



Gesundheitsbericht Wels 2010-2016



Autoren:
Mag. Richard Birgmann, MPH (IGP)
Mag. Markus Peböck (IGP)
Margaretha Bäck, MA (IGP)
Mag.^a Julia Reiter (Stadt Wels)

Mitarbeit von:
Dr. Hubert Zödl (Stadt Wels)

GESUNDHEITSBERICHT WELS

2010-2016

Wels 2017

Herausgeber: Institut für Gesundheitsplanung

Redaktionelle
Betreuung: Mag. Markus Peböck (IGP)
Elena Madlschenter (IGP)

Autoren: Mag. Richard Birgmann, MPH (IGP)
Mag. Markus Peböck (IGP)
Margaretha Bäck, MA (IGP)
Mag.^a Julia Reiter (Stadt Wels)

Layout: Elena Madlschenter (IGP)

Druck:
Preis: 14,40 Euro
ISBN: 978-3-902487-18-6

Institut für Gesundheitsplanung
Weißewolfstraße 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

Gesunde Bürgerbeteiligung

Der zweite Welser Gesundheitsbericht ist zugleich der erste, den ich als Bürgermeister präsentieren darf. Wie bereits 2008 bis 2010 bildeten eine repräsentative Umfrage aus 7500 zufällig ausgewählten Bürgern und vorliegende statistische Daten die Grundlage für den Bericht. Erstellt hat ihn wiederum das Institut für Gesundheitsplanung. An das Team um Geschäftsführer Mag. Markus Peböck geht hiermit ein herzliches Dankeschön für die sorgfältige und übersichtliche Aufbereitung der Daten.

Es ist mir ein großes Anliegen, die Welser in möglichst vielen Lebensbereichen direkt einzubinden und mitbestimmen zu lassen. Daher begrüße ich es besonders, dass bei den Gesundheitsberichten jedes Mal ein aussagekräftiger Querschnitt unserer Bürger eingebunden wurde und wird. Denn diese wissen selbst am besten, wo sie der sprichwörtliche Schuh am meisten drückt.

Mein großes Ziel ist es, Wels nach vorne zu bringen. Je gesünder die Bürger unserer Stadt sind, umso mehr können sie dazu auch beitragen. Insofern bin ich froh, dass wir nun fundierte aktuelle Daten über den Gesundheitszustand der Welser besitzen. Gleichzeitig bietet der Bericht auch wertvolle Hinweise, was die Stadt beitragen kann, um diese Situation zum Wohle aller Bürger weiter verbessern zu können.

Dr. Andreas Rabl
Bürgermeister

Gesund berichtet

Im Auftrag der Stadt Wels hat das Institut für Gesundheitsplanung bereits zum zweiten Mal einen Welser Gesundheitsbericht erstellt. Wie schon bei der Erstausgabe 2010 bietet auch die aktuelle Version einen wichtigen Überblick über den Gesundheitszustand der Welser Bevölkerung und gibt Aufschluss über die wichtigsten gesundheitlichen Basisdaten der Stadt. Diese dienen wiederum als Grundlage für die Planung und Durchführung gesundheitspolitischer Maßnahmen, welche die Versorgung sicherstellen, Krankheiten verhüten und Gesundheit fördern sollen.

Natürlich ist es für mich als zuständige Referentin schön zu erfahren, dass das Gesundheitswesen in Wels in weiten Teilen sehr gut bis gut funktioniert. Es ist aber auch wichtig zu wissen, wo es noch Verbesserungsmöglichkeiten gibt, wie man diese gestalten könnte und bei welchen Gruppen diese am dringendsten nötig sind.

Dem gesamten Team des Institutes für Gesundheitsplanung mit Geschäftsführer Mag. Markus Peböck an der Spitze danke ich abschließend für die erneute vorbildliche Erstellung dieses wichtigen Grundlagenwerkes über den Gesundheitszustand der Welser Bevölkerung und die gesundheitliche Versorgung in unserer Stadt!



Vizebürgermeisterin Silvia Huber
Gesundheitsreferentin



VORWORT



VORWORT

Gesundheit ist mehr als Krankenversorgung

Als Institut für Gesundheitsplanung steht für uns die Frage im Mittelpunkt, wie Gesundheit gefördert und Krankheiten verhindert werden können. Dabei ist es von zentraler Bedeutung, den Gesundheitszustand sowie die positiven und negativen Einflussfaktoren auf die Gesundheit zu kennen. Mittlerweile wissen wir, dass die Krankenversorgung nur zu einem Teil die Gesundheit einer Gesellschaft beeinflusst. Neben Alter, Geschlecht und den Erbanlagen sind die wichtigsten Gesundheitsdeterminanten die individuelle Lebensweise (z.B. Ernährung, Bewegung), die Integration in soziale und kommunale Netzwerke (z.B. Freunde, Familie), die Lebens- und Arbeitsbedingungen (z.B. Arbeit/Arbeitslosigkeit) und allgemeine sozioökonomische, kulturelle und Umwelt-Faktoren (z.B. saubere Atemluft). Der Welser Gesundheitsbericht ist entlang dieser Einflussfaktoren aufgebaut.

Neben einer Ist-Stands-Beschreibung sind die Formulierung von Gesundheitszielen und deren Umsetzung in Form von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten eine wichtige Grundlage für die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung. Auch dabei ist die Berücksichtigung der Einflussfaktoren auf die Gesundheit von entscheidender Bedeutung. Ich gratuliere der Stadt Wels zum Prozess der Gesundheitsziele und zu den Aktivitäten für die Umsetzung. Wir freuen uns auch immer, wenn wir als Institut für Gesundheitsplanung dabei unterstützen können.

Für die Zusammenarbeit zur Entstehung dieses Gesundheitsberichtes bedanke ich mich ganz herzlich bei Frau Vizebürgermeisterin Silvia Huber und ihrem Team, beim Gesundheitsdienst und weiteren Magistratesdienststellen der Stadt Wels.

Mag. Markus Peböck
Geschäftsführer Institut für Gesundheitsplanung

ZUSAMMEN- FASSUNG

Der Aufbau des Gesundheitsberichts Wels 2010-2016 orientiert sich entlang der wesentlichen Einflussfaktoren auf Gesundheit, den so genannten Gesundheitsdeterminanten.

1. Demographie und Sozioökonomischer Hintergrund

Die Wohnbevölkerung der Stadt Wels liegt im Jahr 2014 bei 61.316 Personen und ist im Vergleich mit dem Jahr 2001 um rund 4.800 Personen angewachsen. Die Wanderungsbewegungen (Zu- und Wegzüge) haben seit dem Jahr 2010 merklich zugenommen, wobei derzeit etwas mehr Menschen zu- als wegziehen. Die Geburtenbilanz ist nahezu ausgeglichen. Der Ausländeranteil liegt bei 22 Prozent und ist damit deutlich größer als in der oberösterreichischen Gesamtbevölkerung (ÖÖ: 10%). Der Anteil an Menschen mit niedriger formaler Bildung (höchstens Pflichtschule) ist mit 28 Prozent etwas höher als in Gesamtoberösterreich (20%). Der AkademikerInnenanteil liegt in der Stadt Wels bei rund 10 Prozent und somit im Landesdurchschnitt.

2. Lebenserwartung und Mortalität

Die Lebenserwartung hat über die letzten Jahrzehnte hinweg stetig zugenommen. Der Großteil (39%) aller Todesfälle des Jahres 2014 lässt sich auf Herz-Kreislauferkrankungen zurückführen. Dahinter rangieren an zweiter Stelle Todesfälle aufgrund von Krebserkrankungen (24%).

3. Gesundheit und Krankheit

Insgesamt beurteilen 69 Prozent der Welser Bevölkerung ihren Gesundheitszustand mit gut oder sehr gut (Welser Gesundheitsumfrage 2008: 68%). Der Anteil an jenen Personen, die über einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand berichten, ist unter höher gebildeten Welserrinnen größer als unter Befragten mit niedriger formaler Bildung. Außerdem berichten Personen mit höherem Einkommen über einen besseren Gesundheitszustand als Personen mit niedrigerem Einkommen.

Die häufigsten körperlichen Erkrankungen in der Welser Bevölkerung sind Schäden der Wirbelsäule, Bluthochdruck, Erkrankungen der Gelenke und Allergien. Frauen sind signifikant häufiger von Schäden der Wirbelsäule, Erkrankungen der Gelenke, Allergien sowie Migräne/starken Kopfschmerzen betroffen als Männer.

In puncto seelische Erkrankungen ist festzuhalten, dass je 12 Prozent der Männer und Frauen innerhalb der letzten 12 Monate laut Selbstauskunft von einer Depression betroffen waren. Die Mehrheit der Betroffenen war/ist deswegen auch in Behandlung.

Die fünf am häufigsten auftretenden Beschwerdeformen in absteigender Reihung sind: Rücken- und Kreuzschmerzen, Schmerzen im Nacken und Schulterbereich, Schwäche/Müdigkeit, Schmerzen in Beinen und Füßen und Schlafstörungen. Frauen sind von vielen Beschwerdeformen häufiger betroffen als Männer.

Die meisten Belegstage im Krankenhaus sind auf psychische Erkrankungen, Krankheiten des Kreislaufsystems, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, Neubildungen und Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen zurückzuführen. Die meisten Medikamentenverordnungen betreffen Heilmittel zur Behandlung von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, des Nervensystems (Psychopharmaka, Schmerzmittel etc.) und des Magen-Darm-Traktes bzw. Stoffwechselsystems. Die meisten Krankenstandstage der Welser Versicherten sind auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, des Atmungssystems und auf äußere Ursachen wie Verletzungen, Vergiftungen oder Unfälle zurückzuführen.

4. Individuelle Lebensweisen

Über zwei Drittel der WelserInnen - und damit etwas mehr als bei der Welser Gesundheitsumfrage 2008 - geben an, sich mindestens einmal pro Woche sportlich zu betätigen. Bei den Männern erweist sich die Altersgruppe zwischen 15 und 29 Jahren als besonders sportlich, während bei den Frauen die Altersgruppe „50 Plus“ tendenziell am sportlich aktivsten ist. Unter formal höher Gebildeten ist der Anteil an sportlich Aktiven größer als unter BürgerInnen mit niedriger formaler Bildung. In puncto Alltagsbewegung ist festzuhalten, dass mehr Männer als Frauen im Alltag bestimmte Wege (z.B. zum Einkaufen oder in die Arbeit) zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurücklegen. Frauen wiederum bewegen sich deutlich mehr als Männer im Rahmen von Haushaltstätigkeiten wie Gartenarbeit oder ähnlichem.

Welser Frauen konsumieren deutlich mehr Obst und Gemüse als die Welser Männer. WelserInnen mit höherer formaler Bildung konsumieren häufiger Gemüse oder Salat. Bezüglich der Häufigkeit des Verzehrs von Obst sind weder bei den Männern noch bei den Frauen statistisch signifikante Unterschiede nach Bildungsstatus feststellbar. Fast drei Viertel der befragten Welserrinnen stufen sich selbst als NichtraucherInnen ein. Damit hat sich der Anteil der NichtraucherInnen in den letzten Jahren weiter vergrößert (Welser Gesundheitsumfrage 2008: 65% NichtraucherInnen). Bei formal höher Gebildeten ist der Anteil an täglichen RaucherInnen kleiner als unter BürgerInnen mit niedriger formaler Bildung. Rund ein Drittel der RaucherInnen hat innerhalb des letzten Jahres einen ernsthaften Versuch gestartet, mit dem Rauchen aufzuhören. Positiv: In den letzten Jahren ist das Rauchen in der Wohnung deutlich zurückgegangen.

Rund ein Viertel der Männer und vier von zehn Frauen trinken überhaupt keinen Alkohol. Der Anteil an Personen, die eine hohe Konsumhäufigkeit von Alkohol aufweisen, ist in den älteren Alterssegmenten größer als in den jüngeren. Welser und Welserrinnen mit Migrationshintergrund trinken deutlich seltener Alkohol als jene ohne Migrationshintergrund. Ein Drittel der Männer und rund ein Viertel der Frauen halten den regelmäßigen Konsum von ein wenig Alkohol am Abend für gesundheitsförderlich.

ZUSAMMENFASSUNG

Rund zwei Drittel berichten, einen aufrechten Impfschutz gegen Tetanus zu haben, gefolgt von FSME (61%), Kinderlähmung (52%) und Diphtherie (46%). Vor allem bei Mumps, Röteln, Hepatitis A, Diphtherie und Kinderlähmung (Polio) herrscht bei den Befragten große Unsicherheit, ob (noch) ein aufrechter Impfschutz besteht. Bei Hepatitis A+B, Masern, Mumps und Röteln nimmt die Durchimpfungsrate mit steigendem Alter ab. Einzig gegen Grippe und FSME sind mehr ältere als jüngere WelslerInnen geimpft.

Die Veränderungsbereitschaft hinsichtlich der individuellen Lebensweisen ist in der Welscher Bevölkerung stark ausgeprägt: Mehr als 80 Prozent der Welscher Bevölkerung wollen sich in Zukunft gesünder ernähren und mehr Bewegung machen. 67 Prozent der Raucher und 62 Prozent der Raucherinnen möchten mit dem Rauchen aufhören oder zumindest die Anzahl der gerauchten Zigaretten reduzieren. 74 Prozent der Frauen und 58 Prozent der Männer wollen in Zukunft einen besseren Umgang mit Stress und persönlichen Belastungen pflegen.

5. Integration in soziale und kommunale Netzwerke

Soziale Netzwerke beeinflussen die Gesundheit des Einzelnen. Gut funktionierende soziale Netzwerke haben präventive und gesundheitserhaltende Funktionen und unterstützen bei der Bewältigung von Krankheiten. Betreuungsaufgaben sowie Probleme im Familien-, Verwandten- bzw. Freundeskreis können hingegen auch eine Belastung darstellen. Der Großteil der Welscher Bevölkerung ist mit den familiären Beziehungen sehr zufrieden (60%) oder zufrieden (32%). Insgesamt 89 Prozent der Welscher BürgerInnen sind mit ihrem sozialen Umfeld und dem Freundeskreis sehr (36%) oder eher zufrieden (53%). Frauen sind mit dem sozialen Umfeld und Freundeskreis etwas zufriedener als Männer. Durch Probleme im persönlichen sozialen Umfeld, bestehend aus Familien-, Verwandten- oder Freundeskreis, fühlen sich 4 Prozent der Befragten stark und weitere 16 Prozent eher belastet. Außerdem fühlen sich 17 Prozent der befragten Welscher BürgerInnen durch Betreuungsaufgaben wie z.B. Kinderbetreuung oder der Pflege und Betreuung von Angehörigen belastet.

6. Lebens- und Arbeitsbedingungen

Kindergarten und Schule

Es sind individuelle und verhältnisbezogene Faktoren, die die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen beeinflussen. Die gesundheitsförderliche Gestaltung von Kindergärten und Schulen spielt daher eine wesentliche Rolle für die Kinder- und Jugendgesundheit. Im Kindergartenjahr 2015/2016 werden in 22 Kindergärten in Wels 1.724 Kinder betreut. 9 Kindergärten der Stadt Wels sind im Netzwerk „Gesunder Kindergarten“, 5 davon sind mit dem Gütesiegel „Gesunder Kindergarten“ ausgezeichnet. Im Schuljahr 2015/2016 sind insgesamt 10.957 SchülerInnen in der Stadt Wels, davon 4.601 PflichtschülerInnen. Sechs Schulen tragen das Gütesiegel „Gesunde Schule OÖ“ (Stand Juni 2016). Eine Volksschule in der Stadt Wels ist eine „Bewegte Schule“. Darüber hinaus gibt es eine Welscher Volksschule, die das Projekt „Der kleine Mugg“ durchführt.

Arbeitswelt und Arbeitsbedingungen

Im Jahr 2013 verzeichnete die Stadt Wels 30.329 Erwerbspersonen. Die Erwerbsquote stieg in den letzten Jahren an und ist bei Männern höher als bei Frauen. Die meisten Beschäftigten sind im Handel tätig, gefolgt von Dienstleistungen, der Herstellung von Waren und dem Gesundheits- und Sozialwesen. Nahezu drei Viertel (74%) der berufstätigen Welscher und Welscherinnen sind mit ihrer beruflichen Situation sehr zufrieden oder zufrieden. Wichtige Einflussfaktoren sind das Geschlecht, das Bildungsniveau und die Stellung im Beruf. Am häufigsten fühlen sich die Welscher Erwerbstätigen von Stress und Zeitdruck in ihrem Beruf belastet, gefolgt von körperlichen Belastungen und dem Arbeitsklima. Signifikante Unterschiede ergeben sich zum Teil nach dem Bildungsgrad und nach der Stellung im Beruf.

Wohnumgebung

Rund 9 von 10 Welscher Bürgerinnen und Bürger sind mit ihrer derzeitigen Wohnsituation sehr zufrieden oder zufrieden. Ältere Bürger und Bürgerinnen sind mit ihrer Wohnsituation zufriedener als jüngere. Die Zufriedenheit mit der Wohnsituation hat sich im Vergleich mit der Welscher Gesundheitsumfrage aus dem Jahr 2008 deutlich erhöht. Aber: Personen mit niedrigem Einkommen fühlen sich häufiger von ihrer Wohnsituation belastet. Bezüglich der medizinischen Versorgung ist festzuhalten: Insgesamt ist die Zufriedenheit (85%) mit der medizinischen Versorgung in Wels hoch. Die Erreichbarkeit von unterschiedlichen ÄrztInnen ist in allen Stadtteilen sehr gut.

Gesunde natürliche und gestaltete Umwelt

Umwelt ist ein wichtiger Einflussfaktor für Gesundheit, sie kann sowohl krank machend als auch gesundheitsfördernd wirken. Drei Viertel der WelscherInnen sind mit der Wohnumgebung (z.B. Lärm) zufrieden oder sehr zufrieden, die Zufriedenheit hängt jedoch stark vom Einkommen ab. Im Jahr 2015 war die Feinstaubbelastung in Wels vergleichsweise gering, die Ozonbelastung aber aufgrund des heißen, niederschlagsfreien Sommers sehr hoch. Die Hauptquelle für Lärm in Wels ist der Verkehr (Straße und Schiene). Ein wichtiger Aspekt ist, dass Landschaft als Ressource sowohl als Bewegungs-, Entspannungs- und als Verbindungsraum genutzt werden kann.

7. Aktivitäten der Stadt Wels

Die Stadt Wels ist seit 1992 Mitglied des Netzwerkes Gesunde Städte. Seit dem Jahr 2012 wird an der Umsetzung der Welscher Gesundheitsziele gearbeitet. Dabei wird mit dem Institut für Gesundheitsplanung hinsichtlich der Koordination und Evaluation der Umsetzungsmaßnahmen kooperiert. Darüber hinaus finden in der Stadt Wels regelmäßig Großveranstaltungen zum Themenkomplex Vorsorge statt. Die Messe „Gesund Leben Wels“ findet in zweijährigen Abständen statt. Außerdem werden im Bade- u. Freizeitzentrum Welldorado pro Jahr sechs medizinische Fachvorträge angeboten. Einmal jährlich gibt es in der Stadt Wels kostenlose Lungenfunktionstests und die Dienststelle Gesundheitsdienst des Magistrats Wels führt regelmäßig Impfungen durch. Von 2009 bis 2012 war das Thema Suchtprävention ein absoluter Schwerpunkt in der

Stadt Wels. Das Thema Suchtprävention gewinnt durch einen seit 2011 jährlichen Präventionspreis der Stadt Wels an Breitenwirkung. Angebote für die junge Bevölkerung in Kindergärten und Schulen sind der Gesunde Kindergarten, die Gesunde Schule, das Schulkabarett „G´undheit“ mit Ingo Vogl und der AIDS-Tag.

8. Gesundheitsziele der Stadt Wels bis 2020

Die Neuformulierung der Gesundheitsziele in den Jahren 2008 bis 2012 war grundsätzlich oberösterreichweit mit Welser Beteiligung angelegt. Parallel zum oberösterreichweiten Prozess wurden in einer Welser Arbeitsgruppe die Welser Gesundheitsziele vorbereitet und in der Gemeinderatssitzung vom 2. Juli 2012 einstimmig beschlossen.

Die Überschriften der Welser Gesundheitsziele bis 2020 lauten:

1. Wohlbefinden in der Schule erhöhen
2. Arbeitsplätze gesünder gestalten
3. Ernährung für Säuglinge und Kleinkinder verbessern
4. Zahngesundheit der Kinder verbessern
5. Bewegung im Jugendalter erhöhen
6. Suchtprävention verstärken
7. Tabakkonsum bei Jugendlichen reduzieren
8. Psychosoziale Gesundheit junger Menschen stärken
9. Ältere Menschen aktiv einbeziehen
10. Verantwortung für Gesundheit gemeinsam wahrnehmen

9. Handlungsempfehlungen

Der Bericht schließt mit Handlungsempfehlungen für die Stadt Wels, die im Zuge eines gemeinsamen Workshops von MitarbeiterInnen des Instituts für Gesundheitsplanung und des Magistrats der Stadt Wels erarbeitet wurden.

Die Überschriften der Handlungsempfehlungen lauten:

- Gesundheitsförderung in Schule und Kindergarten vorantreiben
- Betriebliche Gesundheitsförderung in Welser Betrieben vorantreiben
- Aktion „Wels bewegt sich“ jährlich wiederholen und Bewegungsmöglichkeiten aufzeigen
- Fahrrad- und Fußgängerinfrastruktur verbessern
- Spielplätze rauchfrei
- Maßnahmen zur sozialen Integration von Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status
- Stadtteilarbeit und Generationentreffs forcieren
- Suchtprävention weiter vorantreiben

INHALT

1. Demographie und sozioökonomischer Hintergrund.....	16
1.1. Struktur der Wohnbevölkerung.....	17
1.2. Bevölkerungsentwicklung.....	22
2. Lebenserwartung und Mortalität.....	24
2.1. Lebenserwartung.....	25
2.2. Mortalität.....	25
3. Gesundheit und Krankheit der Welser Bevölkerung.....	28
3.1. Subjektive Gesundheit.....	29
3.2. Überblick über Erkrankungen und Beschwerden.....	34
3.3. Überblick Krankenhausaufenthalte, Medikamentenverordnungen und Krankenstand.....	37
3.3.1. Krankenhausaufenthalte.....	37
3.3.2. Medikamentenverordnungen.....	39
3.3.3. Krankenstand (Arbeitsunfähigkeit).....	42
3.4. Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates.....	45
3.4.1. Ergebnisse der Welser Gesundheitsbefragung 2014.....	45
3.5. Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems.....	48
3.5.1. Ergebnisse der Welser Gesundheitsbefragung 2014.....	48
3.5.2. Krankenhausaufenthalte.....	51
3.5.3. Medikamentenverordnungen.....	51
3.5.4. Krankenstand (Arbeitsunfähigkeit).....	52
3.6. Allergien.....	54
3.6.1. Ergebnisse der Welser Gesundheitsbefragung 2014.....	54
3.7. Diabetes mellitus.....	55
3.7.1. Ergebnisse der Welser Gesundheitsbefragung 2014.....	55
3.8. Atemwegserkrankungen.....	56
3.8.1. Ergebnisse der Welser Gesundheitsbefragung 2014.....	56
3.8.2. Krankenhausaufenthalte.....	57
3.8.3. Medikamentenverordnungen.....	57
3.8.4. Krankenstand (Arbeitsunfähigkeit).....	58
3.9. Psychische Erkrankungen und psychische Gesundheit.....	60
3.9.1. Ergebnisse der Welser Gesundheitsbefragung 2014.....	60
3.9.2. Krankenhausaufenthalte.....	64
3.9.3. Medikamentenverordnungen.....	67
3.9.4. Krankenstand (Arbeitsunfähigkeit).....	68
4. Individuelle Lebensweisen.....	72
4.1. Bewegung.....	73
4.1.1. Sportliche Aktivität.....	73
4.1.2. Alltagsbewegung.....	77
4.2. Ernährung.....	80
4.3. Tabakkonsum.....	85
4.4. Alkoholkonsum.....	89
4.5. Impfen.....	94
4.6. Veränderungsbereitschaft.....	98
5. Integration in soziale und kommunale Netzwerke.....	102
5.1. Soziale Beziehungen und Gesundheit.....	103
5.2. Familiäre Beziehungen.....	103
5.3. Soziales Umfeld und Freundeskreis.....	105
5.4. Belastungen durch das soziale Umfeld.....	108
5.5. Belastungen durch Betreuungsaufgaben.....	110
6. Lebens- und Arbeitsbedingungen.....	116
6.1. Kindergarten und Schule.....	117
6.1.1. Einflussfaktoren der Gesundheit.....	117
6.1.2. Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen in Settings.....	118
6.1.3. Kindergarten und Gesundheit.....	118
6.1.4. Schule und Gesundheit.....	120
6.2. Arbeitswelt und Arbeitsbedingungen.....	124
6.2.1. Zufriedenheit mit der beruflichen Situation.....	124
6.2.2. Berufliche Belastungen.....	127
6.3. Wohnumgebung.....	132
6.3.1. Wohnsituation.....	132
6.3.2. Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung.....	137
6.4. Gesunde natürliche und gestaltete Umwelt.....	142

6.4.1. Außenraumlufte.....	144
6.4.2. Innenraumlufte.....	146
6.4.3. Lärm.....	151
6.4.4. Wasser.....	151
6.4.5. Umwelt als Ressource.....	152
7. Aktivitäten der Stadt Wels.....	156
7.1. Gesundheitspolitische Maßnahmen seit dem letzten Gesundheitsbericht.....	157
7.2. Vernetzung.....	158
7.2.1. Netzwerk Gesunde Städte Österreich.....	158
7.2.2. Institut für Gesundheitsplanung.....	158
7.3. Prävention und Vorsorge.....	158
7.3.1. Schwerpunktveranstaltungen zur Vorsorge.....	158
7.3.2. Gesundheitsmesse „Gesund leben“.....	158
7.3.3. Welldorado-College „Gesund & fit im Welldorado“.....	158
7.3.4. Lungenfunktionstage.....	158
7.3.5. Impfungen.....	158
7.4. Suchtprävention.....	158
7.4.1. Projekt „Wir setzen Zeichen“.....	158
7.4.2. Präventionspreis der Stadt Wels.....	159
7.5. Angebote für Kindergärten und Schulen.....	159
7.5.1. Gesunder Kindergarten.....	159
7.5.2. Gesunde Schule.....	159
7.5.3. Schulkabarett „G´sundheit“ mit Ingo Vogl.....	159
7.5.4. AIDS-Tag.....	159
8. Gesundheitsziele der Stadt Wels bis 2020.....	160
8.1. Einleitung.....	161
8.2. Präambel.....	161
8.2.1. Gesundheitsbegriff und Gesundheitsmodell.....	161
8.2.2. Basis für die Planung der Gesundheitsziele.....	163
8.2.3. Prozess - Strukturierte Herangehensweise.....	163
8.3. Die Welser Gesundheitsziele.....	164
9. Handlungsempfehlungen.....	172
9.1. Gesundheitsförderung in Schule und Kindergartenvorantreiben.....	173
9.2. Betriebliche Gesundheitsförderung in Welser Betrieben vorantreiben.....	173
9.3. Aktion „Wels bewegt sich“ jährlich wiederholen und Bewegungsmöglichkeiten aufzeigen.....	173
9.4. Fahrrad- und Fußgängerinfrastruktur verbessern.....	173
9.5. Spielplätze rauchfrei!.....	174
9.6. Maßnahmen zur sozialen Integration von Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status.....	174
9.7. Stadtteilarbeit und Generationentreffs forcieren.....	174
9.8. Suchtprävention weiter vorantreiben.....	175
10. Datengrundlage.....	176
11. Verzeichnisse und Literatur.....	178
11.1. Abbildungsverzeichnis.....	179
11.2. Tabellenverzeichnis.....	183
11.3. Literatur.....	184

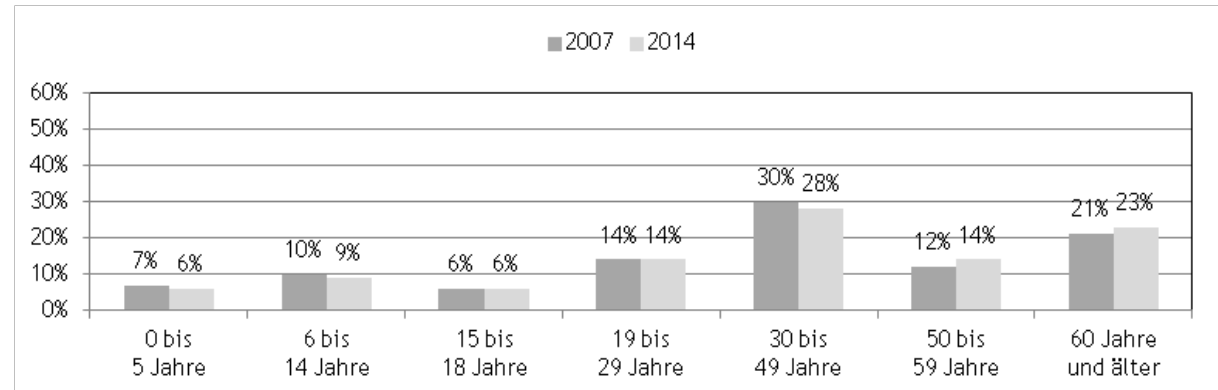
1. DEMOGRAPHIE UND SOZIOÖKO- NOMISCHER HINTERGRUND

1.1. Struktur der Wohnbevölkerung

Die Wohnbevölkerung¹ der Stadt Wels liegt im Jahr 2014 bei 61.316 Personen. Verglichen mit dem Jahr 2001 entspricht dies einer Zunahme von rund 4.800 Personen. Die aktuelle Wohnbevölkerung setzt sich aus 51 Prozent Frauen und 49 Prozent Männern zusammen.

15 Prozent der Welsner Wohnbevölkerung sind unter 15 Jahre alt. Ein Fünftel (20%) weist ein Alter zwischen 15 und 29 Jahren auf. 42 Prozent sind zwischen 30 und 59 Jahre alt. Knapp jede/r vierte BürgerIn (23%) zählt zum Segment der älteren Bevölkerung ab 60 Jahren. Verglichen mit dem Jahr 2007 sind hinsichtlich der Altersstruktur nur marginale Veränderungen festzustellen (Abbildung 1). Die Wohnbevölkerung der Stadt Wels weicht hinsichtlich der Altersstruktur kaum von Gesamt-Oberösterreich ab.

Abbildung 1: Anwesende Bevölkerung nach Altersgruppen

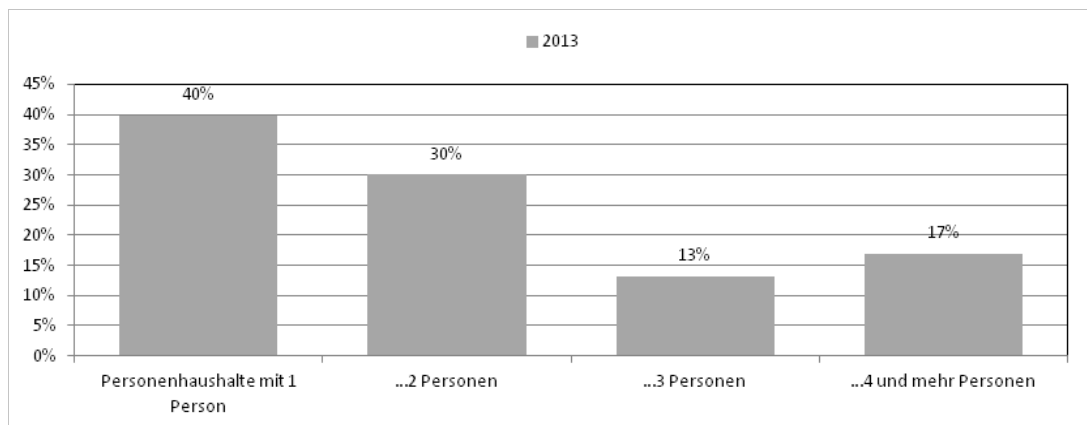


Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wels 2014 und 2007

Insgesamt gibt es in der Stadt Wels 26.640 Privathaushalte². 40 Prozent der Personenhaushalte sind Einpersonenhaushalte. Knapp ein Drittel (30%) der Personenhaushalte setzt sich aus zwei Personen zusammen. 13 Prozent

wohnen in einem Haushalt mit 3 Personen und weitere 17 Prozent in einem Haushalt mit 4 oder mehr Personen (Abbildung 2). Die durchschnittliche Haushaltsgröße in der Stadt Wels beträgt 2,2 Personen.

Abbildung 2: Haushalte nach Haushaltsgröße



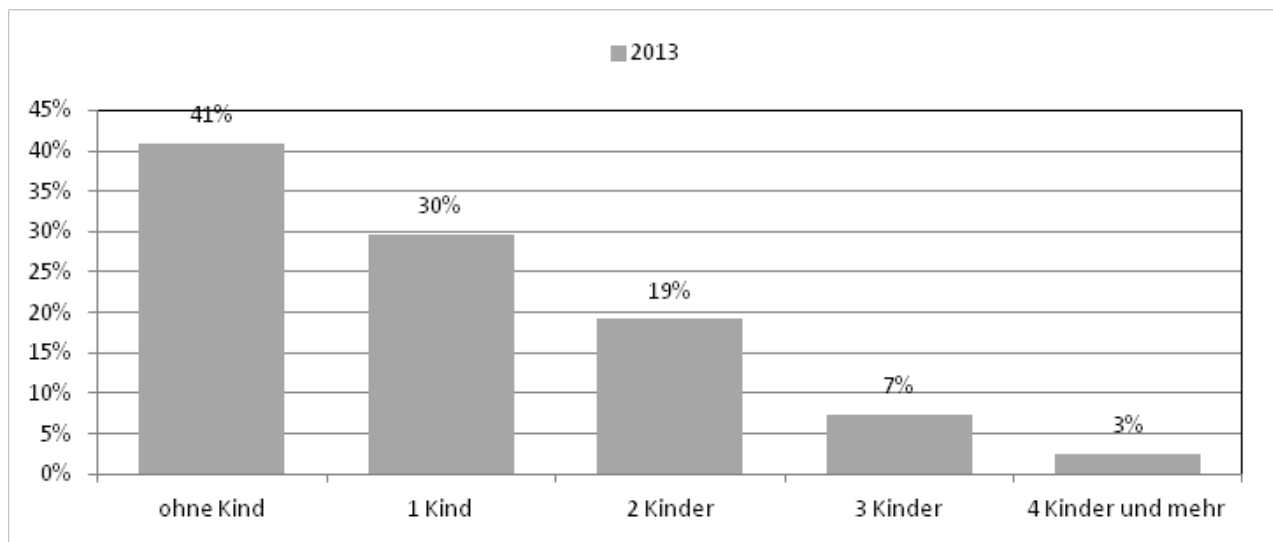
Quelle: Land OÖ, Abteilung Statistik

¹ Die anwesende Wohnbevölkerung setzt sich aus Personen mit gemeldetem Hauptwohnsitz sowie nichtösterreichischen StaatsbürgerInnen mit gemeldetem Nebenwohnsitz zusammen.

² Land OÖ, S. 1

30 Prozent der Familien haben 1 Kind, 19 Prozent haben 2 Kinder, 7 Prozent haben 3 Kinder und 3 Prozent haben 4 oder mehr Kinder (aller Altersstufen). 41 Prozent der Familien sind kinderlos (Abbildung 3).

Abbildung 3: Familien nach Anzahl der Kinder



Quelle: Land OÖ, Abteilung Statistik

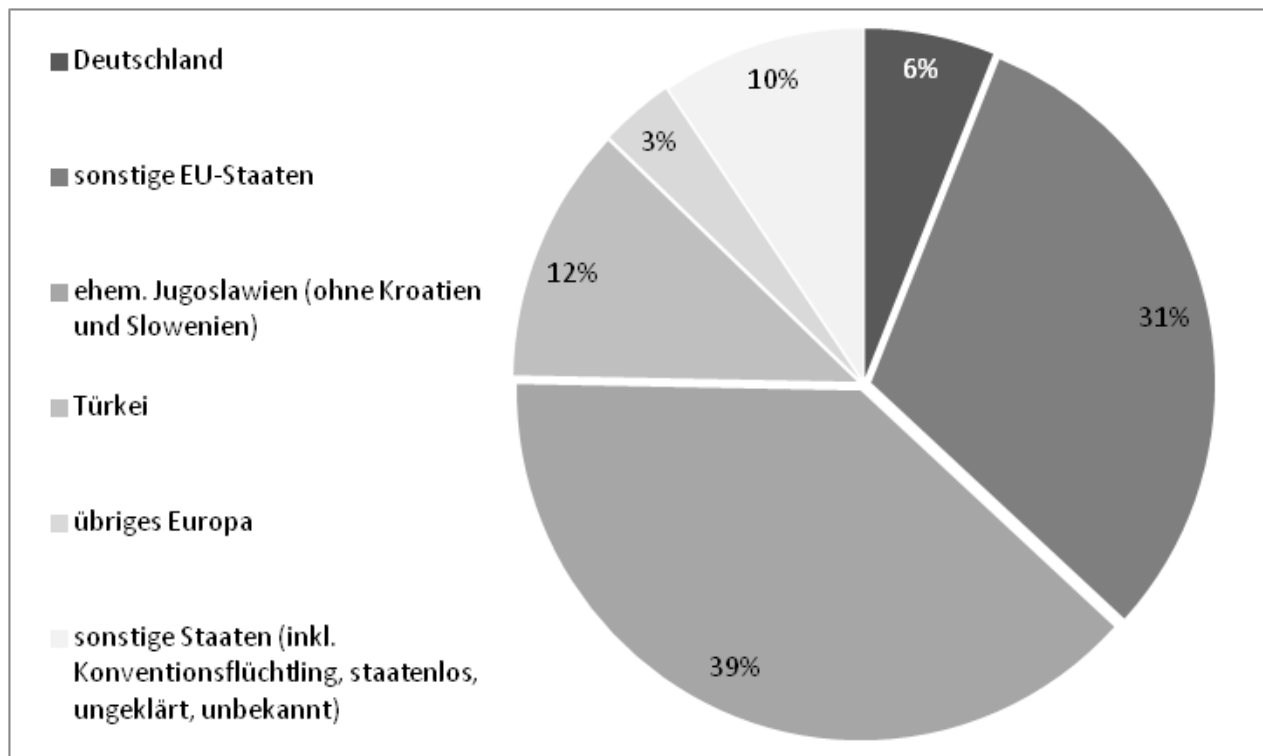
Insgesamt haben in Wels rund 12.900 Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft ihren Hauptwohnsitz (Hauptwohnsitzbevölkerung gesamt: rund 59.900)³. Dies entspricht einem AusländerInnenanteil von 22 Prozent.

Damit verfügt die Stadt Wels über einen deutlich größeren AusländerInnenanteil als im Bundeslanddurchschnitt (OÖ: 10%), wobei sich ländliches von urbanem Gebiet unterscheidet. Im Vergleich zur Stadt Linz⁴ (19%) ist der AusländerInnenanteil nur leicht erhöht.

³ Land OÖ 2015, S. 7

⁴ Quelle: http://www.linz.at/zahlen/040_Bevoelkerung/070_Auslaender/ (Stand 01.01.2015), zuletzt geprüft am: 07.12.2015

Abbildung 4: Herkunftsnationen (Staatsbürgerschaft) (2014)

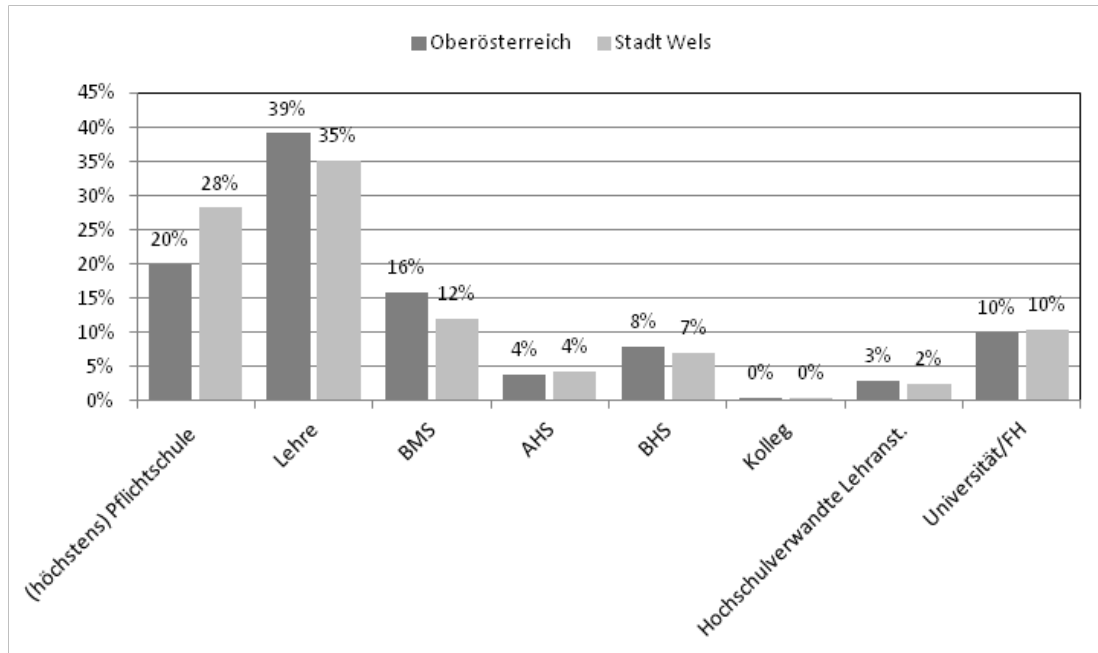


Quelle: Land OÖ, Abteilung Statistik

Bezüglich der Verteilung von Bildung in der Welser Bevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren kann folgendes festgehalten werden: In der Stadt Wels liegt der AkademikerInnenanteil bei rund 10 Prozent und somit im Landesdurchschnitt. 28 Prozent der Welser Bevölkerung weisen höchstens einen Pflichtschulabschluss auf (OÖ: 20%). 35 Prozent haben einen Lehrabschluss (OÖ: 39%) und 12 Prozent haben eine Berufsbildende Mittlere Schule (BMS)

abgeschlossen (OÖ: 16%). Die weitere Verteilung der Bildungsabschlüsse in der Welser Bevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren: 4 Prozent haben eine Allgemein Höhere Schule (AHS) abgeschlossen (OÖ: 4%) und 2 Prozent absolvierten eine Hochschulverwandte Lehranstalt (OÖ: 3%) (Abbildung 5).

Abbildung 5: Bildungsstand der Welser Bevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren

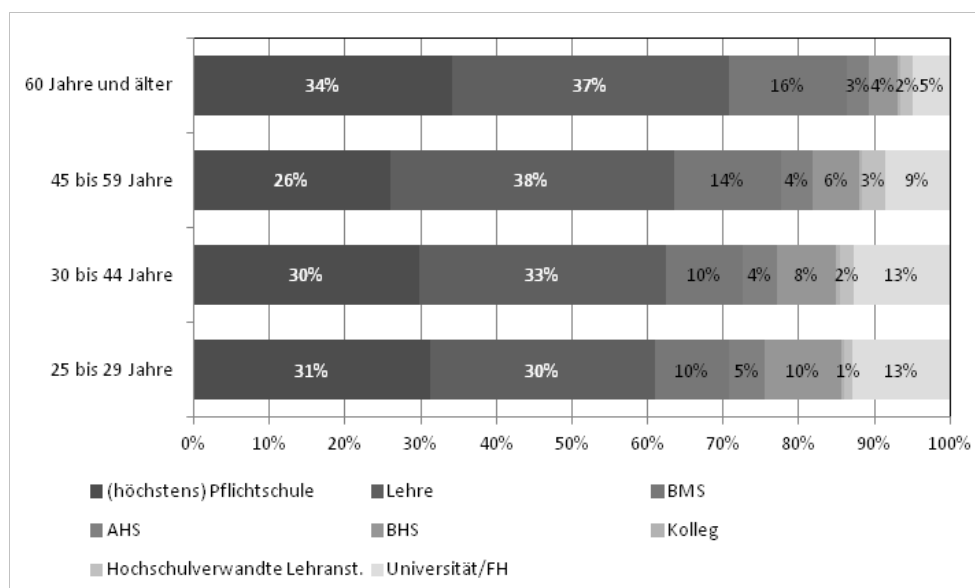


Quelle: Statistik Austria, Bildungsregister 2013

Betrachtet man den Bildungsstand der Welser Bevölkerung nach Altersgruppen zeigt sich, dass der Anteil der Personen mit höchstens Pflichtschulabschluss in der Altersgruppe ab 60 Jahre mit 34 Prozent am größten ist. Der

Anteil der Personen mit höherer formaler Bildung ist in den jüngeren Alterssegmenten größer als in den älteren Alterssegmenten (Abbildung 6).

Abbildung 6: Bildungsstand der Welser Bevölkerung nach Altersgruppen

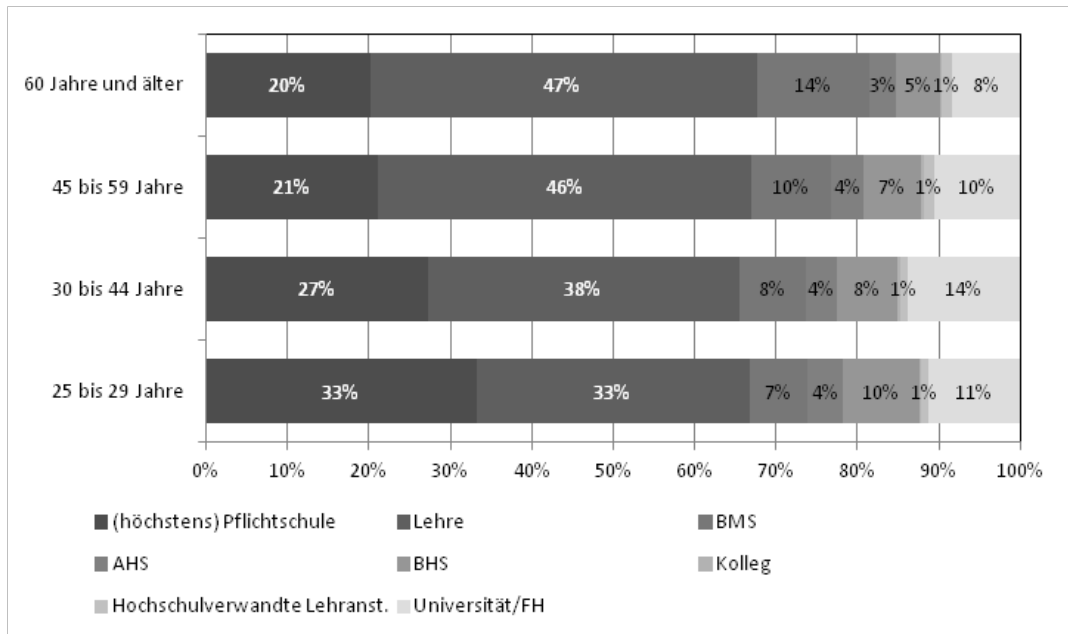


Quelle: Statistik Austria, Bildungsregister 2013

Zwischen den Geschlechtern gibt es in einigen Altersgruppen sehr große formale Bildungsunterschiede: So weisen 44 Prozent der Frauen ab einem Alter von 60 Jahren höchstens einen Pflichtschulabschluss auf während dies nur auf jeden fünftem Mann (20%) dieser Altersgruppe zu-

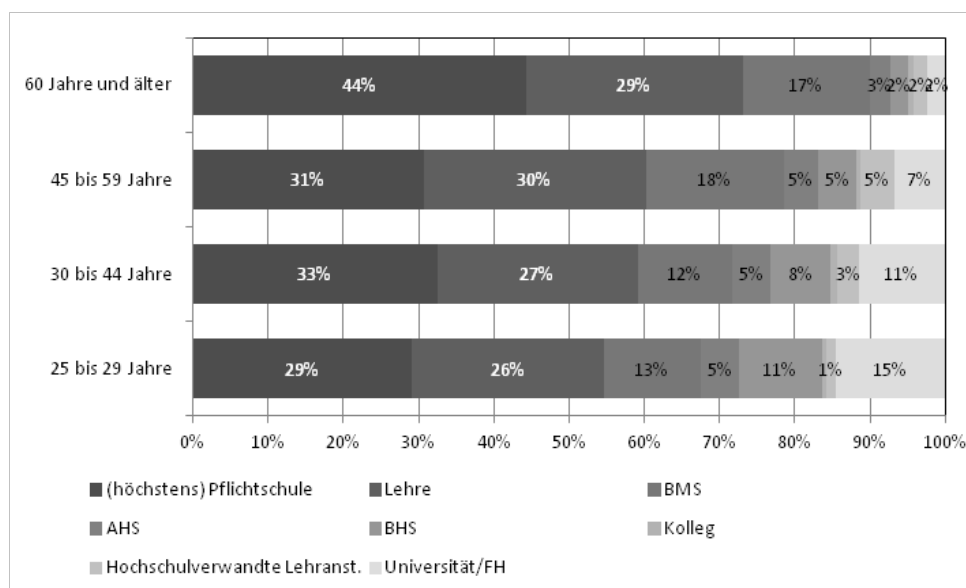
trifft. Ein völlig anders Bild zeigt sich bei den jüngeren WelslerInnen: Hier weisen Frauen insgesamt eine deutlich höhere formale Bildung auf als Männer (Abbildung 7 und Abbildung 8).

Abbildung 7: Bildungsstand der Welscher Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht - Männer



Quelle: Statistik Austria, Bildungsregister 2013

Abbildung 8: Bildungsstand der Welscher Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht - Frauen



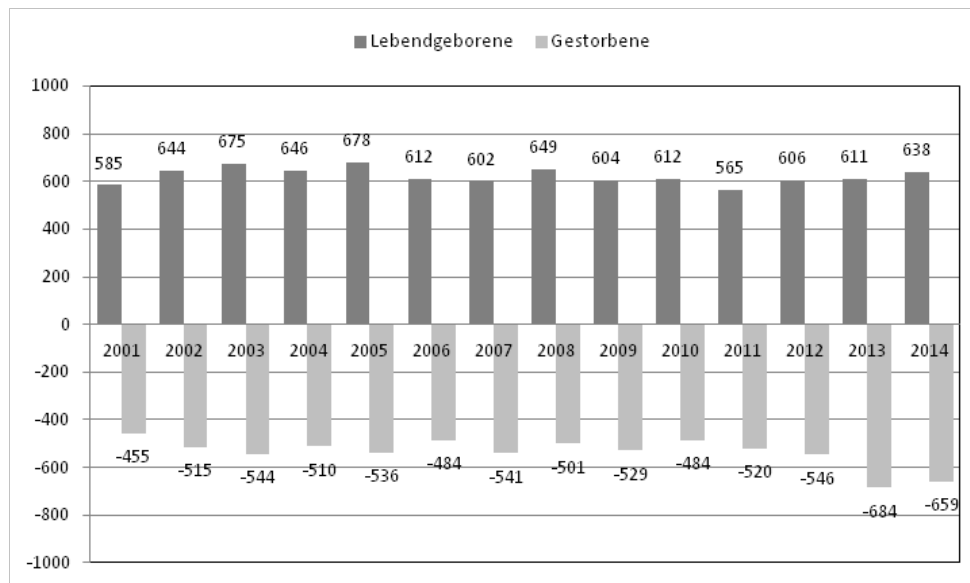
Quelle: Statistik Austria, Bildungsregister 2013

1.2. Bevölkerungsentwicklung

Im Jahr 2014 verstarben 659 Personen der Welser Bevölkerung. Diesen Sterbefällen stehen 638 Lebendgeborene gegenüber, was eine Geburtenbilanz von minus 21 ergibt.

Mit Ausnahme der Jahre 2014 und 2013 (Bilanz minus 73) hat es im Beobachtungszeitraum von 2001 bis 2014 immer eine positive Geburtenbilanz gegeben (Abbildung 9).

Abbildung 9: natürliche Bevölkerungsbewegung

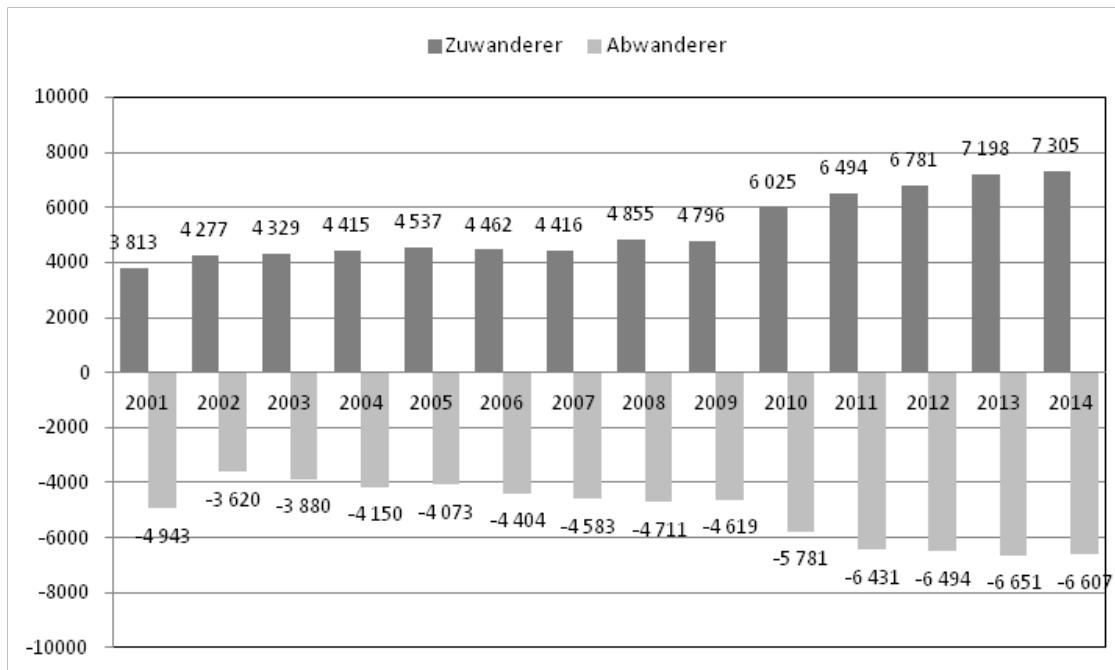


Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wels 2014

Die Wanderungsbewegungen der letzten Jahre unterliegen kleineren Schwankungen. Insgesamt hat die Anzahl der Zu- und Abwanderungen im Beobachtungszeitraum aber doch sehr deutlich zugenommen. In den ersten Jah-

ren nach der Jahrtausendwende wanderten jeweils rund 4.000 Personen zu oder weg. Ab dem Jahr 2010 ist hier ein deutlicher Anstieg zu verbuchen (Abbildung 10).

Abbildung 10: Zu- und Wegzugsbewegungen



Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wels 2014

Fakten

- Die Wohnbevölkerung der Stadt Wels liegt im Jahr 2014 bei 61.316 Personen. Verglichen mit dem Jahr 2001 ergibt sich ein Zuwachs von rund 4.800 Personen.
- 40 Prozent der Haushalte sind Einpersonenhaushalte.
- Der Ausländeranteil liegt bei 22 Prozent und ist damit deutlich größer als in der oberösterreichischen Gesamtbevölkerung (OÖ: 10%).
- Der AkademikerInnenanteil liegt in der Stadt Wels bei rund 10 Prozent und somit im Landesdurchschnitt.
- Unter den älteren Menschen ist der Anteil der formal niedrig Gebildeten bei den Frauen deutlich höher als bei den Männern. Bei den jüngeren WelserrInnen ist es umgekehrt: Hier weisen die Frauen ein höheres formales Bildungsniveau als die Männer auf.
- Im Jahr 2014 verstarben 659 Personen der Welser Bevölkerung. Diesen Sterbefällen stehen 638 Lebendgeborene gegenüber. Dies ergibt eine Geburtenbilanz von minus 21.
- Die Wanderungsbewegungen (Zu- und Wegzüge) haben beide seit dem Jahr 2010 stark zugenommen.

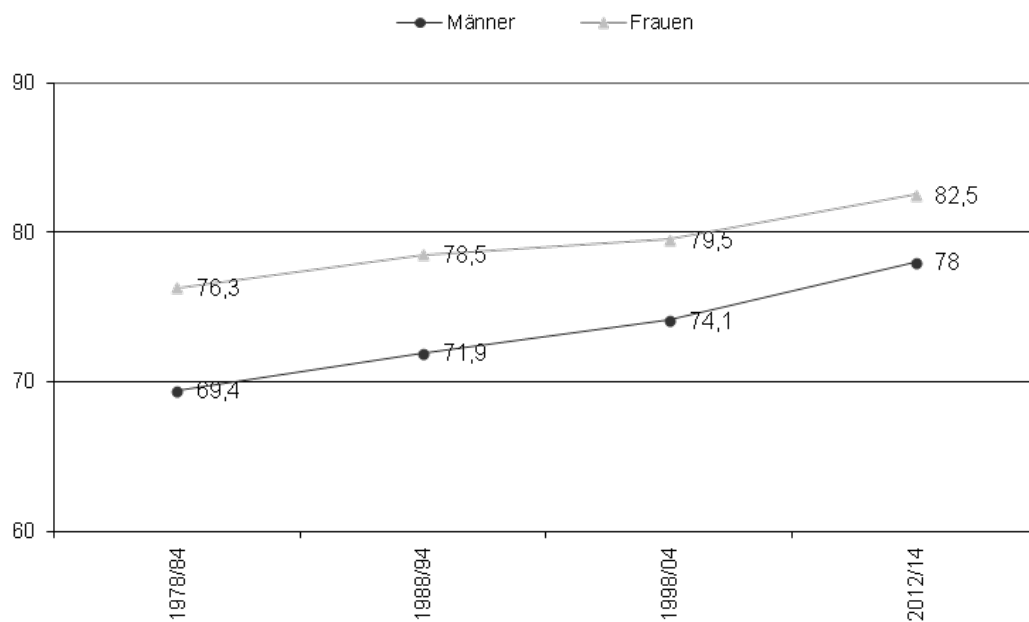
2. LEBENS- ERWARTUNG UND MORTALITÄT

2.1. Lebenserwartung

Über die letzten Jahrzehnte betrachtet hat die Lebenserwartung in Wels stetig zugenommen. Die Lebenserwartung eines Welser Mannes beträgt bei der Geburt derzeit¹

78 Jahre² und jene einer Welser Frau 82,5 Jahre³ (Abbildung 1). Zum Vergleich: Die Lebenserwartung liegt im gesamten Bundesland Oberösterreich im Jahr 2014 bei 79,2 bei den Männern und 84,2 bei den Frauen.

Abbildung 1: Lebenserwartung bei der Geburt



Quelle: Statistik Austria, Österreichischer Todesursachenatlas 1998/2004 (Daten zu den Jahren 1978/84, 1988/94 und 1998/04); Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (Daten 2012/14), eigene Berechnungen (3-Jahres-Durchschnitt)

2.2. Mortalität

Insgesamt verstarben im Jahr 2014 599 WelserInnen. Mit 236 Fällen oder rund 39 Prozent lässt sich der Großteil der Todesfälle des Jahres 2014 auf Herz-Kreislaufkrankungen zurückführen. Als zweithäufigste Todesursache sind Krebserkrankungen auszumachen: 143 Welser BürgerInnen oder rund 24 Prozent verstarben infolge von bösartigen Neubildungen. 35 Todesfälle (6%) sind im Zuge von Verletzungen und Vergiftungen aufgetreten. 32 Menschen

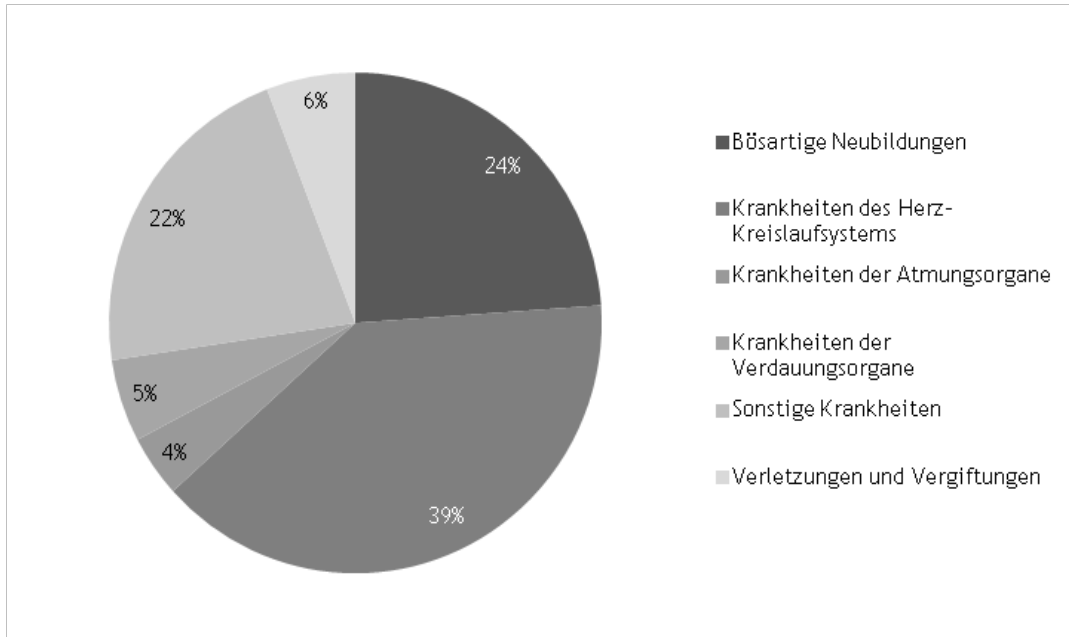
(5%) starben im Jahr 2014 an Krankheiten der Verdauungsorgane und 24 Todesfälle (4%) lassen sich auf Krankheiten der Atmungsorgane zurückführen. Insgesamt 129 Menschen (22%) sind infolge sonstiger Krankheiten verstorben (Abbildung 2).

¹ 3-Jahres-Durchschnitt 2012, 2013, 2014

² Standardfehler 0,80

³ Standardfehler 0,72

Abbildung 2: Todesfälle in Wels im Jahr 2014



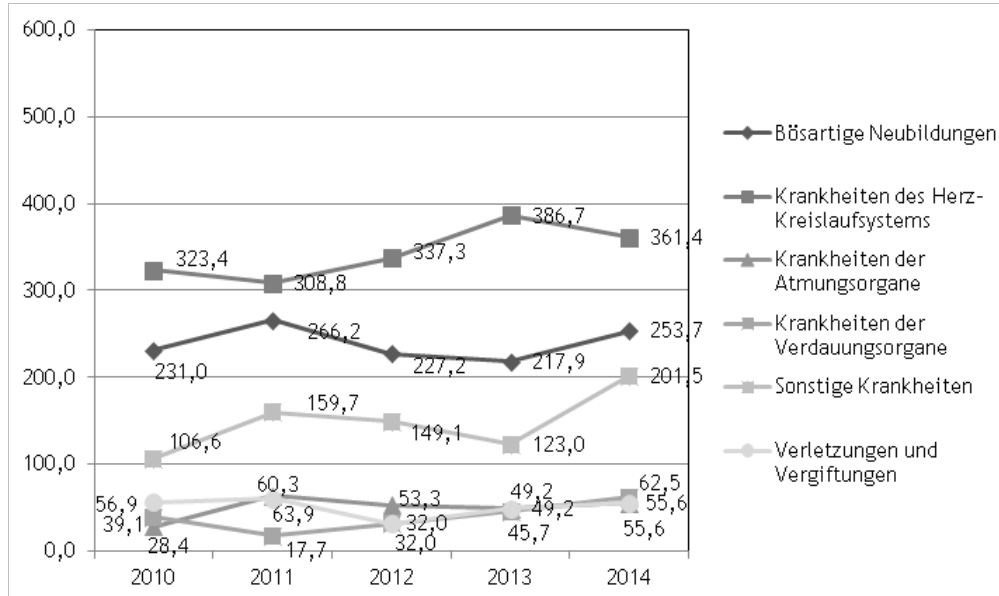
Quelle: Statistik Austria; Land Oberösterreich, Abteilung Statistik; http://www.land-oberoesterreich.gv.at/files/statistik/gesellschaftundsoziales/todesursachen/todesursachen_403.pdf (zuletzt geprüft: 10.11.2016)

Im Jahr 2014 verstarben rund 361 Männer und rund 549 Frauen pro 100.000 Personen des jeweiligen Geschlechts an Herz-Kreislauferkrankungen. Außerdem kommen auf 100.000 Männer im Jahr 2014 rund 254 Todesfälle aufgrund einer Krebserkrankung. Bei den Frauen liegt die Krebs spezifische Mortalität im Jahr 2014 bei rund 210 Todesfällen pro 100.000 (Abbildung 3 und Abbildung 4).

Todesfälle infolge von Herz-Kreislauferkrankungen sind nach wie vor im gesamten Beobachtungszeitraum die häufigste Todesursache bei den Männern, gefolgt von Todesfällen aufgrund einer Krebserkrankung und den Sonstigen Erkrankungen⁴ (Abbildung 3). Auch bei den Frauen sind Todesfälle infolge von Herz-Kreislauferkrankungen über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg die häufigste Todesursache. An zweiter Stelle rangieren in den letzten Jahren abwechselnd Todesfälle infolge von bösartigen Neubildungen und sonstige Erkrankungen (Abbildung 4).

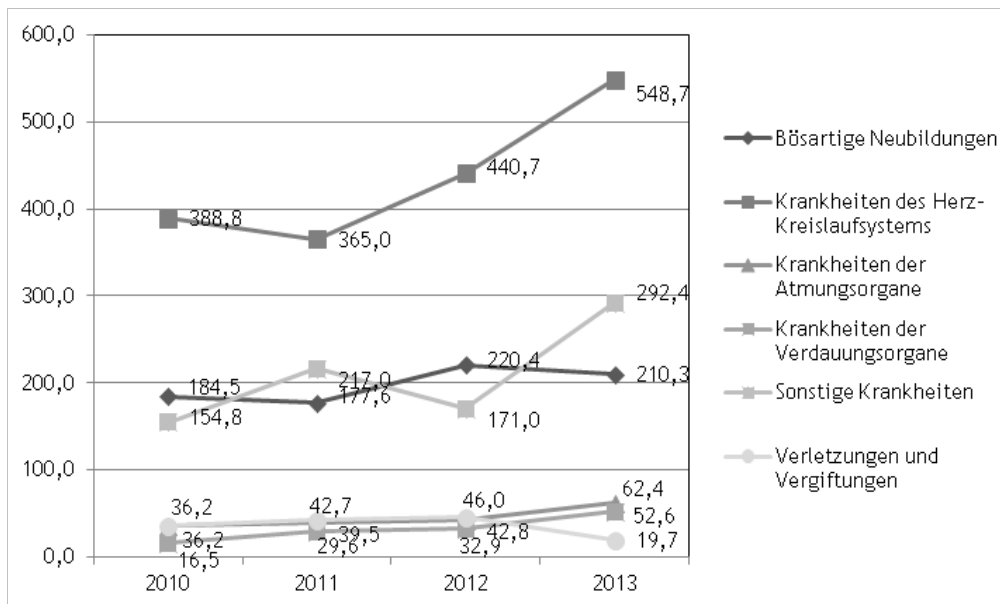
⁴ Definition Sonstige Krankheiten: Infektiöse und parasitäre Krankheiten (ICD A00-B99), Neubildungen, ausgenommen bösartige; Krankheiten des Blutes; Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten; Psychische Krankheiten; Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (ICD D00-H95), Krankheiten der Haut und der Unterhaut; Krankheiten von Muskel-Skelettsystem und Bindegewebe; Krankheiten des Urogenitalsystems; Komplikationen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett; Perinatale Affektionen, Angeborene Fehlbildungen und Chromosomenanomalien; Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen (L00-R99)

Abbildung 3: Todesfälle pro 100.000 Männer in Wels (Rohe Rate)



Quelle: Statistik Austria; Land Oberösterreich, Abteilung Statistik; eigene Berechnungen

Abbildung 4: Todesfälle pro 100.000 Frauen in Wels (Rohe Rate)



Quelle: Statistik Austria; Land Oberösterreich, Abteilung Statistik; eigene Berechnungen

Fakten

- Der Großteil (39%) aller Todesfälle in Wels des Jahres 2014 lässt sich auf Herz-Kreislaufkrankungen zurückführen. Dahinter rangieren an zweiter Stelle Todesfälle, die ursächlich durch Krebserkrankungen bedingt sind (24%).

- Die Lebenserwartung hat über die letzten Jahrzehnte hinweg stetig zugenommen.

3. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT DER WELSER BEVÖLKERUNG

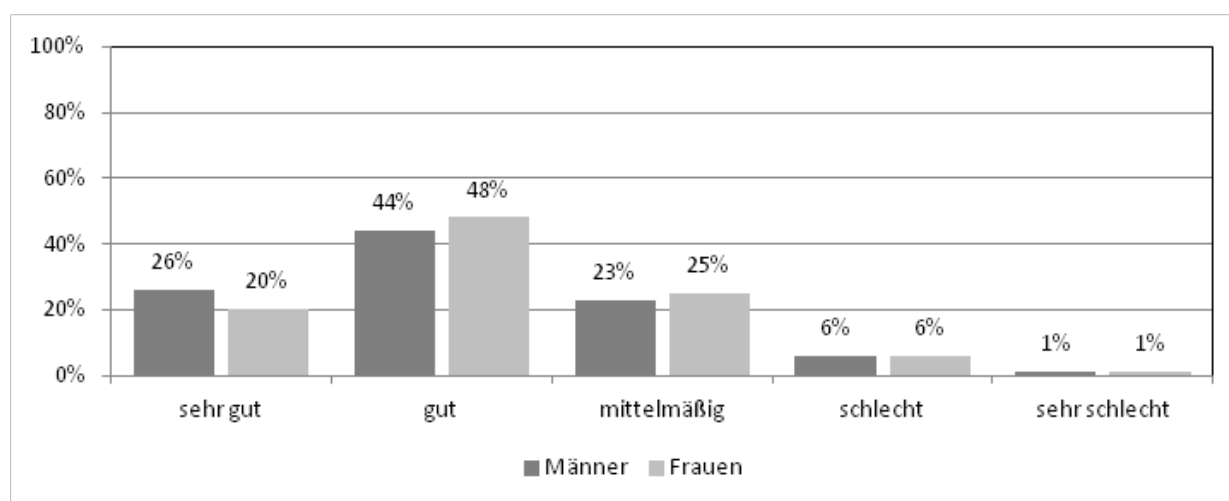
In diesem Kapitel soll beginnend mit einem Überblick über die subjektive Gesundheit und ihre unterschiedliche Verteilung in der Welsler Bevölkerung auch auf die häufigsten Krankheiten und Beschwerden eingegangen werden. Unterstützend werden zu den Daten aus der Welsler Gesundheitsbefragung 2014 fallweise Sekundärdaten zu Krankenhausaufenthalten, Arbeitsunfähigkeit (Krankstände) und Medikamentenverordnungen herangezogen.

„Wie beurteilen Sie im Allgemeinen Ihren Gesundheitszustand?“ Insgesamt beurteilen 69 Prozent der Welsler Bevölkerung ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut (Männer: 70%; Frauen: 68%). Der Vergleichswert aus der Welsler Gesundheitsbefragung aus dem Jahr 2008 liegt bei 68 Prozent. Aktuell berichten 23 Prozent der Männer und 25 Prozent der Frauen einen mittelmäßigen Gesundheitszustand. Jeweils 7 Prozent der Welsler Männer und Frauen haben schwerwiegende gesundheitliche Probleme: Sie bezeichnen ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sogar sehr schlecht (Abbildung 1).

3.1. Subjektive Gesundheit

Die Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit gilt als Schlüsselindikator, um den Gesundheitszustand einer Bevölkerung zu beschreiben und zu beobachten. Gemessen wird der Gesundheitszustand anhand folgender Frage:

Abbildung 1: Subjektiver Gesundheitszustand der Welsler Bevölkerung

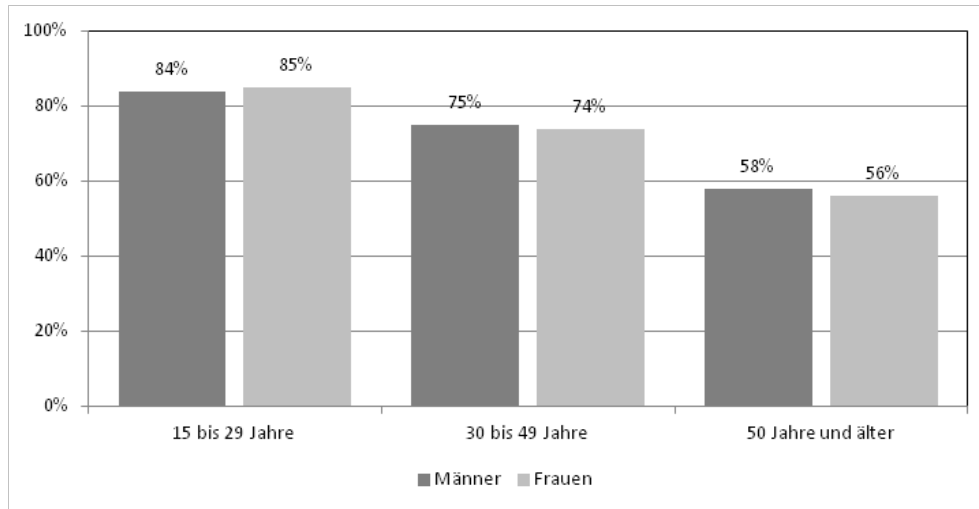


Quelle: Welsler Gesundheitsbefragung 2014, n=1.442; Cramer-V=n.s.

Das Alter spielt bei Männern und Frauen eine bedeutende Rolle bei der Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes. In der jüngsten Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen beurteilen 84 Prozent der Männer und 85 Prozent der Frauen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder

gut. In der Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen berichten drei Viertel der Befragten (Männer: 75%; Frauen: 74%), einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand zu haben. Ab dem 50. Lebensjahr gibt es einen deutlichen Sprung: Hier beurteilen noch 58 Prozent der Männer und 56 Prozent der Frauen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut (Abbildung 2).

Abbildung 2: Altersspezifischer Gesundheitszustand der Welser Bevölkerung

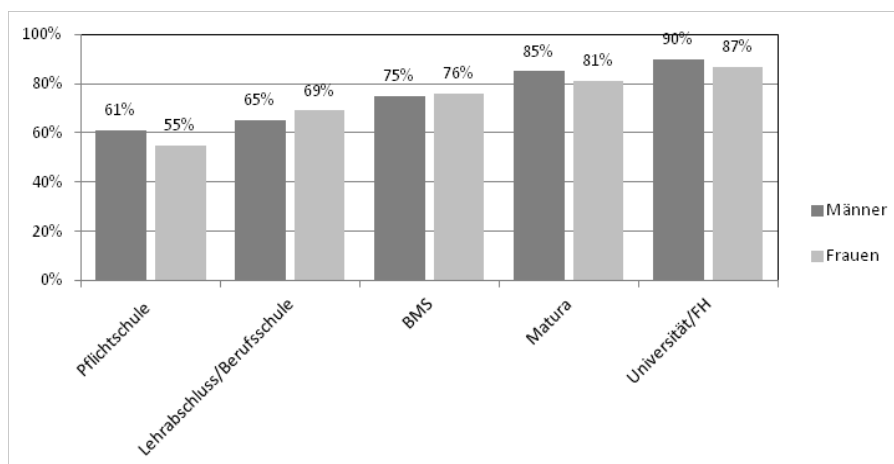


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.401; Männer: Cramer-V=0,171, p<0,001; Frauen: Cramer-V=0,182, p<0,001; Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut/gut“ beurteilen

Viele Untersuchungen zeigen, dass der subjektive Gesundheitszustand stark mit dem sozioökonomischen Status (der sich unter anderem aus formaler Bildung und dem verfügbarem Einkommen zusammensetzt) von Personen zusammenhängt. Dieser Befund trifft auch auf die Welser Bevölkerung zu: 90 Prozent der Welser Akademiker und 87 Prozent der Akademikerinnen weisen einen sehr guten oder guten subjektiven Gesundheitszustand auf. Unter den Personen mit Maturaabschluss berichten 85 Prozent der Männer und 81 Prozent der Frauen einen (sehr) guten Gesundheitszustand. Dies trifft auf rund drei Viertel

der AbsolventInnen einer Berufsbildenden Mittleren Schule (BMS) zu (Männer: 75%; Frauen: 76%). Mit sinkendem formalem Bildungsniveau nimmt der Anteil der sich selbst als gesund bezeichnenden Personen weiter ab: Unter Personen mit Lehrabschluss/Berufsschule beurteilen 65 Prozent der Männer und 69 Prozent der Frauen ihren Gesundheitszustand als zumindest gut. Am schlechtesten ist es um den Gesundheitszustand von Menschen mit Pflichtschulabschluss bestellt, von denen nur 61 Prozent der Männer und 55 Prozent der Frauen über einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand verfügen (Abbildung 3).

Abbildung 3: Bildungsbezogener Gesundheitszustand der Welser Bevölkerung

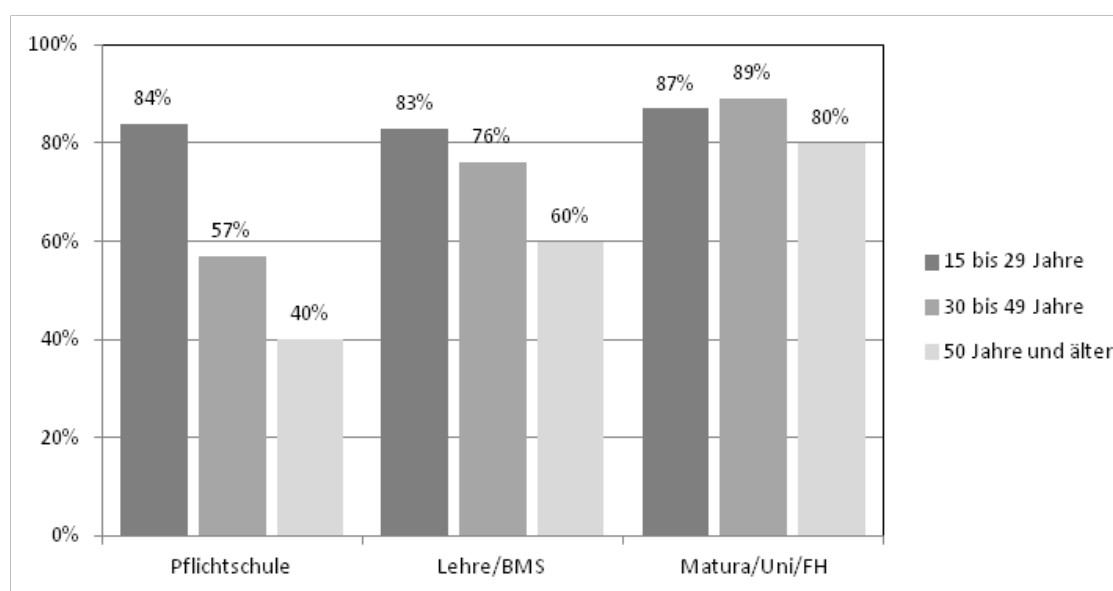


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.418; Männer: Cramer-V=0,160, p<0,001; Frauen: Cramer-V=0,180, p<0,001; Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut/gut“ beurteilen

Während unter den jungen Befragten zwischen 15 und 29 Jahren keine signifikanten Unterschiede beim subjektiven Gesundheitszustand nach Bildungsgrad auszumachen sind, zeigen sich bei den älteren Befragten teils eklatante Unterschiede: So haben bei den 30- bis 49-Jährigen rund 9 von 10 Befragten (89%) mit zumindest Maturaabschluss einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand, während dies unter den Personen mit Pflichtschulabschluss

in der gleichen Altersgruppe nur 57 Prozent von sich behaupten können. Bei den ältesten Befragten ab dem 50. Lebensjahr berichten 80 Prozent, einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand zu haben, während dies Personen mit Lehre/BMS nur zu 60 Prozent und Personen mit Pflichtschulabschluss gar nur zu 40 Prozent tun (Abbildung 4).

Abbildung 4: Bildungsbezogener Gesundheitszustand nach Altersgruppen

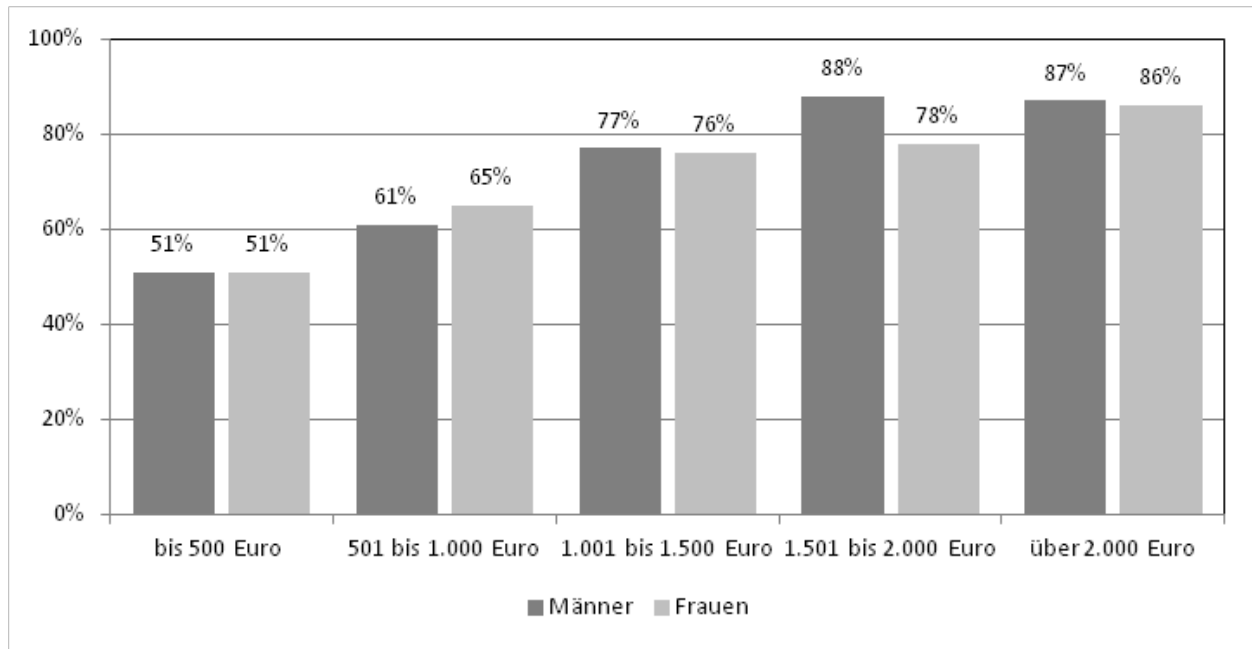


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.373; 15 bis 29 Jahre: Cramer-V=n.s.; 30 bis 49 Jahre: Cramer-V=0,198, p<0,001; 50 Jahre und älter: Cramer-V=0,203, p<0,001; Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut/gut“ beurteilen

Neben der formalen Bildung ist das Einkommen ein wichtiger Sozialindikator und definiert neben anderen Faktoren den sozioökonomischen Status von Personen. 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. Betrachtet man den subjektiven Gesundheitszustand sowie das Pro-Kopf-Einkommen der Befragten, dann ergibt sich folgender Befund: Personen mit höherem Einkommen

haben einen besseren Gesundheitszustand als Personen mit niedrigerem Einkommen. Dies gilt für Männer und Frauen in ähnlichem Ausmaß. Während rund 9 von 10 Männern (87%) und Frauen (86%) mit einem monatlichen Pro-Kopf-Einkommen von mehr als 2.000 Euro über einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand verfügen, kann dies nur die Hälfte der Befragten mit einem monatlichen Pro-Kopf-Einkommen von höchstens 500 Euro (Männer: 51%; Frauen: 51%) berichten (Abbildung 5).

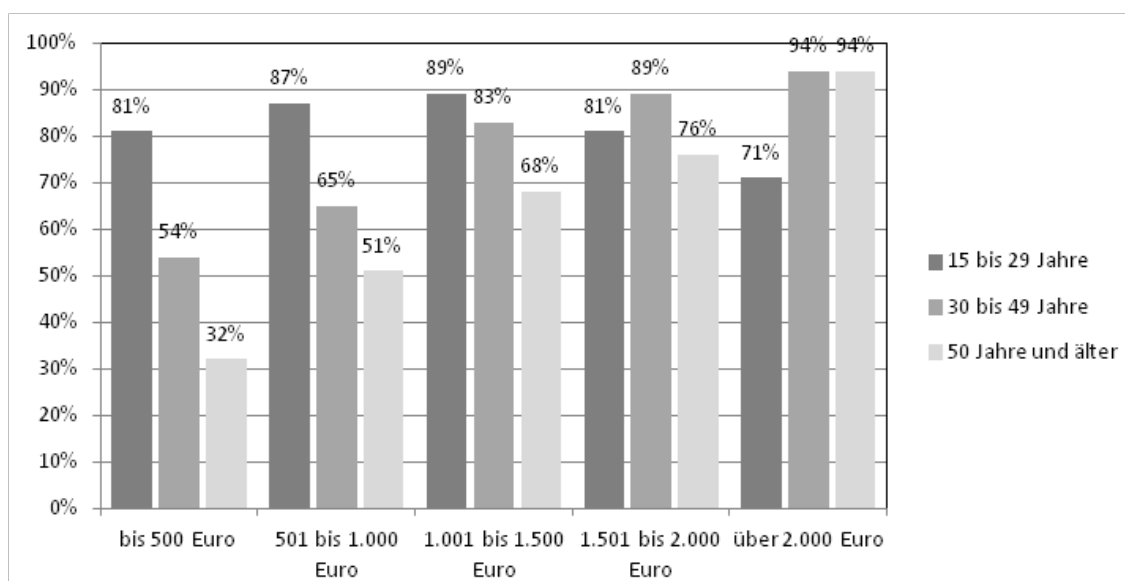
Abbildung 5: Einkommensbezogener Gesundheitszustand der Welsler Bevölkerung



Quelle: Welsler Gesundheitsbefragung 2014, n=1.239; Männer: Cramer-V=0,232, p<0,001; Frauen: Cramer-V=0,171, p<0,001; Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut/gut“ beurteilen

Berücksichtigt man dazu auch noch das Alter, so zeigt sich, dass der Zusammenhang zwischen dem Äquivalenzeinkommen und dem subjektiven Gesundheitszustand in fast allen Altersgruppen besteht (Abbildung 6).

Abbildung 6: Einkommensbezogener Gesundheitszustand nach Altersgruppen

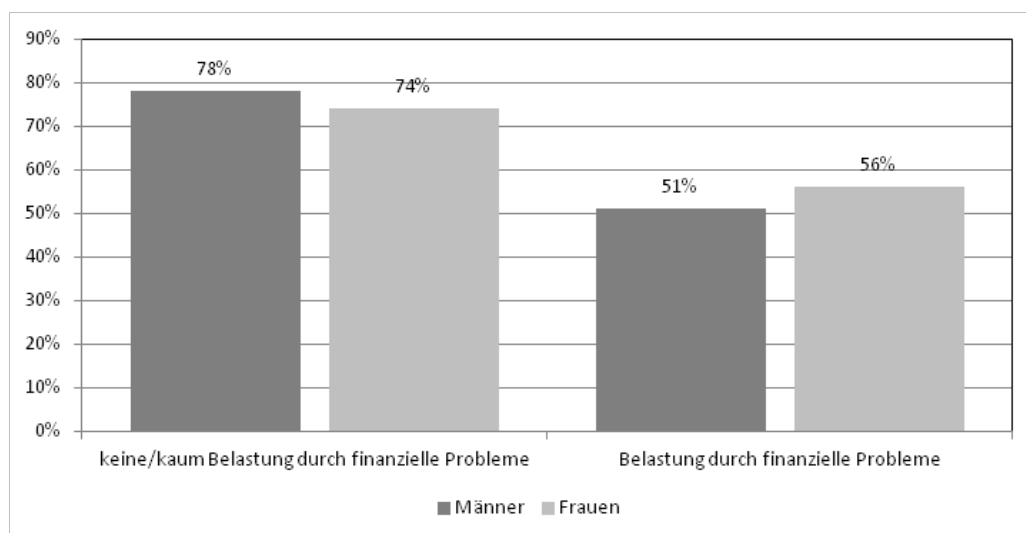


Quelle: Welsler Gesundheitsbefragung 2014, n=1.202; 15 bis 29 Jahre: Cramer-V=n.s.; 30 bis 49 Jahre: Cramer-V=0,226, p<0,001; 50 Jahre und älter: Cramer-V=0,265, p<0,001; Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut/gut“ beurteilen

Im Rahmen der Welsler Gesundheitsbefragung 2014 wurde die Welsler Bevölkerung unter anderem nach Belastungen durch finanzielle Probleme befragt. Die bisherigen Ergebnisse finden auch hier ihre Bestätigung, indem erneut ein deutlicher Zusammenhang zwischen der finanziellen Situation und der subjektiven Gesundheit zu Tage tritt:

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen, die keine bzw. kaum Belastungen durch finanzielle Probleme berichten, ist der Anteil der Personen mit zumindest gutem Gesundheitszustand signifikant größer (Männer: 78%; Frauen: 74%) als bei jenen Befragten, die sich von finanziellen Problemen belastet fühlen (Männer: 51%; Frauen: 56%) (Abbildung 7).

Abbildung 7: Belastung durch finanzielle Probleme und subjektive Gesundheit



Quelle: Welsler Gesundheitsbefragung 2014, n=1.377; Männer: Cramer-V=0,291, p<0,001; Frauen: Cramer-V=0,175, p<0,001; Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut/gut“ beurteilen

Fakten

- Insgesamt beurteilen 69 Prozent der Welsler Bevölkerung ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ (Männer: 70%; Frauen: 68%). Der Vergleichswert aus der Welsler Gesundheitsbefragung aus dem Jahr 2008 liegt bei 68 Prozent.
- Der Anteil an jenen Personen, die einen „sehr guten“ oder „guten“ Gesundheitszustand berichten, ist unter höher gebildeten WelslerInnen größer als unter den Befragten mit niedriger formaler Bildung.

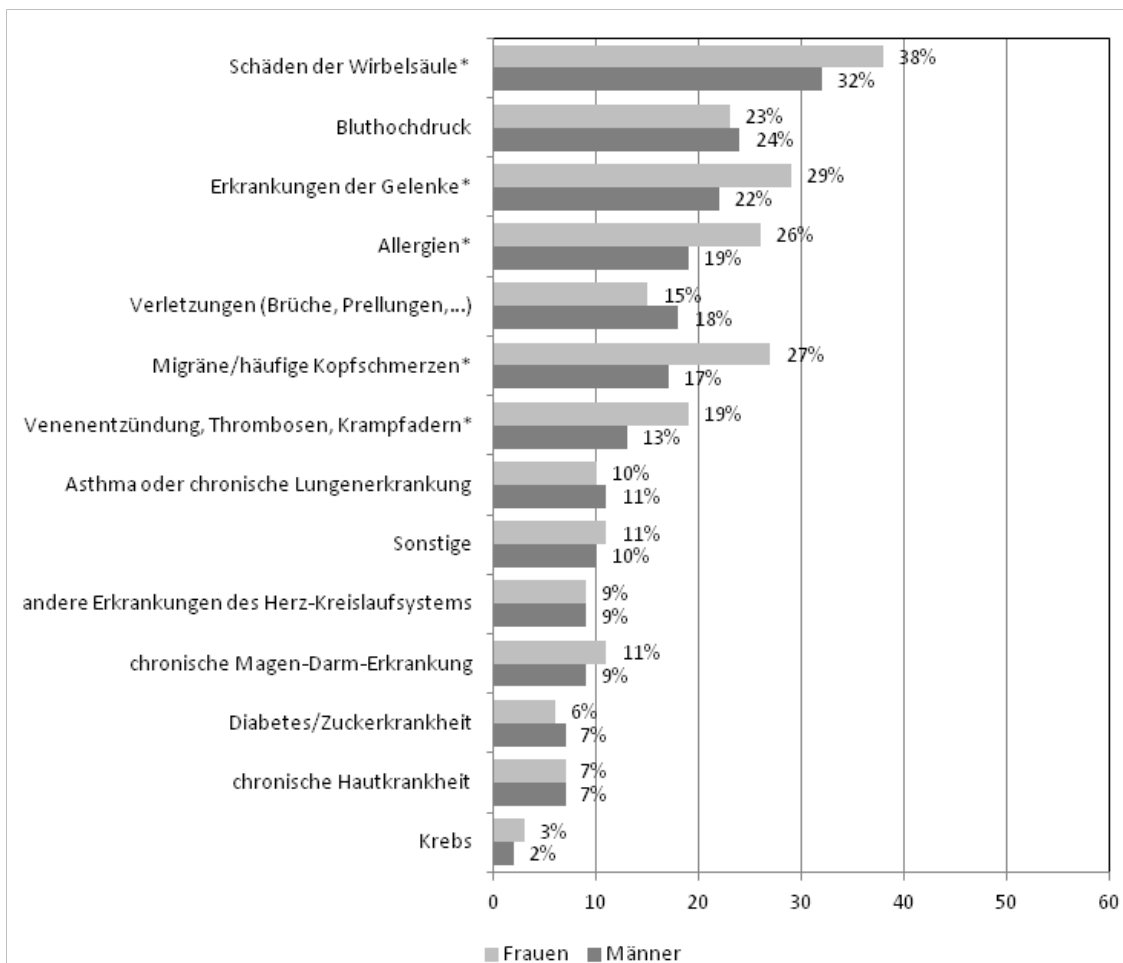
- Betrachtet man den subjektiven Gesundheitszustand sowie das Pro-Kopf-Einkommen der Befragten, dann ergibt sich folgender Befund: Personen mit höherem Einkommen haben einen besseren Gesundheitszustand als Personen mit niedrigerem Einkommen.
- Welsler BürgerInnen, die durch finanzielle Probleme belastet sind, weisen einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand auf.

3.2. Überblick über Erkrankungen und Beschwerden

Im Rahmen der Welser Gesundheitsbefragung 2014 wurden die BürgerInnen unter anderem zu diversen Erkrankungen befragt. Bei den körperlichen Erkrankungen (12-Monats-Prävalenz) dominieren Schäden der Wirbelsäule vor Bluthochdruck, Erkrankungen der Gelenke und Allergien. Von Schäden der Wirbelsäule, Erkrankungen der Gelenke, Allergien und Migräne/häufige Kopfschmerzen sind Frauen signifikant häufiger als Männer betroffen (Abbildung 8).

Der Anteil der Betroffenen, die wegen der Erkrankung innerhalb der letzten 12 Monate auch in Behandlung waren, variiert. Bei den Schäden der Wirbelsäule waren rund zwei Drittel der Betroffenen (65%) in Behandlung. Beim Bluthochdruck sogar 9 von 10 Betroffenen (89%). Bei Erkrankungen der Gelenke 60 Prozent der betroffenen Männer und 74 Prozent der betroffenen Frauen.

Abbildung 8: 12-Monats-Prävalenz physische Erkrankungen

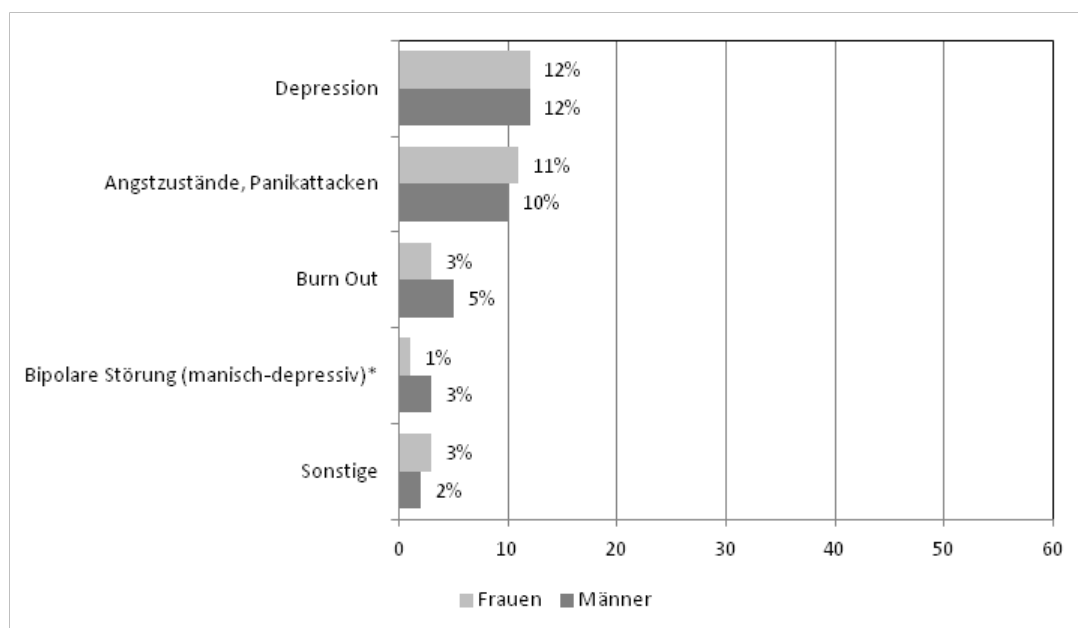


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.507-1.646; * Unterschiede signifikant ($p < 0,05$); Anteil der Personen, die innerhalb der letzten 12 Monate von den jeweiligen Erkrankungen betroffen waren/sind

Bei den psychischen Erkrankungen liegt sowohl bei Männern als auch bei Frauen die Depression an erster Stelle: 12 Prozent der Welsler Männer und 12 Prozent der Welsler Frauen waren laut Selbstauskunft innerhalb der letzten 12 Monate davon betroffen. An zweiter Stelle rangieren Angstzustände, Panikattacken (Männer: 10%, Frauen: 11%), gefolgt von Burn Out (Männer: 5%; Frauen: 3%) und der bipolaren Störung (Männer: 3%; Frauen 1%) (Abbildung 9).

Der Anteil der Betroffenen, die wegen der Erkrankung innerhalb der letzten 12 Monate auch in Behandlung waren, variiert zwischen 50 Prozent bei Burn Out und 69 Prozent bei der bipolaren Störung. Bei der Depression liegt der Wert der Betroffenen, die in Behandlung sind oder waren bei 62 Prozent.

Abbildung 9: 12-Monats-Prävalenz psychische Erkrankungen

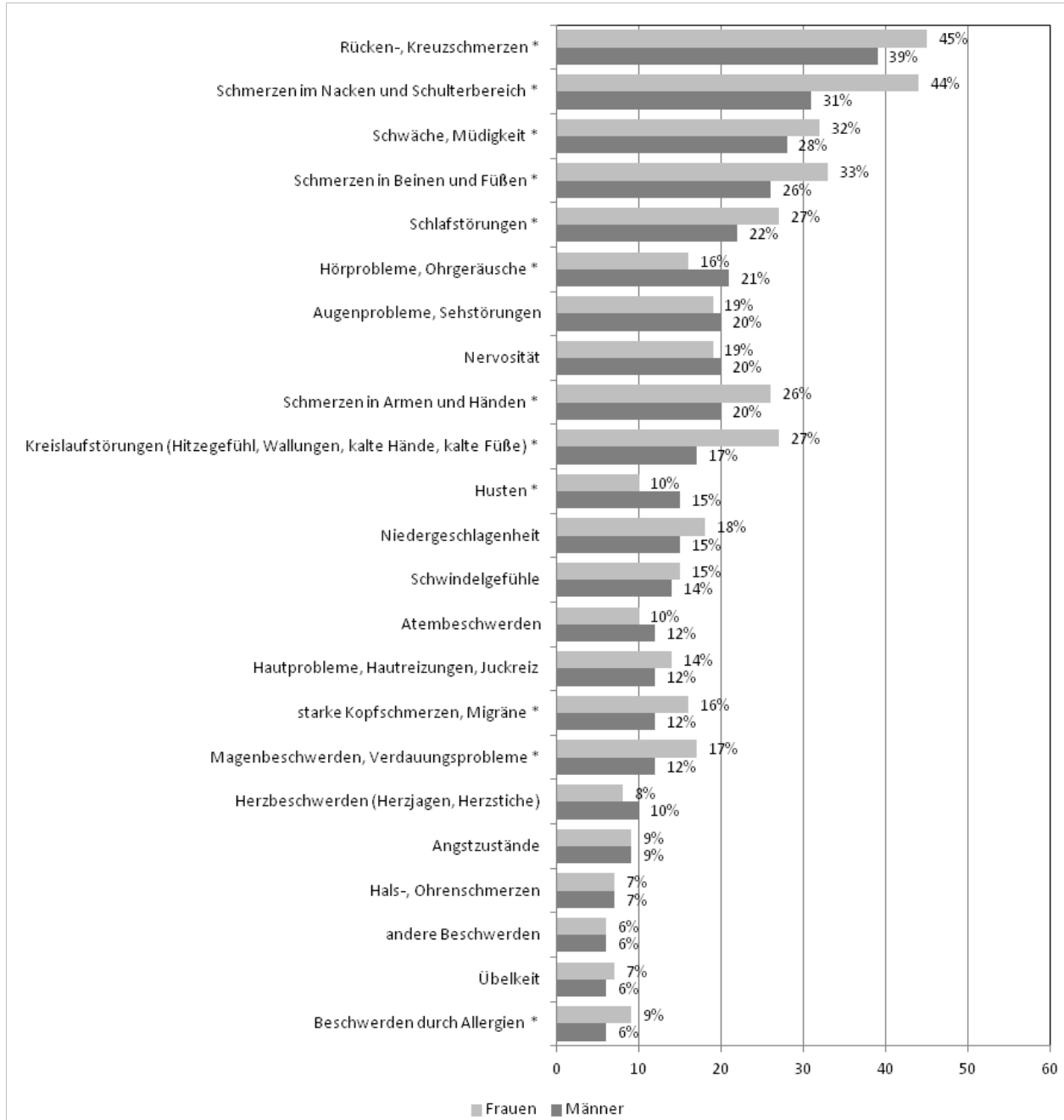


Quelle: Welsler Gesundheitsbefragung 2014, n=1.499-1.646; * Unterschiede signifikant ($p < 0,05$); Anteil der Personen, die innerhalb der letzten 12 Monate von den jeweiligen Erkrankungen betroffen waren/sind

Neben den physischen und psychischen Erkrankungen wurden im Rahmen der Welsler Gesundheitsbefragung 2014 auch verschiedene Formen von Beschwerden abgefragt. In der Welsler Bevölkerung sind Rücken- und Kreuzschmerzen die am weitesten verbreitete Beschwerdeform (Männer: 39%; Frauen: 45%), gefolgt von Schmerzen im Nacken und Schulterbereich (Männer: 31%; Frauen:

44%), Schwäche/Müdigkeit (Männer: 28%; Frauen: 32%), Schmerzen in Beinen und Füßen (Männer: 26%; Frauen: 33%) und Schlafstörungen (Männer: 22%; Frauen: 27%). Von vielen Beschwerdeformen sind Frauen signifikant häufiger betroffen als Männer (Abbildung 10).

Abbildung 10: Prävalenz der häufigsten Beschwerden



Quelle: Welscher Gesundheitsbefragung 2014, n=1.408-1.609; * Unterschiede signifikant ($p < 0,05$); Anteil der Personen, die „täglich“ oder „alle paar Tage“ von den jeweiligen Beschwerden betroffen sind

Fakten

- Bei den körperlichen Erkrankungen (12-Monats-Prävalenz) dominieren Schäden der Wirbelsäule vor Bluthochdruck, Erkrankungen der Gelenke und Allergien.
- Von Schäden der Wirbelsäule, Erkrankungen der Gelenke, Allergien und Migräne/häufige Kopfschmerzen sind Frauen signifikant häufiger als Männer betroffen.
- Je 12 Prozent der Männer und Frauen sind/waren laut Selbstauskunft innerhalb der letzten 12 Monate von einer Depression betroffen. Rund 6 von 10 Betroffenen sind/waren deswegen in Behandlung.
- Die fünf am Häufigsten auftretenden Beschwerdeformen in absteigender Reihung sind: Rücken- und Kreuzschmerzen, Schmerzen im Nacken und Schulterbereich, Schwäche/Müdigkeit, Schmerzen in Beinen und Füßen und Schlafstörungen.
- Von vielen Beschwerdeformen sind Frauen signifikant häufiger betroffen als Männer

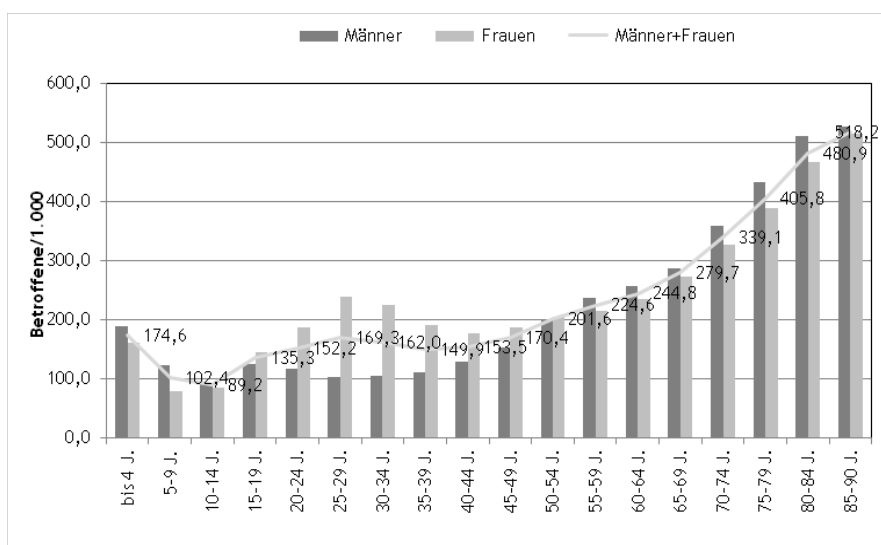
3.3. Überblick Krankenhausaufenthalte, Medikamentenverordnungen und Krankenstand

3.3.1. Krankenhausaufenthalte

Insgesamt weist ein Fünftel der Welscher Bevölkerung (20%) mindestens eine Krankenhausbehandlung innerhalb eines Jahres auf (Männer: 18%; Frauen 22%). Bei Kindern unter vier Jahren verbuchen etwa 17 Prozent mindestens einen Krankenhausaufenthalt. In den folgenden Altersgruppen geht die Rate an Krankenhausaufenthalten etwas zurück, ehe sie bei den Frauen ab dem 20. Lebensjahr deutlich ansteigt (während diese bei den Männern unverändert

bleibt). Im Wesentlichen ist dies auf Entbindungen zurückzuführen. Ab dem 50. Lebensjahr ist bei beiden Geschlechtern ein kontinuierlicher Anstieg der Betroffenenquote zu beobachten, wobei sich Männer und Frauen hier kaum unterscheiden. In der Altersgruppe der 80- bis 85-Jährigen haben rund 40 Prozent innerhalb eines Jahres mindestens einmal einen Krankenhausaufenthalt (Abbildung 11).

Abbildung 11: Personen mit Krankenhausaufenthalt nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2013-2015)

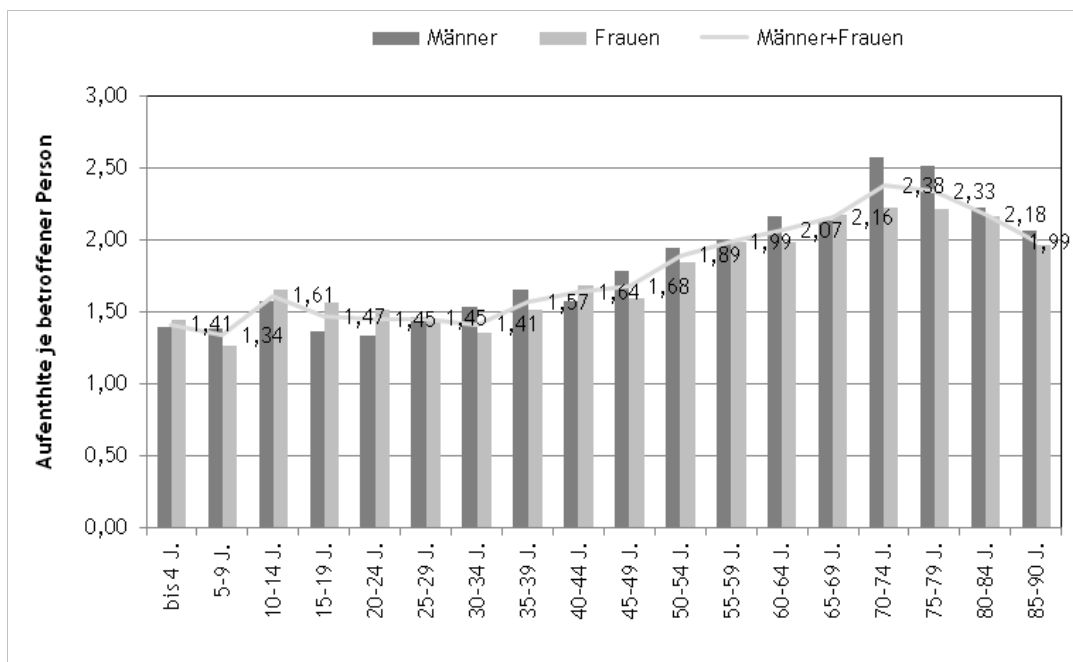


Quelle: OÖGKK; eigene Berechnungen; Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres (Mittelwert 2013-2015); nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels

Durchschnittlich entfallen auf eine Person mit Wohnsitz in Wels, die innerhalb eines Jahres im Krankenhaus behandelt wird, rund 1,9 Krankenhausaufenthalte. In den Altersgruppen unter 60 Jahren schwankt der Durchschnitts-

wert zwischen 1,3 und 1,9 Krankenhausaufenthalten pro betroffene Person. In den höheren Altersgruppen ab dem 60. Lebensjahr steigen diese Werte auf 2,0 und 2,4 Aufenthalte pro betroffene Person (Abbildung 12).

Abbildung 12: Krankenhausaufenthalte je betroffene Person nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2013-2015)

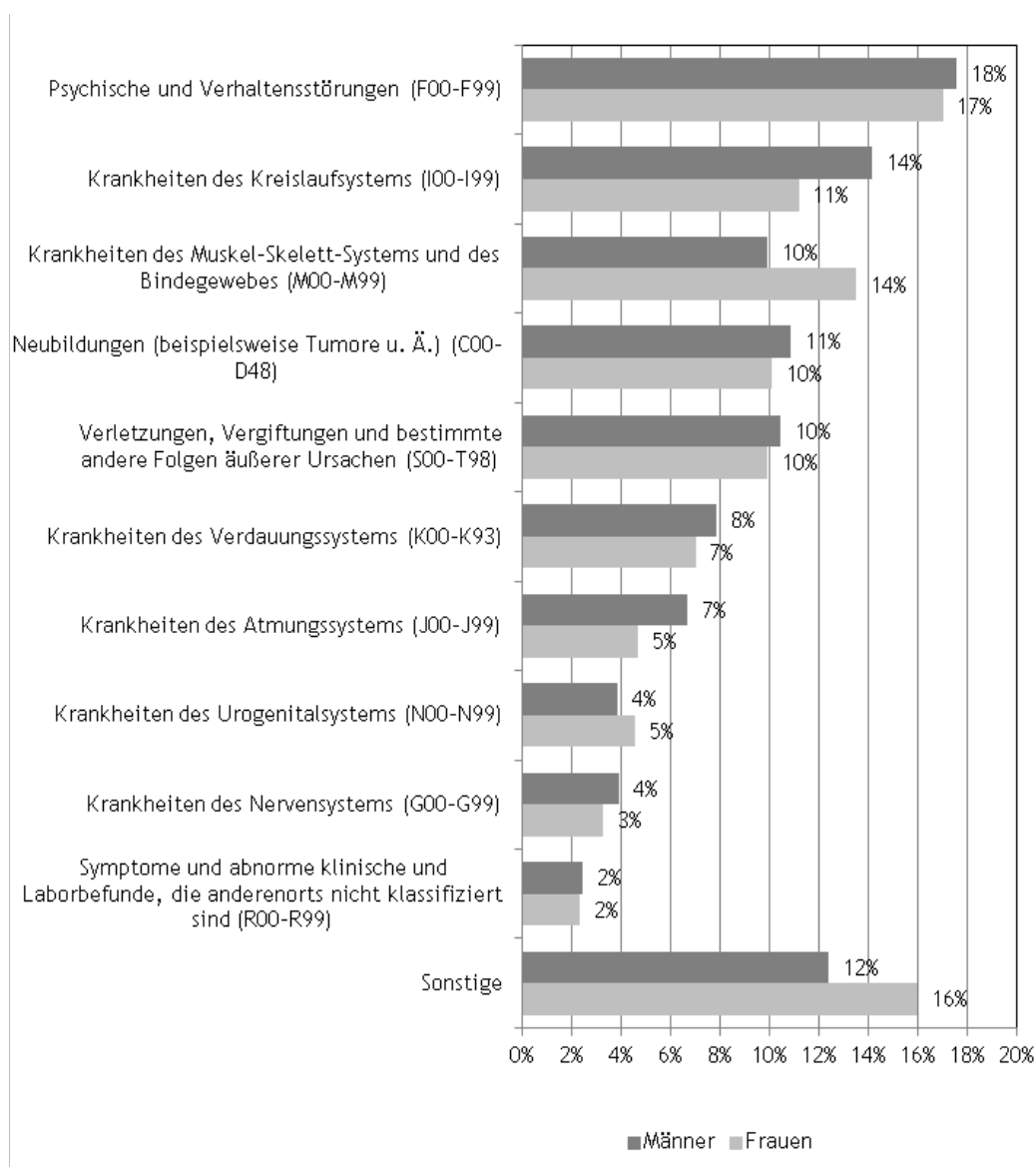


Quelle: OÖGKK; eigene Berechnungen; Krankenhausaufenthalte innerhalb eines Kalenderjahres je betroffene Person (Mittelwert 2013 bis 2015); nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels

Die meisten Belegstage im Krankenhaus gehen auf psychische Erkrankungen (Männer: 18%; Frauen 17%), Krankheiten des Kreislaufsystems (Männer: 14%; Frauen: 11%), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindege-

webes (Männer: 10%; Frauen: 14%), Neubildungen (Männer: 11%; Frauen: 10%) und Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (Männer: 10%; Frauen: 10%) zurück (Abbildung 13).

Abbildung 13: Verteilung der Krankenhaustage auf Diagnosegruppen (Durchschnitt 2013-2015)



GESUNDHEIT UND KRANKHEIT DER WELSER BEVÖLKERUNG

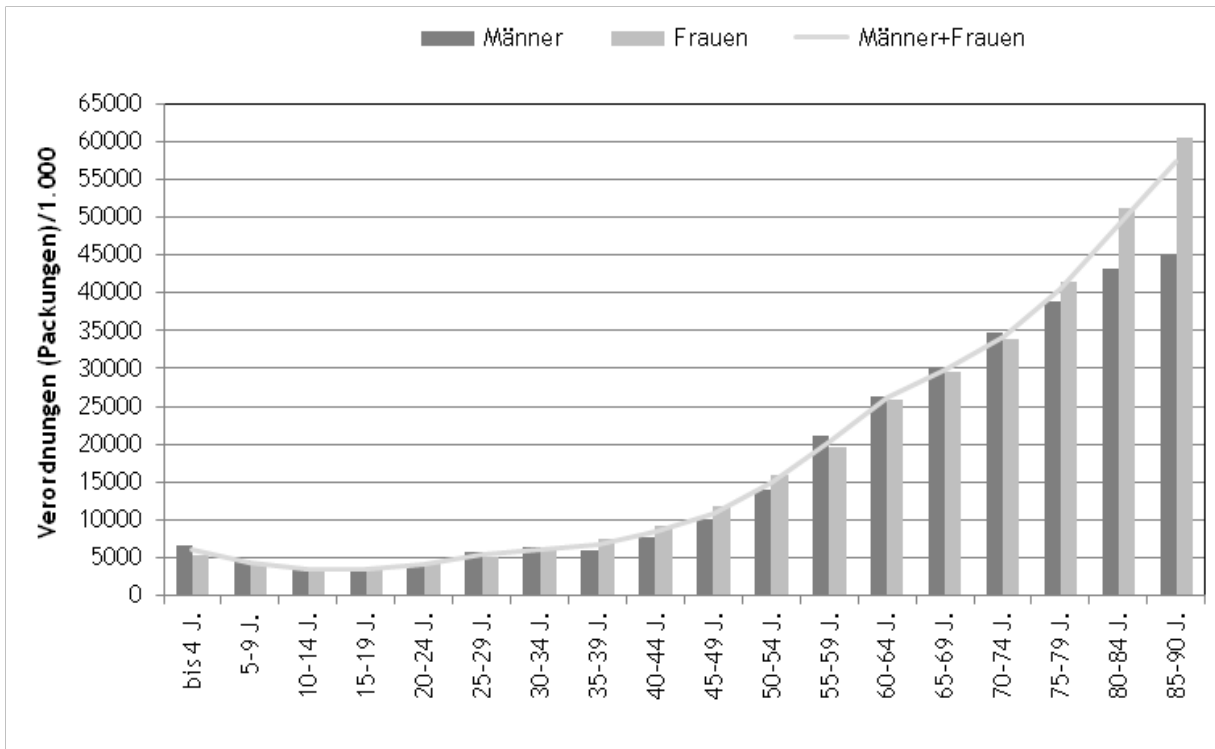
Quelle: OÖGKK; eigene Berechnungen; Anteil an den Krankenhaustagen (Mittelwert 2013 bis 2015); nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels

3.3.2. Medikamentenverordnungen

Insgesamt entfallen auf 1.000 Welsler BürgerInnen innerhalb eines Jahres durchschnittlich rund 14.500 verordnete Medikamentenpackungen. Bis zur Altersgruppe der 40- bis 44-Jährigen liegen die Raten bei unter 10.000 verordneten Medikamentenpackungen pro 1.000 Versicherte. Danach ist eine stetige Zunahme zu beobachten.

In den meisten Altersgruppen unterscheiden sich Männer und Frauen nur geringfügig hinsichtlich der Menge an Medikamentenverordnungen. Erst in den Altersgruppen ab dem 80. Lebensjahr verzeichnen Frauen eine deutlich höhere Verordnungsmenge (Abbildung 14).

Abbildung 14: Medikamentenverordnungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2013-2015)

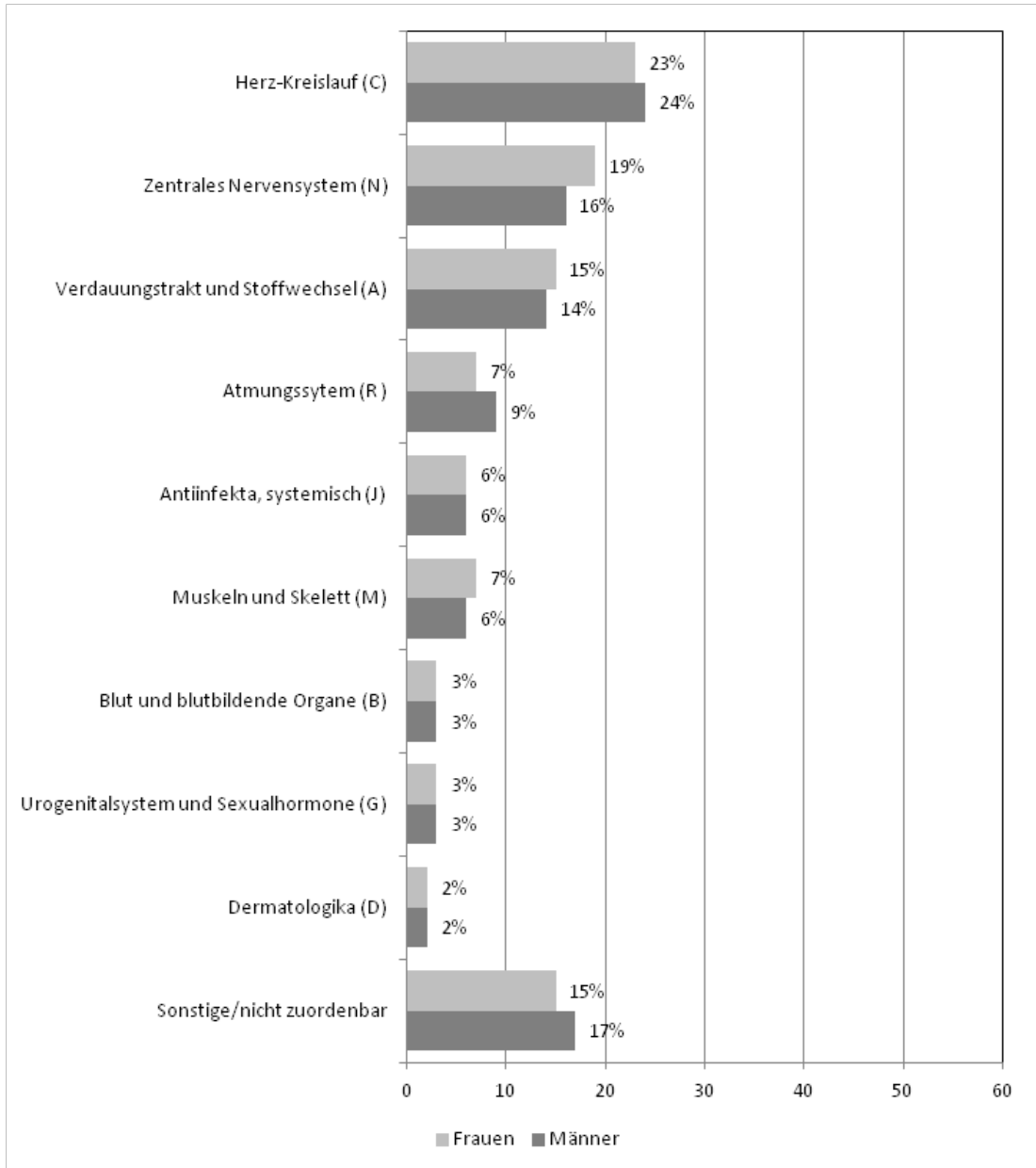


Quelle: OÖGKK; eigene Berechnungen; Medikamentenverordnungen (Packungen) innerhalb eines Jahres (Mittelwert 2013-2015) pro 1.000 Versicherte; nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels

Die meisten Medikamentenverordnungen betreffen Heilmittel zur Behandlung von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (24%), des Nervensystems (Psychopharmaka,

Schmerzmittel etc.: 18%) und des Magen-Darm-Traktes bzw. Stoffwechselsystems (14%).

Abbildung 15: Verteilung der Medikamentenverordnungen auf anatomische ATC-Gruppen (Durchschnitt 2013-2015)



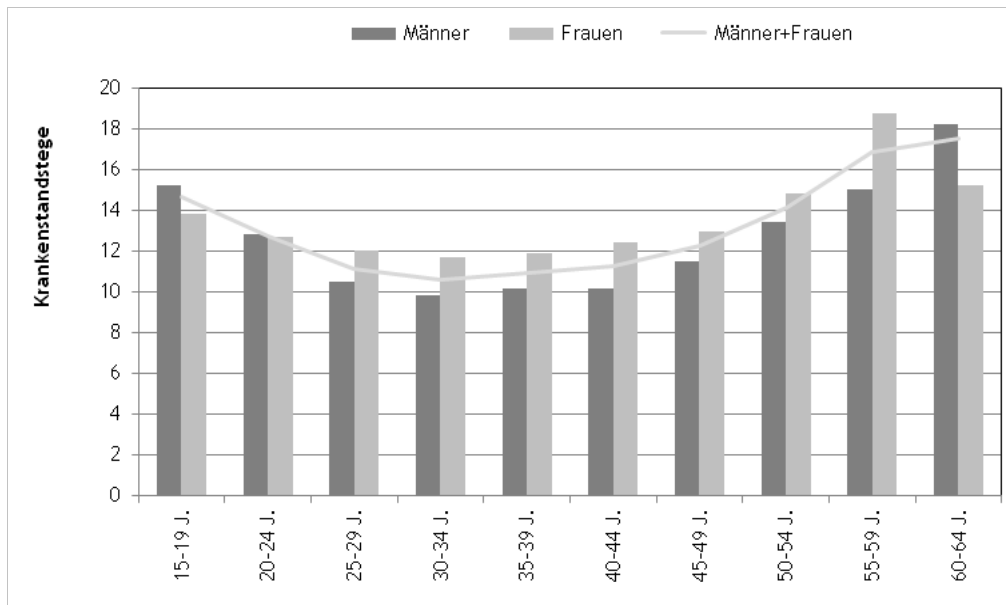
Quelle: OÖGKK; eigene Berechnungen; Anteile an den Medikamentenverordnungen (Packungen) innerhalb eines Kalenderjahres (Mittelwert 2013 bis 2015); nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels

3.3.3. Krankenstand (Arbeitsunfähigkeit)

Die Krankenstandsstatistik lässt nur bedingt Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu, da das Krankenstandsgeschehen von einer Vielzahl von Bedingungen abhängt, die nicht unmittelbar mit dem Gesundheitszustand der Bevölkerung zusammenhängen. Als Beispiel sei hier die Angst vor Arbeitsplatzverlust angeführt. Aber auch die Tatsache, dass nicht alle Erkrankungen im gleichen Ausmaß zu Arbeitsunfähigkeit führen, sei hier erwähnt. Außerdem gibt es auch das Phänomen des Präsentismus: So wird jenes Verhalten bezeichnet, wenn Menschen trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung bzw. Krankheit zur Arbeit gehen. Eine Studie der Johannes Kepler Universität Linz in Kooperation mit der OÖGKK kommt sogar zu dem Ergebnis, dass Präsentismus im Vergleich zum Krankenstand der stärkere Indikator des Gesundheitszustandes zu sein scheint.¹

Im Beobachtungszeitraum zwischen 2013 und 2015 entfielen auf eine/n Beschäftigte/n mit Wohnsitz in Wels 12,6 Krankenstandstage pro Jahr. Männer wiesen mit 11,9 Tagen im Durchschnitt eine geringere Rate als Frauen (13,4 Tage) auf. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen weisen Beschäftigte zwischen 25 und 40 Jahren die wenigsten Krankenstandstage pro Jahr auf (Abbildung 16).

Abbildung 16: Krankenstandstage je Beschäftigter/-m nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2013-2015)



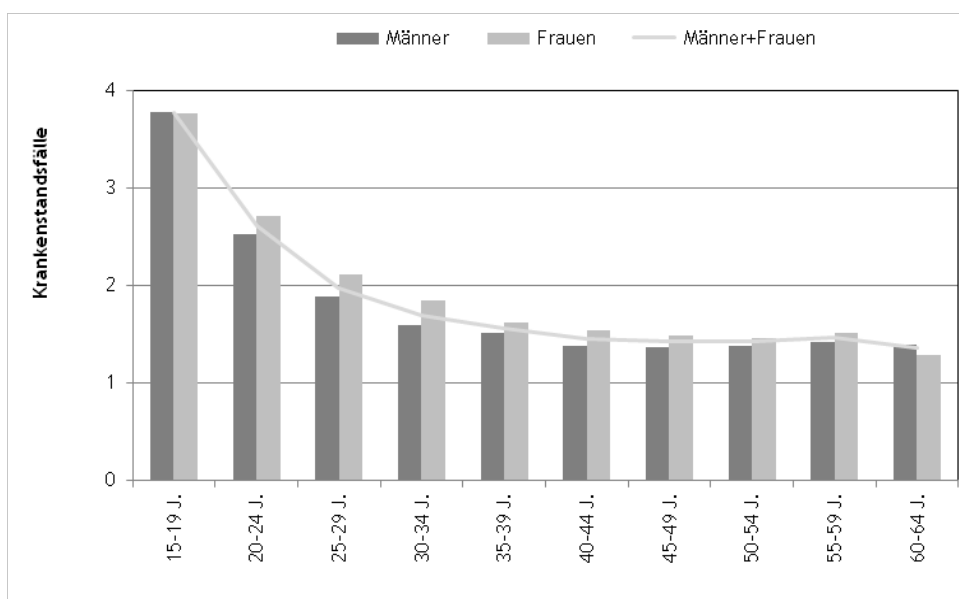
Quelle: OÖGKK; eigene Berechnungen; Krankenstandstage innerhalb eines Jahres (Mittelwert 2013-2015) je Beschäftigter/-m; nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels

Insgesamt beträgt die durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit 1,8 Krankenstandsfälle pro Jahr (Männer: 1,7; Frauen: 1,8). Im Gegensatz zu den Krankenstandstagen sinkt die Erkrankungshäufigkeit mit zunehmendem Alter.

Anders ausgedrückt: Ältere Beschäftigte weisen weniger, aber dafür längere Krankenstände auf (Abbildung 17).

¹ Gerich 2014, S. 31-49

Abbildung 17: Durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit (Krankenstandsfälle je Beschäftigter/-m) nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2013-2015)

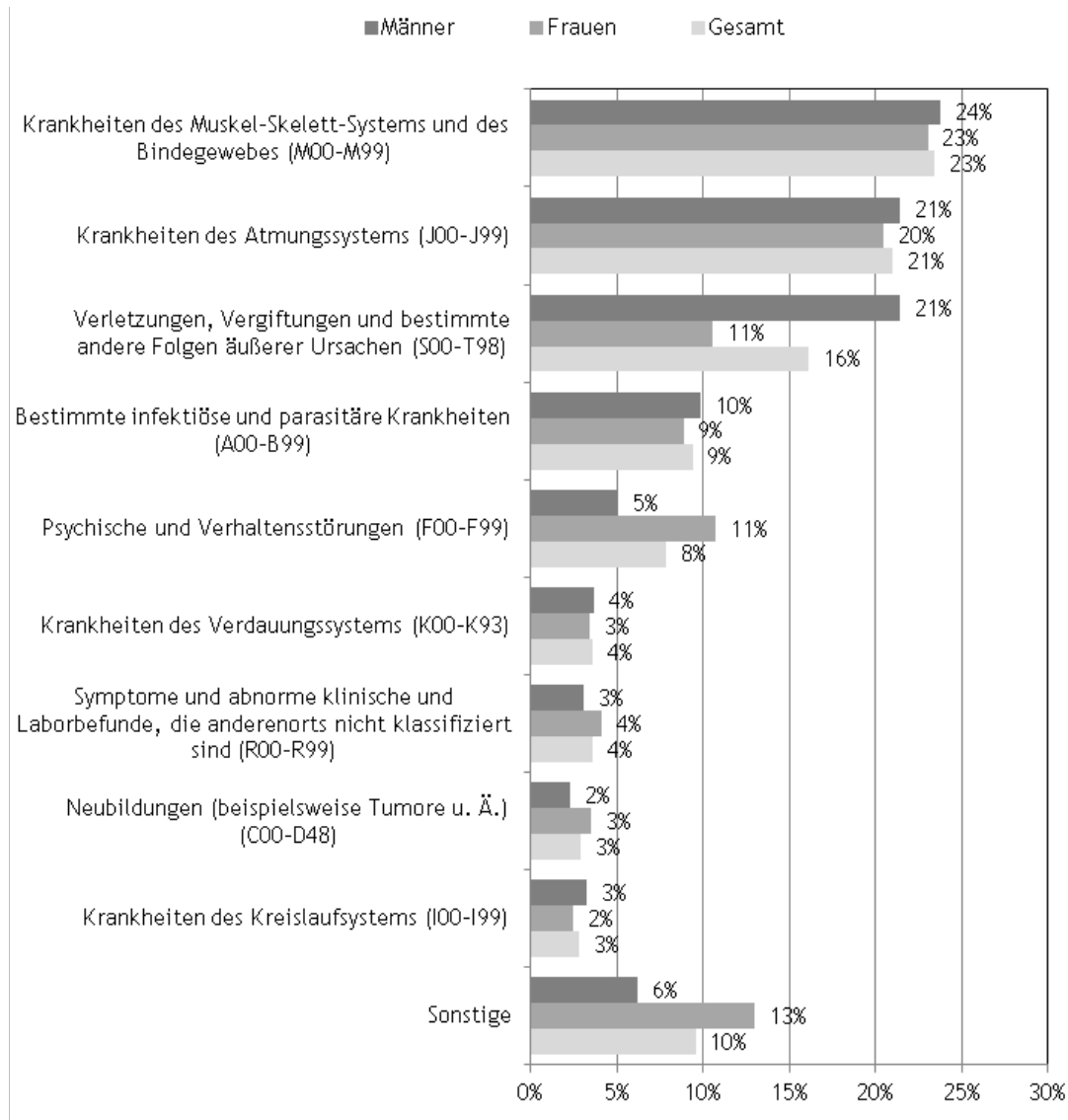


Quelle: OÖGKK; eigene Berechnungen; Krankenstandsfälle innerhalb eines Jahres (Mittelwert 2013-2015) je Beschäftigter/-m; nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels

Insgesamt lassen sich die meisten Krankenstandstage der Welscher Versicherten auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (23%), des Atmungssystems (21%) und auf äußere Ursachen wie Verletzungen, Vergiftungen oder Unfälle (16%) zurückführen. Letztere spielen bei Männern mit 21

Prozent aller Krankenstandstage eine deutlich gewichtigere Rolle als bei den Frauen, bei denen äußere Ursachen „nur“ für 11 Prozent aller Krankenstandstage als Ursache angeführt werden (Abbildung 18).

Abbildung 18: Krankenstandstage nach Diagnosegruppen (Durchschnitt 2013-2015)



Quelle: OÖGKK; eigene Berechnungen; Anteil an den Krankenstandtagen innerhalb eines Jahres (Mittelwert 2013-2015); nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels

Fakten

- Die meisten Belegtage im Krankenhaus gehen auf psychische Erkrankungen (Männer: 18%; Frauen 17%), Krankheiten des Kreislaufsystems (Männer: 14%; Frauen: 11%), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (Männer: 10%; Frauen: 14%), Neubildungen (Männer: 11%; Frauen: 10%) und Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (Männer: 10%; Frauen: 10%) zurück.
- Die meisten Medikamentenverordnungen betreffen Heilmittel zur Behandlung von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (24%), des Nervensystems (Psychopharmaka, Schmerzmittel etc.: 18%) und des Magen-Darm-Traktes bzw. Stoffwechselsystems (14%).
- Die meisten Krankenstandstage der Welscher Versicherten sind auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (23%), des Atmungssystems (21%) und auf äußere Ursachen wie Verletzungen, Vergiftungen oder Unfälle (16%) zurückzuführen.

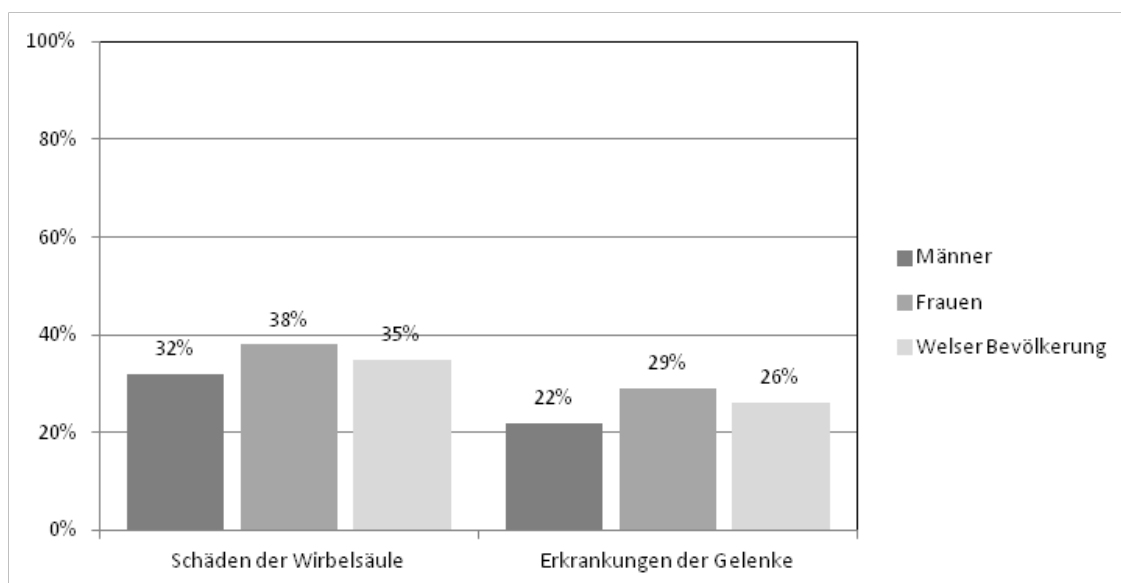
3.4. Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates

3.4.1. Ergebnisse der Welser Gesundheitsbefragung 2014

Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates sind in der Welser Bevölkerung weit verbreitet. Schäden der Wirbelsäule direkt gefolgt von Erkrankungen der Gelenke sind gemäß den Ergebnissen der Welser Gesundheitsumfrage 2014 die dominierenden Erkrankungsformen. 35

Prozent der Welser Bevölkerung geben an, innerhalb der letzten 12 Monate von Schäden der Wirbelsäule betroffen (gewesen) zu sein. Wobei die Verbreitung der Erkrankungsform bei Frauen mit 38 Prozent etwas größer ist als bei den Männern (32%). Rund ein Viertel der Befragten (26%) klagt zudem über Erkrankungen der Gelenke. Auch hiervon berichten Frauen mit 29 Prozent etwas häufiger als die Männer (22%) (Abbildung 19).

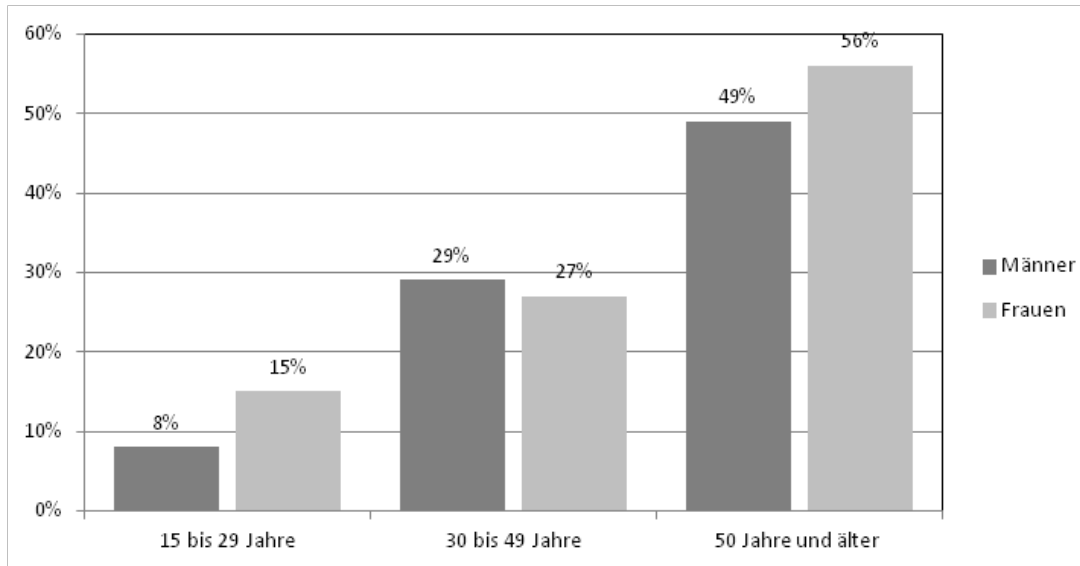
Abbildung 19: Prävalenz von Krankheiten des Bewegungsapparats



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.549-1.565; Schäden der Wirbelsäule: Cramer-V=0,058, p<0,05; Erkrankungen der Gelenke: Cramer-V=0,085, p<0,01; Anteil der Personen, die von der jeweiligen Erkrankung in den letzten 12 Monaten betroffen waren/sind

Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen nimmt erwartungsgemäß die Verbreitung von Schäden der Wirbelsäule mit steigendem Alter zu (Abbildung 20).

Abbildung 20: Schäden der Wirbelsäule nach Altersgruppen

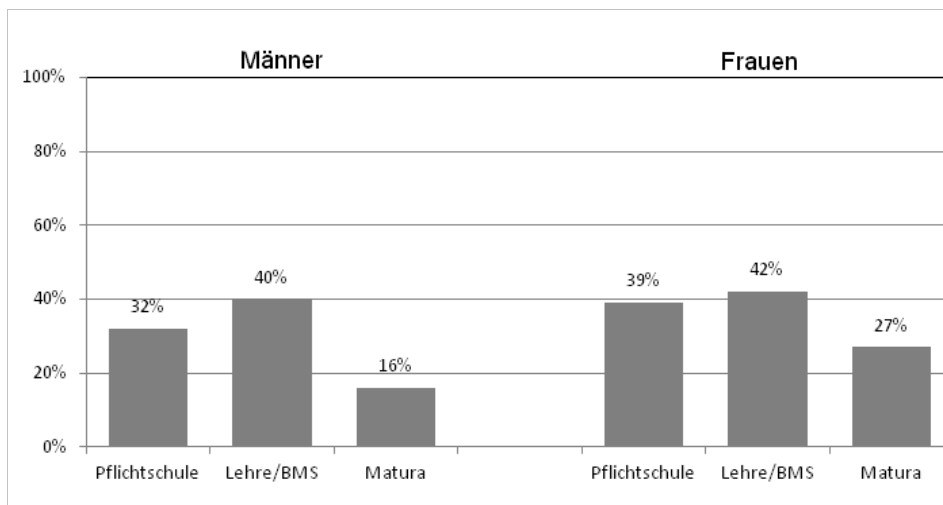


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.518; Männer: Cramer-V=0,344, p<0,001; Frauen: Cramer-V=0,359, p<0,001; Anteil der Personen, die von der jeweiligen Erkrankung in den letzten 12 Monaten betroffen waren/sind

Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen besteht ein Zusammenhang zwischen der formalen Bildung und dem Anteil der von Schäden der Wirbelsäule Betroffenen. Bei den Männern mit höherem Bildungsniveau (Matura oder höher) sind „nur“ 16 Prozent von Schäden der Wirbelsäule betroffen, während dies in der Personengruppe

mit mittlerer Bildung (Lehre/BMS) 40 Prozent und in der Personengruppe mit niedriger formaler Bildung (Pflichtschule) 32 Prozent sind. Bei den Frauen sind gut ein Viertel der höher Gebildeten (27%) betroffen, während es in der Personengruppe mit mittlerer Bildung 42 Prozent und in der Personengruppe mit niedriger formaler Bildung 39 Prozent sind (Abbildung 21).

Abbildung 21: Schäden der Wirbelsäule nach Schulbildung

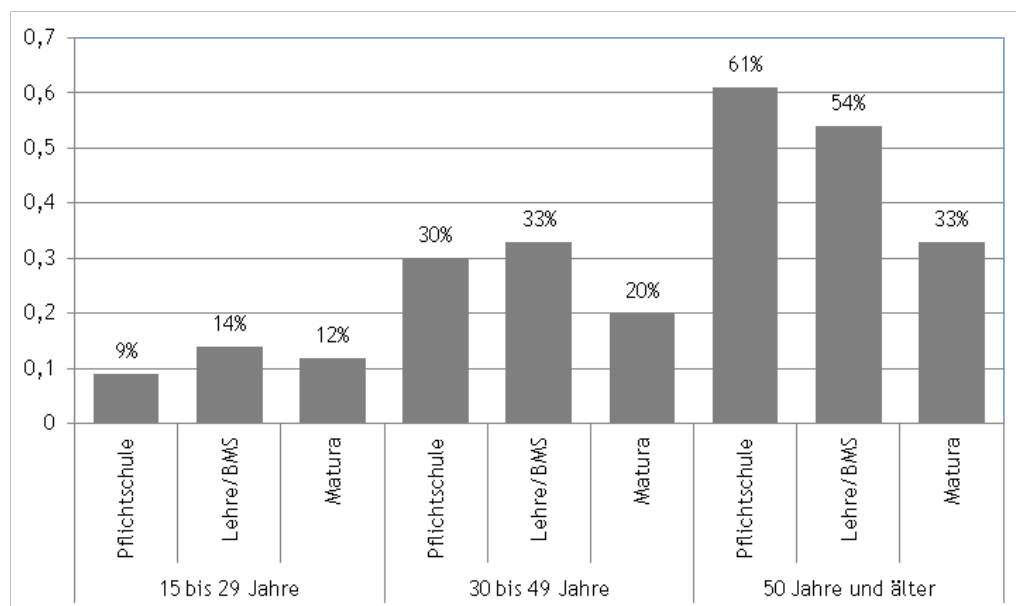


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.528; Männer: Cramer-V=0,196, p<0,001; Frauen: Cramer-V=0,114, p<0,01; Anteil der Personen, die von der jeweiligen Erkrankung in den letzten 12 Monaten betroffen waren/sind

Betrachtet man Schäden der Wirbelsäule nach Alter und Bildung, so zeigt sich, dass es mit Ausnahme in der jüngsten Altersgruppe zwischen 15 und 29 Jahren signifikante Unterschiede gibt. Sowohl bei den 30- bis 49-Jährigen als

auch bei den (über) 50-Jährigen ist die Personengruppe mit der höchsten formalen Bildung (Matura oder höher) seltener von Schäden der Wirbelsäule betroffen als die restliche Bevölkerung (Abbildung 22).

Abbildung 22: Schäden der Wirbelsäule nach Alter und Bildung



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.483; 15 bis 29 Jahre: Cramer-V=n.s.; 30 bis 49 Jahre: Cramer-V=0,125, $p<0,05$; 50 Jahre und älter: Cramer-V=0,180, $p<0,001$; Anteil der Personen, die von der jeweiligen Erkrankung in den letzten 12 Monaten betroffen waren/sind

Fakten

- Erkrankungen des Bewegungsapparats sind in der Welser Bevölkerung weit verbreitet: 35 Prozent der Befragten geben an, innerhalb der letzten 12 Monate von Schäden der Wirbelsäule betroffen (gewesen) zu sein.
- Die Prävalenz von Schäden der Wirbelsäule nimmt erwartungsgemäß mit steigendem Alter deutlich zu.
- Menschen mit höherer formaler Schulbildung sind in geringerem Ausmaß von Schäden der Wirbelsäule betroffen als Menschen mit niedrigerer formaler Schulbildung.

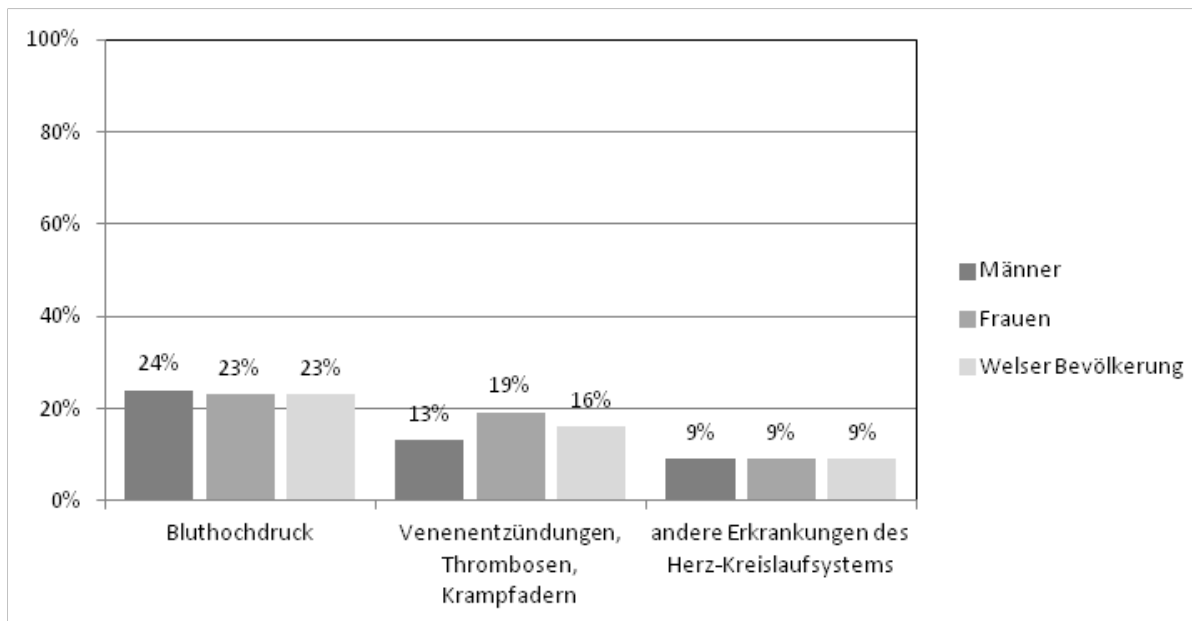
3.5. Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems

3.5.1. Ergebnisse der Welsler Gesundheitsbefragung 2014

Herz-Kreislaferkrankungen stehen häufig in Zusammenhang mit Lebensstilfaktoren wie ungesunder Ernährung, Bewegungsarmut, Rauchen, Stress oder hohem Alkoholkonsum und damit verbundenen Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Übergewicht, Stoffwechselerkrankungen usw. Aber auch soziale Einflussfaktoren, wie z.B. die sozio-ökonomische Umgebung, spielen bei der Entstehung von Herz-Kreislaferkrankungen eine Rolle.²

Laut den Ergebnissen der Welsler Gesundheitsbefragung 2014 leidet knapp ein Viertel der Welsler Bevölkerung (23%) an Bluthochdruck (12-Monats-Prävalenz) - wobei es diesbezüglich keine nennenswerten Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt. Von Venenentzündungen, Thrombosen oder Krampfadern sind rund 16 Prozent der Welsler Bevölkerung betroffen (Männer: 13%; Frauen: 19%). Je 9 Prozent der Männer und Frauen berichten außerdem davon, dass sie innerhalb der letzten 12 Monate von anderen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems betroffen waren bzw. noch sind (Abbildung 23).

Abbildung 23: Prävalenz von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems



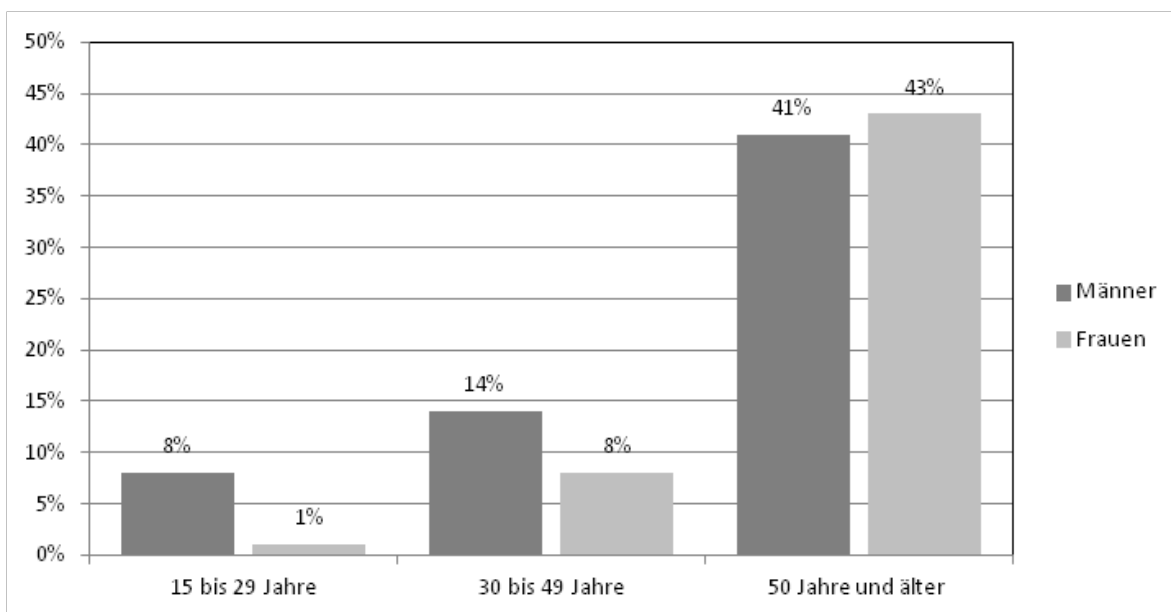
Quelle: Welsler Gesundheitsbefragung 2014, n=1.519-1.545; Bluthochdruck: Cramer-V=n.s.; Venenentzündungen, Thrombosen, Krampfadern: Cramer-V=0,076, p<0,01; andere Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems: Cramer-V=n.s.; Anteil der Personen, die von der jeweiligen Erkrankung in den letzten 12 Monaten betroffen waren/sind

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen nimmt die 12-Monats-Prävalenz beim Bluthochdruck mit steigendem Alter zu. Während in der jüngsten Altersgruppe noch relativ wenige Männer (8%) und Frauen (1%) von Bluthochdruck

betroffen sind, sind dies bei den Befragten ab dem 50. Lebensjahr 41 Prozent der Männer und 43 Prozent der Frauen (Abbildung 24).

² Geyer 2016, S. 184-185

Abbildung 24: Bluthochdruck nach Altersgruppen

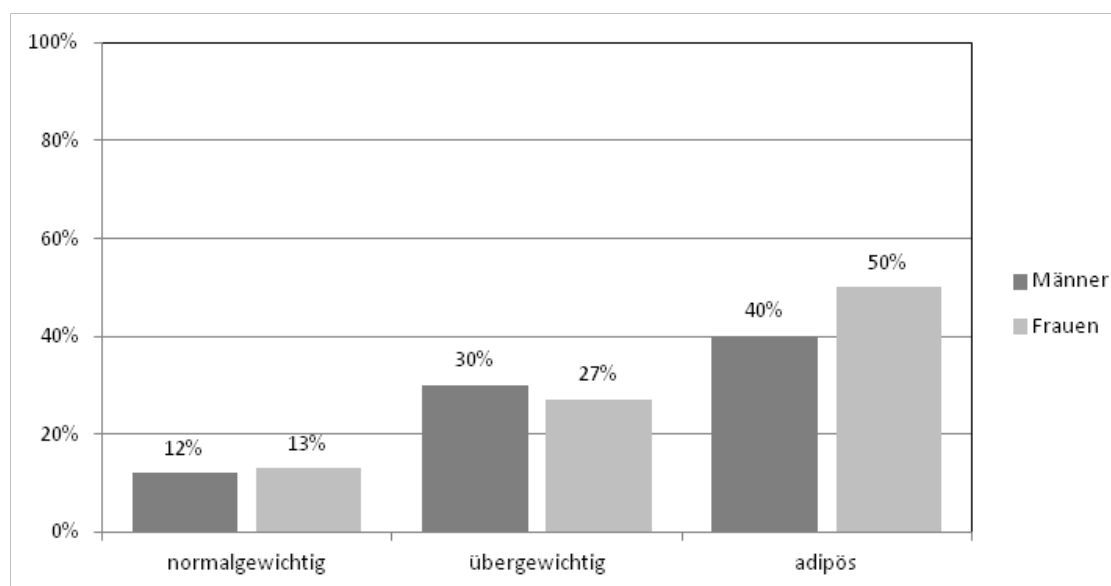


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.499; Männer: Cramer-V=0,348, p<0,001; Frauen: Cramer-V=0,460, p<0,001; Anteil der Personen, die von der jeweiligen Erkrankung in den letzten 12 Monaten betroffen waren/sind

Unter Normalgewichtigen (gemäß Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO) mit einem Body Mass-Index (BMI) zwischen 18,5 und 25 ist Bluthochdruck nicht so stark verbreitet (Männer: 12%; Frauen: 13%) wie bei

übergewichtigen Menschen (BMI >25 und <30) (Männer: 30%; Frauen: 27%) oder Menschen mit Adipositas (BMI >30) (Männer: 40%; Frauen: 50%) (Abbildung 25).

Abbildung 25: Bluthochdruck und Body Mass-Index (BMI)

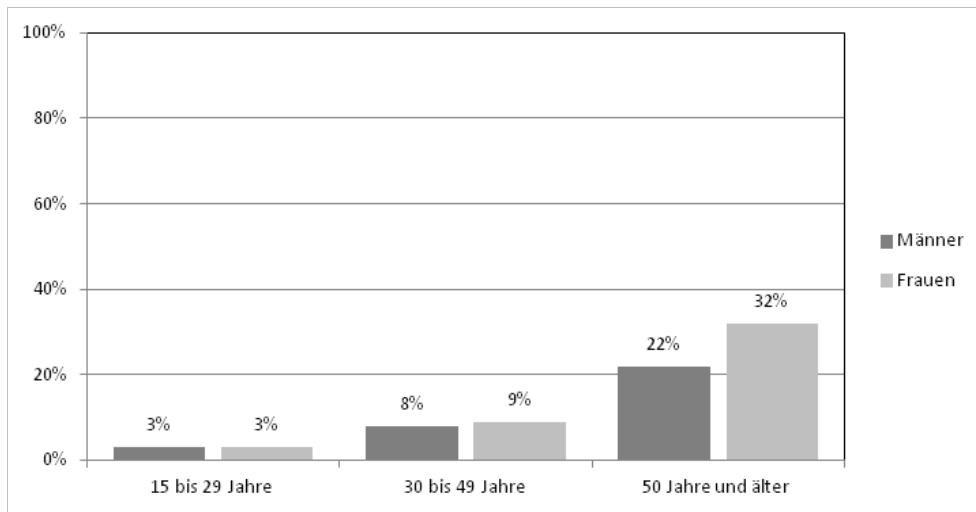


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.511; Männer: Cramer-V=0,258, p<0,001; Frauen: Cramer-V=0,337, p<0,001; Anteil der Personen, die von der jeweiligen Erkrankung in den letzten 12 Monaten betroffen waren/sind

Venenentzündung, Thrombosen und Krampfadern sind in jungen Jahren noch eher wenig verbreitete Erkrankungsformen: In der Personengruppe der 15- bis 29-Jährigen sind jeweils 3 Prozent der Männer und Frauen davon betroffen (12-Monats-Prävalenz). Bei den 30- bis 49-Jährigen berichten 8 Prozent der Männer und 9 Prozent der

Frauen eine derartige Erkrankung. In der ältesten Personengruppe sind 22 Prozent der Männer und knapp ein Drittel der Frauen (32%) von Venenentzündung, Thrombosen oder Krampfadern laut Selbstauskunft betroffen (Abbildung 26).

Abbildung 26: Venenentzündung, Thrombosen, Krampfadern nach Altersgruppen

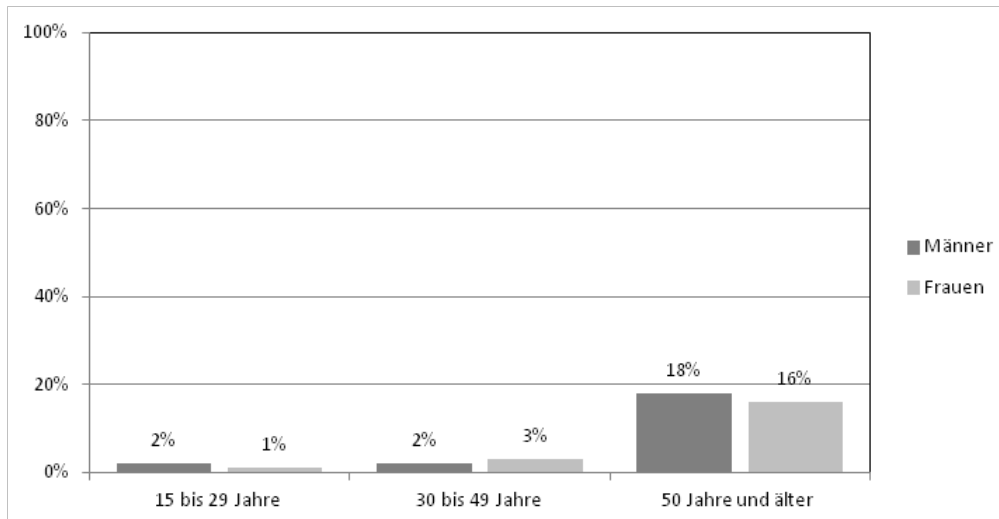


Quelle: Welscher Gesundheitsbefragung 2014, n=1.494; Männer: Cramer-V=0,242, p<0,001; Frauen: Cramer-V=0,334, p<0,001; Anteil der Personen, die von der jeweiligen Erkrankung in den letzten 12 Monaten betroffen waren/sind

Von anderen Erkrankungsformen des Herz-Kreislaufsystems berichten 18 Prozent der Männer und 16 Prozent der Frauen aus der Altersgruppe 50 Jahre und älter. Bei den

jüngeren kommen andere Herz-Kreislauferkrankungen laut Selbstauskunft seltener vor (Abbildung 27).

Abbildung 27: andere Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems nach Altersgruppen



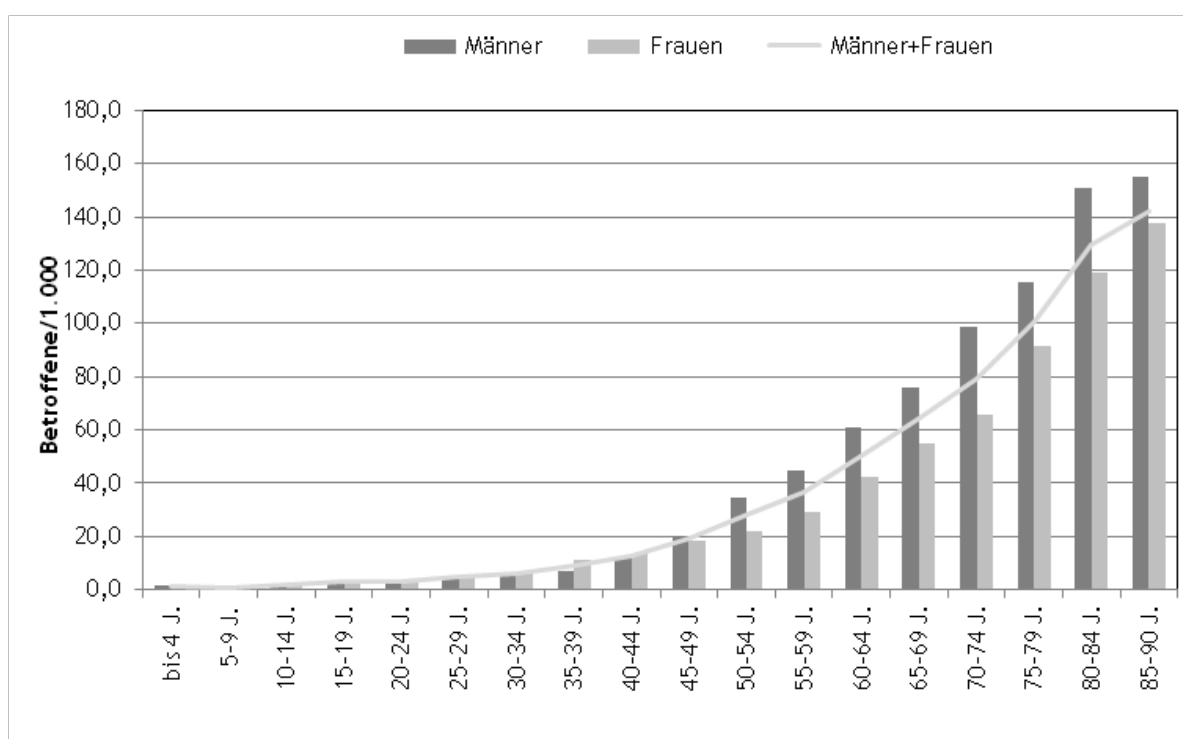
Quelle: Welscher Gesundheitsbefragung 2014, n=1.476; Männer: Cramer-V=0,284, p<0,001; Frauen: Cramer-V=0,248, p<0,001; Anteil der Personen, die von der jeweiligen Erkrankung in den letzten 12 Monaten betroffen waren/sind

3.5.2. Krankenhausaufenthalte

Pro Jahr (Drei-Jahres-Durchschnitt 2013-2015) weisen in Wels 28,2 von 1.000 Personen mindestens einen Krankenhausaufenthalt aufgrund von Krankheiten des Kreislauf-

systems auf. Die Betroffenheitsquote nimmt sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit steigendem Alter merklich zu (Abbildung 28).

Abbildung 28: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Herz-Kreislauferkrankung nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2013-2015)



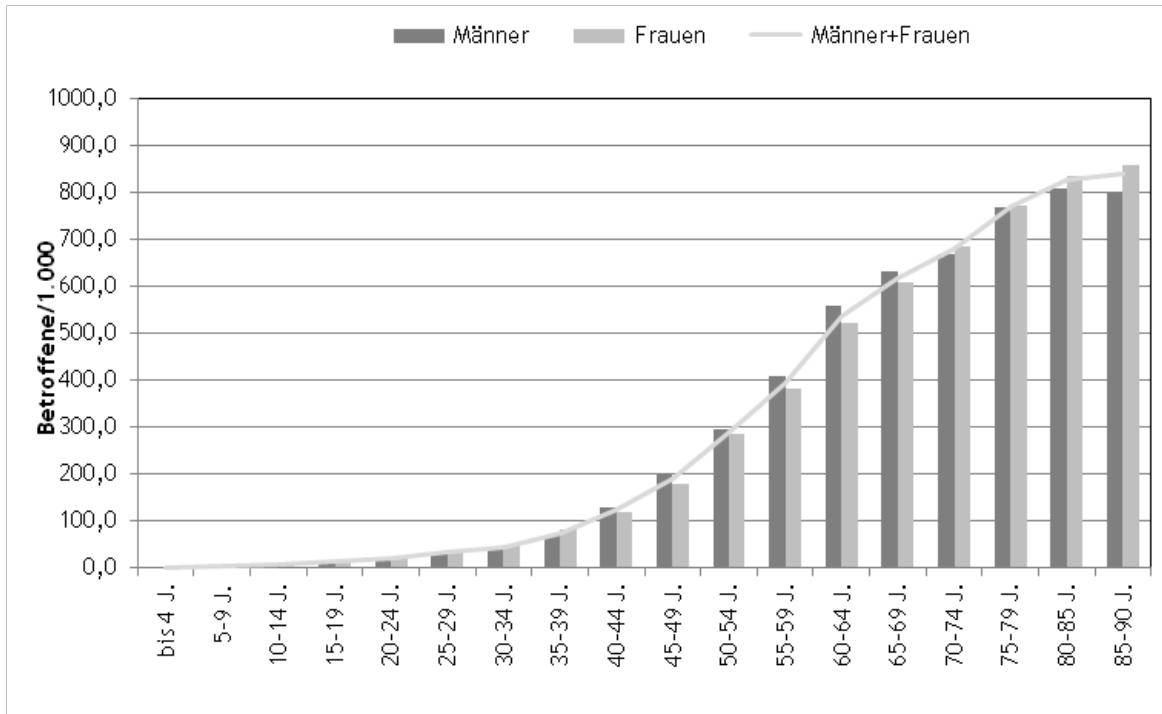
Quelle: OÖGKK; eigene Berechnungen; Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems (Hauptdiagnose ICD10: I00-I99) innerhalb eines Jahres (Mittelwert 2013-2015); nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels

3.5.3. Medikamentenverordnungen

Durchschnittlich bekommt jährlich (Drei-Jahres-Durchschnitt 2013-2015) rund ein Viertel der Welscher Versicherten (24%) Herz-Kreislaufmedikamente verordnet. Mit steigendem Alter nimmt bei beiden Geschlechtern die

Betroffenquote etwa im gleichen Ausmaß zu. Ab dem 75. Lebensjahr erhalten von 1.000 Versicherten rund 800 Personen (80%) mindestens einmal pro Jahr Herz-Kreislaufmedikamente verordnet (Abbildung 29).

Abbildung 29: Personen mit Verordnung von Herz-Kreislaufmedikamenten nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2013-2015)



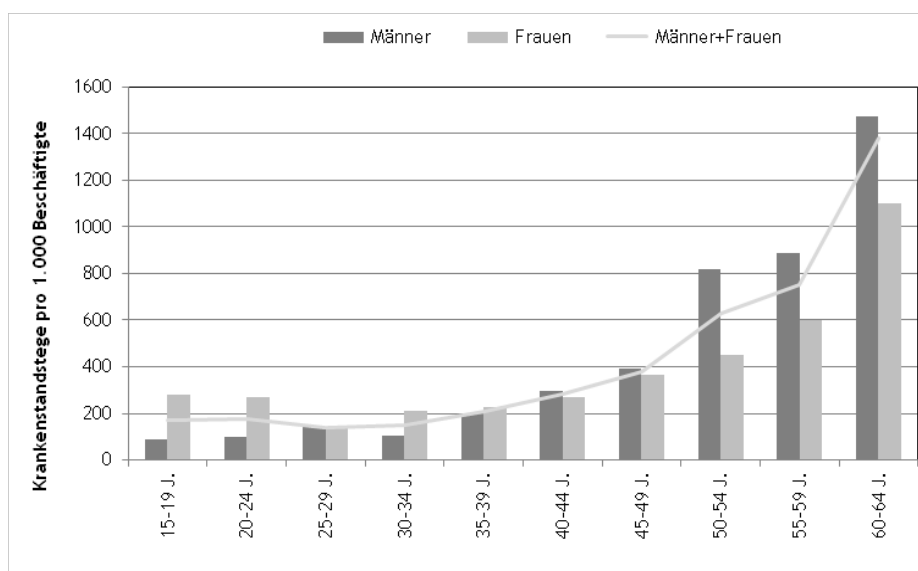
Quelle: OÖGKK; eigene Berechnungen; Personen mit mindestens einer Verordnung von Herz-Kreislaufmedikamenten (ATC-Gruppe: Herz-Kreislauf (C)) innerhalb eines Jahres (Mittelwert 2013-2015) pro 1.000; nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels

3.5.4. Krankenstand (Arbeitsunfähigkeit)

Im Durchschnitt kommen auf 1.000 Beschäftigte pro Jahr (Drei-Jahres-Durchschnitt 2013-2015) rund 349 Krankenstandstage, die auf Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems zurückzuführen sind. Bei Männern ist die Rate mit 367 Krankenstandstagen pro 1.000 Beschäftigte etwas höher als bei Frauen (326 Tage pro 1.000 Beschäftigte).

Die Anzahl der Krankenstandstage nimmt bei Männern und Frauen mit steigendem Alter zu - bei den Männern allerdings in deutlich stärkerem Ausmaß (Abbildung 30).

Abbildung 30: Krankenstandstage (pro 1.000 Beschäftigte) aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2013-2015)

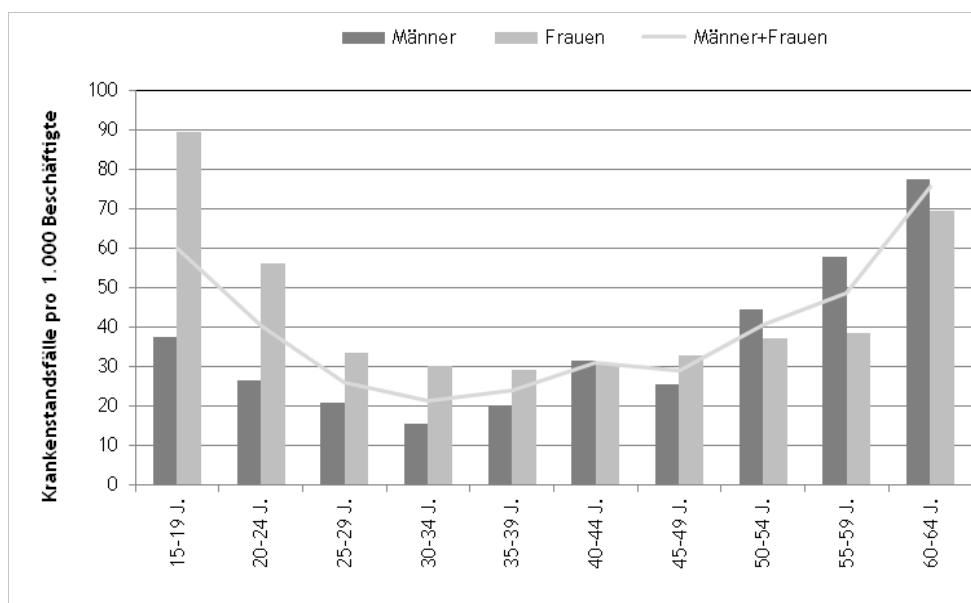


Quelle: OÖGKK; eigene Berechnungen; Krankenstandstage aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (ICD10: I00-I99) innerhalb eines Jahres (Mittelwert 2013-2015) pro 1.000 Beschäftigter; nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels

Die durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems liegt insgesamt bei rund 34 Fällen pro 1.000 Beschäftigten im Jahr (Drei-Jahres-Durchschnitt 2013-2015). Bei den Männern sind

die meisten Fälle in der Altersgruppe 60 bis 64 Jahre (78 Fälle pro 1.000 Beschäftigte) und bei den Frauen in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen (89 Fälle pro 1.000 Beschäftigte) zu finden (Abbildung 31).

Abbildung 31: Durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit (Krankenstandsfälle pro 1.000 Beschäftigte) aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2013-2015)



Quelle: OÖGKK; eigene Berechnungen; Krankenstandsfälle aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (ICD10: I00-I99) innerhalb eines Jahres (Mittelwert 2013-2015) pro 1.000 Beschäftigte; nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels

Fakten

- Knapp ein Viertel (23%) der Welscher Bevölkerung leidet an Bluthochdruck (12-Monats-Prävalenz) - wobei es diesbezüglich keine nennenswerten Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt.
- Sowohl bei Männern als auch bei Frauen nimmt die 12-Monats-Prävalenz beim Bluthochdruck mit steigendem Alter deutlich zu.
- Unter Normalgewichtigen ist Bluthochdruck deutlich seltener (Männer: 12%; Frauen: 13%) als bei Menschen mit Adipositas (Männer: 40%; Frauen: 50%).

- Pro Jahr weisen in Wels 28,2 von 1.000 Personen mindestens einen Krankenhausaufenthalt aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems auf.
- Durchschnittlich bekommt jährlich rund ein Viertel der Welscher Versicherten (24%) Herz-Kreislaufmedikamente verordnet. Bei den älteren Personen ab 75 Jahren sind es 80 Prozent.
- Im Durchschnitt kommen auf 1.000 Beschäftigte pro Jahr rund 349 Krankenstandstage, die auf Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems zurückzuführen sind.

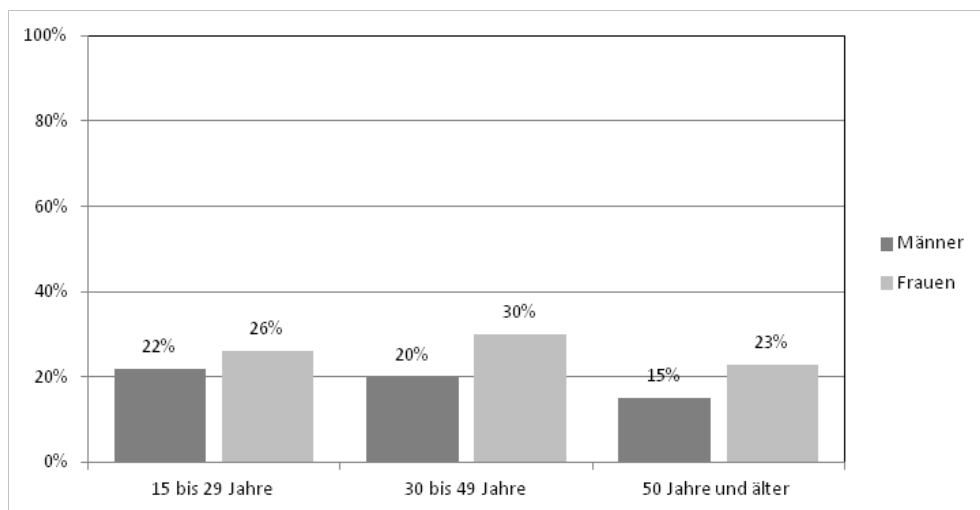
3.6. Allergien

3.6.1. Ergebnisse der Welscher Gesundheitsbefragung 2014

Im Rahmen der Welscher Gesundheitsumfrage 2014 hat knapp ein Viertel der Bevölkerung (23%) davon berichtet, innerhalb der letzten 12 Monate von Allergien betroffen (gewesen) zu sein. Frauen sind mit 26 Prozent häufiger von Allergien betroffen als Männer (19%). Weder bei den

Männern noch bei den Frauen lassen sich zwischen den unterschiedlichen Altersgruppen signifikante Unterschiede hinsichtlich der 12-Monats-Prävalenz ausmachen (Abbildung 32).

Abbildung 32: Allergien nach Altersgruppen



Quelle: Welscher Gesundheitsbefragung 2014, n=1.504; Männer: Cramer-V=n.s.; Frauen: Cramer-V=n.s.; Anteil der Personen, die von der jeweiligen Erkrankung in den letzten 12 Monaten betroffen waren/sind

Fakten

- Knapp ein Viertel der Bevölkerung (23%) berichtet davon, innerhalb der letzten 12 Monate von Allergien betroffen gewesen zu sein.

- Frauen sind mit 26 Prozent häufiger von Allergien betroffen als Männer (19%).

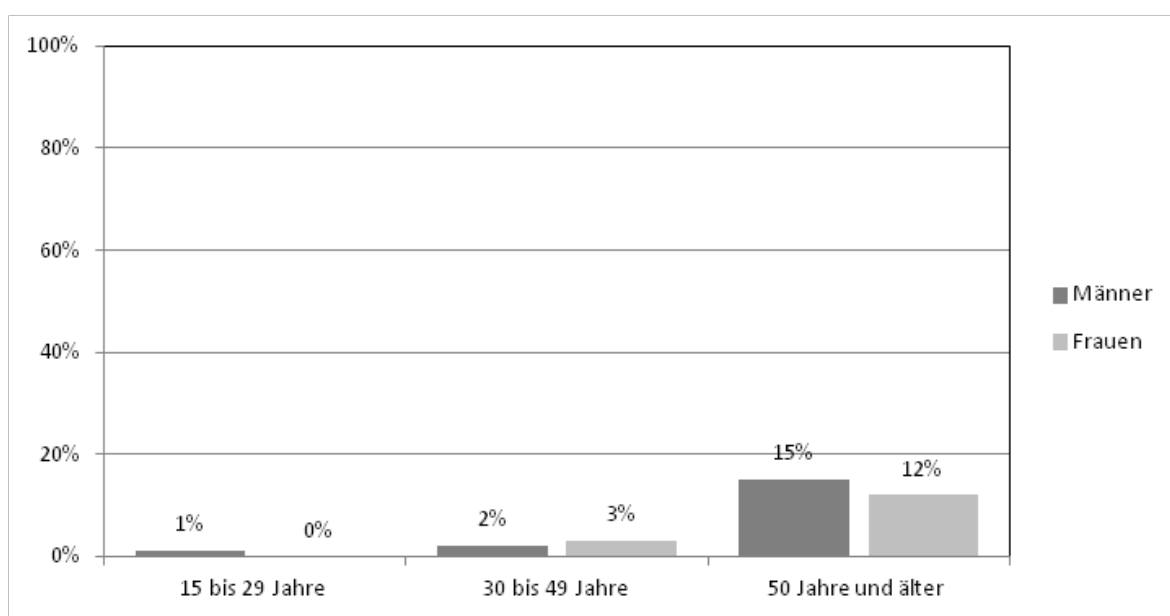
3.7. Diabetes mellitus

3.7.1. Ergebnisse der Welser Gesundheitsbefragung 2014

Insgesamt berichten bei der Welser Gesundheitsumfrage 2014 7 Prozent der Befragten, dass sie an Diabetes mellitus/Zuckerkrankheit leiden (Männer: 7%; Frauen: 6%).

In den jüngeren Altersgruppen wird seltener davon berichtet, an der Zuckerkrankheit zu leiden als in der Personengruppe der (über) 50-Jährigen. Bei den (über) 50-jährigen Befragten leiden 15 Prozent der Männer und 12 Prozent der Frauen an Diabetes mellitus (Abbildung 33).

Abbildung 33: Diabetes mellitus/Zuckerkrankheit nach Altersgruppen



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.488; Männer: Cramer-V=0,254, p<0,001; Frauen: Cramer-V=0,219, p<0,001; Anteil der Personen, die von der jeweiligen Erkrankung in den letzten 12 Monaten betroffen waren/sind

Fakten

- Insgesamt berichten 7 Prozent der Befragten, dass sie an Diabetes mellitus/Zuckerkrankheit leiden (Männer: 7%; Frauen: 6%).
- Im Alter ist die Prävalenz deutlich höher. Bei den über 50-jährigen Befragten berichten 15 Prozent der Männer und 12 Prozent der Frauen, zuckerkrank zu sein.

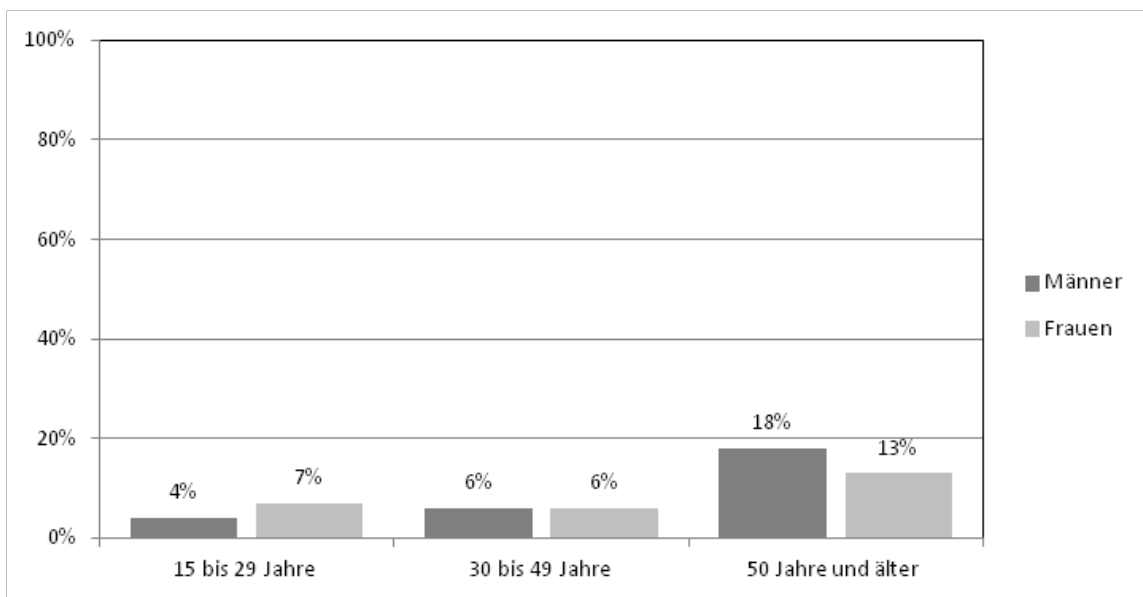
3.8. Atemwegserkrankungen

3.8.1. Ergebnisse der Welser Gesundheitsbefragung 2014

Im Rahmen der Welser Gesundheitsumfrage 2014 wurde nach Erkrankungsformen der Atemwege wie Asthma oder chronische Lungenerkrankung gefragt. Insgesamt berich-

ten 10 Prozent der Welser Bevölkerung, innerhalb der letzten 12 Monate von einer derartigen Erkrankung betroffen gewesen zu sein (Männer: 11%; Frauen: 10%). Die 12-Monats-Prävalenz ist in der Altersgruppe ab 50 Jahren mit 18 Prozent bei den Männern und 13 Prozent bei den Frauen höher als in den jüngeren Altersgruppen (Abbildung 34).

Abbildung 34: Asthma oder chronische Lungenerkrankung nach Altersgruppen



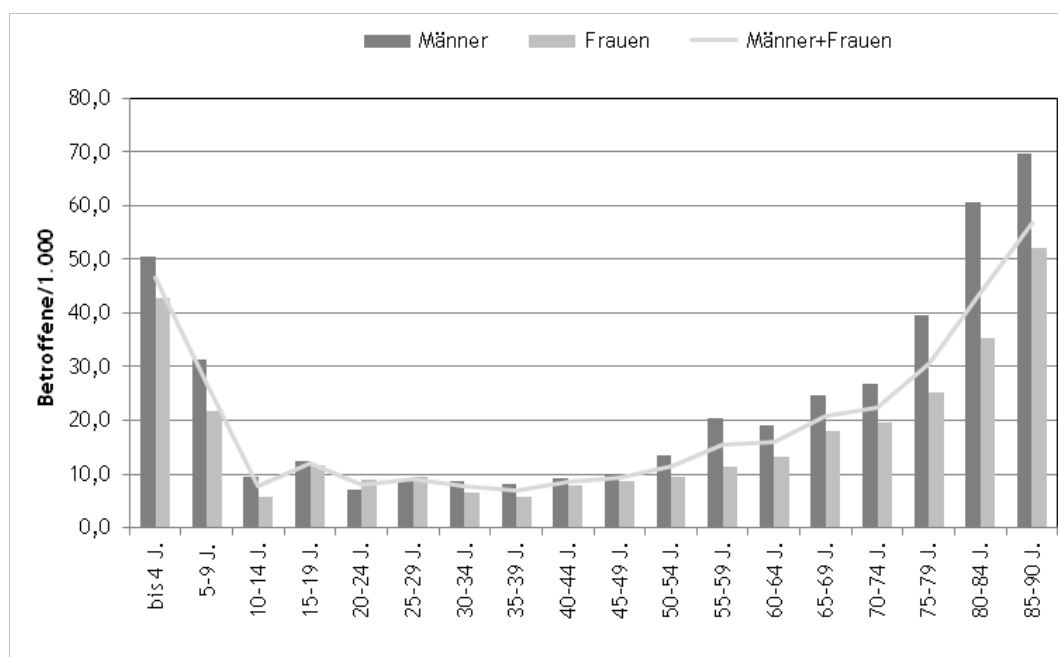
Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.503; Männer: Cramer-V=0,208, p<0,001; Frauen: Cramer-V=0,113, p<0,01; Anteil der Personen, die von der jeweiligen Erkrankung in den letzten 12 Monaten betroffen waren/sind

3.8.2. Krankenhausaufenthalte

Pro Jahr (Drei-Jahres-Durchschnitt 2013-2015) weisen in Wels rund 17 Personen pro 1.000 Versicherte zumindest einen Krankenhausaufenthalt aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems auf. Männer sind häufiger betroffen als Frauen: 18 Männer pro 1.000 Versicherte und 13

Frauen pro 1.000 Versicherte haben innerhalb eines Jahres zumindest einen Krankenhausaufenthalt in Folge von Atemwegserkrankungen. Die Betroffenenquote ist in den jüngsten und in den ältesten Alterssegmenten am höchsten (Abbildung 35).

Abbildung 35: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Atemwegserkrankung nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2013-2015)



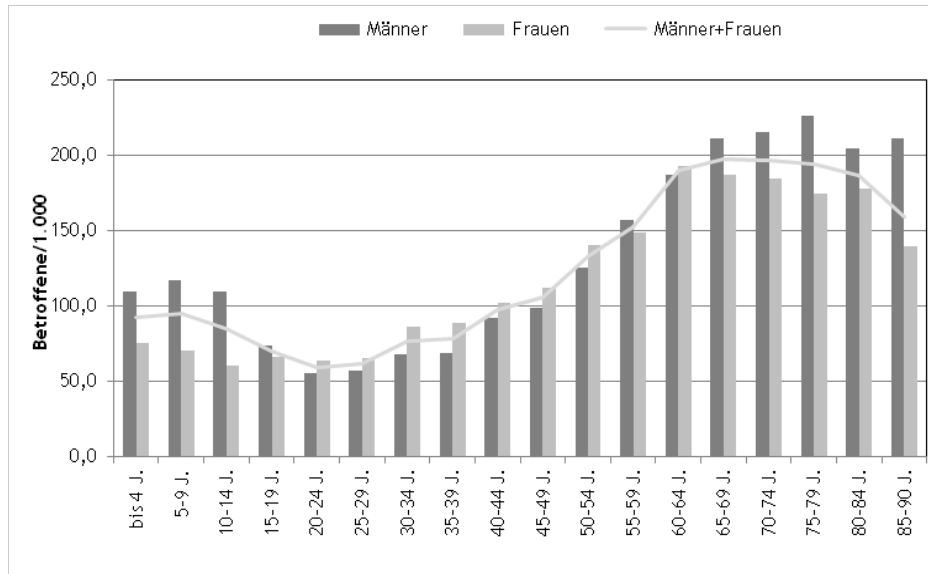
Quelle: OÖGKK; eigene Berechnungen; Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems (Hauptdiagnose ICD10: J00-J99) innerhalb eines Jahres (Mittelwert 2013-2015); nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels

3.8.3. Medikamentenverordnungen

Durchschnittlich werden innerhalb eines Jahres (Drei-Jahres-Durchschnitt 2013-2015) an rund 12 Prozent (115 pro 1.000) der OÖGKK-Versicherten mit Hauptwohnsitz in Wels Antiasthmatica verordnet. Bei den Männern sind die

meisten Betroffenen in der Altersgruppe 75 bis 79 Jahre (226 Betroffene pro 1.000 Versicherte) und bei den Frauen in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen (193 Betroffene pro 1.000 Versicherte) zu finden (Abbildung 36).

Abbildung 36: Personen mit Verordnung von Antiasthmatika nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2013-2015)



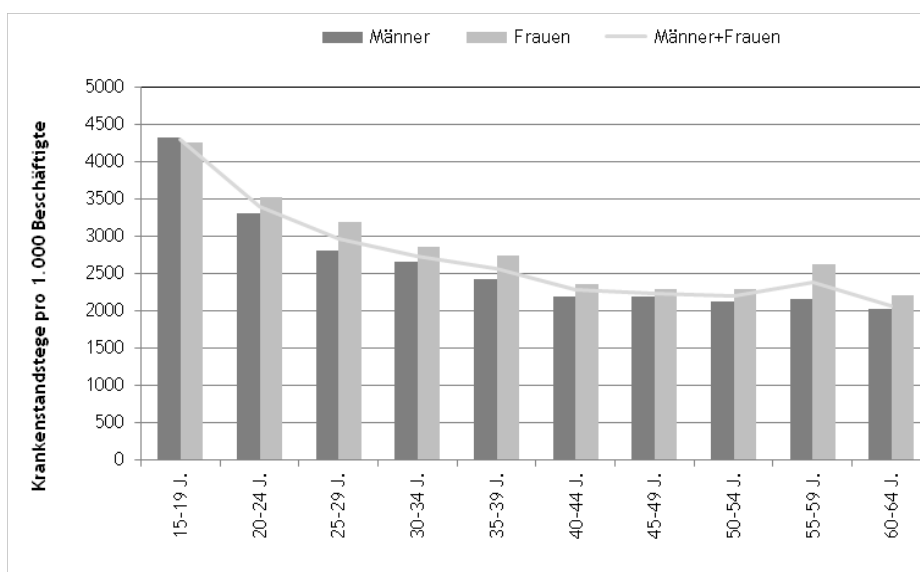
Quelle: OÖGKK; eigene Berechnungen; Personen mit mindestens einer Verordnung von Antiasthmatika (ATC-Gruppe: R03) innerhalb eines Jahres (Mittelwert 2013-2015) pro 1.000; nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels

3.8.4. Krankenstand (Arbeitsunfähigkeit)

Im Durchschnitt kommen auf 1.000 Beschäftigte pro Jahr (Drei-Jahres-Durchschnitt 2013-2015) rund 2.638 Krankenstandstage, die auf Krankheiten des Atmungssystems zurückzuführen sind. Bei Männern ist die Rate mit 2.552

Krankenstandtagen pro 1.000 Beschäftigte etwas niedriger als bei Frauen (2.737 Tage pro 1.000 Beschäftigte). Die Anzahl der Krankenstandstage nimmt bei Männern und Frauen mit steigendem Alter tendenziell ab (Abbildung 37).

Abbildung 37: Krankenstandstage (pro 1.000 Beschäftigter) aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2013-2015)

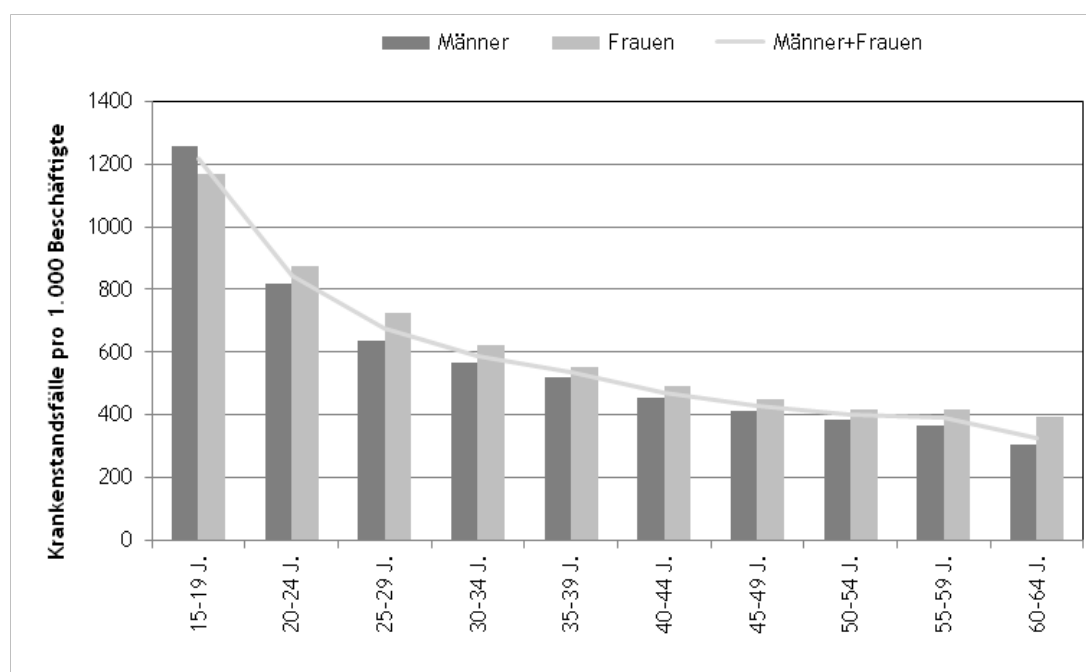


Quelle: OÖGKK; eigene Berechnungen; Krankenstandstage aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems (ICD10: J00-J99) innerhalb eines Jahres (Mittelwert 2013-2015) pro 1.000 Beschäftigter; nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels

Die durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems liegt insgesamt bei rund 563 Fällen pro 1.000 Beschäftigten im Jahr (Drei-Jahres-Durchschnitt 2013-2015). Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen sind die meisten Fälle in der Alters-

gruppe 15 bis 19 Jahre (Männer: 1.256 Fälle pro 1.000 Beschäftigte; Frauen: 1.168 Fälle pro 1.000 Beschäftigte) zu finden. Mit zunehmendem Alter nimmt die durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit bei beiden Geschlechtern ab (Abbildung 38).

Abbildung 38: Durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit (Krankenstandsfälle pro 1.000 Beschäftigte) aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2013-2015)



Quelle: OÖGKK; eigene Berechnungen; Krankenstandsfälle aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems (ICD10: J00-J99) innerhalb eines Jahres (Mittelwert 2013-2015) pro 1.000 Beschäftigte; nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels

Fakten

- Insgesamt berichten 10 Prozent der Welscher Bevölkerung, innerhalb der letzten 12 Monate von Asthma oder einer chronischen Lungenerkrankung betroffen gewesen zu sein.
- Die Prävalenz ist unter älteren Befragten ab dem 50. Lebensjahr höher als bei jüngeren Befragten.
- Pro Jahr weisen in Wels rund 17 Personen pro 1.000 Versicherte zumindest einen Krankenhausaufenthalt aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems auf.

- Durchschnittlich werden innerhalb eines Jahres an rund 12 Prozent (115 pro 1.000) der OÖGKK-Versicherten mit Hauptwohnsitz in Wels Antiasthmatica verordnet.
- Im Durchschnitt kommen auf 1.000 Beschäftigte pro Jahr rund 2.638 Krankenstandstage, die auf Krankheiten des Atmungssystems zurückzuführen sind.

3.9. Psychische Erkrankungen und psychische Gesundheit

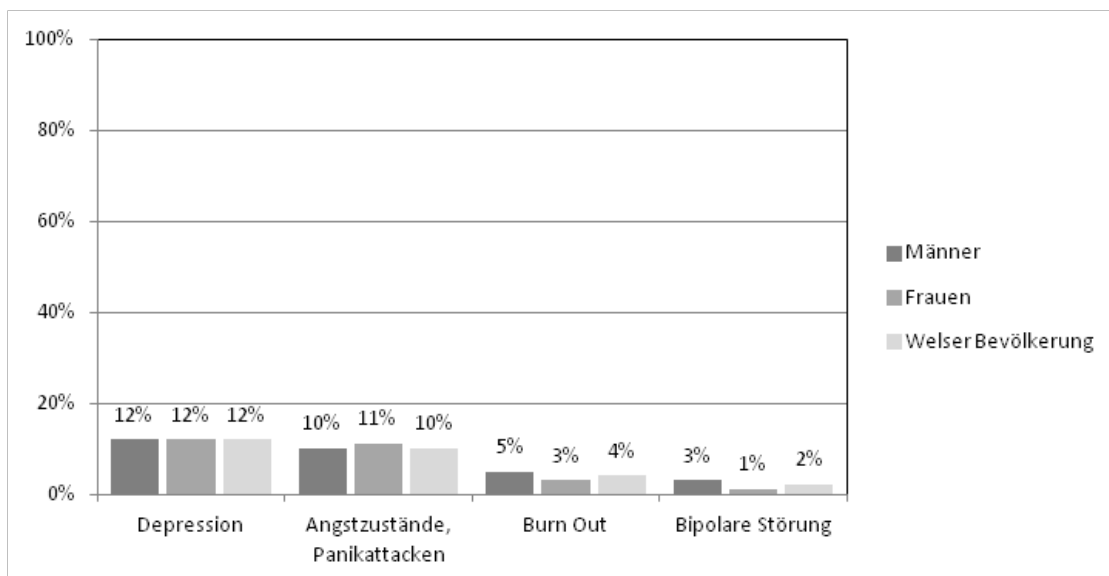
Psychische Erkrankungen sind ein Thema, das immer stärker an Bedeutung gewinnt. Nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass in Österreich psychische Erkrankungen bereits der zweithäufigste Grund für vorzeitige Pensionierungen sind - bei Frauen sogar der häufigste Grund für eine Invaliditätspension.³

3.9.1. Ergebnisse der Welser Gesundheitsbefragung 2014

Im Rahmen der Welser Gesundheitsbefragung 2014 wurden nicht nur physische sondern auch psychische Erkrankungen thematisiert. Insgesamt 12 Prozent der Befragten

berichten, innerhalb der letzten 12 Monate von einer Depression betroffen gewesen zu sein. Zwischen Männern und Frauen gibt es diesbezüglich keine Unterschiede. 11 Prozent der Welser Bevölkerung berichten, innerhalb der letzten 12 Monate von Angstzuständen oder Panikattacken betroffen gewesen zu sein (Männer: 10%; Frauen: 11%). 4 Prozent der Befragten berichten von Burn Out (Männer: 5%; Frauen: 3%) und 2 Prozent von einer bipolaren Störung (Männer: 3%; Frauen: 1%) (Abbildung 39).

Abbildung 39: Prävalenz von psychischen Erkrankungen



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.500-1.543; Depression: Cramer-V=n.s.; Angstzustände, Panikattacken: Cramer-V=n.s.; Burn Out: Cramer-V=n.s.; Bipolare Störung: Cramer-V=0,063, p<0,05; Anteil der Personen, die von der jeweiligen Erkrankung in den letzten 12 Monaten betroffen waren/sind

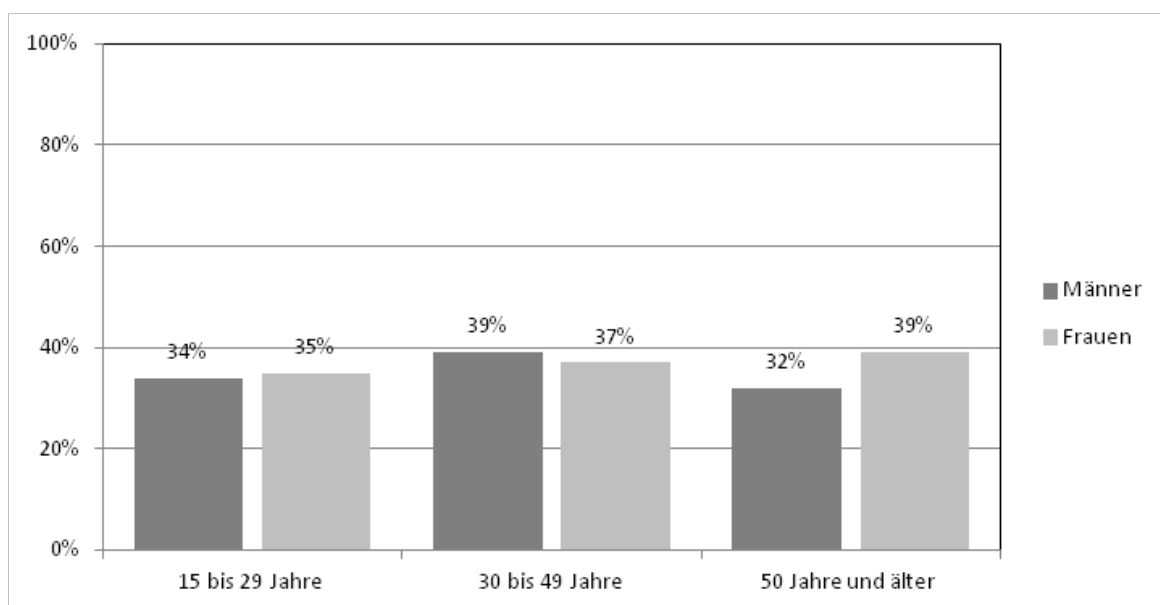
³ Institut für Gesundheitsplanung 2012, S. 76

Neben der Frage nach bestimmten psychischen Erkrankungen wurde im Rahmen der Welser Gesundheitsbefragung 2014 eine spezielle Fragebatterie zum psychischen Wohlbefinden bzw. der psychischen Gesundheit eingebaut. Es handelt sich dabei um fünf standardisierte und von der WHO publizierte Fragen („WHO-Wellbeing-Five“), die einen Hinweis auf eine depressive Verstimmung geben können.⁴

34 Prozent der Männer und 35 Prozent der Frauen - im Sinne des „WHO-Wellbeing-Five“ - abklärungsbedürftige Anzeichen einer depressiven Verstimmung bzw. Depression auf. In der mittleren Altersgruppe zwischen 30 und 49 Jahren haben 39 Prozent der Männer und 37 Prozent der Frauen solche Anzeichen. Bei den Befragten ab dem 50. Lebensjahr ergeben sich bei 32 Prozent der Männer und 39 Prozent der Frauen Hinweise auf einen eingeschränkten psychischen Gesundheitszustand (Abbildung 40).

Gemäß dem „WHO-Wellbeing-Five“-Fragebogen weisen 36 Prozent der Befragten Anzeichen einer depressiven Verstimmung bzw. Depression auf (Männer: 35%; Frauen: 37%). In der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen weisen

Abbildung 40: Anzeichen einer Depression nach Altersgruppen



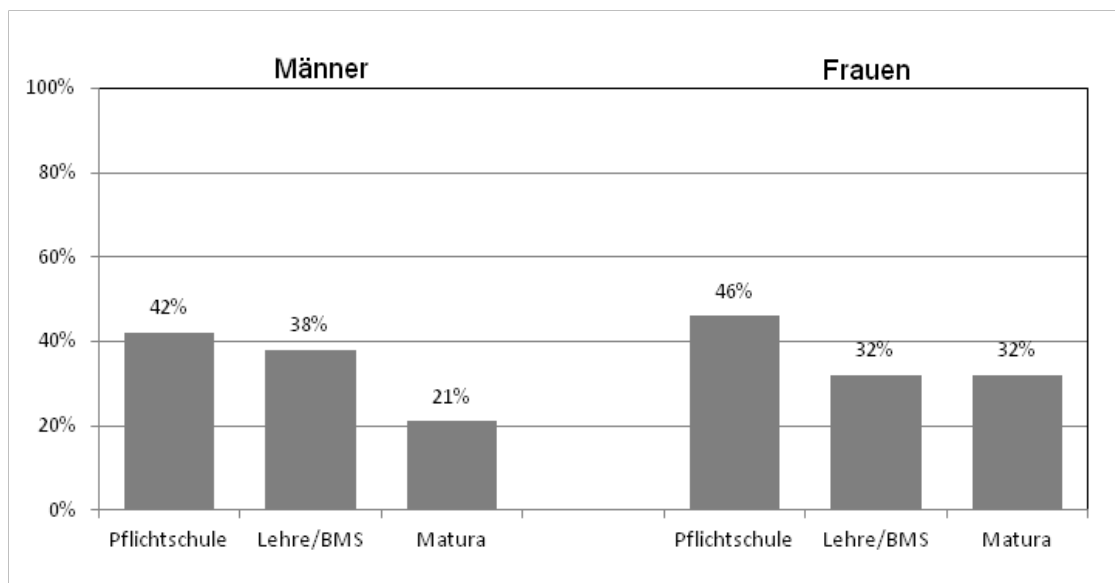
Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.502; Männer: Cramer-V=n.s.; Frauen: Cramer-V=n.s.

⁴ Der WHO-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.

Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen weisen Befragte mit niedriger formaler Bildung (Pflichtschulabschluss) in größerem Ausmaß Anzeichen einer depressiven Verstimmung auf als Personen mit höherer formaler Bildung: Bei Männern mit Pflichtschulabschluss weisen 42 Prozent Anzeichen einer depressiven Verstimmung auf - während es in der Gruppe der Männer mit (zumindest)

Maturaabschluss nur 21 Prozent sind. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Frauen: Fast die Hälfte der Frauen mit Pflichtschulabschluss (46%) weist Anzeichen eines eingeschränkten psychischen Gesundheitszustands auf, während dies bei Frauen mit mittlerer (Lehre/BMS) oder höherer Bildung (Matura oder höher) auf „nur“ knapp ein Drittel zutrifft (je 32%) (Abbildung 41).

Abbildung 41: Anzeichen einer Depression nach Schulbildung

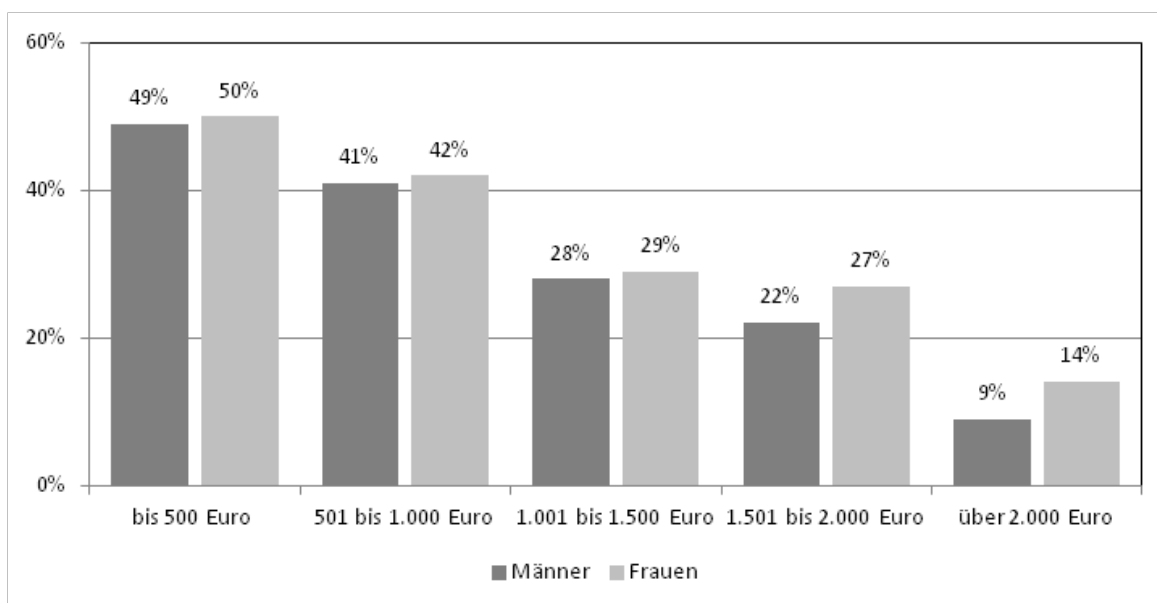


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.516; Männer: Cramer-V=0,165, p<0,001; Frauen: Cramer-V=0,135, p<0,01

Einen deutlichen Nachweis des Zusammenhangs zwischen sozioökonomischen Status und psychischer Gesundheit zeigt das folgende Ergebnis: Zwischen der Einkommenssituation und der psychischen Gesundheit besteht sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen ein deutlicher, signifikanter Zusammenhang. Während in der Personengruppe jener, die über das geringste Äquivalenzeinkommen

(bis 500 Euro) verfügen, jeweils rund die Hälfte der Männer (49%) und 50 Prozent der Frauen Anzeichen einer depressiven Verstimmung bzw. Depression aufweisen, sind unter jenen mit einem Äquivalenzeinkommen von über 2.000 Euro „nur“ 9 Prozent der Männer und 14 Prozent der Frauen betroffen (Abbildung 42).

Abbildung 42: Anzeichen einer Depression nach Einkommen

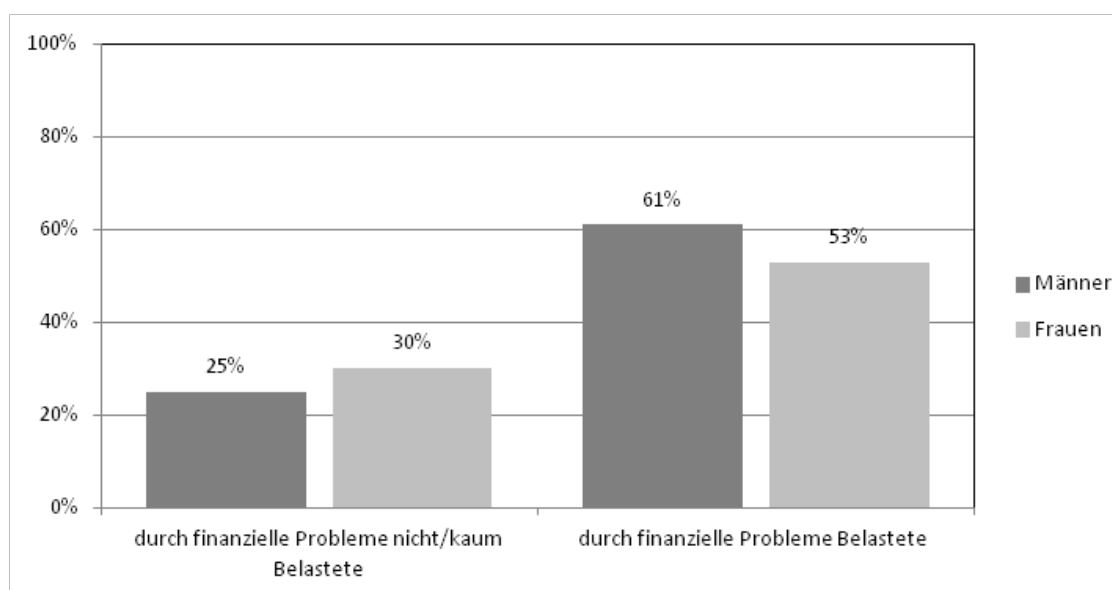


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.332; Männer: Cramer-V=0,230, p<0,001; Frauen: Cramer-V=0,199, p<0,001

Ein weiterer Beleg für den Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der psychischen Gesundheit zeigt sich, wenn man Belastungen durch finanzielle Probleme in die Analyse miteinbezieht: Während unter jenen Befragten, die nicht oder kaum von finanziellen Belastungen betroffen sind, „nur“ 25 Prozent der Männer und 30 Prozent der Frauen Anzeichen einer depressi-

ven Verstimmung aufweisen, sind es unter Menschen, die durch finanzielle Probleme belastet sind, deutlich mehr: 61 Prozent dieser belasteten Männer und 53 Prozent der durch finanzielle Probleme belasteten Frauen weisen Anzeichen einer depressiven Verstimmung bzw. Depression auf (Abbildung 43).

Abbildung 43: Anzeichen einer Depression und Belastung durch finanzielle Probleme

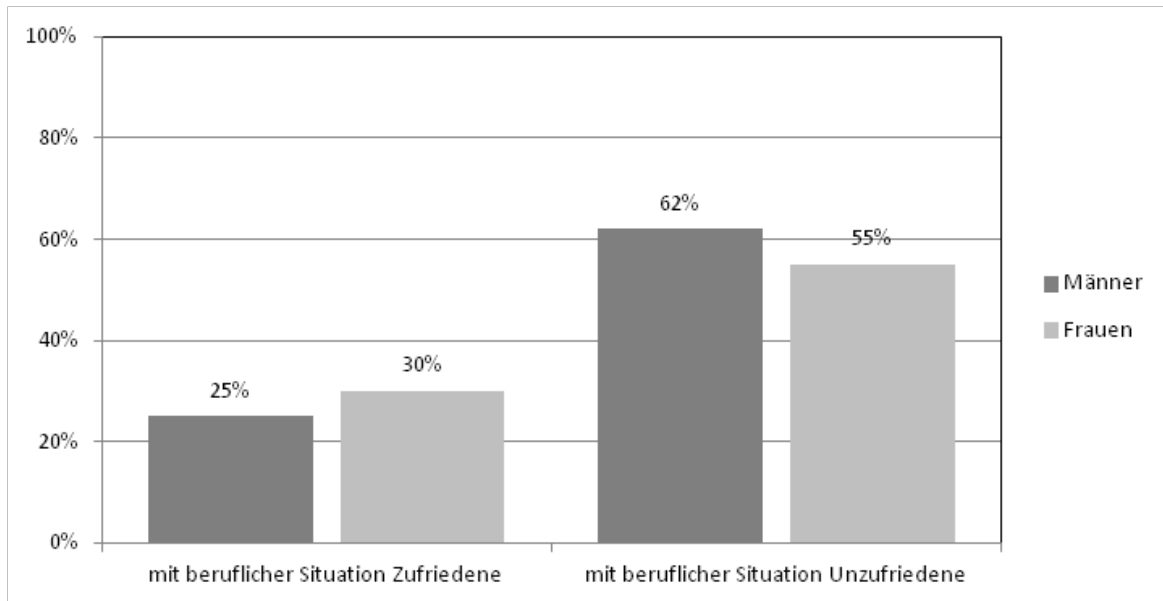


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.485; Männer: Cramer-V=0,339, p<0,001; Frauen: Cramer-V=0,215, p<0,001

Auch die Zufriedenheit mit der beruflichen Situation und das psychische Wohlbefinden hängen miteinander zusammen: Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen

sind jene Menschen deutlich häufiger von Anzeichen einer depressiven Verstimmung bzw. Depression betroffen, die mit ihrer beruflichen Situation unzufrieden sind (Abbildung 44).

Abbildung 44: Anzeichen einer Depression und Zufriedenheit mit beruflicher Situation



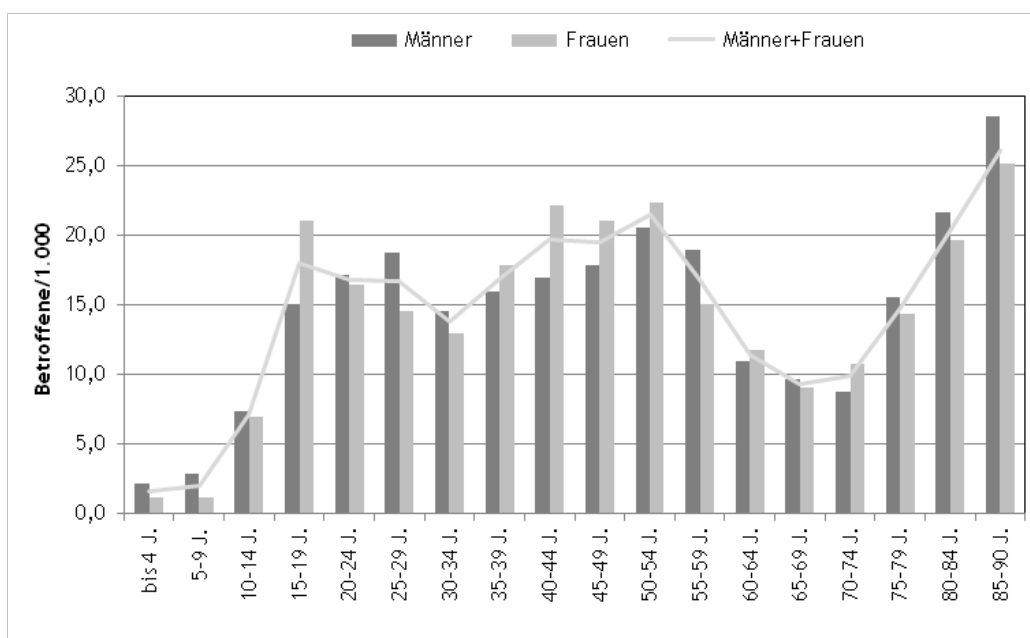
Quelle: Welsler Gesundheitsbefragung 2014, n=1.132; Männer: Cramer-V=0,343, p<0,001; Frauen: Cramer-V=0,215, p<0,001

3.9.2. Krankenhausaufenthalte

Pro Jahr (Drei-Jahres-Durchschnitt 2013-2015) weisen in Wels rund 15 Personen pro 1.000 Versicherte zumindest einen Krankenhausaufenthalt aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen auf. Männer und Frauen unterscheiden sich hinsichtlich der Krankenhausaufenthalte

aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen insgesamt betrachtet kaum. Die Betroffenenquote ist in den mittleren Alterssegmenten zwischen 40 und 55 Jahren (eher Frauen) und in den Alterssegmenten ab dem 80. Lebensjahr (eher Männer) am höchsten, während sie im Kindesalter und im Alterssegment zwischen 60 und 75 Jahren am niedrigsten ist (Abbildung 45).

Abbildung 45: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2013-2015)

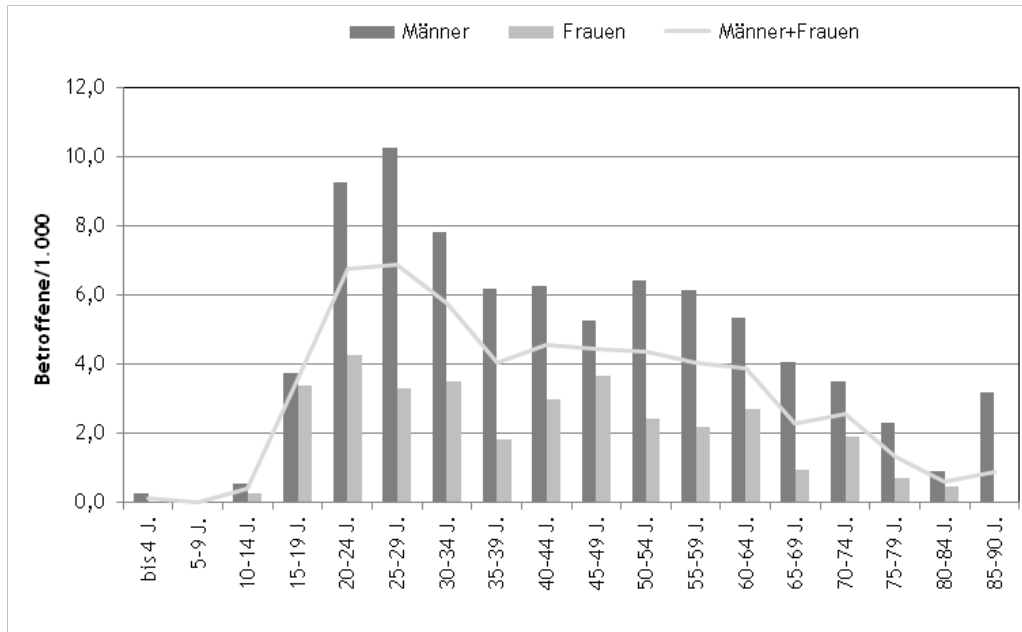


Quelle: OÖGKK; eigene Berechnungen; Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen (Hauptdiagnose ICD10: F00-F99) innerhalb eines Jahres (Mittelwert 2013-2015); nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels

Während es in der Gesamtbetrachtung der Krankenhausaufenthalte betreffend sämtlicher psychischer und Verhaltensstörungen zwischen Männern und Frauen kaum Unterschiede gibt, zeigen sich bei genauerer Analyse doch Unterschiede: So sind Männer eher von Krankenhausaufenthalten aufgrund von psychischen und Verhaltensstö-

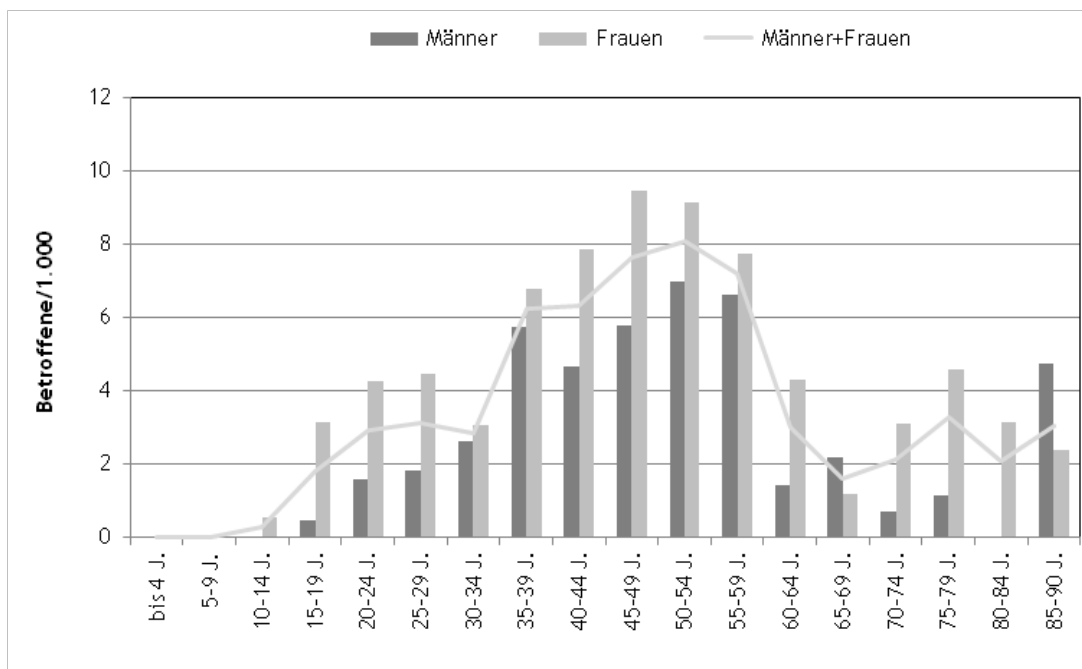
rungen durch psychotrope Substanzen wie z.B. Alkohol betroffen als Frauen (Männer: 5 pro 1.000; Frauen: 2 pro 1.000) (Abbildung 46). Frauen wiederum werden häufiger aufgrund von affektiven Störungen im Krankenhaus behandelt als Männer (Männer: 3 pro 1.000; Frauen: 5 pro 1.000) (Abbildung 47).

Abbildung 46: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2013-2015)



Quelle: OÖGKK; eigene Berechnungen; Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Hauptdiagnose ICD10: F10-F19) innerhalb eines Jahres (Mittelwert 2013-2015); nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels

Abbildung 47: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von affektiven Störungen nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2013-2015)



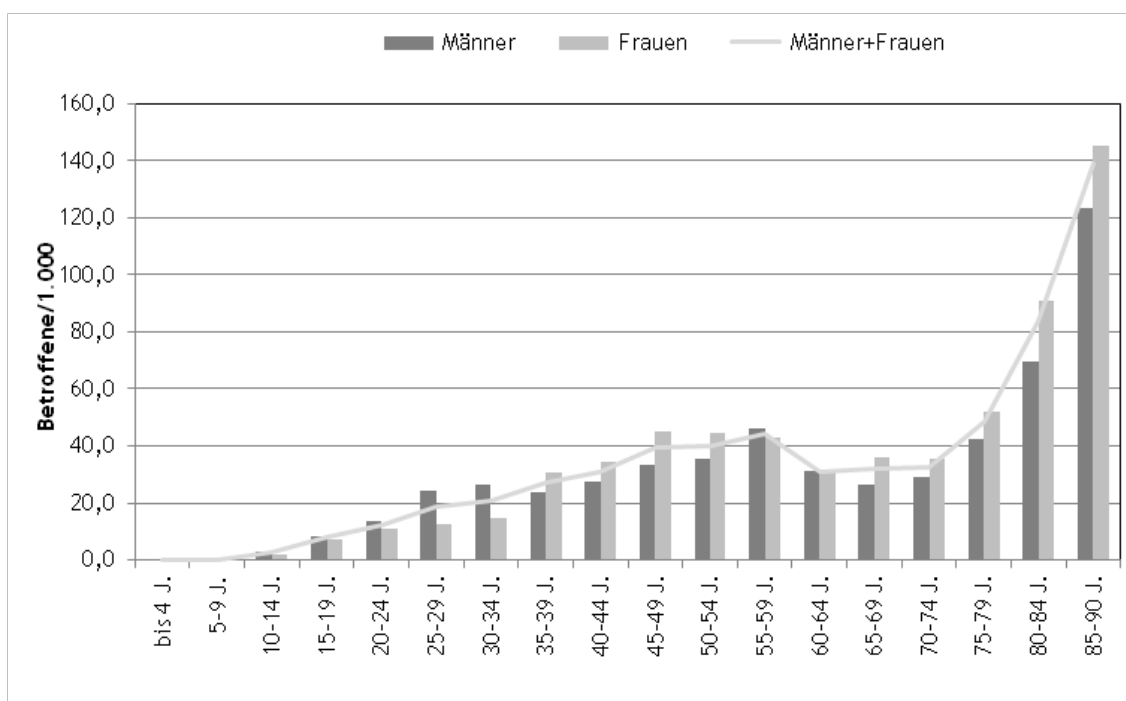
Quelle: OÖGKK; eigene Berechnungen; Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt aufgrund von affektiven Störungen (Hauptdiagnose ICD10: F30-F39) innerhalb eines Jahres (Mittelwert 2013-2015); nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels

3.9.3. Medikamentenverordnungen

Durchschnittlich werden innerhalb eines Jahres (Drei-Jahres-Durchschnitt 2013-2015) an rund 3 Prozent (30 pro 1.000) der OÖGKK-Versicherten mit Hauptwohnsitz in Wels Antipsychotika verordnet. Die Unterschiede zwi-

schen den Geschlechtern sind diesbezüglich verschwindend gering (Männer: 25 pro 1.000; Frauen: 33 pro 1.000). Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen ist die Betroffenenquote ab dem 80. Lebensjahr am höchsten (Abbildung 48).

Abbildung 48: Personen mit Verordnung von Antipsychotika nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2013-2015)

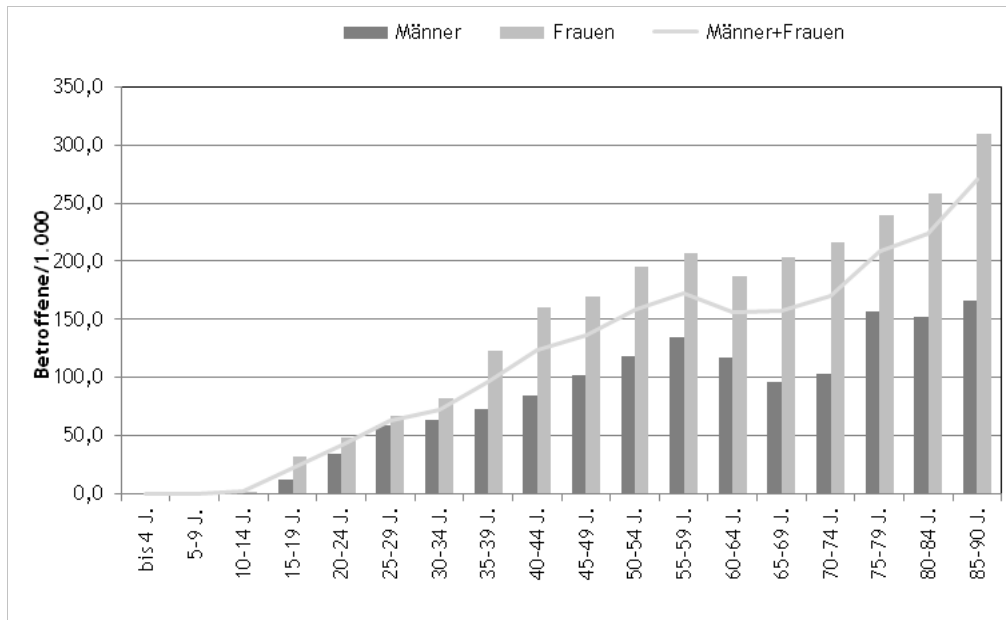


Quelle: OÖGKK; eigene Berechnungen; Personen mit mindestens einer Verordnung von Antipsychotika (ATC-Gruppe: N05A) innerhalb eines Jahres (Mittelwert 2013-2015) pro 1.000; nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels

Antidepressiva werden durchschnittlich innerhalb eines Jahres (Drei-Jahres-Durchschnitt 2013-2015) an rund 11 Prozent (106 pro 1.000) der OÖGKK-Versicherten mit Hauptwohnsitz in Wels verordnet. Im Gegensatz zu den Antipsychotika gibt es bei der Verordnung von Antidepressiva sehr deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern (Männer: 73 pro 1.000; Frauen: 135 pro 1.000).

Die Betroffenenquote nimmt bei den Frauen mit steigendem Alter tendenziell zu, bei den Männern ist die Tendenz weniger offensichtlich (Abbildung 49).

Abbildung 49: Personen mit Verordnung von Antidepressiva nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2013-2015)



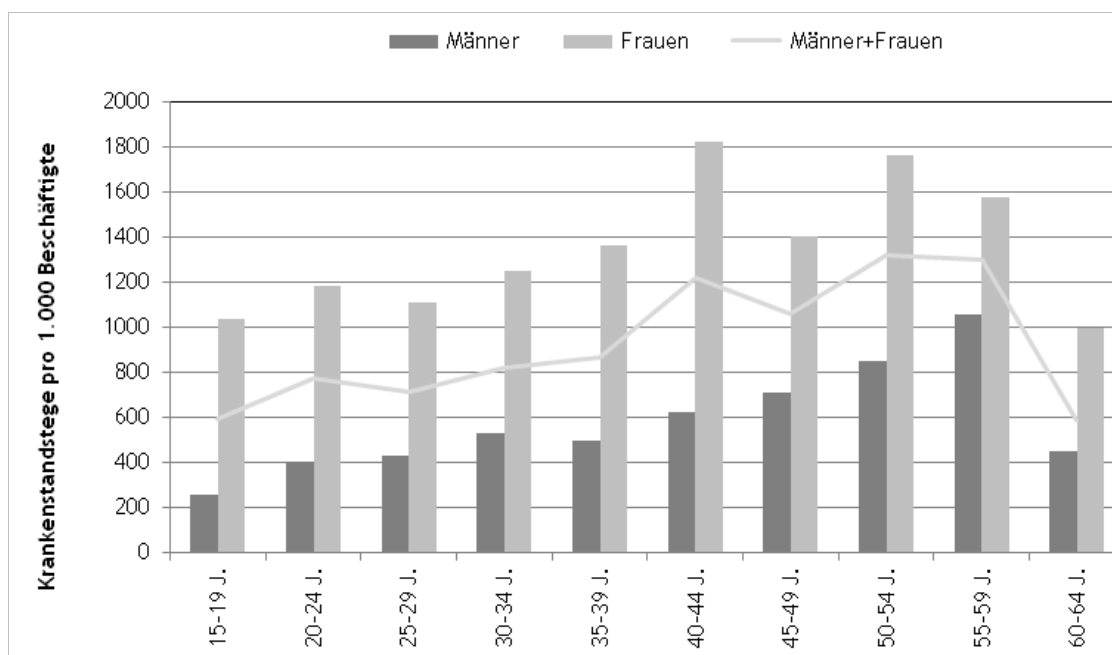
Quelle: OÖGKK; eigene Berechnungen; Personen mit mindestens einer Verordnung von Antidepressiva (ATC-Gruppe: N06A) innerhalb eines Jahres (Mittelwert 2013-2015) pro 1.000; nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels

3.9.4. Krankenstand (Arbeitsunfähigkeit)

Im Durchschnitt kommen auf 1.000 Beschäftigte pro Jahr (Drei-Jahres-Durchschnitt 2013-2015) rund 986 Krankenstandstage, die auf psychische Erkrankungen zurückzuführen sind. Bei Männern ist die Rate mit 603 Kranken-

standstagen pro 1.000 Beschäftigte deutlich niedriger als bei Frauen (1.433 Tage pro 1.000 Beschäftigte). Die Anzahl der Krankenstandstage nimmt bei Männern und Frauen mit steigendem Alter tendenziell zu (Abbildung 50).

Abbildung 50: Krankenstandstage (pro 1.000 Beschäftigter) aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2013-2015)

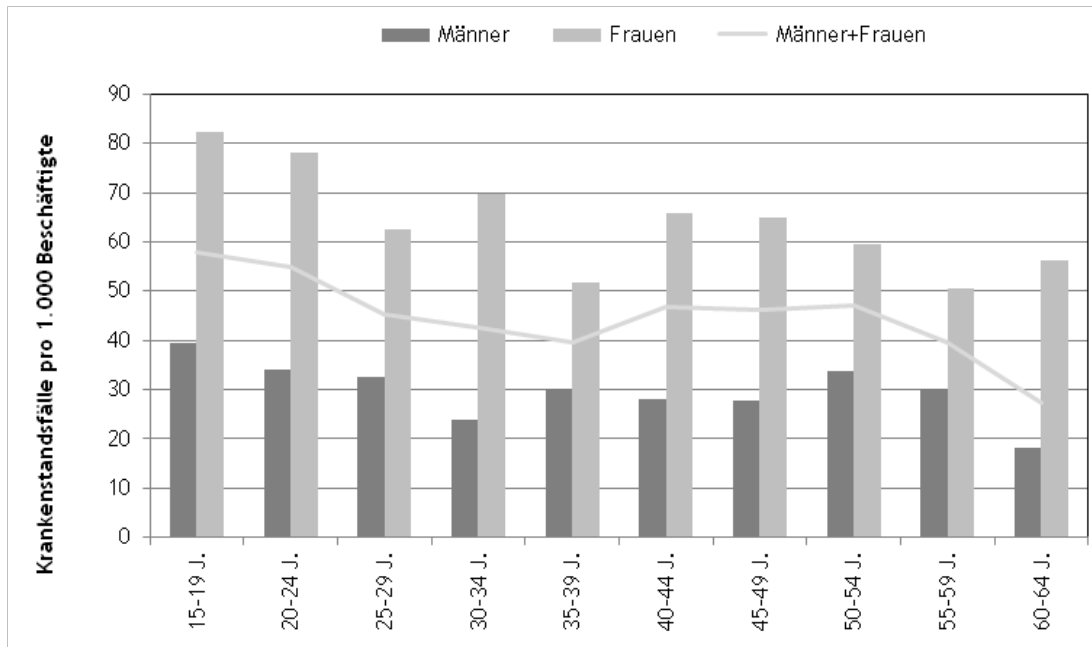


Quelle: OÖGKK; eigene Berechnungen; Krankenstandstage aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen (ICD10: F00-F99) innerhalb eines Jahres (Mittelwert 2013-2015) pro 1.000 Beschäftigter; nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels

Die durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen liegt insgesamt bei rund 46 Fällen pro 1.000 Beschäftigten im Jahr (Drei-Jahres-Durchschnitt 2013-2015). Bei Frauen ist die durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit mit rund 64 pro 1.000 Beschäftigten höher als bei den Männern (30 pro 1.000 Beschäftigte).

Bei den Männern zeigt sich hinsichtlich des Alters keine eindeutige Tendenz und bei den Frauen nehmen die Fälle tendenziell mit zunehmendem Alter etwas ab (Abbildung 51).

Abbildung 51: Durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit (Krankenstandsfälle pro 1.000 Beschäftigte) aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2013-2015)



Quelle: OÖGKK; eigene Berechnungen; Krankenstandsfälle innerhalb eines Jahres (Mittelwert 2013-2015) pro 1.000 Beschäftigte; nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels

Fakten

- Insgesamt 12 Prozent der Befragten berichten, innerhalb der letzten 12 Monate von einer Depression betroffen gewesen zu sein.
- 11 Prozent der Welsler Bevölkerung berichten, innerhalb der letzten 12 Monate von Angstzuständen oder Panikattacken betroffen gewesen zu sein.
- Gemäß dem „WHO-Wellbeing-Five“-Fragebogen weisen 36 Prozent der Befragten Anzeichen einer depressiven Verstimmung bzw. Depression auf (Männer: 35%; Frauen: 37%).
- Der Anteil an Personen mit Anzeichen einer depressiven Verstimmung ist in Bevölkerungsschichten mit niedrigerer formaler Bildung deutlich größer.
- Außerdem ist der Anteil an betroffenen Personen in Bevölkerungsschichten mit geringerem Äquivalenzeinkommen größer als in Bevölkerungsschichten mit hohem verfügbarem Pro-Kopf-Einkommen.
- Finanziell belastete Welserrinnen und Welsler weisen signifikant häufiger Anzeichen einer depressiven Verstimmung oder Depression auf als diesbezüglich unbelastete BürgerInnen.

- Das psychische Wohlbefinden hängt stark mit der beruflichen Zufriedenheit zusammen. Beruflich zufriedene BürgerInnen sind seltener von Anzeichen einer Depression betroffen als beruflich Unzufriedene.
- Pro Jahr weisen in Wels rund 15 Personen pro 1.000 Versicherte zumindest einen Krankenhausaufenthalt aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen auf.
- Es werden durchschnittlich innerhalb eines Jahres an rund 11 Prozent (106 pro 1.000) der OÖGKK-Versicherten mit Hauptwohnsitz in Wels Antidepressiva verordnet.
- Im Durchschnitt kommen auf 1.000 Beschäftigte pro Jahr rund 986 Krankenstandstage, die auf psychische Erkrankungen zurückzuführen sind.

4. INDIVIDUELLE LEBENSWEISEN

Individuelle bzw. gesundheitsrelevante Verhaltensweisen können als Teil eines spezifischen Lebensstils betrachtet werden, der von vielen äußeren Umständen bzw. Determinanten (mit)geprägt wird.¹ Nachfolgend werden die gesundheitsrelevanten, individuellen Lebensweisen hinsichtlich Bewegung, Ernährung, Tabakkonsum, Alkoholkonsum, Impfen und auch die Veränderungsbereitschaft zu einem gesünderen Lebensstil anhand der Daten der Welser Gesundheitsumfrage 2014 analysiert.

4.1. Bewegung

Die positiven Auswirkungen von regelmäßiger Bewegung auf die Gesundheit sind gut belegt. Sie trägt z.B. zur Prävention von Stoffwechsel- und Herz-Kreislaufkrankungen bei und führt zu einer verbesserten Immunabwehr. Regelmäßige Bewegung unterstützt die Funktionserhaltung des Bewegungsapparats, wirkt positiv auf die Psyche und trägt insgesamt zur Verhütung frühzeitiger Todesfälle bei. Menschen, die sich regelmäßig bewegen, haben nicht nur eine bessere gesundheitsbezogene Lebensqualität, sondern sie leben auch länger. Und sie sind im Alter auch mobiler und weniger pflegebedürftig als Menschen, die kaum körperlich aktiv sind.² Grundsätzlich kann beim Thema Bewegung zwischen sportlicher Aktivität (4.1.1) und Alltagsbewegung (4.1.2) unterscheiden werden.

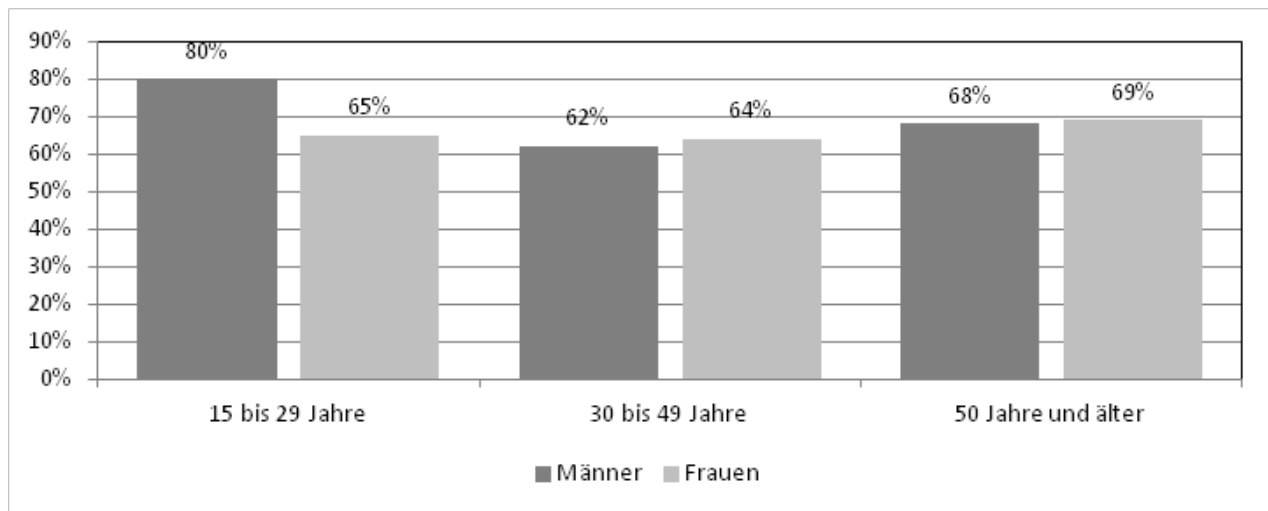
4.1.1. Sportliche Aktivität

Im Rahmen der Welser Gesundheitsumfrage 2014 wurden die Welser BürgerInnen nach der individuellen sportlichen Aktivität gefragt. Die konkrete Frage dazu lautete: „Betätigen Sie sich mindestens einmal pro Woche sportlich? (z.B. Joggen, schnelles oder langes Radfahren, flottes Gehen, Nordic Walking, usw.)“.

Insgesamt betätigen sich 68 Prozent der Welser Bevölkerung mindestens einmal pro Woche sportlich - 69 Prozent der Männer und 67 Prozent der Frauen. In den letzten Jahren hat sich der Anteil der sportlich aktiven WelseInnen etwas vergrößert. Im Jahr 2008 lag der Anteil der sportlich Aktiven noch bei 63 Prozent.

Jene Gruppe, die sich als besonders sportlich aktiv herauskristallisiert, sind junge Männer im Alter zwischen 15 und 29 Jahren. In dieser Altersgruppe treiben 80 Prozent mindestens einmal pro Woche Sport. Die geringste sportliche Aktivität weisen Männer im Alter zwischen 30 und 49 Jahren auf - hier sind 62 Prozent zumindest einmal pro Woche sportlich aktiv. Bei den Frauen sind tendenziell die älteren ab 50 Jahren am sportlich aktivsten (69%) (Abbildung 1).

Abbildung 1: Sportliche Aktivität nach Alter



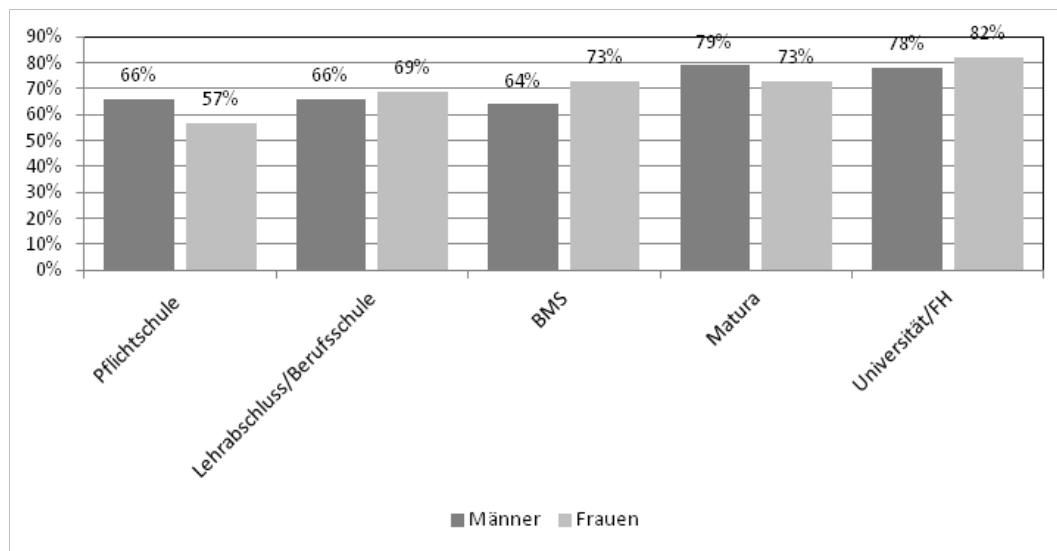
Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.555; Männer: Cramer-V=0,152, p<0,01; Frauen: n.s.; Anteil der Personen, die sich mindestens einmal pro Woche sportlich betätigen

¹ Siegrist Johannes 2003, S. 140
² Bundesamt für Sport (BASPO) 2009, S. 5

Sportliche Aktivität und Bildung hängen bei Frauen und Männern statistisch signifikant zusammen. Unter formal höher Gebildeten ist der Anteil an sportlich Aktiven größer als unter BürgerInnen mit niedriger formaler Bildung:

Während sich „nur“ 66 Prozent der Männer und 57 Prozent der Frauen mit Pflichtschulabschluss zumindest einmal pro Woche sportlich betätigen, sind es bei den AkademikerInnen 78 Prozent der Männer und 82 Prozent der Frauen (Abbildung 2).

Abbildung 2: Sportliche Aktivität nach Bildung

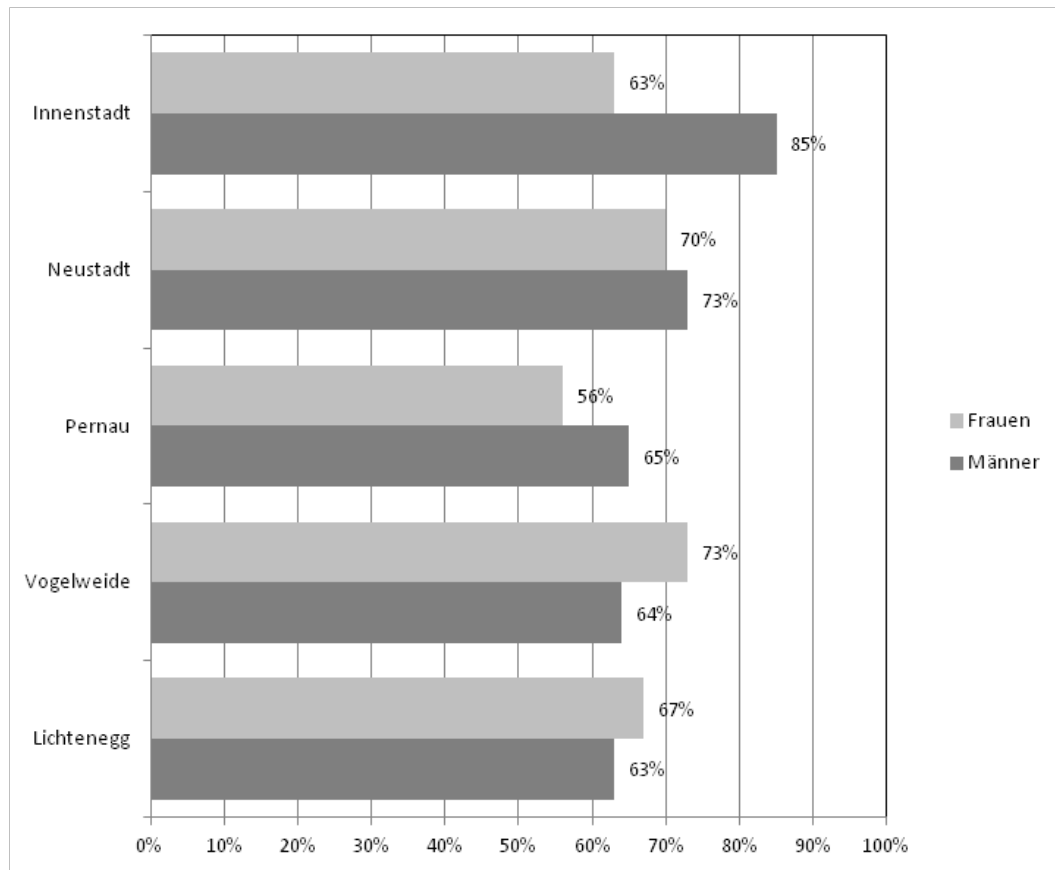


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.570; Männer: Cramer-V=0,114, p<0,05; Frauen: Cramer-V=0,166, p<0,01; Anteil der Personen, die sich mindestens einmal pro Woche sportlich betätigen

Betrachtet man die sportliche Aktivität nach den Welser Stadtteilen, so ergeben sich sowohl bei den Männern auch als bei den Frauen statistisch signifikante Unterschiede. Bei den Männern sind die Bewohner der Innenstadt am sportlichsten: 85 Prozent von diesen sind pro Woche mindestens einmal sportlich aktiv. Es folgen in absteigender Reihe die Stadtteile Neustadt (73%), Pernau (65%),

Vogelweide (64%) und Lichtenegg (63%). Bei den Frauen wiederum ist der Anteil an sportlich Aktiven im Stadtteil Vogelweide mit 73 Prozent am größten, gefolgt von Neustadt (70%), Lichtenegg (67%), Innenstadt (63%) und Pernau (56%) (Abbildung 3).

Abbildung 3: Sportliche Aktivität nach Wohnort/Stadtteil

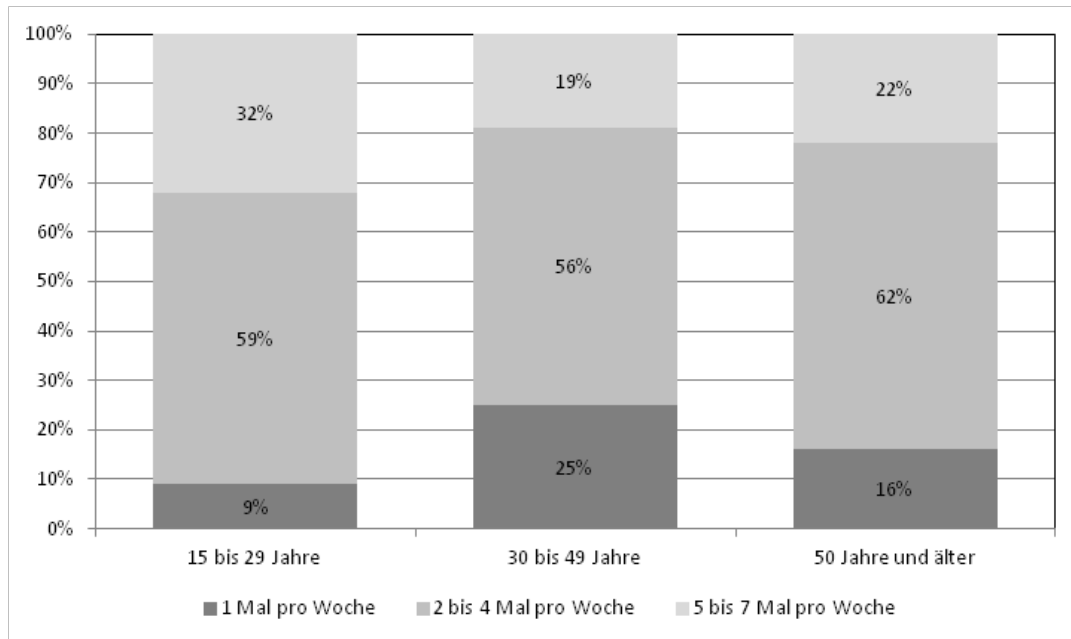


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.539; Männer: Cramer-V=0,161, p<0,01; Frauen: Cramer-V=0,118, p<0,05; Anteil der Personen, die sich mindestens einmal pro Woche sportlich betätigen

Zur Sportfrequenz jener Männer und Frauen, die sich regelmäßig - also mindestens einmal pro Woche - sportlich betätigen, lässt sich folgendes festhalten: 24 Prozent dieser Männer können als sportlich äußerst aktiv bezeichnet werden: Sie treiben - unabhängig vom Alter - in einer Woche 5 Mal oder öfter Sport. Bei den 15- bis 29-jährigen Männern liegt dieser Wert sogar bei 32 Prozent. In der Altersgruppe der 30- bis 49-jährigen Männer sind ein Viertel (25%) einmal pro Woche sportlich aktiv, mehr als die Hälfte (56%) zwischen 2 und 4 Mal und „nur“ 19 Prozent 5 Mal oder öfter pro Woche. In der Gruppe der sportlich aktiven Welser ab 50 Jahren betätigen sich 16 Prozent einmal pro Woche, 62 Prozent zwischen 2 und 4 Mal und 22 Prozent 5 Mal oder öfter pro Woche (Abbildung 4).

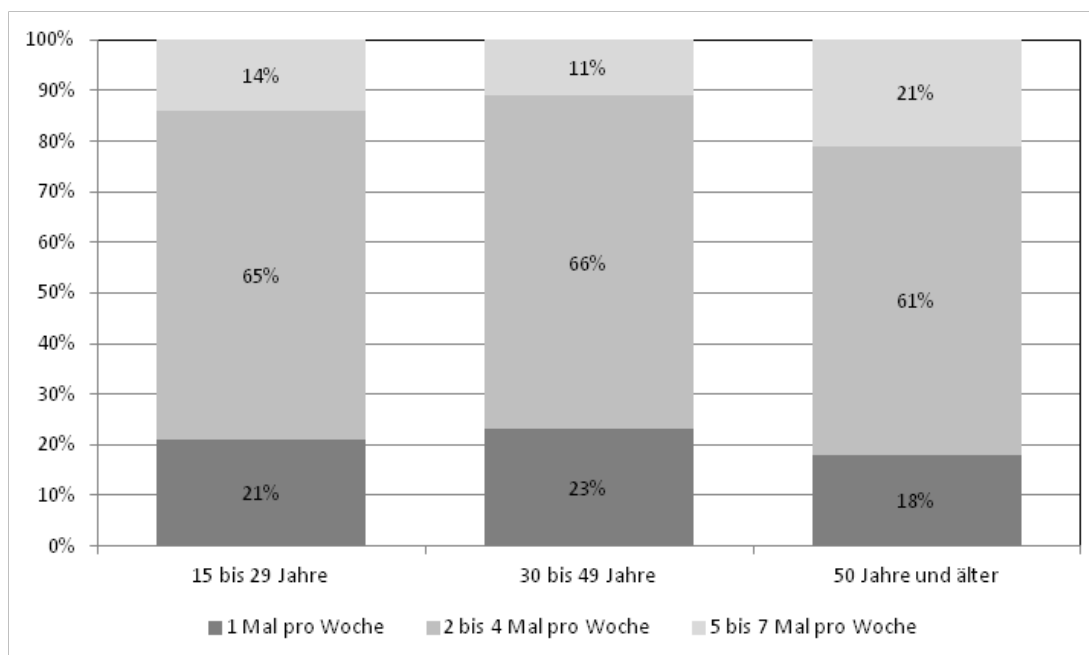
Zu den sportlich aktiven Frauen, die sich also zumindest einmal pro Woche sportlich betätigen, lässt sich folgendes festhalten: In der höchsten Altersgruppe ab 50 Jahren ist der Anteil an sehr sportlich aktiven Frauen mit 21 Prozent deutlich größer als in den Altersgruppen unter 50 Jahren (Abbildung 5).

Abbildung 4: Frequenz der sportlichen Aktivität nach Altersgruppen - Männer



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=501; $Tau-b=-0,084$, $p<0,05$; nur Personen, die sich mindestens einmal pro Woche sportlich betätigen

Abbildung 5: Frequenz der sportlichen Aktivitäten nach Altersgruppen - Frauen

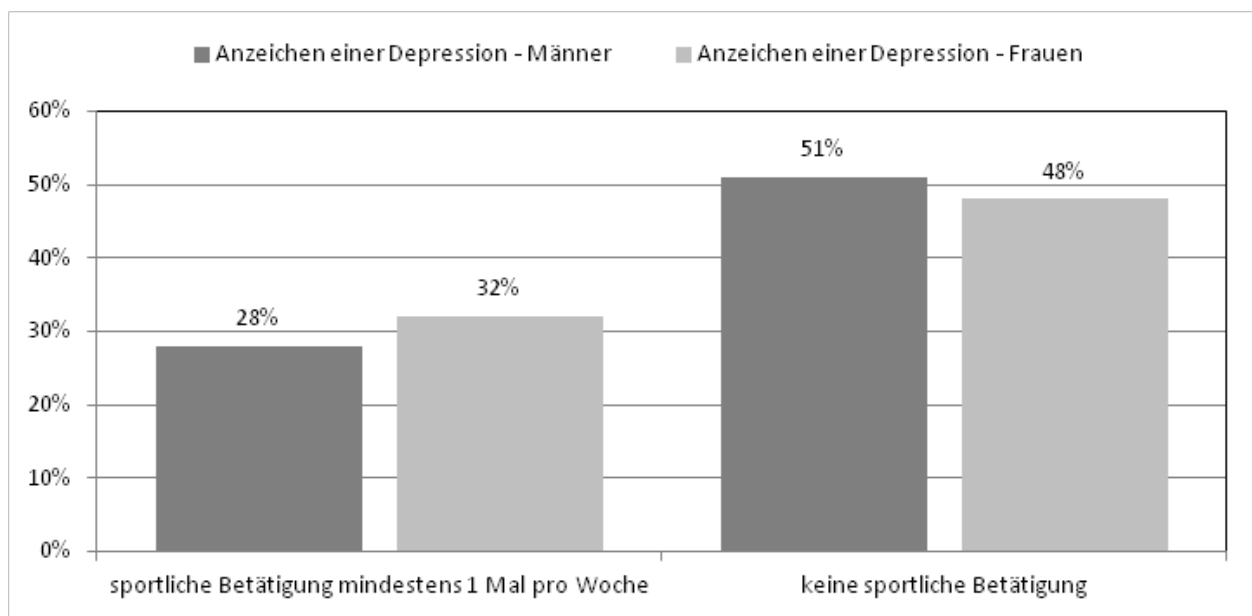


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=514; $Tau-b=0,094$, $p<0,05$; nur Personen, die sich mindestens einmal pro Woche sportlich betätigen

Wie einleitend bereits erwähnt, hat regelmäßige körperliche Bewegung positive Effekte auf die psychische Gesundheit. Anhand der Daten der Welser Gesundheitsbefragung 2014 können die Zusammenhänge zwischen Bewegung und psychischer Gesundheit demonstriert

werden. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen weisen körperlich inaktive Personen deutlich häufiger Anzeichen einer Depression auf als Personen, die regelmäßig (zumindest einmal pro Woche) Sport betreiben (Abbildung 6).

Abbildung 6: Sportliche Aktivität und psychische Gesundheit



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.504; Männer: Cramer-V=0,223, p<0,01; Frauen: Cramer-V=0,162, p<0,01; Anteil der Personen, die Anzeichen einer Depression aufweisen

4.1.2. Alltagsbewegung

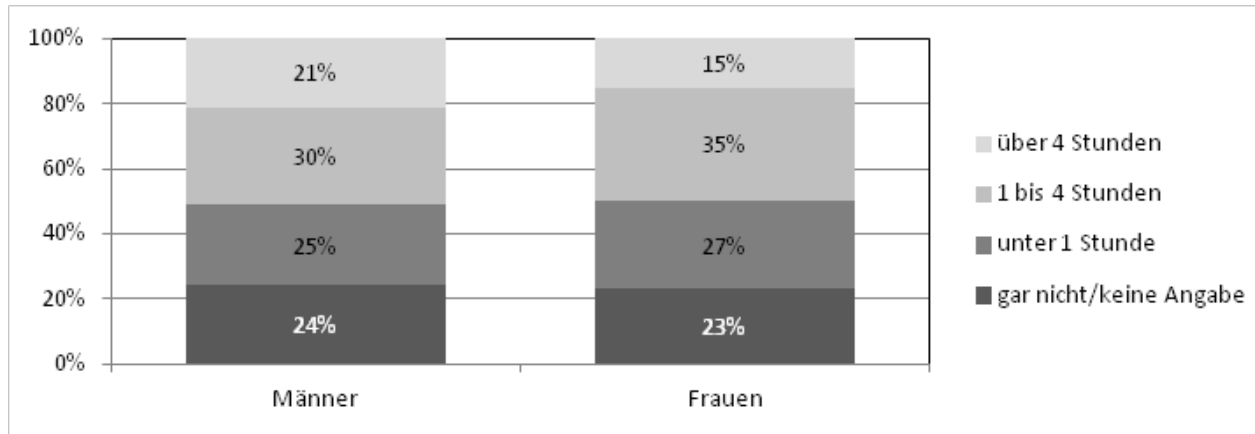
Alltagsbewegung ist einer von mehreren wichtigen Aspekten des Lebensstils. „Unter Alltagsbewegung sind diejenigen körperlichen Aktivitäten zu verstehen, die im Alltag verrichtet werden. Dazu zählen unter anderem Bewegungsaktivitäten im Kontext der Familie, der Hausarbeit sowie Aktivitäten zum Zwecke der Fortbewegung und Mobilität. Im Gegensatz zum Sport ist Alltagsbewegung nicht an feste Zeiten, Pläne oder Richtwerte gebunden. Vielmehr zeichnet sich diese durch einen sehr individuellen Rahmen und Umfang aus. Beispiele für Alltagsbewegung sind das Treppensteigen oder das Einkaufen zu Fuß.“³

Im Rahmen der Welser Gesundheitsumfrage 2014 wurden wichtige Teilbereiche der Alltagsbewegung, wie das zu Fuß gehen, mit dem Rad fahren und zumindest mäßig anstrengende Tätigkeiten im Haushalt thematisiert. Die konkrete Fragestellung lautete: „Denken Sie nun an Ihr Bewegungsverhalten in einer durchschnittlichen Woche:

Bitte geben Sie an, wie viele Stunden und Minuten pro Woche Sie die unten genannten Aktivitäten durchführen.“ Ein Viertel der Männer (25%) und 27 Prozent der Frauen gehen im Alltag pro Woche weniger als eine Stunde zu Fuß, um bestimmte Wege (z.B. zur Arbeit, beim Einkaufen etc.) zurückzulegen. Bei 30 Prozent der Männer und 35 Prozent der Frauen sind es zwischen 1 und 4 Stunden. Mehr als 4 Stunden pro Woche gehen 21 Prozent der befragten Männer und 15 Prozent der befragten Frauen zu Fuß, um bestimmte Wege zurück zu legen. 24 Prozent der Männer und 23 Prozent der Frauen wollten dazu keine Angaben machen oder legen überhaupt keine Wege im Alltag zu Fuß zurück. (Abbildung 7).

³ Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

Abbildung 7: Alltagsbewegung: zu Fuß gehen

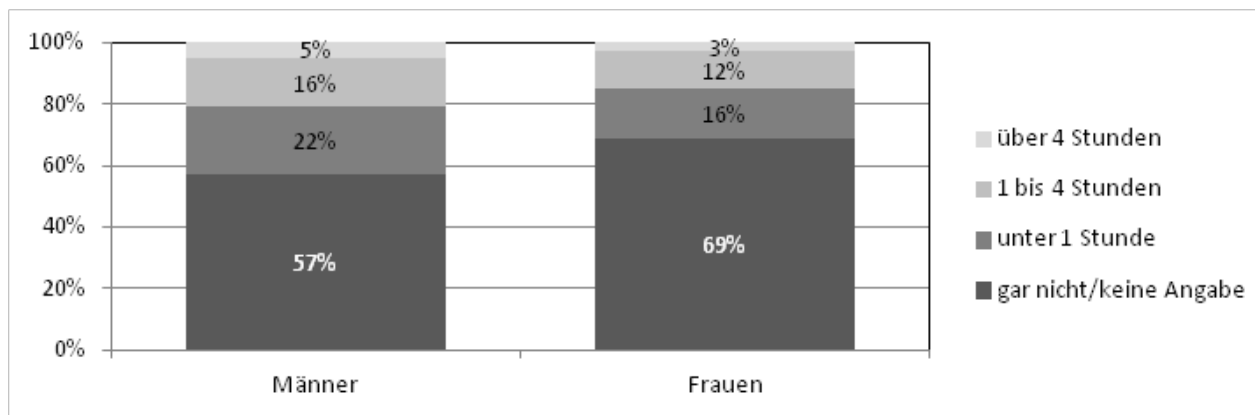


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.665; Cramer-V=0,085, p<0,01; Antwort-Item: „zumindest mäßig anstrengende Tätigkeiten im Haushalt, die Sie ins Schwitzen bzw. außer Atem bringen (z.B. Gartenarbeit, Putzen etc.)“

22 Prozent der befragten Männer und 16 Prozent der befragten Frauen nutzen das Fahrrad pro Woche weniger als eine Stunde, um im Alltag bestimmte Wege zurückzulegen. Bei 16 Prozent der Männer und 12 Prozent der Frauen sind es zwischen 1 und 4 Stunden. Nur 5 Prozent

der Welser und 3 Prozent der Welserinnen radeln im Alltag mehr als 4 Stunden pro Woche. 57 Prozent der Männer und 69 Prozent der Frauen nutzen das Fahrrad im Alltag gar nicht oder wollten dazu keine Angabe machen (Abbildung 8).

Abbildung 8: Alltagsbewegung: mit dem Rad fahren

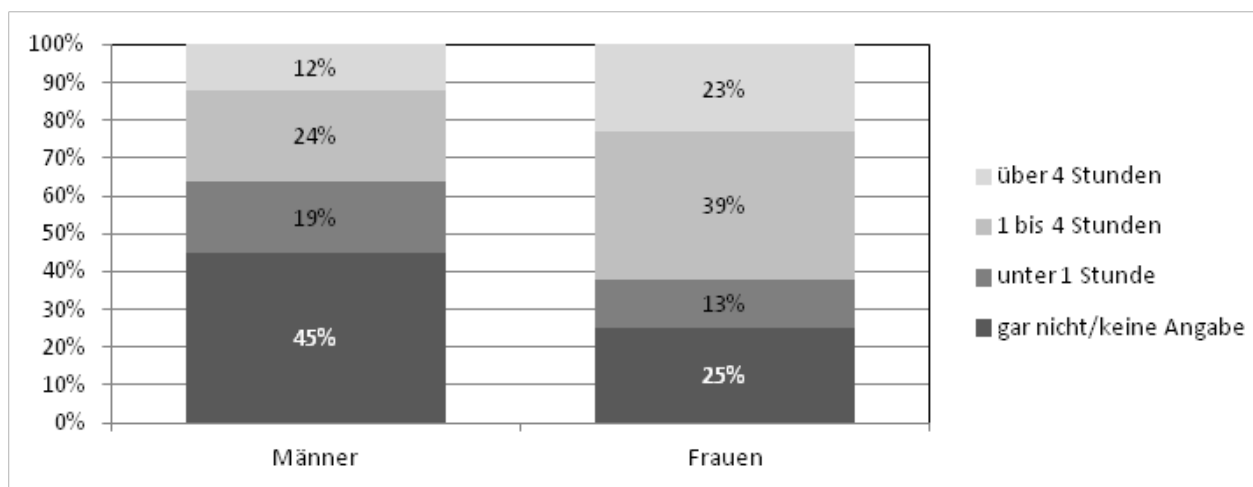


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.663; Cramer-V=0,128, p<0,001

Die größten Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Alltagsbewegung treten beim Thema Haushaltstätigkeiten auf: 23 Prozent der Frauen kommen pro Woche über 4 Stunden bei zumindest mäßig anstrengenden Tätigkeiten im Haushalt - wie zum Beispiel Gartenarbeit oder beim Putzen - ins Schwitzen oder außer Atem. Bei den Männern kommen nur 12 Prozent auf dieses Pensum. Bei 39 Prozent der Frauen und 24 Prozent der

Männer sind es zwischen 1 und 4 Stunden. Unter einer Stunde pro Woche bewegen sich 19 Prozent der Männer und 13 Prozent der Frauen bei der Hausarbeit. 45 Prozent der Welser Männer und 25 Prozent der Welser Frauen kommen in der Woche gar nicht durch zumindest mäßig anstrengende Tätigkeiten im Haushalt ins Schwitzen bzw. außer Atem oder haben dazu keine Angaben gemacht (Abbildung 9).

Abbildung 9: Alltagsbewegung: anstrengende Haushaltstätigkeiten



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.663; Cramer-V=0,266, p<0,001

Fakten

- 68 Prozent der Befragten geben an, sich mindestens einmal pro Woche sportlich zu betätigen - 69 Prozent der Männer und 67 Prozent der Frauen. Im Jahr 2008 lag der Anteil der sportlich Aktiven etwas niedriger bei 63 Prozent.
- Bei den Männern erweist sich die Altersgruppe zwischen 15 und 29 Jahren als besonders sportlich: 80 Prozent in diesem Alter treiben zumindest einmal pro Woche Sport. Bei den Frauen ist die Altersgruppe „50 Plus“ tendenziell am sportlich aktivsten: 69 Prozent treiben zumindest einmal pro Woche Sport.
- Am wenigsten sportlich aktiv sind bei den Männern Bewohner der Stadtteile Pernau, Lichtenegg und Vogelweide. Bei den Frauen sind die Bewohnerinnen aus den Stadtteilen Pernau und Innenstadt am wenigsten sportlich.

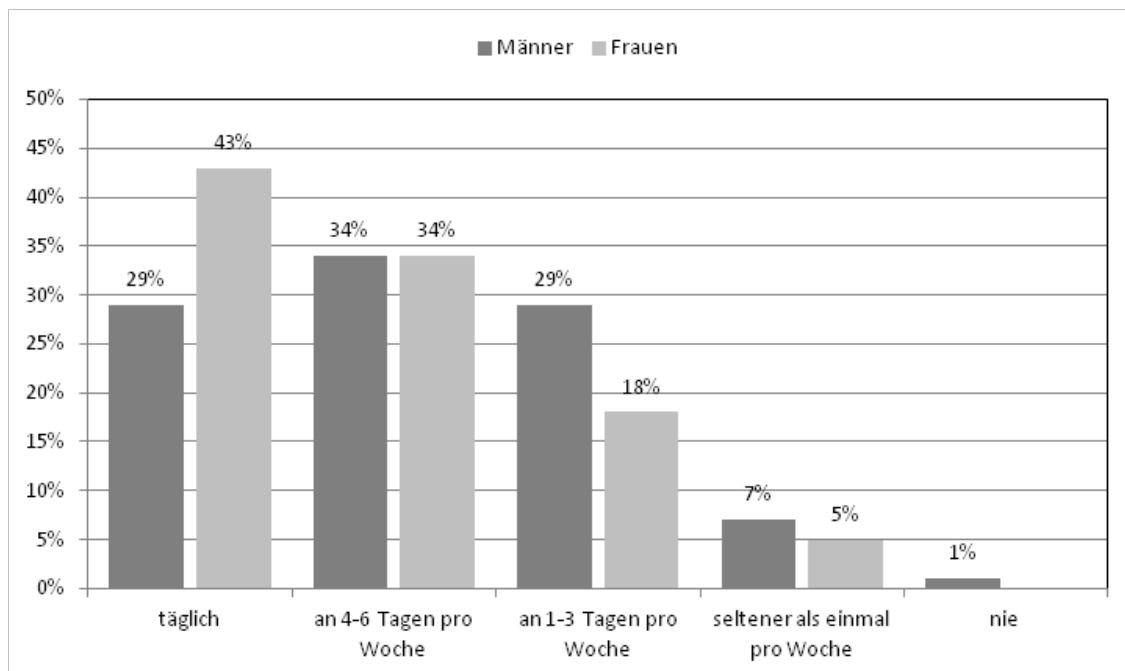
- Unter formal höher Gebildeten ist der Anteil an sportlich Aktiven größer als unter BürgerInnen mit niedriger formaler Bildung.
- Personen, die gemäß WHO-Wellbeing 5 Anzeichen einer Depression zeigen, sind in deutlich geringerem Ausmaß sportlich aktiv als andere.
- Mehr Männer als Frauen legen im Alltag bestimmte Wege (z.B. zum Einkaufen oder in die Arbeit) zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurück.
- Frauen bewegen sich deutlich mehr als Männer im Rahmen von Haushaltstätigkeiten wie Gartenarbeit oder Putzen.

4.2. Ernährung

Bei der Ernährung unterscheiden sich die Geschlechter signifikant: Während 43 Prozent der Frauen täglich Gemüse oder Salat konsumieren, tun dies nur 29 Prozent der Männer. Jeweils rund ein Drittel der Männer und Frauen (je 34%) essen an 4 bis 6 Tagen Gemüse oder Salat. An

weniger als der Hälfte der Tage in der Woche nehmen 37 Prozent der Männer (29% an 1 bis 3 Tagen, 7% seltener als einmal pro Woche und 1% nie) und 23 Prozent der Frauen (18% an 1 bis 3 Tagen und 5% seltener als einmal pro Woche) Gemüse oder Salat zu sich (Abbildung 10).

Abbildung 10: Verzehr von Gemüse oder Salat

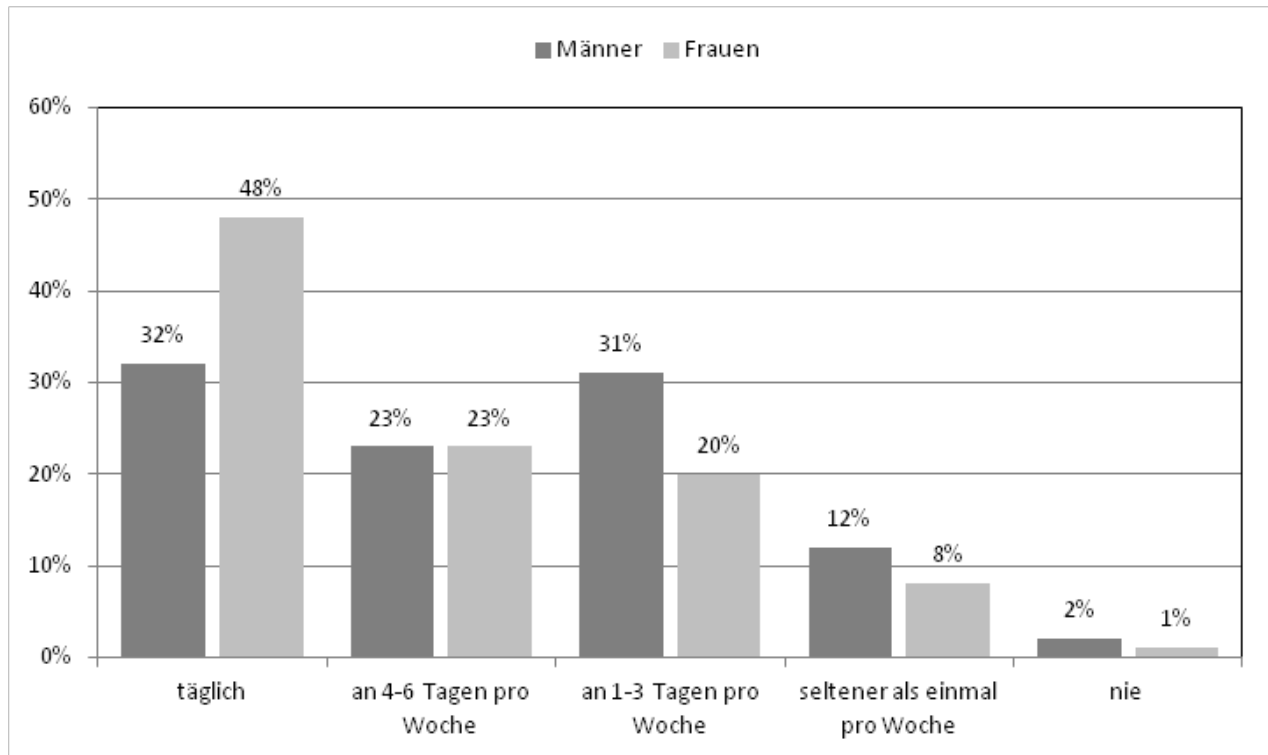


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.646; Cramer-V=0,182, p<0,001;

48 Prozent der Frauen und 32 Prozent der Männer essen täglich Obst. Weiters nimmt jeweils knapp ein Viertel der Männer und Frauen (je 23%) an 4 bis 6 Tagen in der Woche Obst zu sich. An weniger als der Hälfte der Tage in der

Woche verzehren 45 Prozent der Männer (31% an 1 bis 3 Tagen, 12% seltener als einmal pro Woche und 2% nie) und 29 Prozent der Frauen (20% an 1 bis 3 Tagen, 8% seltener als einmal pro Woche und 1% nie) Obst (Abbildung 11).

Abbildung 11: Verzehr von Obst

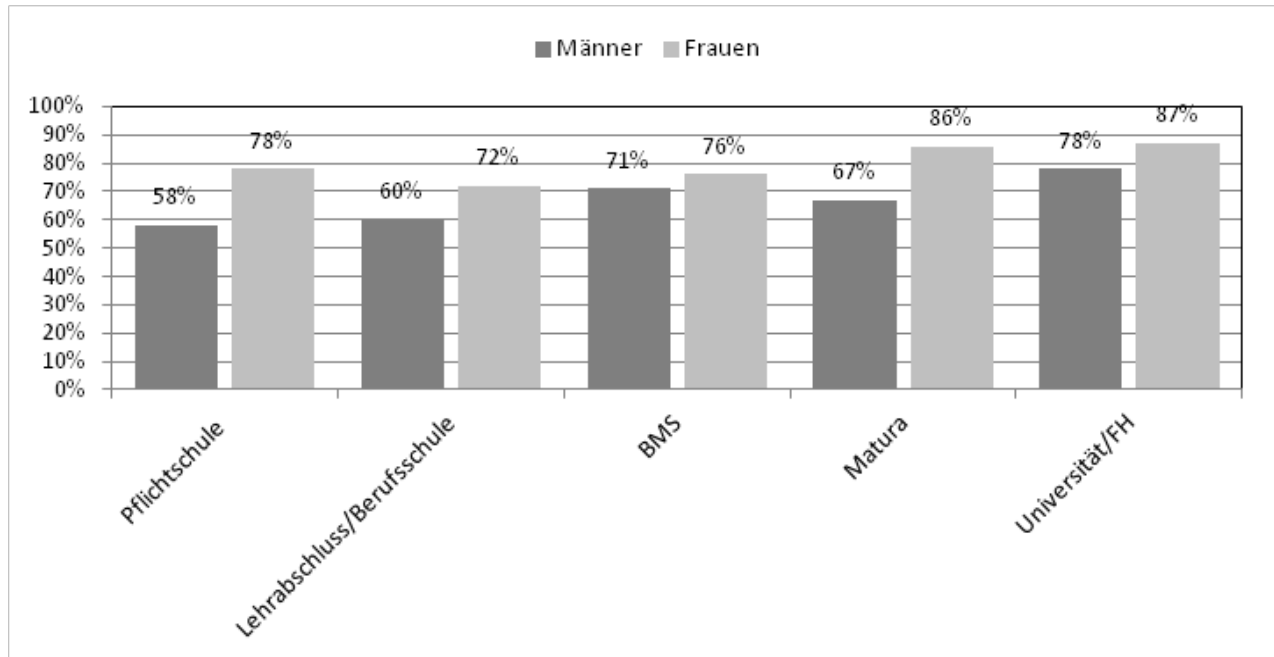


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.646; Cramer-V=0,188, p<0,001;

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt 5 Portionen Obst und Gemüse täglich zu konsumieren, wobei 1 Portion einer Hand voll Obst bzw. Gemüse entspricht. Diese Empfehlung lässt sich im Alltag nicht leicht umsetzen. Immerhin insgesamt rund 40 Prozent der Männer und 61 Prozent der Frauen schaffen es, täglich Obst oder Gemüse zu sich zu nehmen. Die empfohlene Menge - täglich 5 Portionen - erreichen 5 Prozent aller Befragten. Frauen kommen den Empfehlungen etwas häufiger nach (6%) als Männer (3%).

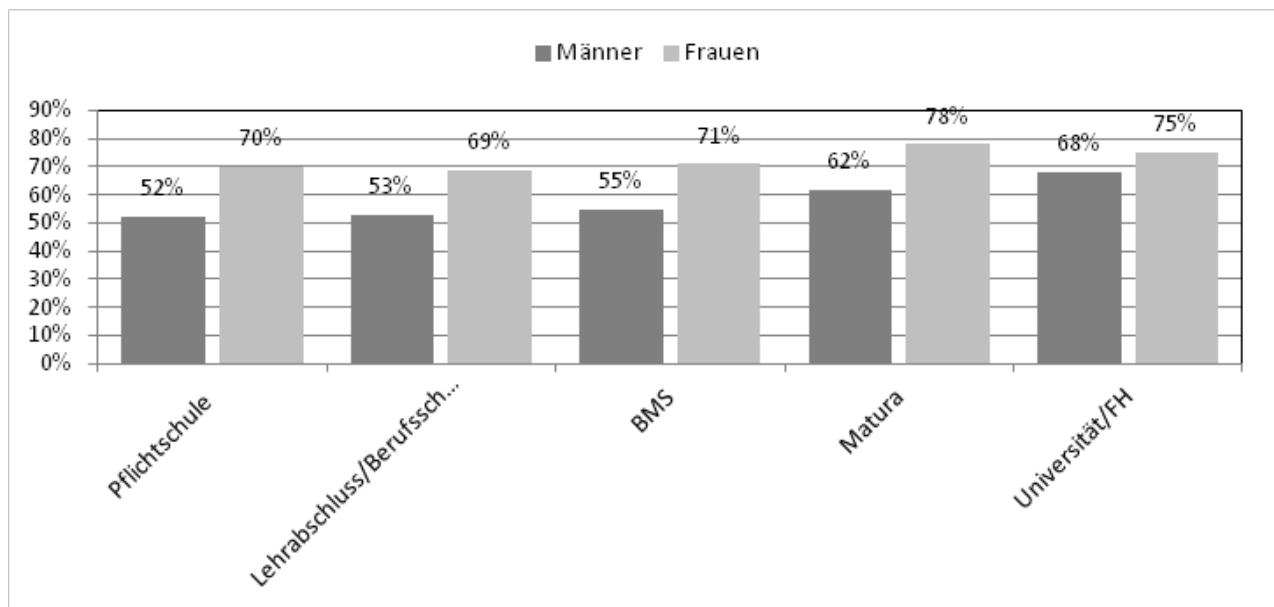
Sowohl bei Männern als auch bei Frauen gibt es zwischen der Häufigkeit des Verzehrs von Gemüse oder Salat und dem formalen Bildungsgrad einen signifikanten Zusammenhang. Menschen mit höherem Bildungsabschluss konsumieren häufiger Gemüse oder Salat als Menschen mit niedrigerer formaler Bildung (Abbildung 12). Beim Verzehr von Obst konnten diesbezüglich weder bei den Männern noch bei den Frauen statistisch signifikante Unterschiede festgestellt werden - obgleich bei beiden Geschlechtern die formal höher Gebildeten tendenziell häufiger Obst konsumieren (Abbildung 13).

Abbildung 12: Verzehr von Gemüse nach Bildung („täglich“/„an 4 - 6 Tagen pro Woche“)



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.609; Männer: Cramer-V=0,132, p<0,01; Frauen: Cramer-V=0,118, p<0,05; Anteil der Personen, die „täglich“ oder „an 4-6 Tagen pro Woche“ Gemüse verzehren

Abbildung 13: Verzehr von Obst nach Bildung („täglich“/„an 4 - 6 Tagen pro Woche“)

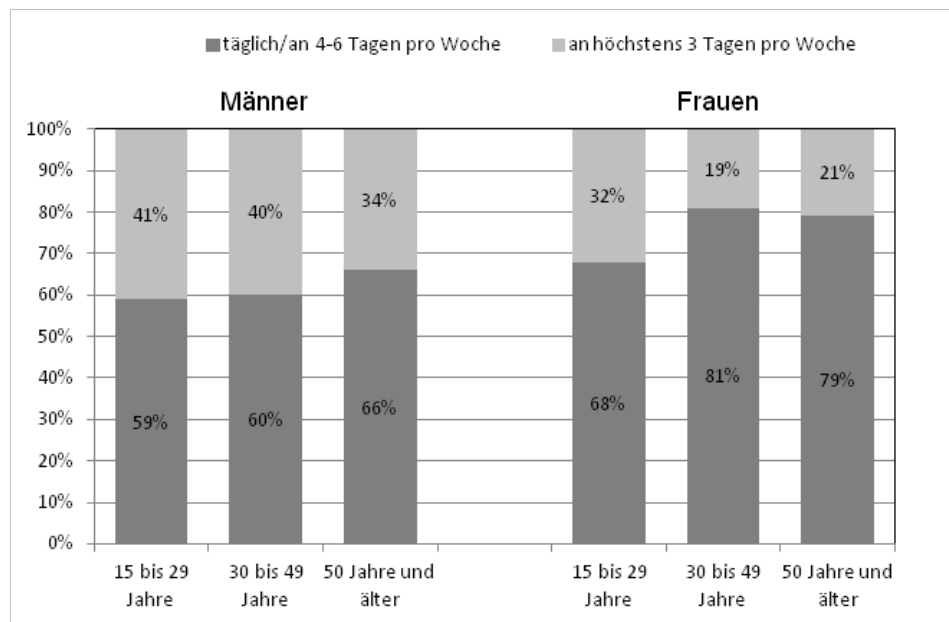


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.603; Männer: Cramer-V=n.s.; Frauen: Cramer-V=n.s.; Anteil der Personen, die „täglich“ oder „an 4-6 Tagen pro Woche“ Obst verzehren

Bei den Männern besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter und der Häufigkeit des Verzehr von Gemüse. Tendenziell essen die Männer in der Gruppe „50plus“ jedoch etwas häufiger Gemüse als Männer aus den unteren Altersgruppen. Bei den Frauen ist es wie

folgt: Im jüngsten Alterssegment zwischen 15 und 29 Jahren verzehren 68 Prozent an zumindest 4 Tagen in der Woche Gemüse. Bei den 30- bis 49-Jährigen (81%) und den (über) 50-Jährigen (79%) sind die Anteile höher (Abbildung 14).

Abbildung 14: Verzehr von Gemüse nach Altersgruppen

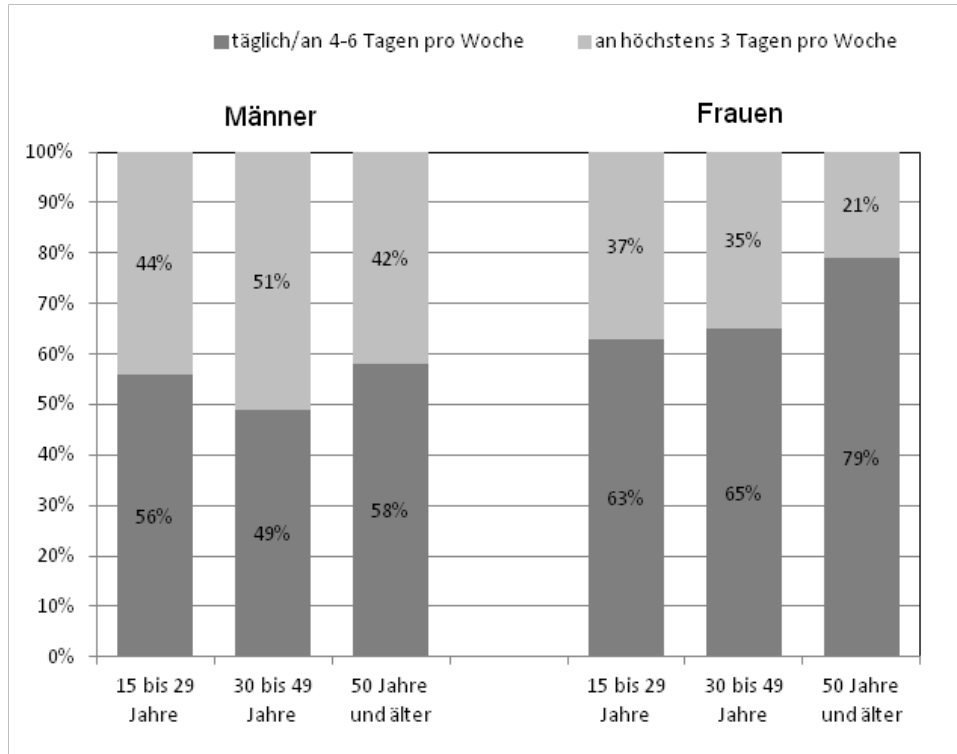


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.594; Männer: Cramer-V=n.s.; Frauen: Cramer-V=0,120, p<0,01;

Wie schon beim Verzehr von Gemüse besteht bei den Männern kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter und der Häufigkeit des Konsums von Obst. Bei den Frauen zeigt sich allerdings, dass jene, die

der Altersgruppe (über) 50 Jahre angehören, häufiger Obst konsumieren (79% an mindestens 4 Tagen pro Woche) als Frauen aus den jüngeren Alterssegmenten (Abbildung 15).

Abbildung 15: Verzehr von Obst nach Altersgruppen



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.587; Männer: Cramer-V=n.s.; Frauen: Cramer-V=0,167, p<0,001;

Fakten

- 43 Prozent der Welser Frauen, aber nur 29 Prozent der Welser Männer konsumieren täglich Gemüse oder Salat. Ähnlich gestaltet sich auch der Obstkonsum: 48 Prozent der Frauen und 32 Prozent der Männer essen täglich Obst.
- 40 Prozent der Männer und 61 Prozent der Frauen konsumieren täglich Obst oder Gemüse.
- Menschen mit höherer formaler Bildung konsumieren häufiger Gemüse oder Salat. Bezüglich der Häufigkeit des Verzehrs von Obst sind weder bei den Männern noch bei den Frauen statistisch signifikante Unterschiede nach Bildungsstatus feststellbar.

4.3. Tabakkonsum

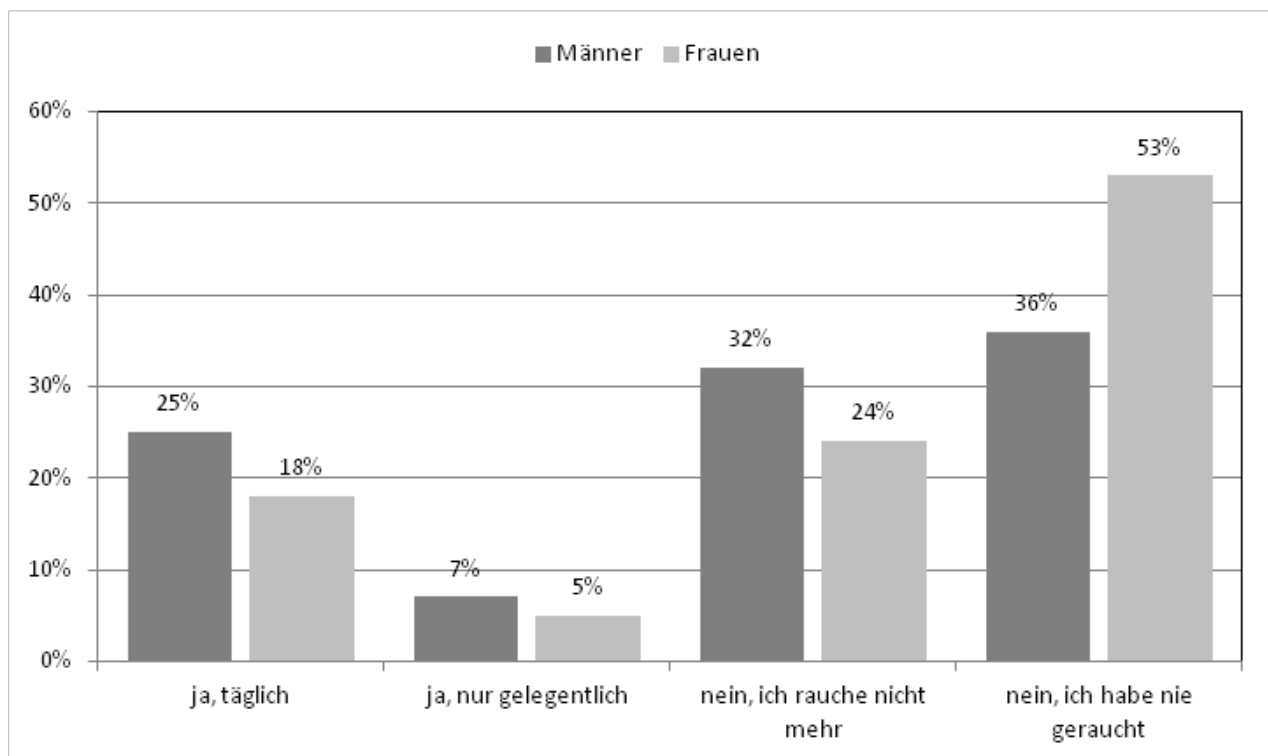
Im Rahmen der Welser Gesundheitsumfrage 2014 wurde die Welser Bevölkerung auch zum Tabakkonsum befragt. Fast drei Viertel (73%) der Befragten stufen sich selbst als NichtraucherInnen ein. Damit hat sich der Anteil der NichtraucherInnen in den letzten Jahren weiter vergrößert (Welser Gesundheitsumfrage 2008: 65% NichtraucherInnen).

Insgesamt sind mehr als drei Viertel (77%) der Welser Frauen Nichtraucherinnen. Dieser Anteil setzt sich aus 53 Prozent „echten“ Nichtraucherinnen zusammen (die niemals geraucht haben) und weiteren 24 Prozent, die mit dem Rauchen aufgehört haben. 68 Prozent der Welser Männer sind Nichtraucher. 36 Prozent haben überhaupt nie geraucht und weitere 32 Prozent haben das Rauchen aufgegeben. Ein Viertel der Männer (25%) raucht täglich. Bei den Frauen liegt dieser Anteil mit 18 Prozent insgesamt etwas niedriger. 7 Prozent der Männer und 5 Prozent der Frauen rauchen gelegentlich (Abbildung 16).

34 Prozent der RaucherInnen haben innerhalb des letzten Jahres ernsthaft versucht, mit dem Rauchen aufzuhören (Männer: 39%; Frauen: 27%).

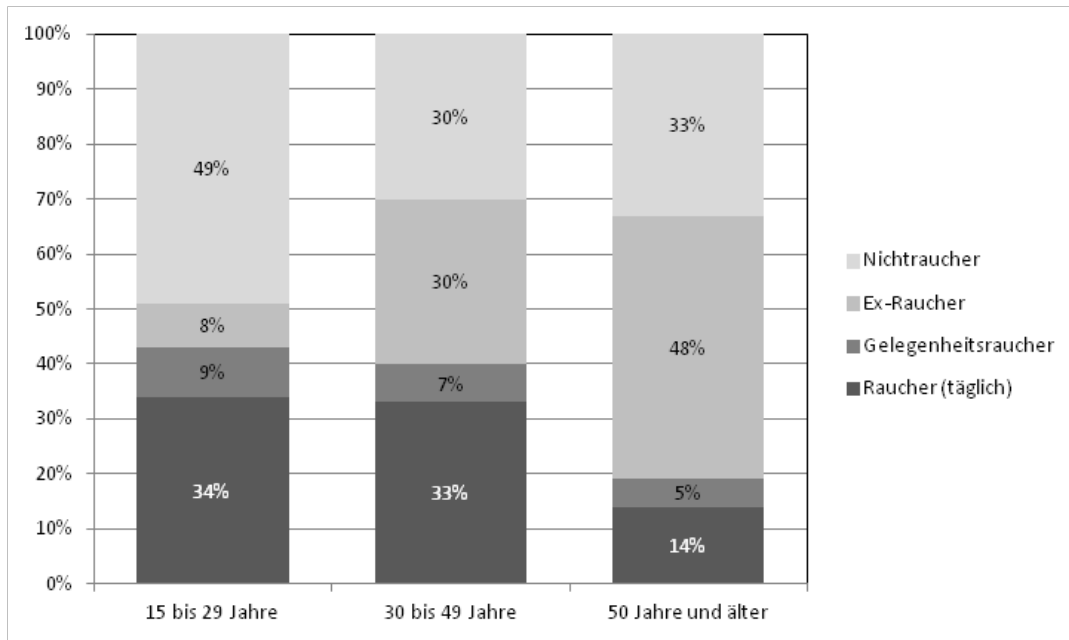
Insgesamt 36 Prozent der täglichen RaucherInnen rauchen höchstens 10 Zigaretten pro Tag, wobei es große Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt: Bei den Männern liegt dieser Wert bei 27 Prozent, während fast die Hälfte (47%) der täglich rauchenden Frauen auf höchstens 10 Zigaretten pro Tag kommen. 57 Prozent der täglich rauchenden Männer kommt pro Tag auf 11 bis 20 Zigaretten, bei den Frauen sind dies 44 Prozent. Mehr als eine Schachtel Zigaretten rauchen 16 Prozent der täglich rauchenden Männer und 9 Prozent der täglich rauchenden Frauen.

Abbildung 16: Tabakkonsum



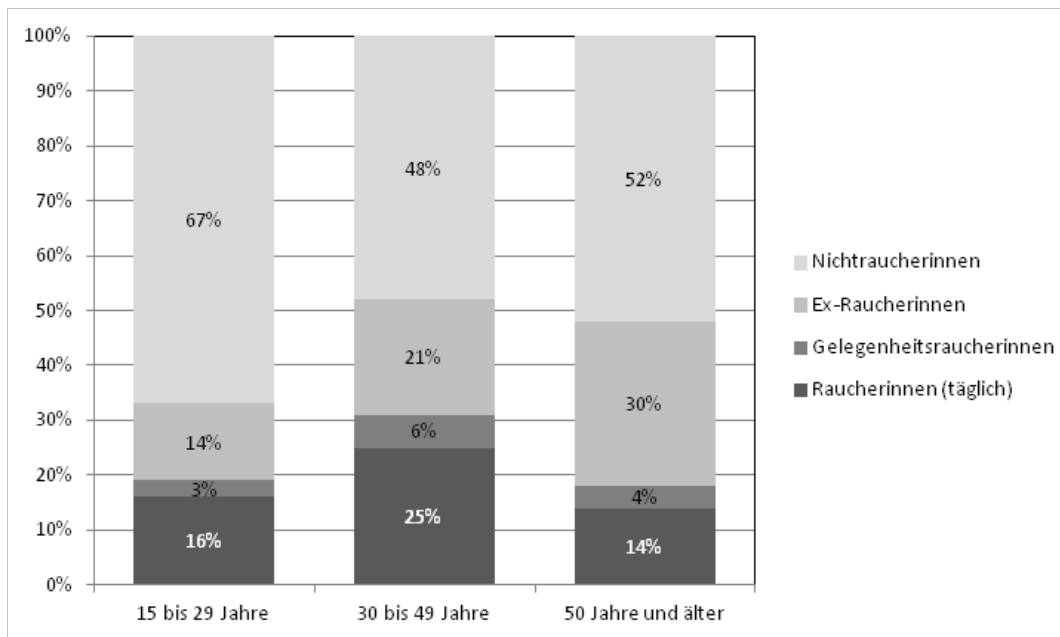
Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1,645; Cramer-V=0,178, p<0,001

Abbildung 17: Tabakkonsum nach Alter - Männer



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=764; Cramer-V=0,253, p<0,001

Abbildung 18: Tabakkonsum nach Alter - Frauen

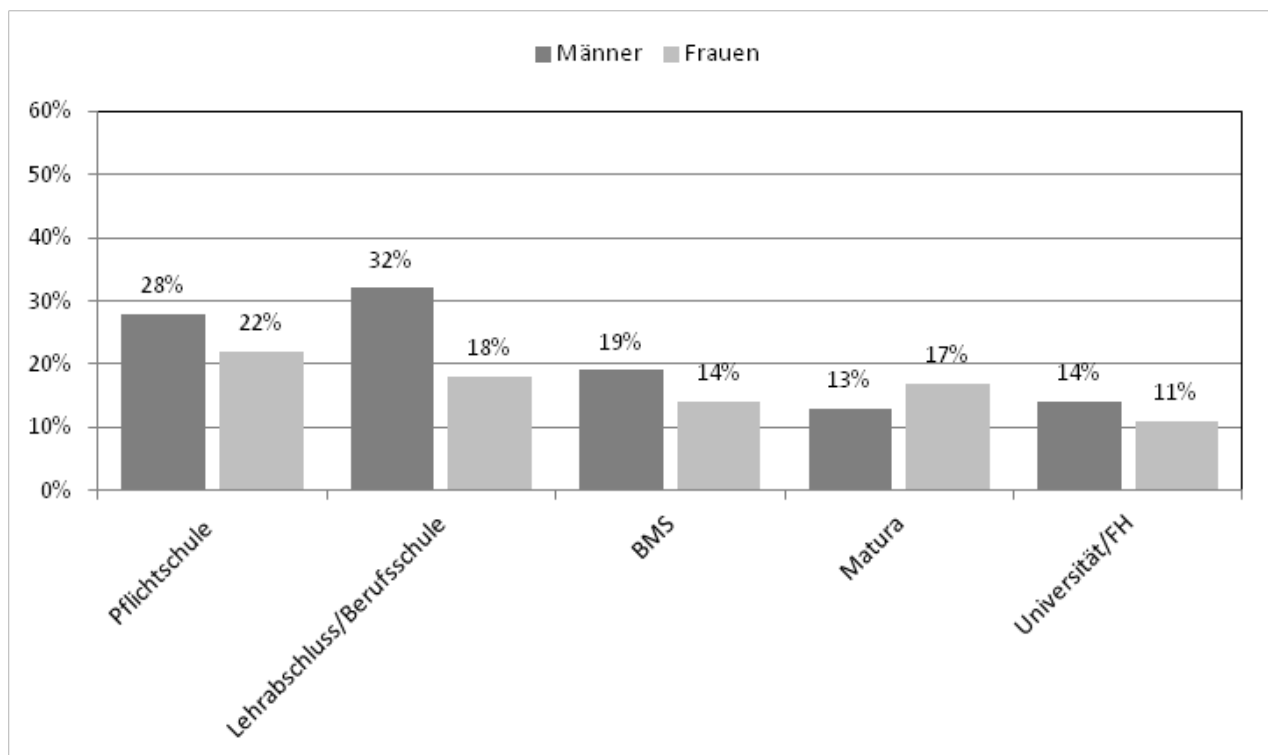


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=828; Cramer-V=0,146, p<0,001

Bei den Männern in den Altersgruppen zwischen 15- bis 29 Jahren (34%) bzw. zwischen 30- bis 49 Jahren (33%) raucht jeweils rund ein Drittel der Befragten. Erfreulicherweise ist in der jüngsten Altersgruppe der Anteil der „echten“ Nichtraucher mit 49 Prozent sehr groß. Der größte Anteil an Ex-Rauchern findet sich in der Altersgruppe 50 Jahre und älter wieder: Fast jeder zweite diesen Alters (48%) zählt zur Gruppe der Ex-Raucher (Abbildung 17).
 Bei den Frauen raucht jede vierte Welserin (25%) zwischen 30- und 49 Jahren täglich. Der Anteil der täglichen RaucherInnen liegt bei den 15- bis 29-Jährigen bei 16 Prozent und hat sich in den letzten Jahren erfreulicherweise verringert (2008: 30%). Wie schon bei den Männern beobachtet, ist bei den Frauen in der jüngsten Altersgruppe zwischen 15- und 29 Jahren der Anteil an „echten“ Nichtraucherinnen mit 67 Prozent größer als in den anderen Altersgruppen. Der größte Anteil an Ex-Raucherinnen findet sich in der Altersgruppe 50 Jahre und älter wieder: 30 Prozent dieser Altersgruppe haben das Rauchen aufgegeben (Abbildung 18).

Insgesamt gilt: Männer und Frauen mit niedrigerer formaler Bildung sind häufiger der Gruppe der täglichen RaucherInnen zuzuordnen als formal höher Gebildete. Bei den Männern rauchen 28 Prozent der Pflichtschulabsolventen und sogar 32 Prozent der Personen mit Lehrabschluss bzw. Berufsschule täglich, während dies Akademiker (14%) und Maturanten (13%) deutlich seltener tun. In etwas abgeschwächter Form zeigt sich bei den Frauen ein ähnliches Bild: 22 Prozent der Pflichtschulabsolventinnen und 18 Prozent der Frauen mit Lehrabschluss bzw. Berufsschule rauchen täglich, während dies auf „nur“ 11 Prozent der Akademikerinnen zutrifft. Unter den Maturantinnen rauchen 17 Prozent täglich (Abbildung 19).

Abbildung 19: Tabakkonsum nach Schulbildung



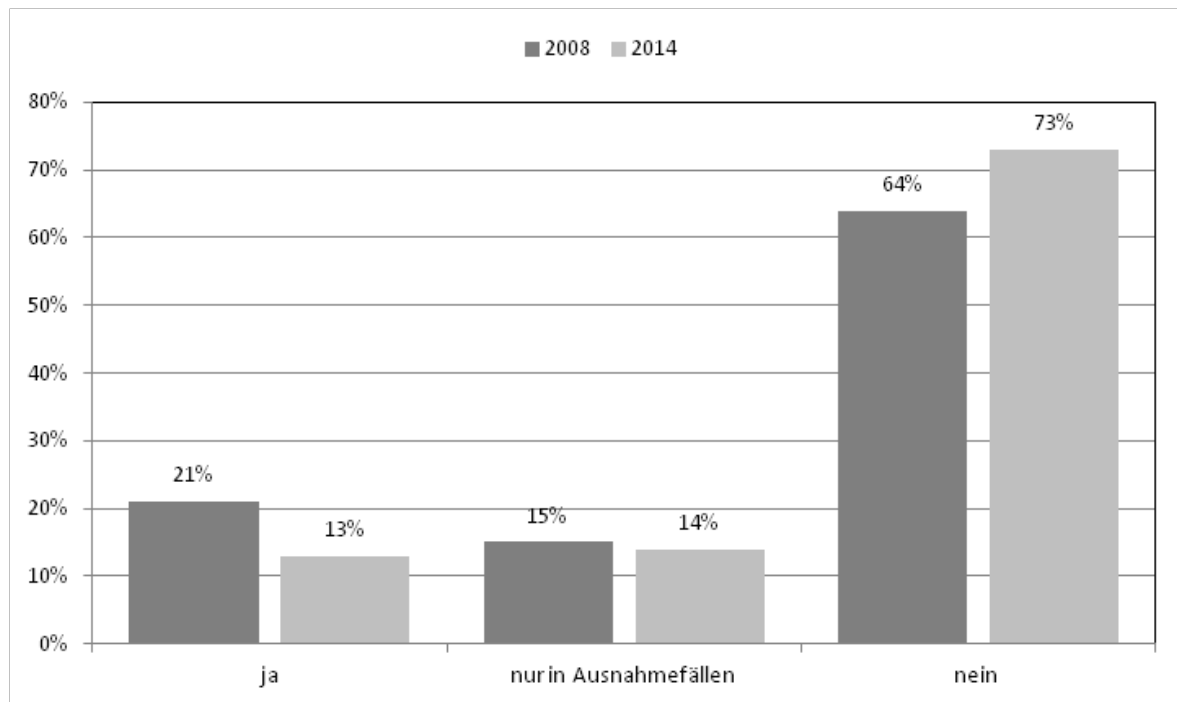
Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.608; Männer: Cramer-V=0,125, p<0,001; Frauen: Cramer-V=n.s.; Anteil der Personen, die „täglich“ rauchen

INDIVIDUELLE LEBENSWEISEN

In den letzten Jahren hat sich der Anteil von Personen verringert, die berichten, dass in ihrer Wohnung geraucht wird: Gaben im Jahr 2008 noch 21 Prozent der Welscher Be-

völkerung an, dass in den eigenen Wohnräumen geraucht wird, sind dies im Jahr 2014 „nur“ noch 13 Prozent (Abbildung 20).

Abbildung 20: Rauchen in Wohnräumen



Quelle: Welscher Gesundheitsbefragung 2014 und 2008

Fakten

- Fast drei Viertel der befragten WelscherInnen stufen sich selbst als NichtraucherInnen ein. Damit hat sich der Anteil der NichtraucherInnen in den letzten Jahren weiter vergrößert (Welscher Gesundheitsumfrage 2008: 65% NichtraucherInnen).
- 77 Prozent der Frauen und 68 Prozent der Männer sind NichtraucherInnen, wobei der Anteil der „echten“ NichtraucherInnen, die niemals geraucht haben, bei den Frauen 53 und bei den Männern 36 Prozent ausmachen.
- 25 Prozent der Männer und 18 Prozent der Frauen rauchen täglich.
- Unter formal höher Gebildeten ist der Anteil an täglichen Rauchern kleiner als unter BürgerInnen mit niedriger formaler Bildung.
- Rund ein Drittel der RaucherInnen (34%) hat innerhalb des letzten Jahres einen ernsthaften Versuch gestartet, mit dem Rauchen aufzuhören.
- In den letzten Jahren hat sich der Anteil von Personen von 21 Prozent im Jahr 2008 auf 13 Prozent im Jahr 2014 verringert, die berichten, dass in ihrer Wohnung geraucht wird.

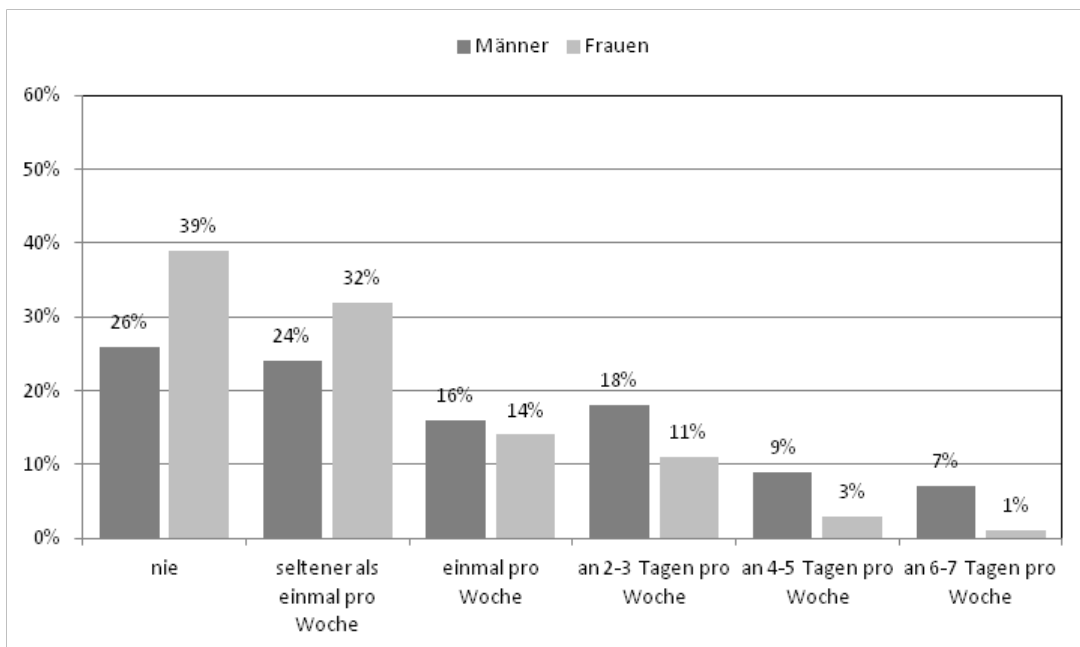
4.4. Alkoholkonsum

Im Rahmen der Welser Gesundheitsumfrage 2014 wurden die BürgerInnen der Stadt Wels gefragt, wie oft sie Alkohol konsumieren. Die konkrete Frage lautete: „An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie Alkohol?“

Bezüglich der Häufigkeit des Konsums von Alkohol unterscheiden sich Männer und Frauen signifikant: 26 Prozent der Männer und 39 Prozent der Frauen trinken laut Selbstauskunft überhaupt keinen Alkohol. Weitere 24 Prozent

der Männer und 32 Prozent der Frauen trinken seltener als einmal pro Woche alkoholische Getränke. An mindestens 4 Tagen in der Woche trinken 16 Prozent der Männer (9% an 4- bis 5 Tagen pro Woche und 7% an 6- bis 7 Tagen pro Woche) und 4 Prozent der Frauen (3% an 4- bis 5 Tagen pro Woche und 1% an 6- bis 7 Tagen pro Woche) (Abbildung 21). Im Vergleich zur Welser Gesundheitsbefragung 2008 gibt es keine signifikanten Veränderungen bei der Frequenz des Alkoholkonsums.

Abbildung 21: Alkoholkonsum (Frequenz)



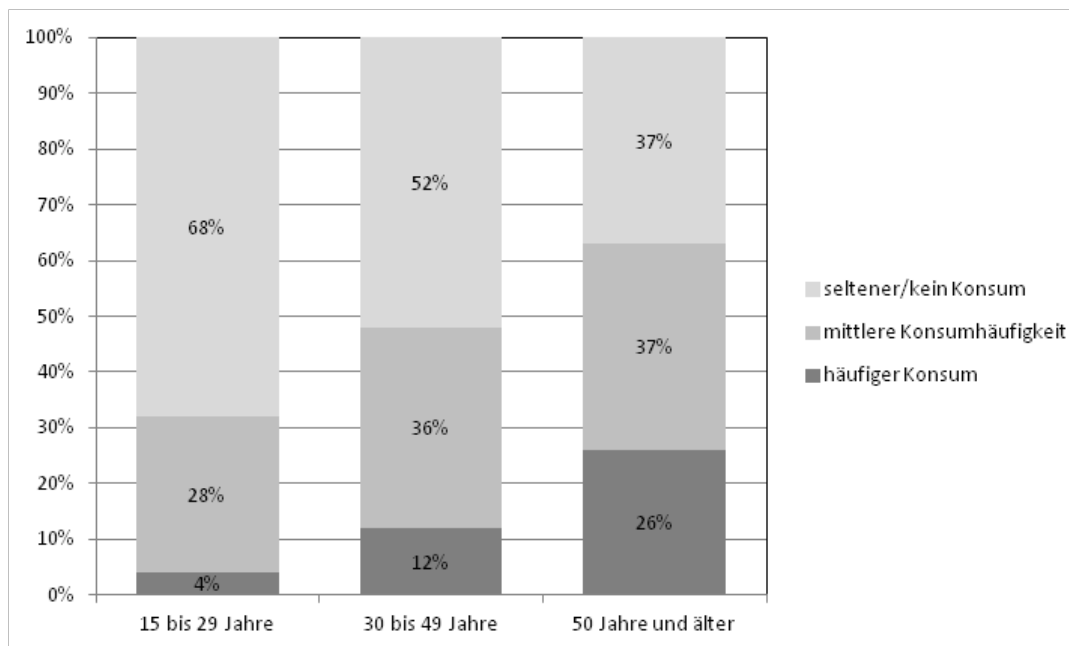
Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.640; Cramer-V=0,262, p<0,001; „häufiger Konsum“ = an 4 bis 7 Tagen pro Woche, „mittlere Konsumhäufigkeit“ = an 1 - 3 Tagen pro Woche, „seltener/kein Konsum“ = seltener als einmal pro Woche oder nie

INDIVIDUELLE LEBENSWEISEN

In der Altersgruppe 50 Jahre und älter weist mit 26 Prozent rund ein Viertel einen häufigen Alkoholkonsum auf. Umgekehrt ist in der jüngsten Altersgruppe zwischen 15 und 29 Jahren der Anteil an jenen Männern am größten, die keinen oder nur selten Alkohol trinken (68%). Nur 4 Prozent der jungen Welser Männer trinken an 4 oder mehr Tagen pro Woche Alkohol (Abbildung 22).

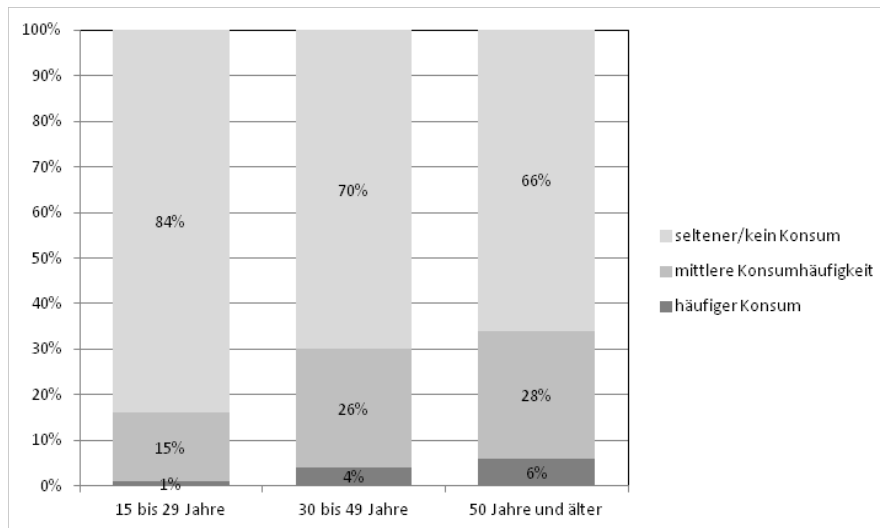
Bei den jungen Welser Frauen ist der Anteil jener, die selten oder gar nie Alkohol trinken noch größer als bei den jungen Männern: 84 Prozent der Welserinnen zwischen 15 und 29 Jahren trinken nur selten oder überhaupt keinen Alkohol. Der größte Anteil an häufigen Alkoholkonsumentinnen findet sich - wie auch bei den Männern - in der Altersgruppe 50 Jahre und älter. Allerdings in viel niedrigerer Verbreitung, denn bei den Frauen dieser Altersgruppe trinken nur 6 Prozent an mindestens 4 Tagen pro Woche Alkohol (Abbildung 23).

Abbildung 22: Alkoholkonsum nach Alter und Frequenz - Männer



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=763; Cramer-V=0,209, p<0,001; „häufiger Konsum“ = an 4 bis 7 Tagen pro Woche, „mittlere Konsumhäufigkeit“ = an 1 - 3 Tagen pro Woche, „seltener/kein Konsum“ = seltener als einmal pro Woche oder nie

Abbildung 23: Alkoholkonsum nach Alter und Frequenz- Frauen

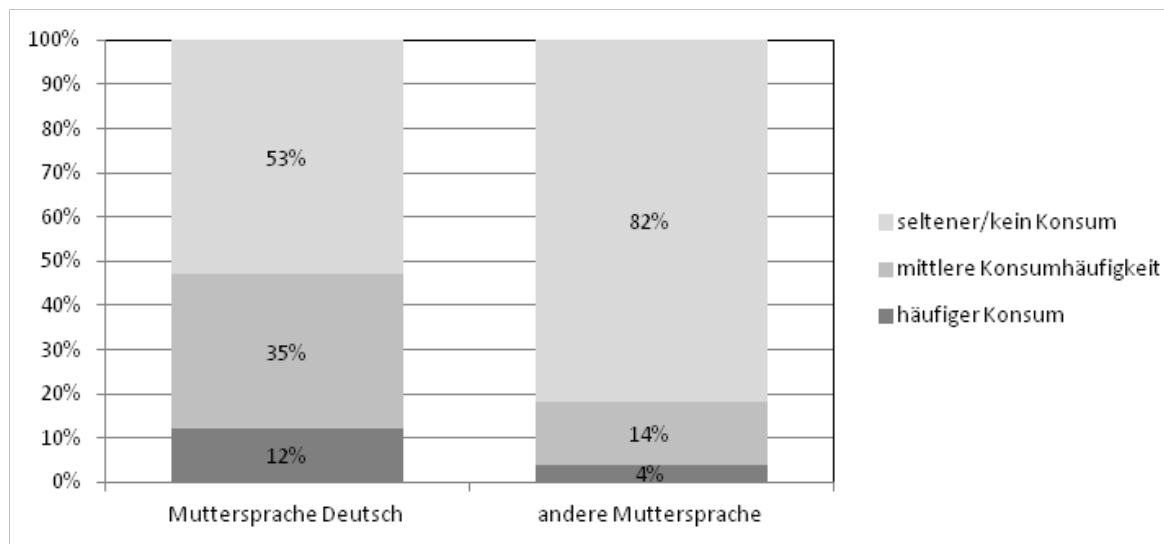


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=827; Cramer-V=0,118, p<0,001; „häufiger Konsum“ = an 4 bis 7 Tagen pro Woche, „mittlere Konsumhäufigkeit“ = an 1 - 3 Tagen pro Woche, „seltener/kein Konsum“ = seltener als einmal pro Woche oder nie

Welser BürgerInnen mit Migrationshintergrund (andere Muttersprache als Deutsch) trinken deutlich seltener Alkohol als WelserInnen mit deutscher Muttersprache. In diesem Zusammenhang spielen vermutlich religiöse Überzeugungen eine wesentliche Rolle. Selten oder keinen Alkohol trinken 82 Prozent der Menschen mit Migrationshintergrund, während dies bei Menschen ohne Migrationshintergrund, also mit deutscher Muttersprache, nur auf etwa gut die Hälfte (53%) zutrifft.

12 Prozent der Welser Bevölkerung ohne Migrationshintergrund weisen einen häufigen Alkoholkonsum auf, während dies in der Welser Bevölkerung mit Migrationshintergrund 4 Prozent sind (Abbildung 24).

Abbildung 24: Alkoholkonsum und Migrationshintergrund

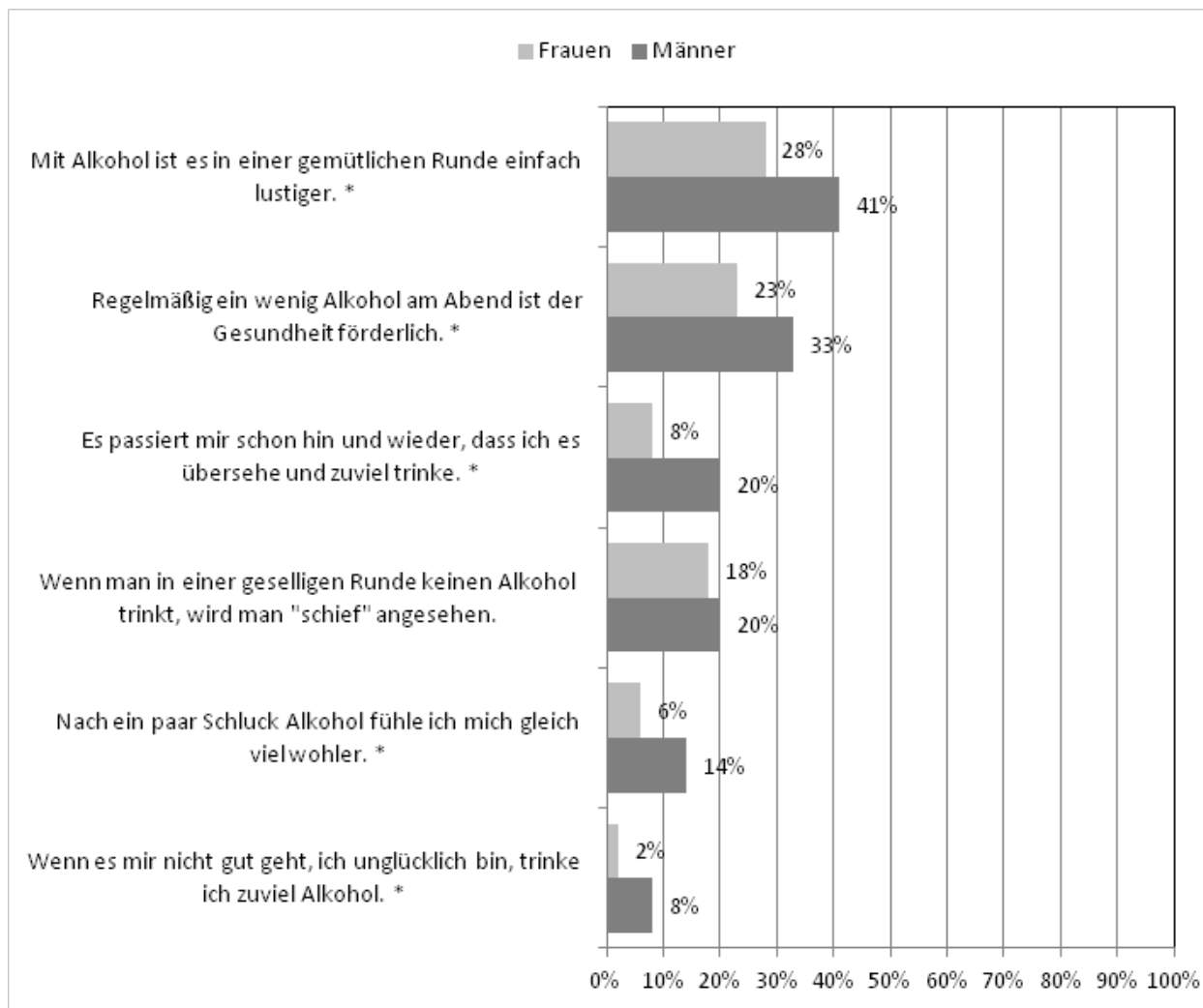


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.642; Cramer-V=0,258, p<0,001

Zusätzlich zur Konsumhäufigkeit von Alkohol wurde im Rahmen der Welser Gesundheitsbefragung 2014 auch nach unterschiedlichen Einstellungen zum Thema Alkohol gefragt. Mehr Männer (41%) als Frauen (28%) stimmen der Aussage zu, dass es mit Alkohol in einer gemütlichen Runde einfach lustiger sei. Ein Drittel der Männer (33%) und 23 Prozent der Frauen halten regelmäßigen Konsum von ein wenig Alkohol am Abend für gesundheitsfördernd. Deutlich mehr Männer (20%) als Frauen (8%) übersehen manchmal ihre Grenze und trinken dann zu viel. Keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen

gibt es bei der Beurteilung der Aussage, dass man in einer geselligen Runde schief angesehen werde, wenn man keinen Alkohol trinkt: 20 Prozent der Männer und 18 Prozent der Frauen stimmen dieser Aussage zu. 14 Prozent der Welser Männer stimmen der Aussage zu, dass sie sich nach ein paar Schluck Alkohol gleich viel wohler fühlen. Bei den Frauen stimmen dieser Aussage 6 Prozent zu. Von 8 Prozent der befragten Männer und 2 Prozent der befragten Frauen wird Alkohol zur Selbstmedikation eingesetzt, wenn es ihnen nicht gut geht oder sie unglücklich sind (Abbildung 25).

Abbildung 25: Einstellungen zum Thema Alkohol



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.508 - 1.640; * = Unterschiede signifikant (p<0,05); Anteil der Personen, die mit „stimme zu“ oder „stimme eher zu“ geantwortet haben

Fakten

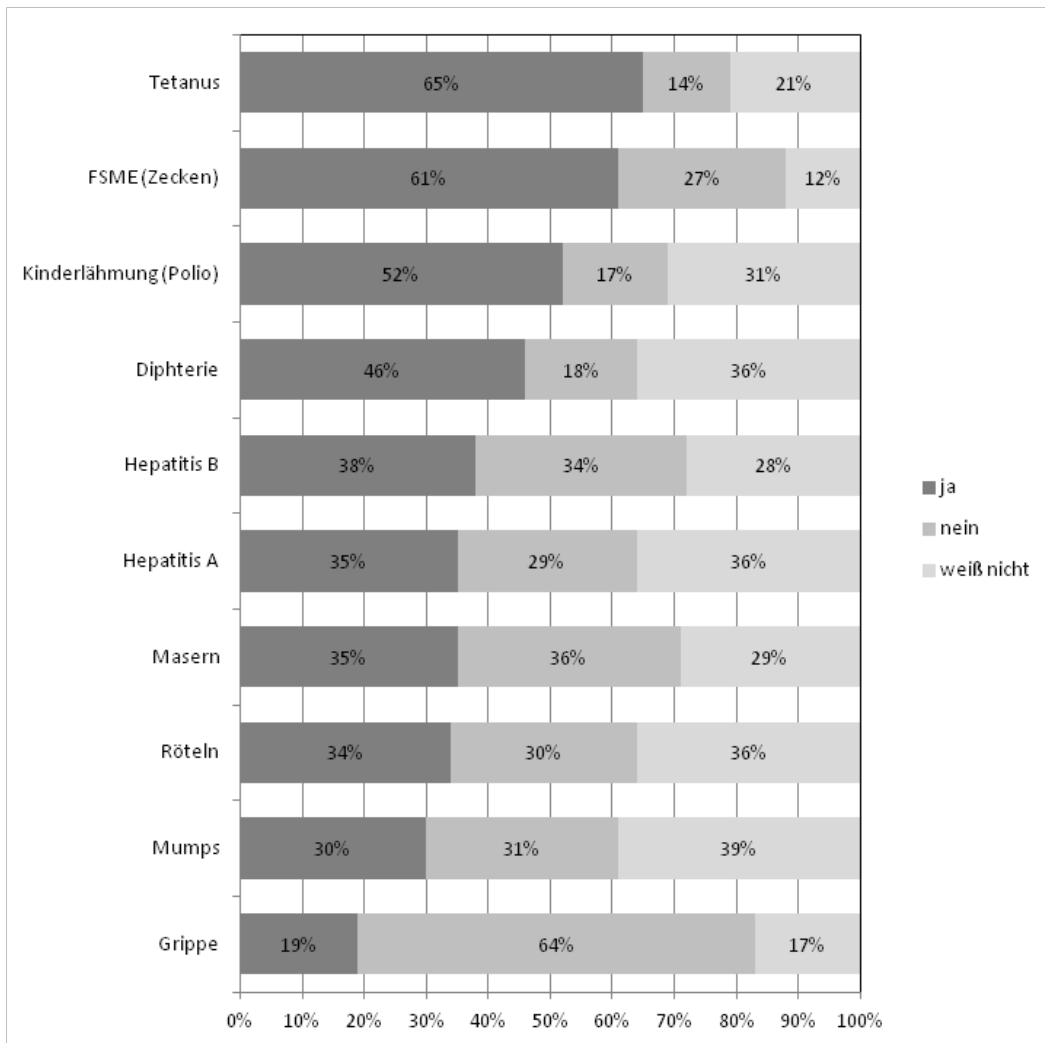
- 7 Prozent der Welser und 1 Prozent der Welserinnen konsumieren laut Selbstauskunft an mindestens 6 Tagen pro Woche Alkohol.
 - 26 Prozent der Männer und 39 Prozent der Frauen leben abstinent.
 - Der Anteil an Personen, die eine hohe Konsumhäufigkeit aufweisen, ist in den älteren Alterssegmenten größer als in den jüngeren.
 - Welser und Welserinnen mit Migrationshintergrund trinken deutlich seltener Alkohol als jene ohne Migrationshintergrund.
- 4 von 10 Männern und rund 3 von 10 Frauen sind der Meinung, dass es mit Alkohol in einer gemütlichen Runde lustiger ist.
 - 33 Prozent der Männer und 23 Prozent der Frauen halten den regelmäßigen Konsum von ein wenig Alkohol am Abend für gesundheitsförderlich.

4.5. Impfen

Im Rahmen der Welser Gesundheitsbefragung 2014 wurde die Bevölkerung nach ihrem aktuellen Impfschutz gefragt. Bezüglich einiger Impfungen herrscht offensichtlich große Unsicherheit, ob (noch) ein aufrechter Impfschutz besteht. Dies betrifft vor allem die Impfungen gegen Mumps, Röteln, Hepatitis A, Diphtherie und Kinderlähmung (Polio), bei denen jeweils mehr als 30 Prozent der Befragten angeben nicht zu wissen, ob ein aufrechter Impfschutz vorliegt. Die Krankheit, gegen die am meisten WelserInnen geimpft sind, ist Tetanus. Knapp zwei

Drittel der Befragten (65%) haben einen aufrechten Impfschutz gegen Wundstarrkrampf (2008: 64%), 14 Prozent sind nicht geimpft und 21 Prozent wissen nicht, ob sie einen aufrechten Impfschutz haben. 61 Prozent der Befragten berichten einen aufrechten Impfschutz gegen die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) zu haben, 27 Prozent sind nicht geimpft und 12 Prozent wissen es nicht. Weiters folgen in absteigender Reihenfolge: Kinderlähmung (Polio) (52%), Diphtherie (46%), Hepatitis B (38%), Hepatitis A (35%), Masern (35%) und Mumps (30%). Am unteren Ende befindet sich die Grippeimpfung: Hier berichten nur 19 Prozent, dass sie dagegen geimpft sind (Abbildung 26).

Abbildung 26: allgemeiner Impfstatus

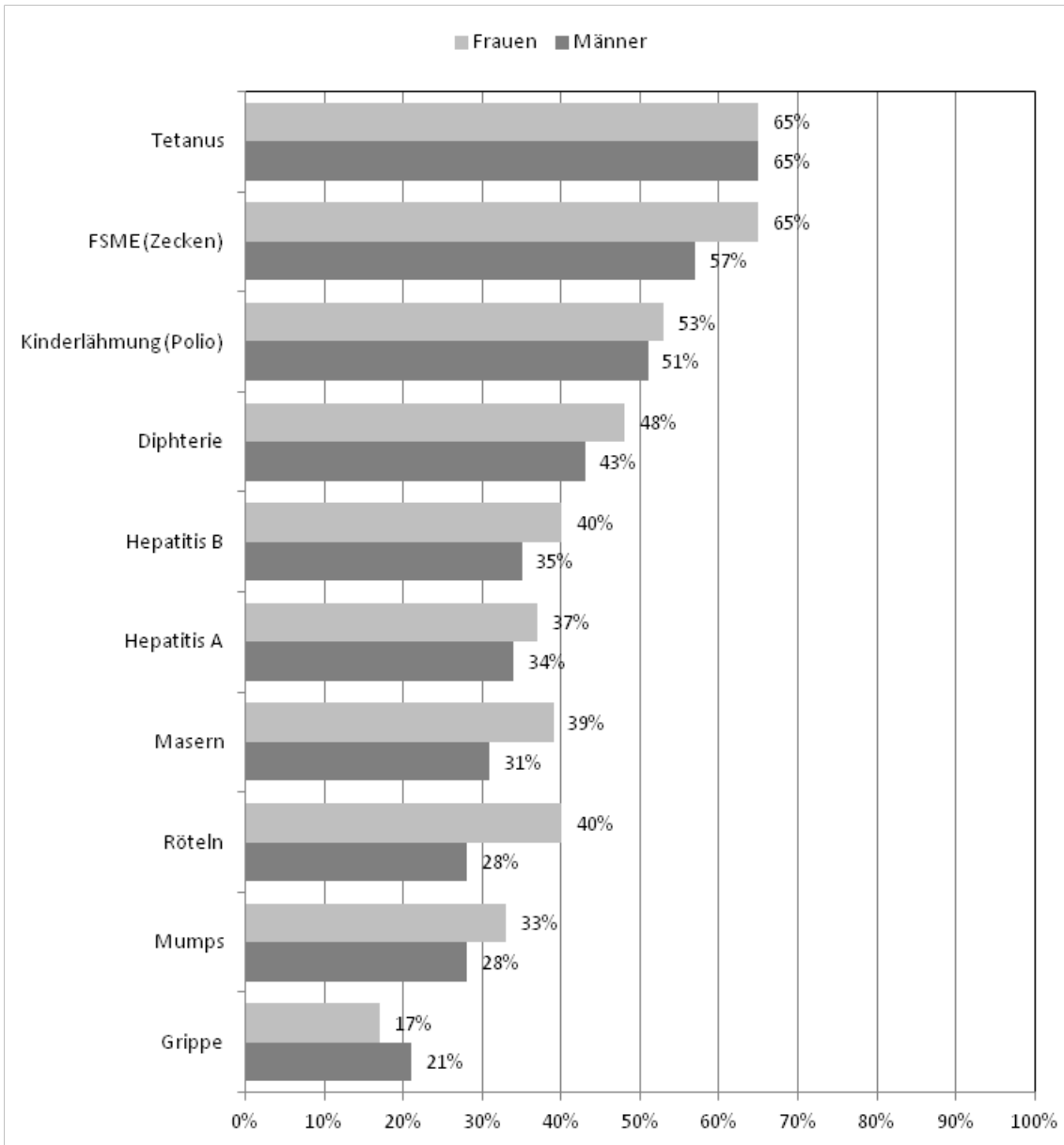


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.373 - 1.526

Zwischen Männern und Frauen gibt es hinsichtlich der selbst berichteten Durchimpfungsrate kaum nennenswerte Unterschiede. Ausnahmen stellen die Impfungen

gegen Röteln, Masern, Mumps und Hepatitis B dar - gegen diese Krankheiten sind Frauen laut Selbstangabe häufiger geimpft als Männer (Abbildung 27).

Abbildung 27: Impfschutz nach Geschlecht

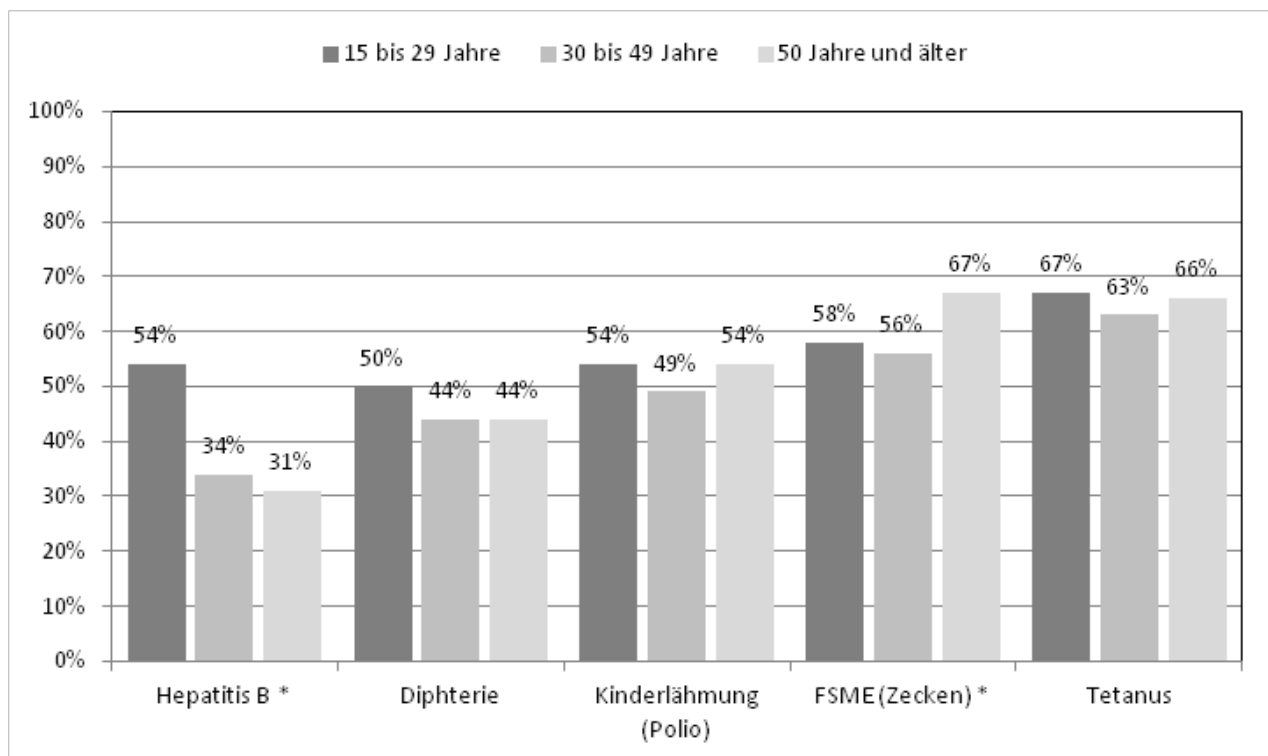


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.335 - 1.507

Bei Tetanus, Kinderlähmung (Polio) und Diphterie sind keine signifikanten Unterschiede bezüglich des selbst berichteten Impfstatus und den verschiedenen Altersgruppen sichtbar. Bei FSME und Grippe ist die Durchimpfungsrate bei den älteren Befragten (50 Jahre und älter) höher

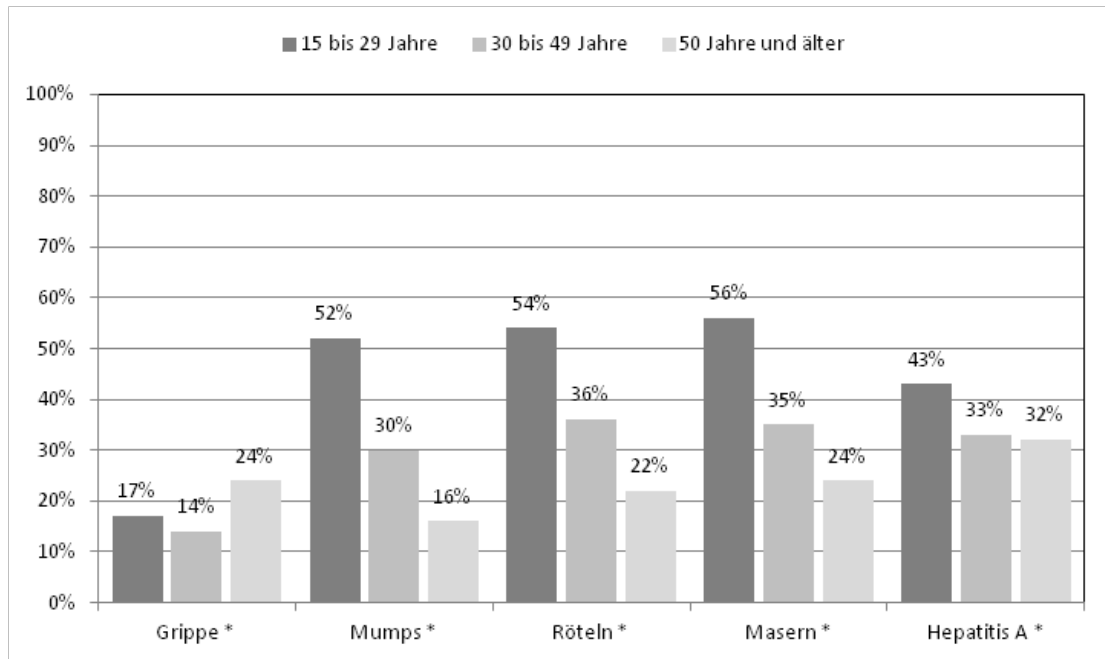
als bei den übrigen Befragten. Anders ist es bei Hepatitis A und B, Mumps, Röteln und Masern: Hier berichten die jüngeren Befragten in deutlich größerem Ausmaß davon, dass sie über einen aufrechten Impfschutz verfügen (Abbildung 28 und Abbildung 29).

Abbildung 28: Impfschutz nach Alter I



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.322 - 1.462; * = Unterschiede signifikant (p<0,05)

Abbildung 29: Impfschutz nach Alter II



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.301 - 1.373; * = Unterschiede signifikant (p<0,05)

Fakten

- Rund zwei Drittel berichten einen aufrechten Impfschutz gegen Tetanus zu haben, gefolgt von FSME (61%), Kinderlähmung (52%) und Diphtherie (46%).
- Vor allem bei Mumps, Röteln, Hepatitis A, Diphtherie und Kinderlähmung (Polio) herrscht bei den Befragten große Unsicherheit, ob (noch) ein aufrechter Impfschutz besteht.

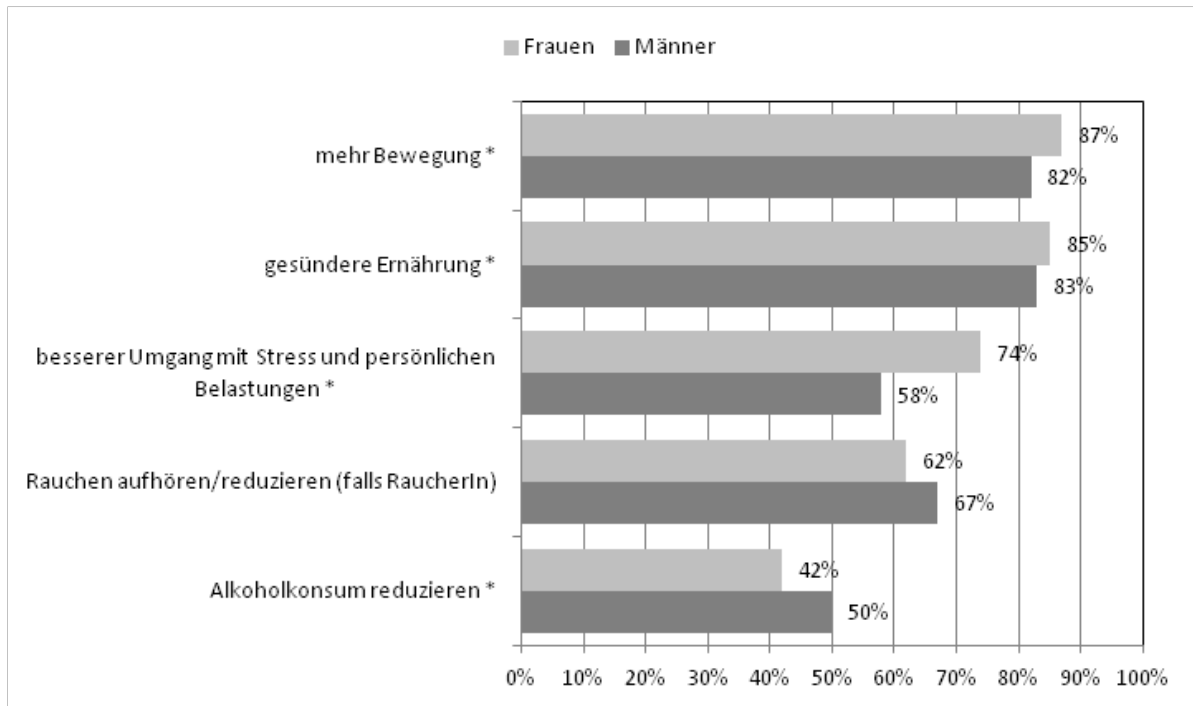
- Bei Hepatitis A+B, Masern, Mumps und Röteln nimmt die Durchimpfungsrate mit steigendem Alter ab. Einzig gegen Grippe und FSME sind mehr ältere als jüngere WelserInnen geimpft.

4.6. Veränderungsbereitschaft

Um das Potenzial an jenen Personengruppen zu eruieren, die gerne etwas an ihren individuellen Verhaltensweisen ändern würden und damit für Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote als relevante Zielgruppen gelten, wurde im Rahmen der Welser Gesundheitsbefragung 2014 nach der Veränderungsbereitschaft verschiedener gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen gefragt. Die konkrete Frage dazu lautete: „Ganz abgesehen davon, was Sie jetzt schon tun um gesund zu bleiben: Was würden Sie zukünftig in Ihrem Leben gerne verändern, um etwas für Ihre Gesundheit zu tun?“

87 Prozent der Frauen und 82 Prozent der Männer wollen sich in Zukunft mehr bewegen. Auf eine gesündere Ernährung achten möchten künftig 85 Prozent der Frauen und 83 Prozent der Männer. Ein deutlicher Unterschied zwischen Männern und Frauen zeigt sich beim Thema Umgang mit Stress: Während hier rund drei Viertel der Frauen (74%) künftig einen besseren Umgang mit Stress und persönlichen Belastungen pflegen wollen, tun dies bei den Männern „nur“ 58 Prozent kund. Unter den RaucherInnen möchten 67 Prozent der Männer und 62 Prozent der Frauen mit dem Rauchen aufhören oder zumindest die Anzahl der gerauchten Zigaretten reduzieren. Immerhin jeder zweite Mann (50%) und 42 Prozent der Frauen möchten ihren Alkoholkonsum reduzieren (Abbildung 30).

Abbildung 30: Veränderungsbereitschaft



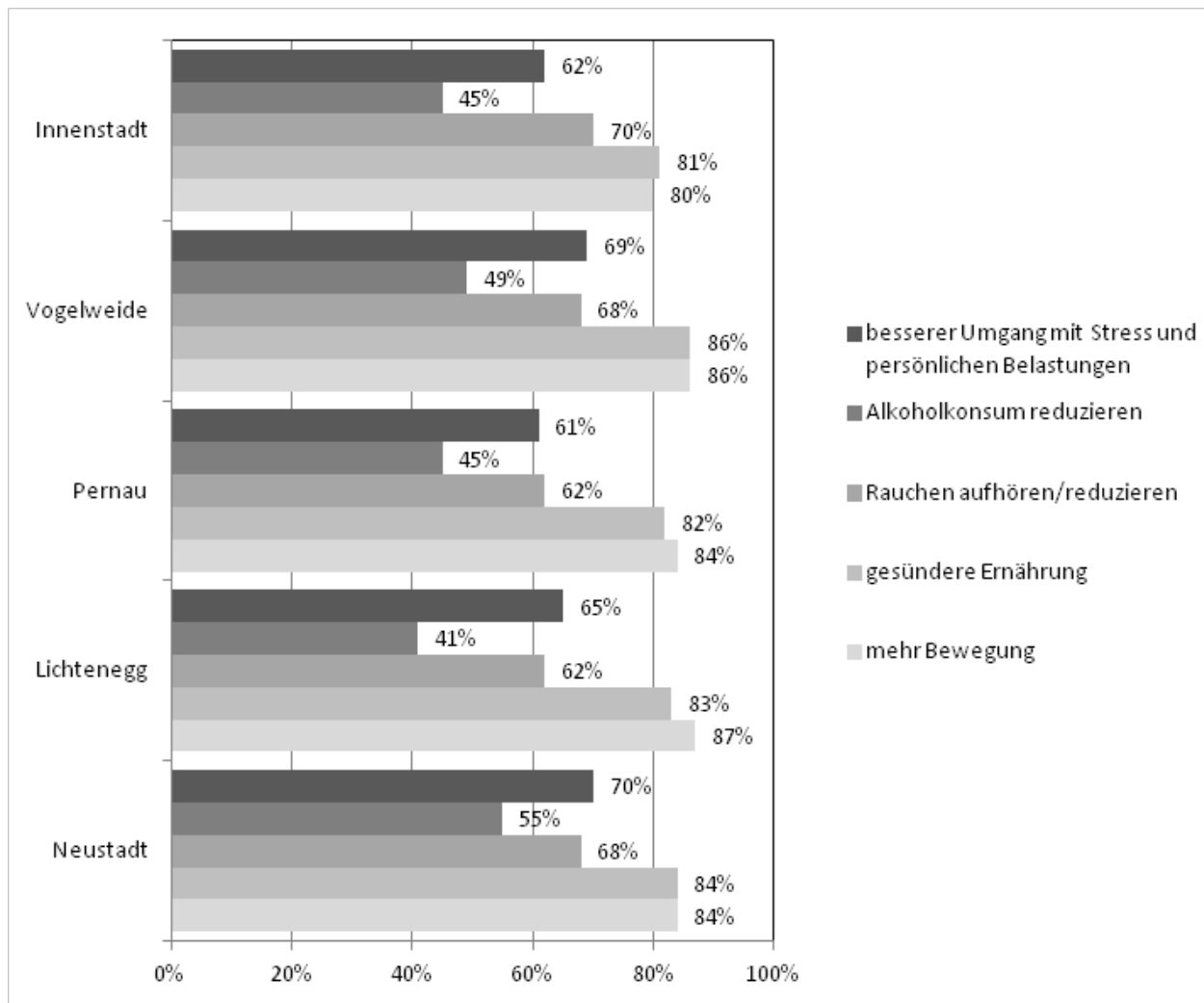
Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=602 - 1.584; * = Unterschiede signifikant (p<0,05); Anteil der Personen, die mit „ja“ oder „eher ja“ geantwortet haben

Würde man nur jene Menschen als relevante Zielgruppe für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ins Auge fassen, welche Defizite bei individuellen, gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen aufweisen, dann sind folgende Ergebnisse festzuhalten:

Von jenen Teilen der Welser Bevölkerung, die sich nicht mindestens einmal pro Woche sportlich betätigen, möchten sogar 90 Prozent künftig mehr Bewegung machen.

Auch beim Thema Ernährung ist ein großes Potenzial in der Bevölkerung vorhanden: 84 Prozent der Personen, die derzeit höchstens 3 Mal in der Woche Obst und Gemüse essen, streben in Zukunft eine gesündere Ernährungsweise an bzw. signalisieren dazu ihre Bereitschaft. Von jenen Personen, die häufig Alkohol konsumieren (an 4 bis 7 Tagen pro Woche), möchte eine Mehrheit von 54 Prozent künftig weniger Alkohol trinken.

Abbildung 31: Veränderungsbereitschaft nach Wohnort/Stadtteil



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=577 - 1.535 ; Anteil der Personen, die mit „ja“ oder „eher ja“ geantwortet haben

Betrachtet man die Veränderungsbereitschaft der unterschiedlichen individuellen Verhaltensweisen nach dem Stadtteil bzw. dem Wohnort der Befragten, zeigt sich, dass es insgesamt keine besonders großen bzw. signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Veränderungsbereitschaft der Wohnbevölkerung in den einzelnen Stadtteilen gibt. Die Veränderungsbereitschaft ist also in der ganzen Stadt Wels hoch ausgeprägt. Im Stadtteil Neustadt ist Bereitschaft für einen künftig besseren Umgang mit Stress und Belastungen mit 70 Prozent am höchsten. Außerdem weist der Stadtteil auch den höchsten Wert hinsichtlich

Reduktion des Alkoholkonsums auf: 55 Prozent der BewohnerInnen aus Neustadt möchten ihren Alkoholkonsum reduzieren. Der Stadtteil, in dem die meisten RaucherInnen mit dem Rauchen aufhören oder dies zumindest reduzieren wollen, ist die Innenstadt (70%). Aber auch in den Stadtteilen Vogelweide und Neustadt ist dieser Anteil mit jeweils 68 Prozent hoch. Hinsichtlich der Veränderungsbereitschaft zu gesünderer Ernährung weist der Stadtteil Vogelweide mit 86 Prozent den höchsten Wert auf, bei der Absicht nach mehr Bewegung liegt der Stadtteil Lichtenegg mit 87 Prozent an der Spitze.

Fakten

- Mehr als 80 Prozent der Welser Bevölkerung will sich in Zukunft gesünder ernähren und mehr Bewegung machen.
- 67 Prozent der Raucher und 62 Prozent der Raucherinnen möchten mit dem Rauchen aufhören oder zumindest die Anzahl der gerauchten Zigaretten reduzieren.

- 74 Prozent der Frauen und 58 Prozent der Männer wollen in Zukunft einen besseren Umgang mit Stress und persönlichen Belastungen pflegen.

5. INTEGRATION IN SOZIALE UND KOMMUNALE NETZWERKE

5.1. Soziale Beziehungen und Gesundheit

Die Gesundheit wird wesentlich vom Grad der Integration des Einzelnen in die Gesellschaft und vom Vorhandensein sozialer Netze beeinflusst. Soziale Unterstützung und Ermutigung sind Merkmale eines funktionierenden sozialen Netzwerks.¹ Soziale Netzwerke können Gesundheit auf individueller Ebene und in lokalen Lebenszusammenhängen fördern. Präventive und gesundheitserhaltende Funktionen sind mit den sozialen Netzen verbunden. Zudem spielen soziale Netzwerke eine wichtige Rolle bei der Bewältigung von Krankheiten, da sie kurative und rehabilitative Wirkungen haben.²

Es werden drei Formen sozialer Netzwerke unterschieden³:

- Primäre Netzwerke: Familie, Verwandte, Haushaltsangehörige und Freunde
- Sekundäre Netzwerke: selbstorganisierte soziale Gebilde im eigenen Lebensraum (z.B. Selbsthilfegruppen), höhergradig organisierte Vereinigungen und Verbände
- Tertiäre Netzwerke: Professionelle Hilfssysteme (z.B. Beratungsstellen, Arztpraxen, Krankenhäuser, Pflegeheime etc.)

In diesem Zusammenhang ist auch der Begriff „Soziales Kapital“ zu erwähnen, der von der WHO wie folgt definiert wird: „Soziales Kapital beschreibt den Grad des sozialen Zusammenhalts, der innerhalb von Gemeinschaften zu finden ist. Soziales Kapital bezieht sich auf Prozesse zwischen Menschen, die Netzwerke, Normen und soziales Vertrauen hervorbringen sowie Koordination und Zusammenarbeit erleichtern.“⁴

Die gesundheitsfördernde Wirkung von Sozialkapital konnte mittels Studien belegt werden. Personen mit einem vergleichsweise hohen Maß an sozialem Kapital weisen einen besseren Gesundheitszustand auf. Aus diesem Grund sind Maßnahmen zur Stärkung sozialer Partizipation in der Gesundheitsförderung zielführend. Dies

betrifft beispielsweise Maßnahmen in Vereinen und freiwilligen Zusammenschlüssen, die Hilfsbereitschaft fördern und gegenseitiges Vertrauen stärken. Dabei sind vor allem Maßnahmen im Stadtteil, in der Kommune oder im Wohnumfeld zu erwähnen. Beispielhaft wird die Weiterentwicklung der Fähigkeiten der BürgerInnen zur Durchführung von Gemeinschaftsaktionen angeführt.⁵

Zudem beeinflussen die Infrastruktur an Dienstleistungsangeboten (z.B. Geschäfte) und öffentliche Plätze in einer Wohngegend die Gesundheit und Lebensqualität der BewohnerInnen, da diese soziale Kontakte und soziales Kapital fördern. Eine Maßnahme zur Steigerung des sozialen Kapitals ist es, BürgerInnen bei kommunalen Entscheidungen zu beteiligen. Freiwilliges Engagement (z.B. freiwillige Arbeiten, Ehrenamt) ist allerdings nur dann gesundheitsförderlich, wenn Anerkennung und Fairness gelebt werden.⁶

Partnerschaftsbeziehung sowie die Anzahl vertrauter Personen sind (neben Alter und Geschlecht) wesentliche Einflussfaktoren für die soziale Lebensqualität. Außerberufliche/persönliche Belastungen haben ebenso einen großen Zusammenhang mit dem sozialen Wohlbefinden, in geringerem Ausmaß auch Belastungen im beruflichen Bereich. Persönlichkeitsbezogene Ressourcen beeinflussen soziale Lebensqualität positiv.

5.2. Familiäre Beziehungen

Der Großteil der Welser Bevölkerung ist mit den familiären Beziehungen sehr zufrieden (60%) oder zufrieden (32%). Der Anteil jener, die mit ihren familiären Beziehungen weniger (6%) oder gar nicht (2%) zufrieden sind, beträgt in Summe 8 Prozent. Die Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen ist bei den Männern etwas geringer als bei den Frauen (Abbildung 1). Im Vergleich zur Welser Gesundheitsbefragung 2008 gibt es keine signifikanten Veränderungen bei der Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen - diese ist unverändert hoch.

¹ Naidoo, J & Wills, J., 2003, S. 40-41

² Süß, W. & Trojan, A., 2015

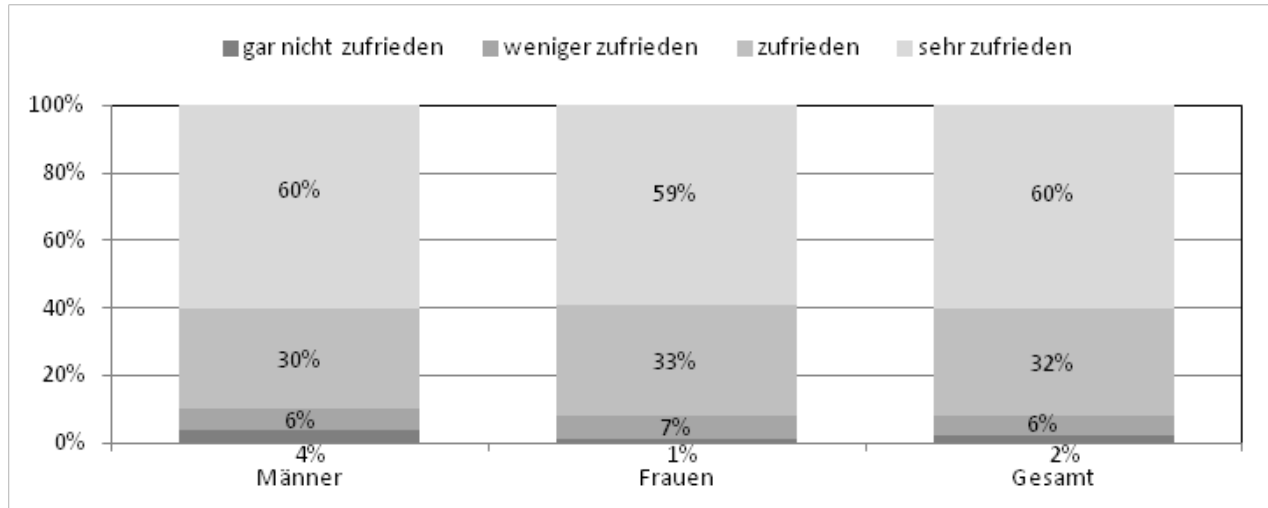
³ Süß, W. & Trojan, A., 2015

⁴ Knesebeck, 2015

⁵ Knesebeck, 2015

⁶ Knesebeck, 2015

Abbildung 1: Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen nach Geschlecht

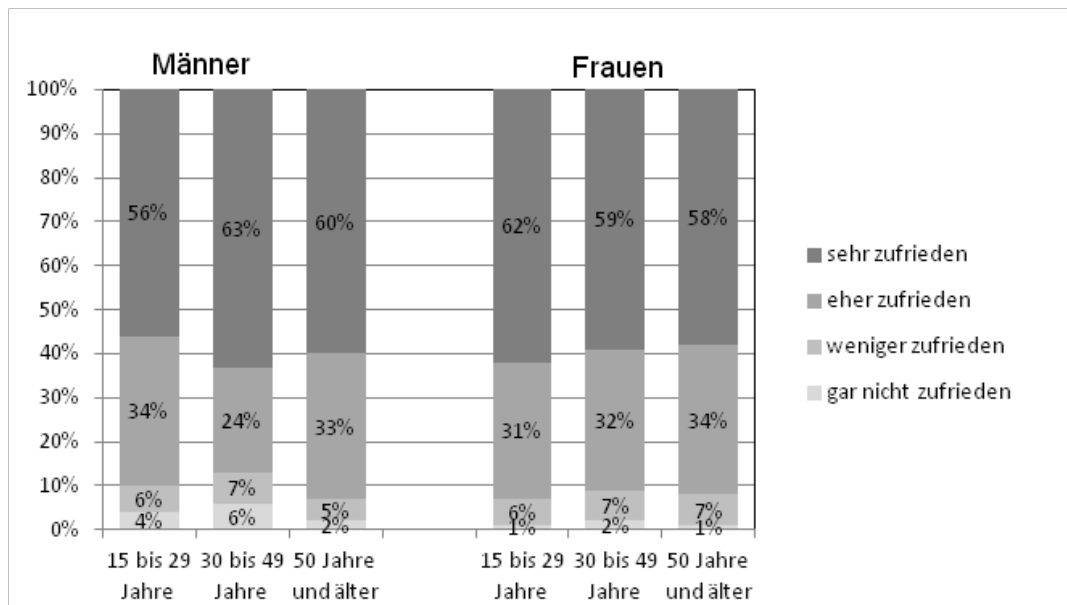


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.610; Cramer-V=0,078, p<0,05

Im Hinblick auf die Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen lassen sich weder bei den Männern noch bei den Frauen signifikante Unterschiede nach den Altersgruppen ausmachen. Tendenziell weist bei den Männern

die Altersgruppe ab 50 Jahren die höchste Zufriedenheit (93%) mit den familiären Beziehungen auf, bei den Frauen sind es tendenziell die 15- bis 29-Jährigen (93%) (Abbildung 2).

Abbildung 2: Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen nach Alter und Geschlecht

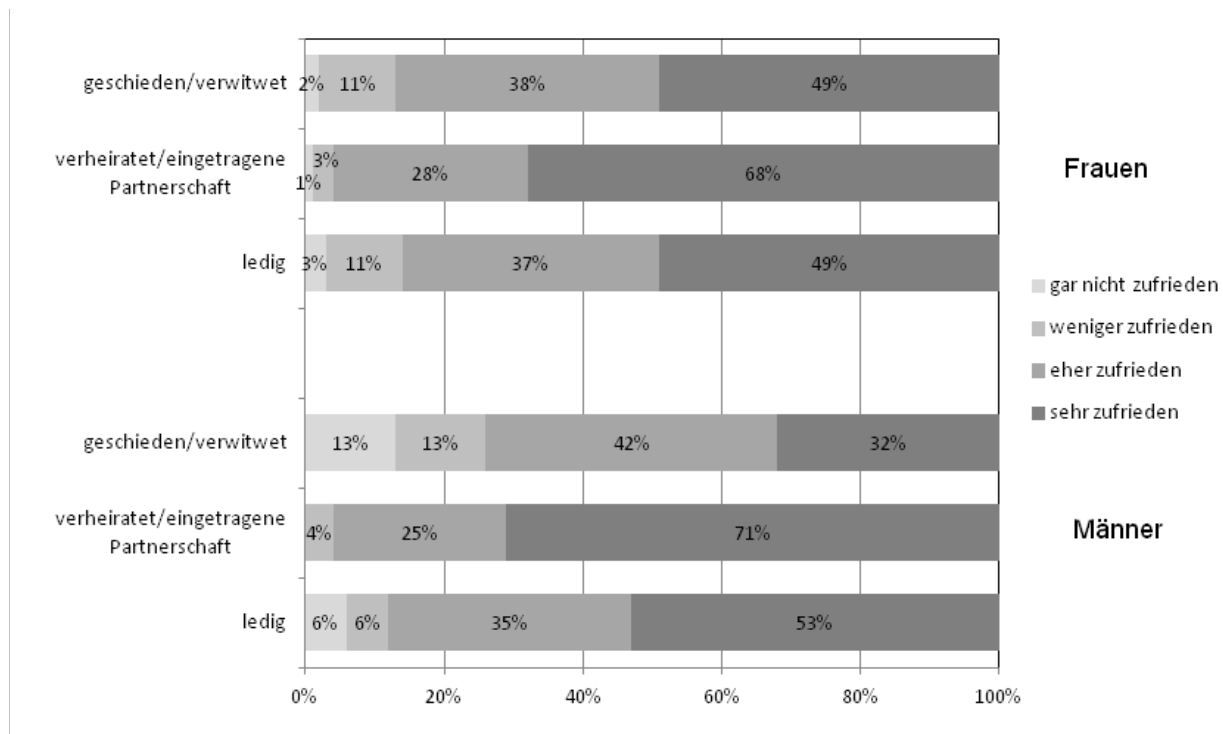


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.559; Männer: Cramer-V=n.s.; Frauen: Cramer-V=n.s.

Deutliche Unterschiede bei der Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen gibt es sowohl bei Männern als auch bei Frauen nach dem Familienstand. Verheiratete oder in einer eingetragenen Partnerschaft lebende Männer und Frauen weisen mit jeweils 96 Prozent die höchsten Zufriedenheitswerte auf. Am unzufriedensten mit den fa-

miliären Beziehungen sind geschiedene oder verwitwete Männer: 26 Prozent sind weniger oder gar nicht zufrieden. Bei den Frauen sind ledige (14%) und geschiedene/verwitwete (13%) deutlich unzufriedener (Abbildung 3).

Abbildung 3: Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen nach Familienstand und Geschlecht



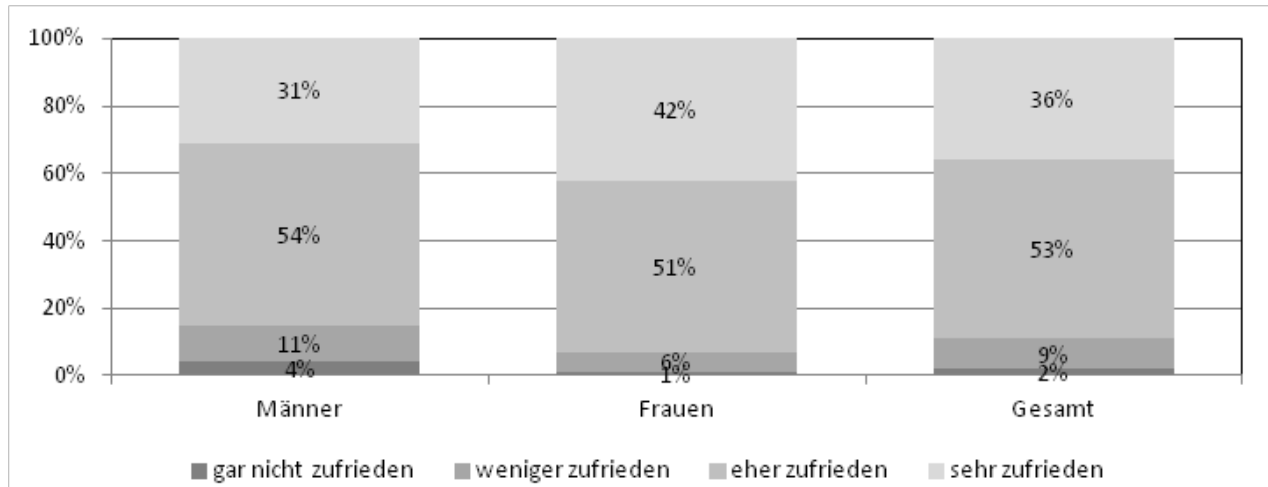
Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.593; Männer: Cramer-V=0,231, p<0,001; Frauen: Cramer-V=0,163, p<0,001

5.3. Soziales Umfeld und Freundeskreis

Insgesamt 89 Prozent der Welser BürgerInnen sind mit ihrem sozialen Umfeld und dem Freundeskreis sehr (36%) oder eher zufrieden (53%). Die restlichen 11 Prozent äußern sich bezüglich des außerfamiliären persönlichen

Netzwerkes weniger (9%) oder gar nicht zufrieden (2%). Frauen sind mit ihrem sozialen Umfeld und ihrem Freundeskreis etwas zufriedener als Männer (Abbildung 4). Im Vergleich zur Welser Gesundheitsbefragung 2008 gibt es keine signifikanten Veränderungen hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem sozialen Umfeld.

Abbildung 4: Zufriedenheit mit dem sozialen Umfeld und Freundeskreis nach Geschlecht

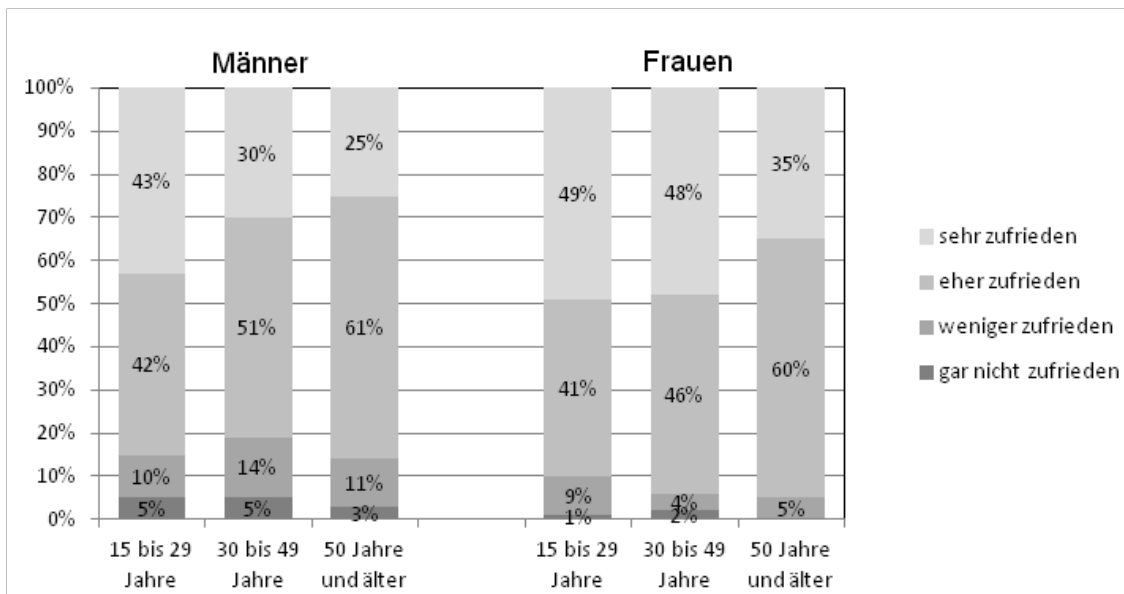


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.620; Cramer-V=0,165, p<0,001

Der Anteil jener, die mit ihrem sozialen Umfeld und ihrem Freundeskreis sehr zufrieden sind, wird sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit zunehmendem Alter geringer. Während bei den 15- bis 29-jährigen Männern 43 Prozent mit ihrem persönlichen Umfeld sehr zufrieden sind, beträgt dieser Anteil unter den (über) 50-Jährigen nur 25 Prozent. Bei den Frauen sinkt der Anteil der sehr Zufrie-

denen von 49 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 35 Prozent bei den (über) 50-Jährigen. Insgesamt betrachtet ist der Anteil der Personen, die mit ihrem sozialen Umfeld und ihrem Freundeskreis unzufrieden sind, bei Männern mittleren Alters zwischen 30 und 49 Jahren am größten (Abbildung 5).

Abbildung 5: Zufriedenheit mit dem sozialen Umfeld und Freundeskreis nach Alter und Geschlecht

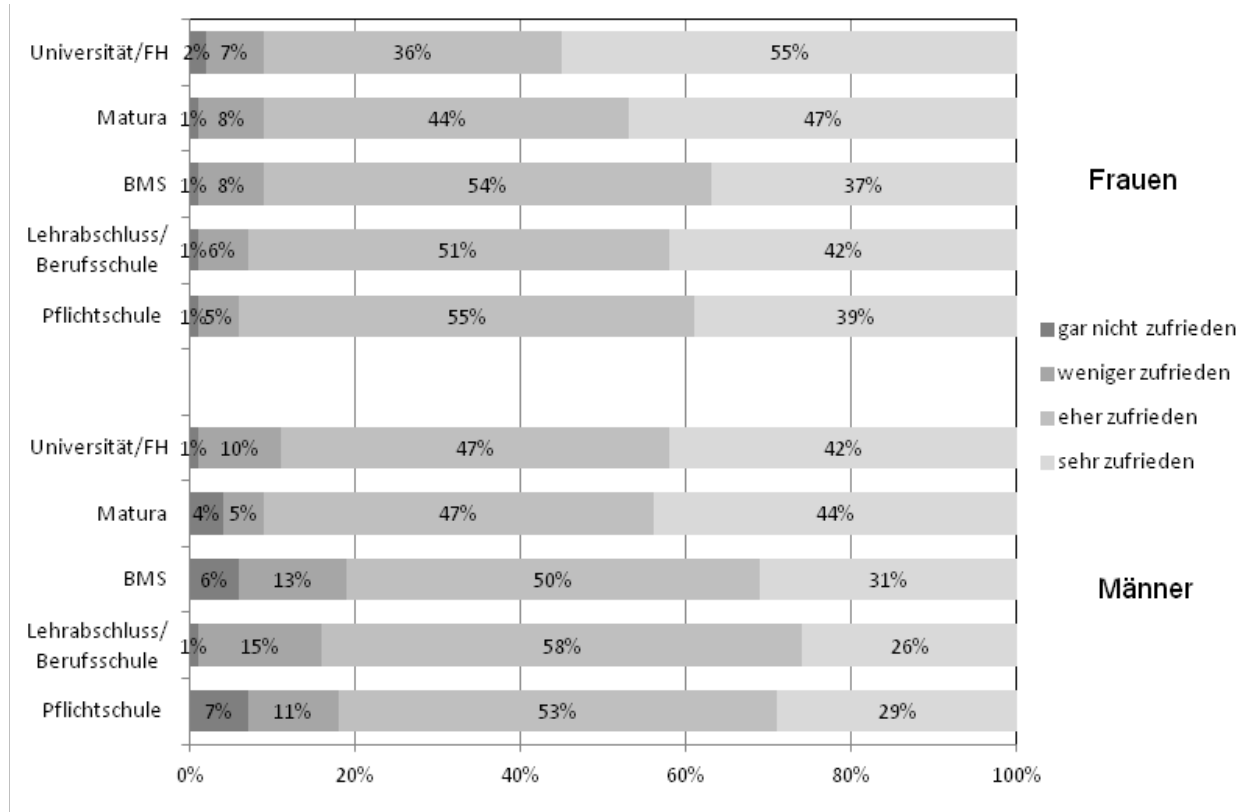


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.569; Männer: Cramer-V=0,128, p<0,001; Frauen: Cramer-V=0,130, p<0,001

Bei den Männern sind jene mit höherem Bildungsabschluss mit ihrem sozialen Umfeld und ihrem Freundeskreis etwas zufriedener als jene mit eher niedrigerer formaler

Bildung. Bei den Frauen zeigt sich eine ähnliche, wenn auch nicht statistisch signifikante, Tendenz (Abbildung 6).

Abbildung 6: Zufriedenheit mit dem sozialen Umfeld und Freundeskreis nach Geschlecht und Bildung



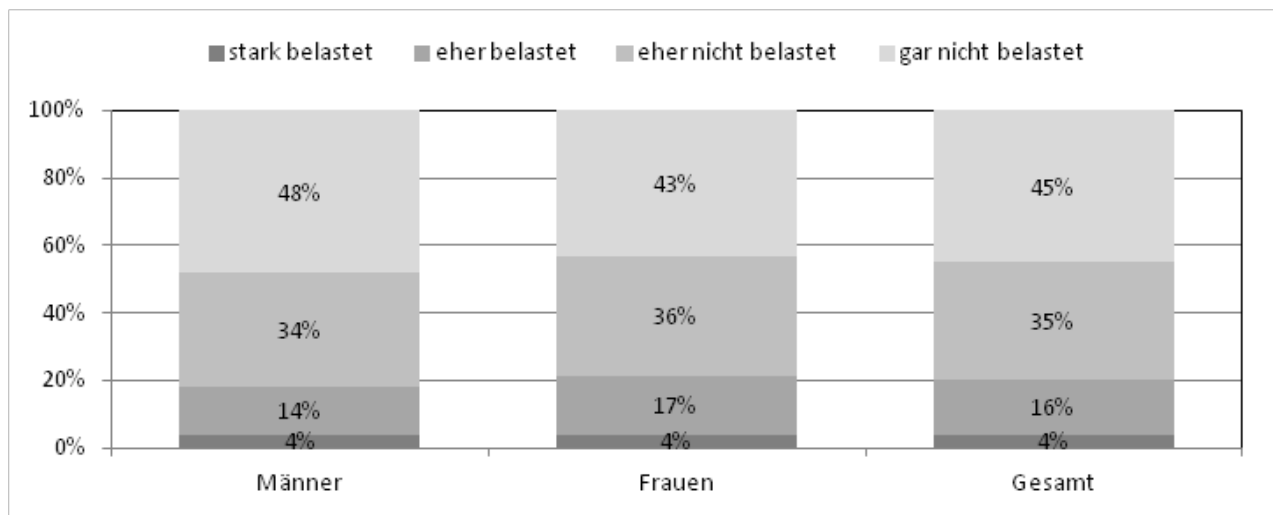
Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.587; Männer: Cramer-V=0,119, p<0,05; Frauen: Cramer-V=n.s.

5.4. Belastungen durch das soziale Umfeld

Durch Probleme im persönlichen sozialen Umfeld bestehend aus Familien-, Verwandten- oder Freundeskreis fühlen sich 4 Prozent der befragten WelslerInnen stark und weitere 16 Prozent eher belastet. Insgesamt 80 Prozent

verspüren kaum (35%) oder überhaupt keine (45%) Belastungen durch Probleme im persönlichen Umfeld. Zwischen Männern und Frauen gibt es hier keine signifikanten Unterschiede (Abbildung 7).

Abbildung 7: Belastungen durch Probleme im Familien-, Verwandten- bzw. Freundeskreis nach Geschlecht

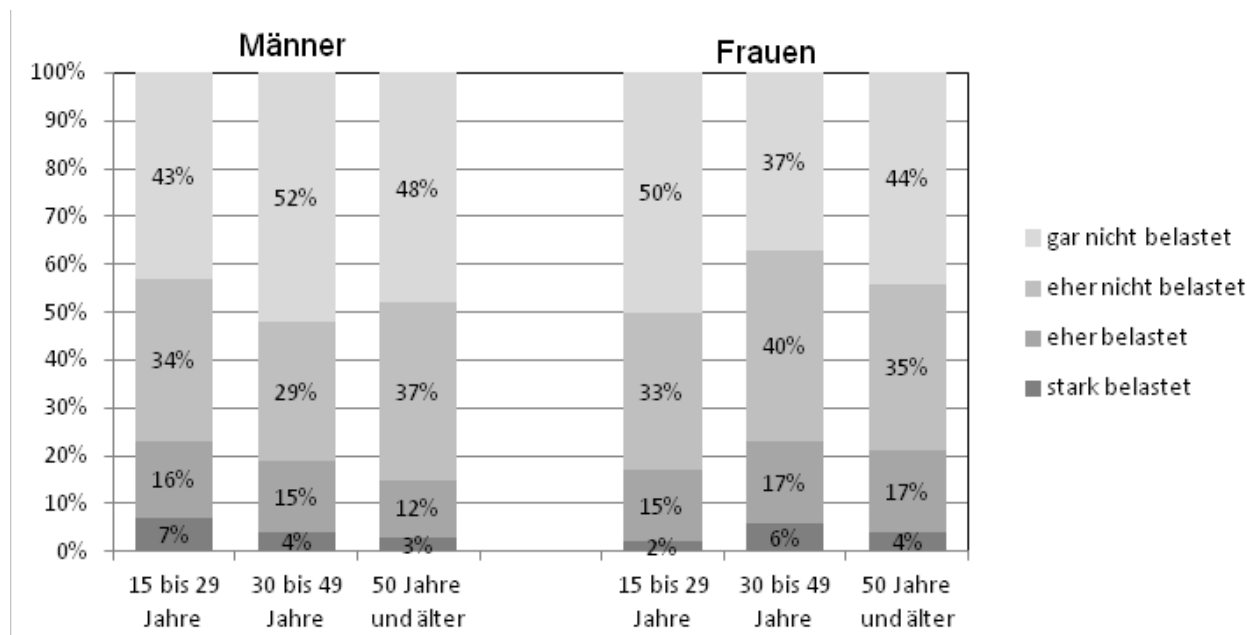


Quelle: Welscher Gesundheitsbefragung 2014, n=1.556; Cramer-V=n.s.

Weder bei den Männern noch bei den Frauen lassen sich statistisch signifikante Unterschiede bei dieser Belastungsform nach Altersgruppen feststellen. Tendenziell sind bei den Männern eher jüngere im Alter zwischen 15 und 29 Jahren in größerem Ausmaß durch Probleme im

Familien-, Freundes- oder Verwandtenkreis betroffen. Bei den Frauen scheint es leicht umgekehrte Tendenzen zu geben: Hier berichten Frauen ab 30 Jahren eher von solchen Belastungen als 15- bis 29-Jährige (Abbildung 8).

Abbildung 8: Belastungen durch Probleme im Familien-, Verwandten- bzw. Freundeskreis nach Geschlecht und Alter

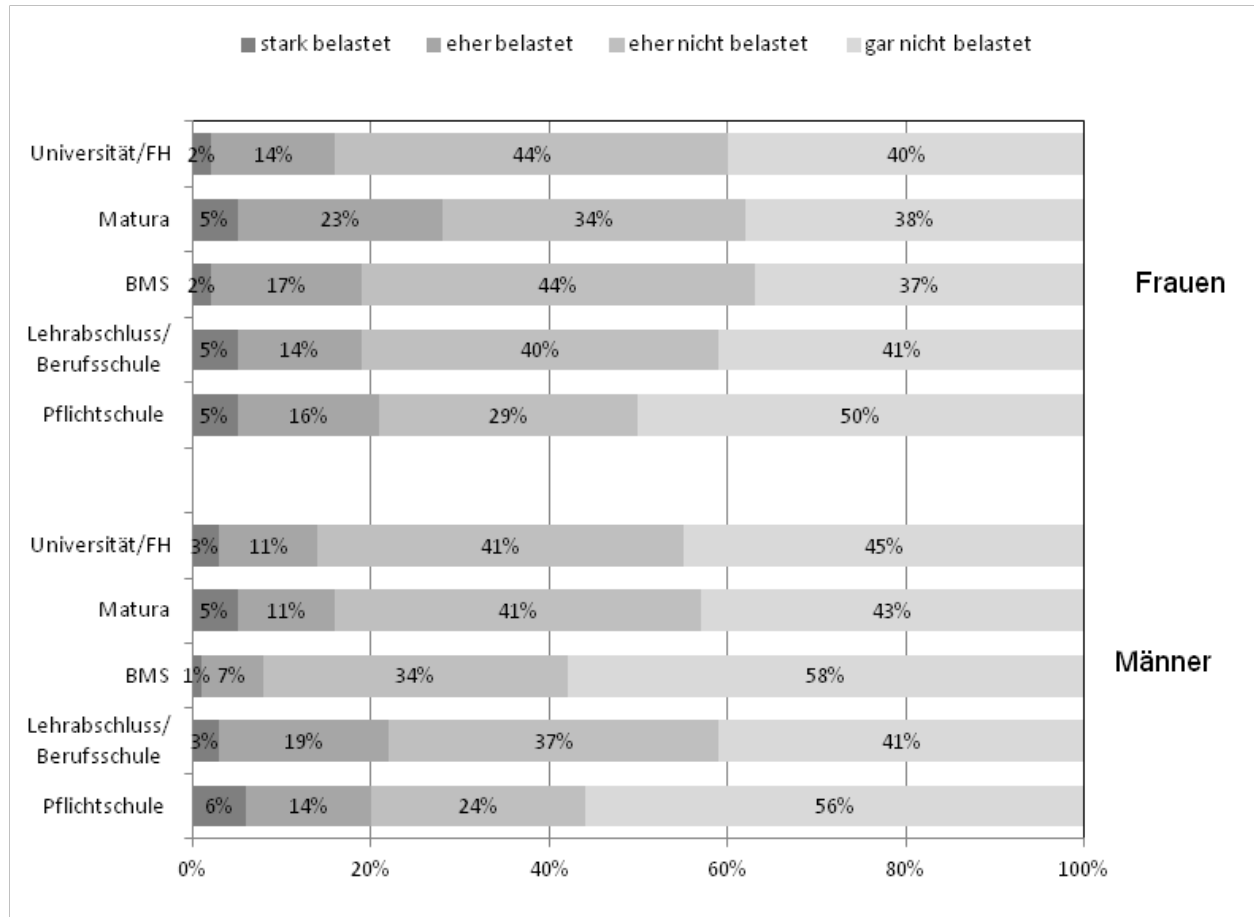


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.509; Männer: Cramer-V=n.s.; Frauen: Cramer-V=n.s.

Betrachtet man diese Belastungsform nach Bildungsgrad, so lassen sich bei den Frauen keine wesentlichen Unterschiede feststellen. Tendenziell berichten Frauen mit Maturaabschluss häufiger von Belastungen, die aus dem persönlichen Umfeld resultieren. Bei den Männern deuten die Befunde darauf hin, dass Befragte mit höch-

stens Pflichtschulabschluss (20% stark/eher belastet) oder Lehrabschluss (22% stark/eher belastet) eher solchen Belastungen ausgesetzt sind als Männer mit Matura (16% stark/eher belastet) oder Universitätsabschluss (14% stark/eher belastet) (Abbildung 9).

Abbildung 9: Belastungen durch Probleme im Familien-, Verwandten- bzw. Freundeskreis nach Geschlecht und Bildung



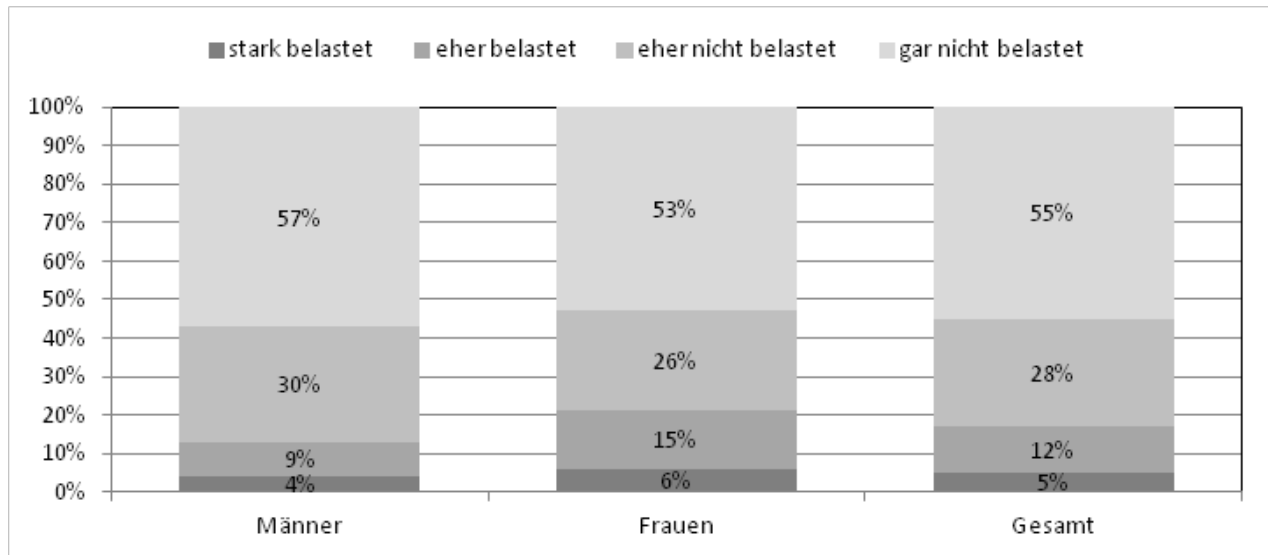
Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.525; Männer: Cramer-V=0,118, p<0,01; Frauen: Cramer-V=n.s.

5.5. Belastungen durch Betreuungsaufgaben

Insgesamt fühlen sich 17 Prozent der befragten Welser BürgerInnen durch Betreuungsaufgaben wie z.B. Kinderbetreuung oder der Pflege und Betreuung von Angehörigen

belastet (5 Prozent fühlen sich stark und 12 Prozent eher belastet). Frauen sind in größerem Ausmaß von Betreuungsaufgaben belastet (21%) als Männer (13%) (Abbildung 10).

Abbildung 10: Belastungen durch Betreuungsaufgaben nach Geschlecht

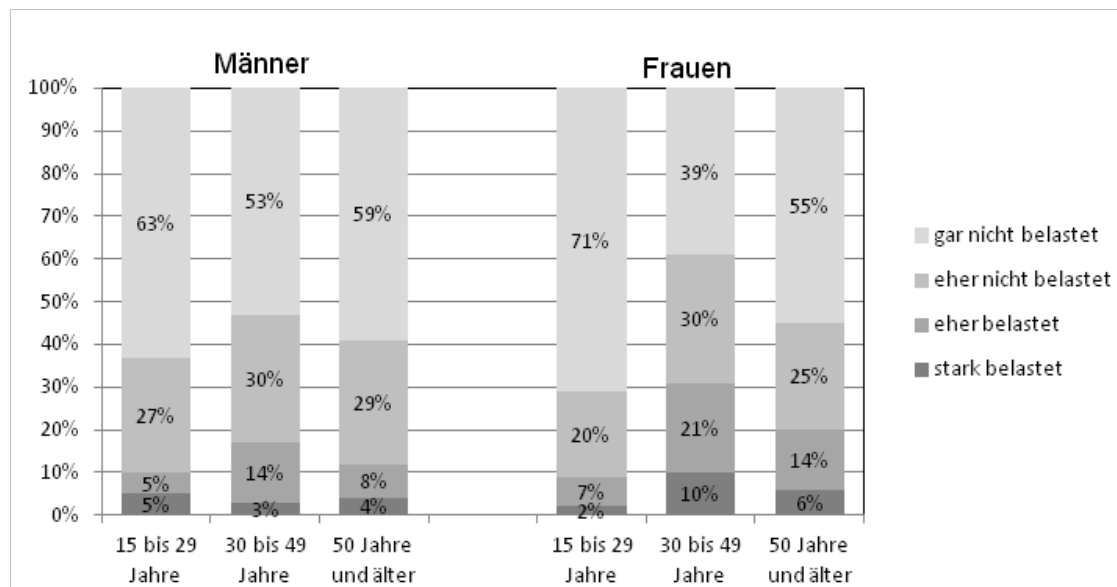


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.450; Cramer-V=0,106, p<0,01

Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen zeigen sich die jüngsten Befragten zwischen 15 und 29 Jahren in geringerem Ausmaß durch Betreuungsaufgaben belastet als ältere. Der größte Anteil an diesbezüglich belasteten Menschen findet sich bei beiden Geschlechtern in der Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen: 17 Prozent der

Männer in diesem Alter berichten von Belastungen durch Betreuungsaufgaben. Deutlich größer ist dieser Anteil bei den Frauen im gleichen Alter: Hier sind insgesamt 31 Prozent stark (10%) oder eher (21%) durch Betreuungsaufgaben wie z.B. Kinderbetreuung oder der Pflege und Betreuung von Angehörigen belastet.

Abbildung 11: Belastungen durch Betreuungsaufgaben nach Geschlecht und Alter



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.410; Männer: Cramer-V=0,101, p<0,05; Frauen: Cramer-V=0,175, p<0,001

5.6. Aktivitäten zur Förderung des sozialen Lebens in der Stadt Wels

Folgend wird auf die Aktivitäten des sozialen Lebens in der Stadt Wels eingegangen. Der Fokus liegt auf Vereinen, Projekten und Aktivitäten der Stadt, die zur Integration in soziale und kommunale Netzwerke beitragen.

Leitlinien der Stadt Wels zum Thema Integration

Im Integrationsleitbild der Stadt Wels werden folgende Leitlinien zum Thema Integration festgehalten (Beschluss des Gemeinderates vom 17.12.2007)⁷:

- „Wir verstehen Integration als eine gesamtgesellschaftliche, querschnittsorientierte und ressortübergreifende Aufgabe. Es ist dabei unerlässlich alle relevanten Akteure und Institutionen aus den verschiedenen Teilbereichen, und auch möglichst viele Interessensgruppen einzubinden. Integrationspolitik setzt präventiv, wirkungsbezogen sowie fördernd und fordernd an.
- Wir verstehen unter Integration einen Prozess, der die Bereitschaft, den Willen und das Engagement aller, insbesondere der Personen mit Migrationshintergrund, verlangt, damit alle Teil der Gesellschaft sein können.
- Wir bemühen uns ein Klima von gleichen Rechten und Pflichten, Chancengleichheit, Partizipation und nicht zuletzt Toleranz, Akzeptanz und beiderseitiges Verstehen zu schaffen.
- Wir wollen Grundlagen schaffen, die einen gleichberechtigten Zugang zu Bildung, Wohnen, Arbeit, Sozialleistungen und politischer Teilhabe ermöglichen.
- Wir verstehen Integration und Diversität als Chance.“

Vereine in der Stadt Wels

In der Stadt Wels gibt es eine Vielzahl von Vereinen mit unterschiedlichen Themenschwerpunkten, die soziale Integration ermöglichen. Nachfolgend werden die Aktivitäten der Kulturvereine sowie die Schwerpunkte der Sportvereine aufgelistet.

Kulturvereine⁸

In der Stadt Wels gibt es über 100 Kulturvereine. Die Schwerpunkte der Vereine sind beispielsweise:

• Bildung	• Geschichte	• Religion
• Brauchtum	• Herkunft	• Sprachen
• Briefmarken	• Kunst	• Tanz
• Bücher	• Münzen	• Theater
• Familie	• Musik	• Wohltätigkeit

Sportvereine⁹

Das sportliche Angebot der Vereine in der Stadt Wels ist vielfältig. Über 100 Vereine bieten u.a. folgende Sportarten an:

• Aikido	• Handball	• Reiten
• Badminton	• Hockey	• Rollstuhlsport
• Baseball	• Hundesport	• Rudern
• Basketball	• Judo	• Rugby
• Billard	• Karate	• Schach
• Bouncen	• Kegeln	• Schwimmen
• Boxen	• Kickboxen	• Segeln
• Eishockey	• Klettern	• Skifahren
• Faustball	• Kraftsport	• Squash
• Fechten	• Leichtathletik	• Surfen
• Floorball	• Motorsport	• Tanzsport
• Fußball	• Poolbillard	• Tauchen
• Gewichtheben	• Radfahren	• Tennis
• Golf	• Rafting	• Wandern

Märkte in der Stadt Wels¹⁰

Folgend werden die Märkte der Stadt Wels, die ebenso soziale Treffpunkte sind, aufgelistet:

- Wochenmarkt am Zentralmarktgelände
- Wochenmarkt am Vogelweiderplatz
- Stadtmarkt am Kaiser-Josef-Platz
- Bauernmarkt am Welser Messegelände
- Hobbymarkt
- Flohmarkt

Freiwilliges Engagement in der Stadt Wels

Das Freiwilligenzentrum Wels (FZW)¹¹ ist ein unabhängiger gemeinnütziger Verein - eine regionale Plattform für freiwilliges Engagement im Sozialbereich Wels-Stadt und Wels-Land. Das FZW möchte Personen aller Altersgruppen zum regelmäßigen freiwilligen Engagement motivieren sowie die Rahmenbedingungen für Freiwilligenarbeit verbessern. Das Freiwilligenzentrum versucht das Potential älterer Menschen zu nutzen und bei ausgewogenem Geschlechterverhältnis benachteiligte Gruppen einzubinden. Freiwilligentätigkeit in Wels betrifft u.a. folgende Bereiche:

- SeniorInnenCafé, MusiCafe, TanzCafe, Spielenachmittag, Besuchsdienste, Ausflugsbegleitung in den Alten- und Pflegeheimen

⁷ Magistrat der Stadt Wels, 2007

⁸ Magistrat der Stadt Wels, 2016a

⁹ Magistrat der Stadt Wels, 2016b

¹⁰ Magistrat der Stadt Wels, 2016c

¹¹ Freiwilligenzentrum Wels, 2009

- Gartenprojekte, LesepatInnen, SprachCafé mit und für AsylwerberInnen
- Freizeitgestaltung (z.B. Bastel-, Metall- und Holzarbeiten; sportliche Betätigung; gemeinsames Kochen) mit (unbegleiteten minderjährigen) Flüchtlingen; Unterstützung bei Amtswegen, Wohnungs- und Arbeitssuche
- RedeRAUM: Zuhörer und GesprächspartnerInnen für Menschen, die kein Gegenüber haben um sich mitzuteilen
- PatInnen für Kinder- und Jugendliche in schwierigen Lebenssituationen
- freiwillige HelferInnen für sozial benachteiligte Menschen
- Frauen im Dialog - eine Frühstücksreihe rund um div. Themen wie Schulalltag, Vorträge rund um die Frauengesundheit
- Monat für Respekt und Toleranz
- Nachbarschaftsgarten in der Otto-Loewi-Siedlung
- aktuelle Veranstaltungen zum Jahreskreis oder zu Veranstaltungen (z.B. Osterbasteln, Halloweenbasteln, Panini-Sticker Tauschbörse, Zeugnisfest. etc.)
- pädagogische Kinder- und Mädchengruppe zur sinnvollen, gemeinsamen Freizeitgestaltung, auch zu den Themen Umwelt und Nachhaltigkeit

Weitere Angebote

Weitere Angebote der Stadt Wels zur Förderung des Miteinanders:

- Mamma Mia (beendet)
- Pilotprojekt zur Müllvermeidung/Mülltrennung im Haus Traunaustraße 2¹³ (abgeschlossen)

Projekte und Aktivitäten der Stadt Wels

Büro für Frauen, Gleichbehandlung und Integration¹²

In der Stadt Wels gibt es das Büro für Frauen, Gleichbehandlung und Integration. Dieses Büro steht allen Welsrinnen und Welsern für Fragen zu den Themen Integration, Migration, Frauen und Gleichbehandlung zur Verfügung. Es entwickelt und plant integrative und frauenspezifische Maßnahmen, fördert Chancengleichheit und Gleichbehandlung in Abstimmung mit den politischen EntscheidungsträgerInnen und setzt diese Maßnahmen, gemeinsam mit Partnerinnen und Partnern, um. Außerdem koordiniert und initiiert das Büro für Frauen, Gleichbehandlung und Integration Projekte rund um diese Themen. Vernetzung und Kooperation mit anderen Institutionen, Organisationen, Vereinen und Behörden in diesen Bereichen ist dem Büro wichtig. Es wird eng mit den MigrantInnenvereinen und sonstigen Vereinen zusammen gearbeitet und das Büro für Frauen, Gleichbehandlung und Integration fungiert als Ansprechpartnerinnen für vielfältige Fragen. Migrations- und Integrationsfragen, Frauen- und Gleichbehandlungsfragen sind zentrale Zukunftsthemen, die das Büro für Frauen, Gleichbehandlung und Integration zum Thema bei Verantwortlichen aus Politik, Verwaltung, Vereinen und sonstigen Institutionen macht.

Im Rahmen dieser Aufgaben bietet das Büro für Frauen, Gleichbehandlung und Integration in unterschiedlichen Bereichen Ergänzungen zum bereits bestehenden Angebot an wie beispielsweise:

- Lernbegleitung an drei Nachmittagen im unmittelbaren Wohnumfeld (Noitzmühle und Gartenstadt)
- Sprachwerkstatt zum niederschweligen und gemeinsamen Lernen in Kleinstgruppen
- Schulstartwochen (die letzten beiden Wochen der Sommerferien) für einen sanften Einstieg in das neue Schuljahr
- Wortschatzerweiterung für Kinder im Budokan - Judo und Deutsch

Bürgerbeteiligung

Folgend wird die Bürgerbeteiligung der Stadt Wels als Merkmal sozialer Teilhabe an der Stadtentwicklung betrachtet.

Im „Örtlichen Entwicklungskonzept“ sind Entwicklungsziele für Bauland, Grünland und Verkehr für die gesamte Stadt enthalten. Beim Örtlichen Entwicklungskonzept 2015 sind Ergebnisse der letzten Jahre berücksichtigt, die mit Bürgerbeteiligung entstanden sind. Dies betrifft zum Beispiel den Masterplan Attraktivierung Messeareal, das Stadtteilentwicklungskonzept Noitzmühle sowie die Innenstadtagenda 21.¹⁴ Exemplarisch wird die Bürgerbeteiligung anhand der Innenstadtagenda 21 dargestellt: Die „Anamnese“ erfolgte mittels Innenstadtbegehungen sowie qualitative Interviews und Gespräche. „Potentialfelder“ wurden mittels Innenstadtdialogen zu den Themen „Wirtschaft, Energie, Stadtplanung“ sowie „Kultur, Soziales, Bildung, Lebensqualität“ entwickelt. Darauf folgend wurde die Innenstadt-Bevölkerung zu einer Zukunftswerkstatt eingeladen. Die anschließende Umsetzung von Impulsen und Initiativen wird von der Zivilgesellschaft mitgestaltet.¹⁵

Außerdem werden die BürgerInnen derzeit in den Prozess der Magistratsreform einbezogen. Die BürgerInnen können ihre Ideen für eine bürgerfreundlichere und effizientere Stadtverwaltung abgeben. Diese werden daraufhin auf ihre Umsetzbarkeit und Effizienz überprüft.¹⁶

¹² Auskunft von Frau Claudia Glössl, Leiterin Büro für Frauen, Gleichbehandlung und Integration; Stand: Juli 2016

¹³ Magistrat der Stadt Wels, 2016d

¹⁴ Magistrat der Stadt Wels, 2015

¹⁵ Partizipation & nachhaltige Entwicklung in Europa, 2012, S. 3

¹⁶ Auskunft von Mag.a Julia Reiter, Gesundheitsbeauftragte der Stadt Wels

Fakten

- Soziale Netzwerke beeinflussen die Gesundheit des Einzelnen. Gut funktionierende soziale Netzwerke haben präventive und gesundheitserhaltende Funktionen und unterstützen bei der Bewältigung von Krankheiten. Betreuungsaufgaben sowie Probleme im Familien-, Verwandten- bzw. Freundeskreis können hingegen eine Belastung darstellen.
- Der Großteil der Welser Bevölkerung ist mit den familiären Beziehungen sehr zufrieden (60%) oder zufrieden (32%).
- Insgesamt 89 Prozent der Welser BürgerInnen sind mit ihrem sozialen Umfeld und dem Freundeskreis sehr (36%) oder eher zufrieden (53%). Frauen sind mit dem sozialen Umfeld und Freundeskreis etwas zufriedener als Männer.
- Durch Probleme im persönlichen sozialen Umfeld bestehend aus Familien-, Verwandten- oder Freundeskreis fühlen sich 4 Prozent der Befragten stark und weitere 16 Prozent eher belastet.
- Insgesamt fühlen sich 17 Prozent der befragten Welser BürgerInnen durch Betreuungsaufgaben wie z.B. Kinderbetreuung oder der Pflege und Betreuung von Angehörigen belastet.
- Die Stadt Wels hat Leitlinien zum Thema Integration festgelegt. Vereine, Märkte, Projekte und Aktivitäten zum Thema Integration sowie Bürgerbeteiligung tragen zum sozialen Zusammenhalt in der Stadt Wels bei.

6. LEBENS- UND ARBEITSBEDINGUNGEN

6.1. Kindergarten und Schule

Die gesundheitsförderliche Gestaltung von Kindergärten und Schulen spielt im Sinne der Kinder- und Jugendgesundheit eine wesentliche Rolle. Familien und Kinderbetreuungseinrichtungen sind weitere wichtige Lebenswelten für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen.¹

In diesem Kapitel werden die Einflussfaktoren der Kinder- und Jugendgesundheit sowie deren Beeinflussung mittels Gesundheitsförderung in den Lebenswelten der jungen Menschen beschrieben. Anschließend wird auf die aktuelle Situation von Kindergarten und Schule im Kontext der Gesundheit näher eingegangen. Darauf folgend werden gesundheitsförderliche Aktivitäten von Kindergärten und Schulen der Stadt Wels exemplarisch angeführt.

6.1.1. Einflussfaktoren der Gesundheit

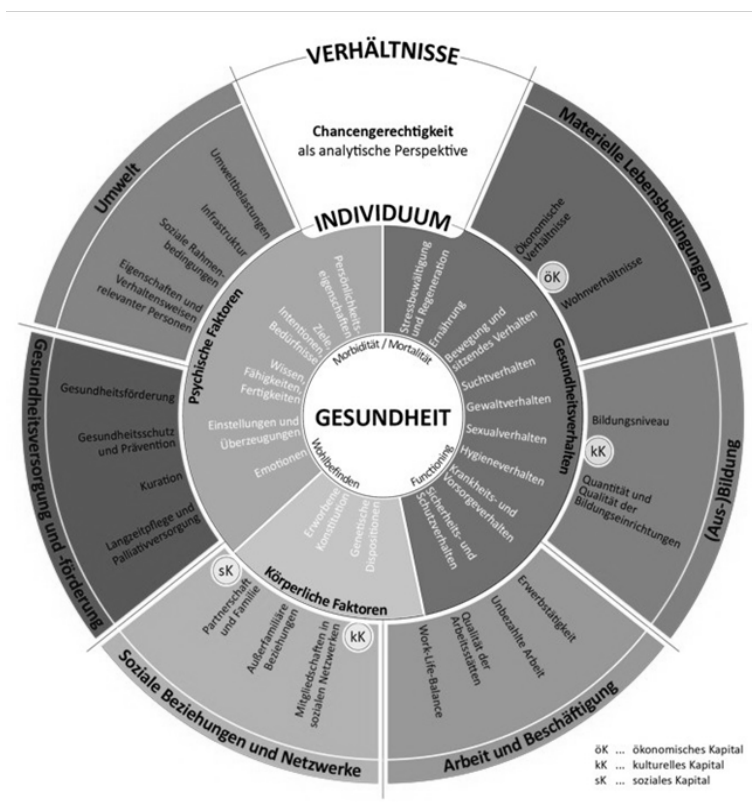
Individuelle und verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten beeinflussen die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen (siehe Abbildung 1, Public Health Monitoring

Framework der GÖG). Zu den individuellen Einflussfaktoren zählen körperliche und psychische Faktoren sowie das Gesundheitsverhalten. Die verhältnisorientierten Determinanten umfassen folgende Faktoren²:

- Materielle Lebensbedingungen (ökonomische Verhältnisse, Wohnverhältnisse)
- (Aus-)Bildung (z.B. Bildungsniveau der Eltern, Kinder und Jugendlichen; Quantität und Qualität der Bildungseinrichtungen)
- Arbeit und Beschäftigung (z.B. Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit)
- Soziale Beziehungen und Netzwerke (z.B. familiäre und außerfamiliäre Beziehungen)
- Gesundheitsversorgung und -förderung (z.B. Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration)
- Umwelt (z.B. Umweltbelastungen, soziale Rahmenbedingungen)

Die verhältnisbezogenen Einflussfaktoren stehen untereinander in Wechselwirkung. Nicht nur die Verhältnisse der Kinder und Jugendlichen, sondern auch jene der Erziehungsberechtigten beeinflussen die Gesundheit der jungen Generation.³

Abbildung 1: Determinanten der Kindergesundheit



Quelle: Griebler, Robert; Winkler, Petra; Bengough, Theresa (2016): Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht. Ergebnisbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

¹ Griebler, Winkler & Bengough, 2016, S. 145-146

² Griebler, Winkler & Bengough, 2016, S. 2-4

³ Griebler, Winkler & Bengough, 2016, S. 3

6.1.2. Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen in Settings

Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen hat zum Ziel, ihnen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit zu ermöglichen und sie zur Stärkung der Gesundheit zu befähigen.⁴ Gesundheitsförderung setzt bei den Determinanten der Gesundheit an und zielt darauf ab gesundheitsrelevante Ressourcen zur Stärkung der Gesundheit zu erhalten bzw. zu entwickeln.⁵

Der Settingansatz hat dabei eine besondere Bedeutung. Der Begriff „Setting“ beschreibt in diesem Zusammenhang die alltägliche Umwelt der Kinder und Jugendlichen: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt bei allen Politikbereichen und hat umfassendes Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen zum Ziel.⁶

Der Settingansatz ist mit einem langfristigen Prozess verbunden, der oft durch Projekte umgesetzt wird. Die Projekte sind darauf ausgerichtet, mittels systemisch angelegter Interventionen gesunde Arbeits- und Lebensbedingungen zu schaffen. Weiters soll eine lebensweltspezifische Gesundheitspolitik entwickelt werden. Zudem soll die Gesundheit in bestehende Verfahren wie Qualitätsmanagement, Auditierung oder Evaluierung integriert werden. Es ist zu beachten, dass Settings nicht für sich alleine stehen, sondern Teil eines größeren Systems sind.⁷ Die Vernetzung einzelner Settings ist eine zentrale Bedingung für das Gelingen der Gesamtstrategie.⁸

Setting Kindergarten

Ziel der Gesundheitsförderung im Setting Kindergarten ist eine gesundheitsförderliche Gestaltung des Kindergartens zusammen mit allen Beteiligten. Weiters sollen persönliche Kompetenzen und Leistungspotentiale hinsichtlich eines gesundheitsbewussten und eigenverantwortlichen Handelns gefördert werden. Zudem zielt Gesundheitsförderung im Kindergarten darauf ab, die Kommunikation und Kooperation zwischen KindergartenpädagogInnen, Kindern und Eltern zu fördern.⁹

Bei der Umsetzung eines gesunden Kindergartens spielt das Engagement der Erziehungsberechtigten eine Schlüsselrolle. Rechtliche Grundlagen, Finanzierung der Maßnahmen, räumliche/bauliche Gegebenheiten, Gruppengröße, Gruppenszusammensetzung, Arbeitsbedingungen, das Umfeld des Kindergartens sowie die Lebens- und Arbeitssituationen der Familien sind Einflussfaktoren. Soziale und kulturelle Hintergründe sowie Geschlechterdifferenzen sollten berücksichtigt werden.¹⁰

Setting Schule

Gesundheitsförderliche Schulen zeichnen sich lt. WHO durch folgende Merkmale aus: Schriftlich festgelegte Richtlinien und Regelungen legen die Zielsetzungen von Gesundheitsförderung sowie gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen fest. Gesundheitsförderliche Lerninhalte werden geplant und entsprechende Ressourcen sind bereitgestellt. Lehr- und Lernmethoden unterstützen die Entwicklung gesundheitsfördernder Kompetenzen. Eine gesundheitsförderliche Schulkultur zeigt sich durch die sozialen Beziehungen und die Schulorganisation. Schulgebäude und Ausstattung sind gesundheitsfördernd. Die Schule kooperiert mit Familien, Organisationen, Vereinen, Freizeiteinrichtungen und weiteren wichtigen Stakeholdern. Schulgesundheits- und -förderungsangebote wie Schulsozialarbeit oder schulärztlicher Dienst werden zur Verfügung gestellt.¹¹

6.1.3. Kindergarten und Gesundheit

Folgend werden Aufgaben des Kindergartens gemäß dem Oberösterreichischen Kinderbetreuungsgesetz (2. Abschnitt Organisation, § 4 Aufgaben) auszugsweise beschrieben: Die Stärkung der Selbstkompetenz der Kinder und die Förderung der Sozial- und Sachkompetenz sind Aufgaben des Kindergartens. Dabei ist auf altersgemäße Lernformen zu achten und die Sozialisation der Kinder in der Gruppe sicherzustellen. Im Kindergarten ist auf die körperliche Pflege und Gesundheit der Kinder zu achten und die motorische Entwicklung zu unterstützen. Präventive Maßnahmen zur Verhütung von Fehlentwicklungen sind zu setzen.¹²

Ein wesentlicher Teil der kindlichen Sozialisation findet im Kindergarten statt. In dieser zentralen Entwicklungsphase werden wichtige Grundsteine für die zukünftige Gesundheit der Kinder gelegt. Zugang zu allen Kindern und deren Familien, unabhängig von der Lebenssituation der Eltern, ist im Kindergarten möglich. Die pädagogischen Ziele bieten gute Anknüpfungspunkte für verhaltens- und verhältnisorientierte Gesundheitsförderungsaktivitäten. Die PädagogInnen können zusammen mit Eltern und Gesundheitsförderern die gesundheitsförderliche Entwicklung von Kindern unterstützen und nachhaltig fördern. Zusätzlich können Synergien auf Gemeindeebene (z.B. Kooperation mit regionalen Vereinen und Freizeiteinrichtungen) eingegangen werden.¹³

Eine Gesundheitsfolgenabschätzung zum verpflichtenden Kindergartenjahr wurde 2011 von der Gesundheit Österreich GmbH durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen auf, dass ein verpflichtendes Kindergartenjahr (verglichen mit keinem verpflichtenden Kindergartenjahr) meist langfristig wirksame positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder hat. Die Bildungspotenziale der Kinder (soziale, kognitive, motorische, sprachliche sowie emotionale Kompetenzen) werden gefördert und gesundheitliche Ungleichheit reduziert.¹⁴

⁴ WHO, 1986

⁵ Griebler, Winkler & Bengough, 2016, S. 145

⁶ WHO, 1986

⁷ Naidoo & Wills, 2003, S. 260

⁸ Bürgisser, 2008, S. 72

⁹ Griebler, Winkler & Bengough, 2016, S. 148

¹⁰ Redaktion Gesundheitsportal, 2014

¹¹ Griebler, Winkler & Bengough, 2016, S. 149-150

¹² Bundeskanzleramt der Republik Österreich, 2016a

¹³ Griebler, Winkler & Bengough, 2016, S. 147-149

¹⁴ Haas et al., 2012

Gesunder Kindergarten

In Oberösterreich wird Gesundheitsförderung in Kindergärten durch das Netzwerk „Gesunder Kindergarten“ des Landes OÖ (Direktion Soziales und Gesundheit in Kooperation mit der Direktion Bildung und Gesellschaft) vorangetrieben. Kindergärten erhalten für eine zweijährige, qualitätsorientierte, ganzheitliche und ressourcenorientierte Gesundheitsarbeit die Auszeichnung „Gesunder Kindergarten“.

Die Basiskriterien der Auszeichnung sind Grundvoraussetzungen, die in einem Kindergarten/einer Kindergarten-Gruppe für die Herstellung eines gesundheitsförderlichen Umfeldes als wesentlich erachtet werden. Ziel der Basiskriterien ist die Schaffung eines Kindergartenalltags mit speziellen gesundheitsfördernden Bedingungen.

Die Basiskriterien umfassen folgende Bereiche:¹⁵

- Ernährung
 - * Strukturelle Bedingungen
 - * Essalltag/-routine
 - * Gesunde Jause
 - * Mittagsverpflegung
- Bewegung
 - * Strukturelle Bedingungen
 - * Bewegungsalltag/-routine
- Erziehungs- und Bildungspartnerschaft
- Fortbildung
- Planung und Dokumentation
- Kooperation mit dem Netzwerk „Gesunde Gemeinde“

Gesunde Küche

Die Abteilung Gesundheit des Landes OÖ betreut das Projekt „Gesunde Küche“ im Rahmen der Dachmarke „Gesundes Oberösterreich“. Zielgruppen sind Kindergarten- und Schulküchen, Küchen in Alten- und Pflegeheimen sowie Betriebsrestaurants und Kantinen. Das Projekt hat zum Ziel, gesundes Essverhalten in der Außer-Haus-Verpflegung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene zu ermöglichen bzw. zu steigern.¹⁶

Je nach Art des Verpflegungsbetriebes gibt es unterschiedliche Kriterien zur Auszeichnung. Folgende Verpflegungsmöglichkeiten werden berücksichtigt:¹⁷

- Gemeinschaftsverpflegung: z.B. Schul- und Kindergartenküchen, Altenheime, Krankenhäuser
- Gastronomie: z.B. Gasthäuser, Restaurants
- Spezielle Zusatzangebote wie z.B. Essen auf Rädern, Verpflegung von Kindergarten oder Schule

Folgende Kriterien werden bewertet:¹⁸

- Vollverpflegung
- Teilverpflegung
- Häufigkeit der Verpflegungstage
- Häufigkeit für die einzelnen Speisenkomponenten
- Anzahl der angebotenen Menüs pro Mahlzeit
- Speiseplan- und Produktkomponenten

- Anbringung der Auszeichnungsurkunde und des Logos
- Regelmäßige Fortbildung

Spezifische Situation in der Stadt Wels

In der Stadt Wels gibt es lt. Kindertagesheimstatistik 22 Kindergärten mit 1.724 Kindern (2015/2016).¹⁹

Gesunder Kindergarten

Derzeit sind 9 Kindergärten der Stadt Wels im Netzwerk „Gesunder Kindergarten“ vertreten, davon sind 5 Kindergärten mit dem Gütesiegel „Gesunder Kindergarten“ ausgezeichnet.²⁰

Gesunde Küche

In der Stadt Wels werden alle städtischen Kindergärten/Horte und auch größtenteils Krabbelstuben (z.B. Kinderfreunde Wels) von der Zentralküche „Wimpassing“ beliefert, die mit dem Zertifikat „Gesunde Küche für Betriebe mit Gemeinschaftsverpflegung“ ausgezeichnet ist.²¹ Die Küche des Kindergartens Stadtpfarre Wels führt ebenfalls das Gütesiegel „Gesunde Küche“ (Wiederverleihung). Außerdem ist die Küche Klinikum Wels-Grieskirchen mit dem Gütesiegel „Gesunde Küche“ ausgezeichnet und beliefert einen Großteil der privaten Kindergärten und Horte.²²

Gesundheitsförderliche Maßnahmen in Welser Kindergärten

Mag. Julia Reiter (Gesundheitsbeauftragte der Stadt Wels) führte von Dezember 2012 bis April 2013 Interviews mit Kindergartenleiterinnen von 22 Welser Kindergärten. Gesundheitsförderliche Maßnahmen, die von den Befragten der Welser Kindergärten genannt wurden, werden exemplarisch aufgelistet:

Ernährung:

- Wassertankstellen, Gartenbeet, Obst-/Gemüseboxe
- Wasser trinken, Tischkultur
- Gesunde Jause
- Auszeichnung „Gesunde Küche“
- Frühstück

Bewegung:

- Bewegungsmöglichkeit im Turnsaal, Garten, Hof, Wald, Spielplatz etc.
- Turnstunden
- Waldtag
- Motopädagogik
- externe Angebote wie z.B. Kinder gesund bewegen (Fit für Österreich)

Zahngesundheit:

- PGA-ZahngesundheitserzieherInnen
- PatenzahnärztInnen
- Zahnuntersuchung bei Reihenuntersuchung
- Mund ausspülen im Kindergarten
- Wasser trinken, Gesunde Ernährung

¹⁵ Amt der Oö. Landesregierung, o.J.

¹⁶ Land OÖ, 2016b

¹⁷ Amt der Oö. Landesregierung, 2016a

¹⁸ Amt der Oö. Landesregierung, 2016a

¹⁹ Amt der Oö. Landesregierung, 2016b

²⁰ Land OÖ, 2016a

²¹ Stadt Wels, 2016

²² Auskunft von Frau Mag. Julia Reiter (Gesundheitsbeauftragte der Stadt Wels)

Soziales/Seelische Gesundheit:

- Spielzeugfreier Kindergarten
- Spielrunde im Altenheim bzw. Besuch aus dem Altenheim
- Raum der Sinne für Integrationskinder
- Projektwoche „Ich bin ich“ - seelische Gesundheit, Wir-Bewusstsein
- Atelier: Kinder malen - Kunst, Kultur, Wohlfühlen

Suchtprävention:

- Nein sagen lernen mit der Stopp-Hand
- Entwicklungsgespräche mit Eltern
- Kindern Grenzen setzen
- Projekt Fernsehen: Informationen, Elternabend, Fragebogenerhebung

Weitere Angebote:

- Augeninstitut
- LogopädagogIn
- SonderkindergärtnerIn
- Lebens- und SozialberaterIn (Erziehungsfragen)
- Ärztliche Reihenuntersuchung, Check-Up 1x/Jahr, Infos an Eltern

MitarbeiterInnengesundheit:

- Begleitung eines/r PhysiotherapeutIn (Heben und Tragen)
- Supervision und Fallarbeit
- Finanzielle Unterstützung bei Sportvereinen, Kursen
- Aktion des Betriebsrats - mit dem Rad zur Arbeit; Dienstfahrrad
- Coach für Führungskraft

6.1.4. Schule und Gesundheit

Gemäß Schulorganisationsgesetz (§ 2. Aufgabe der österreichischen Schule) sollen die SchülerInnen mit dem für das Leben und zukünftigen Beruf erforderlichen Wissen und Können ausgestattet und zum selbsttätigen Bildungserwerb erzogen werden. Die österreichische Schule hat unter anderem die Aufgabe, junge Menschen zu gesunden und gesundheitsbewussten, arbeitstüchtigen, pflichttreuen und verantwortungsbewussten BürgerInnen heranzubilden. Sie sollen auch zu selbständigem Urteil, sozialem Verständnis und sportlich aktiver Lebensweise geführt werden.²³

Die Schule ist ein zentrales Setting für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.²⁴ Die Lebenswelt Schule kann sich sowohl positiv als auch negativ auf die Gesundheit der SchülerInnen und PädagogInnen auswirken. Der ständige Leistungsdruck sowie Haltungsschäden durch ständiges Sitzen werden an dieser Stelle exemplarisch für die negativen Auswirkungen erwähnt.²⁵

Organisationale Merkmale (Ausstattung, Richtlinien etc.) sowie unterrichtsbezogene Faktoren (Qualität der sozialen Beziehungen, Art und Form der Klassenführung, Wahl der Unterrichtsmethoden) haben eine bedeutende Rolle.

²³ Bundeskanzleramt der Republik Österreich, 2016b

²⁴ Griebler, Winkler & Bengough, 2016, S. 149

²⁵ Bürgisser, 2008, S. 64

Die Schule bietet einen umfassenden und langfristigen Zugang zu Kindern und Jugendlichen.²⁶ Die Schaffung gesunder Lern- und Arbeitsbedingungen hat einen wesentlichen Einfluss auf den Lernerfolg von SchülerInnen.²⁷

Gütesiegel „Gesunde Schule OÖ“

Das Gütesiegel „Gesunde Schule OÖ“ ist eine Initiative von Land OÖ, Landesschulrat für Oberösterreich, Institut für Gesundheitsplanung sowie Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. Das Gütesiegel zeichnet Schulen aus, die Schulische Gesundheitsförderung bereits in den Regelbetrieb übernommen haben und eine nachhaltige Gesundheitsförderung zum Ziel haben.²⁸

Voraussetzung für die Erlangung des Gütesiegels „Gesunde Schule“ OÖ sind ausgewogene und nachhaltige Maßnahmen in folgenden Bereichen:

- Ernährung (z.B. Schuljause, Unterricht, Mittagsverpflegung)
- Bewegung und Sport (z.B. Unterricht, Ausbildung, Fortbildung, Schulveranstaltungen mit sportlichem Schwerpunkt)
- Suchtprävention (z.B. Suchtpräventive Unterrichtsprogramme, Klassen-Exkursionen an das Institut Suchtprävention)
- Psychosoziale Gesundheit (z.B. Schulprogramm, pädagogische Leitsätze, Ressourcen, Konfliktkultur, Elternarbeit, Vereinbarungen, Teamentwicklung)
- Rahmenbedingungen (z.B. Raumklima, Schulmöbel, EDV-Räume, Schultasche, Pausenräume, Sicherheit/Unfallverhütung, Zahngesundheit)
- LehrerInnengesundheit (z.B. Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit, Rahmenbedingungen, Suchtprävention)²⁹

Gütesiegel-Schulen erfüllen folgende Qualitätskriterien:³⁰

- Ganzheitliches Gesundheitsverständnis
- Berücksichtigung der Verhältnis- und Verhaltensebene
- Partizipation (Einbeziehung aller Betroffenen)
- Vernetzung
- Implementierung der Grundsätze der Schulischen Gesundheitsförderung in den Schulalltag und auf allen Ebenen (Nachhaltigkeit)
- Strukturierte Herangehensweise (Projektmanagementkreislauf)
- Dokumentation (alle Schritte sind sorgfältig dokumentiert und können bei Bedarf zur Verfügung gestellt werden)
- Berücksichtigung von Bedürfnissen unterschiedlicher Gruppen (z.B. Personen mit Migrationshintergrund, Männer, Frauen, Buben, Mädchen, finanziell schwächer gestellte Personen, ältere und jüngere Personen)

²⁶ Griebler, Winkler & Bengough, 2016, S. 149

²⁷ Bürgisser, 2008, S. 64

²⁸ Landesschulrat für OÖ

²⁹ Landesschulrat für OÖ, 2012

³⁰ Landesschulrat für OÖ

Eine Auswahl an Aktivitäten in Schulen wird nachfolgend beschrieben.

„Der kleine Mugg“

Das Projekt „der kleine Mugg - mir & uns geht's gut“ ist eine Initiative der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse in Kooperation mit dem Landesschulrat für OÖ zur ganzheitlichen Gesundheitsförderung an Volksschulen in Oberösterreich.

Ziel des Projektes ist es, in Volksschulen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung nachhaltig zu verankern. Bestehende Strukturen werden genutzt und aktiviert (Verhältnisorientierung). Physische, psychische und soziale Gesundheit werden berücksichtigt und Kompetenzen zu den Themen Ernährung, Bewegung und psychosoziale Gesundheit aufgebaut (Verhaltensorientierung). LehrerInnen werden bei Fortbildungsveranstaltungen zu MultiplikatorInnen geschult. Die Eltern werden in das Projekt eingebunden.

Die Themen werden mit den SchülerInnen gemeinsam bearbeitet. Die unterschiedlichen kulturellen und sprachlichen Hintergründe werden berücksichtigt. Auf einem Gesundheitskalender werden Ziele festgehalten und anhand eines Ampelsystems (Smileys in den Farben rot, gelb und grün) beurteilt. So werden auf spielerische Art und Weise Gesundheitsziele für die Klasse formuliert, Umsetzungsmaßnahmen gemeinsam geplant und realisiert sowie die erarbeiteten Ziele nach einer bestimmten Zeit überprüft. Nach einer Laufzeit von drei Jahren gibt es einen feierlichen Abschluss in der Schule mit Überreichung einer Urkunde.³¹

Bewegte Schule

Die „Bewegte Schule“ ist ein österreichweites Konzept mit den Partnern Bundesministerium für Bildung und Frauen, AUVA, Education Group und Pädagogische Hochschule OÖ.³²

Die Merkmale der Bewegten Schule in Oberösterreich sind:³³

- Bewegter Unterricht (z.B. Bewegungssequenzen, Entspannungspausen, Bewegtes Sitzen)
- Aktive Pause (freier Zugang zu unterschiedlichen Pausengeräten im Schulgarten, auf Gängen und in Klassenzimmern in einer verlängerten Pause)
- Lebensraum (Gänge, Stiegen, Nebenräume und Schulumgebung werden gestaltet und genutzt; Rückzugsräume stehen zur Verfügung)
- Gesundheitsbildung (z.B. gesundheitsfördernder Sportunterricht, gesunde Jause, gesundheitsfördernde Haltungen)
- Schulpartnerschaft (LehrerInnen, Schulleitung, SchülerInnen, Eltern, Schulwart, Reinigungspersonal)

Spezifische Situation in der Stadt Wels

Im Schuljahr 2014/2015 gibt es in der Stadt Wels 19 allgemein bildende Pflichtschulen, 4 allgemein bildende höhere Schulen, 2 sonstige allgemein bildende Schulen, 3 berufsbildende Pflichtschulen, 6 berufsbildende mittlere Schulen, 1 sonstige berufsbildende (Statut)Schule, 5 Berufsbildende höhere Schulen sowie 3 Schulen im Gesundheitswesen.³⁴

Im Schuljahr 2015/2016 gibt es 498 Klassen, davon 230 im Pflichtschulbereich. Insgesamt zählt die Stadt Wels 10.957 SchülerInnen, davon 4.601 PflichtschülerInnen.³⁵

Tabelle 1: Klassen und SchülerInnen nach Schultypen in Wels - 2015/2016³⁶

	Schultyp-Wels					AHS	BHS	BMS	Gesamt
	Pflichtschule								
	Volksschule	Neue Mittelschule	Sonderschule	Polyt. Lehrgang	Zusammen				
Klassen	118	86	20	6	230	117	126	25	498
SchülerInnen	2.417	1.876	175	133	4.601	2.750	3.129	477	10.957

Quelle: Stadt Wels (2016): Statistisches Jahrbuch der Stadt Wels 2015. Online verfügbar unter <http://www.wels.at/Statistisches-Jahrbuch-der-Stadt-Wels-2014.pdf?hp=3;58;de>, zuletzt geprüft am 30.08.2016

³¹ OÖGKK, 2016

³² Bewegte Schule Österreich, o.J.

³³ Bewegte Schule Österreich, 2015

³⁴ Amt der Oö. Landesregierung, 2015

³⁵ Stadt Wels, 2016, S. 42-43

³⁶ Stadt Wels, 2016, S. 42-43

Gütesiegel „Gesunde Schule OÖ“

Derzeit sind in Wels sechs Schulen mit dem Zertifikat „Gesunde Schule OÖ“ ausgezeichnet (Stand Juni 2016).³⁷

„Der kleine Mugg“

Im Schuljahr 2015/2016 gibt es eine „Mugg-Schule“ in der Stadt Wels.³⁸

Bewegte Schule

Im Schuljahr 2015/2016 gibt es in der Stadt Wels eine Volksschule, die eine „Bewegte Schule“ ist.³⁹

Schulsozialarbeit

Die SozialarbeiterInnen der Schulsozialarbeit (Jugendwohlfahrt Wels) bieten SchülerInnen, Eltern und PädagogInnen kostenlose Unterstützung für ihre Anliegen.⁴⁰ Derzeit sind die SozialarbeiterInnen an sieben Präsenzschulen tätig.⁴¹

Gesundheitsförderliche Maßnahmen in Welser Volksschulen

Mag. Julia Reiter (Gesundheitsbeauftragte der Stadt Wels) führte im Rahmen des Dienstausbildungslehrganges 2014/2015 eine Ist-Analyse der Gesundheitsförderung an Welser Volksschulen durch. Dazu wurden Expertinneninterviews mit 10 Volksschuldirektorinnen durchgeführt. Maßnahmen, die von den Befragten der Welser Volksschulen angeführt wurden, werden exemplarisch aufgelistet:

Ernährung:

- Wasser trinken
- Gesunde Jause
- Gemeinsamer Kochtag
- Jausenampel: Die SchülerInnen besprechen mit dem/der LehrerIn die Einteilung der Jause auf der Ernährungspyramidenampel (rot, gelb, grün) und sammeln entsprechende Punkte.
- Vitamincoach - Obst- und Gemüsepass: Belohnung für vollen Pass: Obstkorb für jede Klasse und Smileyenstecker für jede/n SchülerIn
- Unverbindliche Übung: Gesunde Ernährung-Kochen
- Kräuter- und Gemüsegarten, Kartoffelpyramide

Bewegung:

- bewegtes Lernen/bewegter Unterricht
- bewegte Pause
- Zusammenarbeit mit Sportvereinen
- Beteiligung an Turnieren
- Waldtag
- Bewegungstagebücher
- „Wir gehen zu Fuß - Wanderkilometer“: Kilometer, die zu Fuß zurückgelegt werden, werden gesammelt und mittels wachsender farbiger Streifen veranschaulicht. Ziel ist die Bewusstseinsbildung bei SchülerInnen für das zu Fuß gehen.

- Schwerpunkt Seilspringen
- Partnerturnen mit Kindergartenkindern
- Fitnesscoach - tägliche Bewegungseinheit von einem/r SchülerIn vorgeturnt
- „Fit mit Koordi“ - Programm
- Änderung der Pausenzeiten zur Erhöhung der Bewegungszeiten

Suchtprävention und Psychosoziale Gesundheit:

- Bewusstseinsbildung Handynutzung und Handyverbot
- Elterninformation
- Workshop zum Thema „Aggression, Mobbing“
- Einsatz von BetreuungslehrerInnen
- Gemeinsame Feste
- Lesepatenschaften
- Stille-Schild: Die Klasse bekommt ein „Stille“-Schild, das an die Tür gehängt wird, wenn sie nicht gestört werden möchte. Begleitend gibt es eine schulinterne Fortbildung zum Thema, im Konferenzzimmer liegt eine Mappe auf, in der Stille Übungen gesammelt werden. Ziel ist, dass die Kinder lernen, wie wohlthuend Stille sein kann.
- Projekt „Starke 10“: Spiele und Anregungen zur Stärkung sozialer Kompetenzen
- Klassenrat und Klassenbriefkasten: Beschwerden und Wünsche werden entgegengenommen; Lösungen werden mit den SchülerInnen gesucht.
- Kinder-Knigge: angemessene Sprache, Höflichkeitsformen, „Bitte und Danke“, freundliches Grüßen,...
- Gefühlsbarometer: Umgang mit Gefühlen lernen
- Präventionsprogramme (z.B. „Mein Körper gehört mir“, Projekt Schutzkiste - Prävention von Gewalt und sexuellem Missbrauch, Gewaltpräventionsprogramm „Faustlos“, suchtpräventives Unterrichtsprogramm „Eigenständig werden“, kommunales Suchtpräventionsprojekt „Wir setzen Zeichen!“ (2009-2012))

Rahmenbedingungen:

- Mülltrennung
- Sauberkeit und Hygiene
- Gewicht der Schultasche
- Untersuchung Schularzt
- Erste Hilfe

LehrerInnengesundheit:

- Gemeinsame Feiern, Ausflüge, Sportaktivitäten
- Seminare zum Thema Gesundheit
- Austausch bei Teambesprechungen
- Psychohygiene-Briefchen: Die Briefchen werden spontan, anonym oder persönlich und ausschließlich für Nettigkeiten verwendet. Sie liegen im Konferenzzimmer auf.
- Freitags-Prophylaxe: Jeden Freitag gibt es nach dem Unterricht einen gemütlichen Wochenausklang im Konferenzzimmer bei selbstorganisierter Jause. Durch dieses gemütliche Beisammensein wird das intakte Klima innerhalb des Kollegiums erhalten bzw. gepflegt.
- LehrerInnentag: An einem bestimmten Wochentag ist die Schulleitung ausschließlich für die LehrerInnen da.
- Gesundheitscoaching

³⁷ Auskunft Institut für Gesundheitsplanung, 2016

³⁸ Auskunft OÖGKK, 2015

³⁹ Auskunft von Frau Mag. Julia Reiter (Gesundheitsbeauftragte der Stadt Wels)

⁴⁰ Neue Mittelschule der Franziskanerinnen Wels

⁴¹ Auskunft von Frau Mag. (FH) Maria Pfennich (Leiterin Kinder- und Jugendhilfe, Magistrat der Stadt Wels)

- Fortbildung „Geht´s den LehrerInnen gut, geht´s den SchülerInnen gut“
- Helferliste KollegInnen: Auflistung, wer über welche Fähigkeiten und Kenntnisse verfügt

Fakten

- Individuelle und verhältnisbezogene Faktoren beeinflussen die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen.
- Gesundheitsförderung in Settings setzt dort an, wo Kinder und Jugendliche spielen, lernen, arbeiten und lieben.
- Die gesundheitsförderliche Gestaltung von Kindergärten und Schulen spielt eine wesentliche Rolle für die Kinder- und Jugendgesundheit.
- Im Kindergartenjahr 2015/2016 werden in 22 Kindergärten in Wels 1.724 Kinder betreut.
- 9 Kindergärten der Stadt Wels sind im Netzwerk „Gesunder Kindergarten“, 5 davon sind mit dem Gütesiegel „Gesunder Kindergarten“ ausgezeichnet.
- In der Stadt Wels werden alle städtischen Kindergärten/Horte und auch größtenteils Krabbelstuben von der Zentralküche „Wimpassing“ beliefert, die mit dem Zertifikat „Gesunde Küche für Betriebe mit Gemein-

schaftsverpflegung“ ausgezeichnet ist. Die Küche des Kindergartens Stadtpfarre Wels führt ebenfalls das Gütesiegel „Gesunde Küche“. Außerdem ist die Küche Klinikum Wels-Grieskirchen mit dem Gütesiegel „Gesunde Küche“ ausgezeichnet und beliefert einen Großteil der privaten Kindergärten und Horte.

- In der Schule sind vor allem organisationale sowie unterrichtsbezogene Faktoren relevante Einflussfaktoren für die Gesundheit.
- Im Schuljahr 2015/2016 sind insgesamt 10.957 SchülerInnen in der Stadt Wels, davon 4.601 PflichtschülerInnen.
- Im Schuljahr 2015/2016 gibt es eine Welser Volksschule, die das Projekt „Der kleine Mugg“ durchführt. Weiters sind sechs Schulen mit dem Gütesiegel „Gesunde Schule OÖ“ ausgezeichnet (Stand Juni 2016). Eine Volksschule in der Stadt Wels ist eine „Bewegte Schule“.

6.2. Arbeitswelt und Arbeitsbedingungen

Viele Menschen verbringen einen großen Teil ihrer Lebenszeit in der Arbeit. Arbeit ist einerseits identitätsstiftend und bildet andererseits eine wichtige Grundlage für die finanzielle Situation im Haushalt. Sie kann eine wichtige persönliche Ressource darstellen, aber auch die Grundlage für bedeutende gesundheitliche Belastungen sein.⁴²

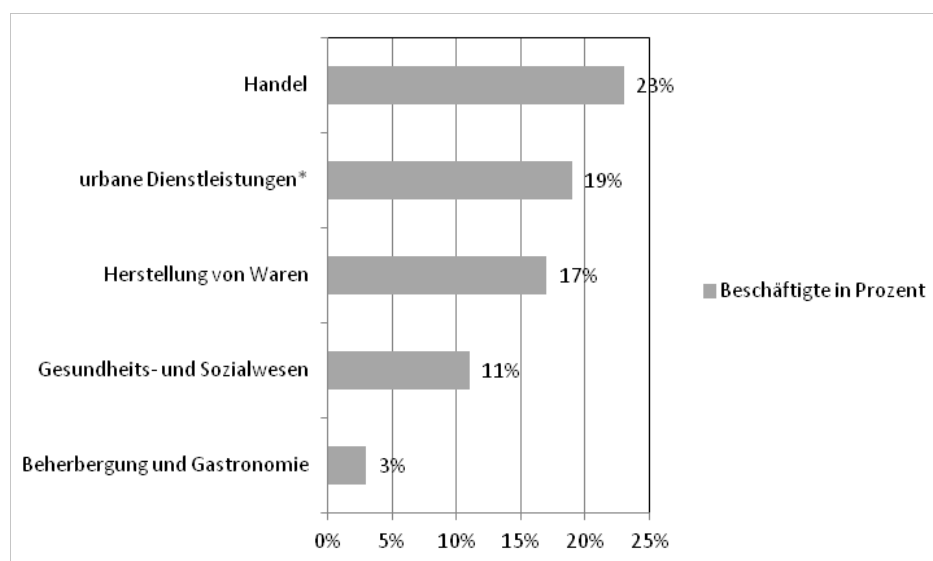
Im Jahr 2013 verzeichnete die Stadt Wels 30.329 Erwerbspersonen (Erwerbstätige und Arbeitslose), davon 46,5 Prozent Frauen und 53,5 Prozent Männer. Damit liegt die Erwerbsquote in Wels bei 51,2 Prozent (46,2% bei den Frauen und 56,5% bei den Männern). In den Jahren 2011 bis 2013 ist die Erwerbsquote gestiegen.⁴³

Mit 31. Dezember 2015 waren in Wels 3.168 Personen arbeitslos gemeldet, davon 1.857 Männer und 1.329 Frauen.⁴⁴

4.850 Arbeitsstätten mit insgesamt 48.270 Beschäftigten gab es im Jahr 2013 in Wels. Die Anzahl der Beschäftigten ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen (z. B. von 2001 bis 2011 um 18,7%). Von den Arbeitsstätten waren 85,5 Prozent mit 0 bis 9 Beschäftigten, 10,6 Prozent mit 10-49 Beschäftigten und 3,8 Prozent der Arbeitsstätten hatten 50 Beschäftigte oder mehr.⁴⁵

Die meisten Beschäftigten (23%) sind im Handel tätig, gefolgt von Dienstleistungen (19%), der Herstellung von Waren (17%) und dem Gesundheits- und Sozialwesen (11%) (Abbildung 2).

Abbildung 2: Beschäftigte in ausgewählten Branchen



Quelle: Österreichischer Städtebund: Österreichs Städte in Zahlen 2015; *urbane Dienstleistungen sind eine Zusammenfassung folgender Branchen: Information und Kommunikation, Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen, Grundstücks- und Wohnungswesen, Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen, Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen und öffentliche Verwaltung/Verteidigung/Sozialversicherung

6.2.1. Zufriedenheit mit der beruflichen Situation

Nahezu drei Viertel (74%) der berufstätigen Welser und Welserinnen sind mit ihrer beruflichen Situation sehr zufrieden oder zufrieden, 21 Prozent sind weniger zufrieden und 5 Prozent gar nicht zufrieden. Frauen sind etwas zufriedener als Männer (Abbildung 3).

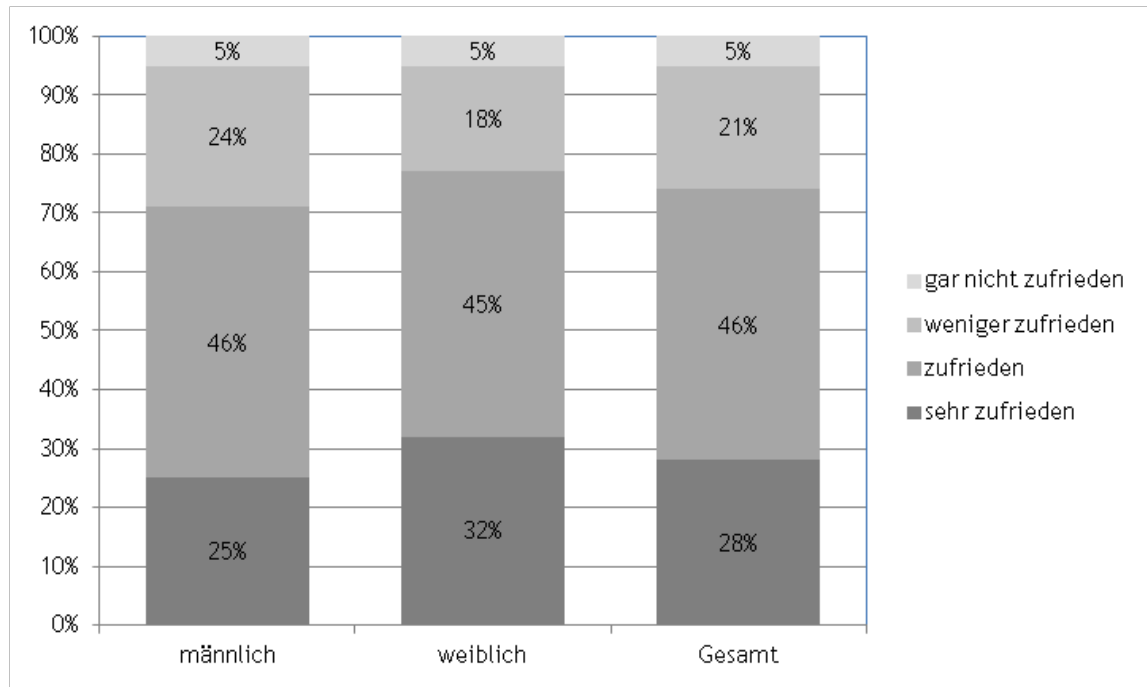
⁴² Institut für Gesundheitsplanung 2013

⁴³ Österreichischer Städtebund 2015

⁴⁴ Statistik des AMS, www.ams.or.at

⁴⁵ Österreichischer Städtebund 2015

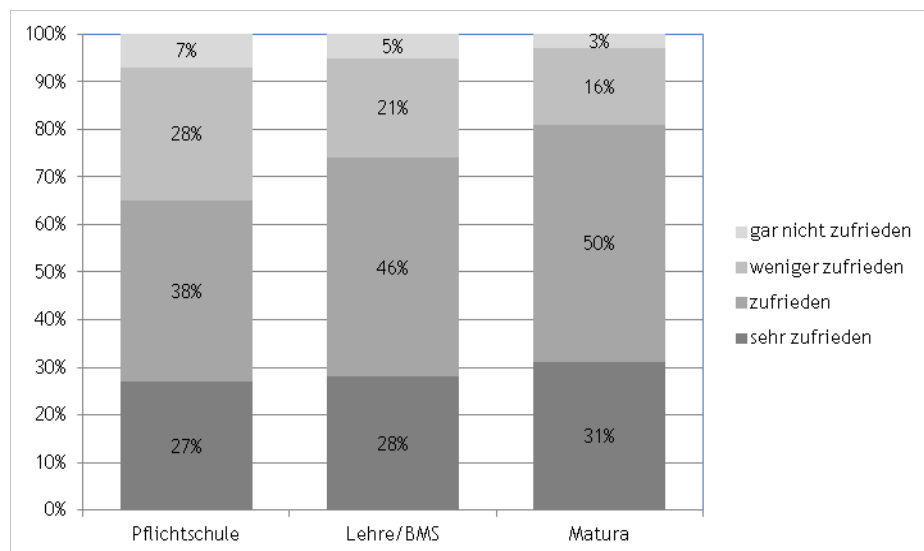
Abbildung 3: Zufriedenheit mit der beruflichen Situation



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=702 (nur Erwerbstätige); $Taub=0,079$, $p<0,05$

Die Zufriedenheit mit der beruflichen Situation hängt von der höchsten abgeschlossenen Schulbildung ab. Je höher das Bildungsniveau desto zufriedener sind die Beschäftigten. (Pflichtschule: 65% sehr zufrieden oder zufrieden, Lehre/BMS: 74%, Matura oder höher: 81%) (Abbildung 4).

Abbildung 4: Zufriedenheit mit der beruflichen Situation nach Bildungsgrad

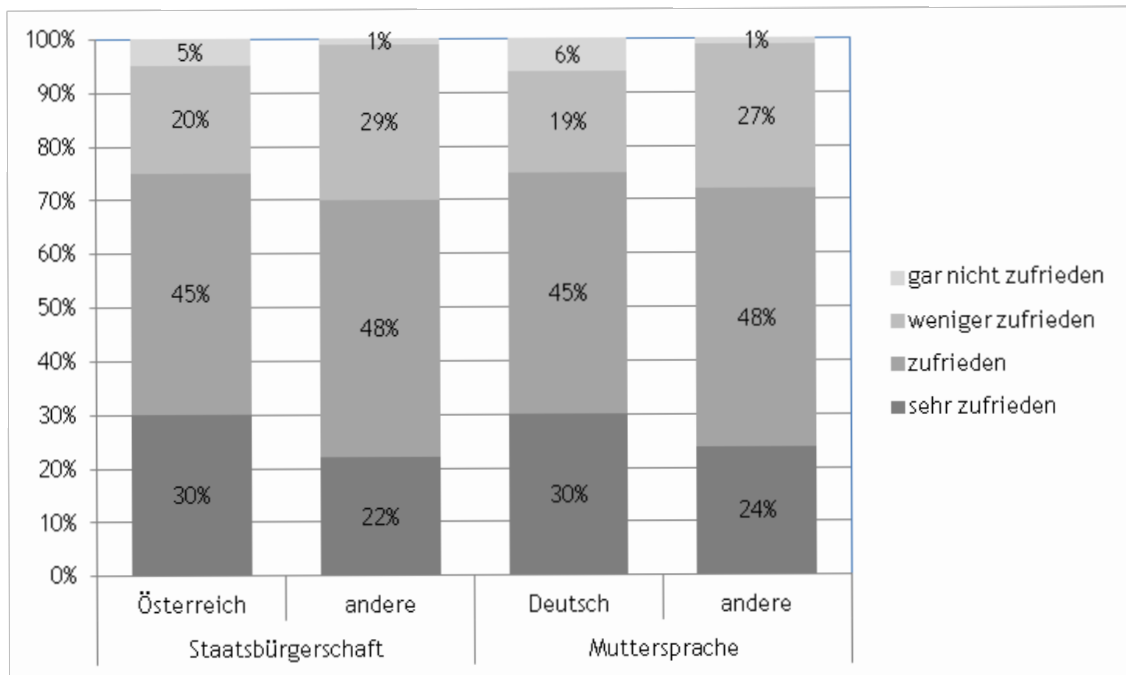


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=704 (nur Erwerbstätige); $Tau-B=0,084$, $p<0,05$

Keine signifikanten Unterschiede ergeben sich, wenn man die berufliche Situation nach Staatsbürgerschaft oder Muttersprache betrachtet, auch wenn Personen mit

nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft und mit anderer als der deutschen Muttersprache etwas unzufriedener erscheinen. (Abbildung 5).

Abbildung 5: Zufriedenheit mit der beruflichen Situation nach Migrationshintergrund

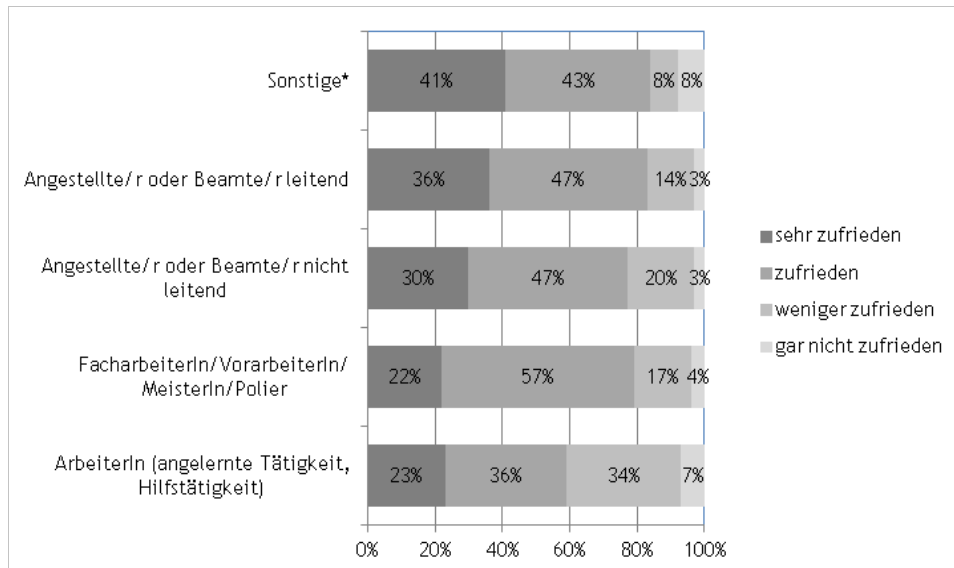


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=701-708 (nur Erwerbstätige); Staatsbürgerschaft: Tau-B=n.s., p<0,05; Muttersprache: Tau-B=n.s.

Die Zufriedenheit mit der beruflichen Situation hängt auch von der Stellung im Beruf ab. Die höchste Zufriedenheit mit 84 Prozent (sehr zufrieden und zufrieden) besteht in der Kategorie „Sonstiges“, die zu einem großen Teil aus Selbständigen und freien Berufen besteht, und bei leitenden Angestellten oder Beamten (83%). Jene Gruppen, die ebenfalls noch ziemlich zufrieden sind mit

der beruflichen Situation, sind die nicht leitenden Angestellten oder Beamten (77%) und die FacharbeiterInnen/VorarbeiterInnen/MeisterInnen/PolierInnen (79%). Am wenigsten zufrieden mit der beruflichen Situation sind die ArbeiterInnen mit angelernten oder Hilfstätigkeiten mit lediglich 59 Prozent (Abbildung 6).

Abbildung 6: Zufriedenheit mit der beruflichen Situation nach Stellung im Beruf



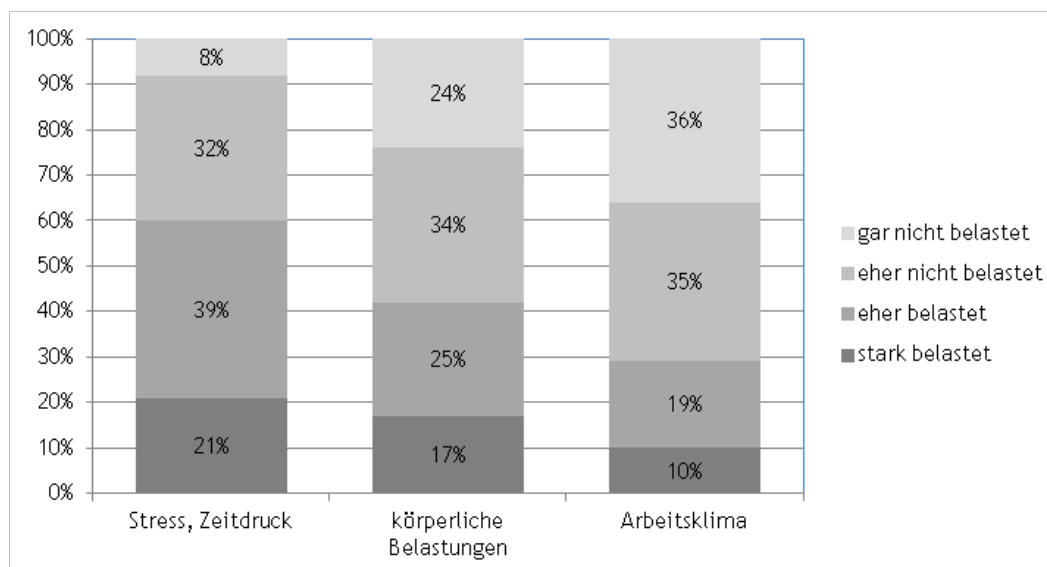
Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=692 (nur Erwerbstätige); Cramer-V=0,138, p<0,001;
 * die Kategorie „Sonstige“ besteht vor allem aus Selbstständigen und freie Berufe

6.2.2. Berufliche Belastungen

Am häufigsten fühlen sich die Welser Erwerbstätigen von Stress und Zeitdruck in ihrem Beruf belastet (60% stark und eher belastet), gefolgt von körperlichen Belastungen (42% stark und eher belastet) und dem Arbeitsklima (29%

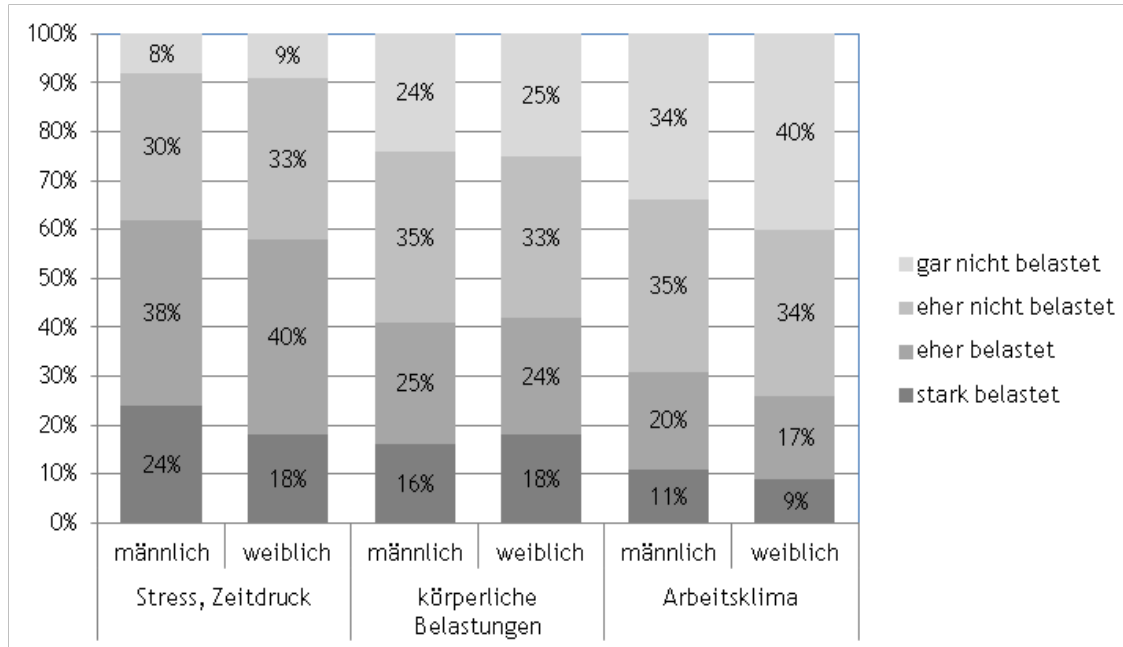
stark und eher belastet) (Abbildung 7). Männer fühlen sich etwas mehr belastet als Frauen, auch wenn die Unterschiede nicht signifikant sind (Abbildung 8).

Abbildung 7: Berufliche Belastungen



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=713 (nur Erwerbstätige)

Abbildung 8: Berufliche Belastungen nach Geschlecht



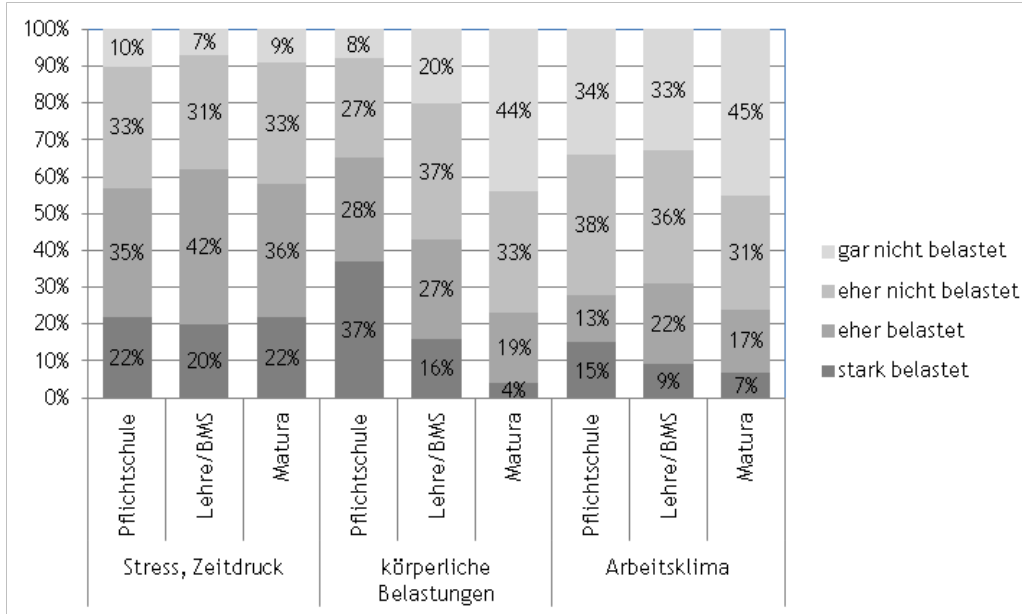
Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=697-699 (nur Erwerbstätige); Stress, Zeitdruck: Tau-B=n.s.; körperliche Belastungen: Tau-B=n.s.; Arbeitsklima: Tau-B=n.s.

Während es nach Bildungsgrad keine signifikanten Unterschiede bei der Belastung Stress/Zeitdruck gibt, sind die Unterschiede bei den anderen Belastungen evident:

Deutlich mehr Personen, deren höchste abgeschlossene Bildung die Pflichtschule ist, fühlen sich körperlich sehr stark oder eher belastet (65%). Auch jene mit Lehre/BMS fühlen sich noch häufiger körperlichen Belastungen ausgesetzt (43% stark bzw. eher belastet) als Personen, deren höchste abgeschlossene Schulbildung Matura oder höher (23%) ist.

Bei den Belastungen durch das Arbeitsklima bestehen geringe Unterschiede. Personen mit Pflichtschule (28% stark bzw. eher belastet) und Lehre/BMS (31%) als höchste abgeschlossene Schulbildung fühlen sich durch das Arbeitsklima etwas mehr belastet als Personen mit Matura (24%) (Abbildung 9).

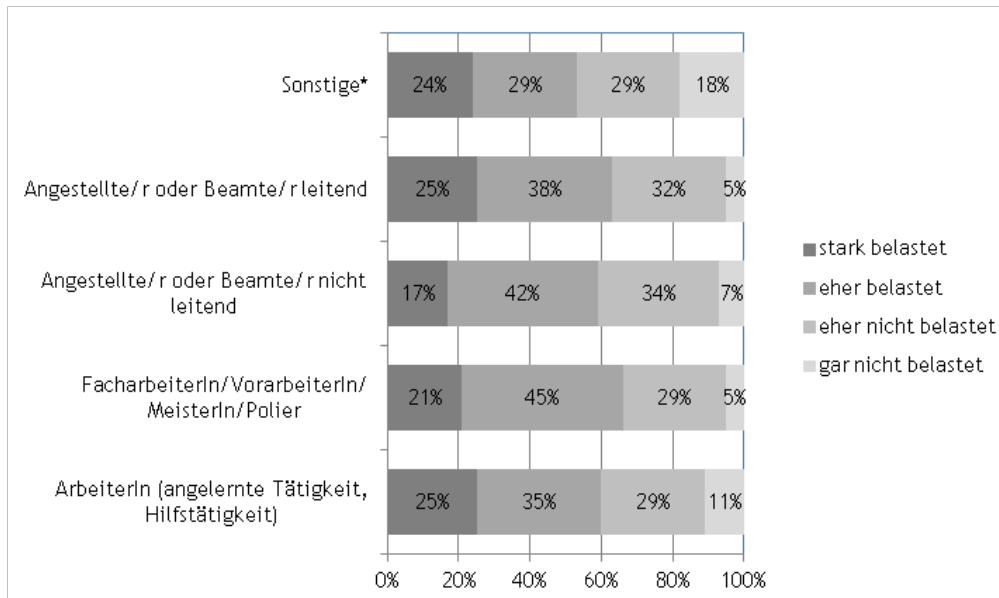
Abbildung 9: Berufliche Belastungen nach Bildungsgrad



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=692-695 (nur Erwerbstätige); Stress, Zeitdruck: Tau-B=n.s.; körperliche Belastungen: Tau-B=-0,324, p<0,001; Arbeitsklima: Tau-B=0,083, p<0,05;

Auch nach der Stellung im Beruf ergeben sich keine signifikanten Unterschiede bei den Belastungen durch Stress/Zeitdruck (Abbildung 10).

Abbildung 10: Belastung durch Stress/Zeitdruck nach Stellung im Beruf

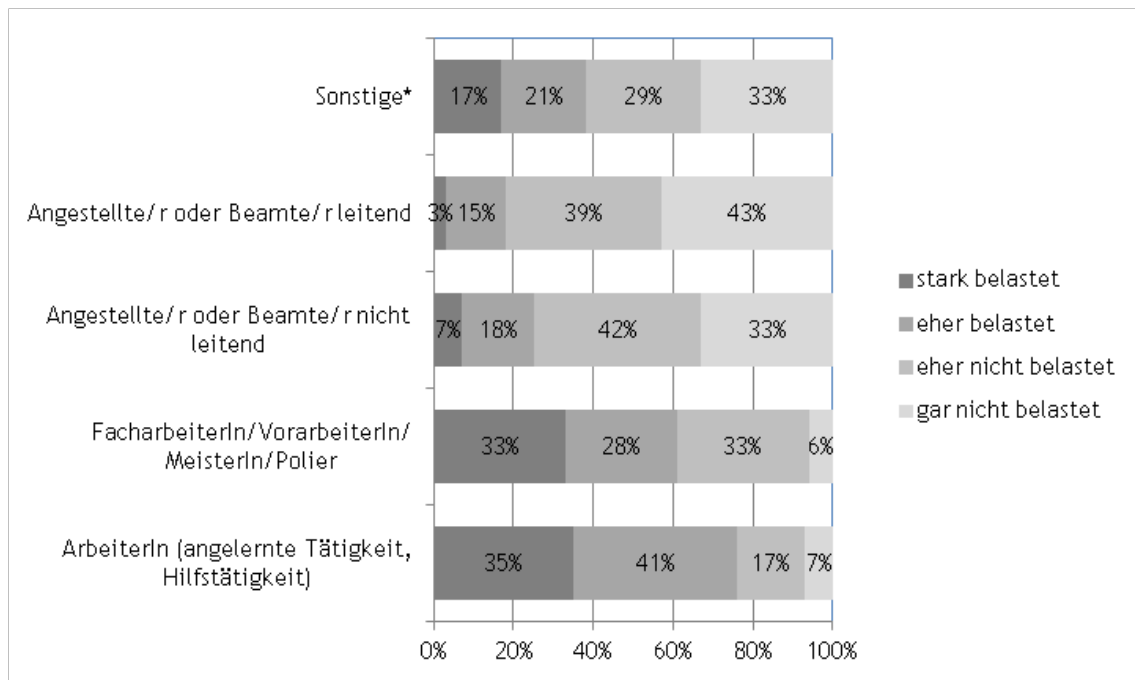


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=682 (nur Erwerbstätige); Cramer-V=n.s.; * die Kategorie „Sonstige“ besteht vor allem aus Selbstständigen und freien Berufe

Betrachtet man die körperlichen Belastungen nach der Stellung im Beruf, so ergeben sich deutliche Unterschiede. Leitende Angestellte bzw. Beamte (18% stark bzw. eher belastet), nicht-leitende Angestellte bzw. Beamte (25%) und Sonstige (38%) geben deutlich seltener körperliche Belastungen an. Häufiger werden körperliche

Belastungen von FacharbeiterInnen/VorarbeiterInnen/MeisterInnen und PolierInnen mit 61 Prozent (stark bzw. eher belastet) angegeben. ArbeiterInnen mit angelernter oder Hilfstätigkeit sind mit 76 Prozent am häufigsten körperlich belastet (Abbildung 11).

Abbildung 11: Körperliche Belastung nach Stellung im Beruf

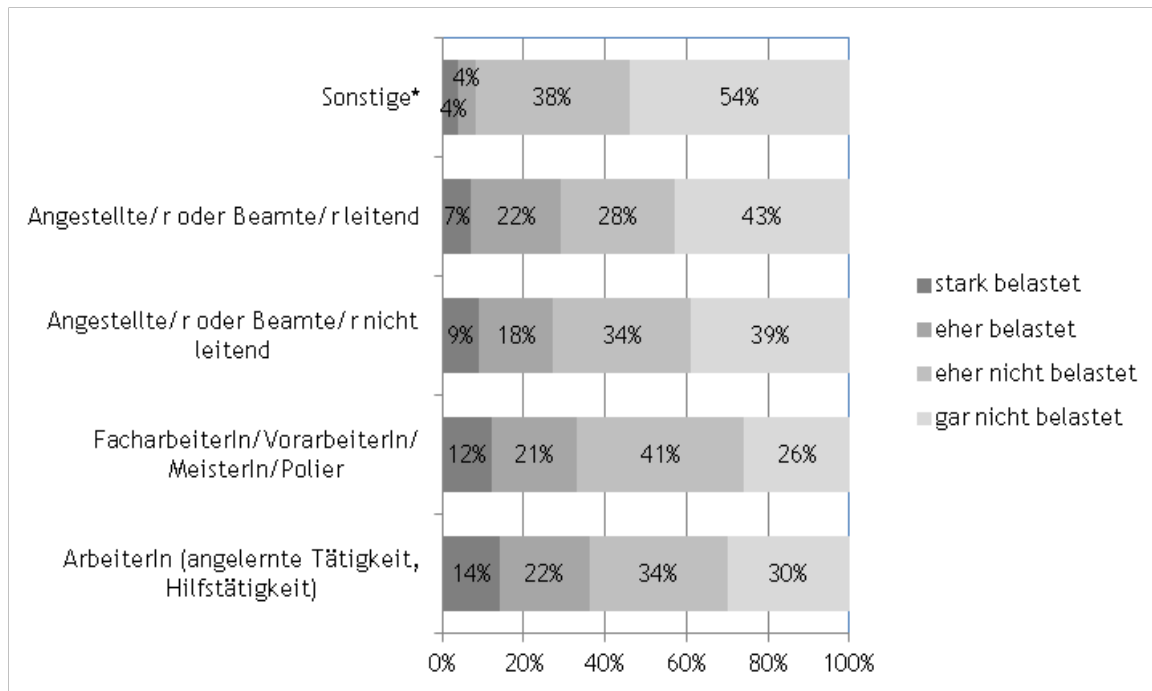


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=682 (nur Erwerbstätige); Cramer-V=0,294, p<0,001;
* die Kategorie „Sonstige“ besteht vor allem aus Selbstständigen und freien Berufe

Geringe Unterschiede nach der Stellung im Beruf gibt es auch bei den Belastungen durch das Arbeitsklima. Am häufigsten belastet fühlt sich hier ebenfalls die Gruppe der ArbeiterInnen mit angelernten oder Hilfstätigkeiten mit

36 Prozent (stark bzw. eher belastet). Die Gruppe Sonstige, die vor allem aus Selbstständigen bzw. freien Berufen besteht, fühlt sich am wenigsten durch das Arbeitsklima belastet (8% stark oder eher belastet) (Abbildung 12).

Abbildung 12: Belastung durch das Arbeitsklima nach Stellung im Beruf



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=682 (nur Erwerbstätige); Cramer-V=0,115, p<0,01;
* die Kategorie „Sonstige“ besteht vor allem aus Selbstständigen und freien Berufe

Fakten

- Im Jahr 2013 verzeichnete die Stadt Wels 30.329 Erwerbspersonen. Die Erwerbsquote stieg in den letzten Jahren an und ist bei Männern höher als bei Frauen.
- Die meisten Beschäftigten sind im Handel tätig, gefolgt von Dienstleistungen, der Herstellung von Waren und dem Gesundheits- und Sozialwesen.
- Nahezu drei Viertel (74%) der berufstätigen Welsler und Welslerinnen sind mit ihrer beruflichen Situation sehr zufrieden oder zufrieden. Wichtige Einflussfaktoren sind das Geschlecht, das Bildungsniveau und die Stellung im Beruf.
- Am häufigsten fühlen sich die Welsler Erwerbstätigen von Stress und Zeitdruck in ihrem Beruf belastet, gefolgt von körperlichen Belastungen und dem Arbeitsklima. Signifikante Unterschiede ergeben sich zum Teil nach dem Bildungsgrad und nach der Stellung im Beruf.

6.3. Wohnumgebung

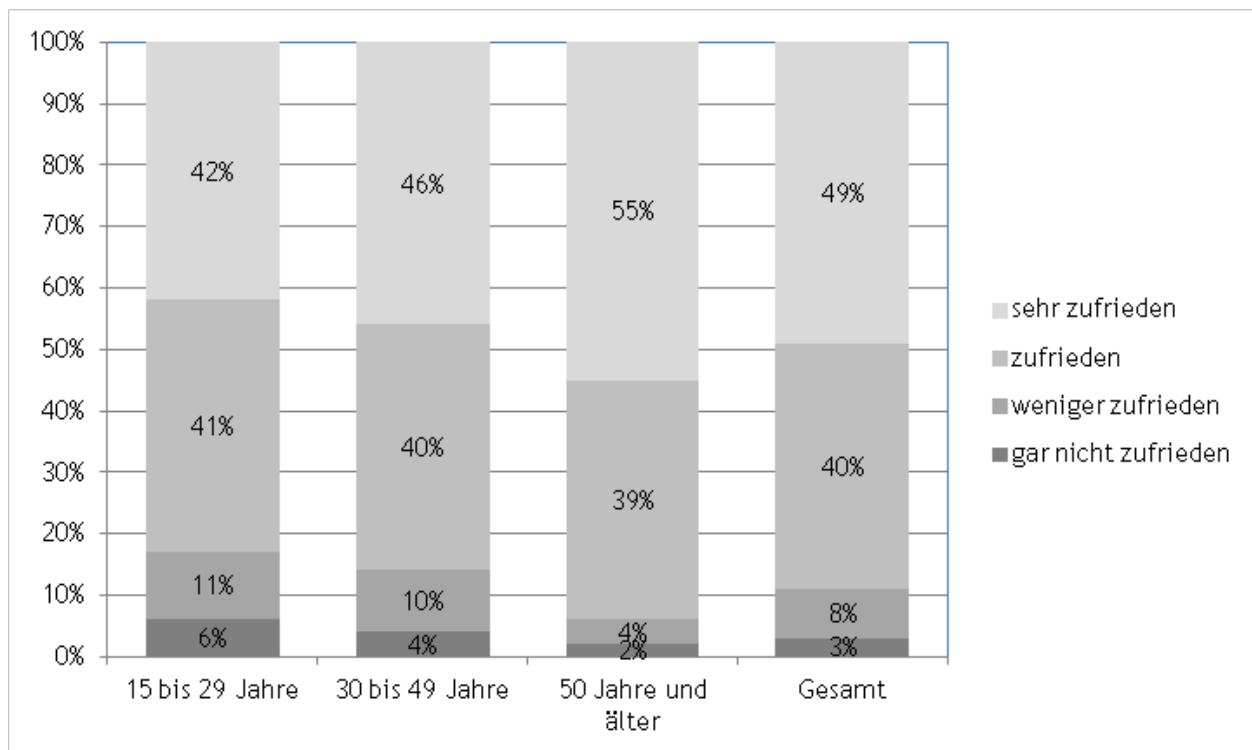
6.3.1. Wohnsituation

Die Wohnbedingungen sind ein wesentlicher Bestandteil der Lebensqualität und somit eine wichtige Gesundheitsdeterminante. Wichtige Aspekte der Wohnqualität sind Umweltbedingungen in den Innenräumen (z.B. Schadstoffe, Schimmel, Raumklima etc.), Unfallgefahren (z.B. durch Sturzgefahr, Rutschgefahr, unsichere Treppenkonstruktionen etc.) oder auch Überfüllung und/oder räumliche Enge und damit verbundene Belastungen.

6.3.1.1. Zufriedenheit mit der Wohnsituation

Rund 9 von 10 Welser Bürgerinnen und Bürger sind mit ihrer derzeitigen Wohnsituation sehr zufrieden oder zufrieden (89%). 8 Prozent zeigen sich weniger zufrieden und 3 Prozent sind mit ihrer Wohnsituation überhaupt nicht zufrieden. Männer und Frauen unterscheiden sich in der Beurteilung ihrer Wohnsituation nur unwesentlich (Männer: 87% (sehr) zufrieden; Frauen: 90% (sehr) zufrieden). Allerdings zeigen sich Unterschiede nach dem Alter der Befragten: Ältere Personen sind in größerem Ausmaß mit ihrer Wohnsituation zufrieden, als dies jüngere Personen sind (Abbildung 13).

Abbildung 13: Zufriedenheit mit der Wohnsituation nach Alter

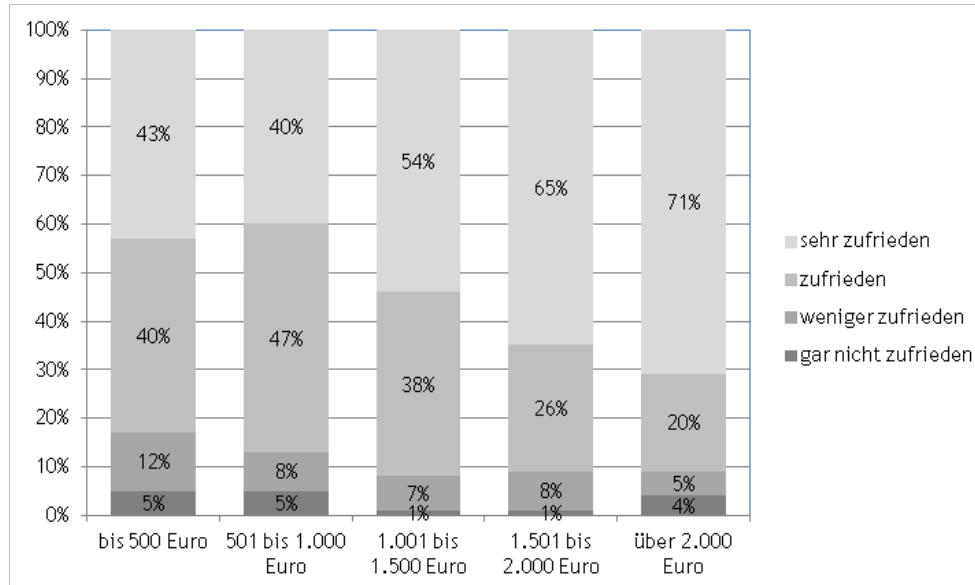


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.597; Cramer-V=0,120, p<0,001;

Mit zunehmendem Äquivalenzeinkommen (dies entspricht einem gewichteten Pro-Kopf-Einkommen) nimmt auch der Grad der Zufriedenheit mit der Wohnsituation zu. Während 71 Prozent jener Personen, die über ein monatliches Äquivalenzeinkommen von über 2.000 Euro verfü-

gen, mit ihrer Wohnsituation sehr zufrieden sind, liegt dieser Anteil bei Personen mit maximal 1.000 Euro Äquivalenzeinkommen pro Monat zwischen 40 und 43 Prozent (Abbildung 14).

Abbildung 14: Zufriedenheit mit der Wohnsituation nach Äquivalenzeinkommen

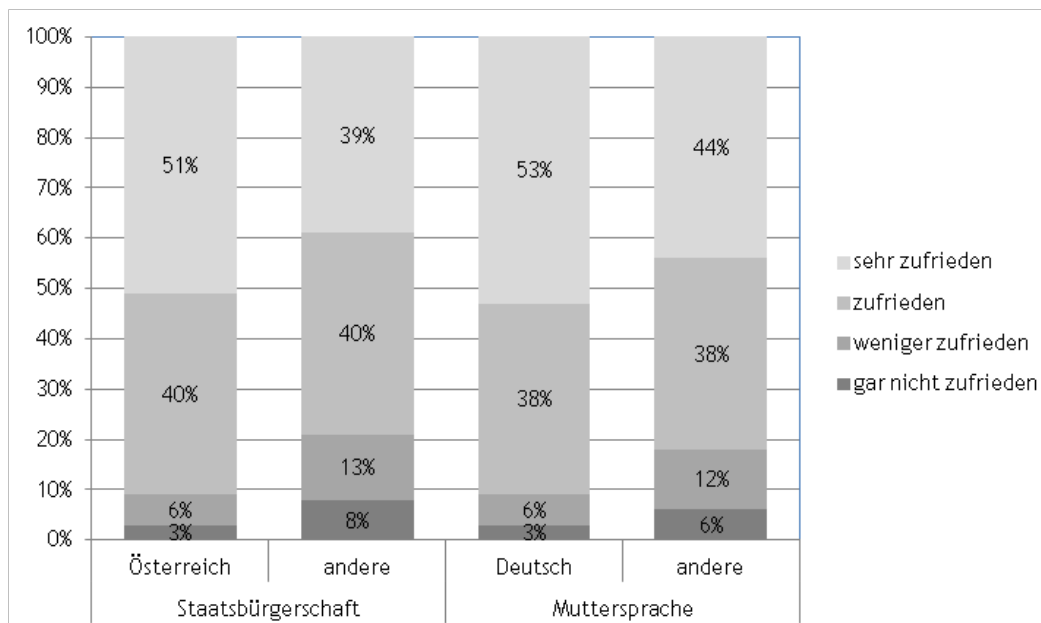


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.597; Cramer-V=0,131, p<0,001;

Personen mit Migrationshintergrund sind mit ihrer Wohnsituation weniger zufrieden. 39 Prozent der Befragten mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft sind mit der Wohnsituation zufrieden - bei österreichischen Staatsbür-

gern liegt dieser Wert bei 51 Prozent. Erwartungsgemäß ähnlich ist das Ergebnis hinsichtlich Personen mit nicht-deutscher Muttersprache (Abbildung 15).

Abbildung 15: Zufriedenheit mit der Wohnsituation nach Migrationshintergrund (Staatsbürgerschaft, Muttersprache)

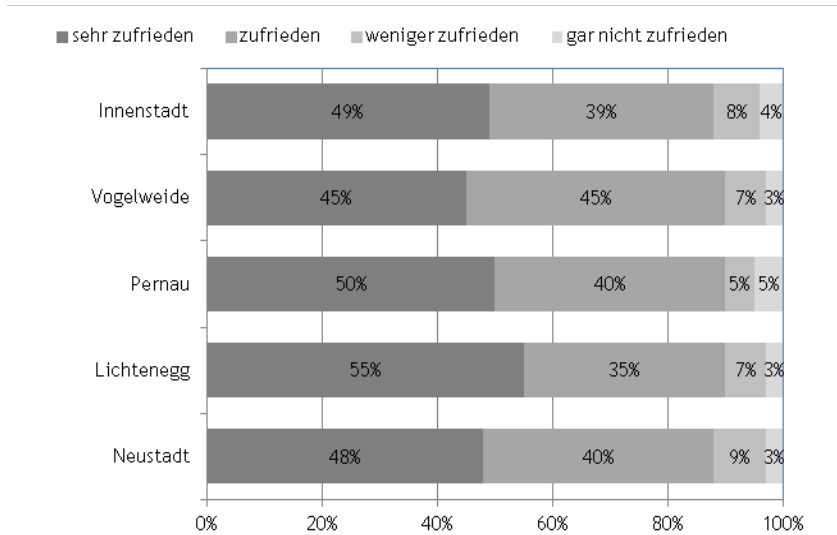


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.650 - 1.657; Staatsbürgerschaft: Cramer-V=0,158, p<0,001; Muttersprache: Cramer-V=0,156, p<0,001

Hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Wohnsituation und dem Wohnort/Stadtteil der Befragten gibt es keine signifikanten Unterschiede.

In allen Welser Stadtteilen ist die Zufriedenheit mit der Wohnsituation sehr hoch (Abbildung 16).

Abbildung 16: Zufriedenheit mit der Wohnsituation nach Stadtteil

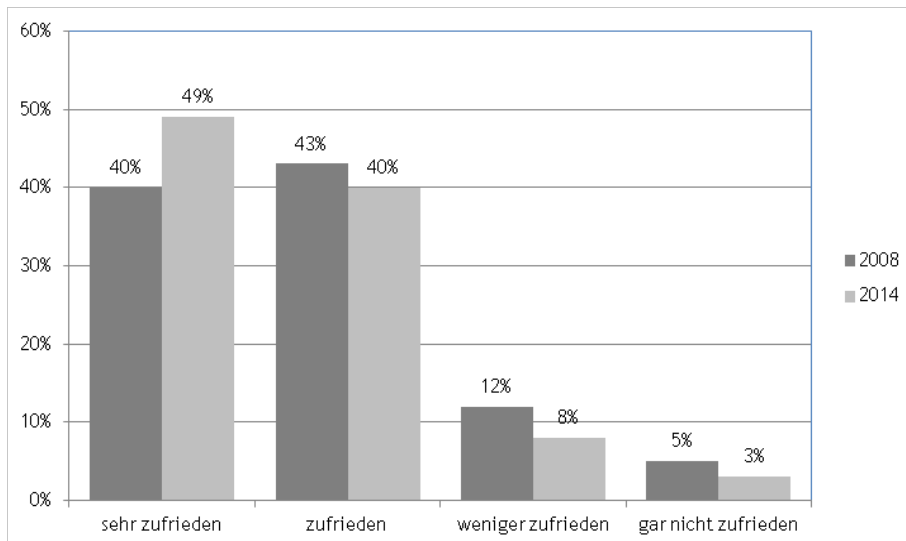


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.603; Cramer-V=n.s.

Im Vergleich zur Gesundheitsbefragung 2008 hat die Zufriedenheit der Welser Bürgerinnen und Bürger mit ihrer Wohnsituation zugenommen. Der Anteil der sehr zufriedenen Befragten ist von 40 Prozent im Jahr 2008 auf 49

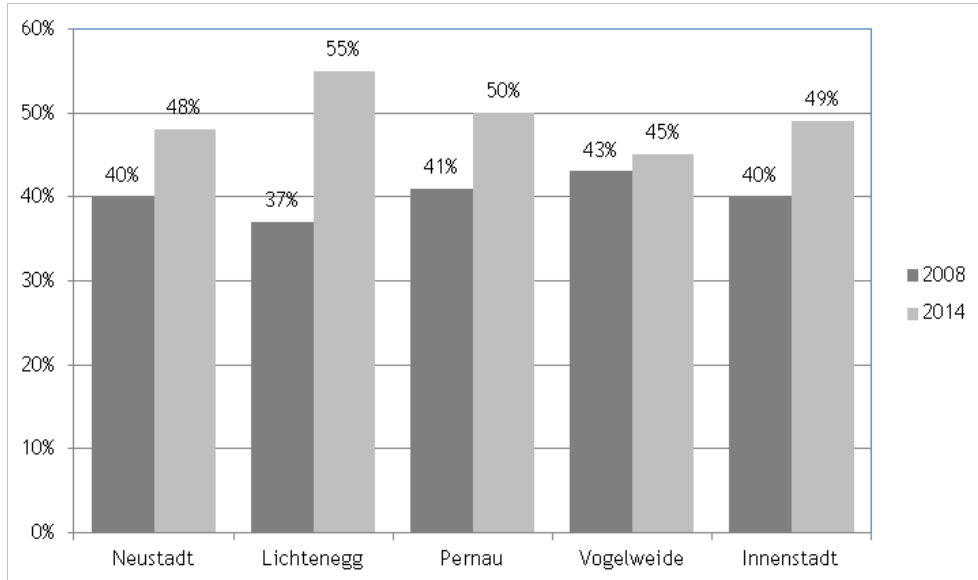
Prozent im Jahr 2014 angestiegen (Abbildung 17). Die deutlichsten Verbesserungen hat es in den Stadtteilen Lichtenegg, Innenstadt, Pernau und Neustadt gegeben (Abbildung 18).

Abbildung 17: Zufriedenheit mit der Wohnsituation 2008 und 2014



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008 und 2014, n=2.082 bzw. n=1.684;

Abbildung 18: Zufriedenheit mit der Wohnsituation 2008 und 2014 nach Stadtteil



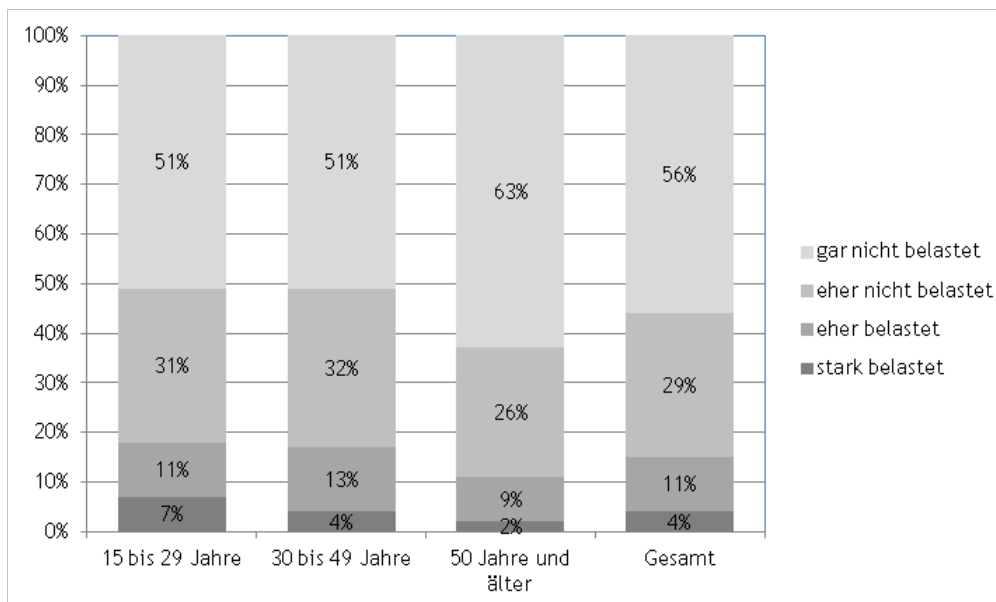
Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008 und 2014, n=2.082 bzw. n=1.603;

6.3.1.2. Belastungen durch Wohnsituation

Insgesamt 15 Prozent der befragten Welserinnen und Welser fühlen sich durch ihre Wohnsituation belastet - 4 Prozent sind davon stark belastet und 11 Prozent eher

belastet. Männer und Frauen unterscheiden sich diesbezüglich nicht signifikant. Allerdings ist eine solche Belastungsform bei jüngeren Befragten weiter verbreitet als bei älteren Befragten (Abbildung 19).

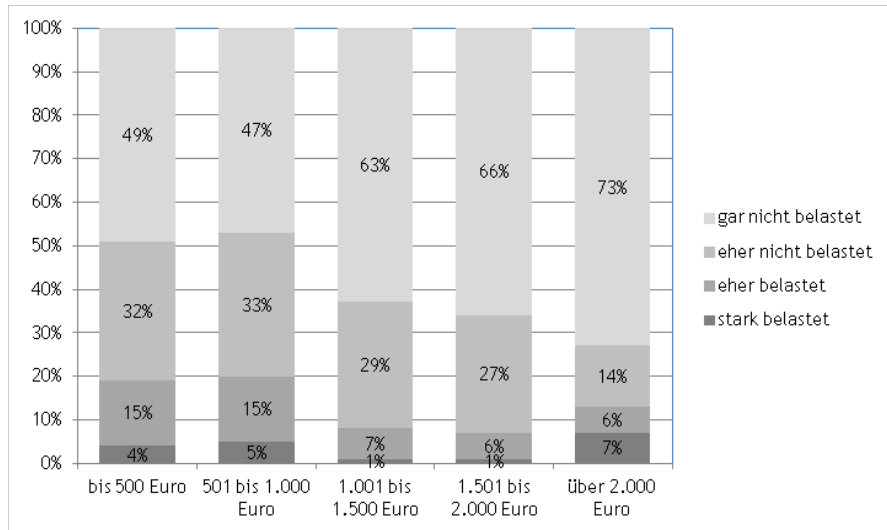
Abbildung 19: Belastung durch Wohnsituation nach Altersgruppen



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.519; Cramer-V=0,097, p<0,001;

Bei höheren Äquivalenzeinkommen spielen Belastungen durch die Wohnsituation eine deutlich geringere Rolle als bei niedrigen Einkommensverhältnissen (Abbildung 20).

Abbildung 20: Belastung durch Wohnsituation nach Äquivalenzeinkommen

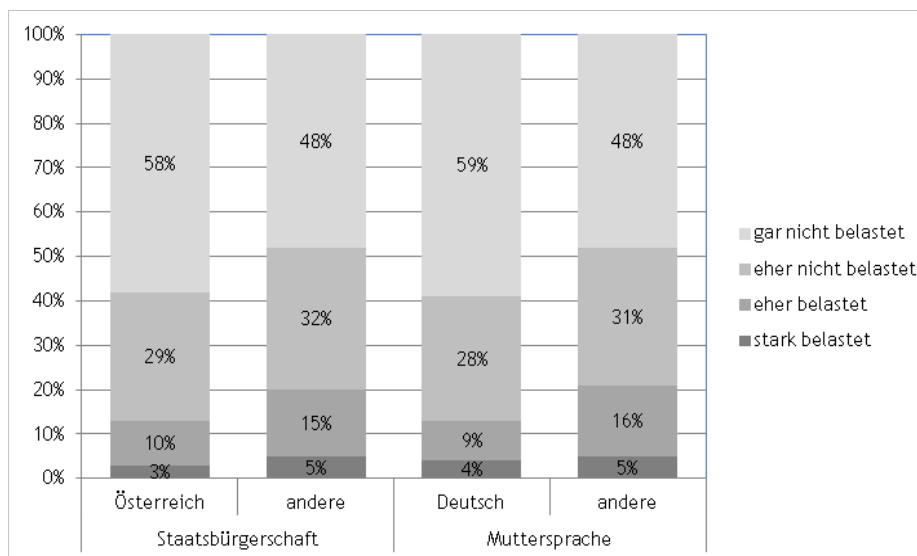


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.356; Cramer-V=0,124, p<0,001;

Migrationshintergrund geht mit höheren Belastungen durch die Wohnsituation einher. 20 Prozent der Befragten mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft berichten solche Belastungen (gegenüber 13 Prozent bei Befragten

mit österreichischer Staatsbürgerschaft). Ähnlich ist die Belastungslage, wenn man den Migrationshintergrund anhand der Muttersprache abbildet (Abbildung 21).

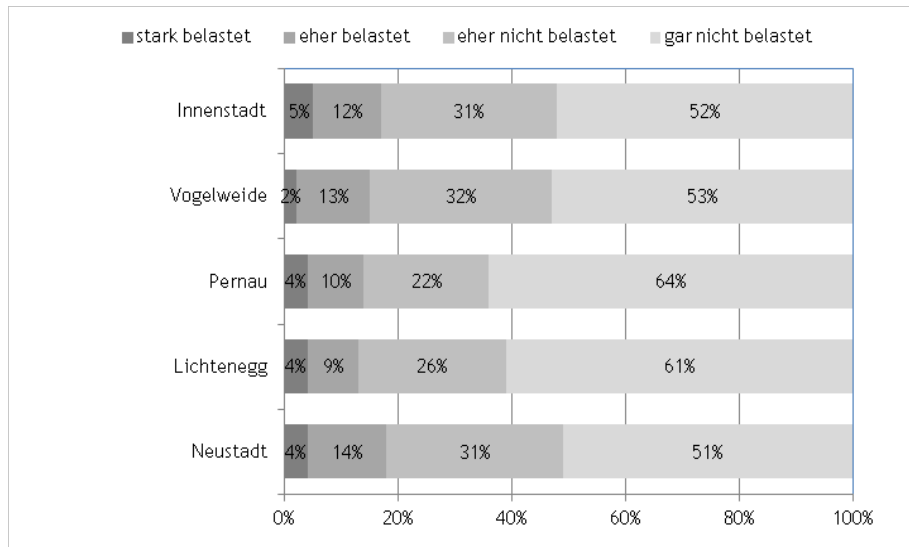
Abbildung 21: Belastung durch Wohnsituation nach Migrationshintergrund (Staatsbürgerschaft, Muttersprache)



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.549 - 1.557; Staatsbürgerschaft: Cramer-V=0,085, p<0,05; Muttersprache: Cramer-V=0,115, p<0,001

Am häufigsten treten Belastungen durch die Wohnsituation in den Stadtteilen Neustadt (18%) und Innenstadt (17%) auf. Darauf folgen Vogelweide (15%), Pernau (14%) und Lichtenegg (13%) (Abbildung 22).

Abbildung 22: Belastung durch Wohnsituation nach Wohngegend



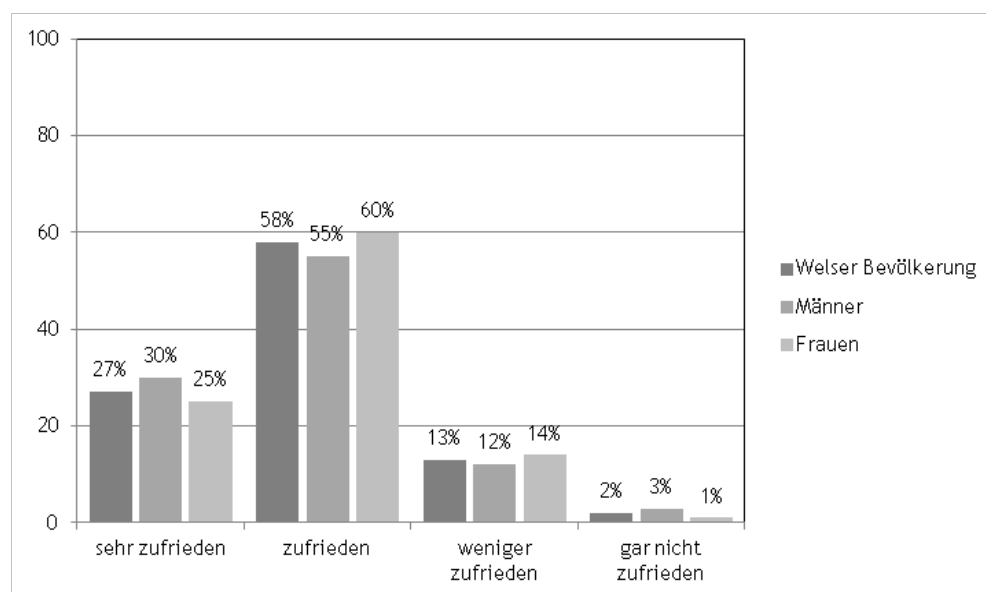
Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.506; Cramer-V=0,071, p<0,05

6.3.2. Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung

Nur 13 Prozent sind weniger und 2 Prozent gar nicht zufrieden (Abbildung 23).

85 Prozent der Welser Bevölkerung zeigen sich mit der medizinischen Versorgung in Wels sehr zufrieden oder zu-

Abbildung 23: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung



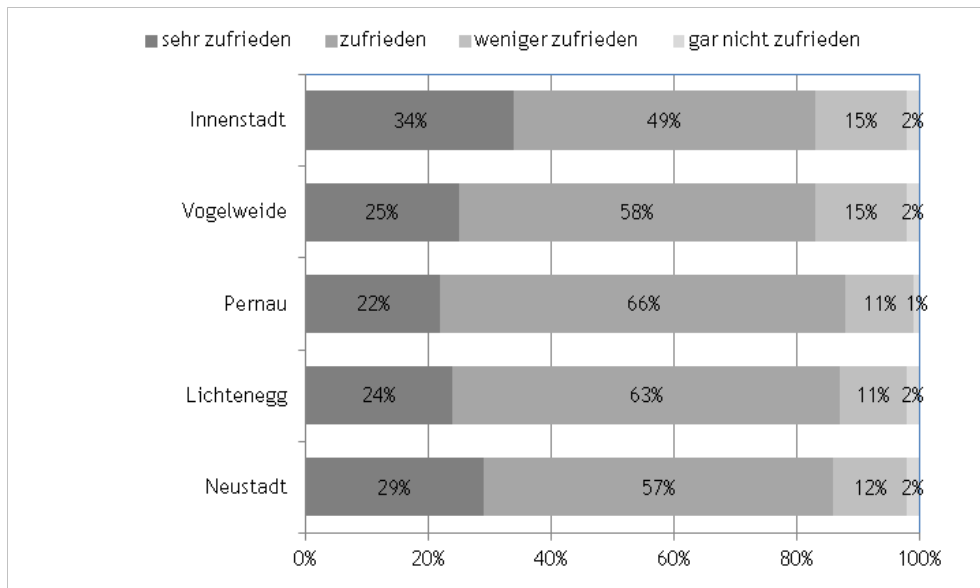
Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.627; Cramer-V=0,078, p<0,05;

Insgesamt gibt es hinsichtlich der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung nach den Wohnorten der Befragten nur geringe Unterschiede. Der Anteil der eher unzufriedenen Befragten („weniger zufrieden“ und „gar nicht zufrieden“ zusammengefasst) ist in den Stadtteilen Innenstadt und Vogelweide mit jeweils 17 Prozent

am größten. Den diesbezüglich geringsten Wert weist der Stadtteil Pernau mit 12 Prozent auf (Abbildung 24).

Die allgemeine Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung ist im Vergleich zur Umfrage aus dem Jahr 2008 etwas gesunken.

Abbildung 24: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung nach Stadtteilen

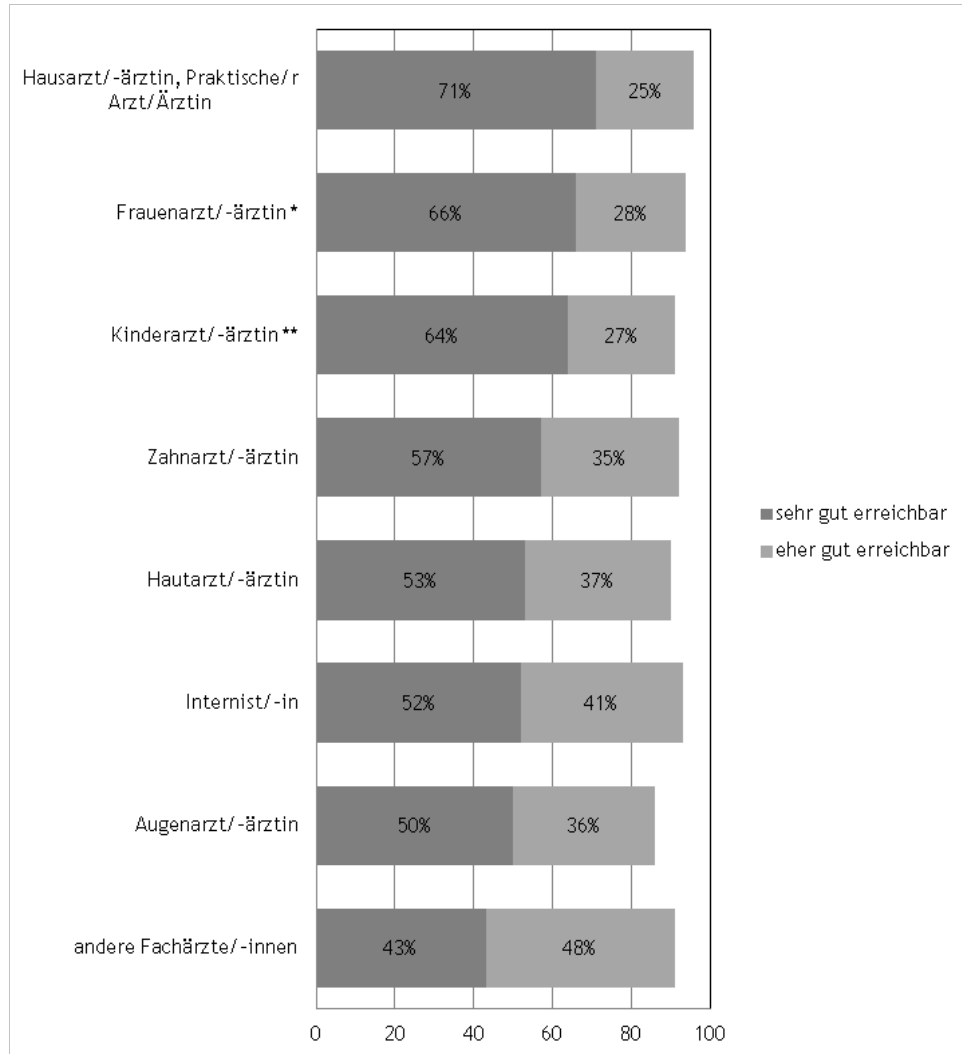


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.578; Cramer-V=0,070, p<0,05;

Die Welser Bevölkerung wurde im Zuge der Gesundheitsbefragung 2014 gefragt, wie gut verschiedene Ärzte/Ärztinnen für sie erreichbar sind. Die Erreichbarkeit von Praktischen Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/-ärztinnen und verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen ist in der Stadt Wels hervorragend und wird von sehr großen Teilen der Wohnbevölkerung positiv hervorgehoben: Für 96 Prozent ist ein Praktischer Arzt/eine Praktische Ärztin „sehr gut“ oder „eher gut“ erreichbar. Zahnärzte/-ärztinnen sind für

92 Prozent „sehr gut“ oder „eher gut“ erreichbar. Auch Fachärzte/-ärztinnen unterschiedlicher Richtungen sind mehrheitlich „sehr gut“ oder „gut“ erreichbar: 94 Prozent der Frauen berichten, dass Frauenärzte/-innen „sehr gut“ oder „gut“ erreichbar sind. 91 Prozent der Eltern sagen dies über die Erreichbarkeit von Kinderärzten/-innen (Abbildung 25).

Abbildung 25: Erreichbarkeit von Ärzten/Ärztinnen

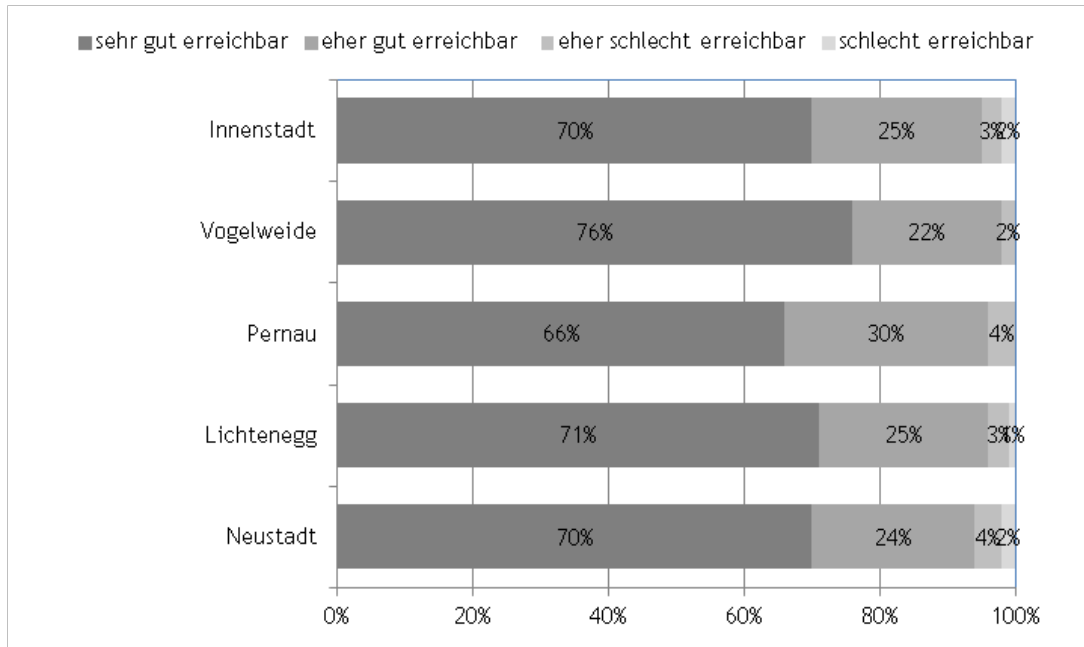


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=353 - 1.603; * nur Frauen, ** nur Eltern

Die Erreichbarkeit eines Praktischen Arztes bzw. einer Praktischen Ärztin ist in allen Welser Stadtteilen sehr

hoch. Es sind hier keine signifikanten Unterschiede zwischen den Stadtteilen auszumachen (Abbildung 26).

Abbildung 26: Erreichbarkeit von Hausarzt/-ärztin, Praktische/r Arzt/Ärztin nach Wohnort/Stadtteil

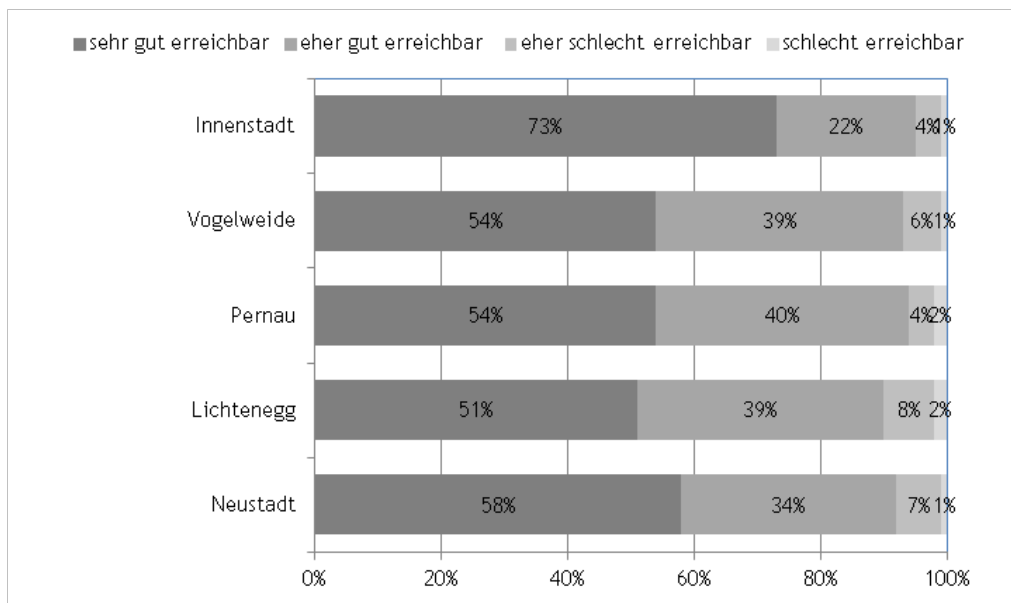


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.539; Cramer-V=n.s.;

Auch die Erreichbarkeit von Zahnärzten/Zahnärztinnen wird von der überwiegenden Mehrheit der BewohnerInnen aller Welser Stadtteile als „sehr gut“ oder „gut“ beurteilt. Besonders gut sind Zahnärzte/Zahnärztinnen für

BewohnerInnen der Innenstadt erreichbar. Etwas schlechter wird die Situation von BewohnerInnen des Stadtteils Lichtenegg eingeschätzt (Abbildung 27).

Abbildung 27: Erreichbarkeit von Zahnärzten/Zahnärztinnen nach Wohnort/Stadtteil



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.452; Cramer-V=0,091, p<0,001;

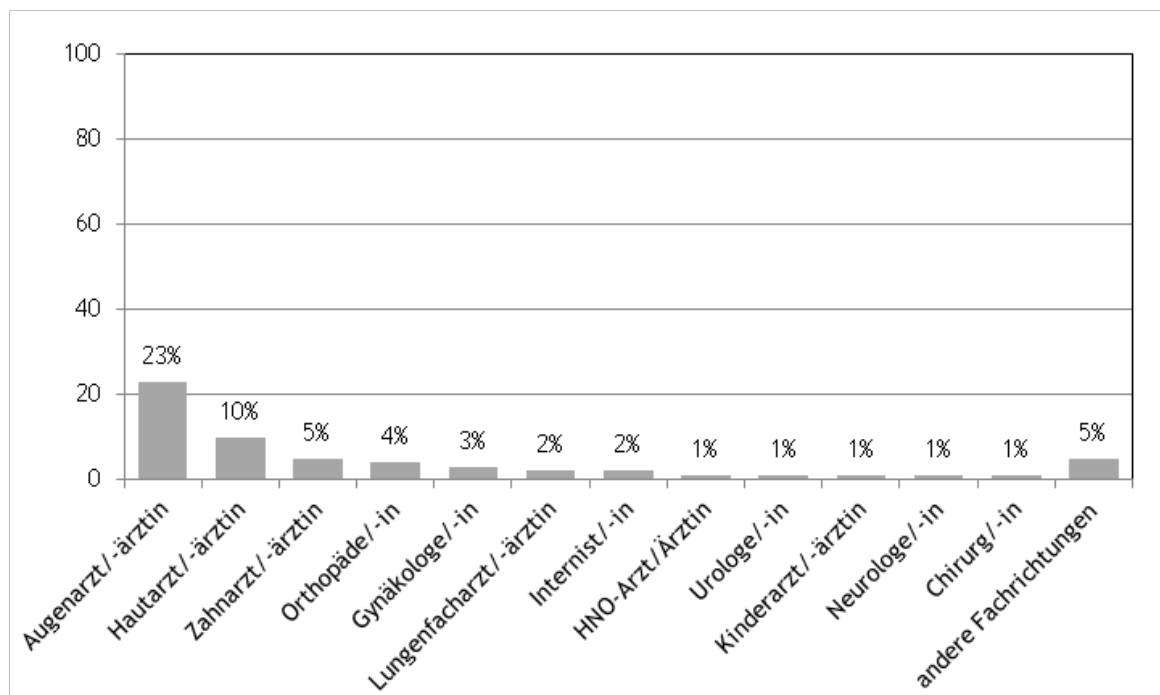
Im Vergleich zur Welser Gesundheitsumfrage aus dem Jahr 2008 ist die Erreichbarkeit von Praktischen Ärzten/Ärztinnen gleich geblieben. Bei Zahnärzten/-ärztinnen hat sich die Erreichbarkeit verbessert.

Insgesamt geben 23 Prozent der befragten WelslerInnen an, dass sie bereits einmal über eine lange Wartezeit auf einen Termin bei einem Augenarzt bzw. einer Augenärztin verärgert gewesen sind. An zweiter Stelle bezüglich

Verärgerung über Wartezeit auf einen Termin rangiert Hautarzt/-ärztin (10%), gefolgt von Zahnarzt/-ärztin (5%) und Orthopäde/-in (4%) (Abbildung 28).

Vergleicht man die Verärgerungen über die Wartezeit auf einen Termin mit der Welser Gesundheitsumfrage 2008, so ergeben sich leichte Verbesserungen bei den Augenärzten/-ärztinnen (2008: 27%) und den Zahnärzten/-ärztinnen (2008: 9%).

Abbildung 28: Verärgerung über Wartezeit auf einen Termin



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.620;

Fakten

- Rund 9 von 10 Welsler Bürgerinnen und Bürger sind mit ihrer derzeitigen Wohnsituation sehr zufrieden oder zufrieden.
- Ältere Bürger und Bürgerinnen sind mit ihrer Wohnsituation zufriedener als jüngere.
- Die Zufriedenheit mit der Wohnsituation hat sich im Vergleich mit der Erstbefragung 2008 deutlich erhöht.

- Personen mit niedrigem Einkommen fühlen sich häufiger von ihrer Wohnsituation belastet.
- Insgesamt ist die Zufriedenheit (85%) mit der medizinischen Versorgung in Wels hoch. Die Erreichbarkeit von unterschiedlichen ÄrztInnen ist in allen Stadtteilen sehr gut.

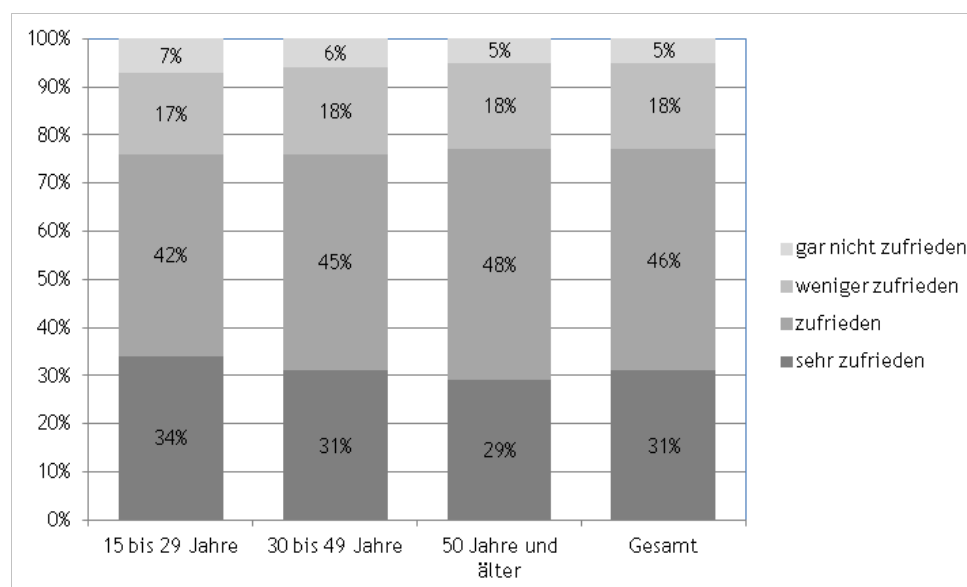
6.4. Gesunde natürliche und gestaltete Umwelt

Neben den individuellen Lebensweisen und der sozialen Umwelt stellt die physische, chemische und biologische Umwelt einen wesentlichen Einflussfaktor für die Gesundheit dar.⁴⁶ Dabei sollte die pathogenetische durch eine salutogenetische Betrachtung ergänzt werden.⁴⁷ Umwelt ist also nicht nur Risiko, sondern auch eine Ressource für die Gesundheit der Menschen.

In der Welser Gesundheitsumfrage wurde unter anderem die Zufriedenheit mit der Wohnumgebung abgefragt. Die Wohnumgebung bedeutet in diesem Fall die Luftsituation, Lärmbelästigung, Verkehr oder Grünflächen.

77 Prozent der WelserInnen sind mit der Wohnumgebung zufrieden oder sehr zufrieden, 18 Prozent weniger und 5 Prozent gar nicht zufrieden. Nach dem Alter betrachtet zeigt sich kein signifikanter Unterschied in der Zufriedenheit mit der Wohnumgebung (Abbildung 29).

Abbildung 29: Zufriedenheit mit der Wohnumgebung (Luftsituation, Lärmbelastung, Verkehr, Grünflächen) nach Alter



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.582; Tau-b=n.s.

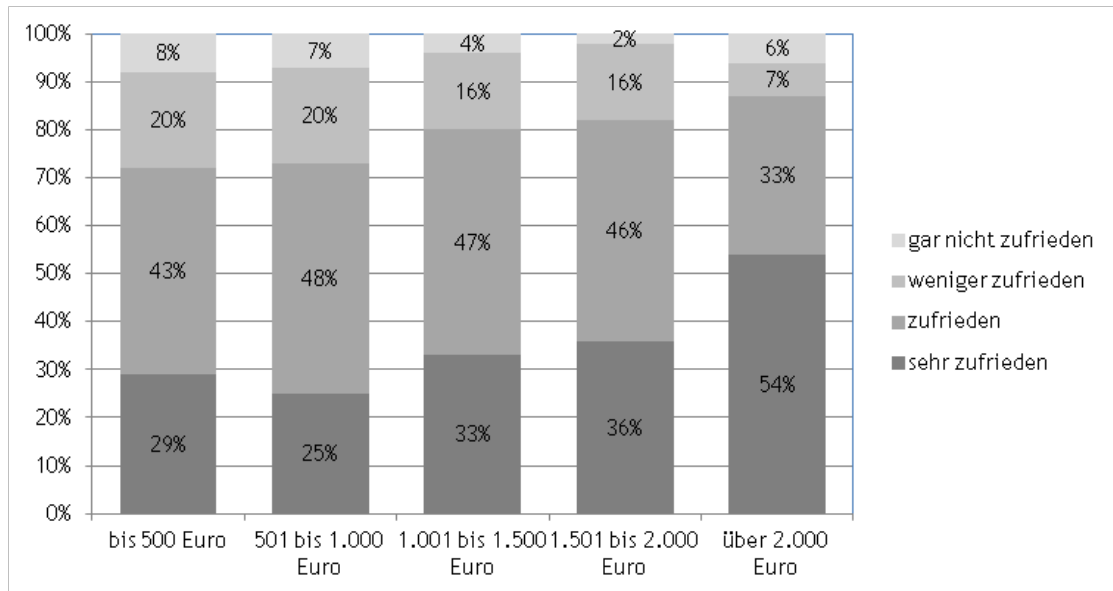
Betrachtet man die Zufriedenheit mit der Wohnumgebung nach dem Äquivalenzeinkommen (gewichtetes Pro-Kopf-Einkommen) so ergeben sich signifikante Unterschiede. Je höher das Einkommen ist, desto zufriedener sind die WelserInnen mit der Wohnumgebung. Knapp über 70 Prozent der Personen, deren gewichtetes Pro-Kopf-Einkommen unter € 1.000,- pro Monat beträgt, sind mit der Wohnumgebung zufrieden oder sehr zufrieden. WelserInnen

mit einem Einkommen zwischen 1.001 und 2.000 Euro sind zirka zu 80 Prozent mit der Wohnumgebung zufrieden oder sehr zufrieden. Am zufriedensten sind jene, deren Pro-Kopf-Einkommen über 2.000,- Euro liegt. Hier geben 87 Prozent an, dass sie sehr zufrieden oder zufrieden sind. Erstaunlich ist in diesem Einkommensbereich auch der Anteil der mit der Wohnumgebung sehr Zufriedenen mit 54 Prozent (Abbildung 30).

⁴⁶ Fehr et al 2003

⁴⁷ Eis 2012, S. 94

Abbildung 30: Zufriedenheit mit der Wohnumgebung (Luftsituation, Lärmbelastung, Verkehr, Grünflächen) nach Äquivalenzeinkommen

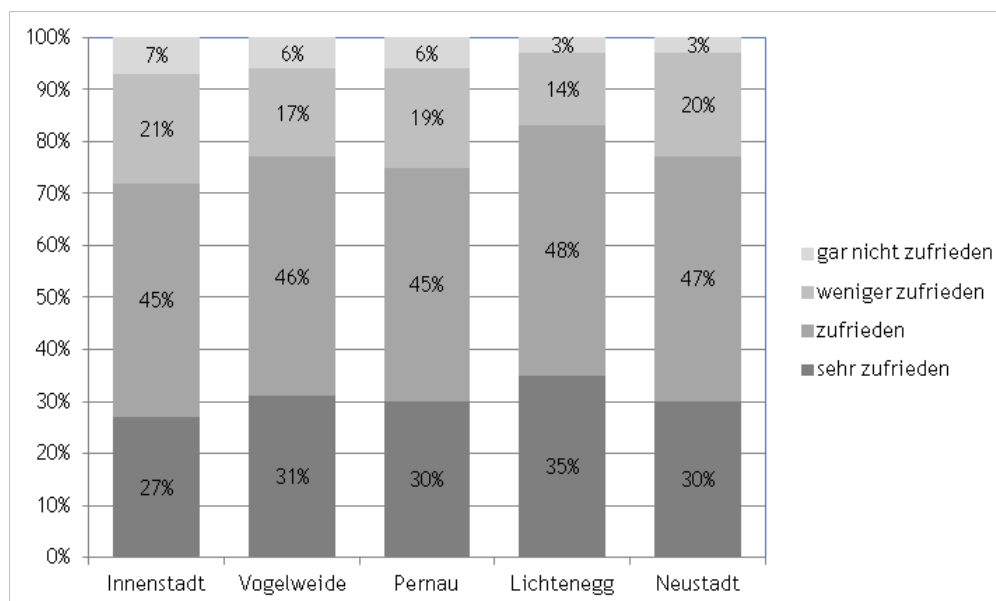


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.405; Tau-b=-0,104, p<0,001

Keine signifikanten Unterschiede ergeben sich bei der Zufriedenheit mit der Wohnumgebung nach den unterschiedlichen Stadtteilen, obwohl diese im Stadtteil Lich-

tenegg etwas höher erscheint als in den anderen Stadtteilen (Abbildung 31).

Abbildung 31: Zufriedenheit mit der Wohnumgebung (Luftsituation, Lärmbelastung, Verkehr, Grünflächen) nach Wohnort/Stadtteil



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.591; Cramer-V= n.s.

6.4.1. Außenraumluf

Hauptverursacher von Menschen verursachter Luftbelastung sind Industrie (Energiewirtschaft, chemische Industrie), Verkehr, Hausbrand und Landwirtschaft. Die wichtigsten Außenluftschadstoffe in Österreich sind Schwefeldioxid, Schwebestaub (insbes. Feinstaub), Stickstoffoxide, Kohlenmonoxid und Ozon.⁴⁸

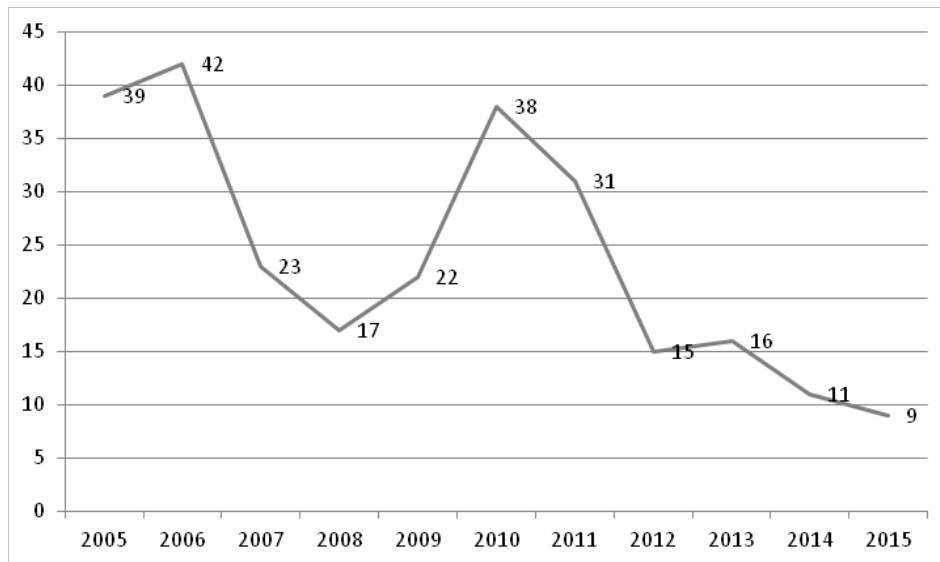
Feinstaub

Als Feinstaub versteht man den Anteil des Schwebestaubs in der Luft, der bis in die Lunge vordringen kann.⁴⁹ Die gesundheitlichen Auswirkungen hängen von der Partikelgröße ab. Je kleiner die Teile sind, desto tiefer können diese auch in die Atemwege gelangen. Nach der Partikelgröße unterscheidet man:

- Inhalierbarer Schwebestaub: PM10 < 10 µm
- Lungengängiger Schwebestaub PM2,5 < 2,5 µm
- Ultrafeine Partikel: PM0,1 < 0,1 µm⁵⁰

Je nach Exposition kann Feinstaub unterschiedliche gesundheitliche Wirkungen hervorrufen. Die gesundheitlichen Folgen führen über Beeinträchtigungen des Schwangerschaftsverlaufes, entzündlichen Veränderungen der Atemwege (Bronchitis, Asthmaanfälle), verminderter Lungenfunktion, akuten Mittelohrentzündungen, Schädigung des Herz-Kreislaufsystems bis hin zum Herzinfarkt.⁵¹ Hauptsächliche Verursacher von Feinstaub sind private Heizungen, Verkehr, Industrie und die Landwirtschaft.⁵² Obwohl es keine Grenze gibt, unter der die Exposition mit Feinstaub unbedenklich wäre, werden Tage mit hoher Feinstaubbelastung ab einem Tageswert von über 50 µm je Kubikmeter als besonders belastend gesehen. In Wels wurde dieser Tageswert im Jahr 2015 neun Mal (bei PM10) bzw. einmal bei PM2,5 überschritten. Eine wichtige Rolle für die Anreicherung von Feinstaub in unteren Luftschichten spielen niederschlagsfreie Inversionswetterlagen in den Wintermonaten.⁵³ Im Jahr 2015 war die Feinstaubbelastung in Oberösterreich im Vergleich zu den Vorjahren gering (Abbildung 32).⁵⁴

Abbildung 32: Anzahl Tagesmittelwert-Überschreitungen von PM10 in den Jahren 2005-2015



Quelle: Umwelt Prüf- und Überwachungsstelle des Landes Oberösterreich: Inspektionsbericht. Jahresbericht 2015 der Luftüberwachung in Oberösterreich

⁴⁸ Hutter et al 2009b, S. 5
⁴⁹ Birgmann et al 2013, S. 142
⁵⁰ Eis 2012, S. 111

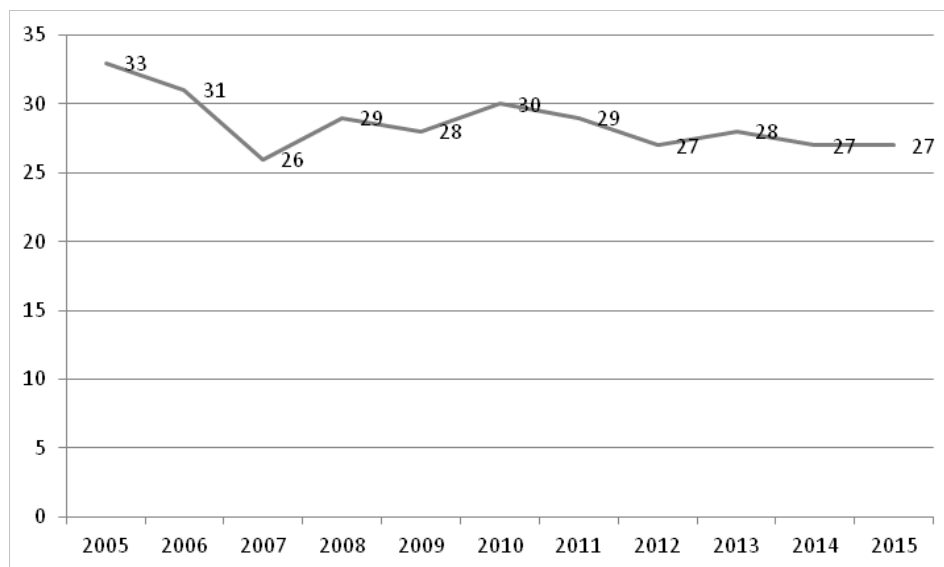
⁵¹ Hutter et al 2009b, S. 12
⁵² Hutter et al 2009b, S. 9
⁵³ Birgmann et al 2013, S. 143
⁵⁴ Land OÖ 2016, S. 8

Stickstoffdioxid (NO₂)

Stickstoffdioxid ist ein gasförmiger Schadstoff mit stark oxidierenden Eigenschaften. Dadurch wirkt es aggressiv und direkt lokal in den Atemwegen und der Lunge. Sehr hohe NO₂-Konzentrationen können zu Husten, Atemnot, blutigem Auswurf und bis zum Lungenödem führen. Von größerer Bedeutung auf die menschliche Gesundheit sind die Langzeitwirkungen von NO₂ (chronischer Husten, Bronchitis).⁵⁵

Für Stickstoffdioxid gilt ebenfalls: je geringer die Exposition, desto weniger Gefährdung für die Gesundheit. Der Grenzwert für das Jahresmittel liegt derzeit bei 30 µg/m³ plus einer Toleranzmarge von 5 µg/m³. Für eine halbe Stunde gilt ein Toleranzwert von 200 µg/m³. Dieser Wert wurde in Wels im Jahr 2015 nie erreicht (Abbildung 33).

Abbildung 33: Stickstoff-Jahresmittelwerte 2005 bis 2015 in Wels



Quelle: Umwelt Prüf- und Überwachungsstelle des Landes Oberösterreich: Inspektionsbericht. Jahresbericht 2015 der Luftüberwachung in Oberösterreich

Ozon

Vor allem in heißen Sommermonaten ist mit erhöhter Ozonbelastung zu rechnen. Ozon zerfällt beim Kontakt mit anderen Schadstoffen wieder. Daher ist die durchschnittliche Belastung in Reinluftgebieten größer als im Stadtgebiet. Die erreichten Maximalwerte sind an heißen Sommertagen in ländlichen Gebieten und im Stadtgebiet ähnlich hoch.⁵⁶

Die gesundheitlichen Auswirkungen reichen von Augenbrennen, verstärktem Hustenreiz, Reizungen von Rachen und Hals, Beeinträchtigungen der Lungenfunktion bis hin

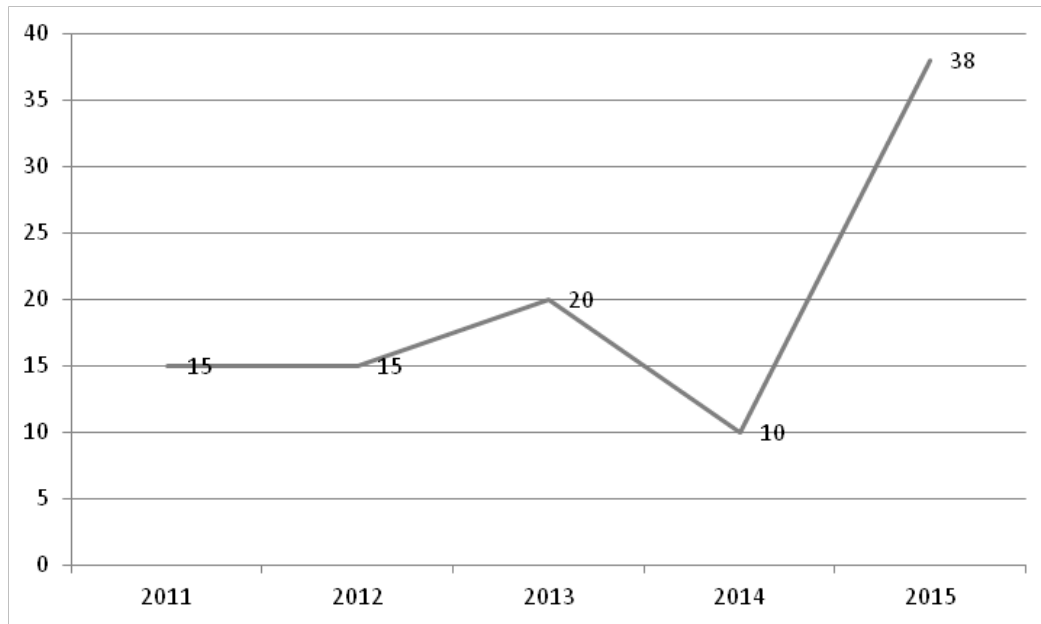
zu einer generellen Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit.⁵⁷ Als Zielwert für den Gesundheitsschutz gilt ein Wert von 120 µg/m³ als höchster Achtstundenmittelwert des Tages. Dieser darf an höchstens 25 Tagen pro Kalenderjahr überschritten werden (Mittelwert von drei Jahren). Zusätzlich gilt 180 µg/m³ als Informationsschwelle (Einstundenmittelwert).

Durch die heißen Sommermonate war die Ozonbelastung im Jahr 2015 höher als in den Vorjahren.⁵⁸ Die Informationsschwelle wurde in Wels zwei Mal in diesem Jahr erreicht (17. Juli und 14. August 2015) (Abbildung 34).⁵⁹

⁵⁵ Hutter et al 2009b, S. 16f
⁵⁶ Birgmann et al 2013, S. 144

⁵⁷ Hutter et al 2009b, S. 18
⁵⁸ Land OÖ 2016, S. 8
⁵⁹ Land OÖ 2016, S. 43

Abbildung 34: Ozon-Überschreitungen des Zielwertes für den Gesundheitsschutz ($120 \mu\text{m}^3$ als Acht-Stunden-Mittelwert) in Wels



Quelle: Umwelt Prüf- und Überwachungsstelle des Landes Oberösterreich: Inspektionsbericht. Jahresbericht 2015 der Luftüberwachung in Oberösterreich

6.4.2. Innenraumluft

Im Bereich der Wohnräumlichkeiten wirken sich verschiedene Faktoren auf Gesundheit und Wohlbefinden aus. Dazu gehören Temperatur (thermische Behaglichkeit), Luft, Lärm, Licht, Einrichtung, Formen und Farben. Wesentliche Effekte gehen auch von biologischen und chemischen Schadstoffen in der Innenraumluft aus.⁶⁰ Einen Überblick über die wesentlichsten Belastungen der Innenraumluft und der häufigsten Schadstoffquellen gibt nachfolgende Tabelle 2.

Duftstoffe, Putz- und Desinfektionsmittel, Ausdünstungen von Lacken, Imprägniermittel etc. können bei empfindlichen Menschen zu Symptomen wie bspw. Atembeschwerden, Kopfschmerzen, Augen- und Nasenreizungen, Beklemmungsgefühl, Schweißausbrüchen und Herzjagen führen. Unverträglichkeitsreaktionen gegen Substanzen sind in den letzten Jahrzehnten zunehmend häufig zu beobachten.⁶¹

⁶⁰ Hutter et al. 2009b, S. 21

⁶¹ Hutter et al. 2009b, S. 21

Tabelle 2: Häufige Luftverunreinigungen in Innenräumen und deren Quellen

Schadstoffe	Quellen
Allergene	Hausstaub, Schimmelpilzsporen, Tiere, Baumaterialien, Einrichtungsgegenstände, Pflanzen, Latex
Asbest	Brandschutz- und Dichtungsmaterial, Rückenbeschichtungen von PVC-Böden, Nachtspeicheröfen
Autoabgase	Außenluft, (Tief-)Garagen
Biozide	Holzschutzmittel, Lacke, Teppiche, Schädlingsbekämpfung, Elektroverdamper
Flüchtige Kohlenwasserstoffe	Lösungsmittel, Farben, Lacke, Kleber, Ausgleichsmassen
Formaldehyd	Tabakrauch, Spanplatten und Holzwerkstoffe, Dispersionskleber, Lacke, offene Gasflammen
Kohlendioxid	Mensch (Ausdünstungen), offene Flammen
Kohlenmonoxid, Stickoxide	Undichte Öfen, Durchlauferhitzer ohne Abzug, Gasherde
Polychlorierte Biphenyle (PCB)	Früher Fugen- und Dichtungsmassen, Kondensatoren von Leuchtstofflampen, Brandschutzanstriche
Per (Tetrachlorethen)	Chemische Reinigung, chemisch gereinigte Kleidung
Polzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAK)	Alte Parkettkleber, Feuchteabdichtungen, Karbolineum
Radon	Erdreich (v.a. Urgesteinsböden), Baustoffe
Tabakrauch	Zigaretten, Zigarren, Pfeifen
Ultrafeinstaub	Drucker, Kopierer, Tabakrauch, Außenluft, Bildung aus Terpenen in Anwesenheit von Ozon

Quelle: Hutter et al. 2008, S. 22

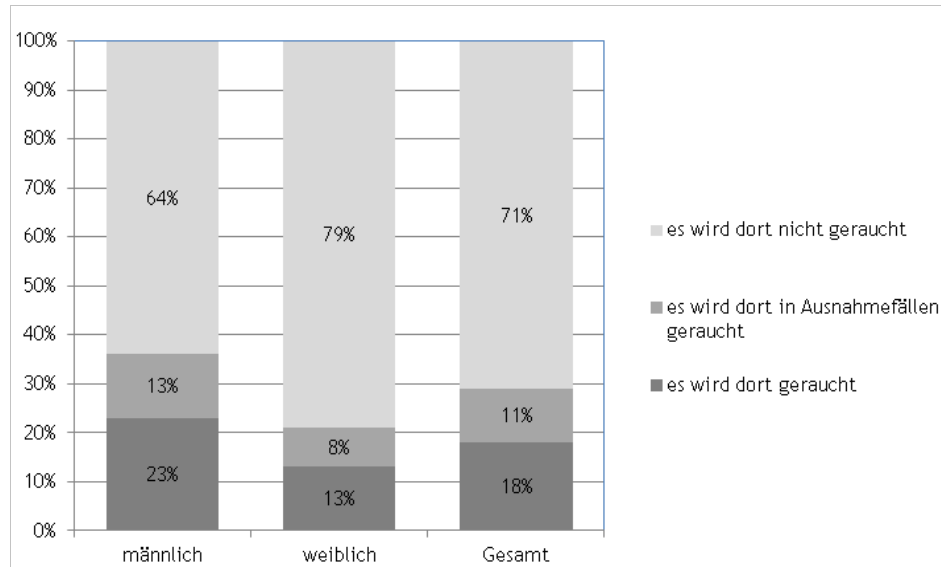
In Räumen, in denen geraucht wird, stellt der Passivrauch die größte Gesundheitsgefährdung dar.

Passivrauch am Arbeitsplatz

In etwas mehr als 70 Prozent der Welser Arbeitsplätze wird nicht geraucht, bei 18 Prozent wird dauerhaft geraucht und bei 11 Prozent der Arbeitsplätze wird in Aus-

nahmefällen geraucht. Arbeitsplätze, in denen Männer beschäftigt sind, sind etwas stärker mit Passivrauch belastet (bei 23% wird geraucht und bei 13% in Ausnahmefällen) (Abbildung 35).

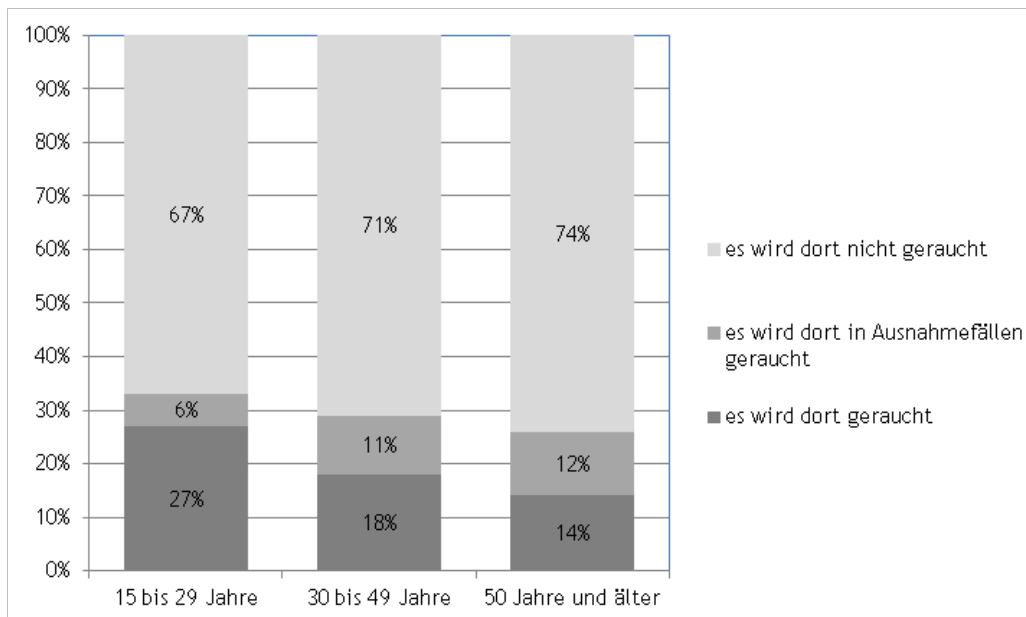
Abbildung 35: Passivrauch am Arbeitsplatz nach Geschlecht



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=677 (nur Erwerbstätige); Cramer-V=0,164, p<0,001;

Betrachtet man die Frage nach der Passivrauchbelastung nach Altersgruppen, so fällt auf, dass vor allem jüngere Erwerbstätige an Arbeitsplätzen tätig sind, in denen häufiger geraucht wird (15- bis 29-Jährige: 27%).

Abbildung 36: Passivrauch am Arbeitsplatz nach Altersgruppe

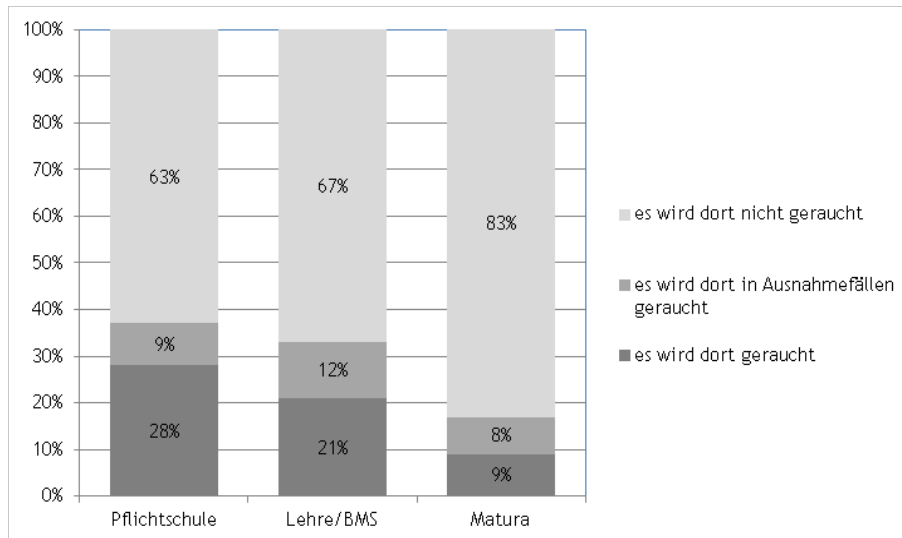


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=656 (nur Erwerbstätige); Cramer-V=0,089, p<0,05;

Auch nach dem Bildungsgrad gibt es Unterschiede bei der Frage, ob am Arbeitsplatz geraucht wird oder nicht. Während bei 28 Prozent der Erwerbstätigen, deren höchste abgeschlossene Schulbildung die Pflichtschule ist, am

Arbeitsplatz geraucht wird, sind es bei denjenigen mit Matura oder höherer Ausbildung nur neun Prozent (Abbildung 37).

Abbildung 37: Passivrauch am Arbeitsplatz nach Bildungsgrad

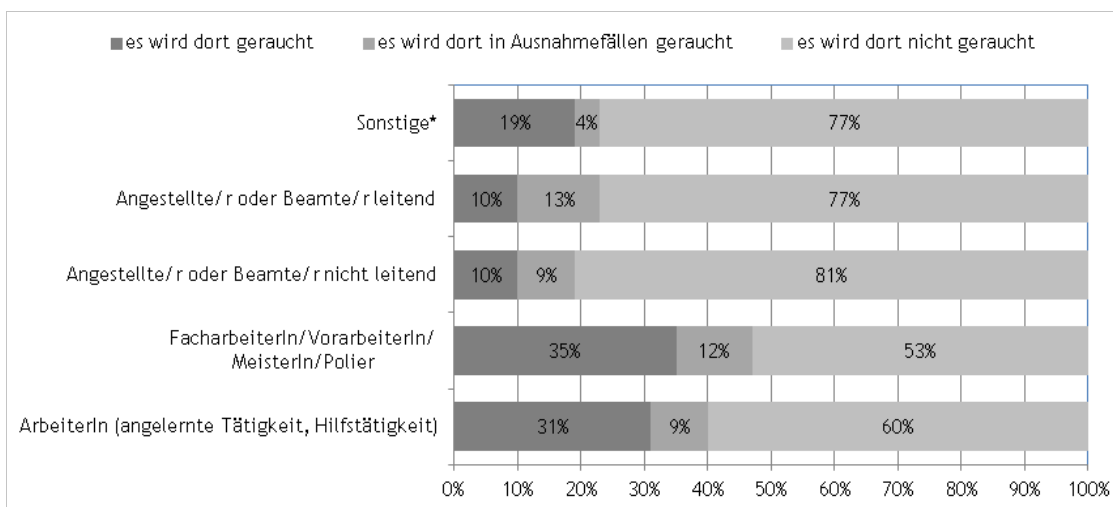


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=678 (nur Erwerbstätige); Cramer-V=0,134, p<0,001;

Ebenso ergibt die Frage, ob am Arbeitsplatz geraucht wird oder nicht, Unterschiede nach der Stellung im Beruf. Abgesehen von den sonstigen sieht man eine Zweiteilung zwischen Angestellten und ArbeiterInnen. Während bei 10 Prozent der Arbeitsplätze von Angestellten oder

Beamten (leitend oder nicht leitend) geraucht werden kann, ist dies bei mehr als 30 Prozent der Arbeitsplätze von ArbeiterInnen der Fall (FacharbeiterIn/VorarbeiterIn/MeisterIn/Polier: 35%; ArbeiterIn (angelernte Tätigkeit/Hilfstätigkeit): 31%) (Abbildung 38).

Abbildung 38: Passivrauch am Arbeitsplatz nach Stellung im Beruf



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=670 (nur Erwerbstätige); Cramer-V=0,203, p<0,001;

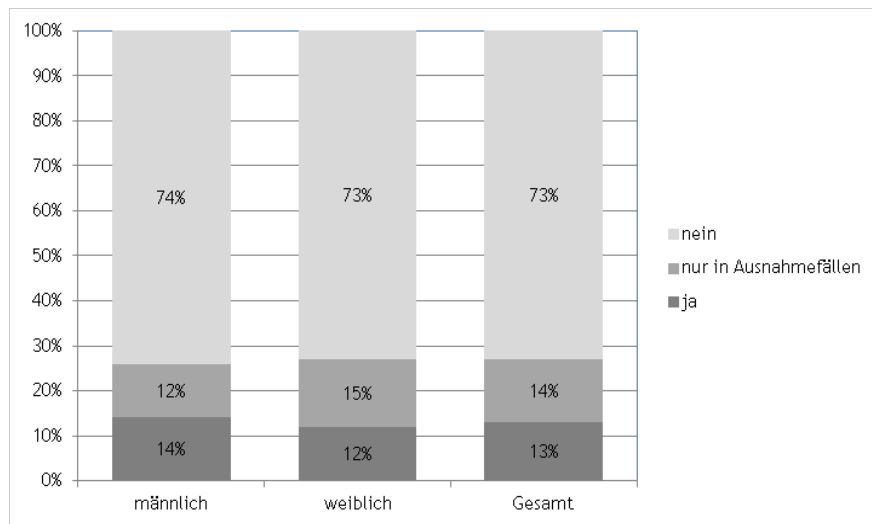
* die Kategorie „Sonstige“ besteht vor allem aus Selbstständigen und freie Berufe

Passivrauch im Haushalt

Rauchen in der Wohnung hat, vor allem, wenn auch Kinder im Haushalt sind, große gesundheitliche Auswirkungen. In 13 Prozent der Welser Haushalte wird ständig geraucht, in zusätzlichen 14 Prozent nur in Ausnahmefällen, z. B. wenn Besuch da ist. Im Vergleich zur Welser Gesund-

heitsbefragung aus dem Jahr 2008 ist dieser Wert deutlich zurückgegangen, hier wurde noch in 21 Prozent der Haushalte geraucht. Zwischen Männern und Frauen gibt es keine signifikanten Unterschiede (Abbildung 39).

Abbildung 39: Passivrauch im Haushalt nach Geschlecht

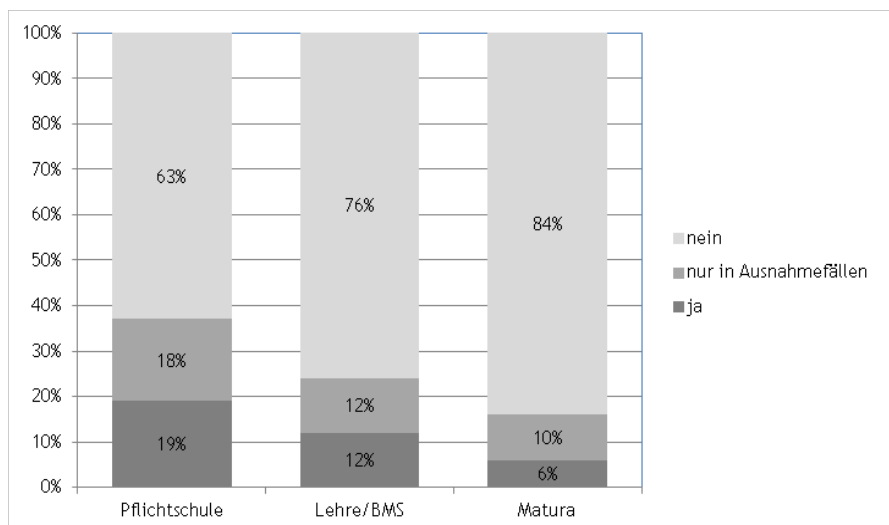


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1.592; Cramer-V=n.s.;

Nach Bildungsgrad zeigen sich deutliche Unterschiede bei der Frage, ob in der Wohnung geraucht wird. Bei 19 Prozent der Befragten, deren höchste abgeschlossene Bildung die Pflichtschule ist, wird im Haushalt geraucht. Die Personen, deren höchste abgeschlossene Schulbildung

eine Lehre oder berufsbildende mittlere Schule ist, geben zu 12 Prozent an, dass in ihrem Haushalt geraucht wird und die Befragten mit Matura oder höherer Ausbildung bejahen dies zu 6 Prozent. Die Unterschiede sind auch gegeben, wenn nur in Ausnahmefällen geraucht wird (Abbildung 40).

Abbildung 40: Passivrauch im Haushalt nach Bildungsgrad



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2014, n=1,573; Cramer-V=0,130, p<0,001;

6.4.3. Lärm

Unter Lärm versteht man unerwünschten, störenden, belästigenden und eventuell schädigenden Schall.⁶² Damit hat Lärm sowohl eine objektive als auch eine subjektive

Komponente. Objektiv kann Lärm gemessen werden, wobei für unterschiedliche Lärmquellen und Zeiten folgende Schwellenwerte in Österreich festgelegt wurden (siehe Tabelle 3):

Tabelle 3: Schwellenwerte Lärm

	Tag-Abend-Nachtlärmindex (dB)	Nachtlärmindex (dB)
Straßenverkehrslärm	60	50
Flugverkehrslärm	65	55
Schienenverkehrslärm	70	60
Industrie und Gewerbe	55	50

Quelle: www.laerminfo.at

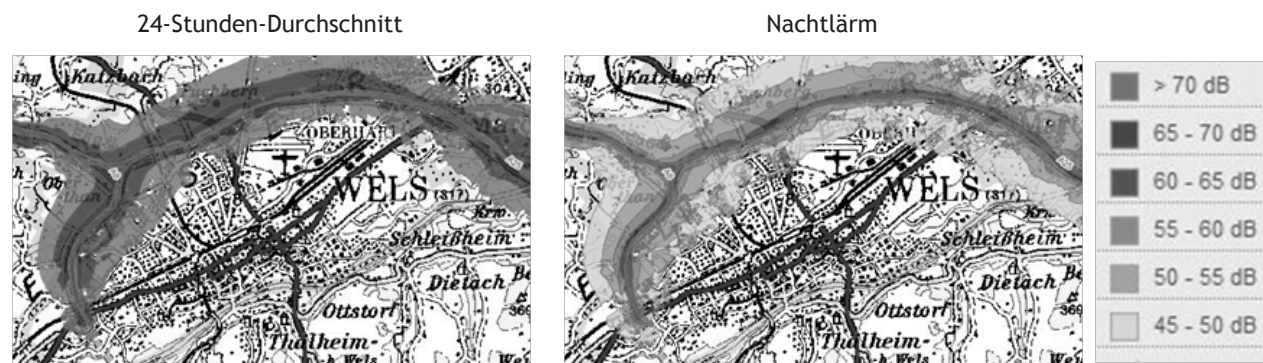
Laut WHO werden allerdings generell 55 dB (Dauerschallpegel) für den Tag und 45 dB für die Nacht als Richtwerte für den vorbeugenden Gesundheitsschutz angegeben.⁶³

Lärm kann sich entweder direkt in Form von lärmbedingten Hörschädigungen bei hohen Schallpegeln auswirken oder (öfter) als Lärmstress. Dabei werden die Einwirkungen von Schallimmissionen subjektiv als Störung erlebt und können zu Veränderungen im Organismus führen.⁶⁴ Der durch Lärm bedingte Stress kann unter anderem Verengungen der peripheren Blutgefäße, Herzfrequenzsteigerungen und Auswirkungen auf den Blutdruck hervorrufen.

Weiters können folgende Auswirkungen auftreten: Hemmung der Magen-Darm-Peristaltik und der Funktion der Verdauungsdrüsen, erhöhte Muskelspannung, Stoffwechselveränderungen und Einflüsse auf das Immunsystem.⁶⁵

Die hauptsächlichen Lärmquellen sind Verkehr (Straße, Schiene, Flug) und Industrie und Gewerbe. Österreichweit fühlen sich mehr Menschen vom Verkehr belastet als durch Industrie und Gewerbe. In Wels macht ebenfalls der verkehrsbedingte Lärm, vor allem durch Schiene und Straße, die Hauptquelle aus.

Abbildung 41: Straßenlärm durch Autobahn und Schnellstraßen in Wels, 24-Stunden-Durchschnitt und Nachtlärm; jeweils 4 m über dem Boden, Jahr 2012



Quelle: www.laerminfo.at

⁶² Hutter et al. 2009a, S. 11

⁶³ Hutter et al. 2009a, S. 20

⁶⁴ Hutter et al. 2009a, S. 11

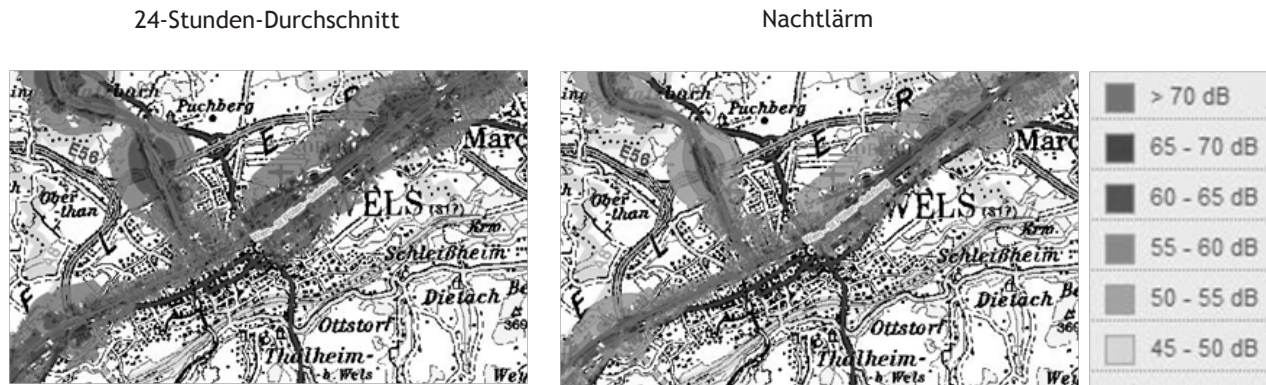
⁶⁵ Hutter et al. 2009a, S. 12

Abbildung 42: Straßenlärm durch Landesstraßen in Wels; 24-Stunden-Durchschnitt und Nachtlärm, jeweils 4 m über dem Boden, Jahr 2012



Quelle: www.laerminfo.at

Abbildung 43: Lärm durch Eisenbahn in Wels; 24-Stunden-Durchschnitt und Nachtlärm, Jahr 2012



Quelle: www.laerminfo.at

6.4.4. Wasser

Wasser gilt als unentbehrliche Ressource für Mensch und Umwelt.⁶⁶ Sauberes Trinkwasser ist daher als wesentliche Grundlage für Gesundheit zu betrachten. Österreich deckt den Trinkwasserbedarf zur Gänze aus geschützten Grundwasservorkommen.⁶⁷

Im Jahr 2014 waren in Wels 95 Prozent der Haushalte an das öffentliche Wassernetz angeschlossen. Ein Prozent der bestehenden Wasserleitungen wurden vor 1960 errichtet, 28 Prozent zwischen 1961 und 1980, 45 Prozent in den Jahren zwischen 1981 und 2000 und 26 Prozent der Wasserleitungen sind aus den Jahren seit 2001.⁶⁸

6.4.5. Umwelt als Ressource

Neben den schädlichen Einflüssen, die durch Lärm oder Luftverschmutzung auf den Menschen einwirken, wirkt sich Natur und Landschaft unterschiedlich auf die Gesundheit aus.⁶⁹ Dabei wirken sich Landschaften auf unterschiedlichen Ebenen auf Menschen aus.

⁶⁶ Österreichischer Städtebund 2015, S. 51
⁶⁷ Bundesministerium für Gesundheit 2015, S. 6
⁶⁸ Österreichischer Städtebund 2016, S. 116

⁶⁹ Birgmann et al. 2013, S. 153

Tabelle 4: Effekte der Landschaft und Beispiele für Handlungsmöglichkeiten

Ebene	Auswirkungen	Beispiele für Handlungsmöglichkeiten
Physische Gesundheit	Umgebungen, die von der Bevölkerung als attraktiv wahrgenommen werden und gut zugänglich sind, wirken sich positiv auf die körperliche Aktivität aus. So bewegen sich StadtbewohnerInnen, die in der Nähe von Stadtparks wohnen, häufiger als Menschen, die über keinen Zugang zu Naherholungsräumen verfügen. (<i>Landschaft als Bewegungsraum</i>) ⁷⁰	<ul style="list-style-type: none"> • Geh- und Fahrradwege • benutzerfreundliches Straßennetz (street connectivity) • kurze Wege zwischen den „Hot Spots“ • Sicherheit • Vielfältig nutzbare Landschaften (Land-use Mix) • Grün- und Erholungszonen • Wald als Erholungs- und Bewegungsraum⁷¹ • barrierefreie Gestaltung • etc.
Psychische Gesundheit	Natur wirkt sich positiv auf die psychische Gesundheit der Menschen aus: Die Anwesenheit von Bäumen, Wiesen, Feldern etc. steigert die Konzentrationsfähigkeit, fördert positive Gefühle und reduziert Frustration, Ärger, Kriminalität und Stress. (<i>Landschaft als Entspannungsraum</i>) ⁷²	<ul style="list-style-type: none"> • Ruhe- und Entspannungszonen, Begegnungszonen • Entspannungsangebote im öffentlichen Raum • Sitzmöglichkeiten im Grünen/Parkbänke • Grünanlagen • barrierefreie Gestaltung • etc.
Soziale Gesundheit	Grüne Außenräume tragen in hohem Maße dazu bei, dass sich Menschen in ihrer Umgebung engagieren und sich sozial integriert und wohl fühlen. Diese Wirkung zeigt sich sowohl im urbanen Raum, zum Beispiel anhand öffentlicher Plätze als soziale Treffpunkte, als auch in nicht-urbanen Grünräumen in Form von kollektiver Naturerfahrung, was zu Gefühlen des Zusammenseins und der Gemeinschaft führt. (<i>Landschaft als Verbindungsraum</i>) ⁷³	<ul style="list-style-type: none"> • Parks, öffentliche Plätze • Gemeinschaftsgärten⁷⁴ • gemeinsame, öffentliche Bewegungsangebote • generationenübergreifende Aktivitäten (z.B. Generationenhäuser, Generationenspielplätze, Seniorenheim und Kindergarten im selben Gebäude) • Begegnungszonen • barrierefreie Gestaltung • etc.

Die Stadt Wels hat eine Fläche von 45,9 km². Davon sind der Großteil Bau- und Verkehrsflächen (49%) und Landwirtschaft (40%). Sieben Prozent der Fläche besteht aus Wald und je zwei Prozent sind Gewässer bzw. sonstiges. Zirka 58 Hektar (0,58 km²) sind in Wels als Parkanlagen, Spielplatz, Spiel- und Liegewiese gewidmet, weitere 50 Hektar (0,5 km²) als Sport- und Spielfläche (inkl. Freibad) und ca. 39 Hektar (0,38 km²) sind als Kleingarten

gewidmet.⁷⁵ In der Stadt Wels gibt es Radwege mit einer Gesamtlänge von 55,75 Kilometern (im Vergleich dazu beträgt die Länge der Straßen in Wels nahezu 300 km).⁷⁶

Die Siedlungsdichte hat in den letzten 15 Jahren von 1.230 EinwohnerInnen/km² im Jahr 2001 auf 1.304 EW/km² im Jahr 2015 zugenommen.⁷⁷

⁷⁰ Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz 2010, S. 6

⁷¹ Rodewald 2016, S. 16

⁷² Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz 2010, S. 6

⁷³ Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz 2010, S. 6

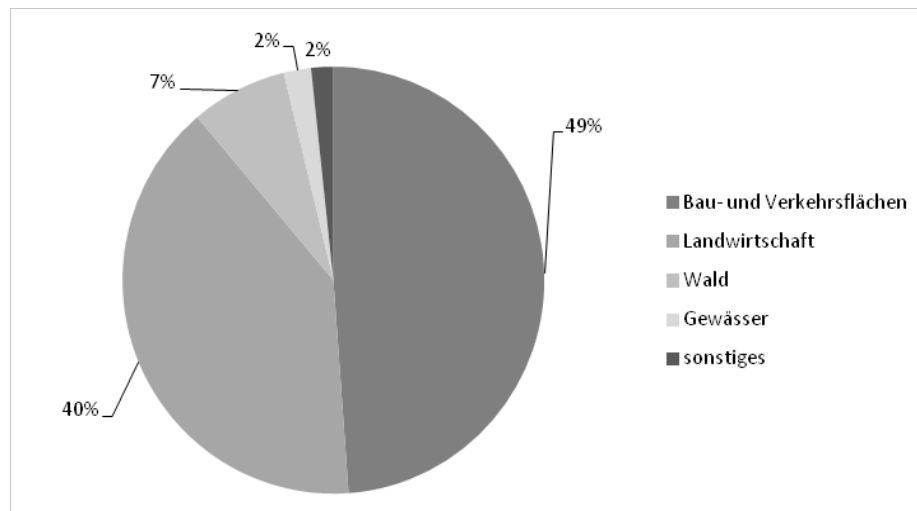
⁷⁴ Rodewald 2016, S. 20

⁷⁵ Magistrat Wels 2014, S. 22

⁷⁶ Magistrat Wels 2014, S. 22

⁷⁷ Österreichischer Städtebund 2016, S. 120

Abbildung 44: Flächeninanspruchnahme nach Nutzungsart (Anteile in Prozent)



Quelle: Österreichischer Städtebund: Österreichs Städte in Zahlen 2015, S. 119

Die Welser Innenstadtagenda bis 2013 hat es sich zum Ziel gesetzt, mit der Bevölkerung ein Zukunftsprogramm für die Sicherung und Verbesserung der Lebensqualität zu erarbeiten (der Prozess der Innenstadtagenda wird im Kapitel Integration in soziale und kommunale Netzwerke näher erläutert).⁷⁸ Ein wichtiges Ergebnis daraus ist die Schaffung des „FreiRaumWels“. Es handelt sich dabei um einen Gemeinschaftsraum mitten in Wels, der Menschen

einladen soll, Ideen mit anderen zu teilen und zu verwirklichen.⁷⁹ Angebote sind zum Beispiel ein „RedeRaum“ (für Menschen, die kein Gegenüber haben, sich mitzuteilen) oder die Welser Suppenküche, in der gesunde, einwandfreie Lebensmittel, welche nicht mehr verkauft bzw. von regionalen Landwirten voraussortiert wurden, gemeinsam zu einer Suppe verkocht und an die Gäste ausgegeben werden.⁸⁰

Fakten

- Umwelt ist ein wichtiger Einflussfaktor für Gesundheit, sie kann sowohl krank machend als auch gesundheitsfördernd wirken.
- 77 Prozent der WelserInnen sind mit der Wohnumgebung zufrieden oder sehr zufrieden, die Zufriedenheit hängt stark vom Einkommen ab.
- 2015 war die Feinstaubbelastung in Wels vergleichsweise gering, die Ozonbelastung aber aufgrund des heißen, niederschlagsfreien Sommers sehr hoch.
- In etwas mehr als 70 Prozent der Welser Arbeitsplätze wird nicht geraucht. In 13 Prozent der Welser

Haushalte wird ständig geraucht, in zusätzlichen 14 Prozent nur in Ausnahmefällen. Der Bildungsgrad der Personen ist sowohl für Rauchen im Haushalt als auch in der Arbeit ein Einflussfaktor.

- Die Hauptquelle für Lärm in Wels ist der Verkehr (Straße und Schiene).
- Landschaft als Ressource kann sowohl als Bewegungs-, Entspannungs- und als Verbindungsraum genutzt werden.

⁷⁸ innenstadtagenda21.at

⁷⁹ www.freiraumwels.at

⁸⁰ www.freiraumwels.at

7. AKTIVITÄTEN DER STADT WELS

Nachstehend sind verschiedene Aktivitäten der bzw. in der Stadt Wels angeführt, die im engeren oder weiteren Sinn mit Gesundheitsförderung und Prävention zu tun haben. Zudem wird die Inanspruchnahme der Aktivitäten beschrieben.

In Zusammenarbeit mit dem Linzer Institut für Gesundheitsplanung arbeitet die Stadt Wels daran, die im Welser Gemeinderat einstimmig beschlossenen Gesundheitsziele umzusetzen.

Die Welser Gesundheitsziele wurden analog zu den Vorgaben des Landes Oberösterreich und der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse beschlossen. Diese sind bewusst umfassend definiert und beinhalten daher nahezu alle Bereiche, in denen gesundes Leben und Handeln möglich ist.

7.1. Gesundheitspolitische Maßnahmen seit dem letzten Gesundheitsbericht

Seit dem Sommer 2012 ist die Umsetzung der Welser Gesundheitsziele ein Schwerpunkt in der Stadt Wels.



- 1. Wohlbefinden in der Schule erhöhen**
Wohlbefinden an der Schule fördert die Gesundheit. Gesunde SchülerInnen lernen besser, gesunde LehrerInnen unterrichten besser. Deswegen wird die Gesundheitsförderung in den Schulen ausgebaut.
- 2. Arbeitsplätze gesünder gestalten**
Die Arbeitswelt hat großen Einfluss auf Gesundheit und Krankheit der MitarbeiterInnen. Deswegen wird die Anzahl der Betriebe, die Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention umsetzen, stark erhöht.
- 3. Ernährung für Säuglinge und Kleinkinder verbessern**
Die Ernährungssituation in den ersten Lebensjahren wirkt sich auf die Gesundheit des gesamten späteren Lebens aus. Deswegen soll allen Säuglingen und Kleinkindern die Möglichkeit einer dem Alter entsprechenden, gesundheitsförderlichen Ernährung geboten werden.
- 4. Zahngesundheit der Kinder verbessern**
Zahngesundheitsförderung im Kindesalter ist die Grundvoraussetzung für gesunde Zähne ein Leben lang. Deswegen soll sich die Zahngesundheit der Welser Kinder wesentlich verbessern.
- 5. Bewegung im Jugendalter erhöhen**
Körperliche Aktivität in Alltag und Freizeit hat großen Einfluss auf physische und psychische Gesundheit. Deswegen soll sich das Ausmaß an körperlicher Aktivität bei Jugendlichen erhöhen.
- 6. Maßnahmen zur Suchtprävention weiterhin umsetzen**
Wirksame Suchtprävention setzt auf die Stärkung der Lebenskompetenzen und ist integriert in den Alltag. Sie wirkt sich auf einen verminderten Konsum von legalen (Alkohol und Tabak) und illegalen Drogen sowie auf die Verringerung von Verhaltenssuchten aus. Deswegen soll die Suchtprävention in Wels fortgeführt werden.
- 7. Tabakkonsum bei Jugendlichen reduzieren**
Ein rauchfreies Leben erhöht die Lebenserwartung und die Lebensqualität. Deswegen soll der Anteil der Jugendlichen, die täglich rauchen, deutlich gesenkt werden.
- 8. Psychosoziale Gesundheit junger Menschen stärken**
Um mit den Herausforderungen des täglichen Lebens umgehen zu können, müssen die dafür nötigen Ressourcen bereits im Jugendlichenalter aufgebaut werden. Deswegen sollen junge Menschen dabei unterstützt werden, um nachhaltig diesen Herausforderungen gewachsen zu sein. Der Schwerpunkt soll auf gesundheitlich benachteiligten Gruppen liegen.
- 9. Ältere Menschen aktiv einbeziehen**
Eine aktive Beteiligung am gesellschaftlichen Leben schützt ältere Menschen vor Vereinsamung, verbessert die Lebenszufriedenheit und Gesundheit. Deswegen soll die aktive Beteiligung von älteren Menschen am gesellschaftlichen Leben gefördert werden.
- 10. Verantwortung für Gesundheit gemeinsam wahrnehmen**
Viele verschiedene gesellschaftspolitische Bereiche tragen zu Gesundheit bei. Deswegen soll die Zusammenarbeit aller relevanten Institutionen im Sinne der Gesundheit verbessert werden.



Wels
Gesundheitsziele

7.2. Vernetzung

7.2.1. Netzwerk Gesunde Städte Österreich

Das Netzwerk Gesunde Städte Österreichs wurde 1992 als politischer Ausschuss des Österreichischen Städtebundes ins Leben gerufen. Eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine Mitgliedschaft ist die aktive Teilnahme am Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den „Gesunden Städten“ sowie die Teilnahme an Gemeinschaftsaktionen und -programmen. Die Stadt Wels ist seit 1992 Mitglied dieses Netzwerkes und nimmt regelmäßig an den Sitzungen teil.

7.2.2. Institut für Gesundheitsplanung

Seit dem Jahr 2002 ist die Stadt Wels darüber hinaus auch im Vorstand des Institutes für Gesundheitsplanung vertreten. Dabei handelt es sich um eine Partnerschaft des Landes OÖ, der OÖGKK, der oberösterreichischen Ärztekammer und der Städte Linz und Wels. Gemeinsam sollen Fragen der Gesundheitsplanung in OÖ behandelt werden. Neben der Unterstützung bei der Gesundheitsberichterstattung für die Stadt Wels, ist das IGP ein äußerst wichtiger Partner für die Umsetzung der Gesundheitsziele - sowohl für OÖ als auch für die Stadt Wels. Das IGP koordiniert und evaluiert die Umsetzungsmaßnahmen in diesem Bereich.

7.3. Prävention und Vorsorge

7.3.1. Schwerpunktveranstaltungen zur Vorsorge

Die Stadt Wels organisiert regelmäßig in Zusammenarbeit mit der Sparkasse Wels Großveranstaltungen zum Themenkomplex Vorsorge. Nach einem Schwerpunkt Vortrag rundet das Kabarett „G´undheit“ von Ingo Vogl den Abend ab. Diese Kooperation zum Wohle der Gesundheit aller WelsenerInnen ist mittlerweile zur Tradition geworden. Gestartet wurde 2013 mit einem Vortrag von Dr. Georg Pfau „Mann - Frau - Sex“, 2014 folgte Dr. Martina Leibovici-Mühlberger mit „Die Burn-Out Lüge“, 2015 wurde aufgrund von magistratsinternen Veränderungen ausgesetzt und 2016 wurde Ingrid Amon mit „Mein Essbuch. Vom Abnehmen und Schlankbleiben“ eingeladen. Die Besucherzahlen variieren von 250 bis 300 Personen.

7.3.2. Gesundheitsmesse „Gesund Leben“

Die Messe Gesund Leben Wels ist die Messe für Gesundheit, Schönheit, Fitness und Wohlbefinden. Rund 200 Aussteller präsentieren sich auf der Gesund Leben Messe Wels mit ihren Produkten und Dienstleistungen. Ein interessantes Rahmenprogramm mit mehr als 150 Fachvorträgen zu allen relevanten Gesundheitsthemen ergänzt das Ausstellerangebot der Welsener Gesund Leben Messe. Sie findet seit dem Jahr 2013 in zweijährigen Abständen statt.

7.3.3. Welldorado-College „Gesund & fit im Welldorado“

Seit vielen Jahren ist das Bade- u. Freizeitzentrum Welldorado alljährlich von Oktober bis März Schauplatz einer Reihe von medizinischen Fachvorträgen. Einmal pro Monat nehmen Vertreter der Welsener Ärzteschaft zu aktuellen Gesundheitsfragen Stellung. Diese von der Stadt Wels / Freizeitbetriebe und der Sporttherapie organisierten sechs Veranstaltungen dauern rund eine Stunde und drehen sich um ein bestimmtes Gesundheits- und Vorsorgethema.

7.3.4. Lungenfunktionstage

Einmal jährlich bietet die Dienststelle Gesundheitsdienst des Magistrates Wels in Zusammenarbeit mit dem Klinikum Wels-Grieskirchen kostenlose Lungenfunktionstests an. Diese finden im Einkaufszentrum max-center.wels statt. Zuvor werden diese Tage per Presseaussendung und im Amtsblatt der Stadt Wels beworben. Alle WelsenerInnen können dabei kostenlos ihr Atmungsorgan testen lassen. Nach dem Lungenfunktionstest erhält jeder einen persönlichen „Atmungsbericht“, der darauf hinweist, wie man die Atmung gesund erhalten bzw. verbessern kann. Sollte eine Störung gefunden werden, werden entsprechende Befunde ausgestellt, mit denen man den Hausarzt oder einen Facharzt für Lungenkrankheiten aufsuchen sollte. 2015 nahmen 206 WelsenerInnen das Angebot des kostenlosen Lungenfunktionstestes an.

7.3.5. Impfungen

Zur Vorbeugung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten führt die Dienststelle Gesundheitsdienst des Magistrates Wels regelmäßig Impfungen durch.

4.125 Impfungen wurden im Jahr 2015 nach dem österreichischen Impfplan durchgeführt. Dazu kommen noch spezielle Informationen und Beratungen über empfohlene Impfungen und prophylaktische Maßnahmen bei Auslandsreisen. In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, dass die Dienststelle Gesundheitsdienst gemäß Erlass des zuständigen Ministeriums auch offiziell als Gelbfieberimpfstelle (akute Viruserkrankung, vor allem im tropischen Afrika und in Süd- und Mittelamerika am Äquator heimisch) anerkannt ist.

7.4. Suchtprävention

7.4.1. Projekt „Wir setzen Zeichen“

Drei Jahre (2009-2012) war das Thema Suchtprävention ein absoluter Schwerpunkt in der Stadt Wels.

Mehr Wissen um die Suchtgefahr sollte der Weg sein, um langfristig die Anzahl der Betroffenen zu senken und die damit verbundenen Schäden zu minimieren. Aber auch eine gesteigerte Lebenskompetenz, deren Entwicklung im Kindes- und Jugendalter durch Institutionen wie Kindergärten, Schulen und Lehrbetriebe angeregt oder unterstützt wird, ist ein wirksamer Schutz gegen die Falle

Sucht. Im Gesundheitsziel 6 wird weiterhin der Fokus auf die Umsetzung der Maßnahmen zur Suchtprävention gelegt.

7.4.2. Präventionspreis der Stadt Wels

Durch das Ausloben eines Präventionspreises der Stadt Wels gewinnt das Thema Suchtprävention an Breitenwirkung und die verschiedenen suchtpreventiven Themen können aktuell gehalten werden. Der Präventionspreis, ein Ergebnis aus dem dreijährigen Suchtpräventionsprojekt „Wir setzen Zeichen“, erreicht das jugendliche Zielpublikum im schulischen und außerschulischen Kontext auf einem unkonventionellen Weg, der von der herkömmlichen Präventionsarbeit abweicht. Die Idee des jährlich ausgelobten Präventionspreises der Stadt Wels ist eine wiederholte und kreativ erneuerte Auseinandersetzung mit suchtpreventiven Inhalten und erfolgt über verschiedenste Kommunikationsstrategien.

- Preis 2011: „Bestes Plakat gesucht“
- Preis 2012: „Bester Videoclip gesucht“ zum Thema „Drei Sekunden Glück“
- Preis 2013: „Talkshow Deluxe“
- Preis 2014: „Text it“
- Preis 2015: „Sport“
- Preis 2016: „Glück 2.null“

7.5. Angebote für Kindergärten und Schulen

7.5.1. Gesunder Kindergarten

Das Land Oberösterreich (Direktion Soziales und Gesundheit in Kooperation mit der Direktion Bildung und Gesellschaft) setzt durch das Netzwerk „Gesunder Kindergarten“ einen neuen Schwerpunkt im Bereich Gesundheitsförderung 3- bis 6- jähriger Kinder. Die Auszeichnung „Gesunder Kindergarten“ wird für eine zweijährige, qualitätsorientierte, ganzheitliche und ressourcenorientierte Gesundheitsarbeit in oberösterreichischen Kindergärten

Fakten

- Die Stadt Wels ist seit 1992 Mitglied des Netzwerkes Gesunde Städte.
- Seit 2012 wird an der Umsetzung der Welser Gesundheitsziele gearbeitet. Dabei wird mit dem Institut für Gesundheitsplanung hinsichtlich der Koordination und Evaluation der Umsetzungsmaßnahmen kooperiert.
- In der Stadt Wels finden regelmäßig Großveranstaltungen zum Themenkomplex Vorsorge statt. Die Messe Gesund Leben Wels findet in zweijährigen Abständen statt. Im Bade- u. Freizeitzentrum Wellorado sind pro Jahr sechs medizinische Fachvorträge. Einmal jährlich werden in der Stadt Wels kostenlose

verliehen. In der Stadt Wels (Stand 2016) sind 5 Kindergärten bereits ausgezeichnet und in der Nachhaltigkeitsphase. Vier weitere Welser Kinderbetreuungseinrichtungen befinden sich derzeit am Weg zur Auszeichnung. Ausführlichere Informationen sind im Kapitel „Kindergarten und Schule“ zu finden.

7.5.2. Gesunde Schule

Das Gütesiegel „Gesunde Schule OÖ“ wurde erstmals 2009 in Oberösterreich verliehen. Das Zertifikat wird in Kooperation mit dem Land OÖ, dem Landesschulrat für OÖ, der OÖGKK und dem Institut für Gesundheitsplanung vergeben. Es kann von allen Schultypen beantragt und darf für drei Jahre getragen werden. Mittlerweile sind in der Stadt Wels (Stand 2016) 6 Schulen ausgezeichnet. Die VS 8 Vogelweide bekam das Gütesiegel bereits zum 3. Mal verliehen. Ausführlichere Informationen sind im Kapitel „Kindergarten und Schule“ zu finden.

7.5.3. Schulkabarett „G´ sundheit“ mit Ingo Vogl

Seit 2010 ist Ingo Vogl in der letzten Schulwoche ein gern gesehener Gast in der Stadt Wels.

7.5.4. AIDS-Tag

Alle 8. Schulstufen erhalten eine persönliche Einladung zum alljährlich stattfindenden AIDS-Tag. Organisiert von der Dienststelle Gesundheitsdienst des Magistrates Wels, findet diese Veranstaltung traditionell in der Welser Stadthalle statt. Inhalte sind eine allgemeine Information über die Immunschwächekrankheit, die von einem Moderator und durch Vorspielen diverser Filmausschnitte wahrgenommen wird. Ein Vortrag eines Facharztes ist ebenfalls Bestandteil dieser Präventionsveranstaltung. Mitnehmen können die SchülerInnen nicht nur einen Feedback-Bogen für die Rückmeldung an die Veranstalter, sondern auch kostenloses Info-Material und Verhütungsmittel. Rund 200 junge WelserInnen haben dieses Angebot im Jahr 2015 in Anspruch genommen.

Lungenfunktionstests angeboten. Die Dienststelle Gesundheitsdienst des Magistrates Wels führt regelmäßig Impfungen durch.

- Von 2009 bis 2012 war das Thema Suchtprävention ein absoluter Schwerpunkt in der Stadt Wels. Das Thema Suchtprävention gewinnt durch einen seit 2011 jährlichen Präventionspreis der Stadt Wels an Breitenwirkung.
- Angebote für die junge Bevölkerung in Kindergärten und Schulen sind der Gesunde Kindergarten, die Gesunde Schule, das Schulkabarett „G´ sundheit“ mit Ingo Vogl und der AIDS-Tag.

8. GESUNDHEITS- ZIELE DER STADT WELS BIS 2020

8.1. Einleitung

Die Stadt Wels hat bereits 10 Gesundheitsziele bis zum Jahr 2010 formuliert. Das Institut für Gesundheitsplanung führt seit Bestehen die Gesundheitsberichterstattung inklusive Monitoring der Gesundheitsziele für die Stadt Wels durch. Die End-Evaluierung im Jahr 2010 hat gezeigt, dass nicht alle Gesundheitsziele mit den gesetzten Maßnahmen erreicht werden konnten, nicht zuletzt auch aufgrund der Tatsache, dass Gesundheit und Krankheit von einer Unzahl an Faktoren (Determinanten) abhängt. Diesen Gesundheitsdeterminanten wollte man mehr Rechnung tragen und entschied sich für eine Neuformulierung der Gesundheitsziele bis 2020.

Die Neuformulierung der Gesundheitsziele in den Jahren 2008 bis 2012 war grundsätzlich OÖ-weit mit Welser Beteiligung angelegt. Parallel zum OÖ-weiten Prozess wurden in einer Welser Arbeitsgruppe die Welser Gesundheitsziele vorbereitet und in der Gemeinderatssitzung vom 2. Juli 2012 einstimmig beschlossen.

8.2. Präambel

Die Oberösterreichischen Gesundheitsziele sind ein Instrument, um langfristig, gemeinsam und koordiniert für mehr Gesundheit in Oberösterreich zu arbeiten. Durch diese Zusammenarbeit der wichtigsten Organisationen im Gesundheitsbereich können Ressourcen gebündelt und Synergien genutzt werden. Das Institut für Gesundheitsplanung ist für die Koordination sowohl der Erarbeitung als auch der Umsetzung der Gesundheitsziele zuständig.

8.2.1. Gesundheitsbegriff und Gesundheitsmodell

Nachdem es unterschiedliche Sichtweisen davon gibt, was unter „Gesundheit“ verstanden wird, soll an dieser Stelle ein gemeinsam erarbeiteter Gesundheitsbegriff angeführt werden, an dem wir uns in Oberösterreich orientieren.

„Gesundheit ist ein grundlegendes Menschenrecht und für unsere soziale und ökonomische Entwicklung unabdingbar.“¹

Wir sehen uns einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff verpflichtet, der körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden gleichermaßen umfasst. Gesundheit kann anhand objektiver Kriterien sowie subjektivem Empfinden definiert werden. Diese beiden Dimensionen sind in gleichem Ausmaß notwendig, um Gesundheit beschreiben zu können.

Gesundheit ist eine dynamische Entwicklung. Gesundheit und Krankheit schließen einander nicht aus, sie sind lediglich die Endpunkte auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Persönliche, soziale und umweltbezogene förderliche oder belastende Faktoren haben Einfluss darauf, wo sich ein Mensch in diesem Kontinuum befindet. Wir orientieren uns am Public-Health-Ansatz, der die Gesundheit von Bevölkerungsgruppen in den Vordergrund stellt. Jeder Mensch ist für seine Gesundheit mitverantwortlich. Neben der individuellen Eigenverantwortung jedes/r Einzelnen liegt es auch in der Verantwortung der Gesellschaft, Verhältnisse zu schaffen, die es dem/der Einzelnen ermöglichen, gesund zu bleiben oder gesund zu werden.

Grundlage dafür ist der Ansatz der Gesundheitsdeterminanten, der alle Faktoren beschreibt, die Menschen ein gesundes Leben ermöglichen. Gesundheitsförderung und Prävention haben daher einen gleichberechtigten Stellenwert wie die Krankenversorgung.

¹ Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert, Juli 1997, S. 1

Abbildung 1: Determinanten von Gesundheit²



GESUNDHEITSZIELE
DER STADT WELS
BIS 2020

Die Determinanten von Gesundheit (nach Dahlgren & Whitehead) stellen die Haupteinflüsse auf die Gesundheit als eine Reihe von Schichten dar. Alter, Geschlecht und Erbanlagen sind wichtig für unsere Gesundheit, aber nicht beeinflussbar.

Für Veränderungen auf der Ebene der individuellen Lebensweisen stehen jene Bereiche im Mittelpunkt, die die Menschen selbst beeinflussen können. Dies inkludiert beispielsweise Gesundheitserziehung sowie Unterstützung für Menschen mit einem gesundheitsabträglichen Lebensstil.

Maßnahmen auf der Ebene der sozialen und kommunalen Netzwerke zielen darauf ab, Menschen zu helfen, sich gegenseitig zu unterstützen. Diese Strategien anerkennen die Stärken, welche Familien, Freundschaften, Freiwilligenorganisationen oder auch Gemeinden haben - im Gegensatz zu isoliert arbeitenden Individuen.

Die dritte Schicht zielt darauf ab, durch gesundheitsförderliche Strategien die Lebens- und Arbeitsbedingungen zu verbessern. Dies kann national, regional oder lokal geschehen. Der Fokus liegt darauf, die materiellen und sozialen Bedingungen, unter denen die Menschen leben und arbeiten, zu verbessern.

Veränderungen bei allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt (äußere Schicht) bedürfen in der Regel politischer Aktionen auf nationaler oder internationaler Ebene. Es handelt sich hierbei beispielsweise um ökonomische Strategien oder steuerpolitische Maßnahmen.

Es ist von großer Bedeutung, für jedes gesundheitspolitische Ziel oder jeden Zielbereich Strategien auf jedem der vier Einflussbereiche zu entwickeln. Ein gemeinsames Bemühen auf allen oder zumindest mehreren Ebenen erhöht die Effektivität.

Wie im Determinantenmodell beschrieben, wird Gesundheit stark von Entscheidungen in anderen gesellschaftspolitischen Bereichen mitbestimmt.³ Deshalb ist es wichtig, dass die einzelnen Bereiche zusammenarbeiten und Synergien geschaffen werden (multisektorale Herangehensweise, Health in all Policies). Speziell mit den unter Lebens- und Arbeitsbedingungen genannten Sektoren sollte kooperiert werden.

² In Anlehnung an den „Policy Rainbow“: Dahlgren, Whitehead 1991

³ vergleiche dazu WHO: WHO Regional Office for Europe 2010, S. 34ff.

8.2.2. Basis für die Planung der Gesundheitsziele

Die oberösterreichischen Gesundheitsziele orientieren sich am Programm „Gesundheit für alle“ der WHO und stellen die Basis für gesundheitsförderndes Handeln in Oberösterreich dar. Sie gelten für alle Bevölkerungsschichten und sollen das Wohlbefinden aller Menschen, die in Oberösterreich leben, egal welcher Herkunft, welchen Geschlechts oder Alters, verbessern helfen. Den Zielgruppen

- Kinder und Jugendliche,
- ältere Menschen sowie
- sozial Benachteiligte

soll im Rahmen dieser Gesundheitsziele besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Bei der Umsetzung sind die Prinzipien der Chancen- und Gerechtigkeit bzw. der Partizipation einzuhalten.

Gesundheitsbezogene Chancengerechtigkeit stellt ein ethisches Leitmotiv dar. Außerdem benötigen Männer und Frauen unterschiedliche Zugänge bei den Aktivitäten zur Erreichung der Gesundheitsziele. Diesen Unterschieden muss Rechnung getragen werden.

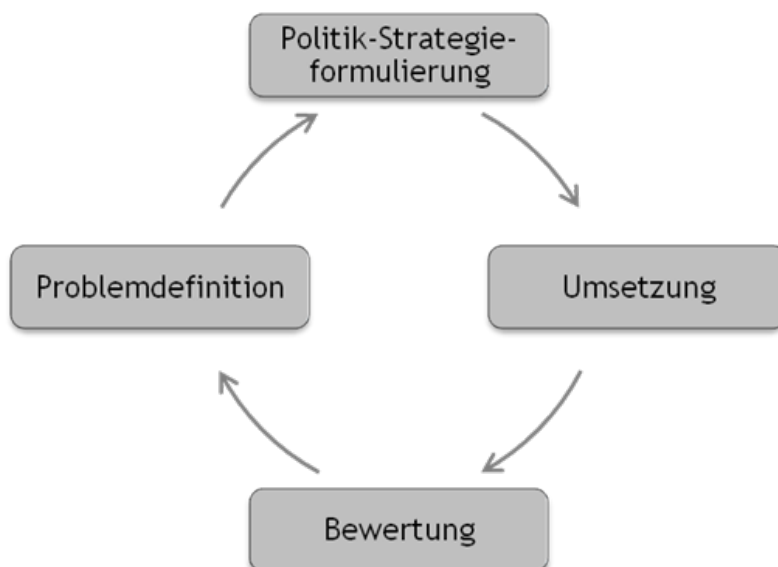
Die Beteiligungsmöglichkeiten in der Gesellschaft von Einzelnen und Gruppen beeinflussen die Gesundheit. Daher ist es notwendig, die Rahmenbedingungen für Partizipation zu verbessern. Vor allem für benachteiligte Gruppen müssen Möglichkeiten geschaffen werden, sich bei der Gestaltung eines gesunden Lebens einbringen zu können.

8.2.3. Prozess - Strukturierte Herangehensweise

Um die Gesundheitsziele messbar und überprüfbar zu gestalten, wurde bei der Zielformulierung darauf geachtet, die SMART-Kriterien (Spezifisch - Messbar - Akzeptiert - Realistisch - Terminiert) einzuhalten. Um die Zielerreichung dokumentieren, evaluieren sowie darstellen zu können, ist eine strukturierte Herangehensweise, hier in Form des „Public Health Action Cycles“, notwendig. Der Public Health Action Cycle beschreibt eine sich beständig weiterentwickelnde Lernspirale, die Anwendung in der Gesundheitspolitik finden sollte. Die Lernspirale wird in vier Arbeitsschritten beschrieben:

1. Problemdefinition (assessment): Definition des Problemstandes,
2. Politik-Strategieformulierung (policy formulation): Ziele definieren und Instrumente bestimmen,
3. Umsetzung (assurance): diese Ziele anhand von Maßnahmen umsetzen und die Interventionsinstrumente sicherstellen,
4. Bewertung (evaluation): die gesetzten Maßnahmen evaluieren.

Abbildung 2: Der Public Health Action Cycle⁴



⁴ Rosenbrock, Gerlinger 2004, S. 25f.

Der Public Health Action Cycle erstreckt sich über den gesamten Ziele-Zeitraum und stellt sicher, dass im Prozess auf die Umsetzung und Evaluierung Wert gelegt wird. Dazwischen wird ein Managementkreislauf für jedes Jahr umgesetzt, der kurzfristiger ausgerichtet ist.

Um sicherzustellen, dass Aktivitäten eine positive Wirkung auf die Gesundheit ausüben und keine nachteiligen Effekte aufweisen, sind die Evidenzlage sowie nachahmenswerte Beispiele bei der Maßnahmenentwicklung zu berücksichtigen. Liegt keine Evidenz vor, so sind die Aktivitäten wissenschaftlich zu begleiten und zu bewerten. Die Gesundheitsberichterstattung hat zur Aufgabe, in regelmäßigen Abständen den Stand und die Entwicklung der Zielgrößen (Indikatoren) für die Gesundheitsziele bereitzustellen (Monitoring). Des Weiteren wird in den Basisgesundheitsberichten (alle fünf Jahre) ein allgemeiner Überblick über die gesundheitliche Situation in Oberösterreich sowie den momentanen Erreichungsgrad der Gesundheitsziele gegeben. Daneben werden noch Detailberichte zu speziellen Themengebieten und Problemlagen veröffentlicht.

8.3. Die Welser Gesundheitsziele

Im Folgenden werden die Welser Gesundheitsziele beschrieben und erläutert. Dabei wird auf den Hintergrund des jeweiligen Gesundheitszieles eingegangen, der aktuelle Stand bei Beschluss der Gesundheitsziele beschrieben und mögliche Handlungsfelder aufgezeigt. Zudem wird der aktuelle Stand der Zielerreichung sowie die Partizipation der Stadt Wels am Gesundheitszieleprozess beschrieben.

Gesundheitsziel 1: Wohlbefinden in der Schule erhöhen

Wohlbefinden an der Schule fördert die Gesundheit. Gesunde SchülerInnen lernen besser, gesunde LehrerInnen unterrichten besser. Deswegen wird die Gesundheitsförderung in den Schulen ausgebaut.

Messgröße: 2020 sind 10 (entspricht ca. 20%) Welser Schulen mit dem Gütesiegel Gesunde Schule ausgezeichnet. 10 weitere haben nachhaltige Maßnahmen gesetzt und befinden sich im Prozess der Erreichung des Gütesiegels.

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

Wohlbefinden an der Schule fördert die Gesundheit. Gesunde SchülerInnen lernen besser, gesunde LehrerInnen unterrichten besser. Eine Einbindung der Eltern bei Gesundheitsförderungsmaßnahmen führt unter anderem zu mehr Motivation, Aufmerksamkeit und einem verbesserten sozialen Verhalten der SchülerInnen.

Die Schule ist ebenso wie die Arbeitswelt einer der wichtigsten Orte für die Bildung und Förderung gesundheitlicher Ressourcen, andererseits kann sie aber auch gesundheitsabträgliche Auswirkungen zur Folge haben. Sie

ist ein Lebensraum, in dem viele Faktoren die Gesundheit der SchülerInnen und LehrerInnen beeinflussen: Nicht nur der Unterricht zu Gesundheitsthemen und die Bereitstellung sozialmedizinischer Dienste, sondern vor allem die Organisation der Schule, deren Charakter, Kultur und räumliche Gestaltung leisten einen Beitrag dazu.

Schulische Gesundheitsförderung trägt dazu bei, unter Einbeziehung aller im schulischen Alltag beteiligten Personen, die Schule als gesundheitsfördernde Lebenswelt zu gestalten. Sie erhöht die persönlichen Kompetenzen und Leistungspotenziale der SchülerInnen in Hinblick auf gesundheitsbewusstes, eigenverantwortliches Wissen und Handeln und schafft kommunikative und kooperative Kompetenzen zwischen LehrerInnen, SchülerInnen und Eltern.

Das Gütesiegel „Gesunde Schule OÖ“ ist eine gemeinsame Initiative vom Landesschulrat für Oberösterreich, dem Land Oberösterreich, dem Institut für Gesundheitsplanung sowie der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und markiert ein nach außen hin sichtbares Zeichen, dass in einer Schule Konzepte und Maßnahmen der Schulischen Gesundheitsförderung qualitätsgesichert Anwendung finden. Das Gütesiegel wird für drei Jahre zuerkannt.

Zukünftig soll verstärkt Interesse an Schulischer Gesundheitsförderung geweckt werden und möglichst allen oberösterreichischen Schulen, die an Schulischer Gesundheitsförderung interessiert sind, konkrete qualitätsvolle Unterstützung angeboten werden, wie beispielsweise auch die bedarfs- und bedürfnisgerechte Betreuung und Prozessbegleitung. Dazu ist der Aufbau einer qualitativen Betreuungs- und Begleitstruktur notwendig. Die Unterstützungsleistungen sollten auf mehreren Ebenen und in unterschiedlicher Weise an die Schulen transportiert werden. Der Arbeitskreis „Gesunde Schule OÖ“ ist für die Umsetzung zuständig.

Aktuelle Situation

Derzeit besitzen 6 Welser Schulen das Gütesiegel „Gesunde Schule OÖ“. Insgesamt befinden sich 8 Schulen im Prozess zur Erlangung des Gütesiegels: 7 Schulen haben eine Infoveranstaltung besucht und 1 Schule nimmt derzeit am Projekt „Kleiner Mugg“ teil.

2015 führte Frau Mag. Julia Reiter vom Magistrat Wels im Rahmen der Dienstausbildung Interviews mit allen VS-Direktorinnen durch, um unter anderem das Projekt „Der kleine Mugg“ und das „Gütesiegel Gesunde Schule Oberösterreich“ zu bewerben. In Planung ist eine Veranstaltung zur Bekanntmachung und Bewerbung des „Gütesiegels Gesunde Schule OÖ“ vor allem in Neuen Mittelschulen.

Gesundheitsziel 2: Arbeitsplätze gesünder gestalten

Die Arbeitswelt hat großen Einfluss auf Gesundheit und Krankheit der MitarbeiterInnen. Deswegen wird die Anzahl der Betriebe, die Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention umsetzen, stark erhöht.

Messgröße: 2020 setzen in Wels 70 (10%) Unternehmen mit 5 bis 50 und 40 (30%) mit mehr als 50 unselbständig beschäftigten MitarbeiterInnen nachhaltig wirksame Präventionsmaßnahmen um. Von diesen Betrieben sind 30 Prozent mit dem Gütesiegel des Österreichischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung ausgezeichnet.

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

Erwerbstätige Erwachsene verbringen rund ein Drittel ihrer Zeit am Arbeitsplatz. Daher ist das Setting Betrieb ein relevanter Interventionsort. Für die Entwicklung eines „gesunden Unternehmens“ spielt die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Prävention eine wichtige Rolle. Wirtschaftlicher Erfolg wird zukünftig in besonderem Maße von hoch qualifizierten, motivierten und gesunden ArbeitnehmerInnen abhängig sein.

BGF und Prävention sind eine Investition, die sich in jedem Fall rechnet. Einerseits haben gesunde MitarbeiterInnen, die sich bei der Arbeit in „ihrem“ Unternehmen wohl fühlen, geringere Fehlzeiten, andererseits wirken sich BGF und Prävention positiv auf die Arbeitszufriedenheit und die Produktivität von Belegschaften aus. BGF und Prävention haben sowohl für das Unternehmen als auch für die MitarbeiterInnen eine Reihe positiver Effekte.

Die individuell auf das Unternehmen abgestimmten Maßnahmen sind breit gefächert und finden sich in den Angeboten der Mitglieder der „Oberösterreichischen Plattform für BGF und Prävention“.

Im Mittelpunkt stehen dabei:

- die Stärkung und Bildung von Bewusstsein für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit,
- die Reduktion von Arbeitsunfällen, arbeitsbedingten Erkrankungen und Berufskrankheiten sowie
- die Verbesserung der Gefahrenevaluierung und der Betreuung durch Fachleute der Prävention im Sinne der Österreichischen Arbeitsschutzstrategie 2007-2012 sowie
- alle gemeinsamen Maßnahmen von ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz im Sinne der Luxemburger Deklaration des Europäischen Netzwerkes BGF.

Betriebe, die ein ganzheitliches BGF-Projekt umgesetzt haben, werden - sofern sie daran Interesse haben - mit dem Gütesiegel BGF ausgezeichnet. Dieses Siegel wird vom Österreichischen Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung an all jene Unternehmen vergeben, die Betriebliche Gesundheitsförderung nach den Kriterien des Europäischen Netzwerkes BGF (ENWHP) realisiert haben oder BGF in den Regelbetrieb implementiert haben. Das

Siegel wird für eine Laufzeit von drei Jahren verliehen. Um das ehrgeizige Ziel zu erreichen ist an vielen Hebeln anzusetzen. Durch gezielte Informationen soll das Interesse an Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) und Prävention geweckt werden. Allen oberösterreichischen Betrieben, die an BGF und Prävention interessiert sind, muss auch qualitätsvolle Unterstützung angeboten werden. Dies bedeutet den Aufbau qualitativ hochwertiger Betreuungs- und Begleitstrukturen. Die Unterstützungsleistungen sollen auf mehreren Ebenen und in unterschiedlicher Weise an die Betriebe transportiert werden und es müssen neue Tools und Instrumente entwickelt werden. Bei Angeboten muss die Prozessbegleitung, Qualitätsverbesserung sowie die Absicherung der Qualität berücksichtigt und eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Betreuung und Prozessbegleitung sichergestellt werden.

Aktuelle Situation

Mit Juni 2016 verfügen in Wels 8 Unternehmen über ein Gütesiegel. Außer dem Magistrat Wels (inkl. Seniorenbetreuung) gibt es derzeit in Wels 2 laufende Projekte, 7 abgeschlossene Projekte und 2 sind in Planung.⁵

Im Jahr 2014 organisierte der Magistrat Wels gemeinsam mit der OÖGKK und WKO Wels eine Informationsveranstaltung für Welsler Betriebe, um Betriebliche Gesundheitsförderung zu bewerben. Laufend akquiriert die OÖGKK aber auch selbst zu diesem Thema.

Gesundheitsziel 3: Ernährung für Säuglinge und Kleinkinder verbessern

Die Ernährungssituation in den ersten Lebensjahren wirkt sich auf die Gesundheit des gesamten späteren Lebens aus. Deswegen soll allen Säuglingen und Kleinkindern die Möglichkeit einer dem Alter entsprechenden, gesundheitsförderlichen Ernährung geboten werden.

Messgröße: 2020 stehen allen (werdenden) Eltern Informationen und bedarfsgerechte Angebote zur Ernährung der Kinder zur Verfügung. In den Kinderbetreuungseinrichtungen wird ausgewogene Ernährung angeboten. Das Thema Ernährung ist in den Kindergartenalltag integriert.

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

Eine ausgewogene Nahrungszusammensetzung ist ein wichtiger Parameter zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit. Richtige Ernährung in der Kindheit wirkt sich auf die gesamte Lebensspanne aus. Daher ist es von großer Bedeutung, Säuglingen und Kleinkindern die Möglichkeit einer altersentsprechenden, gesundheitsförderlichen Ernährung zu gewährleisten. Dies umfasst neben Informationsmaterialien und bedarfsgerechten Angeboten für die (werdenden) Eltern und Betreuungspersonen auch die Ernährung in den Kinderbetreuungseinrichtungen.

⁵ Auskunft OÖGKK, 2016

Im Bezug auf Ernährung sind Kinder als besonders sensible und daher zu begleitende Gruppe einzustufen, da sie in ihrer (Lebensmittel-) Versorgung abhängig sind. Zudem entwickelt sich in der Kindheitsphase der Geschmack und

somit Präferenzen für bestimmte Lebensmittel, die vor allem durch den regelmäßigen Konsum und das soziale Umfeld geprägt werden.⁶ Da eine ausgewogene und bedarfsdeckende Kost in jeder Lebensphase für Gesundheit und Wohlbefinden eine zentrale Rolle spielt, ist es wichtig, Kinder schon frühzeitig an eine gesundheitsfördernde Auswahl von Speisen und Getränken heranzuführen, um ernährungsbedingte Krankheiten zu reduzieren.⁷ Dieser Thematik wurde auch im Nationalen Aktionsplan Ernährung (NAP.e) ein hoher Stellenwert beigemessen.⁸

Im Jahr 2009 wurde vom Land Oberösterreich die Beitragspflicht für Kindergärten für alle Kinder mit Hauptwohnsitz in Oberösterreich vom vollendeten 30. Lebensmonat bis zum Schuleintritt aufgehoben und ein verpflichtendes Kindergartenjahr für jedes Kind ab dem vollendeten 5. Lebensjahr vor dem Schuleintritt eingeführt. Angesichts dieser Maßnahmen ist davon auszugehen, dass der Anteil jener Kinder, die in Oberösterreich in Kindergärten bzw. Krabbelstuben betreut werden, zunehmen und auch die Inanspruchnahme ganztägiger Betreuungsformen steigen wird, weshalb die Verköstigung in derartigen Institutionen an Bedeutung gewinnt.

Derzeit werden oberösterreichweit folgende Maßnahmen in diesen Bereichen gesetzt:

- Im Rahmen des Projekts „Von Anfang an“ der OÖGKK wird derzeit an Informationsmaterialien und Strategien zur Erreichung der Eltern gearbeitet. Gleichzeitig und dazu abgestimmt werden ab kommendem Jahr Ernährungsworkshops für Schwangere und Beikostworkshops für junge Eltern durchgeführt.
- Angebote wie z.B. „Gesunde Küche“ der Abteilung Gesundheit des Landes OÖ unterstützen die Verpflegungsbetriebe dabei, ausgewogene, dem Alter entsprechende Nahrung anzubieten.
- Die Einbindung des Ernährungsthemas in den Kindergartenalltag ist ein Ziel des Projekts „Gesunder Kindergarten“ der Abteilung Gesundheit des Landes OÖ.

Um für Säuglinge und Kleinkinder (0 bis 6 Jahre) eine altersgerechte gesundheitsförderliche Ernährung gewährleisten zu können, muss sowohl beim Verhalten der Eltern und Kinder als auch bei den Verhältnissen angesetzt werden. Um das Verhalten der Eltern und in Folge auch der Kinder positiv beeinflussen zu können, sind an der Wirksamkeit orientierte Informationsmaterialien notwendig. Die Verbreitung von Informationen zur Wissensvermittlung ist nur in Zusammenhang mit begleitenden Aktivitäten sinnvoll. Daher müssen auch bedarfsgerechte Angebote zum Themenbereich Kleinkindernahrung verfügbar sein. Das heißt, dass grundsätzlich alle Eltern mit Kindern

dieser Altersgruppe mit dem Angebot erreicht werden (kultursensible Angebote, wenn nötig in Fremdsprachen, Kinderbetreuung während Veranstaltungen etc.). Des Weiteren wird es zukünftig eine bedeutende Rolle spielen, dass qualitätsgesicherte Informationen und Angebote mithilfe neuer Medien (z.B. Internet) verbreitet werden.

Aktuelle Situation

In den Jahren 2012/2013 führte Frau Mag. Julia Reiter Interviews mit allen Leiterinnen von städtischen und privaten Kindergärten durch. Dabei wurde unter anderem das Projekt „Gesunder Kindergarten“ beworben. Seit 2013 gibt es für im Netzwerk befindliche Kindergärten eine finanzielle Unterstützung vom Gesundheitsressort der Stadt Wels zur Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen im Kindergarten. Aktuell sind 9 Kindergärten der Stadt Wels im Netzwerk „Gesunder Kindergarten“ vertreten, davon sind 5 Kindergärten mit dem Gütesiegel „Gesunder Kindergarten“ ausgezeichnet.⁹

In der Stadt Wels werden alle städtischen Kindergärten, Horte und auch großteils Krabbelstuben von der Zentralküche „Wimpassing“ beliefert, die mit dem Zertifikat „Gesunde Küche für Betriebe mit Gemeinschaftsverpflegung“ ausgezeichnet ist.¹⁰ Die Küche des Kindergartens Stadtpfarre Wels führt ebenfalls das Gütesiegel „Gesunde Küche“. Außerdem ist die Küche Klinikum Wels-Grieskirchen mit dem Gütesiegel „Gesunde Küche“ ausgezeichnet und beliefert einen Großteil der privaten Kindergärten und Horte.¹¹

Gesundheitsziel 4: Zahngesundheit der Kinder verbessern

Zahngesundheitsförderung im Kindesalter ist die Grundvoraussetzung für gesunde Zähne ein Leben lang. Deswegen soll sich die Zahngesundheit der Welser Kinder wesentlich verbessern.

Messgröße: Bis 2020 sind 80 Prozent der 6-Jährigen kariessfrei und 12-Jährige weisen im Durchschnitt höchstens 1,5 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne auf.

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

Unsere Zähne spielen nicht nur für das Aussehen eine wichtige Rolle, sondern sind auch für den allgemeinen Gesundheitszustand mitverantwortlich. Unbehandelte Zahnprobleme können zu Zahnverlust, Gelenkschmerzen sowie unter Umständen auch zu Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems führen.

Karies ist die Haupterkrankung im Zahnbereich und die meistverbreitete Erkrankung des Menschen überhaupt. Besonders stark betroffen sind Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status. Da manifeste Karies nicht

⁶ Mensink et al. 2007, S. 1

⁷ Felkl, Ellrott, S. 175

⁸ Bundesministerium für Gesundheit, Jänner 2011

⁹ Land OÖ, 2016

¹⁰ Stadt Wels, 2016

¹¹ Auskunft von Frau Mag. Julia Reiter (Gesundheitsbeauftragte der Stadt Wels)

heilbar ist und die Therapie enorm hohe Kosten verursacht, kommen Präventionsmaßnahmen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung sehr große Bedeutung zu.

Bereits im Kindes- und Jugendalter werden die Weichen für Gesundheit und Lebensqualität im Alter gestellt. Umso wichtiger ist es also, bereits bei den Jüngsten unserer Gesellschaft den Hebel für eine gesunde Zukunft anzusetzen. Um die Zähne möglichst lange gesund zu erhalten, ist es von großer Wichtigkeit, bereits in der frühen Kindheit damit zu beginnen, die richtige Pflege zu erlernen und auch konsequent und regelmäßig durchzuführen.

Zukünftig sollte die Zahngesundheitsförderung bereits in der Schwangerschaft beginnen und die Zielgruppe auf 0- bis 14-Jährige ausgedehnt werden. Da vor allem Kinder aus sozial benachteiligten Gruppen verstärkt von Karies betroffen sind, sollte ein besonderes Augenmerk auf Risikogruppen gelegt werden. Neben der durch ZahngesundheitserzieherInnen durchgeführten Zahngesundheits-erziehung, sollten zukünftig auch MultiplikatorInnen in den Settings Kindergarten bzw. Schule (z.B. KindergartenpädagogInnen, LehrerInnen) Aufgaben im Bereich der Zahngesundheitsförderung, wie beispielsweise die zahn-gesunde Gestaltung der jeweiligen Lebenswelten, übernehmen.

Aktuelle Situation

Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) erhebt in regelmäßigen Abständen die Zahngesundheit der österreichischen Kinder und Jugendlichen. Laut der ÖBIG-Zahnstatuserhebung 2011 der 6-jährigen oberösterreichischen Kinder ergibt sich folgendes Bild: Rund 56 Prozent der 6-Jährigen in OÖ sind kariesfrei. Die 12-Jährigen oberösterreichischen Kinder weisen im Schnitt 1,7 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne auf (ÖBIG-Zahnstatuserhebung 2013).

Im Kindergartenjahr 2014/15 wurden am „Tag der Zahngesundheit“ 74 Kinder (SchulanfängerInnen) in der Stadt Wels untersucht. Von diesen wiesen 23 (31%) einen erhöhten Kariesbefall auf. Die Daten dieser betroffenen Kinder sollten an die OÖGKK weitergegeben werden, da diese Kinder Gutscheine für Behandlungsleistungen erhalten. Einer Datenweitergabe stimmten 100 Prozent (Daten von 23 Kindern) der Eltern zu.

Der PGA betreut rund 100 Prozent der Volksschulen in Wels. Die Welser Schulärzte verteilen regelmäßig Mundhygieneblätter an Kinder. In den Mutterberatungsstellen wurden Kinderzahnbürsten der OÖGKK & Broschüren zum Thema Zahngesundheit ausgegeben.

Partizipation der Stadt Wels am Gesundheitszieleprozess

Als Prozessteilnehmer zur Entstehung der Welser Gesundheitsziele ist die Stadt Wels bei einigen Arbeitsgruppen am Institut für Gesundheitsplanung Linz beteiligt. Dies betrifft beispielsweise auch das Gesundheitsziel 4. Hier ist die Stadt Wels vor allem beim Relaunch des Masterplans Zahngesundheit von 2014 bis 2015 beteiligt gewesen. Die Maßnahmen aus dem „Masterplan Zahngesundheit“ wurden von 2013 bis 2015 vom Institut für Gesundheitspla-

nung regelmäßig evaluiert und Handlungsempfehlungen abgeleitet. Die Stadt Wels ist auch Mitglied der Koordinierungsgruppe.

Gesundheitsziel 5: Bewegung im Jugendalter erhöhen

Körperliche Aktivität in Alltag und Freizeit hat großen Einfluss auf physische und psychische Gesundheit. Deswegen soll sich das Ausmaß an körperlicher Aktivität bei Jugendlichen erhöhen.

Messgröße: Bis 2020 sind 25 Prozent der 11- bis 19-jährigen WelserInnen täglich mindestens eine Stunde gesundheitswirksam körperlich aktiv. Alle Jugendlichen sind zumindest einmal pro Woche mindestens eine Stunde gesundheitswirksam körperlich aktiv.

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

Die Bedeutung von Bewegung für die Gesundheit ist durch zahlreiche Studien belegt.¹² Vermehrte körperliche Aktivität senkt das Risiko für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, verringert das Auftreten von Übergewicht und Adipositas und hat eine positive Wirkung auf den Bewegungsapparat. Neben den physischen Auswirkungen wirkt vermehrte Aktivität auch auf die Psyche. Symptome der Depression können positiv beeinflusst werden, ebenso wie beispielsweise die Gedächtnisleistung oder Konzentrationsfähigkeit. Bewegung in der Gruppe fördert auch das Sozialverhalten und den Zusammenhalt Gleichaltriger.

Gesundheitswirksame körperliche Aktivitäten sind alle Formen der Bewegung, die die Gesundheit fördern, aber das Verletzungsrisiko nicht erhöhen, wie beispielsweise zügiges Gehen, Laufen oder auch Tanzen für mindestens zehn Minuten am Stück.¹³ Die österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung beinhalten Bewegungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen.

Da sich in der Kindheit und Jugend Verhaltensmuster festigen, die einen großen Einfluss auf die Gesundheit im Erwachsenenalter ausüben, wird das Hauptaugenmerk auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen zwischen 11 und 19 Jahren gelegt. Gerade im Jugendalter sinkt das Ausmaß der körperlichen Aktivität stark ab. Sport im Teenageralter bietet die einmalige Chance, die Knochendichte zu erhöhen, frühzeitig die physische Fitness positiv zu beeinflussen und somit der Entstehung von Risikofaktoren für spätere Herz-Kreislauf-Erkrankungen entgegenzuwirken. Sport entspannt und kann sowohl die psychosoziale Gesundheit und Lebensqualität als auch die kognitiven Leistungen von Kindern und Jugendlichen steigern. Des Weiteren gibt es Anhaltspunkte für eine drogenpräventive Wirkung von körperlicher Aktivität.¹⁴

¹² Titze et al. 2010

¹³ Titze et al. 2010, S. 10 und 28

¹⁴ Marti et al. 1999, S. 176f.

Für Kinder und Jugendliche werden in den österreichischen Bewegungsempfehlungen mindestens 60 Minuten pro Tag vorgeschlagen, um die Gesundheit zu fördern. Eine vermehrte Aktivierung zur körperlichen Bewegung bedarf Anregungen und Aktivitäten in den verschiedenen Settings der Jugendlichen.

Es sollte vor allem ein Augenmerk auf die Förderung der Alltagsbewegung (Radfahren, Treppensteigen etc.) und des Breitensports (lokale Sportvereine etc.) unter Berücksichtigung der Verhaltens- und Verhältnisebene gelegt werden. Es bedarf einer multisektoralen Strategie, die im Rahmen eines Konzeptionsprojekts ausgearbeitet werden soll.

Aktuelle Situation

Im Quartier Gartenstadt werden im Rahmen der Stadtteilarbeit Kurse für Kinder (z.B. Zumba, Capoeira) finanziert. Geplant ist die Verteilung von Bewegungsfreundbüchern an SchulanfängerInnen der Kindergärten und die Stadt Wels hat zudem im September 2016 eine Bewegungswoche „Wels bewegt sich“ angeboten.

Bei der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 geben 84 Prozent der ÖsterreicherInnen zwischen 15 und 19 Jahren an, sich in der Freizeit mindestens einmal pro Woche körperlich zu betätigen. 5 Prozent der Personen zwischen 15 und 19 Jahren bewegen sich in der Freizeit an 7 Tagen pro Woche (täglich) pro Tag eine Stunde oder mehr.¹⁵ 79 Prozent der Personen zwischen 15 und 19 Jahren betätigen sich in der Freizeit mindestens einmal pro Woche sportlich und kommen in Summe auf mindestens 1 Stunde Bewegung pro Woche. (Gesamt-)Durchschnitt (Median): Österreich 3 Stunden pro Woche.¹⁶

Die Gesundheitsbefragung in Wels hat ergeben, dass sich 81 Prozent der 15- bis 19-jährigen WelslerInnen mindestens einmal pro Woche sportlich betätigen. Von jenen, die Sport betreiben, sind 22 Prozent fünf bis sieben Mal pro Woche sportlich aktiv.¹⁷

Die HBSC-Studien (Health-Behaviour in School-Aged Children) 2010¹⁸ bzw. 2014¹⁹ zeigen folgende Ergebnisse auf: Durchschnittlich sind österreichische SchülerInnen von 11 bis 17 Jahren an rund 4 Tagen pro Woche für zumindest 60 Minuten moderat körperlich aktiv. Burschen sind aktiver (4,6 Tage im Jahr 2010 vs. 4,4 Tage im Jahr 2014) als Mädchen (3,7 Tage im Jahr 2010 vs. 3,6 Tage im

Jahr 2014). Das Ausmaß an körperlicher Betätigung sinkt mit dem Alter bei beiden Geschlechtern, am stärksten ist die Abnahme zwischen 13 und 15 Jahren. 17,4 Prozent der österreichischen SchülerInnen erfüllten im Jahr 2014 (vs. 20,4% im Jahr 2010) die Bewegungsempfehlungen von 60 min. täglich bei mittlerer bis höherer Intensität (Burschen 26,4% im Jahr 2010 vs. 23,2% im Jahr 2014, Mädchen 14,8% im Jahr 2010 vs. 12,5% im Jahr 2014). Der Anteil sinkt von rund 31 Prozent (vs. rund 35 Prozent im Jahr 2010) bei den 11-Jährigen auf rund 7 Prozent (vs. rund 9 Prozent im Jahr 2010) bei den 17-Jährigen.

Unterschiede zwischen den Ergebnissen der HBSC-Erhebung und dem ATHIS sind höchstwahrscheinlich auf die unterschiedlichen Stichproben (Alter) zurückzuführen (HBSC-Erhebung: 11-, 13-, 15- und 17-jährige SchülerInnen; ATHIS: 15-19-Jährige) sowie auf die verschiedenen Fragestellungen. In der HBSC-Erhebung wurden sportliche Aktivitäten in der letzten Woche (Schule und Freizeit) abgefragt, im ATHIS die durchschnittliche körperliche Aktivität pro Woche (Freizeit).²⁰

Laut HBSC-Studie haben sich die Werte geringfügig verschlechtert. Unterschiede zwischen den Ergebnissen der HBSC-Erhebung 2010 vs. 2014 könnten auf unterschiedliche Erhebungszeiträume zurückzuführen sein. Die Befragung 2010 fand im Mai/Juni statt während die Befragung 2014 von Jänner bis Juli erfolgte. Die Frage nach der körperlichen Aktivität bezieht sich auf die vergangenen 7 Tage. Die Fragestellungen der ATHIS-Befragung 2014 beziehen sich auf die WHO-Empfehlungen. Sie unterscheiden sich zur Befragung 2006/2007 (European Health Interview Survey (EHIS)). Daher ist kein Vergleich der Daten möglich.

Partizipation der Stadt Wels am Gesundheitszieleprozess

Beim Gesundheitsziel 5 geht die Kooperation mit dem Institut für Gesundheitsplanung Linz über die Arbeitsgruppe zum „Konzeptionsprojekt Bewegung“ (2012-2014) und zum dazugehörigen Umsetzungskonzept (2014-2015) hinaus. Denn es hat sich 2016 bereits eine Koordinierungsgruppe gebildet.

Gesundheitsziel 6: Suchtprävention verstärken

Wirksame Suchtprävention setzt auf die Stärkung der Lebenskompetenzen und ist integriert in den Alltag. Sie wirkt sich auf einen verminderten Konsum von legalen (Alkohol und Tabak) und illegalen Drogen sowie auf die Verringerung von Verhaltenssuchten aus. Deswegen soll die Suchtprävention in Wels fortgeführt werden.

Messgröße: Bis 2020 wird die Anzahl der mit suchtpreventiven Maßnahmen erreichten WelslerInnen von rund 8000 jährlich weiter erreicht.

Bis 2020 wird die Anzahl der mit alkoholspezifischen Präventionsmaßnahmen erreichten Welsler Jugendlichen zwischen 13 und 18 Jahren von rund 500 jährlich weiter erreicht.

¹⁵ Berechnung: alle Personen mit täglichem Sport mit ≥ 420 Minuten Sport in Summe pro Woche.

¹⁶ ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; N=559 (15- bis 19-Jährige); Berechnungen durch das Institut für Gesundheitsplanung

¹⁷ Birgmann, R.: Gesundheitssituation der Welsler Bevölkerung. Ergebnisse der Welse Gesundheitsbefragung 2015; N=112 (15- bis 19-Jährige).

¹⁸ Bundesministerium für Gesundheit, Sektion III 2011: Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010; N=6.493 (11, 13, 15 und 17-jährige SchülerInnen)

¹⁹ Bundesministerium für Gesundheit, Sektion III 2015: Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014; N=5.617 (11, 13, 15 und 17-jährige SchülerInnen)

²⁰ Fonds Gesundes Österreich, 2014, S. 4

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

Die Adoleszenz ist jene Lebensphase, in der Jugendliche selbständige Konsummuster entwickeln und lernen, mit verlockenden Angeboten adäquat umzugehen. Darunter fällt sowohl der verantwortungsvolle Umgang mit Alkohol als auch der Tabakkonsum. Alkoholkonsum ist in unserer Gesellschaft Teil des Kultur- und Sozialverhaltens. Aus diesem Grund ist es von großer Wichtigkeit, Jugendlichen einen sorgsam und verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol näherzubringen. Viele Jugendliche probieren - oft schon sehr früh - zumindest einmal eine Zigarette. Durch das starke Abhängigkeitspotenzial von Tabak ist es für Jugendliche oft nur ein kurzer Weg hin zum/zur täglichen RaucherIn. Je früher mit dem Rauchen begonnen wird, desto größer sind die negativen Folgen für die Gesundheit.

Wirksame Suchtprävention ist integriert in den Alltag und bildet Personen, die in relevanten Lebensumfeldern tätig sind (z.B. LehrerInnen, JugendarbeiterInnen, Schlüsselpersonen in Betrieben, Ehrenamtliche in Gemeinden), zu MultiplikatorInnen aus. Dies sind Personen, die einerseits Kompetenzen im Bereich Suchtprävention besitzen und andererseits die Funktion der Anwaltschaft in ihren jeweiligen Wirkungsbereichen übernehmen können und somit die Präventionsthemen in alle relevanten gesellschaftlichen Felder hineinragen und umsetzen. Die Umsetzung geschieht sowohl explizit im Rahmen von Präventionsprojekten und -programmen als auch implizit in der alltäglichen Praxis.

Ergänzend zu allgemeinen suchtpreventiven Maßnahmen, die bereits im Kleinkindalter beginnen, sollen im Rahmen von Präventionsangeboten die Kompetenzen der Jugendlichen hinsichtlich des Umgangs mit Alkohol und Tabak gefördert werden. Das Zusammenspiel der erforderlichen PartnerInnen ist Voraussetzung für das Erlernen eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol sowie für das Senken des RaucherInnenanteils in dieser Alterskohorte. Vor allem im Bereich der Tabakprävention ist eine verstärkte Zusammenarbeit der unterschiedlichen Politikbereiche notwendig. In Oberösterreich ist das vom Land OÖ finanzierte Institut Suchtprävention derzeit der hauptsächliche Anbieter für die Ausbildung von MultiplikatorInnen für die Suchtprävention sowie für Präventionsmaßnahmen in diesem Bereich.

Aktuelle Situation

Das Thema Suchtprävention war Schwerpunkt eines umfassenden dreijährigen Projektes in den Jahren 2009-2012 in der Stadt Wels mit dem Titel „Wir setzen Zeichen“. Viele Aktivitäten daraus konnten in einen laufenden Betrieb umgewandelt werden. Seit 2011 führt die Stadt Wels einen Präventionspreis durch, der sich oftmals mit Suchtpräventions-Themen auseinandersetzt.

Beim mittlerweile abgeschlossenen Projekt MammaMia - Mütter im Gespräch trafen sich mehrere Mütter aus Familien mit Migrationshintergrund zu einer in der jeweiligen Muttersprache moderierten Gesprächsrunde in einer möglichst angenehmen, zwanglosen Atmosphäre bei einer Gastgeberin zu Hause. Die Gesprächsthemen betreffen

grundsätzlich Kinder und Erziehung, zum Beispiel „Kinder stark machen“ oder „Computer, Handy, Internet“.²¹

Im Jahr 2013 wurde in Kindergärten und Horten in Zusammenarbeit mit dem Institut Suchtprävention ein Schwerpunkt auf die Themen „Fernsehen/Medienkonsum“ gelegt.

Jährlich findet ein Präventionskabarett „G´undheit“ mit Ingo Vogl für Welser SchülerInnen der 8. Schulstufe statt. Jährlich werden vom Institut Suchtprävention rund 300 Welser Jugendliche mit alkoholspezifischen Präventionsmaßnahmen erreicht (Durchschnitt der Jahre 2009-2015).²²

Im Jahr 2015 wurde eine oberösterreichweite MultiplikatorInnenbefragung vom Institut für Gesundheitsplanung durchgeführt.

Gesundheitsziel 7: Tabakkonsum bei Jugendlichen reduzieren

Ein rauchfreies Leben erhöht die Lebenserwartung und die Lebensqualität. Deswegen soll der Anteil der Jugendlichen, die täglich rauchen, deutlich gesenkt werden.

Messgröße: Bis 2020 wird der Anteil der 15- bis 19-jährigen WelserInnen, die täglich rauchen, von derzeit rund 35 Prozent auf höchstens 20 Prozent gesenkt.

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

Rauchen verursacht eine Vielzahl von Krankheiten, schädigt nahezu jedes menschliche Organ und erhöht das Krebsrisiko dramatisch. Nikotin weist zudem ein extrem hohes Abhängigkeitspotenzial auf. Je früher mit dem Rauchen begonnen wird, desto größer sind die negativen Folgen für die Gesundheit.

Die Adoleszenz ist jene Lebensphase, in der Jugendliche selbständige Konsummuster entwickeln und lernen, mit verlockenden Angeboten adäquat umzugehen. Darunter fällt auch der Tabakkonsum. Viele Jugendliche probieren - oft schon sehr früh - zumindest einmal eine Zigarette. Durch das starke Abhängigkeitspotenzial von Tabak ist es für Jugendliche oft nur ein kurzer Weg hin zum/zur täglichen RaucherIn.

Das Zusammenspiel der erforderlichen PartnerInnen ist Voraussetzung für die Senkung des RaucherInnenanteils in dieser Alterskohorte. Vor allem im Bereich der Tabakprävention ist eine verstärkte Zusammenarbeit der unterschiedlichen Politikbereiche notwendig. In Oberösterreich ist das vom Land OÖ finanzierte Institut Suchtprävention derzeit der hauptsächliche Anbieter für die Ausbildung von MultiplikatorInnen für die Suchtprävention sowie für Präventionsmaßnahmen in diesem Bereich.

²¹ <http://www.praevention.at/familie/mammamia-muetter-im-gespraech.html>

²² Auskunft: Institut Suchtprävention, Berechnung: Institut für Gesundheitsplanung

Aktuelle Situation

Der RaucherInnenanteil unter den 15- bis 19-Jährigen liegt in OÖ bei rund Prozent (Quelle: Drogenmonitoring 2015).

Im Berichtszeitraum gab es eine Zusammenarbeit der Sozialpsychischen Beratungsdienste mit dem Klinikum Wels-Grieskirchen für das Angebot von Raucherentwöhnungskursen. Dieses Angebot wurde beendet. Im Rahmen des damaligen Suchtpräventionsprojektes wurde in Wels am 31. Mai 2011 der Welt(s)nichtrauchertag abgehalten mit Lungenfunktionstestung, „Tausche Zigarette gegen Bio-Süßigkeit“ inkl. Smokerlyzer-Messung. Die Berufsschule 3 hat derzeit ebenfalls einen Schwerpunkt Nikotinkonsum. Die Dienststelle Gesundheitsdienst führt seit Jahren in Kooperation mit der Lungenabteilung des Klinikums Wels-Grieskirchen Lungenfunktions-Testtage durch.

Partizipation der Stadt Wels am Gesundheitszieleprozess

Beim Gesundheitsziel 7 wird seitens der Stadt Wels an der Konzeptionsgruppe am Institut für Gesundheitsplanung mitgearbeitet (2014-2016). Im Rahmen des Konzeptionsprojektes wurden Handlungsempfehlungen ausgearbeitet, die den Raucheinstieg von jungen Menschen verhindern sollen.

Gesundheitsziel 8: Psychosoziale Gesundheit junger Menschen stärken

Um mit den Herausforderungen des täglichen Lebens umgehen zu können, müssen die dafür nötigen Ressourcen bereits im Jugendlichenalter aufgebaut werden. Deswegen sollen junge Menschen dabei unterstützt werden, um nachhaltig diesen Herausforderungen gewachsen zu sein. Der Schwerpunkt soll auf gesundheitlich benachteiligten Gruppen liegen.

Messgröße: Bis 2015 werden Konzepte für bedarfsgerechte Maßnahmen entwickelt, mit deren Hilfe Jugendliche beim Aufbau ihrer persönlichen Ressourcen unterstützt werden können. Dabei sollen vor allem jene Lebenskompetenzen vermittelt werden, die die Entstehung psychosozialer Erkrankungen verhindern. Bis 2020 werden Modellprojekte umgesetzt und evaluiert.

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

Die Jugendphase ist ein prägender Abschnitt des Lebens, der vor allem durch widersprüchliche Herausforderungen an die Jugendlichen charakterisiert werden kann: Größer werdenden Handlungsspielräumen und mehr Entscheidungsautonomie stehen gleichzeitig neue Belastungsformen (z.B. Leistungserwartung, Entscheidungszwang, Überstimulierung durch Medien) gegenüber. Diese widersprüchlichen Herausforderungen können die Bewältigungskapazität von Jugendlichen überfordern.²³

Insbesondere junge Menschen ohne förderliches soziales Umfeld stehen vor großen Herausforderungen. Deswegen sollen sie im Aufbau der benötigten Ressourcen besonders unterstützt werden, um mit diesen Herausforderungen umgehen zu können. Die Jugendlichen sollen lernen, ihre eigenen Ressourcen zu erkennen und zu nutzen, um so ihre psychosoziale Gesundheit zu erhalten oder wiederzuerlangen.

Der Europäische Aktionsplan für psychische Gesundheit der WHO Europa verweist darauf, dass besonders vulnerablen Gruppen wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen Aufmerksamkeit geschenkt werden soll. Gesundheitsfördernde Konzepte, die die Ressourcen der Zielgruppe stärken und eine partizipative Herangehensweise ermöglichen, gelten laut Fonds Gesundes Österreich (z.B. Modellprojekte „Jugendgesundheitsförderung auf dem Lande“ oder „Gehsteig“) als aussichtsreich. In Oberösterreich soll daher die Entwicklung und Umsetzung solcher nachgewiesenermaßen wirksamen Projekte angestrebt werden. Die Verbesserung der psychosozialen Gesundheit junger Menschen bedarf einer multiprofessionellen Strategie.

Partizipation der Stadt Wels am Gesundheitszieleprozess

Hinsichtlich des Gesundheitsziels 8 wurden Vertreter seitens der Stadt Wels für eine Arbeitsgruppe am Institut für Gesundheitsplanung entsandt. Seit 2015 erfolgt eine detaillierte Ausarbeitung eines Buddy-Konzeptes mit dem Ziel der Resilienzförderung von Jugendlichen.

Gesundheitsziel 9: Ältere Menschen aktiv einbeziehen

Eine aktive Beteiligung am gesellschaftlichen Leben schützt ältere Menschen vor Vereinsamung, verbessert die Lebenszufriedenheit und Gesundheit. Deswegen soll die aktive Beteiligung von älteren Menschen am gesellschaftlichen Leben gefördert werden.

Messgröße: Bis 2015 werden Konzepte für bedarfsgerechte Maßnahmen entwickelt, die eine aktive Beteiligung von älteren Menschen am gesellschaftlichen Leben fördern. Dabei sollen auch Unterstützungsmöglichkeiten innerhalb der eigenen Generation berücksichtigt werden. Bis 2020 werden Modellprojekte umgesetzt und evaluiert.

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

Gerade bei SeniorInnen können einschneidende Lebensereignisse häufig zu Verlust von wichtigen Säulen des Lebens führen. Durch Pensionierung können wichtige Sozialkontakte verloren gehen, der Tod des/der Partners/-in oder eine Einschränkung der Mobilität führt oft in die Isolation. Eine aktive Beteiligung am gesellschaftlichen Leben schützt ältere Menschen vor Vereinsamung und verbessert die Lebenszufriedenheit und Gesundheit.

²³ Ohlbrecht 2010, S. 136f.

Laut Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern - Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ bringt das Alter „zahlreiche Stressoren mit sich - z.B. verminderte funktionelle Kapazität und soziale Isolierung -, die der psychischen Gesundheit abträglich sind. Altersdepression und altersbedingte neuropsychiatrische Störungen, wie etwa Demenz, verschlimmern die Belastung durch psychische Erkrankungen. Unterstützungsmaßnahmen verbessern nachweislich die psychische Gesundheit älterer Menschen.“²⁴

Insbesondere soziale Unterstützungsnetze, Förderung der körperlichen Betätigung und der Gemeinschaftsteilnahme sowie Freiwilligenarbeit gelten als Erfolg versprechend. In Oberösterreich sollen nachweisbar bewährte Projekte (z.B. „Lebenswerte Lebenswelten“, Steiermark) zur Förderung der aktiven Beteiligung von älteren Menschen entwickelt und umgesetzt werden. Für das Erreichen des Gesundheitsziels ist eine gute Kooperation der AkteurlInnen ein wichtiger Erfolgsfaktor.

Partizipation der Stadt Wels am Gesundheitszieleprozess

Beim Gesundheitsziel 9 wurde seitens der Stadt Wels im Zeitraum 2014 bis 2015 an der Konzeptionsgruppe am Institut für Gesundheitsplanung mitgearbeitet. Das zentrale Ergebnis der Maßnahmenvorschläge stellen elf Projektskizzen mit unterschiedlichen Zielsetzungen und Schwerpunkten dar, die im Herbst 2015 in der Projektgruppe ausgearbeitet und abgestimmt wurden.

Die Stadt Wels führte 2015 und 2016 Gesundheitstage speziell für diese Zielgruppe durch (2015 „Tag der Gesundheit für Senioren“; 2016 „Gesund und aktiv in der zweiten Lebenshälfte“).

Gesundheitsziel 10: Verantwortung für Gesundheit gemeinsam wahrnehmen

Viele verschiedene gesellschaftspolitische Bereiche tragen zur Gesundheit bei. Deswegen soll die Zusammenarbeit aller relevanten Institutionen im Sinne der Gesundheit verbessert werden.

Messgröße: Bis 2015 sollen Möglichkeiten der systematischen Zusammenarbeit aufbereitet werden. Bis 2020 liegen erste Praxiserfahrungen aus mehreren Pilotprojekten vor.

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

Gesundheit wird stark von Einflussfaktoren außerhalb des Gesundheitsbereiches mitbestimmt. Neben Alter, Geschlecht und den Erbanlagen sind dies die Art der individuellen Lebensweise (z.B. Selbstverantwortung für einen gesunden Lebensstil), die Integration in soziale und kommunale Netzwerke (z.B. Anzahl und Qualität der sozialen Beziehungen), die Lebens- und Arbeitsbedingungen

(z.B. Arbeit/Arbeitslosigkeit) und allgemeine sozioökonomische, kulturelle und Umwelt-Faktoren (sauberes Trinkwasser, Friedenszeiten etc.).

Sowohl internationale Organisationen (WHO etc.) als auch die oberösterreichische Bevölkerung²⁵ erkennen die Wichtigkeit der Zusammenarbeit der gesellschaftspolitischen Bereiche in Bezug auf die Gesundheit (Health in all policies) an.

Ein international anerkanntes Instrument zur Bewertung von politischen Entscheidungen, Programmen oder Projekten in Bezug auf ihren Schaden und Nutzen für die Gesundheit der Bevölkerung ist die Gesundheitsfolgenabschätzung. Diese ist eine Kombination aus verschiedenen Verfahren, Methoden und Instrumenten, die es ermöglicht, abzuschätzen, inwieweit sich Maßnahmen, die außerhalb des eigentlichen Gesundheitsbereichs getroffen werden, auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken. Ziel der Gesundheitsfolgenabschätzung ist es, EntscheidungsträgerInnen über mögliche Folgen ihres Tuns zu informieren und möglicherweise zu beeinflussen,²⁶ die negativen Folgen für die Gesundheit der Bevölkerung zu minimieren und positive Auswirkungen zu maximieren, soziale Ungleichheit zu bekämpfen sowie die Transparenz des Entscheidungsprozesses zu erhöhen.²⁷ Die Gesundheitsfolgenabschätzung fördert zudem den Dialog zwischen allen beteiligten AkteurlInnen, ExpertInnen wie Laien, und kann ein breites Bewusstsein für Gesundheit schaffen.²⁸

Partizipation der Stadt Wels am Gesundheitszieleprozess

Gemeinsam mit der Steuerungsgruppe erarbeitete das IGP ein Exposé zur Umsetzung des Gesundheitszieles 10. Beim Gesundheitsziel 10 wurde seitens der Stadt Wels von 2014 bis 2015 am Exposé mitgearbeitet.

²⁴ Kommission der Europäischen Gemeinschaften 14.10.2005, S. 10

²⁵ Reif, 2008

²⁶ Mock, 2007, S. 27

²⁷ Thierno, März 2010, S. 14

²⁸ Thierno, März 2010, S. 14

9. HANDLUNGS- EMPFEHLUNGEN

Die hier angeführten Handlungsempfehlungen wurden gemeinsam von MitarbeiterInnen des Instituts für Gesundheitsplanung und der Stadt Wels ausgearbeitet. Im Zuge eines gemeinsamen Workshops wurden nach gemeinsamer Sichtung der zentralen Ergebnisse des Gesundheitsberichts die wichtigsten Handlungsfelder identifiziert und in weiterer Folge die Handlungsempfehlungen ausformuliert.

9.1. Gesundheitsförderung in Schule und Kindergarten vorantreiben

Schule

Passend zum Gesundheitsziel 1 der Stadt Wels „Wohlbefinden in der Schule erhöhen“ soll die Gesundheitsförderung in den Schulen vorangetrieben werden. Derzeit führen 6 Welscher Schulen das Gütesiegel „Gesunde Schule OÖ“. Insgesamt befinden sich aktuell 8 Welscher Schulen im Prozess zur Erlangung des Gütesiegels. Im Jahr 2020 sollen gemäß dem Gesundheitsziel 10 Welscher Schulen das Gütesiegel „Gesunde Schule OÖ“ führen und weitere 10 Schulen sollen sich im Prozess zur Erreichung des Gütesiegels befinden. Damit das Gesundheitsziel erreicht werden kann, sollen vor allem Neue Mittelschulen dazu bewegt werden, sich am Gütesiegelprozess zu beteiligen. Zu diesem Zweck sollte mittels einer speziellen Veranstaltung, die sich vor allem an Neue Mittelschulen richtet, das Gütesiegel „Gesunde Schule OÖ“ bekannt gemacht und beworben werden.

Kindergarten

Wie auch in der Schule sollte die Gesundheitsförderung in Welscher Kindergärten vorangetrieben werden. Das Land Oberösterreich setzt durch das Netzwerk „Gesunder Kindergarten“ einen neuen Schwerpunkt im Bereich Gesundheitsförderung 3- bis 6-jähriger Kinder. Die Auszeichnung „Gesunder Kindergarten“ wird für eine zweijährige, qualitätsorientierte, ganzheitliche und ressourcenorientierte Gesundheitsarbeit in oberösterreichischen Kindergärten verliehen. In der Stadt Wels sind 5 Kindergärten bereits ausgezeichnet und in der Nachhaltigkeitsphase. Vier weitere Welscher Kinderbetreuungseinrichtungen befinden sich derzeit am Weg zur Auszeichnung. Ähnlich wie bei den Schulen sollte auch bei den Kindergärten versucht werden, mehr Kindergärten dazu zu bewegen, sich für die Auszeichnung „Gesunder Kindergarten“ zu bewerben. Auch hier könnte versucht werden, mittels einer speziellen Veranstaltung das Interesse bei den Kindergärten zu wecken.

9.2. Betriebliche Gesundheitsförderung in Welscher Betrieben vorantreiben

Passend zum Gesundheitsziel 2 der Stadt Wels „Arbeitsplätze gesünder gestalten“ soll die Betriebliche Gesundheitsförderung in Welscher Betrieben vorangetrieben werden. Derzeit führen 8 Unternehmen in der Stadt Wels

ein BGF-Gütesiegel, in 3 Betrieben laufen Projekte, in 7 Betrieben wurden Projekte abgeschlossen und 2 Betriebe planen die Durchführung eines BGF-Projekts. Im Jahr 2020 sollen gemäß dem Gesundheitsziel in Wels 70 (10%) Unternehmen mit 5 bis 50 und 40 (30%) mit mehr als 50 unselbständig beschäftigten MitarbeiterInnen nachhaltig wirksame Präventionsmaßnahmen umsetzen. Von diesen Betrieben sollen 30 Prozent mit dem Gütesiegel des Österreichischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung ausgezeichnet sein.

Die Stadt Wels könnte durch die Abhaltung von Informationsveranstaltungen für Welscher Betriebe das Angebot und den Nutzen von Betrieblicher Gesundheitsförderung noch bekannter machen und Unternehmen zur Durchführung von BGF-Maßnahmen bzw. BGF-Projekten motivieren.

9.3. Aktion „Wels bewegt sich“ jährlich wiederholen und Bewegungsmöglichkeiten aufzeigen

Im September 2016 wurde in Wels die Aktion „Wels bewegt sich“ durchgeführt. Eine Arbeitswoche lang wurden in Parks und Grünanlagen im gesamten Welscher Stadtgebiet in Kooperation mit den Sportdachverbänden ASKÖ und ASVÖ unterschiedliche Sportangebote kostenlos zum Mitmachen angeboten. Die WelscherInnen konnten dabei Smoveytraining, Zumba, Yoga, Judo-Gymnastik, Aerobic, allgemeines Fitnesstraining oder Bogensport ausprobieren.

Die Idee dahinter ist es, den BürgerInnen einerseits durch das Kennenlernen neuer Sportarten den Spaß an der Bewegung (in Gemeinschaft) näher zu bringen und andererseits aufzuzeigen, dass öffentlicher Raum wie z.B. Parks für sportliche Betätigung und Bewegung genutzt werden kann und soll.

Eine regelmäßige, jährliche Wiederholung der Aktion „Wels bewegt sich“ erscheint sinnvoll. Es sollte jedoch überlegt werden, die Aktion im Frühjahr oder Frühsommer durchzuführen, damit der Sommer und der Herbst von den zu mehr Bewegung im Freien motivierten BürgerInnen genutzt werden kann.

9.4. Fahrrad- und Fußgängerinfrastruktur verbessern

Neben der sportlichen Betätigung hat auch das Ausmaß an Alltagsbewegung großen Einfluss auf den gesundheitlichen Zustand einer Bevölkerung. Mit einer Erhöhung des FußgängerInnen- und Radverkehrsanteils ließe sich das Bewegungsausmaß der Welscher Bevölkerung erhöhen und Gesundheitsgewinne auf Bevölkerungsebene wären zu erwarten.

In der Literatur werden folgende Aspekte genannt, mit denen sich der Radverkehrsanteil erhöhen lässt:

- Verbesserung der Infrastruktur für den fließenden Radverkehr (wie z.B. Optimierung und Erweiterung des Radverkehrsnetzes, Kreuzungsgestaltung, Radwegpatenschaften)
- Verbesserung der Infrastruktur für den ruhenden Radverkehr (wie z.B. Kurzparken und Langzeitparken für Fahrräder)
- Service und Dienstleistungen (wie z.B. Self-Service-Stationen, Luftpumpen, Fahrrad-Verleih und Vernetzung mit dem Öffentlichen Verkehr)
- Information und Kommunikation (wie z.B. Bewusstseinsbildung, Aktionen und Kampagnen, Veranstaltungen)
- Organisation und Rahmenbedingungen (wie z.B. Förderung der Eigeninitiative Dritter).

Um den FußgängerInnenanteil zu erhöhen, sollten folgende Bereiche berücksichtigt werden:

- Schließen von Lücken und Erhöhung der Sicherheit
- Leit- und Informationssysteme - Wegweisung
- Haltestellen des Öffentlichen Personennahverkehrs (z.B. sichere, möglichst direkte, bequeme und schnelle Erreichbarkeit, Ausrichtung auf Schnittpunkte von Fußgängerverbindungen)
- Schulwegsicherheit (z.B. Schulwegpläne, temporäre Fahrverbote rund um Schulen)
- Information und Marketing

9.5. Spielplätze rauchfrei!

Passend zum Gesundheitsziel 7 der Stadt Wels „Tabakkonsum bei Jugendlichen reduzieren“ ist die Empfehlung, die Spielplätze der Stadt Wels mittels Appelltafeln zu rauchfreien Zonen zu erklären. Auf einigen Spielplätzen in der Stadt Wels stehen bereits Tafeln, mittels derer die BesucherInnen des Spielplatzes ersucht werden, hier nicht zu rauchen. Ideal wäre, wenn das Nichtrauchgebot in eine allgemeine Regeltafel für jeden Spielplatz integriert werden würde.

Die Vorteile, wenn auf Spielplätzen nicht geraucht wird, sind:

- positive Vorbildwirkung durch das Nichtrauchen (Nichtrauchen als Norm),
- Schutz vor Passivrauch und
- saubere Spielplätze, auf denen Kleinkinder nicht der Gefahr von gefährlichen Zigarettenstummeln (höchst giftig beim Verzehr!) ausgesetzt sind.

9.6. Maßnahmen zur sozialen Integration von Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status

Welser BürgerInnen mit niedrigem sozioökonomischem Status sind häufiger von unterschiedlichen Belastungen, Erkrankungen und einem generell schlechterem Gesund-

heitszustand betroffen. Außerdem neigen sie zu einem gesundheitlich ungünstigeren Lebensstil, indem sie zum Beispiel seltener Sport treiben als Menschen mit höherer Bildung und besseren finanziellen Möglichkeiten. Die Möglichkeit zur sozialen Teilhabe ist eine wichtige Determinante unserer Gesundheit. Für Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status gibt es im Alltag allerdings häufig Hürden, um am sozialen Leben teilhaben zu können. Solche Hürden können beispielsweise finanzieller Natur sein (z.B. Eintrittspreis für das Hallenbad, diverse Teilnahmegebühren), aus eingeschränkter Mobilität resultieren oder durch mangelnde Information entstehen. Seit einiger Zeit gibt es in der Stadt Wels den „Aktivpass 60 plus“, der die soziale Teilhabe am gesellschaftlichen Leben fördern soll. Der Aktivpass enthält neben wichtigen Informationen für die Zielgruppe unterschiedliche Gutscheine (z.B. diverse Eintritte/Ermäßigungen). Anspruchsberechtigt sind Frauen und Männer mit Hauptwohnsitz in Wels, die im Jahr der Ausstellung das 60. Lebensjahr vollenden sowie Menschen mit mehr als 70 Prozent Minderung der Erwerbsfähigkeit. Es wird empfohlen, den Aktivpass weiter anzubieten und wenn möglich die Anspruchsberechtigung auf jüngere Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status auszuweiten.

9.7. Stadtteilarbeit und Generationentreffs forcieren

Positive soziale Beziehungen und die Einbindung in unterstützende soziale Netzwerke stellen eine wesentliche Ressource dar und wirken sich positiv auf die Bewältigung von Belastungen und auf die Gesundheit aus. Mit den persönlichen sozialen Beziehungen (Familie, Freundeskreis) ist der Großteil der WelserInnen weitgehend zufrieden. Im Hinblick auf die weiteren sozialen Beziehungen im Wohnumfeld sind Aktivitäten, die die sozialen Beziehungen zwischen Bevölkerungsgruppen (verbindendes Sozialkapital) positiv beeinflussen (z.B. Alte/Junge, InländerInnen/MigrantInnen, soziale Schichten, sogenannte „Randgruppen“ etc.) von wesentlicher Bedeutung.

Mögliche Ansatzpunkte:

- Aktivitäten, die Begegnung, Kommunikation und Austausch fördern (z.B. kulturelle Veranstaltungen, Stadtteilstunden, Informationsveranstaltungen, stadtteilbezogene Medien, Sportveranstaltungen und -angebote etc.).
- Geeignete Strukturen/Hilfestellungen für eine positive Konfliktaustragung z.B. Schlichtungsangebote bei Nachbarschaftsstreitigkeiten etc. (ein Beispiel stellt die MediatorInnenausbildung für HausbesorgerInnen der GWG dar).
- Partizipative Einbeziehung der lokalen Bevölkerung in die lokale Angebotsentwicklung und Stadtteilgestaltung.

In der Stadt Wels gibt es diesbezüglich bereits ein vielfältiges Angebot an Projekten. Beispielsweise das Quartier Gartenstadt, in dem vielfältige Stadtteilarbeit (z.B. Sprachwerkstatt, Lerncafé) vollzogen wird. Außerdem

gibt es an sieben Standorten der Stadt Wels Generationentreffs, an denen SeniorInnen kostenlos und ohne Anmeldung teilnehmen können. Solche Angebote sind aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht zu forcieren, da sie das Sozialkapital und die Ressourcen in der Bevölkerung stärken und somit zu einer Verbesserung der Gesundheit beitragen.

Daher wird empfohlen, den Präventionspreis weiterhin jährlich auszuloben. Darüber hinaus sollten suchtpreventive Angebote des Instituts Suchtprävention beworben werden (z.B. peer drive clean), um entsprechend hohe Inanspruchnahme in relevanten Settings (z.B. Kindergärten, Schulen) der Stadt Wels zu fördern.

9.8. Suchtprävention weiter vorantreiben

Mit dem Gesundheitsziel 6 („Suchtprävention verstärken“) und dem Gesundheitsziel 7 („Tabakkonsum bei Jugendlichen reduzieren“) widmen sich 2 Gesundheitsziele der Stadt Wels dem Themenbereich Sucht bzw. Suchtprävention.

Im Zeitraum von 2009 bis 2012 war das Thema Suchtprävention durch das Projekt „Wir setzen Zeichen“ ein absoluter Schwerpunkt in der Stadt Wels. Ein Ergebnis des dreijährigen Suchtpräventionsprojekts ist die jährliche Auslobung eines Präventionspreises, durch den das Thema Suchtprävention Breitenwirkung bekommt und aktuell gehalten wird. Mit dem Präventionspreis wird das jugendliche Zielpublikum im schulischen und außerschulischen Kontext auf einem unkonventionellen Weg, der von der herkömmlichen Präventionsarbeit abweicht, erreicht.

10. DATEN- GRUNDLAGE

Im vorliegenden Bericht wurde in erster Linie folgendes Datenmaterial verwendet:

Umfragedaten der Welser Gesundheitsbefragung 2014

Im Oktober/November 2014 wurden 7.500 schriftliche Fragebögen an WelserInnen zwischen 15 und 80 Jahren ausgesandt. Um die Rücklaufquote zu erhöhen, erhielt jede/r angeschriebene Bürgerin/Bürger nach etwa 10 Tagen ein Dankes- bzw. Erinnerungsschreiben. Insgesamt wurden 1.684 Fragebögen an den Welser Magistrat retourniert. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 22 Prozent. Um auch die jüngere Bevölkerung angemessen zu repräsentieren¹, wurde anstatt einer einfachen Zufallsauswahl die Methode einer disproportionalen Zufallsstichprobe zu Gunsten der jüngeren Bevölkerungssegmente angewandt. Die Stichprobenziehung wurde vom Melde-, Pass- und Wählerservice des Magistrats der Stadt Wels 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. Um diese Abweichungen 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 Welser Wohnbevölkerung angeglichen.

Die Methode der schriftlichen Befragung hat diverse Vor- und Nachteile. So ist zu berücksichtigen, dass die Teilnahme an einer schriftlichen Befragung auch vom Interesse am jeweiligen Thema abhängt, was wiederum zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen kann. Nichtsdestotrotz ist gerade die schriftliche Befragung für ein sensibles Thema wie Gesundheit sehr gut geeignet. Da die Methode eine sehr große Stichprobe ermöglicht, können auch seltenere Krankheiten und Beschwerden erfasst werden.

Abrechnungsdaten der OÖGKK

Zusätzlich zu den Umfragedaten wurden im vorliegenden Bericht anonymisierte Abrechnungsdaten der OÖGKK verwendet. Diese betreffen die Bereiche Krankenstand (Arbeitsunfähigkeit), Krankenhausaufenthalte und Medikamentenverordnungen. Im Bericht sind Auswertungen von anonymisierten Abrechnungsdaten wie folgt ausgewiesen: „Quelle: OÖGKK, eigene Berechnungen“.

¹ Personen aus jüngeren Segmenten neigen erfahrungsgemäß in einem geringeren Ausmaß als Personen aus älteren Segmenten dazu, Fragebögen zu beantworten bzw. zu retournieren.

11. VERZEICHNISSE UND LITERATUR

11.1. Abbildungsverzeichnis

Kapitel 1 - Demographie und sozioökonomischer Hintergrund

Abbildung 1: Anwesende Bevölkerung nach Altersgruppen.....17
 Abbildung 2: Haushalte nach Haushaltsgröße.....17
 Abbildung 3: Familien nach Anzahl der Kinder.....18
 Abbildung 4: Herkunftsnationen (Staatsbürgerschaft) (2014).....19
 Abbildung 5: Bildungsstand der Welser Bevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren.....20
 Abbildung 6: Bildungsstand der Welser Bevölkerung nach Altersgruppen.....20
 Abbildung 7: Bildungsstand der Welser Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht - Männer.....21
 Abbildung 8: Bildungsstand der Welser Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht - Frauen.....21
 Abbildung 9: natürliche Bevölkerungsbewegung22
 Abbildung 10: Zu- und Wegzugsbewegungen.....23

Kapitel 2 - Lebenserwartung und Mortalität

Abbildung 1: Lebenserwartung bei der Geburt.....25
 Abbildung 2: Todesfälle in Wels im Jahr 2014.....26
 Abbildung 3: Todesfälle pro 100.000 Männer in Wels (Rohe Rate).....27
 Abbildung 4: Todesfälle pro 100.000 Frauen in Wels (Rohe Rate).....27

Kapitel 3 - Gesundheit und Krankheit der Welser Bevölkerung

Kapitel 3.1. - Subjektive Gesundheit

Abbildung 1: Subjektiver Gesundheitszustand der Welser Bevölkerung.....29
 Abbildung 2: Altersspezifischer Gesundheitszustand der Welser Bevölkerung.....30
 Abbildung 3: Bildungsbezogener Gesundheitszustand der Welser Bevölkerung.....30
 Abbildung 4: Bildungsbezogener Gesundheitszustand nach Altersgruppen.....31
 Abbildung 5: Einkommensbezogener Gesundheitszustand der Welser Bevölkerung.....32
 Abbildung 6: Einkommensbezogener Gesundheitszustand nach Altersgruppen.....32
 Abbildung 7: Belastung durch finanzielle Probleme und subjektive Gesundheit.....33

Kapitel 3.2. - Überblick über Erkrankungen und Beschwerden

Abbildung 8: 12-Monats-Prävalenz physischer Erkrankungen.....34
 Abbildung 9: 12-Monats-Prävalenz psychischer Erkrankungen.....35
 Abbildung 10: Prävalenz der häufigsten Beschwerden.....36

Kapitel 3.3. - Überblick Krankenhausaufenthalte, Medikamentenverordnungen und Krankenstand

Abbildung 11: Personen mit Krankenhausaufenthalt nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2013-2015).....37
 Abbildung 12: Krankenhausaufenthalte je betroffene Person nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2013-2015).....38
 Abbildung 13: Verteilung der Krankenhaustage auf Diagnosegruppen (Durchschnitt 2013-2015).....39
 Abbildung 14: Medikamentenverordnungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2013-2015).....40
 Abbildung 15: Verteilung der Medikamentenverordnungen auf anatomische ATC-Gruppen (Durchschnitt 2013-2015).....41
 Abbildung 16: Krankenstandstage je Beschäftigter/-m nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2013-2015).....42
 Abbildung 17: Durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit (Krankenstandsfälle je Beschäftigter/-m) nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2013-2015).....43
 Abbildung 18: Krankenstandstage nach Diagnosegruppen (Durchschnitt 2013-2015).....44

Kapitel 3.4. - Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates

Abbildung 19: Prävalenz von Krankheiten des Bewegungsapparats.....45
 Abbildung 20: Schäden der Wirbelsäule nach Altersgruppen.....46

Abbildung 21: Schäden der Wirbelsäule nach Schulbildung.....	46
Abbildung 22: Schäden der Wirbelsäule nach Alter und Bildung.....	47

Kapitel 3.5. - Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems

Abbildung 23: Prävalenz von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems.....	48
Abbildung 24: Bluthochdruck nach Altersgruppen.....	49
Abbildung 25: Bluthochdruck und Body Mass-Index (BMI).....	49
Abbildung 26: Venenentzündung, Thrombosen, Krampfadern nach Altersgruppen.....	50
Abbildung 27: andere Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems nach Altersgruppen.....	50
Abbildung 28: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Herz-Kreislauferkrankung nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2013-2015).....	51
Abbildung 29: Personen mit Verordnung von Herz-Kreislaufmedikamenten nach Altersgruppe und Geschlecht (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2013-2015).....	52
Abbildung 30: Krankenstandstage (pro 1.000 Beschäftigter) aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2013-2015).....	53
Abbildung 31: Durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit (Krankenstandsfälle pro 1.000 Beschäftigte) aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2013-2015).....	53

Kapitel 3.6. - Allergien

Abbildung 32: Allergien nach Altersgruppen.....	54
---	----

Kapitel 3.7. - Diabetes mellitus

Abbildung 33: Diabetes mellitus/Zuckerkrankheit nach Altersgruppen.....	55
---	----

Kapitel 3.8. - Atemwegserkrankungen

Abbildung 34: Asthma oder chronische Lungenerkrankung nach Altersgruppen.....	56
Abbildung 35: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Atemwegserkrankung nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2013-2015).....	57
Abbildung 36: Personen mit Verordnung von Antiasthmatica nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2013-2015).....	58
Abbildung 37: Krankenstandstage (pro 1.000 Beschäftigter) aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2013-2015).....	58
Abbildung 38: Durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit (Krankenstandsfälle pro 1.000 Beschäftigte) aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2013-2015).....	59

Kapitel 3.9. - Psychische Erkrankungen und psychische Gesundheit

Abbildung 39: Prävalenz von psychischen Erkrankungen.....	60
Abbildung 40: Anzeichen einer Depression nach Altersgruppen.....	61
Abbildung 41: Anzeichen einer Depression nach Schulbildung.....	62
Abbildung 42: Anzeichen einer Depression nach Einkommen.....	63
Abbildung 43: Anzeichen einer Depression und Belastung durch finanzielle Probleme.....	63
Abbildung 44: Anzeichen einer Depression und Zufriedenheit mit beruflicher Situation.....	64
Abbildung 45: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2013-2015).....	65
Abbildung 46: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2013-2015).....	66
Abbildung 47: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von affektiven Störungen nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2013-2015).....	66
Abbildung 48: Personen mit Verordnung von Antipsychotika nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2013-2015).....	67
Abbildung 49: Personen mit Verordnung von Antidepressiva nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2013-2015).....	68
Abbildung 50: Krankenstandstage (pro 1.000 Beschäftigter) aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen nach Altersgruppen und Geschlecht.....	69

Abbildung 51: Durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit (Krankenstandsfälle pro 1.000 Beschäftigte) aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2013-2015).....70

Kapitel 4 - Individuelle Lebensweisen
Kapitel 4.1. - Bewegung

Abbildung 1: Sportliche Aktivität nach Alter.....73
 Abbildung 2: Sportliche Aktivität nach Bildung.....74
 Abbildung 3: Sportliche Aktivität nach Wohnort/Stadtteil.....75
 Abbildung 4: Frequenz der sportlichen Aktivität nach Altersgruppen - Männer.....76
 Abbildung 5: Frequenz der sportlichen Aktivität nach Altersgruppen - Frauen.....76
 Abbildung 6: Sportliche Aktivität und psychische Gesundheit.....77
 Abbildung 7: Alltagsbewegung: zu Fuß gehen.....78
 Abbildung 8: Alltagsbewegung: mit dem Radfahren.....78
 Abbildung 9: Alltagsbewegung: anstrengende Haushaltstätigkeiten.....79

Kapitel 4.2. - Ernährung

Abbildung 10: Verzehr von Gemüse oder Salat.....80
 Abbildung 11: Verzehr von Obst.....81
 Abbildung 12: Verzehr von Gemüse nach Bildung („täglich“/„an 4-6 Tagen pro Woche“).....82
 Abbildung 13: Verzehr von Obst nach Bildung („täglich“/„an 4-6 Tagen pro Woche“).....82
 Abbildung 14: Verzehr von Gemüse nach Altersgruppen.....83
 Abbildung 15: Verzehr von Obst nach Altersgruppen.....84

Kapitel 4.3. - Tabakkonsum

Abbildung 16: Tabakkonsum.....85
 Abbildung 17: Tabakkonsum nach Alter - Männer.....86
 Abbildung 18: Tabakkonsum nach Alter - Frauen.....86
 Abbildung 19: Tabakkonsum nach Schulbildung.....87
 Abbildung 20: Rauchen in Wohnräumen.....88

Kapitel 4.4. - Alkoholkonsum

Abbildung 21: Alkoholkonsum (Frequenz).....89
 Abbildung 22: Alkoholkonsum nach Alter und Frequenz - Männer.....90
 Abbildung 23: Alkoholkonsum nach Alter und Frequenz - Frauen.....91
 Abbildung 24: Alkoholkonsum und Migrationshintergrund.....91
 Abbildung 25: Einstellungen zum Thema Alkohol.....92

Kapitel 4.5. - Impfen

Abbildung 26: allgemeiner Impfstatus.....94
 Abbildung 27: Impfschutz nach Geschlecht.....95
 Abbildung 28: Impfschutz nach Alter I.....96
 Abbildung 29: Impfschutz nach Alter II.....97

Kapitel 4.6. - Veränderungsbereitschaft

Abbildung 30: Veränderungsbereitschaft.....98
 Abbildung 31: Veränderungsbereitschaft nach Wohnort/Stadtteil.....99

Kapitel 5 - Integration in soziale und kommunale Netzwerke
5.2. Familiäre Beziehungen

Abbildung 1: Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen nach Geschlecht.....104
 Abbildung 2: Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen nach Alter und Geschlecht.....104
 Abbildung 3: Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen nach Familienstand und Geschlecht.....105

5.3. Soziales Umfeld und Freundeskreis

Abbildung 4: Zufriedenheit mit dem sozialen Umfeld und Freundeskreis nach Geschlecht.....	106
Abbildung 5: Zufriedenheit mit dem sozialen Umfeld und Freundeskreis nach Alter und Geschlecht.....	106
Abbildung 6: Zufriedenheit mit dem sozialen Umfeld und Freundeskreis nach Geschlecht und Bildung.....	107

5.4. Belastungen durch das soziale Umfeld

Abbildung 7: Belastungen durch Probleme im Familien-, Verwandten- bzw. Freundeskreis nach Geschlecht.....	108
Abbildung 8: Belastungen durch Probleme im Familien-, Verwandten- bzw. Freundeskreis nach Geschlecht und Alter.....	109
Abbildung 9: Belastungen durch Probleme im Familien-, Verwandten- bzw. Freundeskreis nach Geschlecht und Bildung.....	110

5.5. Belastungen durch Betreuungsaufgaben

Abbildung 10: Belastungen durch Betreuungsaufgaben nach Geschlecht.....	111
Abbildung 11: Belastungen durch Betreuungsaufgaben nach Geschlecht und Alter.....	111

Kapitel 6. - Lebens- und Arbeitsbedingungen

Kapitel 6.1. - Kindergarten und Schule

Abbildung 1: Determinanten der Kindergesundheit.....	117
--	-----

Kapitel 6.2. - Arbeitswelt und Arbeitsbedingungen

Abbildung 2: Beschäftigte in ausgewählten Branchen.....	124
Abbildung 3: Zufriedenheit mit der beruflichen Situation.....	125
Abbildung 4: Zufriedenheit mit der beruflichen Situation nach Bildungsgrad.....	125
Abbildung 5: Zufriedenheit mit der beruflichen Situation nach Migrationshintergrund.....	126
Abbildung 6: Zufriedenheit mit der beruflichen Situation nach Stellung im Beruf.....	127
Abbildung 7: Berufliche Belastungen.....	127
Abbildung 8: Berufliche Belastungen nach Geschlecht.....	128
Abbildung 9: Berufliche Belastungen nach Bildungsgrad.....	129
Abbildung 10: Belastungen durch Stress/Zeitdruck nach Stellung im Beruf.....	129
Abbildung 11: Körperliche Belastung nach Stellung im Beruf.....	130
Abbildung 12: Belastung durch das Arbeitsklima nach Stellung im Beruf.....	131

Kapitel 6.3. - Wohnumgebung/Stadt(teil)

Abbildung 13: Zufriedenheit mit der Wohnsituation nach Alter.....	132
Abbildung 14: Zufriedenheit mit der Wohnsituation nach Äquivalenzeinkommen.....	133
Abbildung 15: Zufriedenheit mit der Wohnsituation nach Migrationshintergrund (Staatsbürgerschaft, Muttersprache).....	133
Abbildung 16: Zufriedenheit mit der Wohnsituation nach Stadtteil.....	133
Abbildung 17: Zufriedenheit mit der Wohnsituation 2008 und 2014.....	134
Abbildung 18: Zufriedenheit mit der Wohnsituation 2008 und 2014 nach Stadtteil.....	135
Abbildung 19: Belastung durch Wohnsituation nach Altersgruppen.....	135
Abbildung 20: Belastung durch Wohnsituation nach Äquivalenzeinkommen.....	136
Abbildung 21: Belastung durch Wohnsituation nach Migrationshintergrund (Staatsbürgerschaft, Muttersprache).....	136
Abbildung 22: Belastung durch Wohnsituation nach Wohngegend.....	137
Abbildung 23: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung.....	137
Abbildung 24: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung nach Stadtteilen.....	138
Abbildung 25: Erreichbarkeit von Ärzten/Ärztinnen.....	139
Abbildung 26: Erreichbarkeit von Hausarzt/-ärztin, Praktische/r Arzt/Ärztin nach Wohnort/Stadtteil.....	140
Abbildung 27: Erreichbarkeit von Zahnärzten/Zahnärztinnen nach Wohnort/Stadtteil.....	140
Abbildung 28: Verärgerung über Wartezeit auf einen Termin.....	141

Kapitel 6.4. - Gesunde natürliche und gestaltete Umwelt

Abbildung 29: Zufriedenheit mit der Wohnumgebung (Luftsituation, Lärmbelastung, Verkehr, Grünflächen) nach Alter.....	142
---	-----

Abbildung 30: Zufriedenheit mit der Wohnumgebung (Luftsituation, Lärmbelastung, Verkehr, Grünflächen) nach Äquivalenzeinkommen.....143

Abbildung 31: Zufriedenheit mit der Wohnumgebung (Luftsituation, Lärmbelastung, Verkehr, Grünflächen) nach Wohnort/Stadtteil.....143

Abbildung 32: Anzahl Tagesmittelwert-Überschreitungen von PM10 in den Jahren 2005-2015.....144

Abbildung 33: Stickstoff-Jahresmittelwerte 2005 bis 2015 in Wels.....145

Abbildung 34: Ozon-Überschreitungen des Zielwertes für den Gesundheitsschutz (120 µm/m³ als Acht-Stunden-Mittelwert) in Wels.....146

Abbildung 35: Passivrauch am Arbeitsplatz nach Geschlecht.....148

Abbildung 36: Passivrauch am Arbeitsplatz nach Altersgruppe.....148

Abbildung 37: Passivrauch am Arbeitsplatz nach Bildungsgrad.....149

Abbildung 38: Passivrauch am Arbeitsplatz nach Stellung im Beruf.....149

Abbildung 39: Passivrauch im Haushalt nach Geschlecht.....150

Abbildung 40: Passivrauch im Haushalt nach Bildungsgrad.....150

Abbildung 41: Straßenlärm durch Autobahn und Schnellstraßen in Wels, 24-Stunden-Durchschnitt und Nachtlärm; jeweils 4m über dem Boden, Jahr 2012.....151

Abbildung 42: Straßenlärm durch Landesstraßen in Wels, 24-Stunden-Durchschnitt und Nachtlärm; jeweils 4m über dem Boden, Jahr 2012.....152

Abbildung 43: Lärm durch Eisenbahn in Wels; 24-Stunden-Durchschnitt und Nachtlärm; jeweils 4m über dem Boden, Jahr 2012.....152

Abbildung 44: Flächeninanspruchnahme nach Nutzungsart (Anteile in Prozent).....154

Kapitel 8. - Gesundheitsziele der Stadt Wels bis 2020

Abbildung 1: Determinanten von Gesundheit.....162

Abbildung 2: Der Public Health Action Cycle.....163

11.2. Tabellenverzeichnis

Kapitel 6. - Lebens- und Arbeitsbedingungen

Tabelle 1: Klassen und SchülerInnen nach Schultypen in Wels - 2015/2016.....121

Tabelle 2: Häufige Luftverunreinigungen in Innenräumen und deren Quellen.....147

Tabelle 3: Schwellenwerte Lärm.....151

Tabelle 4: Effekte der Landschaft und Beispiele für Handlungsmöglichkeiten.....153

11.3. Literatur

Kapitel 1 - Demographie und sozioökonomischer Status

Land OÖ, Abteilung Statistik: Familien und Haushaltsstatistik. Haushalte nach Haushaltsgröße 2013 - Basisdaten. Online verfügbar unter https://www.land-oberoesterreich.gv.at/Mediendateien/Formulare/DokumenteAbt_Stat/HH_2013_Basisdaten.pdf, zuletzt geprüft am 15.12.2015.

Land OÖ, Abteilung Statistik (2015): Bevölkerungsstand. Kennzahlen nach regionaler Auswahl. Online verfügbar unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/files/statistik/gesellschaftundsoziales/bevstand/bevstand_403.pdf, zuletzt geprüft am 15.12.2015.

Kapitel 3 - Gesundheit und Krankheit

Gerich, Joachim (2014): Präsentismus - krank und doch in der Arbeit? In: WISO (Wirtschafts- und sozialpolitische Zeitschrift), Jg. 37, H. 2, S. 31-49.

Geyer, Siegfried (2016): Soziale Ungleichheiten beim Auftreten chronischer Krankheiten. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, H. 2, S. 181-187.

Institut für Gesundheitsplanung (2012): Gesundheitsbericht Oberösterreich 2005-2010. Linz.

Kapitel 4 - Individuelle Lebensweisen

Bundesamt für Sport (BASPO), Bundesamt für Gesundheit (BAG) Gesundheitsförderung Schweiz Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (2009): Gesundheitswirksame Bewegung. Grundlagendokument. Online verfügbar unter <http://www.hepa.ch/internet/hepa/de/home/dokumentation/grundlagendokumente.parsys.70058.downloadList.12250.DownloadFile.tmp/screendhepagrundlagendokument2013.pdf>.

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hg.): Bewegung fördern - für einen aktiven Alltag. Glossar. Online verfügbar unter <http://www.bewegung-foerdern.de/Glossar.65.0.html>, zuletzt geprüft am 15.04.2016.

Siegrist Johannes (2003): Gesundheitsverhalten - psychosoziale Aspekte. In: Schwartz F.W., Badura B. Busse R. Leidl R. Raspe H. Siegrist J. Walter U. (Hg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban&Fischer, S. 139-150.

Kapitel 5 - Integration in soziale und kommunale Netzwerke

Freiwilligenzentrum Wels (2009): Über uns. Online verfügbar unter <http://www.fzwels.at/zieleundaufgaben.html>, zuletzt geprüft am 04.05.2016.

Knesebeck, O. (2015): Soziales Kapital. Online verfügbar unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/soziales-kapital/>, zuletzt geprüft am 09.05.2016.

Magistrat der Stadt Wels (2016a): Kulturvereine. Online verfügbar unter <http://www.wels.at/Kultur-und-Bildung/Kultur-in-Wels/Liste-Kulturvereine.html?hp=3>, zuletzt geprüft am 13.05.2016.

Magistrat der Stadt Wels (2016b): Sportvereine. Online verfügbar unter <http://www.wels.at/Freizeit-und-Sport/Liste-Sportvereine.html?hp=3#Sportvereine%20Index%20B>, zuletzt geprüft am 13.05.2016.

Magistrat der Stadt Wels (2016c): Märkte. Online verfügbar unter <http://www.wels.at/Tourismus/Maerkte/?hp=3>, zuletzt geprüft am 13.05.2016.

Magistrat der Stadt Wels (2016d): Projekte zu Integration. Online verfügbar unter <http://www.wels.at/Leben-in-Wels/Zusammenleben/Projekte-zu-Integration.html?hp=3>, zuletzt geprüft am 04.05.2016.

Magistrat der Stadt Wels (2015): Örtliches Entwicklungskonzept 2015 und Flächenwidmungsplan. Online verfügbar unter <http://www.wels.at/Leben-in-Wels/Oertliches-Entwicklungskonzept-2015-und-Flaechenwidmungsplan.html?hp=3>, zuletzt geprüft am 13.05.2016.

Magistrat der Stadt Wels (2007): Integration. Online verfügbar unter <http://www.wels.at/Leben-in-Wels/Zusammenleben/?hp=3>, zuletzt geprüft am 13.05.2016.

Naidoo, J & Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. 1. Aufl. Köln: Verlag für Gesundheitsförderung.

Partizipation & nachhaltige Entwicklung in Europa (2012): Welser Innenstadtagenda 21. Online verfügbar unter http://www.partizipation.at/fileadmin/media_data/Downloads/Praxisbeispiele/Welser_Innenstadtagenda_fotos.pdf, zuletzt geprüft am 13.05.2016.

Reif, M. (2012): Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Gesundheitsdeterminanten. Gesundheitswissenschaften Paper. Hg. v. OÖ Gebietskrankenkasse, Johannes Kepler Universität Linz. Online verfügbar unter <https://www.oegkk.at/portal27/portal/oegkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.598850&action=b&cacheability=PAGE&version=1399896462>, zuletzt geprüft am 09.05.2016.

Süß, W. & Trojan, A. (2015): Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. Online verfügbar unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/soziale-netzwerke-und-netzwerkfoerderung/>, zuletzt geprüft am 09.05.2016.

Kapitel 6 - Lebens- und Arbeitsbedingungen
Kapitel 6.1. - Kindergarten und Schule

Amt der Oö. Landesregierung (2016a): Handbuch „Gesunde Küche“. Ein Gesundheitsförderungsprojekt im Rahmen des Netzwerks „Gesunde Gemeinde“. Online verfügbar unter http://www.gesundegemeinde.ooe.gv.at/xbcr/SID-A440BF54-134C974A/Handbuch_gesamt_.pdf, zuletzt geprüft am 20.06.2016.

Amt der Oö. Landesregierung (2016b): Kindertagesheimstatistik 2015/16 - Bezirk Wels (Stadt). Online verfügbar unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/files/statistik/bildung/kiga/kiga_403.pdf, zuletzt geprüft am 30.08.2016.

Amt der Oö. Landesregierung (2015): Schulstatistik nach Schultypen - Schulen. Schulstandort - Bezirk Wels (Stadt). Online verfügbar unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/files/statistik/bildung/schulen/schulen_403.pdf, zuletzt geprüft am 01.09.2016.

Amt der Oö. Landesregierung (o.J.): Netzwerk „Gesunder Kindergarten“. Basiskriterien. Online verfügbar unter http://www.gesundegemeinde.ooe.gv.at/xbcr/SID-282B12E9-11C27E9E/12.2._Inhalt_Basiskriterien_AuszugHP.pdf, zuletzt geprüft am 20.06.2016.

Bewegte Schule Österreich (2015): Hausmodell / Fünf-Säulen-Modell. Online verfügbar unter <http://bewegteschule.at/praxis/portale/bewegte-schule/bewegte-schule-oesterreich/bundeslaender/oberoesterreich/detail/bewegte-schule-an-ooe-volksschulen.html>, zuletzt geprüft am 20.06.2016.

Bewegte Schule Österreich (o.J.): Partner und Kooperationen. Online verfügbar unter <http://bewegteschule.at/praxis/portale/bewegte-schule/bewegte-schule-oesterreich/partnerkooperationen.html>, zuletzt geprüft am 20.06.2016.

Bundeskanzleramt der Republik Österreich (2016a): Landesrecht Oberösterreich: Gesamte Rechtsvorschrift für Oö. Kinderbetreuungsgesetz, Fassung vom 12.05.2016. Landesgesetz, mit dem Bestimmungen über die Kinderbetreuung in der Gruppe erlassen werden (Oö. Kinderbetreuungsgesetz - Oö. KBG). Online verfügbar unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LROO&Gesetzesnummer=20000460&ShowPrintPreview=True>, zuletzt geprüft am 12.05.2016.

Bundeskanzleramt der Republik Österreich (2016b): Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Schulorganisationsgesetz, Fassung vom 12.05.2016. Bundesgesetz vom 25. Juli 1962 über die Schulorganisation (Schulorganisationsgesetz). Online verfügbar unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009265>, zuletzt geprüft am 12.05.2016.

Bürgisser, T. (2008): Gesundheitsfördernde Schule. Modelle und Grundlagen. In: Wicki, W. & Bürgisser, T. (Hg.): Praxishandbuch Gesunde Schule. Gesundheitsförderung verstehen, planen und umsetzen: Haupt Berne.

Griebler, Robert; Winkler, Petra; Bengough, Theresa (2016): Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht. Ergebnisbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Wien.

Haas et al. (2012): Gesundheitsfolgenabschätzung zum verpflichtenden Kindergartenjahr. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht 2012. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Gesundheitsressort des Landes Steiermark. Online verfügbar unter http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/6/6/CH1357/CMS1354620620000/gfa_vkgj_endbericht.pdf, zuletzt geprüft am 04.05.2016.

Land OÖ (2016a): Netzwerk Gesunder Kindergarten. Online verfügbar unter http://www.gesundegemeinde.ooe.gv.at/xchg/hs.xsl/nwkg_DEU_HTML.htm, zuletzt geprüft am 04.05.2016.

Land OÖ (2016b): Gesunde Küche. Online verfügbar unter http://www.gesundegemeinde.ooe.gv.at/xchg/SID-35939596-3DB49172/hs.xsl/5172_DEU_HTML.htm, zuletzt geprüft am 17.5.2016.

Landesschulrat für OÖ (2012): Checklisten als Unterstützung für Ihren Weg zum Gütesiegel! Online verfügbar unter https://www.lsr-ooe.gv.at/fileadmin/gesunde_schule/guetesiegel/checklisten_gesamt.pdf, zuletzt geprüft am 20.06.2016.

Landesschulrat für OÖ: „Gütesiegel Gesunde Schule OÖ“. Das Erfolgsrezept zur Schulischen Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter https://www.lsr-ooe.gv.at/fileadmin/gesunde_schule/guetesiegel/allgemeines-infoblatt.pdf, zuletzt geprüft am 04.05.2016.

Naidoo, J. & Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. 1. Aufl. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Neue Mittelschule der Franziskanerinnen Wels: Stadt Wels - Schulsozialarbeit. Online verfügbar unter <http://www.franziskusnms.at/zusatzangebote/susa/>, zuletzt geprüft am 04.05.2016.

OÖGKK (2016): Projekt „der kleine Mugg - mir & uns geht's gut“. Online verfügbar unter <https://www.ooegkk.at/portal27/portal/ooegkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.705403&action=2>, zuletzt geprüft am 04.05.2016.

Redaktion Gesundheitsportal (2014): Gesunder Kindergarten. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesunder-kindergarten.html>, zuletzt geprüft am 11.07.2016.

Stadt Wels (2016): Essen in Welser Kinderbetreuungseinrichtungen bleibt auch weiterhin „ausgezeichnet gesund“. Online verfügbar unter <http://www.wels.at/20160303-Essen-in-Welser-Kinderbetreuungseinrichtungen-bleibt-auch-weiterhin-%E2%80%9Eausgezeichnet-gesund%E2%80%9C.html?hp=3>, zuletzt geprüft am 04.05.2016.

Stadt Wels (2016): Statistisches Jahrbuch der Stadt Wels 2015. Online verfügbar unter <http://www.wels.at/Statistisches-Jahrbuch-der-Stadt-Wels-2014.pdf?hp=3;58;de>, zuletzt geprüft am 30.08.2016.

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, zuletzt geprüft am 08.07.2016.

Wicki, W. & Bürgisser, T. (Hg.) (2008): Praxishandbuch Gesunde Schule. Gesundheitsförderung verstehen, planen und umsetzen: Haupt Berne.

Kapitel 6.2. - Arbeitswelt- und Arbeitsbedingungen

Birgmann, Richard; Peböck, Markus; Reif, Martin; Luft, Dagmar: Gesundheitsbericht Linz 2009-2013; Linz 2013

Österreichischer Städtebund: Österreichs Städte in Zahlen 2014; Wien 2015

Österreichischer Städtebund: Österreichs Städte in Zahlen 2015; Wien 2016

www.ams.or.at

Kapitel 6.4. - Gesunde natürliche und gestaltete Umwelt

Birgmann, Richard; Peböck, Markus; Reif, Martin; Luft, Dagmar: Gesundheitsbericht Linz 2009-2013; Linz 2013

Hutter, Hans-Peter; Moshhammer, Hanns; Wallner, Peter: Umweltmedizinischer Bericht. Luftschadstoffe in der Außenluft / Innenraumluft - Schadstoffe in der Wohnung; Wien 2009

Österreichischer Städtebund: Österreichs Städte in Zahlen 2015; Wien 2016

Österreichischer Städtebund: Österreichs Städte in Zahlen 2014; Wien 2015

Hutter, Hans-Peter; Moshhammer, Hanns; Wallner, Peter: Umweltmedizinischer Bericht. Lärm; Wien 2009

Umwelt Prüf- und Überwachungsstelle des Landes OÖ: Inspektionsbericht. Jahresbericht 2015 der Luftgütemessung in Oberösterreich

Eis, Dieter: Welchen Einfluss hat die Umwelt? in Schwartz et al: Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen; München 2012

Ruth, Bonita; Beaglehole, Robert; Kjellström, Tord: Einführung in die Epidemiologie; Bern 2008

Fehr, Rainer; Kobusch, Adriane-Bettina; Wichmann, Heinz-Erich: Umwelt und Gesundheit. In Hurrelmann, Klaus, Laaser, Ulrich: Handbuch Gesundheitswissenschaften; München 2003

Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft: www.laerminfo.at, zuletzt geprüft am 13. 09. 2016

Bundesministerium für Gesundheit: Österreichischer Trinkwasserbericht 2011-2013; Wien 2015

Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz: Oekoskop, Ausgabe 1/10: Landschaft und Gesundheit, Basel 2010

Rodewald, Raimund: Landschaft und Gesundheit: Wirkungen, Potenziale und Strategien; Vortrag anlässlich des Internationalen Forschungsdialogs Green Care, Wien, 1. April 2016

Magistrat der Stadt Wels: ÖEK - Örtliches Entwicklungskonzept 2015-2025. Informationsmappe, April 2014

www.innenstadtagenda21.at

www.freiraumwels.at

Kapitel 8 - Gesundheitsziele der Stadt Wels bis 2020

Birgmann, Richard: Gesundheitssituation der Welser Bevölkerung. Ergebnisse der Welser Gesundheitsumfrage, Wels 2015

Bundesministerium für Gesundheit, Sektion III (2011): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Online verfügbar unter: http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/9/7/0/CH1444/CMS1427118828092/hbsc_schuelerbericht2010_barrierefrei1.pdf, zuletzt geprüft am 18.08.2016

Bundesministerium für Gesundheit, Sektion III (2015): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Online verfügbar unter: http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/9/7/0/CH1444/CMS1427118828092/gesundheit_und_gesundheitsverhalten_oester_schuelerinnen_who-hbsc-survey_2014.pdf, zuletzt geprüft am 18.08.2016

Bundesministerium für Gesundheit (Jänner 2011): Nationaler Aktionsplan Ernährung inkl. Maßnahmenübersicht und Planung 2011. Wien.

Bundesministerium für Gesundheit (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Online verfügbar unter http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/6/8/CH1066/CMS1448449619038/gesundheitsbefragung_2014.pdf, zuletzt geprüft am 18.08.2016

Dahlgren, G.; Whitehead, M. (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe.

Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert (1997). Online verfügbar unter http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_german.pdf, zuletzt aktualisiert am Juli 1997, zuletzt geprüft am 30. Juli 2010.

Felkl, Christian; Ellrott, Thomas: Gesundheitsfördernde Ernährung. In: Lohaus; Domsch (Hg.): Psychologische Förderungs- und Interventionsprogramme im Kindes- und Jugendalter. Berlin: Springer, S. 175-188.

Fonds Gesundes Österreich (2014): Gesundheit von Lehrlingen in Österreich. Online verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/factsheets-und-leitfaden/factsheet-gesundheit-von-lehrlingen/2014-09-05.8233311965>, zuletzt geprüft am 18.08.2016

Institut Suchtprävention: Webseite www.praevention.at, zuletzt geprüft am 25. 08. 2016

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (14.10.2005): Grünbuch: Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern - Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. Brüssel. Online verfügbar unter http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2005/com2005_0484de01.pdf, zuletzt geprüft am 28.10.2010.

Land OÖ (2016): Netzwerk Gesunder Kindergarten. Online verfügbar unter http://www.gesundegemeinde.ooe.gv.at/xchg/hs.xsl/nwgk_DEU_HTML.htm, zuletzt geprüft am 04.05.2016.

Marti, B.; Bühlmann, U.; Hartmann, D.; Ackermann-Lieblich, U.; Hoppeler, H.; Martin, B. et al. (1999): Fakten zur gesundheitlichen Bedeutung von Bewegung und Sport im Jugendalter. Gemeinsame Stellungnahme aus wissenschaftlicher Sicht. In: Schweizer Zeitschrift für „Sportmedizin und Sporttraumatologie“, H. 47 (4), S. 175-179.

Mensink, Gert; Hesecker, Helmut; Richter, Almut; Stahl, Anna; Vohmann, Claudia (2007): Ernährungsstudie als KiGGS-Modul (EsKiMo). Unter Mitarbeit von Jessica Fischer, Simone Kohler und Julia Six. Robert Koch-Institut, Abt. für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung Berlin; Universität Padernborn, Fakultät für Naturwissenschaften. Bonn.

Mock, Silvia (2007): Health Impact Assessment versus Gesundheitsverträglichkeitsprüfung. Wie werden Gesundheitseffekte berücksichtigt? Herausgegeben von Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik. Linz.

Ohlbrecht, Heike (2010): Die Lebenswelten von Familie und Peers und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. In: Hackauf, Horst; Ohlbrecht, Heike (Hg.): Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Weinheim: Juventa-Verl. (Jugendforschung), S. 136-159.

Reif, Martin (2008): Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevante Lebensbereiche aus der Perspektive der OberösterreicherInnen. Institut für Gesundheitsplanung. Linz.

Rosenbrock, Rolf; Gerlinger, Thomas (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 1. Aufl. Bern: Huber (Verlag Hans Huber Programmbereich Gesundheit).

Stadt Wels (2016): Essen in Welser Kinderbetreuungseinrichtungen bleibt auch weiterhin „ausgezeichnet gesund“. Online verfügbar unter <http://www.wels.at/20160303-Essen-in-Welser-Kinderbetreuungseinrichtungen-bleibt-auch-weiterhin-%E2%80%9Eausgezeichnet-gesund%E2%80%9C.html?hp=3>, zuletzt geprüft am 04.05.2016.

Tierno, Dallo (Hg.) (März 2010): Leitfaden für die Gesundheitsfolgenabschätzung in der Schweiz. Schweizer Plattform zur Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA-Plattform). Online verfügbar unter http://www.impactsante.ch/pdf/Guide_eis_allemand_2010_final_de_chез_final_6-4-10.pdf, zuletzt geprüft am 04.08.2010.

Titze, Sylvia; Dörner, Thomas E.; Ring-Dimitriou, Susanne (2010): Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Herausgegeben von Gesundheit Österreich GmbH Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich Bundesministerium für Gesundheit. Wien.

WHO (2010): Der Europäische Gesundheitsbericht 2009. Gesundheit und Gesundheitssysteme. Herausgegeben von WHO Regional Office for Europe.



Institut für Gesundheitsplanung
Weißewolfstraße 5, 4020 Linz
Tel. 0732/784036

Mail: institut@gesundheitsplanung.at
Web: www.gesundheitsplanung.at

ISBN: 978-3-902487-18-6