeld	55,5	46,9	64,2	50,5	42,4	58,6
Leibnitz	86,2	79,4	92,9	41,1	36,5	45,7
Leoben	86,0	78,8	93,1	39,1	34,4	43,8
Liezen	58,3	52,9	63,7	42,0	37,6	46,5
Mürzzuschlag	85,8	76,8	94,7	41,8	35,7	47,9
Murau	65,3	56,2	74,4	35,3	28,9	41,7
Radkersburg	98,5	85,8	111,1	37,1	29,4	44,8
Voitsberg	91,2	82,8	99,5	57,0	50,6	63,4
Weiz	72,6	66,8	78,4	37,9	33,7	42,0
Steiermark	78,1	76,5	79,7	42,7	41,5	43,8

Quelle: Gesundheitsinformationssystem Steiermark

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Standardbevölkerung ist die European Standard Population.

* nach Bevölkerung gleichen Geschlechts

Tabelle 4.1.5:

Mortalität aufgrund von »Bösartigen Neubildungen der Brustdrüse« (ICD9: II. 174, 175) nach Bezirk, 1998–2002

Altersstandardisierte Raten je 100.000 Einwohnerinnen im Jahresdurchschnitt 1998–2002			
Bezirke	Frauen		
	Rate	95% Konfidenzintervall	
Bruck an der Mur	25,2	21,4	29,1
Deutschlandsberg	34,5	29,8	39,2
Feldbach	12,9	10,1	15,6
Fürstenfeld	24,9	18,4	31,3
Graz	26,8	24,7	28,9
Graz Umgebung	26,9	24,1	29,7
Hartberg	18,5	15,2	21,8
Judenburg	22,3	18,1	26,6
Knittelfeld	19,9	14,9	24,9
Leibnitz	24,6	21,0	28,2
Leoben	31,8	27,5	36,0
Liezen	19,0	16,0	21,9
Mürzzuschlag	21,3	17,0	25,7
Murau	12,6	8,6	16,5
Radkersburg	25,0	18,7	31,3
Voitsberg	28,6	24,0	33,2
Weiz	24,4	21,0	27,7
Steiermark	24,4	23,5	25,3

Quelle: Gesundheitsinformationssystem Steiermark

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Standardbevölkerung ist die European Standard Population.

Tabelle 4.1.6:

Mortalität aufgrund von »Bösartigen Neubildungen der Prostata« (ICD9: II. 185) nach Bezirk, 1998–2002

Altersstandardisierte Raten je 100.000 Einwohner im Jahresdurchschnitt 1998–2002			
Bezirke	Männer		
	Rate	95% Konfidenzintervall	
Bruck an der Mur	27,4	23,2	31,5
Deutschlandsberg	26,6	22,4	30,7
Feldbach	31,2	26,8	35,5
Fürstenfeld	24,2	17,7	30,8
Graz	28,3	26,0	30,5
Graz Umgebung	32,7	29,6	35,9
Hartberg	35,4	30,9	40,0
Judenburg	23,4	19,0	27,8
Knittelfeld	33,6	26,9	40,3
Leibnitz	28,9	25,0	32,8
Leoben	29,6	25,4	33,9
Liezen	32,1	28,1	36,1
Mürzzuschlag	40,1	34,0	46,2
Murau	38,9	31,9	45,9
Radkersburg	38,1	30,1	46,1
Voitsberg	23,8	19,6	28,0
Weiz	30,7	26,9	34,5
Steiermark	30,3	29,3	31,4

Quelle: Gesundheitsinformationssystem Steiermark

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Standardbevölkerung ist die European Standard Population.

Tabelle 4.1.7:

Mortalität aufgrund von »Bösartigen Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes« (ICD9: II. 200-208) nach Bezirk und Geschlecht, 1998–2002

Altersstandardisierte Raten je 100.000 EinwohnerInnen* im Jahresdurchschnitt 1998–2002						
Bezirke	Männer			Frauen		
	Rate	95% Konfidenzintervall		Rate	95% Konfidenzintervall	
Bruck an der Mur	18,0	14,6	21,3	10,1	7,7	12,6
Deutschlandsberg	11,5	8,7	14,2	12,5	9,7	15,3
Feldbach	17,0	13,8	20,2	11,2	8,7	13,8
Fürstenfeld	9,9	5,7	14,1	10,7	6,4	14,9
Graz	19,5	17,6	21,3	9,6	8,4	10,8
Graz Umgebung	17,7	15,4	20,1	12,3	10,4	14,2
Hartberg	15,9	12,9	19,0	6,1	4,2	8,0
Judenburg	12,0	8,8	15,1	11,8	8,7	14,9
Knittelfeld	21,1	15,9	26,4	7,7	4,5	10,9
Leibnitz	22,3	18,9	25,8	12,8	10,2	15,4
Leoben	14,3	11,4	17,3	10,7	8,2	13,1
Liezen	15,7	12,9	18,5	15,5	12,8	18,2
Mürzzuschlag	17,1	13,1	21,2	9,3	6,4	12,2
Murau	17,7	13,0	22,5	13,1	9,0	17,1
Radkersburg	10,7	6,4	15,0	12,8	8,2	17,3
Voitsberg	21,5	17,4	25,5	8,8	6,3	11,3
Weiz	13,2	10,7	15,7	10,6	8,4	12,8
Steiermark	16,9	16,2	17,7	10,9	10,3	11,5

Quelle: Gesundheitsinformationssystem Steiermark

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Standardbevölkerung ist die European Standard Population.

* nach Bevölkerung gleichen Geschlechts

Tabelle 4.1.8:

Mortalität aufgrund von »Herz-Kreislauf-Erkrankungen« (ICD9: VII. 390–459) nach Bezirk und Geschlecht, 1998–2002

Altersstandardisierte Raten je 100.000 EinwohnerInnen* im Jahresdurchschnitt 1998–2002						
Bezirke	Männer			Frauen		
	Rate	95% Konfidenzintervall		Rate	95% Konfidenzintervall	
Bruck an der Mur	391,8	376,2	407,3	272,5	259,9	285,2
Deutschlandsberg	432,8	416,0	449,6	272,7	259,6	285,9
Feldbach	380,9	365,9	395,9	226,5	215,0	237,9
Fürstenfeld	399,1	372,5	425,6	245,8	225,7	265,9
Graz	345,6	337,7	353,5	220,5	214,6	226,4
Graz Umgebung	366,4	355,8	377,1	245,0	236,4	253,5
Hartberg	362,5	348,0	377,1	244,3	232,5	256,2
Judenburg	369,0	351,5	386,5	258,8	244,5	273,1
Knittelfeld	343,5	322,0	365,0	219,2	202,5	235,9
Leibnitz	422,3	407,3	437,3	280,2	268,2	292,2
Leoben	375,6	360,7	390,5	239,6	228,0	251,1
Liezen	347,8	334,8	360,9	257,3	246,4	268,3
Mürzzuschlag	436,2	416,1	456,2	287,6	271,7	303,5
Murau	351,3	330,2	372,3	253,8	236,5	271,1
Radkersburg	429,0	402,3	455,7	276,5	255,7	297,3
Voitsberg	432,7	414,7	450,7	290,4	276,0	304,7
Weiz	357,5	344,8	370,3	251,3	240,7	262,0
Steiermark	376,6	373,0	380,2	249,4	246,6	252,2

Quelle: Gesundheitsinformationssystem Steiermark

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Standardbevölkerung ist die European Standard Population.

* nach Bevölkerung gleichen Geschlechts

Tabelle 4.1.9:
Mortalität aufgrund von »Ischämischen Herzkrankheiten«
(ICD9: VII. 410-414) nach Bezirk und Geschlecht, 1998–2002

Altersstandardisierte Raten je 100.000 EinwohnerInnen* im Jahresdurchschnitt 1998–2002						
Bezirke	Männer			Frauen		
	Rate	95% Konfidenzintervall		Rate	95% Konfidenzintervall	
Bruck an der Mur	165,9	155,8	176,1	77,9	71,1	84,6
Deutschlandsberg	212,8	201,0	224,6	95,1	87,4	102,8
Feldbach	175,1	164,9	185,3	81,9	75,0	88,7
Fürstenfeld	166,1	149,0	183,2	73,3	62,2	84,3
Graz	161,4	156,0	166,7	75,1	71,6	78,5
Graz Umgebung	146,6	139,9	153,3	77,0	72,3	81,8
Hartberg	145,2	135,9	154,4	66,1	59,9	72,2
Judenburg	180,8	168,6	193,1	113,6	104,0	123,1
Knittelfeld	157,4	142,8	171,9	74,5	64,7	84,3
Leibnitz	178,4	168,6	188,1	110,8	103,2	118,3
Leoben	180,5	170,2	190,9	87,2	80,2	94,2
Liezen	179,1	169,8	188,5	100,8	93,9	107,6
Mürzzuschlag	164,3	152,0	176,5	83,0	74,4	91,6
Murau	139,8	126,6	153,1	73,9	64,6	83,3
Radkersburg	178,8	161,5	196,0	103,0	90,5	115,6
Voitsberg	209,9	197,4	222,5	104,5	95,9	113,1
Weiz	144,6	136,5	152,8	81,4	75,3	87,5
Steiermark	167,5	165,2	169,9	85,1	83,5	86,8

Quelle: Gesundheitsinformationssystem Steiermark
 Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark
 Standardbevölkerung ist die European Standard Population.
 * nach Bevölkerung gleichen Geschlechts

Tabelle 4.1.10:
Mortalität aufgrund von »Zerebrovaskulären Erkrankungen«
(ICD9: VII. 430-438) nach Bezirk und Geschlecht, 1998–2002

Altersstandardisierte Raten je 100.000 EinwohnerInnen* im Jahresdurchschnitt 1998–2002						
Bezirke	Männer			Frauen		
	Rate	95% Konfidenzintervall		Rate	95% Konfidenzintervall	
Bruck an der Mur	94,8	87,2	102,5	75,9	69,2	82,6
Deutschlandsberg	82,2	74,8	89,5	76,3	69,4	83,3
Feldbach	90,4	83,1	97,7	71,7	65,3	78,1
Fürstenfeld	124,0	109,2	138,8	88,6	76,6	100,6
Graz	70,4	66,9	74,0	58,1	55,1	61,2
Graz Umgebung	85,3	80,1	90,4	70,2	65,6	74,8
Hartberg	77,8	71,0	84,6	68,9	62,6	75,2
Judenburg	69,1	61,5	76,7	59,1	52,4	65,9
Knittelfeld	74,6	64,5	84,6	61,5	52,7	70,2
Leibnitz	107,6	100,0	115,1	85,7	79,1	92,4
Leoben	87,5	80,3	94,8	71,9	65,5	78,2
Liezen	79,1	72,8	85,3	77,5	71,5	83,5
Mürzzuschlag	109,9	99,8	120,0	82,6	74,1	91,2
Murau	88,5	78,0	99,1	81,8	72,1	91,5
Radkersburg	144,9	129,4	160,4	100,2	87,6	112,8
Voitsberg	136,1	126,0	146,3	120,2	110,9	129,4
Weiz	92,5	86,2	98,8	79,8	73,8	85,8
Steiermark	88,6	86,9	90,3	73,9	72,4	75,5

Quelle: Gesundheitsinformationssystem Steiermark
 Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark
 Standardbevölkerung ist die European Standard Population.
 * nach Bevölkerung gleichen Geschlechts

Tabelle 4.1.11:

Mortalität aufgrund von »Krankheiten der Atmungsorgane«
(ICD9: VIII. 460–519) nach Bezirk und Geschlecht, 1998–2002

Bezirke	Standardisierte Raten je 100.000 EinwohnerInnen* im Jahresdurchschnitt 1998–2002					
	Rate	Männer		Rate	Frauen	
		95% Konfidenzintervall			95% Konfidenzintervall	
Bruck an der Mur	47,5	42,1	52,9	21,9	18,3	25,5
Deutschlandsberg	46,4	40,9	51,9	19,4	15,9	22,9
Feldbach	45,1	39,9	50,3	19,1	15,7	22,4
Fürstenfeld	59,9	49,6	70,2	16,8	11,5	22,1
Graz	37,2	34,6	39,8	16,4	14,8	18,1
Graz Umgebung	39,1	35,6	42,6	16,2	14,0	18,4
Hartberg	46,7	41,5	52,0	20,7	17,2	24,1
Judenburg	41,8	35,9	47,7	19,1	15,2	23,1
Knittelfeld	61,1	52,0	70,2	17,1	12,4	21,8
Leibnitz	37,2	32,8	41,7	21,3	18,0	24,6
Leoben	53,2	47,6	58,9	15,7	12,7	18,7
Liezen	33,5	29,4	37,6	17,4	14,6	20,3
Mürzzuschlag	51,4	44,4	58,3	16,6	12,8	20,5
Murau	50,7	42,7	58,7	22,3	17,1	27,5
Radkersburg	39,7	31,5	47,9	17,1	11,9	22,3
Voitsberg	45,2	39,4	51,0	10,8	8,0	13,5
Weiz	36,2	32,1	40,3	18,6	15,6	21,5
Steiermark	42,6	41,4	43,8	17,8	17,0	18,5

Quelle: Gesundheitsinformationssystem Steiermark

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Standardbevölkerung ist die European Standard Population.

* nach Bevölkerung gleichen Geschlechts

Tabelle 4.1.12:

Mortalität aufgrund von »Krankheiten der Verdauungsorgane«
(ICD9: IX. 520–579) nach Bezirk und Geschlecht, 1998–2002

Bezirke	Standardisierte Raten je 100.000 EinwohnerInnen* im Jahresdurchschnitt 1998–2002					
	Rate	Männer		Rate	Frauen	
		95% Konfidenzintervall			95% Konfidenzintervall	
Bruck an der Mur	36,2	31,4	40,9	19,7	16,3	23,1
Deutschlandsberg	49,9	44,1	55,6	23,2	19,4	27,1
Feldbach	53,4	47,7	59,0	19,5	16,1	22,8
Fürstenfeld	61,5	51,0	71,9	15,5	10,4	20,6
Graz	39,9	37,2	42,5	24,5	22,5	26,5
Graz Umgebung	39,8	36,3	43,3	17,8	15,5	20,1
Hartberg	50,1	44,7	55,6	17,4	14,4	20,5
Judenburg	47,8	41,4	54,1	25,9	21,3	30,5
Knittelfeld	47,1	39,1	55,1	20,7	15,5	25,9
Leibnitz	72,9	66,7	79,2	22,4	19,0	25,8
Leoben	52,8	47,2	58,5	18,7	15,4	21,9
Liezen	38,8	34,4	43,2	16,1	13,4	18,9
Mürzzuschlag	47,6	40,9	54,4	18,8	14,7	22,9
Murau	29,0	23,0	35,1	20,8	15,7	25,8
Radkersburg	62,2	52,0	72,5	27,6	20,9	34,2
Voitsberg	46,7	40,8	52,7	20,3	16,5	24,2
Weiz	46,5	41,8	51,1	15,6	13,0	18,3
Steiermark	46,5	45,2	47,7	20,5	19,6	21,3

Quelle: Gesundheitsinformationssystem Steiermark

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Standardbevölkerung ist die European Standard Population.

* nach Bevölkerung gleichen Geschlechts

Tabelle 4.1.13:

Mortalität aufgrund von »Unfällen, Verletzungen, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen«
(ICD9: XVII. E800-E999) nach Bezirk und Geschlecht, 1998–2002

Altersstandardisierte Raten je 100.000 EinwohnerInnen* im Jahresdurchschnitt 1998–2002						
Bezirke	Männer			Frauen		
	Rate	95% Konfidenzintervall		Rate	95% Konfidenzintervall	
Bruck an der Mur	75,9	69,0	82,8	29,7	25,5	33,9
Deutschlandsberg	83,0	75,6	90,4	24,8	20,8	28,8
Feldbach	85,3	78,2	92,5	19,9	16,5	23,3
Fürstenfeld	78,3	66,5	90,2	18,8	13,2	24,4
Graz	57,6	54,4	60,9	26,9	24,8	29,0
Graz Umgebung	61,2	56,8	65,5	15,6	13,4	17,8
Hartberg	89,8	82,5	97,1	22,7	19,1	26,3
Judenburg	78,6	70,5	86,8	25,8	21,3	30,4
Knittelfeld	63,8	54,5	73,2	18,1	13,2	23,0
Leibnitz	76,5	70,1	83,0	22,8	19,4	26,3
Leoben	78,5	71,6	85,3	25,3	21,6	29,1
Liezen	89,5	82,8	96,2	30,3	26,5	34,0
Mürzzuschlag	89,6	80,4	98,9	21,0	16,7	25,4
Murau	113,7	101,7	125,7	27,6	21,7	33,4
Radkersburg	73,8	62,6	85,0	34,9	27,4	42,4
Voitsberg	61,4	54,6	68,2	23,4	19,3	27,5
Weiz	70,9	65,1	76,7	27,4	23,9	31,0
Steiermark	74,0	72,4	75,6	24,4	23,5	25,3

Quelle: Gesundheitsinformationssystem Steiermark

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Standardbevölkerung ist die European Standard Population.

* nach Bevölkerung gleichen Geschlechts

Tabelle 4.1.14:

Reihung der analysierten Todesursachen nach Geschlecht, 1998–2002

Altersstandardisierte Raten je 100.000 EinwohnerInnen* im Jahresdurchschnitt 1998–2002							
Todesursachen	Männer			Todesursachen	Frauen		
	Rate	95% Konfidenzintervall			Rate	95% Konfidenzintervall	
Herz-Kreislauferkrankungen	376,6	373,0	380,2	Herz-Kreislauferkrankungen	249,4	246,6	252,2
Ischämische Herz-Kreislauf-Erkrankungen	167,5	165,2	169,9	Ischämische Herz-Kreislauf-Erkrankungen	85,1	83,5	86,8
Zerebrovaskuläre Erkrankungen	88,6	86,9	90,3	Zerebrovaskuläre Erkrankungen	73,9	72,4	75,5
Bösartige Neubildungen	230,9	228,1	233,7	Bösartige Neubildungen	135,0	133,0	137,1
... des Verdauungsapparates	78,1	76,5	79,7	... des Verdauungsapparates	42,7	41,5	43,8
... der Atmungsorgane	56,9	55,5	58,3	... der Brustdrüse	24,4	23,5	25,3
... der Prostata	30,3	29,3	31,4	... der Atmungsorgane	15,4	14,7	16,1
... des lymphatischen und ... hämatopoetischen Gewebes	16,9	16,2	17,7	... des lymphatischen und ... hämatopoetischen Gewebes	10,9	10,3	11,5
Unfälle, Verletzungen u. Vergiftungen	74,0	72,4	75,6	Unfälle, Verletzungen u. Vergiftungen	24,4	23,5	25,3
Krankheiten der Verdauungsorgane	46,5	45,2	47,7	Krankheiten der Verdauungsorgane	20,5	19,6	21,3
Krankheiten der Atmungsorgane	42,6	41,4	43,8	Krankheiten der Atmungsorgane	17,8	17,0	18,5

Quelle: Gesundheitsinformationssystem Steiermark

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Standardbevölkerung ist die European Standard Population.

* nach Bevölkerung gleichen Geschlechts

Tabelle 4.2.1:
Morbidität aufgrund von »Bösartigen Neubildungen«
(ICD9: II. 140-239) nach Bezirk und Geschlecht, 1998–2002

Altersstandardisierte Raten je 100.000 EinwohnerInnen* im Jahresdurchschnitt 1998–2002					
Bezirke	Männer			Frauen	
	Rate	95% Konfidenzintervall		Rate	95% Konfidenzintervall
Bruck an der Mur	2.496	2.456	2.535	2.158	2.123 2.194
Deutschlandsberg	2.286	2.247	2.325	2.064	2.028 2.100
Feldbach	2.115	2.079	2.150	1.868	1.835 1.901
Fürstenfeld	2.962	2.889	3.035	2.720	2.652 2.787
Graz	2.538	2.517	2.560	2.316	2.297 2.335
Graz Umgebung	1.933	1.908	1.957	1.691	1.669 1.714
Hartberg	2.239	2.202	2.275	1.863	1.830 1.896
Judenburg	2.420	2.375	2.466	2.438	2.393 2.482
Knittelfeld	2.558	2.499	2.617	2.105	2.053 2.158
Leibnitz	2.477	2.441	2.514	2.022	1.990 2.055
Leoben	2.742	2.701	2.782	2.653	2.614 2.692
Liezen	2.581	2.545	2.616	2.357	2.324 2.390
Mürzzuschlag	2.544	2.495	2.593	2.163	2.119 2.207
Murau	2.344	2.289	2.398	2.268	2.215 2.321
Radkersburg	2.206	2.145	2.267	1.857	1.803 1.912
Voitsberg	2.208	2.168	2.249	2.012	1.973 2.050
Weiz	1.984	1.954	2.015	1.806	1.777 1.834
Steiermark	2.361	2.352	2.370	2.122	2.114 2.131

Quelle: Gesundheitsinformationssystem Steiermark
 Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark
 Standardbevölkerung ist die European Standard Population.
 * nach Bevölkerung gleichen Geschlechts

Tabelle 4.2.2:
Krankenhaushäufigkeit aufgrund von »Herz-Kreislauf-Erkrankungen«
(ICD9: VII. 390–459) nach Bezirk und Geschlecht, 1998–2002

Altersstandardisierte Raten je 100.000 EinwohnerInnen* im Jahresdurchschnitt 1998–2002					
Bezirke	Männer			Frauen	
	Rate	95% Konfidenzintervall		Rate	95% Konfidenzintervall
Bruck an der Mur	3.890	3.841	3.940	2.909	2.868 2.951
Deutschlandsberg	3.395	3.348	3.442	2.637	2.596 2.678
Feldbach	2.864	2.822	2.905	2.215	2.179 2.251
Fürstenfeld	3.678	3.598	3.759	2.874	2.804 2.943
Graz	3.399	3.374	3.424	2.446	2.427 2.466
Graz Umgebung	2.775	2.746	2.805	2.135	2.110 2.160
Hartberg	3.598	3.552	3.644	3.044	3.002 3.086
Judenburg	4.165	4.106	4.224	3.252	3.201 3.303
Knittelfeld	4.266	4.190	4.342	3.168	3.104 3.233
Leibnitz	3.583	3.539	3.627	2.876	2.837 2.914
Leoben	3.863	3.815	3.911	2.723	2.684 2.762
Liezen	3.697	3.654	3.739	2.988	2.951 3.026
Mürzzuschlag	4.120	4.057	4.182	2.892	2.841 2.943
Murau	3.700	3.631	3.768	3.085	3.023 3.147
Radkersburg	4.187	4.103	4.271	3.697	3.620 3.774
Voitsberg	3.557	3.505	3.609	2.544	2.501 2.587
Weiz	3.358	3.318	3.398	2.565	2.530 2.599
Steiermark	3.509	3.499	3.520	2.678	2.668 2.687

Quelle: Gesundheitsinformationssystem Steiermark
 Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark
 Standardbevölkerung ist die European Standard Population.
 * nach Bevölkerung gleichen Geschlechts

Tabelle 4.2.3:

Krankenhaushäufigkeit aufgrund von »Krankheiten der Atmungsorgane«
(ICD9: VIII. 460–519) nach Bezirk und Geschlecht, 1998–2002

Altersstandardisierte Raten je 100.000 EinwohnerInnen* im Jahresdurchschnitt 1998–2002						
Bezirke	Männer			Frauen		
	Rate	95% Konfidenzintervall		Rate	95% Konfidenzintervall	
Bruck an der Mur	2.672	2.631	2.713	1.897	1.863	1.930
Deutschlandsberg	2.297	2.259	2.336	1.461	1.430	1.491
Feldbach	1.793	1.760	1.826	1.191	1.164	1.217
Fürstenfeld	2.317	2.253	2.381	1.466	1.416	1.515
Graz	2.752	2.730	2.775	1.946	1.929	1.964
Graz Umgebung	2.071	2.046	2.096	1.379	1.359	1.399
Hartberg	1.939	1.905	1.973	1.206	1.180	1.233
Judenburg	2.294	2.250	2.338	1.415	1.382	1.449
Knittelfeld	2.315	2.259	2.371	1.547	1.502	1.592
Leibnitz	2.522	2.485	2.559	1.599	1.570	1.628
Leoben	2.881	2.839	2.923	1.744	1.712	1.775
Liezen	2.061	2.029	2.093	1.432	1.406	1.458
Mürzzuschlag	2.076	2.032	2.121	1.283	1.249	1.317
Murau	2.688	2.630	2.746	1.535	1.491	1.578
Radkersburg	2.513	2.448	2.578	1.476	1.427	1.524
Voitsberg	2.290	2.248	2.331	1.309	1.278	1.340
Weiz	1.973	1.943	2.004	1.165	1.142	1.188
Steiermark	2.344	2.335	2.353	1.536	1.529	1.544

Quelle: Gesundheitsinformationssystem Steiermark

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Standardbevölkerung ist die European Standard Population.

* nach Bevölkerung gleichen Geschlechts

Tabelle 4.2.4:

Krankenhaushäufigkeit aufgrund von »Krankheiten der Verdauungsorgane«
(ICD9: IX. 520–579) nach Bezirk und Geschlecht, 1998–2002

Altersstandardisierte Raten je 100.000 EinwohnerInnen* im Jahresdurchschnitt 1998–2002						
Bezirke	Männer			Frauen		
	Rate	95% Konfidenzintervall		Rate	95% Konfidenzintervall	
Bruck an der Mur	2.868	2.826	2.911	2.464	2.426	2.502
Deutschlandsberg	2.896	2.852	2.940	2.441	2.401	2.480
Feldbach	1.903	1.869	1.937	1.570	1.539	1.600
Fürstenfeld	2.989	2.916	3.063	2.358	2.295	2.421
Graz	2.742	2.720	2.765	2.463	2.443	2.483
Graz Umgebung	2.346	2.319	2.373	1.984	1.959	2.008
Hartberg	2.593	2.554	2.632	2.151	2.115	2.186
Judenburg	3.086	3.035	3.137	2.734	2.687	2.781
Knittelfeld	2.775	2.714	2.837	2.337	2.282	2.392
Leibnitz	3.046	3.006	3.087	2.567	2.530	2.603
Leoben	2.544	2.505	2.583	2.176	2.141	2.211
Liezen	2.570	2.535	2.606	2.207	2.174	2.239
Mürzzuschlag	3.035	2.982	3.089	2.725	2.676	2.775
Murau	2.473	2.417	2.529	2.144	2.092	2.196
Radkersburg	2.856	2.786	2.925	2.218	2.158	2.277
Voitsberg	2.720	2.675	2.766	2.156	2.117	2.196
Weiz	2.296	2.264	2.329	1.997	1.966	2.027
Steiermark	2.645	2.635	2.654	2.270	2.262	2.279

Quelle: Gesundheitsinformationssystem Steiermark

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Standardbevölkerung ist die European Standard Population.

* nach Bevölkerung gleichen Geschlechts

Tabelle 4.2.5:

Krankenhaushäufigkeit aufgrund von »Erkrankungen des Bewegungsapparates«
(ICD9: XIII. 710–739) nach Bezirk und Geschlecht, 1998–2002

Altersstandardisierte Raten je 100.000 EinwohnerInnen* im Jahresdurchschnitt 1998–2002					
Bezirke	Männer			Frauen	
	Rate	95% Konfidenzintervall		Rate	95% Konfidenzintervall
Bruck an der Mur	2.209	2.172	2.246	2.463	2.424 2.501
Deutschlandsberg	2.290	2.251	2.328	2.566	2.525 2.606
Feldbach	1.628	1.597	1.660	1.662	1.630 1.693
Fürstenfeld	1.953	1.894	2.012	2.066	2.007 2.125
Graz	1.802	1.784	1.820	2.394	2.375 2.414
Graz Umgebung	1.569	1.547	1.591	1.804	1.780 1.827
Hartberg	2.244	2.207	2.280	2.243	2.207 2.279
Judenburg	2.549	2.503	2.596	3.021	2.972 3.071
Knittelfeld	2.390	2.333	2.447	2.648	2.589 2.707
Leibnitz	2.044	2.011	2.077	2.126	2.092 2.159
Leoben	2.563	2.524	2.602	2.788	2.748 2.827
Liezen	2.380	2.346	2.415	2.577	2.542 2.612
Mürzzuschlag	1.987	1.943	2.030	2.299	2.253 2.344
Murau	3.929	3.858	3.999	4.158	4.086 4.230
Radkersburg	1.952	1.894	2.009	2.161	2.102 2.220
Voitsberg	2.086	2.046	2.126	2.125	2.086 2.165
Weiz	1.980	1.950	2.011	1.936	1.906 1.966
Steiermark	2.080	2.071	2.088	2.331	2.322 2.339

Quelle: Gesundheitsinformationssystem Steiermark
 Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark
 Standardbevölkerung ist die European Standard Population.
 * nach Bevölkerung gleichen Geschlechts

Tabelle 4.2.6.1:

Erkrankungshäufigkeit in den letzten 12 Monaten vor der Befragung nach Geschlecht, Alter und NUTS-III-Region, 1999

Gliederung nach	Anteile in %				
	sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
Gesamt	34,8	11,7	4,0	2,0	47,5
Geschlecht					
Männer	35,4	13,0	3,6	1,4	46,7
Frauen	34,3	10,5	4,3	2,5	48,3
Alter					
unter 15 Jahre	40,5	12,0	3,6	1,2	42,7
15 bis 24 Jahre	38,0	9,2	2,9	0,8	49,1
25 bis 34 Jahre	35,4	10,8	3,3	1,3	49,2
35 bis 44 Jahre	33,9	10,6	2,2	0,9	52,4
45 bis 54 Jahre	33,7	10,5	5,2	2,2	48,4
55 bis 64 Jahre	31,8	13,2	4,3	3,9	46,8
65 bis 74 Jahre	31,3	14,8	6,0	3,4	44,5
75 Jahre u. älter	28,5	15,6	6,7	4,3	44,9
NUTS-III-Region					
Graz	34,6	11,8	3,5	1,3	48,7
Liezen	42,2	8,7	5,7	2,6	40,8
Östliche Oberstmk.	34,9	12,5	6,1	3,3	43,2
Oststeiermark	35,4	11,7	3,0	2,4	47,4
West- und Südstmk.	30,8	10,3	3,4	1,1	54,4
Westliche Oberstmk.	36,4	14,8	3,6	1,2	44,1

Quelle: Statistik Austria
 Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.2.6.2:

Erkrankungshäufigkeit in den letzten 12 Monaten vor der Befragung nach Schulbildung, Stellung im Beruf, Lebensunterhalt und Wohnungseigentum, 1999

Gliederung nach	Anteile in %				
	einmal	zweimal	dreimal	mehr als dreimal	nie
Gesamt	34,8	11,7	4	2	47,5
Schulbildung (ab 15 Jahren)					
Pflichtabschluss	32,9	13	5,1	2,8	46,1
Pflichtabschluss mit Lehre	33,8	11,8	3,6	2,1	48,8
Berufsbildende mittlere Schule	33,4	11,1	3,1	2,5	49,9
Allgemeinbildende höhere Schule	38,9	6,2	3,4	0,7	50,8
Berufsbildende höhere Schule	29,9	11,5	4,2	1,5	52,9
Universität (einschl. Hochschulverwandte)	37,6	9,5	1,2	0,3	51,5
Stellung im Beruf					
Selbständiger	32,7	7,6	3,8	2,2	53,8
Mithelfender	30,8	7,9	1,9	3	56,5
Angestellter	34,5	9,2	3,5	1,8	51,1
Beamter	31,6	15	3,8	0,7	48,9
Facharbeiter	38,8	11,2	2,8	1,3	45,8
Sonst. Arbeiter	37,6	12,5	4,5	1	44,4
Lehrling	35,2	13,6	3,5	2,4	45,3
Sonstige	34,5	12,6	4,3	2,4	46,2
Lebensunterhalt					
Erwerbstätig	35,5	10,8	3,3	1,6	48,8
Karenzurlaub	26	11	5,3	0	57,8
Arbeitslos	41,7	10,2	4,2	3,1	40,7
PensionistIn, RentnerIn	30,1	15,3	6,1	3,9	44,6
Ausschließlich haushaltsführend	32,7	10,6	3,7	2,2	50,8
SchülerIn, StudentIn	38,5	9,7	2,2	0,6	49,1
Sonstige Personengruppe	32,5	7,5	6	1,6	52,5
Kind im Vorschulalter	40,5	13,9	4,9	1,6	39
Wohnungseigentum vs. Miete					
Eigentum*	34,7	11,5	3,7	1,9	48,1
Miete	35,4	12,1	4,4	2,2	45,8
Sonstige	30,5	15,6	11,2	0,8	41,8

*einschl. verwandt bzw. verschwägert mit Eigentümer

Quelle: Statistik Austria

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.2.7.1:

Selbst berichtete Krankheiten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung nach Geschlecht, Alter und NUTS-III-Region, 1999

Anteile in %															
	Gesamt	Männer	Frauen	unter 15 Jahre	15 bis 29 Jahre	30 bis 44 Jahre	45 bis 59 Jahre	60 bis 74 Jahre	75 Jahre u. älter	Graz	Liezen	Östliche Oberstmk.	Oststeiermark	West- und Südstmk.	Westliche Oberstmk.
Erkältungskrankheiten, Grippe, Angina, akute Bronchitis	27,3	27,0	27,6	36,1	31,0	28,4	23,0	19,4	19,5	26,0	25,4	26,6	27,8	26,4	34,0
Schäden an der Wirbelsäule	3,8	4,1	3,6	1,1	2,1	3,9	7,2	5,1	3,4	3,3	6,4	5,6	3,2	3,4	2,6
Gelenkserkrankungen (Hüfte, Bein)	3,0	2,7	3,2	0,4	1,2	1,7	4,5	6,2	7,8	3,0	2,0	3,2	3,4	2,3	3,2
Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten (auch Schwerhörigkeit)	2,7	2,7	2,7	4,5	2,2	3,3	2,3	2,0	0,5	2,4	2,1	2,5	3,0	2,7	3,6
erhöhter Blutdruck	2,4	1,9	2,8	0,1	0,3	0,8	4,2	6,1	6,7	2,0	2,7	3,3	2,9	1,7	1,7
Prellungen, Zerrungen, Quetschungen	2,3	3,6	1,1	2,1	2,8	2,4	2,0	2,0	2,3	2,3	1,9	2,4	2,2	1,9	3,4
Darmerkrankungen	1,7	1,4	2,0	2,6	1,8	1,5	1,4	1,3	1,6	2,5	1,2	1,1	1,9	1,1	2,0
Gelenkserkrankungen (Schulter, Arm)	1,5	1,4	1,7	0,6	0,7	0,9	3,1	2,8	1,8	1,6	2,9	2,2	1,4	0,6	1,2
Venenentzündungen, -thrombosen, Krampfadern	1,4	0,7	2,1	0,3	0,3	0,9	1,4	3,5	4,3	0,5	2,9	1,8	1,6	1,4	1,3
niedriger Blutdruck	1,4	0,7	2,0	0,8	0,8	1,6	2,0	1,6	1,6	0,5	3,0	2,8	1,7	0,4	0,9
Knochenbrüche	1,3	1,7	0,9	0,8	1,4	1,3	1,2	1,6	1,8	1,0	0,8	1,9	1,6	0,6	1,9
Augenkrankheiten	1,3	1,0	1,5	0,6	1,6	0,4	1,3	2,4	2,5	1,0	1,4	2,1	0,9	0,8	1,8
Zuckerkrankheit	1,2	0,9	1,4	0,6	0,7	0,4	1,7	2,2	2,9	0,8	0,5	1,6	1,1	1,9	0,4
Gefäßstörungen an den Beinen	0,9	0,5	1,3	0,2	0,3	0,6	0,7	2,1	3,5	1,4	0,5	1,0	0,5	1,1	0,6
Nervenzündungen, Neuralgien, Ischias	0,9	0,8	1,0	0,3	0,3	0,9	1,9	1,4	0,5	1,2	1,6	0,8	0,8	0,8	0,3
chronische Bronchitis, Lungenemphysem	0,9	0,8	0,9	0,7	0,8	0,2	1,0	1,3	2,9	0,9	1,1	1,0	1,0	0,5	0,7
Gelenksrheumatismus	0,8	0,5	1,1	0,2	0,1	0,7	1,1	2,2	1,0	0,8	1,5	0,6	1,0	0,5	0,4
Hautallergien	0,8	0,7	0,8	0,7	0,9	0,9	0,9	0,3	0,5	1,2	0,9	0,7	0,5	0,4	1,1
Gallenblasenentzündungen, Gallensteine	0,7	0,6	0,9	0,4	0,2	0,5	0,7	1,9	1,5	0,6	0,5	0,6	0,8	0,8	1,1
Lungenentzündung	0,7	0,8	0,6	0,4	0,7	0,4	0,5	1,2	1,2	0,6	0,0	0,8	0,8	0,6	0,9
Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre	0,7	0,7	0,6	0,1	0,5	0,5	0,9	1,4	0,9	1,2	0,6	0,6	0,4	0,5	0,5
Nierensteine, Nierenentzündung	20,6	0,7	0,6	0,3	0,3	0,6	0,9	0,9	1,1	0,6	1,2	0,7	0,8	0,3	0,6
Kinderkrankheiten (z.B. Röteln, Masern, Scharlach)	0,6	0,8	0,4	3,1	0,4	0,1	0,1	0,0	0,1	0,9	0,5	0,3	0,7	0,7	0,0
Hirngefäßkrankungen (Schlaganfall)	0,6	0,5	0,6	0,0	0,1	0,1	0,4	1,9	2,5	0,4	0,7	1,0	0,5	0,4	0,4
gynäkologische Erkrankungen	0,5	0,0	1,0	0,2	0,8	0,6	0,5	0,7	0,0	0,2	0,4	0,6	0,4	0,8	1,1
Prostataerkrankungen	0,4	0,9	0,0	0,2	0,1	0,1	0,2	1,6	1,4	0,6	0,4	0,3	0,7	0,3	0,1
Stoffwechselstörungen (z.B. Gicht)	0,4	0,4	0,4	0,2	0,0	0,1	0,6	1,3	0,2	0,3	0,4	0,6	0,4	0,1	0,4
Lungenasthma	0,4	0,5	0,3	0,5	0,4	0,0	0,6	0,8	0,4	0,3	1,1	0,7	0,4	0,2	0,3
Herzinfarkt	0,3	0,4	0,3	0,0	0,1	0,1	0,6	0,9	1,0	0,4	0,1	0,4	0,0	0,3	1,0
Leberkrankheiten	0,3	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,9	0,5	0,5	0,0	0,2	0,6	0,3	0,1	0,4
andere Verletzungen	1,8	2,9	0,7	2,2	2,3	2,1	1,0	1,7	0,1	1,3	3,8	2,9	0,9	1,3	2,9
andere Magenkrankheiten (z.B. Gastritis)	1,4	1,5	1,3	0,9	1,5	1,3	1,5	1,8	2,0	1,2	4,7	2,4	0,8	0,6	1,0
andere Herzerkrankungen	1,2	1,2	1,3	0,3	0,4	0,3	0,8	3,8	4,9	0,7	1,9	1,0	1,8	1,1	1,1
sonstige Hautkrankheiten	0,4	0,4	0,3	0,4	0,5	0,4	0,2	0,3	0,3	0,4	0,8	0,3	0,4	0,3	0,1
sonstige Krankheiten	5,7	5,5	5,9	5,9	5,9	4,7	6,9	4,6	7,6	5,4	6,3	8,2	5,3	4,4	4,9

Quelle: Statistik Austria

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.2.7.2: Selbst berichtete Krankheiten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung nach Schulbildung, Stellung im Beruf, Lebensunterhalt und Wohnungseigentum, 1999

Erkältungskrankheiten, Grippe, Angina, akute Bronchitis Schäden an der Wirbelsäule Gelenkskrankungen (Hüfte, Bein) Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten (auch Schwerhörigkeit) erhöhter Blutdruck Prellungen, Zerrungen, Quetschungen Darmerkrankungen Gelenkskrankungen (Schulter, Arm) Venenentzündungen, -thrombosen, Krampfadern niedriger Blutdruck Knochenbrüche Augenkrankheiten Zuckerkrankheit Gefäßstörungen an den Beinen Nervenzündungen, Neuralgien, Ischias chronische Bronchitis, Lungenemphysem Gelenksrheumatismus Hautallergien Gallenblasentzündungen, Gallensteine Lungenentzündung Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre Nierensteine, Nierenentzündung Kinderkrankheiten (z.B. Röteln, Masern, Scharlach) Hirngefäßkrankungen (Schlaganfall) gynäkologische Erkrankungen Prostataerkrankungen Lungenasthma Stoffwechselstörungen (z.B. Gicht) Herzinfarkt Leberkrankheiten andere Verletzungen andere Magenkrankheiten (z.B. Gastritis) andere Herzerkrankungen sonstige Hautkrankheiten sonstige Krankheiten	Anteile in %																									
	Gesamt ab 15 Jahren	Pflichtabschluss	Pflichtabschluss mit Lehre	Berufsbildende mittlere Schule	Allgemeinbildende höhere Schule	Berufsbildende höhere Schule	Universität (einschl. Hochschulverwandte)	Gesamt	Selbständiger	Mithelfender	Angestellter	Beamter	Facharbeiter	Sonst. Arbeiter	Lehrling	Sonstige	Erwerbstätig	Karenzurlaub	Arbeitslos	PensionistIn, RentnerIn	Ausschließlich haus-haltsführend	SchülerIn, StudentIn	Sonstige Personengruppe	Kind im Vorschulalter	Eigentum*	Miete
25,6	25,0	24,3	28,1	29,2	27,1	27,6	27,3	21,7	21,6	28,4	27,7	30,0	27,8	34,5	26,9	28,0	27,7	25,7	19,8	25,1	34,2	24,6	34,9	26,4	30,1	31,6
4,4	4,7	4,8	4,9	2,3	3,7	2,0	3,8	4,8	2,2	3,0	6,1	5,2	6,6	1,9	3,2	4,6	1,1	6,5	5,4	3,7	1,1	2,8	0,6	3,9	3,8	2,9
3,5	5,2	3,0	1,5	1,7	1,5	2,9	3,0	3,8	4,0	1,4	1,3	2,2	3,2	0,5	3,6	2,1	2,9	2,4	7,0	2,8	0,8	7,6	0,0	3,2	2,3	2,3
2,4	2,0	2,1	3,2	2,2	3,7	3,3	2,7	3,4	1,0	4,0	3,1	2,4	1,3	1,7	2,6	2,7	7,1	2,0	1,5	1,9	3,4	2,3	5,8	3,0	1,9	2,2
2,9	4,1	2,2	3,2	2,1	1,8	0,8	2,4	1,6	2,7	0,9	2,3	1,4	1,3	0,8	3,3	1,4	0,0	1,8	6,2	4,0	0,2	3,6	0,0	2,5	2,1	1,3
2,3	2,2	3,1	1,2	1,2	2,2	1,4	2,3	2,3	0,4	1,6	3,2	5,5	3,2	4,5	1,8	2,9	0,0	4,1	2,1	0,7	2,1	2,0	1,7	2,2	2,6	1,6
1,5	1,5	1,7	1,1	1,5	1,3	1,6	1,7	0,7	0,9	2,1	0,2	0,9	2,9	1,4	1,8	1,5	1,2	3,1	1,5	1,9	1,6	2,7	3,3	1,6	2,2	0,0
1,7	2,1	1,9	1,4	0,9	0,9	0,4	1,5	3,3	1,8	0,6	1,4	1,2	1,7	2,4	1,7	1,4	1,1	2,1	2,4	2,6	0,3	1,7	0,9	1,3	2,3	1,3
1,6	2,7	1,3	1,0	0,6	0,2	0,3	1,4	1,9	2,5	0,5	0,0	0,6	1,0	0,3	1,9	0,8	1,8	0,9	3,3	2,6	0,1	0,0	0,7	1,5	1,1	0,7
1,5	1,5	1,3	1,8	0,9	2,2	1,9	1,4	0,9	7,1	1,4	1,5	1,0	1,3	0,0	1,3	1,5	1,1	0,6	1,9	1,7	0,6	0,0	0,7	1,5	0,9	0,7
1,4	1,6	1,6	0,7	1,1	0,5	1,3	1,3	1,4	0,0	1,4	2,3	1,6	1,4	1,4	1,1	1,6	0,0	0,8	1,7	0,6	0,7	0,0	1,1	1,3	1,3	0,0
1,4	1,9	1,2	0,7	2,0	0,7	0,0	1,3	0,6	0,0	1,1	0,4	0,8	0,6	1,2	1,7	0,8	0,0	1,5	2,5	1,0	1,4	1,2	0,5	1,1	1,6	2,3
1,3	1,8	1,0	1,5	1,0	0,4	0,9	1,2	1,6	0,0	1,2	0,3	0,2	0,8	1,2	1,4	0,8	0,0	3,7	2,7	0,9	0,3	0,0	1,0	0,9	1,9	0,6
1,1	1,4	0,6	0,7	1,0	1,5	2,1	0,9	0,4	0,6	0,5	1,6	0,3	0,1	0,0	1,3	0,6	0,0	0,0	2,0	1,7	0,3	0,0	0,4	0,9	0,8	2,7
1,0	1,0	1,1	1,5	0,9	1,2	0,4	0,9	2,3	0,9	1,1	1,4	0,7	0,9	0,0	0,7	1,1	0,0	1,9	1,3	0,4	0,4	1,5	0,0	0,9	0,8	2,0
0,9	1,1	0,9	0,6	1,0	0,9	0,0	0,9	0,8	1,6	0,3	0,3	1,0	0,8	0,4	1,1	0,5	0,0	0,6	1,9	0,7	0,7	1,6	0,6	0,8	1,1	0,8
0,9	1,3	0,8	1,2	0,0	0,4	0,2	0,8	0,2	0,7	0,7	0,2	0,4	0,6	0,0	1,0	0,6	0,0	0,6	1,8	1,2	0,2	0,0	0,0	0,8	0,8	0,8
0,8	0,5	0,6	1,2	1,6	1,3	1,6	0,8	1,1	0,6	1,2	1,8	0,6	0,3	1,2	0,6	1,0	0,0	1,2	0,4	0,6	0,9	0,0	0,6	0,8	0,6	1,2
0,8	1,3	0,5	1,2	0,2	0,3	1,0	0,7	0,4	0,0	0,5	0,6	0,2	0,6	0,0	1,1	0,4	0,0	0,8	1,4	1,7	0,6	0,0	0,5	0,7	0,7	1,8
0,7	0,8	0,5	0,9	0,9	0,6	0,8	0,7	0,6	1,0	0,6	0,6	0,7	0,1	1,1	0,8	0,6	0,0	0,0	1,0	0,8	0,3	3,2	0,7	0,7	0,6	0,8
0,8	1,0	0,8	0,9	0,0	0,0	0,0	0,7	0,3	0,4	0,8	0,8	0,2	1,4	1,1	0,6	0,6	0,0	2,1	1,1	0,6	0,1	0,0	0,4	0,5	1,1	0,0
0,7	0,6	1,0	0,5	0,6	0,6	0,0	0,6	0,5	0,7	0,3	0,3	1,1	0,3	0,0	0,8	0,4	0,9	1,2	1,2	1,1	0,3	0,0	0,4	0,7	0,5	1,6
0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,2	0,0	0,4	0,1	0,0	1,1	0,1	1,2	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	5,2	0,6	0,5	1,6
0,7	1,1	0,5	0,3	0,3	0,2	0,6	0,6	0,0	0,6	0,1	0,2	0,2	0,2	0,0	0,9	0,1	0,0	0,0	2,1	0,6	0,0	0,0	0,0	0,5	0,8	0,7
0,6	0,4	0,7	0,7	0,6	1,3	0,0	0,5	0,0	0,0	1,1	1,0	0,1	0,7	0,0	0,4	0,5	5,2	0,0	0,3	1,4	0,1	0,0	0,4	0,5	0,7	0,0
0,5	0,6	0,4	0,7	0,3	0,7	0,0	0,4	0,0	0,6	0,0	0,3	0,4	0,4	0,0	0,6	0,2	0,0	0,0	1,5	0,1	0,1	0,0	0,2	0,5	0,4	0,0
0,4	0,7	0,3	0,4	0,0	0,6	0,0	0,4	0,0	0,4	0,2	0,0	0,1	0,7	0,0	0,6	0,2	0,0	2,0	0,6	0,7	0,5	0,0	0,3	0,4	0,5	2,0
0,4	0,4	0,6	0,4	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2	0,4	0,1	0,0	0,5	0,0	0,0	0,6	0,2	0,0	0,0	0,9	0,7	0,0	0,0	0,6	0,3	0,5	0,0
0,4	0,6	0,3	0,8	0,0	0,2	0,0	0,3	0,8	0,5	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,5	0,1	0,0	0,0	1,0	0,3	0,1	0,0	0,3	0,3	0,5	0,0
0,3	0,5	0,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0	0,0	0,4	0,1	0,0	1,1	0,7	0,4	0,0	0,0	0,3	0,3	0,3	0,0
1,7	1,1	2,5	1,6	1,3	1,5	0,6	1,8	1,4	0,6	1,8	3,0	2,6	3,5	3,4	1,3	2,3	0,0	3,9	1,2	0,4	1,5	1,8	2,7	1,8	1,6	5,8
1,5	1,7	1,9	0,7	0,9	0,2	2,0	1,4	0,8	1,6	1,3	1,1	1,6	1,8	1,0	1,5	1,4	0,8	2,5	1,8	1,7	0,8	1,7	1,1	1,3	1,9	1,6
1,4	2,0	1,1	1,4	0,2	1,3	1,1	1,2	0,7	1,3	0,2	0,2	0,6	0,4	0,0	2,0	0,4	0,0	1,5	4,2	0,8	0,2	1,2	0,4	1,3	0,9	2,0
0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,5	0,0	0,4	0,5	0,9	0,2	0,3	1,0	0,5	0,5	0,3	0,4	0,0	1,5	0,2	0,4	0,3	0,0	0,9	0,4	0,4	0,0
5,7	6,3	5,7	4,4	4,5	5,7	4,5	5,7	4,8	2,4	4,7	8,1	3,1	8,4	6,0	6,0	5,5	1,2	9,0	6,6	5,4	4,2	6,8	8,1	5,9	5,3	3,2

*einschl. verwandt bzw. verschwägert mit Eigentümer

Tabelle 4.2.8.1:

Anzahl der selbst berichteten Beschwerden nach Geschlecht, Alter und NUTS-III-Region, 1999

Gliederung nach	keine Beschwerden	eine Beschwerde	zwei Beschwerden	drei Beschwerden	vier und mehr Beschwerden	durchschnittliche Zahl der Beschwerden
	Anteile in %					
Gesamt	42,3	21,9	13,0	7,8	15,0	1,6
Geschlecht						
Männer	45,7	22,8	12,8	6,6	12,1	1,4
Frauen	39,1	21,1	13,3	8,8	17,7	1,9
Alter						
unter 15 Jahre	63,1	17,6	8,6	3,7	7,0	0,9
15 bis 24 Jahre	58,8	20,2	9,0	4,9	7,1	0,9
25 bis 34 Jahre	55,2	18,5	12,7	5,2	8,4	1,1
35 bis 44 Jahre	43,6	26,7	13,4	7,3	9,0	1,2
45 bis 54 Jahre	31,3	25,6	17,9	8,8	16,4	1,8
55 bis 64 Jahre	21,8	25,8	16,0	11,3	25,1	2,5
65 bis 74 Jahre	19,6	23,9	14,0	13,4	29,1	2,7
75 Jahre u. älter	13,7	16,9	15,7	14,3	39,4	3,6
NUTS-III-Region						
Graz	47,4	22,1	10,0	7,6	12,9	1,4
Liezen	37,4	27,6	9,4	10,0	15,6	1,7
Östliche						
Oberstmk.	32,3	22,4	17,6	7,6	20,1	2,2
Oststeiermark	42,3	23,9	13,7	7,4	12,7	1,5
West- und						
Südstmk.	52,3	16,8	11,6	6,2	13,1	1,4
Westliche						
Oberstmk.	32,0	21,2	25,4	11,2	10,2	2,0

Quelle: Statistik Austria

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.2.8.2:

Anzahl der selbst berichteten Beschwerden nach Schulbildung, Stellung im Beruf, Lebensunterhalt und Wohnungseigentum, 1999

Gliederung nach	keine Beschwerden	eine Beschwerde	zwei Beschwerden	drei Beschwerden	vier und mehr Beschwerden	durchschnittliche Zahl der Beschwerden
	Anteile in %					
Gesamt	42,3	21,9	13	7,8	15	1,63
Schulbildung (ab 15 Jahren)						
Pflichtabschluss	30,7	21,5	13,7	10,5	23,6	2,30
Pflichtabschl. mit						
Lehre	40,5	24	14,7	7	13,7	1,54
Berufsbildende						
mittlere Schule	36,6	24,3	15,7	12,2	11,1	1,59
Allgemeinbildende						
höhere Schule	53,9	21,7	11,5	3,8	9,2	1,14
Berufsbildende						
höhere Schule	47,1	20,4	11,4	6,9	14,1	1,52
Universität (einschl. Hochschulverwandte)	41,4	24,9	13,9	8,9	11	1,44
Stellung im Beruf						
Selbständiger	37,2	24,6	16,6	7,9	13,7	1,68
Mithelfender	32,2	23,8	18,2	10,4	15,3	1,81
Angestellter	49,4	22,4	12,6	7,7	7,9	1,19
Beamter	43,9	24,2	13,1	8,3	10,6	1,29
Facharbeiter	47,6	25,2	14,6	4,7	7,9	1,11
Sonst. Arbeiter	40,8	21,8	15,1	7,9	14,4	1,63
Lehrling	56,9	18,6	10,9	2,7	10,9	1,16
Sonstige	39,7	20,9	12,1	8,3	19,1	1,89
Lebensunterhalt						
Erwerbstätig	46,3	22,9	13,7	7,1	9,9	1,29
Karenzurlaub	45,4	25	14,2	8,1	7,4	1,22
Arbeitslos	26	27	17,7	6	23,3	2,26
PensionistIn,						
RentnerIn	18,2	22,6	15,6	12,2	31,5	2,93
Ausschließlich						
haushaltsführend	33,2	22,7	13,3	10,1	20,7	2,03
SchülerIn,						
StudentIn	61,1	19,4	9,1	4,1	6,3	,89
Sonstige Personengruppe	32,8	27,1	17,1	10	12,9	1,65
Kind im						
Vorschulalter	67,3	15,4	7,2	3,1	7	,73
Wohnungseigentum vs. Miete						
Eigentum*	42,9	22,7	12,5	8	14	1,58
Miete	41,4	19	15,3	7,1	17,3	1,76
Sonstige	25	31	6,1	5,7	32,1	2,44

*einschl. verwandt bzw. verschwägert mit Eigentümer

Quelle: Statistik Austria

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.2.9.1:

Die 10 häufigsten selbst berichteten Beschwerden nach Geschlecht, Alter und NUTS-III-Region, 1999

Gliederung nach	keine Beschwerden	Rücken-, Kreuzschmerzen	Kreislaufstörungen	Schiatstörungen	Hülfe, Bein (Gelenk, Nerven, Muskeln)	Kopfschmerzen, Migräne	Wetterempfindlichkeit	Schwäche, Müdigkeit	Sehstörungen	Schulter, Arm (Gelenk, Nerven, Muskeln)	Beinleiden
	Anteile in % (Mehrfachnennungen möglich)										
Gesamt	42,3	21,7	11,7	11,5	11,0	10,9	10,1	7,6	7,3	7,1	6,5
Geschlecht											
Männer	45,7	22,4	7,6	9,4	9,9	8,5	7,7	5,5	6,5	6,4	4,3
Frauen	39,1	21,0	15,6	13,5	12,1	13,1	12,4	9,6	8,0	7,7	8,6
Alter											
unter 15 Jahre	63,1	8,5	8,5	5,1	4,0	8,0	5,5	3,6	3,2	2,1	3,1
15 bis 24 Jahre	58,8	10,6	8,8	4,5	3,4	8,5	4,6	5,1	5,8	3,6	1,1
25 bis 34 Jahre	55,2	19,1	8,5	7,5	6,3	11,8	4,6	4,2	3,7	3,4	3,2
35 bis 44 Jahre	43,6	24,3	8,0	6,7	6,9	13,3	6,8	4,0	3,2	4,9	3,6
45 bis 54 Jahre	31,3	31,3	12,0	14,8	12,0	12,2	11,4	8,3	8,4	10,0	6,7
55 bis 64 Jahre	21,8	35,0	16,2	18,6	20,3	13,8	16,0	10,9	11,1	13,8	10,8
65 bis 74 Jahre	19,6	25,3	16,5	24,5	23,1	9,7	20,1	12,1	12,9	13,5	15,8
75 Jahre u. älter	13,7	29,1	26,4	24,3	28,2	9,0	25,5	24,4	21,3	13,5	18,2
NUTS-III-Region											
Graz	47,4	19,6	10,4	9,1	10,0	9,6	6,4	7,1	6,7	7,0	4,6
Liezen	37,4	22,7	14,7	10,0	9,2	10,6	15,5	11,0	4,7	6,3	6,5
Östliche Oberstmk.	32,3	25,1	18,1	14,9	13,3	13,5	14,4	9,2	10,2	9,8	9,3
Oststeiermark	42,3	21,6	9,2	9,9	10,4	11,3	8,8	6,4	5,9	5,8	6,1
West- und Südstmk.	52,3	18,7	9,3	11,6	10,2	9,5	7,7	6,5	7,6	4,9	6,0
Westliche Oberstmk.	32,0	25,9	12,6	16,6	13,6	10,9	15,8	8,6	8,4	10,4	7,9

Quelle: Statistik Austria

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuteilung

Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange

Anhang

Tabelle: 4.2.9.2:

Die 10 häufigsten selbst berichteten Beschwerden nach Schulbildung, Stellung im Beruf, Lebensunterhalt und Wohnungseigentum, 1999

Gliederung nach	keine Beschwerden	Rücken-, Kreuzschmerzen	Kreislaufstörungen	Schlafstörungen	H.fte., Bein (Gelenk, Nerven, Muskeln)	Kopfschmerzen, Migräne	Weiterempfindlichkeit	Schwäche, Müdigkeit	Sehstörungen	Schulter, Arm (Gelenk, Nerven, Muskeln)	Beinleiden
	Anteile in % (Mehrfachnennungen möglich)										
Gesamt	42,2	21,7	11,7	11,5	11	10,9	10,1	7,6	7,3	7,1	6,5
Schulbildung (ab 15 Jahren)											
Pflichtabschluss	30,7	25,6	16,4	17,3	16,8	12,8	15,3	12	11,2	9,8	11
Pflichtabschl. m. Lehre	40,5	24,8	10,2	11,8	10,9	10,4	9,6	6,2	6,7	7,7	5,2
Berufsbildende mittlere Schule	36,6	28,2	9	10,6	9,4	11,5	10,8	7,1	5,1	8,2	4,5
Allgemeinbildende höhere Schule	53,9	16,6	8	5,3	7,5	6,7	5,2	6,4	7,6	3,4	4,1
Berufsbildende höhere Schule	47,1	19,8	11,2	8,3	8,6	12,7	7,6	6,5	5,7	6,9	5,7
Universität (einschl. Hochschulverwandte)	41,4	22,2	13,4	7,3	9,6	14,8	4,4	5,9	4,9	5,6	4,9
Stellung im Beruf											
Selbständiger	37,2	27,2	11,9	11,2	13	10,5	9,9	8,4	7,5	8,6	6,6
Mithelfender	32,2	26,3	13,1	6,9	15,2	16,7	11,9	7,3	10,5	7,5	11
Angestellter	49,4	20,4	9,8	6,4	6,6	12,9	6,4	5,6	4,5	4,7	2,9
Beamter	43,9	25,5	7,2	10,1	7,3	10,3	5,7	6,5	4,8	5,8	3,8
Facharbeiter	47,6	25,6	4,9	8,3	9	9,4	4,4	2,6	3,8	7,3	2,6
Sonst. Arbeiter	40,8	30,1	11,1	11,3	10,1	12,1	8,4	6,5	6,3	7	5,5
Lehrling	56,9	16	8,9	5,3	5,5	14,8	4,3	5,3	4	6	1,6
Sonstige	39,7	19,1	14	14,2	13	10	13	9,3	9	7,8	8,6
Lebensunterhalt											
Erwerbstätig	46,3	24,8	8,1	8,1	8,5	11,5	6,5	5,4	5,2	6,1	3,9
Karenzurlaub	45,4	19,2	24	6,6	7,2	16,3	5,4	10,4	0	2,2	4
Arbeitslos	26	20,6	19	19,9	10,1	20,2	15,5	10,4	10,6	7,7	6,1
PensionistIn, RentnerIn	18,2	30,2	19,7	22,6	23,1	10,3	20,7	15	14,3	13,4	14,3
Ausschließlich haushaltsführend	33,2	20,7	15,4	16,1	12,8	14,7	15	9,5	8,6	8,8	10,2
SchülerIn, StudentIn	61	9,2	8	5	4,2	8,5	4,9	4,1	5,7	1,9	2,1
Sonstige Personengruppe	32,8	23,1	15,4	17,1	7,7	14,8	9,1	9,5	2	8,7	5,4
Kind Im Vorschulalter	67,3	5,5	8,1	4,4	3,3	5,1	4,2	1,7	1,4	2,8	3,6
Wohnungseigentum vs. Miete											
Eigentum*	42,9	21,4	10,6	10,7	11,2	10,3	9,2	7,1	7,3	6,9	6,7
Miete	41,3	22,7	14,2	14,2	10,2	12,9	12	8,8	7,3	7,6	5,4
Sonstige	25	20,2	28,2	11,6	12	8,2	26,6	11,3	3,6	8,9	10,1

*einschl. verwandt bzw. verschwägert mit Eigentümer

Quelle: Statistik Austria

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.2.10.1:

Selbst berichtete chronische Krankheiten nach Geschlecht, Alter und NUTS-III-Region, 1999

	Anteile in % (bis zu vier Nennungen möglich)									NUTS-III-Regionen						
	Gesamt	Männer	Frauen	unter 15 Jahre	15 bis 29 Jahre	30 bis 44 Jahre	45 bis 59 Jahre	60 bis 74 Jahre	75 Jahre u. älter	Graz	Liezen	Östliche Oberstmk.	Oststeiermark	West- und Südstmk.	Westliche Oberstmk.	
Einleitung	Schäden an der Wirbelsäule	6,1	6,6	5,7	2,6	2,4	5,2	10,9	9,5	8,7	5,9	6,9	7,5	4,6	5,4	9,1
	erhöhter Blutdruck	5,2	4,0	6,3	1,2	1,4	2,0	7,7	11,3	17,0	3,3	2,8	4,5	5,5	6,2	10,0
	Gelenkerkrankungen (Hüfte, Bein)	4,3	3,7	4,8	0,7	1,6	2,3	6,2	9,6	11,3	3,4	3,4	4,8	4,9	3,6	6,1
	Zuckerkrankheit	2,0	1,7	2,3	0,9	0,7	0,7	2,6	3,6	7,9	1,7	0,6	2,8	2,0	2,3	1,7
Zusammenfassung	Gelenkerkrankungen (Schulter, Arm)	2,0	2,1	1,8	0,1	1,1	1,3	3,4	3,9	3,4	0,9	3,0	2,9	1,8	1,0	4,1
	Venenentzündungen, -thrombosen, Krampfadern	1,8	1,0	2,4	0,6	0,6	1,0	2,0	3,9	5,3	1,3	3,9	1,6	1,0	1,8	3,6
Methoden	Hautallergien	1,7	1,7	1,6	1,6	2,4	1,5	1,9	0,9	1,2	2,6	0,6	2,8	1,0	0,6	1,7
	niedriger Blutdruck	1,6	0,7	2,4	1,0	1,1	1,3	1,9	1,8	3,7	1,1	1,8	2,4	1,1	1,5	2,5
Gesundheitliche Chancengleichheit	chronische Bronchitis, Lungenemphysem	1,6	1,2	1,9	1,3	1,4	0,9	1,4	2,6	3,4	1,3	1,3	1,6	2,0	1,1	1,8
	Gelenksrheumatismus	1,4	0,7	2,2	0,1	0,3	0,5	1,9	4,2	4,3	1,4	1,4	1,6	1,5	1,0	2,0
Gesunde und sichere natürliche Umwelt	Augenkrankheiten	1,2	0,9	1,6	0,5	0,8	0,7	1,1	1,7	5,5	1,3	1,2	2,1	0,9	0,9	1,3
	Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten (auch Schwerhörigkeit)	1,2	1,2	1,3	0,5	0,9	0,9	1,2	2,6	2,4	1,1	0,8	2,1	1,1	1,2	0,9
Settings zur Förderung der Gesundheit	Gefäßstörungen an den Beinen	1,2	0,6	1,7	0,6	0,2	0,8	1,2	1,7	5,2	1,1	0,1	2,1	0,7	1,2	1,5
	Lungenasthma	0,9	0,9	0,9	0,5	0,4	0,4	1,1	2,2	1,2	1,2	0,0	1,4	0,8	0,6	0,4
Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit	Stoffwechselstörungen (z.B. Gicht)	0,9	1,0	0,7	0,1	0,3	0,7	1,5	1,9	1,7	0,9	0,5	0,4	1,3	0,6	1,5
	Erkältungskrankheiten, Grippe, Angina, akute Bronchitis	0,7	1,0	0,5	0,6	1,1	0,3	0,8	1,2	0,7	0,8	0,3	0,7	0,9	0,4	1,2
Integrierter Gesundheitssektor	Nervenentzündungen, Neuralgien, Ischias	0,7	0,7	0,7	0,0	0,4	0,3	1,2	1,6	1,1	1,2	0,3	0,4	0,6	0,8	0,2
	Gallenblasenentzündungen, Gallensteine	0,6	0,2	1,0	0,6	0,2	0,2	1,3	0,5	1,5	0,8	0,1	1,0	0,3	0,1	1,5
Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuteilung	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre	0,5	0,6	0,4	0,2	0,4	0,3	0,9	0,8	0,4	0,7	0,1	0,8	0,2	0,5	0,4
	Hirngefäßerkrankungen (Schlaganfall)	0,4	0,4	0,5	0,0	0,1	0,2	0,1	1,2	2,7	0,4	0,9	0,8	0,2	0,3	0,5
Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange	Darmerkrankungen	0,4	0,3	0,5	0,6	0,4	0,4	0,1	0,6	0,6	0,0	0,2	0,6	0,6	0,5	0,6
	Herzinfarkt	0,4	0,5	0,2	0,4	0,0	0,3	0,3	0,8	0,6	0,2	0,1	0,2	0,4	0,2	1,5
Anhang	Nierensteine, Nierenentzündung	0,3	0,4	0,3	0,2	0,1	0,3	0,5	0,6	0,6	0,2	0,4	0,4	0,4	0,1	0,6
	Leberkrankheiten	0,3	0,4	0,1	0,0	0,1	0,1	0,7	0,5	0,4	0,1	0,0	0,6	0,1	0,4	0,3
	gynäkologische Erkrankungen	0,2	0,0	0,4	0,0	0,1	0,2	0,3	0,2	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,4
	Lungenentzündung	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
	andere Herzerkrankungen	1,9	1,6	2,2	0,4	0,7	0,3	2,2	4,4	8,8	0,9	0,7	2,3	2,4	3,2	0,6
	andere Magenkrankheiten (z.B. Gastritis)	0,8	0,9	0,7	0,1	0,2	0,5	1,2	2,1	1,5	0,6	1,0	0,9	0,9	0,3	1,8
	sonstige Hautkrankheiten	0,5	0,5	0,5	0,3	0,7	0,6	0,5	0,4	0,8	0,6	0,4	1,3	0,2	0,3	0,1
	sonstige Krankheiten	2,8	2,2	3,3	2,1	2,1	2,1	3,6	3,8	4,8	2,8	3,6	3,4	2,3	2,4	3,0

Quelle: Statistik Austria

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.2.10.2:

Reihung der analysierten Todesursachen nach Geschlecht, 1998–2002

Anteile in % (bis zu vier Nennungen möglich)	Gesamt ab 15 Jahren	Pflichtabschluss	Pflichtabschluss mit Lehre	Allgemeinbildende höhere Schule	Berufsbildende höhere Schule	Universität (einschl. Hochschulverwandte)	Gesamt	Selbständiger	Mithelfender	Angestellter	Beamter	Facharbeiter	Sonst. Arbeiter	Lehrling	Sonstige	Erwerbstätig	Karenzurlaub	Arbeitslos	PensionistIn, RentnerIn	Ausschließlich haushaltsführend	SchülerIn, StudentIn	Sonstige Personengruppe	Kind im Vorschulalter	Eigentum	Miete	Sonstige	
								5,3	4,3	6,1	7,3	6,2	7,0	4,4	6,1	6,2	3,0	6,8	10,6	4,9	2,5	3,8	2,5	3,0	1,4	5,0	13,0
Schäden an der Wirbelsäule	6,8	6,6	7,3	9,0	2,9	6,3	6,8	6,1	7,0	4,4	6,1	6,2	7,0	4,4	6,1	6,2	3,0	6,8	10,6	4,9	2,5	3,8	2,5	6,2	5,9	6,6	
erhöhter Blutdruck	6,0	8,4	5,1	5,8	3,6	2,8	2,9	5,2	4,1	2,8	3,0	3,8	4,0	1,9	1,7	3,0	1,4	5,0	13,0	7,3	1,3	2,4	0,7	5,0	5,9	3,1	
Gelenkerkrankungen (Hüfte, Bein)	5,0	6,7	4,0	4,2	3,7	3,9	5,1	4,3	3,1	5,8	3,3	2,5	3,0	3,5	5,3	3,0	7,8	1,4	9,9	4,9	1,3	4,5	0,7	4,6	3,0	5,7	
Zuckerkrankheit	2,2	3,3	1,7	2,7	0,9	1,1	0,9	2,0	1,1	0,0	1,2	0,3	1,0	1,4	0,8	2,9	0,8	5,3	2,7	5,5	2,2	0,5	1,7	1,2	1,9	2,2	2,0
Gelenkerkrankungen (Schulter, Arm)	2,3	2,4	2,4	2,8	2,1	1,1	2,2	2,0	2,0	1,0	1,6	1,5	2,3	1,6	2,1	1,8	0,0	0,8	4,2	1,8	0,6	4,2	0,0	1,8	2,4	4,8	
Venenentzündungen, -thrombosen, Krampfadern	2,0	3,2	1,3	1,7	0,8	1,4	1,6	1,8	1,3	6,2	0,7	0,4	0,4	1,3	2,3	1,1	3,1	0,5	4,0	2,9	0,5	0,0	0,5	1,8	1,5	1,0	
Hautallergien	1,7	1,3	1,9	1,0	1,7	2,4	2,6	1,7	0,8	1,2	2,5	3,0	1,0	2,4	1,3	1,7	3,3	4,7	1,1	1,6	1,3	6,9	2,0	1,5	1,7	7,6	
niedriger Blutdruck	1,7	2,4	1,3	1,8	1,7	1,0	0,8	1,6	1,6	2,2	1,1	1,8	0,5	1,6	1,8	1,2	4,3	2,9	2,3	2,5	1,0	0,0	1,2	1,3	2,4	1,9	
chronische Bronchitis, Lungenemphysem	1,6	2,2	1,2	1,0	1,3	1,7	1,0	1,6	1,0	1,5	0,5	0,2	1,3	2,1	2,0	0,8	3,4	3,4	2,9	1,7	1,4	1,6	1,5	1,5	1,7	1,8	
Gelenkrheumatismus	1,7	2,6	1,3	1,8	1,1	0,6	0,2	1,4	0,4	1,2	0,6	0,4	0,4	0,6	0,0	2,3	0,6	0,0	4,0	3,2	0,2	0,7	0,2	1,4	1,5	0,8	
Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten (auch Schwerhörigkeit)	1,4	1,8	1,0	1,3	0,4	1,9	1,3	1,2	0,9	1,6	1,4	0,4	0,6	0,4	1,0	1,5	0,9	1,7	0,0	2,1	2,0	1,0	0,0	1,3	1,0	0,0	
Augenkrankheiten	1,4	2,1	1,1	1,3	1,0	0,4	0,7	1,2	0,9	0,5	0,9	0,3	0,8	0,4	2,4	1,7	0,7	0,0	2,5	2,9	1,3	0,5	1,5	0,6	1,1	1,7	0,4
Gefäßstörungen an den Beinen	1,3	1,9	1,1	0,9	0,5	0,8	1,0	1,2	0,3	1,1	0,5	0,8	0,4	1,2	1,7	1,6	0,6	2,2	2,1	2,8	1,6	0,4	0,0	0,4	1,0	1,9	0,0
Lungenasthma	0,9	1,4	0,9	0,9	0,2	0,6	0,0	0,9	1,6	0,4	0,2	0,0	0,4	1,3	0,0	1,2	0,6	0,0	0,8	1,9	0,8	0,7	1,5	0,0	0,7	1,3	2,1
Stoffwechselstörungen (z.B. Gicht)	1,0	1,0	1,2	0,8	0,9	0,8	1,1	0,9	0,9	0,4	0,7	0,5	1,2	0,6	0,7	1,0	0,8	0,0	1,4	1,5	1,8	0,1	0,0	1,0	0,5	0,0	
Erkältungskrankheiten, Grippe, Angina, akute Bronchitis	0,8	0,9	0,6	0,4	1,9	0,0	0,5	0,7	1,8	0,4	0,2	0,5	0,9	0,3	0,9	0,9	0,6	0,0	0,0	0,9	0,9	0,8	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0
Nervenentzündungen, Neuralgien, Ischias	0,8	1,0	0,8	0,1	0,0	1,1	2,0	0,7	1,4	1,1	0,5	0,2	0,5	0,3	0,0	0,8	0,5	0,0	3,1	1,6	0,7	0,2	0,0	0,0	0,7	0,8	0,9
Gallenblasenentzündungen, Gallensteine	0,6	0,7	0,5	1,3	0,4	0,0	0,0	0,6	2,2	0,0	0,3	0,2	0,4	0,0	0,4	0,7	0,4	1,6	1,1	1,0	0,8	0,6	0,0	0,5	0,5	0,8	0,8
Magen- und Zwölffingerdarm- geschwüre	0,5	0,6	0,7	0,0	0,4	0,0	0,0	0,5	0,6	0,0	0,4	0,4	0,5	0,7	0,5	0,5	0,3	1,4	2,9	1,0	0,5	0,0	0,0	0,6	0,4	0,9	0,0
Hirngefäßkrankungen (Schlaganfall)	0,5	0,9	0,4	0,2	0,3	0,2	0,0	0,4	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,2	0,3	0,7	0,1	0,0	0,0	1,6	0,4	0,0	1,5	0,1	0,3	0,8	0,0
Darmerkrankungen	0,4	0,5	0,4	0,2	0,5	0,0	0,0	0,4	0,0	0,7	0,3	0,0	0,3	0,2	0,0	0,6	0,2	1,6	0,9	0,6	0,6	0,5	0,0	0,7	0,4	0,5	0,0
Herzinfarkt	0,4	0,5	0,3	0,3	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,6	0,0	0,5	0,2	0,0	0,0	0,9	0,0	0,4	1,3	0,0	0,2	0,8	0,0
Nierensteine, Nierenentzündung	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,6	0,6	0,3	0,4	0,4	0,2	0,0	0,5	0,2	0,6	0,4	0,2	0,0	2,1	0,6	0,7	0,2	0,0	0,0	0,4	0,2	0,0
Leberkrankheiten	0,3	0,4	0,2	0,4	0,3	0,0	0,8	0,3	0,8	0,0	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,3	0,2	0,0	0,0	0,7	0,2	0,0	1,0	0,0	0,3	0,2	0,0
gynäkologische Erkrankungen	0,2	0,1	0,2	0,2	0,0	0,3	0,8	0,2	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,3	0,8	0,2	0,2	0,0	0,0	0,2	0,8	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	0,0
Lungenentzündung	0,1	0,2	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
andere Herzerkrankungen	2,2	3,2	1,4	3,0	2,0	2,1	0,3	1,9	0,8	1,5	0,6	0,6	1,0	1,1	1,8	2,8	0,8	1,4	0,6	6,1	1,5	0,3	0,0	0,4	1,9	1,7	4,8
andere Magenkrankheiten (z.B. Gastritis)	1,0	1,2	0,9	0,7	0,4	0,3	1,8	0,8	0,8	0,0	0,7	0,7	0,9	1,3	0,0	0,8	0,8	0,0	0,8	1,5	0,8	0,1	2,0	0,1	0,7	1,1	0,6
sonstige Hautkrankheiten	0,6	0,3	0,6	1,2	1,3	0,8	0,4	0,5	0,8	0,4	0,8	0,0	0,6	0,6	0,5	0,4	0,6	2,1	0,8	0,6	0,2	0,4	0,0	0,3	0,6	0,4	0,9
sonstige Krankheiten	2,9	3,6	2,4	2,8	3,3	2,6	2,3	2,8	1,9	4,9	2,2	3,0	0,5	1,7	2,9	3,5	1,9	0,0	2,2	4,8	3,5	2,5	9,8	1,1	2,6	3,2	7,9

*einschl. verwandt bzw. verschwägert mit Eigentümer

Quelle: Statistik Austria, Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.2.11.1:
Körperliche Aktivität nach Geschlecht, Alter und
NUTS-III-Region, 1999

Gliederung nach	Anteile in %				
	sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
Gesamt	32,5	39,1	22,1	5,2	1,1
Geschlecht					
Männer	35,4	39,2	20,0	4,4	0,9
Frauen	29,9	39,0	24,0	5,8	1,3
Alter					
15–24 Jahre	59,8	30,3	8,2	1,6	0,1
25–34 Jahre	52,5	34,9	11,0	1,5	0,1
35–44 Jahre	38,5	48,2	11,6	1,3	0,3
45–54 Jahre	20,4	48,9	25,9	4,3	0,5
55–64 Jahre	13,5	40,6	37,0	7,8	1,0
65–74 Jahre	10,4	36,2	39,7	10,8	2,9
75 Jahre u. älter	6,8	28,1	41,6	17,8	5,6
NUTS-III-Region					
Graz	38,5	38,6	16,2	6,1	0,5
Liezen	33,8	32,7	29,3	2,8	1,3
Östliche Oberstmk.	31,7	41,2	19,7	5,7	1,7
Oststeiermark	29,3	41,5	23,9	4,2	1,1
West- u. Südstmk.	34,4	33,5	23,7	6,9	1,4
Westl. Oberstmk.	22,6	45,9	28,6	2,2	0,7

Quelle: Statistik Austria
Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.3.4.1:
Körperliche Aktivität nach Geschlecht, Alter und
NUTS-III-Region, 1999

Gliederung nach	Anteile in %				
	keine körperliche Betätigung	an einem Tag pro Woche	an zwei Tagen pro Woche	an drei Tagen pro Woche	an vier und mehr Tagen pro Woche
Gesamt	60,3	12,1	10,6	7,8	9,3
Geschlecht					
Männer	54,4	12,4	12,5	8,7	11,9
Frauen	65,7	11,8	8,9	6,9	6,8
Alter					
15–24 Jahre	57,5	11,5	10,4	9,7	10,9
25–34 Jahre	51,0	14,5	13,4	10,5	10,6
35–44 Jahre	51,1	18,3	13,0	8,4	9,2
45–54 Jahre	62,2	13,2	9,9	5,7	8,9
55–64 Jahre	61,9	9,3	10,5	7,7	10,6
65–74 Jahre	72,6	5,2	6,6	6,9	8,7
75 Jahre u. älter	84,3	5,0	6,0	2,1	2,6
NUTS-III-Region					
Graz	61,4	13,7	10,5	7,1	7,3
Liezen	51,7	13,5	9,8	7,3	17,7
Östliche Oberstmk.	59,4	10,6	9,5	8,5	12,0
Oststeiermark	64,0	9,1	9,5	8,1	9,3
West- u. Südstmk.	61,5	14,4	11,8	7,3	5,0
Westl. Oberstmk.	52,9	13,4	14,4	8,7	10,7

Quelle: Statistik Austria
Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.2.11.2:
Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes nach
Schulbildung, Stellung im Beruf, Lebensunterhalt und
Wohnungseigentum, 1999

Gliederung nach	Anteile in %				
	sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
Gesamt	32,5	39,1	22,1	5,2	1,1
Schulbildung					
Pflichtabschluss	22,2	36,0	31,6	8,0	2,1
Pflichtabschl. m. Lehre	33,8	42,5	19,3	3,7	0,7
Berufsbildende mittlere Schule	37,4	43,3	15,0	3,6	0,8
Allgemeinbildende höhere Schule	54,3	30,2	11,6	3,9	0,0
Berufsbildende höhere Schule	45,6	36,6	13,7	3,7	0,4
Universität (ein- schl. Hochschul- verwandte)	40,0	45,8	12,6	1,6	0,0
Stellung im Beruf					
Selbständiger	26,9	51,3	18,1	3,3	0,3
Mithelfender	24,3	46,5	23,8	5,4	0,0
Angestellter	49,9	35,3	13,0	1,8	0,1
Beamter	42,4	41,0	14,5	2,0	0,0
Facharbeiter	44,8	41,1	11,8	2,4	0,0
Sonst. Arbeiter	28,6	48,6	20,2	2,2	0,3
Lehrling	57,8	32,6	5,6	4,1	0,0
Sonstige	21,4	35,9	31,5	8,8	2,4
Lebensunterhalt					
Erwerbstätig	41,6	42,1	14,4	1,9	0,0
Karenzurlaub	39,6	42,1	18,3	0,0	0,0
Arbeitslos	31,0	30,1	25,6	11,5	1,7
PensionistIn, RentnerIn	9,1	34,9	40,3	12,0	3,7
Ausschließlich haushaltsführend	23,6	44,9	24,9	6,0	0,5
SchülerIn, StudentIn	64,8	26,5	6,4	2,2	0,3
Sonstige Personengruppe	37,6	31,5	26,7	1,0	3,1
Wohnungseigen- tum vs. Miete					
Eigentum*	32,8	38,9	22,6	4,8	1,0
Miete	31,4	40,4	20,5	6,4	1,4
Sonstige	37,1	31,4	22,0	6,2	3,3

*einschl. verwandt bzw. verschwägert mit Eigentümer
Quelle: Statistik Austria
Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.3.4.2:

Körperliche Aktivität nach Schulbildung, Stellung im Beruf, Lebensunterhalt und Wohnungseigentum, 1999

Gliederung nach	Anteile in %				
	keine körperliche Betätigung	an einem Tag pro Woche	an zwei Tagen pro Woche	An drei Tagen pro Woche	an vier und mehr Tagen pro Woche
Gesamt	60,3	12,1	10,6	7,8	9,3
Schulbildung					
Pflichtabschluss	71	7,5	7,6	6,2	7,8
Pflichtabschl. m. Lehre	56,2	13	12,1	8,5	10,2
Berufsbildende mittlere Schule	52,7	18,4	13,3	8,0	7,6
Allgemeinbildende höhere Schule	52,5	14,3	12,6	9,1	11,5
Berufsbildende höhere Schule	53,4	18,7	10,3	8,4	9,2
Universität (einschl. Hochschulverwandte)	46,4	15,2	14,6	11,2	12,6
Stellung im Beruf					
Selbständiger	60,6	12,9	8,2	8,0	10,3
Mithelfender	65,4	11,0	7,2	7,1	9,3
Angestellter	52,2	16,9	13,0	9,2	8,8
Beamter	42,5	21,7	15,3	11,0	9,4
Facharbeiter	52,3	11,9	13,7	10,1	12,0
Sonst. Arbeiter	63,2	11,3	9,5	5,9	10,1
Lehrling	62,6	5,8	7,6	7,6	16,4
Sonstige	67,0	9,1	9,1	6,7	8,0
Lebensunterhalt					
Erwerbstätig	53,9	14,9	12,3	8,8	10,1
Karenzurlaub	78,5	2,6	2,0	4,1	12,8
Arbeitslos	65,6	9,8	8,1	7,0	9,4
PensionistIn, RentnerIn	72,7	6,5	7,4	5,8	7,6
Ausschließlich haushaltsführend	63,8	12,2	9,6	6,8	7,7
SchülerIn, StudentIn	49,4	14,4	14,4	10,7	11,2
Sonstige Personengruppe	63,0	11,4	11,6	7,2	6,8
Wohnungseigentum vs. Miete					
Eigentum*	58,9	12,1	11,1	8,2	9,7
Miete	64,7	12,1	9,3	6,6	7,3
Sonstige	60,1	10,4	9,6	4,2	15,7

*einschl. verwandt bzw. verschwägert mit Eigentümer

Quelle: Statistik Austria

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.3.5.1:

Selbst berichtete Belastungen der erwerbstätigen Bevölkerung nach Geschlecht, Alter und NUTS-III-Region, 1999

Gliederung nach	Anteile in % (Mehrfachnennungen möglich)					
	keine d. angeführten Belastungen	schwere körperliche Arbeit	starker Zeitdruck	Konflikte am Arbeitsplatz	Haushalt, Kinder und Beruf	Beruf und Pflegefälle in der Familie
Gesamt	31,7	29,4	41,6	14,8	19,4	8,3
Geschlecht						
Männer	29,7	33,4	45,7	14,9	12,1	8,0
Frauen	34,8	23,3	35,2	14,7	30,7	8,7
Alter						
15–24 Jahre	37,2	27,1	38,1	12,3	9,8	5,2
25–34 Jahre	32,9	29,3	38,1	12,3	9,8	5,2
35–44 Jahre	30,4	28,5	42,5	15,8	23,9	8,1
45–54 Jahre	27,6	31,6	46,8	14,5	19,0	8,7
55–64 Jahre	33,9	30,5	36,0	13,6	17,4	9,9
65 Jahre u. älter	23,9	51,9	47,2	9,5	9,4	0,0
NUTS-III-Region						
Graz	32,4	21,1	44,8	20,7	17,6	3,1
Liezen	37,9	31,7	49,4	12,6	11,6	2,3
Östliche Oberstmk.	39,6	28,8	36,3	16,8	11,8	1,3
Oststeiermark	36,1	32,5	39,6	9,9	12,6	1,6
West- u. Südstmk.	17,8	31,0	41,9	12,9	41,2	32,9
Westl. Oberstmk.	26,0	39,0	41,9	15,9	19,8	9,4

Quelle: Statistik Austria

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.3.5.2:

Selbst berichtet Belastungen der erwerbstätigen Bevölkerung nach Schulbildung, Stellung im Beruf und Wohnungseigentum, 1999

Gliederung nach	Anteile in % (Mehrfachnennungen möglich)					
	keine d. angeführten Belastungen	schwere körperliche Arbeit	starker Zeitdruck	Konflikte am Arbeitsplatz	Haushalt, Kinder und Beruf	Beruf und Pflegefälle in der Familie
Gesamt	31,7	29,4	41,6	14,8	19,4	8,3
Schulbildung						
Pflichtabschluss	30,1	37,2	33,7	10,1	26,0	12,3
Pflichtabschl. m. Lehre	30,3	33,8	44,5	13,1	16,2	7,3
Berufsbildende mittlere Schule	34,9	24,7	42,2	19,9	16,6	4,9
Allgemeinbildende höhere Schule	35,3	18,8	39,9	18,7	26,2	14,6
Berufsbildende höhere Schule	38,1	12,9	42,2	19,3	15,8	5,3
Universität (einschl. Hochschulverwandte)	30,1	12,9	44,2	25,2	25,3	7,0
Stellung im Beruf						
Selbständiger	26,0	41,1	42,9	8,7	21,6	9,2
Mithelfender	20,1	40,6	32,7	11,0	49,1	8,8
Angestellter	38,0	13,8	39,8	18,5	18,0	7,0
Beamter	35,3	15,2	38,7	22,6	21,5	8,8
Facharbeiter	24,5	44,2	51,7	12,5	15,3	10,2
Sonst. Arbeiter	29,6	40,4	38,4	10,4	17,9	8,2
Lehrling	41,4	31,8	37,3	15,1	13,8	6,2
Wohnungseigentum vs. Miete						
Eigentum*	29,4	30,5	42,3	13,9	20,3	9,1
Miete	38,6	25,8	40,0	18,1	16,7	5,6
Sonstige	42,6	31,4	28,1	15,7	13,5	11,1

*einschl. verwandt bzw. verschwägert mit Eigentümer

Quelle: Statistik Austria

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.4.10.1:

Anzahl selbst berichteter Krankenhausaufenthalte während der letzten 12 Monate vor der Befragung nach Geschlecht, Alter und NUTS-III-Region, 1999

Gliederung nach	einmal	zweimal	dreimal	mehr als dreimal	nie	durchschnittliche Anzahl d. Krankenhausaufenthalte
Gesamt	11,9	1,3	0,1	0,1	86,6	0,2
Geschlecht						
Männer	12,5	1,2	0,2	0,1	86,1	0,2
Frauen	11,2	1,4	0,1	0,1	87,2	0,1
Alter						
unter 15 Jahre	11,1	0,9	0,0	0,1	87,9	0,1
15–24 Jahre	8,1	0,4	0,0	0,0	91,5	0,1
25–34 Jahre	10,0	0,9	0,0	0,1	89,0	0,1
35–44 Jahre	9,4	0,9	0,1	0,1	89,6	0,1
45–54 Jahre	11,0	0,7	0,2	0,1	88,0	0,1
55–64 Jahre	14,6	1,8	0,2	0,0	83,4	0,2
65–74 Jahre	17,3	3,4	0,1	0,1	79,1	0,2
75 Jahre u. älter	19,8	2,6	0,9	0,3	76,3	0,3
NUTS-III-Region						
Graz	8,8	0,8	0,0	0,0	90,3	0,1
Liezen	15,3	0,8	0,0	0,0	83,9	0,2
Östliche Oberstmk.	13,9	2,2	0,3	0,1	83,4	0,2
Oststeiermark	11,9	0,7	0,1	0,2	87,1	0,1
West- u. Südstmk.	11,1	1,5	0,3	0,0	87,1	0,2
Westl. Oberstmk.	14,5	2,1	0,0	0,0	83,4	0,2

Quelle: Statistik Austria

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.4.10.2.:

Anzahl selbst berichteter Krankenhausaufenthalte während der letzten 12 Monate vor der Befragung nach Schulbildung, Stellung im Beruf, Lebensunterhalt und Wohnungseigentum, 1999

Gliederung nach	einmal	zweimal	dreimal	mehr als dreimal	nie	durchschnittliche Anzahl d. Krankenhausaufenthalte
Gesamt	11,9	1,3	0,1	0,1	86,6	0,15
Schulbildung						
Pflichtabschluss	14,4	1,5	0,4	0,1	83,7	0,19
Pflichtabschl. m. Lehre	11,3	1,5	0,1	0,0	87,1	0,15
Berufsbildende mittlere Schule	11,1	1,1	0,2	0,5	87,1	0,19
Allgemeinbildende höhere Schule	8,8	1,0	0,0	0,0	90,2	0,11
Berufsbildende höhere Schule	11,3	0,9	0,0	0,0	92,6	0,07
Universität (einschl. Hochschulverwandte)	7,4	0,0	0,0	0,0	92,6	0,07
Stellung im Beruf						
Selbständiger	11,3	1,1	0,0	0,0	87,7	0,13
Mithelfender	9,5	1,7	0,0	0,0	88,8	0,13
Angestellter	10,6	0,2	0,0	0,0	89,2	0,11
Beamter	9,0	0,5	0,0	0,1	90,4	0,10
Facharbeiter	14,4	0,6	0,3	0,1	84,6	0,17
Sonst. Arbeiter	8,2	0,0	0,0	0,0	91,8	0,08
Lehrling	12,9	1,6	0,2	0,1	85,2	0,17
Sonstige	12,9	1,6	0,2	0,1	85,2	0,17
Lebensunterhalt						
Erwerbstätig	10,6	0,9	0,0	0,1	88,4	0,13
Karenzurlaub	13,2	1,9	0,0	0,1	88,4	0,17
Arbeitslos	15,5	0,6	0,8	0,7	82,4	0,22
PensionistIn, RentnerIn	17,5	2,5	0,5	0,2	79,3	0,25
Ausschließlich haushaltsführend	9,8	1,6	0,0	0,0	88,6	0,13
SchülerIn, StudentIn	8,0	0,8	0,0	0,1	91,1	0,10
Sonstige Personengruppe	12,2	0,7	0,0	0,0	86,4	0,14
Kind im Vorschulalter	12,9	0,7	0,0	0,0	86,4	0,14
Wohnungseigentum vs. Miete						
Eigentum*	11,8	1,2	0,1	0,1	86,9	0,15
Miete	12,4	1,6	0,2	0,1	85,6	0,17
Sonstige	7,6	0,8	0,0	0,0	91,6	0,09

*einschl. verwandt bzw. verschwägert mit Eigentümer

Quelle: Statistik Austria

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.4.11.1:

Teilnahme an der Gesundenuntersuchung in den letzten 12 Monaten vor der Befragung nach Geschlecht, Alter und NUTS-III-Region, 1999

Anteile in % (Personen ab 19 Jahren)		
Gliederung nach	Ja	Nein
Gesamt	24,5	75,5
Geschlecht		
Männer	23,8	76,2
Frauen	25,1	74,9
Alter		
19 bis 24 Jahre	11,3	88,7
25 bis 34 Jahre	21,0	79,0
35 bis 44 Jahre	24,2	75,8
45 bis 54 Jahre	29,0	71,0
55 bis 64 Jahre	30,6	69,4
65 bis 74 Jahre	28,2	71,8
75 Jahre u. älter	22,0	78,0
NUTS-III-Region		
Graz	27,6	72,4
Liezen	22,7	77,3
Östliche Oberstmk.	34,0	66,0
Oststeiermark	24,3	75,7
West- und Südstmk.	15,2	84,8
Westliche Oberstmk.	18,0	82,0

Quelle: Statistik Austria

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.4.11.2:

Teilnahme an der Gesundenuntersuchung in den letzten 12 Monaten vor der Befragung nach Schulbildung, Stellung im Beruf, Lebensunterhalt und Wohnungseigentum, 1999

Anteile in % (Personen ab 19 Jahren)		
Gliederung nach	Ja	Nein
Gesamt	24,5	75,5
Schulbildung		
Pflichtabschluss	22,4	77,6
Pflichtabschl. m. Lehre	25,6	74,4
Berufsbildende mittlere Schule	26,6	73,4
Allgemeinbildende höhere Schule	25,1	74,9
Berufsbildende höhere Schule	24,5	75,5
Universität (einschl. Hochschulverwandte)	24,8	75,2
Stellung im Beruf		
Selbständiger	16,5	83,5
Mithelfender	21,7	78,3
Angestellter	26,1	73,9
Beamter	28,4	71,6
Facharbeiter	19,2	80,8
Sonst. Arbeiter	25,1	74,9
Lehrling	0	100
Sonstige	25,8	74,2
Lebensunterhalt		
Erwerbstätig	23,7	76,3
Karenzurlaub	16	84
Arbeitslos	21,3	78,7
PensionistIn, RentnerIn	27,8	72,2
Ausschließlich haushaltsführend	24,5	75,5
SchülerIn, StudentIn	17,6	82,4
Sonstige Personengruppe	18,3	81,7
Wohnungseigentum vs. Miete		
Eigentum*	23,1	76,9
Miete	28,7	71,3
Sonstige	26,7	73,3

*einschl. verwandt bzw. verschwägert mit Eigentümer

Quelle: Statistik Austria

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 5.1:

Mortalität aufgrund von Verkehrsunfällen nach Bezirk, 2003

	Anzahl Unfalltote	Sterbeziffer (Unfalltote/100.000 Ew.)
Bruck an der Mur	5	7,7
Deutschlandsberg	13	21,1
Feldbach	8	11,9
Fürstenfeld	7	30,4
Graz	9	3,9
Graz-Umgebung	25	19,0
Hartberg	16	23,6
Judenburg	10	20,7
Knittelfeld	4	13,5
Leibnitz	13	17,3
Leoben	8	11,8
Liezen	29	35,3
Murau	13	41,3
Mürzzuschlag	4	9,3
Radkersburg	4	16,6
Voitsberg	3	5,6
Weiz	12	14,0
Steiermark	183	15,5

Quelle: Statistik Austria,

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Eigene Berechnung, Wohnbevölkerung auf Basis der Volkszählung 2001

Tabelle 6.1.1:
Tödliche Unfälle in der Steiermark nach Alter, Geschlecht und Unfallart, 2003

Unfallart	0 bis 14 Jahre						15 bis 59 Jahre						60 Jahre und älter						Gesamt	
	Männer		Frauen		Gesamt		Männer		Frauen		Gesamt		Männer		Frauen		Gesamt		Anz.	in %
	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %		
Anderer Transportmittelunfall	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	2,7	0	0,0	4	2,2	5	4,9	1	1,0	6	3,0	10	2,6
Ertrinken und Untergehen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,4	3	10,0	5	2,8	3	2,9	2	2,1	5	2,5	10	2,6
Feuer und Flammen	1	14,3	0	0,0	1	12,5	4	2,7	1	3,3	5	2,8	2	1,9	2	2,1	4	2,0	10	2,6
Kraftfahrzeugunfälle	5	71,4	1	100,0	6	75,0	90	60,8	23	76,7	113	63,5	31	30,1	12	12,5	43	21,6	162	42,1
Sonstige Unfälle	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	16,9	1	3,3	26	14,6	19	18,4	14	14,6	33	16,6	59	15,3
Sturz auf/von Treppen/Stufen	1	14,3	0	0,0	1	12,5	2	1,4	0	0,0	2	1,1	4	3,9	4	4,2	8	4,0	11	2,9
Sturz aus der Höhe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	7,4	0	0,0	11	6,2	10	9,7	4	4,2	14	7,0	25	6,5
Sturz, sonstiger	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	6,1	1	3,3	10	5,6	29	28,2	57	59,4	86	43,2	96	24,9
Vergiftungen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	1	3,3	2	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5
Gesamt	7	100,0	1	100,0	8	100,0	148	100,0	30	100,0	178	100,0	103	100,0	96	100,0	199	100,0	385	100,0

Quelle: Statistik Austria
Bearbeitung: Institut »Sicher Leben«

Tabelle 6.1.2:
Stationär behandelte Unfälle (U01-U29, U99) nach Geschlecht, Alter und Lebensbereich, 2002

ÖsterreicherInnen																				
Lebensbereiche	0 bis 14 Jahre						15 bis 59 Jahre						60 Jahre und älter						Gesamt	
	Männer		Frauen		Gesamt		Männer		Frauen		Gesamt		Männer		Frauen		Gesamt		Anz.	in %
	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %		
Arbeit/Schule	73	4,1	43	3,6	116	3,9	1111	14,6	155	4,5	1266	11,5	96	3,7	34	0,7	130	1,7	1512	7,0
Heim/Freizeit	1310	72,7	860	72,8	2170	72,7	3718	48,8	1926	56,1	5644	51,0	2191	84,7	4535	93,5	6726	90,5	14540	67,7
Sport	333	18,5	220	18,6	553	18,5	1227	16,1	498	14,5	1725	15,6	80	3,1	80	1,7	160	2,2	2438	11,4
Verkehr/Weg	85	4,7	59	5,0	144	4,8	1564	20,5	857	24,9	2421	21,9	219	8,5	199	4,1	418	5,6	2983	13,9
Gesamt	1801	100,0	1182	100,0	2983	100,0	7620	100,0	3436	100,0	11056	100,0	2586	100,0	4848	100,0	7434	100,0	21473	100,0

Nicht-ÖsterreicherInnen																				
Lebensbereiche	0 bis 14 Jahre						15 bis 59 Jahre						60 Jahre und älter						Gesamt	
	Männer		Frauen		Gesamt		Männer		Frauen		Gesamt		Männer		Frauen		Gesamt		Anz.	in %
	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %		
Arbeit/Schule	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23	7,2	0	0,0	23	4,3	2	2,9	0	0,0	2	1,5	25	3,1
Heim/Freizeit	22	27,5	15	27,8	37	27,6	68	21,3	44	20,1	112	20,8	30	43,5	40	59,7	70	51,5	219	27,1
Sport	53	66,3	31	57,4	84	62,7	175	54,9	141	64,4	316	58,7	27	39,1	18	26,9	45	33,1	445	55,1
Verkehr/Weg	5	6,3	8	14,8	13	9,7	53	16,6	34	15,5	87	16,2	10	14,5	9	13,4	19	14,0	119	14,7
Gesamt Nicht-ÖsterreicherInnen	80	100,0	54	100,0	134	100,0	319	100,0	219	100,0	538	100,0	69	100,0	67	100,0	136	100,0	808	100,0

Quelle: Statistik Austria
Aufbereitung: Institut »Sicher Leben«
Steiermark=Standort der Krankenanstalt
(Auswertung ohne U31, U41 ('absichtliche Verletzungen'))
Eigene Berechnungen

Tabelle 6.1.3:

Nutzfläche und Wohnraumanzahl pro BewohnerIn in Hauptwohnsitzwohnungen nach Bezirk, 2001 und 1991

	Hauptwohnsitzwohnungen 2001			Hauptwohnsitzwohnungen 1991		
	HWS-Bev. absolut	Nutzfläche pro Bewohner in m ²	Wohnraumanzahl pro Bewohner	HWS-Bev. absolut	Nutzfläche pro Bewohner in m ²	Wohnraumanzahl pro Bewohner
Bruck an der Mur	63.287	36,8	1,44	67.251	31,7	1,23
Deutschlandsberg	60.793	37,8	1,34	60.438	29,7	1,07
Feldbach	66.657	35,3	1,28	65.960	28,0	1,02
Fürstenfeld	22.746	39,0	1,41	22.247	31,8	1,17
Graz(Stadt)	220.031	38,7	1,39	226.581	34,1	1,25
Graz-Umgebung	129.516	39,0	1,40	116.838	32,0	1,16
Hartberg	66.910	36,0	1,29	66.090	29,0	1,06
Judenburg	47.664	36,9	1,38	50.147	31,0	1,19
Knittelfeld	29.074	37,3	1,43	29.418	31,9	1,22
Leibnitz	74.531	37,5	1,34	71.532	29,7	1,06
Leoben	66.518	37,3	1,44	72.206	31,5	1,24
Liezen	81.091	37,7	1,43	81.052	32,3	1,24
Murau	31.012	37,5	1,38	32.020	30,3	1,17
Mürzzuschlag	42.082	37,6	1,49	43.986	32,1	1,26
Radkersburg	23.744	37,1	1,33	24.691	29,1	1,05
Voitsberg	52.995	37,3	1,41	54.540	30,2	1,15
Weiz	85.228	36,4	1,33	82.770	28,9	1,09
Steiermark	1.163.879	37,6	1,38	1.167.767	31,3	1,17

Quelle: Gebäude- und Wohnungszählung Steiermark

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 6.1.4:

Hauptwohnsitzwohnungen (in %) nach Ausstattungskategorie und Bezirk, 2001 und 1991

	Ausstattungskategorie							
	Zentralheiz., Bad/Dusche, WC (A)		Bad/Dusche, WC (B)		WC u. Wasser i. d. Whg. (C)		kein WC od. kein Wasser i. d. Whg (D)	
	2001	1991	2001	1991	2001	1991	2001	1991
Bruck an der Mur	81,9	63,5	9,3	21,1	0,9	5,0	3,1	10,4
Deutschlandsberg	86,1	71,3	7,0	13,1	0,8	3,4	2,8	12,2
Feldbach	86,7	72,1	6,3	12,6	0,5	2,6	3,0	12,7
Fürstenfeld	87,6	68,9	6,8	15,5	0,6	4,3	2,4	11,4
Graz	86,7	62,4	8,6	18,2	0,9	5,5	3,8	13,9
Graz-Umgebung	87,6	76,9	4,8	11,5	0,6	3,1	1,7	8,5
Hartberg	89,4	72,2	6,8	13,7	0,8	4,2	2,0	10,0
Judenburg	89,9	67,2	7,1	16,9	0,7	5,2	1,5	10,7
Knittelfeld	90,0	73,4	4,7	13,5	0,8	4,5	1,7	8,7
Leibnitz	90,2	71,2	120,9	14,9	0,5	3,1	2,1	10,9
Leoben	90,2	58,9	13,3	23,6	1,0	5,0	3,8	12,5
Liezen	90,3	67,4	11,4	20,7	0,8	4,6	1,1	7,2
Murau	90,3	65,7	11,7	23,8	0,9	4,2	1,3	6,4
Mürzzuschlag	90,7	69,6	6,8	15,4	0,9	4,2	2,5	10,7
Radkersburg	92,2	67,5	8,4	14,9	0,6	2,4	3,4	15,2
Voitsberg	92,9	69,7	5,6	13,4	1,6	6,5	2,8	10,4
Weiz	92,9	74,0	5,5	13,4	0,5	3,5	1,7	9,1
Steiermark	88,7	67,7	7,9	16,7	0,8	4,5	2,6	11,1

Quelle: Gebäude- und Wohnungszählung Steiermark

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 6.2.1:

Anerkannte Schadensfälle in der Steiermark und in Österreich nach Geschlecht und Art des Schadensfalls, 2004

STEIERMARK										
	Anzahl Ver- sicherte	Arbeitsun- fälle (ohne Wegunf.)	pro 10.000 Ver- sicherte	Wegun- fälle	pro 10.000 Ver- sicherte	Berufs- krank- heiten	pro 10.000 Versich- erte	Schadens- fälle gesamt	pro 10.000 Ver- sicherte	in %
Männer	208.850	14.124	676	1.063	51	113	5	15.300	733	76,51
Frauen	162.727	3.706	228	964	59	28	2	4.698	289	23,49
Gesamt	351.577	17.830	507	2.027	58	141	4	19.998	569	100,00

ÖSTERREICH										
	Anzahl Ver- sicherte	Arbeitsun- fälle (ohne Wegunf.)	pro 10.000 Ver- sicherte	Wegun- fälle	pro 10.000 Ver- sicherte	Berufs- krank- heiten	pro 10.000 Versich- erte	Schadens- fälle gesamt	pro 10.000 Ver- sicherte	in %
Männer	1.467.714	85.549	583	6.324	43	958	7	92.831	632	76,49
Frauen	1.189.238	22.552	190	5.715	48	260	2	28.527	240	23,51
Gesamt	2.656.952	108.101	407	12.039	45	1.218	5	121.358	457	100,00

Quelle: Allgemeine Unfallversicherung Österreichs
Eigene Berechnung

Tabelle 6.2.2:

Anerkannte Schadensfälle in der Steiermark und in Österreich nach Alter und Art des Schadensfalls, 2004

STEIERMARK										
Alter	Versi- cher- te	Arbeitsun- fälle (ohne Wegunf.)	pro 10.000 Versicherten	Weg- un- fälle	pro 10.000 Versicherten	Berufs- krank- heiten	pro 10.000 Versicherten	Schadens- fälle gesamt	pro 10.000 Versicherten	in %
15 bis 19	22.470	1.977	880	317	141	5	2	2.299	1.023	11,50
20 bis 24	37.650	2.583	686	294	78	7	2	2.884	766	14,42
25 bis 29	41.396	2.075	501	238	57	5	1	2.318	560	11,59
30 bis 34	49.029	2.177	444	224	46	14	3	2.415	493	12,08
35 bis 39	59.132	2.457	416	255	43	8	1	2.720	460	13,60
40 bis 44	59.090	2.325	393	247	42	12	2	2.584	437	12,92
45 bis 49	47.587	1.802	379	202	42	21	4	2.025	426	10,13
50 bis 54	33.736	1.388	411	163	48	28	8	1.579	468	7,90
55 bis 59	18.106	808	446	73	40	21	12	902	498	4,51
60 bis 64	2.957	119	402	10	34	10	34	139	470	0,70
65 bis 69	278	37	1.331	50	1.781	4	144	44	1.583	0,22
70 bis 74	93	25	2.688	-	-	2	215	27	2.903	0,14
> 75	51	33	6.471	-	-	4	784	37	7.255	0,19
Gesamt	371.577	17.830	480	2.027	55	141	4	19.998	538	100,00

ÖSTERREICH										
Alter	Versi- cher- te	Arbeitsun- fälle (ohne Wegunf.)	pro 10.000 Versicherten	Weg- un- fälle	pro 10.000 Versicherten	Berufs- krank- heiten	pro 10.000 Versicherten	Schadens- fälle gesamt	pro 10.000 Versicherten	in %
15 bis 19	148.378	12.223	824	1.752	118	57	4	14.032	946	11,56
20 bis 24	264.860	15.684	592	1.646	62	98	4	17.428	658	14,36
25 bis 29	290.511	12.908	444	1.313	45	76	3	14.297	492	11,78
30 bis 34	344.863	13.028	378	1.306	38	86	2	14.420	418	11,88
35 bis 39	419.427	14.389	343	1.502	36	100	2	15.991	381	13,18
40 bis 44	410.408	13.569	331	1.449	35	126	3	15.144	369	12,48
45 bis 49	333.031	11.026	331	1.244	37	150	5	12.420	373	10,23
50 bis 54	255.223	8.735	342	1.094	43	179	7	10.008	392	8,25
55 bis 59	155.413	5.124	330	585	38	174	11	5.883	379	4,85
60 bis 64	30.252	851	281	118	39	86	28	1.055	349	0,87
65 bis 69	2.999	146	487	15	50	34	113	195	650	0,16
70 bis 74	992	97	978	7	71	28	282	132	1.331	0,11
> 75	573	209	3.647	2	35	24	419	235	4.101	0,19
Gesamt	2.656.952	108.101	407	12.039	45	1.218	5	121.358	457	100,00

Quelle: Allgemeine Unfallversicherung Österreichs,
Eigene Berechnung.

Tabelle 6.2.3:

Anerkannte Schadensfälle in der Steiermark und in Österreich nach beruflicher Stellung und Art des Schadensfalls, 2004

		STEIERMARK							
STELLUNG	Arbeitsunfälle (ohne Wegunf.)	in %	Wegunfälle	in %	Berufskrankheiten	in %	Schadensfälle-gesamt	in %	
Einleitung	Angelernte Hilfskraft	4.349	24,39	430	21,21	31	21,99	4.810	24,05
	Fachkraft	9.202	51,61	996	49,14	84	59,57	10.282	51,42
	Hausbesorger	34	0,19	-	0,00	-	0,00	34	0,17
	Hausgehilfen	4	0,02	3	0,15	-	0,00	7	0,04
	Lehrlinge	1.579	8,86	261	12,88	3	2,13	1.843	9,22
	Leitende u. Aufsichtspers.	919	5,15	138	6,81	17	12,06	1.074	5,37
Zusammenfassung	Ungelernte Hilfskraft	1.743	9,78	199	9,82	6	4,26	1.948	9,74
	Gesamt	17.830	100,00	2.027	100,00	141	100,00	19.998	100,00
		ÖSTERREICH							
STELLUNG	Arbeitsunfälle (ohne Wegunf.)	in %	Wegunfälle	in %	Berufskrankheiten	in %	Schadensfälle-gesamt	in %	
Methoden	Angelernte Hilfskraft	21.725	20,10	1.832	15,22	290	23,81	23.847	19,65
Gesundheitliche Chancengleichheit	Fachkraft	57.654	53,33	6.682	55,50	704	57,80	65.040	53,59
Gesunde und sichere natürliche Umwelt	Hausbesorger	333	0,31	3	0,02	-	0,00	336	0,28
	Hausgehilfen	19	0,02	5	0,04	-	0,00	24	0,02
Settings zur Förderung der Gesundheit	Lehrlinge	9.272	8,58	1.388	11,53	51	4,19	10.711	8,83
	Leitende u. Aufsichtspers.	5.303	4,91	677	5,62	96	7,88	6.076	5,01
Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit	Ungelernte Hilfskraft	13.795	12,76	1.452	12,06	77	6,32	15.324	12,63
	Gesamt	108.101	100,00	12.039	100,00	1.218	100,00	121.358	100,00

Quelle: Allgemeine Unfallversicherung Österreichs
Eigene Berechnung.

Tabelle 6.2.4:

Anerkannte Schadensfälle in der Steiermark und in Österreich nach Berufsabteilung und Art des Schadensfalls, 2004

		STEIERMARK							
BERUFSABTEILUNG	Arbeitsunfälle (ohne Wegunf.)	in %	Wegunfälle	in %	Berufskrankheiten	in %	Schadensfälle-gesamt	in %	
Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuteilung	Produktionsberufe in Bergbau, Industrie u. Gewerbe	11.334	63,57	797	39,32	107	75,89	12.238	61,20
Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange	Handels- und Verkehrsberufe	1.979	11,10	242	11,94	1	0,71	2.222	11,11
	Dienstleistungsberufe	1.626	9,12	301	14,85	7	4,96	1.934	9,67
Anhang	Gesundheits-, Lehr- u. Kulturberufe	1.244	6,98	274	13,52	16	11,35	1.534	7,67
	Mandatare, Rechts-, Verwaltungs-, Büro	784	4,40	264	13,02	-	0,00	1.048	5,24
	Technische Berufe	247	1,39	64	3,16	3	2,13	314	1,57
	Land- u. Forstwirtschaftl. Berufe	362	2,03	21	1,04	6	4,26	389	1,95
	Berufstätige mit unbestimmten Beruf	254	1,42	64	3,16	1	0,71	319	1,60
	Berufsmilitärpersonen	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00
	Gesamt	17.830	100,00	2.027	100,00	141	100,00	19.998	100,00
		ÖSTERREICH							
	Produktionsberufe in Bergbau, Industrie u. Gewerbe	65.005	60,13	4.043	33,58	875	71,84	69.923	57,62
	Handels- und Verkehrsberufe	13.468	12,46	1.612	13,39	21	1,72	15.101	12,44
	Dienstleistungsberufe	11.516	10,65	1.829	15,19	141	11,58	13.486	11,11
	Gesundheits-, Lehr- u. Kulturberufe	7.856	7,27	1.428	11,86	67	5,50	9.351	7,71
	Mandatare, Rechts-, Verwaltungs-, Büro	5.125	4,74	2.249	18,68	6	0,49	7.380	6,08
	Technische Berufe	1.796	1,66	504	4,19	13	1,07	2.313	1,91
	Land- u. Forstwirtschaftl. Berufe	2.026	1,87	109	0,91	34	2,79	2.169	1,79
	Berufstätige mit unbestimmten Beruf	1.305	1,21	264	2,19	61	5,01	1.630	1,34
	Berufsmilitärpersonen	4	0,00	1	0,01	-	0,00	5	0,00
	Gesamt	108.101	100,00	12.039	100,00	1.218	100,00	121.358	100,00

Quelle: Allgemeine Unfallversicherung Österreichs
Eigene Berechnung.

Tabelle 6.2.5:

Anerkannte Schadensfälle in der Steiermark und in Österreich nach Wirtschaftsklasse und Art des Schadensfalls, 2004

STEIERMARK														
Wirtschaftsklasse	Versicherte	In %	Arbeitsunfälle (ohne Wegunfälle)		per 10.000 Vers.			Berufskrankheiten		per 10.000 Vers		Schadensfälle gesamt		
			In %	In %	Wegunfälle	In %	per 10.000 Vers.	In %	per 10.000 Vers	In %	per 10.000 Vers.			
Land- und Forstwirtschaft	4.464	1,20	341	1,91	764	15	0,74	34	6	4,26	13	362	1,81	811
Fischerei und Fischzucht	18	0,00	1	0,01	556	-	0,0	-	-	0,0	-	1	0,01	556
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	3.300	0,89	104	0,58	315	5	0,25	15	5	3,55	15	114	0,57	345
Sachgütererzeugung	96.542	25,98	6.093	34,17	631	554	27,33	57	76	53,9	8	6.723	33,62	696
Energie- u. Wasserversorgung	3.794	1,02	164	0,92	432	24	1,18	63	2	1,42	5	190	0,95	501
Bauwesen	30.812	8,29	3.197	17,93	1.038	161	7,94	52	26	18,44	8	3.384	16,92	1.098
Handel; Instandhaltung und Repara- tur von Kfz und Gebrauchsgütern	69.191	18,62	2.036	11,42	294	325	16,03	47	3	2,13	0	2.364	11,82	342
Beherbergungs- und Gaststättenwesen	18.074	4,86	601	3,37	333	132	6,51	73	1	0,71	1	734	3,67	406
Verkehr und Nachrichten- übermittlung	14.375	3,87	825	4,63	574	54	2,66	38	-	0,0	-	879	4,40	611
Kredit- und Versicherungswesen	12.469	3,36	85	0,48	68	44	2,17	35	-	0,0	-	129	0,65	103
Realitätenwesen, Vermietung be- weglicher Sachen, Erbringung von unternehmensbezogenen Dienstleistungen	33.473	9,01	1.558	8,74	465	194	9,57	58	1	0,71	0	1.753	8,77	524
Öffentliche Verwaltung, Landesver- teidigung, Sozialversicherung	39.143	10,53	820	4,60	209	122	6,02	31	-	0,0	-	942	4,71	241
Unterrichtswesen	7.479	2,01	188	1,05	251	47	2,32	63	-	0,0	-	235	1,18	314
Gesundheits-, Veterinär- u. Sozialwesen	19.494	5,25	1.247	6,99	640	271	13,37	139	16	11,35	8	1.534	7,67	787
Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen	18.392	4,95	563	3,16	306	75	3,70	41	5	3,55	3	643	3,22	350
Private Haushalte	525	0,14	7	0,04	133	4	0,20	76	-	0,0	-	11	0,06	210
Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	32	0,01	-	0,00	-	-	0,0	-	-	0,0	-	-	0,0	-
Gesamt	371.577	100,0	17.830	100,0	480	2.027	100,0	55	141	100,0	4	19.998	100,0	538

Quelle: Allgemeine Unfallversicherung Österreichs
Eigene Berechnung.

Fortsetzung Tabelle 6.2.5:

Anerkannte Schadensfälle in der Steiermark und in Österreich nach Wirtschaftsklasse und Art des Schadensfalls, 2004

		ÖSTERREICH													
Wirtschaftsklasse	Versicherte		Arbeitsunfälle (ohne Wegunfälle)		Wegunfälle		Berufskrankheiten		Schadensfälle gesamt		per 10.000 Vers.		per 10.000 Vers.		
	In %	In %	In %	per 10.000 Vers.	In %	per 10.000 Vers.	In %	per 10.000 Vers.	In %	per 10.000 Vers.	In %	per 10.000 Vers.			
Einleitung	Land- und Forstwirtschaft	26.533	1,00	1.736	1,61	654	86	0,71	32	29	2,38	11	1.851	1,53	698
	Fischerei und Fischzucht	83	0,00	7	0,01	843	-	0,00	-	1	0,08	120	8	0,01	964
Zusammenfassung	Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	13.026	0,49	409	0,38	314	28	0,23	21	46	3,78	35	483	0,40	371
	Sachgütererzeugung	576.625	21,70	29.819	27,58	517	2.706	22,48	47	538	44,17	9	33.063	27,24	573
Methoden	Energie- und Wasserversorgung	26.072	0,98	881	0,81	338	109	0,91	42	11	0,90	4	1.001	0,82	384
	Bauwesen	235.681	8,87	22.351	20,68	948	918	7,63	39	206	16,91	9	23.475	19,34	996
Gesundheitliche Chancenungleichheit	Handel; Instandhaltung und Repa- ratur von Kfz u. Gebrauchsgütern	498.321	18,76	14.560	13,47	292	2.061	17,12	41	68	5,58	1	16.689	13,75	335
	Beherbergungs- und Gaststättenwesen	157.620	5,93	5.141	4,76	326	790	6,56	50	37	3,04	2	5.968	4,92	379
Gesunde und sichere natürliche Umwelt	Verkehr und Nachrichtenüber- mittlung	133.139	5,01	6.018	5,57	452	505	4,19	38	8	0,66	1	6.531	5,38	491
	Kredit- und Versicherungswesen	108.594	4,09	570	0,53	52	363	3,02	33	1	0,08	0	934	0,77	86
Settings zur Förderung der Gesundheit	Realitätenwesen, Vermietung be- weglicher Sachen, Erbringung von unternehmensbezogenen														
	Dienstleistungen	294.006	11,07	9.126	8,44	310	1.355	11,26	46	29	2,38	1	10.510	8,66	357
Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit	Öffentliche Verwaltung, Landesver- teidigung, Sozialversicherung	225.551	8,49	4.421	4,09	196	773	6,42	34	20	1,64	1	5.214	4,30	231
	Unterrichtswesen	44.563	1,68	1.092	1,01	245	276	2,29	62	3	0,25	1	1.371	1,13	308
Integrierter Gesundheitssektor	Gesundheits-, Veterinär- u. Sozialwesen	168.516	6,34	7.932	7,34	471	1.426	11,84	85	140	11,49	8	9.498	7,83	564
	Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen														
Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuteilung	Dienstleistungen	142.501	5,36	3.986	3,69	280	631	5,24	44	80	6,57	6	4.697	3,87	330
	Private Haushalte	3.377	0,13	41	0,04	121	9	0,07	27	-	0,00	-	50	0,04	148
Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	2.744	0,10	11	0,01	40	3	0,02	11	1	0,08	4	15	0,01	55
	Gesamt	2.656.952	100,00	108.101	100,00	407	12.039	100,00	45	1.218	100,00	5	121.358	100,00	457

Quelle: Allgemeine Unfallversicherung Österreichs
Eigene Berechnung.

Tabelle 6.2.6:

Krankenstandsfälle in % nach Krankheitsgruppen, Geschlecht und Arbeiter/Angestellte, 2004

Krankheitsgruppen	Gesamt						ArbeiterInnen						Angestellte					
	Gesamt			Männer			Frauen			Gesamt			Männer			Frauen		
	Anz.	%		Anz.	%		Anz.	%		Anz.	%		Anz.	%		Anz.	%	
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen	38.358	10,30	21.296	10,14	17.062	10,50	22.523	10,09	15.642	10,09	6.881	10,08	15.835	10,61	5.654	10,27	10.181	10,81
Gutartige und bösartige Neubildungen	3.569	0,96	1.439	0,69	2.130	1,31	1.530	0,69	817	0,53	713	1,04	2.039	1,37	622	1,13	1.417	1,50
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen	1.910	0,51	1.183	0,56	727	0,45	1.145	0,51	860	0,55	285	0,42	765	0,51	323	0,59	442	0,47
Krankheiten des Blutes	374	0,10	169	0,08	205	0,13	202	0,09	129	0,08	73	0,11	172	0,12	40	0,07	132	0,14
psychische Krankheiten	5.662	1,52	2.388	1,14	3.274	2,02	2.888	1,29	1.502	0,97	1.386	2,03	2.774	1,86	886	1,61	1.888	2,00
Krankheiten des Nervensystems	5.684	1,53	2.474	1,18	3.210	1,98	3.406	1,53	1.867	1,20	1.539	2,25	2.278	1,53	607	1,10	1.671	1,77
Krankheiten der Sinnesorgane	5.904	1,58	3.483	1,66	2.421	1,49	3.319	1,49	2.433	1,57	886	1,30	2.585	1,73	1.050	1,91	1.535	1,63
Herz- und Gefäßkrankungen	9.183	2,46	4.674	2,22	4.509	2,78	5.269	2,36	3.137	2,02	2.132	3,12	3.914	2,62	1.537	2,79	2.377	2,52
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane	145.194	38,97	79.279	37,74	65.915	40,57	77.456	34,69	53.594	34,57	23.862	34,96	67.738	45,38	25.685	46,66	42.053	44,64
Erkrankungen des Verdauungstraktes	17.723	4,76	9.575	4,56	8.148	5,02	10.377	4,65	6.936	4,47	3.441	5,04	7.346	4,92	2.639	4,79	4.707	5,00
Urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten	7.902	2,12	1.622	0,77	6.280	3,87	3.618	1,62	1.045	0,67	2.573	3,77	4.284	2,87	577	1,05	3.707	3,93
Entbindung u. Kompl. d. Gravidität	3.297	0,89	0	0,00	3.297	2,03	1.281	0,57	0	0,00	1.281	1,88	2.016	1,35	0	0,00	2.016	2,14
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	5.740	1,54	3.400	1,62	2.340	1,44	3.754	1,68	2.648	1,71	1.106	1,62	1.986	1,33	752	1,37	1.234	1,31
Krankheiten von Skelett, Muskeln u. Bindegewebe	53.490	14,36	32.398	15,42	21.092	12,98	37.579	16,83	26.139	16,86	11.440	16,76	15.911	10,66	6.259	11,37	9.652	10,25
Kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen	296	0,08	155	0,07	141	0,09	175	0,08	117	0,08	58	0,08	121	0,08	38	0,07	83	0,09
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar	15.351	4,12	7.435	3,54	7.916	4,87	9.233	4,14	5.491	3,54	3.742	5,48	6.118	4,10	1.944	3,53	4.174	4,43
Unfälle	51.733	13,89	38.257	18,21	13.476	8,29	38.651	17,31	31.961	20,62	6.690	9,80	13.082	8,76	6.296	11,44	6.786	7,20
Vergiftungen	237	0,06	168	0,08	69	0,04	197	0,09	155	0,10	42	0,06	40	0,03	13	0,02	27	0,03
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung	589	0,16	460	0,22	129	0,08	475	0,21	390	0,25	85	0,12	114	0,08	70	0,13	44	0,05
Sonstige oder unbekannt exogene Ursachen	345	0,09	214	0,10	131	0,08	204	0,09	157	0,10	47	0,07	141	0,09	57	0,10	84	0,09
Gesamt	372.541	100,00	210.069	100,00	162.472	100,00	223.282	100,00	155.020	100,00	68.262	100,00	149.259	100,00	55.049	100,00	94.210	100,00

 Quelle: Steiermärkische Gebietskrankenkasse
 Eigene Berechnung.

Tabelle 6.2.7:

Krankenstandsfälle pro 10.000 Versicherte nach Krankheitsgruppen, Geschlecht und Arbeiter/Angestellte, 2004

Krankheitsgruppen	Gesamt	Frauen	Männer	ArbeiterInnen	Angestellte
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	1.019,01	973,63	1.059	1.202,76	837,11
Gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	94,81	121,55	72	81,70	107,79
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	50,74	41,49	59	61,14	40,44
Krankheiten des Blutes (18)	9,94	11,70	8	10,79	9,09
psychische Krankheiten (19)	150,42	186,83	119	154,22	146,65
Krankheiten des Nervensystems (20)	151,00	183,18	123	181,89	120,43
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	156,84	138,15	173	177,24	136,65
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	243,95	257,30	232	281,37	206,91
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	3.857,19	3.761,37	3.941	4.136,26	3.580,93
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	470,83	464,96	476	554,15	388,34
Urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	209,92	358,36	190	193,21	226,47
Entbindung u. Kompl. d. Gravidität (39–41)	87,59	188,14	0	68,41	106,57
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	152,49	133,53	169	200,47	104,99
Krankheiten von Skelett, Muskeln u. Bindegewebe (43)	1.421,00	1.203,59	1.610	2.006,77	841,13
Kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	7,86	8,05	8	9,35	6,40
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	407,81	451,72	370	493,06	323,42
Unfälle (47–51)	1.374,33	768,99	1.902	2.064,02	691,57
Vergiftungen (52–53)	6,30	3,94	8	10,52	2,11
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	15,65	7,36	23	25,37	6,03
Sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	9,17	7,48	11	10,89	7,45
Gesamt	9.896,85	9.271,29	10.442	11.923,57	7.890,50

Quelle: Steiermärkische Gebietskrankenkasse
Eigene Berechnung.

Tabelle 6.2.8:

Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen, Geschlecht und Arbeiter/Angestellte, 2004

Krankheitsgruppen	Gesamt								
	Gesamt			Männer			Frauen		
	Anz.	Dauer	%	Anz.	Dauer	%	Anz.	Dauer	%
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	219.277	5,72	4,87	122.056	5,73	4,71	97.221	5,70	5,08
Gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	124.223	34,81	2,76	46.760	32,49	1,80	77.463	36,37	4,05
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	35.627	18,65	0,79	18.604	15,73	0,72	17.023	23,42	0,89
Krankheiten des Blutes (18)	5.483	14,66	0,12	2.165	12,81	0,08	3.318	16,19	0,17
psychische Krankheiten (19)	159.639	28,19	3,54	64.866	27,16	2,50	94.773	28,95	4,95
Krankheiten des Nervensystems (20)	84.803	14,92	1,88	39.681	16,04	1,53	45.122	14,06	2,36
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	62.596	10,60	1,39	36.603	10,51	1,41	25.993	10,74	1,36
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	185.268	20,18	4,11	109.630	23,46	4,23	75.638	16,77	3,95
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	1.060.220	7,30	23,54	580.837	7,33	22,42	479.383	7,27	25,06
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	189.041	10,67	4,20	107.455	11,22	4,15	81.586	10,01	4,27
Urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	98.952	12,52	2,20	23.952	14,77	0,92	75.000	11,94	3,92
Entbindung u. Kompl. d. Gravidität (39–41)	42.723	12,96	0,95		0,00		42.723	12,96	2,23
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	68.077	11,86	1,51	42.183	12,41	1,63	25.894	11,07	1,35
Krankheiten von Skelett, Muskeln u. Bindegewebe (43)	942.218	17,61	20,92	534.493	16,50	20,63	407.725	19,33	21,31
Kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	7.559	25,54	0,17	3.913	25,25	0,15	3.646	25,86	0,19
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)«	182.872	11,91	4,06	89.875	12,09	3,47	92.997	11,75	4,86
Unfälle (47–51)	1.018.543	19,69	22,61	756.884	19,78	29,21	261.659	19,42	13,68
Vergiftungen (52–53)	1.945	8,21	0,04	1.097	6,53	0,04	848	12,29	0,04
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	8.782	14,91	0,19	6.702	14,57	0,26	2.080	16,12	0,11
Sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	6.136	17,79	0,14	3.373	15,76	0,13	2.763	21,09	0,14
Gesamt	4.503.984	12,09	100,00	2.591.129	12,33	100,00	1.912.855	11,77	100,00

Fortsetzung Tabelle 6.2.8:

Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen, Geschlecht und Arbeiter/Angestellte, 2004

Krankheitsgruppen	ArbeiterInnen								
	Gesamt			Männer			Frauen		
	Anz.	Dauer	%	Anz.	Dauer	%	Anz.	Dauer	%
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	133.481	5,93	4,65	91.199	5,83	4,61	42.282	6,14	4,72
Gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	57.091	37,31	1,99	28.957	35,44	1,46	28.134	39,46	3,14
Endokrinopathien, Stoffwechsel und Immunstörungen (17)	19.785	17,28	0,69	12.667	14,73	0,64	7.118	24,98	0,80
Krankheiten des Blutes (18)	2.977	14,74	0,10	1.581	12,26	0,08	1.396	19,12	0,16
psychische Krankheiten (19)	72.790	25,20	2,53	34.564	23,01	1,75	38.226	27,58	4,27
Krankheiten des Nervensystems (20)	56.192	16,50	1,96	31.255	16,74	1,58	24.937	16,20	2,79
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	35.335	10,65	1,23	25.593	10,52	1,29	9.742	11,00	1,09
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	114.749	21,78	3,99	76.793	24,48	3,88	37.956	17,80	4,24
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	602.648	7,78	20,98	408.225	7,62	20,64	194.423	8,15	21,72
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	115.484	11,13	4,02	78.316	11,29	3,96	37.168	10,80	4,15
Urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	50.433	13,94	1,76	16.723	16,00	0,85	33.710	13,10	3,77
Entbindung u. Komplik. d. Gravidität (39–41)	18.197	14,21	0,63	0	0,00	0,00	18.197	14,21	2,03
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	45.150	12,03	1,57	32.757	12,37	1,66	12.393	11,21	1,38
Krankheiten von Skelett, Muskeln u. Bindegewebe (43)	651.286	17,33	22,67	426.065	16,30	21,54	225.221	19,69	25,16
Kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	4.496	25,69	0,16	2.856	24,41	0,14	1.640	28,28	0,18
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	112.592	12,19	3,92	67.169	12,23	3,40	45.423	12,14	5,08
Unfälle (47–51)	767.768	19,86	26,73	633.637	19,83	32,04	134.131	20,05	14,99
Vergiftungen (52–53)	1.343	6,82	0,05	1.052	6,79	0,05	291	6,93	0,03
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	7.304	15,38	0,25	5.805	14,88	0,29	1.499	17,64	0,17
Sonstige oder unbekannt exogene Ursachen (56–57)	3.476	17,04	0,12	2.373	15,11	0,12	1.103	23,47	0,12
Gesamt	2.872.577	12,87	100,00	1.977.587	12,76	100,00	894.990	13,11	100,00

Fortsetzung Tabelle 6.2.8:

Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen, Geschlecht und Arbeiter/Angestellte, 2004

Krankheitsgruppen	Angestellte								
	Gesamt			Männer			Frauen		
	Anz.	Dauer	%	Anz.	Dauer	%	Anz.	Dauer	%
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	85.796	5,42	5,26	30.857	5,46	5,03	54.939	5,40	5,40
Gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	67.132	32,92	4,11	17.803	28,62	2,90	49.329	34,81	4,85
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	15.842	20,71	0,97	5.937	18,38	0,97	9.905	22,41	0,97
Krankheiten des Blutes (18)	2.506	14,57	0,15	584	14,60	0,10	1.922	14,56	0,19
psychische Krankheiten (19)	86.849	31,31	5,32	30.302	34,20	4,94	56.547	29,95	5,56
Krankheiten des Nervensystems (20)	28.611	12,56	1,75	8.426	13,88	1,37	20.185	12,08	1,98
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	27.261	10,55	1,67	11.010	10,49	1,79	16.251	10,59	1,60
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	70.519	18,02	4,32	32.837	21,36	5,35	37.682	15,85	3,70
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	457.572	6,76	28,05	172.612	6,72	28,13	284.960	6,78	28,00
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	73.557	10,01	4,51	29.139	11,04	4,75	44.418	9,44	4,36
Urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	48.519	11,33	2,97	7.229	12,53	1,18	41.290	11,14	4,06
Entbindung u. Komplik. d. Gravidität (39–41)	24.526	12,17	1,50	0	0,00	0,00	24.526	12,17	2,41
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	22.927	11,54	1,41	9.426	12,53	1,54	13.501	10,94	1,33
Krankheiten von Skelett, Muskeln u. Bindegewebe (43)	290.932	18,28	17,83	108.428	17,32	17,67	182.504	18,91	17,93
Kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	3.063	25,31	0,19	1.057	27,82	0,17	2.006	24,17	0,20
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	70.280	11,49	4,31	22.706	11,68	3,70	47.574	11,40	4,67
Unfälle (47–51)	250.775	19,17	15,37	123.247	19,58	20,09	127.528	18,79	12,53
Vergiftungen (52–53)	602	15,05	0,04	45	3,46	0,01	557	20,63	0,05
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	1.478	12,96	0,09	897	12,81	0,15	581	13,20	0,06
Sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	2.660	18,87	0,16	1.000	17,54	0,16	1.660	19,76	0,16
Gesamt	1.631.407	10,93	100,00	613.542	11,15	100,00	1.017.865	10,80	100,00

Quelle: Steiermärkische Gebietskrankenkasse
Eigene Berechnung.

Tabelle 6.2.9:

Krankenstandsfälle nach Wirtschaftsklassen, Geschlecht und Arbeiter/Angestellte, 2004

Wirtschaftsklassen	Gesamt						ArbeiterInnen						Angestellte					
	Gesamt			Männer			Frauen			Gesamt			Männer			Frauen		
	Anz.	%		Anz.	%		Anz.	%		Anz.	%		Anz.	%		Anz.	%	
Land- und Forstwirtschaft	3.597	0,96	2.072	0,98	1.525	0,94	3.138	1,40	1.829	1,18	1.309	1,91	459	0,31	243	0,44	216	0,23
Fischerei und Fischzucht	12	0,00	9	0,00	3	0,00	12	0,01	9	0,01	3	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	1.057	0,28	981	0,47	76	0,05	910	0,41	890	0,57	20	0,03	147	0,10	91	0,17	56	0,06
Sachgüterherzeugung	104.559	28,02	77.754	36,95	26.805	16,48	84.178	37,64	65.625	42,26	18.553	27,14	20.381	13,64	12.129	22,01	8.252	8,75
Energie- und Wasserversorgung	3.990	1,07	3.339	1,59	651	0,40	2.196	0,98	2.062	1,33	134	0,20	1.794	1,20	1.277	2,32	517	0,55
Bauwesen	33.681	9,03	30.650	14,57	3.031	1,86	29.242	13,08	28.258	18,20	984	1,44	4.439	2,97	2.392	4,34	2.047	2,17
Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kfz u. Gebrauchsgütern	67.877	18,19	32.811	15,59	35.066	21,55	30.315	13,55	20.847	13,42	9.468	13,85	37.562	25,13	11.964	21,71	25.598	27,14
Beherbergungs- und Gaststättenwesen	15.692	4,21	4.295	2,04	11.397	7,01	14.240	6,37	4.000	2,58	10.240	14,98	1.452	0,97	295	0,54	1.157	1,23
Verkehr und Nachrichtenübermittlung	13.735	3,68	9.222	4,38	4.513	2,77	7.745	3,46	6.973	4,49	772	1,13	5.990	4,01	2.249	4,08	3.741	3,97
Kredit- und Versicherungswesen	9.674	2,59	4.317	2,05	5.357	3,29	489	0,22	72	0,05	417	0,61	9.185	6,15	4.245	7,70	4.940	5,24
Realitätenwesen, Vermietung beweglicher Sachen, Erbringung von unternehmensbezogenen Dienstleistungen	33.483	8,97	19.147	9,10	14.336	8,81	20.217	9,04	13.227	8,52	6.990	10,23	13.266	8,88	5.920	10,74	7.346	7,79
Öffentliche Verwaltung, Landesverwaltung, Sozialversicherung	39.590	10,61	14.189	6,74	25.401	15,61	14.081	6,30	6.292	4,05	7.789	11,39	25.509	17,07	7.897	14,33	17.612	18,67
Unterrichtswesen	9.359	2,51	2.530	1,20	6.829	4,20	2.139	0,96	888	0,57	1.251	1,83	7.220	4,83	1.642	2,98	5.578	5,91
Gesundheits-, Veterinär- u. Sozialwesen	18.907	5,07	3.477	1,65	15.430	9,48	5.395	2,41	1.561	1,01	3.834	5,61	13.512	9,04	1.916	3,48	11.596	12,29
Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen	17.571	4,71	5.586	2,65	11.985	7,37	9.087	4,06	2.737	1,76	6.350	9,29	8.484	5,68	2.849	5,17	5.635	5,97
Private Haushalte	289	0,08	22	0,01	267	0,16	264	0,12	20	0,01	244	0,36	25	0,02	2	0,00	23	0,02
Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	22	0,01	3	0,00	19	0,01	0	0,00	0	0,00	0	0,00	22	0,01	3	0,01	19	0,02
Gesamt	373.095	100,00	210.404	100,00	162.691	100,00	223.648	100,00	155.290	100,00	68.358	100,00	149.447	100,00	55.114	100,00	94.333	100,00

Quelle: Steiermärkische Gebietskrankenkasse
Eigene Berechnung.

Tabelle 6.2.10:

Krankenstandstage nach Wirtschaftsklassen, Geschlecht und Arbeiter/Angestellte, 2004

Wirtschaftssektoren	Gesamt			Männer			Frauen		
	Anz.	Dauer	%	Anz.	Dauer	%	Anz.	Dauer	%
Land- und Forstwirtschaft	52.485	14,59	1,16	34.314	16,56	1,44	18.171	11,92	0,95
Fischerei und Fischzucht	90	7,50	0,00	77	8,56	0,00	13	4,33	0,00
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	15.339	14,51	0,34	14.564	14,85	0,61	775	10,20	0,04
Sachgütererzeugung	1.253.896	11,99	27,74	945.757	12,16	39,70	308.139	11,50	16,07
Energie- und Wasserversorgung	46.619	11,68	1,03	40.495	12,13	1,70	6.124	9,41	0,32
Bauwesen	433.119	12,86	9,58	399.290	13,03	16,76	33.829	11,16	1,76
Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kfz u. Gebrauchsgütern	750.677	11,06	16,61	371.178	11,31	15,58	379.499	10,82	19,79
Beherbergungs- und Gaststättenwesen	198.805	12,67	4,40	54.819	12,76	2,30	143.986	12,63	7,51
Verkehr und Nachrichtenübermittlung	184.008	13,40	4,07	132.887	14,41	5,58	51.121	11,33	2,67
Kredit- und Versicherungswesen	110.808	11,45	2,45	52.920	12,26	2,22	57.888	10,81	3,02
Realitätenwesen, Vermietung beweglicher Sachen, Erbringung von unternehmensbezogenen Dienstleistungen	388.457	11,60	8,59	67	0,00	0,00	168.161	11,73	8,77
Öffentliche Verwaltung, Landesverteidigung, Sozialversicherung	579.536	14,64	12,82	201.976	14,23	8,48	377.560	14,86	19,69
Unterrichtswesen	86.373	9,23	1,91	25.181	9,95	1,06	61.192	8,96	3,19
Gesundheits-, Veterinär- u. Sozialwesen	224.459	11,87	4,97	39.139	11,26	1,64	185.320	12,01	9,66
Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen	190.037	10,82	4,20	69.061	12,36	2,90	120.976	10,09	6,31
Private Haushalte	4.992	17,27	0,11	292	13,27	0,01	4.700	17,60	0,25
Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	158	7,18	0,00	16	5,33	0,00	142	7,47	0,01
Gesamt	4.519.858	12,11	100,00	2.382.033	11,32	100,00	1.917.596	11,79	100,00

Wirtschaftssektoren	Gesamt			ArbeiterInnen			Frauen		
	Anz.	Dauer	%	Anz.	Dauer	%	Anz.	Dauer	%
Land- und Forstwirtschaft	46.077	14,68	1,60	30.512	16,68	1,54	15.565	11,89	1,73
Fischerei und Fischzucht	90	7,50	0,00	77	8,56	0,00	13	4,33	0,00
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	13.631	14,98	0,47	13.301	14,94	0,67	330	16,50	0,04
Sachgütererzeugung	1.051.478	12,49	36,45	818.936	12,48	41,21	232.542	12,53	25,92
Energie- und Wasserversorgung	27.475	12,51	0,95	25.634	12,43	1,29	1.841	13,74	0,21
Bauwesen	380.494	13,01	13,19	369.517	13,08	18,59	10.977	11,16	1,22
Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kfz u. Gebrauchsgütern	354.302	11,69	12,28	241.692	11,59	12,16	112.610	11,89	12,55
Beherbergungs- und Gaststättenwesen	181.909	12,77	6,31	51.024	12,76	2,57	130.885	12,78	14,59
Verkehr und Nachrichtenübermittlung	118.344	15,28	4,10	108.202	15,52	5,44	10.142	13,14	1,13
Kredit- und Versicherungswesen	8.207	16,78	0,28	1.245	17,29	0,06	6.962	16,70	0,78
Realitätenwesen, Vermietung beweglicher Sachen, Erbringung von unternehmensbezogenen Dienstleistungen	259.609	12,84	9,00	159.452	12,06	8,02	100.157	14,33	11,16
Öffentliche Verwaltung, Landesverteidigung, Sozialversicherung	242.989	17,26	8,42	106.170	16,87	5,34	136.819	17,57	15,25
Unterrichtswesen	30.498	14,26	1,06	9.859	11,10	0,50	20.639	16,50	2,30
Gesundheits-, Veterinär- u. Sozialwesen	68.243	12,65	2,37	17.395	11,14	0,88	50.848	13,26	5,67
Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen	96.830	10,66	3,36	34.147	12,48	1,72	62.683	9,87	6,99
Private Haushalte	4.449	16,85	0,15	259	12,95	0,01	4.190	17,17	0,47
Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Gesamt	2.884.625	12,90	100,00	1.987.422	12,80	100,00	897.203	13,13	100,00

Fortsetzung Tabelle 6.2.10:

Krankenstandstage nach Wirtschaftsklassen, Geschlecht und Arbeiter/Angestellte, 2004

Wirtschaftssektoren	Angestellte								
	Gesamt			Männer			Frauen		
	Anz.	Dauer	%	Anz.	Dauer	%	Anz.	Dauer	%
Land- und Forstwirtschaft	6.408	13,96	0,39	3.802	15,65	0,62	2.606	12,06	0,26
Fischerei und Fischzucht	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	1.708	11,62	0,10	1.263	13,88	0,21	445	7,95	0,04
Sachgütererzeugung	202.418	9,93	12,38	126.821	10,46	20,63	75.597	9,16	7,41
Energie- und Wasserversorgung	19.144	10,67	1,17	14.861	11,64	2,42	4.283	8,28	0,42
Bauwesen	52.625	11,86	3,22	29.773	12,45	4,84	22.852	11,16	2,24
Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kfz u. Gebrauchsgütern	396.375	10,55	24,24	129.486	10,82	21,06	266.889	10,43	26,16
Beherbergungs- und Gaststättenwesen	16.896	11,64	1,03	3.795	12,86	0,62	13.101	11,32	1,28
Verkehr und Nachrichtenübermittlung	65.664	10,96	4,02	24.685	10,98	4,01	40.979	10,95	4,02
Kredit- und Versicherungswesen	102.601	11,17	6,27	51.675	12,17	8,40	50.926	10,31	4,99
Realitätenwesen, Vermietung beweglicher Sachen, Erbringung von unternehmensbezogenen Dienstleistungen	128.848	9,71	7,88	60.844	10,28	9,90	68.004	9,26	6,66
Öffentliche Verwaltung, Landesverteidigung, Sozialversicherung	336.547	13,19	20,58	95.806	12,13	15,58	240.741	13,67	23,59
Unterrichtswesen	55.875	7,74	3,42	15.322	9,33	2,49	40.553	7,27	3,97
Gesundheits-, Veterinär- u. Sozialwesen	156.216	11,56	9,55	21.744	11,35	3,54	134.472	11,60	13,18
Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen	93.207	10,99	5,70	34.914	12,25	5,68	58.293	10,34	5,71
Private Haushalte	543	21,72	0,03	33	16,50	0,01	510	22,17	0,05
Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	158	7,18	0,01	16	5,33	0,00	142	7,47	0,01
Gesamt	1.635.233	10,94	100,00	614.840	11,16	100,00	1.020.393	10,82	100,00

Quelle: Steiermärkische Gebietskrankenkasse
Eigene Berechnung.

Tabelle 6.2.11:

Krankenstandsdauer pro Fall (im Durchschnitt und in %) nach Jahr, Geschlecht und Arbeiter/Angestellte, 1980–2004

	Jahr	Gesamt	Arbeiter	Angestellte	Männer	Frauen	Jahres-Krankenstand in % d. Beschäftigten (ab 1984 ohne PD u. KUG-Bez.)	Krankenstands-fälle gegenüber Vorjahr in %	Krankenstandstage gegenüber Vorjahr in %
Einleitung	1980	16,9	17,1	16,1	16,8	16,9	4,51	+ 9,44	+ 7,36
	1981	16,9	17,0	16,4	16,9	16,8	4,37	- 3,43	- 3,33
	1982	16,8	16,9	16,6	17,1	16,4	4,05	- 8,88	- 9,05
	1983	15,6	16,0	14,6	15,9	15,1	3,95	+ 4,45	- 3,26
	1984	15,9	16,2	15,2	16,3	15,2	3,83	- 6,70	- 4,89
Zusammenfassung	1985	15,0	15,2	14,4	15,2	14,5	4,20	+ 17,86	+ 10,86
	1986	15,0	15,3	14,4	15,3	14,7	4,14	- 1,94	- 1,39
	1987	15,4	15,8	14,6	15,7	14,9	4,03	- 5,14	- 2,76
Methoden	1988	15,4	15,8	14,6	15,7	15,0	4,06	+ 1,65	+ 1,69
	1989	13,6	14,0	12,9	13,8	13,4	4,14	+ 17,64	+ 4,08
Gesundheitliche Chancengleichheit	1990	13,6	13,9	12,9	13,8	13,3	4,12	+ 3,03	+ 2,55
	1991	13,8	14,1	102,2	14,0	13,3	4,11	+ 0,71	+ 2,09
	1992	13,3	13,8	12,3	13,6	12,9	4,12	+ 4,39	+ 0,90
Gesunde und sichere natürliche Umwelt	1993	13,1	13,7	11,8	13,5	12,5	4,12	+ 1,14	+ 0,67
	1994	13,4	13,8	12,6	13,6	13,1	3,96	- 6,00	- 3,46
	1995	13,0	13,5	12,1	13,3	12,6	3,98	+ 4,68	+ 1,51
Settings zur Förderung der Gesundheit	1996	12,7	13,2	11,8	13,0	12,3	3,76	- 3,04	- 5,17
	1997	12,0	12,5	11,1	12,4	11,6	3,59	+ 2,54	- 2,93
	1998	12,2	12,7	11,3	12,5	11,7	3,56	- 0,40	+ 0,76
Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit	1999	12,1	12,6	11,1	12,4	11,6	3,97	+ 14,91	+ 13,75
	2000	12,3	12,8	11,2	12,6	11,8	3,73	- 5,61	- 4,12
	2001	12,1	12,7	11,1	12,4	11,7	3,48	- 4,62	- 5,70
Integrierter Gesundheitssektor	2002	12,1	12,8	11,1	12,4	11,8	3,48	- 1,10	- 0,87
	2003	12,0	12,7	10,9	12,3	11,6	3,50	+ 1,67	+ 0,43
	2004	12,1	12,9	10,9	12,4	11,8	3,43	- 2,63	- 1,68
		-28,13%	-24,57%	-32,05%	-26,39%	-30,26%			

Quelle: Steiermärkische Gebietskrankenkasse

Berechnung: Steiermärkische Gebietskrankenkasse

Tabelle 6.3.1:

Schüler- und Studentunfälle in Österreich und in der Steiermark nach Geschlecht und Unfallart, 2004

GESCHLECHT	ÖSTERREICH				STEIERMARK			
	Schule	Sport	Weg	Gesamt	Schule	Sport	Weg	Gesamt
Buben	13.137	17.811	1.461	32.409	1.896	1.944	176	4.016
Versicherte	646.633				95.143			
Rate auf 10.000	203	275	23	501	199	204	18	422
Mädchen	7.937	15.959	1.219	25.115	1.232	1.823	168	3.223
Versicherte	652.942				92.437			
Rate auf 10.000	122	244	19	385	133	197	18	349
Gesamt	21.074	33.770	2.680	57.524	3.128	3.767	344	7.239
Versicherte	1.299.575				187.580			
Rate auf 10.000	162	260	21	443	167	201	18	386

Quelle: Allgemeine Unfallversicherung Österreichs

Bearbeitung: Allgemeine Unfallversicherung Österreichs

Tabelle 6.3.2:

Schüler- und Studentenunfälle in Österreich und in der Steiermark nach Alter und Unfallart, 2004

Alter	STEIERMARK							
	Schule		Sport		Weg		Gesamt	
	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %
5 bis 9	607	19,4	278	7,4	54	15,7	939	13,0
10 bis 14	1.834	58,6	2.408	63,9	157	45,6	4.399	60,8
15 bis 19	647	20,7	1.033	27,4	112	32,6	1.792	24,8
20 bis 24	32	1,0	39	1,0	18	5,2	89	1,2
25 bis 29	4	0,1	2	0,1	2	0,6	8	0,1
30 bis 34	3	0,1	1	0,0	-	0,0	4	0,1
35 bis 39	1	0,0	1	0,0	1	0,3	3	0,0
40 bis 44	-	0,0	2	0,1	-	0,0	2	0,0
45 bis 49	-	0,0	2	0,1	-	0,0	2	0,0
50 bis 54	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
55 bis 59	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
65 bis 69	-	0,0	1	0,0	-	0,0	1	0,0
Gesamt	3.128	100,0	3.767	100,0	344	100,0	7.239	100,0

Alter	ÖSTERREICH							
	Schule		Sport		Weg		Gesamt	
	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %
5 bis 9	4.348	20,6	2.803	8,3	450	16,8	7.601	13,2
10 bis 14	12.411	58,9	21.668	64,2	1.334	49,8	35.413	61,6
15 bis 19	4.004	19,0	8.946	26,5	786	29,3	13.736	23,9
20 bis 24	217	1,0	268	0,8	88	3,3	573	1,0
25 bis 29	56	0,3	28	0,1	13	0,5	97	0,2
30 bis 34	21	0,1	12	0,0	4	0,1	37	0,1
35 bis 39	6	0,0	11	0,0	2	0,1	19	0,0
40 bis 44	10	0,0	18	0,1	1	0,0	29	0,1
45 bis 49	-	0,0	10	0,0	1	0,0	11	0,0
50 bis 54	1	0,0	4	0,0	-	0,0	5	0,0
55 bis 59	-	0,0	1	0,0	1	0,0	2	0,0
65 bis 69	-	0,0	1	0,0	-	0,0	1	0,0
Gesamt	21.074	100,0	33.770	100,0	2.680	100,0	57.524	100,0

Quelle: Allgemeine Unfallversicherung Österreichs

Bearbeitung: Allgemeine Unfallversicherung Österreichs

Tabelle 6.3.3:
Schüler- und Studentenunfälle in Österreich und in der Steiermark nach Schul- und Unfallart, 2004

SCHULART	Anzahl der Unfälle									
	ÖSTERREICH					STEIERMARK				
	Versicherte	Schule	Sport	Weg	Gesamt	Versicherte	Schule	Sport	Weg	Gesamt
Volksschule	374.198	6.316	4.865	618	11.799	51.964	948	488	77	1.513
Hauptschule	270.284	7.368	13.564	807	21.739	38.912	1.166	1.534	99	2.799
Allgemeinbild.höhere Schule (AHS)	193.669	3.514	9.187	507	13.208	27.509	434	1.045	69	1.548
Sonderschule	13.411	405	325	33	763	681	24	5	-	29
Polytechnischer Lehrgang	21.191	542	673	76	1.291	3.065	94	84	8	186
Berufsbildende Schulen	184.317	2.137	4.166	398	6.701	23.971	391	511	64	966
Sonstige Schulen	25.649	614	959	178	1.751	4.586	48	92	17	157
Universität; Hochschule	216.856	178	31	63	272	36.892	23	8	10	41
Gesamt	1.299.575	21.074	33.770	2.680	57.524	187.580	3.128	3.767	344	7.239

SCHULART	Unfallrate auf 10.000 Versicherte									
	ÖSTERREICH					STEIERMARK				
	Schule	Sport	Weg	Gesamt	Schule	Sport	Weg	Gesamt		
Volksschule	169	130	17	315	182	94	15	291		
Hauptschule	273	502	30	804	300	394	25	719		
Allgemeinbild.höhere Schule (AHS)	181	474	26	682	158	380	25	563		
Sonderschule	302	242	25	569	352	73	-	426		
Polytechnischer Lehrgang	256	318	36	609	307	274	26	607		
Berufsbildende Schulen	116	226	22	364	163	213	27	403		
Sonstige Schulen	239	374	69	683	105	201	37	342		
Universität; Hochschule	8	1	3	13	6	2	3	11		
Gesamt	162	260	21	443	167	201	18	386		

Quelle: Allgemeine Unfallversicherung Österreichs
Bearbeitung: Allgemeine Unfallversicherung Österreichs

Tabelle 8.5:
Sonderkrankenanstalten (Krankenanstalten für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke) in der Steiermark, 2004

Standort	Anzahl systemisierter Betten
Klinik Judendorf-Sträußel – Rehabilitationsklinik für Neurologie, Orthopädie und Innere Medizin	140
Klinik Maria Theresia – Rehabilitationszentrum für Neurologie und Orthopädie Bad Radkersburg	239
Militärspital 1 Belgier-Kaserne Graz	52
Neurologisches Therapiezentrum Kapfenberg*	70
Sonderheilanstalt für interne Rehabilitation Bad Gleichenberg	124
Rehabilitationsklinik Tobelbad	202
Rehabilitationszentrum Aflenz	108
Rehabilitationszentrum Bad Aussee	140
Rehabilitationszentrum Gröbming	124
Rehabilitationszentrum St. Radegund	154
Sonderkrankenanstalt für neurologische Rehabilitation Stolzalpe	30
Theresienhof – Krankenanstalt für Orthopädie und orthopädische Rehabilitation Frohnleiten	126
Unfallkrankenhaus Graz	177
Unfallkrankenhaus Kalwang	70

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Eigene Berechnungen

*) Finanzierung über Landesfonds (sogenannte Fonds-Krankenanstalt)

Tabelle 8.6:
Pflegeanstalten für chronisch Kranke in der Steiermark, 2004

Standort	Anzahl systemisierter Betten
Geriatrisches KH der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz	302
Johannes von Gott-Pflegezentrum der Barmherzigen Brüder Graz-Kainbach	600
Landespflegeheim für Geisteskranke Schwanberg	164
Pflegeanstalt für Chronisch Kranke Eisenerz	k.A.
Genesungsheim Pichlschloss Neumarkt (Heim für Genesende)	35

*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Eigene Berechnungen*

Tabelle 8.7:
Sanatorien und Privatkliniken in der Steiermark, 2004

Standort	Anzahl systemisierter Betten
Sanatorium Dr. Hoff Graz	44
Sanatorium Hansa Graz	56
Sanatorium Kastanienhof Privatklinik für Innere Erkrankungen Graz	45
Sanatorium St. Leonhard für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	35
Sanatorium für HNO-Krankheiten Dr. Edlinger Feldbach	15
Privatklinik der Kreuzschwestern Graz	130
Privatklinik Graz-Ragnitz	144
Privatklinik Laßnitzhöhe	93

*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Eigene Berechnungen*

Tabelle 9.1:
Ausgezählte Finanzmittel des Steiermärkischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds, 1997–2004

Jahr	in €	Stationär		Ambulante Mittel		Investmittel		Proj./Strukturmittel		von Projektmitteln für GFA		Gesamtmittel		
		in %	pro EW*	in €	in % pro EW*	in €	in % pro EW*	in €	in % pro EW*	in €	in % pro EW*	in €	in % pro EW*	
1997*	399.805.322	83,70	337,59	39.096.460	8,18	33,01	27.425.539	5,74	23,16	11.336.520	2,37	9,57	477.663.840	100
1998*	410.750.926	83,27	347,01	39.241.800	7,96	33,15	31.073.811	6,30	26,25	12.190.234	2,47	10,30	493.256.771	100
1999*	420.614.391	83,09	355,51	40.549.860	8,01	34,27	30.376.060	6,00	25,67	14.695.065	2,90	12,42	506.235.376	100
2000*	432.359.711	82,94	365,58	41.360.857	7,93	34,97	30.812.080	5,91	26,05	16.768.967	3,22	14,18	521.301.615	100
2001*	463.477.279	85,96	390,70	42.875.300	7,95	36,14	31.974.800	5,93	26,95	845.796	0,16	0,71	539.173.175	100
2002	472.410.606	85,87	396,92	44.000.000	8,00	36,97	32.000.000	5,82	26,89	1.718.613	0,31	1,44	550.129.219	100
2003	472.509.125	86,88	396,88	45.000.000	8,27	37,80	20.000.000	3,68	16,80	6.354.164	1,17	5,34	543.863.288	100
2004	510.311.623	87,51	428,11	46.000.000	7,89	38,59	20.000.000	3,43	16,78	6.866.922	1,18	5,76	583.178.545	100

Quelle: Geschäftsstelle des Steiermärkischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds, Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Eigene Berechnung.
*Österreichische Schilling umgerechnet in Euro mit 0,07267,
*EW=EinwohnerIn, basierend auf Jahresschrittserhebung; ausgenommen 2004 Bevölkerung zu Jahresbeginn. Gesundheitsförderung und Prävention.
Beträge aus den SKAF-Fähigkeitsberichten an den Landtag, wobei nur die Diabetiker-Typ 2 Schulung und das Projekt »Die Spinne und das Netz« als Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte inkludiert wurden.

Tabelle 9.2:
Ausgaben für mobile Dienste in der Steiermark nach den verschiedenen Dienstleistungen, 2003 und 2004

Dienstleistungen	2003	2004
Hauskrankenpflege	4.042.091	3.519.988
Alten- und Pflegehilfe	2.890.205	3.177.033
Heimhilfe	2.658.869	3.817.818
Pflegedienstleitung	147.116	147.116
Infrastruktur	620.000	169.045
Gesamt	10.358.281	10.831.000

Quelle: Fachabteilung 7A – Gemeinden und Wahlen

Tabelle 9.3:
Gesamtausgaben für Hauskrankenpflege 1997–2004*

Jahr	Ausgaben
1997	€ 1.706.241
1998	€ 3.322.601
1999	€ 3.322.601
2000	€ 3.488.296
2001	€ 2.848.775
2002	€ 3.798.000
2003	€ 4.042.091
2004	€ 3.519.988

*Die zeitliche Entwicklung der Gesamtausgaben für die HKP von 1997 bis 2004 ist nur schwer vergleichbar. Vor Einführung des Normkostenmodells (2004) wurden auch andere Dienste in der HKP mitabgerechnet. Seit 2002 wird nach Berufsgruppen getrennt abgerechnet.

Quelle: Fachabteilung 7A – Gemeinden und Wahlen

Glossar

Absolute Risikoreduktion: Effektmaß für dichotome Endpunkte (d.h. diskrete Variablen mit lediglich 2 Alternativen; z.B.: RaucherIn/ NichtraucherIn; erkrankt/nicht erkrankt); beschreibt die absolute Differenz der Rate an ungünstigen Ereignissen in der experimentellen Gruppe (E) im Vergleich zur Kontrollgruppe (K), wenn die experimentelle Behandlung wirksam ist ($ARR = K - E$). Der Kehrwert der ARR ergibt die Number Needed to Treat ($1/ARR = NNT$)

Adipositas: Fettleibigkeit

Agrarquote: Umfasst zwei Definitionen. Einerseits wird darunter der Anteil der Berufstätigen in der Land- und Forstwirtschaft an der Gesamtheit der Berufstätigen verstanden, andererseits der Anteil der land- und forstwirtschaftlichen Wohnbevölkerung an der Gesamtheit der Bevölkerung. Die erstgenannte Begriffsdefinition ist diejenige, die häufiger angewendet wird

Allgemeine Krankenanstalten: Gemäß § 2 Abs. 1 des KAKuG sind das Krankenanstalten im Sinne des § 1 für Personen ohne Unterschied des Geschlechts, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung (siehe auch: Krankenanstalten)

Altersstandardisierung: Statistisches Verfahren zur Herstellung der Vergleichbarkeit von Messzahlen. Durch dieses Verfahren wird den unterschiedlichen Altersstrukturen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen (z.B. Ländern) Rechnung getragen. Das Verfahren wird auch »Altersbereinigung« genannt, weil Verzerrungen, die durch die Altersstruktur entstehen, beseitigt werden (siehe auch: Standardpopulation; Rohe Rate)

Altlasten: bezeichnet Industriestandorte und Deponien, an denen nach einer Gefährdungsabschätzung nachgewiesenermaßen erhebliche Gefahren für die Gesundheit des Menschen oder die Umwelt ausgehen (bedingt durch in der Vergangenheit durch Leckagen, Unfälle und unzureichende technische Sicherheitsvorkehrungen in den Boden und ins Grundwasser gelangte Schadstoffe (siehe auch: Verdachtsflächen))

Arbeitstraining/Arbeitsrehabilitation: Arbeitstrainings in sog. Trainingsfirmen sollen die berufliche Integration von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in den ersten Arbeitsmarkt wieder ermöglichen. In den Arbeitstrainingszentren und Projekten zur beruflichen Integration werden Menschen, die aufgrund von psychosozialen Problemen arbeitslos oder PensionsbezieherInnen sind, auf den beruflichen Wiedereinstieg vorbereitet. Unterstützung bei der Arbeitssuche und am Arbeitsplatz selbst gibt es durch die Arbeitsassistenz

Attributables oder zuschreibbares Risiko (auch: bevölkerungszurechenbares Risiko; Risikodifferenz): beschreibt den Anteil von Erkrankungen, welcher mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine bestimmte Exposition in der Bevölkerung zurückzuführen ist und welcher über das Risiko der nicht exponierten Bevölkerung hinausgeht. Wird gewöhnlich ausgedrückt als Differenz zwischen der Inzidenz der Exponierten und derjenigen der nicht Exponierten ($AR = IE - IN$). Das bevölkerungszurechenbare Risiko beschreibt den Anteil der Krankheit, welcher bei Ausschluss des dafür verantwortlichen Faktors verhindert werden könnte

Behinderungsfreie Lebensjahre: siehe DALY

Belagsdauer, durchschnittliche: Herangezogen als Berechnungsbasis der stationären Aufenthalte werden solche zwischen 1 und 28 Tagen (ohne Eintagspflegen und Langzeitaufenthalte)

Bias: Auch: systematischer Fehler; systematische Abweichung von dem unbekanntem wahren Wert; Bias führt entweder zu einer Über- oder Unterschätzung der wahren Wirkung einer Maßnahme oder Exposition. Die Ursachen dafür liegen vor allem im Design und der Durchführung der Studie und führen zu systematischen Unterschieden zwischen den Vergleichsgruppen, z.B. bei der Auswahl der TeilnehmerInnen (Selektionsbias), der Erhebung der Endpunkte (measurement bias oder Messungsbias) oder dem Verlust von TeilnehmerInnen in der Studie (attrition bias oder Verschleiß-Bias). Ergebnisse aus Studien mit geringem Risiko für Bias werden als valide angesehen

Body-Mass-Index (BMI): (auch Quetelet-Index) Der BMI zeigt den Ernährungszustand des Menschen. Der BMI wird als das Verhältnis von Körpergewicht (in kg) zur Körpergröße (in cm) im Quadrat ausgedrückt

Bruttoregionalprodukt: Regionale Bruttowertschöpfung, d.h. die in dieser Region produzierten Einheiten im Rahmen der wirtschaftlichen Tätigkeit

Chronisch obstruktive pulmonale Erkrankungen (COPD): umgangssprachlich »Raucherlunge«, meist eine Kombination einer chronischen Bronchitis mit einer Verengung der Bronchien (Obstruktion) und als Folge davon mit einer Überblähung der Lungenbläschen (Emphysem)

Corpuscarcinom: Krebserkrankung des Gebärmutterkörpers

Dezibel, Dezibel(A): Schallpegel werden in Dezibel (kurz: dB) angegeben. Gehörgerecht korrigierte Schallpegel werden als A-bewertete Schallpegel bezeichnet und in Dezibel(A) (kurz: dB(A)) angegeben

Diabetes Mellitus: Diabetes mellitus (lat.: honigsüßer Durchfluss) ist eine Stoffwechselerkrankung, die zu erhöhten Blutzuckerwerten führt. Es – vereinfacht – zwei wesent-

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancenungleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

liche Formen des Diabetes: Der Typ-1-Diabetes entsteht durch den Mangel des Hormons Insulin. Die insulinproduzierenden Zellen in der Bauchspeicheldrüse werden durch körpereigene Abwehrstoffe (Antikörper) zerstört. Dies ist der klassische Insulinmangeldiabetes, der meist im Kindes- oder Jugendalter beginnt. Der Typ-2-Diabetes entsteht zum einen durch eine verminderte Empfindlichkeit der Körperzellen auf Insulin (Insulinresistenz) zum anderen führt eine jahrelange Überproduktion von Insulin zu einer »Erschöpfung« der insulinproduzierenden Zellen. Der Typ-2-Diabetes wird auch als Altersdiabetes bezeichnet, da er meist erst im Erwachsenenalter beginnt. Es mehren sich jedoch Fälle bei stark übergewichtigen Jugendlichen (weitere Formen: Schwangerschaftsdiabetes sowie andere spezifische Diabetestypen)

Disability-Adjusted Life Years (DALY): engl. für behinderungsfreie Lebensjahre. DALY soll als zusammengesetzter Indikator (Maßzahl) sowohl die Sterblichkeit als auch die Beeinträchtigung des normalen, beschwerdefreien Lebens durch Krankheit erfassen und in einer Maßzahl ausdrücken

Endkosten der Fondskrankenanstalten: Gemäß § 2 der »Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten« sind Kosten als der bewertete Verbrauch von Wirtschaftsgütern materieller und immaterieller Art zur Erstellung von betrieblichen Leistungen und Gütern (Werteinsatz für Leistungen) zu definieren

Eingreifsrichtwert (hier im Zusammenfassung mit Radonbelastung): die österreichische Strahlenschutzkommission empfiehlt in Übereinstimmung mit international festgelegten Werten Richtwerte für die zeitlich gemittelte Radongaskonzentration in Innenräumen: dabei wird ein sogenannter E. (empfohlener Richtwert bei bestehenden Gebäuden bei einer Radonbelastung von über 400 Bq/m³) sowie ein sogenannter Planungsrichtwert (bezieht sich auf Neubauten; 200 Bq/m³) empfohlen

Emission: die von einer Anlage z. B. Kraftwerk, in die Luft oder in das Wasser gelangenden festen, flüssigen oder gasförmigen Stoffe; ferner Wärme, Geräusche, Licht, Erschütterungen (siehe auch Immission)

Erkrankungen des respiratorisches Systems: Erkrankungen der Atemwege

Exposition: Begriff aus der Epidemiologie; Bedingungen, Krankheitsursachen oder Risikofaktoren, welchen bestimmten Personen oder Bevölkerungsgruppen ausgesetzt sind

Folat, auch: Folicin, Folsäure, Pteroylglutaminsäure, Vitamin B11; wasserlösliches Vitamin; Quellen: Gemüse, besonders grünes Blattgemüse, auch Leber; eine Unterversorgung bzw. ein Folat-Mangelzustand wird in Zusammenhang mit Missbildungen des zentralen Nervensystems des Feten während der Schwangerschaft (sogenannte Neuralrohrdefekte) sowie mit bestimmten Blutbildungsstörungen (sogenannte megalozytäre Anämie) gebracht

Fonds-Krankenanstalt: Gemäß der zwischen dem Bund und den Bundesländern getroffenen »Artikel 15a B-VG-Vereinbarung über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung« sind dies öffentliche allgemeine Krankenanstalten und öffentliche Sonderkrankenanstalten (mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie) sowie private allgemeine gemeinnützig geführte Krankenanstalten (d. h. allgemeine Krankenanstalten ohne Öffentlichkeitsrecht), welche über die Landesfonds finanziert werden

Fraktur: Knochenbruch

Gender Mainstreaming: Konzept, welches darauf abzielt, soziale Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen in allen Bereichen und bei allen Planungs- und Entscheidungsschritten sichtbar zu machen, sie bewusst wahrzunehmen und zu berücksichtigen. Gemäß diesem Ansatz sind Vorhaben so zu gestalten, dass sie einen Beitrag zur Förderung der Gleichstellung von Männern und Frauen leisten

Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP): siehe Health Impact Assessment (HIA)

Hämatopoese: Prozess der Bildung und Reifung von Blutzellen im Knochenmark

Health Impact Assessment (HIA), auch: Gesundheitsverträglichkeitsprüfung: Eine Kombination von Verfahren, Methoden und Instrumenten, mit deren Hilfe eine Strategie, ein Programm oder ein Projekt beurteilt werden kann in Hinblick auf dessen mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung sowie auf die Verteilung der gesundheitlichen Auswirkungen in der Bevölkerung

Hypertonie: Auch Blutdruckkrankheit, Bluthochdruck, Hypertension, arterieller Hochdruck; beim Erwachsenen ab 18 Jahren werden Blutdruckwerte ab 140/ 90 mm Hg als hyperten bezeichnet

Hypercholesterinämie: Erhöhter Gehalt von Cholesterin im Blut

ICD: International Classification of Diseases; von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebene internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen; Ziel der ICD ist die weltweite Erforschung von Morbidität und Mortalität mit einer international einheitlichen Systematik zu ermöglichen; im vorliegenden Bericht wurde die 9. Revision – ICD-9. – verwendet (die Arbeiten für die letzte Revision, ICD-10, wurden 1992 abgeschlossen)

Immissionen: Auf Menschen, Tiere, Pflanzen oder andere Sachen einwirkende Luftverunreinigung, Geräusche, Erschütterungen, Licht, Wärme, Strahlen und ähnliche Umwelteinwirkungen

Imputation: In der Statistik ist die Imputation ein Verfahren zur Behandlung fehlender Daten, d. h. Befragte haben zu einzelnen Fragen nicht geantwortet (Item-Non-Response). Diese fehlenden Daten werden bei der Imputation, z.B. durch Schätzung statistischer Modelle, vervollständigt

Inzidenz: Anzahl von Neuerkrankungen in einem Zeitabschnitt und einer Region, bezogen auf eine Bevölkerung

Ischämische Herzkrankheiten: Erkrankungen des Herzens, die mit einer Verminderung oder Unterbrechung der Durchblutung infolge mangelnder arterieller Blutzufuhr einhergehen wie beispielsweise Myokardinfarkt (Herzinfarkt) oder Angina Pectoris

Kassenverträge nach § 2: Ärztliche Gesamtverträge nach § 342 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) zwischen niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen einerseits, der örtlichen Gebietskrankenkasse, den örtlichen Betriebskrankenkassen und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern andererseits

Korrelationskoeffizient: Der Korrelationskoeffizient (von Pearson) ist ein dimensionsloses Maß für den Grad des linearen Zusammenhangs (Zusammenhangsmaße) zwischen zwei mindestens intervallskalierten Merkmalen. Er kann lediglich Werte zwischen -1 und 1 annehmen. Bei einem Wert von +1 (bzw. -1) besteht ein vollständig positiver (bzw. negativer) linearer Zusammenhang zwischen den betrachteten Merkmalen. Wenn der Korrelationskoeffizient den Wert 0 aufweist, hängen die beiden Merkmale überhaupt nicht linear voneinander ab

Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten): sind gemäß § 1 des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes des Bundes (KAKuG) Einrichtungen, die zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustands durch Untersuchung, zur Vornahme operativer Eingriffe, zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung, zur Entbindung oder für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe bestimmt sind. Ferner sind als Krankenanstalten auch Einrichtungen anzusehen, die zur ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch Kranken bestimmt sind

Krankenhaustäufigkeit: Stationär (im Akut-Krankenhaus) versorgte Fälle (inkl. Mehrfachaufnahmen) pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahr (altersstandardisiert)

Krankenhausmorbidity: Stationär (im Akut-Krankenhaus) versorgte PatientInnen (exkl. Mehrfachaufnahmen) pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahr (altersstandardisiert)

Konfidenzintervall, z. B. 95%-Konfidenzintervall: Derjenige Bereich in dem der wahre Messwert mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% liegt. Der wahre Wert ist eigentlich unbekannt und würde sich nur durch »unendlich« viele Messungen bestimmen lassen. Je größer die eingeschlos-

sene Anzahl Probanden in einer Studie und je geringer die Standardabweichung, desto enger wird das Konfidenzintervall. Der Vorteil, die Genauigkeit von Messresultaten mit Hilfe von Konfidenzintervallen anzugeben, liegt darin, dass die Verlässlichkeit der Resultate quantifiziert werden kann. Der p-Wert, besagt lediglich, ob ein Resultat statistisch signifikant ist oder nicht, lässt aber keine Aussage über die quantitativen Unterschiede zu (auch engl. Abkürzung CI)

Landesumweltinformationssystem (LUIS): 1987 eingeführtes öffentlich zugängliches (teilweise auch geographisches) Informationssystem des Landes Steiermark; Zugänglichkeit zu Daten zum Zustand der Umwelt im Bereich Gewässer, Luft (Online-Daten), Boden, Tier- und Pflanzenwelt, natürliche Lebensräume sowie Lärmsituation

Lebensstil: Gemäß der WHO versteht man unter Lebensstil eine Lebensart, die auf identifizierbaren Verhaltensmustern beruht, die ihrerseits durch das Wechselspiel von Persönlichkeitsmerkmalen des Einzelnen, soziale Beziehungen und sozio-ökonomischen sowie ökologischen Lebensbedingungen bestimmt sind. Lebensstile umfassen alle Bereiche der täglichen Lebensführung, wie Konsumverhalten, Kommunikationsstil, Ernährung, politisches Handeln, Umgang mit Emotionen, Inanspruchnahme von Laien- und professioneller Hilfe etc.

Leistungsflussdichte: Ein Maß für die Intensität elektromagnetischer Wellen. Die Leistungsflussdichte ist die Energie, die pro Zeiteinheit eine Fläche senkrecht zur Ausbreitungsrichtung der elektromagnetischen Felder durchströmt. Einheit: Watt pro Quadratmeter (W/m²). Die Leistungsflussdichte nimmt quadratisch mit der Entfernung von der Quelle ab

Mammographie: Röntgenologische Aufnahme der (weiblichen) Brust mit einer besonderen Technik, insbesondere zur Früherkennung von Brustkrebs

Meta-Analyse: Statistisches Verfahren, um die Ergebnisse mehrerer Studien, die die gleiche Frage bearbeiten, quantitativ zu einem Gesamtergebnis zusammenzufassen und dadurch die Aussagekraft (Genauigkeit der Effektschätzer) gegenüber Einzelstudien zu erhöhen. Meta-Analysen werden mit zunehmender Häufigkeit in systematischen Reviews eingesetzt. Allerdings beruht nicht jede Meta-Analyse auf einem systematischen Review (siehe auch: Systematischer Review)

Morbidity: Krankheitshäufigkeit (z.B. Anzahl der Erkrankungsfälle) bezogen auf eine Bevölkerungsgruppe. Die gebräuchlichsten Indikatoren für Morbidity sind die Punktprävalenz (Zahl der gegenwärtigen alten und neuen Krankheitsfälle bezogen auf einen definierten Zeitpunkt), Periodenprävalenz (Zahl der gegenwärtigen alten und neuen Krankheitsfälle in einer gegebenen Zeitperiode) und die kumulative Inzidenz (Zahl der neuen Krankheitsfälle in einer gegebenen Zeitperiode)

Mortalität: Sterblichkeit (z.B. Anzahl der Todesfälle in der Bevölkerung)

Nicht-Berufstätige: Personen, die keiner bezahlten Beschäftigung nachgehen (Pensionisten, Schüler, Studenten, Kinder, Hausfrauen/Hausmänner, Personen mit unbekanntem Lebensunterhalt, sonstige erhaltene Personen)

NulltagespatientIn, auch sogenannte Eintagspflegen: PatientIn mit stationärem Aufenthalt für nur einen Tag (ohne Nächtigung)

Number Needed to Treat (NNT): Gibt die Zahl der insgesamt zu behandelnden PatientInnen an, um bei einem Patienten ein definiertes Behandlungsziel zu erreichen bzw. ein unerwünschtes Ergebnis zu verhindern. Die Berechnung hilft, die Effektivität einer Therapie einzuschätzen. NNT ist immer auf eine Vergleichsgruppe (Plazebo-, Alternativ- oder ohne Behandlung) und auf eine bestimmte Behandlungsdauer bezogen. Die NNT wird als $1/ARR$ (s. a. absolute Risikoreduktion) berechnet

NUTS-Region: Abkürzung für Nomenclature des unités territoriales statistiques (übersetzt: Systematik der Gebietseinheiten für die Statistik). Innerhalb der hierarchischen Gliederung der Europäischen Union werden so genannte NUTS-Hierarchien definiert, wobei NUTS-I-Regionen die oberste Hierarchiestufe darstellen und NUTS-III-Regionen die tiefsten EU-konformen Gliederungen darstellen. NUTS-Regionen sind die Grundlage für die statistische Erhebung von Regionalstatistiken und somit indirekt auch die Grundlage für die Beurteilung und Förderung von Regionen durch die EU (so etwa gliedert sich Österreich in 3 NUTS I-Regionen – Ost-, Süd-, und Westösterreich – 9 NUTS-II-Regionen – entsprechend den Bundesländern – sowie österreichweit 35 NUTS-III-Regionen; die Steiermark wiederum lässt sich in 6 NUTS-III-Regionen untergliedern)

Opportunistic Screening: Früherkennungsuntersuchung bei PatientInnen, welche den/die ÄrztIn aufgrund von Beschwerden aufsuchen, welche nicht mit der im Rahmen des Früherkennungsprogramms gesuchten Krankheit in Zusammenhang stehen

Ökologische Studie (auch: Korrelationsstudie): Studientyp aus der deskriptiven Epidemiologie, bei der aggregierte Daten über Kontakt mit Risikofaktoren und Krankheitsfälle nicht für Individuen sondern auf Gruppenbasis (z.B. Regionen, Länder) erfasst werden. Beispielweise wird die Korrelation zwischen Pro-Kopf-Fischverzehr und der Inzidenz von Darmkrebs bei Frauen unterschiedlicher Länder untersucht; hierbei kann die Exposition bei der einzelnen Person jedoch nicht sicher mit dem Auftreten der Erkrankung in Verbindung gebracht werden

PM₁₀: Abkürzung für particulate matter 10 µm; bezieht sich im Zusammenhang mit Feinstaub auf Partikel mit bis zu 10 Mikrometern (µm oder Millionstel Meter) aerodynamischem Durchmesser. PM_{2,5} bezeichnet Feinstaub mit bis zu 2,5 µm aerodynamischem Durchmesser. So genannte ultrafeine Partikel, engl. UP: haben einen Partikeldurchmesser kleiner als 0,1 µm

Prävalenz: Anteil der Personen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt erkrankt sind

Public Health (Öffentliche Gesundheit): soziales und politisches Konzept, das durch Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und andere gesundheitsbezogene Interventionen auf Verbesserung von Gesundheit, Lebensverlängerung und Erhöhung der Lebensqualität von ganzen Bevölkerungen abzielt

Quasiexperiment: Nutzung der natürlichen Variation einer unabhängigen Variable anstelle deren gezielter Manipulation durch den Versuchsleiter im Experiment

Roh Rate: Absolute Fallzahl bezogen auf die betrachtete Bevölkerung unter Risiko in einem bestimmten Zeitraum; beispielsweise: Sterbeziffer (im Ggs. zu standardisierten oder altersspezifischen Raten)

Salzburger Modell (im Zusammenhang mit Mobilfunk): Freiwillige Selbstvereinbarung zwischen der Stadt Salzburg und Handymastbetreibern, 1998; verlangt, dass der summierte Immissionswert aller durch GSM-Mobilfunkanlagen erzeugten elektromagnetischen Felder unter Zugrundelegung der tatsächlichen Leistung der Anlage an der Außenseite des nächst gelegenen Wohnhauses ein Milliwatt pro Quadratmeter Leistungsflussdichte nicht übersteigen dürfe

Sanatorien: Gemäß § 2 Abs. 1 des KAKuG sind das Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen

Sonderkrankenanstalten: Gemäß § 2 Abs. 1 des KAKuG sind das Krankenanstalten im Sinne des § 1 für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke

Sozialkapital: Soziologischer Begriff; umfasst als die Gesamtheit der aktuellen und potentiellen Ressourcen einer Gesellschaft Zusammenhalt und Zusammenarbeit, Solidarität und Gemeinsinn in einer Gesellschaft; im Gegensatz zum Humankapital bezieht sich das soziale Kapital nicht auf natürliche Personen, sondern auf Beziehungen zwischen Personen und Gruppen als Träger dieser Kapitalform; im Zusammenhang mit sozial-epidemiologischer Forschung stellt das S. beispielsweise ein Konzept zur Untersuchung der Auswirkungen sozialer Netzwerke auf die Bevölkerungsgesundheit dar

Spitalsentlassungsstatistik: Für die Auswertung der in diesem Bericht dargestellten Krankenhaus bezogenen Morbidität verwendete Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

Standardpopulation: Bezugsbevölkerung zur Durchführung einer (Alters-) Standardisierung

Stationäre Aufenthalte: Errechnete Zahl an Krankenhausaufenthalten (inklusive NulltagespatientInnen) auf Grund der Aufnahmen und Entlassungen von Personen, die innerhalb eines Kalenderjahres in einem Krankenhaus stationär versorgt wurden und ein tatsächlich aufgestelltes Bett in Anspruch genommen haben; Eintagspflegen: stationäre Aufenthalte für nur einen Tag (ohne Nächtigung)

Sterbeziffer: Sterbefälle pro 100.000 EinwohnerInnen

Suizid: Selbstmord

Systematischer Review: Sekundärforschung, bei der zu einer klar formulierten Frage alle verfügbaren Primärstudien systematisch und nach expliziten Methoden identifiziert, ausgewählt und kritisch bewertet und die Ergebnisse extrahiert und deskriptiv oder mit statistischen Methoden quantitativ (Meta-Analyse) zusammengefasst werden. Nicht jeder systematische Review führt zu einer Meta-Analyse

Systemisierte Betten: Betten der Krankenanstalt, deren Zahl durch sanitätsbehördliche Bewilligung festgelegt ist

Validität: Innere Validität bezeichnet das Ausmaß, mit dem die Ergebnisse einer Studie die »wahren« Effekt einer Intervention / Exposition wiedergegeben werden, d.h. frei von systematischen Fehlern (siehe: Bias) sind. Die innere Validität beruht auf der Integrität des Studiendesigns und ist Voraussetzung für die Anwendbarkeit der Studienergebnisse in der Routineversorgung

Vaskuläre Erkrankungen: die Blutgefäße betreffende Erkrankungen

Verdachtsflächen: Bezeichnet Standorte, die unter Altlastenverdacht stehen und bei denen eine Erstabschätzung des Gefährdungspotentials durchgeführt wurde und ein Verdacht auf eine erhebliche Gefährdung der Umwelt bzw. der Menschen festgestellt wurde

Zerebrovaskuläre Erkrankungen: Erkrankungen im Zusammenhang mit den Gehirngefäßen bzw. der Gehirndurchblutung (z.B. Hirninfarkt, Hirnblutung)

WHO-Ziele – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancengleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

- Ziel 1:** Bis zum Jahr 2020 sollte das derzeitige Gefälle im Gesundheitszustand zwischen den Mitgliedstaaten der Europäischen Region um mindestens ein Drittel verringert werden.
- Ziel 2:** Bis zum Jahr 2020 sollte das Gesundheitsgefälle zwischen sozioökonomischen Gruppen innerhalb der Länder durch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit von benachteiligten Gruppen in allen Mitgliedstaaten um mindestens ein Viertel verringert werden.
- Ziel 3:** Bis zum Jahr 2020 sollten sich alle Neugeborenen, Säuglinge und Kinder im Vorschulalter in der Region einer besseren Gesundheit erfreuen, damit sie gesund ihr Leben beginnen können.
- Ziel 4:** Bis zum Jahr 2020 sollten sich junge Menschen in der Region einer besseren Gesundheit erfreuen und besser in der Lage sein, ihre Rolle in der Gesellschaft zu übernehmen.
- Ziel 5:** Bis zum Jahr 2020 sollte Menschen im Alter von über 65 Jahren die Möglichkeit geboten werden, ihr Gesundheitspotential voll auszuschöpfen und eine aktive Rolle in der Gesellschaft zu spielen.
- Ziel 6:** Bis zum Jahr 2020 sollte sich die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern und für Personen mit psychischen Problemen sollten bessere umfassende Dienste verfügbar zugänglich werden.
- Ziel 7:** Bis zum Jahr 2020 sollten die gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufgrund von übertragbaren Krankheiten durch systematisch angewendete Programme zur Ausrottung oder Bekämpfung bestimmter Infektionskrankheiten, die für die öffentliche Gesundheit Bedeutung haben, erheblich verringert werden.
- Ziel 8:** Bis zum Jahr 2020 sollten in der gesamten Region Morbidität, Behinderungen und vorzeitige Todesfälle infolge der wichtigsten chronischen Krankheiten auf den tiefstmöglichen Stand zurückgehen.
- Ziel 9:** Bis zum Jahr 2020 sollte es einen signifikanten und nachhaltigen Rückgang der Verletzungen, Behinderungen und Todesfälle infolge von Unfällen und Gewalt in der Region geben.
- Ziel 10:** Bis zum Jahr 2015 sollte die Bevölkerung der Region in einer mehr Sicherheit bietenden natürlichen Umwelt leben, in der die Exposition gegenüber gesundheitsgefährdenden Schadstoffen die international vereinbarten Standards nicht übersteigt.
- Ziel 11:** Bis zum Jahr 2015 sollten sich die Menschen in allen Gesellschaftsschichten für gesündere Lebensgewohnheiten entschieden haben.
- Ziel 12:** Bis zum Jahr 2015 sollten in allen Mitgliedsstaaten die auf den Konsum von suchterzeugenden Substanzen wie Tabak, Alkohol und psychotropen Substanzen zurückzuführenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen signifikant reduziert werden.
- Ziel 13:** Bis zum Jahr 2015 sollten die Menschen in der Region bessere Möglichkeiten haben, zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz und in ihrer Gemeinde in einem gesunden natürlichen Umfeld zu leben.
- Ziel 14:** Bis zum Jahr 2020 sollten alle Sektoren ihre Verantwortung für gesundheitliche Belange anerkennen und akzeptieren.
- Ziel 15:** Bis zum Jahr 2010 sollten die Menschen in der Region einen wesentlich besseren Zugang zu einer familienorientierten und gemeindenahen primären Gesundheitsversorgung haben, unterstützt durch ein flexibles und reaktionsschnelles Krankenhaussystem.
- Ziel 16:** Bis zum Jahr 2010 sollten die Mitgliedsstaaten dafür sorgen, dass sich das Management in allen Bereichen des Gesundheitswesens – angefangen bei bevölkerungsorientierten Gesundheitsprogrammen bis hin zur klinischen Versorgung einzelner Patienten – an den Ergebnissen gesundheitlicher Maßnahmen orientiert.
- Ziel 17:** Bis zum Jahr 2010 sollten alle Mitgliedstaaten auf der Grundlage des chancengleichen Zugangs, der Wirtschaftlichkeit, der Solidarität und der optimalen Qualität belastbare Finanzierungs- und Ressourcenzuweisungsverfahren für Gesundheitsversorgungssysteme entwickeln.
- Ziel 18:** Bis zum Jahr 2010 sollten alle Mitgliedsstaaten dafür Sorge tragen, dass sich Fachkräfte im Gesundheitswesen und in anderen Sektoren die zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit erforderlichen Kenntnisse, Einstellungen und Kompetenzen aneignen.
- Ziel 19:** Bis zum Jahr 2005 sollten in allen Mitgliedstaaten Gesundheitsforschungs-, Informations- und Kommunikationssysteme zur Verfügung stehen, die den Erwerb sowie die effektive Nutzung und Verbreitung von Wissen zur Unterstützung der »Gesundheit für alle« fördern.

Ziel 20: Bis zum Jahr 2005 sollten zur Umsetzung der GFA-Konzepte Allianzen und Partnerschaften gebildet werden, die einzelne und Gruppen sowie Organisationen aus allen Bereichen des öffentlichen und des privaten Sektors und nicht zuletzt die zivile Gesellschaft insgesamt in die Verfolgung gesundheitlicher Belange mit einbinden.

Ziel 21: Bis zum Jahr 2010 sollten in allen Mitgliedstaaten – unterstützt durch geeignete institutionelle Infrastrukturen, Managementprozesse und innovative Ideen – auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene GFA-Konzepte formuliert und umgesetzt werden.

Abkürzungsverzeichnis

- AG/R:** Akutgeriatrie/ Remobilisation
AHS: Allgemeinbildende höhere Schule
AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome
ASVG: Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AUVA: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BHS: Berufsbildende höhere Schule
BMGF: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMI: Body Mass Index
BMLFUW: Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft
BMS: Berufsbildende mittlere Schule
DGKS: Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester
EbM (auch: EBM): Evidence-based Medicine
et al.: et alii (und andere)
EU: Europäische Union
FQSD: Forum für Qualitätssicherung in der Diabetologie
GFA: »Gesundheit für Alle«
GQG: Gesundheitsqualitätsgesetz
HIV: Human Immundefizienz Virus
HNO: Hals-, Nasen-, und Ohren-
i. e.: id est (das ist)
ICNIRP: International Commission on Non-Ionizing Radiation Protection (Internationale Strahlenschutzkommission)
KAGes (auch: KAGES): Krankenanstaltengesellschaft
KAKuG: Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes des Bundes
LKF: Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
NGO: Non Governmental Organisation
NNT: Number Needed to Treat
ÖBIG: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖGD: Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖKAP/GGP: Österreichischer Krankenanstalten und Großgeräteplan
PÄDAK: Pädagogische Akademie
PPP: Private Public Partnerships
RIS: Rechtsinformationssystem des Bundes
SHG: Sozialhilfegesetz
SKAFF: Steiermärkischer Krankenanstalten-Finanzierungsfonds
StGKK: Steiermärkische Gebietskrankenkasse
Stmk.: Steiermark
UVP: Umweltverträglichkeitsprüfung
WHO: World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Einleitung

Zusammenfassung

Methoden

Gesundheitliche
ChancenungleichheitGesunde und sichere
natürliche UmweltSettings zur Förderung
der GesundheitMultisektorale
Verantwortung für die
GesundheitIntegrierter
GesundheitssektorFinanzierung des
Gesundheitswesens und
RessourcenzuteilungMobilisierung
von Partnern für
gesundheitliche Belange

Anhang

IMPRESSUM

Gesundheitsbericht 2005 für die Steiermark

Konzept: Mag.^a Gerlinde Grasser, MScPH¹

Berichtverfassung: Mag.^a Gerlinde Grasser, MScPH¹, Dr. Ursula Reichenpfader, MPH¹

MitautorInnen und statistische Auswertungen des Kapitels 4 (inkl. des dazu gehörigen Methodenteils): DI Martin Mayer², DI Ines Grabner², DI Sigrig Kern²

Mitarbeit von Dr. Eva Adamer-König¹, Rabl Edith¹, Kleindienst Karin¹, Freydl Ulrike¹, Papst Petra¹, Ebner Katharina¹, Auer Maria¹

Wissenschaftliches Lektorat: Dr. Eleonore Bachinger, MScPH

Endredaktion: Dr. Thomas Amegah³, Mag.^a Sandra Zettinig⁴

Design, Layout: Werbeagentur RoRo+Zec

Gesamtkoordination und Projektleitung: Dr. Thomas Amegah³

Medieninhaber, Herausgeber und Verleger: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B - Gesundheitswesen, Paulustorgasse 4, 8010 Graz,
Tel.: ++43 316 877 3521, e-mail: FA8B@stmk.gv.at, web: www.sanitaetsdirektion.steiermark.at

Druck: Medienfabrik Graz

Copyright: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen

Vervielfältigung und Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Zustimmung des Herausgebers

Download des Berichts: www.sanitaetsdirektion.steiermark.at
www.gesundheit.steiermark.at

¹FH JOANNEUM, Gesundheitsmanagement im Tourismus, Bad Gleichenberg

²Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Landesstatistik

³Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen

⁴Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Büro Gesundheitslandesrat Mag. Wolfgang Erlitz

