

# Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark



## GESUNDHEITSBERICHT **2010** FÜR DIE STEIERMARK



gesundheit  
steiermark



Das Land  
Steiermark





Die steirische Gesundheitspolitik hat sich mit der Erarbeitung der Gesundheitsziele auf den Weg gemacht, um die Bürgerinnen und Bürger unserer schönen Steiermark dabei zu unterstützen, möglichst lange gesund zu bleiben. Auf diesem Weg haben wir schon einiges erreicht und es gilt auch weiterhin das körperliche, geistige und soziale Wohl der Steirerinnen und Steirer sicher zu stellen und die formulierten Gesundheitsziele weiter zu verfolgen.

Die Basis für eine zielgerichtete und bedarfsorientierte gesundheitspolitische Arbeit liegt in der systematischen Erhebung, Zusammenführung und Auswertung von Daten und Fakten. Das Land Steiermark, das sich zur regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung verpflichtet hat, erstellt seit Jahren allgemeine – wie den vorliegenden für das Jahr 2010 – und auch themenspezifische Gesundheitsberichte, die wesentlichen Faktoren für die gesundheitliche Situation der Menschen in der Steiermark beleuchten und eine fundierte Beobachtung der Entwicklungen überhaupt erst ermöglichen.

Wir gehen den Weg von einer krankheitsbezogenen Berichterstattung hin zu gesundheitsrelevanten Daten, denn Gesundheit bedeutet zugleich gute Lebensqualität und aus diesem Grund ist uns die Verankerung der Gesundheitsförderung in allen Lebensbereichen und Lebensphasen ein besonderes Anliegen. Deshalb setzen wir uns dafür ein, dass sich heutige und künftige Entscheidungen in allen relevanten Politikbereichen auch an den Gesundheitszielen orientieren.

Formuliertes Ziel ist die Schaffung eines gesunden und gesundheitsfördernden Lebens-, Arbeits- und Lernumfeldes für alle Steirerinnen und Steirer gleichberechtigt. Dafür brauchen wir natürlich die notwendigen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen – auch für Gesundheitsförderung und Prävention, die neben der leistbaren, qualitativ hochwertigen Versorgung ein zentrales Thema werden muss.

Es geht um eine zukunftsorientierte steirische Gesundheitspolitik, die den Menschen in den Mittelpunkt stellt – das ist unser Auftrag. Erste Schritte zur Erreichung unserer Gesundheitsziele sind getan – das untermauert auch der aktuelle steirische Gesundheitsbericht. Wir bleiben auf unserem steirischen Weg, hin zu noch mehr Gesundheit und Lebensqualität für alle Steirerinnen und Steirer.

Ihre

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'K. Edlinger-Ploder'. The signature is fluid and cursive.

Mag.<sup>a</sup> Kristina Edlinger-Ploder  
Landesrätin für Wissenschaft und Forschung, Gesundheit und Pflegemanagement



# Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	V
Verzeichnis der Tabellen im Text	VII
Abkürzungsverzeichnis	IX
I EXECUTIVE SUMMARY	1
Quellen- und Literaturverzeichnis	5
II EINLEITUNG	6
Quellen- und Literaturverzeichnis	9
III Methoden und Datenquellen	10
III.1 Einleitung	10
III.2 Quantitative Daten	10
III.2.1 EU-SILC	12
III.2.2 Gesundheitsbefragung 2006/2007	13
III.2.3 Mikrozensus – Arbeitskräfteerhebung und Sondermodul Gesundheit	16
III.2.4 Statistik des Bevölkerungsstandes	17
III.2.5 Statistik der Standesfälle inkl. Todesursachenstatistik	18
III.2.6 European Social Survey	18
III.2.7 Weitere Datenquellen	19
III.3 Qualitative Daten	20
III.3.1 Gesundheit in alle Bereich der Gesellschaft bringen	20
III.3.2 Exkurs im Kapitel „Mit Bewegung und Ernährung die Gesundheit der SteirerInnen verbessern“	23
Quellen- und Literaturverzeichnis	25
1. Demografie	28
1.1 Einleitung	28
1.2 Ergebnisse	28
1.2.1 Bevölkerungsstand	28
1.2.2 Bevölkerungsentwicklung	30
1.3 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	34
Quellen- und Literaturverzeichnis	35
2. Gesundheitszustand	36
2.1 Einleitung	36
2.2 Ergebnisse	36
2.2.1 Lebenserwartung	36
2.2.2 Lebenserwartung in guter Gesundheit	38
2.2.3 Subjektiver Gesundheitszustand	41
2.2.4 Vorzeitige Mortalität aufgrund der Haupttodesursachen	43
2.2.5 Krebsinzidenz	52

2.2.6	Selbst berichteter Herzinfarkt	54
2.2.7	Selbst berichteter Schlaganfall	56
2.2.8	Selbst berichteter Diabetes	57
2.2.9	Selbst berichtetes Asthma	59
2.3	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	61
Quellen- und Literaturverzeichnis		64
3.	Gesundes Leben mitgestalten	67
3.1	Einleitung	67
3.2	Ergebnisse	68
3.2.1	Wahlbeteiligung bei der Gemeinderatswahl	68
3.2.2	Beteiligung an einer Unterschriftensammlung	71
3.2.3	Mitarbeit in einer Organisation oder Vereinigung (exkl. parteipolitischer Organisationen)	71
3.3	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	72
Quellen- und Literaturverzeichnis		73
4.	Gleiche Chancen für Gesundheit ermöglichen	75
4.1	Einleitung	75
4.2	Ergebnisse	77
4.2.1	Ungleichheit der Einkommensverteilung	77
4.2.2	Armutsgefährdungsquote	79
4.2.3	Arbeitslosigkeit	83
4.2.4	Langzeitarbeitslosigkeit	86
4.2.5	Bevölkerung nach Bildung	87
4.3	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	90
Quellen- und Literaturverzeichnis		92
5.	Gesundheit in alle Bereiche der Gesellschaft bringen	94
5.1	Einleitung	94
5.2	Ergebnisse	96
5.2.1	Institutionelle Rahmenbedingungen	96
5.2.2	Sektorenübergreifende Kostenteilung	97
5.2.3	Multisektorale Berücksichtigung von Gesundheit in der Prioritätensetzung	97
5.2.4	Verbindliche Formalisierung der Verpflichtung zu sektorenübergreifender Zusammenarbeit	110
5.2.5	Informationsinstrumente zur Förderung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit	111
5.3	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	112
Quellen- und Literaturverzeichnis		114
6.	Gesundheitsbedingungen im Arbeitsleben verbessern	118
6.1	Einleitung	118
6.2	Ergebnisse	119
6.2.1	Reichweite von „Gesunden Betrieben“	119
6.2.2	Krankenstandsquote	122

6.2.3	Arbeitsklima	123
6.2.4	Befristet Beschäftigte	125
6.3	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	126
	Quellen- und Literaturverzeichnis	128
7.	Mit Ernährung und Bewegung die Gesundheit der SteirerInnen verbessern	130
7.1	Einleitung	130
7.1.1	Bewegung	130
7.1.2	Ernährung	131
7.2	Gesundheits-Kernindikatoren zum Thema „Bewegung und Ernährung“	132
7.2.1	Body Mass Index	132
7.2.2	Bewegungsverhalten allgemein	135
7.2.3	Bewegungsverhalten in der Freizeit	137
7.2.4	Ernährungsverhalten	139
7.2.5	Trinkverhalten	142
7.3	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse: Gesundheits-Kernindikatoren Steiermark	143
7.4	EXKURS – Indikatoren aus dem Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken	144
7.4.1	Strategien in Politik und Organisation	145
7.4.1.1	Gesetzliche und unverbindliche Rahmenbedingungen	145
7.4.1.2	Schriftliche Pläne und Konzepte	150
7.4.1.3	Umsetzungsressourcen	152
7.4.1.4	Multisektorale Netzwerke und/oder Arbeitsgruppen	155
7.4.2	Soziales Potenzial und Engagement	158
7.4.3	Angebote	160
7.4.4	Materielle Umwelt	170
7.4.4.1	Bewegung	170
7.4.4.2	Ernährung	174
7.4.5	Individuelle Einflussfaktoren	179
7.5	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse des Exkurses	181
	Quellen- und Literaturverzeichnis	185
8.	Bewusstsein im Umgang mit Alkohol in der Steiermark fördern	191
8.1	Einleitung	191
8.2	Ergebnisse	192
8.2.1	Alkoholbedingte Todesfälle	192
8.2.2	Problematischer Alkoholkonsum	194
8.2.3	Verletzte im Straßenverkehr mit Alkoholbeteiligung	196
8.2.4	Todesfälle im Straßenverkehr mit Alkoholbeteiligung	198
8.3	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	199
	Quellen- und Literaturverzeichnis	201
9.	Gesundes und selbstbestimmtes Leben mit Familie, Partnerschaft und Sexualität fördern	203
9.1	Einleitung	203

9.2 Ergebnisse	204
9.2.1 Einpersonen-, AlleinerzieherInnen und Paar (mit und ohne Kinder)-Haushalte	204
9.2.2 Gewaltdelikte	208
9.2.3 Altersverteilung der Gebärenden	210
9.2.4 Kaiserschnitte	212
9.2.5 Niedriges Geburtsgewicht	214
9.2.6 Ausgewählte übertragbare Geschlechtskrankheiten	216
9.2.7 Neuinfektionen HIV	218
9.3 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	220
Quellen- und Literaturverzeichnis	223
10. Gesundheitssystem gesundheitsfördernd gestalten	226
10.1 Einleitung	226
10.2 Ergebnisse	227
10.2.1 Gesundheitsförderungsprojekte in Einrichtungen des Gesundheitswesens	227
10.2.2 Zugang zu medizinischer Versorgung	231
10.2.3 Integrierte Versorgung	232
10.2.4 Selbstorganisation der Gesellschaft zu Gesundheitsthemen	233
10.3 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	234
Quellen- und Literaturverzeichnis	236
Glossar	238
Quellen- und Literaturverzeichnis	242
Anhang 1: Liste der InterviewpartnerInnen (Kapitel 5)	244
Anhang 2: Liste der InterviewpartnerInnen (Kapitel 7)	245
Anhang 3: Fragestellungen (Kapitel 2)	246
Anhang 4: Exkludierte Indikatoren (Kapitel 7)	248
Tabellenanhang	250
Impressum	347



## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	<i>Gesundheitsziele Steiermark</i>	6
Abbildung 2:	Entwicklung des Anteils der Bevölkerung unter 15 Jahren und über 64 Jahren an der steirischen Gesamtbevölkerung nach Geschlecht von 1991 – 2009	33
Abbildung 3:	Entwicklung der ferneren Lebenserwartung in Österreich und der Steiermark von 1998 bis 2008	38
Abbildung 4:	Fernere Lebenserwartung in guter Gesundheit in Österreich und der Steiermark nach Geschlecht im Jahr 2006/2007	41
Abbildung 5:	Anteil der Personen mit schlechtem und sehr schlechtem Gesundheitszustand nach Geschlecht (Vergleich Steiermark und Österreich) und Bildung (nur Steiermark) im Jahr 2006/2007	43
Abbildung 6:	Entwicklung der vorzeitigen Mortalität nach den Haupttodesursachen in der Steiermark von 1970 bis 2008	52
Abbildung 7:	Entwicklung der Beteiligung bei steirischen Gemeinderatswahlen (exkl. Graz) von 1990 bis 2005	70
Abbildung 8:	Ungleichverteilung im Einkommen (Quintil Share Ratio) 2007 im Bundesländervergleich und nach Geschlecht für Österreich	78
Abbildung 9:	Ungleichverteilung im Einkommen (Quintil Share Ratio) für Österreich und die Steiermark im zeitlichen Trend 2004 – 2007	79
Abbildung 10:	Armutgefährdungsquote in Prozent 2007 im Bundesländervergleich und nach Geschlecht für Österreich	82
Abbildung 11:	Armutgefährdungsquote in Prozent für Österreich und die Steiermark im zeitlichen Trend 2004 – 2007	83
Abbildung 12:	Arbeitslosenquote in Österreich und der Steiermark nach Geschlecht im Jahr 2009	85
Abbildung 13:	Höchste abgeschlossene Schulbildung in Prozent in Österreich und der Steiermark nach Geschlecht im Jahr 2008	89
Abbildung 14:	Anzahl der steirischen Betriebe, die zwischen 2005 und 2008 mit einem BGF-Gütesiegel ausgezeichnet wurden	121
Abbildung 15:	Arbeitsklimaindex für Österreich und die Steiermark nach Geschlecht im Jahr 2009	124
Abbildung 16:	Anteil der Personen mit Übergewicht und Adipositas in Österreich und der Steiermark nach Geschlecht und Bildung (nur Steiermark) im Jahr 2006/2007	134
Abbildung 17:	Anteil der Personen mit vorwiegend sitzendem Lebensstil in Österreich und der Steiermark nach Geschlecht und Bildung (nur Steiermark) im Jahr 2006/2007	137
Abbildung 18:	Anteil der Personen, der angibt, an mindestens drei Tagen körperlich aktiv zu sein, in Österreich und der Steiermark nach Geschlecht und Bildung (nur Steiermark) im Jahr 2006/2007	139
Abbildung 19:	Anteil der Personen, der angibt, sich vorwiegend von Mischkost mit wenig Fleisch oder von Mischkost mit viel Obst und Gemüse zu ernähren, in Österreich und der Steiermark nach Geschlecht und Bildung (nur Steiermark) im Jahr 2006/2007	141
Abbildung 20:	Anteil der Personen, der angibt, vorwiegend Mineral, Wasser und Tee zu trinken, in Österreich und der Steiermark nach Geschlecht und Bildung (nur Steiermark) im Jahr 2006/2007	143
Abbildung 21:	Anzahl der alkoholbedingten Todesfälle pro 100.000 EinwohnerInnen in der Steiermark gesamt und nach Geschlecht im Durchschnitt von 2001 bis 2008	193
Abbildung 22:	Anteil der Verletzten bei Unfällen mit alkoholisierten Beteiligten im Bundesländervergleich im Durchschnitt von 2002 bis 2008	198

Abbildung 23: Anteil der Getöteten bei Unfällen mit alkoholisierten Beteiligten im Bundesländervergleich im Durchschnitt von 2002 bis 2008	199
Abbildung 24: Anteil der AlleinerzieherInnenhaushalte im Bundesländervergleich im Jahr 2008	207
Abbildung 25: Anteil der Geburten per Kaiserschnitt an allen Geburten im Bundesländervergleich im Durchschnitt von 2004 bis 2008	213
Abbildung 26: Anteil der Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht (< 2500 Gramm) in Österreich und der Steiermark nach Geschlecht von 1990 bis 2008	216
Abbildung 27: Anteil der Projekte und Programme im Gesundheitswesen in der Steiermark nach NUTS-3-Regionen, Settings und Zielgruppen im Jahr 2009	230

## Verzeichnis der Tabellen im Text

Tabelle 1:	Vergleich Daten der Bevölkerungsstatistik und der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007	14
Tabelle 2:	Konfidenzintervalle der Befragungsergebnisse der Steiermark im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007	15
Tabelle 3:	Auflistung weiterer Datenquellen	19
Tabelle 4:	Auflistung der Sektoren und der zugeordneten Thematiken	21
Tabelle 5:	Altersverteilung der Bevölkerung in Österreich, in der Steiermark nach den steirischen Bezirken nach Geschlecht am 1. Jänner 2009	29
Tabelle 6:	Bevölkerungsentwicklung im Bundesländervergleich und für die Steiermark nach Geschlecht von 1971 bis 2050	31
Tabelle 7:	Bevölkerungsentwicklung nach steirischen Bezirken von 1971 bis 2009	32
Tabelle 8:	Bevölkerungsentwicklung in der Steiermark nach Geschlecht und breiten Altersgruppen von 1971 bis 2009	33
Tabelle 9:	Übersicht vorzeitige Gesamtmortalität	45
Tabelle 10:	Übersicht vorzeitige Mortalität aufgrund von bösartigen Neubildungen	46
Tabelle 11:	Übersicht vorzeitige Mortalität aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems	47
Tabelle 12:	Übersicht vorzeitige Mortalität aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane	48
Tabelle 13:	Übersicht vorzeitige Mortalität aufgrund von Krankheiten der Verdauungsorgane	49
Tabelle 14:	Übersicht vorzeitige Mortalität aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen	50
Tabelle 15:	Übersicht vorzeitige Mortalität in den steirischen Bezirken	51
Tabelle 16:	Wahlbeteiligung nach Anzahl der Wahlberechtigten in den steirischen Gemeinden bei der letzten Gemeinderatswahl im Jahr 2008	70
Tabelle 17:	Übersicht inkludierte Dokumente und Anzahl der Nennungen „Gesundheit“	99
Tabelle 18:	Aufstellung der Dokumente nach Sektoren und Dokumententyp	99
Tabelle 19:	Aufstellung der Dokumente nach den Gesundheitszielen Steiermark und Dokumententyp.	107
Tabelle 20:	Anteil der unselbstständig Beschäftigten, die in einem Unternehmen, das Träger des Gütesiegels BGF des österreichischen Netzwerkes BGF ist, beschäftigt sind	121
Tabelle 21:	Arbeitsklimaindex Steiermark 2005 – 2009	125
Tabelle 22:	ausgewählte Vorgaben zur Umweltgestaltung, die das Bewegungsverhalten der Bevölkerung beeinflussen	147
Tabelle 23:	Handlungsfelder und Ziele der Strategie Radverkehr Steiermark 2008-2012 (Auszug)	151
Tabelle 24:	TeilnehmerInnenstatistik im Aus- und Fortbildungsbereich des organisierten Sports in der Steiermark	159
Tabelle 25:	Zielgruppen der Programme und Projekte zu Bewegung und Ernährung in der Steiermark, gegliedert nach Alter	161
Tabelle 26:	Reichweite der Programme und Projekte zu Bewegung und Ernährung in der Steiermark	162
Tabelle 27:	Settings, in denen Programme und Projekte in der Steiermark durchgeführt werden	162
Tabelle 28:	ausgewählte Bewegungsangebote im Setting Arbeit	163
Tabelle 29:	ausgewählte Angebote im Setting Kindergarten und Schule	164
Tabelle 30:	ausgewählte Bewegungsangebote im Setting Gemeinde	165
Tabelle 31:	ausgewählte Bewegungsangebote in der Raum- und Verkehrsplanung	166
Tabelle 32:	ausgewählte Ernährungsangebote in der Gastronomie und Gemeinschaftsverpflegung	166
Tabelle 33:	Radwegkilometer pro Landesstraßenkilometer (gereiht)	172
Tabelle 34:	Straßenverkehrsflächenanteil	172

Tabelle 35: Erreichbarkeit von öffentlichen Parks – gewichteter Mittelwert nach Bundesland	173
Tabelle 36: Erreichbarkeit von öffentlichen Parks – Reihung nach %	174
Tabelle 37: ausgewählte Maßnahmenbeispiele zur Qualitätssicherung im Schulbereich	177
Tabelle 38: ausgewählte Maßnahmen zur Qualitätssicherung in verschiedenen Bereichen (exklusive Schulbereich)	178
Tabelle 39: Anzahl der Haushalte nach Anteil der Haushaltstypen	206
Tabelle 40: Projekte nach Zielgruppen in der Steiermark in Einrichtungen des Gesundheitswesens 2009	229
Tabelle 41: Projekte nach NUTS-3-Regionen in der Steiermark in Einrichtungen des Gesundheitswesens 2009	230

## Abkürzungsverzeichnis

AGES	Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GesmbH
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AKI	Arbeitsklimaindex
ASKÖ	Arbeitsgemeinschaft für Sport und Körperkultur
ASVÖ	Allgemeiner Sportverband Österreichs
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body Mass Index
BRP	Bruttoregionalprodukt
BSP	Bruttosozialprodukt
DCO	Death Certificate Only
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
ECHIM	European Community Health Indicators Monitoring
EU-SILC	European Statistics on Income and Living Conditions
EHIS	European Health Interview Survey
ESS	European Social Survey
ESVG	Europäisches System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung
EW	EinwohnerInnen
FA	Fachabteilung
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GGZ	Geriatrische Gesundheitszentren
GKK	Gebietskrankenkasse
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HIA	Health Impact Assessment
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
ICD	International Classification of Diseases
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
ISCED	International Standard Classification of Education
LASTAT	Landesstatistik
LBIHPR	Ludwig Boltzmann Institute for Health Promotion Research
LKH	Landeskrankenhaus
NEWS	Neighborhood Environment Walkability Scale
NUTS	Nomenclature des unités territoriales statistiques
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖGE	Österreichische Gesellschaft für Ernährung
ONGKG	Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen
POPREG	Bevölkerungsregister
SÖS	Sozioökonomischer Status
STGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
StVO	Straßenverkehrsordnung
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
WHO	World Health Organisation

## I EXECUTIVE SUMMARY

Der vorliegende *Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark* ist der erste Gesundheitsbericht für die erwachsene Bevölkerung, der zur Verlaufsbeobachtung der Erreichung der *Gesundheitsziele Steiermark* beitragen soll. Basis des Berichtes bilden die für diesen Zweck entwickelten Gesundheits-Kernindikatoren für die Steiermark. In erster Linie sind Gesundheitsziele und Indikatoren ausgewählt worden, die den Gesundheitsbericht 2005 für die Steiermark ergänzen. Der Bericht orientiert sich des Weiteren an den österreichischen Empfehlungen für Gesundheitsberichterstattung (1). Daher ist folgender Aufbau gewählt worden: Zuerst wird über die demografische Situation sowie den Gesundheitszustand der SteirerInnen berichtet, gefolgt von den gesundheitlichen Einflussfaktoren. Danach sind die Kapitel zu den ausgewählten *Gesundheitszielen Steiermark* und deren Grundsätzen zu finden. Aufgrund der Prioritätensetzung innerhalb der Gesundheitsziele wurde zum Teilziel „Mit Ernährung und Bewegung die Gesundheit der SteirerInnen verbessern“ ein Schwerpunkt gesetzt, über welchen basierend auf den im *Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken* entwickelten Indikatoren berichtet wird (2).

Im Folgenden werden die wesentlichsten Ergebnisse des Gesundheitsberichts und die daraus folgenden Empfehlungen bewertend zusammengefasst.

- Die Zahl der SteirerInnen ist im Steigen begriffen. Die Steiermark ist stärker von der demografischen Alterung betroffen als andere Bundesländer. Die SteirerInnen weisen eine ähnlich hohe Lebenserwartung wie die ÖsterreicherInnen insgesamt auf, erfreulich sind zugleich auch die sinkenden Sterblichkeitsraten. Allerdings weisen in der Steiermark eine kürzere gesunde Lebenserwartung vor allem bei Frauen sowie der schlechtere subjektive Gesundheitszustand im Vergleich zu Gesamtösterreich auf Interventionsbedarf vor allem im Bereich der Gesundheitsförderung hin.
- Ein hoher Interventionsbedarf ist hinsichtlich der Grundsätze der *Gesundheitsziele Steiermark* „Gleiche Chancen für Gesundheit ermöglichen“ und „Gesundheit in alle Bereiche der Gesellschaft bringen“ gegeben. So wie dies bereits in vielen anderen (Gesundheits-)Berichten, wie dem Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2010 für die Steiermark, gezeigt worden ist, besteht auch in der Steiermark eine vom Bildungsgrad bestimmte ungleiche Verteilung der Gesundheit in der Bevölkerung. Darüber hinaus weisen die Daten aus den Bereichen Arbeitslosigkeit, Armut und Bildung auf eine schlechtere Stellung der Steiermark im Österreichvergleich hin und damit auf einen diesbezüglichen Interventionsbedarf. Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Chancenungleichheit erfordern im hohen Ausmaß die Zusammenarbeit mit anderen politischen Bereichen. Diesem Ansatz der multisektoralen Verantwortung für Gesundheit

wird in der Steiermark bisher allerdings nur in geringem Ausmaß entsprochen. Aufgrund dessen wird empfohlen, eine an den *Gesundheitszielen Steiermark* orientierte, auf den bisherigen Initiativen aufbauende sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Kostenteilung zu initiieren sowie entsprechende Informations- und Bewusstseinsbildungsmaßnahmen (wie z.B. Health Impact Assessments) zu setzen. Darüber hinaus kann durch Maßnahmen, wie die Sicherstellung eines niederschweligen Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen, im Gesundheitswesen selbst dazu beigetragen werden, die gesundheitliche Chancenungleichheit zu verringern.

- Als weiteres Ziel mit epidemiologisch hohem und relativ eindeutigem Handlungsbedarf ist das Teilziel „Bewusstsein im Umgang mit Alkohol in der Steiermark fördern“ zu nennen, wo sich zeigt, dass in der Steiermark negative alkoholassoziierte Gesundheitskonsequenzen stärker als in Gesamtösterreich ausgeprägt sind. Darauf weisen neben den unmittelbaren alkoholbezogenen Indikatoren auch die hohen Sterblichkeitsraten aufgrund von Erkrankungen der Verdauungsorgane und aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen hin. Betrachtet man den Alkoholkonsum und die direkten Konsequenzen daraus, so ergibt sich für Männer ein größerer Interventionsbedarf als für Frauen, wobei zu bedenken ist, dass Frauen zusätzlich auch (besonders) von den indirekten Folgen des Alkoholkonsums (Gewalt, Unfällen etc.) betroffen sind. In den *Gesundheitszielen Steiermark* wird bereits eine Reihe von Maßnahmen zur Erreichung dieses Ziels empfohlen.
- Zum aktuell von der Gesundheitspolitik prioritär verfolgten Teilziel „Mit Ernährung und Bewegung die Gesundheit der SteirerInnen verbessern“ liegen nur wenig aussagekräftige Routinedaten vor. Die Daten zum Body-Mass-Index weisen auf einen Interventionsbedarf in der Steiermark hin, obwohl die Steiermark hinsichtlich der körperlichen Aktivität auf demselben Niveau wie Gesamtösterreich liegt. Wenig Aufschluss liefern die Daten hinsichtlich des Ernährungsverhaltens, da einerseits keine Informationen hinsichtlich der Einflussfaktoren auf Bewegung und Ernährung vorliegen und andererseits bei den wenigen vorhandenen Daten oft eine differenzierte Auswertungsmöglichkeit für verschiedene Bevölkerungsgruppen fehlt. Die qualitativen Analysen zu diesem Ziel haben gezeigt, dass in der Steiermark Expertise und Potenzial für die Umsetzung dieses Teilziels des Gesundheitsziels „Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben schaffen“ vorliegen. Sowohl erste Schritte im Gesundheitsressort als auch Initiativen in anderen Sektoren lassen eine künftige sektorenübergreifende Arbeit und Verfolgung von Zielen möglich erscheinen. Um diese günstige Gelegenheit nicht ungenützt verstreichen zu lassen, wird die Entwicklung eines sektorenübergreifenden Handlungsplans samt Sicherstellung der erforderlichen Koordination und ein entsprechender Kapazitätsaufbau im Sinne der Schaffung von Wissens-, Finanz- und

Personalressourcen sowie von Strukturen und Netzwerken empfohlen. Konkrete Möglichkeiten zur Entwicklung von gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen (z.B. in Form von gesetzlichen Regelungen) werden im betreffenden Kapitel angeführt und sollten in der Umsetzung bedacht werden (z.B. in den Bereichen Schulsport, Raum- und Verkehrsplanung, Gemeinschaftsverpflegung etc.).

- Die zum Teilziel „Gesundes und selbstbestimmtes Leben mit Familie, Partnerschaft und Sexualität fördern“ vorliegenden Daten bilden das auf der Definition der WHO basierende umfassende Konzept der reproduktiven und sexuellen Gesundheit nur unzureichend ab. Soweit diese Daten eine solche Bewertung zulassen, weisen sie dennoch auf einen Interventionsbedarf (z.B. hohe Kaiserschnittraten, niedriges Geburtsgewicht, HIV-Infektionsraten etc.) hin. Wirksame und zielführende Maßnahmen werden bereits in den *Gesundheitszielen Steiermark* angeführt.
- Die bisherigen Bemühungen der Steiermark im Zusammenhang mit dem Teilziel „Gesundheitsbedingungen im Arbeitsleben verbessern“ lassen sich in den Daten zur betrieblichen Gesundheitsförderung erkennen. In der Steiermark arbeiten mehr Menschen in Betrieben, die mit einem Betrieblichen Gesundheitsförderungsgütesiegel ausgezeichnet wurden, als in anderen Bundesländern.
- Auch die im Kapitel „Gleiche Chancen für Gesundheit ermöglichen“ angesprochene, im Vergleich zu Gesamtösterreich hohe Arbeitslosigkeit in der Steiermark weist auf anhaltenden Interventionsbedarf hin.
- Wenig aussagekräftige Ergebnisse liefern die Analysen zum Teilziel „Gesundes Leben mitgestalten“. Aufgrund der eingeschränkten Datenlage (nur Daten zur politischen Beteiligung, keine Auswertung nach verschiedenen Bevölkerungsgruppen etc.) lassen sich für die Steiermark weder eindeutige Trends noch ein klarer Bedarf ablesen.
- Dies trifft auch für das Gesundheitsziel „Gesundheitssystem gesundheitsfördernd gestalten“ zu. Es hat gezeigt werden können, dass Gesundheitsförderungsmaßnahmen vor allem in den Krankenanstalten und dort vor allem für MitarbeiterInnen durchgeführt werden und somit Bedarf besteht, dem umfassenderen Zugang dieses Gesundheitsziels gerecht zu werden. Darüber hinaus lassen sich allerdings kaum Aussagen über den gleichen Zugang zum Gesundheitswesen, über den Ausbaugrad der integrierten Versorgung in der Steiermark oder über die Mitbestimmungsmöglichkeiten von PatientInnen treffen.

Der Bedarf an Gesundheitsmaßnahmen differiert nach Geschlecht, Alter und Regionen. Im Folgenden soll auf den unterschiedlichen Bedarf aufgrund dieser Merkmale – so dies die im Bericht verwendeten Daten zulassen – zusammenfassend eingegangen werden:



- Die Steirerinnen weisen im Vergleich zu Männern einen höheren Anteil an älteren Menschen auf, berichten einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand, sind tendenziell weniger körperlich aktiv, leben häufiger in Einpersonenhaushalten und sind häufiger mit den Herausforderungen des Alleinerziehens konfrontiert. Des Weiteren sind zunehmende Kaiserschnittraten zu beobachten.
- Die Steirer hingegen haben eine niedrigere Lebenserwartung und eine höhere vorzeitige Sterblichkeit aufgrund verschiedenster Todesursachen und erkranken häufiger an bösartigen Neubildungen. Darüber hinaus sind sie einerseits häufiger übergewichtig, ernähren sich nach eigenen Angaben ungesünder und haben häufiger mit alkoholbezogenen Problemen zu kämpfen und weisen andererseits eine höhere Arbeitslosigkeit, eine niedrigere Arbeitszufriedenheit und einen höheren Anteil an familiären Gewalttättern auf. Geschlechtssensible Zugänge bei Präventionsmaßnahmen sind aufgrund des unterschiedlichen Gesundheitsbedarfs wie auch aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse und Lebenswelten von Frauen und Männern bei der Planung und Umsetzung aller Maßnahmen zu berücksichtigen.
- Nicht nur aufgrund des in der Steiermark im Vergleich zu Österreich schneller wachsenden Anteils an älteren Personen sind SeniorInnen eine bedeutende Zielgruppe. Sie verfügen häufiger über einen niedrigeren Bildungsabschluss, schätzen ihren Gesundheitszustand häufiger als schlecht ein, leiden besonders oft an chronischen Krankheiten und sind weniger körperlich aktiv sowie häufiger übergewichtig als junge Menschen. Junge Menschen hingegen sind häufiger befristet beschäftigt und weisen, soweit eine Aussage aufgrund der Daten möglich ist, ein ungesünderes Ernährungsverhalten auf. Um der beschriebenen demografischen Entwicklung gerecht zu werden, ist es erforderlich, Maßnahmen unter Beachtung eines Lebensverlaufsansatzes (→ Glossar) zu planen und umzusetzen.
- Eine Differenzierung der Daten nach Regionen ist leider nur bei wenigen Indikatoren möglich gewesen. Dennoch lässt sich für die NUTS-3-Regionen „Westliche Obersteiermark“ und „Östliche Obersteiermark“ ein besonders großer Bedarf an Gesundheitsförderungsmaßnahmen feststellen. Dies deshalb, weil sich in diesen Regionen ein Bevölkerungsrückgang abzeichnet, die Bevölkerung in den zugehörigen Bezirken in der Regel älter ist als in der restlichen Steiermark, hohe Raten an alkoholassoziierten Todesfällen feststellbar sind und die drei Bezirke (Leoben, Knittelfeld und Bruck an der Mur) mit der höchsten vorzeitigen Mortalität in diesem Gebiet liegen. Alkoholassoziierte Gesundheitsschädigungen sind jedoch auch in der NUTS-3-Region „Oststeiermark“ (Bezirke Feldbach, Fürstenfeld, Hartberg, Radkersburg und Weiz) in einem erhöhten Ausmaß – im Vergleich zur Gesamtsteiermark – feststellbar.

## **Quellen- und Literaturverzeichnis**

- 1 ÖBIG. (o.J.). *Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung*. Download vom 18. Februar 2010, von [http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/2/7/4/CH0713/CMS1200057285919/empfehlungen\\_gbe\\_oe.pdf](http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/2/7/4/CH0713/CMS1200057285919/empfehlungen_gbe_oe.pdf)
- 2 Grasser, G., Wieseneder, E., Fink, S., Zisler, M. und Marchl, S. (2009). *Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken: Verhalten, Verhältnisse und Indikatoren*. Graz: Gesundheitsfonds Steiermark.

## II EINLEITUNG

Grundlage für die thematische Ausrichtung des vorliegenden Gesundheitsberichts für die Steiermark bilden die *Gesundheitsziele Steiermark*, die im Jahr 2007 beschlossen worden sind und Hinweis auf die steirische Gesundheitspolitik sind.

### Abbildung 1: *Gesundheitsziele Steiermark*

#### GRUNDSÄTZE

- Gesundes Leben mitgestalten
- Gleiche Chancen für Gesundheit ermöglichen
- Gesundheit in alle Bereiche der Gesellschaft bringen

#### GESUNDHEITSZIELE

##### 1. Ziel: GESUNDE LEBENSVERHÄLTNISSE SCHAFFEN

- Gesundheitsbedingungen im Arbeitsleben verbessern
- Gesundes Leben in der Gemeinde und zu Hause gestalten
- Gesundes Lernen ermöglichen

##### 2. Ziel: RAHMENBEDINGUNGEN FÜR EIN GESUNDES LEBEN SCHAFFEN

- Mit Ernährung und Bewegung die Gesundheit der SteirerInnen verbessern
- Gesundheitsfolgen aufgrund von Tabakkonsum verringern
- Bewusstsein im Umgang mit Alkohol in der Steiermark fördern
- Gute seelische Gesundheit und hohe Lebensqualität der SteirerInnen ermöglichen
- Den Schutz vor Infektionen sichern
- Gesundes und selbstbestimmtes Leben mit Familie, Partnerschaft und Sexualität fördern
- Reduktion von Unfallrisiken und -Folgeschäden
- Voraussetzungen zur Stärkung der Zahngesundheit schaffen

##### 3. Ziel: GESUNDHEITSSYSTEM GESUNDHEITSFÖRDERND GESTALTEN

Ziel der Gesundheitsberichterstattung ist es dabei, durch Verlaufsbeobachtung die Politik bei der Umsetzung von Maßnahmen zu unterstützen (1, S. 206) und als Entscheidungs- und Planungsgrundlage für Gesundheitsförderung zu dienen (2, S. 19). Um diesem Anspruch gerecht zu werden, müssen Indikatoren verwendet werden, die zuvor ausreichend präzise definiert worden sind und die Messung eines Fortschritts erlauben (1, S. 206).

Bisher ist die steirische Gesundheitsberichterstattung anhand eines 1999 entwickelten Konzepts, das sich an der WHO-Strategie „Gesundheit für alle“ orientiert hat, durchgeführt worden. Der im Jahr 1999 entwickelte Indikatorensatz hat sowohl für den *Gesundheitsbericht 2000 für die Steiermark* als auch – mit Erweiterungen – für den *Gesundheitsbericht 2005 für die Steiermark* als Basis gedient (3, S. 1).

Im Jahr 2007 sind die *Gesundheitsziele Steiermark* entwickelt worden, die in weiterer Folge von der Steiermärkischen Landesregierung und dem Landtag Steiermark zur Kenntnis genommen worden sind. Um die oben genannten Ziele der Gesundheitsberichterstattung erfüllen zu können, ist im Jahr 2009 ein Kernindikatorensatz (*Gesundheits-Kernindikatoren Steiermark*) entwickelt worden, der einerseits im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung und andererseits für das Monitoring der *Gesundheitsziele Steiermark* verwendet werden kann (3, S. 1). Diese Kernindikatoren orientieren sich dabei soweit wie möglich an internationalen Indikatorensätzen, an der bisherigen österreichischen und steirischen Gesundheitsberichterstattung sowie am *Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken* (3, S. 1). Pro Grundsatz und Gesundheitsziel (inkl. der Teilziele) sind für die *Gesundheits-Kernindikatoren Steiermark* Indikatoren ausgewählt worden, die wichtige Bereiche des jeweiligen Themas umfassen, auf bestehende Datengrundlagen aufbauen und es gleichzeitig ermöglichen, EntscheidungsträgerInnen, Fachleute, AkteurInnen sowie die interessierte Bevölkerung über Entwicklungen und Zielerreichungen zu informieren (3, S. 1).

Der vorliegende Bericht ist somit der erste steirische Gesundheitsbericht, der sich an den *Gesundheitszielen Steiermark* orientiert. Er berichtet über ausgewählte Themenbereiche der *Gesundheitsziele Steiermark*, wobei die Auswahl unter Berücksichtigung bereits vorliegender Berichte des Landes Steiermark (Jahresbericht Mobile Pflege- und Betreuungsdienste/Hauskrankenpflege, Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2010 für die Steiermark, Psychiatriebericht, Suchtbericht, Tabakbericht) sowie bereits im *Gesundheitsbericht 2005 für die Steiermark* behandelte Inhalte erfolgt ist, um eine doppelte Berichterstattung zu vermeiden. Neben den drei Grundsätzen sind folgende Themengebiete für den vorliegenden Bericht ausgewählt worden:

1. Ziel: GESUNDE LEBENSVERHÄLTNISSE SCHAFFEN

- Gesundheitsbedingungen im Arbeitsleben verbessern

2. Ziel: RAHMENBEDINGUNGEN FÜR EIN GESUNDES LEBEN SCHAFFEN

- Mit Ernährung und Bewegung die Gesundheit der SteirerInnen verbessern
- Bewusstsein im Umgang mit Alkohol in der Steiermark fördern
- Gesundes und selbstbestimmtes Leben mit Familie, Partnerschaft und Sexualität fördern

3. Ziel: GESUNDHEITSSYSTEM GESUNDHEITSFÖRDERND GESTALTEN

- Gesundheitsförderung in die Kernprozesse der Krankenversorgung einbringen: patientInnenorientiert und mitarbeiterInnenorientiert

Dabei ist ein Schwerpunkt auf das Teilziel „Mit Ernährung und Bewegung die Gesundheit der SteirerInnen verbessern“ gelegt worden, da daran gegenwärtig im Land Steiermark prioritär gearbeitet wird. Zu diesem Thema findet sich ein über die Gesundheits-Kernindikatoren hinausgehender Exkurs im Kapitel 7.

Das Konzept und der Aufbau des Gesundheitsberichts 2010 für die Steiermark folgen den österreichischen „Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung“ (4), weshalb auch Daten zur Demografie (Kapitel 1) und zum Gesundheitszustand (Kapitel 2) dargestellt werden.

## **Quellen- und Literaturverzeichnis**

- 1 WHO. (1999). *Gesundheit21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- 2 Klein, S. (2007). Definitionen, Konzepte und Grundlagen. In Reintjes, R. & Klein, S. (Hg.), *Gesundheitsberichterstattung und Surveillance*. (S. 17-27). Bern: Verlag Hans Huber.
- 3 Land Steiermark. (2009). *Gesundheits-Kernindikatoren Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Steirischen Gesundheitsfonds. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.
- 4 ÖBIG. (o.J.). *Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung*. Download vom 18. Februar 2010, von [http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/2/7/4/CH0713/CMS1200057285919/empfehlungen\\_gbe\\_oe.pdf](http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/2/7/4/CH0713/CMS1200057285919/empfehlungen_gbe_oe.pdf)

### **III Methoden und Datenquellen**

#### **III.1 Einleitung**

In diesem Kapitel wird einerseits auf die im Rahmen *des Gesundheitsberichts 2010 für die Steiermark* eingesetzten Methoden eingegangen und andererseits werden die verwendeten Datenquellen dargestellt sowie hinsichtlich ihrer Aussagekraft und Einschränkungen analysiert.

Neben der quantitativen Auswertung von Routinedaten sind Sekundäranalysen verschiedenster Daten vorgenommen sowie Literaturrecherchen, systematische Recherchen, Leitfaden- und ExpertInneninterviews durchgeführt worden.

#### **III.2 Quantitative Daten**

Zur Einschätzung des steiermarkspezifischen Bedarfs sind die Daten der Steiermark mit jenen der anderen Bundesländer bzw. mit dem österreichischen Durchschnitt verglichen worden. Bei Daten, die großen Schwankungen unterliegen, ist in der Regel ein Durchschnitt über mehrere Jahre berechnet worden, um Schwankungen auszugleichen und damit einen sinnvolleren Vergleich zu ermöglichen. Weiters ist zur Identifikation regionaler Unterschiede innerhalb der Steiermark – wo möglich – eine Stratifizierung nach den 17 steirischen Bezirken vorgenommen worden.

Männer und Frauen weisen einen unterschiedlichen Gesundheitszustand auf, erkranken an unterschiedlichen Krankheiten und sind verschiedenen Belastungen sowie unterschiedlichen Risiken ausgesetzt (1, S. 361). Frauen leben beispielsweise länger als Männer, jedoch ist ihre Morbidität häufig aufgrund der Doppelbelastung durch Haushalt und Arbeit erhöht (2, S. 17). Hingegen nehmen Männer Vorsorgeleistungen seltener in Anspruch und weisen häufig ein niedrigeres Gesundheitsbewusstsein als Frauen auf (3, S. 1). Aus diesem Grund ist die Darstellung der Geschlechtsunterschiede, die biologisch, sozial und kulturell bedingt sind, unabdingbar (4, S. 10). Das bedeutet in weiterer Folge, dass die Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Gesundheitsberichterstattung eine zentrale Rolle einnimmt, weshalb im Rahmen des vorliegenden Gesundheitsberichts danach getrachtet wurde, alle Daten – sofern möglich – nach Geschlecht getrennt darzustellen.

Der Gesundheitszustand wird neben vielen anderen Faktoren auch vom Alter beeinflusst (5, S. 2). Im Laufe des Lebens gibt es eine Vielzahl von Ereignissen und Phasen, die auf die Gesundheit einen entscheidenden Einfluss haben. Mit einem Lebensverlaufsansatz, der

berücksichtigt, dass einschneidende Lebensereignisse (wie Geburt, Eintritt in das Arbeitsleben, Aufbau einer eigenen Familie, Ende der aktiven Erwerbsphase) und biologische Risikofaktoren für die Planung von Maßnahmen wichtig sind, können alle Bevölkerungsgruppen besser erreicht werden (2, S. 24).

Die Stratifizierung nach Bildung ist als Hinweis auf den Einfluss von sozioökonomischen Faktoren auf den Gesundheitszustand gewählt worden. Innerhalb jedes Landes können zwischen verschiedenen sozioökonomischen Gruppen Unterschiede im Gesundheitsstatus beobachtet werden (5, S. 2). Als soziale Ungleichheit in der Gesundheit werden jene Unterschiede im Gesundheitszustand bezeichnet, die weder durch biologische Faktoren (wie Alter, Geschlecht) noch durch Zufall erklärt werden können. Soziale Ungleichheit in der Gesundheit ist demnach eine Ungleichheit, die systematisch und durch soziale Prozesse entsteht, weshalb sie als veränderbar und gleichzeitig ungerecht betrachtet wird (5, S. 2-3). Die Tatsache, dass mit sinkendem sozioökonomischem Status auch der Gesundheitszustand sinkt, wird als „sozialer Gradient“ bezeichnet (5, S. 7). Der sozioökonomische Status wird häufig anhand der Indikatoren Bildungsstatus, Berufsstatus und Einkommen dargestellt (5, S. 7). Im Bericht ist als Indikator der Bildungsstatus verwendet worden, da dieser besser – und daher valider – messbar ist. Bekannt ist, dass er im Vergleich zum Indikator Einkommen im zeitlichen Verlauf stabiler ist, wenngleich davon ausgegangen werden muss, dass bei diesem Indikator Kohorteneffekte auftreten. Durch das generelle Ansteigen des Ausbildungsniveaus sinkt der Anteil jener, die eine niedrigere Ausbildung haben, weshalb innerhalb verschiedener Altersgruppen große Unterschiede im Bildungsstatus auftreten können (6, S. 17). Um diesen Effekt auszugleichen, ist bei Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 eine Altersstandardisierung – nicht nach Geschlecht getrennt und nur für die Steiermark – vorgenommen worden (zur Altersstandardisierung siehe Punkt „Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007“ weiter unten). Der Berufsstatus ist ausgeschlossen worden, da dieser vor allem als Indikator für Arbeitsbedingungen, die einen Einfluss auf die Gesundheit haben, gesehen werden kann (7, S. 28).

Um einer der Hauptaufgaben der Gesundheitsberichterstattung und des Monitorings nachkommen zu können, nämlich Entwicklungsverläufe aufzuzeigen (8, S. 18), ist darüber hinaus bei jenen Indikatoren, bei denen Daten in ausreichender Qualität vorliegen, eine Zeitreihe dargestellt worden.



### III.2.1 EU-SILC

Zur Darstellung der Chancengleichheit (Kapitel „Gleiche Chancen für Gesundheit ermöglichen“) sowie der schwierigen Erreichbarkeit von medizinischen Versorgungseinrichtungen (Kapitel „Gesundheitssystem gesundheitsfördernd gestalten“) und des Zugangs zu Grünflächen (Kapitel „Mit Bewegung und Ernährung die Gesundheit der SteirerInnen verbessern“) sind Daten aus der European Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) verwendet worden. Der EU-SILC ist eine europaweite Befragung zu Armut und sozialer Ausgrenzung (9, S. 1), welche seit 2004 (in manchen EU-Ländern seit 2005) jährlich stattfindet, nachdem sie 2003 das erste Mal in sechs Mitgliedsstaaten, darunter auch Österreich, durchgeführt worden ist (10, S. 6). Seit 2005 wird jährlich ein Modul mit vertiefenden Fragen in die Erhebung integriert, im Jahre 2007 z.B. zur Wohnsituation (9, S. 3).

Inhalt des EU-SILC ist das im März 2001 beschlossene Laeken-Indikatorenset, welches 18 verschiedene Indikatoren beinhaltet und mithilfe der EU-SILC-Daten berechnet wird (11, S. 1). Insgesamt werden dabei vier verschiedene Themenbereiche angesprochen: finanzielle Armut, Beschäftigung, Bildung und Gesundheit. Die Indikatoren werden in zwei Gruppen unterteilt, von denen sich die zehn primären Indikatoren mit den wichtigsten Ursachen sozialer Ausgrenzung befassen und die acht sekundären Indikatoren zur weiteren Beschreibung anderer Dimensionen des Problems der sozialen Ausgrenzung (12, S. 1, 5) dienen. Zur Darstellung der Ungleichheit in der Einkommensverteilung gibt es in diesem Indikatorenset zwei mögliche Indikatoren. Durch den Vergleich des obersten Einkommensquintils mit dem untersten Einkommensquintil („Quintil Share Ratio“) wird Ungleichheit in der Einkommensverteilung abgebildet. Während dieser Indikator einen Vergleich der einkommensschwachen mit der einkommensstarken Bevölkerung ermöglicht, wird durch den Gini-Koeffizienten die gesamte Einkommensverteilung abgebildet (12, S. 4). Da sich der erste Indikator laut Laeken mit der wichtigsten Ursache sozialer Ausgrenzung befasst und die Verteilung des Reichtums in einer Gesellschaft widerspiegelt, ist er für die Gesundheitsberichterstattung ausgewählt worden (13, S. 20).

Die Grundgesamtheit des EU-SILC bilden alle in Privathaushalten lebenden Personen in Österreich, wobei durch eine EU-Verordnung festgelegt ist, dass davon mindestens 4.500 Haushalte im Querschnitt und 3.250 Haushalte im Längsschnitt befragt werden müssen. Da der EU-SILC gleichzeitig eine Querschnitts- und Längsschnittbefragung ist, bedeutet dies, dass Haushalte insgesamt vier Jahre hintereinander befragt werden, bevor sie durch andere Haushalte ersetzt werden. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig (9, S. 3). Zur Sicherung der Datenqualität wendet die Statistik Austria mehrere Techniken an. Aufgrund

der Erhebung anhand telefonischer oder persönlicher Interviews mithilfe eines Computers sind erste Plausibilitätsprüfungen bereits während der Erhebungsphase möglich (9, S. 10). Da das Hauptinteresse der EU-SILC-Befragung bei der Erhebung des Haushaltseinkommens liegt, werden fehlende Daten beim Einkommen einer Person oder fehlende Daten eines Haushaltsmitgliedes imputiert. Dies bedeutet, dass diese fehlenden Werte anhand anderer Angaben geschätzt und ersetzt werden. Insgesamt ist jedoch für die bisherigen EU-SILC-Erhebungen eine niedrige Imputationsrate festgestellt worden (9, S. 14).

In der für Österreich repräsentativen Stichprobe werden aufgrund der Definition der Grundgesamtheit keine Personen, die in Anstaltshaushalten (→ Glossar) bzw. Gemeinschaftsunterkünften wohnen, in die Befragung aufgenommen. Weiters sind auch Personen ohne festen Wohnsitz nicht in der Stichprobe enthalten (9, S. 6). Die Daten werden seitens der Statistik Austria für Österreich hochgerechnet, wobei die Genauigkeit der Hochrechnung mit einer zunehmenden Anzahl an Befragten, die für die Hochrechnung verwendet werden, steigt. Dies heißt in weiterer Folge, dass zum Beispiel die Bundesländerergebnisse ungenauer werden, da die zugrunde liegende Stichprobe kleiner ist. Solche Ergebnisse veröffentlicht die Statistik Austria zwar, sie weist jedoch ausdrücklich auf die damit verbundene große Schwankungsbreite hin. Ergebnisse auf Bundesländerebene, die sich scheinbar deutlich von den Vorjahrsergebnissen unterscheiden, müssen außerdem auch nicht zwangsläufig auf eine tatsächliche Änderung hinweisen (14, S. 21). Aufgrund der niedrigen Fallzahlen werden die auf EU-SILC beruhenden Bundesländerdaten weder nach Geschlecht noch nach Alter oder Bildungsstatus stratifiziert dargestellt.

### **III.2.2 Gesundheitsbefragung 2006/2007**

Zur Analyse des Gesundheitszustands, der selbst berichteten chronischen Erkrankungen und des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens sind im Bericht Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 verwendet worden (Kapitel „Gesundheitszustand“, „Mit Ernährung und Bewegung die Gesundheit der SteirerInnen verbessern“ und „Bewusstsein im Umgang mit Alkohol fördern“).

Die Österreichische Gesundheitsbefragung ist in den Jahren 2006 und 2007 erstmals durchgeführt worden und ersetzt die bis dahin in unregelmäßigen Abständen durchgeführten Sonderprogramme Gesundheit des Mikrozensus, die sich in ihrer Fragestellung teilweise unterschieden haben. Grundlage für die Befragung sind Fragemodule, die gemeinsam von den Mitgliedsstaaten und Eurostat entwickelt worden und unter dem European Health Interview Survey (EHIS) zusammengefasst sind. Zukünftig soll die Gesundheitsbefragung

von allen europäischen Mitgliedsstaaten alle fünf Jahre durchgeführt werden (15, S. 3). Die nächste Gesundheitsbefragung in Österreich ist für das Jahr 2014 geplant (15, S. 7).

Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 sind die Personen zu drei verschiedenen Themen (Gesundheitszustand, Risikofaktoren und Inanspruchnahme von Vorsorge- und Versorgungsleistungen) befragt worden. Darüber hinaus sind die sozio-demografischen Faktoren der Personen erfasst worden (16, S. 11).

Die der Stichprobe zugrunde liegende Grundgesamtheit hat alle Personen in Österreich, die im Zentralen Melderegister erfasst und mindestens 15 Jahre oder älter gewesen sind, umfasst. Insgesamt sind in den Jahren 2006 und 2007 in Österreich 15.474 Personen, davon 2.816 in der Steiermark, im Rahmen von persönlichen computerunterstützten Interviews befragt worden (16, S. 50). Zur Qualitätssicherung sind unter anderem bereits während der Befragung Plausibilitätschecks durchgeführt und fehlende Werte imputiert worden. Um Fehler in der Stichprobenziehung bzw. den Ausfall ganzer Interviews auszugleichen, hat die Statistik Austria eine Gewichtung der Fälle vorgenommen.

Vergleicht man die hochgerechneten Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 mit der Zahl der Bevölkerung aus der Statistik des Bevölkerungsstandes, so werden nur geringfügige Abweichungen sichtbar.

**Tabelle 1: Vergleich Daten der Bevölkerungsstatistik und der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007**

Gliederungsmerkmal	Bevölkerung laut Statistik Austria im Jahr 2007		hochgerechnete Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007		Differenz	
	Absolut	Prozent <sup>1)</sup>	Absolut	Prozent <sup>1)</sup>	Absolut	Prozent <sup>1)</sup>
15 – 24	147.666	14,4	147.904	14,4	-238	0,0
25 – 34	156.209	15,2	157.178	15,3	-969	-0,1
35 – 44	197.948	19,3	198.746	19,4	-798	-0,1
45 – 54	172.412	16,8	171.092	16,7	1.320	0,1
55 – 64	133.179	13,0	128.789	12,6	4.390	0,4
65 – 74	114.680	11,2	118.688	11,6	-4.008	-0,4
75 +	103.684	10,1	103.801	10,1	-117	0,0
Gesamt	1.025.778	100,0	1.026.198	100,0		

1) Werte auf eine Nachkommastelle gerundet.

Datenquelle: Statistik Austria; Berechnung: FH JOANNEUM

Was die Abschätzung der Genauigkeit der Ergebnisse anlangt, so gilt es zu beachten, dass es sich bei diesen Daten um Selbstauskünfte und nicht um medizinische Ergebnisse handelt.

Das heißt, die Befragten antworten nach ihrer Einschätzung und ihrem Wissensstand (15), (14, S. 16).

Bei der Einschätzung der Repräsentativität sind hingegen mögliche stichprobenbedingte Effekte in Betracht zu ziehen, da es sich bei diesen Daten nicht um eine Vollerhebung, sondern um Stichprobendaten handelt, welche Stichprobenfehler aufweisen können. Dies bedeutet in weiterer Folge, dass für jeden Wert, der errechnet wird, je nach Fallzahl von einem unterschiedlich großen Konfidenzintervall (→ Glossar) ausgegangen werden muss.

**Tabelle 2: Konfidenzintervalle der Befragungsergebnisse der Steiermark im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007**

Personen in 1.000 (nach der Hochrechnung)	Konfidenzintervall	
	Untere Grenze	Obere Grenze
1	-185	2.185
2	324	3.676
3	948	5.052
4	1.632	6.368
5	2.353	7.647
6	3.101	8.899
7	3.870	10.130
8	4.655	11.345
9	5.453	12.547
10	6.262	13.738
20	14.729	25.271
30	23.563	36.437
40	32.589	47.411
50	41.739	58.261
60	50.977	69.023
70	60.283	79.717
80	69.643	90.357
90	79.048	100.952
100	88.491	111.509
200	184.227	215.773
300	281.319	318.681
400	379.190	420.810
500	477.618	522.382
600	576.489	623.511
700	675.743	724.257
800	775.344	824.656
900	875.275	924.725
1.000	975.534	1.024.466

Datenquelle: Statistik Austria; Berechnung: FH JOANNEUM nach (16, S. 57-58).

Das heißt, wenn zum Beispiel nach der Auswertung der hochgerechneten, gewichteten Daten rund 20.000 SteirerInnen eine bestimmte Verhaltensweise angegeben haben, dann muss aufgrund des Stichprobenfehlers davon ausgegangen werden, dass mit einer 95%-Wahrscheinlichkeit die „wahre“ Anzahl zwischen 14.726 und 25.271 Personen liegt. Aus der Tabelle wird ersichtlich, dass mit steigender Anzahl der Personen die Genauigkeit der Ergebnisse zunimmt. Das bedeutet folglich, dass die Ergebnisse der Österreichischen

Gesundheitsbefragung 2006/2007, die für diesen Bericht auf Steiermarkebene nach Geschlecht und Alter sowie nach Geschlecht und Bildung stratifiziert worden sind, mit großer Vorsicht zu interpretieren sind, vor allem wenn die Gruppen klein sind.

Trotz der Schwankungsbreite der Ergebnisse ist für die nach Bildung stratifizierten Daten für die gesamte Steiermark und nur getrennt nach Personen, mit oder ohne Matura eine Altersstandardisierung durchgeführt worden. Das heißt, diese Daten sind um den Effekt des Alters bereinigt worden. Aufgrund des generell steigenden Bildungsniveaus sind in den jüngeren Altersgruppen weniger PflichtschulabsolventInnen vertreten als in den älteren Altersgruppen (vgl. Indikator 4.2.5 „Bildung“). Die Altersstandardisierung ist unter Verwendung der alten europäischen Standardbevölkerung und unter Zusammenfassung von Daten in 10er-Jahresgruppen durchgeführt worden. Obwohl diese altersstandardisierten Daten mit großer Vorsicht zu interpretieren sind, ist davon auszugehen, dass sie zumindest eine Tendenz anzeigen können.

Aufgrund des gewählten Stichprobenplans kann davon ausgegangen werden, dass die Bundesländerergebnisse trotz unterschiedlicher Stichprobengrößen miteinander vergleichbar sind (15, S. 18).

### **III.2.3 Mikrozensus – Arbeitskräfteerhebung und Sondermodul Gesundheit**

Da die Österreichische Gesundheitsbefragung (2006/2007) in der oben vorgestellten Form erst einmal durchgeführt worden ist, ist es aufgrund der Datenverfügbarkeit und der inhaltlichen Übereinstimmung zur Darstellung einer Entwicklung über die Zeit erforderlich gewesen, Daten aus den Gesundheitsbefragungen im Rahmen der Mikrozensus von 1983, 1991 und 1999 heranzuziehen (Kapitel „Gesundheitszustand“ und „Mit Ernährung und Bewegung die Gesundheit der SteirerInnen verbessern“). Weiters sind die Daten über die befristet beschäftigten Personen aus der im Rahmen des Mikrozensus durchgeführten Arbeitskräfteerhebung sowie die Anzahl der Haushalte in Österreich in den Jahren 2004 – 2008 analysiert worden (Kapitel „Gesundheitsbedingungen im Arbeitsleben verbessern“).

Seit 1968 werden in Österreich vierteljährlich Mikrozensus-Befragungen durchgeführt, die in der ersten Phase vor allem sozialstatistische Fragestellungen beinhaltet haben und aus einem gleichbleibenden Grundprogramm zur Beobachtung des Arbeitsmarkts und einem wechselnden Sonderprogramm bestanden haben (17, S. 6). Der Mikrozensus besteht derzeit aus der Arbeitskräfte- und der Wohnungserhebung (17, S. 3). Bis 1994 ist das Lebensunterhaltskonzept (→ Glossar) verwendet worden, danach ist das Labour-Force-Konzept (→

Glossar) zur Anwendung gekommen. Im Jahr 2004 sind im Mikrozensus weitere Änderungen vorgenommen worden, die einen methodischen Umbruch darstellen (17, S. 7). Aus diesem Grund sind Daten ab 2004 mit Daten vor 2004 nur bedingt vergleichbar (18, S. 510-511). Die Teilnahme am Mikrozensus selbst ist verpflichtend (19), jene an den Sondermodulen nicht (20, S. 1). Die Stichprobe für den Mikrozensus wird basierend auf Wohnungen/Haushalten gezogen, wobei alle in einem Haushalt lebenden Personen befragt werden. Derzeit werden pro Quartal rund 22.500 Haushalte in Österreich befragt (19).

Die Qualität wird durch ähnliche Maßnahmen wie bei den weiter oben beschriebenen Befragungen gesichert: Plausibilitätsprüfungen bei der Eingabe, Imputationen und eine Hochrechnung mit Gewichtung der einzelnen Datensätze (17, S. 18-19). Insgesamt wird davon ausgegangen, dass auf Bundeslandebene aussagekräftige Ergebnisse vorliegen (17, S. 10). Die Daten, die aus den Sonderprogrammen Gesundheit zur Darstellung der Entwicklung im Laufe der Zeit verwendet werden, sind punktuell mit jenen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 vergleichbar (15, S. 6). Insbesondere hinsichtlich der Fragestellung auftretende Unterschiede werden bei der jeweiligen Indikatorenbeschreibung gesondert dargestellt.

### **III.2.4 Statistik des Bevölkerungsstandes**

Bis 2002 ist die Statistik des Bevölkerungsstandes basierend auf den Ergebnissen der Volkszählung, welche alle zehn Jahre stattgefunden hat, erstellt worden. Zwischen den Volkszählungen ist die Statistik nach den Meldungen der Standesämter (Geburten und Sterbefälle) sowie den Meldungen aus den Ämtern der Landesregierungen (Einbürgerungen) und seit 1996 nach den Meldungen der Gemeinden (Wanderbewegungen) fortgeschrieben worden (21, S. 4). Seit dem Jahr 2002 wird die Statistik des Bevölkerungsstandes anhand des Zentralen Melderegisters (ZMR) erstellt. Ab- und Anmeldungen und Daten zum Hauptwohnsitz werden nun automatisch an die Statistik Austria übermittelt und in das bevölkerungsstatistische System (POPREG) integriert (21, S. 4-5). Seit Anfang 2006 sind auch Obdachlosmeldungen (→ Glossar) im System enthalten. Gezählt werden insgesamt alle Personen, die sich mehr als 90 Tage in Österreich aufhalten (21, S. 10). Das neu geschaffene POPREG dient auch als Grundlage für die Registerzählung, die ab 2010 die Volkszählungen ersetzen soll (21, S. 4-5). Da es sich um eine Vollerhebung handelt, kann von einer geringen Schwankungsbreite der Daten ausgegangen werden. Weiters wird eine hohe Qualität der Daten angenommen, da die Daten aus Dokumenten mit Urkundencharakter stammen. Zusätzlich ermöglicht eine personenbezogene Identifikationsnummer

eine eindeutige Zuordnung und Verknüpfung verschiedener Meldeereignisse einer Person (21, S. 16).

### **III.2.5 Statistik der Standesfälle inkl. Todesursachenstatistik**

Die Statistik der Standesfälle inklusive der Todesursachenstatistik ist einerseits verwendet worden, um die Todesfälle nach Haupttodesursachen sowie die alkoholbezogenen Todesfälle zu berichten. Andererseits ist diese Statistik herangezogen worden, um die Indikatoren „Altersverteilung der Mütter bei der Entbindung“ sowie „Niedriges Geburtsgewicht“ abzubilden (Kapitel „Gesundheitszustand“, „Bewusstsein im Umgang mit Alkohol in der Steiermark fördern“ und „Gesundes und selbstbestimmtes Leben mit Familie, Partnerschaft und Sexualität fördern“).

Die Statistik der Standesfälle ist eine Sekundärstatistik, die basierend auf Unterlagen der Personenstandsbehörden (Standesämter) erstellt wird (22, S. 8). Inhalt der Statistik der Standesfälle sind Geburten, Todesfälle und Eheschließungen (22, S. 3). Die Standesämter erhalten üblicherweise von den Krankenhäusern bzw. den TotenbeschauärztInnen Formblätter, in denen Daten zu den Geburten bzw. Todesfällen enthalten sind. Die Eheschließungen werden von den Standesämtern selbst verzeichnet (22, S. 7). Die Statistik der Standesfälle entspricht nach Angaben der Statistik Austria den internationalen Standards, da diese Statistik auf Dokumenten mit Urkundencharakter aufbaut (22, S. 14). Die darin enthaltene Statistik der Todesursachen wird als eine traditionelle Datenquelle für bevölkerungsbezogene Aussagen über den Gesundheitszustand verwendet, da davon auszugehen ist, dass durch die Todesursache auch ein Rückschluss auf vorliegende Krankheiten möglich ist. Jedoch wird darauf hingewiesen, dass bei Personen höheren Alters sowie in Fällen von Multimorbidität oft eine genauere Differenzierung der Todesursache ausbleibt. Aus diesem Grund wird eine Überschätzung der Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und eine Unterschätzung der Todesfälle aufgrund bösartiger Neubildungen angenommen (23, S. 30-31). Weiters hängt die Qualität der Todesursachenstatistik von der Obduktionsrate ab, die genauere Angaben zur Todesursache ermöglicht. Die generell in Österreich sehr hohe Obduktionsrate von rund 23% ist jedoch seit einigen Jahren rückläufig (22, S. 14).

### **III.2.6 European Social Survey**

Zur Beteiligung an Unterschriftensammlungen sowie zur Mitarbeit in Organisationen oder Vereinigungen (exkl. parteipolitischer Organisationen) werden im Rahmen dieses Berichts

Daten des European Social Survey (ESS) präsentiert. Dieser Survey wird seit 2002 im Rhythmus von zwei Jahren in mittlerweile 30 Ländern durchgeführt (24). Die Daten des ESS sind auf Bundesländerebene und im zeitlichen Verlauf, jedoch nicht nach Geschlecht, Alter und Bildung getrennt auswertbar. Die Interpretation der Daten ist aufgrund der geringen Fallzahl an Befragten pro Bundesland nur mit großer Vorsicht möglich (25). Daten für die Befragungsrunde aus dem Jahr 2008 stehen für Österreich erst ab Herbst 2010 zur Verfügung (26).

### III.2.7 Weitere Datenquellen

Die Bewertung der Validität und Aussagekraft der folgenden weiteren für den *Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark* verwendeten Daten(quellen) ist beim jeweils angeführten Indikator bzw. im jeweiligen Kapitel zu finden.

**Tabelle 3: Auflistung weiterer Datenquellen**

Kapitel	Datenquelle	Indikator(en)
Gesundes Leben mitgestalten	Wahlstatistik	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wahlbeteiligung an der Gemeinderatswahl</li> </ul>
Gleiche Chancen für Gesundheit ermöglichen	Arbeitsmarktstatistik	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gesamtarbeitslosigkeit</li> <li>Langzeitarbeitslosenquote</li> </ul>
Gesundheitsbedingungen im Arbeitsleben verbessern	Daten zu BGF-Gütesiegelanträgen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reichweite von gesunden Betrieben</li> </ul>
	Fehlzeitenreport	<ul style="list-style-type: none"> <li>Krankenstandsquote</li> </ul>
	Arbeitsklimaindex	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arbeitsklima</li> </ul>
Bewusstsein im Umgang mit Alkohol in der Steiermark fördern	Verkehrsunfallstatistik	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verletzte bei Straßenverkehrsunfällen mit Alkoholbeteiligung</li> <li>Todesfälle im Straßenverkehr mit Alkoholbeteiligung</li> </ul>
Gesundes und selbstbestimmtes Leben mit Familie, Partnerschaft und Sexualität fördern	Kriminalstatistik	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gewaltdelikte</li> </ul>
	Spitalsentlassungsstatistik	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kaiserschnitte</li> </ul>
	Nachweise der Infektionskrankheiten des BMG	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausgewählte übertragbare Geschlechtskrankheiten</li> </ul>
	Statistik der steirischen AIDS-Hilfe	<ul style="list-style-type: none"> <li>Neuinfektionen HIV</li> </ul>
Gesundheitssystem gesundheitsfördernd gestalten	Daten des LBIHPR, FGÖ und FA8B	<ul style="list-style-type: none"> <li>Projekte in Einrichtungen des Gesundheitswesens</li> </ul>
	Daten der Steiermärkischen GKK	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integrierte Versorgung</li> </ul>
	Daten der Selbsthilfekontaktstelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>Selbstorganisation der Gesellschaft zu Gesundheitsthemen</li> </ul>



### **III.3 Qualitative Daten**

#### **III.3.1 Gesundheit in alle Bereiche der Gesellschaft bringen**

Im Rahmen des Projekts „GeKiS“ (Gesundheits-Kernindikatoren Steiermark) sind folgende fünf Indikatoren entwickelt worden, die versuchen, eine Darstellung der Aktivitäten im Bereich des Grundsatzes „Gesundheit in alle Bereiche der Gesellschaft bringen“ zu ermöglichen:

1. Institutionelle Rahmenbedingungen
2. Sektorenübergreifende Kostenteilung
3. Multisektorale Berücksichtigung von Gesundheit in der Prioritätensetzung
4. Verbindliche Formalisierung der Verpflichtung zu sektorenübergreifender Zusammenarbeit
5. Informationsinstrumente zur Förderung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit

Die Recherche der Daten ist durch zwei Methoden erfolgt: Einerseits ist eine systematische Recherche (Indikatoren drei und vier) durchgeführt, andererseits sind leitfadengestützte Interviews mit den Fachabteilungsleitern und FachabteilungsleiterstellvertreterInnen der Abteilung 8 gemacht worden (Liste der InterviewpartnerInnen siehe Anhang 1).

#### Recherche:

Zur Datengewinnung für die Darstellung der Indikatoren drei und vier ist eine systematische Recherche im Online-Archiv des Landtags Steiermark, im Rechtsinformationssystem des österreichischen Bundeskanzleramtes (RIS) und auf den Seiten des Landeshauptmanns ([www.landeshauptmann.steiermark.at/](http://www.landeshauptmann.steiermark.at/)) durchgeführt worden. In den ersten beiden Quellen sind Dokumente anhand des Begriffs „gesund“ gesucht worden. Aufgenommen worden sind nur Dokumente, die in den Berichtszeitraum fallen. Das heißt, bei Landtagsdokumenten ist ein Beschlussdatum ab 1. Jänner 2005 erforderlich gewesen, bei den Dokumenten des RIS eine Novellierung oder Änderung nach dem 31. Dezember 2004.

Als Einschlusskriterien sind folgende Punkte festgelegt worden:

- Im Dokument/Beschluss/Gesetz wird die multisektorale Verantwortung für Gesundheit angesprochen. Multisektorale Verantwortung heißt, dass ein Sektor, der nicht der Gesundheitssektor ist, vom Landtag zur Setzung von Aktivitäten aufgefordert wird mit der Begründung, „Gesundheit zu stärken/fördern/schützen“, oder dass die Sektoren (außer dem Gesundheitssektor) selbstständig Initiativen oder Handlungen tätigen (auch durch Gesetze), die die Gesundheit fördern. Wird zum Beispiel ein Landesrat/eine Landesrätin, der/die für Bildung zuständig ist, vom Landtag aufgefordert, weitere Handlungen zu

veranlassen, die ein gesundes Schulbuffet ermöglichen, so ist dies multisektorale Verantwortung.

- Im Dokument/Beschluss werden Themen der Gesundheitsziele Steiermark angesprochen (27).

Da es das Ziel gewesen ist, die politischen Prioritäten zum Thema multisektorale Verantwortung für Gesundheit zu erfassen, sind ausgehend von der Annahme, dass politische Prioritäten auch handlungsorientierte Beschlüsse und nicht eine bloße Kenntnisnahme erfordern, einerseits alle Dokumente, die vom Landtag nur zur Kenntnis genommen worden sind und keinen expliziten Handlungsbeschluss beinhalten, ausgeschlossen worden. Andererseits sind sowohl Dokumente exkludiert worden, in denen der Gesundheitssektor Forderungen an andere Sektoren richtet, weil solche Aufforderungen alleine noch nicht keine gesundheitsbezogenen Prioritäten in anderen Sektoren darstellen, als auch Landtagsbeschlüsse, die den Gesundheitssektor zur Lösung von Problemen aufgefordert haben, die eine sektorenübergreifende Kooperation benötigen würden, da eine Aufforderung allein an das Gesundheitsressort ebenfalls auf ein sektorales – und nicht multisektorales – Politikverständnis hinweist.

Die aufgenommenen Dokumente sind einerseits verschiedenen Sektoren und andererseits den verschiedenen Themenbereichen der *Gesundheitsziele Steiermark* zugeordnet worden. Für die Sektoreneinteilung sind die WHO-Strategie Gesundheit<sup>21</sup> sowie der *Gesundheitsbericht 2005 für die Steiermark* herangezogen worden.

**Tabelle 4: Auflistung der Sektoren und der zugeordneten Thematiken**

Sektoren	Inhalte
Finanzsektor	Budget, Finanzierung, preis- und steuerpolitische Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit (z.B. Kinderbetreuungsgeld), Steuern auf gesundheitsschädliche Erzeugnisse
Landwirtschafts- und Lebensmittelsektor	Veterinärangelegenheiten, Forst-/Waldangelegenheiten, land- und forstwirtschaftliche Schulen, Sicherheit und Gesundheitsschutz in landwirtschaftlichen Ausbildungseinrichtungen, Anwendung von Pflanzenschutzmitteln, Schulbuffets, Lebensmittelsicherheit
Sektor Bildung	Ausbildung, Schulbildung wie z.B. Unterrichtsfächer, Schulpflicht, Lehrlingsausbildung, Ernährung an Schulen, Gesundheitsdienst an Schulen, Sicherheit und Gesundheit während der Ausbildung
Sektor Energie	Elektrizitätswirtschaft
Sektor Justiz und Gesetzgebung	Gestaltung der Rechtsordnung, Umsetzung von Richtlinien der Europäischen Union zur Förderung der Sicherheit und Gesundheit, gesetzliche Gegenmaßnahmen bei Verstößen gegen Gesetze zum Umwelt- und Gesundheitsschutz
Sektor Medien	Werbung, Information, Marketing
Sektor natürliche Umwelt	Wasser, Abfall, Naturschutz, Schutzgebiete, Umweltverschmutzung, Verwendung und Auswirkungen von Stoffen wie Pflanzenschutzmittel, Messung des Umweltzustandes

Sektoren	Inhalte
Sektor soziale Sicherheit	Wohlfahrt, Leistungen für ältere Menschen, soziokulturelle Infrastruktur, Pflege
Sektor Tourismus	Tourismus, Freizeit, Bewilligung von Unterweisung im Skilauf, Gefährdung der ArbeitnehmerInnen in Gastronomie (z.B. durch Tabakrauch), Sport, Glücksspielapparate
Sektor Transport	Verkehr, Förderung des Radverkehrs
Sektor Wirtschaft	Arbeit, Beschäftigung, Industrie, Baugewerbe, Maßnahmen zur Stärkung der Wirtschaft, Verkauf von Lebensmitteln, Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz, (Richtlinien zum) Schutz der Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit (z.B. vor gefährlichen Stoffen oder Tabakrauch), Schulbuffets, betriebliches Gesundheitsmanagement

Da es zwischen den Sektoren zu thematischen Überschneidungen kommen kann, z.B. kann das Thema Förderung des Radverkehrs einerseits vom Transport- und andererseits vom Tourismussektor aufgegriffen werden, sind teilweise Mehrfachzuordnungen vorgenommen worden. Den Sektoren Finanz und Justiz sind Maßnahmen nur zugeordnet worden, wenn diese auf die Initiative der Justiz-/Finanzabteilung zurückzuführen und diese Sektoren die Hauptakteure für die Initiierung der Gesetzgebung und ebenfalls für die Umsetzung sind.

### Interviews

Zur Beantwortung der anderen Indikatoren und um weitere Informationen zu den Indikatoren drei und vier zu gewinnen, sind mit den drei Leitern der Fachabteilungen 8A, 8B und 8C leitfadengestützte Interviews durchgeführt worden. Darüber hinaus sind noch mit einem weiteren Vertreter der Fachabteilung 8B (Dr. Amegah, MAS(ÖGD), MPH) und einer Mitarbeiterin des Gesundheitsfonds Steiermark (Mag.<sup>a</sup> Zettinig, MPH) Interviews geführt worden, um weitere Ergebnisse zu erhalten. Diese beiden Personen sind ausgewählt worden, da sie in ihrem Arbeitsbereich jeweils für Gesundheitsförderung und die Umsetzung der *Gesundheitsziele Steiermark* zuständig sind.

Im Leitfaden sind folgende fünf im Interview zu behandelnden Themenbereiche festgelegt worden:

1. Existenz einer schriftlichen oder formalisierten Zusammenarbeit (= institutionalisierte Zusammenarbeit) mit anderen Abteilungen
2. Beschlüsse der Landesregierung mit der Verpflichtung zu einer abteilungsübergreifenden Zusammenarbeit im Rahmen der *Gesundheitsziele Steiermark*
3. Abteilungsübergreifende Finanzierung von gesundheitszielorientierten Projekten
4. Existenz von Health Impact Assessments in der Steiermark
5. Existenz von Bestrebungen zur Verankerung von multisektoraler Verantwortung

Vor dem Interview ist geklärt worden, ob die Interviewten mit der namentlichen Nennung im Gesundheitsbericht einverstanden sind, wobei alle fünf eingewilligt haben. Die Interviews haben im Durchschnitt 20 Minuten gedauert, wobei das kürzeste ca. 15 Minuten und das

längste eine Stunde gedauert hat. Die Ergebnisse der Interviews sind den Interviewpartnern/der Interviewpartnerin als Ergebnisprotokoll per E-Mail zurückgespielt worden mit der Bitte um Bestätigung, Korrektur oder Änderungen. Alle haben bestätigt bzw. kurze Rückmeldung zum Ergebnisprotokoll gegeben. Anschließend sind die Inhalte der Interviews den jeweiligen Indikatoren zugeordnet worden.

### **III.3.2 Exkurs im Kapitel „Mit Bewegung und Ernährung die Gesundheit der SteirerInnen verbessern“**

Im Exkurs des Kapitels „Mit Bewegung und Ernährung die Gesundheit der SteirerInnen verbessern“ wird versucht, jene Indikatoren des „*Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken*“ (28) abzubilden, welche die Indikatoren der *Gesundheits-Kernindikatoren Steiermark* inhaltlich ergänzen. Die Generierung entsprechender Daten ist mittels einer Internetrecherche basierend auf dem Schneeballverfahren erfolgt (29). Die Suchwörter dazu sind in Anlehnung an den jeweiligen Indikator definiert worden. Die darauffolgende Recherche hat sich auf Informationen in relevanten Treffern bzw. die Nutzung weiterführender Verlinkungen auf den Websites gestützt.

Ergänzende Informationen zu den Indikatoren sowie mögliche Verbesserungspotenziale zur Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen und Angebote sind im Zuge von 18 ExpertInneninterviews erhoben worden. Basis der Personenauswahl für die Befragung mittels Leitfadeninterviews ist die Identifikation von Sektoren gewesen, welche die Grundlagen für gesundheitsfördernde Ernährung und Bewegung maßgeblich beeinflussen. Ausgangspunkte diesbezüglich haben das Kapitel 5 aus „Gesundheit21. Das Rahmenkonzept ‚Gesundheit für alle‘ für die Europäische Region der WHO“ (30) sowie „Global Strategy on Diet, Physical Activity & Health“ (31) und das „WEISSBUCH Ernährung, Übergewicht, Adipositas: Eine Strategie für Europa“ (32) dargestellt. Im Rahmen der Interviews haben Informationen aus folgenden Sektoren bzw. Bereichen erhoben werden können: Setting Schule, Setting Arbeit, Setting Gemeinde, Sport- und Bewegungsangebote, Raum- und Landschaftsplanung, Verkehrsplanung, Landwirtschaft, Handel, Gastronomie, Gemeinschaftsverpflegung sowie Medien und Kommunikation.

Die Recherche nach potenziellen InterviewpartnerInnen ist ebenfalls mittels Schneeballverfahrens erfolgt (33, S. 165). Dazu sind Personen mit Kenntnissen hinsichtlich gesundheitsfördernder Projekte und Programme in der Steiermark gebeten worden, entsprechende ExpertInnen aus den bereits genannten Sektoren zu nennen. Die Auswahl derselben ist im Anschluss nach definierten Vorgaben erfolgt. Einschlusskriterien sind beispielsweise gewesen:

- Steiermark-Expertise (ExpertInnenwissen speziell über Geschehnisse und Tätigkeiten im Bundesland Steiermark)
- Feldexpertise (ExpertInnenwissen in Bezug auf das Thema gesundheitsfördernde Bewegung und Ernährung)
- breiter Zugang zum Thema (z.B. umfassende Kenntnisse und/oder Erfahrungen mit verschiedenen laufenden bzw. umgesetzten Programmen und Projekten im Bewegungs- und/oder Ernährungsbereich)
- möglichst hohe landespolitische Unabhängigkeit bzw. keine berufliche Zugehörigkeit zum Amt der Steiermärkischen Landesregierung

Ausschlusskriterien sind unter anderem eine mangelnde Bereitschaft zur Kooperation sowie die Nichterfüllung der oben genannten Einschlusskriterien gewesen.

Die Durchführung der Interviews hat telefonisch im Jänner 2010 stattgefunden. Die Gespräche haben je nach InterviewpartnerIn zwischen 20 und 60 Minuten gedauert. Die Gesprächsführung hat sich an einem vorab getesteten Interviewleitfaden orientiert, welcher vier Themengebiete umfasst. Dabei hat es sich gehandelt um:

- Projekte und Programme in der Steiermark, welche eine körperliche Aktivität und/oder gesundheitsfördernde Ernährung forcieren
- Verbesserungspotenziale bezüglich der Umsetzung dieser Angebote
- Rahmenbedingungen und gesetzliche Grundlagen in der Steiermark, welche die körperliche Aktivität und/oder gesundheitsfördernde Ernährung unterstützen
- Verbesserungspotenziale bezüglich dieser Rahmenbedingungen

Im Rahmen dieser übergeordneten Themengebiete ist versucht worden, gezielt Informationen zur Abbildung der ausgewählten Indikatoren zu erhalten. Im Anschluss daran ist für jedes Interview ein Ergebnisprotokoll erstellt worden, welches in der Folge von der Expertin/dem Experten freigegeben worden ist.

Die Ergebnisdarstellung zur Beschreibung der Indikatoren erfolgt sowohl unter Miteinbezug der Informationen aus der Internetrecherche als auch unter Auswertung der ExpertInnengespräche. Die Indikatorenreihung bzw. der Aufbau des Kapitels orientiert sich am Schweizer Ergebnismodell, welches als „Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung und Prävention“ gilt (34, S. 3). Im Berichtsteil sind die Referenzen der GesprächspartnerInnen aus Gründen der Platzersparnis codiert worden. Die Codierungsübersicht bzw. die dahinterstehenden ExpertInnen können dem Anhang 2 entnommen werden.

## Quellen- und Literaturverzeichnis

- 1 Maschewsky-Schneider, U., Babitsch, B. & Ducki, A. (1998). Geschlecht und Gesundheit. In Hurrelmann, K. und Laaser, U. (Hg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. (S. 357-370). Weinheim, München: Juventa Verlag.
- 2 WHO. (1999). *Gesundheit21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- 3 ÖBIG. (2004). *1. Österreichischer Männergesundheitsbericht*. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.
- 4 Jahn, I. (2004). *Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich. Materialien und Instrumente zur systematischen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht*. Bremen: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen.
- 5 Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2007). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- 6 Stolpe, S. (2001). Schulbildung/berufliche Ausbildung und Gesundheitszustand. In Mielck, A. und Bloomfield, K. (Hg.), *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. (S. 17-27). Weinheim, München: Juventa Verlag.
- 7 Peter, R. (2001). Berufsstatus und Gesundheit. In Mielck, A. und Bloomfield, K. (Hg.), *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. (S. 28-38). Weinheim, München: Juventa Verlag.
- 8 Klein, S. (2007). Definitionen, Konzepte und Grundlagen. In Reintjes, R. und Klein, S. (Hg.), *Gesundheitsberichterstattung und Surveillance*. (S. 17-27). Bern: Verlag Hans Huber
- 9 Statistik Austria. (2009). *Standard-Dokumentation. Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zu EU-SILC 2007*. Wien: Statistik Austria.
- 10 Guio, A.-C. (2005). *Statistik kurz gefasst. Einkommensarmut und soziale Ausgrenzung in EU-25*. Luxemburg: Eurostat.
- 11 Statistik Austria. (2006). *Laeken-Indikatoren*. Wien: Statistik Austria.
- 12 Dennis, I. & Guio, A.-C. (2003). *Statistik kurz gefasst. Armut und soziale Ausgrenzung in der EU nach Laeken Teil 1*. Luxemburg: Eurostat.
- 13 Grasser, G., Wieseneder, E., Ebner, K. & Plunger, P. (2009). *Projektbericht. GeKiS: Gesundheits-Kernindikatoren Steiermark*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark. (unveröffentlicht).

- 14 Till, M., Datler, G., Glaser, T., Heuberger, R., Mahidi, M., Skina, M., Kafka, E. & Lamei, N. (2009). *Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse EU-SILC 2007*. Wien: Statistik Austria.
- 15 Statistik Austria. (2009). *Standard-Dokumentation. Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zu Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007*. Wien: Statistik Austria.
- 16 Klimont, J., Kytir, J. & Leitner, B. (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
- 17 Statistik Austria. (2008). *Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zu Mikrozensus ab 2004 Arbeitskräfte- und Wohnungserhebung*. Wien: Statistik Austria.
- 18 Haslinger, A. & Kytir, J. (2006). Stichprobendesign, Stichprobenziehung und Hochrechnung des Mikrozensus ab 2004. *Statistische Nachrichten, 2006* (6), 510-519.
- 19 Statistik Austria. (10. Februar 2010). *Mikrozensus ab 2004*. Download vom 11. Februar 2010, von [http://www.statistik.at/web\\_de/frageboegen/private\\_haushalte/mikrozensus/index.html](http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/mikrozensus/index.html)
- 20 Österreichisches Statistisches Zentralamt. (1991). *Mikrozensus. Fragen zur Gesundheit. Sonderprogramm. Erläuterungen*. Wien: Republik Österreich: Österreichisches Statistisches Zentralamt.
- 21 Statistik Austria. (2007). *Standard-Dokumentation. Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Statistik des Bevölkerungsstandes*. Wien: Statistik Austria.
- 22 Statistik Austria. (2005). *Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Statistik der Standesfälle einschließlich Todesursachenstatistik*. Wien: Statistik Austria.
- 23 Schwartz, F. W., Siegrist, J., Troschke, J. & Schlaud, M. (2003). Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen? In Schwartz, F. W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. und Walter, U. (Hg.), *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen*. (S. 23-60). München: Urban & Fischer.
- 24 Norwegian Social Science Data Services. (2009). *The European Social Survey*. Download vom 24. November 2009, von <http://ess.nsd.uib.no/ess/>
- 25 Mueller, K., WISDOM, Persönliches Gespräch, 16. Juni 2009.
- 26 ESS Data Team, Norwegian Social Science Data Services, E-Mail, 25. März 2010.
- 27 Land Steiermark. (2007). *Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.

- 28 Grasser, G., Wieseneder, E., Fink, S., Zisler, M. & Marchl, S. (2009). *Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken: Verhalten, Verhältnisse und Indikatoren*. Graz: Gesundheitsfonds Steiermark.
- 29 Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern. (2009). *e-medien information*. Download vom 16. Februar 2010, von [http://www.emenu.zhbluzern.ch/info/ZHB-Info\\_Springer\\_Link.pdf](http://www.emenu.zhbluzern.ch/info/ZHB-Info_Springer_Link.pdf)
- 30 WHO. (1998). *Gesundheit21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- 31 WHO. (2004). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva: WHO.
- 32 Kommission der Europäischen Gemeinschaften. (2007). *WEISSBUCH Ernährung, Übergewicht, Adipositas: Eine Strategie für Europa*. Brüssel: Kommission der Europäischen Gemeinschaften.
- 33 Geyer, S. (2003). *Forschungsmethoden in den Gesundheitswissenschaften*. München: Juventa Verlag.
- 34 Gesundheitsförderung Schweiz. (2004). *Anleitung zum Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.



# 1. Demografie

## 1.1 Einleitung

Bevölkerungsdaten sind die Grundlage für die Berechnung von vielen in der Gesundheitsberichterstattung verwendeten Indikatoren. Darüber hinaus liefern die Altersstruktur sowie die Entwicklung von Bevölkerungszahlen wichtige Informationen für die Planung von Public-Health-Maßnahmen (1, S. 4), (2, S. 40). So wird zum Beispiel von der WHO empfohlen, dass Regierungen gezielte Maßnahmen als Antwort auf die Alterung der Bevölkerung setzen. Darunter fällt zum Beispiel die Förderung von „Aktivem Altern“ (3, S. 6).

## 1.2 Ergebnisse

### 1.2.1 Bevölkerungsstand

Am 1. Jänner 2009 haben 1.207.479 Personen in der Steiermark gelebt (vgl. Tabelle 1.2.1). Die Steiermark ist damit das Bundesland mit der vierthöchsten EinwohnerInnenzahl im Bundesländervergleich. Mehr EinwohnerInnen (EW) verzeichneten die Bundesländer Wien, Niederösterreich und Oberösterreich. Insgesamt haben 14% der österreichischen Bevölkerung in der Steiermark gewohnt. Von allen SteirerInnen hat Anfang des Jahres 2009 jedeR Fünfte im Bezirk Graz (Stadt) gelebt. Der zweitgrößte Bezirk nach seiner EinwohnerInnenzahl ist der Bezirk Graz-Umgebung gewesen. Die kleinsten Bezirke, in denen je rund zwei Prozent der SteirerInnen gewohnt haben, sind die vier Bezirke Fürstenfeld (22.945 EW), Knittelfeld (29.333 EW), Murau (29.816 EW) und Radkersburg (23.186 EW).

51% der EinwohnerInnen der Steiermark sind weiblich, 49% männlich. Dieses Verhältnis zwischen Frauen und Männern ist am 1. Jänner 2009 in 14 der 17 steirischen Bezirke anzutreffen gewesen. In den Bezirken Graz (Stadt), Leoben und Mürzzuschlag sind 52% der BewohnerInnen weiblich gewesen, im Bezirk Weiz 50%. 14% der SteirerInnen sind am Anfang des Jahres 2009 unter 15 Jahre alt gewesen, 19% über 64 Jahre. Im Vergleich zu den anderen acht Bundesländern gibt es nur im Burgenland einen kleineren Anteil an unter 15-Jährigen (13,7%), die meisten EinwohnerInnen dieser Altersgruppe gibt es in Vorarlberg, wo 17 % der Personen unter 15 Jahre alt sind. Der Anteil der über 64-Jährigen ist sowohl im Burgenland (20%) als auch in Kärnten (19%) höher als in der Steiermark. Auch im Vergleich zu der Altersverteilung der gesamtösterreichischen Bevölkerung ist die steirische Bevölkerung eher – aufgrund eines kleineren Anteils an unter 15-Jährigen und des höheren Anteils an über 64-Jährigen – älter.

**Tabelle 5: Altersverteilung der Bevölkerung in Österreich, in der Steiermark nach den steirischen Bezirken nach Geschlecht am 1. Jänner 2009**

Altersgruppen	St	Steirische Bezirke														Ö																			
		G	B	M	D	L	F	B	F	F	G	U	H	B	J		K	F	L	B	L	E	L	I	M	Z	M	U	R	A	V	O	W	Z	
		<b>in Prozent</b>																																	
<b>Gesamtbevölkerung</b>																																			
0 bis unter 15	14	13	13	15	15	15	15	15	14	14	15	12	15	13	15	14	13	15	14	13	15													15	
15 bis unter 65	67	69	65	68	67	67	68	68	65	66	69	64	66	64	66	66	67	67	68															68	
65 und älter	19	17	22	18	18	18	16	17	22	19	16	24	20	23	19	20	20	17																17	
<b>Frauen</b>																																			
0 bis unter 15	13	12	13	14	15	14	15	15	13	14	15	11	14	12	14	13	13	15																14	
15 bis unter 65	65	67	63	65	64	65	67	65	62	64	67	61	64	62	63	63	65	65																66	
65 und älter	21	20	25	21	21	22	19	20	25	22	19	27	22	26	22	23	23	20																20	
<b>Männer</b>																																			
0 bis unter 15	15	14	13	15	16	16	16	16	14	15	15	12	16	13	15	14	14	16																16	
15 bis unter 65	70	72	68	70	70	69	70	70	68	68	71	67	67	67	69	69	69	70																	69
65 und älter	16	14	19	15	15	15	14	14	18	17	14	21	17	20	16	17	17	14																	15

Datenquelle: Statistik Austria; Berechnung: FH JOANNEUM

Betrachtet man die Altersverteilung der steirischen Bevölkerung nach Geschlecht, so zeigt sich, dass der Anteil der älteren Personen bei Frauen meistens höher als bei Männern ist, weiters ist der Anteil der unter 15-Jährigen bei den Steirerinnen mit 13% niedriger als bei den Steirern mit 15%. Vor allem ist aber der Anteil der Personen, die 65 Jahre und älter sind, in der Steiermark bei den Frauen mit 21% höher als bei den Männern, bei denen 16% dieser Altersgruppe zugeordnet werden können. Im Vergleich zum österreichischen Durchschnitt gibt es sowohl bei Frauen als auch bei Männern einen höheren Anteil an älteren Personen. Ein Vergleich der steirischen Bezirke hinsichtlich ihrer Altersstruktur zeigt, dass im Bezirk Leoben der größte Anteil (24%) an Personen lebt, die 65 Jahre und älter sind (Frauen: 27%, Männer: 21%). Der zweithöchste Anteil ist im Bezirk Mürzzuschlag zu finden (23%), wo insgesamt 26% der Frauen und 20% der Männer dieser Altersgruppe angehören. Der drittgrößte Anteil der Personen dieser Altersgruppe ist in den Bezirken Bruck an der Mur und Judenburg mit jeweils 22% zu verzeichnen. Der niedrigste Anteil an über 64-Jährigen wohnt in den Bezirken Graz-Umgebung und Leibnitz. Der Anteil der Personen unter 15 Jahren schwankt in den steirischen Bezirken zwischen 12 und 15%, wobei sich im Bezirk Leoben der niedrigste Anteil mit zwölf Prozent findet. Ein Anteil von 15% an Personen, die jünger als 15 Jahre sind, ist in insgesamt neun der 17 steirischen Bezirke zu finden. Feststellbar ist, dass der Bezirk Graz-Umgebung die jüngste, der Bezirk Leoben hingegen die älteste Bevölkerung aufweist. Generell ist die NUTS-3-Region „Östliche Obersteiermark“ (Bezirke Leoben, Bruck an der Mur und Mürzzuschlag) jene mit der ältesten Bevölkerung in der Steiermark und die NUTS-3-Region „Graz“ (Bezirke Graz-Stadt und Graz-Umgebung) jene mit der jüngsten Bevölkerung. Weitere Bezirke, in denen die Bevölkerung im Vergleich zu anderen steirischen Bezirken jünger ist, sind die Bezirke Hartberg und Weiz. Die

Altersverteilung spiegelt sich auch im durchschnittlichen Alter der Wohnbevölkerung wider: So beträgt das Durchschnittsalter in Leoben 45,6 Jahre, während es in Hartberg mit 40,8 Jahren um fast fünf Jahre niedriger ist (4, S. 42).

### **1.2.2 Bevölkerungsentwicklung**

Seit 2001 kann eine kontinuierliche Steigerung der Bevölkerungszahl in der Steiermark beobachtet werden. Während von 1971 bis 2001 ein Rückgang von 1.195.023 Personen auf 1.183.303 Personen feststellbar ist, ist im nachfolgenden Zeitraum die Bevölkerung auf 1.207.479 Personen angestiegen (Stand 1.1.2009, vgl. Tabelle 1.2.2a). Im Bundesländervergleich stellt dies die geringste Veränderung der Bevölkerung dar. Während in den westlichen Bundesländern Salzburg, Tirol und Vorarlberg die Bevölkerung seit 1971 um je rund ein Drittel gewachsen ist, ist in den Bundesländern Wien und Burgenland eine ähnliche Entwicklung wie in der Steiermark erkennbar.

Für die Zukunft wird laut den Berechnungen der Statistik Austria derzeit ein Ansteigen der Bevölkerungsanzahl in der Steiermark bis 2050 mit anschließendem neuerlichem Absinken prognostiziert. Im Jahr 2050 soll die Bevölkerung in der Steiermark 1.271.572 Personen umfassen. Eine ähnliche Entwicklung wird für die Bundesländer Kärnten, Oberösterreich und Salzburg vorausgesagt. Das Bundesland Kärnten ist jenes, dem der größte Bevölkerungsrückgang bis 2050 vorausgesagt wird. Insgesamt wird die Bevölkerungszahl österreichweit steigen, wobei die größten Zuwächse in den Bundesländern Wien und Niederösterreich zu verzeichnen sein werden. Trotz der unterschiedlichen Veränderungen wird die Steiermark weiterhin das viertgrößte Bundesland – gemessen an der Bevölkerungszahl – bleiben.

**Tabelle 6: Bevölkerungsentwicklung im Bundesländervergleich und für die Steiermark nach Geschlecht von 1971 bis 2050**

Jahr	Bundesland und Österreich gesamt: Veränderungen der Bevölkerungszahl gemessen am Jahr 2009											
	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö	St weiblich	St männlich
	Veränderungen in Prozent (2009 = 100)											
1971	96	94	89	87	77	<b>99</b>	77	75	96	90	101	97
1981	95	96	89	90	84	<b>98</b>	83	83	91	90	100	96
1991	96	98	92	95	91	<b>98</b>	90	90	91	93	99	97
2001	98	100	96	98	97	<b>98</b>	96	96	92	96	99	97
2002	98	100	96	98	98	<b>98</b>	96	96	93	97	99	98
2003	98	100	97	98	98	<b>98</b>	96	96	94	97	99	98
2004	98	100	97	98	98	<b>99</b>	97	97	95	97	99	98
2005	98	100	98	99	99	<b>99</b>	98	98	97	98	99	99
2006	99	100	98	99	99	<b>99</b>	99	99	98	99	100	99
2007	99	100	99	100	99	<b>100</b>	99	99	98	99	100	100
2008	99	100	99	100	100	<b>100</b>	99	100	99	100	100	100
2009 (= 100)	100	100	100	100	100	<b>100</b>	100	100	100	100	100	100
2025	106	100	109	105	105	<b>103</b>	106	108	110	107	102	103
2050	114	99	121	109	107	<b>105</b>	112	114	122	113	104	106

Datenquelle: Statistik Austria, Volkszählungen 1971 – 2001, POPREG 1.1.2002 – 1.1.2009; Bevölkerungsprognose 2009; Bearbeitung: LASTAT Steiermark; Berechnung: FH JOANNEUM

Sowohl bei der weiblichen als auch bei der männlichen steirischen Bevölkerung ist die weiter oben beschriebene Entwicklung feststellbar (ein Rückgang von 1971 an und ein Ansteigen im 21. Jahrhundert). Beachtenswert ist, dass 1971 mehr Frauen in der Steiermark gelebt haben als im Jahr 2009. Die Zahl der steirischen männlichen Bevölkerung wird bis 2050 stärker ansteigen als die Anzahl der weiblichen Bevölkerung, danach wird ein stärkerer Rückgang bei den Steirerinnen vorausgesagt. Während zurzeit um rund 30.000 mehr Frauen als Männer in der Steiermark leben, wird sich dieser Abstand durch die eben beschriebenen Veränderungen künftig auf 5.000 Personen verringern. Betrachtet man die Bevölkerungsentwicklung in den einzelnen Bezirken der Steiermark, so lassen sich zwei verschiedene Tendenzen ausmachen (vgl. Tabelle 1.2.2b). Einerseits gibt es Bezirke, die einen Bevölkerungsrückgang zu verzeichnen haben, wie Leoben und Judenburg. Andererseits gibt es Bezirke, wo seit 1971 die Bevölkerung zunimmt, wie Graz-Umgebung, Leibnitz und Weiz. Am wenigsten Veränderungen hat es in diesem Zeitraum in den Bezirken Knittelfeld und Liezen gegeben.

**Tabelle 7: Bevölkerungsentwicklung nach steirischen Bezirken von 1971 bis 2009**

Jahr	Steirische Bezirke: Veränderungen der Bevölkerungszahl gemessen am Jahr 2009																
	G	BM	DL	FB	FF	GU	HB	JU	KF	LB	LE	LI	MZ	MU	RA	VO	WZ
	Veränderungen in Prozent (2009 = 100)																
1971	98	117	97	96	97	71	94	118	101	91	135	99	119	110	113	108	91
1981	96	113	97	96	97	75	96	115	103	91	125	100	113	108	111	106	92
1991	94	107	99	98	97	84	99	110	101	93	114	101	110	108	107	104	96
2001	89	103	101	100	100	93	101	106	101	98	105	102	77	144	104	102	99
2002	92	102	101	100	100	93	100	105	101	98	105	102	105	105	103	101	99
2003	93	102	100	100	100	94	100	104	101	98	104	101	104	104	103	101	99
2004	94	102	100	100	100	95	101	103	101	99	103	101	103	103	102	101	99
2005	95	101	100	100	100	96	101	103	100	99	103	101	103	102	102	101	99
2006	96	101	100	100	101	97	101	102	100	99	102	101	102	102	101	101	100
2007	97	101	100	100	100	98	100	101	100	100	101	100	101	102	101	100	100
2008	99	100	100	100	100	99	100	101	100	100	101	100	101	101	101	100	100
2009	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

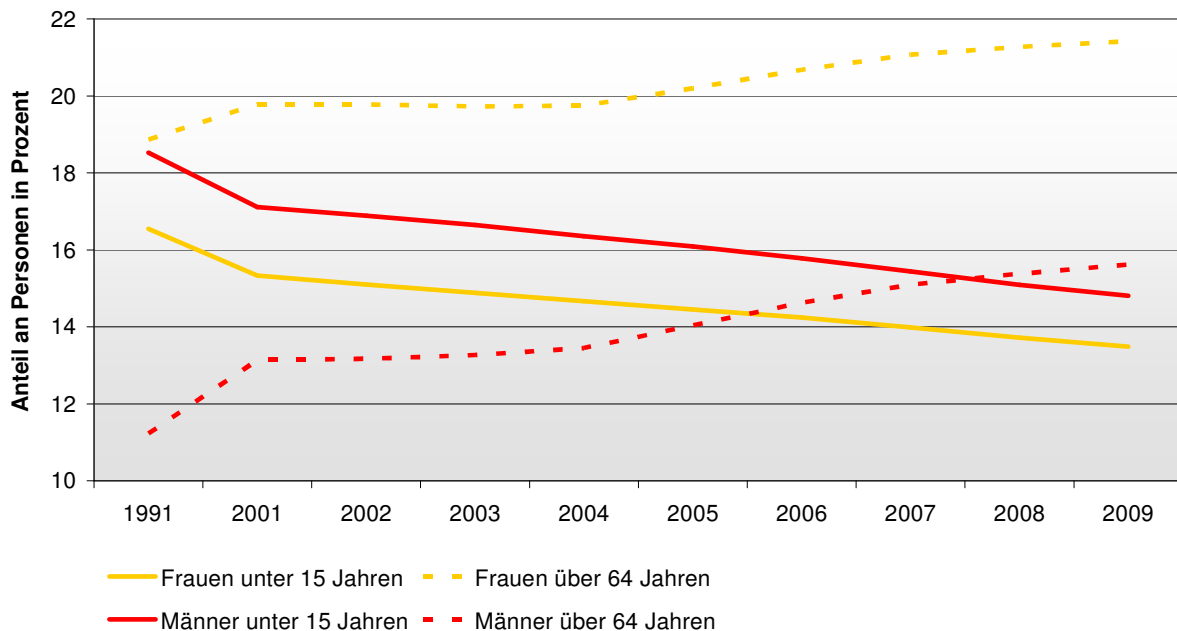
Datenquelle: Statistik Austria, Volkszählungen 1971 – 2001, POPREG 1.1.2002 – 1.1.2009; Bevölkerungsprognose 2009; Bearbeitung: LASTAT Steiermark; Berechnung: FH JOANNEUM

Eine Analyse der Bevölkerungsentwicklung in der Steiermark nach Geschlecht und Alter zeigt eine kontinuierliche demografische Alterung (vgl. Tabelle 1.2.2b). 1971 hat es einen höheren Anteil an Personen unter 15 Jahren (26%) als an Personen über 64 Jahren (13%) gegeben, 2009 sind, wie bereits beschrieben, nur mehr 14% der Personen unter 15 Jahre und 19% über 64 Jahre alt gewesen. Das heißt, dass sich das Verhältnis zwischen den beiden Bevölkerungsgruppen umgekehrt hat. Auch der Anteil der Personen zwischen 15 und 65 Jahren ist seit 1971 von 61% auf 67% gestiegen. Die weibliche Bevölkerung ist bereits 1971 durchschnittlich älter gewesen als die männliche Bevölkerung: So sind 24% der Frauen und 28% der Männer unter 15 Jahre und 15% der Frauen und elf Prozent der Männer über 64 Jahre alt gewesen. Der Anteil der Personen über 64 Jahren ist insgesamt bei Frauen stärker als bei Männern angestiegen.

**Tabelle 8: Bevölkerungsentwicklung in der Steiermark nach Geschlecht und breiten Altersgruppen von 1971 bis 2009**

Jahr	Gesamt			Frauen			Männer		
	0 bis unter 15	15 bis unter 65	65 und älter	0 bis unter 15	15 bis unter 65	65 und älter	0 bis unter 15	15 bis unter 65	65 und älter
	in Prozent								
1971	26	61	13	24	61	15	28	62	11
1981	21	65	14	20	64	17	22	66	11
1991	18	67	15	17	65	19	19	70	11
2001	16	67	17	15	65	20	17	70	13
2002	16	67	17	15	65	20	17	70	13
2003	16	68	17	15	65	20	17	70	13
2004	15	68	17	15	66	20	16	70	13
2005	15	68	17	14	65	20	16	70	14
2006	15	67	18	14	65	21	16	70	15
2007	15	67	18	14	65	21	15	69	15
2008	14	67	18	14	65	21	15	70	15
2009	14	67	19	13	65	21	15	70	16

Datenquelle: Statistik Austria, Volkszählungen 1971 – 2001, POPREG 1.1.2002 – 1.1.2009; Bevölkerungsprognose 2009; Bearbeitung: LASTAT Steiermark; Berechnung: FH JOANNEUM

**Abbildung 2: Entwicklung des Anteils der Bevölkerung unter 15 Jahren und über 64 Jahren an der steirischen Gesamtbevölkerung nach Geschlecht von 1991 – 2009**

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM; eigene Darstellung

In den Bezirken Fürstenfeld, Graz, Graz-Umgebung, Knittelfeld und Leibnitz ist für den Zeitraum von 1991 bis 2009 keine oder nur wenig demografische Alterung feststellbar. Am stärksten ist die Bevölkerung in den Bezirken Bruck an der Mur, Judenburg, Leoben und

Mürzzuschlag gealtert (vgl. Tabelle 1.2.2d). Dort sind 2009 auch die größten Anteile an Frauen über 64 Jahren zu finden gewesen.

### **1.3 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse**

Gemessen am Anteil der Personen, die unter 15 Jahre bzw. über 65 Jahre alt sind, zeigt sich, dass die Bevölkerung in der Steiermark im Bundesländervergleich älter ist. Die weibliche Bevölkerung in der Steiermark ist älter als die männliche, erklärbar ist dies durch eine höhere Lebenserwartung (siehe Kapitel „Gesundheitszustand“). Vor allem die Bezirke der Obersteiermark weisen eine ältere Bevölkerung auf. Insgesamt ist die Bevölkerungsanzahl der Steiermark über die Jahre verglichen mit anderen Bundesländern relativ stabil, wobei die Bevölkerung insgesamt altert und der Anteil der Männer im Vergleich zu jenem der Frauen zunimmt. Ausnahmen sind jedoch die Bezirke Bruck an der Mur, Judenburg, Knittelfeld, Leoben, Mürzzuschlag, Murau, Radkersburg und Voitsberg, wo für den Zeitraum von 1971 bis 2009 ein Bevölkerungsrückgang festzustellen ist. Bis zum Jahr 2050 ist insgesamt ein weiterer leichter Anstieg der steirischen Gesamtbevölkerung von der Statistik Austria prognostiziert worden.

#### Schlussfolgerungen

Zu empfehlen ist daher – wie bereits in der Einleitung angesprochen – eine zielgruppengerechte Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen, um vor allem der älteren Bevölkerung ein aktives Altern zu ermöglichen. Aktives Altern bedeutet, Möglichkeiten für eine anhaltende Teilhabe am gesellschaftlichen Prozess, für gesundes Verhalten und ein sicheres Umfeld zu haben und sich dadurch auch im Alter eine hohe Lebensqualität erhalten zu können (3, S. 12). Dementsprechend ist es erforderlich, für die Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen einen Lebensverlaufsansatz (→ Glossar) zu wählen, wobei in der Steiermark ein regionaler Schwerpunkt in der NUTS-3-Region „Östliche Obersteiermark“ und im Bezirk Judenburg gesetzt werden sollte.

## **Quellen- und Literaturverzeichnis**

- 1 ECHIM (European Community Health Indicators Monitoring). (2009). *ECHI shortlist (June 2008 version) documentation sheets*. Download vom 10. Mai 2009, von [www.echim.org/docs/documentation\\_sheets.pdf](http://www.echim.org/docs/documentation_sheets.pdf)
- 2 Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes NRW. (2005). *Indikatorenatz für die Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen. Band 1: Themenfelder 1 - 3. Adaptierte Fassung für NRW*. Bielefeld: Iögd.
- 3 WHO. Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion. Ageing and Life Course. (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization.
- 4 Holzer, J. & Mayer, M. (2009). *Steirische Statistiken. Heft 7/2009. Wohnbevölkerung am 1.1.2009, Wanderungen 2008*. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, FA 1C – Landesstatistik.



## 2. Gesundheitszustand

### 2.1 Einleitung

Inhalt dieses Kapitels sind Informationen über den Gesundheitszustand der steirischen Bevölkerung, die sich aus Daten wie der Lebenserwartung, der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands, der vorzeitigen Mortalität oder der Häufigkeit und Verteilung chronischer Erkrankungen ergeben. Indikatoren, bei denen ein Vergleich über die Zeit möglich ist, erlauben es auch, die Auswirkung von gesundheitspolitischen Interventionen auf die Sterblichkeit zu beurteilen (1, S. 125). Diese Daten werden als Ergebnis von verschiedensten Einflüssen auf die Gesundheit, wie Lebensstil, Verhaltensweisen, Umweltfaktoren, behandelt (1, S. 27) und werden daher als unverzichtbare Bestandteile von Gesundheitsberichten angesehen (2, S. 49). Die analysierten Indikatoren sind gemäß den österreichischen „Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung“ ausgewählt worden (3). Die Verbesserung des Gesundheitszustands ist das letztendliche Ziel gesundheitspolitischer Bemühungen sowie der *Gesundheitsziele Steiermark* (4, S. 5).

### 2.2 Ergebnisse

#### 2.2.1 Lebenserwartung

Die Lebenserwartung gilt als Basisindikator für die Bevölkerungsgesundheit, da sie gleichzeitig den gesundheitlichen Zustand und die medizinische Versorgung der Bevölkerung abbildet (5, S. 14; 1, S. 146). Sie gibt an, wie viele Jahre ein Mensch in einem bestimmten Alter bei gleichbleibendem Sterberisiko noch zu leben hätte. Dieser Indikator ist daher eine Momentaufnahme und stellt keine Prognose dar (1, S. 146), da von einer gleichbleibenden Sterblichkeit ausgegangen wird. Aus diesem Grund kann die Lebenserwartung vor allem als ein Indikator für bereits abgelaufene Geschehnisse interpretiert werden (6, S. 36). In der Vergangenheit hat ein Ansteigen der Lebenserwartung durch eine sinkende Säuglingssterblichkeit und die zurückgehende Sterblichkeit aufgrund von Infektionserkrankungen im Kindesalter erklärt werden können. Gegenwärtig wird das Ansteigen der Lebenserwartung auf die verbesserte Prognose von Krebserkrankungen, Herzinfarkten und chronischen Erkrankungen zurückgeführt (1, S. 146).

Zur Berechnung der Lebenserwartung werden die altersstandardisierten Mortalitätsraten herangezogen. Da jedoch verschiedene Berechnungsmethoden existieren, können Schwierigkeiten beim Vergleich zwischen verschiedenen Regionen und Ländern auftreten (5, S. 14). Berechnet wird die Lebenserwartung für verschiedene Altersstufen, wie z.B. ab Geburt, mit

15 Jahren, mit 30 Jahren usw. Im ECHIM-Indikatorensetz wird empfohlen, zumindest die Lebenserwartung bei Geburt und jene mit 65 Jahren (auch als fernere Lebenserwartung bezeichnet) darzustellen (5, S. 14). Aufgrund fehlender Berechnungen/Daten kann die Lebenserwartung bezogen auf den sozioökonomischen Status leider nicht dargestellt werden. Studien haben jedoch gezeigt, dass eine niedrigere Lebenserwartung mit einem niedrigeren Bildungsstatus einhergeht (7, S. 104-105). Was schließlich die fernere Lebenserwartung angeht, so gibt es bei der nur Daten auf Österreich- und nicht auf Bezirksebene.

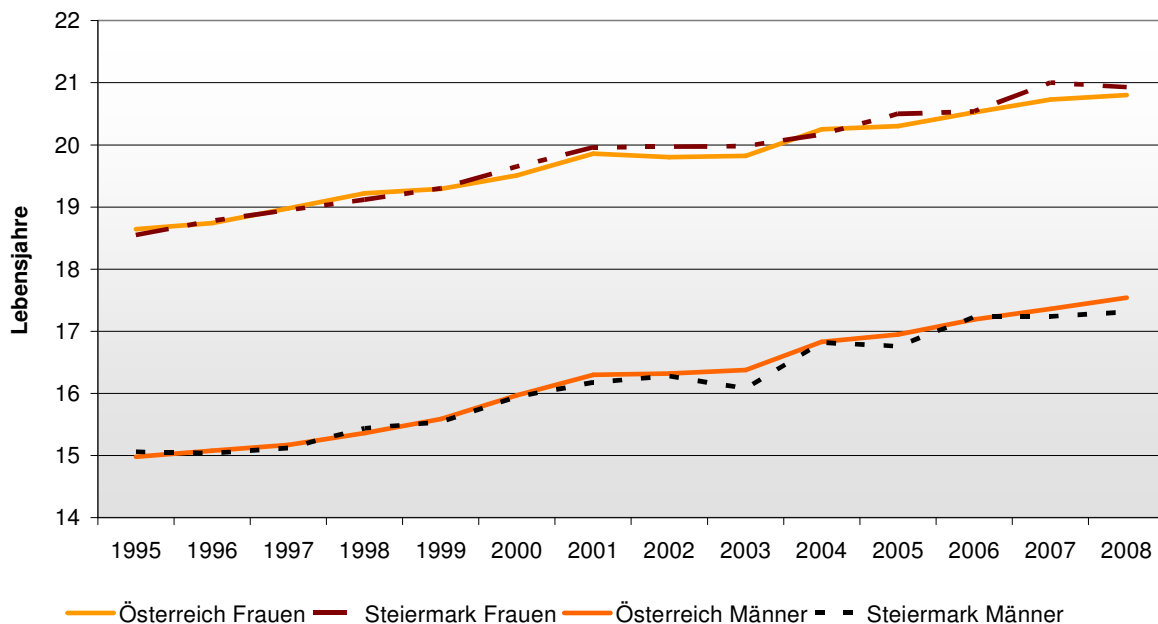
### Lebenserwartung bei Geburt

2008 hat die Lebenserwartung bei Geburt bei SteirerInnen 83 Jahre und bei Steirern 77 Jahre (vgl. Tabellen 2.2.1a und 2.2.1b) betragen. Sowohl die Lebenserwartung der Frauen als auch der Männer ist in etwa im österreichischen Durchschnitt gelegen. Am niedrigsten ist die Lebenserwartung bei Geburt bei Niederösterreicherinnen und Wienerinnen (unter 83 Jahre) gewesen, während sie bei Vorarlbergerinnen mit 84 Jahren am höchsten war. Bei den Männern lässt sich ebenfalls ein Ost-West-Gefälle der Lebenserwartung feststellen (in Tirol 79 Jahre, im Burgenland etwas unter 77 Jahre). Für den Vergleich der steirischen Bezirke ist ein Durchschnitt der Lebenserwartung für die Jahre 2004 – 2008 berechnet worden, um Schwankungen auszugleichen. Die Lebenserwartung bei Geburt ist in den steirischen Bezirken im genannten Zeitraum bei Frauen zwischen 82 und 84 Jahren und bei Männern zwischen 76 und 78 Jahren geschwankt. Die höchste Lebenserwartung haben Frauen im Bezirk Feldbach (84 Jahre) und Männer im Bezirk Weiz (78 Jahre) zu verzeichnen gehabt (vgl. Tabelle 2.2.1e), während die Frauen und Männer des Bezirkes Leibnitz die niedrigste Lebenserwartung aufgewiesen haben. Der Unterschied zwischen der Lebenserwartung der LeibnitzerInnen und jener der BewohnerInnen des Bezirks mit der höchsten Lebenserwartung beträgt ca. zwei Jahre. Seit 1970 ist in der Steiermark die Lebenserwartung bei den Frauen um 10,4 Jahre, bei den Männern um elf Jahre gestiegen, was einerseits dem österreichischen Durchschnitt entspricht und andererseits auf eine zunehmende Angleichung der Lebenserwartung von Steirerinnen und Steirern hindeutet. Betrag der Unterschied in der Lebenserwartung bei Geburt zwischen Männern und Frauen im Jahr 1970 noch sieben Jahre, sind es 2008 nur mehr sechs Jahre gewesen. Im Jahr 2050 wird der Unterschied nach der Hauptvariante der Bevölkerungsprognose der Statistik Austria nur mehr vier Jahre betragen: Frauen wird für das Jahr 2050 eine Lebenserwartung von 90 Jahren und Männern eine von 86 Jahren vorausgesagt (8).

### Fernere Lebenserwartung ab 65 Jahren

Während Steirerinnen im Alter von 65 Jahren 2008 eine fernere Lebenserwartung von 21 Jahren aufgewiesen haben, hat jene der gleichaltrigen Steirer nur 17 Jahre betragen, was in beiden Fällen dem österreichischen Durchschnitt entspricht. Im Bundesländervergleich nimmt die fernere Lebenserwartung sowohl bei Frauen als auch bei Männern vom Westen Österreichs (Vorarlberg, Tirol und Salzburg) zu den östlichen Bundesländern (Burgenland, Niederösterreich und Wien) hin ab (vgl. Tabellen 2.2.1c und 2.2.1d). Auf Bezirksebene liegen keine Daten vor.

**Abbildung 3: Entwicklung der ferneren Lebenserwartung in Österreich und der Steiermark von 1998 bis 2008**



Datenquelle: Statistik Austria; eigene Darstellung

Seit 1970 ist die fernere Lebenserwartung in der Steiermark bei Frauen von 15 auf 21 Jahre und bei Männern von 12 auf 17 Jahre gestiegen. Diese Tendenz der steigenden ferneren Lebenserwartung lässt sich auch in den Daten für die gesamte österreichische Bevölkerung erkennen. Bis zum Jahr 2050 ist von der Statistik Austria ein weiteres Anwachsen der ferneren Lebenserwartung bei Steirerinnen auf 26 Jahre und bei Steirern auf 23 Jahre prognostiziert worden (8).

### **2.2.2 Lebenserwartung in guter Gesundheit**

Der Indikator „Lebenserwartung“ ist zwar geeignet, um Aussagen über den gesundheitlichen Zustand bzw. die medizinische Versorgung zu machen, er lässt jedoch keine Rückschlüsse

darüber zu, in welchem Gesundheitszustand die verbleibenden Lebensjahre verbracht werden. Dieser Aspekt wird beim Indikator „Lebenserwartung in guter Gesundheit“ berücksichtigt, wodurch es möglich wird, die Frage zu beantworten, ob mit der gestiegenen Lebenserwartung auch mehr Jahre in Gesundheit erlebt werden und ob sich der Zeitraum zwischen Erkrankungsbeginn und Tod verlängert hat (1, S. 152). Solange Infektionskrankheiten die Haupttodesursache dargestellt haben, ist eine steigende Lebenserwartung mit den Verbesserungen im Gesundheitszustand der Bevölkerung erklärbar gewesen. Aufgrund der Tatsache, dass nun chronische Krankheiten einen höheren Stellenwert einnehmen, ist das Erkrankungsrisiko nicht mehr nur mit dem Risiko des Sterbens, sondern auch mit dem Risiko des Überlebens mit Aktivitätseinschränkungen verbunden (9, S. 7).

Zur Einschätzung, ob die Bevölkerung nicht nur älter wird, sondern ob sich auch deren Leben in guter oder behinderungsfreier Gesundheit verlängert, sind verschiedene Erweiterungen des Indikators Lebenserwartung entwickelt worden. Der Indikator der behinderungsfreien Lebenserwartung unterscheidet zum Beispiel zwischen Lebensjahren, die ohne Behinderung bzw. mit Behinderung gelebt werden, und gilt damit als Indikator für wirtschaftliche Produktivität und wirtschaftlichen Reichtum. Der Indikator der gesunden Lebenserwartung hingegen unterscheidet zwischen Jahren, die in guter bzw. schlechter Gesundheit verbracht werden, wodurch Aussagen zur Qualität der verschiedenen Lebensjahre gemacht werden können (9, S. 7). Im Folgenden werden Daten zu letzterem Indikator präsentiert. Für die Berechnung des Indikators werden einerseits die Sterbetafeln (→ Glossar) und andererseits die Antworten auf die Frage zur Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands herangezogen (10, S. 886). Da diese auf den Befragungsergebnissen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 beruhen, stehen weder Vergleiche im Zeitverlauf noch auf Bezirks- oder NUTS-3-Ebene zur Verfügung.

#### Lebenserwartung bei Geburt in guter Gesundheit

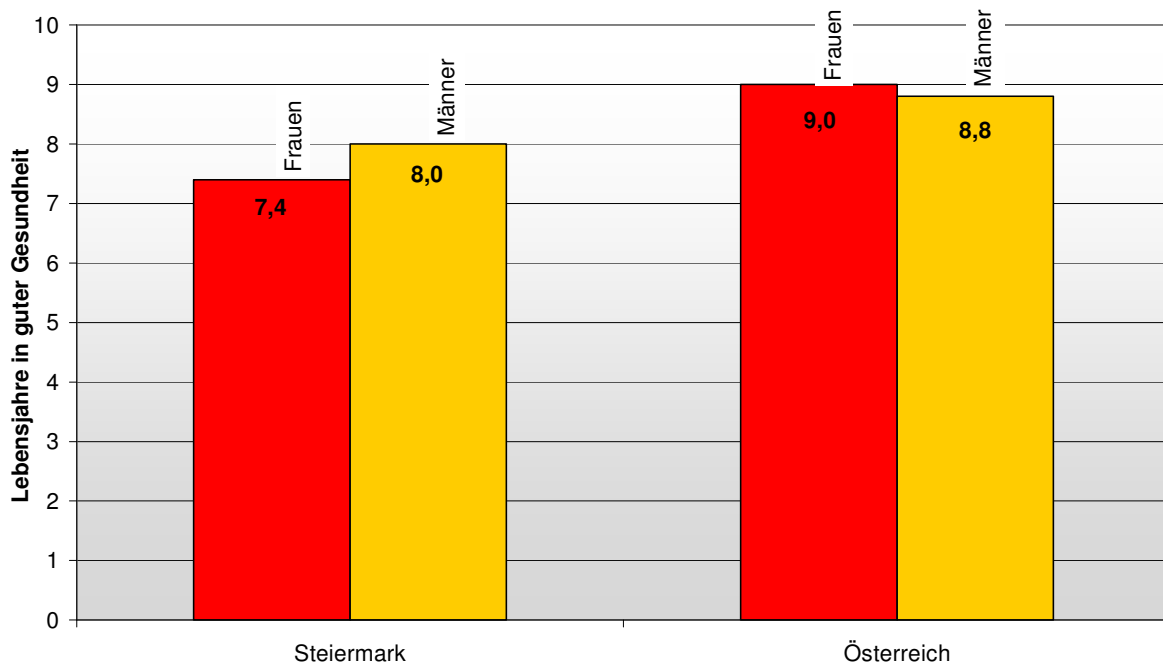
Die Lebenserwartung in guter Gesundheit bei Geburt beträgt sowohl bei Steirerinnen als auch bei Steirern 62 Jahre (vgl. Tabelle 2.2.2). Vergleicht man diese Daten mit der allgemeinen Lebenserwartung, so wird ersichtlich, dass Frauen in der Steiermark einen längeren Zeitraum in schlechter Gesundheit verbringen als Männer: Bei Frauen sind es rund 21 Jahre, bei Männern rund 15 Jahre. Im Vergleich zum österreichischen Durchschnitt weisen die Frauen in der Steiermark eine niedrigere Lebenserwartung bei guter Gesundheit auf als die Österreicherinnen insgesamt (63 Jahre). Die Lebenserwartung in guter Gesundheit liegt bei den Steirern hingegen genau im österreichischen Durchschnitt (62 Jahre). Das Muster, dass die Lebenserwartung in guter Gesundheit bei der Geburt bei Frauen höher ist als bei Männern trifft für alle Bundesländer außer der Steiermark und

Niederösterreich zu. Daraus ließe sich schließen, dass die SteirerInnen eine schlechtere Gesundheit als die restlichen ÖsterreicherInnen aufweisen, wobei jedoch wegen der Schwankungen bei Berechnungen aufgrund von Stichprobenergebnissen Vorsicht bei der Interpretation der Ergebnisse angebracht ist. Die höchste Lebenserwartung in Gesundheit bei Geburt weisen die Frauen der Bundesländer Vorarlberg, Tirol und Salzburg auf (Anteil der Lebensjahre in guter Gesundheit zwischen 79% und 83%) (10, S. 886). Die Steiermark bildet gemeinsam mit Kärnten und Wien das Schlusslicht, da die Frauen in diesen drei Bundesländern durchschnittlich nur 74% der Lebensjahre in guter Gesundheit verbringen. Bei den Männern liegen die Vorarlberger mit 85% der Lebensjahre in guter Gesundheit an der Spitze, während die Steiermark mit 80% nach Tirol und Wien den drittletzten Platz einnimmt.

#### Fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren in guter Gesundheit

Den Steirerinnen werden sieben und den Steirern acht Jahre fernere Lebenserwartung in guter Gesundheit ab 65 Jahren voraussagt. Bei beiden Geschlechtern liegt die Steiermark unter dem österreichischen Durchschnitt von jeweils neun Jahren, womit sie im Bundesländervergleich das Schlusslicht bildet und sich ein ähnliches Muster wie bei der Lebenserwartung in guter Gesundheit bei der Geburt zeigt. Während im Österreichschnitt die gesunde Lebenserwartung der Frauen höher ist als jene der Männer, zeigt sich in der Steiermark – so wie auch in Kärnten, Niederösterreich und Wien – ein umgekehrtes Bild. Eine besonders hohe fernere Lebenserwartung in guter Gesundheit lässt sich bei beiden Geschlechtern in Salzburg und Vorarlberg und bei Männern in Tirol erkennen. Wie bei der Lebenserwartung bei Geburt in guter Gesundheit ist der Anteil der in guter Gesundheit verbrachten ferneren Lebensjahre in Vorarlberg am höchsten (10, S. 886).

**Abbildung 4: Fernere Lebenserwartung in guter Gesundheit in Österreich und der Steiermark nach Geschlecht im Jahr 2006/2007**



Datenquelle: Statistik Austria; eigene Darstellung

### 2.2.3 Subjektiver Gesundheitszustand

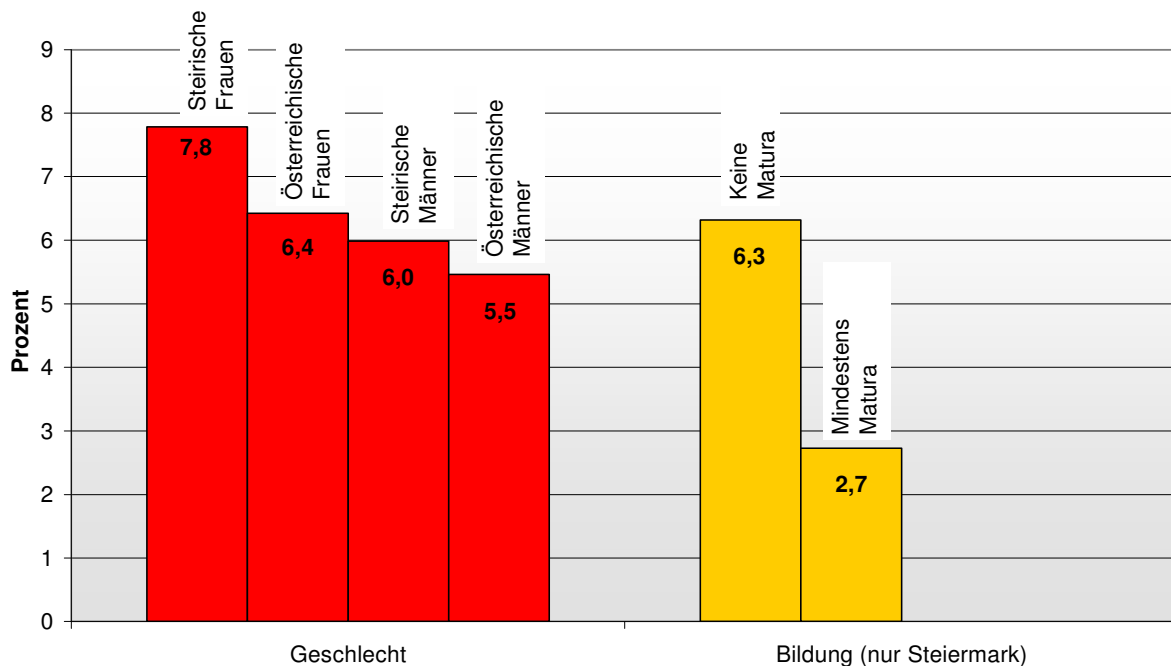
Der subjektive Gesundheitszustand wird im Rahmen von Gesundheitsbefragungen erhoben und gilt als Indikator, der verschiedene Dimensionen von Gesundheit, wie soziale, psychische und physische Einflüsse, abbildet. Die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands wird beeinflusst vom Vorhandensein von Symptomen oder spezifischen Beschwerden, wobei jedoch die generelle Einschätzung des Gesundheitszustands im Vordergrund steht und nicht die Abbildung von temporären Gesundheitsproblemen (5, S. 50). Aus diesem Grund kann der subjektive Gesundheitszustand als Indikator für das allgemeine Wohlbefinden herangezogen werden (10, S. 885). In Ergänzung zu anderen Indikatoren ermöglicht der Indikator subjektiver Gesundheitszustand eine Einschätzung bezüglich der Gesundheitsprobleme, der Krankheitslast und der gesundheitsbezogenen Bedürfnisse in einer Gesellschaft (5, S. 50) und kann zur Vorhersage der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sowie der Mortalität und Morbidität herangezogen werden (1, S. 166). So ist beispielsweise festgestellt worden, dass Personen mittleren und höheren Alters, die angeben, einen schlechten Gesundheitszustand zu haben, ein höheres Sterberisiko aufweisen (1, S. 166). Die Validität des Indikators ist bereits durch mehrere Studien belegt worden (5, S. 50).

Zur Erhebung des subjektiven Gesundheitszustands sind die ausgewählten Personen im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 gefragt worden: „Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?“ Als Antwortmöglichkeiten sind „Sehr gut“, „Gut“, „Mittelmäßig“, „Schlecht“ und „Sehr schlecht“ zur Verfügung gestanden (11, Anhang Fragebogen, S. 1). Daten auf regionaler Ebene liegen für die Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 nicht vor. Im Folgenden werden die Antwortmöglichkeiten „Sehr gut“ und „Gut“ als guter Gesundheitszustand und die Antwortmöglichkeiten „Schlecht“ und „Sehr schlecht“ als schlechter Gesundheitszustand zusammenfassend wiedergegeben.

Drei von vier SteirerInnen (74%) haben bei der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 angegeben, einen guten Gesundheitszustand zu haben. Dieser Anteil liegt etwas unter dem österreichischen Durchschnitt von 76%. Im Bundesländervergleich liegt die Steiermark damit nach Wien und dem Burgenland an drittletzter Stelle, gemessen am Anteil jener, die einen (sehr) guten Gesundheitszustand angeben. Die höchsten Anteile an Personen mit gutem Gesundheitszustand sind in den Bundesländern Vorarlberg, Tirol und Salzburg zu finden. In diesen Bundesländern sind gleichzeitig die kleinsten Anteile an Personen zu beobachten, die angeben, einen schlechten Gesundheitszustand zu haben. In der Steiermark haben sieben Prozent der Befragten einen schlechten Gesundheitszustand angegeben (vgl. Tabelle 2.2.3a). Während nur 71% der Steirerinnen einen guten Gesundheitszustand angeben, sind es bei den Männern 77%. Vergleicht man diese Anteile mit dem österreichischen Durchschnitt, so zeigt sich, dass die Steirerinnen ihre Gesundheit auch als schlechter einschätzen als die Österreicherinnen insgesamt (73%). Hingegen schätzen die Steirer ihre Gesundheit nur als geringfügig schlechter ein als der Durchschnitt. Auch hier ist das weiter oben angesprochene West-Ost-Gefälle sichtbar: In den westlichen Bundesländern schätzen sowohl Frauen als auch Männer ihre Gesundheit als besser ein als in den östlichen Bundesländern. Werden diese Daten jedoch altersstandardisiert, also um den Effekt des Alters bereinigt, so zeigt sich dieses West-Ost-Gefälle nicht mehr (10, S. 885-886). Daher kann die Einschätzung des Gesundheitszustands als schlechter vermutlich durch die durchschnittlich ältere Bevölkerung in den östlichen Bundesländern bzw. in der Steiermark erklärt werden. Nach dem Alter betrachtet, zeigen die Daten, dass die eigene Gesundheit mit steigendem Alter als schlechter eingeschätzt wird. 96% der SteirerInnen zwischen 15 und 25 Jahren haben angegeben, eine gute Gesundheit zu haben, während dies bei den Personen über 74 Jahren nur mehr für ein Drittel aller SteirerInnen zutrifft. Auch nach Geschlecht getrennt betrachtet, ist dieses Muster erkennbar, wobei Frauen jeden Alters ihre Gesundheit als schlechter einschätzen als Männer (vgl. Tabelle 2.2.3b). Bei der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands zeigt sich auch ein deutlicher sozialer Gradient: Personen, die als höchste abgeschlossene Schulbildung einen Pflichtschul-

abschluss aufweisen, haben zu 57% angegeben, eine gute Gesundheit zu haben, jene mit Studium oder einer ähnlichen Ausbildung zu 88%. Einen weiteren Hinweis auf das Vorliegen eines sozialen Gradienten liefern die altersstandardisierten Daten. Auch hier geben Personen, die keine Matura haben, einen subjektiv schlechteren Gesundheitszustand (76%) an als Personen, die mindestens die Matura haben (86%). In dieselbe Richtung deuten auch die Ergebnisse der nach Geschlecht getrennt durchgeführten Analyse.

**Abbildung 5: Anteil der Personen mit schlechtem und sehr schlechtem Gesundheitszustand nach Geschlecht (Vergleich Steiermark und Österreich) und Bildung (nur Steiermark) im Jahr 2006/2007**



Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung FH JOANNEUM; eigene Darstellung

Betrachtet man die Einschätzung der subjektiven Gesundheit im zeitlichen Verlauf, so wird ersichtlich, dass die SteirerInnen ihre Gesundheit 2006/2007 als besser eingeschätzt haben als im Jahr 1999. Der Anteil jener, die ihren Gesundheitszustand als gut bezeichnet haben, ist von 72% auf 74% gestiegen. Diese Verbesserung der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands ist sowohl im österreichischen Durchschnitt als auch bei Frauen und Männern bemerkbar.

## 2.2.4 Vorzeitige Mortalität aufgrund der Haupttodesursachen

Ein häufigeres Auftreten von Todesfällen innerhalb einer Gesellschaft weist auf höhere Gesundheitsrisiken hin. Von besonderem Interesse ist aus Public Health-Sicht das Auftreten von Todesfällen in einem Alter, welches unter der durchschnittlichen Lebenserwartung liegt



(1, S. 133). Daten zur vorzeitigen Mortalität, also der Sterblichkeit vor dem 66. Lebensjahr, können unter anderem zu Entscheidungen über die Setzung von Versorgungs- und Vorsorgemaßnahmen herangezogen werden, da viele der vorzeitigen Todesfälle als vermeidbar gelten (1, S. 133).

Unterschieden wird im Folgenden die vorzeitige Mortalität nach folgenden Haupttodesursachen, die anhand der in Klammer stehenden ICD-10-Codes (→ Glossar) klassifiziert werden:

- Bösartige Neubildungen (ICD-10-Codes: C00-C97)
- Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (ICD-10-Codes: I00-I99)
- Krankheiten der Atmungsorgane (ICD-10-Codes: J00-J99)
- Krankheiten der Verdauungsorgane (ICD-10-Codes: K00-K93)
- Verletzungen und Vergiftungen (ICD-10-Codes: V01-Y89)
- Sonstige Krankheiten (ICD-10-Codes: A00-B99, D01-H95, L00-R99)

Um die Daten über verschiedene Zeiträume beziehungsweise Regionen vergleichbar zu machen, werden die Daten altersstandardisiert pro 100.000 EinwohnerInnen dargestellt. Da die Mortalitätsdaten großen Schwankungen unterliegen, ist für den Bundesländervergleich und den Vergleich zwischen den einzelnen steirischen Bezirken ein Durchschnitt für die Jahre 2004 bis 2008 errechnet worden.

#### Vorzeitige Gesamtmortalität (vgl. Tabelle 2.2.4a)

In den Jahren 2004 bis 2008 sind durchschnittlich 147 SteirerInnen pro 100.000 EinwohnerInnen vorzeitig verstorben, womit die Steiermark unter dem österreichischen Durchschnitt (151 Todesfälle pro 100.000 EW) der vorzeitigen Gesamtmortalität gelegen ist. Die höchste durchschnittliche Mortalität im Bundesländervergleich ist in diesen Jahren in Wien (176 Todesfälle pro 100.000 EW), die niedrigste in Tirol (129 Todesfälle pro 100.000 EW) zu finden gewesen. Die vorzeitige Gesamtmortalität der Steirer (200 Verstorbene pro 100.000 Einwohner) fällt dabei im Vergleich zu den Steirerinnen (94 Verstorbene pro 100.000 Einwohnerinnen) durchschnittlich mehr als doppelt so hoch aus. Ein ähnlich hoher Unterschied zwischen Frauen und Männern ist in allen österreichischen Bundesländern feststellbar. In den steirischen Bezirken ist die höchste durchschnittliche vorzeitige Gesamtmortalität in den Bezirken Bruck an der Mur, Judenburg, Knittelfeld, Leoben, Murau und Voitsberg zu finden. In diesen Bezirken sind durchschnittlich mehr als 157 Personen unter 65 Jahren pro 100.000 EinwohnerInnen verstorben. Die niedrigste durchschnittliche vorzeitige Gesamtmortalität ist in den Bezirken Feldbach und Graz-Umgebung mit jeweils unter 130 Verstorbenen pro 100.000 EinwohnerInnen beobachtbar (vgl. Tabelle 2.2.4a).

Nach Geschlecht getrennt betrachtet, zeigt sich die höchste durchschnittliche vorzeitige Gesamtmortalität bei Frauen in den Bezirken Voitsberg und Leoben, bei Männern in den Bezirken Leoben und Bruck an der Mur. Seit 1970 hat sich die Gesamtsterblichkeit in der Steiermark mehr als halbiert, wobei sie bei den Frauen stärker zurückgegangen ist als bei den Männern.

**Tabelle 9: Übersicht vorzeitige Gesamtmortalität**

<b>Altersstandardisierte vorzeitige Gesamtmortalität pro 100.000 EinwohnerInnen</b>			
	Gesamt	Frauen	Männer
Österreich im Durchschnitt von 2004 bis 2008	151	100	204
Steiermark im Durchschnitt von 2004 bis 2008	147	94	200
Steiermark 1970	360	253	482

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: FH JOANNEUM (gerundet auf ganze Zahlen)

### Bösartige Neubildungen

Im Durchschnitt sind in den Jahren 2004 bis 2008 49 SteirerInnen unter 65 Jahren pro 100.000 EinwohnerInnen an bösartigen Neubildungen verstorben, was unter dem österreichischen Durchschnitt von 52 Verstorbenen pro 100.000 EinwohnerInnen liegt. Die höchste Sterblichkeit ist dabei in Burgenland, Niederösterreich und Wien, die niedrigste in Salzburg und Tirol zu beobachten. Nach Geschlecht getrennt betrachtet, zeigt sich, dass durchschnittlich 41 Frauen pro 100.000 Einwohnerinnen und 58 Männer pro 100.000 Einwohner vorzeitig in den Jahren 2004 bis 2008 in der Steiermark verstorben sind. Bei beiden Geschlechtern liegt die vorzeitige Sterblichkeit aufgrund von bösartigen Neubildungen damit ebenfalls unter dem österreichischen Durchschnitt. Radkersburg und Voitsberg sind jene Bezirke der Steiermark, in denen durchschnittlich die meisten Personen pro 100.000 EinwohnerInnen aufgrund von bösartigen Neubildungen gestorben sind, wobei sich in diesen Bezirken auch die höchsten Sterberaten aufgrund von bösartigen Neubildungen bei Frauen zeigen. Bei Männern sind die höchsten Raten hingegen in den Bezirken Bruck an der Mur und Radkersburg zu beobachten. Insgesamt sind in der Steiermark in den Jahren 2004 bis 2008 durchschnittlich ein Drittel aller Todesfälle durch bösartige Neubildungen verursacht worden, was etwa dem österreichischen Durchschnitt entspricht. Neben den Bezirken Radkersburg und Voitsberg ist der Anteil der Verstorbenen aufgrund von bösartigen Neubildungen auch im Bezirk Graz-Umgebung sehr hoch. In diesem Bezirk ist zwar die absolute Rate niedriger als im steirischen Durchschnitt, jedoch ist der relative Anteil – nach Radkersburg – der höchste. Im zeitlichen Verlauf ist zwar die Sterblichkeit aufgrund von bösartigen Neubildungen seit 1970 sowohl bei Frauen als auch bei Männern gesunken (bei Frauen von 68 auf 38 Todesfälle pro 100.000 EW, bei Männern von 79 auf 57 Todesfälle pro 100.000 EW), deren Anteil an den Todesfällen aufgrund aller Ursachen ist jedoch gestiegen. 1970 sind 27% der Todesfälle von Frauen und 16% der

Todesfälle von Männern durch bösartige Neubildungen verursacht worden. 2008 sind bei den Frauen 44% und bei den Männern 29% der vorzeitigen Todesfälle bösartigen Neubildungen zuzuschreiben gewesen, was bedeutet, dass vor allem bei Frauen der Anteil der Todesfälle aufgrund von bösartigen Neubildungen an den Todesfällen aufgrund aller Ursachen stark zugenommen hat. Im Gegensatz dazu ist die Sterblichkeit aufgrund anderer Todesursachen bei Frauen zurückgegangen.

**Tabelle 10: Übersicht vorzeitige Mortalität aufgrund von bösartigen Neubildungen**

<b>Altersstandardisierte vorzeitige Mortalität aufgrund von bösartigen Neubildungen pro 100.000 EinwohnerInnen</b>			
	Gesamt	Frauen	Männer
Österreich im Durchschnitt von 2004 bis 2008	52	45	60
Steiermark im Durchschnitt von 2004 bis 2008	49	41	58
Steiermark 1970	73	68	79
<b>Anteil der Mortalität aufgrund von bösartigen Neubildungen an allen vorzeitigen Todesfällen in Prozent<sup>1)</sup></b>			
Steiermark 2008	34%	44%	29%
Steiermark 1970	20%	27%	16%

1) berechnet anhand der altersstandardisierten Raten

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: FH JOANNEUM (gerundet auf ganze Zahlen)

#### Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems

24 Personen unter 65 Jahren pro 100.000 EinwohnerInnen sind durchschnittlich in der Steiermark in den Jahren von 2004 bis 2008 an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems verstorben, was um eine Person pro 100.000 EinwohnerInnen unter dem österreichischen Durchschnitt liegt. Die wenigsten Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in den Jahren 2004 bis 2008 in Tirol verzeichnet worden (19 pro 100.000 EW), in Wien mit 32 Todesfällen pro 100.000 EW die meisten. Nach Geschlecht getrennt betrachtet, sind in der Steiermark in den Jahren 2004 bis 2008 durchschnittlich knapp dreimal mehr Männer als Frauen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstorben. Bei den Frauen verstarben 13 Personen pro 100.000 Einwohnerinnen, bei den Männern waren es 37 Personen pro 100.000 Einwohner. Die niedrigste Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigt sich durchschnittlich in den Bezirken Radkersburg und Feldbach, die höchste in den Bezirken Voitsberg und Leoben, wobei der Bezirk Voitsberg die höchste Sterblichkeit bei Männern und die zweithöchste bei Frauen aufweist. Im Bezirk Judenburg ist die höchste Herz-Kreislauf-Sterblichkeit bei Frauen zu beobachten. Die Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist von 1970 bis 2008 von 78 auf 24 Verstorbene pro 100.000 EinwohnerInnen zurückgegangen. Der Anteil der Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen an den Todesfällen aufgrund aller Ursachen ist in diesem Zeitraum insgesamt von 22% auf 18% zurückgegangen, wobei dieser Rückgang bei Frauen (21% auf 13%) stärker ausgefallen ist als bei Männern (23% auf 20%).

**Tabelle 11: Übersicht vorzeitige Mortalität aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems**

<b>Altersstandardisierte vorzeitige Mortalität aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems pro 100.000 EinwohnerInnen</b>			
	Gesamt	Frauen	Männer
Österreich im Durchschnitt von 2004 bis 2008	25	13	38
Steiermark im Durchschnitt von 2004 bis 2008	24	13	37
Steiermark 1970	78	53	109
<b>Anteil der Mortalität aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems an allen vorzeitigen Todesfällen in Prozent<sup>1)</sup></b>			
Steiermark 2008	18%	13%	20%
Steiermark 1970	22%	21%	23%

1) berechnet anhand der altersstandardisierten Raten

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: FH JOANNEUM (gerundet auf ganze Zahlen)

### Krankheiten der Atmungsorgane

Bei den Personen unter 65 Jahren sind in der Steiermark in den Jahren 2004 bis 2008 durchschnittlich vier von 100.000 EinwohnerInnen pro Jahr an Krankheiten der Atmungsorgane verstorben, womit die Steiermark etwa im österreichischen Durchschnitt liegt. Nur in Burgenland (drei Todesfälle pro 100.000 EW) und Wien (sechs Todesfälle pro 100.000 EW) weicht die altersstandardisierte Mortalitätsrate vom österreichischen Durchschnitt ab. In den Jahren 2004 bis 2008 sind nach Geschlecht getrennt betrachtet in der Steiermark aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane durchschnittlich zwei Frauen pro 100.000 Einwohnerinnen und fünf Männer pro 100.000 Einwohner verstorben. Judenburg, Bruck an der Mur und Murau haben in den Jahren 2004 bis 2008 mit fünf bzw. sechs (Murau) Verstorbenen pro 100.000 EinwohnerInnen durchschnittlich die höchsten Sterblichkeitsraten aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane zu verzeichnen gehabt. Bei Männern sind die höchsten Sterblichkeitsraten in den Bezirken Murau (zehn Todesfälle pro 100.000 EW), Judenburg und Mürzzuschlag (je acht Todesfälle pro 100.000 EW) zu beobachten. Bei Frauen zeigen sich die höchsten Mortalitätsraten von je drei Todesfällen pro 100.000 Einwohnerinnen in den Bezirken Bruck an der Mur, Graz-Umgebung, Hartberg, Knittelfeld und Leoben. Die Rate der Todesfälle aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane ist in der Steiermark im Zeitraum von 1970 bis 2008 stark zurückgegangen. 1970 hat sie noch 24 Todesfälle pro 100.000 EinwohnerInnen betragen, 2008 hat es nur mehr vier Todesfälle pro 100.000 EinwohnerInnen gegeben. Der Anteil der Todesfälle aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane an allen Todesfällen ist in diesem Zeitraum bei beiden Geschlechtern von sieben auf drei Prozent zurückgegangen.

**Tabelle 12: Übersicht vorzeitige Mortalität aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane**

<b>Altersstandardisierte vorzeitige Mortalität aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane pro 100.000 EinwohnerInnen</b>			
	Gesamt	Frauen	Männer
Österreich im Durchschnitt von 2004 bis 2008	4	3	6
Steiermark im Durchschnitt von 2004 bis 2008	4	2	5
Steiermark 1970	24	17	32
<b>Anteil der Mortalität aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane an allen vorzeitigen Todesfällen in Prozent<sup>1)</sup></b>			
Steiermark 2008	3%	2%	3%
Steiermark 1970	7%	7%	7%

1) berechnet anhand der altersstandardisierten Raten

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: FH JOANNEUM (gerundet auf ganze Zahlen)

### Krankheiten der Verdauungsorgane

In der Steiermark sind in den Jahren 2004 bis 2008 pro 100.000 EinwohnerInnen durchschnittlich jährlich zwölf Personen unter 65 Jahren an Krankheiten der Verdauungsorgane verstorben. Diese Rate ist geringfügig höher als der österreichische Durchschnitt von elf pro 100.000 EinwohnerInnen. Im Bundesländervergleich liegt die Steiermark damit an zweiter Stelle hinter Wien, wo durchschnittlich 16 Personen pro 100.000 EinwohnerInnen aufgrund von Krankheiten der Verdauungsorgane verstorben sind. Nach Geschlechtern getrennt betrachtet, sind durchschnittlich fast viermal so viele Männer (18 pro 100.000 Einwohner) wie Frauen (fünf pro 100.000 Einwohnerinnen) an Krankheiten der Verdauungsorgane verstorben. In den Jahren 2004 bis 2008 sind die meisten Todesfälle aufgrund von Krankheiten der Verdauungsorgane mit durchschnittlich mindestens 15 Todesfällen pro 100.000 EinwohnerInnen in den Bezirken Knittelfeld, Leoben und Radkersburg zu beobachten, wobei in Radkersburg die höchsten Mortalitätsraten bei beiden Geschlechtern aufgetreten sind. Während von 1970 bis 2008 die Mortalitätsrate aufgrund von Krankheiten der Verdauungsorgane von 30 auf elf Todesfälle pro 100.000 EinwohnerInnen zurückgegangen ist, hat sich der Anteil der Todesfälle aufgrund von Krankheiten der Verdauungsorgane an den Todesfällen aufgrund aller Ursachen in diesem Zeitraum mit acht Prozent nicht verändert. Nach Geschlecht getrennt betrachtet, ist bei Frauen jedoch ein Rückgang dieses Anteils zu beobachten (von sieben Prozent auf vier Prozent), während er bei Männern mit neun Prozent gleich geblieben ist.

**Tabelle 13: Übersicht vorzeitige Mortalität aufgrund von Krankheiten der Verdauungsorgane**

<b>Altersstandardisierte vorzeitige Mortalität aufgrund von Krankheiten der Verdauungsorgane pro 100.000 EinwohnerInnen</b>			
	Gesamt	Frauen	Männer
Österreich im Durchschnitt von 2004 bis 2008	11	6	17
Steiermark im Durchschnitt von 2004 bis 2008	12	5	18
Steiermark 1970	30	18	44
<b>Anteil der Mortalität aufgrund von Krankheiten der Verdauungsorgane an allen vorzeitigen Todesfällen in Prozent<sup>1)</sup></b>			
Steiermark 2008	8%	4%	9%
Steiermark 1970	8%	7%	9%

1) berechnet anhand der altersstandardisierten Raten

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: FH JOANNEUM (gerundet auf ganze Zahlen)

### Verletzungen und Vergiftungen

In den Jahren 2004 bis 2008 sind in der Steiermark durchschnittlich jährlich 30 Personen pro 100.000 EinwohnerInnen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen verstorben. Dieser Wert liegt über dem österreichischen Durchschnitt von 28 Verstorbenen pro 100.000 EinwohnerInnen und ist im Bundesländervergleich nach jenem von Kärnten (31 Todesfälle pro 100.000 EW) der zweithöchste. Nach Geschlecht getrennt betrachtet, ist in diesem Zeitraum bei Steirern eine Sterblichkeit von 47 Personen pro 100.000 Einwohner, bei Steirerinnen von 13 Personen pro 100.000 Einwohnerinnen zu beobachten. Beide Geschlechter liegen damit über dem österreichischen Durchschnitt. Knittelfeld, Liezen und Murau sind die drei Bezirke der Steiermark mit der höchsten Mortalitätsrate aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen. In diesen drei Bezirken findet man jeweils auch die höchste diesbezügliche Sterblichkeit bei Männern, während die höchsten Sterblichkeitsraten bei Frauen in den Bezirken Leibnitz, Liezen und Murau auftreten. Im Zeitraum von 1970 bis 2008 lässt sich bei beiden Geschlechtern ein Rückgang der Sterblichkeit aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen erkennen, bei Frauen ist dabei die Sterblichkeit von 31 auf 13 Todesfälle pro 100.000 Einwohnerinnen zurückgegangen, bei Männern von 131 auf 42 Todesfälle pro 100.000 Einwohner. Trotz dieser absoluten Abnahme der Mortalitätsrate ist bei Frauen ein Anstieg des relativen Anteils der Todesfälle aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen an den Todesfällen aufgrund aller Ursachen von zwölf Prozent auf 15% festzustellen, während bei Männern ein Rückgang von 27% auf 22% bemerkbar ist. Bei Personen unter 65 Jahren rangieren im Jahr 2008 bei beiden Geschlechtern die Verletzungen und Vergiftungen – nach den bösartigen Neubildungen – als Todesursache an zweiter Stelle.

**Tabelle 14: Übersicht vorzeitige Mortalität aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen**

<b>Altersstandardisierte vorzeitige Mortalität aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen pro 100.000 EinwohnerInnen</b>			
	Gesamt	Frauen	Männer
Österreich im Durchschnitt von 2004 bis 2008	28	12	43
Steiermark im Durchschnitt von 2004 bis 2008	30	13	47
Steiermark 1970	79	31	131
<b>Anteil der Mortalität aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen an allen vorzeitigen Todesfällen in Prozent<sup>1)</sup></b>			
Steiermark 2008	20%	15%	22%
Steiermark 1970	22%	12%	27%

1) berechnet anhand der altersstandardisierten Raten

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: FH JOANNEUM (gerundet auf ganze Zahlen)

#### Zusammenfassung der vorzeitigen Mortalität aufgrund der Haupttodesursachen

Die steirische Gesamtmortalität sowie die Sterblichkeit aufgrund von bösartigen Neubildungen, Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und Krankheiten der Atmungsorgane liegen unter dem österreichischen Durchschnitt. Die Mortalitätsraten aufgrund von Krankheiten der Verdauungsorgane und aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen fallen hingegen in der Steiermark höher aus als in Gesamtösterreich. Die Mortalität aufgrund der Haupttodesursachen ist in der Steiermark bei Männern immer höher als bei Frauen. Die Sterblichkeit aufgrund von bösartigen Neubildungen ist bei Männern 1,4-mal höher als bei Frauen, jene aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen viermal höher. Betrachtet man den Anteil der Haupttodesursachen an allen Todesursachen, so zeigt sich, dass im Jahr 2008 der größte Anteil aller vorzeitigen Todesfälle bei beiden Geschlechtern durch bösartige Neubildungen verursacht wird, wobei bei den Frauen knapp die Hälfte (44%), bei den Männern jedoch nur 29% aller vorzeitigen Todesfälle darauf zurückzuführen sind. Wenn man von den sonstigen Krankheiten absieht, stellen im Jahr 2008 Verletzungen und Vergiftungen mit 15% bei den Frauen bzw. 22% bei den Männern die zweithäufigste Todesursache bei beiden Geschlechtern dar. Nach steirischen Bezirken betrachtet, ergeben sich für die verschiedenen Haupttodesursachen unterschiedliche Bilder.

**Tabelle 15: Übersicht vorzeitige Mortalität in den steirischen Bezirken**

Durchschnitt der Jahre 2004 bis 2008	3 Bezirke mit höchster vorzeitiger Mortalitätsrate <sup>1)</sup>	3 Bezirke mit niedrigster vorzeitiger Mortalität <sup>2)</sup>
Gesamtmortalität	Leoben, Knittelfeld, Bruck an der Mur	Feldbach, Weiz, Graz-Umgebung
Mortalität aufgrund von ...		
... bösartigen Neubildungen	Radkersburg, Voitsberg, Bruck an der Mur	Hartberg, Weiz, Feldbach
... Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems	Deutschlandsberg, Leoben, Voitsberg	Radkersburg, Feldbach, Fürstenfeld
... Krankheiten der Atmungsorgane	Judenburg, Bruck an der Mur, Murau	Knittelfeld, Radkersburg, Fürstenfeld
... Krankheiten der Verdauungsorgane	Radkersburg, Knittelfeld, Leoben	Graz-Umgebung, Liezen, Feldbach
... Verletzungen und Vergiftungen	Murau, Liezen, Knittelfeld	Radkersburg, Graz-Umgebung, Graz

1) Die Bezirke sind absteigend geordnet, der Bezirk mit der steiermarkweit höchsten Mortalitätsrate steht an erster Stelle.

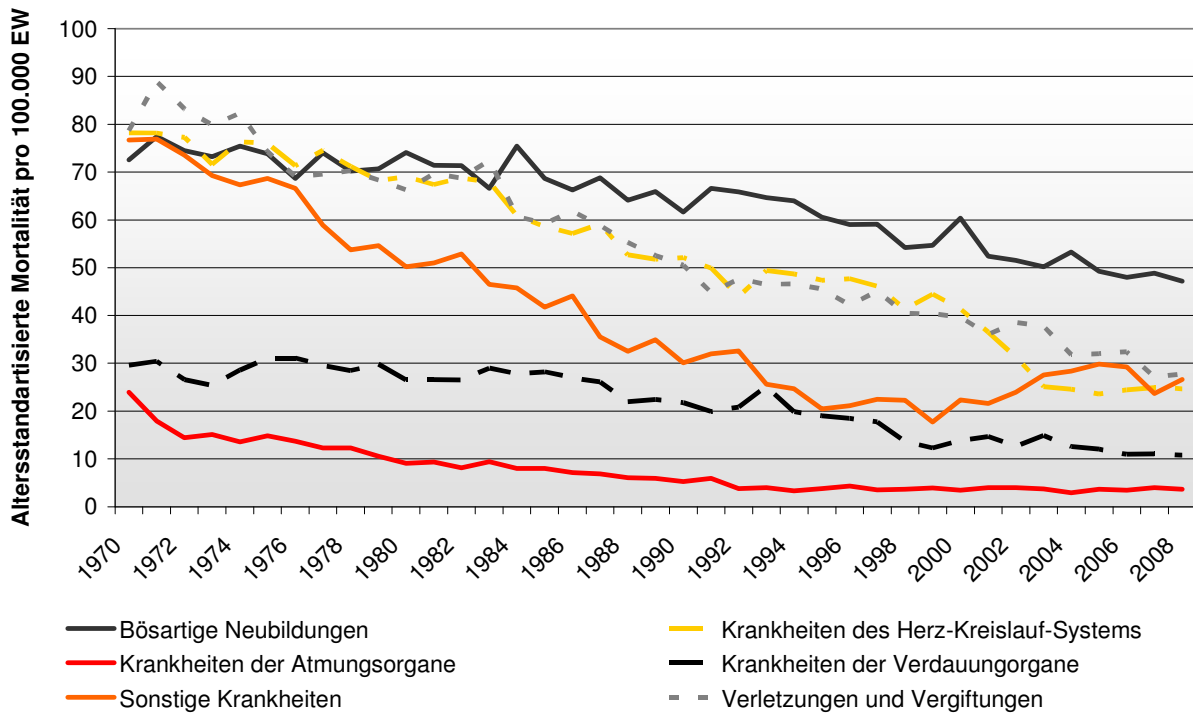
2) Die Bezirke sind aufsteigend geordnet, der Bezirk mit der steiermarkweit niedrigsten Mortalitätsrate steht an erster Stelle.

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: FH JOANNEUM

Das heißt, dass in jenen drei Bezirken, welche die höchste vorzeitige Gesamtmortalität aufweisen, jeweils bei zwei Haupttodesursachen ebenfalls die höchsten Raten zu finden sind (Leoben, Knittelfeld und Bruck an der Mur), Ähnliches ist in jenen drei Bezirken zu beobachten, die die niedrigste vorzeitige Gesamtmortalität aufweisen. Diese scheinen auch häufiger als die restlichen Bezirke bei den Haupttodesursachen als die Bezirke mit den niedrigsten Raten auf. Seit 1970 ist die vorzeitige Mortalitätsrate aufgrund aller Haupttodesursachen in der Steiermark bei beiden Geschlechtern zurückgegangen.



**Abbildung 6: Entwicklung der vorzeitigen Mortalität nach den Haupttodesursachen in der Steiermark von 1970 bis 2008**



Datenquelle: Statistik Austria; eigene Darstellung

## 2.2.5 Krebsinzidenz

Nicht nur Daten zur Mortalität bzw. zum subjektiven Gesundheitszustand können Auskunft über den Gesundheitszustand einer Bevölkerung geben, sondern auch Morbiditätsdaten. Während die Qualität der Mortalitätsdaten als hoch eingeschätzt wird (12, S. 14), gilt die Verwendung von Daten zur Morbidität als problematisch (13, S. 25). Diese Daten sind häufig in ihrer Aussagekraft beschränkt, wie zum Beispiel die Daten aus der Spitalsentlassungsstatistik, die basierend auf der Dokumentation von Diagnosen und Leistungen innerhalb von Krankenanstalten gesammelt werden. Die Leistungs- und Diagnosedokumentation dient aber vorrangig zur Abrechnung und nicht dazu, epidemiologische Aussagen zu treffen. Die Qualität dieser Daten gilt österreichweit als wenig einheitlich und daher schlecht vergleichbar (14, S. 3). Auf österreichischer Ebene existieren nur wenige Routinedaten, die über (chronische) Erkrankungen Informationen geben. Eine Ausnahme bildet hier das österreichische Krebsregister (11, S. 18).

Bösartige Neubildungen gelten in Summe als eine der wichtigsten Todesursachen und werden in Europa zu einem hohen Anteil für die Krankheitslast verantwortlich gemacht (5, S. 29). Wie bereits weiter oben dargestellt, sind bösartige Neubildungen auch in der Steiermark sowohl bei Frauen als auch bei Männern für den größten Anteil an vorzeitigen Todesfällen

verantwortlich (vgl. „Vorzeitige Mortalität aufgrund der Haupttodesursachen“). Aufgrund der Tatsache, dass viele der bösartigen Neubildungen durch Früherkennungsuntersuchungen (Screening) entdeckt werden können, gelten Krebserkrankungen als ein wichtiges Public Health-Thema (5, S. 29; 1, S. 350). Die Daten der Krebsinzidenz können daher auch als Indikator für die Evaluierung der Wirksamkeit von Screening-Programmen herangezogen werden (15).

Die Qualität der Daten zur Krebsinzidenz hängt stark von der Vollständigkeit und Aktualität des Registers ab (16, S. 3). Die österreichischen Krankenanstalten sind verpflichtet, jede Krebserkrankung und jeden Todesfall aufgrund von bösartigen Neubildungen an die Statistik Austria beziehungsweise an die regionalen Register in Kärnten, Salzburg, Tirol und Vorarlberg zu melden. Für jede Person können daher mehrere Meldungen übermittelt werden. Da eine eindeutige Identifizierung aufgrund der Nichtverfügbarkeit einer Personenidentifikationsvariable (z.B. Sozialversicherungsnummer) nicht möglich ist, muss von den jeweiligen BearbeiterInnen der Bestand des Krebsregisters durchsucht werden, ob eine gesuchte Person bereits im Register vorhanden ist (16, S. 3, 7). Aufgrund der Einschränkung dieser Meldepflicht auf Krankenhäuser kommt es zu einer Untererfassung der Krebsinzidenz, wovon vor allem bösartige Neubildungen der Haut betroffen sind. Aus diesem Grund wird die Gesamtinzidenz häufig zwar mit den Inzidenzen von bösartigen Melanomen, jedoch ohne „sonstige bösartige Neubildungen der Haut (C44)“ veröffentlicht. Bösartige Melanome werden häufig in einer Krankenanstalt behandelt, weshalb man hier von einer ausreichenden Qualität der Daten ausgeht (16, S. 3). Von einer Untererfassung aufgrund der Behandlung in Ambulanzen oder im niedergelassenen Bereich muss bei folgenden weiteren bösartigen Neubildungen ausgegangen werden: Prostatakrebs sowie Gebärmutterhalskrebs in einem frühen Stadium und Lymphknotenkrebs bei älteren PatientInnen (16, S. 15). Zur Abschätzung der Vollständigkeit des Österreichischen Tumorregisters wird der Anteil der Death Certificate Only-Fälle (DCO-Fälle; → Glossar) berechnet, welcher bedingt eine Aussage über die Vollständigkeit zulässt. Ein Anteil der DCO-Fälle von über zehn Prozent gilt als Anzeichen einer deutlichen Untererfassung, was laut Statistik Austria für einige Bundesländer zutrifft, weshalb regionale Vergleiche nur mit Vorsicht angestellt werden dürfen (16, S. 4). So hat die Steiermark im Jahr 2002 im Bundesländervergleich mit rund 16% die höchste DCO-Rate aufgewiesen (16, S. 15). Zur Senkung der DCO-Rate werden oft Recherchen durchgeführt, was dazu führt, dass die Registerdaten erst zwei Jahre nach dem Erhebungsjahr publiziert werden können (die Daten von 2008 sind beispielsweise erst im Jahr 2010 verfügbar) (16, S. 12).

Da es zwischen den einzelnen Jahren zu Schwankungen in der Inzidenz kommt, ist ein 5-Jahres-Durchschnitt für die Jahre 2003 bis 2007 berechnet worden, um Vergleiche zwischen den Bundesländern vornehmen zu können. Darüber hinaus kann dadurch die im Vergleich zu den vorangegangenen Jahren mangelhafte Vollständigkeit der ansonsten qualitativ hochwertigen Krebsinzidenzdaten für 2007 ausgeglichen werden (Anmerkung zum österreichischen Krebsregister seitens der Statistik Austria, vom 27. August 2009). Aus den oben erwähnten Gründen wird im Folgenden die Krebsinzidenz ohne die Inzidenz „sonstige bösartige Neubildungen der Haut (C44)“ dargestellt.

Im Zeitraum von 2003 bis 2007 hat es in der Steiermark pro 100.000 EinwohnerInnen durchschnittlich 457 Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen gegeben. Dies sind geringfügig mehr Neuerkrankungen gewesen als im österreichischen Durchschnitt, der bei 453 Neuerkrankungen pro 100.000 EinwohnerInnen jährlich gelegen ist (vgl. Tabelle 2.2.5). Im Bundesländervergleich liegt die Steiermark damit im Mittelfeld, was bedeutet, dass bei rund 5.500 Personen jährlich eine Neuerkrankung an bösartigen Neubildungen dokumentiert wird und durchschnittlich ein halbes Prozent der steirischen Bevölkerung jährlich mit der Erstdiagnose einer bösartigen Neubildung konfrontiert ist. Nach Geschlecht getrennt betrachtet, zeigt sich, dass in den Jahren 2003 bis 2007 im Durchschnitt bei den Frauen 427 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohnerinnen bzw. bei den Männern 487 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner aufgetreten sind, wobei der Wert der Männer damit unter, jener der Frauen über dem österreichischen Niveau liegt (Österreicherinnen: 411 Neuerkrankungen pro 100.000 EW, Österreicher: 497 Neuerkrankungen pro 100.000 EW). Seit 1990 ist in den Daten tendenziell eine Steigerung der Inzidenzrate in der Steiermark erkennbar, dies kann jedoch auch an der zunehmenden Vollständigkeit der Erfassung liegen.

### **2.2.6 Selbst berichteter Herzinfarkt**

Wie bereits beim Indikator „Krebsinzidenz“ beschrieben, gibt es in Österreich wenige Routinedaten, die über die Inzidenz von chronischen Erkrankungen Auskunft geben können. Da jedoch die Informationen zur Inzidenz und Prävalenz von chronischen Erkrankungen eine wichtige Grundlage für die Planung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen darstellen, wird im Folgenden auf Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 zurückgegriffen (11, S. 18). Die Validität der Angaben zu selbst berichteten chronischen Krankheiten wird für einzelne Erkrankungen unterschiedlich eingeschätzt. So wird bei der Zuckerkrankheit von einer nahezu vollständigen Erfassung im Rahmen von

Gesundheitsbefragungen ausgegangen, während selbst berichtete Herzinfarkte je nach Studie nur in zehn bis 79% korrekt erfasst worden sind (17, S. 11).

Ende des 19. Jahrhunderts ist der Tod durch eine Herz-Kreislauf-Erkrankung wie Myokardinfarkt noch sehr selten gewesen (18, S. 567). 2001 sind jedoch 48% aller Todesfälle Herz-Kreislauf-Erkrankungen zuzuschreiben gewesen, womit Herzinfarkte zu jenen Krankheiten gehören, die eine hohe – allerdings vermeidbare – Krankheitslast in der europäischen Bevölkerung bedingen (5, S. 36). Weltweit sind die meisten Todesfälle auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen (19, S. 13). Insgesamt ist jedoch eine Abnahme der Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu erkennen. Gleichzeitig blieb die Anzahl der jährlich erlittenen Herzinfarkte in Österreich in den Jahren von 1990 bis 2001 mit rund 13.000 Personen gleich (19, S. 13-14). Dies deutet darauf hin, dass bei in etwa gleichbleibender Anzahl der Herzinfarkte und bei einer Abnahme der letalen Herzinfarkte sich die Überlebensrate deutlich verbessert hat, was vermutlich durch eine verbesserte klinische Versorgung erklärt werden kann. Gleichzeitig ist durch die verbesserten primären und sekundären Präventionsmaßnahmen auch die Schwere der Erkrankungen zurückgegangen (19, S. 14). Aufgrund der steigenden Anzahl der älteren Personen ist jedoch mit einer absoluten Zunahme an Herzinfarkten zu rechnen (19, S. 14).

Als Risikofaktoren für Herzinfarkte werden neben Fettstoffwechselstörungen Tabakkonsum und Bluthochdruck genannt. Darüber hinaus können aber auch familiäre Belastungen, körperliche Inaktivität und psychosoziale Belastungen das Risiko erhöhen, während Alter und Geschlecht als sogenannte „unabänderliche“ Risikofaktoren bekannt sind (18, S. 569).

Im Rahmen des vorliegenden Gesundheitsberichts werden – wie im ECHIM empfohlen (5, S. 36) – Ergebnisse aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 präsentiert. Analysiert werden die Anteile jener Personen, welche die Frage „Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt?“ (11, Anhang Fragebogen, S. 2) mit „Ja“ beantworteten. Zur Darstellung der Entwicklung des Anteils an selbst berichteten Herzinfarkten werden Ergebnisse aus den Sonderprogrammen Gesundheit der Mikrozensus 1999 und 1991 analysiert, wobei ein Vergleich aufgrund der unterschiedlichen Formulierung der Fragen nur mit Vorsicht durchgeführt werden kann. Während die konkrete Fragestellung 1991 „Bitte, nennen Sie mir aus dieser Liste die Kennzahlen jener Krankheiten und Verletzungen, die Sie im letzten Jahr hatten!“ (20, Blatt B) gelautet hat, ist 1999 gefragt worden: „Leiden Sie an einer der in dieser Liste angeführten Krankheiten andauernd (chronisch)?“ (21, S. 157). Analysiert wird jeweils der Anteil jener Personen, die als Antwort Herzinfarkt genannt haben. Da im Jahr 1991 nur

die Jahresprävalenz erhoben worden ist, kann es sein, dass die Werte vergleichsweise niedriger ausgefallen sind. (Die jeweiligen Fragestellungen sind im Anhang 3 zu finden.)

Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 haben drei Prozent der SteirerInnen angegeben, jemals einen Herzinfarkt erlitten zu haben. Dieser Wert liegt etwas über dem österreichischen Durchschnitt (zwei Prozent) und ist im Bundesländervergleich an dritter Stelle (vgl. Tabelle 2.2.6a), wenngleich die Werte in Österreich insgesamt sehr homogen sind und zwischen einem Prozent und drei Prozent schwanken. Der Anteil der Steirer, die einen Herzinfarkt erlitten haben, ist mit vier Prozent doppelt so hoch wie jener der Steirerinnen. Mit dem Alter steigt der Anteil jener, die von einem Herzinfarkt berichten, bei den Männern jedoch stärker als bei den Frauen. 14% der Männer und sieben Prozent der Frauen ab 75 Jahren haben angegeben, bereits mindestens einmal einen Herzinfarkt erlitten zu haben (vgl. Tabelle 2.2.6b). Nach Schulbildung analysiert, zeigt sich, dass mit steigender Ausbildung der Anteil jener, die bereits mindestens einmal einen Herzinfarkt gehabt haben, sinkt, wobei dieses Muster in der Steiermark für beide Geschlechter gilt. Auch die altersstandardisierten Daten weisen auf einen sozialen Gradienten hin: Während ein Prozent der Personen mit einem höheren Schulabschluss (mindestens Matura) angibt, bereits mindestens einmal einen Herzinfarkt gehabt zu haben, berichten jene mit niedrigem Schulabschluss doppelt so oft davon. Vergleicht man die Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 mit jenen der Sonderbefragung zu den Mikrozensus 1991 und 1999, dann deuten die Zahlen darauf hin, dass der Anteil der Personen, die bereits mindestens einmal einen Herzinfarkt gehabt haben, in allen Bundesländern gestiegen ist: von weniger als ein Prozent (1991, 1999) auf bis zu drei Prozent (2006/2007).

### **2.2.7 Selbst berichteter Schlaganfall**

Schlaganfälle gelten als Erkrankung mit hoher Krankheitslast und Ursache für Sterbefälle (5, S. 38). Die Mortalität aufgrund von Schlaganfällen hat seit 1975 in den meisten europäischen Ländern um 30-50% abgenommen und wird hauptsächlich auf eine bessere Erstversorgung und Diagnose zurückgeführt (22, S. 36). Aufgrund der Zunahme der älteren Bevölkerung wird jedoch von einer Zunahme der Inzidenzen in den nächsten Jahren ausgegangen. Dies führt in weiterer Folge zu einer Zunahme der Krankheitslast sowie der durch Schlaganfälle verursachten Kosten (22, S. 37). Jährlich sind in Österreich rund 180 bis 200 Personen pro 100.000 EinwohnerInnen von dieser Erkrankung betroffen, rund 40% der Personen sterben innerhalb eines Jahres nach Auftreten des Schlaganfalls (23).

Als Risikofaktoren für einen Schlaganfall werden Vorerkrankungen wie Vorhofflimmern, Stoffwechselerkrankungen, aber auch der Konsum von Nikotin genannt (23). Aufgrund der als Risikofaktoren genannten Lebensstilfaktoren wird von einer Vermeidbarkeit der Erkrankung durch Prävention ausgegangen (5, S. 38).

Im Rahmen des vorliegenden Gesundheitsberichts werden – wie im ECHIM empfohlen (5, S. 38) – Ergebnisse aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 präsentiert. Analysiert werden die Anteile jener Personen, welche die Frage „Hatten Sie jemals einen Schlaganfall oder eine Gehirnblutung?“ (11, Anhang Fragebogen, S. 2) mit „Ja“ beantwortet haben. Zur Darstellung der Entwicklung des Anteils an selbst berichteten Schlaganfällen werden Ergebnisse aus den Mikrozensus-Sonderprogrammen Gesundheit 1991 und 1999 analysiert, wobei ein Vergleich aufgrund der unterschiedlichen Formulierung der Fragen nur mit Vorsicht durchgeführt werden kann, da die Fragestellung jeweils analog zur Fragestellung zum Herzinfarkt immer etwas anders gelautet hat.

In allen österreichischen Bundesländern haben im Zuge der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 zwischen zwei Prozent und drei Prozent der Befragten davon berichtet, mindestens einmal einen Schlaganfall oder eine Gehirnblutung gehabt zu haben (vgl. Tabelle 2.2.7a). Steirerinnen leiden nach eigener Angabe in zwei und Steirer in drei Prozent an diesen Erkrankungen. Mit steigendem Alter geben mehr SteirerInnen an, bereits mindestens einmal einen Schlaganfall oder eine Gehirnblutung gehabt zu haben. Während bis zum Alter von 55 Jahren praktisch niemand an dieser Erkrankung leidet, steigt die Zahl der betroffenen Personen ab 75 Jahren auf insgesamt zwölf Prozent (Frauen sieben Prozent, Männer 22%) (vgl. Tabelle 2.2.7b). Mit steigender Ausbildung sinkt der Anteil jener, die angeben, bereits einmal einen Schlaganfall oder eine Gehirnblutung erlitten zu haben (PflichtschulabsolventInnen sechs Prozent, Personen mit Matura weniger als ein Prozent). Auch die altersstandardisierten Daten weisen auf einen sozialen Gradienten hin, wobei Personen ohne Matura mit zwei Prozent doppelt so oft angegeben haben, bereits mindestens einmal an diesen Erkrankungen gelitten zu haben, als solche mit Matura. Ein Vergleich mit den Ergebnissen der Mikrozensus-Befragungen aus den Jahren 1991 und 1999 deutet auf einen steigenden Anteil an Personen, die jemals an einem Schlaganfall oder einer Gehirnblutung erkrankt sind. 1991 und 1999 sind es in allen Bundesländern noch unter ein Prozent gewesen.

## 2.2.8 Selbst berichteter Diabetes

Innerhalb der Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen gilt Diabetes mellitus aus sozialmedizinischer und gesundheitspolitischer Sicht als bedeutendste Krankheit (24, S.

576). Zu unterscheiden ist zwischen Diabetes mellitus Typ 1 und 2, wobei Letzterer mehr als 95% der Fälle ausmacht. Während der Typ 1 zumeist vor dem 30. Lebensjahr auftritt, ist der Typ 2 eine Krankheit, die sich vorwiegend nach dem 40. Lebensjahr manifestiert (24, S. 577), aber auch immer öfter bei Kindern und Jugendlichen vorkommt. In Bezug auf Diabetes mellitus Typ 2 wird international von einer relativ hohen Dunkelziffer (50-60%) ausgegangen. Für Österreich gibt es jedoch keine Screeningstudien, die darüber Auskunft geben könnten, wie hoch diese Dunkelziffer ist (25, S. 1).

Risikofaktoren für Diabetes mellitus stellen das Alter, eine genetische Prädisposition sowie das metabolische Syndrom, eine Stoffwechselstörung, dar. Aber auch ein niedriges Geburtsgewicht sowie Lebensstilfaktoren (wie Rauchen, körperliche Inaktivität und ungesunde Ernährung) sind als Risikofaktoren identifiziert worden. Darüber hinaus ist in mehreren Studien ein höheres Erkrankungsrisiko bei Personen mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status festgestellt worden, was mit einer größeren Belastung durch Lebensstilfaktoren in Zusammenhang gebracht wird (25, S. 26-28).

Für das Jahr 2000 sind von der WHO für Österreich 130.000 DiabetikerInnen geschätzt worden, was einer Prävalenz von zwei Prozent entspricht. Dabei ist davon ausgegangen worden, dass der Großteil der Betroffenen weiblich ist und mehr als 50% der Erkrankten 65 Jahre und älter sind (25, S. 16). Jedoch sind bereits Schätzungen erstellt worden, die insgesamt von 300.000 bis 315.000 in Behandlung stehenden DiabetikerInnen in Österreich ausgehen (25, S. 21). In der Steiermark haben laut Daten der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse im Jahr 2008 knapp 33.000 Personen an Diabetes mellitus gelitten (vgl. Tabelle 10.2.3b).

Mit Diabetes mellitus sind eine höhere Mortalität sowie eine um fünf bis zehn Jahre verkürzte Lebenserwartung verbunden (25, S. 22). Zuckerkrankte Personen haben ein 2,2-fach höheres Risiko für Herzerkrankungen, ein 2,4-fach höheres Risiko für Herzbeschwerden und ein 2,8-fach höheres Risiko für Hirngefäßerkrankungen als Personen, die nicht an Diabetes mellitus erkrankt sind. Weiters haben DiabetikerInnen ein rund 2,5-fach erhöhtes Risiko einer Augenerkrankung bzw. Sehstörung im Vergleich zu NichtdiabetikerInnen (25, S. 20). Die Zuckerkrankheit ist jedoch eine Erkrankung, die behandelt werden kann, wobei in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit der Implementierung von Disease Management-Programmen betont wird (5, S. 30). Weitere Daten dazu werden im Kapitel „Gesundheitsförderndes Gesundheitssystem“ beim Indikator „Integrierte Versorgung“ analysiert. Auch für diesen Indikator werden Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 und den Mikrozensus-Sonderprogrammen Gesundheit 1991 und 1999 verwendet.

Sechs Prozent der SteirerInnen haben bei der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 davon berichtet, an Diabetes zu leiden, was dem österreichischen Durchschnitt entspricht. Im Bundesländervergleich ist der niedrigste Anteil in Salzburg (vier Prozent) und der höchste in Wien (acht Prozent) zu finden (vgl. Tabelle 2.2.8a). In der Steiermark haben etwas mehr Frauen als Männer angegeben, zuckerkrank zu sein (Frauen: sieben Prozent, Männer: sechs Prozent), womit beide Geschlechter geringfügig über dem österreichischen Durchschnitt liegen. Klar erkennbar ist die Tendenz, dass der Anteil der SteirerInnen, die an Diabetes leiden, mit steigendem Alter zunimmt. Bei den Personen unter 55 Jahren sind es in allen Altersgruppen bis zu zwei Prozent, die angeben, DiabetikerInnen zu sein, bei jenen ab 55 Jahren sind es neun und bei Personen ab 75 Jahren 27 Prozent. Nach Geschlecht und Alter analysiert, lässt sich keine eindeutige Tendenz feststellen (vgl. Tabelle 2.2.8b). Betrachtet man die Daten nach Schulbildung, so zeigt sich zuerst ein Sinken des Anteils an selbst berichtetem Diabetes mellitus mit einem steigenden Ausbildungsniveau. Werden die Daten allerdings altersstandardisiert, so lässt sich für beide Gruppen (jene mit Matura und jene ohne Matura) ein gleicher Anteil von jeweils fünf Prozent erkennen. Eine Analyse des zeitlichen Verlaufs zeigt, dass der Anteil der Personen, die angeben, zuckerkrank zu sein, zugenommen hat. Während sich 1991 und 1999 in allen Bundesländern zwischen ein und drei Prozent als DiabetikerInnen eingestuft haben, sind es 2006/2007 bereits zwischen vier und acht Prozent gewesen. Diese Steigerung kann einerseits auf einen ungesünderen Lebensstil und die höhere Lebenserwartung, aber andererseits auf eine bessere und frühere Diagnose von Diabetes zurückzuführen sein (25, S. 15).

## 2.2.9 Selbst berichtetes Asthma

Allergisches Asthma, eine Form von Asthma bronchiale, zählt zu den wichtigsten allergischen Erkrankungen, wobei Allergien in den letzten Jahren sehr stark zugenommen haben und weltweit ein großes Gesundheitsproblem darstellen. Verursacht worden ist und wird diese Zunahme durch eine veränderte Allergenexposition, wie einerseits durch Luftschadstoffe und andererseits durch eine geringere Stimulation des Immunsystems durch eine verbesserte Hygiene (26, S. 13). Personen, die an Asthma bronchiale leiden, fühlen sich stärker gesundheitlich beeinträchtigt bzw. geben einen schlechteren Gesundheitszustand an als Personen, die nicht an Asthma bronchiale leiden (26, S. 110, 120). Verantwortlich gemacht werden für das vermehrte Auftreten von Asthma bronchiale unter anderem Luftschadstoffe. Studien haben diesen Zusammenhang anhand der Messung von Feinstaubpartikeln und der Anzahl an Hospitalisierungen aufgrund von Asthma bronchiale oder anderen Atemwegserkrankungen beweisen können (27, S. 127, 129). Obwohl es sich hierbei hauptsächlich um Langzeiteffekte der Luftverschmutzung handelt und die



Verminderung von Luftverschmutzung Jahre in Anspruch nimmt, hat bereits gezeigt werden können, dass die Verringerung dieses negativen Einflusses auf die Gesundheit mit einer Abnahme der Mortalität und Morbidität einhergeht (27, S. 99-100).

Wie im ECHIM-Indikatorensetz empfohlen, werden Befragungsdaten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 zu chronischen Erkrankungen analysiert. Und zwar werden die Ja-Antworten auf folgende Fragen analysiert: „Hatten Sie jemals allergisches Asthma?“ bzw. „Hatten Sie jemals eine andere Form von Asthma?“ Um eine zeitliche Entwicklung zu analysieren, werden Daten aus den Mikrozensus-Sonderprogrammen Gesundheit aus den Jahren 1991 und 1999 herangezogen.

Jeweils vier Prozent der SteirerInnen haben bei der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 angegeben, an allergischem Asthma bronchiale bzw. einer anderen Form von Asthma bronchiale zu leiden. Im Fall des selbst berichteten allergischen Asthmas bronchiale liegt die Steiermark im österreichischen Durchschnitt, während bei nicht allergischen Formen von Asthma bronchiale im österreichischen Durchschnitt ein kleinerer Anteil angibt, daran zu leiden. Hier ist der Anteil in der Steiermark im Bundesländervergleich der höchste. Tendenziell geben mehr Frauen als Männer an, an den beiden abgefragten Formen von Asthma zu leiden (Steirerinnen: fünf Prozent, Steirer: vier Prozent). Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen in der Steiermark berichtet ein höherer Anteil als im österreichischen Durchschnitt, an einer nicht allergiebedingten Form von Asthma bronchiale erkrankt zu sein. Nach dem Alter betrachtet, lässt sich für den Anteil an selbst berichtetem allergischem Asthma bronchiale keine eindeutige Tendenz feststellen. Beim nicht allergischen Asthma bronchiale lässt sich jedoch mit steigendem Alter ein Anstieg konstatieren. Zwei Prozent der Personen zwischen 15 und 25 Jahren und neun Prozent der Personen über 64 Jahren geben an, nicht allergisches Asthma bronchiale zu haben, wobei sich kein eindeutiger Unterschied zwischen Frauen und Männern feststellen lässt (vgl. Tabelle 2.2.9b). Sowohl allergische als auch andere Formen von Asthma bronchiale werden je nach Bildungsstatus von den Befragten in unterschiedlichem Ausmaß berichtet. Während selbst berichtetes allergisches Asthma häufiger von Personen berichtet wird, die mindestens die Matura haben (mit Matura: sechs Prozent, ohne Matura: vier Prozent), ist es bei anderen Formen von Asthma bronchiale genau umgekehrt (mit Matura: zwei Prozent, ohne Matura: vier Prozent). Aufgrund des Vergleichs der Befragungsergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 mit jenen aus den Mikrozensus-Sonderprogrammen Gesundheit 1991 und 1999 muss trotz der unterschiedlichen Fragestellungen davon ausgegangen werden, dass der Anteil der Personen, die an einer Form von Asthma

bronchiale (allergisches Asthma oder eine andere Form von Asthma) leiden, steigt (vgl. Tabelle 2.2.9a).

### **2.3 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse**

Die Bevölkerung der Steiermark hat in etwa eine gleich hohe Lebenserwartung wie die österreichische Bevölkerung insgesamt, die seit 1970 kontinuierlich angestiegen ist und weiter ansteigt. Jedoch liegt die Lebenserwartung in guter Gesundheit sowohl bei Geburt als auch ab 65 Jahren (vor allem bei Frauen) unter dem österreichischen Durchschnitt. Darüber hinaus schätzen die SteirerInnen ihre eigene Gesundheit im Österreichvergleich als schlechter ein.

Die vorzeitige Gesamtmortalität der SteirerInnen vor dem 66. Lebensjahr und die vorzeitige Mortalität nach verschiedenen Ursachen liegt bei den meisten Haupttodesursachen in der Steiermark geringfügig unter dem österreichischen Niveau, nur die vorzeitige Mortalität aufgrund von Krankheiten der Verdauungsorgane sowie von Verletzungen und Vergiftungen liegt darüber. Die meisten vorzeitigen Sterbefälle werden in der Steiermark durch bösartige Neubildungen bzw. Verletzungen und Vergiftungen verursacht. Bei den (selbst berichteten) chronischen Erkrankungen liegt die Steiermark bei allen Erkrankungen im österreichischen Durchschnitt.

Frauen haben in der Steiermark eine höhere allgemeine Lebenserwartung bei Geburt und mit 65 Jahren als Männer. Die gesunde Lebenserwartung bei der Geburt ist bei beiden Geschlechtern gleich hoch, während die gesunde Lebenserwartung mit 65 Jahren bei den Frauen etwas geringer ist als bei den Männern, d.h., Frauen verbringen einen geringeren Anteil der Jahre in guter Gesundheit als Männer. Frauen schätzen darüber hinaus auch ihren Gesundheitszustand als schlechter ein als Männer.

Bezüglich der Mortalität weisen Frauen eine niedrigere Rate auf als Männer. Bei den Neuerkrankungen an Krebs haben Frauen eine niedrigere Inzidenz als Männer, jedoch werden 44% der weiblichen Todesfälle durch bösartige Neubildungen verursacht. Bei den selbst berichteten chronischen Erkrankungen, d.h. Schlaganfall, Asthma und Diabetes, weisen Frauen und Männer in etwa gleich hohe Anteile auf. Eine Ausnahme bildet der selbst berichtete Herzinfarkt, von dem Männer häufiger als Frauen berichten.

Mit steigendem Alter sinkt zum einen der Anteil jener, die ihre Gesundheit als gut einschätzen, zum anderen steigen die Anteile der selbst berichteten chronischen

Erkrankungen. Einzige Ausnahme ist hier das allergische Asthma bronchiale, bei dem durch alle Altersgruppen hindurch gleich hohe Prozentsätze berichtet werden.

Mit sinkendem sozioökonomischem Status (gemessen an der höchsten abgeschlossenen Ausbildung) gehen ein schlechterer selbst berichteter Gesundheitszustand und eine höhere Prävalenz an selbst berichteten chronischen Krankheiten einher. Eine Ausnahme bildet Diabetes mellitus, welcher – nach der Korrektur um das Alter – in allen Bildungsschichten etwa gleich häufig berichtet wird. Eine weitere Ausnahme stellt das allergische Asthma bronchiale dar, welches von Personen mit Matura häufiger berichtet wird als von Personen ohne Matura.

Im Laufe der Zeit steigen die Lebenserwartung bei Geburt und ab 65 Jahren sowie die Lebenserwartung bei guter Gesundheit, was auf die gesunkene Mortalität zurückzuführen ist. Ein immer größerer Anteil an Personen gibt an, einen guten bzw. sehr guten Gesundheitszustand zu haben. Gleichzeitig gibt es Hinweise, dass die selbst berichteten chronischen Erkrankungen zunehmen.

### Schlussfolgerungen

Zusammenfassend sind zwei Trends zu beobachten. Einerseits zeichnen sich die SteirerInnen durch eine hohe und steigende Lebenserwartung sowie durch eher niedrige vorzeitige Sterblichkeit aus. Andererseits ist die gesunde Lebenserwartung der Steirer und vor allem der Steirerinnen geringer als im Österreichschnitt und die Prävalenzen von chronischen Erkrankungen sind nach Angaben der Befragten angestiegen, wovon besonders ältere und sozioökonomisch schlechtergestellte Menschen betroffen sind.

Daraus folgt, dass die Bekämpfung chronischer Erkrankungen durch umfassende Gesundheitsförderung und Prävention sowie durch lebensqualitätssteigerndes Disease Management von besonderer Bedeutung ist. Auch die erhöhten Sterblichkeitsraten im Bereich der Erkrankungen der Verdauungsorgane wie auch aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen weisen auf einen Handlungsbedarf hin, da diese mit Alkoholkonsum als einer Ursache in Zusammenhang gebracht werden (28, S. 594). Wie im Kapitel „Bewusstsein im Umgang mit Alkohol in der Steiermark fördern“ berichtet, hat die Steiermark einen überdurchschnittlich hohen Interventionsbedarf im Hinblick auf den Umgang mit Alkohol. Alkoholkonsum/-missbrauch gilt neben Tabakkonsum und ungesunder Ernährung auch als Ursache von bösartigen Neubildungen (28, S. 594, 29, S. 213), weshalb in diesem Bereich umfassende Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme empfohlen werden. Die unterschiedlichen Mortalitätsraten in den steirischen Bezirken erfordern die Berücksichtigung

des regionalen Bedarfs, wobei vor allem auf die Bezirke Leoben, Knittelfeld und Bruck an der Mur, die vergleichsweise hohe Sterblichkeitsraten aufweisen, Augenmerk gelegt werden soll. Wesentliche Handlungsfelder in diesem Zusammenhang sind gesamtpolitische Maßnahmen zur Reduktion von Unfällen, Alkohol- und Tabakkonsum, zur Steigerung der körperlichen Aktivität und zur Verbesserung der Ernährung. Gesundheitsfördernde Lebensverhältnisse würden dazu beitragen, die Risikofaktoren auch für die hier betrachteten chronischen Erkrankungen in allen Bevölkerungsgruppen – unabhängig von Geschlecht oder sozialem Status – zu verringern.

## Quellen- und Literaturverzeichnis

- 1 Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes NRW. (2005). *Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen. Band 1: Themenfelder 1 - 3. Adaptierte Fassung für NRW.* Bielefeld: Iögd.
- 2 Klein, S. (2007). Gesundheitsbericht schreiben und bewerten. In Reintjes, R. & Klein, S. (Hg.), *Gesundheitsberichterstattung und Surveillance.* (S. 43-52). Bern: Verlag Hans Huber.
- 3 ÖBIG. (o.J.). *Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung.* Download vom 18. Februar 2010, von [http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/2/7/4/CH0713/CMS1200057285919/empfehlungen\\_gbe\\_oe.pdf](http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/2/7/4/CH0713/CMS1200057285919/empfehlungen_gbe_oe.pdf)
- 4 Land Steiermark. (2007). *Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Steirischen Gesundheitsfonds. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer.* Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.
- 5 ECHIM (European Community Health Indicators Monitoring). (2009). *ECHI shortlist (June 2008 version) documentation sheets.* Download vom 10. Mai 2009, von [www.echim.org/docs/documentation\\_sheets.pdf](http://www.echim.org/docs/documentation_sheets.pdf)
- 6 Schwartz, F. W., Siegrist, J., Troschke, J. & Schlaud, M. (2003). Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen? In Schwartz, F. W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. et al. (Hg.), *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen.* (S. 23-60). München: Urban & Fischer.
- 7 Jasilionis, D., Jdanov, D. & Leinsalu, M. (2007). Der Zusammenhang von Bildung und Lebenserwartung in Mittel- und Osteuropa. In Max-Planck-Institut für demografische Forschung. (Hg.), *Tätigkeitsbericht 2006.* (S. 103-108). Rostock: Max-Planck-Gesellschaft.
- 8 Statistik Austria. (8. Oktober 2009). *Bevölkerungsprognose 2009. Hauptvariante Steiermark.* Download vom 26. Jänner 2010, von [http://www.statistik.at/web\\_de/static/steiermark\\_ausfuehrliche\\_tabellen\\_der\\_hauptvariante\\_schnellbericht\\_027324.xls](http://www.statistik.at/web_de/static/steiermark_ausfuehrliche_tabellen_der_hauptvariante_schnellbericht_027324.xls)
- 9 European Commission. (2009). *Healthy Life Years: in the European Union: Facts and Figures 2005.* Directorate General: Health & Consumers.
- 10 Klimont, J. & Ihle, P. (2009). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: ausgewählte Ergebnisse für Bundesländer. *Statistische Nachrichten, 10* (2009), 885-891.
- 11 Klimont, J., Kytir, J. & Leitner, B. (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation.* Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.

- 12 Statistik Austria. (2005). *Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Statistik der Standesfälle einschließlich Todesursachenstatistik*. Wien: Statistik Austria.
- 13 Grasser, G. & Reichenpfader, U. (2005). *Gesundheitsbericht 2005 für die Steiermark*. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen.
- 14 Statistik Austria. (2005). *Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Spitalsentlassungsstatistik*. Wien: Statistik Austria.
- 15 Statistik Austria. (16. März 2009). *Krebserkrankungen*. Download vom 25. Jänner 2010, von [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/index.html)
- 16 Statistik Austria. (2007). *Standard-Dokumentation. Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Statistik des Bevölkerungsstandes*. Wien: Statistik Austria.
- 17 Tolonen, H. (2008). Sources of health data and uses of information from health examination survey. In Tolonen, H., Koponen, P., Aromaa, A., Conti, S., Grafflversen, S., Grøtvedt et al. (Hg.), *Review of Health Examination Surveys in Europe*. (S. 9-14). Helsinki: National Public Health Institute.
- 18 Karoff, M. (2003). Herz-Kreislauf-Erkrankungen am Beispiel der koronaren Herzkrankheit und des akuten Myokardinfarkt. In Schwartz, F. W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R. & Raspe, H., Siegrist, J. et al. (Hg.), *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen*. (S. 556-576). München: Urban & Fischer.
- 19 Dorner, T. & Rieder, A. (2005). Epidemiologie der koronaren Herzkrankheit und Bedeutung für die Prävention. *Journal für Kardiologie*, 12 (Supplement B), 13-15.
- 20 Österreichisches Statistisches Zentralamt. (1991). *Mikrozensus. Fragen zur Gesundheit. Sonderprogramm. Erläuterungen*. Wien: Republik Österreich – Österreichisches Statistisches Zentralamt.
- 21 Költringer, R. & Ubas, E. (2002). *Mikrozensus 1999 – Ergebnisse zur Gesundheit in Wien*. Wien: Magistrat der Stadt Wien. Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement, Gesundheitsberichterstattung.
- 22 European Communities. (2008). *Major and Chronic Diseases. Report 2007*. Luxembourg: European Communities.
- 23 Hardt, R. (2006). *Der akute Schlaganfall (DFP)*. Download vom 26. Jänner 2010, von <http://www.geriatrie-online.at/dynasite.cfm?dsmid=75813&dspaid=589718>
- 24 Berger, M. & Mühlhauser, I. (2003). Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen am Beispiel des Krankheitsbildes Diabetes mellitus. In: Schwartz, F. W., Badura, B., Busse,

- R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. et al. (Hg.), *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen*. (S. 576-591). München: Urban & Fischer.
- 25 Rieder, A., Rathmanner, T., Kiefer, I., Dorner, T., Kunze, M. et al. (2004). *Österreichischer Diabetesbericht 2004. Daten, Fakten, Strategien*. Wien: o.V.
- 26 Dorner, T., Rieder, A., Lawrence, K. & Kunze, M. (2006). *Österreichischer Allergiebericht*. Wien: Verein Altern mit Zukunft und Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Wien.
- 27 APHEIS. (2006). *Health Impact Assessment of Air Pollution and Communication Strategy*. o.O.: APHEIS.
- 28 Katalinic, A. (2003). Bösartige Neubildungen. In Schwartz, F. W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. et al. (Hg.), *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen*. (S. 591-598). München: Urban & Fischer.
- 29 Land Steiermark. (2009). *Regionale Todesursachen in der Steiermark 1998/2004. Heft 1/2009*. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 1C – Landesstatistik.

### 3. **Gesundes Leben mitgestalten**

#### 3.1 **Einleitung**

Soziale Unterstützung, Netzwerke und Beteiligungsmöglichkeiten sind bewiesenermaßen positive Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Individuen (1, S. 81). Daher wird die Befähigung von BürgerInnen zur aktiven Beteiligung in sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Prozessen einer Gesellschaft als wichtige Prämisse für die Schaffung von Gesundheit gesehen (2, S. 12). Gesellschaften, die es schaffen, demokratische Prozesse zu stützen und die Beteiligung von benachteiligten Personen zu fördern, weisen geringere soziale Ungleichheiten auf. Dies kann in weiterer Folge zu einem für alle Menschen gleichen Zugang zu Gesundheitsressourcen führen (1, S. 83).

Aufgrund der Wichtigkeit von Partizipation ist dieses Themengebiet als einer der drei Grundsätze für die *Gesundheitsziele Steiermark* definiert worden. Der Grundsatz „Gesundes Leben mitgestalten“ zielt darauf ab, Rahmenbedingungen zu schaffen, die es ermöglichen, eine hohe Beteiligung in demokratie-, arbeits-, bildungs- und medienpolitischen Fragen zu gewährleisten (3, S. 7). Diesbezügliche Daten zu Arbeit und Bildung werden an anderer Stelle dieses Berichts dargestellt und analysiert (vgl. Kapitel „Arbeiten“, Indikator „Arbeitsklima“ und Indikator „Befristet Beschäftigte“, sowie Kapitel „Gleiche Chancen für Gesundheit ermöglichen“, Indikator „Bevölkerung nach Bildung“). Ein weiterer wichtiger Bereich, der in diesem Grundsatz der *Gesundheitsziele Steiermark* angesprochen wird, ist die Beteiligung von Gruppen, die das Gesundheitssystem verstärkt in Anspruch nehmen, im Gesundheitsressort, was unter anderem durch die Stärkung von Selbsthilfegruppen (3, S. 7) geschehen kann. Daten dazu werden im Kapitel „Gesundheitssystem gesundheitsfördernd gestalten“ durch den Indikator „Selbsthilfeorganisation der Gesellschaft zu Gesundheitsthemen“ analysiert.

Unter Partizipation kann nach einer Definition der Vereinten Nationen die Beteiligung an wirtschaftlichen Prozessen, sozialen und kulturellen Belangen sowie an politischen Entscheidungen verstanden werden (4, S. 22-23). Unter Beteiligung an wirtschaftlichen Prozessen wird zum Beispiel Erwerbstätigkeit verstanden, dazu werden Daten im Kapitel „Gleiche Chancen für Gesundheit ermöglichen“ (siehe Indikatoren „Gesamtarbeitslosigkeit“ und „Langzeitarbeitslosigkeit“) berichtet. Unter Beteiligung an sozialen Belangen wird jegliche Aktivität verstanden, bei der Menschen sozial interagieren, wie Mitgliedschaften in Vereinen und/oder ehrenamtliche Tätigkeiten (5). Ein Besuch im Theater oder in der Oper hingegen kann als Beteiligung an kulturellen gesellschaftlichen Belangen gesehen werden. Zu den letzten beiden Themenbereichen haben in der vorangegangenen Indikatoren-



recherche keine adäquaten Indikatoren identifiziert werden können (6, S. 13-14). Weiters hat es zum Zeitpunkt der Datenquellenrecherchen noch keine Daten gegeben, die wiederholt erhoben werden und daher für Monitoringzwecke geeignet sind (6, S. 13). Dementsprechend beschränken sich die hier analysierten Daten auf die politische Beteiligung.

Auf EU-Ebene ist geplant, zukünftig in 5-Jahres-Abständen einen Survey zur Erwachsenen- und Weiterbildung (Education Adult Survey) durchzuführen, in welchem auch Fragen zu sozialer und kultureller Beteiligung gestellt werden sollen (7, S. 174-185). Eine diesbezügliche Durchführungsverordnung seitens der Kommission ist im Jahr 2009 in Vorbereitung gewesen (7, S. 19).

Unter politischer Partizipation können alle freiwilligen Aktivitäten von BürgerInnen subsumiert werden, die darauf abzielen, alleine oder in einer Gruppe Einfluss auf politische Entscheidungen zu nehmen. Dabei kann zwischen verfassten und unverfassten politischen Beteiligungsformen unterschieden werden: Verfasste Beteiligungsformen sind all jene, die durch einen institutionellen Rahmen klar geregelt sind, dazu zählen unter anderem Wahlen. Nicht verfasste politische Aktivitäten sind jene, die z.B. spontan durchgeführt werden (unter anderem Unterschriftensammlung) (8). Insgesamt wird zwischen vier verschiedenen Formen von Partizipation unterschieden: Wählen, Kampagnenaktivitäten, Kontaktieren von Politikern und Behörden sowie Protestaktivitäten. Noch umstritten ist derzeit die Frage, ob die Mitarbeit in freiwilligen Organisationen eine weitere Form darstellt (9, S. 147).

Die politische Partizipation an demokratischen Prozessen wird im Folgenden durch drei Indikatoren dargestellt:

1. Wahlbeteiligung bei der Gemeinderatswahl
2. Beteiligung an einer Unterschriftensammlung in den letzten 12 Monaten
3. Mitarbeit in einer anderen (nicht parteipolitischen) Organisation oder Vereinigung in den letzten 12 Monaten

Der letzte Indikator kann jedoch auch als Indiz für soziale Beteiligung verwendet werden, wenn diese – wie weiter oben angeführt – als Partizipationstätigkeit in Organisationen oder Vereinen verstanden wird.

## **3.2 Ergebnisse**

### **3.2.1 Wahlbeteiligung bei der Gemeinderatswahl**

Zur Wahlbeteiligung werden Daten im Zusammenhang mit den letzten Gemeinderatswahlen präsentiert. Wahlen gelten als jene Form der politischen Partizipation, die es aufgrund des

Gleichheitsgrundsatzes ermöglicht, alle Gruppen einer Gesellschaft miteinzubeziehen (10, S. 18). In einer im Jahr 2008 von der Sozialwissenschaftlichen Studiengesellschaft durchgeführten Befragung haben 81% der Befragten angegeben, dass Gemeinderats- und Nationalratswahlen für sie sehr bzw. eher wichtig sind. Als vergleichsweise weniger wichtig sind Landtagswahlen und am wenigsten wichtig sind die Wahlen zum EU-Parlament eingestuft worden (Landtagswahlen: 77% sehr und eher wichtig, Wahlen zum EU-Parlament: 50% sehr und eher wichtig) (11, S. 204). Aufgrund der Wichtigkeit von Städten und Gemeinden als Setting für Gesundheitsförderung ist der Indikator „Wahlbeteiligung bei Gemeinderatswahlen“ ausgewählt worden.

Die Gemeinderatswahlen finden in der Steiermark im Fünf-Jahres-Rhythmus statt, wobei in der Stadt Graz die Gemeinderatswahlen in anderen Jahren stattfinden als im gesamten Bundesland. Für die anderen Bundesländer sind jeweils die letzten Wahlen zur Abbildung der Wahlbeteiligung herangezogen worden. Bei diesen Daten handelt es sich um die offizielle Wahlstatistik, weshalb von einem hohen Vollständigkeitsgrad ausgegangen werden kann.

Bei der letzten steiermarkweiten Gemeinderatswahl im Jahr 2005 ist die Wahlbeteiligung bei 78% gelegen (vgl. Tabelle 3.1.2). Im Vergleich zu den anderen Bundesländern ist dies die vierthöchste Wahlbeteiligung bei Gemeinderatswahlen nach dem Burgenland (83%), Kärnten (81%) und Oberösterreich (79%). Die niedrigste Wahlbeteiligung bei Gemeinderatswahlen im Bundesländervergleich hat es 2005 in Wien mit 61% gegeben. Für Österreich ist naturgemäß aufgrund der unterschiedlichen Wahlzeitpunkte kein Gesamtschnitt berechenbar.

In Graz sind bei der letzten Gemeinderatswahl deutlich weniger Wahlberechtigte als bei der steiermarkweiten Gemeinderatswahl, nämlich 58%, zur Wahl gegangen. Bei der Gemeinderatswahl 2005 ist die Wahlbeteiligung in den Bezirken der Steiermark zwischen 72% (Bruck an der Mur, Leoben) und 84% (Hartberg, Murau) geschwankt, wobei sich jedoch keine eindeutige räumliche Tendenz feststellen lässt.

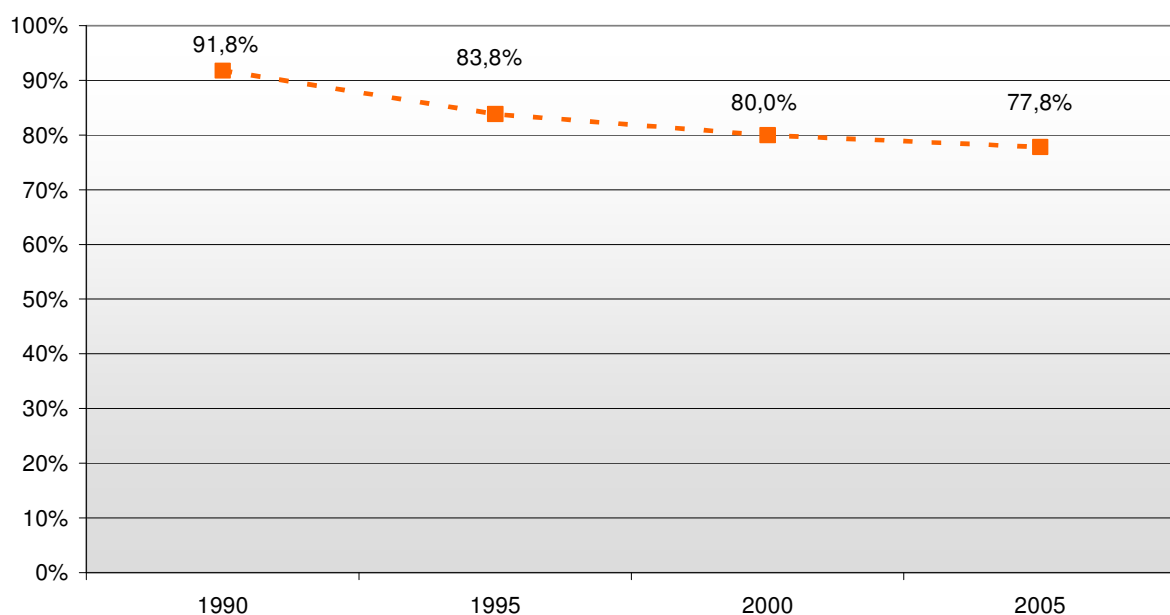
Zwischen der Wahlbeteiligung der Gemeinden und der Anzahl der Wahlberechtigten besteht ein klarer Zusammenhang.

**Tabelle 16: Wahlbeteiligung nach Anzahl der Wahlberechtigten in den steirischen Gemeinden bei der letzten Gemeinderatswahl im Jahr 2008**

Anzahl der Wahlberechtigten pro Gemeinde	Anzahl der Gemeinden	Prozent-Anteil der Gemeinden nach Wahlbeteiligung in Prozent				
		unter 75%	75 – 79,9%	80 – 84,9%	85 – 89,9%	90% und mehr
		in Prozent				
0 – 499	100	2	5	21	39	33
500 – 999	161	1	9	37	40	13
1000 – 1499	125	5	22	47	22	4
1500 – 1999	135	33	28	30	10	0
5000 und mehr	20	80	20	0	0	0
Steiermark gesamt	541	13	16	33	27	11

Datenquelle: FA7A – Gemeinden und Wahlen, Land Steiermark; Berechnung: FH JOANNEUM

In Gemeinden mit weniger als 500 Wahlberechtigten ist die Wahlbeteiligung bei einem Drittel der Gemeinden bei über 90%, bei einem weiteren Drittel zwischen 85 und 90% gelegen. Hingegen ist bei den 20 Gemeinden mit 5.000 und mehr Wahlberechtigten die Wahlbeteiligung in 16 Gemeinden unter 75% gelegen. Im zeitlichen Verlauf ist bei den Gemeinderatswahlen in der Steiermark ein Rückgang der Wahlbeteiligung festzustellen. Sind 1990 noch 92% bei der steiermarkweiten Gemeinderatswahl wählen gegangen, sind es 2000 nur mehr 80% gewesen. Auch in der Stadt Graz ist dieser Trend sichtbar: 1993 sind noch drei Viertel der Wahlberechtigten (76%) zur Wahl gegangen, 2003 sind es nur mehr 58% gewesen.

**Abbildung 7: Entwicklung der Beteiligung bei steirischen Gemeinderatswahlen (exkl. Graz) von 1990 bis 2005**

Datenquelle: FA7A – Gemeinden und Wahlen, Land Steiermark; eigene Darstellung

Generell zeigt sich in der Stadt Graz auch im zeitlichen Verlauf bei Gemeinderatswahlen immer eine niedrigere Wahlbeteiligung als in der übrigen Steiermark. In der Wahlforschung wird bei einer sinkenden Wahlbeteiligung davon ausgegangen, dass Wahlen stärker sozial verzerrt sind, da sich unter NichtwählerInnen vor allem viele mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen befinden (12).

### **3.2.2 Beteiligung an einer Unterschriftensammlung**

Eine weitere Form der politischen Partizipation ist die Teilnahme an einer Unterschriftensammlung. Dabei handelt es sich um eine politische Aktivität, die im Gegensatz zu Wahlen Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Aspekt oder eine bestimmte Präferenz lenkt (9, S. 147). Nach den Wahlen gilt diese Form von politischer Partizipation als jene, welche die zweitwichtigste Rolle für BürgerInnen von demokratischen Gesellschaften spielt (9, S. 149). Die Daten für diesen und den folgenden Indikator sind dem European Social Survey entnommen worden.

JedeR fünfte steirische Befragte (20%) hat 2006 angegeben, sich in den letzten 12 Monaten an einer Unterschriftensammlung beteiligt zu haben (vgl. Tabelle 3.2.3). Österreichweit sind die Werte zwischen 14% (Tirol) und 34% (Salzburg) geschwankt, die Steiermark weist insgesamt den viertniedrigsten Anteil auf. Vergleicht man die Angaben der Steiermark mit jenen für Österreich, so wird ersichtlich, dass der steirische Anteil geringfügig unter jenem von Österreich liegt (21%). Betrachtet man die Befragungsergebnisse im zeitlichen Verlauf, so ist sowohl in der Steiermark als auch österreichweit eine Abnahme der Teilnahme an Unterschriftensammlungen feststellbar. 2002 haben in der Steiermark noch 29% angegeben, an einer Unterschriftensammlung teilgenommen zu haben, 2004 sind es nur mehr 22% gewesen und 2006 20%. In ganz Österreich haben 2002 noch 27% angegeben, auf diese Weise aktiv gewesen zu sein, 2004 nur mehr 21%.

### **3.2.3 Mitarbeit in einer Organisation oder Vereinigung (exkl. parteipolitischer Organisationen)**

Politische Beteiligung bedeutet jedoch mehr als Wahlbeteiligung und Teilnahme an Unterschriftensammlungen. Eine Form der unkonventionellen Beteiligung ist die Mitarbeit in einer Organisation oder Vereinigung (13, S. 196).

Rund ein Viertel der Befragten in der Steiermark (24%) hat 2006 angegeben, in den letzten 12 Monaten vor der Befragung in einer Organisation oder Vereinigung mitgearbeitet zu haben (vgl. Tabelle 3.2.2), was unter dem österreichischen Durchschnitt/Niveau von 27%

liegt. Im Vergleich zu den anderen Bundesländern ist das im Jahr 2006 der drittniedrigste Anteil nach Wien (18%) und dem Burgenland (19%). Der höchste Anteil ist in Niederösterreich mit 32% bemerkbar. Im zeitlichen Verlauf zeigt sich tendenziell ein Anstieg: Waren es 2002 17%, so ist der Anteil im Jahr 2004 auf 26% und 2006 auf 24% angestiegen. Analysiert man die Daten für Österreich, so ist ebenfalls ein Anstieg beobachtbar (2002: 19%, 2004: 24% und 2006: 27%).

### **3.3 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse**

Im Vergleich zu den anderen Bundesländern scheint die Steiermark hinsichtlich der Beteiligung der Bevölkerung an demokratischen Prozessen im Mittelfeld zu liegen.

Allerdings nimmt die Beteiligung bei Gemeinderatswahlen im zeitlichen Verlauf kontinuierlich ab, wobei die Wahlbeteiligung in der Stadt Graz generell niedriger ist als in der übrigen Steiermark. Eine Analyse nach Anzahl der Wahlberechtigten in einer Gemeinde zeigt ebenfalls, dass kleinere Gemeinden eine höhere Wahlbeteiligung aufweisen. Darüber hinaus ist auch bei der Teilnahme an Unterschriftensammlungen ein Rückgang erkennbar. Hingegen weisen die Daten hinsichtlich der Mitarbeit in Organisationen auf eine Zunahme der Beteiligung der österreichischen Bevölkerung hin, wobei in der Steiermark kein eindeutiger Trend für eine Zunahme bemerkbar ist.

#### Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse für die Steiermark stimmen großteils mit der Annahme überein, dass es zwei gegenläufige Trends in der politischen Partizipation gibt: einerseits die Abnahme der Wahlbeteiligung, andererseits die Zunahme der Teilnahme an anderen politischen Partizipationsformen (9, S. 150-151), wie zum Beispiel die Mitarbeit in einer Organisation. Da diese – als eine der neuesten Formen von politischer Partizipation geltende – Art der Beteiligung seit den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts zunehmend an Bedeutung gewinnt (9, S. 146), erscheint eine Förderung derselben als empfehlenswert.

Eine Ausnahme bildet hier jedoch die Teilnahme an Unterschriftensammlungen, die tendenziell abgenommen hat. Aus der Tatsache, dass bereits in mehreren Studien ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Beteiligung und sozioökonomischem Status des Einzelnen belegt worden ist (9, S. 153), ergibt sich die Notwendigkeit, vor allem Personen mit niedrigem SÖS in ihrer Beteiligung zu stärken, wobei vor allem kleinräumige Beteiligungsformen erfolgversprechend sein dürften.

## Quellen- und Literaturverzeichnis

- 1 Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2006, reprinted 2007). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- 2 Wilkinson, R. & Marmot, M. (2004). *Soziale Determinanten von Gesundheit: die Fakten. Zweite Ausgabe*. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- 3 Land Steiermark. (2007). *Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.
- 4 United Nations Development Programme. (1993). *Human Development Report 1993*. New York: Oxford University Press.
- 5 Human Resources and Skills Development Canada. (15. Juli 2009). *Indicators of Well-Being in Canada. Social Participation – Overview*. Download vom 15. Juli 2009, von <http://www4.hrsdc.gc.ca/d.4m.1.3n@-eng.jsp?did=16>
- 6 Grasser, G., Wieseneder, E., Ebner, K. & Plunger, P. (2009). *Projektbericht. GeKiS: Gesundheits-Kernindikatoren Steiermark*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark. (unveröffentlicht).
- 7 Salfinger, B., Pauli, W. & Sommer-Binder, G. (2009). *Erwachsenenbildung. Ergebnisse des Adult Education Survey (AES)*. Wien: Statistik Austria.
- 8 Kaase, M. (2003). *Politische Beteiligung/Politische Partizipation*. Download vom 8. Juli 2009, von [http://www.bpb.de/wissen/06713986635846339646200579504445,0,0,Politische\\_BeteiligungPolitische\\_Partizipation.html](http://www.bpb.de/wissen/06713986635846339646200579504445,0,0,Politische_BeteiligungPolitische_Partizipation.html)
- 9 van Deth, J. W. (2009). Politische Partizipation. In Kaina, V. und Römmele, A. (Hg.), *Politische Soziologie*. (S. 141-162). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- 10 Gaisböck, R. & Walter, F. (2005). *Determinanten und Auswirkungen sinkender Wahlbeteiligung. Eine längsschnittliche Analyse der Wiener Gemeinderatswahlen 1954 – 2001*. (Diplomarbeit, Universität Wien, Wien).
- 11 SWS Bildstatistiken. (2009). Einstellungen der ÖsterreicherInnen zu Demokratie, Toleranz und Fremdenfeindlichkeit. *Demokratiemessergebnisse nach Messmodellen. SWS Rundschau*, 49. Jg. (Heft 2), 197-208.
- 12 Schäfer, A. (2008). *Alles halb so schlimm? Warum eine sinkende Wahlbeteiligung der Demokratie schadet. Tätigkeitsbericht 2008*. Download vom 9. Dezember 2009, von <http://www.mpg.de/bilderBerichteDokumente/dokumentation/jahrbuch/2009/gesellschaftsforschung/forschungsSchwerpunkt/pdf.pdf>

- 13 Thomassen, J. (o.J.). *Chapter 5. Opinions about Political Issues*. Download vom 20. Juli 2009, von [http://www.europeansocialsurvey.org/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=83&Itemid=80](http://www.europeansocialsurvey.org/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=83&Itemid=80)

## 4. Gleiche Chancen für Gesundheit ermöglichen

### 4.1 Einleitung

Gesundheit wird von sozialen und wirtschaftlichen Determinanten bestimmt. Sozioökonomisch schlechtergestellte Personen haben ein größeres Risiko, schwer zu erkranken bzw. vorzeitig zu sterben (1, S. 10). Innerhalb jedes Staates können Unterschiede in der Gesundheit von einzelnen Menschen beobachtet werden, wobei diese Unterschiede teilweise auf naturgegebenen Variationen der Individuen beruhen: Zum Beispiel sind ältere Menschen aufgrund des natürlichen Alterungsprozesses meistens häufiger krank. Die Mechanismen, welche diese Unterschiede zwischen einzelnen Personen in soziale Ungleichheit umwandeln, werden als systematisch, sozial produziert und ungerecht eingestuft (2, S. 2). Das Phänomen, dass sich mit abnehmendem sozialem Status die Gesundheit verschlechtert bzw. die Chancen auf gleichen Gesundheitszustand verringern, wird als sozialer Gradient bezeichnet.

Gesundheitliche Chancenungleichheit spielt unter anderem in der Mortalität, in der Lebenserwartung, bei bestimmten Krebsarten, psychosozialen Problemen, aber auch bei Verletzungen eine Rolle (3, S. 12). So ist für England gezeigt worden, dass Männer zwischen 20 und 64 Jahren, die als angelernte oder Hilfsarbeiter arbeiten, ein dreimal höheres Risiko haben, an einem Herzinfarkt oder einem Schlaganfall zu sterben, als gleichaltrige Männer, die in höher qualifizierten Berufen arbeiten (3, S. 12). Auch für Österreich ist festgestellt worden, dass Personen aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen häufiger einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen. Dies betrifft vor allem Menschen, die über wenig Einkommen verfügen, eine niedrige Schulbildung haben und über einen längeren Zeitraum arbeitslos sind. Weiters weisen Personen mit Migrationshintergrund häufiger einen schlechten Gesundheitszustand auf (4, S. 15).

Die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen den sozioökonomisch am schlechtesten bzw. am besten gestellten Personen betragen in Europa bei Geburt bei Männern zehn Jahre und bei Frauen sechs Jahre (5, S. 3). Zahlen aus dem Jahr 2001 zeigen, dass in Österreich die Sterblichkeit mit steigender Bildung abnimmt und damit ein sozialer Gradient vorliegt (6, S. 296). Ein erhöhter Zusammenhang zwischen Sterblichkeit und sozialem Status wurde auch im *Gesundheitsbericht 2005 für die Steiermark* festgestellt (7, S. 15).

Der Abbau der gesundheitlichen Ungleichheit ist in der EU-Gesundheitsstrategie 2008 bis 2013 zu einem der Grundprinzipien erklärt worden (5, S. 4). Da jedoch die bisherigen Maßnahmen nur wenig Wirkung gezeigt haben, fordert die EU verstärkte Maßnahmen zur



Bekämpfung der gesundheitlichen Ungleichheit, wobei seitens der Kommission mehrere Herausforderungen angesprochen werden (5, S. 6-12): So wird die Schaffung von Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitsbereich als wichtiger Teil der allgemeinen wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung angesehen. Weiters wird die Verbesserung der Daten- und Wissensbasis sowie der Mechanismen zur Messung, Überwachung und Berichterstattung von gesundheitlicher Ungleichheit angesprochen. Die EU fordert ein Engagement in allen Bereichen der Gesellschaft. Nicht nur das Gesundheitswesen, welches eine Schlüsselrolle hat, sondern alle Gesellschaftsbereiche, wie Arbeitsplatz, Schule, Behörden und Institutionen, müssen zur Beseitigung der gesundheitlichen Ungleichheit miteinbezogen werden. Darüber hinaus fordert die EU ein Eingehen auf die Bedürfnisse besonders schutzbedürftiger Gruppen. Besonderen Schutzes bedürfen Menschen mit Behinderungen, Ältere, Kinder und Erwachsene in Armut, benachteiligte Einwanderinnen- und Einwanderer- sowie ethnische Minderheitsgruppen. Weiters sieht die Kommission die Weiterentwicklung des Beitrags der EU-Politik, wie durch die Koordination von politischen Maßnahmen und der Schaffung eines Erfahrungsaustauschs, als wichtig an.

Aufgrund dieses Stellenwerts, den gesundheitliche Ungleichheit einnimmt, ist für die *Gesundheitsziele Steiermark* der Grundsatz „Gleiche Chancen für Gesundheit ermöglichen“ formuliert worden. Im Mittelpunkt dieses Grundsatzes steht die Tatsache, dass die Chance auf Gesundheit ungleich verteilt ist und nur eine multisektorale Zusammenarbeit zur nachhaltigen Lösung dieses Problems beitragen kann (8, S. 7).

Als Indikatoren zur Messung von sozialer Ungleichheit wird die Verwendung von Einkommen, Bildungsstatus und Erwerbstätigkeit empfohlen (3, S. 19). Im Rahmen dieses Kapitels wird versucht, anhand von fünf Indikatoren aus diesen Themenbereichen darzustellen, welche sozialen Ungleichheiten innerhalb der Steiermark vorhanden sind, um anhand dieser Daten im Zuge eines Monitorings auf die Veränderungen von Chancenungleichheit beziehungsweise deren Reichweite eingehen zu können (9, S. 19). Zur Messung sozialer Ungleichheit in Bezug auf Einkommen werden im Folgenden die beiden Indikatoren „Ungleichheit in der Einkommensverteilung“ und „Armutgefährdungsquote“ dargestellt. Auf das Thema „Erwerbstätigkeit“ wird mit den beiden Indikatoren „Gesamt-Arbeitslosigkeit“ und „Langzeitarbeitslosigkeit“ eingegangen. Der fünfte Indikator beschäftigt sich mit dem Bildungsstatus der Bevölkerung. Generell wird im Rahmen des Berichts versucht, so weit wie möglich die Daten getrennt nach Geschlecht, Alter, Bildungsstatus und Region darzustellen und zu analysieren, um das Ausmaß der gesundheitlichen Chancenungleichheit aufzuzeigen.

Chancengleichheit spielt auch in Bezug auf den Grundsatz „Gesundes Leben mitgestalten“ eine wichtige Rolle. Wie im entsprechenden Kapitel dargestellt, sind Erwerbstätigkeit und die Chance auf Bildung für alle BewohnerInnen der Steiermark Grundvoraussetzungen zur Schaffung von Rahmenbedingungen, die es auch benachteiligten Gruppen ermöglichen, sich aktiv an gesellschaftlichen Prozessen zu beteiligen.

## **4.2 Ergebnisse**

### **4.2.1 Ungleichheit der Einkommensverteilung**

Die Höhe des Einkommens weist auch in Österreich einen Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand auf. Menschen, die in Armut leben, haben ein höheres Erkrankungsrisiko, schätzen ihre Gesundheit als schlechter ein und neigen eher zu Verhaltensweisen, wie wenig körperliche Bewegung, ungesunde Ernährung und höherer Tabakkonsum, die sich negativ auf den Gesundheitszustand auswirken (4, S. 19).

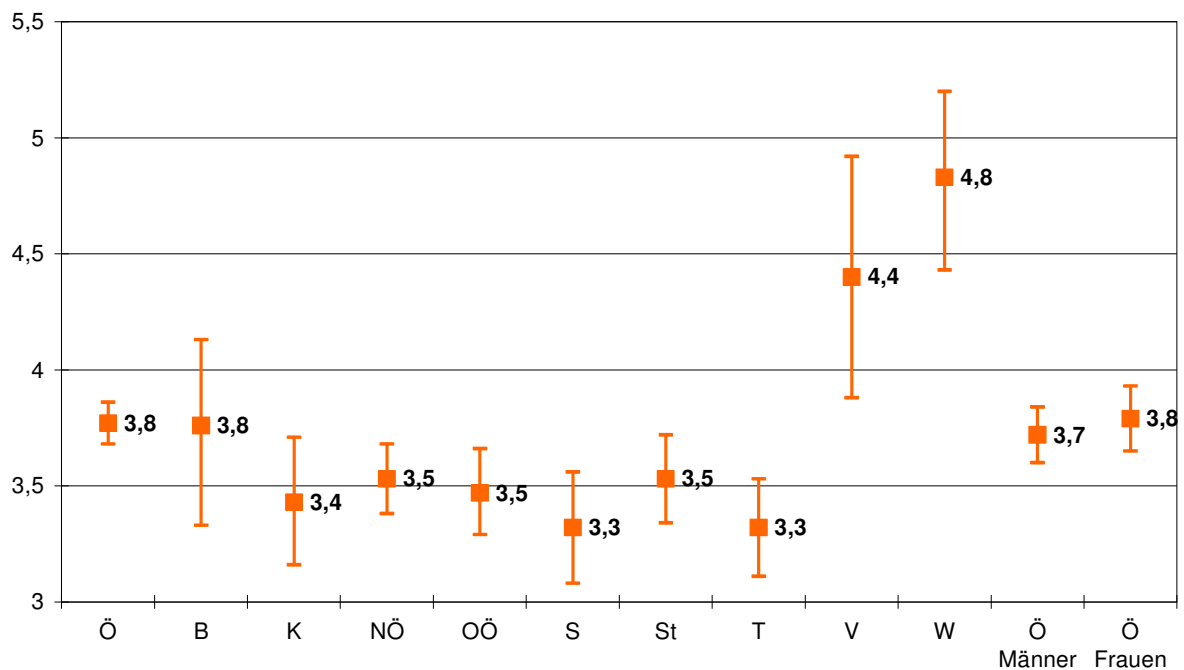
Für die Berechnung der Ungleichheit in der Einkommensverteilung anhand des Quintil Share Ratio wird das Haushaltsäquivalenzeinkommen (→ Glossar) herangezogen (10, S. 7). Das Haushaltseinkommen bildet nicht nur das Erwerbseinkommen einer Person ab, sondern berücksichtigt auch andere Einkommensarten wie beispielsweise Sonderzahlungen und Einkünfte aus Vermietungen. Zur Berechnung des Indikators der Ungleichverteilung des Einkommens wird der Mittelwert des obersten Quintils des gesamten Äquivalenzeinkommens (jenes Fünftel von Personen mit dem höchsten Äquivalenzeinkommen) mit dem Mittelwert des untersten Quintils (jenes Fünftel von Personen mit dem niedrigsten Äquivalenzeinkommen) verglichen (11, S. 3). Der Wert „3“ besagt dann beispielsweise, dass das reichste Fünftel der Bevölkerung über 3-mal so viel Einkommen verfügt wie das einkommensschwächste Fünftel.

Da es sich um Daten aus dem EU-SILC handelt, ist eine Auswertung nur auf Bundeslandebene bzw. bei den soziodemografischen Indikatoren nur auf Österreichebene möglich. Die Interpretation der Daten wird dabei durch die große Schwankungsbreite aufgrund der teilweise sehr kleinen Stichproben der einzelnen Bundesländer (z.B. bei Vorarlberg) erschwert (12, S. 171). Die Schwankungsbreite wird in den Grafiken sowie der Tabelle 4.2.1 ersichtlich.

In der Steiermark hat im Jahr 2007 das reichste Fünftel über 3,5-mal mehr Einkommen verfügen können als das ärmste Fünftel (vgl. Tabelle 4.2.1), womit die Ungleichheit etwas geringer ausgeprägt ist als im österreichischen Durchschnitt, wo dieser Wert 3,8 betragen

hat. Am größten ist der Unterschied in Vorarlberg (4,4) und Wien (4,8), am kleinsten in Salzburg und Tirol (jeweils 3,3). Die Ungleichverteilung des Einkommens unterscheidet sich in Vorarlberg und Wien statistisch signifikant vom österreichischen Durchschnitt. Betrachtet man die Ergebnisse nach Geschlecht, so zeigt sich, dass in Österreich die Ungleichverteilung bei Frauen eher größer ist, wobei jedoch nur ein sehr kleiner Unterschied zu den Männern besteht.

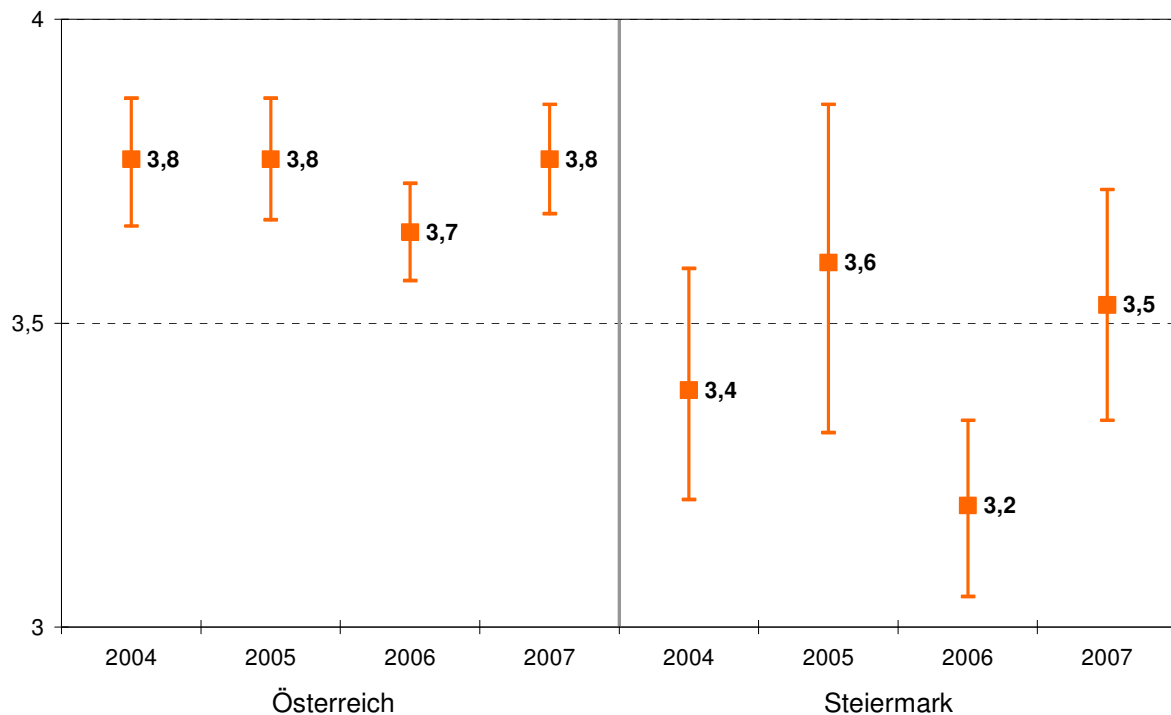
**Abbildung 8: Ungleichverteilung im Einkommen (Quintil Share Ratio) 2007 im Bundesländervergleich und nach Geschlecht für Österreich**



Datenquelle: EU-SILC 2007; Bearbeitung: LASTAT Steiermark; eigene Darstellung  
(Die Punkte stellen den Wert dar, die Linien die jeweilige Schwankungsbreite.)

Im zeitlichen Verlauf ist für die Steiermark kein eindeutiger Trend festzustellen, für Österreich zeichnet sich jedoch insgesamt eine eher gleichbleibende Ungleichverteilung ab.

**Abbildung 9: Ungleichverteilung im Einkommen (Quintil Share Ratio) für Österreich und die Steiermark im zeitlichen Trend 2004 – 2007**



Datenquelle: EU-SILC 2007; Bearbeitung: LASTAT Steiermark; eigene Darstellung

Aufgrund der Tatsache, dass es sich hier um einen Indikator handelt, der auf EU-Ebene erhoben wird, liegt ein Vergleich mit den anderen EU-Mitgliedsstaaten nahe. Verglichen mit anderen Ländern der Europäischen Union, ist die Ungleichheit der Einkommensverteilung in Österreich und der Steiermark geringer als im europäischen Durchschnitt, sowohl jenem für die EU-15-Länder als auch jenem für die EU-25-Länder. Die Ungleichheit in der Einkommensverteilung ist im Jahr 2003 zwischen drei (Ungarn) und 7,4 (Portugal) gelegen. Die Ungleichheit ist 2003 bei den EU-15-Ländern Schweden, Dänemark, Finnland, Norwegen und Frankreich niedriger als in Österreich gewesen (13, S. 4). Zu empfehlen ist daher, zu analysieren, welche Maßnahmen in diesen Ländern gesetzt werden, um die Ungleichheit zu verringern.

#### 4.2.2 Armutsgefährdungsquote

Armut und soziale Ausgrenzung verursachen vorzeitige Mortalität und haben einen großen Einfluss auf die Gesundheit (1, S. 18). Armut – vor allem lang andauernde – beeinflusst nicht nur das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sondern kann auch die Ursache für persönliche Isolation, Sucht, Trennung und Scheidung sowie Behinderung sein (1, S. 19). Dabei kann von einer wechselseitigen Wirkung ausgegangen werden: Armut verursacht

einen schlechteren Gesundheitszustand und dieser kann wiederum auch Armut verursachen (3, S. 46).

Weltweit zeigt sich, dass Armut einen direkten und indirekten Einfluss auf den Gesundheitszustand sowie auf soziale Unterschiede in der Gesundheit hat. Ärmere Menschen können es sich nicht leisten, gesund zu leben, und können unter Umständen gezwungen sein, gesundheitsgefährdende Arbeit anzunehmen. Je stärker die Preise für die Nutzung von wichtigen gesellschaftlichen Allgemeingütern, wie Versorgung, Bildung, Wohnen, Wasser und öffentlichen Verkehrsmitteln, an den freien Wettbewerb gekoppelt sind, umso stärker wird die Gesundheit durch Armut gefährdet. Personen aus sozial schlechtergestellten Schichten können sich durch steigende Preise solche Güter nicht mehr leisten. Sichtbar wird Armut in diesem Zusammenhang zum Beispiel auch durch die Todesfälle, die im Winter aufgrund des Zusammentreffens von niedrigen Temperaturen und schlechten Wohnbedingungen auftreten (3, S. 46-47). Andererseits kann ein schlechter Gesundheitszustand auch Armut hervorrufen – besonders in Lebenssituationen, in denen Einkommensausfälle aufgrund von Krankheit nicht kompensiert und die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen außerdem durch Behandlungskosten stark beeinträchtigt werden können. Besonders gravierend stellt sich dieser Zusammenhang zum Beispiel im Fall einer Infektion mit HIV und der anschließenden Erkrankung an AIDS dar (3, S. 51-53).

In der Darstellung des Ausmaßes der Armut wird zwischen relativer und absoluter Armut unterschieden. Unter absoluter Armut, die auch in Europa auftritt (1, S. 18), versteht man die Nichterfüllung der notwendigsten Lebensbedürfnisse, wobei der Geldbetrag, welcher einer Person pro Tag zur Verfügung steht, als Gradmesser herangezogen wird. Relative Armut hingegen bildet das Wohlstandsgefälle innerhalb einer Gesellschaft ab. Armutsgefährdung wird in diesem Zusammenhang dadurch definiert, dass den betroffenen Personen weniger als 60% des medianen Äquivalenzeinkommens zur Verfügung stehen (14, S. 32). Da dabei das Haushaltsäquivalenzeinkommen zur Darstellung herangezogen wird, ergibt sich für jedes Land oder jede Region, für die das Äquivalenzeinkommen berechnet wird, ein anderer Richtwert der Armutsgefährdung.

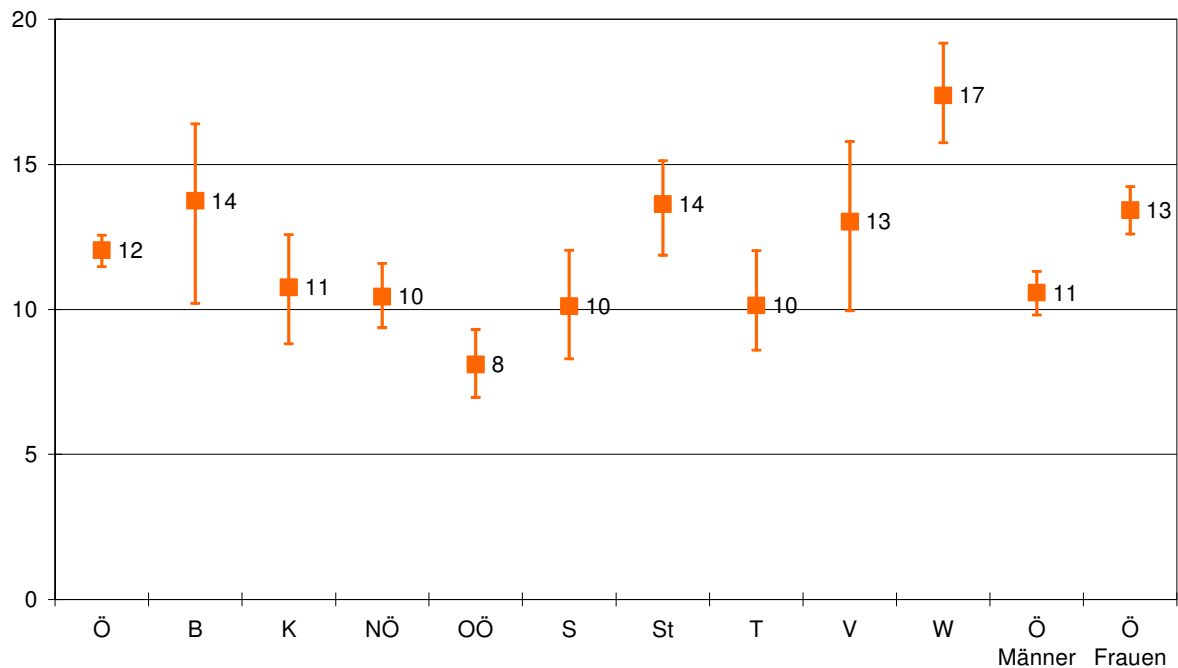
Die Armutsgefährdungsquote gibt den Anteil der armutsgefährdeten Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung an (10, S. 2-3), wobei die Armutsgefährdung aufgrund der relativen Armut definiert wird. Da die Armutsgefährdungsquote wie der Indikator „Ungleichheit der Einkommensverteilung“ unter den wichtigsten Laeken-Indikatoren vertreten ist, sind diese Daten auf EU-Ebene vergleichbar und haben eine hohe politische Relevanz, wenngleich der Indikator laut Statistik Austria auch einige Nachteile aufweist (14, S. 31). Beispielsweise stellt

die Festlegung auf 60% des medianen Äquivalenzeinkommens de facto eine normative Abgrenzung dar. Dieser Wert muss jedoch nicht notwendigerweise jenem entsprechen, den die Menschen brauchen, um ihre notwendigsten Bedürfnisse abdecken zu können. Weiters kann ansteigende Ungleichheit auch übersehen werden: Wenn die hohen Einkommen im gleichen Ausmaß steigen wie die untersten Einkommen sinken, ändert sich zahlenmäßig nichts an der Armutsgefährdungsquote. Darüber hinaus kann auch die Verschlechterung des Einkommens einer einzelnen Gruppe von armutsgefährdeten Personen unbemerkt bleiben. Aus dem bisher Gesagten folgt, dass der Grenzwert für Armutsgefährdung nur als Richtwert zu betrachten ist, aber beispielsweise nicht zur Bestimmung der Höhe des notwendigen Mindesteinkommens herangezogen werden darf. Weiters erfasst der EU-SILC, der zur Berechnung der Armutsgefährdungsquote herangezogen wird, einerseits keine Personen in Heimen oder Anstaltspersonen, andererseits wird davon ausgegangen, dass schwer erreichbare Personen wie MigrantInnen oder SozialhilfeempfängerInnen in der Befragung unterrepräsentiert sind (14, S. 31). Schließlich unterliegen auch die Daten der Armutsgefährdungsquote einer, durch die jeweilige Stichprobengröße der Bundesländer verursachten, deutlichen Schwankungsbreite.

Interessant ist es, in weiterer Folge zu analysieren, wie sehr sich die Armutsgefährdungsquote durch nationale Sozialtransfers verändert. Dies ist durch einen weiteren Laeken-Indikator, „Armutsgefährdung vor Sozialtransfers“, möglich, für Österreich ist für das Jahr 2007 eine Verringerung der Armutsgefährdungsquote durch Sozialtransfers von 25% auf zwölf Prozent errechnet worden (15, S. 91-92).

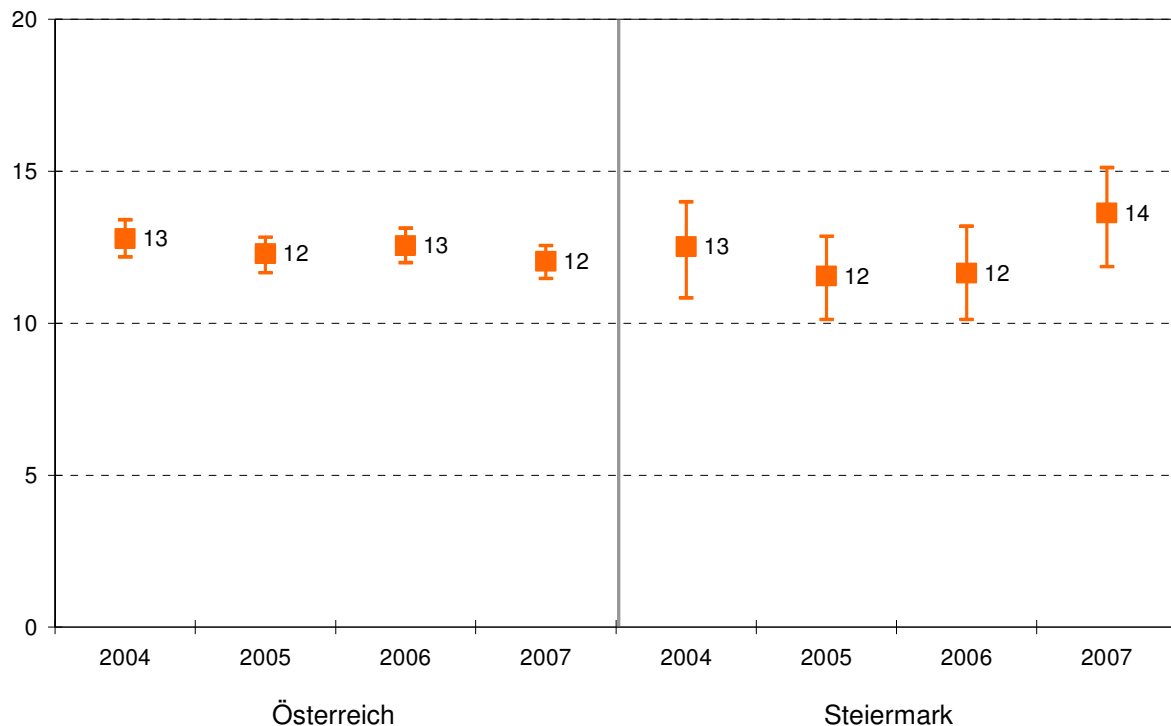
2007 sind rund 14% der SteirerInnen armutsgefährdet gewesen (vgl. Tabelle 4.2.2). Dieser Wert ist über dem österreichischen Durchschnitt von zwölf Prozent gelegen. Aufgrund der Schwankungsbreite liegt jedoch kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Steiermark und Österreich vor. Der niedrigste Anteil an Armutsgefährdeten war 2007 in Oberösterreich (acht Prozent), der signifikant höchste in Wien (17%) zu finden (beides statistisch signifikant). Was das Geschlecht angeht, so zeigt sich, dass Frauen mit 13% stärker von Armut betroffen sind als Männer (elf Prozent), wobei auch dieser Unterschied statistisch signifikant ist.

**Abbildung 10: Armutsgefährdungsquote in Prozent 2007 im Bundesländervergleich und nach Geschlecht für Österreich**



Datenquelle: EU-SILC 2007; Bearbeitung: LASTAT Steiermark; eigene Darstellung  
(Die Punkte stellen den Wert dar, die Linien die jeweilige Schwankungsbreite.)

Im zeitlichen Verlauf schwankt die Armutsgefährdungsquote in der Steiermark zwischen zwölf und 14 Prozent und liegt damit im Bundesländervergleich immer im Mittelfeld. In den Jahren 2004 bis 2007 waren Frauen anteilmäßig stärker von Armut betroffen als Männer.

**Abbildung 11: Armutsgefährdungsquote in Prozent für Österreich und die Steiermark im zeitlichen Trend 2004 – 2007**

Datenquelle: EU-SILC 2007; Bearbeitung: LASTAT Steiermark; eigene Darstellung

Ein Vergleich mit EU-Daten zeigt, dass 2003 der Anteil der armutsgefährdeten ÖsterreicherInnen mit 13% unter dem europäischen Durchschnitt der EU-15-Länder von 16% gelegen ist. Nur in Luxemburg, Finnland, Schweden, Dänemark, Frankreich und die Niederlande hat es eine noch geringere Armutsgefährdungsquote gegeben (13, S. 2).

### 4.2.3 Arbeitslosigkeit

Arbeitslosigkeit und Gesundheitsgefährdung hängen zusammen. In Regionen mit höherer Arbeitslosigkeit weist die Bevölkerung auch eine höhere Gesundheitsgefährdung auf (1, S. 24). Arbeitslosigkeit beeinflusst die psychische und physische Gesundheit auf verschiedenste Arten, wie z.B. durch finanzielle Deprivation, Verlust von Selbstwertgefühl oder Verlust eines strukturierten Tagesablaufs (16, S. 757). Arbeitslosigkeit wird zu den zehn wichtigsten Ursachen für die gesamte Krankheitslast in den EU-15-Staaten gezählt (3, S. 63).

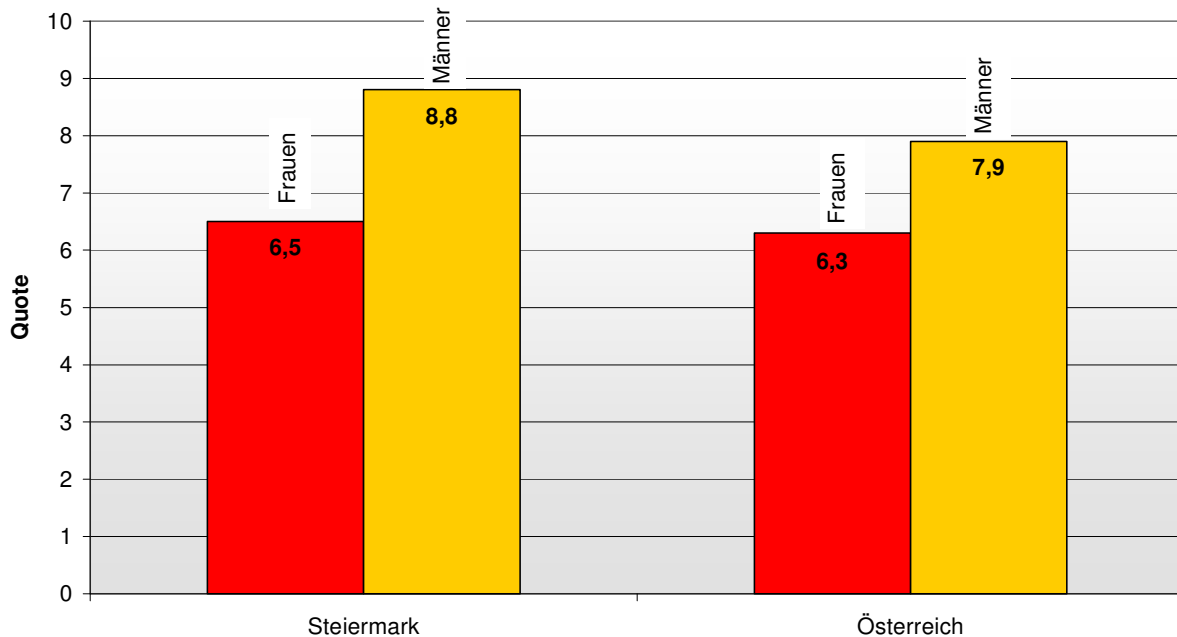
Erwerbsarbeit hat in Europa einen zentralen Stellenwert, weil dadurch neben dem Einkommen auch Prestige erworben und die Partizipation in der Gesellschaft erleichtert wird. Dementsprechend erschwert der Verlust des Arbeitsplatzes auch die Teilhabe an der Gesellschaft (3, S. 64). Rasky et al. haben bereits 1996 in einer Studie aufgezeigt, dass



arbeitslose steirische Männer ein riskanteres Verhalten aufwiesen, welches sich durch höheren Alkohol- und Tabakkonsum auszeichnet. Ebenso rauchen arbeitslose Frauen häufiger als Frauen, die einer Erwerbsarbeit nachgehen (16, S. 759-760). Auch Arbeitsplatzunsicherheit und die Angst davor, den Arbeitsplatz zu verlieren, wirken sich negativ auf die Gesundheit aus. Aus diesen Gründen ist nicht nur das Vorhandensein eines Arbeitsplatzes, sondern auch dessen Qualität wichtig (1, S. 24-25), (3, S. 64).

Die Arbeitslosigkeitsquote wird in Österreich auf zwei verschiedene Arten berechnet: nach dem nationalen (→ Glossar) und dem internationalen Konzept. Im *Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark* wird die Arbeitslosigkeitsquote nach dem nationalen Konzept analysiert, da diesem Vollerhebungsdaten zugrunde liegen, welche eine weiter gehende Auswertung – wie zum Beispiel nach Geschlecht und Bundesland – zulassen. Ein Vergleich der Arbeitslosigkeit auf Bundesländerebene mit jener auf Bezirksebene ist dabei jedoch nur bedingt möglich, weil das Arbeitskräftepotenzial jeweils unterschiedlich berechnet wird (17, S. 17-18). Während auf Bundesländerebene das Arbeitsplatzkonzept (→ Glossar) zur Anwendung kommt, wird auf regionaler Ebene seit 2008 das Wohnortkonzept (→ Glossar) herangezogen.

2009 sind acht Prozent der SteirerInnen nach der nationalen Definition arbeitslos gewesen, womit die Steiermark etwas über dem österreichischen Durchschnitt von sieben Prozent gelegen ist. Im Bundesländervergleich ist der niedrigste Arbeitslosenanteil in Oberösterreich mit fünf Prozent, der höchste in Wien und Kärnten mit je neun Prozent zu beobachten gewesen (vgl. Tabelle 4.2.3a). Nach Geschlecht betrachtet, weisen die Steirerinnen im Jahr 2009 mit sieben Prozent eine niedrigere Arbeitslosenquote auf als die Steirer mit neun Prozent. In beiden Fällen liegt die Arbeitslosigkeit leicht über dem österreichischen Durchschnitt (vgl. Tabelle 4.2.3a).

**Abbildung 12: Arbeitslosenquote in Österreich und der Steiermark nach Geschlecht im Jahr 2009**

Datenquelle: AMS Steiermark; eigene Darstellung

Nach Altersgruppen betrachtet, ist die höchste Arbeitslosenquote im Jahr 2009 bei SteirerInnen zwischen 20 und 24 Jahren zu beobachten (Frauen acht Prozent; Männer 13%). Frauen weisen in allen Altersgruppen (außer jener bis 19 Jahre) eine geringere Arbeitslosigkeit auf. Besonders groß ist der Unterschied bei Personen ab 60 Jahren, hier sind nur drei Prozent der Frauen, jedoch neun Prozent der Männer arbeitslos gemeldet, was vermutlich durch das unterschiedliche durchschnittliche Pensionsantrittsalter erklärt werden kann. Bei der Analyse der Arbeitslosigkeit nach Bildung kann der Anteil der Arbeitslosen in den jeweiligen Bildungsgruppen nur mit der Gesamtheit der Arbeitslosen und nicht mit den Erwerbstätigen verglichen werden, da es laut Hauptverband der Sozialversicherungsträger keine Registrierung der Erwerbstätigen nach deren Bildungsstand gibt (18, 19). Betrachtet man die Arbeitslosen nach deren Bildungsstand, so ist ersichtlich, dass im Jahr 2008 je rund 40% der Arbeitslosen als höchste abgeschlossene Bildung über einen Pflichtschul- bzw. Lehrabschluss verfügen. Acht Prozent haben als höchste abgeschlossene Schulbildung die Matura und vier Prozent haben ein Studium abgeschlossen. Werden diese Daten mit dem Bildungsstatus der Gesamtbevölkerung verglichen, so zeigt sich, dass vor allem Personen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen von Arbeitslosigkeit betroffen sind. 2008 weisen 27% der SteirerInnen als höchste abgeschlossene Schulbildung einen Pflichtschulabschluss auf (vgl. Tabelle 4.2.5a). Bedenkt man, dass vor allem in der älteren Bevölkerung – also bei jenen Personen, die dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung stehen – hohe Anteile an

PflichtschulabgängerInnen zu finden sind, so kann gezeigt werden, dass PflichtschulabgängerInnen überproportional im Anteil der Arbeitslosen zu finden sind. Nach Geschlecht getrennt betrachtet, kann festgestellt werden, dass bei Frauen der Anteil der Arbeitslosen mit Pflichtschulabschluss größer ist (40%) als bei Männern (38%). Besonders groß fällt der Unterschied jedoch bei den Arbeitslosen mit Lehrabschluss aus (Frauen: 34%, Männer: 47%). Dies mag dadurch zu erklären sein, dass Männer häufiger als höchste abgeschlossene Schulbildung einen Lehrabschluss aufweisen als Frauen. Bei den Arbeitslosen, die zumindest die Matura abgeschlossen haben, ist der Anteil der Frauen in allen Gruppen größer als jener der Männer. Ein Vergleich der Arbeitslosigkeitsquote nach Bezirken ist nur auf Basis der Arbeitsmarktbezirke möglich, welche sich etwas von den politischen Bezirken unterscheiden. In der Steiermark gibt es insgesamt 18 Arbeitsmarktbezirke. Der Anteil der Arbeitslosen ist 2008 in den Arbeitsmarktbezirken Graz, Gröbming und Leibnitz mit je sieben Prozent am höchsten gewesen, in den Bezirken Gleisdorf und Weiz mit je vier Prozent am niedrigsten (niedrigste Quoten bei beiden Geschlechtern). Bei Frauen ist die Arbeitslosigkeitsquote in den Bezirken Gröbming (acht Prozent) und Bruck an der Mur, Judenburg, Knittelfeld und Leibnitz (sieben Prozent) am höchsten gewesen, bei Männern in den Bezirken Graz (acht Prozent) sowie Feldbach, Leibnitz, Mureck und Voitsberg (je sieben Prozent) (vgl. Tabelle 4.2.3b). Im zeitlichen Verlauf ist in der Steiermark von 2004 auf 2005 eine Zunahme und danach bis 2008 eine Abnahme der Arbeitslosenquote erkennbar. Von 2008 auf 2009 ist der Anteil der Arbeitslosen wieder gestiegen. Das gleiche Muster ist bei beiden Geschlechtern bemerkbar, wobei bei Frauen die Arbeitslosigkeit in allen betrachteten Jahren unter jener der Männer lag.

#### 4.2.4 Langzeitarbeitslosigkeit

Langzeitarbeitslosigkeit (→ Glossar) hat einen besonders schwerwiegenden Einfluss auf den Gesundheitszustand, was auf ihre wirtschaftlichen, sozialen und psychischen Konsequenzen zurückführbar ist (20, S. 11). Studien aus Deutschland belegen jedoch auch einen Zusammenhang zwischen der Dauer der Arbeitslosigkeit und dem Mortalitätsrisiko: Je länger die Arbeitslosigkeit besteht, desto höher steigt das Mortalitätsrisiko (21, S. 80).

Analysiert wird im Folgenden der Anteil der Langzeitarbeitslosen am jeweiligen Arbeitskräftepotenzial. Dabei gelten einerseits dieselben Einschränkungen wie beim Indikator „Arbeitslosigkeit“ und andererseits stehen für diesen Indikator keine Zahlen zur Verfügung, die eine Auswertung nach dem Bildungsstatus der Personen ermöglichen.

2009 ist die Langzeitarbeitslosigkeitsquote in der Steiermark bei 0,2% gelegen, womit die Steiermark im österreichischen Durchschnitt gelegen ist. Das heißt, 2009 hat es rund 1.085 SteirerInnen gegeben, die mehr als ein Jahr arbeitslos gemeldet waren. Höhere Anteile hat es Kärnten und Niederösterreich gegeben, den niedrigsten in Oberösterreich, wo praktisch keine Langzeitarbeitslosigkeit registriert worden ist (vgl. Tabelle 4.2.4a). Zwischen Frauen und Männern sind keine Unterschiede feststellbar: Je älter die Personen werden, desto höher ist auch der Anteil der Langzeitarbeitslosen. Während bei den Personen unter 19 Jahren niemand langzeitarbeitslos gewesen ist, ist es bei den Personen über 60 Jahren ein Prozent gewesen, wobei vor allem Männer betroffen gewesen sind. Nach Arbeitsmarktbezirken betrachtet, ist 2008 der höchste Anteil an Langzeitarbeitslosen in Voitsberg mit 0,7% feststellbar, der niedrigste in Gröbming, wo 2008 niemand als langzeitarbeitslos bezeichnet werden kann (vgl. Tabelle 4.2.4b). Seit 2005 lässt sich in allen Bundesländern ein Rückgang der Langzeitarbeitslosigkeit bei beiden Geschlechtern beobachten.

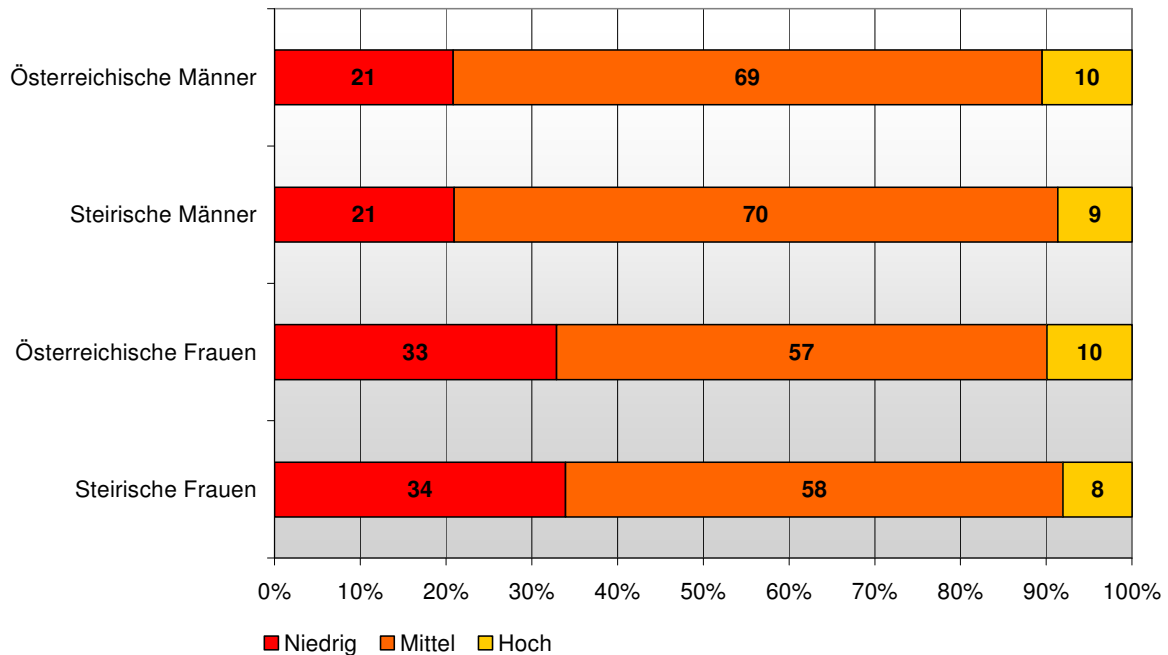
#### **4.2.5 Bevölkerung nach Bildung**

Der positive Zusammenhang zwischen dem erworbenen Bildungsgrad und dem Gesundheitsstatus gilt als gut dokumentiert (3, S. 57). Ein Bildungssystem, das auf Chancengleichheit aufgebaut ist, verfügt über ein enormes Potenzial, um einerseits die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern und andererseits gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren. Erklärt werden kann dies nach Dahlgren und Whitehead durch mehrere Faktoren (3, S. 58). So gilt Bildung als Ausweg aus der Armut, da eine höhere Qualifizierung die Chancen auf einen Arbeitsplatz erhöht, wodurch die finanziellen Ressourcen gestärkt werden können und die Lebensqualität verbessert werden kann. Eine höhere Lebensqualität geht einher mit der Möglichkeit des Konsums gesünderer Nahrungsmittel, mit guten Wohnungsmöglichkeiten sowie mit sozialer Beteiligung. Weiters kann Bildung zur Verbesserung des sozioökonomischen Status sowie zum Empowerment von einzelnen Personen beitragen. Dahlgren und Whitehead weisen darauf hin, dass die Rolle der Bildung bei der Förderung der Partizipation an gesellschaftlichen Prozessen nicht unterschätzt werden darf. Weiters verhilft Bildung dazu, dass ärmeren Menschen die Möglichkeit gegeben wird, über das eigene Leben zu bestimmen. Letztendlich hat Bildung ihre essenzielle Funktion darin, Kinder auf das spätere Leben vorzubereiten. Kinder verbringen in Europa mindestens neun Jahre ihres Lebens in der Schule, die damit – neben der Familie – eine weitere Lebenswelt darstellt, in der das individuelle und soziale Verhalten stark beeinflusst werden kann. Dementsprechend können gesunde Verhaltensweisen in der Schule gefördert und verfestigt werden (22, S. 111). Der Indikator Bildung beschreibt folglich allgemeine

soziale Bedingungen und ist von besonderer politischer Relevanz, da viele sozialpolitischen Maßnahmen auf diesen Bereich abzielen (20, S. 9).

Im ECHIM-Indikatorensetz wird vorgeschlagen, die Bevölkerung nach drei Bildungsschichten (niedrig, mittel und hoch) zu analysieren, wobei sich die Zusammenfassung der Bildungsabschlüsse zu Bildungsschichten an der International Standard Classification of Education (ISCED) orientiert (20, S. 9), (23, S. 1). Die niedrige Bildungsschicht (ISCED 0-2) umfasst all jene Personen, die keinen Bildungsabschluss, einen Abschluss der Primarstufe (Volksschule) bzw. einen Abschluss der Sekundarstufe eins (Unterstufe einer AHS, Hauptschule) haben. Der mittleren Bildungsschicht (ISCED 3-4) werden all jene Personen zugeordnet, die einen Abschluss der Sekundarstufe zwei (wie den Abschluss einer Allgemeinbildenden höheren Schule, den Abschluss einer Berufsbildenden mittleren und höheren Schule und den Abschluss einer Lehre (23, S. 1) bzw. einen Bildungsabschluss der Postsekundarstufe (Aufbaulehrgänge und Bauhandwerksschule und Werkmeisterschule) aufweisen. Alle Personen, die eine darüber hinausgehende Ausbildung aufweisen, werden der hohen Bildungsschicht (ISCED 5-6) zugeordnet. Im Rahmen des vorliegenden *Gesundheitsberichts 2010 für die Steiermark* werden Personen, die als höchste abgeschlossene Schulbildung einen Pflichtschulabschluss aufweisen, der ersten Bildungsschicht zugewiesen.

28% der SteirerInnen haben 2008 einen niedrigen, 64% einen mittleren und acht Prozent einen hohen Bildungsabschluss aufgewiesen (vgl. Tabelle 4.2.5a). Verglichen mit dem österreichischen Durchschnitt (zehn Prozent), ist der Anteil jener, die einen hohen Bildungsabschluss aufweisen, in der Steiermark geringer. Der höchste Anteil an Personen mit hohem Bildungsabschluss ist mit 17% in Wien zu verzeichnen, der niedrigste mit sieben Prozent im Burgenland, wo auch der im Bundesländervergleich höchste Anteil (32%) an Personen mit einem niedrigen Bildungsabschluss lebt. Bei Frauen ist der Anteil der Personen in der niedrigen Bildungsschicht höher als bei Männern: 34% der Steirerinnen und 21% der Steirer können dieser Gruppe zugeordnet werden. Hingegen haben 58% der Steirerinnen und 70% der Steirer einen mittleren Bildungsabschluss. Dieser höhere Anteil an mittleren Bildungsabschlüssen bei Männern ist vor allem durch einen höheren Anteil an Lehrabschlüssen zu erklären. Der Anteil der Personen mit Matura ist bei den Frauen etwa gleich hoch wie bei den Männern (Frauen: 13%, Männer: zwölf Prozent).

**Abbildung 13: Höchste abgeschlossene Schulbildung in Prozent in Österreich und der Steiermark nach Geschlecht im Jahr 2008**

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM; eigene Darstellung

Nach Alter differenziert betrachtet, wird ersichtlich, dass mit steigendem Alter der Anteil jener, die der niedrigen Bildungsschicht zugerechnet werden können, steigt. Sehr hoch ist dieser Anteil mit 48% auch in der Gruppe der 15- bis unter 25-Jährigen, was dadurch erklärt werden kann, dass sich diese Personen großteils noch im Ausbildungsprozess befinden. In der Gruppe der 25- bis 35-Jährigen gehören nur 15%, bei den Personen, die älter als 84 Jahre sind, 74% der niedrigen Bildungsschicht an. Gleichzeitig sinkt mit steigendem Alter der Anteil jener, die der mittleren bzw. der höheren Bildungsschicht zugerechnet werden können. Der höchste Anteil an Menschen mit einem tertiären Bildungsabschluss ist in der Gruppe der 25- bis unter 45-Jährigen zu finden (elf Prozent), der niedrigste in der Gruppe der Personen, die 85 Jahre und älter sind (drei Prozent). Nach Geschlecht getrennt betrachtet, zeigt sich, dass bei Frauen der Anteil an Personen mit niedrigem Bildungsabschluss mit zunehmendem Alter stärker ansteigt als bei Männern. 82% der Frauen ab 85 Jahren und 54% der Männer dieses Alters haben als höchste abgeschlossene Schulbildung einen Pflichtschulabschluss aufzuweisen. In der Gruppe der Personen ab 45 Jahren mit hohem Bildungsabschluss ist der Anteil der Männer höher als jener der Frauen, davor – im Alter zwischen 25 und 44 Jahren – zeigt sich ein umgekehrtes Bild. Die höchsten Anteile an Personen mit hohem Bildungsabschluss sind im Jahr 2001 in den Bezirken Graz (17%) und Graz-Umgebung (sieben Prozent), die niedrigsten in den Bezirken Feldbach, Hartberg, Leibnitz, Mürzzuschlag, Radkersburg, Voitsberg und Weiz (je vier Prozent) zu finden. Dies bedeutet,

dass vor allem in den NUTS-3-Regionen „Oststeiermark“ sowie „West- und Südsteiermark“ die niedrigsten Anteile leben. Gleichzeitig sind in diesen Bezirken tendenziell auch die höchsten Anteile an Personen mit niedrigem Bildungsabschluss feststellbar. An der Spitze liegt dabei Feldbach mit 45%. Nach Geschlechtern getrennt betrachtet, zeigen sich ähnliche Muster. Vor allem die Bezirke Feldbach und Leibnitz sind durch sehr hohe Anteile an Personen mit niedrigem Bildungsabschluss bei gleichzeitig niedrigen Anteilen an Personen mit hohem Bildungsabschluss gekennzeichnet. Im zeitlichen Verlauf lässt sich feststellen, dass seit 2001 das Bildungsniveau gestiegen ist. Während der Anteil an Personen mit niedrigem Bildungsabschluss in der Steiermark von 36% auf 28% gesunken ist, ist jener von Menschen mit mittlerem Bildungsabschluss von 57% auf 64% gestiegen. Diesen Rückgang an niedrigen Bildungsabschlüssen kann man bei beiden Geschlechtern erkennen, wenngleich auch stärker ausgeprägt bei Frauen. Die gleiche Tendenz ist auch in ganz Österreich zu beobachten.

### **4.3 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse**

In der Steiermark ist die Ungleichverteilung des Einkommens etwa gleich wie im österreichischen Durchschnitt, wenngleich die steirische Armutsgefährdungsquote etwas höher ist. Insgesamt war 2009 die Arbeitslosigkeit in der Steiermark etwas höher als im österreichischen Durchschnitt, die Langzeitarbeitslosigkeit jedoch etwa gleich. Betrachtet man den Anteil an Personen mit hohem Bildungsabschluss, dann schneidet die Steiermark etwas schlechter ab als der österreichische Durchschnitt. In Österreich sind Frauen häufiger von Armut betroffen als Männer. Zugleich hat ein größerer Anteil an Frauen einen niedrigen Bildungsabschluss. Die Tatsache, dass Frauen dennoch weniger von Arbeitslosigkeit betroffen sind, liegt unter anderem auch an der Methode der Erfassung von Arbeitslosigkeit. Ältere SteirerInnen sind schlechter gebildet und häufiger langzeitarbeitslos als Menschen jungen und mittleren Alters. Von Arbeitslosigkeit sind vor allem Personen im Alter von 20 bis 24 Jahren sowie von 55 bis 59 Jahren betroffen. Weiters sind besonders häufig Personen, deren höchste Ausbildung die Pflichtschule bzw. eine Lehre ist, als arbeitslos verzeichnet. Der größte Anteil an hohen Bildungsabschlüssen ist in Graz und Graz-Umgebung feststellbar, der niedrigste in den NUTS-3-Regionen „Oststeiermark“ und „West- und Südsteiermark“. Insgesamt ist im Zeitverlauf ein steigendes Bildungsniveau feststellbar. 2008 hat es die höchste Arbeitslosenquote in den Bezirken Graz und Leibnitz gegeben, die niedrigste in den Bezirken Gleisdorf und Weiz. Während die Armut und Ungleichverteilung in der Steiermark tendenziell gleich geblieben sind, sind die Arbeitslosigkeit und Langzeitarbeitslosigkeit bis 2008 gesunken. Zahlen von 2009 weisen jedoch auf einen neuerlichen Anstieg der Arbeitslosigkeit hin.

### Schlussfolgerungen

Insgesamt zeichnet sich damit hinsichtlich der Chancengleichheit für die Steiermark eine etwas schlechtere Situation ab als in Gesamtösterreich. Vor allem ältere Personen, Männer und schlecht gebildete Personen sind häufig arbeitslos. Armut scheint hingegen hauptsächlich ein weibliches Problem zu sein. Weiters dürfte die Ungleichheit in der Einkommensverteilung innerhalb der Gruppe der Frauen größer sein als zwischen den Männern. Sozialpolitische und gesundheitsfördernde Maßnahmen sind daher verstärkt auf die soeben genannten Zielgruppen abzustimmen. So werden zur Verringerung des sozialen Gefälles zum Beispiel Interventionen der Armutsbekämpfung, wie Mindestlöhne, Maßnahmen gegen (Langzeit-)Arbeitslosigkeit und die Integration behinderter Menschen in den Arbeitsmarkt, empfohlen. Weiters sind die Sektoren Wirtschaft und Bildung zur Schaffung einer Arbeitsmarkt-, Bildungs- und Familienpolitik aufgerufen, die eine Annäherung der sozialen Schichten ermöglicht (1, S. 19). Die Gesundheitsdienste können zur Verringerung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit beitragen, indem sie in Kooperation mit den sozialen Diensten geschlechtssensible und auf benachteiligte Gruppen abgestimmte Angebote schaffen (24, S. 245).



## Quellen- und Literaturverzeichnis

- 1 Wilkinson, R. & Marmot, M. (2004). *Soziale Determinanten von Gesundheit: die Fakten. Zweite Ausgabe.* Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- 2 Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2007). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1.* Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- 3 Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2006, reprinted 2007). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- 4 Klimont, J., Ihle, P., Baldaszi, E. & Kytir, J. (2008). *Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007.* Wien: Statistik Austria.
- 5 Kommission der Europäischen Gemeinschaften. (2009). *Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. Solidarität im Gesundheitswesen: Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU. KOM(2009) 567 endgültig.* Brüssel: Kommission der Europäischen Gemeinschaften.
- 6 Klotz, J. (2007). Soziale Unterschiede in der Sterblichkeit. Bildungsspezifische Sterbetafeln 2001/2002. *Statistische Nachrichten, 2007* (4), 296-311.
- 7 Grasser, G. & Reichenpfader, U. (2005). *Gesundheitsbericht 2005 für die Steiermark.* Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen.
- 8 Land Steiermark. (2007). *Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer.* Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.
- 9 Grasser, G., Wieseneder, E., Ebner, K. & Plunger, P. (2009). *Projektbericht. GeKiS: Gesundheits-Kernindikatoren Steiermark.* Graz: Gesundheitsplattform Steiermark. (unveröffentlicht).
- 10 Eurostat. (2003). *Working Group 'Statistics on income, poverty & social exclusion. Laeken' Indicators - detailed calculation methodology.* Luxembourg: Eurostat. Directorate E: Social statistics. Unit E-2: Living conditions.
- 11 Dennis, I. & Guio, A.-C. (2003). *Statistik kurz gefasst. Armut und soziale Ausgrenzung in der EU nach Laeken Teil 1.* Luxemburg: Eurostat.
- 12 BMASK. (Hg.), (2009). *Armutsgefährdung in Österreich. EU-SILC 2008. Eingliederungsindikatoren.* Sozialpolitische Studienreihe Band 2. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

- 13 Guio, A.-C. (2005). *Statistik kurz gefasst. Einkommensarmut und soziale Ausgrenzung in EU-25*. Luxemburg: Eurostat.
- 14 Statistik Austria. (2007). *Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus EU-SILC 2005*. Wien: Statistik Austria.
- 15 Till, M., Datler, G., Glaser, T., Heuberger, R., Mahidi, M., Skina, M., Kafka, E. & Lamei, M. N. (2009). *Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse EU-SILC 2007*. Wien: Statistik Austria.
- 16 Rasky, E., Stronegger, W. J. & Freidl, W. (1996). Employment status and its health-related effects in rural Styria, Austria. *Prev Med*, 25 (6), 757-763.
- 17 Tafner, G. & Schalek, M. (2009). *Steirische Statistiken, Heft 3/2009. Arbeitsmarkt 2008*. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, FA 1C – Landesstatistik.
- 18 Holzer, J., Landesstatistik Steiermark, E-Mail, 16. Dezember 2010.
- 19 Holzer, J., Landesstatistik Steiermark, E-Mail, 1. März 2010.
- 20 ECHIM (European Community Health Indicators Monitoring). (2009). *ECHI shortlist (June 2008 version) documentation sheets*. Download vom 10. Mai 2009, von [www.echim.org/docs/documentation\\_sheets.pdf](http://www.echim.org/docs/documentation_sheets.pdf)
- 21 Grobe, T. G. (2006). Sterben Arbeitslose früher? In Holleder, A. & Brand, H. (Hg.), *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. (S. 74-84). Bern: Verlag Hans Huber.
- 22 Leger, L. S. & Nutbeam, D. (2000). Effective Health Promotion in Schools. In International Union for Health Promotion and Education. (Hg.), *The Evidence of Health Promotion Effectiveness. A Report for the European Commission*. (S. 110-122). Brussels: International Union for Health Promotion and Education.
- 23 Weiß, S. & Tritscher-Archan, S. (2008). *Das österreichische Bildungssystem*. Download vom 19. Jänner 2010, von [http://www.bic.at/downloads/at/brftipps/0\\_1\\_bildungssystem\\_de.pdf](http://www.bic.at/downloads/at/brftipps/0_1_bildungssystem_de.pdf)
- 24 Trojan, A. & Legewie, H. (2007). *Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen*. 3. Aufl. Frankfurt am Main: Verlag für Akademische Schriften.

## **5. Gesundheit in alle Bereiche der Gesellschaft bringen**

### **5.1 Einleitung**

Gesundheit wird von vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst, bereits in der Ottawa-Charta ist 1986 festgelegt worden, dass Gesundheit dort entsteht, wo die Menschen leben, lernen und arbeiten. Daraus folgt, dass der Gesundheitssektor nicht alleine alle Rahmenbedingungen für eine gute Gesundheit schaffen kann (1). Vielmehr wird der Gesundheitszustand der Bevölkerung von der Politik anderer Sektoren stark beeinflusst. Dahlgren und Whitehead haben gezeigt, dass neben den generellen sozioökonomischen, kulturellen und umweltbezogenen Faktoren auch die Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie die gesellschaftlichen Einflüsse den Gesundheitszustand eines Menschen beeinflussen. Das verdeutlicht, dass viele Politikbereiche, wie Bildung, Wirtschaft, Umwelt- und Steuerpolitik, aber auch Kulturpolitik, positive und negative Einflüsse auf die Gesundheit der Bevölkerung haben können. Seitens der WHO wird daher der Ansatz der multisektoralen Verantwortung für Gesundheit stark forciert (2, S. xxvi-xxvii). Nicht nur in der Ottawa-Charta, sondern auch im Ziel 14 der WHO-Gesundheit21-Ziele ist dieser Zugang als zukünftige Strategie festgeschrieben worden (3, S. 27-28).

Multisektorale Verantwortung für Gesundheit bedeutet, dass alle Sektoren für die Auswirkungen ihrer Entscheidungen auf die Bevölkerungsgesundheit verantwortlich zeichnen. Gleichzeitig sollen die Sektoren einen Nutzen darin erkennen, dass sie diese Verantwortung für die Gesundheit übernehmen, indem sie beispielsweise Health Impact Assessments (HIAs) einsetzen – ein Instrument, welches beim Indikator „Informationsinstrumente zur Förderung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit“ näher erklärt wird (3, S. 27). Schließlich soll Gesundheit als eines der für die Gesellschaft wichtigen Ergebnisse politischer Maßnahmen erkannt werden (4, S. 69). Die Themenführerschaft in der multisektoralen Verantwortung für Gesundheit wird dabei dem Gesundheitssektor zugewiesen (5, S. 127).

Aufgrund der Bedeutung der Verankerung von Verantwortung für Gesundheit in allen Sektoren ist der dritte Grundsatz „Gesundheit in alle Bereiche der Gesellschaft bringen“ in die *Gesundheitsziele Steiermark* aufgenommen worden. Um eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zu ermöglichen, wird daher empfohlen, vermehrt bewusstseinsbildende Maßnahmen, wie HIAs, zu setzen, die das Verständnis für die Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen den Sektoren steigern und in der Folge zielgerichtete Kooperationen etablieren helfen (6, S. 8).

Während der Entwicklung der Gesundheits-Kernindikatoren Steiermark, die als Grundlage für die Erstellung des vorliegenden Gesundheitsberichts herangezogen worden sind, haben in den internationalen und nationalen Indikatorensätzen keine Indikatoren gefunden werden können, die die Verlaufsbeobachtung zur Umsetzung dieses Grundsatzes ermöglichen. Die Entwicklung der folgenden fünf Indikatoren ist daher literaturgestützt erfolgt. Wichtig für die Aufnahme der Indikatoren ist gewesen, dass diese einerseits die Kernstrategien des Grundsatzes abbilden und dass andererseits entsprechende Daten erhoben werden können. Aus diesem Grund ist in einem ersten Schritt auch eine Einschränkung des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik auf die Landesregierung vorgenommen worden. Das heißt, Institutionen wie Krankenversicherungen sind bei dieser ersten Anwendung der Indikatoren nicht mit aufgenommen worden (7, S. 27).

Die Datenerhebung ist hauptsächlich anhand einer Recherche im Landtagsarchiv und im Rechtsinformationssystem sowie durch ExpertInneninterviews erfolgt und wird im Kapitel „Methoden und Datenquellen“ ausführlich beschrieben. Zur genaueren Definition der Indikatoren sind die verwendeten Begriffe bereits im Rahmen der Entwicklung der Gesundheits-Kernindikatoren Steiermark inhaltlich genau festgelegt worden: So ist gesundheitszielorientierte Zusammenarbeit als eine bewusste und auf die Erreichung eines Gesundheitsziels orientierte Zusammenarbeit definiert worden. Abteilungsübergreifend ist als Zusammenarbeit der Gesundheitsabteilung des Landes Steiermark (Abteilung 8 Gesundheit, Veterinärwesen und Lebensmittelsicherheit) mit mindestens einer anderen Abteilung definiert worden, wobei die Landesabteilungen anhand des Organigramms des Landes Steiermark (8) festgelegt worden sind. Als Zusammenarbeit sind verschiedene Formen, wie Arbeitsgruppen, Komitees und Gremien, festgelegt worden.

Die *Gesundheitsziele Steiermark* sind im Jahr 2007 – das heißt während des Berichtszeitraumes – entwickelt und vom Landtag zur Kenntnis genommen worden, weshalb eine gesundheitszielorientierte Zusammenarbeit im Sinne der Definition erst im eher kurzen Zeitraum von drei Jahren stattfinden können. Da die Gesundheits-Kernindikatoren jedoch auch den Sinn verfolgen, längerfristige Entwicklungen darzustellen, ist es durchaus angebracht, auch in den ersten Jahren eine Erhebung des Status quo durchzuführen, um später Entwicklungen und Veränderungen aufzeigen zu können.

## **5.2 Ergebnisse**

### **5.2.1 Institutionelle Rahmenbedingungen**

Mit diesem Indikator soll abgebildet werden, welche Kooperationen von der Gesundheitsabteilung mit anderen Landesabteilungen zur Erreichung eines Gesundheitsziels aufgebaut worden sind. Eine sektorenübergreifende Gesundheitspolitik ist in vielen Ländern und auch internationalen Organisationen durch den Aufbau neuer bzw. durch die Nutzung vorhandener Strukturen zur multisektoralen Zusammenarbeit erleichtert worden. Diese Strukturen haben dazu gedient, einerseits Diskussionen über verschiedene politische Interessen aller Beteiligten zu führen und andererseits Entscheidungen zu treffen bzw. vorzubereiten (9, S. 13-14).

Zur Erhebung der institutionellen Rahmenbedingungen sind – wie im Kapitel Methoden und Datenquellen näher ausgeführt – mit fünf VertreterInnen der Gesundheitsabteilung leitfadengestützte Interviews geführt worden (siehe Anhang 1).

Diese Personen haben insgesamt drei Maßnahmen genannt, bei denen abteilungsübergreifend gesundheitszielorientiert zusammengearbeitet wird. So findet im Amt der Steiermärkischen Landesregierung ein abteilungsübergreifendes Betriebliches Gesundheitsförderungsprojekt statt, bei dem sehr eng mit der Abteilung 5 (Personal) zusammengearbeitet wird (Interview 3). Weiters sind die Fachschulen für Forst- und Landwirtschaft (Fachabteilung 6C: Land- und forstwirtschaftliches Berufs- und Fachschulwesen) in das Projekt „gemeinsam essen“, welches derzeit von Styria vitalis im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark durchgeführt wird, eingebunden worden. Bei diesem Projekt geht es darum, die Qualität der angebotenen Speisen hinsichtlich der ernährungsphysiologischen, ökosozialen und sozialen Faktoren zu optimieren (10). Zusätzlich ist eine Zusammenarbeit mit Tagesmüttern und KindergärtnerInnen im Rahmen des Teilziels „Mit Ernährung und Bewegung die Gesundheit der SteirerInnen verbessern“ im Rahmen des Gesundheitsziels „Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben gestalten“ gestartet worden (Interview 5). Darüber hinaus sind noch weitere Kooperationsfelder mit anderen Abteilungen genannt worden, die jedoch nicht gesundheitszielorientiert aufgebaut worden sind, wie die Zusammenarbeit mit der Abteilung Recht zum Thema Führerschein und die Zusammenarbeit mit der Umweltmedizin zu den Themen Infektionsschutz und Lebensmittelsicherheit (Interview 2, 4 und 5).

## 5.2.2 Sektorenübergreifende Kostenteilung

Zur Umsetzung von multisektoraler Verantwortung sind finanzielle Ressourcen eine Grundvoraussetzung. Oft kann jedoch der Mangel an Geldmitteln eines der größten Hemmnisse für die Umsetzung von sektorenübergreifender Zusammenarbeit darstellen. Als Lösungsmöglichkeiten sind von der kanadischen Public Health Agency folgende Mechanismen vorgeschlagen worden: multisektorale Zusammenarbeit als Bedingung für die Finanzierung der Aktivitäten bzw. Kostenteilung oder Ressourcenzusammenlegung (9, S. 16). Die erste Form lässt sich im Rahmen eines Monitorings nur schwer erfassen, der Mechanismus der Kostenteilung kann hingegen als etablierte Praxis angesehen werden, weshalb dieser Aspekt nachfolgend dargestellt werden soll. Im Land Steiermark kann es beispielsweise zur abteilungsübergreifenden Finanzierung von Projekten kommen, wenn bei mehreren Abteilungen Förderungsanträge eingereicht werden. Dies impliziert jedoch nicht notwendigerweise eine inhaltliche Kooperation zwischen den Abteilungen (Interview 1). Im Folgenden wird die Anzahl der gesundheitszielorientierten Projekte analysiert, die von der Gesundheitsabteilung – gemeinsam mit anderen – finanziert werden und worden sind.

Beim bereits weiter oben genannten BGF-Projekt, welches in einem Interview als gesundheitszielorientiert definiert worden ist (Interview 3), besteht eine sektorenübergreifende Finanzierung. Daneben sind weitere Aktivitäten genannt worden, die zwar nicht dezidiert gesundheitszielorientiert durchgeführt, aber vom Gesundheitssektor gemeinsam mit anderen Sektoren finanziert werden (wie zum Beispiel im Bereich der Suchtprävention oder in den Aktionen „Gemeinde aktiv“ und „Schule aktiv“, die zu mehr Bewegung anregen sollen). Auch das Projekt „anders essen“, welches in Berufsschulen durchgeführt worden ist, hat eine sektorenübergreifende Finanzierung erhalten (Interview 5).

Für eine gesundheitszielorientierte, sektorenübergreifende Kostenteilung können demnach erst im Zuge des BGF-Projekts erste Erfahrungswerte gesammelt werden, wenngleich das Land auf bereits bestehende Kooperationen aufbauen kann.

## 5.2.3 Multisektorale Berücksichtigung von Gesundheit in der Prioritätensetzung

Zur Verwirklichung multisektoraler Verantwortung braucht es neben institutionellen Rahmenbedingungen und finanziellen Ressourcen auch Vorgaben, um Gesundheit in politische Entscheidungsprozesse zu integrieren für Entscheidungsprozesse auf politischer Ebene, wie zum Beispiel das Setzen von Prioritäten (9, S. 17).

Die Darstellung der Prioritätensetzung auf politischer Ebene kann durch die Untersuchung von Regierungsprogrammen, Landtagsbeschlüssen und Gesetzen auf bestimmte Parameter hin erfolgen. Wie im Kapitel Methoden und Datenquellen beschrieben, ist eine Recherche hinsichtlich der Verwendung des Wortes „Gesundheit“ in den Gesetzen und Landtagsbeschlüssen in der Steiermark im Zeitraum von 2005 bis 2009 durchgeführt worden. Dabei ist angenommen worden, dass die Verwendung des Wortes „Gesundheit“ in Dokumenten, die sich nicht nur auf den Gesundheitssektor beziehen, eine Darstellung der multisektoralen Verantwortung für Gesundheit in anderen Sektoren ermöglicht. Die *Gesundheitsziele Steiermark* sind zwar erst 2007 entwickelt worden, jedoch ist, um den Anschluss zum *Gesundheitsbericht 2005 für die Steiermark* zu gewährleisten, ein Berichtszeitraum von 2005 bis 2009 gewählt worden.

Insgesamt sind 151 Dokumente gefunden worden, von denen rund ein Fünftel (26 Dokumente) in die Analyse mit einbezogen werden können, da sie die erforderlichen Einschlusskriterien (nicht nur der Gesundheitssektor alleine wird zum Handeln aufgefordert bzw. andere Sektoren als der Gesundheitssektor setzen selbstständig Aktivitäten) erfüllt haben. 103 Dokumente haben ausgeschlossen werden müssen, da der jeweilige Landtagsbeschluss lediglich eine Kenntnisnahme des Landtagsantrages/des Berichtes an den Landtag umfasst hat und kein Handlungsauftrag an die Landesregierung erteilt worden ist. Weitere 13 Dokumente sind als nicht multisektoral identifiziert worden, die restlichen acht Dokumente haben inhaltlich keinem Gesundheitsziel zugeordnet werden können. Die Mehrheit der analysierten Dokumente sind Gesetze (vierzehn), gefolgt von Verordnungen (sechs), Landtagsbeschlüssen (vier), einem Arbeitsübereinkommen, dem Zwischenbericht zum Arbeitsübereinkommen und einem Bericht an den Landtag. Insgesamt wird in diesen 27 Dokumenten das Wort „Gesundheit“ 155 Mal verwendet. Da die Anzahl der Nennungen des Wortes „Gesundheit“ für sich genommen noch wenig aussagekräftig ist und die Nennungen daher immer im Kontext des jeweiligen politischen Themas gesehen werden müssen, wird im Folgenden vor allem auf die Anzahl der Dokumente und die darin enthaltenen Inhalte eingegangen.

Die nachstehende Tabelle zeigt einerseits die Verteilung der inkludierten Dokumente und andererseits, wie oft Gesundheit in welchem Dokumententyp genannt worden ist. Dabei wird zwischen Verordnungen und Gesetzen, welche bindend sind, Landtagsbeschlüssen, die eher politisch orientiert sind, sowie Arbeitsübereinkommen, welche als Grundlage für eine Regierungsperiode dienen, und Berichten an den Landtag unterschieden. Berichte an den Landtag wurden aufgenommen, wenn der Beschluss- bzw. Antragstext allein für die Analyse nicht ausreichend Informationen geliefert hat.

**Tabelle 17: Übersicht inkludierte Dokumente und Anzahl der Nennungen „Gesundheit“**

Dokumententyp	Anzahl	Anzahl Nennungen „Gesundheit“	Prozentanteil Nennungen „Gesundheit“
Verordnung	6	53	34
Gesetz	14	48	31
Landtagsbeschluss	4	28 <sup>1)</sup>	18 <sup>1)</sup>
Arbeitsübereinkommen	2	14	9
Bericht an den Landtag	1	12	8
<b>SUMME</b>	<b>27</b>	<b>155</b>	<b>100</b>

1) Die Zahl der Nennungen bezieht sich auf die Nennungen in den zu den Beschlüssen gehörenden Anträgen.

Die Anzahl der Nennungen des Wortes „Gesundheit“ und die dazugehörigen Sinneinheiten sind nach den *Gesundheitszielen Steiermark* analysiert worden. Im Folgenden wird zuerst auf die Sektoren eingegangen, die in den Dokumenten in Zusammenhang mit multisektoraler Verantwortung angesprochen werden. Danach werden die Dokumente nach den angesprochenen *Gesundheitszielen Steiermark* analysiert.

Die Zwischenbilanz zum Arbeitsübereinkommen (11) ist zwar als multisektoral inkludiert worden, hat jedoch weder einem Sektor noch einem Gesundheitsziel zugeordnet werden können. Die multisektorale Verantwortung wird in diesem Dokument zwar nicht explizit angesprochen, jedoch kann die Nennung des Beschlusses der *Gesundheitsziele Steiermark* als Commitment angesehen werden.

**Tabelle 18: Aufstellung der Dokumente nach Sektoren und Dokumententyp**

Sektor	Dokumente	davon			
		Gesetze	Verordnungen	Landtagsbeschlüsse	Sonstiges
Wirtschaft	10	4	5	1	0
Landwirtschafts-/Lebensmittelsektor	6	4	1	1	0
Bildung	6	2	1	3	0
soziale Sicherheit	4	3	0	1	0
natürliche Umwelt	3	3	0	0	0
Tourismus	2	1	1	0	0
Transport	1	0	0	0	1
Energie	1	1	0	0	0
Medien	0	0	0	0	0
Finanz	0	0	0	0	0
Justiz und Gesetzgebung	0	0	0	0	0
<b>SUMME</b>	<b>33<sup>1)</sup></b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>1</b>

1) Aufgrund der Mehrfachzuordnung der Dokumente ist diese Zahl höher als die Anzahl aller Dokumente gemeinsam.



### Sektor Bildung

Bildung leistet einen wesentlichen Betrag zum Gesundheitszustand: Einerseits haben Kinder mit einem guten Gesundheitszustand höhere kognitive Fähigkeiten und weisen geringere Quoten an vorzeitigen Schulabgängen auf, andererseits erhöht Bildung die Chancen auf einen guten Gesundheitszustand (12, S. 56-57). Schulen und Kindergärten können Wissen, Grundwerte und Fähigkeiten in Bezug auf Gesundheit vermitteln und bieten darüber hinaus die Gelegenheit, bereits gesellschaftliche Grundwerte wie soziale Verantwortung, Beteiligung, Chancengleichheit und Demokratie zu erlernen und zu erleben (5, S. 123-124). Dementsprechend sind alle Dokumente, die sich mit der Ausbildung von Jugendlichen oder Gesundheitsthemen an Schulen, wie beispielsweise dem Gesundheitsdienst und der Sicherheit während der Ausbildung, beschäftigen, dem Sektor Bildung zugeordnet worden.

In den Gesetzen werden einerseits gesundheitsbezogene Themen an land- und forstwirtschaftlichen Schulen und andererseits die Entwicklung von Zielen und Maßnahmen zu soziokultureller Infrastruktur (wie Bildung) bei Kleinregionkooperationen angesprochen (13, 14). Die Verordnung regelt Beschäftigungsverbote und -beschränkungen von Jugendlichen in einem Ausbildungsverhältnis (15). Zwei der Landtagsbeschlüsse beziehen sich auf gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen in der Institution Schule. So wird beispielsweise das Angebot von Schulbuffets thematisiert: Neben der Erstellung von Richtlinien für Schulbuffets nach ernährungsmedizinischen Gesichtspunkten soll bei der Vergabe von Schulbuffets auf die Einhaltung dieser Richtlinien Wert gelegt werden (16, 17).

In einem weiteren Landtagsbeschluss wird die Schaffung eines Pflichtfaches „Gesundheitsförderung“ sowie die Erweiterung des Unterrichts in Gesundheitserziehung und Erster Hilfe gefordert. Darüber hinaus wird die Einbindung der SchulärztInnen als GesundheitsmediatorInnen in den Unterricht und Durchführung und Evaluierungen der schulärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nach dem jeweils aktuellsten Stand der medizinischen Erkenntnisse gefordert (18, 19). Der dritte Landtagsantrag fordert die Ausweitung des „Ausbildungsverbundes Metall im Bezirk Voitsberg“ (20, 21). Im Rahmen dieses Ausbildungskonzeptes sollen auch Trainings in der Persönlichkeitsbildung angeboten werden, wie zum Beispiel zu Gesundheit und Suchtprävention (22, S. 25).

### Sektor Energie

Laut WHO kann der Energiesektor durch die Verringerung der Emissionen von Treibhausgasen, die Reduktion von saurem Regen sowie durch die Verbesserung der Luftgüte zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit beitragen, weshalb die WHO vorschlägt, externe Umweltkosten in die Energiepreise mit einzubeziehen. Weiters werden energiepolitische Konzepte, die erneuerbare Energiequellen bevorzugen, sowie eine

Festsetzung von Grenzwerten für Emissionen durch Treibstoffverbrennungen empfohlen. Darüber hinaus sollen Energieeffizienzmaßnahmen zum Energiesparen in Kraftwerken, beim Verkehr und in Haushalten anregen (5, S. 129-130).

Die Sorge für den Schutz der Menschen, die in der Nähe von Kraftwerken wohnen oder in diesen arbeiten, stellt ein weiteres Thema dar, das dem Sektor Energie seitens der WHO zugeordnet wird (5, S. 130). Genau damit beschäftigt sich das Steiermärkische Elektrizitätswirtschafts- und -organisationsgesetz, welches den Schutz der Gesundheit von Anrainern von Erzeugungsanlagen regelt, wobei Belästigungen (wie Geruch, Lärm, Erschütterungen, Wärme, Schwingungen, Blendungen und Ähnliches) im Hinblick darauf zu beurteilen sind, wie sie sich auf ein gesundes Kind und einen gesunden Erwachsenen auswirken (23, § 10).

### Finanzsektor

Steuer- und preispolitische Maßnahmen gelten als wirksamste Instrumente zur Erreichung von Umwelt- und Gesundheitszielen, wenngleich diese in einem noch unzureichenden Ausmaß eingesetzt werden (5, S. 136). So wird von der WHO beispielsweise empfohlen, die Steuerpolitik in Bezug auf Alkoholprodukte so zu gestalten, dass diese hohe Preise für Alkoholika nach sich zieht (etwa durch die Orientierung der Steuer an den Volumsprozents des Produktes). Gleichzeitig sollen alkoholfreie Produkte möglichst günstig angeboten werden (24, S. 10).

Da der Finanzsektor im Rahmen der Budgeterstellung in die meisten Maßnahmen eines Landes involviert ist und dadurch zwar Verantwortung für Gesundheit wahrnehmen kann, aber nicht muss, ist festgelegt worden, ihm Dokumente nur dann zuzuordnen, wenn er beispielsweise vom Landtag beauftragt würde, die Besteuerung von Alkohol – wie oben angeführt – im Sinne der Gesundheit zu verbessern. Aufgrund dieser Eingrenzung hat dem Sektor Finanzen kein Dokument zugeordnet werden können.

### Sektor Justiz und Gesetzgebung

Die Justiz zeichnet für die Gesetzgebung sowie die Umsetzung von Gesetzen zum Schutz und zur Förderung von Gesundheit verantwortlich (5, S. 138). So kann dieser Sektor beispielsweise durch gerichtliches Handeln im Falle von konkreten Gefährdungen der Gesundheit vorgehen, aber auch dazu beitragen, dass Rechtssysteme zwischen verschiedenen Rechtseinheiten harmonisiert werden, und so eine länderübergreifende Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen erleichtern (5, S. 138). Eine mögliche Maßnahme zur Bewusstseinsbildung ist die Durchführung von Health Impact Assessments.

Da die Gesetzestexte des Landes Steiermark eine Quelle der für diesen Indikator durchgeführten Recherche darstellen, ist der Sektor Justiz und Gesetzgebung zwar naturgemäß in die Erstellung dieser Dokumente involviert, dies sagt jedoch noch nichts über dessen Engagement für Gesundheit bzw. dessen Wahrnehmung seiner Verantwortung für Gesundheit aus. Daher sind – wie bereits beim Finanzsektor beschrieben – jene Dokumente dem Sektor Justiz und Gesetzgebung zugeordnet worden, bei denen dieser Sektor als Hauptakteur bei der Initiierung oder Umsetzung festgestellt worden ist. Dementsprechend hat auch dem Sektor Justiz und Gesetzgebung kein Dokument zugeordnet werden können.

#### Landwirtschafts- und Lebensmittelsektor

Die Landwirtschaft kann nicht nur durch die Produktion gesunder Nahrungsmittel zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen (5, S. 104), sondern sie trägt auch die Verantwortung für den Erhalt und Schutz der Umwelt und der Süßwasserressourcen sowie für eine nachhaltige Entwicklung in Landgemeinden (5, S. 133). Laut WHO kann eine gezielte Landwirtschaftspolitik zur Schaffung eines gesunden Ernährungsangebots beitragen, wobei jedoch immer eine Abwägung der potenziellen Vorteile durch eine verbesserte Lebensmittelverfügbarkeit mit möglicherweise damit in Zusammenhang stehenden Klimaveränderungen stattfinden muss (5, S. 133). Da der Schutz der Umwelt eine wichtige Rolle spielt, sind alle Dokumente, die mit Veterinär-, Forst- und Waldangelegenheiten zu tun haben, dem Sektor Landwirtschaft und Lebensmittelsicherheit zugeordnet worden. Aber auch Aspekte, die die Bildung im land- und forstwirtschaftlichen Bereich betreffen, sind diesem Sektor zugeteilt worden.

Drei der diesem Sektor zugeordneten Gesetze beschäftigen sich mit der Gesundheit von in der Landwirtschaft auszubildenden Personen. So geht es einerseits um die Aufsichtspflicht bei SchülerInnen in Pausen, vor und nach der Schule sowie bei Schulveranstaltungen. Andererseits wird die Aufnahme von SchülerInnen sowie die Teilnahme an den Unterrichtsgegenständen in Zusammenhang mit deren Gesundheitszustand geregelt (13). Darüber hinaus wird in einer Verordnung der ArbeitnehmerInnenschutz von Jugendlichen in land- und forstwirtschaftlichen Ausbildungseinrichtungen angesprochen (15). Auch der Landtagsbeschluss für Richtlinien für Schulbuffets, die eine gesunde Ernährung ermöglichen sollen, ist in diesem Sektor relevant, da eine bevorzugte Verwendung heimischer Produkte angesprochen wird (17, 16). Zwei weitere Gesetze beschäftigen sich mit möglichen Gesundheitsgefährdungen durch Tierhaltung (25, 26). Ein weiteres Gesetz verbietet die Verwendung von Chemikalien und Pflanzenschutzmitteln in der Landwirtschaft, wenn es zum Schutz der Gesundheit von Menschen oder der Umwelt erforderlich ist (27).

### Sektor Medien

Medien leisten durch ihre Präsenz in der Öffentlichkeit einen wesentlichen Beitrag zur Wahrnehmung von Themen in der Bevölkerung. Sie beeinflussen die Werte und Meinungen der BürgerInnen, wodurch sich auf der einen Seite Chancen ergeben, wenngleich auf der anderen Seite auch Gefahren lauern. So ist es beispielsweise möglich, über Medien gesundheitliche Themen zu forcieren und gesundheitsgefährdende Aktivitäten bekannt zu machen. Die Medien können aber auch – unter anderem durch Werbung – riskante Verhaltensweise propagieren (5, S. 137). Seitens der WHO wird empfohlen, mit Medien partnerschaftliche Aktivitäten zur Verbreitung von Informationen und Wissen zu gesundheitsbezogenen Themen zu setzen und Fortbildungen anzubieten, die einen ethischen Umgang aller Beteiligten in Bezug auf Gesundheitsinformationen erzeugen (5, S. 137). Im Rahmen der Recherche hat kein Dokument identifiziert werden können, welches soeben genannte Inhalte darstellt.

### Sektor soziale Sicherheit

Wie im Kapitel „Gleiche Chancen für Gesundheit ermöglichen“ dargestellt, hängt der Gesundheitszustand der Menschen sehr stark mit sozioökonomischen Faktoren zusammen. Daher nimmt der Sektor soziale Sicherheit, der sich unter anderem mit Armut und sozialer Ausgrenzung beschäftigt, eine wichtige Rolle bei der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden ein (5, S. 136). Mögliche Maßnahmen, die dieser Sektor umsetzen kann, sind neben der Schaffung eines sozialen Sicherheitsnetzes die Gestaltung einer familienfreundlichen Sozialpolitik, die Festsetzung von zielgruppenspezifischen Standards für Wohnungsunterkünfte, Einkommen, Sozialleistungen sowie die Intensivierung der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssektor hinsichtlich einer gemeindeorientierten primären Gesundheitsversorgung (5, S. 136-137).

Im zum Landtagsbeschluss „Leistungen für ältere Menschen“ (28) dazugehörenden Antrag wird explizit darauf hingewiesen, dass es sich dabei um eine Querschnittsmaterie handelt, die nicht nur den Sektor Soziales und Gesundheit betrifft (29). Die Pflege von Menschen wird im Steiermärkischen Pflegeheimgesetz (30) und im Steiermärkischen Pflegegeldgesetz (31) geregelt. Ein weiteres Gesetz beschäftigt sich mit der Betreuung von hilfs- und schutzbedürftigen Fremden. In diesem Dokument wird Gesundheit in Zusammenhang mit der automationsunterstützten Erfassung von Daten zum Gesundheitszustand erwähnt (32).

### Sektor Tourismus

Der Tourismus ist in ganz Europa ein wichtiger Wirtschaftszweig geworden, wobei die Qualität der natürlichen Umwelt sowie die vom Menschen gebaute Umwelt ausschlaggebend

für den Erfolg des Tourismus sind. Durch die Erschließung von Landschaften, das vermehrte Anfallen von Müll und den übermäßigen Verbrauch von Wasserressourcen kann der Tourismus jedoch auch zur Umweltbelastung werden und in der Folge negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung zeitigen (5, S. 134-135). Auch die von den TouristInnen gesetzten Aktivitäten können die eigene Gesundheit bzw. die anderer Menschen gefährden (z.B. Sportunfälle, Lawinenabgänge etc.). Da der Tourismus jedoch auch die Chance bietet, Angebote zu schaffen, die gesundheitsfördernde Bewegung, Entspannung und das Erlernen von Bewältigungsstrategien beinhalten (5, S. 135), können auch dem Sektor Tourismus Dokumente mit Inhalten wie Tourismus selbst, Freizeit, Sport und ArbeitnehmerInnenschutz im Tourismus zugeordnet werden.

In einem der beiden diesem Sektor zugeordneten Dokumente werden Hilfestellungen für Fahrgäste festgelegt, die einE TaxilenkerIn mit Bedacht auf deren/dessen Gesundheit leisten muss (33). Im zweiten Dokument werden Gesundheitsaspekte im Zusammenhang mit Veranstaltungen thematisiert: So darf für BesucherInnen von Veranstaltungen durch die Benutzung der Örtlichkeiten keine Gefahr für Leben oder Gesundheit bestehen. Auch muss sich der durch die Veranstaltungen verursachte Lärm in für die Nachbarn zumutbaren Grenzen halten (34).

### Sektor Transport

Aufgrund der steigenden Mobilität von Gütern und Personen ist die effiziente und umweltschonende Verkehrsgestaltung besonders wichtig. Durch die anhaltende Zunahme des Straßenverkehrs steigen auch die Schadstoffemissionen. Lärm und Verkehrsstau (vor allem in Ballungszentren), aber auch vermehrte Straßenverkehrsunfälle stellen weitere negative Auswirkungen dar (5, S. 131). Darüber hinaus zieht die Zunahme des motorisierten Individualverkehrs eine Verringerung der körperlichen Aktivität nach sich (5, S. 131). Dementsprechend schlägt die WHO Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen vor: Neben einer Verkehrspolitik, welche die Schadstoffemissionen begrenzt und Tempolimits vorschreibt, sollte der Schutz der Bevölkerung sichergestellt werden, wie zum Beispiel durch Aktivitäten gegen Alkohol am Steuer (5, S. 131).

Die Strategie Radverkehr Steiermark, als einziges diesem Sektor zugeordnetes Dokument, zielt auf die systematische Förderung des Radverkehrs ab, wozu 56 Maßnahmen in zwölf Themenfeldern vorgeschlagen werden (35, S. 26). Neben der Schaffung einer geeigneten Infrastruktur werden bewusstseinsbildende Maßnahmen und organisatorische Rahmenbedingungen (35, S. 3) sowie die Bedeutung eines gesteigerten Verständnisses der

Gesellschaft, der Politik etc. für die gesundheitsförderlichen Aspekte des Radfahrens angesprochen (35, S. 6).

### Sektor natürliche Umwelt

Eine saubere Umwelt wird als Grundvoraussetzung für Gesundheit und Wohlbefinden beschrieben, wobei die natürliche Umwelt als Ressource für die Verbesserung von Lebensbedingungen und Lebensqualität gelten kann (5, S. 86-87). Bereits in der Ottawa-Charta wurde auf die Bedeutung der Erhaltung der natürlichen Umwelt hingewiesen (1). Das Bewusstsein für den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Umwelt hat sich erst in den letzten Jahren entwickelt (5, S. 87). Dementsprechend zählen zum Beispiel die Bekämpfung der Verschmutzung von Luft, Wasser und Boden, die Verringerung der Schadstoffemissionen und die Erhaltung der Trinkwasserreserven zu den Aufgaben dieses Sektors (5, S. 87-89).

Alle drei dem Sektor natürliche Umwelt zugeordneten Dokumente sind Gesetze. Ziel des Steiermärkischen Umweltinformationsgesetzes (36) ist es, den Zugang zu und die Verbreitung von Umweltinformationen möglichst umfassend und systematisch zu ermöglichen. Unter Umweltinformationen werden unter anderem Informationen über die Überschreitung von Emissionswerten, die Lärmbelastung, aber auch über den Zustand der Umweltbestandteile wie Wasser, Luft und Boden subsumiert. Dieses Gesetz regelt auch die unverzügliche Verbreitung von Informationen im Falle einer unmittelbaren Bedrohung der Gesundheit oder Umwelt (36). Die weiteren zwei Gesetze beinhalten den Schutz der natürlichen Umwelt, zum einen durch das Steiermärkische Pflanzenschutzmittelgesetz (27) und zum anderen durch das Steiermärkische Naturschutzgesetz, in dem bereits im ersten Paragraphen die Wichtigkeit der Natur als Lebensgrundlage und Lebensraum für den Menschen, Pflanzen und Tiere festgehalten ist, womit beide Gesetze auf die Erhaltung der Umwelt und somit laut Gesetz auf den Schutz der Bevölkerungsgesundheit abzielen (37).

### Sektor Wirtschaft

Wie im Kapitel „Gesundheitsbedingungen im Arbeitsleben verbessern“ ausführlicher beschrieben, hängt die Gesundheit der Bevölkerung sehr stark mit Faktoren wie Einkommen, Bildung und Arbeit zusammen (5, S. 94). Sowohl die Qualität als auch die Quantität der Arbeit üben einen Einfluss auf verschiedene Aspekte der Gesundheit aus (5, S. 97). Aber nicht nur arbeitsplatzbezogene Themen, sondern auch das Baugewerbe und die Industrie gehören zum Sektor Wirtschaft. Die Industrie und Wirtschaft können durch ihre Dienstleistungen und Beschäftigungsmöglichkeiten zum Wohlstand einer Gesellschaft beitragen und dabei Verantwortung für die Gesundheit und das Wohlergehen der Menschen

übernehmen (5, S. 131). Schließlich zählen Maßnahmen, die zur Stärkung der Wirtschaft beitragen, ebenfalls zum Sektor Wirtschaft.

Dementsprechend konnten dem Sektor Wirtschaft insgesamt zehn Dokumente zugeordnet werden. Sechs davon beschäftigen sich hauptsächlich mit der Gesundheit von ArbeitnehmerInnen (15, 38, 39, 40, 41, 42), wobei einerseits der Schutz vor gesundheitsgefährdenden Stoffen verankert ist und andererseits Mindestvorschriften zum Schutz vor Lärm und Vibrationen in Verordnungen festgehalten werden. Auch Informationspflichten des Dienstgebers sowie die Einordnung von Dienststellen in Gemeinden in Gefahrenklassen, die auf das Gefährdungspotenzial für die Bediensteten Bezug nehmen, werden thematisiert. In einem Gesetz wird festgehalten, dass zu den Aufgaben eines Zentralbetriebsrates die Mitwirkung in Angelegenheiten der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes zählt. Neben dem Schutz von DienstnehmerInnen wird in weiteren Dokumenten die multisektorale Verantwortung für Gesundheit hinsichtlich der durch wirtschaftliche Aktivitäten betroffenen lokalen Bevölkerung angesprochen. Beispielsweise wird im Steiermärkischen Baugesetz festgehalten, dass Bauwerke so gebaut sein müssen, dass die Gesundheit der Menschen in den Bauwerken, aber auch jene der Nachbarn nicht gefährdet ist (z.B. durch verunreinigtes Wasser oder freigesetzte giftige Gase) (43). Auch im Steiermärkisches Elektrizitätswirtschafts- und -organisationsgesetz wird der Schutz der Menschen, die in der Nähe von Erzeugungsanlagen wohnen, thematisiert (23). Weiters wird im Tierzuchtgesetz der Schutz der lokalen Bevölkerung vor Gesundheitsgefährdungen, die aufgrund von wirtschaftlichen Aktivitäten entstehen können, festgelegt (25). In einem weiteren Dokument geht es schließlich darum, dass bei der Vergabe von Schulbuffets darauf geachtet wird, dass deren Angebote eine gesunde Ernährung ermöglichen (17).

Auswertung nach den Gesundheitszielen Steiermark**Tabelle 19: Aufstellung der Dokumente nach den Gesundheitszielen Steiermark und Dokumententyp.**

Bereich	Dokumente	davon			
		Gesetze	Verordnungen	Landtagsbeschlüsse	Sonstiges
<b>Grundsätze</b>					
Gesundes Leben mitgestalten	1	1	0	0	0
Gleiche Chancen für Gesundheit ermöglichen	1	0	0	1	0
Gesundheit in alle Bereiche der Gesellschaft bringen	0	0	0	0	0
<b>Gesunde Lebensverhältnisse schaffen</b>					
Gesundheitsbedingungen im Arbeitsleben verbessern	8	1	6	1	0
Gesundes Leben in der Gemeinde und zu Hause gestalten	8	6	0	1	1
Gesundes Lernen ermöglichen	3	1	0	2	0
<b>Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben schaffen</b>					
Mit Ernährung und Bewegung die Gesundheit der SteirerInnen verbessern	3	0	0	2	1
Gesundheitsfolgen aufgrund von Tabakkonsum verringern	1	0	0	1	0
Bewusstsein im Umgang mit Alkohol in der Steiermark fördern	0	0	0	0	0
Gute seelische Gesundheit und hohe Lebensqualität der SteirerInnen ermöglichen	2	0	0	2	0
Den Schutz vor Infektionen sichern	0	0	0	0	0
Gesundes und selbstbestimmtes Leben mit Familie, Partnerschaft und Sexualität fördern	0	0	0	0	0
Reduktion von Unfallrisiken und -Folgeschäden	12	8	4	0	0
Voraussetzungen zur Stärkung der Zahngesundheit schaffen	0	0	0	0	0
<b>Gesundheitssystem gesundheitsfördernd gestalten</b>					
Gesundheitssystem gesundheitsfördernd gestalten	5	3	0	0	2
<b>SUMME</b>	<b>44<sup>1)</sup></b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>4</b>

1) Aufgrund der Mehrfachzuordnung der Dokumente ist diese Zahl höher als die Anzahl aller Dokumente gemeinsam.



Werden diese 27 Dokumente den verschiedenen *Gesundheitszielen Steiermark* zugeordnet, so zeigt sich klar, dass die verschiedenen Themen der *Gesundheitsziele Steiermark* unterschiedlich häufig thematisiert werden.

Dem Grundsatz „Gesundes Leben mitgestalten“, der darauf abzielt, den Menschen eine Beteiligung an der Gesellschaft zu ermöglichen (6, S. 7), ist das Landesentwicklungsprogramm zugeordnet worden (14), welches die Schaffung einer soziokulturellen Infrastruktur durch die Zusammenarbeit verschiedenster Institutionen (Jugendeinrichtungen, Vereine, Gemeindeeinrichtungen etc.) mit dem Gesundheitsbereich im Rahmen von Kleinregionen vorsieht, wodurch die Beteiligung der Bevölkerung erhöht werden kann.

Mit dem Landtagsbeschluss „Leistungen für ältere Personen“ (28, 29) wird auf den Grundsatz „Gleiche Chancen für Gesundheit ermöglichen“ Bezug genommen. Dieser sieht die Beseitigung der ungleichen Verteilung gesundheitlicher Chancen aufgrund sozialer Unterschiede als wichtige Aufgabe der Gesundheitspolitik an (6, S. 7). Im dazugehörigen Landtagsantrag (29) wird gefordert, über den Zugang zu Informationen für die Zielgruppe älterer Menschen mehr Gleichheit hinsichtlich der Gesundheitschancen zu ermöglichen.

Im Grundsatz „Gesundheit in alle Bereiche der Gesellschaft bringen“ liegt das Hauptaugenmerk auf der Zusammenarbeit des Gesundheitssektors mit anderen Sektoren, um gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen und Lebenswelten in allen Bereichen zu forcieren (6, S. 8). Diesem Grundsatz ist kein Dokument zugeordnet worden, da in keinem der multisektorale Zugang explizit angesprochen wird.

Das Teilziel „Gesundheitsbedingungen im Arbeitsleben verbessern“ versucht vorrangig über Maßnahmenvorschläge, z.B. zur gesundheitsfördernden Gestaltung physischer und psychischer Arbeitsbedingungen, die Gesundheit im bzw. durch das Setting Arbeit zu fördern (6, S. 10). Die diesem Teilziel zugeordneten Verordnungen und Gesetze behandeln vor allem den ArbeitnehmerInnenschutz. Weiters ist der Landtagsbeschluss zur Ausweitung des „Ausbildungsverbund Metall“ im Bezirk Voitsberg (21, 20) diesem Teilziel zuzuordnen. Anzumerken ist, dass die Inhalte der Dokumente zwar zum Schutz bzw. Erhalt der Gesundheit im Setting Arbeit beitragen, jedoch kaum weiterführende Maßnahmen im Sinne der betrieblichen Gesundheitsförderung, wie z.B. MultiplikatorInnenschulungen oder Programme in den Bereichen Tabak, Alkohol, Bewegung, Ernährung oder Stress, berücksichtigen (6, S. 10).

Die acht Dokumente des Teilziels „Gesundes Leben in der Gemeinde und zu Hause gestalten“ regeln einerseits den Schutz der Natur als Lebensgrundlage (37) und andererseits den Schutz der lokalen Bevölkerung. Weiters sind Dokumente, die den sozialen Zusammenhalt fördern oder regeln, diesem Teilziel zugeordnet worden. Das Ziel berücksichtigt, dass der Lebensbereich Gemeinde zahlreiche Faktoren beinhaltet, welche die Gesundheit beeinflussen, und empfiehlt daher den Ausbau von Strukturen für Gesundheitsförderung in Gemeinden basierend auf bereits bestehenden Grundlagen (6, S. 11). Erwähnenswert ist jedoch, dass im Rahmen der Empfehlungen zur Erreichung des Teilziels nicht direkt auf den Schutz der Natur bzw. der Umwelt eingegangen wird. Vorschläge, wie beispielsweise die Schaffung eines gesundheitsfördernden Wohnumfeldes (6, S. 11) können implizit auch als Forderungen nach einem adäquaten Umwelt- und Naturschutz verstanden werden, weshalb die oben genannten Dokumente hier zugeordnet worden sind.

Dem Teilziel „Gesundes Lernen ermöglichen“, welches sich mit dem Setting Schule befasst, sind der Landtagsbeschluss, in dem die Einführung eines Pflichtfachs „Gesundheitsförderung“ gefordert wird (18, 19), weiters der Landtagsbeschluss zu den Richtlinien für gesunde Schulbuffets (16, 17) und ein Gesetz, das gesundheitliche Aspekte in land- und forstwirtschaftlichen Schulen regelt (13), zuzuordnen. Die beiden Landtagsbeschlüsse zur Einführung eines Pflichtfachs „Gesundheitsförderung“ (18) und zur Schaffung von gesunden Schulbuffets (16), die dem vorherigen Teilziel zugeordnet worden sind, fallen auch unter das Teilziel „Mit Ernährung und Bewegung die Gesundheit der SteirerInnen verbessern“. Darüber hinaus ist die Strategie Radverkehr Steiermark diesem Teilziel zugeordnet worden (35), welches das gegenwärtige Bewegungs- und Ernährungsverhalten der SteirerInnen gesundheitsfördernder gestalten möchte.

Der Landtagsbeschluss zur Einführung eines Pflichtfachs „Gesundheitsförderung“ (18) thematisiert auch das Konsumverhalten bezüglich legaler und illegaler Suchtmittel, weshalb dieser dem Teilziel „Gesundheitsfolgen aufgrund von Tabakkonsum verringern“ zuzuordnen ist.

„Gute seelische Gesundheit und hohe Lebensqualität der SteirerInnen ermöglichen“ wird in zwei Landtagsbeschlüssen und den dazugehörigen Anträgen thematisiert: einerseits in der Einführung des Pflichtfachs „Gesundheitsförderung“ (18) und andererseits im Landtagsantrag zu den „Leistungen für ältere Menschen“ (28). Zur Erreichung dieses Teilziels werden vielfältige Maßnahmen für unterschiedliche Zielgruppen und Settings (z.B. Förderung psychischer Gesundheit in der Schule und am Arbeitsplatz, Psychisch gesund altern usw.)

erläutert (6, S. 19-20). Im Pflichtfach „Gesundheitsförderung“ soll dies z.B. durch die Stärkung der Persönlichkeit junger Menschen erreicht werden (19). Im Landtagsantrag „Leistungen für ältere Menschen“ (29) wird hingegen gefordert, dass alle Politikbereiche Rahmenbedingungen für ein selbstständiges Leben, auch bei altersbedingten Einschränkungen, schaffen, um beispielsweise die Lebensqualität der Betroffenen zu erhöhen.

Das Teilziel mit den meisten zugeordneten Schriftstücken ist „Reduktion von Unfallrisiken und -Folgeschäden“. In den Verordnungen wird hauptsächlich der ArbeitnehmerInnenschutz thematisiert, in den Gesetzen geht es einerseits um den Schutz der Gesundheit der lokalen Bevölkerung bei wirtschaftlichen Aktivitäten, wie im Baugewerbe oder durch Energieerzeugungsanlagen, andererseits werden Aktivitäten in der Landwirtschaft, die die Bevölkerung gefährden können, geregelt. Die Dokumente befassen sich dabei teilweise mit den Hauptaspekten des Teilziels, welche vorrangig Maßnahmenvorschläge zur Verhütung von Arbeits- und Straßenunfällen darstellen (6, S. 25). Allerdings werden Maßnahmen, welche beispielsweise den Gesundheitsschutz der Bevölkerung durch die Wirtschaft etc. beinhalten, nicht explizit als Empfehlungen zur Erreichung des Teilziels „Reduktion von Unfallrisiken und -Folgeschäden“ angesprochen.

Das Gesundheitsziel „Gesundheitssystem gesundheitsfördernd gestalten“ beschäftigt sich mit der Umorientierung des steirischen Gesundheitswesens im Sinne der Gesundheitsförderung und -Prävention (6, S. 28). Die zugeordneten Dokumente regeln einerseits die Zusammenarbeit innerhalb der Regierung in Bezug auf das Gesundheitssystem (44, 11). Beispielsweise ist festgelegt worden, dass im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung der Bevölkerung eine neue regionale Gliederung der Krankenhausstandorte festzulegen ist. Andererseits werden Betreuung und Pflege von älteren bzw. schutz- und hilfsbedürftigen Menschen (32, 30, 31) thematisiert.

#### **5.2.4 Verbindliche Formalisierung der Verpflichtung zu sektorenübergreifender Zusammenarbeit**

Die Umsetzung des Grundsatzes der multisektoralen Verantwortung für Gesundheit wird nicht nur beispielsweise durch finanzielle Ressourcen und durch die Schaffung von Strukturen der Zusammenarbeit, sondern auch durch die Existenz einer verbindlichen (z.B. gesetzlichen) Grundlage gefördert (9, S. 16). In diesem Abschnitt wird der Frage nachgegangen, ob ein verbindlicher Beschluss des Landtags oder der Landesregierung vorliegt, der die Landesabteilungen zu abteilungsübergreifender Zusammenarbeit zur Erreichung der *Gesundheitsziele Steiermark* verpflichtet.

Seitens des Landes Steiermark sind bis zum Zeitpunkt der Berichterstellung die *Gesundheitsziele Steiermark* im Landtag zur Kenntnis genommen worden. Gemeinsam mit dem Landtagsantrag auf Kenntnisnahme ist eine Priorisierung auf das Teilziel „Mit Ernährung und Bewegung die Gesundheit der SteirerInnen verbessern“ des Gesundheitsziels „Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben schaffen“ in den ersten beiden Jahren der Umsetzung vorgeschlagen worden (45).

In der Zwischenbilanz zum Arbeitsübereinkommen sind die *Gesundheitsziele Steiermark* sowie deren Beschluss im Landtag und in der Regierung festgehalten worden (11). Am 11. Mai 2009 ist ein Regierungsbeschluss zur Umsetzung des *Leitfadens für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken*, welcher im Rahmen der Umsetzung der *Gesundheitsziele Steiermark* entwickelt wurde, von LR Hirt und LR Wegscheider eingebracht worden (46). In diesem Beschluss hat sich die Regierung dazu bekannt, in ihrem eigenen Wirkungsbereich diesen Empfehlungen zu folgen (Interview 5). Darüber hinaus liegen Regierungsbeschlüsse vor, die dazu auffordern, für die Umsetzung des landeseigenen Betrieblichen Gesundheitsförderungsprogramms abteilungsübergreifend zusammenzuarbeiten (Interview 3).

Dies bedeutet, dass die *Gesundheitsziele Steiermark* zwar vom Landtag zur Kenntnis genommen worden sind, es jedoch derzeit in der Steiermark noch keine verbindliche Grundlage für eine gesundheitszielorientierte Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Abteilungen gibt. Allerdings gibt es erste Schritte, um abteilungsübergreifende Zusammenarbeit für Gesundheit zu forcieren.

### **5.2.5 Informationsinstrumente zur Förderung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit**

Informationen über den Zusammenhang von sozialen Determinanten und Gesundheit und die darauf folgende gesundheitliche Ungleichheit haben sich als Katalysatoren für multisektorale Zusammenarbeit erwiesen (9, S. 12). Daher wurde als eine der bewusstseinsbildenden Maßnahmen zur Förderung von sektorenübergreifender Zusammenarbeit in den *Gesundheitszielen Steiermark* die Verwendung von Informationsinstrumenten wie Health Impact Assessments (HIAs) empfohlen (6, S. 8). Diese werden seitens der WHO als eine Kombination verschiedener Prozesse, Methoden und Werkzeuge definiert, um die Auswirkungen eines Programms, einer Policy oder eines Projekts auf die Bevölkerungsgesundheit sowie die Verteilung der Effekte innerhalb der Bevölkerung festzustellen (47, S. 4). Dabei berücksichtigen HIAs neben den Evidenzen über Einflüsse von verschiedenen Maßnahmen auf die Bevölkerungsgesundheit auch die

Meinungen, Erfahrungen und Erwartungen der von den Maßnahmen Betroffenen. HIAs versuchen, informierte Entscheidungen zu ermöglichen, wobei deren positive Auswirkungen auf die Gesundheit maximiert und die negativen Auswirkungen minimiert werden sollen (47, S. 5).

In der Steiermark sind bis 2010 noch keine Health Impact Assessments durchgeführt worden (alle Interviews). Im *Gesundheitsbericht 2005 für die Steiermark* ist von einer von der Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen (gemeinsam mit dem Fonds Gesundes Österreich) geförderten Studie zum Entwicklungsstand von HIA in der Steiermark berichtet worden. Im Rahmen dieser Studie wurden Checklisten und Anleitungen für die praktische Anwendung von HIAs erarbeitet (48, S. 101) und die Ergebnisse auf einer Veranstaltung diskutiert (Interview 1). Auf die Ergebnisse dieser Studie kann bei den Bemühungen zur Etablierung dieses Instruments zurückgegriffen werden. In den *Gesundheitszielen Steiermark* wird empfohlen, die Machbarkeit und Sinnhaftigkeit von HIAs in Form von Pilotprojekten zu testen (6, S. 8). Basierend auf den Ergebnissen eines Pilotprojekts können für die Steiermark adäquate Strategien zur Umsetzung entwickelt werden. Ein HIA-Pilot sollte auch dazu dienen, den Nutzen dieses Instruments herauszuarbeiten und bei den EntscheidungsträgerInnen Bewusstsein für die Nützlichkeit des Instruments für ihre Arbeit zu schaffen.

### **5.3 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse**

Für eine abteilungsübergreifende Zusammenarbeit liegt bislang noch keine verbindliche Verpflichtung seitens des Landes Steiermark vor. Zwar sind die *Gesundheitsziele Steiermark* zur Kenntnis genommen worden und in der Zwischenbilanz der Regierung explizit angeführt, jedoch gibt es darüber hinaus noch kein verbindliches Dokument.

Laut Auskunft der zuständigen Stellen des Landes gibt es jedoch aufseiten des Landes ein Projekt, das abteilungsübergreifend finanziert wird (BGF-Projekt), und drei Projekte, die abteilungsübergreifend gesundheitszielorientiert durchgeführt werden, wie das zuvor genannte BGF-Projekt, die Zusammenarbeit mit den land- und forstwirtschaftlichen Schulen im Rahmen von „gemeinsam essen“ und die Zusammenarbeit mit den Tagesmüttern und Kindergärten im Rahmen des entwickelten *Leitfadens für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken*.

Analysiert man anhand von einschlägigen politischen und gesetzlichen Dokumenten, inwieweit im Berichtszeitraum Gesundheit in anderen Sektoren Berücksichtigung fand, zeigt

sich, dass vor allem im Wirtschafts-, Landwirtschafts- und Lebensmittelsektor sowie in den Sektoren soziale Sicherheit und Bildung bislang die sektorenübergreifende Verantwortung für Gesundheit thematisiert werden. Durch die Recherche sind jedoch nur Dokumente erfasst, in denen Gesundheit explizit erwähnt wird. Themen und Sachverhalte, die zwar für die Gesunderhaltung der Bevölkerung von hoher Relevanz sind, aber nicht explizit unter dem Schlagwort Gesundheit geführt werden, sind daher nicht erfasst worden, wodurch ein Teil der politischen Prioritäten anderer Sektoren, die für Gesundheit relevant sind, hier nicht abgebildet worden sind.

Vor allem Themen aus den Teilzielen „Reduktion von Unfallrisiken und -Folgeschäden“, „Gesundheitsbedingungen im Arbeitsleben verbessern“ und „Gesundes Leben in der Gemeinde und zu Hause gestalten“ werden in diesen Dokumenten angesprochen. Allerdings ist der weitere Ausbau der Dokumente zur Erreichung aller *Gesundheitsziele Steiermark* wünschenswert, da sich die Zusammenarbeiten verschiedener Sektoren zur Gesundheitsförderung meist auf konkrete Maßnahmen (z.B. Radverkehrsstrategie Steiermark, Richtlinien für Schulbuffets ...) beschränken und sich in erster Linie mit Gesundheitsschutz und weniger mit Gesundheitsförderung befassen. Zudem konnten zu vier der 15 Teilziele der *Gesundheitsziele Steiermark* („Bewusstsein im Umgang mit Alkohol in der Steiermark fördern“, „Den Schutz vor Infektionen sichern“, „Gesundes und selbstbestimmtes Leben mit Familie, Partnerschaft und Sexualität fördern“, „Voraussetzungen zur Stärkung der Zahngesundheit schaffen“) keine Dokumente identifiziert werden, die multisektoralen Charakter haben.

In der Steiermark ist das Informationsinstrument des HIA noch nicht verwendet worden, obwohl es als eines der wirksamen Strategien zur Verankerung von multisektoraler Verantwortung gilt. Daher ist zu empfehlen, in der Steiermark ein HIA aufbauend auf bereits in der Steiermark existierenden Grundlagen durchzuführen, um dessen Nützlichkeit aufzuzeigen.

Darüber hinaus soll eine Verpflichtung zur Zusammenarbeit zwischen den Sektoren in Erwägung gezogen werden.

## Quellen- und Literaturverzeichnis

- 1 WHO Regionalbüro für Europa. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Download vom 23. Februar 2010, von [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2?language=German](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German)
- 2 Wismar, M., Lahtinen, E., Ståhl, T., Ollila, E. & Leppo, K. (2006). Introduction. In Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. und Leppo, K. (Hg.), *Health in All Policies. Prospects and potentials*. (S. xvii-xxx). o.O.: Finnish Ministry of Social Affairs and Health.
- 3 WHO. (1998). *Gesundheit21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- 4 WHO. (2008). *The world health report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva: World Health Organisation.
- 5 WHO. (1999). *Gesundheit21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- 6 Land Steiermark. (2007). *Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.
- 7 Grasser, G., Wieseneder, E., Ebner, K. & Plunger, P. (2009). *Projektbericht. GeKiS: Gesundheits-Kernindikatoren Steiermark*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark. (unveröffentlicht).
- 8 Land Steiermark. (2010). *Organigramm*. Download vom 23. Februar 2010, von <http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/ziel/3069/DE/>
- 9 Public Health Agency of Canada. (2007). *Crossing Sectors – Experiences in intersectoral action, public policy and health*. Download vom 23. Februar 2010, von [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/pdf/cro-sec\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/pdf/cro-sec_e.pdf)
- 10 Styria vitalis. (o.J.). *gemeinsam essen*. Download vom 23. Februar 2010, von <http://www.styriavitalis.at/php/pages/index.php?IDENT=1:6:9:0&SPRACHE=de>
- 11 Landeshauptmann Franz Voves. (o.J.). *Arbeitsübereinkommen: Erfolgreiche Zwischenbilanz*. Download vom 10. März 2010, von <http://www.landeshauptmann.steiermark.at/cms/beitrag/10431416/5298585/>
- 12 Suhrcke, M., McKee, M., Arce, R. S., Tsoлова, S. & Mortensen, J. (2005). *The contribution of health to the economy in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- 13 Steiermärkisches land- und forstwirtschaftliches Schulgesetz. Österreich. (2007). Gesetz vom 23. November 1976, mit dem Regelungen des land- und forstwirtschaftlichen Berufs- und Fachschulwesens getroffen werden idF LGBl. Nr. 77/2007.

- 14 LEP 2009. Österreich. (2009). Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 6. Juli 2009, mit der das Landesentwicklungsprogramm – LEP 2009 erlassen wird idF LGBl. Nr. 75/2009.
- 15 JB-VOLuFw 2008. Österreich. (2008). Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 15. September 2008 über Beschäftigungsverbote und Beschäftigungsbeschränkungen für Jugendliche in der Land- und Forstwirtschaft 2008 idF LGBl. Nr. 99/2008.
- 16 Landtag der Steiermark. (20. Juni 2006). *Beschluss Nr. 231 der XV. Gesetzgebungsperiode. EZ 552/5*. Graz: Steiermärkischer Landtag.
- 17 Lackner, U., Kröpfl, W., Böhmer, W., Kolar, G., Gessl-Ranftl, A. & Gruber, D. (30. Mai 2006). *Richtlinien für Schulbuffets. Selbstständiger Antrag (§21 GeoLT) in der XV. Gesetzgebungsperiode, EZ 552/1*. Graz: Steiermärkischer Landtag.
- 18 Landtag der Steiermark. (20. Juni 2006). *Beschluss Nr. 229 der XV. Gesetzgebungsperiode. EZ 553/3*. Graz: Steiermärkischer Landtag.
- 19 Lackner, U., Böhmer, W. & Bachmaier-Geltewa, W. (31. Mai 2006). *Pflichtfach Gesundheitsförderung. Selbstständiger Antrag (§21 GeoLT) in der XV. Gesetzgebungsperiode, EZ 553/1*. Graz: Steiermärkischer Landtag.
- 20 Petinger, K., Prutsch, G., Kröpfl, W. & Dirnberger, E. (2007). *Ausweitung „Ausbildungsverbund Metall im Bezirk Voitsberg“ auf die gesamte Lehrzeit. Entschließungsantrag in der XV. Gesetzgebungsperiode, EZ 1355/3*. Graz: Steiermärkischer Landtag.
- 21 Landtag der Steiermark. (03. Juli 2007). *Beschluss Nr. 695 der XV. Gesetzgebungsperiode. EZ 1355/5*. Graz: Steiermärkischer Landtag.
- 22 LFI Steiermark. (2007). *Ausbildungsverbund Metall im Bezirk Voitsberg. Konzept*. Graz: LFI Steiermark.
- 23 Stmk. EIWOG 2005. Österreich. (2007). Gesetz vom 19. April 2005, mit dem die Organisation auf dem Gebiet der Elektrizitätswirtschaft im Land Steiermark geregelt wird (Steiermärkisches Elektrizitätswirtschafts- und -organisationsgesetz 2005) idF LGBl. Nr. 25/2007.
- 24 World Health Organization. (2000). *European Alcohol Action Plan. 2000 – 2005*. Copenhagen: WHO.
- 25 Steiermärkisches Tierzuchtgesetz. Österreich. (2009). Gesetz vom 17. März 2009 über die landwirtschaftliche Tierzucht idF LGBl. Nr. 35/2009.
- 26 StLSG. Österreich. (2009). Gesetz vom 18. Jänner 2005, mit dem ein Steiermärkisches Landes Sicherheitsgesetz erlassen wird idF LGBl. Nr. 19/2009.
- 27 Steiermärkisches Pflanzenschutzmittelgesetz. Österreich. (2007). Gesetz vom 3. Juli 2007 über die Verwendung von Pflanzenschutzmitteln idF LGBl. Nr. 78/2007.



- 28 Landtag der Steiermark. (20. November 2007). *Beschluss Nr. 847 der XV. Gesetzgebungsperiode. EZ 1494/5*. Graz: Steiermärkischer Landtag.
- 29 Lechner-Sonnek, I., Zitz, E. & Hagenauer, P. (20. November 2007). *Leistungen für ältere Menschen. Entschließungsantrag in der XV. Gesetzgebungsperiode, EZ 1494/3*. Graz: Steiermärkischer Landtag.
- 30 StPHG 2003. Österreich. (2008). Gesetz vom 1. Juli 2003 über die Pflege und Betreuung in Pflegeheimen und auf Pflegeplätzen idF LGBl. Nr. 4/2008.
- 31 StPGG. Österreich. (2005). Gesetz vom 15. Juni 1993, mit dem in der Steiermark ein Pflegegeld eingeführt wird – Steiermärkisches Pflegegeldgesetz idF LGBl. Nr. 19/2005.
- 32 StBetrG. Österreich. (2005). Gesetz vom 5. Juli 2005, mit dem die Landesbetreuung von hilfs- und schutzbedürftigen Fremden geregelt wird idF LGBl. Nr. 101/2005.
- 33 Steiermärkische Taxi-, Mietwagen- und Gästewagen-Betriebsordnung. Österreich. (2007). Verordnung des Landeshauptmannes von Steiermark vom 22. Dezember 2006 über die Ausübung des Taxigewerbes und des mit Personenkraftwagen betriebenen Mietwagen und Gästewagengewerbes idF LGBl. Nr. 1/2007.
- 34 Steiermärkisches Veranstaltungsgesetz. Österreich. (2009). Gesetz vom 8. Juli 1969 über öffentliche Schaustellungen, Darbietungen und Belustigungen idF LGBl. Nr. 25/2009.
- 35 Tropper, A., Feigg, W. & Krause, B. (Hg.), (2008). *Strategie Radverkehr Steiermark 2008 – 2012*. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung – Fachabteilung 18A.
- 36 StUIG. Österreich. (2005). Gesetz vom 19. April 2005, mit dem der Zugang zu Informationen über die Umwelt in der Steiermark geregelt wird – Steiermärkisches Umweltinformationsgesetz idF LGBl. Nr. 65/2005.
- 37 NschG 1976. Österreich. (2007). Gesetz vom 30. Juni 1976 über den Schutz der Natur und die Pflege der Landschaft – Steiermärkisches Naturschutzgesetz idF LGBl. Nr. 71/2007.
- 38 KM VOLuFw. Österreich. (2007). Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 19. September 2005 über den Schutz der Dienstnehmer gegen Gefährdung durch Karzinogene oder Mutagene bei der Arbeit in der Land und Forstwirtschaft idF LGBl. Nr. 7/2007.
- 39 VGÜ-VO. Österreich. (2006). Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 8. Juli 2002 über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz idF LGBl. Nr. 127/2006.
- 40 VOLV LuFw. Österreich. (2006). Verordnung über den Schutz der DienstnehmerInnen vor der Gefährdung durch Lärm und Vibrationen idF LGBl. Nr. 127/2006.
- 41 STLAO 2001. Österreich. (2008). Gesetz vom 20. November 2001 über das Arbeitsrecht in der Land und Forstwirtschaft – Steiermärkische Landarbeitsordnung 2001 idF LGBl. Nr. 85/2008.

- 42 Durchführung des Bedienstetenschutzes. Österreich. (2006). Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 13. Februar 2006 über die Durchführung des Bedienstetenschutzes im Bereich der Dienststellen der Gemeinden und Gemeindeverbände idF LGBl. Nr. 36/2006.
- 43 Stmk. BauG. Österreich. (2008). Steiermärkisches Baugesetz 1995 idF LGBl. Nr. 88/2008.
- 44 Landeshauptmann Franz Voves. (o.J.). *Das Arbeitsübereinkommen*. Download vom 10. März 2010, von <http://www.landeshauptmann.steiermark.at/cms/beitrag/10189336/5486193>
- 45 Landtag der Steiermark. (18. September 2007). *Beschluss Nr. 754 der XV. Gesetzgebungsperiode. EZ 1449/3*. Graz: Steiermärkischer Landtag.
- 46 Neumayer, A. (9. Mai 2009). *Leitfaden für gesunde Bewegung und Ernährung. Presseaussendung LR Mag. Helmut Hirt*. Graz: Land Steiermark.
- 47 European Centre for Health Policy. (1999). *Gothenburg consensus paper. Health Impact Assessment. Main concepts and suggested approach*. Brussels: WHO Regional Office for Europe.
- 48 Grasser, G. & Reichenpfader, U. (2005). *Gesundheitsbericht 2005 für die Steiermark*. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen.

## **6. Gesundheitsbedingungen im Arbeitsleben verbessern**

### **6.1 Einleitung**

Gesundheitsbedingungen im Arbeitsleben betreffen einen Großteil der Bevölkerung, da Erwerbsarbeitstätige den überwiegenden Anteil ihrer Lebenszeit in Betrieben und anderen Organisationen verbringen (1, S. 73). Betriebe und Arbeitsstellen können somit als physische und soziale Umwelt einen wichtigen Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung leisten (2, S. 76). In diesem Zusammenhang ist besonders auf die Arbeitsbedingungen der Zielgruppen ältere Menschen, Frauen, Jugendliche und Menschen mit Behinderung Rücksicht zu nehmen (3, S. 9).

Im Arbeitsumfeld lassen sich sowohl Chancen und Ressourcen, die die Gesundheit der Betroffenen stärken, als auch Belastungen und Risiken für die Gesundheit ausmachen. Diese betreffen die betriebliche Aufbau- und Ablauforganisation, Technikgestaltung, Lohnformen, Führungsstil, Arbeitszeitgestaltung und Personalentwicklung sowie die betriebliche Mitbestimmung (4, S. 124-125).

Die oben angeführten Chancen und Ressourcen bzw. Belastungen und Risiken der Betriebs- und Arbeitsorganisation haben bei aller Verschiedenheit gemeinsam, dass sie großteils betrieblich produziert und somit auch auf Betriebs- bzw. Organisationsebene veränderbar und gestaltbar sind (4, S. 127), wobei auch die gesetzlichen ArbeitnehmerInnen-schutzvorschriften einen wichtigen Rahmen bilden (5). Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) zielt darauf ab, Chancen und Ressourcen für Gesundheit unter aktiver Miteinbeziehung der Beschäftigten zu erhöhen: Entscheidend für die Verbesserung der Gesundheitsbedingungen im Bereich Arbeiten ist, wirtschaftliche und soziale Veränderungen und daraus resultierende innerbetriebliche Ressourcen und Belastungen aus der Perspektive der Betroffenen zu erfassen (6). Gemeinsam mit dem Ausbau von Präventivdiensten und dem ArbeitnehmerInnen-schutz sollen so die Gesundheitsbedingungen in der Arbeitswelt verbessert werden. Gesundheitsförderung im Betrieb setzt Maßnahmen auf Verhaltens- und Verhältnisebene und berücksichtigt Personal- und Organisationsentwicklung, gesundheitsfördernde Arbeitsplatzgestaltung und die Stärkung individueller Gesundheitskompetenzen (1, S. 73).

Erwerbsarbeit fungiert auch unabhängig von den Rahmenbedingungen, unter denen sie ausgeführt wird, als Ressource der materiellen Existenzsicherung und Sinnstiftung. Dem

gegenüber steht Arbeitslosigkeit als Belastungsfaktor. Daten zur Arbeitslosigkeit werden im Kapitel „Gleiche Chancen für Gesundheit ermöglichen“ behandelt.

„Gesundheitsbedingungen im Arbeitsleben verbessern“ ist neben „Gesundes Leben in der Gemeinde und zu Hause gestalten“ und „Gesundes Lernen ermöglichen“ einer der drei Kernbereiche des Gesundheitsziels „Gesunde Lebensverhältnisse schaffen“. Unter diesem Gesundheitsziel sind jene Settings zusammengefasst, die einen großen Einfluss auf die Gesundheit der Menschen haben. Diese Settings stellen auch einen wichtigen Zugang zu verschiedenen Zielgruppen dar (3, S. 9).

Während für Belastungen eine Reihe von Indikatoren konzipiert worden sind (wenn auch großteils ohne die Berücksichtigung der Perspektive der MitarbeiterInnen), ist auf der Ebene der Ressourcen die Lage zu Indikatoren und verfügbaren Daten bisher weniger zufriedenstellend: Daher haben wichtige Themen wie Selbstbestimmung, freie Zeiteinteilung, Verbindung von Erwerbs- und Hausarbeit und Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten nicht in die Indikatorenauswahl aufgenommen werden können (7, S. 34). Die folgenden Indikatoren sollen Aufschluss über die Gesundheitsbedingungen im Bereich Arbeiten geben:

1. Reichweite von Gesunden Betrieben
2. Krankenstandsquote
3. Arbeitsklima
4. Befristet Beschäftigte

## **6.2 Ergebnisse**

### **6.2.1 Reichweite von „Gesunden Betrieben“**

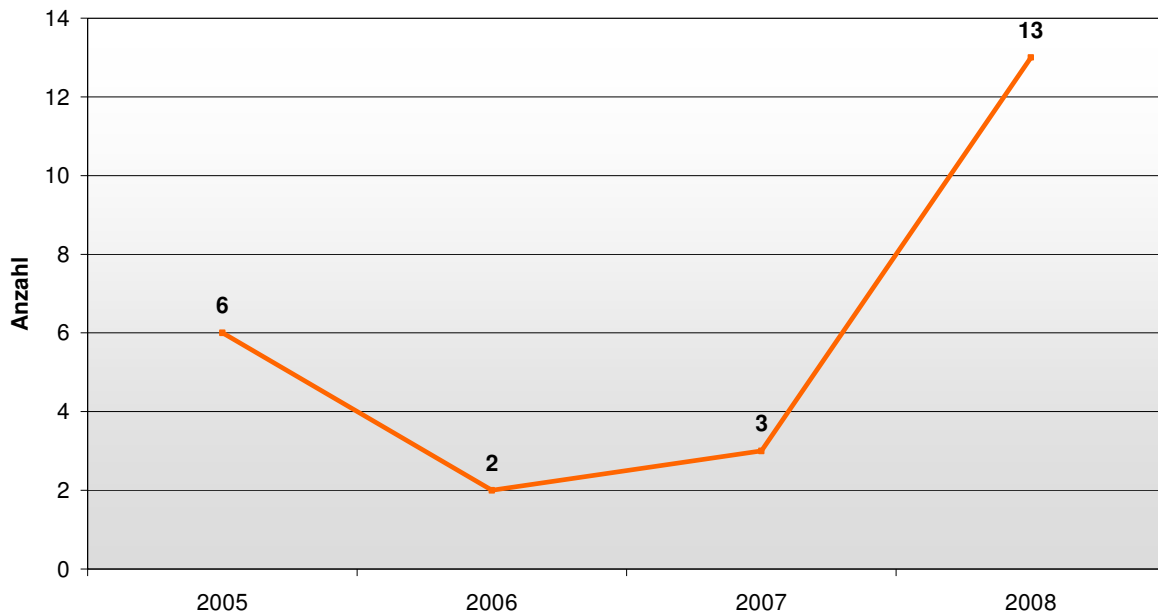
Der Indikator „Reichweite von ‚Gesunden Betrieben‘“ veranschaulicht das Ausmaß der BGF-Maßnahmen in Betrieben und den Anteil jener MitarbeiterInnen an den unselbstständig Erwerbstätigen, die von diesen Maßnahmen profitieren. Um den Qualitätskriterien der Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung zu entsprechen, welche umfassende Anforderungen an Umfang und Qualität von betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen stellt, sind zur Berechnung des Indikators nur jene Betriebe herangezogen worden, welche entsprechend den Qualitätskriterien des österreichischen Netzwerks für BGF die Stufe zwei als BGF-Gütesiegelträger erreicht haben. Die Qualitätskriterien sind in sechs Bereichen angesiedelt: BGF und Unternehmenspolitik, Personalwesen und Arbeitsorganisation, Planung betrieblicher Gesundheitsförderung, soziale Verantwortung, Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung sowie Ergebnisse

betrieblicher Gesundheitsförderung (8). Das BGF-Gütesiegel wird jährlich an jene Betriebe vergeben, welche entweder die Kriterien des Europäischen Netzwerks für BGF erfüllt haben oder einige Kriterien erfüllen und sich zusätzlich durch besondere Innovationskraft auszeichnen und um das Gütesiegel ansuchen. Das Gütesiegel wird für die Laufzeit von drei Jahren vergeben, eine Bewerbung um eine Verlängerung ist möglich (8).

Für die Anzahl der BGF-Gütesiegelbetriebe pro Jahr in den Bundesländern sind jene Betriebe gezählt worden, die das BGF-Gütesiegel erhalten haben und von der österreichischen Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung und vom Fonds Gesundes Österreich erfasst worden sind. Für die Berechnung des Anteils der unselbstständig Beschäftigten, die in BGF-Gütesiegelbetrieben arbeiten, ist die Summe der unselbstständig Beschäftigten in den Gütesiegelbetrieben als Zähler gebildet worden. Als Nenner fungieren alle unselbstständig Beschäftigten im jeweiligen regionalen Bezugsgebiet (Bundesland oder Österreich). Bei der Interpretation der Daten ist zu beachten, dass es sowohl zu Unterschätzungen wie auch zu Überschätzungen des tatsächlichen Ausmaßes der Reichweite von „Gesunden Betrieben“ kommen kann. Eine Unterschätzung wäre möglich, da bei der Berechnung dieses Indikators nur jene Betriebe berücksichtigt worden sind, die ein hohes Qualitätsniveau an betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) aufweisen und Träger des BGF-Gütesiegels sind. Betriebe mit BGF-Aktivitäten ohne Gütesiegel sind demgemäß nicht erfasst worden. Zu einer Überschätzung kann es kommen, da die Zahl der unselbstständig Beschäftigten in „Gesunden Betrieben“ auf der Gesamtzahl aller MitarbeiterInnen pro Gütesiegelbetrieb beruht; eventuell nicht von BGF-Maßnahmen betroffene Organisationsuntereinheiten haben aufgrund der Datenlage nicht aus der Berechnung exkludiert werden können. 2008 wird als letztes Berichtsjahr angeführt, da zum Zeitpunkt der Berichtslegung für das folgende Jahr 2009 die Daten zu unselbstständig Beschäftigten noch nicht erhältlich gewesen sind.

Die Anzahl der „Gesunden Betriebe“ hat im Berichtszeitraum in allen Bundesländern zugenommen, wobei in der Steiermark eine besonders starke Steigerung zu verzeichnen ist.

**Abbildung 14: Anzahl der steirischen Betriebe, die zwischen 2005 und 2008 mit einem BGF-Gütesiegel ausgezeichnet wurden**



Datenquelle: Netzwerk BGF; eigene Darstellung

Die Reichweite von „Gesunden Betrieben“, gemessen am Anteil der unselbstständig Beschäftigten, die in solchen Betrieben arbeiten, bewegt sich österreichweit im einstelligen Prozentbereich. Im Berichtszeitraum 2005 – 2008 fällt auf, dass in allen Bundesländern der Anteil an unselbstständig Beschäftigten, die in einem „Gesunden Betrieb“ (ausgezeichnet mit dem BGF-Gütesiegel) arbeiten, stetig gestiegen ist. So ist beispielsweise in der Steiermark der Anteil von einem Prozent auf drei Prozent gestiegen, womit die Steiermark im Jahr 2008 mit einem Anteil von drei Prozent österreichweit den höchsten Anteil an unselbstständig Beschäftigten in „Gesunden Betrieben“ aufweist (vgl. Tabelle 6.2.1a).

**Tabelle 20: Anteil der unselbstständig Beschäftigten, die in einem Unternehmen, das Träger des Gütesiegels BGF des österreichischen Netzwerkes BGF ist, beschäftigt sind**

Gliederungsmerkmal	2005	2006	2007	2008
	in Prozent <sup>1</sup>			
Steiermark	1	1	2	3

1) Berechnung auf Basis der Anzahl der unselbstständig Beschäftigten je Bundesland sowie der Anzahl der unselbstständigen MitarbeiterInnen zum Zeitpunkt der Verleihung des Gütesiegels  
 Datenquellen: Netzwerk BGF, Fonds Gesundes Österreich, ÖBB Infrastruktur AG, ÖBB Technische Services GmbH, Statistik Austria; Berechnung: FH JOANNEUM

Aufgegliedert nach NUTS-3-Regionen, führt im Jahr 2008 die Region „Graz“ vor der „östlichen Obersteiermark“ in der Anzahl von „Gesunden Betrieben“ (vgl. Tabelle 6.2.1b), in

diesen beiden Regionen ist auch der größte Anteil an unselbstständig Beschäftigten, die in Betrieben mit einem BGF-Gütesiegel arbeiten, zu finden.

## 6.2.2 Krankenstandsquote

Die Krankenstandsquote spiegelt die relative Belastung der Beschäftigten durch Krankheit oder Unfall wider (9, S. 14). Das Krankenstandsgeschehen wird jedoch nicht nur durch Gesundheitszustand und -verhalten, sondern auch durch wirtschaftliche und wirtschaftspolitische Faktoren (Konjunktur, Arbeitsmarktlage, Beschäftigungspolitik) mitbestimmt. Weiters spielen die Faktoren Alter, Branche und Beruf, Region, Geschlecht, Lohnniveau, Dienstalter und Betriebsgröße für die Krankenstandsquote eine Rolle (10, S. 1).

Die Krankenstandsquote hat Auswirkungen auf die Erwerbsarbeitskarriere. Sie belastet die Erwerbsfähigkeit und in weiterer Folge auch die Erwerbchancen durch häufigere krankheitsbedingte Arbeitsplatzwechsel. Auch sind ArbeitnehmerInnen mit gesundheitlichen Einschränkungen eher bereit, Einkommensnachteile zugunsten von mehr Freizeit zu akzeptieren. Krankheit wirkt sich negativ auf die Erwerbsintegration aus, insbesondere bei längeren Krankheitsepisoden und bei psychischen Erkrankungen (10, S. 3-4).

Die Krankenstandsquote wird für die Angestellten ohne Kurzkrankenstände (d.h. Krankenstände, die weniger als drei Tage dauern) angegeben, für die ArbeiterInnen werden die Krankenstände meist vom ersten Tag an erfasst. Der Hauptverband schätzt die Untererfassung der Krankenstandstage für Angestellte auf ein Prozent, während jene der ArbeiterInnen fast nahezu vollständig registriert werden dürften. Die Krankenstandsquote der Angestellten wird durch die Untererfassung der ersten zwei Krankenstandstage nur in der zweiten Kommastelle beeinflusst (9, S. 41). Für die vergleichende Darstellung der Krankenstandsquote in den einzelnen Bundesländern ist die Quote der jeweiligen Gebietskrankenkassen (GKK) herangezogen worden, wodurch es zu einer Unterschätzung der Krankenstände bei den ArbeiterInnen kommen kann. Die Quote gibt an, welcher Prozentsatz der Erwerbstätigen im Jahresdurchschnitt im Krankenstand war.

Im Jahr 2008 weisen alle Gebietskrankenkassen eine annähernd gleich hohe Krankenstandsquote von drei Prozent (alle Gebietskrankenkassen, alle Betriebskrankenkassen, VA für Eisenbahnen und Bergbau Abteilung A, VA Öffentlich Bediensteter) auf (vgl. Tabelle 6.2.2a). Betrachtet man die Krankenstandquoten der Gebietskrankenkassen, so zeigt sich für das Jahr 2008 im Bundesländervergleich, dass die Steiermark im Durchschnitt liegt. Regionale Unterschiede lassen sich zum Teil durch die Wirtschaftsstruktur erklären, es gibt

aber – wie bereits oben angeführt – eine Vielzahl möglicher und mitbestimmender Einflussfaktoren (10, S. 2 ff.). Hinsichtlich der Quote der Arbeiterinnen schneidet die Steiermark sogar besser als der österreichweite GKK-Durchschnitt ab. Im Berichtszeitraum liegt die Krankenstandsquote der Steirerinnen meist etwas unter jener der Steirer. Unterschiede zwischen Frauen und Männern lassen sich durch die geschlechtsspezifische Segmentierung (durch persönliche und berufliche Faktoren) am Arbeitsmarkt erklären. Frauen sind durchschnittlich seltener als Männer im Krankenstand (siehe Tabelle 6.2.2b). Dies trifft auch auf die ArbeiterInnen zu, während bei den Angestellten die Krankenstandsquote der Frauen höher ist als die der Männer. Weiters weisen ArbeiterInnen, insbesondere in physisch belastenden Arbeitsverhältnissen, eine höhere Krankenstandsquote auf als Angestellte (10, S. 2). Im Berichtszeitraum 2005 – 2008 ist die Krankenstandsquote der GKK in der Steiermark annähernd gleich geblieben, wie auch österreichweit bei allen Krankenversicherungsträgern. Dieses Muster der gleichbleibenden Krankenstandsquoten über die Zeit kann sowohl bei weiblichen als auch bei männlichen Beschäftigten festgestellt werden, weiters ist dieser Trend auch erkennbar, wenn die Daten nach Angestellten und ArbeiterInnen getrennt analysiert werden.

Eine Auswertung nach Alter und SÖS war aufgrund der vorhandenen Daten nicht möglich. Allgemein lässt sich sagen, dass ältere ArbeitnehmerInnen zwar von längeren Krankheitsfällen betroffen sind, dafür aber seltener in den Krankenstand gehen als junge ArbeitnehmerInnen. Die höheren Krankenstandsquoten von ArbeiterInnen im Vergleich zu Angestellten weisen allerdings bereits auf soziale – und daraus resultierend gesundheitliche – Unterschiede hin. Ein höheres Lohnniveau, das damit einhergehende höhere Sozialprestige im Beruf und die verbesserten Gesundheitschancen verringern die Wahrscheinlichkeit für einen Krankenstand (10, S. 2-3).

### **6.2.3 Arbeitsklima**

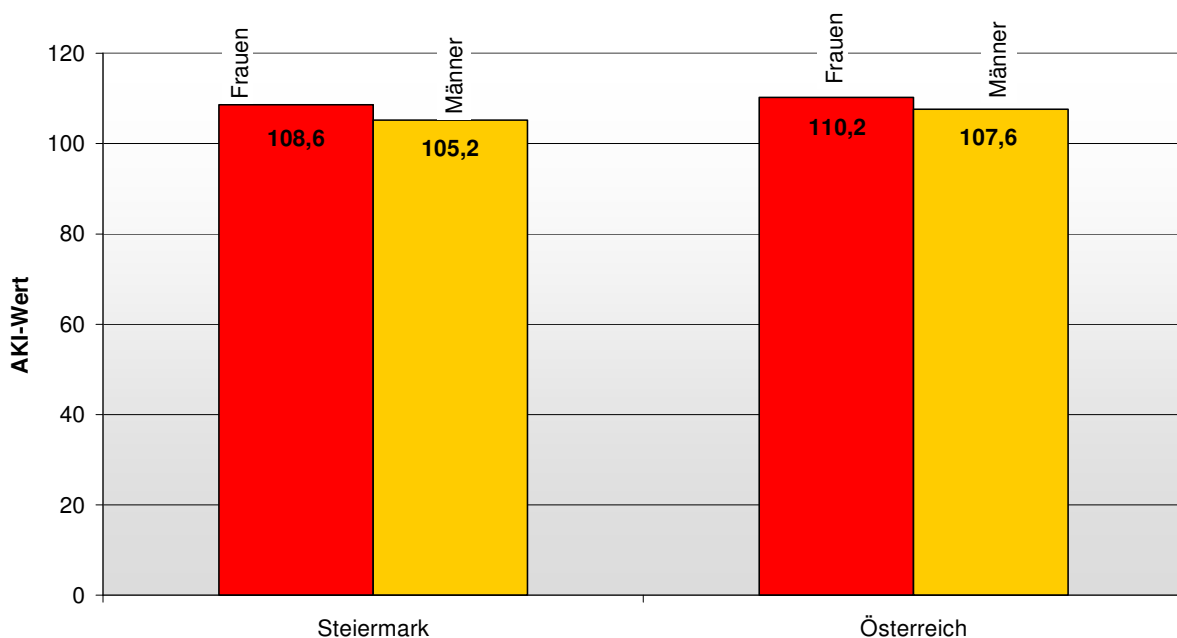
Das Arbeitsklima, ausgedrückt durch den Arbeitsklimaindex (AKI), ist ein Maß für den wirtschaftlichen und sozialen Wandel aus dem Blickwinkel der Beschäftigten und dient als Indikator für Veränderungen in der Arbeitswelt und für Arbeitszufriedenheit und Belastungen, die die Gesundheit beeinflussen (6). Er setzt an den unmittelbaren individuellen Wahrnehmungen und Einschätzungen der ArbeitnehmerInnen an und ermöglicht so, Entwicklungen in der Arbeitswelt zu erfassen, die sich negativ auf Gesundheit und Wohlbefinden der Betroffenen auswirken (11, S. 5).



Der Index setzt sich aus den Teilindices „Gesellschaft“, „Betrieb“, „Arbeit“ und „Erwartungen“ zusammen, wobei der Teilindex „Arbeit“ mit 40% gewichtet wird, alle anderen Teilindices mit 20% (6). Die Basis des 1997 entwickelten Arbeitsklimaindex stellt der Wert 100 im Jahr 1997 dar. Somit ist ein Vergleich der Indices im Zeitverlauf, unter unterschiedlichen Beschäftigungsverhältnissen, zwischen den Geschlechtern u.Ä. möglich, aber keine Aussage zu den Absolutwerten (12). Je höher der Indexwert ist, desto höher ist die Zufriedenheit und desto geringer sind die wahrgenommenen Belastungen (13, S. 1). Die Daten des Arbeitsklimaindex sind seitens der Arbeiterkammer Oberösterreich für Österreich (gesamt und nach Geschlecht) sowie für die Steiermark mit den Stratifizierungen nach Geschlecht, Alter, Stellung im Beruf, Ausbildung und Größe des Betriebs geliefert worden.

Im Österreichvergleich liegt die Steiermark im Arbeitsklimaindex im Jahr 2009 unter dem österreichischen Durchschnitt (vgl. Tabelle 6.2.3). Im Berichtszeitraum von 2005 bis 2009 ist der AKI-Wert zunächst bis 2007 leicht angestiegen, 2008 annähernd gleich geblieben und 2009 gefallen. Weibliche Beschäftigte weisen in fast allen Jahren einen höheren AKI-Wert auf als männliche Beschäftigte, während nach Alter getrennt analysiert kein einheitlicher Trend ersichtlich ist.

**Abbildung 15: Arbeitsklimaindex für Österreich und die Steiermark nach Geschlecht im Jahr 2009**



Datenquelle: AK Oberösterreich; eigene Darstellung

Betrachtet man den Arbeitsklimaindexwert nach Bildung, so zeigt sich, dass Beschäftigte mit höherer Bildung ihr Arbeitsklima als besser einschätzen als Beschäftigte mit Berufsausbildung. Die Einschätzung des Arbeitsklimas differiert auch nach Stellung im Beruf. Den höchsten AKI-Wert zeigen im Berichtszeitraum Angestellte, gefolgt von Beschäftigten im öffentlichen Dienst. Schlusslicht sind hierbei die ArbeiterInnen. Nach Größe der Betriebe analysiert, zeigen sich nur geringfügige Unterschiede.

**Tabelle 21: Arbeitsklimaindex Steiermark 2005 – 2009**

	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Steiermark</b>	<b>107,2</b>	<b>106,5</b>	<b>110,7</b>	<b>110,2</b>	<b>106,6</b>
Männer	107,0	103,4	111,4	108,8	105,2
Frauen	107,5	110,4	109,9	112,4	108,6

Datenquelle: AK Oberösterreich; Bearbeitung: FH JOANNEUM

Betrachtet man den AKI in den Jahren 2007 und 2009 unter dem Einfluss der Wirtschaftskrise, so fällt auf, dass der AKI-Wert in der Region Steiermark/Kärnten im Vergleich mit den anderen Regionen (Tirol/Vorarlberg, Salzburg/Oberösterreich, Wien/Niederösterreich/Burgenland) am stärksten gefallen ist (14).

#### 6.2.4 Befristet Beschäftigte

Die Vorstellung einer lebenslangen Anstellung als Perspektive ist für immer weniger ArbeitnehmerInnen die Realität, da sich Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse zunehmend befristet gestalten (2, S. 82). Die Lehrlingsausbildung bedingt ein erhöhtes Ausmaß an befristeten Beschäftigungsverhältnissen zu Beginn des Berufslebens. Aber auch sonstige Befristungen treten vermehrt am Beginn des Berufslebens und im jüngeren Alter auf. Somit ist die Ausbildung der häufigste Grund (50%) für eine Befristung. Der ausdrückliche Wunsch nach einer befristeten Anstellung ist weniger häufig der Grund für eine Befristung als die Tatsache, dass keine Dauerarbeitsstelle hat gefunden werden können (acht Prozent vs. 14%), was vor allem Personen ab 30 Jahren betrifft (15, S. 55-56).

Zu den gesundheitlichen Auswirkungen der befristeten Beschäftigung liegen uneinheitliche Ergebnisse vor: Befristete Tätigkeiten scheinen einen eher schwachen Einfluss auf den Gesundheitszustand insgesamt auszuüben. Allerdings ist die Mortalität aufgrund von auf Alkohol und Nikotin zurückzuführende Erkrankungen erhöht. Krankenstand wird von befristet Beschäftigten vermutlich weniger stark in Anspruch genommen (16, S. 45).

Die Daten werden der Arbeitskräfteerhebung, die Teil des Mikrozensus ist, entnommen. Wie im Kapitel „Methoden und Datenquellen“ dargestellt, ist es aufgrund der auf einer Stichprobe

basierenden Daten nicht möglich, Aussagen zu Alter, Geschlecht und Bundesland sowie dem Grund der Befristung und Bundesland zu machen.

Im Jahr 2008 liegt der Anteil der befristet Beschäftigten an den unselbstständig Beschäftigten in Österreich bei neun Prozent. In der Steiermark ist dieser Anteil mit acht Prozent etwas niedriger als der Österreichwert. Den höchsten Anteil an befristet Beschäftigten im Jahr 2008 weist Tirol mit 13% auf. Das Burgenland hat mit sieben Prozent den niedrigsten Anteil (vgl. Tabelle 6.2.4). Im Berichtszeitraum 2005 – 2008 ist der Anteil befristet Beschäftigter sowohl österreich- als auch steiermarkweit annähernd gleich geblieben, wobei sich in der Steiermark sowohl bei Männern als auch bei Frauen eine leicht sinkende Tendenz des Anteils der befristeten Beschäftigten abzeichnet, wenngleich die absolute Anzahl der befristet Beschäftigten sowohl bei Frauen als auch bei Männern aufgrund der generellen Steigerung der Anzahl der unselbstständig Beschäftigten gestiegen ist. Frauen sind öfter in befristeten Beschäftigungsverhältnissen zu finden als Männer. In allen Jahren des Berichtszeitraums fällt der Anteil der befristeten Beschäftigten an allen Beschäftigten in der Steiermark bei Frauen höher aus als bei Männern. Im geschlechtsspezifischen Vergleich der steirischen Ergebnisse zu Gesamtösterreich ergibt sich kein klares Bild, wobei die Steirer nur wenig seltener in befristeten Beschäftigungsverhältnissen arbeiten dürften als die Österreicher insgesamt.

### **6.3 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse**

Die vorliegenden Daten lassen einerseits Verbesserungen der Arbeitsbedingungen erkennen, machen aber andererseits auf neue Herausforderungen in der Arbeitswelt aufmerksam.

Im Vergleich zum österreichischen Durchschnitt gibt es in der Steiermark sowohl eine höhere Anzahl an Betrieben, die Träger des BGF-Gütesiegels sind, als auch einen höheren Anteil an unselbstständig Beschäftigten, die in einem Gesunden Betrieb arbeiten. Weiters ist der Anteil der befristet Beschäftigten in der Steiermark in den letzten drei Jahren etwas niedriger als im österreichischen Durchschnitt. Gleichzeitig ist 2009 jedoch das Arbeitsklima in der Steiermark als schlechter eingeschätzt worden als in Gesamtösterreich. Frauen in der Steiermark weisen im Vergleich zu Männern sowohl eine niedrigere Krankenstandsquote als auch eine höhere Zufriedenheit mit dem Arbeitsklima auf. Allerdings scheinen Frauen etwas häufiger in befristeten Beschäftigungsverhältnissen zu arbeiten als Männer. Im Laufe der Zeit sind die Anzahl der Betriebe mit BGF-Gütesiegel sowie der Anteil der Beschäftigten in Gesunden Betrieben gestiegen. Auffallend ist jedoch, dass die Reichweite der Gesunden

Betriebe regional sehr unterschiedlich ausfällt – hier wären Initiativen insbesondere in den bisher unterversorgten NUTS-3-Regionen „West- und Südsteiermark“, „Oststeiermark“ und „Liezen“ anzustreben.

### Schlussfolgerungen

Zusammenfassend sind die Ergebnisse und Trends hinsichtlich der Quantität und Reichweite von BGF-Programmen in der Steiermark als positiv zu bewerten. Da die Anzahl der Beschäftigten in einem „Gesunden Betrieb“ aber noch im einstelligen Prozentbereich liegt, ist eine weitere Steigerung der Reichweite von „Gesunden Betrieben“ erforderlich. Darüber hinaus weist das – vor allem von Männern – eher als schlecht eingeschätzte Arbeitsklima auf Interventionsbedarf in der Lebenswelt Arbeit hin. Zur Verbesserung in diesem Bereich können BGF-Programme und Maßnahmen, wie sie in den *Gesundheitszielen Steiermark* skizziert worden sind, beitragen. Weiters sollten Maßnahmen gesetzt werden, die vor allem bei Frauen den Anteil der befristet Beschäftigten senken.

## Quellen- und Literaturverzeichnis

- 1 Meggeneder, O. (1996). Gesundheitsförderungsforschung in der betrieblichen Arbeitswelt. In Lobnig, H. und Pelikan, J. M. (Hg.), *Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus. Eine österreichische Forschungsbilanz.* (S. 73-75). Wien: Facultas-Universitätsverlag.
- 2 Scala, K. (1996). Beiträge der Organisationsforschung zur Gesundheitsförderung im Betrieb. In Lobnig, H. und Pelikan, J. M. (Hg.), *Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus. Eine österreichische Forschungsbilanz.* (S. 76-86). Wien: Facultas-Universitätsverlag.
- 3 Land Steiermark. (2007). *Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer.* Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.
- 4 Rosenbrock, R. (1993). Betriebliche Gesundheitspolitik und Organisationsentwicklung. In Pelikan, J. M., Demmer, H. und Hurrelmann, R. (Hg.), *Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen.* (S. 123-140). Weinheim, München: Juventa Verlag.
- 5 ASchG. Österreich. (2001). ArbeitnehmerInnenschutzgesetz idF BGBl. Nr. 450/1994 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 159/2001.
- 6 Arbeiterkammer Oberösterreich. (o.J.). *Arbeitsklima-Index.* Download vom 25. Februar 2010, von <http://www.arbeiterkammer.com/online/warum-arbeitsklima-index-6194.html>
- 7 Grasser, G., Wieseneder, E., Ebner, K. & Plunger, P. (2009). *Projektbericht. GeKiS: Gesundheits-Kernindikatoren Steiermark.* Graz: Gesundheitsplattform Steiermark. (unveröffentlicht).
- 8 Netzwerk BGF. (o.J.). *BGF-Gütesiegel.* Download vom 25. Februar 2010, von [http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/channel\\_content/cmsWindow?p\\_tabid=4&p\\_menuid=66230&action=2](http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=4&p_menuid=66230&action=2)
- 9 Biffl, G. (2001). Der Krankenstand als wichtiger Arbeitsmarktindikator. *WIFO Monatsberichte*, (1), 39-52.
- 10 Leoni, T. & Mahringer, H. (2008). *Fehlzeitenreport 2008. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich.* Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- 11 Hofinger, C., Kein, C., Michenthaler, G. & Raml, R. (o.D.). *Arbeitsklimaindex.* Download vom 25. Februar 2010, von <http://www.slideshare.net/norram/hofinger-kien-michenthaler-raml-arbeitsklima-index>
- 12 Preinfalk, H., AK Oberösterreich, Telefonat, 18. Februar 2010.

- 13 Kammer für Arbeiter und Angestellte für OÖ. (2009). Krise trifft Arbeiter. *Newsletter Arbeitsklima Index, 2009* (4), 1.
- 14 Preinfalk, H. (2009). *Krise und Arbeitsklima. Arbeitsklima nach Region*. Linz: Kammer für Arbeiter und Angestellte für OÖ. (unveröffentlicht).
- 15 Eichwalder, R., Mitterndorfer, B. & Fasching, M. (2008). *Arbeitskräfteerhebung 2007. Ergebnisse des Mikrozensus*. Wien: Statistik Austria.
- 16 Friedrichs, M. & Schröder, A. K. (2006). *Gesundheitliche Auswirkungen neuer Beschäftigungsformen. Kommentierte Zusammenstellung der einschlägigen Literatur*. Download vom 25. Februar 2010, von [http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2006/iga\\_report\\_10.pdf](http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2006/iga_report_10.pdf)

## 7. Mit Ernährung und Bewegung die Gesundheit der SteirerInnen verbessern

### 7.1 Einleitung

#### 7.1.1 Bewegung

Bewegung hat zahlreiche positive Einflüsse auf die Gesundheit und hilft bei der Prävention und der Verringerung des Fortschreitens von vielen chronischen Krankheiten. Weiters können auch in fortgeschrittenen Krankheitsstadien positive Effekte von körperlicher Aktivität auf körperliche Fitness, muskuläre Stärke und Lebensqualität festgestellt werden (1, S. 6). Die beste wissenschaftliche Evidenz gibt es für den positiven Effekt von Bewegung auf die Verringerung des Erkrankungsrisikos bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Neben Schlaganfällen können darüber hinaus ein hoher Blutdruck und ein hoher Cholesterinspiegel verhindert werden (1, S. 6). Körperliche Aktivität reduziert das Risiko, an Diabetes Typ 2 und Krebs zu erkranken, erhöht das mentale Wohlbefinden und hat positive Effekte auf das soziale Leben von Menschen: Durch ein aktives Leben wird beispielsweise die Interaktion mit anderen Menschen erleichtert (1, S. 6-7).

Als Bewegung wird dabei jegliche körperliche Aktivität definiert, die zu einem Energieverbrauch führt, der höher ist als im Ruhezustand. Gesundheitsfördernd ist daher jegliche körperliche Aktivität, die einen Nutzen für die Gesundheit und körperliche Funktionalität bringt, ohne Schaden anzurichten. Dazu zählen Aktivitäten in der Freizeit, bei der Arbeit, sportliche Bewegung, aber auch Bewegung zum Zwecke der Fortbewegung (z.B. Einkäufe, Arbeitswege, die zu Fuß oder mit dem Fahrrad erledigt werden) (1, S. 6-8).

2009 ist – wie in den *Gesundheitszielen Steiermark* empfohlen – in der Steiermark gemeinsam mit nationalen und internationalen ExpertInnen der *Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken* entwickelt worden. Neben Bewegungs- und Ernährungsempfehlungen für die gesunde erwachsene Bevölkerung, Ältere, Kinder und Schwangere (nur Ernährungsempfehlungen) sind im Leitfaden Empfehlungen für Interventionen auf Verhaltens- und Verhältnisebene sowie Indikatoren für das Monitoring der Verhältnisse und des bewegungs- und ernährungsbezogenen Verhaltens enthalten (2). Für Erwachsene wird ein Bewegungsausmaß von 30 Minuten täglich mit mittlerer Intensität an mindestens fünf Tagen die Woche in mindestens jeweils zehn Minuten dauernden Einheiten empfohlen. Alternativ wird zu wöchentlich drei 20 Minuten dauernden Bewegungseinheiten hoher Intensität oder zu einer Kombination aus beiden Empfehlungen geraten (2, S. 7). Bewegung mittlerer Intensität führt zu einer Steigerung der Herzschlagfrequenz und dazu, dass die Personen leicht außer Atem kommen

(dazu zählen schnelles Gehen und langsames Laufen), zu Bewegung hoher Intensität zählen alle Aktivitäten, bei denen Personen ins Schwitzen und außer Atem kommen (z.B. Laufen und schnelles Radfahren) (1, S. 3).

Neben dieser Leitfadententwicklung ist in den *Gesundheitszielen Steiermark* die Forcierung multisektoraler Zusammenarbeit (z.B. Gesundheitssektor mit dem Lebensmittelsektor, dem Verkehrssektor, dem Sozialssektor und den Medien) als mögliche Maßnahme thematisiert. Durch die Schaffung von geschlechtsspezifischen und lebensweltorientierten Maßnahmen, Aktivitäten und Programmen soll es ermöglicht werden, Verhaltensänderungen hervorzurufen. Der Gesundheitssektor ist aufgerufen, eine Bewegungs- und Ernährungsberatung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung sicherzustellen (3, S. 15). Maßnahmen auf Verhältnisebene (2, S. 9-10) werden detailliert im Exkurs weiter unten dargestellt.

### 7.1.2 Ernährung

Die Ernährungsweise der Menschen ist ein weiterer wichtiger Einflussfaktor auf ihre Gesundheit. Unpassende Ernährungsweisen zählen gemeinsam mit mangelnder Bewegung zu den Hauptverursachern von nicht übertragbaren Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Typ 2 und Krebserkrankungen (4, S. 2). Durch eine zu hohe Zufuhr von energiereicher bzw. nährstoffarmer Nahrung, die jedoch gleichzeitig fett-, salz- bzw. zuckerreich ist, nimmt die europäische Bevölkerung derzeit häufig mehr Nahrung zu sich, als sie an täglicher Energiezufuhr benötigt (5, S. 46; 4, S. 2).

Die Kombination dieser Ernährungsweise mit einem reduzierten Ausmaß an körperlicher Aktivität zu Hause, bei der Arbeit, in der Schule und Freizeit sowie bei der Fortbewegung führt dazu, dass der Anteil der Bevölkerung mit Übergewicht und Adipositas ständig zunimmt (4) (4, S. 2). Aus diesem Grund werden Übergewicht und Adipositas vor allem in Europa als ernst zu nehmende Herausforderung an Public Health gesehen (5, S. 1).

Im *Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken* wird empfohlen, bei der Wahl der Lebensmittel auf regionale, saisonale, ökologische und soziale Aspekte zu achten, wobei eine ausgewogene Vollwertkost, die eine möglichst große Anzahl von unterschiedlichen Lebensmitteln beinhaltet, zu bevorzugen ist. Weiters wird betont, dass es wichtig ist, die Energiezufuhr den individuellen Bedürfnissen anzupassen. Darüber hinaus wird der Aspekt des Genusses angesprochen: Essen sollte Genuss sein, d.h., dass in Ruhe und bewusst gegessen werden sollte (2, S. 16).



Die Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007, die als Indikatoren zu Bewegung und Ernährung berichtet werden, sind im Rahmen der Recherche für die *Gesundheits-Kernindikatoren Steiermark* ausgewählt worden, um eine Auskunft über das Bewegungs- und Ernährungsverhalten der SteirerInnen zu ermöglichen. Diese *Gesundheits-Kernindikatoren*, die die Basis für die regelmäßige (Gesundheits-)Berichterstattung darstellen, werden im ersten Teil des Kapitels berichtet. Im zweiten Teil des Kapitels ist ein Exkurs mit weiteren Indikatoren des *Leitfadens für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken* zu finden.

## **7.2 Gesundheits-Kernindikatoren zum Thema „Bewegung und Ernährung“**

### **7.2.1 Body Mass Index**

Die Messung von Körpergewicht und Körpergröße gilt als günstige, nicht invasive Möglichkeit, um Übergewicht festzustellen (5, S. 2). Darüber hinaus ist der Body Mass Index, der aus diesen beiden Messgrößen berechnet wird, die am besten geeignete Maßzahl, um eine Aussage zur Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in einer Gesellschaft zu machen (6). Eine Schwäche des BMI besteht darin, dass keine Differenzierung zwischen dem durch Muskelmasse und jenem durch Fett hervorgerufenen Anteil des Gewichts vorgenommen werden kann (5, S. 3). Weiters wird davon ausgegangen, dass bei selbst berichteten Daten zu Körpergewicht eine Unterschätzung des eigenen Körpergewichts vorliegt (7).

Der BMI wird folgendermaßen berechnet:

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

Personen können aufgrund ihres BMI einer der vier Kategorien zugeteilt werden(6):

1. Untergewicht: BMI < 18,5
2. Normalgewicht: BMI: 18,5 bis < 25
3. Übergewicht: BMI: 25 bis < 30
4. Adipositas: BMI: ≥ 30

Basierend auf den Empfehlungen des European Community Health Indicators Monitoring (ECHIM) (8, S. 64) und auf den österreichischen Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung (9), ist im vorliegenden Bericht von der Klassifikation im

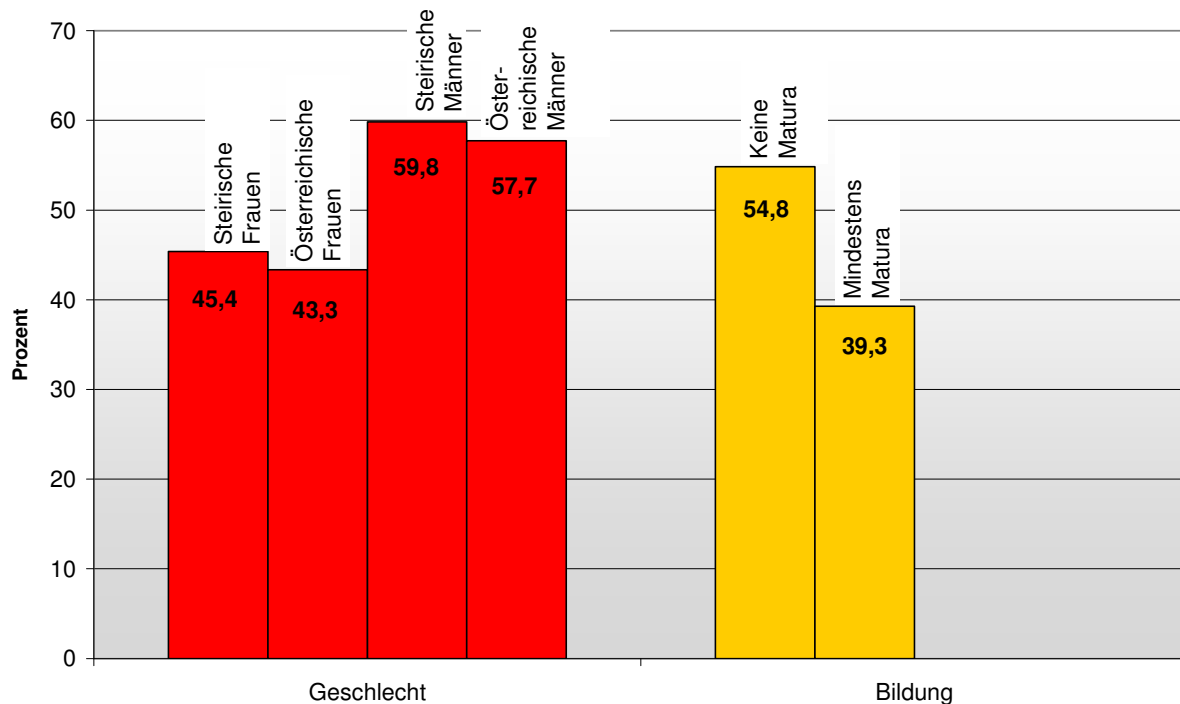
*Gesundheitsbericht 2005 für die Steiermark* abgegangen worden und die seitens der WHO im Jahr 2000 vorgeschlagene Klassifikation verwendet worden (10, S. 9). Von besonderem Interesse ist aus Public Health-Sicht der Anteil der übergewichtigen und adipösen Personen, da diese ein höheres Erkrankungsrisiko für viele Krankheiten (darunter Herz-Kreislauf-Erkrankungen, verschiedene Krebserkrankungen und entzündliche Knochen- und Gelenkerkrankungen) haben als normalgewichtige Personen (5, S. 20).

Knapp 50% der steirischen Befragten können 2006/2007 als normalgewichtig bezeichnet werden, wenn man deren BMI aufgrund ihrer Auskünfte zu Körpergewicht und Körpergröße berechnet. Vier von zehn SteirerInnen sind übergewichtig und jedeR zehnte ist adipös (vgl. Tabelle 7.2.1a). Verglichen mit dem österreichischen Durchschnitt ist der Anteil der Personen, die einen BMI von 25 und mehr aufweisen, in der Steiermark etwas höher (52%) als in Österreich (50%). Jedoch gibt es in der Steiermark mehr übergewichtige und weniger adipöse Personen als im österreichischen Durchschnitt. Während der Anteil der übergewichtigen Personen in der Steiermark im Bundesländervergleich an erster Stelle liegt, zählt der Anteil der adipösen Personen zu den niedrigsten. Generell ist feststellbar, dass die westlichen Bundesländer Österreichs (Salzburg, Tirol und Vorarlberg) den geringsten Anteil an übergewichtigen und adipösen Personen aufweisen, während in den östlichen Bundesländern (Burgenland, Niederösterreich und Steiermark) die höchsten Anteile feststellbar sind. Der Anteil der *untergewichtigen* Personen liegt in allen Bundesländern zwischen ein und drei Prozent, wobei dieses Thema oft vernachlässigt wird und im gesundheitspolitischen Kontext zu wenig Beachtung findet.

Nach Geschlecht getrennt betrachtet, zeigt sich, dass Männer durchschnittlich einen höheren BMI aufweisen als Frauen (vgl. Tabelle 7.2.1b). Der Anteil der adipösen Personen ist mit elf Prozent bei Frauen und Männern gleich hoch, hingegen ist der Anteil der übergewichtigen Personen bei Männern höher als bei Frauen. Jeder zweite Steirer ist übergewichtig, aber nur jede dritte Steirerin. Generell ist im Bundesländervergleich festzustellen, dass der Anteil der Übergewichtigen bei den Männern höher ist als bei den Frauen, während der Anteil der Adipösen eher bei Frauen höher als bei Männern ist. Mit steigendem Alter nimmt auch der Anteil der Personen mit Übergewicht und Adipositas zu. Während nur 27% der SteirerInnen zwischen 20 und 25 Jahren einen BMI von 25 und mehr aufweisen, sind es bei den Personen zwischen 65 und 75 Jahren 71%. Bei Personen ab 75 Jahren ist wieder ein niedrigerer Anteil an Übergewichtigen feststellbar. Nach Geschlecht getrennt betrachtet, ist ebenfalls mit steigendem Alter ein zunehmender Anteil an Personen mit Übergewicht und Adipositas feststellbar. Vor allem der Anteil der adipösen Frauen steigt mit dem Alter von drei

Prozent bei den 20- bis unter 25-Jährigen auf 22% bei den Frauen zwischen 65 und 75 Jahren sehr stark an.

**Abbildung 16: Anteil der Personen mit Übergewicht und Adipositas in Österreich und der Steiermark nach Geschlecht und Bildung (nur Steiermark) im Jahr 2006/2007**



Datenquelle: Statistik Austria; eigene Darstellung

Wird der Anteil der Personen mit Übergewicht und Adipositas nach deren Bildungsstatus analysiert, so ist sowohl für die gesamte Steiermark als auch nach Geschlecht getrennt bemerkbar, dass ein höherer Bildungsstatus mit einem niedrigeren Anteil an Betroffenen einhergeht. Auch die altersstandardisierten Daten weisen auf einen Zusammenhang zwischen Bildung und BMI hin: 55% der Personen ohne Matura sind übergewichtig oder adipös, während dieser Anteil bei jenen mit Matura nur 39% beträgt. Ein Vergleich der Daten im Verlauf der Zeit zeigt, dass auch in Österreich und in allen Bundesländern der von der WHO angesprochene Zuwachs feststellbar ist (5) (5, S. 1). Waren 1983 nur 42% der ÖsterreicherInnen übergewichtig oder adipös, sind es 2006/2007 schon 50%. In der Steiermark ist der Anteil von 41% (1983) auf 52% (2006/2007) angestiegen. Bei beiden Geschlechtern ist ein Anstieg beobachtbar, hingegen ist der Anteil der *untergewichtigen* Personen im Zeitverlauf unverändert in der Höhe zwischen ein und drei Prozent geblieben.

## 7.2.2 Bewegungsverhalten allgemein

Bewegung ist für jeden Menschen, unabhängig vom Alter, gesundheitsfördernd (11, S. ix). Das Ausmaß der individuellen Bewegung ist von verschiedensten Faktoren abhängig: Alter, Geschlecht, Fähigkeiten, empfundene Barrieren (wie Zeitmangel, fehlende Motivation und Bedenken bezüglich der eigenen Sicherheit). Aber auch kulturelle und soziale Einflüsse sowie die gebaute Umwelt und die politischen Maßnahmen, die Möglichkeiten zur körperlichen Aktivität schaffen, beeinflussen das Bewegungsausmaß (11, S. 4-5).

Zur Abbildung des allgemeinen Bewegungsverhaltens ist in der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 der International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) verwendet worden. Dieser Fragebogen enthält Fragen zu intensiver körperlicher Betätigung (wie schnelles Schwimmen, Radfahren, Tragen von größeren Paketen), mäßiger körperlicher Betätigung (wie gewöhnliches Radfahren, Treppensteigen) und zum Ausmaß des Gehens. Aufgrund der Antworten wird den Befragten ein Bewegungsniveau zugewiesen, welches eine Aussage über Häufigkeit und Intensität ermöglicht (12, S. 4-5, 13, S. 293). Als Basis für die Berechnung der einzelnen Kategorien wird ein Basisbewegungsausmaß in der Höhe von 5.000 Schritten täglich herangezogen (12, S. 4-5):

- Hohes bzw. ausreichendes Bewegungsniveau: mindestens 12.500 Schritte täglich oder Äquivalente in moderater oder intensiver Bewegung werden hierbei als hohes Bewegungsausmaß angesehen. Dies entspricht einem Bewegungsausmaß von mindestens einer Stunde moderater Bewegung oder einer halben Stunde intensiver Bewegung täglich.
- Mittleres bzw. geringes Bewegungsniveau: mindestens eine halbe Stunde moderater Bewegung an den meisten Tagen einer Woche. Dieses Bewegungsniveau ist jenes, das den Empfehlungen des Leitfadens entspricht.
- Niedriges Bewegungsniveau bzw. sitzender Lebensstil: Dies umfasst jedes Bewegungsausmaß, welches unter dem geringen Niveau liegt.

Der Vorteil dieses Messinstruments besteht darin, dass diesem ein weiter Bewegungsbegriff zugrunde liegt und nicht nur Bewegung in der Freizeit oder am Arbeitsplatz (13, S. 755). Jedoch ist davon auszugehen, dass aufgrund der subjektiven Auskünfte eine Überschätzung des Bewegungsniveaus von 23-44% vorliegen kann (14) (15, S. 1.501).

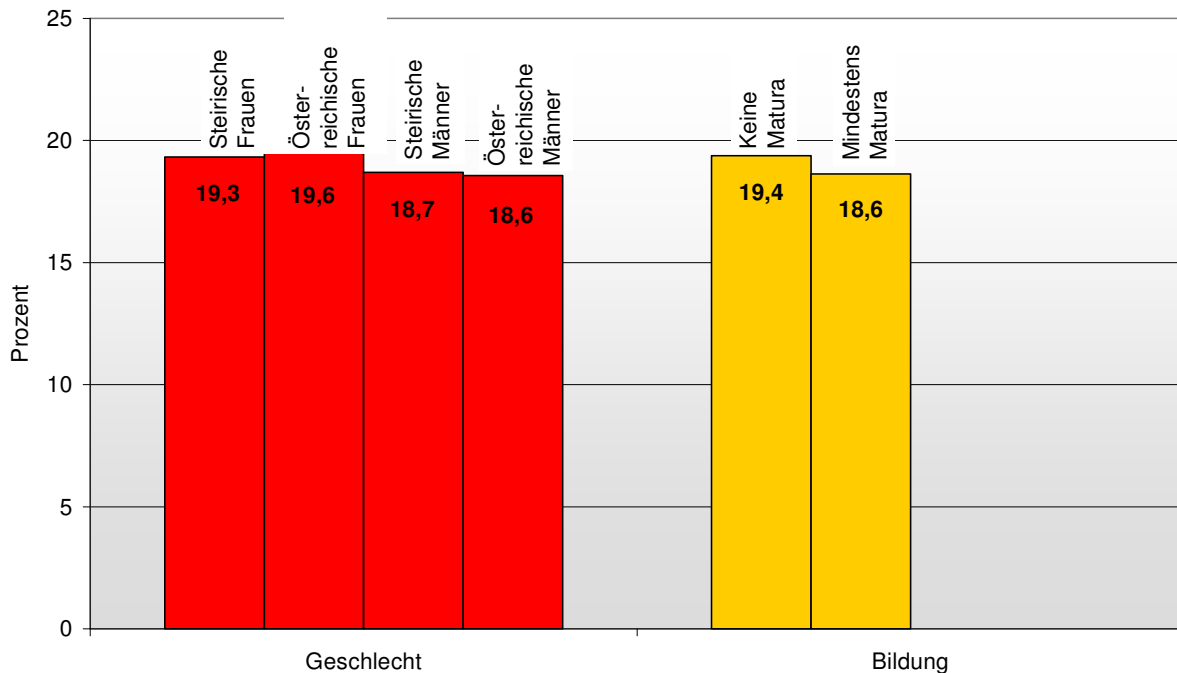
2006/2007 haben 61% der SteirerInnen ein hohes, 20% ein mittleres und 19% ein niedriges Bewegungsausmaß angegeben (vgl. Tabelle 7.2.2), was dem österreichischen Durchschnitt entspricht. Während der Anteil jener Personen, die ein hohes Bewegungsniveau aufweisen, in der Steiermark über dem österreichischen Durchschnitt liegt und nach Salzburg der

zweithöchste im Bundesländervergleich ist, rangiert der Anteil jener Menschen, die ein mittleres Bewegungsniveau angeben, im Bundesländervergleich an letzter Stelle.

Nach eigenen Angaben bewegen sich Männer mehr als Frauen: So haben 65% der Steirer ein hohes Bewegungsniveau, bei den Steirerinnen sind es hingegen nur 58%, ein Muster, das in allen Bundesländern feststellbar ist. Bei beiden Geschlechtern ist dieser Anteil der zweithöchste im Bundesländervergleich. Wohingegen der Anteil der Frauen und Männer mit einem mittleren Bewegungsausmaß unter und der Anteil der Personen mit niedrigem Bewegungsniveau genau im österreichischen Durchschnitt liegt. Mit steigendem Alter nimmt tendenziell der Anteil an Menschen zu, der sich zu wenig bewegt. Eine Ausnahme bilden junge Frauen zwischen 15 und 25 Jahren: Ein Viertel dieser Altersgruppe (25%) gibt eher einen sitzenden Lebensstil an, was der höchste Anteil bei Frauen ist. Zugleich ist in dieser Altersgruppe der Anteil der Frauen mit hohem Bewegungsniveau verglichen mit den anderen Altersgruppen am niedrigsten (45%).

Betrachtet man das Bewegungsniveau nach dem Bildungsstatus der Befragten, so ist weder für die gesamte Steiermark noch für Steirerinnen eine eindeutige Tendenz feststellbar, bei den Männern zeigt sich hingegen tendenziell mit steigendem Bildungsstatus ein sinkendes Bewegungsausmaß. Bei den altersstandardisierten Daten ist sowohl bei den Personen mit als auch jenen ohne Matura ein gleich hoher Anteil mit vorwiegend sitzendem Lebensstil bemerkbar, während der Anteil der Menschen, die ein hohes Bewegungsniveau aufweisen, bei der Gruppe ohne Matura höher ist als bei jener mit Matura.

**Abbildung 17: Anteil der Personen mit vorwiegend sitzendem Lebensstil in Österreich und der Steiermark nach Geschlecht und Bildung (nur Steiermark) im Jahr 2006/2007**



Datenquelle: Statistik Austria; eigene Darstellung

Aufgrund der wahrscheinlich vorliegenden Überschätzung der Daten muss jedoch von einem weitaus niedrigeren allgemeinen Bewegungsniveau ausgegangen werden. Die WHO nimmt an, dass mindestens zwei Drittel der Bevölkerung sich zu wenig bewegen (5, S. 35). Zahlen einer Befragung im Rahmen der Eurobarometer-Studie zeigen, dass nur 26% der ÖsterreicherInnen ein Bewegungsniveau aufweisen, das für die Erhaltung von Gesundheit notwendig ist (5, S. 38).

### 7.2.3 Bewegungsverhalten in der Freizeit

Das Bewegungsverhalten in der Freizeit wird anhand des Anteils jener Personen dargestellt, die durch körperliche Aktivität an mindestens drei Tagen pro Woche in der Freizeit ins Schwitzen kommen. Durch diesen Indikator werden die Intensität und die Frequenz der körperlichen Aktivität gemessen, womit er als Hinweis auf die Erfüllung der Empfehlung für den Erhalt bzw. den Aufbau von körperlicher Fitness des Amerikanischen Colleges für Sportmedizin angesehen werden kann. Diese lautet, mindestens an drei Tagen der Woche für mindestens 20 bis 60 Minuten körperlich so aktiv zu sein, dass die Herzschlagfrequenz 55-90% der individuellen maximalen Herzschlagfrequenz erreicht (5, S. 37). Diese Empfehlung kann jedoch nur annähernd abgebildet werden, da die Dauer der körperlichen Aktivität nicht abgefragt wird. Dieser Indikator ermöglicht es darüber hinaus nicht, die

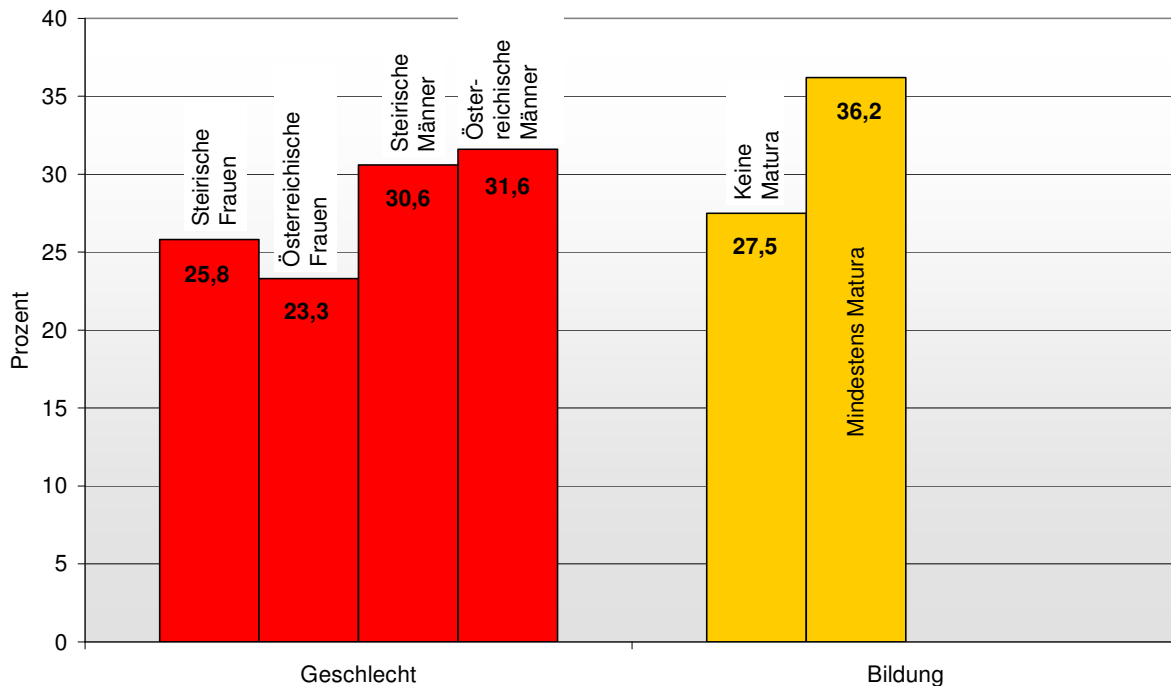
Empfehlungen des Leitfadens abzubilden, da diese sich nicht nur auf die Bewegung in der Freizeit beziehen. Dennoch wurde dieser Indikator für den vorliegenden Bericht aufgenommen, weil er aufgrund seiner langjährigen Erfassung im Mikrozensus die Abbildung der zeitlichen Entwicklung der körperlichen Aktivität der Bevölkerung zulässt und dadurch an Daten, die in den vorangegangenen Gesundheitsberichten des Landes Steiermark dargestellt worden sind, angeschlossen wird.

Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 haben 28% der SteirerInnen angegeben, mindestens an drei Tagen pro Woche körperlich aktiv zu sein. Damit liegt die Steiermark im Bundesländervergleich im Mittelfeld. Am höchsten ist dieser Anteil mit 35% in Salzburg und am niedrigsten mit 22% in Wien (vgl. Tabelle 7.2.3).

Auch hier geben Männer ein höheres Bewegungsniveau an: So ist knapp ein Drittel der Männer an mindestens drei Tagen pro Woche körperlich aktiv, während dies nur für ein Viertel der Frauen gilt. Bei beiden Geschlechtern liegt die Steiermark im österreichischen Mittelfeld, wobei der Anteil der Frauen höher (Steiermark: 26%, Österreich: 23%) und bei den Männern geringfügig niedriger ausfällt als im Österreichvergleich (Steiermark: 31%, Österreich: 32%). Mit zunehmendem Alter sinkt der Anteil jener Personen, die ein Ausmaß von mindestens drei Tagen mit körperlicher Aktivität angeben, wobei dieser kontinuierliche Rückgang vor allem bei den Männern feststellbar ist, wo der Anteil von 42% auf elf Prozent sinkt. Bei den Frauen bleibt der Anteil mit rund 30% jedoch bis zum Alter von 65 Jahren gleich. Danach sinkt der Anteil auf 18% (65 bis 74 Jahre) bzw. elf Prozent (75 Jahre und älter).

Nach dem Bildungsstatus betrachtet, ist mit steigender Bildung tendenziell ein zunehmender Anteil körperlich aktiver Personen bemerkbar. Sowohl bei Frauen als auch bei Männern ist der Anteil an körperlich Aktiven bei jenen, die als höchste abgeschlossene Schulbildung eine Pflichtschule angeben, am niedrigsten (Frauen: 19%, Männer: 25%). Der größte Anteil an Personen, die körperlich aktiv sind, weisen bei den Frauen jene mit Studium und ähnlichen Abschlüssen (38%), bei Männern jene mit Maturaabschluss (40%) auf.

**Abbildung 18: Anteil der Personen, der angibt, an mindestens drei Tagen körperlich aktiv zu sein, in Österreich und der Steiermark nach Geschlecht und Bildung (nur Steiermark) im Jahr 2006/2007**



Datenquelle: Statistik Austria; eigene Darstellung

Im zeitlichen Trend ist sowohl in der Steiermark als auch in ganz Österreich ein Ansteigen des Bewegungsverhaltens in der Freizeit bemerkbar. Waren es 1999 17% der SteirerInnen, die sich in der Freizeit an mindestens drei Tagen körperlich intensiv bewegten, so ist dieser Anteil 2006/2007 bei 28% gelegen.

Diese Daten weisen im Vergleich zum weiter oben besprochenen Indikator „Bewegungsverhalten allgemein“ auf ein insgesamt niedrigeres Bewegungsverhalten der SteirerInnen hin. Generell lässt sich feststellen, dass sich vor allem Frauen weniger als Männer, ältere Personen weniger als jüngere sowie Personen mit niedrigerem sozialen Status weniger als solche mit höherem sozialem Status bewegen. Auch eine Befragung im Rahmen der Eurobarometer-Studie im Jahr 2002 ließ ein ähnliches Muster erkennen (5, S. 39).

## 7.2.4 Ernährungsverhalten

In der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 ist folgende Frage zu Ernährungsgewohnheiten gestellt worden (15, Fragebogen, S. 15): Wie würden Sie Ihre Essgewohnheiten beschreiben? Folgende Antwortmöglichkeiten standen zur Auswahl:

- Mischkost mit viel Obst und Gemüse



- Mischkost mit viel Fleisch
- Mischkost mit wenig Fleisch
- Vegetarisch, aber mit Milchprodukten und/oder Eiern
- Vegetarisch, aber mit Fisch und/oder Milchprodukten und/oder Eiern
- Vegetarisch und keine tierischen Produkte

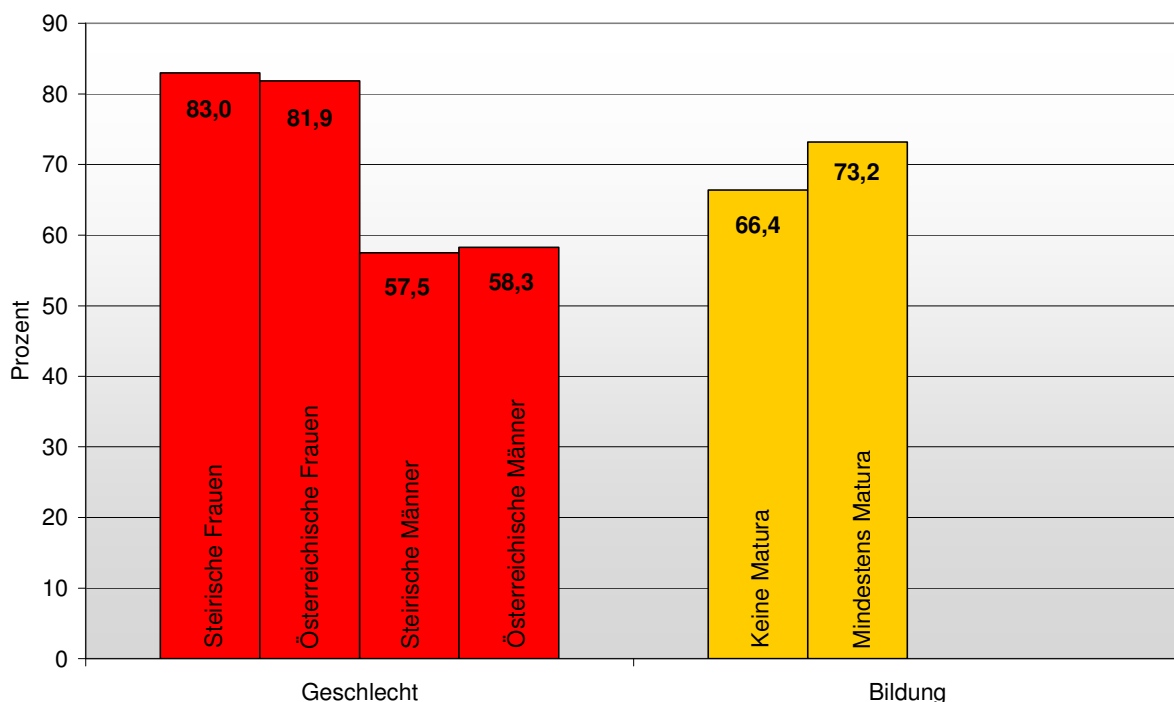
Die erste und dritte Antwort werden im Österreichischen Ernährungsbericht 2003 als Standardkost mit Gesundheitsaspekten bezeichnet (16, S. 57). Mit dem Anteil jener Personen, die diese beiden Antwortalternativen bei der Befragung gewählt haben, wird nun im *Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark* abzuschätzen versucht, welcher Anteil der SteirerInnen in etwa die Ernährungsempfehlungen erfüllt. Dies ist jedoch nur begrenzt möglich, da die Ernährungsempfehlungen nicht nur ernährungsphysiologische, sondern auch regionale, saisonale und biologische Aspekte der Ernährung beinhalten. Darüber hinaus sind die Empfehlungen im *Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken* detaillierter ausgearbeitet (17, S. 58). Dennoch liegen mit den Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 erstmals Daten zum Ernährungsverhalten auf Bundeslandebene vor. Die beiden zuvor genannten Antwortmöglichkeiten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 werden im Folgenden trotz der genannten Mängel als gesunde Ernährung bezeichnet (17, S. 58).

71% der befragten SteirerInnen (vgl. Tabelle 7.2.4) ernähren sich nach eigenen Angaben entsprechend den Empfehlungen des *Leitfadens für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken*, womit die Steiermark im österreichischen Durchschnitt liegt. Der größte Anteil an Personen, die sich gesund ernähren, ist mit 74% in Salzburg und im Burgenland zu finden, der niedrigste in Wien (68%). Vergleichsweise niedrig ist in allen österreichischen Bundesländern der Anteil an VeganerInnen (verzichten auf tierische Produkte) und VegetarierInnen, welcher zwischen zwei und fünf Prozent liegt. Rund ein Viertel der ÖsterreicherInnen greift zu Mischkost mit viel Fleisch.

Frauen ernähren sich gesünder als Männer: 83% der Steirerinnen und 58% der Steirer wählen die gesündere Ernährungsalternative. Ein Muster, das sich in allen österreichischen Bundesländern erkennen lässt. Darüber hinaus ist der Anteil an Personen, die sich vegetarisch und vegan ernähren, bei Frauen mit vier Prozent höher als bei Männern mit zwei Prozent. Sehr groß ist der Unterschied beim Anteil jener Menschen, die vorwiegend Mischkost mit viel Fleisch zu sich nehmen (Frauen 14%, Männer 41%). Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil jener Personen, die sich gesund ernähren, vor allem die Gruppe derer, die Mischkost mit wenig Fleisch zu sich nehmen: 15- bis 24-Jährige: Frauen 77%, Männer 48%, über 74-Jährige: Frauen 94%, Männer 86%. In den einzelnen Altersgruppen liegt der

Anteil jener Menschen, die Mischkost mit viel Obst und Gemüse essen, zwischen 13% und 17%). Der Anteil der VegetarierInnen und VeganerInnen nimmt bei beiden Geschlechtern mit steigendem Alter ab (Personen über 74 Jahren null Prozent). Darüber hinaus nimmt mit steigendem Alter die Anzahl der Personen ab, die angegeben haben, hauptsächlich Mischkost mit viel Fleisch zu sich zu nehmen: Während sich bei den 15- bis 25-Jährigen noch 32% so ernähren, sinkt der Anteil bei Personen über 75 Jahren auf neun Prozent.

**Abbildung 19: Anteil der Personen, der angibt, sich vorwiegend von Mischkost mit wenig Fleisch oder von Mischkost mit viel Obst und Gemüse zu ernähren, in Österreich und der Steiermark nach Geschlecht und Bildung (nur Steiermark) im Jahr 2006/2007**



Datenquelle: Statistik Austria; eigene Darstellung

Hinsichtlich des Bildungsstatus ist vorerst kein einheitliches Muster erkennbar, werden die Daten jedoch altersstandardisiert betrachtet, so lässt sich ein sozialer Gradient beobachten. Nur zwei Drittel der Personen ohne Matura, aber fast drei Viertel (73%) der Personen mit Matura ernähren sich nach eigenen Angaben mit gesünderen Mischkostformen. Eine eindeutigere Tendenz ist bei der Gruppe der VegetarierInnen und VeganerInnen ersichtlich: Sowohl mit als auch ohne Altersstandardisierung müssen vor allem Personen mit einem höheren Bildungsabschluss dieser Gruppe zugerechnet werden. Dass Frauen und Personen aus höheren Bildungsschichten sich gesünder ernähren, wurde auch im Ernährungsbericht 2003 angesprochen (16, S. 57).

## 7.2.5 Trinkverhalten

Eine ausreichende Zufuhr an Flüssigkeit gilt als lebenswichtig, da Wassermangel zu einer Verminderung der Leistungsfähigkeit, zu Verwirrheitszuständen und schließlich zur Bewusstlosigkeit führen kann (18, S. 146). Empfohlen wird eine Aufnahme von bis zu zwei Litern täglich (2, S. 17), wobei Trink- und Mineralwasser, ungesüßte Kräuter- und Früchtetees sowie mit Wasser verdünnte Fruchtsäfte als gesunde Durstlöscher infrage kommen (18, S. 145).

Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 lautete die Frage zum Trinkverhalten, welche genau diesen Aspekt abbildet (15, Fragebogen, S. 15): „Wie würden Sie Ihre Trinkgewohnheiten beschreiben?“ Als Antwortmöglichkeiten standen folgende Alternativen zur Verfügung:

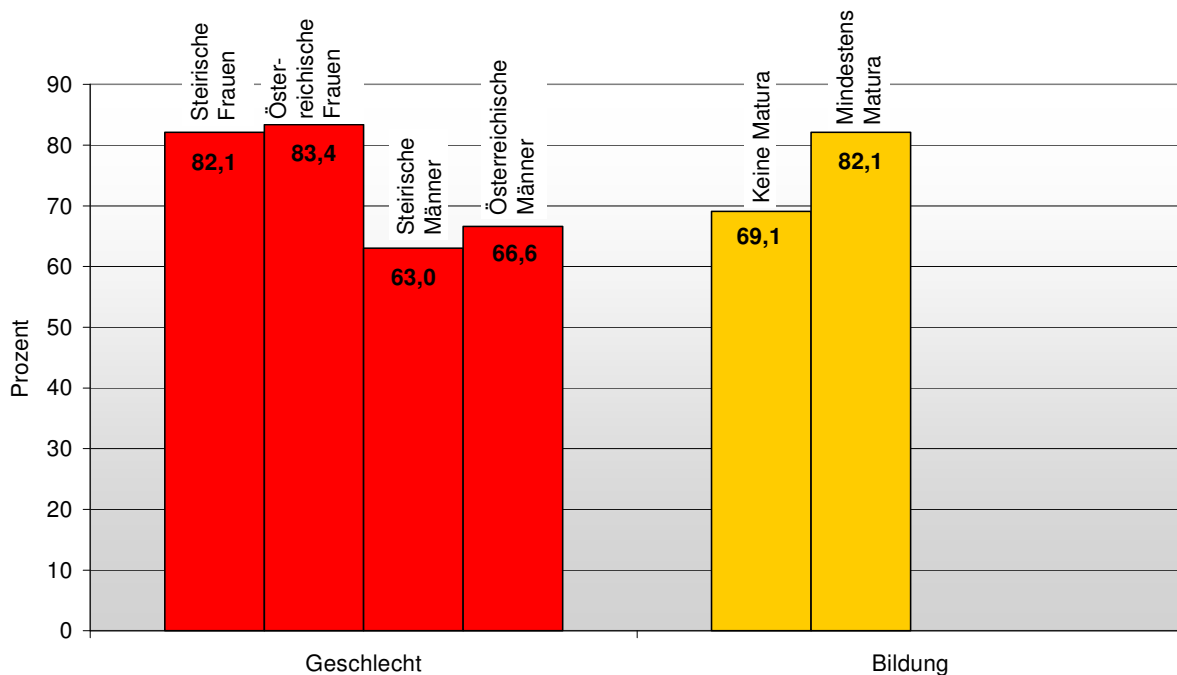
- Trinke vorwiegend Wasser/Mineralwasser/Tee, ungezuckert
- Trinke vorwiegend Fruchtsäfte und Limonaden (Cola, Fanta, Eistee, Tee, gezuckert etc.)
- Trinke vorwiegend alkoholische Getränke (Bier, Wein etc.)

Die erste Antwort kann dementsprechend als die gesündeste Verhaltensweise gewertet werden. Mit diesen Daten wird versucht abzubilden, inwieweit sich SteirerInnen gesund ernähren, wobei es jedoch nur möglich ist, eine Aussage darüber zu treffen, ob die SteirerInnen zur gesünderen Alternative tendieren. Ob ausreichende Mengen an Flüssigkeit konsumiert werden bzw. welche Mengen von jenen Alternativen (Fruchtsäften/Limonaden und alkoholischen Getränken) konsumiert werden, die nicht empfohlen werden, lässt sich nicht beurteilen. Daten bezüglich des Konsums von Alkohol werden im Kapitel „Bewusstsein im Umgang mit Alkohol in der Steiermark fördern“ beim Indikator „Problematischer Alkoholkonsum“ präsentiert.

73% der SteirerInnen haben bei der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 angegeben, vorwiegend Wasser, Mineralwasser und ungezuckerten Tee zu trinken (vgl. Tabelle 7.2.5). Der österreichische Durchschnitt liegt bei 75%. Gemeinsam mit Tirol ist der steirische Anteil der niedrigste im Bundesländervergleich, der höchste Anteil ist mit 80% im Burgenland zu finden. Rund ein Viertel der SteirerInnen trinkt vorwiegend Fruchtsäfte und Limonaden. Frauen weisen in der Steiermark bezüglich der Trinkgewohnheiten eine gesündere Verhaltensweise auf als Männer. 82% der Frauen und 63% der Männer trinken vor allem Wasser, Mineralwasser und ungezuckerten Tee. Ein Drittel der Männer gibt an, vorwiegend Fruchtsäfte und Limonaden zu trinken, bei den Frauen sind es zwar weniger, aber immerhin auch 18%. Im Bundesländervergleich zählen die SteirerInnen zu jenen BewohnerInnen Österreichs, die in dieser Hinsicht eine ungesündere Verhaltensweise an den Tag legen. Bei beiden Geschlechtern liegt der Anteil jener, die die gesündere Alternative

beim Trinken bevorzugen, unter dem österreichischen Durchschnitt. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Personen, die vorwiegend (Mineral-)Wasser und Tee trinken (gleichzeitig sinkt der Anteil jener Menschen, die vorwiegend Fruchtsäfte und Limonaden konsumieren): 15- bis 24-Jährige: Frauen 76%, Männer 45%; 75 Jahre und älter: Frauen 84%, Männer 75%. Beim Trinkverhalten zeigt sich ein eindeutiger sozialer Gradient: Mit steigender Bildung nimmt der Anteil jener zu, die zur gesünderen Alternative greifen, gleichzeitig sinkt der Konsum von Fruchtsäften und Limonaden. Dieses Muster ist auch getrennt nach Geschlechtern und bei den altersstandardisierten Daten erkennbar: Personen ohne Matura entscheiden sich zu 69%, solche mit Matura hingegen zu rund 82% vorwiegend für die gesunden Getränkearten.

**Abbildung 20: Anteil der Personen, der angibt, vorwiegend Mineral, Wasser und Tee zu trinken, in Österreich und der Steiermark nach Geschlecht und Bildung (nur Steiermark) im Jahr 2006/2007**



Datenquelle: Statistik Austria; eigene Darstellung

### **7.3 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse: Gesundheits-Kernindikatoren Steiermark**

Im Bereich der Bewegung und Ernährung liegt die Steiermark in den meisten berichteten Indikatorenbereichen im österreichischen Durchschnitt. Die einzige Ausnahme stellt das „Bewegungsverhalten allgemein“ dar, weil überdurchschnittlich viele SteirerInnen angeben, sich gemäß internationaler Empfehlung ausreichend im Alltag zu bewegen. Die Gültigkeit der Angaben zum Bewegungsausmaß ist jedoch generell aufgrund der vermuteten

Überschätzung des Bewegungsausmaßes schwer einzustufen. Anzunehmen ist, dass die SteirerInnen im Alltag körperlich aktiver, in der Freizeit jedoch körperlich weniger aktiv sind als der österreichische Durchschnitt. Männer bewegen sich häufiger, während Frauen sich gesünder ernähren. Darüber hinaus sind prozentuell mehr Frauen als Männer normalgewichtig. Vergleicht man die Indikatoren zum Teilziel „Mit Ernährung und Bewegung die Gesundheit der SteirerInnen verbessern“, so zeigen sich auf der einen Seite zwei gegenläufige Verteilungstendenzen: Jüngere Menschen ernähren sich ungesünder, während ältere sich weniger bewegen und zugleich öfter übergewichtig sind. Auf der anderen Seite wird sowohl bei der Ernährung als auch bei der Bewegung ein eindeutiger sozialer Gradient sichtbar: Personen mit niedrigerem Bildungsstatus geben ungesündere Verhaltensweisen an als Personen mit höherer Bildung. Nur für die beiden Indikatoren BMI und Bewegung in der Freizeit gibt es Daten, die Aussagen über einen Trend zulassen: Während der Anteil der Übergewichtigen und Adipösen über die Zeit konstant gestiegen ist, hat auch der Anteil jener Menschen, die sich in der Freizeit an mindestens drei Tagen pro Woche intensiv bewegen, zugenommen. Der Anteil der untergewichtigen Personen ist im zeitlichen Verlauf hingegen in allen Bundesländern mit ein bis drei Prozent konstant geblieben.

#### **7.4 EXKURS – Indikatoren aus dem Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken**

Ziel des Exkurses ist es, jene Indikatoren erstmals zu testen und abzubilden, welche sich gezielt mit Angeboten bzw. Verhältnissen/Rahmenbedingungen befassen. All jene Indikatoren, die nicht dazu geeignet sind oder zu welchen keine aussagekräftigen Daten für die Steiermark ausfindig gemacht werden konnten, finden im vorliegenden *Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark* keine Berücksichtigung (siehe Anhang 4).

Der Exkurs gliedert sich in fünf Hauptbereiche, die nach dem Schweizer Ergebnismodell (→ Glossar) ausgewählt wurden:

- Strategien in Politik und Organisation
- Soziales Potenzial und Engagement
- Angebote
- Materielle Umwelt
- Individuelle Einflussfaktoren

Neben Daten zum aktuellen Ist-Zustand werden auch mögliche Verbesserungspotenziale aufgezeigt und analysiert, dabei wird – wo möglich – auf die Bereiche gesundheitsfördernde Bewegung und Ernährung gemeinsam eingegangen. Diese Integration in verschiedene

politische Bereiche kann einen Beitrag dazu leisten, gewünschte Veränderungsprozesse auf Verhältnisebene voranzutreiben (19, S. 6). Zur Darstellung der Indikatoren wurden neben Literaturrecherchen auch Interviews durchgeführt. Die nähere Vorgangsweise ist im Kapitel Methoden und Datenquellen beschrieben.

Beispielsweise vermittelt der Mediensektor sowohl Bewegungs- als auch Ernährungsinformationen und kann dadurch die Gesundheit der Bevölkerung maßgeblich beeinflussen. Über 80% der Bevölkerung nennt die Medien als wichtigste Bezugsquelle für Gesundheitsinformationen (Office of Health Economics zitiert nach 20, S. 214). Bezüglich der Bereiche Bewegung und Ernährung sind jedoch keine gesetzlichen Grundlagen bekannt, welche beispielsweise Vorgaben zur Kommunikation entsprechender Informationen beinhalten (Interview 11).

#### **7.4.1 Strategien in Politik und Organisation**

Strategien im staatlichen Sektor (z.B. von Gemeinden und Bundesländern) sowie im Rahmen von Institutionen, Organisationen, Verbänden und Netzwerken des öffentlichen und privaten Bereiches sollen die bestehenden Strukturen beeinflussen bzw. steuern (21, S. 11). Zu derartigen Strategien zählen im Rahmen des Schweizer Ergebnismodells nicht nur handlungsrelevante Grundlagen mit verbindlichem Charakter (z.B. Gesetze), sondern auch Empfehlungen, Richtlinien, Pläne, Konzepte (mit der Festlegung von Ressourcen) zu deren Umsetzung sowie der Austausch bzw. die Kooperation im Rahmen einer multisektoralen Zusammenarbeit (21, S. 10-12).

##### **7.4.1.1 Gesetzliche und unverbindliche Rahmenbedingungen**

Gesetzliche Vorgaben auf allen Ebenen sollen die Förderung von körperlicher Aktivität und gesunder Ernährung forcieren (22, S. 12). Neben dem Indikator „Gesetzliche Rahmenbedingungen im Schulsport und deren Umsetzung“ (2, S. 12) wird auch auf andere (gesetzliche) Vorgaben sowohl im Bewegungs- als auch Ernährungsbereich eingegangen.

##### **Bewegung**

Wenngleich Sport in Österreich einen hohen sozialen, politischen und wirtschaftlichen Stellenwert einnimmt und dem Bund eine entsprechende Förderungskompetenz obliegt, fallen Angelegenheiten des Sports unter den verfassungsrechtlichen Kompetenzbereich der neun Bundesländer (23). Das Steiermärkische Landessportgesetz verfolgt das Ziel, allen Personen – unabhängig vom Alter – die Möglichkeit zur sportlichen Betätigung zu bieten,

weshalb die Sportstätten gut erreichbar und der Aufwand für deren Benützung jedermann zumutbar sein sollen (24, § 1).

Die Zuständigkeit für den Schulsport liegt beim Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur. Der für alle Schularten (mit Ausnahme der Berufsschule im dualen Ausbildungssystem) verpflichtende Gegenstand „Bewegung und Sport“ soll dafür sorgen, dass die – für die Entwicklung junger Menschen in körperlicher, kognitiver, emotionaler und sozialer Hinsicht sehr wichtige – Bewegung im schulischen Alltag berücksichtigt wird. Die Anzahl der wöchentlichen Stunden für Bewegung und Sport unterscheidet sich je nach Schultyp, während in der Hauptschule und der AHS-Unterstufe durchschnittlich 3,5 Stunden eingeplant sind, liegt die Stundenanzahl bei Schulen mit Sportschwerpunkt deutlich höher. Ab der neunten Schulstufe sinkt die Anzahl an Bewegungs- und Sportstunden, mit Ausnahme der AHS-Sportgymnasien, im Durchschnitt auf zwei Stunden (25). Ein Zeitpunkt wo – nach Ergebnissen des *Kinder- und Jugendgesundheitsberichts 2010 für die Steiermark* – aufgrund sinkender körperlicher Aktivität besonders hoher Bedarf herrscht (26, S. 97). Ergänzend zum Pflichtgegenstand können die Schulen unverbindliche Übungen zu „Bewegung und Sport“ anbieten, welche der Vertiefung, Ergänzung oder Erweiterung der Lerninhalte des Pflichtgegenstandes dienen (25).

Für andere Lebenswelten neben der Schule, beispielsweise Gemeinden oder Arbeitsplätze, sind keine einschlägigen gesetzlichen Bedingungen bekannt, welche konkrete Vorgaben hinsichtlich der Bewegungs- und Ernährungsförderung enthalten. Das ArbeitnehmerInnen-schutzgesetz enthält zwar Anforderungen an Arbeitsstätten im Sinne der Betrieblichen Gesundheitsförderung, welche allerdings wenig konkret formuliert und damit nicht sanktionierbar sind (Interview 5 & 17).

Die *Gesundheitsziele Steiermark* liefern konzeptuelle Richtlinien für den Bewegungsbereich (Interview 5 & 11), (3). Der *Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken* empfiehlt für das Setting Arbeit unter anderem die Entwicklung einer bewegungsfreundlichen Kultur und Infrastruktur, z.B. mittels Etablierung von Gymnastikangeboten und (Aus-)Bau von bewegungsförderlichen Arbeitswegen. In Gemeinden und im Wohnumfeld der Bevölkerung soll des Weiteren vor allem Augenmerk auf die Schaffung von Infrastruktur (beispielsweise durch die Förderung integrierter Nachbarschaften mit Arbeitsplätzen, Schulen), auf die Raumplanung sowie auf die Zusammenarbeit zur Förderung von Bewegung gelegt werden (2, S. 10).

Auch Vorgaben zur Umweltgestaltung können das Bewegungsverhalten der steirischen Bevölkerung maßgeblich beeinflussen, da die Planung, Erhaltung und Neuerrichtung von

Grünflächen zur Erholung und zur Ausübung körperlicher Aktivitäten eine hohe Bedeutung für die Gesundheit hat (27, S. 210).

Darüber hinaus können sich auch Gesetze und Richtlinien zur Gestaltung des Lebensumfelds, die nicht vorrangig das Ziel der Bewegungsförderung verfolgen, auf das Bewegungsverhalten der Bevölkerung auswirken. Einige typische Beispiele zeigt Tabelle 22:

**Tabelle 22: ausgewählte Vorgaben zur Umweltgestaltung, die das Bewegungsverhalten der Bevölkerung beeinflussen**

Empfehlung/Richtlinie/Gesetz	Erläuterung
Steiermärkisches Baugesetz	Enthält u.a. Vorgaben zum Bau von Fahrradabstellanlagen, der Schaffung von Frei- und Grünflächen etc.
Raumordnungsgesetz	Enthält Raumordnungsgrundsätze( → Glossar), welche implizit als Forderung von radfahrer- und fußgängergerechten Siedlungsstrukturen interpretierbar sind.
Richtlinie zur Festlegung und Abgrenzung von Siedlungsschwerpunkten	Baut auf den Raumordnungsgrundsätzen auf und beschäftigt sich mit der Konzentration auf Siedlungsschwerpunkte.
Richtlinien für den Straßenverkehr	Praktische Umsetzungshilfe für den Bau von Verkehrsanlagen.
Leitfaden Mobilität für Bauvorhaben	Basiert auf den Richtlinien für den Straßenverkehr und wurde von der Stadt Graz ausgearbeitet, um die Belange des Fußgänger- und Radverkehrs bereits in die Bauplanung mit einzubeziehen (z.B. durch Empfehlungen zur Förderung von dichteren und attraktiv gestalteten Wegenetzen, Bau von Sammelgaragen usw.).
StVO (Straßenverkehrsordnung)	Beschreibt u.a., dass die Flüssigkeit, Leichtigkeit und Sicherheit des Verkehrs gewährleistet sein muss (29, § 44c. Abs.1). Dies gilt einerseits für den Auto-, andererseits auch für den Fußgänger- und Radverkehr.

Datenquellen: Interview 1 & 14; 28; 29, § 3; 30; 31; eigene Darstellung

## Ernährung

Das Thema Lebensmittel und Ernährung ist eine Querschnittsmaterie, welche die Wirkungsbereiche vieler verschiedener politischer Sektoren betrifft (16, S. 7). Grundlegende Basis dafür ist das Österreichische Lebensmittelsicherheits- und Verbraucherschutzgesetz (LMSVG), das ein hohes Schutzniveau für die Gesundheit der VerbraucherInnen sowie deren Schutz vor Täuschungen zum Ziel hat (16, S. 284). Darüber hinaus finden sich auch im Hygienerecht mit den Hazard Analysis and Critical Control Point (HACCP)-Bestimmungen Richtlinien zur Herstellung sicherer Lebensmittel (32, S. 8). Daneben bestehen Verordnungen sowie Kontroll- und Zertifizierungssysteme im Zusammenhang mit Bio-Produkten, wobei sich all diese Vorgaben auf die Lebensmittelverarbeitung oder -sicherheit



usw., aber nicht vorrangig auf eine gesunde Ernährung beziehen (Interview 4 & 9). Zu erwähnen ist auch eine Vielzahl gesetzlicher Maßnahmen, welche als Folge von in der Öffentlichkeit geführten Diskussionen gesetzt werden, aktuell z.B. die österreichische Trans-Fettsäuren-Verordnung (Interview 18). Verbindliche Vorgaben im Handel hinsichtlich der Förderung einer gesunden Ernährung sind jedoch nicht bekannt (Interview 16).

In Österreich existiert somit eine Nahrungsmittel-, aber keine spezielle Ernährungspolitik. Ernährung wird im Rahmen der Gesundheitspolitik mitbehandelt (33, S. 27). Dies erklärt auch die Tatsache, dass es für die Settings Gemeinde, Arbeit und Schule keine gesetzlichen Rahmenbedingungen gibt, welche konkrete Vorgaben hinsichtlich der Ernährungsförderung enthalten (Interviews 5 & 17). In der Steiermark bestehen jedoch für Institutionen, welche Gemeinschaftsverpflegung anbieten, teilweise Empfehlungen ohne verbindlichen Charakter (siehe Tabelle 38). Für Schulen bestehen weiters Vorgaben für den Anteil an Vollkornprodukten und Gemüse etc., die in der Speiseplangestaltung berücksichtigt werden sollen (34; 35, S. 37-39).

## **Verbesserungspotenziale hinsichtlich der gesetzlichen und unverbindlichen Rahmenbedingungen**

### **Bewegung**

Die befragten ExpertInnen bewerten die gesetzlichen Rahmenbedingungen im Schulsport und im allgemeinen Sportbereich hinsichtlich der gezielten Unterstützung von gesundheitsfördernder Bewegung als unzufriedenstellend (Interview 12 & 13). Im Zusammenhang mit dem Schulsport wird dabei die Etablierung von Vorgaben zu Maßnahmen, wie bewegtes Lernen oder Bewegungspausen, empfohlen (Interview 7 & 12). Im Setting Gemeinde nannten die ExpertInnen Verbesserungsmöglichkeiten, wie die gesetzliche Verankerung einer Mindestgröße und -anzahl von Turnsälen in den Gemeinden, oder die Erarbeitung von Richtlinien, betreffend die Gestaltung von Infrastrukturen, wie beispielsweise eine Vorschrift zur Beleuchtung von Lauf- und Spazierwegen, erscheint wünschenswert (Interview 10). Zur gesundheitsförderlichen Gestaltung der Rahmenbedingungen im Setting Arbeit empfiehlt ein Experte die Schaffung gesetzlicher Grundlagen zur verpflichtenden Umsetzung bestimmter Kriterien der Betrieblichen Gesundheitsförderung (Interview 17). Bezüglich der Umweltgestaltung wurden eine weitreichende und konkrete Verankerung des Themas nicht motorisierte Bewegung in den Raumordnungsgrundsätzen, aber auch die Berücksichtigung der sanften Mobilität in der Bauordnung (z.B. präzise formulierte Angaben über die Verfügbarkeit und Gestaltung von Fahrradabstellplätzen) als Verbesserungsmaßnahmen genannt (Interview 1 & 14). Denkbar wäre auch eine Verpflich-

tung zur Einrichtung von Sammel- statt Tiefgaragen, welche einige hundert Meter vom Wohnort entfernt liegen, wobei die Attraktivität des Radfahrens gesteigert werden kann, wenn es gleichzeitig Fahrradabstellmöglichkeiten und entsprechende Wege direkt vor dem Wohnhaus gibt (Interview 14).

Um das Zufußgehen bzw. Radfahren attraktiver zu machen, wären zusätzlich aber auch Änderungen bzw. Ergänzungen in der Straßenverkehrsordnung erforderlich: So könnten z.B. durch die Aufhebung der Radwegebenutzungspflicht radfahrfreundlichere Bedingungen hergestellt werden. Durch die Kombination der schnellen Radfahrer mit dem Autoverkehr sowie der langsamen Radfahrer mit dem Fußgängerverkehr könnte darüber hinaus nach Meinung eines Experten sowohl die Attraktivität des Radfahrens als auch die Sicherheit aller Beteiligten erhöht werden (Interview 14), wobei es sicherlich einer Bewusstseinsbildung aller VerkehrsteilnehmerInnen bedarf. Weitere Möglichkeiten stellen die Aufnahme von Fahrradstraßen in die Straßenverkehrsordnung oder der vermehrte Ausbau von Wohn- und Spielstraßen in den Wohngebieten dar. Letztere müssten jedoch eine angemessene Durchfahrt mit motorisierten Verkehrsmitteln erlauben (wie z.B. in der deutschen StVO), um die Menge der Straßen, die für eine Umwandlung in Wohnstraßen infrage kommen, zu erhöhen (Interview 14).

Insgesamt gilt es zur Schaffung bewegungsfreundlicherer Alltagsbedingungen, das Thema Gesundheit in der Zielentwicklung von Städten und Ländern und bei der Entwicklung der Verkehrspolitik und Raumplanung vermehrt zu berücksichtigen, wobei diesbezüglich beispielsweise die Kooperation des Gesundheitsressorts mit dem Verkehrsressort zur Unterstützung der Veränderungen der baulichen Umwelt empfohlen wird (3, S. 15).

## **Ernährung**

Unter den ExpertInnen herrscht darüber Einigkeit, dass die Etablierung von verpflichtenden (Mindest-) Qualitätsstandards für Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen in allen Settings, welche in der Folge auch kontrolliert werden, ein wichtiges Verbesserungspotenzial darstellt. Die Verankerung dieser Standards, welche bereits in der Beauftragung der VerpflegungsanbieterInnen sowie in Folge in deren Ausschreibungsgebundenheit für die benötigten Lebensmittel integriert sein sollen, wird als essentiell gesehen (Interview 2 & 3).

Vergleichbare Initiativen erscheinen jedoch in der Gastronomie nicht zielführend. Die Vorgabe, dass jene Gastronomiebetriebe, die Bio-Produkte auf der Speisekarte ausloben wollen, eine Zertifizierung durchlaufen müssen, empfinden viele GastronomInnen als eher hinderlich, da die Zertifizierung zumeist einen finanziellen Mehraufwand darstellt (Kontrollen

etc.), (Interview 3). Eine Deklarationspflicht für Fertigprodukte in der Gastronomie ist jedoch wünschenswert (Interview 4).

Hinsichtlich des Lebensmittelhandels ist festgestellt worden, dass Verordnungen oder Bestimmungen, die von Außenstehenden getroffen werden, von den Handelsorganisationen und Handelsfirmen nicht gerne akzeptiert werden. Zum Mittragen entsprechender Aktivitäten bezüglich gesunder Ernährung besteht nur eine beschränkte Bereitschaft (Interview 16). Wird über Bewusstseinsbildung jedoch das Verhalten der Bevölkerung hinsichtlich einer gesunden Ernährung geändert, reagieren auch die AnbieterInnen und ProduzentInnen im Lebensmittelhandel und in der Gastronomie auf dieses Bedürfnis, unabhängig von gesetzlichen Vorgaben (Interview 16).

Darüber hinaus wäre laut einer Interviewpartnerin die verbindliche Einführung einer Pflichtveranstaltung zur „Gesundheitserziehung“ in allen Schulen wünschenswert (Interview 18), sofern diese in Kombination mit anderen, vor allem verhältnisorientierten Maßnahmen umgesetzt wird. Hinsichtlich des Settings Arbeit wäre es – wie im Bereich Bewegung – möglich, durch gesetzliche Grundlagen zur verpflichtenden Umsetzung bestimmter BGF-Kriterien gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen zu schaffen (Interview 17).

#### **7.4.1.2 Schriftliche Pläne und Konzepte**

Ein Konzept ist ein Plan oder Programm (36) zur Umsetzung eines Projekts oder Vorhabens oder es dient zur Erreichung von Zielen. Dabei werden mittels Strategien Leitlinien bzw. grundsätzliche Vorgangsweisen festgesetzt (37). Im *Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken* wurden diesbezüglich folgende Indikatoren definiert (2, S. 12):

- Existenz schriftlicher Konzepte oder Pläne zur Bewegungsförderung für verschiedene administrative Ebenen/Sektoren/Settings
- Existenz von Ernährungskonzepten, -plänen und -projekten

Ein steiermarkweites Konzept konnte nicht ausfindig gemacht werden, welches sich gezielt mit der kombinierten Förderung von gesunder Bewegung und Ernährung auseinandersetzt. Die meisten Projekte oder Programme, welche beide Aspekte integrieren, sind entweder örtlich begrenzt oder ermöglichen lediglich eine entsprechende Schwerpunktsetzung durch die Wahl von Bewegungs- und/oder Ernährungsmodulen.

## Bewegung

Der Masterplan Radfahren stellt ein bundesweites Konzept zur Bewegungsförderung dar, innerhalb dessen die einzelnen Bundesländer agieren sollen (38). In Entsprechung dazu wurde in der Steiermark die Strategie Radverkehr Steiermark 2008 – 2012 entwickelt, welche die Implementierung von 56 Maßnahmen in zwölf Handlungsfeldern vorsieht (38, S. 26-52).

Ein Auszug der entsprechenden Handlungsfelder bzw. deren Ziele kann der nachfolgenden Tabelle entnommen werden.

**Tabelle 23: Handlungsfelder und Ziele der Strategie Radverkehr Steiermark 2008-2012 (Auszug)**

Handlungsfeld	Ziel
Infrastruktur – Fließender Radverkehr	Neben den baulichen Maßnahmen bildet ein ganzheitliches Radverkehrskonzept die Grundlage zur Förderung des Radverkehrs.
Infrastruktur – Ruhender Radverkehr	Eine qualitätsvolle Infrastruktur für den Radverkehr besteht nicht nur aus einem umfassenden Radverkehrsnetz, sondern umfasst auch qualitätsvolle Abstellanlagen und Serviceeinrichtungen.
Bewusstseinsbildung & Information	Ein eigenes Budget für Bewusstseinsbildung und Information ist unumgänglich, um das Image des Radfahrens durch maßgeschneiderte Aktionen und reichhaltige Informationen zu erhöhen. So wird Radfahren zur Selbstverständlichkeit.
Radfahrfreundliche Rahmenbedingungen	Nachhaltige Stärkung der Position des Radverkehrs durch umfassende Verankerung in der Bau- und Raumordnungsgesetzgebung. Schaffung steuerlich-finanzieller Anreize für RadfahrerInnen und Forcierung der Verlagerung in Richtung Umweltverbund.

Datenquelle: 38, S. 26-52; Bearbeitung: FH JOANNEUM

Auf der Landesebene gibt es auch das Landesentwicklungsprogramm – LEP 2009, welches im September 2009 in Kraft getreten ist. Basierend auf den Raumordnungsgrundsätzen und -zielen nach dem Steiermärkischen Raumordnungsgesetz dient es der planmäßigen und vorausschauenden Gestaltung des Landes Steiermark (39), wobei darin jedoch keine konkreten Vorgaben zur Förderung gesunder Bewegung berücksichtigt sind.

## Ernährung

Das Bundesministerium für Gesundheit hat Ende Jänner 2010 in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES) den Entwurf für den „Nationalen Aktionsplan Ernährung“ (NAP.e) präsentiert. Sein vorläufiges Ziel besteht darin, bis 2020 – basierend auf den Grundsätzen der Verhaltens- sowie der Verhältnisprävention – die Häufigkeit von ernährungsassoziierten Erkrankungen zu reduzieren und die Zunahme der Zahl von Übergewichtigen in Österreich zumindest zu

stoppen (40). Zum Zeitpunkt der Recherche lag dieser Aktionsplan als Konsultationsentwurf vor, wobei die Anregungen von 16 ExpertInnen aus den Bereichen Ernährung, Medizin und Public Health bereits berücksichtigt worden waren. Bis Ende des Jahres 2010 soll der NAP.e ausgearbeitet und veröffentlicht werden (Stand Februar 2010), (40).

### **Verbesserungspotenzial hinsichtlich der schriftlichen Pläne oder Konzepte**

Von den ExpertInnen wird die Etablierung einer steiermarkweiten Strategie zur Förderung der gesunden Bewegung (Interview 12) bzw. von gesundem Essen (Interview 2 & 3), welche optimalerweise im Rahmen einer sektoren- und abteilungsübergreifenden Zusammenarbeit zu etablieren wäre, empfohlen. Für die gemeinsame Erarbeitung eines Konzeptes sollten sich alle Akteurinnen und Akteure überlegen, welchen Beitrag sie strategisch und finanziell zur Förderung der Gesundheit leisten können. Im Rahmen der Zusammenarbeit sollten die vorhandenen Erfahrungswerte genützt und kontinuierlicher Erfahrungsaustausch betrieben werden (Interview 12, 13 & 14). In Slowenien und Finnland existieren bereits interministerielle Strategien für mehr Alltagsbewegung, die als Vorbilder für Österreich herangezogen werden könnten (Interview 14).

#### **7.4.1.3 Umsetzungsressourcen**

Um Konzepte und Pläne umsetzen zu können, bedarf es entsprechender Ressourcen, im Idealfall gibt es verschiedene finanzielle Bezugsquellen (19, S. 14). Die beiden Indikatoren „Ausmaß der Ressourcen zur Umsetzung der schriftlichen Bewegungsförderungskonzepte/-pläne für verschiedene administrative Ebenen/Sektoren/Settings“ bzw. „Existenz finanzieller Ressourcen für Ernährung“ sollen helfen, diese abzubilden (2, S. 12).

In der Steiermark stehen verschiedene Budgetbereiche zur Umsetzung von Projekten und Programmen bereit, da neben Förderungen seitens des Landes (41, S. 112-113, 182) beispielsweise auch auf Förderungen bzw. finanzielle Ressourcen seitens des Fonds Gesundes Österreich, der Initiative „Fit für Österreich“, aber auch der Landwirtschafts- und Wirtschaftskammer zurückgegriffen werden kann (Interview 2, 6, 9, 13 & 18). Eine zwischen Bundes- und Landesebene abgestimmte und übergreifende Ressourcenbereitstellung für Projekte ist jedoch nur in Ansätzen gegeben (Interview 12). Die Förderungen stehen dabei meist allgemein für Aktivitäten im Gesundheitsbereich zur Verfügung und sind nicht konkret an die Bearbeitung der Themenbereiche Ernährung oder Bewegung gebunden. Dabei werden kaum Angaben zur genauen Mittelverwendung gemacht, sodass es oft nicht nachvollziehbar ist, welche finanziellen Mittel gezielt für den Bewegungs- oder

Ernährungsbereich bzw. die Kombination dieser beiden eingesetzt werden, weshalb im Folgenden nur vereinzelt konkrete Daten berichtet werden können.

Das Land Steiermark stellt jährlich finanzielle Mittel für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und -vorsorge bereit. Im Jahr 2008 betragen diese Mittel rund zwei Millionen Euro (41, S. 182-183). Auch die Bereitstellung finanzieller Mittel über den Gesundheitsfonds Steiermark stellt einen wichtigen Beitrag zur Finanzierung von Bewegungs- und Ernährungsprojekten dar. Für das Jahr 2008 wurden als Projekt- und Planungsmittel rund € 873.000 kalkuliert, wovon knapp 15% (€ 128.000) zur Umsetzung der *Gesundheitsziele Steiermark* veranschlagt waren. Diese Summe entspricht 0,015% der Gesamterträge des Gesundheitsfonds. Zur Umsetzung der *Gesundheitsziele Steiermark* wurden nachfolgende Maßnahmen gesetzt (42, S. 24, 27):

- Ernährungs- und Bewegungsguidelines
- Projekt „Integriertes Gesundheitsmanagement für ältere Menschen“
- Projekt „Gemeinsam Essen“
- Entwicklung des Leitfadens „Bewegung und Ernährung“

In Bezug auf die Verkehrsplanung – ein Bereich, der vor allem Aktivitäten zur Förderung von Bewegung setzen kann – wird ersichtlich, dass es im Vergleich zu Investitionen in den motorisierten Verkehr nur relativ wenige Ressourcen für die sanfte Mobilität gibt. Förderungen vom Land bestehen aktuell für Radabstellanlagen sowie für die Errichtung von Radverkehrsinfrastruktur in den Gemeinden (Interview 14 & 15), wobei die Finanzierung in der Verkehrsplanung meist zwischen dem Land und den Gemeinden aufgeteilt wird (Interview 15).

Im Ernährungsbereich konnten nur für ein Projekt die konkreten finanziellen Ressourcen ausfindig gemacht werden. Der Auflistung über die widmungsgemäße Verwendung der Projekt- und Planungsmittel des Gesundheitsfonds Steiermark im Jahresbericht der Gesundheitsplattform 2008 ist zu entnehmen, dass für das Projekt „Gemeinsam Essen“ € 59.523 zur Verfügung gestellt worden sind (42, S. 27).

Zur Förderung des Einsatzes von Bio-Produkten gibt es teilweise eine finanzielle Unterstützung vom Land Steiermark. Weitere Förderungsmöglichkeiten fehlen jedoch (Interview 3). Gerade in der Gastronomie gibt es diesbezüglich jedoch eine geringe Bereitschaft der Betriebe, die Kosten für diese Ware auch zu bezahlen (Interview 4). Im Sektor des Lebensmittelhandels sind vor allem Gelder genannt worden, welche die Industrie für die Entwicklung neuer Produkte bzw. Werbemittel zur Verfügung stellt (Interview 16).

### **Verbesserungspotenziale hinsichtlich der Umsetzungsressourcen**

Für das Setting Arbeit wird unter anderem die Erhöhung von Fördermitteln als grundlegendes Kriterium angesehen, sollen BGF-Maßnahmen für alle Betriebe ermöglicht werden (Interview 17). Durch BGF-Maßnahmen kann erreicht werden, dass Krankheiten am Arbeitsplatz vorgebeugt werden, die Gesundheit von MitarbeiterInnen gefördert und somit deren Wohlbefinden gesteigert wird (43).

Als mögliches Verbesserungspotenzial im Setting Schule nannte eine Expertin die Finanzierung von Gesundheitsförderungsprojekten an höher bildenden Ausbildungseinrichtungen. Hinsichtlich der allgemeinen Finanzierungsstruktur verweist sie darauf, dass die Bereitstellung von zeitlichen Ressourcen oder Werteinheiten, in welchen das Thema Gesundheit in den Schulen forciert werden kann, wünschenswert wäre. Ressourcen zur Umsetzung einzelner individueller Maßnahmen in den Schulen, integriert in ein großes Projekt, wären darüber hinaus hilfreich, um das Angebot weiter zu verbessern (Interview 8).

Allgemein bedarf es einer Erleichterung der Beantragung von Förderungen, damit die Attraktivität dieser Unterstützungsmöglichkeit gegeben ist (Interview 17). Die Experten verweisen weiters auf die Möglichkeit, die Ressourcenvergabe bei Projektanträgen an die Einhaltung bindender Qualitätskriterien bzw. verpflichtender Guidelines zu koppeln (Interview 12 & 17).

### **Bewegung**

Gezielte Förderungen für Maßnahmen in der gemeindenahen Verkehrsplanung, die der Gesundheit dienlich sind, werden als sinnvoll erachtet (Interview 15). Wichtig ist diesbezüglich der Entschluss, entsprechende Ressourcen bereitzustellen (Interview 1). Im Sportbereich fehlt es an Investitionen für personelle Ressourcen. Mediale Kampagnen zur Bewusstseinsbildung bzw. die Herausgabe von Broschüren ergeben nur dann einen Sinn, wenn sie von Umsetzungsmaßnahmen auf der Handlungsebene begleitet werden. Dazu wird aber entsprechendes Personal benötigt (Interview 12). Um dies sicherzustellen, wird die Integration der einschlägigen Vereine, in welchen die ehrenamtliche Tätigkeit einen hohen Stellenwert hat, empfohlen (Interview 13).

Die Etablierung eines einheitlichen und umfassenden steiermarkweiten Konzeptes für gesunde Bewegung wird als sehr wichtig erachtet. Zu dessen Umsetzung sind die bestehenden finanziellen Ressourcen laut Expertenmeinung jedoch zu klein. Sollen steiermarkweit flächendeckend Initiativen gesetzt werden, müsste nach Meinung eines Experten auf Landesebene eine Förderungsmöglichkeit geschaffen werden, die es einigen

großen Partnerorganisationen ermöglicht, die ausgearbeiteten Maßnahmen gezielt umzusetzen.

### **Ernährung**

Die längerfristige Umsetzung von Maßnahmen und Projekten ist häufig von der Finanzierung abhängig, daher besteht hinsichtlich der Bereitstellung von Förderungen bzw. der Mitfinanzierung durch PartnerInnen noch Verbesserungspotenzial (Interview 18). Als Beispiel wurde die Erarbeitung eines steiermarkweiten Konzeptes in Kooperation mit dem Tourismus, basierend auf einer gemeinschaftlichen Finanzierung, genannt. Mögliche Maßnahmen dabei sind z.B. die Unterstützung, beispielsweise mittels kostengünstigeren Schulungen und entsprechender Bewerbung jener Betriebe, welche sich für die gesunde Ernährung engagieren (Interview 9, 3 & 6).

Ein Experte verweist darauf, dass im Lebensmittelhandel die Förderung der Verfügbarkeit gesunder Ernährung für alle Bevölkerungsgruppen erschwert ist. Wird zum Beispiel versucht, mittels Preisstützung „die gesunde Wahl zur einfacheren Wahl“ zu machen, wirft dies schnell den Vorwurf einer „ungerechtfertigten Bevorzugung“ einzelner AnbieterInnen auf, sodass die entsprechende Maßnahme letztendlich nicht umgesetzt werden kann (Interview 16).

#### **7.4.1.4 Multisektorale Netzwerke und/oder Arbeitsgruppen**

Der funktionierende Austausch bzw. eine multisektorale Kooperation sind zur Umsetzung von Strategien, die sektorenübergreifend ansetzen, unumgänglich (21, S. 11). Darüber hinaus können solche Netzwerke auch die Entwicklung und Implementierung solcher Strategien fördern und vorantreiben. Der Indikator „Existenz eines multisektoralen Netzwerks oder einer multisektoralen Arbeitsgruppe für verschiedene administrative Ebenen/Sektoren/Settings. Wenn ja: Welche Sektoren sind darin vertreten?“ (2, S. 12) soll dabei helfen, entsprechende Netzwerke und Arbeitsgruppen im Bewegungs- und Ernährungsbereich der Steiermark aufzuzeigen.

Sowohl im Bereich der Bewegung als auch der Ernährung ist mehrfach darauf verwiesen worden, dass in der Steiermark nur eingeschränkt bzw. keine institutionalisierte interdisziplinäre Zusammenarbeit existiert (Interview 12, 13 & 15). Beispielsweise sind im Mediensektor keine gemeinschaftlichen Arbeiten mit VertreterInnen aus dem Gesundheitsbereich in Form eines multisektoralen Netzwerkes bekannt. Jedoch besteht eine entsprechende Zusammenarbeit in der redaktionellen Berichterstattung (Interview 11). In den Settings Schule und Arbeit besteht vorrangig eine Zusammenarbeit mit AnbieterInnen im selben Bereich. Langfristige Kooperationen mit anderen Bereichen, z.B. gezielt mit



Bewegungs- und ErnährungsexpertInnen, gibt es kaum. Diese werden eher in Form von Beratungstätigkeiten für gezielte Fragestellungen zugezogen bzw. für Vorträge im Rahmen von Projekten akquiriert (Interview 5, 7, 8 & 17). Im Rahmen der Interviews wurden jedoch Beispiele für multisektorale Zusammenarbeit auf Projektebene in der Steiermark genannt.

Im Bereich der Bewegung bezieht zum Beispiel das Unternehmen *stadtland*, welches in der Raumplanung tätig ist, Betriebe, soziale Einrichtungen oder Verkehrsbetriebe und -verbände, welche sich an den zu entwickelnden Standorten befinden, aktiv bei Projekten mit ein (Interview 1). Weiters gibt es von kirchlichen Bewegungen Initiativen, wie z.B. das Autofasten, welche die nicht motorisierte Bewegung forcieren. Zur Förderung einer gesundheitsfördernden Fortbewegung wurden zudem verschiedene Kooperationen seitens Forschungsgesellschaft Mobilität, wie beispielsweise mit der Schuhindustrie bzw. mit Schuhgeschäften, angestrebt (Interview 14).

Im Bereich der Ernährung werden regionale Netzwerke und Initiativen (Interview 2, 4 & 16) positiv hervorgehoben. Anzumerken gilt, dass diese allerdings vorrangig auf wirtschaftlichen Interessen basieren und nicht primär das Ziel der Gesundheitsförderung verfolgen. Kooperationen gibt es dabei vor allem mit der heimischen Landwirtschaft: Regionale ProduzentInnen (Bäuerinnen/Bauern und VeredlerInnen wie z.B. BäckerInnen) arbeiten zum Beispiel mit Schulen und Betrieben zusammen (Interview 4). Im Lebensmittelhandel sind Produktion, Handel und Gastronomie ebenfalls vorrangig über wirtschaftliche Aspekte miteinander verbunden. Weiterführende Überlegungen zu einer branchenübergreifenden Bearbeitung von Themen wie gesunde Ernährung finden kaum statt (Interview 16).

Die Landwirtschaftskammer Steiermark kooperiert laut eigenen Angaben mit verschiedensten Bereichen, wie z.B. Bildungsinstitutionen, Gemeinden, diversen Medien usw. Bisher beschränken sich diese Kooperationen jedoch auf einzelne Projekte. Ein multisektorales Netzwerk, in welchem alle PartnerInnen gemeinsam eine Richtung verfolgen, besteht weder auf Bundes- noch auf Landesebene (Interview 18). Initiativen und sektorenübergreifende Arbeiten auf diesen Ebenen beschäftigen sich vorrangig mit Förderungen, Leitlinien und der Vermarktung gezielter Themenaspekte aus dem Ernährungsbereich (Interview 6).

### **Verbesserungspotenziale hinsichtlich der multisektoralen Netzwerke und/oder Arbeitsgruppen**

Um multisektorale Zusammenarbeit zu stärken, wäre unter anderem der Ausbau eines Informationsaustausches all jener Institutionen, die im Bereich Bewegung und Ernährung in

der Steiermark agieren, hilfreich. Die ExpertInnen rieten im Zuge der Interviews dazu, eine Zusammenarbeit bei Projekten oder die Entwicklung und Umsetzung von Strategien bereits im Land anzusiedeln, da aktuell, aufgrund der verschiedenen Ressorts, Projekte ohne Berücksichtigung von Kooperationsmöglichkeiten entwickelt werden (Interview 10). Wichtig ist dabei, dass eine solche Zusammenarbeit langfristig angelegt ist, unabhängig von politischen Gegebenheiten oder Veränderungen (Interview 7, 8, 10, 12 & 13). Ergänzend empfiehlt eine Expertin die Durchführung einer Veranstaltung zum Thema „Bewegung und Ernährung in der Steiermark“, welche allen AkteurInnen eine Plattform zum Kontaktaustausch und zur selbstständigen Vernetzung bietet. Die Organisation einer solchen Veranstaltung könnte durch das Land erfolgen, sodass auch wirklich alle VertreterInnen dieser Bereiche entsprechend informiert bzw. zur Teilnahme eingeladen werden können (Interview 11).

### **Bewegung**

Was das Mobilitätsmanagement anlangt, so sollte von der Betriebs- über die Landes- bis zur Bundesebene multisektoral zusammengearbeitet werden (Interview 15). Dies kann beispielsweise das betriebliche Mobilitätsmanagement betreffen, indem hinsichtlich der Erreichbarkeit des Arbeitsplatzes und bei Standortentscheidungen zusammengearbeitet wird (Interview 1). Auch gezielte Kooperationen mit BetriebsärztInnen, z.B. durch Bewegung auf Rezept, wären in diesem Zusammenhang sinnvoll (Interview 15). Weiters erscheinen eine verstärkte Forcierung und Förderung von gemeindeübergreifenden und partizipativen Konzepten als erfolgversprechender Ansatzpunkt (Interview 1). Darüber hinaus können laut Expertenaussagen auch der Baubereich durch die Schaffung besserer Rahmenbedingungen für sanfte Mobilität sowie der Finanzsektor – einerseits durch eine Reduktion des Kfz-Kilometergeldes, andererseits durch eine Erhöhung des Radkilometergeldes – zur Förderung von körperlicher Aktivität beitragen (Interview 14 & 15). Optimalerweise sollte diese sektorenübergreifende Arbeit anhand einer interministeriellen oder abteilungsübergreifenden Strategie, die eine klare Linie zur Gesundheitsförderung in allen Lebensbereichen verfolgt, erfolgen. Auch im Bereich der Sport- und Bewegungsangebote wird die Forcierung einer multisektoralen Zusammenarbeit, basierend auf einer einheitlichen Strategie, gefordert (Interview 12 & 13). Auf Landesebene kann durch eine gezielte Kooperation des Gesundheits-, Sport- und Bildungsressorts sowie der Raum- und Verkehrsplanung einiges zur langfristigen Verbesserung der Gesundheit der SteirerInnen beigetragen werden.

### **Ernährung**

Die ExpertInnen sind der Ansicht, dass in der Steiermark eine vermehrte Kooperation von Organisationen, die sich mit gesunder Ernährung befassen, mit Institutionen aus anderen

Bereichen (z.B. Bewegung, Politik etc.) eine wichtige Maßnahme darstellt (Interview 2, 9 & 18). Dementsprechend erscheint die Etablierung eines multisektoralen Netzwerkes oder einer Arbeitsgruppe auf Landesebene, mit der Absicht, die gemeinsamen Interessen im Hinblick auf eine gesunde Ernährung der Bevölkerung zu bündeln, sinnvoll (Interview 2, 9 & 18). Aus Sicht der ExpertInnen erscheinen insbesondere auch Kooperationen zwischen der Landwirtschaftskammer Steiermark und dem Handel oder der Industrie als erstrebenswert, um auch Anliegen – wie beispielsweise eine (gesundheitsförderliche) Produktkennzeichnung –, die bisher aufgrund gegensätzlicher Interessen nicht umgesetzt werden konnten, einer Lösung zuzuführen (Interview 18).

## 7.4.2 Soziales Potenzial und Engagement

Unter dem Bereich der sozialen Umwelt wird das wirksame Eintreten von Bevölkerungsgruppen für ihre (eigenen) Anliegen verstanden (21, S. 13). Anhand nachfolgender Indikatoren können entsprechende Strukturen, in welchen sich Menschen bezüglich gesundheitsfördernder Bewegung und Ernährung in der Steiermark engagieren, aufgezeigt werden. Sowohl im WHO-Framework „Global Strategy on Diet, Physical Activity & Health“ als auch im Rahmen des ExpertInnenworkshops zur Erarbeitung des *Leitfadens für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken* wurden folgende Indikatoren als wichtig erachtet (19, S. 16; 2, S. 12, S. 25):

- Anzahl der NGOs, der Angebote und qualifizierten (Übungs-)LeiterInnen, die zum Thema Bewegung und/oder gesundheitsorientiert arbeiten
- Anzahl der NGOs, die zum Thema gesunde Ernährung arbeiten
- Advocacy-Aktivitäten für gesunde Ernährung

Die Berücksichtigung von Non-Profit-Organisationen (NGOs) in der langfristigen Planung von Strategien ist bedeutsam (19; 3, S. 6). So empfiehlt die WHO unter anderem im Bewegungsbereich die Etablierung von Mechanismen zur Förderung des Miteinbezugs vor allem von Sportvereinen, um die Attraktivität der Bewegungsangebote hinsichtlich der Erreichbarkeit, der Qualität und Kosten usw. für verschiedene TeilnehmerInnengruppen zu sichern (44, S. 29). Mittels „Advocacy-Aktivitäten (→ Glossar) für gesunde Ernährung von NGOs im Privatsektor, in der Öffentlichkeit, bei KonsumentInnen, bei der Regierung“ (vgl. 2, S. 25) können Organisationen und Institutionen dazu angeregt werden, gezielt gesunde Lebensmittel anzubieten, und das Verhalten der Bevölkerung kann hinsichtlich der diesbezüglichen Nachfrage beeinflusst werden (19, S. 16). Insgesamt liegt für die Steiermark keine Gesamtübersicht über NGOs vor, weshalb im Folgenden nur Beispiele – getrennt für den Bewegungs- und Ernährungsbereich – gegeben werden können.

## Bewegung

Verschiedene Einrichtungen verfolgen Lobbying-Aktivitäten im Bewegungsbereich (Interview 14), wie zum Beispiel ARGUS Steiermark. Diese Organisation hat als vorrangiges Ziel die Werbung und das Lobbying für das Verkehrsmittel Fahrrad und radfahrfreundliche Verkehrsmaßnahmen (45). Zudem gibt es den Verband von SportwissenschaftlerInnen Österreich (VSÖ), welcher die offizielle berufsständische Interessenvertretung für alle SportwissenschaftlerInnen und alle im außerschulischen Bereich tätigen LeibeserzieherInnen ist, sowie eine Plattform zum Thema Bewegung und Sport anbietet (46).

Ein Indikator bezieht sich auch auf die Anzahl der qualifizierten ÜbungsleiterInnen, welche in Tabelle 24 ersichtlich ist. Vor allem im Bereich der fachspezifischen Weiterbildungsmöglichkeiten ist ein starker Zuwachs der TeilnehmerInnen ab 2005 zu erkennen.

**Tabelle 24: TeilnehmerInnenstatistik im Aus- und Fortbildungsbereich des organisierten Sports in der Steiermark**

Jahr	Fachspezifische Fortbildungen	ÜbungsleiterInnenausbildungen
1996	305	276
1997	402	264
1998	422	311
1999	239	239
2000	293	310
2001	334	344
2002	465	305
2003	282	284
2004	293	277
2005	1.154	322
2006	1.076	315
Gesamt	5.265	3.247

Datenquelle: 47, S. 42; eigene Darstellung

Dieser starke Anstieg beruht auf einer Umstrukturierung im sportbezogenen Aus- und Weiterbildungsbereich, welche ausgehend von der FA12C – Sportwesen initiiert wurde. Dabei wurde eine Zusammenarbeit mit steirischen Fachverbänden forciert, indem zum Beispiel von der FA12C Förderungsmittel bereitgestellt wurden, sodass die Fachverbände mehr Angebote im Fortbildungsbereich offerieren konnten (48). Die vorab genannten Zahlen beziehen sich jedoch nur auf Ausbildungen, die im Rahmen der drei Dachverbände in der Steiermark (ASKÖ, ASVÖ und SPORTUNION) angeboten werden. Auch im Rahmen anderer Institutionen, z.B. am WIFI (49), besteht die Möglichkeit, sportbezogene Aus- und Fortbildungen in Anspruch zu nehmen.

## Ernährung

Im Ernährungsbereich agiert unter anderem der Verband der Diätologen Österreichs in der Steiermark im Rahmen einer eigenen Landesgruppe (50). Neben allgemeinen Projekten, in welchen der Verband als Partner kooperiert, versucht er in der Steiermark gezielt das Fort- und Weiterbildungsangebot weiterzuführen, an Gesundheitstagen und Konferenzen teilzunehmen, Kontakte mit landesspezifischen Kammern und Behörden auszubauen usw. (51). Auch Styria vitalis, ein gemeinnütziger, unabhängiger Verein (52), startet gezielt Projekte und Programme zur Forcierung der gesunden Ernährung in der Steiermark.

Laut den ExpertInnen gibt es immer wieder Advocacy-Aktivitäten in Form von Einzelinitiativen durch Personen, die sich für gesunde Ernährung in verschiedenen Bereichen, z.B. in der Gemeinschaftsverpflegung, einsetzen. In der Gastronomie geht dieses Engagement laut Expertenmeinung vorrangig von den Betrieben aus. Darüber hinausgehende Zusammenschlüsse, welche sich bezüglich der Förderung gesunder Ernährung z.B. direkt an die Regierung oder andere Institutionen wenden, sind jedoch nicht bekannt (Interview 6).

### 7.4.3 Angebote

Im Schweizer Ergebnismodell werden unter gesundheitsfördernden Angeboten Dienstleistungen oder Produkte verstanden, welche von Fachleuten der Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt, betrieben und/oder vertrieben werden (21, S. 9). Diese tragen dazu bei, ein gesundes Lebensumfeld zu schaffen sowie Risikofaktoren zu reduzieren, da die Maßnahmen bereits vor der Entstehung von Krankheit gesetzt werden können (3), (3, S. 5).

Als zentrale Maßnahme zur Gestaltung einer bewegungsfreundlichen Umwelt wird im *Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken* der Aufbau bzw. die Sicherstellung des Zugangs zu bewegungsfördernden Einrichtungen empfohlen. Zudem soll das Lebensumfeld der Bevölkerung so gestaltet werden, dass gesundes Essen die einfachere Wahl darstellt (2, S. 9, 21). Dem vorab genannten Leitfaden können auch folgende Indikatoren zur Abbildung einer entsprechenden Angebotsstruktur entnommen werden:

- Anzahl der Angebote und TeilnehmerInnen bzw. der erreichten Bevölkerung (in Relation zur Zielbevölkerung)
- Verteilung der TeilnehmerInnen nach Bildung, Alter, Geschlecht

Zu diesen Indikatoren liegen in der Steiermark jedoch keine Routinedaten vor. Allerdings hat Styria vitalis im Auftrag der Gesundheitsplattform Steiermark im August und September 2009 eine Fragebogenerhebung steirischer Projekte und Programme zum Thema gesunde Bewegung und Ernährung durchgeführt. Von 182 angeschriebenen Organisationen haben 46 Organisationen insgesamt 74 Fragebögen an den Gesundheitsfonds Steiermark zurückgesendet. Davon wurden 73 in der Auswertung berücksichtigt. Die Datenangaben erfolgten dabei zum Großteil aufgrund der eigenen Einschätzungen der EinreicherInnen (52, S. 3-4). Wegen der geringen Rücklaufquote (25%) kann lediglich auf jene Projekte und Programme geschlossen werden, die an der Befragung teilgenommen haben. Auszugehen ist davon, dass eher professionellere Projekte und Programme an der Befragung teilgenommen haben und daher eher auf die bereits gut etablierten Projekte und Programme geschlossen werden kann und weniger auf kleinere Initiativen.

2/3 der erhobenen Projekte und Programme befassen sich sowohl mit Bewegung als auch Ernährung. Knapp 25% der Projekte und Programme beschäftigen sich nur mit dem Bereich Bewegung und der Rest (14%) gezielt mit dem Thema Ernährung, wobei in den erfassten Angeboten kaum eine Differenzierung nach Alter vorgenommen wird. Mehr als die Hälfte der erhobenen Programme und Projekte richtet sich an die Altersgruppe 15-60 Jahre und weitere 22% an die Altersgruppe 0-100 Jahre, wie in folgender Tabelle ersichtlich wird.

**Tabelle 25: Zielgruppen der Programme und Projekte zu Bewegung und Ernährung in der Steiermark, gegliedert nach Alter**

<b>Beschreibung der Zielgruppe nach Alter</b>	
0-10 Jahre	4% (3)
0-100 Jahre	22% (16)
10-18 Jahre	15% (11)
15-60 Jahre	55% (40)
55 plus	4% (3)
<b>Gesamt</b>	<b>100% (73)</b>

Datenquelle: 52; Bearbeitung: FH JOANNEUM

Hinsichtlich der Reichweite wird in Tabelle 26 ersichtlich, dass die Mehrheit der erfassten Programme und Projekte an mehr als 500 Personen gerichtet ist.

**Tabelle 26: Reichweite der Programme und Projekte zu Bewegung und Ernährung in der Steiermark**

<b>Reichweite des Projekts/Programms</b>	
bis 20 Personen	9% (6)
21-50 Personen	13% (9)
51-100 Personen	13% (9)
101-200 Personen	6% (4)
201-500 Personen	7% (5)
über 500 Personen	45% (31)
Sonstiges	7% (5)
<b>Gesamt</b>	<b>100% (69)</b>

Datenquelle: 52; Bearbeitung: FH JOANNEUM

Tabelle 27 zeigt, dass die in der Erhebung erfassten Programme und Projekte gleichermaßen in den Settings Gemeinde, Betrieb, Schule oder Krankenhaus durchgeführt werden.

**Tabelle 27: Settings, in denen Programme und Projekte in der Steiermark durchgeführt werden**

<b>Setting, in dem das Programm/Projekt durchgeführt wird</b>	
Gemeinde/Ortsteil/Bezirk	22% (16)
Betrieb	23% (17)
Schule/Klasse	18% (13)
Krankenhaus	21% (15)
Sonstiges	16% (12)
<b>Gesamt</b>	<b>100% (73)</b>

Datenquelle: 52; Bearbeitung: FH JOANNEUM

Für knapp ein Drittel der erhobenen Programme und Projekte zu Bewegung und Ernährung ist angegeben worden, dass diese bereits seit mehr als fünf Jahren laufen. Für 16% der Programme und Projekte ist eine Laufzeit von nur bis zu einem Jahr angegeben worden, was kritisch zu hinterfragen ist, da dieser Zeitraum für nachhaltige Veränderungen zu kurz erscheint, wenn die Projektinhalte nicht in den Regelbetrieb übernommen werden. Die langfristige Ausrichtung von Maßnahmen, welche eine entsprechende Strukturänderung bewirken sollen, sieht die WHO als wichtigen Ansatzpunkt, um eine gesundheitsfördernde Umwelt und die nachhaltige Gesundheit der Bevölkerung zu sichern (53, S. 23).

Für die nachfolgende weitere Darstellung der allgemeinen Angebotslage und der Verteilung der TeilnehmerInnen wird auf die Angaben der ExpertInnen zurückgegriffen, daher hat diese Darstellung keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern gibt lediglich einen Einblick in die bestehende Struktur.

Im Setting Arbeit verweisen die InterviewpartnerInnen darauf, dass Betriebliche Gesundheitsförderung in der Steiermark von einer Vielzahl an Beratungsunternehmen und ExpertInnen angeboten wird. Beispielsweise gibt es von der VAEB am Josefhof Gesundheitswochen (Interview 5 & 17). Zudem wurde 2001 in der Steiermark eine Kooperationsplattform für Betriebliche Gesundheitsförderung, mit Beteiligung von AUVA, STGKK, VAEB, Land Steiermark, Wirtschaftskammer sowie Arbeiterkammer Steiermark, gegründet. Ziel war eine Zusammenarbeit im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung, um beispielsweise entsprechende Angebote zu entwickeln. Diese umfassen u.a. auch den Bewegungs- und Ernährungsbereich. Aktuell ist diese Plattform jedoch nicht aktiv (Interview 17). Weiters bietet u.a. die STGKK das Projekt „Gemeinsam gut essen“ für Betriebsküchen an, welches das Verpflegungsangebot umstellen bzw. gesundheitsförderlich optimieren soll (Interview 5).

Weitere Beispiele für Bewegungsprojekte im Setting Arbeit sind:

**Tabelle 28: ausgewählte Bewegungsangebote im Setting Arbeit**

Titel	Umsetzung durch
„Gestalten und Bewegen“	AUVA
Modul „MitarbeiterInnen bewegen MitarbeiterInnen“ (im Rahmen der BGF-Betreuung)	STGKK
„Aktiv gesund im Betrieb“	STGKK in Kooperation mit ASKÖ
„Fitness Check Point“	Golda Consulting

Datenquelle: Interview 5, eigene Darstellung

Nach Meinung eines Experten ist die Gruppe jener Personen, die im Alter zwischen 35 und 50 Jahren nach der Familiengründung, dem Hausbau etc. wieder beginnen zu arbeiten, mit Bewegungsangeboten sehr schwer erreichbar (Interview 13).

Im Setting Kindergarten und Schule können prinzipiell verschiedene Zielgruppen, wie Kinder, Jugendliche, Eltern und LehrerInnen, angesprochen werden (Interview 8). Dadurch kann bei entsprechender Maßnahmensetzung bereits in jungen Jahren das Bewusstsein für eine gesunde Ernährung wesentlich beeinflusst werden. Eine Unterscheidung nach Schulstufen bzw. -typen erscheint dabei sinnvoll. Handlungsbedarf hinsichtlich der Entwicklung entsprechender Maßnahmen im Ernährungs- und Bewegungsbereich ist vor allem für höhere Schulen gegeben, da für den Volks-, Hauptschul-, und Pflichtschulbereich bereits eine Vielzahl an diesbezüglichen Angeboten besteht (Interview 7 & 8, 12). Beispiele dafür sind der folgenden Tabelle zu entnehmen.



**Tabelle 29: ausgewählte Angebote im Setting Kindergarten und Schule**

<b>Titel</b>	<b>Umsetzung durch</b>
<b>Bewegung und Ernährung</b>	
„UGOTCHI“	Sportunion
„Gesunde Schule“	Landesschulrat für Steiermark
„Gesunde Volksschule – Schule zum Wohlfühlen“	Styria vitalis
Schwerpunktsetzung zu den Themen Ernährung und Bewegung im Rahmen aller Interventionen (von Styria vitalis) in Kindergärten, Volks-, Haupt- und Berufsschulen	Styria vitalis
„Gesunde Schule, bewegtes Leben“ (Schwerpunktsetzung im Bewegungs- und Ernährungsbereich möglich)	STGKK
Website <a href="http://www.feelok.at">www.feelok.at</a>	Styria vitalis
<b>Bewegung</b>	
„Kinder gesund bewegen“	Sportministerium in Kooperation mit den drei Dachverbänden
„Schule aktiv“	Landessportorganisation
„Hoppsi Hopper“	ASKÖ
„Check your LimitZ“	ASKÖ
„Zugvögel“	ASVÖ
<b>Ernährung</b>	
„Kariesprophylaxeprogramm“ (beinhaltet u.a. die gezielte Information über gesunde Ernährung)	Styria vitalis
„Chilli-Day“	Landesschulrat für Steiermark

Datenquellen: Interview 7, 8, 9, 12, 13 & 18; eigene Darstellung

Ergänzend dazu ist es aber sinnvoll, auch die Tagesmütter, KindergärtnerInnen etc. entsprechend zu schulen (Interview 18), damit sie als MultiplikatorInnen wirken können. An der pädagogischen Hochschule besteht ein eigener Lehrgang für Gesundheitspädagogik, in welchem Spezialisierungsmöglichkeiten zum Thema Bewegung und Ernährung existieren (Interview 8). Zudem besteht für Schulen die Möglichkeit, über das Land Steiermark die Dienste von DiätologInnen in Anspruch zu nehmen, welche teilweise ein Ressourcenkontingent für die schulische Beratung zur Verfügung haben (Interview 7).

Die Angebotsgestaltung in den Gemeinden, z.B. bezüglich der Ernährung, wird seitens Styria vitalis für verschiedene Zielgruppen, wie Männer, Berufstätige etc., gezielt entwickelt. Eine wichtige Zielgruppe im Setting Gemeinde, für die es jedoch kaum adäquate, bedürfnisgerechte Angebote gibt, sind ältere Personen. Für alte Menschen wäre es beispielsweise wichtig, hinsichtlich der Ernährung gezielt mit VermarkterInnen von konkreten Angeboten, wie Essen auf Rädern, zusammenzuarbeiten. Die DiätologInnen bieten, ausgehend von der FA8B des Landes Steiermark, auch für Gemeinden Ernährungsberatung an (Interview 2 & 9). In diesem Setting gab es weiters im Jahr 2009 die Möglichkeit, gratis Vorträge und Workshops zu gesunder Ernährung bei Styria vitalis zu buchen, welche dann für die gesamte Bevölkerung zugänglich waren (Interview 9).

Im Bewegungsbereich gibt es zwar teilweise Angebote im Setting Gemeinde, aber auch hier wäre deren weiterer Ausbau sinnvoll (Interview 10). Konkrete Beispiele sind:

**Tabelle 30: ausgewählte Bewegungsangebote im Setting Gemeinde**

Titel	Umsetzung durch
„Bewegte Steiermark“ (2006 – 2009)	Sportunion
„Gemeinde aktiv“	Landessportorganisation & Sportressort des Landes Steiermark
„Mein Herz und ich“	FGÖ & Land Steiermark
Schwerpunktsetzung zum Thema Bewegung im Rahmen des Netzwerks „Gesunde Gemeinde“	Styria vitalis

Datenquellen: Interview 10, 12 & 13; eigene Darstellung

Zudem gibt es für junge Mädchen auf Gemeindeebene kaum adäquate Angebote im Bewegungs- und Ernährungsbereich, weshalb sich zum Beispiel die SPORTUNION mit dem Projekt „Girls Only“ sowie das Frauengesundheitszentrum Graz mit „Mädchengesundheit Steiermark“ gezielt mit der Angebotsentwicklung für Mädchen in ausgewählten steirischen Gemeinden (Interview 12 & 13) beschäftigen. Darüber hinaus besteht eine Vielzahl regionaler Initiativen, die sich mit dem Thema Bewegung beschäftigen, zu denen jedoch keine umfassenden Informationen bekannt sind (Interview 13).

Für die allgemeine Bevölkerung gibt es die Initiative „Fit für Österreich“, welche vom Sportministerium, der Österreichischen Bundes-Sportorganisation und den Sport-Dachverbänden ASKÖ, ASVÖ und SPORTUNION umgesetzt wird. Dabei handelt es sich um ein österreichweites Projekt, welches darauf abzielt, der Bevölkerung ein umfassendes Angebot an Bewegungsprogrammen zu bieten (Interview 12). In der Steiermark werden dabei 549 Bewegungsangebote in verschiedenen Rubriken (Muskelaufbau, Koordination, Entspannung etc.) und für unterschiedliche Altersklassen (Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, Erwachsene und SeniorInnen) angeboten (54; Stand Februar 2010).

Ausgehend vom FGÖ wird zudem ein österreichweiter Bewegungstag sowie die Entwicklung von Guidelines initiiert. Am letzten Bewegungstag, welcher am 26. Oktober 2009 stattfand, organisierten über 50 steirische Orte für verschiedene Zielgruppen Bewegungsangebote (55). Auch die STGKK bietet jeden Herbst einen Bewegungstag für die SteirerInnen an (Interview 12). Zudem gibt es eine Vielzahl weiterer Projekte in der Steiermark, welche Bewegungsaspekte gezielt integrieren, wie „Handicap ohne Handicap“ vom ASVÖ (Interview 12).

Auch die Raum- und Verkehrsplanung integriert teilweise gezielt Bewegungsaspekte in die Angebotsentwicklung:

**Tabelle 31: ausgewählte Bewegungsangebote in der Raum- und Verkehrsplanung**

Titel	Umsetzung durch
Schwerpunktsetzung zum Thema Radfahren im Rahmen der steirischen Radverkehrsstrategie (z.B. „Radfahren und Einkauf“, „Radfahren und Kinder“ oder „Radfahren und Arbeitswege“)	Land Steiermark
„GOAL – Gesund ohne Auto und Lärm“	Forschungsgesellschaft Mobilität & Merkur Versicherung
„Vianova“	Länderübergreifendes Projekt; Umsetzung Steiermark: Forschungsgesellschaft Mobilität
„LIFE CYCLE“	Forschungsgesellschaft Mobilität

Datenquelle: Interview 14; 56; eigene Darstellung

In der Steiermark gibt es auch viele Maßnahmen für die allgemeine Bevölkerung im Ernährungsbereich, die versuchen, über Bewusstseinsbildung die Angebotsstruktur im Ernährungsbereich zu verbessern. Ein weiterer wichtiger Bereich der Ernährung der SteirerInnen ist jedoch durch die Außer-Haus-Verpflegung, wie in der Gastronomie oder Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen, gekennzeichnet. Projekte und Programme in diesem Bereich können der Tabelle 32 entnommen werden.

**Tabelle 32: ausgewählte Ernährungsangebote in der Gastronomie und Gemeinschaftsverpflegung**

Titel	Umsetzung durch
„Grüne Haube“ / „Grüne Küche“ (Auszeichnung basierend auf definierten Qualitätskriterien)	„Abteilung Naturküche“ von Styria vitalis
„gemeinsam essen“ (Folgeprojekt von „anders essen“)	Styria vitalis
„Jugend is(s)t in Bewegung“	FA6C – Land- und forstwirtschaftliches Berufs- und Fachschulwesen in Kooperation mit Styria vitalis und der FH JOANNEUM
„Richtig essen von Anfang an“	BM für Gesundheit in Kooperation mit der AGES und der STGKK
„das gute Schulbuffet“	Land Steiermark

Datenquellen: Interview 4, 6, 9, 12 & 18; eigene Darstellung

Weiters wurde von 2002 bis 2007 ein Projekt namens „Biolebensmittel in öffentlichen Einrichtungen“ umgesetzt, welches basierend auf einem Landtagsbeschluss zum Ziel hatte, dass 25% aller eingesetzten Lebensmittel in Großküchen Bio-Qualität entsprechen (57). Da dieser Landtagsbeschluss jedoch nicht bindend war, gestaltete sich die Umsetzung dieser

Vorgaben in der Gemeinschaftsverpflegung schwierig (Interview 3). Bio Ernte Steiermark versucht daher aktuell, z.B. den GastronomInnen gezielt Kontakte zu LieferantInnen zu bieten, sodass eine optimale Versorgung mit Biolebensmitteln erleichtert wird (Interview 3). Bei einer Vielzahl weiterer Initiativen, beispielsweise „Gute Steirische Gaststätte“, „Steirische Dorfwirte“ oder das „Kulinarium Steiermark“, wird der Gesundheitsaspekt laut ExpertInnenaussage nicht vorrangig behandelt, fließt jedoch über Qualitätsaspekte in die Angebote mit ein (Interview 6).

Ein Experte verweist darauf, dass es kaum organisierte Maßnahmen betreffend gesunde Ernährung durch den Handel gibt. Ausnahmen bilden die Marketingaktivitäten einzelner Organisationen, die sich dem Thema in verschiedener Intensität widmen (Interview 16). Beispielsweise wird Ernährung im Zuge von Kampagnen für „gesunde Lebensmittel“ gezielt vermarktet (Interview 11). Zudem werden bestimmte Sortimente auf den Markt gebracht, die den Gesundheitsaspekt entsprechend repräsentieren. Ergänzend dazu gibt es teilweise Aktivitäten, die über die Schulbehörden in Kooperation mit dem Lebensmittelhandel initiiert werden, wie z.B. die Belieferung von Schulbuffets mit gesunden Lebensmitteln (Interview 16). Auch die Landwirtschaftskammer Steiermark unterstützt Projekte, die sich mit heimischen Produkten und gesunder Ernährung befassen. Laut eigenen Angaben bietet diese zudem u.a. Vorträge, Workshops oder die Ausbildung von MultiplikatorInnen (u.a. Seminarbauern/-bäuerinnen und ErnährungsberaterInnen) an. Ziel ist es, die ernährungsspezifische Angebotsstruktur in der Steiermark zu optimieren sowie die Verbindung zwischen ProduzentInnen und KonsumentInnen zu fördern (Interview 18).

Prinzipiell gilt, dass alle Personen, die vereinsmäßig erfasst sind, zumindest im Bewegungsbereich über diese Strukturen relativ einfach angesprochen werden können. Anzunehmen ist jedoch, dass beispielsweise für MigrantInnen kaum eine Aufbereitung der Themengebiete in der Muttersprache besteht (Interview 11). Daher wäre im Bereich der Kommunikation die gezielte Ansprache bzw. Erreichbarkeit von MigrantInnen hinsichtlich Bewegungs- und Ernährungsaspekten in Kooperation mit entsprechenden Ämtern denkbar. Diesbezüglich müssen jedoch auch die eingesetzten Medien den Bedürfnissen dieser Zielgruppe angepasst werden, wie z.B. die Informationsvermittlung in der Muttersprache. Junge MigrantInnen können zudem gezielt über das Internet erreicht werden, wie auch alle anderen Jugendlichen in der Steiermark (Interview 11). In Publikumsmedien, wie z.B. diversen Tageszeitungen und im TV, wird über Themenaspekte hinsichtlich Bewegung und Ernährung zunehmend berichtet. Auch Medien wie „Gesund. Und Wie!“ der Wissenschaftlichen Akademie für Vorsorgemedizin, „Xund“ der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse und der Newsletter der *Gesundheitsziele Steiermark*

(Gesundheitsfonds Steiermark) befassen sich gezielt mit diesen Themenbereichen (Interview 11). Eine gezielte Medienarbeit gab es weiters seitens des Büros des damaligen Gesundheitslandesrates beim Beschluss der *Gesundheitsziele Steiermark* (Interview 11).

Neben MigrantInnen gibt es auch für die Gruppe der SeniorInnen zu wenig Angebote hinsichtlich der Erhaltung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit sowie der aktiven Beteiligung im Sozialleben. Daher muss ganz gezielt über Maßnahmen versucht werden, Zugang zu diesen Bevölkerungsgruppen zu bekommen (Interview 12). Aber auch im Bereich der Ernährung gibt es kaum Angebote für hochbetagte Personen, die laut ExpertInnenmeinung kaum entsprechend ihrer ernährungsphysiologischen Bedürfnisse versorgt werden (Interview 2).

### **Verbesserungspotenziale hinsichtlich der Angebote**

Für das Setting Arbeit ist noch hinsichtlich der dauerhaften Verankerung der Bereiche Bewegung und Ernährung in den Betrieben ein Verbesserungspotenzial feststellbar. So gilt es beispielsweise, sowohl die Führungskräfte als auch die MitarbeiterInnen entsprechend in die Erarbeitung von gesundheitsfördernden Maßnahmen zu integrieren und zur Maßnahmensetzung zu motivieren (Interview 17). Dies umfasst beispielsweise die kontinuierliche Fortbildung und Schulung für den Aufbau interner Kompetenzen zur selbstständigen Fortführung und Weiterentwicklung der Maßnahmen. Zudem ist auf die Wichtigkeit einer weiterführenden Beratung und Unterstützung durch externe ExpertInnen auch nach Projektende zu verweisen (Interview 5). Ergänzend bedarf es aber der gezielten Unterscheidung zwischen Klein- und Großbetrieben. Die systematische Integration von Klein- und Mittelbetrieben war bisher problematisch und stellt in der Betrieblichen Gesundheitsförderung ein wichtiges Verbesserungspotenzial dar (Interview 5 & 17).

Bezüglich der Bewegung und Ernährung im Setting Schule weist eine Expertin darauf hin, dass die Unterstützung dieser Bereiche durch den Landesschulrat sehr wichtig ist. Der Landesschulrat für Steiermark setzt für jedes Schuljahr Schwerpunktthemen fest, welche in den Schulen besonders behandelt werden sollen. Bis vor Kurzem lag dieser Fokus auf dem Thema Gesundheit. Im Schuljahr 2009/2010 ist es Kunst und Kultur gewesen (58), wobei die interviewte Expertin es als wichtig ansieht, dass der Landesschulrat das Thema Gesundheit weiterhin forciert. Weiters ist es erforderlich, die Wertschätzung des Themas Gesundheit in der Öffentlichkeit zu heben, damit auch Eltern entsprechende Aktivitäten anerkennen (Interview 8). Darüber hinaus verweisen ExpertInnen auf einen weiteren Handlungsbedarf im Setting Schule, indem LehrerInnen die Möglichkeit geboten wird, gezielt Stunden für Bewegung und Ernährung zu nutzen. Mithilfe spezieller Unterrichtsmethoden und Ansätze

(z.B. bewegtes Lernen) besteht die Option, Bewegung oder gesunde Ernährung im Unterricht zu forcieren. Dazu bedarf es jedoch der vermehrten Ausbildung der LehrerInnen in diesen Bereichen und der Umsetzung von Projekten an der gesamten Schule anstatt in einzelnen Klassen (Interview 7 & 8).

Zur Information und Kommunikation zu den Themen Bewegung und Ernährung wird die Weiterführung der bisherigen Kommunikationsaktivitäten als wichtiger Bestandteil zur Erreichung der *Gesundheitsziele Steiermark* erachtet (Interview 11).

### **Bewegung**

Ein Experte verweist darauf, dass der organisierte Sport in der Steiermark bereits eine gute Basis bietet, welche es jedenfalls zu nutzen gilt, da durch die Vereinsstrukturen ein flächendeckendes Bewegungsangebot ermöglicht werden kann. Bestehende Probleme mit diesen Strukturen (z.B. Konzentration auf eine spezielle Sportart anstatt Integration verschiedener Angebote) gilt es zu erkennen und zu beheben. Wichtig ist, dass die ehrenamtliche Arbeit in den Vereinen fachlich und mit Know-how unterstützt wird, sodass die freiwilligen HelferInnen das entsprechende Hintergrundwissen für nachhaltige Gesundheitsförderungsmaßnahmen und eine adäquate Ausbildung in den verschiedenen Bereichen erhalten (Interview 13).

Zudem bestehen ein vermehrter Aufklärungsbedarf sowie die Notwendigkeit der Hebung der Akzeptanz hinsichtlich der sanften Mobilität. Wichtig wäre diesbezüglich eine kontinuierliche Bewusstseinsbildung bei den VerkehrsteilnehmerInnen und EntscheidungsträgerInnen durch Know-how-Transfer (Teilnahme an Trainings, Workshops, Fachkonferenzen, Fachexkursionen etc.). Eine entsprechende Bewusstseinsbildung sollte bereits im Kindesalter gestartet werden, damit die sanfte Mobilität im Alltag als „normal“ angesehen wird. Das „Mainstreaming-Denken“ im Sinne einer nicht motorisierten Planungskultur fehlt bisher (Interview 1 & 14). Dazu wären die Initiierung von Pilotprojekten und die Bereitstellung finanzieller Förderungsmittel seitens des Landes wichtig (Interview 15).

### **Ernährung**

Hinsichtlich der Gastronomie bestehen Probleme meist in der Zusammenarbeit mit ProduzentInnen und deren Belieferung. Dies ist bedingt durch die saisonalen Abhängigkeiten, denen ein/eine ProduzentIn unterliegt (Interview 6). Um diesem Problem zu begegnen, bedarf es einerseits der Entwicklung von saisonalen Speisekarten und andererseits der Berücksichtigung des Saisonalitätsaspektes im Rahmen der Nachfrage durch die Gäste (Interview 6). Hilfreich wäre diesbezüglich auch eine flächendeckende

Erstinformation für die gastronomischen Betriebe, welche beispielsweise über die Wirtschaftskammer abgewickelt werden könnte (Interview 3). Zudem wird die Maßnahmenumsetzung durch das Vorurteil, dass Bioprodukte zu teuer sind, erschwert. Diesem Problem könnte mit entsprechenden Aufklärungsmaßnahmen begegnet werden. Kritisch bewertet wird der manchmal vorherrschende Personalmangel, welcher die Möglichkeiten einer gesunden Lebensmittelzubereitung einschränken kann (Interview 3). Weiters ist das Personal teilweise nicht entsprechend qualifiziert, was die gesunde Ernährungszubereitung und den Einsatz gesunder Lebensmittel erschwert bzw. die vermehrte Nutzung von Fertigprodukten fördert (Interview 4).

Im Handel kann eine Angebotsänderung nach Meinung eines Experten nur durch die verstärkte Nachfrage seitens der Kundinnen und Kunden nach gesunden Lebensmitteln hervorgerufen werden, weshalb es erforderlich ist, bei diesen eine entsprechende Bewusstseinsbildung zu betreiben (Interview 16). Als Ergänzung dazu sollte den SteirerInnen die Möglichkeit geboten werden, sich über einen einfachen Weg Zugang zu objektiven Quellen und Informationen bezüglich gesunder Ernährung und Lebensmittel zu beschaffen. Beispielsweise könnte über das Land Steiermark eine Website, ein Magazin, eine Hotline oder Ähnliches bereitgestellt werden, wo Informationen entsprechend wissenschaftlich aufbereitet werden (Interview 11). Weiters ist basierend auf der Zusammenarbeit von VertreterInnen der Bereiche Diätologie und Sportwissenschaften die Bekanntmachung von und die Orientierung an Leitlinien, wie dem *Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken* wichtig (Interview 18).

#### **7.4.4 Materielle Umwelt**

Laut der WHO *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health: a framework to monitor and evaluate implementation* bedarf es neben der Förderung einer Umwelt und einer Infrastruktur, welche körperliche Betätigung und gesunde Ernährung unterstützen, auch der Sicherstellung des Zugangs zu diesen Strukturen (19, S. 15, 17).

##### **7.4.4.1 Bewegung**

Wichtige Aspekte in der Gestaltung der Infrastruktur stellen unter anderem die Raum- und Verkehrsplanung dar, deren zentraler Bezug zur Forcierung der körperlichen Aktivität beispielsweise in der Förderung der sanften Mobilität gefunden werden kann (Interview 1). In der Steiermark bestehen diesbezüglich lokal und regional/gemeindeübergreifend thematische Konzepte, wie der Ennstalradweg. Weiters gibt es in der Landeshauptstadt das

Konzept „Grünes Netz Graz“, in welchem das Stadtgebiet mit einem Netz an attraktiven, sicheren Wegen ausgestattet wird und somit auch über entsprechende Knotenpunkte, Haupttrouten usw. verfügt (Interview 1). Weitere Maßnahmen für RadfahrerInnen bezüglich der infrastrukturellen Gegebenheiten sind z.B. die Bereitstellung adäquater Radabstellanlagen und Radwege. Darüber hinaus leistet der Ausbau des öffentlichen Verkehrs einen wichtigen Beitrag zur Steigerung der Lebensqualität und kann auch als mögliche Alternative zum Rad bei Schlechtwetter gesehen werden (Interview 1).

Nachfolgend soll auf folgende zentrale Indikatoren aus dem *Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken* eingegangen werden:

- Radwegekilometer
- Quadratkilometer autofreie Zone
- Zugang zu Grünflächen

### **Radwegekilometer**

Gut ausgebaute Radwege heben die Verkehrssicherheit und tragen zu einer umweltfreundlichen Mobilität bei (38, S. 7). Die Steiermark umfasst eine Landesfläche von rund 16.400 km<sup>2</sup> (Stand 2009), (6162). Das steirische Hauptradwegenetz setzte sich im Jahr 2008 aus über 1.900 km fertig gestellten, 105 km im Bau bzw. in Bauvorbereitung befindlichen und 400 km in der Planungsphase befindlichen Radwegen zusammen (38, S. 8). Basis für das steirische Hauptradwegenetz bilden die großen Flussradwege entlang der Mur, der Mürz, der Enns, der Feistritz und der Raab. In die Trassenführung werden auch verkehrsarme Gemeindestraßen, aufgelassene Bahntrassen, Nebenwege sowie Feld- und Uferbegleitwege miteinbezogen (38, S. 7). Unter Ausschluss jener 400 km Radwege, welche sich erst in Planung befanden, bestehen in der Steiermark, basierend auf den vorab genannten Daten, daher 0,12 km Radwege pro Quadratkilometer.

Neben diesem Indikator stellt aber auch das Verhältnis zwischen Radwegekilometer und Straßenwegelänge eine relevante Information dar. Die Gesamtlänge des steirischen Straßennetzes beträgt knapp 18.300 km (Stand 2005), (59, S. 4). Somit gibt es ca. 9,5-mal mehr Straßen- als Radwegekilometer in der Steiermark. Laut einer Erhebung des Verkehrsclub Österreich verfügt die Steiermark im Vergleich zu den anderen Bundesländern über ein ausgeprägtes Radwegenetz, im Vergleich mit den anderen – großteils flächenmäßig jedoch kleineren – Bundesländern ist es das zweitlängste. Meist werden die Radwege allerdings für Freizeit- und Tourismuszwecke errichtet und sind für die Alltagsaktivität weniger gut brauchbar, weil im Alltag kurze Wege erforderlich sind (60). Im Verhältnis zwischen verfügbaren Landesstraßen und Radwegen zeigt sich, dass in der Steiermark 2,5-



mal so viele Landesstraßenkilometer zur Verfügung stehen wie Radwegkilometer. Damit ist das Verhältnis etwas günstiger als im österreichischen Durchschnitt, wo die Anzahl der Landesstraßenkilometer dreimal so hoch ist wie die Anzahl der Radwegkilometer (siehe Tabelle 33).

**Tabelle 33: Radwegkilometer pro Landesstraßenkilometer (gereiht)**

Bundesland	km Radwege	km Landesstraßen	Radwegkilometer im Verhältnis zu Landesstraßenkilometer
Burgenland	1.800	1.752	1 : 1,0
Vorarlberg	500	798	1 : 1,6
Kärnten	1.200	2.732	1 : 2,3
Salzburg	600	1.377	1 : 2,3
Wien	1.100	2.541 <sup>1)</sup>	1 : 2,3
Steiermark	2.000	4.936	1 : 2,5
Oberösterreich	2.100	5.986	1 : 2,9
Tirol	750	2.238	1 : 3,0
Niederösterreich	1.500	13.611	1 : 9,1
<b>Gesamt</b>	<b>11.550</b>	<b>35.971</b>	<b>1 : 3,1</b>

1) Gemeindestraßen

Datenquelle: 60; Bearbeitung: FH JOANNEUM (Rundungsfehler wurden nicht ausgeglichen)

### Quadratkilometer autofreie Zone

Dieser Indikator wurde in Anlehnung an den Indikator „% Anteil der Bevölkerung, die Zugang zu sicheren Plätzen zum Gehen hat“ des Frameworks *Global Strategy on Diet, Physical Activity & Health* der WHO (19, S. 15) erarbeitet. Tabelle 34 kann entnommen werden, dass die steirische Straßenverkehrsfläche 328 km<sup>2</sup> beträgt, was einem Anteil an der Gesamtfläche des Bundeslandes Steiermark von zwei Prozent entspricht. Die Steiermark liegt damit im österreichweiten Durchschnitt.

**Tabelle 34: Straßenverkehrsflächenanteil**

Bundesland	Straßenverkehrsfläche (km <sup>2</sup> )	Prozent
Wien	46	11
Niederösterreich	556	3
Oberösterreich	312	3
Burgenland	135	3
Steiermark	328	2
Kärnten	172	2
Tirol	114	1
Salzburg	86	1
Vorarlberg	36	1
<b>Österreich</b>	<b>1.784</b>	<b>2</b>

Datenquelle: 59, S. 3; Bearbeitung: FH JOANNEUM (Rundungsfehler wurden nicht ausgeglichen)

Nach Abzug der Straßenverkehrsfläche von der Gesamtfläche kann zur Abbildung des Indikators festgestellt werden, dass in der Steiermark 16.073 km<sup>2</sup> nicht als Straßenverkehrsfläche deklariert sind.

### Zugang zu Grünflächen

Eine Grundlage des Indikators „% der Bevölkerung, die angibt, in einem Umkreis von 100 m Zugang zu Grünflächen oder öffentlichen Flächen zu haben“ (2, S. 13) stellt der Neighborhood Environment Walkability Scale dar, in welchem beispielsweise die Gehzeit zum nächsten Park erhoben wird (61, S. 2). Die Zugänglichkeit zu Grünflächen wird als positiv für die Erhöhung der körperlichen Aktivität angesehen (44, S. 24).

Um den Indikator abzubilden, wurden Daten der EU-SILC-Befragung 2007 zur Erreichbarkeit von Infrastruktureinrichtungen verwendet (62, S. 173). Die Beurteilung der Erreichbarkeit der öffentlichen Parks erfolgte anhand der Werte eins bis vier. Eins bedeutet in der Befragung „sehr schwierig“, zwei „etwas schwierig“, drei „leicht“ und vier „sehr leicht“. Der gewichtete Mittelwert beträgt für die Steiermark 2,85. Das heißt, dass die Befragten in der Steiermark den Zugang zu öffentlichen Parks als eher leicht bewerten. Dieser Wert liegt knapp unter dem österreichweiten Durchschnitt von 3,00.

**Tabelle 35: Erreichbarkeit von öffentlichen Parks – gewichteter Mittelwert nach Bundesland**

Bundesland	gew. Mittelwert
Burgenland	2,79
Kärnten	2,61
Niederösterreich	2,82
Oberösterreich	2,86
Salzburg	3,18
Steiermark	2,85
Tirol	2,88
Vorarlberg	3,25
Wien	3,42
<b>Österreich</b>	<b>3,00</b>

Datenquelle: Statistik Austria, EU-SILC 2007; Bearbeitung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

In der Steiermark gaben weiters 35 % der befragten Personen an, einen (sehr) schwierigen Zugang zu öffentlichen Parks zu haben.

**Tabelle 36: Erreichbarkeit von öffentlichen Parks – Reihung nach %**

Reihung nach %	Anteil jener Personen mit (sehr) schwierigem Zugang	Anteil jener Personen mit (sehr) leichtem Zugang
Wien	8%	92%
Vorarlberg	13%	87%
Salzburg	23%	77%
Niederösterreich	28%	72%
Burgenland	30%	70%
Oberösterreich	31%	69%
Tirol	31%	69%
Steiermark	35%	65%
Kärnten	43%	57%
<b>Österreich</b>	<b>27%</b>	<b>73%</b>

Datenquelle: Statistik Austria, EU-SILC2007; Bearbeitung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

Erwähnenswert ist, dass 24% der befragten SteirerInnen die Frage nach der Erreichbarkeit von öffentlichen Parks mit „wird im Haushalt nicht genutzt“ beantwortet haben. Möglicherweise beruht dies auf der Tatsache, dass ein Zugang zu Parks aufgrund der einfachen Erreichbarkeit eines Waldes oder anderer Grünflächen etc. nicht benötigt wird. Immerhin weist die Steiermark die größte Waldfläche von allen österreichischen Bundesländern auf (63). Ebenso ist es aber möglich, dass diese Personen die Nutzung eines öffentlichen Parks nicht als wichtig erachten und die Möglichkeit dazu daher nicht in Anspruch nehmen. Inwieweit die Nichtnutzung eines öffentlichen Parks bzw. der schlechte Zugang zu einem Park also als Einflussfaktor für das Ausmaß der körperlichen Aktivität der Bevölkerung bewertet werden kann, ist unklar.

#### 7.4.4.2 Ernährung

Im *Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken* wird darauf hingewiesen, dass im Lebensumfeld der Bevölkerung ein einfacher Zugang zu gesunder Ernährung gewährleistet werden soll (2, S. 21). Einen wichtigen Ansatzpunkt diesbezüglich stellt die Gestaltung der materiellen Umwelt dar.

Dazu zählt unter anderem die Berücksichtigung des Trends der vermehrten Nachfrage regionaler Produkte durch die Bevölkerung, beispielsweise in Gastronomiebetrieben und Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen (Interview 6). Eine Zielgruppenunterscheidung hinsichtlich der Gesundheitsbedürfnisse kann dabei kaum beobachtet werden (Interview 6). Für berufstätige Personen gibt es z.B. relativ wenig gesunde Angebote bzw. kaum eine entsprechend leichte Küche. Ansätze diesbezüglich bestehen bereits in Bildungshäusern und Seminarhotels. Ein Ausbau dieser Angebote wäre jedoch wünschenswert (Interview 4).

Ähnliches gilt auch für die Zielgruppe der SportlerInnen, für welche teilweise nicht einmal bei sportbezogenen Großveranstaltungen eine entsprechende Speisenauswahl verfügbar ist (Interview 4).

Alle ExpertInnen sind sich darüber einig, dass im Ernährungsbereich eine verstärkte Ausrichtung der Arbeit im Hinblick auf die verschiedenen Zielgruppen nötig ist. Die Gestaltung der Umwelt ist diesbezüglich entsprechend auszurichten, egal ob es sich dabei um die Angebote in der Schulverpflegung für Kinder, der Betriebskantine bzw. der Mittagsmenüs für Erwachsene oder der Verpflegung von hochbetagten Personen in Heimen oder zu Hause handelt.

Nachfolgende Indikatoren des Leitfadens *für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken* sollen daher näher betrachtet werden:

- Personen in Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen
- Qualität des Speiseangebots in der Gemeinschaftsverpflegung
- Institutionen, die gesunde Mahlzeiten laut Leitfaden anbieten

### **Personen in Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen**

Der Indikator „Anteil der in Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen verpflegten Personen“ (2), (2, S. 24) soll eine Abbildung dieser Versorgungsstruktur in der Steiermark ermöglichen. Trotz intensiver Recherche konnten keine steiermark-spezifischen Daten ausfindig gemacht werden. Daher wurde auf Daten aus dem Österreichischen Ernährungsbericht 2008 (18) sowie die Österreichischen Lebensmittelberichte von 2003 (64) und 2008 (65) zurückgegriffen. Aufgrund der mangelnden Datenlage kann nicht eingeschätzt werden, inwieweit die österreichischen Ergebnisse auf die Steiermark übertragen werden können, jedoch ist davon auszugehen, dass die grundlegenden Trends gleich sind.

Insgesamt beanspruchen in Österreich an Werktagen täglich rund 1,8 Mio. Menschen die verschiedenen Angebotsformen der Gemeinschaftsverpflegung (64, S. 83). Dies entspricht knapp 22% der Gesamtbevölkerung. Ein Großteil dieser Personen wird dabei im Rahmen der Betriebsverpflegung verköstigt. Aus gesundheitlicher Sicht stellen aber auch die Gruppen der verpflegten Kinder sowie SeniorInnen einen wichtigen Anteil dar (Frisch zitiert nach 65, S. 112).

Durch institutionelle Kinderbetreuungseinrichtungen wie Krippen, Kindergärten, Kindertagesheime und Horte werden jährlich rund 266.000 Kinder betreut (Stand 2008). In den Krippen und Horten werden die Kinder dabei zu jeweils 98% bzw. 95% mit Essen

versorgt, in den Kindergärten zu rund 57% (64, S. 85). Im Schulbereich sind die Schulträger (Bundesländer, Gemeinden oder Gemeindeverbände), basierend auf dem österreichischen Pflichtschulgesetz, im Rahmen einer Ganztagesbetreuung auch für die Schulverpflegung verantwortlich. Laut dem Österreichischen Ernährungsbericht 2008 boten im Jahr 2008 19% aller österreichischen Schulen eine Tagesbetreuung an. Fünf Prozent aller österreichischen SchülerInnen nahmen eine solche in Anspruch (18, S. 304). Die Österreichische Mensen Betriebsgesellschaft mbH (ÖMBG) ist mit 55 Mensen, Cafeterias und Buffets das größte Gastronomieunternehmen an den Hochschulen im ganzen Land. Während der Semesterzeiten werden täglich 15.000 Essen bzw. im gesamten Jahr ca. vier Millionen Essen an allen Standorten zusammen ausgegeben (Stand 2008), (18, S. 329-330). An Wochentagen werden darüber hinaus bis zu 25.000 Personen im Rahmen der 90 österreichweiten Großküchen bzw. 120 Ausgabestellen des Bundesheeres mit Essen versorgt (Stand 2008; 18, S. 327).

Geht man davon aus, dass österreichweit ca. ein Viertel der Gesamtbevölkerung im Zuge von Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen versorgt wird, würde dies auf die Steiermark bezogen bedeuten, dass rund 300.000 Personen an Werktagen in Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen verköstigt werden. Im Rahmen des Projektes „gemeinsam essen“, welches unter anderem aktuell zur Erreichung der *Gesundheitsziele Steiermark* umgesetzt wird, sind bis Ende 2009 4.150 bzw. ca. ein Prozent der SteirerInnen erreicht worden (66).

### **Qualität des Speiseangebots in der Gemeinschaftsverpflegung**

Der ernährungsphysiologische Qualitätsanspruch der Gemeinschaftsverpflegung basiert auf einer ausgewogenen und gesundheitsfördernden Zusammenstellung der Ernährung. Die Gemeinschaftsverpflegung muss daher den entsprechenden Zielgruppen, wie z.B. Kindern, Berufstätigen oder SeniorInnen, alle Nährstoffe in jener Menge liefern, in der sie von den jeweiligen Personen benötigt wird (18, S. 298). Im Rahmen der Datenrecherche konnte eine Vielzahl an Maßnahmen und Empfehlungen zu Qualitätsaspekten im Ernährungsbereich ausfindig gemacht werden, jedoch sind kaum Informationen zu deren Einhaltung bzw. tatsächlichen Umsetzung vorhanden. Die Abbildung des Indikators zur Qualität des Speiseangebots ist nur eingeschränkt möglich.

Fünf Prozent (25 Institutionen) der 518 Küchen für Gemeinschaftsverpflegung in der Steiermark wurden bis Ende 2009 in das Projekt „gemeinsam essen“ involviert (67; 66) und haben im Zuge dessen die Ernährungsempfehlungen des *Leitfadens für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken* gezielt berücksichtigt.

Darüber hinaus kann jedoch lediglich ein Einblick in die bestehenden Qualitätsvorgaben für Einrichtungen der Gemeinschaftsverpflegung gegeben werden.

Um die Umsetzung der Empfehlungen zur Nährstoffzufuhr zu erleichtern, wurde das Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE)-Gütesiegel in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) entwickelt. Mit dessen Erwerb ist sichergestellt, dass die ernährungsphysiologische Zusammensetzung der Speisen entsprechend gestaltet ist (18, S. 298). Weitere wichtige Anhaltspunkte zur gezielten ernährungsphysiologischen Aufbereitung der Speisen in Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen liefern z.B. die D-A-CH-Referenzwerte (18, S. 298).

Im Bereich der Schulverpflegung gibt es in Österreich derzeit keine gesetzlich verankerten Qualitätskriterien (18, S. 304). Nach wissenschaftlicher Meinung ist die Qualität der Schulverpflegung von der Einhaltung nährstoffbasierter Standards sowie der Art und Menge der verwendeten Lebensmittel abhängig (18, S. 305). Im Rahmen verschiedenster Aktivitäten, welche der

Tabelle 37 zu entnehmen sind, wird daher versucht, die gesunde Ernährung in der Schule zu forcieren bzw. zu optimieren.

**Tabelle 37: ausgewählte Maßnahmenbeispiele zur Qualitätssicherung im Schulbereich**

Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Schulbereich	Anmerkung
Rundschreiben mit Richtlinien für Buffetbetriebe, Lehrmittelverkaufsstellen, Automaten und Kopiergeräte	Herausgegeben vom BM für Unterricht, Kunst und Kultur
Lehrpläne der Schulen	Beinhalten, abhängig von Schultyp und –stufe, Unterrichtsgegenstände wie Hauswirtschaftsökonomie und Ernährung
ÖGE-Gütesiegel umfasst einen eigenen Qualitätsbereich hinsichtlich kindergerechter Verpflegung	Österreichische Gesellschaft für Ernährung
Leitfaden „Das gute Schulbuffet – von der Idee zur Umsetzung“	BM für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft & gutessen consulting
Leitfaden „Die gute Schuljause in der Volksschule“	BM für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft & gutessen consulting
Konzept optimiX	Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund

Datenquellen: 68; 69; 18, S. 304-305; 70; 71; eigene Darstellung

Auch in anderen Bereichen außerhalb der Schule bestehen verschiedene Vorgaben und Leitlinien, welche von den Speisen anbietenden Institutionen berücksichtigt werden sollen. Einen Auszug dieser zeigt Tabelle 38.

**Tabelle 38: ausgewählte Maßnahmen zur Qualitätssicherung in verschiedenen Bereichen (exklusive Schulbereich)**

<b>Maßnahmen zur Qualitätssicherung</b>	<b>Erarbeitung/Umsetzung durch</b>
<b>allgemein</b>	
Referenzwerte	Referenzwerte z.B. der DGE, ÖGE sowie der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung oder des Österreichischen Ernährungsberichts stellen entsprechende Anhaltspunkte für LebensmittelproduzentInnen und -anbieterInnen dar
Ernährungskreis und Ernährungspyramide	Bieten für die KonsumentInnen eine wichtige Orientierungsmöglichkeit
<b>im Setting Arbeit</b>	
Qualitätsstandards in der Betriebsverpflegung	DGE
<b>im Setting Gemeinde</b>	
Orientierung an DGE-Richtlinien empfohlen	Landes- und private Einrichtungen (z.B. Essen auf Rädern)
<b>im weiterführenden Bildungsbereich</b>	
Leitfaden „Gut essen in der Mensa“	BM für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft
<b>in der Gemeinschaftsverpflegung und Gastronomie</b>	
Landtagsbeschluss (2001 / Nr. 249)	Sieht vor, dass 25% aller eingesetzten Lebensmittel in Großküchen Bio-Qualität aufweisen sollen.
Gütesiegel „Grüne Küche“ / Auszeichnung „Grüne Haube“	Styria vitalis

Datenquellen: 72; 73; 74; DGE zitiert nach 18, S. 311, S. 316, S. 319 & 330; 75, S. 2 & 8; S. 57; S. 76; Interview 4; eigene Darstellung

Befragt man die ÖsterreicherInnen nach den Qualitätskriterien, die für sie Essen außer Haus erfüllen muss, steht der gute Geschmack der Speisen deutlich im Vordergrund. Darauf folgen Gastfreundlichkeit und gute Bedienung sowie Atmosphäre und Ambiente (64, S. 81-82).

Ergänzend dazu gilt es aber laut dem *Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken*, auch die soziale Qualität des Essens zu berücksichtigen (2, S. 21). Dass dieser Aspekt für die ÖsterreicherInnen von großer Bedeutung ist, zeigt, dass „das gesellige Zusammensein mit Freunden und Bekannten“ am häufigsten als Grund für das Essen außer Haus angegeben wird (64, S. 81). Weitere Gründe sind allerdings „zu wenig Zeit, um zu Hause zu essen“ und „keine Lust, selbst zu kochen“ (64, S. 81). Dies weist auf die Bedeutung gesunder Ernährungsstrategien in Gemeinschaftseinrichtungen und Gastronomiebetrieben hin, wie auch auf den Bedarf, eine gesunde, einfache und rasche eigene Lebensmittelzubereitung zu fördern.

### **Institutionen, die gesunde Mahlzeiten laut *Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken* anbieten**

Laut WHO-Framework zur *Global Strategy on Diet, Physical Activity & Health* sollen Schulen und Betriebe eine Verpflegung basierend auf nationalen Richtlinien anbieten (19, S. 18-19). Für die Steiermark gilt es daher, mittels des Indikators „% der Schulen und Betriebe, die gesunde Mahlzeiten lt. Leitfaden anbieten“ (2, S. 24) aufzuzeigen, wie viele Institutionen diese Empfehlung erfüllen.

Trotz intensiver Recherche konnten jedoch keine Daten ausfindig gemacht werden, um diesen Indikator abzubilden. Laut ExpertInnenangabe gibt es bisher keine Kenntnisse bzw. Zahlen darüber, wie viele Betriebe gesunde Mahlzeiten laut *Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen* anbieten. Da der Leitfaden eher allgemein gehalten und nicht dezidiert auf die Gemeinschaftsverpflegung zugeschnitten ist, kann nicht direkt auf ein „leitfadenkonformes Essensangebot“ geschlossen werden. Qualitätsstandards für Gemeinschaftsverpflegungsanbieter, welche von Styria vitalis erarbeitet worden sind, sind im Einklang mit dem Leitfaden, gehen zudem aber auch weit über diesen hinaus (66).

#### **7.4.5 Individuelle Einflussfaktoren**

Ein Schwerpunkt der Gesundheitsförderung liegt auf der Veränderung jener Einflussfaktoren, die sich negativ auf das Gesundheitsverhalten und in weiterer Folge auf die Gesundheit auswirken (77, S. 217). Nachfolgende Indikatoren sollen helfen aufzuzeigen, welche Einflussfaktoren auf individueller Ebene bezüglich der gesunden Bewegung und Ernährung in der steirischen Bevölkerung verankert sind. Die Informationen im vorliegenden Abschnitt basieren stets auf österreichweiten Daten. Eine Einschätzung, inwieweit diese auf die Steiermark übertragbar sind, kann nicht gegeben werden. Allerdings wird davon ausgegangen, dass die grundlegenden Trends in der Steiermark ähnlich sind wie in Österreich insgesamt.

#### **Mahlzeiten außer Haus**

Der Außer-Haus-Markt gewinnt durch die nachhaltigen Veränderungen der Lebens- und Konsumgewohnheiten der ÖsterreicherInnen immer mehr an Bedeutung (64, S. 79). Mittels des Indikators „% Anteil der Mahlzeiten außer Haus“ (2, S. 23) kann somit ein näherer Eindruck diesbezüglich gewonnen werden.



Das Mittagessen stellt die häufigste Mahlzeit dar, welche außer Haus konsumiert wird. 2001/02 haben 43 % der ÖsterreicherInnen nicht zu Hause zu Mittag gegessen. Vorrangig handelt es sich dabei mit 59% um Erwerbstätige. Darauf folgt die Jause am Vormittag, welche 32% der Bevölkerung nicht daheim zu sich nehmen. Ebenso wie das Abendessen bzw. Spätmahlzeiten, welche knapp 30% der ÖsterreicherInnen außer Haus konsumieren (AC Nielsen zitiert nach 64, S. 80). SchülerInnen essen zu durchschnittlich 25% außer Haus (18, S. 333).

### **Ernährungswissen**

Neue Informationen können die Ansichten einer Person verändern und können in der Folge einen Beitrag zur Verhaltensänderung leisten (77, S. 218).

Nach einer für den Österreichischen Ernährungsbericht 2003 durchgeführten Umfrage haben Frauen ein besseres Ernährungswissen als Männer. Nach dem Alter betrachtet haben vor allem Personen unter 20 Jahren und Personen über 60 Jahren ein schlechteres Ernährungswissen als Personen zwischen 20 und 60 Jahren. Vor allem adipöse Personen verfügen über ein gutes Ernährungswissen. Hinsichtlich des Bildungsgrades und des Ernährungswissens konnten keine signifikanten Zusammenhänge festgestellt werden (16, S. 61-62).

Um eine Ernährungskommunikation beziehungsweise Ernährungsaufklärung entsprechend der Verbesserung des Ernährungswissens bzw. der Einstellungen oder Verhaltensweisen auszurichten, sind Informationen, woher die Menschen ihr diesbezügliches Wissen beziehen, wichtig (18, S. 392).

Eine Datenerhebung im Jahr 2008 bei rund 370 erwachsenen ÖsterreicherInnen, welche vom Institut für Ernährungswissenschaften durchgeführt worden ist, zeigt dass die wichtigste Quelle zur Generierung von Ernährungsinformationen mit 50% TV-Berichte sind. Weitere 44% geben als Informationsquelle die Familie oder Freunde an und 38% beziehen ihr Wissen über Gesundheitsbroschüren. Weitere Quellen für Ernährungsinformationen stellen Beiträge in Tageszeitungen, Berichte im Radio oder in Magazinen sowie Werbung in Tageszeitungen, Magazinen, TV, Radio etc. dar (18, S. 393).

## **7.5 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse des Exkurses**

Hinsichtlich der Strategien zur Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung kann gesagt werden, dass abhängig vom Fokus (Ernährung oder Bewegung) verschiedene gesetzliche Rahmenbedingungen bestehen. Im Bewegungsbereich gibt es konkrete Vorgaben zum Schulsport sowie Gesetze bezüglich der Raum- und Verkehrsplanung. Auch im Ernährungsbereich bestehen diverse Gesetze, welche jedoch kaum auf eine Förderung der gesunden Ernährung abzielen, sondern beispielsweise strikte Hygienekriterien umfassen. Gesetzliche Rahmenbedingungen, welche eine Förderung sowohl von Bewegungs- als auch Ernährungsaspekten unterstützen, z.B. in Settings wie Arbeit, Schule oder Gemeinde, konnten nicht ausfindig gemacht werden. Jedoch besteht eine Vielzahl an unverbindlichen Richtlinien, Empfehlungen und Grundsätzen, an welchen sich die jeweiligen Bereiche orientieren können.

Eine Verbesserungsmöglichkeit bezüglich der gesetzlichen Rahmenbedingungen stellt beispielsweise die Erweiterung der verbindlichen Grundsätze zur Gestaltung von Räumen für Bewegung dar. Konkrete Vorgaben zu Fahrradabstellplätzen in der Bauordnung und Richtlinien zum Ausbau der Sicherheit auf Rad- und Spazierwegen durch Beleuchtung etc. werden von den ExpertInnen als wichtig erachtet. Zudem bedarf es laut InterviewpartnerInnen vor allem der Einführung von gesetzlichen (Mindest-) Qualitätsstandards für Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen, basierend auf den ernährungsphysiologischen Bedürfnissen der jeweiligen Zielgruppen.

Bezüglich der Verfügbarkeit von Plänen und Konzepten wird im Ernährungsbereich gerade ein „Nationaler Aktionsplan Ernährung“ erarbeitet und im Bewegungssektor besteht auf Bundesebene der Masterplan Radfahren. In der Steiermark orientieren sich die Strategie Radverkehr Steiermark 2008 – 2010 sowie das Konzept „Bewegte Steiermark“ an vorab genannten Plänen.

Konzeptuelle Richtlinien liefern zudem die *Gesundheitsziele Steiermark* für alle Bereiche und Sektoren (3) sowie der *Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken*, dessen Umsetzung einen wesentlichen Beitrag zur Erreichung des Teilziels „Mit Ernährung und Bewegung die Gesundheit der SteirerInnen verbessern“ leisten kann (2). Allgemein ist anzumerken, dass auch auf Institutionsebene der einzelnen AnbieterInnen Pläne und Konzepte für die jeweiligen Projekte und Programme bestehen.

Zur Umsetzung aller Maßnahmen bedarf es jedoch letztendlich der Verfügbarkeit entsprechender Ressourcen. Für Projekte und Programme im Bewegungs- und Ernährungsbereich stehen diesbezüglich verschiedenste Finanzierungsmöglichkeiten zur Verfügung. Eine gemeinschaftliche Finanzierung von Projekten, deren Mittelvergabe an die Einhaltung von Qualitätsstandards gekoppelt ist, wird in allen Bereichen und Sektoren als sinnvoll erachtet.

In der Steiermark bestehen bereits regionale Netzwerke und Initiativen, in deren Rahmen eine intersektorale Arbeit verfolgt wird. Allgemein kann allerdings gesagt werden, dass bereichsübergreifende bzw. multisektorale Arbeitsansätze meist auf einzelne Projekte beschränkt sind und keine entsprechenden Netzwerke darüber hinaus bestehen.

Die ExpertInnen verweisen jedoch auf die Notwendigkeit der Etablierung einer einheitlichen Strategie, in welcher eine klare Linie zur Gesundheitsförderung in allen Lebensbereichen verfolgt wird. Die Zusammenarbeit verschiedener LeistungserbringerInnen ist wichtig, um entsprechende Synergieeffekte nutzen bzw. die Angebotsgestaltung optimieren zu können. Dies kann beispielsweise mittels des Aufbaus multisektoraler Netzwerke für verschiedene Settings erreicht werden oder mittels Integration verschiedenster Bereiche in ein umfassendes steiermarkweites, ganzheitliches Konzept zur Förderung der gesunden Bewegung und Ernährung. Alle Sektoren sollten sich diesbezüglich überlegen, welchen Beitrag sie zur Gesundheit leisten können, sowohl strategisch als auch finanziell, da bereits auf Landesebene nach Ansicht der ExpertInnen einiges bewirkt werden könnte. Die InterviewpartnerInnen verweisen dabei aber auch auf die Wichtigkeit der Unterstützung des Konzeptes von politischer Seite sowie der langfristigen Ausrichtung.

Aktuell setzen sich in der Steiermark bereits eine große Anzahl an Personen und Institutionen für Bewegung und/oder Ernährung ein. Neben den ausgebildeten ÜbungsleiterInnen im Sportbereich gibt es Lobbying-Aktivitäten, beispielsweise von der ARGUS-Steiermark, dem Verband von SportwissenschaftlerInnen Österreichs oder dem Verband der Diätologen Österreichs. Neben dem Lobbying wird aber auch eine Menge an Projekten und Programmen im Bewegungs- und/oder Ernährungsbereich verfolgt, sodass in den diversen Settings und Sektoren Angebote für verschiedene Zielgruppen bestehen. In jedem Bereich gibt es jedoch einen Verbesserungsbedarf bezüglich der Integration bestimmter Zielgruppen, beispielsweise die vermehrte Berücksichtigung von „Mädchen“ oder „SeniorInnen“ in Bewegungs- und Ernährungsprojekten.

Abgesehen von projektspezifischen Verbesserungsmöglichkeiten weisen die ExpertInnen allgemein darauf hin, dass es einer verstärkten Bewusstseinsbildung hinsichtlich der Gesundheit in der Steiermark bedarf. Diese sollte bereits im Kindesalter gestartet werden. Darüber hinaus gilt es aber auch, gezielt die erwachsene Bevölkerung sowie EntscheidungsträgerInnen mit einzubeziehen. Gesunde Bewegung und Ernährung sollte im Sinne eines „Mainstreaming-Denkens“ in der Steiermark verankert werden.

Daher ist auch die Gestaltung der Umwelt hinsichtlich der gesundheitsfördernden Bewegung und Ernährung ein wichtiger Ansatzpunkt. Die Steiermark weist beispielsweise 0,12 km Radwege pro Quadratkilometer auf und es bestehen ca. 9,5-mal mehr Straßen- als Radwegkilometer; zwei Prozent der Gesamtlandesfläche der Steiermark sind als Straßenverkehrsfläche deklariert (59, S. 3). Den Zugang zu öffentlichen Parks bewertet die Mehrheit der steirischen Bevölkerung im Rahmen der EU-SILC-Befragung 2007 als eher leicht.

Bezüglich der Ernährung kann festgestellt werden, dass an Werktagen knapp ein Viertel der österreichischen Bevölkerung verschiedenste Angebotsformen der Gemeinschaftsverpflegungen in Anspruch nimmt (64, S. 83). Ein Großteil davon findet im Zuge der Betriebsverpflegung statt. In der Steiermark wurden bis Ende 2009 ca. 4.150 KundInnen im Rahmen des Projektes „gemeinsam essen“ mit gesunder Kost im Rahmen von Gemeinschaftsküchen versorgt (66). Jene 25 Institutionen setzen auch die Empfehlungen des *Leitfadens für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken* gezielt um.

Um die Qualität in den Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen zu sichern, gibt es verschiedene Empfehlungen zur Orientierung, wie z.B. die D-A-CH-Referenzwerte. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit zur Zertifizierung, beispielsweise mittels des ÖGE-Gütesiegels oder des durch Styria vitalis verliehenen Gütesiegels „Grüne Küche“. Daten, inwieweit diese Kriterien in den Gemeinschaftsküchen tatsächlich umgesetzt und eingehalten werden, liegen nicht vor.

Frauen und Personen im Alter zwischen 20 und 60 Jahren weisen ein besseres Ernährungswissen auf, als Männer und Personen, die jünger als 20 und älter als 60 Jahre sind (16, S. 61-62). Die wichtigsten Quellen für Ernährungsinformationen sind dabei neben dem TV die Familie oder Freunde, Gesundheitsbroschüren, Beiträge in Tageszeitungen, Magazinen usw. (18, S. 393).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass in der Steiermark bereits eine Vielzahl an Angeboten und Rahmenbedingungen hinsichtlich gesunder Bewegung und Ernährung besteht. Dennoch sind in diesem Kapitel Verbesserungspotenzial identifiziert und Maßnahmen dargestellt worden, die auf Landesebene zur Erreichung der *Gesundheitsziele Steiermark* beitragen sollen.

### Schlussfolgerungen

Insgesamt ist – wie bereits im *Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken* erwähnt – die Entwicklung eines Aktionsplans zu empfehlen, der die konkrete Umsetzung von Maßnahmen zur Schaffung einer bewegungsfreundlichen Umwelt enthält. Dabei ist darauf zu achten, dass möglichst viele Sektoren und Akteure miteinbezogen werden und die verschiedenen Bedürfnisse der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen berücksichtigt werden (2), (2, S. 8-9). Vor allem für Frauen, ältere Menschen und Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status ist die Etablierung bewegungsfördernder Lebensverhältnisse von großer Bedeutung.

Was die Ernährung angeht, so gelten ebenfalls Menschen mit niedrigerem sozialem Status, aber vor allem auch Männer und jüngere Personen als Zielgruppen, die u.a. durch Politikmaßnahmen und Gesundheits- bzw. Früherkennungsangebote (z.B. Betriebliche Gesundheitsförderung, Vorsorgeuntersuchung) angesprochen werden sollten.

Mit dem *Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken* wurde bereits eine Grundlage geschaffen, auf die nun bei der Konzeption, Planung, Umsetzung und Evaluierung weiterer verhältnis- und verhaltensorientierter Maßnahmen aufgebaut werden soll. Um diesen Prozess zu unterstützen, wird die Erhebung von für die Planung, Umsetzung und Evaluierung relevanten Daten (basierend auf den Indikatoren des Leitfadens) empfohlen, die auch die Darstellung kleinräumiger Zusammenhänge ermöglichen.

## Quellen- und Literaturverzeichnis

- 1 Cavill, N., Kahlmeier, S. & Racioppi, F. (2006). *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. Copenhagen: World Health Organization Europe.
- 2 Grasser, G., Wieseneder, E., Fink, S., Zisler, M. & Marchl, S. (2009). *Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken: Verhalten, Verhältnisse und Indikatoren*. Graz: Gesundheitsfonds Steiermark.
- 3 Land Steiermark. (2007). *Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.
- 4 WHO. (2004). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva: WHO.
- 5 Branca, F., Nikogosian, H. & Lobstein, T. (2007). *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- 6 Wilk, E. v. d. (11. April 2008). *Overweight – Definition and scope*. Download vom 17. Dezember 2009, von [http://www.euphix.org/object\\_document/o4619n27195.html](http://www.euphix.org/object_document/o4619n27195.html)
- 7 Wilk, E. v. d. (13. März 2007). *Limitations of BMI as a measure of overweight and obesity*. Download vom 17. Dezember 2009, von [http://www.euphix.org/object\\_document/o4852n27195.html](http://www.euphix.org/object_document/o4852n27195.html)
- 8 ECHIM (European Community Health Indicators Monitoring). (2009). *ECHI shortlist (June 2008 version) documentation sheets* Download vom 10. Mai 2009, von [www.echim.org/docs/documentation\\_sheets.pdf](http://www.echim.org/docs/documentation_sheets.pdf)
- 9 ÖBIG. (o.J.). *Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung*. Download vom 18. Februar 2010, von [http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/2/7/4/CH0713/CMS1200057285919/empfehlungen\\_gbe\\_oe.pdf](http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/2/7/4/CH0713/CMS1200057285919/empfehlungen_gbe_oe.pdf)
- 10 WHO. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Reprinted 2004*. Geneva: WHO.
- 11 Edwards, P. & Tsouros, A. (2006). *Promoting physical activity and active living in urban environments. The Role of Local Governments*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- 12 IPAQ. (2005). *Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms*. Download vom 23. Dezember 2009, von <http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>
- 13 Hagstromer, M., Oja, P. & Sjostrom, M. (2006). The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): a study of concurrent and construct validity. *Public Health Nutrition*, 9 (6), 755-62.

- 14 Trojano, R. (2007). Large-Scale Applications of Accelerometers: New Frontiers and New Questions. *American College of Sports Medicine. Medicine & Science in Sports & Exercise*, 39 (9), 1501.
- 15 Klimont, J., Kytir, J. & Leitner, B. (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
- 16 Elmadfa, I. (Hg.), (2003). *Österreichischer Ernährungsbericht 2003*. Ernährungsbericht 2003. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- 17 Grasser, G., Wieseneder, E., Ebner, K. & Plunger, P. (2009). *Projektbericht. GeKiS: Gesundheits-Kernindikatoren Steiermark*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark. (unveröffentlicht).
- 18 Elmadfa, I., Freisling, H., Nowak, V., Hofstädter, D., Hasenegger, V., Ferge, M. et al. (2009). *Österreichischer Ernährungsbericht 2008*. Wien: Institut für Ernährungswissenschaften im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.
- 19 WHO. (2008). *WHO global strategy on diet, physical activity and health: a framework to monitor and evaluate implementation*. Geneva: WHO.
- 20 Naidoo, J. & Wills, J. (2000). *Health Promotion. Foundations for Practice*. Edinburgh: Baillière Tindall.
- 21 Gesundheitsförderung Schweiz. (2004). *Anleitung zum Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- 22 Thaler, R. & Gleissenberger, E. (2006). *Masterplan Radfahren. Strategie zur Förderung des Radverkehrs in Österreich*. Wien: Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft.
- 23 Sportsektion des Bundesministeriums für Landesverteidigung und Sport. (2009). *Sport-Gesetzgebung in Österreich*. Download vom 3. Februar 2010, von [http://www.sportministerium.at/de/menu\\_main/themen/gesetze--verordnungen--richtlinien](http://www.sportministerium.at/de/menu_main/themen/gesetze--verordnungen--richtlinien)
- 24 Steiermärkisches Landessportgesetz 1988. Österreich. (2009). Steiermärkisches Landessportgesetz 1988 idF LGBl. Nr. 98/2009.
- 25 Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur. (2009). *Unterrichtsgegenstände*. Download vom 3. Februar 2010, von <http://www.bewegung.ac.at/index.php?id=76>
- 26 Wieseneder, E. & Grasser, G. (2010). *Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2010 für die Steiermark*. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen.
- 27 Umweltbundesamt. (2007). *Umweltsituation in Österreich. Achter Umweltkontrollbericht*. Wien: Umweltbundesamt.
- 28 Stmk. BauG. Österreich. (2008). Steiermärkisches Baugesetz 1995 idF LGBl. Nr. 88/2008.

- 29 Steiermärkisches Raumordnungsgesetz 1974. Österreich. (2008). Gesetz vom 25. Juni 1974 über die Raumordnung im Lande Steiermark idF LGBl. Nr. 89/2008.
- 30 Amt der Steiermärkischen Landesregierung Abteilung 16 – Landes- und Gemeindeentwicklung und Fachabteilung 13B Bau- und Raumordnung, E. (2007). *Siedlungsschwerpunkte. Richtlinie zur Festlegung und Abgrenzung*. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung Abteilung 16 – Landes- und Gemeindeentwicklung und Fachabteilung 13B Bau- und Raumordnung, Energieberatung.
- 31 Stadt Graz A10/8 – Verkehrsplanung. (2009). *Leitfaden Mobilität für Bauvorhaben*. Graz: Stadt Graz A10/8 – Verkehrsplanung.
- 32 Podesva, P. (2009). *Grundsätze der guten Hygienepraxis (GHP) und des HACCP-Systems*. Wien: Wirtschaftskammer Wien.
- 33 Mraz, G., Hofmann, R., Gruber, M. & Egger-Rollig, E. (2005). *Nachhaltige Ernährung in Schulen. Fallbeispiele aus Österreich und Schweden*. Wien: Österreichisches Ökologie-Institut.
- 34 Geschäftsstelle Bundesprogramm Ökologischer Landbau in der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung. (2005). *Rahmenkriterien für das Verpflegungsangebot in Schulen*. Bonn: Geschäftsstelle Bundesprogramm Ökologischer Landbau in der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung.
- 35 Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur. (2009). *Empfehlungen für gelungene schulische Tagesbetreuung*. Wien: Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur.
- 36 Duden. (2001). Konzept. In Baer, D. (Hg.), *Duden – Das Fremdwörterbuch* 543). Rheda-Wiedenbrück: RM-Buch-und-Medienvertrieb
- 37 Marketing.ch. (o.J.). *Checkliste: Grundlagen Marketingkonzeption*. Download vom 1. Februar 2010, von [http://www.marketing.ch/wissen/marketingkonzept/CL\\_marketingkonzeption.asp](http://www.marketing.ch/wissen/marketingkonzept/CL_marketingkonzeption.asp)
- 38 Tropper, A., Feigg, W. & Krause, B. (Hg.), (2008). *Strategie Radverkehr Steiermark 2008 - 2012*. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung – Fachabteilung 18A.
- 39 LEP 2009. Österreich. (2009). Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 6. Juli 2009, mit der das Landesentwicklungsprogramm – LEP 2009 erlassen wird idF LGBl. Nr. 75/2009.
- 40 AGES. (2010). *Nationaler Aktionsplan Ernährung*. Download vom 4. Februar 2010, von <http://www.ages.at/ages/ernaehrungssicherheit/thema-ernaehrung/nationaler-aktionsplan-ernaehrung/>
- 41 Land Steiermark. (2008). *Landesrechnungsabschluss 2008*. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung.
- 42 Gesundheitsfonds Steiermark. (2008). *Gesundheitsplattform Steiermark Jahresbericht 2008*. Graz: Gesundheitsfonds Steiermark.



- 43 BGF-Netzwerk. (o.J.). *Betriebliche Gesundheitsförderung*. Download vom 17. August 2010, von [http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/channel\\_content/cmsWindow?p\\_tabid=4&p\\_menuid=64778&action=2](http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=4&p_menuid=64778&action=2)
- 44 WHO. (2007). *Steps to health. A european framework to promote physical acitivity for health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- 45 ARGUS Steiermark. (o.J.). *Wir über uns*. Download vom 26. Jänner 2010, von <http://graz.radln.net/cms/ziel/25359383/DE/>
- 46 Verband von SportwissenschaftlerInnen Österreichs. (o.J.). *Aufgaben und Ziele*. Download vom 29. Jänner 2010, von [http://www.diesportwissenschaftler.at/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6&Itemid=2](http://www.diesportwissenschaftler.at/index.php?option=com_content&view=article&id=6&Itemid=2)
- 47 Mencigar, M. (2008). *Die Organisation des Sports in Österreich*. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung FA 12C – Sportwesen.
- 48 Mencigar, M., Leiterin des Referats Sport, Gesundheit und Marketing in der FA12C – Sportwesen, Telefonat, 4. März 2010.
- 49 WIFI Steiermark. (2009). *Wellness / Fitness*. Download vom 10. Februar 2010 von <http://www.stmk.wifi.at/eShop/bbDetails.aspx/AUSBILDUNG-ZUM--FITNESS-TRAINER/@/bbnr/55009/zg/NE/>
- 50 Verband der Diätologen Österreichs. (2006). *Ansprechpartner*. Download vom 10. Februar 2010, von <http://diaetologen.connexcc-hosting.net/de/portal/presse/ansprechpartner/>
- 51 Grabner, A. (o.J.). *Landesgruppe Steiermark*. Download vom 24. Februar 2010, von <http://www.diaetologen.at/blueline/upload/landesgruppestmk3.pdf>
- 52 Styria vitalis. (2009). *Ergebnisbericht zur Erhebung steirischer Projekte und Programme zum Thema gesunde Ernährung und Bewegung*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark. (unveröffentlicht).
- 53 WHO. (1998). *Gesundheit21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.
- 54 Österreichische Bundes-Sportorganisation. (2007). *Bewegungsangebote für Steiermark*. Download vom 25. Februar 2010, von <http://www.fitfueroesterreich.at/main.asp?VID=1&kat1=10&kat2=440&kat3=&Text=&List=1&oebdl=ST&PLZS=&QSKAT=1&FFOESVGUID>
- 55 Fonds Gesundes Österreich. (2010). *„Gemeinsam gesund bewegen“*. Download vom 25. Februar 2010, von <http://www.bummbumm.at/DE/Termine/26.%20Oktober%202009/Gemeinsam+gesund+bewegen.aspx>

- 56 Forschungsgesellschaft Mobilität. (o.J.). *1.500 Grazer Kinder lernten im Kindergarten Radeln*. Download vom 3. März 2010, von <http://www.fgm.at/news.phtml?id=2017&sprache=de>
- 57 Landtag der Steiermark. (15. September 2001). *Beschluss Nr. 249 der XIV. Gesetzgebungsperiode. EZ 184/1*. Graz: Landtag Steiermark.
- 58 Landesschulrat für Steiermark. (15. September 2009). *Steirische SchülerInnen werden heuer zu KünstlerInnen*. Download vom 18. August 2010, von [http://www.lsr-stmk.gv.at/cms/dokumente/10090732\\_356584/5079a6ba/PA\\_Kus.pdf](http://www.lsr-stmk.gv.at/cms/dokumente/10090732_356584/5079a6ba/PA_Kus.pdf)
- 59 Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie, Abteilung II/ST1 Planung und Umwelt. (2009). *Statistik Straße & Verkehr, Jänner 2009*. Wien: Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie.
- 60 VCÖ. (2009). *VCÖ-Untersuchung: In Österreich gibt es 11.550 Kilometer Radwege*. Download vom 1. März 2010, von <http://www.vcoe.at/start.asp?ID=4362>
- 61 NEWS. (o.J.). *Neighborhood Environment Walkability Scale*. Download vom 11. Februar 2010, von <http://www.drjamesallis.sdsu.edu/NEWS.pdf>
- 62 Till, M., Datler, G., Glaser, T., Heuberger, R., Mahidi, M., Skina, M., Kafka, E. & Lamei, N. (2009). *Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse EU-SILC 2007*. Wien: Statistik Austria.
- 63 Lebensministerium. (2009). *Waldflächen und Holzvorrat 2000/02*. Download vom 1. März 2010, von <http://duz.lebensministerium.at/duz/duz/download/obj.616493/pdf>
- 64 Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasser. (2003). *2. Lebensmittelbericht Österreich. Die Entwicklung des Lebensmittelsektors von 1995 bis 2002*. Wien: Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasser.
- 65 Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft. (2008). *Lebensmittelbericht Österreich 2008*. Wien: Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft.
- 66 Marchl, S., Styria vitalis – Koordination gemeinsam essen & anders essen, E-Mail, 1. Februar 2010.
- 67 Gesundheitsfonds Steiermark. (2009). *Newsletter „Gesundheitsziele“*. Download vom 4. März 2010, von <http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/ziel/26398953/DE/>
- 68 Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur. (1997). *Rundschreiben Nr. 53/1997. Richtlinie für Buffetbetriebe, Lehrmittelverkaufsstellen, Automaten und Kopiergeräte*. Wien: Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur.
- 69 Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur. (1997). *Grundsatzterlass Gesundheitserziehung. 27.909/115-V/3/96 vom 4. März 1997. Rundschreiben Nr. 7/1997*. Wien: Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur.

- 70 gutessen consulting. (2006). *Das gute Schulbuffet – von der Idee zur Umsetzung*. Wien: gutessen consulting.
- 71 gutessen consulting. (2008). *Die gute Schuljause in der Volksschule*. Wien: gutessen consulting.
- 72 Deutsche Gesellschaft für Ernährung. (2008). *Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr*. Neustadt a. d. Weinstraße: Neuer Umschau Buchverlag.
- 73 Deutsche Gesellschaft für Ernährung. (2004). *Der neue DGE-Ernährungskreis*. Download vom 23. Februar 2010, von <http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=413>
- 74 Deutsche Gesellschaft für Ernährung. (2005). *Die dreidimensionale Lebensmittelpyramide*. Download vom 23. Februar 2010, von <http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=481>
- 75 Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft. (2006). *Leitfaden „Gut essen in der Mensa“*. Wien: Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft.
- 76 Styria vitalis. (o.J.). *Grüne Küche Bedingungen*. Download vom 27. Jänner 2010, von <http://www.styriavitalis.at/download/InfoGrueneKueche.pdf>
- 77 Naidoo, J. & Wills, J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

## 8. **Bewusstsein im Umgang mit Alkohol in der Steiermark fördern**

### 8.1 **Einleitung**

Weltweit ist die Europäische Region jene, in der am meisten Alkohol getrunken wird. Man geht davon aus, dass jährlich 11 Liter Reinalkohol pro Erwachsenen konsumiert werden. Da rund 15% der EuropäerInnen keinen Alkohol zu sich nehmen und man von einer Untererfassung ausgeht, rechnet man damit, dass von Personen, die Alkohol trinken, durchschnittlich rund 15 Liter Reinalkohol getrunken werden (1, S. 4), wobei knapp die Hälfte (44%) des Reinalkohols in Form von Bier, 34% in Form von Wein und der Rest in Spirituosen getrunken wird (1, S. 4).

Übermäßiger Konsum von Alkohol kann zu weitreichenden physischen, psychischen und sozialen Problemen führen (2, S. 35), (3, S. 21). Bei den Folgen von Alkoholkonsum wird zwischen akuten und chronischen Schäden sowie Alkoholabhängigkeit unterschieden. Der Konsum von Alkohol erhöht zum Beispiel das Risiko für Leberzirrhose, Bluthochdruck, Schlaganfall, aber auch verschiedene Krebserkrankungen (3, S. 21). Zu den psychischen Folgen zählen Schlaflosigkeit, Depressionen, Angstzustände, Gedächtnisschwund sowie Selbstmord(versuche) (3, S. 22). Eine bis Anfang des 21. Jahrhunderts oftmals nur wenig beachtete Folge übermäßigen Alkoholkonsums sind soziale Probleme (4, S. 1), welche beispielsweise auf eine emotionale Instabilität zurückgeführt werden können, die es den betroffenen Personen erschwert, soziale Beziehungen aufrechtzuerhalten. Aber auch Gewalt und Unfälle stehen in Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol, wobei sich deren negative Auswirkungen vor allem im engsten sozialen Umfeld (Partnerschaft, Kinder) zeigen. Kinder haben darunter besonders zu leiden, da sie sich nur schwer vor den direkten und indirekten Folgen des Alkoholmissbrauchs ihrer Eltern schützen können. Schließlich sind noch die Auswirkungen von Alkoholabhängigkeit auf die Situation am Arbeitsplatz (4, S. 2-7) zu erwähnen, worunter nicht nur die erhöhte Unfallgefahr, sondern unter anderem auch vermehrte Fehlzeiten fallen (3, S. 97).

Im vorliegenden Gesundheitsbericht wird über alkoholbedingte Todesfälle, problematischen Alkoholkonsum sowie Verletzte und Todesfälle bei Unfällen mit alkoholisierten Beteiligten berichtet. Nicht eingegangen werden kann jedoch auf den Pro-Kopf-Alkoholkonsum, da hier eine realistische Einschätzung auf Basis der Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 oder des Handels nicht möglich ist (5, S. 70). Über den Alkoholkonsum von Jugendlichen ist bereits im *Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2010 für die Steiermark* berichtet worden (6, S. 111-114). Auf den Themenbereich Gewalt und

Alkohol wird im Kapitel „Gesundes und selbstbestimmtes Leben mit Familie, Partnerschaft und Sexualität fördern“ (Indikator „Gewaltdelikte“) eingegangen. Es ist jedoch nicht möglich, die Gewaltdelikte dahingehend zu differenzieren, ob diese durch den missbräuchlichen Konsum von Alkohol bedingt werden oder nicht.

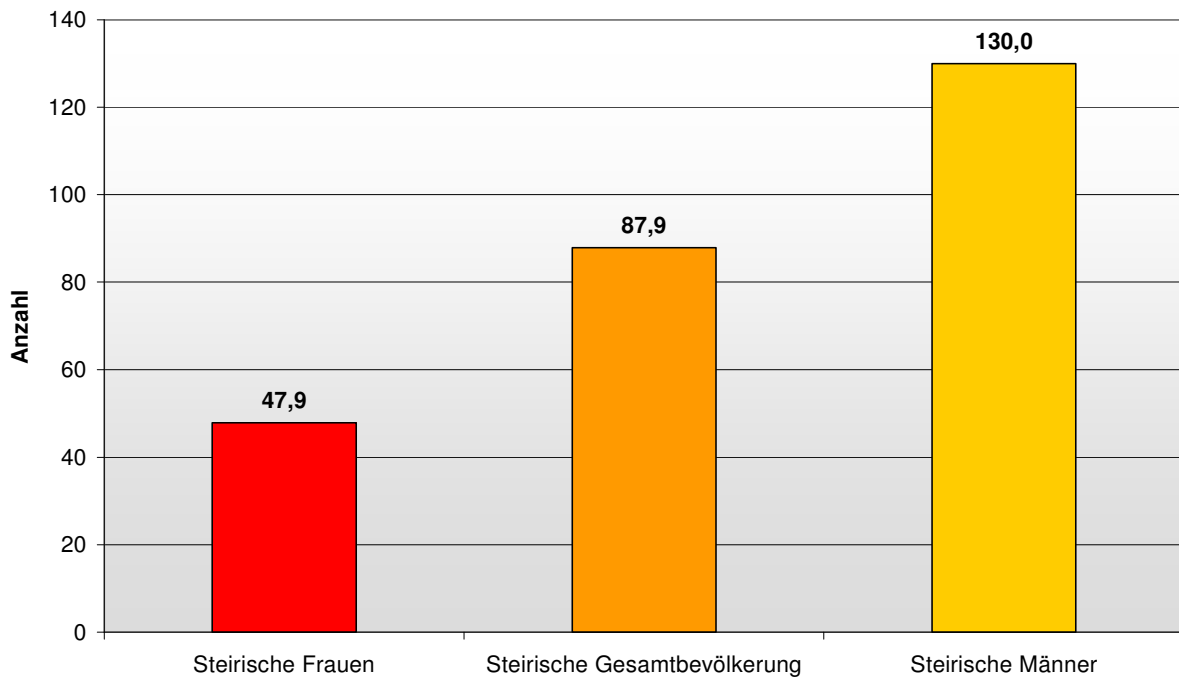
## **8.2 Ergebnisse**

### **8.2.1 Alkoholbedingte Todesfälle**

Alkoholbedingte Todesfälle sind der drittwichtigste Verursacher von vorzeitigen (daher vermeidbaren) Todesfällen und Krankheiten in der Europäischen Union. Zu den alkoholassozierten Todesfällen werden all jene gezählt, die aufgrund von Alkoholmissbrauch oder unter Alkoholeinfluss aufgetreten sind. Dazu zählen Speiseröhren- und Kehlkopfkrebs, Leberzirrhose, Hepatitis, Verhaltensstörungen, Unfälle, Stürze, Ertrinken, Selbstmord und tätliche Angriffe. Pro Jahr werden in Österreich rund 6.900, in der Steiermark ca. 1.070 Sterbefälle dieser Todesursache zugerechnet (7, S. 213).

Im Jahr 2008 ist die Sterbeziffer aufgrund von alkoholbedingten Todesfällen in der Steiermark bei 84 Todesfällen pro 100.000 EinwohnerInnen (vgl. Tabelle 8.2.1b) gelegen. Betrachtet man die Sterbeziffer in der Steiermark im Vergleich zu den anderen Bundesländern und im Österreichschnitt, so ist feststellbar, dass diese in den Jahren von 1998 bis 2004 in der Steiermark mit durchschnittlich 90 Todesfällen pro 100.000 EinwohnerInnen höher gewesen ist als im österreichischen Durchschnitt mit 85 pro 100.000 EinwohnerInnen. Im Bundesländervergleich ist dies die vierthöchste Sterbeziffer nach Wien (93 Todesfälle pro 100.000 EW), Kärnten (92 Todesfälle pro 100.000 EW) und dem Burgenland (91 Todesfälle pro 100.000 EW) gewesen. Die niedrigsten Sterbeziffern sind in Tirol (71 Todesfälle pro 100.000 EW) und Vorarlberg (61 Todesfälle pro 100.000 EW) zu finden (vgl. Tabelle 8.2.1a). Analysiert man die alkoholbedingten Todesfälle nach Geschlecht, so wird ersichtlich, dass im Jahr 2008 knapp dreimal so viele Männer wie Frauen an dieser Ursache verstorben sind (Frauen: 45 Todesfälle pro 100.000 Einwohnerinnen, Männer: 126 Todesfälle pro 100.000 Einwohner). Im Österreichvergleich zeigt sich für den Zeitraum von 1998 bis 2004 ebenfalls, dass die Sterbeziffer aufgrund von alkoholbedingten Todesfällen im Jahresschnitt in allen Bundesländern bei Männern 2,5- bis 3-mal höher ist als bei Frauen.

**Abbildung 21: Anzahl der alkoholbedingten Todesfälle pro 100.000 EinwohnerInnen in der Steiermark gesamt und nach Geschlecht im Durchschnitt von 2001 bis 2008**



Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung LASTAT Steiermark; eigene Darstellung

Insgesamt gibt es sehr große Schwankungen in den Bezirken, weshalb ein Durchschnitt für die Jahre 2001 bis 2008 errechnet worden ist (vgl. Tabelle 8.2.1b). Durchschnittlich sind in der Steiermark 88 Personen pro 100.000 EinwohnerInnen aufgrund von alkoholassoziierten Krankheiten verstorben. In den fünf Bezirken Bruck an der Mur, Judenburg, Leoben, Mürzzuschlag und Murau hat es in den Jahren 2001 bis 2008 durchschnittlich mehr als 100 Todesfälle pro 100.000 EinwohnerInnen gegeben, das heißt, dass in der Obersteiermark eine überdurchschnittliche Häufung zu verzeichnen ist. Die niedrigste durchschnittliche Sterblichkeit ist in den Bezirken Graz (77 Todesfälle pro 100.000 EW) und Graz-Umgebung (73 Todesfälle pro 100.000 EW) zu finden. Die Sterblichkeit aufgrund von alkoholassoziierten Krankheiten ist in diesen Jahren bei Männern immer zwischen 2,5- und 2,9-mal höher als jene von Frauen gewesen. Auf Steiermarkebene hat die Sterblichkeit von Männern 130 Todesfälle pro 100.000 Einwohner, bei Frauen 48 Todesfälle pro 100.000 Einwohnerinnen betragen. Die höchsten Sterblichkeitsraten (149 – 174 Todesfälle pro 100.000 Einwohner) bei Männern sind in den fünf zuvor genannten Bezirken aufgetreten, bei Frauen ist die höchste Sterblichkeitsrate im Bezirk Radkersburg (65 Todesfälle pro 100.000 Einwohnerinnen) zu finden.

## 8.2.2 Problematischer Alkoholkonsum

Der Konsum von Alkohol übt einen großen Einfluss auf den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden aus. Mehr als 60 verschiedene Krankheiten und Verletzungen können durch den Konsum von Alkohol hervorgerufen werden (8, S. 74). Da, wie bereits weiter oben beschrieben, der Pro-Kopf-Konsum aufgrund der vorhandenen Daten nicht abgebildet werden kann, wird der problematische Alkoholkonsum anhand der Angaben analysiert, die mit dem CAGE-Instrument erhoben werden. Das CAGE-Instrument ist bereits 1968 zur Entdeckung von Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch entwickelt worden (9, S. 34-35) und beinhaltet folgende vier Fragen (10, Anhang Fragebogen, S. 12-13):

- „Haben Sie einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?“
- „Hat jemand Sie einmal durch Kritisieren Ihres Alkoholkonsums ärgerlich gemacht?“
- „Haben Sie sich einmal schlecht oder schuldig gefühlt wegen Ihres Alkoholtrinkens?“
- „Haben Sie einmal morgens als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden?“

Werden zwei oder mehr dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet, so kann von einem problematischen Alkoholkonsum ausgegangen werden.

Dieser sehr häufig verwendete Fragebogen bietet den Vorteil, dass er schnell auszufüllen und nicht zu persönlich ist. Die Interpretation muss jedoch mit Vorsicht erfolgen, da aus der Literatur eine Untererfassung bei bestimmten Zielgruppen und Formen von Alkoholismus bekannt ist. Während bei Frauen aufgrund von befürchteter Stigmatisierung eine Untererfassung vorliegen dürfte, wird mit dem CAGE-Instrument „Binge-Drinking“ bei jüngeren Erwachsenen sowie schwerer Alkoholismus generell nicht erfasst (9, S. 36-37). Darüber hinaus gibt es für Binge-Drinking international keine einheitliche Definition, da darunter im deutschen Sprachraum „Komasaufen“ bzw. „Kampf- oder Wetttrinken“ verstanden wird, wohingegen damit nach einer Definition des US-amerikanischen „National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism“ jeglicher Alkoholkonsum, der eine Blutalkoholkonzentration von 0,8 Promille und mehr erzeugt, gemeint ist (11, S. 90-91). Unter Beachtung dieser Limitierungen bei der Interpretation der Daten gilt das Instrument als valide und nützlich (9, S. 39).

Für die Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 kann davon ausgegangen werden, dass eine massive Unterschätzung des Anteils jener Personen vorliegt, die einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen, wenn diese Zahlen z.B. mit Zahlen von repräsentativen Erhebungen des Ludwig Boltzmann Instituts für Suchtforschung verglichen werden (11, S. 144). Als Gründe für die Unterschätzung können Stichprobenfehler (eine Unterrepräsentierung von AlkoholikerInnen in üblichen Befragungsstichproben),

Fehlangaben (Verschweigen oder Übertreiben des tatsächlichen Alkoholkonsums) und Vergessen (Erinnerungsverzerrungen aufgrund des zeitlichen Abstands zwischen Alkoholkonsum und Befragung) genannt werden (11, S. 135).

Bei der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 sind vier Prozent der befragten SteirerInnen aufgrund ihrer Antworten der Kategorie problematischer Alkoholkonsum zugeordnet worden (vgl. Tabelle 8.2.2). Im Österreichvergleich ist dieser Anteil einer der niedrigsten, da der Anteil an Personen mit problematischem Alkoholkonsum in den einzelnen Bundesländern zwischen zwei (Kärnten) und fünf Prozent (Oberösterreich, Salzburg und Wien) schwankt. Österreichweit geht man davon aus, dass fünf Prozent der österreichischen Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren an chronischem Alkoholismus leiden, wobei die Gesamtlebenszeitprävalenz, also der Anteil jener Menschen, die diese Erkrankung im Laufe ihres Lebens durchmachen, rund zehn Prozent beträgt (11, S. 141). Weitere elf Prozent der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren sind im Rahmen einer für Österreich repräsentativen Befragung des Ludwig Boltzmann Instituts für Suchtforschung als Menschen mit problematischem Alkoholkonsum eingestuft worden (11, S. 144). Nach Geschlecht getrennt betrachtet, hat sich bei der Befragung des Ludwig Boltzmann Instituts bei Männern ein höherer Anteil an Personen ergeben, die einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen, als bei Frauen, wobei bei beiden Geschlechtern die niedrigsten Anteile bei Personen unter 20 Jahren und Personen über 69 Jahren festgestellt worden sind (11, S. 144). Auch bei der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 zeigte sich, dass Männer häufiger Alkohol konsumieren. Im Rahmen dieser Befragung ist für sieben Prozent der Steirer und ein Prozent der Steirerinnen ein problematischer Alkoholkonsum nach der weiter oben beschriebenen Definition festgestellt worden. Nach dem Alter betrachtet, nimmt ab dem 56. Lebensjahr der Anteil der Personen mit problematischem Alkoholkonsum ab. Für jüngere Altersgruppen ist kein eindeutiger Trend feststellbar. Nach der Ausbildung – als Indikator für den sozioökonomischen Status – betrachtet, ist sowohl bei Frauen als auch bei Männern kein eindeutiger Trend erkennbar.

Insgesamt weisen die Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 darauf hin, dass sich in der Steiermark der niedrigste Anteil an problematischem Alkoholkonsum im Bundesländervergleich findet, wobei jedoch die große Schwankungsbreite der Daten zu bedenken ist. Weiters lässt sich erkennen, dass Männer eher häufiger einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen als Frauen und ältere Personen dieser Gruppe tendenziell seltener zugeordnet werden können.



Analysiert man jedoch die Ergebnisse der repräsentativen Befragung, die seitens des Ludwig Boltzmann Instituts für Suchtforschung im Jahr 2004 durchgeführt worden sind, zeigt sich ein etwas anderes Bild. Da nicht in allen Bundesländern eine ausreichend große Stichprobe gezogen wurde, können die Ergebnisse für die Bundesländer Burgenland und Vorarlberg kaum und für die Bundesländer Salzburg und Tirol nur mit großer Vorsicht interpretiert werden (12, S. 75). Aus diesem Grund werden im Folgenden nur die Ergebnisse für Österreich sowie für die Bundesländer Kärnten, Steiermark, Oberösterreich, Niederösterreich und Wien beschrieben. So hat beispielsweise in der Steiermark der größte Anteil (16%) angegeben, in den letzten zwölf Monaten in einer typischen Trinksituation mehr als 130 Gramm Alkohol zu sich genommen zu haben. Der österreichische Durchschnitt liegt bei elf Prozent (13, S. 49). Darüber hinaus ist der Anteil der Personen, die mehr als 120 Gramm Alkohol in der Woche vor der Befragung getrunken haben, mit sechs Prozent im Vergleich zu den anderen vier analysierten Bundesländern höher (13, S. 83). Im Rahmen dieser Befragung haben drei Prozent der Befragten in der Steiermark einen problematischen Alkoholkonsum erkennen lassen, weitere 16% einen mittleren Alkoholkonsum. Als problematisch wird in dieser Befragung jener Alkoholkonsum definiert, der eine Gesundheitsgefährdung darstellt, das heißt für Frauen mehr als 40 g und für Männer mehr als 60 g Alkohol täglich. Ein mittlerer Alkoholkonsum bedeutet, dass der Alkoholkonsum eine Gefährdung der Gesundheit darstellen könnte (11, S. 93). Werden diese beiden Gruppen mit jenen Personen zusammengezählt, die einen extremen Alkoholkonsum aufweisen, so ergibt sich für die Steiermark im Bundesländervergleich ein Wert, der über dem österreichischen Durchschnitt und am zweithöchsten Rang nach Oberösterreich liegt (13, S. 85). Diese zu den Ergebnissen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 widersprüchlichen Daten weisen darauf hin, dass davon ausgegangen werden muss, dass der Alkoholkonsum in der Steiermark über dem österreichischen Durchschnitt liegt.

### **8.2.3 Verletzte im Straßenverkehr mit Alkoholbeteiligung**

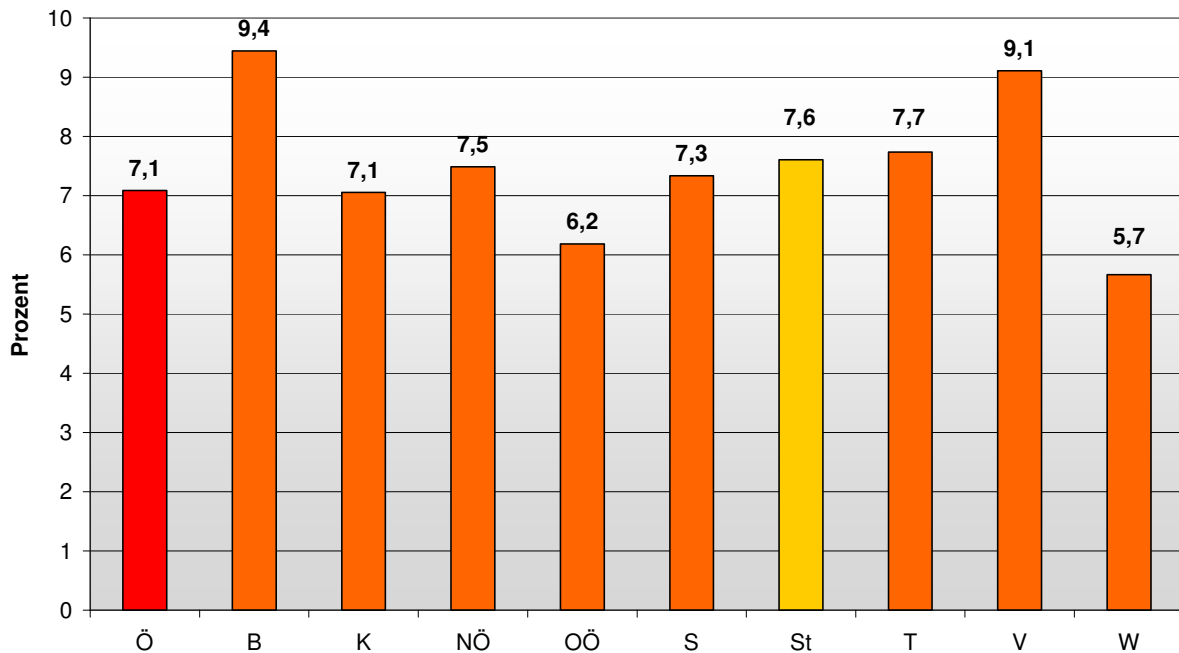
Eine Folge von missbräuchlichem Alkoholkonsum können auch Verkehrsunfälle sein, die durch Trunkenheit am Steuer verursacht werden (3, S. 22). Bei alkoholassozierten Unfällen (→Glossar) im Straßenverkehr gefährden z.B. alkoholisierte LenkerInnen nicht nur ihr eigenes Leben, sondern auch das Leben aller anderen am Straßenverkehr Beteiligten (z.B. BeifahrerInnen, andere StraßenverkehrsteilnehmerInnen) (1, S. 7). Erfasst werden diese Unfälle durch die Statistik der Straßenverkehrsunfälle, welche sich auf alle Unfälle auf österreichischen Straßen bezieht, bei denen Personen verletzt oder getötet werden (14, S. 3).

Bei der Beurteilung der Daten zu Alkoholunfällen ist sowohl von einer Unter- als auch Übererfassung auszugehen. Eine Untererfassung liegt vor, weil bei schwer verletzten und getöteten Unfallopfern normalerweise keine Untersuchung auf Alkoholisierung durchgeführt wird (14, S. 3), eine Übererfassung ergibt sich dadurch, dass alle Unfälle mit einem alkoholisierten Beteiligten als alkoholbezogene Unfälle klassifiziert werden, auch wenn diese nicht durch den Alkoholeinfluss zustande gekommen sind (11, S. 335). Weiters spielen bei der Beurteilung von Daten über längere Zeiträume hinweg, Änderungen in der Gesetzgebung eine wichtige Rolle (11, S. 334-335).

Bei diesem Indikator ist keine Auswertung nach Geschlecht möglich, da eine Auswertung nach Rolle im Straßenverkehr – FahrerIn, BeifahrerIn und sonstigeR BeteiligteR – sowie nach Geschlecht für eine Analyse notwendig wäre. Eine angestrebte Auswertung nach diesen insgesamt sechs Kategorien ist aufgrund der geringen Fallzahlen (15, S. 146) nicht durchgeführt worden.

Im Jahr 2008 hat es in der Steiermark bei Unfällen insgesamt 8.210 Verletzte gegeben, davon waren 7,4% in Unfälle mit alkoholisierten Beteiligten verwickelt (vgl. Tabelle 8.2.3), was somit leicht über dem gesamtösterreichischen Anteil von 7,2% – bei insgesamt 50.521 Verletzten – liegt. Die höchsten Anteile sind 2008 im Burgenland und in Vorarlberg zu beobachten gewesen. Da diese Daten großen Schwankungen unterliegen, ist ein Durchschnitt für die Jahre 2002 bis 2008 errechnet worden, wobei die gleichen Ergebnisse wie zuvor beschrieben ersichtlich werden.

**Abbildung 22: Anteil der Verletzten bei Unfällen mit alkoholisierten Beteiligten im Bundesländervergleich im Durchschnitt von 2002 bis 2008**



Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung LASTAT Steiermark; eigene Darstellung

Der Anteil der Verletzten bei Unfällen mit alkoholisierten Beteiligten schwankt zwischen den steirischen Bezirken im Jahr 2008 sehr stark. So hat es die höchste Zahl an Verletzten im Bezirk Graz (2.592) gegeben, jedoch war der Anteil jener, die in einem alkoholassoziierten Verkehrsunfall verletzt worden sind, mit 3,6% am niedrigsten in der ganzen Steiermark. Eine Berechnung des durchschnittlichen Anteils an Verletzten in den Bezirken zeigt, dass in den Jahren 2002 bis 2008 durchschnittlich die höchsten Anteile (zehn Prozent und mehr) in den Bezirken Bruck an der Mur, Feldbach, Fürstenfeld, Hartberg, Mürzzuschlag, Radkersburg und Weiz zu finden sind.

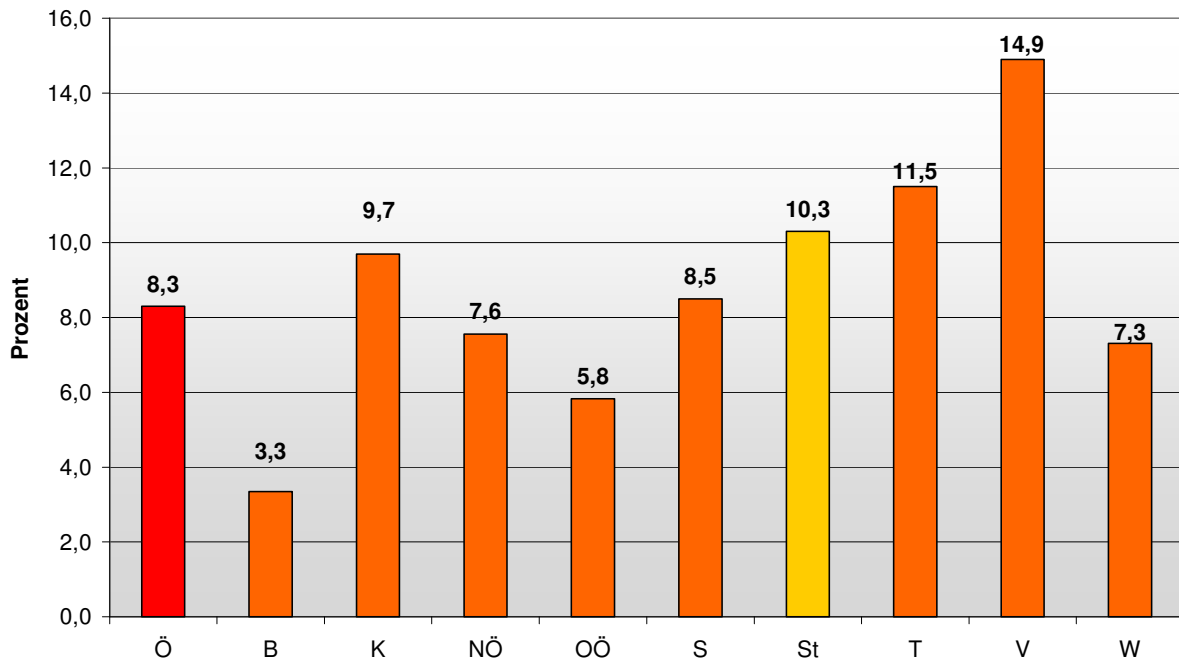
### 8.2.4 Todesfälle im Straßenverkehr mit Alkoholbeteiligung

Eines von drei bzw. vier (je nach Quelle) Todesopfern im Straßenverkehr ist auf alkoholassoziierte Verkehrsunfälle zurückzuführen (1, S. 6; 8, S. 23). Neben den oben genannten Einschränkungen des Indikators gilt es zu bedenken, dass es aufgrund der sehr niedrigen Zahlen zu großen Schwankungen kommen kann. Bereits ein schwerer alkoholassoziiertes Unfall, bei dem z.B. ein Autobus involviert gewesen ist, kann zu großen Veränderungen in der Anzahl führen (11, S. 335).

Durchschnittlich sind in den Jahren 2002 bis 2008 zehn Prozent der Todesopfer (etwa 14 Todesfälle pro Jahr) bei Verkehrsunfällen mit alkoholisierten Beteiligten gestorben. Dies ist

ein höherer Anteil als im österreichischen Durchschnitt, der in diesen Jahren acht Prozent betragen hat. Der niedrigste Anteil ist dabei im Burgenland (drei Prozent), der höchste in Vorarlberg (15%) zu finden (vgl. Tabelle 8.2.4).

**Abbildung 23: Anteil der Getöteten bei Unfällen mit alkoholisierten Beteiligten im Bundesländervergleich im Durchschnitt von 2002 bis 2008**



Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung LASTAT Steiermark; eigene Darstellung

Nach den steirischen Bezirken getrennt betrachtet, bestehen aufgrund der teilweise sehr geringen Fallzahlen (zwischen einem und 15 Todesfällen bei allen Verkehrsunfällen insgesamt) große Schwankungen in den Jahren 2002 bis 2008, weshalb sich keine Aussagen über Trends machen lassen. Im Durchschnitt zeigen sich hohe Anteile (über 15%) an Getöteten bei Verkehrsunfällen mit alkoholisierten Beteiligten in den Bezirken Bruck an der Mur, Deutschlandsberg, Mürzzuschlag, Radkersburg und Weiz.

### **8.3 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse**

Die Steiermark liegt sowohl bei den alkoholbedingten Todesfällen insgesamt als auch bei den Verletzten und Todesfällen aufgrund von Unfällen mit alkoholisierten Beteiligten über dem österreichischen Durchschnitt. Auch die Ergebnisse hinsichtlich problematischen Alkoholkonsums weisen darauf hin, dass Menschen in der Steiermark häufiger mit Schwierigkeiten im Umgang mit Alkohol konfrontiert sind, als solche in anderen Bundesländern bzw. im Österreichschnitt, wobei die Steirer davon häufiger betroffen sind als die Steirerinnen. Die höchsten Raten an alkoholbedingten Todesfällen sind in den NUTS-3-

Regionen „westliche Obersteiermark“ und „östliche Obersteiermark“ zu verzeichnen, wobei letztere Region auch sehr hohe Anteile an Verletzten bei Unfällen mit alkoholisierten Beteiligten aufweist. Eine weitere Region, in der sehr hohe Anteile an Verletzten bei Unfällen mit alkoholisierten Beteiligten auftreten, ist die NUTS-3-Region „Oststeiermark“. Hinsichtlich der Todesfälle bei Unfällen mit alkoholisierten Beteiligten ist keine eindeutige regionale Tendenz festzustellen.

### Schlussfolgerungen

Aufgrund der Tatsache, dass in der Steiermark sowohl der Alkoholkonsum als auch die damit verbundenen negativen Konsequenzen für die Gesundheit höher sind als im österreichischen Durchschnitt, besteht in der Steiermark – wie bereits in den *Gesundheitszielen Steiermark* festgestellt wurde – ein hoher Bedarf an der Umsetzung von diesbezüglichen Maßnahmen (16, S. 17). Die Ergebnisse von zwei der vier dargestellten Indikatoren weisen darauf hin, dass derartige Präventionsmaßnahmen sich vor allem an die Zielgruppe Männer richten müssen. Nachdem in den Bezirken der NUTS-3-Regionen „Oststeiermark“ und „östliche Obersteiermark“ besonders häufig Verletzungen und Sterbefälle im Zusammenhang mit alkoholassozierten Unfällen auftreten, ist zu empfehlen, in diesen Regionen zumindest Maßnahmen, die einen bewussten Umgang mit Alkohol bei LenkerInnen von Kraftfahrzeugen fördern, zu setzen (wie z.B. „verdachtsfreie“ Alkoholtests, also Tests auf Alkoholisierung, die nach einem Zufallsprinzip und ohne Vorliegen eines konkreten Verdachts auf Alkoholisierung durchgeführt werden) (1, S. 8). Aber auch Maßnahmen in Bars und Restaurants, die darauf abzielen, den Trinkkontext zu ändern, haben sich als effektiv erwiesen (1, S. 9). Diese beiden Beispiele verweisen darauf, dass eine Abstimmung und Zusammenarbeit der verschiedenen Sektoren mit einer Festlegung von Zuständigkeiten, einer Definition von Zielen und der Verteilung von Umsetzungsaufträgen, wie auch im Grundsatz der *Gesundheitsziele Steiermark* „Gesundheit in alle Bereiche der Gesellschaft bringen“ festgelegt, auch bei diesem Teilziel sehr wichtig ist.

## Quellen- und Literaturverzeichnis

- 1 Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alkohol in Europa. Eine Public Health Perspektive. Ein Bericht für die Europäische Kommission. Zusammenfassung.* o.O.: Institute for Alcohol Studies.
- 2 World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse. (2004). *Global Status Report on Alcohol 2004.* Geneva: WHO.
- 3 Rehn, N. (2001). *Alkohol in der Europäischen Region – Konsum, Gesundheitsschäden und die politische Dimension.* Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- 4 Klingemann, H. (2001). *Alkohol und die sozialen Folgen – die vergessene Dimension.* Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- 5 Grasser, G., Wieseneder, E., Ebner, K. & Plunger, P. (2009). *Projektbericht. GeKiS: Gesundheits-Kernindikatoren Steiermark.* Graz: Gesundheitsplattform Steiermark. (unveröffentlicht).
- 6 Wieseneder, E. & Grasser, G. (2010). *Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2010 für die Steiermark.* Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen.
- 7 Land Steiermark. (2009). *Regionale Todesursachen in der Steiermark 1998/2004. Heft 1/2009.* Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 1C – Landesstatistik.
- 8 ECHIM (European Community Health Indicators Monitoring). (2009). *ECHI shortlist (June 2008 version) documentation sheets* Download vom 10. Mai 2009, von [www.echim.org/docs/documentation\\_sheets.pdf](http://www.echim.org/docs/documentation_sheets.pdf)
- 9 Dhalla, S. & Kopec, J. A. (2007). The CAGE questionnaire for alcohol misuse: a review of reliability and validity studies. *Clin Invest Med*, 30 (1), 33-41.
- 10 Klimont, J., Kytir, J. & Leitner, B. (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation.* Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
- 11 Uhl, A., Bachmayer, S., Kobrna, U., Puhm, A., Springer, A., Kopf, N., Beiglböck, W., Eisenbach-Stangl, I., Preinsperger, W. & Musalek, M. (2009). *Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen. Daten. Fakten. Trends. dritte, überarbeitete und ergänzte Auflage 2009.* Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- 12 Uhl, A., Springer, A., Kobrna, U., Gnambs, T. & Pfarrhofer, D. (2005). *Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch. Erhebung 2004. Bericht.* Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.

- 13 Uhl, A., Springer, A., Kobrna, U., Gnambs, T. & Pfarrhofer, D. (2005). *Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch. Erhebung 2004. Kreuztabellen*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- 14 Statistik Austria. (2009). *Standard-Dokumentation. Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Statistik der Straßenverkehrsunfälle*. Wien: Statistik Austria.
- 15 Statistik Austria. (2009). *Straßenverkehrsunfälle 2008*. Wien: Statistik Austria.
- 16 Land Steiermark. (2007). *Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.

## 9. **Gesundes und selbstbestimmtes Leben mit Familie, Partnerschaft und Sexualität fördern**

### 9.1 **Einleitung**

Reproduktive Gesundheit bedeutet nach der Definition der WHO, dass „Menschen dazu fähig sind, ein befriedigendes und sicheres Sexualeben zu haben und dass sie dazu in der Lage sind, sich nicht nur fortzupflanzen, sondern auch selbst darüber zu entscheiden, ob, wann und wie oft (vgl. 1, S. 7) sie sexuell aktiv sein wollen“. Dementsprechend umfasst dieser Begriff nicht nur sexuell übertragbare Krankheiten, sondern beschäftigt sich auch mit zwischenmenschlichen Beziehungen und deren Qualität (1, S. 7). Weiters zählen dazu auch der Zugang der Menschen zu Informationen zu diesem Themenbereich und eine sichere Mutterschaft (sichere Schwangerschaft, Geburt und gesunde Kinder) (2, S. 7).

Reproduktive Gesundheit hat neben physischen und psychischen Dimensionen aber auch eine soziale Dimension und steht darüber hinaus in einem direkten Zusammenhang mit dem Wohlbefinden der einzelnen Personen. Aufgrund der Alterung der Bevölkerung sowie der abnehmenden Fertilitätsraten nimmt reproduktive Gesundheit in der WHO-Region Europa einen großen Stellenwert ein (1, S. 7).

In den *Gesundheitszielen Steiermark* wird darauf hingewiesen, dass es Bereiche gibt, für die ein Gesundheitsförderungsbedarf im Hinblick auf reproduktive Gesundheit festgestellt worden ist. So wird beispielsweise berichtet, dass der Wissensstand der Mädchen und Frauen über ihre eigene Sexualität niedrig ist (3, S. 23). Im Rahmen der *Gesundheitsziele Steiermark* sind, aufbauend auf die Definition von reproduktiver Gesundheit, drei Maßnahmenfelder identifiziert worden (4, S. 117): Neben der Schaffung der notwendigen Voraussetzungen zur Stärkung der reproduktiven und sexuellen Gesundheit ist die Verbesserung des sexuellen Verhaltens sowie der reproduktiven und sexuellen Gesundheit genannt worden.

Balthasar et al. definierten in einem Indikatorensatz für die Schweiz fünf Themenbereiche, über die im Rahmen eines Monitoring zu reproduktiver Gesundheit berichtet werden sollte (5, S. 2):

1. Fruchtbarkeit, Schwangerschaft und Geburt
2. Gesundheit der Sexual- und Reproduktionsorgane
3. sexuell übertragbare Krankheiten
4. Sexualverhalten
5. sexuelle Gewalt: Gewaltdelikte



Aufgrund der von steirischen ExpertInnen vermuteten unzureichenden Qualität der Daten beispielsweise zu Gebärmutter- und Eierstockentfernungen (6, S. 93) können zum zweiten Indikatorenbereich „Gesundheit der Sexual- und Reproduktionsorgane“ keine Daten berichtet werden. Aufgrund von Datenlücken werden auch die Bereiche „Sexualverhalten“ und „Inanspruchnahme von Beratungsangeboten“ nicht behandelt (6, S. 92). Weiters werden im Rahmen des *Gesundheitsberichts 2010 für die Steiermark* keine Daten zur Gesamtfertilität, Säuglings- oder Müttersterblichkeit analysiert, da diese bei der Festlegung der Gesundheits-Kernindikatoren Steiermark als zu wenig interventions- und eher krankheitsorientiert bewertet worden sind (6, S. 92).

Im Folgenden kommen daher Indikatoren zu drei der fünf oben vorgestellten Themenbereiche zum Einsatz:

1. Fruchtbarkeit, Schwangerschaft und Geburt: Altersverteilung der Gebärenden, Geburtsgewicht und Kaiserschnitte
2. sexuell übertragbare Krankheiten: HIV-Neuinfektionen, Lues und Gonorrhö
3. sexuelle Gewalt: Gewaltdelikte

Darüber hinaus fließen Daten zur Haushaltsstruktur in den Bericht ein, um die soziale Dimension dieses Themenbereichs abzubilden.

## **9.2 Ergebnisse**

### **9.2.1 Einpersonen-, AlleinerzieherInnen und Paar (mit und ohne Kinder)-Haushalte**

Mit diesem Indikator wird versucht, die Familien- und Partnerschaftsstruktur aufzuzeigen. Auszugehen ist davon, dass Familie und Partnerschaft einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben. So wurde beispielsweise gezeigt, dass verheiratete Personen eine höhere Lebenserwartung sowie eine niedrigere Sterblichkeit aufweisen (7, S. 500-501). Dabei soll im Folgenden unter Familie nicht nur das traditionelle Bild – Vater, Mutter und Kind/Kinder – verstanden werden, sondern jede Form des Zusammenlebens, da jede Variante besondere Gesundheitspotenziale, aber auch Risiken in sich birgt (7, S. 498-499).

Kolip zählt vier Faktoren auf, die einen positiven Einfluss auf die Gesundheit begründen können: Erstens kann die Familie bzw. der/die PartnerIn eine soziale Unterstützung sein, indem Wertschätzung, Liebe und ein Zugehörigkeitsgefühl vermittelt werden (7, S. 497). Zweitens kann nicht nur rasche Versorgung durch die Anwesenheit anderer im Notfall (wie Schlaganfall und Herzinfarkt), sondern auch eine längere Versorgung durch die Familie bzw.

das Zusammenleben mit anderen Menschen besser gewährleistet werden (7, S. 505-507). Drittens kann die Familie insofern als Ort der Erholung gesehen werden, als sie die Möglichkeit zum Rückzug vom Erwerbsleben und vom öffentlichen Leben bietet. Dabei muss jedoch von einer geschlechtsspezifischen Ungleichheit in der Erholungsmöglichkeit ausgegangen werden, weil zumeist Frauen für die Gestaltung des privaten Bereichs zuständig sind. Da Frauen gleichzeitig jedoch immer mehr selbst im Erwerbsleben stehen, sind deren Erholungsmöglichkeiten eingeschränkter als jene von Männern (7, S. 506). Viertens zeigen Studien, dass mit der Ehe ein geregeltes Leben einhergeht (z.B. ein gesundheitsförderliches Ernährungsverhalten und ein kontrollierter Alkoholkonsum). Jedoch nicht nur die staatlich legitimierte Ehe übt diesen Einfluss aus, auch ein partnerschaftliches Zusammenleben oder das Leben in einer Wohngemeinschaft wirkt sich generell so aus (7, S. 506-507).

Familie und andere gemeinschaftliche Lebensformen können jedoch auch negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Bekannt ist, dass sogenannte Teilfamilien, also Familien mit alleinerziehenden Müttern und alleinerziehenden Vätern, eine Gruppe mit erhöhtem Armutrisiko darstellen. Etwa 50% der AlleinerzieherInnen in Österreich gelten laut Österreichischem Frauengesundheitsbericht als armutsgefährdet, was mit einem potenziell schlechteren Gesundheitszustand einhergeht (8, S. 259). Zum Zusammenhang zwischen Armutgefährdung und Gesundheit wird im Kapitel „Gleiche Chancen für Gesundheit ermöglichen“ beim Indikator „Armutgefährdungsquote“ berichtet. Aber auch Gewalt in der Familie/Partnerschaft hat einen negativen Einfluss auf die Gesundheit (7, S. 509). Daten zu diesem Themenbereich werden weiter unten beim Indikator „Gewaltdelikte“ analysiert.

Ein Themenbereich, der im Zusammenhang mit Familie ebenfalls eine relevante Rolle spielt, ist die Betreuung von pflege- und hilfsbedürftigen Menschen. Die Pflege in der Familie spielt aufgrund der größeren Vertrautheit und emotionalen Gebundenheit eine wichtige Rolle, wobei jedoch nicht vergessen werden darf, dass mit der Pflege von Angehörigen oft große psychische und physische Belastungen einhergehen. Davon betroffen sind überwiegend Frauen, die den Großteil der Pflegeleistungen erbringen (7, S. 511). In Österreich hat es im Jahr 2002 nach Berechnungen des Mikrozensus rund 281.900 Frauen und 144.000 Männer gegeben, die nahe Angehörige oder Bekannte gepflegt bzw. betreut haben. Insgesamt sind rund 464.000 Personen betreut worden, wovon rund 228.400 Personen Hilfe beim Waschen, Anziehen und anderen persönlichen Verrichtungen gebraucht haben. Sowohl der Großteil dieser Hilfe (rund 73%) als auch der Betreuungsleistung, die wöchentlich 15 Stunden und mehr beträgt (77%), wird von Frauen erbracht (8, S. 319-320).

Neben den körperlichen Belastungen, die durch das Heben und Umbetten entstehen, sind psychische und finanzielle Belastungen, zeitliche Einschränkungen und soziale Isolation bei den Pflegenden zu beobachten. Als positive Seiten werden ein erhöhtes Selbstwertgefühl sowie die erlebte Pflegekompetenz angeführt (7, S. 511).

Im Folgenden werden Daten aus den Volkszählungen von 1991 und 2001 sowie den Mikrozensusbefragungen von 2004 bis 2008 analysiert. Von besonderem Interesse – aus den oben genannten positiven Aspekten von gemeinsamen Haushalten bzw. Familien – sind einerseits die AlleinerzieherInnenhaushalte und andererseits die Einpersonenhaushalte.

2008 gab es in der Steiermark ca. 497.000 Haushalte, davon waren rund zwei Drittel Familienhaushalte und ein Drittel Nichtfamilienhaushalte. Als Nichtfamilienhaushalte werden Einpersonenhaushalte bzw. besondere Formen von Mehrpersonenhaushalten (wie etwa Wohngemeinschaften) bezeichnet (9, S. 16). 39.000 (acht Prozent) Haushalte sind solche von AlleinerzieherInnen, wobei alleinerziehende Mütter mit ihren Kindern 85% davon ausmachen. Das entspricht rund sieben Prozent aller Haushalte in der Steiermark. Fast alle Nichtfamilienhaushalte in der Steiermark sind Einpersonenhaushalte gewesen, wobei 56% davon Haushalte von Frauen sind. Das heißt, dass rund acht Prozent der steirischen Haushalte aus Alleinerziehenden samt deren Kindern und weitere 32% nur aus einer Person bestehen (vgl. Tabelle 9.2.1a).

Das bedeutet in weiterer Folge, dass Frauen häufiger in Einpersonenhaushalten wohnen und zu einem wesentlich höheren Anteil alleine Kinder aufziehen als Männer.

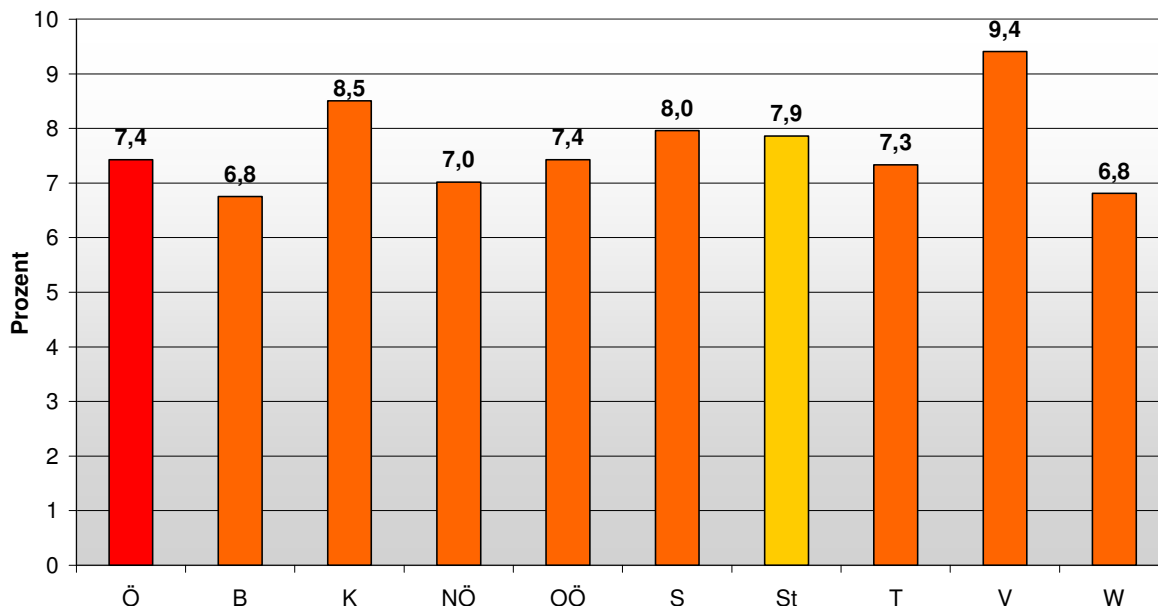
**Tabelle 39: Anzahl der Haushalte nach Anteil der Haushaltstypen**

Gliederungsmerkmal	Steiermark				Österreich
	1991	2001	2004	2008	2008
<b>in 1.000</b>					
Haushalte insgesamt in 1.000	425,6	468,8	480,5	496,8	3.566,5
in Prozent an allen Haushalten					
Familienhaushalte	71%	67%	68%	67%	63%
Einfamilienhaushalte	66%	65%	64%	62%	61%
Alleinerziehende Mütter	9%	9%	6%	7%	6%
Alleinerziehende Väter	1%	1%	1%	1%	1%
Nichtfamilienhaushalte	29%	33%	32%	34%	37%
Einpersonenhaushalte – Frauen	17%	18%	18%	18%	20%
Einpersonenhaushalte – Männer	9%	12%	13%	14%	15%

Datenquelle: Statistik Austria, LASTAT Steiermark; Darstellung und Berechnung: FH JOANNEUM (Durch die Hochrechnung der Daten können Rundungsfehler entstehen. Nicht dargestellt werden bei den Familienhaushalten die Mehrfamilienhaushalte sowie die Paare mit und ohne Kinder und bei den Nichtfamilienhaushalten die Mehrpersonenhaushalte.)

Insgesamt haben sich 2008 14% aller Haushalte Österreichs in der Steiermark befunden. Der Anteil der Nichtfamilienhaushalte ist in der Steiermark etwas unter dem österreichischen Durchschnitt von 37% gelegen. Den kleinsten Anteil an Nichtfamilienhaushalten hat es im Burgenland (28%) gegeben, den größten Anteil in Wien, wo fast die Hälfte aller Haushalte Nichtfamilienhaushalte gewesen sind und insgesamt 47% aller Haushalte Einpersonenhaushalte sind. Der Anteil der Frauen, die in einem Einpersonenhaushalt wohnen, ist in der Steiermark niedriger als im österreichischen Durchschnitt. Ähnliches gilt – wenngleich in einem geringeren Ausmaß – auch für die Steirer. Höher als im österreichischen Durchschnitt ist jedoch der Anteil der Familienhaushalte insgesamt, wobei der Anteil der AlleinerzieherInnenhaushalte in der Steiermark etwas über dem österreichischen Durchschnitt mit sieben Prozent liegt. Der Anteil der AlleinerzieherInnenhaushalte schwankt in ganz Österreich zwischen sieben Prozent (Burgenland, Niederösterreich, Oberösterreich, Tirol und Wien) und neun Prozent (Vorarlberg und Kärnten). In Salzburg ist der Anteil der AlleinerzieherInnenhaushalte ähnlich hoch wie in der Steiermark.

**Abbildung 24: Anteil der AlleinerzieherInnenhaushalte im Bundesländervergleich im Jahr 2008**



Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung LASTAT Steiermark; eigene Darstellung

Im zeitlichen Trend zeigt sich eine Abnahme des Anteils der Familienhaushalte mit einer gleichzeitigen Zunahme des Anteils der Nichtfamilienhaushalte – darunter vor allem bei den Einpersonenhaushalten, die von Männern bewohnt werden (vgl. Tabelle 9.2.1b). Die in den

Daten ersichtliche Abnahme der AlleinerzieherInnenhaushalte dürfte auf unterschiedlichen Klassifikationen in den Daten der Volkszählung (1991 und 2001) und den Daten der Mikrozensushebung (2004 – 2008) beruhen und nicht auf einem tatsächlichen Rückgang (9, S. 15). Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass die Zahl der AlleinerzieherInnenhaushalte gestiegen ist. So wurde im *Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2010 für die Steiermark* auf einen zunehmenden Anteil an Kindern hingewiesen, die in AlleinerzieherInnenhaushalten aufwachsen (10, S. 37).

### 9.2.2 Gewaltdelikte

Wie bereits beim vorherigen Indikator dargestellt, ist Gewalt in der Familie einer der negativen Einflüsse von Familien auf die Gesundheit. Gewalt im Haushalt wird als geschlechtsspezifisches Problem gesehen, von dem vor allem Frauen betroffen sind (11, S. 75). Über das Ausmaß von häuslicher Gewalt gibt es jedoch kaum verlässliche Angaben (7, S. 508; 8, S. 250; 11, S. 75). Eine Studie des Bundesministeriums für Umwelt, Jugend und Familie aus dem Jahr 1991 hat gezeigt, dass jede fünfte bis zehnte Frau, die in einer Partnerschaft lebt, von Gewalt betroffen ist (8, S. 250). Auch die WHO spricht davon, dass 20% aller Frauen im Laufe ihres Lebens zumindest einmal Opfer von Gewalt werden, wobei sie den/die TäterIn meistens kennen (11, S. 75). Aber auch Männer sind Opfer von Gewalt. In Deutschland sind 50-75% der Gewaltopfer in der amtlichen Kriminalstatistik männlich. Diese Gewalterfahrungen beziehen sich jedoch zumeist auf den außerhäuslichen, nichtfamiliären Bereich (12, S. 279).

Gewalt hat mehrere verschiedene gesundheitliche Folgen: Neben Verletzungen, die bis zu einer dauerhaften Beeinträchtigung führen können, sind psychosomatische und psychische Folgen, wie zum Beispiel chronische Schmerzsyndrome, Depressionen, Schlafstörungen, Panikattacken und Essstörungen möglich. Darüber hinaus können gesundheitsgefährdende Überlebens- und Bewältigungsstrategien, wie Rauchen, Alkohol- und Drogenmissbrauch und riskantes Sexualverhalten durch Gewalt ausgelöst werden. Bei Frauen kommen zusätzlich Folgen für die reproduktive Gesundheit, wie ungewollte Schwangerschaften und Fehlgeburten, dazu (8, S. 248; 13, S. 18).

Bei der Datenerhebung zur häuslichen Gewalt gibt es mehrere Probleme. Zusätzlich zu den unterschiedlichen Sichtweisen der einzelnen Familienmitglieder ist die Bereitschaft, über Gewalt in der Familie zu berichten, oftmals sehr niedrig, da Familienmitglieder oft gezwungen sind, mit den TäterInnen weiter zusammenzuleben. Dementsprechend kommt es bei Erhebungen auch sehr häufig zu Antwortverweigerungen oder sozial erwünschten

Antworten. Ein weiteres Problem ergibt sich daraus, dass es kaum möglich ist, die Perspektiven und Meinungen aller Betroffenen zu erheben (14, S. 57-58). Zur Abbildung der Gewaltdelikte wird im Folgenden die Anzahl der Gewaltdelikte in einer familiären Beziehung mit und ohne Haushaltsgemeinschaft analysiert, und zwar nach dem Geschlecht des Täters/der Täterin getrennt. Eine Auswertung nach dem Geschlecht des Opfers ist nicht möglich (15). Weiters ist aufgrund der fehlenden Daten die Berechnung der Rate nur in Bezug zur Wohnbevölkerung (und nicht, wie zu wünschen wäre, auf alle Haushaltsgemeinschaften) möglich. Bei den Daten der Kriminalstatistik ist jedoch von einer hohen Dunkelziffer auszugehen (8, S. 253; 14, S. 62). Als Gründe dafür werden die Tatsachen genannt, dass es meist erst bei sehr schweren Gewaltdelikten bzw. bei unbekanntem TäterInnen zu einer Anzeige kommt sowie dass Kinder, an denen Gewaltdelikte (psychische und sexuelle) verübt werden, oft nicht darüber reden (jüngere Kinder können sich oft noch nicht mitteilen und ältere Kinder haben Schwierigkeiten, darüber zu reden) (14, S. 62).

Die Gewaltdelikte umfassen strafbare Handlungen gegen Leib und Leben, die Freiheit, die Sittlichkeit sowie Raub (16). Die Einteilung nach den Altersgruppen „unter zehn Jahren“, „zehn bis 14 Jahre“, „15 bis 18 Jahre“, „18 bis 21 Jahre“, „21 bis 25 Jahre“, „25 bis 40 Jahre“ und „40 Jahre und älter“ stammt vom Bundeskriminalamt selbst. Weiters wird in den erhobenen Statistiken zwischen verschiedenen Formen der Täter-Opfer-Beziehung (familiäre Beziehung, Bekanntschaftsverhältnis und Fremde) unterschieden (8, S. 252). In diesem Bericht werden im Folgenden nur die Daten zu Gewaltdelikten in familiärer Beziehung analysiert.

2008 sind pro 100.000 EinwohnerInnen 115 Gewaltdelikte mit familiärer Beziehung des Täters/der Täterin zum Opfer erfasst worden. Diese Rate liegt unter dem österreichischen Durchschnitt von 140 familiären Gewaltdelikten pro 100.000 EinwohnerInnen. Die wenigsten Gewaltdelikte sind im Burgenland (84 Delikte pro 100.000 EinwohnerInnen), die meisten in Wien (212 Gewaltdelikte pro 100.000 EinwohnerInnen) erfasst worden (vgl. Tabelle 9.2.2a). Rund zwei Drittel der Gewaltdelikte (76 Gewaltdelikte pro 100.000 EW) in der Steiermark sind in einer familiären Beziehung mit Hausgemeinschaft, das verbleibende Drittel in einer familiären Beziehung ohne Hausgemeinschaft (40 Gewaltdelikte pro 100.000 EW) gemeldet worden. Dieses Muster ist in allen Bundesländern erkennbar. Männer werden häufiger als Frauen als Täter von familiärer Gewalt gemeldet. Während pro 100.000 Steirerinnen 37 Gewaltdelikte in einer familiären Beziehung gemeldet werden, sind es bei den Männern mit 197 Gewaltdelikten pro 100.000 Einwohner fünfmal so viele. Sowohl bei Frauen als auch bei Männern werden rund zwei Drittel der Gewaltdelikte in einer familiären Beziehung mit

Hausgemeinschaft gemeldet. Nach dem Alter betrachtet, zeigt sich, dass die größte Anzahl an TäterInnen von familiärer Gewalt pro 100.000 EinwohnerInnen zwischen 25 und 40 Jahre alt ist. So hat es durchschnittlich pro Jahr zwischen 2001 und 2008 rund 235 gemeldete Gewaltdelikte pro 100.000 EinwohnerInnen von TäterInnen dieses Alters gegeben (vgl. Tabelle 9.2.2b). Sowohl bei Frauen als auch bei Männern sind in dieser Altersgruppe die meisten Gewaltdelikte pro 100.000 EinwohnerInnen erfasst worden (Frauen: 42 Gewaltdelikte pro 100.000 Einwohnerinnen, Männer: 272 Gewaltdelikte pro 100.000 Einwohner). Zwischen den steirischen Bezirken gibt es große Unterschiede in der pro Jahr durchschnittlich gemeldeten Anzahl an familiären Gewaltdelikten (von 2001 bis 2008). In Weiz sind mit durchschnittlich 81 pro 100.000 EinwohnerInnen nur rund halb so viele Gewaltdelikte gemeldet worden wie in den Bezirken Radkersburg (167 pro 100.000 EW), Leibnitz (163 pro 100.000 EW) und Graz (156 pro 100.000 EW). In allen Bezirken kann festgestellt werden, dass eine größere Anzahl an Gewaltdelikten in familiären Beziehungen mit als ohne Hausgemeinschaft erfasst worden ist. Weiters ist in allen Bezirken eine größere Anzahl an familiären Gewaltdelikten von Männern als von Frauen verübt worden. Im zeitlichen Verlauf betrachtet, schwanken die in der Steiermark gemeldeten Gewaltdelikte in familiären Beziehungen pro 100.000 EinwohnerInnen seit 2001 zwischen 115 und 132. In allen Jahren ist die Rate der Gewaltdelikte unter jener im österreichischen Durchschnitt gelegen.

### 9.2.3 Altersverteilung der Gebärenden

Das Alter der Mutter bei der Geburt steht in Zusammenhang mit der Gesundheit des Säuglings. Bei Frauen, die sehr jung sind, und Frauen, die in fortgeschrittenem Alter ein Kind auf die Welt bringen, treten höhere Frühgeburtenraten auf. Weitere Folgen sind eine höhere Perinatalsterblichkeit (→ Glossar) und Wachstumseinschränkungen des Säuglings (17, S. 6). In Österreich werden schwangere Frauen unter 18 bzw. über 39 Jahren als Frauen mit Risikoschwangerschaft bezeichnet (8, S. 187).

Aus diesem Indikator lässt sich auch die Zahl der Teenagerschwangerschaften ablesen. Insgesamt ist eine niedrige Anzahl von Schwangerschaften von Minderjährigen wünschenswert (1, S. 8), da sie großteils auf unsichere bzw. unregelmäßige Verhütung zurückzuführen sind und daher oft ungewollte Schwangerschaften darstellen (8, S. 129). Für den Vergleich auf Bundesländerebene liegen die Daten nur in Fünf-Jahres-Schritten vor, weshalb es nur möglich ist, die Frühgebärenden bis zum Alter von 20 Jahren (und nicht 18 Jahren) darzustellen. Für die Steiermark sind die Daten von der Landesstatistik jedoch so

zur Verfügung gestellt worden, dass eine Darstellung der Frühgebärenden bis zum Alter von 18 Jahren möglich ist. Entnommen sind die Daten der Statistik der Standesfälle.

2008 sind je drei Prozent der Gebärenden in der Steiermark unter 20 Jahre oder über 39 Jahre alt gewesen. 62% der Gebärenden sind zwischen 25 und 35 Jahre, weitere 14% zwischen 35 und 40 Jahre und die restlichen 17% zwischen 20 und 25 Jahre alt gewesen. 0,2% der Gebärenden haben ein Alter über 45 Jahren gehabt (vgl. Tabelle 9.2.3a). Im Vergleich zum österreichischen Durchschnitt ist der Anteil der Frühgebärenden (hier bis zum Alter von 20 Jahren) in der Steiermark etwas geringer (Österreich: vier Prozent), der Anteil der Spätgebärenden gleich hoch gewesen. Insgesamt sind die Anteile dieser Altersgruppen in allen Bundesländern in etwa gleich hoch, wobei in Wien bei beiden Altersgruppen (unter 20-Jährige und über 39-Jährige) die höchsten Anteile von je vier Prozent beobachtbar sind. Nach Schulbildung betrachtet, ist ersichtlich, dass mit steigender Schulbildung das Alter der Gebärenden steigt. Vier Prozent der Frauen, die 2008 ein Kind zur Welt gebracht haben und als höchste abgeschlossene Schulbildung einen Pflichtschulabschluss aufgewiesen haben, sind jünger als 18 Jahre gewesen. Bei allen anderen Bildungsstufen lässt sich naturgemäß aufgrund der mit 18 Jahren noch nicht vollendeten Ausbildung keine Aussage treffen. Betrachtet man jedoch Personen im Alter zwischen 18 und 24 Jahren, so sieht man, dass in dieser Altersgruppe 35% der Frauen mit Pflichtschulabschluss, aber nur zwölf Prozent jener mit Matura ein Kind auf die Welt gebracht haben (vgl. Tabelle 9.2.3b). Bei den Gebärenden, die ein Studium abgeschlossen hatten, sind fünf Prozent der Mütter über 40 Jahre alt gewesen. Generell sind 73% der Kinder von Müttern mit abgeschlossenem Studium im Alter von 30 Jahren und mehr auf die Welt gebracht worden. Bei den Gebärenden, die als höchste abgeschlossene Schulbildung die Pflichtschule absolviert haben, sind hingegen nur drei Prozent der Gebärenden 40 Jahre und älter gewesen. Der Anteil der Frühgebärenden liegt in allen Bezirken (ausgenommen Mürzzuschlag, Murau und Radkersburg) bei rund einem Prozent. Die höchsten Anteile an Spätgebärenden (Frauen ab 40 Jahren) finden sich in den Bezirken Graz (vier Prozent) und Graz-Umgebung (fünf Prozent). Aufgrund der teilweise niedrigen Gesamtzahl an Geburten, wie z.B. 164 Geburten im Bezirk Radkersburg, können diese Zahlen jedoch nur eine Tendenz widerspiegeln. Im Zeitverlauf lässt sich ein steigendes Alter der Mütter bei der Geburt erkennen. Sind 1999 noch 27% der Gebärenden unter 25 Jahre alt gewesen, sind es 2008 nur mehr 20%. Zu beobachten ist auch seit 1999 eine geringfügige Zunahme der Spätgebärenden von zwei auf drei Prozent. Stark angestiegen ist vor allem der Anteil der Lebendgeburten bei Frauen zwischen 30 und 40 Jahren: von 35% im Jahr 1999 auf 43% im Jahr 2008.



#### 9.2.4 Kaiserschnitte

Neben einem steigenden Alter der Gebärenden ist auch ein verstärkter medizinischer und technischer Aufwand rund um die Betreuung von Schwangeren und die Geburt bemerkbar (8, S. 187). 2002 haben 98,4% der Geburten in einem Krankenhaus stattgefunden, der Rest der Geburten (rund 1.000 Geburten) hat zu Hause oder bei der Hebamme stattgefunden (8, S. 187).

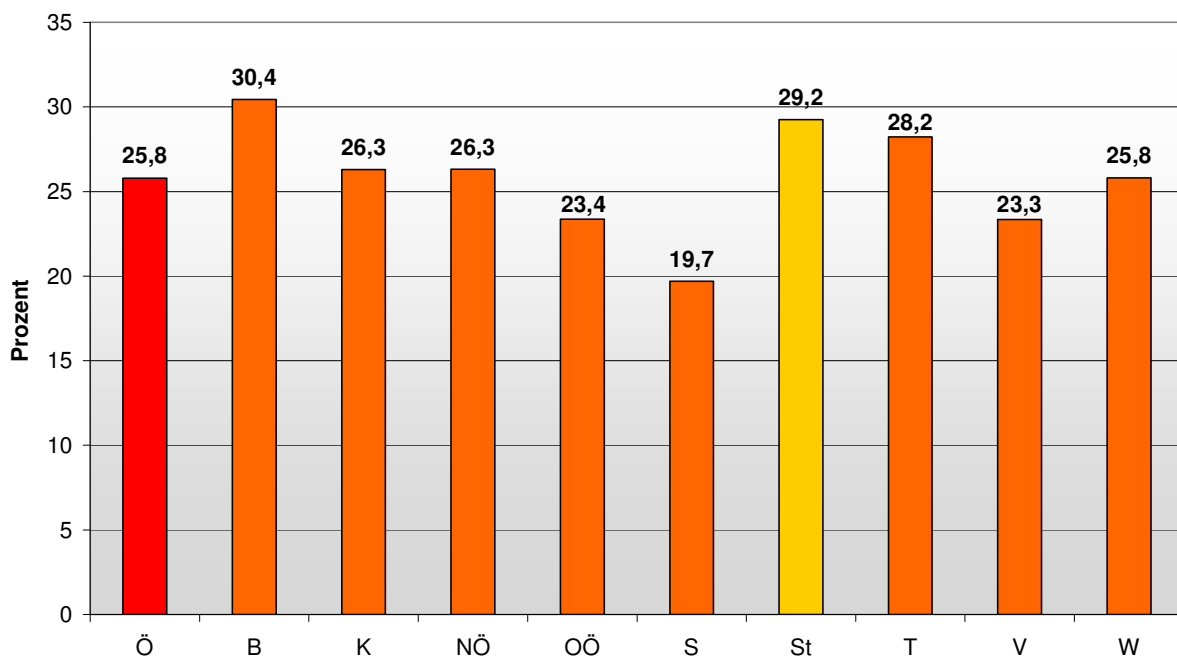
Als Gründe für die zunehmende Technisierung des Geburtsvorgangs sind im Rahmen einer deutschen Studie mehrere Erklärungen genannt worden: Neben medizinischen Gründen wie der durch das Einleiten der Geburt oftmals hervorgerufenen Notwendigkeit weiterer medizinischer Interventionen (so wird doppelt so häufig ein Kaiserschnitt durchgeführt) werden nicht medizinische Gründe (z.B. Angst vor juristischen Konsequenzen bei unterlassenen Interventionen, mangelnde Erfahrung des anwesenden Personals sowie eine bessere finanzielle Abgeltung von interventionsreichen Geburten) und strukturelle Faktoren des Gesundheitssystems genannt. Zu diesen strukturellen Faktoren gehört die Rollenverteilung zwischen ÄrztInnen, Gesundheitspersonal und Hebammen. Studien haben gezeigt, dass in Ländern, wo die Grundversorgung von gesunden Schwangeren hauptsächlich durch Hebammen erfolgt, wie in den Niederlanden und Skandinavien, Geburten generell interventionsärmer ablaufen (8, S. 188-189).

Der Kaiserschnitt stellt einen der möglichen Geburtsmodi dar. Neben der natürlichen Geburt (vaginale Entbindung) gibt es zusätzlich zum Kaiserschnitt (Sectio caesarea, Schnittentbindung) noch die unterstützte vaginale Entbindung durch Vakuum-Saugglocke oder Zange (Forceps-Entbindung). Bei Kaiserschnitten selbst ist zwischen einem Notfall-Kaiserschnitt und der geplanten Sectio caesarea (auch Kaiserschnitt auf Wunsch genannt) zu unterscheiden (8, S. 193). Rund um den Kaiserschnitt auf Wunsch gibt es sehr große Kontroversen (8, S. 196). BefürworterInnen betonen, dass durch den Kaiserschnitt die Wahlfreiheit von Frauen erhalten, der Beckenboden geschont und die Kontinenz des Urogenitalorgans bewahrt wird. KritikerInnen weisen hingegen auf die erhöhte Müttersterblichkeit, die Wahrscheinlichkeit eines weiteren Kaiserschnitts, mögliche Probleme mit der Narbe sowie auf die Möglichkeit einer längeren Wochenbettdepression hin. Darüber hinaus geben KritikerInnen an, dass die Kaiserschnitttrate als Qualitätsparameter für die Geburtshilfe gilt (8, S. 197-198). Seitens der WHO gibt es in diesem Zusammenhang die Empfehlung, dass maximal 10 bis 15% aller Kinder per Kaiserschnitt auf die Welt kommen sollten (18). Wünschenswert wäre daher die Möglichkeit einer Darstellung der Kaiserschnitte nach Notfall-Kaiserschnitten und Kaiserschnitten auf Wunsch, dies ist jedoch derzeit aufgrund der Datenlage nicht möglich (6, S. 97).

Im Folgenden wird die Kaiserschnitttrate pro 1.000 Lebendgeburten dargestellt, wobei die Daten der Spitalsentlassungsstatistik entnommen worden sind. Da diese eine Vollerhebung aller stationär behandelten Fälle ohne Personenbezug darstellt, können Mehrfachaufnahmen nicht als solche identifiziert werden (19, S. 3), was jedoch im Zusammenhang mit diesem Indikator kein Problem darstellen dürfte. Um die Schwankungen der Raten beim Bundesländer- und Bezirksvergleich auszugleichen, ist für die Jahre 2004 bis 2008 ein Durchschnitt errechnet worden, sonst kamen Daten des Jahres 2008 zum Einsatz. Sämtliche verwendete Daten beziehen sich auf den Wohnort der Mutter.

Im Durchschnitt sind in der Steiermark in den Jahren 2004 bis 2008 292 Kinder pro 1.000 Geburten per Kaiserschnitt auf die Welt gekommen, was über dem österreichischen Durchschnitt von 258 Kaiserschnitten pro 1.000 Geburten liegt und im Bundesländervergleich nach dem Burgenland die zweithöchste Rate darstellt.

**Abbildung 25: Anteil der Geburten per Kaiserschnitt an allen Geburten im Bundesländervergleich im Durchschnitt von 2004 bis 2008**



Datenquelle: Statistik Austria; eigene Darstellung

Im Jahr 2008 sind etwas mehr Mädchen als Buben per Kaiserschnitt auf die Welt gekommen (bei den Mädchen 322 Kaiserschnitte pro 1.000 Lebendgeburten, bei Buben 306 Kaiserschnitte pro 1.000 Lebendgeburten). Je älter die Mutter bei der Geburt gewesen ist, desto höher war in der Steiermark die Kaiserschnitttrate. Bei Frauen, die im Alter von 15 bis 20 Jahren 2008 ein Kind auf die Welt gebracht haben, ist bei 232 Geburten pro 1.000

Lebendgeburten ein Kaiserschnitt vorgenommen worden, bei Frauen zwischen 40 und 45 Jahren sind 403 Kaiserschnitte pro 1.000 Lebendgeburten durchgeführt worden. Bei den 20 Geburten von Frauen im Alter zwischen 45 und 50 Jahren ist jede zweite Geburt ein Kaiserschnitt gewesen. Die meisten Kaiserschnitte sind im Durchschnitt in den Jahren 2004 bis 2008 in den Bezirken Graz (316 Kaiserschnitte pro 1.000 Lebendgeburten) und Voitsberg (317 Kaiserschnitte pro 1.000 Lebendgeburten) durchgeführt worden. In Murau (238 Kaiserschnitte pro 1.000 Lebendgeburten) und Weiz (262 Kaiserschnitte pro 1.000 Lebendgeburten) gibt es die niedrigsten Kaiserschnittsraten. Im zeitlichen Verlauf ist sowohl in der Steiermark als auch in den einzelnen Bezirken eine steigende Kaiserschnitttrate feststellbar. Seit 1995 ist in der Steiermark die Rate von 125 Kaiserschnitten pro 1.000 Lebendgeburten auf 314 Kaiserschnitte pro 1.000 Lebendgeburten im Jahr 2008 gestiegen. Das heißt, in einem Zeitraum von 14 Jahren hat sich die Rate um den Faktor 2,5 erhöht.

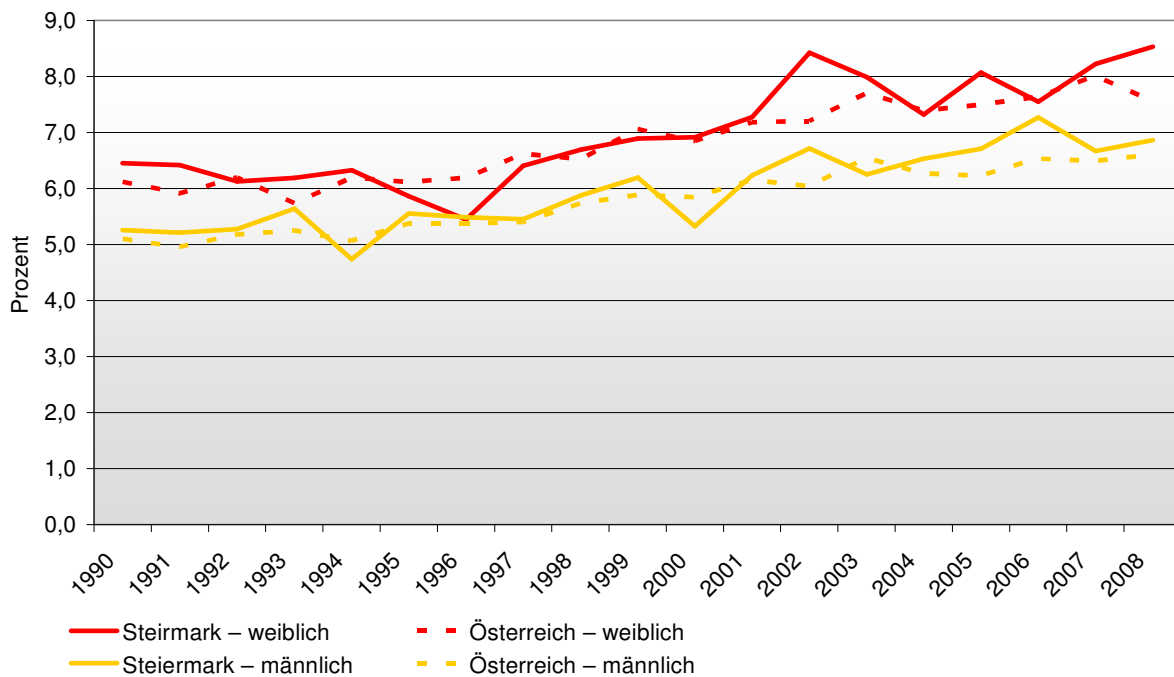
### 9.2.5 Niedriges Geburtsgewicht

Das Geburtsgewicht kann als Indikator für die Bedingungen während der Schwangerschaft und die perinatale Versorgung herangezogen werden. Weiters gilt ein Zusammenhang zwischen niedrigem Geburtsgewicht und späteren gesundheitlichen Problemen als belegt (17, S. 43). Als niedriges Geburtsgewicht wird ein Gewicht von unter 2.500 Gramm bei der Geburt definiert (20, S. 1). Mögliche Folgen eines zu niedrigen Geburtsgewichtes können Bluthochdruck, Herzinfarkte, Schlaganfälle, Diabetes und Demenz sein, aber auch eine höhere Kindermortalität und -morbidity, Lernschwierigkeiten sowie Hör- und Sehschwächen bei Kindern (20, S. 1). Als Risikofaktoren für die Geburt eines Kindes mit einem niedrigen Geburtsgewicht werden Teenagerschwangerschaften, ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaften von alleinstehenden Frauen genannt. Auch falsches Ernährungsverhalten in der Schwangerschaft erhöht das Risiko für ein niedriges Geburtsgewicht (20, S. 13).

Für den Indikator „Niedriges Geburtsgewicht“ ist die Statistik der Standesfälle verwendet worden. Zur Validität sind im Kapitel „Methoden und Datenquellen“ genauere Angaben zu finden. Um Schwankungen zwischen den einzelnen Jahren ausgleichen zu können, ist jeweils ein Durchschnitt für die Jahre 2004 bis 2008 berechnet worden. Dadurch wird ein Vergleich zwischen den österreichischen Bundesländern und den steirischen Bezirken erleichtert.

Im Durchschnitt sind sieben Prozent der Lebendgeburten in der Steiermark mit einem niedrigen Geburtsgewicht auf die Welt gekommen, die Steiermark liegt damit im

österreichischen Durchschnitt. Die Anteile schwanken im Bundesländervergleich jedoch nur in einem vergleichsweise kleinen Bereich des Anteils der Lebendgeburten mit niedrigem Geburtsgewicht an allen Lebendgeburten von sechs Prozent (Burgenland) und acht Prozent (Kärnten) (vgl. Tabelle 9.2.5a). Der Anteil der Mädchen (acht Prozent) mit niedrigem Geburtsgewicht ist in den Jahren 2004 bis 2008 in der Steiermark durchschnittlich höher gewesen als der entsprechende Anteil bei den Buben (sieben Prozent). Betrachtet man die steirischen Bezirke nach deren Anteil an Lebendgeburten mit niedrigem Geburtsgewicht, so wird eine Schwankungsbreite des Anteils von sechs bis neun Prozent ersichtlich. Im Bezirk Radkersburg ist der kleinste Anteil (sechs Prozent) an Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht in den Jahren 2004 bis 2008 feststellbar, während im Bezirk Judenburg insgesamt neun Prozent der Lebendgeburten ein niedriges Geburtsgewicht aufweisen. Weitere Bezirke, in denen jeweils ein höherer Anteil an Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht als im steirischen Durchschnitt auf die Welt gekommen ist, sind Bruck an der Mur, Graz-Umgebung, Leoben, Mürzzuschlag und Voitsberg gewesen (vgl. Tabelle 9.2.5b). Nach Geschlecht getrennt betrachtet, zeigt sich, dass in fünf Bezirken in den Jahren 2004 – 2008 durchschnittlich mehr als acht Prozent (steirischer Durchschnitt bei Mädchen) der geborenen Mädchen ein Körpergewicht unter 2.500 Gramm aufweisen (Bruck an der Mur, Deutschlandsberg, Judenburg, Leoben Mürzzuschlag). Im selben Jahr haben drei Bezirke einen Anteil von acht Prozent an männlichen Neugeborenen mit weniger als 2.500 Gramm Geburtsgewicht aufgewiesen: Judenburg, Leoben und Voitsberg. Das heißt, dass im Bezirk Judenburg sowohl bei den Mädchen als auch bei den Buben überdurchschnittlich hohe Anteile an Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht zu beobachten sind. Betrachtet man die zeitliche Entwicklung des Anteils der Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht, so kann beobachtet werden, dass dieser Anteil seit 1990 tendenziell gestiegen ist: Waren es 1990 sechs Prozent aller Geburten in Österreich, so ist der Anteil bis 2008 auf sieben Prozent gestiegen. Sowohl bei den weiblichen als auch den männlichen Lebendgeburten ist dieser Anstieg zu beobachten.

**Abbildung 26: Anteil der Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht (< 2500 Gramm) in Österreich und der Steiermark nach Geschlecht von 1990 bis 2008**

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung LASTAT Steiermark; eigene Darstellung

## 9.2.6 Ausgewählte übertragbare Geschlechtskrankheiten

Weltweit gibt es mehr als 30 übertragbare Geschlechtskrankheiten, die zumeist durch sexuellen Kontakt übertragen werden. Weitere Übertragungswege sind zum Beispiel von der Mutter auf das Kind während der Schwangerschaft und der Geburt, Bluttransfusionen oder andere nicht sexuelle Kontakte (21, S. 3). Der Schaden, der durch Mortalität und Morbidität aufgrund von sexuell übertragbaren Krankheiten entsteht, ist enorm. Diese Krankheiten können jedoch häufig wirksam durch den Gebrauch von Kondomen verhütet werden (17, S. 26).

In Österreich gibt es nach dem Geschlechtskrankheitengesetz eine beschränkte gesetzliche Meldepflicht für folgende Infektionskrankheiten (22, § 1 und § 4):

- Tripper (Gonorrhö)
- Syphilis (Lues)
- Weicher Schanker
- Lymphogranuloma inguinale

Die beschränkte Meldepflicht bedeutet, dass ÄrztInnen in ihrer Berufsausübung dann zur Meldung der vier Geschlechtskrankheiten verpflichtet sind, wenn eine Weiterverbreitung zu befürchten ist bzw. sich der/die Erkrankte der ärztlichen Beobachtung bzw. Handlung entzieht (22, § 4). Die beiden zuletzt genannten Krankheiten werden jedoch in Europa als

sehr selten vorkommende Geschlechtskrankheiten eingeschätzt (23, S. 65; 24). Bei den beiden zuerst genannten anderen „klassischen Geschlechtskrankheiten“ ist jedoch gleichzeitig mit der Zunahme der HIV-Infektionen wieder ein vermehrtes Auftreten beobachtet worden (25). Weitere Krankheiten, die nach dem Epidemiegesetz zu melden sind, sind unter anderem infektiöse Hepatitiden (Hepatitis A, B, C, D, E und G) (26, § 1 Abs. 1).

Im Folgenden werden die Jahresinzidenzen der Krankheiten Gonorrhö und Lues dargestellt, die den Statistiken des Bundesministeriums für Gesundheit entnommen worden sind. Dies sind zwei Indikatoren, die auch im Schweizer Indikatorensatz für reproduktive Gesundheit empfohlen werden (5, S. 13). Bei beiden Krankheiten erfolgt die Ansteckung vorwiegend durch sexuellen Kontakt, wenngleich diese auch über andere Wege (z.B. von Mutter zu Kind) erfolgen kann (25; 27). Sowohl Gonorrhö als auch Lues sind mittels Antibiotika heilbar (28). Aufgrund der beschränkten Meldepflicht ist davon auszugehen, dass die wahre Rate höher ist, da Personen, die sich behandeln lassen, nicht gemeldet werden müssen.

Gonorrhö ist eine der am häufigsten vorkommenden Krankheiten, die sexuell übertragen werden können. Diese Krankheit ist auch unter dem Namen „Tripper“ bekannt. Weltweit kommt es jährlich zu rund 60 Millionen Neuinfektionen. Die Dunkelziffer aufgrund unentdeckter Infektionen wird jedoch als höher eingeschätzt. Generell betrifft Gonorrhö mehr Frauen, obwohl bei Männern mehr Fälle aufgrund der auftretenden Symptome diagnostiziert werden. Folge einer chronischen Gonorrhö kann zum Beispiel Unfruchtbarkeit sein (27).

2008 ist in der Steiermark ein Fall Gonorrhö pro 100.000 EinwohnerInnen angezeigt worden. Die Bundesländer mit den höchsten Raten im österreichweiten Vergleich sind Salzburg (sechs Fälle pro 100.000 EW) und Wien (42 Fälle pro 100.000 EW) (vgl. Tabelle 9.2.6). Da in Wien eine viel größere Anzahl an Neuinfektionen gemeldet wird als in den anderen Bundesländern, ist der Vergleich mit dem österreichischen Durchschnitt wenig sinnvoll, weil dieser durch die hohe Anzahl an Neuinfektionen im Bundesland Wien stark verzerrt wird. Seit 2001 treten in der Steiermark jährlich zwischen ein und vier Fälle von Gonorrhö pro 100.000 EinwohnerInnen auf, wobei seit 2004 jährlich nur mehr ein Fall pro 100.000 EinwohnerInnen gemeldet worden ist. Salzburg und Wien weisen im Vergleich zu den anderen österreichischen Bundesländern konstant höhere Raten auf, die jedoch im Laufe der Jahre stark schwanken.

Syphilis (medizinischer Name: Lues) wird wie Gonorrhö durch Bakterien, deren Übertragung hauptsächlich durch ungeschützten Geschlechtsverkehr erfolgt, hervorgerufen. Spätfolge

von Syphilis kann der Befall von Organen und des Nervensystems sein (28). Seit Mitte der 1990er Jahre ist in Österreich ein Wiederanstieg der Erkrankungen aufgrund von Syphilis zu beobachten (25).

In der Steiermark ist im Jahr 2008 ein Fall von Syphilis pro 100.000 EinwohnerInnen gemeldet worden. Die höchsten Raten sind in den Bundesländern Salzburg (vier Fälle pro 100.000 EW), Tirol (sieben Fälle pro 100.000 EW) und Wien (23 Fälle pro 100.000 EW) zu beobachten (vgl. Tabelle 9.2.6). Auch hier ist wie bei Gonorrhö die Berechnung eines österreichischen Schnitts aufgrund der verhältnismäßig hohen Anzahl in Wien wenig sinnvoll. Seit 2001 werden in der Steiermark jährlich zwischen Null und einem Fall pro 100.000 EinwohnerInnen gemeldet. Dies heißt, dass hier im Vergleich zu anderen Bundesländern noch nicht von einem Anstieg der Erkrankungsfälle auszugehen ist. Ein Steigen der Infektionsraten ist zum Beispiel in den Bundesländern Oberösterreich (2001: ein Fall pro 100.000 EW; 2008: vier Fälle pro 100.000 EW) und Wien (2001: 15 Fälle pro 100.000 EW, 2008: 23 Fälle pro 100.000 EW) zu beobachten.

### 9.2.7 Neuinfektionen HIV

Weltweit rechnet die WHO mit rund 33,4 Millionen an HIV-Infizierten. Jährlich gibt es 2,7 Millionen Neuinfektionen und zwei Millionen Todesfälle (29). Die Infektionen mit HIV stellen durch die hohe Anzahl an jährlichen Neuinfektionen nicht nur für Subsahara-Afrika, wo rund zwei Drittel aller Infizierten leben, ein Public Health-Problem dar, sondern auch für die restlichen Regionen der Welt (30, S. 7).

Die Infektion mit HIV erfolgt über stark virushaltige Körperflüssigkeiten wie Blut, Samen- oder Scheidenflüssigkeit. Eine Ansteckung ist jedoch auch über die Muttermilch möglich (30, S. 10). Zu Beginn der HIV/AIDS-Epidemie haben vor allem Männer, die Sex mit Männern haben, als Hauptrisikogruppe gegolten. Jedoch haben alle Personen, also auch Heterosexuelle, die mit anderen, ohne deren HIV-Status zu kennen, ungeschützten Geschlechtsverkehr haben, ein erhöhtes Risiko, sich mit HIV zu infizieren. Weltweit werden die meisten HIV-Infektionen durch sexuelle Kontakte übertragen (30, S. 10).

In Österreich ist der häufigste Übertragungsweg ungeschützter Geschlechtsverkehr. Eine Übertragung durch Blutderivate und Blutkonserven kommt kaum mehr vor (8, S. 108). Das Risiko einer Übertragung zwischen infizierter Mutter und Kind während Schwangerschaft und Geburt kann durch entsprechende Maßnahmen verringert werden (31, S. 18). Eine Therapie von HIV-Infektionen ist zwar heute verfügbar (das heißt, dass Betroffene immer länger mit

der HIV-Krankheit leben können), jedoch ist eine endgültige Heilung nach wie vor noch nicht möglich (28; 31, S. 17). Der Verlauf der HIV-Infektionserkrankungen wird in verschiedene Stadien eingeteilt. Verlauf, Dauer und Symptome sind bei jedem HIV-Infizierten/jeder HIV-Infizierten unterschiedlich, und es gibt sogar einige Infizierte, die ohne Therapie 15 bis 20 Jahre lang nicht erkrankten und keine Symptome gezeigt haben (31, S. 7).

In Europa wird mit AIDS eine Gruppe von Erkrankungen bezeichnet, die in einem fortgeschrittenen Stadium einer chronischen HIV-Infektion typisch sind (30, S. 9). Dazu zählen bösartige Neubildungen und opportunistische Infektionen, welche Infektionen mit Erregern sind, die bei einem intakten Immunsystem keine Gefahr darstellen (30, S. 9). Nach dem österreichischen AIDS-Gesetz sind Erkrankungen an AIDS bzw. Todesfälle durch AIDS, die durch eine Totenbeschau oder Obduktion festgestellt worden sind, zu melden (32, § 2 Abs. 1).

Bis zum Jahresende 2009 sind in Österreich insgesamt 2.771 Erkrankungsfälle und 1.511 Todesfälle aufgrund von AIDS gemeldet worden, davon 184 Erkrankungen und 117 Todesfälle in der Steiermark. Sowohl bei den Verstorbenen als auch bei den Erkrankten sind in der Steiermark vier von fünf Personen männlich (Erkrankte: 147 Männer und 37 Frauen; Verstorbene: 96 Männer und 21 Frauen) gewesen (33, Tabellen 2, 5, 8).

Im Folgenden wird die Rate der HIV-Infektionen pro 1.000.000 EinwohnerInnen in den Bundesländern anhand von positiven Testergebnissen dargestellt. Insgesamt ist jedoch von einer höheren Anzahl von Infektionen auszugehen. Bei der Interpretation der Daten ist Vorsicht geboten, da zwischen Infektion und Bestätigung der Infektion durch einen positiven Test lange Zeiträume liegen können, da sich Personen nicht immer unmittelbar nach einer potentiellen Infektion testen lassen (34). In Deutschland wird davon ausgegangen, dass die Fallzahlstatistik, welche anhand des AIDS-Gesetzes erstellt werden kann, seit Mitte der 1990er Jahre mit der Einführung von hochwirksamen antiretroviralen Kombinationstherapien nicht mehr das wahre Ausmaß der HIV-Infektionen widerspiegelt, weshalb die Meldungen über diagnostizierte HIV-Infektionen an Bedeutung gewinnen (30, S. 11). Die Daten zu Neuinfektionen wurden von der steirischen AIDS-Hilfe zur Verfügung gestellt.

2008 sind in der Steiermark pro 1.000.000 EinwohnerInnen 71 Personen positiv auf HIV getestet worden, was im Bundesländervergleich nach Wien die zweithöchste Rate darstellt. Im österreichischen Durchschnitt haben im selben Jahr 61 Personen pro 1.000.000 EinwohnerInnen ein positives HIV-Test-Ergebnis erhalten (vgl. Tabelle 9.2.7). Im zeitlichen Verlauf sind in den einzelnen Bundesländern große Schwankungen festzustellen, wobei in



der Steiermark eine steigende Infektionsrate feststellbar ist. 2005 hat es 38 positiv Getestete pro 1.000.000 EinwohnerInnen geben, 2008 sind es, wie oben beschrieben, 71 Personen pro 1.000.000 EinwohnerInnen gewesen. Das heißt, dass in der Steiermark im Vergleich mit den anderen Bundesländern eine höhere Anzahl an Personen einen positiven HIV-Befund erhalten hat. Insgesamt ist auch in der Steiermark der von vielen Seiten beschriebene Trend einer Zunahme zu beobachten (8, S. 111; 30, S. 13; 35, S. 21). Als Gründe für die erneute Zunahme an HIV-Infektionen werden einerseits eine höhere Zahl an HIV-Tests und verbesserte Diagnosemethoden genannt (36, S. 3). Beispielsweise hat Österreich mit 90 Tests pro 1.000 EinwohnerInnen die höchste Rate im EU-Vergleich aufgewiesen (35, S. 19). Andererseits werden Verhaltensweisen, die als „Behandlungsoptimismus“ und „Vorsorgemüdigkeit“ bezeichnet werden und zur Wahl unsicherer Praktiken beim Geschlechtsverkehr führen, für eine Zunahme von HIV-Neuinfektionen und von anderen Geschlechtskrankheiten verantwortlich gemacht (37, S.8).

### **9.3 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse**

In der Steiermark gibt es im Vergleich zu Österreich einen niedrigeren Anteil an Einpersonenhaushalten und auch die Anzahl der gemeldeten familiären Gewaltdelikte pro 100.000 EinwohnerInnen ist in der Steiermark niedriger als im österreichischen Durchschnitt. Etwas höher hingegen ist der Anteil an AlleinerzieherInnenhaushalten. Auch die Kaiserschnitttrate ist im Bundesländervergleich sehr hoch, nämlich die zweithöchste in Österreich. Die Altersverteilung der Mütter bei der Geburt sowie der Anteil der Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht liegen hingegen im österreichischen Durchschnitt. Während bei den gemeldeten Infektionskrankheiten Lues und Gonorrhö die steirischen Raten im Bundesländervergleich zu den niedrigsten zählen, ist die Zahl der HIV-Infektionen hinsichtlich der positiv Getesteten höher als in anderen Bundesländern.

Frauen leben häufiger als Männer in Einpersonenhaushalten bzw. als Alleinerzieherinnen. Mädchen kommen häufiger mit einem niedrigen Geburtsgewicht auf die Welt als Buben. Pro 100.000 EinwohnerInnen sind mehr familiäre Gewaltdelikte von männlichen als weiblichen Tätern erfasst worden. Die Altersgruppe, in der die meisten TäterInnen für Gewaltdelikte in Familien gemeldet worden sind, sind Personen zwischen 25 und 40 Jahren gewesen. Tendenziell steigt das Alter der Frauen bei der Geburt ihrer Kinder an, wobei auch mit steigendem Bildungsstatus ein zunehmend höheres Alter der Mütter bei der Geburt beobachtbar ist. Gleichzeitig ist festzustellen, dass der Anteil der Kaiserschnitte umso höher ausfällt, je älter die Mütter bei der Geburt sind.

Beim Vergleich der steirischen Bezirke sind die höchsten Kaiserschnittraten in Graz und Voitsberg zu beobachten, die höchsten Anteile an Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht in Bruck an der Mur, Graz-Umgebung, Judenburg, Leoben, Mürzzuschlag und Voitsberg. In den Bezirken Graz, Radkersburg und Leibnitz sind die meisten familiären Gewaltdelikte pro 100.000 EinwohnerInnen erfasst worden.

Im Zeitverlauf ist zu beobachten, dass die Zahl der Familienhaushalte zurückgeht, während jene der Einpersonenhaushalte steigt. Die Anzahl der gemeldeten Gewaltdelikte in familiären Beziehungen scheint im Laufe der Zeit stabil zu bleiben. Zur Entwicklung der Zahl der AlleinerzieherInnenhaushalte kann aufgrund einer Umstellung in der Klassifikation keine Aussage getroffen werden, allerdings ist von einem Anstieg der AlleinerzieherInnenhaushalte auszugehen. Weiters steigen, im Zeitverlauf betrachtet, das Alter der Mütter bei der Geburt, die Kaiserschnittraten, der Anteil der Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht sowie die Anzahl der HIV-Infektionen. Bei den Krankheiten Lues und Gonorrhö konnte in der Steiermark bislang kein Anstieg beobachtet werden. Dennoch ist aufgrund des Trends in anderen Bundesländern (8, S. 113) davon auszugehen, dass die klassischen Geschlechtskrankheiten wieder an Bedeutung zunehmen werden, weshalb die Umsetzung einiger der in den *Gesundheitszielen Steiermark* vorgestellten Maßnahmen, wie einer bedürfnisorientierten und geschlechtssensiblen Sexualpädagogik, empfohlen wird (3, S. 24). Dies bedeutet, dass die in den *Gesundheitszielen Steiermark* vorgeschlagene Fortführung und Erweiterung der Zielgruppen für die Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten, wie HIV und AIDS (3, S. 24), nach wie vor nicht an Bedeutung verloren hat, sondern im Gegenteil im Zunehmen begriffen ist.

### Schlussfolgerungen

Um die Gesundheit der SteirerInnen im Bereich gesundes und selbstbestimmtes Leben mit Familie, Partnerschaft und Sexualität zu fördern und zu stärken, sind in den *Gesundheitszielen Steiermark* zahlreiche Empfehlungen für Maßnahmen gegeben worden. Die Ergebnisse dieses Kapitels unterstreichen die Notwendigkeit, Maßnahmen wie zum Beispiel die Stärkung von nachbarschaftlicher Unterstützung für junge Mütter, aber auch die Umsetzung einer familien- und kinderfreundlichen Arbeitsplatzgestaltung (3, S. 23-24) durchzuführen, sodass so dem weiter oben beschriebenen Armuts- und Gesundheitsrisiko entgegengewirkt werden kann. Dazu zählen aber auch die Entwicklung einer intersektoralen Politik zur Förderung eines selbstbestimmten Lebens mit Familie und Partnerschaft, die Verbesserung der Versorgung von Schwangeren durch aufsuchende Arbeit und/oder Hausbesuche bei sozial benachteiligten Familien durch Hebammen. Weiters werden

Maßnahmen im Bereich der sexuellen Gesundheit, wie die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Bedeutung von sexueller Gesundheit in allen Lebensphasen, empfohlen (3, S. 23-24).

## Quellen- und Literaturverzeichnis

- 1 Silva, M. O. d., Bloemenkamp, K., Hannaford, P., Olsen, J., Temmerman, M., Martinez, A. M., Cattaneo, A., Bremme, K., Auerbach, L., Hemminki, E., Gissler, M., Makrakis, E., Jahn, A., Short, M. & Bouvier-Colle, M.-H. (2003). *Reprostat. Reproductive Health Indicators in the European Union*. Lisboa: Instituto de Medicina Preventiva.
- 2 WHO Regional Office for Europe. (2001). *WHO regional strategy on sexual and reproductive health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- 3 Land Steiermark. (2007). *Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.
- 4 Grasser, G., Püringer, U. & Auer, M. (2007). *Wissenschaftliche Grundlage für die Entwicklung von Gesundheitszielen für die Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark durchgeführt von FH JOANNEUM, Gesundheitsmanagement im Tourismus*. Graz: Gesundheitsfonds Steiermark. (unveröffentlicht).
- 5 Balthasar, H., Spencer, B. & Addor, V. (2004). *Indikatoren der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in der Schweiz. Monitoring. Management Summary*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- 6 Grasser, G., Wieseneder, E., Ebner, K. & Plunger, P. (2009). *Projektbericht. GeKiS: Gesundheits-Kernindikatoren Steiermark*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark. (unveröffentlicht).
- 7 Kolip, P. (1998). Familie und Gesundheit. In Hurrelmann, K. und Laaser, U. (Hg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. (S. 497-517). Weinheim, München: Juventa Verlag.
- 8 Bundesministerium für Gesundheit Familie und Jugend (BMGFJ). (2008). *Frauengesundheitsbericht 2005/2006. Nachdruck*. Download vom 10. Dezember 2009, von [http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/0/7/4/CH0619/CMS1192461409622/frauengesundheitsbericht\\_langfassung.pdf](http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/0/7/4/CH0619/CMS1192461409622/frauengesundheitsbericht_langfassung.pdf)
- 9 Klapfer, K. (2009). *Familien- und Haushaltsstatistik. Ergebnisse des Mikrozensus*. Wien: Statistik Austria.
- 10 Wieseneder, E. & Grasser, G. (2010). *Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2010 für die Steiermark*. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen.
- 11 WHO. (1999). *Gesundheit21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.

- 12 Cizek, B., Kapella, O., Pfliegerl, J. & Steck, M. (2001). Gewalt gegen Männer. In BMSG. (Hg.), *Gewalt in der Familie – Gewaltbericht 2001. Von der Enttabuisierung zur Professionalisierung*. (S. 271-303). Wien: BMSG.
- 13 Hornberg, C., Schröttle, M., Bohne, S., Khelaifat, N. & Pauli, A. (2008). *Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 42*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- 14 Pfliegerl, J. & Cizek, B. (2001). Problemstellungen der Forschung. In BMSG. (Hg.), *Gewalt in der Familie – Gewaltbericht 2001. Von der Enttabuisierung zur Professionalisierung*. (S. 56-68). Wien: BMSG.
- 15 Stipsits, H., Bundeskriminalamt – Büro 1.6, Kriminalprävention und Opferhilfe, E-Mail, 28. Dezember 2009.
- 16 Aahs, M., Bundeskriminalamt, Büro 4.3, E-Mail, 18. Februar 2010.
- 17 ECHIM (European Community Health Indicators Monitoring). (2009). *ECHI shortlist (June 2008 version) documentation sheets* Download vom 10. Mai 2009, von [http://www.echim.org/docs/documentation\\_sheets.pdf](http://www.echim.org/docs/documentation_sheets.pdf)
- 18 Chalmers, B. (1992). WHO appropriate technology for birth revisited. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 99 709-710.
- 19 Statistik Austria. (2005). *Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Spitalsentlassungsstatistik*. Wien: Statistik Austria.
- 20 Ohlsson, A. & Shah, P. (2008). *Determinants and Prevention of Low Birth Weight: A Synopsis of the Evidence*. Alberta: Institute of Health Economics.
- 21 WHO. (2007). *Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections : 2006 – 2015 : breaking the chain of transmission*. Geneve: WHO.
- 22 Geschlechtskrankheitengesetz. Österreich. (2001). Gesetz vom 22. August 1945 über die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Geschlechtskrankheiten 2001 idF BGBl. I Nr. 98/2001.
- 23 Robert Koch Institut. (2005). Lymphogranuloma venereum: Ausbrüche bei homosexuellen Männern in Europa und Nordamerika – Update. *Epidemiologisches Bulletin*, 25. Februar 2005 /Nr. 8 65-66.
- 24 Dressler, S. & Zink, C. (2003). Lymphogranuloma inguinale, In Dressler, S. und Zink, C. (Hg.), *Pschyrembel Wörterbuch Sexualität* 314). Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- 25 Pietschmann, H. & Leichsenring, B. (2007). *Aspekte 18. Syphilis*. Download vom 8. Februar 2010, von <http://www.aidshilfen.at/pdf/aspekte18.pdf>
- 26 Epidemiegesetz. Österreich. (2008). Epidemiegesetz 1950. idF BGBl. I Nr. 76/2008
- 27 Leichsenring, B. (2007). *Aspekte 33. Die Gonorrhö / Der Tripper*. Download vom 4. Februar 2010, von <http://www.aidshilfen.at/pdf/Aspekte33.pdf>

- 28 Ofner, S. (2006). *Aspekte 28. HIV & sexuell übertragbare Krankheiten*. Download vom 4. Februar 2010, von <http://www.aidshilfen.at/pdf/aspekte28.pdf>
- 29 WHO. (o.J.). *10 Facts on HIV/AIDS*. Download vom 30. September 2010, von <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/en/index.html>
- 30 Marcus, U. & Starker, A. (2006). *HIV und AIDS. Heft 31*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- 31 Jehna, W., Kamenik, A., Klein, G., Lang-Mrosek, U., Mennert, M., Müllner, E., Nagele, G., Pietschmann, H. & Teufl-Bruckbauer, M. (2002). *Handbuch HIV/AIDS*. Salzburg: Die AIDS-Hilfen Österreichs.
- 32 AIDS-Gesetz 1993. Österreich. (2001). AIDS-Gesetz 1993 idF BGBl. I Nr. 98/2001
- 33 BMG. (2010). *Österreichische AIDS-Statistik. Situation bis zum 29. Jänner 2010*. Download vom 10. Februar 2010, von <http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/5/4/4/CH0745/CMS1102001699176/aids-statistik.pdf>
- 34 Fleck, L., Steirische AIDS-Hilfe, Telefonat, 9. November 2009.
- 35 European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. (2009). *HIV/AIDS surveillance in Europe. 2008*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- 36 Maier, W. (2009). AIDS ist nicht tot. *Plus/Minus. Informationsmagazin der AIDS-Hilfen Österreichs, 2009* (4), 3-4.
- 37 Matic, S. (2006). Twenty-five years of HIV/AIDS in Europe. In Matic, S., Lazarus, J. V. und Donoghoe, M. C. (Hg.), *HIV/AIDS in Europe. Moving from death sentence to chronic disease management*. (S. 1-14). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

## 10. Gesundheitssystem gesundheitsfördernd gestalten

### 10.1 Einleitung

Gesundheitssysteme leisten einen wichtigen Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung. Die Quantifizierung des Beitrags der gesundheitlichen Versorgung ist jedoch umstritten, da auch andere Faktoren, wie z.B. soziale Determinanten, Lebensstile, und Entscheidungen in anderen Politikbereichen einen wesentlichen Einfluss auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung ausüben. Gesundheitssysteme beeinflussen die Gesundheit der Bevölkerung auf vier Ebenen:

- durch Leistungen in der Krankenversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung,
- durch eine Finanzierung, die einen transparenten und gerechten Zugang zu den jeweiligen Leistungen ermöglicht,
- durch ausreichende materielle und Humanressourcen
- sowie durch politische und rechtliche Rahmenbedingungen, Monitoring und Evaluation, um Verantwortlichkeiten transparent zu machen (1, S. 73).

Um den Gesundheitszustand der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern, ist es notwendig, nicht nur an bestehenden Erkrankungen anzusetzen, sondern auch an Determinanten für Gesundheit, wie sozioökonomische Faktoren, Ungleichheit und Lebensstil (1, S. 75). Die Themen Ernährung, Bewegung und Alkohol werden in den jeweiligen Kapiteln zum Gesundheitsziel „Gesunde Lebensverhältnisse schaffen“ behandelt.

Gesundheitsförderung und Prävention spielen insbesondere bei der Vermeidung von übertragbaren und chronischen Erkrankungen und somit bei der Reduktion von Mortalität und Morbidität eine wichtige Rolle. Maßnahmen im Bereich Prävention umfassen Impfprogramme, die in vielen Ländern die wichtigste Intervention darstellen, evidenzbasierte Screeningprogramme, Lebensstilmaßnahmen und die Stärkung der Primärversorgung (→ Glossar). Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die dem Empowerment der betroffenen Personen dienen, umfassen verhaltens- und verhältnisbezogene Interventionen, die Stärkung der intersektoralen Zusammenarbeit, Health Impact Assessment von Plänen, Programmen und Strategien als Grundlage für politische Entscheidungen und eine Reorientierung des Gesundheitssystems hin zu gesundheitsfördernden Modellen der Krankenversorgung (1, S. 76).

Im Rahmen des dritten Gesundheitsziels der Steiermark das „Gesundheitssystem gesundheitsfördernd zu gestalten“ sind eine Reihe von Maßnahmen verankert, um die PatientInnenorientierung der Versorgung zu verbessern, Angehörige verstärkt einzube-

ziehen, MitarbeiterInnen zu beteiligen, die Qualität zu sichern, Versorgungsleistungen niederschwellig zugänglich zu machen und geschlechtersensibel auszurichten, integrierte Versorgung zu forcieren sowie Kooperation und interdisziplinäre Zusammenarbeit sicherzustellen. Ziel ist dabei eine Neuorientierung im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention (2, S. 29).

Im Zuge der Entwicklung der Indikatoren für dieses Gesundheitsziel ist es – trotz verstärkter Bemühungen – aufgrund der unzureichenden Datenlage leider nicht gelungen, die Perspektive der PatientInnen und das Thema PatientInnenzufriedenheit stärker oder auch nur ausreichend in den Indikatoren abzubilden. Die Indikatoren „Prozentsatz der in der primären Gesundheitsversorgung tätigen ÄrztInnen“ (3, S. 57) und „Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung“ (4, S. 183) sind aufgrund der mangelnden Aussagekraft im Hinblick auf das Thema gesundheitsförderndes Gesundheitssystem ebenfalls nicht aufgenommen worden (5, S. 119-120).

Zum Indikator „Integrierte Versorgung“ wurde angeregt, auch Programme für Schlaganfall und Koronare Herzkrankheit zu berücksichtigen. Da die Weiterführung dieser Programme noch offen ist, ist auch von einer Aufnahme dieses Indikators in die Datenbasis abgesehen worden (5, S. 119-120).

Zum Indikator „Selbstorganisation der Gesellschaft zu Gesundheitsthemen“ ist angeregt worden, auch unabhängige Beratungsstellen und den Konsumentenschutz zu Gesundheitsthemen zu berücksichtigen. Aufgrund der fehlenden Daten sind diese Aktivitäten zum jetzigen Zeitpunkt ebenfalls nicht aufgenommen worden (5, S. 119-120).

Die folgenden Indikatoren sollen Einblick in die gesundheitsfördernde Gestaltung des Gesundheitssystems geben:

1. Gesundheitsförderungsprojekte in Einrichtungen des Gesundheitswesens
2. Zugang zu medizinischer Versorgung
3. Integrierte Versorgung
4. Selbstorganisation der Gesellschaft zu Gesundheitsthemen

## **10.2 Ergebnisse**

### **10.2.1 Gesundheitsförderungsprojekte in Einrichtungen des Gesundheitswesens**

Bereits in der Ottawa-Charta wird betont, dass eine Reorientierung der Gesundheitsversorgung über die kurative Versorgung hinaus hin zu einer verstärkten



Ausrichtung auf Gesundheitsförderung notwendig ist (6). Projekte und Programme, die diese Reorientierung anstreben, sollten den Prinzipien der settingorientierten Gesundheitsförderung folgen und „Healthy public policy“-Initiativen beinhalten (7, S. 156). Somit sollten die angesprochenen Initiativen sowohl an einzelnen Gesundheitseinrichtungen als auch bei den wichtigsten Akteuren des Gesundheitswesens ansetzen und durch akteursübergreifende Maßnahmen (z.B. in der Ausbildung, Finanzierung) eine Neuorientierung des Gesundheitssystems insgesamt anstreben. Diese Ausrichtung an Prinzipien der Gesundheitsförderung soll letztendlich zu einem Gesundheitsgewinn für unterschiedliche Zielgruppen – PatientInnen, MitarbeiterInnen, die regionale Bevölkerung – beitragen (8, S. 17).

In Österreich kann als Projekt auf Metaebene in diesem Bereich das „Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen“ angesehen werden. Dieses Netzwerk besteht seit 1996 als Subnetzwerk des internationalen WHO-Netzwerks „Health Promoting Hospitals and Health Services“. Aufgabe dieses Netzwerks ist die Unterstützung der beteiligten Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen in ihrer Neuorientierung Richtung Gesundheitsförderung (9). Daneben existiert eine Reihe von weiteren Initiativen, die von den betroffenen Gesundheitseinrichtungen gesetzt worden sind.

Die Daten für diesen Indikator sind bei verschiedenen Organisationen erhoben worden: Fachabteilung 8B (FA8B), Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG), Styria vitalis. Die von den Datenhaltern (Ludwig Boltzmann Institute for Health Promotion Research, FA8B, FGÖ) zur Verfügung gestellten Informationen zu Projekten und Programmen sind nach dem Kriterium „Orientierung der Maßnahmen an Prinzipien der Gesundheitsförderung“ (Settingorientierung, Ressourcenorientierung) überprüft worden, wobei insgesamt 27 Projekte im Zeitraum von 2005 bis 2009 in die Analyse miteinbezogen worden sind.

Zur Datenqualität ist festzuhalten, dass bei den Daten der Mitglieder des ONGKG über deren Projekte und Programme eine Unterschätzung möglich ist, da diese Daten vom ONGKG zum Zweck der Anerkennung der Mitgliedschaft gesammelt und pro Antrag bzw. Verlängerung drei Maßnahmen eingefordert werden (10). Daten zu Projekten, die von der FA8B und vom FGÖ zur Verfügung gestellt worden sind, sind zum Zweck der Abwicklung von Förderansuchen erhoben worden. Somit ist auch hier eine Unterschätzung der tatsächlichen Aktivitäten in der Steiermark möglich, da für manche Projekte möglicherweise nicht um eine Förderung angesucht worden ist.

Die Anzahl der Projekte schwankt im Berichtszeitraum 2005 – 2009 zwischen 10 und 15 Projekten pro Jahr (vgl. Tabelle 10.2.1), wobei im Jahr 2007 die meisten gesundheitsfördernden Projekte (insgesamt 15) in Einrichtungen des Gesundheitswesens durchgeführt worden sind, von welchen sieben im genannten Jahr begonnen worden sind. Die *Gesundheitsziele Steiermark* sind zwar erst im Jahr 2007 entwickelt und vom Landtag beschlossen worden, dennoch ist, um an den Gesundheitsbericht 2005 für die Steiermark anzuschließen, der Berichtszeitraum 2005 – 2009 gewählt worden.

Betrachtet man die Zielgruppen der im Jahr 2009 durchgeführten Projekte, so fällt auf, dass der Großteil der Projekte (63%) MitarbeiterInnen der Gesundheitseinrichtungen als Zielgruppe angibt – entweder ausschließlich oder gemeinsam mit PatientInnen und dem regionalen Umfeld. PatientInnen sind in 25% der Projekte die Zielgruppe, das regionale Umfeld in 12%.

**Tabelle 40: Projekte nach Zielgruppen in der Steiermark in Einrichtungen des Gesundheitswesens 2009**

Zielgruppe	Anzahl Projekte <sup>1)</sup>	Prozent
MitarbeiterInnen	11	63
PatientInnen	4	25
Regionales Umfeld	2	12

1) Die Anzahl der Projekte deckt sich nicht mit der Absolutzahl an Projekten, da in einigen Projekten mehrere Zielgruppen angegeben worden sind.

Datenquellen: FA8B, FGÖ,ONGKG; Bearbeitung und Berechnung: FH JOANNEUM

Die weitaus überwiegende Anzahl der im Jahr 2009 durchgeführten Projekte hat im Setting Krankenhaus stattgefunden (83%), zwei Projekte sind im Setting Pflegeeinrichtung durchgeführt worden. In Praxen und Praxisgemeinschaften haben keine Projekte stattgefunden. Nach NUTS-3-Region betrachtet, zeigt sich, dass im Jahr 2009 die meisten Projekte in den Regionen „Graz“ und „Oststeiermark“ durchgeführt worden sind und kein Projekt in der Region Liezen angesiedelt gewesen ist. Die regionale Konzentration der Aktivitäten spiegelt das Engagement einzelner Krankenanstalten (LKH Graz, GGZ Graz, LKH Weiz) wider.

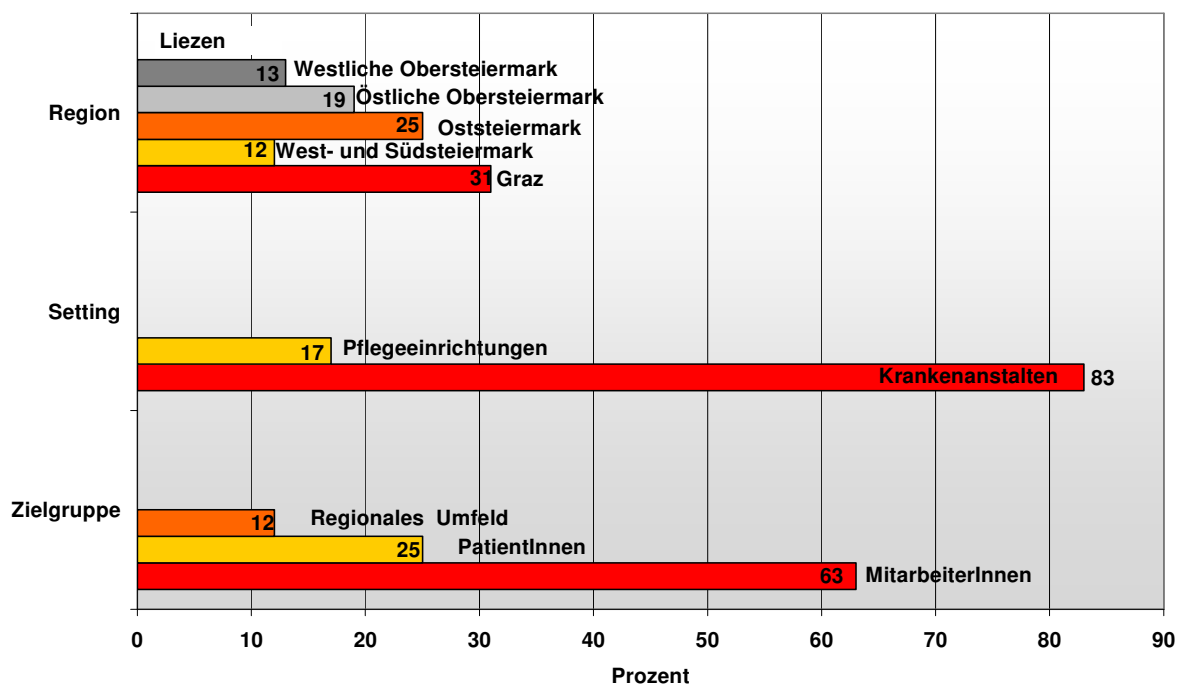
**Tabelle 41: Projekte nach NUTS-3-Regionen in der Steiermark in Einrichtungen des Gesundheitswesens 2009**

Region	Anzahl Projekte <sup>1)</sup>	Prozent
Graz	5	31
Liezen	0	0
Östliche Obersteiermark	2	12
Oststeiermark	4	25
West- und Südsteiermark	3	19
Westliche Obersteiermark	3	13

1) Die Anzahl der Projekte deckt sich nicht mit der Absolutzahl an Projekten, da in einigen Projekten mehrere Regionen angegeben worden sind.

Datenquellen: FA8B, FGÖ,ONGKG; Bearbeitung und Berechnung: FH JOANNEUM

**Abbildung 27: Anteil der Projekte und Programme im Gesundheitswesen in der Steiermark nach NUTS-3-Regionen, Settings und Zielgruppen im Jahr 2009**



Datenquellen: FA8B, FGÖ,ONGKG; eigene Darstellung

Die Daten zu Projekten und Programmen in Einrichtungen des Gesundheitswesens zeigen zusammenfassend, dass die überwiegende Mehrheit der Aktivitäten in Krankenanstalten stattfindet. Zielgruppe sind fast ausschließlich die MitarbeiterInnen, somit scheint die Förderung der Gesundheit der MitarbeiterInnen durch BGF gut etabliert zu sein, während Maßnahmen für die anderen erwähnten Zielgruppen sowie policy-orientierte Maßnahmen weitgehend fehlen. Die starke Krankenhausorientierung der Projekte ist auf die österreichweite Arbeit des ONGKG zurückzuführen. Im Primärversorgungsbereich (Praxen und Praxisgemeinschaften) wird der Ansatz, Gesundheitsförderung durch Projekte zu etablieren, noch nicht angewandt.

## 10.2.2 Zugang zu medizinischer Versorgung

Der mangelnde Zugang zu Versorgungseinrichtungen stellt eine der sozialen Determinanten für Gesundheit dar, wobei Zugang sowohl die Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen wie auch die private Finanzierung (out of pocket costs) der in Anspruch genommenen Leistungen umfasst. Im Falle von Modellen der privaten Finanzierung wird seitens der WHO darauf hingewiesen, dass niemand gezwungen sein soll, sich im Krankheitsfall zwischen Gesundheit und ökonomischem Auskommen entscheiden zu müssen (1, S. 81). Unter Erreichbarkeit wird in diesem Zusammenhang verstanden, dass für alle Betroffenen ein gleicher, gerechter Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens ermöglicht wird, wobei es zwei Dimensionen der Erreichbarkeit gibt: einerseits die räumliche Verteilung der Versorgungseinrichtungen im Sinne einer objektiven Distanz, andererseits die subjektive Erreichbarkeit aus der Perspektive der Betroffenen (eingeschränkt z.B. durch mangelnde Mobilität oder organisatorische Hürden) (11, S. 60). Schon seit längerer Zeit ist bekannt, dass der Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung sich indirekt proportional zum Bedarf der betroffenen Bevölkerung verhält (inverse care law) (1, S. 88).

Als Indikator für den Zugang zu medizinischer Versorgung ist der „Anteil der Personen, die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung, die sie dringend benötigt hätten, aus finanziellen Gründen, aufgrund zu langer Wartezeiten oder nicht gegebener Erreichbarkeit nicht in Anspruch genommen haben“, entwickelt worden. Die Daten für diesen Indikator stammen aus den European Community Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), Frage 108 (Was war für Sie der wichtigste Grund, die Untersuchung bzw. Behandlung nicht in Anspruch zu nehmen?), wobei für die Auswertung drei der insgesamt neun Antwortmöglichkeiten herangezogen worden sind (12, S. 84). Zu den Daten des EU-SILC finden sich im Kapitel „Methoden und Datenquellen“ weiterführende Informationen.

Zur Datenqualität dieses Indikators ist zu sagen, dass aufgrund der Einschränkungen auf drei Antwortmöglichkeiten in der Definition des Indikators und der geringen Anzahl an Personen, die diese Frage beantwortet haben, nur beschränkt Aussagen möglich sind. Die Anzahl der Personen, die eine der drei Antwortmöglichkeiten als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme angegeben haben, liegt bei den Bundesländerergebnissen für Kärnten, Oberösterreich, Salzburg, Vorarlberg und auch die Steiermark unter zehn, was als zu wenig für eine Auswertung gilt (13). So ist in der Steiermark beispielsweise im Jahr 2008 2.060 Personen die Frage nach der Nicht-Inanspruchnahme und deren Gründen gestellt worden. Nur 0,79% (14 Personen) der Befragten haben die Frage beantwortet und 0,35% (sechs Personen) haben eine der drei oben genannten Antwortalternativen angegeben (vgl. Tabelle 10.2.2). Ähnliche Fallgrößen sind in allen Jahren des Beobachtungszeitraums gegeben.

Aufgrund dieser kleinen Fallzahlen und der daraus resultierenden großen Schwankungsbreiten werden diese Daten nicht weiter analysiert und dargestellt.

### 10.2.3 Integrierte Versorgung

Die Integration von Versorgungsleistungen war und ist eine der wichtigsten Reformstrategien für Gesundheitssysteme. Insbesondere eine Stärkung der Primärversorgung führt zu einem Gesundheitsgewinn für die Bevölkerung und verbessert die Kontinuität der Versorgung. Die Zunahme von chronischen Erkrankungen hat die Entwicklung von Disease Management-Programmen beschleunigt. Ziel ist, eine patientInnenorientierte Versorgung über die Schnittstellen unterschiedlicher ambulanter und stationärer Versorgungseinrichtungen zu gewährleisten und so die Fragmentierung unterschiedlicher Leistungen zu vermindern. Es hat sich gezeigt, dass Initiativen, die auf Systemebene an Strukturen und Ressourcen in der Bevölkerung ansetzen, vermutlich effektiver sind als Ansätze auf individueller Ebene (1, S. 114-118).

Da keine umfassenden Daten zur integrierten Versorgung in der Steiermark vorliegen, ist als Indikator der Anteil jener Personen mit Diabetes mellitus Typ 2 definiert worden, die im Disease Management-Programm „Therapie Aktiv“ für Diabetes mellitus Typ 2 versorgt werden (5, S. 123), um Daten eines Projekts in der Steiermark darzustellen. Das Programm „Therapie Aktiv“ setzt auf eine patientInnenorientierte Behandlung und Betreuung und zielt darauf ab, die Lebensqualität zu steigern, das Leben zu verlängern und die Bindung an einen Hausarzt/eine Hausärztin zu fördern. Es verfolgt einen langfristigen Therapieansatz und den ökonomischen Einsatz der finanziellen Mittel (14). Zur Datenqualität ist festzuhalten, dass sich die Berechnungen auf Daten aus dem „Therapie Aktiv“-Programm (Anzahl der TeilnehmerInnen am Programm) und Hochrechnungen aus den Folgekosten (FOKO) -Daten der GKK Steiermark (Anzahl der Personen mit Diabetes mellitus in der Steiermark) beziehen.

Beim Anteil jener steirischen PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ 2, die am Programm „Therapie Aktiv“ in den Jahren von 2007 bis 2009 teilgenommen haben, ist sowohl bei Frauen als auch bei Männern ein Anstieg von vier auf acht Prozent feststellbar. Betrachtet man die unterschiedlichen Altersgruppen, so ist der Anteil der erreichten Diabetes mellitus Typ 2-PatientInnen im Alter von 60 bis 80 Jahre gestiegen (vgl. Tabelle 10.2.3b und 10.2.3c). Aus dem Evaluierungsbericht für das Jahr 2009 der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse geht hervor, dass Frauen unter 50 Jahren und Männer unter 60 Jahren mit Diabetes im Programm „Therapie Aktiv“ noch unterrepräsentiert sind, was vor allem im Hinblick auf die Spätfolgen verändert werden sollte (15, S. 12). Die regionale Verteilung für das Jahr 2009

zeigt, dass der Anteil jener PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ 2, die am Programm „Therapie Aktiv“ teilnehmen, im Bezirk Weiz (24%), gefolgt von den Bezirken Deutschlandsberg, Graz-Umgebung und Graz (jeweils über zehn Prozent), am höchsten und in den Bezirken Knittelfeld, Liezen und Murau (je null Prozent) am geringsten ist. Alle anderen Bezirke bewegen sich in einem Prozentanteil zwischen einem und neun Prozent (vgl. Tabelle 10.2.3a).

#### **10.2.4 Selbstorganisation der Gesellschaft zu Gesundheitsthemen**

Seit den 1970er Jahren kann eine Zunahme der Selbstorganisation der Gesellschaft zu gesundheitsbezogenen Themen, die unter anderem auf die kritische Auseinandersetzung mit der Medizin durch Illich und McKeown fußt, beobachtet werden. Sie wird getragen von Personen, die von (chronischer) Krankheit, Behinderung, psychosozialen Problemen oder von Gesundheitsrisiken entweder selbst oder als Angehörige betroffen sind. Die Idee der Selbst- und Mitbestimmung im Gesundheitswesen, wie sie von der Selbsthilfe vertreten wird, findet sich bereits in der Ottawa-Charta (16, S. 1).

Die Aktivitäten von Selbsthilfegruppen umfassen vor allem wechselseitige Unterstützung von Betroffenen, Beratung, Informationsaustausch und Informationsaktivitäten für Fachpersonen. Sie leisten so einen Beitrag zum Wissen über die Erkrankung, zum alltäglichen Umgang der Betroffenen mit ihrer Krankheit und zur Verbesserung des Wissens über Behandlungsoptionen. In einem wesentlich geringeren Ausmaß sind diese Gruppen auch in der Interessenvertretung tätig (17, S. 617).

In Österreich sind im Jahr 2008 insgesamt 1.654 Gruppen und Organisationen der Selbsthilfe erfasst worden, das sind 20 pro 100.000 EinwohnerInnen. Der überwiegende Anteil befasst sich mit vorwiegend somatisch orientierten Erkrankungen (57%). In weitaus geringerem Ausmaß werden psychische (18%) und psychosoziale (acht Prozent) oder suchtbezogene (vier Prozent) Problemstellungen bearbeitet (17, S. 615). Neben den Selbsthilfegruppen existieren zur Vertretung von PatientInnen- und Angehörigeninteressen auf Länder- und Bundesebene die PatientInnenanwältInnen. Ihnen wird vonseiten der Selbsthilfe jedoch teilweise die Legitimation zur Vertretung der Interessen abgesprochen, da sie nicht selbst durch Betroffenheit gewählt sind (17, S. 626).

Zur Erfassung der Situation der Selbsthilfe in der Steiermark sind die Daten zu Anzahl und Verteilung der Selbsthilfegruppen für den Berichtszeitraum 2006-2009 von der Selbsthilfekontaktstelle Steiermark zur Verfügung gestellt worden. Laut Auskunft der Selbsthilfekontaktstelle ist die vollständige, flächendeckende Erfassung der

Selbsthilfegruppen schwierig, da die Datenweitergabe durch die Selbsthilfegruppen an die Kontaktstelle auf freiwilliger Basis erfolgt. Laut Einschätzung der Selbsthilfekontaktstelle dürften 95% aller Gruppen erfasst sein (18).

In der Steiermark lässt sich in den Jahren 2006 – 2009 eine Zunahme der Selbsthilfegruppen insgesamt feststellen. So ist die absolute Zahl der Selbsthilfegruppen von 271 im Jahr 2006 auf 288 im Jahr 2009 angestiegen. Bezogen auf die EinwohnerInnenzahl hat die Anzahl der Selbsthilfegruppen pro 10.000 EinwohnerInnen etwas zugenommen (vgl. Tabelle 10.2.4). Für den Österreichvergleich liegen nur aus dem Jahr 2008 Daten vor: Die Steiermark liegt dabei über dem Bundesdurchschnitt von zwei Selbsthilfegruppen pro 10.000 EinwohnerInnen (17, S. 615). Neben Selbsthilfegruppen, die in der ganzen Steiermark tätig sind, variiert die regionale Verteilung der Selbsthilfegruppen im Jahr 2009. In absoluten Zahlen sind die meisten Selbsthilfegruppen in der Region Graz angesiedelt (136 Gruppen), die wenigsten in der Region Liezen (19 Gruppen). Betrachtet man die Anzahl der Selbsthilfegruppen pro 10.000 EinwohnerInnen, so liegt die NUTS-3-Region „Graz“ vor der Region „östliche Obersteiermark“ und „Liezen“ an erster Stelle. Am wenigsten Selbsthilfegruppen, bezogen auf die Zahl der EinwohnerInnen, gibt es in den Regionen West- und Südsteiermark, gefolgt von der Region Oststeiermark.

### **10.3 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse**

Im Bundesländervergleich zeigt sich, dass die Steiermark beim Indikator „Selbstorganisation der Gesellschaft zu Gesundheitsthemen“ im österreichischen Durchschnitt liegt. Für die beiden anderen Indikatoren liegen keine österreichischen Vergleichsdaten vor. Große regionale Unterschiede zeigen sich hinsichtlich der Durchführung der „Projekte in Einrichtungen des Gesundheitswesens“, der Erreichung von PatientInnen mit dem Programm „Therapie Aktiv“ sowie der Anzahl der Selbsthilfegruppen. Die NUTS-3-Region „Graz“ schneidet in diesen drei Bereichen gut ab, während beispielsweise die NUTS-3-Region „Liezen“ (außer bei den Selbsthilfegruppen) diesbezüglich unterversorgt ist. Über die Zeit lässt sich feststellen, dass die Anzahl der durchgeführten „Projekte in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ – mit einer Spitze im Jahr 2007 – zunächst zugenommen hat, um bis zum Jahr 2009 wieder auf den Ausgangswert zu sinken. Auch die Zahl der Selbsthilfegruppen und die Anzahl der im Programm „Therapie aktiv“ betreuten Personen sind leicht gestiegen.

### Schlussfolgerungen

Zusammenfassend liegt die Steiermark bei den erhobenen Indikatoren – soweit vergleichbar – im österreichischen Durchschnitt. Veränderungen im Zeitverlauf lassen sich nur bedingt feststellen, was sich auch mit dem relativ kurzen Beobachtungszeitraum (max. fünf Jahre) erklären lässt. Zur Weiterentwicklung eines gesundheitsfördernden Gesundheitssystems ist es auf Basis der bisherigen Erkenntnisse einerseits erforderlich, eine Datenlage zu schaffen, die fundierte Aussagen zum Status quo der gesundheitsfördernden Ausrichtung des steirischen Gesundheitssystems und die Entwicklung von Maßnahmenvorschlägen ermöglicht (z.B. Daten zum Zugang zu Einrichtungen des Gesundheitswesens insbesondere für sozial benachteiligte Gruppen vor allem in Regionen, wo es bisher noch wenige Projekte gibt). Andererseits erscheint es sinnvoll, vermehrt Maßnahmen auszubauen, die auch die PatientInnen bzw. die regionale Bevölkerung miteinbeziehen.



## Quellen- und Literaturverzeichnis

- 1 WHO. (2009). *The European health report 2009. Health and health systems*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- 2 Land Steiermark. (2007). *Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.
- 3 Santigli, E. (1999). *Gesundheitsziele und ihre Indikatoren*. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung – Fachabteilung 8B. (unveröffentlicht).
- 4 Mair, A. (2005). *Gesundheitsbericht 2005 der sozialen Krankenversicherung*. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- 5 Grasser, G., Wieseneder, E., Ebner, K. & Plunger, P. (2009). *Projektbericht. GeKiS: Gesundheits-Kernindikatoren Steiermark*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark. (unveröffentlicht).
- 6 WHO-Regionalbüro für Europa. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Download vom 23. Februar 2010, von [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2?language=German](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German)
- 7 ECHIM (European Community Health Indicators Monitoring). (2009). *ECHI shortlist (June 2008 version) documentation sheets* Download vom 10. Mai 2009, von [www.echim.org/docs/documentation\\_sheets.pdf](http://www.echim.org/docs/documentation_sheets.pdf)
- 8 Pelikan, J. M., Dietscher, C. & Krajic, K. (2008). Gesundheitsförderung als Qualitätsstrategie von Gesundheitseinrichtungen. In Dietscher, C., Krajic, K. und Pelikan, J. (Hg.), *Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. Konzept und Praxis in Österreich. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend*. (S. 17-40). Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
- 9 ONGKG. (o.J). *Über uns*. Download vom 25. Februar 2010, von <http://www.ongkg.at/index.php?id=9>
- 10 Loidolt, A., Ludwig-Boltzmann Institute for Health Promotion Research, E-Mail, 16. November 2009.
- 11 Till, M., Datler, G., Glaser, T., Heuberger, R., Mahidi, M., Skina, M., Kafka, E. & Lamei, N. (2009). *Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse EU-SILC 2007*. Wien: Statistik Austria.
- 12 Statistik Austria. (2008). *Datenerhebung EU-SILC im Jahr 2008. Erhebungsunterlagen und Plausibilitäts-Checks*. Wien: Statistik Austria.
- 13 Holzer, J., Landesstatistik Steiermark, E-Mail, 30. Oktober 2009.
- 14 Therapie Aktiv. Diabetes im Griff. (o.J). *Ziele*. Download vom 25. Februar 2010, von <http://diabetes.therapie->

[aktiv.at/portal27/portal/diabetesportal/channel\\_content/cmsWindow?p\\_tabid=1&p\\_menuid=64516&action=2](http://aktiv.at/portal27/portal/diabetesportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=1&p_menuid=64516&action=2)

- 15 Steiermärkische Gebietskrankenkasse. (2010). *Evaluierungsbericht Steiermark. Therapie aktiv. Diabetes im Griff*. Graz: Steiermärkische Gebietskrankenkasse.
- 16 Koch, U. & Trojan, A. (2009). Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2009 (52), 1-2.
- 17 Forster, R., Nowak, P., Braunegger-Kallinger, G., Österreicher, S. & Krajic, K. (2009). Patienten- und Angehörigenorganisationen bzw. -gruppen in Österreich. Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus einem bundesweiten Forschungsprojekt. *Soziale Sicherheit*, 2009 (12), 614-629.
- 18 Moser, R., Selbsthilfekontaktstelle Steiermark, E-Mail, 23. Dezember 2009.

## **Glossar**

### **Advocacy**

Unter Advocacy werden Aktionen und Tätigkeiten verstanden, die zum Ziel haben, z. B. politische Unterstützung und/oder soziale Akzeptanz für ein bestimmtes Thema zu erreichen (1, S. 5).

### **Alkoholassoziierte Unfälle**

Als Alkoholunfälle werden jene Unfälle klassifiziert, bei denen „zumindest bei einer beteiligten Person eine Beeinträchtigung durch Alkohol gemäß § 5 Abs. 1 StVO oder eine Überschreitung des im § 14 Abs. 8 FSG festgelegten Blut- oder Atemalkoholwertes festgestellt wurde“ (2, S. 13).

### **Anstaltshaushalt**

Zu Anstaltshaushalten zählen Internate, SchülerInnen- und StudentInnenheime, Einrichtungen für ältere Personen, Fürsorgeeinrichtungen, Kloster, Kasernen, Justizanstalten und sonstige Anstalten (3).

### **Arbeitslosigkeit nach nationalem Konzept**

Bei diesem wird die Anzahl der arbeitslosen Personen durch das Arbeitskräftepotenzial dividiert. Das Arbeitskräftepotenzial errechnet sich aus der Summe aus allen arbeitslos gemeldeten Personen und allen beim Hauptverband der Sozialversicherungsträger unselbstständig beschäftigt gemeldeten Personen (4). Als arbeitslos gelten laut AMS alle Personen, die beim AMS als arbeitssuchend vorgemerkt sind und weder einer Beschäftigung nachgehen noch an einer Schulung teilnehmen (4). Aufgrund dieser Berechnungsmethode werden laut Erwerbskarrierenmonitoring des AMS (Stand 2008) rund 400.000 selbstständig Beschäftigte nicht in die Berechnung miteinbezogen. Bei einer Gesamtzahl von rund 3.400.000 unselbstständig beschäftigten Personen werden laut Hauptverband der Sozialversicherungsträger (Stand 2008) weitere rund zwölf Prozent aller erwerbstätigen Personen nicht erfasst. In der Steiermark hat es 2008 laut AMS rund 60.000 selbstständig beschäftigte Personen gegeben (5, S. 8). Da die Arbeitslosigkeit beim internationalen Konzept anders definiert wird, sind Vergleiche mit der nationalen Berechnungsmethode nicht möglich (5, S. 34-35).

### **Arbeitsplatzkonzept**

In diesem Konzept werden Beschäftigte jenem Bundesland bzw. Ort zugeordnet, in dem sie arbeiten und nicht, in dem sie wohnen (6, S. 17-18).

**DCO-Fälle**

DCO-Fälle liegen dann vor, wenn Personen, die an Krebs versterben, zuvor noch nicht im Register verzeichnet worden sind (7, S. 4).

**Haushaltsäquivalenzeinkommen**

Dieses wird aus den zwei Komponenten Haushaltseinkommen und Konsumäquivalente berechnet. Bei der Berechnung des Haushaltsäquivalenzeinkommens wird berücksichtigt, dass mit steigender Haushaltsgröße und in Abhängigkeit vom Alter des Kindes Kostenersparnisse durch das gemeinsame Wirtschaften erzielt werden können. Es wird für jeden Haushalt ein Konsumäquivalent errechnet. Dieses ergibt sich aus einem Fixbedarf von 0,5 Konsumäquivalenten (unabhängig von der Haushaltsgröße) sowie den Konsumäquivalenten (KA) für die Haushaltsmitglieder: Pro Erwachsenen werden 0,5 und pro Kind 0,3 Konsumäquivalente veranschlagt (8, S. 25), das bedeutet, dass einem/einer Alleinerziehenden mit zwei Kindern beispielsweise 1,6 Konsumäquivalente zugewiesen werden ( $0,5 \text{ KA Fixbetrag} + 0,5 \text{ KA für die/den Alleinerziehende/n} + 0,3 \text{ KA für das 1. Kind} + 0,3 \text{ für das 2. Kind}$ ). Das Haushaltsäquivalenzeinkommen wird berechnet, indem das Haushaltseinkommen durch das Konsumäquivalent des Haushalts dividiert wird (8, S. 25). Dementsprechend kann durch das Haushaltsäquivalenzeinkommen der materielle Lebensstandard für jedes Haushaltsmitglied (= Äquivalenzeinkommen) angezeigt werden.

**ICD-10 Codes**

Die International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) ist ein internationales Klassifikationssystem für Krankheiten, welches seitens der WHO in ca. 10-jährigen Abständen revidiert wird. Derzeit liegt diese Klassifikation in der 10. Revision vor (9).

**Konfidenzintervall**

Ein Konfidenzintervall gibt einen Bereich an, in dem mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit (zumeist 95%) der wahre Wert eines Parameters liegt (10).

**Labour-Force-Konzept**

Beim Labour-Force-Konzept werden alle Personen als erwerbstätig erfasst, die in einer Referenzwoche mindestens eine Stunde gearbeitet haben oder einen Arbeitsplatz hatten, aber aufgrund von Urlaub, Krankheit u.Ä. nicht gearbeitet haben (12, S. 20).

### **Langzeitarbeitslosigkeit**

Ab einer Dauer von mehr als 365 Tagen spricht man in Österreich definitionsgemäß von Langzeitarbeitslosigkeit. Dabei werden Unterbrechungen, die weniger als 62 Tage dauern, von der gesamten Dauer der Arbeitslosigkeit abgezogen. Dauert eine Unterbrechung mehr als 61 Tage, dann wird nach der Unterbrechung mit der Zählung der Tage der Arbeitslosigkeit neu angefangen (11).

### **Lebensunterhaltskonzept**

Beim Lebensunterhaltskonzept ordnen sich die Befragten selbst einer der folgenden Gruppen zu: erwerbstätig, Präsenz-/Zivildienstler, in Elternkarenz, arbeitslos, PensionistIn, haushaltsführend, SchülerIn/StudierendeR, dauerhaft arbeitsunfähig, anderes (12, S. 63).

### **Lebensverlaufsansatz**

Der Lebensverlaufsansatz geht davon aus, dass es im Leben eines Menschen einige kritische Übergangsphasen gibt, wie die Geburt, der Eintritt ins Erwerbsleben, der Beginn einer chronischen Krankheit. Die WHO hat in ihrem Konzept Gesundheit<sup>21</sup> gefordert, dass die Menschen in diesen Übergangsphasen sowohl auf der Makro- als auch auf der Mikroebene durch sozial- und wirtschaftspolitische sowie sonstige Maßnahmen unterstützt werden, damit sie ihr Gesundheitspotenzial voll ausschöpfen können (13, S. 23-24).

### **Median**

Der Median ist jener Wert, der eine der Größe nach geordnete Menge von Messwerten halbiert (14, S. 39).

### **Obdachlosmeldung**

Obdachlose können eine Hauptwohnsitzbestätigung bei der Meldebehörde verlangen, wenn sie glaubhaft machen können, dass sie mindestens einen Monat den Lebensmittelpunkt ausschließlich in einer bestimmten Gemeinde haben und wenn sie eine Stelle in der Gemeinde benennen können, die sie regelmäßig aufsuchen (15).

### **Perinatalsterblichkeit**

Mit Perinatalsterblichkeit werden Totgeburten und Todesfälle in den ersten sieben Lebenstagen bezeichnet (16).

### **Primärversorgung**

Mit dem Konzept der Primärversorgung (im Englischen Primary Health Care) wird eine grundlegende und integrierte Gesundheitsversorgung bezeichnet, die die erste Stufe des

Kontakts von Individuen mit dem nationalen Gesundheitssystem darstellt. In der Alma-Ata-Deklaration von 1978 wurde dabei die Gleichgewichtigkeit der vier Säulen Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation gefordert (17).

### **Quintil**

Quintile teilen die nach ihrer Größe geordneten Messwerte in fünf gleichgroße Teile (18).

### **Raumordnungsgrundsätze**

Die Raumordnungsgrundsätze basieren auf drei Hauptpunkten (19):

- die Erhaltung und nachhaltige Verbesserung der Qualität der natürlichen Lebensgrundlagen durch sparsame und sorgsame Verwendung der natürlichen Ressourcen wie Boden, Wasser und Luft
- die Nutzung von Grundflächen unter Beachtung eines sparsamen Flächenverbrauches, einer wirtschaftlichen Aufschließung sowie weitgehender Vermeidung gegenseitiger nachteiliger Beeinträchtigungen
- die Abstimmung von Ordnung benachbarter Räume sowie raumbedeutsamer Planungen und Maßnahmen aller Gebietskörperschaften

### **Schweizer Ergebnismodell**

Das Schweizer Ergebnismodell (kurz für „Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung und Prävention“) stellt ein Kategoriensystem zur systematischen Bewertung von Ergebnissen von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten dar (20, S. 3).

### **Sterbetafel**

Pro Kalenderjahr gibt eine Sterbetafel für jeden Geburtsjahrgang an, mit welcher Wahrscheinlichkeit das Ende dieses Kalenderjahres erlebt wird. Sie wird zur Berechnung der mittleren und ferneren Lebenserwartung herangezogen (21).

### **Wohnortkonzept**

In diesem Konzept werden Beschäftigte nicht ihrem Beschäftigungsort zugeordnet, sondern jenem Bundesland, in dem sie wohnen (6, S. 17-18).

## Quellen- und Literaturverzeichnis

- 1 WHO. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization.
- 2 Statistik Austria. (2009). *Standard-Dokumentation. Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Statistik der Straßenverkehrsunfälle*. Wien: Statistik Austria.
- 3 Statistik Austria. (2007). *Bevölkerung in Anstaltshaushalten 1981 bis 2001 nach Einrichtungstyp und Geschlecht*. Download vom 10. August 2010, von [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte\\_familien\\_lebensformen/lebensformen/023306.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/lebensformen/023306.html)
- 4 AMS Steiermark. (o.J.). *Fachbegriffe*. Download vom 19. Jänner 2010, von [http://www.ams.at/stmk/ueber\\_ams/14200.html](http://www.ams.at/stmk/ueber_ams/14200.html)
- 5 Zajic, B. & Putz, S. (2009). *Arbeitsmarktlage 2008*. Wien: Arbeitsmarktservice Österreich.
- 6 Tafner, G. & Schalek, M. (2009). *Steirische Statistiken, Heft 3/2009. Arbeitsmarkt 2008*. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, FA 1C – Landesstatistik.
- 7 Statistik Austria. (2007). *Standard-Dokumentation. Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Krebsstatistik (Krebsregister)* Wien: Statistik Austria.
- 8 Statistik Austria. (2007). *Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus EU-SILC 2005*. Wien: Statistik Austria.
- 9 Pschyrembel Sozialmedizin. (o.J.). *ICD*. Download vom 10. August 2010, von <http://www.wdg.pschyrembel.de>
- 10 Pschyrembel Sozialmedizin. (o.J.). *Konfidenzintervall*. Download vom 10. August 2010, von <http://www.wdg.pschyrembel.de>
- 11 AMS Österreich. (o.J.). *Fachbegriffe*. Download vom 19. Jänner 2010, von [http://www.ams.at/ueber\\_ams/14200.html](http://www.ams.at/ueber_ams/14200.html)
- 12 Fasching, M. & Eichwalder, R. (2006). *Arbeitskräfteerhebung 2004. Ergebnisse des Mikrozensus*. Wien: Statistik Austria.
- 13 WHO. (1999). *Gesundheit21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- 14 Benninghaus, H. (2002). *Deskriptive Statistik. Eine Einführung für Sozialwissenschaftler*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- 15 Bundesministerium für Inneres. (2010). *Anmeldung*. Download vom 10. August 2010, von <http://www.help.gv.at/Content.Node/118/Seite.1180200.html>
- 16 Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. (o.J.). *Mortalität, perinatale*. Download vom 10. August 2010, von <http://www.wdg.pschyrembel.de>

- 17 Pschyrembel Sozialmedizin. (o.J.). *Gesundheitsversorgung, primäre*. Download vom 29. September 2010, von <http://www.wdg.pschyrembel.de>
- 18 Pschyrembel Sozialmedizin. (o.J.). *Quantil*. Download vom 10. August 2010, von <http://www.wdg.pschyrembel.de>
- 19 LGBl. Österreich. (2008). Steiermärkisches Raumordnungsgesetz 1974 idF LGBl. Nr. 89/2008.
- 20 Gesundheitsförderung Schweiz. (2004). *Anleitung zum Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz
- 21 Pschyrembel Sozialmedizin. (o.J.). *Sterbetafel*. Download vom 10. August 2010, von <http://www.wdg.pschyrembel.de>



## Anhang 1: Liste der InterviewpartnerInnen (Kapitel 5)

Die Interviewcodierung wurde anhand der alphabetischen Reihung der Nachnamen der ExpertInnen vorgenommen.

Codierung	Name der Expertin/des Experten	Funktion der Expertin/des Experten	Datum des Interviews
Interview 1	Dr. Thomas Amegah, MAS (ÖGD), MPH	Mitarbeiter Fachabteilung 8B Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion) (Referat 2: Gesundheitsförderung, Qualitätsmanagement, Psychiatriekoordinationsstelle des Landes)	8. Februar 2010
Interview 2	HR Dr. Odo Feenstra	Leiter Fachabteilung 8B Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion)	21. Dezember 2009
Interview 3	HR Dr. Dietmar Müller	Leiter Abteilung 8 (Gesundheit., Veterinärwesen und Lebensmittelsicherheit) und Leiter Fachabteilung 8A Sanitätsrecht und Krankenanstalten	8. Februar 2010
Interview 4	HR Dr. Peter Wagner	Leiter Fachabteilung 8C Veterinärwesen (Veterinärdirektion)	21. Dezember 2009
Interview 5	Mag. <sup>a</sup> Sandra Zettinig, MPH	Mitarbeiterin Gesundheitsfonds Steiermark (Koordination Gesundheitsziele Steiermark, Public Health)	8. Februar 2010

## Anhang 2: Liste der InterviewpartnerInnen (Kapitel 7)

Codierung	Name der Expertin/des Experten	Funktion der Expertin/des Experten	Datum des Telefoninterviews
Interview 1	DI Alfred Eichberger	stadtland – Technische Büros für Raumplanung, Raumordnung, Landschaftsplanung und Landschaftspflege	12. Jänner 2010
Interview 2	Anita Grabner-Ostermann	Verband der Diaetologen Österreichs – Leitung der Landesgruppe Steiermark	08. Jänner 2010
Interview 3	Mag. <sup>a</sup> Barbara Hauszer	Bio Ernte Steiermark – Gemeinschaftsverpflegung/ Gastronomie	08. Jänner 2010
Interview 4	Mag. <sup>a</sup> Sabine Hollomey	Styria vitalis – Leitung Abteilung Naturküche/ Ernährungswissenschaftlerin	07. Jänner 2010
Interview 5	Mag. Roland Kaiser	STGKK – Betriebliche Gesundheitsförderung	13. Jänner 2010
Interview 6	Mag. Christian Kolbl	Wirtschaftskammer Steiermark – Fachgruppengeschäftsführer Gastronomie	11. Jänner 2010
Interview 7	Mag. <sup>a</sup> Verena Krammer	STGKK – Schulische Gesundheitsförderung	14. Jänner 2010
Interview 8	Mag. <sup>a</sup> Doris Kuhness	Styria vitalis – Leitung Abteilung Schule	15. Jänner 2010
Interview 9	Mag. <sup>a</sup> Silvia Marchl	Styria vitalis – Leitung Abteilung Naturküche; Koordination gemeinsam essen & anders essen	12. Jänner 2010
Interview 10	Mag. <sup>a</sup> Dr. <sup>in</sup> Christine Neuhold	Styria vitalis – Leitung Abteilung Gemeinde	19. Jänner 2010
Interview 11	Dr. <sup>in</sup> Jasmin Novak	CONCLUSIO PR Beratungs GmbH – Geschäftsführende Gesellschafterin	22. Jänner 2010
Interview 12	Mag. Arne Öhlknecht	Verband von SportwissenschaftlerInnen Österreichs – Vorstandsvorsitzender	13. Jänner 2010
Interview 13	Mag. Markus Pichler	SPORTUNION Steiermark – Landesgeschäftsführer	05. Jänner 2010
Interview 14	DI Karl Reiter	Forschungsgesellschaft Mobilität	07. Jänner 2010
Interview 15	DI Dr. Gerald Röschel	ZIS+P Verkehrsplanung	07. Jänner 2010
Interview 16	Wolfgang Sauer	Wirtschaftskammer Steiermark – Spartenobmann Handel	05. Jänner 2010
Interview 17	Mag. Karl Schneeberger	Arbeiterkammer Steiermark – Bereich Betriebsbetreuung/ ArbeitnehmerInnenschutz	14. Jänner 2010
Interview 18	Mag. <sup>a</sup> Nicole Zöhrer	Landwirtschaftskammer Steiermark – Abteilung Ernährung und Erwerbskombination	13. Jänner 2010

## Anhang 3: Fragestellungen (Kapitel 2)

### Fragen zu selbst berichtetem Herzinfarkt

Befragung	Frage (und ausgewertete Antwortmöglichkeit)
Mikrozensus 1991 Sonderprogramm Gesundheit	„Bitte nennen Sie mir aus dieser Liste die Kennzahlen jener Krankheiten und Verletzungen, die Sie im letzten Jahr hatten!“ (Antwortmöglichkeit: Herzinfarkt), (1, Blatt B)
Mikrozensus 1999 Sonderprogramm Gesundheit	„Leiden Sie an einer der in dieser Liste angeführten Krankheiten andauernd (chronisch)?“ (Antwortmöglichkeit: Herzinfarkt), (2, S. 157)
Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007	„Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt?“ (Antwortmöglichkeit: ja), (3, Anhang Fragebogen, S. 2)

### Fragen zu selbst berichtetem Schlaganfall

Befragung	Frage (und ausgewertete Antwortmöglichkeit)
Mikrozensus 1991 Sonderprogramm Gesundheit	„Bitte nennen Sie mir aus dieser Liste die Kennzahlen jener Krankheiten und Verletzungen, die Sie im letzten Jahr hatten!“ (Antwortmöglichkeit: Hirngefäßerkrankungen: Schlaganfall), (1, Blatt B)
Mikrozensus 1999 Sonderprogramm Gesundheit	„Leiden Sie an einer der in dieser Liste angeführten Krankheiten andauernd (chronisch)?“ (Antwortmöglichkeit: Hirngefäßerkrankungen: Schlaganfall), (2, S. 157)
Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007	„Hatten Sie jemals einen Schlaganfall oder eine Gehirnblutung?“ (Antwortmöglichkeit: ja), (3, Anhang Fragebogen, S. 2)

### Fragen zu selbst berichteter Diabetes

Befragung	Frage (und ausgewertete Antwortmöglichkeit)
Mikrozensus 1991 Sonderprogramm Gesundheit	„Leiden Sie an einer der folgenden chronischen Krankheiten?“ (Antwortmöglichkeit: Zuckerkrankheit), (1, Blatt B)
Mikrozensus 1999 Sonderprogramm Gesundheit	„Leiden Sie an einer der in dieser Liste angeführten Krankheiten andauernd (chronisch)?“ (Antwortmöglichkeit: Zuckerkrankheit), (2, S. 157).
Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007	„Hatten Sie jemals Diabetes (Zuckerkrankheit)?“ (Antwortmöglichkeit: ja), (3, Anhang Fragebogen, S. 2)

## Fragen zu selbst berichtetem Asthma

Befragung	Frage (und ausgewertete Antwortmöglichkeit)
Mikrozensus 1991 Sonderprogramm Gesundheit	„Bitte nennen Sie mir aus dieser Liste die Kennzahlen jener Krankheiten und Verletzungen, die Sie im letzten Jahr hatten!“ (Antwortmöglichkeit: Lungenasthma)  „Leiden Sie an einer der folgenden chronischen Krankheiten?“ (Antwortmöglichkeit: Asthma), (1, Blatt B).
Mikrozensus 1999 Sonderprogramm Gesundheit	„Leiden Sie an einer der in dieser Liste angeführten Krankheiten andauernd (chronisch)?“ (Antwortmöglichkeit: Lungenasthma), (2, S. 157)
Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007	„Hatten Sie jemals allergisches Asthma?“ (Antwortmöglichkeit: ja)  „Hatten Sie jemals eine andere Form von Asthma?“ (Antwortmöglichkeit: ja), (3, Anhang Fragebogen, S. 2)

Literatur

- 1 Österreichisches Statistisches Zentralamt. (1991). *Mikrozensus. Fragen zur Gesundheit. Sonderprogramm. Erläuterungen.* Wien: Republik Österreich: Österreichisches Statistisches Zentralamt.
- 2 Költringer, R. & Urbas, E. (2002). *Mikrozensus 1999 – Ergebnisse zur Gesundheit in Wien.* Wien: Magistrat der Stadt Wien. Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement, Gesundheitsberichterstattung.
- 3 Klimont, J., Kytir, J. & Leitner, B. (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation.* Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.

## Anhang 4: Exkludierte Indikatoren (Kapitel 7)

Exkludierte Indikatoren im Bereich Bewegung	
Verhalten	Körperliche Fitness
Gesundheitskompetenzen	% der Bevölkerung, die bestimmten Feststellungen (lt. Bewegungsempfehlungen) sehr oder eher zustimmt
	% der Bevölkerung, die verschiedene Begriffe mit Bewegung in Verbindung bringt (z.B. Gesundheit, Freude/Spaß, Körpergefühl etc.)
	% der Bevölkerung, die angibt, dass sie vorhat, sich mehr zu bewegen
	% der Bevölkerung, die angibt, sehr oder eher sicher zu sein, dass sie 30 Minuten am Tag auch unter bestimmten Umständen (Müdigkeit, Traurigkeit, hohe Anforderungen von Familie und Arbeit) aktiv sein kann
gesundheitsfördernde Angebote	% der Bevölkerung, die das Angebot kennt
	% der Bevölkerung, die mit der Botschaft der Kampagne/des Projekts erreicht worden ist
gesundheitsfördernde Strategien in Politik und Organisation	Subjektive Wahrnehmung der Bevölkerung, ob lokale Sportvereine und andere Anbieter viele Bewegungsmöglichkeiten bieten
	Subjektive Wahrnehmung der Bevölkerung, ob lokale Behörden/EntscheidungsträgerInnen sich ausreichend für Bewegungsförderung engagieren
gesundheitsfördernde materielle Umwelt	% der Bevölkerung, die sehr oder eher zustimmt, dass es in ihrer Umgebung Möglichkeiten zur Bewegung gibt
	% der Betriebe und Schulen, die geeignete Einrichtungen und Ausrüstungen haben
gesundheitsfördernde soziale Umwelt	% der Bevölkerung, die angibt, zur Bewegung (von der Familie, Schule, dem Betrieb etc.) motiviert zu werden
	% der Bevölkerung, die angibt, in ihrem Umfeld häufig andere körperlich-sportlich aktiv zu sehen

Quelle: 1, S. 11-13; eigene Darstellung

Exkludierte Indikatoren im Bereich Ernährung	
Verhalten	% Anteil der Personen, die Frühstück, Mittagessen und Abendessen zu sich nehmen
	Konsum der Lebensmittel Gemüse, Obst, Brot/Getreide, Fisch, Fleisch & Fleischprodukte; Energie aus viel- und einfach gesättigten Fettsäuren, Gesamtfett, Protein; Mineral-, Vitamin- und non-starch polysaccharides-Gehalt
	Häufigkeit der täglichen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
	Konsum von Obst
	Konsum von Gemüse
	Konsum von Frucht- oder Gemüsesaft
	% ausschließlich gestillter und gestillter Neugeborener innerhalb der ersten 48 Stunden nach der Geburt, mit 3 und mit 6 Monaten
Gesundheitskompetenzen	Wissen, was eine gesunde Ernährung ausmacht
	% der Bevölkerung, die angibt, im letzten Jahr ihr Ernährungsverhalten geändert zu haben
	% jener, die als Hauptgrund für die Änderung ihres Ernährungsverhaltens Gesundheit angeben
	% der Bevölkerung, die sich der mit Fett-, ungesättigtem Fett-, Salz- und Zuckerkonsum einhergehenden Risiken bewusst ist
	% jener, die der Meinung sind, dass sich gesund zu ernähren einfach ist
	% jener, die finden, sich gesund zu ernähren sei schwierig, weil sie mangelnde Kontrolle über ihre Ernährung haben
gesundheitsfördernde Angebote	% der Bevölkerung, die das Angebot kennt
	% der Bevölkerung, die mit der Botschaft der Kampagne/des Projekts erreicht worden ist
gesundheitsfördernde materielle Umwelt	Anzahl gesunder Lebensmittelprodukte (begrenzter Gehalt an gesättigtem Fett, Transfetten, Zucker und Salz)
gesundheitsfördernde soziale Umwelt	% Anteil der Menschen, die auf gesunde Lebensmittel aus finanziellen Gründen verzichten müssen

Quelle: 1, 2009, S. 23-25; eigene Darstellung

#### Literatur:

- 1 Grasser, G., Wieseneder, E., Fink, S., Zisler, M. und Marchl, S. (2009). *Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken: Verhalten, Verhältnisse und Indikatoren*. Graz: Gesundheitsfonds Steiermark.

## **Tabellenanhang**

## Inhaltsverzeichnis

1.2.1.	Bevölkerungsstand in den Bundesländern, steirischen Bezirken, in 10 Jahresgruppen und nach Geschlecht am 01.01.2009	254
1.2.2 a	Bevölkerungsentwicklung in den Bundesländern, nach Geschlecht und im zeitlichen Verlauf von 1971 bis 2075	256
1.2.2 b	Bevölkerungsentwicklung in den steirischen Bezirken, nach Geschlecht und im zeitlichen Verlauf von 1971 bis 2075	258
1.2.2 c	Bevölkerungsentwicklung in der Steiermark, nach Geschlecht, nach Altersgruppen und im zeitlichen Verlauf von 1971 bis 2075	261
1.2.2 d	Bevölkerungsentwicklung in den steirischen Bezirken, nach Geschlecht, nach breiten Altersgruppen und im zeitlichen Verlauf von 1991 bis 2009	262
2.2.1 a	Lebenserwartung bei der Geburt in den Bundesländern und im zeitlichen Verlauf 1970 – 2008: Frauen	265
2.2.1 b	Lebenserwartung bei der Geburt in den Bundesländern und im zeitlichen Verlauf 1970 – 2008: Männer	266
2.2.1 c	Fernere Lebenserwartung mit 65 Jahren in den Bundesländern und im zeitlichen Verlauf 1970 – 2008: Frauen	267
2.2.1 d	Fernere Lebenserwartung mit 65 Jahren in den Bundesländern und im zeitlichen Verlauf 1970 – 2008: Männer	268
2.2.1 e	Lebenserwartung bei der Geburt in den steirischen Bezirken im Durchschnitt von 2004 bis 2008	269
2.2.2	Lebenserwartung in guter Gesundheit bei Geburt und mit 65 Jahren in den Bundesländern und nach Geschlecht	269
2.2.3 a	Subjektiver Gesundheitszustand in den Bundesländern und nach Geschlecht in den Jahren 1999 und 2006/2007	270
2.2.3 b	Subjektiver Gesundheitszustand in der Steiermark nach Geschlecht, Alter und Bildung im Jahr 2006/2007	271
2.2.4 a	Altersstandardisierte vorzeitige Sterblichkeit aufgrund der Haupttodesursachen in den Bundesländern, in den steirischen Bezirken, nach Geschlecht und im Schnitt von 2004 bis 2008	272
2.2.4 b	Altersstandardisierte vorzeitige Sterblichkeit aufgrund der Haupttodesursachen in der Steiermark, nach Geschlecht und im zeitlichen Verlauf von 1970 bis 2008	274
2.2.5	Krebsinzidenz pro 100.000 EinwohnerInnen nach Bundesländern, nach Geschlecht und im zeitlichen Verlauf von 1990 bis 2007	276
2.2.6 a	Selbst berichteter Herzinfarkt in den Bundesländern nach Geschlecht und in den Jahren 1991, 1999 und 2006/2007	278
2.2.6 b	Selbst berichteter Herzinfarkt in der Steiermark nach Geschlecht, Alter und Bildung im Jahr 2006/2007	279
2.2.7 a	Selbst berichtete(r) Schlaganfall/Gehirnblutung in den Bundesländern nach Geschlecht und in den Jahren 1991, 1999 und 2006/2007	280
2.2.7 b	Selbst berichtete(r) Schlaganfall/Gehirnblutung in der Steiermark nach Geschlecht, Alter und Bildung im Jahr 2006/2007	281
2.2.8 a	Selbst berichteter Diabetes in den Bundesländern nach Geschlecht und in den Jahren 1991, 1999 und 2006/2007	282
2.2.8 b	Selbst berichteter Diabetes in der Steiermark nach Geschlecht, Alter und Bildung im Jahr 2006/2007	283
2.2.9 a	Selbst berichtetes Asthma in den Bundesländern nach Geschlecht und in den Jahren 1991, 1999 und 2006/2007	284
2.2.9 b	Selbst berichtetes Asthma in der Steiermark nach Geschlecht, Alter und Bildung im Jahr 2006/2007	285
3.2.1 a	Wahlbeteiligung in den Bundesländern, den steirischen Bezirken bei der jeweils letzten Gemeinderatswahl sowie im zeitlichen Verlauf für die Steiermark und die Gemeinde Graz	286
3.2.1 b	Wahlbeteiligung nach Anzahl der Wahlberechtigten pro Gemeinde bei der steirischen Gemeinderatswahl 2005 (exkl. Graz)	287



3.2.2	Mitarbeit in anderer (nicht parteipolitischer) Organisation in den Bundesländern in den Jahren 2002, 2004 und 2006	287
3.2.3.	Beteiligung an einer Unterschriftensammlung in den Bundesländern in den Jahren 2002, 2004 und 2006	288
4.2.1	Ungleichheit in der Einkommensverteilung in den Bundesländern und im zeitlichen Verlauf von 2004 bis 2007	289
4.2.2	Armutgefährdungsquote in den Bundesländern und im zeitlichen Verlauf von 2004 bis 2007	290
4.2.3 a	Arbeitslosenquote (nationale Definition) in den Bundesländern, nach Geschlecht und im zeitlichen Verlauf von 1995 bis 2009	291
4.2.3 b	Arbeitslosenquote (nationale Definition) in der Steiermark, nach Geschlecht, Alter, Bildung und Bezirke im Jahr 2009	292
4.2.4 a	Anteil der Langzeitarbeitslosen am Arbeitskräftepotenzial in den Bundesländern nach Geschlecht und im zeitlichen Verlauf von 2004 bis 2009	293
4.2.4 b	Anteil der Langzeitarbeitslosen am Arbeitskräftepotenzial in den steirischen Bezirken im Jahr 2008 und nach Alter im Jahr 2009	294
4.2.5 a	Bildung in drei Schichten in den Bundesländern, nach Geschlecht und im zeitlichen Verlauf von 2001 bis 2008	294
4.2.5 b	Bildung in drei Schichten in den steirischen Bezirken, nach Geschlecht, Alter im Jahr 2001	296
6.2.1 a	Anzahl der Betriebe und Anteil der unselbstständigen Mitarbeiter an allen unselbstständig Beschäftigten in BGF-Gütesiegelträgerbetrieben im Bundesländervergleich und im zeitlichen Verlauf von 2005 bis 2008	296
6.2.1 b	Anzahl der Betriebe und Anteil der unselbstständigen Mitarbeiter an allen unselbstständig Beschäftigten in BGF-Gütesiegelträgerbetrieben in der Steiermark nach NUTS-3-Regionen	298
6.2.2 a	Krankenstandquoten nach Geschlecht, AngestellteR bzw. ArbeiterIn und Krankenversicherungsträger im Jahr 2008	299
6.2.2 b	Krankenstandquoten GKK Steiermark nach Geschlecht, AngestellteR bzw. ArbeiterIn und im zeitlichen Verlauf von 2005 bis 2008	300
6.2.3	Arbeitsklimaindex für Österreich und die Steiermark nach Geschlecht, Ausbildung, Anstellungsverhältnis und Größe des Betriebs im zeitlichen Verlauf von 2005 bis 2009	301
6.2.4	Befristet Beschäftigte in den Bundesländern, nach Alter und Geschlecht (für Österreich) und im zeitlichen Verlauf von 2004 bis 2008	302
7.2.1 a	BMI in den Bundesländern, nach Geschlecht und in den Jahren 1983, 1991, 1999 und 2006/2007	304
7.2.1 b	BMI in der Steiermark nach Geschlecht, Alter und Bildung im Jahr 2006/2007	307
7.2.2	Bewegungsverhalten in den Bundesländern, nach Geschlecht, Alter und Bildung im Jahr 2006/2007	309
7.2.3	Bewegung in der Freizeit in den Bundesländern, nach Geschlecht, Alter, Bildung und in den Jahren 1999 und 2006/2007	310
7.2.4	Ernährungsgewohnheiten in den Bundesländern, nach Geschlecht, Alter und Bildung im Jahr 2006/2007	311
7.2.5	Trinkgewohnheiten in den Bundesländern, nach Geschlecht, Alter und Bildung im Jahr 2006/2007	314
8.2.1 a	Alkoholbedingte Todesfälle in den Bundesländern, nach Geschlecht im Schnitt von 1998 bis 2004	315
8.2.1 b	Alkoholbedingte Todesfälle in den steirischen Bezirken, nach Geschlecht und im zeitlichen Verlauf von 2001 bis 2008	316
8.2.2	Problematischer Alkoholkonsum in den Bundesländern, nach Geschlecht, Alter und Bildung im Jahr 2006/2007	317
8.2.3	Verletzte bei Unfällen mit alkoholisierten Beteiligten in den Bundesländern, den steirischen Bezirken und im zeitlichen Verlauf von 2001 bis 2008	318
8.2.4	Getötete bei Unfällen mit alkoholisierten Beteiligten in den Bundesländern, den steirischen Bezirken und im zeitlichen Verlauf von 2001 bis 2008	319
9.2.1 a	Haushaltstypen in den Bundesländern in den Jahren 1991, 2001 und 2008	320
9.2.1 b	Haushaltstyp in der Steiermark im zeitlichen Verlauf von 1991 bis 2008	322

9.2.2 a	Gewaltdelikte nach Täter-Opferbeziehung, Geschlecht des Täters/der Täterin, Bundesländer und im zeitlichen Verlauf von 2001 bis 2008	323
9.2.2 b	Gewaltdelikte nach Täter-Opferbeziehung, Geschlecht und Alter des Täters/der Täterin sowie nach steirischen Bezirken	326
9.2.3 a	Alter der Mutter bei der Geburt in den Bundesländern und im zeitlichen Verlauf von 2001 bis 2008	327
9.2.3 b	Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes in der Steiermark nach steirischen Bezirken, Bildung und im zeitlichen Verlauf von 1999 bis 2008	329
9.2.4 a	Anteil der Kaiserschnitte in den Bundesländern, steirischen Bezirken und im zeitlichen Verlauf von 2004 bis 2008	330
9.2.4 b	Anteil der Kaiserschnitte nach Alter der Mutter, Geschlecht des Kindes und im zeitlichen Verlauf von 1995 bis 2008	331
9.2.5 a	Anteil der Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht, in den Bundesländern, nach Geschlecht des Kindes und im zeitlichen Verlauf von 1990 bis 2008	332
9.2.5 b	Anteil der Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht, in den steirischen Bezirken nach Geschlecht des Kindes und im zeitlichen Verlauf von 1990/1993 bis 2008	335
9.2.6	Neuinfektionen ausgewählter Geschlechtskrankheiten in den Bundesländern und im zeitlichen Verlauf von 2001 bis 2008	339
9.2.7	Anzahl der HIV-Neuinfektionen pro 1.000.000 EinwohnerInnen in den Bundesländern und im zeitlichen Verlauf von 2005 bis 2008	339
10.2.1	Projekte und Programme im Gesundheitswesen in der Steiermark nach Zielgruppen, Settings, NUTS-3 Regionen und im zeitlichen Verlauf von 2005 bis 2009	340
10.2.2	Inanspruchnahme medizinischer Behandlung in den Bundesländern und im zeitlichen Verlauf von 2004 bis 2007	341
10.2.3 a	Anteil der PatientInnen im DMP „Therapie aktiv“ in den steirischen Bezirken, nach Geschlecht und Alter in den Jahren 2007 bis 2009	342
10.2.3 b	Anteil der PatientInnen im DMP „Therapie aktiv“ in den steirischen Bezirken, nach Geschlecht und Alter in den Jahren 2007 und 2008	343
10.2.3 c	Altersverteilung der DiabetikerInnen und DMP-PatientInnen in der Steiermark nach Geschlecht im Jahr 2009	345
10.2.4	Selbsthilfegruppen in der Steiermark pro 10.000 EinwohnerInnen nach NUTS-3-Regionen und im zeitlichen Verlauf von 2006 bis 2009	346

**1.2.1. Bevölkerungsstand in den Bundesländern, steirischen Bezirken, in 10 Jahresgruppen und nach Geschlecht am 01.01.2009 (Teil 1)**

Altersgruppen	Gesamt									
	Österreich									
	Ö	Bgl	Ktn	NÖ	OÖ	Sbg	Stmk	T	Vbg	W
0 - 4	396.528	11.717	24.614	74.841	69.102	25.846	52.486	34.706	19.983	83.233
5 - 14	865.060	26.944	56.850	170.844	155.788	57.906	118.123	77.122	43.705	157.778
15 - 24	1.023.313	31.350	66.616	190.436	181.126	65.988	147.606	91.265	47.960	200.966
25 - 34	1.087.329	33.348	65.842	186.757	177.456	69.186	155.353	94.718	49.492	255.177
35 - 44	1.342.960	44.177	86.716	259.692	222.719	85.624	190.334	116.248	59.675	277.775
45 - 54	1.252.713	45.594	88.382	244.456	214.994	79.172	183.928	103.014	52.750	240.423
55 - 64	936.470	34.358	66.010	182.919	151.359	60.729	135.184	76.148	39.333	190.430
65 - 74	785.472	28.884	55.375	161.985	127.947	47.097	118.115	61.889	31.040	153.140
75 - 84	492.175	20.446	37.260	100.120	82.318	27.692	79.066	36.815	17.919	90.539
85 +	173.240	6.300	12.940	33.072	27.594	9.977	27.284	12.547	5.716	37.810
Gesamt	8.355.260	283.118	560.605	1.605.122	1.410.403	529.217	1.207.479	704.472	367.573	1.687.271

Altersgruppen	Frauen									
	Österreich									
	Ö	Bgl	Ktn	NÖ	OÖ	Sbg	Stmk	T	Vbg	W
0 - 4	193.416	5.789	11.952	36.498	33.596	12.585	25.818	16.889	9.778	40.511
5 - 14	421.619	13.187	27.919	82.973	76.061	28.120	57.524	37.535	21.322	76.978
15 - 24	502.684	15.236	32.408	92.724	88.319	32.415	71.793	45.195	23.401	101.193
25 - 34	542.221	16.645	32.584	93.201	87.348	34.669	76.367	47.289	24.837	129.281
35 - 44	667.967	21.785	43.607	129.892	109.830	43.241	93.233	57.994	29.485	138.900
45 - 54	625.168	22.358	44.263	120.726	106.380	40.529	91.378	51.755	26.299	121.480
55 - 64	480.958	16.994	33.885	92.778	76.393	31.582	69.521	39.192	19.921	100.692
65 - 74	421.800	15.277	29.936	84.979	68.888	25.246	63.626	32.984	16.483	84.381
75 - 84	302.644	12.684	22.916	60.621	50.343	16.750	48.651	21.862	10.799	58.018
85 +	128.736	4.741	9.368	24.667	20.521	7.201	20.114	9.219	4.156	28.749
Gesamt	4.287.213	144.696	288.838	819.059	717.679	272.338	618.025	359.914	186.481	880.183

Altersgruppen	Männer									
	Österreich									
	Ö	Bgl	Ktn	NÖ	OÖ	Sbg	Stmk	T	Vbg	W
0 - 4	203.112	5.928	12.662	38.343	35.506	13.261	26.668	17.817	10.205	42.722
5 - 14	443.441	13.757	28.931	87.871	79.727	29.786	60.599	39.587	22.383	80.800
15 - 24	520.629	16.114	34.208	97.712	92.807	33.573	75.813	46.070	24.559	99.773
25 - 34	545.108	16.703	33.258	93.556	90.108	34.517	78.986	47.429	24.655	125.896
35 - 44	674.993	22.392	43.109	129.800	112.889	42.383	97.101	58.254	30.190	138.875
45 - 54	627.545	23.236	44.119	123.730	108.614	38.643	92.550	51.259	26.451	118.943
55 - 64	455.512	17.364	32.125	90.141	74.966	29.147	65.663	36.956	19.412	89.738
65 - 74	363.672	13.607	25.439	77.006	59.059	21.851	54.489	28.905	14.557	68.759
75 - 84	189.531	7.762	14.344	39.499	31.975	10.942	30.415	14.953	7.120	32.521
85 +	44.504	1.559	3.572	8.405	7.073	2.776	7.170	3.328	1.560	9.061
Gesamt	4.068.047	138.422	271.767	786.063	692.724	256.879	589.454	344.558	181.092	807.088

Q: Statistik Austria: Bevölkerung am 1.1.2009 nach Politischen Bezirken, Alter und Geschlecht, Download von [http://www.statistik.at/web\\_de/static/bevoelkerung\\_am\\_1.1.2009\\_nach\\_politischen\\_bezirken\\_alter\\_und\\_geschlecht\\_029810.xls](http://www.statistik.at/web_de/static/bevoelkerung_am_1.1.2009_nach_politischen_bezirken_alter_und_geschlecht_029810.xls), vom 10.12.09; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

### 1.2.1 Bevölkerungsstand in den Bundesländern, steirischen Bezirke, in 10 Jahresgruppen und nach Geschlecht am 01.01.2009 (Teil 2)

Altersgruppen	Gesamt																
	Steiermark																
	G	BM	DL	FB	FF	GU	HB	JU	KF	LB	LE	LI	MZ	MU	RA	VO	WZ
0 - 4	11.773	2.488	2.611	3.028	1.043	6.510	3031	1.714	1.280	3.359	2.293	3.540	1.527	1.290	846	2.134	4.019
5 - 14	21.900	5.685	6.322	7.150	2.319	15.199	7.160	4.490	2.944	8.129	5.297	8.323	3.605	3.116	2.354	4.858	9.272
15 - 24	33.913	6.907	7.232	8.507	2.667	16.754	8.901	5.200	3.343	9.558	6.914	9.609	4.511	3.779	2.706	5.946	11.159
25 - 34	40.984	7.143	7.322	8.579	2.862	16.781	8.670	5.001	3.536	9.700	7.084	9.510	4.454	3.604	2.683	6.300	11.140
35 - 44	40.300	9.507	9.929	10.676	3.648	24.107	10.519	6.802	4.485	13.002	9.258	12.168	5.843	4.418	3.692	8.141	13.839
45 - 54	34.639	9.859	9.776	10.411	3.618	22.810	10.361	7.209	4.645	12.023	9.938	12.139	6.313	4.669	3.604	8.420	13.494
55 - 64	26.656	7.786	6.954	6.913	2.549	15.799	7.171	5.309	3.401	8.542	8.013	9.545	5.072	3.286	2.648	6.477	9.063
65 - 74	23.346	7.260	5.815	6.167	2.181	12.867	6.074	5.175	2.891	6.881	7.917	8.406	4.805	2.856	2.419	5.391	7.664
75 - 84	14.247	4.905	3.842	4.439	1.554	7.675	4.179	3.673	2.021	4.326	5.642	5.621	3.583	2.211	1.678	3.773	5.697
85 +	6.236	1.605	1.251	1.474	504	2.724	1.220	1.108	787	1.437	1.897	1.742	1.142	689	556	1.247	1.665
<b>Gesamt</b>	<b>253.994</b>	<b>63.145</b>	<b>61.054</b>	<b>67.344</b>	<b>22.945</b>	<b>141.226</b>	<b>67.286</b>	<b>45.681</b>	<b>29.333</b>	<b>76.957</b>	<b>64.253</b>	<b>80.603</b>	<b>40.855</b>	<b>29.918</b>	<b>23.186</b>	<b>52.687</b>	<b>87.012</b>

Altersgruppen	Frauen																
	Steiermark																
	G	BM	DL	FB	FF	GU	HB	JU	KF	LB	LE	LI	MZ	MU	RA	VO	WZ
0 - 4	5.757	1.197	1.312	1.465	506	3.207	1.537	814	616	1.702	1.139	1.724	760	634	410	1.061	1.977
5 - 14	10.592	2.863	3.064	3.540	1.110	7.384	3.458	2.229	1.446	3.994	2.593	3.954	1.740	1.518	1.165	2.380	4.494
15 - 24	17.169	3.282	3.420	4.129	1.323	8.054	4.302	2.480	1.543	4.710	3.224	4.681	2.201	1.838	1.299	2.834	5.307
25 - 34	20.096	3.429	3.605	4.159	1.451	8.507	4.227	2.384	1.741	4.866	3.372	4.749	2.196	1.703	1.316	3.095	5.471
35 - 44	19.415	4.653	4.887	5.165	1.844	12.082	5.109	3.296	2.193	6.411	4.497	6.084	2.844	2.172	1.778	4.027	6.776
45 - 54	17.617	4.947	4.796	5.075	1.749	11.338	5.066	3.554	2.299	5.796	5.014	6.169	3.202	2.268	1.750	4.150	6.588
55 - 64	14.569	4.074	3.484	3.437	1.267	8.027	3.560	2.666	1.776	4.284	4.208	4.896	2.541	1.645	1.330	3.333	4.424
65 - 74	12.953	3.872	3.078	3.267	1.176	6.655	3.300	2.831	1.547	3.619	4.255	4.512	2.594	1.563	1.330	2.897	4.177
75 - 84	9.055	2.950	2.402	2.762	979	4.712	2.552	2.223	1.227	2.746	3.403	3.408	2.142	1.336	1.027	2.293	3.434
85 +	4.729	1.141	952	1.109	385	2.008	882	805	546	1.066	1.407	1.228	826	506	400	929	1.195
<b>Gesamt</b>	<b>131.952</b>	<b>32.408</b>	<b>31.000</b>	<b>34.105</b>	<b>11.790</b>	<b>71.974</b>	<b>33.993</b>	<b>23.282</b>	<b>14.934</b>	<b>39.194</b>	<b>33.112</b>	<b>41.405</b>	<b>21.046</b>	<b>15.183</b>	<b>11.805</b>	<b>26.999</b>	<b>43.843</b>

Altersgruppen	Männer																
	Steiermark																
	G	BM	DL	FB	FF	GU	HB	JU	KF	LB	LE	LI	MZ	MU	RA	VO	WZ
0 - 4	6.016	1.291	1.299	1.563	537	3.303	1.494	900	664	1.657	1.154	1.816	767	656	436	1.073	2.042
5 - 14	11.308	2.822	3.258	3.610	1.209	7.815	3.702	2.261	1.498	4.135	2.704	4.369	1.865	1.598	1.189	2.478	4.778
15 - 24	16.744	3.625	3.812	4.381	1.344	8.700	4.599	2.720	1.800	4.848	3.690	4.928	2.310	1.941	1.407	3.112	5.852
25 - 34	20.888	3.714	3.717	4.420	1.411	8.274	4.443	2.617	1.795	4.834	3.712	4.761	2.258	1.901	1.367	3.205	5.669
35 - 44	20.885	4.854	5.042	5.511	1.804	12.025	5.410	3.506	2.292	6.591	4.761	6.084	2.999	2.246	1.914	4.114	7.063
45 - 54	17.022	4.912	4.980	5.336	1.869	11.472	5.295	3.655	2.346	6.227	4.924	5.970	3.111	2.401	1.854	4.270	6.906
55 - 64	12.087	3.712	3.470	3.476	1.282	7.772	3.611	2.643	1.625	4.258	3.805	4.649	2.531	1.641	1.318	3.144	4.639
65 - 74	10.393	3.388	2.737	2.900	1.005	6.212	2.774	2.344	1.344	3.262	3.662	3.894	2.211	1.293	1.089	2.494	3.487
75 - 84	5.192	1.955	1.440	1.677	575	2.963	1.627	1.450	794	1.580	2.239	2.213	1.441	875	651	1.480	2.263
85 +	1.507	464	299	365	119	716	338	303	241	371	490	514	316	183	156	318	470
<b>Gesamt</b>	<b>122.042</b>	<b>30.737</b>	<b>30.054</b>	<b>33.239</b>	<b>11.155</b>	<b>69.252</b>	<b>33.293</b>	<b>22.399</b>	<b>14.399</b>	<b>37.763</b>	<b>31.141</b>	<b>39.198</b>	<b>19.809</b>	<b>14.735</b>	<b>11.381</b>	<b>25.688</b>	<b>43.169</b>

Q: Statistik Austria: Bevölkerung am 1.1.2009 nach Politischen Bezirken, Alter und Geschlecht, Download von [http://www.statistik.at/web\\_de/static/bevoelkerung\\_am\\_1.1.2009\\_nach\\_politischen\\_bezirken\\_alter\\_und\\_geschlecht\\_029810.xls](http://www.statistik.at/web_de/static/bevoelkerung_am_1.1.2009_nach_politischen_bezirken_alter_und_geschlecht_029810.xls), vom 10.12.09; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

## 1.2.2 a Bevölkerungsentwicklung in den Bundesländern, nach Geschlecht und im zeitlichen Verlauf von 1971 bis 2075 (Teil 1)

Gliederungsmerkmal	Österreich und Bundesländer: Gesamt									
	Ö	Bgl	Ktn	NÖ	OÖ	Sbg	Stmk	T	Vbg	W
Jahr	absolut									
1971	7.491.526	272.319	526.759	1.420.816	1.229.972	405.115	1.195.023	544.483	277.154	1.619.885
1981	7.555.338	269.771	536.179	1.427.849	1.269.540	442.301	1.186.525	586.663	305.164	1.531.346
1991	7.795.786	270.880	547.798	1.473.813	1.333.480	482.365	1.184.720	631.410	331.472	1.539.848
2001	8.032.926	277.569	559.404	1.545.804	1.376.797	515.327	1.183.303	673.504	351.095	1.550.123
2002	8.063.640	276.673	559.933	1.544.667	1.377.802	517.050	1.188.117	675.701	352.574	1.571.123
2003	8.100.273	276.542	558.623	1.549.269	1.382.532	517.084	1.189.315	679.457	354.605	1.592.846
2004	8.142.573	276.792	558.026	1.557.291	1.387.488	519.691	1.192.168	683.639	357.068	1.610.410
2005	8.201.359	278.032	558.926	1.568.949	1.394.726	522.369	1.196.780	688.954	360.054	1.632.569
2006	8.254.298	279.127	559.277	1.580.501	1.400.287	524.920	1.200.854	694.253	362.630	1.652.449
2007	8.282.984	280.062	559.393	1.588.567	1.403.663	526.048	1.202.483	697.253	364.269	1.661.246
2008	8.318.592	281.185	560.322	1.596.538	1.406.664	527.452	1.204.947	700.707	365.868	1.674.909
2009	8.355.260	283.118	560.605	1.605.122	1.410.403	529.217	1.207.479	704.472	367.573	1.687.271
2025	8.903.569	300.515	560.917	1.753.306	1.483.928	554.066	1.241.930	749.938	395.894	1.863.075
2050	9.467.172	323.788	552.402	1.941.837	1.544.019	568.706	1.271.572	789.195	420.140	2.055.513
2075	9.567.587	329.078	525.282	2.024.572	1.523.254	561.262	1.242.150	787.757	421.945	2.152.287

Gliederungsmerkmal	Österreich und Bundesländer: Frauen									
	Ö	Bgl	Ktn	NÖ	OÖ	Sbg	Stmk	T	Vbg	W
Jahr	absolut									
1971	3.957.832	140.967	272.755	747.016	640.671	210.994	621.577	280.516	140.352	902.984
1981	3.982.912	140.263	278.365	746.018	660.802	231.338	619.998	303.860	155.866	846.402
1991	4.041.797	139.395	282.896	758.104	682.991	250.017	611.588	324.161	167.322	825.323
2001	4.143.737	142.212	289.204	790.851	704.256	266.312	608.871	345.494	177.758	818.779
2002	4.156.906	141.588	289.418	790.836	705.153	267.009	610.634	346.313	178.569	827.386
2003	4.170.674	141.524	288.677	792.494	706.590	266.885	610.621	347.836	179.616	836.431
2004	4.189.973	141.557	288.273	796.297	708.602	267.987	611.839	349.992	180.931	844.495
2005	4.216.493	142.176	288.628	801.598	711.962	269.175	613.698	352.528	182.485	854.243
2006	4.239.954	142.599	288.599	806.600	714.118	270.421	615.312	355.223	183.761	863.321
2007	4.252.922	143.039	288.526	810.409	715.355	270.939	615.797	356.517	184.493	867.847
2008	4.269.959	143.540	288.828	814.519	716.464	271.488	616.872	358.206	185.494	874.548
2009	4.287.213	144.696	288.838	819.059	717.679	272.338	618.025	359.914	186.481	880.183
2025	4.547.056	152.484	287.587	894.655	748.041	281.311	632.207	379.551	200.056	971.164
2050	4.828.976	164.204	281.575	995.098	775.991	285.156	644.569	396.507	211.620	1.074.256
2075	4.851.219	165.588	264.039	1.034.843	758.695	277.215	623.573	391.649	210.293	1.125.324

Q: Statistik Austria, Volkszählungen 1971, 1981, 1991, 2001, POPREG 1.1.2002 bis 1.1.2009; Bevölkerungsprognose 2009; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

**1.2.2 a Bevölkerungsentwicklung in den Bundesländern, nach Geschlecht und im zeitlichen Verlauf von 1971 bis 2075 (Teil 2)**

Gliederungsmerkmal	Österreich und Bundesländer: Männer									
	Ö	Bgl	Ktn	NÖ	OÖ	Sbg	Stmk	T	Vbg	W
Jahr	absolut									
1971	3.533.694	131.352	254.004	673.800	589.301	194.121	573.446	263.967	136.802	716.901
1981	3.572.426	129.508	257.814	681.831	608.738	210.963	566.527	282.803	149.298	684.944
1991	3.753.989	131.485	264.902	715.709	650.489	232.348	573.132	307.249	164.150	714.525
2001	3.889.189	135.357	270.200	754.953	672.541	249.015	574.432	328.010	173.337	731.344
2002	3.906.734	135.085	270.515	753.831	672.649	250.041	577.483	329.388	174.005	743.737
2003	3.929.599	135.018	269.946	756.775	675.942	250.199	578.694	331.621	174.989	756.415
2004	3.952.600	135.235	269.753	760.994	678.886	251.704	580.329	333.647	176.137	765.915
2005	3.984.866	135.856	270.298	767.351	682.764	253.194	583.082	336.426	177.569	778.326
2006	4.014.344	136.528	270.678	773.901	686.169	254.499	585.542	339.030	178.869	789.128
2007	4.030.062	137.023	270.867	778.158	688.308	255.109	586.686	340.736	179.776	793.399
2008	4.048.633	137.645	271.494	782.019	690.200	255.964	588.075	342.501	180.374	800.361
2009	4.068.047	138.422	271.767	786.063	692.724	256.879	589.454	344.558	181.092	807.088
2025	4.356.513	148.031	273.330	858.651	735.887	272.755	609.723	370.387	195.838	891.911
2050	4.638.196	159.584	270.827	946.739	768.028	283.550	627.003	392.688	208.520	981.257
2075	4.716.368	163.490	261.243	989.729	764.559	284.047	618.577	396.108	211.652	1.026.963

Q: Statistik Austria, Volkszählungen 1971, 1981, 1991, 2001, POPREG 1.1.2002 bis 1.1.2009; Bevölkerungsprognose 2009; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

**1.2.2 b Bevölkerungsentwicklung in den steirischen Bezirken, nach Geschlecht und im zeitlichen Verlauf von 1971 bis 2075 (Teil 1)**

Gliederungsmerkmal Gesamt	Jahreszahl											
	1971	1981	1991	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	absolut											
<b>Steiermark</b>	1.195.023	1.186.525	1.184.720	1.183.303	1.188.117	1.189.315	1.192.168	1.196.780	1.200.854	1.202.483	1.204.947	1.207.479
Graz (Stadt)	249.089	243.166	237.810	226.244	232.930	235.485	237.658	241.298	244.997	247.624	250.738	253.994
Bruck an der Mur	73.855	71.330	67.774	64.991	64.715	64.324	64.172	64.048	63.905	63.540	63.396	63.145
Deutschlandsberg	59.041	59.515	60.581	61.498	61.366	61.190	61.256	61.291	61.316	61.212	61.196	61.054
Feldbach	64.322	64.978	65.751	67.200	67.239	67.328	67.387	67.468	67.570	67.564	67.455	67.344
Fürstenfeld	22.329	22.272	22.293	23.001	22.904	22.898	22.957	23.009	23.062	23.006	23.021	22.945
Graz-Umgebung	99.806	106.343	118.048	131.304	131.749	132.842	134.355	136.146	137.380	138.799	140.026	141.226
Hartberg	63.187	64.788	66.787	67.778	67.612	67.491	67.730	67.641	67.689	67.442	67.443	67.286
Judenburg	54.121	52.640	50.112	48.218	47.737	47.481	47.272	47.125	46.819	46.362	46.047	45.681
Knittelfeld	29.537	30.108	29.526	29.661	29.739	29.577	29.516	29.442	29.437	29.341	29.266	29.333
Leibnitz	69.660	69.854	71.712	75.328	75.252	75.579	75.885	76.229	76.486	76.573	76.774	76.957
Leoben	86.757	80.518	73.372	67.767	67.449	66.879	66.455	66.020	65.734	65.166	64.662	64.253
Liezen	79.621	80.322	81.352	82.235	81.873	81.387	81.186	81.166	81.042	80.957	80.673	80.603
Mürzzuschlag	48.664	46.340	44.762	31.472	42.833	42.477	42.276	41.903	41.776	41.407	41.061	40.855
Murau	32.845	32.427	32.257	42.943	31.301	30.972	30.826	30.659	30.510	30.417	30.208	29.918
Radkersburg	26.306	25.671	24.799	24.068	23.959	23.852	23.684	23.564	23.437	23.428	23.326	23.186
Voitsberg	56.924	55.806	54.577	53.588	53.420	53.277	53.254	53.202	53.070	52.873	52.714	52.687
Weiz	78.959	80.447	83.207	86.007	86.039	86.276	86.299	86.569	86.624	86.772	86.941	87.012

Q: Statistik Austria, Volkszählungen 1971, 1981, 1991, 2001; POPREG 1.1.2002, 1.1.2003, 1.1.2004, 1.1.2005; 1.1.2006, 1.1.2007, 1.1.2008, 1.1.2009; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

**1.2.2 b Bevölkerungsentwicklung in den steirischen Bezirken, nach Geschlecht und im zeitlichen Verlauf von 1971 bis 2075 (Teil 2)**

Gliederungsmerkmal Frauen	Jahreszahl											
	1971	1981	1991	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	absolut											
<b>Steiermark</b>	621.577	619.998	611.588	608.871	610.634	610.621	611.839	613.698	615.312	615.797	616.872	618.025
Graz (Stadt)	135.477	133.490	127.242	120.016	122.732	123.610	124.545	125.988	127.585	128.908	130.392	131.952
Bruck an der Mur	37.661	36.842	34.815	33.475	33.322	33.118	33.033	32.935	32.804	32.635	32.553	32.408
Deutschlandsberg	30.384	30.528	30.935	31.242	31.152	31.042	31.127	31.192	31.206	31.101	31.114	31.000
Feldbach	33.195	33.455	33.476	34.021	34.041	34.084	34.148	34.151	34.186	34.192	34.105	34.105
Fürstenfeld	11.815	11.752	11.551	11.900	11.858	11.864	11.898	11.880	11.891	11.847	11.829	11.790
Graz-Umgebung	51.294	54.865	60.283	66.922	67.220	67.795	68.563	69.489	70.041	70.698	71.380	71.974
Hartberg	32.483	33.146	33.748	34.305	34.203	34.112	34.177	34.144	34.217	34.063	34.078	33.993
Judenburg	27.667	27.077	25.613	24.640	24.419	24.289	24.181	24.067	23.845	23.617	23.474	23.282
Knittelfeld	15.190	15.638	15.215	15.084	15.142	15.044	15.016	14.987	15.022	14.954	14.916	14.934
Leibnitz	35.570	35.817	36.486	38.292	38.259	38.409	38.585	38.796	38.951	38.942	39.087	39.194
Leoben	44.497	42.058	38.008	35.184	35.016	34.694	34.444	34.207	33.982	33.669	33.377	33.112
Liezen	41.079	41.612	41.874	42.419	42.209	41.896	41.736	41.720	41.673	41.611	41.424	41.405
Mürzzuschlag	25.122	24.058	22.961	15.974	22.056	21.857	21.765	21.587	21.534	21.357	21.154	21.046
Murau	16.765	16.457	16.348	22.136	15.883	15.716	15.632	15.534	15.479	15.430	15.294	15.183
Radkersburg	13.728	13.310	12.794	12.332	12.274	12.205	12.110	12.063	11.999	11.987	11.881	11.805
Voitsberg	29.304	28.702	28.066	27.470	27.375	27.308	27.298	27.267	27.210	27.051	26.995	26.999
Weiz	40.346	41.191	42.173	43.459	43.473	43.578	43.581	43.691	43.687	43.735	43.819	43.843

Q: Statistik Austria, Volkszählungen 1971, 1981, 1991, 2001; POPREG 1.1.2002, 1.1.2003, 1.1.2004, 1.1.2005; 1.1.2006, 1.1.2007, 1.1.2008, 1.1.2009; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM



**1.2.2 b Bevölkerungsentwicklung in den steirischen Bezirken, nach Geschlecht und im zeitlichen Verlauf von 1971 bis 2075 (Teil 3)**

Gliederungsmerkmal Männer	Jahreszahl											
	1971	1981	1991	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	absolut											
<b>Steiermark</b>	573.446	566.527	573.132	574.432	577.483	578.694	580.329	583.082	585.542	586.686	588.075	589.454
Graz (Stadt)	113.612	109.676	110.568	106.228	110.198	111.875	113.113	115.310	117.412	118.716	120.346	122.042
Bruck an der Mur	36.194	34.488	32.959	31.516	31.393	31.206	31.139	31.113	31.101	30.905	30.843	30.737
Deutschlandsberg	28.657	28.987	29.646	30.256	30.214	30.148	30.129	30.099	30.110	30.111	30.082	30.054
Feldbach	31.127	31.523	32.275	33.179	33.198	33.244	33.239	33.317	33.384	33.372	33.350	33.239
Fürstenfeld	10.514	10.520	10.742	11.101	11.046	11.034	11.059	11.129	11.171	11.159	11.192	11.155
Graz-Umgebung	48.512	51.478	57.765	64.382	64.529	65.047	65.792	66.657	67.339	68.101	68.646	69.252
Hartberg	30.704	31.642	33.039	33.473	33.409	33.379	33.553	33.497	33.472	33.379	33.365	33.293
Judenburg	26.454	25.563	24.499	23.578	23.318	23.192	23.091	23.058	22.974	22.745	22.573	22.399
Knittelfeld	14.347	14.470	14.311	14.577	14.597	14.533	14.500	14.455	14.415	14.387	14.350	14.399
Leibnitz	34.090	34.037	35.226	37.036	36.993	37.170	37.300	37.433	37.535	37.631	37.687	37.763
Leoben	42.260	38.460	35.364	32.583	32.433	32.185	32.011	31.813	31.752	31.497	31.285	31.141
Liezen	38.542	38.710	39.478	39.816	39.664	39.491	39.450	39.446	39.369	39.346	39.249	39.198
Mürzzuschlag	23.542	22.282	21.801	15.498	20.777	20.620	20.511	20.316	20.242	20.050	19.907	19.809
Murau	16.080	15.970	15.909	20.807	15.418	15.256	15.194	15.125	15.031	14.987	14.914	14.735
Radkersburg	12.578	12.361	12.005	11.736	11.685	11.647	11.574	11.501	11.438	11.441	11.445	11.381
Voitsberg	27.620	27.104	26.511	26.118	26.045	25.969	25.956	25.935	25.860	25.822	25.719	25.688
Weiz	38.613	39.256	41.034	42.548	42.566	42.698	42.718	42.878	42.937	43.037	43.122	43.169

Q: Statistik Austria, Volkszählungen 1971, 1981, 1991, 2001; POPREG 1.1.2002, 1.1.2003, 1.1.2004, 1.1.2005; 1.1.2006, 1.1.2007, 1.1.2008, 1.1.2009; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

## 1.2.2 c Bevölkerungsentwicklung in der Steiermark, nach Geschlecht, nach Altersgruppen und im zeitlichen Verlauf von 1971 bis 2075 (Teil 1)

Gliederungsmerkmal Gesamt	Jahreszahl														
	1971	1981	1991	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2025	2050	2075
	absolut														
<b>Steiermark</b>	1.195.023	1.186.525	1.184.720	1.183.303	1.188.117	1.189.315	1.192.168	1.196.780	1.200.854	1.202.483	1.204.947	1.207.479	1.241.930	1.271.572	1.242.150
<b>Altersgruppen</b>															
0 - 14	311.302	248.949	207.739	191.715	189.732	187.241	184.690	182.480	180.034	176.705	173.373	170.609	163.711	156.208	156.173
15 - 24	175.637	208.520	179.208	143.833	144.522	145.594	146.858	148.008	148.205	147.666	147.511	147.606	121.253	121.414	120.376
25 - 34	151.812	159.894	199.302	175.042	173.168	167.886	163.035	159.518	157.728	156.209	155.383	155.353	151.335	141.193	138.719
35 - 44	139.436	145.551	155.450	194.023	196.271	197.678	199.738	200.463	200.103	197.948	194.997	190.334	164.367	146.799	148.378
45 - 54	132.578	132.521	140.261	150.857	152.782	155.368	158.435	162.747	166.986	172.412	178.050	183.928	164.819	153.864	155.490
55 - 64	131.858	121.766	122.793	131.829	134.796	138.280	140.510	137.755	134.903	133.179	133.941	135.184	191.746	164.396	153.117
65 - 74	102.648	105.170	102.722	104.905	103.829	102.263	101.820	106.468	111.164	114.680	116.162	118.115	146.389	153.189	145.072
75 +	49.752	64.154	77.245	91.099	93.017	95.005	97.082	99.341	101.731	103.684	105.530	106.350	138.310	234.509	224.825

Gliederungsmerkmal Frauen	Jahreszahl														
	1971	1981	1991	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2025	2050	2075
	absolut														
<b>Steiermark</b>	621.577	620.709	611.588	608.871	610.634	610.621	611.839	613.698	615.312	615.797	616.872	618.025	632.207	644.569	623.573
<b>Altersgruppen</b>															
0 - 14	152.126	121.872	101.222	93.329	92.194	90.916	89.764	88.700	87.644	86.112	84.617	83.342	79.565	75.917	75.901
15 - 24	85.641	102.783	86.596	70.224	70.536	71.079	71.684	72.207	72.290	71.963	71.796	71.793	59.300	59.101	58.590
25 - 34	74.356	79.362	96.406	85.461	84.597	82.183	80.017	78.481	77.397	76.691	76.348	76.367	73.852	68.535	67.294
35 - 44	69.116	73.325	76.880	95.281	96.112	96.575	97.359	97.751	97.590	96.717	95.454	93.233	80.832	71.524	72.087
45 - 54	75.753	67.312	70.728	75.826	76.647	77.876	79.352	81.239	83.306	85.824	88.477	91.378	82.227	75.630	76.014
55 - 64	73.702	71.559	64.394	68.300	69.785	71.517	72.822	71.343	69.839	68.709	68.936	69.521	96.849	82.469	75.808
65 - 74	58.824	62.663	63.565	58.206	57.355	56.149	55.724	57.973	60.203	62.033	62.660	63.626	77.092	78.753	73.292
75 +	32.059	41.833	51.797	62.244	63.408	64.326	65.117	66.004	67.043	67.748	68.584	68.765	82.490	132.640	124.587

Q: Statistik Austria, Volkszählungen 1971, 1981, 1991, 2001; POPREG 1.1.2002, 1.1.2003, 1.1.2004, 1.1.2005; 1.1.2006, 1.1.2007, 1.1.2008, 1.1.2009; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

**1.2.2 c Bevölkerungsentwicklung in der Steiermark, nach Geschlecht, nach Altersgruppen und im zeitlichen Verlauf von 1971 bis 2075 (Teil 2)**

Gliederungsmerkmal Männer	Jahreszahl														
	1971	1981	1991	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2025	2050	2075
	absolut														
<b>Steiermark</b>	573.446	566.527	575.064	575.066	577.483	578.694	580.329	583.082	585.542	586.686	588.075	589.454	609.723	627.003	618.577
<b>Altersgruppen</b>															
0 - 14	159.176	127.077	106.517	98.386	97.538	96.325	94.926	93.780	92.390	90.593	88.756	87.267	84.146	80.291	80.272
15 - 24	89.996	105.737	94.544	74.243	73.986	74.515	75.174	75.801	75.915	75.703	75.715	75.813	61.953	62.313	61.786
25 - 34	77.456	80.532	102.896	89.581	88.571	85.703	83.018	81.037	80.331	79.518	79.035	78.986	77.483	72.658	71.425
35 - 44	70.320	72.937	78.570	98.742	100.159	101.103	102.379	102.712	102.513	101.231	99.543	97.101	83.535	75.275	76.291
45 - 54	56.825	65.209	69.533	75.031	76.135	77.492	79.083	81.508	83.680	86.588	89.573	92.550	82.592	78.234	79.476
55 - 64	58.156	50.207	58.399	63.529	65.011	66.763	67.688	66.412	65.064	64.470	65.005	65.663	94.897	81.927	77.309
65 - 74	43.824	42.507	39.157	46.699	46.474	46.114	46.096	48.495	50.961	52.647	53.502	54.489	69.297	74.436	71.780
75 +	17.693	22.321	25.448	28.855	29.609	30.679	31.965	33.337	34.688	35.936	36.946	37.585	55.820	101.869	100.238

Q: Statistik Austria, Volkszählungen 1971, 1981, 1991, 2001; POPREG 1.1.2002, 1.1.2003, 1.1.2004, 1.1.2005; 1.1.2006, 1.1.2007, 1.1.2008, 1.1.2009; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

**1.2.2 d Bevölkerungsentwicklung in den steirischen Bezirken, nach Geschlecht, nach breiten Altersgruppen und im zeitlichen Verlauf von 1991 bis 2009 (Teil 1)**

Gliederungsmerkmal Gesamt	Jahr								
	1991			2001			2009		
	Altersgruppen								
	0 - 14	15 - 64	65 +	0 - 14	15 - 64	65 +	0 - 14	15 - 64	65 +
	absolut								
Graz (Stadt)	32.634	163.181	41.995	31.568	156.132	38.544	33.673	176.492	43.829
Bruck an der Mur	10.744	46.065	10.965	9.442	43.393	12.156	8.173	41.202	13.770
Deutschlandsberg	11.410	40.636	8.535	10.506	41.421	9.571	8.933	41.213	10.908
Feldbach	13.346	43.482	8.923	11.846	44.721	10.633	10.178	45.086	12.080
Fürstenfeld	4.128	14.619	3.546	3.920	15.226	3.855	3.362	15.344	4.239
Graz-Umgebung	22.307	80.275	15.466	23.022	89.807	18.475	21.709	96.251	23.266
Hartberg	14.107	44.244	8.436	12.543	45.308	9.927	10.191	45.622	11.473
Judenburg	8.779	33.828	7.505	7.730	31.706	8.782	6.204	29.521	9.956
Knittelfeld	5.343	19.457	4.726	4.779	19.912	4.970	4.224	19.410	5.699
Leibnitz	13.992	48.245	9.475	13.346	51.025	10.957	11.488	52.825	12.644
Leoben	10.608	49.634	13.130	9.131	44.653	13.983	7.590	41.207	15.456
Liezen	15.265	54.215	11.872	14.046	54.588	13.601	11.863	52.971	15.769
Mürzzuschlag	7.515	29.657	7.590	5.604	21.336	5.166	5.132	26.193	9.530
Murau	6.617	21.162	4.478	6.388	28.080	8.475	4.406	19.756	5.756
Radkersburg	4.496	16.311	3.992	4.025	15.793	4.250	3.200	15.333	4.653
Voitsberg	9.418	36.871	8.288	8.191	36.024	9.373	6.992	35.284	10.411
Weiz	17.030	57.064	11.045	15.628	57.093	13.286	13.291	58.695	15.026

Q: Statistik Austria, Volkszählungen: 1991, 2001; POPREG 1.1.2009; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

**1.2.2 d Bevölkerungsentwicklung in den steirischen Bezirken, nach Geschlecht, nach breiten Altersgruppen und im zeitlichen Verlauf von 1991 bis 2009 (Teil 2)**

Gliederungsmerkmal Frauen	Jahr								
	1991			2001			2009		
	Altersgruppen								
	0 - 14	15 - 64	65 +	0 - 14	15 - 64	65 +	0 - 14	15 - 64	65 +
	absolut								
Graz (Stadt)	15.836	83.201	28.205	15.263	79.670	25.083	16.349	88.866	26.737
Bruck an der Mur	5.191	22.744	6.880	4.585	21.639	7.251	4.060	20.385	7.963
Deutschlandsberg	5.554	20.029	5.352	5.088	20.275	5.879	4.376	20.192	6.432
Feldbach	6.498	21.206	5.772	5.803	21.685	6.533	5.005	21.962	7.138
Fürstenfeld	2.019	7.199	2.333	1.943	7.519	2.438	1.616	7.634	2.540
Graz-Umgebung	10.842	39.728	9.713	11.212	44.539	11.171	10.591	48.008	13.375
Hartberg	6.899	21.498	5.351	6.124	22.154	6.027	4.995	22.264	6.734
Judenburg	4.267	16.630	4.716	3.775	15.601	5.264	3.043	14.380	5.859
Knittelfeld	2.584	9.665	2.966	2.274	9.823	2.987	2.062	9.552	3.320
Leibnitz	6.885	23.630	5.971	6.540	25.008	6.744	5.696	26.067	7.431
Leoben	5.152	24.403	8.453	4.474	22.184	8.526	3.732	20.315	9.065
Liezen	7.520	26.966	7.388	6.866	27.402	8.151	5.678	26.579	9.148
Mürzzuschlag	3.641	14.549	4.771	2.738	10.165	3.071	2.500	12.984	5.562
Murau	3.220	10.379	2.749	3.161	13.940	5.035	2.152	9.626	3.405
Radkersburg	2.233	7.987	2.574	1.978	7.759	2.595	1.575	7.473	2.757
Voitsberg	4.588	18.234	5.244	3.962	17.802	5.706	3.441	17.439	6.119
Weiz	8.293	26.956	6.924	7.543	27.927	7.989	6.471	28.566	8.806

Q: Statistik Austria, Volkszählungen: 1991, 2001; POPREG 1.1.2009; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

**1.2.2 d Bevölkerungsentwicklung in den steirischen Bezirken, nach Geschlecht, nach breiten Altersgruppen und im zeitlichen Verlauf von 1991 bis 2009 (Teil 3)**

Gliederungsmerkmal Männer	Jahr								
	1991			2001			2009		
	Altersgruppen								
	0 - 14	15 - 64	65 +	0 - 14	15 - 64	65 +	0 - 14	15 - 64	65 +
	absolut								
Graz (Stadt)	16.798	79.980	13.790	16.305	76.462	13.461	17.324	87.626	17.092
Bruck an der Mur	5.553	23.321	4.085	4.857	21.754	4.905	4.113	20.817	5.807
Deutschlandsberg	5.856	20.607	3.183	5.418	21.146	3.692	4.557	21.021	4.476
Feldbach	6.848	22.276	3.151	6.043	23.036	4.100	5.173	23.124	4.942
Fürstenfeld	2.109	7.420	1.213	1.977	7.707	1.417	1.746	7.710	1.699
Graz-Umgebung	11.465	40.547	5.753	11.810	45.268	7.304	11.118	48.243	9.891
Hartberg	7.208	22.746	3.085	6.419	23.154	3.900	5.196	23.358	4.739
Judenburg	4.512	17.198	2.789	3.955	16.105	3.518	3.161	15.141	4.097
Knittelfeld	2.759	9.792	1.760	2.505	10.089	1.983	2.162	9.858	2.379
Leibnitz	7.107	24.615	3.504	6.806	26.017	4.213	5.792	26.758	5.213
Leoben	5.456	25.231	4.677	4.657	22.469	5.457	3.858	20.892	6.391
Liezen	7.745	27.249	4.484	7.180	27.186	5.450	6.185	26.392	6.621
Mürzzuschlag	3.874	15.108	2.819	2.866	11.171	2.095	2.632	13.209	3.968
Murau	3.397	10.783	1.729	3.227	14.140	3.440	2.254	10.130	2.351
Radkersburg	2.263	8.324	1.418	2.047	8.034	1.655	1.625	7.860	1.896
Voitsberg	4.830	18.637	3.044	4.229	18.222	3.667	3.551	17.845	4.292
Weiz	8.737	30.108	4.121	8.085	29.166	5.297	6.820	30.129	6.220

Q: Statistik Austria, Volkszählungen: 1991, 2001; POPREG 1.1.2009; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

**2.2.1 a Lebenserwartung bei der Geburt in den Bundesländern und im zeitlichen Verlauf 1970 – 2008: Frauen**

Gliederungsmerkmal	Ö	Bundesländer								
		Bgl	Ktn	NÖ	OÖ	Sbg	Stmk	T	Vbg	W
in Jahren										
<b>Jahr</b>										
1970	73,4	73,1	72,9	73,3	73,0	73,9	73,0	73,9	75,2	73,5
1971	73,7	73,6	73,6	73,6	74,0	74,0	73,4	74,3	74,8	73,5
1972	74,0	73,8	74,2	74,0	73,9	73,7	73,8	74,8	74,7	74,0
1973	74,6	74,2	74,9	74,5	74,8	75,0	73,9	75,0	76,3	74,4
1974	74,7	74,7	75,2	74,5	74,5	75,0	74,3	76,1	75,5	74,4
1975	74,7	74,8	75,1	74,2	74,9	75,4	74,2	76,1	76,9	74,3
1976	75,1	75,8	75,2	75,1	75,0	75,5	74,6	75,8	76,2	74,8
1977	75,5	76,1	75,6	75,0	75,9	75,4	75,1	76,4	77,5	75,1
1978	75,7	75,9	75,8	75,3	75,9	76,3	75,5	76,8	77,2	75,2
1979	76,0	76,5	76,3	75,6	76,4	76,7	75,8	76,8	77,6	75,2
1980	76,1	75,8	76,7	75,7	76,9	76,1	75,9	77,4	77,4	75,3
1981	76,4	77,2	76,3	76,3	76,9	76,7	76,0	77,4	78,0	75,7
1982	76,6	77,2	77,0	76,3	77,1	77,3	76,1	77,7	78,4	76,0
1983	76,6	76,1	77,0	76,5	77,0	76,6	76,6	77,6	78,3	75,9
1984	77,2	77,4	77,6	77,0	77,6	78,0	76,8	78,5	78,8	76,4
1985	77,3	77,4	77,4	76,9	78,1	78,1	77,0	78,5	78,8	76,6
1986	77,7	77,6	77,9	77,5	77,8	78,0	77,5	79,3	79,6	77,1
1987	78,1	78,2	78,7	77,8	78,5	78,6	77,6	79,5	79,7	77,3
1988	78,6	78,7	78,8	78,4	79,0	79,2	78,4	79,3	80,3	77,8
1989	78,7	79,0	79,0	78,4	79,0	78,6	78,6	79,7	80,7	78,0
1990	78,9	79,2	79,2	78,7	79,1	79,3	79,1	79,5	79,9	78,1
1991	79,0	78,5	79,7	79,0	79,2	79,5	79,0	79,9	80,3	78,1
1992	79,2	78,9	79,6	79,1	79,6	80,0	78,9	80,3	80,2	78,1
1993	79,4	79,5	79,7	79,3	79,6	79,8	79,5	80,3	80,6	78,5
1994	79,7	79,9	80,6	79,2	79,6	80,2	80,2	80,6	81,2	78,8
1995	80,0	80,3	81,1	79,8	80,0	80,2	80,2	81,7	81,5	78,8
1996	80,1	79,6	80,9	79,9	80,1	81,2	80,5	81,1	81,3	79,2
1997	80,6	80,5	81,2	80,3	80,8	81,0	80,5	81,5	81,9	79,7
1998	80,8	81,0	81,9	80,4	81,0	81,3	80,9	81,5	81,6	80,3
1999	80,9	80,3	81,3	80,5	81,0	81,7	81,3	81,8	81,6	80,1
2000	81,1	81,1	81,5	80,9	81,4	81,3	81,1	82,2	82,5	80,4
2001	81,6	81,9	82,4	81,2	82,0	81,8	81,9	82,5	82,6	80,7
2002	81,7	82,0	82,7	81,3	82,0	82,1	82,0	83,0	83,0	80,5
2003	81,6	81,0	82,3	81,3	81,7	81,6	82,2	82,9	82,1	80,5
2004	82,1	82,4	82,8	81,8	82,5	82,4	82,3	83,2	82,8	81,3
2005	82,2	81,8	82,7	81,7	82,3	82,5	82,7	83,3	83,5	81,6
2006	82,7	82,4	83,1	82,5	83,0	83,9	82,8	83,5	83,1	81,7
2007	82,8	83,1	83,4	82,5	83,0	83,6	83,3	83,7	83,7	81,9
2008	83,0	83,0	83,7	82,5	83,0	83,9	83,4	83,7	84,1	82,1

Q: Statistik Austria, Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

**2.2.1 b Lebenserwartung bei der Geburt in den Bundesländern und im zeitlichen Verlauf 1970 – 2008: Männer**

Gliederungsmerkmal	Ö	Bundesländer								
		Bgl	Ktn	NÖ	OÖ	Sbg	Stmk	T	Vbg	W
in Jahren										
Jahr										
1970	66,5	65,1	65,5	65,6	66,4	67,8	66,3	68,5	68,5	67,0
1971	66,6	66,1	67,0	66,0	66,8	68,0	66,0	68,7	67,7	66,7
1972	66,9	65,4	67,4	66,5	66,5	67,3	66,9	68,0	67,7	67,5
1973	67,5	65,9	67,2	66,9	67,8	68,1	67,3	69,8	68,7	67,5
1974	67,5	65,5	67,1	66,7	67,9	68,2	66,9	69,6	68,8	67,9
1975	67,7	65,9	67,3	67,1	67,9	68,6	67,0	69,7	70,3	67,7
1976	68,2	65,8	68,9	67,8	68,6	68,4	67,8	70,2	69,3	68,0
1977	68,5	65,9	69,0	68,2	68,6	69,7	68,1	70,4	70,5	68,4
1978	68,5	66,6	69,0	67,7	68,8	70,0	68,1	70,6	70,1	68,2
1979	68,8	68,0	69,2	67,9	69,3	69,9	68,6	70,5	70,0	68,5
1980	69,0	67,2	69,3	68,4	69,3	70,3	68,9	70,7	70,1	68,9
1981	69,3	67,5	69,5	68,8	69,6	69,9	69,0	71,0	70,5	69,2
1982	69,4	67,9	69,5	69,0	69,6	70,4	69,2	71,2	71,0	69,0
1983	69,5	68,0	69,8	69,0	69,9	71,4	69,1	71,4	71,3	68,9
1984	70,0	68,7	70,1	69,5	71,0	71,4	69,8	71,4	72,4	69,1
1985	70,4	68,9	70,4	70,1	70,7	71,4	70,4	71,3	72,0	69,7
1986	70,9	69,9	71,4	70,7	71,2	72,4	70,3	72,7	72,2	70,3
1987	71,4	70,9	71,6	71,4	71,9	72,3	71,2	72,7	72,7	70,5
1988	71,9	71,2	72,4	71,7	72,4	72,7	71,8	73,1	73,0	70,9
1989	71,9	71,2	72,1	71,9	72,1	72,5	71,8	73,6	72,7	71,2
1990	72,2	71,8	72,4	71,8	72,8	73,3	72,3	73,2	73,3	71,5
1991	72,3	70,8	71,8	71,9	72,8	74,1	72,4	74,1	73,2	71,3
1992	72,5	71,7	72,7	72,1	73,1	74,5	73,0	73,9	74,2	70,9
1993	72,8	72,7	73,1	72,6	72,9	74,1	72,9	74,5	74,3	71,5
1994	73,1	72,4	73,7	72,7	73,4	74,5	73,1	74,4	74,7	72,2
1995	73,3	72,2	73,9	72,9	73,6	74,0	73,8	74,9	74,9	72,2
1996	73,7	72,8	74,6	73,3	73,6	74,6	73,8	75,4	75,5	72,8
1997	74,0	73,2	74,5	73,5	73,9	74,9	73,8	75,3	75,7	73,8
1998	74,5	73,2	75,3	74,0	74,5	75,8	74,8	75,8	75,7	73,5
1999	74,8	74,9	75,0	74,5	74,8	75,4	74,7	76,4	76,0	74,1
2000	75,1	74,7	75,6	74,5	75,5	75,8	75,0	76,4	76,5	74,4
2001	75,6	75,1	76,1	75,6	75,8	76,5	75,6	76,7	75,8	74,8
2002	75,8	75,1	75,6	75,5	76,0	76,3	75,9	77,2	77,0	75,3
2003	75,9	75,9	76,7	75,4	76,3	77,1	75,7	77,7	77,2	75,0
2004	76,4	76,0	77,0	75,7	76,4	77,8	76,7	78,1	77,8	75,7
2005	76,7	76,4	76,8	76,5	76,9	77,0	76,6	77,9	78,0	75,9
2006	77,1	76,2	77,2	76,8	77,4	77,9	77,1	78,9	78,4	76,4
2007	77,3	76,2	77,7	76,9	77,4	78,3	77,5	78,7	78,3	76,6
2008	77,6	76,6	77,6	77,0	78,2	79,2	77,3	79,3	78,3	77,0

Q: Statistik Austria, Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

### 2.2.1 c Fernere Lebenserwartung mit 65 Jahren in den Bundesländern und im zeitlichen Verlauf 1970 – 2008: Frauen

Gliederungsmerkmal	Ö	Bundesländer								
		Bgl	Ktn	NÖ	OÖ	Sbg	Stmk	T	Vbg	W
	In Jahren									
<b>Jahr</b>										
1970	14,9	14,7	14,8	14,8	14,5	14,7	14,7	15,5	15,6	15,1
1971	15,1	14,9	15,5	15,0	14,8	15,3	15,0	15,5	15,4	15,0
1972	15,3	15,2	15,6	15,2	14,9	15,2	15,4	15,7	15,9	15,5
1973	15,7	15,5	16,0	15,6	15,5	16,1	15,3	16,0	16,6	15,8
1974	15,7	15,5	15,8	15,5	15,4	15,7	15,5	16,7	16,2	15,7
1975	15,6	15,6	16,2	15,4	15,3	15,7	15,3	16,4	16,7	15,6
1976	15,7	16,1	16,0	15,5	15,4	15,6	15,4	16,4	16,0	15,7
1977	16,0	15,9	16,0	15,8	15,9	16,1	15,7	16,4	17,1	16,1
1978	15,9	15,5	16,3	15,7	15,7	16,3	15,6	16,7	17,1	16,0
1979	16,3	16,2	16,5	15,9	16,3	16,5	16,0	16,9	17,3	16,3
1980	16,3	16,3	16,7	15,9	16,4	16,3	15,9	17,0	17,4	16,3
1981	16,4	16,4	16,2	16,3	16,5	16,5	16,1	17,0	17,4	16,2
1982	16,6	16,8	16,6	16,4	16,6	16,7	16,3	17,3	18,0	16,5
1983	16,5	16,3	16,9	16,2	16,5	16,3	16,3	17,2	17,7	16,6
1984	17,0	16,8	17,4	16,7	17,0	17,1	16,6	17,9	18,2	17,1
1985	16,9	16,8	17,1	16,5	17,2	17,2	16,5	17,7	18,2	16,8
1986	17,1	16,9	17,4	16,8	17,2	17,3	16,8	18,1	18,6	17,1
1987	17,4	17,2	17,8	17,1	17,4	17,5	17,1	18,4	18,9	17,3
1988	17,6	17,5	17,7	17,4	17,8	17,9	17,2	18,3	19,1	17,6
1989	17,8	17,6	17,8	17,5	17,6	17,8	17,5	18,6	19,0	17,8
1990	18,0	17,8	18,3	17,8	17,8	18,1	17,8	18,6	18,7	17,9
1991	18,0	17,6	18,4	17,6	18,0	18,2	17,8	18,8	18,9	17,8
1992	18,1	17,9	18,4	17,8	18,4	18,5	17,8	18,9	18,7	17,9
1993	18,3	18,2	18,7	18,0	18,2	18,5	18,2	19,0	19,1	18,3
1994	18,5	18,1	19,3	18,2	18,4	19,0	18,5	19,3	19,5	18,3
1995	18,6	18,4	19,4	18,3	18,6	18,8	18,6	19,6	20,0	18,4
1996	18,7	18,1	19,5	18,3	18,8	19,4	18,8	19,5	19,8	18,4
1997	19,0	18,5	19,7	18,6	19,0	19,3	19,0	19,5	19,8	18,9
1998	19,2	18,8	19,9	18,8	19,2	19,5	19,1	20,0	19,9	19,2
1999	19,3	18,7	19,9	19,0	19,3	19,8	19,3	20,1	19,9	19,0
2000	19,5	19,1	19,9	19,1	19,7	19,7	19,7	20,3	20,2	19,3
2001	19,9	19,8	20,4	19,4	20,0	19,9	20,0	20,5	20,8	19,6
2002	19,8	19,3	20,3	19,3	19,9	20,0	20,0	20,7	20,6	19,4
2003	19,8	19,1	20,6	19,5	19,8	19,8	20,0	20,6	20,2	19,6
2004	20,3	19,9	20,7	19,9	20,3	20,4	20,2	20,8	21,0	20,1
2005	20,3	20,0	20,3	19,8	20,4	20,5	20,5	20,9	20,9	20,2
2006	20,5	20,1	20,8	20,2	20,6	20,8	20,5	21,3	20,9	20,3
2007	20,7	20,5	21,0	20,4	20,7	21,2	21,0	21,2	21,2	20,4
2008	20,8	20,6	21,2	20,4	20,8	21,3	20,9	21,4	21,5	20,5

Q: Statistik Austria, Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM



**2.2.1 d Fernere Lebenserwartung mit 65 Jahren in den Bundesländern  
und im zeitlichen Verlauf 1970 – 2008: Männer**

Gliederungsmerkmal	Ö	Bundesländer								
		Bgl	Ktn	NÖ	OÖ	Sbg	Stmk	T	Vbg	W
in Jahren										
Jahr										
1970	11,7	11,2	12,2	11,5	11,6	12,5	11,8	12,6	12,8	11,5
1971	12,0	11,7	12,5	11,9	11,9	12,5	12,2	12,8	12,5	11,5
1972	12,1	11,4	12,8	12,1	11,9	12,6	12,2	12,7	12,6	12,0
1973	12,3	12,1	12,4	12,3	12,2	12,6	12,3	13,5	13,2	12,2
1974	12,3	11,5	12,5	12,1	12,1	12,8	12,3	13,2	13,1	12,1
1975	12,2	11,5	12,7	12,1	12,2	12,9	12,1	13,2	13,5	12,0
1976	12,3	11,5	13,0	12,2	12,3	12,6	12,5	13,3	12,8	12,1
1977	12,7	12,2	13,1	12,6	12,6	13,3	12,7	13,2	13,8	12,4
1978	12,5	11,7	13,0	12,3	12,4	13,2	12,5	13,3	13,8	12,4
1979	12,8	12,4	13,2	12,6	12,9	13,4	12,8	13,6	13,5	12,6
1980	12,9	12,5	13,1	12,8	13,0	13,4	12,8	13,5	13,8	12,7
1981	12,9	12,1	13,1	12,8	13,0	13,3	12,9	13,8	13,9	12,7
1982	13,2	12,4	13,5	13,1	13,2	13,6	13,0	14,1	14,0	13,0
1983	13,1	12,3	13,4	12,9	13,1	13,8	13,1	13,8	14,2	13,0
1984	13,6	13,3	14,3	13,2	13,9	13,9	13,4	14,1	15,1	13,2
1985	13,5	12,8	14,0	13,4	13,7	13,9	13,5	14,2	14,4	13,2
1986	13,8	13,4	14,1	13,6	13,9	14,5	13,6	14,7	14,3	13,6
1987	14,1	13,4	14,4	13,9	14,1	14,2	14,0	15,0	15,4	13,7
1988	14,3	14,0	14,7	14,2	14,4	14,6	14,1	15,0	14,7	13,9
1989	14,3	13,6	14,3	14,2	14,4	14,5	14,2	15,1	14,7	14,1
1990	14,4	13,9	14,6	14,2	14,6	14,6	14,3	14,9	15,3	14,0
1991	14,4	14,2	14,2	14,4	14,7	14,9	14,2	15,4	14,7	14,1
1992	14,6	14,2	15,0	14,1	14,8	15,7	14,6	14,9	15,8	14,2
1993	14,7	14,4	14,9	14,5	14,6	15,3	14,6	15,3	15,4	14,5
1994	15,0	14,6	15,3	14,7	15,0	15,8	14,9	15,7	15,6	14,6
1995	15,0	14,4	15,4	14,7	15,0	15,5	15,1	16,0	15,8	14,6
1996	15,1	14,4	15,8	14,6	14,9	15,9	15,0	16,0	15,9	15,0
1997	15,2	14,8	15,6	14,8	15,1	15,9	15,1	15,8	15,5	15,1
1998	15,4	14,7	15,8	15,1	15,3	16,1	15,4	16,3	15,8	15,1
1999	15,6	15,0	15,5	15,3	15,5	16,1	15,5	16,8	16,5	15,5
2000	16,0	15,5	16,2	15,6	16,0	16,6	15,9	16,9	16,8	15,7
2001	16,3	15,9	16,8	16,1	16,2	16,9	16,2	16,9	16,6	16,2
2002	16,3	15,4	16,3	16,0	16,5	16,7	16,3	17,1	16,9	16,2
2003	16,4	16,0	16,7	15,9	16,3	17,4	16,1	17,5	17,0	16,3
2004	16,8	16,1	17,1	16,4	16,7	17,8	16,8	17,8	17,6	16,6
2005	17,0	16,3	17,0	16,7	17,0	17,4	16,8	17,6	17,5	16,9
2006	17,2	16,2	17,1	17,0	17,2	17,7	17,2	18,4	17,8	16,9
2007	17,4	16,4	17,6	17,0	17,4	18,0	17,2	18,1	18,0	17,3
2008	17,5	16,3	17,5	17,2	17,8	18,7	17,3	18,5	18,4	17,4

Q: Statistik Austria, Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

### 2.2.1 e Lebenserwartung bei der Geburt in den steirischen Bezirken im Durchschnitt von 2004 bis 2008

Gliederungsmerkmal	Frauen	Männer
	Ø2004-08	
Österreich	82,6	77,0
Steiermark	82,9	77,0
<b>Bezirk</b>		
Graz-Stadt	83,0	77,5
Bruck/Mur	83,0	76,5
Deutschlandsberg	82,6	76,1
Feldbach	84,2	77,8
Fürstenfeld	82,3	77,5
Graz-Umgebung	82,6	77,8
Hartberg	83,1	77,1
Judenburg	83,2	76,6
Knittelfeld	82,5	76,6
Leibnitz	82,1	75,8
Leoben	82,6	76,3
Liezen	83,0	77,2
Mürzzuschlag	82,9	76,5
Murau	83,7	76,4
Radkersburg	82,5	77,0
Voitsberg	82,3	76,4
Weiz	83,1	78,2

Q: Statistik Austria; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark

### 2.2.2 Lebenserwartung in guter Gesundheit bei Geburt und mit 65 Jahren in den Bundesländern und nach Geschlecht

Gliederungsmerkmal	Frauen		Männer	
	Lebenserwartung bei Geburt	fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren	Lebenserwartung bei Geburt	fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren
	in Jahren			
<b>Österreich</b>	63,2	9,0	61,8	8,8
Burgenland	61,6	8,1	61,2	7,8
Kärnten	62,0	8,5	62,5	9,1
Niederösterreich	61,8	8,3	62,3	9,1
Oberösterreich	62,8	9,0	62,9	8,9
Salzburg	66,1	11,3	63,8	11,3
Steiermark	61,7	7,4	61,8	8,0
Tirol	67,4	11,0	61,2	7,3
Vorarlberg	69,3	13,6	66,6	12,3
Wien	60,8	8,0	60,0	8,5

Q: Statistik Austria, Statistische Nachrichten 10/2009, S. 886; Daten berechnet auf Basis der Sterbetafel 2006 sowie der Einschätzung der subjektiven Gesundheit der Befragten im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2006/2007; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

## 2.2.3 a Subjektiver Gesundheitszustand in den Bundesländern und nach Geschlecht in den Jahren 1999 und 2006/2007

Gliederungsmerkmal	Insgesamt	Insgesamt Frauen	Insgesamt Männer	Wie gut ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?														
				Gesamt					Frauen					Männer				
				Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
				in 1.000			in Prozent											
<b>Österreich 1999</b>	6.592	3.434	3.158	34,3	39,2	20,4	4,9	1,2	32,4	39,5	21,6	5,2	1,3	36,4	39,0	19,0	4,5	1,1
Burgenland	233	120	113	34,8	36,3	22,1	5,5	1,4	31,6	36,6	23,7	6,4	1,8	38,1	36,0	20,3	4,5	1,1
Kärnten	462	242	220	36,8	36,0	21,1	4,9	1,2	35,8	35,2	23,0	4,9	1,0	37,9	36,9	19,0	4,9	1,3
Niederösterreich	1.255	648	607	34,3	37,2	22,3	5,0	1,2	31,8	37,9	23,5	5,4	1,4	36,9	36,5	21,0	4,6	1,0
Oberösterreich	1.098	567	532	30,8	40,2	22,5	5,3	1,2	29,5	40,5	23,3	5,5	1,2	32,3	39,8	21,7	5,0	1,2
Salzburg	412	216	196	37,2	40,3	17,0	4,2	1,3	35,7	40,7	17,9	4,3	1,4	38,8	39,9	16,1	4,1	1,2
Steiermark	989	515	474	32,5	39,1	22,1	5,2	1,1	29,9	39,0	24,0	5,8	1,3	35,4	39,2	20,0	4,4	0,9
Tirol	529	273	255	40,4	39,1	16,3	3,4	0,8	38,5	39,8	17,3	3,6	0,8	42,3	38,4	15,1	3,3	0,9
Vorarlberg	274	140	134	41,0	40,3	15,3	3,0	0,4	37,9	43,6	15,2	3,0	0,3	44,2	36,8	15,4	3,1	0,6
Wien	1.340	713	627	33,0	41,5	18,7	5,3	1,4	31,7	40,9	20,2	5,8	1,4	34,4	42,3	17,1	4,8	1,4
<b>Österreich 2006/2007</b>	6.992	3.624	3.368	37,5	38,1	18,5	5,0	1,0	35,6	37,8	20,2	5,5	0,9	39,4	38,4	16,8	4,5	1,0
Burgenland	241	124	117	36,0	36,6	20,0	5,9	1,5	32,5	36,8	21,8	7,4	1,4	39,7	36,3	18,0	4,4	1,6
Kärnten	476	248	228	35,7	38,4	20,5	4,7	0,7	33,9	36,7	23,7	5,0	0,7	37,6	40,3	17,1	4,3	0,7
Niederösterreich	1.336	688	648	37,5	38,3	18,5	4,8	0,9	37,2	37,9	18,7	5,4	0,7	37,9	38,6	18,2	4,2	1,0
Oberösterreich	1.171	602	569	37,0	39,4	19,2	4,0	0,5	35,4	37,6	21,4	5,3	0,4	38,8	41,3	16,8	2,6	0,5
Salzburg	442	230	212	39,0	38,7	17,5	4,5	0,3	37,4	38,5	18,4	5,3	0,3	40,8	39,0	16,5	3,5	0,3
Steiermark	1.026	530	496	40,8	33,1	19,2	5,5	1,4	37,0	33,6	21,6	6,8	1,0	44,9	32,5	16,6	4,2	1,8
Tirol	582	300	282	38,8	39,9	16,8	3,8	0,6	40,3	39,3	15,6	4,0	0,8	37,2	40,6	18,1	3,7	0,4
Vorarlberg	299	152	146	38,8	43,6	13,2	3,9	0,6	37,7	43,9	13,4	4,3	0,6	39,9	43,2	12,9	3,5	0,6
Wien	1.420	750	670	34,9	38,4	18,7	6,5	1,5	31,7	39,2	21,7	5,7	1,7	38,4	37,5	15,4	7,3	1,4

Q: Statistik Austria: ATHIS Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnung/Bearbeitung: FH JOANNEUM; Mikrozensus 1999: Berechnung/Bearbeitung: LASTAT Steiermark

## 2.2.3 b Subjektiver Gesundheitszustand in der Steiermark nach Geschlecht, Alter und Bildung im Jahr 2006/2007

Gliederungsmerkmal	Insgesamt	Insgesamt Frauen	Insgesamt Männer	Wie gut ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?															
				Gesamt					Frauen					Männer					
				Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht	
				in 1.000			in Prozent												
<b>Steiermark</b>	1.026	530	496	40,8	33,1	19,2	5,5	1,4	37,0	33,6	21,6	6,8	1,0	44,9	32,5	16,6	4,2	1,8	
<b>Alter</b>																			
15 bis unter 25	148	72	76	71,8	24,0	3,0	0,4	0,9	62,0	30,2	5,8	0,7	1,2	81,0	18,0	0,4	0,0	0,7	
25 bis unter 35	157	77	80	70,0	24,5	4,9	0,4	0,3	71,4	23,4	4,3	0,9	0,0	68,6	25,5	5,4	0,0	0,6	
35 bis unter 45	199	97	102	47,1	39,9	10,7	1,9	0,5	43,7	40,1	13,5	2,7	0,0	50,2	39,6	8,0	1,2	0,9	
45 bis unter 55	171	85	86	34,1	41,0	20,2	3,1	1,6	33,8	41,8	19,4	3,5	1,6	34,4	40,3	21,0	2,7	1,6	
55 bis unter 65	129	69	60	23,4	36,5	26,8	10,7	2,6	22,8	37,7	26,3	11,9	1,4	24,2	35,1	27,3	9,4	4,0	
65 bis unter 75	119	62	57	12,0	34,7	42,3	8,5	2,5	9,8	32,2	46,3	8,2	3,4	14,3	37,4	37,9	8,9	1,4	
75 und älter	104	68	36	6,3	26,8	42,9	21,4	2,6	5,1	26,0	45,4	23,2	0,3	8,4	28,2	38,2	18,1	7,1	
<b>Schulbildung</b>																			
Pflichtschule	288	193	95	24,4	32,4	30,5	9,9	2,8	22,1	33,0	31,9	11,0	1,9	29,2	31,0	27,7	7,7	4,5	
Lehre mit Berufsschule	386	150	235	38,5	35,6	19,5	5,2	1,2	37,7	34,2	21,3	6,3	0,5	39,1	36,5	18,3	4,5	1,6	
Fach- oder Handelsschule	111	72	39	47,6	35,6	12,1	4,0	0,6	41,6	37,8	15,5	4,3	0,7	58,5	31,6	6,0	3,4	0,4	
Matura	158	78	81	62,0	28,5	7,5	1,3	0,8	61,5	28,2	7,8	1,8	0,6	62,4	28,7	7,1	0,7	1,0	
Studium u. a.	83	37	46	58,7	28,8	10,7	1,7	0,0	51,9	36,4	10,4	1,2	0,0	64,2	22,7	10,9	2,1	0,0	
<b>Schulbildung altersstandardisiert</b>																			
keine Matura	785	-	-	41,5	34,0	18,1	4,8	1,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
mindestens Matura	241	-	-	56,1	30,3	11,0	2,0	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Q: Statistik Austria: ATHIS Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnung/Bearbeitung: FH JOANNEUM

**2.2.4 a Altersstandardisierte vorzeitige Sterblichkeit aufgrund der Haupttodesursachen in den Bundesländern, in den steirischen Bezirken, nach Geschlecht und im Schnitt von 2004 bis 2008 (Teil 1)**

Gliederungsmerkmal	Gesamt								Frauen						Männer						
	bösartige Neubildungen Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems Krankheiten der Atmungsorgane Krankheiten der Verdauungsorgane sonstige Krankheiten Verletzungen und Vergiftungen Gesamtmortalität								bösartige Neubildungen Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems Krankheiten der Atmungsorgane Krankheiten der Verdauungsorgane sonstige Krankheiten Verletzungen und Vergiftungen Gesamtmortalität						bösartige Neubildungen Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems Krankheiten der Atmungsorgane Krankheiten der Verdauungsorgane sonstige Krankheiten Verletzungen und Vergiftungen Gesamtmortalität						
	Altersstandardisierte vorzeitige Mortalitätsrate pro 100.000 EinwohnerInnen (Schnitt 2004 – 2008)																				
<b>Österreich</b>	52,3	25,1	4,3	11,3	30,7	27,7	151,4	44,5	13,1	2,7	5,8	22,0	12,3	100,4	60,4	37,6	5,9	16,9	39,6	43,1	203,5
Burgenland	56,3	25,5	2,6	10,3	29,7	24,3	148,8	45,5	11,3	1,3	3,7	20,6	8,2	90,6	66,9	39,4	4,0	16,7	38,5	39,7	205,2
Kärnten	49,7	23,4	4,3	11,0	25,4	30,9	144,6	41,1	12,1	2,8	5,4	17,2	12,8	91,4	58,9	35,2	6,0	16,7	33,7	48,9	199,3
Niederösterreich	54,4	24,3	4,2	11,2	32,0	29,5	155,6	44,9	13,0	2,5	5,2	22,4	11,9	100,0	63,9	35,8	5,9	17,2	41,4	46,8	210,9
Oberösterreich	50,2	23,6	4,3	9,5	28,4	28,2	144,1	43,7	12,0	2,8	5,3	19,0	12,8	95,6	56,8	35,3	5,8	13,8	37,7	43,2	192,7
Salzburg	44,7	23,1	3,5	9,7	25,3	31,6	137,9	39,2	11,1	2,5	4,5	18,6	12,3	88,2	50,7	35,8	4,6	15,2	32,4	51,3	190,0
Steiermark	49,3	24,4	3,5	11,5	27,5	30,2	146,5	41,0	12,5	2,0	5,3	19,6	13,2	93,6	58,1	36,8	5,1	17,9	35,5	46,9	200,4
Tirol	46,2	19,3	4,0	6,7	23,9	29,2	129,3	40,7	10,2	2,3	3,8	19,1	12,9	89,0	52,0	28,8	5,7	9,8	28,9	45,5	170,7
Vorarlberg	48,4	20,0	3,5	8,8	28,4	23,7	132,8	41,4	9,2	1,1	4,8	20,4	9,8	86,7	55,5	30,8	5,9	12,9	36,4	37,3	179,0
Wien	59,6	31,9	5,6	15,8	40,3	22,4	175,7	51,8	17,3	4,0	9,0	29,7	12,5	124,2	68,3	47,8	7,4	23,1	51,4	32,7	230,8

Q: Statistik Austria; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

**2.2.4 a Altersstandardisierte vorzeitige Sterblichkeit aufgrund der Haupttodesursachen in den Bundesländern, in den steirischen Bezirken, nach Geschlecht und im Schnitt von 2004 bis 2008 (Teil 2)**

Gliederungsmerkmal	Gesamt							Frauen							Männer						
	bösartige Neubildungen	Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten der Verdauungsorgane	sonstige Krankheiten	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamtmortalität	bösartige Neubildungen	Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten der Verdauungsorgane	sonstige Krankheiten	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamtmortalität	bösartige Neubildungen	Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten der Verdauungsorgane	sonstige Krankheiten	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamtmortalität
Altersstandardisierte vorzeitige Mortalitätsrate pro 100.000 EinwohnerInnen (Schnitt 2004 – 2008)																					
<b>Steiermark</b>	50,9	27,2	3,9	13,5	32,5	25,3	153,3	42,1	14,8	2,2	7,1	25,2	13,1	104,6	61,6	41,3	5,9	20,5	40,2	37,6	207,2
Graz (Stadt)	50,9	27,2	3,9	13,5	32,5	25,3	153,3	42,1	14,8	2,2	7,1	25,2	13,1	104,6	61,6	41,3	5,9	20,5	40,2	37,6	207,2
Bruck an der Mur	55,0	26,0	5,0	14,6	29,8	29,6	159,9	38,4	16,0	3,1	6,4	15,1	11,8	90,7	72,7	36,4	7,1	23,1	44,5	46,9	230,7
Deutschlandsberg	51,5	28,3	3,2	10,3	29,1	27,3	149,6	40,7	14,4	2,2	5,4	13,5	12,0	88,2	62,2	42,0	4,2	15,0	44,4	42,0	209,9
Feldbach	43,0	17,4	2,4	9,1	18,9	31,7	122,5	35,8	8,1	1,1	2,8	12,3	10,8	70,8	50,2	26,5	3,7	15,3	25,3	51,5	172,6
Fürstenfeld	51,3	18,2	2,3	9,7	27,3	35,2	144,0	46,8	7,2	1,7	5,8	28,5	11,8	101,9	56,4	28,9	3,0	13,5	26,1	58,5	186,3
Graz-Umgebung	48,5	20,0	2,7	7,6	23,6	24,9	127,2	42,8	8,4	2,6	3,9	15,7	12,3	85,7	54,2	31,6	2,8	11,2	31,6	37,4	168,9
Hartberg	38,4	22,9	3,5	11,6	23,2	34,8	134,5	30,0	11,3	2,7	5,9	19,0	10,3	79,2	46,9	34,3	4,4	17,0	27,5	58,0	188,1
Judenburg	47,9	28,2	4,7	10,4	30,8	35,3	157,2	44,3	17,2	1,3	3,8	17,6	12,3	96,6	51,6	39,6	8,2	16,9	43,9	57,2	217,4
Knittelfeld	49,6	20,6	2,1	16,9	35,0	37,5	161,7	43,7	8,3	2,7	6,8	25,3	11,0	97,8	56,4	33,4	1,3	27,6	44,4	62,5	225,6
Leibnitz	48,4	25,5	2,6	12,4	29,2	34,5	152,5	38,3	12,2	1,7	3,2	19,8	18,6	93,8	58,3	38,7	3,6	21,5	38,4	49,8	210,1
Leoben	54,8	29,3	4,1	15,0	33,5	31,1	167,7	46,2	14,9	2,5	7,5	20,4	15,0	106,4	63,8	44,6	5,8	22,8	46,6	46,8	230,3
Liezen	47,3	22,1	2,8	8,2	28,7	43,7	152,8	38,8	10,8	1,5	4,5	21,7	22,1	99,4	56,4	34,1	4,3	12,1	35,8	65,4	208,1
Mürzzuschlag	51,9	25,0	4,0	11,5	21,3	37,2	150,9	37,2	14,3	0,0	5,0	14,6	12,8	83,8	66,9	36,1	8,1	18,1	28,0	61,0	218,1
Murau	46,8	23,0	6,0	11,3	26,1	44,3	157,4	40,3	7,8	1,2	4,4	20,8	18,6	93,0	53,4	37,8	10,4	18,4	32,1	69,0	221,1
Radkersburg	58,3	15,8	2,2	19,7	32,0	23,0	151,1	47,2	8,8	1,8	9,2	19,9	7,5	94,5	69,6	22,7	2,7	30,2	43,8	38,0	207,1
Voitsberg	56,6	32,4	3,7	12,2	27,8	25,4	158,0	49,5	16,8	2,3	6,7	24,5	10,2	110,0	64,3	48,2	5,2	17,8	31,3	40,1	206,8
Weiz	42,6	22,1	3,6	9,2	19,4	28,4	125,2	39,5	10,3	1,2	2,0	16,1	11,3	80,5	45,8	33,8	5,9	16,0	22,6	44,8	169,0

Q: Statistik Austria; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

**2.2.4 b Altersstandardisierte vorzeitige Sterblichkeit aufgrund der Haupttodesursachen in der Steiermark, nach Geschlecht und im zeitlichen Verlauf von 1970 bis 2008 (Teil 1)**

Gliederungsmerkmale	Gesamt							Frauen							Männer						
	bösartige Neubildungen	Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten der Verdauungsorgane	sonstige Krankheiten	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamtmortalität	bösartige Neubildungen	Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten der Verdauungsorgane	sonstige Krankheiten	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamtmortalität	bösartige Neubildungen	Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten der Verdauungsorgane	sonstige Krankheiten	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamtmortalität
Altersstandardisierte vorzeitige Mortalitätsrate pro 100.000 EinwohnerInnen																					
<b>Steiermark</b>																					
1970	72,5	78,2	23,9	29,6	76,7	78,7	359,6	67,6	52,8	17,3	17,9	66,4	30,7	252,8	78,8	109,4	31,9	43,7	87,6	130,7	482,0
1971	77,4	78,2	17,9	30,5	76,9	88,9	369,7	70,2	49,6	12,4	18,3	65,4	31,2	247,1	86,3	113,9	24,6	44,5	89,6	149,8	508,7
1972	74,5	77,3	14,4	26,6	73,6	83,2	349,5	68,0	51,3	12,7	13,3	62,9	38,2	246,4	82,7	110,1	16,7	42,1	85,0	132,0	468,6
1973	73,2	71,6	15,1	25,4	69,3	79,9	334,5	71,8	45,1	8,3	14,2	59,3	34,7	233,5	75,5	104,6	23,1	39,1	80,0	127,9	450,1
1974	75,5	76,3	13,6	28,5	67,3	82,3	343,6	66,9	49,9	8,9	17,8	53,4	34,5	231,3	86,5	110,4	19,1	41,0	82,4	133,4	472,9
1975	73,8	76,0	14,9	31,1	68,7	74,3	338,7	65,1	50,9	10,5	18,5	55,8	29,9	230,7	85,6	108,1	19,6	46,7	82,8	122,1	464,8
1976	68,7	71,3	13,7	31,1	66,6	69,1	320,5	64,1	45,2	8,7	17,3	53,2	30,3	218,8	75,5	104,3	19,8	47,8	80,7	109,9	437,9
1977	74,0	74,5	12,3	29,6	58,9	69,6	318,8	66,9	46,7	8,6	16,4	50,0	27,8	216,4	84,2	109,1	16,6	45,1	68,0	113,2	436,2
1978	70,2	71,1	12,3	28,5	53,7	70,3	306,1	60,9	39,7	8,9	13,5	44,3	28,0	195,4	82,3	111,4	16,5	46,2	64,0	114,5	435,1
1979	70,7	68,2	10,6	29,8	54,6	68,3	302,2	61,1	38,9	7,2	14,0	48,5	26,7	196,6	83,6	106,1	14,6	48,3	61,4	111,1	425,0
1980	74,1	69,0	9,1	26,5	50,2	66,3	295,1	63,3	44,0	6,7	12,6	40,7	25,7	193,1	89,3	100,7	11,7	43,0	60,0	108,5	413,2
1981	71,5	67,4	9,3	26,6	51,0	69,6	295,4	64,5	42,2	4,6	13,5	41,2	28,4	194,4	81,4	99,0	15,1	41,6	61,6	112,7	411,3
1982	71,3	68,7	8,1	26,5	52,8	68,7	296,3	67,0	37,9	4,6	13,2	46,9	28,8	198,4	78,0	107,0	12,3	42,1	58,9	110,0	408,2
1983	66,6	68,0	9,4	29,0	46,5	72,4	291,9	56,1	36,9	6,5	15,3	37,6	29,9	182,4	80,0	105,2	13,1	44,5	56,2	116,0	415,0
1984	75,5	60,8	8,0	27,7	45,7	60,7	278,4	64,8	34,9	4,5	13,2	39,6	22,9	179,9	88,8	92,2	12,4	44,4	52,4	99,3	389,5
1985	68,7	58,6	8,0	28,2	41,7	59,2	264,4	58,3	31,8	4,2	13,5	35,7	26,5	170,0	81,2	90,9	12,5	44,8	48,1	92,6	370,0
1986	66,3	57,1	7,1	27,0	44,1	61,8	263,4	55,6	31,4	3,9	12,0	33,9	25,6	162,5	79,3	87,7	10,9	43,3	54,5	98,5	374,3
1987	68,8	59,1	6,9	26,1	35,5	58,8	255,2	64,3	33,5	3,7	10,9	28,3	26,9	167,6	74,8	89,3	10,4	42,5	43,4	91,0	351,3
1988	64,1	52,7	6,0	22,0	32,5	55,3	232,7	54,9	26,2	3,1	10,4	27,9	21,7	144,2	75,5	83,0	9,2	34,7	37,4	89,0	328,9

Q: Statistik Austria; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

**2.2.4 b Altersstandardisierte vorzeitige Sterblichkeit aufgrund der Haupttodesursachen in der Steiermark, nach Geschlecht und im zeitlichen Verlauf von 1970 bis 2008 (Teil 2)**

Gliederungsmerkmal	Gesamt							Frauen							Männer						
	bösartige Neubildungen	Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten der Verdauungsorgane	sonstige Krankheiten	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamtmortalität	bösartige Neubildungen	Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten der Verdauungsorgane	sonstige Krankheiten	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamtmortalität	bösartige Neubildungen	Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten der Verdauungsorgane	sonstige Krankheiten	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamtmortalität
Altersstandardisierte vorzeitige Mortalitätsrate pro 100.000 EinwohnerInnen																					
<b>Steiermark</b>																					
1989	65,9	51,7	5,9	22,4	35,0	52,5	233,5	56,8	27,1	2,5	10,0	26,7	22,4	145,5	76,5	79,3	9,7	35,8	43,3	82,8	327,3
1990	61,6	52,1	5,2	21,7	30,1	50,5	221,3	52,6	26,4	1,8	9,0	22,9	23,0	135,7	71,8	80,0	9,0	35,5	37,4	77,8	311,5
1991	66,6	49,9	5,9	19,9	32,0	44,8	219,1	55,0	28,3	3,7	9,5	24,9	17,1	138,6	79,4	73,1	8,2	30,8	39,3	72,4	303,2
1992	65,8	44,0	3,7	20,8	32,5	47,6	214,5	56,9	23,1	1,2	8,2	28,6	23,6	141,5	75,6	66,2	6,4	34,1	36,5	71,5	290,3
1993	64,6	49,4	4,0	25,2	25,6	46,5	215,3	53,7	28,1	2,9	14,7	19,1	21,0	139,5	76,2	72,1	5,3	36,0	32,2	71,5	293,3
1994	64,0	48,7	3,3	19,9	24,7	46,6	207,2	52,9	22,4	2,2	8,8	15,9	19,2	121,4	76,0	76,5	4,6	31,5	33,4	73,6	295,5
1995	60,6	47,4	3,8	19,0	20,5	45,5	196,8	53,0	27,6	2,0	8,1	15,5	15,7	121,8	69,0	68,5	5,7	30,5	25,5	74,9	274,0
1996	59,0	47,7	4,3	18,5	21,1	42,2	192,8	48,6	24,9	1,8	9,1	16,8	15,2	116,4	70,2	71,9	6,9	28,1	25,6	68,8	271,5
1997	59,1	46,1	3,5	17,7	22,5	45,0	194,0	47,8	23,0	2,2	7,7	19,1	21,0	120,8	71,2	70,5	4,8	28,3	26,0	68,8	269,4
1998	54,2	41,3	3,7	13,6	22,2	40,5	175,5	44,2	23,5	2,6	7,2	18,4	16,9	112,9	64,7	59,9	4,9	20,2	26,1	63,7	239,6
1999	54,7	44,4	3,9	12,3	17,7	40,3	173,3	43,9	22,9	1,5	5,5	12,0	17,4	103,1	66,2	67,1	6,4	19,3	23,5	62,9	245,5
2000	60,4	41,4	3,4	13,8	22,3	39,7	181,0	51,2	23,8	1,9	6,9	17,8	19,2	120,8	70,1	59,9	5,0	21,0	26,9	59,8	242,7
2001	52,4	36,5	4,0	14,7	21,6	36,1	165,2	46,7	19,1	3,4	6,9	14,3	16,0	106,3	58,5	54,7	4,7	22,7	28,9	55,8	225,4
2002	51,6	31,4	4,0	12,6	24,0	38,5	162,0	45,3	16,1	1,7	6,6	16,7	18,0	104,5	58,3	47,3	6,3	18,8	31,2	58,7	220,6
2003	50,2	25,1	3,7	14,9	27,6	37,7	159,1	42,5	13,2	1,6	8,1	17,1	15,1	97,5	58,4	37,7	6,0	21,9	37,9	59,9	221,7
2004	53,3	24,6	2,9	12,6	28,3	31,8	153,4	43,7	13,4	2,1	6,1	20,2	15,3	100,7	63,4	36,3	3,8	19,3	36,6	48,0	207,3
2005	49,3	23,6	3,6	12,0	29,8	32,0	150,4	41,5	12,8	1,7	4,7	22,6	12,3	95,6	57,6	34,7	5,7	19,5	37,1	51,4	206,0
2006	48,0	24,4	3,5	11,0	29,2	32,4	148,4	39,8	12,4	2,1	6,7	19,3	13,1	93,5	56,7	36,9	5,0	15,3	39,2	51,3	204,4
2007	48,9	24,9	4,0	11,1	23,6	27,1	139,6	42,4	12,6	2,5	5,3	16,7	12,1	91,6	55,8	37,6	5,5	17,0	30,8	41,9	188,6
2008	47,2	24,7	3,6	10,8	26,6	27,8	140,6	37,6	11,0	1,8	3,5	19,1	13,1	86,2	57,2	38,7	5,6	18,2	34,1	42,1	195,9

Q: Statistik Austria; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM



## 2.2.5 Krebsinzidenz pro 100.000 EinwohnerInnen nach Bundesländern, nach Geschlecht und im zeitlichen Verlauf von 1990 bis 2007 (Teil 1)

Gliederungsmerkmal	Jahreszahl																	Schnitt für die Jahre 2003 – 2007	
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006		2007
Bösartige Neubildungen zusammen (C00-C43, C45-C97) Indinzidenz																			
<b>Österreich – Gesamt</b>	31.298	31.264	31.529	33.157	33.696	34.002	34.780	36.087	36.072	35.410	37.091	36.899	36.872	37.881	38.305	37.102	37.223	35.356	37.173
Burgenland	1.108	1.164	1.165	1.316	1.297	1.318	1.361	1.374	1.427	1.383	1.474	1.372	1.502	1.468	1.576	1.391	1.396	1.324	1.431
Kärnten	2.107	1.987	2.072	2.748	2.740	2.563	2.263	2.654	2.697	2.904	2.985	3.008	2.976	2.896	3.086	3.145	3.083	3.028	3.048
Niederösterreich	6.122	6.076	5.977	6.160	6.376	6.565	6.837	6.999	7.039	6.993	7.372	7.356	7.231	7.402	7.542	7.198	6.951	6.998	7.218
Oberösterreich	4.970	5.178	5.141	5.305	5.348	5.485	5.809	5.918	5.716	5.951	6.101	5.968	6.056	6.208	6.188	5.573	5.620	5.767	5.871
Salzburg	1.478	1.569	1.614	1.605	1.776	1.823	1.821	1.896	2.041	2.158	2.218	2.243	2.354	2.354	2.340	2.251	2.067	2.045	2.211
Steiermark	4.507	4.205	4.635	4.786	4.929	4.938	5.034	4.842	5.218	4.797	5.117	5.075	5.013	5.294	5.387	5.216	6.323	5.130	5.470
Tirol	2.507	2.680	2.819	3.002	2.910	2.856	3.029	2.925	3.031	2.861	3.203	3.197	3.209	3.221	3.241	3.269	3.243	3.337	3.262
Vorarlberg	975	1.109	1.068	1.088	1.201	1.288	1.270	1.299	1.294	1.253	1.286	1.422	1.450	1.542	1.386	1.473	1.223	936	1.312
Wien	7.524	7.296	7.038	7.147	7.119	7.166	7.356	8.180	7.609	7.110	7.335	7.258	7.081	7.496	7.559	7.586	7.317	6.791	7.350
<b>Österreich – Frauen</b>	16.408	16.375	16.426	17.140	17.217	17.164	17.204	17.936	17.708	17.060	17.719	17.581	17.386	17.598	17.862	17.464	17.307	16.440	17.334
Burgenland	555	563	584	677	644	594	641	640	678	636	635	607	651	650	719	593	599	578	628
Kärnten	1.015	1.025	1.040	1.408	1.387	1.318	1.128	1.290	1.306	1.353	1.374	1.391	1.412	1.375	1.413	1.463	1.390	1.350	1.398
Niederösterreich	3.134	3.070	3.090	3.143	3.239	3.329	3.287	3.428	3.422	3.324	3.472	3.443	3.356	3.356	3.379	3.239	3.198	3.098	3.254
Oberösterreich	2.563	2.631	2.612	2.679	2.680	2.619	2.738	2.840	2.784	2.764	2.845	2.766	2.789	2.878	2.776	2.533	2.598	2.590	2.675
Salzburg	780	883	880	864	925	964	955	1.001	1.045	1.063	1.078	1.060	1.094	1.032	1.071	1.106	1.013	1.020	1.048
Steiermark	2.356	2.195	2.426	2.468	2.514	2.559	2.484	2.400	2.631	2.403	2.573	2.525	2.446	2.571	2.670	2.529	2.878	2.470	2.624
Tirol	1.299	1.428	1.414	1.460	1.373	1.341	1.474	1.397	1.414	1.357	1.441	1.463	1.452	1.486	1.500	1.544	1.492	1.526	1.510
Vorarlberg	519	570	526	544	612	660	601	616	611	541	623	640	592	569	508	608	552	402	528
Wien	4.187	4.010	3.854	3.897	3.843	3.780	3.896	4.324	3.817	3.619	3.678	3.686	3.594	3.681	3.826	3.849	3.587	3.406	3.670
<b>Österreich – Männer</b>	14.890	14.889	15.103	16.017	16.479	16.838	17.576	18.151	18.364	18.350	19.372	19.318	19.486	20.283	20.443	19.638	19.916	18.916	19.839
Burgenland	553	601	581	639	653	724	720	734	749	747	839	765	851	818	857	798	797	746	803
Kärnten	1.092	962	1.032	1.340	1.353	1.245	1.135	1.364	1.391	1.551	1.611	1.617	1.564	1.521	1.673	1.682	1.693	1.678	1.649
Niederösterreich	2.988	3.006	2.887	3.017	3.137	3.236	3.550	3.571	3.617	3.669	3.900	3.913	3.875	4.046	4.163	3.959	3.753	3.900	3.964
Oberösterreich	2.407	2.547	2.529	2.626	2.668	2.866	3.071	3.078	2.932	3.187	3.256	3.202	3.267	3.330	3.412	3.040	3.022	3.177	3.196
Salzburg	698	686	734	741	851	859	866	895	996	1.095	1.140	1.183	1.260	1.322	1.269	1.145	1.054	1.025	1.163
Steiermark	2.151	2.010	2.209	2.318	2.415	2.379	2.550	2.442	2.587	2.394	2.544	2.550	2.567	2.723	2.717	2.687	3.445	2.660	2.846
Tirol	1.208	1.252	1.405	1.542	1.537	1.515	1.555	1.528	1.617	1.504	1.762	1.734	1.757	1.735	1.741	1.725	1.751	1.811	1.753
Vorarlberg	456	539	542	544	589	628	669	683	683	712	663	782	858	973	878	865	671	534	784
Wien	3.337	3.286	3.184	3.250	3.276	3.386	3.460	3.856	3.792	3.491	3.657	3.572	3.487	3.815	3.733	3.737	3.730	3.385	3.680

Q: Statistik Austria Österreichisches Krebsregister. Stand 27.08.2009; Berechnung/Bearbeitung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

Zur Berechnung der Zahl pro 100.000 EinwohnerInnen wurden Zahlen von Statistik Austria verwendet, mit der jeweiligen Jahresdurchschnittsbevölkerung.

Die Daten für das Berichtsjahr 2007 sind von sehr hoher Qualität, weisen jedoch noch nicht den Vollzähligkeitsgrad der Vorjahre auf. Bei der Betrachtung der jährlichen Veränderungen der Neuerkrankungen ist dies zu berücksichtigen.

## 2.2.5 Krebsinzidenz pro 100.000 EinwohnerInnen nach Bundesländern, nach Geschlecht und im zeitlichen Verlauf von 1990 bis 2007 (Teil 2)

Gliederungsmerkmal	Jahreszahl																		Schnitt für die Jahre 2003 – 2007
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
	Bösartige Neubildungen zusammen (C00-C43, C45-C97) Indizidenz pro 100.000 EinwohnerInnen																		
<b>Österreich – Gesamt</b>	408	403	402	419	425	428	437	453	452	443	463	459	456	467	469	451	450	426	453
Burgenland	409	426	424	477	468	475	490	495	515	500	534	497	543	531	568	500	499	472	514
Kärnten	386	361	373	492	489	457	403	473	481	518	533	537	532	519	553	563	551	541	545
Niederösterreich	418	411	400	408	421	432	449	459	460	456	480	477	467	477	483	457	439	439	459
Oberösterreich	381	392	384	393	394	403	426	434	419	435	445	434	439	448	445	399	401	410	421
Salzburg	310	324	327	320	352	359	358	371	399	421	432	435	456	455	449	430	393	388	423
Steiermark	385	358	392	404	416	416	425	409	441	405	433	428	422	445	451	435	526	426	457
Tirol	404	427	443	467	449	438	462	444	458	430	478	475	474	473	473	473	466	478	473
Vorarlberg	299	334	318	321	353	377	370	377	374	361	368	405	410	434	387	408	337	256	364
Wien	502	482	460	463	460	465	477	531	494	460	473	465	447	468	467	462	442	407	449
<b>Österreich – Frauen</b>	410	406	404	418	419	417	418	435	429	413	428	424	418	421	425	413	408	386	411
Burgenland	397	400	413	477	453	417	450	450	478	449	449	429	460	460	507	417	419	403	441
Kärnten	359	361	363	488	479	455	389	445	450	466	474	481	489	477	490	507	482	468	485
Niederösterreich	415	403	402	406	417	427	421	439	437	423	441	436	424	423	423	403	396	381	405
Oberösterreich	381	387	380	386	385	375	392	406	398	394	405	393	395	407	391	355	363	362	376
Salzburg	314	351	344	333	355	368	363	379	395	401	406	398	410	386	399	410	374	376	389
Steiermark	388	361	397	403	411	418	407	393	431	394	423	414	401	421	436	412	468	401	427
Tirol	406	442	432	442	413	401	438	413	416	397	420	424	419	426	428	437	420	427	428
Vorarlberg	312	339	309	317	355	381	346	353	349	307	352	360	331	316	280	332	300	217	289
Wien	517	492	469	471	465	459	473	526	465	441	448	447	432	438	451	448	415	391	429
<b>Österreich – Männer</b>	405	400	401	421	431	439	458	472	477	475	500	496	497	515	515	491	495	468	497
Burgenland	421	454	435	476	484	535	532	543	554	554	623	567	630	606	632	586	583	543	590
Kärnten	414	362	385	496	499	459	418	503	514	573	596	598	579	564	620	622	625	618	610
Niederösterreich	422	419	397	411	425	436	478	480	485	491	520	520	513	533	545	514	484	500	515
Oberösterreich	381	397	389	400	404	432	462	463	440	478	486	477	484	491	501	444	440	461	467
Salzburg	306	295	309	306	348	350	352	363	404	443	459	474	504	527	503	451	414	401	459
Steiermark	382	355	387	404	421	414	444	425	451	417	443	443	444	470	467	460	588	453	487
Tirol	401	411	455	493	488	478	488	476	502	464	540	528	532	522	520	512	515	531	520
Vorarlberg	284	330	327	325	350	372	395	402	401	416	385	451	492	554	496	485	374	296	441
Wien	485	471	450	454	456	472	482	536	526	482	501	484	464	501	484	477	471	425	472

Q: Statistik Austria Österreichisches Krebsregister. Stand 27.08.2009; Berechnung/Bearbeitung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

Zur Berechnung der Zahl pro 100.000 EinwohnerInnen wurden Zahlen von Statistik Austria verwendet, mit der jeweiligen Jahresdurchschnittsbevölkerung.

Die Daten für das Berichtsjahr 2007 sind von sehr hoher Qualität, weisen jedoch noch nicht den Vollzähligkeitsgrad der Vorjahre auf. Bei der Betrachtung der jährlichen Veränderungen der Neuerkrankungen ist dies zu berücksichtigen.

### 2.2.6 a Selbst berichteter Herzinfarkt in den Bundesländern nach Geschlecht und in den Jahren 1991, 1999 und 2006/2007

Gliederungsmerkmal – Gesamtbevölkerung	Insgesamt	Insgesamt Frauen	Insgesamt Männer	selbst berichteter Herzinfarkt <sup>1)</sup>		
				Gesamt	Frauen	Männer
	in 1.000			in Prozent		
<b>Österreich 1991<sup>1)</sup></b>	6.440	3.362	3.079	0,4	0,3	0,5
Burgenland	255	131	255	0,2	0,1	0,3
Kärnten	449	235	449	0,4	0,2	0,6
Niederösterreich	1.240	639	1.240	0,4	0,2	0,7
Oberösterreich	1.098	570	1.098	0,4	0,2	0,5
Salzburg	382	199	382	0,2	0,2	0,3
Steiermark	975	503	975	0,4	0,3	0,6
Tirol	531	275	531	0,1	0,1	0,2
Vorarlberg	275	140	275	0,2	0,2	0,2
Wien	1.236	671	1.236	0,6	0,4	0,7
<b>Österreich 1999<sup>2)</sup></b>	6.592	3.434	3.158	0,4	0,2	0,5
Burgenland	233	120	113	0,2	0,0	0,3
Kärnten	462	242	220	0,3	0,1	0,5
Niederösterreich	1.255	648	607	0,5	0,3	0,6
Oberösterreich	1.098	567	532	0,4	0,1	0,7
Salzburg	412	216	196	0,2	0,1	0,3
Steiermark	989	515	474	0,4	0,2	0,5
Tirol	529	273	255	0,3	0,3	0,3
Vorarlberg	274	140	134	0,5	0,4	0,5
Wien	1.340	713	627	0,4	0,2	0,5
<b>Österreich 2006/2007<sup>3)</sup></b>	6.992	3.624	3.368	2,1	1,5	2,9
Burgenland	241	124	117	2,6	2,5	2,7
Kärnten	476	248	228	1,6	1,6	1,7
Niederösterreich	1.336	688	648	2,3	1,4	3,4
Oberösterreich	1.171	602	569	1,4	1,3	1,6
Salzburg	442	230	212	2,7	1,6	4,0
Steiermark	1.026	530	496	2,5	1,9	3,2
Tirol	582	300	282	1,7	1,0	2,4
Vorarlberg	299	152	146	1,5	0,8	2,2
Wien	1.420	750	670	2,5	1,5	3,6

Q: Daten 1991: Statistik Austria – Mikrozensus, Daten 1999: Statistik Austria – Mikrozensus;  
Berechnung/Bearbeitung: LASTAT Steiermark; Daten 2006/2007: Statistik Austria: ATHIS  
Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnung/Bearbeitung: FH JOANNEUM

1) Bitte nennen Sie mir aus dieser Liste die Kennzahlen jener Krankheiten und Verletzungen, die Sie im letzten Jahr hatten! (Anteil der Antworten: Herzinfarkt)

2) Leiden Sie an einer der in dieser Liste angeführten Krankheiten andauernd (chronisch)? (Anteil der Antworten: Herzinfarkt)

3) Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt? (Anteil der Antworten: ja)

### 2.2.6 b Selbst berichteter Herzinfarkt in der Steiermark nach Geschlecht, Alter und Bildung im Jahr 2006/2007

Gliederungsmerkmal	Insgesamt	Insgesamt Frauen	Insgesamt Männer	selbst berichteter Herzinfarkt <sup>1)</sup>		
				Gesamt	Frauen	Männer
	in 1.000			in Prozent		
<b>Steiermark</b>	1.026	530	496	2,5	1,9	3,2
<b>Alter</b>						
15 bis unter 25	148	72	76	0,0	0,0	0,0
25 bis unter 35	157	77	80	0,1	0,0	0,2
35 bis unter 45	199	97	102	0,2	0,0	0,5
45 bis unter 55	171	85	86	1,0	0,4	1,7
55 bis unter 65	129	69	60	4,7	4,1	5,4
65 bis unter 75	119	62	57	6,7	4,0	9,5
75 und älter	104	68	36	9,1	6,6	13,8
<b>Schulbildung</b>						
Pflichtschule	288	193	95	5,2	3,4	8,8
Lehre mit Berufsschule	386	150	235	2,0	1,3	2,4
Fach- oder Handelsschule	111	72	39	1,5	1,3	1,8
Matura	158	78	81	0,4	0,8	0,0
Studium u. a.	83	37	46	1,4	0,0	2,4
<b>Schulbildung altersstandardisiert</b>						
keine Matura	785	-	-	2,1	-	-
mindestens Matura	241	-	-	0,9	-	-

Q: Statistik Austria: ATHIS Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnung/Bearbeitung: FH JOANNEUM

1) Durchschnittliche Anzahl, berechnet aus Ja-Antworten auf die Frage: Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt?

### 2.2.7 a Selbst berichtete(r) Schlaganfall/Gehirnblutung in den Bundesländern nach Geschlecht und in den Jahren 1991, 1999 und 2006/2007

Gliederungsmerkmal - Gesamtbevölkerung	Insgesamt	Insgesamt Frauen	Insgesamt Männer	selbst berichte(r) Schlaganfall/Gehirnblutung		
				Gesamt	Frauen	Männer
	in 1.000			in Prozent		
<b>Österreich 1991<sup>1)</sup></b>	6.440	3.362	3.079	0,4	0,4	0,3
Burgenland	255	131	255	0,4	0,5	0,3
Kärnten	449	235	449	0,5	0,5	0,5
Niederösterreich	1.240	639	1.240	0,5	0,4	0,5
Oberösterreich	1.098	570	1.098	0,3	0,3	0,3
Salzburg	382	199	382	0,5	0,6	0,4
Steiermark	975	503	975	0,3	0,3	0,2
Tirol	531	275	531	0,3	0,3	0,4
Vorarlberg	275	140	275	0,2	0,2	0,2
Wien	1.236	671	1.236	0,3	0,4	0,2
<b>Österreich 1999<sup>2)</sup></b>	6.592	3.434	3.158	0,5	0,5	0,6
Burgenland	233	120	113	0,5	0,5	0,5
Kärnten	462	242	220	0,5	0,5	0,4
Niederösterreich	1.255	648	607	0,6	0,7	0,4
Oberösterreich	1.098	567	532	0,8	0,6	1,0
Salzburg	412	216	196	0,3	0,1	0,5
Steiermark	989	515	474	0,5	0,5	0,5
Tirol	529	273	255	0,5	0,4	0,6
Vorarlberg	274	140	134	0,6	0,5	0,6
Wien	1.340	713	627	0,4	0,3	0,6
<b>Österreich 2006/2007<sup>3)</sup></b>	6.992	3.624	3.368	2,2	2,2	2,2
Burgenland	241	124	117	2,7	2,6	2,7
Kärnten	476	248	228	2,1	2,2	2,0
Niederösterreich	1.336	688	648	2,0	1,4	2,6
Oberösterreich	1.171	602	569	2,4	2,7	2,1
Salzburg	442	230	212	2,1	2,9	1,2
Steiermark	1.026	530	496	2,5	2,3	2,7
Tirol	582	300	282	2,3	2,3	2,3
Vorarlberg	299	152	146	1,5	1,6	1,3
Wien	1.420	750	670	2,1	2,2	2,0

Q: Daten 1991: Statistik Austria – Mikrozensus, Daten 1999: Statistik Austria – Mikrozensus; Berechnung/Bearbeitung: LASTAT Steiermark, Daten 2006/2007: Statistik Austria: ATHIS Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnung/Bearbeitung: FH JOANNEUM

1) Bitte nennen Sie mir aus dieser Liste die Kennzahlen jener Krankheiten und Verletzungen, die Sie im letzten Jahr hatten! (Anteil der Antworten: Hirngefäßerkrankungen: Schlaganfall)

2) Leiden Sie an einer der in dieser Liste angeführten Krankheiten andauernd (chronisch)? (Anteil der Antworten: Hirngefäßerkrankungen: Schlaganfall)

3) Hatten Sie jemals einen Schlaganfall/eine Gehirnblutung? (Anteil der Antworten: ja)

**2.2.7 b Selbst berichtete(r) Schlaganfall/Gehirnblutung in der Steiermark nach Geschlecht, Alter und Bildung im Jahr 2006/2007**

Gliederungsmerkmal	Insgesamt	Insgesamt Frauen	Insgesamt Männer	selbst berichte(r) Schlaganfall/Gehirnblutung <sup>1)</sup>		
				Gesamt	Frauen	Männer
	in 1.000			in Prozent		
<b>Steiermark</b>	1.026	530	496	2,5	2,3	2,7
<b>Alter</b>						
15 bis unter 25	148	72	76	0,0	0,0	0,0
25 bis unter 35	157	77	80	0,1	0,0	0,2
35 bis unter 45	199	97	102	0,0	0,0	0,0
45 bis unter 55	171	85	86	0,3	0,2	0,3
55 bis unter 65	129	69	60	3,4	4,7	2,0
65 bis unter 75	119	62	57	7,1	6,9	7,3
75 und älter	104	68	36	12,0	6,9	21,6
<b>Schulbildung</b>						
Pflichtschule	288	193	95	6,0	4,7	8,6
Lehre mit Berufsschule	386	150	235	1,4	0,8	1,8
Fach- oder Handelsschule	111	72	39	2,2	2,4	1,9
Matura	158	78	81	0,2	0,0	0,4
Studium u. a.	83	37	46	0,8	1,2	0,4
<b>Schulbildung altersstandardisiert</b>						
keine Matura	785	-	-	1,9	-	-
mindestens Matura	241	-	-	0,7	-	-

Q: Statistik Austria: ATHIS Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnung/Bearbeitung: FH JOANNEUM

1) Durchschnittliche Anzahl, berechnet aus Ja-Antworten auf die Fragen: Hatten Sie jemals einen Schlaganfall/eine Gehirnblutung?

### 2.2.8 a Selbst berichteter Diabetes in den Bundesländern nach Geschlecht und in den Jahren 1991, 1999 und 2006/2007

Gliederungsmerkmal - Gesamtbevölkerung	Insgesamt	Insgesamt Frauen	Insgesamt Männer	selbst berichteter Diabetes		
				Gesamt	Frauen	Männer
	in 1.000			in Prozent		
<b>Österreich 1991<sup>1)</sup></b>	6.440	3.362	3.079	2,3	2,6	2,0
Burgenland	255	131	255	2,3	2,9	1,6
Kärnten	449	235	449	1,9	2,3	1,6
Niederösterreich	1.240	639	1.240	2,9	3,3	2,6
Oberösterreich	1.098	570	1.098	2,1	2,6	1,6
Salzburg	382	199	382	1,3	1,7	0,9
Steiermark	975	503	975	2,2	2,8	1,6
Tirol	531	275	531	1,2	1,6	0,9
Vorarlberg	275	140	275	1,2	1,3	1,0
Wien	1.236	671	1.236	2,8	2,6	3,1
<b>Österreich 1999<sup>2)</sup></b>	6.592	3.434	3.158	2,5	2,6	2,3
Burgenland	233	120	113	3,4	4,1	2,8
Kärnten	462	242	220	1,6	1,7	1,6
Niederösterreich	1.255	648	607	2,8	3,0	2,7
Oberösterreich	1.098	567	532	2,4	2,6	2,1
Salzburg	412	216	196	2,1	1,9	2,3
Steiermark	989	515	474	2,2	2,6	1,8
Tirol	529	273	255	1,6	1,7	1,5
Vorarlberg	274	140	134	1,4	1,7	1,1
Wien	1.340	713	627	3,1	3,2	3,1
<b>Österreich 2006/2007<sup>3)</sup></b>	6.992	3.624	3.368	5,9	6,4	5,4
Burgenland	241	124	117	6,5	6,4	6,6
Kärnten	476	248	228	5,5	6,1	5,0
Niederösterreich	1.336	688	648	5,9	6,8	4,8
Oberösterreich	1.171	602	569	5,2	6,6	3,8
Salzburg	442	230	212	4,3	4,6	3,9
Steiermark	1.026	530	496	6,3	6,7	5,9
Tirol	582	300	282	4,6	4,7	4,6
Vorarlberg	299	152	146	4,6	5,1	4,1
Wien	1.420	750	670	7,7	7,3	8,1

Q: Daten 1991: Statistik Austria – Mikrozensus, Daten 1999: Statistik Austria – Mikrozensus; Berechnung/Bearbeitung: LASTAT Steiermark; Daten 2006/2007: Statistik Austria: ATHIS Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnung/Bearbeitung: FH JOANNEUM

1) Leiden Sie an einer der folgenden chronischen Krankheiten? (Anteil der Antworten: Zuckerkrankheit)

2) Leiden Sie an einer der in dieser Liste angeführten Krankheiten andauernd (chronisch)? (Anteil der Antworten: Zuckerkrankheit)

3) Hatten Sie jemals Diabetes? (Anteil der Antworten: ja)

### 2.2.8 b Selbst berichteter Diabetes in der Steiermark nach Geschlecht, Alter und Bildung im Jahr 2006/2007

Gliederungsmerkmal	Insgesamt	Insgesamt Frauen	Insgesamt Männer	selbst berichteter Diabetes <sup>1)</sup>		
				Gesamt	Frauen	Männer
	in 1.000			in Prozent		
<b>Steiermark</b>	1.026	530	496	6,3	6,7	5,9
<b>Alter</b>						
15 bis unter 25	148	72	76	0,8	1,7	0,0
25 bis unter 35	157	77	80	0,8	1,0	0,6
35 bis unter 45	199	97	102	1,3	1,5	1,0
45 bis unter 55	171	85	86	1,9	0,4	3,3
55 bis unter 65	129	69	60	9,1	6,7	12,0
65 bis unter 75	119	62	57	13,6	13,0	14,2
75 und älter	104	68	36	27,6	28,0	26,7
<b>Schulbildung</b>						
Pflichtschule	288	193	95	11,6	11,8	11,2
Lehre mit Berufsschule	386	150	235	4,5	4,3	4,6
Fach- oder Handelsschule	111	72	39	4,5	5,3	3,1
Matura	158	78	81	4,3	3,0	5,6
Studium u. a.	83	37	46	2,8	0,3	4,8
<b>Schulbildung altersstandardisiert</b>						
keine Matura	785	-	-	4,7	-	-
mindestens Matura	241	-	-	4,8	-	-

Q: Statistik Austria: ATHIS Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnung/Bearbeitung: FH JOANNEUM

1) Durchschnittliche Anzahl, berechnet aus Ja-Antworten auf die Frage: Hatten Sie jemals Diabetes?



### 2.2.9 a Selbst berichtetes Asthma in den Bundesländern nach Geschlecht und in den Jahren 1991, 1999 und 2006/2007

Gliederungsmerkmal	Insgesamt	Insgesamt Frauen	Insgesamt Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
	in 1.000			in Prozent					
				selbst berichtetes Lungenasthma <sup>1)</sup>			selbst berichtetes chronisches Asthma <sup>2)</sup>		
<b>Österreich 1991</b>	6.440	3.362	3.079	0,4	0,3	0,5	1,7	1,4	2,1
Burgenland	255	131	255	0,4	0,2	0,6	1,2	1,1	1,2
Kärnten	449	235	449	0,3	0,2	0,4	1,1	1,0	1,1
Niederösterreich	1.240	639	1.240	0,4	0,3	0,6	2,0	1,7	2,4
Oberösterreich	1.098	570	1.098	0,6	0,5	0,6	2,2	1,6	2,8
Salzburg	382	199	382	0,2	0,2	0,2	1,1	0,7	1,4
Steiermark	975	503	975	0,5	0,4	0,6	1,8	1,3	2,3
Tirol	531	275	531	0,3	0,3	0,3	1,3	1,1	1,6
Vorarlberg	275	140	275	0,2	0,1	0,3	1,2	1,2	1,2
Wien	1.236	671	1.236	0,2	0,2	0,2	1,8	1,6	2,0
				selbst berichtetes Lungenasthma <sup>3)</sup>					
<b>Österreich 1999</b>	6.592	3.434	3.158	1,3	1,2	1,5	-	-	-
Burgenland	233	120	113	0,8	0,8	0,9	-	-	-
Kärnten	462	242	220	0,9	0,9	0,9	-	-	-
Niederösterreich	1.255	648	607	1,7	1,5	2,0	-	-	-
Oberösterreich	1.098	567	532	1,6	1,6	1,5	-	-	-
Salzburg	412	216	196	0,8	0,7	1,0	-	-	-
Steiermark	989	515	474	1,0	0,9	1,1	-	-	-
Tirol	529	273	255	1,1	1,0	1,3	-	-	-
Vorarlberg	274	140	134	0,9	1,1	0,6	-	-	-
Wien	1.340	713	627	1,6	1,3	1,9	-	-	-
				selbst berichtetes allergisches Asthma <sup>4)</sup>			selbst berichtete andere Form von Asthma <sup>5)</sup>		
<b>Österreich 2006/2007</b>	6.992	3.624	3.368	4,3	4,6	3,9	2,8	2,9	2,7
Burgenland	241	124	117	2,8	2,8	2,7	1,2	1,9	0,5
Kärnten	476	248	228	3,7	3,9	3,5	2,1	2,2	2,0
Niederösterreich	1.336	688	648	3,5	4,3	2,6	2,4	2,6	2,2
Oberösterreich	1.171	602	569	4,2	4,5	3,8	3,3	2,9	3,7
Salzburg	442	230	212	5,6	7,3	3,9	2,8	2,6	3,1
Steiermark	1.026	530	496	4,4	4,7	4,1	4,3	4,7	3,8
Tirol	582	300	282	3,8	3,0	4,6	2,8	2,8	2,8
Vorarlberg	299	152	146	3,4	3,0	3,8	2,5	2,5	2,5
Wien	1.420	750	670	5,3	5,5	5,2	2,4	2,6	2,2

Q: Daten 1991: Statistik Austria – Mikrozensus, Daten 1999: Statistik Austria – Mikrozensus; Berechnung/Bearbeitung: LASTAT Steiermark; Daten 2006/2007: Statistik Austria: ATHIS Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnung/Bearbeitung: FH JOANNEUM

1) Bitte nennen Sie mir aus dieser Liste die Kennzahlen jener Krankheiten und Verletzungen, die Sie im letzten Jahr hatten! (Anteil der Antworten: Lungenasthma)

2) Leiden Sie an einer der folgenden chronischen Krankheiten? (Anteil der Antworten: Asthma)

3) Leiden Sie an einer der in dieser Liste angeführten Krankheiten andauernd (chronisch)? (Anteil der Antworten: Lungenasthma)

4) Hatten Sie jemals allergisches Asthma? (Anteil der Antworten: ja)

5) Hatten Sie jemals eine andere Form von Asthma? (Anteil der Antworten: ja)

**2.2.9 b Selbst berichtetes Asthma in der Steiermark nach Geschlecht, Alter und Bildung im Jahr 2006/2007**

Gliederungsmerkmal – Gesamtbevölkerung	Insgesamt	Insgesamt Frauen	Insgesamt Männer	selbst berichtetes allergisches Asthma <sup>1)</sup>			selbst berichtete andere Form von Asthma <sup>2)</sup>		
				Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
	in 1.000			in Prozent					
<b>Steiermark</b>	1.026	530	496	4,4	4,7	4,1	4,3	4,7	3,8
<b>Alter</b>									
15 bis unter 25	148	72	76	4,3	5,9	2,8	2,0	1,8	2,1
25 bis unter 35	157	77	80	4,8	2,2	7,4	1,1	1,4	0,8
35 bis unter 45	199	97	102	3,0	5,7	0,3	2,8	3,7	1,9
45 bis unter 55	171	85	86	2,9	3,0	2,9	2,6	2,2	3,0
55 bis unter 65	129	69	60	5,9	7,3	4,3	6,5	8,4	4,4
65 bis unter 75	119	62	57	6,2	3,0	9,7	9,4	10,5	8,2
75 und älter	104	68	36	4,8	5,5	3,6	9,3	7,3	13,3
<b>Schulbildung</b>									
Pflichtschule	288	193	95	4,3	4,1	4,6	8,2	8,4	7,8
Lehre mit Berufsschule	386	150	235	4,5	5,2	4,1	3,1	3,4	2,9
Fach- oder Handelsschule	111	72	39	2,4	3,1	1,0	2,4	3,0	1,1
Matura	158	78	81	5,3	5,4	5,2	1,5	1,2	1,7
Studium u. a.	83	37	46	4,9	6,7	3,4	3,9	1,4	5,9
<b>Schulbildung altersstandardisiert</b>									
keine Matura	785	-	-	3,9	-	-	3,9	-	-
mindestens Matura	241	-	-	5,5	-	-	2,4	-	-

Q: Statistik Austria: ATHIS Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnung/Bearbeitung: FH JOANNEUM

1) Durchschnittliche Anzahl, berechnet aus Ja-Antworten auf die Frage: Hatten Sie jemals allergisches Asthma?

2) Durchschnittliche Anzahl, berechnet aus Ja-Antworten auf die Frage: Hatten Sie jemals eine andere Form von Asthma?

### 3.2.1 a Wahlbeteiligung in den Bundesländern, den steirischen Bezirken bei der jeweils letzten Gemeinderatswahl sowie im zeitlichen Verlauf für die Steiermark und die Gemeinde Graz

Gliederungsmerkmal	Jahr der letzten Gemeinderatswahl	Anzahl der Wahlberechtigten	Wahlbeteiligung
<b>Bundesland</b>			
Burgenland	2007	252.597	82,9%
Kärnten	2009	457.765	80,6%
Niederösterreich	2005	1.339.483	71,2%
Oberösterreich	2009	1.115.743	79,0%
Salzburg	2009	406.397	72,1%
Steiermark	2005	779.903	77,8%
Tirol	2004	406.981	75,2%
Vorarlberg	2005	245.504	64,9%
Wien	2005	1.142.126	60,8%
<b>Bezirke</b>			
Graz (Stadt)	2008	198.020	57,9%
Bruck an der Mur	2005	52.401	72,3%
Deutschlandsberg	2005	50.341	78,5%
Feldbach	2005	54.887	82,3%
Fürstenfeld	2005	18.770	78,9%
Graz-Umgebung	2005	109.980	75,3%
Hartberg	2005	54.668	83,6%
Judenburg	2005	38.740	76,5%
Knittelfeld	2005	23.735	74,3%
Leibnitz	2005	61.629	78,4%
Leoben	2005	54.779	71,8%
Liezen	2005	65.521	77,8%
Mürzzuschlag	2005	35.050	79,6%
Murau	2005	25.121	83,9%
Radkersburg	2005	19.536	83,1%
Voitsberg	2005	44.507	76,1%
Weiz	2005	70.238	79,8%
<b>Zeitverlauf – nur Steiermark (exkl. Graz)</b>			
1990	1990	715.056	91,8%
1995	1995	733.796	83,8%
2000	2000	738.465	80,0%
2005	2005	779.903	77,8%
<b>Graz</b>			
1993	1993	189.156	76,0%
1998	1998	180.532	61,7%
2003	2003	187.305	58,4%
2008	2008	198.020	57,9%

Q: (teilweise eigene Berechnung der Wahlbeteiligung):

Burgenland: [http://wahlen.bglg.gov.at/wahlens/Ergebnisse\\_LandID1\\_WahlgangID29.xls](http://wahlen.bglg.gov.at/wahlens/Ergebnisse_LandID1_WahlgangID29.xls) Download vom 06.11.09

Kärnten: <http://info.ktn.gov.at/grwahl2009/> Download vom 06.11.09

Niederösterreich: <http://www.noel.gv.at/Politik-Verwaltung/Wahlen/NOe-Gemeinderatswahlen/Gemeinderatswahl2005.html>  
Download vom 06.11.09

Oberösterreich: <http://www2.land-oberoesterreich.gv.at/statwahlen/WahlenErgebnis.jsp?GemNr=40000&kat=OOE&strThema=OOE&wahlNr=4&strDarstellung=Tabelle>  
Download vom 06.11.09

Salzburg: <http://www.salzburg.gv.at/20003stat/wahlen/gvw/index.htm> Download vom 19.11.2009

Steiermark: <https://sterz.stmk.gv.at/wah/pub/wahlgrunddaten/start.do> Download vom 19.11.2009 und 3.12.2009

Stadt Graz 2008: <http://www.graz.at/cms/ziel/1640907/DE> Download vom 19.11.2009

Stadt Graz 1998 und 2003: [http://www.graz.at/x\\_wahl2003/erg/grwahl/bez99.htm](http://www.graz.at/x_wahl2003/erg/grwahl/bez99.htm) Download vom 19.11.2009

Stadt Graz 1993: [http://www.graz.at/x\\_wahl2003/erg/excel/gr930124.xls](http://www.graz.at/x_wahl2003/erg/excel/gr930124.xls) Download vom 19.11.2009

Tirol: [http://wahlen.tirol.gv.at/WahlenTirolGvAtWeb/wahlenGesErg.do?cmd=wahlInfoGesLand&wahl\\_id=12&cid=1](http://wahlen.tirol.gv.at/WahlenTirolGvAtWeb/wahlenGesErg.do?cmd=wahlInfoGesLand&wahl_id=12&cid=1) Download vom 06.11.2009

Vorarlberg: <http://www.vorarlberg.at/wahlen/gv.asp> Download vom 06.11.2009

Wien: <http://www.wien.gv.at/wahl/NET/GR051/GR051.htm> Download vom 06.11.2009

**3.2.1 b Wahlbeteiligung nach Anzahl der Wahlberechtigten pro Gemeinde bei der steirischen Gemeinderatswahl 2005 (exkl. Graz)**

Gliederungsmerkmal		Höhe der Wahlbeteiligung in Prozent										Gesamt	
		unter 75%		75-79,9%		80-84,9		85-89,9%		90% und mehr			
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Anzahl der Wahlberechtigten pro Gemeinde	0 – 499	2	2,0%	5	5,0%	21	21,0%	39	39,0%	33	33,0%	100	100,0%
	500 – 999	2	1,2%	14	8,7%	59	36,6%	65	40,4%	21	13,0%	161	100,0%
	1.000 – 1.499	6	4,8%	28	22,4%	59	47,2%	27	21,6%	5	4,0%	125	100,0%
	1.500 – 1.999	44	32,6%	38	28,1%	40	29,6%	13	9,6%	0	,0%	135	100,0%
	5.000 und mehr	16	80,0%	4	20,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	20	100,0%
Gesamt		70	12,9%	89	16,5%	179	33,1%	144	26,6%	59	10,9%	541	100,0%

Q: Land Steiermark, Download von <https://sterz.stmk.gv.at/wah/pub/wahlgrunddaten/start.do> vom 3.12.09; Berechnung/Bearbeitung: FH JOANNEUM

**3.2.2 Mitarbeit in anderer (nicht parteipolitischer) Organisation in den Bundesländern in den Jahren 2002, 2004 und 2006**

Gliederungsmerkmal	Stichprobengröße			Anteil der Personen, die in einer anderen (nicht parteipolitischen) Organisation oder Vereinigung mitgearbeitet haben, in Prozent		
	Jahr					
	2002	2004	2006	2002	2004	2006
<b>Österreich</b>	2.233	2.211	2.368	19,1	23,6	26,9
Burgenland	75	87	84	17,3	23,0	19,0
Kärnten	160	154	165	19,4	14,9	26,7
Niederösterreich	409	416	512	19,3	32,2	32,4
Oberösterreich	382	398	437	25,4	26,4	30,2
Salzburg	160	144	161	16,9	19,4	26,7
Steiermark	320	327	377	17,2	26,0	23,6
Tirol	170	199	244	11,2	23,1	27,9
Vorarlberg	77	108	100	14,3	24,1	27,0
Wien	480	378	288	19,8	14,3	18,4

Q: Norwegian Data Service: ESS 2002, ESS 2004, ESS 2006; Berechnung/Bearbeitung: FH JOANNEUM

### 3.2.3. Beteiligung an einer Unterschriftensammlung in den Bundesländern in den Jahren 2002, 2004 und 2006

Gliederungsmerkmal	Stichprobengröße			Anteil der Personen, die sich an einer Unterschriftensammlung beteiligt haben, in Prozent		
	Jahr					
	2002	2004	2006	2002	2004	2006
<b>Österreich</b>	2.234	2.215	2.370	27,3	24,7	21,1
Burgenland	75	87	86	24,0	26,4	19,8
Kärnten	162	153	162	28,4	18,3	24,7
Niederösterreich	408	424	508	19,4	26,9	20,1
Oberösterreich	386	396	442	34,5	30,6	21,5
Salzburg	161	144	162	26,1	16,7	34,0
Steiermark	317	324	377	29,3	21,9	20,4
Tirol	170	199	244	32,4	25,6	14,3
Vorarlberg	78	110	99	24,4	20,9	20,2
Wien	477	378	290	26,2	24,6	20,7

Q: Norwegian Data Service: ESS 2002, ESS 2004, ESS 2006; Auswertung: FH JOANNEUM

## 4.2.1 Ungleichheit in der Einkommensverteilung in den Bundesländern und im zeitlichen Verlauf von 2004 bis 2007

Gliederungsmerkmal	2004			2005			2006			2007		
	Ungleichheit der Einkommensverteilung	95% Konfidenzintervall		Ungleichheit der Einkommensverteilung	95% Konfidenzintervall		Ungleichheit der Einkommensverteilung	95% Konfidenzintervall		Ungleichheit der Einkommensverteilung	95% Konfidenzintervall	
		untere Grenze	obere Grenze		untere Grenze	obere Grenze		untere Grenze	obere Grenze		untere Grenze	obere Grenze
<b>Österreich</b>	3,77	3,66	3,87	3,77	3,67	3,87	3,65	3,57	3,73	3,77	3,68	3,86
Burgenland	3,12	2,77	3,42	3,51	2,98	4,01	3,58	3,18	3,98	3,76	3,33	4,13
Kärnten	3,69	3,30	4,10	3,95	3,61	4,28	3,26	3,09	3,44	3,43	3,16	3,71
Niederösterreich	3,62	3,45	3,77	3,93	3,70	4,14	3,83	3,61	4,06	3,53	3,38	3,68
Oberösterreich	3,36	3,16	3,54	3,43	3,26	3,62	3,41	3,25	3,57	3,47	3,29	3,66
Salzburg	4,31	3,78	4,83	3,09	2,78	3,39	3,33	3,01	3,63	3,32	3,08	3,56
Steiermark	3,39	3,21	3,59	3,60	3,32	3,86	3,20	3,05	3,34	3,53	3,34	3,72
Tirol	3,58	3,24	3,93	3,34	3,11	3,57	3,24	3,04	3,46	3,32	3,11	3,53
Vorarlberg	4,61	3,74	5,34	3,99	3,59	4,40	3,42	3,17	3,66	4,40	3,88	4,92
Wien	4,50	4,13	4,84	4,38	4,04	4,71	4,61	4,32	4,89	4,83	4,43	5,20
<b>Österreich</b>	3,77	3,66	3,87	3,77	3,67	3,87	3,65	3,57	3,73	3,77	3,68	3,86
männlich	3,65	3,52	3,78	3,76	3,62	3,91	3,57	3,46	3,68	3,72	3,60	3,84
weiblich	3,88	3,72	4,04	3,77	3,63	3,91	3,72	3,60	3,83	3,79	3,65	3,93

Q: Statistik Austria (EU-SILC); Berechnung: LASTAT Steiermark; Bearbeitung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

## 4.2.2 Armutsgefährdungsquote in den Bundesländern und im zeitlichen Verlauf von 2004 bis 2007

Gliederungsmerkmal	2004			2005			2006			2007		
	Armuts- gefährdungs- quote	95% Konfidenzintervall		Armuts- gefährdungs- quote	95% Konfidenzintervall		Armuts- gefährdungs- quote	95% Konfidenzintervall		Armuts- gefährdungs- quote	95% Konfidenzintervall	
		untere Grenze	obere Grenze		untere Grenze	obere Grenze		untere Grenze	obere Grenze		untere Grenze	obere Grenze
Österreich	12,79	12,18	13,40	12,29	11,66	12,83	12,55	11,99	13,13	12,04	11,47	12,55
Burgenland	11,55	8,73	14,68	15,19	11,74	18,68	12,40	9,21	15,35	13,74	10,20	16,39
Kärnten	13,09	10,62	15,54	16,31	13,93	18,74	14,65	12,20	17,10	10,76	8,81	12,57
Niederösterreich	11,83	10,49	13,24	12,90	11,50	14,19	12,14	10,90	13,44	10,44	9,37	11,58
Oberösterreich	9,35	8,08	10,66	9,87	8,53	11,08	10,13	8,84	11,38	8,10	6,96	9,30
Salzburg	15,92	13,06	18,62	8,75	6,55	10,90	11,85	9,48	14,35	10,11	8,29	12,03
Steiermark	12,53	10,83	13,99	11,55	10,12	12,86	11,65	10,12	13,19	13,63	11,86	15,12
Tirol	10,96	9,04	13,17	14,00	11,81	16,13	9,98	8,27	11,74	10,13	8,59	12,02
Vorarlberg	16,88	12,90	20,07	12,94	9,95	15,90	9,18	7,01	11,42	13,02	9,95	15,78
Wien	15,85	14,27	17,48	12,74	10,98	14,31	17,21	15,30	19,15	17,37	15,74	19,17
Österreich	12,79	12,18	13,40	12,29	11,66	12,83	12,55	11,99	13,13	12,04	11,47	12,55
männlich	11,32	10,49	12,17	11,46	10,58	12,28	11,02	10,19	11,83	10,58	9,80	11,31
weiblich	14,19	13,32	15,07	13,08	12,19	13,93	14,01	13,19	14,85	13,42	12,59	14,23

Q: Statistik Austria (EU-SILC); Berechnung: LASTAT Steiermark; Bearbeitung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

## 4.2.3 a Arbeitslosenquote (nationale Definition) in den Bundesländern, nach Geschlecht und im zeitlichen Verlauf von 1995 bis 2009

Gliederungsmerkmal	im Jahresdurchschnitt														
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	in %														
<b>Österreich – Gesamt</b>	6,6	7,0	7,1	7,2	6,7	5,8	6,1	6,9	7,0	7,1	7,3	6,8	6,2	5,8	7,2
Burgenland	7,8	8,6	9,0	9,0	8,5	7,9	8,2	8,6	8,6	8,7	9,0	8,5	7,6	7,4	8,4
Kärnten	8,5	9,4	9,0	8,8	8,3	7,5	7,6	8,2	8,2	7,9	8,2	7,9	7,3	7,2	9,3
Niederösterreich	6,4	6,9	6,8	6,9	6,4	5,8	6,2	6,9	7,0	7,1	7,4	6,9	6,3	5,9	7,3
Oberösterreich	5,1	5,5	5,3	5,1	4,8	4,0	4,1	4,7	4,4	4,5	4,7	4,3	3,6	3,5	4,9
Salzburg	4,2	4,6	4,9	4,9	4,6	4,1	4,3	4,9	5,0	5,1	5,1	4,5	4,0	3,9	5,1
Steiermark	8,2	8,4	8,1	8,1	7,4	6,4	6,5	7,2	7,3	7,0	7,3	6,8	6,4	6,1	7,7
Tirol	5,8	6,1	6,3	6,3	5,7	4,9	5,1	5,3	5,4	5,6	5,8	5,5	5,3	5,2	6,3
Vorarlberg	5,3	5,9	6,1	5,8	5,2	4,3	4,3	5,1	5,7	6,1	6,7	6,2	5,7	5,5	7,2
Wien	7,3	7,8	8,3	8,7	8,1	7,2	7,6	9,0	9,5	9,8	9,7	9,3	8,5	7,8	8,5
<b>Österreich – Frauen</b>	6,8	7,3	7,4	7,5	6,9	5,9	5,9	6,4	6,5	6,6	6,8	6,4	6,0	5,6	6,3
Bildung	8,2	8,9	9,6	9,7	9,0	8,1	8,0	8,1	8,1	8,2	8,4	8,0	7,2	7,0	7,7
Kärnten	9,3	10,1	9,7	9,4	8,8	7,9	7,8	7,8	7,5	7,5	7,9	7,5	7,2	7,0	8,1
Niederösterreich	7,3	7,5	7,4	7,5	6,8	5,9	6,0	6,5	6,6	6,9	7,2	6,8	6,4	5,9	6,7
Oberösterreich	5,6	6,2	6,0	5,9	5,5	4,6	4,4	4,8	4,5	4,5	4,7	4,4	3,9	3,6	4,5
Salzburg	4,2	4,7	4,9	5,0	4,8	4,3	4,4	4,8	4,8	4,8	4,9	4,4	4,1	3,9	4,7
Steiermark	8,9	9,5	9,3	9,3	8,2	6,9	6,7	6,9	6,8	6,6	6,9	6,4	6,1	5,7	6,5
Tirol	6,1	6,4	6,5	6,8	6,3	5,4	5,5	5,5	5,4	5,7	5,9	5,7	5,6	5,4	6,1
Vorarlberg	6,2	6,8	6,9	6,7	6,0	5,2	5,0	5,6	6,1	6,7	7,3	6,8	6,4	6,0	7,3
Bezirke	6,4	6,8	7,4	8,0	7,4	6,3	6,5	7,6	7,9	8,1	8,1	7,6	7,0	6,5	6,9
<b>Österreich – Männer</b>	6,4	6,9	6,9	6,9	6,5	5,8	6,2	7,2	7,5	7,5	7,7	7,1	6,5	6,1	7,9
Burgenland	7,6	8,4	8,5	8,6	8,1	7,6	8,3	9,1	9,1	9,1	9,5	8,9	8,0	7,7	9,1
Kärnten	7,9	8,8	8,4	8,3	8,0	7,1	7,5	8,5	8,7	8,3	8,4	8,2	7,4	7,4	10,4
Niederösterreich	5,8	6,4	6,4	6,4	6,2	5,7	6,2	7,2	7,3	7,4	7,6	7,0	6,3	5,9	7,8
Oberösterreich	4,7	5,0	4,8	4,6	4,3	3,7	3,8	4,6	4,5	4,4	4,7	4,2	3,4	3,3	5,3
Salzburg	4,2	4,6	4,9	4,9	4,5	3,9	4,3	5,0	5,1	5,3	5,3	4,5	3,9	3,9	5,6
Steiermark	7,6	7,6	7,2	7,2	6,8	6,1	6,4	7,5	7,8	7,3	7,6	7,1	6,7	6,5	8,8
Tirol	5,6	5,9	6,2	5,9	5,2	4,5	4,9	5,2	5,4	5,5	5,8	5,3	5,1	5,0	6,5
Vorarlberg	4,6	5,3	5,5	5,1	4,5	3,6	3,7	4,8	5,3	5,6	6,2	5,6	5,1	5,0	7,1
Wien	7,9	8,6	9,0	9,4	8,8	8,0	8,7	10,3	11,0	11,4	11,3	10,8	9,9	9,0	10,1

Q: AMS; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM



#### 4.2.3 b Arbeitslosenquote (nationale Definition) in der Steiermark, nach Geschlecht, Alter, Bildung und Bezirke im Jahr 2009

Gliederungsmerkmal	Gesamt	Frauen	Männer
	in Prozent		
<b>Alter</b>			
bis 19 Jahre	5,0	5,9	4,5
20 bis 24 Jahre	10,5	8,1	12,9
<b>Jugendliche &lt; 25 Jahre</b>	8,5	7,4	9,4
25 bis 29 Jahre	8,2	6,4	10,0
30 bis 39 Jahre	7,7	7,0	8,4
40 bis 44 Jahre	7,4	6,4	8,4
<b>Erwachsene 25 bis 44 Jahre</b>	7,8	6,7	8,7
45 bis 49 Jahre	7,0	5,5	8,4
50 bis 54 Jahre	7,2	5,8	8,5
55 bis 59 Jahre	8,4	7,0	9,3
ab 60 Jahre	7,1	2,7	8,4
<b>Ältere &gt;= 45 Jahre</b>	7,4	5,8	8,6
<b>Bildung <sup>1)</sup></b>			
keine Ausbildung, Ausbildung unbekannt	2,4	2,3	2,5
Pflichtschule	38,4	40,4	37,0
Lehre	41,9	33,6	47,3
Berufsbildende Mittlere Schule	5,0	8,7	2,6
Matura	8,3	9,8	7,4
Studium u.a.	3,9	5,2	3,1
<b>Arbeitsmarktbezirke (im Jahr 2008)<sup>2)</sup></b>			
Bruck/Mur	6,0	6,5	5,6
Deutschlandsberg	6,0	5,8	6,2
Feldbach	6,2	5,5	6,7
Fürstenfeld	5,7	5,2	6,2
Gleisdorf	4,2	3,9	4,5
Graz	6,8	5,9	7,6
Hartberg	5,8	5,8	5,7
Judenburg	5,7	6,5	5,1
Murau	5,4	5,4	5,5
Knittelfeld	5,7	6,8	4,9
Leibnitz	7,1	7,1	7,0
Mureck	6,4	5,4	7,1
Leoben	5,4	6,2	4,8
Liezen	5,7	6,3	5,3
Gröbming	6,7	7,6	5,8
Mürzzuschlag	4,7	5,6	4,1
Voitsberg	6,4	5,6	7,0
Weiz	4,0	3,9	4,0

Q: AMS; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

1) Anteil der Arbeitslosen nach deren Bildungsstand an allen Arbeitslosen

2) Daten für 2009 nach Bezirken standen Ende Jänner 2010 noch nicht zur Verfügung.

#### 4.2.4 a Anteil der Langzeitarbeitslosen am Arbeitskräftepotenzial in den Bundesländern nach Geschlecht und im zeitlichen Verlauf von 2004 bis 2009

Gliederungsmerkmal	Anteil Langzeitarbeitslose in % am Arbeitskräftepotenzial																	
	2004			2005			2006			2007			2008			2009		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	in Prozent																	
<b>Österreich</b>	0,6	0,5	0,7	0,3	0,3	0,4	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2
Burgenland	0,6	0,6	0,7	0,5	0,5	0,5	0,4	0,3	0,4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,3	0,3	0,4
Kärnten	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,4	0,3	0,4
Niederösterreich	0,7	0,6	0,9	0,7	0,5	0,8	0,5	0,4	0,5	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,5
Oberösterreich	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Salzburg	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Steiermark	0,5	0,4	0,6	0,4	0,3	0,5	0,3	0,2	0,4	0,3	0,2	0,4	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3
Tirol	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
Vorarlberg	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2	0,3
Wien	1,4	1,0	1,7	0,5	0,4	0,6	0,3	0,2	0,4	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1

Q: AMS; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

1) Gesamt

2) Frauen

3) Männer

#### 4.2.4 b Anteil der Langzeitarbeitslosen am Arbeitskräftepotenzial in den steirischen Bezirken im Jahr 2008 und nach Alter im Jahr 2009

Gliederungsmerkmal	Anzahl der Langzeitarbeitslosen			Langzeitarbeitslosenquote		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
	absolut <sup>2)</sup>			in Prozent		
<b>Alter (2009)</b>						
bis 19 Jahre	1	2	3	0,0	0,0	0,0
20 bis 24 Jahre	6	13	19	0,0	0,0	0,1
25 bis 29 Jahre	31	33	64	0,1	0,1	0,1
30 bis 39 Jahre	108	118	226	0,2	0,2	0,2
40 bis 44 Jahre	73	85	157	0,2	0,2	0,2
45 bis 49 Jahre	57	101	158	0,2	0,2	0,3
50 bis 54 Jahre	62	148	209	0,4	0,2	0,5
55 bis 59 Jahre	40	158	198	0,6	0,3	0,8
60 Jahre und älter	5	46	51	0,8	0,4	1,0
<b>Arbeitsmarktbezirke (2008) <sup>1)</sup></b>						
Bruck/Mur	21	69	89	0,4	0,2	0,5
Deutschlandsberg	55	51	106	0,4	0,5	0,3
Feldbach	21	29	50	0,2	0,2	0,2
Fürstenfeld	6	12	18	0,2	0,1	0,2
Gleisdorf	6	4	10	0,1	0,1	0,0
Graz	123	229	352	0,2	0,2	0,3
Hartberg	30	39	69	0,2	0,2	0,2
Judenburg	28	30	58	0,3	0,4	0,3
Murau	6	8	14	0,1	0,1	0,1
Knittelfeld	11	10	21	0,2	0,2	0,1
Leibnitz	49	79	129	0,4	0,3	0,4
Mureck	6	7	12	0,1	0,1	0,1
Leoben	26	57	83	0,3	0,2	0,4
Liezen	39	82	121	0,5	0,4	0,6
Gröbming	0	0	1	0,0	0,0	0,0
Mürzzuschlag	15	50	65	0,4	0,2	0,5
Voitsberg	13	133	147	0,7	0,1	1,1
Weiz	10	13	23	0,1	0,1	0,1

Q: AMS; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

1) Die Zahlen für 2009 auf Bezirksebene standen zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht zur Verfügung (Ende Jänner 2010)

2) Aufgrund der Durchschnittswerte sind Rundungsdifferenzen möglich

#### 4.2.5 a Bildung in drei Schichten in den Bundesländern, nach Geschlecht und im zeitlichen Verlauf von 2001 bis 2008 (Teil 1)

Gliederungsmerkmal	Gesamt			Frauen			Männer		
	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch
	in Prozent								
<b>Österreich 2001</b>	35,7	56,4	8,0	43,6	48,9	7,5	27,2	67,1	5,7
Burgenland	41,7	52,8	5,4	55,4	39,5	5,2	27,2	67,1	5,7
Kärnten	32,2	60,9	6,9	40,6	52,6	6,8	23,0	69,9	7,1
Niederösterreich	34,5	58,7	6,7	44,3	49,2	6,4	24,1	68,9	7,0
Oberösterreich	38,3	55,5	6,3	47,5	46,6	5,9	28,4	64,9	6,7
Salzburg	35,0	57,0	8,0	41,5	50,9	7,5	27,9	63,6	8,5
Steiermark	35,6	57,3	7,1	44,1	49,2	6,8	26,3	66,2	7,5
Tirol	37,1	55,3	7,6	43,8	49,3	6,9	29,9	61,7	8,4
Vorarlberg	40,6	52,7	6,7	48,2	46,0	5,8	32,6	59,8	7,6
Wien	33,2	54,2	12,6	37,8	50,4	11,8	28,0	58,5	13,5

Q: Statistik Austria Volkszählung 2001 und Mikrozensus 2004 bis 2008; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

**4.2.5 a Bildung in drei Schichten in den Bundesländern, nach Geschlecht und im zeitlichen Verlauf von 2001 bis 2008 (Teil 2)**

Gliederungsmerkmal	Gesamt			Frauen			Männer		
	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch
	in Prozent								
<b>Österreich 2004</b>	29,2	61,3	9,6	35,1	56,1	8,9	22,8	66,9	10,3
Burgenland	36,1	58,1	5,8	46,5	47,8	5,7	24,9	69,1	6,0
Kärnten	27,2	64,5	8,3	33,0	58,7	8,3	20,9	70,8	8,3
Niederösterreich	29,0	62,8	8,2	35,2	57,2	7,6	22,5	68,7	8,8
Oberösterreich	33,0	60,2	6,8	40,4	53,2	6,4	25,2	67,6	7,2
Salzburg	27,9	61,8	10,3	33,2	57,4	9,4	22,2	66,5	11,2
Steiermark	29,9	61,8	8,3	36,7	55,5	7,9	22,6	68,6	8,8
Tirol	29,6	61,9	8,5	34,5	57,7	7,8	24,4	66,3	9,3
Vorarlberg	32,7	59,3	8,0	37,7	55,5	6,8	27,4	63,4	9,2
Wien	24,5	59,8	15,7	28,5	57,3	14,2	20,0	62,6	17,4
<b>Österreich 2005</b>	28,8	61,6	9,6	34,5	56,3	9,2	22,6	67,3	10,1
Burgenland	36,4	58,2	5,4	47,8	47,0	5,2	24,1	70,2	5,6
Kärnten	26,0	65,8	8,2	32,9	59,3	7,9	18,6	72,9	8,5
Niederösterreich	29,2	62,5	8,2	35,5	56,3	8,2	22,6	69,2	8,2
Oberösterreich	32,3	60,3	7,3	39,3	53,8	6,9	25,0	67,2	7,9
Salzburg	27,0	63,2	9,8	32,0	58,4	9,6	21,6	68,3	10,1
Steiermark	29,4	61,9	8,7	35,7	55,4	8,9	22,5	68,9	8,6
Tirol	28,9	63,1	8,0	33,1	59,1	7,8	24,4	67,4	8,2
Vorarlberg	32,9	59,4	7,8	37,7	55,9	6,3	27,7	63,0	9,3
Wien	24,4	60,0	15,6	28,0	57,8	14,2	20,3	62,4	17,3
<b>Österreich 2006</b>	27,9	62,3	9,8	34,2	56,6	9,2	21,0	68,5	10,5
Burgenland	34,5	58,4	7,1	45,8	47,5	6,7	22,4	70,1	7,5
Kärnten	25,3	66,4	8,3	33,0	58,8	8,2	17,0	74,8	8,3
Niederösterreich	27,5	64,3	8,2	35,2	56,9	8,0	19,3	72,2	8,5
Oberösterreich	31,9	60,4	7,7	39,3	53,7	7,0	24,1	67,5	8,4
Salzburg	25,7	64,5	9,8	31,1	59,6	9,2	19,9	69,8	10,4
Steiermark	27,8	63,6	8,6	34,4	57,7	7,9	20,7	69,9	9,4
Tirol	29,4	62,7	7,8	34,4	58,6	7,1	24,1	67,2	8,7
Vorarlberg	32,1	59,9	8,0	37,4	56,1	6,5	26,6	63,9	9,6
Wien	23,9	60,0	16,2	27,9	56,9	15,2	19,3	63,5	17,2
<b>Österreich 2007</b>	28,3	62,1	9,6	34,7	56,1	9,2	21,4	68,4	10,1
Burgenland	33,7	60,3	6,0	44,7	49,5	5,9	22,0	71,9	6,1
Kärnten	25,4	66,2	8,4	32,4	59,4	8,3	17,8	73,6	8,6
Niederösterreich	27,3	64,9	7,7	35,3	56,9	7,8	18,8	73,5	7,7
Oberösterreich	31,8	60,4	7,8	39,3	52,6	8,1	23,9	68,6	7,4
Salzburg	25,9	63,9	10,2	31,1	59,0	9,9	20,3	69,2	10,5
Steiermark	29,3	62,4	8,3	36,2	55,9	7,9	21,9	69,3	8,8
Tirol	29,6	61,6	8,8	34,6	57,6	7,9	24,3	65,8	9,9
Vorarlberg	31,2	60,7	8,1	36,9	56,2	7,0	25,3	65,4	9,4
Wien	25,3	59,3	15,4	29,1	56,9	14,0	21,0	61,9	17,1
<b>Österreich 2008</b>	27,1	62,7	10,2	32,9	57,2	9,9	20,8	68,7	10,5
Burgenland	32,0	61,0	7,0	41,9	50,9	7,1	21,5	71,7	6,8
Kärnten	24,0	66,7	9,3	30,5	60,4	9,1	16,9	73,6	9,5
Niederösterreich	26,0	66,0	8,0	32,6	59,5	7,9	18,9	72,9	8,2
Oberösterreich	31,2	60,9	7,9	38,5	53,3	8,2	23,6	68,8	7,6
Salzburg	24,7	64,8	10,5	30,2	60,5	9,3	18,7	69,6	11,7
Steiermark	27,7	64,0	8,4	33,9	58,0	8,1	20,9	70,4	8,7
Tirol	28,4	62,3	9,3	33,7	58,0	8,3	22,8	66,9	10,3
Vorarlberg	31,4	60,0	8,6	36,2	55,6	8,2	26,3	64,7	9,0
Wien	23,7	59,4	17,0	26,9	56,7	16,4	20,0	62,4	17,6

Q: Statistik Austria Volkszählung 2001 und Mikrozensus 2004 bis 2008; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

#### 4.2.5 b Bildung in drei Schichten in den steirischen Bezirken, nach Geschlecht, Alter im Jahr 2001

Gliederungsmerkmal	Gesamt			Frauen			Männer		
	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch
	in Prozent								
<b>Alter</b>									
15 bis unter 25	48,0	50,7	1,2	48,7	49,5	1,8	47,4	52,0	0,6
25 bis unter 35	15,2	74,0	10,9	19,3	68,5	12,2	11,3	79,2	9,6
35 bis unter 45	18,5	70,1	11,4	24,8	62,7	12,5	12,4	77,3	10,3
45 bis unter 55	26,1	64,4	9,4	34,4	56,6	9,0	17,8	72,3	9,9
55 bis unter 65	43,2	51,2	5,6	54,0	42,3	3,6	31,5	60,7	7,8
65 bis unter 75	59,5	37,4	3,0	72,1	26,2	1,7	43,9	51,4	4,7
75 bis unter 85	66,5	30,3	3,3	75,4	22,7	1,8	48,4	45,4	6,2
85 und älter	74,3	23,0	2,8	81,6	17,2	1,2	53,9	39,2	7,0
<b>Bezirke</b>									
Graz	28,7	54,7	16,6	33,7	51,4	14,9	23,0	58,5	18,5
Bruck/Mur	34,8	60,4	4,8	43,7	51,7	4,6	25,1	69,7	5,1
Deutschlandsberg	39,0	56,2	4,8	48,4	46,8	4,8	29,2	66,0	4,8
Feldbach	45,2	51,3	3,5	55,3	41,1	3,6	34,6	61,9	3,5
Fürstenfeld	40,0	54,7	5,4	50,4	44,2	5,3	28,5	66,0	5,4
Graz-Umgebung	31,5	61,4	7,1	39,4	53,7	6,8	23,1	69,5	7,3
Hartberg	40,5	55,8	3,7	51,9	44,2	3,9	28,7	67,8	3,5
Judenburg	35,3	60,3	4,5	45,0	50,7	4,3	24,9	70,5	4,6
Knittelfeld	35,1	60,1	4,9	43,9	51,4	4,7	25,7	69,3	5,1
Leibnitz	41,1	54,8	4,1	50,4	45,5	4,1	31,4	64,5	4,1
Leoben	35,5	59,5	5,1	45,7	50,1	4,3	24,2	69,8	6,0
Liezen	33,7	61,2	5,0	42,7	52,6	4,7	24,0	70,6	5,4
Mürzzuschlag	37,0	59,0	4,0	47,3	48,9	3,8	25,9	69,9	4,2
Murau	36,6	58,5	4,9	45,7	48,8	5,5	27,0	68,6	4,4
Radkersburg	41,9	53,7	4,3	51,6	43,5	4,8	31,6	64,7	3,7
Voitsberg	38,1	57,8	4,0	46,7	49,2	4,1	28,9	67,1	4,0
Weiz	38,7	57,0	4,4	49,5	46,0	4,5	27,4	68,4	4,3

Q: Statistik Austria; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

#### 6.2.1 a Anzahl der Betriebe und Anteil der unselbstständigen Mitarbeiter an allen unselbstständig Beschäftigten in BGF-Gütesiegelträgerbetrieben im Bundesländervergleich und im zeitlichen Verlauf von 2005 bis 2008 (Teil 1)

Gliederungsmerkmal	2005 <sup>1)</sup>	2006	2007	2008
	Anzahl der Betriebe <sup>3)</sup> , die im entsprechenden Jahr ein Gütesiegel verliehen bekamen (Inzidenz)			
	absolut			
Burgenland	0	0	0	1
Kärnten	3	3	0	3
Niederösterreich	3	0	1	7
Oberösterreich	6	7	2	6
Salzburg	6	3	1	8
Steiermark	6	2	3	13
Tirol	0	0	0	3
Vorarlberg	0	0	0	2
Wien	2	1	2	8

Q: BGF Netzwerk, Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

1) die Jahreszahl stellt jeweils den Beginn der 3-jährigen Verleihungsperiode dar

2) Berechnung auf Basis der Anzahl der unselbstständig Beschäftigten je Bundesland sowie der Anzahl der unselbstständigen MitarbeiterInnen zum Zeitpunkt der Verleihung des Gütesiegels

3) ÖBB-Betriebe wurden jeweils 1-mal pro Bundesland gezählt, unabhängig von der Anzahl der Standorte

### 6.2.1 a Anzahl der Betriebe und Anteil der unselbstständigen Mitarbeiter an allen unselbstständig Beschäftigten in BGF-Gütesiegelträgerbetrieben im Bundesländervergleich und im zeitlichen Verlauf von 2005 bis 2008 (Teil 2)

Gliederungsmerkmal	Anzahl der Betriebe <sup>3)</sup> mit Gütesiegel gesamt (Prävalenz)			
	2005 <sup>1)</sup>	2006	2007	2008
	absolut			
Burgenland	0	0	0	1
Kärnten	3	6	6	6
Niederösterreich	3	3	4	8
Oberösterreich	6	13	15	15
Salzburg	6	9	10	12
Steiermark	6	8	11	18
Tirol	0	0	0	3
Vorarlberg	0	0	0	2
Wien	2	3	5	11
Gliederungsmerkmal	Anteil der unselbstständig Beschäftigten, die in einem Unternehmen <sup>3)</sup> das Träger des Gütesiegels BGF des österreichischen Netzwerkes BGF ist, beschäftigt sind <sup>2)</sup> (Inzidenz)			
	2005 <sup>1)</sup>	2006	2007	2008
	in Prozent			
Burgenland	0,00	0,00	0,00	0,13
Kärnten	0,32	1,70	0,00	0,70
Niederösterreich	0,39	0,00	0,14	0,89
Oberösterreich	0,77	0,16	0,20	1,24
Salzburg	0,67	0,98	0,02	1,25
Steiermark	0,89	0,47	0,83	2,09
Tirol	0,00	0,00	0,00	0,40
Vorarlberg	0,00	0,00	0,00	0,26
Wien	0,08	0,24	0,18	1,17
Gliederungsmerkmal	Anteil der unselbstständig Beschäftigten, die in einem Unternehmen <sup>3)</sup> das Träger des Gütesiegels BGF des österreichischen Netzwerkes BGF ist, beschäftigt sind <sup>2)</sup> (Prävalenz)			
	2005 <sup>1)</sup>	2006	2007	2008
	in Prozent			
Burgenland	0,00	0,00	0,00	0,13
Kärnten	0,32	2,01	2,03	2,36
Niederösterreich	0,39	0,39	0,54	1,03
Oberösterreich	0,77	0,91	1,11	1,59
Salzburg	0,67	1,63	1,72	2,26
Steiermark	0,89	1,35	2,17	3,36
Tirol	0,00	0,00	0,00	0,40
Vorarlberg	0,00	0,00	0,00	0,26
Wien	0,08	0,32	0,50	1,57

Q: BGF Netzwerk, Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

1) die Jahreszahl stellt jeweils den Beginn der 3-jährigen Verleihungsperiode dar

2) Berechnung auf Basis der Anzahl der unselbstständig Beschäftigten je Bundesland sowie der Anzahl der unselbstständigen MitarbeiterInnen zum Zeitpunkt der Verleihung des Gütesiegels

3) ÖBB-Betriebe wurden jeweils 1-mal pro Bundesland gezählt, unabhängig von der Anzahl der Standorte

### 6.2.1 b Anzahl der Betriebe und Anteil der unselbstständigen Mitarbeiter an allen unselbstständig Beschäftigten in BGF-Gütesiegelträgerbetrieben in der Steiermark nach NUTS-3-Regionen

Gliederungsmerkmal	Steiermark	Graz	Liezen	Östliche Obersteiermark	Oststeiermark	West- und Südsteiermark	Westliche Obersteiermark
Anzahl der neuen Betriebe mit Gütesiegel im Jahr 2008 (absolut)	13	8	1	5	2	2	2
Anteil der unselbstständig Beschäftigten, die in einem Unternehmen, das Träger des Gütesiegels BGF des österreichischen Netzwerkes BGF ist, beschäftigt sind <sup>1)</sup> (in Prozent)	2,09	3,72	0,84	2,47	0,28	0,06	1,33
Anzahl aller Betriebe mit Gütesiegel im Jahr 2008 (absolut)	18	10	1	7	2	3	2
Anteil der unselbstständig Beschäftigten, die in einem Unternehmen, das Träger des Gütesiegels BGF des österreichischen Netzwerkes BGF ist, beschäftigt sind <sup>1)</sup> (in Prozent)	3,36	6,28	0,84	5,96	0,28	0,08	1,33

Q: BGF Netzwerk; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

1) Berechnung auf Basis der Anzahl der unselbstständig Beschäftigten je Bundesland sowie der Anzahl der unselbstständigen MitarbeiterInnen zum Zeitpunkt der Verleihung des Gütesiegels

### 6.2.2 a Krankenstandquoten nach Geschlecht, AngestellteR bzw. ArbeiterIn und Krankenversicherungsträger im Jahr 2008

Gliederungsmerkmal	Gesamt			ArbeiterInnen			Angestellte		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
	Prozentanteil der Erwerbstätigen, die im Jahresdurchschnitt im Krankenstand waren								
Gesamt (alle Versicherungsträger)	3,41	3,25	3,56	4,53	4,47	4,55	2,57	2,74	2,34
alle Gebietskrankenkassen	3,46	3,32	3,57	4,52	4,49	4,54	2,61	2,81	2,34
GKK Wien	3,46	3,64	3,29	4,82	5,18	4,61	2,82	3,16	2,39
GKK Niederösterreich	3,85	3,62	4,04	4,91	4,91	4,91	2,86	3,03	2,63
GKK Burgenland	3,38	3,23	3,53	4,13	4,13	4,13	2,62	2,75	2,38
GKK Oberösterreich	3,71	3,43	3,94	4,86	4,72	4,91	2,65	2,82	2,43
GKK Steiermark	3,46	3,22	3,69	4,45	4,20	4,58	2,57	2,74	2,30
GKK Kärnten	3,39	3,23	3,53	4,16	3,96	4,26	2,72	2,89	2,46
GKK Salzburg	2,70	2,57	2,82	3,54	3,50	3,55	2,02	2,13	1,88
GKK Tirol	3,07	2,92	3,20	3,94	3,86	3,99	2,25	2,41	2,03
GKK Vorarlberg	3,02	2,77	3,21	4,31	4,33	4,30	1,97	2,00	1,94

Q: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM



**6.2.2 b Krankenstandquoten GKK Steiermark nach Geschlecht, AngestellteR bzw. ArbeiterIn und im zeitlichen Verlauf von 2005 bis 2008**

Gliederungsmerkmal	Gesamt (ArbeiterInnen und Angestellte)			ArbeiterInnen			Angestellte		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
	Prozentanteil der Erwerbstätigen, die im Jahresdurchschnitt im Krankenstand waren								
2005	3,20	2,90	3,50	4,10	3,80	4,30	2,40	2,50	2,20
2006	3,20	6,00	3,50	4,10	3,70	4,30	2,30	2,40	2,10
2007	3,29	3,00	3,56	4,28	3,99	4,42	2,38	2,50	2,19
2008	3,46	3,22	3,69	4,45	4,20	4,58	2,57	2,74	2,30

Q: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

**6.2.3 Arbeitsklimaindex für Österreich und die Steiermark nach Geschlecht, Ausbildung, Anstellungsverhältnis und Größe des Betriebs im zeitlichen Verlauf von 2005 bis 2009**

Gliederungsmerkmal	2005	2006	2007	2008	2009
	Zahl des Jahres 1997 = 100				
<b>Österreich</b>	107,3	108,3	111,7	110,0	109,3
Männer	106,9	107,1	111,6	109,2	107,6
Frauen	107,9	109,6	111,8	110,7	110,2
<b>Steiermark</b>	107,2	106,5	110,7	110,2	106,6
<b>Geschlecht</b>					
Männer	107,0	103,4	111,4	108,8	105,2
Frauen	107,5	110,4	109,9	112,4	108,6
<b>Alter</b>					
bis 25 Jahre	107,6	109,8	113,4	114,4	103,2
26-35 Jahre	111,6	106,2	112,3	112,2	113,4
36-45 Jahre	106,4	107,0	109,0	106,6	103,8
46 Jahre und älter	103,4	103,4	109,1	111,6	106,0
<b>Ausbildung</b>					
Berufsausbildung	107,2	106,6	109,9	107,0	105,6
höhere Bildung	107,1	106,1	113,1	118,6	108,6
<b>Stellung im Beruf</b>					
ArbeiterIn	105,5	104,0	106,6	104,8	103,9
AngestellteR	108,6	107,6	112,8	114,9	109,7
öffentlicher Dienst	106,5	107,4	110,5	108,6	103,6
<b>Größe des Betriebs</b>					
bis 19 MA	107,7	107,1	111,6	112,8	106,5
20 - 99 MA	104,2	106,6	110,1	105,1	107,0
100 und mehr MA	109,8	105,5	109,3	111,2	106,4

Q: Arbeiterkammer Oberösterreich; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

### 6.2.4 Befristet Beschäftigte in den Bundesländern, nach Alter und Geschlecht (für Österreich) und im zeitlichen Verlauf von 2004 bis 2008 (Teil 1)

Gliederungsmerkmal – Gesamt	2004		2005		2006		2007		2008	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
<b>Österreich</b>	3.266.545	8,9%	3.318.910	9,2%	3.396.720	9,0%	3.450.150	8,9%	3.527.963	9,0%
Burgenland	108.523	6,9%	110.604	6,8%	112.030	6,4%	115.596	6,3%	116.917	6,9%
Kärnten	209.962	10,3%	216.520	10,8%	216.115	10,1%	218.574	9,8%	223.840	9,3%
Niederösterreich	621.123	8,1%	628.090	7,6%	641.740	7,6%	650.460	7,9%	671.735	7,9%
Oberösterreich	569.708	8,4%	578.751	10,0%	599.242	9,6%	607.434	9,4%	617.321	9,1%
Salzburg	215.071	9,6%	225.900	9,7%	223.206	10,3%	230.025	10,6%	233.620	10,0%
Steiermark	465.854	9,0%	470.975	9,6%	480.554	8,8%	486.066	8,6%	500.651	8,4%
Tirol	283.007	12,1%	286.257	13,1%	293.482	13,3%	297.255	12,4%	303.827	13,2%
Vorarlberg	151.682	9,7%	154.821	10,1%	157.661	9,3%	159.164	9,2%	161.566	9,1%
Wien	641.615	7,9%	646.992	7,3%	672.690	7,9%	685.576	7,6%	698.486	8,3%
<b>Alter (Österreich)</b>										
15 - 19	160.551	72,6%	169.542	76,2%	179.431	76,9%	185.217	74,2%	189.015	73,3%
20 - 24	327.154	13,6%	339.203	14,0%	341.873	13,3%	343.300	13,7%	345.751	14,0%
25 - 29	379.913	8,8%	383.591	8,4%	388.519	8,6%	400.373	8,7%	411.971	9,1%
30 - 39	965.808	4,7%	940.883	4,7%	930.518	4,5%	910.379	5,0%	902.700	5,0%
40 - 49	907.794	3,3%	937.799	3,4%	965.942	3,3%	987.952	2,7%	1.016.927	2,8%
50 und älter	525.243	3,4%	546.010	3,2%	590.457	2,9%	622.949	2,5%	661.614	2,7%
Gliederungsmerkmal – Frauen	2004		2005		2006		2007		2008	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
<b>Österreich</b>	1.508.990	8,4%	1.542.376	8,9%	1.578.710	8,9%	1.596.228	9,0%	1.653.871	9,1%
Burgenland	48.573	7,3%	48.746	6,3%	51.042	6,3%	52.818	5,9%	54.394	6,1%
Kärnten	96.048	10,1%	99.073	11,0%	99.425	10,9%	99.907	11,1%	103.734	9,8%
Niederösterreich	284.947	7,8%	288.992	7,6%	294.844	7,6%	299.260	7,5%	314.863	8,0%
Oberösterreich	256.114	8,1%	260.339	9,7%	269.796	9,3%	271.709	10,3%	281.204	9,5%
Salzburg	102.042	9,0%	108.307	9,0%	104.568	9,7%	107.515	10,4%	111.543	9,3%
Steiermark	209.615	8,7%	215.038	9,9%	221.037	9,0%	221.964	8,8%	231.777	8,5%
Tirol	133.173	12,1%	134.962	12,4%	136.597	13,3%	140.208	12,2%	142.184	13,4%
Vorarlberg	68.784	9,4%	69.733	10,5%	71.901	8,7%	72.859	8,7%	73.956	8,8%
Wien	309.694	6,8%	317.186	6,6%	329.500	7,6%	329.988	7,4%	340.216	8,6%
<b>Alter (Österreich)</b>										
15 - 19	64.627	63,7%	71.111	67,0%	75.395	68,0%	81.230	65,2%	84.575	66,4%
20 - 24	163.989	13,0%	168.620	14,4%	168.869	15,0%	165.786	13,8%	168.582	14,0%
25 - 29	182.442	9,9%	184.669	9,5%	184.713	9,2%	185.826	10,7%	195.230	10,9%
30 - 39	454.262	5,0%	438.767	5,2%	435.073	5,2%	424.432	6,1%	428.512	5,7%
40 - 49	428.018	3,6%	446.278	3,8%	456.583	3,8%	468.577	3,3%	482.985	3,4%
50 und älter	215.613	3,7%	231.670	3,0%	258.085	2,9%	270.386	2,4%	293.996	2,8%

Q: Statistik Austria, Mikrozensus – Arbeitkräfteerhebung 2004, 2005, 2006, 2007 und 2008; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark; Bearbeitung: FH JOANNEUM

1) Anzahl der unselbstständig Beschäftigten

2) Anteil der befristet Beschäftigten an den unselbstständig Beschäftigten in Prozent

**6.2.4 Befristet Beschäftigte in den Bundesländern, nach Alter und Geschlecht (für Österreich) und im zeitlichen Verlauf von 2004 bis 2008 (Teil 2)**

Gliederungsmerkmal – Gesamt	2004		2005		2006		2007		2008	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
<b>Österreich</b>	1.757.555	9,2%	1.776.534	9,4%	1.818.010	9,1%	1.853.922	8,8%	1.874.092	8,9%
Burgenland	59.950	6,5%	61.858	7,1%	60.988	6,4%	62.778	6,7%	62.523	7,5%
Kärnten	113.914	10,5%	117.447	10,7%	116.690	9,3%	118.667	8,7%	120.106	8,8%
Niederösterreich	336.176	8,3%	339.098	7,5%	346.896	7,6%	351.200	8,1%	356.872	7,9%
Oberösterreich	313.594	8,6%	318.412	10,3%	329.446	9,8%	335.725	8,7%	336.117	8,8%
Salzburg	113.029	10,2%	117.593	10,4%	118.638	10,7%	122.510	10,6%	122.077	10,6%
Steiermark	256.239	9,2%	255.937	9,3%	259.517	8,6%	264.102	8,4%	268.874	8,2%
Tirol	149.834	12,1%	151.295	13,8%	156.885	13,3%	157.047	12,7%	161.643	13,0%
Vorarlberg	82.898	9,9%	85.088	9,8%	85.760	9,7%	86.305	9,6%	87.610	9,3%
Wien	331.921	9,0%	329.806	7,9%	343.190	8,1%	355.588	7,8%	358.270	8,0%
<b>Alter (Österreich)</b>										
15 - 19	95.923	78,6%	98.431	82,9%	104.036	83,2%	103.987	81,2%	104.440	78,9%
20 - 24	163.165	14,1%	170.584	13,5%	173.004	11,6%	177.514	13,5%	177.169	13,9%
25 - 29	197.470	7,7%	198.921	7,4%	203.806	8,0%	214.547	7,0%	216.742	7,5%
30 - 39	511.546	4,5%	502.116	4,3%	495.444	3,9%	485.947	4,1%	474.189	4,3%
40 - 49	479.776	3,0%	491.521	3,0%	509.359	2,8%	519.375	2,1%	533.942	2,3%
50 und älter	309.630	3,3%	314.339	3,3%	332.372	2,8%	352.563	2,6%	367.619	2,7%

Q: Statistik Austria, Mikrozensus – Arbeitskräfteerhebung 2004, 2005, 2006, 2007 und 2008; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark; Bearbeitung: FH JOANNEUM

1) Anzahl der unselbstständig Beschäftigten

2) Anteil der befristet Beschäftigten an den unselbstständig Beschäftigten in Prozent

**7.2.1 a BMI in den Bundesländern, nach Geschlecht und in den Jahren 1983, 1991, 1999 und 2006/2007 (Teil 1)**

Gliederungsmerkmal – Gesamt	Insgesamt <sup>1)</sup>	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas
		BMI < 18,5	BMI 18,5 < 25	BMI 25,0 < 30	BMI 30 und mehr
	in 1.000	in Prozent			
<b>Österreich 1983</b>	4.685	2,3	55,9	33,9	7,9
Burgenland	176	1,4	49,3	38,3	11,0
Kärnten	305	2,2	59,8	32,1	5,9
Niederösterreich	893	1,7	50,7	37,5	10,1
Oberösterreich	809	2,4	55,6	33,6	8,4
Salzburg	255	2,8	60,8	30,5	5,9
Steiermark	725	1,7	56,9	34,6	6,7
Tirol	326	3,7	63,6	29,0	3,8
Vorarlberg	150	3,0	63,9	27,8	5,2
Wien	1.046	2,8	55,1	33,5	8,5
<b>Österreich 1991</b>	4739,521	2,4	55,8	33,3	8,5
Burgenland	188,287	1,9	48,0	38,3	11,8
Kärnten	322,588	2,1	58,4	32,7	6,9
Niederösterreich	911,152	2,5	49,9	36,6	11,0
Oberösterreich	802,2	2,8	54,9	32,5	9,8
Salzburg	272,49	2,3	59,4	31,2	7,1
Steiermark	702,708	1,3	57,9	34,3	6,5
Tirol	382,749	3,7	63,7	27,9	4,7
Vorarlberg	186,786	3,6	60,8	29,5	6,1
Wien	970,555	2,4	56,3	32,8	8,6
<b>Österreich 1999</b>	6.118	2,2	51,7	37,0	9,1
Burgenland	216	2,2	46,1	38,6	13,1
Kärnten	427	1,9	52,3	38,1	7,6
Niederösterreich	1.164	2,0	50,3	37,4	10,4
Oberösterreich	1.013	1,8	50,5	38,0	9,7
Salzburg	380	2,4	55,5	35,9	6,2
Steiermark	918	2,6	50,0	37,2	10,2
Tirol	488	3,2	57,0	33,0	6,8
Vorarlberg	251	2,6	54,1	35,6	7,8
Wien	1.263	1,8	52,5	37,2	8,5
<b>Österreich 2006/2007</b>	6.497	1,8	48,0	37,1	13,1
Burgenland	225	2,5	41,7	37,3	18,5
Kärnten	441	2,8	49,6	38,2	9,3
Niederösterreich	1.239	1,7	43,7	39,2	15,5
Oberösterreich	1.080	1,4	47,5	35,9	15,2
Salzburg	410	2,1	53,7	34,3	9,9
Steiermark	955	1,7	46,0	41,6	10,7
Tirol	538	2,3	54,8	33,9	9,0
Vorarlberg	275	2,5	51,6	32,1	13,7
Wien	1.334	1,5	49,0	35,6	13,9

Q: Statistik Austria: ATHIS Gesundheitsbefragung 2006/2007; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM; Daten 1983 und 1991: Mikrozensus, Berechnung Statistik Austria; Daten 1999: Mikrozensus: Berechnung Statistik Austria; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und Bearbeitung: FH JOANNEUM

1) Nur Personen ab 20 Jahren in die Analyse miteinbezogen

**7.2.1 a BMI in den Bundesländern, nach Geschlecht und in den Jahren 1983, 1991, 1999 und 2006/2007 (Teil 2)**

Gliederungsmerkmal – Frauen	Insgesamt <sup>1)</sup>	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas
		BMI < 18,5	BMI 18,5 < 25	BMI 25,0 < 30	BMI 30 und mehr
	in 1.000	in Prozent			
<b>Österreich 1983</b>	2.525	3,6	60,6	27,4	8,4
Burgenland	94	2,3	54,2	32,6	11,0
Kärnten	162	3,5	65,2	24,8	6,5
Niederösterreich	477	2,4	56,1	30,9	10,6
Oberösterreich	429	3,8	61,0	27,3	7,9
Salzburg	136	4,5	65,3	24,2	6,0
Steiermark	384	2,5	61,4	28,6	7,4
Tirol	173	6,0	68,3	21,8	3,9
Vorarlberg	79	5,3	69,0	20,2	5,5
Wien	591	4,3	58,8	27,1	9,9
<b>Österreich 1991</b>	2.510	4,0	61,1	26,1	8,9
Burgenland	98	2,9	55,8	30,0	11,3
Kärnten	172	3,6	65,3	24,3	6,8
Niederösterreich	473	3,8	55,4	29,0	11,8
Oberösterreich	423	4,7	60,2	24,7	10,5
Salzburg	143	3,8	63,6	25,5	7,1
Steiermark	369	2,4	63,0	27,5	7,2
Tirol	202	6,3	66,9	21,8	5,0
Vorarlberg	97	6,7	64,3	22,7	6,3
Wien	534	3,7	61,7	25,9	8,8
<b>Österreich 1999</b>	3.203	3,3	66,3	21,3	9,1
Burgenland	112	3,5	57,9	26,8	11,9
Kärnten	225	3,1	67,9	21,0	8,0
Niederösterreich	603	3,0	66,1	20,9	10,0
Oberösterreich	525	2,8	63,7	24,0	9,5
Salzburg	200	3,5	72,3	17,3	6,9
Steiermark	480	3,5	61,9	24,5	10,1
Tirol	253	4,7	70,4	18,1	6,9
Vorarlberg	129	3,9	71,0	17,0	8,2
Wien	676	3,2	68,5	19,7	8,7
<b>Österreich 2006/2007</b>	3.383	2,9	53,8	29,9	13,4
Burgenland	116	3,9	47,4	29,4	19,4
Kärnten	231	5,0	56,5	27,1	11,4
Niederösterreich	640	2,5	50,7	31,5	15,2
Oberösterreich	558	2,5	53,2	28,9	15,5
Salzburg	214	3,4	60,2	25,8	10,6
Steiermark	495	2,9	51,7	34,4	11,0
Tirol	279	4,0	65,8	22,5	7,8
Vorarlberg	141	3,1	54,7	25,6	16,6
Wien	708	2,1	51,7	32,2	14,1

Q: Statistik Austria: ATHIS Gesundheitsbefragung 2006/2007; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM; Daten 1983 und 1991: Mikrozensus, Berechnung Statistik Austria; Daten 1999: Mikrozensus: Berechnung Statistik Austria; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und Bearbeitung: FH JOANNEUM

1) Nur Personen ab 20 Jahren in die Analyse miteinbezogen

**7.2.1 a BMI in den Bundesländern, nach Geschlecht und in den Jahren 1983, 1991, 1999 und 2006/2007 (Teil 3)**

Gliederungsmerkmal – Männer	Insgesamt <sup>1)</sup>	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas
		BMI < 18,5	BMI 18,5 < 25	BMI 25,0 < 30	BMI 30 und mehr
	in 1.000	in Prozent			
<b>Österreich 1983</b>	2.160	0,8	50,4	41,5	7,3
Burgenland	82	0,5	43,7	44,7	11,0
Kärnten	143	0,7	53,7	40,3	5,3
Niederösterreich	416	0,8	44,5	45,0	9,7
Oberösterreich	380	0,9	49,5	40,7	9,0
Salzburg	118	0,8	55,6	37,8	5,8
Steiermark	341	0,8	51,8	41,4	6,0
Tirol	153	1,1	58,3	37,0	3,6
Vorarlberg	71	0,6	58,3	36,3	4,8
Wien	455	0,8	50,5	41,9	6,8
<b>Österreich 1991</b>	2.229	0,7	49,9	41,4	8,0
Burgenland	91	0,7	39,7	47,2	12,3
Kärnten	151	0,4	50,5	42,1	7,0
Niederösterreich	439	1,1	43,9	44,8	10,2
Oberösterreich	379	0,6	49,1	41,3	9,0
Salzburg	129	0,5	54,8	37,6	7,1
Steiermark	334	0,2	52,3	41,8	5,7
Tirol	181	0,7	60,2	34,7	4,4
Vorarlberg	90	0,3	56,9	36,8	6,0
Wien	436	0,8	49,6	41,2	8,4
<b>Österreich 1999</b>	2.914	0,9	35,6	54,3	9,1
Burgenland	104	0,8	33,5	51,3	14,4
Kärnten	202	0,6	35,0	57,2	7,3
Niederösterreich	560	0,8	33,1	55,3	10,8
Oberösterreich	488	0,7	36,1	53,2	10,0
Salzburg	179	1,2	36,6	56,7	5,4
Steiermark	437	1,6	36,9	51,1	10,3
Tirol	234	1,7	42,3	49,3	6,7
Vorarlberg	122	1,2	36,1	55,3	7,3
Wien	587	0,2	34,2	57,4	8,2
<b>Österreich 2006/2007</b>	3.114	0,6	41,6	44,9	12,8
Burgenland	109	1,0	35,7	45,8	17,5
Kärnten	210	0,5	42,1	50,4	7,0
Niederösterreich	599	0,7	36,1	47,3	15,8
Oberösterreich	522	0,3	41,4	43,4	14,9
Salzburg	195	0,7	46,5	43,6	9,2
Steiermark	460	0,4	39,8	49,4	10,5
Tirol	259	0,5	42,9	46,3	10,3
Vorarlberg	134	1,9	48,4	39,0	10,7
Wien	626	0,8	45,9	39,6	13,7

Q: Statistik Austria: ATHIS Gesundheitsbefragung 2006/2007; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM; Daten 1983 und 1991: Mikrozensus, Berechnung Statistik Austria; Daten 1999: Mikrozensus: Berechnung Statistik Austria; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und Bearbeitung: FH JOANNEUM

1) Nur Personen ab 20 Jahren in die Analyse miteinbezogen

## 7.2.1 b BMI in der Steiermark nach Geschlecht, Alter und Bildung im Jahr 2006/2007 (Teil 1)

Gliederungsmerkmal – Gesamt	Insgesamt <sup>1)</sup>	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas	Durchschnittlicher BMI
		BMI < 18,5	BMI 18,5 < 25	BMI 25,0 < 30	BMI 30 und mehr	
	in 1.000	in Prozent				
<b>Steiermark</b>	955	1,7	46,0	41,6	10,7	25,46
<b>Alter</b>						
20 bis unter 25	77	5,5	67,7	22,5	4,2	23,51
25 bis unter 35	157	2,6	66,1	26,6	4,7	23,85
35 bis unter 45	199	1,3	49,1	41,7	7,9	25,07
45 bis unter 55	171	1,7	39,6	47,1	11,6	25,97
55 bis unter 65	129	0,0	33,5	47,0	19,6	26,72
65 bis unter 75	119	1,1	27,2	54,6	17,1	27,09
75 und älter	104	1,1	40,9	47,8	10,3	25,80
<b>Schulbildung</b>						
Pflichtschule	240	2,3	33,0	50,4	14,4	26,33
Lehre mit Berufsschule	378	0,5	44,1	43,1	12,2	25,78
Fach- oder Handelsschule	107	1,9	46,3	43,2	8,7	25,29
Matura	147	4,0	63,4	27,5	5,1	23,85
Studium u. a.	83	1,2	60,7	32,3	5,8	24,51
<b>Schulbildung altersstandardisiert</b>						
keine Matura	785	1,5	43,7	43,3	11,5	-
mindestens Matura	241	2,4	58,3	32,8	6,5	-
Gliederungsmerkmal – Frauen	Insgesamt <sup>1)</sup>	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas	Durchschnittlicher BMI
		BMI < 18,5	BMI 18,5 < 25	BMI 25,0 < 30	BMI 30 und mehr	
	in 1.000	in Prozent				
<b>Steiermark</b>	495	2,9	51,7	34,4	11,0	25,00
<b>Alter</b>						
20 bis unter 25	37	11,4	65,8	20,0	2,8	22,74
25 bis unter 35	77	5,3	72,5	19,2	3,0	22,95
35 bis unter 45	97	1,9	61,0	30,5	6,6	24,24
45 bis unter 55	85	3,3	53,4	34,8	8,4	24,80
55 bis unter 65	69	0,0	35,5	43,5	21,0	26,85
65 bis unter 75	62	0,7	28,3	49,4	21,6	27,36
75 und älter	68	1,3	42,6	41,9	14,2	25,88
<b>Schulbildung</b>						
Pflichtschule	168	2,4	34,2	46,8	16,5	26,45
Lehre mit Berufsschule	148	1,0	58,0	31,6	9,5	24,87
Fach- oder Handelsschule	70	2,9	53,6	33,0	10,5	24,80
Matura	72	8,1	68,2	19,0	4,8	22,93
Studium u.a.	37	2,7	70,0	22,2	5,1	23,37

Q: Statistik Austria: ATHIS Gesundheitsbefragung 2006/2007; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM; Daten 1983 und 1991: Mikrozensus, Berechnung Statistik Austria; Daten 1999: Mikrozensus: Berechnung Statistik Austria; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und Bearbeitung: FH JOANNEUM

1) Nur Personen ab 20 Jahren in die Analyse miteinbezogen



**7.2.1 b BMI in der Steiermark nach Geschlecht, Alter und Bildung im Jahr 2006/2007 (Teil 2)**

Gliederungsmerkmal – Männer	Insgesamt 1)	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas	Durchschnittlicher BMI
		BMI < 18,5	BMI 18,5 < 25	BMI 25,0 < 30	BMI 30 und mehr	
	in 1.000	in Prozent				
<b>Steiermark</b>	460	0,4	39,8	49,4	10,5	25,95
<b>Alter</b>						
20 bis unter 25	39	0,0	69,5	24,8	5,7	24,25
25 bis unter 35	80	0,0	60,0	33,7	6,3	24,71
35 bis unter 45	102	0,7	37,6	52,4	9,2	25,86
45 bis unter 55	86	0,0	25,8	59,4	14,8	27,12
55 bis unter 65	60	0,0	31,1	51,0	17,9	26,57
65 bis unter 75	57	1,5	26,1	60,3	12,1	26,79
75 und älter	36	0,6	37,5	58,9	3,0	25,64
<b>Schulbildung</b>						
Pflichtschule	73	1,8	30,0	58,7	9,5	26,05
Lehre mit Berufsschule	230	0,2	35,2	50,5	14,0	26,36
Fach- oder Handelsschule	37	0,0	32,2	62,6	5,2	26,23
Matura	74	0,0	58,8	35,7	5,5	24,76
Studium u.a.	46	0,0	53,2	40,4	6,3	25,43

Q: Statistik Austria: ATHIS Gesundheitsbefragung 2006/2007; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

1) Nur Personen ab 20 Jahren in die Analyse miteinbezogen

## 7.2.2 Bewegungsverhalten in den Bundesländern, nach Geschlecht, Alter und Bildung im Jahr 2006/2007

Gliederungsmerkmal – Gesamtbevölkerung	Insgesamt	Insgesamt Frauen	Insgesamt Männer	Bewegungsniveau nach MET-Kategorien <sup>1)</sup>								
				Gesamt			Frauen			Männer		
				sitzender Lebensstil	gering	ausreichend	sitzender Lebensstil	gering	ausreichend	sitzender Lebensstil	gering	ausreichend
				in 1.000			in Prozent					
<b>Österreich</b>	6.040	3.028	3.012	19,1	27,7	53,2	19,6	30,8	49,7	18,6	24,6	56,8
Burgenland	202	100	102	20,3	20,6	59,0	18,9	23,1	58,1	21,8	18,2	60,0
Kärnten	405	204	201	17,3	25,0	57,7	18,8	27,9	53,3	15,8	22,1	62,1
Niederösterreich	1.145	570	575	21,5	26,7	51,8	22,1	29,6	48,3	20,9	23,8	55,3
Oberösterreich	1.013	503	510	20,8	29,0	50,2	21,5	32,9	45,6	20,1	25,2	54,7
Salzburg	388	197	191	12,5	23,8	63,7	13,7	25,1	61,1	11,2	22,4	66,4
Steiermark	875	436	439	19,0	20,0	60,9	19,3	23,2	57,5	18,7	16,9	64,4
Tirol	511	257	254	15,2	28,2	56,6	15,1	33,6	51,4	15,4	22,8	61,9
Vorarlberg	264	131	133	26,2	34,0	39,7	29,9	37,8	32,4	22,6	30,4	47,0
Wien	1.237	631	607	18,0	34,7	47,3	17,8	36,6	45,5	18,1	32,8	49,1
<b>Steiermark</b>												
<b>Alter<sup>2)</sup></b>												
15 bis unter 25	148	72	76	19,9	23,5	56,6	25,6	29,4	45,1	14,5	18,0	67,5
25 bis unter 35	157	77	80	15,0	21,0	64,0	15,7	25,8	58,5	14,3	16,4	69,3
35 bis unter 45	199	97	102	18,0	15,5	66,5	16,6	18,4	65,0	19,4	12,7	68,0
45 bis unter 55	171	85	86	19,8	20,2	60,0	19,4	23,6	57,0	20,2	16,8	63,0
55 bis unter 65	129	69	60	23,3	18,8	57,9	21,4	20,2	58,4	25,6	17,2	57,2
65 bis unter 70	71	35	36	19,3	25,2	55,6	18,0	22,8	59,2	20,5	27,5	52,0
<b>Schulbildung</b>												
Pflichtschule	202	129	73	20,6	20,1	59,2	22,7	22,2	55,1	17,0	16,3	66,6
Lehre mit Berufsschule	349	138	212	19,2	15,4	65,3	17,6	17,9	64,5	20,3	13,8	65,9
Fach- oder Handelsschule	98	62	36	18,2	23,5	58,3	19,5	27,5	53,1	16,0	16,7	67,3
Matura	150	73	78	15,1	25,1	59,9	14,6	27,7	57,7	15,5	22,6	61,9
Studium u. a.	76	35	40	22,6	26,7	50,7	23,2	30,5	46,2	22,1	23,4	54,5
<b>Schulbildung altersstandardisiert</b>												
keine Matura	649	-	-	19,4	18,3	62,3	-	-	-	-	-	-
mindestens Matura	226	-	-	18,6	24,6	56,7	-	-	-	-	-	-

Q: Statistik Austria: ATHIS Gesundheitsbefragung 2006/2007; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

1) zur Differenzierung und Berechnung der MET-Kategorien: siehe Kapitel Methoden

2) gemäß den Empfehlungen zur Auswertung des IPAQ wurden nur Personen zwischen 15 und 69 Jahren in die Auswertung miteinbezogen

### 7.2.3 Bewegung in der Freizeit in den Bundesländern, nach Geschlecht, Alter, Bildung und in den Jahren 1999 und 2006/2007

Gliederungsmerkmal	Insgesamt	Insgesamt Frauen	Insgesamt Männer	Anteil der Personen, die angeben, drei und mehr Tage pro Woche körperlich aktiv zu sein		
				Gesamt	Frauen	Männer
	in 1.000			in Prozent		
<b>Österreich (2006/2007)</b>	6.992	3.624	3.368	27,3	23,3	31,6
Burgenland	241	124	117	22,7	19,1	26,5
Kärnten	476	248	228	29,0	23,1	35,4
Niederösterreich	1.336	688	648	29,1	25,2	33,4
Oberösterreich	1.171	602	569	28,7	24,6	33,1
Salzburg	442	230	212	35,2	30,4	40,4
Steiermark	1.026	530	496	28,1	25,8	30,6
Tirol	582	300	282	28,0	22,8	33,5
Vorarlberg	299	152	146	24,1	19,3	29,0
Wien	1.420	750	670	21,9	18,3	26,0
<b>Steiermark</b>						
<b>Alter</b>						
15 bis unter 25	148	72	76	36,2	29,7	42,4
25 bis unter 35	157	77	80	36,5	30,5	42,2
35 bis unter 45	199	97	102	28,9	29,8	28,1
45 bis unter 55	171	85	86	26,8	28,0	25,5
55 bis unter 65	129	69	60	28,7	30,8	26,1
65 bis unter 75	119	62	57	22,1	17,5	27,1
75 und älter	104	68	36	11,0	10,7	11,5
<b>Schulbildung</b>						
Pflichtschule	288	193	95	20,8	18,6	25,1
Lehre mit Berufsschule	386	150	235	28,5	26,7	29,6
Fach- oder Handelsschule	111	72	39	27,0	30,3	20,9
Matura	158	78	81	36,6	32,6	40,4
Studium u. a.	83	37	46	37,5	37,5	37,6
<b>Schulbildung altersstandardisiert</b>						
keine Matura	785	-	-	27,5	-	-
mindestens Matura	241	-	-	36,2	-	-
<b>Österreich (1999)</b>	6.592	3.434	3.158	17,1	14,0	20,5
Burgenland	233	120	113	12,0	8,5	15,7
Kärnten	462	242	220	22,4	17,5	27,6
Niederösterreich	1.255	648	607	16,5	13,4	19,8
Oberösterreich	1.098	567	532	15,8	12,4	19,5
Salzburg	412	216	196	23,4	19,4	27,8
Steiermark	989	515	474	17,0	13,7	20,7
Tirol	529	273	255	20,3	17,0	23,7
Vorarlberg	274	140	134	18,2	15,0	21,5
Wien	1.340	713	627	14,4	12,6	16,3

Q: Statistik Austria: ATHIS Gesundheitsbefragung 2006/2007; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM; Daten von 1999: Statistik Austria – Mikrozensus, Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und Bearbeitung: FH JOANNEUM

## 7.2.4 Ernährungsgewohnheiten in den Bundesländern, nach Geschlecht, Alter und Bildung im Jahr 2006/2007 (Teil 1)

Gliederungsmerkmal – Gesamt	Insgesamt	„Wie würden Sie Ihre Essgewohnheiten beschreiben?“					
		Mischkost mit viel Obst und Gemüse	Mischkost mit viel Fleisch	Mischkost mit wenig Fleisch	Vegetarisch, aber mit Milchprodukten und/oder Eiern	Vegetarisch, aber mit Fisch und/oder Milchprodukten und/oder Eiern	Vegetarisch und keine tierischen Produkte
		in 1.000		in Prozent			
<b>Österreich</b>	6.992	23,6	26,8	46,9	1,0	1,5	0,2
Burgenland	241	30,3	24,3	43,4	0,9	1,0	0,0
Kärnten	476	19,2	25,6	53,9	0,5	0,7	0,1
Niederösterreich	1.336	26,0	27,6	44,2	1,1	1,0	0,2
Oberösterreich	1.171	22,2	28,0	47,9	0,8	1,0	0,2
Salzburg	442	26,4	23,4	47,6	0,8	1,4	0,4
Steiermark	1.026	15,2	26,9	55,5	1,1	0,9	0,3
Tirol	582	27,4	25,6	44,2	0,8	1,7	0,2
Vorarlberg	299	28,6	28,2	41,4	1,1	0,7	0,1
Wien	1.420	25,4	27,0	42,8	1,2	3,4	0,1
<b>Steiermark</b>							
<b>Alter</b>							
15 bis unter 25	148	13,0	32,2	49,4	2,7	1,7	1,0
25 bis unter 35	157	15,6	36,9	43,8	2,9	0,8	0,0
35 bis unter 45	199	15,3	32,1	50,4	0,5	1,0	0,7
45 bis unter 55	171	16,9	29,4	51,6	0,7	1,4	0,1
55 bis unter 65	129	14,3	25,0	59,4	0,0	1,1	0,3
65 bis unter 75	119	15,9	12,9	70,3	0,5	0,2	0,1
75 und älter	104	14,8	8,9	76,3	0,0	0,0	0,0
<b>Schulbildung</b>							
Pflichtschule	288	14,8	19,9	63,7	0,9	0,5	0,1
Lehre mit Berufsschule	386	12,2	36,2	50,1	0,7	0,8	0,1
Fach- oder Handelsschule	111	20,6	20,4	55,6	1,2	1,8	0,4
Matura	158	16,1	24,3	56,2	0,7	1,1	1,5
Studium u. a.	83	20,9	22,3	50,8	4,2	1,8	0,0
<b>Schulbildung altersstandardisiert</b>							
keine Matura	785	14,3	31,4	52,1	1,1	0,9	0,1
mindestens Matura	241	19,3	22,7	53,9	1,5	1,7	0,9

Q: Statistik Austria: ATHIS Gesundheitsbefragung 2006/2007; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

## 7.2.4 Ernährungsgewohnheiten in den Bundesländern, nach Geschlecht, Alter und Bildung im Jahr 2006/2007 (Teil 2)

Gliederungsmerkmal – Frauen	Insgesamt	"Wie würden Sie Ihre Essgewohnheiten beschreiben?"					
		Mischkost, mit viel Obst und Gemüse	Mischkost mit viel Fleisch	Mischkost mit wenig Fleisch	Vegetarisch, aber mit Milchprodukten und/oder Eiern	Vegetarisch, aber mit Fisch und/oder Milchprodukten und/oder Eiern	Vegetarisch und keine tierischen Produkte
	in 1.000	in Prozent					
<b>Österreich</b>	3.624	29,5	14,2	52,4	1,5	2,2	0,2
Burgenland	124	34,3	14,5	48,4	1,3	1,6	0,0
Kärnten	248	24,0	16,8	56,8	0,9	1,3	0,1
Niederösterreich	688	32,6	14,1	50,0	1,9	1,2	0,2
Oberösterreich	602	29,0	13,2	54,9	1,0	1,5	0,3
Salzburg	230	33,6	9,1	53,4	1,3	2,6	0,0
Steiermark	530	20,0	13,5	63,0	2,0	1,4	0,1
Tirol	300	35,0	12,5	48,7	0,9	2,5	0,4
Vorarlberg	152	36,1	15,2	46,2	1,4	1,0	0,1
Wien	750	29,8	16,8	46,7	1,7	4,8	0,2
<b>Steiermark</b>							
<b>Alter</b>							
15 bis unter 25	72	18,8	15,2	58,6	5,2	2,2	0,0
25 bis unter 35	77	21,4	14,9	56,9	5,9	0,9	0,0
35 bis unter 45	97	22,1	20,0	55,2	0,7	1,5	0,5
45 bis unter 55	85	22,7	13,4	60,2	1,1	2,5	0,1
55 bis unter 65	69	18,1	13,4	66,5	0,0	2,0	0,0
65 bis unter 75	62	17,0	8,1	73,5	1,0	0,3	0,0
75 und älter	68	17,8	6,1	76,1	0,0	0,0	0,0
<b>Schulbildung</b>							
Pflichtschule	193	17,9	11,8	68,4	1,4	0,5	0,1
Lehre mit Berufsschule	150	21,1	18,9	56,9	1,6	1,4	0,0
Fach- oder Handelsschule	72	23,1	10,5	62,3	1,9	1,6	0,6
Matura	78	21,3	12,3	62,9	1,4	2,1	0,0
Studium u.a.	37	18,0	9,1	61,0	8,0	3,9	0,0

Q: Statistik Austria: ATHIS Gesundheitsbefragung 2006/2007; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

## 7.2.4 Ernährungsgewohnheiten in den Bundesländern, nach Geschlecht, Alter und Bildung im Jahr 2006/2007 (Teil 3)

Gliederungsmerkmal – Männer	Insgesamt	"Wie würden Sie Ihre Essgewohnheiten beschreiben?"					
		Mischkost, mit viel Obst und Gemüse	Mischkost mit viel Fleisch	Mischkost mit wenig Fleisch	Vegetarisch, aber mit Milchprodukten und/oder Eiern	Vegetarisch, aber mit Fisch und/oder Milchprodukten und/oder Eiern	Vegetarisch und keine tierischen Produkte
		in 1.000	in Prozent				
<b>Österreich</b>	3.368	17,3	40,3	41,0	0,4	0,8	0,2
Burgenland	117	26,1	34,8	38,1	0,5	0,5	0,0
Kärnten	228	14,0	35,2	50,8	0,0	0,0	0,0
Niederösterreich	648	19,0	41,8	38,0	0,2	0,7	0,2
Oberösterreich	569	15,0	43,6	40,4	0,6	0,3	0,0
Salzburg	212	18,6	39,0	41,3	0,2	0,2	0,8
Steiermark	496	10,0	41,3	47,5	0,2	0,5	0,6
Tirol	282	19,3	39,7	39,4	0,8	0,9	0,0
Vorarlberg	146	20,8	41,6	36,4	0,7	0,4	0,0
Wien	670	20,5	38,4	38,5	0,7	1,9	0,0
<b>Steiermark</b>							
<b>Alter</b>							
15 bis unter 25	76	7,5	48,3	40,7	0,3	1,2	2,0
25 bis unter 35	80	9,9	58,2	31,1	0,0	0,8	0,0
35 bis unter 45	102	8,8	43,7	45,9	0,3	0,4	0,9
45 bis unter 55	86	11,0	45,3	43,1	0,2	0,4	0,0
55 bis unter 65	60	9,9	38,4	51,2	0,0	0,0	0,6
65 bis unter 75	57	14,8	18,1	66,8	0,0	0,0	0,3
75 und älter	36	9,1	14,2	76,8	0,0	0,0	0,0
<b>Schulbildung</b>							
Pflichtschule	95	8,6	36,4	54,3	0,0	0,6	0,2
Lehre mit Berufsschule	235	6,5	47,2	45,7	0,1	0,3	0,1
Fach- oder Handelsschule	39	16,2	38,5	43,3	0,0	2,1	0,0
Matura	81	11,2	35,9	49,7	0,0	0,2	3,0
Studium u.a.	46	23,3	32,9	42,6	1,2	0,0	0,0

Q: Statistik Austria: ATHIS Gesundheitsbefragung 2006/2007; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

## 7.2.5 Trinkgewohnheiten in den Bundesländern, nach Geschlecht, Alter und Bildung im Jahr 2006/2007

Gliederungsmerkmal	Insgesamt	Frauen	Männer	"Wie würden Sie Ihre Trinkgewohnheiten beschreiben?"								
				Gesamt			Frauen			Männer		
				vorwiegend Wasser/ Mineral/Tee, ungezuckert	vorwiegend Fruchtsäfte und Limonaden	vorwiegend alkoholische Getränke	vorwiegend Wasser/ Mineral/Tee, ungezuckert	vorwiegend Fruchtsäfte und Limonaden	vorwiegend alkoholische Getränke	vorwiegend Wasser/ Mineral/Tee, ungezuckert	vorwiegend Fruchtsäfte und Limonaden	vorwiegend alkoholische Getränke
				in 1.000			in Prozent					
<b>Österreich</b>	6.992	3.624	3.368	75,3	22,6	2,1	83,4	16,3	0,3	66,6	29,5	3,9
Burgenland	241	124	117	80,2	17,8	1,9	88,2	11,8	0,0	71,8	24,2	4,0
Kärnten	476	248	228	74,0	23,8	2,2	84,5	15,3	0,2	62,6	33,1	4,3
Niederösterreich	1.336	688	648	74,0	23,8	2,2	81,2	18,1	0,6	66,3	29,9	3,8
Oberösterreich	1.171	602	569	74,9	22,9	2,2	84,3	15,4	0,3	64,9	30,9	4,3
Salzburg	442	230	212	78,9	18,5	2,6	88,1	11,8	0,1	68,9	25,7	5,3
Steiermark	1.026	530	496	72,9	25,3	1,8	82,1	17,5	0,4	63,0	33,7	3,3
Tirol	582	300	282	72,7	23,4	3,9	84,8	14,8	0,4	59,9	32,5	7,7
Vorarlberg	299	152	146	75,3	23,1	1,6	85,4	14,6	0,0	64,7	32,0	3,2
Wien	1.420	750	670	78,2	20,7	1,1	82,2	17,7	0,1	73,7	23,9	2,3
<b>Steiermark</b>												
<b>Alter</b>												
15 bis unter 25	148	72	76	60,1	39,0	1,0	75,6	24,4	0,0	45,4	52,8	1,9
25 bis unter 35	157	77	80	72,6	26,9	0,4	85,1	14,9	0,0	60,7	38,5	0,9
35 bis unter 45	199	97	102	74,1	23,9	2,0	81,1	18,7	0,2	67,4	28,8	3,7
45 bis unter 55	171	85	86	72,8	25,5	1,6	82,7	17,3	0,0	63,1	33,7	3,2
55 bis unter 65	129	69	60	75,1	21,4	3,5	86,1	13,2	0,7	62,4	30,8	6,8
65 bis unter 75	119	62	57	78,1	19,2	2,8	80,9	18,0	1,1	75,0	20,4	4,6
75 und älter	104	68	36	80,7	18,0	1,3	83,8	15,5	0,7	75,0	22,7	2,3
<b>Schulbildung</b>												
Pflichtschule	288	193	95	69,9	28,0	2,1	76,1	23,2	0,6	57,1	37,8	5,1
Lehre mit Berufsschule	386	150	235	69,8	28,1	2,2	84,5	15,2	0,3	60,4	36,3	3,3
Fach- oder Handelsschule	111	72	39	76,1	22,7	1,2	85,6	14,4	0,0	58,8	37,8	3,4
Matura	158	78	81	76,2	22,9	0,9	83,8	15,9	0,3	68,9	29,6	1,4
Studium u. a.	83	37	46	87,2	11,6	1,2	93,8	6,2	0,0	81,9	16,0	2,1
<b>Schulbildung altersstandardisiert</b>												
keine Matura	785	-	-	69,1	29,1	1,8	-	-	-	-	-	-
mindestens Matura	241	-	-	82,1	16,7	1,2	-	-	-	-	-	-

Q: Statistik Austria: ATHIS Gesundheitsbefragung 2006/2007; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

**8.2.1 a Alkoholbedingte Todesfälle in den Bundesländern,  
nach Geschlecht im Schnitt von 1998 bis 2004**

Gliederungsmerkmal	Gesamt	Frauen	Männer
	pro 100.000 EinwohnerInnen (absolut)		
<b>Österreich</b>	85,1	50,3	122,0
Burgenland	91,5	44,5	140,8
Kärnten	92,3	52,4	134,9
Niederösterreich	88,9	48,5	131,2
Oberösterreich	78,0	44,4	113,1
Salzburg	79,1	46,3	114,0
Steiermark	89,9	49,3	132,9
Tirol	71,3	42,2	101,9
Vorarlberg	61,2	34,2	88,9
Wien	93,3	66,1	123,7

Q: Statistik Austria, Österr. Todesursachenatlas 1998/2004;  
Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark



## 8.2.1 b Alkoholbedingte Todesfälle in den steirischen Bezirken, nach Geschlecht und im zeitlichen Verlauf von 2001 bis 2008

Gliederungs- merkmal	2001			2002			2003			2004			2005			2006			2007			2008			Durchschnitt 2001-2008		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Steiermark: Sterbeziffer aufgrund von alkoholassoziierten Krankheiten pro 100.000 EinwohnerInnen (absolut)																											
<b>Steiermark</b>	84,7	45,2	126,4	90,6	51,9	131,3	98,7	50,8	149,2	85,1	47,3	125,0	90,1	48,9	133,4	86,2	47,9	126,5	83,3	46,4	122,1	84,2	44,5	125,9	87,9	47,9	130,0
Graz (Stadt)	83,7	55,4	115,2	87,5	60,7	117,1	87,9	58,6	120,2	68,4	50,0	88,5	74,3	49,4	101,4	75,1	55,9	96,0	73,0	43,7	104,7	67,3	39,4	97,5	77,0	51,5	104,8
Bruck an der Mur	85,0	69,0	101,9	122,8	78,5	169,8	118,4	60,5	179,8	90,6	48,6	135,0	122,1	48,8	199,4	103,9	70,5	139,1	94,6	33,8	158,9	76,0	43,2	110,6	101,7	56,7	149,3
Deutsch- landsberg	83,1	41,7	125,8	81,7	58,0	106,1	106,1	48,2	166,0	75,1	44,9	106,3	78,3	38,5	119,6	88,2	45,0	132,8	93,1	54,6	133,0	80,3	45,2	116,5	85,7	47,0	125,8
Feldbach	87,7	35,3	141,6	90,6	55,7	126,3	80,1	43,9	117,3	66,7	23,4	111,1	77,0	35,1	119,8	79,9	26,3	134,8	68,2	49,8	87,0	75,7	20,5	132,4	78,2	36,3	121,3
Fürstenfeld	78,6	42,2	117,7	87,3	25,3	154,1	87,1	33,6	144,7	104,3	58,9	152,8	65,0	50,5	80,6	91,3	33,8	152,3	60,8	33,8	89,3	69,7	59,4	80,7	80,5	42,2	121,4
Graz- Umgebung	67,6	31,2	105,4	71,5	42,8	101,5	94,5	56,9	133,8	71,2	37,4	106,5	72,1	38,5	106,9	72,8	38,2	108,7	63,6	39,2	88,9	70,8	36,1	106,9	73,0	40,0	107,2
Hartberg	82,8	20,5	146,7	87,4	38,1	137,8	91,5	41,0	143,1	93,1	43,9	143,3	85,7	35,1	137,4	83,0	55,8	110,8	84,5	32,3	137,9	96,6	55,9	138,2	88,1	40,3	136,9
Judenburg	92,2	53,2	132,9	92,7	53,5	133,7	105,8	45,5	168,9	101,9	41,6	164,8	106,8	71,3	143,6	92,7	25,4	162,7	106,4	51,1	163,9	111,6	77,3	147,3	101,2	52,3	152,2
Knittelfeld	94,2	26,4	164,4	74,4	39,9	110,1	98,3	40,0	158,6	91,7	60,1	124,5	84,9	33,3	138,7	102,2	66,9	139,0	123,0	80,5	167,2	95,5	40,2	152,8	95,5	48,3	144,4
Leibnitz	111,6	41,8	183,8	74,1	33,8	115,7	122,6	64,8	182,3	84,0	51,6	117,5	111,1	53,9	170,5	91,4	41,1	143,5	69,0	43,5	95,5	71,5	33,2	111,2	91,8	45,5	139,9
Leoben	96,4	60,0	135,7	100,2	49,0	155,4	112,9	58,1	171,8	136,3	73,1	204,3	109,5	61,8	160,6	95,1	44,6	149,2	97,4	62,9	134,2	123,0	78,5	170,2	108,8	60,9	160,2
Liezen Mürzzu- schlag	85,5	42,6	131,1	94,6	40,6	151,9	105,9	33,5	182,5	98,6	52,7	147,0	91,3	57,6	127,0	87,7	33,6	144,9	99,2	53,1	147,8	100,5	43,5	160,7	95,4	44,7	149,1
Murau	114,4	36,3	197,3	103,6	54,9	155,2	113,5	73,5	156,0	126,5	78,8	177,2	150,8	102,2	202,5	103,8	51,5	159,6	107,2	42,5	175,8	110,1	52,3	171,6	116,3	61,5	174,4
Radkersburg	86,3	56,7	116,7	116,2	25,5	209,8	103,8	44,8	164,5	143,5	57,9	231,4	111,4	58,1	166,3	101,9	32,4	173,5	82,8	65,4	100,6	103,6	26,3	183,2	106,2	45,9	168,2
Voitsberg	79,3	57,0	102,7	117,4	106,5	128,8	101,3	66,1	138,2	123,1	82,9	165,2	93,9	50,0	139,9	85,4	41,7	131,1	68,6	25,3	113,6	90,6	93,2	87,9	95,0	65,4	125,9
Weiz	52,4	21,9	84,5	105,1	84,2	127,1	101,4	51,3	154,1	62,0	14,7	111,8	92,3	40,4	146,9	102,1	66,5	139,4	113,8	66,7	163,3	110,1	59,3	163,5	92,3	50,6	136,2

Q: Statistik Austria; Bearbeitung: LASTAT Steiermark und Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

- 1) Gesamt
- 2) Frauen
- 3) Männer

### 8.2.2 Problematischer Alkoholkonsum in den Bundesländern, nach Geschlecht, Alter und Bildung im Jahr 2006/2007

Gliederungsmerkmal – Gesamtbevölkerung	Anzahl			problematischer Alkoholkonsum <sup>1)</sup>		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
	in 1.000			in Prozent		
<b>Österreich</b>	6.992	3.624	3.368	4,1	1,6	6,8
Burgenland	241	100	102	4,3	1,3	7,5
Kärnten	476	204	201	2,4	0,7	4,3
Niederösterreich	1.336	570	575	3,7	1,4	6,1
Oberösterreich	1.171	503	510	5,0	1,9	8,2
Salzburg	442	197	191	4,9	2,7	7,3
Steiermark	1.026	436	439	3,7	1,0	6,6
Tirol	582	257	254	4,1	1,0	7,3
Vorarlberg	299	131	133	3,9	1,7	6,1
Wien	1.420	631	607	4,5	2,1	7,2
<b>Steiermark</b>						
<b>Alter</b>						
15 bis unter 25	148	72	76	3,7	2,0	5,4
25 bis unter 35	157	77	80	2,9	1,5	4,3
35 bis unter 45	199	97	102	4,9	0,8	8,8
45 bis unter 55	171	85	86	5,8	1,5	10,1
55 bis unter 65	129	69	60	3,4	0,4	6,8
65 bis unter 75	119	62	57	2,2	0,3	4,1
75 und älter	104	68	36	1,2	0,0	3,5
<b>Schulbildung</b>						
Pflichtschule	288	193	95	2,0	0,2	5,5
Lehre mit Berufsschule	386	150	235	5,3	1,8	7,5
Fach- oder Handelsschule	111	72	39	2,9	1,2	6,1
Matura	158	78	81	3,9	1,5	6,2
Studium u. a.	83	37	46	3,1	0,0	5,6

Q: Statistik Austria: ATHIS Gesundheitsbefragung 2006/2007; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

1) Für die Berechnung des problematischen Alkoholkonsum wurden folgende vier Fragen herangezogen:

1. „Haben Sie einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?“
2. „Hat jemand Sie einmal durch Kritisieren Ihres Alkoholkonsums ärgerlich gemacht?“
3. „Haben Sie sich einmal schlecht oder schuldig gefühlt wegen Ihres Alkoholtrinkens?“
4. „Haben Sie einmal morgens als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden?“

Personen, die bei 2 und mehr Fragen mit Ja geantwortet haben, wird ein problematischer Alkoholkonsum zugeschrieben.

### 8.2.3 Verletzte<sup>3)</sup> bei Unfällen mit alkoholisierten Beteiligten in den Bundesländern, den steirischen Bezirken und im zeitlichen Verlauf von 2001 bis 2008

Gliederungsmerkmal	Jahr																Durchschnitt 2002 – 2008	
	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008			
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
<b>Österreich</b>	56.265	6,3	56.684	6,9	56.881	7,1	55.857	7,2	53.234	7,2	51.930	6,9	53.211	7,2	50.521	7,2	54.045	7,1
Burgenland	1.264	9,6	1.385	9,5	1.336	7,9	1.171	11,4	1.144	9,4	1.096	8,4	1.143	9,7	1.062	9,8	1.191	9,4
Kärnten	4.122	6,0	4.184	5,7	4.271	7,9	4.001	7,0	3.704	7,1	3.838	7,0	4.011	7,2	3.894	7,4	3.986	7,1
Niederösterreich	10.263	6,0	10.342	7,0	10.210	7,4	9.879	7,6	9.223	7,9	9.052	6,9	9.490	7,9	9.138	7,7	9.619	7,5
Oberösterreich	12.561	5,6	12.300	5,8	12.448	5,8	12.321	6,1	11.896	6,4	10.998	6,2	11.327	6,6	11.003	6,4	11.756	6,2
Salzburg	3.937	5,0	3.836	7,6	3.921	7,1	3.994	7,4	3.665	7,4	3.810	7,9	4.190	7,0	3.961	7,0	3.911	7,3
Steiermark	9.583	6,9	9.719	7,7	9.714	7,9	9.426	8,0	9.056	7,2	8.675	7,1	8.893	7,9	8.210	7,4	9.099	7,6
Tirol	6.021	6,3	5.870	8,4	5.905	7,8	5.788	7,8	5.320	8,3	5.540	7,2	5.296	7,0	5.033	7,6	5.536	7,7
Vorarlberg	2.132	9,2	2.336	7,6	2.259	9,9	2.294	9,0	2.106	10,4	2.197	8,8	2.293	8,5	2.119	9,4	2.229	9,1
Wien	6.382	6,1	6.712	5,6	6.817	5,5	6.983	5,8	7.120	5,4	6.724	5,7	6.568	5,4	6.101	6,3	6.718	5,7
<b>Steiermark</b>																		
Graz (Stadt)	-	-	2.866	4,0	2.596	2,9	2.519	3,7	2.696	3,3	2.621	3,9	2.653	4,1	2.592	3,2	2.649	3,6
Bruck an der Mur	-	-	375	8,0	380	10,0	383	14,1	309	10,4	354	10,5	356	9,8	326	8,6	355	10,2
Deutschlandsberg	-	-	475	11,4	478	8,6	468	11,1	409	10,0	372	9,7	386	10,4	387	8,0	425	9,9
Feldbach	-	-	406	11,6	462	14,1	398	9,0	392	14,0	348	16,4	397	8,6	308	12,7	387	12,3
Fürstenfeld	-	-	271	11,4	253	11,1	246	9,8	236	9,3	231	5,6	243	10,3	185	12,4	238	10,0
Graz-Umgebung	-	-	1.068	10,2	1.127	8,5	1.091	7,1	1.099	6,8	1.013	5,7	997	7,8	878	8,1	1.039	7,8
Hartberg	-	-	488	11,5	463	12,1	466	13,1	407	11,5	346	8,4	356	10,7	337	10,4	409	11,2
Judenburg	-	-	276	9,4	299	8,4	314	7,6	301	8,0	266	7,5	212	10,8	254	7,5	275	8,4
Knittelfeld	-	-	237	3,0	209	12,0	261	7,7	221	8,6	208	9,6	195	10,8	168	8,3	214	8,4
Leibnitz	-	-	577	10,6	641	10,6	666	8,0	522	7,5	538	9,3	645	9,8	528	9,5	588	9,3
Leoben	-	-	455	5,1	415	7,2	446	7,8	409	3,9	377	5,6	367	6,3	367	7,1	405	6,1
Liezen	-	-	665	6,3	633	8,4	548	7,5	521	7,7	524	12,8	527	12,9	434	11,1	550	9,3
Mürzzuschlag	-	-	228	14,0	235	7,2	194	14,9	205	8,3	180	12,2	204	9,3	156	10,9	200	10,9
Murau	-	-	172	14,5	233	7,3	219	6,4	232	10,3	183	2,7	213	12,7	214	7,5	209	8,7
Radkersburg	-	-	154	13,6	168	15,5	171	11,7	139	18,7	165	10,3	139	10,1	135	15,6	153	13,5
Voitsberg	-	-	414	5,1	458	7,4	400	8,0	406	8,4	363	5,8	375	6,9	326	6,7	392	6,9
Weiz	-	-	592	8,3	664	10,8	636	13,4	552	9,6	586	7,5	628	9,9	615	10,2	610	10,0

Q: Statistik Austria; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

1) Anzahl der Verletzten bei Unfällen insgesamt

2) Anteil der Verletzten bei Unfällen mit alkoholisierten Beteiligten an allen Verletzten in Prozent

3) An Straßenverkehrsunfällen mit Personenschaden beteiligte Personen, bei denen eine Beeinträchtigung durch Alkohol gemäß §5 Abs.1 StVO oder (ab 1998) eine Überschreitung des im §14 Abs.8 FSG festgelegten Blut- oder Atemalkoholgrenzwertes festgestellt wurde.

8.2.4 Getötete<sup>3)</sup> bei Unfällen mit alkoholisierten Beteiligten in den Bundesländern, den steirischen Bezirken und im zeitlichen Verlauf von 2001 bis 2008

Gliederungsmerkmal	Jahr																Durchschnitt 2002 – 2008	
	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		1	2
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2				
<b>Österreich</b>	958	7,2	956	9,6	931	9,0	878	7,6	768	7,4	730	7,7	691	8,1	667	7,9	803	8,3
Burgenland	52	0,0	37	0,0	52	5,8	34	2,9	36	0,0	21	4,8	33	3,0	29	6,9	35	3,3
Kärnten	62	8,1	83	15,7	59	13,6	65	6,2	45	6,7	67	7,5	58	8,6	56	7,1	62	9,7
Niederösterreich	261	5,7	261	8,8	277	7,9	269	7,4	223	7,2	222	7,2	192	5,7	174	8,6	231	7,6
Oberösterreich	167	10,8	176	4,0	174	5,2	153	7,8	167	9,0	139	6,5	147	4,8	139	3,6	156	5,8
Salzburg	66	10,6	58	12,1	60	0,0	81	8,6	58	10,3	51	7,8	46	8,7	45	13,3	57	8,5
Steiermark	161	8,1	163	11,0	183	14,8	138	7,2	123	5,7	112	9,8	115	13,9	109	7,3	135	10,3
Tirol	115	4,3	100	13,0	64	10,9	64	14,1	57	7,0	59	6,8	49	12,2	61	14,8	65	11,5
Vorarlberg	33	3,0	33	24,2	17	29,4	31	6,5	25	16,0	26	7,7	16	12,5	27	11,1	25	14,9
Wien	41	12,2	45	6,7	45	6,7	43	4,7	34	5,9	33	12,1	35	11,4	27	3,7	37	7,3
<b>Steiermark</b>																		
Graz (Stadt)	-	-	11	0,0	9	44,4	7	0,0	7	0,0	12	0,0	6	0,0	12	0,0	9	6,3
Bruck an der Mur	-	-	26	23,1	5	0,0	7	28,6	6	0,0	8	0,0	7	42,9	2	0,0	9	18,0
Deutschlandsberg	-	-	5	40,0	13	30,8	7	14,3	9	11,1	10	20,0	3	33,3	4	50,0	7	25,5
Feldbach	-	-	12	8,3	8	12,5	5	0,0	8	37,5	12	16,7	9	0,0	1	0,0	8	12,7
Fürstenfeld	-	-	5	0,0	7	0,0	3	33,3	3	0,0	3	0,0	3	0,0	2	0,0	4	3,8
Graz-Umgebung	-	-	29	0,0	25	12,0	16	12,5	14	0,0	7	0,0	13	7,7	9	0,0	16	5,3
Hartberg	-	-	9	22,2	16	18,8	7	0,0	8	0,0	8	0,0	11	9,1	11	9,1	10	10,0
Judenburg	-	-	8	12,5	10	10,0	7	28,6	6	0,0	8	0,0	6	0,0	2	0,0	7	8,5
Knittelfeld	-	-	3	0,0	4	25,0	3	0,0	3	0,0	1	0,0	4	25,0	3	0,0	3	9,5
Leibnitz	-	-	7	0,0	13	30,8	12	0,0	9	0,0	6	16,7	10	20,0	15	6,7	10	11,1
Leoben	-	-	5	0,0	8	0,0	7	0,0	9	0,0	4	0,0	6	0,0	9	0,0	7	0,0
Liezen	-	-	14	0,0	29	3,4	29	0,0	12	8,3	15	6,7	11	9,1	10	10,0	17	4,2
Mürzzuschlag	-	-	4	50,0	4	0,0	5	20,0	4	0,0	5	0,0	1	0,0	5	40,0	4	17,9
Murau	-	-	7	14,3	13	7,7	6	0,0	8	12,5	0	0,0	6	0,0	6	0,0	7	6,5
Radkersburg	-	-	4	50,0	4	0,0	1	0,0	1	0,0	2	50,0	2	50,0	5	0,0	3	21,1
Voitsberg	-	-	8	0,0	3	33,3	4	0,0	7	0,0	1	0,0	8	25,0	3	0,0	5	8,8
Weiz	-	-	6	16,7	12	25,0	12	8,3	9	11,1	10	40,0	9	33,3	10	10,0	10	20,6

Q: Statistik Austria; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

1) Anzahl der Todesfälle bei Unfällen insgesamt

2) Anteil der Todesfälle bei Unfällen mit alkoholisierten Beteiligten an allen Todesfällen in Prozent

3) An Straßenverkehrsunfällen mit Personenschaden beteiligte Personen, bei denen eine Beeinträchtigung durch Alkohol gemäß §5 Abs.1 StVO oder (ab 1998) eine Überschreitung des im §14 Abs.8 FSG festgelegten Blut- oder Atemalkoholgrenzwertes festgestellt wurde.

## 9.2.1 a Haushaltstypen in den Bundesländern in den Jahren 1991, 2001 und 2008 (Teil 1)

Gliederungsmerkmal	Ö	Bgl	Ktn	NÖ	OÖ	Sbg	Stmk	T	V	W
	absolut in 1.000									
<b>Insgesamt (1999)</b>	3.013,0	95,0	199,1	554,3	481,6	178,6	425,6	219,8	112,3	746,8
Familienhaushalte zus.	2.029,7	71,1	142,2	393,9	347,4	123,1	302,9	157,6	83,8	407,6
Einfamilienhaushalte zus.	1.952,7	66,8	135,7	378,7	335,7	118,7	282,7	151,4	81,6	401,4
Paare	1.670,6	58,7	114,1	334,0	293,8	100,8	239,3	128,3	70,9	330,8
ohne Kinder	634,9	20,4	37,1	130,9	101,5	33,4	83,2	37,5	20,7	170,0
mit Kindern	1.035,7	38,3	76,9	203,1	192,3	67,4	156,1	90,7	50,1	160,8
Alleinerziehende Elternteile zus.	282,1	8,2	21,7	44,7	42,0	17,9	43,4	23,1	10,7	70,6
Alleinerziehende Väter	43,4	1,5	2,8	8,3	5,9	2,4	6,0	3,1	1,6	11,8
Alleinerziehende Mütter	238,7	6,7	18,9	36,4	36,1	15,5	37,4	20,1	9,1	58,7
Zwei- und Mehrfamilienhaushalte	77,0	4,3	6,5	15,3	11,7	4,4	20,2	6,2	2,2	6,2
Nichtfamilienhaushalte zus.	983,3	23,8	56,9	160,4	134,2	55,5	122,7	62,2	28,5	339,1
Einpersonenhaushalte	893,5	21,4	51,7	146,9	122,0	50,8	110,0	55,1	25,0	310,6
Männlich	304,2	6,8	17,5	48,8	40,3	17,3	37,5	19,5	8,9	107,7
Weiblich	589,3	14,6	34,2	98,2	81,7	33,5	72,6	35,6	16,1	202,8
Mehrpersonenhaushalte	89,8	2,4	5,2	13,4	12,2	4,7	12,7	7,1	3,5	28,6
<b>Insgesamt (2001)</b>	3.339,7	106,2	225,0	622,7	543,0	207,6	468,8	260,7	134,5	771,1
Familienhaushalte zus.	2.147,0	76,8	151,2	424,6	369,5	135,6	316,4	177,3	93,9	401,7
Einfamilienhaushalte zus.	2.089,2	73,9	146,7	412,2	360,8	132,5	302,7	172,7	92,2	395,5
Paare	1.765,3	64,2	121,9	356,5	314,6	111,9	255,6	146,5	78,8	315,3
ohne Kinder	727,0	24,5	45,3	150,8	120,7	41,2	100,5	50,3	27,7	166,0
mit Kindern	1.038,3	39,8	76,6	205,7	193,9	70,7	155,1	96,2	51,0	149,4
Alleinerziehende Elternteile zus.	323,9	9,6	24,9	55,7	46,1	20,6	47,1	26,3	13,4	80,2
Alleinerziehende Väter	47,7	1,6	3,2	9,4	6,2	2,6	6,5	3,5	1,8	12,9
Alleinerziehende Mütter	276,2	8,1	21,7	46,2	39,9	18,0	40,6	22,8	11,6	67,3
Zwei- und Mehrfamilienhaushalte	57,8	2,9	4,5	12,4	8,7	3,1	13,7	4,5	1,7	6,2
Nichtfamilienhaushalte zus.	1.192,7	29,5	73,7	198,1	173,6	72,0	152,4	83,4	40,6	369,4
Einpersonenhaushalte	1.119,9	27,7	69,8	187,6	164,8	67,2	143,2	77,3	37,7	344,7
Männlich	455,8	10,5	27,9	75,3	66,8	27,1	57,7	31,8	16,3	142,5
Weiblich	664,1	17,2	41,8	112,3	98,0	40,1	85,5	45,5	21,5	202,2
Mehrpersonenhaushalte	72,8	1,8	4,0	10,6	8,8	4,8	9,2	6,1	2,9	24,7

Q: Statistik Austria, Volkszählung 1999 und 2001, Mikrozensus 2008, Jahresdurchschnitt über alle Wochen; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT

( ) Werte mit weniger als hochgerechnet 6.000 Haushalten für Österreich, (Burgenland 2.000, Kärnten 3.000, Niederösterreich 7.000, Oberösterreich 7.000, Salzburg 3.000, Steiermark 6.000, Tirol 4.000, Vorarlberg 2.000, und Wien 10.000) sind sehr stark zufallsbehaftet. – (x) Werte mit weniger als 3.000 Haushalten für Österreich, (Burgenland 1.000, Kärnten 2.000, Niederösterreich 3.000, Oberösterreich 3.000, Salzburg 2.000, Steiermark 3.000, Tirol 2.000, Vorarlberg 1.000 und Wien 5.000) sind statistisch nicht interpretierbar.

## 9.2.1 a Haushaltstypen in den Bundesländern in den Jahren 1991, 2001 und 2008 (Teil 2)

Gliederungsmerkmal	Ö	Bgl	Ktn	NÖ	OÖ	Sbg	Stmk	T	V	W
	absolut in 1.000									
<b>Insgesamt (2008)</b>	3.566,5	111,1	236,5	658,6	576,2	222,6	496,8	284,7	148,6	831,3
Familienhaushalte zus.	2.252,9	80,0	155,5	447,4	385,4	144,6	328,1	190,7	101,6	419,5
Einfamilienhaushalte zus.	2.181,1	76,2	149,9	432,5	373,9	140,7	309,8	186,0	99,8	412,3
Paare	1.916,2	68,7	129,8	386,2	331,1	123,0	270,7	165,1	85,9	355,7
ohne Kinder	840,1	29,9	55,6	171,3	139,3	51,4	119,4	63,4	34,7	175,0
mit Kindern	1.076,1	38,8	74,2	214,9	191,8	71,6	151,3	101,7	51,2	180,7
Alleinerziehende Elternteile zus.	264,9	7,5	20,1	46,2	42,8	17,7	39,0	20,9	14,0	56,6
Alleinerziehende Väter	41,3	(1,5)	3,1	8,9	(5,3)	(2,6)	6,2	(3,2)	(1,9)	(8,6)
Alleinerziehende Mütter	223,5	6,0	17,0	37,3	37,5	15,1	32,8	17,7	12,1	48,0
Zwei- und Mehrfamilienhaushalte	71,9	3,8	5,6	15,0	11,5	4,0	18,3	4,7	(1,8)	(7,2)
Nichtfamilienhaushalte zus.	1.313,5	31,1	81,0	211,2	190,8	78,0	168,8	94,0	47,0	411,8
Einpersonenhaushalte	1.261,3	30,1	78,5	206,9	185,0	75,3	160,6	89,0	45,2	390,7
Männlich	539,3	11,9	32,9	84,3	81,0	31,0	69,7	38,6	20,5	169,4
Weiblich	722,0	18,2	45,7	122,6	104,0	44,3	90,9	50,4	24,6	221,3
Mehrpersonenhaushalte	52,2	(x)	(2,4)	(4,3)	(5,8)	(2,7)	8,2	5,0	(1,8)	21,0

Q: Statistik Austria, Volkszählung 1999 und 2001, Mikrozensus 2008, Jahresdurchschnitt über alle Wochen; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT

( ) Werte mit weniger als hochgerechnet 6.000 Haushalten für Österreich, (Burgenland 2.000, Kärnten 3.000, Niederösterreich 7.000, Oberösterreich 7.000, Salzburg 3.000, Steiermark 6.000, Tirol 4.000, Vorarlberg 2.000, und Wien 10.000) sind sehr stark zufallsbehaftet. – (x) Werte mit weniger als 3.000 Haushalten für Österreich, (Burgenland 1.000, Kärnten 2.000, Niederösterreich 3.000, Oberösterreich 3.000, Salzburg 2.000, Steiermark 3.000, Tirol 2.000, Vorarlberg 1.000 und Wien 5.000) sind statistisch nicht interpretierbar.

## 9.2.1 b Haushaltstyp in der Steiermark im zeitlichen Verlauf von 1991 bis 2008

Gliederungsmerkmal	Steiermark						
	1991	2001	2004	2005	2006	2007	2008
	absolut in 1.000						
<b>Insgesamt</b>	425,6	468,8	480,5	486,1	490,5	493,5	496,8
Familienhaushalte zus.	302,9	316,4	324,7	323,4	327,9	326,7	328,1
Einfamilienhaushalte zus.	282,7	302,7	309,7	306,4	310,2	309,3	309,8
Paare	239,3	255,6	274,6	267,4	269,5	270,5	270,7
ohne Kinder	83,2	100,5	114,6	115,4	118,0	117,4	119,4
mit Kindern	156,1	155,1	160,0	152,1	151,5	153,1	151,3
Alleinerziehende Elternteile zus.	43,4	47,1	35,0	39,0	40,7	38,7	39,0
Alleinerziehende Väter	6,0	6,5	(5,3)	6,9	6,6	6,4	6,2
Alleinerziehende Mütter	37,4	40,6	29,7	32,1	34,1	32,3	32,8
Zwei- und Mehrfamilienhaushalte	20,2	13,7	15,0	17,0	17,6	17,4	18,3
Nichtfamilienhaushalte zus.	122,7	152,4	155,8	162,7	162,7	166,9	168,8
Einpersonenhaushalte	110,0	143,2	149,5	153,1	155,8	157,9	160,6
Männlich	37,5	57,7	62,6	64,8	68,3	67,4	69,7
Weiblich	72,6	85,5	86,9	88,3	87,5	90,5	90,9
Mehrpersonenhaushalte	12,7	9,2	6,3	9,6	6,9	9,0	8,2

Q: Statistik Austria: Volkszählung 1991, 2001; Mikrozensus 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, Jahresdurchschnitt über alle Wochen, Bearbeitung: LASTAT Steiermark

( ) Werte mit weniger als hochgerechnet 6.000 Haushalten für Österreich, (Burgenland 2.000, Kärnten 3.000, Niederösterreich 7.000, Oberösterreich 7.000, Salzburg 3.000, Steiermark 6.000, Tirol 4.000, Vorarlberg 2.000, und Wien 10.000) sind sehr stark zufallsbehaftet. – (x) Werte mit weniger als 3.000 Haushalten für Österreich, (Burgenland 1.000, Kärnten 2.000, Niederösterreich 3.000, Oberösterreich 3.000, Salzburg 2.000, Steiermark 3.000, Tirol 2.000, Vorarlberg 1.000 und Wien 5.000) sind statistisch nicht interpretierbar.

**9.2.2 a Gewaltdelikte nach Täter-Opferbeziehung, Geschlecht des Täters/der Täterin, Bundesländer und im zeitlichen Verlauf von 2001 bis 2008  
(Teil 1)**

Gliederungsmerkmal	Anzahl pro 100.000 EW <sup>1)</sup> Gesamt	Gesamt		Frauen		Männer	
		familiäre Beziehung in Hausgemeinschaft	familiäre Beziehung ohne Hausgemeinschaft	familiäre Beziehung in Hausgemeinschaft	familiäre Beziehung ohne Hausgemeinschaft	familiäre Beziehung in Hausgemeinschaft	familiäre Beziehung ohne Hausgemeinschaft
		pro 100.000 EW <sup>1)</sup>					
<b>2001</b>							
Österreich	142,1	103,0	39,1	30,9	12,5	179,7	67,4
Burgenland	113,5	79,6	33,9	21,1	10,5	141,1	58,4
Kärnten	152,1	111,0	41,1	33,9	12,1	193,6	72,2
Niederösterreich	123,2	93,3	29,9	29,8	11,0	159,7	49,7
Oberösterreich	115,1	84,3	30,9	23,4	8,7	147,9	54,1
Salzburg	119,9	86,4	33,6	18,4	5,3	159,0	63,9
Steiermark	115,5	87,8	27,7	29,4	9,0	149,7	47,5
Tirol	137,3	95,3	42,0	27,2	19,1	167,1	66,2
Vorarlberg	159,8	109,1	50,7	28,7	17,4	191,5	84,8
Wien	212,0	149,5	62,5	46,3	19,1	265,1	111,2
<b>2002</b>							
Österreich	147,6	103,8	43,7	30,8	13,3	181,6	76,2
Burgenland	96,9	73,7	23,1	24,7	7,8	125,1	39,2
Kärnten	146,3	98,9	47,3	31,1	13,1	171,5	83,9
Niederösterreich	128,7	95,0	33,7	32,1	13,0	160,9	55,5
Oberösterreich	130,9	94,9	36,0	28,9	9,5	164,1	63,8
Salzburg	109,9	77,7	32,1	16,1	10,9	143,6	54,8
Steiermark	131,8	92,7	39,1	26,7	11,3	162,4	68,6
Tirol	143,6	100,8	42,8	27,4	11,8	177,9	75,3
Vorarlberg	179,0	123,4	55,6	35,8	20,7	213,2	91,4
Wien	209,1	141,4	67,8	40,1	18,9	254,0	122,2
<b>2003</b>							
Österreich	136,5	97,3	39,2	28,7	11,3	170,1	68,8
Burgenland	77,0	54,6	22,4	14,8	4,9	96,3	40,7
Kärnten	129,2	87,0	42,2	26,0	14,2	152,3	72,2
Niederösterreich	119,8	87,7	32,1	29,7	9,8	148,5	55,4
Oberösterreich	116,8	84,8	32,0	23,8	9,6	148,7	55,3
Salzburg	116,8	84,9	31,9	19,1	5,6	155,1	60,0
Steiermark	122,7	89,5	33,2	28,0	9,3	154,3	58,4
Tirol	124,5	89,3	35,2	22,4	8,6	159,5	63,0
Vorarlberg	155,1	112,2	42,9	31,2	13,9	195,4	72,6
Wien	200,4	138,4	62,0	41,0	17,9	246,2	110,7

Q: Bundesministerium für Inneres – Bundeskriminalamt; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

1) Bundeslanddaten: jeweiliges Bundesland im jeweiligen Jahr; Bevölkerungsdaten entnommen der Tabelle 1.2.2a



**9.2.2 a Gewaltdelikte nach Täter-Opferbeziehung, Geschlecht des Täters/der Täterin, Bundesländer und im zeitlichen Verlauf von 2001 bis 2008  
(Teil 2)**

Gliederungsmerkmal	Anzahl pro 100.000 EW <sup>1)</sup> Gesamt	Gesamt		Frauen		Männer	
		familiäre Beziehung in Hausgemeinschaft	familiäre Beziehung ohne Hausgemeinschaft	familiäre Beziehung in Hausgemeinschaft	familiäre Beziehung ohne Hausgemeinschaft	familiäre Beziehung in Hausgemeinschaft	familiäre Beziehung ohne Hausgemeinschaft
		pro 100.000 EW <sup>1)</sup>					
<b>2004</b>							
Österreich	138,5	99,4	39,1	28,7	11,5	174,3	68,4
Burgenland	87,1	67,2	19,9	10,6	3,5	126,4	37,0
Kärnten	135,7	93,9	41,8	30,9	11,1	161,3	74,5
Niederösterreich	113,5	82,8	30,6	24,6	9,3	143,8	53,0
Oberösterreich	124,5	90,3	34,2	25,0	8,9	158,5	60,7
Salzburg	101,4	64,8	36,6	20,9	8,6	111,6	66,3
Steiermark	128,5	91,9	36,6	26,3	11,4	161,1	63,1
Tirol	150,2	112,6	37,6	32,9	10,9	196,3	65,6
Vorarlberg	177,0	128,5	48,5	28,7	11,1	231,1	86,9
Wien	190,3	135,2	55,0	40,6	18,4	239,6	95,4
<b>2005</b>							
Österreich	133,6	93,5	40,1	25,9	12,1	165,1	69,7
Burgenland	114,7	84,9	29,9	29,5	11,3	142,8	49,3
Kärnten	137,0	94,1	42,9	26,7	17,0	166,1	70,7
Niederösterreich	121,5	86,4	35,1	25,9	12,8	149,6	58,3
Oberösterreich	124,6	87,7	36,9	23,9	9,8	154,2	65,2
Salzburg	96,5	64,7	31,8	18,9	7,8	113,4	57,3
Steiermark	127,9	92,5	35,4	28,0	10,9	160,4	61,2
Tirol	133,8	95,8	38,0	24,1	12,5	170,9	64,8
Vorarlberg	170,0	112,5	57,5	30,7	16,4	196,5	99,7
Wien	162,7	111,3	51,4	26,8	12,9	204,0	93,7
<b>2006</b>							
Österreich	134,2	92,2	42,0	25,0	10,5	163,2	75,3
Burgenland	100,3	75,2	25,1	20,3	10,5	132,6	40,3
Kärnten	127,8	92,3	35,6	27,0	12,1	161,8	60,6
Niederösterreich	108,7	76,2	32,5	25,4	9,7	129,1	56,3
Oberösterreich	123,9	87,8	36,1	25,2	9,1	153,0	64,1
Salzburg	97,9	62,1	35,8	13,3	11,1	113,9	62,1
Steiermark	115,5	81,0	34,5	22,4	7,0	142,6	63,4
Tirol	125,2	86,9	38,3	21,4	9,9	155,4	68,1
Vorarlberg	179,5	119,4	60,1	30,5	12,0	210,8	109,6
Wien	194,4	128,1	66,3	30,5	14,1	234,9	123,3

Q: Bundesministerium für Inneres – Bundeskriminalamt; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

1) Bundeslanddaten: jeweiliges Bundesland im jeweiligen Jahr; Bevölkerungsdaten entnommen der Tabelle 1.2.2a

**9.2.2 a Gewaltdelikte nach Täter-Opferbeziehung, Geschlecht des Täters/der Täterin, Bundesländer und im zeitlichen Verlauf von 2001 bis 2008  
(Teil 3)**

Gliederungsmerkmal	Anzahl pro 100.000 EW <sup>1)</sup> Gesamt	Gesamt		Frauen		Männer	
		familiäre Beziehung in Hausgemeinschaft	familiäre Beziehung ohne Hausgemeinschaft	familiäre Beziehung in Hausgemeinschaft	familiäre Beziehung ohne Hausgemeinschaft	familiäre Beziehung in Hausgemeinschaft	familiäre Beziehung ohne Hausgemeinschaft
		pro 100.000 EW <sup>1)</sup>					
<b>2007</b>							
Österreich	145,3	97,9	47,4	28,3	14,5	171,4	82,1
Burgenland	104,3	68,9	35,3	24,5	11,2	115,3	60,6
Kärnten	131,0	86,3	44,7	27,4	12,1	149,2	79,4
Niederösterreich	120,2	84,2	36,0	27,0	14,4	143,7	58,5
Oberösterreich	130,0	89,3	40,7	27,1	12,6	154,0	69,9
Salzburg	100,9	65,4	35,5	14,4	8,1	119,6	64,7
Steiermark	119,2	83,7	35,5	23,4	9,9	146,9	62,4
Tirol	144,7	96,2	48,5	30,3	14,9	165,2	83,6
Vorarlberg	201,0	132,3	68,6	36,3	20,1	230,8	118,5
Wien	214,8	140,8	74,0	36,5	21,3	254,9	131,6
<b>2008</b>							
Österreich	139,9	94,3	45,6	28,7	14,3	163,4	78,6
Burgenland	83,9	61,2	22,8	21,6	5,6	102,4	40,7
Kärnten	121,5	81,2	40,3	30,5	14,2	135,2	68,1
Niederösterreich	108,0	77,3	30,8	23,8	9,9	133,0	52,4
Oberösterreich	132,9	92,2	40,7	23,2	10,0	163,9	72,4
Salzburg	106,7	66,4	40,4	20,6	12,9	114,9	69,5
Steiermark	115,3	75,8	39,5	24,5	12,5	129,6	67,8
Tirol	133,6	91,8	41,8	27,9	12,0	158,5	73,0
Vorarlberg	189,4	124,1	65,3	38,8	31,3	211,8	100,3
Wien	211,5	138,7	72,8	42,2	22,3	244,1	128,1

Q: Bundesministerium für Inneres – Bundeskriminalamt; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

1) Bundeslanddaten: jeweiliges Bundesland im jeweiligen Jahr; Bevölkerungsdaten entnommen der Tabelle 1.2.2a

## 9.2.2 b Gewaltdelikte nach Täter-Opferbeziehung, Geschlecht und Alter des Täters/der Täterin sowie nach steirischen Bezirken

Gliederungsmerkmal	Anzahl pro 100.000 EW <sup>1)</sup> Gesamt	Gesamt		Frauen		Männer	
		familiäre Beziehung in Hausgemeinschaft	familiäre Beziehung ohne Hausgemeinschaft	familiäre Beziehung in Hausgemeinschaft	familiäre Beziehung ohne Hausgemeinschaft	familiäre Beziehung in Hausgemeinschaft	familiäre Beziehung ohne Hausgemeinschaft
pro 100.000 EW <sup>1)</sup> im Durchschnitt pro Jahr gerechnet für 2001 bis 2008							
<b>Steiermark</b>							
<b>Alter des Täters<sup>2)</sup></b>							
unter 10	0	0	0	0	0	0	0
10 bis 14	3	3	1	1	0	4	1
15 bis 18	74	61	14	32	7	88	20
18 bis 21	121	73	49	23	22	120	74
21 bis 25	161	110	51	42	16	175	85
25 bis 40	235	167	68	58	18	272	115
40 Jahre und älter	109	78	31	19	9	147	56
<b>Bezirke<sup>3)</sup></b>							
Graz (Stadt)	156	112	44	36	12	195	79
Bruck an der Mur	110	80	30	27	11	137	50
Deutschlandsberg	127	92	35	22	10	165	60
Feldbach	96	70	27	18	8	122	46
Fürstenfeld	147	107	40	42	11	177	72
Graz-Umgebung	115	82	34	23	10	143	58
Hartberg	93	68	25	20	7	117	44
Judenburg	108	73	34	26	7	123	62
Knittelfeld	118	87	31	22	10	155	53
Leibnitz	163	114	49	34	12	196	88
Leoben	151	108	43	31	17	191	72
Liezen	94	61	33	16	13	109	54
Mürzzuschlag	103	70	33	19	5	125	63
Murau	58	40	18	12	1	68	36
Radkersburg	167	123	45	51	11	198	80
Voitsberg	118	87	31	25	10	152	52
Weiz	81	56	24	13	6	100	43

Q: Bundesministerium für Inneres – Bundeskriminalamt; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

1) bei Bezirks-, Alters- und Zeitdaten auf die Steiermark bezogen (Steiermark nach Bezirk und Alter, Schnitt der Jahre 2001 – 2008), Daten zur Berechnung der Bezirke aus Tabelle 1.2.2b entnommen

2) Daten aus jeweiligen BHs, Ausnahmen: Graz: Daten von BPD, Leoben: Daten aus BH und BPD

**9.2.3 a Alter der Mutter bei der Geburt in den Bundesländern und im zeitlichen Verlauf von 2001 bis 2008 (Teil 1)**

Gliederungsmerkmal	Zahl der Lebendgeburten gesamt	Alter der Gebärenden							
		< 15	15 - 19	20 -24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 +
		in Prozent							
<b>Österreich (2001)</b>	75.458	0,0	4,3	18,8	33,1	29,7	11,9	2,1	0,1
Burgenland	2.211	0,0	3,5	18,4	37,4	29,1	10,0	1,5	0,1
Kärnten	5.007	0,0	4,1	18,9	31,1	29,9	13,3	2,5	0,2
Niederösterreich	13.660	0,0	3,8	18,9	35,2	29,5	10,8	1,9	0,1
Oberösterreich	13.437	0,0	4,8	19,1	34,5	28,7	11,0	1,9	0,1
Salzburg	5.189	0,0	3,6	18,0	33,7	29,9	12,6	2,0	0,1
Steiermark	10.014	0,0	4,2	20,9	34,8	27,6	10,6	2,0	0,1
Tirol	6.783	0,0	3,8	16,1	33,4	31,9	12,5	2,2	0,1
Vorarlberg	3.990	0,1	3,9	18,5	31,8	31,2	12,4	2,0	0,1
Wien	15.167	0,0	5,2	18,7	29,1	30,6	13,8	2,6	0,1
<b>Österreich (2002)</b>	78.399	0,0	4,1	18,7	32,1	30,0	12,8	2,3	0,1
Burgenland	2.160	0,0	3,3	17,8	36,4	29,6	10,4	2,4	0,0
Kärnten	4.832	0,0	3,7	19,4	32,0	29,6	13,2	2,1	0,1
Niederösterreich	14.213	0,0	3,9	17,7	34,2	30,1	11,8	2,1	0,1
Oberösterreich	13.880	0,0	4,0	19,7	32,9	29,4	11,8	2,1	0,1
Salzburg	5.436	0,0	3,7	18,8	31,3	30,7	13,2	2,2	0,1
Steiermark	10.462	0,0	3,8	19,9	33,8	28,8	11,7	1,9	0,1
Tirol	6.973	0,1	3,9	16,6	31,4	32,3	13,6	2,0	0,1
Vorarlberg	4.015	0,0	3,9	17,7	32,2	30,5	13,5	2,1	0,0
Wien	16.428	0,0	5,2	18,8	28,4	30,0	14,6	2,9	0,2
<b>Österreich (2003)</b>	76.944	0,0	4,0	18,4	31,3	29,9	13,8	2,5	0,1
Burgenland	2.167	0,0	3,5	18,2	35,8	28,1	12,6	1,9	0,1
Kärnten	4.807	0,0	4,1	18,6	31,2	29,0	14,1	2,9	0,1
Niederösterreich	13.802	0,0	3,8	17,9	33,1	29,9	12,8	2,5	0,1
Oberösterreich	13.520	0,0	3,8	18,9	32,8	29,9	12,5	2,1	0,1
Salzburg	5.174	0,0	3,8	17,6	31,6	31,0	13,4	2,5	0,0
Steiermark	10.364	0,0	3,8	19,8	32,7	28,9	12,5	2,3	0,1
Tirol	6.844	0,0	3,9	16,2	29,6	32,6	15,2	2,5	0,1
Vorarlberg	3.780	0,1	3,5	18,7	29,9	31,6	14,1	2,1	0,1
Wien	16.486	0,1	4,8	18,8	28,1	28,9	16,0	3,2	0,1
<b>Österreich (2004)</b>	78.968	0,0	4,1	18,8	30,6	29,6	14,3	2,5	0,1
Burgenland	2.210	0,1	2,9	17,2	35,7	29,5	11,8	2,7	0,1
Kärnten	4.845	0,0	4,4	19,1	30,1	28,4	15,2	2,7	0,1
Niederösterreich	14.322	0,0	3,5	18,5	31,4	30,2	13,9	2,3	0,1
Oberösterreich	13.937	0,0	3,8	19,8	32,0	29,3	12,9	2,3	0,0
Salzburg	5.254	0,0	3,8	18,1	32,4	30,0	13,2	2,4	0,1
Steiermark	10.464	0,0	4,1	19,3	32,2	28,0	13,8	2,5	0,1
Tirol	7.038	0,0	3,7	16,6	30,0	32,3	15,0	2,4	0,1
Vorarlberg	4.042	0,0	3,8	18,5	29,5	30,8	15,1	2,3	0,1
Wien	16.856	0,0	5,3	19,3	27,2	29,0	16,0	3,0	0,2
<b>Österreich (2005)</b>	78.190	0,0	3,9	18,4	30,4	29,8	14,6	2,7	0,1
Burgenland	2.190	0,0	3,0	17,4	31,2	32,2	13,6	2,2	0,2
Kärnten	4.824	0,0	3,9	18,6	30,0	29,7	14,9	2,9	0,1
Niederösterreich	14.190	0,0	3,5	18,6	31,9	29,4	14,0	2,5	0,1
Oberösterreich	13.624	0,0	3,9	19,5	31,9	29,5	12,9	2,3	0,1
Salzburg	5.278	0,0	3,7	17,2	31,1	30,3	15,0	2,5	0,2
Steiermark	10.451	0,0	3,8	18,6	32,4	29,5	13,0	2,6	0,1
Tirol	6.911	0,0	3,5	16,0	30,0	31,1	16,4	2,9	0,1
Vorarlberg	3.982	0,0	3,1	16,5	29,1	32,1	16,4	2,6	0,1
Wien	16.740	0,0	4,9	19,2	27,1	28,9	16,2	3,5	0,1

Q: Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Erstellt am: 05.06.09; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

**9.2.3 a Alter der Mutter bei der Geburt in den Bundesländern und im zeitlichen Verlauf von 2001 bis 2008  
(Teil 2)**

Gliederungsmerkmal	Zahl der Lebendgeburten gesamt	Alter der Gebärenden							
		< 15	15 - 19	20 -24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 +
		in Prozent							
<b>Österreich (2006)</b>	77.914	0,0	3,7	17,9	30,3	30,0	14,9	3,0	0,1
Burgenland	2.124	0,0	3,2	16,2	34,0	30,7	13,3	2,5	0,0
Kärnten	4.921	0,0	3,6	18,5	31,8	27,7	14,7	3,4	0,3
Niederösterreich	14.169	0,0	3,2	18,0	30,6	31,0	14,5	2,6	0,1
Oberösterreich	13.527	0,0	3,5	18,5	32,0	29,4	13,7	2,8	0,1
Salzburg	5.017	0,0	3,0	17,9	32,5	28,9	14,8	2,8	0,1
Steiermark	10.286	0,0	3,8	18,3	31,0	29,8	14,0	3,0	0,1
Tirol	6.905	0,0	3,3	15,8	29,9	31,3	16,3	3,3	0,1
Vorarlberg	3.853	0,1	3,6	16,5	30,7	31,1	15,4	2,7	0,1
<b>Österreich (2007)</b>	76.250	0,0	3,6	17,3	30,7	29,6	15,5	3,1	0,1
Burgenland	2.173	0,0	2,9	14,7	34,9	31,6	13,5	2,3	0,1
Kärnten	4.703	0,0	4,2	18,1	30,7	28,6	15,2	3,0	0,1
Niederösterreich	13.621	0,0	3,2	17,3	31,3	29,4	15,6	3,0	0,1
Oberösterreich	13.297	0,0	3,2	18,7	32,3	29,5	13,5	2,7	0,2
Salzburg	5.031	0,0	2,7	17,0	31,3	30,5	14,9	3,6	0,1
Steiermark	10.167	0,0	3,6	17,0	31,8	29,8	14,9	2,8	0,2
Tirol	6.651	0,0	3,2	14,7	30,3	31,8	16,4	3,3	0,2
Vorarlberg	3.722	0,0	3,5	16,3	30,3	31,0	15,7	3,0	0,1
Wien	16.885	0,0	4,4	17,9	27,8	28,5	17,4	3,7	0,2
<b>Österreich (2008)</b>	77.752	0,0	3,5	16,9	31,2	29,2	15,6	3,3	0,2
Burgenland	2.215	0,0	2,9	14,4	33,5	32,0	14,5	2,7	0,0
Kärnten	4.718	0,0	3,2	18,0	32,4	27,6	15,1	3,5	0,2
Niederösterreich	14.085	0,0	3,3	16,6	31,3	29,5	15,7	3,4	0,2
Oberösterreich	13.540	0,0	3,5	17,5	33,8	28,7	13,8	2,6	0,1
Salzburg	5.070	0,0	3,2	16,0	32,2	28,9	16,2	3,4	0,2
Steiermark	10.255	0,0	3,3	17,1	32,8	29,3	14,2	3,1	0,2
Tirol	6.703	0,0	3,4	15,0	31,3	30,2	16,8	3,1	0,2
Vorarlberg	3.791	0,0	3,4	15,2	30,6	31,2	16,0	3,5	0,1
Wien	17.375	0,0	4,2	18,0	27,5	28,7	17,4	4,0	0,3

Q: Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Erstellt am: 05.06.09; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

### 9.2.3 b Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes in der Steiermark nach steirischen Bezirken, Bildung und im zeitlichen Verlauf von 1999 bis 2008

Gliederungsmerkmal	Zahl der Lebend- geburten	Alter der Mutter bei der Geburt							
		< 15	15 - 17	18 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 +
		in Prozent							
<b>Schulbildung (2008) <sup>1)</sup></b>									
Pflichtschule	1.368	0,1	3,5	35,2	29,2	18,8	10,2	2,7	0,3
Lehre mit Berufsschule	3.331	0,0	0,3	26,3	33,8	25,7	11,1	2,7	0,1
Fach- oder Handelsschule	1.162	0,0	0,1	14,8	37,8	30,3	13,9	2,9	0,2
Matura	1.513	0,0	0,0	12,2	37,7	32,3	13,9	3,4	0,4
Studium u. a.	1.587	0,0	0,0	2,6	24,2	44,2	24,4	4,4	0,3
<b>Bezirke (2008)</b>									
Graz (Stadt)	2.550	0,0	0,6	18,3	27,3	32,2	17,4	4,1	0,2
Bruck an der Mur	428	0,0	0,9	20,6	33,9	29,9	11,7	3,0	0,0
Deutschlandsberg	492	0,0	0,6	20,1	31,5	29,3	15,0	3,0	0,4
Feldbach	547	0,0	0,5	19,6	36,4	28,3	11,9	2,9	0,4
Fürstenfeld	179	0,0	1,1	20,1	35,2	29,1	10,1	2,8	1,7
Graz-Umgebung	1.200	0,1	0,9	15,9	31,6	30,3	16,3	4,5	0,4
Hartberg	641	0,0	1,1	19,7	36,7	28,1	12,5	1,6	0,5
Judenburg	341	0,0	0,9	24,0	35,8	25,5	10,9	2,9	0,0
Knittelfeld	242	0,0	0,8	20,7	36,8	26,4	13,6	1,7	0,0
Leibnitz	618	0,0	0,6	20,6	37,1	26,1	13,3	2,4	0,0
Leoben	443	0,0	0,9	28,7	35,4	22,8	11,1	1,1	0,0
Liezen	668	0,0	0,6	18,3	34,3	30,1	13,3	3,4	0,0
Mürzzuschlag	292	0,0	0,0	22,9	33,2	29,1	12,3	2,1	0,3
Murau	244	0,0	0,0	16,4	40,2	26,2	13,5	3,7	0,0
Radkersburg	164	0,0	0,0	20,7	32,3	35,4	9,8	1,8	0,0
Voitsberg	440	0,0	0,5	23,9	31,6	28,2	13,6	2,0	0,2
Weiz	766	0,0	1,0	19,3	36,7	28,2	12,1	2,5	0,1
<b>Zeit</b>									
1999	10.765	0,0	0,9	26,1	36,4	25,2	9,7	1,6	0,0
2000	10.675	0,0	1,1	24,4	36,0	26,7	10,1	1,6	0,0
2001	10.014	0,0	0,9	24,1	34,8	27,6	10,6	2,0	0,1
2002	10.462	0,0	0,9	22,8	33,8	28,8	11,7	1,9	0,1
2003	10.364	0,0	0,8	22,7	32,7	28,9	12,5	2,3	0,1
2004	10.464	0,0	1,0	22,4	32,2	28,0	13,8	2,5	0,1
2005	10.451	0,0	0,9	21,4	32,4	29,5	13,0	2,6	0,1
2006	10.286	0,0	0,9	21,2	31,0	29,8	14,0	3,0	0,1
2007	10.167	0,0	1,0	19,6	31,8	29,8	14,9	2,8	0,2
2008	10.255	0,0	0,7	19,6	32,8	29,3	14,2	3,1	0,2

Q: Statistik Austria; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT und FH JOANNEUM

1) Die Gesamtzahl der Geburten nach Bildungsstatus der Mütter weicht von der Gesamtzahl der Geburten ab, da nicht bei allen Müttern der Bildungsstatus bekannt ist.

### 9.2.4 a Anteil der Kaiserschnitte in den Bundesländern, steirischen Bezirken und im zeitlichen Verlauf von 2004 bis 2008

Gliederungsmerkmal	2004	2005	2006	2007	2008	Ø 2004 – 2008
	Lebendgeborene insgesamt absolut					
<b>Österreich</b>	78.968	78.190	77.914	76.250	77.752	77.815
Burgenland	2.210	2.190	2.124	2.173	2.215	2.182
Kärnten	4.845	4.824	4.921	4.703	4.718	4.802
Niederösterreich	14.322	14.190	14.169	13.621	14.085	14.077
Oberösterreich	13.937	13.624	13.527	13.297	13.540	13.585
Salzburg	5.254	5.278	5.017	5.031	5.070	5.130
Tirol	7.038	6.911	6.905	6.651	6.703	6.842
Vorarlberg	4.042	3.982	3.853	3.722	3.791	3.878
Wien	16.856	16.740	17.112	16.885	17.375	16.994
Kaiserschnitt pro 1.000 Lebendgeborene						
<b>Österreich</b>	235,6	244,2	258,1	271,5	280,0	257,7
Burgenland	288,7	286,8	301,8	305,6	338,6	304,3
Kärnten	245,0	244,0	255,6	276,2	295,0	262,9
Niederösterreich	239,6	243,0	265,7	280,2	288,3	263,1
Oberösterreich	221,7	229,7	231,9	242,8	242,3	233,6
Salzburg	173,0	197,2	195,9	209,5	210,1	197,0
Tirol	250,2	277,8	287,9	298,0	298,7	282,2
Vorarlberg	200,6	230,0	238,5	244,5	256,1	233,5
Wien	237,7	236,3	256,6	269,4	289,5	258,1
Lebendgeborene insgesamt absolut						
<b>Steiermark</b>	10.464	10.451	10.286	10.167	10.255	10.325
Graz	2.264	2.443	2.408	2.430	2.550	2.419
Bruck an der Mur	516	490	544	455	428	487
Deutschlandsberg	570	507	479	487	492	507
Feldbach	615	579	600	607	547	590
Fürstenfeld	223	230	201	204	179	207
Graz-Umgebung	1.111	1.192	1.190	1.200	1.200	1.179
Hartberg	603	629	614	579	641	613
Judenburg	369	346	315	336	341	341
Knittelfeld	263	232	267	235	242	248
Leibnitz	705	645	629	631	618	646
Leoben	494	464	427	437	443	453
Liezen	708	700	712	674	668	692
Mürzzuschlag	311	297	310	296	292	301
Murau	289	267	263	252	244	263
Radkersburg	170	178	161	145	164	164
Voitsberg	438	440	402	384	440	421
Weiz	815	812	764	815	766	794
Kaiserschnitt pro 1.000 Lebendgeborene						
<b>Steiermark</b>	264,4	275,4	294,4	314,4	314,1	292,3
Graz	297,3	297,6	334,3	336,2	314,5	316,2
Bruck an der Mur	238,4	257,1	296,0	287,9	299,1	275,0
Deutschlandsberg	243,9	293,9	304,8	291,6	302,8	286,0
Feldbach	282,9	250,4	276,7	291,6	310,8	282,2
Fürstenfeld	269,1	278,3	318,4	303,9	357,5	302,8
Graz-Umgebung	267,3	276,0	310,9	328,3	319,2	300,9
Hartberg	220,6	278,2	263,8	338,5	346,3	289,6
Judenburg	260,2	263,0	295,2	351,2	346,0	302,3
Knittelfeld	262,4	284,5	265,9	348,9	330,6	297,0
Leibnitz	263,8	263,6	308,4	301,1	318,8	290,3
Leoben	313,8	273,7	236,5	336,4	266,4	286,1
Liezen	244,4	268,6	250,0	310,1	323,4	278,5
Mürzzuschlag	244,4	249,2	216,1	304,1	297,9	261,6
Murau	193,8	209,7	224,3	254,0	319,7	238,0
Radkersburg	217,6	320,2	298,1	227,6	256,1	265,3
Voitsberg	299,1	327,3	301,0	338,5	320,5	317,0
Weiz	231,9	234,0	290,6	263,8	295,0	262,3

Q: Statistik Austria; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

**9.2.4 b Anteil der Kaiserschnitte nach Alter der Mutter, Geschlecht des Kindes und im zeitlichen Verlauf von 1995 bis 2008**

Gliederungsmerkmal	Lebendgeborene insgesamt absolut	Kaiserschnitt pro 1.000 Lebendgeborene
<b>Alter der Mutter bei der Entbindung (2008)</b>		
10 bis 14 Jahre	1	0,0
15 bis 19 Jahre	337	231,5
20 bis 24 Jahre	1.751	267,3
25 bis 29 Jahre	3.367	298,5
30 bis 34 Jahre	3.004	333,6
35 bis 39 Jahre	1.453	362,7
40 bis 44 Jahre	320	403,1
45 bis 49 Jahre	20	500,0
50 bis 54 Jahre	0	0,0
55 bis 59 Jahre	2	1.000,0
<b>Geschlecht des Kindes (2008)</b>		
weiblich	5.202	322,0
männlich	5.053	306,0
<b>Steiermark</b>		
1995	12.226	125,5
1996	12.424	143,3
1997	11.721	144,4
1998	11.168	150,5
1999	10.765	174,7
2000	10.675	185,9
2001	10.014	203,0
2002	10.462	226,2
2003	10.364	241,7
2004	10.464	264,4
2005	10.451	275,4
2006	10.286	294,4
2007	10.167	314,4
2008	10.255	314,1

Q. Statistik Austria; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM



## 9.2.5 a Anteil der Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht, in den Bundesländern, nach Geschlecht des Kindes und im zeitlichen Verlauf von 1990 bis 2008 (Teil 1)

Gliederungs- merkmal	Ö		Bundesländer – gesamt																	
			Bgl		Ktn		NÖ		OÖ		Sbg		Stmk		T		Vbg		W	
Jahr	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1990	90.454	5,6	2.675	4,3	6.427	5,8	16.522	5,3	16.455	5,0	5.934	6,0	13.299	5,8	8.198	5,6	4.568	5,0	16.376	6,5
1991	94.629	5,4	2.708	4,7	6.600	5,7	17.253	4,9	17.457	5,0	6.359	5,6	13.750	5,8	8.643	5,1	4.643	5,1	17.216	6,4
1992	95.302	5,7	2.619	4,7	6.606	6,1	17.035	5,3	17.602	5,2	6.590	5,7	13.702	5,7	8.847	5,9	4.874	5,5	17.427	6,5
1993	95.227	5,5	2.756	4,9	6.396	6,2	17.369	5,0	17.867	4,8	6.501	5,5	13.361	5,9	8.853	6,1	4.785	4,9	17.339	6,1
1994	92.415	5,6	2.620	4,9	6.275	5,9	16.701	5,2	17.228	5,1	6.338	5,9	12.945	5,5	8.585	5,2	4.659	5,5	17.064	6,7
1995	88.669	5,7	2.493	4,6	6.149	6,5	16.131	5,4	16.349	4,9	6.172	5,8	12.226	5,7	8.245	5,8	4.643	5,2	16.261	6,9
1996	88.809	5,8	2.461	5,2	6.088	6,3	16.182	5,8	16.335	5,3	6.127	6,4	12.424	5,5	8.321	5,2	4.629	6,1	16.242	6,3
1997	84.045	6,0	2.427	5,5	5.637	6,6	15.305	5,7	15.459	5,5	5.904	6,4	11.721	5,9	7.849	6,2	4.238	6,2	15.505	6,4
1998	81.233	6,1	2.331	5,1	5.490	6,8	14.741	5,9	14.685	5,7	5.682	5,5	11.168	6,3	7.698	5,9	4.203	5,9	15.235	7,0
1999	78.138	6,5	2.231	5,9	5.233	7,8	14.131	5,9	13.902	5,8	5.557	6,5	10.765	6,5	7.091	6,6	4.071	6,0	15.157	7,3
2000	78.268	6,3	2.206	6,5	5.155	7,3	14.097	6,1	14.105	6,1	5.437	6,0	10.675	6,1	7.149	6,3	3.897	6,1	15.547	6,8
2001	75.458	6,7	2.211	5,8	5.007	8,3	13.660	6,3	13.437	6,1	5.189	6,5	10.014	6,7	6.783	6,9	3.990	7,1	15.167	6,9
2002	78.399	6,6	2.160	6,1	4.832	7,7	14.213	6,1	13.880	6,0	5.436	5,8	10.462	7,5	6.973	6,6	4.015	6,4	16.428	7,1
2003	76.944	7,1	2.167	6,6	4.807	8,2	13.802	6,8	13.520	6,4	5.174	6,3	10.364	7,1	6.844	8,1	3.780	7,2	16.486	7,5
2004	78.968	6,8	2.210	6,3	4.845	7,6	14.322	6,4	13.937	6,7	5.254	7,3	10.464	6,9	7.038	7,1	4.042	5,6	16.856	7,0
2005	78.190	6,8	2.190	6,5	4.824	7,6	14.190	6,4	13.624	6,2	5.278	6,6	10.451	7,4	6.911	7,4	3.982	7,6	16.740	6,9
2006	77.914	7,1	2.124	5,9	4.921	7,6	14.169	7,1	13.527	6,8	5.017	6,3	10.286	7,4	6.905	7,0	3.853	7,7	17.112	7,2
2007	76.250	7,2	2.173	6,4	4.703	8,0	13.621	7,1	13.297	7,2	5.031	7,1	10.167	7,4	6.651	7,1	3.722	7,6	16.885	7,2
2008	77.752	7,1	2.215	6,0	4.718	7,5	14.085	6,8	13.540	6,8	5.070	6,5	10.255	7,7	6.703	7,1	3.791	7,8	17.375	7,2
Ø 2004 – 2008	77.815	7,0	2.182	6,2	4.802	7,7	14.077	6,8	13.585	6,7	5.130	6,8	10.325	7,4	6.842	7,2	3.878	7,3	16.994	7,1

Q: Statistik Austria; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

1) Anzahl der Geburten

2) Anteil der Geburten mit Geburtsgewicht &lt; 2500 Gramm in Prozent

**9.2.5 a Anteil der Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht, in den Bundesländern, nach Geschlecht des Kindes und im zeitlichen Verlauf von 1990 bis 2008 (Teil 2)**

Gliederungsmerkmal	Ö		Bundesländer – weiblich																	
			Bgl		Ktn		NÖ		OÖ		Sbg		Stmk		T		Vbg		W	
Jahr	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1990	43.976	6,1	1.346	4,8	3.137	6,0	7.962	5,5	8.064	5,4	2.845	7,2	6.431	6,5	4.028	6,7	2.247	5,4	7.916	7,0
1991	46.024	5,9	1.296	4,6	3.241	5,8	8.473	5,5	8.433	5,6	3.029	6,0	6.705	6,4	4.239	5,4	2.247	5,3	8.361	6,8
1992	46.206	6,2	1.305	5,5	3.255	6,7	8.233	5,6	8.500	5,7	3.215	6,3	6.530	6,1	4.289	6,6	2.349	5,4	8.530	7,2
1993	46.460	5,7	1.353	5,5	3.098	6,7	8.480	5,3	8.761	5,2	3.139	5,7	6.464	6,2	4.344	5,8	2.307	5,1	8.514	6,3
1994	45.003	6,2	1.265	6,0	3.075	6,3	8.173	5,8	8.483	5,6	3.039	6,4	6.342	6,3	4.173	5,6	2.223	6,3	8.230	7,4
1995	43.250	6,1	1.255	4,4	3.005	6,6	7.881	5,9	8.025	5,3	3.007	6,4	5.835	5,9	3.956	6,4	2.312	5,3	7.974	7,4
1996	43.251	6,2	1.223	5,4	2.972	7,4	7.826	6,4	7.939	5,8	3.045	7,0	5.988	5,4	4.135	5,8	2.237	6,5	7.886	6,5
1997	41.103	6,6	1.162	5,4	2.808	6,8	7.449	6,3	7.549	5,9	2.889	7,2	5.759	6,4	3.776	7,2	2.132	7,6	7.579	7,2
1998	39.521	6,5	1.137	5,7	2.710	7,4	7.077	6,7	7.088	6,2	2.743	5,8	5.516	6,7	3.819	6,0	2.043	5,9	7.388	7,1
1999	38.147	7,1	1.108	6,5	2.545	8,8	6.930	6,2	6.740	6,2	2.654	7,5	5.212	6,9	3.480	6,6	1.998	7,2	7.480	8,2
2000	38.136	6,8	1.042	6,5	2.527	8,0	6.797	6,4	6.935	6,5	2.621	6,1	5.233	6,9	3.434	6,7	1.925	6,4	7.622	7,6
2001	36.861	7,2	1.072	6,3	2.452	9,1	6.632	7,0	6.628	6,5	2.554	6,1	4.866	7,3	3.353	7,2	1.906	7,7	7.398	7,6
2002	38.281	7,2	1.008	6,1	2.383	8,1	6.863	6,8	6.812	6,4	2.614	5,7	5.070	8,4	3.407	7,2	2.007	7,3	8.117	7,8
2003	37.402	7,7	1.096	7,3	2.331	8,7	6.693	7,4	6.611	7,2	2.481	6,9	5.084	8,0	3.359	8,3	1.870	7,4	7.877	8,0
2004	38.428	7,4	1.093	6,7	2.363	8,6	6.962	6,9	6.809	7,4	2.555	8,2	5.122	7,3	3.403	7,5	2.005	5,8	8.116	7,6
2005	38.312	7,5	1.076	6,8	2.381	7,9	6.926	7,2	6.694	7,0	2.569	6,7	5.143	8,1	3.429	8,0	1.902	8,5	8.192	7,6
2006	38.169	7,6	1.072	6,4	2.362	8,0	6.969	7,9	6.602	7,5	2.449	6,8	5.099	7,6	3.357	7,6	1.863	8,5	8.396	7,7
2007	37.310	8,0	1.040	7,0	2.252	9,2	6.695	7,9	6.473	8,2	2.442	7,6	5.009	8,2	3.243	8,1	1.885	7,6	8.271	7,8
2008	37.626	7,6	1.104	6,6	2.311	7,9	6.817	7,6	6.491	7,2	2.439	6,8	5.053	8,5	3.216	7,6	1.838	8,0	8.357	7,3
Ø 2004 – 2008	37.969	7,6	1.077	6,7	2.334	8,3	6.874	7,5	6.614	7,5	2.491	7,2	5.085	7,9	3.330	7,8	1.899	7,7	8.266	7,6

Q: Statistik Austria; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

1) Anzahl der Geburten

2) Anteil der Geburten mit Geburtsgewicht &lt; 2500 Gramm in Prozent

**9.2.5 a Anteil der Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht, in den Bundesländern, nach Geschlecht des Kindes und im zeitlichen Verlauf von 1990 bis 2008 (Teil 3)**

Gliederungsmerkmal	Ö		Bundesländer – männlich																	
			Bgl		Ktn		NÖ		OÖ		Sbg		Stmk		T		Vbg		W	
Jahr	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1990	46.478	5,1	1.329	3,7	3.290	5,5	8.560	5,0	8.391	4,5	3.089	5,0	6.868	5,3	4.170	4,6	2.321	4,6	8.460	6,1
1991	48.605	5,0	1.412	4,8	3.359	5,5	8.780	4,2	9.024	4,4	3.330	5,2	7.045	5,2	4.404	4,7	2.396	4,9	8.855	5,9
1992	49.096	5,2	1.314	4,0	3.351	5,5	8.802	5,1	9.102	4,7	3.375	5,1	7.172	5,3	4.558	5,2	2.525	5,5	8.897	5,7
1993	48.767	5,3	1.403	4,3	3.298	5,6	8.889	4,7	9.106	4,4	3.362	5,4	6.897	5,6	4.509	6,3	2.478	4,7	8.825	5,9
1994	47.412	5,1	1.355	3,9	3.200	5,5	8.528	4,8	8.745	4,7	3.299	5,5	6.603	4,7	4.412	4,9	2.436	4,6	8.834	6,0
1995	45.419	5,4	1.238	4,8	3.144	6,5	8.250	5,0	8.324	4,4	3.165	5,3	6.391	5,6	4.289	5,3	2.331	5,0	8.287	6,4
1996	45.558	5,4	1.238	5,0	3.116	5,2	8.356	5,3	8.396	4,8	3.082	5,8	6.436	5,5	4.186	4,6	2.392	5,6	8.356	6,2
1997	42.942	5,4	1.265	5,6	2.829	6,4	7.856	5,0	7.910	5,2	3.015	5,5	5.962	5,5	4.073	5,3	2.106	4,8	7.926	5,7
1998	41.712	5,7	1.194	4,4	2.780	6,2	7.664	5,2	7.597	5,2	2.939	5,2	5.652	5,9	3.879	5,9	2.160	5,8	7.847	6,8
1999	39.991	5,9	1.123	5,3	2.688	6,8	7.201	5,5	7.162	5,3	2.903	5,6	5.553	6,2	3.611	6,7	2.073	4,8	7.677	6,3
2000	40.132	5,8	1.164	6,4	2.628	6,6	7.300	5,8	7.170	5,6	2.816	5,9	5.442	5,3	3.715	5,9	1.972	5,8	7.925	6,1
2001	38.597	6,2	1.139	5,4	2.555	7,6	7.028	5,6	6.809	5,6	2.635	6,9	5.148	6,2	3.430	6,6	2.084	6,6	7.769	6,1
2002	40.118	6,0	1.152	6,2	2.449	7,2	7.350	5,5	7.068	5,6	2.822	5,8	5.392	6,7	3.566	6,0	2.008	5,5	8.311	6,4
2003	39.542	6,5	1.071	5,9	2.476	7,8	7.109	6,3	6.909	5,7	2.693	5,7	5.280	6,3	3.485	7,8	1.910	7,1	8.609	7,0
2004	40.540	6,3	1.117	6,0	2.482	6,6	7.360	6,0	7.128	6,0	2.699	6,4	5.342	6,5	3.635	6,8	2.037	5,4	8.740	6,4
2005	39.878	6,2	1.114	6,2	2.443	7,4	7.264	5,7	6.930	5,5	2.709	6,4	5.308	6,7	3.482	6,8	2.080	6,9	8.548	6,2
2006	39.745	6,5	1.052	5,3	2.559	7,2	7.200	6,3	6.925	6,2	2.568	5,8	5.187	7,3	3.548	6,5	1.990	6,9	8.716	6,7
2007	38.940	6,5	1.133	5,9	2.451	6,9	6.926	6,2	6.824	6,2	2.589	6,6	5.158	6,7	3.408	6,2	1.837	7,7	8.614	6,6
2008	40.126	6,6	1.111	5,4	2.407	7,1	7.268	6,0	7.049	6,3	2.631	6,2	5.202	6,9	3.487	6,6	1.953	7,6	9.018	7,1
Ø 2004 – 2008	39.846	6,4	1.105	5,8	2.468	7,0	7.204	6,0	6.971	6,0	2.639	6,3	5.239	6,8	3.512	6,6	1.979	6,9	8.727	6,6

Q: Statistik Austria; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

1) Anzahl der Geburten

2) Anteil der Geburten mit Geburtsgewicht &lt; 2500 Gramm in Prozent

**9.2.5 b Anteil der Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht, in den steirischen Bezirken nach Geschlecht des Kindes und im zeitlichen Verlauf von 1990/1993 bis 2008 (Teil 1)**

Gliederungsmerkmal	Bezirke Steiermark – gesamt																
	G	BM	DL	FB	FF	GU	HB	JU	KF	LB	LE	LI	MZ	MU	RA	VO	WZ
Jahr	Anzahl der Geburten																
1990	2.311	710	699	844	261	1.348	923	545	322	884	700	946	497	392	279	539	1.099
1991	2.444	637	754	850	284	1.414	972	564	322	946	676	1.005	451	408	296	636	1.091
1992	2.459	668	722	880	265	1.464	870	569	340	934	687	1.010	475	439	267	575	1.078
1993	2.468	657	739	779	246	1.405	929	522	337	889	652	1.011	417	379	288	539	1.104
1994	2.414	660	731	772	245	1.365	859	486	325	866	603	916	443	403	300	510	1.047
1995	2.341	593	661	726	235	1.312	769	509	315	785	574	897	393	326	232	544	1.014
1996	2.365	603	638	765	238	1.348	796	510	314	842	581	912	426	337	281	531	937
1997	2.272	538	605	709	218	1.226	776	456	296	751	575	862	394	329	265	509	940
1998	2.176	541	558	701	222	1.179	703	484	253	731	523	802	354	348	227	461	905
1999	2.226	530	539	630	214	1.131	628	402	261	745	494	798	338	290	218	450	871
2000	2.225	496	585	628	215	1.136	683	435	254	692	492	777	322	287	188	431	829
2001	2.101	453	500	606	181	1.090	624	391	249	634	487	716	306	235	213	445	783
2002	2.254	462	566	624	204	1.192	619	416	257	725	498	702	270	282	207	403	781
2003	2.234	536	564	641	183	1.090	662	375	260	656	472	735	290	248	173	455	790
2004	2.264	516	570	615	223	1.111	603	369	263	705	494	708	311	289	170	438	815
2005	2.443	490	507	579	230	1.192	629	346	232	645	464	700	297	267	178	440	812
2006	2.408	544	479	600	201	1.190	614	315	267	629	427	712	310	263	161	402	764
2007	2.430	455	487	607	204	1.200	579	336	235	631	437	674	296	252	145	384	815
2008	2.550	428	492	547	179	1.200	641	341	242	618	443	668	292	244	164	440	766

Q: Statistik Austria; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

**9.2.5 b Anteil der Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht, in den steirischen Bezirken nach Geschlecht des Kindes und im zeitlichen Verlauf von 1990/1993 bis 2008 (Teil 2)**

Gliederungsmerkmal	Bezirke Steiermark – gesamt																
	G	BM	DL	FB	FF	GU	HB	JU	KF	LB	LE	LI	MZ	MU	RA	VO	WZ
Jahr	Anteil der Geburten mit Geburtsgewicht < 2500 Gramm in Prozent																
1990	6,2	6,6	5,9	5,1	4,6	5,6	5,5	6,4	6,2	6,1	6,9	6,1	4,6	6,1	5,0	4,8	5,6
1991	5,6	7,1	7,0	5,4	4,9	5,3	5,6	6,9	6,5	5,0	6,5	6,2	5,5	6,4	9,1	5,7	4,2
1992	5,3	5,2	6,8	5,8	5,7	6,0	4,0	6,0	5,0	7,0	6,6	4,7	6,7	5,7	6,0	6,3	5,3
1993	6,9	6,5	8,4	3,6	4,5	5,7	4,1	6,1	6,2	5,7	4,9	5,7	4,1	5,0	5,6	7,4	6,3
1994	5,6	6,7	5,6	4,4	9,8	5,1	5,6	5,3	6,5	5,7	4,6	6,3	4,7	6,2	4,3	4,7	5,3
1995	4,8	5,7	6,4	4,3	6,4	5,0	4,2	6,1	7,6	6,2	7,0	6,8	4,1	10,4	6,5	8,6	4,7
1996	6,3	5,3	4,2	5,2	3,4	5,0	4,8	7,6	6,4	5,2	7,2	3,9	6,6	5,9	3,9	5,5	5,0
1997	5,8	5,9	8,3	3,8	6,4	4,7	5,3	5,9	5,1	5,6	7,8	5,3	8,6	5,5	8,3	8,1	5,3
1998	6,9	6,3	5,9	6,3	3,6	5,3	6,3	8,7	6,3	6,2	6,9	6,2	4,5	7,8	4,4	7,6	5,3
1999	7,1	7,9	8,2	3,2	7,9	5,9	6,1	7,0	6,9	7,1	8,1	6,1	5,3	6,6	4,6	6,9	5,9
2000	5,7	7,5	7,9	7,0	5,6	5,7	6,4	6,0	5,9	4,8	5,7	5,5	6,8	8,4	6,9	6,5	5,4
2001	7,1	6,0	6,0	4,3	5,5	6,2	6,9	6,4	10,8	6,8	7,2	7,0	6,5	9,8	6,6	9,7	5,2
2002	7,3	6,1	9,2	9,3	4,4	7,0	6,6	8,2	9,3	8,0	6,6	7,7	9,3	10,3	9,2	9,7	4,9
2003	7,7	9,3	7,6	4,4	6,6	6,3	6,5	8,0	8,8	5,9	8,5	5,7	6,2	10,9	5,8	9,0	6,2
2004	6,7	10,1	5,6	5,4	9,9	6,3	6,3	11,1	5,3	6,0	9,9	6,2	5,8	7,6	4,1	6,6	7,4
2005	7,7	7,3	8,5	7,4	5,7	8,8	7,5	6,1	5,2	6,0	7,8	6,7	7,4	6,0	8,4	8,2	6,5
2006	7,7	7,2	6,7	6,3	5,5	7,6	8,0	7,9	7,1	7,2	6,8	6,9	7,4	6,1	4,3	8,5	9,0
2007	7,7	6,4	8,2	8,6	2,5	7,0	8,3	9,5	7,7	7,6	9,6	7,3	8,8	7,1	4,8	4,7	6,5
2008	7,4	9,6	8,1	7,3	9,5	7,6	6,4	8,5	8,3	7,9	6,3	7,2	9,6	6,6	6,7	10,9	7,0
Ø 2004 – 2008	7,4	8,1	7,4	7,0	6,6	7,5	7,3	8,7	6,7	6,9	8,1	6,8	7,8	6,7	5,7	7,8	7,3

Q: Statistik Austria; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

**9.2.5 b Anteil der Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht, in den steirischen Bezirken nach Geschlecht des Kindes und im zeitlichen Verlauf von 1990/1993 bis 2008 (Teil 3)**

Gliederungsmerkmal	Bezirke Steiermark – weiblich																
	G	BM	DL	FB	FF	GU	HB	JU	KF	LB	LE	LI	MZ	MU	RA	VO	WZ
Jahr	Anzahl der Geburten																
1993	1.158	330	355	384	127	671	463	280	150	432	320	519	217	182	122	243	511
1994	1.137	329	358	377	116	646	431	247	154	408	311	473	237	205	160	231	522
1995	1.126	290	306	346	118	651	363	268	152	371	256	410	177	158	115	260	468
1996	1.152	304	307	399	120	653	378	232	144	422	269	423	193	159	134	257	442
1997	1.094	270	292	357	114	598	361	233	138	378	286	420	187	160	137	255	479
1998	1.054	285	274	362	113	584	342	247	123	368	251	412	173	159	109	231	429
1999	1.102	262	256	314	86	540	301	200	134	356	259	381	178	135	108	204	396
2000	1.117	230	269	300	111	559	345	204	133	331	232	397	156	134	83	212	420
2001	1.019	236	237	279	85	549	305	194	118	297	247	308	152	126	106	234	374
2002	1.058	217	279	315	102	574	303	212	131	348	237	327	128	137	101	210	391
2003	1.074	288	281	328	83	510	303	187	128	335	239	335	131	129	84	244	405
2004	1.106	262	284	308	96	566	292	156	123	361	246	343	166	137	87	215	374
2005	1.183	239	250	259	113	588	332	170	115	318	242	357	144	130	77	217	409
2006	1.182	264	238	290	103	568	329	162	128	340	202	361	152	127	83	193	377
2007	1.225	211	259	287	99	598	285	166	107	313	209	313	134	121	71	206	405
2008	1.247	215	239	279	85	586	318	161	115	308	222	323	151	120	87	213	384
Gliederungsmerkmal	Bezirke Steiermark – weiblich																
G	BM	DL	FB	FF	GU	HB	JU	KF	LB	LE	LI	MZ	MU	RA	VO	WZ	
Jahr	Anteil der Geburten mit Geburtsgewicht < 2500 Gramm in Prozent																
1993	7,7	7,6	9,6	3,9	4,7	5,4	3,9	8,2	8,7	4,4	5,9	5,6	5,1	3,3	7,4	9,1	5,1
1994	5,5	9,1	6,4	4,8	6,0	5,1	7,4	6,5	6,5	7,6	5,8	7,8	3,8	9,8	6,3	5,6	6,1
1995	4,6	5,9	6,2	6,1	5,9	5,8	4,4	5,6	6,6	8,4	5,1	5,9	4,5	10,8	7,8	8,8	4,7
1996	6,3	6,9	4,9	5,0	5,8	4,9	4,2	6,0	4,9	4,5	7,1	2,8	5,7	5,7	5,2	6,6	6,1
1997	5,9	4,1	6,8	5,6	7,0	4,7	6,1	6,9	7,2	6,3	9,8	6,9	9,1	5,6	5,8	10,2	6,1
1998	6,9	5,6	7,7	6,1	1,8	6,2	5,3	9,3	4,1	7,3	8,0	7,8	5,8	6,9	6,4	9,5	5,6
1999	8,5	8,0	8,6	4,1	8,1	6,1	6,0	9,5	8,2	7,0	5,4	8,1	6,2	6,7	3,7	5,9	3,8
2000	6,4	7,0	10,4	7,3	5,4	6,1	5,8	5,9	8,3	5,7	7,3	6,5	9,0	11,9	6,0	9,0	6,2
2001	8,0	7,6	5,9	5,7	7,1	6,7	6,6	5,2	11,9	8,4	7,7	6,8	3,9	10,3	5,7	11,5	5,3
2002	8,7	7,8	11,5	7,0	4,9	8,0	6,6	8,0	12,2	8,6	6,8	9,2	10,2	12,4	7,9	11,0	5,9
2003	8,6	10,1	7,8	4,9	10,8	6,3	7,3	8,0	9,4	6,6	10,5	7,5	6,1	11,6	7,1	10,2	7,7
2004	5,9	12,6	7,0	3,6	10,4	6,7	4,8	12,8	8,1	6,9	9,3	7,3	6,6	7,3	5,7	8,8	9,6
2005	7,9	8,8	10,4	8,9	8,0	10,2	9,3	8,2	6,1	4,4	7,4	7,6	8,3	8,5	10,4	7,4	6,1
2006	7,6	8,3	6,7	7,2	6,8	7,6	7,9	6,2	7,0	9,7	7,4	7,5	8,6	7,1	3,6	7,3	7,2
2007	8,0	6,6	12,4	11,1	2,0	7,2	8,4	12,7	5,6	7,0	11,0	8,0	13,4	6,6	7,0	4,4	7,4
2008	8,6	11,2	7,5	8,2	10,6	8,4	6,9	9,9	9,6	8,1	5,9	7,7	11,3	6,7	6,9	12,2	8,3
Ø 2004 – 2008	7,6	9,6	8,8	7,7	7,5	8,0	7,5	9,9	7,3	7,3	8,2	7,6	9,5	7,2	6,7	8,0	7,7

Q: Statistik Austria; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

**9.2.5 b Anteil der Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht, in den steirischen Bezirken nach Geschlecht des Kindes und im zeitlichen Verlauf von 1990/1993 bis 2008 (Teil 4)**

Gliederungsmerkmal	Bezirke Steiermark – männlich																
	G	BM	DL	FB	FF	GU	HB	JU	KF	LB	LE	LI	MZ	MU	RA	VO	WZ
Jahr	Anzahl der Geburten																
1993	1.310	327	384	395	119	734	466	242	187	457	332	492	200	197	166	296	593
1994	1.277	331	373	395	129	719	428	239	171	458	292	443	206	198	140	279	525
1995	1.215	303	355	380	117	661	406	241	163	414	318	487	216	168	117	284	546
1996	1.213	299	331	366	118	695	418	278	170	420	312	489	233	178	147	274	495
1997	1.178	268	313	352	104	628	415	223	158	373	289	442	207	169	128	254	461
1998	1.122	256	284	339	109	595	361	237	130	363	272	390	181	189	118	230	476
1999	1.124	268	283	316	128	591	327	202	127	389	235	417	160	155	110	246	475
2000	1.108	266	316	328	104	577	338	231	121	361	260	380	166	153	105	219	409
2001	1.082	217	263	327	96	541	319	197	131	337	240	408	154	109	107	211	409
2002	1.196	245	287	309	102	618	316	204	126	377	261	375	142	145	106	193	390
2003	1.160	248	283	313	100	580	359	188	132	321	233	400	159	119	89	211	385
2004	1.158	254	286	307	127	545	311	213	140	344	248	365	145	152	83	223	441
2005	1.260	251	257	320	117	604	297	176	117	327	222	343	153	137	101	223	403
2006	1.226	280	241	310	98	622	285	153	139	289	225	351	158	136	78	209	387
2007	1.205	244	228	320	105	602	294	170	128	318	228	361	162	131	74	178	410
2008	1.303	213	253	268	94	614	323	180	127	310	221	345	141	124	77	227	382
Gliederungsmerkmal	Bezirke Steiermark – männlich																
G	BM	DL	FB	FF	GU	HB	JU	KF	LB	LE	LI	MZ	MU	RA	VO	WZ	
Jahr	Anteil der Geburten mit Geburtsgewicht < 2500 Gramm in Prozent																
1993	6,3	5,5	7,3	3,3	4,2	6,0	4,3	3,7	4,3	7,0	3,9	5,9	3,0	6,6	4,2	6,1	7,4
1994	5,6	4,2	4,8	4,1	13,2	5,0	3,7	4,2	6,4	3,9	3,4	4,7	5,8	2,5	2,1	3,9	4,4
1995	4,9	5,6	6,5	2,6	6,8	4,2	3,9	6,6	8,6	4,3	8,5	7,6	3,7	10,1	5,1	8,5	4,8
1996	6,3	3,7	3,6	5,5	0,8	5,2	5,3	9,0	7,6	6,0	7,4	4,9	7,3	6,2	2,7	4,4	4,0
1997	5,8	7,8	9,6	2,0	5,8	4,8	4,6	4,9	3,2	4,8	5,9	3,8	8,2	5,3	10,9	5,9	4,6
1998	6,9	7,0	4,2	6,5	5,5	4,5	7,2	8,0	8,5	5,0	5,9	4,6	3,3	8,5	2,5	5,7	5,0
1999	5,7	7,8	7,8	2,2	7,8	5,8	6,1	4,5	5,5	7,2	11,1	4,3	4,4	6,5	5,5	7,7	7,6
2000	5,1	7,9	5,7	6,7	5,8	5,4	7,1	6,1	3,3	3,9	4,2	4,5	4,8	5,2	7,6	4,1	4,6
2001	6,3	4,1	6,1	3,1	4,2	5,7	7,2	7,6	9,9	5,3	6,7	7,1	9,1	9,2	7,5	7,6	5,1
2002	6,0	4,5	7,0	11,7	3,9	6,1	6,6	8,3	6,3	7,4	6,5	6,4	8,5	8,3	10,4	8,3	3,8
2003	6,9	8,5	7,4	3,8	3,0	6,4	5,8	8,0	8,3	5,3	6,4	4,3	6,3	10,1	4,5	7,6	4,7
2004	7,4	7,5	4,2	7,2	9,4	5,9	7,7	9,9	2,9	4,9	10,5	5,2	4,8	7,9	2,4	4,5	5,4
2005	7,5	6,0	6,6	6,3	3,4	7,5	5,4	4,0	4,3	7,6	8,1	5,8	6,5	3,6	6,9	9,0	6,9
2006	7,8	6,1	6,6	5,5	4,1	7,7	8,1	9,8	7,2	4,2	6,2	6,3	6,3	5,1	5,1	9,6	10,9
2007	7,4	6,1	3,5	6,3	2,9	6,8	8,2	6,5	9,4	8,2	8,3	6,6	4,9	7,6	2,7	5,1	5,6
2008	6,2	8,0	8,7	6,3	8,5	6,8	5,9	7,2	7,1	7,7	6,8	6,7	7,8	6,5	6,5	9,7	5,8
Ø 2004 – 2008	7,2	6,7	5,9	6,3	5,7	7,0	7,0	7,5	6,1	6,5	8,0	6,1	6,1	6,2	4,8	7,6	6,9

Q: Statistik Austria; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und FH JOANNEUM

### 9.2.6 Neuinfektionen ausgewählter Geschlechtskrankheiten in den Bundesländern und im zeitlichen Verlauf von 2001 bis 2008

Gliederungsmerkmal	Bundesland								
	Bgl	Ktn	NÖ	OÖ	Sbg	Stmk	T	Vbg	W
	pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Gebietseinheit								
	Gonorrhö								
<b>Zeit</b>									
2001	0	2	1	2	6	2	1	1	27
2002	0	3	2	2	4	4	1	0	54
2003	0	2	1	3	4	2	1	1	49
2004	0	1	1	3	4	1	1	3	46
2005	1	1	1	2	3	1	2	1	35
2006	1	1	1	2	3	1	4	1	37
2007	0	2	1	2	4	1	4	0	31
2008	0	2	1	2	6	1	3	0	42
	Lues								
<b>Zeit</b>									
2001	0	3	0	1	1	0	8	1	15
2002	1	1	1	1	1	1	9	4	18
2003	0	2	1	0	1	1	8	1	16
2004	0	1	0	1	1	1	7	1	13
2005	1	0	1	0	2	0	7	2	11
2006	4	0	1	2	2	0	6	2	19
2007	1	2	1	3	5	1	7	1	18
2008	1	3	1	3	4	1	7	1	23

Q: Bundesministerium für Gesundheit, Download von <http://www.bmg.gv.at/cms/site/thema.html?channel=CH0745>, vom 03.11.09; Bearbeitung/Berechnung FH JOANNEUM; als Grundlage dienen die Daten der Tabelle 1.2.2a

### 9.2.7 Anzahl der HIV-Neuinfektionen pro 1.000.000 EinwohnerInnen in den Bundesländern und im zeitlichen Verlauf von 2005 bis 2008

Gliederung	Ö	Bundesländer								
		Bgl	Ktn	NÖ	OÖ	Sbg	Stmk	T	Vbg	W
		pro 1.000.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Gebietseinheit								
<b>Jahr</b>										
2005	55	7	34	11	27	25	38	45	22	172
2006	54	7	29	15	31	30	31	49	39	155
2007	62	11	39	13	49	30	63	52	16	160
2008	61	7	18	15	37	27	71	50	27	163

Q: Daten zu HIV-Neuinfektionen: Steirische Aids-Hilfe, Telefonat Fr. Dr. Fleck, 09.11.09, Daten zu Bevölkerungsstand: Tabelle 1.2.2a, Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM



**10.2.1 Projekte und Programme im Gesundheitswesen in der Steiermark nach Zielgruppen, Settings, NUTS-3 Regionen und im zeitlichen Verlauf von 2005 bis 2009**

Gliederungsmerkmal	Projekte	neue Projekte
	absolut	
<b>Zeit</b>		
2005	10	6
2006	12	5
2007	15	7
2008	14	4
2009	11	3
	Anzahl Projekte	Prozent
<b>Zielgruppe (2009)</b>		
MitarbeiterInnen	11	63
PatientInnen	4	25
Reg. Umfeld	2	12
andere	0	0
<b>Setting (2009)</b>		
Krankenanstalt	10	83
Pflegeeinrichtung	2	17
Praxis	0	0
Praxisgemeinschaft	0	0
<b>Region (2009)</b>		
Graz	5	31
Liezen	0	0
Östl O-stm	2	12
Oststeiermark	4	25
West- & Südstm	3	19
Westl. O-Stm	3	13

Q: FA8B, FGÖ, ÖNGKG; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

## 10.2.2 Inanspruchnahme medizinischer Behandlung in den Bundesländern und im zeitlichen Verlauf von 2004 bis 2007

Gliederungs- merkmal	Stichproben- größe	Anteil an nicht in Anspruch genommener Behandlung in % (3 Gründe)		Stichproben- größe	Anteil an nicht in Anspruch genommener Behandlung in % (3 Gründe )		Stichproben- größe	Anteil an nicht in Anspruch genommener Behandlung in % (3 Gründe)		Stichproben- größe	Anteil an nicht in Anspruch genommener Behandlung in % (3 Gründe)		Anteil an nicht in Anspruch genommener Behandlung in % (alle Gründe)				
		Anzahl	in Prozent		Anzahl	in Prozent		Anzahl	in Prozent		Anzahl	in Prozent					
		2004			2005			2006			2007						
Österreich	9.263	0,61	1,95	10.419	0,45	2,04	12.010	0,46	1,73	13.391	0,61	1,93					
Burgenland	428	1,13	1,13	494	0,00	0,53	468	0,00	0,78	520	0,78	2,44					
Kärnten	637	0,54	1,09	766	0,13	1,05	879	0,00	0,55	933	0,56	1,20					
Niederösterreich	1.770	0,31	0,95	2.004	0,29	1,26	2.307	0,52	1,19	2.623	0,51	1,86					
Oberösterreich	1.566	0,41	3,20	1.912	0,58	2,44	2.246	0,58	2,66	2.538	0,26	1,76					
Salzburg	542	0,31	0,42	618	0,91	2,20	743	0,33	1,29	889	0,51	1,29					
Steiermark	1.508	0,22	1,81	1.789	0,08	0,79	1.884	0,27	0,82	2.060	0,35	0,79					
Tirol	733	1,72	2,34	852	0,24	0,73	1.029	0,94	2,91	1.173	1,31	3,55					
Vorarlberg	358	1,49	1,73	464	2,10	15,48	542	0,87	6,10	617	0,48	4,84					
Wien	1.721	0,76	2,79	1.520	0,53	1,61	1.912	0,42	1,41	2.038	0,97	2,03					
Österreich	9.263	0,61	1,95	10.419	0,45	2,04	12.010	0,46	1,73	13.391	0,61	1,93					
Frauen	4.858	0,69	2,08	5.446	0,47	1,98	6.300	0,51	1,70	7.059	0,60	1,97					
Männer	4.405	0,53	1,81	4.973	0,43	2,10	5.710	0,40	1,76	6.332	0,62	1,88					

Q: Statistik Austria, EU-SILC2004; EU-SILC2005; EU-SILC2006; EU-SILC2007; Bearbeitung/Berechnung: LASTAT Steiermark und Bearbeitung: FH JOANNEUM

1) 3 Gründe: haben aus finanziellen Gründen, aufgrund zu langer Wartezeiten oder nicht gegebener Erreichbarkeit Behandlung nicht in Anspruch genommen

Statistik Austria. (2008). Datenerhebung EU-SILC im Jahr 2008. Erhebungsunterlagen und Plausibilitäts-Checks. Wien: Statistik Austria, S. 84.

### 10.2.3 a Anteil der PatientInnen im DMP „Therapie aktiv“ in den steirischen Bezirken, nach Geschlecht und Alter in den Jahren 2007 bis 2009

Gliederungsmerkmal	2007		2008		2009	
	N <sup>1)</sup>	% <sup>2)</sup>	N <sup>1)</sup>	% <sup>2)</sup>	N <sup>1)</sup>	% <sup>2)</sup>
<b>Gesamt <sup>3)</sup></b>	1.188	3,7	1.314	4,0	2.692	8,1
männlich	548	3,7	616	4,0	1.314	8,5
weiblich	640	3,7	698	4,0	1.378	7,8
Graz (Stadt)	326	4,6	353	5,2	706	10,4
Bruck an der Mur	53	3,8	52	3,7	138	9,4
Deutschlandsberg	69	3,7	77	4,3	242	12,4
Feldbach	76	4,1	82	4,1	181	7,3
Fürstenfeld	6	0,8	9	1,3	0	0,0
Graz-Umgebung	192	5,4	223	6,0	401	11,1
Hartberg	64	4,0	69	4,2	46	2,6
Judenburg	20	1,7	22	1,9	50	4,3
Knittelfeld	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Leibnitz	59	2,4	68	3,0	134	5,6
Leoben	45	3,1	52	3,6	112	7,5
Liezen	4	0,2	4	0,2	5	0,3
Mürzzuschlag	9	0,8	11	1,0	4	0,7
Murau	3	0,6	3	0,6	51	4,3
Radkersburg	28	4,1	28	4,2	46	5,6
Voitsberg	70	4,3	69	4,5	16	0,9
Weiz	163	7,3	184	8,5	560	24,1

Q: Steirische Gebietskrankenkasse; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

1) Anzahl der DiabetespatientInnen an allen DiabetespatientInnen, die im Disease Management Programm sind.

2) Anteil der DiabetespatientInnen an allen DiabetespatientInnen, die im Disease Management Programm sind.

**10.2.3 b Anteil der PatientInnen im DMP „Therapie aktiv“ in den steirischen Bezirken, nach Geschlecht und Alter in den Jahren 2007 und 2008 (Teil 1)**

Gliederungsmerkmal	nach Altersgruppen															
	Gesamt		unter 40		40 bis unter 50		50 bis unter 60		60 bis unter 70		70 bis unter 80		80 bis unter 90		90 und älter	
	N <sup>1)</sup>	% <sup>2)</sup>	N <sup>1)</sup>	% <sup>2)</sup>	N <sup>1)</sup>	% <sup>2)</sup>	N <sup>1)</sup>	% <sup>2)</sup>	N <sup>1)</sup>	% <sup>2)</sup>	N <sup>1)</sup>	% <sup>2)</sup>	N <sup>1)</sup>	% <sup>2)</sup>	N <sup>1)</sup>	% <sup>2)</sup>
<b>2007</b>	31.858	3,7	1.600	1,4	2.298	3,4	5.148	4,8	8.797	4,8	8.408	3,8	5.098	1,8	509	0,8
männlich	14.753	3,7	772	1,9	1.407	2,9	3.038	4,2	4.538	4,5	3.570	3,7	1.347	2,1	81	0,0
weiblich	17.105	3,7	828	0,8	891	4,3	2.110	5,7	4.259	5,0	4.838	3,9	3.751	1,7	428	0,9
Graz (Stadt)	7.122	4,6	397	1,8	578	4,0	1.140	6,0	2.038	5,3	1.638	5,3	1.215	2,7	116	0,9
Bruck an der Mur	1.405	3,8	92	2,2	113	4,4	224	2,7	392	5,6	341	4,1	219	1,8	24	0,0
Deutschlandsberg	1.856	3,7	77	0,0	115	7,0	305	5,6	503	5,8	556	2,3	272	0,7	28	0,0
Feldbach	1.836	4,1	76	2,6	130	4,6	278	5,4	512	5,5	535	3,9	273	1,5	32	0,0
Fürstenfeld	751	0,8	37	2,7	62	1,6	127	2,4	185	0,0	217	0,5	115	0,0	8	0,0
Graz-Umgebung	3.527	5,4	178	1,1	251	4,0	564	8,3	934	6,9	953	5,2	582	3,1	65	1,5
Hartberg	1.602	4,0	89	1,1	108	6,5	261	5,7	448	4,2	444	3,6	231	2,2	21	4,8
Judenburg	1.157	1,7	61	1,6	76	2,6	212	2,8	300	2,3	309	1,3	181	0,0	18	0,0
Knittelfeld	635	0,0	23	0,0	45	0,0	102	0,0	179	0,0	160	0,0	114	0,0	12	0,0
Leibnitz	2.419	2,4	106	0,0	185	1,6	395	2,3	704	4,3	665	2,1	331	0,9	33	0,0
Leoben	1.445	3,1	69	0,0	111	0,9	225	2,7	426	3,3	383	4,4	210	2,9	21	4,8
Liezen	1.776	0,2	103	1,0	133	0,8	308	0,6	459	0,0	459	0,0	292	0,0	22	0,0
Mürzzuschlag	1.153	0,8	35	0,0	64	0,0	155	0,6	305	1,3	353	0,6	222	0,9	19	0,0
Murau	534	0,6	18	0,0	21	0,0	87	0,0	131	2,3	143	0,0	121	0,0	13	0,0
Radkersburg	688	4,1	24	4,2	53	1,9	100	7,0	181	2,8	206	5,8	110	1,8	14	0,0
Voitsberg	1.615	4,3	67	1,5	105	2,9	304	3,3	496	6,3	418	5,0	200	2,0	25	0,0
Weiz	2.232	7,3	133	2,3	133	6,0	325	11,1	588	9,2	615	8,5	401	2,5	37	0,0

Q: Steirische Gebietskrankenkasse; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

1) Anzahl der DiabetespatientInnen gesamt

2) Anteil der DiabetespatientInnen an allen DiabetespatientInnen, die im Disease Management Programm sind.

**10.2.3 b Anteil der PatientInnen im DMP „Therapie aktiv“ in den steirischen Bezirken, nach Geschlecht und Alter in den Jahren 2007 und 2008 (Teil 2)**

Gliederungsmerkmal	nach Altersgruppen															
	Gesamt		unter 40		40 bis unter 50		50 bis unter 60		60 bis unter 70		70 bis unter 80		80 bis unter 90		90 und älter	
	N <sup>1)</sup>	% <sup>2)</sup>	N <sup>1)</sup>	% <sup>2)</sup>	N <sup>1)</sup>	% <sup>2)</sup>	N <sup>1)</sup>	% <sup>2)</sup>	N <sup>1)</sup>	% <sup>2)</sup>	N <sup>1)</sup>	% <sup>2)</sup>	N <sup>1)</sup>	% <sup>2)</sup>	N <sup>1)</sup>	% <sup>2)</sup>
<b>2008</b>	32.917	4,0	1.663	1,4	2.419	3,6	5.100	4,7	9.315	5,3	8.634	4,1	5.239	2,3	547	0,5
männlich	15.347	4,0	780	2,2	1.499	3,2	3.030	3,9	4.813	5,0	3.716	4,0	1.427	2,9	82	0,0
weiblich	17.570	4,0	883	0,8	920	4,1	2.070	5,8	4.502	5,6	4.918	4,1	3.812	2,0	465	0,6
Graz (Stadt)	6.747	5,2	404	2,5	577	4,2	1.046	6,6	2.033	5,9	1.544	5,8	1.055	3,7	88	1,1
Bruck an der Mur	1.389	3,7	92	1,1	120	5,0	225	2,7	413	5,1	319	4,1	193	2,6	27	0,0
Deutschlandsberg	1.789	4,3	72	0,0	128	7,0	301	5,3	493	6,9	528	3,0	243	0,8	24	0,0
Feldbach	1.983	4,1	95	1,1	146	3,4	292	4,1	586	6,5	542	3,9	291	1,7	31	0,0
Fürstenfeld	670	1,3	33	3,0	52	0,0	111	4,5	182	0,5	179	1,1	104	0,0	9	0,0
Graz-Umgebung	3.715	6,0	182	1,1	271	4,4	591	8,0	1.046	7,6	992	5,9	583	3,8	50	2,0
Hartberg	1.630	4,2	104	1,0	108	5,6	272	3,7	466	5,8	451	3,8	209	3,3	20	5,0
Judenburg	1.147	1,9	62	1,6	84	2,4	202	3,0	314	2,5	319	1,6	153	0,0	13	0,0
Knittelfeld	632	0,0	29	0,0	49	0,0	113	0,0	179	0,0	148	0,0	105	0,0	9	0,0
Leibnitz	2.256	3,0	100	0,0	174	2,9	358	2,8	703	5,0	609	2,3	290	1,4	22	0,0
Leoben	1.451	3,6	65	1,5	112	0,0	236	1,7	441	4,1	377	4,8	198	5,6	22	0,0
Liezen	1.725	0,2	105	0,0	141	0,7	301	0,7	468	0,0	432	0,2	254	0,0	24	0,0
Mürzzuschlag	1.133	1,0	42	0,0	62	1,6	151	0,7	313	1,9	344	0,3	206	1,0	15	0,0
Murau	533	0,6	22	0,0	24	0,0	83	0,0	139	2,2	152	0,0	103	0,0	10	0,0
Radkersburg	659	4,2	20	5,0	62	1,6	102	6,9	171	2,3	198	6,1	99	3,0	7	0,0
Voitsberg	1.526	4,5	70	1,4	110	2,7	278	3,6	503	6,0	382	5,0	166	3,6	17	0,0
Weiz	2.177	8,5	129	2,3	147	6,8	320	10,0	602	10,8	607	10,4	347	3,2	25	0,0

Q: Steirische Gebietskrankenkasse; Bearbeitung/Berechnung: FH JOANNEUM

1) Anzahl der DiabetespatientInnen gesamt

2) Anteil der DiabetespatientInnen an allen DiabetespatientInnen, die im Disease Management Programm sind.

### 10.2.3 c Altersverteilung der DiabetikerInnen und DMP-PatientInnen in der Steiermark nach Geschlecht im Jahr 2009

Gliederungsmerkmal	DiabetikerInnen		DMP-PatientInnen	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
	in Prozent			
unter 40 Jahren	5,1	5,0	1,9	1,0
40 bis unter 50 Jahren	9,8	5,2	8,1	4,5
50 bis unter 60 Jahren	19,7	11,8	16,9	15,0
60 bis unter 70 Jahren	31,4	25,6	34,9	32,6
70 bis unter 80 Jahren	24,2	28,0	28,1	31,8
80 bis unter 90 Jahren	9,3	21,7	9,6	14,7
90 Jahre und älter	0,5	2,6	0,4	0,4

Q: Steiermärkische Gebietskrankenkasse (2010) Evaluierungsbericht 2009. Graz: Steiermärkische Gebietskrankenkasse S. 11-12;  
 Bearbeitung: FH JOANNEUM

**10.2.4 Selbsthilfegruppen in der Steiermark pro 10.000 EinwohnerInnen  
nach NUTS-3-Regionen und im zeitlichen Verlauf  
von 2006 bis 2009**

Gliederungsmerkmal	Anzahl der Selbsthilfegruppen	Anzahl der Selbsthilfegruppen pro 10.000 EW <sup>1)</sup>
<b>Zeit</b>		
2006	271	2,26
2007	283	2,35
2008	286	2,37
2009	288	2,39
<b>Region (2009)</b>		
Graz	136	3,44
Liezen	19	2,36
Östliche Obersteiermark	46	2,73
Oststeiermark	38	1,42
West- und Südsteiermark	25	1,31
Westliche Obersteiermark	22	2,1

Q: SBZ Steiermark, Bearbeitung/Berechnung FH JOANNEUM

1) Berechnung auf Basis der Bevölkerungszahlen der Steiermark im jeweiligen Jahr (Daten siehe Tabelle 1.2.2)

## Impressum

**Konzept:** Mag.<sup>a</sup> Gerlinde Grasser, MScPH<sup>1</sup>

**Wissenschaftliche Endverantwortung:** Mag.<sup>a</sup> Gerlinde Grasser, MScPH<sup>1</sup>, Mag.<sup>a</sup> Elisabeth Wieseneder<sup>1</sup> (Kapitel 7)

**Berichtverfassung:** Mag.<sup>a</sup> Gerlinde Grasser, MScPH<sup>1</sup>, Mag.<sup>a</sup> Elisabeth Wieseneder<sup>1</sup>,

**Mitautorinnen:** Anna Krappinger, MA<sup>1</sup> (Kapitel 7), Mag.<sup>a</sup> Petra Plunger (Kapitel 6 und 10)<sup>1</sup>

**Recherche:** Regina Spörk, MA<sup>1</sup> (Kapitel 5)

**Studentische Mitarbeit:** Manuela Reiter, BA<sup>1</sup>

**Endlektorat:** Mag. Stefan Schwar<sup>2</sup>, Mag. Bernd Eicher<sup>2</sup>

**Endredaktion:** Dr. Thomas Amegah, MAS(ÖGD), MPH<sup>3</sup>, MMag<sup>a</sup> Andrea Koller<sup>4</sup>

**Gesamtkoordination und Projektleitung:** Dr. Thomas Amegah, MAS(ÖGD), MPH<sup>3</sup>

Medieninhaber, Herausgeber und Verleger: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen, Friedrichgasse 9, 8010 Graz, Tel.: +43 316 877 3521, E-Mail: FA8B@stmk.gv.at, web: <http://www.sanitaetsdirektion.steiermark.at>

Copyright: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen, Graz

Vervielfältigung und Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Zustimmung des Herausgebers

Download des Berichts: [www.sanitaetsdirektion.steiermark.at](http://www.sanitaetsdirektion.steiermark.at), [www.gesundheit.steiermark.at](http://www.gesundheit.steiermark.at)

Bildnachweis Titelblatt: Land Steiermark

<sup>1</sup>FH JOANNEUM, Kompetenzzentrum für Gesundheitsberichterstattung am Studiengang Gesundheitsmanagement im Tourismus, Bad Gleichenberg

<sup>2</sup>ad literam, Graz

<sup>3</sup>Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen, Graz

<sup>4</sup>Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Büro Gesundheitslandesrätin Dr.<sup>in</sup> Bettina Vollath, Graz

### Vorgeschlagene Zitierweise:

Grasser, G. & Wieseneder, E. (2010). *Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark*. Graz.

Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen

### Daten sind von folgenden Institutionen bezogen worden:

AIDS Hilfe Steiermark

Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 1C – Landesstatistik

Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 7A – Gemeinden und Wahlen

Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8A – Sanitätsrecht, Krankenanstalten

Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen

Arbeiterkammer Oberösterreich

Arbeitsmarktservice Österreich

Bundeskriminalamt

Bundesministerium für Inneres

Bundesministerium für Gesundheit

Fonds Gesundes Österreich

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Norwegian Social Science Data Services

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

Österreichisches Netzwerk für gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen

Selbsthilfekontaktstelle Steiermark

Statistik Austria

Steiermärkische Gebietskrankenkasse

Styria vitalis