



**GESUNDHEITSBERICHT
LINZ**

2008

Institut für Gesundheitsplanung
Mag. Richard Birgmann
Mag. Markus Peböck
MMag. Martin Reif

Mitarbeit von:
Mag. Dr. Dietmar Nemeth, Stadt Linz
Dr.ⁱⁿ Brigitte Horwath, Stadt Linz

GESUNDHEITSBERICHT LINZ 2008

Herausgeber: Institut für Gesundheitsplanung

Verfasser: Mag. Richard Birgmann
Mag. Markus Peböck
MMag. Martin Reif

Mitarbeit von: Mag. Dr. Dietmar Nemeth, Stadt Linz
Dr.ⁱⁿ Brigitte Horwath, Stadt Linz

Layout: pulpmedia.at
Druck: Landesverlag-Denkmayr
Preis: 14,40 Euro
ISBN: 978-3-902487-12-4

Institut für Gesundheitsplanung
Weißwolfstraße 5
4020 Linz
Tel.: 0732/784036
Mail: institut@gesundheitsplanung.at
Web: www.gesundheitsplanung.at

Vorbehaltlich Irrtümer und Druckfehler. Alle Rechte vorbehalten. Etwaige Rundungsungenauigkeiten, die sich aus der Verteilung der Daten ergeben können, wurden grundsätzlich nicht korrigiert.

VORWORT



„Linz ist eine Stadt mit einer hervorragenden Sozial- und Gesundheitsinfrastruktur. Diese Qualität zu erhalten bedeutet gleichzeitig permanent nach Verbesserungsmöglichkeiten zu suchen. Wichtige Erkenntnisse beruhen dabei auf der Analyse gesundheitsrelevanter Daten in Form von Gesundheitsberichten. In diesem relativ neuen Gebiet der regionalen Gesundheitsförderung hat Linz bereits einige Erfahrung. Die Formulierung von Gesundheitszielen geht darauf zurück und ermöglicht lokale Schwerpunktmaßnahmen. Mit dem Institut für Gesundheitsplanung hat die Stadt einen kompetenten Partner in der Gesundheitsberichterstattung, der vor allem auch die notwendige Kontinuität und Vergleichbarkeit sicher stellt.“

Vbgm.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christiana Dolezal
Gesundheitsreferentin der Stadt Linz

Überblick und Ziele des Berichts

Ziel des Gesundheitsberichts für die Stadt Linz ist es, einen umfassenden Überblick über den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu gewinnen und spezielle Problemfälle aufzuzeigen. Weiters sollen gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wie Bewegung, Ernährung, Rauchen und Alkoholkonsum näher beleuchtet werden. Die medizinische Versorgungssituation und die Zufriedenheit der Linzerinnen und Linzer mit dieser sollen ebenso thematisiert werden, wie die Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention in der Landeshauptstadt. Schlussendlich ist es auch Ziel, geeignete Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Linzer Bevölkerung zu erarbeiten. Als Datengrundlage für den vorliegenden Bericht dienen vor allem die Ergebnisse der Linzer Gesundheitsumfrage 2006, die anonymisierten Abrechnungsdaten der OÖGKK sowie die Spitalsentlassungsdaten der Fonds-Krankenanstalten (LKF-Daten).

Soziodemographie

Die Linzer Hauptwohnsitzbevölkerung ist in den letzten Jahren stetig gewachsen: Über den Zeitraum von zehn Jahren betrachtet (1996 bis 2006) weist das jährliche Wanderungssaldo (Zu- und Wegzüge) ein Plus von durchschnittlich 614 Personen auf. Dabei erweisen sich vor allem die jüngeren Personen zwischen 18 und 40 Jahren als besonders mobil: zwei Drittel aller zu- und wegwandernden Personen gehören dieser Altersgruppe an. (Kapitel 1)

Lebenserwartung und Mortalität

Die Lebenserwartung hat in den letzten Jahren stetig zugenommen: Die Lebenserwartung eines Linzer Mannes beträgt bei der Geburt nunmehr 74 Jahre, jene einer Linzer Frau 79 Jahre. Die häufigste Todesursache sind Sterbefälle infolge von Herz-Kreislaufkrankungen, die über 40 Prozent aller Sterbefälle ausmachen. Die Herz-Kreislaufmortalität ist in den letzten Jahren rückläufig und liegt mit 279 Fällen pro 100.000 Personen signifikant unter der Rate Gesamtösterreichs. Ein weiteres Viertel aller Todesfälle lässt sich ursächlich auf Krebserkrankungen zurückführen. Damit ist Krebs die zweithäufigste Todesursache in der Linzer Bevölkerung. Weiters von Bedeutung ist die Mortalität infolge von Atemwegserkrankungen (44 Fälle/100.000), die Mortalität infolge von Verletzungen und Vergiftungen (43 Fälle/100.000) und die Mortalität infolge von Erkrankungen der Verdauungsorgane (41 Fälle/100.000). (Kapitel 2)

An overview and objectives of the report

The main objective of the health report for the city of Linz is to have a complex overview of the health situation of the population and to point out specific problem areas. Furthermore, behaviour patterns of health relevance, like for example physical exercise, nutrition, smoking and alcohol consumption are highlighted. The report focuses on the medical care situation and the Linz inhabitants' contentedness with it, as well as health promotion and prevention activities in the federal capital. Finally, it is an objective to develop appropriate measures to improve the health condition of the population of Linz. Base data for the present report were primarily the outcome of the Linz Health Survey 2006, the anonymised billing data of the Upper Austrian Sickness Funds (OÖGKK), as well as the discharge data of the "Fonds Krankenanstalten" (LKF data).

Sociodemography

The population with a primary residence in Linz has been growing steadily over the last years. Looking at the time span between 1996 and 2006, the migration balance (relocation) has increased by an average of 614 persons. The younger fraction of the population aged between 18 and 40 proves to be the most mobile: two thirds of the mobile population belong to that group. (Chapter 1)

Life expectancy and mortality

Life expectancy has risen steadily over the last years. A male living in Linz has a life expectancy of 74 years at birth, a female has a life expectancy of 79 years. The major causes of death are linked to cardiovascular diseases, which amount to over 40 percent of all deaths. The cardiovascular mortality has declined over the last years - with 279 cases per 100.000 it is significantly below the all-Austrian average rate. A quarter of all deaths is to be attributed to cancer, which makes cancer the second most common death cause among the Linz population. Further significant causes of death are respiratory diseases (44 cases per 100.000), injuries and poisonings (43 cases per 100.000) and diseases of the digestive system (41 cases per 100.000). (Chapter 2)

Gesundheitszustand

Subjektive Gesundheit 67 Prozent der Linzer Bevölkerung beurteilen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“. Während es keinen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem subjektiven Gesundheitszustand gibt, zeigten sich abgesehen vom Alter eindeutige Zusammenhänge mit der Schulbildung und dem verfügbaren Einkommen. Unter den höher Gebildeten ist der Anteil der Personen mit gutem subjektiven Gesundheitszustand größer als in den Teilen der Bevölkerung mit niedrigerer Schulbildung. Mit steigendem Äquivalenzeinkommen nimmt der Anteil der Personen mit gutem Gesundheitszustand ebenfalls zu.

Krankstände Die Krankenstandshäufigkeit ist bei Arbeitern und Arbeiterinnen deutlich höher als bei Personen im Angestelltenverhältnis. Die meisten Krankenstandstage sind auf Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates, des Atmungssystems und Verletzungen/Vergiftungen (inklusive Unfälle) zurückzuführen. Letztere spielen bei Männern mit 21 Prozent aller Krankenstandstage eine weitaus größere Rolle als bei Frauen, bei denen „nur“ elf Prozent aller Krankenstandstage auf Verletzungen/Vergiftungen zurückzuführen sind. Was die Anzahl der Krankenstandstage pro Beschäftigtem/Beschäftigter generell betrifft ist festzuhalten, dass diese mit zunehmendem Alter steigt. Die Krankenstandsdauer hängt selbstverständlich mit der jeweiligen Erkrankung zusammen: Besonders lange Fehlzeiten sind bei psychischen Erkrankungen und bösartigen Neubildungen zu beobachten.

Krankheiten und Beschwerden 32 Prozent der Linzer Bevölkerung - 36 Prozent der Frauen und 28 Prozent der Männer - leiden laut Befragung dauerhaft an Schäden der Wirbelsäule. Von 1.000 EinwohnerInnen haben innerhalb eines Jahres etwa 11 Personen einen Krankenhausaufenthalt aufgrund von Wirbelsäulen- und Rückenproblemen.

Insgesamt geben 19 Prozent der Befragten an, dauerhaft an niedrigem Blutdruck zu leiden, wobei Frauen deutlich häufiger betroffen sind (30 Prozent) als Männer (7 Prozent). An erhöhtem Blutdruck leiden 16 Prozent der Linzer Bevölkerung dauerhaft, wobei es kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt.

Elf Prozent der Linzer Bevölkerung geben an, dauerhaft an einer Hautallergie zu leiden und zusätzliche sieben Prozent hatten innerhalb der letzten zwölf Monate eine solche.

State of health

Subjective health 67 percent of the population of Linz judges their state of health to be “very good” or “good”. Whereas there is no connection between gender and the subjective state of health, there is, apart from age, a distinct correlation with education and the discretionary income. Amongst the higher educated the percentage of persons with a good subjective health condition is higher than amongst the part of the population with a lower educational level. The proportion of persons with a good state of health rises with an increasing equivalent income.

Sick leave The frequency of sick leave days is considerably higher among blue collar workers than among white-collar employees. The majority of sick leave days are caused by problems with the musculoskeletal system, the respiratory system or injuries / poisonings (including accidents). The latter are much more important for men than for women, adding up to 21 percent of sick leave days in contrast to “only” 11 percent of the sick leave days attributed to injuries / poisonings for women. As far as the number of sick leave days for employees in general is concerned it is to be maintained that it rises with age. It is self-evident that the length of the sick leave is connected with the respective cause. Absences from work are longest in connection with mental illnesses and malignant growths.

Illnesses and medical conditions 32 percent of the population of Linz - 36 percent of women and 28 percent of men - suffer from a permanent damage of their spinal column. Within the period of one year, 11 of 1000 inhabitants had to be hospitalised due to spinal or back problems.

Overall, 19 percent of the respondents stated to be suffering from low blood pressure permanently - women are predominantly affected (30 percent), while only 7 percent of men stated to be affected. 16 percent of the population of Linz are afflicted with raised blood pressure, whereas there is hardly any difference to be noted between males and females.

Eleven percent of the population indicate lasting problems with skin allergies. An additional seven percent was affected by skin allergies during the period of the past twelve months.

Sechs Prozent der Linzer und fünf Prozent der LinzerInnen leiden laut Befragung an Zuckerkrankheit. Mit zunehmendem Alter nimmt die Prävalenz zu: 15 Prozent der über 50-jährigen Männer und elf Prozent der Frauen sind laut Selbstauskunft zuckerkrank. Gravierende Unterschiede gibt es hinsichtlich des beruflichen Hintergrunds: während unter (ehemaligen) Angestellten „nur“ neun Prozent an Zuckerkrankheit leiden, sind es bei (ehemaligen) ArbeiterInnen 23 Prozent. An fünf Prozent der Linzer Männer und 4,5 Prozent der Frauen werden innerhalb eines Jahres Antidiabetika verordnet.

Sieben Prozent der Linzer Bevölkerung leiden laut Umfrage an chronischer Bronchitis oder einem Lungenemphysem, wobei die Bedeutung der Erkrankung mit dem 50. Lebensjahr stark zunimmt. Jährlich werden rund 980 LinzerInnen oder 5 von 1.000 EinwohnerInnen wegen chronischer Erkrankungen der unteren Atemwege in einem Krankenhaus behandelt.

Nach dem Motto „There’s no health without mental health - Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit“ wurde im Rahmen der Linzer Gesundheitsbefragung eine eigene Fragebatterie zu diesem Thema in den Fragebogen eingebaut. Es handelt sich dabei um fünf standardisierte und von der WHO publizierte Fragen, die einen Hinweis auf eine depressive Verstimmung geben können. Demnach weisen ein Drittel der Befragten Anzeichen einer Depression bzw. einer depressiven Verstimmung auf. Bei näherer Betrachtung wurde offensichtlich, dass dabei Personen mit niedrigem Äquivalenzeinkommen in deutlich größerem Ausmaß betroffen sind. Als besonders belastet konnten arbeitslose Menschen identifiziert werden, bei denen 69 Prozent Anzeichen einer Depression aufweisen. An 13 Prozent der weiblichen und sieben Prozent der männlichen Linzer OÖGKK-Versicherten wurde im Jahr 2006 Antidepressiva verordnet. Die Bedeutung von psychischen Erkrankungen wird durch die Tatsache unterstrichen, dass diese die zweithäufigste Ursache für vorzeitige Pensionierungen darstellen. (Kapitel 3)

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Bewegung 60 Prozent der Linzer Bevölkerung betätigt sich mindestens einmal pro Woche sportlich. Der Anteil der sportlich Aktiven ist sowohl bei den Männern (78 Prozent) als auch bei den Frauen (69 Prozent) unter den jüngsten Befragten zwischen 15 und 19 Jahren am größten. Weiters konnte sowohl bei Männern als auch bei Frauen ein Zusammenhang zwischen der Schulbildung und der sportlichen Aktivität festgestellt werden: Je höher die Schulbildung desto größer ist der Anteil der sportlich aktiven Menschen.

According to the survey, six percent of the male population of Linz and five percent of females are afflicted with diabetes. The prevalence increases with age: 15 percent of the male population aged 50 and over and eleven percent of women of that age group are diabetic according to self-report. There is a striking difference with regard to professional background: while “only” nine percent of (former) white collar employees suffer from diabetes, it is 23 percent of (former) blue collar workers who are afflicted with the disease. Within the period of a year, five percent of the male and 4,5 percent of the female population of Linz was prescribed antidiabetics.

Seven percent of the population of Linz suffer from a chronic bronchitis or pulmonary emphysema with a clearly increasing significance from age 50 onwards according to the survey. Every year approximately 980 persons or 5 of 1000 inhabitants of Linz are admitted to hospital due to chronic diseases of the lower respiratory tract.

Along the lines of „There’s no health without mental health“, a list of questions regarding that topic was included within the scope of the Linz health survey. The five standardised questions published by the World Health Organisation (WHO) can indicate a depressive mood. According to that, one third of the interviewees show signs of a depression or a depressive mood. Looking at the outcomes more closely it became evident that persons with a low equivalent income are affected to a much higher degree. Unemployed persons are the ones burdened with depression the most - 69 percent showed signs. In 2006, 13 percent of the male and seven percent of the female population insured at the Upper Austrian Sickness Fund were prescribed antidepressants. The significance of mental illnesses is pointed out by the fact that they constitute the second most common cause of early retirement. (Chapter 3)

Behaviour patterns of health relevance

Physical exercise 60 percent of the population of Linz is physically active at least once a week. The percentage of persons active in sports is highest among the youngest respondents between the ages of 15 and 19, among men (78 percent), as well as among women (69 percent). Furthermore, there is a correlation between educational level and physical exercise - the higher the educational level, the greater the proportion of persons active in sports.

Ernährung Frauen konsumieren deutlich häufiger „leichte Gerichte“ als Hauptmahlzeit, als dies Männer tun. Vor allem Frauen zwischen 20 und 49 Jahren greifen häufig zu „leichten Gerichten“ wie Fisch, Vegetarisches oder Reisgerichte. Anders das Bild bei „Fast-Food“ Gerichten: Mehr als doppelt so viele Männer wie Frauen konsumieren als Hauptmahlzeit häufig „Fast-Food“. Besonders unter den jungen BewohnerInnen der Landeshauptstadt sind diese Speisen beliebt: Etwa ein Drittel der Befragten Männer zwischen 15 und 29 Jahren und 15 Prozent der jungen Frauen greifen häufig zu Fertigpizza, Leberkäsemmel oder ähnlichem als Hauptmahlzeit. Während es bei Männern vor allem Pflichtschulabsolventen sind, die sich häufig von „Fast-Food“ ernähren, ist der Konsum von „Fast-Food“ bei Frauen auf allen Bildungsebenen selten.

Tabakkonsum 68 Prozent der Befragten deklarieren sich als NichtraucherInnen. Der NichtraucherInnenanteil setzt sich dabei aus 41 Prozent „echten“ NichtraucherInnen, die niemals geraucht haben, und 27 Prozent Ex-RaucherInnen zusammen. Der Anteil der Personen, die täglich zur Zigarette greifen, ist sowohl bei Männern (35 Prozent), als auch bei den Frauen (29 Prozent) in der Gruppe mittleren Alters (30 bis 49 Jahre) am größten. Vor allem bei den Männern ist der Raucheranteil unter Arbeitern (49 Prozent) deutlich höher, als bei Angestellten (21 Prozent). Bei den Frauen sind diese Unterschiede - wenn auch nicht so stark - ebenfalls vorhanden (Arbeiterinnen: 29 Prozent, Angestellte 22 Prozent). 23 Prozent der RaucherInnen rauchen weniger als 10 Zigaretten pro Tag und knapp die Hälfte rauchen zwischen 11 und 20 Zigaretten. 28 Prozent der RaucherInnen greifen täglich zu mehr als 20 Zigaretten. Ein weiteres interessantes Ergebnis aus der Umfrage ist, dass Männer und Frauen mit schlechtem Gesundheitszustand häufiger in Haushalten leben, in deren Innenräumen geraucht wird.

Alkoholkonsum 16 Prozent der Männer und 23 Prozent der Frauen trinken keinen Alkohol. Am anderen Ende des Spektrums finden sich elf Prozent der befragten Männer und zwei Prozent der Frauen, die täglich Alkohol konsumieren. Der Anteil an Personen, die eine hohe Konsumhäufigkeit (Frequenz) aufweisen, ist in den älteren Alterssegmenten größer als bei den jüngeren Personengruppen. Umgekehrt ist es bei der Konsummenge: Hier ist der Anteil an Personen, die an einem normalen Konsumtag eine erhöhte Konsummenge aufweisen bei den jüngeren Personengruppen größer als in den älteren Alterssegmenten. Personen mit verminderter psychischer Gesundheit neigen ebenfalls - wenn sie Alkohol trinken - zu größeren Konsummengen, als psychisch unbelastete Personengruppen. (Kapitel 4)

Food and nutrition Women are much more likely to have a “light meal” as a main meal than men are. It is foremostly women between 20 and 49 who often choose a “light meal” like fish, a vegetarian or a rice dish. When it comes to fast food, the outcomes were different: Twice as many men as women frequently have fast food as a main meal. This is especially the case among the young inhabitants of the federal capital. About a third of the interviewed males between the ages of 15 and 19, and 15 percent of the females of that age group often choose a ready-to-eat pizza, a “Leberkäsemmel” or such as a main meal. It was found that men who frequently live on fast food are mainly compulsory-school-educated. Among women the consumption of fast food is rare throughout all educational levels.

Tobacco consumption 68 percent of all interviewees declare themselves to be non-smokers. The portion of non-smokers is composed of 41 percent of genuine non-smokers who have never smoked, and 27 percent of former smokers. The group of smokers who smoke on a daily basis is largest at middle age (30 to 49 years) - 35 percent of men and 29 percent of women. The percentage of smokers is particularly high among blue collar workers (49 percent) in contrast to white collar employees (21 percent). This difference shows also among women, though on a different scale - 29 percent of blue collar workers smoke, while 22 percent of white collar employees smoke. 23 percent of all smokers smoke less than 10 cigarettes a day, and just under 50 percent smoke between 11 and 20 cigarettes a day. An interesting result of the survey is that both men and women who are in a poor state of health are more likely to live in households with indoor smoking.

Alcohol consumption 16 percent of men and 23 percent of women do not drink any alcohol. On the other end of the spectrum there are eleven percent of men and two percent of women who drink alcohol every day. The proportion of persons with a high consumption frequency is higher among the older than among the younger age groups. When it comes to the consumption amount, the results are different, though: the portion of persons who show an increased intake on a normal day of consumption is higher among the younger age segments than among the older ones. Persons with impaired mental health have a tendency for larger consumption amounts when drinking alcohol than the mentally healthy. (Chapter 4)

Lebensstilgruppen und Lebensqualität

Lebensstil Mittels Clusterzentrenanalyse konnten die Befragten der Linzer Gesundheitsumfrage drei verschiedenen Lebensstilgruppen zugeteilt werden, nämlich in eine Gruppe mit „aktiver, ernährungsbewusster Lebensweise“, eine Gruppe mit „inaktiver, abstinenter Lebensweise“ und in eine Gruppe mit „ungesunder Lebensweise“. Die erste Gruppe ist - verglichen mit den anderen Gruppen - in Stadtteilen wie Pöstlingberg, St. Magdalena oder Pichling überrepräsentiert. Die Gruppe mit „inaktiver, abstinenter Lebensweise“ ist in den Stadtteilen Lustenau/St. Peter und Kleinmünchen überproportional vertreten, während die dritte Gruppe in den Stadtteilen Waldegg, Lustenau/St. Peter und Ebelsberg überrepräsentiert ist.

Lebensqualität Auch hier konnten durch die Anwendung einer Clusterzentrenanalyse die Befragten der Linzer Gesundheitsumfrage hinsichtlich ihrer Lebensqualität (definiert durch die Bereiche: Wohnen, soziales Umfeld, persönliche Situation und Selbstzufriedenheit) in drei verschiedene Gruppen unterteilt werden: „hohe Lebensqualität“, „geringe Wohnqualität“ und „geringe Lebensqualität“. Jeweils zirka 40 Prozent der Linzer Bevölkerung gehören den beiden erstgenannten Gruppen an, 18 Prozent sind der Gruppe mit „geringer Lebensqualität“ zuzuordnen, die in Stadtteilen wie Lustenau/St. Peter und Ebelsberg überrepräsentiert ist. Personen mit „hoher Lebensqualität“ sind wiederum in Stadtteilen wie Pöstlingberg, Pichling und St. Magdalena besonders oft vertreten. (Kapitel 5)

Versorgung

In Oberösterreichs Landeshauptstadt gibt es sechs Fonds-Krankenanstalten und zusätzliche fünf Einrichtungen, die als Krankenhaus gelten. Insgesamt gibt es in den Linzer Krankenanstalten 4.047 Betten. In der Stadt Linz praktizieren 625 niedergelassene Ärzte und Ärztinnen. 93 Prozent der LinzerInnen sind der Meinung, dass es in ihrer Umgebung genug praktische ÄrztInnen gibt. Für 83 Prozent trifft dies auch auf die Versorgung mit FachärztInnen zu. Insgesamt betrachtet fühlt sich die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung der Stadt Linz medizinisch gut versorgt: 93 Prozent der Befragten sind mit der medizinischen Versorgung „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“. (Kapitel 6)

Lifestyle groups and quality of life

Lifestyle The Linz health survey grouped the interviewees into three different lifestyle groups by means of cluster analysis - one group with an active and food-conscious way of living, one group with an inactive, abstinent way of living, and one with an unhealthy way of living. In contrast to other groups, the first group is overrepresented in city districts like Pöstlingberg, St. Magdalena or Pichling. The group with an inactive, abstinent way of living is disproportionately highly represented in the districts Lustenau/St. Peter and Kleinmünchen, while the third group is overrepresented in the districts Waldegg, Lustenau/St. Peter and Ebelsberg.

Quality of life Also concerning the questions on the quality of life, defined by the areas of living, social environment, personal situation and self-satisfaction, the interviewees of the Linz health survey were subdivided into three groups by utilising the method of cluster analysis: one group with a high quality of life, one with a low quality of living conditions and one with a low quality of life. About 40 percent of the Linz population belongs to each of the first two groups, 18 percent belong to the group with a low quality of life, which is overrepresented in districts like Lustenau/St. Peter and Ebelsberg. Persons who consider themselves to have a high quality of life are represented most frequently in the districts of Pöstlingberg, Pichling and St. Magdalena. (Chapter 5)

Medical care

There are six “Fonds hospitals” and additionally five facilities which are considered hospitals in the Upper Austrian federal capital. Altogether there are 4047 beds available in Linz hospitals. In the city of Linz, 625 residence doctors practice medicine. 93 percent of the population of Linz state that they are satisfied with the amount of general practitioners in their neighbourhood. For 83 percent this also holds true for the network of medical specialists. Looking at the situation as a whole, the vast majority of the population of Linz feels medically well accommodated. 93 percent of the respondents are satisfied or very satisfied with the medical care situation. (Chapter 6)

Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention

Die Stadt Linz setzt einerseits Maßnahmen zur Gesundheitsförderung mittels Eigenveranstaltungen oder Programme und andererseits tritt sie als Förderer und Unterstützer von Vereinen und Organisationen auf, die im Gesundheitswesen, der Gesundheitsförderung und Prävention tätig sind. Wichtige und bereits etablierte Programme sind beispielsweise „Die schlaue Ernährungsmaus“ oder „Bewegungsdino“, mit denen wertvolle Arbeit in den Schulen betrieben wird. Das Linzer Frauengesundheitszentrum, dessen Tätigkeitsschwerpunkte bei direkter Prävention, Beratung und Behandlung und indirekter Prävention (Bildung) liegen, wird von der Stadt Linz genauso unterstützt, wie der Verein für Gesundheitsförderungskonferenzen, der zahlreiche Aktivitäten zur Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins in der Bevölkerung durchführt. Eine fixe Einrichtung ist mittlerweile auch der Gesundheitspreis der Stadt Linz, der herausragende Leistungen im Gesundheitswesen würdigt. Darüber hinaus ist die Stadt Linz seit dem Jahr 1992 Mitglied des Netzwerkes „Gesunde Städte Österreichs“, und hält in Person der Linzer Gesundheitsstadträtin den Vorsitz des Netzwerks. (Kapitel 7)

Maßnahmen für die Zukunft

Der Bericht schließt mit mehreren Maßnahmenvorschlägen für die Zukunft. So sollte Empowerment und Partizipation von Problemgruppen (niedrige Lebensqualität, Arbeitslosigkeit, ungesunde Lebensweise) gefördert werden. Dies soll unter anderem durch die Etablierung einer partizipativen Planung gesundheitsrelevanter Aktivitäten im Rahmen der Stadtteilarbeit erreicht werden. Eine weitere empfohlene Maßnahme zielt auf die durch die Umfrage gestützte Tatsache, dass es in der Bevölkerung Defizite bezüglich des Kenntnisstandes über den persönlichen Impfstatus gibt, ab. Weitere Maßnahmen betreffen die Bereiche psychische Gesundheit junger Menschen, Rückenbeschwerden und Schäden der Wirbelsäule, sowie die Schaffung und Erhaltung von bewegungsfreundlichen Verhältnissen. Außerdem wird der Beginn eines Informations- und Diskussionsprozesses über das Konzept/Instrument des Health Impact Assessments empfohlen. (Kapitel 8)

Health promotion activities

On the one hand, the city of Linz organises some health promotion events or programmes itself, on the other Linz subsidises and supports associations or organisations in the field of health care, health promotion or prevention. Examples of important and well-established programmes are “The clever food mouse” or the “Exercise-dinosaur”, programmes of great value used in schools. One of the institutions supported by the city of Linz is the “Women’s Health Center” of Linz with a focal point in prevention, professional advice, treatment and indirect prevention by educating women. Another association, which is subsidised by the city of Linz is the Society for Health Promotion Conferences, which conducts numerous activities for the improvement of health awareness in the population. The Health Prize of the city of Linz, which recognises outstanding achievements, has been established over the years. Moreover, the city of Linz has been a member of the network “Healthy Cities of Austria” since 1992 and is represented by the municipal health councillor, who currently holds the chairmanship. (Chapter 7)

Future steps

The report ends with suggestions for future measures. One of them is to promote the empowerment and participation of problematic groups with a low quality of life, unemployment and an unhealthy lifestyle. This goal is to be reached by the establishment of participative health relevant activities in the framework of general work in the city districts, among other things. Another suggested measure is connected with the survey outcome concerning deficits in the population in knowing about their personal vaccination status. Further future measures include the mental health of the young population, back pains and damaged backbones, as well as the establishment and sustainment of an environment that promotes physical exercise. Additionally, the report recommends the start of an information and discussion process about the concept and instrument of health impact assessment. (Chapter 8)

INHALT

1. Soziodemographie	16
1.1. Bevölkerungsstruktur	17
1.2. Bevölkerungsbewegung	20
2. Lebenserwartung und Mortalität	23
3. Gesundheitszustand	30
3.1. Subjektive Gesundheit	31
3.2.1. Krankenstand nach Branchen	39
3.2.2. Krankenstand nach Diagnosegruppen	41
3.3. Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates	47
3.3.1. Ergebnisse der Gesundheitsbefragung	47
3.3.2. Krankenhausaufenthalte infolge von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates	52
3.3.3. Arbeitsunfähigkeit infolge von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates	54
3.4. Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems	57
3.4.1. Krankenhausaufenthalte infolge von Herz-Kreislauserkrankungen	62
3.5. Allergien	70
3.6. Diabetes	72
3.6.1. Krankenhausaufenthalte aufgrund von Diabetes	73
3.6.2. Verordnung von Antidiabetika	75
3.7. Atemwegserkrankungen	78
3.7.1. Krankenhausaufenthalte infolge von Atemwegserkrankungen	79
3.7.2. Arbeitsunfähigkeit aufgrund von chronischen Erkrankungen der unteren Atemwege	85
3.7.3. Verordnung von Antiasthmatica	86
3.8. Psychische Gesundheit	88
3.8.1. Krankenhausaufenthalte aufgrund psychischer Erkrankungen	92
3.8.2. Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen	99
3.8.3. Verordnung von Antidepressiva	104
3.9. Beschwerden	107
4. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen	115
4.1. Bewegung	116
4.2. Ernährung	122
4.3. Tabakkonsum	126
4.4. Alkohol	140
5. Lebensstilgruppen und Lebensqualität	145
5.1. Lebensstilgruppen	146
5.2. Lebensqualität	155
6. Versorgung	164
6.1. Krankenversorgung in Linz	165
6.1.1. Krankenanstalten	165
6.2. Ärztliche Versorgung	167
6.3. Extramurale Therapieangebote, psychologische und psychosoziale Versorgung	168
6.4. Zufriedenheit mit der Versorgung	169
6.5. Vorsorgeuntersuchung	175
6.6. Impfen	179
6.6.1. Impfkaktivitäten der Stadt Linz	179
6.6.2. Impfstatus	181
6.7. Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention in Linz	187
6.7.1. Zahngesundheitsförderung	187
6.7.2. Gesunde Ernährung - „Die schlaue Ernährungsmaus“	188
6.7.3. Gesunde Bewegung - „Bewegungsdino“	188
6.7.4. „Fit im Schulalltag - durch gesunde Ernährung und Bewegung“	188
6.7.5. Aktionen am „Weltnichtrauch-Tag“	189
6.7.6. OÖ Aidstag	189

6.7.8. Gesundheitspreis der Stadt Linz	189
6.7.9. Linzer Frauengesundheitszentrum	190
6.7.10. Verein für Gesundheitsförderungskonferenzen der Stadt Linz	190
6.7.11. Linzer Gesundheitsmesse.....	191
7. Maßnahmenvorschläge für die Stadt Linz	192
7.1. Empowerment und Partizipation.....	193
7.2. Künftige, städteplanerische Maßnahmen - Health Impact Assessment	193
7.3. Impfen (Aufklärungsarbeit + Information).....	194
7.4. Bewegungsfreundliche Verhältnisse erhalten und neue schaffen.....	194
7.5. Rückenbeschwerden und Schäden der Wirbelsäule vorbeugen	194
7.6. Psychische Gesundheit junger Menschen fördern	195
8. Zehn Gesundheitsziele für Linz.....	196
8.1. Hintergrund zu den Zielen	198
8.1.1. Ziel 1: Diabetes	198
8.1.2. Ziel 2: Zahngesundheit	200
8.1.3. Ziel 3: Betriebliche Gesundheitsförderung	201
8.1.4. Ziel 4: Suizid	203
8.1.5. Ziel 5,6: Impfen	205
8.1.6. Ziel 7: Herz-Kreislauferkrankungen	206
8.1.7. Ziel 8: Nikotin und Alkohol	208
8.1.8. Ziel 9: Schule.....	209
8.1.9. Ziel 10: Gesunde Stadt.....	209
9. Datengrundlage	210
10. Literatur	212

1. SOZIODEMOGRAPHIE

1.1. Bevölkerungsstruktur

Die Linzer Hauptwohnsitzbevölkerung ist im Laufe der letzten fünf Jahre stetig gewachsen, im Durchschnitt um mehr als 1.200 Personen jährlich. Zu Beginn des Jahres 2008 zählte Linz 189.528 EinwohnerInnen. Das Geschlechterverhältnis sieht wie folgt aus: 52,5 Prozent sind Frauen und 47,5 Prozent Männer.

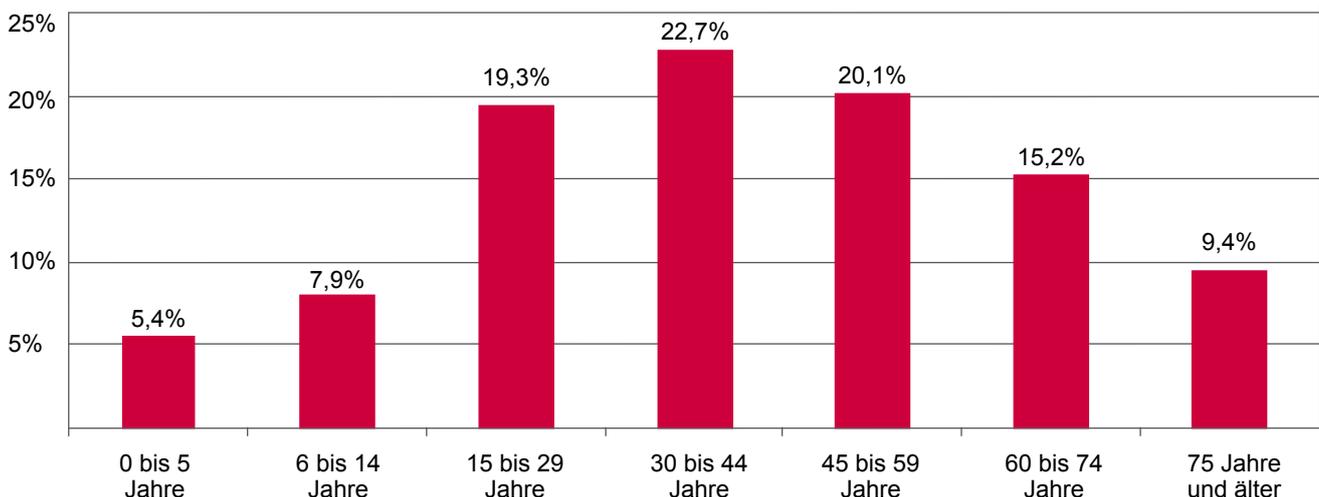
Etwa 13 Prozent der Linzer Bevölkerung sind unter 15 Jahre alt, rund 62 Prozent der Linzerinnen und Linzer sind zwischen 15 und 59 Jahren alt und knapp ein Viertel ist 60 Jahre oder älter. Im Vergleich zur oberösterreich-

chischen Gesamtbevölkerung ist die Linzer Wohnbevölkerung durchschnittlich etwas älter. Der Anteil der über 60-Jährigen liegt in Oberösterreich (mit 21 Prozent) unter dem von Linz, der Anteil der Kinder unter 15 Jahren (mit 17 Prozent) über dem Anteil in Linz.²

Zum 1. 1. 2007 waren 25.240 AusländerInnen (Personen nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft) mit Hauptwohnsitz in Linz gemeldet. Dies entspricht einem AusländerInnenanteil von 13 Prozent an der Gesamtbevölkerung. Der AusländerInnenanteil in Linz liegt somit

Abbildung 1: Altersverteilung der Linzer Bevölkerung¹

Altersverteilung der Hauptwohnsitzbevölkerung in Linz Stand 2008



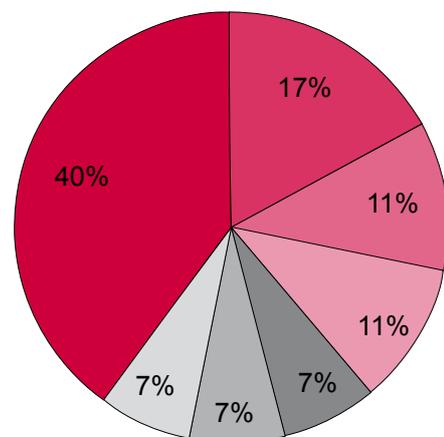
Quelle: Stadtforschung Linz, 2008

deutlich höher als in der oberösterreichischen Gesamtbevölkerung (Oberösterreich: 7,4 Prozent).

17 Prozent der in Linz lebenden AusländerInnen kommen ursprünglich aus Bosnien und Herzegowina und elf Prozent aus Serbien und Montenegro. Ebenfalls 11 Prozent stammen aus der Türkei. Jeweils sieben Prozent kommen aus Kroatien, Deutschland und dem ehemaligen Jugoslawien³. 40 Prozent kommen aus anderen Ländern.

- Bosnien und Herzegowina
- Serbien und Montenegro
- Türkei
- Kroatien
- Deutschland
- ehem. Jugoslawien *)
- übriges Ausland

Abbildung 2: Herkunftsnationen (Staatsbürgerschaft)



*) Personen, die sich vor dem Zerfall des ehemaligen Jugoslawien in Linz angemeldet hatten und hinsichtlich der Nachfolgestaaten nicht differenziert werden konnten. Quelle: Stadtforschung Linz, 2007

³ Personen, die sich vor dem Zerfall des ehemaligen Jugoslawien in Linz angemeldet hatten und hinsichtlich der Nachfolgestaaten nicht differenziert werden konnten.

¹ www.linz.at/zahlen/040%5FBevoelkerung/040%5FHauptwohnsitzbevoelkerung/

² Quelle: Land Oberösterreich, Abteilung Statistik; Bevölkerungsstand 1.1.2007

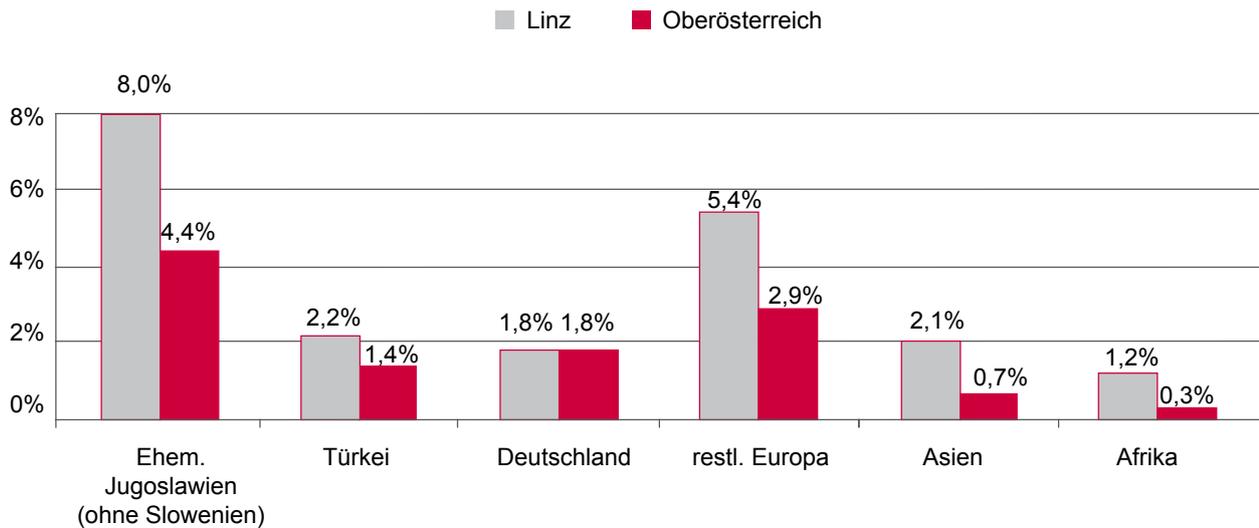
Der Personenkreis mit Migrationshintergrund (hier Geburtsort außerhalb Österreichs) ist etwas größer als der AusländerInnenanteil nach Staatsbürgerschaft. 21,4 Prozent der Linzer Wohnbevölkerung wurde nicht in Österreich geboren. Linz liegt damit unter den Landeshauptstädten im Mittelfeld, ähnlich wie Innsbruck (21,5 Prozent) und Graz (20,2 Prozent). Höhere Anteile an der Wohnbevölkerung nicht in Österreich Geborener weisen Bregenz (26,4 Prozent) und vor allem Wien (29,2 Prozent) auf. St. Pölten (15,8 Prozent), Klagenfurt (14,2 Prozent) und Eisenstadt (13,0 Prozent) weisen einen geringeren Anteil auf.⁴ Im Vergleich zur oberösterreichischen Gesamtbevölkerung weist Linz deutlich höhere Anteile an BewohnerInnen aus den Nachfolgestaaten Jugoslawiens,

sonstigen europäischen Staaten, aus Asien und Afrika auf (siehe Abbildung 3).

Innsbruck, Bregenz und Salzburg zeichnen sich durch einen hohen Anteil in Deutschland geborener EinwohnerInnen aus (über vier Prozent), während dieser Anteil in Linz eher gering ausfällt (1,8 Prozent). Nur St. Pölten und Eisenstadt weisen einen niedrigeren Anteil auf.

Bezüglich der aus den Nachfolgestaaten Jugoslawiens stammenden Bevölkerung liegt Linz mit acht Prozent unter den Landeshauptstädten an dritter Stelle (nach Salzburg und Wien).

Abbildung 3: LinzerInnen mit Migrationshintergrund (Geburtsort außerhalb Österreich)



Quelle: Statistik Austria, (eigene Berechnungen)

Ähnlich hoch ist der Anteil in Graz (7,4 Prozent) und Bregenz (7,1 Prozent). Aus der Türkei stammen vergleichsweise wenige LinzerInnen (2,2 Prozent), ähnlich viele wie in Graz (1,9%) und Salzburg (2,3 Prozent). Höhere Anteile weisen Innsbruck, Wien, St. Pölten und Bregenz auf (zwischen 3,6 und sechs Prozent). Im Vergleich zu anderen Landeshauptstädten weist Linz einen relativ hohen Anteil an aus Asien stammenden EinwohnerInnen auf (2,1 Prozent; nur in Salzburg und Wien ist der Anteil höher). Ähnliches gilt für in Afrika geborene EinwohnerInnen (1,2 Prozent; nur in Wien und Graz ist der Anteil höher).

bei 3,4 Prozent. Dabei war die Arbeitslosenrate der Frauen mit 3,2 Prozent etwas niedriger als jene der Männer (3,6 Prozent). Durchschnittlich waren im Jahr 2007 4.119 Personen arbeitslos gemeldet, davon 1.819 Frauen und 2.300 Männer.

Österreichweit weist Linz mit einer Arbeitslosenquote von 3,6 Prozent den niedrigsten Wert aller Landeshauptstädte auf.⁵

Die durchschnittliche Arbeitslosenquote lag im Jahr 2007

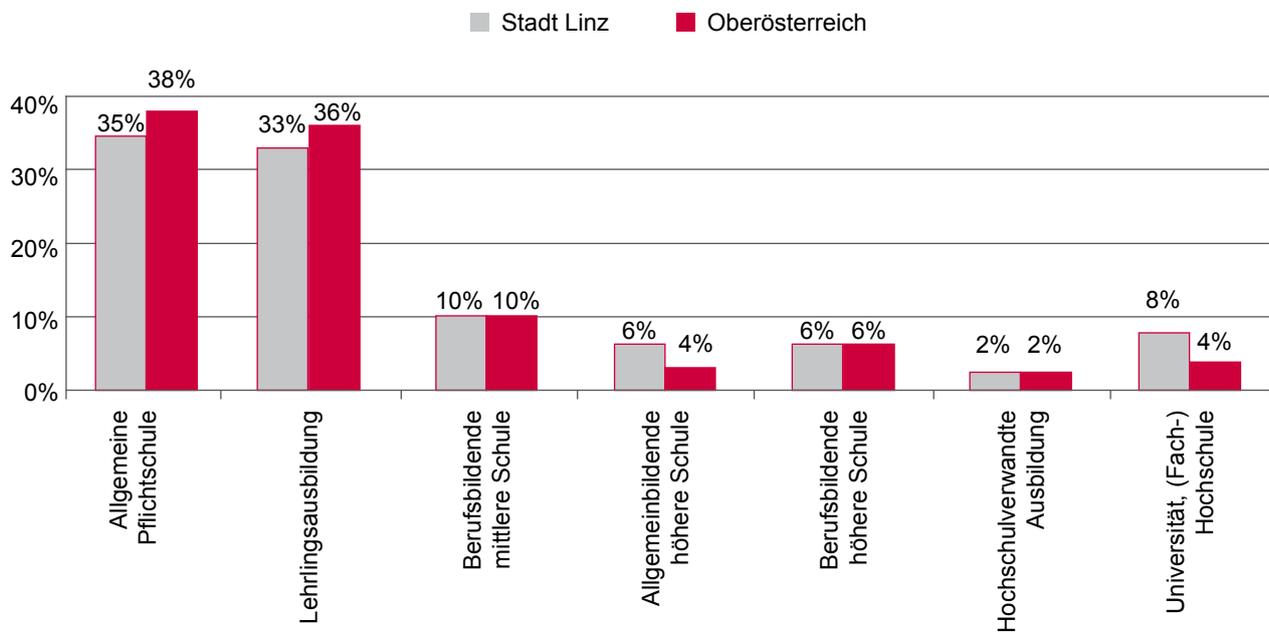
⁴ Statistik Austria: Österreichs Städte in Zahlen, Wien 2007, (eigene Berechnungen)

⁵ http://Linz.at/presse/2008/200801_36518.asp

Im Rahmen der Volkszählung 2001 wurde unter anderem der Bildungsgrad erhoben. In der nachfolgenden Abbildung findet sich ein Vergleich der Linzer Hauptwohnsitzbevölkerung mit der gesamt oberösterreichischen Hauptwohnsitzbevölkerung bezüglich der höchsten abgeschlossenen Ausbildung:

Abbildung 4: Höchste abgeschlossene Schulbildung

Höchste abgeschlossene Schulbildung



Quelle: Statistik Austria, Volkszählung 2001; Wohnbevölkerung ab 15 Jahre

Der Akademikeranteil ist in der Stadt Linz mit acht Prozent doppelt so groß wie im Durchschnitt des Landes Oberösterreich. Der Maturanten- und Akademikeranteil liegt in der Landeshauptstadt bei knapp 23 Prozent, während er im Landesdurchschnitt bei rund 16 Prozent liegt.

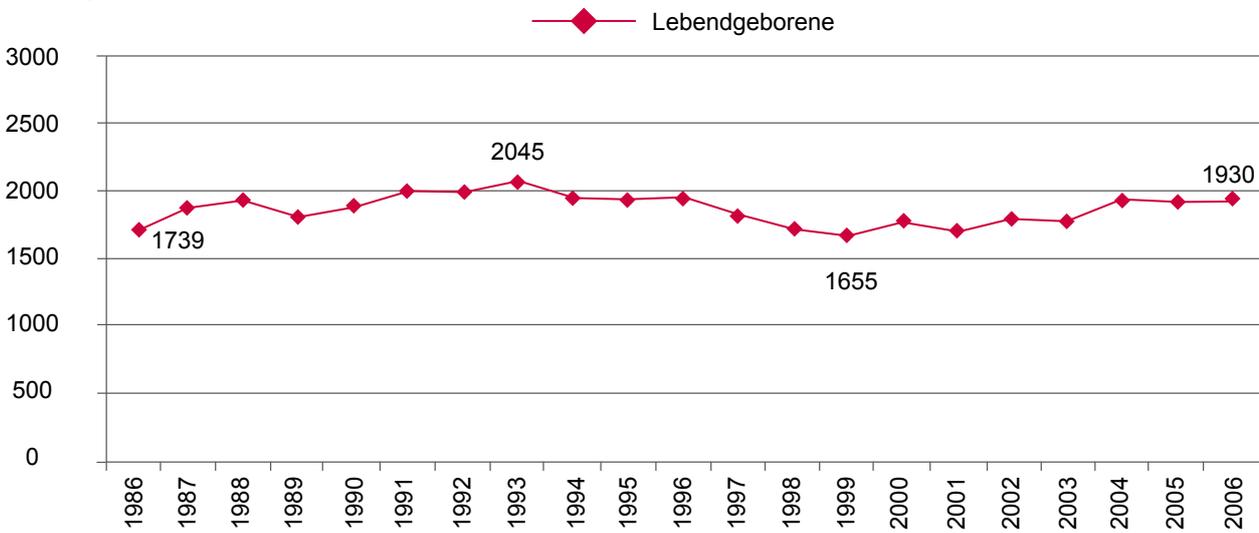
1.2. Bevölkerungsbewegung

Im Jahr 2006 verstarben 1.947 Personen der Linzer Wohnbevölkerung. Diesen Sterbefällen standen 1.930 Lebendgeborene gegenüber, was eine Geburtenbilanz von -17 ergibt.

Im Beobachtungszeitraum der letzten 20 Jahre war das Jahr 1993 das Jahr mit den meisten Geburten (2.045) und das Jahr 1999 jenes mit den wenigsten Geburten (1.655). Im Jahr 2006 wurden in Linz 1.930 Kinder lebend geboren.

Abbildung 5: Lebendgeborene im Zeitverlauf

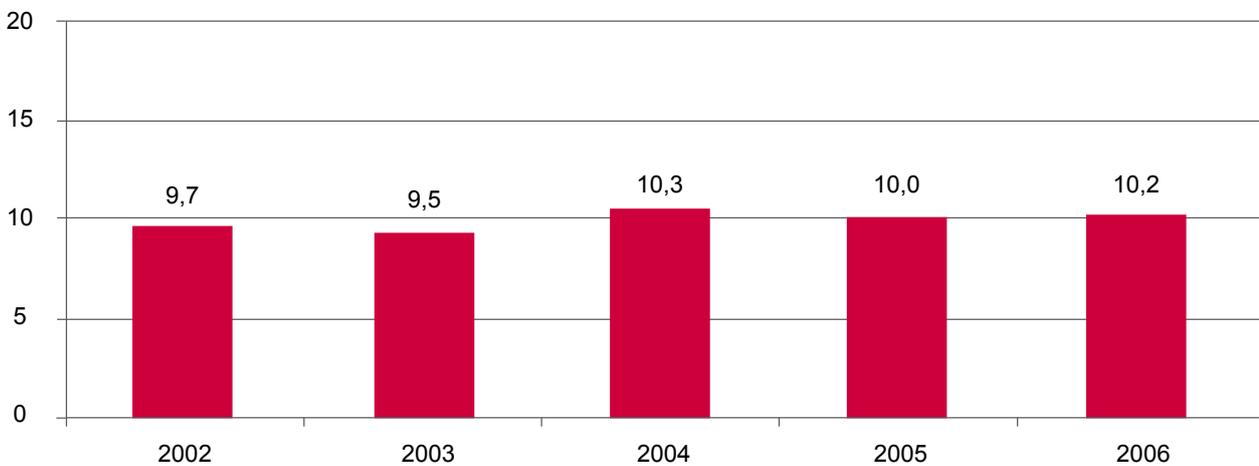
Lebendgeborene in Linz im Zeitverlauf



Quelle: Statistik Austria

Abbildung 6: Geburtenziffer im Zeitverlauf

Geburten pro 1.000 EinwohnerInnen



Quelle: Statistik Austria

Die Geburtenziffer, das ist die Anzahl der Lebendgeborenen eines Jahres pro 1.000 EinwohnerInnen, ist in den letzten Jahren relativ konstant geblieben. Ab dem Jahr 2004 kommen auf 1.000 LinzerInnen zehn lebendgeborene Kinder.

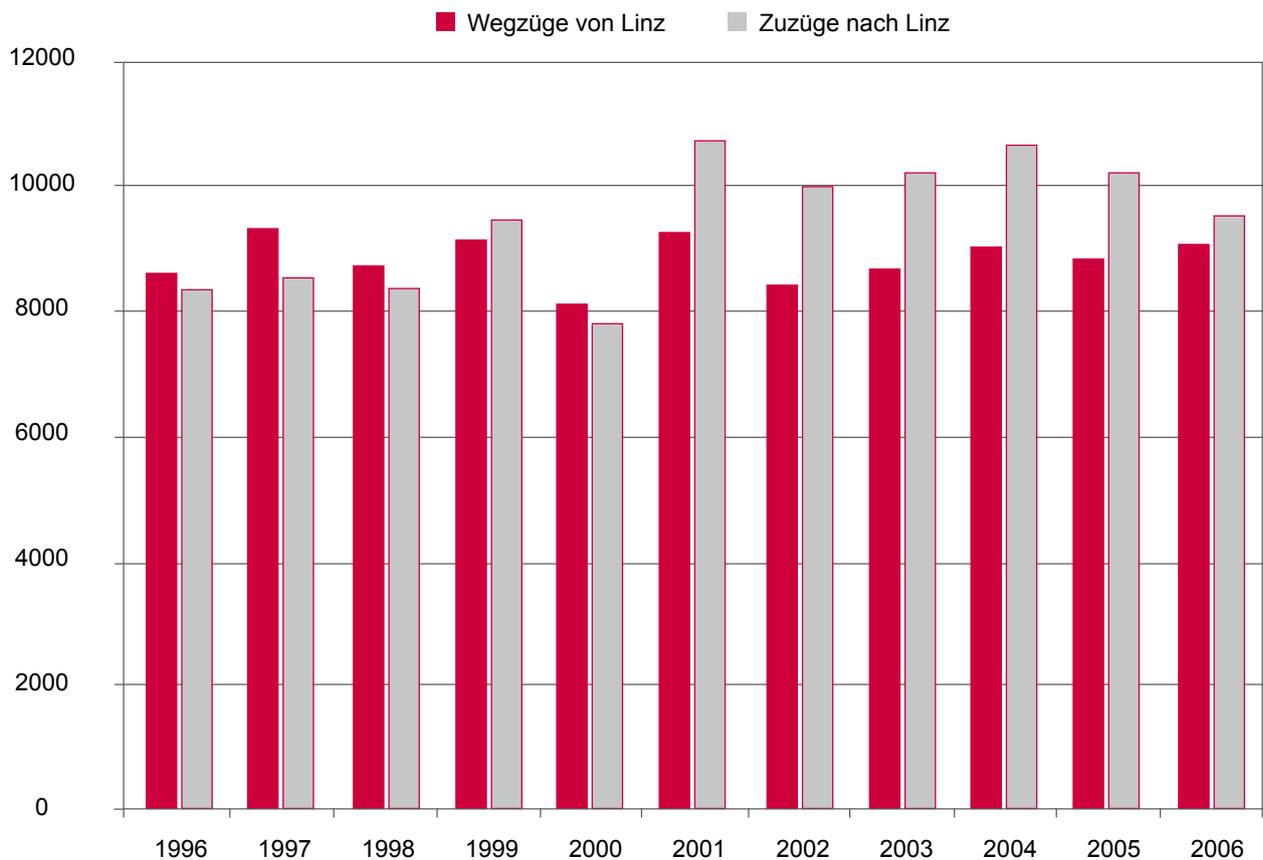
Wanderungen

Wie aus der Abbildung ersichtlich, unterliegen die Wanderungsbewegungen in Linz erheblichen Schwankungen. Dies gilt insbesondere für die Zuwanderung in die oberösterreichische Landeshauptstadt. Insgesamt beträgt das durchschnittliche jährliche Wanderungssaldo seit dem Jahr 1996 plus 614 Personen pro Jahr.

Interessant ist die Tatsache, dass die Wanderungsbewegungen nicht alle Altersschichten in gleichem Ausmaß betreffen. Im Zeitraum von 2002 bis 2006 sind 69 Prozent der zuwandernden und 64 Prozent der wegwandernden Personen zwischen 18 und 40 Jahren alt.⁶

Abbildung 7: Zu- und Wegzüge 1997 - 2006

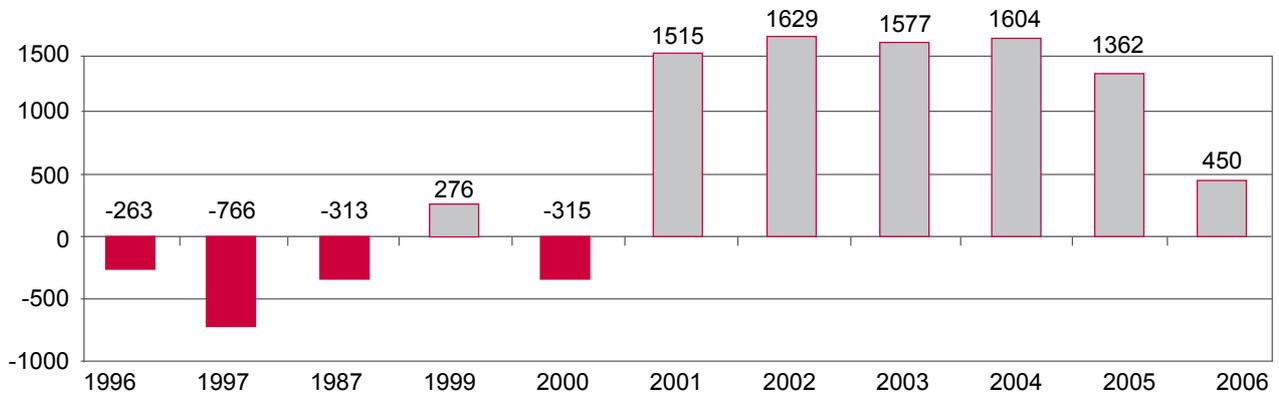
Zu- und Wegzüge



Quelle: Stadtforschung Linz, 2007

⁶ http://www.Linz.at/zahlen/110%5FForschungsprojekte/Bevoelkerungsprognose_Linz_2007-2020.pdf

Abbildung 8: Wanderungsbilanz



Quelle: Stadtforschung Linz, 2007

In den Jahren 1996 bis 1998 und im Jahr 2000 wies die Stadt Linz eine negative Wanderungsbilanz auf. Seit dem Jahr 2001 verlegen jährlich deutlich mehr Personen ihren Hauptwohnsitz in die Landeshauptstadt als Personen wegziehen.

Fakten

- Die Hauptwohnsitzbevölkerung ist in den letzten Jahren stetig gewachsen.
- Das durchschnittliche Wanderungssaldo (Zu- und Wegzüge) seit dem Jahr 1996 bis 2006 weist ein Plus von 614 Personen pro Jahr auf.
- Etwa zwei Drittel der zu- und wegwandernden Personen sind zwischen 18 und 40 Jahren alt.

2. LEBENSER- WARTUNG UND MORTALITÄT

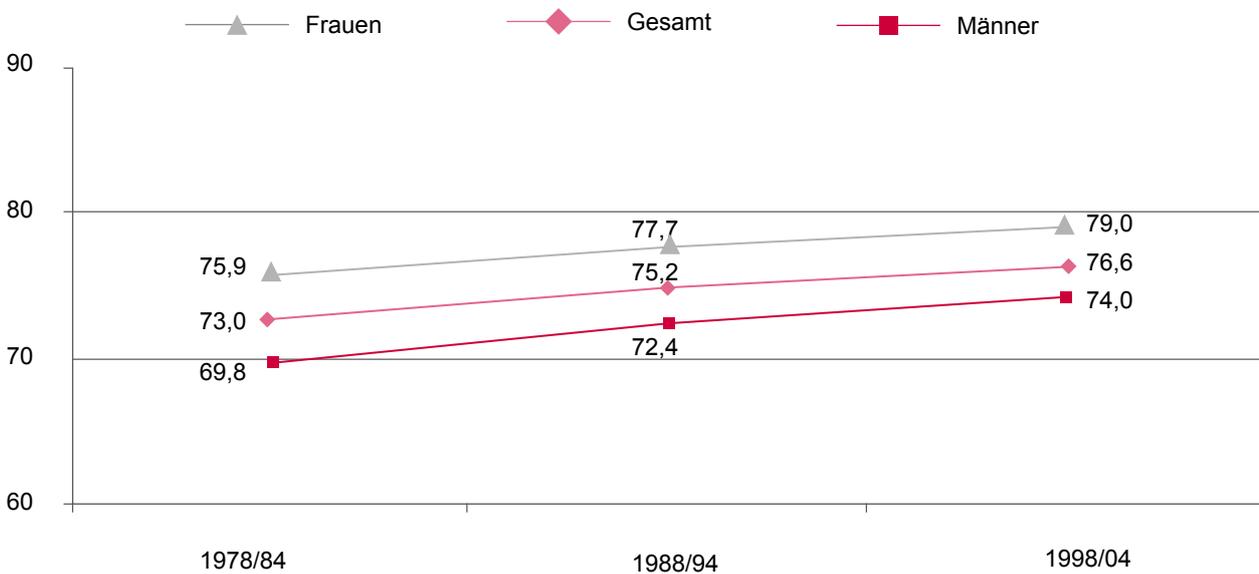
LEBENSERWARTUNG UND MORTALITÄT

Die Lebenserwartung hat in den letzten Jahrzehnten stetig zugenommen. Die Lebenserwartung eines Linzer Mannes beträgt bei der Geburt nunmehr 74 Jahre, jene einer Linzer Frau 79 Jahre.

Ein neugeborener Bub hat somit heute (1998-2004) eine um 4,2 Jahre längere Lebenserwartung als noch zu Beginn des Beobachtungszeitraums (1978-1984), ein neugeborenes Mädchen gewinnt 3,1 Jahre hinzu.

Abbildung 9: Lebenserwartung bei der Geburt

Lebenserwartung bei der Geburt im Zeitverlauf



Quelle: Statistik Austria⁷

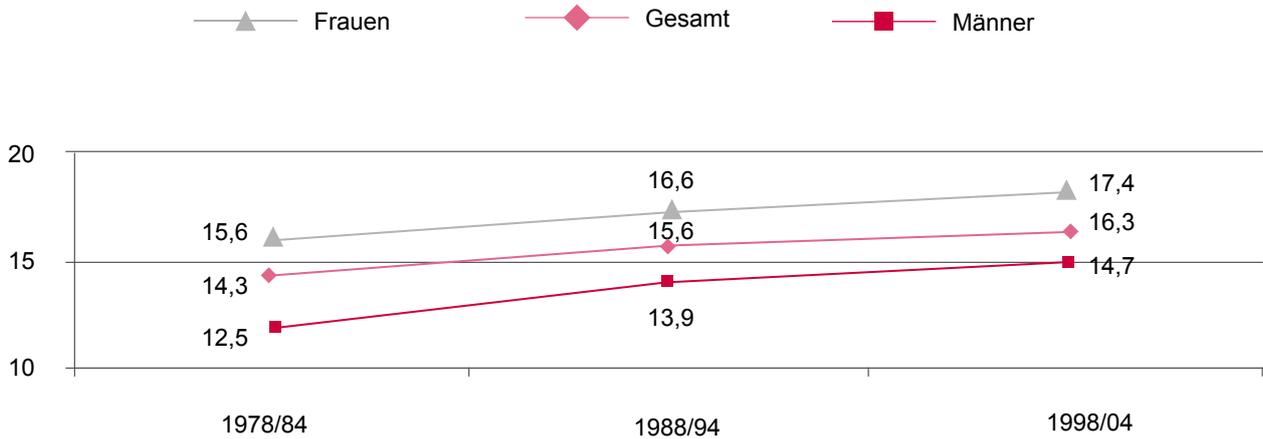
Wie die gesamte Lebenserwartung hat auch die fernere Lebenserwartung mit 65 Jahren deutlich zugenommen. Ein Linzer Mann hat zu seinem 65. Geburtstag eine fernere Lebenserwartung von 14,7, eine Linzer Frau von 17,4 Jahren.

Während ein Mann im Beobachtungszeitraum 1978-1984 zu seinem 65. Geburtstag noch 12,5 Lebensjahre vor sich hatte, sind es heute (1998-2004) um 2,2 Jahre mehr. Frauen haben im selben Zeitraum 1,8 Lebensjahre hinzugewonnen.

⁷ Österreichischer Todesursachenatlas 1998/2004, Wien 2007

Abbildung 10: Fernere Lebenserwartung mit 65 Jahren

Fernere Lebenserwartung mit 65 Jahren im Zeitverlauf



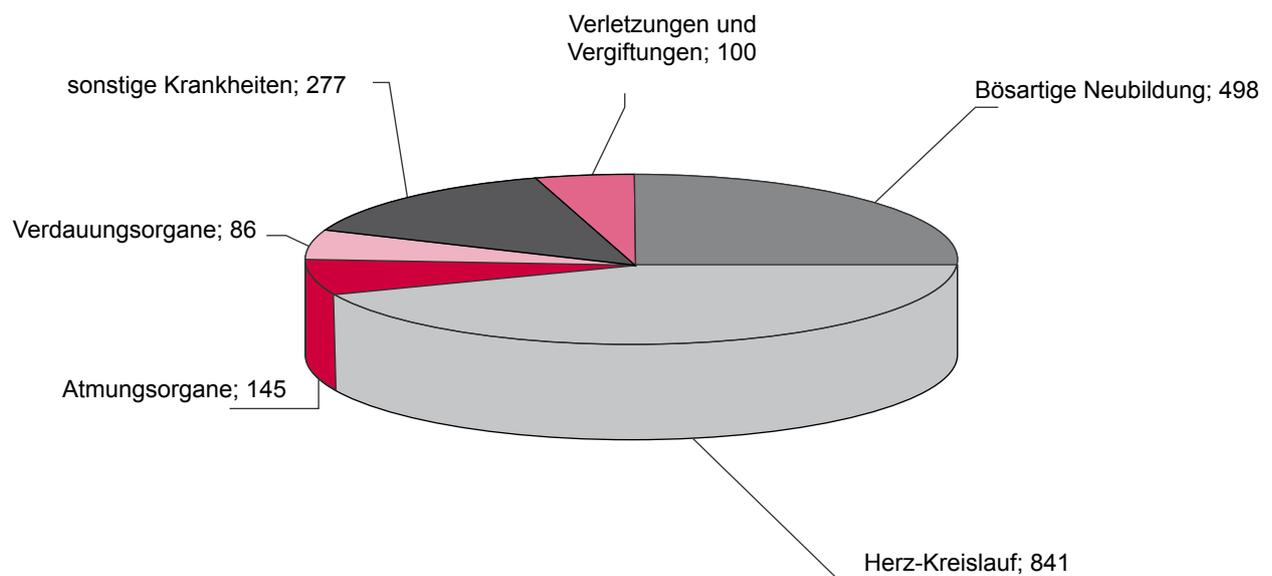
Quelle: Statistik Austria⁸

Insgesamt verstarben im Jahr 2006 1.947 LinzerInnen. Der Großteil der Todesfälle - 841 Fälle oder 43 Prozent - lässt sich auf Herz-Kreislauferkrankungen zurückführen.

Die zweithäufigste Todesursache in Linz sind Krebserkrankungen. Etwa ein Viertel der Todesfälle des Jahres 2006 traten in Folge einer bösartigen Neubildung auf.

145 Todesfälle sind auf Erkrankungen der Atmungsorgane und 100 auf die Folgen von Verletzungen zurück zu führen. 86 Personen verstarben an den Folgen von Erkrankungen der Verdauungsorgane. Bei 277 Personen waren sonstige Krankheiten die Ursache für das Ableben.

Abbildung 11: Todesfälle im Jahr 2006



Quelle: Statistik Austria

⁸ Österreichischer Todesursachenatlas 1998/2004, Wien 2007

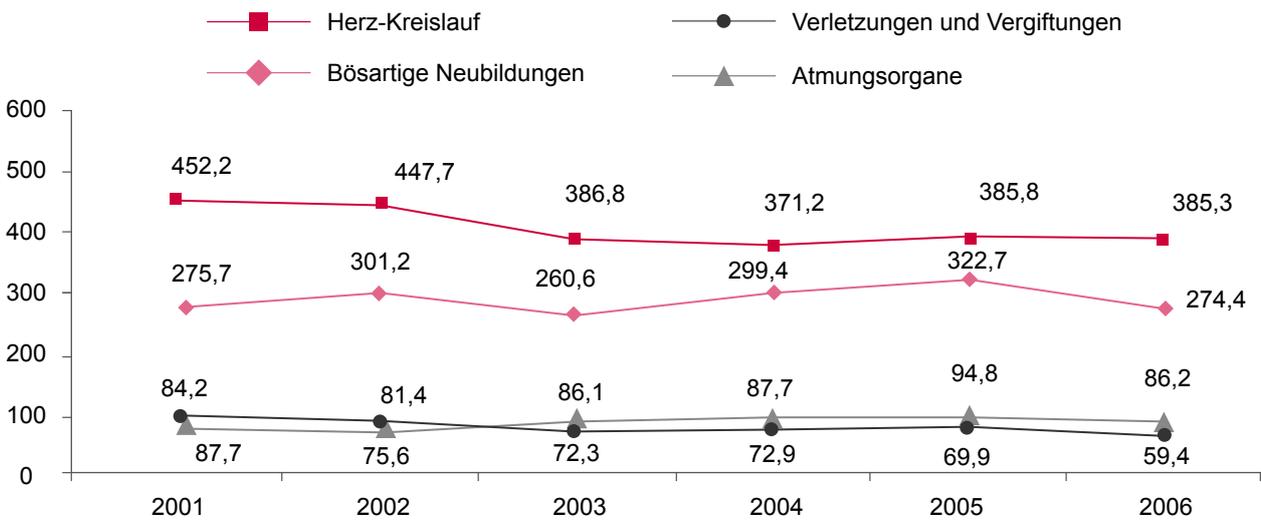
LEBENSERWARTUNG UND MORTALITÄT

In der folgenden Abbildung sind die Mortalitätsraten (= Zahl der Todesfälle pro 100.000 EinwohnerInnen) nach Geschlecht seit dem Jahr 2001 angeführt.

Verglichen mit den Raten vom Beginn des neuen Jahrtausends ist die Herz-Kreislauf-Mortalität bei beiden Geschlechtern zurückgegangen.

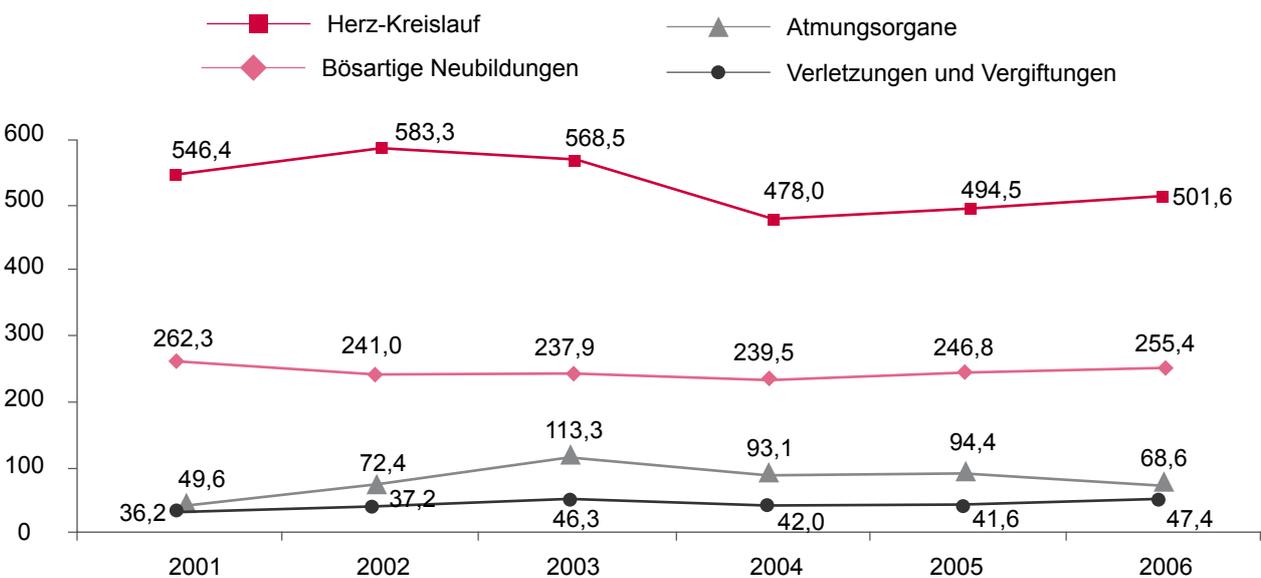
Abbildung 12: Mortalitätsraten in Linz (Rohe Rate)

Todesfälle pro 100.000 Männer



Quelle: Statistik Austria

Todesfälle pro 100.000 Frauen



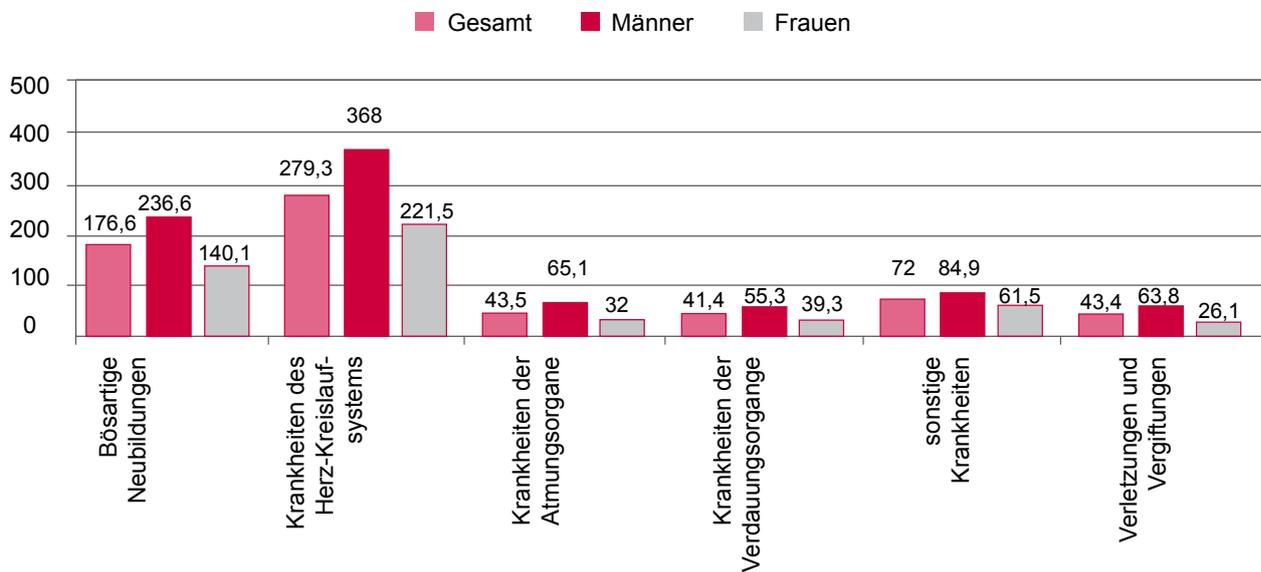
Quelle: Statistik Austria

Im Jahr 2006 starben 385 Männer und 502 Frauen pro 100.000 Personen des jeweiligen Geschlechts an Herz-Kreislauferkrankungen. Die Krebsmortalität ist bei den Männern etwas höher als bei den Frauen und über die letzten sechs Jahre betrachtet relativ konstant. Im Jahr 2006 kommen auf 100.000 Männer 86

Todesfälle in Folge einer Atemwegserkrankung, bei den Frauen liegt die Rate bei 67 Fällen pro 100.000. Die Mortalität in Folge von Verletzungen und Vergiftungen ist bei Männern höher als bei Frauen. Auf 100.000 Männer kamen im Jahr 2006 59 und auf 100.000 Frauen 47 Fälle.

Abbildung 13: Standardisierte Sterbeziffern

Standardisierte Sterbeziffern 1998/2004 in Linz



Quelle: Statistik Austria⁹

Betrachtet man die altersstandardisierten Mortalitätsraten¹⁰ für die Linzer Gesamtbevölkerung, dann kommen auf 100.000 Personen knapp 177 Todesfälle in Folge von Krebserkrankungen. Die Herz-Kreislaufmortalität liegt in Linz mit einer Rate von 279,3 signifikant unter jener Gesamtösterreichs (302,5). Die Mortalitätsrate in Folge von Atemwegserkrankungen liegt mit 43,5 (Gesamtösterreich 33,6) ebenso signifikant über dem Bundesdurchschnitt, wie jene in Folge von Krankheiten der Verdauungsorgane mit 41,4 (Gesamtösterreich 33,3).

Die standardisierten Mortalitätsraten der Männer sind bei allen betrachteten Todesursachen höher als jene der Frauen.

⁹ Österreichischer Todesursachenatlas 1998/2004, Wien 2007

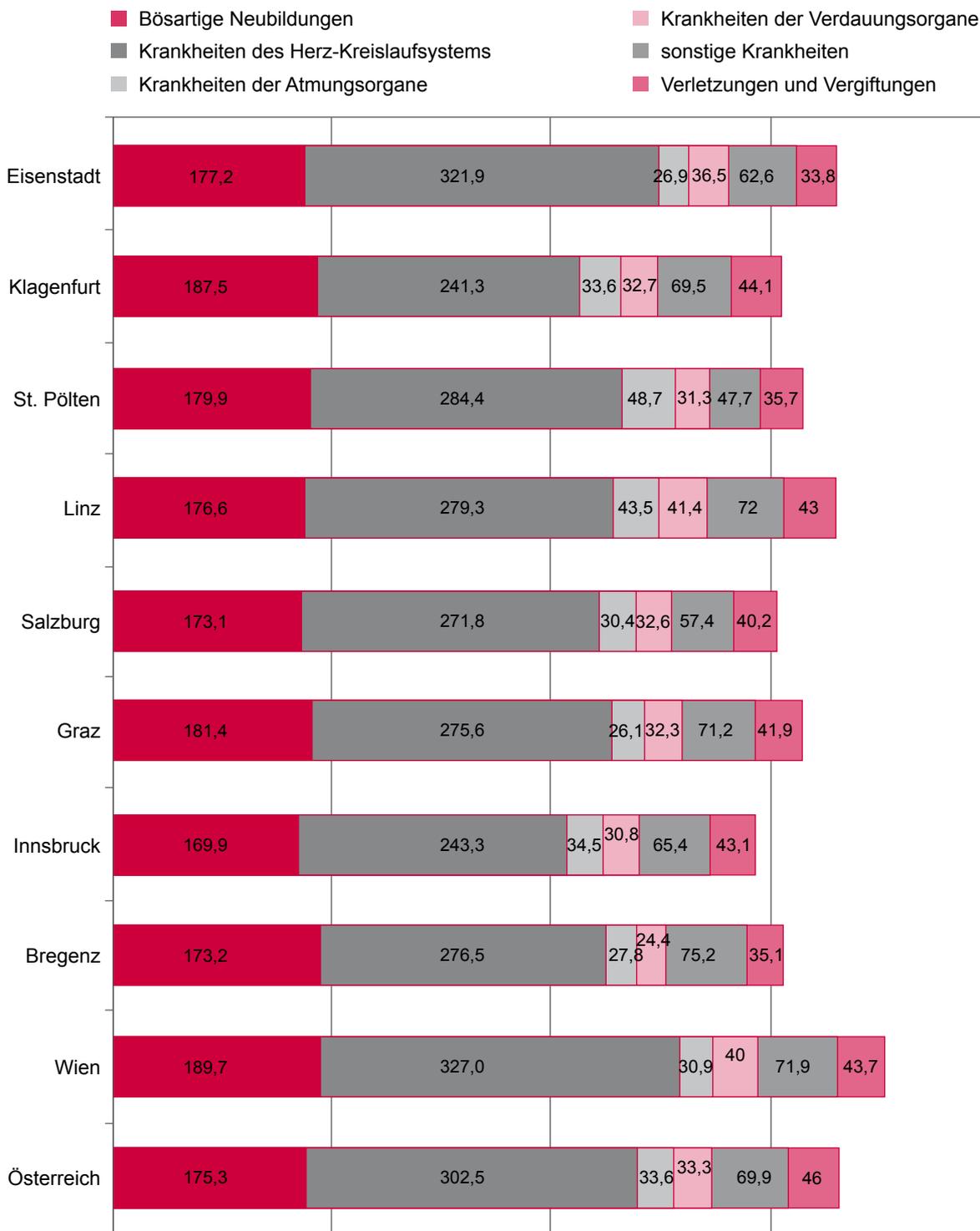
¹⁰ Todesfälle von 1998-2004 zusammengefasst; direkte Standardisierung unter Verwendung der Europa-Standardbevölkerung der WHO

LEBENSERWARTUNG UND MORTALITÄT

Abbildung 14: Standardisierte Sterbeziffern im Landeshauptstädtevergleich

Standardisierte Sterbeziffern 1998/2004 im Landeshauptstädtevergleich (Fälle/100.000 EinwohnerInnen)

LEBENSERWARTUNG UND MORTALITÄT



Quelle: Statistik Austria

Fakten

- Die Lebenserwartung hat in den letzten Jahren stetig zugenommen.
- Der Großteil (43 Prozent) aller Todesfälle aus dem Jahr 2006 lässt sich auf Herz-Kreislaufkrankungen zurückführen. Ein Viertel aller Todesfälle - und somit zweithäufigste Todesursache - sind ursächlich durch Krebserkrankungen bedingt.
- Die Herz-Kreislaufmortalität ist in den letzten Jahren rückläufig und liegt mit 279 pro 100.000 signifikant unter jener Gesamtösterreichs (303 pro 100.000).
- Die Krebsmortalität ist über die letzten Jahre betrachtet relativ konstant.
- Die Mortalitätsrate in Folge von Atemwegserkrankungen liegt mit 43,5 (Gesamtösterreich 33,6) pro 100.000 ebenso signifikant über der Rate Gesamtösterreichs, wie jene in Folge von Krankheiten der Verdauungsorgane mit 41,4 (Gesamtösterreich 33,3) pro 100.000.

3. GESUNDHEITZ- ZUSTAND

In diesem Kapitel soll der Gesundheitszustand der Linzer Bevölkerung genauer betrachtet werden. Dabei wird auf folgende Bereiche näher eingegangen: subjektive Gesundheit, Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle), Erkrankungen des Bewegungsapparates, Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Allergien, Diabetes, Atemwegserkrankungen und psychische Gesundheit. Darüber hinaus wird ein Überblick über die häufigsten Beschwerden der Linzer Bevölkerung gegeben. Für die Beschreibung des Gesundheitszustandes der Linzer Bevölkerung werden die Daten aus der Gesundheitsumfrage Linz herangezogen und (dort, wo möglich) durch Sekundärdaten ergänzt.

Ziel der nachfolgenden Analysen ist eine umfassende Beschreibung der Ist-Situation bzw. die Identifikation besonders stark belasteter/betroffener Bevölkerungsgruppen. Dabei soll in der Regel wie folgt vorgegangen werden: Neben der obligaten Differenzierung nach Geschlecht und Alter soll je nach Problemlage eine Differenzierung nach den Sozialindikatoren Schulbildung und/oder Äquivalenzeinkommen und/oder Beschäftigungsstatus erfolgen.

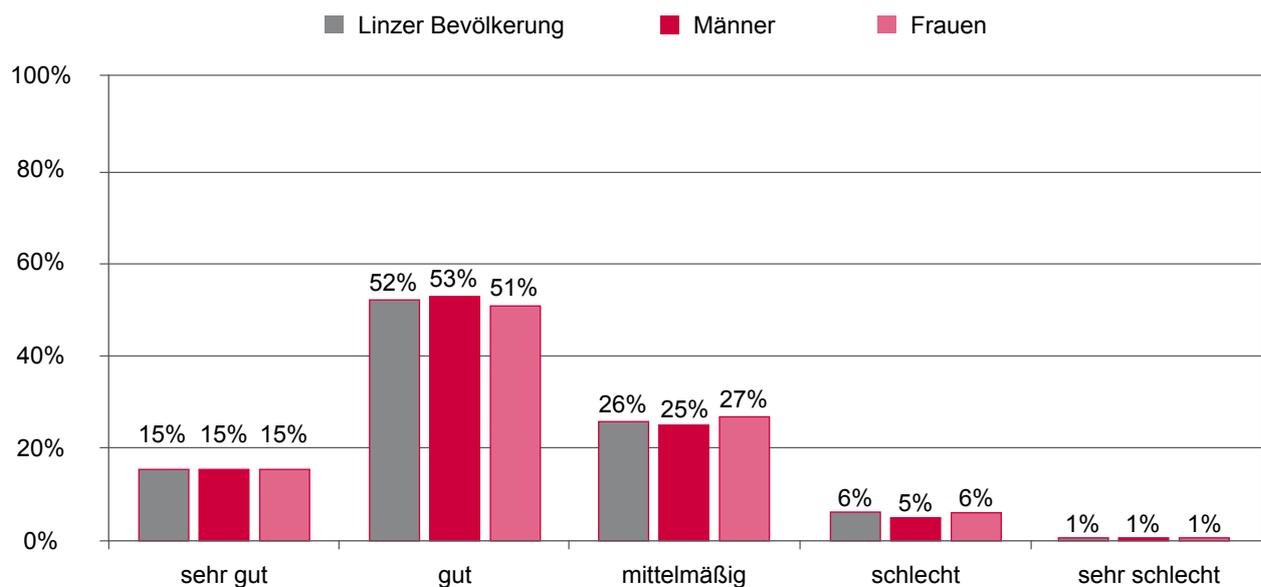
3.1. Subjektive Gesundheit

Die Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit („Wie beurteilen Sie im Allgemeinen Ihren Gesundheitszustand“) gilt als Schlüsselindikator für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung¹¹. Die Verteilung von Gesundheit in der Bevölkerung anhand dieses Indikators zeigt eine hohe Übereinstimmung mit der Verteilung der Gesundheit anhand objektiv messbarer Parameter, wie zum Beispiel medizinische Diagnosen.

Insgesamt beurteilen 67 Prozent der Linzer Bevölkerung ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“. Etwa ein Viertel der Befragten schätzt den eigenen Gesundheitszustand als „mittelmäßig“ ein. Sechs Prozent beurteilen ihren Gesundheitszustand als „schlecht“, ein Prozent gar als „sehr schlecht“.

GESUNDHEITZUSTAND

Abbildung 15: Subjektiver Gesundheitszustand der Linzer Bevölkerung



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.363

¹¹ http://www.obsan.ch/monitoring/statistiken/2_6_1/2002/d/261.pdf

GESUNDHEITZUSTAND

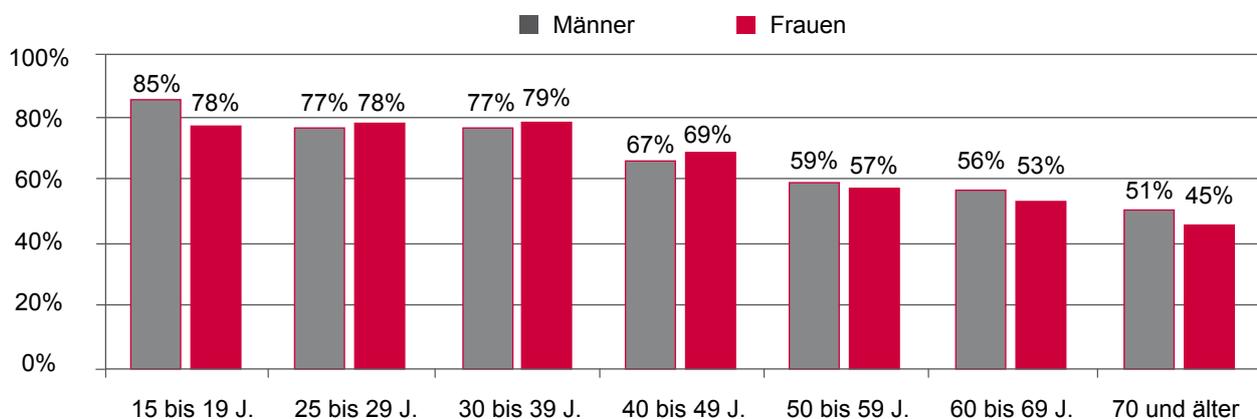
Während das Geschlecht bei der Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes kaum eine Rolle spielt¹², erweist sich das Alter erwartungsgemäß als wesentliche Einflussgröße: Jüngere fühlen sich deutlich gesünder als Ältere.

85 Prozent der jugendlichen Männer und 78 Prozent der jugendlichen Frauen beurteilen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut/gut“. Im Alter zwischen 20 und 39 Jahren geben sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern mehr als Dreiviertel an, einen „sehr guten/guten“ Gesundheitszustand zu haben.

Ab dem 40. Lebensjahr nimmt die gute subjektive gesundheitliche Verfassung stetig ab. Bei den (über) 70-Jährigen geben nur noch gut die Hälfte der Männer und 45 Prozent der Frauen an, über einen „sehr guten“ bzw. „guten“ Gesundheitszustand zu verfügen.

Abbildung 16: Altersspezifischer Gesundheitszustand der Linzer Bevölkerung

Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut/gut beurteilen“

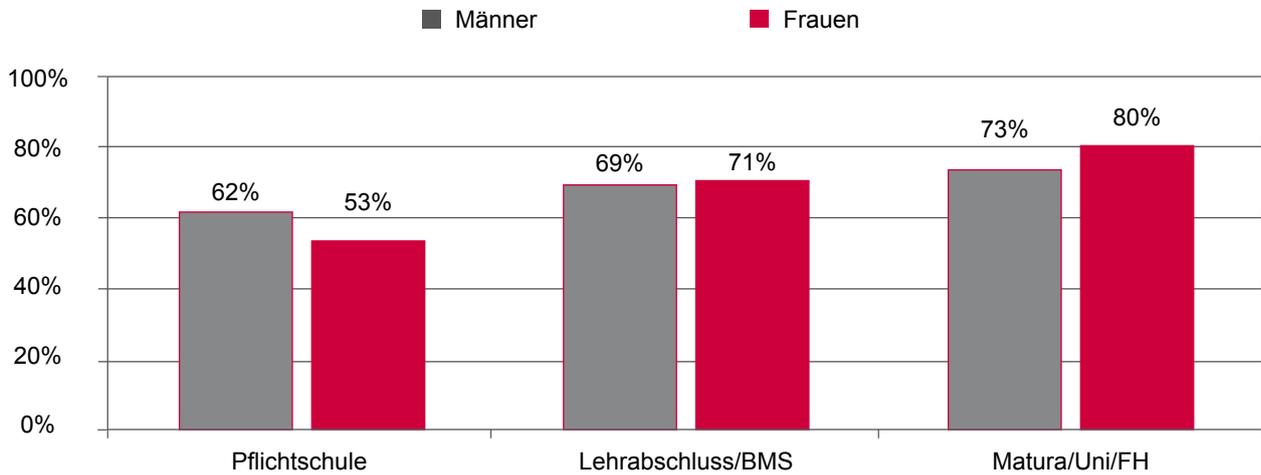


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.353

¹² 68 Prozent der Männer und 66 Prozent der Frauen beurteilen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“.

Abbildung 17: Bildungsbezogener Gesundheitszustand der Linzer Bevölkerung

Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut/gut beurteilen“



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.328

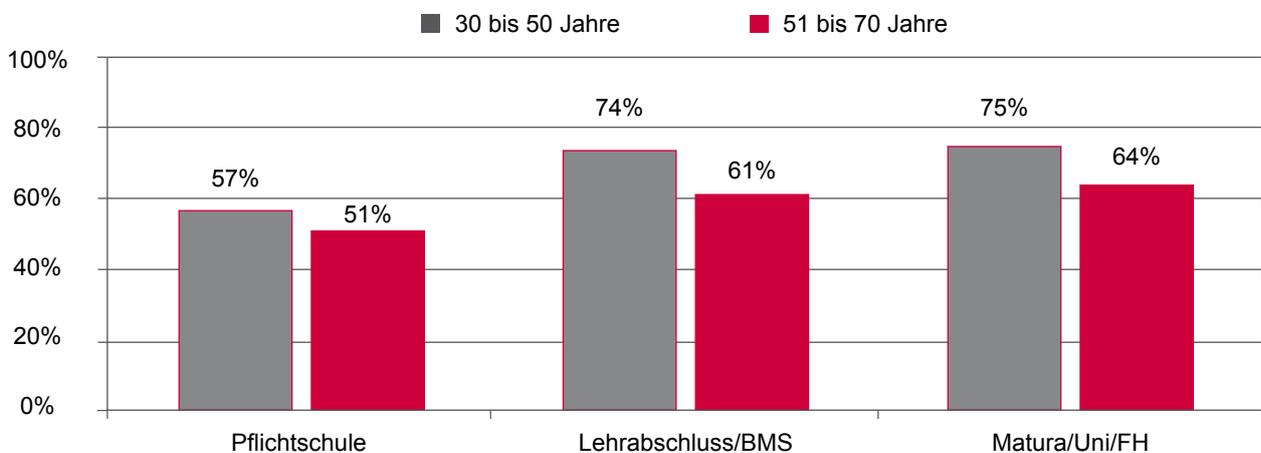
Aus der obigen Abbildung lässt sich folgender Satz ableiten: „Je höher die Schulbildung, desto besser der subjektive Gesundheitszustand.“ Dieser Satz gilt für Frauen in einem stärkeren Ausmaß als für Männer. 80 Prozent der Frauen mit Matura/Uni/FH geben an, einen „sehr guten“ oder „guten“ Gesundheitszustand zu haben, während dies nur 71 Prozent der Frauen mit Lehrabschluss/BMS und gar nur 53 Prozent der Frauen mit

Pflichtschulabschluss haben. Bei den Männern sind die Unterschiede nicht so dramatisch wie bei den Frauen, aber ebenfalls vorhanden. 73 Prozent der Männer mit hoher Schulbildung aber nur 62 Prozent der Männer mit niedriger Schulbildung geben an, einen „sehr guten“ oder „guten“ Gesundheitszustand zu haben. In einem weiteren Schritt soll nun analysiert werden, ob sich diese Ergebnisse in verschiedenen Altersgruppen bestätigen.

GESUNDHEITZUSTAND

Abbildung 18: Bildungsbezogener Gesundheitszustand nach unterschiedlichen Altersgruppen - Männer

Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut/gut beurteilen“

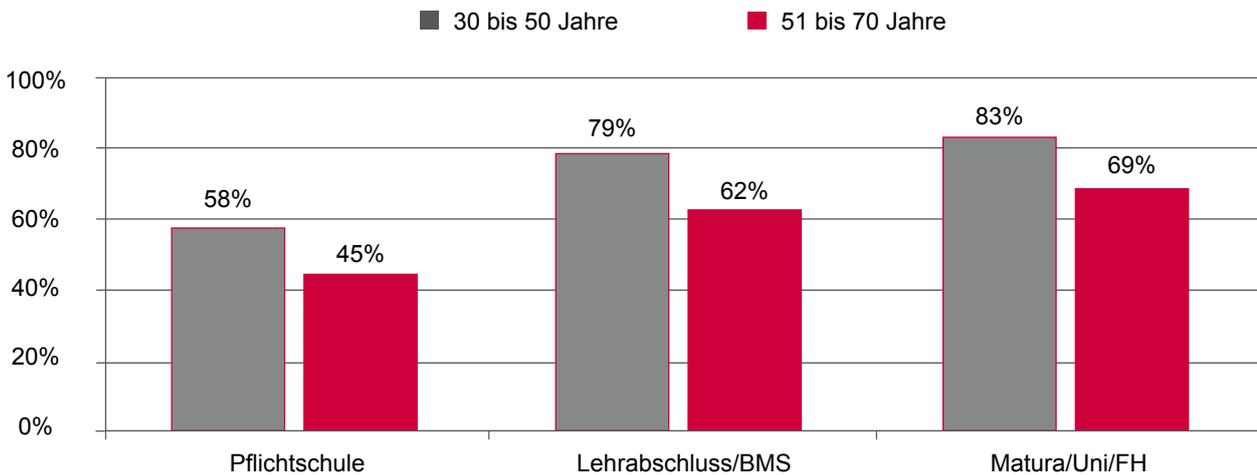


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=777

GESUNDHEITZUSTAND

Abbildung 19: Bildungsbezogener Gesundheitszustand nach unterschiedlichen Altersgruppen - Frauen

Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut/gut beurteilen“

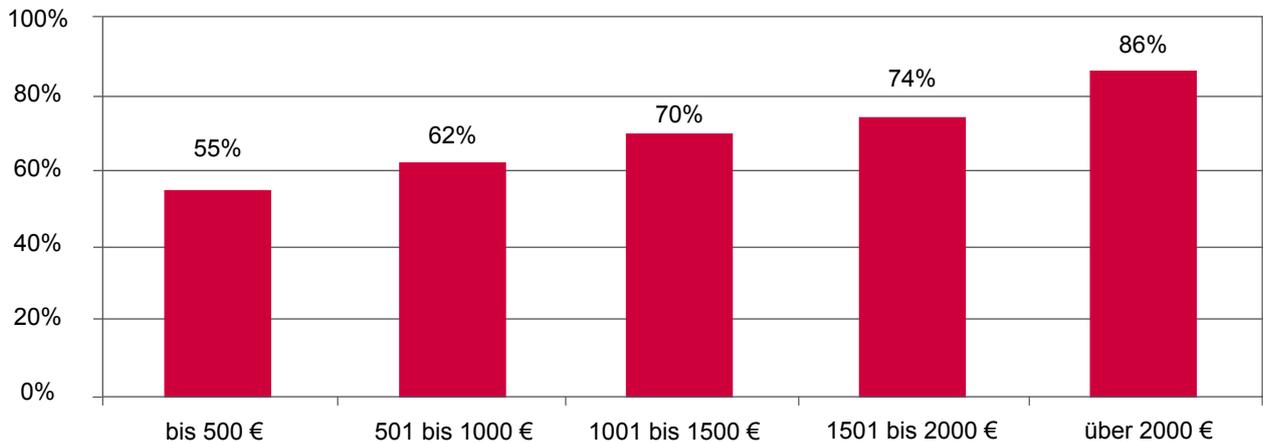


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=781

Wie aus den obigen Abbildungen hervorgeht, ist der Zusammenhang zwischen der Schulbildung und dem subjektiven Gesundheitszustand bei beiden betrachteten Altersgruppen gegeben, bei Männern wie bei Frauen. Als besonders belastet erwies sich die Gruppe der älteren Frauen mit niedriger Schulbildung: Mehr als die Hälfte der 51- bis 70-jährigen Frauen beurteilt ihren Gesundheitszustand als „mittelmäßig“ bis („sehr“) „schlecht“.

Abbildung 20: Einkommen und subjektive Gesundheit

Äquivalenzeinkommen und subjektiver Gesundheitszustand („sehr gut/gut“)



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.165

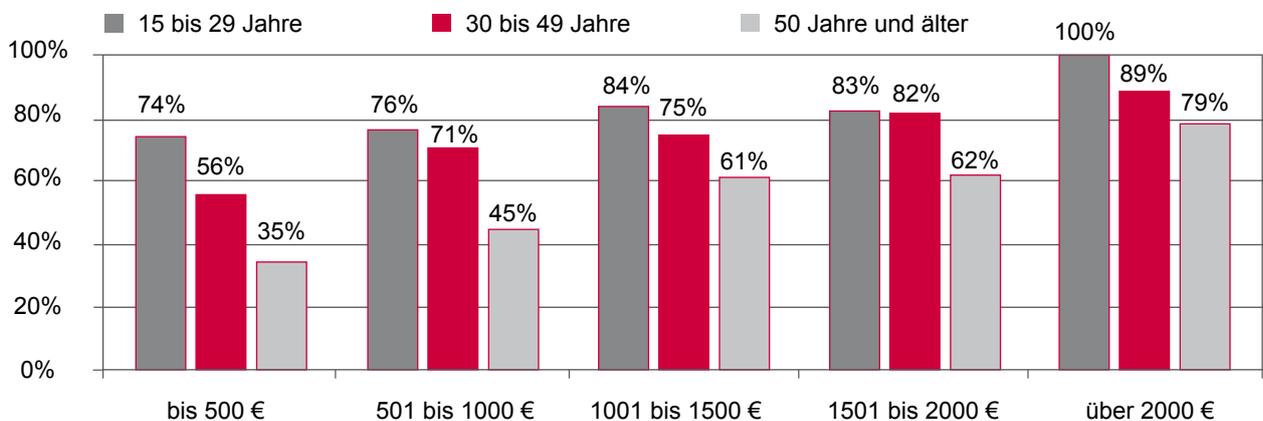
Das Einkommen ist ein wichtiger Sozialindikator und bestimmt neben anderen Faktoren (wie z.B. Bildung) den sozioökonomischen Status einer Person. Das Äquivalenzeinkommen ist ein Wert, der sich aus dem Gesamteinkommen eines Haushalts, Anzahl und dem Alter der von diesem Einkommen lebenden Personen ergibt. Es entspricht einem gewichteten Pro-Kopf-Einkommen.

Je höher das Äquivalenzeinkommen, desto eher wird der subjektive Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“ beschrieben. Nur etwas mehr als die Hälfte (55 Prozent) der Personen mit sehr niedrigem Einkommen (bis 500 Euro) geben an, über einen „sehr guten“ oder „guten“ Gesundheitszustand zu verfügen. Mit steigendem Einkommen nimmt der Anteil an Personen, die über einen „sehr guten“ oder „guten“ Gesundheitszustand verfügen, stetig zu. Bei Personen mit einem Äquivalenzeinkommen von über 2.000 Euro haben gar 86 Prozent einen „sehr guten“ oder „guten“ Gesundheitszustand.

GESUNDHEITZUSTAND

Abbildung 21: Einkommen und subjektive Gesundheit nach Alter

Äquivalenzeinkommen und subjektiver Gesundheitszustand („sehr gut/gut“)



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.146

Besonders deutlich wird der Zusammenhang zwischen dem Einkommen und dem subjektiven Gesundheitszustand bei den über 50-Jährigen: Lediglich 35 Prozent der Personen mit einem Äquivalenzeinkommen bis 500 Euro geben an, über einen „sehr guten“ oder „guten“ Gesundheitszustand zu verfügen, während dies Personen mit einem Einkommen über 2.000 Euro zu 79 Prozent tun.

Fakten

- 67 Prozent der Linzer Bevölkerung beurteilen ihren Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“.
- Der Anteil der Personen mit gutem Gesundheitszustand ist bei höher Gebildeten größer.
- Der Anteil der Personen mit gutem Gesundheitszustand nimmt mit steigendem Einkommen zu.

3.2. Krankenstand (Arbeitsunfähigkeit)

Aus der Krankenstandsstatistik können nur sehr bedingt Aussagen über den Gesundheitszustand abgeleitet werden. Die Krankenstandshäufigkeit hängt von einer Vielzahl von Bedingungen ab, die nicht unmittelbar mit Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung zusammenhängen, z.B. mit der Konjunkturlage, Arbeitslosigkeit etc. Darüber hinaus führen nicht alle Erkrankungen in gleichem Ausmaß zu Arbeitsunfähigkeit.

In Österreich sind die krankheitsbedingten Fehlzeiten seit den 1980er Jahren rückläufig. Die Rückgänge sind vor allem auf kürzere Arbeitsunfähigkeitsepisoden zurückzuführen. Die Anzahl der Krankenstandsfälle hat hingegen zugenommen.¹³

Wesentliche Bestimmungsfaktoren für die Höhe der Fehlzeiten sind das Alter der Beschäftigten, die berufliche Stellung sowie der Tätigkeitsbereich. Ältere ArbeitnehmerInnen weisen mehr Krankenstandstage auf als jüngere. Dies ist vor allem dadurch bedingt, dass sie bei Erkrankung länger im Krankenstand sind. Jüngere ArbeitnehmerInnen weisen eine höhere Krankenstandswahrscheinlichkeit auf, sind jedoch im Durchschnitt nur kurz im Krankenstand.¹⁴

Die berufliche Stellung wirkt sich infolge der damit verbundenen unterschiedlichen Arbeitsbedingungen auf die Fehlzeiten aus. ArbeiterInnen sind stärker von Krankenstand betroffen als Angestellte, da sie höheren physischen Belastungen ausgesetzt sind und ein höheres Unfallrisiko tragen. Verschiedene Branchen weisen aufgrund ihrer Beschäftigtenstruktur und Arbeitsbedingungen unterschiedliche Krankenstandsquoten auf. Besonders häufig sind Krankenstände in der Sachgüterproduktion und im Bauwesen. In diesen Branchen ist die Belastung durch Skelett/Muskelerkrankungen sowie durch Verletzungen besonders hoch. Zu den häufigsten Ursachen für Krankenstände zählen Erkrankungen des Stützapparates (Skelett/Muskel) sowie Verletzungen. Österreichweit gehen 40 Prozent der Fehlzeiten auf diese Erkrankungen zurück.¹⁵

¹³ Leoni, T.: Fehlzeitenreport 2007. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich ; Studie des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung im Auftrag der Wirtschaftskammer Österreich, WIFO - Österr. Inst. für Wirtschaftsforschung, Wien 2008

¹⁴ Leoni, T., Wien 2008

¹⁵ Leoni, T., Wien 2008

In den Linzer Betrieben (Betriebsstandort Linz) waren 2006 rund 171.500 ArbeiterInnen und Angestellte beschäftigt. Betrachtet man die gesamte Population der ArbeitnehmerInnen in Linzer Betrieben, so entfallen auf eine Person im Jahr durchschnittlich 1,2 Krankenstandsfälle mit einer Durchschnittsdauer von knapp elf Tagen. 63 Prozent der Beschäftigten war innerhalb des Jahres 2006 mindestens ein Mal im Krankenstand. Der Rest, über ein Drittel, weist keinen Krankenstand in diesem Jahr auf. Im Durchschnitt entfallen auf jede/n ArbeitnehmerIn 13,2 Krankenstandstage.

In der Gesamtbetrachtung (ArbeiterInnen und Angestellte zusammen) unterscheidet sich Linz kaum vom oberösterreichischen Durchschnitt. Anzumerken ist jedoch, dass in den Betrieben in Linz überdurchschnittlich viele Angestellte und weniger ArbeiterInnen beschäftigt sind

als im restlichen Oberösterreich. Die Krankenstandshäufigkeit bei ArbeiterInnen ist jedoch deutlich höher als die bei Angestellten. In Oberösterreich kommen im Durchschnitt auf eine/n ArbeiterIn 1,5 AU-Fälle mit einer Durchschnittsdauer von 11,5 Tagen. Unter den in Linzer Betrieben beschäftigten ArbeiterInnen liegt sowohl die Krankenstandshäufigkeit, mit durchschnittlich 1,6 AU-Fällen, als auch die durchschnittliche Erkrankungsdauer (mit 12,1 Tagen pro AU-Fall) etwas über dem oberösterreichischen Durchschnitt. Ähnliches gilt für Angestellte in Linzer Betrieben mit durchschnittlich 1,0 AU-Fall pro Beschäftigten (Oberösterreich 0,9) und durchschnittlich 10,1 Tagen pro Fall (OÖ: 9,7 Tage/Fall). Die Unterschiede dürften u.a. mit der unterschiedlichen Zusammensetzung der Beschäftigtenpopulation (Alter, Geschlecht, Beruf etc.) bzw. mit Unterschieden in der Branchenstruktur zusammenhängen.

Abbildung 22: Krankenstandsstatistik 2006: Betriebe in OÖ und Linz (nach Betriebsstandort)

	OÖ Angestellte	Linz Stadt Angestellte	OÖ ArbeiterInnen	Linz Stadt ArbeiterInnen	Gesamt: OÖ (ArbeiterInnen und Angestellte)	Gesamt: Linz Stadt (ArbeiterInnen und Angestellte)
Erkrankte	134.097	61.372	186.429	47.526	320.526	108.898
Fälle	233.462	110.682	362.312	95.785	595.774	206.467
Tage	2.273.322	1.112.003	4.170.570	1.154.718	6.443.892	2.266.721
Beschäftigte	251.254	112.196	238.292	59.301	489.546	171.497
Durchschnittsdauer einer Erkrankung (eines AU-Falles)	9,74	10,05	11,51	12,06	10,82	10,98
Durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit (AU-Fälle/Besch.)	0,93	0,99	1,52	1,62	1,22	1,20
Betroffenenquote (Erkrankte/ Beschäftigten)	53%	55%	78%	80%	65%	63%
AU-Tage pro Beschäftigten	9,05	9,91	17,50	19,47	13,16	13,22

Quelle: OÖGKK (interne Auswertungen), Betriebe mit Betriebsstandort Linz

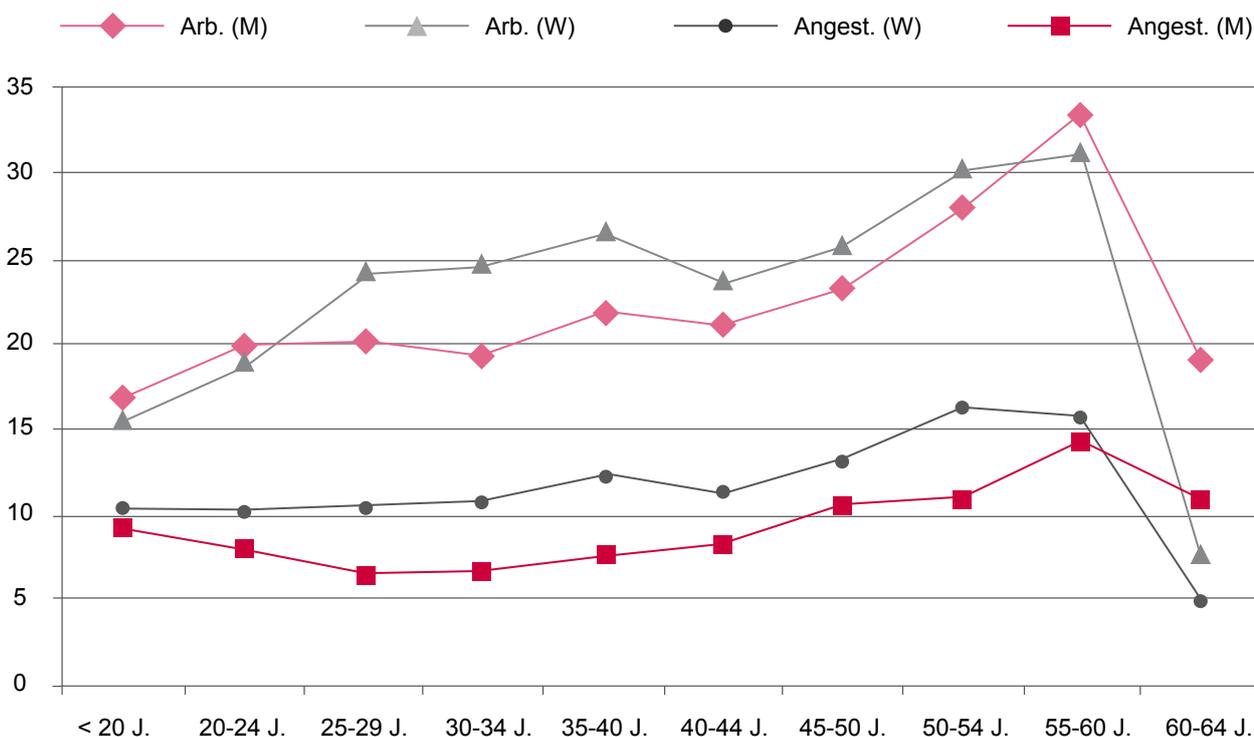
GESUNDHEITZUSTAND

Die Anzahl der Krankenstandstage pro Beschäftigte steigt mit zunehmendem Alter an. Bei ArbeiterInnen unter 20 Jahren liegt die Rate bei etwas über 15 Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tagen) je Beschäftigte. Bei ArbeiterInnen zwischen 55 und 65 liegt die Rate bei über 30 AU-Tagen/Beschäftigte. Bei den über 60-jährigen Beschäftigten geht die Häufigkeit der Krankenstandstage stark zurück, was mit dem Ausscheiden der gesundheitlich stärker belasteten ArbeitnehmerInnen aus dem Arbeitsleben zusammenhängen dürfte.

Bei den Angestellten steigt die Rate der jährlichen Krankenstandstage von rund zehn AU-Tagen je Beschäftigte bei den unter 20-Jährigen auf rund 15 AU-Tage pro Beschäftigte in der Altersgruppe der 55-60-Jährigen. Auch hier ist ein Rückgang bei über 60-Jährigen zu beobachten.

Sowohl bei ArbeiterInnen als auch bei Angestellten liegt die Rate der AU-Tage bei Frauen höher als bei Männern. Dies ist auf die höhere Fehlzeitenquote der Frauen in den Altersgruppen zwischen 25 und 55 Jahre zurückzuführen.

Abbildung 23: Krankenstandstage je Beschäftigten 2006: nach Altersgruppen und Geschlecht



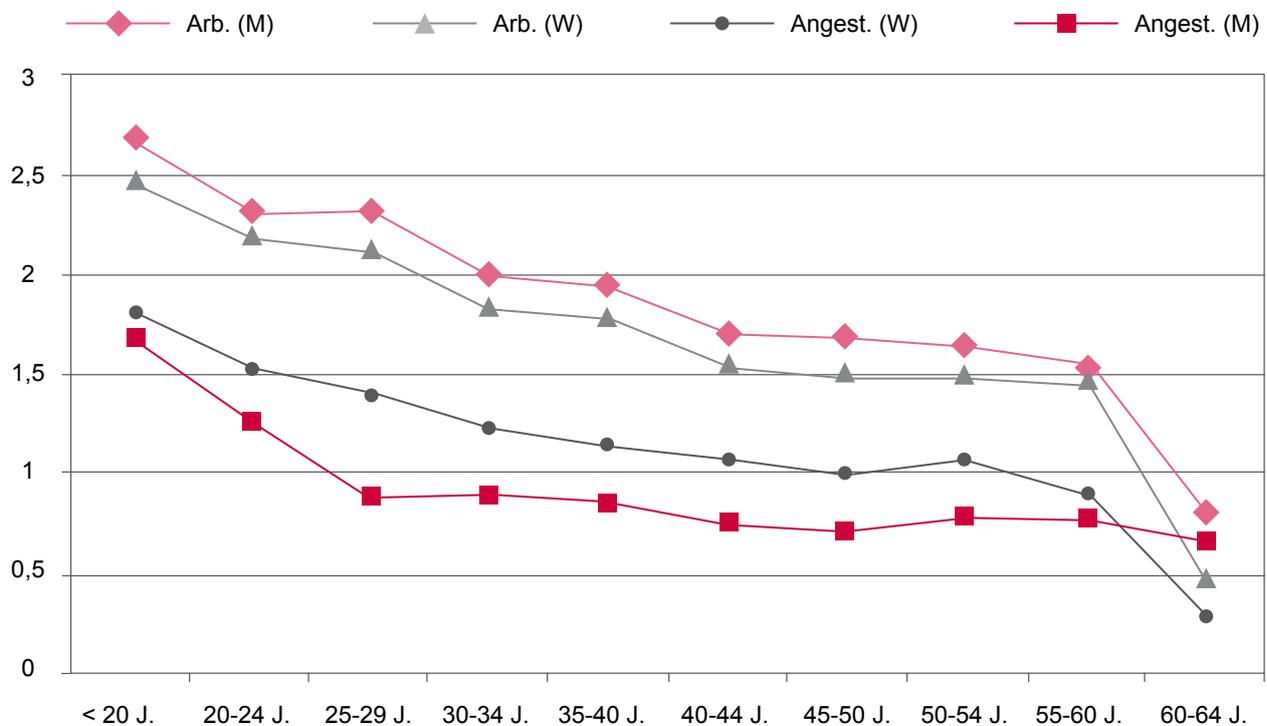
Quelle: FOKO, OÖGKK (eigene Berechnungen), Beschäftigte mit Wohnsitz Linz

Im Gegensatz zu den durchschnittlichen Krankenstandstagen sinkt die Erkrankungshäufigkeit mit zunehmendem Alter. Das bedeutet ältere ArbeitnehmerInnen weisen weniger, aber dafür längere Krankenstände auf.

Bei ArbeiterInnen sinkt die Rate von rund 2,5 Kranken-

ständen je Beschäftigte bei unter 20-Jährigen auf rund 1,5 bei 55-60-jährigen Beschäftigten, bei den über 60-Jährigen ist ein weiteres Absinken zu beobachten. Bei Angestellten sinkt die Krankenstandshäufigkeit von rund 1,8 Fällen pro Beschäftigte bei unter 20-Jährigen auf rund 0,8 Erkrankungsepisoden bei 55-60-Jährigen.

Abbildung 24: Durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit (Krankenstandsfälle je Beschäftigten) 2006: nach Altersgruppen und Geschlecht



Quelle: FOKO, OÖGKK (eigene Berechnungen), Beschäftigte mit Wohnsitz Linz. Als Erkrankungsfälle wird die Arbeitsunfähigkeit einer Person mit einer bestimmten Diagnose innerhalb eines Quartals gezählt. Mehrere Erkrankungsepisoden mit derselben Diagnose innerhalb eines Quartals werden als ein Fall betrachtet.

GESUNDHEITZUSTAND

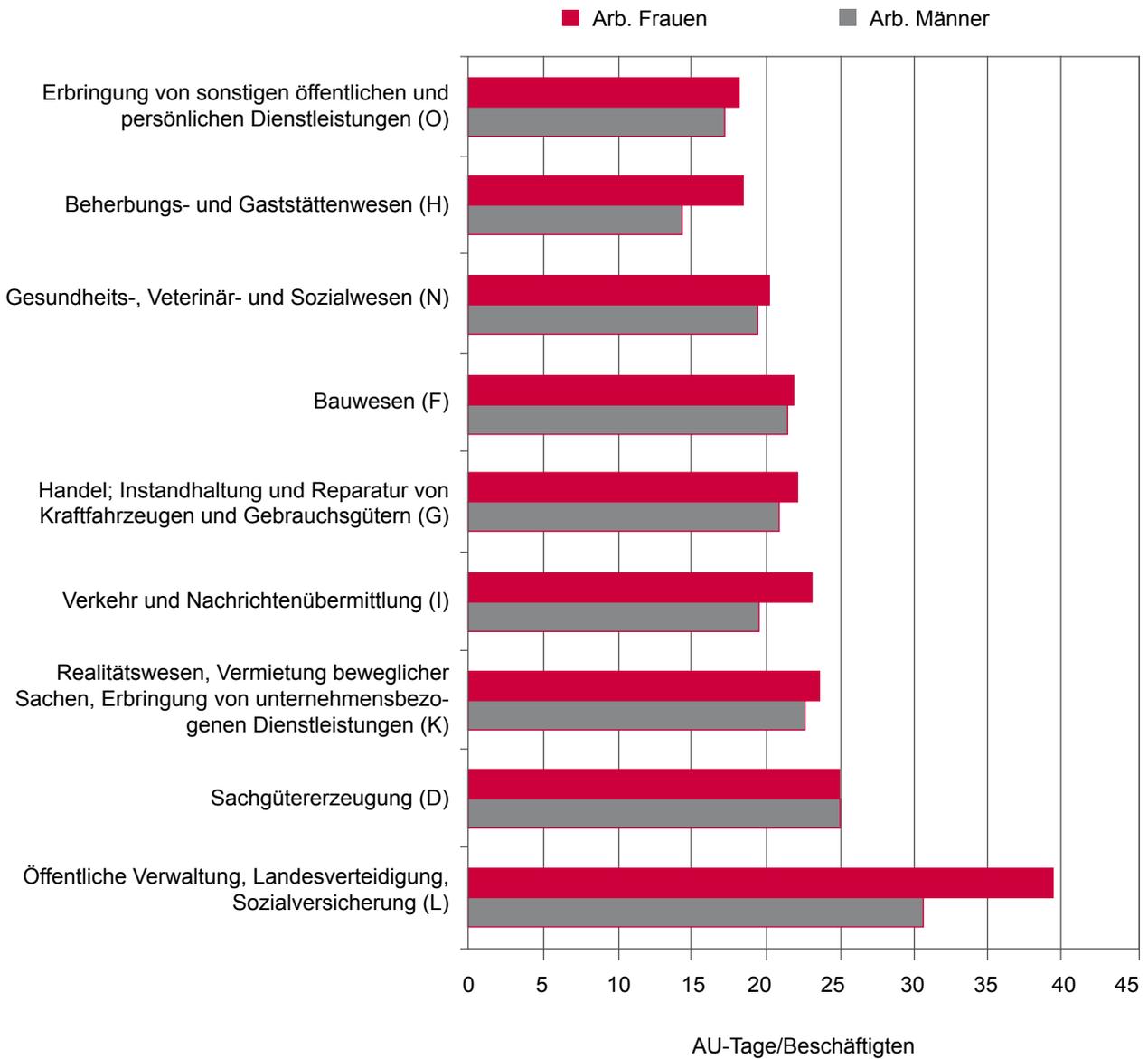
3.2.1. Krankenstand nach Branchen

Unterschiedliche Wirtschaftsklassen (Branchen) weisen deutliche Unterschiede hinsichtlich der durchschnittlichen Höhe des Krankenstands auf.

Arbeiter und Arbeiterinnen im Sektor „Öffentliche Verwaltung, Landesverteidigung, Sozialversicherung“ weisen überdurchschnittliche Fehlzeiten auf. Ähnliches gilt für die Wirtschaftsklassen „Sachgütererzeugung“ und „Realitätenwesen, Vermietung, unternehmensbezogene Dienstleistungen“. Arbeiter und Arbeiterinnen der Wirtschaftsklassen „Sonstige öffentliche u. persönliche Dienstleistungen“ und „Beherbergungs- und Gaststättenwesen“ weisen hingegen unterdurchschnittliche Krankenstände auf.

GESUNDHEITZUSTAND

Abbildung 25: Krankenstand: AU Tage von Arbeitern und Arbeiterinnen 2006 nach Wirtschaftsklasse (ICD-10 Kapitel)

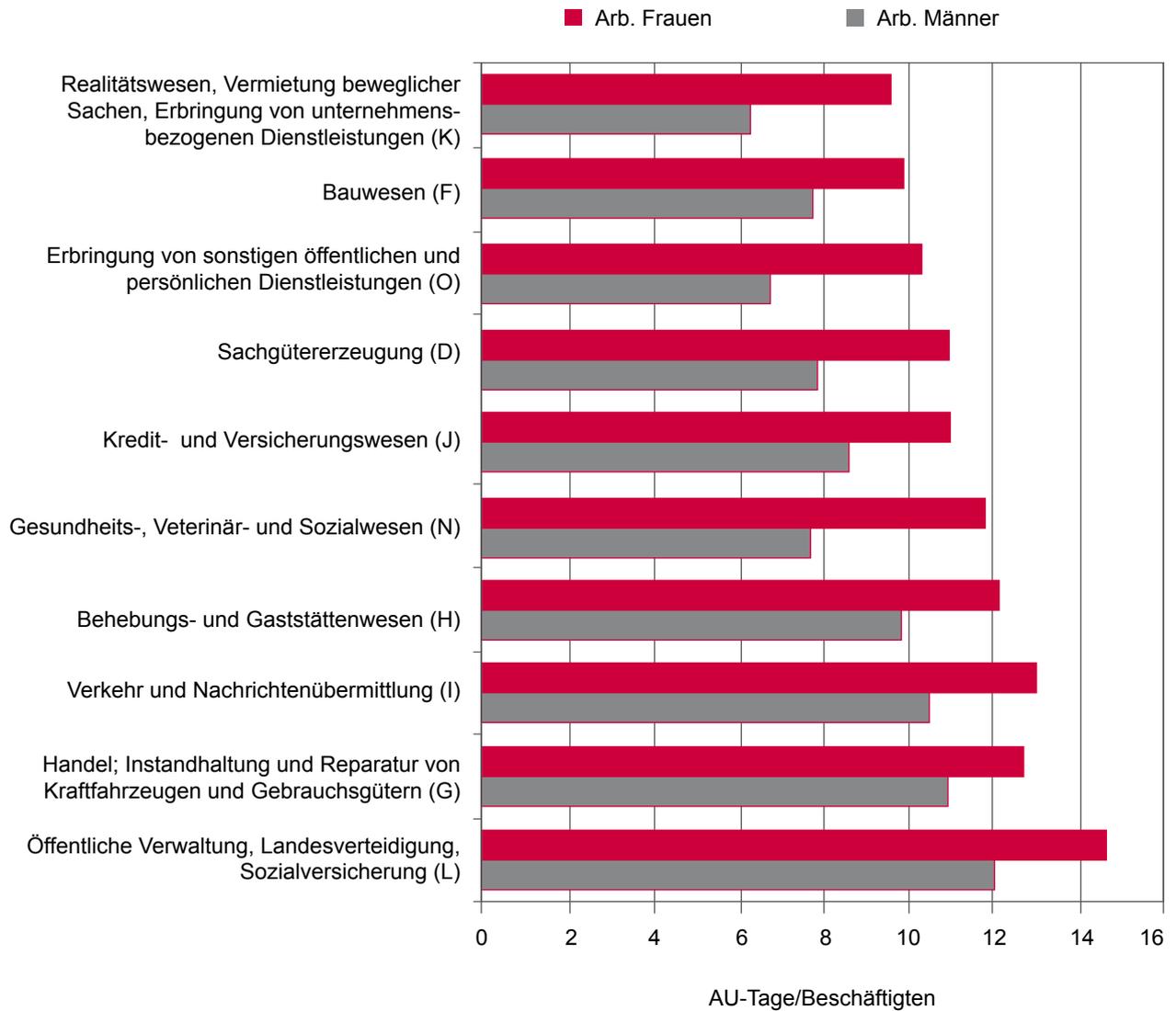


Standardisiert auf Altersverteilung der beschäftigten ÖÖGKK-Versicherten 2006. Quelle: FOKO, ÖÖGKK (eigene Berechnungen), Beschäftigte mit Wohnsitz Linz

Unter den Angestellten ist die Krankenstandshäufigkeit in den Branchen „Öffentliche Verwaltung, Landesverteidigung, Sozialversicherung“, „Handel/ Instandhaltung KFZ und Gebrauchsgüter“ und „Verkehr/Nachrichtenübermittlung“ besonders hoch. Die Branchen mit den

niedrigsten Krankenständen unter den Angestellten sind „Realitätenwesen/Vermietung/unternehmensbezogene Dienstleistungen“, „Bauwesen“, „Sonstige öffentliche u. persönl. Dienstleistungen“ sowie „Sachgütererzeugung“.

Abbildung 26: Krankenstand: AU Tage von Angestellten 2006 nach Wirtschaftsklasse (ICD-10 Kapitel)



GESUNDHEITZUSTAND

Standardisiert auf Altersverteilung der beschäftigten OÖGKK-Versicherten 2006. Quelle: FOKO, OÖGKK (eigene Berechnungen), Beschäftigte mit Wohnsitz Linz

3.2.2. Krankenstand nach Diagnosegruppen

Die meisten Krankenstandstage gehen auf Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates (Skelett/Muskelsystem), des Atmungssystems und auf äußere Ursachen (Verletzungen/Vergiftungen; dazu gehören auch Unfälle) zurück. An vierter Stelle rangieren, mit einigem Abstand, psychische Erkrankungen als Krankenstandsursache.

Auf Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates und Atemwegserkrankungen gehen jeweils etwas weni-

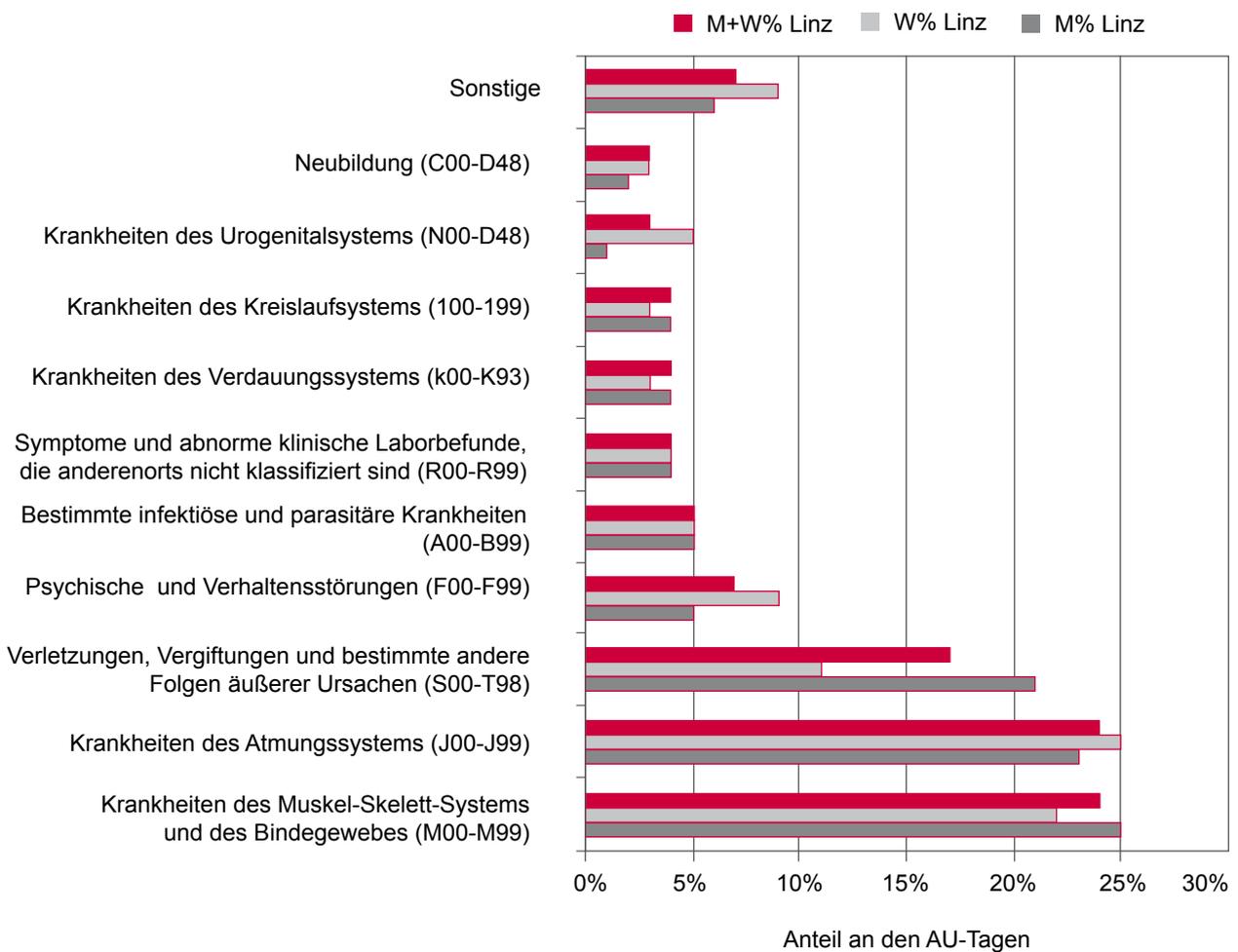
ger als ein Viertel der Krankenstandstage zurück (jeweils 24 Prozent). Die für den Krankenstand verantwortlichen Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates sind vor allem Wirbelsäule und Rücken (siehe Abbildung 28), auf die 16 Prozent der gesamten Krankenstandstage zurückgehen. Bei den Atemwegserkrankungen sind großteils akute Infekte der oberen Atemwege bedeutsam (17 Prozent aller Krankenstandstage; siehe Abbildung 29).

GESUNDHEITZUSTAND

Krankstände aufgrund äußerer Ursachen machen insgesamt 17 Prozent der Krankenstandstage aus. Der Großteil betrifft Verletzungen verschiedener Körperregionen (siehe Abbildung 30). Verletzungen spielen bei Männern, mit 21 Prozent der Krankenstandstage, eine weitaus größere Rolle als bei Frauen, wo sie nur elf Prozent ausmachen. Andererseits spielen bei Frauen

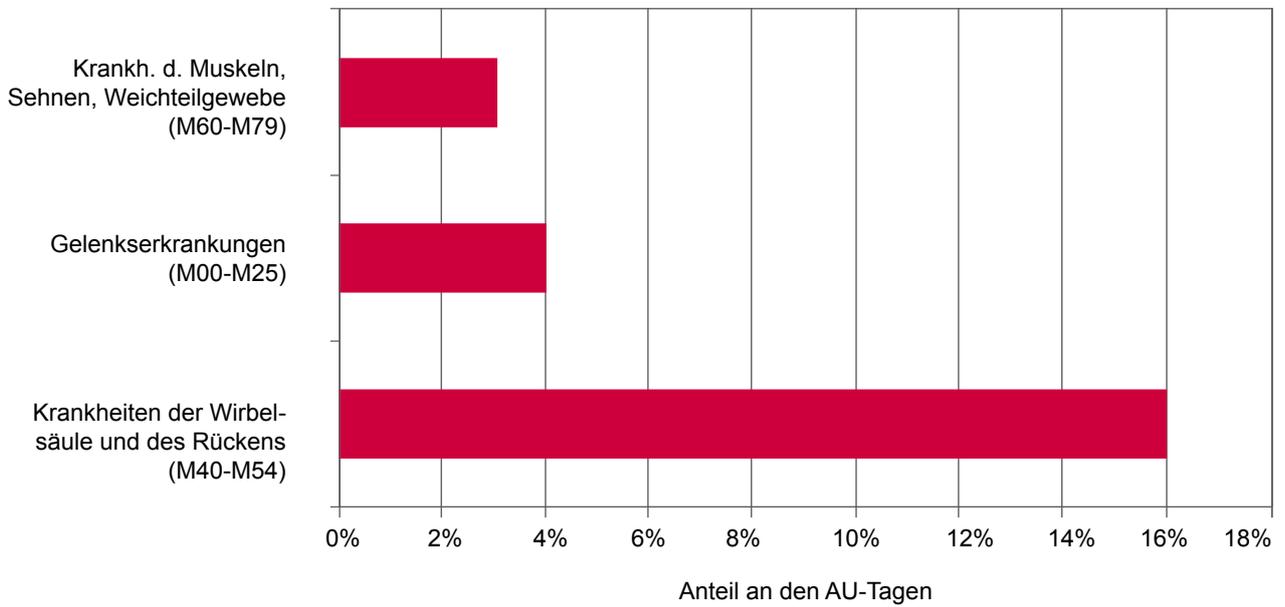
psychische Erkrankungen eine deutlich größere Rolle. Mit neun Prozent der AU-Tage liegt diese Diagnosegruppe bei Frauen nur wenig unter dem Niveau der Verletzungen/ Vergiftungen. Aber auch bei Männern sind fünf Prozent der Krankenstandstage auf psychische und Verhaltensstörungen zurückzuführen.

Abbildung 27: Krankenstandstage 2006 nach Diagnosegruppen (ICD-10 Kapitel)



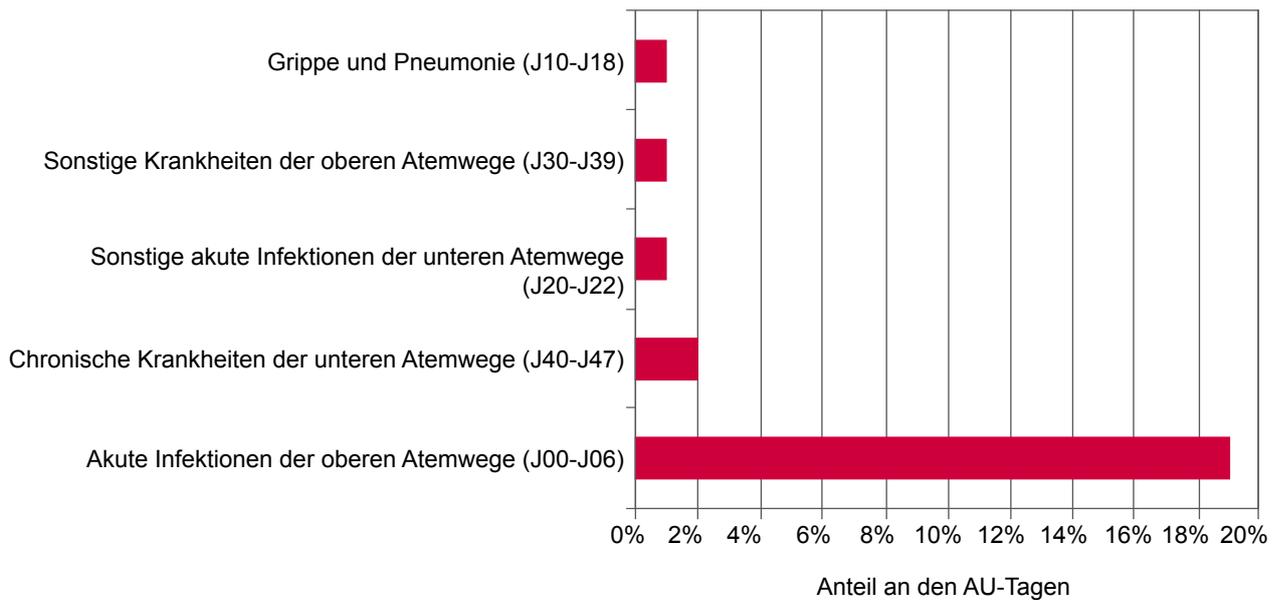
Quelle: FOKO, OÖGKK (eigene Berechnungen), Beschäftigte mit Wohnsitz Linz

Abbildung 28: Krankenstandstage aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates (ICD-10 Gruppen)



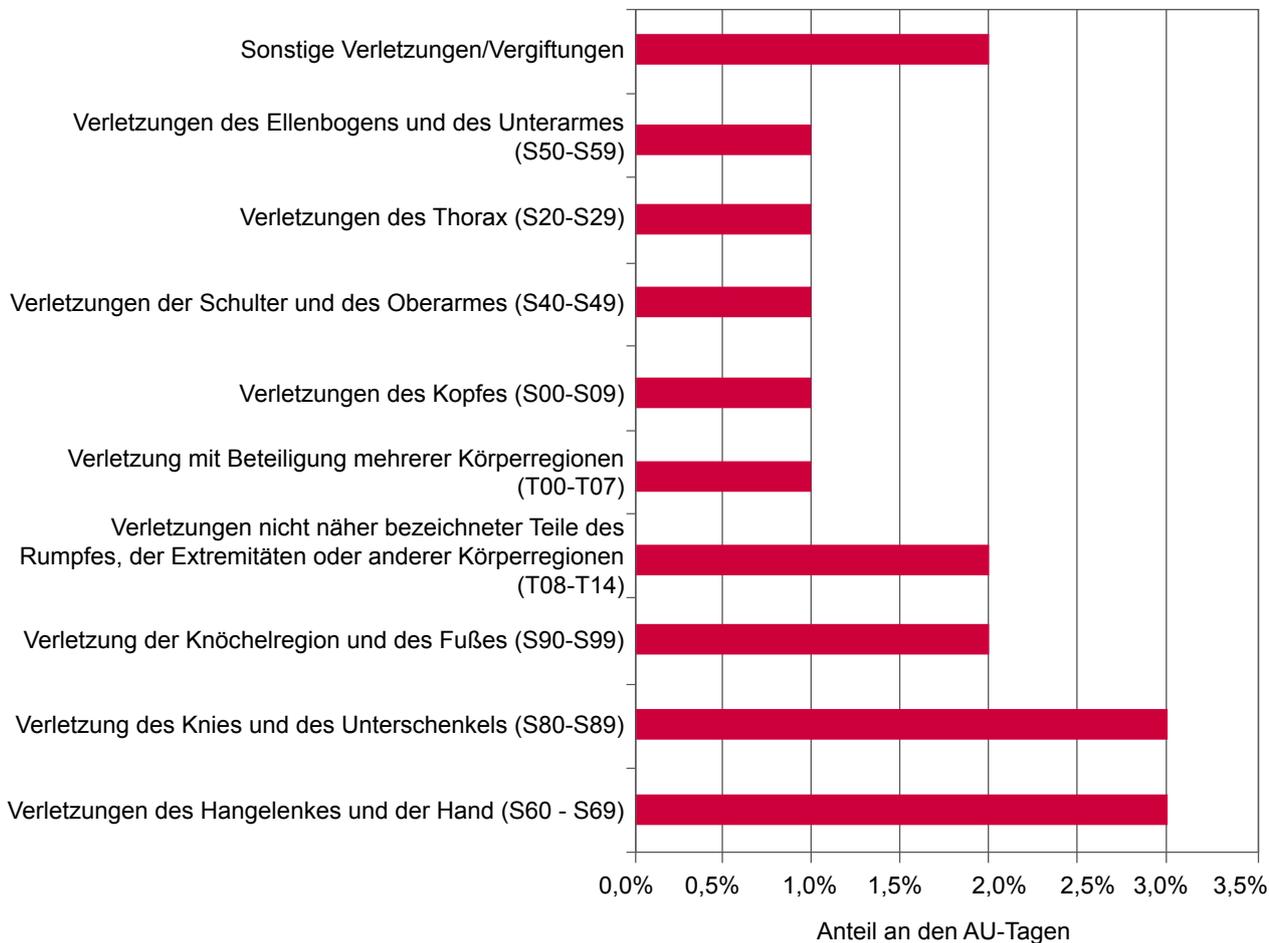
Quelle: FOKO, OÖGKK (eigene Berechnungen), Beschäftigte mit Wohnsitz Linz

Abbildung 29: Krankenstandstage aufgrund von Atemwegserkrankungen (ICD-10 Gruppen)



Quelle: FOKO, OÖGKK (eigene Berechnungen), Beschäftigte mit Wohnsitz Linz

Abbildung 30: Krankenstandstage aufgrund von äußeren Ursachen (ICD-10 Gruppen)



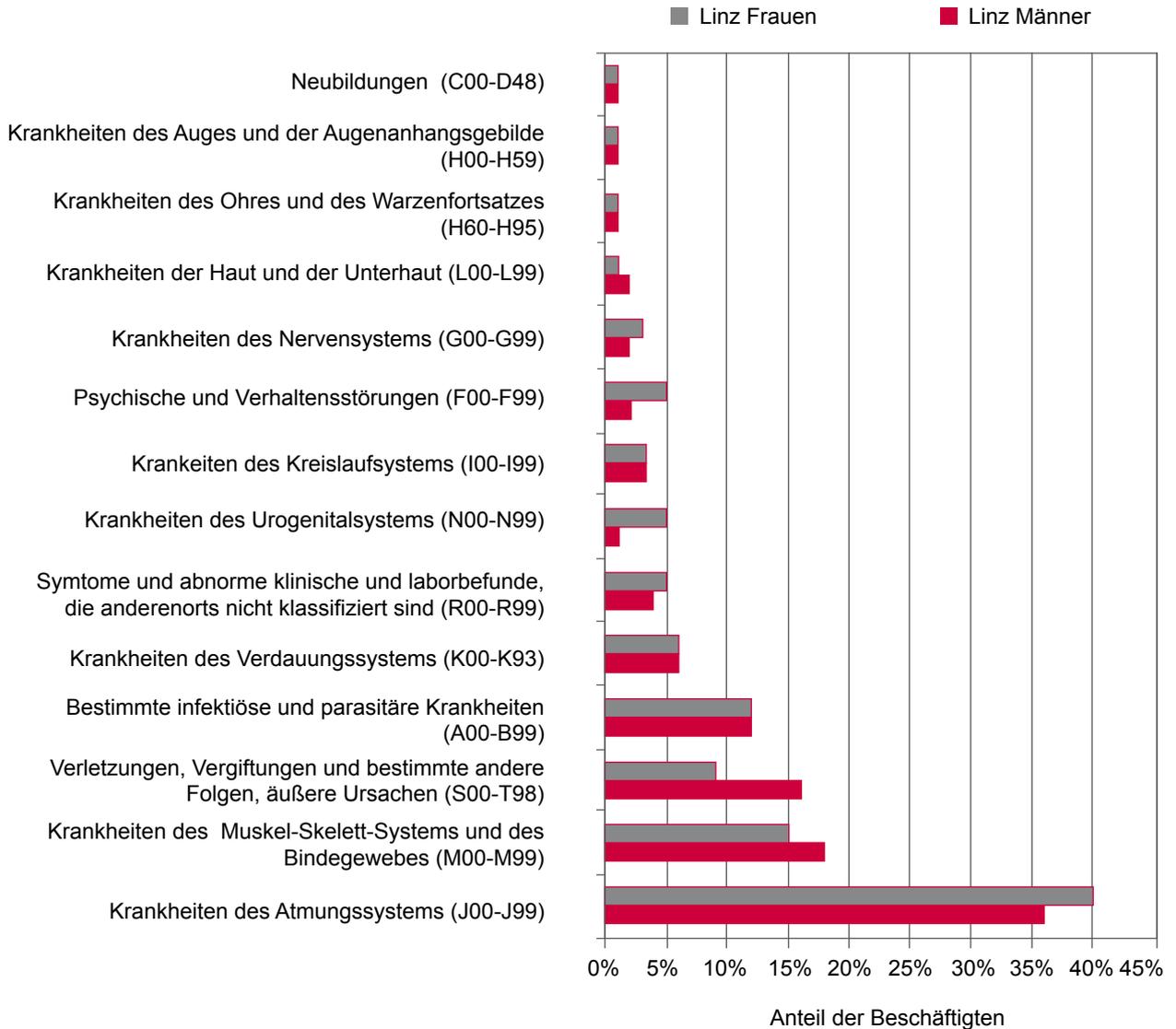
Quelle: FOKO, OÖGKK (eigene Berechnungen), Beschäftigte mit Wohnsitz Linz

Betrachtet man die Diagnosegruppe danach, wie viele ArbeitnehmerInnen innerhalb eines Jahres erkranken (bzw. mindestens einen Krankenstand dieser Diagnose aufweisen), so weisen Erkrankungen der Atemwege mit Abstand die höchste Betroffenenquote auf. 38 Prozent der Beschäftigten weisen mindestens einen Krankenstand mit einer solchen Diagnose auf. Erkrankungen dieser Diagnosegruppe weisen eine relativ kurze Erkrankungsdauer auf. Im Durchschnitt kommen auf eine betroffene Person 9,6 Krankenstandstage im Jahr.

17 Prozent der Beschäftigten weisen innerhalb eines Jahres einen oder mehrere Krankenstände aufgrund von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates auf.

Die durchschnittliche Erkrankungsdauer ist deutlich höher als bei den Atemwegserkrankungen (durchschnittlich 21,7 Tage pro betroffene Person und Jahr). Von Krankenstand infolge von Verletzungen und anderen äußeren Ursachen sind zwölf Prozent der Beschäftigten (16 Prozent der Männer und neun Prozent der Frauen) innerhalb eines Jahres betroffen. Im Durchschnitt kommen auf eine betroffene Person 20,5 Krankenstandstage pro Jahr.

Abbildung 31: Betroffenenquote 2006 nach Diagnosegruppen (ICD-10 Kapitel)

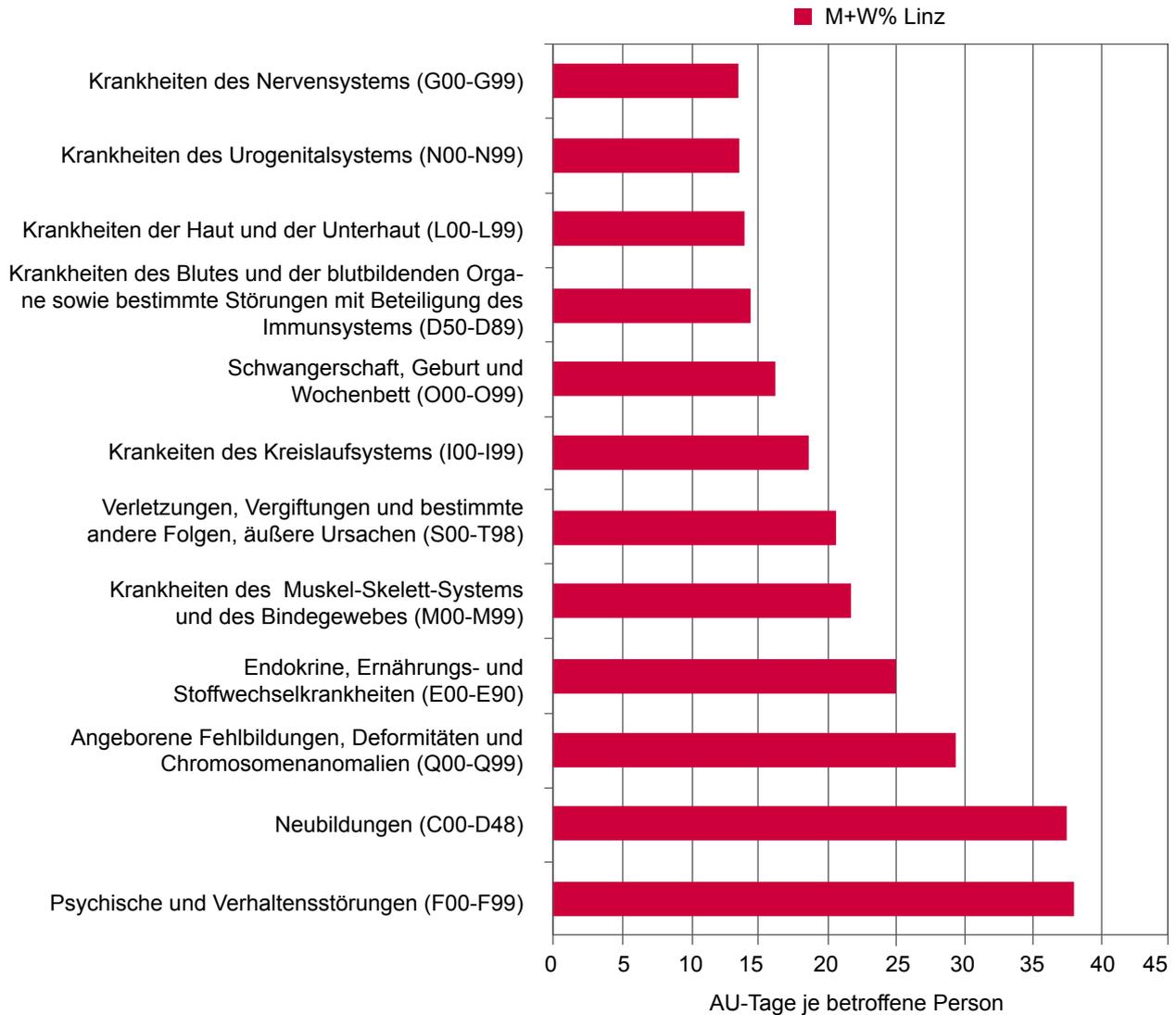


GESUNDHEITZUSTAND

Anteil der Beschäftigten mit mindestens einem Krankenstand infolge der jeweiligen Diagnose innerhalb eines Jahres. Quelle: FOKO, OÖGKK (eigene Berechnungen), Beschäftigte mit Wohnsitz Linz

Besonders lange Fehlzeiten weisen psychische Erkrankungen, bösartige Neubildungen und angeborene Fehlbildungen auf (siehe Abbildung 32). Bei den psychischen Erkrankungen und Neubildungen kommen auf eine betroffene Person durchschnittlich über 35 Krankenstandstage innerhalb eines Jahres, bei angeborenen Fehlbildungen knapp 30 Krankenstandstage. Relativ hohe Fehlzeiten pro betroffene Person sind auch für Stoffwechselerkrankungen (rund 25 AU-Tage pro Betroffene) zu beobachten. Von diesen Erkrankungen ist jedoch ein geringerer Anteil der Beschäftigten betroffen.

Abbildung 32: Krankenstandstage pro betroffene Person 2006 nach Diagnosegruppen (ICD-10 Kapitel)



Durchschnittliche AU-Tage der jeweiligen Diagnose pro betroffene Person. Quelle: FOKO, OÖGKK (eigene Berechnungen), Beschäftigte mit Wohnsitz Linz

Fakten

- Die Krankenstandshäufigkeit ist bei ArbeiterInnen deutlich höher als bei Angestellten.
- Die Anzahl der Krankenstandstage pro Beschäftigtem/r steigt mit zunehmendem Alter an.
- Die meisten Krankenstandstage sind auf Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates, des Atmungssystems und auf Verletzungen/Vergiftungen (inkl. Unfälle) zurückzuführen.
- Verletzungen spielen bei Männern mit 21 Prozent aller Krankenstandstage eine weitaus größere Rolle als bei Frauen (11 Prozent aller Krankenstandstage).
- Besonders lange Fehlzeiten sind bei psychischen Erkrankungen und bösartigen Neubildungen zu beobachten.

3.3. Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates

3.3.1. Ergebnisse der Gesundheitsbefragung

Laut den Umfrageergebnissen leiden viele LinzerInnen und Linzer an chronischen Erkrankungen des Bewegungsapparates. „Schäden der Wirbelsäule“ ist nicht nur die am öftesten auftretende Erkrankung des Bewegungsapparates, sondern war die mit Abstand am häufigsten genannte Erkrankung überhaupt, an denen die Befragten „ständig/immer wieder“ leiden.

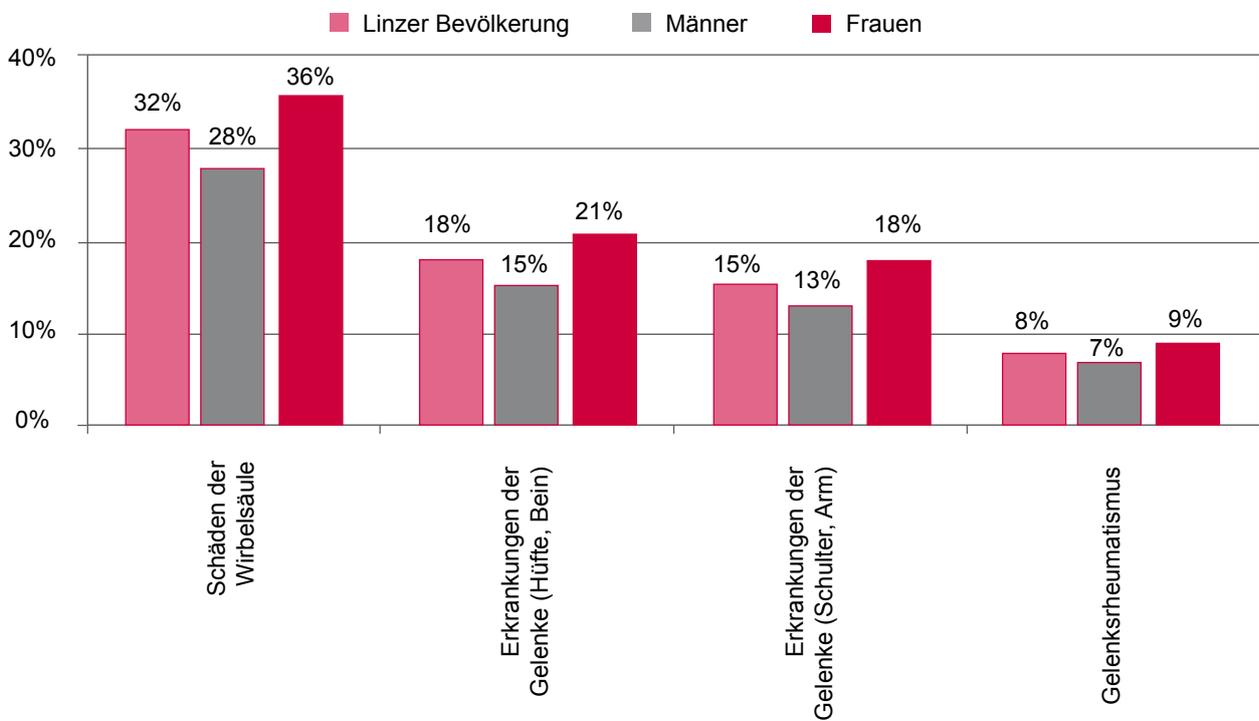
Frauen sind von allen angeführten Erkrankungen des Bewegungsapparates in größerem Ausmaß betroffen als Männer. Über ein Drittel aller Linzer Frauen leidet offen-

sichtlich dauerhaft an Schäden der Wirbelsäule, bei den Männern sind es 28 Prozent. Insgesamt 18 Prozent der Linzer Bevölkerung leiden an Erkrankungen der Gelenke an Hüfte bzw. Beinen, 15 Prozent an Erkrankungen der Gelenke an Schulter und Armen. Von beiden Erkrankungsformen sind wiederum etwas mehr Frauen als Männer betroffen.

Sieben Prozent der Männer und neun Prozent der Frauen gaben an, chronisch an Gelenksrheumatismus zu leiden.

Abbildung 33: Prävalenz von Krankheiten des Bewegungsapparates

Krankheiten des Bewegungsapparates, die „ständig/immer wieder“ auftreten



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.271

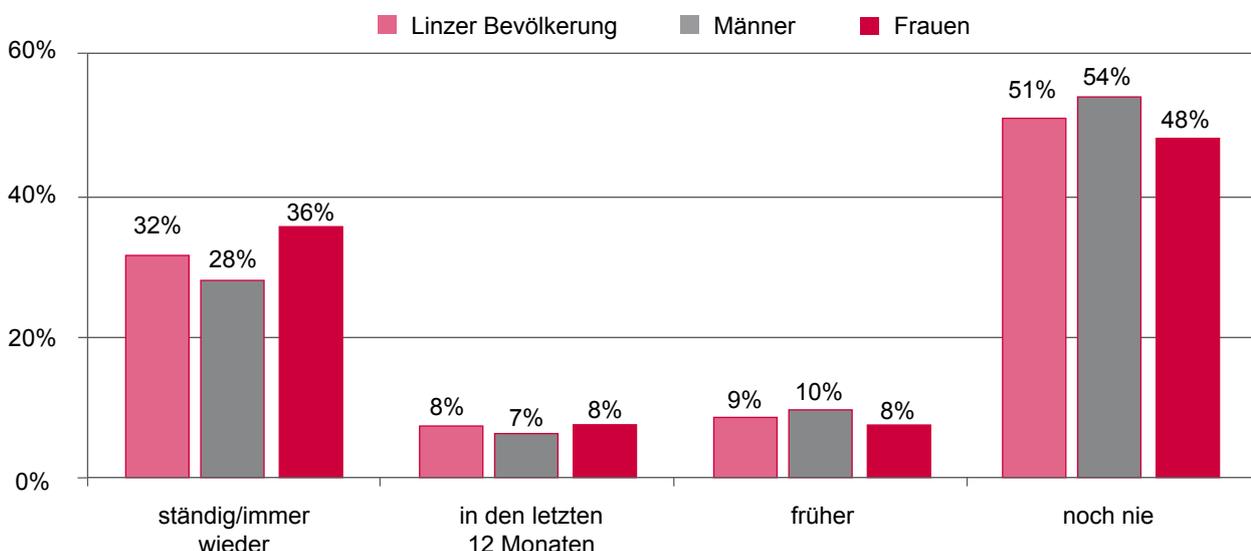
Schäden der Wirbelsäule

„Schäden der Wirbelsäule“ ist jene Erkrankungsform, an der am meisten Personen der Linzer Bevölkerung „ständig/immer wieder“ leiden, nämlich 32 Prozent der Befragten. Frauen sind häufiger betroffen als Männer: Etwa

jede dritte Frau (36 Prozent) und gut jeder vierte Mann (28 Prozent) geben an, „ständig“ oder „immer wieder“ an Schäden der Wirbelsäule zu leiden.

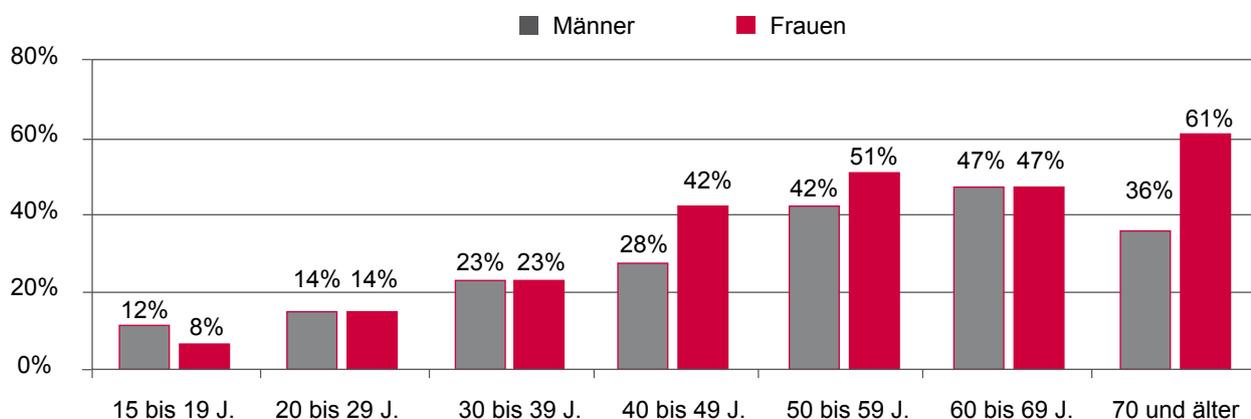
Abbildung 34: Prävalenz von Schäden der Wirbelsäule

LinzerInnen leiden an Schäden der Wirbelsäule



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.271

Abbildung 35: Schäden der Wirbelsäule nach Altersgruppen



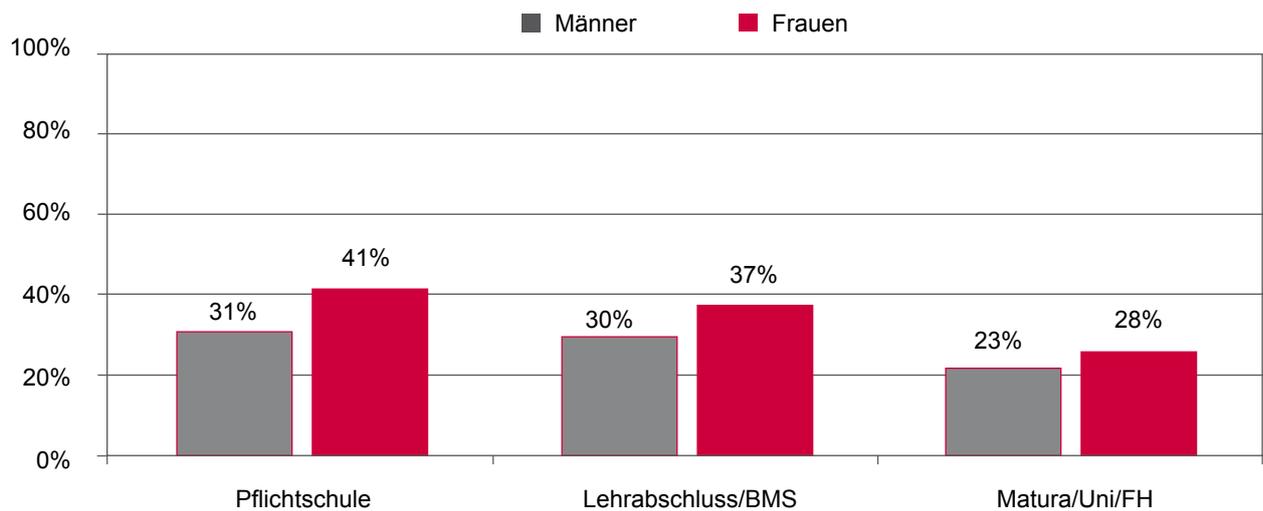
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.265

Es ist nicht verwunderlich, dass die Belastung mit steigendem Alter zunimmt. Interessant erscheint die Tatsache, dass Frauen zwischen 40 und 60 Jahren deutlich häufiger von dieser Erkrankung betroffen sind als Männer. In der Altersgruppe der (über) 70-Jährigen sind sogar 61 Prozent der Frauen von dieser Erkrankungsform betroffen.

Bei den Frauen nimmt mit steigender Bildung die Krankheitsbelastung ab: Während 41 Prozent der Frauen mit niedriger Schulbildung ständig an Schäden der Wirbelsäule leiden, sind es bei Frauen mit hoher Schulbildung „nur“ etwa ein Viertel der Frauen. Bei den Männern sind 22 Prozent der Hochgebildeten, aber 30 Prozent der Pflichtschulabsolventen betroffen.

Abbildung 36: Schäden der Wirbelsäule nach Schulbildung

Schäden der Wirbelsäule - Schulbildung



GESUNDHEITZUSTAND

Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.251

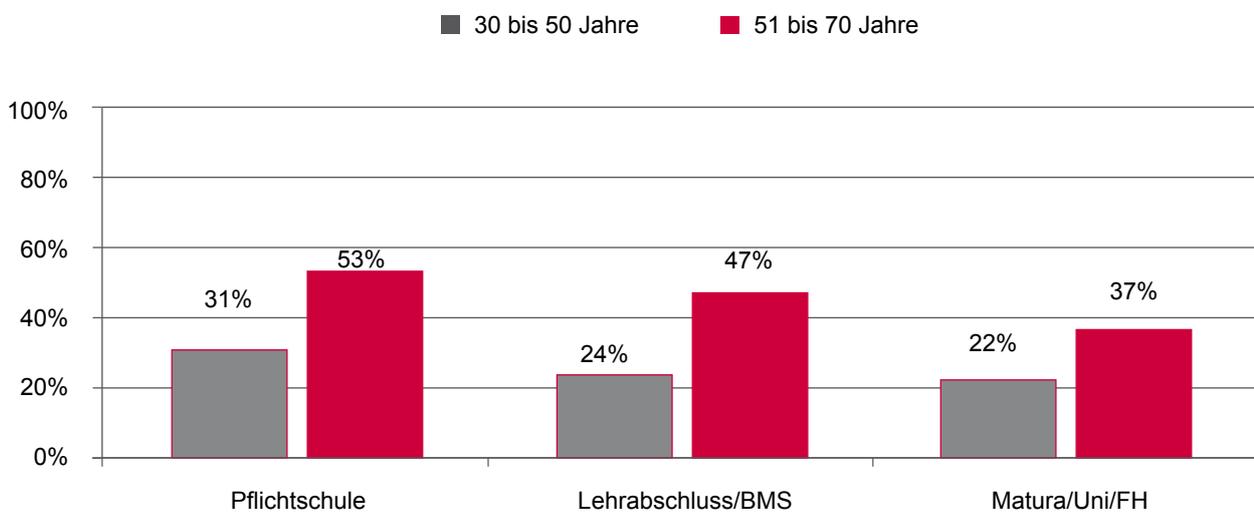
GESUNDHEITZUSTAND

Wie aus der folgenden Abbildung ersichtlich, sind die Unterschiede bei den Männern erst in der höheren Altersgruppe (51 bis 70 Jahre) deutlich gegeben. Mehr als die Hälfte der Pflichtschulabsolventen (53 Prozent), aber

„nur“ etwas mehr als ein Drittel (37 Prozent) der Männer mit hoher Schulbildung leiden dauerhaft an Schäden der Wirbelsäule.

Abbildung 37: Schäden der Wirbelsäule nach Schulbildung (unterschiedliche Altersgruppen) - Männer

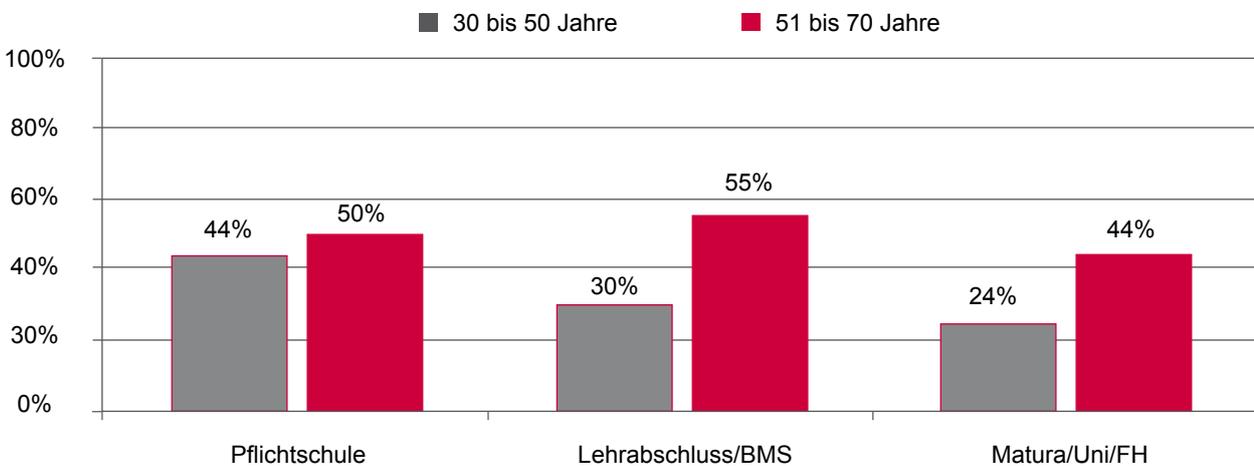
Männer mit Wirbelsäulenschäden nach Schulbildung (unterschiedliche Altersgruppen)



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=760

Abbildung 38: Schäden der Wirbelsäule nach Schulbildung (unterschiedliche Altersgruppen) - Frauen

Frauen mit Wirbelsäulenschäden nach Schulbildung (unterschiedliche Altersgruppen)



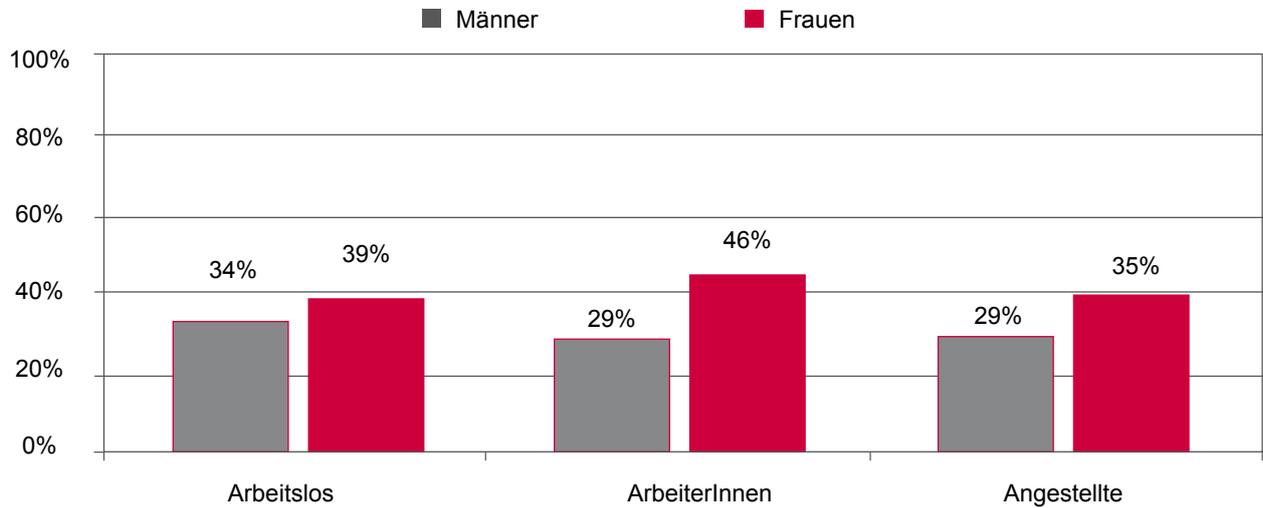
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=799

Ein konträres Bild zeigt sich bei den Frauen: Hier sind die Unterschiede bei den Jüngeren (30 bis 50 Jahre) deutlicher als bei den Älteren. Während 44 Prozent der PflichtschulabsolventInnen dauerhaft an Schäden der Wirbelsäule leiden, sind es bei den Frauen mit Matura/Uni/FH nur knapp ein Viertel (24 Prozent).

Während bei den Männern zwischen Arbeitern und Angestellten kein Unterschied in der Krankheitsbelastung auszumachen ist (jeweils 29 Prozent leiden „ständig/immer wieder“ an Schäden der Wirbelsäule), sind Arbeiterinnen deutlich häufiger von dauerhaften Schäden der Wirbelsäule betroffen als weibliche Angestellte.

Abbildung 39: Schäden der Wirbelsäule und beruflicher Hintergrund

Schäden der Wirbelsäule - beruflicher Hintergrund



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=1.702

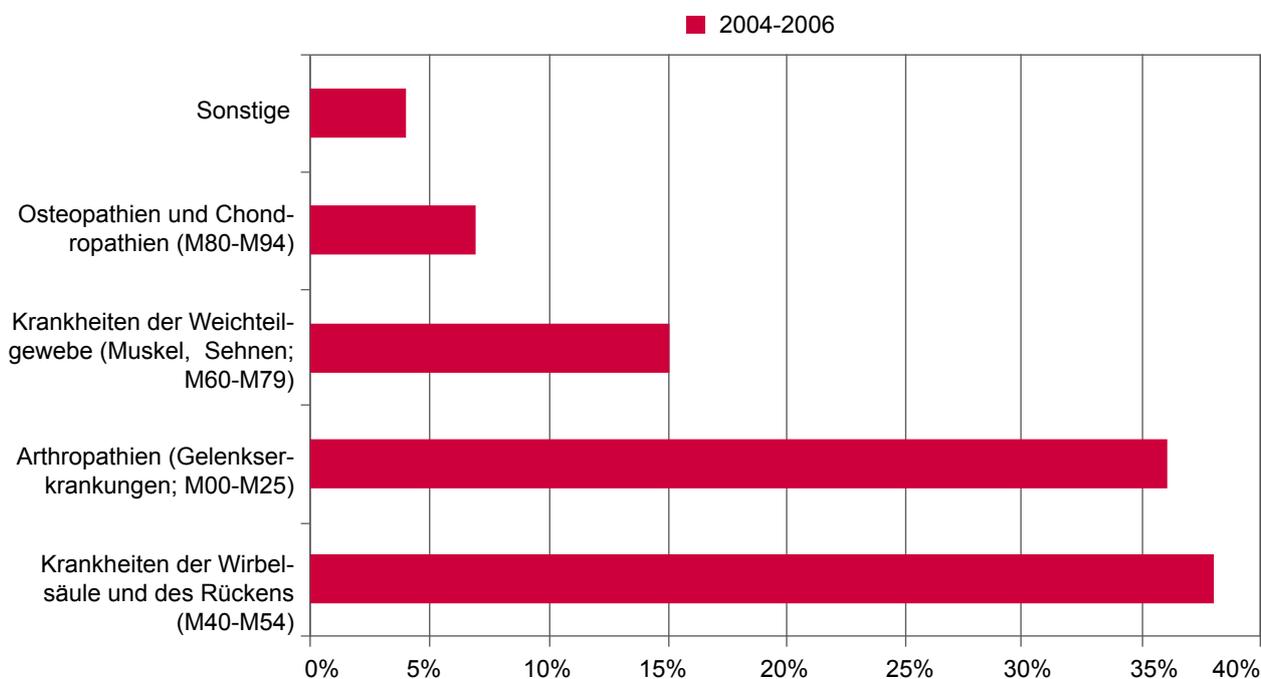
GESUNDHEITZUSTAND

3.3.2. Krankenhausaufenthalte infolge von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates

Die meisten Krankenhausaufenthalte mit einer Hauptdiagnose aus der Erkrankungsgruppe „Bewegungs- und Stützapparat“ entfallen auf die Diagnosegruppen der „Wirbelsäulen- und Rückenerkrankungen“ (38 Prozent) oder der Gelenkerkrankungen (Arthropathien; 36 Prozent). Die Rate, der im Krankenhaus wegen Wirbel-

säulen/Rückenproblemen behandelten Personen, steigt mit zunehmendem Alter an. Bis zur Altersgruppe der 60-65-Jährigen sind Männer und Frauen ungefähr gleich häufig betroffen. In den älteren Kohorten sind Frauen häufiger betroffen als Männer.

Abbildung 40: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates 2004-2006 nach Hauptdiagnose (Anteil an den Krankenhausaufenthalten mit Hauptdiagnose Bewegungs- und Stützapparat)



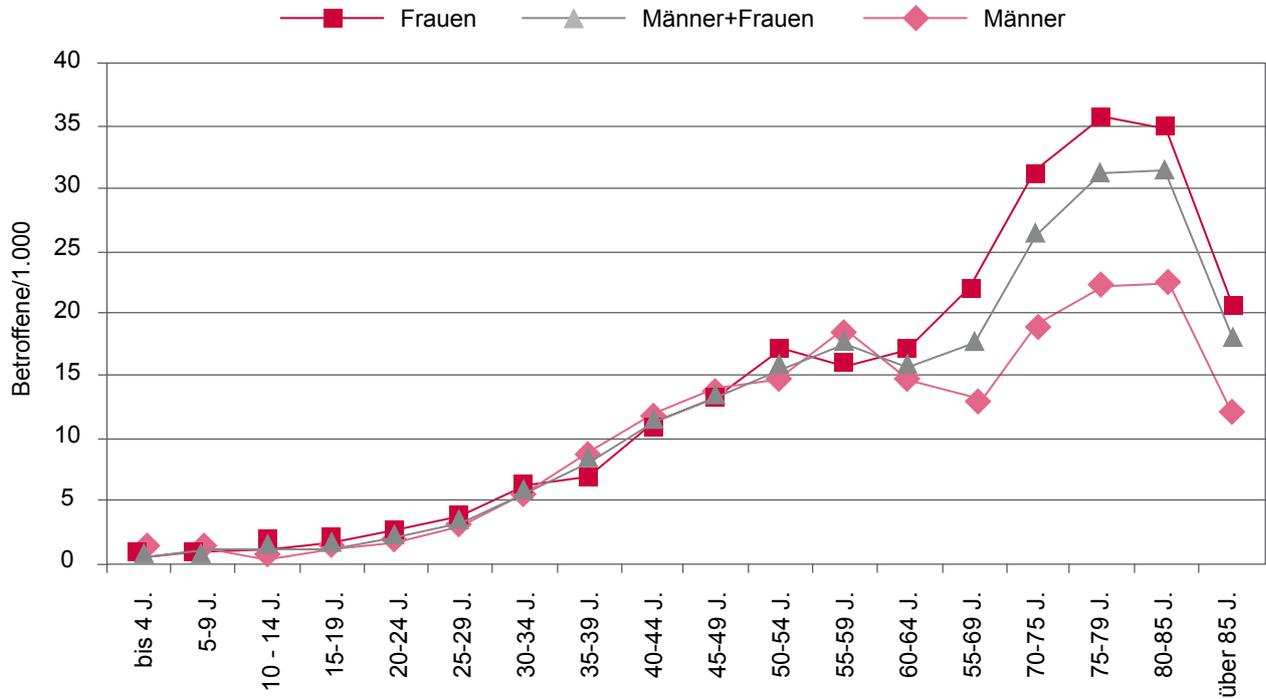
Hauptdiagnose ICD-10: M00-M99. Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Von 1.000 EinwohnerInnen sind innerhalb eines Jahres 11,2 Personen von einem Krankenhausaufenthalt aufgrund von Wirbelsäulen- und Rückenproblemen betroffen (Männer: 9,2/1.000; Frauen: 12,8/1.000). Das entspricht in Absolutzahlen über 2.000 Betroffene pro Jahr (rund 830 Männer und 1.270 Frauen). Ähnlich hoch ist die Betroffenenquote bei Erkrankungen der Gelenke. Von 1.000 LinzerInnen und Linzern sind innerhalb eines Jahres durchschnittlich 11,5 von einem Krankenhausaufenthalt betroffen (Männer 8,8 und Frauen 13,7 von 1.000).

Rund 790 Männer und 1.360 Frauen sind innerhalb eines Jahres von einem Krankenhausaufenthalt mit einer solchen Hauptdiagnose betroffen.¹⁶

¹⁶ Quelle: Betroffenenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurde auf die Linzer Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

Abbildung 41: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Erkrankungen von Rücken und Wirbelsäule nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)

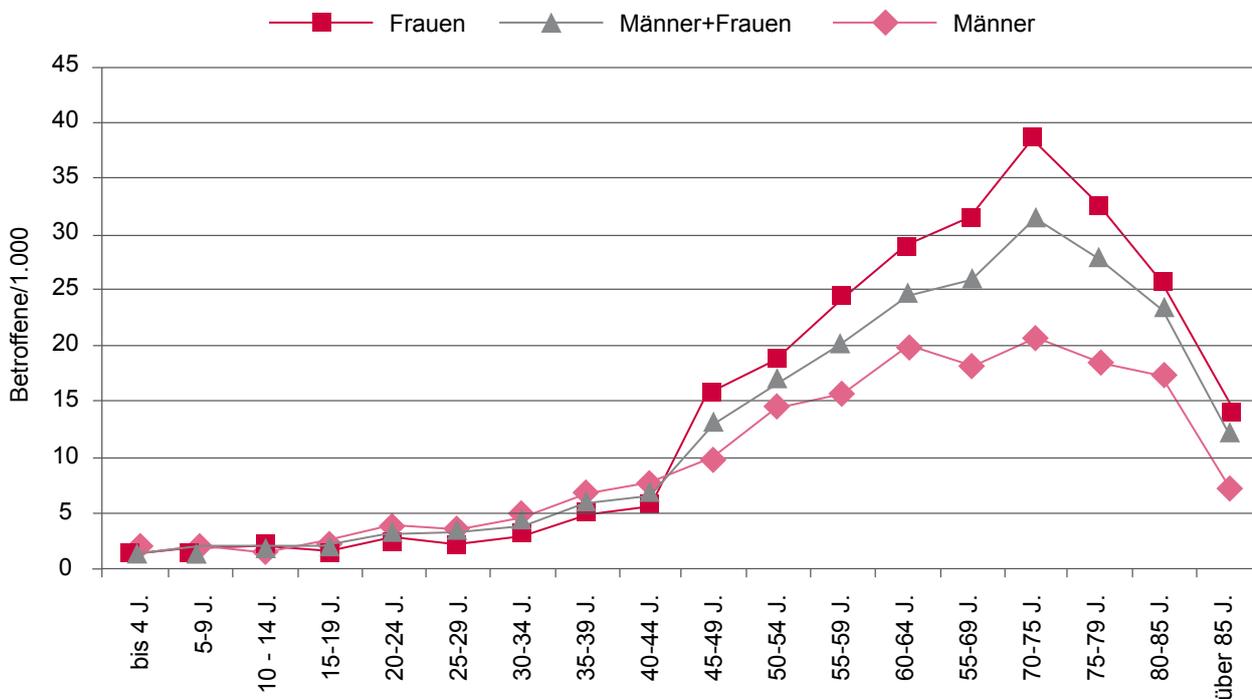


GESUNDHEITZUSTAND

Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M40-M54); (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Bezüglich der von Krankenhausaufenthalten wegen Gelenkerkrankungen betroffenen Personen ist vor allem ab dem 45. Lebensjahr ein starker Anstieg zu beobachten. Ab dieser Altersgruppe sind Frauen deutlich stärker betroffen. Ab dem 70. Lebensjahr geht die Rate mit höherem Alter wieder zurück.

Abbildung 42: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Gelenkerkrankungen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)



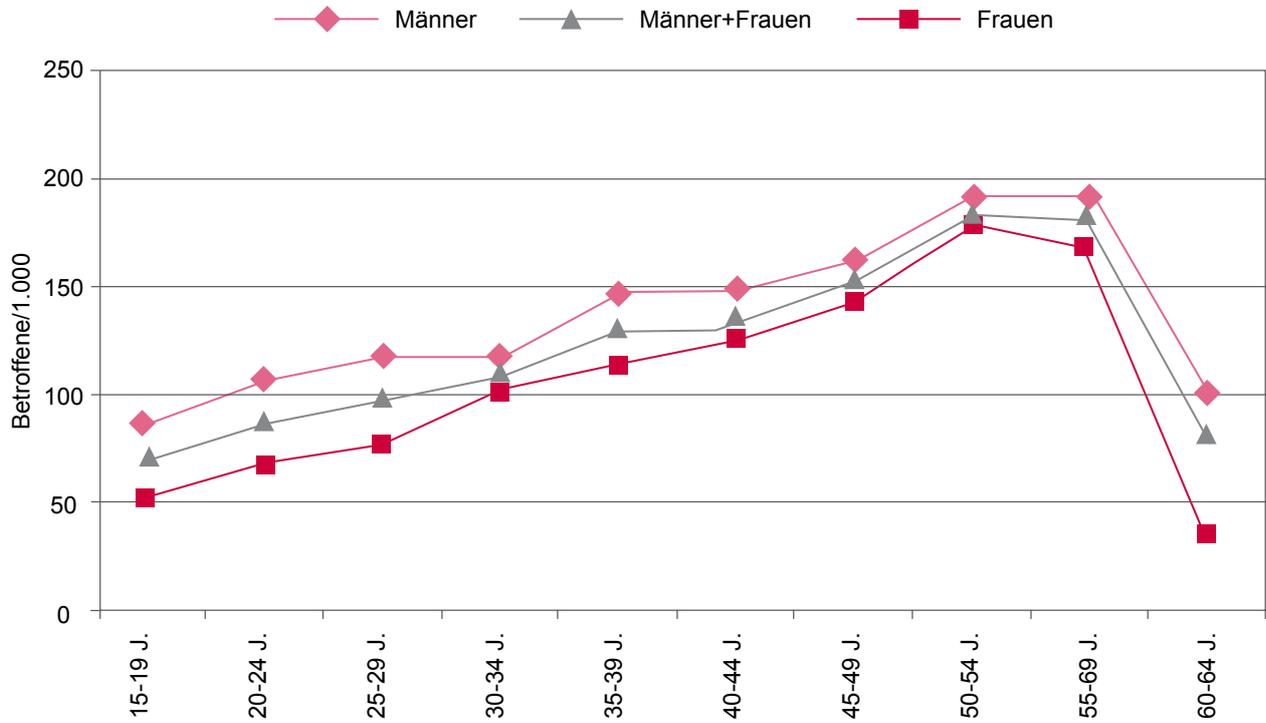
Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Arthropathien (M00-M25); (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

3.3.3. Arbeitsunfähigkeit infolge von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates

Die Rate, der von Krankenstand infolge von Wirbelsäulen/Rückenproblemen Betroffenen, steigt mit zunehmendem Alter von 7,1 Prozent in der Altersgruppe der 15-19-Jährigen auf 18,5 Prozent bei 50-45-Jährigen an. Ab dem 60. Lebensjahr ist ein Rückgang zu beobachten, was mit dem Ausscheiden der gesundheitlich stärker Belasteten aus dem Erwerbsleben zusammenhängen dürfte. In allen Altersgruppen sind Männer etwas häufiger betroffen als Frauen.

Bis zur Altersgruppe der 30-35-Jährigen ist ungefähr ein Prozent der Beschäftigten innerhalb eines Jahres infolge von Gelenkerkrankungen im Krankenstand (Männer etwas häufiger als Frauen). In den Altersgruppen zwischen 35 und 59 Jahren lässt sich ein kontinuierlicher Anstieg erkennen (bis auf fünf Prozent Betroffene in der Altersgruppe 55-59 Jahre).

Abbildung 43: Personen mit Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)

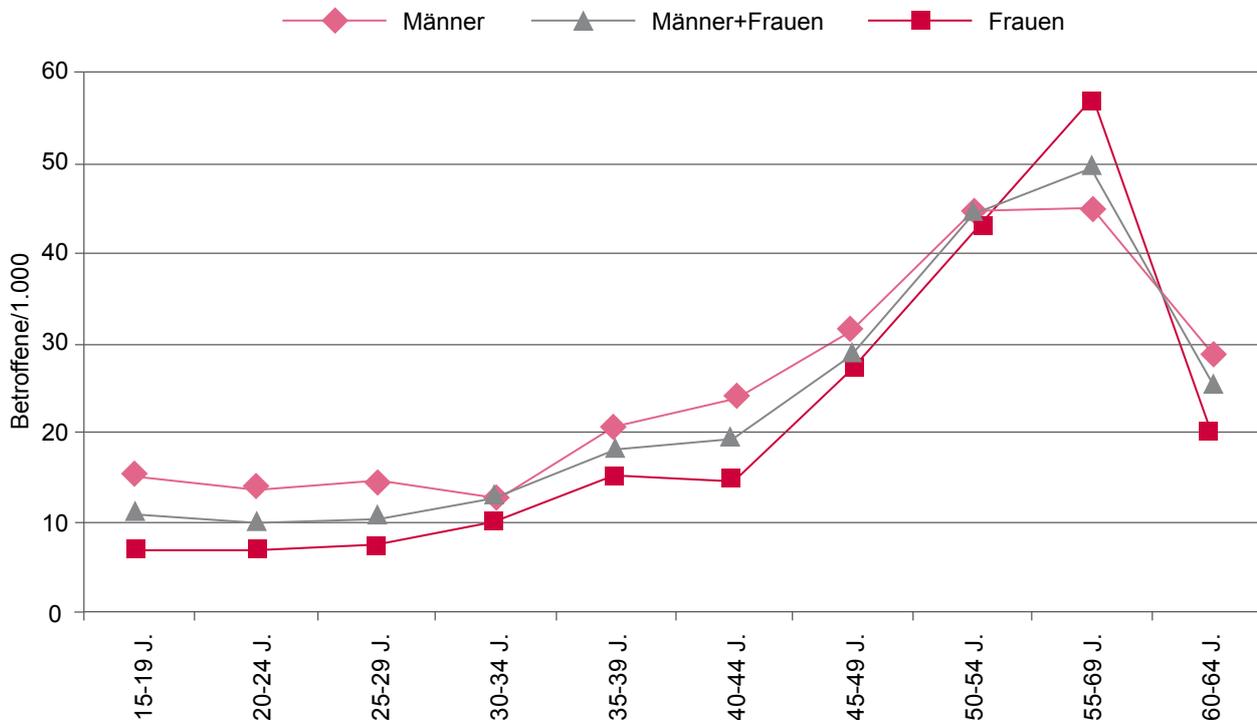


GESUNDHEITZUSTAND

Personen mit mindestens einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung innerhalb eines Jahres; ICD-10: Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M40-M54) (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur erwerbstätige Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

GESUNDHEITZUSTAND

Abbildung 44: Personen mit Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Gelenkerkrankungen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)



Personen mit mindestens einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung innerhalb eines Jahres; ICD-10: Arthropathien (M00-M25) (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur erwerbstätige Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Fakten

- 32 Prozent der Linzer Bevölkerung geben an, dauerhaft an Schäden der Wirbelsäule zu leiden.
- Frauen sind dabei häufiger betroffen (36 Prozent) als Männer (28 Prozent).
- Als besonders belastete Bevölkerungsgruppe konnten Arbeiterinnen identifiziert werden.
- Von 1.000 EinwohnerInnen haben innerhalb eines Jahres 11,2 Personen einen Krankenhausaufenthalt aufgrund von Wirbelsäulen- und Rückenproblemen.

- Krankenhausaufenthalte aufgrund von Gelenkerkrankungen nehmen ab dem 45. Lebensjahr stark zu. Ab diesem Alter sind Frauen deutlich häufiger betroffen als Männer.

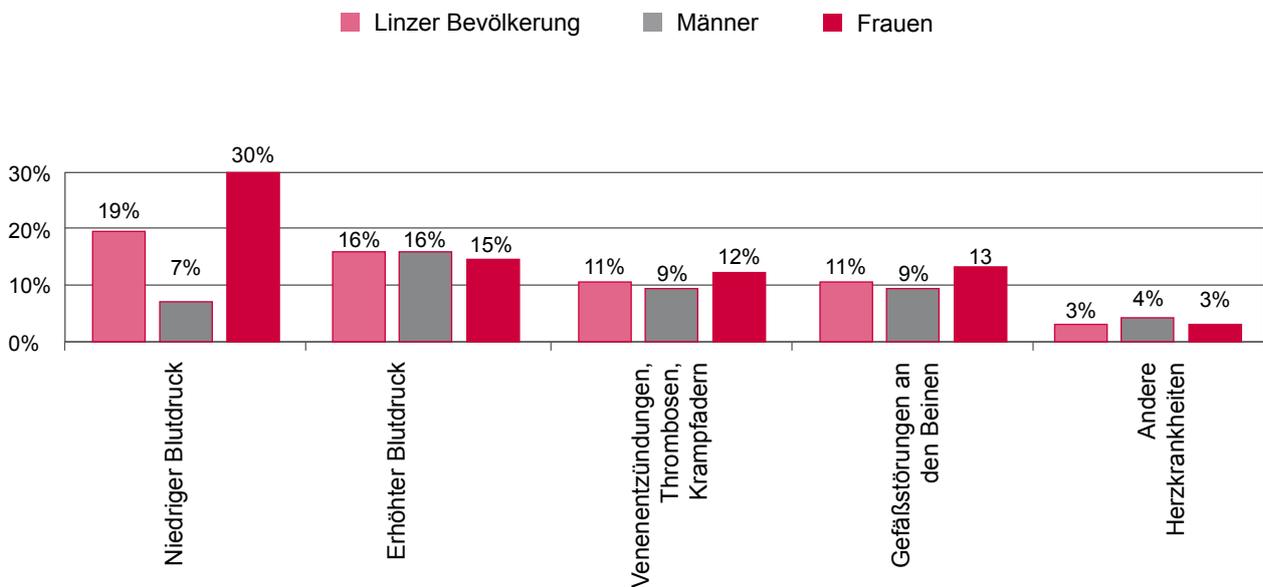
3.4. Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems

Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems gehören zu den häufigsten Todesursachen der Welt. Wesentliche Ursachen sind in den Faktoren der Lebensweise (Ernährungsgewohnheiten, Bewegungsarmut, Rauchen, Stress, Alkoholkonsum) bzw. verbundenen Risikofaktoren (Blut-

hochdruck, Übergewicht, Stoffwechselerkrankungen usw.) zu suchen. Im Rahmen der Linzer Gesundheitsbefragung wurde die Bevölkerung unter anderem nach Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems befragt:

Abbildung 45: Prävalenz von Erkrankungen des Herz- Kreislaufsystems

Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, die „ständig/immer wieder“ auftreten



GESUNDHEITZUSTAND

Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.253

Am häufigsten werden Probleme mit dem Blutdruck genannt, wobei 30 Prozent der Frauen angeben, „ständig/immer wieder“ von niedrigem Blutdruck betroffen zu sein (Männer sieben Prozent). 16 Prozent der Befragten (Männer 16 Prozent, Frauen 15 Prozent) geben an, dauerhaft an erhöhtem Blutdruck zu leiden.

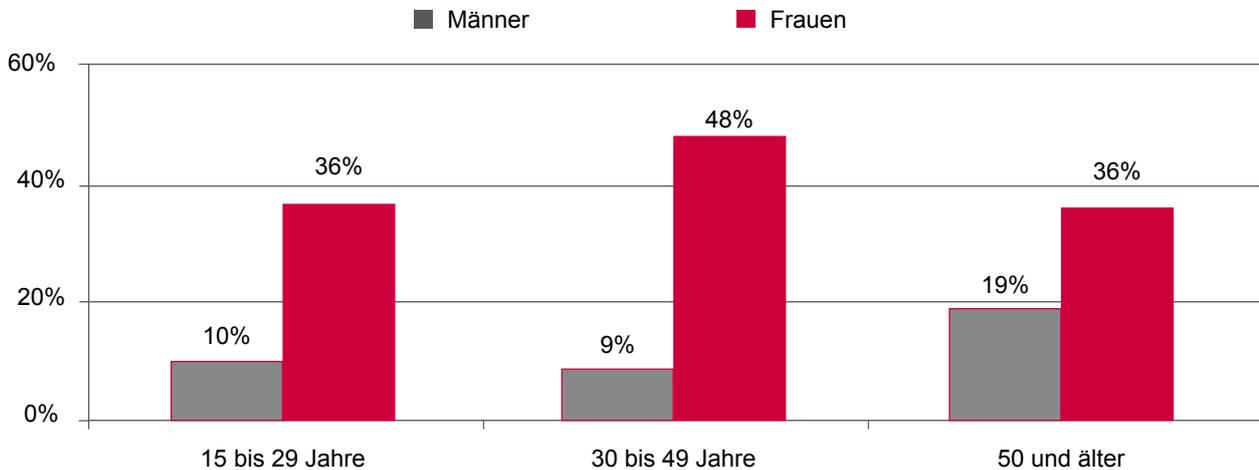
Etwas mehr Frauen (12 Prozent) als Männer (neun Prozent) geben an, „ständig/immer wieder“ an „Venent-

zündungen, Thrombosen, Krampfadern“ zu laborieren. 13 Prozent der Frauen und neun Prozent der Männer klagen über eine chronische Gefäßstörung an den Beinen. Drei Prozent der Befragten leiden an „anderen Herzkrankheiten“.

GESUNDHEITZUSTAND

Abbildung 46: Niedriger Blutdruck nach Alter

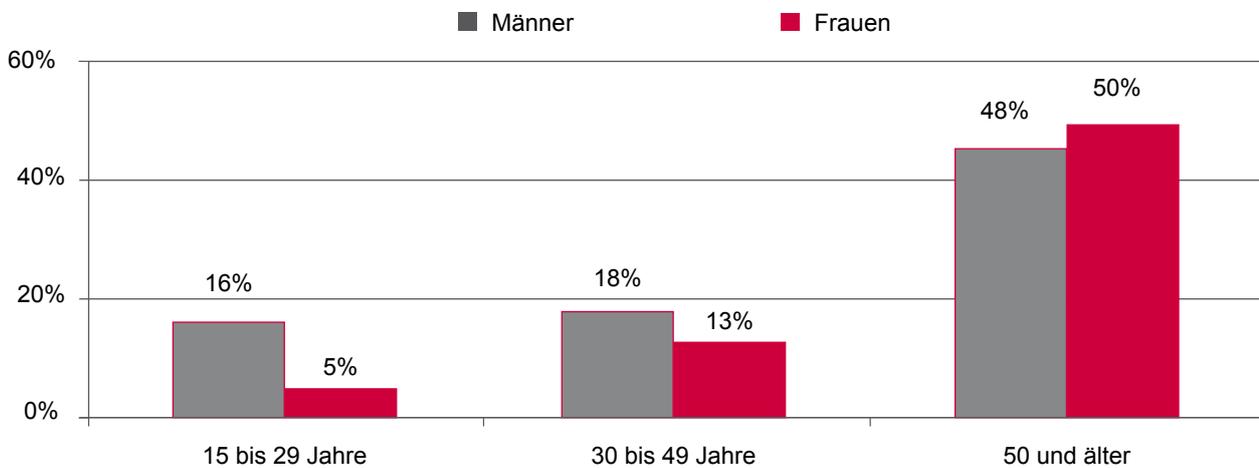
Niedriger Blutdruck (chronisch bzw. in den letzten zwölf Monaten nach Altersgruppen)



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.160

Abbildung 47: Erhöhter Blutdruck nach Alter

Erhöhter Blutdruck (chronisch bzw. in den letzten zwölf Monaten nach Altersgruppen)



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.248

In allen Altersgruppen sind Frauen deutlich häufiger von niedrigem Blutdruck betroffen. 36 Prozent der 15-29-jährigen Frauen geben an, an niedrigem Blutdruck zu leiden. In der Altersgruppe zwischen 30 und 49 sind es knapp die Hälfte der Frauen (48 Prozent). Im höheren Alter geht der Anteil zurück, auf 36 Prozent der über 50-jährigen Frauen.

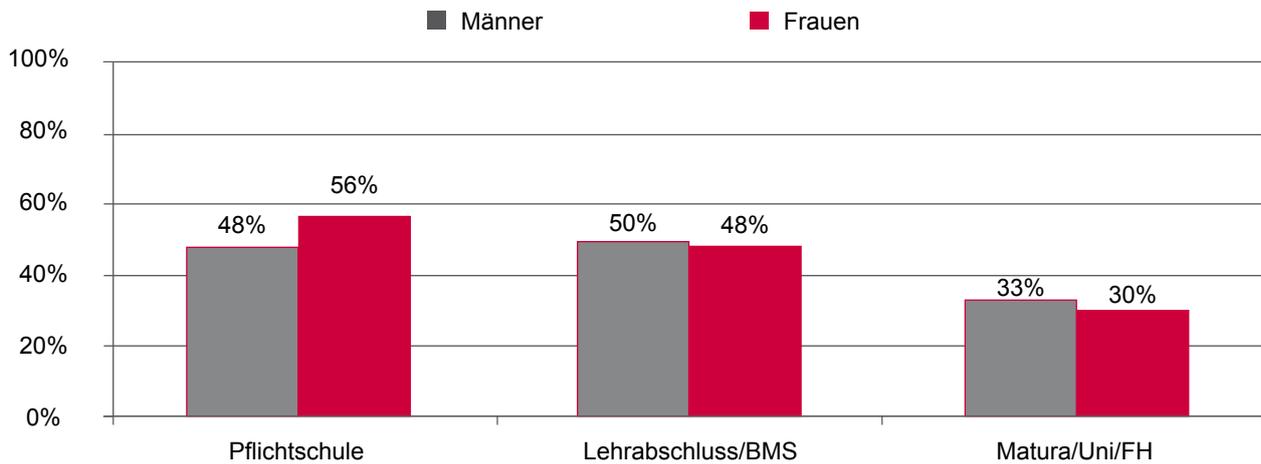
Bei Männern unter 50 Jahren sind rund zehn Prozent von niedrigem Blutdruck betroffen. Im höheren Alter steigt

der Anteil deutlich an. In der Altersgruppe über 50 Jahren leiden rund ein Fünftel der Männer (19 Prozent) an niedrigem Blutdruck.

Hinsichtlich der Betroffenheit von niedrigem Blutdruck lässt sich weder bei Frauen noch bei Männern ein signifikanter Unterschied nach Bildungsgrad beobachten.

Abbildung 48: Erhöhter Blutdruck bei über 50-Jährigen nach Schulbildung

Erhöhter Blutdruck (chronisch bzw. in den letzten zwölf Monaten nach Schulbildung - über 50-Jährige)



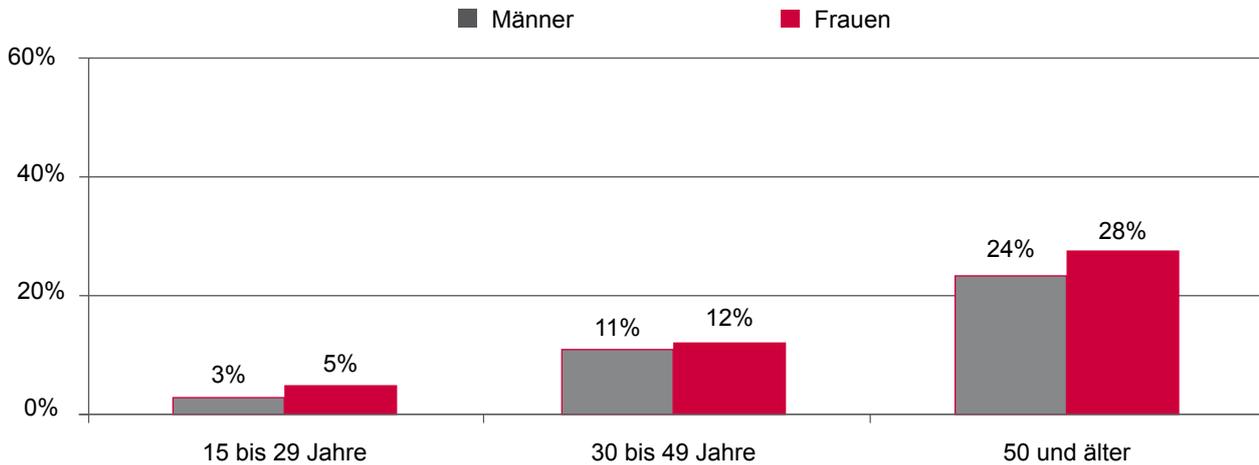
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=838

Während in den unteren Altersgruppen mehr Männer als Frauen ständig bzw. in den letzten zwölf Monaten an erhöhtem Blutdruck litten, sind bei den über 50-Jährigen etwas mehr Frauen (50 Prozent) als Männer (46 Prozent) betroffen.

Die am häufigsten betroffene Gruppe bei den über 50-Jährigen sind Frauen mit niedriger Schulbildung: 56 Prozent der PflichtschulabsolventInnen leiden (innerhalb der letzten 12 Monate oder chronisch) an erhöhtem Blutdruck. Mit steigender Bildung nimmt die Krankheitsbelastung bei den Frauen ab: 48 Prozent der Frauen mit Lehrabschluss/BMS und 30 Prozent mit Matura/Uni/FH Abschluss geben an, einen erhöhten Blutdruck zu haben. Die am häufigsten betroffene Personengruppe bei den Männern sind jene mit Lehrabschluss/BMS: hier leidet genau die Hälfte an erhöhtem Blutdruck.

Abbildung 49: Venenentzündungen nach Alter

Venenentzündungen, Thrombosen, Krampfadern (chronisch bzw. in den letzten zwölf Monaten) nach Altersgruppen



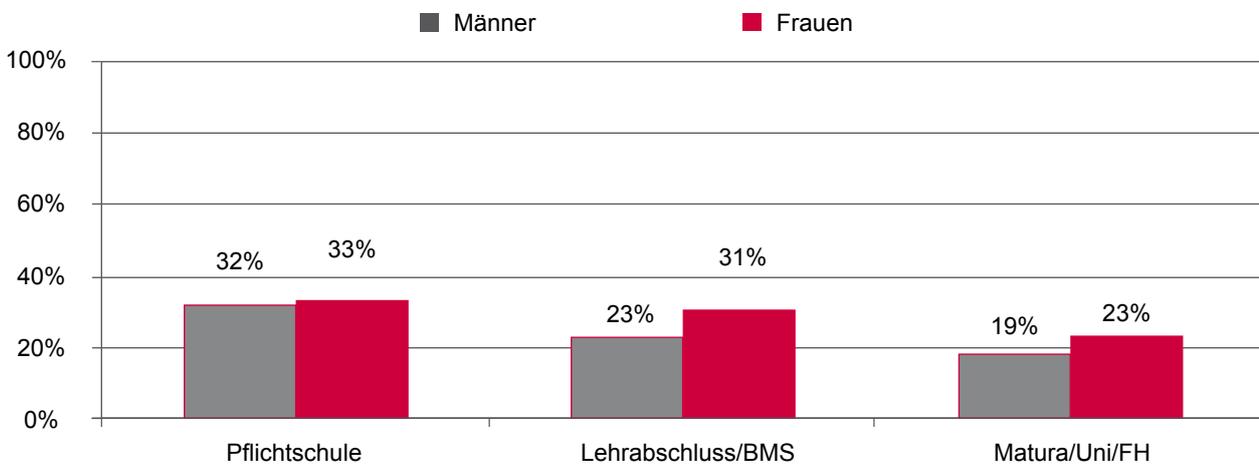
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.235

In allen Altersgruppen sind Frauen geringfügig häufiger von Venenentzündungen, Thrombosen oder Krampfadern betroffen als Männer. Wie auch beim erhöhten Blutdruck nimmt die Krankheitsbelastung mit zunehmendem Alter

zu. Bei den über 50-jährigen Personen sind 24 Prozent der Männer und 28 Prozent der Frauen dauerhaft bzw. in den letzten zwölf Monaten von dieser Erkrankungsform betroffen.

Abbildung 50: Venenentzündungen, Thrombosen, Krampfadern bei über 50-Jährigen nach Schulbildung

Venenentzündungen, Thrombosen, Krampfadern (chronisch bzw. in den letzten zwölf Monaten) nach Schulbildung



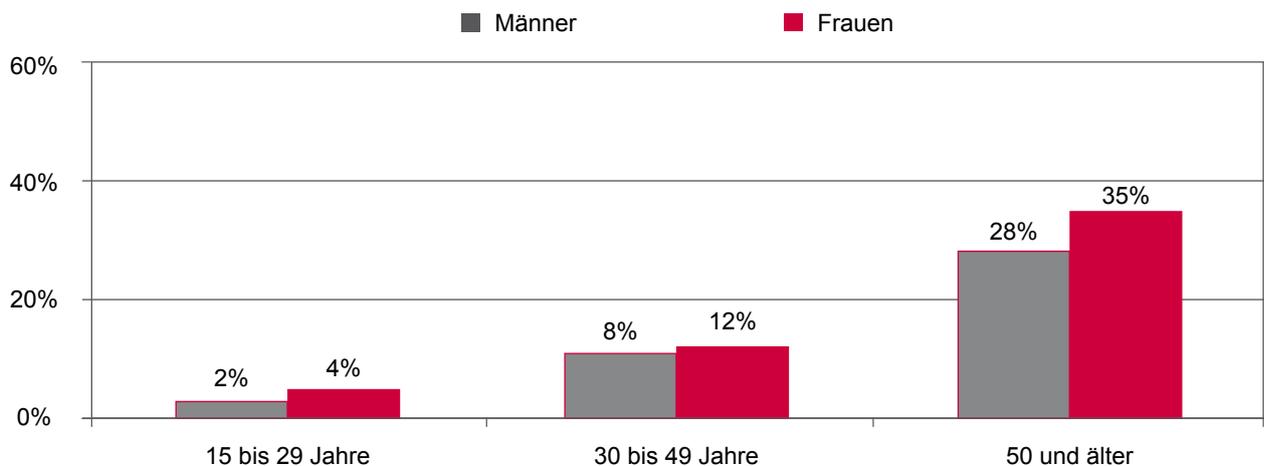
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=811

Am häufigsten betroffen sind Männer und Frauen mit Pflichtschulabschluss. Jeweils ein Drittel dieser Personengruppe leidet an dieser Erkrankungsform. Unter den Hochgebildeten sind 19 Prozent der Männer und 23 Prozent der Frauen betroffen.

In allen Altersgruppen sind Frauen häufiger von Gefäßstörungen an den Beinen betroffen als Männer. Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit der Krankheitsbelastung. Bei den über 50-Jährigen sind 28 Prozent der Männer und 35 Prozent der Frauen chronisch oder innerhalb der letzten zwölf Monate von dieser Erkrankung betroffen.

Abbildung 51: Gefäßstörungen an den Beinen nach Alter

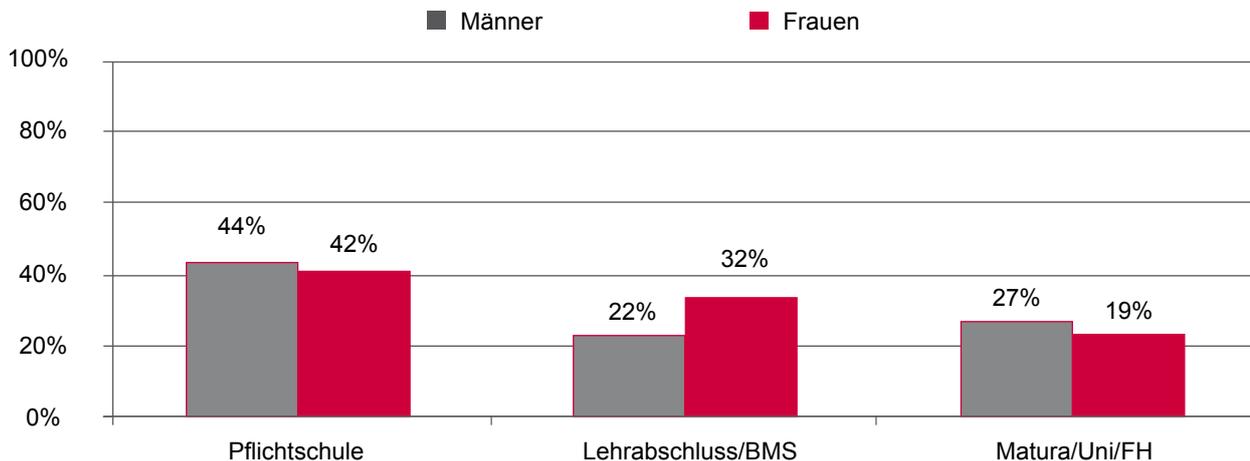
Gefäßstörungen an den Beinen (chronisch bzw. in den letzten zwölf Monaten) nach Altersgruppe



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.236

Abbildung 52: Gefäßstörungen an den Beinen bei über 50-Jährigen nach Schulbildung

Gefäßstörungen an den Beinen (chronisch bzw. in den letzten zwölf Monaten) nach Altersgruppe



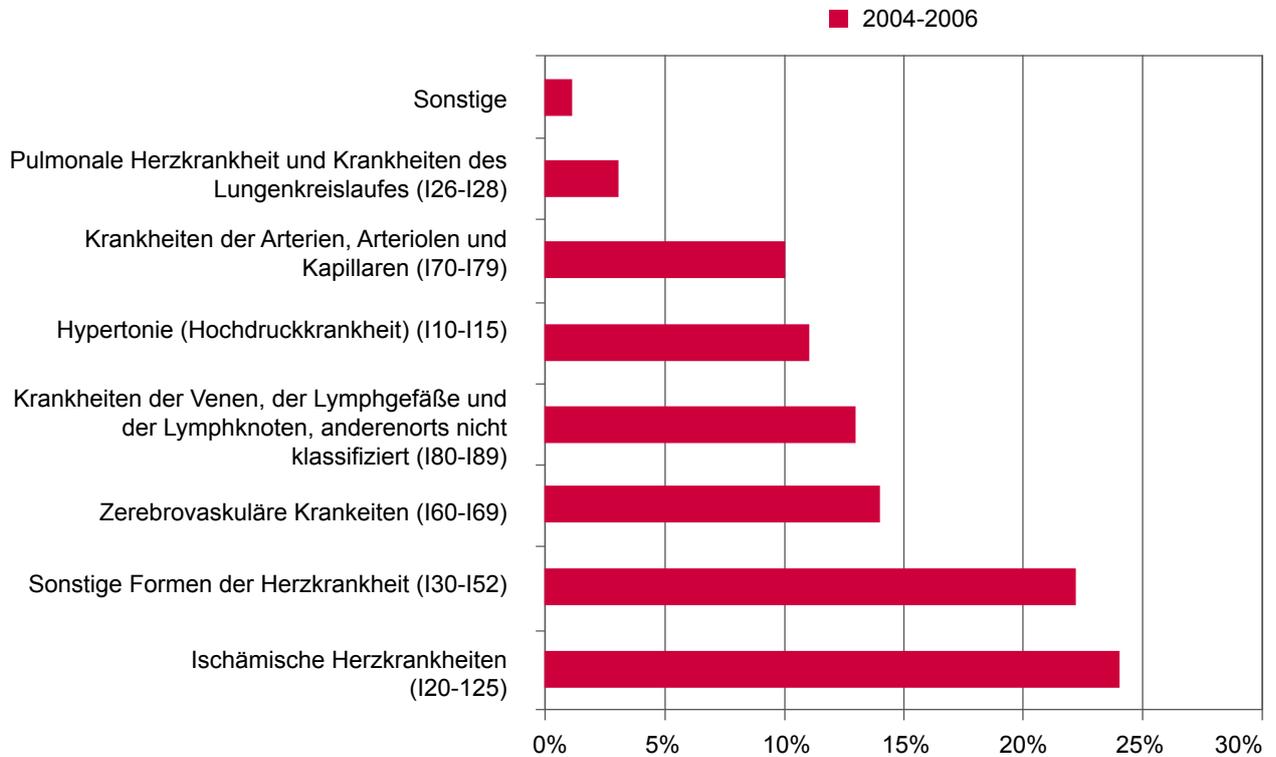
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=811

Männer und Frauen mit niedriger Schulbildung sind deutlich häufiger betroffen: 44 Prozent der Männer über 50 Jahren und 42 Prozent der Frauen dieses Alters leiden an Gefäßstörungen an den Beinen. Unter den Hochgebildeten tritt diese Erkrankungsform bei 27 Prozent der Männer und 19 Prozent der Frauen auf.

3.4.1. Krankenhausaufenthalte infolge von Herz-Kreislaufkrankungen

Der Großteil der Krankenhausaufenthalte mit einer Herz-Kreislauf-Hauptdiagnose fällt in die Diagnosegruppen „Ischämische Herzkrankheiten“ (24 Prozent) und „Sonstige Formen der Herzkrankheit“ (22 Prozent). 14 Prozent der Krankenhausesfälle gehen auf „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“ (Erkrankungen der Blutgefäße im Gehirn) zurück, weitere 13 Prozent auf Erkrankungen der Venen und Lymphgefäße sowie zehn Prozent auf Krankheiten der Arterien. Elf Prozent der Krankenhausbehandlungsfälle mit Herz-Kreislaufdiagnose weisen die Hauptdiagnose Hypertonie auf.

Abbildung 53: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Herz-Kreislaferkrankungen 2004-2006 nach Hauptdiagnose (Anteil an den Krankenhausaufenthalten mit Hauptdiagnose Herz-Kreislaferkrankung)



GESUNDHEITZUSTAND

Hauptdiagnose ICD-10: I00-I99. Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

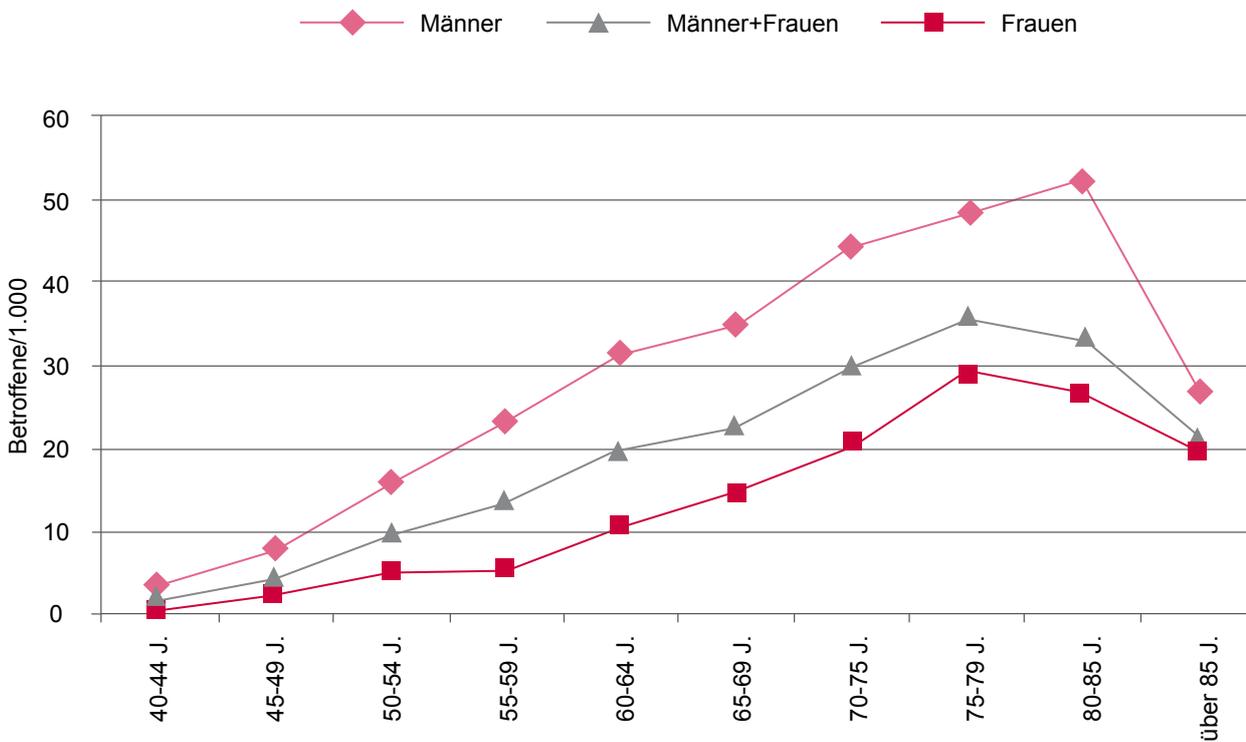
Krankenhausaufenthalte aufgrund von Ischämischen Herzkrankheiten

Insgesamt sind von 1.000 EinwohnerInnen innerhalb eines Jahres Jahr 8,6 Personen von einem Krankenhausaufenthalt mit einer ischämischen Erkrankung als Hauptdiagnose betroffen. Innerhalb eines Jahres sind rund 1.650 EinwohnerInnen aus Linz von einer solchen Krankenhausbehandlung betroffen.¹⁷ Die Rate ist bei Männern (mit 11,2 pro 1.000) etwas höher als bei Frauen (6,3 pro 1.000).

Die Betroffenenquote steigt ab dem 40. Lebensjahr kontinuierlich an und erreicht in der Altersgruppe zwischen 15 und 85 Jahren das höchste Niveau (bei Männern rund 50 Betroffene/1.000, bei Frauen knapp 30 Betroffene/1.000).

¹⁷ Quelle: Betroffenenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurde auf die Linzer Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

Abbildung 54: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund ischämischer Herzkrankheiten nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)



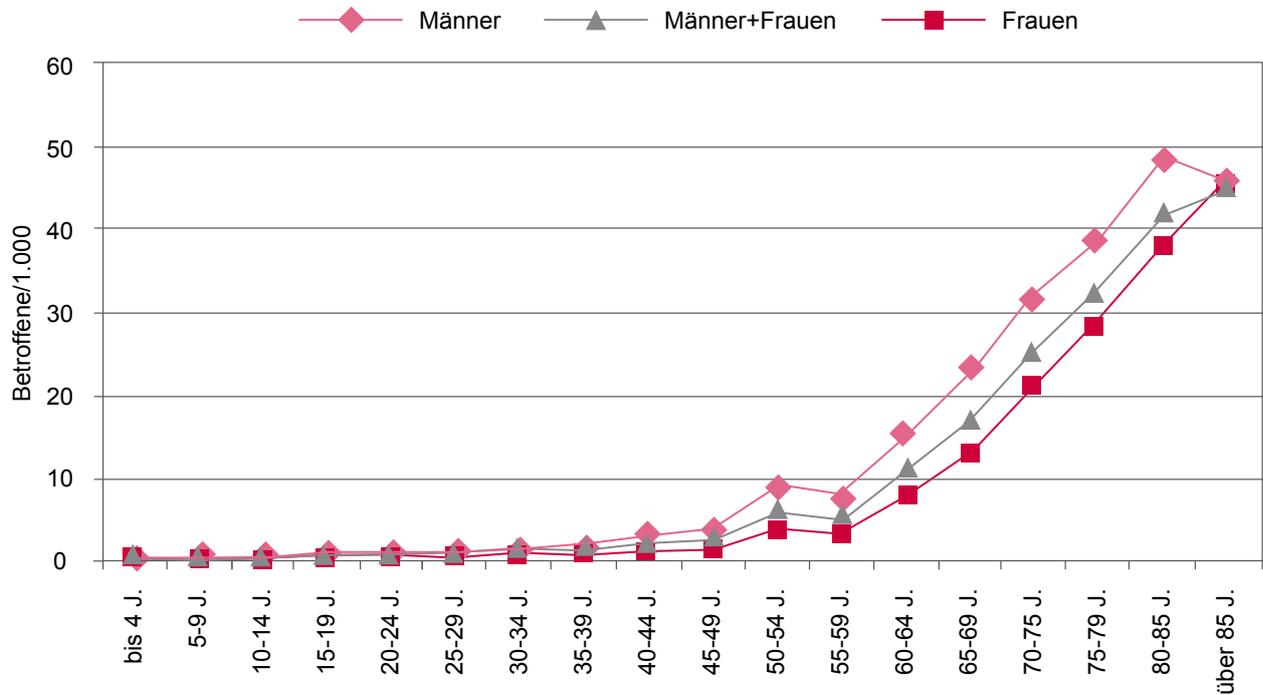
Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25) ; (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Krankenhausaufenthalte aufgrund sonstiger Formen der Herzkrankheit

Von einem Krankenhausaufenthalt infolge einer sonstigen Form der Herzkrankheit sind innerhalb eines Jahres 7,6 von 1.000 EinwohnerInnen betroffen. Das entspricht pro Jahr durchschnittlich rund 1.450 Personen aus Linz.¹⁸ Die Betroffenenrate steigt mit zunehmendem Alter, insbesondere ab der Altersgruppe über 55 Jahre, stark an. In der Altersgruppe zwischen 80 und 85 Jahren sind knapp 50 von 1.000 Männern und knapp 40 von 1.000 Frauen betroffen.

¹⁸ Quelle: Betroffenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurde auf die Linzer Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

Abbildung 55: Personen mit Krankenhausaufenthalt: Sonstige Formen der Herzkrankheit nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)



Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Sonstige Formen der Herzkrankheit (I30-I52); (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

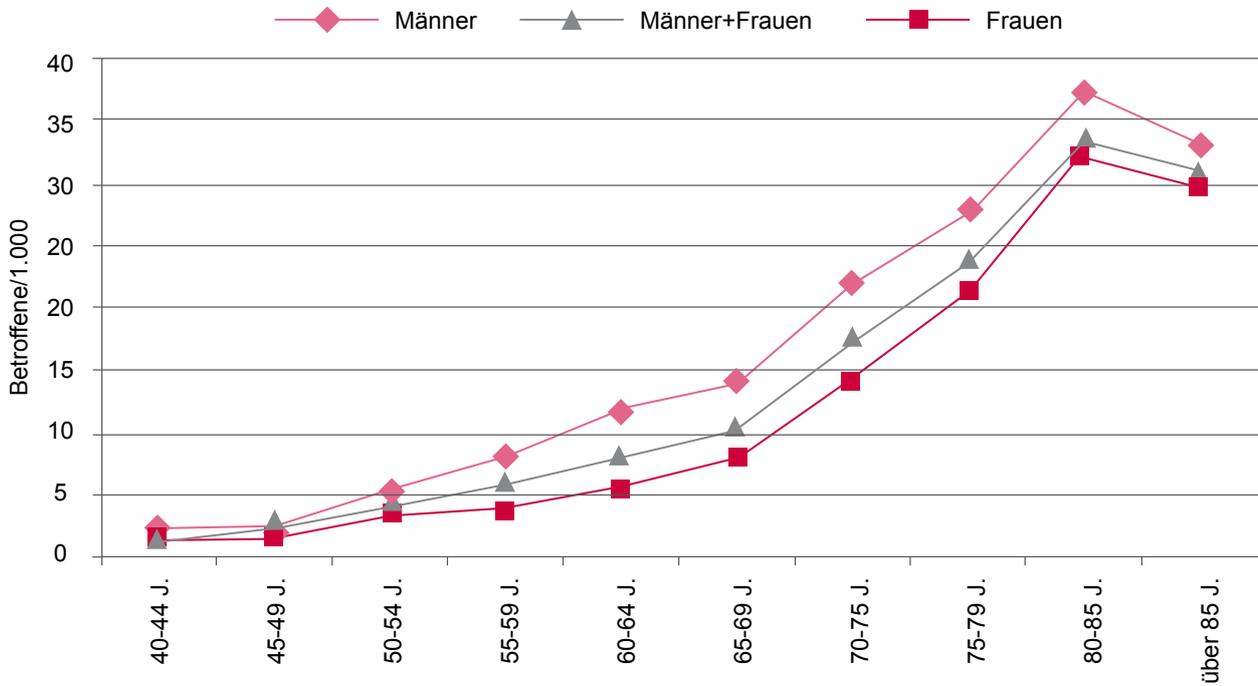
GESUNDHEITZUSTAND

Krankenhausaufenthalte aufgrund zerebrovaskulärer Krankheiten

Innerhalb eines Jahres sind 5,5 von 1.000 EinwohnerInnen von einem Krankenhausaufenthalt infolge zerebrovaskulärer Erkrankungen (Schlaganfall, Hirnschlag etc.) betroffen. Das sind in Linz jährlich rund 1.040 Betroffene.¹⁹ Die Betroffenenrate steigt mit zunehmendem Alter, insbesondere ab dem 65. Lebensjahr, stark an und ist in der Altersgruppe zwischen 80 und 85 Jahren am höchsten (mit knapp 35 Betroffenen pro 1.000).

¹⁹ Quelle: Betroffenenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurde auf die Linzer Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

Abbildung 56: Personen mit Krankenhausaufenthalt: Zerebrovaskuläre Krankheiten nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)



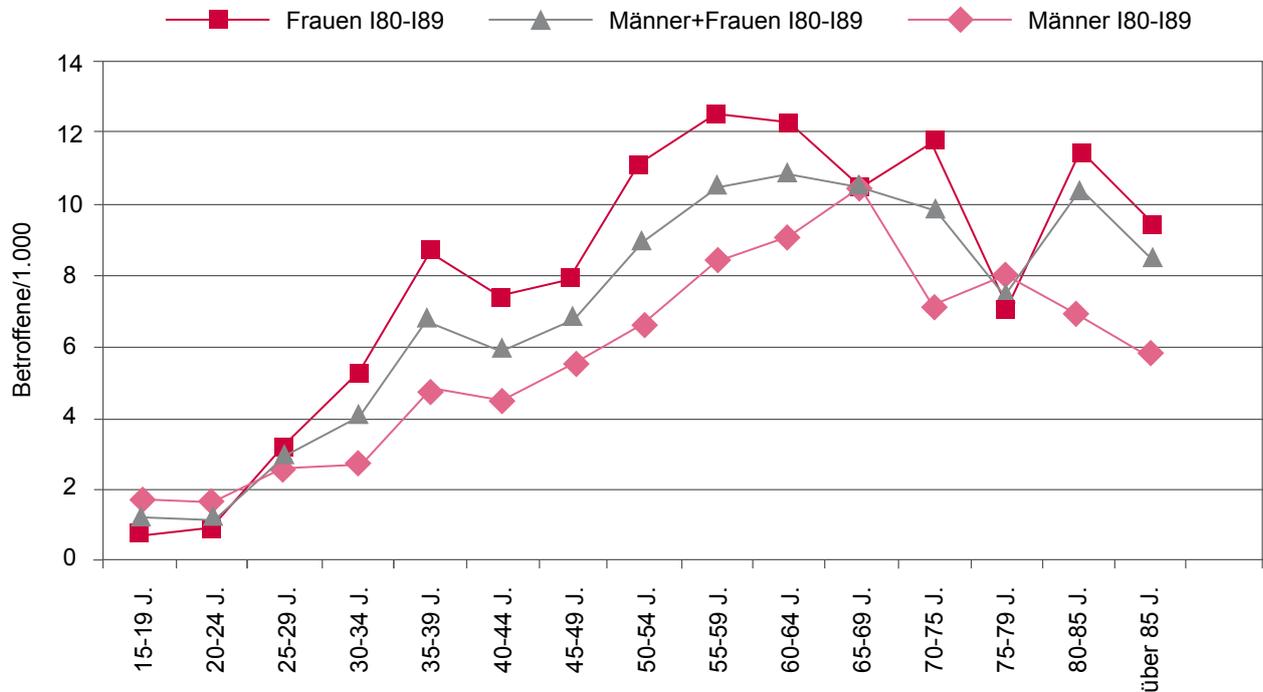
Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I69); (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Krankenhausaufenthalte aufgrund von Krankheiten der Venen, Arterien, Lymphgefäße

Krankenhausbehandlungen infolge von Krankheiten der Venen und Lymphgefäße sind bereits in der Altersgruppe zwischen 30 und 34 Jahren verbreitet. In dieser Altersgruppe weisen über acht von 1.000 Frauen und vier von 1.000 Männern innerhalb eines Jahres einen Krankenhausaufenthalt mit einer solchen Hauptdiagnose auf. Ein weiterer Anstieg ist in den Altersgruppen zwischen 40 und 60 Jahren zu beobachten. Unter den 60-64-jährigen Frauen beträgt die Rate zwölf pro 1.000, bei den gleichaltrigen Männern rund neun pro 1.000. Insgesamt weisen 4,6 von 1.000 Männern und 6,9 von 1.000 Frauen innerhalb eines Jahres einen Krankenhausaufenthalt infolge einer Venen bzw. Lymphgefäßerkrankung auf. Das sind rund 1.100 Betroffene pro Jahr.²⁰

²⁰ Quelle: Betroffenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurde auf die Linzer Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

Abbildung 57: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Krankheiten der Venen und Lymphgefäße nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)

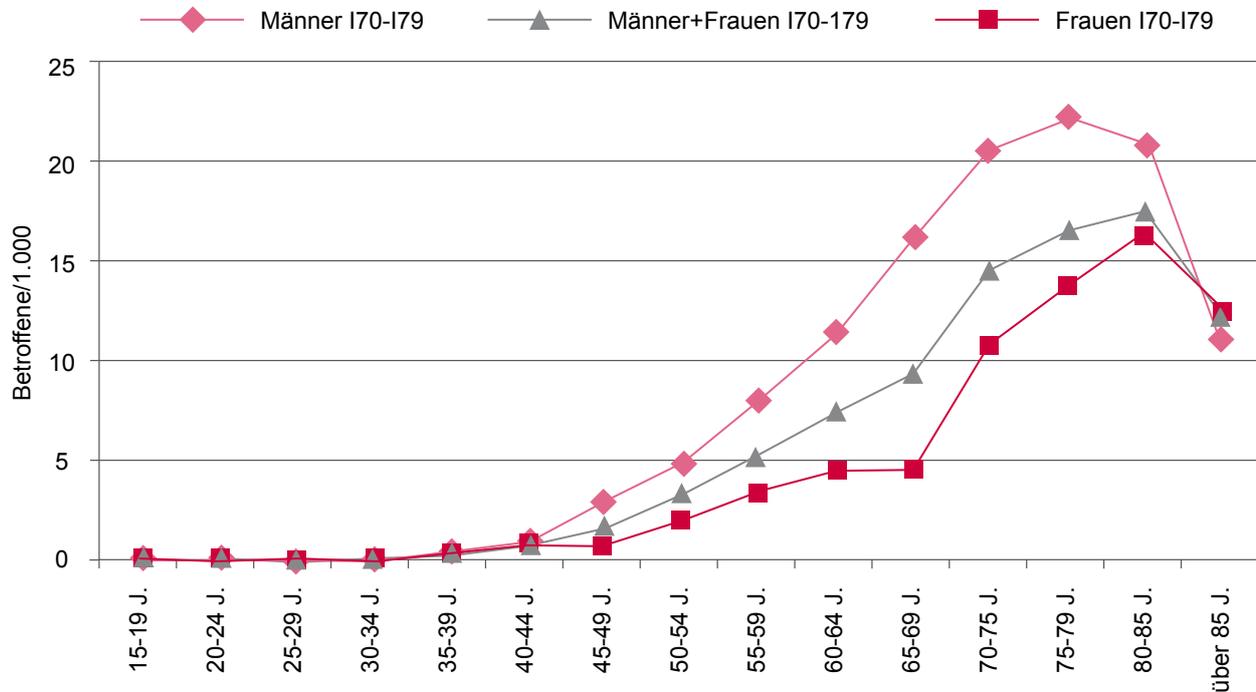


Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert (180-189); (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen). Die starken Schwankungen in den Altersgruppen über 65 Jahre sind durch geringe Fallzahlen bedingt und daher nicht sinnvoll interpretierbar.

Infolge einer Erkrankung der Arterien sind jährlich rund 730 Personen in einem Krankenhaus in Behandlung. Das entspricht einer Betroffenenquote von 3,8 pro 1.000 (4,4/1.000 bei Männern und 3,3/1.000 bei Frauen).²¹ Ab der Altersgruppe über 45 Jahren ein kontinuierlicher Anstieg zu beobachten. In der Altersgruppe zwischen 75 und 79 Jahren sind über 20 von 1.000 Männern betroffen. Bei Frauen liegt die höchste Betroffenenquote in der Gruppe der 80-85-Jährigen mit über 15 Betroffenen pro 1.000.

²¹ Quelle: Betroffenenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurde auf die Linzer Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

Abbildung 58: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Krankheiten der Arterien nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)



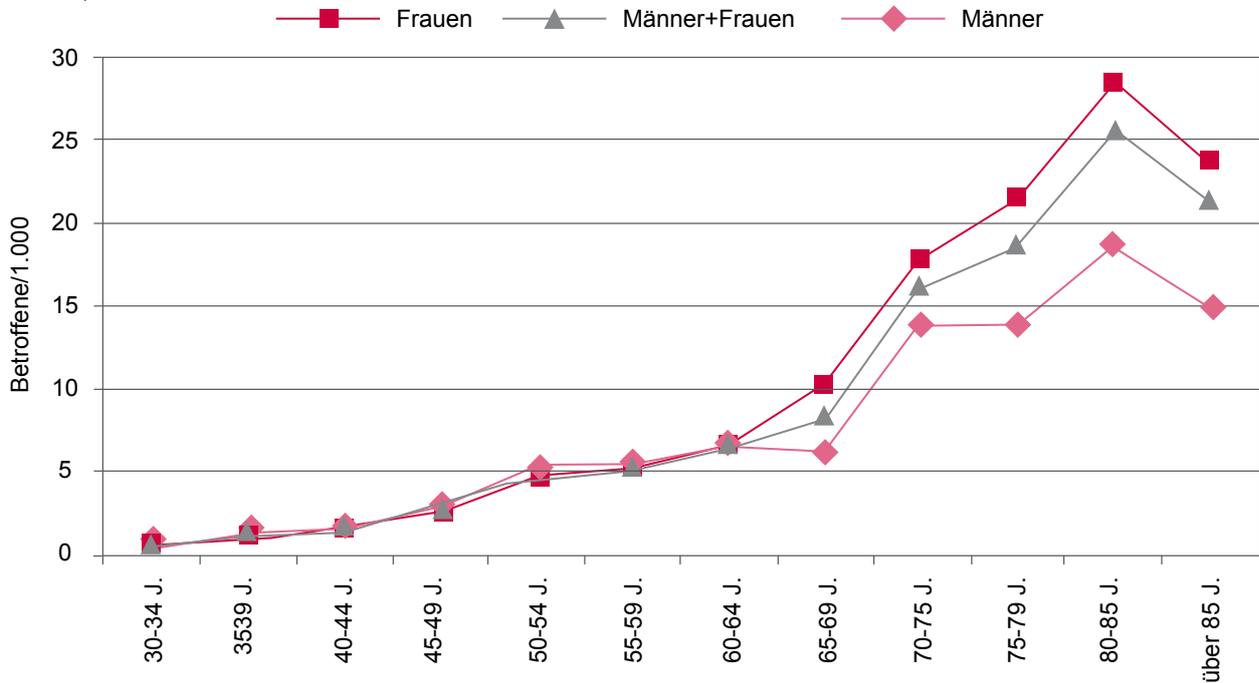
Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (I70-I79); (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen)

Krankenhausaufenthalte aufgrund von Bluthochdruckerkrankungen

4,6 von 1.000 Linzern und LinzerInnen sind innerhalb eines Jahres aufgrund einer Bluthochdruckerkrankung in einem Krankenhaus in Behandlung (jährlich rund 880 Personen).²² Frauen sind häufiger betroffen (5,8/1.000) als Männer (3,4/1.000). Bis zur Altersgruppe um 65 Jahre ist ein kontinuierlicher Anstieg auf rund fünf Betroffene/1.000 zu beobachten. Ab dem 70. Lebensjahr steigt die Betroffenenrate steil an und erreicht in der Altersgruppe zwischen 80 und 85 Jahren ihr Maximum (Männer 18 Betroffene/1.000 und Frauen 28 Betroffene/1.000).

²² Quelle: Betroffenenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurde auf die Linzer Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

Abbildung 59: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Bluthochdruckerkrankung (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)



Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Hypertonie [Hochdruckkrankheit] (I10-I15); (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Fakten

- Insgesamt geben 19 Prozent der Befragten an, dauerhaft an niedrigem Blutdruck zu leiden, wobei Frauen deutlich häufiger betroffen sind (30 Prozent), als Männer (7 Prozent).
- 16 Prozent der Linzer Bevölkerung leiden dauerhaft an erhöhtem Blutdruck, wobei es kaum Unterschiede zwischen Männer und Frauen gibt.
- Im Alter nehmen die Probleme mit erhöhtem Blutdruck zu: 46 Prozent der über 50-jährigen Männer und die Hälfte der über 50-jährigen Frauen leiden an erhöhtem Blutdruck. Personen mit niedriger oder mittlerer Schulbildung sind in größerem Ausmaß betroffen als Personen mit hoher Schulbildung.
- Pro Jahr kommen auf 1.000 EinwohnerInnen 4,6 Personen (jährlich rund 880 Personen), die einen Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Bluthochdruckerkrankung aufweisen. Frauen (5,8 Fälle pro 1.000) sind davon häufiger betroffen als Männer (3,4 Fälle pro 1.000).

- 24 Prozent aller Krankenhausaufenthalte infolge von Herz-Kreislaufkrankungen fallen in die Diagnosegruppe „Ischämische Herzkrankheiten“. Im Jahr kommen auf 1.000 EinwohnerInnen 8,6 Personen (Männer: 11,2 pro 1.000; Frauen: 6,3 pro 1.000) mit einem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer ischämischen Erkrankung (Hauptdiagnose). Ab dem 40. Lebensjahr steigt die Betroffenenquote kontinuierlich an und erreicht in der Altersgruppe der 75- bis 85-Jährigen ihren Höhepunkt (Männer: 50 pro 1.000/ Frauen: 30 pro 1.000).
- Pro Jahr kommen auf 1.000 EinwohnerInnen 5,5 Personen mit einem Krankenhausaufenthalt infolge einer zerebrovaskulären Erkrankung (Schlaganfall, Hirnschlag etc.). Die Betroffenensrate steigt mit zunehmendem Alter, insbesondere ab dem 65. Lebensjahr, stark an und ist in der Altersgruppe zwischen 80 und 85 Jahren am höchsten (35 Fälle pro 1.000).

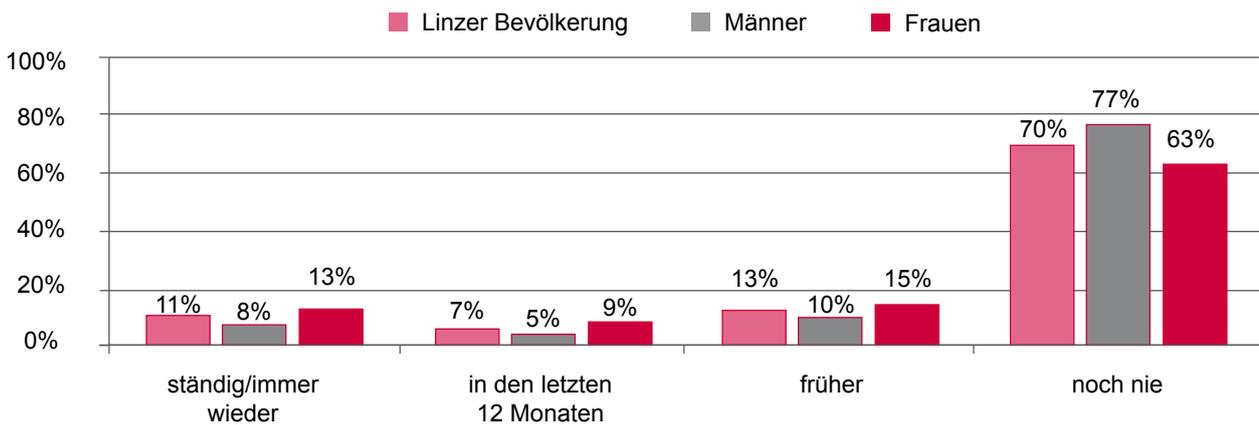
3.5. Allergien

Hautallergien

11 Prozent der Befragten geben an, „ständig/immer wieder“ an Hautallergien zu leiden und weitere 7 Prozent waren innerhalb des letzten Jahres Betroffen. Frauen (13 Prozent „ständig/immer“ wieder und 9 Prozent innerhalb des letzten Jahres) sind etwas stärker betroffen als Männer (8 Prozent „ständig/immer“ und 5 Prozent innerhalb des letzten Jahres).

Abbildung 60: Prävalenz von Hautallergien

Hautallergien



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.230

Beschwerden durch Allergien (z.B. Heuschnupfen)

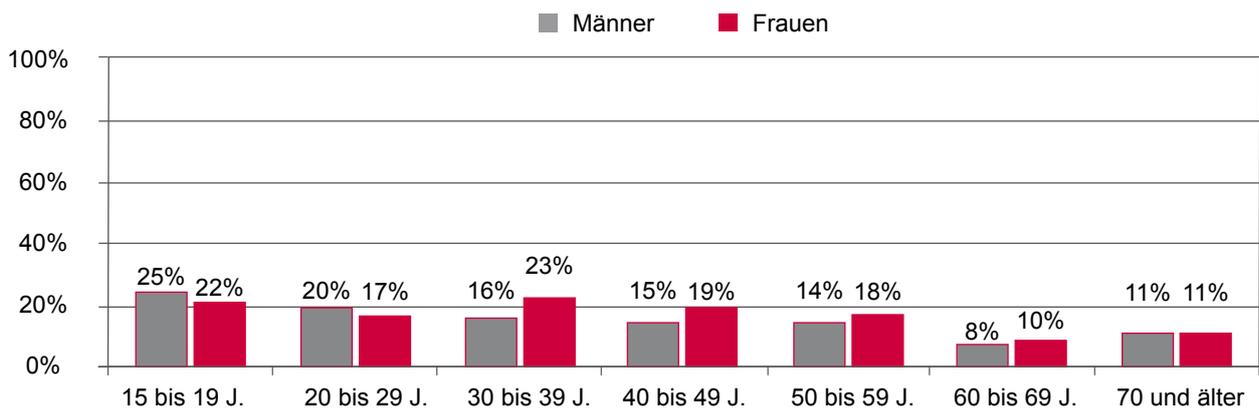
Neben Erkrankungen wurden im Rahmen der Linzer Gesundheitsumfrage auch nach Beschwerden gefragt, die das Wohlbefinden beeinträchtigen, jedoch keine Bettlägerigkeit zur Folge haben. Eine der 25 angeführten Beschwerden hieß „Beschwerden durch Allergien (z.B. Heuschnupfen“).

den durch Allergien (z.B. Heuschnupfen). Wie aus der unteren Abbildung hervorgeht, sind junge Menschen scheinbar häufiger von Allergien betroffen als ältere: vor allem Männer und Frauen über 60 Jahre sind deutlich seltener betroffen.

Insgesamt klagen 16 Prozent der Befragten (16 Prozent der Männer und 17 Prozent der Frauen) über Beschwer-

Abbildung 61: Altersspezifische Beschwerden durch Allergien

Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ an Allergien (z.B. Heuschnupfen) leiden



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.369

Fakten

- Elf Prozent der Linzer Befragten leiden dauerhaft an Hautallergien. Zusätzliche sieben Prozent gaben an, innerhalb der letzten zwölf Monate an einer solchen Erkrankung gelitten zu haben.
- Unter den Befragten sind Frauen etwas häufiger von Hautallergien betroffen als Männer.
- Als Beschwerde, die zwar das Wohlbefinden beeinträchtigt, jedoch keine Bettlägerigkeit zur Folge hat, wurde von 16 Prozent der Befragten Allergien wie z.B. Heuschnupfen angegeben.

- Von der Beschwerde „Allergie“ wie z.B. Heuschnupfen sind junge Befragte häufiger betroffen, als ältere. Vor allem LinzerInnen und Linzer im Pensionsalter sind deutlich seltener durch diese Beschwerdeform belastet.

GESUNDHEITZUSTAND

3.6. Diabetes

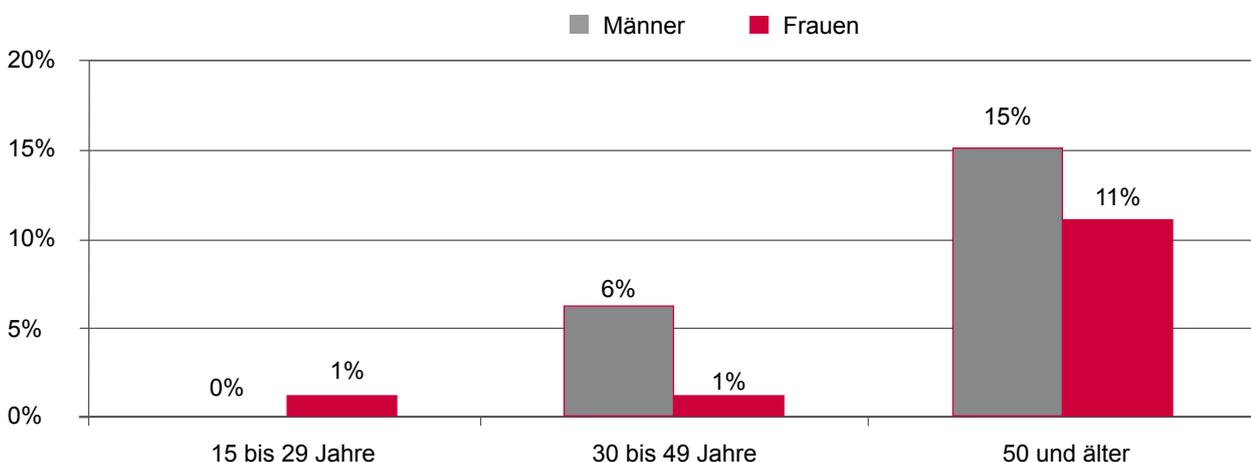
Insgesamt geben sechs Prozent der befragten Männer und fünf Prozent der befragten Frauen an, an der Zuckerkrankheit zu leiden.

Betrachtet man nur die über 50-Jährigen, so zeigt sich, dass (ehemalige) ArbeiterInnen zu 23 Prozent und (ehemalige) Angestellte „nur“ zu neun Prozent von der Zuckerkrankheit betroffen sind.

Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der betroffenen²³ Personen zu. In der Gruppe der über 50-jährigen Personen sind 15 Prozent der Männer und elf Prozent der Frauen betroffen.

Abbildung 62: Zuckerkrankheit nach Alter

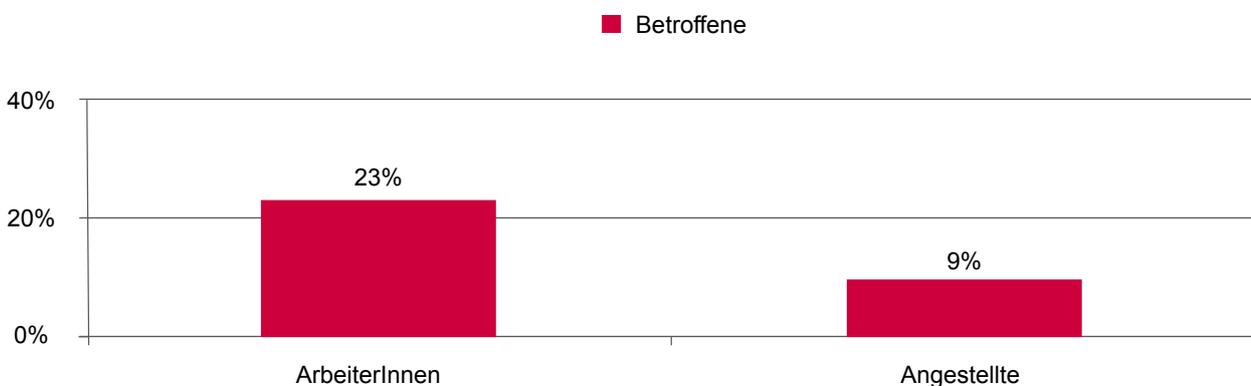
Anteil der Personen, die an Zuckerkrankheit leiden nach Altersgruppen



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.240

Abbildung 63: Zuckerkrankheit bei über 50-Jährigen nach (letztem) Beschäftigungsverhältnis

Zuckerkrankheit bei über 50-Jährigen nach (letztem) Beschäftigungsverhältnis



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=606

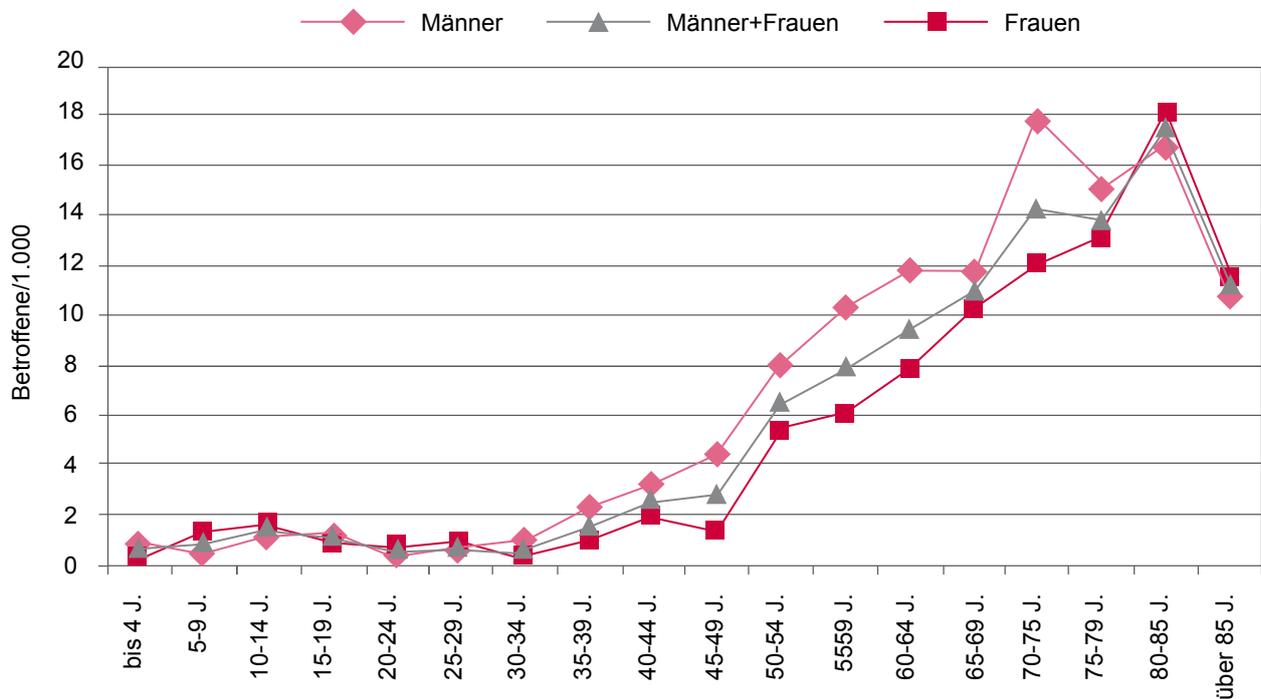
²³ Personen, die angaben, „ständig/immer wieder“ oder „in den letzten zwölf Monaten“ an der Zuckerkrankheit zu leiden.

3.6.1. Krankenhausaufenthalte aufgrund von Diabetes

Innerhalb eines Jahres sind über 900 EinwohnerInnen von (mindestens) einem Krankenhausaufenthalt infolge von Diabetes betroffen.²⁴ Von 1.000 Personen sind jährlich 4,8 betroffen. Der Anteil steigt mit zunehmendem

Alter ab dem 30. Lebensjahr kontinuierlich an. In der Altersgruppe zwischen 70 und 85 Jahren sind 14 bis 18 von 1.000 Personen betroffen.

Abbildung 64: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Diabetes nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)



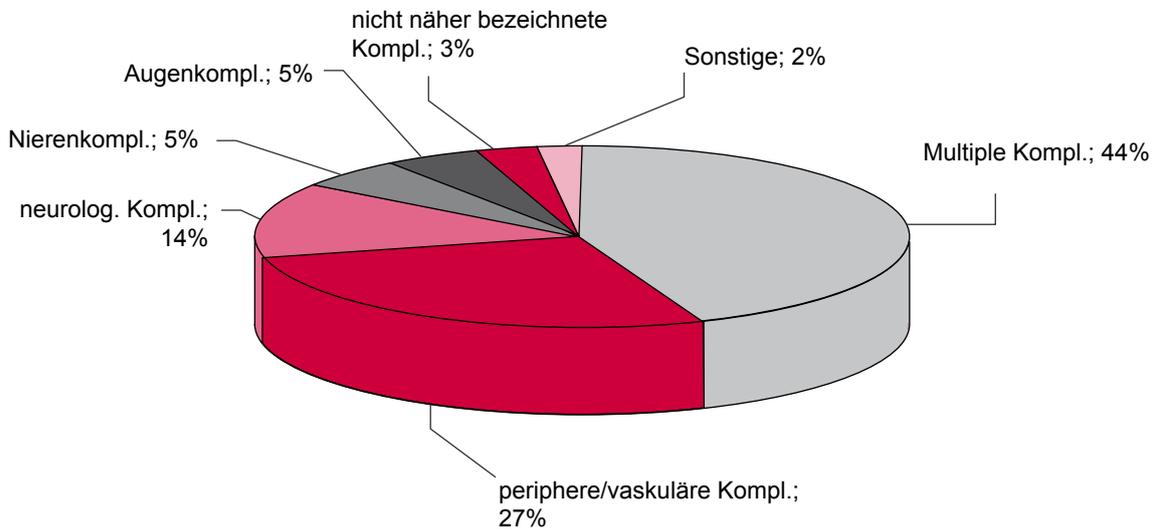
GESUNDHEITZUSTAND

Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Diabetes (E10-E14); (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Mehr als die Hälfte der Krankenhausaufenthalte mit einer Diabetes-Hauptdiagnose weisen eine Diabetes-Spätfolgediagnose auf. Davon wiederum sind 44 Prozent Diagnosen multipler Diabeteskomplikationen. 27 Prozent der Krankenhausaufenthalte mit Spätfolgen sind auf periphere/vaskuläre Komplikationen zurückzuführen, weitere 14 Prozent auf neurologische Komplikationen, fünf Prozent Nierenkomplikationen und fünf Prozent Augenkomplikationen.

²⁴ Quelle: Betroffenenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurde auf die Linzer Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

Abbildung 65: Verteilung der Krankenhausaufenthalte mit Spätkomplikation nach Komplikationsart (Durchschnitt 2004 bis 2006)



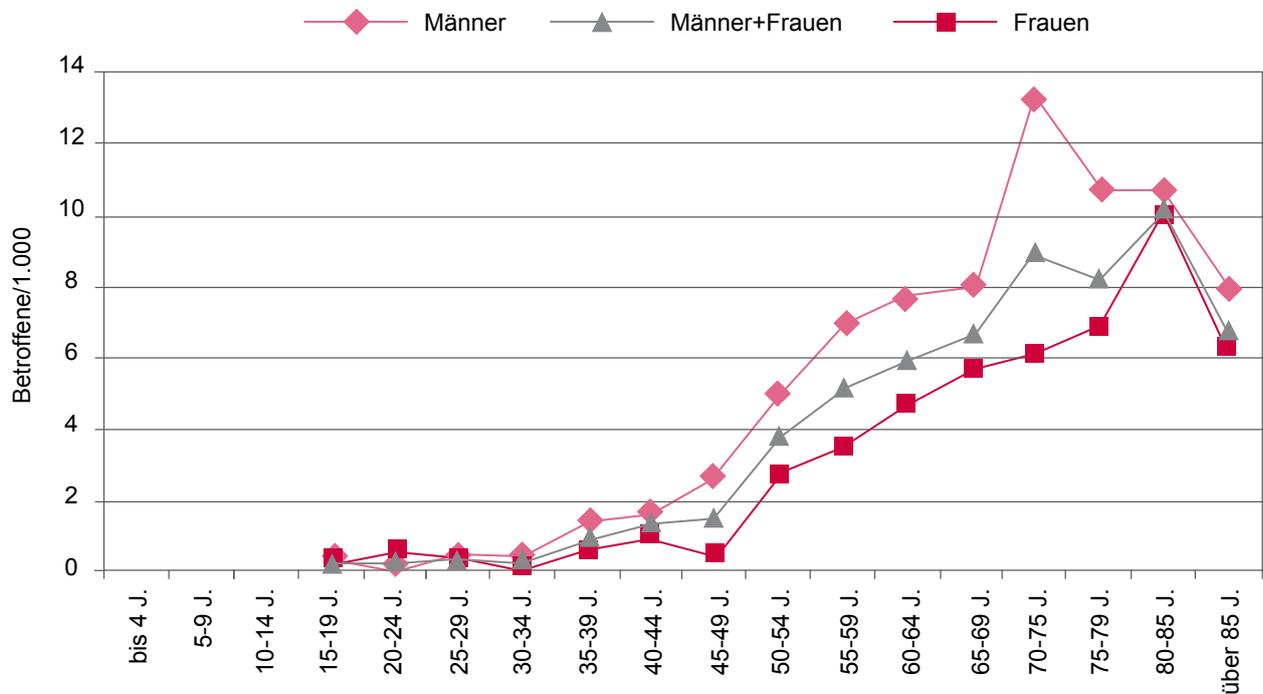
Anteil an den Krankenhausaufenthalten mit Spätfolgen-Hauptdiagnose ICD-10: Diabetes (E10-E14, 4. Stelle 2-8); (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Betrachtet man nur die Krankenhausbehandlungen mit einer Diabetes-Spätfolgendendiagnose, so sind von 1.000 LinzerInnen innerhalb eines Jahres durchschnittlich 2,8 betroffen. Das entspricht über 520 Betroffenen jährlich.²⁵

Der Anteil steigt mit zunehmendem Alter ab dem 35.-45. Lebensjahr stark an. In der Altersgruppe zwischen 70 und 85 Jahren sind zwischen acht und zehn von 1.000 Personen betroffen.

²⁵ Quelle: Betroffenenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurde auf die Linzer Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

Abbildung 66: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Diabeteskomplikationen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)



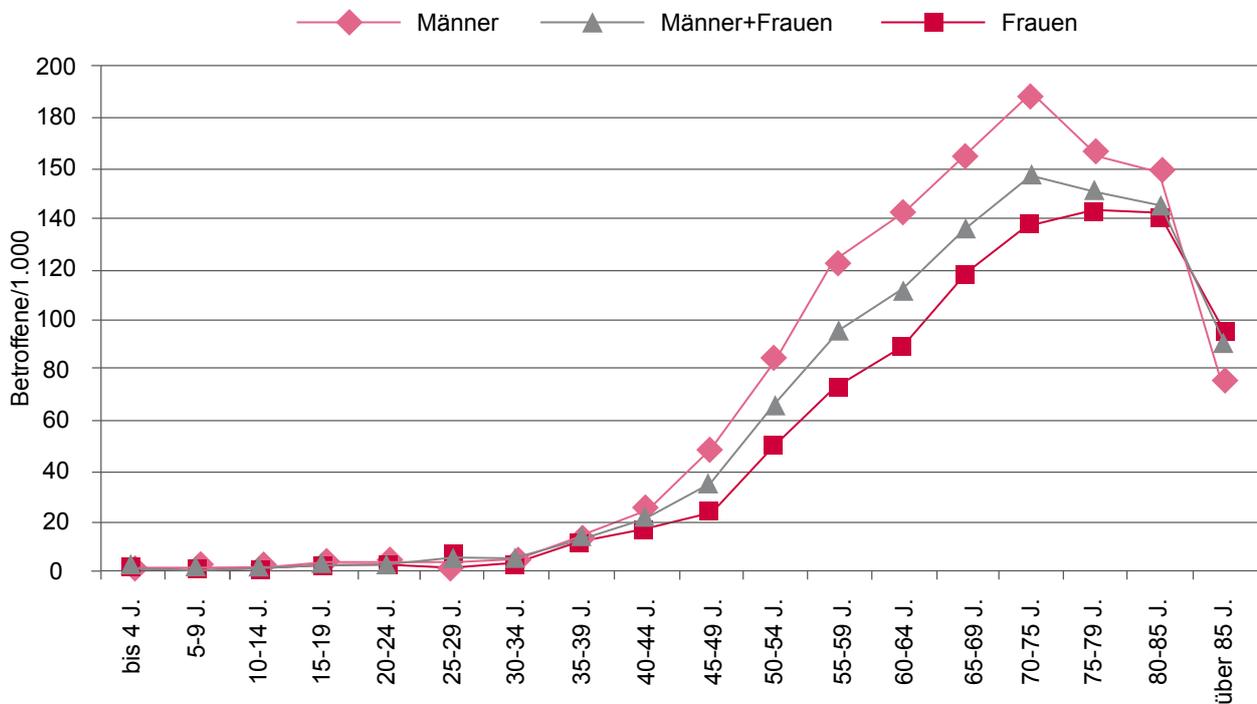
Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Diabetes (E10-E14, 4. Stelle 2-8) ; (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

GESUNDHEITZUSTAND

3.6.2. Verordnung von Antidiabetika

Insgesamt werden innerhalb eines Jahres an 4,7 Prozent der Bevölkerung Antidiabetika verordnet (5,0 Prozent der Männer und 4,5 Prozent der Frauen). Das sind knapp 9.400 Personen. Der Anteil steigt ab dem 35.-40. Lebensjahr mit zunehmendem Alter stark an. In der Altersgruppe zwischen 70 und 75 Jahren liegt der Anteil bei Männern bei über 18 Prozent und bei Frauen bei rund 14 Prozent.

Abbildung 67: Personen mit Antidiabetika (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)



Personen mit mindestens einer Verordnung von Antidiabetika innerhalb eines Jahres (ATC-A10) (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Fakten

- Sechs Prozent der befragten Männer und fünf Prozent der befragten Frauen geben an, an der Zuckerkrankheit zu leiden.
- Im Alter ist die Prävalenz deutlich höher: Bei den über 50-jährigen Befragten sind 15 Prozent der Männer und elf Prozent der Frauen von dieser Krankheit betroffen.
- Bei den über 50-Jährigen lassen sich auch große Unterschiede hinsichtlich des beruflichen Hintergrunds feststellen: Während unter den (ehemaligen) Angestellten „nur“ neun Prozent an der Zuckerkrankheit leiden, sind es bei (ehemaligen) ArbeiterInnen deutlich mehr, nämlich 23 Prozent.
- Auf 1.000 LinzerInnen kommen im Jahr 4,8 Personen, die mindestens einen Krankenhausaufenthalt aufgrund von einer Diabeteserkrankung haben.
- Ab dem 30. Lebensjahr nimmt die Rate der Krankenhausaufenthalte infolge von Diabeteserkrankungen kontinuierlich zu. In der Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen sind bereits 14 bis 18 von 1.000 LinzerInnen betroffen.
- Bei mehr als der Hälfte aller Krankenhausaufenthalte mit einer Diabetes-Hauptdiagnose scheint auch eine Diabetes-Spätfolgediagnose (wie z.B. periphere/vaskuläre Komplikationen oder neurologische Komplikationen) auf.

- Auf 1.000 LinzerInnen kommen pro Jahr 2,8 Krankenhausaufenthalte mit einer Diabetes-Spätfolgediagnose. In der Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen sind zwischen 8 und 10 von 1.000 LinzerInnen betroffen.
- Fünf Prozent der Linzer Männer und 4,5 Prozent der Frauen bekommen innerhalb eines Jahres Antidiabetika verordnet.
- Mit zunehmendem Alter nimmt die Verordnung von Antidiabetika stark zu: In der Altersgruppe der 70- bis 75-Jährigen bekommen 18 Prozent der Männer und 14 Prozent der Frauen innerhalb eines Jahres Antidiabetika verordnet.

3.7. Atemwegserkrankungen

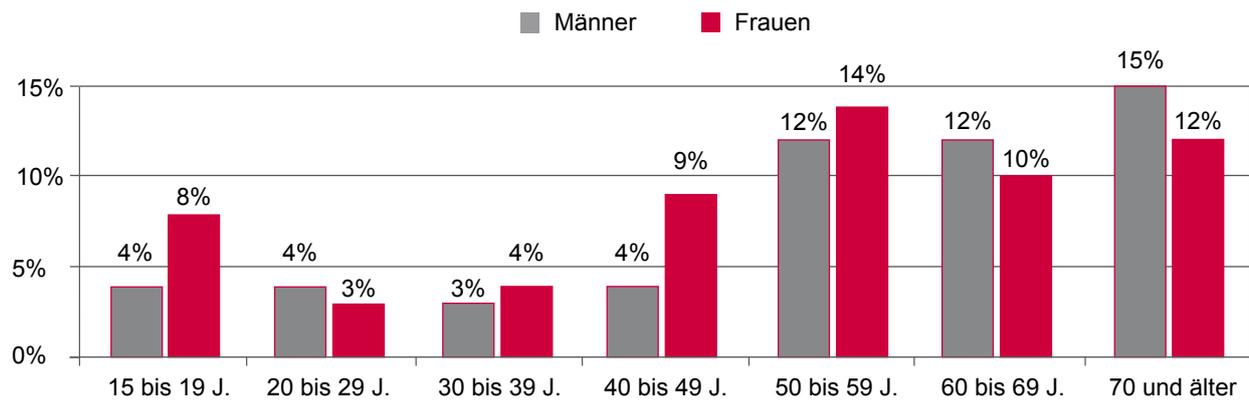
Insgesamt leiden zirka sieben Prozent²⁶ der Befragten an chronischer Bronchitis oder einem Lungenemphysem.

ist. Insgesamt betrachtet nimmt die Bedeutung dieser Erkrankung ab dem 50. Lebensjahr zu.

Bei den Männern ist der Anteil der dauerhaft von chronischer Bronchitis oder Lungenemphysem Betroffenen unter den über 70-Jährigen mit 15 Prozent am größten, während dieser Anteil bei den Frauen in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen mit 14 Prozent am größten

Insgesamt leiden jeweils fünf Prozent²⁷ der befragten Männer und Frauen an Lungenasthma.

Abbildung 68: Chronische Bronchitis/Lungenemphysem nach Alter
Anteil der Personen, die an chronischer Bronchitis oder Lungenemphysem leiden



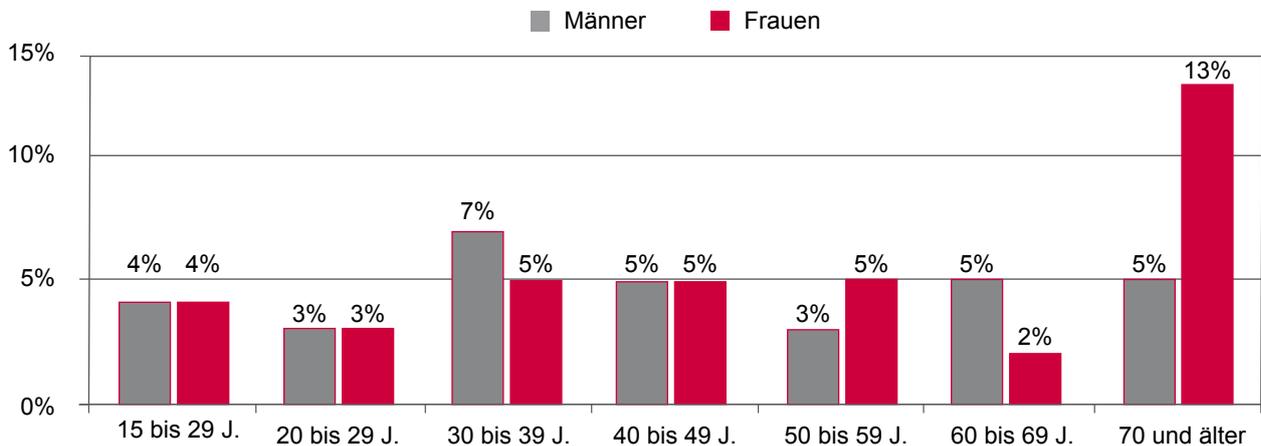
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.205

²⁶ Personen, die angaben, „ständig/immer wieder“ oder „in den letzten zwölf Monaten“ an chronischer Bronchitis oder Lungenemphysem zu leiden.

²⁷ Personen, die angaben, „ständig/immer wieder“ oder „in den letzten zwölf Monaten“ an Lungenasthma zu leiden.

Abbildung 69: Lungenasthma nach Alter

Anteil an Personen, die an Lungenasthma leiden



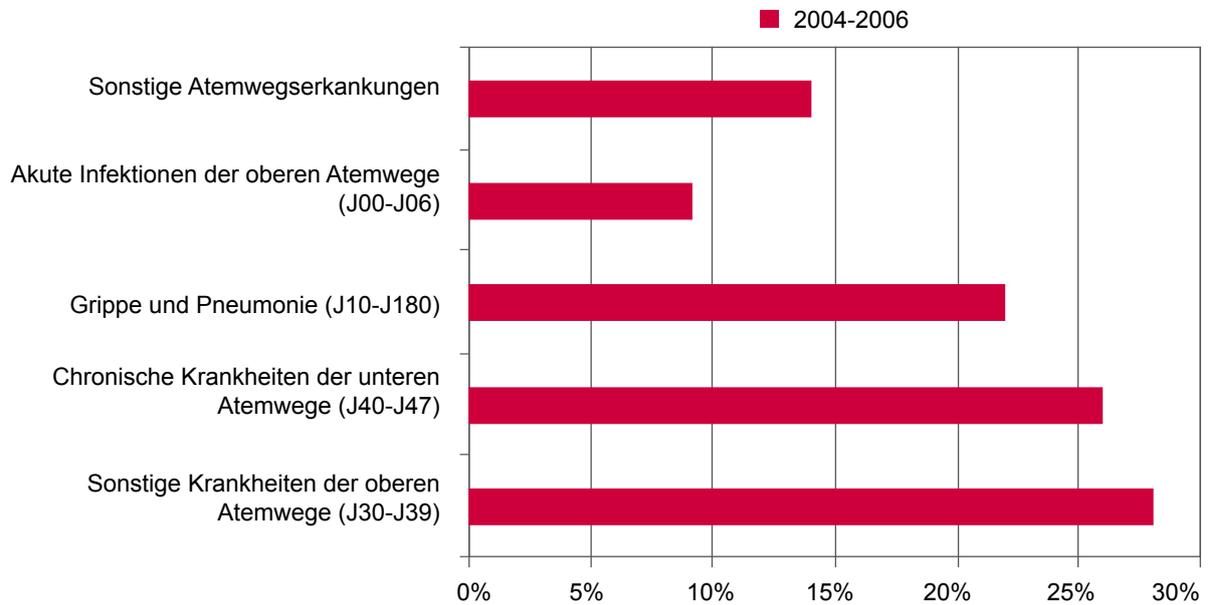
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.205

Der Anteil der betroffenen Frauen ist bei den über 70-Jährigen mit 13 Prozent am größten. Bei den Männern leiden sieben Prozent der 30- bis 39-Jährigen an Lungenasthma. In den übrigen Altersgruppen pendelt der Wert bei Männern und Frauen zwischen zwei und fünf Prozent.

3.7.1. Krankenhausaufenthalte infolge von Atemwegserkrankungen

37 Prozent der Krankenhausaufenthalte, die auf Atemwegserkrankungen zurückgehen, sind Erkrankungen der oberen Atemwege zuzurechnen (neun Prozent akute Erkrankungen und weitere 28 Prozent sonstige Erkrankungen der oberen Atemwege). 26 Prozent sind auf chronische Erkrankungen der unteren Atemwege zurückzuführen. Grippeerkrankungen und Lungenentzündung weisen 22 Prozent als Hauptdiagnose auf (siehe Abbildung 70).

Abbildung 70: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Atemwegserkrankungen 2004-2006 nach Hauptdiagnose (Anteil an den Krankenhausaufenthalten mit Hauptdiagnose Atemwegserkrankung)



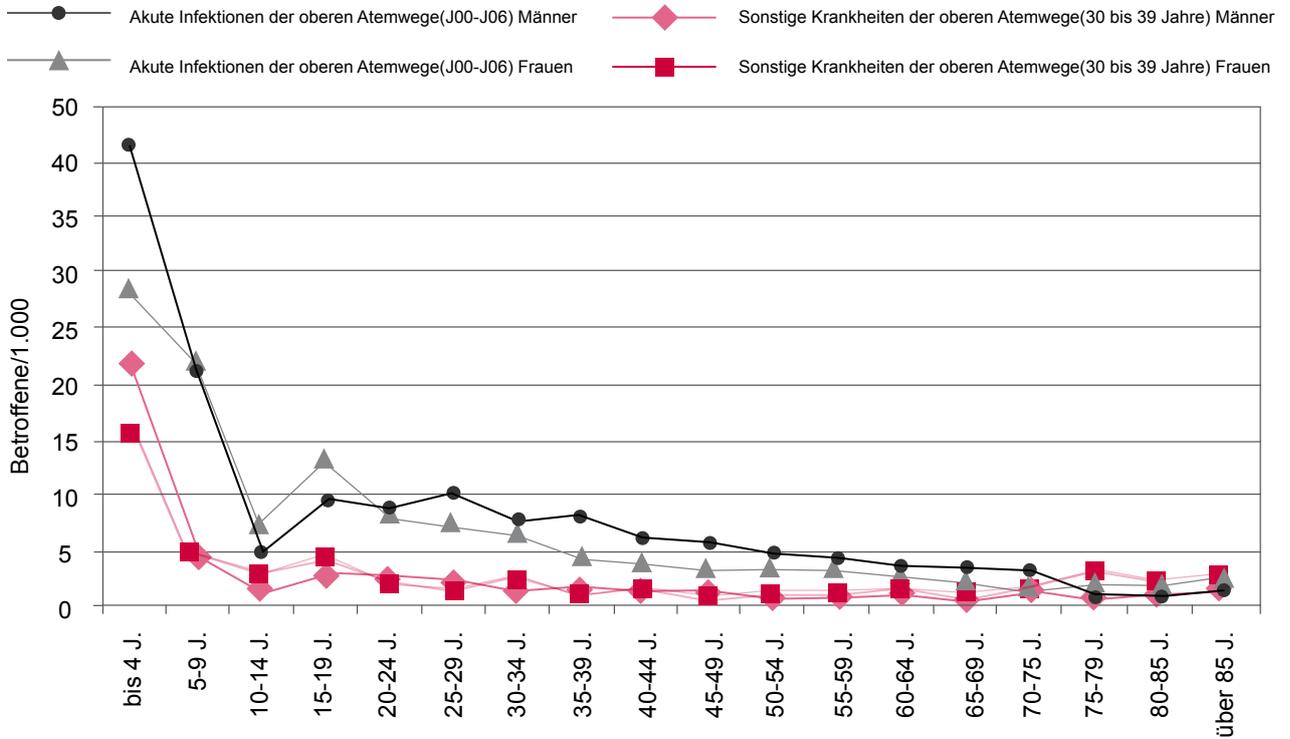
Hauptdiagnose ICD-10: J00-J99. Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Krankenhausaufenthalte aufgrund von Erkrankungen der oberen Atemwege

Innerhalb eines Jahres werden durchschnittlich 2,5 von 1.000 Personen wegen akuten Erkrankungen der oberen Atemwege in einem Krankenhaus behandelt. Hinzu kommen 7,2 pro 1.000, die einen Krankenhausaufenthalt aufgrund sonstiger Erkrankungen der oberen Atemwege aufweisen. Pro Jahr sind dies in Linz rund 460 Personen mit akuten und weitere 1.350 Personen mit sonstigen Erkrankungen der oberen Atemwege.²⁸ Besonders häufig sind Krankenhausbehandlungen mit einer solchen Hauptdiagnose unter Kindern bis zum 10. Lebensjahr. In dieser Altersgruppe sind Knaben häufiger betroffen als Mädchen.

²⁸ Quelle: Betroffenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurde auf die Linzer Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

Abbildung 71: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Erkrankungen der oberen Atemwege nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)



Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege(30 bis 39 Jahre), Akute Infektionen der oberen Atemwege(J00-J06) ; (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

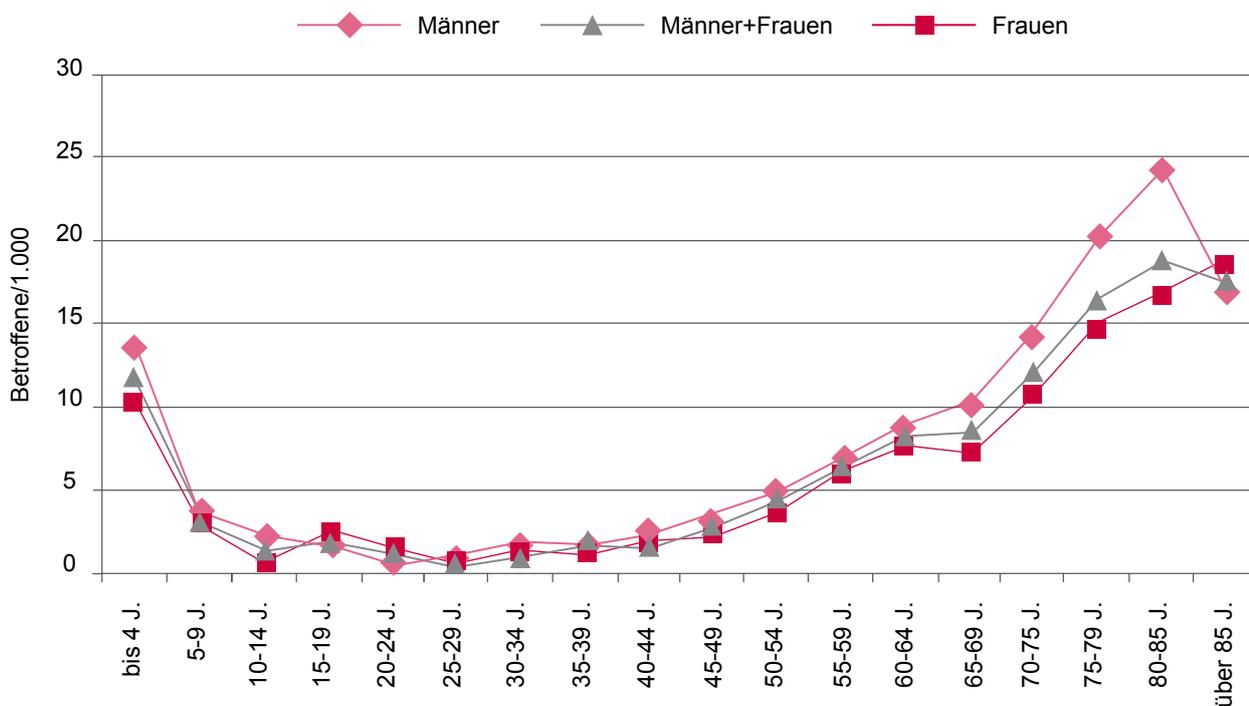
GESUNDHEITZUSTAND

Krankenhausaufenthalte aufgrund von chronischen Erkrankungen der unteren Atemwege

Jährlich werden rund 980 Männer und Frauen aus Linz wegen chronischer Erkrankungen der unteren Atemwege in einem Krankenhaus behandelt.²⁹ Das entspricht einer Betroffenenquote von 5,2 je 1.000 Einwohner. Bei Kindern unter fünf Jahren spielt vor allem Asthma eine wesentliche Rolle. Ab dem 50. Lebensjahr steigt mit zunehmendem Alter der Anteil der Bevölkerung, der an COPD leidet.

²⁹ Quelle: Betroffenenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurde auf die Linzer Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

Abbildung 72: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund chronischer Erkrankungen der unteren Atemwege nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)



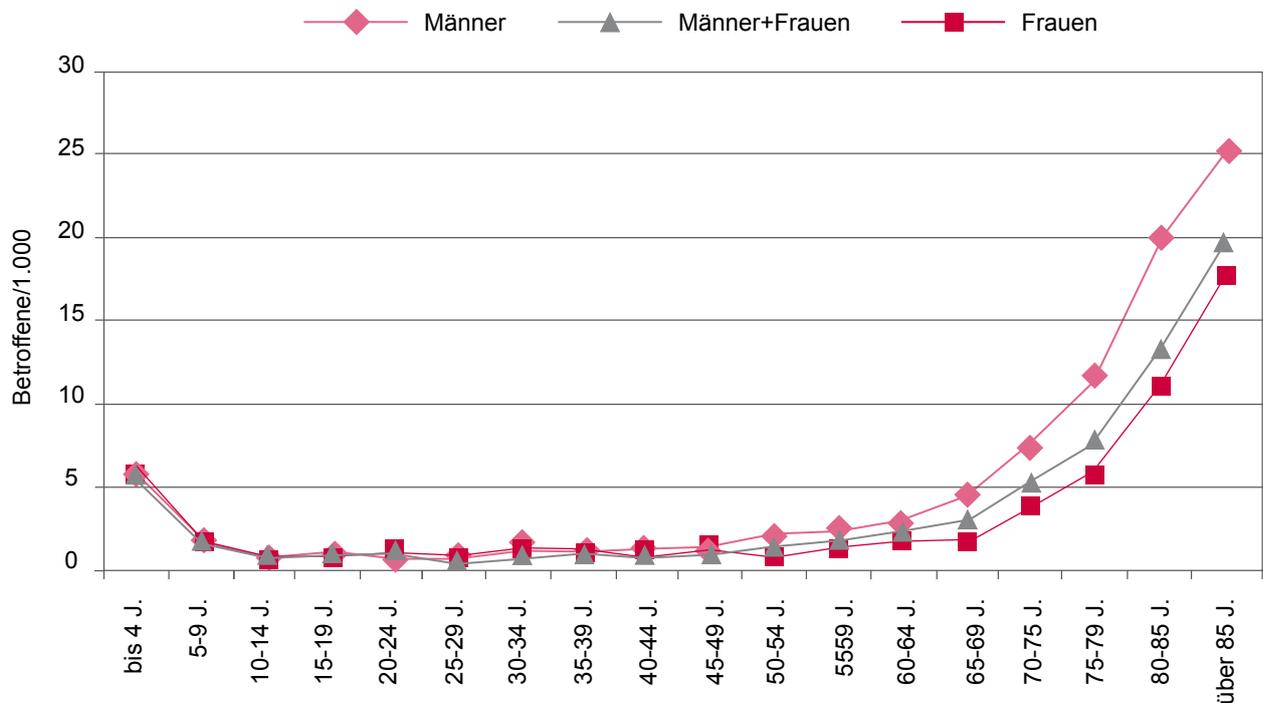
Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47); (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Krankenhausaufenthalte aufgrund von Grippe und Pneumonie

Der Anteil der Linzer Wohnbevölkerung, die innerhalb eines Jahres wegen Grippe oder Lungenentzündung im Krankenhaus behandelt werden, liegt bei unter 5-jährigen Kindern bei rund zehn Betroffenen je 1.000 Einwohner und geht bis zum 15. Lebensjahr stark zurück. Erst im höheren Alter, ab dem 60. Lebensjahr, steigt die Betroffenenquote wieder stark an und erreicht bei über 85-Jährigen ein Niveau von rund 40 Betroffenen je 1.000 Einwohner. Im höheren Alter sind Männer häufiger betroffen. Insgesamt liegt die Betroffenenquote bei 5,3 pro 1.000 EinwohnerInnen, was absolut rund 1.000 Betroffenen pro Jahr entspricht.³⁰

³⁰ Quelle: Betroffenenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurde auf die Linzer Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

Abbildung 73: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Grippe und Pneumonie der unteren Atemwege nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)



Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Grippe und Pneumonie (J10-J18); (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

GESUNDHEITZUSTAND

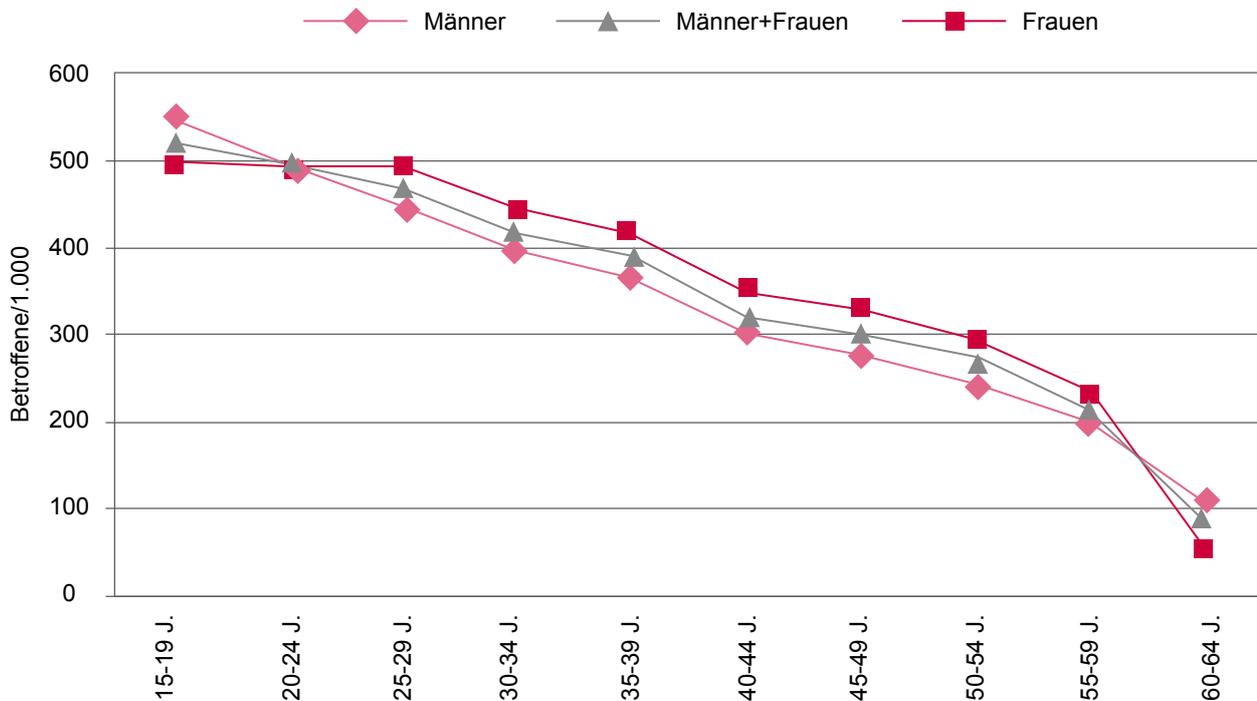
3.7.2 Arbeitsunfähigkeit infolge von Atemwegserkrankungen

Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Erkrankungen der oberen Atemwege

Knapp 37 Prozent der erwerbstätigen LinzerInnen sind innerhalb eines Jahres wegen akuten Infekten der oberen Atemwege im Krankenstand. Frauen sind etwas häufiger betroffen (39 Prozent) als Männer (35 Prozent). Der Anteil der betroffenen Beschäftigten sinkt mit zunehmendem Alter kontinuierlich. Unter 20-Jährige sind rund zur Hälfte innerhalb eines Jahres von Krankenstand wegen akuten Infekten der oberen Atemwege betroffen. In der Altersgruppe zwischen 55 und 59 liegt die Rate bei rund 20 Prozent.

GESUNDHEITZUSTAND

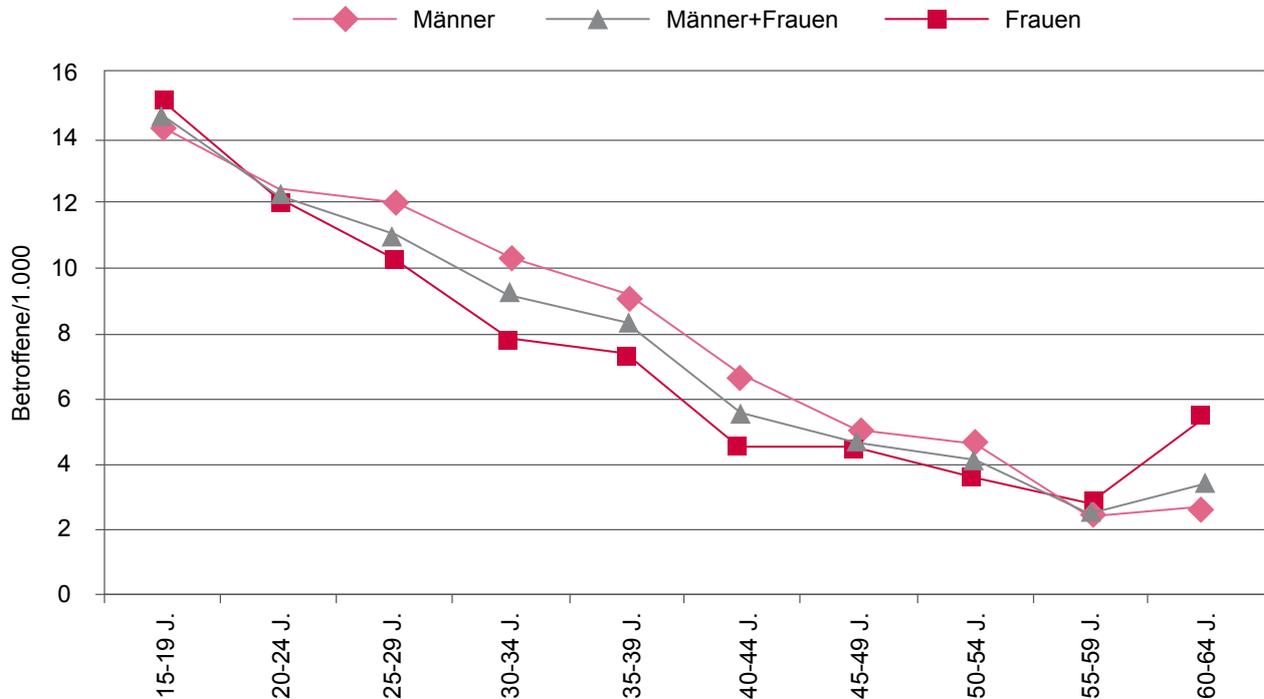
Abbildung 74: Personen mit Arbeitsunfähigkeit aufgrund von akuten Infekten der oberen Atemwege nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)



Personen mit mindestens einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung innerhalb eines Jahres; ICD-10: Akute Infektionen der oberen Atemwege (J00-J06) (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur erwerbstätige Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Auch der Anteil der Personen, die innerhalb eines Jahres von Krankenstand aufgrund sonstiger Erkrankungen der oberen Atemwege betroffen sind, geht mit zunehmendem Alter zurück. Unter den 15-20-jährigen Beschäftigten sind rund 15 von 1.000 Beschäftigten betroffen, bei den 55-59-Jährigen unter drei pro 1.000. Insgesamt beträgt die Rate für alle Beschäftigten 7,9 Erkrankte pro 1.000 Beschäftigte. Männer sind etwas häufiger betroffen (8,4 pro 1.000) als Frauen (7,3 pro 1.000).

Abbildung 75: Personen mit Arbeitsunfähigkeit aufgrund von sonstigen Krankheiten der oberen Atemwege nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)



Personen mit mindestens einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung innerhalb eines Jahres; ICD-10: Akute sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (J30-J39) (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur erwerbstätige Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

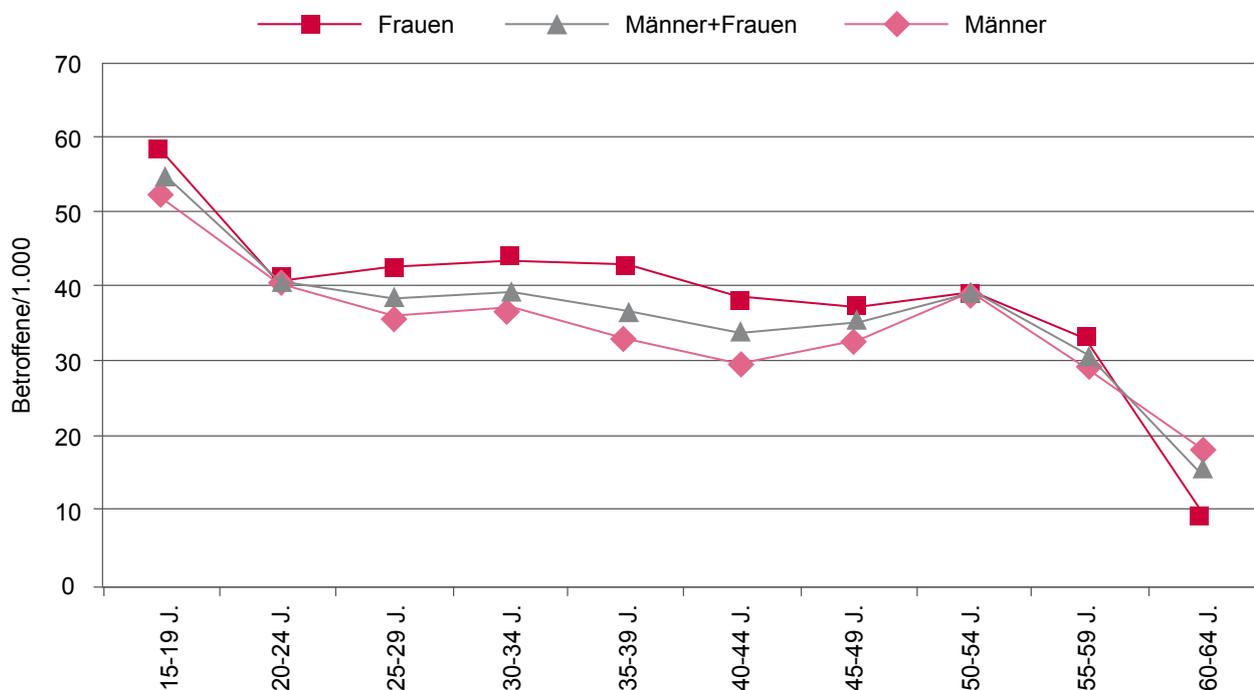
GESUNDHEITZUSTAND

Arbeitsunfähigkeit aufgrund von chronischen Erkrankungen der unteren Atemwege

Von 1.000 Erwerbstätigen weisen innerhalb eines Jahres rund 38 mindestens eine Krankmeldung infolge von chronischen Erkrankungen der unteren Atemwege auf. Frauen sind etwas häufiger betroffen (41 von 1.000) als Männer (35 von 1.000).

Besonders hoch ist die Rate unter den jungen Beschäftigten unter 20 Jahren (rund 55/1.000). In den Altersgruppen zwischen 20 und 55 Jahren bewegt sich die Rate bei Frauen zwischen 37 und 42 Betroffenen pro 1.000, bei Männern zwischen 30 und 42 Betroffenen pro 1.000. In der Altersgruppe über 55 Jahren sinkt die Betroffenenquote bei beiden Geschlechtern ab, was mit einer früheren Pensionierung von gesundheitlich stärker Belasteten zusammenhängen könnte.

Abbildung 76: Personen mit Arbeitsunfähigkeit aufgrund von chronischen Erkrankungen der unteren Atemwege nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)



Personen mit mindestens einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung innerhalb eines Jahres; ICD-10: Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47) (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur erwerbstätige Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

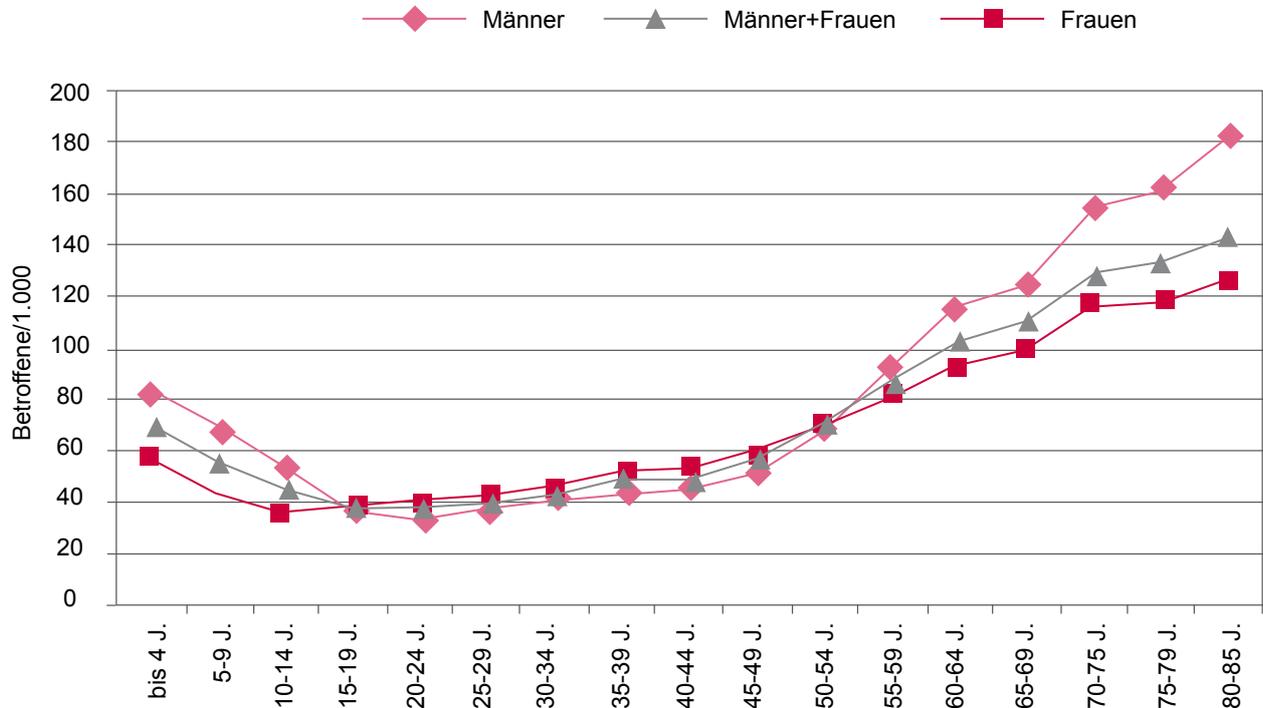
3.7.3. Verordnung von Antiasthmatika

Im Durchschnitt werden innerhalb eines Jahres an 89 von 1.000 Personen Antiasthmatika verordnet. Das sind über 17.000 Personen.³¹ In der Altersgruppe unter fünf Jahren sind rund 80 von 1.000 Knaben und rund 60 von 1.000 Mädchen betroffen. Bis zum 14. Lebensjahr sinkt die Rate bei Knaben auf unter 60 und bei Mädchen unter 40 Betroffene pro 1.000.

Mit zunehmendem Alter ist ab dem 40.-50. Lebensjahr ein deutlicher Anstieg der mit Antiasthmatika Behandelten zu beobachten. Bei den 45 bis 49-Jährigen liegt die Rate noch unter 60 Betroffene/1.000. In der Altersgruppe über 80 Jahren werden an rund 180 von 1.000 Männern und rund 120 von 1.000 Frauen Antiasthmatika verordnet.

³¹ Quelle: Betroffenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurde auf die Linzer Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

Abbildung 77: Personen mit Antiasthmatica (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)



Personen mit mindestens einer Verordnung von Antiasthmatica innerhalb eines Jahres (ATC-R03) (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur Versicherte der ÖÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: ÖÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Fakten

- Sieben Prozent der Befragten leiden an chronischer Bronchitis oder einem Lungenemphysem. Die Bedeutung der Erkrankung nimmt sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit dem 50. Lebensjahr zu.
- Jeweils fünf Prozent der befragten Männer und Frauen geben an, dauerhaft an Lungenasthma zu leiden. Große Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt es hinsichtlich der Prävalenz dieser Erkrankungsform nur bei den über 70-Jährigen, wo deutlich mehr Frauen (13 Prozent) als Männer (5 Prozent) betroffen sind.
- Krankenhausaufenthalte aufgrund von Atemwegserkrankungen verteilen sich nach Art bzw. Lokalisation der Erkrankungsform wie folgt: 37 Prozent Erkrankungen der oberen Atemwege, 26 Prozent auf chronische Erkrankungen der unteren Atemwege und 22 Prozent auf

Grippeerkrankungen und Lungenentzündung. Der Rest verteilt sich auf akute Infektionen der oberen Atemwege und sonstige Erkrankungen.

- Innerhalb eines Jahres sind knapp 37 Prozent der erwerbstätigen LinzerInnen wegen akuten Infekten der oberen Atemwege in Krankenstand.
- Innerhalb eines Jahres erhalten etwa 89 von 1.000 LinzerInnen Antiasthmatica verordnet, was insgesamt etwa 17.000 Personen entspricht. Ab etwa dem 50. Lebensjahr nimmt die Anzahl der Personen, die Antiasthmatica erhalten, deutlich zu.
- Jährlich werden rund 980 Linzer Männer und Frauen wegen chronischer Erkrankungen der unteren Atemwege in einem Krankenhaus behandelt. Dies entspricht einer Betroffenenquote von 5,2 je 1.000 EinwohnerInnen.

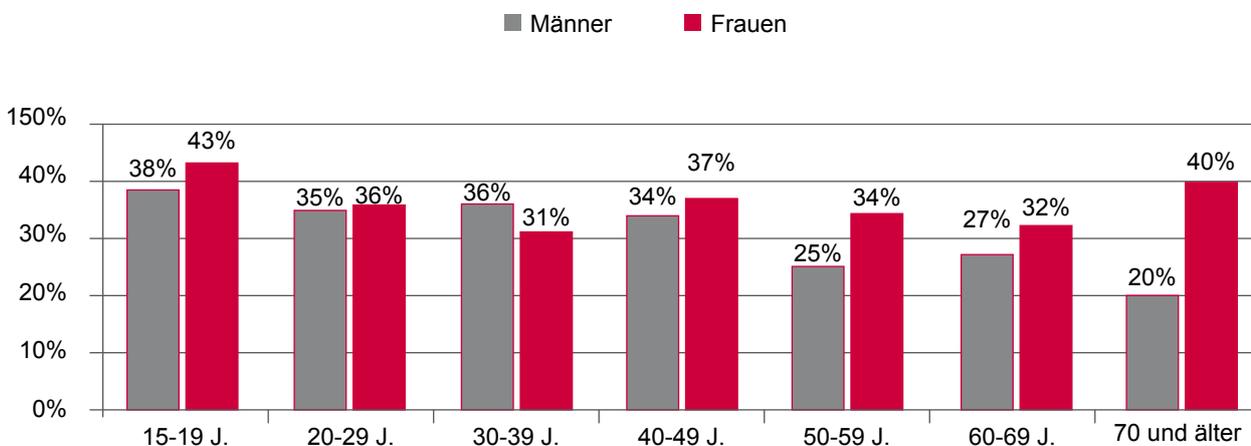
3.8. Psychische Gesundheit

Nach dem Motto "There's no health without mental health - Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit" wurde im Rahmen der Linzer Gesundheitsbefragung eine eigene Fragebatterie zu diesem Thema in den Fragebogen eingebaut. Es handelt sich dabei um fünf standardisierte und von der WHO publizierte Fragen³², die einen Hinweis auf eine depressive Verstimmung geben können.

Insgesamt wurden bei einem Drittel der Linzer Bevölkerung Anzeichen einer depressiven Verstimmung festgestellt. Nachfolgend die Darstellung nach verschiedenen Altersgruppen:

Abbildung 78: Anzeichen einer Depression nach Alter

Anteil der Personen mit Anzeichen einer Depression nach Alter

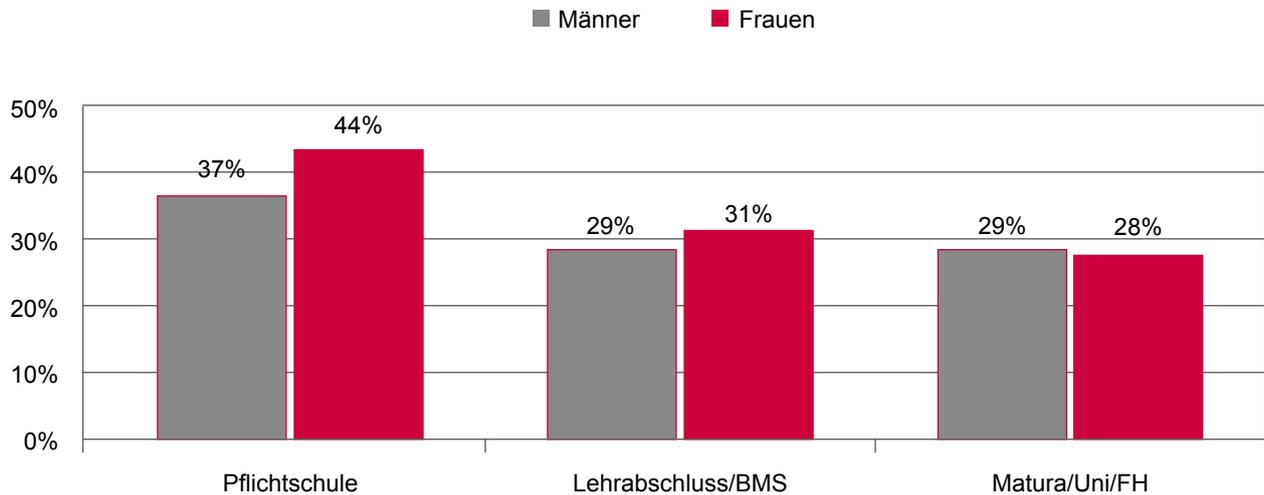


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.259

³² Der Wellbeing-Five setzt sich aus fünf Aussagen (z.B. „Während der letzten zwei Wochen fühlte ich mich fröhlich und gut gelaunt.“) zusammen. Für jede Aussage stehen dem Befragten sechs Antwortkategorien (z.B. „meistens“) zur Verfügung. Jeder Antwort wird eine gewisse Punktezahl zugeordnet (z.B. „meistens“ ergibt in Kombination mit „...fühlte ich mich fröhlich und gut gelaunt.“ 4 Punkte.). Die Punkte aller fünf Kombinationen werden addiert. Die Gesamtpunktezahl liegt zwischen 0 und 25. Erreicht ein Befragter eine Punkteanzahl von 13 oder weniger, kann dies ein Hinweis auf eine Depression bzw. eine depressive Verstimmung sein.

Abbildung 79: Anzeichen einer Depression nach Schulbildung

Anteil der Personen mit Anzeichen einer Depression nach Schulbildung



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.233

Betrachtet man alle Befragten gesamt, so hat sich weder ein signifikanter Zusammenhang zwischen Geschlecht und den Anzeichen einer Depression, noch zwischen dem Alter und den Anzeichen einer Depression ergeben.

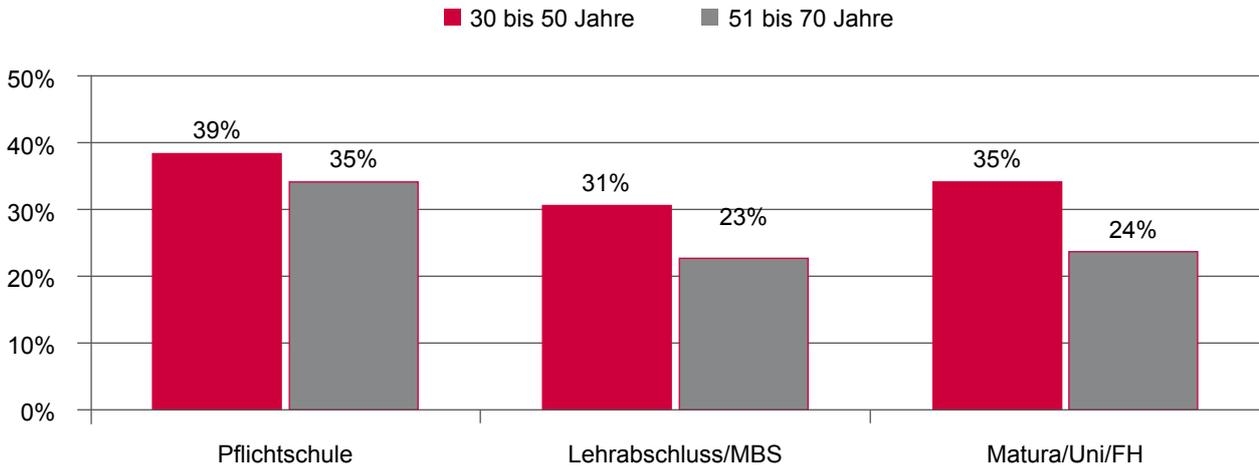
Personen mit niedriger Schulbildung - insbesondere Frauen - sind häufiger von Anzeichen einer Depression betroffen als Personen mit höherer Schulbildung.

44 Prozent der Frauen mit Pflichtschulabschluss, 31 Prozent der Frauen mit Lehrabschluss/BMS und 28 Prozent der Frauen mit hoher Schulbildung (Matura/Uni/FH) weisen Anzeichen auf eine depressive Verstimmung auf. Bei Männern sind die Unterschiede nicht so gravierend, jedoch ebenfalls vorhanden.

GESUNDHEITZUSTAND

Abbildung 80: Anzeichen einer Depression nach Schulbildung und Alter - Männer

Anteil an Männern mit Anzeichen einer Depression nach Schulbildung (unterschiedliche Altersgruppen)

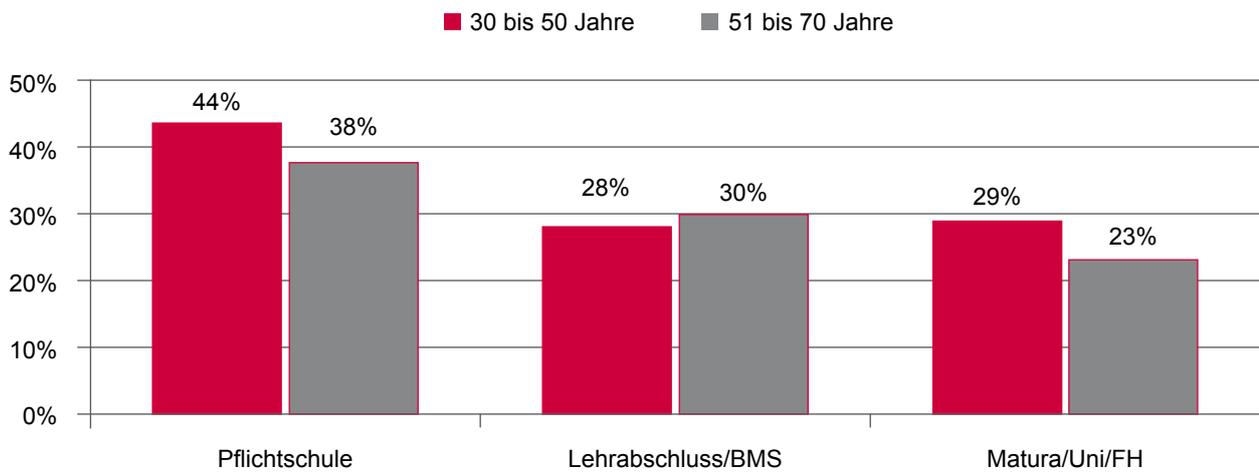


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=757

GESUNDHEITZUSTAND

Abbildung 81: Anzeichen einer Depression nach Schulbildung und Alter - Frauen

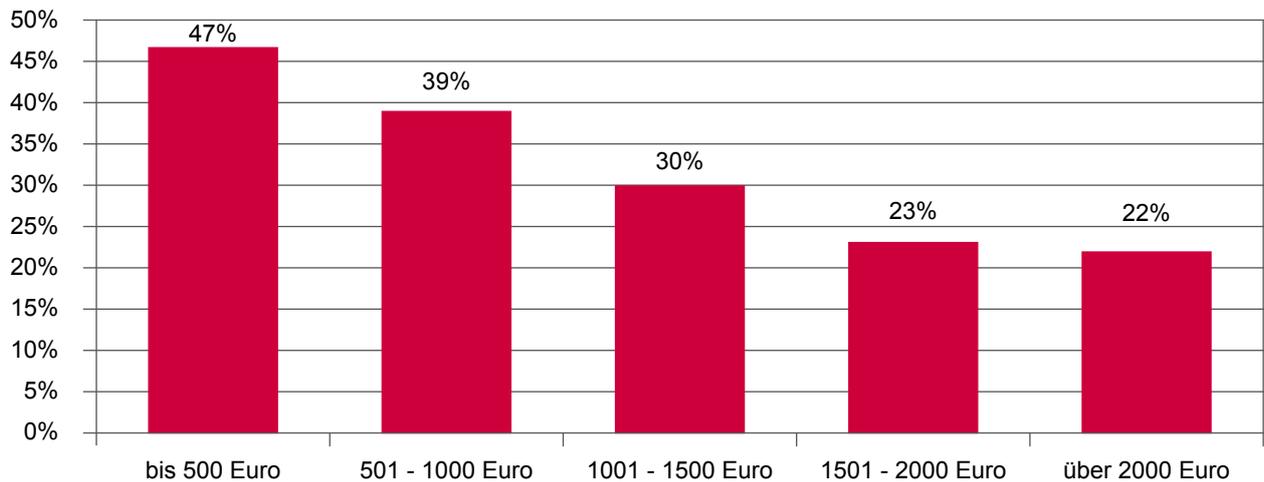
Anteil an Frauen mit Anzeichen einer Depression nach Schulbildung (unterschiedliche Altersgruppen)



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=805

Abbildung 82: Anzeichen einer Depression nach Einkommen

Anzeichen einer Depression nach Äquivalenzeinkommen



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.087

Bei den Männern zeigt sich, dass Jüngere zwischen 30 und 50 Jahren auf allen Bildungsebenen häufiger betroffen sind als Ältere zwischen 51 und 70 Jahren.

Bei den Frauen zeigt sich, mit Ausnahme jener mit Lehrabschluss/BMS, ein ähnliches Bild.

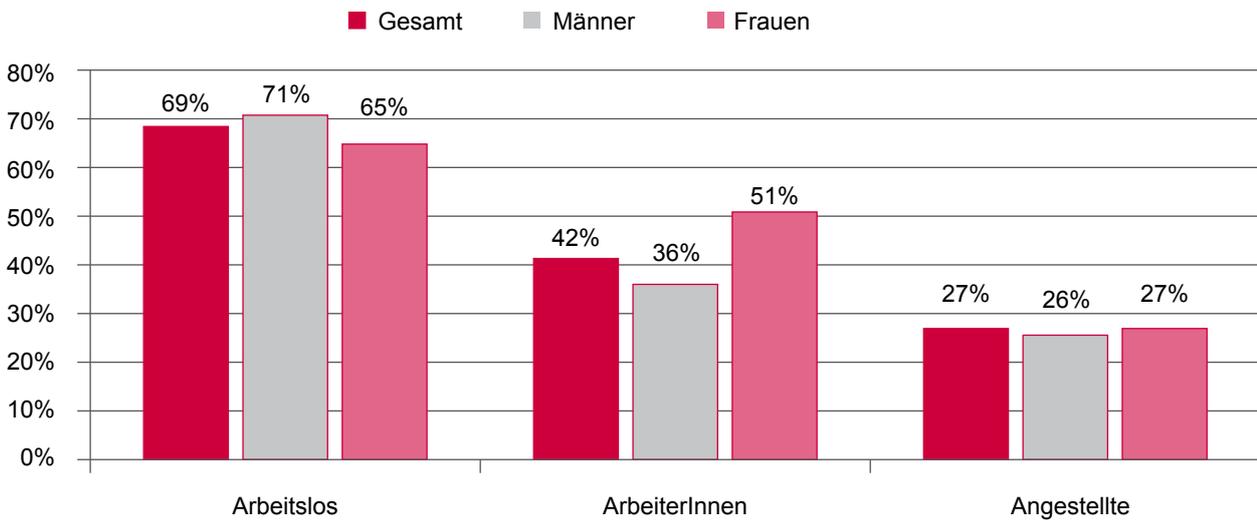
Der Anteil an Personen, bei denen Anzeichen einer Depression eruiert werden konnten, wird geringer, je höher das Einkommen liegt. 47 Prozent der Personen mit einem Äquivalenzeinkommen bis 500 Euro weisen Anzeichen einer depressiven Verstimmung auf. In der zweitniedrigsten Einkommensstufe (501 bis 1.000 Euro) sind es 39 Prozent und Personen mit einem Äquivalenzeinkommen von 1.001 bis 1.500 Euro weisen zu 30 Prozent psychische Belastungen auf.

Deutliche Unterschiede hinsichtlich des psychischen Wohlbefindens gibt es nach der beruflichen Stellung bzw. Erwerbsstatus.

Arbeitslose Menschen sind erwartungsgemäß am häufigsten betroffen: 71 Prozent der arbeitslosen Männer und 65 Prozent der arbeitslosen Frauen leiden an eingeschränktem psychischen Wohlbefinden. Als besonders stark betroffen erwies sich in der Analyse auch die Gruppe der Arbeiterinnen: 51 Prozent weisen ein eingeschränktes psychisches Wohlbefinden auf, während diese Einschränkung bei den Männern der gleichen Beschäftigungsgruppe auf „nur“ 36 Prozent zutrifft.

Abbildung 83: Anzeichen einer Depression nach beruflicher Stellung

Anzeichen einer Depression nach beruflicher Stellung



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=1.711

3.8.1. Krankenhausaufenthalte aufgrund psychischer Erkrankungen

2006 wiesen von 1.000 LinzerInnen 18,3 einen Krankenhausaufenthalt (Frauen 19,1/1.000, Männer 16,5/1.000) mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose auf. Hochgerechnet auf die Linzer Bevölkerung waren dies rund 3.200 Betroffene (etwa 1.800 Frauen und 1.400 Männer)³³.

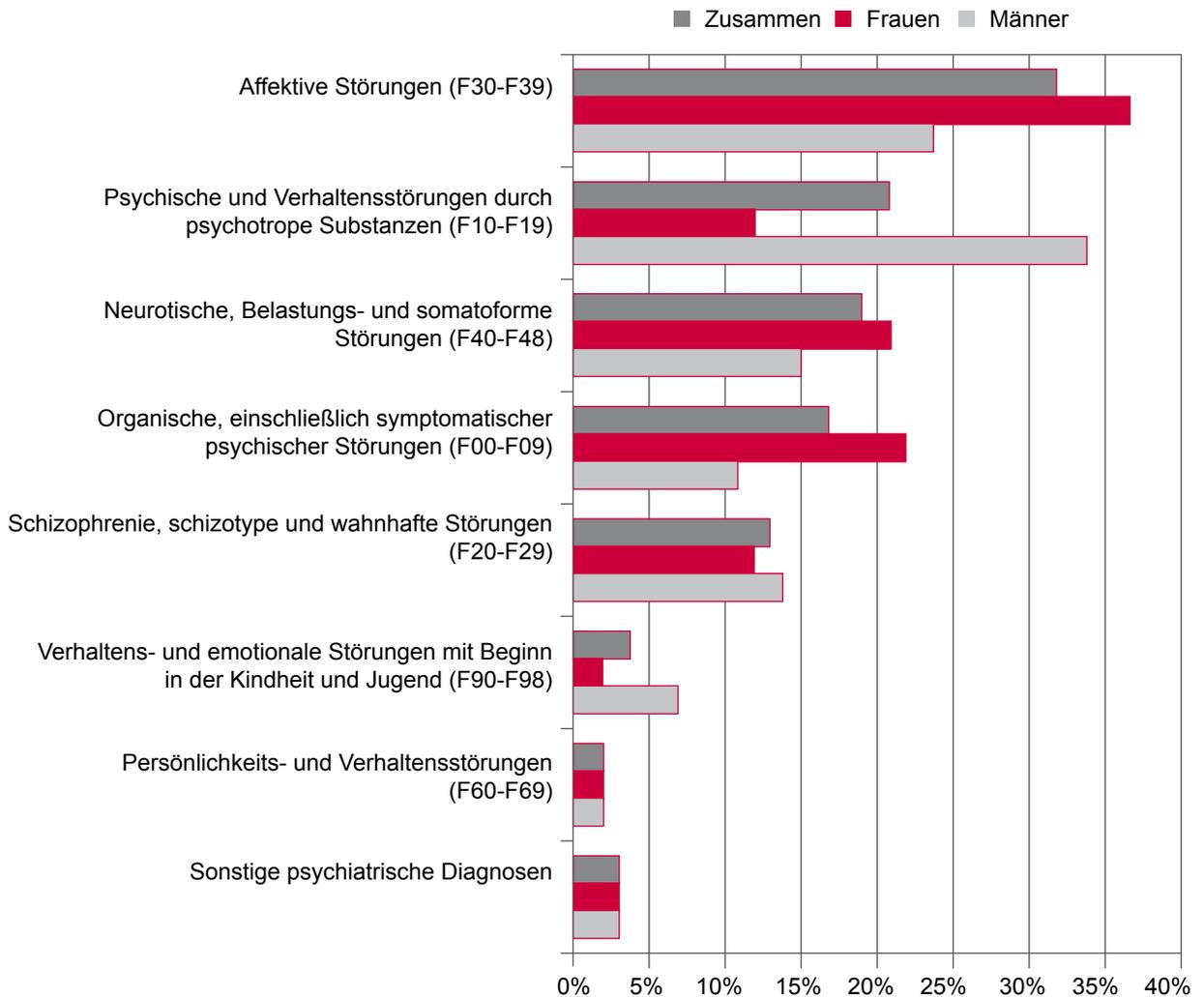
Der Großteil der PatientInnen (32 Prozent), die innerhalb eines Jahres einen Krankenhausaufenthalt aufgrund einer psychiatrischen Diagnose aufweisen, leidet unter affektiven Störungen. Bei den betroffenen Frauen ist diese Diagnosegruppe deutlich häufiger zu beobachten (37 Prozent) als bei den betroffenen Männern (24 Prozent). Im Gegenzug dazu stellen Störungen durch psychotrope Substanzen (im Wesentlichen Alkohol) bei den betroffenen Männern die häufigste Hauptdiagnose dar

(34 Prozent). Schädigung durch Substanzen betrifft 21 Prozent der Personen mit psychiatrischer Krankheitsdiagnose, unter den betroffenen Frauen beträgt der Anteil zwölf Prozent.

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen betreffen 19 Prozent der LinzerInnen mit psychiatrischer Hauptdiagnose (21 Prozent bei den Frauen und 15 Prozent bei den Männern). Organisch bedingte psychische Störungen (vor allem Demenz) stellen bei 17 Prozent der Betroffenen die Hauptdiagnose für die Krankenhausbehandlung dar (22 Prozent der Frauen und elf Prozent der betroffenen Männer). Schizophrenie und ähnliche Erkrankungen nehmen einen Anteil von 13 Prozent ein.

³³ Quelle: Betroffenenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurde auf die Linzer Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

Abbildung 84: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von psychischen Erkrankungen 2006 nach Hauptdiagnose (Anteil an betroffenen Personen)



GESUNDHEITZUSTAND

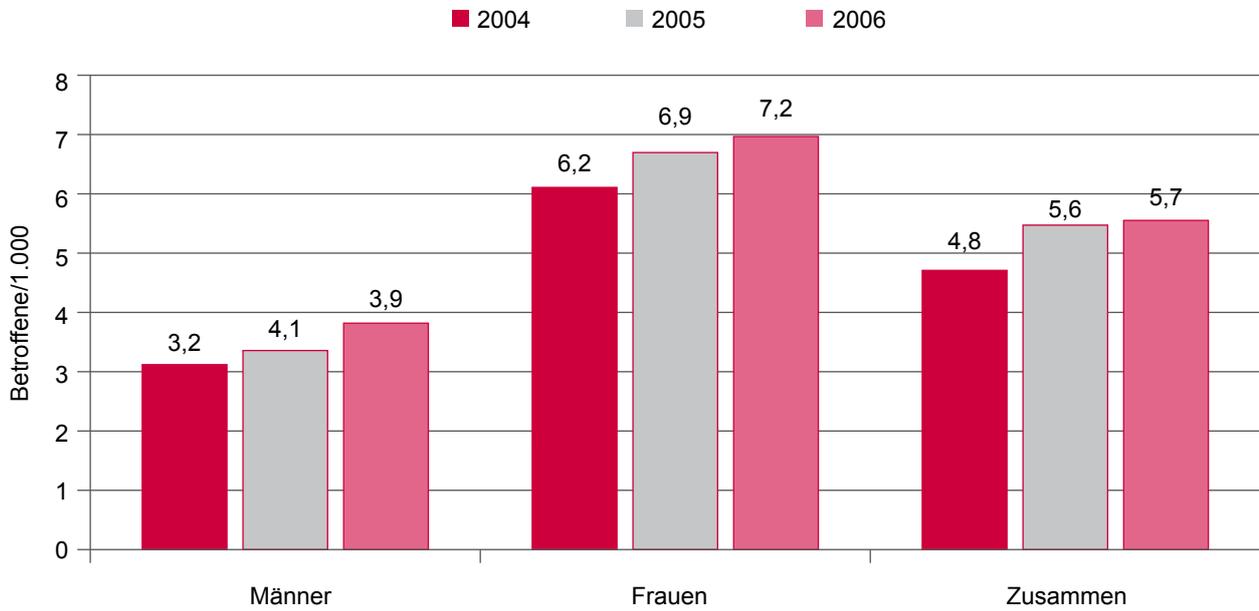
Anteil an Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: F00-F99. Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Aufgrund von Mehrfachnennungen (eine Person kann mehrere Aufenthalte aus verschiedenen Diagnosegruppen aufweisen) ergibt die Summe mehr als 100%. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Affektive Störung

Im Durchschnitt kommen auf 1.000 LinzerInnen fünf bis sechs Personen, die innerhalb eines Jahres einen Krankenhausaufenthalt mit einer affektiven Störung als Hauptdiagnose aufweisen. Bei Frauen ist die Rate (mit sechs bis sieben Betroffenen pro 1.000) deutlich höher als bei Männern (drei bis vier Betroffene pro 1.000). Im

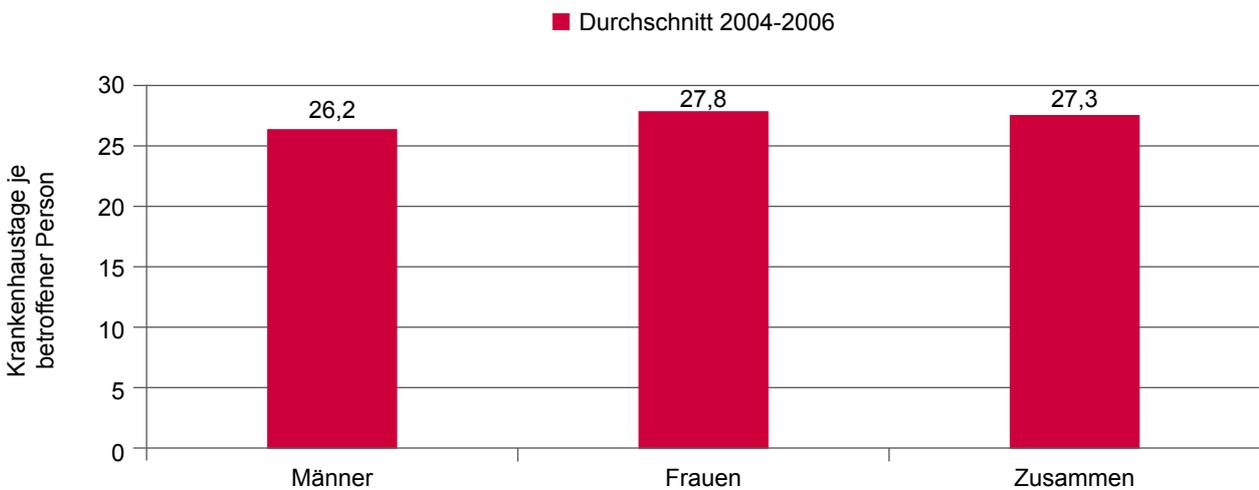
Durchschnitt weisen die betroffenen PatientInnen 1,5 Krankenhausaufenthalte mit einer Hauptdiagnose dieser Erkrankungsgruppe auf. Auf eine betroffene Person entfallen im Durchschnitt rund 27 Krankenhaustage innerhalb eines Jahres.

Abbildung 85: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von affektiven Störungen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)



Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: F30-F39. Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Abbildung 86: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von affektiven Störungen: durchschnittliche Krankenhaustage je Betroffenen (2004 bis 2006)

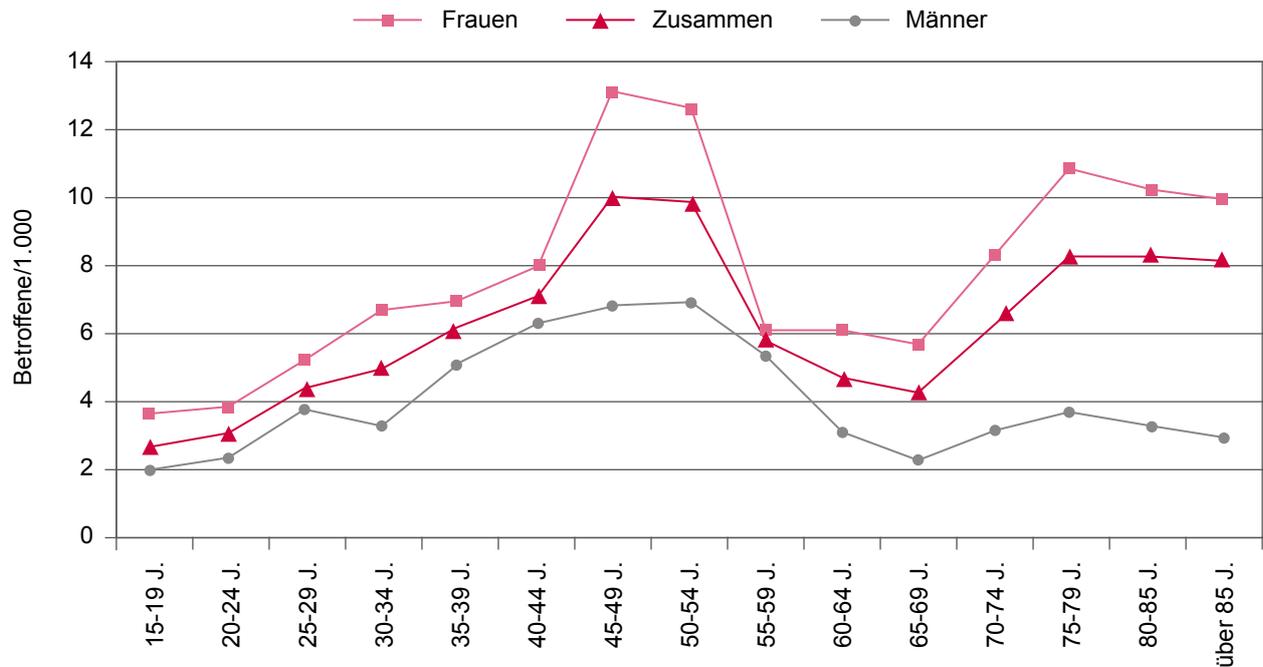


Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: F30-F39. Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Betrachtet man die Betroffenenquote nach Altersgruppen, so steigt die Rate bis zur Altersgruppe der 45-55-Jährigen an (sowohl bei Männern als auch bei Frauen). In dieser Altersgruppe beträgt die Betroffenenquote bei Frauen über 12/1.000 und bei Männern über 6/1.000. Bemerkenswert ist der starke Anstieg der Krankenhausbehandlungen bei 45- bis 55-jährigen Frauen. In den Altersgruppen zwischen 55 und 69 Jahren sinkt die

Rate wieder etwas ab (auf sechs Betroffene/1.000 bei Frauen und etwa zwei Betroffene/1.000 bei Männern). Im höheren Alter ab 70 Jahren beginnt die Betroffenenquote - insbesondere bei Frauen - wieder anzusteigen und liegt in den Altersgruppen über 75 Jahren bei Frauen im Bereich von etwa zehn Betroffenen/1.000 und bei Männern etwa bei drei Betroffenen/1.000.

Abbildung 87: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von affektiven Störungen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)



GESUNDHEITZUSTAND

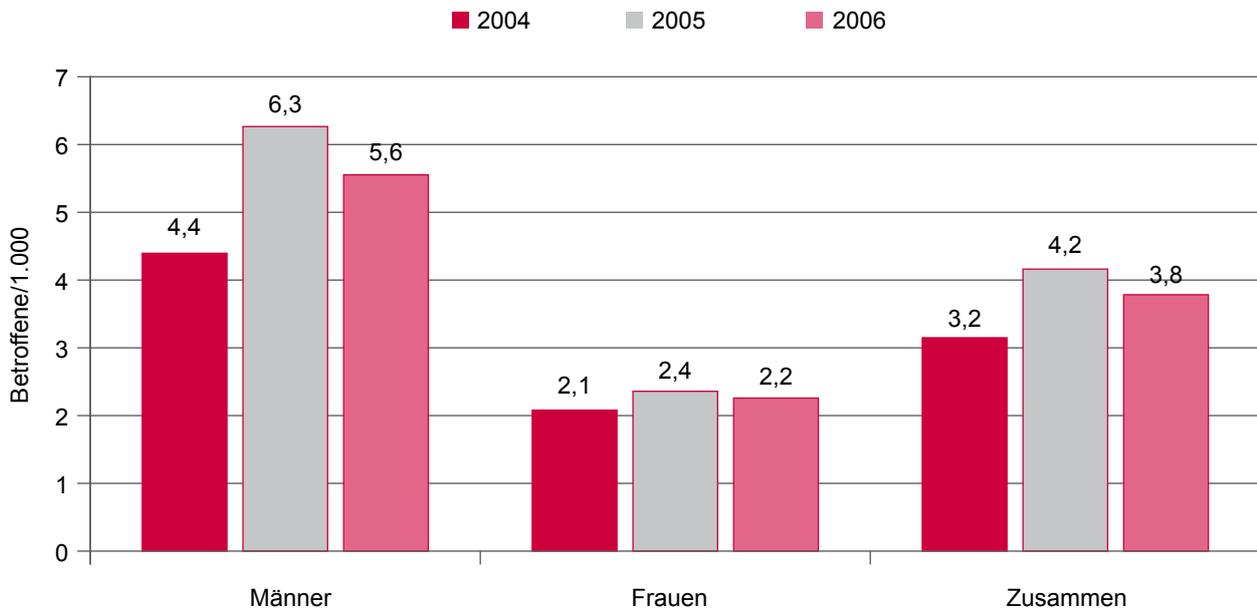
Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: F30-F39 (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur Versicherte der ÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: ÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Störungen durch psychotrope Substanzen

Störungen durch psychotrope Substanzen sind vor allem durch Alkoholkonsum verursacht (zu den Diagnosen zählen schädlicher Gebrauch, akute Intoxikation und vor allem Suchterkrankung). 84 Prozent der Krankenhausaufenthalte dieser Diagnosegruppen gehen auf Alkohol zurück. Auf 1.000 EinwohnerInnen kommen durchschnitt-

lich 3,7 Personen, die innerhalb eines Jahres einen Krankenhausaufenthalt infolge einer Störung durch Substanzkonsum aufweisen. Die Rate ist bei Männern mehr als doppelt so hoch (5,4 Betroffene/1.000) wie bei Frauen (2,2/1.000). Jährlich sind in Linz etwas über 700 Personen betroffen (rund 480 Männer und 110 Frauen)³⁴.

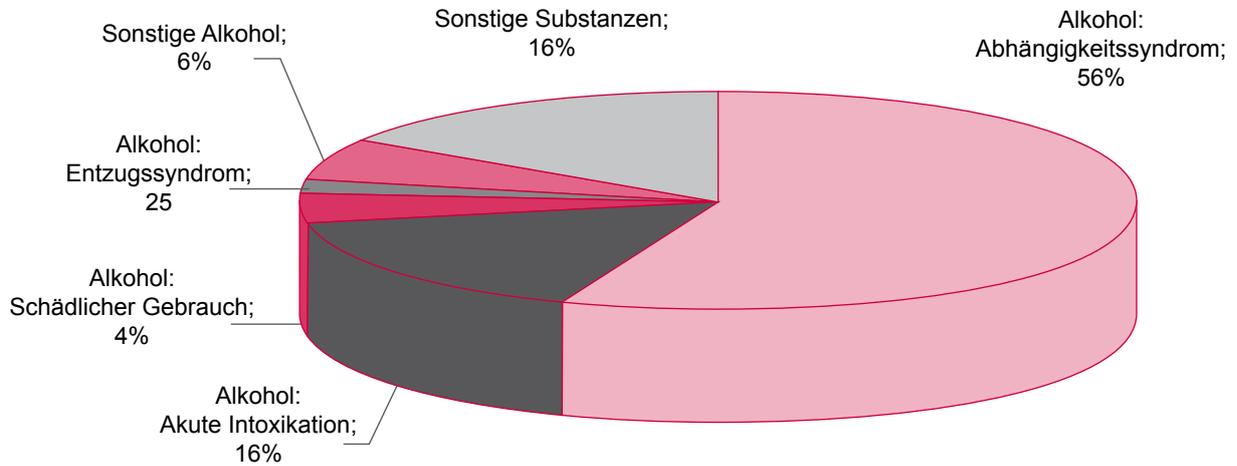
Abbildung 88: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Störungen durch psychotrope Substanzen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)



Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: F10-F19. Nur Versicherte der ÖÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: ÖÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

³⁴ Quelle: Betroffenquote: ÖÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der ÖÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurde auf die Linzer Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

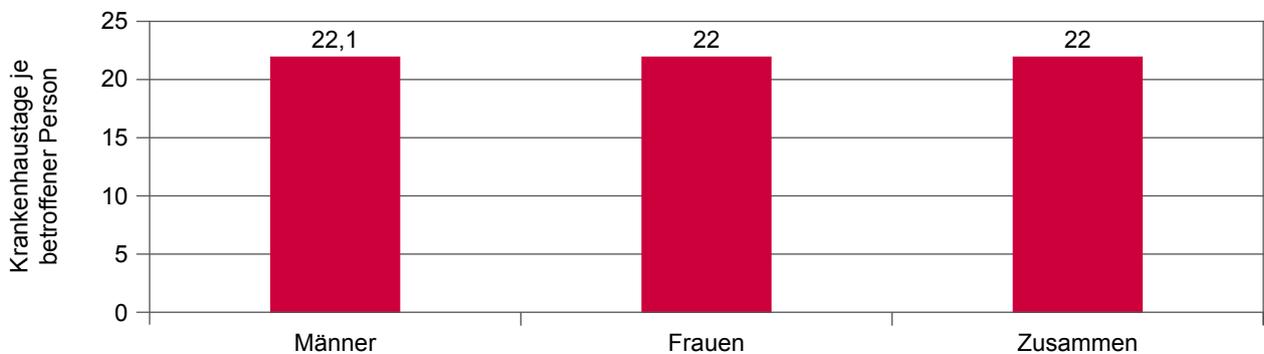
Abbildung 89: Anteil spezifischer Diagnosen an den Krankenhausaufenthalten infolge Substanzkonsum (2004 bis 2006)



Hauptdiagnose ICD-10: F10-F19. Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Im Durchschnitt kommen auf eine betroffene Person 22 Krankenhaustage. Männer und Frauen unterscheiden sich diesbezüglich nicht.

Abbildung 90: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Störung durch psychotrope Substanzen: durchschnittliche Krankenhaustage je Betroffenen (2004 bis 2006)



Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: F10-F99. Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

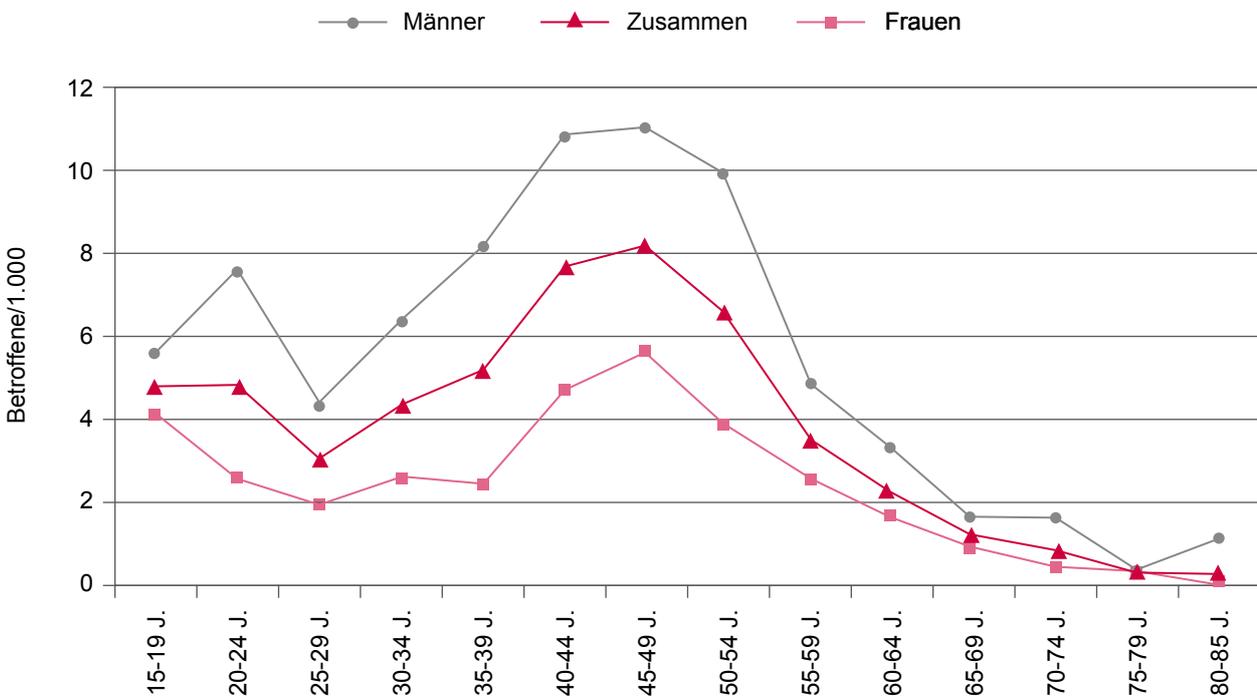
GESUNDHEITZUSTAND

Die Betroffenenquote der Männer liegt in der Altersgruppe der 15-19-Jährigen bei knapp unter 6/1.000 und steigt in der Altersgruppe der 20-24-Jährigen auf knapp acht Betroffene/1.000. Bei den 25-29-Jährigen sinkt die Betroffenenquote wieder ab (auf gut 4/1.000). In den Altersgruppen zwischen 30 und 50 Jahren steigt die Rate kontinuierlich bis auf ein Niveau von rund elf

Betroffenen/1.000 an und sinkt in den höheren Altersgruppen wieder ab.

Bei den Frauen zeigt sich eine ähnliche Verteilung auf deutlich geringerem Niveau. Die höchste Rate weist die Altersgruppe zwischen 45 und 49 Jahren mit rund sechs Betroffenen/1.000 auf.

Abbildung 91: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Störung durch psychotrope Substanzen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)

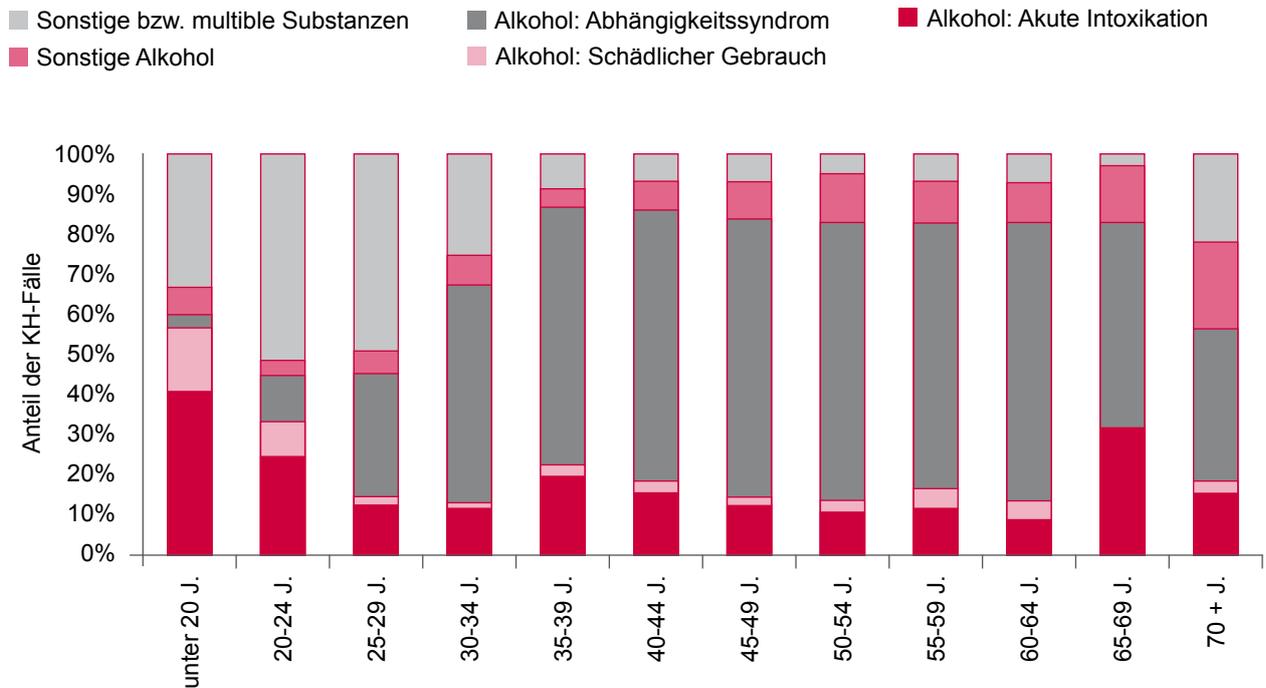


Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: F10-F19 (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

In den verschiedenen Altersgruppen sind unterschiedliche Diagnosen von Bedeutung. Während unter den Jüngeren bis 25 Jahren die akute Intoxikation (akuter Rausch) durch Alkohol eine gewisse Rolle spielt, tritt in

den Altersgruppen über 30 Jahren vor allem die Alkoholabhängigkeit als Hauptdiagnose in den Vordergrund.

Abbildung 92: Anteil spezifischer Diagnosen an den Krankenhausaufenthalten infolge Substanzgebrauch nach Altersgruppen (2004 bis 2006)



Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: F10-F19 (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur Versicherte der ÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: ÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

GESUNDHEITZUSTAND

3.8.2. Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen

Im Durchschnitt kommen auf 1.000 beschäftigte Männer 19, die innerhalb eines Jahres mindestens ein Mal wegen einer psychischen Störung in Krankenstand sind. Bei Frauen ist die Rate, mit 35 Betroffenen je 1.000 Beschäftigten, wesentlich höher.

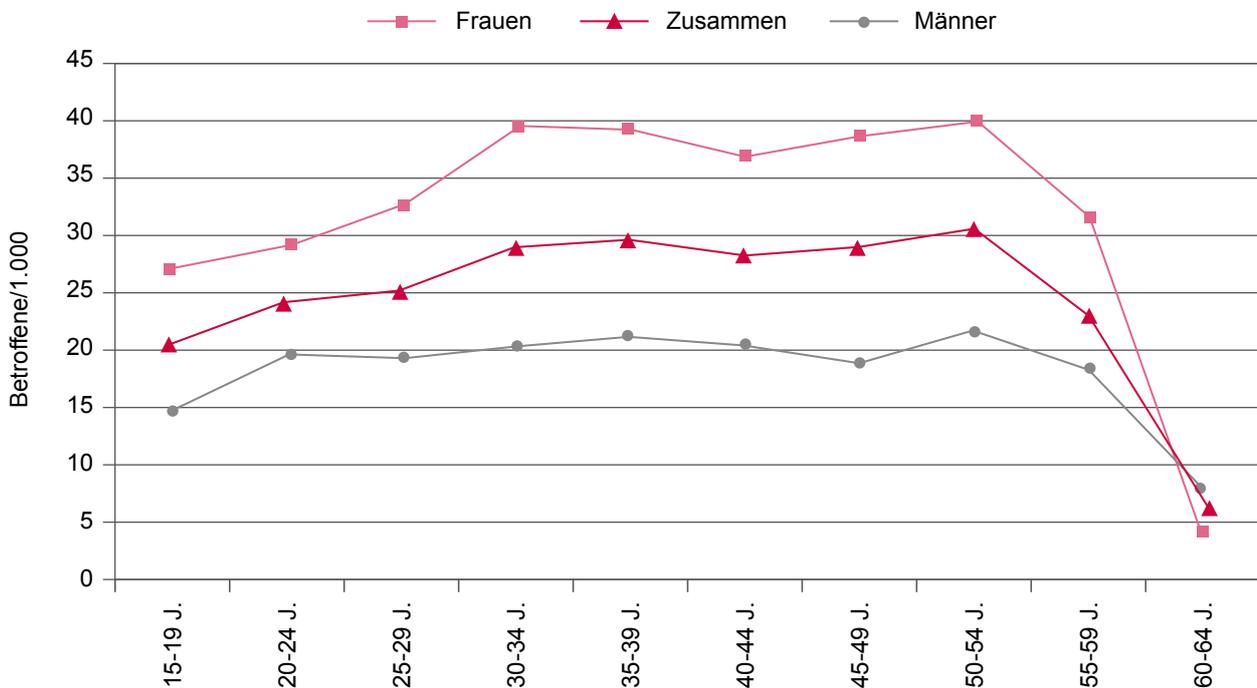
Bei den Frauen steigt die Betroffenenrate bis zur Altersgruppe der 30-35-Jährigen kontinuierlich an und verbleibt bis zu der Altersgruppe der 50-55-Jährigen auf einem Niveau zwischen 35 und 40 Betroffenen/1.000. Bei den Männern liegt die Rate vom 20. bis zum 60. Lebensjahr auf einem Niveau von ungefähr 20 Betroffenen je 1.000 Beschäftigten. In der Altersgruppe über 60 Jahren ist bei beiden Geschlechtern ein deutliches Absinken der Betroffenenquote zu beobachten. Dies dürfte auch damit

zusammenhängen, dass stärker belastete Personen frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Psychische Erkrankungen sind, nach den Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates, die zweithäufigste Ursache für vorzeitige Pensionierungen. Beispielsweise gingen 2005 österreichweit knapp ein Viertel (24 Prozent) der Erstzuerkennungen von Invaliditäts-/Erwerbsunfähigkeitspensionen auf psychische Erkrankungen zurück³⁵.

³⁵ Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; Pensionsversicherung - Jahresstatistik; Berichtsjahr 2005 (Alle Pensionsversicherungsträger außer VA d. österr. Notariates).

GESUNDHEITZUSTAND

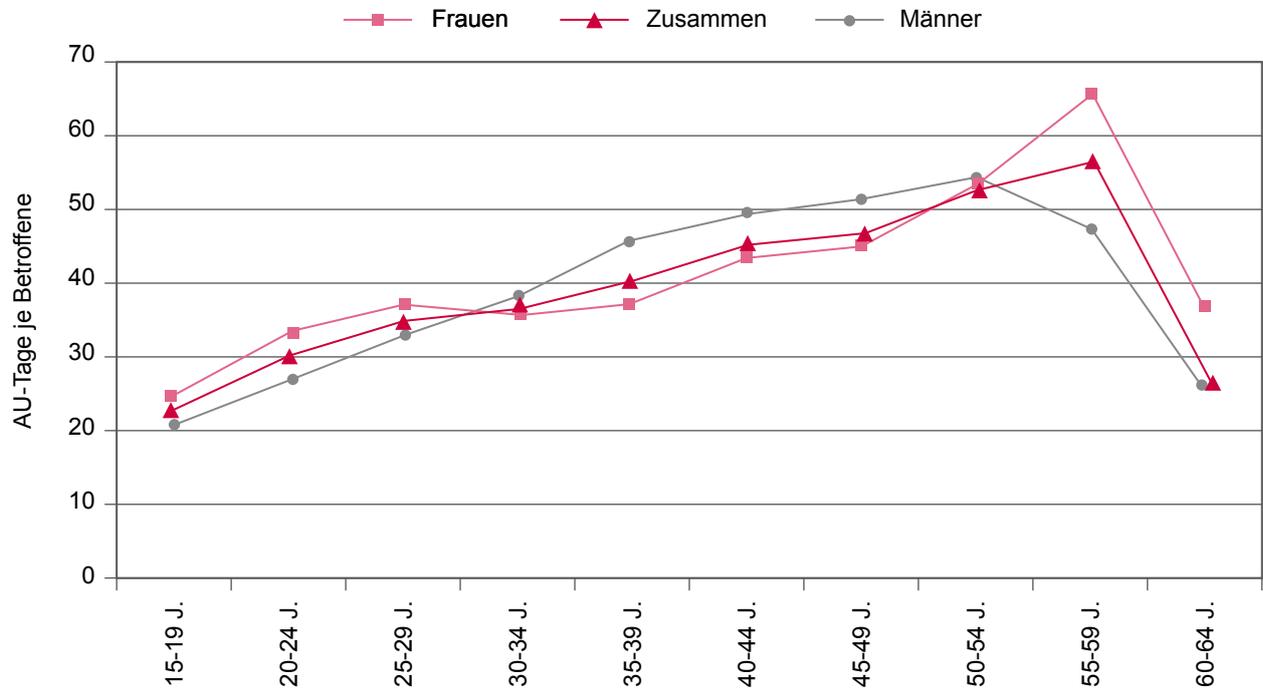
Abbildung 93: Personen mit Krankenstand aufgrund von psychischen Erkrankungen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)



Personen mit mindestens einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung innerhalb eines Jahres; ICD-10: F00-F99 (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur erwerbstätige Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Die durchschnittliche Dauer der Krankenstände (Krankenstandstage je betroffener Person innerhalb eines Jahres) steigt mit zunehmendem Alter an und erreicht in der Altersgruppe zwischen 55 und 59 Jahren den höchsten Wert (mit durchschnittlich über 50 Arbeitsunfähigkeitstagen pro Betroffenen). In der älteren Altersgruppe sinkt die durchschnittliche Dauer wieder ab. Während unter den jüngeren Beschäftigten betroffene Frauen tendenziell mehr Krankenstandstage aufweisen, sind es in der Altersgruppe zwischen 35 und 50 Jahren eher die betroffenen Männer.

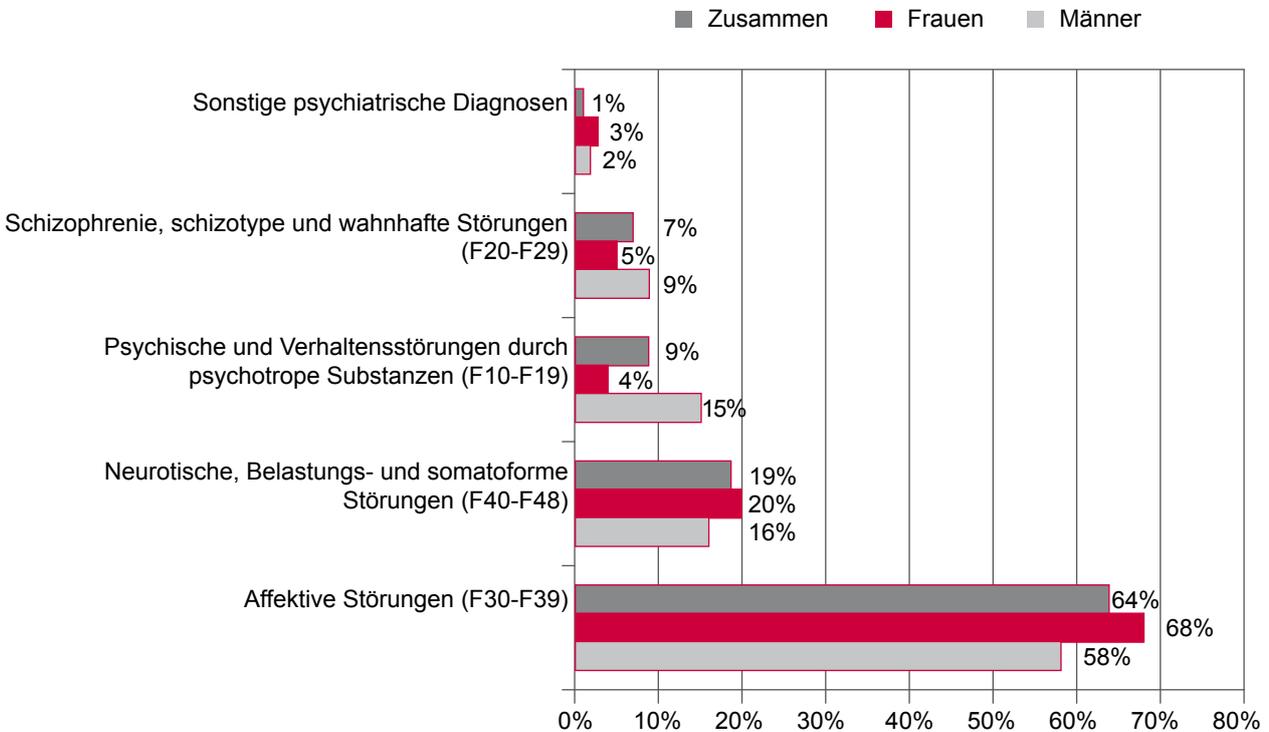
Abbildung 94: Psychische Erkrankungen: Krankenstandstage je Betroffene nach Altersgruppen (Durchschnitt 2004 bis 2006)



Durchschnittliche Krankenstandstage mit psychiatrischer Diagnose der Personen mit mindestens einer Arbeitsfähigkeitsmeldung innerhalb eines Jahres; ICD-10: F00-F99 (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur erwerbstätige Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Mehr als zwei Drittel der Krankenstandstage aufgrund einer psychiatrischen Diagnose gehen auf affektive Störungen zurück, etwa ein Fünftel auf neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen.

Abbildung 95: Anteil spezifischer Diagnosen an den Krankenstandstagen psychischer Erkrankungen (2004 bis 2006)

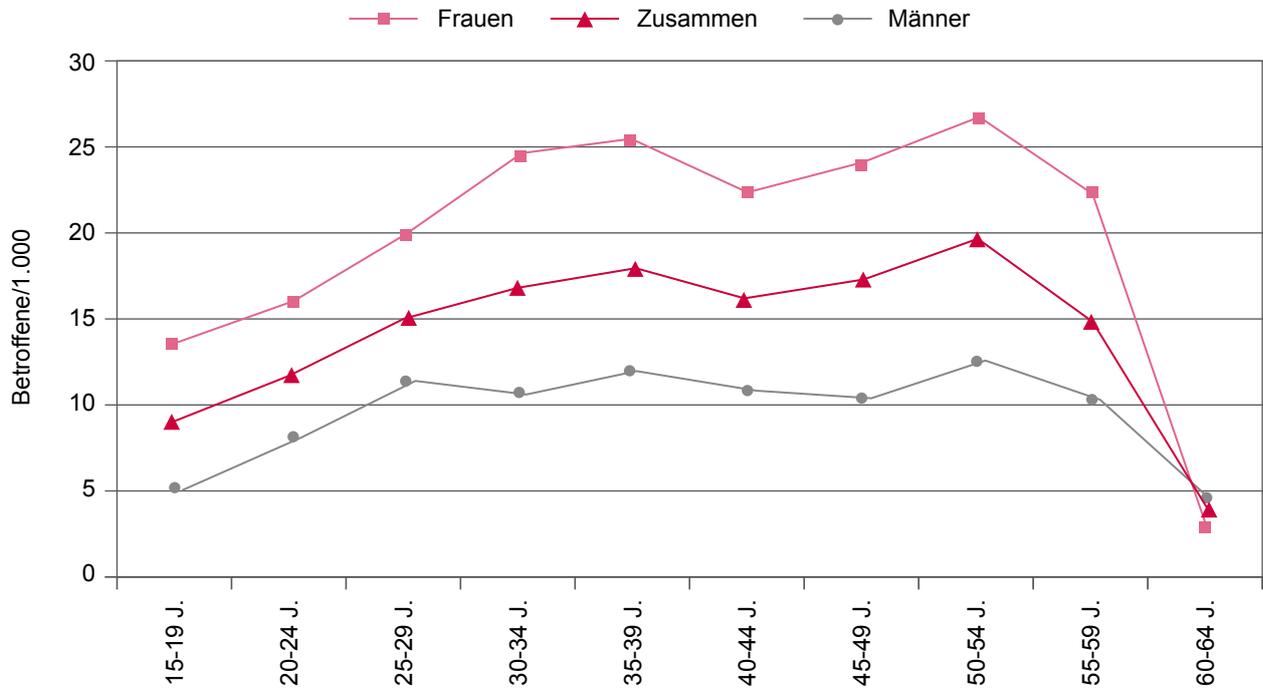


Nur erwerbstätige Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Innerhalb eines Jahres sind von 1.000 beschäftigten Männern durchschnittlich 10,3 mindestens ein Mal wegen affektiver Störungen krank gemeldet. Von 1.000 Frauen sind rund 21,6 betroffen.

Die Betroffenenrate steigt bis zur Altersgruppe der 30-35-Jährigen an und sinkt in den älteren Kohorten stark ab. Für letzteres dürfte das Ausscheiden der besonders stark belasteten Personen aus dem Erwerbsleben verantwortlich sein.

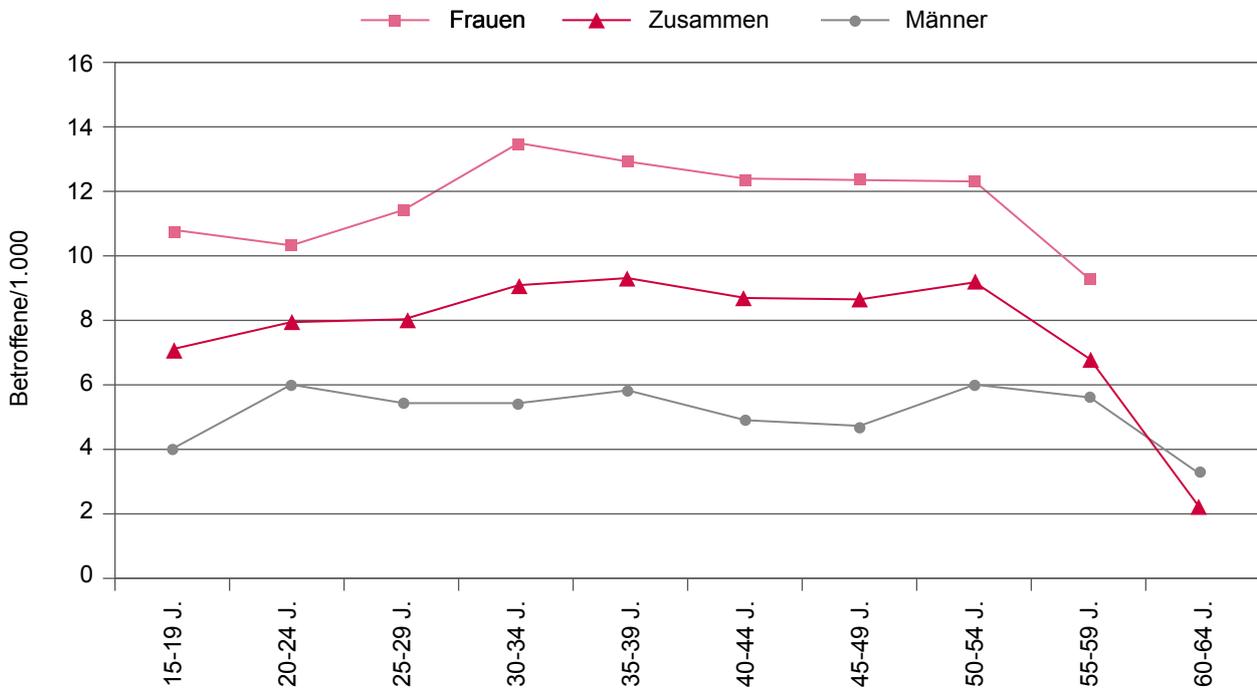
Abbildung 96: Personen mit Krankenstand aufgrund von affektiven Störungen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)



Personen mit mindestens einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung innerhalb eines Jahres; ICD-10: F30-F39 (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur erwerbstätige Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Von mindestens einer Krankmeldung infolge von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen sind rund 5,3 von 1.000 erwerbstätigen Männern und rund 11,8 von 1.000 erwerbstätigen Frauen betroffen.

Abbildung 97: Personen mit Krankenstand aufgrund von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)



Personen mit mindestens einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung innerhalb eines Jahres; ICD-10: F40-F48 (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur erwerbstätige Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

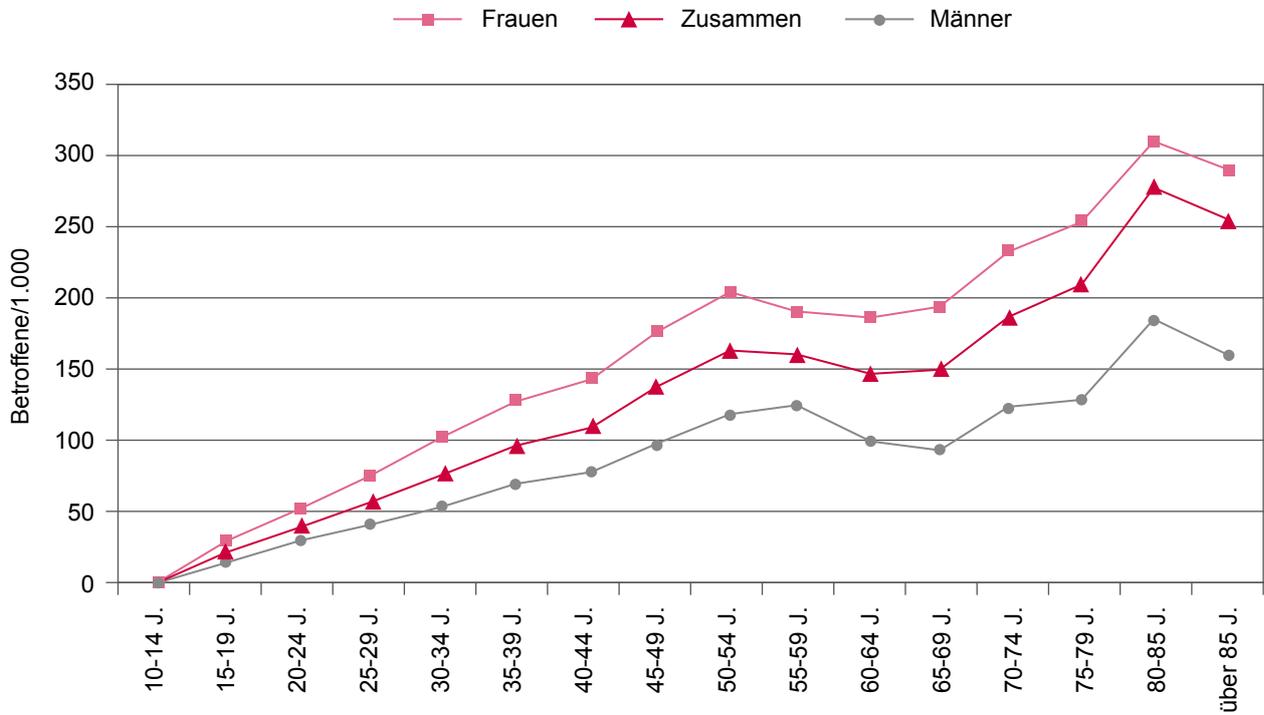
3.8.3. Verordnung von Antidepressiva

Insgesamt wurden 2006 an 10,3 Prozent der OÖGKK-Versicherten mit Wohnsitz in Linz Antidepressiva verordnet. Frauen waren, mit 13,3 Prozent, deutlich stärker betroffen als Männer (6,6 Prozent). Hochgerechnet auf die Linzer Bevölkerung bedeutet dies, dass rund 6.000 Männer und über 13.000 Frauen innerhalb eines Jahres mit Antidepressiva behandelt werden.

Der Anteil der Personen mit Antidepressivaverordnung steigt bis zur Altersgruppe der 50-54-Jährigen kontinuierlich an (auf rund 20 Prozent bei Frauen und zwölf Prozent der Männer). Ein weiterer Anstieg ist ab dem 65. Lebensjahr zu beobachten. Unter den über 80-jährigen Frauen erhalten rund 30 Prozent mindestens eine Antidepressivaverordnung im Jahr, unter den gleichaltrigen Männern über 15 Prozent.

Die durchschnittliche Verordnungsmenge liegt bei unter 25-Jährigen bei etwa vier Packungen pro PatientIn und Jahr. Mit zunehmendem Alter steigt die Verordnungsmenge bis zur Altersgruppe der über 40-44-Jährigen auf sechs Packungen pro behandelte Person an. Ein weiterer Anstieg der durchschnittlichen Verordnungsmenge ist ab dem 70. Lebensjahr zu beobachten. In der Altersgruppe über 80 Jahre kommen auf eine PatientIn im Durchschnitt rund acht Packungen Antidepressiva pro Jahr. Männer und Frauen unterscheiden sich nicht wesentlich hinsichtlich der Verordnungsmenge.

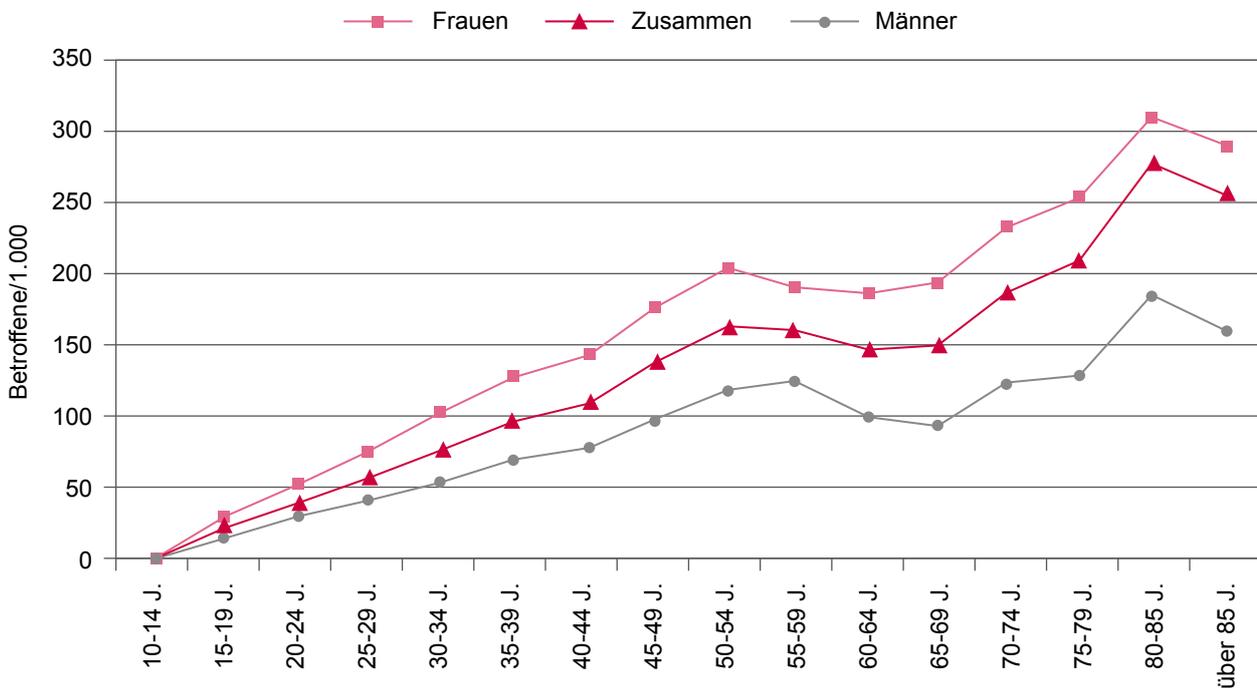
Abbildung 98: Personen mit Antidepressivaverordnung (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)



Personen mit mindestens einer Verordnung von Antidepressiva innerhalb eines Jahres (ATC-N06A) (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

GESUNDHEITZUSTAND

Abbildung 99: Antidepressivaverordnung: durchschnittliche Verordnungsmenge je PatientIn (Durchschnitt 2004 bis 2006)



Personen mit mindestens einer Verordnung von Antidepressiva innerhalb eines Jahres (ATC-N06A) (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Fakten

- Ein Drittel der befragten LinzerInnen weist Anzeichen einer Depression bzw. depressiven Verstimmung auf.
- Der Anteil an betroffenen Personen ist in Bevölkerungsschichten mit geringerem Äquivalenzeinkommen deutlich größer, als in jenen mit höherem Äquivalenzeinkommen.
- Hinsichtlich der beruflichen Stellung zeigen die Ergebnisse der Umfrage, dass arbeitslose Personen am häufigsten Anzeichen einer Depression aufweisen (69 Prozent), gefolgt von ArbeiterInnen (42 Prozent) und Angestellten (27 Prozent).
- Im Jahr 2006 hatten etwa 1.800 Frauen und 1.400 Männer einen Krankenhausaufenthalt mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose.
- Bei Frauen ist der Großteil (32 Prozent der Aufenthalte mit psychiatrischer Diagnose) der einschlägigen Krankenhausaufenthalte auf affektive Störungen zurückzuführen, bei Männern sind es vor allem Störungen durch psychotrope Substanzen (v.a. Alkohol), die zu Krankenhausbearbeitungen führen (34 Prozent der Aufenthalte mit psychiatrischer Diagnose).
- Krankenhausaufenthalte aufgrund von affektiven Störungen haben sowohl bei Männern als auch Frauen ihren Höhepunkt in der Altersgruppe der 45- bis 55-jährigen Personen.
- Durchschnittlich kommen bei den Männern auf 1.000 Beschäftigte 19 Betroffene, die innerhalb eines Jahres mindestens ein Mal wegen einer psychischen Störung im Krankenstand sind. Bei den Frauen ist die Rate mit 35 Betroffenen je 1.000 Beschäftigten wesentlich höher.
- Psychische Erkrankungen sind – nach den Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates – die zweithäufigste Ursache für vorzeitige Pensionierungen.
- Unter den Linzer OÖGKK-Versicherten bekamen im Jahr 2006 etwa 13 Prozent der Frauen und sieben Prozent der Männer Antidepressiva verordnet.

3.9. Beschwerden

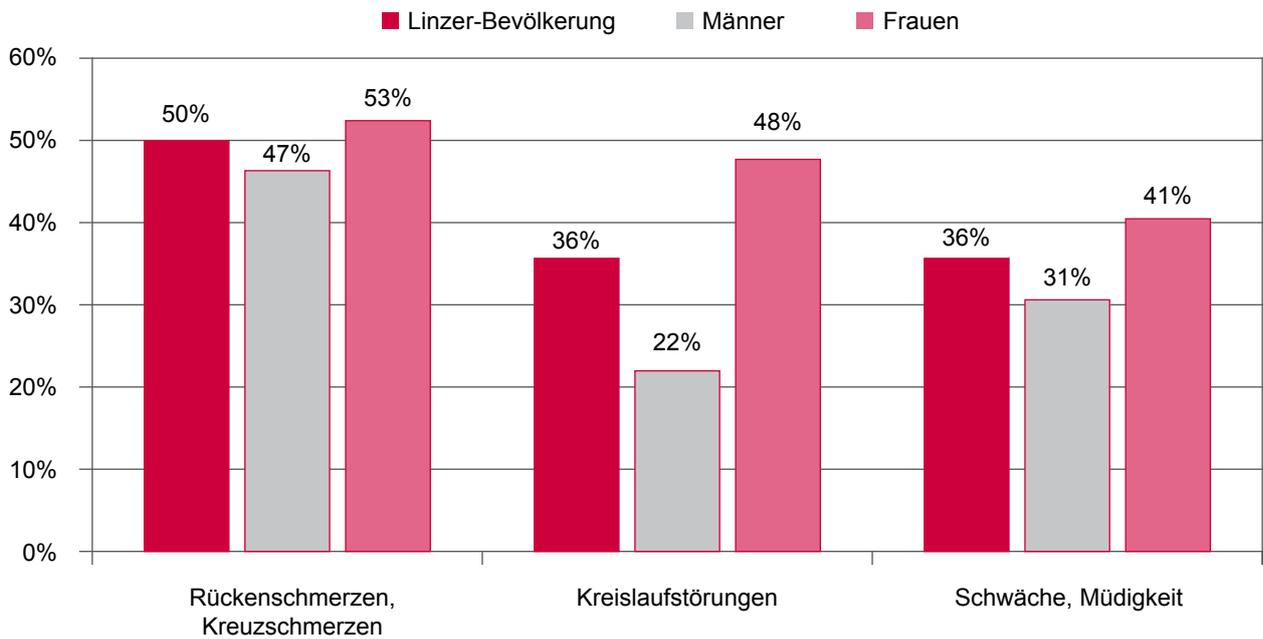
Neben diversen Erkrankungen wurde die Linzer Bevölkerung auch nach Beschwerden gefragt, die zwar das Wohlbefinden beeinträchtigen, aber keine Bettlägerigkeit zur Folge haben. Die am häufigsten genannten Beschwerden werden hier etwas eingängiger betrachtet.

Beinahe jede zweite Frau und etwa jeder fünfte Mann klagt über Kreislaufstörungen, wie Hitzegefühl, Wallungen, kalte Hände oder kalte Füße. Das Wohlbefinden von 41 Prozent der Frauen und 31 Prozent der Männer wird von Schwäche oder Müdigkeit beeinträchtigt.

Die Hälfte der Linzer Bevölkerung gibt an, an Rücken- bzw. Kreuzschmerzen zu leiden. Frauen sind davon häufiger betroffen (53 Prozent) als Männer (47 Prozent).

Abbildung 100: Beschwerden I

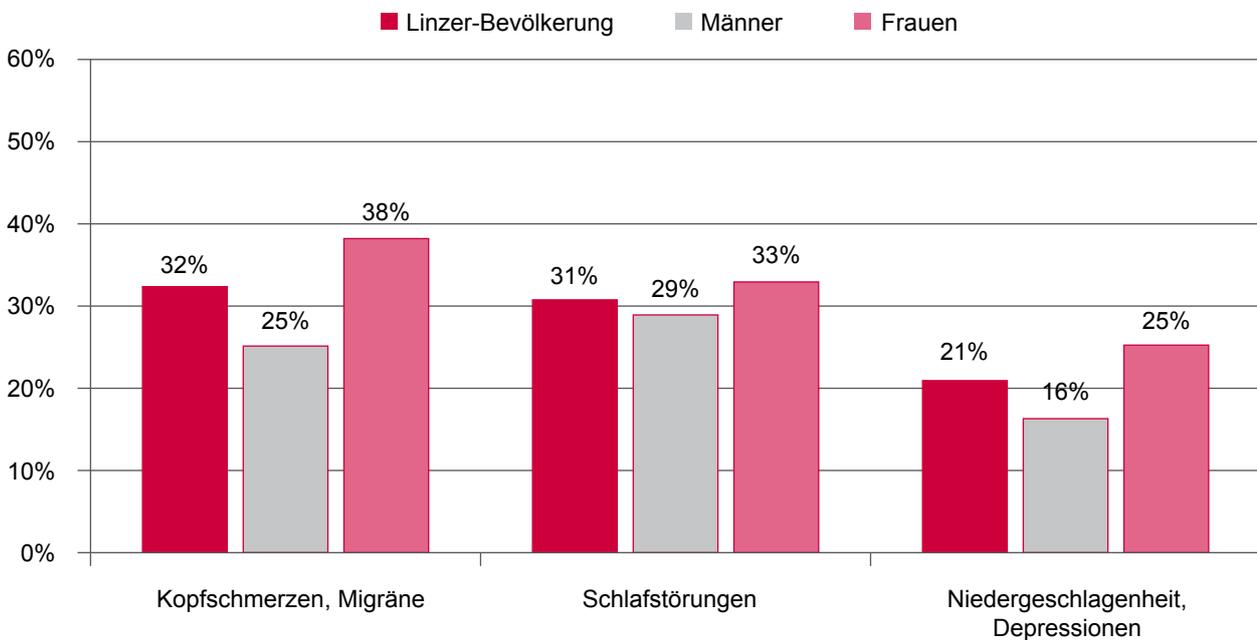
Beschwerden I



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.375

Abbildung 101: Beschwerden II

Beschwerden II



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.375

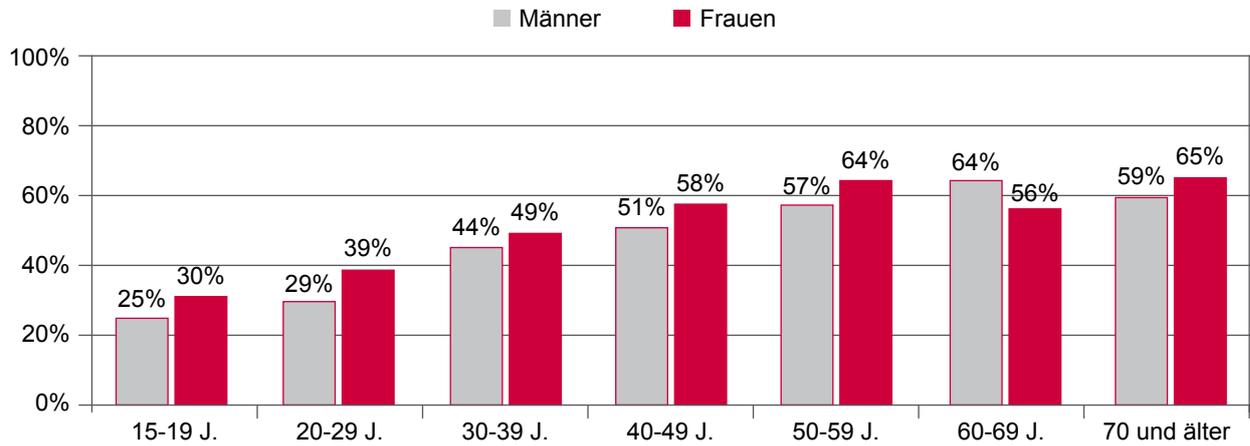
Insgesamt geben 32 Prozent der Linzer Bevölkerung an, dass ihr Wohlbefinden durch Kopfschmerzen bzw. Migräne beeinträchtigt wird. Frauen (38 Prozent) sind wiederum häufiger betroffen als Männer (25 Prozent). Ein Drittel der Frauen und 29 Prozent der Männer klagten über Schlafstörungen. 25 Prozent der Frauen und 16 Prozent der Männer geben explizit an, an Niedergeschlagenheit und Depressionen zu leiden.

Rücken- bzw. Kreuzschmerzen sind erwartungsgemäß eine Beschwerdeform, die stark mit dem Alter der Befragten zusammenhängt.

Bereits in jungen Jahren sind Rücken- und Kreuzschmerzen weit verbreitet: Ein Viertel der 15- bis 19-jährigen Männer und sogar 30 Prozent der gleichaltrigen Frauen leiden daran. Mit zunehmendem Alter nimmt die Beschwerdebhäufigkeit erwartungsgemäß zu. Ab dem 40. Lebensjahr ist mehr als die Hälfte der Linzer Bevölkerung von Rücken- bzw. Kreuzschmerzen betroffen.

Abbildung 102: Beschwerden: Rücken-, Kreuzschmerzen nach Alter

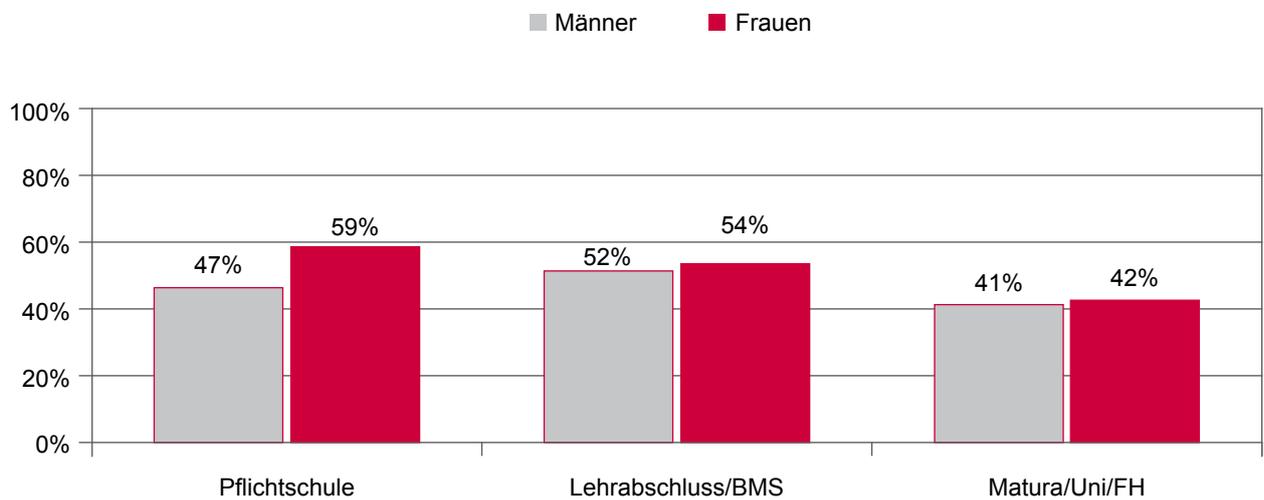
Beschwerden: Rücken-, Kreuzschmerzen



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.370

Abbildung 103: Beschwerden: Rücken-, Kreuzschmerzen nach Schulbildung

Beschwerden: Rücken-, Kreuzschmerzen nach Schulbildung



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.237

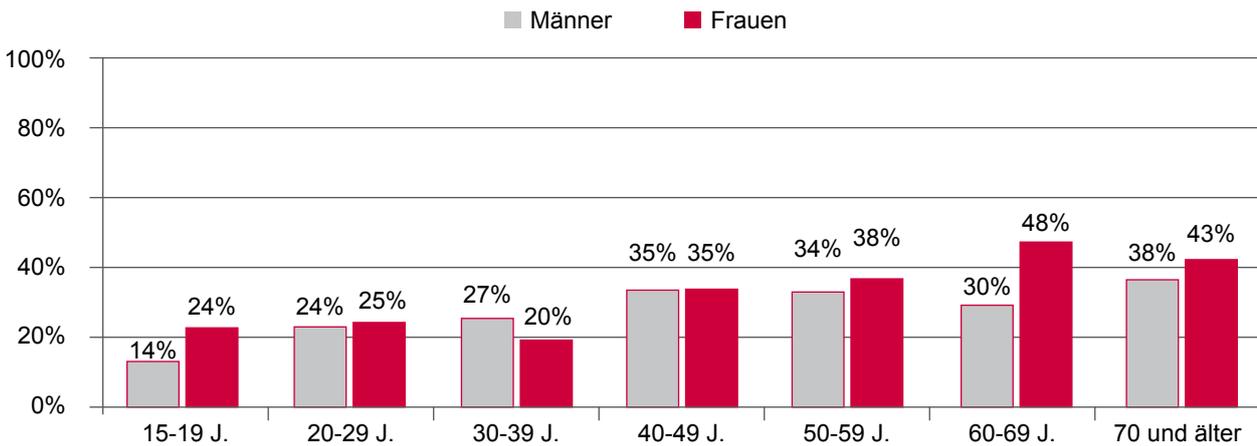
GESUNDHEITZUSTAND

Bei den Frauen nimmt mit steigender Schulbildung die Beschwerdelast ab. Während 59 Prozent der PflichtschulabsolventInnen unter Rücken- bzw. Kreuzschmerzen leiden, sind es bei den Frauen mit Lehrabschluss/BMS 54 Prozent und bei den am höchsten gebildeten Frauen (Matura/Uni/FH) „nur“ 42 Prozent. Auch bei den Männern ist unter den am höchsten Gebildeten der Anteil an Betroffenen am geringsten (41 Prozent). 52 Prozent der Männer mit Lehrabschluss/BMS und 47 Prozent der Pflichtschulabsolventen klagen ebenfalls über Rücken- bzw. Kreuzschmerzen.

Schlafstörungen sind auch schon in der jungen Bevölkerung relativ weit verbreitet: Etwa ein Viertel der 20- bis 29-jährigen LinzerInnen und Linzer geben an, an Schlafstörungen zu leiden. Bei den Frauen ist der Anteil an Betroffenen in den Altersgruppen der 60- bis 69-Jährigen (48 Prozent) und den über 70-Jährigen (43 Prozent) am größten. Die meisten betroffenen Männer finden sich in den Altersgruppen der über 70-Jährigen sowie bei den 40- bis 59-Jährigen.

Abbildung 104: Beschwerden: Schlafstörungen nach Alter

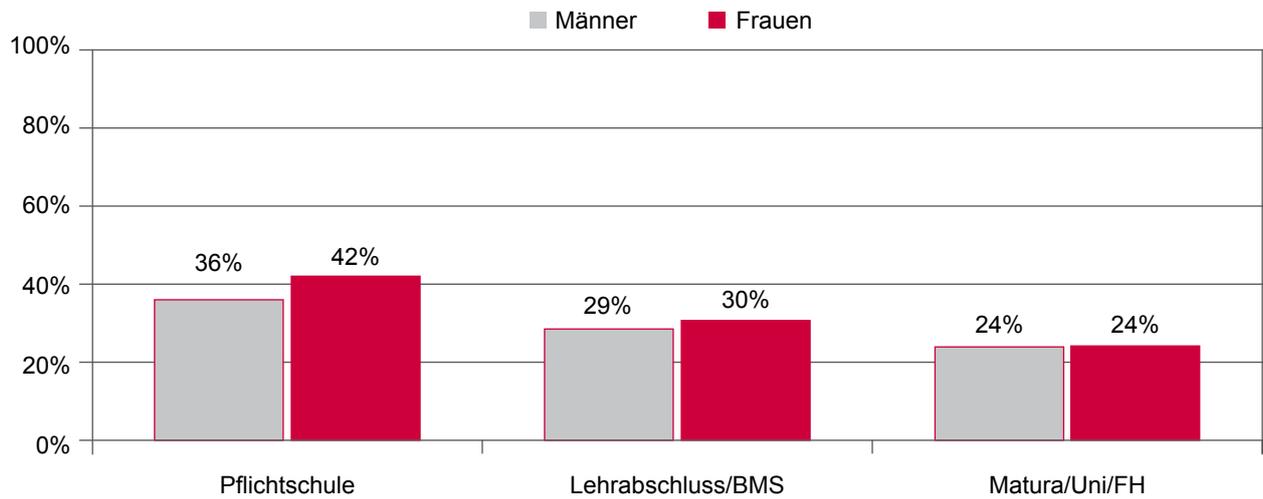
Beschwerden: Schlafstörungen nach Alter



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.367

Abbildung 105: Beschwerden: Schlafstörungen nach Schulbildung

Beschwerden: Schlafstörungen nach Schulbildung

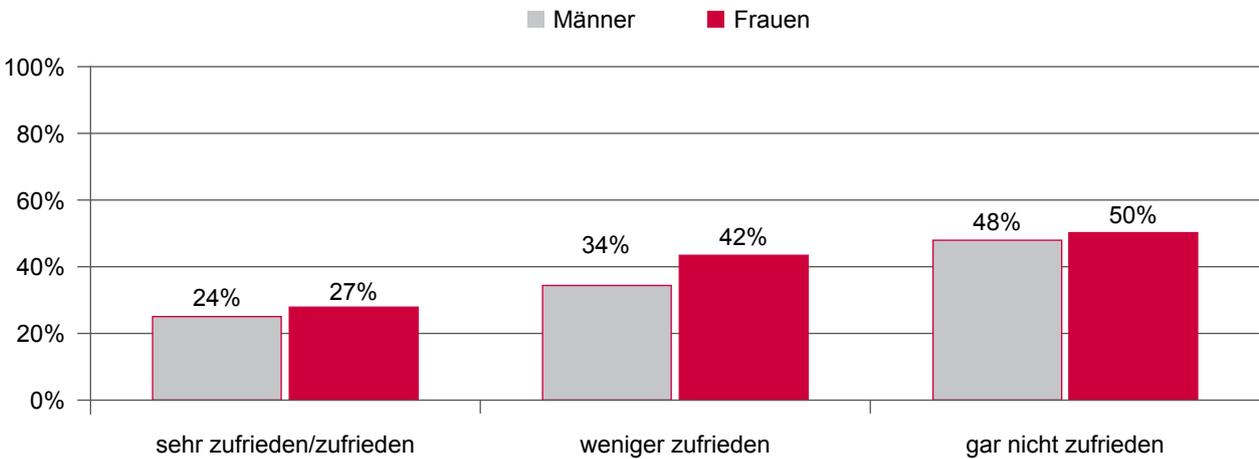


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.338

Personen mit niedriger Schulbildung leiden häufiger an Schlafstörungen als Personen mit mittlerer oder hoher Schulbildung. 42 Prozent der Frauen und 36 Prozent der Männer mit Pflichtschulabschluss geben an, durch Schlafstörungen in ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt zu sein. Männer und Frauen mit hoher Schulbildung (Matura/Uni/FH) leiden jeweils zu 24 Prozent an jenen Beschwerden.

Abbildung 106: Beschwerden: Schlafstörungen nach Zufriedenheit mit der beruflichen Situation

Beschwerden: Schlafstörungen nach Zufriedenheit mit der derzeitigen beruflichen Situation



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=1.919

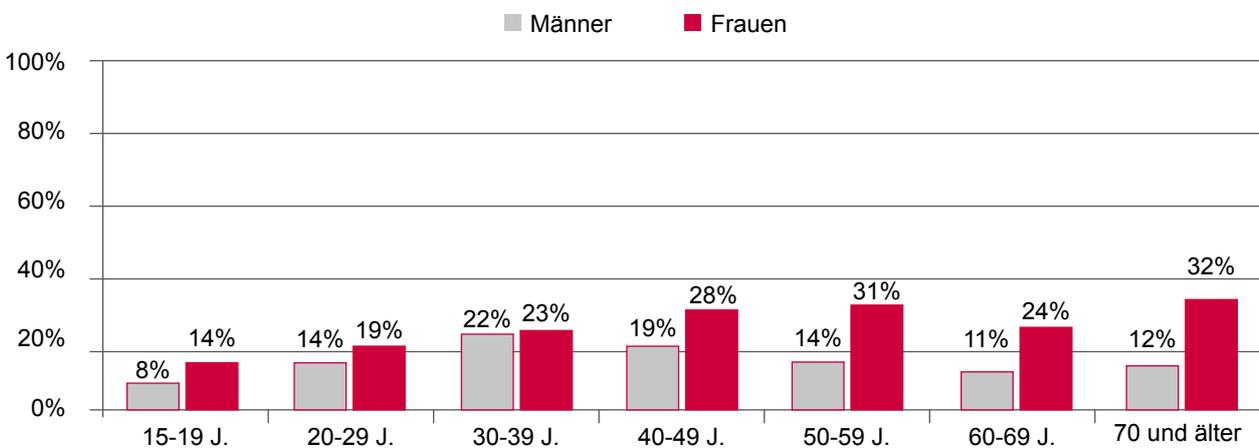
Personen, die mit ihrer beruflichen Situation zufrieden sind, leiden in deutlich geringerem Ausmaß an Schlafstörungen (24 Prozent der Männer und 27 Prozent der Frauen) als Personen, die mit ihrer beruflichen Stellung „weniger zufrieden“ (34 Prozent der Männer und 42 Pro-

zent der Frauen) oder „gar nicht zufrieden“ (48 Prozent der Männer und 50 Prozent der Frauen) sind.

Ein Viertel der Frauen und 16 Prozent der Männer geben an, an Niedergeschlagenheit und Depression zu leiden.

Abbildung 107: Beschwerden: Niedergeschlagenheit, Depression nach Alter

Beschwerden: Niedergeschlagenheit, Depressionen



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.367

Nachfolgend die Altersgruppen mit den häufigsten Betroffenen: 22 Prozent der Männer zwischen 30 und 39 Jahren und 19 Prozent der Männer zwischen 40 und 49 Jahren bekunden, an Niedergeschlagenheit und Depression zu leiden. Bei Frauen wiederum sind 32 Prozent der über 70-Jährigen sowie 31 Prozent der 50- bis 59-Jährigen und 28 Prozent der 40- bis 49-Jährigen laut Selbstauskunft von Niedergeschlagenheit und Depression betroffen.

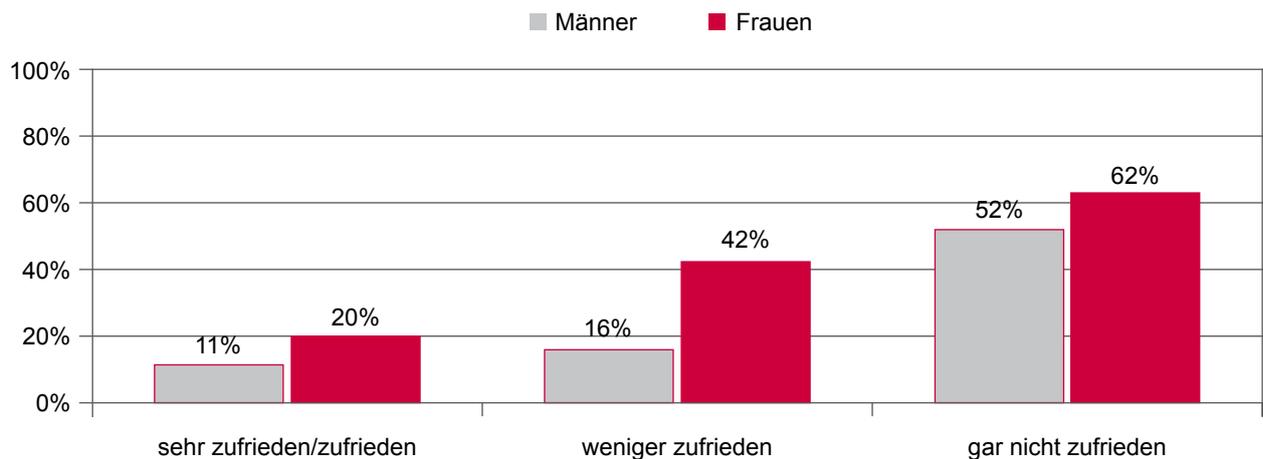
Der Anteil der Personen, die über Niedergeschlagenheit und Depression klagen, nimmt mit abnehmender Zufrie-

denheit mit der derzeitigen beruflichen Situation deutlich zu. Während „nur“ elf Prozent der Männer, die mit ihrer derzeitigen beruflichen Situation zufrieden sind, an Niedergeschlagenheit und Depression leiden, sind dies bei den „weniger zufriedenen“ 16 Prozent und bei den „gar nicht zufriedenen“ 52 Prozent.

Bei Frauen sind diese Unterschiede auf höherem Niveau sichtbar: ein Fünftel der beruflich zufriedenen Frauen, 42 Prozent der beruflich weniger zufriedenen und sogar 62 Prozent der beruflich unzufriedenen klagen über Niedergeschlagenheit und Depression.

Abbildung 108: Beschwerden: Niedergeschlagenheit, Depression nach Zufriedenheit mit der beruflichen Situation

Beschwerden: Niedergeschlagenheit und Depression nach Zufriedenheit mit der derzeitigen beruflichen Situation



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=1.918

Fakten

- Die häufigsten Beschwerden, an denen Linzerinnen und Linzer leiden, sind Rücken- und Kreuzschmerzen.
 - Frauen (53 Prozent) sind davon häufiger betroffen als Männer (47 Prozent). Die Belastung nimmt dabei erwartungsgemäß mit steigendem Alter zu. Aber auch bei jungen LinzerInnen ist diese Beschwerdeform bereits weit verbreitet: Ein Viertel der jugendlichen (15 bis 19 Jahre) Männer und 30 Prozent der gleichaltrigen Frauen sind davon betroffen.
 - Weitere häufig auftretende Beschwerden (in absteigender Form) sind Kreislaufstörungen, Schwäche bzw. Müdigkeit, Kopfschmerzen bzw. Migräne, Schlafstörungen und Niedergeschlagenheit bzw. Depression. Frauen sind von den genannten Beschwerden jeweils häufiger betroffen als Männer.
- 25 Prozent der Frauen und 16 Prozent der Männer geben explizit an, an Niedergeschlagenheit oder Depression zu leiden.
 - Personen mit hoher beruflicher Zufriedenheit sind deutlich seltener von Schlafstörungen betroffen, als Personen mit geringer beruflicher Zufriedenheit.
 - Ein ähnliches Bild zeigt sich bei Niedergeschlagenheit bzw. Depression: Auch hiervon sind vor allem Personen betroffen, die mit der beruflichen Situation weniger oder gar nicht zufrieden sind.

4. GESUNDHEITS- RELEVANTE VER- HALTENSWEISEN

4.1. Bewegung

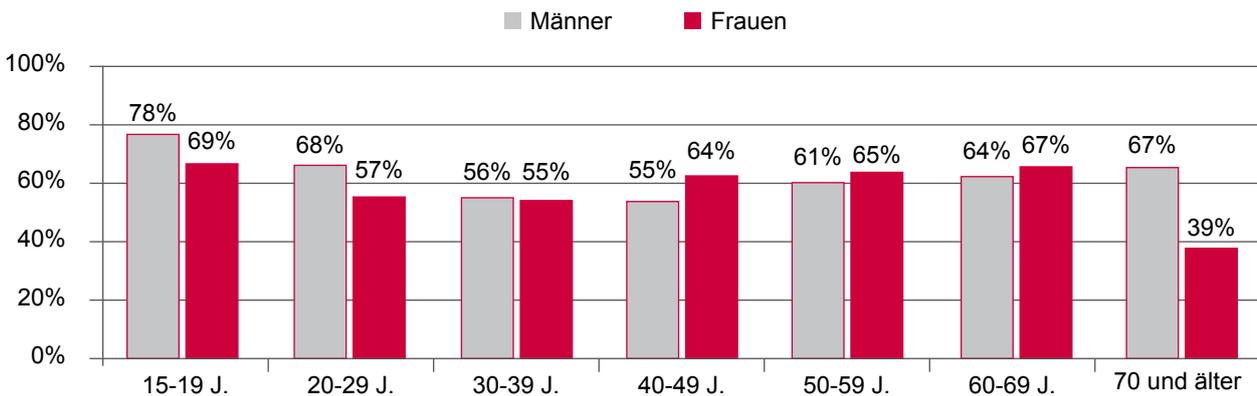
Im Rahmen der Linzer Gesundheitsumfrage im Jahr 2006 wurden die Linzerinnen und Linzer nach ihrer sportlichen Aktivität gefragt. Die konkrete Fragestellung lautete: „Betätigen Sie sich mindestens einmal pro Woche sportlich? (z.B. Joggen, schnelles oder langes Radfahren, flottes Gehen, Nordic Walking, usw.)“.

Der Anteil der sportlich Aktiven ist sowohl bei den Männern (78 Prozent) als auch bei den Frauen (69 Prozent) in der jüngsten Altersgruppe am größten. Bei den Männern

nimmt mit zunehmendem Alter der Anteil der sportlich Aktiven bis zur Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen kontinuierlich ab, bei den Frauen ist dies bis zur Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen der Fall. Deutliche Unterschiede bezüglich der sportlichen Aktivität zwischen Männern und Frauen treten in der Altersgruppe der über 70-Jährigen ans Tageslicht: Während noch 67 Prozent der Männer angeben, sich mindestens einmal pro Woche sportlich zu betätigen, tun dies bei den Frauen lediglich 39 Prozent.

Abbildung 109: Sportliche Betätigung nach Alter

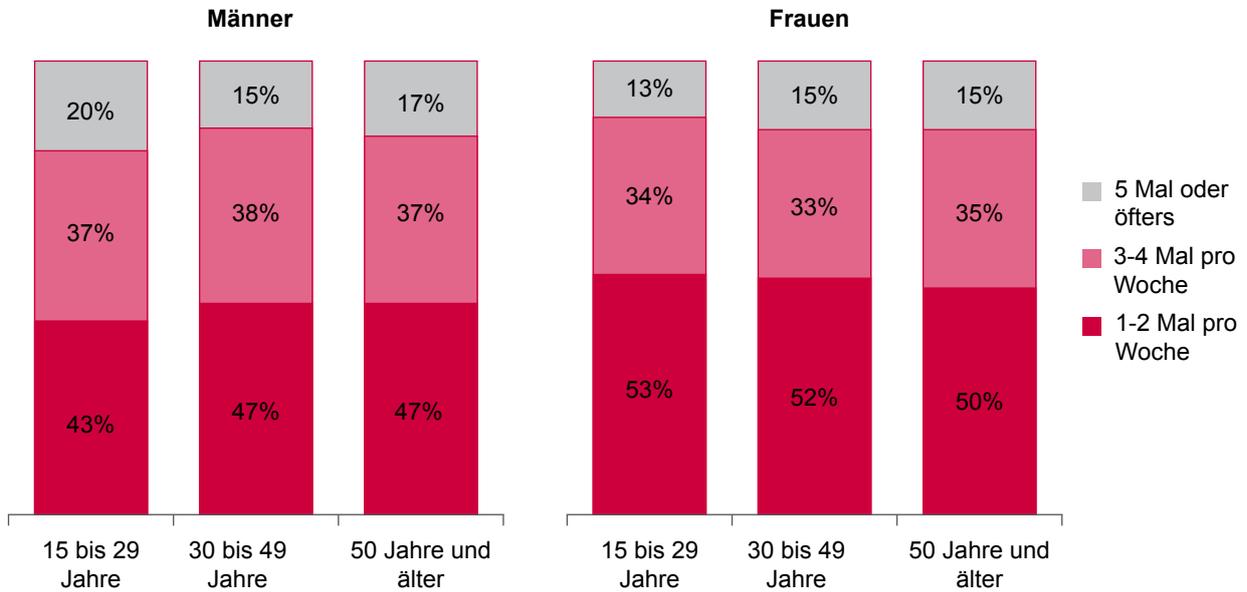
Sportliche Betätigung (mind. 1x pro Woche) nach Altersgruppen



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.338

Abbildung 110: Frequenz der sportlichen Betätigung nach Alter

Frequenz der sportlichen Betätigung nach Alter und Geschlecht

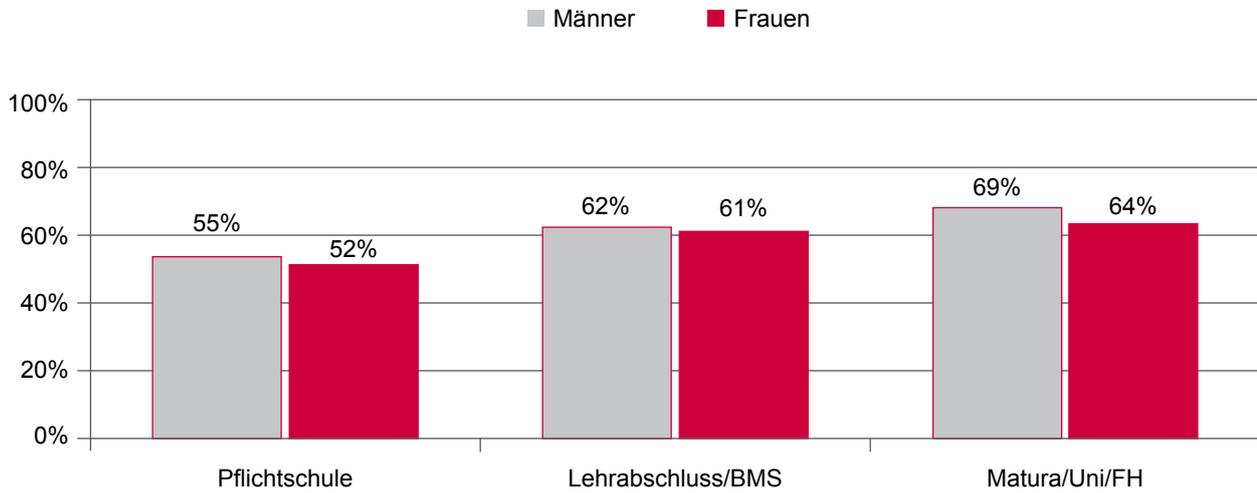


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=1.390

Knapp die Hälfte der sportlich aktiven Männer und mehr als die Hälfte der sportlich aktiven Frauen betätigen sich ein- bis zweimal pro Woche sportlich. Zwischen 37 und 38 Prozent aller sportlich aktiven Männer aller betrachteten Altersgruppen betätigen sich drei- bis viermal pro Woche sportlich, bei den sportlich aktiven Frauen sind dies zwischen 33 und 35 Prozent in den betrachteten Altersgruppen. Jeder fünfte sportlich aktive junge Mann zwischen 15 und 29 Jahren „sportelt“ fünf oder mehrmals pro Woche.

Abbildung 111: Sportliche Betätigung nach Schulbildung

Sportliche Betätigung (mindestens 1x pro Woche) nach Schulbildung und Geschlecht

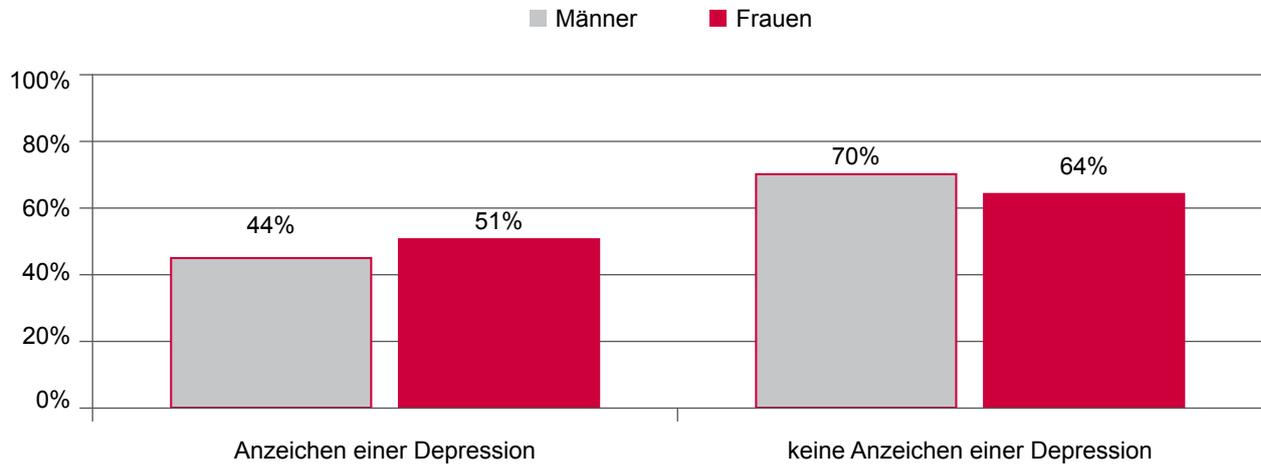


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.308

Sowohl bei Männern als auch bei den Frauen gibt es einen Zusammenhang zwischen Schulbildung und sportlicher Aktivität: Je höher die Schulbildung, desto größer der Anteil an sportlich aktiven Menschen. Während nur 55 Prozent der Männer und 52 Prozent der Frauen mit Pflichtschulabschluss sich mindestens einmal pro Woche sportlich betätigen, sind es bei den Befragten mit Lehrabschluss 62 Prozent der Männer und 61 Prozent der Frauen und bei LinzerInnen mit höchster Bildungsstufe (Matura/Uni/FH) 69 Prozent der Männer und 64 Prozent der Frauen, die sich zumindest einmal pro Woche sportlich betätigen.

Abbildung 112: Sportliche Betätigung bei Anzeichen einer Depression

Sportliche Betätigung (mindest. 1x pro Woche) bei Anzeichen einer Depression

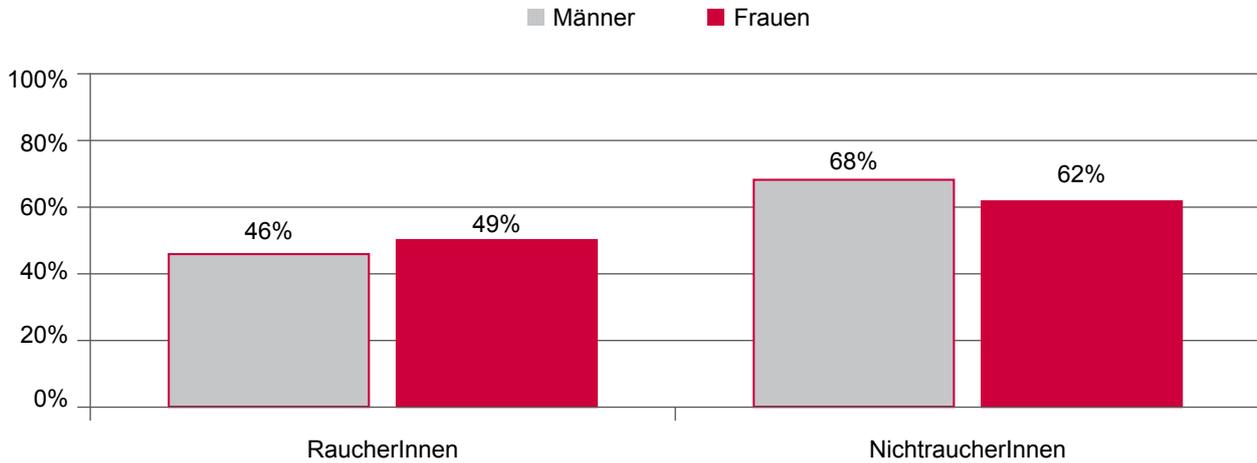


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.246

Personen, die gemäß WHO-Wellbeing 5 Anzeichen einer Depression haben, sind in deutlich geringerem Ausmaß sportlich aktiv als andere. Nur 44 Prozent der Männer, die Anzeichen einer Depression aufweisen, sind zumindest einmal pro Woche sportlich aktiv, während in der Gruppe der psychisch unbelasteten Männer 70 Prozent mindestens einmal pro Woche Sport betreiben. Bei den Frauen sind die Unterschiede nicht ganz so drastisch, aber ebenfalls vorhanden. Während nur 51 Prozent der Frauen mit eingeschränkter psychischer Gesundheit regelmäßig Sport treiben, betätigen sich fast zwei Drittel der psychisch gesunden Frauen mindestens einmal pro Woche sportlich.

Abbildung 113: Sportliche Betätigung und Rauchen

Sportliche Betätigung (mindest. 1x pro Woche) von RaucherInnen und NichtraucherInnen



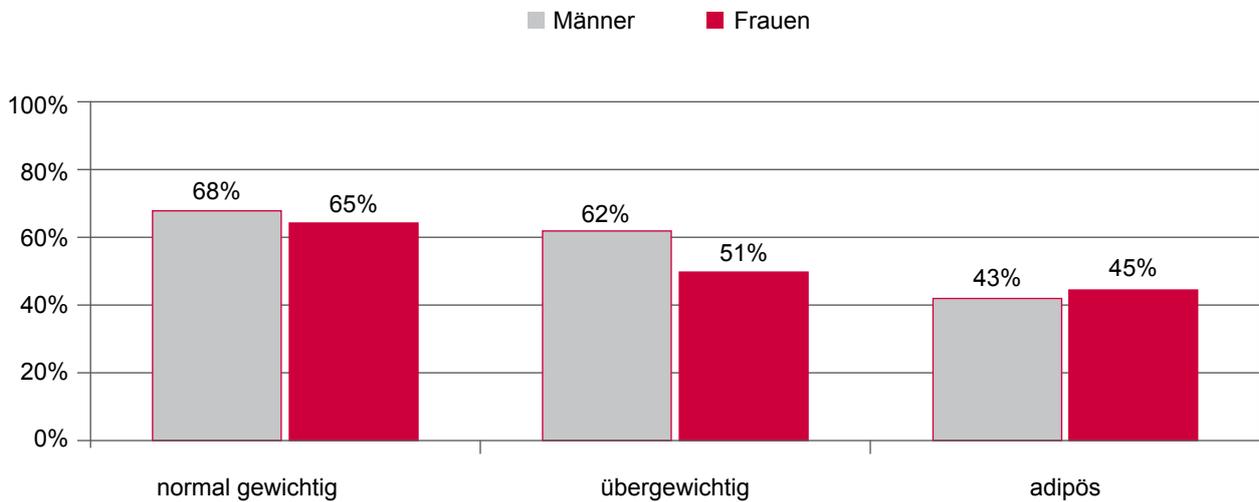
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.331

Raucherinnen und Raucher³⁶ betätigen sich in deutlich geringerem Ausmaß sportlich als NichtraucherInnen. Während sich nur 46 Prozent der Raucher und 49 Prozent der Raucherinnen mindestens einmal pro Woche sportlich betätigen, tun dies 68 Prozent der Nichtraucher und 62 Prozent der Nichtraucherinnen.

³⁶ Regelmäßige RaucherInnen und GelegenheitsraucherInnen wurden zusammengefasst

Abbildung 114: Sportliche Betätigung nach BMI

Sportliche Betätigung (mindest. 1x pro Woche) nach Body-Mass-Index



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.299

Etwa zwei Drittel der normalgewichtigen Männer und Frauen treiben mindestens einmal pro Woche Sport. 62 Prozent der übergewichtigen Männer und 51 Prozent der übergewichtigen Frauen betätigen sich mindestens ein-

mal pro Woche sportlich. Männer und Frauen, die laut WHO-Kriterien als adipös gelten (BMI > 30), bewegen sich seltener: 43 Prozent der Männer und 45 Prozent der Frauen betreiben mindestens einmal pro Woche Sport.

Fakten

- 60 Prozent der Befragten geben an, sich mindestens einmal pro Woche sportlich zu betätigen.
- Der Anteil der sportlich Aktiven ist sowohl bei den Männern (78 Prozent) als auch bei den Frauen (69 Prozent) in der jüngsten Altersgruppe zwischen 15 und 19 Jahren am größten.
- Bei den Männern ist die Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen am unsportlichsten: Hier betätigt sich nur etwas mehr als die Hälfte (55 Prozent) der Befragten zumindest einmal pro Woche sportlich.
- Bei den ältesten Befragten gibt es bezüglich der sportlichen Aktivität einen deutlichen Unterschied zwischen den Geschlechtern: 67 Prozent

der über 70-jährigen Männer, aber nur 39 Prozent der gleichaltrigen Frauen betätigen sich zumindest einmal pro Woche sportlich.

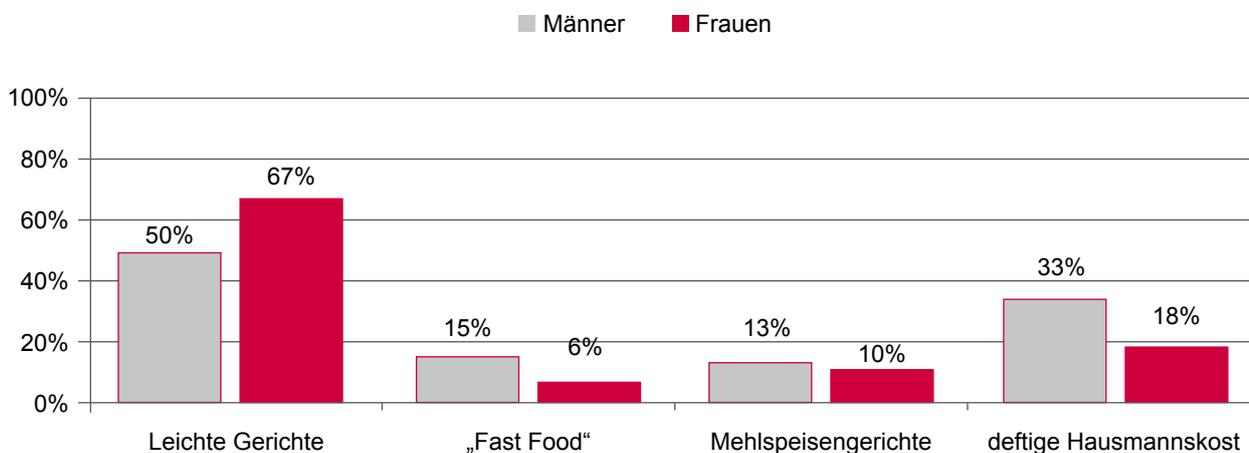
- Sowohl bei Männern als auch bei Frauen gibt es einen Zusammenhang zwischen Schulbildung und sportlicher Aktivität: Je höher die Schulbildung, desto größer der Anteil an sportlich aktiven Menschen.
- Personen, die gemäß WHO-Wellbeing 5 Anzeichen einer Depression haben, sind in deutlich geringerem Ausmaß sportlich aktiv als andere.
- Mehr als die Hälfte der Raucherinnen und Raucher betätigen sich nicht zumindest einmal pro Woche sportlich.

4.2. Ernährung

Männer und Frauen unterscheiden sich deutlich hinsichtlich ihrer Ernährungsgewohnheiten: Frauen konsumieren deutlich häufiger „Leichte Gerichte“ als Männer, während umgekehrt Männer häufiger zu „Fast Food“ greifen als Frauen.

Abbildung 115: Ernährungsgewohnheiten

Speisen werden „häufig“ als Hauptmahlzeit konsumiert



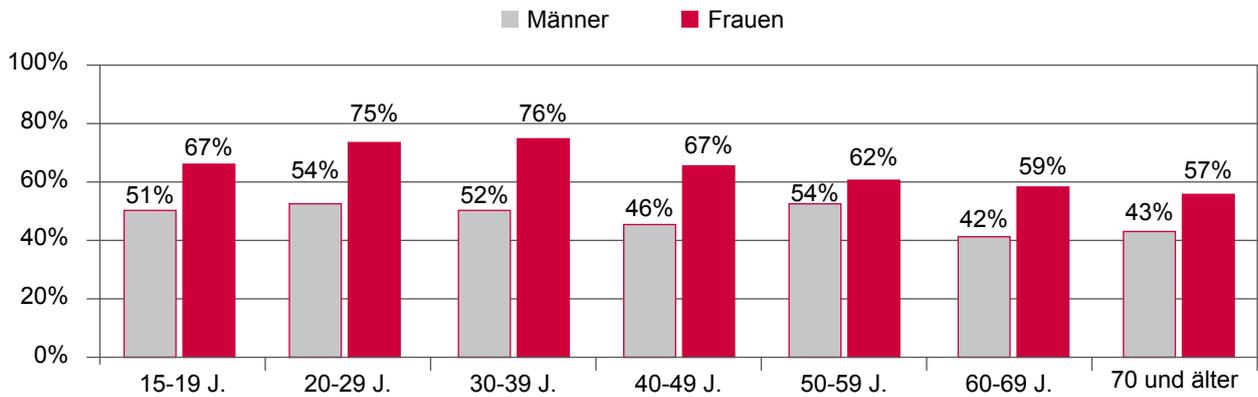
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.324

67 Prozent der Frauen konsumieren häufig „Leichte Gerichte“ wie z.B. Vegetarisches, Fischgerichte oder Reisgerichte als Hauptmahlzeit. Dies trifft nur auf jeden zweiten Mann zu. 15 Prozent der Männer nehmen häufig Fast Food wie z.B. Fertipizza, Leberkäsemmel oder Hamburger als Hauptmahlzeit ein, während dies nur auf sechs Prozent der Frauen zutrifft. Bei den Mehlspeisengerichten gibt es kaum einen Unterschied zwischen den

Geschlechtern: 13 Prozent der Männer und zehn Prozent der Frauen nehmen solche Gerichte häufig als Hauptmahlzeit zu sich. Einen deutlichen Unterschied gibt es bei deftiger Hausmannskost wie z.B. Schweinsbraten, Schnitzel oder faschierte Laibchen. Ein Drittel der Männer und 18 Prozent der Frauen konsumieren diese Speisen häufig als Hauptmahlzeit.

Abbildung 116: Konsum von „Leichten Gerichten“ nach Alter

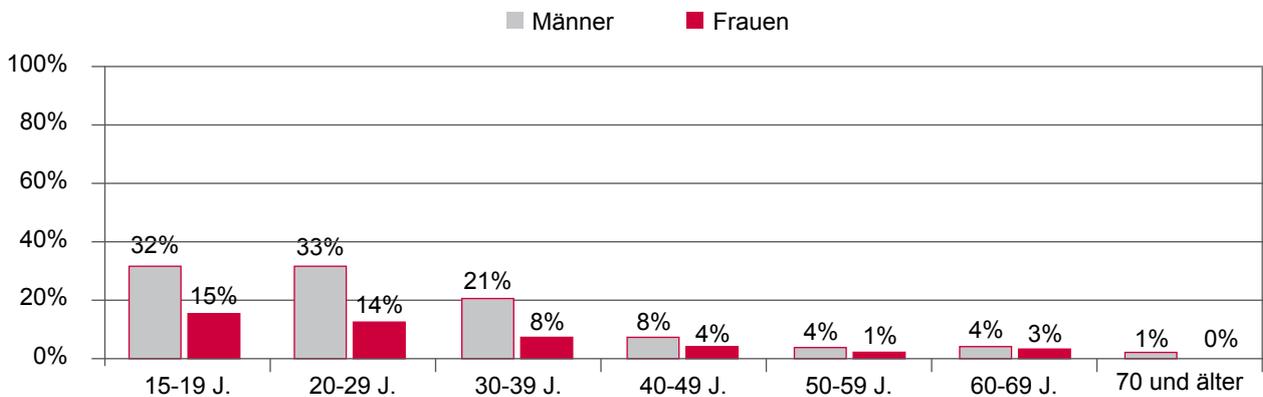
Häufiger Konsum von „Leichten Gerichten“ als Hauptmahlzeit nach Alter und Geschlecht



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.315

Abbildung 117: Konsum von „Fast Food“ nach Alter

Häufiger Konsum von „Fast Food“ als Hauptmahlzeit nach Alter und Geschlecht



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.283

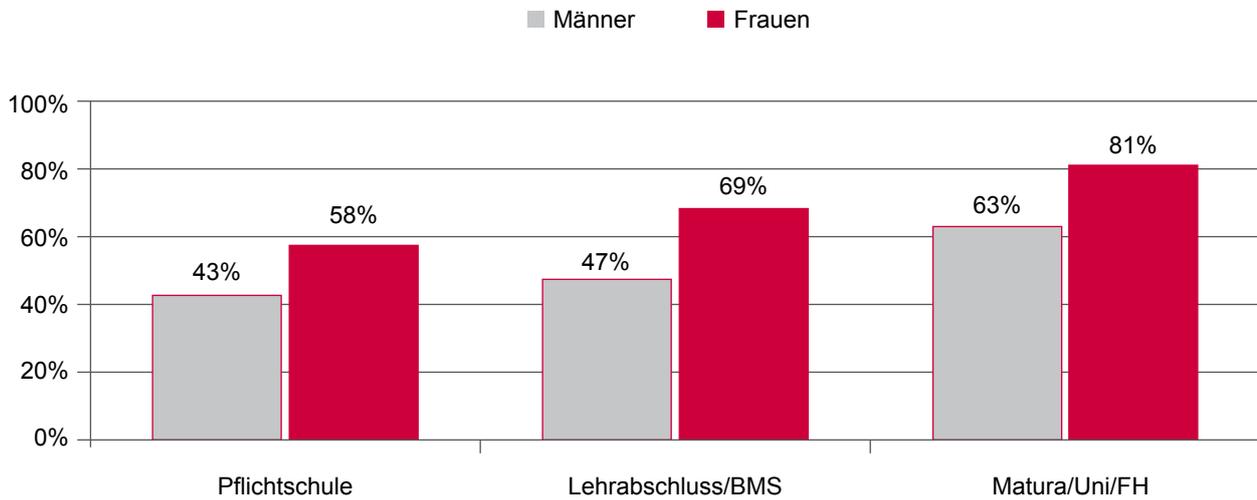
Frauen ernähren sich in allen Altersgruppen häufiger von „Leichten Gerichten“ als Hauptmahlzeit als Männer. Vor allem Frauen zwischen 20 und 49 Jahren greifen häufig zu „Leichten Gerichten“.

Etwa ein Drittel der jungen Männer zwischen 15 und 29 Jahren konsumiert häufig Fast Food als Hauptmahlzeit.

Bei den Frauen derselben Altersgruppe sind es etwa 15 Prozent, die als Hauptmahlzeit häufig Fertigpizza, Leberkäsebrötchen oder Hamburger zu sich nehmen. Mit zunehmendem Alter nimmt bei beiden Geschlechtern der Anteil an Personen, die sich häufig von Fast Food ernähren, deutlich ab.

Abbildung 118: Konsum von „Leichten Gerichten“ nach Schulbildung

Häufiger Konsum von „Leichten Gerichten“ als Hauptmahlzeit nach Schulbildung



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.289

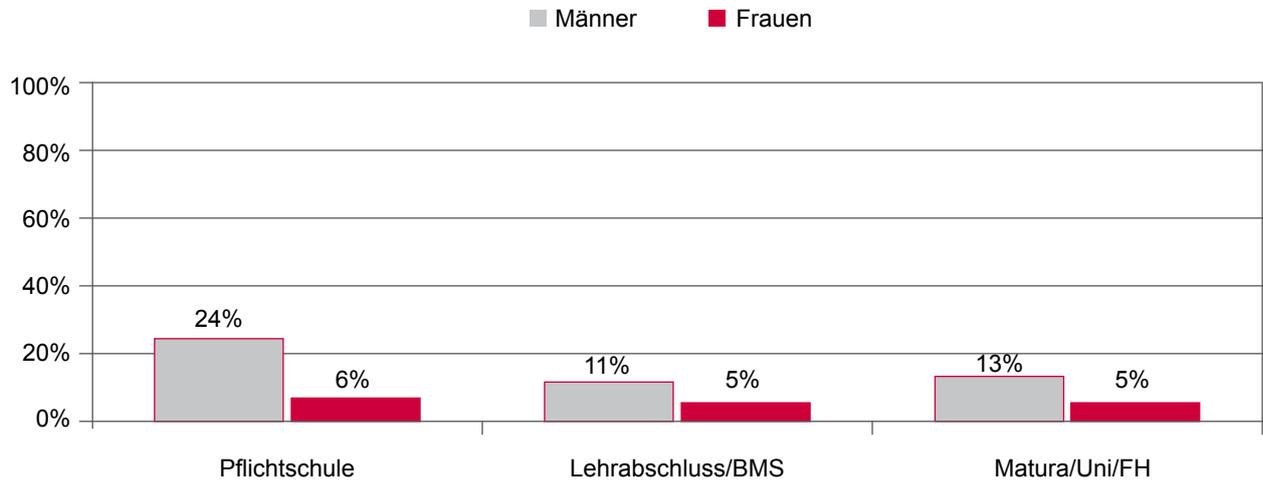
Das Ernährungsverhalten hängt auch mit dem Bildungsniveau zusammen:

Sowohl für Männer als auch für Frauen gilt: Je höher die Schulbildung, desto häufiger werden „Leichte Gerichte“ als Hauptmahlzeit konsumiert.

Nur 43 Prozent der Männer mit Pflichtschulabschluss, aber 63 Prozent der Männer mit hoher Schulbildung (Matura/Uni/FH) geben an, häufig „Leichte Gerichte“ als Hauptmahlzeit zu konsumieren. Bei den Frauen ist es ein ähnliches Bild, wenn auch auf höherem Niveau: 58 Prozent der PflichtschulabsolventInnen, 69 Prozent der Frauen mit Lehrabschluss/BMS und gar 81 Prozent der Frauen mit hoher Schulbildung (Matura/Uni/FH) essen häufig „Leichte Gerichte“ als Hauptmahlzeit.

Abbildung 119: Konsum von „Fast Food“ nach Schulbildung

Häufiger Konsum von „Fast Food“ als Hauptmahlzeit nach Schulbildung



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.250

Knapp ein Viertel der männlichen Pflichtschulabsolventen gibt an, häufig Fast Food wie z.B. Leberkäsemmel, Fertigpizza oder Hamburger als Hauptmahlzeit zu sich zu nehmen. Bei elf Prozent der Männer mit Lehrabschluss/BMS und 13 Prozent mit Matura/Uni/FH kommt häufig Fast Food als Hauptmahlzeit auf den Tisch. Bei Frauen gibt es kaum Unterschiede bezüglich der Häufigkeit von Fast Food-Konsum nach Schulbildung.

Fakten

- Frauen konsumieren als Hauptmahlzeit deutlich häufiger „Leichte Gerichte“ als Männer. Vor allem Frauen zwischen 20 und 49 Jahren greifen häufig zu „Leichten Gerichten“ wie Fisch, Vegetarischem oder Reisgerichten.
- Mehr als doppelt so viele Männer wie Frauen konsumieren als Hauptmahlzeit häufig „Fast Food“. Besonders in der jungen Bevölkerung sind solche Speisen beliebt. Etwa ein Drittel der jungen Männer zwischen 15 und 29 Jahren und 15 Prozent der jungen Frauen greifen häufig zu Fertigpizza, Leberkäsemmel oder ähnlichem.

- Sowohl für Männer als auch für Frauen gilt: Je höher die Schulbildung, desto häufiger werden „Leichte Gerichte“ als Hauptmahlzeit konsumiert.
- Bei den Männern sind es vor allem die Pflichtschulabsolventen, die häufig zu „Fast Food“ greifen. Bei Frauen gibt es kaum Unterschiede bezüglich des Fast Food-Konsums und der Schulbildung.

GESUNDHEITSRELEVANTE VERHALTENSWEISEN

4.3. Tabakkonsum

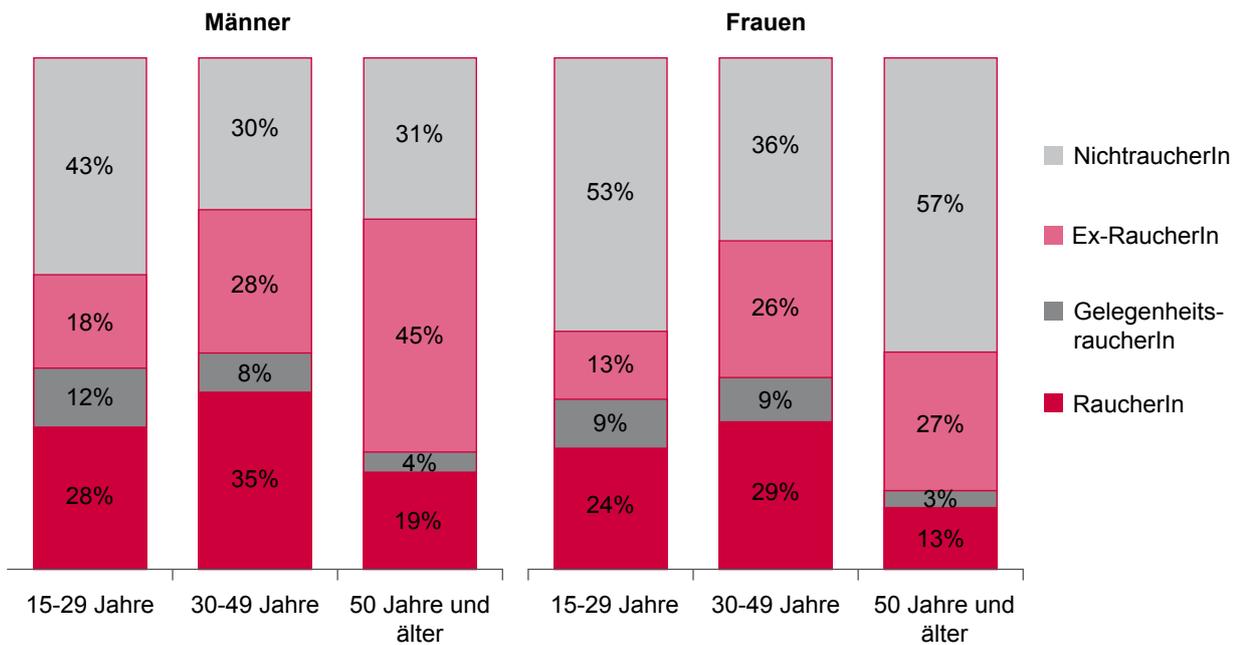
Im Rahmen der Linzer Gesundheitsbefragung im Jahr 2006 wurden die Linzerinnen und Linzer gefragt, ob sie RaucherInnen sind oder nicht. 68 Prozent stufte sich als NichtraucherInnen ein. Der NichtraucherInnenanteil setzt sich dabei aus 41 Prozent „echten NichtraucherInnen“, die niemals geraucht haben, und 27 Prozent Ex-RaucherInnen zusammen. Etwa sieben Prozent gaben an, gelegentlich zu rauchen, knapp ein Viertel (24 Prozent) deklarierte sich als RaucherIn. Von jenen, die sich deziert als RaucherIn bezeichnen, geben knapp 23 Prozent

an, nicht mehr als zehn Zigaretten pro Tag zu rauchen. Knapp die Hälfte der RaucherInnen rauchen pro Tag zwischen 11 und 20 Zigaretten, 28 Prozent rauchen täglich mehr als 20 Zigaretten.

Die folgenden Abbildungen zeigen den RaucherInnenstatus (RaucherInnen, GelegenheitsraucherInnen, Ex-RaucherInnen und NichtraucherInnen) an.

Abbildung 120: Tabakkonsum nach Alter

RaucherInnenstatus nach Alter und Geschlecht



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.353

Insgesamt rauchen Männer häufiger als Frauen. In der mittleren Altersgruppe (zwischen 30 und 49 Jahren) sind anteilmäßig die meisten Raucher unter den Männern zu finden, nämlich 35 Prozent. Auch bei den Frauen ist der Raucherinnenanteil in der mittleren Altersgruppe am größten: 29 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe sind

Raucherinnen. 12 Prozent der jungen Männer (zwischen 15 und 29 Jahren) und neun Prozent der jungen Frauen sind GelegenheitsraucherInnen.

GESUNDHEITSRELEVANTE VERHALTENSWEISEN

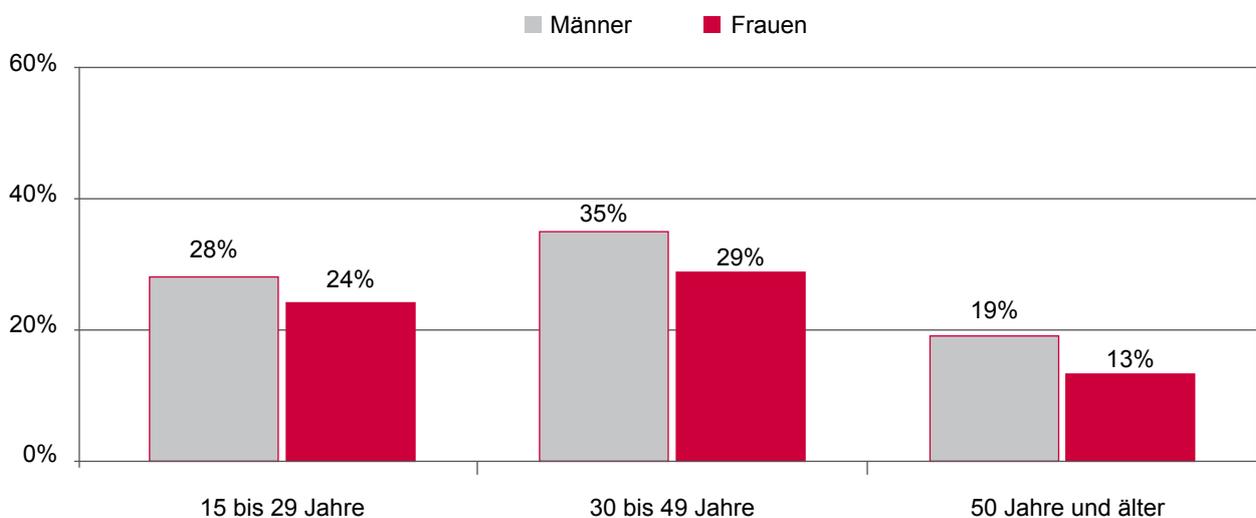
Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen ist in der Altersgruppe der über 50-Jährigen der Anteil an Ex-RaucherInnen am größten: 45 Prozent der Männer und 27 Prozent der Frauen dieses Alters haben mit dem Rauchen aufgehört.

Während bei den Männern in der jüngsten Altersgruppe (zwischen 15 und 29 Jahren) der Anteil der Nichtraucher mit 43 Prozent am größten ist, ist dieser bei den Frauen in der ältesten Altersgruppe (50 Jahre und älter) mit 57 Prozent am größten. Aber auch unter den jungen Frauen (zwischen 15 und 29 Jahren) ist der Anteil an „echten Nichtraucherinnen“ mit 53 Prozent deutlich größer als unter den Männern derselben Altersklasse.

28 Prozent der jungen Männer zwischen 15 und 29 Jahren sowie 24 Prozent der Frauen der gleichen Altersgruppe greifen täglich zur Zigarette. Unter den 30- bis 49-jährigen Befragten ist der Anteil an Rauchern und Raucherinnen am größten: 35 Prozent der Männer und 29 Prozent der Frauen rauchen täglich. Unter den älteren Linzerinnen und Linzern ist das Laster am wenigsten verbreitet: „Nur“ 19 Prozent der Männer und 13 Prozent der Frauen über 50 Jahre deklarieren sich als Raucher bzw. Raucherin.

Abbildung 121: Täglicher Tabakkonsum nach Alter

Tägliche RaucherInnen nach Altersgruppen



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.355

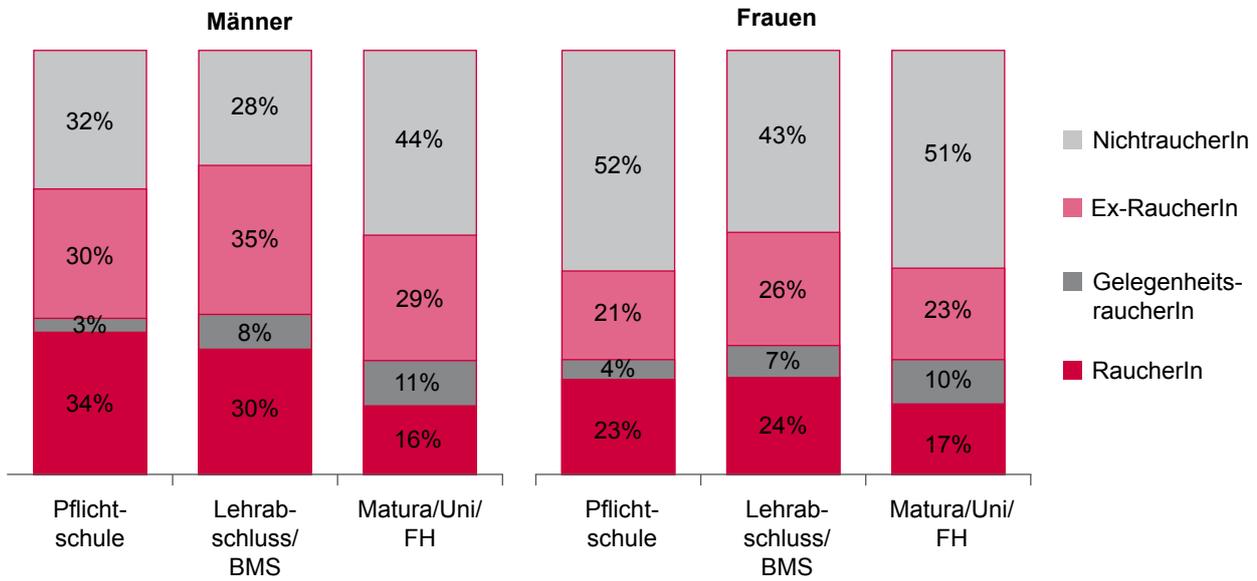
Insgesamt gilt: mit zunehmend höherem Bildungsstatus nimmt der Prozentsatz der RaucherInnen ab. Männer mit Pflichtschulabschluss rauchen mit 34 Prozent am häufigsten, bei Frauen dieser Bildungsstufe sind es 23 Prozent, die sich als Raucherin deklarieren. In der Gruppe der Männer mit Lehrabschluss oder BMS geben 30 Prozent an, Raucher zu sein, bei den Frauen derselben Bildungsstufe bezeichnen sich 24 Prozent als Raucherin. Am

geringsten ist der RaucherInnenanteil in der Personengruppe mit dem höchsten Bildungsstatus (Matura/FH/Uni): 16 Prozent der Männer und 17 Prozent der Frauen geben an, Raucher bzw. Raucherin zu sein. In derselben Bildungsstufe finden sich allerdings auch die meisten GelegenheitsraucherInnen wieder: elf Prozent der Männer und zehn Prozent der Frauen rauchen gelegentlich.

GESUNDHEITSRELEVANTE VERHALTENSWEISEN

Abbildung 122: Tabakkonsum nach Schulbildung

Raucherstatus nach Schulbildung und Geschlecht

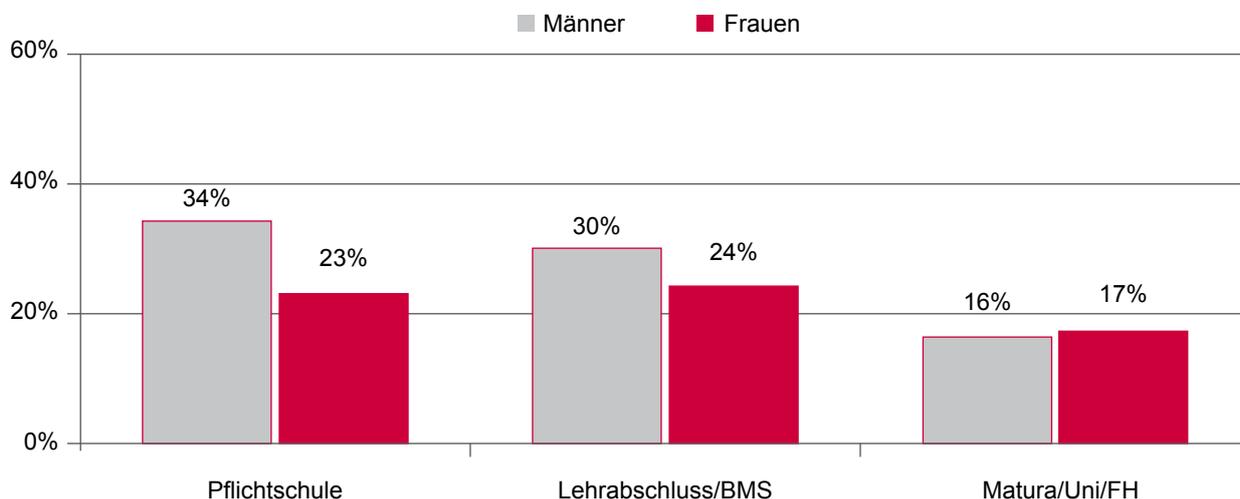


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.326

Bei den Männern ist der Anteil der „echten Nichtraucher“, also jene die nie geraucht haben, unter den Hochgebildeten am größten (44 Prozent). Bei den Frauen ist der Anteil der „echten Nichtraucherinnen“ unter den PflichtschulabsolventInnen (52 Prozent) und den am höchsten Gebildeten (51 Prozent) am größten.

Abbildung 123: Täglicher Tabakkonsum nach Schulbildung

Tägliche RaucherInnen nach Schulbildung und Geschlecht



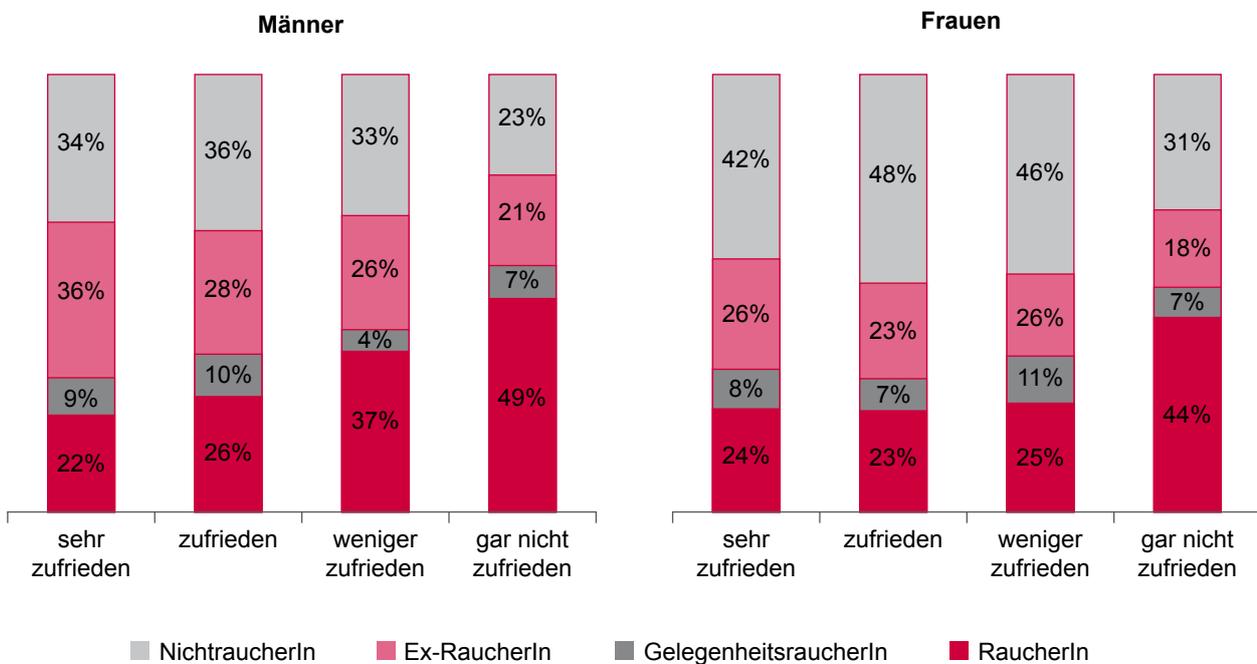
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.325

Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen ist der RaucherInnenanteil unter den am höchsten Gebildeten am geringsten: 16 Prozent der Männer und 17 Prozent der Frauen der Bildungsstufe Matura/Uni/FH bezeichnen sich als Raucherin bzw. Raucher. Mehr als ein Drittel der Männer mit niedriger Schulbildung (Pflichtschulabschluss) und 23 Prozent der Frauen derselben Bildungsstufe sind RaucherInnen. In der Bevölkerungsgruppe mit Lehrabschluss/BMS rauchen 30 Prozent der Männer und 24 Prozent der Frauen.

GESUNDHEITSRELEVANTE VERHALTENSWEISEN

Abbildung 124: Tabakkonsum nach Zufriedenheit mit der beruflichen Situation

RaucherInnenstatus nach Zufriedenheit mit der beruflichen Situation und Geschlecht

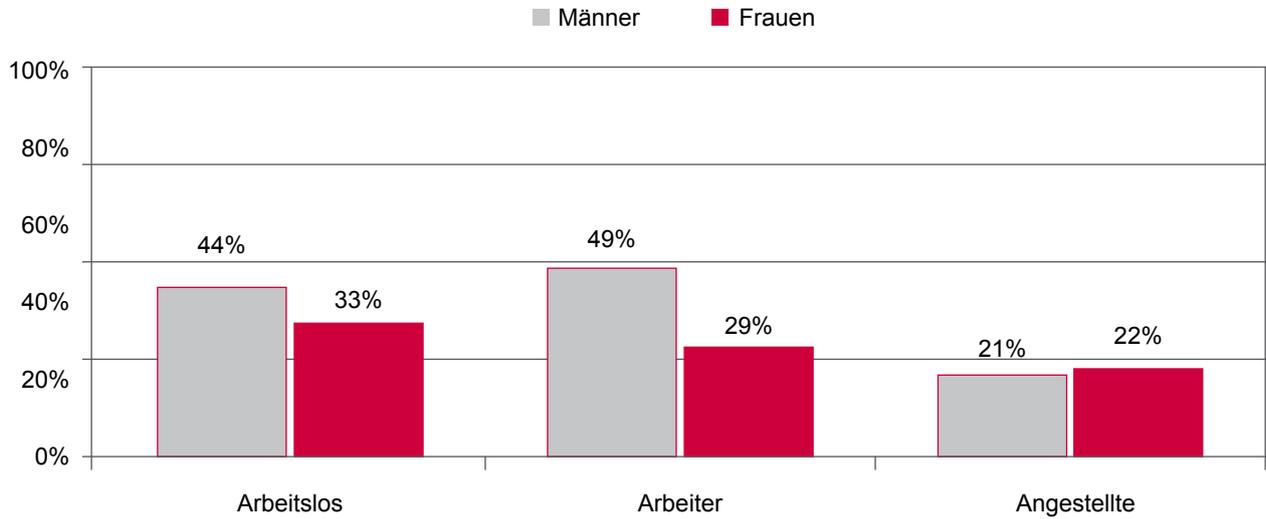


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=1.913

Mit sinkender Zufriedenheit mit der beruflichen Situation nimmt bei den Männern der Anteil der Raucher signifikant zu. Während Männer, die mit ihrer beruflichen Situation sehr zufrieden oder zufrieden sind, etwa zu einem Viertel rauchen, liegt der Anteil bei den mit der beruflichen Situation weniger zufriedenen bei 37 Prozent, und bei denen, die mit der beruflichen Situation gar nicht zufrieden sind sogar bei 49 Prozent. Auch bei den Frauen ist der Raucherinnenanteil unter den mit der beruflichen Situation gar nicht zufriedenen am größten (44 Prozent). Allerdings erwiesen sich diese Unterschiede als statistisch nicht signifikant.

Abbildung 125: Täglicher Tabakkonsum nach beruflicher Stellung

Tägliche RaucherInnen nach beruflicher Stellung



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=1.768

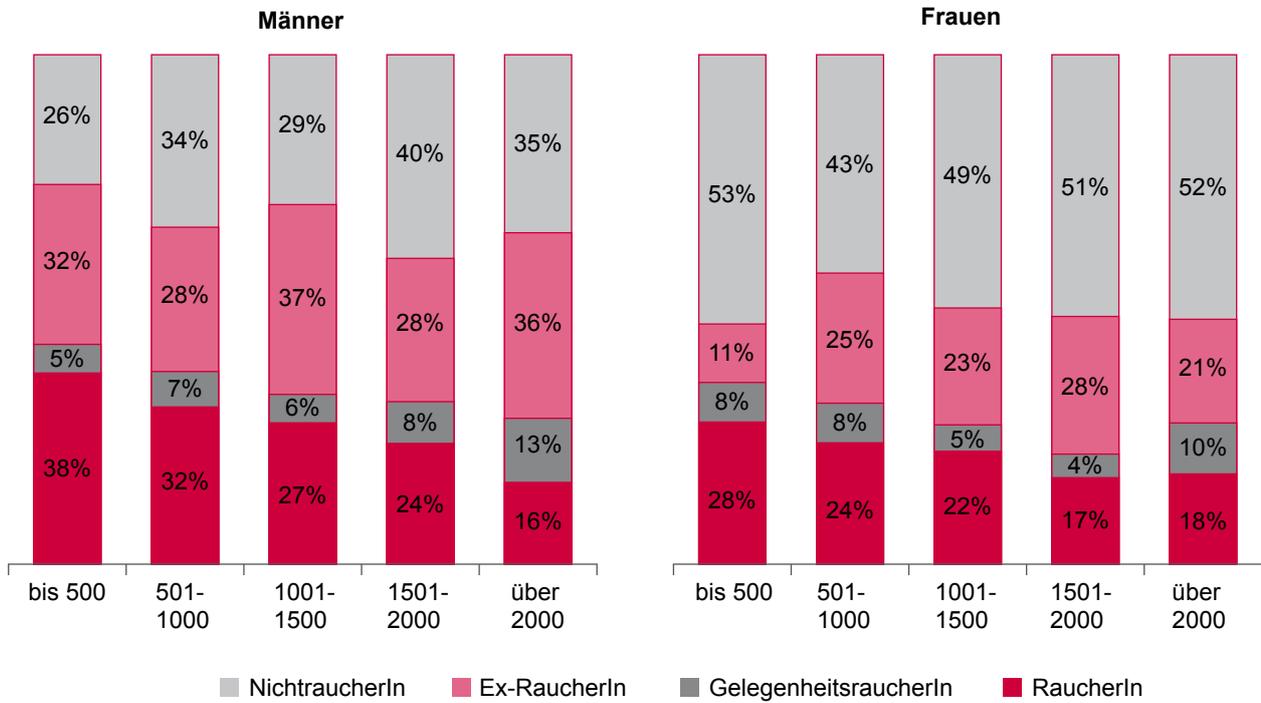
Auch hinsichtlich der beruflichen Stellung werden Unterschiede deutlich. 49 Prozent der Arbeiter und 29 Prozent der Arbeiterinnen rauchen täglich, während dies bei „nur“ 21 Prozent der männlichen Angestellten und 22 Prozent der weiblichen Angestellten der Fall ist.

Der Anteil an Rauchern und Raucherinnen ist unter Arbeitslosen ebenfalls sehr hoch: 44 Prozent der arbeitslosen Männer und 33 Prozent der arbeitslosen Frauen deklarieren sich als Raucher bzw. Raucherin.

GESUNDHEITSRELEVANTE VERHALTENSWEISEN

Abbildung 126: Tabakkonsum nach Einkommen

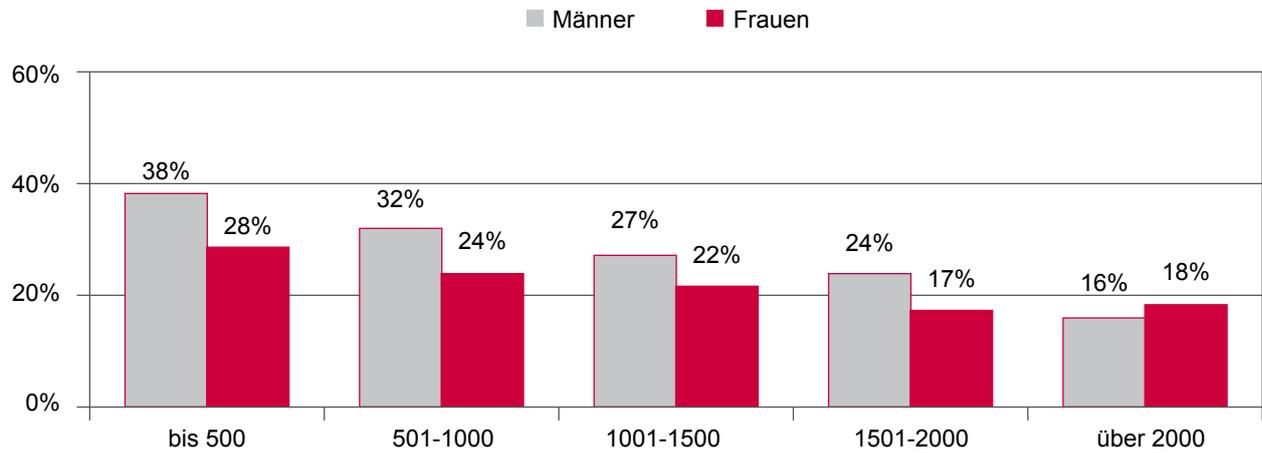
RaucherInnenstatus nach Höhe des Äquivalenzeinkommens



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.150

Abbildung 127: Täglicher Tabakkonsum nach Einkommen

Tägliche RaucherInnen nach Höhe des Äquivalenzeinkommens



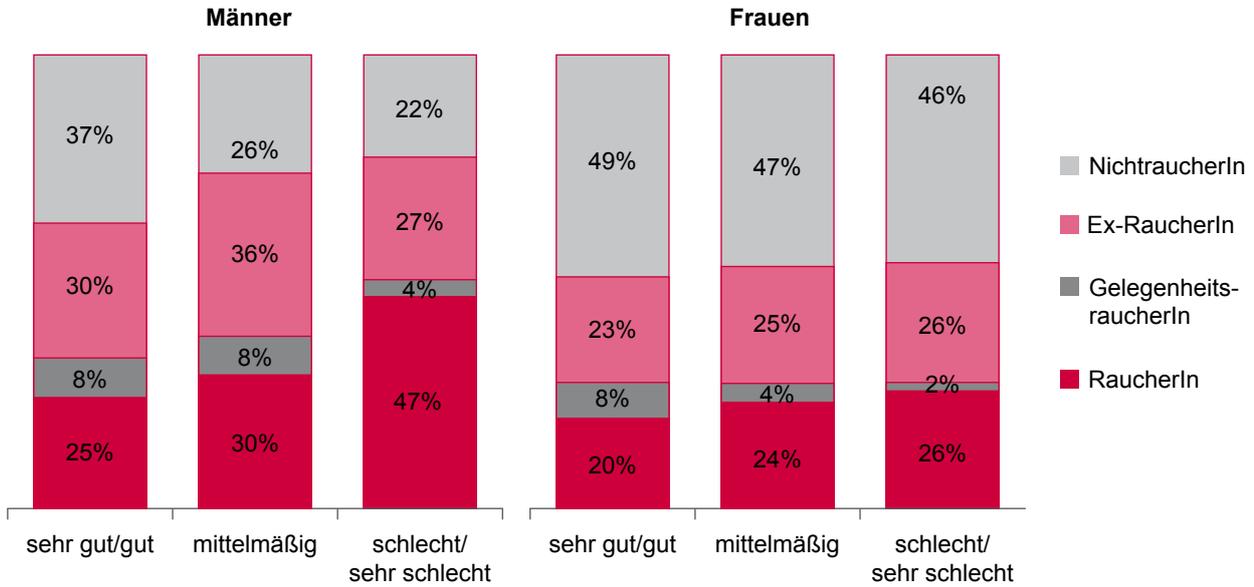
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.150

Je höher die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel, desto geringer ist der RaucherInnenanteil. Während 38 Prozent der Männer und 28 Prozent der Frauen mit sehr geringem Äquivalenzeinkommen rauchen, greifen bei Personen mit sehr hohem Äquivalenzeinkommen nur 16 Prozent der Männer und 18 Prozent der Frauen täglich zur Zigarette.

GESUNDHEITSRELEVANTE VERHALTENSWEISEN

Abbildung 128: Tabakkonsum nach subjektivem Gesundheitszustand

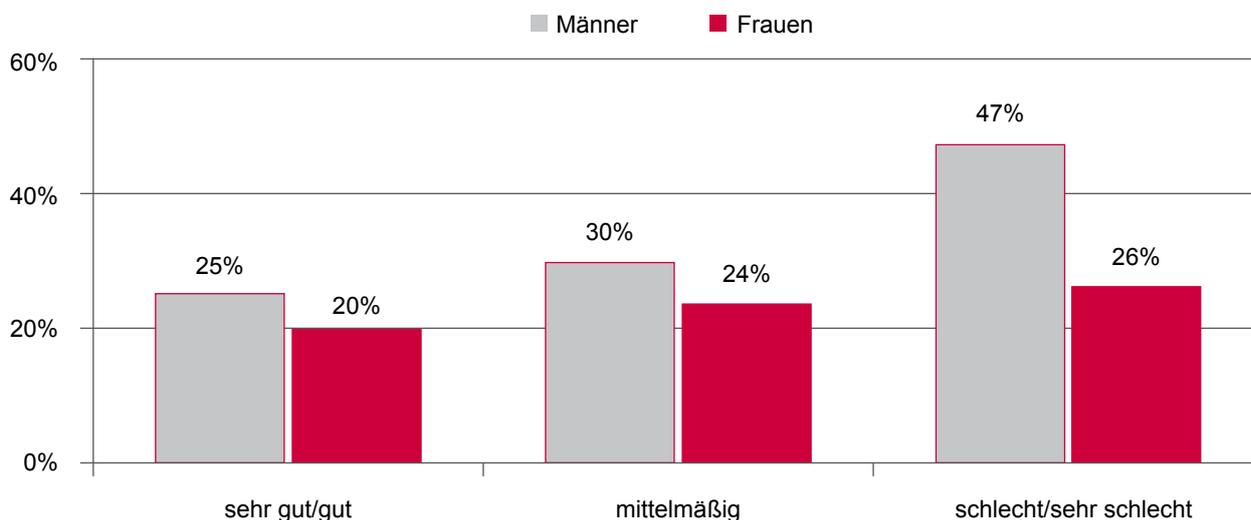
RaucherInnenstatus nach subjektivem Gesundheitszustand



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.351

Abbildung 129: Täglicher Tabakkonsum nach subjektivem Gesundheitszustand

Tägliche RaucherInnen nach subjektivem Gesundheitszustand

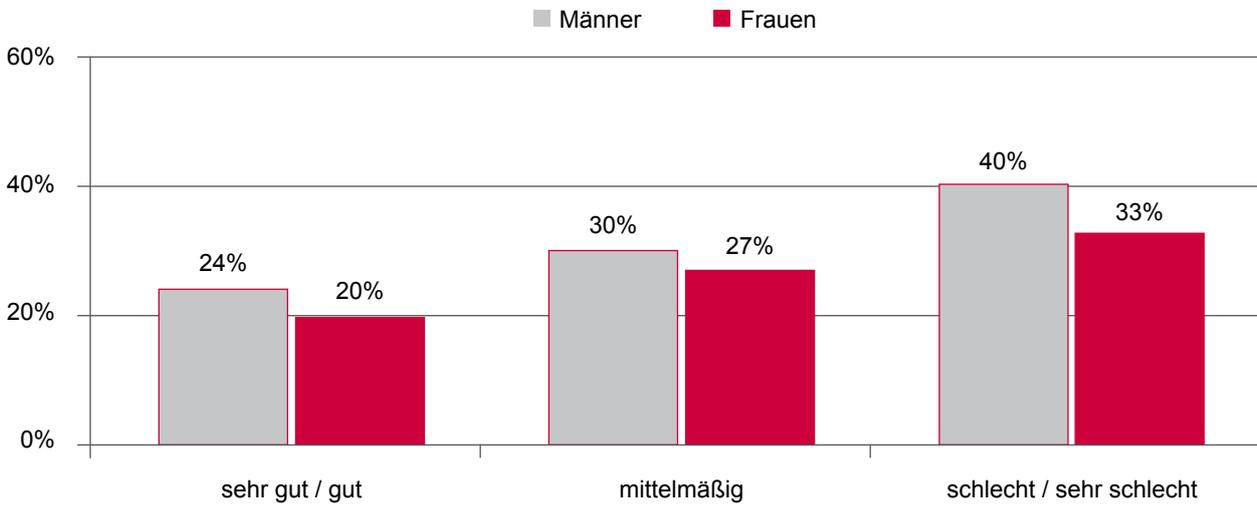


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.351

Männer, die ihre Gesundheit ungünstig einschätzen, rauchen deutlich häufiger (47 Prozent) als Männer, die ihre Gesundheit als mittelmäßig (30 Prozent) oder (sehr) gut (25 Prozent) einschätzen. Bei den Frauen sind die Unterschiede ebenfalls vorhanden, aber in einem viel geringeren Ausmaß: Während 26 Prozent der Frauen mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand rauchen, sind es bei Frauen, die ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig beschreiben, 24 Prozent, bei jenen, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut beurteilen, 20 Prozent.

Abbildung 130: Raucherhaushalte nach subjektivem Gesundheitszustand

Raucherhaushalte und subjektiver Gesundheitszustand



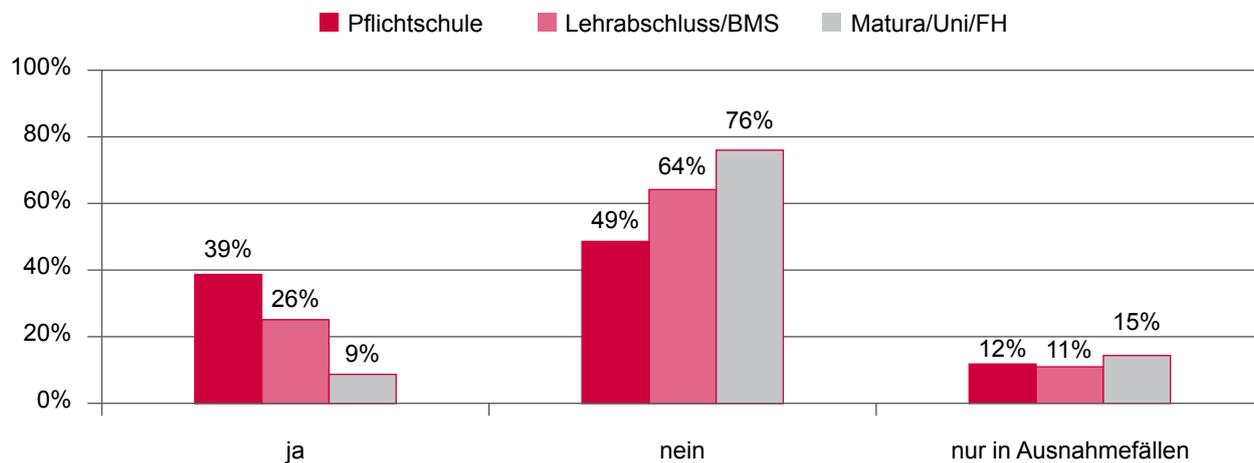
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.350

Männer und Frauen mit schlechtem Gesundheitszustand leben häufiger in Haushalten in denen geraucht wird. 40 Prozent der Männer und 33 Prozent der Frauen dieser Gruppe wohnen in einem RaucherInnenhaushalt. Mit steigender subjektiver Gesundheit nimmt der Anteil der Personen ab, die in einem RaucherInnenhaushalt

wohnen. Männer mit sehr guter oder guter subjektiver Gesundheit leben zu 24 Prozent, Frauen mit vergleichbarem gesundheitlichen Zustand zu 20 Prozent in Haushalten, in denen geraucht wird.

Abbildung 131: Raucherhaushalte mit Kindern unter 15 Jahren im gemeinsamen Haushalt

Rauchen in Wohnung/Haus trotz Kindern unter 15 Jahren im gemeinsamen Haushalt

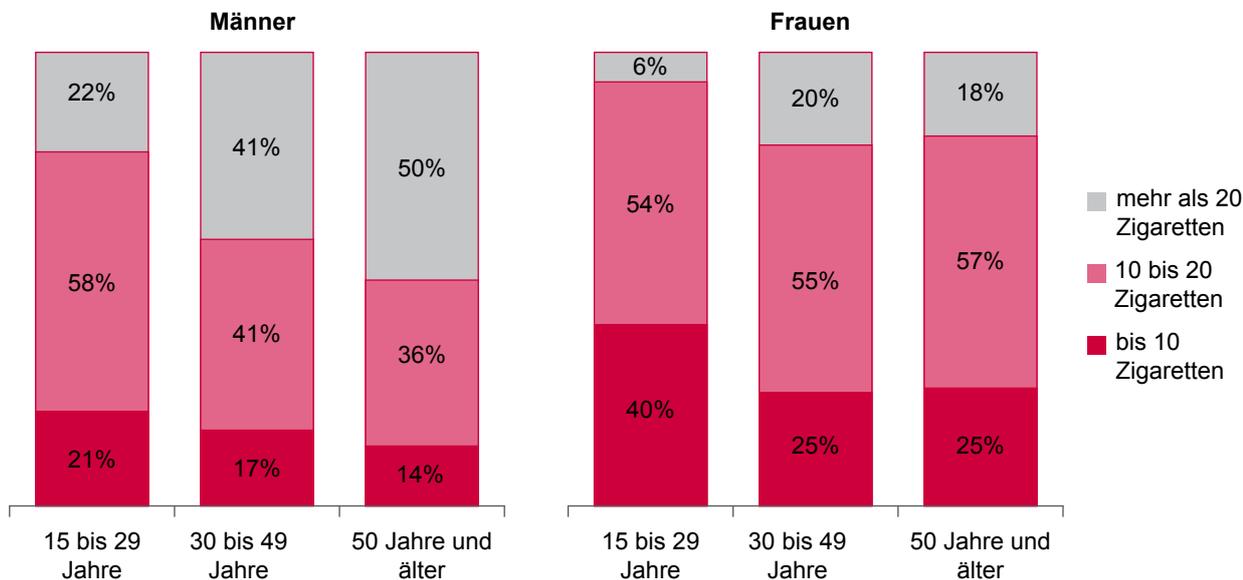


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=573 (nur Personen mit Kindern unter 15 Jahren im Haushalt)

Kinder, die in Haushalten mit niedriger Schulbildung der Eltern bzw. Familienangehöriger aufwachsen, sind eher Passivrauch ausgesetzt. Bei 39 Prozent der Befragten PflichtschulabsolventInnen wird im Haushalt trotz Kindern unter 15 Jahren geraucht. Bei Personen bei denen die höchste abgeschlossene Schulbildung Matura/Uni/FH ist, sind es nur neun Prozent.

Abbildung 132: Anzahl der gerauchten Zigaretten pro Tag nach Alter

Zigaretten pro Tag nach Alter und Geschlecht



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=572 (nur regelmäßige RaucherInnen)

Betrachtet man nur die Personen, die rauchen, ergibt sich folgendes Bild: Unter den jungen, rauchenden Männern zwischen 15 und 29 Jahren konsumiert der Großteil (58 Prozent) täglich zwischen zehn und 20 Zigaretten. Bei den rauchenden Frauen derselben Altersgruppe sind es 54 Prozent, die diese Menge pro Tag konsumieren. Weitere 40 Prozent dieser jungen Frauen rauchen maximal zehn Zigaretten pro Tag und nur sechs Prozent sind sehr starke Raucherinnen (mehr als 20 Zigaretten pro Tag).

Bei den männlichen Rauchern nimmt mit zunehmendem Alter der Anteil der starken Raucher (über 20 Zigaretten pro Tag) zu. Während „nur“ 22 Prozent der jungen Raucher täglich mehr als 20 Zigaretten rauchen, sind es bei den 30- bis 49-Jährigen 41 Prozent und bei den über 50-Jährigen sogar die Hälfte der Raucher. Unter den Raucherinnen liegt der Anteil der starken Raucherinnen in allen Altersgruppen unter jenen der Männer. Sechs Prozent der jungen Raucherinnen, ein Fünftel der 30-

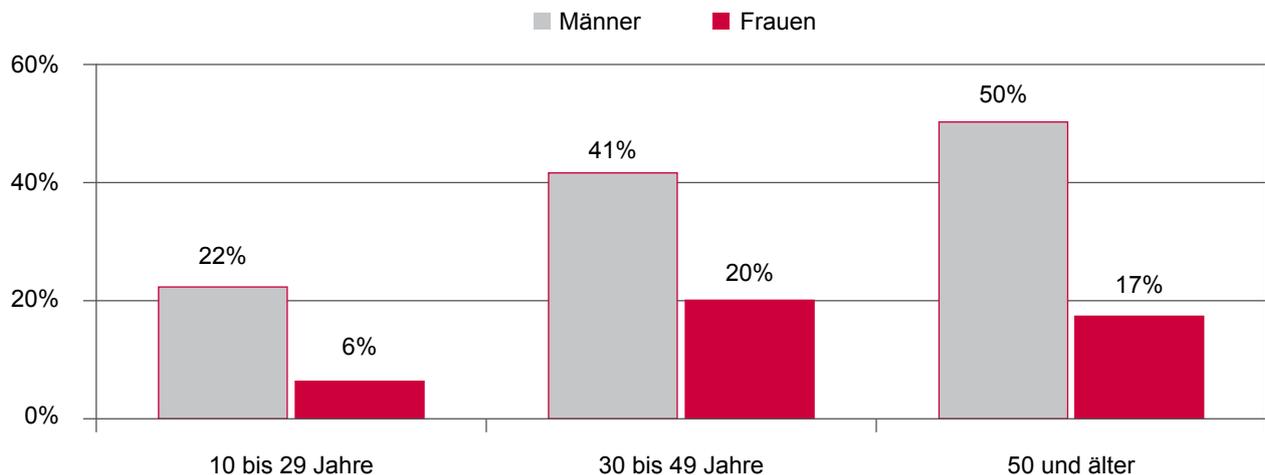
bis 49-jährigen Raucherinnen und 17 Prozent der über 50-jährigen Raucherinnen konsumieren pro Tag mehr als 20 Zigaretten.

Der Anteil der RaucherInnen, die mehr als 20 Zigaretten pro Tag rauchen, ist in der Altersgruppe der über 50-Jährigen am größten (35 Prozent), während er bei den 30- bis 49-jährigen RaucherInnen bei 32 Prozent, und bei den 15- bis 29-Jährigen bei 14 Prozent liegt. 56 Prozent der 15- bis 29-jährigen RaucherInnen konsumieren täglich zwischen zehn und 20 Zigaretten. In der Altersgruppe der 30- bis 49-jährigen RaucherInnen rauchen 48 Prozent und in der Altersgruppe der über 50-Jährigen 46 Prozent täglich zwischen zehn und 20 Zigaretten.

Knapp 30 Prozent der 15- bis 29-jährigen RaucherInnen rauchen pro Tag maximal zehn Zigaretten. In der Altersgruppe der 30- bis 49-jährigen RaucherInnen rauchen 21 Prozent und bei den über 50-jährigen RaucherInnen etwa 19 Prozent täglich maximal zehn Zigaretten.

Abbildung 133: Anteil der starken RaucherInnen an den regelmäßigen RaucherInnen

Anteil der starken RaucherInnen (über 20 Zigaretten pro Tag) nach Altersgruppen



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=572

Fakten

- 68 Prozent der Befragten sind NichtraucherInnen. Der NichtraucherInnenanteil setzt sich aus 41 Prozent „echten“ NichtraucherInnen, die niemals geraucht haben, und 27 Prozent Ex-RaucherInnen zusammen.
- 23 Prozent der RaucherInnen rauchen weniger als 10 Zigaretten pro Tag und knapp die Hälfte raucht zwischen 11 und 20 Zigaretten. 28 Prozent der RaucherInnen greifen täglich zu mehr als 20 Zigaretten.
- Der Anteil der Personen, die täglich zur Zigarette greifen, ist sowohl bei Männern (35 Prozent), als auch bei den Frauen (29 Prozent) in der Gruppe mittleren Alters (30 bis 49 Jahre) am größten.
- Der RaucherInnenanteil ist unter den am höchsten gebildeten Männern und Frauen am geringsten.
- Vor allem bei den Männern ist der Raucheranteil unter Arbeitern (49 Prozent rauchen) deutlich höher, als bei Angestellten (21 Prozent rau-

chen). Bei den Frauen sind diese Unterschiede - wenn auch nicht so stark - ebenfalls vorhanden (Arbeiterinnen: 29 Prozent Raucherinnen, Angestellte 22 Prozent RaucherInnen).

- Je höher das Äquivalenzeinkommen der Befragten, desto geringer ist der RaucherInnenanteil.
- Unter jenen Personen, die ihre subjektive Gesundheit als ungünstig einschätzen, ist der Anteil an RaucherInnen deutlich höher, als unter Personen mit besserer subjektiver Gesundheit. Die Unterschiede sind bei Männern stärker zu beobachten als bei Frauen.
- Männer und Frauen mit schlechtem Gesundheitszustand leben häufiger in Haushalten, in deren Innenräumen geraucht wird.
- Kinder, die in Haushalten mit niedriger Schulbildung der Eltern bzw. Familienangehöriger aufwachsen, sind eher Passivrauch ausgesetzt als Kinder, die in Haushalten mit hoher Schulbildung der Eltern oder anderer Familienangehöriger aufwachsen.

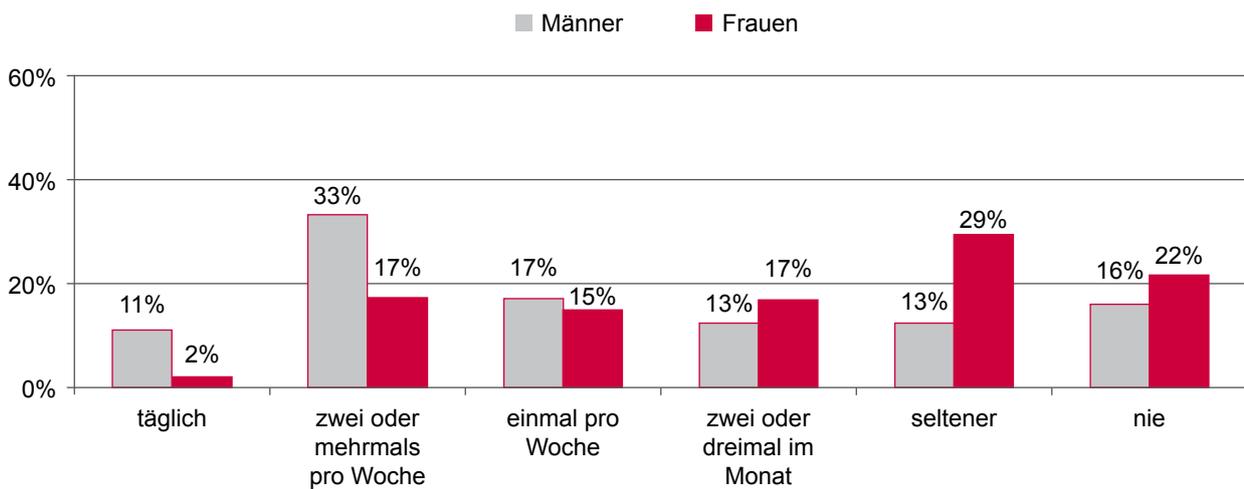
4.4. Alkohol

11 Prozent der Männer, aber nur zwei Prozent der Frauen geben an, täglich Alkohol zu konsumieren. 33 Prozent der Männer und 17 Prozent der Frauen trinken zwei- oder mehrmals in der Woche Alkohol. 16 Prozent der Männer und 22 Prozent der Frauen trinken überhaupt keinen Alkohol.

Sowohl für Männer als auch für Frauen gilt (wenn auch auf unterschiedlichem Niveau): Je höher das Alter, desto höher ist die Frequenz des Alkoholkonsums.

Abbildung 134: Alkoholkonsum - Frequenz

Alkoholkonsum von Männern und Frauen

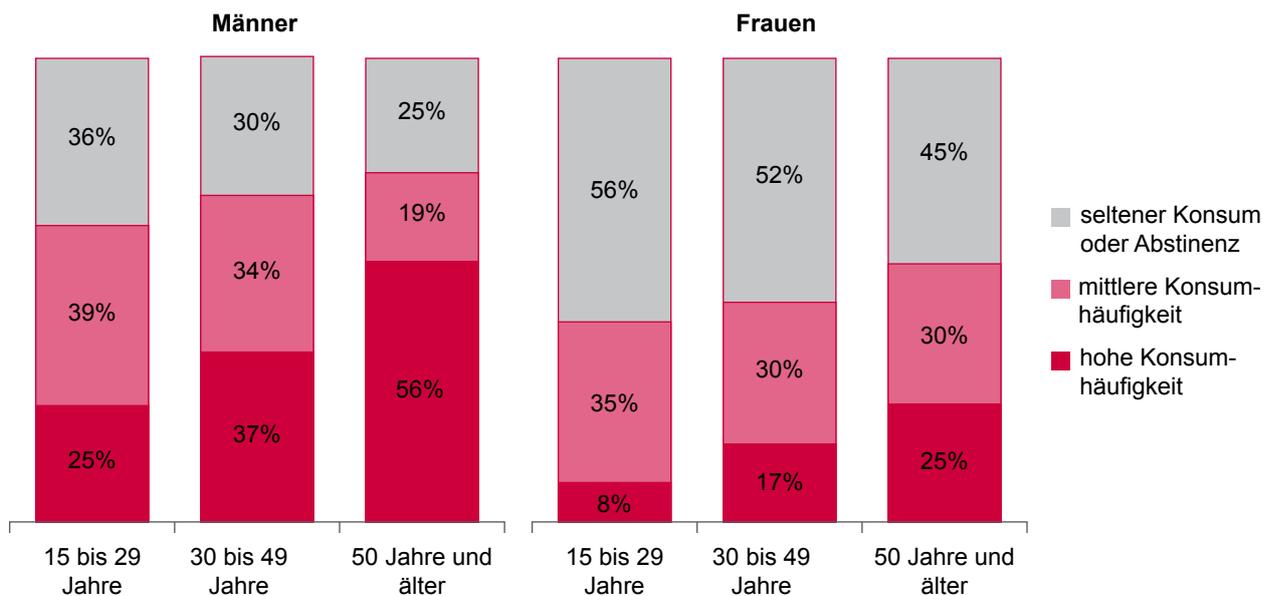


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.357

25 Prozent der jungen Männer, aber nur acht Prozent der jungen Frauen weisen eine hohe Konsumhäufigkeit auf.³⁷ Bei beiden Geschlechtern ist in dieser Altersgruppe der Anteil an seltenen Konsumenten von Alkohol oder abstinenter Personen am größten: 36 Prozent der jungen Männer und sogar 56 Prozent der jungen Frauen trinken selten oder nie Alkohol. 56 Prozent der Männer der Altersgruppe der über 50-Jährigen und ein Viertel der Frauen derselben Altersgruppe weisen eine hohe Konsumhäufigkeit auf.

Abbildung 135: Alkoholkonsum (Frequenz) nach Alter

Alkoholkonsum (Frequenz) nach Alter und Geschlecht



Quelle: Linzer Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.351

³⁷ hohe Konsumhäufigkeit = täglicher oder zwei bis mehrmals wöchentlicher Alkoholkonsum

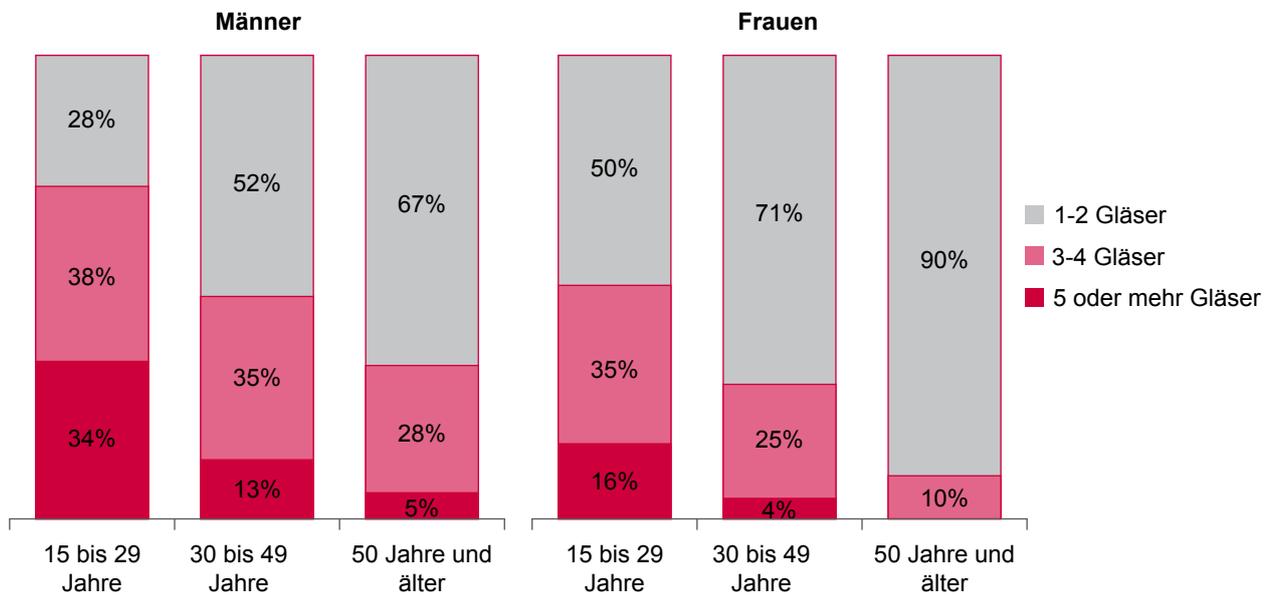
GESUNDHEITSRELEVANTE VERHALTENSWEISEN

Neben der Frequenz des Alkoholkonsums ist natürlich auch die Quantität der konsumierten Gläser von Bedeutung. Die LinzerInnen und Linzer wurden gefragt: „Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an so einem Tag?“³⁸ Hier zeigt sich ein völlig konträres Bild: Je jünger die Befragten, desto größer ist die Menge an Alkohol, die an einem „Konsumtag“ getrunken wird.

34 Prozent der 15- bis 29-jährigen Alkoholkonsumenten trinken an einem Konsumtag üblicherweise fünf oder mehr Gläser Alkohol. Mit steigendem Alter geht der Anteil der Männer mit höher dosiertem Alkoholkonsum stetig zurück: 13 Prozent der 30- bis 49-jährigen Männer und nur fünf Prozent der über 50-Jährigen trinken an einem Konsumtag üblicherweise fünf oder mehr Gläser Alkohol.

Abbildung 136: Alkoholmenge nach Alter

Alkoholkonsum (Menge) nach Alter und Geschlecht



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=1.857

³⁸ Glas entspricht: 0,5l Bier oder 1/4l Wein oder 0,2cl Spirituosen

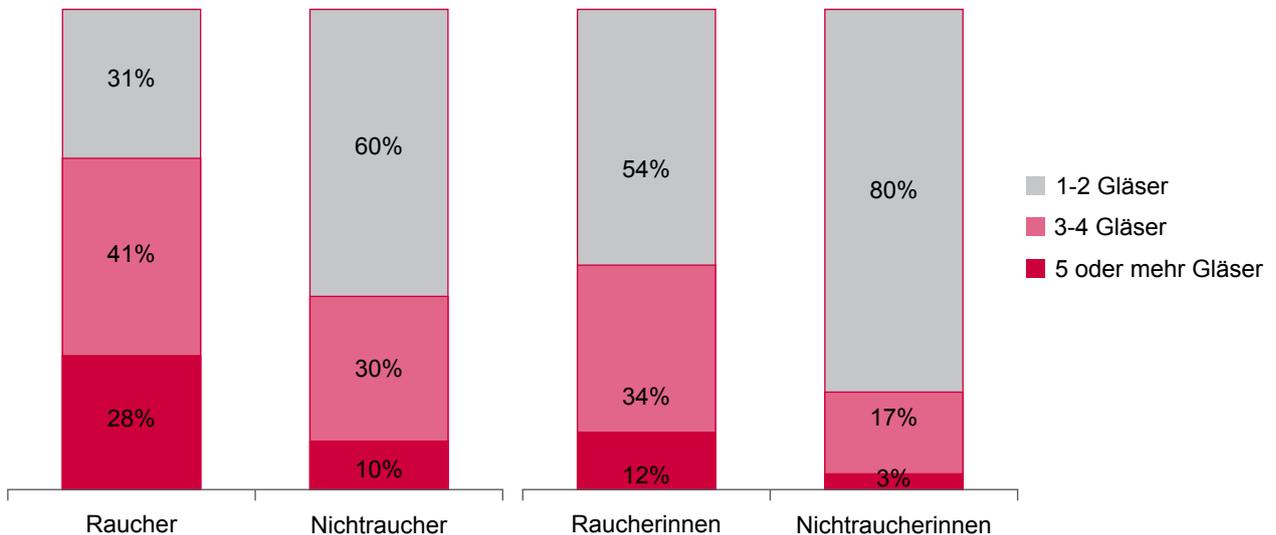
Bei den Frauen zeigt sich ein ähnliches Bild, wenn auch auf unterschiedlichem Niveau. 16 Prozent der jungen AlkoholkonsumentInnen trinken an einem Konsumtag üblicherweise fünf oder mehr Gläser Alkohol. In der Altersgruppe der 30- bis 49-jährigen AlkoholkonsumentInnen liegt der Anteil der Frauen mit höher dosiertem Alkoholkonsum bei lediglich vier Prozent, bei den über

50-jährigen AlkoholkonsumentInnen liegt dieser Anteil sogar unter der Wahrnehmungsgrenze.

Interessant erscheint auch die Tatsache, dass Raucherinnen und Raucher, wenn sie Alkohol konsumieren, eher zu größeren Alkoholmengen greifen, als dies Nichtraucherinnen und Nichtraucher tun.

Abbildung 137: Alkoholmenge nach RaucherInnenstatus

Alkoholkonsum (Menge) nach RaucherInnenstatus



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=1.854

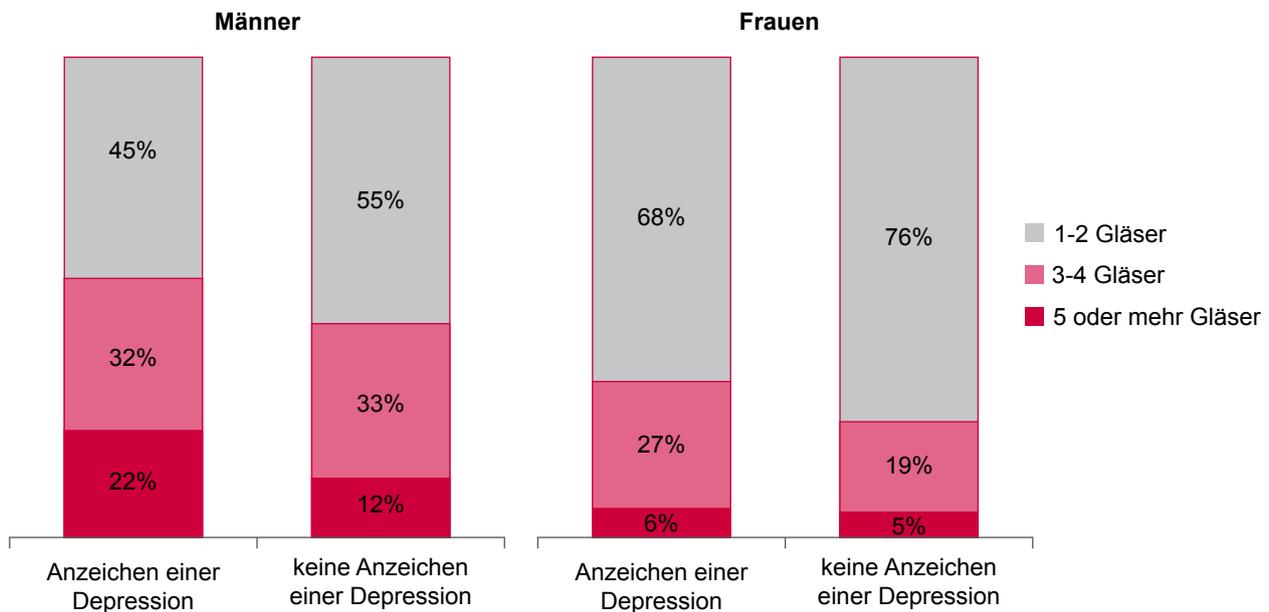
Bei den Männern geben 28 Prozent der Raucher, aber nur zehn Prozent der Nichtraucher an, an einem Konsumtag üblicherweise fünf oder mehr Gläser Alkohol zu trinken. Umgekehrt belassen es „nur“ 31 Prozent der männlichen Raucher aber 60 Prozent der Nichtraucher an einem Konsumtag für gewöhnlich bei ein bis zwei Gläsern. Bei den Frauen geben zwölf Prozent der Raucherinnen, jedoch nur drei Prozent der Nichtraucherinnen an, an einem Konsumtag üblicherweise fünf oder mehr Gläser Alkohol zu trinken. Etwas mehr als die Hälfte der Alkohol konsu-

mierenden Raucherinnen und 80 Prozent der Nichtraucherinnen trinken an einem Konsumtag für gewöhnlich ein bis zwei Gläser Alkohol.

Personen, bei denen laut Angaben bei der Befragung eine verminderte psychische Gesundheit vorliegt, neigen ebenfalls in größerem Ausmaß dazu - wenn sie Alkohol trinken - eher zu größeren Mengen zu greifen, als dies psychisch unbelastete Personen tun.

Abbildung 138: Alkoholmenge und psychische Gesundheit

Alkoholkonsum (Menge) und seelische Gesundheit



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=1.790

22 Prozent der Alkohol konsumierenden Männer, die Anzeichen einer Depression aufweisen, trinken an einem Konsumtag üblicherweise fünf oder mehr Gläser Alkohol. Bei Männern, bei denen diese Anzeichen einer Depression nicht vorhanden sind, trinken nur zwölf Prozent diese Menge an einem üblichen Konsumtag. Bei den Frauen sind die Unterschiede bei den großen Mengen (5 oder

mehr Gläser) nicht gravierend. Allerdings geben 76 Prozent der Alkohol konsumierenden Frauen ohne Anzeichen einer Depression und nur 68 Prozent der Frauen mit Anzeichen einer Depression an, an einem Konsumtag üblicherweise höchstens ein bis zwei Gläser Alkohol zu trinken.

Fakten

- Elf Prozent der befragten Männer, aber nur zwei Prozent der Frauen geben an, täglich Alkohol zu konsumieren. Ein Drittel der Männer und 17 Prozent der Frauen konsumieren zwei- oder mehrmals pro Woche Alkohol.
- 16 Prozent der Männer und 22 Prozent der Frauen leben abstinent.
- Der Anteil an Personen, die eine hohe Konsumhäufigkeit aufweisen, ist in den älteren Alterssegmenten größer als in den jüngeren.
- Der Anteil der Personen, die an einem normalen

Konsumtag eine erhöhte Konsummenge aufweisen, ist wiederum bei den jüngeren Personen größer als in älteren Alterssegmenten.

- Unter Rauchern und Raucherinnen ist der Anteil an Personen, die an einem normalen Konsumtag eine erhöhte Alkoholquantität aufweisen, größer als unter NichtraucherInnen.
- Weiters neigen Personen mit verminderter psychischer Gesundheit ebenfalls eher dazu - wenn sie Alkohol trinken - zu größeren Mengen zu greifen, als psychisch unbelastete Personen.

5. LEBENSSTIL- GRUPPEN UND LEBENSQUALITÄT

5.1. Lebensstilgruppen

Das statistische Verfahren der Clusteranalyse dient dazu, eine Menge von Objekten (hier: Personen) in Gruppen zu unterteilen, wobei jede Gruppe in sich möglichst homogen sein sollte und die Gruppen untereinander möglichst heterogen sein sollten. Durch die Anwendung einer Clusterzentrenanalyse konnten die Befragten der Linzer Gesundheitsumfrage hinsichtlich ihres Gesundheitsverhaltens in drei verschiedene Gruppen unterteilt werden.

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wurden in der Linzer Gesundheitsbefragung mittels verschiedener Fragen zu den Themen Ernährung, Rauchen, Bewegung und Alkoholkonsum erhoben. Jede/r Befragte wurde aufgrund seiner/ihrer Angaben zu diesen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen einer Gruppe (Cluster) zugeordnet.

In der nachfolgenden Grafik ist die Zusammensetzung der drei berechneten Cluster abgebildet. Die Ausprägung nach oben oder nach unten zeigt die Differenz eines

durchschnittlichen Mitglieds eines Clusters zum durchschnittlichen Mitglied der Gesamtbevölkerung. So zeichnet sich beispielsweise ein Mitglied des Cluster 1 durch überdurchschnittlich sportliches Verhalten aus. Anhand des Ergebnisses in der Abbildung können die Cluster inhaltlich interpretiert werden:

- **Verhaltens-Cluster 1 („aktive, ernährungsbewusste Lebensweise“):** Überdurchschnittlich hohe sportliche Aktivität, gepaart mit bewusster Ernährung.
- **Verhaltens-Cluster 2 („inaktive, abstinente Lebensweise“):** Geringer und seltener Alkoholkonsum und leicht unterdurchschnittliche Bewegung.
- **Verhaltens-Cluster 3 („ungesunde Lebensweise“):** Leicht unterdurchschnittliche sportliche Aktivität, bei stark unterdurchschnittlicher bewusster Ernährung und erhöhtem Zigarettenkonsum.

Abbildung 139: Verhaltens-Cluster

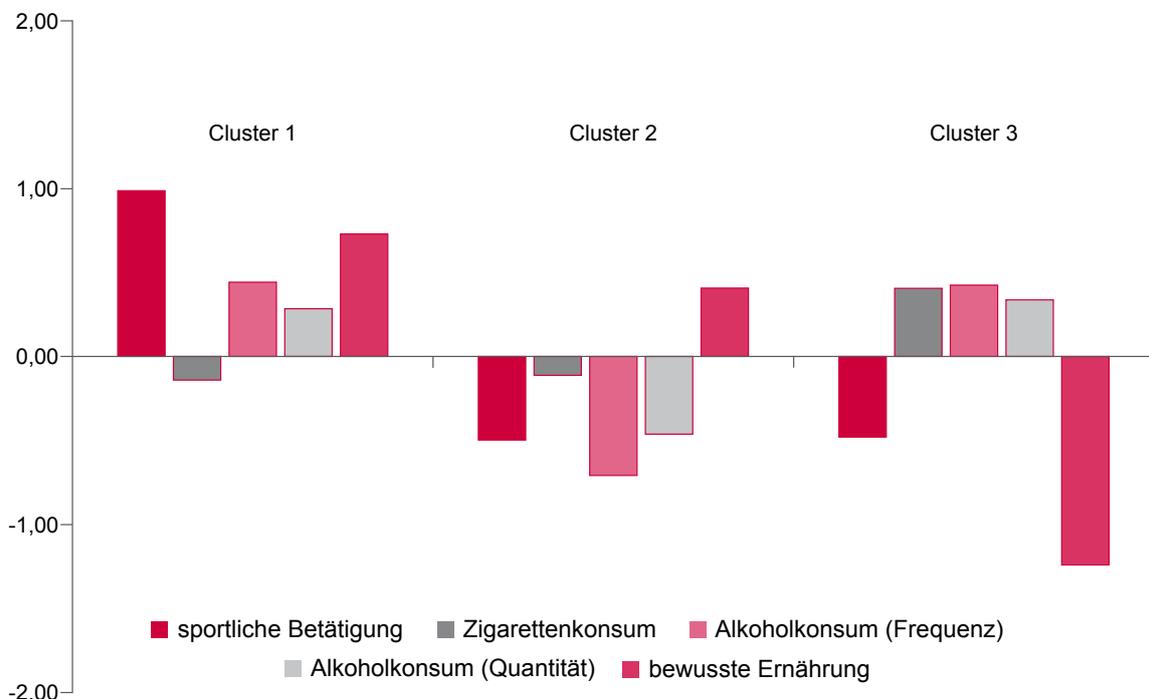
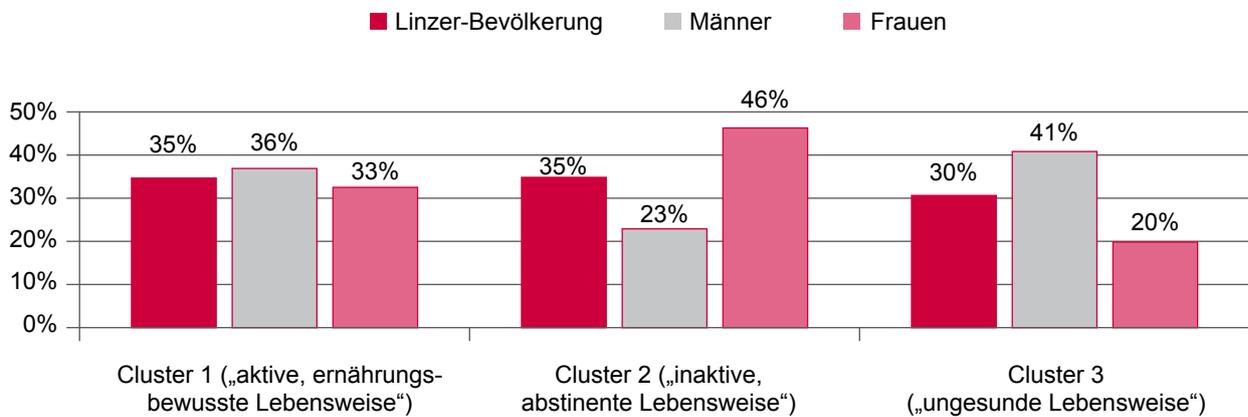


Abbildung 140: Verbreitung der Verhaltens-Cluster in der Linzer Bevölkerung

Anteil der Cluster an der Gesamtbevölkerung in der Linzer Bevölkerung



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.201

Nun interessiert, in welchem Ausmaß die drei Verhaltenscluster in der Bevölkerung verbreitet sind und wie sich ihre soziodemographische Zusammensetzung gestaltet.

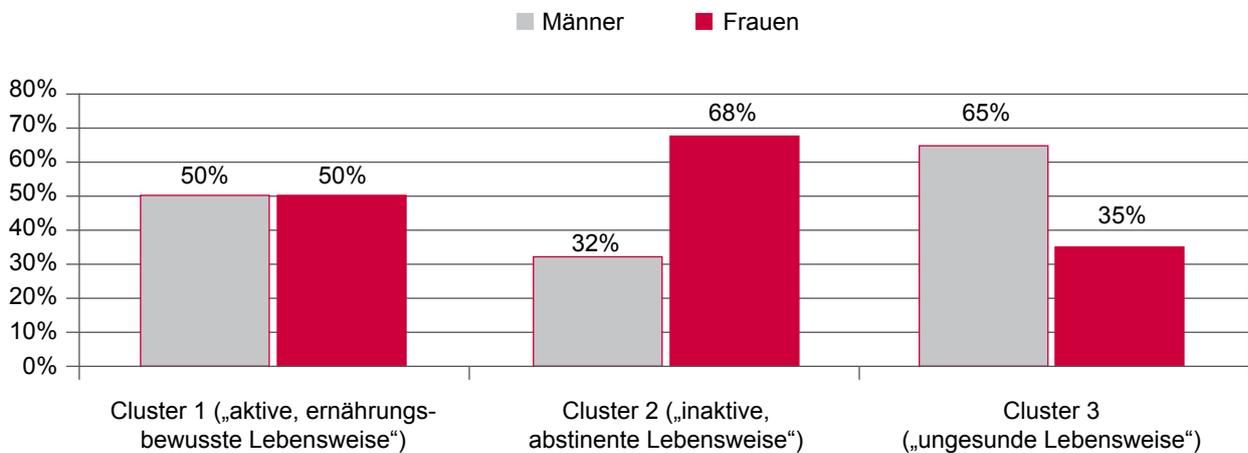
Insgesamt sind die Cluster in ähnlich großen Anteilen in der Linzer Bevölkerung vertreten. Der größte Cluster bei den Frauen ist der zweite: 46 Prozent fallen in diese Gruppe, die sich vor allem durch geringen und seltenen Alkoholkonsum auszeichnet. Die relative Mehrheit der Männer (41 Prozent) ist Teil des dritten Clusters („ungesunde Lebensweise“), der durch wenig bewusste Ernährung und leicht unterdurchschnittliche sportliche

Aktivität und erhöhten Zigarettenkonsum auffällt. Bei beiden Geschlechtern etwa gleich häufig vertreten ist der Cluster 1: 33 Prozent der Frauen und 36 Prozent der Männer gehören zu der Gruppe der sportlich aktiven und ernährungsbewussten Personen.

Betrachtet man nun die Cluster für sich, so zeigt sich, dass der Cluster 1 je zur Hälfte von Männern und Frauen zusammengesetzt ist, während in Cluster 3 die Männer (65 Prozent) und in Cluster 2 die Frauen (68 Prozent) überwiegen.

Abbildung 141: Verhaltens-Cluster und Geschlecht

Anteil des Geschlechts in den Verhaltens-Clustern

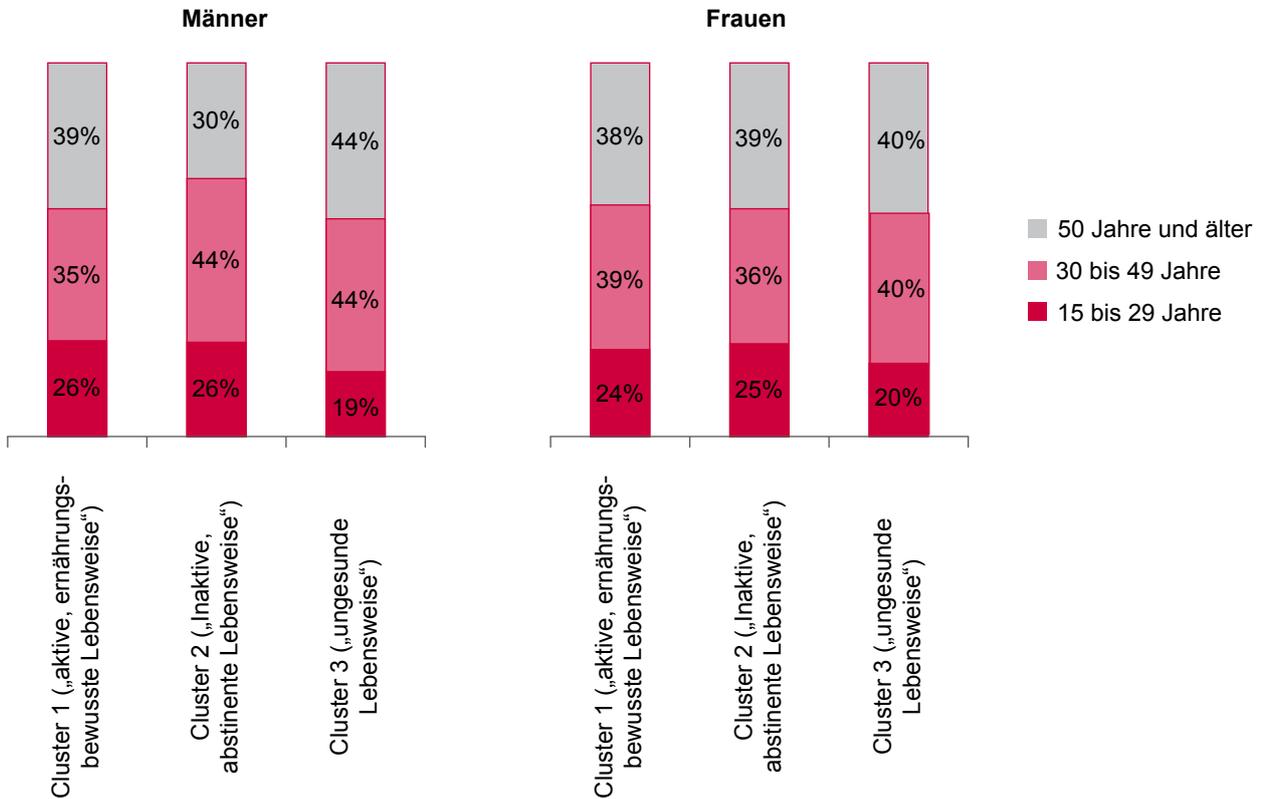


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.201

LEBENSSTILGRUPPEN UND LEBENSQUALITÄT

Abbildung 142: Verhaltens-Cluster und Alter

Anteil der Altersgruppen in den Verhaltens-Clustern



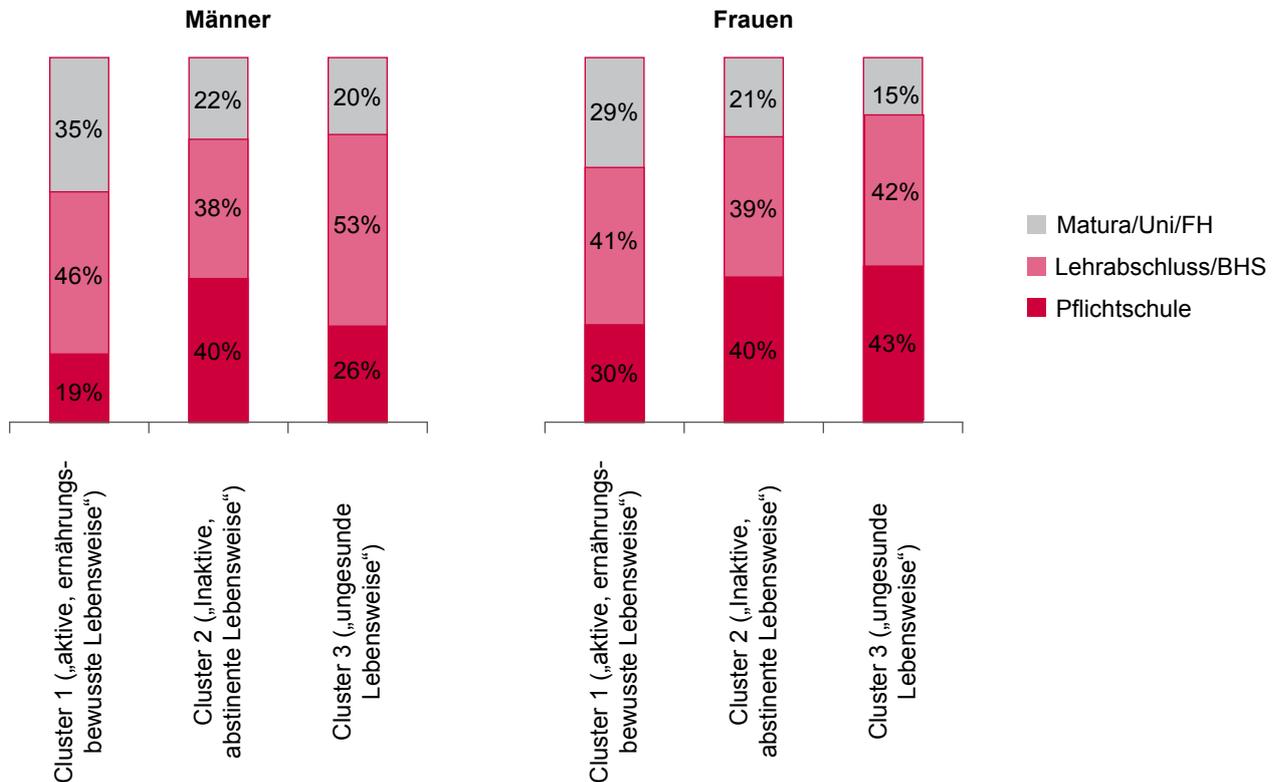
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.196

Bei den Frauen weicht die Altersverteilung der einzelnen Cluster nicht wesentlich voneinander ab. Nur im Cluster 3 („ungesunde Lebensweise“) lassen sich etwas weniger junge Frauen (20 Prozent unter 30 Jahre) beobachten als in den beiden anderen Clustern (24 bzw. 25 Prozent).

Bei den Männern weist Cluster 2 („inaktive, abstinente Lebensweise“) einen geringeren Anteil an älteren Menschen auf (30 Prozent über 50 Jahre) als die beiden anderen Lebensstilcluster (39 bzw. 44 Prozent). In Cluster 3 („ungesunde Lebensweise“) sind hingegen etwas weniger junge Männer vertreten (20 Prozent unter 30 Jahre) als in den beiden übrigen Clustern (jeweils 26 Prozent).

Abbildung 143: Verhaltens-Cluster und Bildung

Anteil der Bildungsgruppen nach Verhaltens-Cluster



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.173

In Cluster 1 ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen der Anteil der höher Gebildeten deutlich größer, als in den beiden anderen Clustern. Männer, die Teil des dritten Clusters sind, sind mehrheitlich der zweiten Bildungsstufe (Lehrabschluss/BHS) zuzuordnen (53 Prozent), während bei den Männern in Cluster 2 die Pflichtschulabsolventen die relative Mehrheit ausmachen (40 Prozent). Der dritte Cluster ist bei den Frauen jener Cluster mit dem geringsten Anteil an höher Gebildeten (15 Prozent).

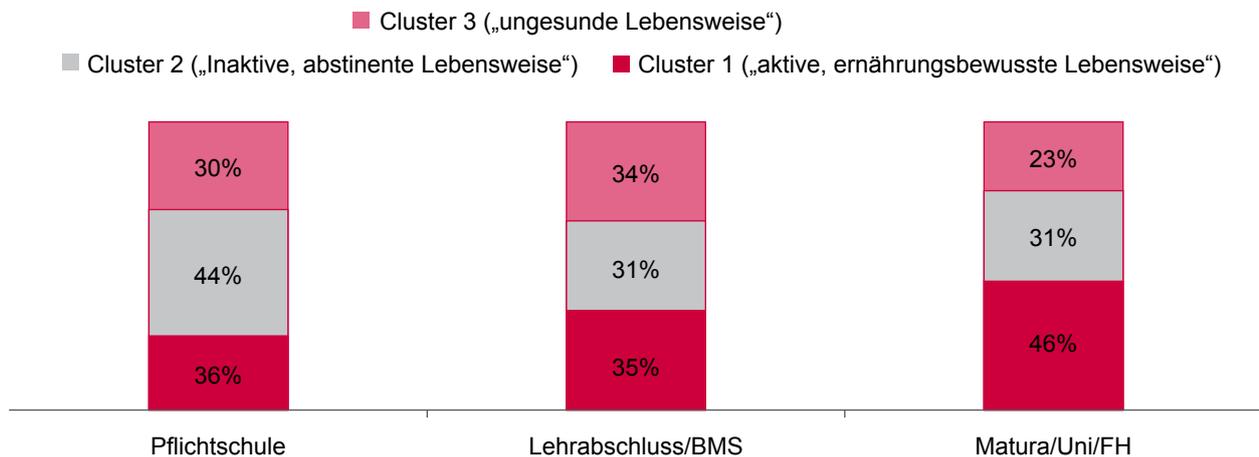
Die Werte in Cluster 2 entsprechen bei den Frauen in etwa jenen der weiblichen Durchschnittsbewölkerung.

Personen mit hohem Bildungsabschluss gehören fast zur Hälfte (46 Prozent) dem Verhaltenscluster 1 („aktive, ernährungsbewusste Lebensweise“) an, während 31 Prozent dem zweiten („inaktive, abstinente Lebensweise“) und 23 Prozent dem dritten („ungesunde Lebensweise“) Cluster zugeordnet werden können.

LEBENSSTILGRUPPEN UND LEBENSQUALITÄT

Abbildung 144: Schulbildung und Lebensstil

Schulbildung und Lebensstil

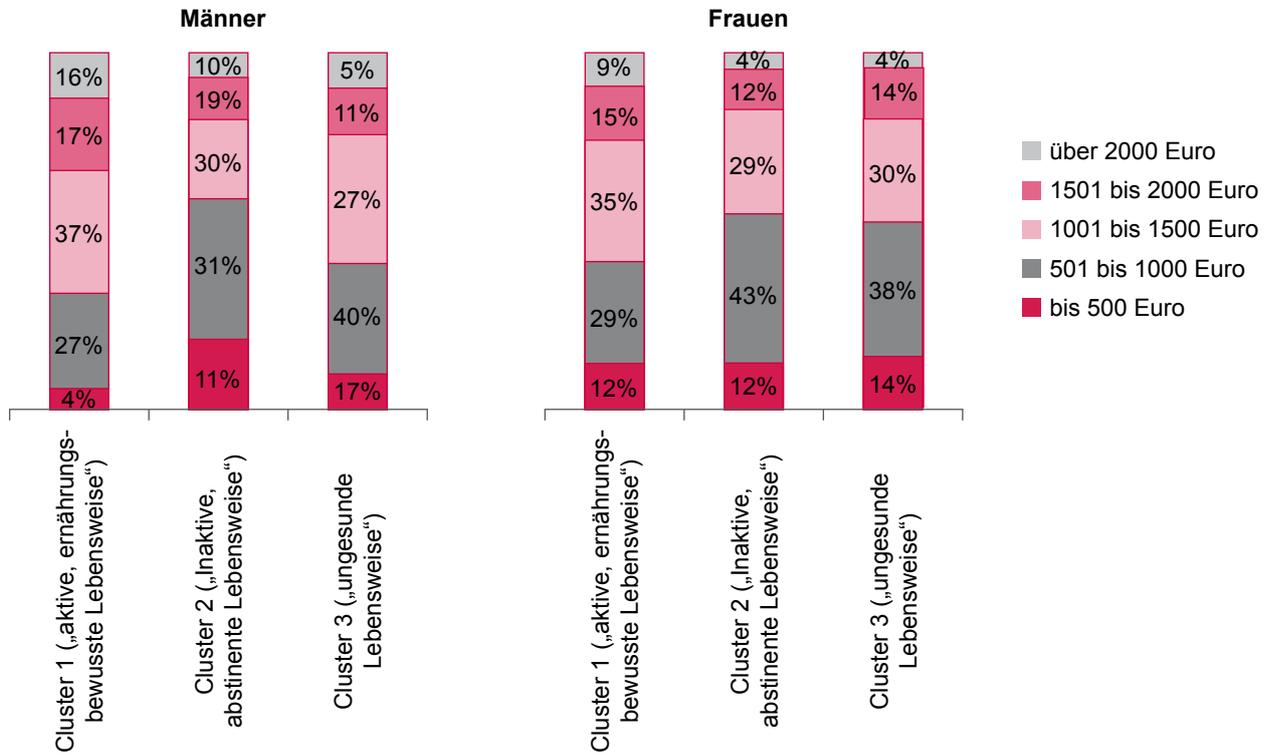


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.173

Personen mit mittlerer Bildung (Lehrabschluss/BMS) verteilen sich mit beinahe jeweils einem Drittel auf die drei eruierten Verhaltenscluster. Nur etwa ein Viertel der PflichtschulabsolventInnen fällt in den Verhaltenscluster 1, 44 Prozent in den zweiten und 30 Prozent in den dritten Verhaltenscluster.

Abbildung 145: Anteil der Einkommensgruppen in den Verhaltens-Clustern

Anteil des Äquivalenzeinkommens nach Verhaltens-Cluster



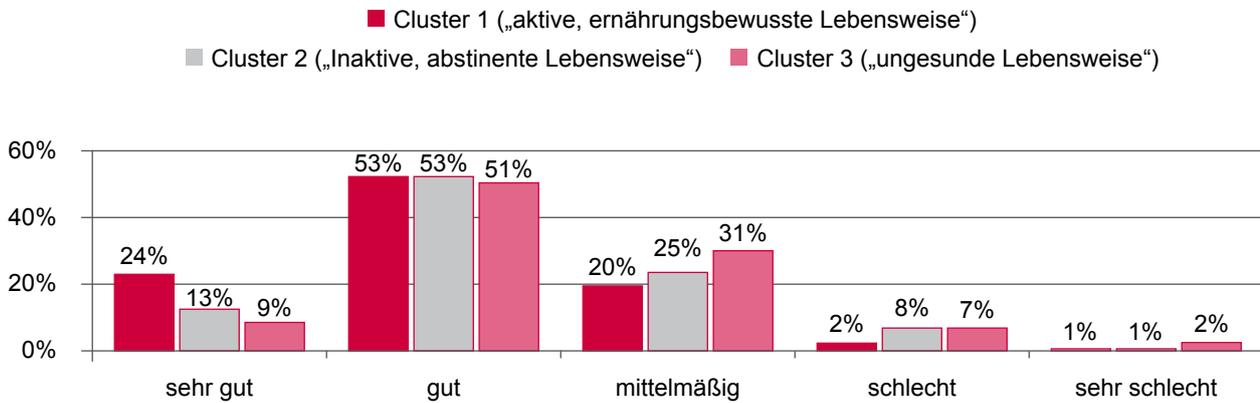
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.017

Hinsichtlich des Einkommens zeigt sich, dass in Cluster 1 („aktive, ernährungsbewusste Lebensweise“) sowohl bei Männern als auch bei Frauen der Anteil der Personen mit höherem Einkommen größer als in den beiden anderen Clustern ist. Während in Cluster 3 die Mehrheit der Männer über ein Äquivalenzeinkommen von über 1.000 Euro verfügt, muss die Mehrheit der Männer in Cluster 2 mit weniger als 1.000 Euro pro Monat das Auslangen finden.

LEBENSSTILGRUPPEN UND LEBENSQUALITÄT

Abbildung 146: Lebensstil und subjektive Gesundheit

Subjektive Gesundheit in den jeweiligen Verhaltens-Clustern



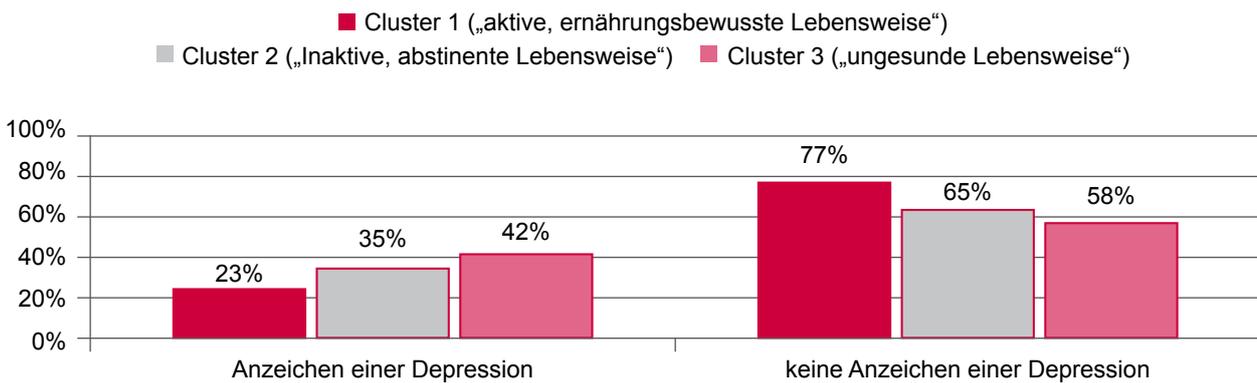
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.198

Die aktiven und ernährungsbewussten Personen des Clusters 1 verfügen über einen deutlich besseren subjektiven Gesundheitszustand, als dies bei den Personen der Cluster 2 und 3 der Fall ist. 24 Prozent der „sportlich Aktiven und Ernährungsbewussten“, aber nur 13 Prozent der Personen des Clusters 2 und gar nur neun Prozent

der Personen des Clusters 3 („ungesunde Lebensweise“) geben an, bei sehr guter Gesundheit zu sein. 40 Prozent der Personen in Cluster 3 („ungesunde Lebensweise“) geben an, dass ihr Gesundheitszustand mittelmäßig (31 Prozent), schlecht (7 Prozent) oder sehr schlecht (2 Prozent) ist.

Abbildung 147: Lebensstil und psychische Gesundheit

Anzeichen einer Depression in den jeweiligen Verhaltens-Clustern



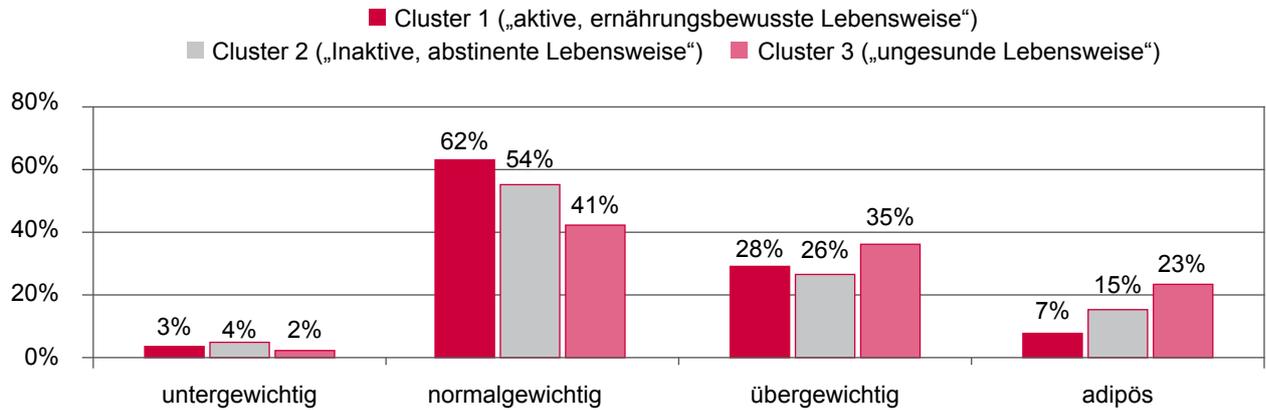
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.128

Während bei 42 Prozent der Personen des dritten Clusters („ungesunde Lebensweise“) und bei 35 Prozent der Personen des zweiten Clusters („inaktive, abstinente

Lebensweise“) Anzeichen einer Depression bestehen, ist dies bei nur 23 Prozent der Personen des ersten Clusters („aktive, ernährungsbewusste Lebensweise“) der Fall.

Abbildung 148: Lebensstil und BMI

Body-Mass-Index in den jeweiligen Verhaltens-Clustern



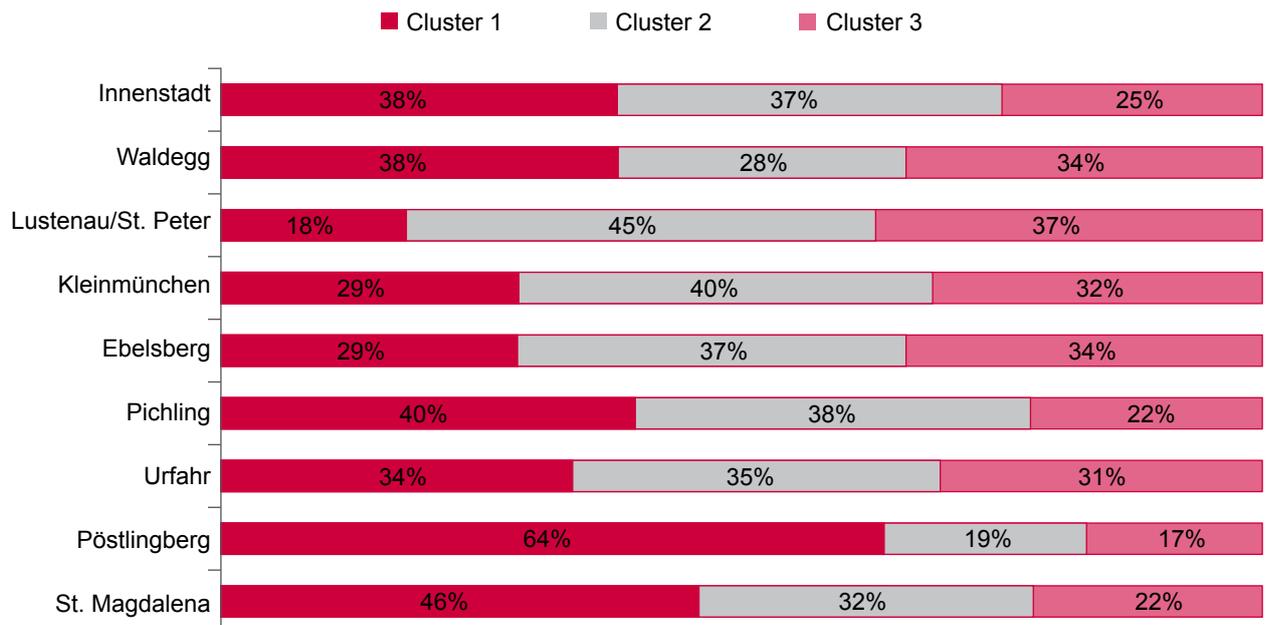
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.166

Mehr als die Hälfte der Personen des dritten Clusters ist entweder übergewichtig oder adipös (58 Prozent), während nur 41 Prozent normalgewichtig sind. Personen des ersten Clusters sind überwiegend (62 Prozent) nor-

malgewichtig. Im zweiten Cluster sind 54 Prozent normalgewichtig, 26 Prozent übergewichtig und 15 Prozent adipös.

Abbildung 149: Lebensstil und Wohnort

Wohnort und Lebensstil



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.179

Die Wohnbezirke Pöstlingberg und St. Magdalena haben einen großen Anteil an Personen, die durch ihre gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen dem Cluster 1 („aktive, ernährungsbewusste Lebensweise“) zuzuordnen sind. Lustenau/St. Peter hat den prozentuell geringsten Anteil an Personen, die dem Cluster 1 zuzuordnen sind. Fast die Hälfte (45 Prozent) der Wohnbevölkerung aus Lustenau/St. Peter gehört dem zweiten Verhaltenscluster („inaktive, abstinente Lebensweise“) und 37 Prozent dem dritten Cluster („ungesunde Lebensweise“) an.

Fakten

- Mittels Clusterzentrenanalyse konnten die Befragten drei verschiedenen Lebensstilgruppen zugeteilt werden: 1. „aktive, ernährungsbewusste Lebensweise“, 2. „inaktive, abstinente Lebensweise“ und 3. „ungesunde Lebensweise“.
- 35 Prozent der Linzer Bevölkerung (36 Prozent der Männer, 33 Prozent der Frauen) sind der Gruppe mit „aktiver, ernährungsbewusster Lebensweise“ zuzuordnen, die sich durch überdurchschnittlich hohe sportliche Aktivität gepaart mit bewusster Ernährung charakterisiert. Die Analyse dieser Lebensstilgruppe hat ergeben, dass deren Mitglieder verglichen mit jenen aus den anderen Lebensstilgruppen: zu einem größeren Anteil eine höhere Schulbildung und mehr Äquivalenzeinkommen haben, zu einem größeren Anteil über eine sehr gute subjektive Gesundheit verfügen, in viel geringerem Ausmaß von psychischen Beschwerden betroffen sind, überwiegend normalgewichtig und überproportional in Stadtteilen wie Pöstlingberg und St. Magdalena vertreten sind.
- Ebenfalls 35 Prozent der Bevölkerung (23 Prozent der Männer, 46 Prozent der Frauen) sind der Gruppe mit „inaktiver, abstinenter Lebensweise“ zuzuordnen, die vor allem durch geringen und seltenen Alkoholkonsum und leicht unterdurchschnittliche Bewegung charakterisiert wird. Die Analyse dieser Lebensstilgruppe hat ergeben, dass deren Mitglieder verglichen

mit jenen aus den anderen Lebensstilgruppen: eher ein niedrigeres Äquivalenzeinkommen haben, zu einem durchschnittlichen Anteil über eine sehr gute subjektive Gesundheit verfügen, in durchschnittlichem Ausmaß von psychischen Beschwerden betroffen sind, durchschnittlich normalgewichtig und überproportional in Stadtteilen wie Lustenau/St. Peter und Kleinmünchen vertreten sind.

- 30 Prozent der Befragten (41 Prozent der Männer, 20 Prozent der Frauen) sind der Gruppe mit „ungesunder Lebensweise“ zuzuordnen, die sich mit leicht unterdurchschnittlicher sportlicher Aktivität, ausgeprägt unbewusster Ernährung und erhöhtem Zigarettenkonsum charakterisieren lässt. Die Analyse dieser Lebensstilgruppe hat ergeben, dass deren Mitglieder verglichen mit jenen aus den anderen Lebensstilgruppen: zu einem größeren Anteil dem älteren Bevölkerungssegment zuzuordnen sind, überwiegend eine mittlere Schulbildung haben, eher ein durchschnittliches Äquivalenzeinkommen haben, zu einem überdurchschnittlichen Anteil über eine mittelmäßige oder gar schlechte subjektive Gesundheit verfügen, in überdurchschnittlichem Ausmaß von psychischen Beschwerden betroffen sind, überwiegend übergewichtig oder adipös und überproportional in Stadtteilen wie Lustenau/St. Peter, Waldegg oder Ebelsberg vertreten sind.

5.2. Lebensqualität

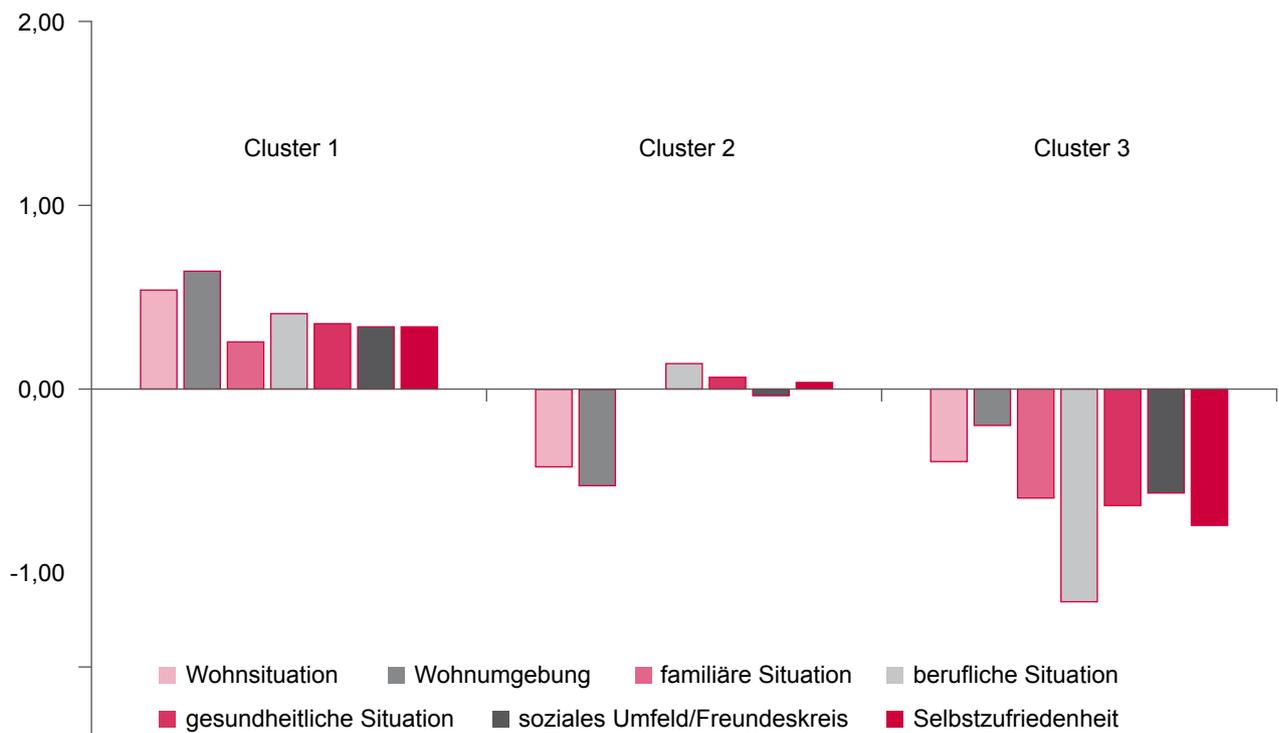
Die Lebensqualität wurde in der Linzer Gesundheitsbefragung mittels verschiedener Items zu den Bereichen Wohnen (Wohnsituation und Wohnumgebung), soziales Umfeld (familiäre Situation und Freundeskreis), die persönliche Situation (beruflich und gesundheitlich) und Selbstzufriedenheit erhoben. Auch hier konnten durch die Anwendung einer Clusterzentrenanalyse die Befragten der Linzer Gesundheitsumfrage hinsichtlich ihrer Lebensqualität in drei verschiedene Gruppen unterteilt

werden. Jede/r Befragte wurde aufgrund seiner/ihrer Angaben zu den oben genannten Bereichen einer Gruppe (Cluster) zugeordnet.

In der nachfolgenden Grafik ist die Zusammensetzung der drei berechneten Cluster abgebildet. Die Ausprägung nach oben oder nach unten zeigt die Differenz eines durchschnittlichen Mitglieds eines Clusters zum durchschnittlichen Mitglied der Gesamtbevölkerung.

Abbildung 150: Lebensqualitäts-Cluster

Lebensqualitäts-Cluster



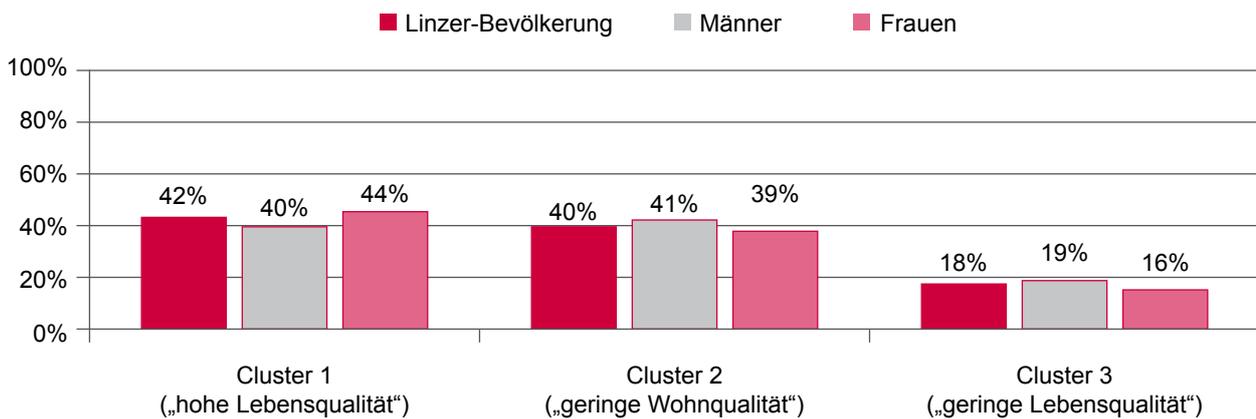
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=1.847

- **Lebensqualitäts-Cluster 1 („hohe Lebensqualität“):** Überdurchschnittliche Zufriedenheit in allen Lebensbereichen, aber vor allem bezüglich Wohnsituation, Wohnumgebung und der beruflichen Situation.
- **Lebensqualitäts-Cluster 2 („geringe Wohnqualität“):** Erhöhte Unzufriedenheit mit der Wohnsituation und der Wohnumgebung bei durchschnittlicher Zufriedenheit in den anderen Bereichen der Lebensqualität.
- **Lebensqualitäts-Cluster 3 („geringe Lebensqualität“):** Starke Unzufriedenheit mit der beruflichen Situation, geringe Selbstzufriedenheit und Unzufriedenheit mit der gesundheitlichen Situation.

LEBENSSTILGRUPPEN UND LEBENSQUALITÄT

Abbildung 151: Verbreitung der Lebensqualitäts-Cluster

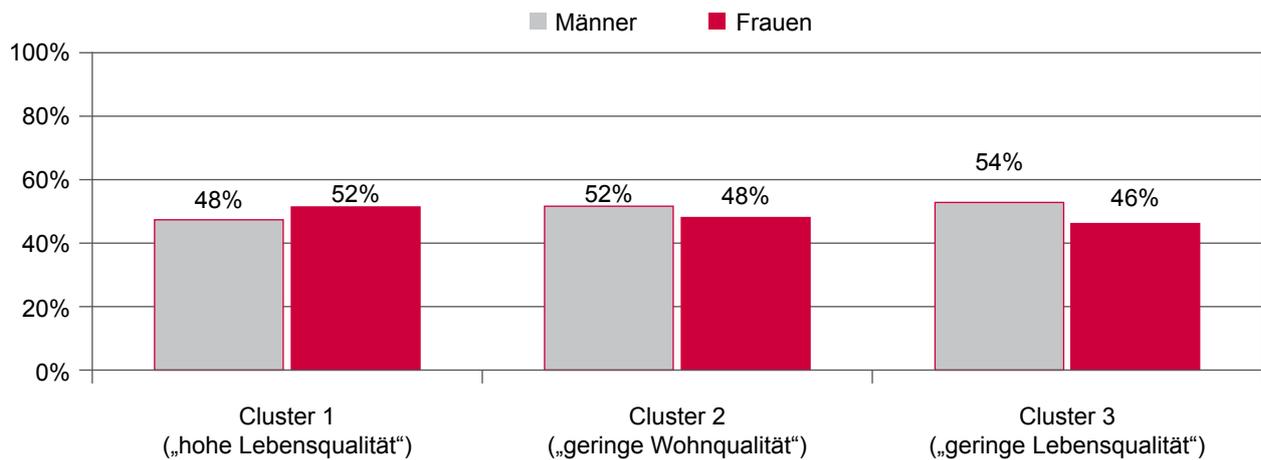
Anteil der Lebensqualitäts-Cluster an der Gesamtbevölkerung nach Geschlecht



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=1.847

Die Lebensqualitäts-Cluster 1 und 2 sind in ähnlich großen Anteilen in der Linzer Bevölkerung vertreten. Der kleinste Cluster ist der dritte („geringe Lebensqualität“): Insgesamt 18 Prozent (19 Prozent der Männer und 16 Prozent der Frauen) fallen in diese Gruppe, die sich durch geringe Lebensqualität in allen Bereichen auszeichnet. 40 Prozent der Männer und 44 Prozent der Frauen sind Teil des ersten Clusters („hohe Lebensqualität“), der sich durch überdurchschnittlich hohe Lebensqualität in allen Bereichen auszeichnet.

41 Prozent der Männer und 39 Prozent der Frauen gehören zum zweiten Cluster („geringe Wohnqualität“), der sich aus Personen zusammensetzt, die zwar mit der Wohnsituation und der Wohnumgebung weniger zufrieden sind, allerdings in allen anderen Bereichen über eine dem Durchschnitt entsprechende Zufriedenheit verfügen.

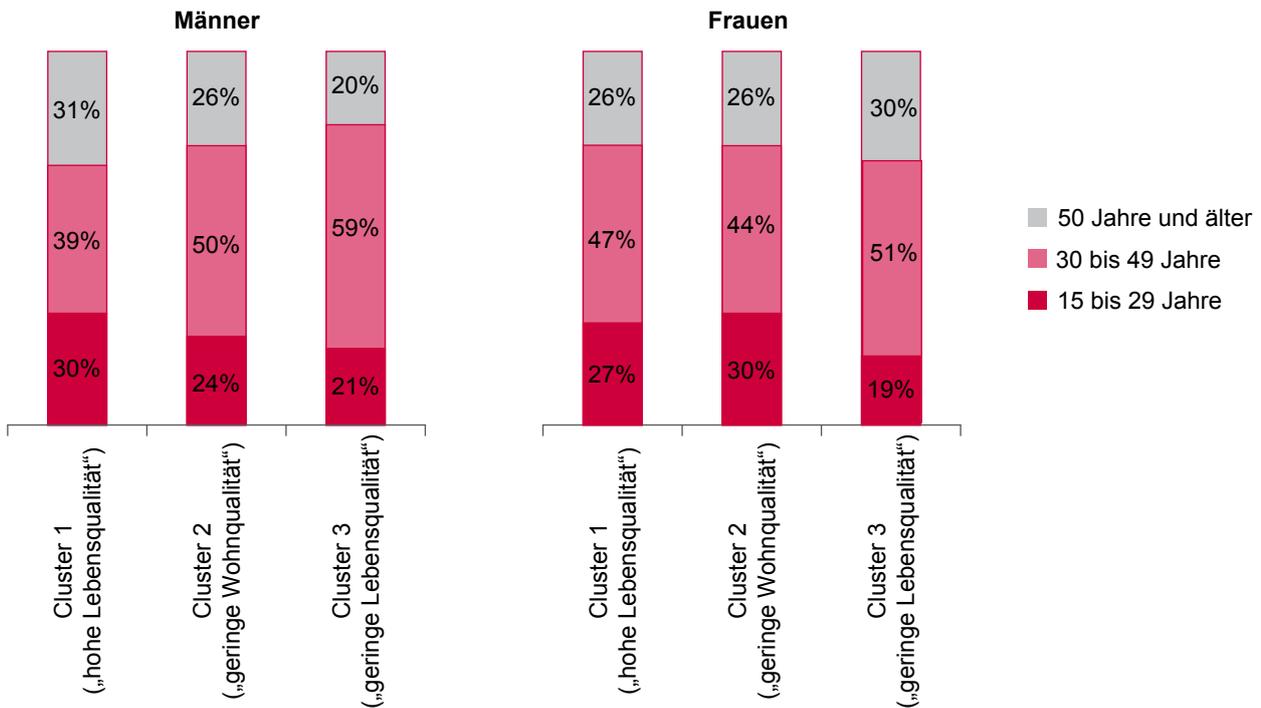
Abbildung 152: Lebensqualitäts-Cluster und Geschlecht*Anteil des Geschlechts in den Lebensqualitäts-Clustern**Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=1.847*

Betrachtet man nun die Cluster für sich, so zeigt sich, dass das Geschlechterverhältnis jeweils relativ ausgeglichen ist. Am größten ist der Unterschied im dritten Cluster („geringe Lebensqualität“), in dem die Männer mit 54 Prozent gegenüber 46 Prozent an Frauen überwiegen.

LEBENSSTILGRUPPEN UND LEBENSQUALITÄT

Abbildung 153: Lebensqualitäts-Cluster und Alter

Anteil der Altersgruppen in den Lebensqualitäts-Clustern



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=1.839

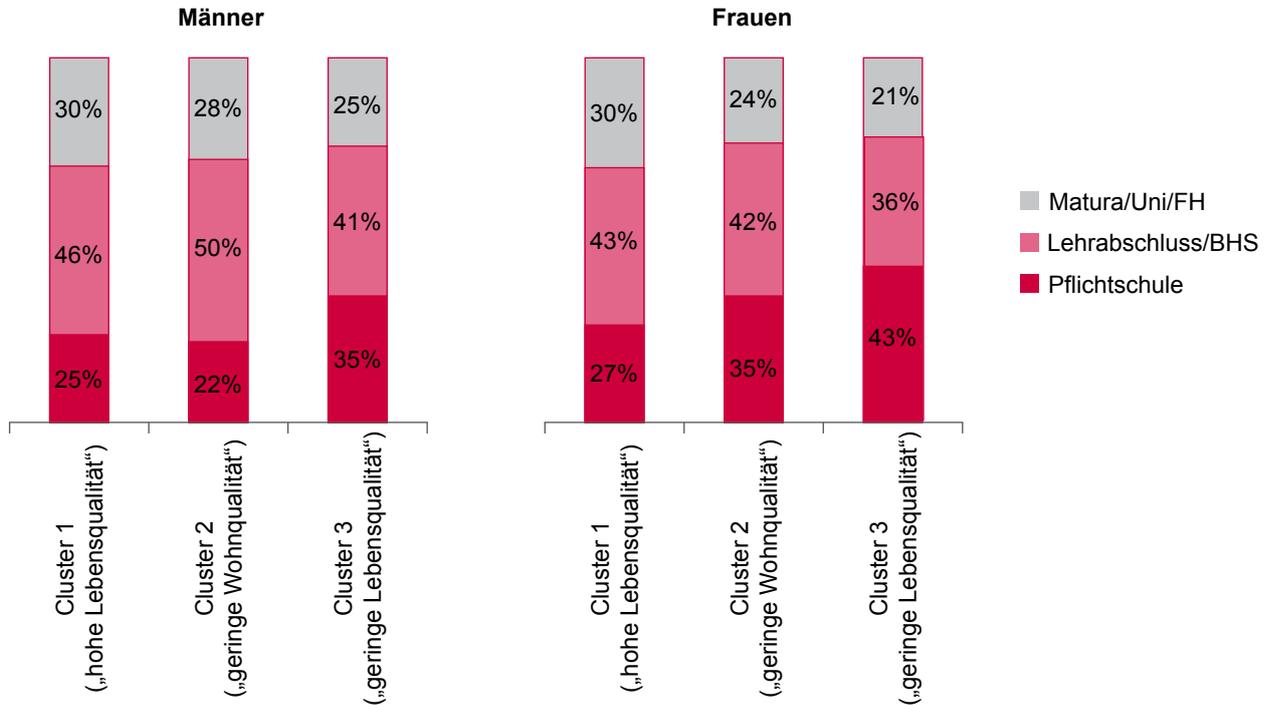
Bei den Männern zeichnet sich der Cluster 3 („geringe Lebensqualität“) durch eine überdurchschnittlich hohen Anteil an Personen im Mittleren Alter aus (59 Prozent sind zwischen 30 und 49 Jahren). Nur jeweils rund ein Fünftel sind älter oder jünger (21 Prozent unter 30 und 20 Prozent 50 Jahre und älter). Im Gegensatz dazu weist Cluster 1 („hohe Lebensqualität“) bei Männern einen hohen Anteil junger und älterer Personen auf (31 Prozent sind 50 Jahre und älter und 30 Prozent sind unter 30 Jahre). Dem entsprechend ist der Anteil der Personen im mittleren Alter geringer (39 Prozent). Cluster 2 („geringe Wohnqualität“) liegt in der Altersverteilung ungefähr zwischen den Clustern 1 und 3.

Bei den Frauen sind die Unterschiede in der Altersverteilung zwischen den Clustern nicht so stark ausgeprägt.

Auch hier weist Cluster 3 („geringe Lebensqualität“) den geringsten Anteil an jüngeren Personen auf (19 Prozent sind unter 30 Jahre). Im Gegensatz zu den Männern desselben Clusters ist jedoch auch der Anteil an älteren stark besetzt (30 Prozent sind 50 Jahre und älter). Im Gegensatz zu den Männern weist Cluster 2 („geringe Wohnqualität“) einen leicht erhöhten Anteil an jüngeren auf (30 Prozent sind unter 30 Jahre). Cluster 1 wiederum weist beiden Frauen einen etwas geringeren Anteil an älteren Menschen auf (26 Prozent sind 50 Jahre und älter) als bei den Männern desselben Clusters (31 Prozent).

Abbildung 154: Lebensqualitäts-Cluster und Schulbildung

Anteil der Bildungsgruppen in den Lebensqualitäts-Clustern



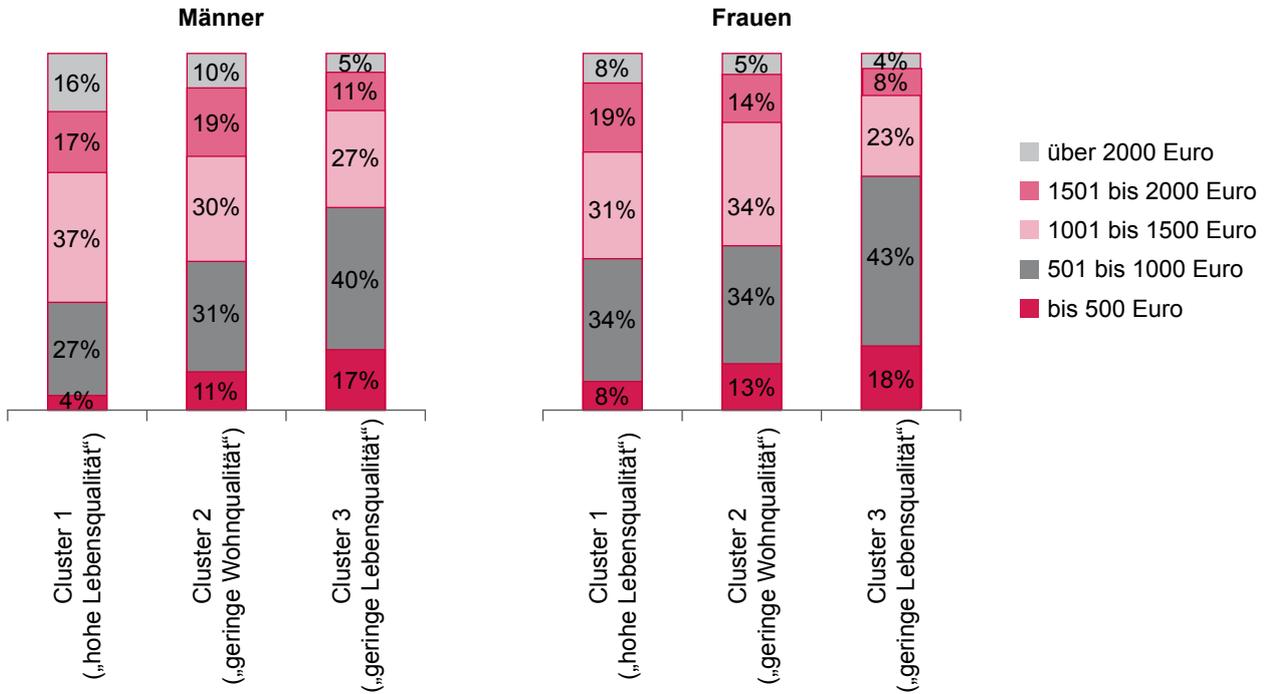
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=1.823

In Cluster 3 („geringe Lebensqualität“) ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen der Anteil an niedrig Gebildeten (Pflichtschule) deutlich größer, als in den beiden anderen Clustern. In Cluster 1 („hohe Lebensqualität“) wiederum ist der Anteil der hoch gebildeten Personen sowohl bei Männern als auch bei Frauen größer (jeweils 30 Prozent) als in den beiden anderen Clustern.

LEBENSSTILGRUPPEN UND LEBENSQUALITÄT

Abbildung 155: Lebensqualität und Einkommen

Anteil des Äquivalenzeinkommens in den Lebensqualitäts-Clustern

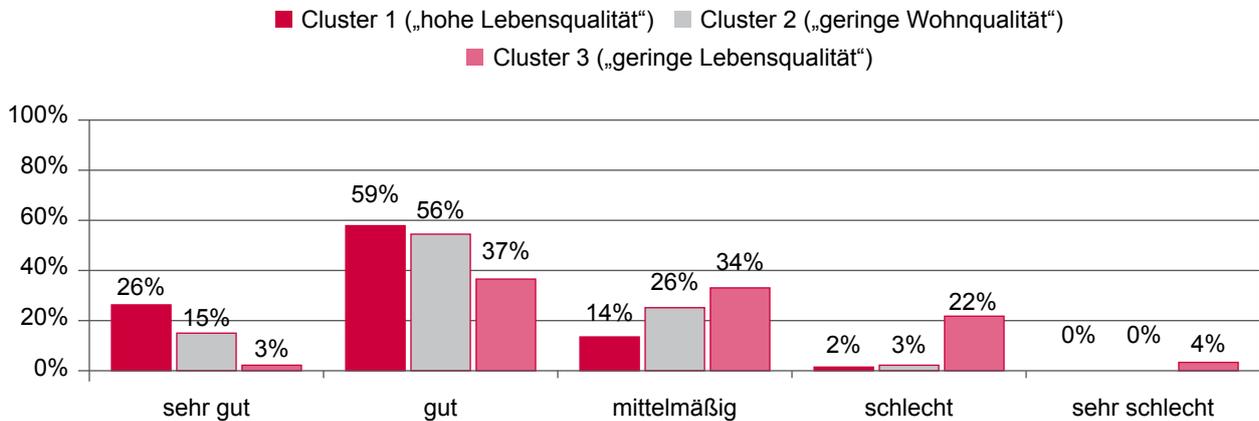


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=1.691

Hinsichtlich des Einkommens zeigt sich, dass in Cluster 1 („hohe Lebensqualität“) sowohl bei Männern als auch bei Frauen der Anteil der Personen mit höherem Einkommen größer als in den beiden anderen Clustern ist. Umgekehrt ist im Cluster 3 („geringe Lebensqualität“) der Anteil der Personen mit sehr geringem Äquivalenzeinkommen bei Männern und Frauen deutlich erhöht.

Abbildung 156: Lebensqualität und subjektive Gesundheit

Subjektive Gesundheit in den jeweiligen Lebensqualitäts-Clustern



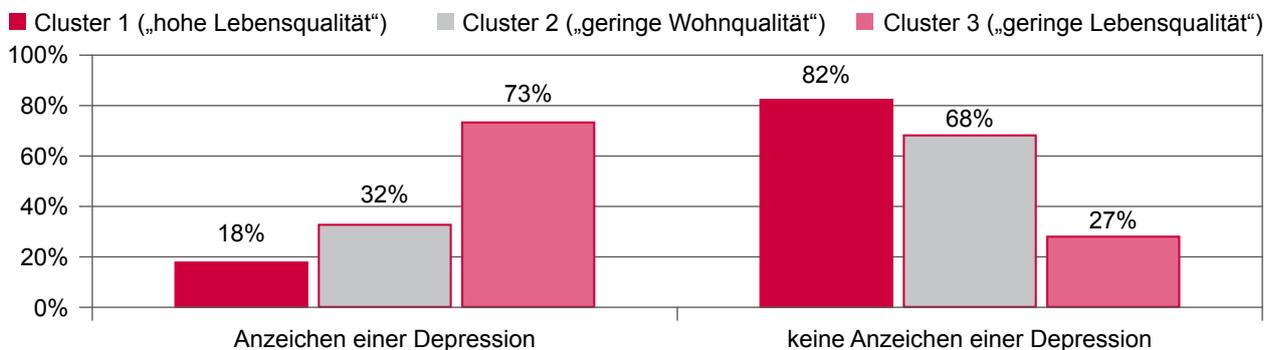
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=1.854

Personen mit hoher Lebensqualität (Cluster 1) verfügen über einen deutlich besseren subjektiven Gesundheitszustand, als dies bei Personen der Cluster 2 („geringe Wohnqualität“) und vor allem Cluster 3 („geringe Lebensqualität“) der Fall ist. 26 Prozent des Clusters 1, aber nur 15 Prozent der Personen des Clusters 2 und gar

nur drei Prozent der Personen des Clusters 3 geben an, bei sehr guter Gesundheit zu sein. Mehr als die Hälfte der Personen des dritten Clusters verfügen nur über einen mittelmäßigen (34 Prozent) oder (sehr) schlechten (26 Prozent) Gesundheitszustand.

Abbildung 157: Lebensqualität und psychische Gesundheit

Anzeichen von Depression in den jeweiligen Lebensqualitäts-Clustern



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=1.817

LEBENSSTILGRUPPEN UND LEBENSQUALITÄT

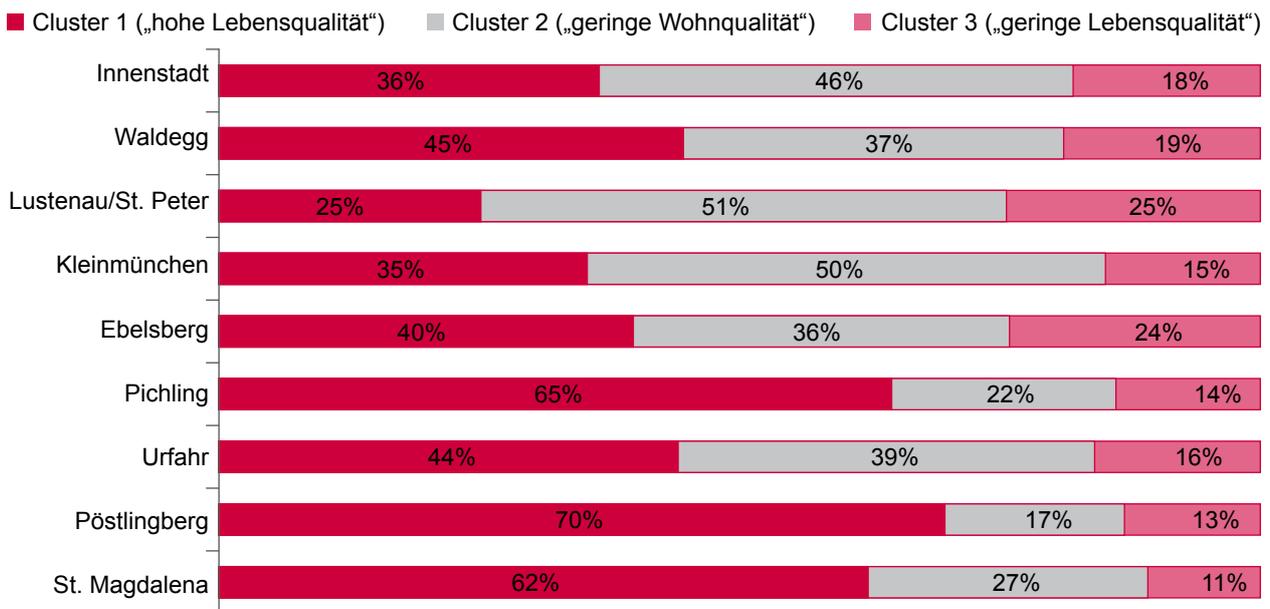
Menschen mit sehr hoher Lebensqualität (Cluster 1) weisen in deutlich geringerem Ausmaß (18 Prozent) Anzeichen einer Depression auf, als dies bei Menschen mit geringer Lebensqualität der Fall ist: Hier weisen beinahe drei Viertel der Bevölkerung abklärungsbedürftige Anzeichen auf.

Die Wohnbezirke Pöstlingberg, Pichling und St. Magdalena haben die größten Anteile an Personen, die dem

Cluster 1 - also jenem Cluster mit der höchsten Lebensqualität - angehören. Umgekehrt haben Lustenau/St. Peter, Kleinmünchen und die Innenstadt den prozentuell geringsten Anteil an Personen, die diesem Cluster zuzuordnen sind. Ein Viertel der Bevölkerung aus Lustenau/St. Peter, und 24 Prozent der Ebelsberger Bevölkerung sind dem Cluster mit der geringsten Lebensqualität zuzuordnen.

Abbildung 158: Lebensqualität und Wohnort

Anteil der Lebensqualitäts-Cluster nach Wohngebiet



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n= 1.830

Fakten

- Mittels Clusterzentrenanalyse konnten die Befragten drei verschiedenen Lebensqualitätsgruppen zugeteilt werden: 1. „hohe Lebensqualität“, 2. „geringe Wohnqualität“ und 3. „geringe Lebensqualität“.
- 42 Prozent der Linzer Bevölkerung (40 Prozent der Männer, 44 Prozent der Frauen) sind der Gruppe mit „hoher Lebensqualität“ zuzuordnen, die sich durch überdurchschnittliche Zufriedenheit in allen Lebensbereichen, aber vor allem bezüglich Wohnsituation, Wohnumgebung und beruflicher Situation charakterisiert. Die Analyse dieser Lebensqualitätsgruppe hat ergeben, dass deren Mitglieder verglichen mit jenen aus den anderen Lebensqualitätsgruppen: *zu einem geringfügig größeren Anteil eine höhere Schulbildung hat, einen sehr geringen Anteil an Personen mit sehr niedrigem Äquivalenzeinkommen hat, überdurchschnittlich häufig über einen sehr guten subjektiven Gesundheitszustand verfügen, deutlich seltener Anzeichen einer Depression aufweisen und in Stadtteilen wie Pöstlingerberg, Pichling und St. Magdalena überrepräsentiert sind.*
- 40 Prozent der Bevölkerung (41 Prozent der Männer, 39 Prozent der Frauen) sind der Gruppe mit „geringer Wohnqualität“ zuzuordnen, die vor allem durch die erhöhte Unzufriedenheit mit der Wohnsituation und der Wohnumgebung bei durchschnittlicher Zufriedenheit in den anderen Bereichen der Lebensqualität charakterisiert ist. Die Analyse dieser Lebensqualitätsgruppe hat ergeben, dass deren Mitglieder verglichen mit jenen aus den anderen Lebensqualitätsgruppen: *einen durchschnittlichen Anteil an Personen mit sehr geringem Einkommen hat, durchschnittlich häufig über einen sehr guten subjektiven Gesundheitszustand verfügen, durchschnittlich häufig von Anzeichen einer Depression betroffen sind und überproportional in Stadtteilen wie Lustenau/St. Peter, Kleinmünchen und Innenstadt vertreten sind.*
- 18 Prozent der Bevölkerung (19 Prozent der Männer, 16 Prozent der Frauen) sind der Gruppe mit „geringer Lebensqualität“ zuzuordnen, die durch eine starke Unzufriedenheit mit der beruflichen Situation, geringe Selbstzufriedenheit und Unzufriedenheit mit der gesundheitlichen Situation charakterisiert ist. Die Analyse dieser Lebensqualitätsgruppe hat ergeben, dass deren Mitglieder verglichen mit jenen aus den anderen Lebensqualitätsgruppen: *einen etwas größeren Anteil an Personen mit niedriger Schulbildung und niedrigem Äquivalenzeinkommen hat, überdurchschnittlich oft über mittelmäßigen oder gar schlechten subjektiven Gesundheitszustand verfügen, stark überdurchschnittlich häufig von Anzeichen einer Depression betroffen sind und in den Stadtteilen Lustenau/St. Peter und Ebelsberg überrepräsentiert sind.*

6. VERSORGLUNG

6.1. Krankenversorgung in Linz

6.1.1. Krankenanstalten

Nach dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit befinden sich folgende Fonds-Krankenanstalten in der Versorgungsregion Linz:

- AKH Linz
- Krankenhaus der Elisabethinen Linz
- Nervenklinik Wagner-Jauregg Linz
- Landesfrauen- und -kinderklinik Linz
- KH der Barmherzigen Schwestern Linz
- Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz

Daneben gelten folgende Einrichtungen in Linz als Krankenanstalten:

- Diakonissen-Krankenhaus Linz
- Bakteriologisch-serologische Versuchsanstalt
- OÖ Gebietskrankenkasse
- Rotes Kreuz
- Unfallkrankenhaus der AUVA

Folgende Daten beziehen sich auf den Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2006 und beinhalten daher nur die oberösterreichischen Fonds-Krankenanstalten. Für das Jahr 2004 weist der Österreichische Strukturplan Gesundheit folgende Bettenzahlen und Behandlungsfälle auf:

Tabelle 1: Betten in Linzer Krankenanstalten nach Einheiten im Jahr 2004

Bettenführende Einheiten	Betten	stationäre Aufenthalte	davon tagesklinische Fälle
Intensivbereiche	141	n.v.	n.v.
Kinder- und Jugendheilkunde	161	5.938	543
Kinder- und Jugendchirurgie	48	2.309	271
Kinder- und Jugendpsychiatrie	46	394	53
Chirurgie	497	12.806	511
Neurochirurgie	90	11.33	33
Innere Medizin	781	27.478	1.395
Gynäkologie und Geburtshilfe	256	10.661	1.185
Neurologie	253	4.055	337
Psychiatrie	526	7.297	410

Dermatologie	115	2.576	145
Augenheilkunde	103	5.953	538
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	135	4.469	177
Urologie	139	5.527	790
Plastische Chirurgie	27	790	111
Pulmologie	153	4.269	133
Orthopädie und orthopädische Chirurgie	124	3.535	59
Unfallchirurgie	272	9.202	476
Mund-, Kiefer-, und Gesichtschirurgie	33	649	10
Strahlentherapie-Radiokologie / Nuklearmedizin	43	712	12
Gemischter Belag	21	4.139	3.857
Akutgeriatrie / Remobilisation	48	753	1
Palliativmedizin	10	171	6
Psychosomatik	25	81	0
Summe	4.047	114.897	11.053

Quelle: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2006, Planungsmatrix

Die meisten Betten in Linzer Fonds-Krankenanstalten sind im Bereich der Inneren Medizin, gefolgt von der Psychiatrie und der Chirurgie zu finden. Im Bereich der Psychiatrie ist hervorzuheben, dass das Landeskrankenhaus Wagner-Jauregg weit über die Stadtgrenzen von Linz hinaus Relevanz hat.

6.2. Ärztliche Versorgung

In der Stadt Linz gibt es insgesamt 625 niedergelassene ÄrztInnen, die sich wie folgt auf die Fachrichtungen aufteilen:

Tabelle 2: ÄrztInnen in Linz nach Fachrichtungen

	S-2-Kassen	sonst. Kassen	keine Kassen
Allgemeinmedizin	89	32	60
Zahnheilkunde	77	2	30
Gynäkologie und Geburtshilfe	24	9	12
Augenheilkunde	16	3	5
Haut- und Geschlechtskrankheiten	10	2	3
Kinderheilkunde	10	2	3
Lungenheilkunde	10	0	0
Innere Medizin	10	12	10
HNO	9	4	5
Orthopädie	9	11	9
Radiologie	7	1	2
Urologie	6	2	4
Neurologie und Psychiatrie	5	3	5
Chirurgie	4	5	15
Medi. chem. Labordiagnostik	4	0	0
Psychiatrie und Neurologie	3	9	5
Unfallchirurgie	2	5	16

Psychiatrie	1	0	3
Anästhesiologie	0	1	8
Neurochirurgie	0	1	6
Neurologie	0	2	4
Physikalische Medizin	0	0	1
Plastische Chirurgie	0	0	6
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	0	0	6
Pathologie	0	0	2
Hygiene- und Mikrobiologie	0	1	0
Nuklearmedizin	0	0	1
Herzchirurgie	0	0	1
Summe	296	107	222

Quelle: Ärztekammer Oberösterreich, Zahnärztekammer Oberösterreich

Betrachtet man die gesamte Versorgungsregion Zentralraum Linz (Linz-Stadt und Bezirk Linz-Land), so zeigt sich, dass laut Österreichischem Strukturplan Gesundheit 2006 426,4 ÄrztInnen (Vollzeitäquivalente) im niedergelassenen Bereich und 688,9 im Bereich Ambulanzen/Ambulatorien den Beruf ausüben. Sowohl im niedergelassenen wie im ambulanten Bereich ist der Großteil der ÄrztInnen den Richtungen Allgemeinmedizin und Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zuzuordnen.

6.3. Extramurale Therapieangebote, psychologische und psychosoziale Versorgung

Nach dem Österreichischen Strukturplan 2006 zeigt sich für die Versorgungsregion Zentralraum Linz (Bezirke Linz-Stadt und Linz-Land) folgendes Bild in Bezug auf TherapeutInnen:

Im Bereich der psychosozialen Dienste gibt es 28 Wohneinrichtungen, 20 tagesstrukturierende Einrichtungen und jeweils neun psychosoziale Beratungsstellen, Suchtberatungen bzw. -prävention und Arbeitstrainingszentren.

Tabelle 3: TherapeutInnen in der Versorgungsregion Linz 2004

TherapeutInnen	Vollzeitäquivalente (VZÄ)
Physiotherapie	97,5
Logopädie	42,3
Ergotherapie	22,0
Psychotherapie	264
Klinische Psychologie / Gesundheitspsychologie	172

Quelle: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2006, Planungsmatrix

Tabelle 4: Psychosoziale Dienste in der Versorgungsregion Linz 2004

	Vollzeitäquivalente (VZÄ)	Plätze	Einrichtungen
Psychosoziale Beratungsstellen	37,15	-	9
Suchtberatung und -prävention	n.v.	-	9
Psychosozialer Notdienst	24,33	-	1
Wohneinrichtungen	15,83	510	28
tagesstrukturierende Einrichtungen	12,13	272	20
Arbeitstrainingszentren	n.v.	169	9

Quelle: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2006, Planungsmatrix

6.4. Zufriedenheit mit der Versorgung

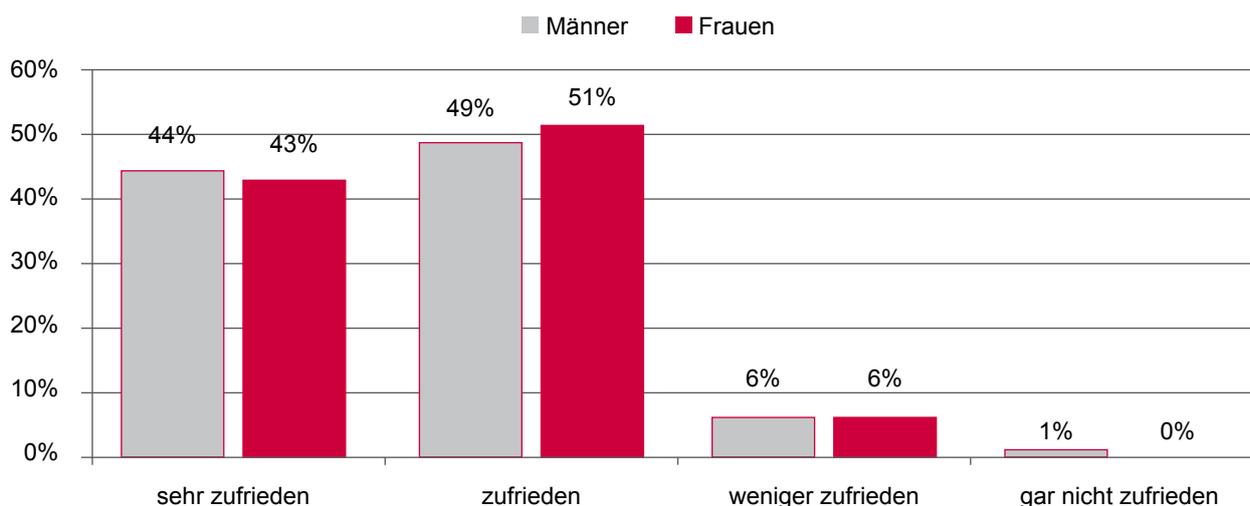
Die Linzer Bevölkerung stellt der medizinischen Versorgung in der Landeshauptstadt ein sehr gutes Zeugnis aus: 93 Prozent der Befragten sind mit der medizinischen Versorgung in Linz „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“. Nur sieben Prozent sind „weniger zufrieden“ oder „gar nicht zufrieden“. Somit konnte der hohe Zufriedenheitswert aus dem Jahr 1999 auch im Jahr 2006 bestätigt werden.

Männer und Frauen unterscheiden sich in der Beurteilung der medizinischen Versorgung nur marginal. Die Linzerinnen sind einen Hauch zufriedener als die Linzer.

Die Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung hängt auch mit dem subjektiven Gesundheitszustand zusammen.

Abbildung 159: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung

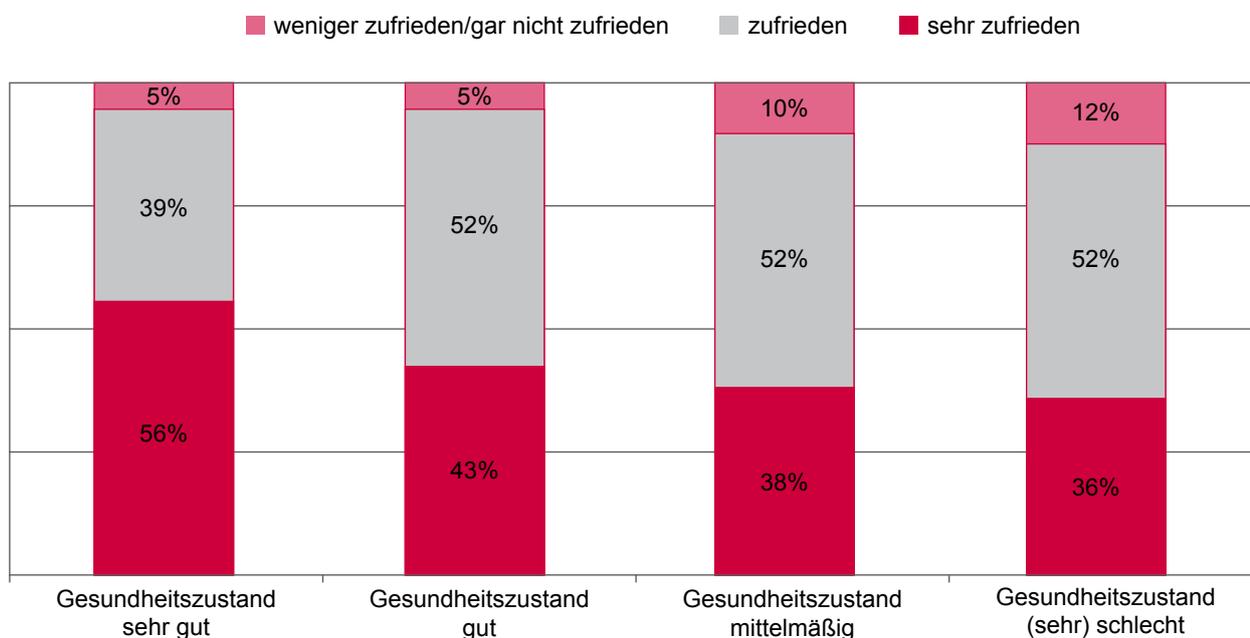
Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Linz



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.337

Abbildung 160: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung nach subjektiver Gesundheit

Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung nach subjektivem Gesundheitszustand

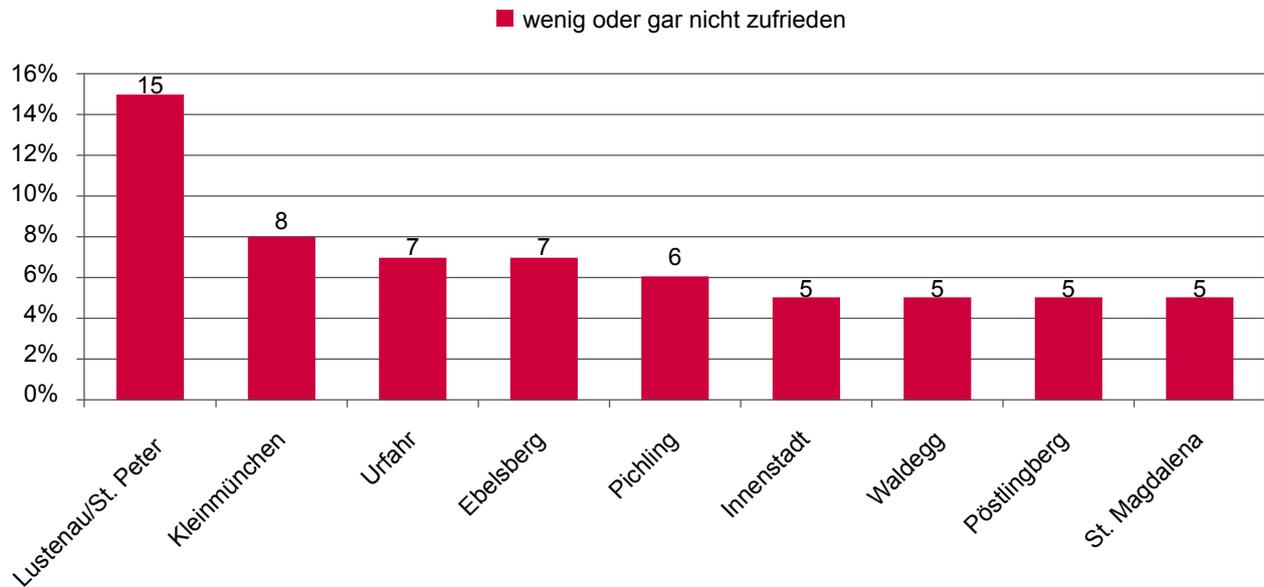


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.307

Etwa 95 Prozent der LinzerInnen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ einschätzen, sind mit der medizinischen Versorgung „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“. Nur zirka fünf Prozent sind mit der Versorgung „wenig zufrieden“ oder „gar nicht zufrieden“. Personen, die ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzen, sind mit der Versorgung etwas weniger zufrieden. So sind zirka zehn Prozent der Befragten mit „mittelmäßigem“ und zwölf Prozent mit „schlechtem“ Gesundheitszustand mit der medizinischen Versorgung nur „wenig zufrieden“ oder „gar nicht zufrieden“.

Abbildung 161: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung nach Wohnort

Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung nach Stadtteilen

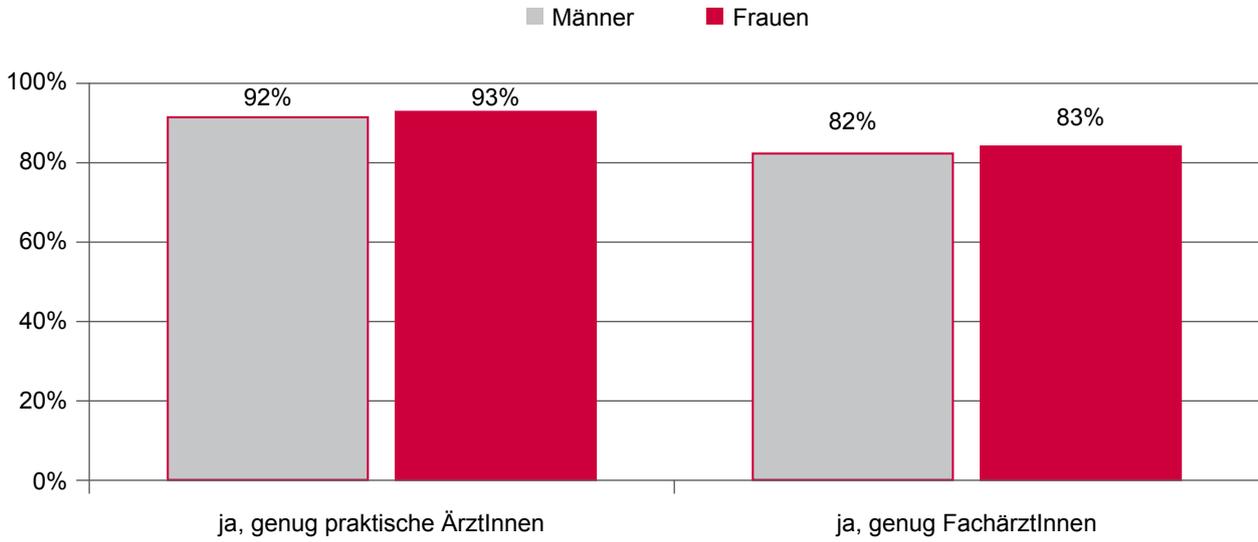


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.323

Die Unzufriedenheit mit der medizinischen Versorgung ist im Stadtteil Lustenau/St. Peter am größten: 15 Prozent sind mit der medizinischen Versorgung „wenig zufrieden“ oder „gar nicht zufrieden“. In den anderen Stadtteilen liegt der Anteil der Unzufriedenen zwischen acht (Ebelsberg) und fünf (Innenstadt, Waldegg, Pöstlingberg und St. Magdalena) Prozent.

Abbildung 162: Versorgung mit praktischen ÄrztInnen / FachärztInnen

Gibt es in ihrer Umgebung genug praktische ÄrztInnen/FachärztInnen?

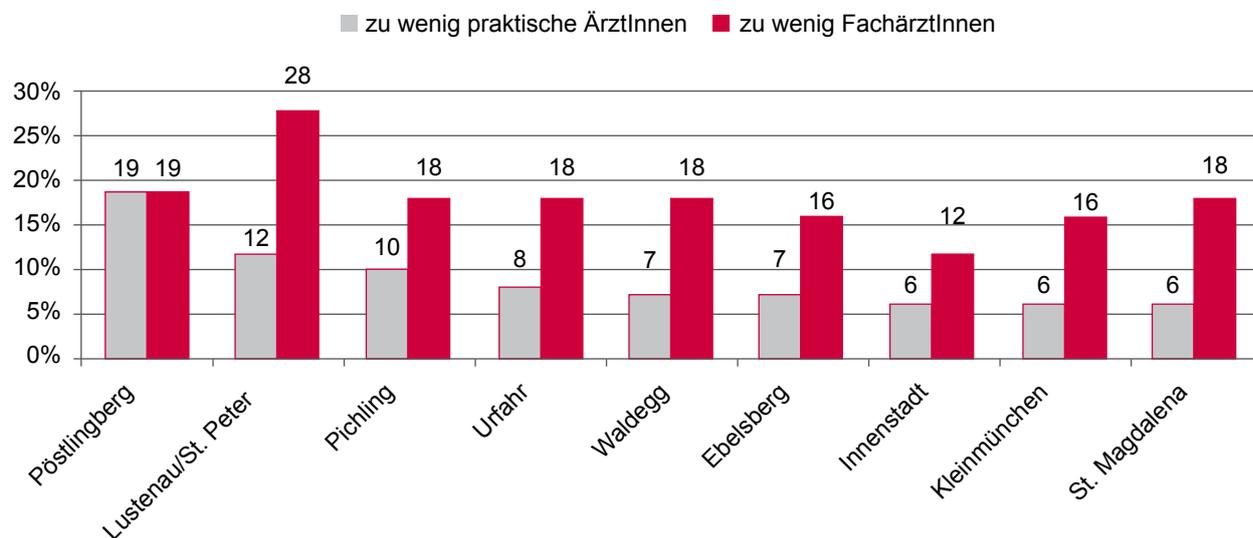


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.323

Jeweils über 90 Prozent der Männer und Frauen sind der Meinung, dass es genug praktische ÄrztInnen in ihrer Umgebung gibt. Für über 80 Prozent der Befragten trifft dies auch für FachärztInnen zu.

Abbildung 163: Medizinische Versorgung nach Stadtteilen

Medizinische Versorgung nach Stadtteilen

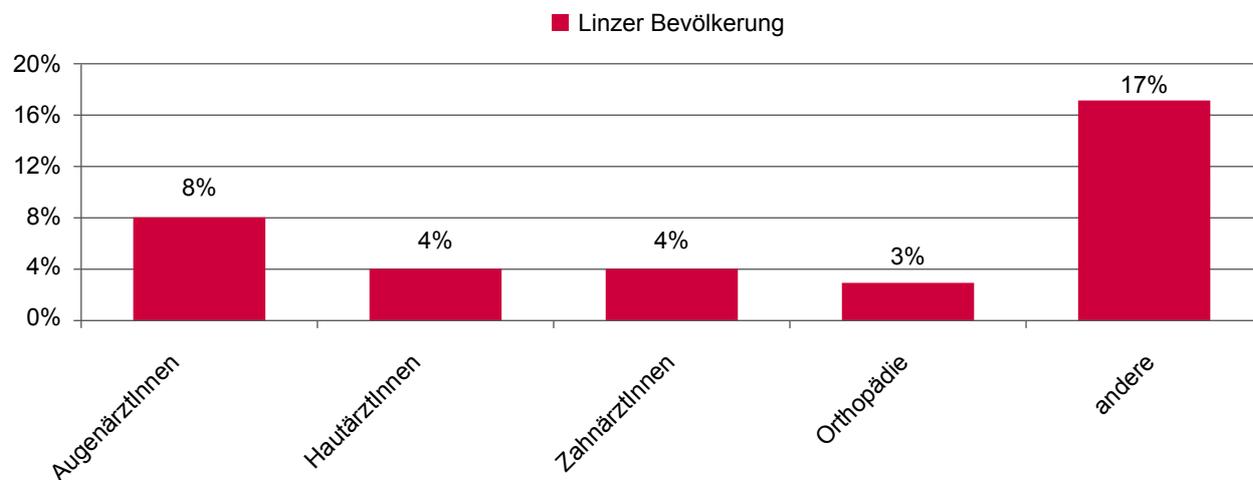


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.297

Die Linzerinnen und Linzer wurden gefragt, in welchen Fachbereichen sie sich mehr ÄrztInnen wünschen. Die überwiegende Mehrheit ist mit dem bestehenden Angebot durchaus zufrieden.

Abbildung 164: Wunsch nach FachärztInnen

Wunsch nach Ärzten/Ärztinnen in folgenden Fachbereichen



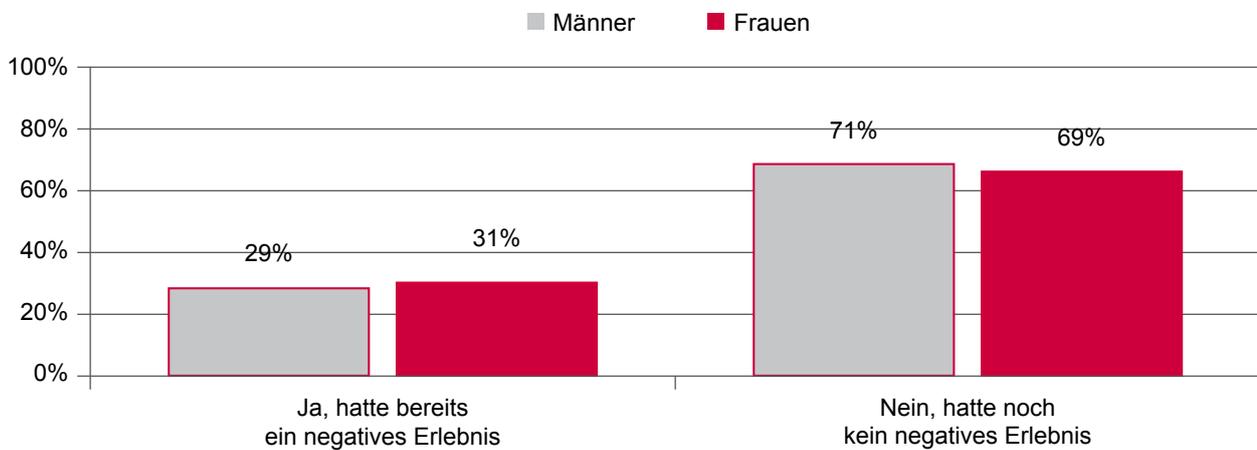
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.392

Am häufigsten wurde der Wunsch nach mehr AugenärztInnen getätigt: Acht Prozent der Befragten wünschen sich mehr ÄrztInnen dieses Fachbereichs. Jeweils vier Prozent der Befragten wünschen sich mehr DermatologInnen sowie ZahnärztInnen. Drei Prozent wünschen sich mehr OrthopädiefachärztInnen.

Die überwiegende Mehrheit der Linzer Bevölkerung - 71 Prozent der Männer und 69 Prozent der Frauen - hatte noch nie ein negatives Erlebnis mit einem Arzt bzw. einer Ärztin oder einem Krankenhaus.

Abbildung 165: Negative Erfahrungen mit ÄrztInnen/Krankenhäusern

„Ich hatte schon einmal ein negatives Erlebnis mit Ärzten/-innen oder Krankenhäusern“



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.374

Fakten

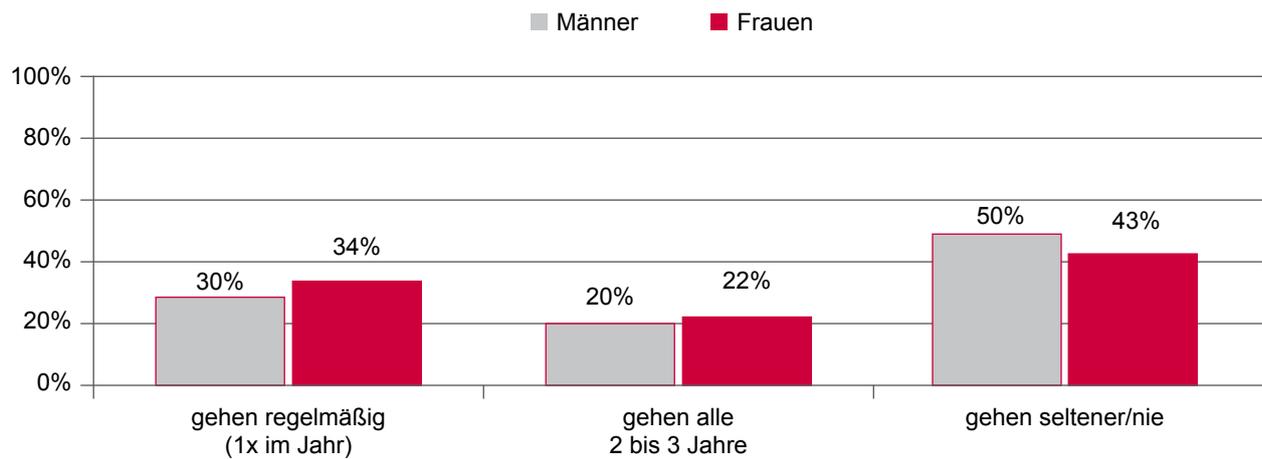
- In der Versorgungsregion Linz gibt es sechs Fonds-Krankenanstalten und zusätzliche fünf Einrichtungen, die als Krankenhaus gelten.
- In den Linzer Krankenanstalten gibt es in Summe 4047 Betten.
- In der Stadt Linz gibt es insgesamt 625 niedergelassene ÄrztInnen.
- 93 Prozent der Befragten sind mit der medizinischen Versorgung in der Landeshauptstadt „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“.
- 93 Prozent der LinzerInnen sind der Meinung, dass es in ihrer Umgebung genug praktische

- ÄrztInnen gibt. Für 83 Prozent trifft dies auch auf die Versorgung mit FachärztInnen zu.
- Die Unzufriedenheit mit der medizinischen Versorgung ist in Lustenau/St. Peter am größten: 15 Prozent der dort wohnenden Bevölkerung sind mit der medizinischen Versorgung in ihrer Wohnumgebung wenig oder gar nicht zufrieden.
- Acht Prozent der befragten LinzerInnen wünschen sich mehr AugenärztInnen, jeweils vier Prozent äußerten den Wunsch nach mehr DermatologInnen sowie ZahnärztInnen.

6.5. Vorsorgeuntersuchung

Abbildung 166: Vorsorgeuntersuchung

„Gehen Sie regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung, oder ist das nicht der Fall?“

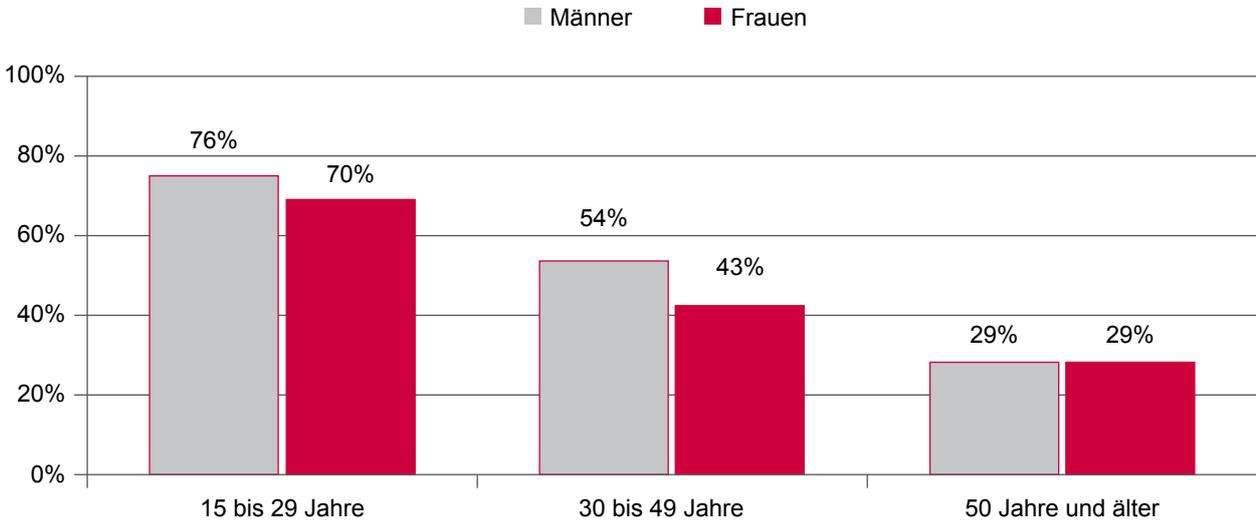


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.329

30 Prozent der Männer und 34 Prozent der Frauen geben an, jährlich zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen. Weitere 20 Prozent der Männer und 22 Prozent der Frauen lassen sich alle zwei bis drei Jahre im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung durchchecken. Die Hälfte der Männer und 43 Prozent der Frauen gehen seltener oder überhaupt nicht zur Vorsorgeuntersuchung.

Abbildung 167: Vorsorgeuntersuchung nach Alter

„Seltener oder nie zur Vorsorgeuntersuchung gehen...“

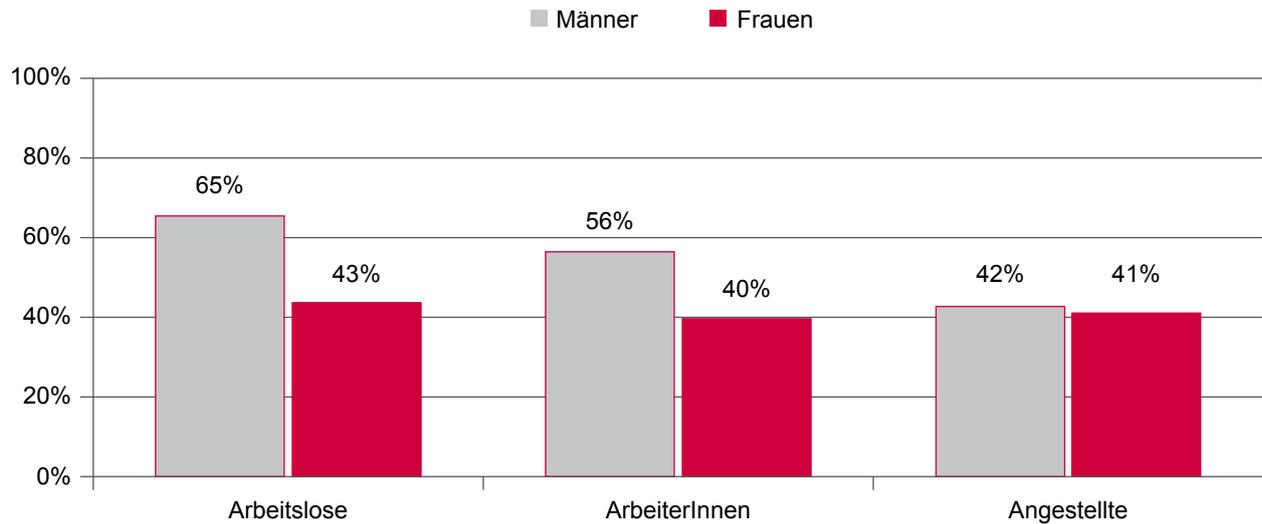


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=1.081

Erwartungsgemäß ist der Anteil der Personen, die nie zur Vorsorgeuntersuchung gehen, unter den Jüngeren größer als unter der älteren Bevölkerung. Männer sind in den Altersgruppen der 15- bis 29-Jährigen sowie der 30- bis 49-Jährigen größere „Vorsorgemuffel“ als Frauen. In der Altersgruppe der über 50-Jährigen verschwinden die diesbezüglichen Verhaltensunterschiede zwischen den Geschlechtern. Umgekehrt ist der Anteil der regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung gehenden Personen unter den ältesten am größten: 49 Prozent der über 50-jährigen Männer und 46 Prozent der über 50-jährigen Frauen gehen regelmäßig (einmal pro Jahr) zur Vorsorgeuntersuchung. In der Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen gehen 24 Prozent der Männer und 30 Prozent der Frauen regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung. Unter den Jüngsten ist der Anteil an regelmäßig zur Vorsorge gehenden Personen am geringsten: nur 13 Prozent der 15- bis 29-jährigen Männer und 19 Prozent der 15- bis 29-jährigen Frauen gehen jährlich zur Vorsorgeuntersuchung.

Abbildung 168: Vorsorgeuntersuchung nach beruflicher Stellung

„Seltener oder nie zur Vorsorgeuntersuchung gehen...“



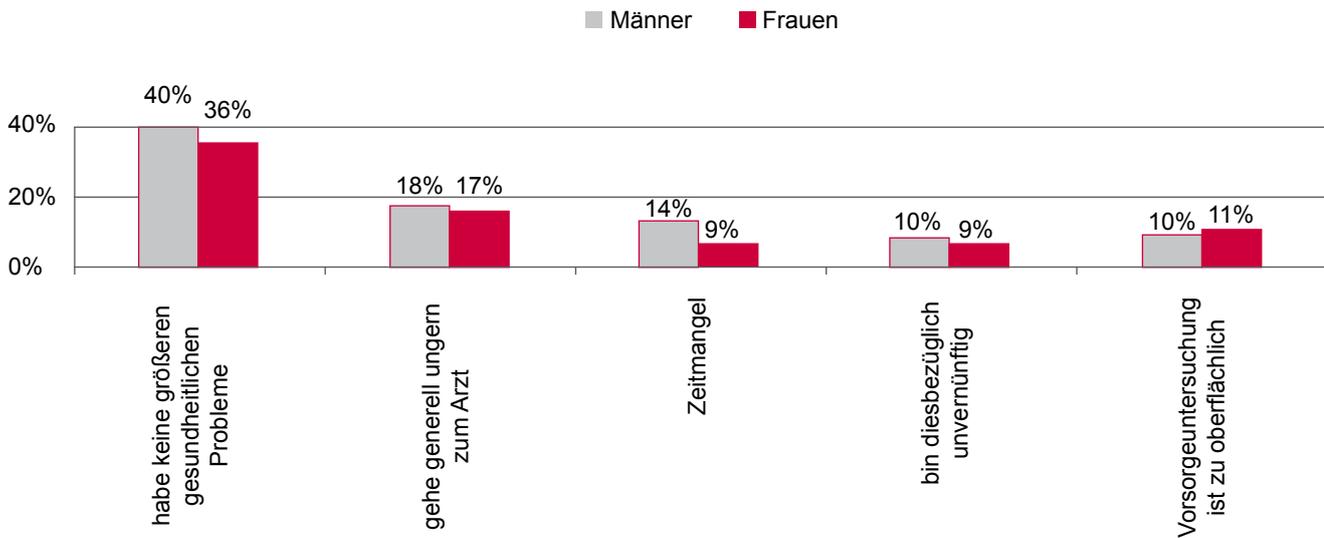
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=1.752

Bei den Männern gibt es - im Gegensatz zu den Frauen - einen Zusammenhang zwischen Beschäftigungsverhältnis und dem Besuch der Vorsorgeuntersuchung: Fast zwei Drittel aller derzeit arbeitslosen Linzer gehen selten oder nie zu einer Vorsorgeuntersuchung, bei den Arbeitern sind es 56 Prozent. Am geringsten ist dieser Anteil unter den Angestellten: 42 Prozent der angestellten Männer gehen selten oder nie zu einer Vorsorgeuntersuchung.

Personen, die nicht regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung gehen, geben folgende Begründungen dafür an:

Abbildung 169: Gründe, nicht zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen

Gründe, nicht regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen:



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=1.571

Der am häufigsten genannte Grund von Männern (40 Prozent) und Frauen (36 Prozent) ist, dass man ohnehin keine größeren gesundheitlichen Probleme habe. 18 Prozent der Männer und 17 Prozent der Frauen „gehen generell ungern zum Arzt“. 14 Prozent der Männer und elf Prozent der Frauen nennen „Zeitmangel“ als Begründung.

Als „diesbezüglich einfach unvernünftig“ bezeichnen sich 13 Prozent der Männer und neun Prozent der Frauen. Zehn Prozent der Männer und elf Prozent der Frauen gehen nicht regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung, weil sie diese für „zu oberflächlich“ halten.

Fakten

- Die Hälfte der befragten Männer und 43 Prozent der Frauen gehen nie oder nur selten zur Vorsorgeuntersuchung.
- Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil an Personen, die regelmäßig zur Vorsorge gehen erwartungsgemäß zu.
- Bei den Männern gibt es - im Gegensatz zu den Frauen - einen Zusammenhang zwischen dem Beschäftigungsverhältnis und dem Besuch der

Vorsorgeuntersuchung: Besonders selten oder nie gehen Arbeitslose, gefolgt von Arbeitern zur Vorsorgeuntersuchung. Die wenigsten „Vorsorgegemuffel“ gibt es unter den Angestellten.

- Die beiden häufigsten angegebenen, Gründe nicht (regelmäßig) zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen, sind: „habe keine größeren gesundheitlichen Probleme“ und „gehe generell ungern zum Arzt“.

6.6. Impfen

6.6.1. Impfaktivitäten der Stadt Linz

Die folgende Abbildung zeigt die Anzahl der Impfungen von Erwachsenen im Jahr 2007, die am Gesundheitsamt Linz durchgeführt wurden.

Tabelle 5: Impfungen - Erwachsene im Jahr 2007

Impfstoff	Impfung	Durchgeführt am Gesundheitsamt der Stadt Linz
Polio Salk Erwachsene	Kinderlähmung	1.128
Diphtherie	Diphtherie	69
d-Tet Erw.	Diphtherie und Tetanus	999
Revaxis Erw.	Diphtherie, Tetanus, Kinderlähmung	2.170
Boostrix	Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten	182
Boostrix-Polio	Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Kinderlähmung	721
Hepatitis A	Hepatitis A	602
Hepatitis B	Hepatitis B	57
Hepatitis A + B	Hepatitis A + B	1.758
Summe Erwachsene		7.686

Quelle: Gesundheitsamt Linz

Insgesamt wurden im Jahr 2007 7.686 Impfungen am Gesundheitsamt Linz an Erwachsenen durchgeführt. Am häufigsten wurde die Revaxis Impfung verabreicht (2.170), gefolgt von der Hepatitis A+B Impfung (1.758) und der Polio Salk Impfung gegen Kinderlähmung (1.128).

Tabelle 6: Impfungen - Kinder und Jugendliche im Jahr 2007

Impfstoff	Impfung	Gesundheitsamt der Stadt Linz	Schulen	Gesamt
Polio (bis 21 Jahre)	Kinderlähmung	235	23	258
d-Tet (bis 19 Jahre)	Diphtherie und Tetanus	164	12	176
Revaxis	Diphtherie, Tetanus, Kinderlähmung	349	891	1.240
Boostrix	Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten	280	1.231	1.511
Boostrix-Polio	Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Kinderlähmung	80	0	80
Infanrix-Hexa	Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Hepatitis B, Kinderlähmung, Hämophilus influenzae b	91	0	91
Ma-Mu-Rö	Masern, Mumps, Röteln	534	966	1.500
Hepatitis B	Hepatitis B	723	3.346	4.069
Summe		2.456	6.469	8.925

Quelle: Gesundheitsamt Linz

Im Jahr 2007 wurden 6.469 Impfungen an Kindern und Jugendlichen in Schulen und 2.456 Impfungen am Gesundheitsamt der Stadt Linz verabreicht. Die am häufigsten verabreichte Impfung ist jene gegen Hepatitis B (4.069), gefolgt von der Boostrix Impfung gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten.

Im Rahmen von Impfkaktionen wurden im Jahr 2007 20.419 Impfungen verabreicht. Den Großteil machte dabei die Aktion zur Zeckenschutzimpfung aus.

Tabelle 7: Impfkaktionen im Jahr 2007

Aktion	Inanspruchnahme
FSME-Impfkaktion	16.195
Grippe-Impfkaktion	3.948
Pneumokokken-Impfkaktion	276
Summe	20.419

Quelle: Gesundheitsamt Linz

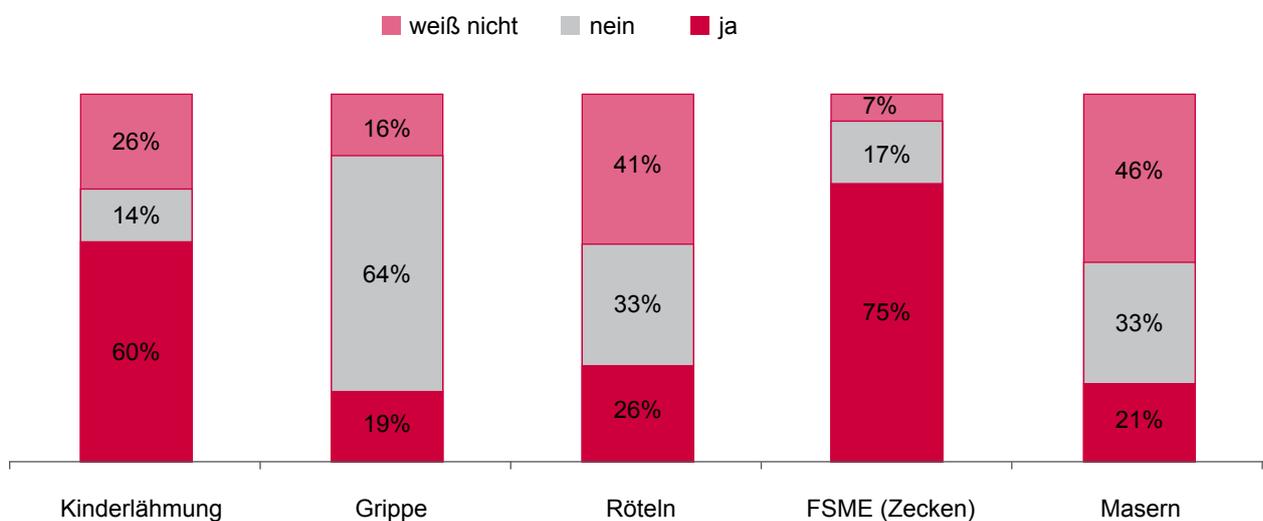
6.6.2. Impfstatus

Im Rahmen der Gesundheitsbefragung wurden die LinzerInnen und Linzer nach ihrem aktuellen Impfschutz gefragt. Dabei wurde offensichtlich, dass bei Impfungen gegen einige Krankheiten große Unsicherheit herrscht,

ob (noch) ein Schutz besteht. Die Krankheiten mit der größten Verunsicherung sind Mumps, Masern, Röteln und Diphtherie.

Abbildung 170: Impfstatus I

„Besteht bei Ihnen derzeit ein Impfschutz gegen folgende Krankheiten?“



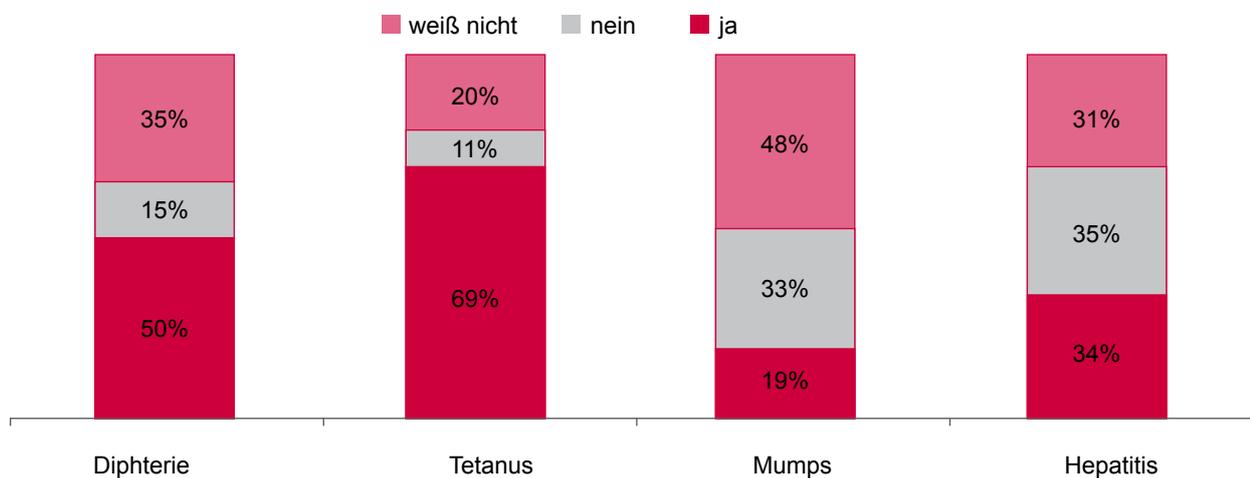
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.173

60 Prozent der Befragten haben laut eigenen Angaben einen aufrechten Impfschutz gegen Kinderlähmung, 14 Prozent haben keinen und 26 Prozent wissen nicht, ob sie gegen diese Krankheit geschützt sind. Die Krankheit, gegen die am meisten LinzerInnen und Linzer geimpft sind, ist FSME. Drei Viertel der Befragten haben laut eigenen Angaben einen aufrechten Impfschutz gegen FSME.

46 Prozent der Befragten wissen nicht, ob ein aktueller Impfschutz gegen Masern besteht, bei Röteln sind dies mit 41 Prozent ebenfalls noch sehr viele Personen.

Abbildung 171: Impfstatus II

„Besteht bei Ihnen derzeit ein Impfschutz gegen folgende Krankheiten?“

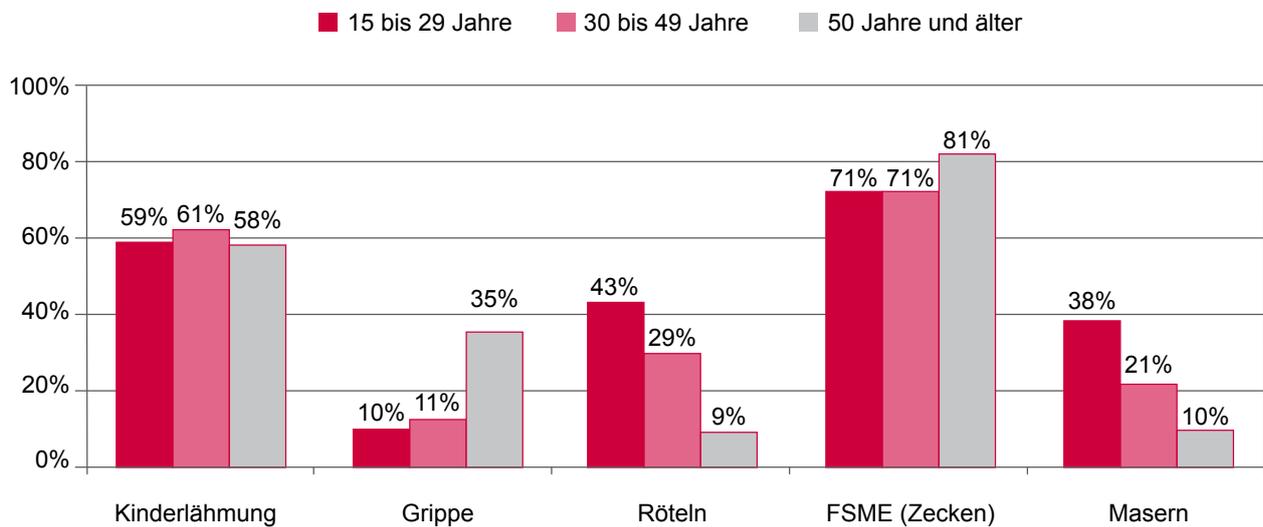


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.173

Die Hälfte der Befragten ist gegen Diphtherie geimpft, bei 69 Prozent besteht ein aufrechter Impfschutz gegen Tetanus. Nur 19 Prozent der Befragten sind gegen Mumps geimpft, während ein Drittel definitiv nicht geschützt ist und fast die Hälfte der Befragten nicht weiß, ob sie über einen aufrechten Impfschutz gegen Mumps verfügen. Gegen Hepatitis sind 34 Prozent der Befragten geimpft, während 35 Prozent nicht geschützt sind und 31 Prozent sich nicht sicher sind, ob bei ihnen ein entsprechender Impfschutz vorliegt.

Abbildung 172: Impfstatus nach Alter I

Aufrechter Impfschutz nach Alter I

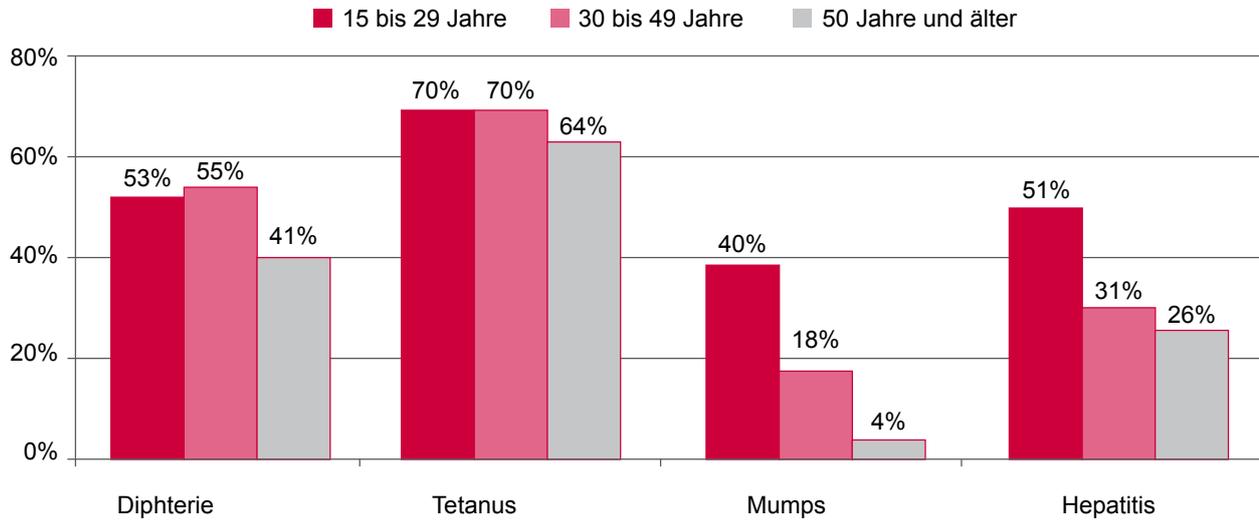


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.160

Beim Impfschutz gegen Kinderlähmung und FSME sind nur geringe Unterschiede in den betrachteten Altersgruppen auszumachen. Die Grippeimpfung wird, wie erwartet, von älteren Personen deutlich häufiger in Anspruch genommen als von jüngeren. Umgekehrt ist der Anteil der gegen Röteln und Masern Geschützten bei jüngeren Personen deutlich höher als bei älteren.

Abbildung 173: Impfstatus nach Alter II

Aufrechter Impfschutz nach Alter II

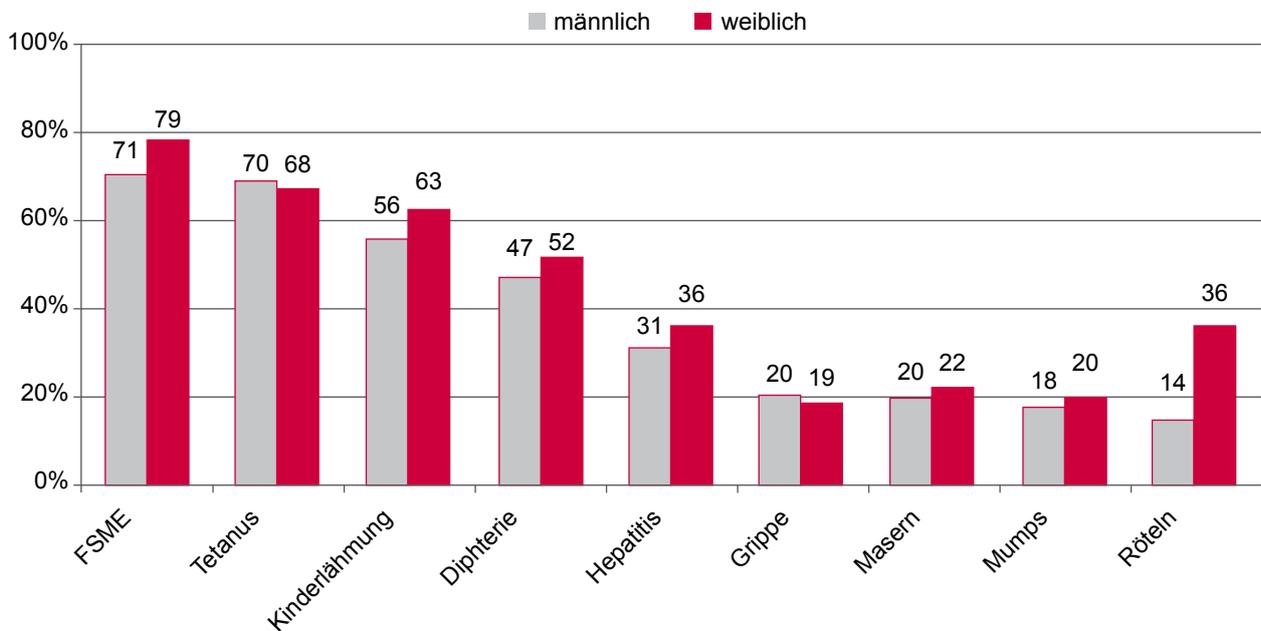


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.160

Gegen Mumps und Hepatitis sind deutlich mehr jüngere Personen geimpft, bei Diphtherie und Tetanus sind die Unterschiede nicht so gravierend.

Abbildung 174: Impfstatus nach Geschlecht

Aufrechter Impfschutz nach Geschlecht



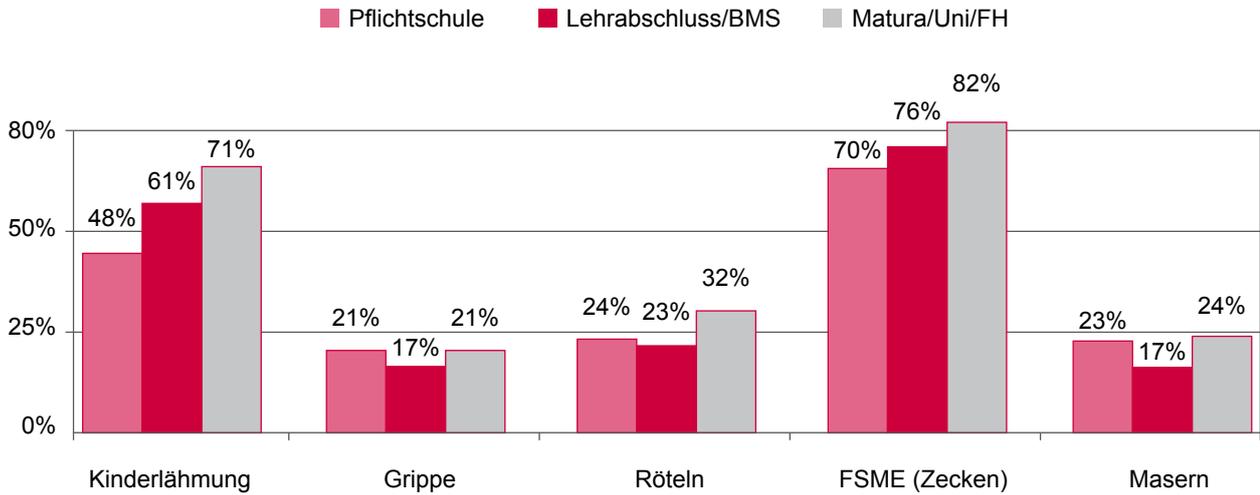
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.160

Bei den meisten Impfungen lassen sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen Männern und Frauen erkennen. Ein großer Unterschied ist allerdings bei der Impfung gegen Röteln festzustellen: Nur 14 Prozent der befragten Männer, aber 36 Prozent der Frauen sind gegen Röteln geimpft sind. Geringere Unterschiede zeigen sich bezüglich des Impfschutzes gegen Kinderlähmung und FSME, wo 7 bzw. 8 Prozent mehr Frauen angeben, über einen aufrechten Impfschutz zu verfügen.

Bei Kinderlähmung, FSME, Diphtherie und Tetanus nimmt der Anteil der geimpften Personen mit der Schulbildung zu.

Abbildung 175: Impfschutz nach Bildung I

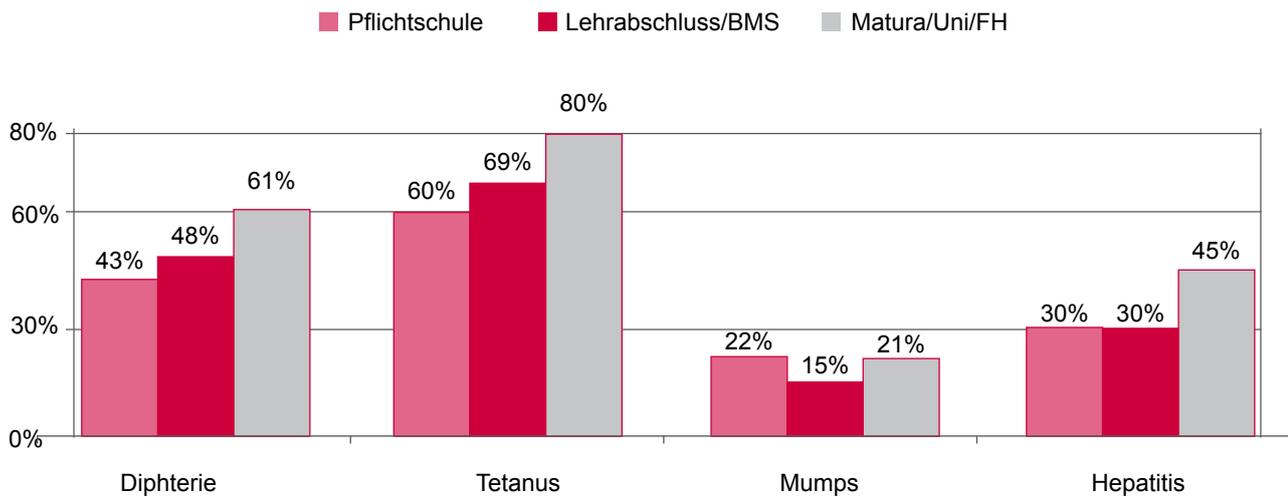
Aufrechter Impfschutz nach Bildung I



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.138

Abbildung 176: Impfschutz nach Bildung II

Aufrechter Impfschutz nach Bildung II



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.138

6.7. Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention in Linz

Nachfolgend sind verschiedene Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention angeführt, die in bzw. von der Stadt Linz angeboten werden.

6.7.1. Zahngesundheitsförderung

Karies ist die Haupterkrankung im Mundbereich und die meistverbreitete Erkrankung des Menschen überhaupt. Da manifeste Karies nicht heilbar ist und deren Therapie enorm hohe Kosten verursacht, sind Präventionsmaßnahmen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung von eminenter Bedeutung.³⁹

Aus diesem Grund wurde bereits in den frühen 90er Jahren in Oberösterreich mit einem Kariesprophylaxeprogramm gestartet. Die Volksschulen der Stadt Linz sind seit dem Schuljahr 1992/93 und die Kindergärten seit 1993/94 in das Kariesprophylaxeprogramm eingebunden.

Unter dem Dach des Vereins für prophylaktische Gesundheitsarbeit besteht dieses Kariesprophylaxeprogramm aus zwei Eckpfeilern:

- zahnpädagogische Betreuung
- zahnpädagogische Untersuchung

Die zahnpädagogische Betreuung Zweimal im Jahr wird jede Klasse in Volks- bzw. Sonderschulen und jede Kindergartengruppe von einer/m ausgebildeten ZahngesundheitserzieherIn besucht, um nach festgelegten Stundenbildern ein kinder- und schülerzentriertes Programm zu vermitteln. Die Ziele dieser Programme sind der Aufbau einer positivemotionalen Beziehung zum Mundbereich, die Entwicklung eines eigenverantwortlichen und ganzheitlichen Gesundheitsbewusstseins und die Steigerung der Motivation, mit der aktiven Zahnprophylaxe so bald als möglich zu beginnen.⁴⁰ Im Schuljahr 2006/07 wurden in Linz insgesamt 7.105 Volksschulkinder in 45 Schulen und 5.147 Kindergartenkinder in 84 Kindergärten zahnpädagogisch betreut.⁴¹

Die zahnpädagogische Untersuchung Die zahnpädagogische Untersuchung wird jährlich jeweils in der 1. und 3. Schulstufe von PatenzahnärztInnen durchgeführt.

Die Untersuchungen finden vorzugsweise in den jeweiligen Klassen mittels eines mobilen Untersuchungsinstrumentariums statt, können aber in Einzelfällen in den zahnärztlichen Praxen durchgeführt werden.

Die zahnpädagogische Untersuchung erfüllt folgende Aufgaben:

- Durchführung einer kindgerechten, Angst abbauenden Untersuchung mit verständlicher und für das Kind verwertbarer Diagnostik in Kleingruppen,
- Befähigung der Kinder zur Erkennung von Frühveränderungen an ihren Zähnen, um die Motivation zur Zahnhygiene zu verbessern,
- Motivation der Kinder zum Zahnarzt/-ärztInnen-Besuch und zur Individualprophylaxe,
- Erlangung statistisch verwertbarer Ergebnisse.

Ziel der Untersuchung ist es, kariesgefährdete oder bereits an Karies erkrankte Kinder zu erkennen, um ihnen die Möglichkeit einer rechtzeitigen Behandlung zu geben, bevor sie die unangenehme Erfahrung einer Schmerzbehandlung machen müssen.

Diese Kontrolluntersuchung innerhalb der Klassengemeinschaft hilft mit, die oft vorhandene Schwellenangst vor dem Zahnarzt leichter zu überwinden. Bei der Untersuchung findet keine Behandlung statt. Eine eventuell angeratene Behandlung wird nach wie vor vom Zahnarzt nach Wahl der Eltern durchgeführt.⁴² Im Schuljahr 2006/07 wurden 1.016 Kinder untersucht.⁴³

³⁹ Birgmann / Meggeneder S. 27 in Mitteilungen der Sanitätsverwaltung 10/2005.

⁴⁰ Birgmann/Peböck 2004, S. 32.

⁴¹ PGA Jahresbericht Zahngesundheitsförderung 2006/07, S. 27.

⁴² Birgmann/Peböck 2004, S. 38f.

⁴³ PGA Jahresbericht Zahngesundheitsförderung 2006/07

6.7.2. Gesunde Ernährung - „Die schlaue Ernährungsmaus“

Seit 1995 wird in den Linzer Volksschulen von einer/m DiätologIn das Programm „Gesunde Ernährung“ präsentiert, mit dem Ziel, die Richtlinien einer gesunden Ernährungsweise an die SchülerInnen weiterzugeben.

Die Vorstellung des Ernährungsprogramms erfolgt in zwei Teilen, einerseits in einem theoretischen Vortrag und andererseits in einer praktischen Übung, wo mit den SchülerInnen gemeinsam eine gesunde Schuljause zubereitet wird. Als Unterrichtsbehelf dient die Broschüre „Die schlaue Ernährungsmaus“, welche an die SchülerInnen verteilt wird. Mit diesem Programm soll ein wichtiger erster Schritt gesetzt werden, den Schulkindern Information über eine gesunde Ernährungsweise zu vermitteln.

Um die Eltern über eine gesunde Ernährung ihrer Kinder zu informieren, werden auch Elternabende in den Schulen von der Diätassistentin gestaltet.

Themenschwerpunkte

- Allgemeine Grundlagen aktueller Ernährungsrichtlinien
- Getreide und Getreideprodukte
- Milch und Milchprodukte
- Obst und Gemüse

Pro Jahr nehmen in etwa 4.000 Linzer Schülerinnen und Schüler an diesem Programm teil. Im Schuljahr 2006/07 wurden 4.208 SchülerInnen in 215 Schulklassen erreicht.

6.7.3. Gesunde Bewegung - „Bewegungsdino“

Das Programm „Gesunde Bewegung“ wird in den Linzer Volks- und Sonderschulen seit 1997 durchgeführt und von einer SportwissenschaftlerIn, einer PhysiotherapeutIn und einer Haltungs- und BewegungserzieherIn betreut.

Durch gezielte Vorbeugemaßnahmen soll das Auftreten von Haltungsschäden bei Schulkindern vermindert werden.

In Zusammenarbeit von SportwissenschaftlerIn, LehrerIn und Schularzt/-ärztIn soll bei den Kindern die Freude an gesunder Bewegung geweckt werden sowie ein gesundes Körperbewusstsein vermittelt werden und SchülerInnen

mit Haltungsschwächen bzw. -schäden möglichst früh einer sinnvollen Therapie zugeführt werden.

Als Unterrichtsbehelf ist die gestaltete Bewegungsmappe für die LehrerInnen und das Schülerheft „Gesunde Bewegung“ vorgesehen, worin verschiedene Übungen, die die Kinder trainieren können, beschrieben sind und Wissenswertes über den Körperbau vermittelt wird.

Die SportwissenschaftlerIn bzw. Haltungs- und BewegungserzieherIn beschäftigt sich drei Unterrichtseinheiten mit einer Schulklasse, wobei vor allem die SchülerInnen im Turnunterricht beobachtet, auf Fehlhaltungen hingewiesen werden und auf die Gestaltung des Turnunterrichtes der(s) jeweiligen Turnlehrer(s)In geachtet wird. SchülerInnen, die Haltungsschäden aufweisen, werden der Schularzt/-ärztIn gemeldet, die mit den Eltern Kontakt aufnimmt, um eine entsprechende Behandlung einzuleiten.

In einem theoretischen Vortrag wird über den Aufbau der Wirbelsäule und über häufige Fehlhaltungen, die Haltungsschäden verursachen, berichtet und auf Fehler bei alltäglichen Bewegungsabläufen hingewiesen.

Pro Jahr profitieren über 4.000 Schulkinder von diesem Programm. Im Schuljahr 2006/07 nahmen 4.695 Kinder aus 28 Schulen bzw. 230 Schulklassen teil.

6.7.4. „Fit im Schulalltag - durch gesunde Ernährung und Bewegung“

Richtige Bewegung und eine ausgewogene Ernährung sind wesentliche Eckpfeiler jeder Prävention. Das Fundament einer gesundheitsbezogenen Lebensweise wird in der Kindheit gelegt.

Hier werden Gewohnheiten erworben und Erfahrungen gemacht, die uns oft ein Leben lang prägen. Dies zeigt, wie wichtig es ist, bereits in der Kindheit gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu erwerben sowie entsprechende Handlungskompetenzen zu entwickeln.

1998 wurde die Idee entwickelt, durch eine Zusammenarbeit mit Fachkräften aus den Bereichen Ernährung und Sport, die Lehrkräfte in den Linzer Hauptschulen bei diesen Bestrebungen zu unterstützen.

Dieses Expertenteam, bestehend aus SportwissenschaftlerInnen und ErnährungswissenschaftlerInnen, gestaltet

mit den SchülerInnen aller Linzer Hauptschulen einen Unterricht zu den verschiedenen aktuellen Themenschwerpunkten.

Eine enge Zusammenarbeit mit den SchulärztInnen, die im Sinne einer sekundär präventiven Früherfassung bereits bestehende Ernährungsprobleme und Störungen im Bewegungsapparat eruieren, ermöglichen eine individuelle Betreuung der Schüler.

Das Programm gliedert sich prinzipiell in die beiden Bereiche Ernährung und Bewegung. Die Vermittlung des Grundlagenwissens erfolgt in altersangepasster Form im Rahmen des Biologie- bzw. Turnunterrichts.

6.7.5. Aktionen am „Welt Nichtrauch-Tag“

Seit dem Jahr 1994 finden anlässlich des „Welt Nichtrauch-Tages“ am 31. Mai jährlich Aktionstage zum Thema „Rauchen“ in Linzer Schulen statt. Dabei wird überwiegend durch Vorträge und Untersuchungen auf die Gefahren und Risiken des Rauchens hingewiesen. In Zusammenarbeit mit der Pneumologie vom AKH Linz und dem Krankenhaus der Elisabethinen, der Österreichischen Krebshilfe Oberösterreich und dem Gesundheitsamt der Stadt Linz wird ein umfangreiches „Anti-Rauch-Programm“ geboten.

6.7.6. OÖ Aidstag

Anlässlich des Welt-Aids-Tages organisiert die Stadt Linz seit dem Jahr 1994 jährlich in Zusammenarbeit mit der Aids-Hilfe Oberösterreich und der Landessanitätsdirektion eine Informationsveranstaltung mit Vorträgen und Workshops. Das Zielpublikum besteht vorrangig aus Krankenpflegepersonal und KrankenpflegeschülerInnen, BerufsschülerInnen, LehrerInnen, KindergärtnerInnen und HorterzieherInnen.

Das Thema Aids wird in Hinsicht auf Pflege, Betreuung und Hygiene, auf gesellschaftliche Probleme und die Auswirkung der Erkrankung auf Kinder und deren Familien sowie andere Gemeinschaften behandelt.

6.7.7. Gesunde Stadt Linz - „Netzwerk Gesunde Städte Österreichs“

Die Stadt Linz erklärte mit GR-Beschluss vom 27. Juni 1991, nach diesen Richtlinien Grundlagen zur Gesundheitsförderung zu erarbeiten und die Umsetzung in der

Stadt zu ermöglichen. Linz ist seit 16. September 1992 Mitglied im Netzwerk „Gesunde Städte Österreichs“, an dem mittlerweile 34 österreichische Städte beteiligt sind.

Als Mitglied des „Gesunden-Städte-Netzwerkes“ verbessert die Stadt Linz ständig die Lebensbedingungen für die Bevölkerung. Großes Augenmerk wird auf den Ausbau der Präventivmedizin und die ständige Erweiterung öffentlicher und privater Gesundheitsdienste gelegt. Ebenso gehören eine umfassende Information und Beratung in medizinischen Belangen für jedes Lebensalter und für alle BürgerInnen gleichermaßen zu den zentralen Aufgaben der städtischen Gesundheitspolitik.

Oberösterreichweit sind mit Linz, Wels, Steyr, Kirchdorf/K., Gmunden und Leonding sechs Städte im Netzwerk vertreten. Die Vizebürgermeisterin der Stadt Linz, Frau Dr.ⁱⁿ Christiana Dolezal, ist Vorsitzende des Netzwerkes „Gesunde Städte Österreichs“.

6.7.8. Gesundheitspreis der Stadt Linz

Auf Initiative von Gesundheits- und Umweltreferentin Vbgm.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christiana Dolezal wird seit 1998 der Gesundheitspreis der Stadt Linz vergeben. Diese Auszeichnung will herausragende Leistungen im Gesundheitswesen würdigen. Darüber hinaus sollen die Motivation aller im Gesundheitsbereich Tätigen gefördert und zukunftsorientierte Projekte der Gesundheitsarbeit durch die Stadt Linz ausgezeichnet werden.

Eingeladen zur Teilnahme am „Gesundheitspreis“ sind alle im Linzer Gesundheitswesen Tätige (Gesundheitsberufe, Gesundheitsmanagement), Selbsthilfegruppen, Initiativen und Vereine - mit Wohnadresse oder Vereinssitz in Linz - die sich mit Fragen der Gesundheit auseinandersetzen. Aber auch Schulen, Interessensvertretungen, Betriebe, Versicherungen sowie Medien, die in Sachen Gesundheit aktiv sind und deren Einreichungen einen unmittelbaren Bezug zu Linz aufweisen, können an der Verleihung des Linzer Gesundheitspreises teilnehmen.

Folgende Kriterien stehen im Mittelpunkt des Gesundheitspreises:

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

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

6.7.9. Linzer Frauengesundheitszentrum

Das Linzer Frauengesundheitszentrum ist ein Modell der frauenspezifischen Gesundheitsförderung.

Die fünf Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung der WHO sind gleichzeitig die Leitlinien für die Arbeit des Linzer Frauengesundheitszentrums:

- Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik
- Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen
- Persönliche Kompetenzen entwickeln und stärken
- Gesundheitsdienste neu orientieren im Sinne von Bewusstseinsbildung

Die Tätigkeitsschwerpunkte des Linzer Frauengesundheitszentrums liegen deshalb bei direkter Prävention, Beratung und Behandlung und indirekter Prävention (Bildung).

Im Einzelnen hat das Linzer Frauengesundheitszentrum folgende Handlungsziele:

- Beratung und Behandlung aus umfassender/ganzheitlicher Sicht (Information, Beratung, Therapie).
- Entwicklung von Gesundheitsressourcen, Hilfe zur Selbsthilfe, Förderung der Selbstbestimmung und

des Wissens über den eigenen Körper, PatientInnenrechte, kritisches Hinterfragen von Rollenzuschreibungen und Aufzeigen von weiblichen Lebensbedingungen.

- Das Linzer Frauengesundheitszentrum bietet ca. 2250 Besucherinnen ca. 160 Veranstaltungen im Jahr in Form von Frauencafés, Vorträgen, Workshops und Seminaren.
- Vernetzung des Linzer Frauengesundheitszentrums mit bereits bestehenden Einrichtungen des somato-psycho-sozialen Bereichs. Das Frauengesundheitszentrum versteht sich als zentrale Auskunftsstelle über weitere in Linz und im Raum Oberösterreich bestehende Einrichtungen.
- Begleitende Forschung zu Frau und Gesundheit, zur Information und Beratung der politischen EntscheidungsträgerInnen und Qualitätssicherung der Tätigkeit.

Das Linzer Frauengesundheitszentrum ist ein gemeinnütziger Verein. Im Jahr 2007 wurde das Linzer FGZ von der Stadt Linz, dem Land OÖ und dem BM für Gesundheit und Frauen subventioniert.

Der Verein wird von 103 Mitgliedern unterstützt. Ein Teil der Ausgaben wurde durch Eigeneinnahmen finanziert, die sich hauptsächlich aus den Kursgebühren, Raumvermietung und aus Spenden zusammensetzen. Das bedeutet, jede Frau, die an einem Kurs teilnimmt, einen Vortrag besucht oder ihre Mitgliedschaft im Verein erklärt, unterstützt damit das Bestehen des Linzer Frauengesundheitszentrums.⁴⁴

6.7.10. Verein für Gesundheitsförderungskonferenzen der Stadt Linz

Der Verein wurde 1996 gegründet. Ordentliche Mitglieder des Vereines sind die Ärztekammer für OÖ, das Land OÖ, die OÖ Gebietskrankenkasse und die Stadt Linz, welche sich mit Ausnahme der OÖ Gebietskrankenkasse an der Finanzierung des Vereines beteiligen.

Ziele des Vereines:

- Gesundheitsvorsorge im Ernährungs- und Bewegungsbereich
- Stärkung des Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung

⁴⁴ Auskunft per e-Mail durch die Leiterin des Linzer Frauengesundheitszentrums, Mag.^a Friederike Widholm, 14.07.2008

- Grundsätzliche Befassung mit gesundheitsfördernden und belastenden Einflüssen
- Schaffung einer verbesserten Kooperation und damit auch einer besseren inhaltlichen Abstimmung der Träger für Gesundheitsförderung
- Planung und Durchführung von gesundheitsfördernden Aktivitäten

Erreichung der Ziele durch

- Kooperationsvereinbarungen mit allen im Gesundheitsbereich tätigen Personen und Institutionen sowie freien Trägern
- Aufbau einer eigenen Organisationsstruktur
- Durchführung von Konferenzen zum Thema Gesundheit und Öffentlichkeitsarbeit sowie Information der Bevölkerung
- Organisation von Bildungs- und Informationsveranstaltungen zur Förderung medizinischer Prävention und Prophylaxe
- Initiierung wissenschaftlicher Begleitforschung zu den Themenbereichen medizinische Vorsorge vor Ort
- Sonstige Veranstaltungen um das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung zu stärken.

Veranstaltungen in den letzten fünf Jahren:

2003:

- Info-Veranstaltung im Neuen Rathaus mit Rahmenprogramm zu den Themen
 - Asthma & COPD
 - Alzheimer/Demenz
- Beteiligung an der Linzer Gesundheitsmesse-Gesundheitsstraße
- Hautkrebsvorsorgeaktion „Sonne ohne Reue“
- Gesundheitsvorsorgeaktionsmonat Oktober - Ankündigungsfolder

2004:

- Info-Veranstaltung im Neuen Rathaus mit Rahmenprogramm zu den Themen
 - Männergesundheitstag
 - Das Kreuz mit dem Kreuz
- Beteiligung an der Linzer Gesundheitsmesse-Gesundheitsstraße
- Hautkrebsvorsorgeaktion „Sonne ohne Reue“
- Gesundheitsvorsorgeaktionsmonat Oktober - Ankündigungsfolder

2005:

- Info-Veranstaltung im Neuen Rathaus mit Rahmenprogramm zu den Themen
 - Organ Haut
 - Männergesundheitstag
 - Herztag
 - Magen - Darm
- Beteiligung an der Linzer Gesundheitsmesse-Gesundheitsstraße

2006:

- Info-Veranstaltung im Neuen Rathaus mit Rahmenprogramm zu den Themen
 - Augen sehen - Ohren hören
 - Männergesundheitstag
 - Gelenksbeschwerden - Gelenkersatz
- Beteiligung an der Linzer Gesundheitsmesse-Gesundheitsstraße

2007:

- Info-Veranstaltung im Neuen Rathaus mit Rahmenprogramm zu den Themen
 - Nieren - Blase
 - Männergesundheitstag
 - Leber-Galle-Bauchspeicheldrüse
- Beteiligung an der Linzer Gesundheitsmesse-Gesundheitsstraße

6.7.11. Linzer Gesundheitsmesse

Die 3-tägige Messe wird vom Messemanagement Linz GmbH in Zusammenarbeit u.a. mit dem Land OÖ, OÖ Gebietskrankenkasse, ORF-Radio OÖ, Kronen Zeitung, GESPAG und der Stadt Linz veranstaltet. Die seit dem Jahr 2000 existierende Messe findet im Linzer Design Center statt.

Unter Mitwirkung von AKH-Linz, OÖGKK, GESPAG und dem Gesundheitsamt der Stadt Linz wird eine Gesundheitsstraße gestaltet, wo verschiedene Messungen und Untersuchungen durchgeführt werden, wie z.B.: Körperfett-, Blutdruck-, Cholesterin- und Blutzuckermessung verbunden mit einem Beratungsgespräch eines Internisten, Muskelkraftmessung und Fitnesstest, Rückenschule, Lungenfunktionstest mit Blutgasanalyse und lungenfachärztlicher Beratung sowie Ernährungsberatung. Die Untersuchungsergebnisse werden in einen Gesundheitspass eingetragen, der den Besuchern mitgegeben wird. Ein umfangreiches Ausstellungsprogramm bietet interessante Informationen zum Thema Gesundheit.

7. MABNAHMEN- VORSCHLÄGE FÜR DIE STADT LINZ

7.1. Empowerment und Partizipation

Aus den Ergebnissen der Gesundheitsbefragung geht hervor, dass sich in manchen Stadtteilen die Lebensqualität und vor allem auch der Lebensstil von BewohnerInnen von jenen in anderen Stadtteilen unterscheiden. So sind beispielsweise Personen mit „ungesunder Lebensweise“ in Stadtteilen wie Lustenau/St.Peter, Waldegg oder Ebelsberg verglichen mit anderen Stadtteilen überproportional häufig vertreten. Auch bei der Lebensqualität wurden Unterschiede deutlich: In Stadtteilen wie Ebelsberg und Lustenau/St. Peter sind Menschen mit niedriger Lebensqualität überrepräsentiert.

In der Stadt Linz gibt es bereits Stadtteilarbeit (Franckviertel, Solar City Pichling) zur Verbesserung der Lebensqualität. Die wesentlichen Zielsetzungen der StadtteilarbeiterInnen sind:

- Sie suchen den direkten Kontakt mit der Bevölkerung.
- Sie sprechen mit den Menschen im Stadtteil über deren Probleme/Anliegen.
- Sie unterstützen die BewohnerInnen bei der Umsetzung ihrer Ideen.
- Sie bieten in Zusammenarbeit mit den sozialen Einrichtungen vor Ort verschiedene Aktivitäten für Kinder und Jugendliche an.
- Sie bringen die lokalen sozialen, kulturellen und medizinischen Einrichtungen miteinander in Kontakt.

Damit wurde bereits der Grundstein für eine Verbesserung der Situation in diesen Stadtteilen gelegt. Diese Strategie sollte beibehalten und inhaltlich um weitere gesundheitsrelevante Themen bereichert werden. Zu überlegen sind folgende Maßnahmen:

- Evaluierung der Stadtteilarbeit hinsichtlich der erreichten Ziel- und Problemgruppen. (ein spezielles Augenmerk sollte dabei auf Arbeitslose⁴⁵ gelegt werden)
- Partizipative Planung weiterer gesundheitsrelevanter Aktivitäten.

Da sich unter den OÖ Gesundheitszielen auch solche befinden können, die sich nicht auf eine Stadt wie Linz übertragen lassen (Z.B. Ziel 10: Gesunde Gemeinde) scheint es sinnvoll eine alternative Zielsetzung im Bereich der gesundheitsbezogenen Stadtteilentwicklung zu suchen.

7.2. Künftige, städteplanerische Maßnahmen - Health Impact Assessment

Die Stadt Linz ist Mitglied des Netzwerkes Gesunder Städte der WHO. Eines von der WHO beschlossenen Kernthemen der Periode 2003-2008 ist die Etablierung des Instruments des „Health Impact Assessments“ (HIA) in der kommunalen Entscheidungsfindung.⁴⁶

Health Impact Assessment bezeichnet den Prozess der systematischen Bewertung von

- politischen Entscheidungen,
- Programmen und
- Projekten

in Bezug auf ihren Schaden und Nutzen auf die Gesundheit der Bevölkerung. Dabei wird die Evidenz über die zu erwartenden Auswirkungen einer politischen Entscheidung, eines Programms oder Projekts auf die Gesundheit der Bevölkerung genau so berücksichtigt, wie die Meinungen, Erfahrungen und Erwartungen jener, die durch eine politische Entscheidung, ein Programm oder ein Projekt direkt oder indirekt betroffen sind.

Im Rahmen dieses Bereiches ist folgende Vorgehensweise empfehlenswert:

- Beginn eines Informations- und Diskussionsprozesses, der Vor- und Nachteile des HIA für die Planung im städtischen Bereich beleuchten soll. In diesen Informations- und Diskussionsprozess sollen ExpertInnen, EntscheidungsträgerInnen (Ressort übergreifend) und sonstige betroffene AkteurInnen miteinbezogen werden. Als Startschuss könnte eine einschlägige Veranstaltung/Tagung bzw. ein Vortrag durch eine/n Experten/in in Betracht gezogen werden.
- Erst nach einem intensiven Informations- und Diskussionsprozess (Verständnis und Akzeptanz!) sind weiterführende Schritte, wie die Auswahl eines geeigneten Projektes zur pilotmäßigen Durchführung eines Health Impact Assessments möglich und sinnvoll.

Mit der Umsetzung und Koordination dieser Maßnahmen sollte eine externe Organisation betraut werden.

⁴⁵ Wie aus den Ergebnissen der Umfrage hervorgeht, ist die psychische Belastung für arbeitslose Personen besonders groß bzw. sind jene Personen verstärkt von einer eingeschränkten psychischen Gesundheit betroffen. Daher erscheint es sinnvoll und notwendig, geeignete Maßnahmen für arbeitslose Menschen zu erarbeiten.

⁴⁶ http://www.euro.who.int/healthy-cities/uht/20050201_10

7.3. Impfen (Aufklärungsarbeit + Information)

Die Ergebnisse der Linzer Gesundheitsumfrage zeigen, dass - trotz des etablierten Recall-Systems des Linzer Gesundheitsamtes - bei Impfungen gegen einige Krankheiten große Unsicherheiten bzw. Unwissenheit bestehen, ob (noch) ein aufrechter Impfschutz vorhanden ist. Daher scheint es notwendig, einerseits Aufklärungsarbeit über die Wichtigkeit von Impfungen und andererseits umfassende Informationen über die Dauer eines aufrechten Impfschutzes (je nach Impfung) zu verbreiten.

Daher wäre eine breit angelegte Informationskampagne mittels Broschüren und/oder Einschaltungen in Print- oder audiovisuellen Medien zu begrüßen.

7.4. Bewegungsfreundliche Verhältnisse erhalten und neue schaffen

Grundsätzlich lassen sich zwei Zugänge unterscheiden, um mehr Bewegung in der Bevölkerung zu erzielen: Förderung der Freizeitbewegung und Förderung der Alltagsbewegung. Da die Stadt Linz bereits über ein sehr großes Angebot zur Förderung der Freizeitbewegung verfügt (Sportstätten) sollte das Hauptaugenmerk künftig auf die Förderung der Alltagsbewegung gelegt werden.

Die gebaute Umwelt kann (Alltags-)Bewegung begünstigen, aber auch behindern. Allerdings können bauliche Begebenheiten nicht von heute auf morgen geändert werden. Deshalb bedarf es hier langfristiger Konzepte. Aus internationalen Studien geht hervor, dass sich folgende Faktoren positiv auf die Mobilität aus eigener Kraft auswirken:

- Kurze Distanzen zu Zielorten wie Dienstleistungseinrichtungen, Schulen oder Geschäften.
- **Bevölkerungsdichte:** Je dichter ein Gebiet besiedelt ist, desto mehr Menschen bewegen sich zu Fuß oder mit dem Fahrrad.
- **Gemischte Nutzung:** Je heterogener das Wohnumfeld ist (Arbeitsplätze, Dienstleistungen, Schulen), desto höher ist der Anteil an FußgängerInnen und RadfahrerInnen.

- **Straßennetz:** Ein engmaschiges und „durchlässiges“ (= Zebrastreifen, Fußwege, Unter-/Überführungen) Netz an Strassen verkürzt die Distanzen von Start und Zielorten und erhöht damit die Wahrscheinlichkeit, dass die BürgerInnen zu Fuß gehen oder mit dem Fahrrad fahren.
- **Straßendesign:** Eine Fußgänger- und Fahrradfreundliche Gestaltung des Straßenumgebung und des öffentlichen Raums begünstigt die Mobilität aus eigener Kraft. Hier sind zum Beispiel auch bauliche Maßnahmen gemeint, die den Verkehr verlangsamen und die Aufmerksamkeit der motorisierten VerkehrsteilnehmerInnen für FußgängerInnen und RadfahrerInnen erhöhen.
- **Bewegungsfreundliche Außenräume:** Grünflächen wie zum Beispiel Parks im Wohnumfeld steigern die Bereitschaft der AnwohnerInnen sich zu bewegen. Dies gilt vor allem für Kinder und SeniorInnen.
- **Nachbarschaft:** Guter Kontakt unter den Nachbarn kann ebenfalls das Bewegungsverhalten günstig beeinflussen.

7.5. Rückenbeschwerden und Schäden der Wirbelsäule vorbeugen

Wie aus dem Bericht hervorgeht, sind in der Linzer Bevölkerung Krankheiten des Bewegungsapparates (Schäden der Wirbelsäule und Erkrankungen der Gelenke) sowie Rückenbeschwerden weit verbreitet. Diese Beinträchtigungen haben viele Ursachen, oftmals sind sie aber in Belastungen am Arbeitsplatz oder unzureichender Bewegung und lang andauerndem Sitzen begründet. Daher sind Maßnahmen zur Verbesserung der Ergonomie am Lern- und Arbeitsplatz und vermehrter Bewegung zu begrüßen. Idealerweise sollte dies im Rahmen von umfassenden Gesundheitsförderungsprogrammen in relevanten Settings (z.B. Betrieb/Schule) sichergestellt werden. Der Vorteil solcher umfassenden betrieblichen oder schulischen Gesundheitsförderungsprogramme ist, dass sich diese nicht auf einen einzelnen Problembereich (hier: Rückenbeschwerden und Schäden der Wirbelsäule) beschränken, sondern durch den ganzheitlichen Ansatz zur Förderung der gesamten Gesundheit beitragen.

7.6. Psychische Gesundheit junger Menschen fördern

Die Ergebnisse der Linzer Gesundheitsumfrage zeigen, dass bei etwa einem Drittel der Befragten Anzeichen einer depressiven Verstimmung oder Depression bestehen. Bei den jüngsten Befragten zwischen 15- und 19-Jahren liegt dieser Wert sogar noch höher, nämlich bei 40 Prozent. Auch hier erscheint die Ausweitung der oben erwähnten schulischen Gesundheitsförderung, die im ganzheitlichen Sinn von Gesundheit eben auch das psychische Wohlbefinden fördert, als sinnvolle Maßnahme. Ebenfalls empfehlenswert sind niedrigschwellige Beratungseinrichtungen, an die sich junge Menschen bei belastenden Problemen/Situationen/Krisen wenden können.

8. ZEHN GESUNDHEITSDZIELE FÜR LINZ

Die Stadt Linz hat im Jahr 2000 gemeinsam mit dem Land Oberösterreich, der Stadt Wels und der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse folgende 10 Gesundheitsziele beschlossen:

Ziel 1: Bis zum Jahr 2010 sollte die Häufigkeit von Diabetesfolgen, wie Amputationen, Blindheit, Nierenversagen, Schwangerschaftskomplikationen und andere Gesundheitsstörungen um 15% reduziert werden.

Ziel 2: Bis zum Jahr 2005 sollten mindestens 50% der 6-jährigen Kinder kariesfrei sein und 12-Jährige sollten im Durchschnitt höchstens 3 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen. Bis zum Jahr 2010 sollten mindestens 80% der 6-jährigen Kinder kariesfrei sein und 12-Jährige sollten im Durchschnitt höchstens 1,5 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen.

Ziel 3: Bis zum Jahr 2005 sollten sich mindestens 10% aller mittleren und großen Unternehmen zur Umsetzung der Prinzipien eines gesunden Unternehmens/Betriebs verpflichten.

Ziel 4: Bis zum Jahr 2005 sollte die Suizidrate um mindestens ein Drittel zurückgehen.

Ziel 5: Bis zum Jahr 2005 oder sogar früher sollten einheimische Masern in der Region eliminiert werden und bis 2010 sollte die Eliminierung der Krankheit zertifiziert werden können.

Ziel 6: Bis zum Jahr 2010 oder sogar früher sollte

- in Bezug auf Mumps, Pertussis und invasive Erkrankungen durch Haemophilus influenzae Typ B eine Inzidenz von weniger als 1 pro 100 000 Einwohner und
- in Bezug auf kongenitale Röteln eine Inzidenz von weniger als 0,01 pro 1000 Lebendgeburten erreicht werden.

Ziel 7: Bis zum Jahr 2010 sollte die Mortalität infolge von Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Altersgruppe unter 65 Jahre im Durchschnitt um mindestens 20% zurückgehen, Atemwegserkrankungen sollten nachhaltig und kontinuierlich zurückgehen.

Ziel 8: Bis zum Jahr 2010 sollte der Anteil des Pro-Kopf-Alkoholkonsums 20% gesenkt werden. In der Altersgruppe unter 15 Jahren sollte er nahezu Null betragen; der Anteil der Nichtraucher sollte in der Altersgruppe über 15 Jahren 80% und in der Altersgruppe unter 15 Jahren nahezu 100% betragen.

Ziel 9: Bis zum Jahr 2005 sollte mindestens 50% aller Kinder die Möglichkeit geboten werden, eine gesundheitsfördernde Schule zu besuchen.

Ziel 10: Bis zum Jahr 2005 sollten sich mindestens 50% aller Städte, städtischen Ballungsgebiete und Gemeinden aktiv an einem Netzwerk gesunder Städte bzw. Gemeinden beteiligen.

8.1. Hintergrund zu den Zielen

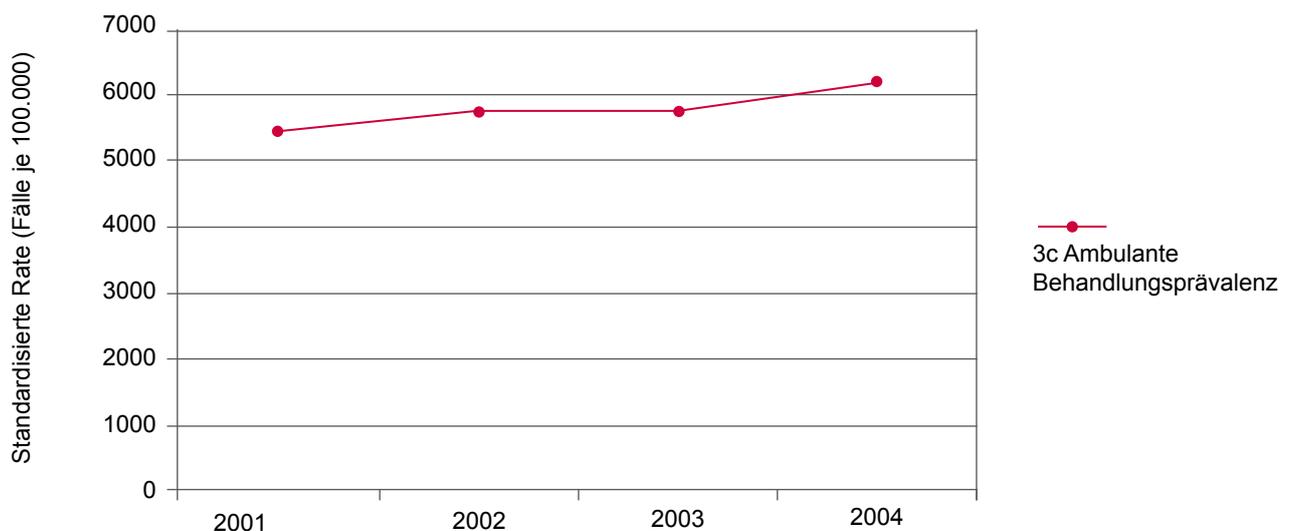
8.1.1. Ziel 1: Diabetes

Die ambulante Behandlungsprävalenz (Ambulant behandelte DiabetikerInnen) steigt im Beobachtungszeitraum kontinuierlich an (von knapp 5.450 behandelten Personen pro 100.000 Vers. im Jahr 2002 auf rund 6.200 pro 100.000 im Jahr 2005). Zwischen 2002 und 2005 stieg die standardisierte Rate um ca. 13 Prozent, was eine durchschnittliche Steigerung von ca. 4 Prozent pro Jahr bedeutet. Die Zunahme könnte sowohl durch eine Zunahme der Verbreitung von Diabetes, als auch durch bessere Früherkennung und Behandlung bedingt sein.

Im Zeitraum zwischen 2001 und 2004 ist die Rate der Krankenhausaufenthalte mit diagnostiziertem Diabetes (als Haupt- oder Zusatzdiagnose) relativ stabil und liegt bei rund 3.670 Fällen/100.000 Versicherte.

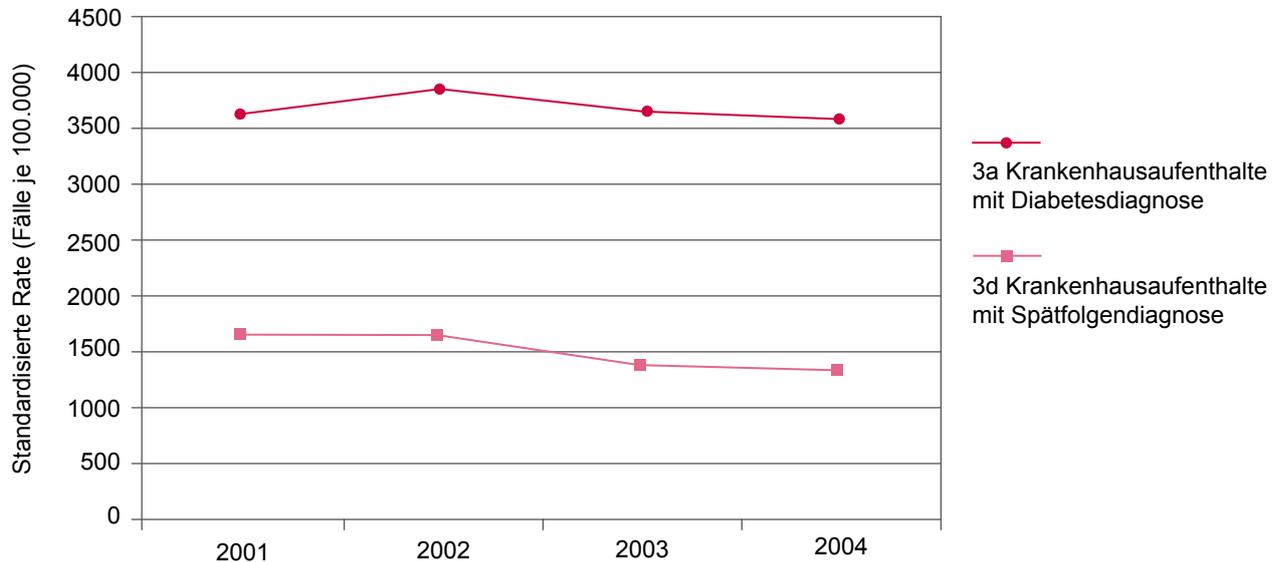
Anders verhält es sich mit den Krankenhausaufenthalten mit diagnostizierten Diabetesspätfolgen, die etwas rückläufig sind (2001 etwa 1.670 Fällen je 100.000 Vers. und 2005 etwa 1.400 Fällen/100.000; um ca. 16 Prozent weniger).

Abbildung 177: Ambulante Behandlungsprävalenz



Quelle: FOKO; nur Versicherte der OÖGKK über 30 Jahre in Fonds-Krankenanstalten; PLZ-Bereich 4010 bis 4046; Standardisiert nach Alter und Geschlecht auf Neue Europa-Standardbevölkerung.

Abbildung 178: Krankenhausbehandlungsfälle mit Diabetesdiagnosen bzw. Spätfolgendidiagnosen

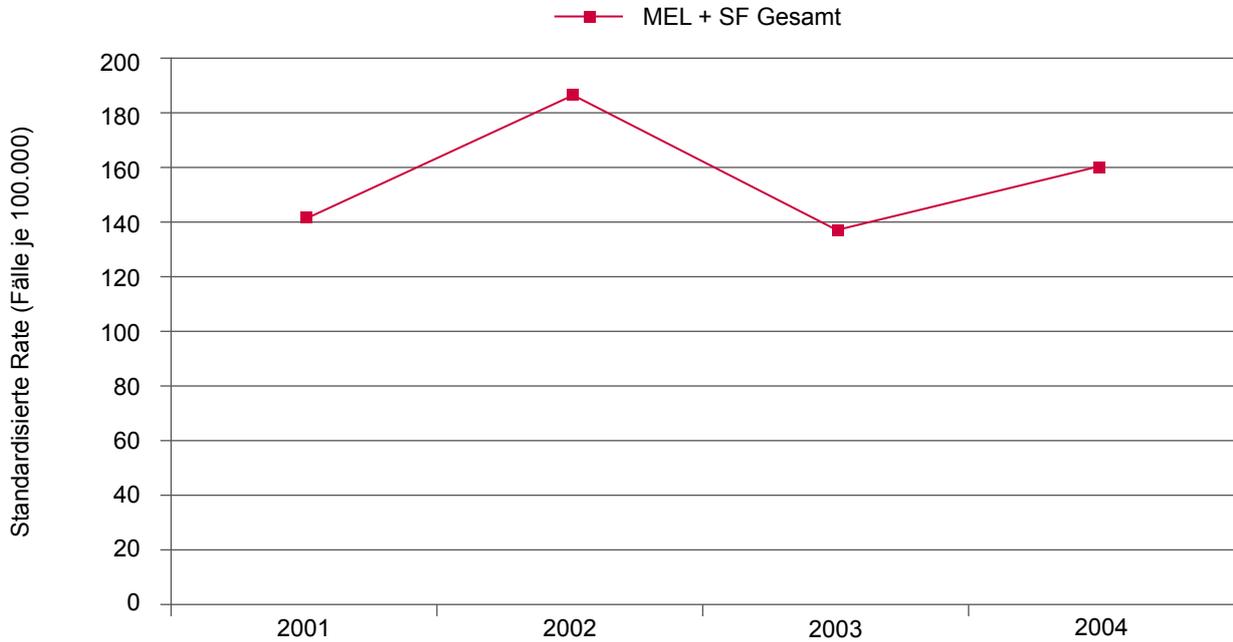


Quelle: LKF; Haupt- oder Zusatzdiagnosen; nur Versicherte der OÖGKK über 30 Jahre in Fonds-Krankenanstalten; PLZ-Bereich 4010 bis 4046; Standardisiert nach Alter und Geschlecht auf Neue Europa-Standardbevölkerung

Als Häufigkeit der in Krankenhäusern behandelten Spätfolgen werden nachfolgend Krankenhausbehandlungsfälle mit einer diagnostizierten Diabetesspätkomplikation verstanden, für die auch eine passende Behandlung (medizinische Einzelleistung) aufscheint. Es handelt sich dabei um ein Konstrukt, mit dem versucht werden soll, sich an die Realität anzunähern, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass sich die Spätfolgendidiagnosen teilweise nicht auf die jeweilige Behandlung bezieht und die medizinische Einzelleistung durch eine andere Erkrankung bedingt ist. Daher wurden nur medizinische Leistungen ausgewählt, für die sehr wahrscheinlich angenommen werden kann, dass sie mit der diagnostizierten Spätkomplikation in Zusammenhang stehen.

Die Häufigkeit der einbezogenen im Krankenhaus behandelten Diabetesspätfolgen schwankt im Zeitraum zwischen 2001 und 2004 um einen Wert von etwa 160 Fällen/100.000 Vers. (zwischen ca. 140 Fällen im Jahr 2003 und über 180 Fällen je 100.000 im Jahr 2002). Zu bedenken ist, dass die Fallzahlen für Linz relativ gering sind und daher nur die Betrachtung längerer Zeiträume sinnvoll erscheint.

Abbildung 179: Einschlägige medizinische Einzelleistungen (MEL) in Verbindung mit Spätfolgendendiagnose (SF) - Gesamt



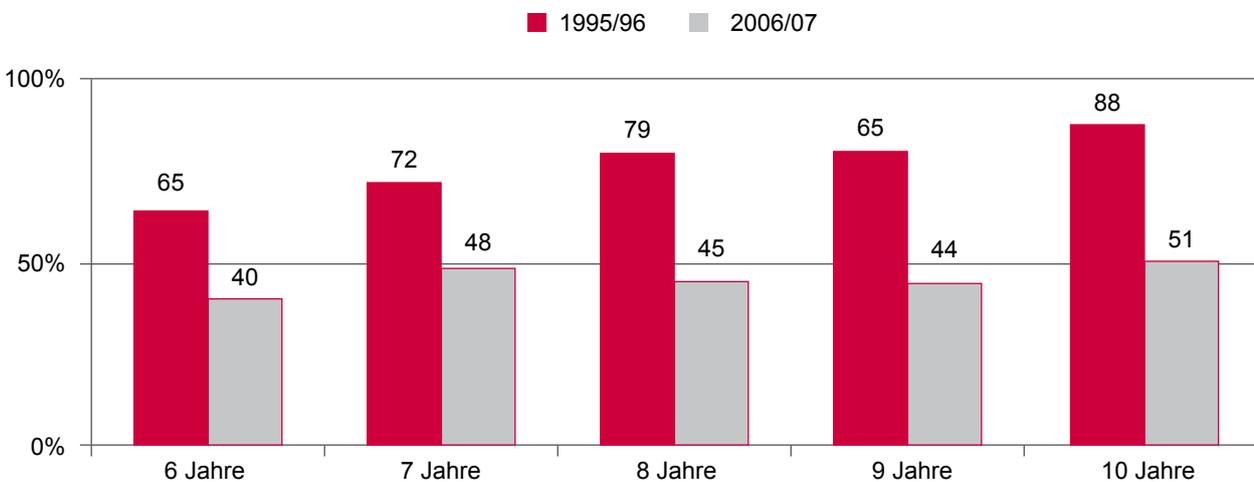
Quelle: LKF; nur Versicherte der OÖGKK über 30 Jahre in Fonds-Krankenanstalten; PLZ-Bereich 4010 bis 4046; Standardisiert nach Alter und Geschlecht auf Neue Europa-Standardbevölkerung

8.1.2. Ziel 2: Zahngesundheit

Im Schuljahr 2006/2007 wurden in Linz 1.000 Kinder der 1. und 3. Klasse VS zwischen sechs und zehn Jahren im Rahmen der zahnpädagogischen Untersuchung von Patientärzten/innen betreut. 40 Prozent der untersuchten 6-jährigen Kinder weisen Karies auf. Im Schuljahr

1995/96 waren noch ca. zwei Drittel der Kinder dieser Altersgruppe betroffen. Bei den 10-jährigen Kindern liegt der Anteil mit kariösen Zähnen bei etwa 51 Prozent. 1995/96 waren noch fast 88 Prozent betroffen.

Abbildung 180: Vergleich der Kariesmorbidity der Schuljahre 1995/96 und 2006/07



Quelle: Zahngesundheitsförderung Oberösterreich, PGA, Bericht 2006/2007

Tabelle 8: Zahnstatistik Schuljahr 2006/2007 - Linz Stadt

Alter	Anzahl der Kinder	Kariesmorbidity Milchzähne (%)	Kariesmorbidity bleibende Zähne	Kariesmorbidity
6 Jahre	174	40,2	0,6	40,2
7 Jahre	258	46,1	9,3	48,1
8 Jahre	181	40,3	18,8	44,8
9 Jahre	313	34,8	20,1	44,1
10 Jahre	74	33,8	32,4	51,4
Gesamt	1000			

Quelle: Zahngesundheitsförderung Oberösterreich, PGA, Bericht 2006/2007

Das die 12-jährigen Kinder betreffende Teilziel (durchschnittlich höchstens 3 Zähne gefüllt, kariös oder extrahiert) kann aufgrund der vorhandenen Daten nicht evaluiert werden. Dazu wären spezifische epidemiologische Erhebungen nötig.

8.1.3. Ziel 3: Betriebliche Gesundheitsförderung

In einer im Jahr 2004 durchgeführten Umfrage zur Gesundheitsförderung in oberösterreichischen Klein- und Mittelbetrieben wurden alle Unternehmen mit 50 bis 99 MitarbeiterInnen angeschrieben. Während die Rück-

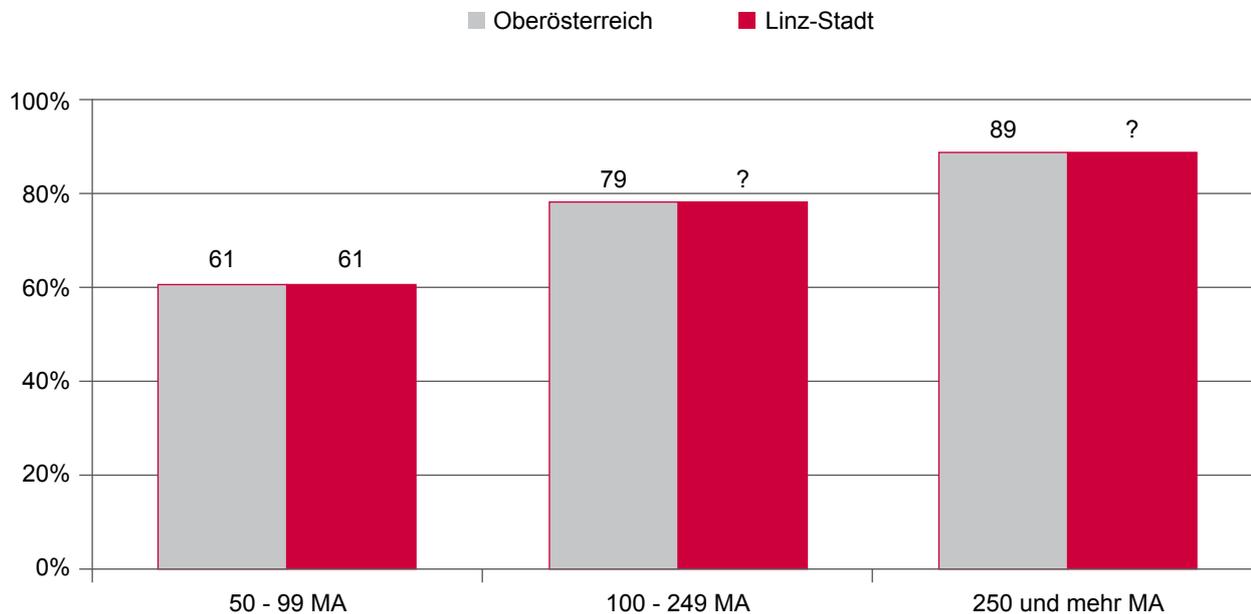
laufquote in Oberösterreich bei nur 17 Prozent lag, beteiligten sich 38 Prozent aller Linzer Unternehmen dieser Größenklasse.

Tabelle 9: Rücklaufquoten zur Umfrage über BGF in KMU

Betriebsgrößenklasse	Anzahl der Unternehmen	Ausgeschickte Fragebögen	Ausgefüllte Fragebögen	Rücklaufquote in %
Mittelbetriebe in Oberösterreich (50 - 99 MA)	699	699	121	17
Mittelbetriebe in Linz (50 - 99 MA)	151	151	58	38

ZEHN GESUNDHEITSDZIELE FÜR LINZ

Abbildung 181: Praktische Erfahrungen mit Gesundheitsförderung im Unternehmen



ZEHN GESUNDHEITSDZIELE FÜR LINZ

Von den an der Umfrage teilnehmenden Linzer Unternehmen mit 50 bis 99 MitarbeiterInnen gaben 61 Prozent an, bereits Maßnahmen oder Projekte zur Förderung der Gesundheit von MitarbeiterInnen durchgeführt zu haben. Damit erreicht man exakt den gleichen Wert wie Oberösterreich weit (ebenfalls 61 Prozent). Für Unternehmen mit mehr als 100 MitarbeiterInnen liegen nur Oberösterreich weite Ergebnisse vor, die aus einer weiteren Umfrage aus dem Jahr 2005 hervorgehen. Es spricht allerdings einiges dafür (siehe Ergebnisse 50-99 MitarbeiterInnen), dass Unternehmen mit mehr als 100 MitarbeiterInnen aus Linz-Stadt ähnlich häufig praktische Erfahrung mit Gesundheitsförderung machen, wie im oberösterreichischen Durchschnitt.

Szenario 1 - „Best Case“

Hier wird angenommen, dass die Ergebnisse aus den Umfragen für alle Unternehmen repräsentativ zu werten sind und kein Unterschied zwischen an der Umfrage teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Unternehmen besteht. Dies würde bedeuten, dass bereits in 61 Prozent aller oberösterreichischen und auch in 61 Prozent aller Linzer Unternehmen mit 50 bis 99 MitarbeiterInnen, in 79 Prozent aller oberösterreichischen Unternehmen mit 100 bis 249 MitarbeiterInnen sowie in 89 Prozent aller

oberösterreichischen Unternehmen mit 250 und mehr MitarbeiterInnen Maßnahmen oder Projekte zur Förderung der Gesundheit der MitarbeiterInnen durchgeführt worden sind.

Szenario 2 - „Worst Case“

Die Annahme beim „worst case“ ist, dass in allen Unternehmen, die sich nicht an der Befragung beteiligt haben, keinerlei Maßnahmen oder Projekte zur Förderung der Gesundheit der MitarbeiterInnen durchgeführt worden sind.

Dies würde folgendes bedeuten: Etwa 11 Prozent der oberösterreichischen und 23 Prozent der Linzer Unternehmen mit 50 - 99 MitarbeiterInnen sowie 11 Prozent der oberösterreichischen Unternehmen mit 100 - 249 MitarbeiterInnen setzen Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Bei Unternehmen mit 250 und mehr MitarbeiterInnen würde etwa bei 27 Prozent aller oberösterreichischen Betriebe dieser Größenordnung Maßnahmen oder Projekte zur Förderung der Gesundheit der MitarbeiterInnen durchgeführt worden sein.

Sowohl Szenario 1 als auch Szenario 2 sind Extreme und dürften die Realität nicht widerspiegeln. Gegen Szenario 1 spricht die Vermutung, dass sich an der Umfrage verstärkt Betriebe beteiligt haben könnten, in denen Gesundheitsförderung einen größeren Stellenwert genießt als in solchen Unternehmen, die sich nicht an der Umfrage beteiligt haben. Andererseits erscheint auch Szenario 2 wenig realistisch: denn es ist nicht anzunehmen, dass alle Unternehmen, die sich nicht an der Umfrage beteiligt haben, auch keine Maßnahmen der Gesundheitsförderung setzen bzw. gesetzt haben. Die Nichtteilnahme an der Umfrage könnte auch viele andere Gründe haben.

Dennoch wäre in beiden Extremen (Szenarien 1 und 2) das Gesundheitsziel 3 erreicht - natürlich nur unter der Voraussetzung, dass die gesetzten Maßnahmen der Betriebe den „Prinzipien eines gesunden Unternehmens/Betriebes“ entsprechen.

Charta und Gütesiegel

Die quantitative Erreichung des Zieles sagt aber noch nicht sehr viel über die Qualität der durchgeführten Maßnahmen aus. Zur Qualitätssicherung hat das Öster-

reichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, deren Koordinationsstelle bei der OÖGKK angesiedelt ist, zwei bedeutende Qualitätsstufen etabliert:

1. Die BGF-Charta: Mit der Unterzeichnung dieser Erklärung bekunden Unternehmen ihren Willen, sich in Hinblick für die Gesundheit ihrer MitarbeiterInnen zu engagieren.

2. Das BGF-Gütesiegel: Dies ist eine Zertifizierung von Unternehmen, die qualitativ hochwertige oder besonders innovative Gesundheitsförderungsmaßnahmen durchführen. Das Gütesiegel „Gesundheitsförderndes Unternehmen“ soll die Gesundheitsorientierung eines Unternehmens öffentlich sichtbar machen. Ein Unternehmen muss Qualitätskriterien erfüllen und erhält dafür das Gütesiegel befristet auf drei Jahre.

Die BGF-Charta wurde in Oberösterreich bisher von 50 Unternehmen unterzeichnet, 40 Prozent davon oder 20 Betriebe sind Linzer Unternehmen.

Das BGF-Gütesiegel wurde bisher oberösterreichweit an 16 Betriebe verliehen, davon fünf an Linzer Betriebe.

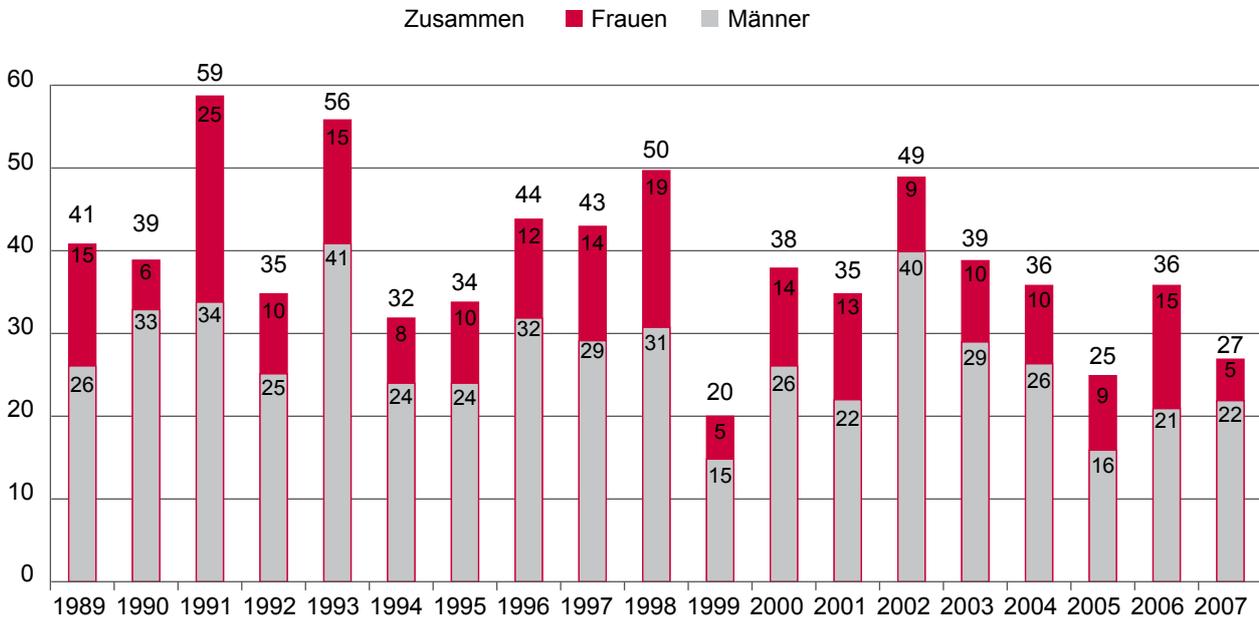
8.1.4. Ziel 4: Suizid

In Linz schwankt die Zahl der Suizidfälle im Zeitraum zwischen 1989 und 2007 zwischen 20 Fällen (1999) und 59 Fällen (1991) pro Jahr. Durch die - aus statistischer Sicht - geringe Populationsgröße und die dementsprechend geringen Fallzahlen weist die Suizidrate große, als zufällig anzusehende, Schwankungen zwischen den einzelnen Jahren auf. Um diese zufälligen Schwankungen auszugleichen wurde der Verlauf der Suizidrate in Abbildung 183 geglättet (gleitender Mittelwert über fünf Jahre). Zwischen 1991 und 1994 lässt sich in Linz ein

leichtes Absinken der Suizidrate beobachten (von durchschnittlich 23 Fällen pro 100.000 Ew. und Jahr auf 20 Fälle/100.000 Ew. und Jahr). Danach verbleibt die durchschnittliche Rate bis 2004 auf einem Niveau von ca. 20 und 21 Fällen/100.000 Ew. Der Wert für das Jahr 2005 (das ist die Mittlere Suizidrate der Jahre 2003 bis 2007) liegt mit 17,5 Suiziden pro 100.000 Einwohner deutlich niedriger als in den Vorjahren. Ob es sich dabei um eine zufällige Schwankung handelt, oder die Rate längerfristig auf diesem Niveau bleibt, muss offen bleiben.

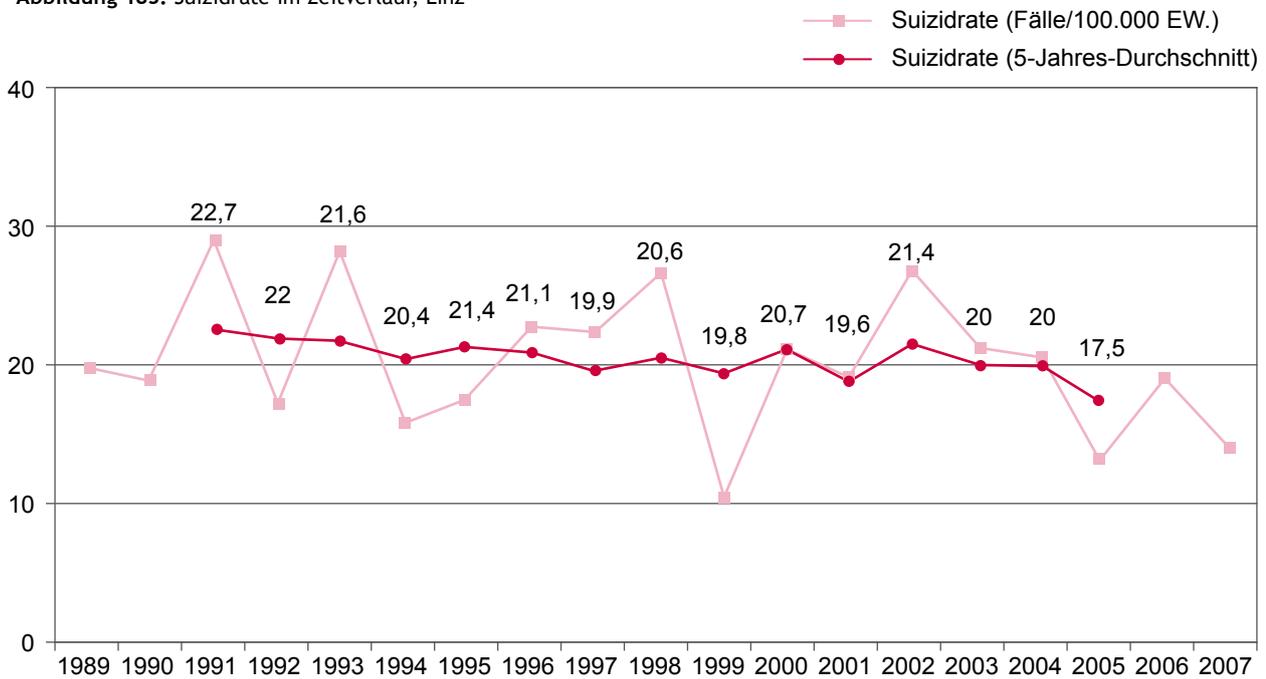
ZEHN GESUNDHEITZIELE FÜR LINZ

Abbildung 182: Suizidfälle 1989 bis 2007, Linz



Quelle: Land Oberösterreich, Abteilung Statistik

Abbildung 183: Suizidrate im Zeitverlauf, Linz



Quelle: Land Oberösterreich, Abteilung Statistik; eigene Berechnungen; Gleitender Mittelwert: Zur Glättung des Verlaufes (Verminderung zufälliger Schwankungen) wurde ein gleitender Mittelwert gebildet (Fünf-Jahres-Durchschnitt: zwei Jahre vor bis zwei Jahre nach dem betreffenden Jahr) ⁴⁷.

⁴⁷ Bezugspopulation: Für 1989-1993 lt. Volkszählung 1991. Da die Linzer Bevölkerung zwischen den Volkszählungen 1991 und 2001 leicht zurückgegangen ist, wurde für die Periode 1994-1998 der Mittelwert der Ergebnisse der Volkszählungen 1991 und 2001 als Bezugspopulation genommen. Ab 2000 lt. Volkszählung 2001.

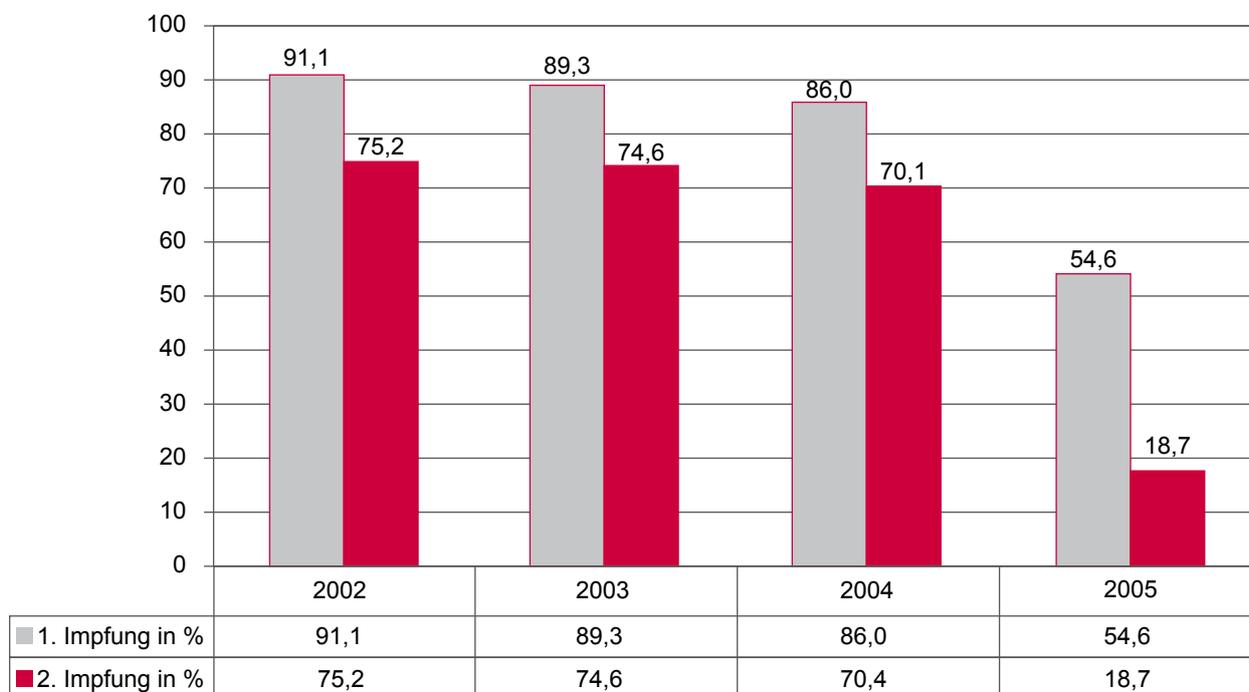
8.1.5. Ziel 5,6: Impfen

Laut WHO ist mit einer Durchimpfungsrate von mindestens 95 Prozent die Eliminierung der Masern möglich, mit dauerhaften Durchimpfungsraten von über 90 Prozent eine Eindämmung. Im Analogieschluss dazu ist mit einer Eindämmung von Mumps und Röteln durch den Einsatz der Kombinationsimpfstoffe MMR bei einer Durchimpfungsrate von über 90 Prozent ebenfalls zu rechnen.

Für einen Langzeitschutz sollen insgesamt zwei Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln durchgeführt werden. Bis Ende 2002 wurde die erste Impfung im zweiten Lebensjahr, die zweite Impfung bei Schulanfängern verabreicht. Ab 2003 wurde die Impfstrategie geändert und die zweite Impfung in das zweite Lebensjahr vorverlegt.

Abbildung 184: Durchimpfungsraten MMR-Impfungen - Großraum Linz

Großraum Linz, Durchimpfungsraten MMR-Impfung in % Geburtenjahrgänge 2002 - 2005; Stand 31.12.2006



Quelle: Amt der OÖ Landesregierung, Landessanitätsdirektion

Die Durchimpfungsrate liegt in den Jahren 2002 und 2003 bei rund etwa 90 Prozent und ist damit um jeweils zirka sechs Prozent über der Oberösterreich weiten Durchimpfungsrate angesiedelt. Die hier angeführte niedrige Durchimpfungsrate für den Geburtenjahrgang 2005 liegt schlicht daran, dass viele Kinder erst im Jahr 2007 in das für die MMR-Impfungen vorgesehene Alter kommen.

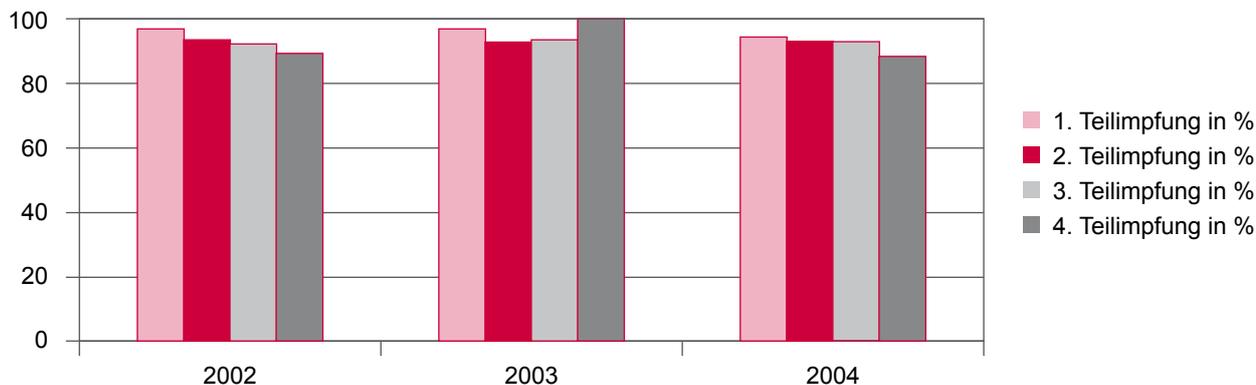
Die Sechsfachimpfung (gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio, Hepatitis B, Haemophilus influenzae) besteht aus 4 Teilimpfungen, die im dritten Lebensmonat

(erste Teilimpfung), im 5. Lebensmonat (zweite Teilimpfung), im siebten Lebensmonat (dritte Teilimpfung) und im zweiten Lebensjahr (vierte Teilimpfung) verabreicht werden.

Durch Erreichen einer Durchimpfungsrate für eine vollständige Grundimmunisierung mit 4 Teilimpfungen von über 90% kann die Gruppe der durch einen besonders schweren Krankheitsverlauf gefährdeten Kinder bei Pertussis und Haemophilus influenzae Typ B auf einem Minimum gehalten werden.

Abbildung 185: Durchimpfungsraten 6-fach-Impfung - Großraum Linz

Großraum Linz, Durchimpfungsraten 6-fach-Impfung in %, Geburtenjahrgänge 2002 - 2004



Quelle: Amt der OÖ Landesregierung, Landessanitätsdirektion

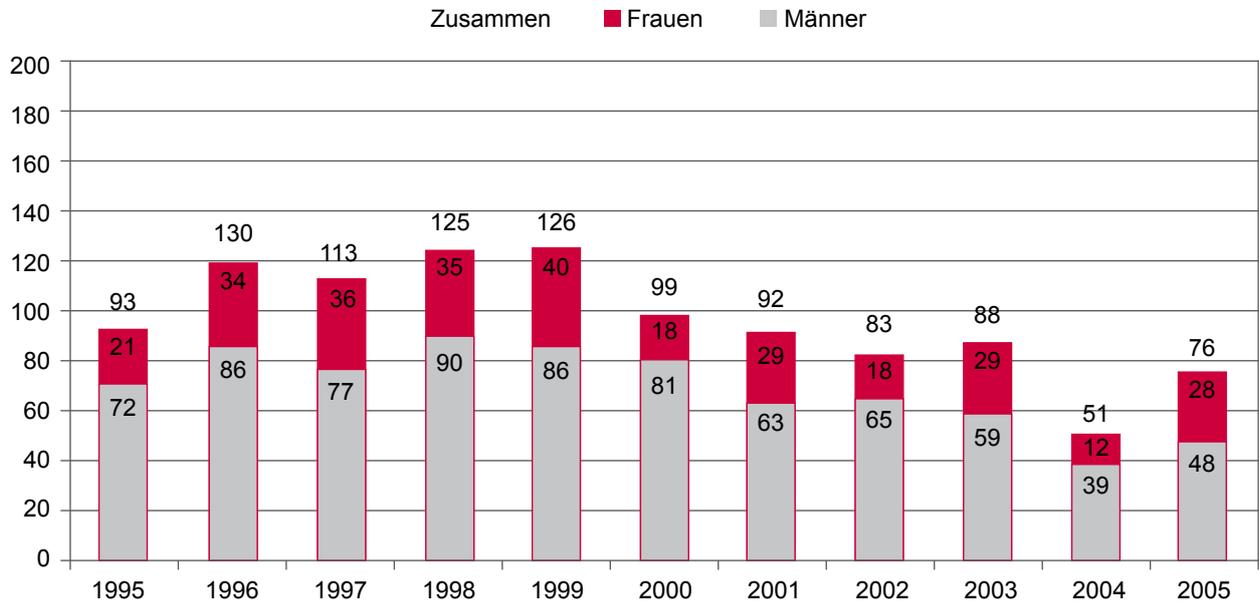
Die Durchimpfungsraten für alle Teilimpfungen liegen in den Jahren 2002 bis 2004 zwischen 90 und 95 Prozent, damit liegt Linz in etwa im Oberösterreich-Schnitt, bei der vierten Teilimpfung sogar etwas darüber.

8.1.6. Ziel 7: Herz-Kreislauferkrankungen

Die jährliche Zahl der Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauferkrankungen in der Altersgruppe unter 65 Jahren lag im Zeitraum zwischen 1995 und 1999 bei über 100 Fällen. Ab 2000 ist ein deutlicher Rückgang zu beobachten.

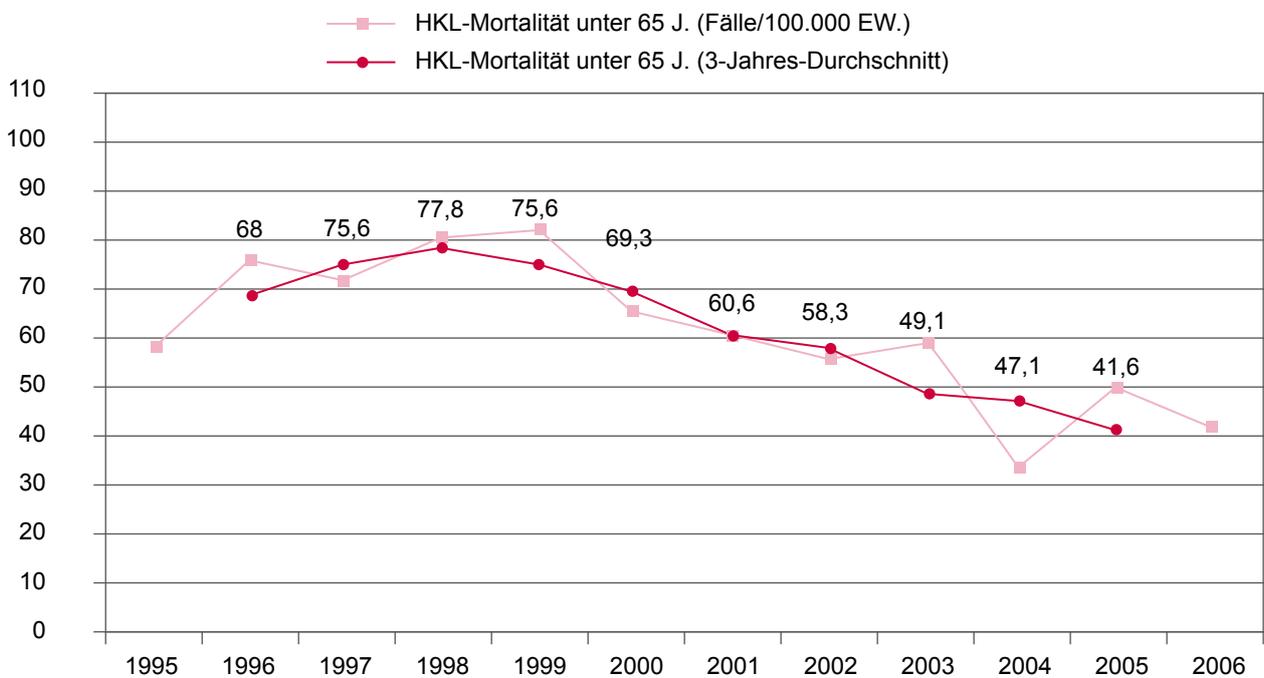
Um diese zufälligen Schwankungen zwischen den Jahren auszugleichen wurde der Verlauf geglättet (gleitender Mittelwert über drei Jahre). Die durchschnittliche spezifische Mortalitätsrate lag im Zeitraum zwischen 1997 und 1999 bei über 75 Fällen/100.000 Einwohner. Von 1999 bis 2005 ging die Herz-Kreislaufsterblichkeit um fast 45 Prozent (von rund 78 auf ca. 42 Fälle/100.000 Ew.) zurück. Dies entspricht ungefähr dem Oberösterreichischen Trend.

Abbildung 186: Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauferkrankungen unter 65 Jahren im Zeitverlauf (1995 bis 2005), Linz



Quelle: Amt der OÖ Landesregierung, Abteilung Statistik

Abbildung 187: Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauferkrankungen unter 65 Jahren im Zeitverlauf (1995 bis 2005), Linz



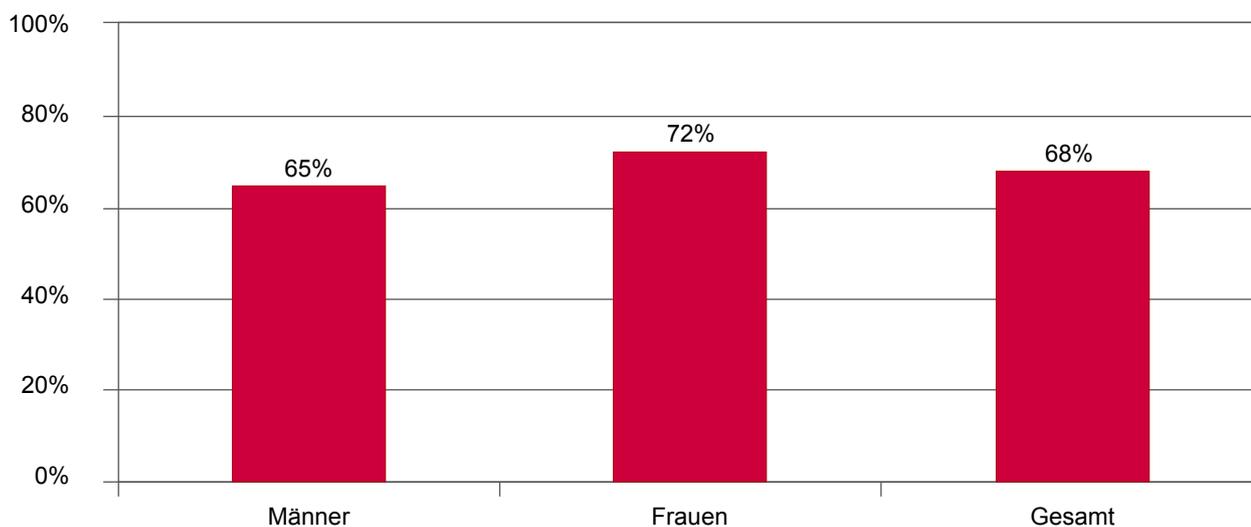
Quelle: Land Oberösterreich, Abteilung Statistik; eigene Berechnungen; Gleitender Mittelwert: Zur Glättung des Verlaufes (Verminderung zufälliger Schwankungen) wurde ein gleitender Mittelwert gebildet (Drei-Jahres-Durchschnitt: ein Jahr vor bis ein Jahr nach dem betreffenden Jahr); Bevölkerung unter 65 Jahren lt. Volkszählung 2001.

8.1.7. Ziel 8: Nikotin und Alkohol

Zum Stand des Gesundheitszieles, betreffend Nikotinkonsum der über 15-jährigen Bevölkerung in Linz, lässt sich zurzeit aufgrund der Ergebnisse der Linzer Gesundheitsumfrage folgendes feststellen:

Abbildung 188: NichtraucherInnenanteil in der Linzer Bevölkerung

Anteil der NichtraucherInnen in der Linzer Bevölkerung



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006; n=2.360

65 Prozent der Männer und 72 Prozent der Frauen bezeichnen sich als Nichtraucher bzw. Nichtraucherin. Die derzeitige NichtraucherInnenquote liegt mit 68 Prozent also noch zwölf Prozentpunkte unter der für das Jahr 2010 avisierten Zielmarke von 80 Prozent.

Bezüglich des NichtraucherInnenanteils bei den unter 15-Jährigen liegen keine spezifischen Daten für die Stadt Linz vor. Oberösterreichweit wird der gegenwärtige NichtraucherInnenanteil in diesem Alterssegment (0 bis 15 Jahre) vom Institut für Suchtprävention auf 98 Prozent geschätzt⁴⁸.

Zahlen zum Pro-Kopf-Verbrauch von Alkohol liegen weder für Linz, noch für Oberösterreich vor. (Derartige Statistiken sind nur für Österreich verfügbar, da sie anhand von Alkoholproduktion, Importen und Exporten berechnet werden. Die Schätzung des Pro-Kopf-Verbrauches von Alkohol anhand von Bevölkerungsbefragungen hat sich als sehr unzuverlässig erwiesen⁴⁹). Eine Evaluierung des Gesundheitszieles ist aus diesem Grund nicht möglich.

Informationen zum Alkoholkonsum der Linzer Bevölkerung finden sich im Kapitel 4 des Berichts.

⁴⁸ Seyer, S./Lehner, R./Gschwandtner, F./Paulik, R., Bericht zum Drogenmonitoring 2006, Institut Suchtprävention, Linz 2007, S. 67

⁴⁹ Uhl, A.: Handbuch Alkohol - Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends., Bundesministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales, Wien 2001

8.1.8. Ziel 9: Schule

Im Jahr 2005 waren vier Linzer Schulen Teil des Österreichischen Netzwerks „Gesundheitsfördernder Schulen“. Das Netzwerk konnte zwar wichtige Grundlagenarbeit leisten, bei weitem aber nicht eine entsprechend große Anzahl an Schulen erreichen. Daher wurde nun in Oberösterreich durch eine Arbeitsgruppe „Gesunde Schule“, die vom Institut für Gesundheitsplanung koordiniert wird, ein Landesweites Konzept erarbeitet. Kern des Konzepts ist ein Gütesiegel „Gesundheitsfördernde Schule“, das durch die Erfüllung eines erarbeiteten Kriterienkataloges an gesundheitsfördernde Schulen verliehen wird. Mit dem Schuljahr 2006/07 beteiligten sich zwei Linzer Schulen (Volksschule „Bertha von Suttner“ und die Hauptschule „Auhof“) am Pilotprojekt „Gesunde Schule Oberösterreich“ als „Pilotschulen“. Ein Jahr darauf kam eine weitere Linzer Schule (Volksschule „Jahnschule“) dazu.

8.1.9. Ziel 10: Gesunde Stadt

Die Stadt Linz ist seit dem Jahr 1992 Mitglied im Netzwerk „Gesunde Städte Österreichs“, an dem 34 österreichische Städte beteiligt sind. Vorsitzende des Netzwerks ist die Linzer Gesundheitsstadträtin.

9. DATEN- GRUNDLAGE

Im vorliegenden Bericht wurde - abgesehen von Daten der Statistik Austria - in erster Linie folgendes Datenmaterial verwendet:

Umfragedaten der Linzer Gesundheitsbefragung

Im Mai/Juni 2006 wurden 10.000 schriftliche Fragebögen an LinzerInnen zwischen 15 und 80 Jahren ausgesandt. Davon wurden 2.393 an das Institut für Gesundheitsplanung retourniert. Dies entspricht einer Rücklaufquote von knapp 24 Prozent.

Um auch die jüngere Bevölkerung angemessen zu repräsentieren⁵⁰, wurde anstatt einer einfachen Zufallsauswahl die Methode einer disproportionalen Zufallstichprobe zu Gunsten der jüngeren Bevölkerungssegmente angewandt. Die Stichprobenziehung wurde von der Stadtforschung Linz durchgeführt.

Die Erhebungsmethode, das Stichprobendesign und die damit verbundenen unterschiedlichen Rücklaufquoten nach soziodemographischen Merkmalen (Geschlecht, Bildung und Alter) führen dazu, dass die Zusammensetzung des Samples von der tatsächlichen Grundgesamtheit etwas abweicht. So sind beispielsweise Frauen und höher gebildete Personen überrepräsentiert. Um diesen Bias zu korrigieren, wurden die Auswertungen für die Gesamtpopulation nach den Merkmalen Alter, Geschlecht und Bildungsgrad gewichtet - d.h. an die tatsächliche Verteilung dieser Merkmale in der Linzer Wohnbevölkerung angeglichen.

Abrechnungsdaten der OÖGKK

Im vorliegenden Bericht wurden anonymisierte Abrechnungsdaten der OÖGKK verwendet. Diese betreffen die Bereiche Krankenstand (Häufigkeit und Dauer), Krankenhausaufenthalte und Medikamentenverordnungen. Im Bericht sind Auswertungen von anonymisierten Abrechnungsdaten der OÖGKK mit dem Kürzel FOKO (=Folgekostendaten der OÖGKK) versehen.

Spitalsentlassungsdaten der Fonds-Krankenanstalten

Mit der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltsfinanzierung (LKF) im Jahr 1997 wurde zur Umsetzung in Oberösterreich der OÖ. Krankenanstaltsfonds (OÖ. KRAF) gegründet. Krankenanstalten, die dem LKF-System unterliegen und aus öffentlichen Mitteln über den Landeskrankenanstaltsfonds finanziert werden, werden als Fonds-Krankenanstalten bezeichnet. Es ist zu beachten, dass die Spitalsentlassungsdaten nicht Personen sondern Behandlungsfälle zählen und dem IGP nur solche Behandlungsfälle vorliegen, die von OÖGKK-Versicherten in OÖ Fonds-Krankenanstalten in Anspruch genommen wurden. Im Bericht sind Auswertungen der Spitalsentlassungsdaten mit dem Kürzel LKF versehen.

⁵⁰ Personen aus jüngeren Segmenten neigen erfahrungsgemäß in einem geringeren Ausmaß als Personen aus älteren Segmenten dazu, Fragebögen zu beantworten bzw. zu retournieren.

10. ABBILDUNGS - UND TABELLENVERZEICHNIS LITERATUR

Abbildung 1: Altersverteilung der Linzer Bevölkerung	17
Abbildung 2: Herkunftsnationen (Staatsbürgerschaft)	17
Abbildung 3: LinzerInnen mit Migrationshintergrund (Geburtsort außerhalb Österreich)	18
Abbildung 4: Höchste abgeschlossene Schulbildung	19
Abbildung 5: Lebendgeborene im Zeitverlauf	20
Abbildung 6: Geburtenziffer im Zeitverlauf	20
Abbildung 7: Zu- und Wegzüge 1997 - 2006	21
Abbildung 8: Wanderungsbilanz	22
Abbildung 9: Lebenserwartung bei der Geburt	24
Abbildung 10: Fernere Lebenserwartung mit 65 Jahren	25
Abbildung 12: Mortalitätsraten in Linz (Rohe Rate)	26
Abbildung 13: Standardisierte Sterbeziffern	27
Abbildung 14: Standardisierte Sterbeziffern im Landeshauptstädtevergleich	28
Abbildung 15: Subjektiver Gesundheitszustand der Linzer Bevölkerung	31
Abbildung 16: Altersspezifischer Gesundheitszustand der Linzer Bevölkerung	32
Abbildung 17: Bildungsbezogener Gesundheitszustand der Linzer Bevölkerung	33
Abbildung 18: Bildungsbezogener Gesundheitszustand nach unterschiedlichen Altersgruppen - Männer	33
Abbildung 19: Bildungsbezogener Gesundheitszustand nach unterschiedlichen Altersgruppen - Frauen	34
Abbildung 20: Einkommen und subjektive Gesundheit	35
Abbildung 21: Einkommen und subjektive Gesundheit nach Alter	35
Abbildung 22: Krankenstandsstatistik 2006: Betriebe in OÖ und Linz (nach Betriebsstandort)	37
Abbildung 23: Krankenstandstage je Beschäftigten 2006: nach Altersgruppen und Geschlecht	38
Abbildung 24: Durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit (Krankenstandsfälle je Beschäftigten) 2006: nach Altersgruppen und Geschlecht	39
Abbildung 25: Krankenstand: AU Tage von Arbeitern und Arbeiterinnen 2006 nach Wirtschaftsklasse (ICD-10 Kapitel)	40
Abbildung 26: Krankenstand: AU Tage von Angestellten 2006 nach Wirtschaftsklasse (ICD-10 Kapitel)	41
Abbildung 27: Krankenstandstage 2006 nach Diagnosegruppen (ICD-10 Kapitel)	42
Abbildung 28: Krankenstandstage aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates (ICD-10 Gruppen)	43
Abbildung 29: Krankenstandstage aufgrund von Atemwegserkrankungen (ICD-10 Gruppen)	43
Abbildung 30: Krankenstandstage aufgrund von äußeren Ursachen (ICD-10 Gruppen)	44
Abbildung 31: Betroffenenquote 2006 nach Diagnosegruppen (ICD-10 Kapitel)	45
Abbildung 32: Krankenstandstage pro betroffene Person 2006 nach Diagnosegruppen (ICD-10 Kapitel)	46
Abbildung 33: Prävalenz von Krankheiten des Bewegungsapparates	47
Abbildung 34: Prävalenz von Schäden der Wirbelsäule	48
Abbildung 35: Schäden der Wirbelsäule nach Altersgruppen	48
Abbildung 36: Schäden der Wirbelsäule nach Schulbildung	49
Abbildung 37: Schäden der Wirbelsäule nach Schulbildung (unterschiedliche Altersgruppen) - Männer	50
Abbildung 38: Schäden der Wirbelsäule nach Schulbildung (unterschiedliche Altersgruppen) - Frauen	50
Abbildung 39: Schäden der Wirbelsäule und beruflicher Hintergrund	51
Abbildung 40: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates 2004-2006 nach Hauptdiagnose (Anteil an den Krankenhausaufenthalten mit Hauptdiagnose Bewegungs- und Stützapparat)	52
Abbildung 41: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Erkrankungen von Rücken und Wirbelsäule nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)	53
Abbildung 42: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Gelenkerkrankungen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)	54
Abbildung 43: Personen mit Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)	55
Abbildung 44: Personen mit Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Gelenkerkrankungen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)	56
Abbildung 45: Prävalenz von Erkrankungen des Herz- Kreislaufsystems	57
Abbildung 46: Niedriger Blutdruck nach Alter	58
Abbildung 47: Erhöhter Blutdruck nach Alter	58
Abbildung 48: Erhöhter Blutdruck bei über 50-Jährigen nach Schulbildung	59
Abbildung 49: Venenentzündungen nach Alter	60
Abbildung 50: Venenentzündungen, Thrombosen, Krampfadern bei über 50-Jährigen nach Schulbildung	60
Abbildung 51: Gefäßstörungen an den Beinen nach Alter	61
Abbildung 52: Gefäßstörungen an den Beinen bei über 50-Jährigen nach Schulbildung	62
Abbildung 53: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Herz-Kreislaferkrankungen 2004-2006 nach Hauptdiagnose (Anteil an den Krankenhausaufenthalten mit Hauptdiagnose Herz-Kreislaferkrankung)	63
Abbildung 54: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund ischämischer Herzkrankheiten nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)	64
Abbildung 55: Personen mit Krankenhausaufenthalt: Sonstige Formen der Herzkrankheit nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)	65

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildung 56: Personen mit Krankenhausaufenthalt: Zerebrovaskuläre Krankheiten nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)	66
Abbildung 57: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Krankheiten der Venen und Lymphgefäße nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)	67
Abbildung 58: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Krankheiten der Arterien nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)	68
Abbildung 59: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Bluthochdruckerkrankung (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)	69
Abbildung 60: Prävalenz von Hautallergien.....	70
Abbildung 61: Altersspezifische Beschwerden durch Allergien	71
Abbildung 62: Zuckerkrankheit nach Alter	72
Abbildung 63: Zuckerkrankheit bei über 50-Jährigen nach (letztem) Beschäftigungsverhältnis	72
Abbildung 64: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Diabetes nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)	73
Abbildung 65: Verteilung der Krankenhausaufenthalte mit Spätkomplikation nach Komplikationsart (Durchschnitt 2004 bis 2006).....	74
Abbildung 66: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Diabeteskomplikationen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)	75
Abbildung 67: Personen mit Antidiabetika (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)	76
Abbildung 68: Chronische Bronchitis/Lungenemphysem nach Alter	78
Abbildung 69: Lungenasthma nach Alter	79
Abbildung 70: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Atemwegserkrankungen 2004-2006 nach Hauptdiagnose (Anteil an den Krankenhausaufenthalten mit Hauptdiagnose Atemwegserkrankung).....	80
Abbildung 71: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Erkrankungen der oberen Atemwege nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006).....	81
Abbildung 72: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund chronischer Erkrankungen der unteren Atemwege nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)	82
Abbildung 73: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Grippe und Pneumonie der unteren Atemwege nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006).....	83
Abbildung 74: Personen mit Arbeitsunfähigkeit aufgrund von akuten Infekten der oberen Atemwege nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)	84
Abbildung 75: Personen mit Arbeitsunfähigkeit aufgrund von sonstigen Krankheiten der oberen Atemwege nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006).....	85
Abbildung 76: Personen mit Arbeitsunfähigkeit aufgrund von chronischen Erkrankungen der unteren Atemwege nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006).....	86
Abbildung 77: Personen mit Antiasthmatica (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)	87
Abbildung 78: Anzeichen einer Depression nach Alter	88
Abbildung 79: Anzeichen einer Depression nach Schulbildung	89
Abbildung 80: Anzeichen einer Depression nach Schulbildung und Alter - Männer.....	90
Abbildung 81: Anzeichen einer Depression nach Schulbildung und Alter - Frauen	90
Abbildung 82: Anzeichen einer Depression nach Einkommen.....	91
Abbildung 83: Anzeichen einer Depression nach beruflicher Stellung.....	92
Abbildung 84: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von psychischen Erkrankungen 2006 nach Hauptdiagnose (Anteil an betroffenen Personen)	93
Abbildung 85: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von affektiven Störungen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)	94
Abbildung 86: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von affektiven Störungen: durchschnittliche Krankenhaustage je Betroffenen (2004 bis 2006).....	94
Abbildung 87: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von affektiven Störungen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)	95
Abbildung 88: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Störungen durch psychotrope Substanzen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)	96
Abbildung 89: Anteil spezifischer Diagnosen an den Krankenhausaufenthalten infolge Substanzkonsum (2004 bis 2006)	97
Abbildung 90: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Störung durch psychotrope Substanzen: durchschnittliche Krankenhaustage je Betroffenen (2004 bis 2006).....	97
Abbildung 91: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Störung durch psychotrope Substanzen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)	98
Abbildung 92: Anteil spezifischer Diagnosen an den Krankenhausaufenthalten infolge Substanzgebrauch nach Altersgruppen (2004 bis 2006)	99
Abbildung 93: Personen mit Krankenstand aufgrund von psychischen Erkrankungen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)	100
Abbildung 94: Psychische Erkrankungen: Krankenstandstage je Betroffene nach Altersgruppen (Durchschnitt 2004 bis 2006)	101

Abbildung 95: Anteil spezifischer Diagnosen an den Krankenstandstagen psychischer Erkrankungen (2004 bis 2006)	102
Abbildung 96: Personen mit Krankenstand aufgrund von affektiven Störungen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)	103
Abbildung 97: Personen mit Krankenstand aufgrund von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)	104
Abbildung 98: Personen mit Antidepressivaverordnung (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)	105
Abbildung 99: Antidepressivaverordnung: durchschnittliche Verordnungsmenge je PatientIn (Durchschnitt 2004 bis 2006)	106
Abbildung 100: Beschwerden I	107
Abbildung 101: Beschwerden II	108
Abbildung 102: Beschwerden: Rücken-, Kreuzschmerzen nach Alter	109
Abbildung 103: Beschwerden: Rücken-, Kreuzschmerzen nach Schulbildung	109
Abbildung 104: Beschwerden: Schlafstörungen nach Alter	110
Abbildung 105: Beschwerden: Schlafstörungen nach Schulbildung	111
Abbildung 106: Beschwerden: Schlafstörungen nach Zufriedenheit mit der beruflichen Situation	112
Abbildung 107: Beschwerden: Niedergeschlagenheit, Depression nach Alter	112
Abbildung 108: Beschwerden: Niedergeschlagenheit, Depression nach Zufriedenheit mit der beruflichen Situation	113
Abbildung 109: Sportliche Betätigung nach Alter	116
Abbildung 110: Frequenz der sportlichen Betätigung nach Alter	117
Abbildung 111: Sportliche Betätigung nach Schulbildung	118
Abbildung 112: Sportliche Betätigung bei Anzeichen einer Depression	119
Abbildung 113: Sportliche Betätigung und Rauchen	120
Abbildung 114: Sportliche Betätigung nach BMI	121
Abbildung 115: Ernährungsgewohnheiten	122
Abbildung 116: Konsum von „Leichten Gerichten“ nach Alter	123
Abbildung 117: Konsum von „Fast Food“ nach Alter	123
Abbildung 118: Konsum von „Leichten Gerichten“ nach Schulbildung	124
Abbildung 119: Konsum von „Fast Food“ nach Schulbildung	125
Abbildung 120: Tabakkonsum nach Alter	126
Abbildung 121: Täglicher Tabakkonsum nach Alter	127
Abbildung 122: Tabakkonsum nach Schulbildung	128
Abbildung 123: Täglicher Tabakkonsum nach Schulbildung	129
Abbildung 124: Tabakkonsum nach Zufriedenheit mit der beruflichen Situation	130
Abbildung 125: Täglicher Tabakkonsum nach beruflicher Stellung	131
Abbildung 126: Tabakkonsum nach Einkommen	132
Abbildung 127: Täglicher Tabakkonsum nach Einkommen	133
Abbildung 128: Tabakkonsum nach subjektivem Gesundheitszustand	134
Abbildung 129: Täglicher Tabakkonsum nach subjektivem Gesundheitszustand	135
Abbildung 130: Raucherhaushalte nach subjektivem Gesundheitszustand	136
Abbildung 131: Raucherhaushalte mit Kindern unter 15 Jahren im gemeinsamen Haushalt	137
Abbildung 132: Anzahl der gerauchten Zigaretten pro Tag nach Alter	138
Abbildung 133: Anteil der starken RaucherInnen an den regelmäßigen RaucherInnen	139
Abbildung 134: Alkoholkonsum - Frequenz	140
Abbildung 135: Alkoholkonsum (Frequenz) nach Alter	141
Abbildung 136: Alkoholmenge nach Alter	142
Abbildung 137: Alkoholmenge nach RaucherInnenstatus	143
Abbildung 138: Alkoholmenge und psychische Gesundheit	144
Abbildung 139: Verhaltens-Cluster	146
Abbildung 140: Verbreitung der Verhaltens-Cluster in der Linzer Bevölkerung	147
Abbildung 141: Verhaltens-Cluster und Geschlecht	147
Abbildung 142: Verhaltens-Cluster und Alter	148
Abbildung 143: Verhaltens-Cluster und Bildung	149
Abbildung 144: Schulbildung und Lebensstil	150
Abbildung 145: Anteil der Einkommensgruppen in den Verhaltens-Clustern	151
Abbildung 146: Lebensstil und subjektive Gesundheit	152
Abbildung 147: Lebensstil und psychische Gesundheit	152
Abbildung 148: Lebensstil und BMI	153
Abbildung 149: Lebensstil und Wohnort	153
Abbildung 150: Lebensqualitäts-Cluster	155
Abbildung 151: Verbreitung der Lebensqualitäts-Cluster	156
Abbildung 152: Lebensqualitäts-Cluster und Geschlecht	157
Abbildung 153: Lebensqualitäts-Cluster und Alter	158
Abbildung 154: Lebensqualitäts-Cluster und Schulbildung	159
Abbildung 155: Lebensqualität und Einkommen	160

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildung 156: Lebensqualität und subjektive Gesundheit	161
Abbildung 157: Lebensqualität und psychische Gesundheit.....	161
Abbildung 158: Lebensqualität und Wohnort.....	162
Abbildung 159: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung	169
Abbildung 160: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung nach subjektiver Gesundheit.....	170
Abbildung 161: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung nach Wohnort.....	171
Abbildung 162: Versorgung mit praktischen ÄrztInnen / FachärztInnen.....	172
Abbildung 163: Medizinische Versorgung nach Stadtteilen.....	173
Abbildung 164: Wunsch nach FachärztInnen	173
Abbildung 165: Negative Erfahrungen mit ÄrztInnen/Krankenhäusern	174
Abbildung 166: Vorsorgeuntersuchung	175
Abbildung 167: Vorsorgeuntersuchung nach Alter	176
Abbildung 168: Vorsorgeuntersuchung nach beruflicher Stellung.....	177
Abbildung 169: Gründe, nicht zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen	178
Abbildung 170: Impfstatus I	181
Abbildung 171: Impfstatus II.....	182
Abbildung 172: Impfstatus nach Alter I.....	183
Abbildung 173: Impfstatus nach Alter II	184
Abbildung 174: Impfstatus nach Geschlecht	185
Abbildung 175: Impfschutz nach Bildung I	186
Abbildung 176: Impfschutz nach Bildung II	186
Abbildung 177: Ambulante Behandlungsprävalenz	198
Abbildung 178: Krankenhausbehandlungsfälle mit Diabetesdiagnosen bzw. Spätfolgendiagnosen	199
Abbildung 179: Einschlägige medizinische Einzelleistungen (MEL) in Verbindung mit Spätfolgendiagnose (SF) - Gesamt	200
Abbildung 180: Vergleich der Kariesmorbidität der Schuljahre 1995/96 und 2006/07.....	200
Abbildung 181: Praktische Erfahrungen mit Gesundheitsförderung im Unternehmen	202
Abbildung 182: Suizidfälle 1989 bis 2007, Linz	204
Abbildung 183: Suizidrate im Zeitverlauf, Linz.....	204
Abbildung 184: Durchimpfungsraten MMR-Impfungen - Großraum Linz	205
Abbildung 185: Durchimpfungsraten 6-fach-Impfung - Großraum Linz	206
Abbildung 186: Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen unter 65 Jahren im Zeitverlauf (1995 bis 2005), Linz	207
Abbildung 187: Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen unter 65 Jahren im Zeitverlauf (1995 bis 2005), Linz	207
Abbildung 188: NichtraucherInnenanteil in der Linzer Bevölkerung.....	208
Tabelle 1: Betten in Linzer Krankenanstalten nach Einheiten im Jahr 2004.....	165
Tabelle 2: ÄrztInnen in Linz nach Fachrichtungen	167
Tabelle 3: TherapeutInnen in der Versorgungsregion Linz 2004.....	168
Tabelle 4: Psychosoziale Dienste in der Versorgungsregion Linz 2004.....	168
Tabelle 5: Impfungen - Erwachsene im Jahr 2007	179
Tabelle 6: Impfungen - Kinder und Jugendliche im Jahr 2007	180
Tabelle 7: Impfkationen im Jahr 2007	180
Tabelle 8: Zahnstatistik Schuljahr 2006/2007 - Linz Stadt.....	201
Tabelle 9: Rücklaufquoten zur Umfrage über BGF in KMU.....	201

Bevölkerungsprognose für Linz 2007-2020, Stadtforschung Linz, 2007,
http://www.linz.at/zahlen/110%5FForschungsprojekte/Bevoelkerungsprognose_Linz_2007-2020.pdf; 23.04.2008

Birgmann, R./Peböck, M.: Zahngesundheitsförderung in Oberösterreich, Linz 2004

Birgmann, R./Meggeneder, O.: Gesundheitsförderung als ein Beitrag zur Hebung der Zahngesundheit, Mitteilungen der Sanitätsverwaltung 10/2005, Wien 2005

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
Pensionsversicherung - Jahresstatistik; Berichtsjahr 2005

Leoni, T.: Fehlzeitenreport 2007. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich; Studie des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung im Auftrag der Wirtschaftskammer Österreich, WIFO - Österr. Inst. für Wirtschaftsforschung, Wien 2008

Linzer Arbeitsmarkt: Jahresrückblick 2007, Presseaussendung vom 03.01.2008,
http://linz.at/presse/2008/200801_36518.asp; 15.04.2008

PGA, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit, Jahresbericht Zahngesundheitsförderung 2006/2007, Linz 2007

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2006,
http://www.obsan.ch/monitoring/statistiken/2_6_1/2002/d/261.pdf; 20.07.2008

Seyer, S./Lehner, R./Gschwandtner, F./Paulik, R., Bericht zum Drogenmonitoring 2006, Institut Suchtprävention, Linz 2007

Stadtforschung Linz, 2008, <http://www.linz.at/zahlen/040%5FBevoelkerung/040%5FHauptwohnsitzbevoelkerung/>; 22.06.2008

Statistik Austria, Österreichischer Todesursachenatlas 1998/2004, Wien 2007

Statistik Austria, Österreichs Städte in Zahlen. Wien 2007

Uhl, A.: Handbuch Alkohol - Österreich, Zahlen, Daten, Fakten, Trends, Bundesministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales, Wien 2001

WHO, World Health Organization, Health Impact Assessment,
http://www.euro.who.int/healthy-cities/uht/20050201_10; 15.07.2008

