

Österreichischer Gesundheitsbericht 2016

Berichtszeitraum 2005-2014/15



Impressum

Eigentümer, Herausgeber und Verleger:

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Radetzkystraße 2, 1030 Wien
www.bmgf.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich:

MR Dr.ⁱⁿ Magdalena Arrouas, Leiterin der Sektion III, BMGF

Autorinnen/Autoren:

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

Begleitende Expertengruppe:

Monika Diebold (OBSAN)
Jeannette Klimont (Statistik Austria)
Martin Sprenger (Medizinische Universität Graz)
Thomas Ziese (RKI)

Reviewer/-innen:

Gudrun Braunegger-Kallinger (GÖG)
Martin Busch (GÖG)
Ines Czásny (GÖG)
Alexander Grabenhofer-Eggerth (GÖG)
Sarah Ivansits (GÖG)
Daniele Kern (GÖG)
Joy Ladurner (GÖG)
Stephan Mildschuh (GÖG)
Peter Nowak (GÖG)
Petra Paretta (GÖG)
Gabriele Sax (GÖG)
Andreas Stoppacher (GÖG)
Julian Strizek (GÖG)
Alfred Uhl (GÖG)

Zitiervorschlag:

Griebler, Robert; Winkler, Petra; Gaiswinkler, Sylvia; Delcour, Jennifer; Juraszovich, Brigitte; Nowotny, Monika; Pochobradsky, Elisabeth; Schleicher, Barbara; Schmutterer, Irene; (2017): **Österreichischer Gesundheitsbericht 2016**. Berichtszeitraum 2005–2014/2015. Wien, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Coverbild:

Fotolia/scusi

Druck:

Kopierstraße des BMGF, 1030 Wien

Erscheinungsdatum: Dezember 2017

ISBN 978-3-903099-36-4

Alle Rechte vorbehalten. Jede Verwertung (auch auszugsweise) ist unzulässig ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers. Irrtümer, Druck- und Satzfehler vorbehalten.

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

Erstellt von der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen.

Vorwort



Sehr geehrte Damen und Herren!

Regelmäßige, systematische Gesundheitsberichterstattung spielt eine wichtige Rolle, um die gesundheitliche Situation der Bevölkerung umfassend darzustellen. Eine detaillierte Beschreibung der Ausgangslage ist die Voraussetzung für Akteurinnen und Akteure im österreichischen Gesundheitswesen, geeignete Maßnahmen für eine qualitativ hochwertige Prävention und medizinische Versorgung sowie für eine kontinuierliche Qualitätssicherung und -weiterentwicklung zu setzen. Im Sinne der Chancengerechtigkeit soll dies allen Menschen in Österreich unabhängig von Einkommen, Alter, Herkunft, Religion oder Geschlecht gleichermaßen zugutekommen.

Mit diesem Gesundheitsbericht wird die Reihe der bereits vorliegenden themenspezifischen Gesundheitsberichte des BMGF abgerundet und ein Gesamtüberblick geschaffen. Der Bericht kann auch den Prozess der Integration von Gesundheitsaspekten in alle Politikfelder („Health in All Policies“) unterstützen, was mir als Gesundheitsministerin ein großes Anliegen ist. Er beschreibt die gesundheitliche Lage der Österreicherinnen und Österreicher über den Zeitraum von 2005 bis 2014 vor dem Hintergrund wichtiger Gesundheitsdeterminanten und ausgewählter Aspekte des österreichischen Gesundheitssystems. Nach Möglichkeit wurden Unterschiede nach Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen, Migrationshintergrund und regionalen Unterschieden auf Bundesländerebene angegeben.

Ich bin überzeugt, dass dieser Bericht nicht nur für Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger diverser Ressorts auf Bundes- und Landesebene, sondern auch für die interessierte Fachöffentlichkeit sowie für Expertinnen und Experten in Wissenschaft und Lehre von hoher Relevanz sein kann.

Ihre

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'P. Rendi-Wagner'.

Dr.ⁱⁿ Pamela Rendi-Wagner, MSc
Bundesministerin für Gesundheit und Frauen

Kurzfassung

Der Österreichische Gesundheitsbericht 2016 beschreibt die gesundheitliche Lage der Österreicherinnen und Österreicher, wichtige Gesundheitsdeterminanten (auf der Verhaltens- und Verhältnisebene) und ausgewählte Aspekte des österreichischen Gesundheitssystems. Er differenziert, wann immer es die Datensituation erlaubt, nach Alter und Geschlecht und stellt – sofern möglich – Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund dar. Regionale Unterschiede werden auf Bundeslandebene angegeben. Zeitliche Entwicklungen werden nach Maßgabe der Datenverfügbarkeit für den Beobachtungszeitraum 2005 bis 2014 bzw. 2005 bis 2015 angegeben.

Demografie

- In Österreich lebten im Jahr 2014 8,54 Mio. Menschen. Der Anteil der 0- bis 14-Jährigen betrug 14 Prozent, rund 24 Prozent waren 60 Jahre oder älter.
- Während der Anteil der unter 15-Jährigen kontinuierlich abnahm und Prognosen zufolge bis 2050 stagnieren wird, stieg der Anteil der ab 60-Jährigen stetig und wird weiter anwachsen.
- Das Bevölkerungswachstum ist nahezu ausschließlich auf eine positive Wanderungsbilanz zurückzuführen – insbesondere seit 2009. Besonders stark war das Bevölkerungswachstum in Wien.

Lebenserwartung und selbsteingeschätzte Gesundheit

- Die Lebenserwartung beträgt im Jahr 2014 für neugeborene Mädchen 83,7 und für neugeborene Buben 78,9 Jahre. Sie ist innerhalb der letzten zehn Jahre weiter gestiegen, wobei der Unterschied zwischen Frauen und Männern geringer geworden ist.
- Frauen können 67 Lebensjahre in guter oder sehr guter Gesundheit erwarten, Männer 66 Jahre. Die Lebenserwartung in Gesundheit steigt stärker als die Lebenserwartung insgesamt, sodass der Lebensabschnitt in Krankheit kürzer wird.
- Frauen verbringen mehr Lebensjahre in Krankheit bzw. mit Beeinträchtigungen als Männer.
- 79 Prozent der Bevölkerung ab 15 Jahren schätzen ihre Gesundheit als sehr gut oder gut ein. Vor allem bei der älteren Bevölkerung ist es seit 2006/2007 zu deutlichen Verbesserungen gekommen.

Chronische Krankheiten und Beschwerden

- 36 Prozent der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren – das sind etwa 2,6 Mio. Menschen – leiden an einer dauerhaften Krankheit oder einem chronischen Gesundheitsproblem. Frauen aller Altersgruppen sind häufiger betroffen als Männer.
- Die häufigsten chronischen Krankheiten/Gesundheitsprobleme sind Rückenschmerzen und Allergien (je 24 %), Bluthochdruck (21 %) und Nackenschmerzen (19 %).
- 12 Prozent der Gesamtbevölkerung, aber 29 Prozent der ab 60-Jährigen leiden an Arthrose, Frauen deutlich häufiger als Männer.
- 5 Prozent der Bevölkerung sind zuckerkrank, bei den ab 60-Jährigen sind es 12 Prozent. Rund 33.000 Menschen in Österreich erkranken jährlich (2012–2014) an Typ-2-Diabetes (393 pro 100.000 EW); Männer häufiger als Frauen.
- Rund 7.200 Österreicherinnen und 12.000 Österreicher erlitten 2014 einen akuten Myokardinfarkt. Das entspricht altersstandardisierten Inzidenzraten von rund 148 bzw. 336 Neuerkrankungsfällen.

- Ein ischämischer Schlaganfall betraf im Jahr 2014 mit jeweils rund 10.000 Fällen etwa gleich viele Frauen wie Männer. Die altersstandardisierte Rate ist jedoch bei Österreichern mit rund 300 Neuerkrankungsfällen deutlich höher als bei Österreicherinnen mit rund 200 Fällen.
- Rund 40.000 Menschen in Österreich erkranken jährlich an Krebs. Das entsprach im Jahr 2014 einer altersstandardisierten Rate von 407 Neuerkrankungsfällen bei Frauen und von 563 Fällen bei Männern. Die Neuerkrankungsrate ist seit 2005 bei Frauen konstant und bei Männern rückläufig. Lungenkrebs und Melanome haben in der weiblichen Bevölkerung allerdings zugenommen, ebenso die Lungenkrebsmortalität. Bei den unter 45-Jährigen sind Frauen, bei den ab 45-Jährigen Männer häufiger von Krebs betroffen. Häufigste Lokalisationen sind Brust (bei Frauen) bzw. Prostata (bei Männern) und die Verdauungsorgane (v. a. Darm).

Psychische Krankheiten

- 8 Prozent der Bevölkerung haben eine ärztlich diagnostizierte Depression oder beurteilen sich selbst als depressiv; Frauen häufiger als Männer.
- Psychisch bedingte Krankenstände (2 % aller Krankenstände) nehmen (im Vergleich zum Jahr 2005) zu und betreffen erwerbstätige Frauen stärker als erwerbstätige Männer.
- Etwa 1.300 Menschen in Österreich begehen pro Jahr Suizid. Drei Viertel davon sind Männer. Die Suizidrate beträgt bei Männern (altersstandardisiert) 26 Todesfälle und bei Frauen 7 Todesfälle pro 100.000 EW.

Verletzungen

- 11 Prozent der ab 15-jährigen haben – laut ATHIS 2014 – in den letzten zwölf Monaten Verletzungen aufgrund von Freizeit-, Haushalts- oder Straßenverkehrsunfällen erlitten, Männer häufiger als Frauen.
- Verletzungen sind eine der wichtigsten Ursachen für eine vorzeitige Sterblichkeit, insbesondere bei Jugendlichen und insbesondere bei Männern. Sie sind für einen großen Teil der verlorenen Lebensjahre verantwortlich.
- Tödliche Verletzungen waren in den letzten zehn Jahren leicht rückläufig, insbesondere bei der männlichen Bevölkerung.

Leistungs- und Handlungsfähigkeit

- 32 Prozent der Österreicher/-innen ab 15 Jahren (rund 2,28 Mio. Personen) waren 2014 mindestens für ein halbes Jahr aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt, Frauen häufiger als Männer.
- 16 Prozent der ab 65-Jährigen (rund 250.000 Personen) haben Probleme bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person (ADL), 29 Prozent (rund 433.000 Personen) sind bei Erledigungen des Haushalts eingeschränkt; Frauen häufiger als Männer.

Lebensqualität

- Die österreichische Bevölkerung beurteilt die eigene Lebensqualität insgesamt mit durchschnittlich 75 von 100 Punkten. Seit 2006/2007 gab es tendenziell Verschlechterungen im körperlichen und psychischen Wohlbefinden sowie eine deutliche Abnahme im sozialen Wohlbefinden.
- Frauen zwischen 15 und 29 Jahren sowie Frauen ab 60 beurteilen ihre Lebensqualität signifikant schlechter als gleichaltrige Männer.

(Vorzeitige) Sterblichkeit

- In Österreich sterben pro Jahr rund 80.000 Menschen. Im Jahr 2014 betrug die Mortalitätsrate der Männer 1.200 Todesfälle pro 100.000 EW, jene der Frauen 800 Todesfälle pro 100.000 EW. Innerhalb der letzten zehn Jahre ist die Mortalitätsrate beider Geschlechter gesunken.
- Bei den 15- bis 29-Jährigen sind Verletzungen und Vergiftungen die mit Abstand häufigsten Todesursachen. In der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen sind es Krebserkrankungen, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) sowie Verletzungen und Vergiftungen. Die Altersgruppe ab 60 Jahren stirbt hauptsächlich an HKE und an Krebserkrankungen.
- Etwa 18.500 Menschen sterben pro Jahr, bevor sie das 70. Lebensjahr erreicht haben. Die altersstandardisierte Mortalitätsrate ist bei Männern (339) fast doppelt so hoch wie bei Frauen (179).
- Die Hauptursache für die vorzeitige Sterblichkeit der unter 70-Jährigen ist Krebs. Bei etwa einem Fünftel sind HKE die Ursache für den vorzeitigen Tod.

Individuelle Gesundheitsdeterminanten

- 32 Prozent der Bevölkerung sind übergewichtig, knapp 14 Prozent sind adipös – Männer häufiger als Frauen. Die Prävalenz von Übergewicht/Adipositas steigt mit zunehmendem Alter. Bei jungen Menschen (15 bis 30 Jahre) ist der Anteil Übergewichtiger und Adipöser seit 2006/2007 deutlich gestiegen.
- 35 Prozent der ab 15- Jährigen essen – wie empfohlen – täglich Obst und Gemüse, Frauen aller Altersgruppen deutlich häufiger als Männer.
- Ein Viertel der Bevölkerung (15 Jahre und älter) erfüllt die österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung¹, Männer häufiger als Frauen.
- 24 Prozent rauchen täglich, bei den 15- bis 29-Jährigen sind es 30 Prozent. 32 Prozent der täglichen Raucher/-innen haben im letzten Jahr versucht, mit dem Rauchen aufzuhören. 15 Prozent – vorrangig Männer zwischen 15 und 59 Jahren – sind täglich mindestens eine Stunde lang Passivrauch ausgesetzt.
- 6 Prozent der Bevölkerung trinken täglich oder fast täglich Alkohol, 18 Prozent sind abstinent. Männer trinken häufiger Alkohol als Frauen, ältere Personen häufiger als jüngere.
- Schätzungen für zufolge gibt es in Österreich zwischen 29.100 und 32.600 Personen mit einem risikoreichen Opiatkonsum (2014/2015). Etwa die Hälfte davon lebt in Wien, drei Viertel sind männlich.
- 52 Prozent der Österreicher/-innen weisen eine eingeschränkte (problematische bis unzureichende) Gesundheitskompetenz auf, Männer häufiger als Frauen, die ältere Bevölkerung häufiger als jüngere.

¹ ein wöchentliches Bewegungsmaß von mindestens 150 Minuten mäßig intensiver körperlicher Bewegung *und* muskelkräftigende Übungen an mindestens zwei Tagen pro Woche

figer als die jüngere. Die geringste Kompetenz weist die österreichische Bevölkerung im Bereich der Gesundheitsförderung auf.

Gesundheitsrelevante Lebensverhältnisse

- 14 Prozent der österreichischen Bevölkerung (1,18 Mio. Menschen) sind armutsgefährdet, 9 Prozent können sich zumindest drei von neun definierten Grundbedürfnissen nicht leisten und gelten als materiell depriviert. Besonders vulnerable Gruppen sind Alleinerziehende, alleinstehende ältere Frauen, Familien mit vielen Kindern, nichtösterreichische Staatsbürger/-innen und Menschen mit geringem Bildungsgrad.
- Das Bildungsniveau steigt: Im Jahr 2014 hatten 19 Prozent der Bevölkerung maximal einen Pflichtschulabschluss (Frauen häufiger als Männer), 31 Prozent die Matura oder einen höheren Abschluss. Nichtsdestotrotz ist die Bildungsmobilität in Österreich eher gering. Der Anteil der frühzeitigen Schul- und Ausbildungsabgänger/-innen ist rückläufig: von 10 Prozent (2008) auf 7 Prozent (2014) und das Schulklima hat sich zwischen 2010 und 2014 deutlich verbessert.
- Laut AMS waren im Jahr 2014 rund 319.000 Menschen in Österreich arbeitslos. Das entspricht einer Quote von rund 8 Prozent. Rund 12.500 davon sind bereits länger als ein Jahr arbeitslos. Seit 2008 ist die Arbeitslosigkeit deutlich gestiegen. Besonders betroffen sind Personen mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung (18 % aller Arbeitslosen). Die Jugendarbeitslosigkeit liegt – je nach Definition – zwischen 10 und 14 Prozent.
- Ein Drittel aller Erwerbstätigen hat ein atypisches Beschäftigungsverhältnis (Teilzeitbeschäftigung, befristete Arbeitsverträge oder Beschäftigungen ohne geregelte Sozialversicherungspflicht). 76 Prozent dieser atypischen Beschäftigungsverhältnisse betreffen Frauen.
- 73 Prozent der Erwerbstätigen sind im Jahr 2013 an ihrem Arbeitsplatz durch zumindest eine körperliche Belastung (v. a. starke Anstrengung der Augen, Gefahr von Unfällen, schwierige Arbeitshaltungen und Bewegungsabläufe, Hantieren mit schweren Lasten) beeinträchtigt, Männer häufiger als Frauen, Tendenz steigend. 38 Prozent leiden unter Zeitdruck und Arbeitsüberlastung, Tendenz ebenfalls steigend. Im Jahr 2014 gab es rund 93.000 Arbeitsunfälle, die zu 75 Prozent Männer betrafen. Die Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen haben sich zwischen 2004 und 2011 etwas verbessert. 54 Prozent der erwerbstätigen Österreicher/-innen gingen 2014 trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit, Frauen häufiger als Männer.
- Mehr als die Hälfte der österreichischen Bevölkerung erwartet im Bedarfsfall ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung, rund 9 Prozent schätzen das Ausmaß sozialer Unterstützung eher gering ein. Das Unterstützungsausmaß nimmt ab einem Alter von 60 Jahren deutlich ab. 86 Prozent der 11-, 13- und 15-jährigen Burschen und 84 Prozent der gleichaltrigen Mädchen fällt es leicht oder sehr leicht, mit ihrer Mutter über Dinge zu reden, die ihnen wichtig sind. In Bezug auf den Vater gilt dies für 77 bzw. 61 Prozent.
- Sowohl die Stickstoffdioxid- als auch die Feinstaubbelastung hat in den letzten Jahren abgenommen. Ein leichter Rückgang zeigt sich auch hinsichtlich der Ozonbelastung.
- Rund 11 Prozent der Bevölkerung sind in ihrem Wohnbereich einem durchschnittlichen Straßenlärm von über 60 dB ausgesetzt, 14 Prozent sind nachts mit 50 dB oder mehr konfrontiert. 10 Prozent der ab 15-Jährigen (rund 105.000 Personen) fühlen sich in ihrem Wohnbereich stark bis sehr stark durch Lärm belastet.

Gesundheitsversorgung im niedergelassenen und akutstationären Bereich

- Im Jahr 2014 standen der österreichischen Bevölkerung rund 6.400 niedergelassene Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin (rund 60 % davon mit Kassenvertrag), 10.400 niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte (rund 35 % mit Kassenvertrag) und 3.800 Zahnärztinnen/-ärzte (rund 74 % davon mit Kassenvertrag) zur Verfügung.

- Darüber hinaus gibt es rund 900 selbstständige Ambulatorien (vorrangig in den Bereichen physikalische Medizin, bildgebende Verfahren und Zahn- und Kieferheilkunde) und 1.328 Apotheken.
- Es gibt mit Stand 2014 in Österreich 165 Akutkrankenanstalten (124 Fondskrankenanstalten, 34 Sanatorien und 7 Unfallkrankenhäuser) mit rund 49.000 Akutbetten. Die meisten Akutbetten werden in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, Unfallchirurgie und Frauenheilkunde/Geburtshilfe vorgehalten. Während es in nahezu allen Bereichen zu einem Abbau von Akutbetten gekommen ist, wurde in der Akutgeriatrie das Akutbettenkontingent deutlich aufgestockt.

Psychosoziale Versorgung sowie akut- und teilstationäre psychiatrische Versorgung

- In Österreich praktizierten im Jahr 2014 765 Psychiater/-innen (19 % davon mit Kassenvertrag), rund 100 Fachärztinnen und -ärzte mit einer Ausbildung im Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) bzw. mit einem Zusatzfach Kinder- und Jugendneuropsychiatrie und rund 950 Ärztinnen/Ärzte mit PSY-III-Diplom (jeweils rund ein Viertel davon mit Kassenvertrag).
- Mit Ende 2014 waren rund 8.300 Personen zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt und rund 9.200 Personen in die Liste der klinischen Psychologinnen/Psychologen eingetragen – mit einer überdurchschnittlichen Angebotsdichte in Wien und Salzburg.
- Darüber hinaus werden der Bevölkerung 28 psychiatrische Ambulanzen vorgehalten.
- Die Psychosozialen Dienste bieten Beratung und Behandlung (mit Ausbaubedarf in mobiler und aufsuchender Betreuung), psychosoziale Notdienste in verschiedensten Modellen, Wohnplätze (in manchen Bundesländern auch aufsuchende Unterstützung), tagesstrukturierende Einrichtungen und berufliche Eingliederungshilfe an.
- Im stationären Bereich werden 3.467 Betten für die allgemeine psychiatrische Versorgung (davon 404 tagesklinisch Plätze) und weitere 885 Betten für die längerfristige Versorgung von Menschen mit einer Suchtdiagnose (davon 26 tagesklinisch Plätze) bereitgestellt. An kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen gibt es 349 Betten (davon 59 tagesklinisch).
- Für die psychosomatische Versorgung stehen 397 Betten (davon 24 tagesklinisch Plätze) für Erwachsene und 126 Betten für Kinder und Jugendliche zur Verfügung.

Stationäre Rehabilitation

- In Österreich gibt es 78 stationäre Reha-Einrichtungen mit rund 10.000 Betten.

Langzeitpflege

- Knapp 460.000 Österreicherinnen und Österreicher (5,3 % der Bevölkerung) bezogen im Jahr 2014 Pflegegeld, mehr als die Hälfte davon Pflegegeldstufe 1 und 2. 78 Prozent dieser Menschen sind 65 Jahre oder älter.
- Im Jahr 2014 wurden im Bereich der mobilen Dienste rund 16 Mio. Leistungsstunden erbracht und im stationären Bereich rund 65.600 Plätze zur Verfügung gestellt.

Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene

- Im stationären Bereich standen 2015 39 Palliativstationen (mit 316 Betten) und 9 stationäre Hospize (mit 93 Betten) zur Verfügung. Teilstationär gab es 4 Tageshospize mit 28 Plätzen.
- Im mobilen Bereich standen der Bevölkerung 47 Palliativkonsiliardienste, 55 mobile Palliativteams und 160 Hospizteams zur Verfügung.

Ausgewählte Outcome-Indikatoren im Bereich der Versorgungsqualität

- Im Jahr 2014 wären in Österreich rund 5.700 Todesfälle vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbar gewesen. 55 Prozent davon betrafen Männer (altersstandardisiert: 87 Männer und 63 Frauen pro 100.000 EW).
- Die vorzeitige, vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit ist – abgesehen von kleineren jährlichen Schwankungen – deutlich rückläufig.
- Etwas mehr als 1.000 Menschen mit akutem Myokardinfarkt starben im Jahr 2014 innerhalb der ersten 30 Tage ihres Aufenthalts in einem österreichischen Krankenhaus (6,4 Todesfälle pro 100 Spitalsaufenthalte); Tendenz rückläufig.
- Trotz der absolut höheren Sterbezahl bei Männern ist die AMI-Sterblichkeit von Frauen höher: 8,3 von 100 stationär behandelten Myokardinfarkten enden bei Frauen tödlich, 5,4 bei Männern.
- Rund 1.300 Menschen starben im Jahr 2014 innerhalb der ersten 30 Tage ihres Aufenthalts in einem österreichischen Krankenhaus aufgrund eines Schlaganfalls (Tendenz rückläufig); mehr als 60 Prozent davon sind Frauen. Entsprechend groß ist der geschlechtsspezifische Unterschied: 8,1 von 100 Spitalsaufenthalten von Frauen mit Schlaganfall enden innerhalb der ersten 30 Tage im Krankenhaus tödlich, bei Männern sind es mit 4,7 Fällen deutlich weniger.
- Etwas mehr als die Hälfte aller ab 70-Jährigen nimmt potenziell inadäquate Medikamente ein.

Schwangerschaft und Geburt

- In Österreich wurden im Jahr 2014 knapp 82.000 Kinder geboren. 8 Prozent davon kamen zu früh auf die Welt. Dieser Anteil ist seit mehreren Jahrzehnten weitgehend konstant, seit 2008 scheint sich jedoch ein leichter Rückgang abzuzeichnen. Rund 7 Prozent der Säuglinge wurden mit einem Gewicht von weniger als 2.500 Gramm geboren.
- Etwa ein Drittel der Kinder wird mittels Kaiserschnitts geboren. Die Kaiserschnitttrate hat sich innerhalb der letzten 15 Jahre mehr als verdoppelt.
- Im Jahr 2014 waren die Mütter knapp 1.7000 Neugeborener unter 20 Jahre alt (das betrifft 2,1 % aller Geburten). Ab 2004 ist ein deutlicher Abwärtstrend bei der Zahl der Teenager-Mütter zu beobachten.
- Die Säuglingssterblichkeit beträgt 3,0 Todesfälle pro 1.000 Lebendgeburten und nimmt nach starken Rückgängen ab den 1970er-Jahren seit den 1990er-Jahren weiterhin geringfügig ab.

Chancengerechtigkeit

- Sowohl für die Gesundheit (Lebenserwartung, Lebenserwartung in Gesundheit, selbsteingeschätzte Gesundheit, chronische Krankheiten, Karies, gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag, Lebensqualität) als auch für eine Reihe von Gesundheitsdeterminanten (Übergewicht/Adipositas, Bluthochdruck, Gesundheitskompetenz, Obst- und Gemüsekonsum, gesundheitswirksame Bewegung, Rauchen, Armutsgefährdung, Arbeitslosigkeit, körperliche Belastungen am Arbeitsplatz, Arbeitsbedingungen, Sozialkapital) zeigen sich markante Unterschiede nach Bildung und Einkommen. Sie verlaufen zuungunsten niedriger Bildungs- und Einkommensschichten.
- Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zeigen sich – zuungunsten niedriger Bildungs- und Einkommensschichten – hinsichtlich der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen sowie für die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen im niedergelassenen Bereich.
- Darüber hinaus zeigen sich – hinsichtlich der Gesundheit – eindeutige Geschlechts- und Genderunterschiede. Sie fallen mehrheitlich zuungunsten der weiblichen Bevölkerung aus.

Inhalt

Abbildungen	XII
Tabellen	XXI
Abkürzungen.....	XXIII
1 Einleitung.....	1
1.1 Ausgangslage, Ziele und Zielgruppen.....	1
1.2 Determinanten der Gesundheit.....	1
1.3 Aufbau und Inhalt des Berichts.....	4
2 Demografie.....	7
2.1 Bevölkerungsstand.....	7
2.2 Bevölkerungsstruktur.....	7
2.3 Bevölkerungsentwicklung.....	10
3 Gesundheitszustand.....	14
3.1 Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit	15
3.2 Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand	19
3.3 Krankheiten und Gesundheitsprobleme.....	21
3.3.1 Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme	21
3.3.2 Karies	34
3.3.3 Verletzungen aufgrund von Unfällen und ihre Versorgung	37
3.3.4 Meldepflichtige übertragbare Krankheiten.....	41
3.4 Leistungs- und Handlungsfähigkeit.....	43
3.4.1 Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag.....	43
3.4.2 Körperliche und sensorische Einschränkungen.....	46
3.4.3 Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person (ADL)	48
3.4.4 Einschränkungen bei Erledigungen des Haushalts (IADL)	49
3.4.5 Krankenstände.....	51
3.5 Lebensqualität	53
3.6 (Vorzeitige) Sterblichkeit und potenziell verlorene Lebensjahre	57
3.6.1 Gesamtsterblichkeit.....	57
3.6.2 Vorzeitige Sterblichkeit	62
3.6.3 Suizid.....	65
4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten	67
4.1 Körperliche Faktoren	67
4.1.1 Adipositas und Übergewicht	67
4.1.2 Bluthochdruck	71
4.2 Psychische Faktoren.....	73
4.2.1 Gesundheitskompetenz.....	74
4.3 Gesundheitsverhalten.....	77
4.3.1 Ernährung	77

4.3.2	Gesundheitswirksame Bewegung	80
4.3.3	Tabakkonsum	84
4.3.4	Alkoholkonsum	88
4.3.5	Konsum illegaler Drogen	92
5	Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten	94
5.1	Materielle Lebensbedingungen	95
5.1.1	(Dauerhafte) Armutsgefährdung	97
5.1.2	Materielle Deprivation	98
5.1.3	Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung	99
5.1.4	20:80-Verhältnis des Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens.....	100
5.2	(Aus-)Bildung.....	101
5.2.1	Bildungsniveau	102
5.2.2	Bildungsmobilität.....	103
5.2.3	Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger/-innen.....	105
5.2.4	Schulklima.....	106
5.3	Arbeit und Beschäftigung	107
5.3.1	Erwerbstätigkeit	108
5.3.2	Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz	118
5.3.3	Zeitdruck und Arbeitsüberlastung.....	120
5.3.4	Arbeitsunfälle	121
5.3.5	Work-Life-Balance	123
5.3.6	Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen	125
5.3.7	Trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gegangen.....	126
5.4	Soziale Beziehungen und Netzwerke.....	127
5.4.1	Sozialkapital / Ausmaß sozialer Unterstützung.....	127
5.4.2	Qualität der familiären Beziehungen	130
5.5	Umwelt.....	131
5.5.1	Luftqualität	131
5.5.2	Lärm.....	134
6	Gesundheitsversorgung und -förderung.....	136
6.1	Gesundheitsförderung.....	137
6.2	Prävention.....	140
6.2.1	Vorsorgeuntersuchungen	140
6.2.2	Outcome-Messung	145
6.2.3	Öffentlicher Gesundheitsdienst	146
6.3	Ambulante Versorgung.....	146
6.3.1	Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich.....	147
6.3.2	Physio- und ergotherapeutische Versorgung im niedergelassenen Bereich	155
6.3.3	Selbstständige Ambulatorien	156
6.3.4	Spitalsambulante Versorgung	158
6.3.5	Pharmazeutische Versorgung.....	158
6.4	Akutstationäre Versorgung.....	162
6.4.1	Krankenhausaufenthalte in österreichischen Akutkrankenanstalten	167
6.4.2	Österreichische Patientinnen und Patienten	169
6.5	Medizinisch-technische Großgeräte	173
6.6	Stationäre Rehabilitation	174
6.7	Langzeitpflege und -betreuung.....	179
6.7.1	Pflegegeldbezieher/-innen	179

6.7.2	Formelle Angebote	180
6.7.3	Informelle Pflege- und Betreuungsleistungen.....	184
6.8	Hospiz- und Palliativversorgung.....	184
6.8.1	Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene	184
6.8.2	Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene	190
6.9	Ausgewählte Outcome-Indikatoren der Versorgungsqualität.....	192
6.9.1	Vorzeitige, vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (MAHC)	192
6.9.2	30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt (AMI).....	194
6.9.3	30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall.....	195
6.9.4	Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren.....	196
6.10	Spezifische Versorgungsbereiche	198
6.10.1	Schwangerschaft und Geburt.....	198
6.10.2	Psychiatrische, psychosomatische und psychosoziale Versorgung.....	203
6.10.3	Versorgung von Menschen mit einer Drogenproblematik.....	219
7	Chancengerechtigkeit.....	220
7.1	Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund	222
7.1.1	Gesundheitliche Ebene.....	222
7.1.2	Individuelle Determinanten.....	223
7.1.3	Verhältnisbezogene Determinanten	224
7.1.4	Gesundheitsversorgung.....	225
7.2	Geschlechts- und Genderunterschiede	227
7.2.1	Gesundheitliche Ebene.....	227
7.2.2	Individuelle Determinanten.....	227
7.2.3	Verhältnisbezogene Determinanten	228
7.2.4	Gesundheitsversorgung.....	228
7.3	Resümee	229
8	Zusammenfassende Schlussbetrachtung.....	230
	Literatur	236

Abbildungen

Abbildung 1.1:	Modell zur Beobachtung der öffentlichen Gesundheit und ihrer Determinanten	2
Abbildung 2.1:	Anteil der 0- bis 14-Jährigen sowie der ab 60-Jährigen an der österreichischen Bevölkerung (in %); Jugendquotient, Altersquotient und Gesamtquotient, 2005–2015	8
Abbildung 2.2:	0- bis 14-Jährige sowie ab 60-Jährige (in %) im Bundesländervergleich, 2005 versus 2014	9
Abbildung 2.3:	Unter 15-jährige Bevölkerung im EU-28-Vergleich, 2014	10
Abbildung 2.4:	Über 60-jährige Bevölkerung im EU-28-Vergleich, 2014	10
Abbildung 2.5:	Bevölkerungsveränderung in Österreich, 2005–2015	11
Abbildung 2.6:	Bevölkerungsveränderung (in %) im Bundesländervergleich (inkl. Absolutwerte), 2005–2014	11
Abbildung 2.7:	Bevölkerungsprognose bis 2050 nach Altersgruppen	12
Abbildung 2.8:	Bevölkerungsprognose im EU-28-Vergleich, 2015–2050	12
Abbildung 3.1:	Lebenserwartung in Österreich nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 2005–2015	15
Abbildung 3.2:	Lebenserwartung und Lebenserwartung in guter bis sehr guter Gesundheit in Österreich nach Geschlecht, 1978, 1983, 1991, 1999, 2006 und 2014	16
Abbildung 3.3:	Lebenserwartung in guter bis sehr guter Gesundheit nach Bildung ab Geburt und mit 65 Jahren, Österreich 2014	17
Abbildung 3.4:	Lebenserwartung der Männer bei Geburt im EU-28-Vergleich, 2014	17
Abbildung 3.5:	Lebenserwartung der Frauen bei Geburt im EU-28-Vergleich, 2014	18
Abbildung 3.6:	Lebenserwartung der Männer in mittelmäßiger bis sehr guter Gesundheit im EU-28-Vergleich, 2014	18
Abbildung 3.7:	Lebenserwartung der Frauen in mittelmäßiger bis sehr guter Gesundheit im EU-28-Vergleich, 2014	19
Abbildung 3.8:	Sehr guter bis guter Gesundheitszustand nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014	20
Abbildung 3.9:	Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme in Österreich nach Altersgruppen, 2014	21
Abbildung 3.10:	Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Bildung und Haushaltseinkommen, Österreich 2014	22

Abbildung 3.11:	Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme im EU-28-Vergleich, 2014	23
Abbildung 3.12:	Ausgewählte chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme in Österreich nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014.....	23
Abbildung 3.13:	Allergien* in Österreich nach Altersgruppen, 2006/2007 und 2014.....	24
Abbildung 3.14:	Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme des Bewegungsapparats nach Altersgruppen, Österreich 2014.....	25
Abbildung 3.15:	Diabetes-Typ-2-Inzidenz in Österreich nach Altersgruppen, Jahresdurchschnitt 2012–2014.....	27
Abbildung 3.16:	Akuter Myokardinfarkt und ischämischer Schlaganfall nach Altersgruppen und Geschlecht, Neuerkrankungsfälle pro 100.000, Österreich 2014	28
Abbildung 3.17:	Akuter Myokardinfarkt und ischämischer Schlaganfall nach Geschlecht, Neuerkrankungsfälle pro 100.000, Österreich 2005–2014	28
Abbildung 3.18:	Krebsinzidenz in Österreich nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014	30
Abbildung 3.19:	Häufigste Krebslokalisationen nach Geschlecht, Neuerkrankungsfälle in Österreich (in %), Durchschnitt der Jahre 2005–2014.....	30
Abbildung 3.20:	Krebsinzidenz bei Österreicherinnen für ausgewählte Lokalisationen, 2005–2014.....	31
Abbildung 3.21:	Krebsinzidenz bei Österreichern für ausgewählte Lokalisationen, 2005–2014.....	31
Abbildung 3.22:	Krebsinzidenz der Männer im EU-27-Vergleich, 2012.....	32
Abbildung 3.23:	Krebsinzidenz der Frauen im EU-27-Vergleich, 2012	32
Abbildung 3.24:	Diagnostizierte Depression: 12-Monats-Prävalenz nach Alter und Geschlecht, Österreich 2014	34
Abbildung 3.25:	Verletzte innerhalb der letzten 12 Monate nach Altersgruppen und Unfallart, Österreich 2014	38
Abbildung 3.26:	Verletzte im EU-28-Vergleich nach Unfallart*, 2014.....	39
Abbildung 3.27:	Petrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens bei ab 60-Jährigen nach Altersgruppen und Geschlecht; Aufenthalte in Akutkrankenanstalten, Österreich 2005–2015	40
Abbildung 3.28:	Ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten, Erkrankungsfälle, Österreich 2011–2015	42
Abbildung 3.29:	Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag nach Altersgruppen, Österreich 2006/2007 und 2014	44

Abbildung 3.30:	Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag nach Bildung und Haushaltseinkommen, Österreich 2014	45
Abbildung 3.31:	Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag im EU-28-Vergleich, 2014	45
Abbildung 3.32:	Körperliche und/oder sensorische Einschränkungen ab 15-jähriger Österreicher/-innen, 2014	46
Abbildung 3.33:	Schwierigkeiten bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person, ab 65-jährige Österreicher/-innen, 2014	48
Abbildung 3.34:	Schwierigkeiten bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person bei ab 65-Jährigen im EU-28-Vergleich*, 2014	49
Abbildung 3.35:	Schwierigkeiten ab 65-jähriger Österreicher/-innen bei Erledigungen des Haushalts, 2014.....	50
Abbildung 3.36:	Schwierigkeiten bei Erledigungen des Haushalts bei ab 65-Jährigen im EU-28-Vergleich*, 2014	50
Abbildung 3.37:	Krankenstandstage ausgewählter Krankheitsgruppen nach Geschlecht, Österreich 2014	52
Abbildung 3.38:	Psychisch bedingte Krankenstandsfälle nach Geschlecht, Österreich 2005–2014	53
Abbildung 3.39:	Lebensqualität der österreichischen Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht, Mittelwerte, 2014.....	54
Abbildung 3.40:	Lebensqualität der Österreicher/-innen nach Bildung und Haushaltseinkommen, Mittelwerte, 2014.....	55
Abbildung 3.41:	Lebensqualität chronisch kranker bzw. im Alltag gesundheitsbedingt eingeschränkter Österreicher/-innen, Mittelwerte, 2014.....	56
Abbildung 3.42:	Gesamtsterblichkeit in Österreich nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 2005–2015.....	58
Abbildung 3.43:	Sterblichkeit in Österreich nach Geschlecht, Altersgruppen und den häufigsten Todesursachen, 2005–2014.....	58
Abbildung 3.44:	Sterblichkeit aufgrund der drei häufigsten Todesursachen in Österreich nach Geschlecht, 2005–2015.....	59
Abbildung 3.45:	Krebssterblichkeit bei Österreicherinnen für ausgewählte Lokalisationen, 2005–2015.....	60
Abbildung 3.46:	Krebssterblichkeit bei Österreichern für ausgewählte Lokalisationen, 2005–2015	60

Abbildung 3.47:	Sterblichkeit von Österreicherinnen und Österreichern aufgrund eines Myokardinfarkts oder eines ischämischen Schlaganfalls nach Geschlecht, 2005–2015	61
Abbildung 3.48:	Sterblichkeit der unter 70-jährigen Österreicher/-innen nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 2005–2015	62
Abbildung 3.49:	(Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre von Österreicherinnen nach Todesursachen, in Prozent, 2014	63
Abbildung 3.50:	(Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre von Österreichern nach Todesursachen, in Prozent, 2014.....	64
Abbildung 3.51:	Suizidrate in Österreich nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 2005–2015.....	65
Abbildung 3.52:	Suizidrate in Österreich nach Altersgruppen und Geschlecht, 2005–2014	66
Abbildung 4.1:	Übergewicht und Adipositas nach Altersgruppen und Geschlecht, Österreich 2006/2007 und 2014.....	68
Abbildung 4.2:	Übergewicht und Adipositas nach Bildung und Haushaltseinkommen, Österreich 2014	69
Abbildung 4.3:	Übergewicht und Adipositas im EU-28-Vergleich*, 2014.....	70
Abbildung 4.4:	Bluthochdruck nach Altersgruppen und Geschlecht, Österreich 2006/2007 und 2014	71
Abbildung 4.5:	Bluthochdruck nach Bildung und Haushaltseinkommen, Österreich 2014	72
Abbildung 4.6:	Bluthochdruck im EU-28-Vergleich*, 2014.....	73
Abbildung 4.7:	Gesundheitskompetenz nach Kompetenzbereichen und Geschlecht, Österreich 2011	75
Abbildung 4.8:	Gesundheitskompetenz (Gesamtindex) nach Bildung, 2011	75
Abbildung 4.9:	Gesundheitskompetenz (Gesamtindex) im europäischen Vergleich*, 2011	76
Abbildung 4.10:	Täglicher Obst- und/oder Gemüsekonsum nach Altersgruppen und Geschlecht, Österreich 2014	77
Abbildung 4.11:	Täglicher Obst- und Gemüsekonsum nach Bildung und Haushaltseinkommen, Österreich 2014	78
Abbildung 4.12:	Täglicher Obst- / täglicher Gemüsekonsum im EU-28-Vergleich*, 2014	79
Abbildung 4.13:	Bewegungsverhalten nach Altersgruppen und Geschlecht, Österreich 2014	81

Abbildung 4.14:	Bewegungsverhalten im Alltag* nach Altersgruppen und Geschlecht, Österreich 2014	81
Abbildung 4.15:	Gesundheitswirksame Bewegung nach Bildung und Haushaltseinkommen, Österreich 2014	82
Abbildung 4.16:	150 Minuten mäßig intensive körperliche Bewegung pro Woche im EU-28-Vergleich*, 2014	83
Abbildung 4.17:	Raucherstatus der Österreicher/-innen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014	84
Abbildung 4.18:	Passivrauchexposition nach Altersgruppen und Geschlecht, Österreich 2014	85
Abbildung 4.19:	Tägliche Raucher/-innen nach Bildung und Haushaltseinkommen, Österreich 2014	86
Abbildung 4.20:	Tägliche Raucher/-innen im EU-28-Vergleich*, 2014.....	87
Abbildung 4.21:	Passivrauchexposition (mind. 1 Stunde tgl.) im EU-28-Vergleich*, 2014	87
Abbildung 4.22:	Alkoholkonsum nach Altersgruppen und Geschlecht, Österreich 2014.....	89
Abbildung 4.23:	Regelmäßiger Alkoholkonsum (an 5 oder mehr Tagen pro Woche) nach Bildung und Haushaltseinkommen, Österreich 2014	90
Abbildung 4.24:	Alkoholkonsum im EU-28-Vergleich*, 2014	91
Abbildung 5.1:	Österreicher/-innen mit sehr guter oder guter Gesundheit nach Einkommensgruppen*, 2008 und 2014.....	95
Abbildung 5.2:	Österreicher/-innen mit chronischen Krankheiten und einer starken Beeinträchtigung durch ein gesundheitliches Problem nach Einkommensgruppen*, 2008 und 2014.....	96
Abbildung 5.3:	Armutsindikatoren in Österreich 2008–2015.....	96
Abbildung 5.4:	Armutsgefährdung im europäischen Vergleich, 2014.....	98
Abbildung 5.5:	Materielle Deprivation im europäischen Vergleich, 2014.....	99
Abbildung 5.6:	Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung im europäischen Vergleich, 2014	100
Abbildung 5.7:	20:80-Verhältnis des Nettoäquivalenzeinkommens im europäischen Vergleich, 2014	101
Abbildung 5.8:	Bildungsabschlüsse im EU-28-Vergleich, 2014	103
Abbildung 5.9:	Bildungsmobilität der 25- bis 64-jährigen Frauen in Österreich, 2007 und 2011/2012	104
Abbildung 5.10:	Bildungsmobilität der 25- bis 64-jährigen Männer in Österreich, 2007 und 2011/2012	104

Abbildung 5.11:	Bildungsabschlüsse im EU-28-Vergleich, 2014	106
Abbildung 5.12:	Gesundheits- und Krankheitsindikatoren in Österreich nach Erwerbsstatus (erwerbstätig vs. arbeitslos), 2014	107
Abbildung 5.13:	Arbeitslosigkeit in Österreich nach Gesundheits- und Krankheitsindikatoren, 2014	108
Abbildung 5.14:	Kennzahlen des Erwerbsstatus österreichischer Männer nach dem ILO-Konzept, 2005–2015	109
Abbildung 5.15:	Kennzahlen des Erwerbsstatus österreichischer Frauen nach dem ILO-Konzept, 2005–2015	110
Abbildung 5.16:	Erwerbstätigenquote, Teilzeitquote und Arbeitslosenquote österreichischer Frauen im EU-28-Vergleich, 2005–2015	111
Abbildung 5.17:	Erwerbstätigenquote, Teilzeitquote und Arbeitslosenquote österreichischer Männer im EU-28-Vergleich, 2005–2015	111
Abbildung 5.18:	Atypische Beschäftigung in Österreich nach Geschlecht, 2014.....	113
Abbildung 5.19:	Arbeitslosigkeit in Österreich, 2008–2015	114
Abbildung 5.20:	Langzeitarbeitslosigkeit in Österreich, 2008–2015	115
Abbildung 5.21:	Jugendarbeitslosigkeit in Österreich, 2008–2015	115
Abbildung 5.22:	Arbeitssuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (an allen Arbeitssuchenden) nach Altersgruppen und Bildung, Österreich 2014	116
Abbildung 5.23:	Arbeitssuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen nach Geschlecht, Österreich 2008–2014.....	117
Abbildung 5.24:	Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz nach Geschlecht, Österreich 2013	119
Abbildung 5.25:	Zeitdruck oder Arbeitsüberlastung am Arbeitsplatz nach Geschlecht, Österreich 2007 und 2013	120
Abbildung 5.26:	Arbeitsunfälle in Österreich insgesamt und für die 15- bis 24-jährige Bevölkerung nach Geschlecht, 2005–2015	122
Abbildung 5.27:	Arbeitsunfälle im europäischen Vergleich, 2014.....	122
Abbildung 5.28:	Tödliche Arbeitsunfälle im europäischen Vergleich, 2014	123
Abbildung 5.29:	Unselbstständig Erwerbstätige mit Überstunden inklusive Mehrstunden in Österreich nach Geschlecht, 2005–2015.....	124
Abbildung 5.30:	Arbeitsbedingungen im europäischen Vergleich, Mittelwerte, 2010/2011	126
Abbildung 5.31:	Soziale Unterstützung und Gesundheit – Krankheit und soziale Unterstützung, Österreich 2014	128

Abbildung 5.32:	Soziale Unterstützung nach Altersgruppen, Österreich 2014	129
Abbildung 5.33:	Soziale Unterstützung (hoch) nach Bildung und Haushaltseinkommen, Österreich 2014	129
Abbildung 6.1:	Inanspruchnahme allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen in Österreich, 2005–2015	141
Abbildung 6.2:	Mammografie-Screening bei 50- bis 69-jährigen Frauen im EU-Vergleich, 2014 (oder jüngstes verfügbares Jahr)	143
Abbildung 6.3:	Gebärmutterhalskrebs-Screening bei 20- bis 69-jährigen Frauen im EU-Vergleich, 2014 (oder jüngstes verfügbares Jahr)	145
Abbildung 6.4:	Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach) in Österreich: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale, 2005–2015.....	147
Abbildung 6.5:	Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte (Erstfach) in Österreich: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale, 2005–2015	149
Abbildung 6.6:	Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte nach ausgewählten Fachrichtungen, Österreich 2014	150
Abbildung 6.7:	Niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte (Erstfach) in Österreich: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale, 2005–2015	152
Abbildung 6.8:	Inanspruchnahme niedergelassener Zahnärztinnen/-ärzte (in den letzten 12 Monaten) nach Bildung und Haushaltseinkommen, Österreich 2014	154
Abbildung 6.9:	Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin pro 100.000 EW im EU-28-Vergleich*, 2014.....	154
Abbildung 6.10:	Leistungsbereiche selbstständiger Ambulatorien in Österreich, 2014 und 2016.....	157
Abbildung 6.11:	Apothekendichte im EU-28-Vergleich, 2015	159
Abbildung 6.12:	Medikamenteneinnahme innerhalb der letzten zwei Wochen nach Altersgruppen und Geschlecht, Österreich 2014	159
Abbildung 6.13:	Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente* nach Bildung und Haushaltseinkommen, Österreich 2014	160
Abbildung 6.14:	Einnahme rezeptfreier Medikamente* nach Bildung und Haushaltseinkommen, Österreich 2014	161
Abbildung 6.15:	Einnahme ärztlich verschriebener sowie rezeptfreier Medikamente im EU-28-Vergleich*, 2014	162
Abbildung 6.16:	Akutbettendichte im EU-28-Vergleich, 2014 (oder jüngstes verfügbares Jahr)	163
Abbildung 6.17:	Stationäre Aufenthalte in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Alter und Geschlecht (zielbezogen), 2014	167

Abbildung 6.18:	Akutbettendichte (exkl. Null-Tage-Aufenthalte) im EU-28-Vergleich*, 2014 (oder jüngstes verfügbares Jahr)	168
Abbildung 6.19:	Durchschnittliche Belagsdauer (exkl. Null-Tage-Aufenthalte) im EU-28-Vergleich*, Mittelwerte, 2014 (oder jüngstes verfügbares Jahr)....	169
Abbildung 6.20:	Österreichische Patientinnen/Patienten mit mindestens einem akutstationären Aufenthalt nach Alter und Geschlecht (quellbezogen), 2014	170
Abbildung 6.21:	Österreichische Patientinnen und Patienten mit mindestens einem akutstationären Aufenthalt nach Hauptdiagnosegruppen*, 2005–2014...	172
Abbildung 6.22:	Stationäre Reha-Aufenthalte in österreichischen Rehabilitationszentren nach Indikationsgruppe (zielbezogen; Mindestdauer 8 Tage)*, 2005–2014	176
Abbildung 6.23:	Österreichische Patientinnen und Patienten in stationären Reha-Einrichtungen nach Alter und Geschlecht, 2014	177
Abbildung 6.24:	Österreichische Patientinnen und Patienten (20 Jahre und älter) in stationären Reha-Einrichtungen nach Indikationsgruppen* und Geschlecht, 2014	178
Abbildung 6.25:	Pflegegeldbezieher/-innen in Österreich nach Pflegegeldstufen und Altersgruppen, 2014	179
Abbildung 6.26:	Pflege- und Betreuungspersonen: Vollzeitäquivalente nach Angeboten und Geschlecht in Österreich, 2014	181
Abbildung 6.27:	Betreute Österreicher/-innen in einzelnen Diensten nach Altersgruppen, 2014	183
Abbildung 6.28:	Betreute Österreicher/-innen in einzelnen Diensten nach Pflegegeldstufe, 2014	183
Abbildung 6.29:	Modular abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung	186
Abbildung 6.30:	Kapazitäten der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich 2010 und 2015	187
Abbildung 6.31:	Patientinnen/Patienten in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich, 2015	189
Abbildung 6.32:	Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich: Verstorbene, Entlassene und Betreute, 2015.....	190
Abbildung 6.33:	Vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit in Österreich nach Geschlecht, 2005–2015.....	193
Abbildung 6.34:	30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt in österreichischen Akutkrankenhäusern nach Geschlecht, 2005–2015	194
Abbildung 6.35:	30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall in österreichischen Akutkrankenhäusern nach Geschlecht, 2005–2015	195

Abbildung 6.36:	PIM bei über 70-Jährigen nach Alter und Geschlecht, Österreich 2012	197
Abbildung 6.37:	Säuglingssterblichkeit in Österreich im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 1970–2014.....	198
Abbildung 6.38:	Säuglingssterblichkeit im europäischen Vergleich, 2014	199
Abbildung 6.39:	Frühgeborene und geringes Geburtsgewicht in Österreich, 2005–2014	200
Abbildung 6.40:	Geringes Geburtsgewicht im europäischen Vergleich, 2011	201
Abbildung 6.41:	Kaiserschnitttrate in Österreich im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 1998–2014.....	201
Abbildung 6.42:	Kaiserschnitttrate im Vergleich mit ausgewählten europäischen Ländern 2014.....	202
Abbildung 6.43:	Teenager-Geburten in Österreich im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 1998–2014.....	202
Abbildung 6.44:	Teenager-Geburten im europäischen Vergleich, 2014.....	203
Abbildung 6.45:	Personen mit akut- und teilstationären Aufenthalten und einer psychiatrischen Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht, absolut, 2014	213
Abbildung 6.46:	Personen mit akut- und teilstationären Aufenthalten und einer psychiatrischen Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht, altersstandardisierte Rate, 2014	213
Abbildung 6.47:	Personen mit stationärem Aufenthalt und einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach Diagnosegruppen und Geschlecht, 2014.....	214
Abbildung 6.48:	Unterbringungen ohne Verlangen (nach UbG) in Österreich nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014	215
Abbildung 6.49:	Unterbringungsrate in Österreich, 2000–2015*	216
Abbildung 6.50:	Personen mit stationärem Reha-Aufenthalt aufgrund psychiatrischer Diagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht, absolut, 2014.....	217
Abbildung 6.51:	Personen mit stationärem Reha-Aufenthalt aufgrund psychiatrischer Diagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht, altersstandardisierte Rate, 2014.....	217
Abbildung 6.52:	Patientinnen und Patienten mit stationärem Reha-Aufenthalt aufgrund psychiatrischer Diagnosen nach Diagnosegruppen und Geschlecht, 2014	218
Abbildung 7.1:	Soziale Ungleichheit und ihre gesundheitsrelevanten Wirkungswege	221

Tabellen

Tabelle 2.1:	Indikatorenübersicht zu Kapitel 2 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks	7
Tabelle 3.1:	Indikatorenübersicht zu Kapitel 3 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks	14
Tabelle 3.2:	Kariesprävalenz bei Sechs- und Zwölfjährigen in Österreich, 2011/2012 und 2012/2013	36
Tabelle 4.1:	Indikatorenübersicht zu Kapitel 4 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks	67
Tabelle 5.1:	Indikatorenübersicht zu Kapitel 5 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks	94
Tabelle 5.2:	Bildungsstand der Österreicher/-innen im Alter von 25 bis 64 Jahren, 2014.....	102
Tabelle 5.3:	Bevölkerung in Österreich nach Erwerbsstatus, 2014	108
Tabelle 5.4:	Durchschnittliche Einschätzung der Arbeitsbedingungen auf einer Skala von 0 bis 100 (Mittelwerte).....	125
Tabelle 6.1:	Indikatorenübersicht zu Kapitel 6 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks	136
Tabelle 6.2:	Inanspruchnahme ausgewählter fachärztlicher Leistungen (in den letzten 12 Monaten) nach Altersgruppen, Geschlecht und Fachrichtungen (in % und absolut in Tausend), Österreich 2014	151
Tabelle 6.3:	Kennzahlen der akutstationären Versorgung in Österreich nach Fachbereichen* (zielbezogen), 2005 und 2014	164
Tabelle 6.4:	Österreichische Patientinnen und Patienten mit mindestens einem akutstationären Aufenthalt nach Hauptdiagnosegruppen*, 2014	171
Tabelle 6.5:	Medizinisch-technische Großgeräte in Österreich, 2014.....	173
Tabelle 6.6:	Systemisierte Betten, Bettenäquivalente und stationäre Aufenthalte in österreichischen Reha-Einrichtungen nach Indikationsgruppen*, 2012 und 2014	175
Tabelle 6.7:	Pflege- und Betreuungsangebote in Österreich, 2011 und 2014.....	181
Tabelle 6.8:	Betreute Personen in Österreich nach Angeboten, 2011 und 2014.....	182
Tabelle 6.9:	Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich, Ist- und Soll-Stand 2015.....	187
Tabelle 6.10:	Hauptamtliche Mitarbeiter/-innen der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich nach Beruf, 2015	188

Tabelle 6.11:	Ist-Stand und Soll-Stand 2015 im Hospiz- und Palliativbereich für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Österreich (Stand 31. 12. 2015)	192
Tabelle 6.12:	Psychotherapeutinnen und -therapeuten nach Bundesländern, 1991, 2001, 2013 und 2014.....	205
Tabelle 6.13:	Klinische Psychologinnen und Psychologen nach Bundesländern, 1991, 2001, 2013 und 2014.....	206
Tabelle 6.14:	Inanspruchnahme der psychiatrischen und psychosomatischen akut- und teilstationären Versorgungsangebote in Österreich nach behandelnden Abteilungen, 2014.....	212

Abkürzungen

µg/m ³	Mikrogramm pro Kubikmeter
ÄAVE	ärztliche ambulante Versorgungseinheiten
ADL	activities of daily living
AES	Adult Education Survey
AHS	Allgemeinbildende Höhere Schule
AKE/LFS	Arbeitskräfteerhebung
aLQ	allgemeine Lebensqualität
ALQ	Arbeitslosenquote
AMI	akuter Myokardinfarkt
AMS	Arbeitsmarktservice
ATHIS	Österreichische Gesundheitsbefragung
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BALI	Beschäftigung : Arbeitsmarkt : Leistungsbezieher : Informationen
BHS	Berufsbildende Höhere Schule
BL-Bandbreite	Bundesländer-Bandbreite
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMI	Body-Mass-Index
BMS	Berufsbildende Mittlere Schule
BMZ	Bettenmessziffer
CO	Kohlenmonoxid
COPD	chronisch obstruktive Lungenkrankheit
d ₃ mft/D ₃ MFT	durchschnittliche Anzahl kariöser, wegen Karies gezogener oder gefüllter Zähne
dB	Dezibel
DCO	death certificate only
DLD	Diagnose- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten
DVHÖ	Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen
EHIS	European Health Interview Survey
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
EMS	Epidemiologisches Meldesystem
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
ESAW	Europäische Statistik für Arbeitsunfälle
EU	Europäische Union
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions
EVP	erwerbstätige versicherte Person
EW	Einwohner/-innen
FÄ	Fachärzte/Fachärztinnen
FKA	Fondskrankenanstalt(en)
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
g	Gramm
GF	Gesundheitsförderung
GG	medizinisch-technische Großgeräte
GMF	Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
GZ	Gesundheitsziele Österreich
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children-Study
HiAP	Health in All Policies
HIV	Humane Immundefizienz-Virus
HKE	Herz-Kreislauf-Erkrankungen

HLS-EU	European Health Literacy Survey
HPE	Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter
HS	Hauptschule
HVSVT	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IADL	instrumental activities of daily living
ICD	International Classification of Diseases
IG-L	Immissionsschutzgesetz Luft
ILO	Internationale Arbeitsorganisation
ISCED	International Standard Classification of Education
KA	Krankenanstalt(en)
KH	Krankheit(en)
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
kWB	körperliches Wohlbefinden
Lden/Lnight	Lärmindizes
LISA	Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte
MAHC	mortality amenable to health care
mmHg	Millimeter Quecksilbersäule (Druckangabe in der Medizindiagnostik)
NMS	Neue Mittelschule
NO ₂	Stickstoffdioxid
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
NO _x	Stickstoffoxide
NTA	Null-Tage-Aufenthalt(e)
O ₃	Ozon
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
OBSAN	Schweizer Gesundheitsobservatorium
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖGD	öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖGE	Österreichische Gesellschaft für Ernährung
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
p. a.	per annum
PFG	Pflegefondsgesetz
PHMF	Public Health Monitoring Framework
PHQ-8	Gesundheitsfragebogen für Patienten (Patient Health Questionnaire)
PIM	potenziell inadäquate Medikation
PM	Feinstaub
PSO	Psychosomatik
PTS	Polytechnische Schule
pWB	psychisches Wohlbefinden
PYLL	potential years of life lost
GZ	Gesundheitsziele Österreich
RKI	Robert Koch-Institut
SHARE	Survey of Health, Aging and Retirement in Europe
SO ₂	Schwefeldioxid
STEC	Shigatoxin produzierende Escherichia-coli Bakterien
SV	Sozialversicherung
sWB	soziales Wohlbefinden
TBC	Tuberkulose
UbG	Unterbringungsgesetz
uWB	umweltbezogenes Wohlbefinden
VTEC	Verotoxin produzierende Escherichia-coli Bakterien
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WHO	Weltgesundheitsorganisation

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

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage, Ziele und Zielgruppen

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

In der aktuellen 15-a-Vereinbarung „Zielsteuerung-Gesundheit“ ist in § 4 festgehalten, dass sich Bund, Länder und Sozialversicherung in ihren Maßnahmen zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit an Public-Health-Grundsätzen orientieren, die auch eine systematische Gesundheitsberichterstattung beinhalten (Zielsteuerung-Gesundheit 2013).

Der Österreichische Gesundheitsbericht 2016 ist – entsprechend den Empfehlungen der Plattform Gesundheitsberichterstattung, die für Basisgesundheitsberichte eine regelmäßige Aktualisierung, z. B. in einem Abstand von fünf Jahren, empfiehlt – als periodische Fortschreibung der österreichischen Gesundheitsberichte konzipiert.

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

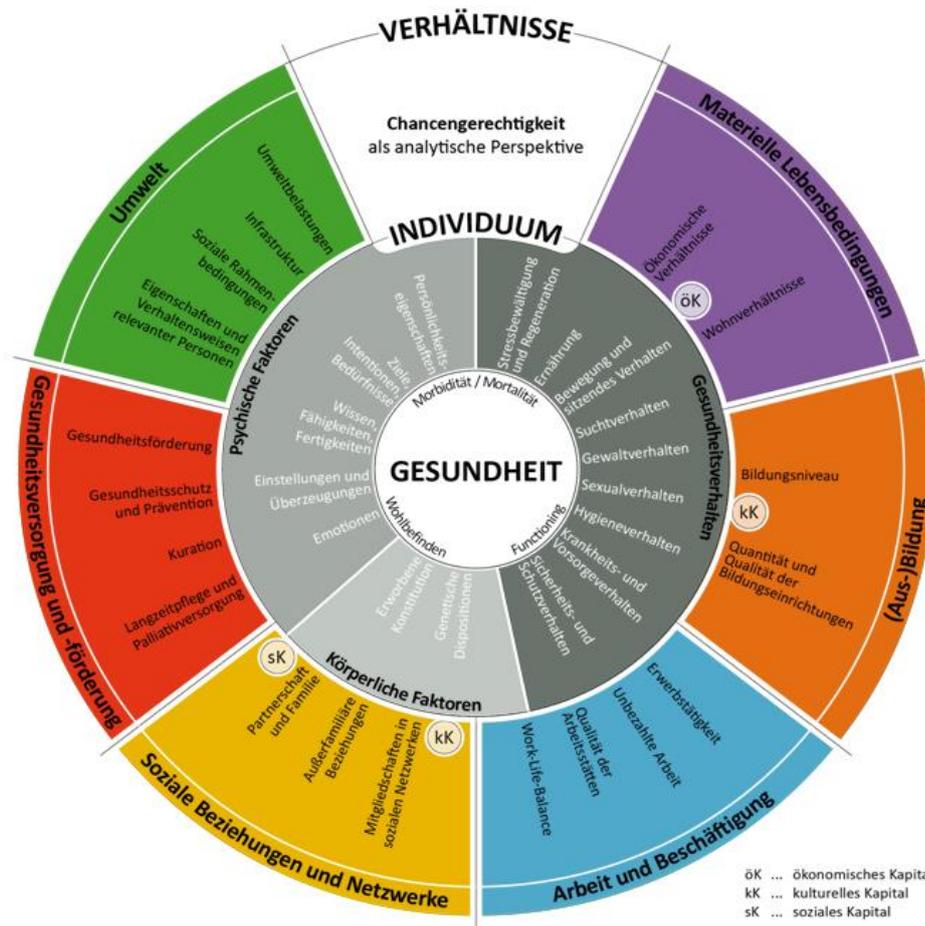
Darüber hinaus schließt der Österreichische Gesundheitsbericht 2016 sowohl inhaltlich als auch methodisch an die Monitoring-Routinen aktueller Gesundheitsstrategien an und schafft damit einen integrierten Gesamtüberblick. An gegebener Stelle wird jeweils Bezug zu den österreichischen Gesundheitszielen,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

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

1.2 Determinanten der Gesundheit

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

Abbildung 1.1:
Modell zur Beobachtung der öffentlichen Gesundheit und ihrer Determinanten



Quelle: Griebler/Winkler 2015

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

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

1. Gesundheit wird als ein multidimensionales Konzept verstanden, das nicht anhand einzelner Variablen bestimmbar ist. In Anlehnung an die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und weiterführende Arbeiten (vgl. Becker 2006; WHO 1946) wird unter Gesundheit
 - das Freisein von körperlichen und/oder psychischen Krankheiten und Beschwerden,
 - eine uneingeschränkte Leistungs- und Handlungsfähigkeit (im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit; s. WHO 2005) und
 - ein umfassendes Wohlbefinden (körperlich, psychisch und sozial) verstanden.

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

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

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

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

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

Auf Ebene der **individuellen Determinanten** (s. Abbildung 1.1, grauer Ring des Frameworks) wird zwischen körperlichen und psychischen Faktoren sowie dem Gesundheitsverhalten unterschieden. Letzteres subsumiert alle gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, also auch das Risiko- und Vorsorgeverhalten sowie das Verhalten bei Krankheit (Waller 1996). Geclustert können diese Verhaltensweisen als Lebensstile interpretiert werden (Siegrist 2003), die sowohl von individuellen Faktoren (z. B. Einstellungen und Überzeugungen) als auch von gesellschaftlichen Faktoren geprägt und beeinflusst sind (Blaxter 1990; Cockerham 2005). Wie bei den Verhältnisdeterminanten wird auch bei den individuellen Determinanten von komplexen Wechselwirkungen ausgegangen. Die Mehrheit dieser Faktoren übt einen direkten Einfluss auf die Gesundheit aus (Griebler/Dür 2009).

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

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

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

1.3 Aufbau und Inhalt des Berichts

Der Österreichische Gesundheitsbericht 2016 orientiert sich in Inhalt und Aufbau an dem an der GÖG entwickelten Public Health Monitoring Framework (PHMF; s. Abbildung 1.1). Da es jedoch teilweise an Daten mangelt, können im Gesundheitsbericht nicht alle Bereiche entsprechend ihrer Gesundheitsrelevanz abgebildet werden.

Der Bericht ist in sechs große Kapitel gegliedert:

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

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

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

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

Einleitend zu jedem Kapitel wird dargestellt, in welchen der folgenden Gesundheitsstrategien und Frameworks die im Kapitel verwendeten Indikatoren ebenfalls Verwendung finden:

- **Gesundheitsziele Österreich (GZ):** Davon sind hier nicht nur die Metaindikatoren aus dem Baseline-Bericht berücksichtigt (Winkler/Anzenberger 2013), sondern auch die Wirkungszielindikatoren der bis dato operationalisierten GZ 1, 2, 3, 6 und 8 (Delcour et al. 2017; Griebler/Winkler 2014; Winkler et al. 2015). Die Angaben beziehen sich auf den derzeitigen Stand. Mit der Operationalisierung der restlichen GZ werden zukünftig noch weitere Indikatoren hinzukommen. <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at>; Stand: 3. März 2017
- **Zielsteuerung-Gesundheit (ZS-G):** Outcome-Messung im Gesundheitswesen: Die 38 Indikatoren wurden unter Einbeziehung der drei Kurien Bund, Länder und Sozialversicherung erarbeitet und im Jahr 2015 beschlossen. Sie dienen der Outcome-Messung im Gesundheitswesen (BMG 2015c; BMG 2016). http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Mess_und_Vergleichskonzept_Outcome_Messung_im_Gesundheitswesen; Stand: 3. März 2017
- **WHO Health 2020:** Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert (WHO 2013; WHO 2015a)
- **Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework (GMF):** Das Framework wurde 2012/2013 von der Weltgesundheitsorganisation zur Beobachtung der Verbreitung von nicht-übertragbaren Krankheiten und diesbezüglicher Risikofaktoren entwickelt, umfasst neun globale Ziele und 25 Indikatoren. <http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators-definition/en>; Stand: 3. März 2017
- **Health at a Glance:** Indikatoren der OECD, die im Rahmen der jährlichen Publikation „Health at a Glance“ veröffentlicht werden und der Performancemessung nationaler Gesundheitssysteme dienen (OECD/EU 2016).

Regionale Vergleiche werden – nach Möglichkeit – auf zwei Ebenen angestellt: auf Ebene der Bundesländer, indem die Maximal- und Minimalwerte dargestellt werden (BL-Bandbreite), und auf EU-Ebene. Beide Vergleiche liefern Anhaltspunkte, welche Ziele in Österreich erreichbar sein sollten. Der österreichische Durchschnitt wird nur punktuell zum Vergleich herangezogen.

Soweit möglich referenzieren die Daten auf das Jahr 2014, da für dieses Jahr die meisten Daten zur Verfügung stehen. Dadurch entsteht ein Gesamtbild. **Zeitliche Entwicklungen** werden meist auf Basis der letzten zehn Jahre dargestellt (2005–2014). Je nach Datenquelle sind jedoch Abweichungen möglich. In manchen Fällen ist es außerdem sinnvoll, eine längerfristige Entwicklung aufzuzeigen, etwa für die Kaiserschnittrate oder die Frühgeburtenrate. Wo immer möglich wurden die zeitlichen Trends auch um das Jahr 2015 ergänzt.

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

In Bezug auf **Bildung** werden drei Kategorien (über den jeweils höchsten Bildungsabschluss einer Person) unterschieden:

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

Die ATHIS-Auswertungen nach Bildung beziehen sich allesamt auf die Bevölkerung ab 30 Jahren. In Ausnahmefällen wird eine andere Kategorisierung verwendet.

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

Als Kriterium für den **Migrationshintergrund** gilt im vorliegenden Bericht der Geburtsort der Eltern. Ein Migrationshintergrund liegt dann vor, wenn beide Elternteile im Ausland geboren sind (= beidseitiger Migrationshintergrund); kein Migrationshintergrund liegt vor, wenn nur ein Elternteil im Ausland geboren wurde (Mikulasek et al. 2015). In Ausnahmefällen wird – datenbedingt – von dieser Definition abgewichen. Diese Einteilung in mit und ohne Migrationshintergrund ist ein recht grober Indikator, der die Heterogenität der betreffenden Personen (z. B. hinsichtlich ihrer Geburtsländer oder jener ihrer Eltern) unberücksichtigt lässt. Die ATHIS-Auswertungen nach Migrationshintergrund beziehen sich auf die ab 15-jährige Bevölkerung und stützen sich auf zusätzliche Daten der Statistik Austria. Dem ATHIS zufolge ist die österreichische Bevölkerung mit Migrationshintergrund deutlich jünger, häufiger arbeitslos und hat ein geringeres Haushaltseinkommen als jene ohne Migrationshintergrund.

2 Demografie

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

Tabelle 2.1:

Indikatorenübersicht zu Kapitel 2 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks

Indikatoren	Gesundheitsstrategien und Frameworks				
	GZ	ZS-G MVKO	Gesundheit 2020	GMF	Health at a Glance
Bevölkerungsstand					
Bevölkerungsstruktur					✓
Bevölkerungsentwicklung					

GZ = Gesundheitsziele Österreich

ZS-G MVKO = Zielsteuerung-Gesundheit: Outcome-Messung im Gesundheitswesen

GMF = Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework

Quelle und Darstellung: GÖG

2.1 Bevölkerungsstand

Im Jahr **2014** lebten in Österreich rund **8,54 Millionen Menschen** (Jahresdurchschnittswert), im Jahr 2015 8,63 Millionen. Gemessen an der Zahl der Einwohner/-innen (EW) liegt Österreich damit im EU-28-Vergleich auf Platz 15.

Die drei einwohnerstärksten Bundesländer sind Wien (rund 1,8 Mio. EW), Niederösterreich (rund 1,6 Mio. EW) und Oberösterreich (rund 1,4 Mio. EW; jeweils Stand 2014).

2.2 Bevölkerungsstruktur

Altersstruktur

Im Jahr **2014** wohnten in Österreich rund

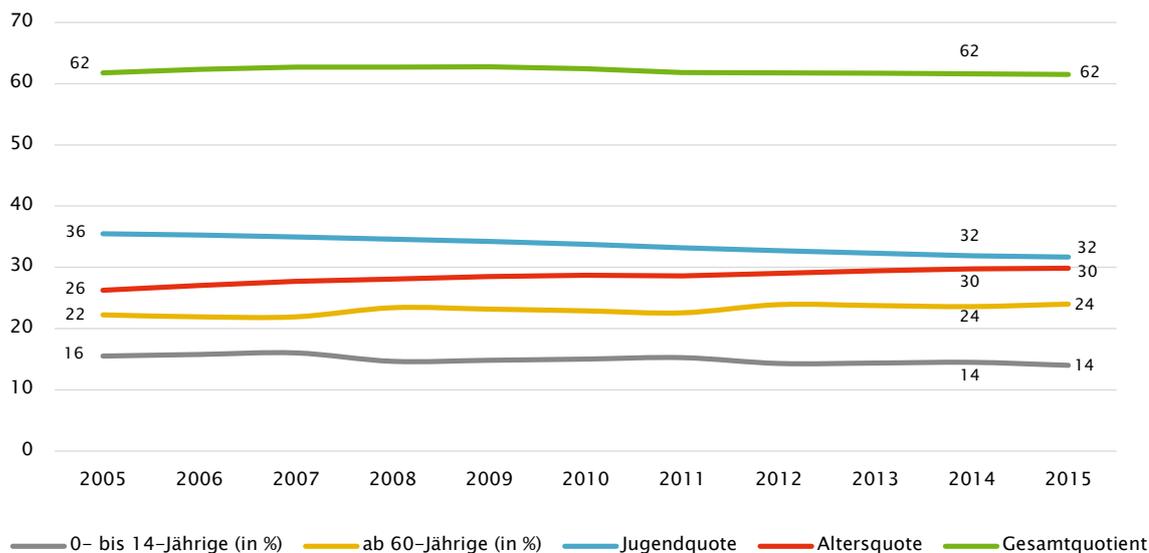
- 1,2 Mio. 0- bis 14-Jährige,
- 1,6 Mio. 15- bis 29-Jährige,
- 3,7 Mio. 30- bis 59-Jährige und
- 2 Mio. Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren (davon: 687.000 mit 75 und mehr Jahren).

Damit besteht die Bevölkerung in Österreich zu rund **14 Prozent** aus **0- bis 14-Jährigen** (BL-Bandbreite: 13–16 %) und zu **24 Prozent** aus **ab 60-Jährigen** (BL-Bandbreite: 22–27 %). Das Durchschnittsalter der Österreicher/-innen beträgt rund 42 Jahre (Frauen: 44 Jahre; Männer: 41 Jahre) und ist seit 2005 um 1,9 Jahre gestiegen. Im Jahr 2014 waren 50 Prozent der Bevölkerung 43 Jahre oder älter.

Der **Anteil der unter 15-Jährigen nahm** in Österreich seit 2005 um insgesamt 2 Prozentpunkte **ab** und lag 2014 wie 2015 bei 14 Prozent. Der **Anteil der ab 60-Jährigen** ist hingegen stetig **gestiegen** (seit 2005 um insgesamt 2 Prozentpunkte) und lag 2014 wie 2015 bei 24 Prozent. Dementsprechend sinkt der Jugendquotient (definiert als: 0- bis 14-Jährige im Verhältnis zu den 15- bis 59-Jährigen) und steigt der Altersquotient (definiert als: ab 60-Jährige im Verhältnis zu den 15- bis 59-Jährigen). Die Gesamtbelastung (bezogen auf die 15- bis 59-Jährigen) nimmt damit insgesamt zu (s. Abbildung 2.1).

Abbildung 2.1:

Anteil der 0- bis 14-Jährigen sowie der ab 60-Jährigen an der österreichischen Bevölkerung (in %); Jugendquotient, Altersquotient und Gesamtquotient, 2005–2015



Jugendquotient: Bevölkerung 0 bis 14 Jahre auf 100 Personen im Alter von 15 bis 59 Jahren

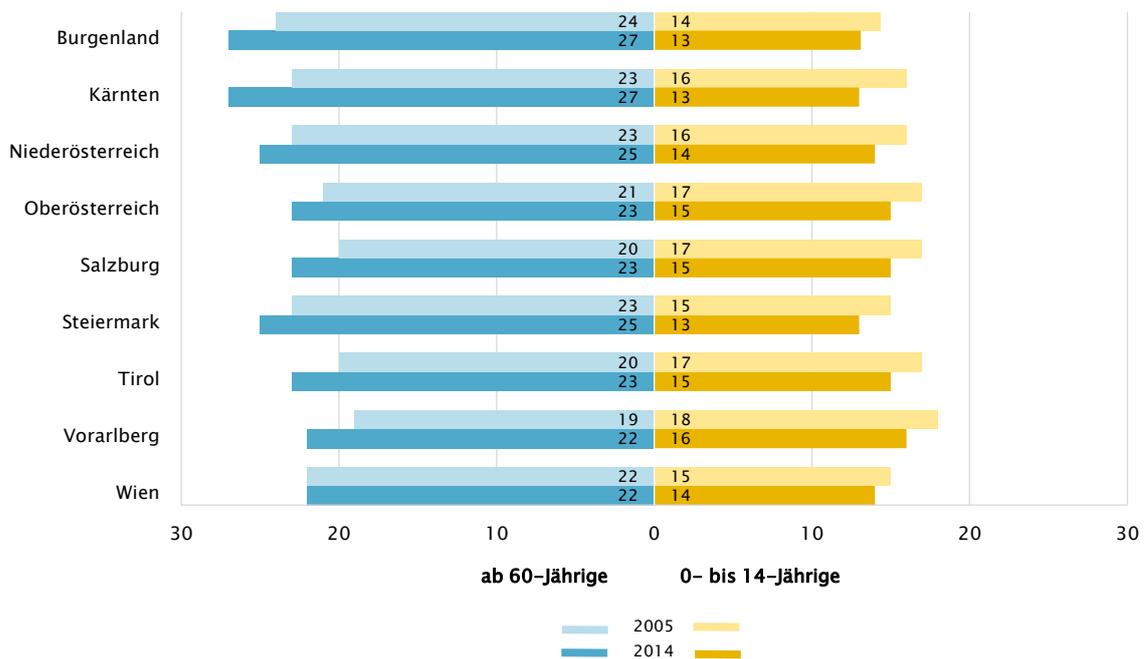
Altersquotient: Bevölkerung 60 Jahre und älter auf 100 Personen im Alter von 15 bis 59 Jahren

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

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

In allen Bundesländern ist im Beobachtungszeitraum 2005–2014 der Anteil der jungen Bevölkerung rückläufig, während der Anteil der älteren Bevölkerung zunimmt oder – im Falle Wiens – konstant bleibt. Der Rückgang der unter 15-Jährigen liegt je nach Bundesland gerundet zwischen 1 und 3 Prozentpunkten, der Anstieg der ab 60-Jährigen bei bis zu 4 Prozentpunkten (s. Abbildung 2.2).

Abbildung 2.2:
0- bis 14-Jährige sowie ab 60-Jährige (in %) im Bundesländervergleich, 2005 versus 2014



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

Geschlecht

51 Prozent der österreichischen Bevölkerung sind **Frauen**. Der Frauenanteil variiert je nach Bundesland zwischen 51 und 52 Prozent. Bei den 0- bis 29-Jährigen sind rund 49 Prozent Mädchen bzw. Frauen, bei den 30- bis 59-Jährigen rund 50 Prozent. In der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen beträgt der Frauenanteil 53 Prozent, bei den ab 75-Jährigen 62 Prozent. Die ältere Bevölkerung ist demnach „vermehrt weiblich“.

Migrationshintergrund

Im Jahr 2014 wiesen rund **1,71 Mio.** Österreicherinnen und Österreicher einen Migrationshintergrund auf (definiert als: beide Eltern wurden im Ausland geboren), das entspricht einem Bevölkerungsanteil von rund **20 Prozent** (BL-Bandbreite: 12–42 %). Seit dem Jahr 2008 ist der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund um rund 3 Prozentpunkte **gestiegen** und betrug im Jahr 2015 rund 21 Prozent. 24 Prozent der Österreicher/-innen mit Migrationshintergrund sind unter 15 Jahre alt, rund 13 Prozent 60 Jahre und älter. Österreicher/-innen mit Migrationshintergrund sind demnach deutlich jünger als jene ohne Migrationshintergrund.

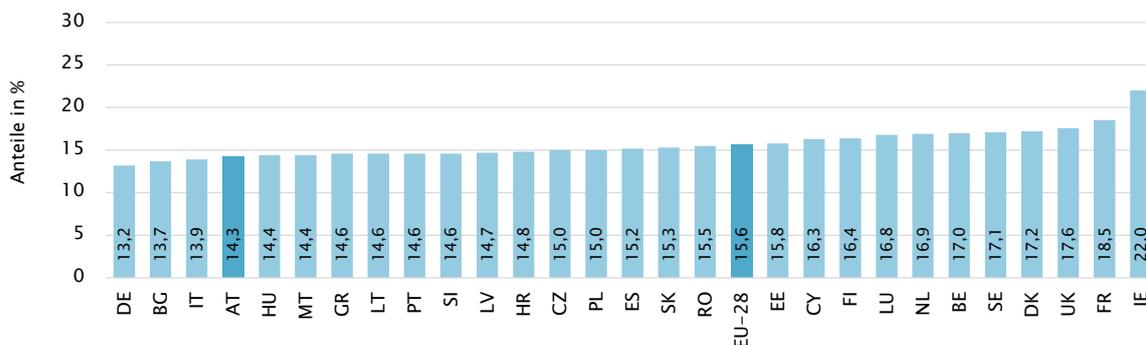
Der Anteil **nichtösterreichischer Staatsbürger/-innen** ist zwischen 2008 und 2014 von 10 auf rund **13 Prozent** gestiegen und betrug 2015 14 Prozent.

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich bei den **unter 15-Jährigen** unter dem europäischen Durchschnitt und weist mit rund 14 Prozent den **viertgeringsten Anteil** auf (EU-28-Bandbreite:

13–22 %; s. Abbildung 2.3). Bei den **über 60-Jährigen** rangiert Österreich mit rund 24 Prozent ebenfalls unter dem EU-Durchschnitt und liegt **im unteren Mittelfeld** (EU-28-Bandbreite: rund 18–27 %; s. Abbildung 2.4). Das Medianalter liegt in Österreich mit rund 43 Jahren etwas über dem europäischen Durchschnitt (EU-28-Durchschnitt: 42 Jahre) bzw. im oberen Mittelfeld (EU-28-Bandbreite: 36–46 Jahre).

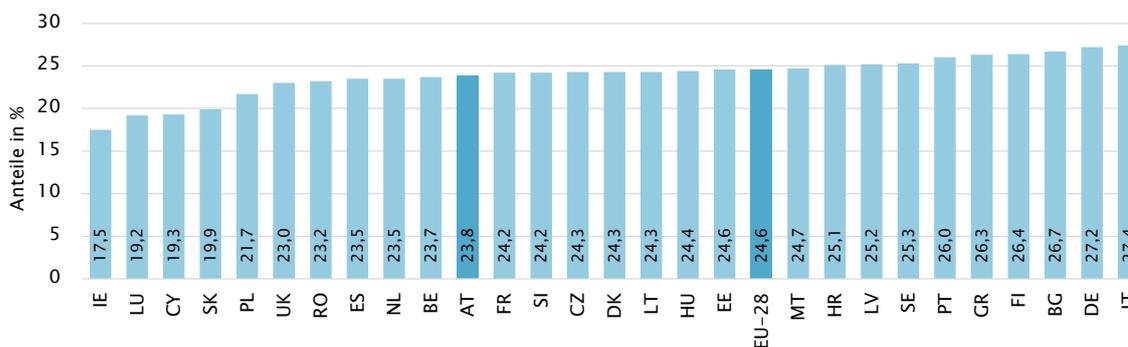
Abbildung 2.3:
Unter 15-jährige Bevölkerung im EU-28-Vergleich, 2014



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, ES: Spanien, FI: Finnland, FR: Frankreich, GR: Griechenland, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei; UK: Vereinigtes Königreich

Quelle: Eurostat – Bevölkerungsstatistik (Zugriff am 13. 3. 2017)
Darstellung: GÖG

Abbildung 2.4:
Über 60-jährige Bevölkerung im EU-28-Vergleich, 2014

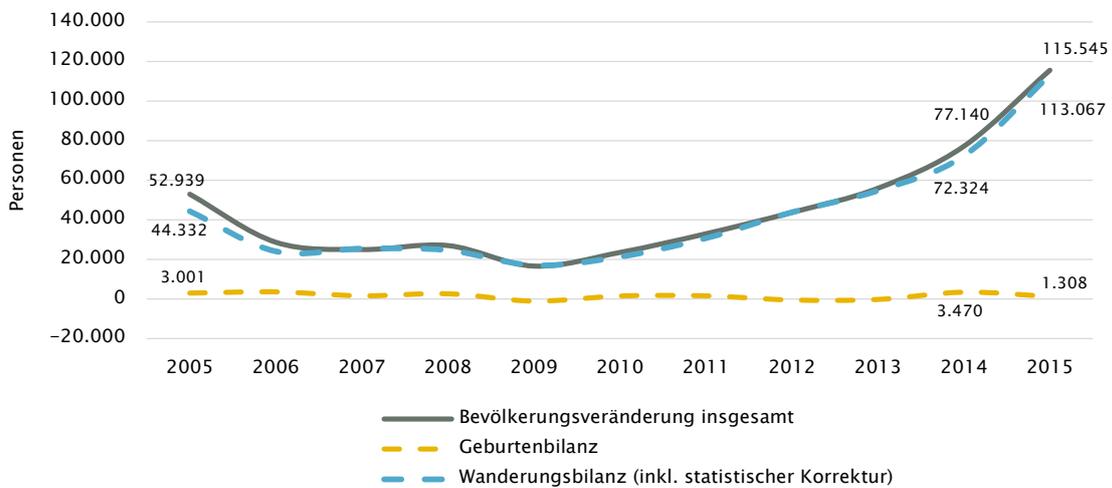


Quelle: Eurostat – Bevölkerungsstatistik (Zugriff am 13. 3. 2017)
Darstellung: GÖG

2.3 Bevölkerungsentwicklung

Im Beobachtungszeitraum **2005 bis 2014** ist in Österreich die **Einwohnerzahl um 3,9 Prozent gestiegen** (BL-Bandbreite: –0,4 bis +8,5 %). Seit 2009 ist dafür vor allem die Zuwanderung verantwortlich. Auch die Geburtenbilanz weist einen stabilen positiven Trend auf (s. Abbildung 2.5).

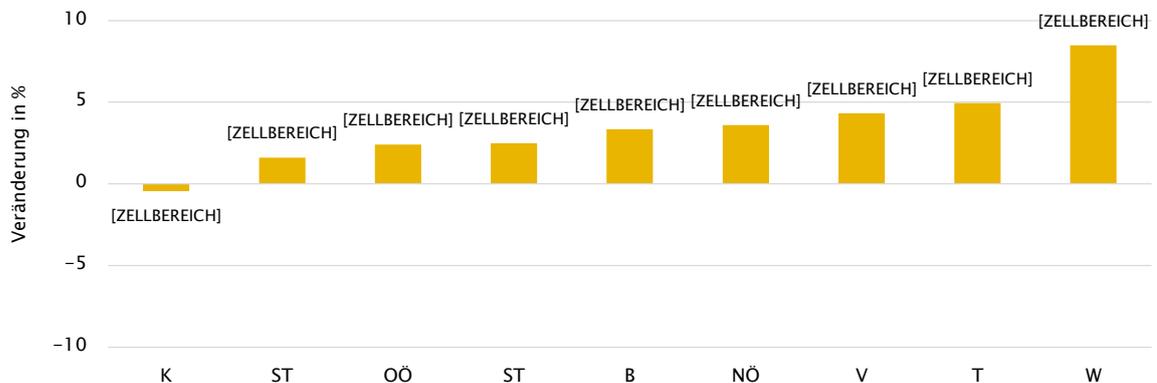
Abbildung 2.5:
Bevölkerungsveränderung in Österreich, 2005–2015



Quelle: Statistik Austria – Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung 2005–2015
Berechnung und Darstellung: GÖG

In Österreich verzeichnen – mit Ausnahme von Kärnten – alle Bundesländer ein Bevölkerungswachstum. In drei Bundesländern beträgt der Bevölkerungszuwachs mehr als 4 Prozent (Wien, Tirol und Vorarlberg; s. Abbildung 2.6).

Abbildung 2.6:
Bevölkerungsveränderung (in %) im Bundesländervergleich (inkl. Absolutwerte), 2005–2014



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

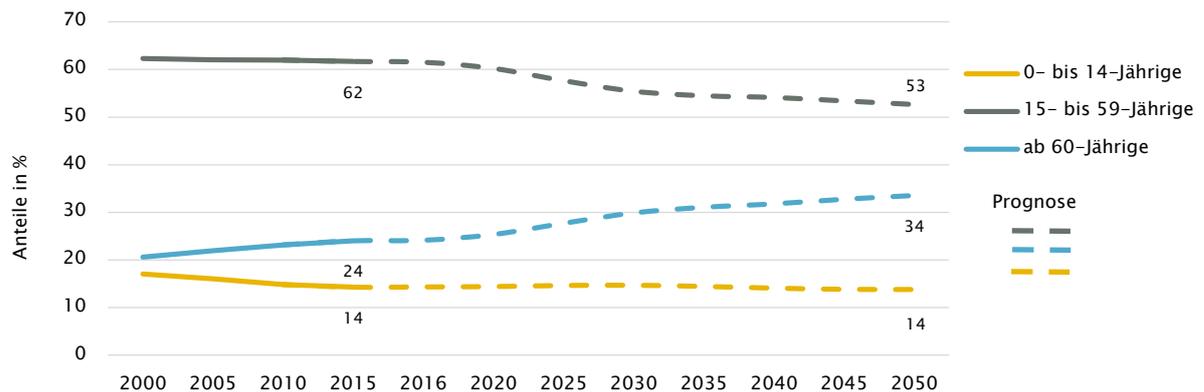
Bevölkerungsprognose

Die Bevölkerungsprognose der Statistik Austria (Hauptvariante) geht davon aus, dass die Bevölkerung in Österreich im Zeitraum **2015 bis 2050** – bei gleichbleibender Entwicklung der Geburten- und Wanderungsbilanz und ungeachtet einer starken Zuwanderungsrate, wie sie etwa durch die starke Migrationsbewegung im Jahr 2015 verursacht wurde – um **13 Prozent** wachsen wird (von derzeit rund 8,63 Mio. auf 9,77 Mio.).

Für die Bevölkerungsstruktur würde das Folgendes bedeuten (s. Abbildung 2.7):

- Der Anteil der unter 15-Jährigen stagniert bei 14 Prozent.
- Der Anteil der 15- bis 59-Jährigen sinkt deutlich, nämlich um rund 9 Prozentpunkte (von 62 auf 53 %).
- Der Anteil der ab 60-Jährigen steigt um 10 Prozentpunkte (von 24 auf 34 %).
- Der Anteil der ab 65-Jährigen steigt um 9 Prozentpunkte (von 19 auf 27 %).

Abbildung 2.7:
Bevölkerungsprognose bis 2050 nach Altersgruppen

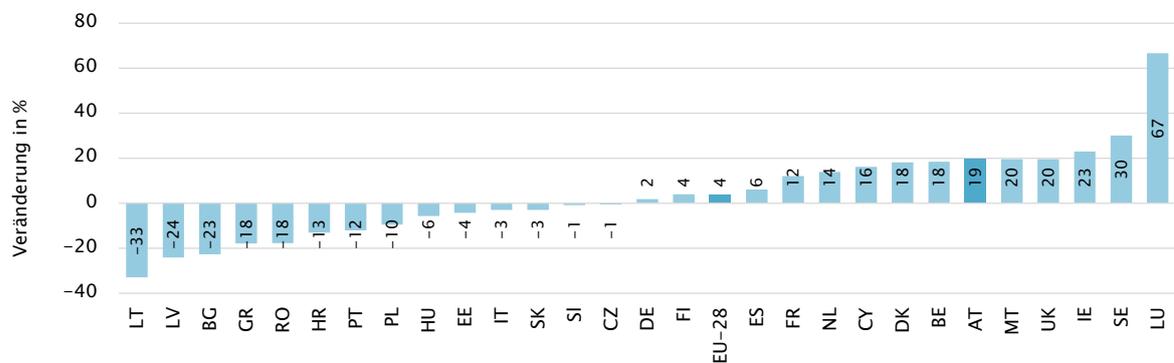


Quelle: Statistik Austria – Bevölkerungsprognose 2015
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Die **Bevölkerungsprognose** für 2050 liegt in Österreich deutlich über dem EU-28-Durchschnitt und weist mit 19 Prozent die **sechsthöchste Bevölkerungszunahme** auf (EU-28-Bandbreite: –33–67 %; s. Abbildung 2.8) aus.

Abbildung 2.8:
Bevölkerungsprognose im EU-28-Vergleich, 2015–2050



Quelle: Eurostat – Bevölkerungsstatistik (Zugriff am 4. 7. 2017)
Darstellung: GÖG

Entsprechend der Basisvorausberechnung nach Eurostat liegt Österreich im Jahr 2050 bei den unter 15-Jährigen unter dem EU-28-Durchschnitt (14 %; EU-28-Bandbreite: 11–18 %). Bezüglich der über 65-Jährigen wird Österreich mit einem Anteil von 27 Prozent ebenso unter dem EU-28-Durchschnitt liegen (EU-28-Bandbreite: 23–37 %). Anders beim Medianalter: Hier wird Österreich mit 48 Jahren über dem EU-28-Durchschnitt (47 Jahre) rangieren (EU-28-Bandbreite: 42–52).

Definitionen und Daten

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

Altersquotient = ab 60-Jährige pro 100 Personen im Alter von 15 bis 59 Jahren

Gesamtquotient = 0- bis 14-Jährige sowie ab 60-Jährige pro 100 Personen zwischen 15 und 59 Jahren

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

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

Die Ergebnisse beruhen auf der Statistik des Bevölkerungsstandes, der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, der Bevölkerungsprognose 2015 (Statistik Austria) sowie der Basisvorausberechnung demografischer Bilanzen und Indikatoren (Eurostat).

3 Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung wird anhand nachstehender Indikatoren beschrieben:

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

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

Tabelle 3.1:
Indikatorenübersicht zu Kapitel 3 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks

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

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

Quelle und Darstellung: GÖG

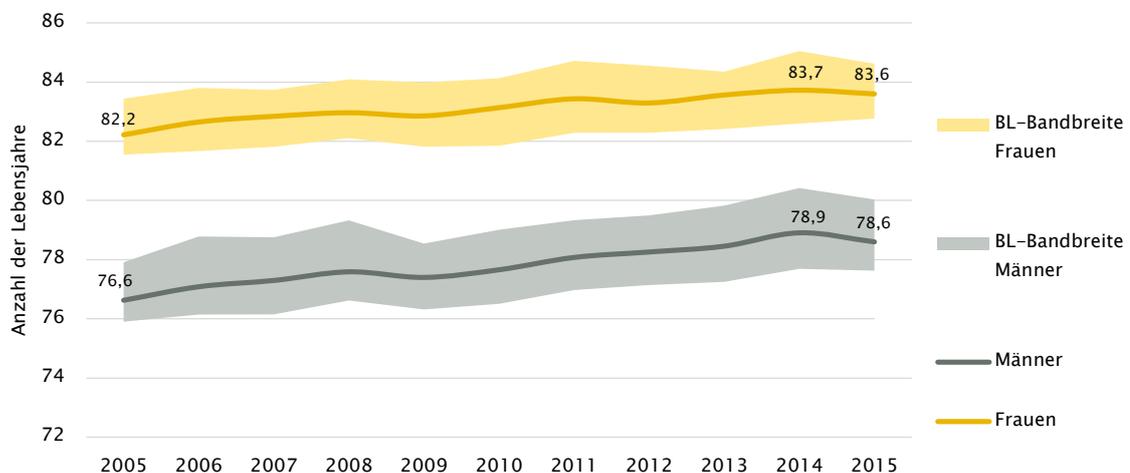
3.1 Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit

Lebenserwartung

Die **Lebenserwartung bei Geburt steigt** in Österreich für Männer und für Frauen. Zwischen 2005 und 2014 ist sie für die männliche Bevölkerung um 2 Jahre, für die weibliche Bevölkerung um 1,3 Jahre gestiegen (s. Abbildung 3.1). Im Jahr 2014 konnten neugeborene Buben 78,9 (BL-Bandbreite: 77,7–80,4 Jahre) und Mädchen 83,7 Lebensjahre (BL-Bandbreite: 82,6–85,1 Jahre) erwarten. Im Jahr 2015 war die Lebenserwartung etwas niedriger als im Jahr davor. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern wird tendenziell geringer, wenngleich **Frauen** immer noch mit **etwa fünf Lebensjahren mehr** rechnen können als Männer (s. Abbildung 3.1).

Abbildung 3.1:

Lebenserwartung in Österreich nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 2005–2015



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2015
Berechnung und Darstellung: GÖG

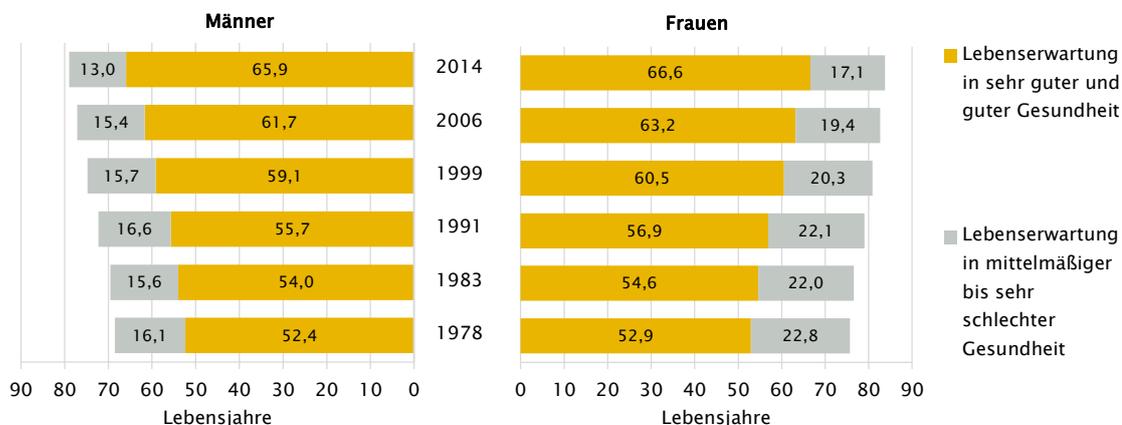
Lebenserwartung in Gesundheit

Ebenso wie die Lebenserwartung ist auch die **Lebenserwartung in Gesundheit gestiegen**. Seit 1991 ist sie für die männliche Bevölkerung um 10,2 Jahre, für die weibliche Bevölkerung um 7,9 Jahre gestiegen (s. Abbildung 3.2). Im Jahr 2014 konnten Österreicherinnen mit 66,6 und Österreicher mit 65,9 Lebensjahren in guter oder sehr guter Gesundheit rechnen (BL-Bandbreite: Frauen 61,7–71,6 Jahre, Männer 64,7–69,4 Jahre).

Hinsichtlich der Entwicklung sind zwei Aspekte hervorzuheben:

1. Der Lebensabschnitt, der in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit verbracht wird, wird langfristig kürzer.
2. Die Lebenserwartung von **Frauen** ist höher, wodurch sie **mehr Lebensjahre in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit** verbringen als Österreicher (17,1 vs. 13 Jahre).

Abbildung 3.2:
Lebenserwartung und Lebenserwartung in guter bis sehr guter Gesundheit in Österreich nach Geschlecht, 1978, 1983, 1991, 1999, 2006 und 2014



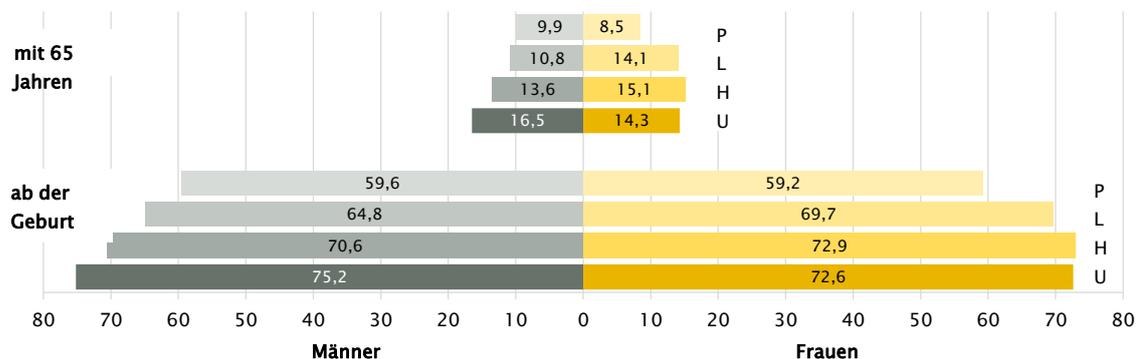
Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 1978, 1983, 1991, 1999, 2006 und 2014, Mikrozensus-Sonderprogramme 1978, 1983, 1991 und 1999, Österreichische Gesundheitsbefragungen 2006/07 und 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Je höher der formale Bildungsabschluss, desto höher die Lebenserwartung und insbesondere die Lebenserwartung in Gesundheit. Im Jahr 2014 konnten in Österreich Männer der höchsten Bildungsstufe (Universitäts- oder Fachhochschulabschluss) mit 75,2 Lebensjahren in sehr guter oder guter Gesundheit, Männer der niedrigsten Bildungsstufe (maximal Pflichtschulabschluss) nur mit 59,6 Lebensjahren (15,6 Lebensjahre weniger) rechnen. Bei Frauen ist der Unterschied mit 72,6 vs. 59,2 Lebensjahren (Differenz 13,4 Lebensjahre) zwar etwas geringer, aber immer noch bemerkenswert groß (s. Abbildung 3.3).

Auch im Alter von 65 Jahren unterscheidet sich die fernere Lebenserwartung in Gesundheit nach Bildung. Während bei der männlichen Bevölkerung diesbezüglich ein eindeutiger Gradient zu erkennen ist (sinkende Lebenserwartung in Gesundheit bei abnehmender Bildung), sind in der weiblichen Bevölkerung (65+) Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss benachteiligt (s. Abbildung 3.3).

Abbildung 3.3:
Lebenserwartung in guter bis sehr guter Gesundheit nach Bildung ab Geburt und mit 65 Jahren, Österreich 2014



höchster formaler Bildungsabschluss:

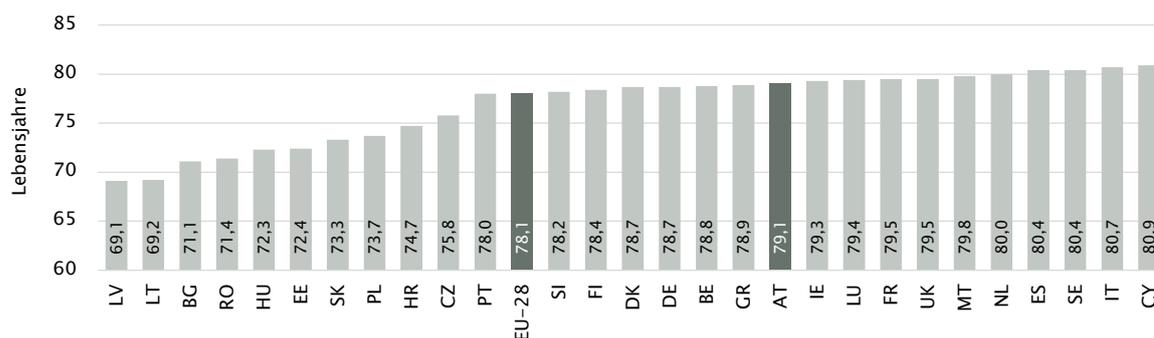
P = maximal Pflichtschule, L = Lehre oder mittlere (Fach-)Schule, H = höhere Schule, U = Universität/Fachhochschule

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

Europäischer Vergleich

Die **Lebenserwartung bei Geburt** liegt in Österreich sowohl bei Männern als auch bei Frauen über dem Durchschnitt der EU-28-Länder und rangiert bei den Männern (EU-28-Bandbreite: 69,1–80,9) wie bei den Frauen (EU-28-Bandbreite: 78,0–86,2) **im europäischen Mittelfeld** (s. Abbildung 3.4 und Abbildung 3.5). Die Werte für Österreich liegen gemäß Eurostat etwas über den Werten der Statistik Austria, da es unterschiedliche Berechnungsweisen für die zugrunde liegende Wohnbevölkerung gibt (Anzahl der Monate, die man im Land wohnhaft sein muss).

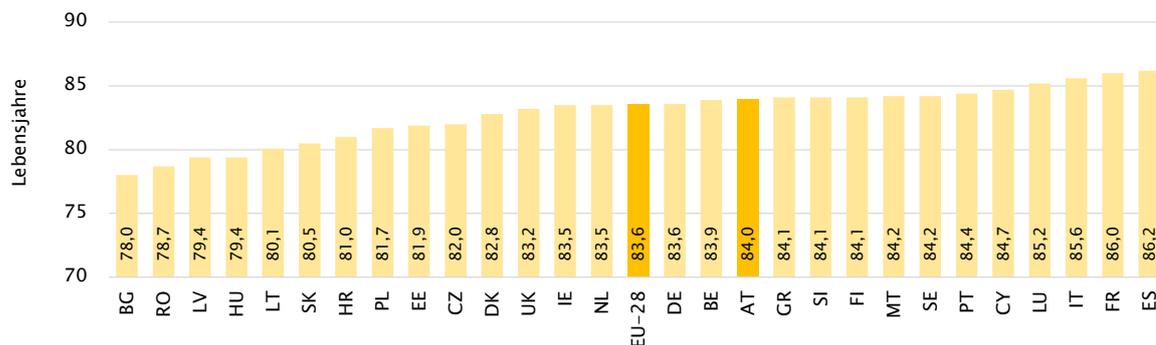
Abbildung 3.4:
Lebenserwartung der Männer bei Geburt im EU-28-Vergleich, 2014



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, ES: Spanien, FI: Finnland, FR: Frankreich, GR: Griechenland, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei; UK: Vereinigtes Königreich

Quelle: Eurostat (Zugriff am 1. 3. 2017)
Darstellung: GÖG

Abbildung 3.5:
Lebenserwartung der Frauen bei Geburt im EU-28-Vergleich, 2014

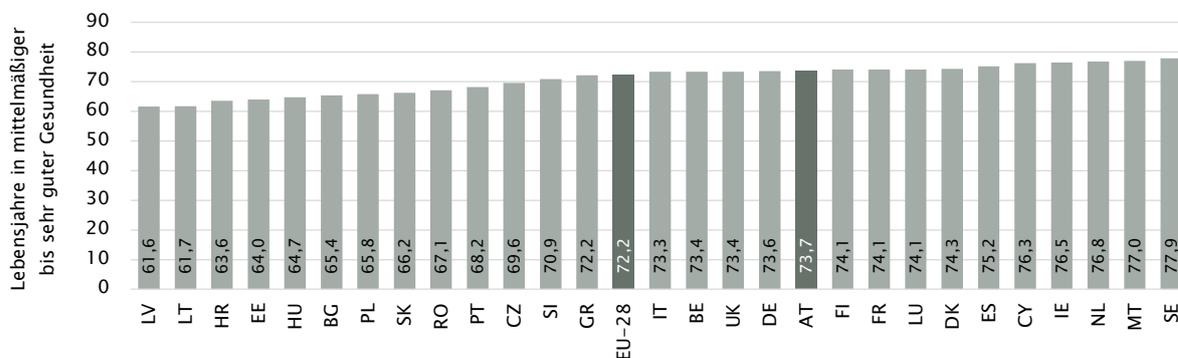


Quelle: Eurostat (Zugriff am 1. 3. 2017)
Darstellung: GÖG

In Bezug auf die **Lebenserwartung in Gesundheit** ist ein europäischer Vergleich derzeit nur auf Basis von EU-SILC möglich. Er beruht ebenfalls auf der selbsteingeschätzten Gesundheit, bezieht sich jedoch auf die Lebenserwartung in mittelmäßiger bis sehr guter Gesundheit.

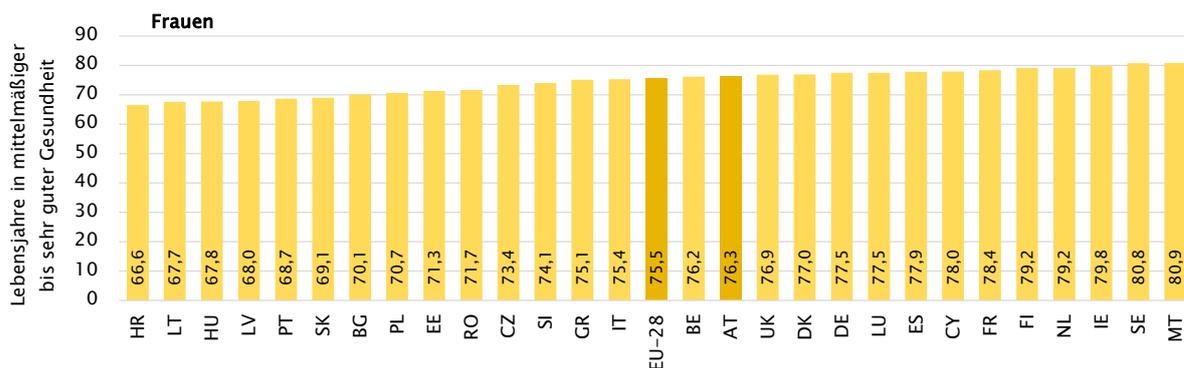
Im EU-28-Vergleich liegen Österreichs Männer mit rund 73,7 Lebensjahren in mittelmäßiger bis sehr guter Gesundheit (EU-28-Bandbreite: 61,6–77,9) und Österreichs Frauen mit rund 76,3 Lebensjahren (EU-28-Bandbreite: 66,6–80,9) über dem EU-28-Durchschnitt (Männer: 72,2; Frauen: 75,5) und rangieren **im europäischen Mittelfeld** (s. Abbildung 3.6 und Abbildung 3.7).

Abbildung 3.6:
Lebenserwartung der Männer in mittelmäßiger bis sehr guter Gesundheit im EU-28-Vergleich, 2014



Quelle: Eurostat (Zugriff am 9. 2. 2017)
Darstellung: GÖG

Abbildung 3.7:
Lebenserwartung der Frauen in mittelmäßiger bis sehr guter Gesundheit im EU-28-Vergleich, 2014



Quelle: Eurostat (Zugriff am 9. 2. 2017)
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die *Lebenserwartung bei Geburt* gibt an, mit wie vielen Lebensjahren bei Geburt im Durchschnitt gerechnet werden kann. Berechnungsbasis sind Sterbetafeln bzw. die Todesursachenstatistik. Sinkt die altersspezifische Mortalität, steigt die Lebenserwartung. Aussagen über sozioökonomisch bedingte Unterschiede in der Lebenserwartung können nur in Kombination mit Befragungsdaten getroffen werden. Sie sind damit auf die entsprechenden Erhebungsjahre limitiert (Klimont/Klotz 2016).

Die *Lebenserwartung in Gesundheit* gibt an, mit wie vielen gesunden Lebensjahren im Durchschnitt bei der Geburt gerechnet werden kann. Berechnungsbasis sind Befragungsergebnisse in Kombination mit Sterbetafeln (Klimont/Klotz 2016). Je nach Berechnungsmethode und Datengrundlage ergeben sich unterschiedliche Varianten:

- nach den zugrunde gelegten Befragungsdaten ATHIS oder EU-SILC
- nach der konkreten Frage, die zur Operationalisierung der guten Gesundheit herangezogen wird (selbsteingeschätzter Gesundheitszustand, chronische Krankheiten oder funktionale Einschränkungen)
- nach der Zusammenfassung der Antwortkategorien (sehr guter oder guter Gesundheitszustand versus sehr guten bis mittelmäßigen Gesundheitszustand)

Im vorliegenden Bericht dient der ATHIS als Berechnungsgrundlage in Kombination mit der Frage nach der selbsteingeschätzten Gesundheit in der Ausprägung sehr gut und gut.

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

3.2 Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

Vier von fünf Österreichern/Österreicherinnen (ab 15 Jahren) haben laut ATHIS 2014 eine **gute bis sehr gute Gesundheit** (BL-Bandbreite: 75–84 %). Nur 5 Prozent bewerten ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht (BL-Bandbreite: 2–6 %). Der Gesundheitszustand der 0- bis 14-Jährigen ist laut Einschätzungen der Eltern bei 97 Prozent sehr gut oder gut (BL-Bandbreite: 95–98 %).

Seit 2006/2007 hat sich der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand der Österreicher/-innen **verbessert**: Der Anteil derer, die sich selbst als sehr gesund bis gesund einschätzen, ist von 76 auf 79 Prozent gestiegen. Die größten Zugewinne sind vor allem bei der ab 60-jährigen Bevölkerung zu verzeichnen (von 52 % auf 60 %).

Ein Geschlechterunterschied findet sich ausschließlich bei der ab 60-jährigen Bevölkerung (sehr gute / gute Gesundheit: Männer 64 %, Frauen 58 %). Für diesen Unterschied sind die höhere Lebenserwartung von Frauen (das Durchschnittsalter der über 60-jährigen Frauen ist höher als jenes der Männer), eine höhere Krankheitslast sowie vermehrt Einschränkungen im Alltag verantwortlich (mehr chronische Krankheiten und Einschränkungen bei Frauen, s. Abschnitt 3.3.1 und 3.4.1).

Der Anteil der Österreicher/-innen mit einem sehr guten oder guten Gesundheitszustand nimmt mit dem Alter deutlich ab: von 95 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 60 Prozent bei den ab 60-Jährigen.

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

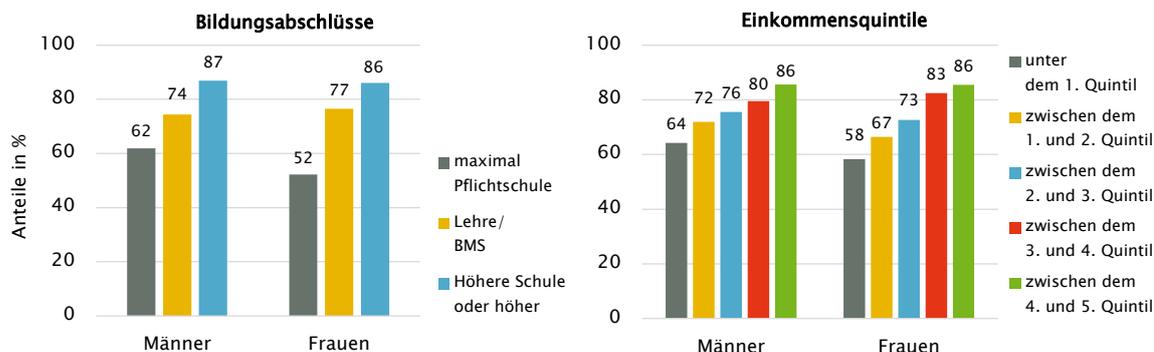
Österreicher/-innen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter) berichten deutlich häufiger über eine (sehr) gute Gesundheit als Österreicher/-innen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (s. Abbildung 3.8).

Ebenfalls deutliche Unterschiede zeigen sich nach dem Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen (s. Abbildung 3.8): Personen aus besser verdienenden Haushalten schätzen ihre Gesundheit besser ein als jene aus schlechter verdienenden Haushalten.

Ein Unterschied nach Migrationshintergrund (ohne vs. mit) findet sich nicht.

Abbildung 3.8:

Sehr guter bis guter Gesundheitszustand nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014



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

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

Europäischer Vergleich

Ein europäischer Vergleich ist derzeit nur auf Basis von **EU-SILC** möglich. Der Vergleich eröffnet, dass Österreich im Jahr 2014 (bei Personen mit sehr guter oder guter Gesundheit) über dem EU-28-Durchschnitt liegt und **im europäischen Mittelfeld** rangiert.

Definitionen und Daten

Die *selbsteingeschätzte Gesundheit* gibt Auskunft über den allgemeinen Gesundheitszustand. Im Unterschied zu rein klinischen Befunden werden damit auch die körperlichen, psychischen und sozialen Aspekte der Gesundheit erfasst (Klimont/Baldaszi 2015). Die selbsteingeschätzte Gesundheit gibt an, wie gesund sich jemand fühlt, und eignet sich für die Vorhersage von Krankheit und Sterblichkeit sowie jene der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Bachmann et al. 2015). Personen, die ihre Gesundheit eher negativ bewerten, leiden im Lebensverlauf häufiger an kognitiven und funktionalen Einschränkungen sowie chronischen Erkrankungen, nehmen mehr medizinische Leistungen in Anspruch und haben ein höheres Sterberisiko (Robert Koch-Institut 2015).

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

3.3 Krankheiten und Gesundheitsprobleme

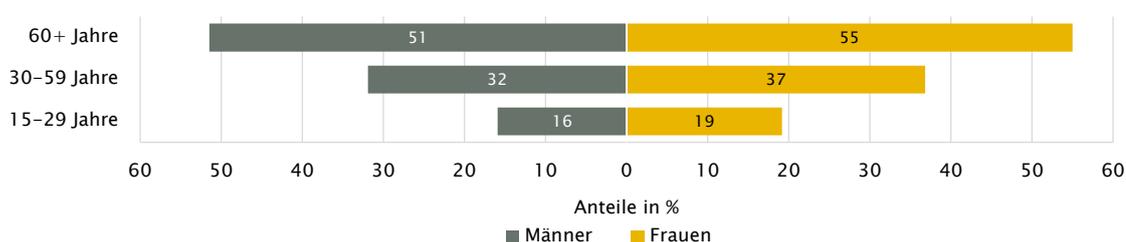
3.3.1 Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme

36 Prozent der österreichischen Bevölkerung (ab 15 Jahren) – das sind etwa 2,60 Mio. Österreicherinnen und Österreicher – litten 2014 an zumindest einer dauerhaften Krankheit oder einem chronischen Gesundheitsproblem (BL-Bandbreite: 34–40 %). Seit 2006/2007 blieb dieser Anteil weitgehend **unverändert** (s. Klimont et al. 2007).

Mit einem Anteil von 39 Prozent sind **Frauen häufiger** von chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen betroffen als Männer (33 %). Dies gilt in allen Altersgruppen (s. Abbildung 3.9).

Das Ausmaß chronischer Krankheiten/Gesundheitsprobleme nimmt mit dem Alter zu: von 18 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 53 Prozent bei den ab 60-Jährigen.

Abbildung 3.9:
Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme in Österreich nach Altersgruppen, 2014



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

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

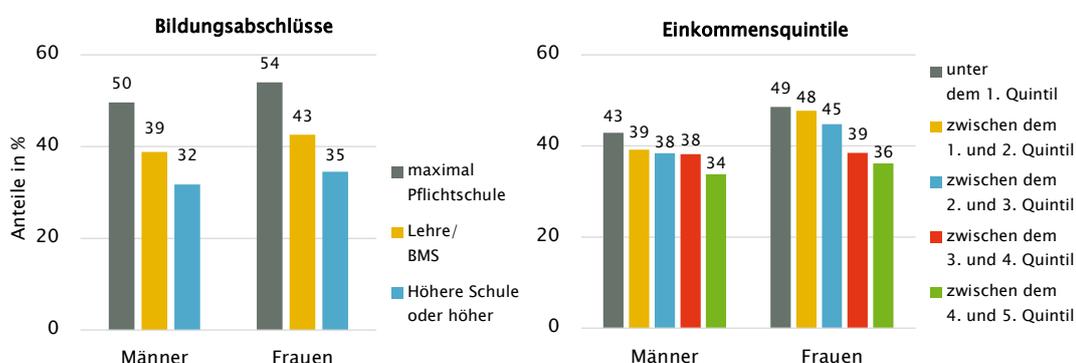
Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Die Prävalenz chronischer Krankheiten/Gesundheitsprobleme nimmt mit zunehmendem Bildungsgrad ab (von 53 Prozent bei Personen mit maximal einem Pflichtschulabschluss auf 33 Prozent bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss) und lässt einen deutlichen Einkommensgradienten erkennen (von 46 % im untersten Einkommensquintil bis 35 % im obersten; s. Abbildung 3.10).

Österreichische Männer ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) leiden häufiger an chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen als Männer mit Migrationshintergrund (34 % vs. 29 %). Dieses Ergebnis ist vor allem durch den Altersunterschied der Vergleichsgruppen bedingt (Österreicher ohne Migrationshintergrund sind häufiger über 60 Jahre alt als Österreicher mit Migrationshintergrund).

Abbildung 3.10:

Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Bildung und Haushaltseinkommen, Österreich 2014



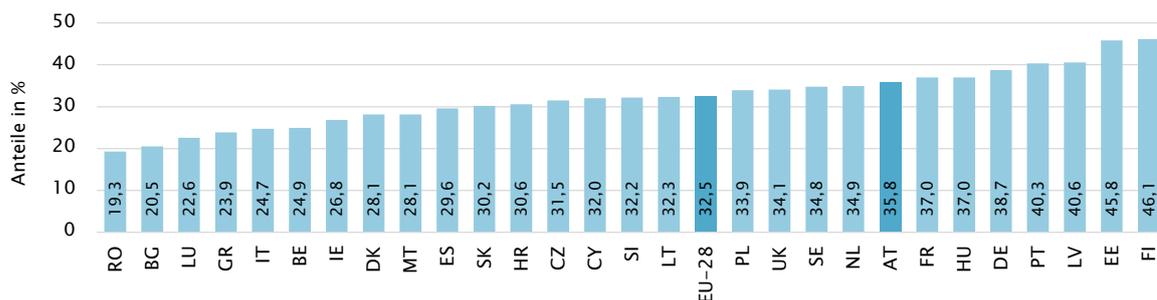
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

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

Europäischer Vergleich

Ein europäischer Vergleich ist derzeit nur auf Basis von **EU-SILC** möglich. Im EU-28-Vergleich liegt Österreich bezüglich chronischer Krankheiten und Gesundheitsproblemen über dem Durchschnitt der EU-28-Länder (rund 33 %) und rangiert mit rund 36 Prozent (EU-28-Bandbreite: 19–46 %) **im oberen Drittel** (s. Abbildung 3.11).

Abbildung 3.11:
Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme im EU-28-Vergleich, 2014

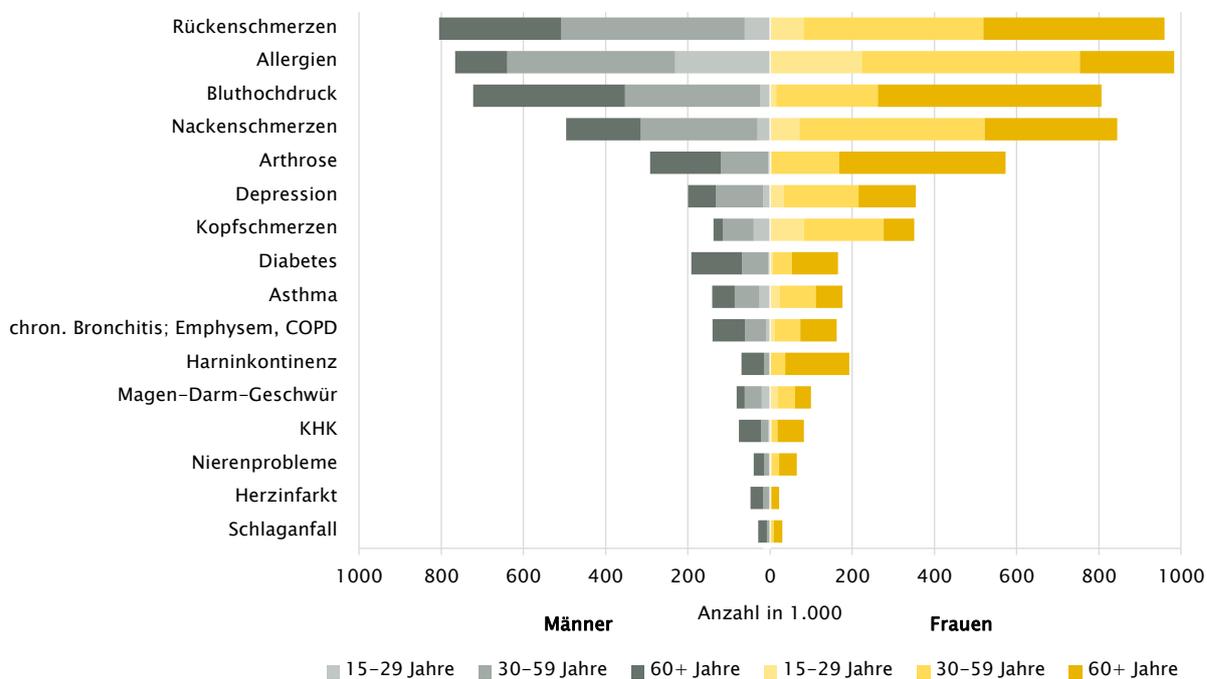


Quelle: Eurostat – EU-SILC 2014 (Zugriff am 9. 2. 2017)
Darstellung: GÖG

Überblick

Am häufigsten leidet die österreichische Bevölkerung an: Rückenschmerzen (Global-Burden-of-Disease-Faktor Nr. 1; rund 1,76 Mio. Menschen), Allergien (rund 1,75 Mio. Menschen), Bluthochdruck (rund 1,5 Mio. Menschen) und Nackenschmerzen (rund 1,3 Mio. Menschen). Bei Frauen und Männern ergibt sich allerdings eine etwas unterschiedliche Reihenfolge (s. Abbildung 3.12).

Abbildung 3.12:
Ausgewählte chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme in Österreich nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014



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

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

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

Definitionen und Daten

Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) wird zuerst – ganz allgemein – nach *dauerhaften Krankheiten oder chronischen Gesundheitsproblemen* gefragt (Krankheiten/Gesundheitsprobleme, die zumindest 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden). Danach werden – in Bezug auf die letzten 12 Monate – einzelne Krankheiten und Gesundheitsprobleme erfasst. Bei manchen Krankheiten wird darüber hinaus erhoben, ob dafür eine ärztliche Diagnose vorliegt (Klimont/Baldaszi 2015). Nur bei ausgewählten Krankheiten/Gesundheitsproblemen ist ein Vergleich mit dem ATHIS 2006/2007 möglich (Klimont et al. 2007). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

Allergien

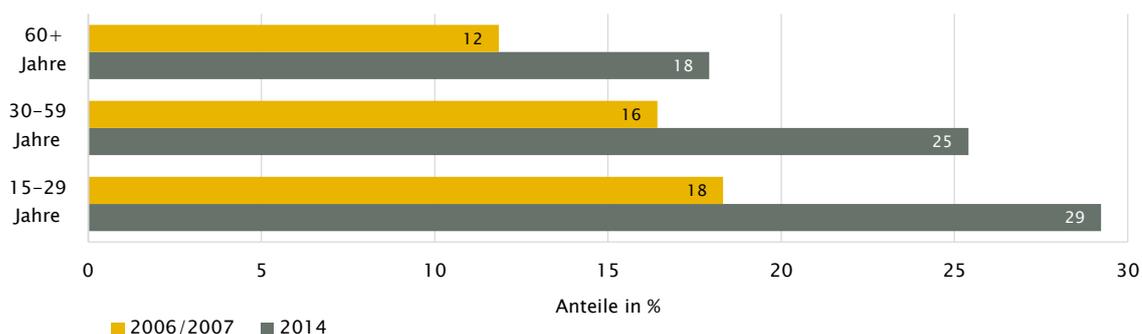
24 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher ab 15 Jahren sind – laut ATHIS 2014 – durch irgendeine Form von Allergie betroffen (rund 1,75 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 22–26 %), **Frauen** etwas **häufiger** als Männer (27 % vs. 22 %). Der Großteil dieser Allergien wurde ärztlich diagnostiziert (20 von 24 %).

Seit 2006/2007 ist der Anteil betroffener Österreicher/-innen **deutlich gestiegen** (um 8 Prozentpunkte). Ein besonders deutlicher Anstieg ist bei der 15- bis 59-jährigen Bevölkerung zu erkennen (s. Abbildung 3.13).

Die 15- bis 59-jährige Bevölkerung leidet häufiger an Allergien (25–29 %) als die ab 60-jährige Bevölkerung (18 %).

Abbildung 3.13:

Allergien* in Österreich nach Altersgruppen, 2006/2007 und 2014



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

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

Bewegungsapparat

Zumindest drei der in der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 angesprochenen chronischen Krankheiten/Gesundheitsprobleme betreffen den Bewegungsapparat: Rückenschmerzen, Nackenschmerzen und Arthrose. Alle drei Beschwerdeguppen sind vergleichsweise häufig (s. Abbildung 3.12):

- **24 Prozent** der Österreicher/-innen ab 15 Jahren leiden unter chronischen **Rückenschmerzen** (rund 1,76 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 21–28 %).
- **19 Prozent** sind von chronischen **Nackenschmerzen** betroffen (rund 1,34 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 16–22 %).
- **12 Prozent** haben eine **Arthrose** (rund 865.000 Personen; BL-Bandbreite: 9–14 %).

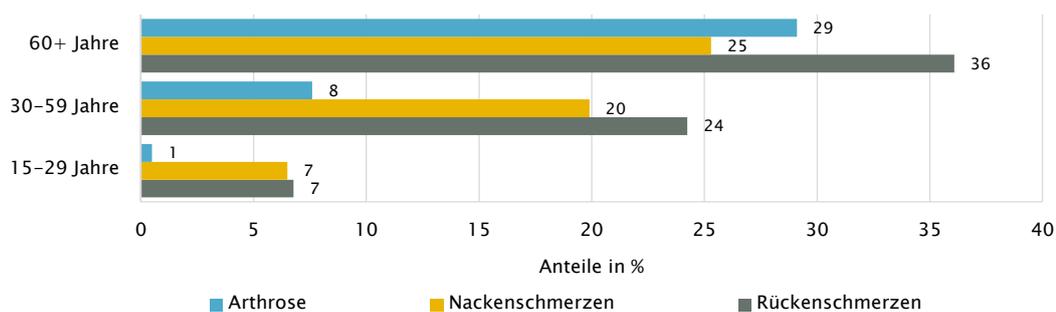
In den Jahren 2006/2007 waren 15 Prozent der Österreicher/-innen von einer Arthrose und 33 Prozent von Wirbelsäulenbeschwerden (Beschwerden im Rücken-, Nacken- oder Brustwirbelbereich) betroffen.

Frauen leiden insgesamt **häufiger** an chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen des Bewegungsapparats: Sie sind häufiger von Rückenschmerzen (26 % vs. 23 %), Nackenschmerzen (23 % vs. 14 %) und von Arthrose betroffen (15 % vs. 8 %). Alle drei Gesundheitsprobleme nehmen mit dem Alter deutlich zu (s. Abbildung 3.14).

Chronische Rückenschmerzen und Nackenschmerzen treten schon in jungen Jahren bei rund 7 Prozent der österreichischen Bevölkerung auf. In der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen leidet bereits ein Viertel unter Rücken- und ein Fünftel unter Nackenschmerzen. Bei den ab 60-Jährigen hat bereits jede dritte Österreicherin / jeder dritte Österreicher Rückenschmerzen, ein Viertel der Österreicher/-innen klagt über chronische Nackenschmerzen und 29 Prozent leiden unter einer Arthrose.

Abbildung 3.14:

Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme des Bewegungsapparats nach Altersgruppen, Österreich 2014



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

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

Atemwegserkrankungen

Die häufigsten chronischen Atemwegserkrankungen sind Asthma und COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung / Chronic Obstructive Pulmonary Disease). Im Jahr 2014 litten – laut ATHIS – **4,4 Prozent** der Österreicher/-innen ab 15 Jahren an **Asthma** (rund 317.000 Personen; BL-

Bandbreite: 3–6 %) und **4,2 Prozent** an **chronischer Bronchitis, einem Lungenemphysem oder COPD** (rund 300.000 Personen; BL-Bandbreite: 3–5 %). 2006/2007 waren es 4,5 bzw. 3,9 Prozent.

Chronische Atemwegserkrankungen sind im fortgeschrittenen Alter häufiger als in jungen Jahren: Von den ab 60-jährigen Österreichern/Österreicherinnen sind etwas mehr als 8 Prozent von Bronchitis/COPD und rund 6 Prozent von Asthma betroffen. Von den 15- bis 29-Jährigen sind es 1,4 bzw. 3 Prozent.

Im europäischen Vergleich liegt Österreich – laut European Health Interview Survey (EHIS) 2014 – bei **Asthma** (EU-28-Bandbreite exkl. Irland: 2–9 %) unter dem europäischen Durchschnitt (6 %) **im unteren europäischen Mittelfeld** und bei **chronischen Krankheiten der unteren Atemwege** (chronische Bronchitis, Lungenemphysem oder COPD; EU-28-Bandbreite exkl. Irland: 1–6 %) im europäischen Durchschnitt bzw. **im oberen europäischen Vergleichsfeld**.

Diabetes

12-Monats-Prävalenz

5 Prozent der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren habengemäß ATHIS 2014 eine Diabeteserkrankung (rund 339.000 Personen; BL-Bandbreite: 3–7 %), Frauen und Männer etwa gleich häufig. Im Jahr 2006/2007 lag die Diabetesprävalenz bei 5,5 Prozent.

Die Diabetesprävalenz weist einen deutlichen Altersbezug auf: Sie steigt von unter 1 Prozent bei den unter 30-Jährigen auf rund 12 Prozent bei den ab 60-Jährigen und beträgt bei den 30- bis 59-Jährigen 3 Prozent.

Im europäischen Vergleich liegt Österreich – laut EHIS 2014 – bei Diabetes (EU-28-Bandbreite exkl. Irland: 4–10 %) unter dem europäischen Durchschnitt (7 %) und zählt **zu den EU-Ländern mit der geringsten Diabetesprävalenz**.

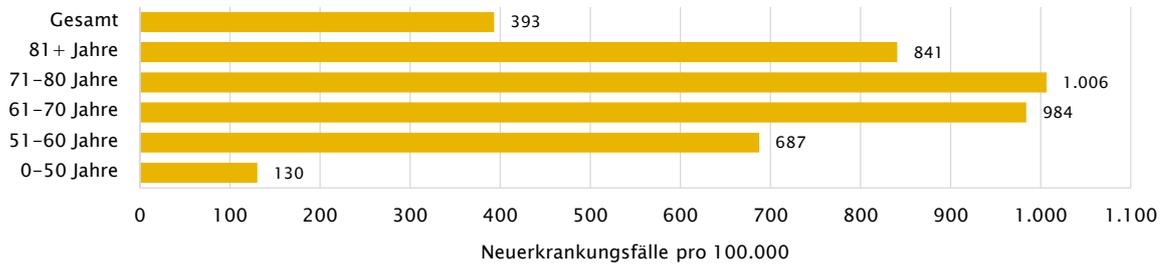
Diabetes-Typ-2-Inzidenz

Ergänzend zur Prävalenz kann aus Medikamentendaten die Diabetes-Typ-2-Inzidenz geschätzt werden (s. Definitionen und Daten). **Jährlich** erkranken in Österreich rund **33.000 Menschen** an Typ-2-Diabetes. Das entspricht einer durchschnittlichen Inzidenzrate (der Jahre 2012–2014) von **393 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 EW** (rohe Rate; BL-Bandbreite: 294–496). Zwischen 2012 und 2014 hat die Diabetes-Typ-2-Inzidenz **tendenziell etwas abgenommen**: von 409 auf 387 Fälle pro 100.000 EW.

Die **männliche Bevölkerung** scheint **häufiger** an Typ-2-Diabetes zu erkranken (421 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 vs. 367; Dreijahresdurchschnitt). Allerdings handelt es sich hierbei um rohe und keine altersstandardisierten Raten.

Die 61- bis 80-jährige Bevölkerung weist mit rund 1.000 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 EW die höchste Inzidenzrate auf (s. Abbildung 3.15).

Abbildung 3.15:
Diabetes-Typ-2-Inzidenz in Österreich nach Altersgruppen, Jahresdurchschnitt 2012–2014



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

Definitionen und Daten

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

Limitationen:

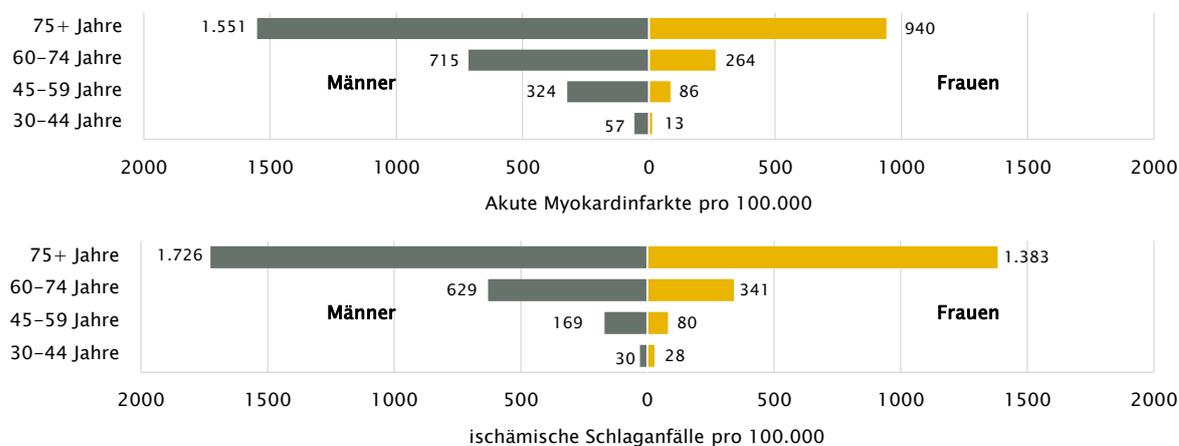
- Medikamente, die günstiger als die Rezeptgebühr sind, scheinen in der Datenbank nicht auf.
- Personen, die ihre Medikamente ausschließlich selbst finanzieren oder im Krankenhaus bzw. in SV-Einrichtungen erhalten, sind nicht berücksichtigt.
- Nichtmedikamentös behandelte Typ-2-Diabetiker/-innen sind nicht erfasst.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herzinfarkt und Schlaganfall sind die häufigsten folgenschweren Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (Griebler et al. 2015).

Im Jahr 2014 erlitten in Österreich rund **19.200 Personen** einen akuten **Myokardinfarkt** (ICD-10: I21–22), 7.200 Frauen und 12.000 Männer. Das entspricht einer altersstandardisierten Rate (pro 100.000 EW; Europa-Bevölkerung 2013) von 148 Neuerkrankungsfällen bei Frauen (BL-Bandbreite: 106–184) und von 336 Fällen bei Männern (BL-Bandbreite: 263–450). Die **männliche Bevölkerung** ist damit deutlich **häufiger** von einem akuten Myokardinfarkt betroffen als die weibliche (gilt für alle Altersgruppen). Die Inzidenz akuter Myokardinfarkte nimmt mit dem Alter deutlich zu und wird vor allem bei der ab 45-jährigen Bevölkerung epidemiologisch bedeutsam (s. Abbildung 3.16).

Abbildung 3.16:
Akuter Myokardinfarkt und ischämischer Schlaganfall nach Altersgruppen und Geschlecht, Neuerkrankungsfälle pro 100.000, Österreich 2014

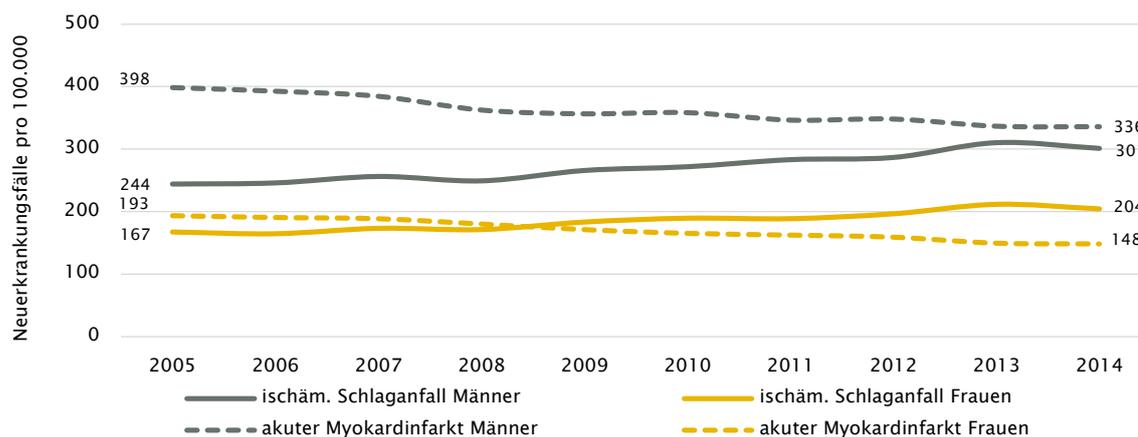


altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

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

Die Anzahl akuter Myokardinfarkte ist im Beobachtungszeitraum 2005 bis 2014 bei Männern gestiegen und bei Frauen gesunken. Die **altersstandardisierte Rate** hat für beide Geschlechter **abgenommen** (um 2,2 % pro Jahr; s. Abbildung 3.17).

Abbildung 3.17:
Akuter Myokardinfarkt und ischämischer Schlaganfall nach Geschlecht, Neuerkrankungsfälle pro 100.000, Österreich 2005–2014



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

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

Einen **ischämischen Schlaganfall** (ICD-10: I63; auch: Hirninfarkt) erlitten im Jahr 2014 rund **20.200 Personen**, 9.900 Frauen und 10.300 Männer. Die altersstandardisierte Rate (pro 100.000 EW) beträgt bei den österreichischen Männern 300 (BL-Bandbreite: 235–400) und bei den Frauen 200 Neuerkrankungsfälle (s. Abbildung 3.17; BL-Bandbreite: 161–271). Auch ischämische Schlaganfälle sind in der **männlichen Bevölkerung** deutlich **häufiger** als in der weiblichen (ab einem Alter von 45 Jahren; s. Abbildung 3.17). Die Inzidenz ischämischer Schlaganfälle nimmt mit dem Alter zu und steigt ab einem Alter von 45 Jahren deutlich an (s. Abbildung 3.16).

Ischämische Schlaganfälle sind sowohl absolut (um 4,4 % pro Jahr; bei Männern mehr als bei Frauen) als auch bezogen auf die altersstandardisierte Rate **häufiger geworden** (um durchschnittlich 2,4 % pro Jahr; s. Abbildung 3.17).

Definitionen und Daten

Akuter Myokardinfarkt (ICD-10-Codes: I21 und I22) und *ischämischer Schlaganfall* (ICD-10-Code: I63) werden im Normalfall stationär behandelt und/oder führen unmittelbar zum Tod. Deshalb ist die Inzidenz aus der Kombination von Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und Todesursachenstatistik geschätzt (s. BMG 2015c). Diese Inzidenz bildet die Grundlage für die hier dargestellten Analysen.

In den Daten nicht enthalten sind:

- Klinisch unauffällige Fälle und solche, die sowohl in der DLD als auch in der Todesursachenstatistik nicht als solche dokumentiert wurden
- Personen, die – im Sinne der unikausalen Kodierung – nicht ursächlich an einem Myokardinfarkt oder Schlaganfall verstorben sind.

Da in der DLD (bis 2014) keine Patientinnen/Patienten identifizierbar sind, wird die Anzahl der Betroffenen auf Basis der Wohnpostleitzahl, des Geschlechts und des Geburtsdatums geschätzt: Sind Personen hinsichtlich dieser Merkmale identisch, werden sie als ein Patient / eine Patientin gezählt. Daraus können sich Unschärfen hinsichtlich vermeintlich identischer Personen (Unterschätzung) sowie – bedingt durch einen Wohnortswechsel – vermeintlich verschiedener Personen (Überschätzung) ergeben.

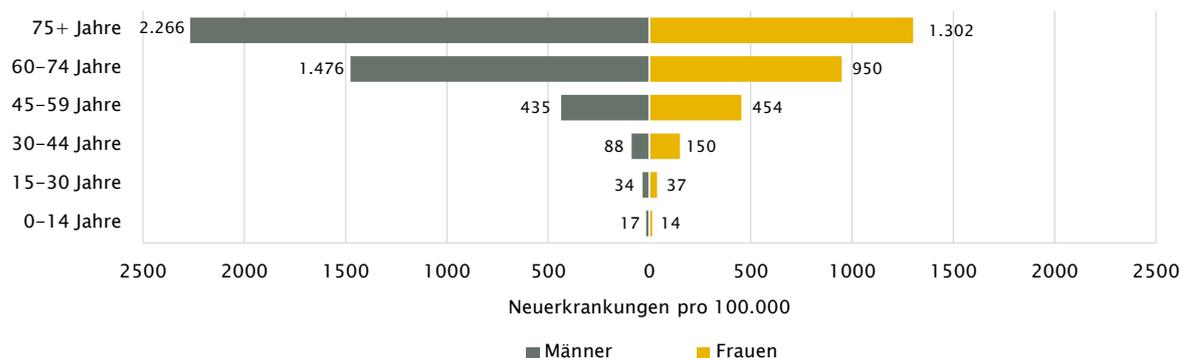
Krebs

Knapp **40.000 Menschen** in Österreich erkranken **jährlich** an Krebs (ICD-10: C00–C96, exkl. C44); im Jahr 2014 waren es rund 18.500 Frauen und 20.400 Männer. Das entspricht einer altersstandardisierten Rate (pro 100.000 EW; Europa-Bevölkerung 2013) von 407 Neuerkrankungsfällen bei Frauen (BL-Bandbreite: 380–499) und von 563 Fällen bei Männern (BL-Bandbreite: 480–686). Ab einem Alter von **60 Jahren und älter** erkranken **Männer** mehr als 1,5-mal so häufig an Krebs wie Frauen, **unter 60 Jahren** ist die Inzidenz bei **Frauen** höher. Für beide Geschlechter gilt, dass die Krebsinzidenz mit dem Alter deutlich ansteigt.

Bei **Frauen** werden Krebserkrankungen bereits in jüngeren Jahren virulent und nehmen ab einem Alter von etwa 30 Jahren deutlich zu: von rund 150 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 EW auf etwa 1.300 Fälle bei ab 75-Jährigen (s. Abbildung 3.18).

Bei **Männern** treten Krebserkrankungen häufig ab einem Alter von 45 Jahren auf. Die Rate steigt von 435 Fällen pro 100.000 EW bei 45- bis 59-Jährigen auf rund 2.300 Fälle bei ab 75-Jährigen (s. Abbildung 3.18).

Abbildung 3.18:
Krebsinzidenz in Österreich nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014

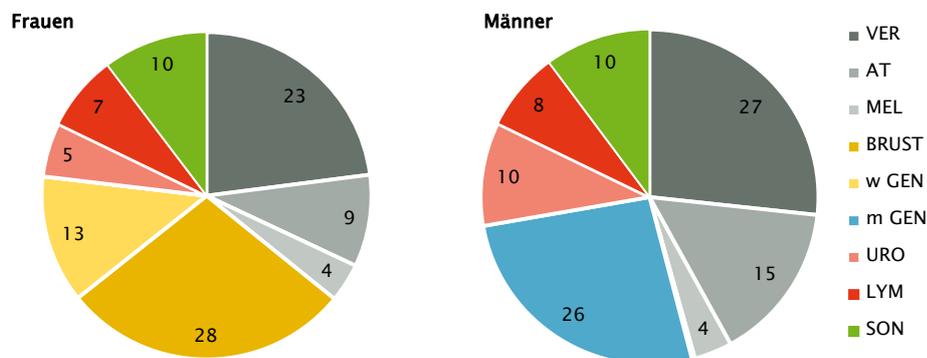


altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die **häufigsten Lokalisationen** einer Krebsneuerkrankung sind bei **Frauen** die **Brust** (26 %) und die **Verdauungsorgane** (23 %), bei **Männern** die **Prostata** (26 %) und die **Verdauung** (27 %; Abbildung 3.19). Weitere häufige Lokalisationen sind die Atmungsorgane, die weiblichen Genitalorgane (v. a. Gebärmutterkrebs, gefolgt von Eierstockkrebs), Harnorgane (v. a. bei Männern), das lymphatische, blutbildende Gewebe sowie die Haut (s. Abbildung 3.19).

Abbildung 3.19:
Häufigste Krebslokalisationen nach Geschlecht, Neuerkrankungsfälle in Österreich (in %), Durchschnitt der Jahre 2005–2014



ICD-10-Codes:

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

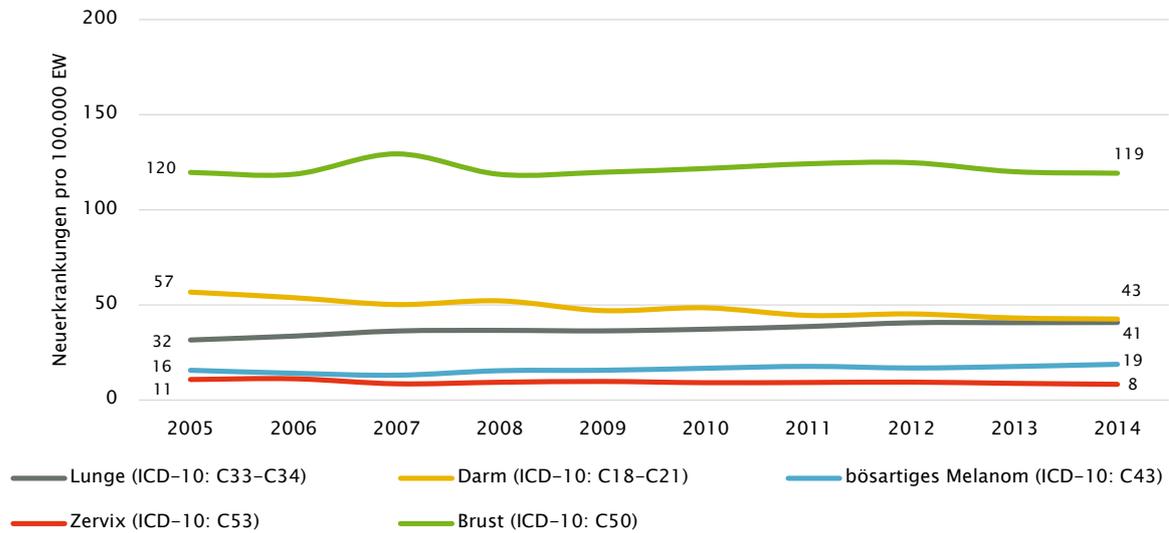
Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 2005–2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Eine Zeitreihe der Jahre **2005–2014** zeigt, dass die Krebsinzidenz bei **Frauen weitgehend gleich blieb**, aber ab 2012 ein Rückgang erkennbar ist (insgesamt –6 %); häufigste Lokalisationen s. Abbildung 3.20). Bei **Männern** hat die Krebsinzidenz **kontinuierlich abgenommen** (–16 %; häufigste Lokalisationen s. Abbildung 3.21).

Einzelne Lokalisationen sind trotz des Gesamttrends steigend:

- Lungenkrebs bei Frauen (+29 %)
- bösartige Neubildungen der Haut (Melanome); bei Frauen plus 20 Prozent, bei Männern plus 47 Prozent

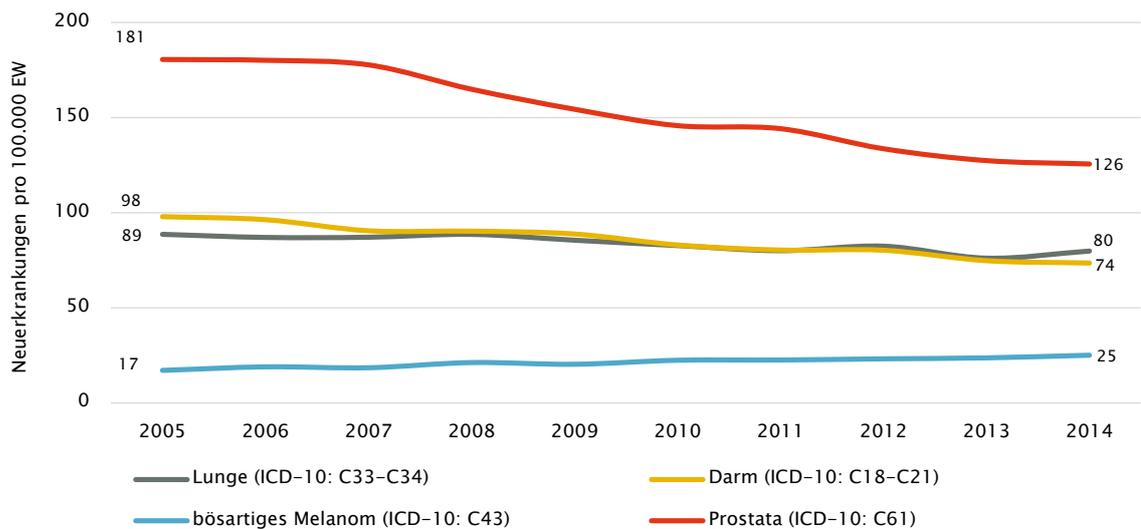
Abbildung 3.20:
Krebsinzidenz bei Österreicherinnen für ausgewählte Lokalisationen, 2005–2014



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

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

Abbildung 3.21:
Krebsinzidenz bei Österreichern für ausgewählte Lokalisationen, 2005–2014



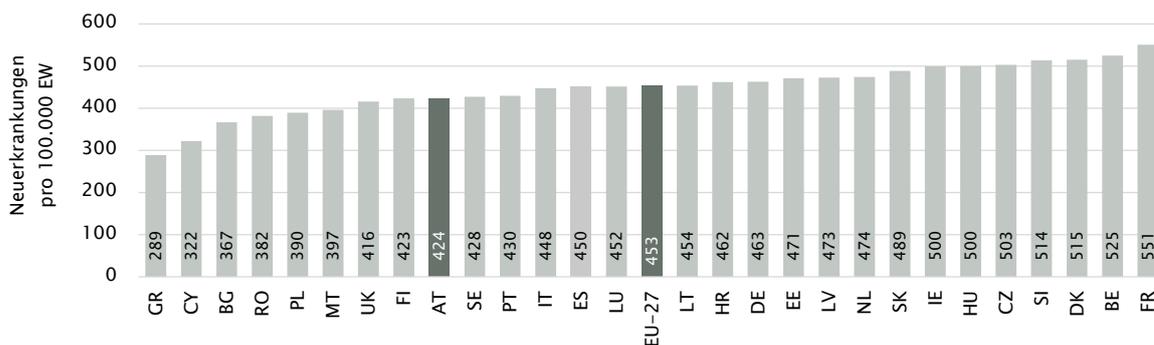
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

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

Europäischer Vergleich

Ein Vergleich zwischen den Ländern der Europäischen Union konstatiert Österreich unterdurchschnittliche Inzidenzwerte, sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Die Inzidenzrate bei Männern reicht von 289 in Griechenland bis 551 in Frankreich (s. Abbildung 3.22) und bei Frauen von 192 in Griechenland bis 454 in Dänemark (Abbildung 3.23) (Ferlay et al. 2013).

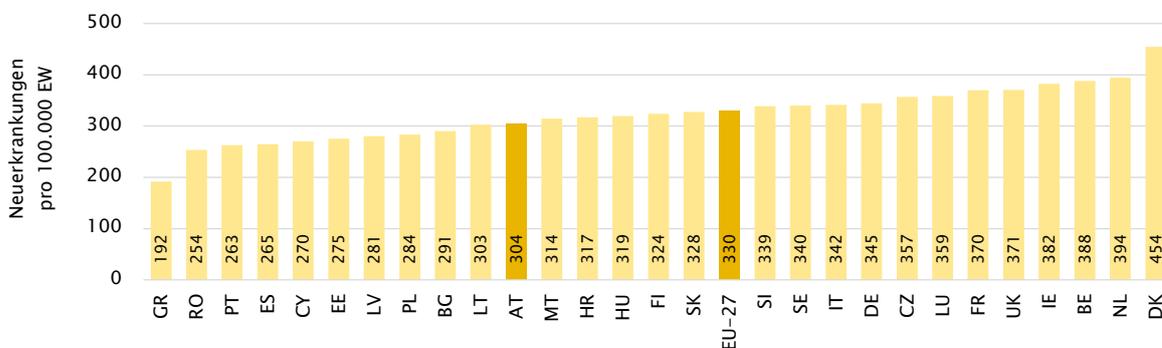
Abbildung 3.22:
Krebsinzidenz der Männer im EU-27-Vergleich, 2012



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2012
EU-27: ohne Kroatien

Quelle: Ferlay et al. 2013; Darstellung: GÖG

Abbildung 3.23:
Krebsinzidenz der Frauen im EU-27-Vergleich, 2012



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2012
EU-27: ohne Kroatien

Quelle: Ferlay et al. 2013; Darstellung: GÖG

Die aktuelle Outcome-Messung im Gesundheitswesen stellt für vier ausgewählte Lokalisationen Vergleiche zwischen den europäischen Ländern an: für Lungen-, Darm-, Haut- und Gebärmutterhalskrebs. Österreich lag im Jahr 2012 bei allen Diagnosen unter dem Durchschnitt der EU-28-Länder, insbesondere im Falle von Darmkrebs bei Frauen. Ausnahmen sind die durchschnittliche Melanom-Inzidenzrate bei Männern und die überdurchschnittliche Lungenkrebs-Inzidenzrate bei Frauen (BMG 2016).

Definitionen und Daten

Die Krebsstatistik wird von der Statistik Austria geführt und ist Grundlage für die Berechnung der Krebsinzidenz (ICD-10: C00–C96 ohne C44). Die Krebsstatistik erfasst Krebsneuerkrankungen aller Personen mit Wohnsitz in Österreich, die eine Behandlung in Österreich erfahren haben oder ursächlich an einer Krebserkrankung verstorben sind (maligne invasive Fälle und DCO-Fälle) nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Tumorlokalisation. In vier Bundesländern (Vorarlberg, Tirol, Salzburg und Kärnten) bestehen regionale Krebsregister. Unter anderem deshalb sind Validität und Vollständigkeit regional und zeitlich sehr unterschiedlich. Ein Abgleich mit der Todesursachenstatistik verbessert die Datenqualität, hat aber zur Folge, dass die Krebsstatistik regelmäßig rückwirkend revidiert wird.

Der internationale Vergleich stammt aus einer vergleichenden Studie aus dem Jahr 2013, die nicht unmittelbar mit den nationalen Routinedaten verglichen werden kann. Zumindest drei Gründe hierfür können angeführt werden: eine etwas ältere Standardbevölkerung. Die Berechnungsmethoden beinhalten auch Schätzungen. Das österreichische Krebsregister wird auf Basis eines Abgleichs mit der Todesursachenstatistik immer wieder auch rückwirkend revidiert.

Depression²

Diagnostizierte Depression innerhalb der letzten 12 Monate

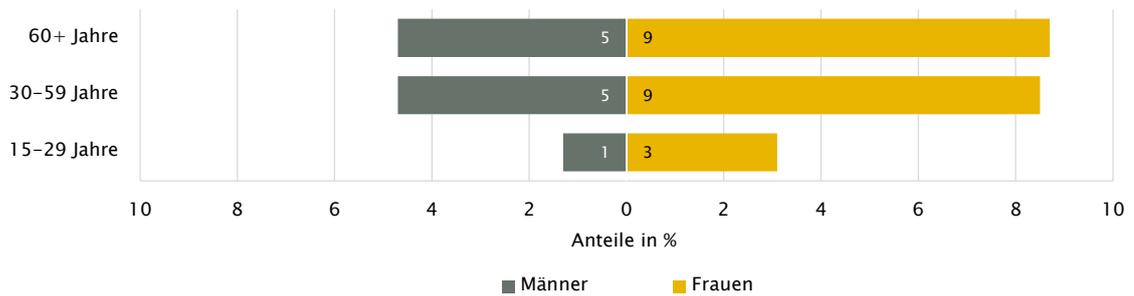
Laut ATHIS 2014 hatten **5,7 Prozent** der Österreicher/-innen (15 Jahre und älter) in den letzten 12 Monaten eine ärztlich diagnostizierte Depression (rund 415.000 Personen; BL-Bandbreite: 6–11 %). Weitere 1,9 Prozent waren eigenen Angaben zufolge von einer Depression betroffen (rund 139.000 Personen).

Die **weibliche Bevölkerung** weist etwa **doppelt so häufig** eine ärztlich diagnostizierte Depression auf wie die männliche Bevölkerung (7,5 vs. 3,9 %). Dies gilt für alle Altersgruppen (s. Abbildung 3.24). Bezüglich selbsteingeschätzter Depression ist hingegen kein Geschlechterunterschied erkennbar (2,1 % vs. 1,8 %).

Bei Männern wie bei Frauen nimmt die Prävalenz ärztlich diagnostizierter Depressionen ab einem Alter von 30 Jahren deutlich zu. Selbsteingeschätzte Depressionen steigen hingegen von rund 1 Prozent (bei den 15- bis 29-Jährigen) auf etwa 4 Prozent (bei der ab 60-jährigen Bevölkerung).

² Anhand der Routinedaten können derzeit keine Aussagen zur Häufigkeit anderer psychischer Erkrankungen getroffen werden.

Abbildung 3.24:
Diagnostizierte Depression: 12-Monats-Prävalenz nach Alter und Geschlecht, Österreich 2014



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

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

Depressive Symptomatik innerhalb der letzten zwei Wochen

5 Prozent der Österreicher/-innen (15 Jahre und älter) waren – laut ATHIS 2014 – innerhalb der letzten zwei Wochen vor der Befragung von einer Depression betroffen (rund 358.000 Personen), 1,4 Prozent von einer Major Depression (99.000 Personen).

Bei Frauen beträgt der Anteil je nach Altersgruppe zwischen 4 und 6 Prozent, bei Männern zwischen 4 und 5 Prozent, wobei bei den **Männern** tendenziell die **ab 60-Jährigen**, bei den **Frauen** die **unter 60-Jährigen** häufiger betroffen sind.

Im europäischen Vergleich (mit 25 EU-Staaten; Bandbreite: 3–10 %) liegt Österreich – laut EHS 2014 – **im europäischen Mittelfeld**.

Definitionen und Daten

Die Angaben zur Häufigkeit depressiver Erkrankungen stammen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (Klimont/Baldaszi 2015). Die Teilnehmer/-innen wurden gefragt, ob sie in den letzten 12 Monaten eine Depression hatten und, wenn ja, ob diese von einem Arzt diagnostiziert wurde. Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 sind nicht möglich (Klimont et al. 2007). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

Aussagen zum Ausmaß depressiver Symptome (bezogen auf die letzten zwei Wochen vor der Befragung) werden im ATHIS 2014 auf Basis des Personal Health Questionnaire (PHQ-8) getroffen – eines Selbstbeurteilungsinstruments, das zu Screening-Zwecken in der klinischen Praxis und in Gesundheitssurveys eingesetzt wird. Depressive Symptome werden dabei gemäß der diagnostischen Kriterien nach DSM-IV erfragt. In seiner kategorialen Anwendung unterscheidet der PHQ-8 zwischen einer Major Depression und „anderen Formen“ einer depressiven Erkrankung (Kroenke et al. 2009).

3.3.2 Karies

Karies ist die häufigste nichtübertragbare Krankheit und entsteht, wenn z. B. das Bakterium *Streptococcus mutans* die sauren Stoffwechselprodukte aus dem Abbau von Nahrungstoffen (z. B. Koh-

lenhydraten) an den Zahnbelag (Plaque) abgibt. Durch das saure Milieu auf der Zahnoberfläche weicht der Zahnschmelz auf. Die darunter liegenden Zahnstrukturen lösen sich in weiterer Folge auf. Unzureichende Mundhygiene und ein zahnschädigendes Ernährungsverhalten (z. B. häufiger Konsum von Zucker, Schokolade, Chips und Mehlprodukten) fördern die kariöse Zerstörung der Zähne. Karies ist jedoch durch gezielte Vorbeugemaßnahmen (regelmäßige, effiziente Mundhygiene mit Fluoriden, zahnfreundliche Ernährungsweise und regelmäßige zahnärztliche Kontrollen) zu einem Großteil vermeidbar (Bodenwinkler et al. 2012).

Das Zahngesundheitsprogramm der WHO postuliert, dass bis zum Jahr 2020 80 Prozent der sechsjährigen Kinder kariesfrei sein sollten. Zwölfjährige Kinder sollten bis 2020 maximal 1,5 von Karies geschädigte Zähne aufweisen.

Zahnstatus sechsjähriger Kinder

Gemäß WHO-Definition haben **52 Prozent** der sechsjährigen Kinder in Österreich ein **kariesfreies Gebiss** (BL-Bandbreite: 28–64 %). Seit 2006 ist der Anteil kariesfreier 6-Jähriger um 7 Prozentpunkte gestiegen. **Mädchen** haben **häufiger** ein kariesfreies Gebiss als Burschen (54 % vs. 49 %). Im Durchschnitt weisen sechsjährige Kinder in Österreich 2,1 kariös geschädigte Zähne auf (Burschen: 2,4; Mädchen: 1,9; s. Tabelle 3.2).

Zahnstatus zwölfjähriger Kinder

Bei den Zwölfjährigen sind rund 68 Prozent kariesfrei (BL-Bandbreite: 59–84 %). Seit 2007 ist ihr Anteil um 20 Prozentpunkte gestiegen. Sie weisen im Durchschnitt **einen kariös geschädigten Zahn** auf (BL-Bandbreite: 0,6–1,4 Zähne; s. Tabelle 3.2). Bei den Zwölfjährigen ist – im Gegensatz zu den Sechsjährigen – kein Unterschied zwischen den Geschlechtern erkennbar.

Tabelle 3.2:
Kariesprävalenz bei Sechs- und Zwölfjährigen in Österreich, 2011/2012 und 2012/2013

	Sechsjährige						Gesamt
	Burschen	Mädchen	Migrationshintergrund ¹		Matura ²		
			ohne	mit	Eltern ohne	Eltern mit	
kariesfrei nach WHO	48,7	54,3	59,8	34,9	37,4	60,1	51,5
Kinder mit völlig gesundem Gebiss	38,2	40,2	47,4	22,9	26,3	47,5	39,2
Kinder mit saniertem Gebiss	15,2	15,0	16,1	13,2	13,5	16,2	15,1
Kinder mit Behandlungsbedarf	36,0	30,7	24,1	51,9	49,0	23,6	33,4
durchschnittliche Anzahl kariös geschädigter Zähne (d ₃ mft)	2,4	1,9	1,4	3,5	3,2	1,4	2,1
	Zwölfjährige						Gesamt
	Burschen	Mädchen	Migrationshintergrund ¹		Matura ²		
			ohne	mit	Eltern ohne	Eltern mit	
kariesfrei nach WHO	68,0	67,6	71,6	59,7	62,3	71,4	67,7
Kinder mit völlig gesundem Gebiss	32,6	32,4	37,9	21,1	23,0	38,7	32,5
Kinder mit saniertem Gebiss	20,7	18,4	19,5	19,6	20,3	19,6	19,5
Kinder mit Behandlungsbedarf	11,4	14,0	9,0	20,6	17,4	9,0	12,8
durchschnittliche Anzahl kariös geschädigter Zähne (D ₃ MFT)	1,0	1,0	0,8	1,3	1,2	0,8	1,0

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

² mit Matura: Mindestens ein Elternteil hat eine höhere Schule abgeschlossen.

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

Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund

Hinsichtlich der Verbreitung von Karies zeigen sich bei den Sechsjährigen deutliche Unterschiede nach Migrationshintergrund und Bildung (s. Tabelle 3.2):

- 35 Prozent der Sechsjährigen mit Migrationshintergrund (mindestens ein Elternteil hat einen Migrationshintergrund), jedoch 60 Prozent ohne Migrationshintergrund sind kariesfrei.
- Kinder mit Migrationshintergrund haben im Durchschnitt 3,5, Kinder ohne Migrationshintergrund 1,4 kariös geschädigte Zähne.
- Von den Kindern mit Migrationshintergrund haben 52 Prozent ein unsaniertes Gebiss, von den Kindern ohne Migrationshintergrund 24 Prozent.
- Kinder, deren Eltern keine Matura aufweisen, haben im Durchschnitt 3,2 kariös geschädigte Zähne, Kinder, deren Eltern mindestens einen Maturaabschluss haben, 1,4 geschädigte Zähne.
- Von Kindern aus „bildungsfernen“ Haushalten haben 49 Prozent ein unsaniertes Gebiss, bei Kindern aus „Maturahaushalten“ 24 Prozent.

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

- 60 Prozent der Zwölfjährigen mit Migrationshintergrund, jedoch 72 Prozent ohne Migrationshintergrund sind kariesfrei.
- Kinder mit Migrationshintergrund haben im Durchschnitt 1,3, Kinder ohne Migrationshintergrund 0,8 kariös geschädigte Zähne.

- Kinder mit Migrationshintergrund weisen zu 21 Prozent, Kinder ohne Migrationshintergrund zu 9 Prozent ein unsaniertes Gebiss auf.
- 62 Prozent der Zwölfjährigen mit Eltern ohne Matura sind nach WHO kariesfrei, hingegen 71 Prozent der Kinder, deren Eltern mindestens einen Maturaabschluss aufweisen.
- Zwölfjährige mit Eltern ohne Matura haben durchschnittlich 1,2 geschädigte Zähne, Zwölfjährige mit Eltern mit Matura 0,8 geschädigte Zähne.
- Der Anteil der Zwölfjährigen mit unsaniertem Gebiss beträgt 17 Prozent bei jenen, deren Eltern keine Matura aufweisen, und 9 Prozent bei jenen aus „Maturahaushalten“.

Europäischer Vergleich

Laut WHO weisen in Europa 20 bis 90 Prozent der sechsjährigen Kinder ein kariöses Gebiss auf. Zwölfjährige weisen im Schnitt 0,5 bis 3,5 geschädigte Zähne auf. In Europa zeichnet sich ein starker Unterschied zwischen Nord/Süd und Ost/West ab. Der Anteil an kariesfreien sechsjährigen Kindern liegt in nördlichen Staaten bei teilweise 80 Prozent und darüber und bei Staaten im Osten bei unter 50 Prozent. Österreichs Anteil an sechsjährigen Kindern ohne Karies ist mit 52 Prozent etwa vergleichbar mit jenem Deutschlands (BMG 2016).

Definitionen und Daten

Kariesfrei nach WHO bedeutet, dass bei der Zahninspektion (klinische Untersuchung mithilfe eines Mundspiegels und einer WHO-CPI-Sonde) keine kariösen Dentindefekte (Kavität = d3, Füllung = f oder wegen Karies extrahierter Zahn = m) im Gebiss sichtbar sind. Der d_3mft/D_3MFT muss also 0 sein. Ein „völlig gesundes Gebiss“ haben Menschen, wenn ihre Zähne keinerlei kariöse Spuren aufweisen.

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

Die Zahnstatusdaten stammen aus den Länder-Zahnstatuserhebungen 2011/2012 und 2012/2013 (Bodenwinkler et al. 2012; Bodenwinkler et al. 2014). Von den Sechsjährigen wurde eine repräsentative Stichprobe von 3.376 Kindern, von den Zwölfjährigen eine Stichprobe von 3.504 Kindern untersucht. Sie repräsentieren rund 78.000 Sechsjährige bzw. 83.000 Zwölfjährige. Die Vergleichszahlen stammen aus den Zahnstatuserhebungen 2006 und 2007 (Bodenwinkler et al. 2007; Bodenwinkler et al. 2009).

Die WHO-Informationen stammen von der WHO-Seite <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/oral-health/data-and-statistics>

3.3.3 Verletzungen aufgrund von Unfällen und ihre Versorgung

Laut ATHIS 2014 waren rund **11 Prozent** der Österreicher/-innen (15 Jahre und älter; ca. 786.000 Personen; 109 Verletzte pro 100.000 EW) in den letzten 12 Monaten **aufgrund von Freizeit-, Haushalts- oder Straßenverkehrsunfällen verletzt** (BL-Bandbreite: 9–13 %).³

³ Arbeitsunfälle werden an anderer Stelle thematisiert (s. Punkt 5.3.4).

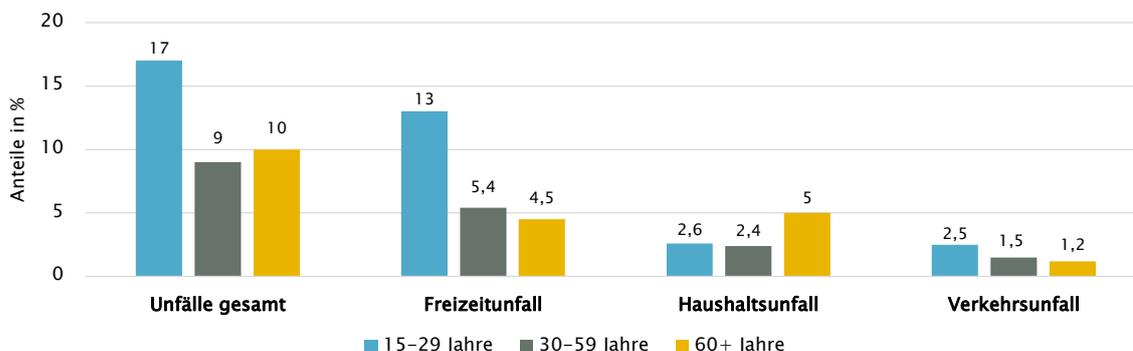
- 7 Prozent (487.000 Personen bzw. 67 Verletzte pro 1.000 EW ab 15 Jahren) aufgrund eines Freizeitunfalls (BL-Bandbreite: 5–9 %),
- 3 Prozent (228.000 Personen bzw. 32 Verletzte pro 1.000 EW ab 15 Jahren) aufgrund eines Haushaltsunfalls (BL-Bandbreite: 3–5 %) und
- 2 Prozent (116.000 Personen bzw. 16 Verletzte pro 1.000 EW ab 15 Jahren) aufgrund eines Straßenverkehrsunfalls (BL-Bandbreite: 1–2 %).

Männer zwischen 15 und 59 Jahren sind **häufiger** von Verletzungen betroffen als gleichaltrige Frauen (15 bis 29-Jährige: 23 % vs. 11 %, 30 bis 59-Jährige: 10 % vs. 8 %). Dies betrifft vor allem Verletzungen aufgrund von Freizeitunfällen (15 bis 29-Jährige: 18 % vs. 7 %, 30 bis 59-Jährige: 7 % vs. 4 %). In der Altersgruppe **60 und mehr Jahre** verletzten sich **Frauen häufiger** als Männer (12 % vs. 8 %), vor allem bei Haushaltsunfällen (6 % vs. 3,5 %).

Vermeehrt treten Verletzungen bei den **15- bis 29-Jährigen** auf (durch Freizeit- und Straßenverkehrs-unfälle; s. Abbildung 3.25). Verletzungen aufgrund von Haushaltsunfällen treten häufiger bei **ab 60-Jährigen** auf.

Abbildung 3.25:

Verletzte innerhalb der letzten 12 Monate nach Altersgruppen und Unfallart, Österreich 2014



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

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

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Bildungsunterschiede zeigen sich bei der 30- bis 59-jährigen sowie bei der männlichen Bevölkerung. Für beide Gruppen gilt, dass unfallbedingte Verletzungen bei **Personen mit maximal einem Pflichtschulabschluss seltener** sind als bei Menschen mit einem höheren Bildungsabschluss. Ein Zusammenhang mit dem Haushaltseinkommen findet sich nicht.

Männer mit Migrationshintergrund sind häufiger von unfallbedingten Verletzungen betroffen als Männer ohne Migrationshintergrund (16 % vs. 12 %). Bei Frauen besteht dieser Unterschied nicht.

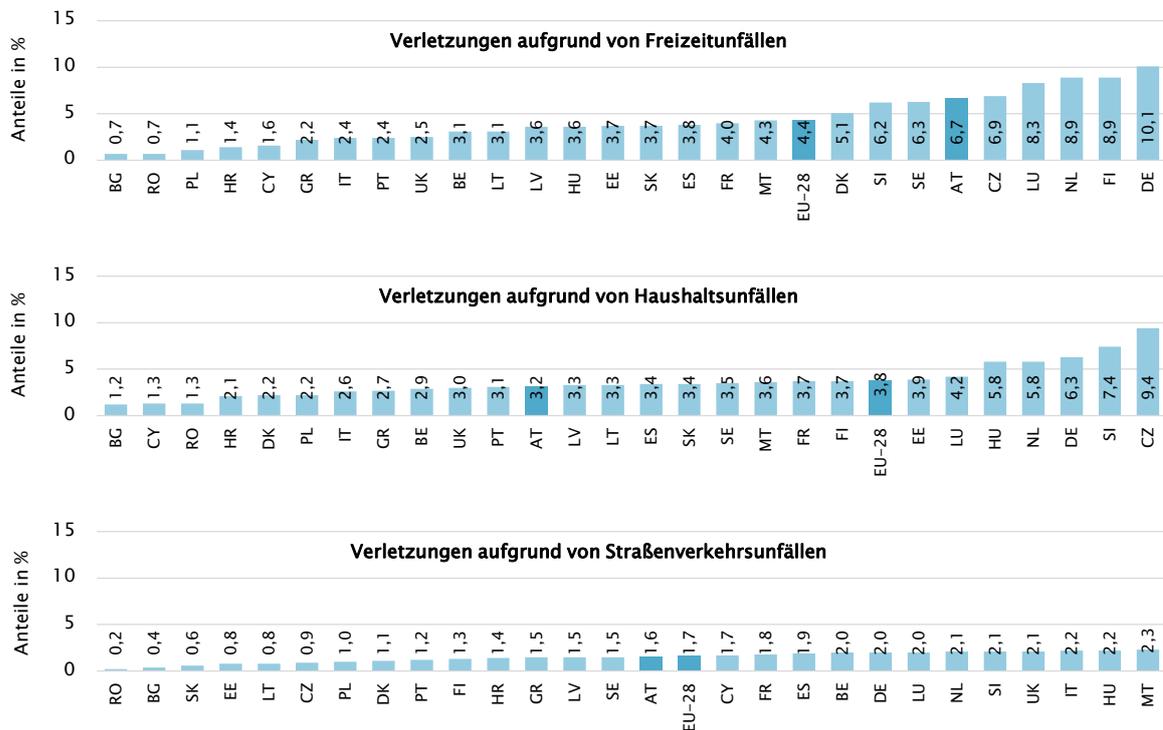
Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich laut European Health Interview Survey (EHIS) 2014 bei

- Verletzungen aufgrund von Freizeitunfällen (EU-28-Bandbreite exkl. Irland: 0,7–10,1 %) über dem europäischen Durchschnitt (4,4 %) und unter den sechs Ländern mit dem höchsten Anteil;
- Verletzungen aufgrund von Haushaltsunfällen (EU-28-Bandbreite exkl. Irland: 1,2–9,4 %) unter dem europäischen Durchschnitt (4,4 %) und im europäischen Mittelfeld;
- Verletzungen aufgrund von Straßenverkehrsunfällen (EU-28-Bandbreite exkl. Irland: 0,2–2,3 %) in etwa im europäischen Durchschnitt (1,7 %) und im europäischen Mittelfeld (s. Abbildung 3.26).

Abbildung 3.26:

Verletzte im EU-28-Vergleich nach Unfallart*, 2014



*exkl. Irland

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2014 (Zugriff am 9. 2. 2017)

Darstellung: GÖG

Medizinisch versorgte Unfälle

Acht von zehn Österreicherinnen/Österreichern (15 Jahre und älter; rund 605.000 Personen) mussten aufgrund einer unfallbedingten Verletzung durch einen Freizeit-, Haushalts- oder Straßenverkehrsunfall medizinisch versorgt werden (BL-Bandbreite: 74–81 %):

- 64 Prozent (24.000 Personen) ambulant (BL-Bandbreite: 44–68 %),
- 22 Prozent (132.000 Personen) stationär (BL-Bandbreite: 15–39 %) und
- 14 Prozent (84.000 Personen) im niedergelassenen Bereich (durch Arzt/Ärztin, Sanitäter/-in etc.; BL-Bandbreite: 7–20 %).

Bei Verletzten im Alter von 30 bis 59 Jahren (80 % bzw. 258.000 Personen) sowie von 60 und mehr Jahren (79 % bzw. 157.000 Personen) ist eine medizinische Versorgung häufiger notwendig als bei Verletzten im Alter von 15 bis 29 Jahren (72 % bzw. 190.000 Personen). Die stationäre Versorgung von Verletzungen nimmt mit dem Alter stark zu (von 8 % bei den 15- bis 29-Jährigen und 15 % bei den 30- bis 59-Jährigen auf 31 % bei Verletzten im Alter von 60 oder mehr Jahren).

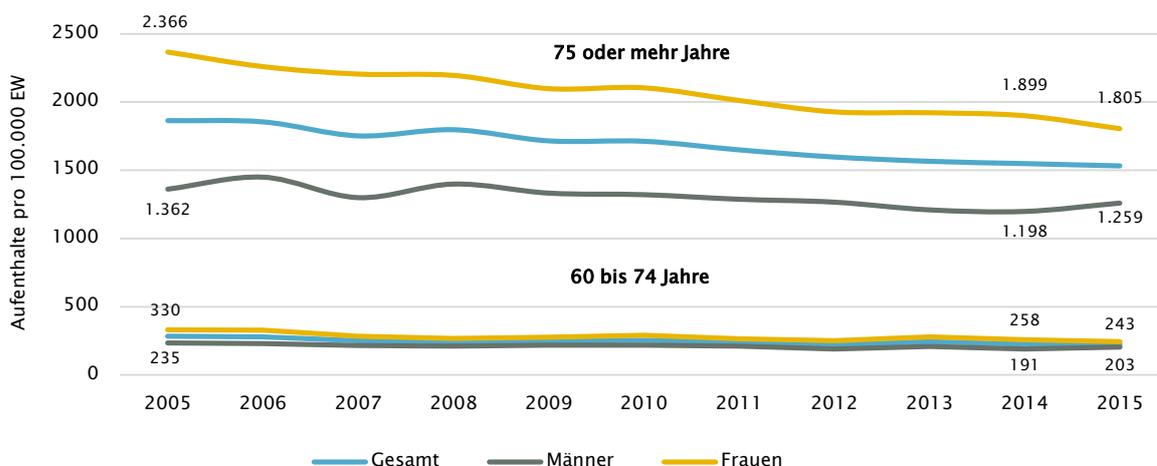
Sturzbedingte Frakturen des Oberschenkelknochens

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

In Österreichs Akutkrankenanstalten wurden im Jahr **2014** bei **ab 75-Jährigen rund 11.900 Aufenthalte** aufgrund petrochantärer Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens dokumentiert (in Haupt- oder Nebendiagnose). Dies entspricht einer altersstandardisierten Rate (Europa-Bevölkerung 2013) von 1.549 Aufenthalten pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 1.349–1.753). Personen im Alter von **60 bis 74 Jahren** verzeichnen rund **3.100 Aufenthalte** bzw. 225 Aufenthalte pro 100.000 EW aufgrund sturzbedingter Frakturen (BL-Bandbreite: 198–265).

Im Zeitraum 2005 bis 2014 sinkt die Häufigkeit stationärer Aufenthalte in der Altersgruppe der ab 75-Jährigen stetig, sowohl bei Männern (mit leichten Schwankungen) als auch bei Frauen. Auch in der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen zeigt sich für beide Geschlechter ein **abnehmender Trend** (s. Abbildung 3.27).

Abbildung 3.27: Petrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens bei ab 60-Jährigen nach Altersgruppen und Geschlecht; Aufenthalte in Akutkrankenanstalten, Österreich 2005–2015



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2005–2015
Berechnung und Darstellung: GÖG

Frauen werden in der Altersgruppe der ab 75-Jährigen deutlich **häufiger** aufgrund pertrochantärer Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens stationär behandelt. Im Jahr 2014 fanden in dieser Altersgruppe rund 9.000 Aufenthalte bzw. 1.899 Aufenthalte pro 100.000 EW statt, bei Männern rund 2.800 Aufenthalte und bei Frauen 1.198 Aufenthalte pro 100.000 EW. In der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen sind die Geschlechterunterschiede geringer ausgeprägt.

Definitionen und Daten

Verletzungen aufgrund von Unfällen schließen auch Vergiftungen oder durch Tiere verursachte Verletzungen ein.

- *Verkehrsunfälle* sind alle Unfälle, die sich auf öffentlichen Straßen, öffentlichen oder privaten Parkplätzen mit Involvierung eines Transportmittels ereignen. Unfälle zu Wasser, im Zug oder Flugzeug sind nicht gemeint.
- *Haushaltsunfälle* bezeichnen hier alle Unfälle, die sich zu Hause oder im Garten ereignen, unabhängig von der Aktivität, die dort verrichtet wurde.
- *Freizeitunfälle* umfassen hier alle Unfälle, die sich während der Freizeit ereignen, ausgenommen Haushalts- und Straßenverkehrsunfälle.

Zu Arbeitsunfällen siehe Punkt 5.3.4.

Angaben zur *medizinischen Versorgung* von Unfällen beziehen sich auf den schwerwiegendsten Fall. Er muss durch medizinisches Fachpersonal versorgt worden sein. Wurde jemand von der Rettung versorgt, ohne ins Krankenhaus gebracht worden zu sein, zählt dies als Versorgung im niedergelassenen Bereich.

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

Sturzbedingte pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens (ICD-10: S720.x und S721.x) werden auf Basis der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD) berichtet. Nicht alle Brüche sind jedoch einem Sturz geschuldet.

3.3.4 Meldepflichtige übertragbare Krankheiten

Bakterielle Lebensmittelvergiftungen gehören in Österreich zu den häufigsten meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten (s. Abbildung 3.28). Am häufigsten treten Erkrankungen durch **Campylobacter** auf. Die diesbezügliche Inzidenz bewegte sich in den Jahren 2012 bis 2015 zwischen 60 und 80 Erkrankungsfällen pro 100.000 EW (das sind zwischen 5.000 und 6.500 Fälle pro Jahr). Im Jahr 2014 wurden 77 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW registriert (BL-Bandbreite: 63–136).

Etwa 1.500 **Salmonelleninfektionen** pro Jahr wurden seit 2013 registriert (s. Abbildung 3.28). Das entspricht einer Inzidenz von etwa 18 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 EW. Im Jahr 2014 waren es 18,9 Fälle (BL-Bandbreite: 5,9–36,6).

Die Fallzahlen von **STEC/VTEC und Yersiniosen** waren im Beobachtungszeitraum rückläufig (131 bzw. 107 Fälle im Jahr 2014), **Shigellosen** haben etwas zugenommen (75 Fälle im Jahr 2014) und **Listeriosen** liegen – bei gleichbleibendem Trend – auf einem niedrigen Niveau (rund 40 Fälle pro Jahr).

Während für **Meningokokken** durch breit angelegte Impfaktionen gegen den Serotyp C (und im privaten Bereich gegen Typ B) ein deutlicher Rückgang der Fallzahlen berichtet werden kann (61 Fälle im

Jahr 2013, 37 Fälle im Jahr 2014, 27 Fälle im Jahr 2015; entspricht einer Inzidenz von zuletzt 0,3 Fällen pro 100.000 EW), ist bei den ebenfalls impfpräventablen **Pneumokokken** leider kein derartiger Trend feststellbar. Hier lag die Inzidenz in den letzten drei Jahren zwischen 3,8 und 4,9 Fällen pro 100.000 EW, d. h. zwischen 320 und 420 Fällen pro Jahr; 2013–2015).

Die **Hepatitis-C**-Inzidenz ist seit dem Jahr 2013 deutlich höher als in den Jahren zuvor. Zwischen 1.300 und 1.800 Neuerkrankungen wurden in den Jahren 2013 bis 2015 gemeldet (s. Abbildung 3.28). Das bedeutet für das Jahr 2014 eine Inzidenzrate von 21,5 Fällen pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 5–39 pro 100.000). Ähnlich viele Hepatitis-B-Fälle (chronisch und akut) – durchschnittlich ca. 1.100 pro Jahr – wurden seit dem Jahr 2013 gemeldet. Das entspricht einer Inzidenzrate von 13–14 Fällen pro 100.000.

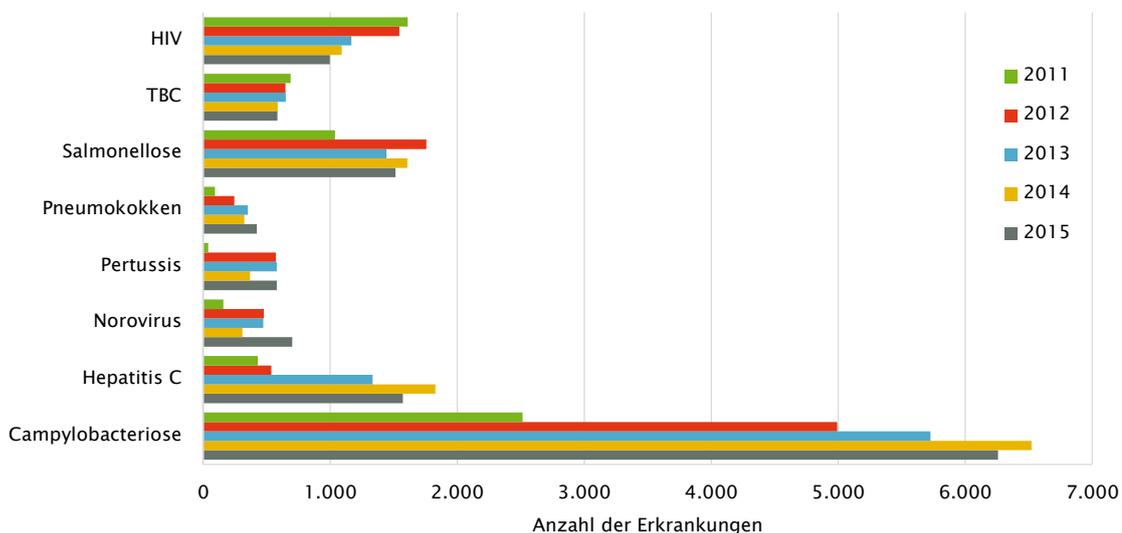
Bei **Tuberkulose** (TBC) ist in Österreich seit 2011 ein langsamer Rückgang zu verzeichnen (von 690 Fällen im Jahr 2011 auf 580 Fälle im Jahr 2015; s. Abbildung 3.28). Das entspricht einer Abnahme von 8,2 Neuerkrankungsfällen auf 6,7 pro 100.000 EW. Im Jahr 2014 wurden 582 Fälle gemeldet, d. h. 6,8 Fälle pro 100.000 EW.

Die Entwicklung von **FSME-Neuerkrankungen in Österreich** zeigt (im Vergleichszeitraum 2011–2015) einen Höhepunkt im Jahr 2013 mit 100 Fällen. In den Jahren 2014 und 2015 wurden jeweils etwa 80 Neuerkrankungsfälle gemeldet. Das entsprach jeweils einem Fall pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 0,1–2,9).

Seit 2011 sind die **HIV-Neudiagnosen** in Österreich stetig rückläufig: von rund 1.600 Fällen im Jahr 2011 auf rund 1.000 Fälle im Jahr 2015 (s. Abbildung 3.28). Im Referenzjahr 2014 ergaben 1.091 Fälle eine Inzidenzrate von 12,8 Fällen pro 100.000 EW.

Abbildung 3.28:

Ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten, Erkrankungsfälle, Österreich 2011–2015



Quellen: BMGF – Jahresausweise der meldepflichtigen Infektionskrankheiten;
 AGES – Tuberkulose Jahresberichte 2011–2015;
 Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Pflicht, übertragbare Krankheiten anzuzeigen, ist gesetzlich geregelt. Als Datenquellen fungieren das Epidemiologische Meldesystem (EMS), Jahresberichte der nationalen Referenzzentralen sowie Mitteilungen der AIDS-Hilfe. Das EMS dient dazu, meldepflichtige Infektionskrankheiten in Österreich zu überwachen. Das Auftreten von Infektionskrankheiten kann damit zeitlich wie räumlich mit einer minimalen Verzögerung beobachtet werden. Zudem bietet das EMS eine Planungsgrundlage für präventive Maßnahmen. In erster Linie werden Neuerkrankungsfälle erfasst, daher ist dieses Meldesystem besser zur Beobachtung der Inzidenzen (Neuerkrankungen pro Jahr) als zur Beobachtung der Prävalenz (Gesamtzahl der Erkrankten) geeignet. Durch die seit Anfang 2014 geltende elektronische Labormeldepflicht sind Labordaten im EMS schneller und umfassender verfügbar. Das ist bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen.

3.4 Leistungs- und Handlungsfähigkeit

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

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

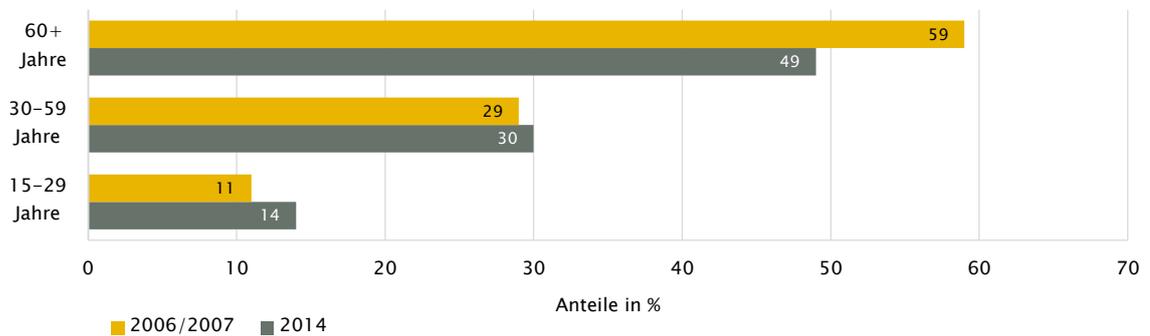
- Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag geben Auskunft darüber, ob und inwieweit Personen mindestens ein halbes Jahr aus gesundheitlichen Gründen bei Tätigkeiten des normalen Lebens eingeschränkt waren.
- Körperliche und sensorische Beeinträchtigungen betreffen die Mobilität sowie das Seh- und Hörvermögen. Sie bewirken eine Verminderung der Lebensqualität und stellen einen Risikofaktor dar, z. B. in Hinblick auf Unfälle.
- Activities of daily living (ADL) beziehen sich auf die Fähigkeit, unterschiedliche Basisaktivitäten der täglichen Körperpflege und Eigenversorgung selbstständig durchführen zu können.
- Instrumental activities of daily living (IADL) umfassen Tätigkeiten innerhalb und außerhalb des Haushalts. Sie sind ein Maß für die Möglichkeit einer selbstständigen Haushaltsführung.
- Krankenstände

3.4.1 Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag

32 Prozent der Österreicher/-innen ab 15 Jahren (rund 2,28 Mio. Personen) waren – laut ATHIS 2014 – mindestens ein halbes Jahr aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt (BL-Bandbreite: 28–33 %); 25 Prozent etwas eingeschränkt (rund 1,77 Mio. Personen), 7 Prozent stark eingeschränkt (rund 508.000 Personen).

Seit 2006/2007 ist der Anteil gesundheitsbedingt eingeschränkter Personen im Alltag in etwa **gleich geblieben**. Allerdings hat es eine **Verlagerung von den ab 60-Jährigen zu jüngeren Altersgruppen** gegeben (s. Abbildung 3.29).

Abbildung 3.29:
Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag nach Altersgruppen, Österreich 2006/2007 und 2014



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

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

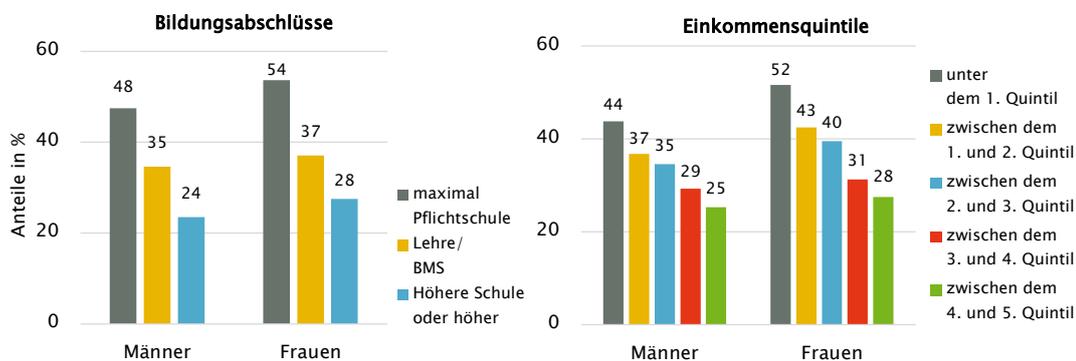
Frauen sind häufiger von gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag betroffen als Männer (34 % vs. 29 %). Dies gilt für alle Altersgruppen. Besonders ausgeprägt ist dieser Unterschied bei den ab 60-Jährigen (52 % vs. 46 %).

Der Anteil im Alltag eingeschränkter Österreicher/-innen nimmt mit dem Alter deutlich zu (s. Abbildung 3.29): von 14 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen (rund 220.000 Personen; stark eingeschränkt 2 %, rund 28.000 Personen) auf 49 Prozent bei den ab 60-Jährigen (rund 972.000 Personen; stark eingeschränkt 13 %, rund 261.000 Personen).

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Österreicher/-innen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter) weisen seltener gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag auf als Österreicher/-innen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (s. Abbildung 3.30). Ebenfalls deutliche Unterschiede finden sich in Bezug auf das Haushaltseinkommen (s. Abbildung 3.30): Österreicher/-innen aus besser verdienenden Haushalten sind seltener gesundheitsbedingt im Alltag eingeschränkt als Österreicher/-innen aus schlechter verdienenden Haushalten. Umgekehrt können Einschränkungen im Alltag auch zu verminderten Bildungs- und Einkommenschancen führen.

Abbildung 3.30:
Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag nach Bildung und Haushaltseinkommen, Österreich 2014



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

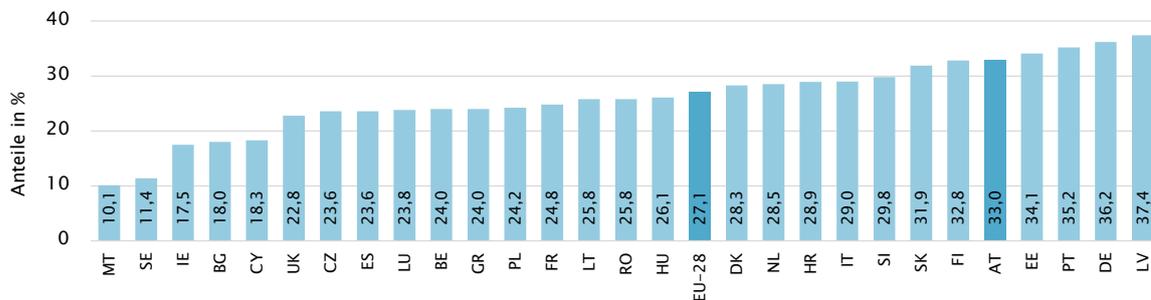
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Österreicher/-innen ohne Migrationshintergrund sind häufiger von gesundheitlichen Einschränkungen im Alltag betroffen als Österreicher/-innen mit Migrationshintergrund (33 % vs. 28 %). Dieses Ergebnis ist vor allem durch den Altersunterschied der Vergleichsgruppen bedingt (Österreicher/-innen ohne Migrationshintergrund sind häufiger 60 Jahre alt und älter als solche mit Migrationshintergrund).

Europäischer Vergleich

Ein europäischer Vergleich ist derzeit nur auf Basis von **EU-SILC** möglich. Im EU-28-Vergleich liegt Österreich bei gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag über dem EU-28-Durchschnitt (rund 27 %) und **unter den EU-Ländern mit dem höchsten Anteil** (EU-28-Bandbreite: 10–37 %; s. Abbildung 3.31).

Abbildung 3.31:
Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag im EU-28-Vergleich, 2014



Quelle: Eurostat – EU-SILC 2014 (Zugriff am 9. 2. 2017)
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

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

3.4.2 Körperliche und sensorische Einschränkungen

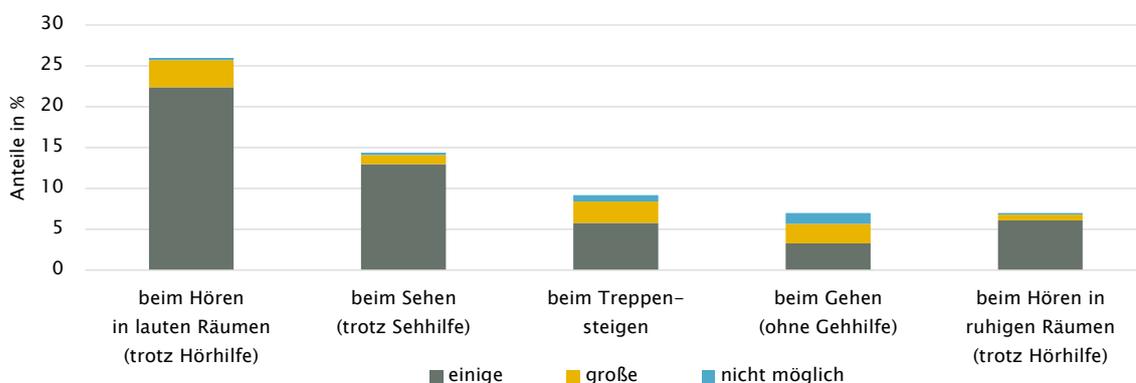
Von körperlichen und/oder sensorischen Einschränkungen sind – laut ATHIS 2014 – **40 Prozent** der in Privathaushalten lebenden Österreicher/-innen betroffen (rund 2,89 Mio. Personen im Alter von 15 und mehr Jahren; BL-Bandbreite: 35–42 %). Auf Frauen trifft dies etwa gleich häufig zu wie auf Männer.

Mit zunehmendem Alter ist ein deutlicher Anstieg körperlicher/sensorischer Einschränkungen zu beobachten: von 21 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen (rund 323.000 Personen) auf 62 Prozent bei den ab 60-Jährigen (rund 1,23 Mio. Personen).

Am häufigsten ist die österreichische Bevölkerung durch **Hörprobleme** (bei Gesprächen in lauten Räumen; 26 %) sowie beim **Sehen** eingeschränkt (14 %; s. Abbildung 3.32).

Abbildung 3.32:

Körperliche und/oder sensorische Einschränkungen ab 15-jähriger Österreicher/-innen, 2014



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

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

Schwierigkeiten beim Sehen

Probleme beim Sehen trotz Sehhilfe (Brille oder Kontaktlinsen) hatten im Jahr 2014 **14 Prozent** der Österreicher/-innen ab 15 Jahren (BL-Bandbreite: 12–16 %): 13 Prozent (rund 940.000 Personen) haben einige Schwierigkeiten, rund 1 Prozent (101.000 Personen) hat große Schwierigkeiten oder ist gar nicht in der Lage zu sehen.

Sehprobleme trotz Sehhilfe finden sich bei **Frauen etwas häufiger** als bei Männern (16 % vs. 13 %; bei den ab 60-Jährigen: 19 % vs. 12 %). Sehprobleme nehmen mit dem Alter zu: von 9 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen (rund 138.000 Personen) auf 16 % bei den ab 30-Jährigen (rund 582.000 Personen bei den 30-59-Jährigen und 320.000 Personen bei den ab 60-Jährigen).

Schwierigkeiten beim Hören

Von Hörproblemen trotz Hörhilfe sind bei Gesprächen **in ruhigen Räumen 7 Prozent** der Österreicher/-innen ab 15 Jahren betroffen (rund 502.000 Personen; BL-Bandbreite: 5–8 %), bei Gesprächen **in lauten Räumen 26 Prozent** (rund 1,88 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 22–30 %). 0,9 Prozent (rund 65.000 Personen) haben in ruhigen und 3,6 Prozent (rund 261.000 Personen) in lauten Räumen große Hörschwierigkeiten oder sind gar nicht in der Lage zu hören.

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind nur bei Hörproblemen **in lauten Räumen** feststellbar: **Männer** sind davon **etwas häufiger** betroffen als Frauen (28 % vs. 24 %; bei den ab 60-Jährigen: 49 % vs. 41 %).

Die Probleme beim Hören nehmen mit dem Alter zu: Hörprobleme in ruhigen Räumen von 2 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen (rund 28.000 Personen) auf 15 Prozent bei den ab 60-Jährigen (rund 299.000 Personen) und in lauten Räumen von 12 Prozent (rund 187.000 Personen) auf 44 Prozent bei den ab 60-Jährigen (rund 877.000 Personen).

Schwierigkeiten beim Gehen

Schwierigkeiten, einen halben Kilometer auf ebener Strecke ohne Gehhilfe (Gehstock, Rollator, Krücken etc.) zurückzulegen, hatten im Jahr 2014 **7 Prozent** der Österreicher/-innen ab 15 Jahren (rund 509.000 Personen; BL-Bandbreite: 4–8 %); 3,7 Prozent haben große Schwierigkeiten oder sind dazu nicht in der Lage.

Die **weibliche Bevölkerung** ist **häufiger** von Geheinschränkungen betroffen als die männliche (9 % vs. 5 %; bei den ab 60-Jährigen: 22 % vs. 14 %). Die ältere Bevölkerung ist deutlich häufiger eingeschränkt als die jüngere: Bei den ab 60-Jährigen liegt der Anteil bei 19 Prozent (rund 372.000 Personen), bei den anderen Altersgruppen unter 4 Prozent.

Schwierigkeiten beim Treppensteigen

Schwierigkeiten, eine Treppe mit 12 Stufen ohne Handlauf hinauf- und hinunterzugehen, hatten im Jahr 2014 **9 Prozent** der Österreicher/-innen ab 15 Jahren (rund 671.000 Personen; BL-Bandbreite: 6–11 %); 3 Prozent haben große Schwierigkeiten oder sind dazu nicht in der Lage.

Die **weibliche Bevölkerung** ist davon **häufiger** betroffen als die männliche (11 % vs. 7 %; bei den ab 60-Jährigen: 26 % vs. 18 %). Die ältere Bevölkerung ist häufiger eingeschränkt als die jüngere: Bei den ab 60-Jährigen liegt der Anteil bei 22 Prozent (rund 445.000 Personen), bei den anderen Altersgruppen unter 6 Prozent.

Definitionen und Daten

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

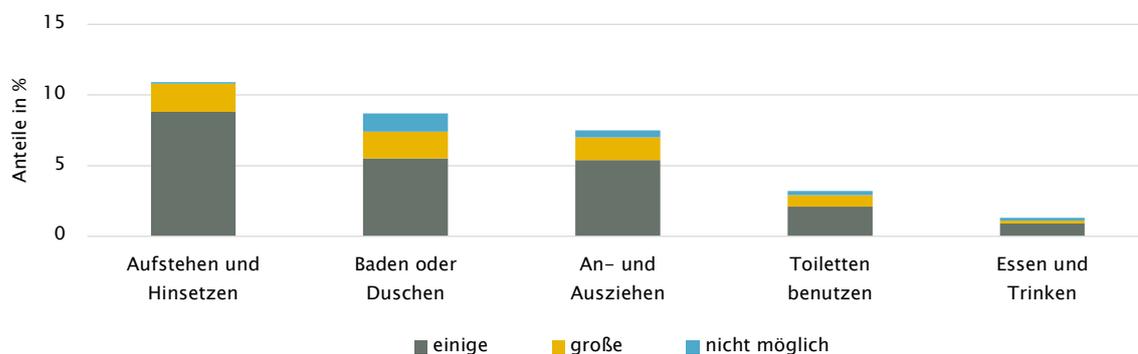
3.4.3 Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person (ADL)

Von Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person sind – laut ATHIS 2014 – **16 Prozent** der ab 65-jährigen Österreicher/-innen betroffen (rund 249.000 Personen; BL-Bandbreite: 10–19 %). Am häufigsten haben sie Schwierigkeiten beim **Aufstehen und Hinsetzen** (11 %) sowie beim **Baden oder Duschen** (9 %; s. Abbildung 3.33).

Frauen ab 65 sind insgesamt **häufiger** von Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person betroffen als Männer (19 % vs. 13 %).

Abbildung 3.33:

Schwierigkeiten bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person, ab 65-jährige Österreicher/-innen, 2014



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

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

Hilfe bei Basisaktivitäten

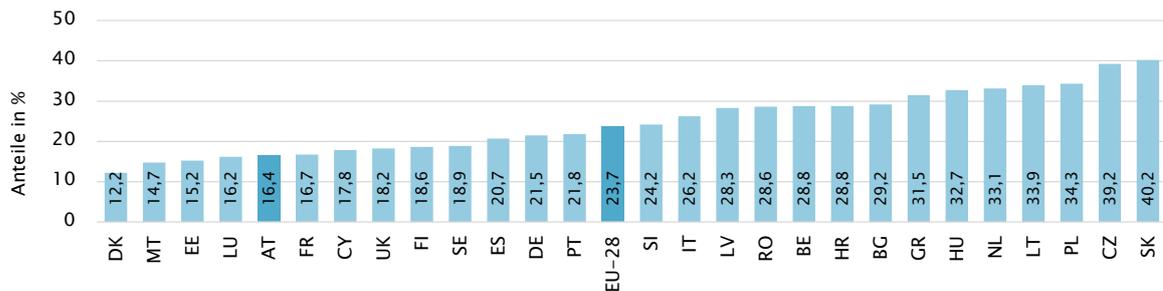
51 Prozent der bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Eigenversorgung eingeschränkten Personen haben Hilfe bei mindestens einer ADL (rund 126.000 Personen; BL-Bandbreite: 16–61 %): 31 Prozent nutzen technische Hilfsmittel, 76 Prozent erhalten Hilfe aus dem Familien- und Freundeskreis, 27 Prozent durch professionelles Pflege- und Betreuungspersonal (Kombinationen möglich). **Mehr Hilfe** für zumindest eine ADL **benötigen 24 Prozent** der Betroffenen (rund 60.000 Personen; BL-Bandbreite: 15–36 %). 18 Prozent dieser Gruppe erhalten bisher noch keine Hilfe (rund 11.000 Personen).

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich – laut European Health Interview Survey (EHIS) 2014 – bei den ADL-Einschränkungen (EU-28-Bandbreite exkl. Irland: 12–40 %) deutlich unter dem europäischen Durchschnitt (24 %) und damit **unter den fünf Ländern mit dem geringsten Anteil** (s. Abbildung 3.34).

Abbildung 3.34:

Schwierigkeiten bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person bei ab 65-Jährigen im EU-28-Vergleich*, 2014



*exkl. Irland

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2014 (Zugriff am 9. 2. 2017)

Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

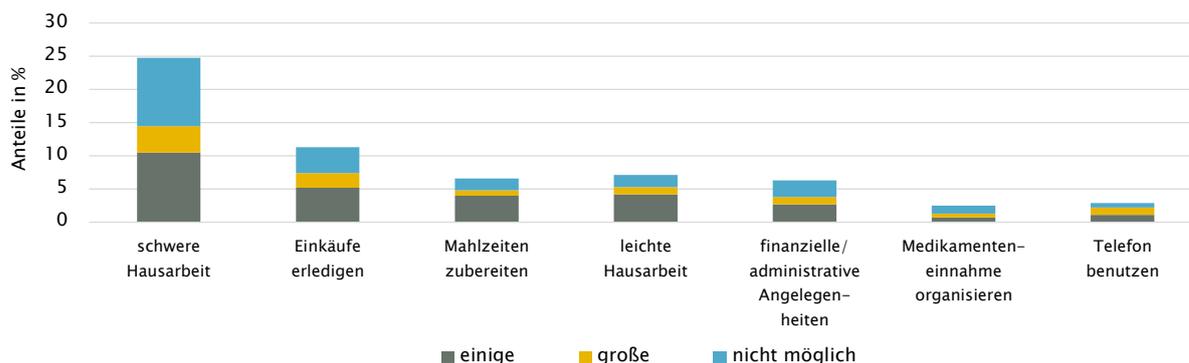
Aktivitätseinschränkungen bei ADL (activities of daily living) sowie ein diesbezüglicher Unterstützungsbedarf werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (65 Jahre und älter) und beruhen auf Selbstangaben.

3.4.4 Einschränkungen bei Erledigungen des Haushalts (IADL)

Einschränkungen bei Erledigungen des Haushalts weisen – laut ATHIS 2014 – **29 Prozent** der ab 65-jährigen Österreicher/-innen auf (rund 433.000 Personen; BL-Bandbreite: 23–32 %). Am häufigsten haben sie Schwierigkeiten bei der Erledigung **schwerer Hausarbeit** (25 %) sowie bei der **Erledigung von Einkäufen** (11 %; Abbildung 3.35).

Frauen ab 65 Jahren sind **häufiger** von Einschränkungen in der Haushaltsführung betroffen als Männer (37 % vs. 17 %). Die geschlechtsspezifische Verteilung bestimmter Aufgaben ist dabei bereits berücksichtigt.

Abbildung 3.35:
Schwierigkeiten ab 65-jähriger Österreicher/-innen bei Erledigungen des Haushalts, 2014



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

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

Hilfe bei Erledigungen des Haushalts

75 Prozent der bei Erledigungen des Haushalts eingeschränkten Personen haben Hilfe bei mindestens einer IADL (rund 324.000 Personen; BL-Bandbreite: 56–83 %): 9 Prozent nutzen technische Hilfsmittel, 86 Prozent erhalten Hilfe aus dem Familien- und Freundeskreis, 19 Prozent durch professionelles Pflege- und Betreuungspersonal (Kombinationen möglich). **Mehr Hilfe** bei zumindest einer IADL **benötigen 29 Prozent** der Betroffenen (rund 126.000 Personen; BL-Bandbreite: 18–55 %). 12 Prozent dieser Gruppe erhalten bisher noch gar keine Hilfe (rund 15.000 Personen).

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich – laut European Health Interview Survey (EHIS) 2014 – bezüglich der IADL-Einschränkungen (EU-28-Bandbreite exkl. Irland: 12–40 %) mit Abstand unter dem europäischen Durchschnitt (46 %) und ist jenes **EU-Land mit dem geringsten Anteil** (s. Abbildung 3.36).

Abbildung 3.36:
Schwierigkeiten bei Erledigungen des Haushalts bei ab 65-Jährigen im EU-28-Vergleich*, 2014



*exkl. Irland

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2014 (Zugriff am 9. 2. 2017)
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Aktivitätseinschränkungen bei IADL (instrumental activities of daily living) sowie ein diesbezüglicher Unterstützungsbedarf werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (65 Jahre und älter) und beruhen auf Selbstangaben.

3.4.5 Krankenstände

Die auf administrativem Weg erfassten Krankenstände ergänzen das Bild der selbstberichteten Leistungs- und Handlungsfähigkeit.

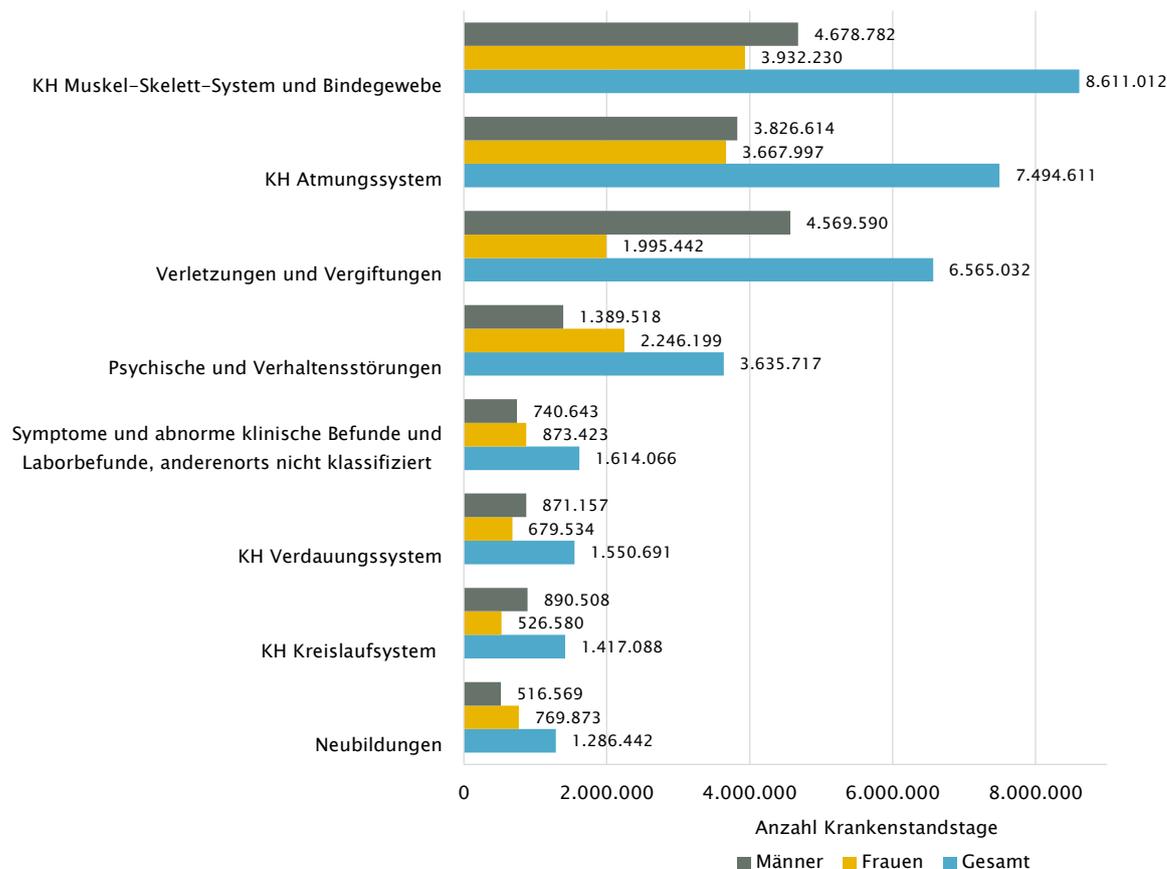
Im Jahr 2014 wurden in Österreich rund **3,77 Mio. Krankenstände** bei erwerbstätigen Personen dokumentiert, die nach ASVG und BVA versichert sind. Das entspricht einer Rate von 1,2 Krankenständen pro erwerbstätiger versicherter Person (EVP; BL-Bandbreite: 0,94–1,41). Rund 52 Prozent (1,96 Mio. Fälle) betreffen Männer, rund 48 Prozent (1,81 Mio. Fälle) Frauen. Die Krankenstände sind im Zeitraum 2005 bis 2014 absolut um 23 Prozent bzw. pro EVP um 9 Prozent **gestiegen**, bei erwerbstätigen Frauen stärker als bei erwerbstätigen Männern (30 bzw. 14 % vs. 17 bzw. 5 %).

Die rund 3,77 Mio. Krankenstände verursachen in Österreich rund **39 Millionen Krankenstandstage**. Das sind 12,3 Tage pro EVP (BL-Bandbreite: 10,2–13,8).

Gegenüber dem Jahr 2005 ist die Anzahl der Krankenstandstage absolut um 10 Prozent gestiegen (bei Frauen um 20 %, bei Männern um 3 %). Die Krankenstandstage pro EVP sind **bei Männern** um 7,5 Prozent **gesunken**, **bei Frauen** um 4,5 Prozent **gestiegen** und haben insgesamt um 2 Prozent abgenommen. Die durchschnittliche Dauer der Krankenstände ist von durchschnittlich 11,5 Tagen auf 10,3 Tage zurückgegangen.

Mehrheitlich gehen Arbeitnehmer/-innen wegen Krankheiten des Atmungssystems (35 % aller Krankenstandsfälle), infektiösen/parasitären Krankheiten (15 %) und Krankheiten des Muskel-Skelettsystems/Bindegewebes (14 %) in Krankenstand. 9 Prozent der Krankenstandsfälle sind auf Verletzungen und Vergiftungen zurückzuführen (s. Abbildung 3.37). Gemessen an den Krankenstandstagen, machen Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes den größten Anteil aus (22 %). Dann folgen Krankheiten des Atmungssystems (19 %) sowie Verletzungen und Vergiftungen (17 %).

Abbildung 3.37:
Krankenstandstage ausgewählter Krankheitsgruppen nach Geschlecht, Österreich 2014



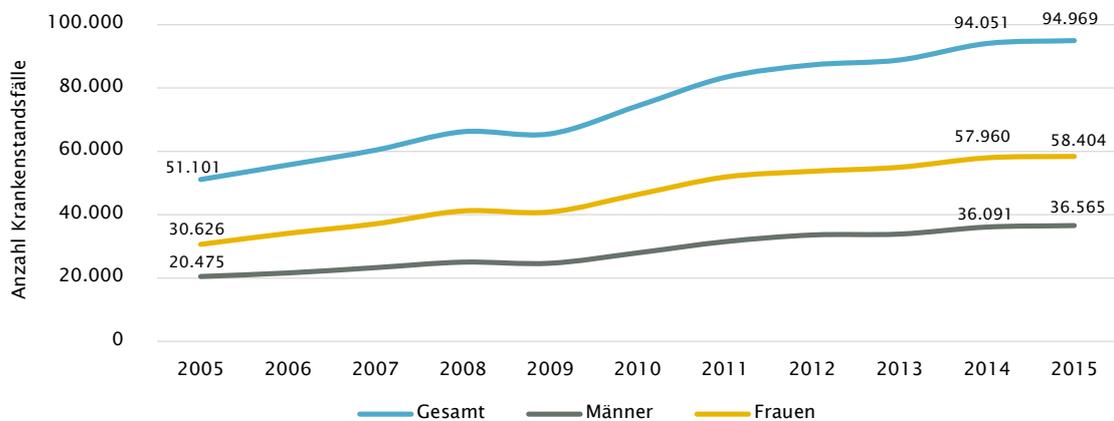
KH = Krankheiten
absteigend nach der Häufigkeit sortiert

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

Psychisch bedingte Krankenstände (94.000 Fälle bzw. 0,03 Fälle pro EVP; BL-Bandbreite: 0,01–0,04) machten im Jahr 2014 rund **2 Prozent** aller Krankenstandsfälle aus (BL-Bandbreite: 2–4 %), aufgrund der überdurchschnittlichen Krankenstandsdauer beträgt ihr **Anteil an den Krankenstandstagen jedoch 9 Prozent** (BL-Bandbreite: 7–12 %). Die Anzahl der psychisch bedingten Krankenstände ist im Zeitraum 2005 bis 2014 um 84 Prozent **gestiegen** (von 51.100 auf 94.000 Fälle), bei Frauen um 89 Prozent, bei Männern um 76 Prozent (s. Abbildung 3.38). Die Dauer psychisch bedingter Krankenstände hat im selben Zeitraum – entgegen dem Trend bei den Krankenständen insgesamt – zugenommen: Im Jahr 2005 betrug die durchschnittliche Dauer 30 Tage, im Jahr 2014 39 Tage.

Frauen sind **häufiger** aufgrund psychischer Erkrankungen im Krankenstand als Männer (2014: 57.960 vs. 36.091 Fälle), die durchschnittliche Dauer liegt jedoch sowohl bei Männern als auch bei Frauen bei rund 39 Tagen.

Abbildung 3.38:
Psychisch bedingte Krankenstandsfälle nach Geschlecht, Österreich 2005–2014



Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger – Krankenstandstatistik 2005-2015
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Definitionen und Daten

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

3.5 Lebensqualität

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

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

Seit 2006/2007 gab es **Verschlechterungen** bezüglich des **körperlichen und psychischen** (um je 0,9 Punkte) sowie des **sozialen Wohlbefindens** (um 2,3 Punkte), das psychische Wohlbefinden sank stärker bei Frauen, das körperliche und soziale Wohlbefinden stärker bei Männern. Eine **Verbesserung** konnte ausschließlich für die **umweltbezogene Lebensqualität** (Wohnen, Freizeitgestaltung,

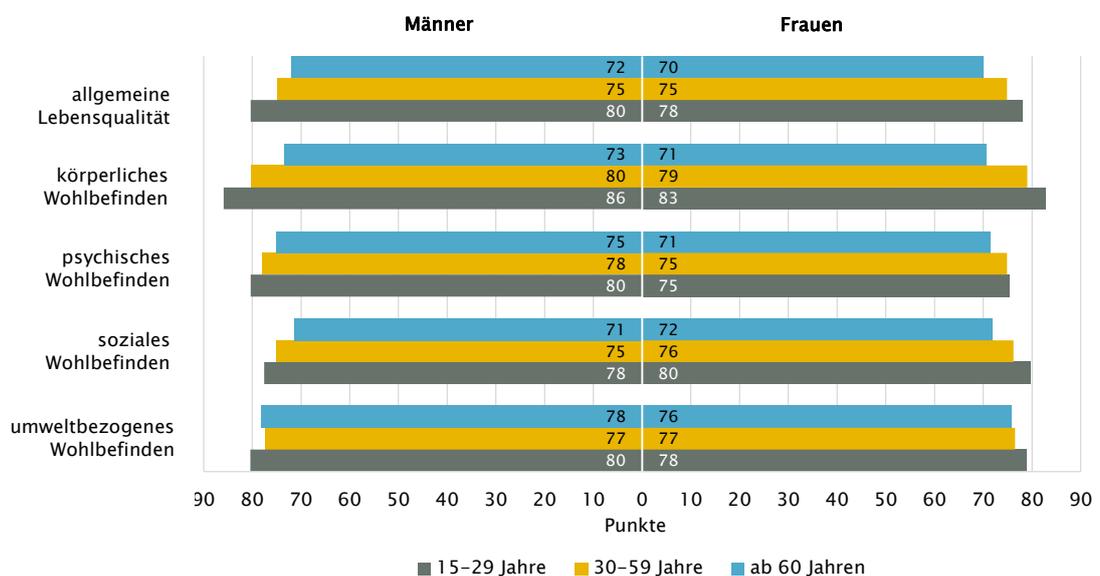
Sicherheit, Zugang zum Gesundheitssystem, Beförderungsmittel, Umweltbedingungen) beobachtet werden (um 1,6 Punkte).

Frauen zwischen 15 und 29 Jahren sowie Frauen ab 60 Jahren beurteilen ihre allgemeine Lebensqualität **schlechter** als gleichaltrige Männer (Abbildung 3.39). Diesbezügliche Unterschiede finden sich für alle Lebensqualitätsdimensionen.

Erwartungsgemäß schätzen Jugendliche und junge Erwachsene ihre Lebensqualität in allen Bereichen besser ein als Personen ab 60 Jahren (Abbildung 3.39). Am deutlichsten zeigt sich dieser Unterschied in Bezug auf das körperliche Wohlbefinden, gefolgt vom sozialen und psychischen Wohlbefinden.

Abbildung 3.39:

Lebensqualität der österreichischen Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht, Mittelwerte, 2014



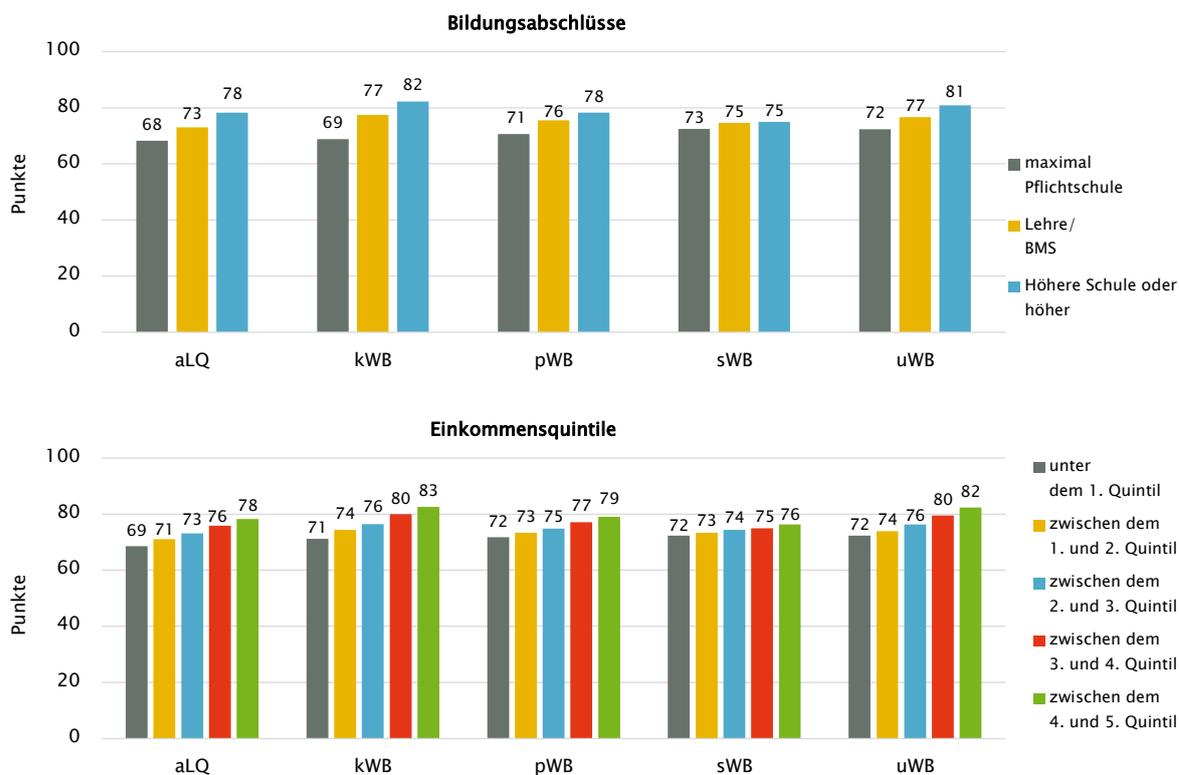
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

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

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Österreicher/-innen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter) schätzen ihre Lebensqualität höher ein als Österreicher/-innen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (s. Abbildung 3.40). Dies gilt – mit Ausnahme des sozialen Wohlbefindens (hier ist der Unterschied bei den ab 60-Jährigen und bei den Männern nicht signifikant) – für die 30- bis 59-Jährigen, für die ab 60-Jährigen, für Männer und Frauen sowie für alle Lebensqualitätsdimensionen.

Abbildung 3.40:
Lebensqualität der Österreicher/-innen nach Bildung und Haushaltseinkommen, Mittelwerte, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten

hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

aLQ = allgemeine Lebensqualität; kWB = körperliches Wohlbefinden; pWB = psychisches Wohlbefinden; sWB = soziales Wohlbefinden; uWB = umweltbezogenes Wohlbefinden

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

Ebenfalls deutliche Unterschiede finden sich in Zusammenhang mit dem Haushaltseinkommen (s. Abbildung 3.40): Österreicher/-innen aus besser verdienenden Haushalten schätzen ihre Lebensqualität besser ein als Österreicher/-innen aus schlechter verdienenden Haushalten. Auch dies gilt – mit Ausnahme des sozialen Wohlbefindens (hier ist der Unterschied bei den ab 60-Jährigen und bei Männern nicht signifikant) – für die 30- bis 59-Jährigen, für die ab 60-Jährigen, für Männer und Frauen sowie für alle Lebensqualitätsdimensionen.

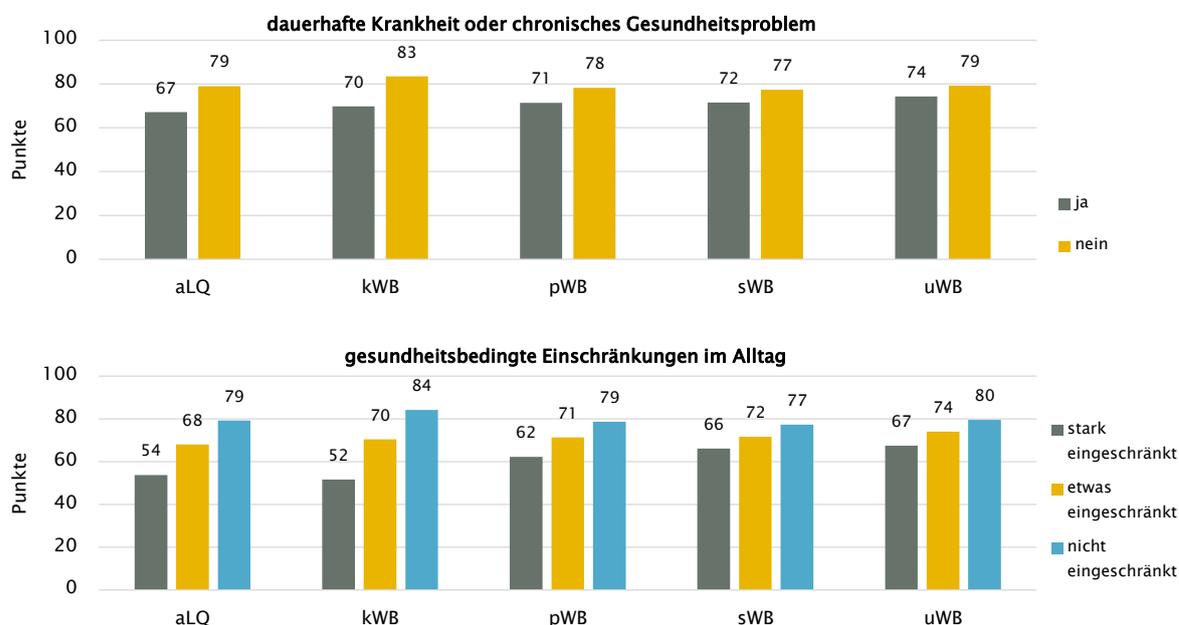
Österreicherinnen mit Migrationshintergrund bewerten alle Lebensqualitätsdimensionen signifikant schlechter als Österreicherinnen ohne Migrationshintergrund (aLQ: 71 vs. 75 Punkte; kWB: 75 vs. 78; pWB: 73 vs. 74; sWB: 74 vs. 76; uWB: 73 vs. 78). In der männlichen Bevölkerung zeigen sich nur Unterschiede im psychischen sowie umweltbezogenen Wohlbefinden: Männer mit Migrationshintergrund schätzen ihr psychisches (77 vs. 78 Punkte) und umweltbezogenes Wohlbefinden (76 vs. 79 Punkte) schlechter ein als Männer ohne Migrationshintergrund.

Lebensqualität chronisch kranker bzw. im Alltag gesundheitsbedingt eingeschränkter Personen

Personen mit chronischen Krankheiten oder Gesundheitsproblemen bewerten ihre Lebensqualität **schlechter** als Personen ohne chronische Gesundheitsprobleme. Noch deutlicher werden die Unterschiede, wenn gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag vorliegen. Betroffene schätzen ihre

Lebensqualität (insgesamt und in allen Subdomänen) wesentlich schlechter ein als nichtbetroffene Personen. Der Unterschied nimmt mit dem Grad der Einschränkung zu (Abbildung 3.41).

Abbildung 3.41:
Lebensqualität chronisch kranker bzw. im Alltag gesundheitsbedingt eingeschränkter Österreicher/-innen, Mittelwerte, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten

hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

aLQ = allgemeine Lebensqualität; kWB = körperliches Wohlbefinden; pWB = psychisches Wohlbefinden; sWB = soziales Wohlbefinden; uWB = umweltbezogenes Wohlbefinden

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

Lebenszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen

Die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen kann anhand ihrer Lebenszufriedenheit eingeschätzt werden. Sie wurde im Jahr 2014 von Österreichs 11-, 13- und 15-Jährigen mit rund 8 von 10 möglichen Punkten bewertet, von Burschen höher als von Mädchen (8,1 vs. 7,8 Punkte).

Zwischen 2006 und 2010 ist die Lebenszufriedenheit der österreichischen Kinder und Jugendlichen gesunken (von 7,8 auf 7,6) und zwischen 2010 und 2014 wieder gestiegen (von 7,6 auf 8,0). Österreichs Kinder und Jugendliche liegen damit deutlich über dem europäischen Durchschnitt (Inchley et al. 2016).

Definitionen und Daten

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

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

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

Die Lebensqualität wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2006/2007 und 2014 beschrieben (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015) und kann zwischen 0 und 100 variieren (100 = bestmögliche Lebensqualität). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (15 Jahre und älter) und beruhen auf Selbstangaben.

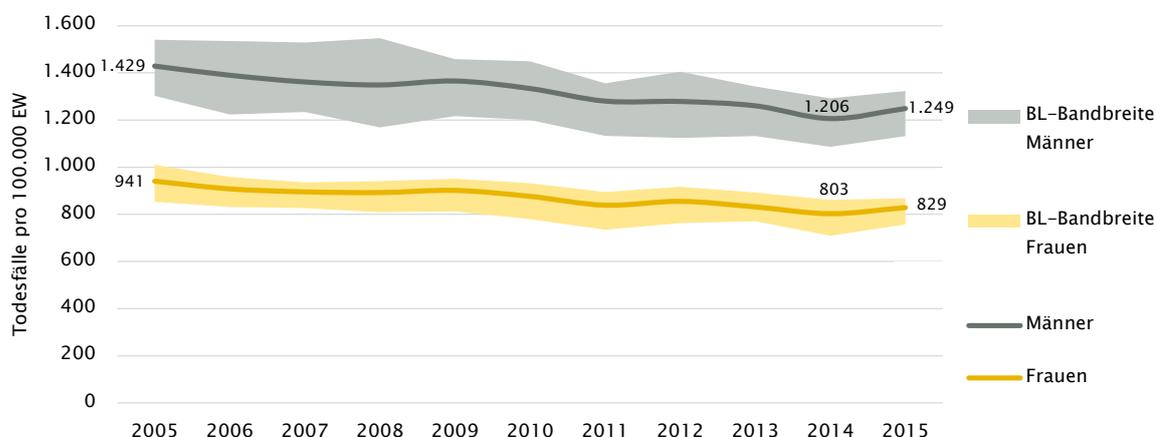
Die *Lebenszufriedenheit* gibt Auskunft über die allgemeine Einschätzung des eigenen Lebens. Sie wird im Rahmen der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study mithilfe der Cantril Ladder erhoben, die eine Bewertung zwischen 0 (das schlechteste Leben, das für dich in deiner Situation möglich wäre) und 10 (das bestmögliche Leben) ermöglicht. Die Angaben kommen von 11-, 13- und 15-jährigen Burschen und Mädchen, die eine Schule besuchen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS), und beruhen auf Selbstangaben. Für die Trendanalyse wurden alle Stichproben gleich gewichtet: 50 % Burschen, 50 % Mädchen, 33,3 % 11-Jährige, 33,3 % 13-Jährige, 33,3 % 15-Jährige.

3.6 (Vorzeitige) Sterblichkeit und potenziell verlorene Lebensjahre

3.6.1 Gesamtsterblichkeit

In Österreich sterben pro Jahr rund 80.000 Menschen. Die altersstandardisierte Mortalitätsrate (Europa-Bevölkerung 2013) lag im Jahr 2014 für Männer bei rund 1.200 Todesfällen pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 1.089–1.292) und für Frauen bei rund 800 (BL-Bandbreite: 710–863). Innerhalb des Beobachtungszeitraums (2005–2014) hat die **Mortalitätsrate** beider Geschlechter **deutlich abgenommen**, für Männer um 16 Prozent, für Frauen um 15 Prozent. Auch an der Sterblichkeit als Pendant zur Lebenserwartung zeigt sich, dass der **geschlechtsspezifische Unterschied tendenziell geringer** geworden ist (s. Abbildung 3.42).

Abbildung 3.42:
Gesamtsterblichkeit in Österreich nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 2005–2015

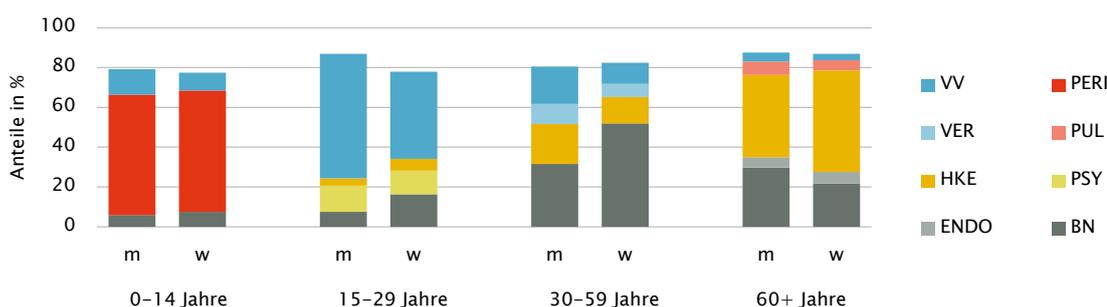


altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2015
Berechnung und Darstellung: GÖG

Bei den **15- bis 29-Jährigen** sind die mit Abstand häufigsten Todesursachen **Verletzungen und Vergiftungen** (63 % bei Männern und 44 % bei Frauen). In der Altersgruppe der **30- bis 59-Jährigen** führen **Krebserkrankungen** am häufigsten zum Tod (bei rund einem Drittel der verstorbenen Männer und mehr als der Hälfte der verstorbenen Frauen), gefolgt von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sowie Verletzungen und Vergiftungen. Die Altersgruppe **ab 60 Jahren** stirbt hauptsächlich an **Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems** (41 % der Männer und 51 % der Frauen) und an Krebserkrankungen (30 % der Männer und 22 % der Frauen; s. Abbildung 3.43).

Abbildung 3.43:
Sterblichkeit in Österreich nach Geschlecht, Altersgruppen und den häufigsten Todesursachen, 2005–2014



ICD-10-Codes:

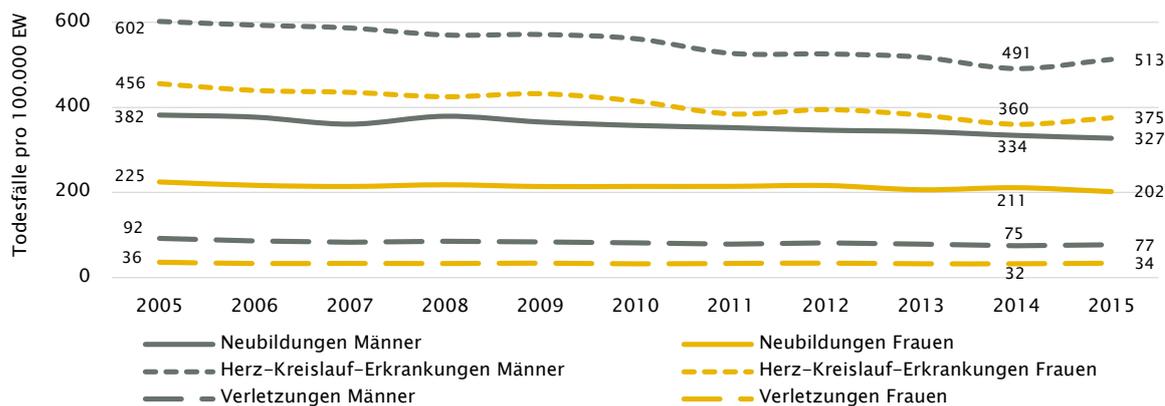
BN: C00-D48 Neubildungen; ENDO: E00-E90 endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten; PSY: F00-F99 psychische und Verhaltensstörungen; HKE: I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems; PUL: J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems; VER: K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems; PERI: P00-P96 bestimmte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

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

Die Sterblichkeit aufgrund der drei **Haupttodesursachen** (auf ICD-10-Kapitelebene) ist tendenziell **rückläufig**, insbesondere jene aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (bei Männern seit 2005 um durchschnittlich 2,2 % p. a., bei Frauen um 2,5 % p. a.) und jene infolge Verletzungen und Vergiftungen (bei Männern um durchschnittlich 2,2 % p. a.). Auch die Krebssterblichkeit nimmt bei Männern um durchschnittlich 1,4 Prozent pro Jahr ab (s. Abbildung 3.44).

Abbildung 3.44:

Sterblichkeit aufgrund der drei häufigsten Todesursachen in Österreich nach Geschlecht, 2005–2015



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2015
Berechnung und Darstellung: GÖG

In Analogie zur Inzidenz (s. Punkt 3.3.1) wird im Folgenden – zusätzlich zum Überblick auf ICD-10-Kapitelebene – die Sterblichkeit bei ausgewählten Krebslokalisationen und den beiden häufigsten tödlichen Herz-Kreislauf-Erkrankungen dargestellt.

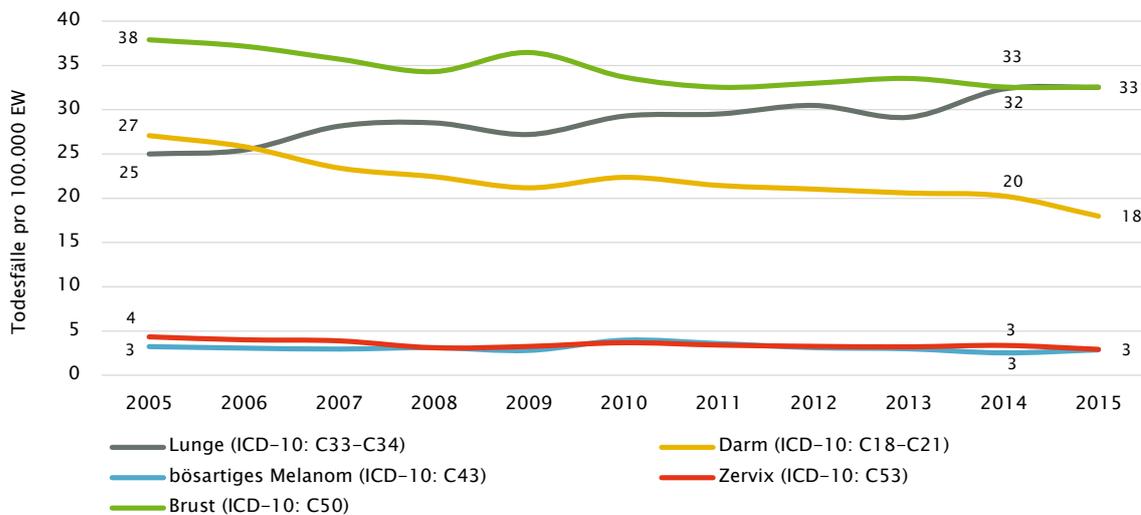
Bei Frauen

- steigt die Lungenkrebsmortalität (wie sich schon in der Inzidenz abzeichnet),
- sinkt die Mortalität aufgrund von Brust- und Darmkrebs (bei sinkender Darmkrebs- und weitgehend gleich bleibender Brustkrebsinzidenz) und
- bleibt die Mortalität aufgrund eines Melanoms etwa gleich (obwohl die Inzidenz steigt; s. Abbildung 3.45).

Bei Männern ist die Mortalitätsrate bei Lungen-, Prostata- und Darmkrebs tendenziell rückläufig und bei Melanomen im Großen und Ganzen gleich bleibend (s. Abbildung 3.46).

Deutlich stärker rückläufig als die Krebsmortalität ist die Mortalität aufgrund eines akuten Myokardinfarkts und aufgrund eines ischämischen Schlaganfalls – bei Männern wie bei Frauen (s. Abbildung 3.47).

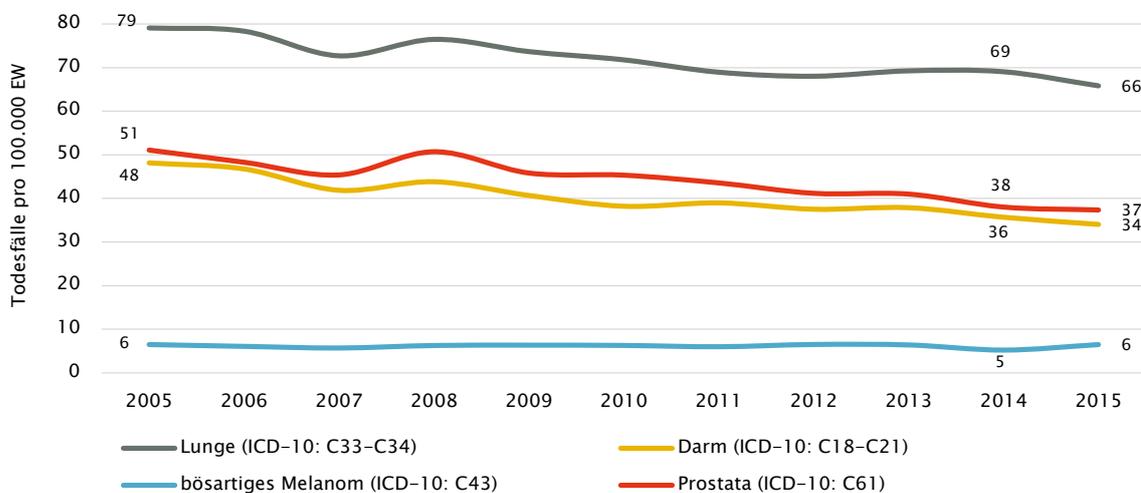
Abbildung 3.45:
Krebssterblichkeit bei Österreicherinnen für ausgewählte Lokalisationen, 2005–2015



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2015
Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 3.46:
Krebssterblichkeit bei Österreichern für ausgewählte Lokalisationen, 2005–2015

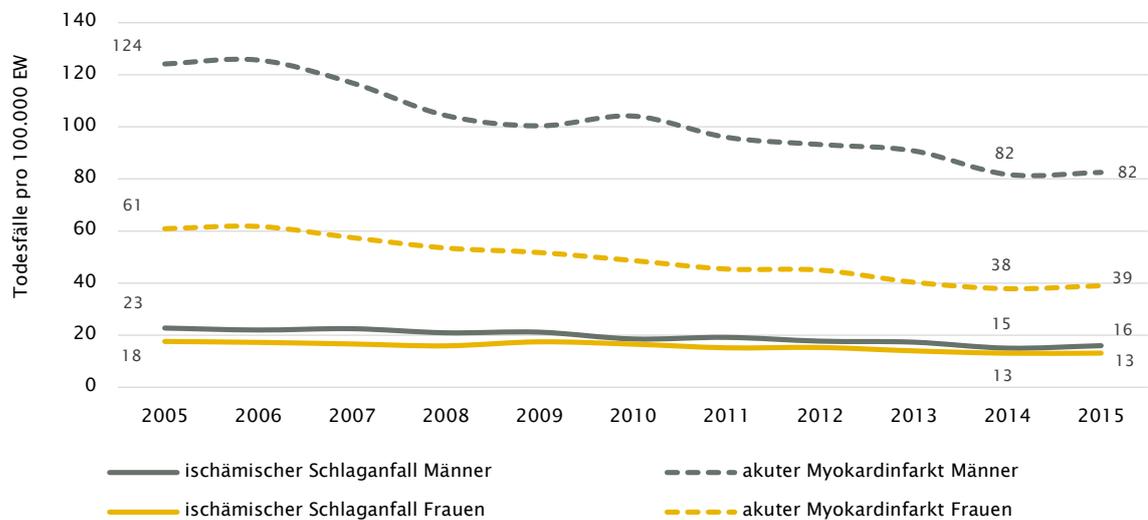


altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2015
Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 3.47:

Sterblichkeit von Österreicherinnen und Österreichern aufgrund eines Myokardinfarkts oder eines ischämischen Schlaganfalls nach Geschlecht, 2005–2015



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2015
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Im EU-Vergleich liegt Österreich bezüglich der **Gesamtsterblichkeit** (altersstandardisierte Rate nach Europa-Bevölkerung 2012, exklusive Verletzungen und Vergiftungen; ICD-10: A00–Y89) sowohl bei Männern als auch bei Frauen **im EU-28-Durchschnitt** (Eurostat; Zugriff am 12. 2. 2017).

Bezüglich der **Krebssterblichkeit** (C00–C97) rangieren Österreichs Männer deutlich unter dem EU-Durchschnitt (sechstgeringste Krebssterblichkeit), Österreichs Frauen knapp darunter:

- Brustkrebs bei Frauen (C50): im EU-Durchschnitt; europäisches Mittelfeld
- Prostatakrebs (C 61): knapp über dem EU-Durchschnitt im unteren Mittelfeld
- Darmkrebs (C18–21): Männer unter dem EU-Durchschnitt im unteren Mittelfeld, Frauen fünftgeringste Sterblichkeit
- Lungenkrebs (C33–34): Männer fünftgeringste Sterblichkeit, Frauen knapp unter dem Durchschnitt; europäisches Mittelfeld
- Gebärmutterhalskrebs (C53): unter dem EU-28-Durchschnitt im unteren Mittelfeld
- Hautkrebs (C43): Männer achthöchste Sterblichkeit, Frauen knapp über dem EU-Durchschnitt; europäisches Mittelfeld

Bezüglich der **Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen** liegen sowohl Österreichs Männer als auch Österreichs Frauen über dem EU-Durchschnitt (oberes Mittelfeld).

- akuter Myokardinfarkt (I21–22): Männer über dem EU-Durchschnitt (oberes Mittelfeld), Frauen knapp über dem EU-Durchschnitt (europäisches Mittelfeld)
- Zerebrovaskuläre Erkrankungen (I60–69): Männer drittgeringste Sterblichkeit, Frauen fünftgeringste Sterblichkeit

Definitionen und Daten

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

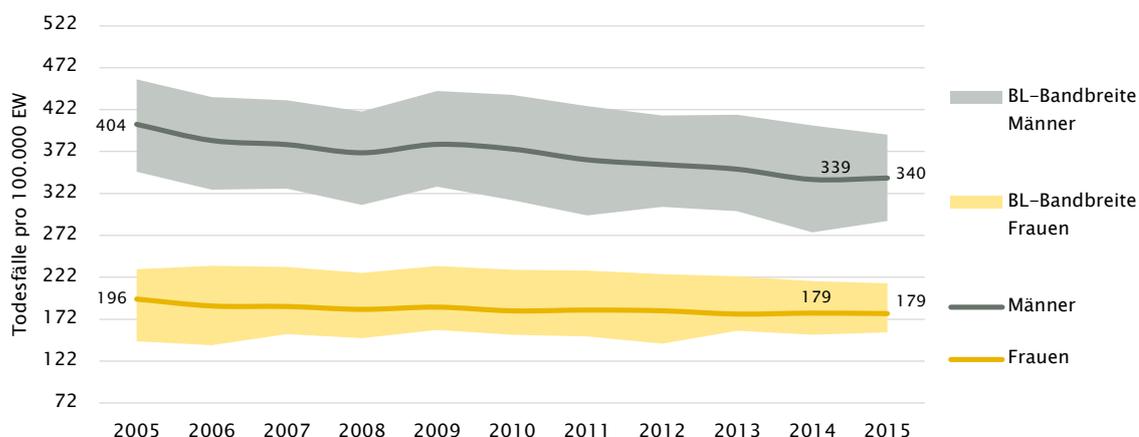
Seit dem Jahr 2009 werden auch im Ausland Verstorbene mit Wohnsitz in Österreich – mehrheitlich Männer – erfasst. Die Daten für die Todesursachenstatistik stammen aus der Auswertung der ärztlichen Todesbescheinigungen. Da die Obduktionsrate sinkt, könnte es jedoch – gemäß der Statistik Austria – zu Qualitätsverlusten gekommen sein.

3.6.2 Vorzeitige Sterblichkeit

Jährlich sterben in Österreich rund **18.500 Menschen** vor ihrem 70. Geburtstag. Altersstandardisiert (Europa-Bevölkerung 2013) waren dies im Jahr 2014 339 Männer und 179 Frauen pro 100.000 EW. Innerhalb des Beobachtungszeitraums (2005–2014) hat die **vorzeitige Sterblichkeit** beider Geschlechter **deutlich abgenommen**, bei Männern um 16 Prozent, bei Frauen um 9 Prozent (s. Abbildung 3.48).

Abbildung 3.48:

Sterblichkeit der unter 70-jährigen Österreicher/-innen nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 2005–2015



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2015
Berechnung und Darstellung: GÖG

Hauptursachen für vorzeitige Sterblichkeit und für verlorene Lebensjahre nach Geschlecht

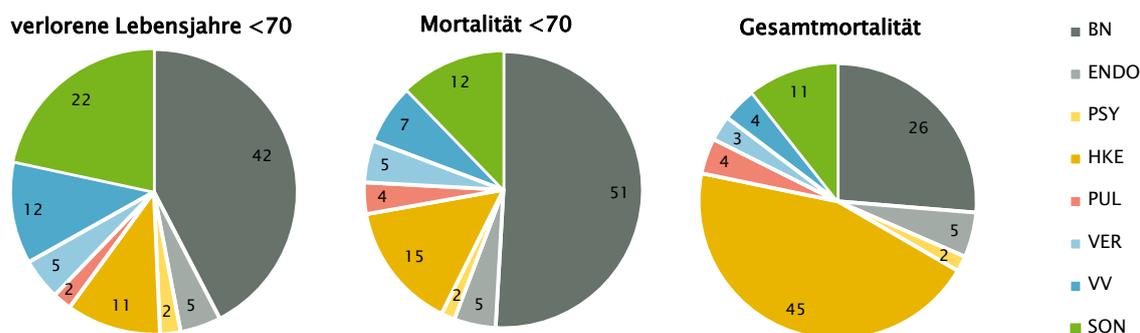
Hauptursache für die **vorzeitige Sterblichkeit** der unter 70-jährigen **Österreicherinnen** sind **Krebserkrankungen**. Rund die Hälfte der Frauen (51 %), die nicht 70 Jahre alt werden, stirbt an Krebs. Bei etwa 15 Prozent führen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bei 7 Prozent Verletzungen und Vergiftungen zum Tod. Zusammen macht das fast drei Viertel aller Todesursachen aus. Gemessen an den **verlorenen Lebensjahren** verlieren Krebserkrankungen etwas an Bedeutung, repräsentieren aber nach wie vor die Hauptursache für die verlorenen Lebensjahre von unter 70-jährigen Frauen (42 %). 11 Prozent

der verlorenen Lebensjahre gehen auf das Konto von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 12 Prozent gehen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen verloren (s. Abbildung 3.49).

Die Hauptursachen für die **vorzeitige Sterblichkeit** von unter 70-jährigen **Österreichern** sind **Krebs-erkrankungen** (36 %), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (22 %) sowie Verletzungen und Vergiftungen (12 %). Zusammen machen sie rund 70 Prozent aller Todesursachen aus. Bei den **verlorenen Lebensjahren** ist ein fast ebenso hoher Anteil auf diese drei Todesursachen zurückzuführen: 28 Prozent auf Krebserkrankungen, 22 Prozent auf Verletzungen und Vergiftungen, 17 Prozent auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen (s. Abbildung 3.50).

Tödliche Verletzungen sind insbesondere für die männliche Bevölkerung von großer Bedeutung, weil sie – wenngleich in geringer Anzahl – in vergleichsweise jungen Jahren auftreten. Umgekehrt haben Herz-Kreislauf-Erkrankungen für die vorzeitige Sterblichkeit und insbesondere für die verlorenen Lebensjahre eine geringere Bedeutung, weil sie vor allem im fortgeschrittenen Alter die häufigste Todesursache darstellen.

Abbildung 3.49:
(Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre von Österreicherinnen nach Todesursachen, in Prozent, 2014

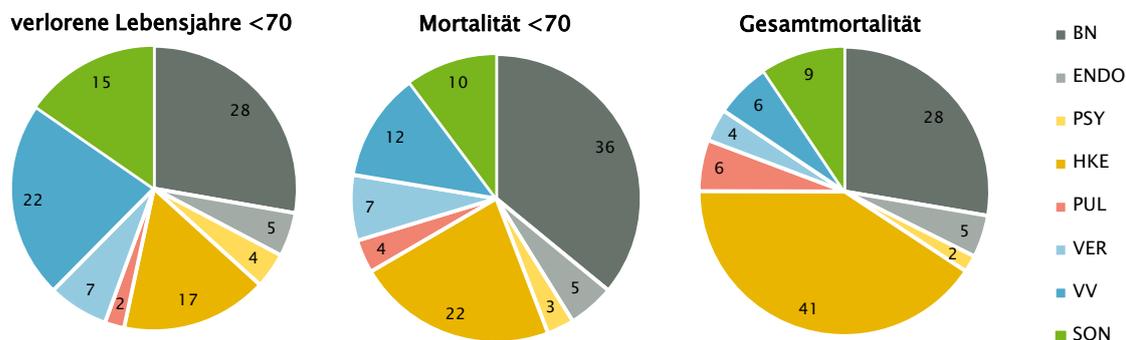


ICD-10-Codes:

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

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

Abbildung 3.50:
(Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre von Österreichern nach Todesursachen, in Prozent, 2014



ICD-10-Codes:

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

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

Veränderung der vorzeitigen Sterblichkeit

Österreichische Männer:

- Die altersstandardisierte Rate vorzeitiger Sterbefälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Problemen sank zwischen 2005 und 2014 um 22 Prozent, jene aufgrund von Verletzungen um 28 Prozent und jene aufgrund von Krebserkrankungen um 13 Prozent. Krebserkrankungen gewinnen damit an Bedeutung, während Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Verletzungen etwas an Bedeutung verlieren.
- Für verlorene Lebensjahre nimmt die Bedeutung von Krebs zu, jene von Verletzungen ab.

Österreichische Frauen:

- Die altersstandardisierte Rate vorzeitiger Sterbefälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Verletzungen sank um 24 bzw. 25 Prozent, jene aufgrund von Krebs hat nur marginal abgenommen. Dementsprechend ist die Bedeutung von Krebs gestiegen und jene von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Verletzungen gesunken.
- Für verlorene Lebensjahre nimmt die Bedeutung von Krebserkrankungen zu, jene von Verletzungen ab.

Europäischer Vergleich

Im EU-Vergleich liegt Österreich bezüglich der vorzeitigen Sterblichkeit – laut Daten der OECD – sowohl für Männer als auch für Frauen unter dem EU-28-Durchschnitt und rangiert damit **im europäischen Mittelfeld** (BMG 2016).

Definitionen und Daten

Die *vorzeitige Sterblichkeit* gibt die Sterblichkeit vor einem bestimmten Alter an. Je nach Lebenserwartung können unterschiedliche Altersgrenzen für die Berechnung dieses Indikators herangezogen werden. Im vorliegenden Bericht beschreibt *vorzeitige Sterblichkeit* die Sterblichkeit der unter 70-Jährigen. Vorteil dieses Indikators gegenüber der Gesamtsterblichkeit ist, dass sich die Unklarheiten in Bezug auf die Haupttodesursache bei hochbetagten, multimorbiden Personen hier nicht niederschlagen. Die vorzeitige Sterblichkeit ist insbesondere für Gesundheitsförderung und Prävention wichtig.

Auch die *verlorenen Lebensjahre (potential years of life lost PYLL)* sind ein Maß für die vorzeitige Sterblichkeit. Dieser Indikator berücksichtigt zusätzlich das Alter des vorzeitigen Todesfalls, indem die Sterbefälle mit den Lebensjahren, die bis zu einem bestimmten Alter (hier: 70 Jahre) verblieben wären, multipliziert werden. Dadurch fallen etwa Unfalltodesfälle mehr ins Gewicht als Herz-Kreislauf-Todesfälle, weil sie häufiger in jüngeren Jahren auftreten.

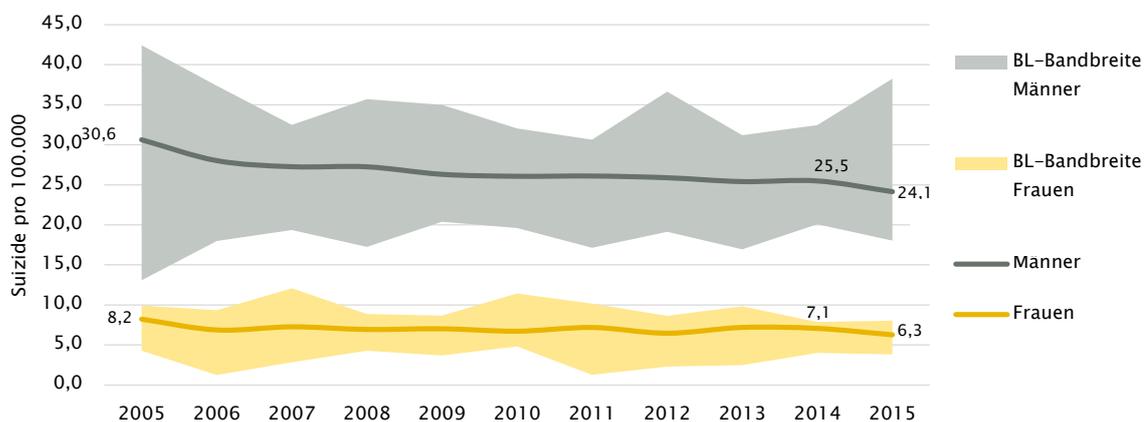
3.6.3 Suizid

In Österreich begehen jedes Jahr rund **1.300 Menschen** Suizid. Rund **drei Viertel** davon sind **Männer**. Die Suizidrate betrug im Jahr 2014 bei Männern (altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013) 25,5 und bei Frauen 7,1 Todesfälle pro 100.000 EW.

Langfristig ist die Suizidrate deutlich zurückgegangen, sie hat sich in Österreich seit Anfang der 1980er-Jahre etwa halbiert. Im Beobachtungszeitraum dieses Berichts – **2005 bis 2014** – ist die **Suizidrate bei Frauen weitgehend gleich geblieben**, bei **Männern weiter gesunken** (s. Abbildung 3.51).

Abbildung 3.51:

Suizidrate in Österreich nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 2005–2015

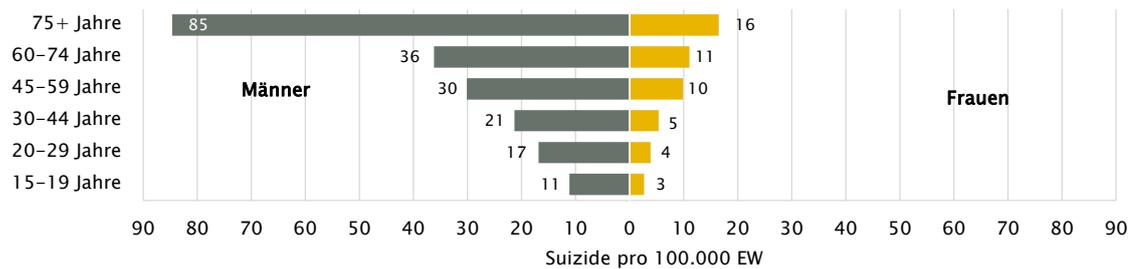


altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2015
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Wahrscheinlichkeit eines Suizids steigt mit zunehmendem Alter, wenngleich bei Jugendlichen der Suizid eine der häufigsten Todesursachen darstellt. Insbesondere ältere Männer weisen in dieser Hinsicht ein sehr hohes Risiko auf. In der Altersgruppe der ab 75-Jährigen begingen im Zeitraum 2005–2014 rund 85 von 100.000 Männern Suizid, von den gleichaltrigen Frauen 16 von 100.000 (s. Abbildung 3.52).

Abbildung 3.52:
Suizidrate in Österreich nach Altersgruppen und Geschlecht, 2005–2014



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

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

Zu den Suizidversuchen liegen keine verlässlichen Zahlen vor, da sie oft nicht als solche erkannt bzw. nicht entsprechend dokumentiert werden und auch nicht zwingend zu einem Kontakt mit dem Gesundheitssystem führen. Internationale Studien gehen jedoch davon aus, dass die Zahl der Suizidversuche die Zahl der tatsächlich durch Suizid verstorbenen Personen um das 10- bis 30-Fache übersteigt (De Munck et al. 2009; Flavio et al. 2013; Kölves et al. 2013). Demnach kann für Österreich von etwa 13.000 bis 39.000 Suizidversuchen pro Jahr ausgegangen werden. Im Gegensatz zu den vollzogenen Suiziden kommen **Suizidversuche und -gedanken häufiger bei Frauen** als bei Männern vor (Canetto/Sakinofsky 1998).

Europäischer Vergleich

Laut **Eurostat-Datenbank** (Zugriff am 14. 2. 2017) können europäische Vergleiche zum Thema Suizid nur für drei ausgewählte Altersgruppen vorgenommen werden. Ein Vergleich dieser Altersgruppen verdeutlicht, dass Österreich im Jahr 2013 in allen Altersgruppen **über dem EU-Durchschnitt** lag:

- für die 15- bis 19-Jährigen im oberen Mittelfeld
- für die 50- bis 54-Jährigen im Mittelfeld
- für die ab 85-Jährigen unter den fünf Ländern mit der höchsten Suizidrate

Laut **OECD-Datenbank** (Zugriff am 14. 2. 2017) rangierte Österreich im Jahr 2013 (im Vergleich mit 18 anderen EU-Ländern; altersstandardisierte Rate nach OECD-Bevölkerung 2010) bezüglich Suizid sowohl bei Männern als auch bei Frauen **im Mittelfeld**.

Die Ergebnisse in Hinblick auf die Suizidrate sollten allerdings mit Zurückhaltung interpretiert werden, da es in Europa Unterschiede hinsichtlich der Todesursachenerfassung sowie der Obduktionsrate gibt.

Definitionen und Daten

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

4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

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

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

Im folgenden Kapitel werden Indikatoren zu diesen Bereichen dargestellt. Die meisten der nachstehenden Indikatoren werden auch in anderen Gesundheitsstrategien und Frameworks verwendet (s. Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1:

Indikatorenübersicht zu Kapitel 4 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks

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

GZ = Gesundheitsziele Österreich

ZS-G MVKO = Zielsteuerung-Gesundheit: Outcome-Messung im Gesundheitswesen

GMF = Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework

Quelle und Darstellung: GÖG

4.1 Körperliche Faktoren

4.1.1 Adipositas und Übergewicht

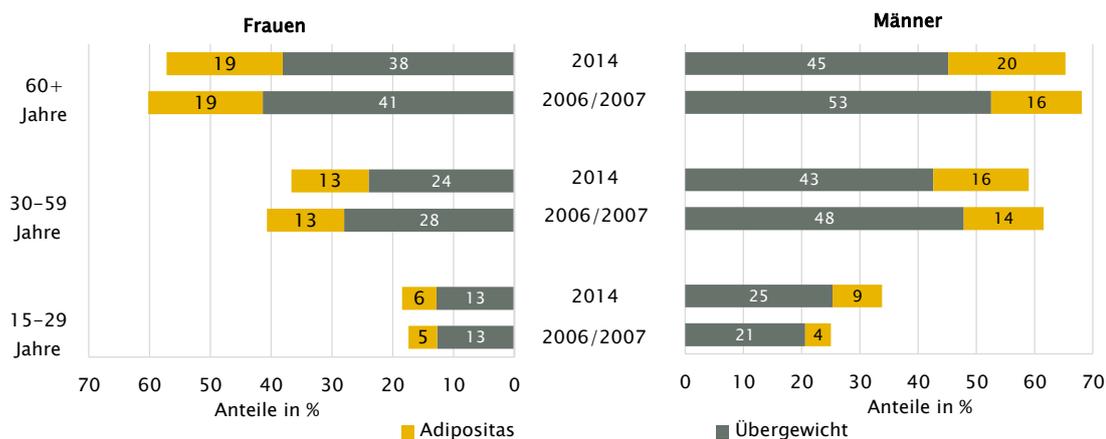
Adipositas und Übergewicht repräsentieren weltweit steigende Gesundheitsprobleme – bedingt durch einen hochkalorienhaltigen Ernährungsstil sowie mangelnde körperliche Bewegung. Adipositas und Übergewicht gelten als Risikofaktoren zahlreicher Gesundheitsprobleme wie Bluthochdruck, hohes Cholesterin, Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen und bestimmte Krebserkrankungen (OECD 2014). Darüber hinaus stehen Adipositas und Übergewicht mit einer Reihe psychosozialer Belastungen in Zusammenhang (z. B. Diskriminierung, Ausgrenzung, verminderte Selbstachtung), die zu einer

verminderten Lebensqualität sowie zu einem erhöhten Depressionsrisiko beitragen (Flodmark et al. 2004).

Rund **32 Prozent** der ab 15-jährigen Österreicher/-innen sind – laut ATHIS 2014 – **übergewichtig** (rund 2,45 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 28–38 %), knapp **14 Prozent adipös** (knapp 1,04 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 10–19 %). **Männer** sind **häufiger** von Übergewicht und Adipositas betroffen als Frauen (55 % vs. 39 %). Der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen nimmt mit dem Alter deutlich zu, bei Männern wie bei Frauen (s. Abbildung 4.1).

Abbildung 4.1:

Übergewicht und Adipositas nach Altersgruppen und Geschlecht, Österreich 2006/2007 und 2014



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

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

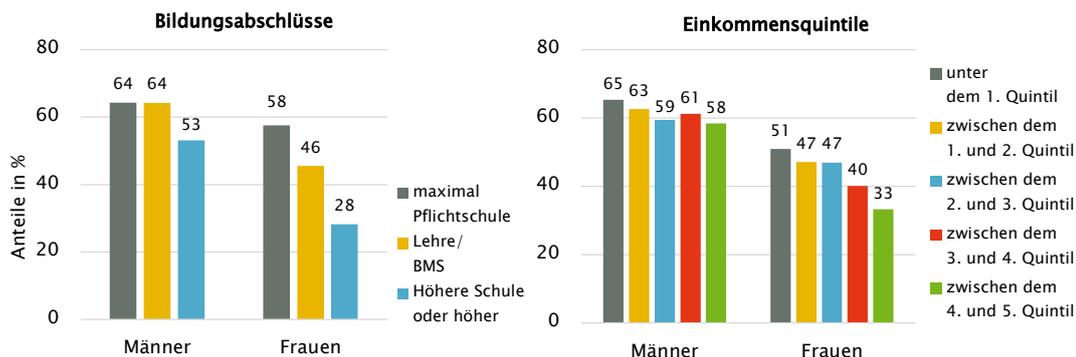
Seit 2006/2007 sind folgende Entwicklungen zu beobachten (s. Abbildung 4.1):

- Bei den 15- bis 29-Jährigen hat der Anteil übergewichtiger Männer zugenommen, und der Anteil adipöser Männer eine Verdopplung erfahren.
- Bei den 30- bis 59-Jährigen hat der Anteil übergewichtiger Männer und Frauen abgenommen, der Anteil adipöser Männer leicht zugenommen.
- Bei den ab 60-Jährigen hat der Anteil übergewichtiger Männer und Frauen abgenommen, der Anteil adipöser Männer deutlich zugenommen.

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Der Anteil übergewichtiger und adipöser Österreicher/-innen (30 Jahre und älter) nimmt mit steigender Bildung ab – von knapp 60 Prozent bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss auf 41 Prozent bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. Auch bezüglich Haushaltseinkommen zeigt sich ein gegenläufiger Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas: Im untersten Einkommensquintil sind 57 Prozent übergewichtig oder adipös, im obersten Quintil 48 Prozent. Bei Frauen sind diese Unterschiede stärker ausgeprägt als bei Männern (s. Abbildung 4.2).

Abbildung 4.2:
Übergewicht und Adipositas nach Bildung und Haushaltseinkommen, Österreich 2014



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

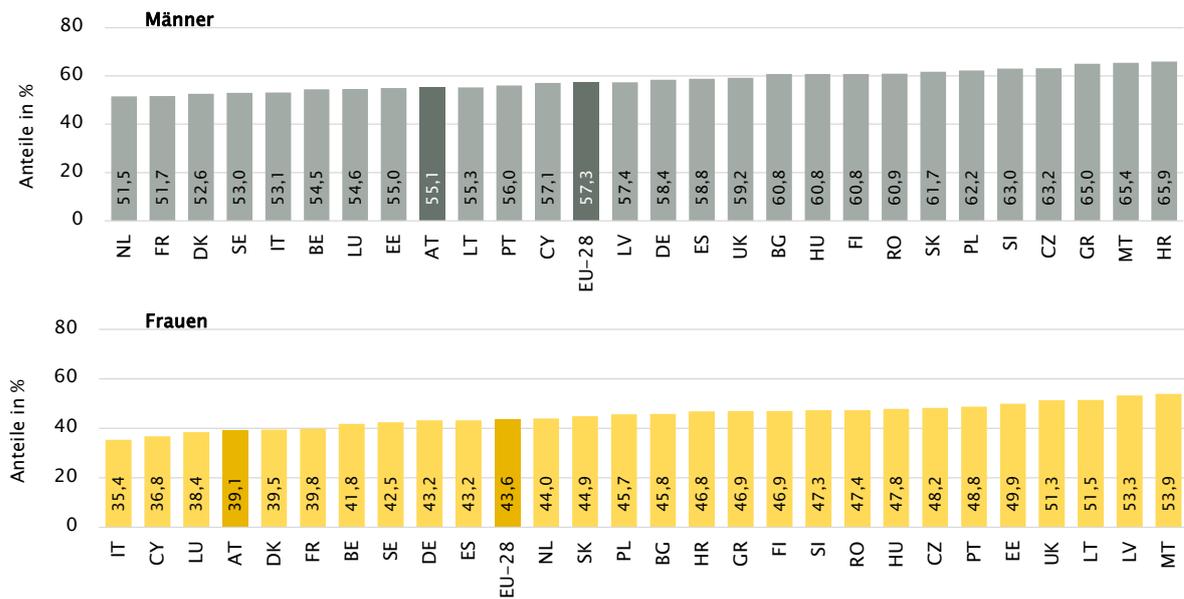
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Österreicherinnen ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) sind häufiger übergewichtig oder adipös als Österreicherinnen mit Migrationshintergrund (40 vs. 34 %). Ein Unterschied zwischen Männern mit und ohne Migrationshintergrund findet sich nicht.

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich – laut European Health Interview Survey (EHIS) 2014 – sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen **unter dem EU-28-Durchschnitt**: Der Anteil übergewichtiger und adipöser Männer ist der neuntniedrigste (EU-28-Bandbreite exkl. Irland: 51,5–65,9 %), der Anteil übergewichtiger und adipöser Frauen der viertniedrigste in der Europäischen Union (EU-28-Bandbreite exkl. Irland: 35,4–53,9 %; s. Abbildung 4.3).

Abbildung 4.3:
Übergewicht und Adipositas im EU-28-Vergleich*, 2014



*exkl. Irland

AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, ES: Spanien, FI: Finnland, FR: Frankreich, GR: Griechenland, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei; UK: Vereinigtes Königreich

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2014 (Zugriff am 9. 2. 2017)
Darstellung: GÖG

Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen kann anhand der HBSC-Studie eingeschätzt werden. Ihr zufolge waren im Jahr 2014 12 Prozent der 11-, 13- und 15-Jährigen übergewichtig und 2,5 Prozent adipös, Mädchen häufiger als Burschen (Übergewicht: 14 % vs. 10 %, Adipositas: 2,7 % vs. 2,3 %) (Griebler et al. 2016).

Seit 2006 blieb der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher – laut HBSC-Studie – weitgehend konstant (zw. 13 und 15 %).

In Sachen Übergewicht und Adipositas liegen Österreichs Kinder und Jugendliche bei den 11- und 15-Jährigen unter dem europäischen Durchschnitt, bei den 13-Jährigen im Mittelfeld (Inchley et al. 2016).

Definitionen und Daten

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

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

Die Ergebnisse in puncto Adipositas/Übergewicht werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015) und mit Ergebnissen von 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben. Ein Vergleich der Bevölkerungssegmente 15 Jahre und älter versus 18 Jahre und älter haben keine signifikanten Unterschiede im Ergebnis erbracht. Um den Aufwand zu reduzieren, werden deshalb Ergebnisse für die Bevölkerung 15 Jahre und älter berichtet.

Übergewicht und Adipositas werden in Bezug auf Kinder und Jugendliche auf Basis der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study berichtet (Dür/Griebler 2007; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Die Angaben stammen von 11-, 13- und 15-jährigen Burschen und Mädchen, die eine Schule besuchen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS), und beruhen auf Selbstangaben. Für die Trendanalyse wurden alle Stichproben gleich gewichtet: 50 % Burschen, 50 % Mädchen, 33,3 % 11-Jährige, 33,3 % 13-Jährige, 33,3 % 15-Jährige. Die Grenzwerte für Übergewicht und Adipositas wurden nach Cole et al. definiert (Griebler et al. 2016).

4.1.2 Bluthochdruck

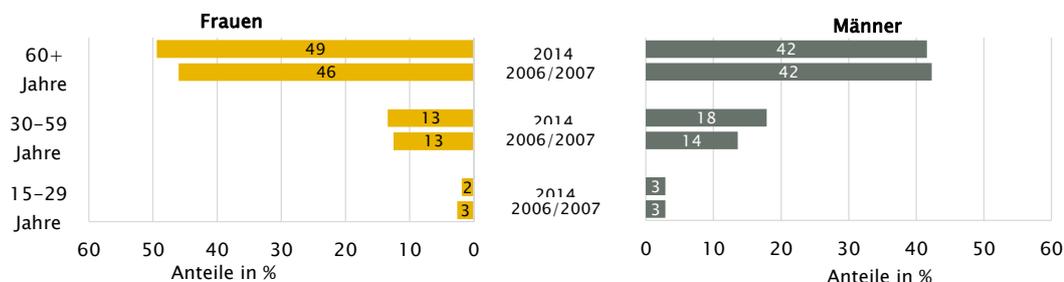
Bluthochdruck (Hypertonie) ist der häufigste und wichtigste Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Schlaganfälle und Erkrankungen der Herzkranzgefäße) und Niereninsuffizienz. Er zählt (vor allem in den Industrienationen) zu den wichtigsten Gesundheitsrisiken und steht mit Übergewicht und Adipositas im Zusammenhang (WHO 2003). Bluthochdruck ist über den Lebensstil (ausreichend Bewegung, gesunde Ernährung, Vermeidung von Übergewicht und Stress) präventiv beeinflussbar und kann, einmal erhöht, durch eine Änderung des Lebensstils und korrekte Medikation wieder gesenkt werden (Neuhauser et al. 2014).

Rund **21 Prozent** der Österreicher/-innen ab 15 Jahren (rund 1,53 Mio. Personen) sind – laut ATHIS 2014 – von Bluthochdruck betroffen (BL-Bandbreite: 17–28 %):

- **30- bis 59-jährige Männer häufiger** als gleichaltrige Frauen (18 % vs. 13 %)
- **ab 60-jährige Frauen häufiger** als gleichaltrige Männer (49 % vs. 42 %)
- die ältere Bevölkerung häufiger als die jüngere (s. Abbildung 4.4)

Abbildung 4.4:

Bluthochdruck nach Altersgruppen und Geschlecht, Österreich 2006/2007 und 2014



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

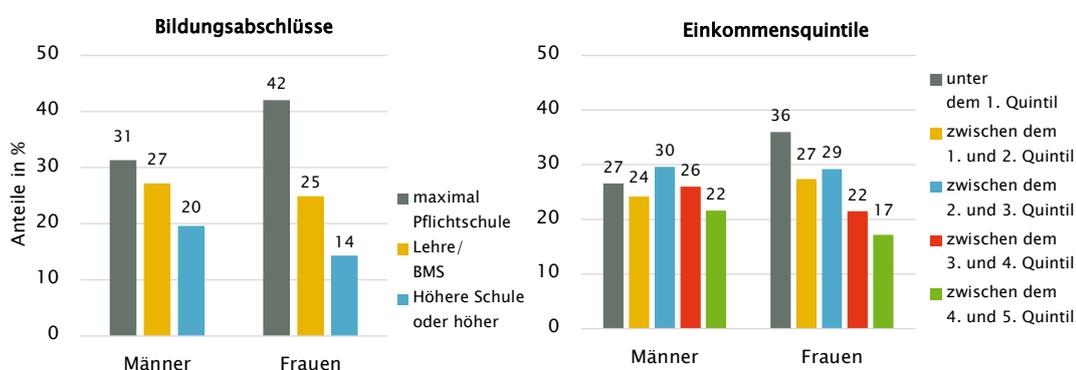
Seit 2006/2007 ist die Bluthochdruckprävalenz für 30- bis 59-jährige Männer sowie für ab 60-jährige Frauen **etwas gestiegen** (s. Abbildung 4.4).

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Die Bluthochdruckprävalenz sinkt mit steigender Bildung (s. Abbildung 4.5): von 39 Prozent für Personen mit maximal Pflichtschulabschluss auf 17 Prozent für Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. Ein ebenfalls deutlicher Gradient findet sich in Bezug auf das Haushaltseinkommen, allerdings nur bei den Frauen: Mit steigendem Einkommen nimmt der Anteil der Frauen, die von Bluthochdruck betroffen sind, von 36 Prozent im untersten Einkommensquintil auf 17 Prozent im obersten Quintil ab (s. Abbildung 4.5).

Abbildung 4.5:

Bluthochdruck nach Bildung und Haushaltseinkommen, Österreich 2014



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

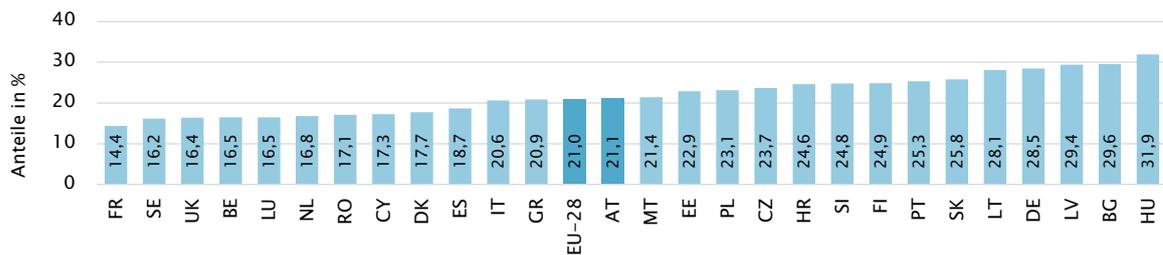
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Österreicher/-innen ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) weisen häufiger Bluthochdruck auf als Österreicher/-innen mit Migrationshintergrund (22 % vs. 17 %) – ein Ergebnis das vor allem durch den Altersunterschied der Vergleichsgruppen bedingt ist (Österreicher ohne Migrationshintergrund sind häufiger als Österreicher mit Migrationshintergrund 60 Jahre alt und älter).

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich bei der Bluthochdruckprävalenz – laut European Health Interview Survey (EHIS) 2014 – **im europäischen Durchschnitt** (21 %; EU-28-Bandbreite exkl. Irland: 14–32 %): Männer weisen den neuntniedrigsten, Frauen den viertniedrigsten Anteil auf (s. Abbildung 4.6).

Abbildung 4.6:
Bluthochdruck im EU-28-Vergleich*, 2014



*exkl. Irland

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2014 (Zugriff am 9. 2. 2017)
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

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

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

4.2 Psychische Faktoren

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

Besonders von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang die sogenannten **Meta- bzw. Zugangsressourcen**, z. B. die Selbstwirksamkeit (Bandura 1977; Bandura 1997), das Hardiness-Konzept⁴ (Kobasa 1979; Kobasa 1982) oder der von Antonovsky definierte „Sense of Coherence“⁴⁵ (Antonovsky 1979; Antonovsky 1997; Antonovsky/Sagy 1986). Diese Konzepte sind für die Nutzung/Aktivierung

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

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

innerer und äußerer Ressourcen bedeutsam, geben Auskunft über die Widerstandsfähigkeit (Resilienz) von Personen und entscheiden, wie diese mit biografischen und gesellschaftlichen Veränderungen umgehen können.

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

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

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

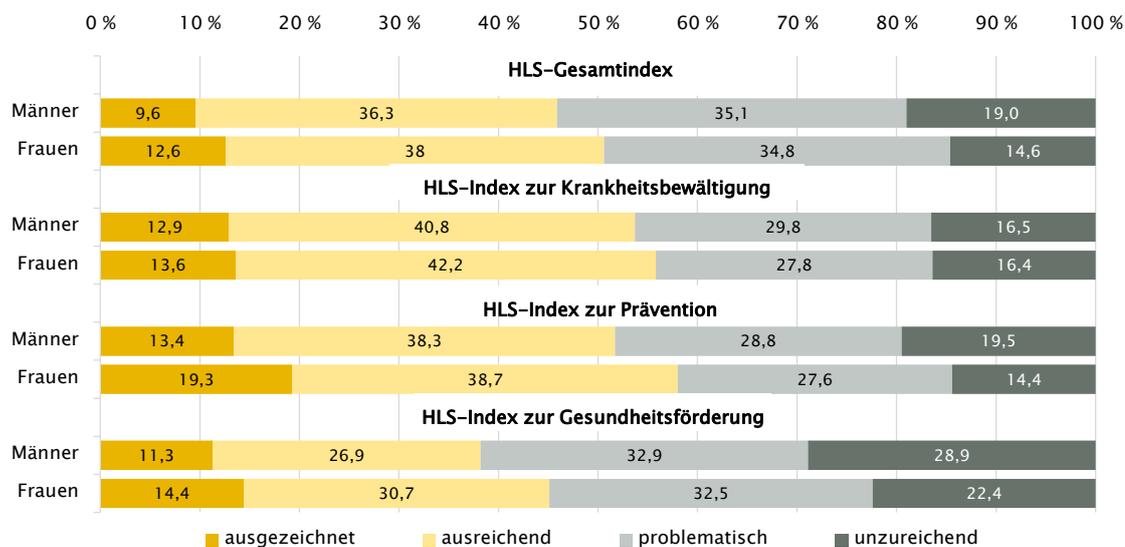
Trotz ihrer Wichtigkeit liegen zu den psychischen Einflussgrößen (mehrheitlich) keine entsprechenden Routinedaten vor. Ein Monitoring dieser Gesundheitsdeterminanten ist somit (vor allem in Bezug auf das Gesundheitsverhalten und auf die psychische Gesundheit) nur eingeschränkt möglich.

4.2.1 Gesundheitskompetenz

Rund **48 Prozent** der ab 15-jährigen Österreicher/-innen (Datenjahr 2011) verfügen über eine **ausreichende bis ausgezeichnete Gesundheitskompetenz**; die **weibliche Bevölkerung häufiger** als die männliche (s. Abbildung 4.7), die jüngere Bevölkerung häufiger als die ältere.

Die **geringste Kompetenz** weist die österreichische Bevölkerung **im Bereich der Gesundheitsförderung** auf, in den Bereichen Krankheitsbewältigung und Prävention ist sie etwas höher (s. Abbildung 4.7).

Abbildung 4.7:
Gesundheitskompetenz nach Kompetenzbereichen und Geschlecht, Österreich 2011



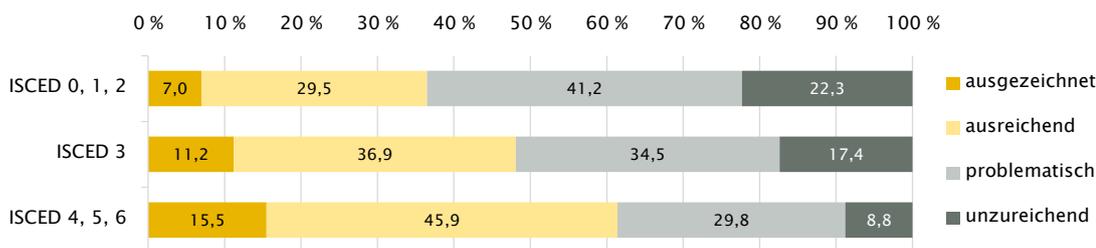
Personen 15 Jahre und älter

Quelle: HLS-EU 2011, Zusatzerhebung 2011;
Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund

Ein deutlicher Gradient in der Gesundheitskompetenz zeigt sich hinsichtlich der höchsten abgeschlossenen Bildung (Abbildung 4.8): Je niedriger der Bildungsabschluss, desto niedriger ist die Gesundheitskompetenz (HLS-EU Consortium 2012). Dies gilt für alle Altersgruppen sowie für alle Facetten der Gesundheitskompetenz (Krankheitsbewältigung, Prävention, Gesundheitsförderung).

Abbildung 4.8:
Gesundheitskompetenz (Gesamtindex) nach Bildung, 2011



Personen 30 Jahre und älter

ISCED: International Standard Classification of Education (Revision 1997); 0–2 = max. Pflichtschulabschluss, 3–4 = Lehrabschluss, AHS-Abschluss, BMS-/BHS-Abschluss, 5–6 = Universitätsstudium etc.

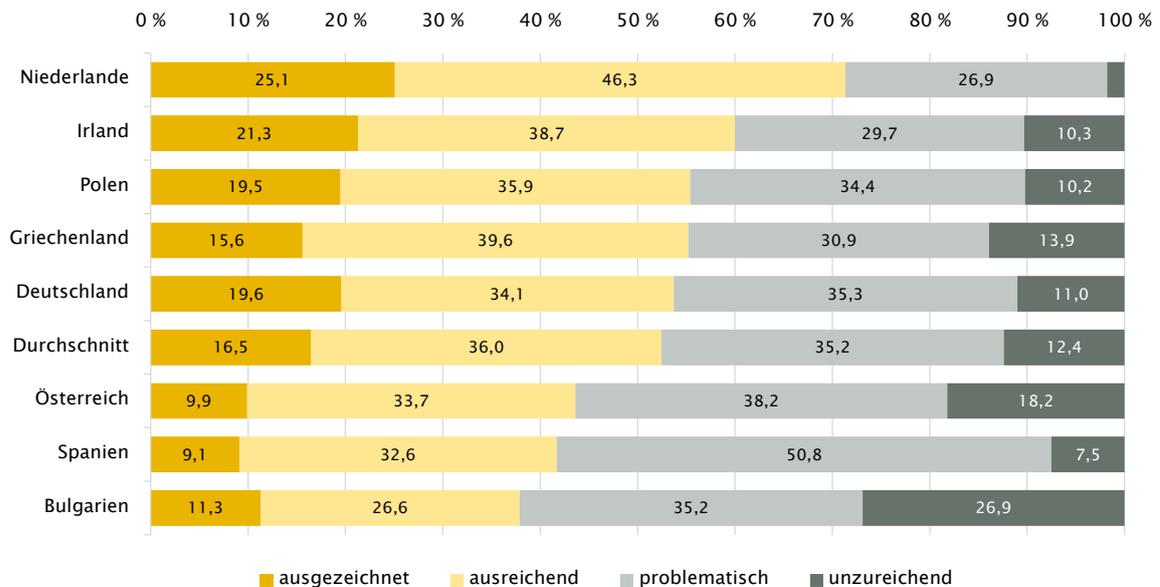
Quelle: HLS-EU 2011, Zusatzerhebung 2011; Darstellung: GÖG

Österreicher/-innen mit Migrationshintergrund (in der EU geboren) weisen eine schlechtere Gesundheitskompetenz auf als Österreicher/-innen ohne Migrationshintergrund (ausreichende bis ausgezeichnete Kompetenz: 42 % vs. 50 %). Auch dies gilt für alle Bereiche der Gesundheitskompetenz.

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich zählt Österreich zu jenen Ländern, die einen hohen Anteil an Personen mit einer limitierten Gesundheitskompetenz aufweisen (Abbildung 4.9). Es gilt jedoch zu beachten, dass die Vergleichsstichproben sowohl in der Alterszusammensetzung als auch hinsichtlich des Bildungsniveaus deutlich voneinander abweichen. Beide Faktoren sind eng mit Gesundheitskompetenz verknüpft (HLS-EU Consortium 2012).

Abbildung 4.9:
Gesundheitskompetenz (Gesamtindex) im europäischen Vergleich*, 2011



Personen 15 Jahre und älter; *Die österreichischen Ergebnisse beruhen ausschließlich auf der HLS-EU-Stichprobe. Das dargestellte Ergebnis weicht deshalb von den österreichischen Gesamtergebnissen um etwa 4 Prozentpunkte ab.

Quelle: HLS-EU Consortium Health Literacy 2012, 31; Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Unter *Gesundheitskompetenz* (health literacy) wird die Fähigkeit verstanden, im Alltag gesundheitsfördernde, präventive und die Krankenbehandlung betreffende Entscheidungen zu fällen: Sie basiert auf der allgemeinen Literacy und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen, relevante Gesundheitsinformationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können (Sørensen et al. 2012), wobei die individuelle Kompetenz immer in Relation zu den gestellten Anforderungen zu sehen ist (Brach et al. 2012; Parker 2009).

Aussagen über die Gesundheitskompetenz können in Österreich auf Basis des European Health Literacy Survey (HLS-EU) getroffen werden. Er wurde 2011 in acht europäischen Ländern durchgeführt. Neben den rund 1.000 vorgeschriebenen Interviews wurde in Österreich eine Zusatzerhebung von rund 800 Interviews finanziert. Da die Studie nach der Eurobarometer-Methode durchgeführt wurde, befinden sich nur EU-Bürger/-innen (15 Jahre und älter) in der Stichprobe, dies ist bei der Interpretation des Migrationshintergrundes zu beachten.

Der Interviewfragebogen besteht aus 47 Einzelfragen, die zu einem Gesamtwert sowie zu drei HLS-Indices zusammengefasst wurden (HLS-Krankheitsbewältigung, HLS-Prävention, HLS-Gesundheitsförderung). Das dafür entwickelte HLS-EU-Q-Instrument basiert auf einer relationalen Definition von Gesundheitskompetenz und stellt Fragen zum Schwierigkeitsgrad gesundheitsrelevanter Aufgaben

und Tätigkeiten. Das Instrument misst daher nicht nur die unmittelbare Kompetenz der Bevölkerung, sondern auch, wie schwierig/einfach es ist, den unterschiedlichen (System-)Anforderungen gerecht zu werden. Die Gesamtverteilung der einzelnen Indices wurde anhand definierter Grenzwerte in vier Kategorien unterteilt, die das Ausmaß der Gesundheitskompetenz angeben (ausgezeichnet, ausreichend, problematisch, inadäquat) (HLS-EU Consortium 2012).

4.3 Gesundheitsverhalten

4.3.1 Ernährung

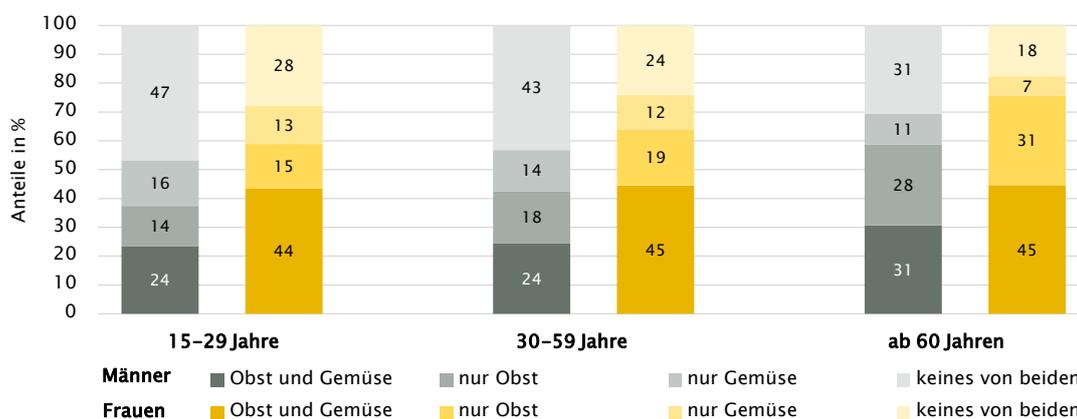
Das Ernährungsverhalten ist ein maßgeblicher Faktor für die Gesundheit und das Wohlbefinden und kann langfristig zur Gesundheitserhaltung beitragen (Pirouznia 2001; te Velde et al. 2007). Ein unausgewogenes Verhältnis von wenig gesundheitsfördernden (Süßigkeiten, zuckerhaltige Getränke, Fleisch) und gesundheitsfördernden Lebensmitteln (Obst, Gemüse, Fisch, Milch- und Vollkornprodukte), bei dem das Hauptgewicht auf Ersteren liegt, kann kurz- bis mittelfristig zu Gesundheitsproblemen wie Übergewicht und Karies führen. Langfristig werden dadurch Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bestimmte Krebserkrankungen begünstigt (Bowman/Vinyard 2004; Malik et al. 2010; Vartanian et al. 2007).

Als besonders wichtig erweist sich ein regelmäßiger Konsum von Obst und Gemüse (Hartley et al. 2013; Li et al. 2014; Wang et al. 2014). Die Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE) empfiehlt deshalb einen täglichen Obst- und Gemüseverzehr (s. www.oege.at).

In Österreich essen **35 Prozent** der ab 15-jährigen Österreicher/-innen **täglich Obst und Gemüse** (ATHIS 2014; BL-Bandbreite: 29–42 %); **Frauen** aller Altersgruppen **häufiger** als Männer (44 % vs. 26 %). 21 Prozent der Österreicher/-innen essen täglich Obst (aber kein Gemüse), 12 Prozent täglich Gemüse (aber kein Obst). 32 Prozent verspeisen weder das eine noch das andere auf einer täglichen Basis. Die ab 60-jährige Bevölkerung isst am häufigsten täglich Obst und/oder Gemüse, die 15- bis 29-jährige Bevölkerung am seltensten (s. Abbildung 4.10).

Abbildung 4.10:

Täglicher Obst- und/oder Gemüsekonsum nach Altersgruppen und Geschlecht, Österreich 2014



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

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

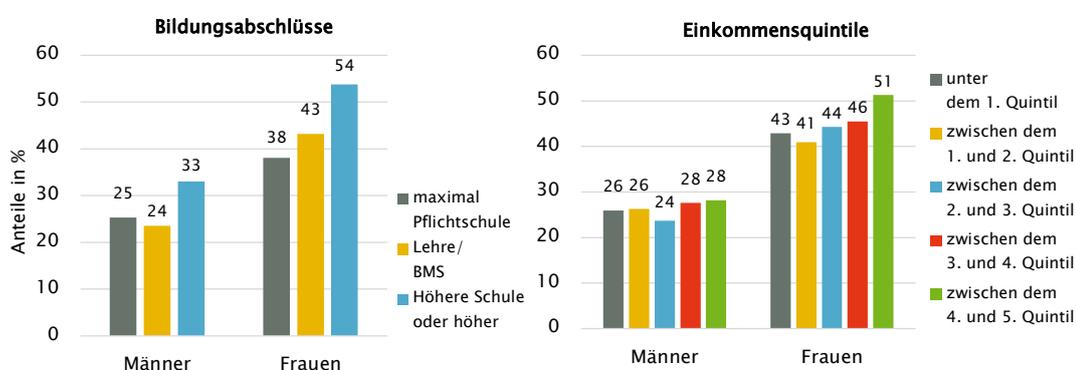
Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

In der weiblichen Bevölkerung (30 Jahre und älter) steigt der tägliche Obst- und Gemüseverzehr sowohl mit höherer Bildung (von 38 % mit maximal Pflichtschulabschluss auf 54 % mit Matura oder einem höheren Abschluss) als auch mit steigendem Haushaltseinkommen (von 43 % im untersten Einkommensquintil auf 51 % im obersten Quintil; s. Abbildung 4.11). Der Einkommenseffekt ist dabei eher flach.

Männer mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss essen häufiger täglich Obst und Gemüse als jene mit maximal Pflichtschulabschluss oder einem Lehr- bzw. BMS-Abschluss (33 % vs. 24–25 %). Ein Zusammenhang mit dem Haushaltseinkommen zeigt sich bei der männlichen Bevölkerung nicht (s. Abbildung 4.11).

Abbildung 4.11:

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



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

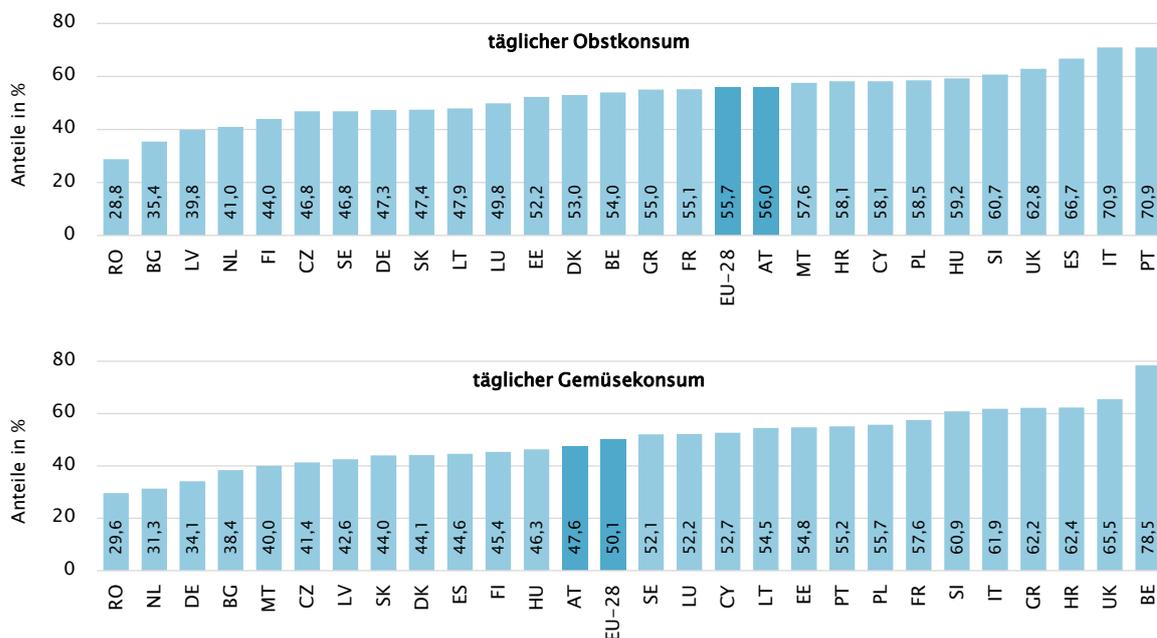
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Österreicher/-innen mit Migrationshintergrund essen häufiger täglich Obst und Gemüse als Österreicher/-innen ohne Migrationshintergrund (40 % vs. 34 %).

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich – laut European Health Interview Survey (EHIS) 2014 – sowohl beim täglichen Obst- (EU-28-Bandbreite exkl. Irland: 29–71 %) als auch beim täglichen Gemüsekonsum (EU-28-Bandbreite exkl. Irland: 30–79 %) **im europäischen Durchschnitt** (56 bzw. 50 %; s. Abbildung 4.12); beim Obstkonsum im oberen Mittelfeld, beim Gemüsekonsum im Mittelfeld.

Abbildung 4.12:
Täglicher Obst- / täglicher Gemüsekonsum im EU-28-Vergleich*, 2014



*exkl. Irland

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2014 (Zugriff am 9. 2. 2017)
Darstellung: GÖG

Obst- und Gemüsekonsum von Kindern und Jugendlichen

Bei Kindern und Jugendlichen kann der Obst- und Gemüsekonsum anhand der HBSC-Studie eingeschätzt werden. Ihr zufolge griffen 2014 rund 24 Prozent der 11-, 13- und 15-Jährigen täglich zu Obst und Gemüse; Mädchen häufiger als Burschen (29 % vs. 19 %) (Griebler et al. 2016).

Seit 2006 ist der tägliche Verzehr von Obst und Gemüse – bei beiden Geschlechtern – deutlich gestiegen (von insgesamt 12 auf 24 %).

Beim Obstkonsum liegen Österreichs Kinder und Jugendliche deutlich über, beim Gemüsekonsum unter dem europäischen Durchschnitt (Inchley et al. 2016).

Definitionen und Daten

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

Der Obst- und Gemüsekonsum von Kindern und Jugendlichen wird auf Basis der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study berichtet (Dür/Griebler 2007; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Die Angaben stammen von 11-, 13- und 15-jährigen Burschen und Mädchen, die eine Schule besuchen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS), und beruhen auf Selbstangaben. Für die Trendanalyse wurden alle Stichproben gleich gewichtet: 50 % Burschen, 50 % Mädchen, 33,3 % 11-Jährige, 33,3 % 13-Jährige, 33,3 % 15-Jährige.

4.3.2 Gesundheitswirksame Bewegung

Das Ausmaß körperlicher Bewegung zählt (neben einer „gesunden“ Ernährung und dem Nichtrauchen) zu den bedeutendsten Lebensstilfaktoren zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit. Die gesundheitlichen Effekte regelmäßiger Bewegung sind wissenschaftlich gut belegt: Bewegung verringert das Risiko von Adipositas, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Typ-2-Diabetes, das Risiko bestimmter Krebserkrankungen sowie das Demenzrisiko und trägt zu einer höheren Lebensqualität wie Lebenserwartung bei (Titze et al. 2010). Das Bewegungsverhalten wird einerseits von individuellen Faktoren (Selbstwirksamkeit, Bewegungskompetenz), andererseits von der physischen Umwelt und seiner Gestaltung beeinflusst (BMLVS 2013).

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

- ein wöchentliches Ausmaß von mindestens 150 Minuten mäßig intensiver körperlicher Bewegung und
- muskelkräftigende Übungen an mindestens zwei Tagen pro Woche vor (Titze et al. 2010).

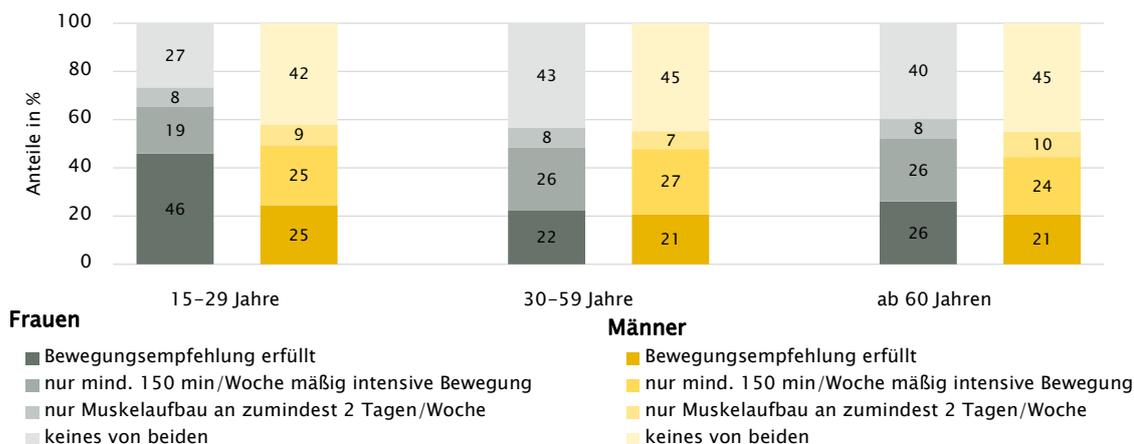
Ergänzend dazu wird eine vermehrte Bewegung im Alltag propagiert.

Die österreichischen **Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung** (Punkt 1 und 2 der Bewegungsempfehlung) erfüllen – laut ATHIS 2014 – **25 Prozent** der Österreicher/-innen ab 15 Jahren (BL-Bandbreite: 21–30 %); **Männer häufiger** als Frauen (29 % vs. 21 %). Während knapp die Hälfte der 15- bis 29-jährigen Männer (46 %) die österreichischen Bewegungsempfehlungen erfüllen, sinkt bei den ab 30-jährigen der Anteil auf rund ein Viertel. Bei den Frauen erfüllen in allen Altersgruppen rund 21-25 Prozent das empfohlene Bewegungsausmaß (s. Abbildung 4.13).

150 Minuten pro Woche in Bewegung sind **50 Prozent** der Österreicher/-innen (Punkt 1 der Bewegungsempfehlungen; BL-Bandbreite: 45–60 %): **Frauen** etwas **seltener** als Männer (47 % vs. 53 %), 15- bis 29-Jährige häufiger als Österreicher/-innen ab 30 (57 % vs. 48 %).

An **mindestens zwei Tagen pro Woche muskelkräftigende Übungen** (Punkt 2 der Bewegungsempfehlungen) führen **33 Prozent** der Österreicher/-innen aus (BL-Bandbreite: 29–39 %): **Frauen seltener** als Männer (30 % vs. 37 %), 15- bis 29-Jährige häufiger als Österreicher/-innen ab 30 (44 % vs. 29–33 %).

Abbildung 4.13:
Bewegungsverhalten nach Altersgruppen und Geschlecht, Österreich 2014



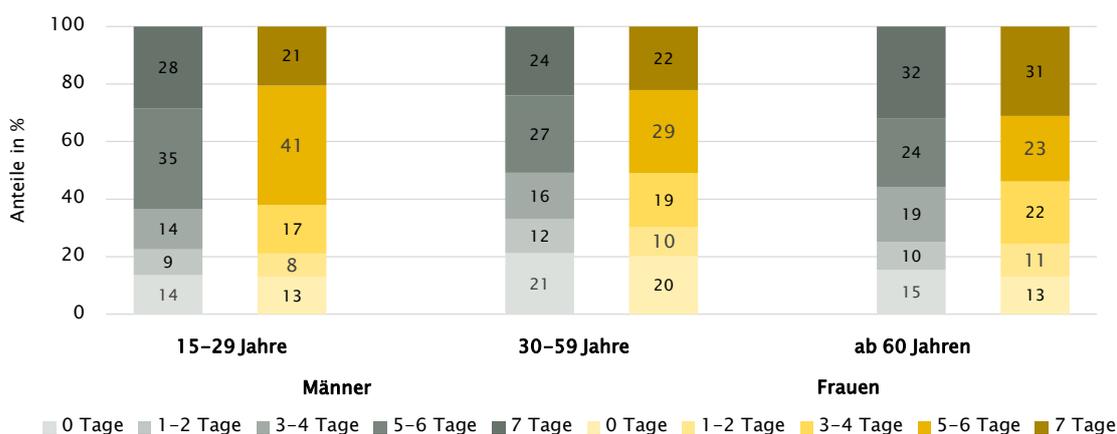
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

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

Alltagswege von mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung legen ab 15-jährige Österreicher und Österreicherinnen an **4,1 Tagen pro Woche** zu Fuß und/oder mit dem Fahrrad zurück (BL-Bandbreite: 3,6–4,8 Tage pro Woche); Männer etwa genauso häufig wie Frauen (s. Abbildung 4.14).

Mit einem Durchschnittswert von 4,4 Tagen pro Woche legen 15- bis 29-Jährige und ab 60-Jährige ihre Alltagswege etwas häufiger zu Fuß und/oder mit dem Fahrrad zurück als 30-59-Jährige (an 3,9 Tagen pro Woche). 17 Prozent der Österreicher/-innen bewältigen ihre Alltagswege nie zu Fuß oder mit dem Fahrrad (BL-Bandbreite: 10-25 %), 26 Prozent täglich (BL-Bandbreite: 20–34 %).

Abbildung 4.14:
Bewegungsverhalten im Alltag* nach Altersgruppen und Geschlecht, Österreich 2014



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

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

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

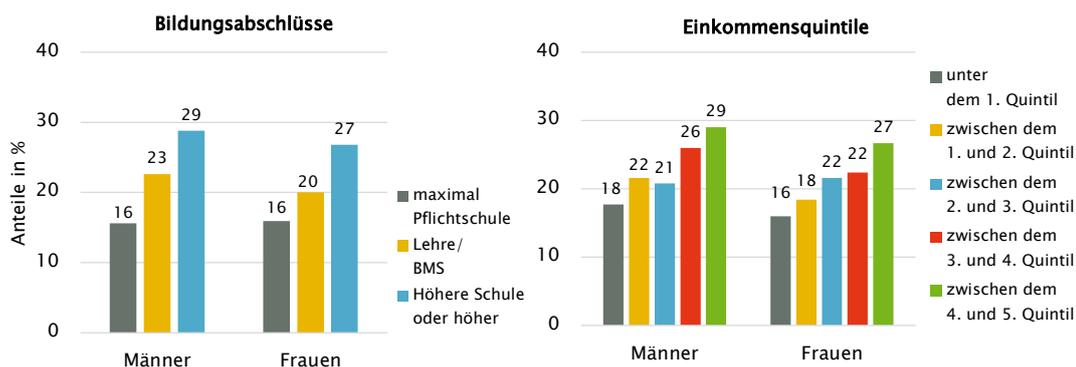
Österreicher/-innen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter) erfüllen häufiger die österreichischen Bewegungsempfehlungen als Österreicher/-innen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (28 % vs. 16 %). Dieser Bildungsgradient gilt für Männer wie Frauen (s. Abbildung 4.15). Unterschiede in der Alltagsbewegung finden sich nur für die ältere sowie für die männliche Bevölkerung und entsprechen dem zuvor genannten Muster.

Ein ebenfalls deutlicher Zusammenhang zeigt sich in Bezug auf das Haushaltseinkommen: Österreicher/-innen aus finanziell besser gestellten Haushalten erfüllen die österreichischen Bewegungsempfehlungen häufiger als Österreicher/-innen mit einem geringen Haushaltseinkommen (s. Abbildung 4.15). Der Gradient bewegt sich von 28 zu 17 Prozent.

In Österreich erfüllen Frauen ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) etwas häufiger die Bewegungsempfehlungen als Frauen mit Migrationshintergrund (22 % vs. 19 %). Alltagswege (> 10 Minuten) werden hingegen häufiger von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurückgelegt als von Frauen und Männern ohne Migrationshintergrund (an durchschnittlich 4,5 vs. 4 Tagen pro Woche).

Abbildung 4.15:

Gesundheitswirksame Bewegung nach Bildung und Haushaltseinkommen, Österreich 2014



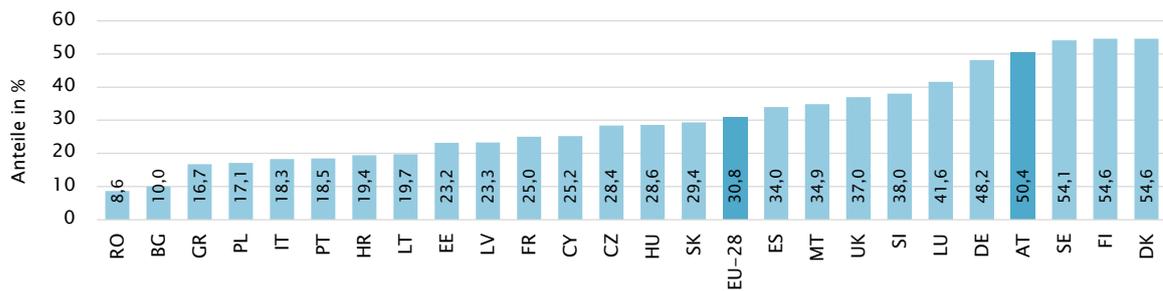
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

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

Europäischer Vergleich

Ein europäischer Vergleich kann derzeit nur in Bezug auf die erste Empfehlungskomponente (mindestens 150 Minuten mäßig intensive körperliche Bewegung pro Woche) vorgenommen werden. Österreich rangiert diesbezüglich – laut EHIS 2014 (EU-28-Bandbreite exkl. Belgien, Irland und Niederlande: 9–55 %) – **deutlich über dem EU-Durchschnitt** (31 %; s. Abbildung 4.16).

Abbildung 4.16:
150 Minuten mäßig intensive körperliche Bewegung pro Woche im EU-28-Vergleich*, 2014



*exkl. Belgien, Irland und Niederlande

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2014 (Zugriff am 9. 2. 2017)
Darstellung: GÖG

Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen

Entsprechend den österreichischen Bewegungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche (Titze et al. 2010) bewegen sich – laut HBSC-Studie 2014 – rund 22 Prozent der 11-, 13- und 15-Jährigen täglich 60 Minuten oder mehr; Burschen häufiger als Mädchen (27 % vs. 15 %) (Griebler et al. 2016).

Zwischen 2006 und 2010 hat die Zahl täglich aktiver Kinder und Jugendlicher zugenommen (von 19 auf 25 %), zwischen 2010 und 2014 hingegen wieder leicht abgenommen (auf 22 %).

Im europäischen Vergleich liegen Österreichs 11- und 13-Jährige im Mittelfeld, die 15-Jährigen hingegen im unteren Bereich (Inchley et al. 2016).

Definitionen und Daten

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

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

Die Ergebnisse in Hinblick auf das Bewegungsverhalten werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS 2014) berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

Aussagen über das Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen werden auf Basis der HBSC-Erhebung 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2006 und 2010 verglichen (Dür/Griebler 2007; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Die Angaben beziehen sich auf 11-, 13- und 15-Jährige, die eine Schule besuchen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS), und beruhen auf Selbstangaben. Für die Trendanalyse wurden alle Stichproben gleich gewichtet: 50 % Burschen, 50 % Mädchen, 33,3 % 11-Jährige, 33,3 % 13-Jährige, 33,3 % 15-Jährige.

4.3.3 Tabakkonsum

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

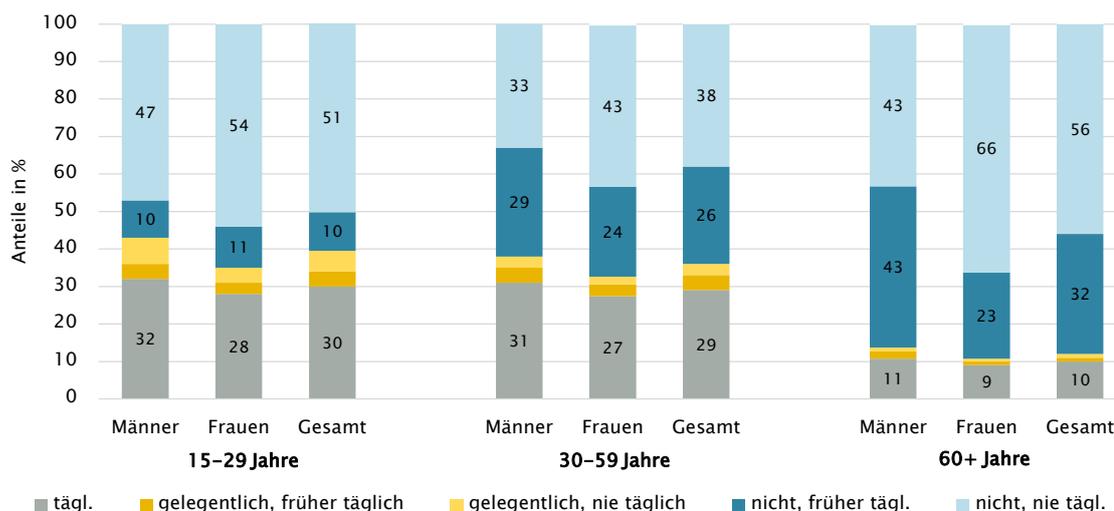
Laut ATHIS 2014 rauchen rund **24 Prozent** der ab 15-jährigen Österreicher/-innen (rund 1,76 Mio. Personen) **täglich** (BL-Bandbreite: 21–33 %), etwa 6 Prozent gelegentlich (rund 414.000 Personen). 48 Prozent der Österreicher/-innen haben in ihrem Leben noch nie täglich geraucht. Der **Anteil täglich rauchender Österreicherinnen** hat seit 2006/2007 leicht **zugenommen** (um 2 Prozentpunkte), während der Anteil täglich rauchender Österreicher unverändert blieb. Die Ergebnisse einer anderen Erhebungsreihe (Bevölkerungsbefragung zum Substanzkonsum) zeigen hingegen für beide Geschlechter einen gegenteiligen, nämlich abnehmenden Trend (Busch et al. 2016a).

47 Prozent der Gelegenheitsraucher/-innen (3 % der ab 15-jährigen Bevölkerung) und 35 Prozent der Nichtraucher/-innen (24 % der ab 15-jährigen Bevölkerung) haben – laut ATHIS 2014 – früher täglich geraucht und ihr Verhalten geändert.

Die **männliche Bevölkerung** zählt **häufiger** zu den täglich Rauchenden als die weibliche (27 % vs. 22 %). Zudem rauchen Männer häufiger 20 oder mehr Zigaretten am Tag als Frauen (17 % der täglich rauchenden Männer vs. 6 % der täglich rauchenden Frauen). Täglich rauchende Österreicher rauchen im Durchschnitt 17 Zigaretten, täglich rauchende Österreicherinnen rund 14 Zigaretten pro Tag.

Sowohl der Anteil der täglich Rauchenden als auch der Anteil der Gelegenheitsraucher/-innen nimmt mit dem Alter ab: von 30 bzw. 9 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 10 bzw. 2 Prozent bei den ab 60-Jährigen (Abbildung 4.17).

Abbildung 4.17:
Raucherstatus der Österreicher/-innen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014



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

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

Ernsthafte, aber nicht gelungene Aufhörversuche

32 Prozent der täglich rauchenden Österreicherinnen und Österreicher (15 Jahre und älter; rund 562.000 Personen) haben im letzten Jahr versucht, mit dem Rauchen aufzuhören (BL-Bandbreite: 28–39 %), Frauen und Männer etwa gleich häufig.

Im fortgeschrittenen Lebensalter ist das Bedürfnis, mit dem Rauchen aufzuhören, größer: 31 Prozent der 15- bis 29-Jährigen sowie der 30- bis 59-Jährigen, aber bereits 41 % der ab 60-Jährigen haben im letzten Jahr einen Ausstieg versucht.

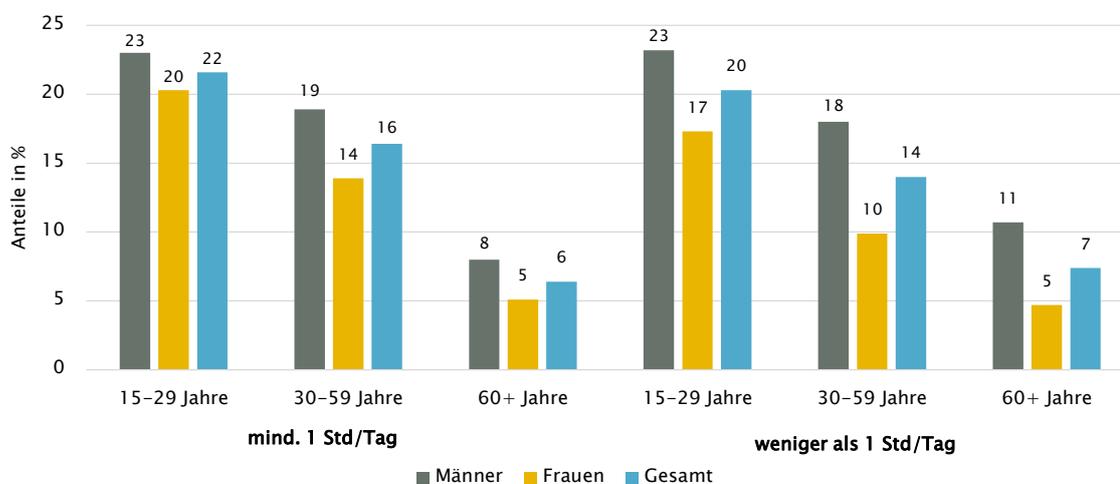
Passivrauchen

15 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher (rund 1,07 Mio. Personen im Alter von 15 und mehr Jahren) sind **täglich mindestens eine Stunde** Passivrauch ausgesetzt (BL-Bandbreite: 10–22 %), weitere 14 Prozent weniger als eine Stunde pro Tag (BL-Bandbreite: 11–15 %). Dies gilt für **Männer häufiger** als für Frauen (s. Abbildung 4.18).

Der Anteil der „Passivraucher/-innen“ nimmt mit dem Alter ab (s. Abbildung 4.18): von insgesamt 42 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 14 Prozent bei den ab 60-Jährigen. Von Passivrauch am häufigsten betroffen sind Männer zwischen 15 und 59 Jahren.

Abbildung 4.18:

Passivrauchexposition nach Altersgruppen und Geschlecht, Österreich 2014



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

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

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

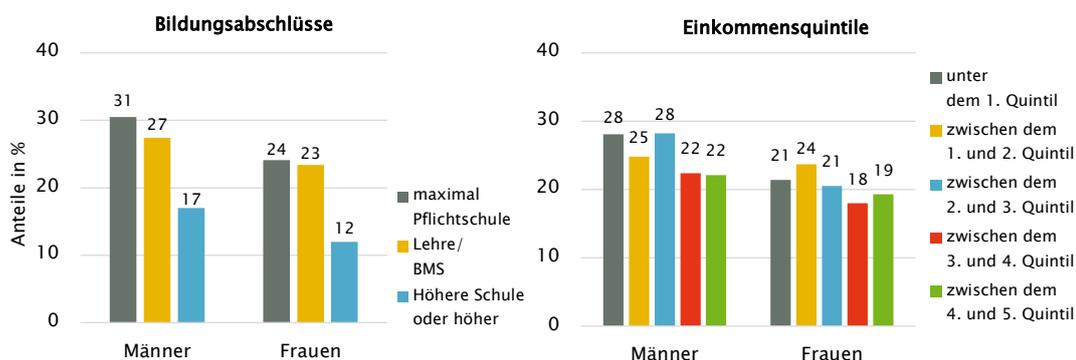
Österreicher/-innen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter) gehören seltener zur Gruppe der täglichen Raucher/-innen als jene mit einer geringeren formalen Bildung (15 % vs. 26 %). Dies gilt für Männer wie für Frauen (s. Abbildung 4.19). Auch die Passivrauchexposition (mindestens eine Stunde pro Tag) folgt diesem Muster (maximal Pflichtschulabschluss: 16 %, Lehr- und BMS-Abschluss: 15 %, Matura oder höher: 8 %).

Ähnlich wie bei der Bildung zeigt sich auch hinsichtlich des Haushaltseinkommens, dass Österreicher/-innen der obersten Einkommensgruppen (30 Jahre und älter) seltener täglich rauchen als jene aus dem mittleren bzw. den unteren Einkommensquintilen (s. Abbildung 4.19). Ein deutlicher Gradient findet sich bei der 30- bis 59-jährigen Bevölkerung: Er verläuft von 24 Prozent beim obersten Einkommensquintil bis zu 36 Prozent im untersten Quintil. Ein identisches Muster findet sich auch bei der Passivrauchexposition.

Österreicher/-innen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) zählen häufiger zu den täglichen Raucher/-innen als jene ohne Migrationshintergrund (32 % vs. 23 %). Sie sind zudem häufiger Passivrauch ausgesetzt (mindestens eine Stunde pro Tag; 22 % vs. 13 %).

Abbildung 4.19:

Tägliche Raucher/-innen nach Bildung und Haushaltseinkommen, Österreich 2014



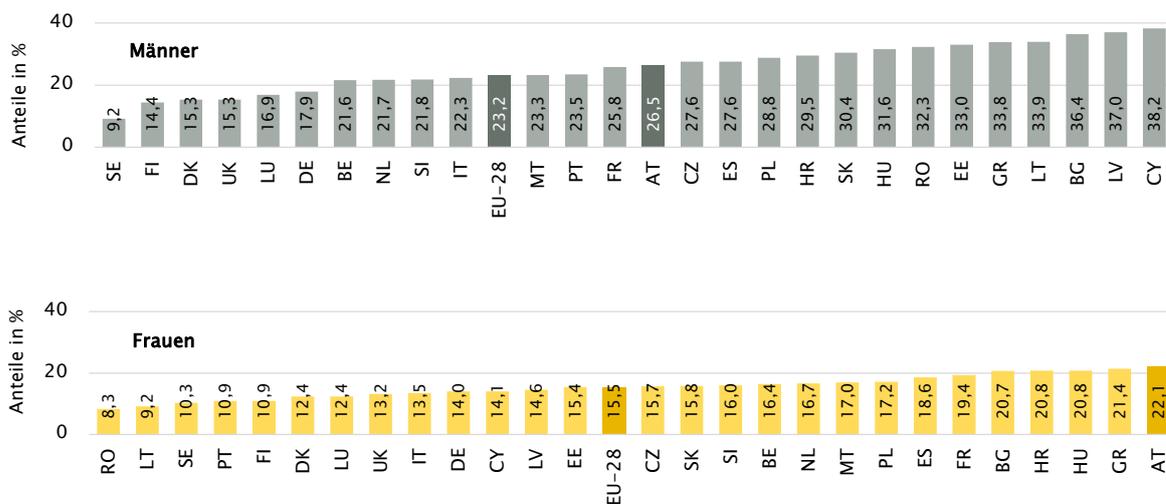
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

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

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich – laut EHIS 2014 – bei den **täglich rauchenden Männern** (EU-28-Bandbreite exkl. Irland: 9–38 %) **im europäischen Mittelfeld** (über dem EU-Durchschnitt; 23 %; s. Abbildung 4.20) und bei den täglich rauchenden **Frauen an erster Stelle** (EU-28-Bandbreite exkl. Irland: 8–22 %; EU-Durchschnitt: 16 %).

Abbildung 4.20:
Tägliche Raucher/-innen im EU-28-Vergleich*, 2014

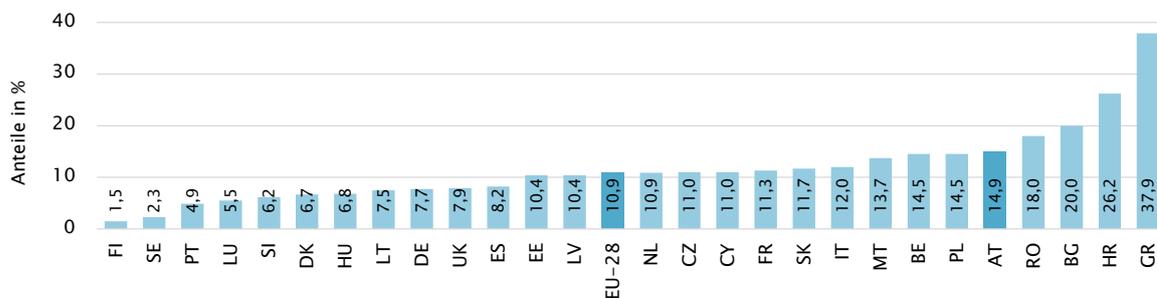


*exkl. Irland

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2014 (Zugriff am 9. 2. 2017)
Darstellung: GÖG

Bei der **Passivrauchexposition** (mindestens eine Stunde täglich) rangiert Österreich (EU-28-Bandbreite exkl. Irland: 1,5–38 %) deutlich über dem europäischen Durchschnitt (11 %) und weist die **fünfhöchste Prävalenz** auf (s. Abbildung 4.21).

Abbildung 4.21:
Passivrauchexposition (mind. 1 Stunde tgl.) im EU-28-Vergleich*, 2014



*exkl. Irland

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2014 (Zugriff am 9. 2. 2017)
Darstellung: GÖG

Tabakkonsum von Jugendlichen

Laut HBSC-Befragung 2014 rauchen rund 10 Prozent der 15-jährigen Österreicherinnen und Österreicher täglich, rund 5 Prozent wöchentlich (Burschen und Mädchen in etwa gleich häufig) (Griebler et al. 2016). Zum Vergleich: Bei der ESPAD-Befragung 2015 wurden 16 Prozent täglich Rauchende ermittelt (Strizek et al. 2016)

Zwischen 2010 und 2014 hat sich der Anteil täglich rauchender Burschen und Mädchen bei den 15-Jährigen halbiert. Auch in der ESPAD-Studie konnte zwischen 2007 und 2015 ein Rückgang beobach-

tet werden. Im europäischen Vergleich liegt Österreich damit im oberen europäischen Mittelfeld (Inchley et al. 2016).

Definitionen und Daten

Die Ergebnisse in puncto Tabakkonsum und Passivrauchen werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015) und mit Ergebnissen von 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

Aussagen über das Rauchverhalten Jugendlicher werden auf Basis der HBSC-Erhebung 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2006 und 2010 verglichen (Dür/Griebler 2007; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Die Angaben stammen von 11-, 13- und 15-jährigen Burschen und Mädchen, die eine Schule besuchen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS), und beruhen auf Selbstangaben. Für die Trendanalyse wurden alle Stichproben gleich gewichtet: 50 % Burschen, 50 % Mädchen, 33,3 % 11-Jährige, 33,3 % 13-Jährige, 33,3 % 15-Jährige.

4.3.4 Alkoholkonsum

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

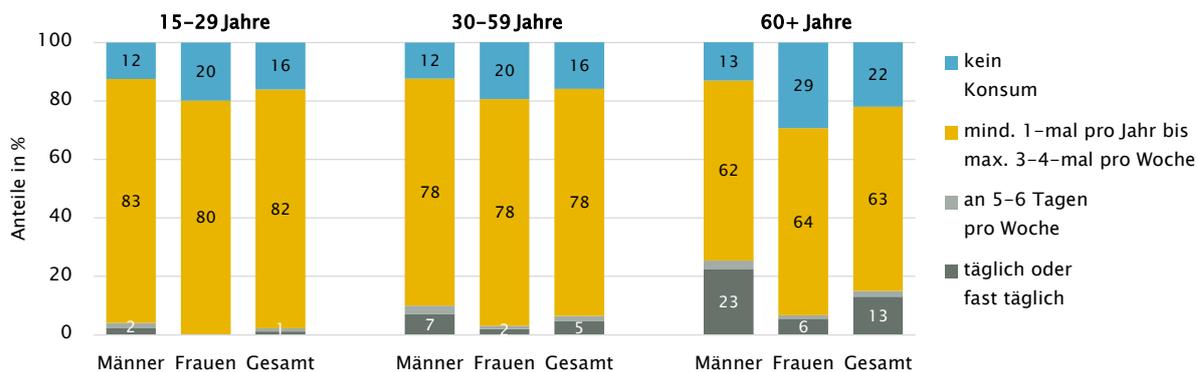
6 Prozent der ab 15-jährigen Österreicher/-innen (rund 449.000 Personen) konsumieren **täglich oder fast täglich Alkohol** (ATHIS 2014; BL-Bandbreite: 5–7 %), weitere 2 Prozent (rund 127.000 Personen) an 5 bis 6 Tagen pro Woche. **Wöchentlich bis täglich** nehmen rund **38 Prozent** alkoholische Getränke zu sich. 18 Prozent (rund 1,28 Mio. Personen) trinken keinen Alkohol (BL-Bandbreite: 15–25 %). Dabei muss jedoch von einer Unterschätzung des Alkoholkonsums ausgegangen werden (s. weiter unten).

Männer trinken **häufiger** Alkohol als Frauen (täglich oder fast täglich: 10 % vs. 3 %; an 5 bis 6 Tagen pro Woche: 2,6 % vs. 0,9 %). Wöchentlich bis täglich greifen rund 52 Prozent der Männer und 24 Prozent der Frauen zu alkoholischen Getränken (s. Abbildung 4.22).

Der Anteil der regelmäßigen Alkoholkonsumenten (an 5 oder mehr Tagen pro Woche) nimmt mit dem Alter zu: von 2 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 15 Prozent bei den ab-60-Jährigen (s. Abbildung 4.22). Der wöchentliche bis tägliche Konsum steigt von 31 auf 41 Prozent.

Bei der Österreichweiten Befragung zum Substanzgebrauch (2015), bei der die Unterschätzung des Alkoholkonsums unter Einbezug von Verkaufszahlen, Alkoholiker/-innen und deren Konsummenge korrigiert wird (Strizek/Uhl 2016), wird für **14 Prozent** der ab 15-Jährigen ein **täglicher oder fast täglicher Alkoholkonsum** errechnet (Männer: 21 %, Frauen: 7 %). In diesen Berechnungen sind geschätzte 5 Prozent Alkoholiker/-innen (Männer: 7,5 %, Frauen: 2,5 %) enthalten.

Abbildung 4.22:
Alkoholkonsum nach Altersgruppen und Geschlecht, Österreich 2014



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

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014
Darstellung: GÖG

Problematischer Alkoholkonsum

4 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher ab 15 Jahren (rund 290.000 Personen) weisen – laut ATHIS 2014 – einen problematischen Alkoholkonsum auf (BL-Bandbreite: 3–6 %), **Männer häufiger** als Frauen (5 vs. 3 %). Auch hier ist von einer Unterschätzung auszugehen.

Am verbreitetsten ist der problematische Konsum von Alkohol bei 15- bis 29-Jährigen und bei ab 60-Jährigen (je rund 5 %).

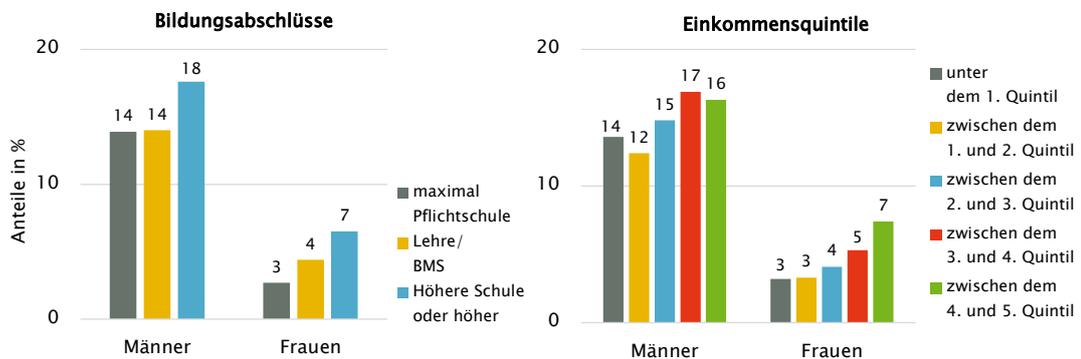
Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Der Konsum alkoholischer Getränke (an 5 oder mehr Tagen pro Woche) nimmt mit steigender Bildung zu: von rund 6 Prozent bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss auf 12 Prozent bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss.

Ein weitgehend identisches Muster besteht auch hinsichtlich des Haushaltseinkommens: Der Anteil regelmäßiger Alkoholkonsumenten steigt von 7 Prozent bei Personen des untersten Einkommensquintils auf rund 13 Prozent bei Personen aus dem obersten Quintil.

Beide Gradienten sind bei der weiblichen Bevölkerung deutlicher ausgeprägt als bei der männlichen (s. Abbildung 4.23) und gelten auch für den problematischen Alkoholkonsum.

Abbildung 4.23:
Regelmäßiger Alkoholkonsum (an 5 oder mehr Tagen pro Woche) nach Bildung und Haushaltseinkommen, Österreich 2014



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

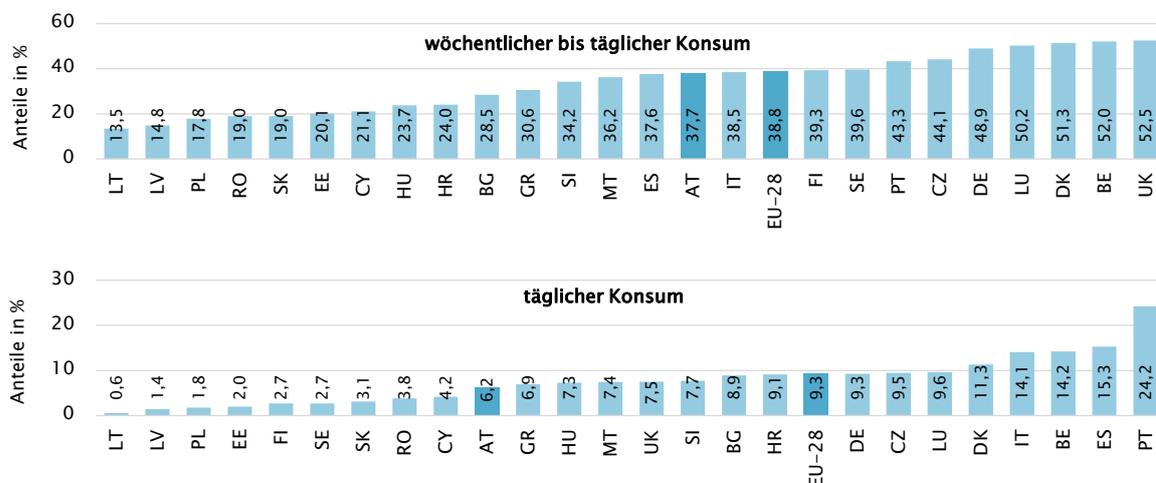
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Österreicher ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) trinken häufiger Alkohol als jene mit (an fünf oder mehr Tagen pro Woche: 13 % vs. 9 %). Kein diesbezüglicher Unterschied findet sich bei Österreicherinnen mit und ohne Migrationshintergrund. Ebenfalls kein Unterschied besteht – bei Männern wie bei Frauen – in Hinblick auf den problematischen Alkoholkonsum.

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich – laut EHIS 2014 – bei den **wöchentlich bis täglich** Alkoholkonsumierenden (s. Abbildung 4.24) **im europäischen Mittelfeld** (EU-28-Bandbreite exkl. Frankreich, Irland, Niederlande: rund 14–53 %; EU-Durchschnitt: 39 %). **Unter dem europäischen Durchschnitt** liegt Österreich **beim täglichen Alkoholkonsum** (EU-28-Bandbreite exkl. Frankreich, Irland, Niederlande: rund 1–24 %; EU-Durchschnitt: 9 %).

Abbildung 4.24:
Alkoholkonsum im EU-28-Vergleich*, 2014



*exkl. Frankreich, Irland und Niederlande

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2014 (Zugriff am 9. 2. 2017)
Darstellung: GÖG

Alkoholkonsum von Jugendlichen

Laut HBSC-Befragung 2014 tranken rund 17 Prozent der 15-jährigen Österreicher/-innen mindestens einmal pro Woche Alkohol, Burschen häufiger als Mädchen (21 % vs. 12 %) (Griebler et al. 2016). Zum Vergleich: Bei der ESPAD-Befragung 2015 gaben 34 Prozent der 15-Jährigen an, in den letzten 7 Tagen Alkohol konsumiert zu haben (Strizek et al. 2016).

18 Prozent waren in den letzten 30 Tagen mindestens einmal betrunken (Burschen: 20 %, Mädchen: 16 %), laut ESPAD-Befragung 2015 waren es 17 Prozent (Strizek et al. 2016)

Zwischen 2010 und 2014 hat der wöchentliche bis tägliche Alkoholkonsum bei 15-Jährigen um die Hälfte abgenommen (bei den Burschen von 37 auf 21 %; bei den Mädchen von 28 auf 12 %). Bei den ESPAD-Daten zeigt sich zwischen 2007 und 2015 ebenfalls eine deutliche Abnahme (von 52 auf 34 %) (Strizek et al. 2016). Im europäischen Vergleich liegt Österreich damit im oberen europäischen Mittelfeld (Inchley et al. 2016).

Auch Trunkenheitserfahrungen haben seit 2010 deutlich abgenommen (bei den Burschen von 32 auf 19 %; bei den Mädchen von 29 auf 16 %). Ebenfalls eine Abnahme zeigt sich in den ESPAD-Ergebnissen (von 28 % 2007 auf 17 % 2015) (Strizek et al. 2016).

Definitionen und Daten

Mit *problematischem Alkoholkonsum* ist der wöchentliche Konsum von im Durchschnitt 20 g Reinalkohol pro Tag bei Frauen bzw. von im Durchschnitt 40 g Reinalkohol pro Tag bei Männern angesprochen (wöchentliche Konsummenge, durch 7 dividiert). 20 g Reinalkohol sind beispielsweise in einem halben Liter Bier, einem Viertelliter Wein oder drei Gläsern Schnaps (zu je 20 ml) enthalten. Unter Expertinnen und Experten gibt es jedoch unterschiedliche Vorstellungen, ab wann der Konsum von Alkohol ein erhöhtes Gesundheitsrisiko darstellt (Uhl et al. 2009, 121f.), etwa bezüglich der Grenze zum „problematischen Alkoholkonsum“.

Die Ergebnisse hinsichtlich des Alkoholkonsums in der Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter) werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

Aussagen über den Alkoholkonsum Jugendlicher werden auf Basis der HBSC-Erhebung 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2006 und 2010 verglichen (Dür/Griebler 2007; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Die Angaben stammen von 11-, 13- und 15-jährigen Burschen und Mädchen, die eine Schule besuchen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS), und beruhen auf Selbstangaben. Für die Trendanalyse wurden alle Stichproben gleich gewichtet: 50 % Burschen, 50 % Mädchen, 33,3 % 11-Jährige, 33,3 % 13-Jährige, 33,3 % 15-Jährige.

Befragungen in der erwachsenen Bevölkerung führen zu einer Unterschätzung des Pro-Kopf-Alkoholkonsums. Sie erfassen nur etwa 40 Prozent der tatsächlich konsumierten Alkoholmenge. Gründe für die Unterschätzung sind die Unterrepräsentanz von Alkoholikern und Alkoholikerinnen, ein „Underreporting“ im Sinne sozialer Erwünschtheit sowie das Vergessen von Konsumereignissen aufgrund ihrer Belanglosigkeit in unserer Gesellschaft (Strizek/Uhl 2016; Uhl et al. 2009).

4.3.5 Konsum illegaler Drogen

Wiederholter Drogenkonsum kann zu Abhängigkeit und anderen gesundheitlichen, psychischen und sozialen Problemen führen.

Im Bereich des risikoreichen Konsums illegaler Drogen spielt in Österreich der polytoxikomane Drogenkonsum (Konsum mehrerer Drogen oder Drogenarten) mit Beteiligung von Opiaten (häufig intravenös konsumiert) die zentralste Rolle (Busch et al. 2015a).

Schätzungen für die Jahre 2014 und 2015 zufolge gibt es in Österreich **zwischen 29.100 und 32.600 Personen** mit einem risikoreichen Opiatkonsum – in den meisten Fällen im Rahmen eines polytoxikomanen Konsums (Busch et al. 2016b). Das entspricht einer rohen Rate von 503 bis 564 Personen pro 100.000 EW im Alter von 15 bis 64 Jahren (BL-Bandbreite: 152–1.148) (Busch et al. 2015a; Busch et al. 2016a). Etwa die Hälfte davon lebt in Wien, **drei Viertel sind männlich**. Etwa 12.000 bis 17.000 Personen konsumieren illegale Drogen vorwiegend intravenös. 41 Prozent sind zwischen 25 und 34, weitere 49 Prozent sind über 34 Jahre alt (Busch et al. 2016a).

Der Anteil der unter 25-jährigen Risikokonsumenten wird für das Jahr 2015 auf 10 Prozent geschätzt, während es im Jahr 2005 noch 38 Prozent waren. Das bedeutet, dass es inzwischen weniger Einsteiger/-innen gibt und sich die Altersstruktur der Personengruppe mit risikoreichem Opiatkonsum in Richtung „Alterung“ verändert hat (Busch et al. 2016a).

Europäischer Vergleich

Im Bereich des risikoreichen Konsums illegaler Drogen unterscheiden sich die Länder der EU nach den Substanzen, die in erster Linie konsumiert werden. Wie bereits eingangs erwähnt, spielt in Österreich im Bereich des risikoreichen Konsums illegaler Drogen der polytoxikomane Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten die zentralste Rolle. Ein Vergleich mit anderen Ländern der EU ist daher schwierig. Noch heikler wird der Vergleich dadurch, dass der Anteil der risikoreichen Opiatkonsumentinnen/-konsumenten auf Schätzungen beruht, nur als Range angegeben werden sollte und viele Länder der EU (ca. ein Drittel bis ein Viertel) derartige Daten aktuell gar nicht zur Verfügung stellen. Von den 19 EU-Ländern, deren diesbezügliche aktuelle Daten der Europäischen Beobachtungsstelle

für Drogen und Drogensucht vorliegen, rangiert Österreich an vierter Stelle (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 2017).

Definitionen und Daten

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

Die Daten des risikoreichen Opiatkonsums beruhen auf Prävalenzschätzungen mittels Capture-Recapture-Methode auf Basis pseudonymisierter Daten aus dem Register der Substitutionsbehandlungen und Anzeigen wegen Opioiden (einem von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht empfohlenen komplexen statistischen Verfahren zur Dunkelzifferschätzung).

Für detailliertere Informationen zu den einzelnen Datenquellen siehe auch den *Bericht zur Drogensituation 2015* (Weigl et al. 2015) sowie den Epidemiologiebericht Sucht (Busch et al. 2016a; Busch et al. 2016b).

5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

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

- materielle Lebensbedingungen
- (Aus-)Bildung
- Arbeit und Beschäftigung
- soziale Beziehungen und Netzwerke
- Umwelt

Der Bereich Gesundheitsversorgung und -förderung wird ebenfalls als verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminante betrachtet, jedoch in einem eigenen Kapitel behandelt (s. Kapitel 6). Mehr als die Hälfte der Indikatoren dieses Kapitels werden auch in anderen Strategien und Frameworks verwendet (s. Tabelle 5.1).

Tabelle 5.1:
Indikatorenübersicht zu Kapitel 5 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks

Indikatoren	Gesundheitsstrategien und Frameworks				
	GZ	ZS-G MVKO	Gesundheit 2020	GMF	Health at a Glance
(dauerhafte) Armutsgefährdung	✓				
materielle Deprivation					
Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung	✓				
Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen (20:80-Verhältnis)	✓				
Bildungsniveau/Bildungsabschlüsse	✓				
frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger/-innen	✓				
prekäre Beschäftigungsverhältnisse					
Arbeitslosigkeit	✓		✓		
körperliche Belastung am Arbeitsplatz					
psychische Belastung, Zeitdruck und Arbeitsüberlastung	✓				
Arbeitsunfälle					
geleistete Überstunden					
Arbeit trotz gesundheitlicher Probleme					
Sozialkapital / sozialer Zusammenhalt	✓	✓	(✓)		
Luftqualität: Stickstoffdioxid-, Feinstaub- oder Ozonüberschreitungen	✓				
Lärmbelastung	✓				

GZ = Gesundheitsziele Österreich

ZS-G MVKO = Zielsteuerung-Gesundheit: Outcome-Messung im Gesundheitswesen

GMF = Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework

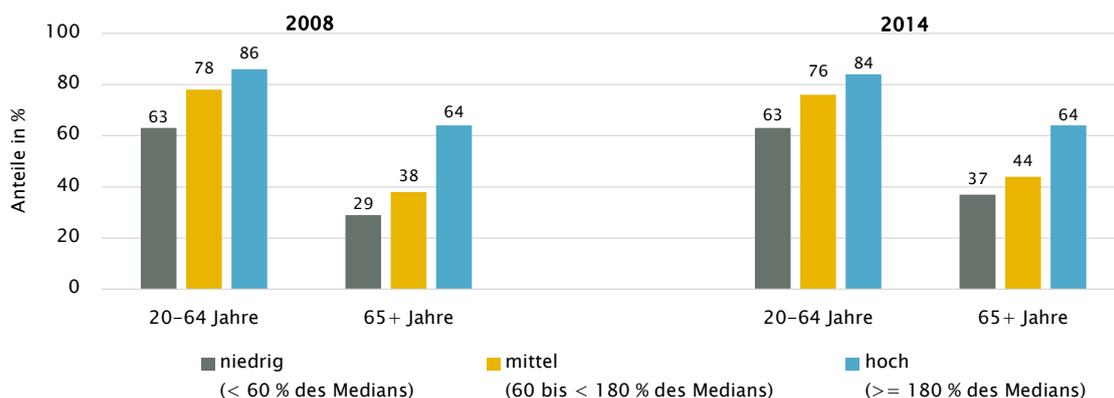
Quelle und Darstellung: GÖG

5.1 Materielle Lebensbedingungen

Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit ist lange bekannt und vielfach belegt (Lampert/Kroll 2010; Lampert et al. 2005; Pfortner 2013). Nicht nur erhöht eine schlechte Gesundheit oder Krankheit das Risiko zu verarmen (soziale Selektionsthese), auch umgekehrt bewirkt Armut eine schlechtere Gesundheit. Selbst in einem Wohlfahrtsstaat wie Österreich ist ein diesbezüglicher Gradient erkennbar (Habl et al. 2014; Klimont et al. 2008; Klimont et al. 2016).

Auf Basis der EU-SILC-Daten kann ein deutlicher Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit demonstriert werden. In der Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen und insbesondere in jener der über 64-Jährigen steigt der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einstufen, mit dem Haushaltseinkommen (s. Abbildung 5.1). Die Kategorie mit den niedrigsten Einkommen (weniger als 60 % des Medianeinkommens) entspricht dabei der Gruppe der Armutsgefährdeten.

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



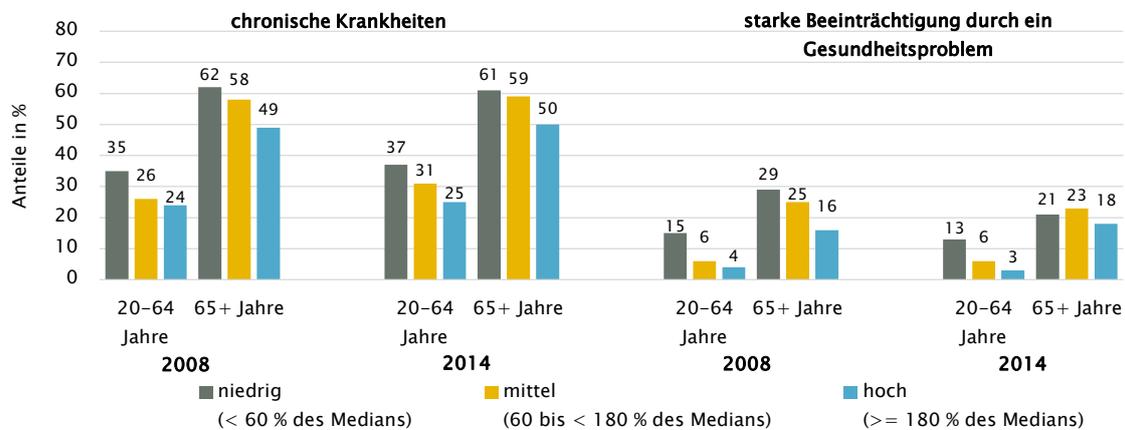
*Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen in Gruppen
< 60 Prozent des Medianeinkommens = Armutsgefährdung

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

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

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

Abbildung 5.2:
Österreicher/-innen mit chronischen Krankheiten und einer starken Beeinträchtigung durch ein gesundheitliches Problem nach Einkommensgruppen*, 2008 und 2014



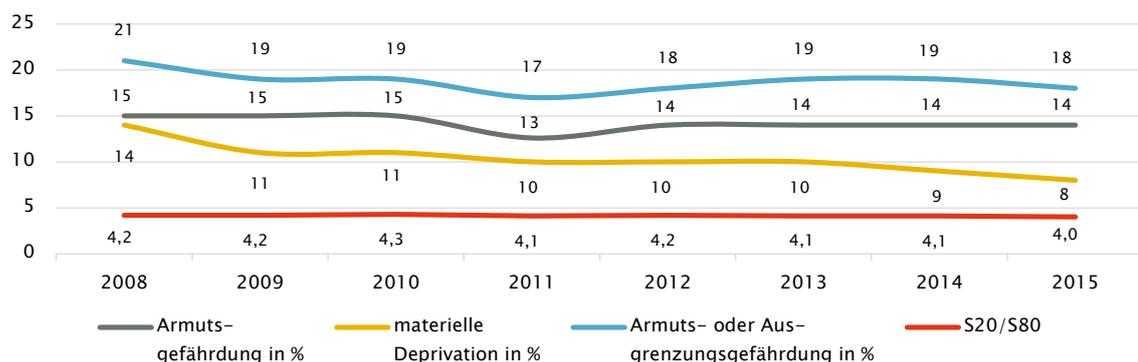
*Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen in Gruppen
< 60 Prozent des Medianeinkommens = Armutsgefährdung

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

Im Folgenden werden vier wesentliche Kennzahlen (s. Punkte 5.1.1 bis 5.1.4) zur materiellen Lebenssituation der österreichischen Bevölkerung dargestellt (s. Abbildung 5.3):

- Armutsgefährdung
- materielle Deprivation
- Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung
- 20:80-Verhältnis des Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens

Abbildung 5.3:
Armutsindikatoren in Österreich 2008–2015



S20/S80 = Quotient des durchschnittlichen Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens der 20 % mit dem geringsten Einkommen gegenüber jenem der 20 % mit dem höchsten Einkommen

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

Definitionen und Daten

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

Erfasst werden u. a. die Beschäftigungssituation und das Einkommen der Mitglieder der ausgewählten Haushalte, deren Wohnsituation, Bildung, Gesundheit und Zufriedenheit. In Österreich werden pro Jahr rund 6.000 Haushalte befragt. Drei Viertel davon werden im Folgejahr wieder befragt (maximal in Folge), ein Viertel kommt jeweils neu hinzu.

5.1.1 (Dauerhafte) Armutsgefährdung

Im Jahr 2014 waren in Österreich – laut EU-SILC – rund **14 Prozent** der Bevölkerung armutsgefährdet, also etwa 1,18 Mio. Menschen (BL-Bandbreite: 11–23 %; Dreijahresdurchschnitte). Dieser Wert war in den letzten Jahren **weitgehend stabil** (s. Abbildung 5.3). Ohne Sozialleistungen (Familien-, Arbeitslosen-, Gesundheits-, Bildungsleistungen, Wohnbeihilfen und Sozialhilfe) wären rund 25 Prozent von Armut gefährdet (Statistik Austria 2015c).

Frauen sind **armutsgefährdeter** als Männer (14 % vs. 12 % bei den jeweils ab 20-Jährigen) und von Sozialleistungen abhängiger (vor Sozialleistungen beträgt der Anteil 24 % vs. 21 %). Nach Altersgruppen betrachtet, zeigt sich eine besonders hohe Vulnerabilität bei den bis 19-Jährigen. Ohne Sozialleistungen wären 36 Prozent dieser Altersgruppe armutsgefährdet, mit Sozialleistungen sind es immer noch 18 Prozent (Statistik Austria 2015c).

Im Jahr 2015 ist die Armutsgefährdung nach Geschlecht mit Sozialleistungen gleich geblieben, der geschlechtsspezifische Unterschied vor Bezug der Sozialleistungen ist allerdings geringer geworden (23 vs. 22 %). Für die Gruppe der bis 19-Jährigen ist die Armutsgefährdung ohne Sozialleistungen etwas höher geworden (37 %), aber inkl. Sozialleistungen geringer (17 %) (Statistik Austria 2016).

Folgende Bevölkerungsgruppen sind in besonders hohem Ausmaß von Armut gefährdet (Werte des Jahres 2015):

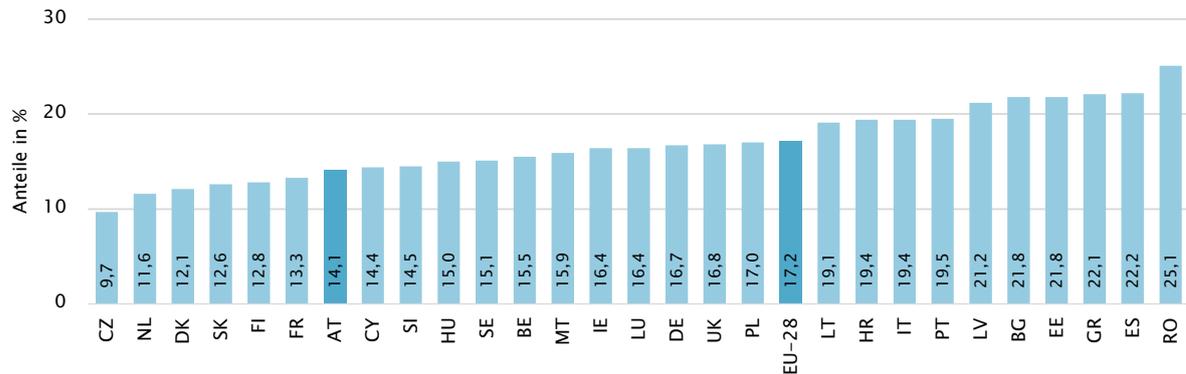
- Ein-Eltern-Haushalte (mit zumindest einem Kind unter 25 Jahren): 31 Prozent
- Alleinlebende Frauen (ab 60 Jahren) ohne Pension: 25 Prozent
- Mehr-Personen-Haushalte mit mindestens drei Kindern: 24 Prozent
- Nichtösterreichische Staatsbürger/-innen: 37 Prozent
- Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss: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

Der Großteil der armutsgefährdeten Menschen ist nicht nur in einem einzelnen Jahr armutsgefährdet, sondern über einen längeren Zeitraum (dauerhafte Armutsgefährdung). Im Jahr 2014 waren in Österreich **9 Prozent** der Bevölkerung **dauerhaft armutsgefährdet**.

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich – laut EU-SILC 2014 – **im unteren Drittel**. Die Armutsgefährdung ist mit 14 Prozent um drei Prozentpunkte geringer als der EU-28-Durchschnitt (17 %). Die Bandbreite der hier dargestellten Länder reicht von 10 Prozent (Tschechische Republik) bis 25 Prozent (Rumänien; s. Abbildung 5.4).

Abbildung 5.4:
Armutsgefährdung im europäischen Vergleich, 2014



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, ES: Spanien, FI: Finnland, FR: Frankreich, GR: Griechenland, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IS: Island, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei; UK: Vereinigtes Königreich

Quelle: Eurostat – EU Statistics on Income and Living Conditions 2014 (Zugriff am 9. 2. 2017)
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

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

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

5.1.2 Materielle Deprivation

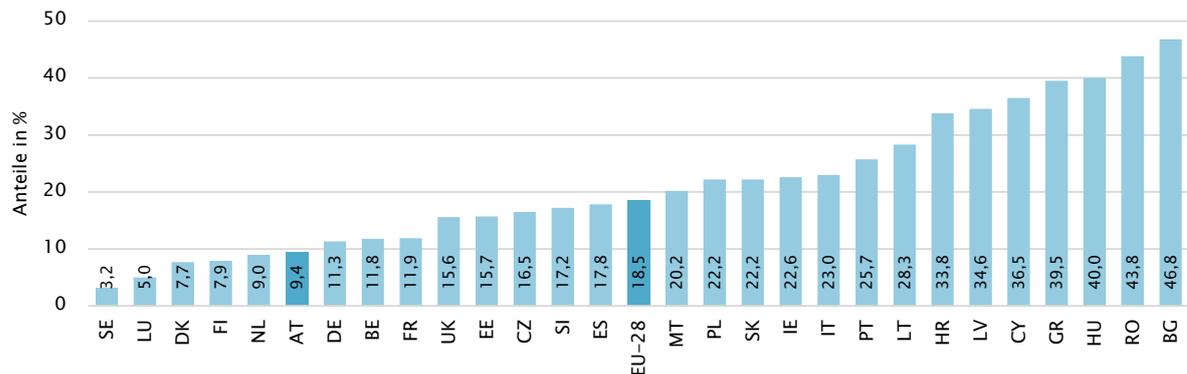
9 Prozent der österreichischen Bevölkerung (knapp 790.000 Menschen) waren im Jahr 2014 materiell depriviert (BL-Bandbreite 6–16 %; Dreijahresdurchschnitte). Im Zeitraum 2008 bis 2015 hat die materielle Deprivation in Österreich deutlich **abgenommen**: von 14 auf 8 Prozent (s. Abbildung 5.3).

Mehr Frauen als Männer sind materiell depriviert. Im Jahr 2014 betraf dies 9 Prozent der Frauen und 7 Prozent der Männer (jeweils ab 20 Jahren). Besonders betroffen sind allerdings junge Menschen. 14 Prozent der bis 19-Jährigen, 9 Prozent der 20- bis 64-Jährigen und 5 Prozent der Menschen ab 65 Jahren sind materiell depriviert (Statistik Austria 2015c).

Europäischer Vergleich

Das Ausmaß materieller Deprivation weist in den EU-Ländern eine große Bandbreite auf. Am niedrigsten ist der Anteil in nordischen Ländern, in Luxemburg und in den Niederlanden. Auch in Österreich liegt der Anteil mit 9 Prozent deutlich **unter dem EU-Durchschnitt** (19 %). Am niedrigsten ist er in Schweden mit 3 Prozent, am höchsten in Bulgarien mit 47 Prozent (s. Abbildung 5.5).

Abbildung 5.5:
Materielle Deprivation im europäischen Vergleich, 2014



Quelle: Eurostat – EU Statistics on Income and Living Conditions 2014 (Zugriff am 9. 2. 2017)
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Materielle Deprivation bezeichnet Haushalte, die sich zumindest drei der folgenden neun Grundbedürfnisse finanziell nicht leisten können: Zahlungen wie Miete, Betriebskosten oder Kredite begleichen (1), unerwartete Ausgaben von 1.100 Euro tätigen (2), Wohnung angemessen warm halten (3), jeden zweiten Tag Fleisch, Fisch oder eine entsprechende vegetarische Speise essen (4), einmal im Jahr auf Urlaub fahren (5), PKW (6), Waschmaschine (7), Fernsehgerät (8), Telefon/Handy (9). Der Indikator beruht auf einer subjektiven Einschätzung der Befragten. *Erheblich depriviert* sind Haushalte, die sich vier dieser neun Grundbedürfnisse nicht leisten können (Statistik Austria 2015c).

5.1.3 Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung

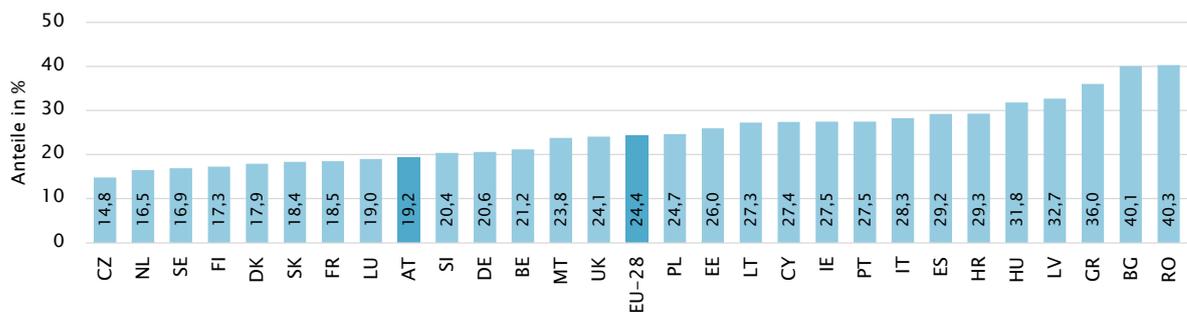
Der Indikator Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung liegt naturgemäß über jenem der reinen Armutsgefährdung, weil er auch Personen mit einschließt, die in einem Haushalt mit geringer Erwerbsintensität leben und/oder materiell erheblich depriviert sind. Etwa **19 Prozent** der österreichischen Bevölkerung waren im Jahr 2014 armuts- oder ausgrenzungsgefährdet (BL-Bandbreite: 15–28 %; Dreijahresdurchschnitte), um rund **zwei Prozentpunkte weniger als im Jahr 2008** (s. Abbildung 5.3).

Frauen sind in dieser Hinsicht **vulnerabler** als Männer, junge Menschen vulnerabler als ältere. Auf 20 Prozent der Frauen (ab 20 Jahren) und 16 Prozent der Männer (ab 20 Jahren) treffen die Kriterien der Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung zu. Mit zunehmendem Alter sinkt die Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung von 23 Prozent bei den unter 20-Jährigen auf 16 bei den über 64-Jährigen. **Mehrfach ausgrenzungsgefährdet** waren im Jahr 2014 4,9 Prozent der österreichischen Bevölkerung (Statistik Austria 2015c).

Europäischer Vergleich

Die Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung ist – wie alle anderen hier dargestellten Indikatoren der materiellen Lebensbedingungen – in Österreich **niedriger als im Durchschnitt** der EU-28-Länder (24 %). Die europäische Bandbreite reichte im Jahr 2014 von 15 Prozent in Tschechien bis 40 Prozent in Rumänien (s. Abbildung 5.6).

Abbildung 5.6:
Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung im europäischen Vergleich, 2014



Quelle: Eurostat – EU Statistics on Income and Living Conditions 2014 (Zugriff am 9. 2. 2017)
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Alle Personen, die entweder armutsgefährdet sind, in einem Haushalt ohne Erwerb oder mit sehr niedriger Erwerbsintensität wohnen oder unter erheblicher materieller Deprivation leiden, gelten als *ausgrenzungsgefährdet*. Personen, auf die zwei oder drei dieser Kriterien zutreffen, werden als *mehrfach ausgrenzungsgefährdet* bezeichnet (Statistik Austria 2015c).

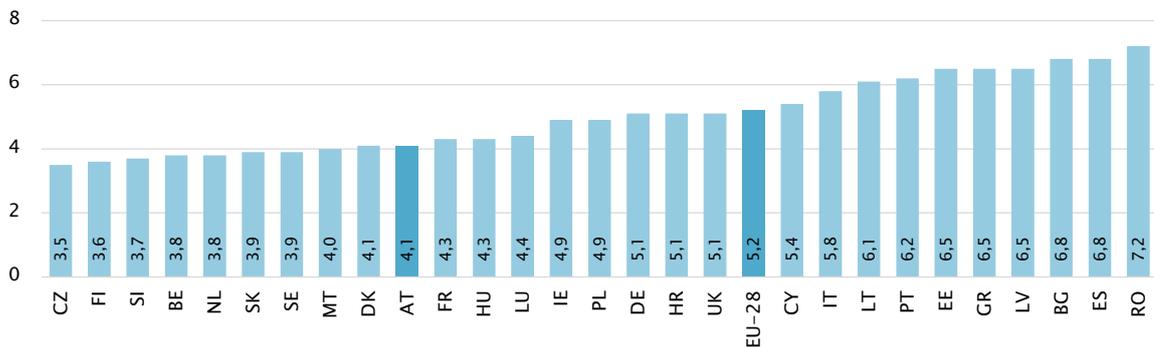
5.1.4 20:80-Verhältnis des Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens

Das 20:80-Verhältnis des Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens wird als Quotient angegeben. Bei einer vollkommen gleichmäßigen Verteilung der Einkommen würde der Quotient 1 betragen. In Österreich lag der Wert im Jahr 2014 bei **4,1** (BL-Bandbreite: 3,4–4,6; Dreijahresdurchschnitte). Das bedeutet, dass in Österreich das Haushaltseinkommen der reichsten 20 Prozent der Haushalte mehr als viermal so hoch ist wie das der ärmsten 20 Prozent. Im Zeitverlauf von **2008 bis 2015** zeigen sich **kaum Veränderungen**.

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich – laut EU-SILC 2014 – **deutlich unter dem EU-28-Durchschnitt** (5,2). Die niedrigsten Werte zeigen sich in der Tschechischen Republik (3,5), in Finnland (3,6) und Slowenien (3,7), am höchsten ist der Wert mit 7,2 in Rumänien (s. Abbildung 5.7).

Abbildung 5.7:
20:80-Verhältnis des Nettoäquivalenzeinkommens im europäischen Vergleich, 2014



Quelle: Eurostat – EU Statistics on Income and Living Conditions 2014 (Zugriff am 9. 2. 2017)
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Der Indikator *20:80-Verhältnis des Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens* ist, neben dem Gini-Koeffizienten, ein Maß zur Beschreibung von Einkommensungleichheit und damit zur Quantifizierung sozialer Ungleichheit. Er berechnet sich aus dem Verhältnis des Gesamteinkommens des obersten Quintils (jener 20 % der Bevölkerung mit dem höchsten Einkommen) zum Gesamteinkommen des untersten Quintils (jener 20 % der Bevölkerung mit dem niedrigsten Einkommen). Als Einkommen wird ein äquivalisiertes Haushaltseinkommen definiert, das Sozialtransfers (z. B. Kinder- und Familienbeihilfe) beinhaltet und auf die im Haushalt lebenden Personen umgerechnet wird.

5.2 (Aus-)Bildung

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

Der Zusammenhang von Bildung und Gesundheit ist sowohl international (Richter 2009) als auch für Österreich belegt (Klimont et al. 2008; Klimont et al. 2016)⁶. Er zeigt sich bereits am Lebensanfang im Anteil der Frühgeborenen und in der Säuglingssterblichkeit (s. Punkt 6.10.1) sowie am Lebensende in der Sterblichkeit bzw. Lebenserwartung (s. Abschnitt 3.1).

Der Bildungsbereich wird im vorliegenden Bericht anhand nachstehender Indikatoren abgebildet:

- Bildungsniveau
- Bildungsmobilität
- frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger/-innen
- Schulklima

⁶ Eine zusammenfassende Darstellung für Österreich findet sich in Kapitel 7.

5.2.1 Bildungsniveau

Im Jahr 2014 waren 16 Prozent der Österreicher/-innen zwischen 25 und 64 Jahren Akademiker/Akademikerinnen (BL-Bandbreite: 12–24 %). **19 Prozent** haben **maximal einen Pflichtschulabschluss** (BL-Bandbreite: 14–24 %), **31 Prozent** eine **Matura oder einen höheren Bildungsabschluss** (BL-Bandbreite: 25–43 %; s. Tabelle 5.2).

Langfristig gesehen, ist das **Bildungsniveau** der österreichischen Bevölkerung **gestiegen**. Zwischen 2008 und 2014 hat der Anteil der Akademiker/-innen von 13 auf 17 Prozent zugenommen, der Anteil an Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss von 28 auf 31 Prozent. Der **Anteil der maximal Pflichtschulabsolventinnen/-absolventen** ist hingegen weitgehend **gleich geblieben** (19-20 %).

Wenngleich der Bildungsunterschied zwischen Frauen und Männern seit der Bildungsoffensive der 1960er-Jahre deutlich geringer geworden ist, gibt es nach wie vor Unterschiede nach Geschlecht im Bildungsniveau: **Frauen** beenden zwar etwas **häufiger** als Männer ihre Bildungslaufbahn mit einem **akademischen Titel** (rund 17 % vs. 15 %), weisen jedoch deutlich häufiger **maximal einen Pflichtschulabschluss** (23 % vs. 17 %; s. Tabelle 5.2) aus.

Tabelle 5.2:

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

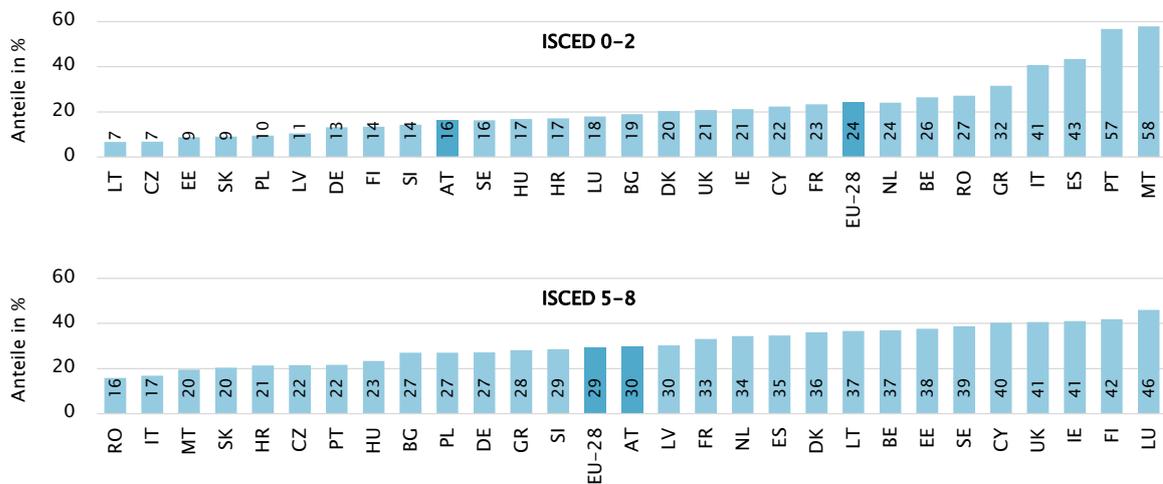
Bildungsstand	absolut	Anteile in %		
	Gesamt	Gesamt	Männer	Frauen
Pflichtschule	910.527	19,1	15,5	22,7
Lehre	1.644.843	34,6	42,2	26,9
berufsbildende mittlere Schule	724.744	15,2	12,5	17,9
allgemeinbildende oder berufsbildende höhere Schule	670.220	14,1	14,1	14,1
Kolleg	36.210	0,8	0,6	1,0
Universität, Hochschule, hochschulverwandte Lehranstalt	770.581	16,2	15,1	17,3

Quelle: Statistik Austria – Bildungsstandregister 2014
Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich in der Kategorie **Bildungsabschlüsse bis zum Sekundarschulbereich I** (ISCED 0–2; 16 %) – laut Arbeitskräfteerhebung 2014 – **im positiven oberen Mittelfeld** (EU-28-Bandbreite: rund 7–58 %; EU-28-Durchschnitt: 24 %), bei den **Tertiärabschlüssen** (ISCED 5–8; 30 %) **im europäischen Mittelfeld** (EU-Bandbreite: rund 16–46 %; EU-28-Durchschnitt: 29 %).

Abbildung 5.8:
Bildungsabschlüsse im EU-28-Vergleich, 2014



ISCED = Internationale Standardklassifikation des Bildungswesen (Stand 2011)

0–2 = Bildungsabschlüsse bis zum Sekundarbereich

3–8 = tertiäre Bildungsabschlüsse

Quelle: Eurostat – Labour Force Survey 2014 (Zugriff am 9. 2. 2017)

Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Bildungsniveaudaten stammen aus dem Bildungsstandregister der Statistik Austria:
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bildung_und_kultur/bildungsstand_der_bevoelkerung/index.html

5.2.2 Bildungsmobilität

Dem AES (Adult Education Survey) zufolge (2011/2012) erreichen rund **57 Prozent** der 25- bis 64-Jährigen, die zumindest einen akademischen Elternteil haben, **ebenfalls einen tertiären Bildungsabschluss**. Wenn beide **Elternteile höchstens einen Pflichtschulabschluss** aufweisen, schaffen dies lediglich **5 Prozent**.

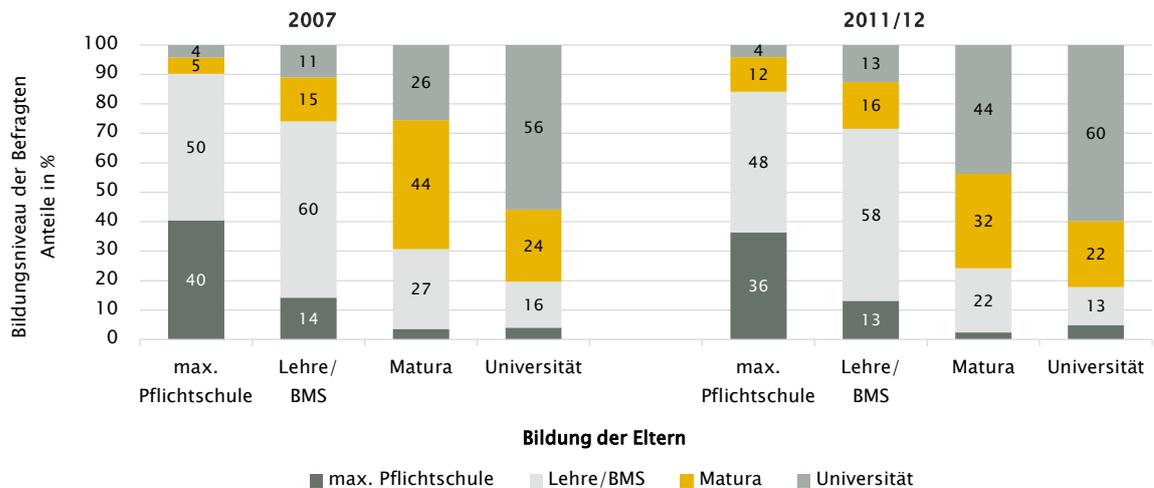
Für den unteren Bildungsbereich sind die Ergebnisse ebenfalls eindeutig: **28 Prozent** der Kinder, deren Eltern nicht über die Pflichtschule hinausgekommen sind, weisen **einen Pflichtschulabschluss** auf, während nur **4 Prozent** der Kinder **mit einem akademischen Elternteil** über einen Pflichtschulabschluss verfügen.

Die Bildungsmobilität ist in Österreich also niedrig: Je geringer die Bildung der Eltern, desto geringer sind die Chancen der Kinder auf eine akademische Ausbildung, und je höher die Bildung der Eltern, desto geringer ist die Gefahr für die Kinder, auf einem niedrigen Bildungsniveau zu verbleiben.

Ein Geschlechtervergleich zeigt, dass die **Bildung der Frauen stärker** als jene der Männer **von der Bildung der Eltern beeinflusst** wird: 60 Prozent der Frauen und 55 Prozent der Männer mit einem akademischen Elternteil erreichen ebenfalls einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss.

36 Prozent der Frauen und 21 Prozent der Männer, deren Eltern maximal einen Pflichtschulabschluss aufweisen, bleiben auf dem Pflichtschulniveau (s. Abbildung 5.9 und Abbildung 5.10).

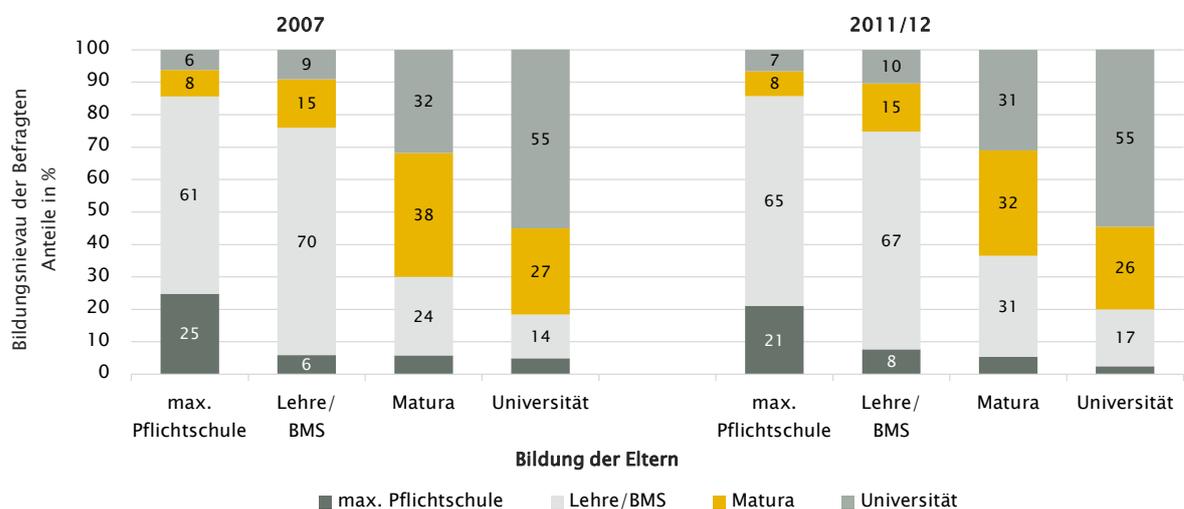
Abbildung 5.9:
Bildungsmobilität der 25- bis 64-jährigen Frauen in Österreich, 2007 und 2011/2012



BMS: berufsbildende mittlere Schule
 Universität: inkl. Fachhochschule oder hochschulverwandter Ausbildung
 Als Bildung der Eltern ist der jeweils höhere Bildungsabschluss von Mutter oder Vater definiert

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

Abbildung 5.10:
Bildungsmobilität der 25- bis 64-jährigen Männer in Österreich, 2007 und 2011/2012



BMS: Berufsbildende mittlere Schule
 Universität: inkl. Fachhochschule oder hochschulverwandter Ausbildung
 Als Bildung der Eltern ist der jeweils höhere Bildungsabschluss von Mutter oder Vater definiert

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

Internationaler Vergleich (OECD-Länder)

Laut OECD liegt Österreich im internationalen Vergleich bei der Aufstiegsmobilität **unter dem Durchschnitt** (OECD 2016).

Definitionen und Daten

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

Die Bildungsmobilität wird im Rahmen der Erwachsenenbildungserhebung (Adult Education Survey; AES) ermittelt (Statistik Austria 2013), die alle fünf Jahre durchgeführt wird, bisher zweimal stattfand (2007 und 2011/12) und 2016/2017 zum dritten Mal durchgeführt wird. Sie ist zudem Gegenstand eines Ad-hoc-Moduls der EU-SILC-Befragung (im Jahr 2011 und davor auch schon 2005). Beide Befragungen kommen zu sehr ähnlichen Ergebnissen.

Die AES-Befragung stellt eine Personenerhebung über die 25- bis 64-jährige Wohnbevölkerung (Kernpopulation) und die jungen Erwachsenen (18- bis 24-Jährige) dar und wird mittels Face-to-Face-Interviews durchgeführt. Bei der letzten Erhebung wurden 5.754 Personen befragt.

Internationale Vergleiche zur Bildungsmobilität werden auf Basis des PIAAC Survey of Adult Skills 2012 angestellt (OECD 2016)

5.2.3 Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger/-innen

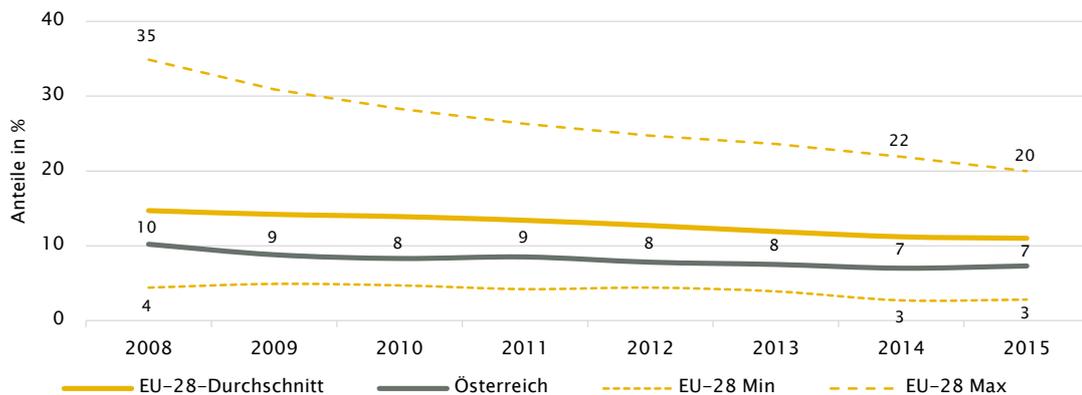
Auskunft über frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger/-innen liefern die Arbeitskräfteerhebung. Ihr zufolge hatten im Jahr 2014 **7 Prozent** der 18- bis 24-jährigen Österreicher/-innen keinen weiterführenden Bildungsabschluss (also maximal einen Pflichtschulabschluss) und befanden sich nicht in Ausbildung; junge Männer häufiger als junge Frauen (7,6 % vs. 6,5 %).

Seit 2008 hat der Anteil frühzeitiger Schul- und Ausbildungsabgänger/-innen **kontinuierlich abgenommen** (von 10 auf 7 %).

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich (EU-28-Bandbreite: 3–22 %) liegt Österreich – laut Arbeitskräfteerhebung 2014 – unter dem EU-28-Durchschnitt (11 %) **im unteren europäischen Mittelfeld** (s. Abbildung 5.11).

Abbildung 5.11:
Bildungsabschlüsse im EU-28-Vergleich, 2014



Quelle: Eurostat – Labour Force Survey 2014 (Zugriff am 9. 2. 2017)
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Als *frühzeitige Schul- oder Ausbildungsabgänger/-innen* gelten „18- bis 24-jährige Personen ohne weiterführenden Bildungsabschluss (maximal Pflichtschulabschluss), die an keiner Aus- oder Weiterbildung teilnehmen [...]. Personen in Schul- oder Semesterferien werden bei der Berechnung dieses Indikators als ‚in Ausbildung‘ gezählt (Statistik Austria 2012). Die Rate der frühen Schulabgänger/-innen wird jährlich auf Basis der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung ermittelt (Statistik Austria 2015b).

5.2.4 Schulklima

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

Österreichs Schüler/-innen (im Alter von 11, 13 und 15 Jahren) beurteilen das Schulklima an ihren Schulen mit rund **75 von 100 Punkten** (HBSC-Erhebung 2014; gewichtete Ergebnisse). Die Zufriedenheit mit dem Schulklima nimmt zwischen der 5. und 7. Schulstufe deutlich ab: von 81 Punkten bei den 11-Jährigen auf 72 Punkte bei den 13- bzw. 15-Jährigen. **Zwischen 2010 und 2014** hat sich das Schulklima für beide Geschlechter sowie für alle Altersgruppen **verbessert**. Insgesamt steigt die Einschätzung des Schulklimas von 68 auf 75 Punkte.

Definitionen und Daten

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

Aussagen über das Schulklima werden auf Basis der HBSC-Erhebung 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2010 verglichen (Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Der Fokus liegt dabei auf den

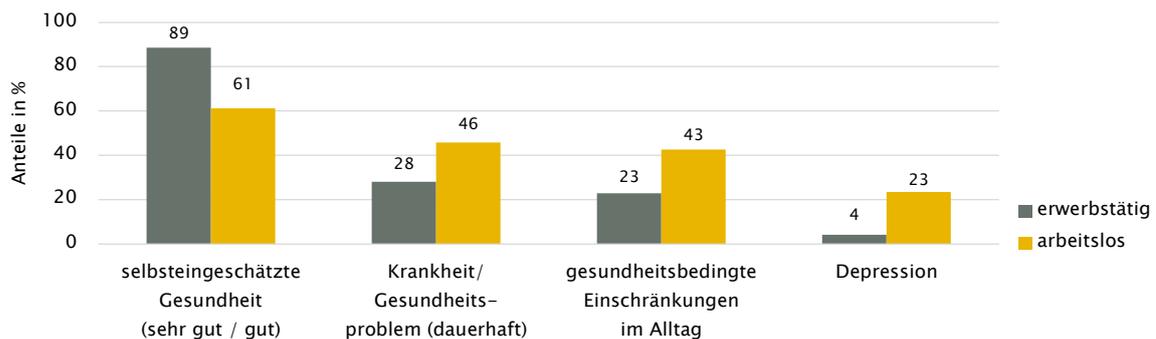
Schüler-Schüler- sowie Lehrer-Schüler-Beziehungen. Die Daten werden in einem Index zusammengefasst, der in seinen Ausprägungen auf eine Skala von 0 (schlechtestmögliche Ausprägung) bis 100 (bestmögliche Ausprägung) normiert ist. Die Daten werden gewichtet, um – über die Jahre hinweg – eine vergleichbare Alters- und Geschlechtsstruktur zu erhalten. Die Daten beziehen sich auf Schüler/-innen der meisten Schultypen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS) und beruhen auf Selbstangaben.

5.3 Arbeit und Beschäftigung

Erwerbsarbeit stellt für einen Großteil der Bevölkerung die primäre Einkommensquelle dar. Sie ermöglicht soziale Kontakte, erhöht das soziale Ansehen, stiftet Sinn und strukturiert den Tag. Damit sind Art und Ausmaß der Erwerbstätigkeit wesentliche Determinanten der Gesundheit und des Wohlbefindens (Robert Koch-Institut 2015). Risiken der Erwerbsarbeit resultieren aus körperlichen (s. Punkt 5.3.2) und/oder psychischen Belastungen (s. Punkt 5.3.3) sowie aus Unfall- und Verletzungsgefahren (s. Punkt 5.3.4). Ebenfalls als Risiko gilt Arbeitslosigkeit (Hollederer/Brand 2006): Sowohl soziale als auch gesundheitliche Einschränkungen sind eng mit Arbeitslosigkeit und deren Dauer verbunden. Arbeitslose Frauen und Männer haben ein höheres Risiko, psychische oder körperliche Erkrankungen zu entwickeln, und haben eine geringere Lebenserwartung als der Bevölkerungsdurchschnitt. Arbeitslosigkeit ist damit eine Lebenslage, in der Betroffene in besonderem Maß psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind. Internationale Studien zeigen, dass bereits ein drohender Arbeitsplatzverlust psychosozial belastend ist und gesundheitsschädigende Wirkungen haben kann (Robert Koch-Institut 2015). Die Arbeitslosigkeit kann damit sowohl Ursache als auch Folge gesundheitlicher Probleme sein (mit Bezug auf Österreich s. Abbildung 5.12 und Abbildung 5.13): Arbeitslose Personen mit chronischen Erkrankungen haben demnach eine geringere Chance, eine bezahlte Tätigkeit zu finden, Erwerbstätige mit Erkrankungen eine höhere Wahrscheinlichkeit, arbeitslos zu sein (Robert Koch-Institut 2015).

Abbildung 5.12:

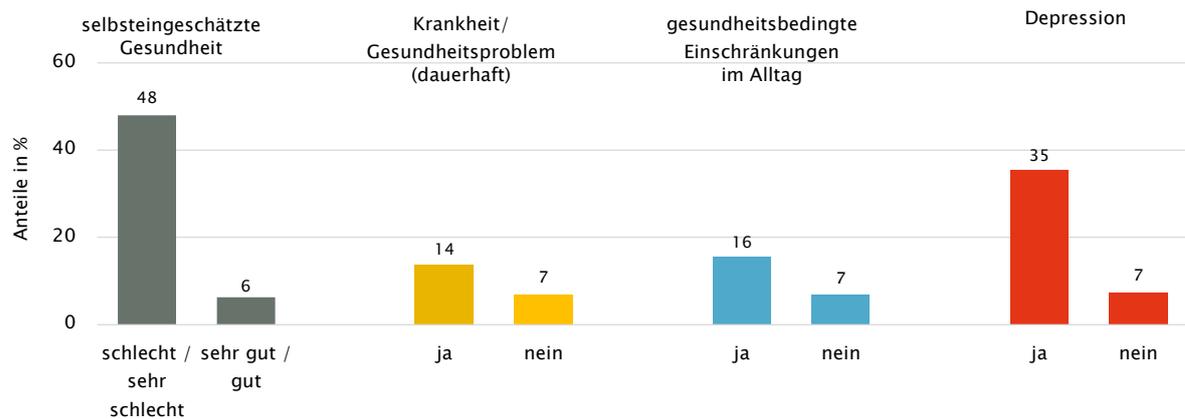
Gesundheits- und Krankheitsindikatoren in Österreich nach Erwerbsstatus (erwerbstätig vs. arbeitslos), 2014



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

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

Abbildung 5.13:
Arbeitslosigkeit in Österreich nach Gesundheits- und Krankheitsindikatoren, 2014



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

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

5.3.1 Erwerbstätigkeit

5.3.1.1 Erwerbsstatus

Im Jahr 2014 lebten in Österreich rund 4,3 Mio. Erwerbspersonen. Das entspricht einer Erwerbsquote von 75 Prozent (BL-Bandbreite: 72–78 %). Tatsächlich erwerbstätig waren im selben Jahr rund 4 Mio. Menschen (davon sind 47 % weiblich und 53 % männlich). Daraus ergibt sich eine **Erwerbstätigenquote** von **71 Prozent** (BL-Bandbreite: 65-75 %; s. Tabelle 5.3)

Tabelle 5.3:
Bevölkerung in Österreich nach Erwerbsstatus, 2014

Bevölkerung nach Erwerbsstatus (ILO-Konzept) in Österreich 2014	Gesamt	Männer	Frauen
Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15–64 Jahre)	5.675.900	2.825.600	2.850.300
Erwerbspersonen im Alter von 15–64 Jahren (Erwerbstätige und Arbeitslose zusammen)	4.278.600	2.260.400	2.018.200
Erwerbsquote (Anteil der Erwerbspersonen an der Gesamtbevölkerung), in %	75,4	80,0	70,8
erwerbstätige Personen (15-64 Jahre)	4.034.300	2.126.200	1.908.100
Erwerbstätigenquote (Anteil der Erwerbstätigen an den 15- bis 64-Jährigen), in %	71,1	75,2	66,9
Teilzeitbeschäftigte	1.146.500	238.000	908.500
Teilzeitquote, in %	27,9	10,9	46,9
Arbeitslose 15-64 Jahre (nach ILO)	244.900	134.700	110.200
Arbeitslosenquote (nach ILO), in %	5,6	5,9	5,4

hochgerechnet auf die erwerbstätige Bevölkerung
ILO = International Labour Organization

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

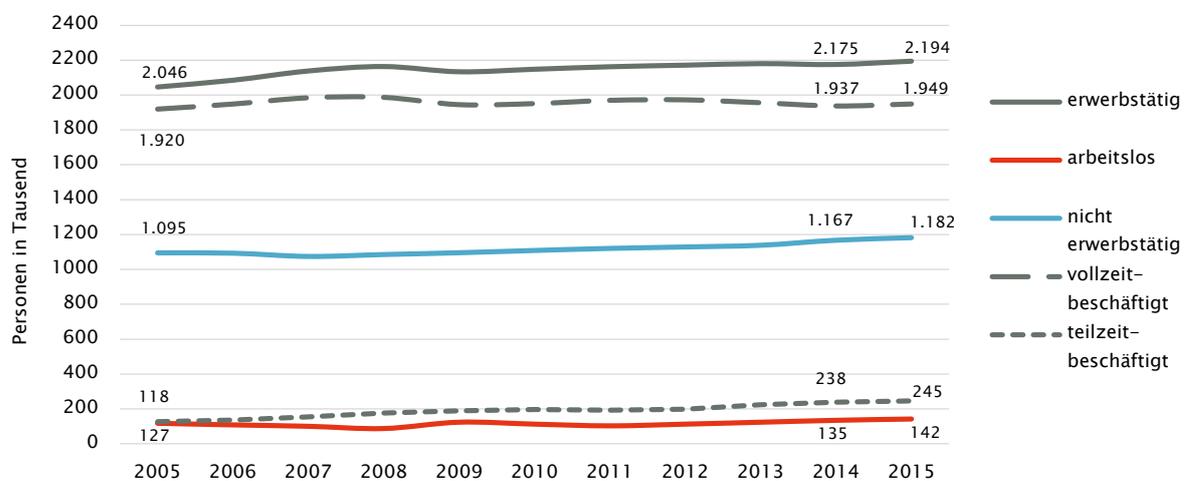
Die Entwicklung relevanter Erwerbsstatusindikatoren ist für Österreicher in Abbildung 5.14 und für Österreicherinnen in Abbildung 5.15 dargestellt.

Auffällig ist, dass

- die **Anzahl der erwerbstätigen Frauen** um rund 5 Prozent **gestiegen ist**, während jene der Männer gleich blieb;
- nach wie vor nur ein **geringer Anteil der Männer (11 %) teilzeitbeschäftigt** ist (BL-Bandbreite: 7–17 %); die Anzahl ist allerdings zwischen 2005 und 2014 um rund 88 Prozent gestiegen;
- die **Anzahl teilzeitbeschäftigter Frauen weiter gestiegen** ist (um rund 35 %) und die Teilzeitquote von Frauen im Jahr 2014 rund 47 Prozent betrug (BL-Bandbreite: 41–52 %);
- die **Anzahl arbeitsloser Männer** (nach ILO) um 15 Prozent, die **Anzahl arbeitsloser Frauen** nur um 4 Prozent **gestiegen** ist.⁷

Abbildung 5.14:

Kennzahlen des Erwerbsstatus österreichischer Männer nach dem ILO-Konzept, 2005–2015



hochgerechnet auf die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter

ILO = International Labour Organization

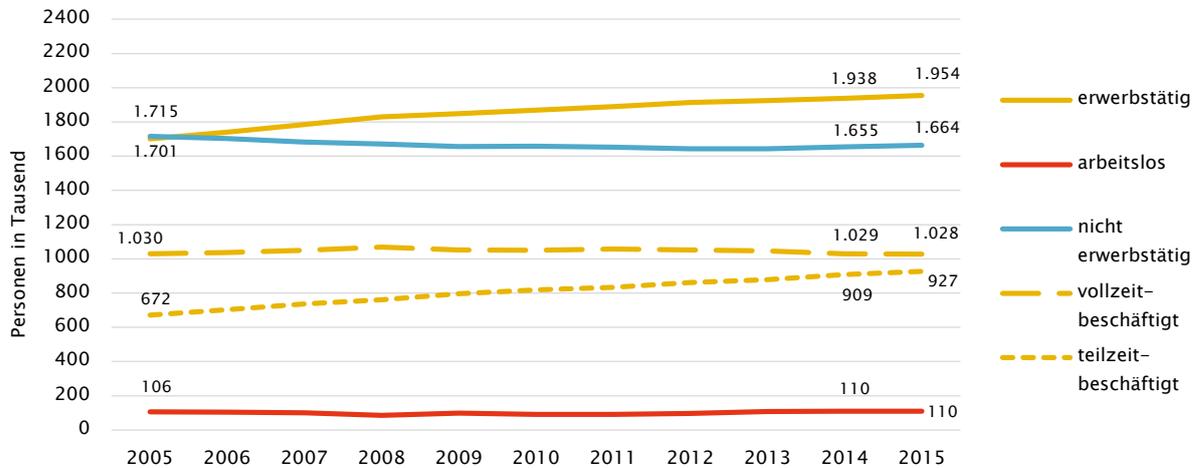
nicht erwerbstätig: Schüler, Studenten, Pensionisten, haushaltsführende Personen, Präsenz-/Zivildienstler, Männer in Karenz

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2005–2015

Darstellung: GÖG

⁷ Arbeitslosigkeit nach der nationalen Berechnungsmethode wird unter Punkt 5.3.1.3 dargestellt

Abbildung 5.15:
Kennzahlen des Erwerbsstatus österreichischer Frauen nach dem ILO-Konzept, 2005–2015



hochgerechnet auf die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter

ILO = International Labour Organization

nicht erwerbstätig: Schüler, Studenten, Pensionisten, haushaltsführende Personen, Präsenz-/Zivildienstler, Männer in Karenz

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2005–2015

Darstellung: GÖG

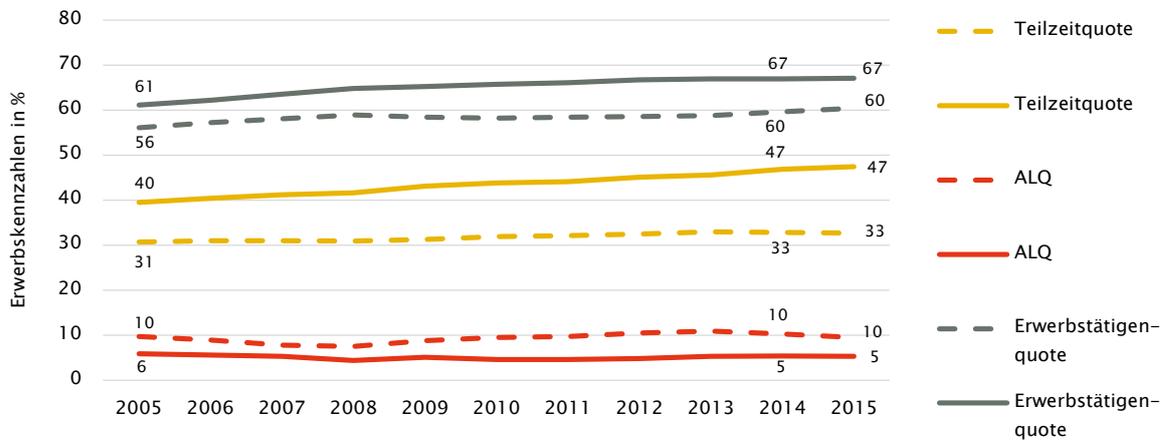
Europäischer Vergleich

Im Vergleich mit den EU-28-Ländern liegt die **Erwerbstätigenquote** in Österreich über dem Durchschnitt der EU-28-Länder und rangiert mit rund 71 Prozent (EU-28-Bandbreite: 49–75 %) **im oberen Drittel**. Dies trifft auf Männer sowie Frauen zu (s. Abbildung 5.16 und Abbildung 5.17).

Die **Arbeitslosenquote** nach ILO liegt deutlich **unter dem Durchschnitt** der EU-28-Länder. Mit 5,6 Prozent (EU-28-Bandbreite: 5–27 %) hat Österreich im Jahr 2014 – nach Deutschland – die zweitniedrigste Arbeitslosenquote. Bei Frauen ist sie nur halb so hoch wie im EU-Durchschnitt (5 % vs. 10 %), bei Männern liegt sie etwa im Durchschnitt (10 vs. 11 %; s. Abbildung 5.16 und Abbildung 5.17).

Die **Teilzeitquote** liegt sowohl bei Männern (11 %; EU-28-Durchschnitt: 10 %) als auch bei Frauen (47 %; EU-28-Durchschnitt: 33 %) **über dem Durchschnitt** der EU-28-Länder (EU-28-Bandbreite: 3–50 %). Bei der weiblichen Bevölkerung ist seit 2005 ein stärkerer Anstieg als im Durchschnitt der EU-28-Länder zu beobachten (7 vs. 2 Prozentpunkte). Österreich hat im Jahr 2014 bei den Frauen die zweithöchste Teilzeitquote im EU-28-Vergleich (2005 noch die fünft höchste).

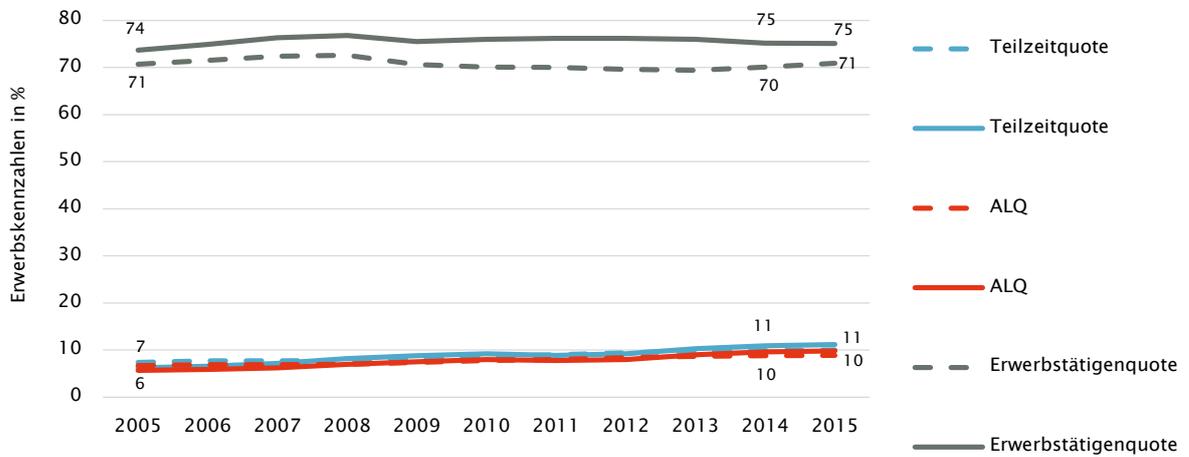
Abbildung 5.16:
Erwerbstätigenquote, Teilzeitquote und Arbeitslosenquote österreichischer Frauen im EU-28-Vergleich, 2005–2015



ALQ = Arbeitslosenquote

Quelle: Eurostat – Beschäftigung und Arbeitslosigkeit (LFS/AKE) 2005–2015;
Darstellung: GÖG

Abbildung 5.17:
Erwerbstätigenquote, Teilzeitquote und Arbeitslosenquote österreichischer Männer im EU-28-Vergleich, 2005–2015



ALQ = Arbeitslosenquote
AT = Österreich

Quelle: Eurostat – Beschäftigung und Arbeitslosigkeit (LFS/AKE) 2005–2015
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

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

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

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

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

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

- Sie sind nicht erwerbstätig im Sinne der ILO
- UND
- könnten innerhalb der nächsten beiden Wochen nach der Referenzwoche eine Arbeit aufnehmen und haben während der Referenzwoche und den drei Wochen davor aktiv nach Arbeit gesucht
- ODER
- sie haben bereits eine Stelle gefunden und werden diese in maximal drei Monaten antreten.

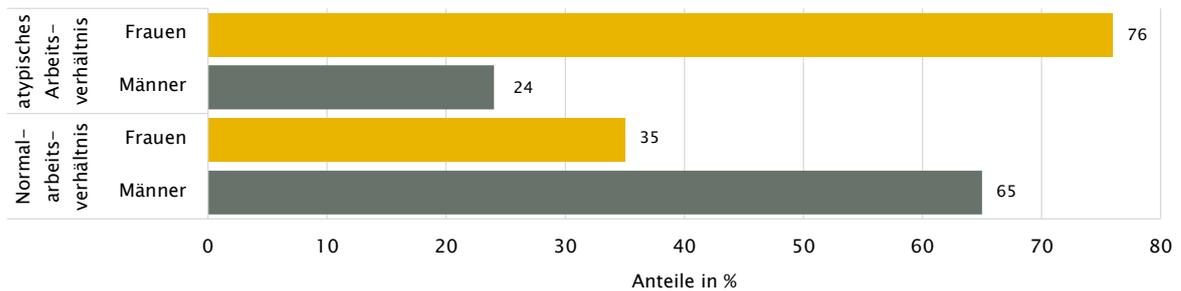
Aussagen über die Erwerbstätigkeit werden auf Basis der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebungen (AKE) der Statistik Austria getroffen (Statistik Austria 2015b).

5.3.1.2 Atypische Beschäftigung

Zu den atypischen Beschäftigungsformen zählen Teilzeitbeschäftigung, befristete Arbeitsverträge oder auch Beschäftigungen, die keiner geregelten Sozialversicherungspflicht unterliegen. Neben anderen arbeitsplatzbezogenen Stressfaktoren wie ständig steigenden Anforderungen an Flexibilität und Erreichbarkeit, steigendem Zeitdruck und Arbeitsplatzunsicherheit tragen atypische Beschäftigungsverhältnisse (sofern sie nicht dem eigenen Vorteil dienen) zu erhöhten Stressbelastungen bei. Nicht alle davon betroffenen Personen verfügen über ausreichende Ressourcen, um diese Anforderungen über längere Zeit hindurch frei von Beschwerden zu überstehen. (Eichmann/Saupe 2014, 36, 179)

Ein Drittel aller erwerbstätigen Österreicher/-innen wies im Jahr 2014 ein atypisches Beschäftigungsverhältnis auf (BL-Bandbreite: 28–36 %). **76 Prozent** dieser atypischen Beschäftigungsverhältnisse **betreffen Frauen** (s. Abbildung 5.18).

Abbildung 5.18:
Atypische Beschäftigung in Österreich nach Geschlecht, 2014



Jahresdurchschnittswerte

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

Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund

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

Definitionen und Daten

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

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

5.3.1.3 Arbeitslosigkeit

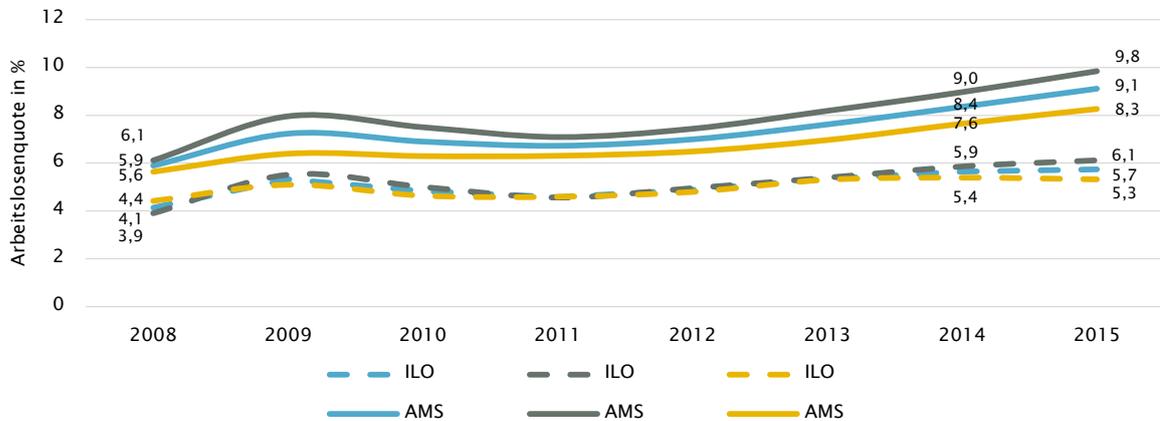
Im Jahr 2014 lag die Arbeitslosenquote (ALQ) in Österreich laut AMS und nationaler Berechnungsmethode bei **8,4 Prozent**⁸ (BL-Bandbreite: 5,7–11,6 %; rund 319.000 Personen).

Männer sind etwas **stärker von Arbeitslosigkeit betroffen** (9 %; BL-Bandbreite: 5,9–13,2 %) als Frauen (7,6 %; BL-Bandbreite: 5,1–9,9 %).

⁸ Das ist deutlich höher als nach der internationalen Berechnungsmethode, nach der die Quote im Jahr 2014 bei 5,6 Prozent lag (s. Punkt 5.3.1.1).

Die Arbeitslosigkeit ist in Österreich **zwischen 2008 und 2014 deutlich gestiegen** (von 5,9 % auf 8,4 %; +107.000 Personen; s. Abbildung 5.19).

Abbildung 5.19:
Arbeitslosigkeit in Österreich, 2008–2015



ILO = International Labour Organization

Quelle: AMS Arbeitsmarktprofile Österreich 2008–2015
Darstellung: GÖG

Von Arbeitslosigkeit sind vermehrt Berufseinsteiger/-innen und ältere Arbeitnehmer/-innen betroffen. Bei den **unter 25-Jährigen** beträgt die Arbeitslosenquote **8,7 Prozent**, bei den **ab 50-Jährigen** **9,1 Prozent**.

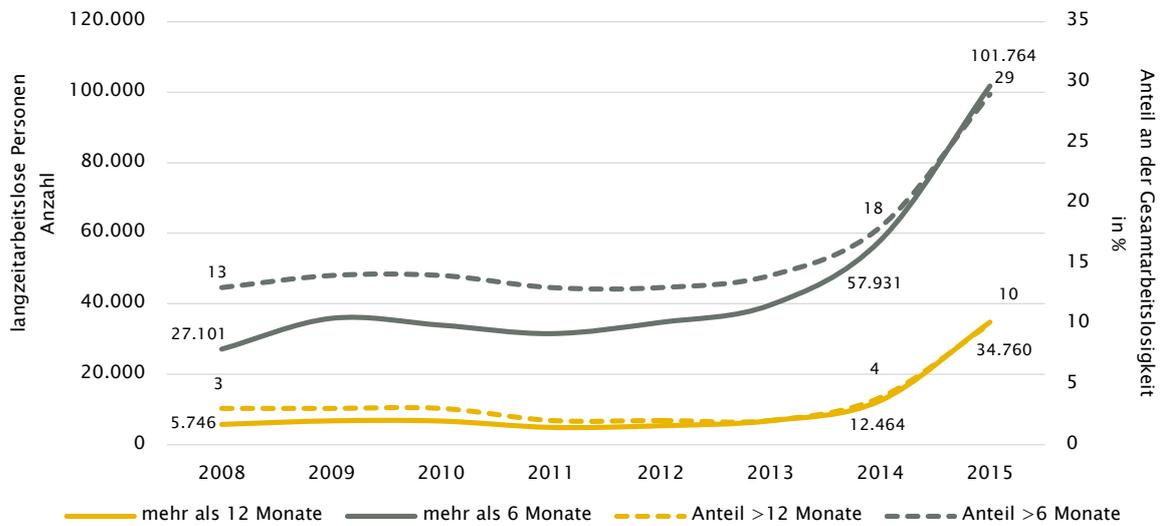
Arbeitslosigkeit nach Bildung und Staatsangehörigkeit

Die Entwicklung der ALQ zeigt bei Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft einen Anstieg von 5,6 auf 7,6 Prozent (2008–2014; +2 %), bei Personen mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft von 8 auf 12,1 Prozent (+4,1 %). Darüber hinaus zeigt sich, dass Personen mit maximal Pflichtschulabschluss häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen sind (24,3 %) als Personen mit einer weiterführenden Bildung (Lehr- bzw. BMS-Abschluss: 6,4 %, Matura oder höher: 3,6 %).

Langzeitarbeitslosigkeit

Von den rund **319.000** arbeitslos gemeldeten Personen waren im Jahr 2014 rund 4 Prozent (etwa 12.500 Personen) mehr als 12 Monate arbeitslos (Langzeitarbeitslosigkeit). Die Anzahl der Langzeitarbeitslosen ist in Österreich **von 2008 bis 2014 um das Doppelte gestiegen** (von 5.800 auf etwa 12.500 Personen). Ihr Anteil an allen Arbeitslosen hat sich von 3 auf 4 Prozent erhöht (s. Abbildung 5.20).

Abbildung 5.20:
Langzeitarbeitslosigkeit in Österreich, 2008–2015



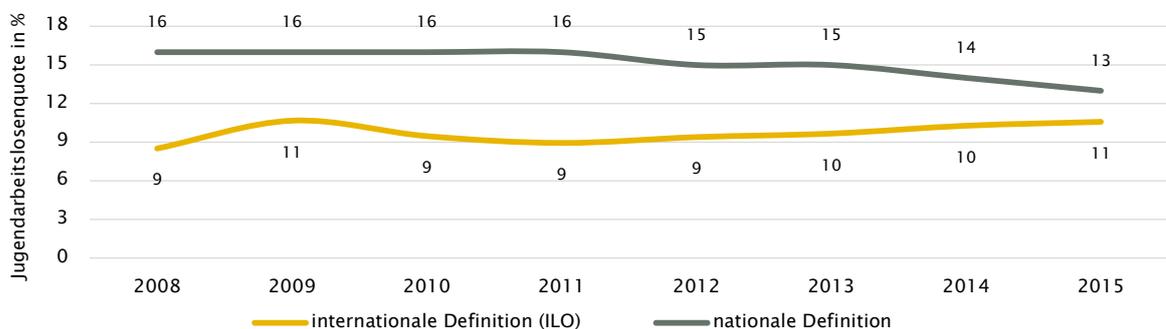
Quelle: AMS Arbeitsmarktprofile Österreich 2008-2015
Darstellung: GÖG

Jugendarbeitslosigkeit

Im Jahr 2014 waren in Österreich – nach **nationaler Definition** – rund 45.000 Personen zwischen 15 und 24 Jahren bzw. **14 Prozent** der 15- bis 24-jährigen Erwerbspersonen arbeitslos. Ihr Anteil hat zwischen 2008 und 2014 um rund 2 Prozentpunkte abgenommen (s. Abbildung 5.21).

Nach **internationaler Definition** (ILO) liegt die Arbeitslosigkeit der 15- bis 24-Jährigen (zw. 2008 und 2015) **zwischen 9 und 11 Prozent** (s. Abbildung 5.21) und ist in diesem Zeitraum gestiegen.

Abbildung 5.21:
Jugendarbeitslosigkeit in Österreich, 2008–2015



Quellen: AMS-Arbeitsmarktprofile Österreich 2008–2015;
Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2008–2015;
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Arbeitslose: Zum Monatsende bei den regionalen Geschäftsstellen des Arbeitsmarktservice zum Zwecke der Arbeitsvermittlung registrierte Personen, die nicht in einem Beschäftigungsverhältnis oder in Ausbildung sind (z. B. Schulung). Die regionale Zuordnung erfolgt nach dem Wohnort der Arbeitslosen. Als Jahreswert wird der Durchschnitt der 12 Monatsendbestände ausgewiesen.

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

Langzeitarbeitslose: Personen, die mindestens 365 Tage beim AMS als arbeitslos und/oder lehrstellensuchend gemeldet sind und/oder sich in Kursmaßnahmen des AMS befinden. Zeiten der Arbeitslosigkeit und des Kursbesuchs werden also zusammengezählt, Kursmaßnahmen beenden nicht die Langzeitarbeitslosigkeit. Die Langzeitbeschäftigungslosigkeit wird erst beendet, wenn eine Person länger als 62 Tage – etwa wegen Aufnahme einer Beschäftigung – nicht mehr beim AMS gemeldet ist. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen spricht man bereits ab 6 Monaten von Langzeitarbeitslosigkeit.

Als Quelle wurden die Arbeitslosenstatistiken des AMS herangezogen. Datenabfragen wurden über die Abfragetools AMS online und BALI gemacht. Ergänzend wurden die Arbeitsmarktprofilberichte des AMS herangezogen.

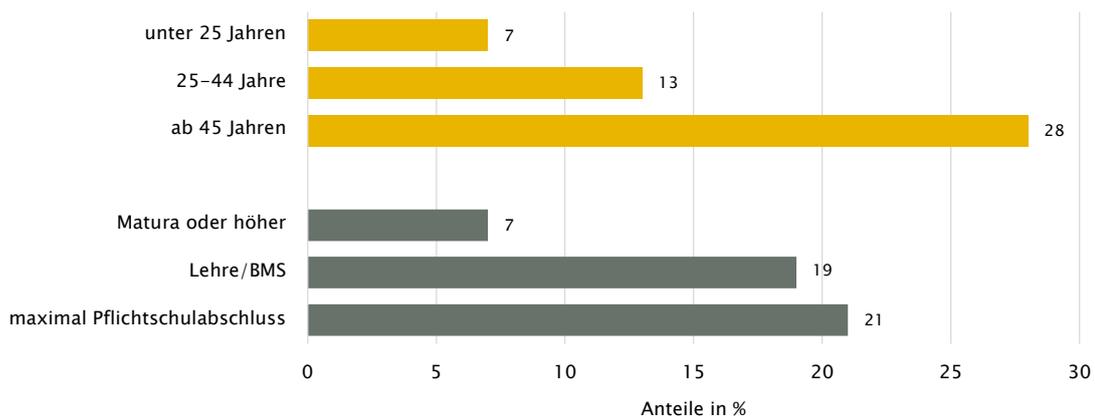
Arbeitssuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen

Im Jahr 2014 gab es in Österreich rund **58.000** arbeitslose Personen mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung (davon sind 61 % Männer). Sie machen **18 Prozent aller Arbeitslosen** aus (BL-Bandbreite: 14–25 %). Ihr Anteil (an allen Arbeitslosen) steigt mit zunehmendem Alter: von 7 Prozent bei den unter 25-Jährigen auf 28 Prozent bei den ab 45-Jährigen (s. Abbildung 5.22).

Ein deutlicher Zusammenhang besteht in dieser Gruppe zudem mit der formalen Bildung, zugunsten von Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (s. Abbildung 5.22).

Abbildung 5.22:

Arbeitssuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (an allen Arbeitssuchenden) nach Altersgruppen und Bildung, Österreich 2014



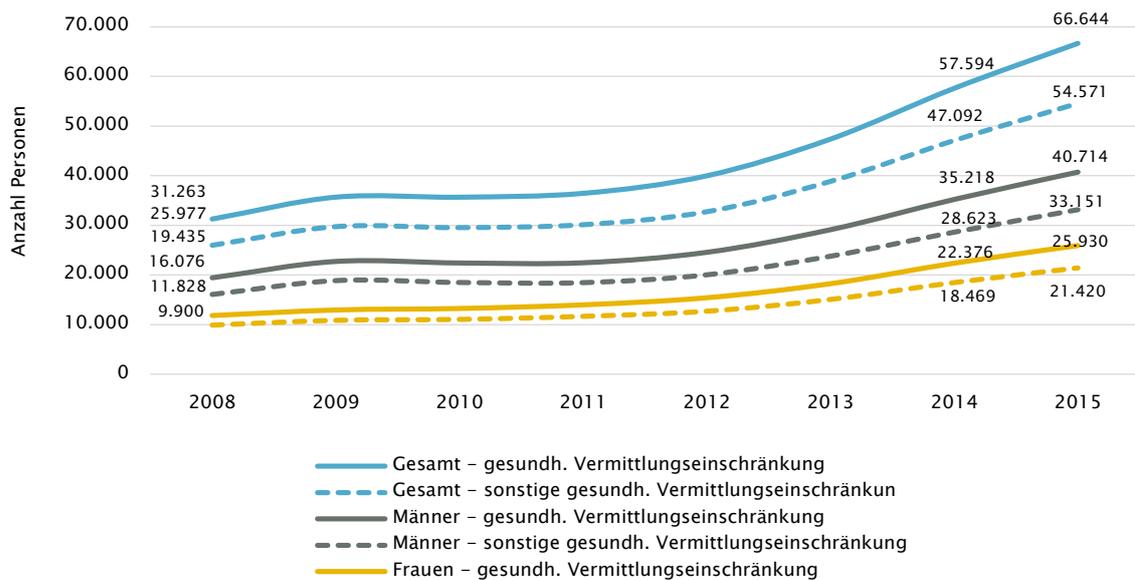
Quelle: AMS-Sonderauswertung – Arbeitslose nach Personenmerkmalen (AL590)
Berechnung und Darstellung: GÖG

Von 2008 bis 2014 ist die Anzahl arbeitsloser Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen **deutlich gestiegen** (um 84 % von rund 31.000 auf 58.000 Personen; s. Abbildung 5.23). Relativ zur Anzahl der Arbeitslosen ist ihr Anteil (2009–2014) um rund 3 Prozentpunkte gestiegen.

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

Abbildung 5.23:

Arbeitssuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen nach Geschlecht, Österreich 2008–2014



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

Definitionen und Daten

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

Quelle sind die Arbeitslosenstatistiken des AMS. Datenabfragen wurden über die Abfragetools AMS online und BALI gemacht.

Personen in Haushalten ohne Erwerb oder mit sehr niedriger Erwerbsintensität

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

Insgesamt lebten in Österreich im Jahr 2014 rund **9 Prozent** der unter 60-jährigen Bevölkerung in Haushalten ohne Erwerb oder mit sehr niedriger Erwerbsintensität (BL-Bandbreite: 5–14 %; 3-Jahres-

Durchschnitte). Das waren rund 585.000 Personen (Statistik Austria 2015c). Zwischen 2008 und 2014 ist der Anteil von 7 auf 9 Prozent gestiegen, im Jahr 2015 lag der Wert wieder bei 8 Prozent (Statistik Austria 2016).

In Österreich ist der Anteil der unter 60-Jährigen, die in einem Haushalt ohne oder mit sehr geringer Erwerbsintensität leben, mit rund 9 Prozent niedriger als im Durchschnitt der EU-Länder (11 %). Die europäische Bandbreite reichte im Jahr 2014 von 6 Prozent in Schweden bis 21 Prozent in Irland (Eurostat – EU-SILC 2014, Zugriff am 7. 7. 2017).

Definitionen und Daten

Ohne Erwerb oder sehr niedrige Erwerbsintensität: Personen bis 59 Jahre, die in einem Haushalt leben, in dem Personen zwischen 18 und 59 Jahren (ausgenommen Studierende) im Laufe eines Jahres insgesamt weniger als 20 % der maximal möglichen Erwerbsmonate ausschöpfen.

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

Die Ergebnisse stammen aus der EU-SILC-Befragung (Statistics on Income and Living Conditions), die jährlich im Auftrag des Sozialministeriums durchgeführt wird (Statistik Austria 2015c).

5.3.2 Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz

In Österreich waren im Jahr 2013 **73 Prozent** der erwerbstätigen Frauen und Männer an ihrem Arbeitsplatz zumindest einer körperlichen Belastung ausgesetzt (BL-Bandbreite: 66–78 %), **Männer häufiger** als Frauen (78 % vs. 68 %).

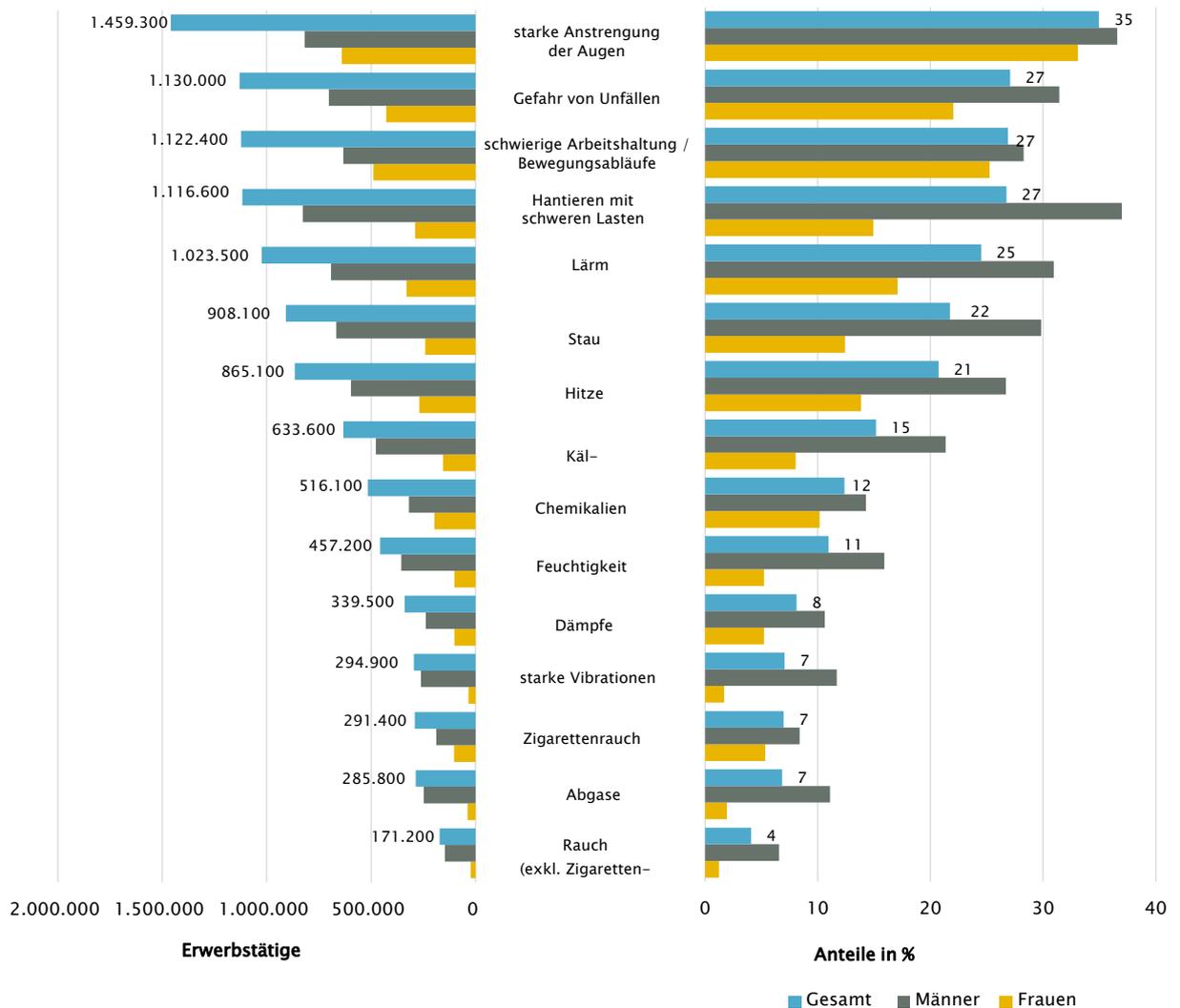
Die von Männern und Frauen am häufigsten erlebten Belastungen sind:

- eine starke Anstrengung der Augen,
- das Hantieren mit schweren Lasten,
- schwierige Arbeitshaltungen und Bewegungsabläufe,
- Unfallgefahr, gefolgt von
- Lärm, Staub und Hitze.

Auffallend ist, dass bei allen körperlichen Belastungsfaktoren Männer häufiger betroffen sind als Frauen (s. Abbildung 5.24).

Im Vergleich zum Jahr 2007 ist die Anzahl betroffener Personen um 57 Prozent **gestiegen** (von 1,9 Mio. auf 3 Mio.), der prozentuale Anteil um 25 Prozentpunkte.

Abbildung 5.24:
Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz nach Geschlecht, Österreich 2013



hochgerechnet auf die erwerbstätige Bevölkerung

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

Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund

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

Definitionen und Daten

Das Ausmaß körperlicher Belastungen am Arbeitsplatz wird auf Basis des Ad-hoc-Moduls Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2007 und 2013 berichtet (Statistik Austria 2009; Statistik Austria 2014). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (15 Jahre und älter) und beruhen auf Selbstangaben.

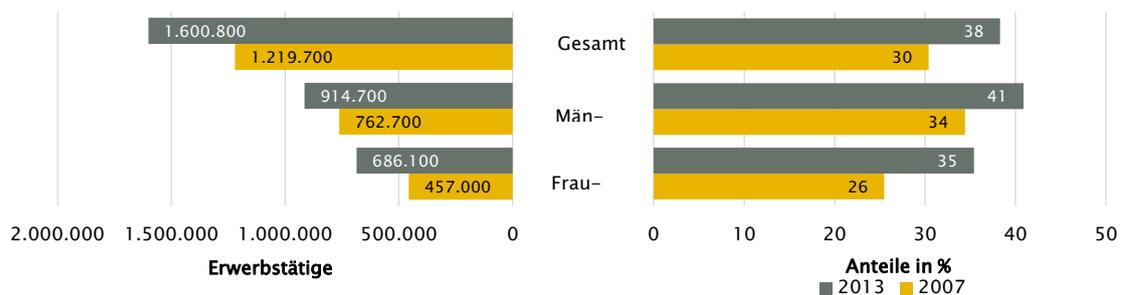
5.3.3 Zeitdruck und Arbeitsüberlastung

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

In Österreich waren 2013 rund **38 Prozent** der Erwerbstätigen von Zeitdruck und Arbeitsüberlastung betroffen (BL-Bandbreite: 33–42 %), **Männer häufiger** als Frauen (41 % vs. 35 %). Zwischen 2007 und 2013 ist dieser psychische Belastungsfaktor – in seiner Häufigkeit – um 8 Prozentpunkte **gestiegen** (von 1,2 Mio. auf 1,6 Mio. Personen; s. Abbildung 5.25).

Abbildung 5.25:

Zeitdruck oder Arbeitsüberlastung am Arbeitsplatz nach Geschlecht, Österreich 2007 und 2013



hochgerechnet auf die erwerbstätige Bevölkerung

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

Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund

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

Definitionen und Daten

Zeitdruck und Arbeitsüberlastung werden auf Basis des Ad-hoc-Moduls Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2007 und 2013 berichtet (Statistik Austria 2009; Statistik Austria 2014). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (15 Jahre und älter) und beruhen auf Selbstangaben.

5.3.4 Arbeitsunfälle

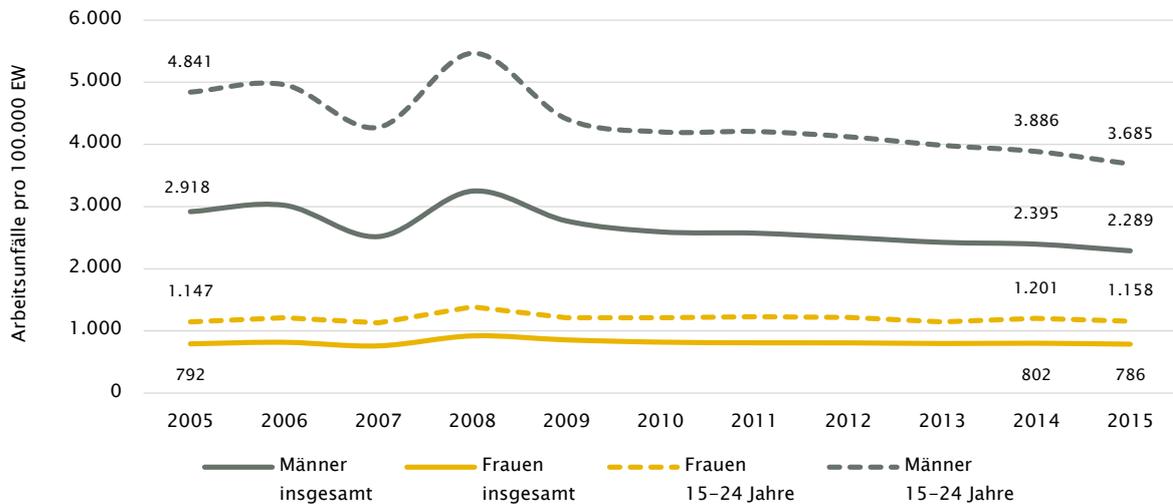
In Österreich passierten im Jahr 2014 rund **93.000 Arbeitsunfälle**. Das entspricht einer Quote von 1.600 Fällen pro 100.000 EW im erwerbsfähigen Alter (BL-Bandbreite: 1.145–2.448 Fälle pro 100.000). **Drei Viertel** dieser Arbeitsunfälle betreffen **Männer**, die Rate ist bei ihnen dreimal so hoch wie bei Frauen (2.400 vs. 800 pro 100.000 EW im erwerbsfähigen Alter). 80 Arbeitsunfälle endeten tödlich.

Der **Trend** bei Arbeitsunfällen ist **rückläufig**. Im Zeitraum 2005 bis 2014 ist ein Rückgang von 13 Prozent zu beobachten (rund 13.860 Unfälle weniger), der fast ausschließlich auf die männliche Bevölkerung zurückzuführen ist. Im Jahr 2015 setzt sich dieser Trend fort (s. Abbildung 5.26).

Der Rückgang der Arbeitsunfallrate ist bereits längerfristig zu beobachten. Eine Erklärung dafür ist der strukturelle Wandel der Wirtschaft, im Zuge dessen Arbeitsplätze mit hohem Unfallrisiko weniger wurden und sich Berufsstrukturen in Richtung Angestelltenverhältnisse mit höheren Qualifikationsanforderungen verschoben. Arbeitsintensive und gefährlichere Produktionsprozesse wurden vermehrt in Drittländer verlagert oder von Maschinen übernommen. Zudem können langjährige Maßnahmen zur Erhöhung der Arbeitsplatzsicherheit für den Rückgang (mit)verantwortlich gemacht werden (Thomas 2015, 52f).

Überdurchschnittlich hoch ist die Arbeitsunfallrate bei jungen erwerbstätigen Österreicherinnen und Österreichern. Im Jahr 2014 wurden rund **26.100 Arbeitsunfälle bei 15- bis 24-Jährigen** registriert. Das sind rund 28 Prozent aller Arbeitsunfälle in Österreich, was einer Rate von etwa 2.500 Fällen pro 100.000 EW in diesem Alter entspricht. Mit zunehmendem Alter sinkt das Risiko eines Arbeitsunfalls (Thomas 2015, 52f).

Abbildung 5.26:
Arbeitsunfälle in Österreich insgesamt und für die 15- bis 24-jährige Bevölkerung nach Geschlecht, 2005–2015

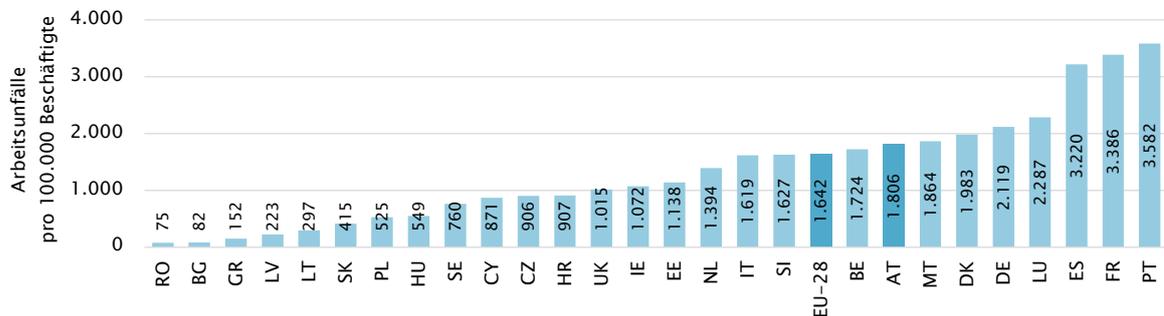


Quelle: AUVA – Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Laut europäischer Arbeitsunfallstatistik (ESAW) ist bezüglich nichttödlicher sowie tödlicher Arbeitsunfälle ein rückläufiger Trend zu beobachten. Mit rund 1.800 **Arbeitsunfällen** pro 100.000 Beschäftigten rangiert Österreich **im Mittelfeld** der EU-28-Länder (EU-28-Bandbreite exkl. Finnland: 75–3.580, s. Abbildung 5.27). Im Fall **tödlicher Arbeitsunfälle** liegt Österreich **über dem Durchschnitt** der EU-28-Länder (EU-28-Bandbreite exkl. Finnland: 1–7, s. Abbildung 5.28). Allerdings sollte dieser Vergleich mit Vorsicht interpretiert werden.

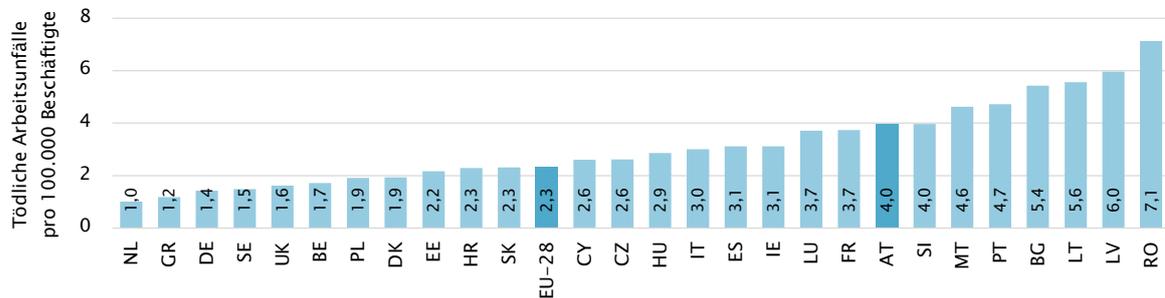
Abbildung 5.27:
Arbeitsunfälle im europäischen Vergleich, 2014



exkl. Finnland

Quelle: ESAW – Europäische Statistik für Arbeitsunfälle, 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 5.28:
Tödliche Arbeitsunfälle im europäischen Vergleich, 2014



exkl. Finnland

Quelle: ESAW – Europäische Statistik für Arbeitsunfälle, 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Arbeitsunfallstatistik wird von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) geführt. Es wird die Anzahl der Arbeits- und Wegunfälle nach Alter und Geschlecht sowie nach Bezirk (Betriebs- und Wohnort) dokumentiert.

In der europäischen Statistik über *Arbeitsunfälle* (ESAW) wird für die Berechnung der Inzidenzraten die Zahl der Unfälle pro 100.000 Beschäftigte berechnet, wenn diese eine Ausfallzeit von mehr als 4 Tagen haben. Die Inzidenz nichttödlicher Arbeitsunfälle ist in der Regel in den versicherungsbasierten Unfallmeldesystemen einiger süd- und westeuropäischer Mitgliedstaaten am höchsten. Zur Erklärung der niedrigen Raten einiger osteuropäischer Länder bedarf es weiterer Analysen durch die ESAW. Bei tödlichen Arbeitsunfällen handelt es sich um Unfälle, die innerhalb eines Jahres zum Tod des Unfallopfers führen.

5.3.5 Work-Life-Balance

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

Durch die Zunahme von Doppelverdiener- und Alleinerzieherhaushalten, eine zunehmenden „Entgrenzung“ der Arbeit sowie durch merklich gestiegene Leistungs-, Qualitäts- und Selbstverwirklichungsansprüche hat die Unvereinbarkeit von Beruf und Privatleben in den letzten Jahrzehnten zusehends an Bedeutung gewonnen.

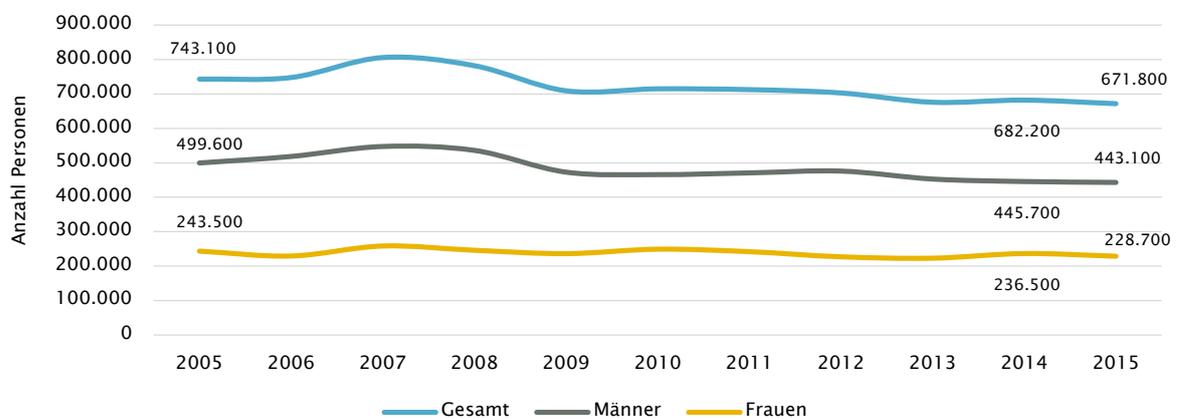
Auf Indikatorebene wird im Österreichischen Gesundheitsbericht 2016 der Fokus auf geleistete Überstunden und Mehrstunden gelegt.

Geleistete Überstunden (inklusive Mehrstunden)

Im Jahr 2014 leisteten rund **19 Prozent** der unselbstständig erwerbstätigen Österreicher/-innen (rund 672.000 Personen; BL-Bandbreite: 17–22 %) Überstunden (inkl. Mehrstunden); **Männer häufiger** als Frauen (24 % vs. 14 %).

Zwischen 2005 und 2014 ist die Anzahl der überstundenleistenden Personen **deutlich zurückgegangen**, nämlich um 5 Prozentpunkte bei Männern und um 2 Prozentpunkte bei Frauen (s. Abbildung 5.29).

Abbildung 5.29:
Unselbstständig Erwerbstätige mit Überstunden inklusive Mehrstunden in Österreich nach Geschlecht, 2005–2015



hochgerechnet auf die erwerbstätige Bevölkerung

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

Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund

Österreichweit zeigt sich, dass unselbstständige Erwerbspersonen ohne Migrationshintergrund häufiger Überstunden leisten als Erwerbspersonen mit Migrationshintergrund (20 % vs. 15 %). Darüber hinaus werden Überstunden häufiger von Erwerbspersonen mit höherer Bildung (Matura oder höher) erbracht als von Erwerbspersonen mit geringer formaler Bildung (25 % vs. 9 %).

Definitionen und Daten

Überstunden einschließlich Mehrstunden sind zusätzlich zur kollektivvertraglich oder betrieblich vereinbarten Normalarbeitszeit geleistete Arbeitsstunden, die nicht durch Zeitausgleich zu einem anderen Zeitpunkt abgegolten werden. Dabei ist nicht entscheidend, ob sie bezahlt werden oder nicht. Von Überstunden wird gesprochen, wenn über das Vollzeitlerwerbstätigkeitsausmaß hinausgehende zusätzliche Stunden gearbeitet werden. Mehrstunden sind zusätzliche Stunden von Teilzeitbeschäftigten bis zum Ausmaß der Vollzeitlerwerbstätigkeit. Über- und Mehrstunden werden nur bei un-

selbstständig Erwerbstätigen erhoben. Sie beziehen sich auf eine Referenzwoche und beruhen auf den Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebungen 2005 bis 2015 (Statistik Austria).

5.3.6 Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen

Die Qualität der Arbeitsbedingungen beeinflusst die Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung (Green/Mostafa 2012) und damit auch deren Verbleib im Erwerbsleben (BMASK 2015). Die betriebliche Gesundheitsförderung versucht deshalb seit den 1990er-Jahren zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen beizutragen (www.netzwerk-bgf.at).

In Österreich bewerten erwerbstätige Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren ihre Arbeitsbedingungen mit rund **58 von 100 Punkten** (SHARE-Erhebung 2010/2011). Ein Unterschied zwischen den Geschlechtern besteht nicht.

Im Vergleich zum Jahr 2004 haben sich die Arbeitsbedingungen in Österreich etwas **verbessert**: von 56 auf 58 Punkte. Die Verbesserungen betreffen vor allem Personen mit Lehr-, BMS-Abschluss und Matura sowie Menschen mit Migrationshintergrund (s. Tabelle 5.4).

Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund

Vergleiche nach Bildung und Migrationshintergrund zeigen, dass Personen mit hohen Bildungsabschlüssen (ISCED-Level 5-6) sowie Personen ohne Migrationshintergrund eine bessere Bewertung abgeben als Personen mit geringerer formaler Bildung oder Migrationshintergrund (s. Tabelle 5.4).

Tabelle 5.4:

Durchschnittliche Einschätzung der Arbeitsbedingungen auf einer Skala von 0 bis 100 (Mittelwerte)

Jahr	M + F	M	F	ISCED-Level 0–2*	ISCED-Level 3–4*	ISCED-Level 5–6*	mit Migrationshintergrund**	ohne Migrationshintergrund**
2004	56	56	57	50	53	62	53	56
2011	58	58	58	51	57	61	54	59

Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren; hochgerechnet auf die entsprechende Bevölkerung

* ISCED: International Standard Classification of Education (Revision 1997); 0–2 = max. Pflichtschulabschluss, 3–4 = Lehrabschluss, AHS-Abschluss, BMS-/BHS-Abschluss, 5–6 = Universitätsstudium etc.

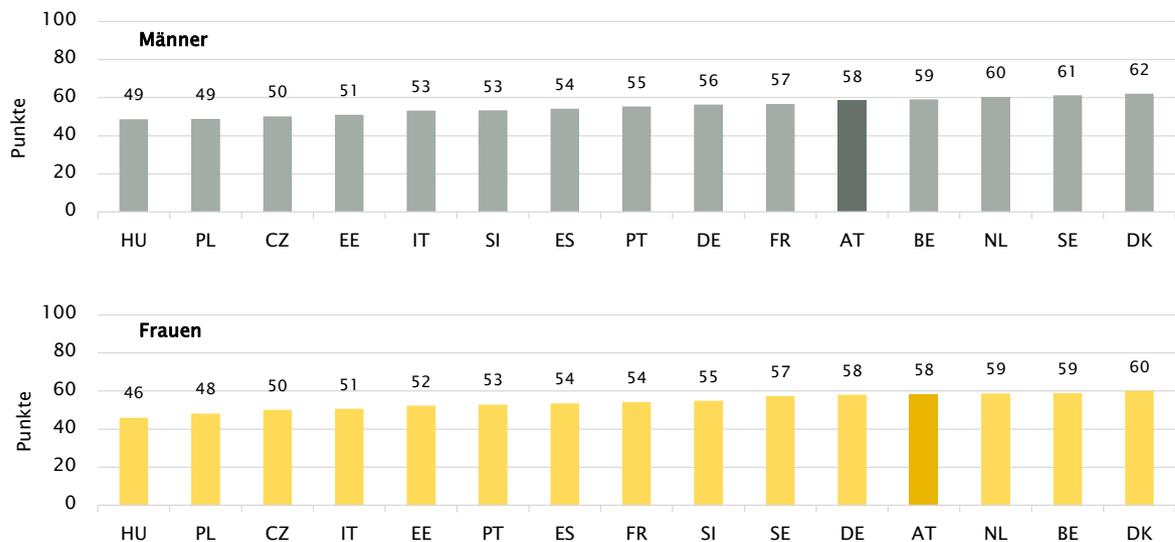
** Personen mit Migrationshintergrund: wurden im Ausland geboren

Quelle: SHARE 2004 und 2010/2011;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich rangiert Österreich (s. Abbildung 5.30) – im Vergleich mit 14 anderen EU-Ländern – sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern **im positiven oberen Mittelfeld** (BMG 2016).

Abbildung 5.30:
Arbeitsbedingungen im europäischen Vergleich, Mittelwerte, 2010/2011



Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren; hochgerechnet auf die entsprechende Bevölkerung

Quelle: SHARE 2010/2011;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Daten der *Arbeitssituation erwerbstätiger Personen* (im Alter von 50 bis 64 Jahren) entstammen dem Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Im Kontext der internationalen Diskussion werden vor allem nachstehende Arbeitsbedingungen als relevant erachtet:

- gerechtes Einkommen
- Jobperspektiven (Aufstiegschancen, Arbeitsplatzsicherheit)
- Aneignung neuer Fertigkeiten und Autonomie
- soziale Unterstützung und Anerkennung
- körperliche Anstrengung und Zeitdruck

Sie entstammen wissenschaftlichen Modellen (Karasek/Theorell 1990; Siegrist 1996), die bereits vielfach überprüft wurden (Van der Doef/Maes 1999; Van Vegchel et al. 2005).

Zur Beschreibung der Gesamtsituation wurden die SHARE-Daten in einem Index zusammengefasst, der in seinen Ausprägungen auf eine Skala von 0 (schlechtestmögliche Ausprägung) bis 100 (bestmögliche Ausprägung) normiert ist (BMG 2016).

5.3.7 Trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gegangen

Im Jahr 2014 gingen – laut ATHIS 2014 – rund **54 Prozent** der erwerbstätigen Österreicher/-innen (rund 2. Mio. Personen) trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit (BL-Bandbreite: 50–56 %), **weibliche Erwerbspersonen häufiger** als männliche (58 % vs. 50 %).

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

In Bezug auf den Migrationshintergrund zeigt sich, dass Frauen und Männer mit Migrationshintergrund genauso häufig trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gehen wie Frauen und Männer oh-

ne Migrationshintergrund (jeweils 54 %). Im Zusammenhang mit Bildung zeigt sich, dass Männer mit höherem formalem Bildungsabschluss etwas häufiger trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gehen als Männer mit maximal einem Pflichtschulabschluss. Ein Zusammenhang mit dem Einkommen zeigt sich nicht.

Definitionen und Daten

Die Ergebnisse werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf erwerbstätige Personen und beruhen auf Selbstangaben.

5.4 Soziale Beziehungen und Netzwerke

5.4.1 Sozialkapital / Ausmaß sozialer Unterstützung

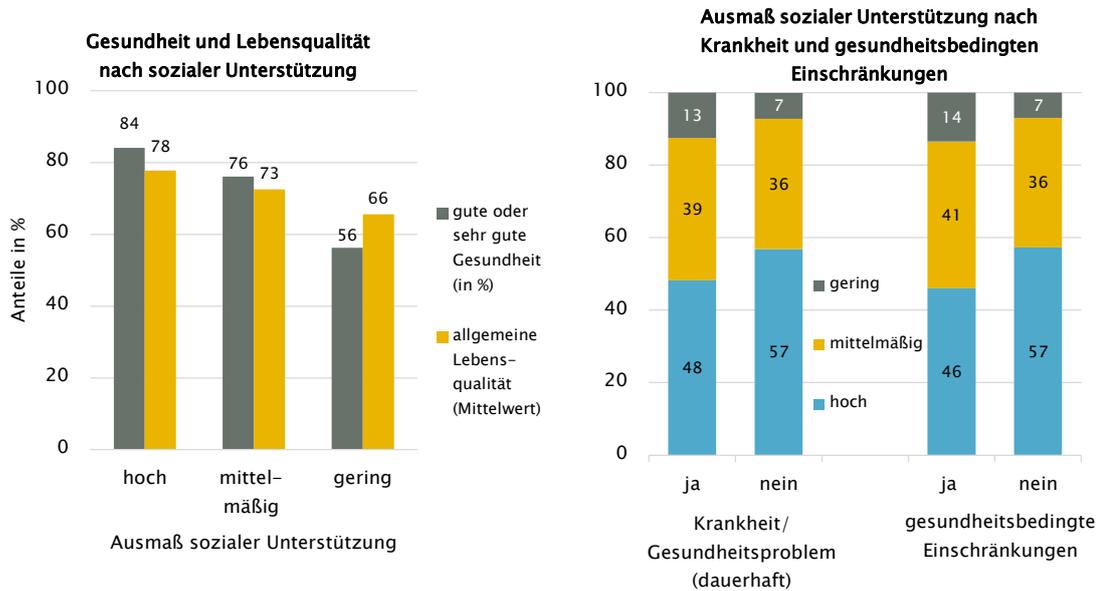
Das Sozialkapital (auch als soziale Kohäsion oder – wie in den Gesundheitszielen Österreich – als sozialer Zusammenhalt bezeichnet) ist ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Gesundheit (De Silva et al. 2005; Murayama et al. 2012; Nyqvist et al. 2013; Sartorius 2003; Sundquist/Yang 2007) und kann in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

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

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

Für Österreich wird deutlich, dass die Einschätzung der eigenen Gesundheit als sehr gut oder gut und die durchschnittliche Einschätzung der Lebensqualität mit zunehmendem Sozialkapital steigt. Zudem wird ersichtlich, dass Österreicher/-innen, die an chronischen Erkrankungen/Gesundheitsproblemen leiden und/oder aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt sind, in einem geringeren Ausmaß über ein stark ausgeprägtes Sozialkapital verfügen (s. Abbildung 5.31).

Abbildung 5.31:
Soziale Unterstützung und Gesundheit – Krankheit und soziale Unterstützung, Österreich 2014



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

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

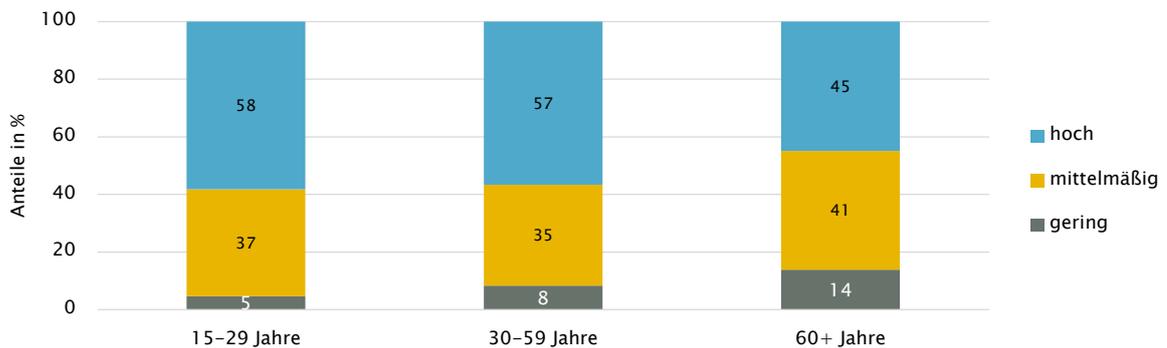
Im vorliegenden Bericht wird das Sozialkapital anhand des „Ausmaßes sozialer Unterstützung“ abgebildet, das bei psychosozialen Belastungen oder im Falle von Hilfsbedürftigkeit in Anspruch genommen werden kann.

Mehr als die Hälfte der Österreicher/-innen ab 15 Jahren (54 %) verfügen über ein hohes Ausmaß sozialer Unterstützung (BL-Bandbreite: 46–61 %); **Männer zwischen 15 und 29 Jahren häufiger** als Frauen (61 % vs. 56 %).

Rund 9 Prozent schätzen das Ausmaß sozialer Unterstützung für sich eher gering ein (BL-Bandbreite: 6–13 %).

Das Ausmaß sozialer Unterstützung nimmt ab einem Alter von 60 Jahren deutlich ab: Nur noch 45 Prozent der ab 60-Jährigen verfügen über ein hohes Ausmaß sozialer Unterstützung, während 57–58 Prozent der 15- bis 59-Jährigen damit rechnen können. Gleichzeitig sind 14 Prozent der ab 60-Jährigen mit einem geringen Unterstützungsausmaß konfrontiert, während dies bei den 15- bis 29-Jährigen 5 Prozent sind (s. Abbildung 5.32).

Abbildung 5.32:
Soziale Unterstützung nach Altersgruppen, Österreich 2014



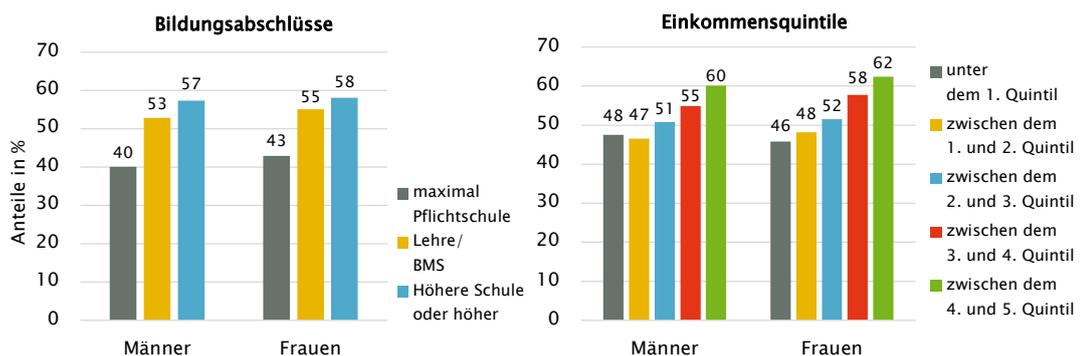
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15+)

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

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Bildung und Einkommen beeinflussen die Möglichkeit, soziale Unterstützung zu geben und zu bekommen. Menschen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter) verfügen häufiger über ein hohes Ausmaß an Unterstützung als Menschen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (58 % vs. 42 %). Dies gilt für Männer wie Frauen (s. Abbildung 5.33). Menschen des obersten Einkommensquintils (30 Jahre und älter) erhalten deutlich häufiger ein hohes Unterstützungsausmaß als Menschen im untersten Einkommensbereich (61 % vs. 47 %).

Abbildung 5.33:
Soziale Unterstützung (hoch) nach Bildung und Haushaltseinkommen, Österreich 2014



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

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

Österreicher/-innen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) verfügen über weniger soziale Unterstützung als Österreicher/-innen ohne Migrationshintergrund: 43 Prozent der Personen mit und 56 Prozent der Personen ohne Migrationshintergrund erhalten ein hohes Unterstützungsausmaß.

Definitionen und Daten

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

5.4.2 Qualität der familiären Beziehungen

Familiäre Beziehungen können eine Schutzfunktion bei gesundheitlichen Belastungen ausüben (Dür/Griebler 2007; Robert Koch-Institut 2008a). Ein sicheres, stabiles und unterstützendes Umfeld schützt vor physischen Gefährdungen sowie psychischen Belastungen und fördert die körperliche, emotionale und soziale Entwicklung. Umso gravierender sind die Folgen, wenn Kinder und Jugendliche – anstelle von Zuneigung, Empathie und Förderung – Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch erfahren (Ramelow et al. 2011; WHO 2005b).

Die Qualität familiärer Beziehungen wird in der HBSC-Studie über das Gesprächsklimas mit Vater und Mutter eingeschätzt. Das familiäre Gesprächsklima beschreibt, wie leicht oder schwer es Kindern und Jugendlichen fällt, mit ihrem Vater und/oder ihrer Mutter über Dinge zu sprechen, die ihnen wichtig sind.

Den Ergebnissen zufolge fällt es rund **86 Prozent** der 11-, 13- und 15-jährigen **Burschen** und **84 Prozent** der gleichaltrigen **Mädchen** leicht oder sehr leicht, mit ihrer **Mutter** über Dinge zu reden, die ihnen wichtig sind. In Bezug auf den **Vater** gilt dies für **77 bzw. 61 Prozent**.

Auffällig ist, dass **Burschen häufiger ein gutes Gesprächsklima** mit dem Vater und der Mutter haben als Mädchen. Insbesondere bei den 13- und 15-jährigen Mädchen ist das Gesprächsklima mit dem Vater schlechter als bei den gleichaltrigen Burschen.

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegen Österreichs Kinder und Jugendliche im Mittelfeld, wenn es um das Gesprächsklima mit der Mutter geht, und – je nach Alter der Kinder und Jugendlichen – im oberen (11-Jährige), mittleren (13-Jährige) und unteren Mittelfeld (15-Jährige), was den Vater betrifft (Inchley et al. 2016).

5.5 Umwelt

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

5.5.1 Luftqualität

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

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

Die Entwicklung der letzten Jahrzehnte zeigt starke Verbesserungen bei den Schwefeldioxid-, Kohlenstoffmonoxid- und Benzolemissionen. Auch Schwermetalle sind in Österreich kaum noch in gesundheitsrelevanten Konzentrationen in der Luft enthalten. Der Fokus wird daher auf Stickstoffdioxid (NO₂), Feinstaub (PM₁₀ und PM_{2,5}) und Ozon (O₃) gelegt, da diese aktuell am häufigsten gesundheitsgefährdende Konzentrationen erreichen (Umweltbundesamt 2016a).

Die gängigen Luftschadstoffe werden punktuell an Messstationen gemessen. Da Konzentration und Ausbreitung der Schadstoffe von den zuvor erwähnten Faktoren abhängen, sind Aussagen über die Belastung primär nur auf punktueller Ebene möglich. Die Ergebnisse sind damit nicht direkt auf die Bevölkerungsebene übertragbar, wobei erhöhte Werte dennoch als gesundheitsgefährdend zu betrachten sind.

Stickstoffdioxid

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

Seit 2005 haben in Österreich die gemessenen Stickstoffdioxid-Jahresmittelwerte um durchschnittlich 15 Prozent **abgenommen**. Sie variierten 2014 zwischen 3 und 57 µg/m³.

Der in Österreich zum Schutz der menschlichen Gesundheit geltende **Grenzwert für den Jahresmittelwert** (35 µg/m³) wird **an 18 der 143 Messstellen überschritten**, mehrheitlich in den westlichen Bundesländern Tirol, Salzburg und Vorarlberg. Die höchsten Jahresmittelwerte wurden in Vomp in Tirol und an der Station Salzburg Rudolfsplatz (57 bzw. 50 µg/m³) gemessen.

Der Halbstundenmittelwert von 200 µg/m³ wird an 5 der 143 Messstationen überschritten: Linz Römerberg, St. Pölten Europaplatz, Linz Stadtpark, Vomp A12 Inntalautobahn Raststätte und Feldkirch Bärenkreuzung. Demnach sind vor allem Großstädte und verkehrsnaher städtische Gebiete von Grenzwertüberschreitungen betroffen.

Feinstaub

Feinstaub ist selbst in kleinen Konzentrationen gesundheitsgefährdend. Während vorübergehende Feinstaubbelastungen zu Husten, Asthmaanfällen und Bronchitis führen können, erhöhen langfristige Belastungen das Lungenkrebs- und Herzinfarktrisiko (BMG 2015b).

Die gemessenen Jahresmittelwerte von PM₁₀ variierten in Österreich im Jahr 2014 zwischen 3 und 29 µg/m³.

An keiner der 125 PM₁₀-Luftgütemessstationen wird der Grenzwert für den Jahresmittelwert von 40 µg/m³ überschritten. An **6 Messstationen** wird – nach Abzug des Winterdienstanteils gemäß IG-L – Winterstreuverordnung – der Grenzwert für den **Tagesmittelwert von 50 µg/m³ an mehr als 25 Tagen überschritten**, an einer Messstation an mehr als 35 Tagen (Grenzwert der EU-Luftqualitätsrichtlinie). Die meisten Überschreitungen (an 37 Tagen) werden an der Messstelle Graz Ost gemessen. Andere betroffene Messstationen befinden sich in Graz, im Leibnitzer Feld, in Wien und Linz.

An keiner der 43 PM_{2,5}-Luftgütemessstationen wird der festgelegte Grenzwert für den Jahresmittelwert von 25 µg/m³ überschritten.

Sowohl die PM₁₀- als auch die PM_{2,5}-Immissionen sind seit Messbeginn an allen Messstationen rückläufig. Da PM_{2,5}-Messungen nach und nach eingeführt wurden, kann diesbezüglich kein bestimmtes Referenzjahr genannt werden. Bei den PM₁₀-Immissionen kam es seit 2005 zu einem Rückgang von rund 30 Prozent.

Ozon

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

Seit 2005 sind die Jahresmittelwerte für Ozon **leicht zurückgegangen**. Im Jahr 2014 variierten die gemessenen Jahresmittelwerte für Ozon zwischen 30 und 90 µg/m³.

An **32 der 104 Messstellen** wird der für den langfristigen Gesundheitsschutz festgelegte **Achtstundenmittelwert** von 120 µg/m³ **überschritten** – an 6 Messstellen häufiger als 25-mal. Die stärksten Belastungen werden im Hoch- und Mittelgebirge gemessen sowie in Nordostösterreich und am südöstlichen Alpenrand. Am häufigsten wird der Achtstundenmittelwert (im Dreijahresmittel 2012-2014) an der Messstelle *Sonnblick* (an 70 Tagen) gemessen. Im Jahr 2014 registrieren die Messstellen Gerlitzen, Grebenzen, Rennfeld, Wien Hermannskogel, Nordkette und Masenberg erhöhte Werte.

Die Informationsschwelle von 180 µg/m³ (Einstundenmittelwert) wurde 2014 an 5 Messstationen überschritten, allesamt im Nordosten Österreichs (Ziersdorf, Eisenstadt, Illmitz, Kollmitzberg und Wiener Neustadt). Insgesamt liegen aufgrund des verregneten Sommers die Werte aller Stationen unter dem Dreijahresmittel von 2012 bis 2014.

Europäischer Vergleich

Der durchschnittliche Jahresmittelwert der **Stickstoffdioxidkonzentration** liegt im EU-Raum zwischen etwa 7 und 28 µg/m³. Österreich liegt mit 22 µg/m³ im EU-28-Vergleich über dem europäischen

Durchschnitt und rangiert dort **im oberen Mittelfeld** (European Environment Agency 2016). An mindestens einer Messstelle wurde in 17 der 28 EU-Länder die WHO-Grenze für den Jahresmittelwert von $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ überschritten. Dies betrifft hauptsächlich Messstationen an stark befahrenen Straßen. In Österreich überschritten 11 Stationen diesen Grenzwert.

EU-weit wird der **PM₁₀**-Grenzwert für den Jahresmittelwert von $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ in 11 von 28 EU-Ländern überschritten, nicht jedoch in Österreich. Der Grenzwert für den Tagesmittelwert von $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ wird in 21 der 28 EU-Länder mehr als 35-mal überschritten (inklusive einer Station in Österreich). Im EU-Raum beträgt der durchschnittliche Tagesmittelwert von PM₁₀ zwischen 24 und $77 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Mit etwa $33 \mu\text{g}/\text{m}^3$ belegt Österreich damit **Rang 10 von 28** (European Environment Agency 2016).

Der durchschnittliche Jahresmittelwert von **PM_{2,5}** liegt im EU-Raum zwischen 7 und $26 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Österreich liegt mit $14 \mu\text{g}/\text{m}^3$ **im europäischen Mittelfeld**. Der Jahresmittelwert wird in 4 der 28 EU-Länder überschritten. Dies betrifft Messstationen in Bulgarien, Polen, in der Tschechischen Republik und in Italien (European Environment Agency 2016).

Der durchschnittliche Achtstundenmittelwert von **Ozon** liegt im EU-Raum zwischen etwa 47 und $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Österreich liegt mit $111 \mu\text{g}/\text{m}^3$ im EU-28-Vergleich über dem europäischen Durchschnitt und rangiert damit **im oberen Mittelfeld**. EU-weit wird in 16 der 28 Länder der Zielwert von $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$ mehr als 25-mal überschritten – davon in Österreich an 6 Messstellen. Besonders hohe Konzentrationen werden im Alpenraum sowie im deutschen Mittelgebirge und an der Ostküste Spaniens gemessen (European Environment Agency 2016).

Definitionen und Daten

Stickstoffdioxid (NO₂) entsteht bei Verbrennungsprozessen in der Energieerzeugung und besonders in Dieselmotoren. In Ballungsgebieten ist der Straßenverkehr daher die größte Emissionsquelle. Neben direkten Auswirkungen auf die Gesundheit sind Stickstoffoxide Vorläufersubstanzen von Ozon und Feinstaub und belasten die Gesundheit daher auch indirekt (BMG 2015a).

Feinstaub PM₁₀ und PM_{2,5} sind Schwebestaubpartikel mit einem mindestens 50-prozentigen Anteil an Teilchen mit einem Durchmesser von $10 \mu\text{m}$ bzw. $2,5 \mu\text{m}$. Im Gegensatz zum gut sichtbaren Grobstaub – wie er zum Beispiel auf Baustellen auftritt – ist Feinstaub mit freiem Auge nicht erkennbar. Die kleinen Partikel können tief in die Lunge eindringen und sind deshalb besonders gesundheitsgefährdend (Umweltbundesamt 2016a). Die Feinstaubbelastung variiert je nach Jahreszeit, Wetterlage und Geomorphologie. In den Wintermonaten, besonders bei austauscharmen Hochdruckwetterlagen mit wenig Wind, erhöht sich die Feinstaubkonzentration vor allem in den Städten aufgrund des hohen Verkehrsaufkommens und der hohen Industriedichte (DWD 2006).

Ozon ist ein geruch- und farbloses Gas, das sowohl in der oberen Erdatmosphäre (Stratosphäre) als auch in der untersten Schicht (Troposphäre) vorkommt. Während es in der oberen Atmosphäre die Haut gegen schädigende UV-Strahlung schützt, stellt bodennahes Ozon ein Gesundheitsrisiko dar. Es gilt als sekundärer Luftschadstoff, da es durch Reaktionen von Hitze und Vorläufersubstanzen wie Stickstoffmonoxid aus Verkehr und Industrie und leichtflüchtigen organischen Verbindungen (VOC) entsteht. Paradoxerweise nimmt die Ozonkonzentration bei NO_x-gesättigter Luft ab, weshalb an starkbefahrenen Verkehrsadern häufig niedrigere Werte und in ländlichen Gebieten höhere Werte gemessen werden. Die höchsten Ozonwerte treten in heißen, trockenen Sommerperioden auf (Künzli et al. 2010).

Um die gesundheitsschädliche Belastung durch Luftschadstoffe zu reduzieren, wurden in einer EU-Richtlinie und anschließend auch im Immissionsschutzgesetz Luft (IG-L; für Stickoxid und Feinstaub) bzw. im Ozongesetz Grenzwerte für Luftschadstoffe festgelegt. Die *Grenzwerte* wurden wie folgt definiert:

Stickstoffdioxid: Jahresmittelwert: 35 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ – inklusive einer Toleranzmarge von 5 $\mu\text{g}/\text{m}^3$; Halbstundenmittelwert: 200 $\mu\text{g}/\text{m}^3$

Feinstaub: PM_{10} -Jahresmittelwert: 40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$; PM_{10} -Tagesmittelwert: 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, deren Überschreitung laut IG-L an maximal 25 Tagen pro Kalenderjahr zulässig ist; $\text{PM}_{2,5}$ -Jahresmittelwert: 25 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.

Ozon: Informationsschwelle: Einstundenmittelwert von 180 $\mu\text{g}/\text{m}^3$; Alarmschwelle: Einstundenmittelwert von 240 $\mu\text{g}/\text{m}^3$; (langfristiger) Gesundheitsschutz: Achtstundenmittelwert von 120 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, die an höchstens 25 Tagen pro Kalenderjahr überschritten werden dürfen (gemittelt über drei Jahre)

Die genannten Schadstoffkonzentrationen werden österreichweit vom Umweltbundesamt und den Bundesländern überwacht (an Belastungsschwerpunkten täglich rund um die Uhr). In Österreich messen 143 Stationen die Stickstoffdioxidkonzentration, 125 Stationen den PM_{10} , 43 Stationen den $\text{PM}_{2,5}$ -Gehalt sowie 104 Stationen die Ozonkonzentration. Die Daten stammen aus dem Jahresbericht der Luftgütemessungen des Umweltbundesamts (Spangl/Nagl 2014).

5.5.2 Lärm

Als Umgebungslärm werden „unerwünschte oder gesundheitsschädliche Geräusche im Freien, die durch Aktivitäten von Menschen verursacht werden“, bezeichnet (Umweltbundesamt 2016b). Die Hauptquelle von Lärmverschmutzung ist der Straßenverkehr, gefolgt von Bahn- und Flugverkehr sowie Industrie. In Ballungsgebieten und an Hauptverkehrsachsen ist die Belastung dabei am höchsten (European Environment Agency, EEA 2014).

Grundsätzlich gibt es zwei Arten der Lärmbelastung (Gratt 2009):

- Der *aurale Lärm* kann durch seinen hohen Schalldruck zu temporären oder permanenten Hörstörungen führen (z. B: laute Discomusik, Presslufthammerlärm).
- Der *extraaurale Lärm* wird als indirekter Lärm bezeichnet und kann trotz geringen Schalldrucks zu Stressreaktionen führen und die Lebensqualität beeinträchtigen. Folgen davon können Bluthochdruck, Schlafprobleme, Herzrasen und Muskelverspannungen sein. Da Lärm unterschiedlich wahrgenommen wird, kann sich der gemessene Lärm von der gefühlten Lärmbelastung unterscheiden.

Gemessene Lärmbelastung

Mit Stand 2012 sind in Österreich **11 Prozent** der Bevölkerung (rund 930.000 Personen; BL-Bandbreite: 1–27 %) in ihrem Wohnbereich einem durchschnittlichen **Straßenlärm von über 60 dB ausgesetzt**. Etwa 14 Prozent (rund 1.157.000 Personen; BL-Bandbreite: 1–33 %) sind nachts mit einem Lärmpegel von über 50 dB konfrontiert.

In Europa sind etwa 125 Millionen Menschen (etwa 24 % der Bevölkerung) von Straßenlärm über 55 dB betroffen, davon ist etwa die Hälfte einem Straßenlärm zwischen 55 dB und 59 dB ausgesetzt (European Environment Agency 2014).

Definitionen und Daten

Um die Belastung der Bevölkerung durch Umgebungslärm zu ermitteln und entsprechende Maßnahmen zur Vermeidung von Lärm umzusetzen, hat die EU Umgebungslärmrichtwerte beschlossen (LDEN-Lärmindex). Der *LDEN-Lärmindex* beschreibt den energieäquivalenten Dauerschallpegel für den Tag-/Abend-/Nachtzeitraum, wobei für den Abendzeitraum ein Pegelzuschlag von 5 dB und für die Nacht ein solcher von 10 dB in die Berechnung einfließt (LNight). Der LDEN für Straßenlärm be-

trägt hierbei 60 dB, der L_{Night} liegt bei 50 dB (Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft 2015; Gratt 2009).

Bei der Lärmkartierung wird Lärm anhand verschiedener Parameter – wie erlaubte Fahrgeschwindigkeit, Verkehrsstärke und Bebauung – berechnet. Diese Berechnung kann von der Realität abweichen, da die erlaubte Fahrgeschwindigkeit nicht der tatsächlich gefahrenen Geschwindigkeit entsprechen muss, die Witterungssituation (besonders Wind) immer unterschiedlich ist und nur eine generelle Bodendämpfung als Parameter berücksichtigt wird (Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft 2015; Gratt 2009).

Die Betroffenenanzahl wird mittels des Melderegisters und anhand des höchsten Lärmimmissionspegels an den Häuserfassaden berechnet. Die Daten der Betroffenen stammen aus der Betroffenenbewertung Straßenverkehr (Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft 2015).

Gefühlte Lärmbelastung

Im Jahr 2011 fühlten sich **10 Prozent** der ab 15-jährigen Österreicher/-innen (rund 709.000 Personen) in ihrem Wohnbereich **stark bis sehr stark durch Lärm belastet** (BL-Bandbreite: 5–19 %), tagsüber häufiger als bei Nacht (8 % vs. 5 %). 38 Prozent der Österreicher/-innen können nicht bei geöffnetem/gekipptem Fenster schlafen. 60 Prozent fühlen sich nicht belastet (BL-Bandbreite 42–69 %; (Baud 2013).

Seit 2007 ist der Anteil der belasteten sowie der nichtbelasteten Personen **in etwa gleich geblieben**.

Rund 62 Prozent der betroffenen Österreicher/-innen berichten, dass **Verkehrslärm** die Hauptursache für ihre Lärmbelastung ist, wobei hier hauptsächlich PKW und LKW gemeint sind (20 bzw. 17 %). Auch **Nachbarwohnungen und Baulärm** sind mit 17 bzw. 8 Prozent Hauptlärmquellen. Seit 2007 hat sich die Lärmbelastung durch **Verkehr verringert**, insbesondere durch PKW (von 27 % auf 20 %), während der **Nachbarschaftslärm zugenommen** hat: von 13 auf 17 Prozent.

Besonders von Lärm betroffen sind:

- 20- bis 40-Jährige bzw. 60- bis 70-Jährige
- Personen mit einem höheren Bildungsabschluss (Matura oder höher), die häufig in städtischen Gebieten wohnen
- Menschen in Gemeinden mit mehr als 20.000 EW, einer hohen Bevölkerungsdichte und dichter, mehrgeschossiger Bebauung

Definitionen und Daten

Ergebnisse bezüglich gefühlter Lärmbelastung werden auf Basis der Mikrozensusbefragung Umwelt aus den Jahren 2011 und 2007 berichtet (Baud 2013). Alle Angaben beziehen sich auf Österreicher/-innen in Privathaushalten (15 Jahre und älter) und beruhen auf Selbstangaben.

6 Gesundheitsversorgung und -förderung

Das Kapitel über Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung umfasst die Bereiche

- Gesundheitsförderung
- Gesundheitsschutz und Prävention mit Fokus auf Impfungen und Krebsvorsorgeuntersuchungen
- Kuration, differenziert nach ambulanter und akutstationärer Versorgung, sowie Rehabilitation
- Langzeitpflege und -betreuung
- Hospiz- und Palliativversorgung

Schließlich werden

- ausgewählte Outcome-Indikatoren zur Versorgungsqualität dargestellt und
- abschließend drei spezifische Versorgungsbereiche (Schwangerschaft und Geburt, psychiatrische, psychosomatische und psychosoziale Versorgung sowie Versorgung von Menschen mit einem riskanten Opiatkonsum) thematisiert.

Viele der in diesem Kapitel verwendeten Indikatoren werden in keiner der zum Indikatorenvergleich herangezogenen Gesundheitsstrategien und Frameworks verwendet. Tabelle 6.1 zeigt deshalb nur jene Indikatoren, die in zumindest einer der fünf Strategien und Frameworks vorkommen.

Tabelle 6.1:
Indikatorenübersicht zu Kapitel 6 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks

Indikatoren	Gesundheitsstrategien und Frameworks				
	GZ	ZS-G MVKO	Gesundheit 2020	GMF	Health at a Glance
Vorsorgeuntersuchungen				(✓)	✓
Ärztliche Versorgung					(✓)
Akutbetten(dichte)					✓
Akutstationäre Aufenthalte					✓
Plätze in Pflege- und Betreuungseinrichtungen / Leistungseinheiten					✓
Inanspruchnahme Betreuungs- und Pflegedienste					✓
Informelle Pflege- und Unterstützungsleistungen					✓
Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren (PIM)		✓			
Vorzeitige, vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (MAHC)		✓			
30-Tage-Sterblichkeitsrate nach akutem Myokardinfarkt (AMI)		✓			✓
30-Tage-Sterblichkeitsrate nach einem Schlaganfall		✓			✓
Säuglingssterblichkeitsrate		✓	✓		✓
Frühgeburtenrate	✓				
Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 2.000 Gramm					✓

GZ = Gesundheitsziele Österreich

ZS-G MVKO = Zielsteuerung-Gesundheit: Outcome-Messung im Gesundheitswesen

GMF = Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework

Quelle und Darstellung: GÖG

6.1 Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsförderung (GF) konzentriert sich auf den Aufbau individueller und „gesellschaftlicher“ Ressourcen (Jordan 2015; WHO 1986) und propagiert die **Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensverhältnisse**. Sie verfolgt dabei – im Sinne der Ottawa-Charta – nachstehende Strategien:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste und anderer gesundheitsrelevanter Einrichtungen
- Förderung und Entwicklung persönlicher Kompetenzen und Ressourcen

Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang der **Settingansatz** (er versucht spezifische Kontexte in eine gesundheitsfördernde Richtung zu entwickeln, z. B. Familien, Kindergärten, Schulen, Betriebe, Krankenhäuser, Städte, Gemeinden usw.) sowie der **Health in All Policies-Ansatz**, der Gesundheitsthemen in anderen Politikbereichen (nachhaltig) verankern möchte (Leppo et al. 2013; Pelikan 2010; Poland et al. 2000; Ståhl et al. 2006; Stegeman et al. 2012; WHO 2014; WHO 2015b). Die Relevanz dieser Ansätze wird durch die Ergebnisse der Kapitel 5 und 7 sowie durch die Österreichische Gesundheitsförderungsstrategie (B-ZK 2014) untermauert.

Gesundheitsziele Österreich

Die Erarbeitung der Gesundheitsziele Österreich war in den letzten Jahren der maßgebliche Prozess zum Thema Gesundheitsförderung in Österreich. Erarbeitet in einem breitangelegten partizipativen Prozess, wurden im Jahr 2012 von der Bundesgesundheitskommission und dem Ministerrat zehn Gesundheitsziele beschlossen (BMG 2012). Sie sind getragen von Grundprinzipien wie Health in All Policies, Förderung der Chancengerechtigkeit und einer expliziten Determinantenorientierung. Die Gesundheitsziele stellen die Grundlage für die 2014 festgelegte österreichweite Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit dar.

Mit Stand Frühjahr 2017 sind fünf Strategie- und Maßnahmenkonzepte erstellt⁹, eines ist kurz vor Fertigstellung (Gesundheitsziel 9: Psychosoziale Gesundheit), und ein weiteres ist in Bearbeitung (Gesundheitsziel 4: Natürliche Lebensgrundlagen). Die dazu formierten Arbeitsgruppen begleiten auch die Umsetzung.

Gesundheitsförderungsstrategie

Die Gesundheitsförderungsstrategie der Zielsteuerung-Gesundheit (BMGF 2016) regelt die Mittelverwendung der Landesgesundheitsförderungsfonds (rund 15 Mio. Euro pro Jahr) und die Vorsorge-mittel der Bundesgesundheitsagentur (rund 3,5 Mio. Euro pro Jahr). Die Gesundheitsreformpartner Bund, Länder und Sozialversicherung haben sich damit selbst verpflichtet, den Großteil der Mittel im Einklang mit der Strategie zu verwenden. Sie war zunächst für die Periode 2013 bis 2016 gültig, wurde aber nach einer geringfügigen Überarbeitung bis zum Jahr 2022 erweitert. Neben bestimmten Rahmenbedingungen hat man sich auf folgende „verbindlich priorisierte Schwerpunkte“ geeinigt:

⁹ Gesundheitsziel 1: Gesunde Lebens- und Arbeitsbedingungen; Gesundheitsziel 2: Gesundheitliche Chancengerechtigkeit; Gesundheitsziel 3: Gesundheitskompetenz; Gesundheitsziel 6: Gesundes Aufwachsen; Gesundheitsziel 8: Gesunde und sichere Bewegung

Frühe Hilfen, gesunde Kinderkrippen/Kindergärten, gesunde Schulen, gesunde Lebenswelten und -stile, Gesundheitskompetenz und Stärkung der sozialen Teilhabe.

GF-Strukturen

In Österreich haben in den letzten 10 Jahren **viele Akteure** (Vereine, Schulen, Betriebe, Krankenhäuser, Gemeinden, Städte, Länder, Gesundheitsfonds, Sozialversicherungsträger u. v. m.) Gesundheitsförderung betrieben. In diesem Zeitraum wurden **zahlreiche Projekte und Programme** umgesetzt. Anders als in der Krankenversorgung ist es jedoch im GF-Bereich deutlich schwieriger, einen zahlenmäßigen Überblick zu geben, da keine umfassende und zentral verfügbare Erfassung der vorhandenen GF-Strukturen (Akteure, Projekte, Investitionen etc.) vorliegt. Das Monitoring der Gesundheitsförderungsstrategie soll diesbezüglich erste Einblicke geben.

Zielsteuerung-Gesundheit

Im Jahr 2013 wurde im Rahmen einer 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens eine Gesundheitsreform in Angriff genommen. Diese Reform wird auch in der neuen Periode ab 2017 fortgesetzt. Zentrales Ziel ist die Entlastung des vollstationären Bereichs in den Akutkrankenanstalten, indem mehr Leistungen tagesklinisch oder ambulant erbracht werden sollen. Neben Spitalsambulanzen sollen vor allem der niedergelassene Bereich und selbstständige Ambulatorien ausgebaut werden. Dies soll vorrangig mit der Realisierung von zumindest 75 neuen multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Primärversorgungseinheiten bis zum Ende der Laufzeit gewährleistet werden. In der kommenden Finanzausgleichsperiode werden insbesondere dafür insgesamt 200 Millionen Euro zweckgewidmet.

Outcome-Messung

2014 wurden im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit Indikatoren für eine „Outcome-Messung im Gesundheitswesen“ definiert (BMG 2015c). Darin enthalten sind Indikatoren des Gesundheitsförderungsbereichs. Sie adressieren wesentliche Themenbereiche der GF (Gesundheitskompetenz, Ernährung, Bewegung, Sozialkapital, betriebliche GF, schulische GF) und ermöglichen eine Einschätzung des „Gegensteuerungspotenzials“ bisheriger GF-Aktivitäten.

Indikatoren im GF-Bereich:

1. Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen (s. Punkt 5.3.6)
2. Schulklima (s. Punkt 5.2.4)
3. Sozialkapital (s. Punkt 5.4.1)
4. Obst- und Gemüsekonsum (s. Punkt 4.3.1)
5. gesundheitswirksame Bewegung (s. Punkt 4.3.2)
6. Gesundheitskompetenz (s. Punkt 4.2.1)
7. Neuerkrankungsfälle bösartiger Neubildungen (Lunge, Darm, Haut, Zervix; s. Punkt 3.3.1)
8. Neuerkrankungsfälle ausgewählter Herz-Kreislauf-Erkrankungen (akuter Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall; s. Punkt 3.3.1)
9. Neuerkrankungsfälle von Typ-2-Diabetes (s. Punkt 3.3.1)
10. Neuerkrankungsfälle von COPD

In Österreich liegen bezüglich 9 der 10 genannten Indikatoren Daten vor (1–9); Trenddaten nur für die Indikatoren 7, 8 und 9. Die Indikatoren 7 bis 9 (ausgewählte Inzidenzen) werden sowohl im GF-Bereich als auch im Präventionsbereich zur Outcome-Messung herangezogen (s. Punkt 6.2.2). Sie re-

präsentieren mittel- bis langfristige Outcomes, die auch durch die Gesundheitskompetenz sowie durch eine gesunde Ernährung und Bewegung beeinflusst sind.

Die Ergebnisse der Outcome-Messung verdeutlichen, dass die Gesundheitsförderung in Österreich bereits **erste Erfolge** erzielt hat:

- Akute Myokardinfarkte haben im Beobachtungszeitraum 2005 bis 2014 – gemessen an der altersstandardisierte Rate – abgenommen, bei den Männern von 398 auf 336 Fälle pro 100.000 und bei den Frauen von 167 auf 148 Fälle pro 100.000.
- Zwischen 2012 und 2014 ist die Diabetes-Typ-2-Inzidenz (2012–2014) tendenziell etwas geringer geworden (rohe Rate).
- Bei Österreichs Männern ist zwischen 2005 und 2014 ein sinkender Trend bei der Prostatakrebsinzidenz (von 182 auf 126 Fälle pro 100.000; altersstandardisiert), Lungenkrebsinzidenz (von 89 auf 80) und bei der Darmkrebsinzidenz (von 98 auf 74) zu erkennen. Bei Österreichs Frauen ist ein tendenziell sinkender Trend beim Zervixkarzinom (von 11 auf 8 Fälle pro 100.000), eine abnehmende Darmkrebsinzidenz (von 57 auf 43) und eine weitgehend gleichbleibende Brustkrebsinzidenz zu beobachten.
- In Österreich bewerten erwerbstätige Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren ihre Arbeitsbedingungen mit rund 58 von 100 Punkten. Im Vergleich zum Jahr 2004 haben sich die Arbeitsbedingungen in Österreich demnach etwas verbessert.
- Österreichs Schüler/-innen (im Alter von 11, 13 und 15 Jahren) bewerten das Schulklima an ihren Schulen mit rund 75 von 100 Punkten. Im Vergleich zum Jahr 2010 zeigen sich für beide Geschlechter sowie für alle Altersgruppen Verbesserungen im Schulklima.

Noch **mehr Bemühungen** braucht es allerdings in den Bereichen Ernährung und Bewegung sowie hinsichtlich des Sozialkapitals und der Gesundheitskompetenz. Hier sollen vor allem der Nationale Aktionsplan Ernährung (BMG 2013), der Nationale Aktionsplan Bewegung (BMLVS 2013) und die Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz (ÖPGK: <https://oepgk.at>) Entwicklungen anstoßen.

- Der Prozentsatz von Österreicherinnen und Österreichern, die – empfehlungskonform – täglich Obst und Gemüse essen, liegt aktuell bei 35 Prozent, der Anteil der Österreicher/-innen, der den österreichischen Bewegungsempfehlungen entspricht, bei 25 Prozent.
- Über ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung (Sozialkapital) verfügen 54 Prozent der Österreicher/-innen. 9 Prozent schätzen das Ausmaß sozialer Unterstützung gering ein.
- Nur 48 Prozent der Österreicher/-innen verfügen über eine ausreichende bis ausgezeichnete Gesundheitskompetenz.

Negative Entwicklungen sind bei der Lungenkrebsinzidenz (bei Frauen von 32 auf 41 Neuerkrankungsfälle pro 100.000; 2005–2014), tendenziell bei der Hautkrebsinzidenz (Männer: 17 auf 25 Fälle pro 100.000; Frauen: 16 auf 19 Fälle pro 100.000) und beim ischämischen Schlaganfall zu beobachten. Ischämische Schlaganfälle haben im Beobachtungszeitraum – gemessen an der altersstandardisierten Rate – um 2,4 Prozent pro Jahr zugenommen.

6.2 Prävention

Prävention dient der Vermeidung oder Verringerung von Krankheit. Je nachdem, in welchem Stadium der Erkrankung eine präventive Maßnahme ansetzt, wird in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention¹⁰ unterschieden.

Zu den wichtigsten Maßnahmen der Primärprävention zählen **Impfungen**, da diese wirksam und kosteneffektiv sind. Neben dem individuellen gesundheitlichen Nutzen spielen Impfungen auch für die öffentliche Gesundheit eine wichtige Rolle, da ab einer bestimmten Durchimpfungsrate die gesamte Bevölkerung davon profitiert, d. h. auch Menschen, die z. B. aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können (Herdenschutz) (Robert Koch-Institut 2015). Für diesen Themenbereich liegen jedoch aktuell keine Daten vor.

Früherkennungs- und Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen (s. Punkt 6.2.1) zählen zu den wichtigen Maßnahmen der Sekundärprävention und dienen dem frühzeitigen Erkennen (und der damit verbundenen Verringerung) von Risikofaktoren und Erkrankungen. Sie werden vorrangig von Ober- und Mittelschichtfamilien in Anspruch genommen (Robert-Koch-Institut 2004).

Ebenso wie im GF-Bereich wird auch im Präventionsbereich das Gegensteuerungspotenzial präventiver Maßnahmen anhand ausgewählter **Outcome-Indikatoren** eingeschätzt (s. Punkt 6.2.2).

6.2.1 Vorsorgeuntersuchungen

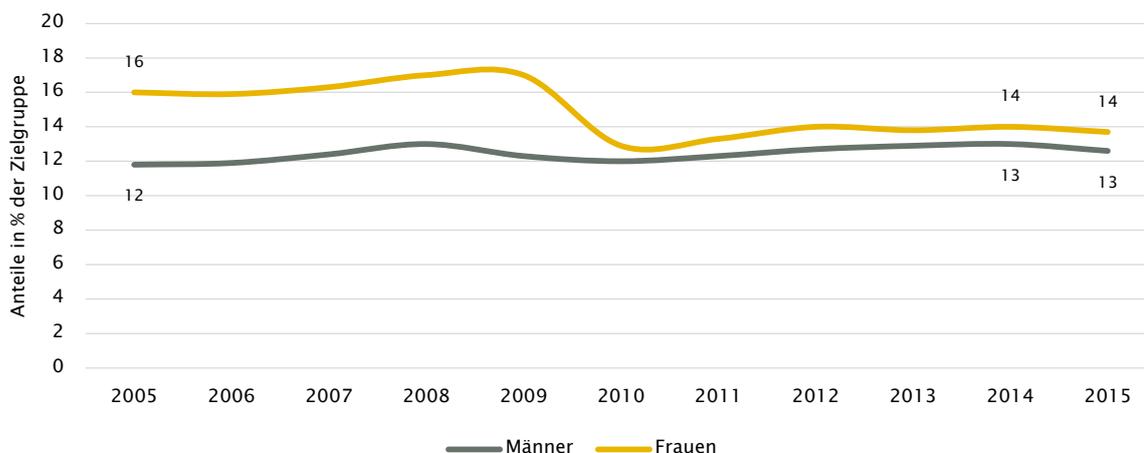
6.2.1.1 Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen

Im Jahr 2014 lebten in Österreich rund 7 Mio. Menschen ab 18 Jahren. Rund 951.000 davon nahmen eine allgemeine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch, das entspricht etwa 13,5 Prozent der Bevölkerung (14 % der Frauen und 13 % der Männer); ähnlich hoch wie im Jahr 2015. Im Jahr 2005 lag der entsprechende Wert bei nur rund 16 Prozent für Frauen und bei 12 Prozent für Männer (s. Abbildung 6.1).

¹⁰ In der Präventionsmedizin werden drei Arten der Prävention unterschieden:

- Primärprävention (Erhalt der Gesundheit und Vorbeugung von Krankheit)
- Sekundärprävention (Früherkennung bzw. Verhinderung des Fortschreitens einer Krankheit)
- Tertiärprävention (Verhinderung des Fortschreitens einer Krankheit sowie des Eintritts von Komplikationen)

Abbildung 6.1:
Inanspruchnahme allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen in Österreich, 2005–2015



Quelle: HVSVT – Statistik der Vorsorgeuntersuchungen 2005–2015;
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSVT) führt die Statistik im Bereich der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen. Diese enthält Daten über die Anzahl untersuchter Personen nach Geschlecht und Bundesland sowie über die Anzahl gynäkologischer Untersuchungen. Zur Teilnahme berechtigt sind in Österreich wohnhafte Personen ab 18 Jahren, das heißt auch alle Nichtversicherten haben Anspruch auf eine unentgeltliche Vorsorgeuntersuchung im Rahmen des allgemeinen Untersuchungsprogramms.

6.2.1.2 Früherkennung häufiger Krebserkrankungen (Gebärmutterhalskrebs, Brustkrebs, Darmkrebs)

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sollen ermöglichen, eine Krebserkrankung in einem frühen Stadium zu erkennen, notwendige Therapien einzuleiten und dadurch die krankheitsspezifische Mortalität zu verringern. Vorsorgeuntersuchungen garantieren jedoch keine absolute Zuverlässigkeit, alle kranken Personen korrekt als krank und alle Gesunden als gesund zu erkennen (Robert Koch-Institut 2015).

Vorsorgeuntersuchungen zur Erkennung von Darmkrebs

Das Kolorektalkarzinom (Dickdarm- und Mastdarmkrebs) ist in Österreich bei Männern mit 13 Prozent die dritthäufigste, bei Frauen mit 11 Prozent die zweithäufigste Krebserkrankung (s. Punkt 3.3.1).

Abgesehen vom Gesundheitsverhalten (Zigaretten- und Alkoholkonsum, körperliche Aktivität, Ernährung) gilt auch das Vorhandensein von Polypen (mit Zellveränderungen) als Risikofaktor für die Entstehung von Darmkrebs (American Institute for Cancer Research 2007). Polypen entstehen im Laufe der Jahre – als harmlose Schleimhautwucherungen – auf der Darmschleimhaut. Da dieser Prozess mitunter viele Jahre dauern kann, kommt der Vorsorgeuntersuchung eine wichtige Rolle zu.

In Österreich wird ab einem Alter von 50 Jahren (im Falle einer starken familiären Vorbelastung auch schon früher) die regelmäßige Inanspruchnahme einer Darmspiegelung (mindestens alle fünf Jahre) empfohlen.

Laut ATHIS 2014 haben sich **42 Prozent** der ab 50-jährigen Österreicher/-innen in den letzten fünf Jahren einer Vorsorgeuntersuchung zur Erkennung von Darmkrebs unterzogen (BL-Bandbreite: 38–50 %). Noch nie einer Darmspiegelung unterzogen haben sich hingegen 41 Prozent der ab 50-Jährigen. Ein Unterschied zwischen Männern und Frauen ist nicht erkennbar.

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Die Inanspruchnahme einer Darmspiegelung zu Früherkennungszwecken (innerhalb der letzten fünf Jahre) steigt bei Österreichs Männern (50 Jahre und älter) mit zunehmender Bildung: von 38 Prozent bei Männern mit maximal Pflichtschulabschluss auf 46 Prozent bei jenen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. Auch mit zunehmenden Einkommen steigt die Inanspruchnahme: von 36 Prozent bei Personen des untersten Einkommensquintils auf 47 Prozent bei jenen aus der obersten Einkommensgruppe. Für Österreichs Frauen bestehen diese Zusammenhänge nicht.

Österreicher/-innen ohne Migrationshintergrund (50 Jahre und älter) hatten in den letzten fünf Jahren häufiger eine Darmspiegelung als Österreicher/-innen mit Migrationshintergrund (43 % vs. 36 %).

Definitionen und Daten

Die Inanspruchnahme einer Darmspiegelung zu Früherkennungszwecken wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (50 Jahre oder älter) und beruhen auf Selbstangaben.

Vorsorgeuntersuchungen zum Erkennen von Brustkrebs

Bei Brustkrebs (Mammakarzinom) handelt es sich um eine bösartige Veränderung des Brustgewebes. Das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, steht in Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten (Alkoholkonsum, körperliche Aktivität, Ernährung), hormonellen Faktoren und Erbfaktoren. So findet sich z. B. bei Frauen mit hohem Fettkonsum und mit Übergewicht sowie bei Frauen, die erst im fortgeschrittenen Lebensalter ihr erstes Kind gebären, häufiger Brustkrebs. Das höchste Brustkrebsrisiko weisen aber Frauen auf, in deren Familie bereits Brustkrebs aufgetreten ist (Mutter, Schwester etc.). Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei österreichischen Frauen (s. Punkt 3.3.1).

Laut nationalen sowie internationalen Leitlinien¹¹ handelt es sich beim Mammografie-Screening (Röntgenuntersuchung der Brust) um eine Maßnahme zur „Sekundärprävention“ (Früherkennung bzw. Verhinderung des Fortschreitens einer Krankheit). Daher lädt das österreichische Brustkrebsfrüherkennungsprogramm¹² seit 2014 „gesunde“ Frauen zwischen 45 und 69 Jahren dazu ein, alle zwei Jahre eine Früherkennungsmammografie vornehmen zu lassen.

11 European guidelines for quality assurance in mammography screening, IARC Handbooks for Cancer Prevention

12 <http://www.frueh-erkennen.at/>

Laut ATHIS 2014 nahmen **72 Prozent** der 45- bis 69-jährigen Österreicherinnen innerhalb der letzten zwei Jahre eine Vorsorgemammografie in Anspruch (BL-Bandbreite: 56–78 %). Bei 5 Prozent dieser Altersgruppe wurde noch nie ein Mammografie-Screening durchgeführt.

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

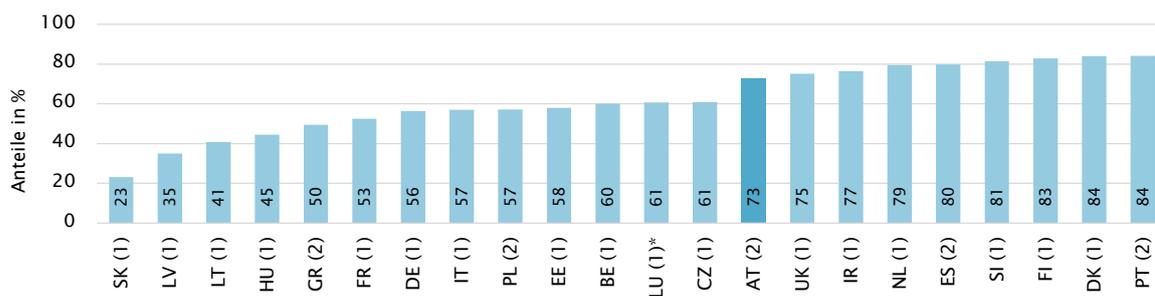
Die Inanspruchnahme einer Früherkennungsmammografie (innerhalb der letzten zwei Jahre) nimmt bei Österreichs Frauen (45 bis 69 Jahre) mit steigendem Einkommen zu: von 68 Prozent bei Frauen aus dem untersten Einkommensquintil auf 78 Prozent bei jenen aus dem obersten Einkommensquintil. Zusammenhänge mit Bildung und Migrationshintergrund finden sich nicht.

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich bei der Inanspruchnahme des Mammografie-Screenings bei 50- bis 69-Jährigen über dem EU-Durchschnitt (63 %) und rangiert (im Vergleich mit 21 anderen EU-Ländern; Bandbreite: 23–84 %) **im oberen Mittelfeld** (OECD/EU 2016).

Abbildung 6.2:

Mammografie-Screening bei 50- bis 69-jährigen Frauen im EU-Vergleich, 2014 (oder jüngstes verfügbares Jahr)



1 = Programme, 2 = Survey, *Dreijahresdurchschnitt

AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, ES: Spanien, FI: Finnland, FR: Frankreich, GR: Griechenland, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IS: Island, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei; UK: Vereinigtes Königreich

Quelle: OECD – Health at a Glance Europe 2016;
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Inanspruchnahme einer Früherkennungsmammografie wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (45 bis 69 Jahre) und beruhen auf Selbstangaben.

Vorsorgeuntersuchungen zur Erkennung von Gebärmutterhalskrebs

Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) ist ein bösartiger Tumor des Gebärmutterhalses und ist weltweit der vierthäufigste bösartige Tumor bei Frauen (Stewart/Wild 2014). Im Zusammenhang mit der Entwicklung eines Zervixkarzinoms stehen das Gesundheitsverhalten (vor allem Rauchen, früher Beginn sexueller Aktivität und damit in Verbindung stehende Infektionen), eine hormonelle Verhütung sowie eine Immunsuppression. Wichtigster Auslöser für die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs ist jedoch eine Infektion mit humanen Papillomviren (HPV, HP-Viren), speziell mit den Hochrisikotypen HPV 16 und HPV 18. Liegt eine chronische Infektion mit diesen Hochrisikotypen vor, kann es zur Bildung eines Zervixkarzinoms kommen. Weil diese Entwicklung häufig über einen Zeitraum von mehreren Jahren verläuft und weil Gebärmutterhalskrebs im Frühstadium meist keine Symptome bewirkt, wird (bei Frauen ab dem 18. Lebensjahr) eine regelmäßige Screeninguntersuchung mittels Abstrichs am Gebärmutterhals (PAP-Abstrich) empfohlen. Als geeignetes Routineintervall gelten laut internationaler Evidenz drei Jahre. Mit dieser Methode können Veränderungen der Zellen am Gebärmutterhals und somit Vorstufen von Gebärmutterhalskrebs entdeckt und erfolgreich behandelt werden (Pongratz et al. 2014).

Laut ATHIS 2014 wurde bei **87 Prozent** der 20- bis 69-jährigen Österreicherinnen innerhalb der letzten drei Jahre ein PAP-Abstrich zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs durchgeführt (BL-Bandbreite: 82–89 %). Der Anteil der Österreicherinnen, die noch nie einen PAP-Abstrich durchführen ließen, liegt bei 5 Prozent.

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

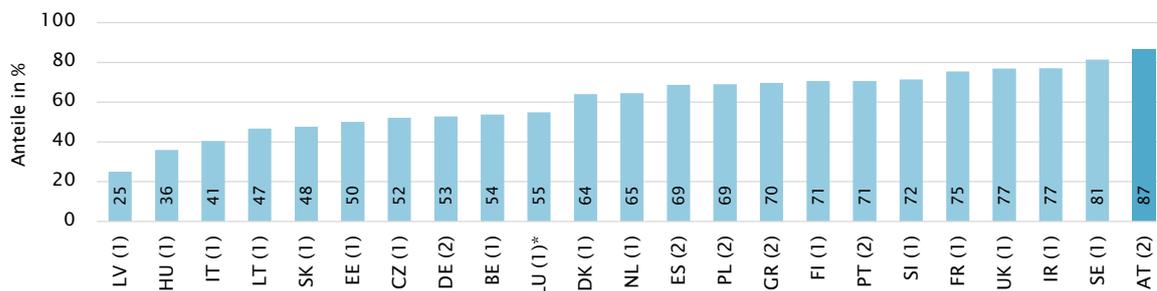
Die Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung zum Erkennen von Gebärmutterhalskrebs (innerhalb der letzten drei Jahre) steigt mit zunehmender Bildung: von 77 Prozent bei Österreicherinnen mit maximal Pflichtschulabschluss (20 bis 69 Jahre) auf 91 Prozent bei jenen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. Auch mit steigendem Einkommen nimmt die Inanspruchnahme zu: von 82 Prozent bei Frauen aus dem untersten Einkommensquintil auf 91 Prozent bei jenen aus dem obersten Quintil.

Österreicherinnen ohne Migrationshintergrund ließen in den letzten drei Jahren häufiger einen PAP-Abstrich machen als jene mit Migrationshintergrund (86 % vs. 79 %).

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich bei der Inanspruchnahme eines Gebärmutterhalskrebs – Screenings bei 20- bis 69-Jährigen deutlich über dem EU-Durchschnitt (63 %) und weist (im Vergleich mit 22 anderen EU-Ländern; Bandbreite: 25–87 %) die **höchste Inanspruchnahme** auf (OECD/EU 2016).

Abbildung 6.3:
Gebärmutterhalskrebs-Screening bei 20- bis 69-jährigen Frauen im EU-Vergleich,
2014 (oder jüngstes verfügbares Jahr)



1 = Programme, 2 = Survey, *Dreijahresdurchschnitt

Quelle: OECD – Health at a Glance Europe 2016;
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Inanspruchnahme eines PAP-Abstrichs zur Früherkennung von *Gebärmutterhalskrebs* wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (20 bis 69 Jahre) und beruhen auf Selbstangaben.

6.2.2 Outcome-Messung

Im Jahr 2014 wurden im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit Indikatoren für eine „Outcome-Messung im Gesundheitswesen“ definiert (BMG 2015c). Darin enthalten sind auch Indikatoren für den Präventionsbereich. Sie adressieren wesentliche Themenbereiche der Prävention und ermöglichen eine Einschätzung des „Gegensteuerungspotenzials“ bisheriger Präventionsaktivitäten.

Indikatoren für den Präventionsbereich:

1. sturzbedingte peritrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens (s. Punkt 3.3.3)
2. Tabakkonsum (s. Punkt 4.3.3)
3. Alkoholkonsum (s. Punkt 4.3.4)
4. Adipositas (s. Punkt 4.1.1)
5. Durchimpfungsraten bei Kindern
6. Neuerkrankungsfälle bösartiger Neubildungen (Lunge, Darm, Haut, Zervix; s. Punkt 3.3.1)
7. Neuerkrankungsfälle ausgewählter Herz-Kreislauf-Erkrankungen (akuter Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall; s. Punkt 3.3.1)
8. Neuerkrankungsfälle von Typ-2-Diabetes (s. Punkt 3.3.1)
9. Neuerkrankungsfälle von COPD

In Österreich liegen derzeit für 7 der 9 genannten Indikatoren Daten vor (1–4 und 6–8). Die Indikatoren 6 bis 8 (ausgewählte Inzidenzen) werden sowohl im Präventionsbereich als auch im GF-Bereich zur Outcome-Messung herangezogen und an dieser Stelle nicht mehr berichtet (s. Abschnitt 6.1). Sie repräsentieren mittel- bis langfristige Outcomes, die durch einen regelmäßigen Tabak- und Alkoholkonsum sowie durch einen stark erhöhten Körperfettanteil (Adipositas) beeinflusst sind.

Die Ergebnisse der Outcome-Messung verdeutlichen, dass es bereits **positive Entwicklungen** gegeben hat (Inzidenzen s. Abschnitt 6.1).

- Sturzbedingte peritrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens sind im Zeitraum 2005 bis 2014 stark zurückgegangen, sowohl bei den 60- bis 74-Jährigen als auch bei den ab 75-Jährigen.

Noch **mehr Bemühungen** braucht es allerdings in Bezug auf das Rauchverhalten und beim Thema Übergewicht und Adipositas:

- Der Anteil täglich rauchender Österreicherinnen hat seit 2006/2007 zugenommen (von 20 auf 22 %), während der Anteil täglich rauchender Österreicher unverändert blieb. Erste positive Entwicklungen lassen sich bei den 15-Jährigen erkennen: Der Anteil täglich Rauchender hat in dieser Altersgruppe zwischen 2010 und 2014 um die Hälfte abgenommen (von 20 auf 10 %).
- 8 Prozent der Österreicher/-innen konsumieren an 5 oder mehr Tagen pro Woche Alkohol (6 % täglich oder fast täglich), 4 Prozent pflegen einen riskanten Alkoholkonsum (Trenddaten liegen derzeit nicht vor). Positive Entwicklungen lassen sich bei den 15-Jährigen erkennen: Zwischen 2010 und 2014 hat der wöchentliche bis tägliche Alkoholkonsum bei dieser Gruppe um die Hälfte abgenommen (von 34 auf 17 %).
- Bei den 15- bis 29-Jährigen hat der Anteil übergewichtiger Männer (zwischen 2006/2007 und 2014) zugenommen und der Anteil adipöser Männer eine Verdopplung erfahren. Bei der ab 30-jährigen Bevölkerung ist ein sich verringernder Anteil übergewichtiger Männer und Frauen zu erkennen, während hingegen die Adipös-Prävalenz zugenommen hat.

6.2.3 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist ein Teilbereich des österreichischen Gesundheitswesens und wird – neben den Krankenanstalten und dem niedergelassenen Bereich – auch als dessen „dritte Säule“ bezeichnet. Er umfasst laut Definition „alle Vorkehrungen, organisatorischen Einrichtungen und Tätigkeiten der dazu berufenen Ärzte und der Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, die für die Erhaltung der menschlichen Gesundheit sowie für die Verhütung und Bekämpfung von auf Mensch oder Tier übertragbaren Krankheiten erforderlich sind“. Dazu zählen beispielsweise klassische Aufgaben wie die Seuchenbekämpfung, der Infektionsschutz mit Impfaktionen, die sanitäre Aufsicht über die Gesundheitsberufe sowie Einrichtungen des Gesundheitswesens, die sanitätspolizeiliche Überwachung, die Umwelthygiene, die Mutter-Kind-Vorsorge oder die Gesundheitsberichterstattung.

Bei der Erfüllung seiner Pflichten orientiert sich der ÖGD an den Ergebnissen der Gesundheitsberichterstattung sowie den Erkenntnissen der Gesundheitswissenschaften. Der ÖGD behandelt Fragestellungen und Herausforderungen aus einer bevölkerungsbezogenen Sichtweise und im Hinblick auf die verschiedenen Agenden des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die je nach Zuständigkeit auf Bundes-, Landes- oder Gemeindeebene (inklusive Städte mit eigenem Statut) wahrgenommen werden.

6.3 Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung umfasst neben der ärztlichen und therapeutischen Versorgung im niedergelassenen Bereich alle Leistungen, die in selbstständigen Ambulatorien oder im spitalsambulanten Bereich erbracht werden. Zudem wird die pharmakologische Versorgung in diesem Abschnitt beschrieben.

6.3.1 Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich

Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach)

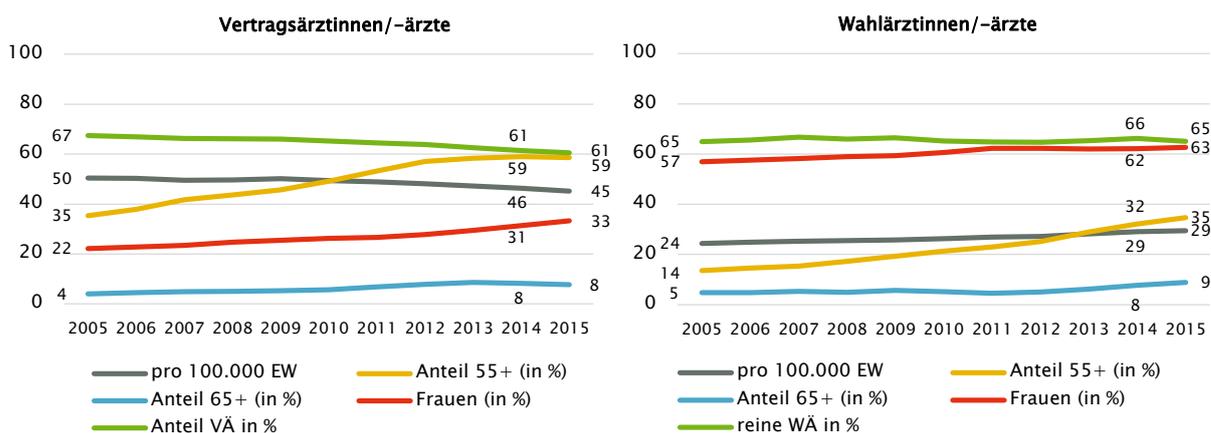
In Österreich standen im Jahr 2014 im niedergelassenen Bereich – laut **Ärzteliste** der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014) – rund **6.400 Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach¹³)** zur Verfügung. Rund 60 Prozent davon haben einen Kassenvertrag. Von diesen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sind (s. Abbildung 6.4)

- 31 Prozent Frauen,
- 59 Prozent 55 Jahre oder älter und
- 8 Prozent 65 Jahre oder älter.

Die Angaben zum Vertragsstatus sind unabhängig von den Datengrundlagen der Sozialversicherungsträger zu sehen. Abweichungen zwischen den Angaben zu Vertragsärztinnen und Vertragsärzten gemäß Ärzteliste und den Vertragspartnerdaten der Sozialversicherung sind daher möglich.

Abbildung 6.4:

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach) in Österreich: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale, 2005–2015



VÄ = Vertragsärztinnen und -ärzte; Die Angaben zum Vertragsstatus in den Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK sind unabhängig von den Datengrundlagen der Sozialversicherungsträger; WÄ = Wahlärztinnen und -ärzte

*an allen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin

Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014)
Berechnung und Darstellung: GÖG

Von den rund 2.500 Wahlärztinnen und Wahlärzten sind im Jahr 2014 66 Prozent ausschließlich als Wahlärztinnen/Wahlärzte tätig. Sie sind jünger als die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und häufiger weiblich (s. Abbildung 6.4). Die Zahl der Wahlärztinnen und Wahlärzte hat zwischen 2005 und 2014 um 24 Prozent zugenommen.

13 Das Erstfach entspricht jener Fachrichtung, in der die Ärztin / der Arzt in erster Linie tätig ist (zur Vermeidung von Mehrfachzählungen).

Im Jahr 2014 kamen in Österreich rund 46 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte (BL-Bandbreite: 39–50 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW) und etwa 29 Wahlärztinnen und Wahlärzte auf 100.000 EW (BL-Bandbreite: 19–35 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW). Während die Dichte der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zwischen 2005 und 2014 gesunken ist, hat jene der Wahlärztinnen und Wahlärzte (ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Versorgungswirksamkeit) zugenommen (s. Abbildung 6.4).

Nach Angaben der Sozialversicherungsträger stehen in Österreich – laut **REGIOMED** – im Jahr 2014 im vertragsärztlichen Bereich rund 3.900 ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) für Allgemeinmedizin zur Verfügung. Eine ÄAVE entspricht grundsätzlich einem durchschnittlich arbeitenden Arzt / einer durchschnittlich arbeitenden Ärztin der jeweiligen Fachrichtung in Österreich. Die Versorgungsdichte bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten der Allgemeinmedizin beträgt demnach 46 ÄAVE pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 39–61) und entspricht damit der obengenannten Vertragsärztedichte laut Ärzteliste. Im Wahlarztbereich werden gemäß REGIOMED 79 ÄAVE für Allgemeinmedizin ausgewiesen. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 0,9 ÄAVE pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 0,4–1,4).

Im Jahr 2014 wurden – laut ATHIS – **76 Prozent** der Österreicher/-innen (im Alter von 15 und mehr Jahren) **vor weniger als 12 Monaten** vor der Befragung von einem Arzt / einer Ärztin für Allgemeinmedizin beraten, untersucht oder behandelt (rund 5,52 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 70–79 %). Dies gilt für die **weibliche Bevölkerung zwischen 15 und 59 Jahren häufiger** als für die männliche (78–79 % vs. 71–73 %). Kein Unterschied besteht bei den ab 60-Jährigen (rund 80 %). Im Vergleich zum ATHIS 2006/2007 ist die Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin etwas gesunken (von 79 % auf 76 %).

Fachärztinnen und Fachärzte (Erstfach; exkl. Zahnärztinnen und Zahnärzte)

In Österreich standen im Jahr 2014 im niedergelassenen Bereich – laut **Ärzteliste** der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014) – rund **10.400 Fachärztinnen/Fachärzte** (Erstfach¹⁴) zur Verfügung. Etwa 35 Prozent davon haben einen Kassenvertrag. Von diesen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sind (s. Abbildung 6.5)

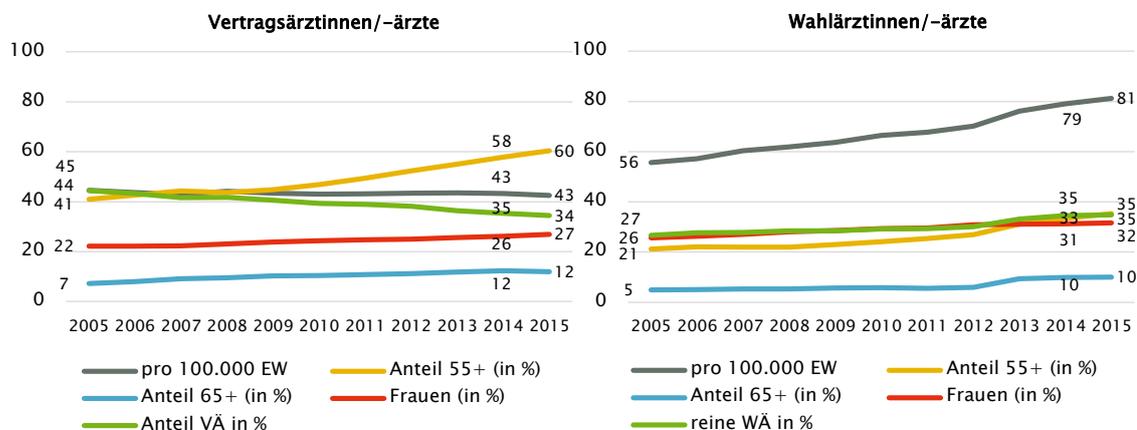
- 26 Prozent Frauen,
- 58 Prozent 55 Jahre oder älter und
- 12 Prozent 65 Jahre oder älter.

Die Angaben zum Vertragsstatus sind unabhängig von den Datengrundlagen der Sozialversicherungsträger zu sehen. Abweichungen zwischen den Angaben zu Vertragsärztinnen und Vertragsärzten gemäß Ärzteliste und den Vertragspartnerdaten der Sozialversicherung sind daher möglich.

Von den rund 6.700 Wahlärztinnen und Wahlärzten waren im Jahr 2014 rund 35 Prozent ausschließlich als solche tätig. Sie sind jünger als die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und etwas häufiger weiblich (s. Abbildung 6.5). Die Zahl der Wahlärztinnen und Wahlärzte hat zwischen 2005 und 2014 um rund 48 Prozent zugenommen.

¹⁴ Das Erstfach entspricht jener Fachrichtung, in der die Ärztin / der Arzt in erster Linie tätig ist (zur Vermeidung von Mehrfachzählungen).

Abbildung 6.5:
Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte (Erstfach) in Österreich:
Ärztedichte und ausgewählte Merkmale, 2005–2015



VÄ = Vertragsärztinnen und Vertragsärzte; Die Angaben zum Vertragsstatus in den Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK sind unabhängig von den Datengrundlagen der Sozialversicherungsträger.

WÄ = Wahlärztinnen und Wahlärzte

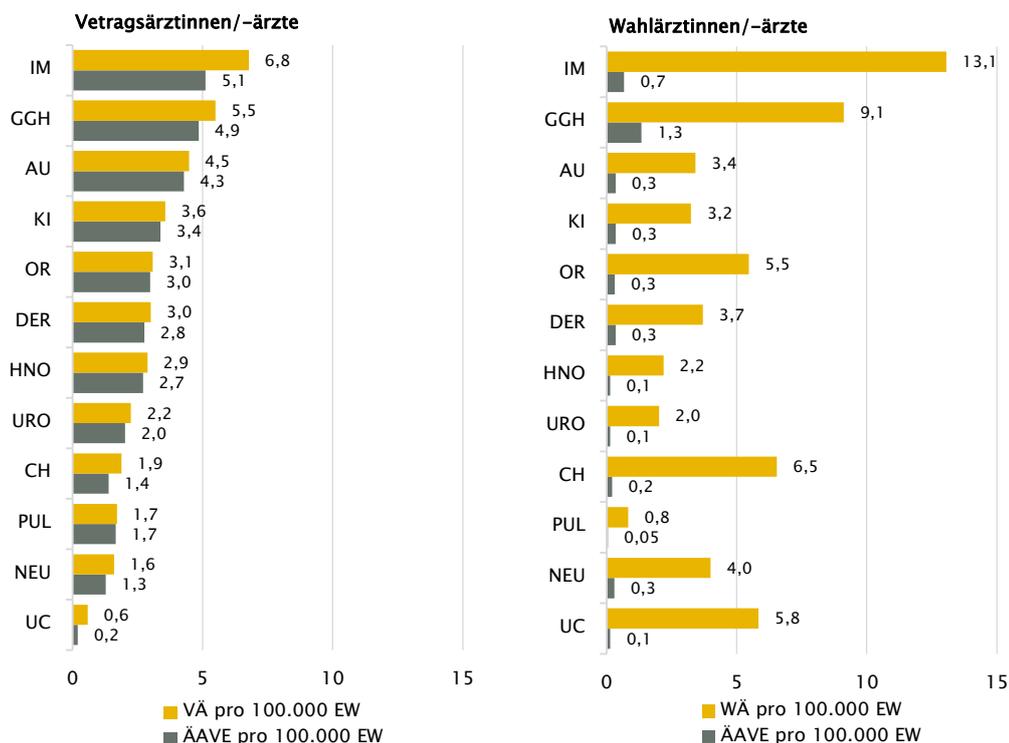
Anteile an allen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin

Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014)
Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Jahr 2014 kamen rund 43 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte (BL-Bandbreite: 32–65 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW) und etwa 79 Wahlärztinnen und Wahlärzte auf 100.000 EW (BL-Bandbreite: 58–139 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW). Während die Dichte der Vertragsärztinnen und -ärzte in den Jahren 2005–2014 weitend gleich blieb, hat jene der Wahlärztinnen und Wahlärzte (ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Versorgungswirksamkeit) zugenommen (s. Abbildung 6.5).

Nach Angaben der Sozialversicherungsträger stehen in Österreich – laut **REGIOMED** – in der Kategorie Fachärztinnen und Fachärzte (exkl. Zahnärztinnen und Zahnärzte) – im vertragsärztlichen Bereich – je nach Fachrichtung zwischen 17 und 435 ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) zur Verfügung (2014). Eine ÄAVE entspricht grundsätzlich einem durchschnittlich arbeitenden Arzt / einer durchschnittlich arbeitenden Ärztin der jeweiligen Fachrichtung in Österreich. Die Versorgungsdichte bei Fachärztinnen und Fachärzten variiert demnach je nach Fachrichtung zwischen 0,2 (FÄ für Unfallchirurgie) und 5,1 ÄAVE (FÄ für Innere Medizin) pro 100.000 EW. Im Wahlarztbereich werden gemäß REGIOMED zwischen 4 und 114 ÄAVE für die einzelnen Fachrichtungen ausgewiesen. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 0,05 (FÄ für Lungenkrankheiten) bis 1,3 ÄAVE pro 100.000 EW (FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, s. Abbildung 6.6).

Abbildung 6.6:
Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte nach ausgewählten Fachrichtungen, Österreich 2014



VÄ = Vertragsärztinnen/-ärzte; Die Angaben zum Vertragsstatus in den Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK sind unabhängig von den Datengrundlagen der Sozialversicherungsträger.

WÄ = Wahlärztinnen/-ärzte

ÄAVE = ärztliche ambulante Versorgungseinheit(en); REGIOMED des HVSVT enthält keine Angaben zu technischen Fachrichtungen wie Radiologie, Labor, Pathologie und Physikalische Medizin.

Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014) und REGIOMED 2014 des HVSVT
Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Jahr 2014 wurden – laut ATHIS – **74 Prozent** der Österreicher/-innen (im Alter von 15 und mehr Jahren) **vor weniger als 12 Monaten** vor der Befragung von einem Facharzt / einer Fachärztin beraten, untersucht oder behandelt (rund 5,38 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 67–79 %). Dies gilt für **Frauen häufiger** als für Männer (85 % vs. 63 %). Im Jahr 2006/2007 fiel die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen etwas geringer aus als 2014 (67 % vs. 74 %).

Während bei der weiblichen Bevölkerung die Inanspruchnahme ambulanter fachärztlicher Leistungen (insgesamt) über alle Altersgruppen hinweg weitgehend konstant ist (bei 84–87 %), steigt bei den Männern die Inanspruchnahme von 53 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 83 Prozent bei den ab 60-Jährigen.

Betrachtet man die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen nach ausgewählten Fachrichtungen, so wird deutlich, dass die österreichische Bevölkerung in den letzten 12 Monaten am häufigsten von nachstehenden Fachärztinnen/Fachärzten beraten, untersucht oder behandelt wurden:

- Gynäkologin/Gynäkologe (Frauen; 58 %)
- Augenärztin/Augenarzt (32 %)
- Hautärztin/Hautarzt (24 %)
- Internistin/Internist (22 %)
- Orthopädin/Orthopäde (15 %)

Mit Ausnahme der FÄ für Urologie sowie HNO nehmen Frauen alle ausgewiesenen FÄ häufiger in Anspruch als Männer (s. Tabelle 6.2).

Bei der männlichen Bevölkerung nimmt die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen in fast allen Fachbereichen mit dem Alter zu. Davon ausgenommen ist die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen in den Bereichen Dermatologie und Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten (s. Tabelle 6.2). Sie wurden am häufigsten von der Bevölkerung 60 Jahre und älter, gefolgt von den 15- bis 29-Jährigen in Anspruch genommen.

Bei der weiblichen Bevölkerung steigt die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen in den Fachbereichen Augenheilkunde, Innere Medizin, Orthopädie und Neurologie mit dem Alter, während Gynäkologinnen und Gynäkologen mit zunehmendem Alter seltener in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme von FÄ für Dermatologie, Urologie sowie Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten nimmt erst bei den ab 60-Jährigen zu (s. Tabelle 6.2).

Tabelle 6.2:

Inanspruchnahme ausgewählter fachärztlicher Leistungen (in den letzten 12 Monaten) nach Altersgruppen, Geschlecht und Fachrichtungen (in % und absolut in Tausend), Österreich 2014

Fachrichtungen	Männer				Frauen			
	15-29 Jahre	30-59 Jahre	60+ Jahre	Gesamt	15-29 Jahre	30-59 Jahre	60+ Jahre	Gesamt
Gynäkologie und Geburtshilfe	-	-	-	-	68,0 52	64,4 1.191	39,0 430	57,6 2.141
Augenheilkunde	20,8 164	22,7 418	46,2 409	28,2 991	25,7 197	29,4 543	52,5 578	35,5 1.3180
Dermatologie	21,2 168	19,4 357	33,6 298	23,4 823	24,3 185	23,4 433	29,7 327	25,4 945
Innere Medizin	8,7 69	14,7 272	41,1 364	20,0 705	8,9 68	17,5 324	42,1 463	23,0 855
Orthopädie	8,1 64	10,7 198	15,7 139	11,4 401	9,9 76	15,0 277	28,2 310	17,8 663
Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten	11,3 89	10,4 192	21,7 473	13,4 473	10,0 77	12,1 224	18,5 204	13,6 505
Urologie	6,6 52	14,6 268	45,3 401	20,5 721	3,4 26	3,9 72	10,9 120	5,9 218
Neurologie	2,4 19	4,7 86	9,7 86	5,4 191	4,5 34	8,3 15	10,9 120	8,3 307

gereiht nach der Inanspruchnahme von Männern und Frauen ohne Personen in Anstaltshaushalten hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

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

Zahnärztinnen und Zahnärzte

In Österreich standen im Jahr 2014 im niedergelassenen Bereich – laut **Ärzteliste** der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014) – rund **3.800 Zahnärztinnen/Zahnärzte** (Erstfach¹⁵) zur Verfügung. Rund 74 Prozent davon haben einen Kassenvertrag. Von diesen Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten sind

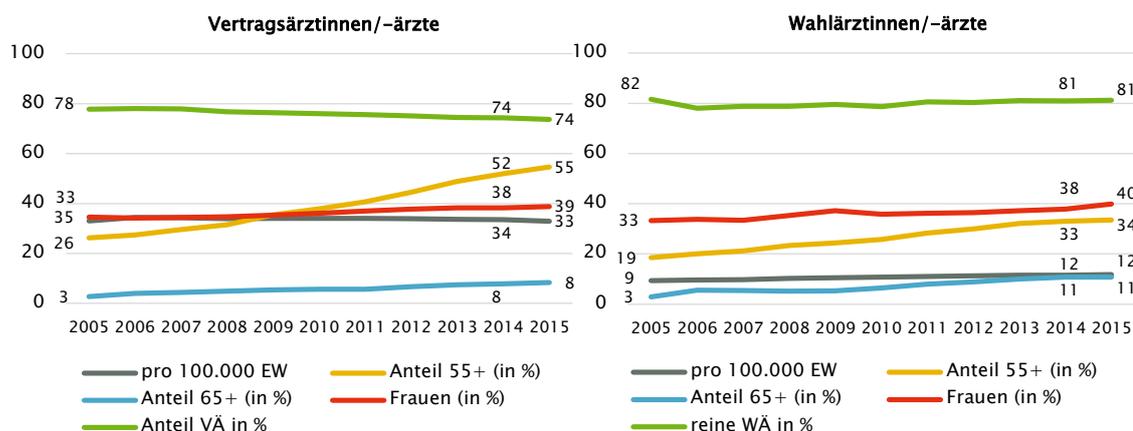
- 38 Prozent Frauen,
- 52 Prozent 55 Jahre oder älter und
- 8 Prozent 65 Jahre oder älter (s. Abbildung 6.7).

Die Angaben zum Vertragsstatus sind unabhängig von den Datengrundlagen der Sozialversicherungsträger zu sehen. Abweichungen zwischen den Angaben zu Vertragsärztinnen und Vertragsärzten gemäß Ärzteliste und den Vertragspartnerdaten der Sozialversicherung sind daher möglich.

Von den rund 1.000 Wahlzahnärztinnen und Wahlzahnärzten sind im Jahr 2014 rund 80 Prozent ausschließlich als Wahlzahnärztinnen/Wahlzahnärzte tätig. Sie sind jünger als die Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte (s. Abbildung 6.7). Die Zahl der Wahlärztinnen und Wahlärzte hat zwischen 2005 und 2014 um rund 28 Prozent zugenommen.

Abbildung 6.7:

Niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte (Erstfach) in Österreich:
Ärztelichte und ausgewählte Merkmale, 2005–2015



VÄ = Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte; Die Angaben zum Vertragsstatus in den Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK sind unabhängig von den Datengrundlagen der Sozialversicherungsträger.

WÄ = Wahlzahnärztinnen und -zahnärzte

Anteile an allen Zahnärztinnen und Zahnärzten

Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014)
Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Jahr 2014 kamen rund 34 Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte (BL-Bandbreite: 26–43 Zahnärztinnen/Zahnärzte pro 100.000 EW) und etwa 12 Wahlzahnärztinnen und Wahlzahnärzte auf

15 Das Erstfach entspricht jener Fachrichtung, in der die Ärztin / der Arzt in erster Linie tätig ist (zur Vermeidung von Mehrfachzählungen).

100.000 EW (BL-Bandbreite: 6–20 Zahnärztinnen/Zahnärzte pro 100.000 EW). Während die Dichte der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte zwischen 2005 und 2014 weitgehend gleich blieb, hat jene der Wahlzahnärztinnen und Wahlzahnärzte (ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Versorgungswirksamkeit) leicht zugenommen (s. Abbildung 6.7).

Nach Angaben der Sozialversicherungsträger stehen in Österreich – laut **REGIOMED** – im Bereich der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte rund 2.600 ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) zur Verfügung (2014). Eine ÄAVE entspricht grundsätzlich einem durchschnittlich arbeitenden Zahnarzt / einer durchschnittlich arbeitenden Zahnärztin in Österreich¹⁶. Die Versorgungsdichte bei Zahnärztinnen und Zahnärzten beträgt demnach 31 ÄAVE pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 29–34) und liegt etwas unter der zuvor genannten Vertragszahnärztedichte laut Zahnärzteliste. Im Wahlarztbereich werden gemäß REGIOMED rund 223 ÄAVE im zahnärztlichen Bereich ausgewiesen. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 2,6 ÄAVE pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 1–6).

Im Jahr 2014 wurden – laut ATHIS – **72 Prozent** der Österreicher/-innen (im Alter von 15 und mehr Jahren) **vor weniger als 12 Monaten** vor der Befragung von einem Zahnarzt / einer Zahnärztin beraten, untersucht oder behandelt (rund 5,18 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 69–77 %), 46 Prozent vor weniger als sechs Monaten (rund 3,30 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 43–55 %). Zahnärztliche Leistungen werden von **Frauen unter 60 häufiger** in Anspruch genommen als von gleichaltrigen Männern (letzte 12 Monate: 78–80 % vs. 71–72 %; letzte 6 Monate; 49–52 % vs. 44 %). Bei den ab 60-Jährigen besteht kein Unterschied. Am geringsten fällt die Inanspruchnahme (2014) bei ab 60-Jährigen aus (61 % vs. 75–76 %). Im Vergleich zum ATHIS 2006/2007 (61 %) ist die Inanspruchnahme von Zahnärztinnen/-ärzten (bezogen auf die letzten 12 Monate) um 11 Prozentpunkte gestiegen (von 61 % auf 72 %).

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin wurden – in den letzten 12 Monaten – am häufigsten von Österreicherinnen/Österreichern mit maximal Pflichtschulabschluss aufgesucht (30 Jahre und älter; 79 % vs. 74 % Matura oder höher). Ein Zusammenhang mit dem Einkommen oder dem Migrationshintergrund besteht nicht.

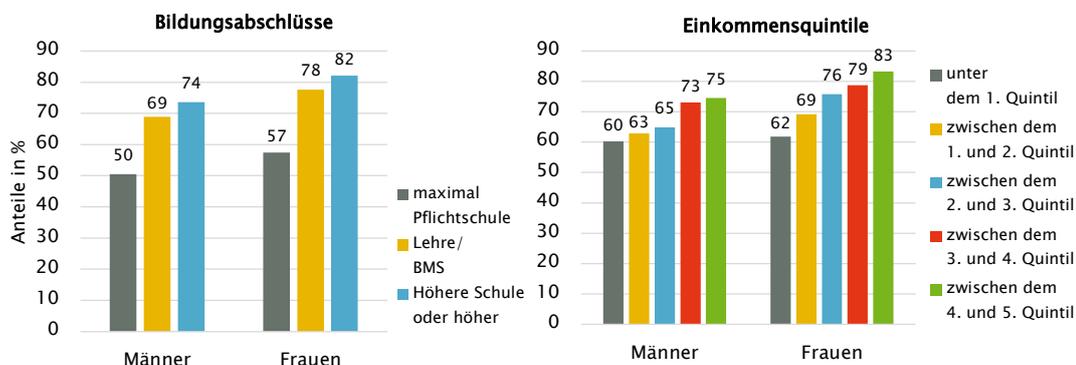
Niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte werden häufiger von Männern sowie von Personen ab 60 Jahren mit Matura oder höherer formaler Bildung in Anspruch genommen als von jenen mit maximal Pflichtschulabschluss (männliche Bevölkerung: 69 % vs. 64 %; ab 60-jährige Bevölkerung: 87 % vs. 84 %). Die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen nimmt geringfügig mit steigendem Einkommen zu: von 74 Prozent bei Personen aus dem untersten Einkommensquintil auf 77 Prozent bei Personen aus den obersten Einkommenschichten. Österreicher/-innen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) suchen seltener niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte auf als Österreicher/-innen ohne Migrationshintergrund (76 % vs. 70 %).

Zahnärztliche Leistungen wurden innerhalb der letzten 12 Monate ebenfalls häufiger von Österreicherinnen/Österreichern mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter) aufgesucht als von Österreicherinnen/Österreichern mit maximal Pflichtschulabschluss 78 % vs. 55 %). Die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen steigt zudem mit dem Einkommen: von 61 Prozent bei Personen aus dem untersten Einkommensquintil auf 78 Prozent bei Personen aus dem

¹⁶ Inkludiert sind FÄ für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, neue Zahnärztinnen und Zahnärzte (Dr. med. dent), Dentisten sowie FÄ für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie.

obersten Quintil (s. auch Abbildung 6.8). Österreicher/-innen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) suchen seltener niedergelassene Zahnärztinnen/-ärzte auf als jene ohne Migrationshintergrund (73 % vs. 66 %).

Abbildung 6.8:
Inanspruchnahme niedergelassener Zahnärztinnen/-ärzte (in den letzten 12 Monaten)
nach Bildung und Haushaltseinkommen, Österreich 2014



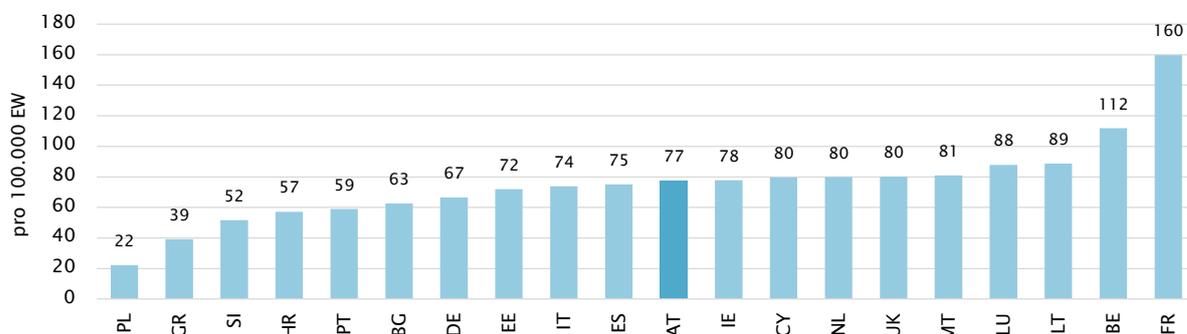
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

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

Europäischer Vergleich

Ein europäischer Vergleich hinsichtlich der Ärztedichte im niedergelassenen Bereich (Vertrags- und Wahlärztinnen/-ärzte zusammengenommen) ist derzeit nur für Ärztinnen/Ärzte der Allgemeinmedizin möglich (WHO Health for All Database; Zugriff: 8. 3. 2017). In dieser Kategorie rangiert Österreich – im Vergleich mit 19 anderen EU-Ländern (EU-Bandbreite: 22–160 niedergelassene Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin pro 100.000 EW) – **im Mittelfeld** (s. Abbildung 6.9). Die von der WHO bereitgestellten Daten für Österreich weichen nur geringfügig von den weiter oben berichteten Werten ab.

Abbildung 6.9:
Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin pro 100.000 EW im EU-28-Vergleich*, 2014



exkl. Dänemark, Finnland, Lettland, Rumänien, Schweden, Slowakei, Tschechische Republik, Ungarn

Quelle: WHO Health for All Database 2014 (Zugriff am 8. 3. 2017)
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte sowie die Ärztedichte (Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW) werden auf Basis der Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK berichtet. Hinweise bezüglich Versorgungsdichte (ärztliche ambulante Versorgungseinheiten pro 100.000 EW) entstammen dem REGIOMED-System (s. Fußnoten). *Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten* (ÄAVE) bezeichnen die durchschnittliche Anzahl an e-card-Erstkonsultationen (Berechnungsmethodik s. ÖSG 2012).

Die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

6.3.2 Physio- und ergotherapeutische Versorgung im niedergelassenen Bereich

Physiotherapie

Über das Angebot physiotherapeutischer Leistungen im niedergelassenen Bereich ist derzeit nur wenig bekannt: Es mangelt an einer vollständigen Erfassung ambulant tätiger Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und deren Leistungsangebot sowie an verlässlichen Angaben zum Bedarf. Informationen liegen ausschließlich zur Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen vor.

Im Jahr 2014 wurden – laut ATHIS – **18 Prozent** der Österreicher/-innen (im Alter von 15 und mehr Jahren) **vor weniger als 12 Monaten** vor der Befragung von einer Physiotherapeutin / einem Physiotherapeuten beraten, untersucht oder behandelt (rund 1,31 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 16–22 %). Ab einem Alter von 30 Jahren nehmen **Frauen häufiger** physiotherapeutische Leistungen in Anspruch als Männer (s. nächster Absatz). Verglichen mit dem ATHIS 2006/2007 hat die Inanspruchnahme niedergelassener Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten **deutlich zugenommen** (von 10 % auf 18 %).

Die Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen steigt bei beiden Geschlechtern ab einem Alter von 30 Jahren deutlich an (bei den Männern von: 11 auf 14–18 %; bei den Frauen von 12 auf 22–24 %). Am häufigsten werden niedergelassene Physiotherapeutinnen/-therapeuten von Männern und Frauen zwischen 15 und 59 Jahren aufgesucht (Männer: 18 %; Frauen: 24 %).

Ergotherapie

Ebenso wie für ambulant erbrachte physiotherapeutische Leistungen gilt auch für die ergotherapeutische Versorgung, dass wenig über die Angebotsseite bekannt ist. Auch hier mangelt es an einer vollständigen Erfassung ambulant tätiger Therapeutinnen und Therapeuten und deren Angebot. Aussagen zum Verhältnis von Angebot und Nachfrage sind damit auch im Bereich der Ergotherapie nicht möglich. Auch Bedarfsangaben fehlen. Informationen liegen – auch für die ambulante Ergotherapie – nur zur Inanspruchnahme ergotherapeutischer Leistungen vor.

Im Jahr 2014 wurden – laut ATHIS – **2,6 Prozent** der Österreicher/-innen (im Alter von 15 und mehr Jahren) **vor weniger als 12 Monaten** vor der Befragung von einer Ergotherapeutin / einem Ergotherapeuten beraten, untersucht oder behandelt (rund 185.000 Personen; BL-Bandbreite: 2–3 %) – die weibliche Bevölkerung tendenziell etwas häufiger. Im Jahr 2006/2007 lag der Wert bei 1,6 Prozent.

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Die Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen nimmt geringfügig mit steigender Bildung zu: von 18 Prozent bei Österreicherinnen/Österreichern mit maximal Pflichtschulabschluss auf 23 Prozent bei jenen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. Keine Zusammenhänge sind mit dem Haushaltseinkommen oder dem Migrationshintergrund erkennbar.

Ebenfalls keine Zusammenhänge bestehen für die Inanspruchnahme ergotherapeutischer Leistungen. Dies gilt für Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund.

Definitionen und Daten

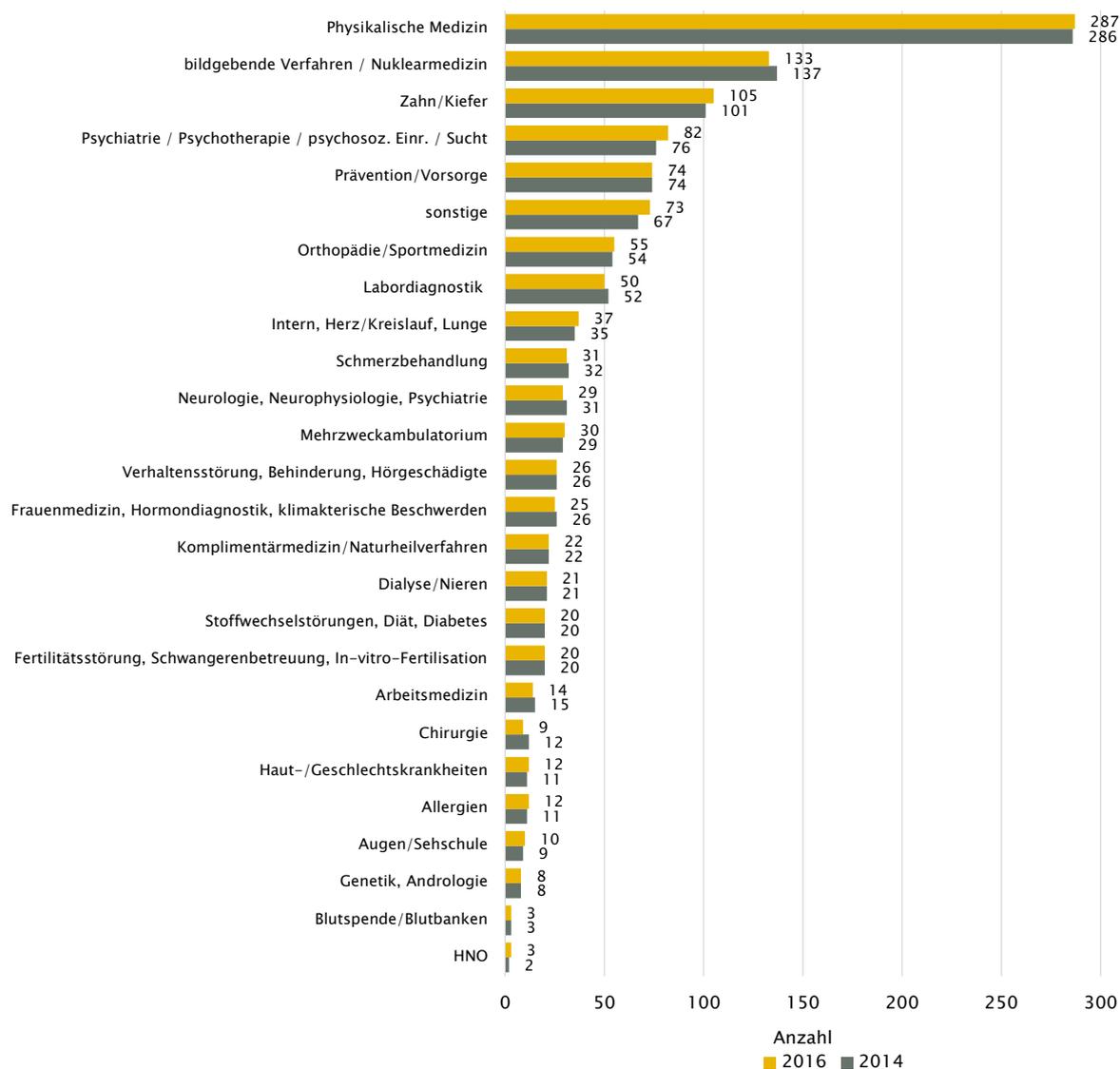
Die Inanspruchnahme ambulanter physio- und ergotherapeutischer Leistungen wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

6.3.3 Selbstständige Ambulatorien

Im Juni 2014 (sowie auch 2016) standen der österreichischen Bevölkerung rund **900 selbstständige Ambulatorien** zur Verfügung. Ihr Leistungsspektrum konzentriert sich mehrheitlich auf nachstehende Bereiche:

- Physikalische Medizin,
- bildgebende Verfahren / Nuklearmedizin sowie
- Zahn- und Kieferheilkunde (s. Abbildung 6.10).

Abbildung 6.10:
Leistungsbereiche selbstständiger Ambulatorien in Österreich, 2014 und 2016



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit – Kataster der selbstständigen Ambulatorien
(Datenbankabruf: 17. 6. 2014 und 27. 1. 2016)
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Anzahl selbstständiger Ambulatorien ist dem Kataster der selbstständigen Ambulatorien des BMGF entnommen. Es handelt sich hierbei um ein unverbindliches Verzeichnis des Gesundheitsressorts. Die Informationen in diesem Verzeichnis stammen aus früheren Primärerhebungen (zuletzt 2009), die auf Basis von Bescheiden der Bundesländer – soweit sie dem Gesundheitsressort zur Kenntnis gebracht werden – laufend aktualisiert werden. Das Verzeichnis umfasst (fach)arztpraxenähnliche Einrichtungen, ambulante Behandlungseinrichtungen und ambulante Spitäler mit teilweise operativem Leistungsspektrum.

6.3.4 Spitalsambulante Versorgung

Bei der spitalsambulanten Versorgung handelt es sich um die Versorgung nichtstationärer Patientinnen und Patienten im Rahmen nichtbettenführender Hauptkostenstellen (Mildschuh et al. 2012).

Frequenzen

Im Jahr 2014 betrug die Frequenz ambulanter Patientinnen und Patienten in österreichischen Spitalsambulanzen rund **17.066.000** (rohe Rate: 200.600 pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 145.000–271.800). Sie ist **seit 2005** absolut um etwa 5 Prozent, pro 100.000 EW um 1 Prozent **gestiegen**.

Am häufigsten werden Spitalsambulanzen – in Übereinstimmung mit dem stationären Angebot – in den Bereichen Innere Medizin, Radiologie, Unfallchirurgie und Chirurgie in Anspruch genommen.

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Mit steigender Bildung sinkt die Inanspruchnahme spitalsambulanter Leistungen: von 29 Prozent bei 30- bis 59-jährigen Österreicher/-innen mit maximal Pflichtschulabschluss auf 25 Prozent bei jenen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. Ein Zusammenhang mit dem Einkommen besteht hingegen nicht.

Österreicherinnen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) haben in den letzten 12 Monaten häufiger eine Spitals-/Unfallambulanz aufgesucht als Österreicherinnen ohne Migrationshintergrund (27 % vs. 25 %).

Definitionen und Daten

Die Daten in puncto Spitalsambulanzen wurden der KA-Kostenstellenstatistik entnommen. Der Kontakt zu einer Spitals- oder Unfallambulanz inkludiert den Kontakt zu einem Facharzt oder einer Fachärztin. Hier unberücksichtigt bleiben Kontakte während eines stationären Aufenthalts.

Zusammenhänge mit sozioökonomischen Faktoren werden auf Basis des ATHIS 2014 untersucht (Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Österreicher/-innen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

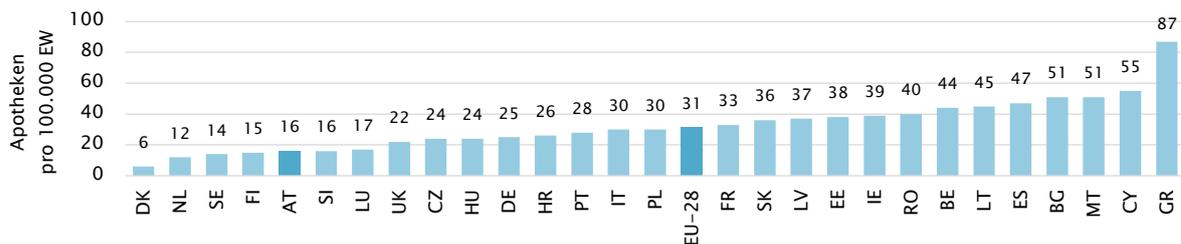
6.3.5 Pharmazeutische Versorgung

Apotheken

Im Jahr 2014 standen der Bevölkerung in Österreich **1.328 Apotheken** zur Verfügung (exkl. Spitals- und Filialapotheken). Seit 2005 ist die Anzahl öffentlicher Apotheken um 12 Prozent **gestiegen**. Im Jahr 2015 kamen noch weitere 12 Apotheken hinzu. Die Apothekendichte betrug damit 16 Apotheken pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 13–18).

Im europäischen Vergleich liegt Österreich deutlich **unter dem EU-28-Durchschnitt** (31 Apotheken pro 100.000 EW; EU-28-Bandbreite: 6–87) und weist die sechstgeringste Apothekendichte auf (s. Abbildung 6.11).

Abbildung 6.11:
Apothekendichte im EU-28-Vergleich, 2015



Quelle: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/300302/umfrage/apothekendichte-im-europaeischen-vergleich/>

Darstellung: GÖG

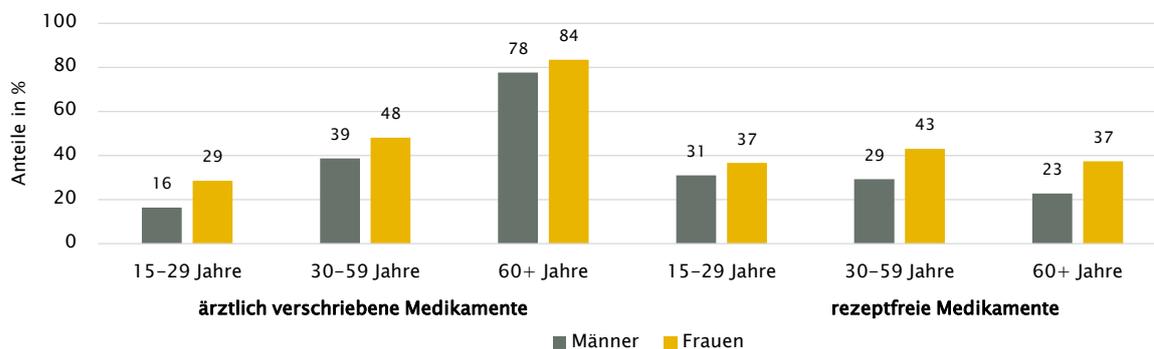
Medikamenteneinnahme

Im Jahr 2014 nahmen – laut ATHIS – 49 Prozent der ab 15-jährigen Österreicher/-innen innerhalb der letzten zwei Wochen vor der Befragung **ärztlich verschriebene Medikamente** ein (rund 3,56 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 44–56 %), die **weibliche Bevölkerung häufiger** als die männliche (55 % vs. 44 %). Im Jahr 2006/2007 waren es 48 Prozent.

Rezeptfreie Medikamente wurden von 34 Prozent der ab 15-jährigen Österreicher/-innen (rund 2,47 Mio. Personen) eingenommen (BL-Bandbreite: 28–39 %), ebenfalls von der **weiblichen Bevölkerung häufiger** als von der männlichen (40 % vs. 28 %). Gegenüber dem ATHIS 2006/2007 ist dies eine Steigerung von rund 10 Prozentpunkten.

Während die Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente – bei Männern wie bei Frauen – mit dem Alter deutlich zunimmt (insgesamt von 22 % bei den 15- bis 29-Jährigen auf 81 % bei den ab 60-Jährigen), nimmt die Einnahme rezeptfreier Medikamente bei ab 60-jährigen Männern deutlich ab und ist bei Frauen zwischen 30 und 59 Jahren am höchsten (s. Abbildung 6.12).

Abbildung 6.12:
Medikamenteneinnahme innerhalb der letzten zwei Wochen nach Altersgruppen und Geschlecht, Österreich 2014



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

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

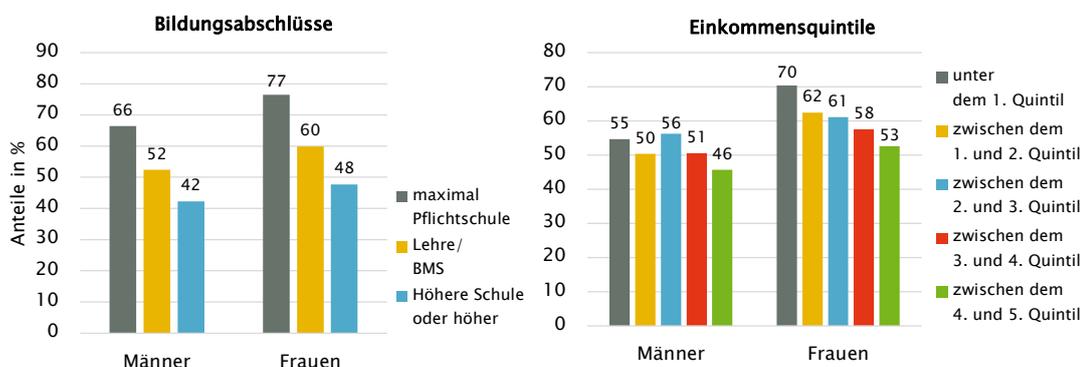
Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Ärztlich verschriebene Medikamente werden von Österreicherinnen/Österreichern mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter) seltener eingenommen (45 %) als von Österreicherinnen/Österreichern mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (56 %) bzw. mit maximal einem Pflichtschulabschluss (73 %; s. Abbildung 6.13). Umgekehrt nehmen Österreicher/-innen mit Matura oder höherem Bildungsabschluss häufiger rezeptfreie Medikamente ein (44 %) als jene mit maximal Pflichtschulabschluss (29 %; s. Abbildung 6.14).

Darüber hinaus zeigt sich, dass Österreicher/-innen häufiger verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen, wenn sie der untersten Einkommensgruppe angehören (unterstes Einkommensquintil 64 %, oberstes Einkommensquintil 54 %). Umgekehrt nehmen Österreicher/-innen aus dem untersten Einkommensquintil seltener rezeptfreie Medikamente ein als Österreicher/-innen aus dem obersten Quintil (29 % vs. 35 %).

Abbildung 6.13:

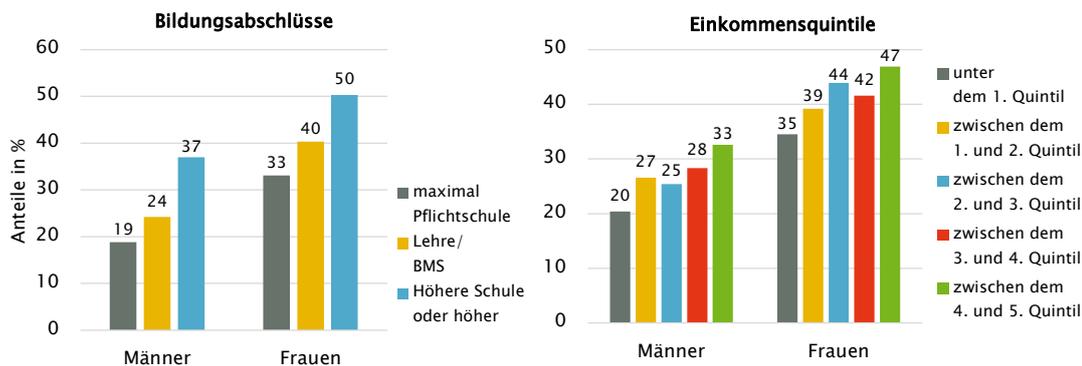
Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente* nach Bildung und Haushaltseinkommen, Österreich 2014



*innerhalb der letzten zwei Wochen
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

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

Abbildung 6.14:
Einnahme rezeptfreier Medikamente* nach Bildung und Haushaltseinkommen, Österreich 2014



*innerhalb der letzten zwei Wochen
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

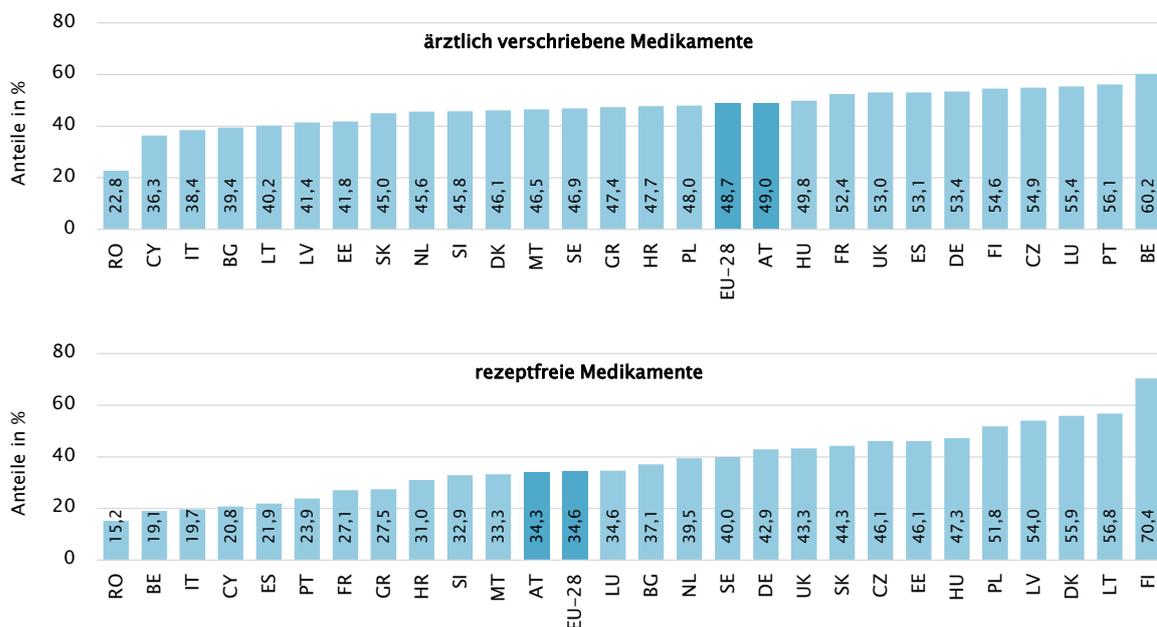
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Österreichische Männer ohne Migrationshintergrund nehmen häufiger verschreibungspflichtige Medikamente ein als jene mit Migrationshintergrund (45 % vs. 39 %), ein Ergebnis, das vor allem durch den Altersunterschied der Vergleichsgruppen bedingt ist (Österreicher ohne Migrationshintergrund sind häufiger 60 plus als Österreicher mit Migrationshintergrund). Rezeptfreie Medikamente werden häufiger von der männlichen Bevölkerung mit Migrationshintergrund eingenommen (33 % vs. 27 % ohne Migrationshintergrund). Keine Unterschiede nach Migrationshintergrund bestehen bei der weiblichen Bevölkerung.

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich bei der Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente (EU-28-Bandbreite exkl. Irland: 23–60 %) sowie bei den rezeptfreien Medikamenten (EU-28-Bandbreite exkl. Irland: 15–70 %) – laut European Health Interview Survey (EHIS) 2014 – **im europäischen Durchschnitt** (s. Abbildung 4.6).

Abbildung 6.15:
Einnahme ärztlich verschriebener sowie rezeptfreier Medikamente im EU-28-Vergleich*, 2014



*exkl. Irland

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2014 (Zugriff am 9. 2. 2017)
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Ergebnisse in Hinblick auf die Einnahme ärztlich verschriebener und rezeptfreier Medikamente werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

6.4 Akutstationäre Versorgung

Im Jahr 2014 standen der österreichischen Bevölkerung **165 Akutkrankenanstellen** (124 Fondskrankenanstellen, 7 Unfallkrankenhäuser, 34 Sanatorien) zur Verfügung. Beinahe alle Österreicher/-innen (99,9 %) können zumindest eine dieser Akutkrankenanstellen innerhalb einer halben Stunde Fahrzeit (Straßenindividualverkehr) erreichen.

Akutbetten

In den österreichischen Akutkrankenanstellen werden **rund 49.000 Akutbetten** vorgehalten (tatsächliche Betten), 93 Prozent davon in Fondskrankenanstellen (FKA). Die Akutbettendichte beträgt 5,80 Betten (BL-Bandbreite: 3,94–7,21) bzw. 5,41 FKA-Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 3,94–6,21). Ohne Akutbetten der Akutgeriatrie, Remobilisation und Nachsorge beläuft sich die Akutbettendichte auf 5,59 Betten (BL-Bandbreite: 3,94–6,93) bzw. auf 5,19 FKA-Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 3,94–5,93).

Die meisten Akutbetten stehen (exkl. der Psychiatrie; s. Punkt 6.10.2) in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, Unfallchirurgie sowie in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe zur Verfügung (s. Tabelle 6.3).

Seit 2005 ist die Anzahl der stationären Akutbetten um rund 6 Prozent **zurückgegangen**. Während es in nahezu allen Bereichen zu einem Abbau von Akutbetten kam, wurde in der Akutgeriatrie das Akutbettenkontingent um 63 Prozent, in der Intensivüberwachung und -betreuung um 11 Prozent und in der Plastischen Chirurgie um 8 Prozent erhöht (s. Tabelle 6.3).

Europäischer Vergleich

Im EU-Vergleich (WHO Health for All Database) liegt Österreich bei der Akutbettendichte deutlich über dem EU-28-Durchschnitt (3,9 Betten pro 1.000 EW; EU-28-Bandbreite: 2,3–6,3) und weist die **viert höchste Akutbettendichte** auf (s. Abbildung 6.16).

Abbildung 6.16:

Akutbettendichte im EU-28-Vergleich, 2014 (oder jüngstes verfügbares Jahr)



Quelle: WHO Health for All Database 2014 (Zugriff am 8. 3. 2017)

Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (BGK 2012) ist für jede Fachrichtung festgelegt, innerhalb welcher Zeit spezifische Versorgungsangebote für Österreicher/-innen erreichbar sein müssen. Die hier beschriebene 30-Minuten-Grenze ist ein Durchschnittswert aller Fachrichtungen und sollte für mindestens 90 Prozent der Bevölkerung gewährleistet werden. Die Standortauswahl konzentriert sich dabei ausschließlich auf österreichische Standorte. Standorte in benachbarten Ländern bleiben unberücksichtigt.

Der Erreichbarkeitswert bezieht sich auf den Straßenindividualverkehr. Er wird – auf Basis einer angenommenen Durchschnittsgeschwindigkeit – vom jeweiligen Gemeindemittelpunkt zum nächstgelegenen Gemeindemittelpunkt errechnet und ist unabhängig von Tageszeiten und Öffnungszeiten als reine Wegzeit zu interpretieren.

Die *Akutbettendichte* gibt die Anzahl der Akutbetten pro 1.000 EW an.

Tabelle 6.3:

Kennzahlen der akutstationären Versorgung in Österreich nach Fachbereichen* (zielbezogen), 2005 und 2014

Fachbereiche		tatsächliche Betten ¹			BMZ Intervall ²	Aufenthalte (inkl. NTA)			durchschnittliche Belagsdauer in Tagen (exkl. NTA und Langzeitaufenthalte ⁴)			Wiederaufnahmerate (inkl. NTA)			
		2005	2014	Veränderung absolut und in %		2005	2014	Veränderung absolut und in %	2005	2014	Veränderung in %	2005	2014	Veränderung in %	
Innere Medizin	absolut	13.301	11.991	-1.310	1,04–1,73	absolut	696.776	722.644	25.868	6,5	5,7	-13	1,71	1,79	5
	pro 1.000 EW	1,62	1,41	-13 %		pro 100.000 EW ³	8.496	8.494	0 %						
Chirurgie	absolut	7.093	5.922	-1.171	0,52–0,87	absolut	357.498	324.157	-33.341	5,5	4,9	-12	1,28	1,26	-1
	pro 1.000 EW	0,86	0,70	-20 %		pro 100.000 EW	4.359	3.810	-13 %						
Unfallchirurgie (UKH)	absolut	910	878	-32	-	absolut	41.084	40.961	-123	5,7	5,1	-11	1,2	1,2	0
	pro 1.000 EW	0,1	0,1	0 %		pro 1.000 EW	501	481	-4 %						
Unfallchirurgie	absolut	2.997	2.831	-166	0,30–0,50	absolut	169.332	166.242	-3.090	5,1	4,7	-8	1,1	1,1	0
	pro 1.000 EW	0,4	0,3	-25 %		pro 100.000 EW	2.065	1.954	-5 %						
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	absolut	3.723	2.944	-779	0,24–0,40	absolut	223.119	216.152	-6.967	4,3	3,7	-15	1,35	1,37	2
	pro 1.000 EW	0,45	0,35	-24 %		pro 100.000 EW	2.721	2.541	-7 %						
gemischter Belag (Sanatorien)	absolut	2.498	2.483	-15	-	absolut	98.012	119.844	21.832	4,8	4,4	-8	1,4	1,5	+7
	pro 1.000 EW	0,3	0,3	0 %		pro 100.000 EW	1.195	1.409	+17 %						
gemischter Belag	absolut	323	364	+41	-	absolut	34.270	56.331	22.061	6,4	1,8	-71	1,75	1,52	-13
	pro 1.000 EW	0,04	0,04	0 %		pro 100.000 EW	418	662	+58 %						
Neurologie	absolut	2.608	2.776	168	0,21–0,35	absolut	86.043	92.778	6.735	8,0	7,6	-5	1,31	1,28	-2
	pro 1.000 EW	0,32	0,33	3 %		pro 100.000 EW	1.049	1.091	4 %						

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 6.3. – Seite 2 von 3

Fachbereiche		tatsächliche Betten			BMZ Intervall		Aufenthalte			Belagsdauer			Wiederaufnahmerate		
		2005	2014	Veränderung absolut und in %			2005	2014	Veränderung absolut und in %	2005	2014	Veränderung in %	2005	2014	Veränderung in %
Intensivüberwachung und -betreuung	absolut	2.061	2.364	303	0,21–0,36	absolut	39.380	42.620	3.240	5,3	5,5	4	1,31	1,22	–6
	pro 1.000 EW	0,25	0,28	11 %		pro 100.000 EW	480	501	4 %						
Orthopädie und orthopädische Chirurgie	absolut	2.291	2.352	61	0,26–0,43	absolut	39.380	42.620	3.240	7,9	6,3	–20	0,51	0,45	–12
	pro 1.000 EW	0,28	0,28	–1 %		pro 100.000 EW	480	501	4 %						
Akutgeriatrie und Remobilisation	absolut	951	1.608	657	–	absolut	18.168	34.664	16.496	15,0	15,3	2	1,26	1,27	1
	pro 1.000 EW	0,12	0,19	63 %		pro 100.000 EW	222	407	84 %						
Kinderheilkunde	absolut	1.676	1.331	–345	0,16–0,27	absolut	126.785	119.274	–7.511	3,5	3,0	–12	1,29	1,34	4
	pro 1.000 EW	0,20	0,16	–23 %		pro 100.000 EW	1.546	1.402	–9 %						
Urologie	absolut	1.370	1.230	–140	0,11–0,18	absolut	86.387	88.932	2.545	4,9	4,4	–11	1,42	1,48	4
	pro 1.000 EW	0,17	0,14	–13 %		pro 100.000 EW	1.053	1.045	–1 %						
Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten	absolut	1.246	1.034	–212	0,09–0,15	absolut	84.669	78.513	–6.156	4,2	3,7	–12	1,22	1,20	–1
	pro 1.000 EW	0,15	0,12	–20 %		pro 100.000 EW	1.032	923	–11 %						
Pulmologie	absolut	1.158	996	–162	0,10–0,16	absolut	53.924	61.396	7.472	6,1	4,9	–19	1,75	1,80	3
	pro 1.000 EW	0,14	0,12	–17 %		pro 100.000 EW	658	722	10 %						
Augenheilkunde	absolut	935	749	–186	0,06–0,11	absolut	90.639	171.292	80.653	3,0	2,3	–22	1,33	1,87	41
	pro 1.000 EW	0,11	0,09	–23 %		pro 100.000 EW	1.105	2.013	82 %						
Haut- und Geschlechtskrankheiten	absolut	758	601	–157	0,06–0,09	absolut	34.401	38.858	4.457	6,7	5,0	–24	1,37	1,45	6
	pro 1.000 EW	0,09	0,07	–24 %		pro 100.000 EW	419	457	9 %						
Neurochirurgie	absolut	483	478	–5	0,06–0,09	absolut	18.476	20.928	2.452	8,2	7,7	–6	1,21	1,22	1
	pro 1.000 EW	0,06	0,06	5 %		pro 100.000 EW	225	246	9 %						
Nuklearmedizin	absolut	286	308	22	–	absolut	13.851	15.267	1.416	4,8	4,2	–12	1,66	1,57	–6
	pro 1.000 EW	0,03	0,04	4 %		pro 100.000 EW	169	179	6 %						

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 6.3. – Seite 3 von 3

Fachbereiche		tatsächliche Betten			BMZ Intervall		Aufenthalte			Belagsdauer			Wiederaufnahmerate		
		2005	2014	Veränderung absolut und in %			2005	2014	Veränderung absolut und in %	2005	2014	Veränderung in %	2005	2014	Veränderung in %
Kinderchirurgie	absolut	313	260	-53	0,04–0,06	absolut	24.954	24.489	-465	3,5	3,0	-14	1,18	1,17	-1
	pro 1.000 EW	0,04	0,03	-20 %		pro 100.000 EW	304	288	-5 %						
Remobilisation/ Nachsorge	absolut	0	236	236	-	absolut	0	4.073	4.073	-	18,9	-	-	1,08	-
	pro 1.000 EW	0,00	0,03	-		pro 100.000 EW	0	48	-						
Plastische Chirurgie	absolut	204	229	25	0,02–0,03	absolut	10.068	13.879	3.811	5,4	4,8	-11	1,16	1,18	2
	pro 1.000 EW	0,02	0,03	8 %		pro 100.000 EW	123	163	33 %						
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	absolut	202	188	-14	-	absolut	12.019	12.182	163	5,0	4,2	-15	1,14	1,16	2
	pro 1.000 EW	0,02	0,02	-10 %		pro 100.000 EW	147	143	-2 %						

absteigend nach der Anzahl tatsächlicher Betten im Jahr 2014 sortiert

* exkl. Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychiatrie und Psychosomatik (s. Punkt 6.10.2), und exkl. Palliativversorgung (s. Abschnitt 6.8)

¹ alle Angaben beziehen sich auf FKA, davon ausgenommen der „gemischte Belag“ (gilt mehrheitlich nur für Sanatorien) und der Fachbereich „Unfallchirurgie“ (FKA und UKH), grau hinterlegt

² die Bettenmessziffer (BMZ; systematisierte Betten pro 1.000 EW) gilt ausschließlich für fondsfinanzierte Krankenanstalten

³ rohe Rate: Aufenthalte pro 100.000 EW inkl. Null-Tage-Aufenthalte

⁴ exkl. Null-Tage-Aufenthalte (NTA) und Langzeitaufenthalte (> 28 Tage)

BMZ = Bettenmessziffer

EW = Einwohner/-innen

FKA = Fondskrankenanstalten

UKH = Unfallkrankenhäuser

Quellen: BMGF – Kostenstellenstatistik 2005 und 2014; Diagnosen- und Leistungsdokumentation
der österreichischen Krankenanstalten 2005 und 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

6.4.1 Krankenhausaufenthalte in österreichischen Akutkrankenanstalten

Im Jahr 2014 wurden in Österreichs Akutkrankenanstalten rund **2.679.000 Spitalsaufenthalte** (inkl. Null-Tage-Aufenthalte) dokumentiert (rohe Rate: 31.500 Aufenthalte pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 22.200–38.800):

- 94 Prozent entfallen auf FKA (rund 2.518.000 Aufenthalte)
- 98 Prozent auf in Österreich wohnhafte Personen (2.631.000 Aufenthalte)
- 54 Prozent auf Frauen (1.446.000 Aufenthalte)
- 52 Prozent auf Personen ab 60 Jahren (1.385.000 Aufenthalte)

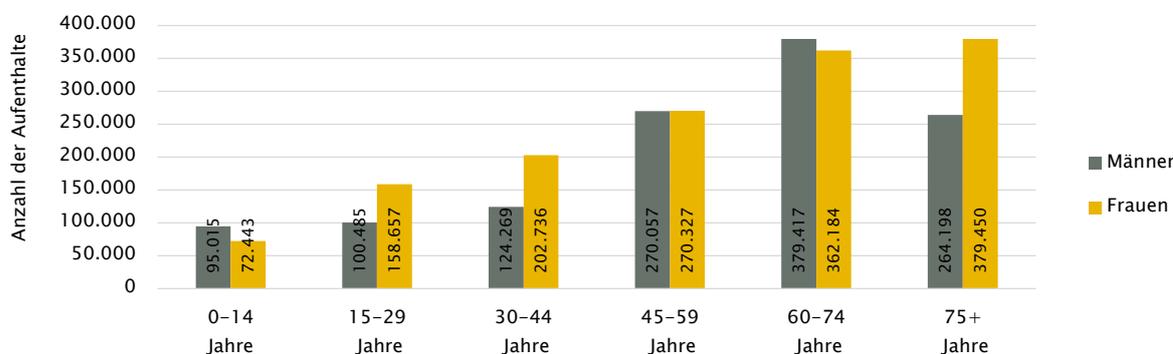
Erwartungsgemäß steigt die Anzahl akutstationärer Aufenthalte mit dem Alter: von rund 167.000 Aufenthalten bei 0- bis 14-Jährigen auf 644.000 Aufenthalte bei ab 75-Jährigen.

Die **weibliche Bevölkerung** wird **häufiger** akutstationär aufgenommen als die männliche, insbesondere im Alter von 15 bis 29 Jahren, 30 bis 44 Jahren und ab 75 Jahren (s. Abbildung 6.17).

22 Prozent der Aufenthalte (rund 590.000 Aufenthalte; 7.100 Aufenthalte pro 100.000 EW, BL-Bandbreite: 3.100–10.800) werden als **Null-Tage-Aufenthalte** (NTA) geführt.

Abbildung 6.17:

Stationäre Aufenthalte in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Alter und Geschlecht (zielbezogen), 2014



Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Seit 2005 ist die Anzahl akutstationärer Aufenthalte insgesamt um 7 Prozent **gestiegen**. Während bei den 0- bis 14-Jährigen die Anzahl akutstationärer Aufenthalte zwischen 2005 und 2014 abgenommen hat (-18 %), ist insbesondere bei den ab 60-Jährigen ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen (+18 %). Der **Anteil der NTA** hat im selben Zeitraum um 7 Prozent **zugenommen** (von 15 auf 22 %).

Vermeehrt finden akutstationäre Aufenthalte (2014; inkl. NTA) in den bettenstärksten Bereichen statt:

- Innere Medizin (rund 723.000 Aufenthalte)
- Chirurgie (rund 324.000 Aufenthalte)
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe (rund 216.000 Aufenthalte)
- Unfallchirurgie (rund 207.000 Aufenthalte).

Die **durchschnittliche Belagsdauer** je Spitalsaufenthalt betrug in österreichischen Akutkrankenanstalten im Jahr 2014 (im Sinne einer vollstationären Akutversorgung, d. h. exkl. NTA und Langzeitaufenthalte) 5,3 Tage (BL-Bandbreite: 4,9–5,6 Tage; für FKA 5,4 Tage, BL-Bandbreite: 5,0–5,7 Tage). Am längsten ist die durchschnittliche Belagsdauer (exkl. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie und Psychosomatik) in den Bereichen Remobilisation und Nachsorge (18,9 Tage) sowie in der Akutgeriatrie (15,3 Tage).

Seit 2005 hat die Belagsdauer in fast allen Bereichen **abgenommen**, insgesamt um durchschnittlich 0,4 Tage. Ein leichter Anstieg ist in der Intensivüberwachung und -betreuung (+4 %) und in der Akutgeriatrie (+2 %) zu beobachten (s. Tabelle 6.3).

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Mit zunehmender Bildung sinkt die Inanspruchnahme akutstationärer Leistungen: von 15 Prozent bei 30- bis 59-jährigen Österreicher/-innen mit maximal Pflichtschulabschluss auf 9 Prozent bei jenen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. Ein vergleichbarer Zusammenhang findet sich auch mit dem Haushaltseinkommen. Die Inanspruchnahme akutstationärer Leistungen sinkt demnach von 16 Prozent bei 30- bis 59-jährigen Österreicher/-innen aus dem obersten Einkommensquintil auf 10 Prozent bei jenen aus dem untersten Quintil. Zudem nimmt die männliche Bevölkerung ohne Migrationshintergrund häufiger akutstationäre Leistungen in Anspruch (innerhalb der letzten 12 Monate) als die männliche Bevölkerung mit Migrationshintergrund (15 % vs. 11 %).

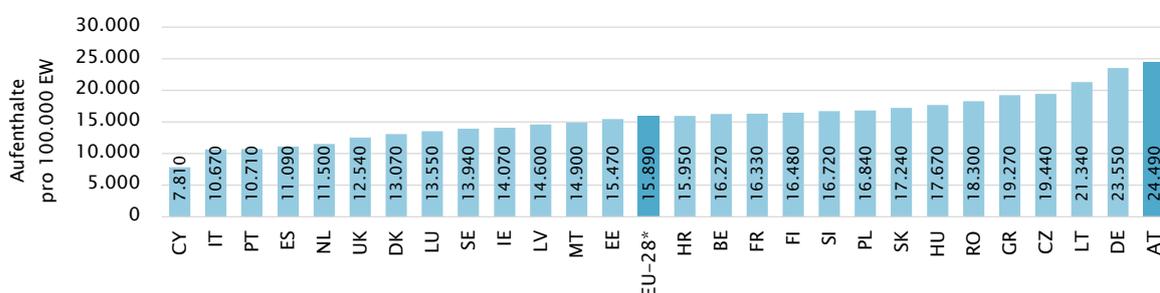
Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich (WHO Health for All Database) weist Österreich bei der **Häufigkeit akutstationärer Aufenthalte** pro 100.000 EW (exkl. NTA) den **höchsten Wert** auf (rund 24.500 Aufenthalte pro 100.000 EW; s. Abbildung 6.18) und liegt damit deutlich über dem EU-Durchschnitt (15.890; EU-28-Bandbreite exkl. Bulgarien: 7.810–24.490).

Bezüglich der **durchschnittlichen Belagsdauer** (exkl. NTA) liegt Österreich (6,5 Tage) im europäischen Durchschnitt (6,4 Tage; EU-Bandbreite: 5,2–7,6) und rangiert **im Mittelfeld** (s. Abbildung 6.19).

Abbildung 6.18:

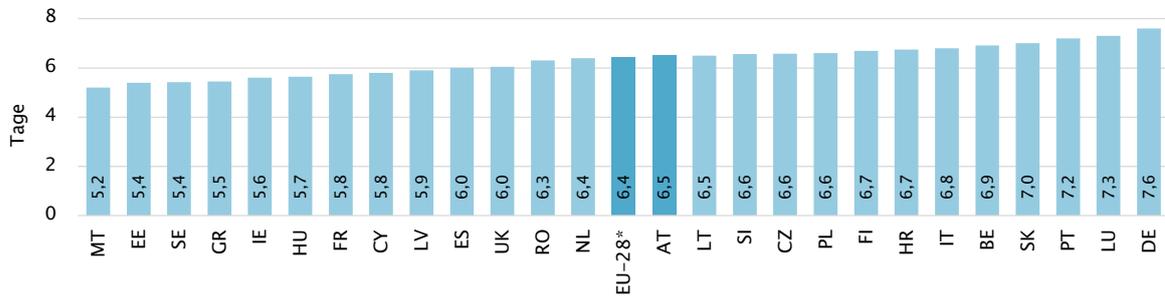
Akutbettendichte (exkl. Null-Tage-Aufenthalte) im EU-28-Vergleich*, 2014 (oder jüngstes verfügbares Jahr)



*exkl. Bulgarien

Quelle: WHO Health for All Database 2014 (Zugriff am 8. 3. 2017)
Darstellung: GÖG

Abbildung 6.19:
Durchschnittliche Belagsdauer (exkl. Null-Tage-Aufenthalte) im EU-28-Vergleich*, Mittelwerte, 2014
(oder jüngstes verfügbares Jahr)



*exkl. Bulgarien und Dänemark

Quelle: WHO Health for All Database 2014 (Zugriff am 8. 3. 2017)
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Null-Tage-Aufenthalte (NTA) beziehen sich auf jene stationär aufgenommenen Patientinnen/Patienten, deren Aufenthalt innerhalb eines Kalendertages abgeschlossen ist.

Die *durchschnittliche Belagsdauer* gibt die Anzahl der Belagstage pro stationären Aufenthalt an (exkl. NTA und Langzeitaufenthalte = 1–28 Tage).

Die *Wiederaufnahmerate* (inkl. NTA) gibt die Anzahl der Aufenthalte pro Patientin/Patient an. Die Anzahl der Patientinnen und Patienten wird dabei mit einem Patientenalgorithmus geschätzt (s. Punkt 6.4.2).

Die Daten der akutstationären Aufenthalte stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD) und beziehen sich auf stationäre Aufenthalte in österreichischen Akutkrankenanstalten (quellbezogen). Aufenthalte mit Unterbrechungen werden dabei nur einmal gezählt.

Die Angaben zu sozioökonomischen Faktoren werden auf Basis des ATHIS 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Sie beziehen sich auf Österreicher/-innen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

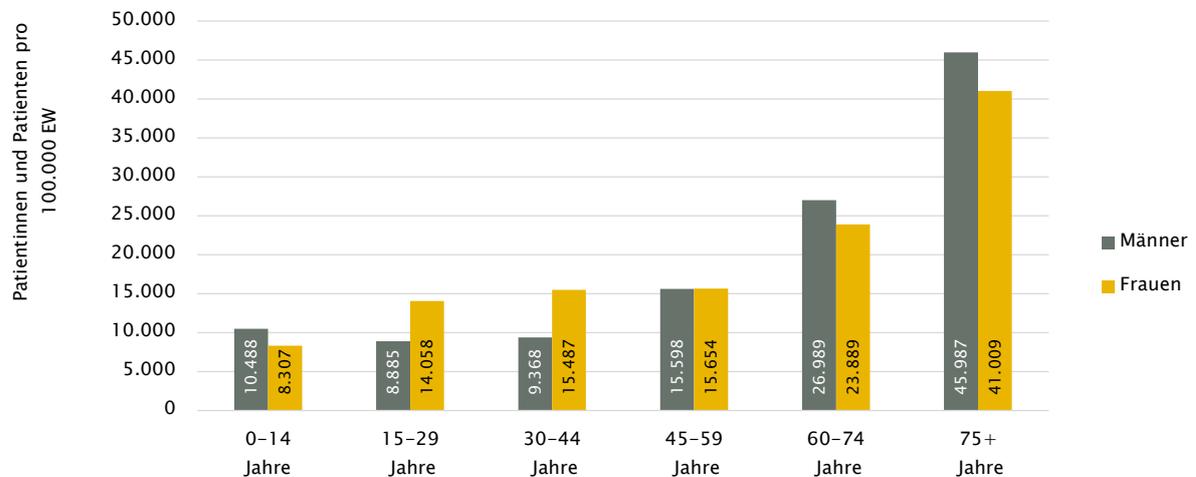
6.4.2 Österreichische Patientinnen und Patienten

Im Jahr 2014 wurden rund **1.442.000 Österreicher/-innen** in österreichischen Akutkrankenanstalten behandelt, im Durchschnitt 1,8-mal. Das entspricht einer altersstandardisierte Rate (Europa-Bevölkerung 2013) von rund 17.200 Patientinnen/Patienten pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 15.200–18.700). Mehrheitlich handelt es sich bei den Patientinnen/Patienten um Frauen (55 %) und um Personen 60 Jahre und älter (44 %).

Mit rund 17.700 Patientinnen pro 100.000 Einwohnerinnen ist die **altersstandardisierte Rate bei Österreicherinnen deutlich höher** als bei Österreichern (rund 16.800 Patienten pro 100.000 Einwohner). Nach Altersgruppen betrachtet, werden Frauen häufiger im Alter von 15 bis 44 Jahren, Männer häufiger im Alter von 0 bis 14 Jahren und ab 60 Jahren akutstationär behandelt. Die Wahrscheinlichkeit einer akutstationären Behandlung nimmt mit dem Alter zu, insbesondere bei ab 60-Jährigen (s. Abbildung 6.20).

Abbildung 6.20:

Österreichische Patientinnen/Patienten mit mindestens einem akutstationären Aufenthalt nach Alter und Geschlecht (quellbezogen), 2014



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Mehrheitlich wurde die österreichische Bevölkerung aufgrund nachstehender Diagnosen akutstationär versorgt (s. Tabelle 6.4):

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (2.500 Pat. pro 100.000 EW)
- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (2.400 Pat. pro 100.000 EW)
- Verletzungen und Vergiftungen (2.400 Pat. pro 100.000 EW)
- Krankheiten des Verdauungssystems (2.300 Pat. pro 100.000 EW)
- Krebserkrankungen (1.700 Pat. pro 100.000 EW)

Männer deutlich häufiger aufgrund von

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (2.900 Patienten vs. 2.100 Patientinnen pro 100.000 EW)
- Verletzungen und Vergiftungen (2.700 Patienten vs. 2.100 Patientinnen pro 100.000 EW)
- Krankheiten des Verdauungssystems (2.500 Patienten vs. 2.100 Patientinnen pro 100.000 EW)
- Atemwegserkrankungen (1.700 Patienten vs. 1.200 Patientinnen pro 100.000 EW)

Frauen deutlich häufiger aufgrund von

- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (2.600 Patientinnen vs. 2.200 Patienten pro 100.000 EW)
- Krankheiten des Urogenitalsystems (1.700 Patientinnen vs. 1.300 Patienten pro 100.000 EW)

Tabelle 6.4:

Österreichische Patientinnen und Patienten mit mindestens einem akutstationären Aufenthalt nach Hauptdiagnosegruppen*, 2014

Hauptdiagnosegruppen	Männer			Frauen		
	absolut	pro 100.000 EW**	Anteil an allen männlichen Pat. (in %)	absolut	pro 100.000 EW	Anteil an allen weiblichen Pat. (in %)
HKE	103.079	2.876	16	99.385	2.120	13
ORT	88.612	2.226	14	118.330	2.636	15
VV	107.219	2.691	16	97.079	2.125	12
VER	100.001	2.549	15	93.547	2.090	12
BN	63.897	1.736	10	72.396	1.606	9
URO	49.300	1.319	8	78.459	1.734	10
PUL	62.480	1.679	10	53.110	1.200	7
AUG	45.360	1.287	7	61.584	1.348	8
GEB	–	–	–	95.317	2.184	12
NEU	45.228	1.165	7	43.067	956	5
SON	129.260	3.365	20	150.865	3.395	19

absteigend nach der altersstandardisierten Gesamthäufigkeit pro 100.000 EW sortiert (ausgenommen sonstige Erkrankungen)

*exkl. F00–F99: psychische und Verhaltensstörungen (s. Punkt 6.10.2)

**altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

ICD-10-Codes:

BN: C00–D48 Neubildungen; NEU: G00–G99 Krankheiten des Nervensystems; AUG: H00–H59 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde; HKE: I00–I99 Krankheiten des Kreislaufsystems; PUL: J00–J99 Krankheiten des Atmungssystems; VER: K00–K93 Krankheiten des Verdauungssystems; ORT: M00–M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes; URO: N00–N99 Krankheiten des Urogenitalsystems; GEB: O00–O99 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (nur bei Frauen); VV: S00–T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2005 und 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die altersstandardisierte Rate österreichischer Patientinnen und Patienten mit mindestens einem akutstationären Aufenthalt hat **seit 2005** um rund 6 Prozent **abgenommen**. Besonders stark ist der Rückgang bei Patientinnen/Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen (–17 %) und mit Atemwegserkrankungen (–16 %). Stark zugenommen hat hingegen die Zahl der Patientinnen/Patienten mit Augenerkrankungen (+26 %). Dies gilt für Männer wie für Frauen (s. Abbildung 6.21).

Abbildung 6.21:
Österreichische Patientinnen und Patienten mit mindestens einem akutstationären Aufenthalt nach Hauptdiagnosegruppen*, 2005–2014



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

*exkl. F00–F99: psychische und Verhaltensstörungen (s. Punkt 6.10.2)

ICD-10-Codes:

BN: C00–D48 Neubildungen; NEU: G00–G99 Krankheiten des Nervensystems; AUG: H00–H59 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde; HKE: I00–I99 Krankheiten des Kreislaufsystems; PUL: J00–J99 Krankheiten des Atmungssystems; VER: K00–K93 Krankheiten des Verdauungssystems; ORT: M00–M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes; URO: N00–N99 Krankheiten des Urogenitalsystems; GEB: O00–O99 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (nur bei Frauen); VV: S00–T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2005 und 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Daten zur *Patientenhäufigkeit* entstammen der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und beziehen sich auf alle Österreicher/-innen, die in einer österreichischen Akutkrankenanstalt aufgenommen wurden (quellbezogen). Ihre Schätzung beruht (da ihre Zahl bisher nicht direkt ermittelbar war) auf einem Algorithmus, der Personen mit der gleichen Wohnpostleitzahl, demselben Geschlecht und Geburtsdatum als identisch bewertet. Diesbezügliche Unschärfen ergeben sich durch die Existenz von Personen mit gleichem Geschlecht, Geburtsdatum und Wohnort (Unterschätzung der Patientenzahl) oder durch Wohnortwechsel (Überschätzung der Patientenzahl). Unter akutstationären Patientinnen/Patienten werden jene Personen zusammengefasst, die innerhalb eines Kalenderjahres in einer Fondsrankenanstalt, einem Unfallkrankenhaus oder einem Sanatorium aufgenommen wurden.

6.5 Medizinisch-technische Großgeräte

In Österreich sind im Jahr 2014 252 CT-Geräte vorhanden, davon 159 in Akutkrankenanstalten (exkl. 18 Funktionsgeräte) und 93 im extramuralen Bereich. In der Gerätekategorie MR werden insgesamt 173 Geräte vorgehalten, davon 89 in Akutkrankenanstalten und 84 im extramuralen Bereich (exkl. 3 Funktionsgeräte, exkl. 15 MR < 1 Tesla). Darüber hinaus stehen 49 COR-Anlagen zur Verfügung: 46 in Akutkrankenanstalten, 1 in einem Rehabilitationszentrum (RZ), 2 im extramuralen Bereich. Als weitere Großgeräte (GG) sind in Österreich 42 STR-Geräte (inkl. 1 Gammaknife; alle in Akut-KA), 99 ECT (72 in Akut-KA, 4 in RZ, 23 im extramuralen Bereich) und 19 PET (17 in Akut-KA, 2 im extramuralen Bereich) eingerichtet (Tabelle 6.5).

Tabelle 6.5:
Medizinisch-technische Großgeräte in Österreich, 2014

	Akut-KA	RZ	extramural	Gesamt	EW pro GG (in 1.000)	GG pro 1.000.000 EW
CT	159	–	93	252	33,8	29,6
MR	89	–	84	173	49,2	20,3
ECT	72	4	23	99	85,9	11,6
COR	46	1	2	49	173,6	5,8
STR	42	–	–	42	202,6	4,9
PET	17	–	2	19	447,8	2,2

RZ = Rehabilitationszentrum; GG = medizinisch-technisches Großgerät; EW = Einwohner/-innen

CT = Computertomografie; MR = Magnetresonanztomografie; ECT = Emissionscomputertomografiegeräte (inkl. ECT-CT);

COR = Herzkatheterarbeitsplätze; STR = Strahlentherapiegeräte; PET = Positronenemissionscomputertomografie (inkl. PET-CT)

Quelle: KDok 2014; Angaben der SV-Träger;
Erhebungen, Berechnungen und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Gemessen an den Einwohnerinnen/Einwohnern pro Großgerät (Eurostat; Zugriff: 8. 3. 2017), liegt Österreich bei

- **CT-Geräten** (im Vergleich mit 22 anderen EU-Ländern) **im oberen Feld** (siebtgeringster Wert; EU-Bandbreite: 26.500–124.500 EW pro CT-Gerät)

- **MR-Geräten** (im Vergleich mit 23 anderen EU-Ländern) **im oberen Feld** (sechstgeringster Wert; EU-Bandbreite: 23.800–329.800 EW pro MR-Gerät)
- **ECT-Geräten** (im Vergleich mit 21 anderen EU-Ländern) **im oberen Feld** (viertgeringster Wert; EU-Bandbreite: 69.500–452.500 EW pro MR-Gerät)
- **STR** (im Vergleich mit 21 anderen EU-Ländern) **im unteren Feld** (achthöchster Wert; EU-Bandbreite: 75.200–4.223.500 EW pro STR)
- **PET** (im Vergleich mit 20 anderen EU-Ländern) **im oberen Feld** (sechstgeringster Wert; EU-Bandbreite: 165.100–3.981.800 EW pro PET)

Da die Meldequalität in den einzelnen Ländern äußerst unterschiedlich ist, sind Rückschlüsse bezüglich einer über- bzw. unterdurchschnittlichen Versorgung allerdings nur eingeschränkt möglich.

Definitionen und Daten

Medizinisch-technische Großgeräte sollen in jenen Krankenanstalten eingerichtet werden, die sie zur Bewältigung der medizinischen Anforderungen benötigen. Zudem sind bei der Standortplanung die Versorgungswirksamkeit des extramuralen Sektors sowie Kooperationspotenziale zwischen dem intra- und dem extramuralen Bereich zu berücksichtigen. Die Bevölkerung soll regional möglichst gleichmäßig versorgt werden. Die Angaben zu den Großgeräten entstammen der Krankenanstalten-dokumentation des BMGF bzw. einer GÖG-eigenen Erhebung über Großgeräte im extramuralen Bereich.

6.6 Stationäre Rehabilitation

Der österreichischen Bevölkerung standen im Jahr 2014 **78 stationäre Reha-Einrichtungen** zur Verfügung.

Reha-Betten

In diesen Reha-Einrichtungen werden rund **10.000 Reha-Betten** (tatsächliche Betten) vorgehalten. Das entspricht einer Reha-Bettendichte von 120 Betten pro 100.000 EW.

In Tabelle 6.8 werden die systemisierten (d. h. behördlich genehmigten) Betten, die Bettenäquivalente sowie stationäre Aufenthalte in österreichischen Reha-Zentren für die Jahre 2012 und 2014 ausgewiesen. Seit 2012 haben sich die Bettenäquivalente in fast allen Reha-Indikationsgruppen erhöht (s. Tabelle 6.6).

Tabelle 6.6:
Systemisierte Betten, Bettenäquivalente und stationäre Aufenthalte in österreichischen Reha-Einrichtungen nach Indikationsgruppen*, 2012 und 2014

Indikationsgruppen	systemisierte Betten 2014	Bettenäquivalente			Aufenthalte (zielbezogen)			
		Ist-Stand 2012	Ist-Stand 2014	2012–2014 in %	2012	2014	2012–2014 absolut und in %	
Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR)	3.738	2.981	3.257	+9	absolut	47.057	51.470	4.413
					pro 100.000 EW**	703	755	7 %
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE)	1.520	1.479	1.500	+1	absolut	20.375	20.701	326
					pro 100.000 EW	304	304	0 %
Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen (UCNC)	718	1.308	1.400	+7	absolut	16.489	17.709	1.220
					pro 100.000 EW	246	260	5 %
Zentrales und peripheres Nervensystem (NEU)	1.660	1.299	1.409	+8	absolut	14.263	15.555	1.292
					pro 100.000 EW	213	228	7 %
Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV)	623	498	484	–3	absolut	7.951	7.741	–210
					pro 100.000 EW	119	114	–4 %
Atmungsorgane (PUL)	439	368	367	0	absolut	5.605	5.665	60
					pro 100.000 EW	84	83	–1
Onkologie (ONK)	525	215	333	+55	absolut	3.392	5.258	1.866
					pro 100.000 EW	51	77	52 %
sonstige Krankheiten (SON)	115	152	166	+9	absolut	2.155	2.275	120
					pro 100.000 EW	32	33	4 %
Lymphologie (LYMPH)	–	87	90	+3	absolut	1.373	1.451	78
					pro 100.000 EW**	21	21	4 %

absteigend sortiert nach der Häufigkeit stationärer Aufenthalte 2014

* exkl. psychiatrischer Rehabilitation (s. Punkt 6.10.2.4)

** rohe Rate: Aufenthalte pro 100.000 EW

Quellen: BMGF – Krankenanstaltenstatistik 2012 und 2014
BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2012 und 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Stationäre Reha-Aufenthalte von Erwachsenen

Im Jahr 2014 wurden in Österreich rund **134.000 stationäre Reha-Aufenthalte** bei über 19-Jährigen dokumentiert (Mindestdauer 8 Tage). Davon entfallen

- 50 Prozent auf Frauen,
- 72 Prozent auf Personen zwischen 45 und 74 Jahren.

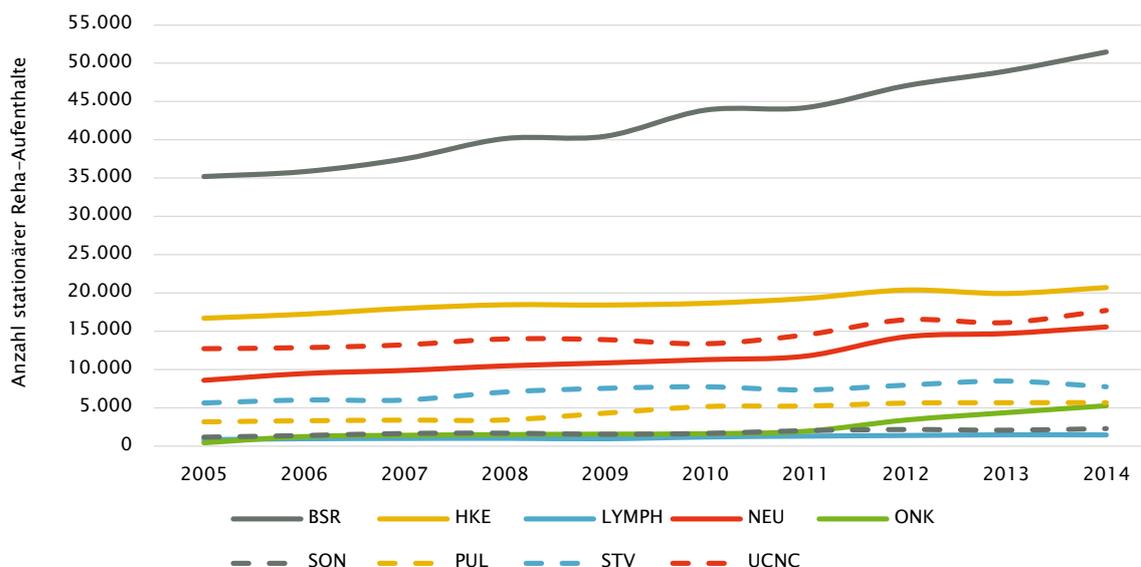
Die häufigste Ursache für einen stationären Reha-Aufenthalt sind Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats (rund 51.000 Aufenthalte; 38 % aller Reha-Aufenthalte), gefolgt von Krankheiten des

Herz-Kreislauf-Systems (rund 20.100 Aufenthalte; 15 %) sowie von Zuständen nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen (rund 16.000 Aufenthalte; 12 %).

Seit 2005 ist die Anzahl stationärer Reha-Aufenthalte **gestiegen**. Dies gilt für alle Indikationsgruppen (s. Abbildung 6.22 sowie Punkt 6.10.2.7). Die Reha-Aufenthalte haben insgesamt um 58 Prozent zugenommen.

Abbildung 6.22:

Stationäre Reha-Aufenthalte in österreichischen Rehabilitationszentren nach Indikationsgruppe (zielbezogen; Minstdauer 8 Tage)*, 2005–2014



*exkl. psychiatrischer Rehabilitation (s. Punkt 6.10.2)

BSR = Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie; HKE = Herz-Kreislauf-Erkrankungen; NEU = zentrales und peripheres Nervensystem; PUL = Atmungsorgane; SON = sonstige Krankheiten; STV = Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat; UCNC = Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen; ONK = Onkologie; LYMPH = Lymphologie

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Patientinnen und Patienten

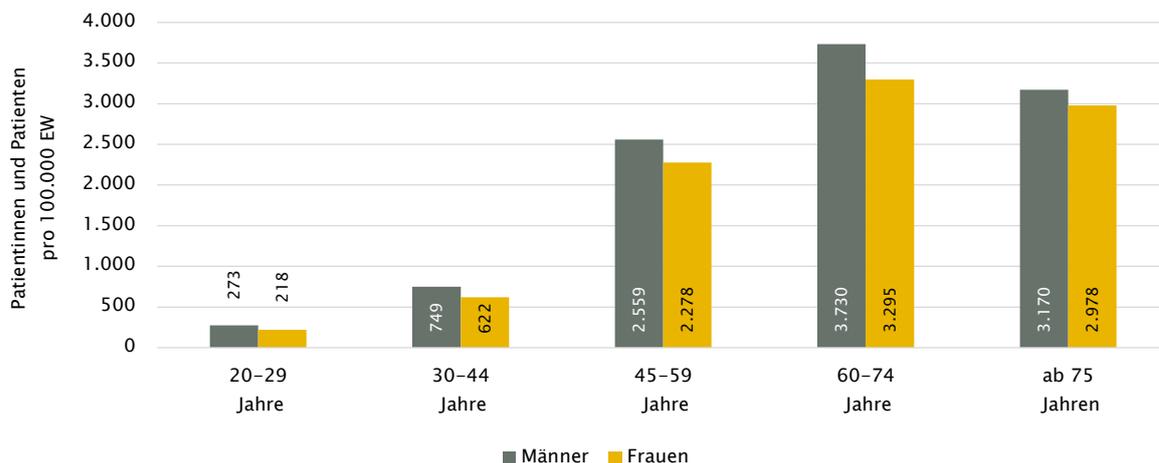
Im Jahr 2014 haben etwa **128.200 Österreicher/-innen** (20 Jahre und älter) eine Rehabilitation (Minstdauer 8 Tage) in Anspruch genommen (1.900 Patientinnen/Patienten pro 100.000 EW¹⁷; BL-Bandbreite: 1.000–2.200). Davon waren

- 50 Prozent Frauen und
- 73 Prozent Personen zwischen 45 und 74 Jahren.

17 altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Insgesamt betrachtet, treten Österreicher häufiger eine stationäre Rehabilitation an als Österreicherinnen (2.100 vs. 1.800 pro 100.000 EW¹⁸), ältere Österreicher/-innen häufiger als jüngere (s. Abbildung 6.23).

Abbildung 6.23:
Österreichische Patientinnen und Patienten in stationären Reha-Einrichtungen nach Alter und Geschlecht, 2014



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013; quellbezogen

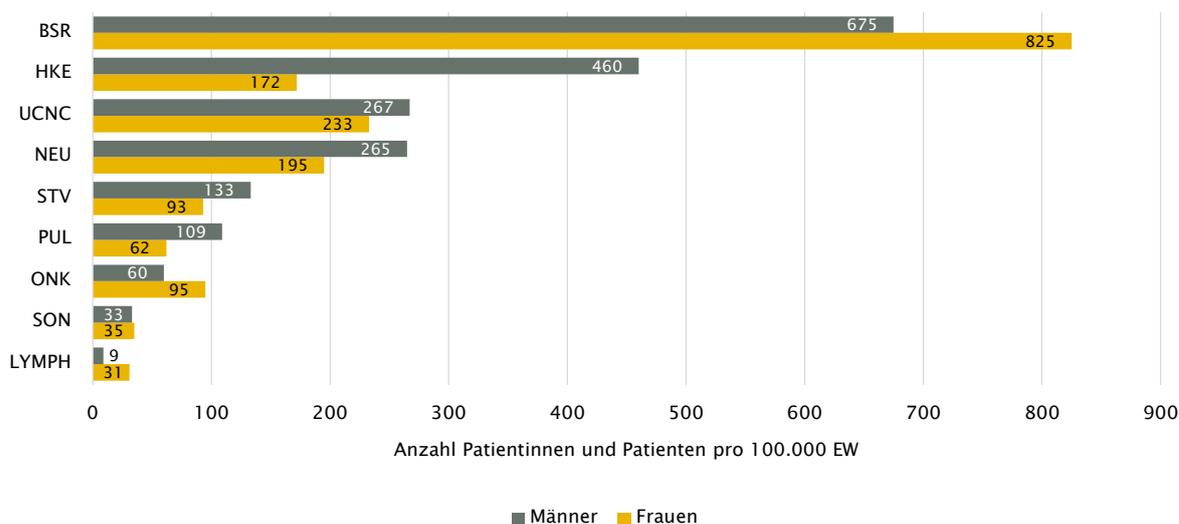
Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Bei beiden Geschlechtern sind Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats der häufigste Grund für eine stationäre Rehabilitation.

Während die weibliche Bevölkerung häufiger aufgrund von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats eine Rehabilitation erhält sowie häufiger eine onkologische sowie lymphologische Reha in Anspruch nimmt, unterzieht sich die männliche Bevölkerung häufiger aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems und aufgrund von Krankheiten des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparats einer Reha (s. Abbildung 6.24).

18 altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Abbildung 6.24:
Österreichische Patientinnen und Patienten (20 Jahre und älter) in stationären Reha-Einrichtungen nach Indikationsgruppen* und Geschlecht, 2014



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013; *exkl. psychiatrischer Rehabilitation (s. Punkt 6.10.2.5)
BSR = Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie; HKE = Herz-Kreislauf-Erkrankungen; NEU = zentrales und peripheres Nervensystem; PUL = Atmungsorgane; SON = sonstige Krankheiten; STV = Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat; UCNC = Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen; ONK = Onkologie; LYMPH = Lymphologie

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die *Indikationsgruppe* beschreibt die Krankheitsgruppe, aufgrund deren sich der Patient / die Patientin in Rehabilitation befindet. Eine genaue Beschreibung der Indikationsgruppen findet sich im Reha-Plan 2012 (Reiter et al. 2012). Seit 2012 wird die onkologische Rehabilitation als eigene Rehabilitationsindikationsgruppe geführt und nicht mehr organbezogen in die anderen Indikationsgruppen inkludiert.

Die *systemisierte Bettenzahl* gibt die Anzahl der behördlich bewilligten Betten an. *Bettenäquivalente* beschreiben die Bettenanzahl, die unter der Prämisse einer Auslastung von 95 Prozent erforderlich ist, um das tatsächliche Aufkommen abdecken zu können.

Die Zuordnung der Betten zu den Reha-Indikationsgruppen BSR, NEU und UCNC wird voraussichtlich im Reha-Plan 2016 gemeinsam mit Expertinnen und Experten neu beurteilt werden. Dadurch werden sich zum Teil erhebliche Abweichungen in den Mengengerüsten der entsprechenden Indikationsgruppen im Vergleich zu diesem Bericht und zum Reha-Plan 2012 ergeben.

Die Bettenzahldaten wurden der Krankenanstaltenstatistik des BMGF entnommen. Die Aufenthalte stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten. Die Angaben zu den Aufenthalten sind zielbezogen und beziehen sich auf alle erwachsenen Patientinnen und Patienten (20 Jahre oder älter), die einen Aufenthalt von mehr als 7 Tagen in einem österreichischen Rehabilitationszentrum hatten.

Angaben zu den Reha-Patientinnen/-Patienten (quellbezogen; 20 Jahre oder älter) beruhen auf einer Schätzung, da ihre Zahl nicht direkt ermittelbar ist. Der dafür verwendete Algorithmus geht davon

aus, dass Personen mit der gleichen Wohnpostleitzahl, gleichem Geschlecht und Geburtsdatum identisch sind. Unschärfen ergeben sich diesbezüglich durch die Existenz von Personen mit gleichem Geschlecht, Geburtsdatum und Wohnort (Unterschätzung der Patientenzahl) oder durch Wohnortwechsel (Überschätzung der Patientenzahl).

6.7 Langzeitpflege und -betreuung

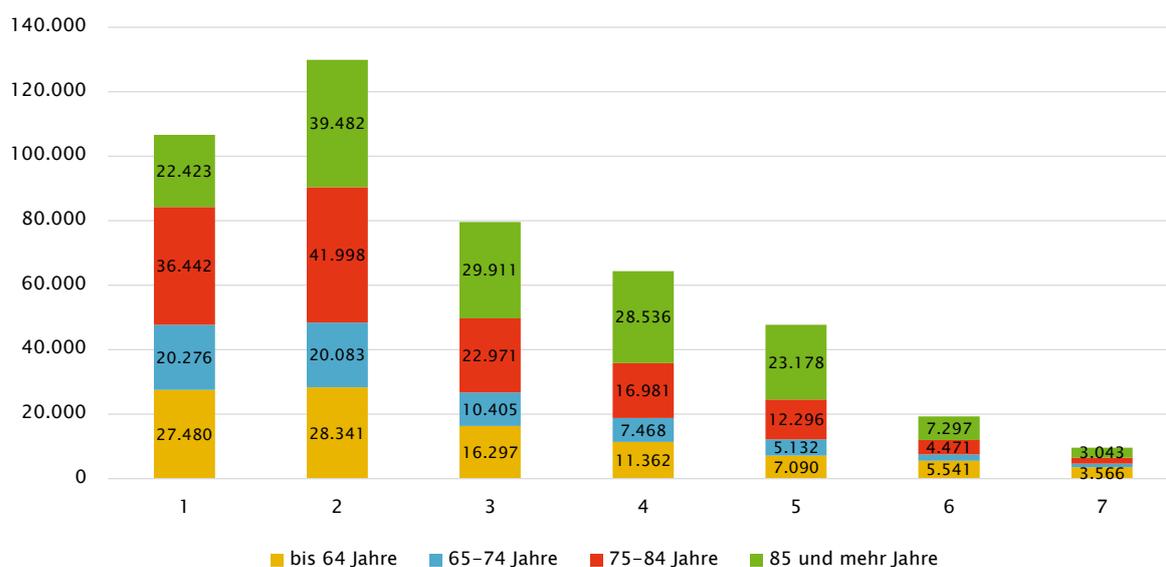
6.7.1 Pflegegeldbezieher/-innen

Aufgrund der demografischen Entwicklung muss in Zukunft von einer steigenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen ausgegangen werden. Zur Anzahl von pflege- und betreuungsbedürftigen Personen kann in Österreich als Orientierungsgröße die Anzahl der Pflegegeldbezieher/-innen herangezogen werden.

Mit Stand Dezember 2014 erhielten in Österreich rund 455.000 Menschen Pflegegeld, weitere 2.300 Menschen leben im Ausland und bezogen Pflegegeld. Insgesamt waren somit rund 457.000 Personen anspruchsberechtigt, das entspricht einem Bevölkerungsanteil von 5,3 Prozent (BL-Bandbreite: 4-7 %). Zum Vergleich: Im Jahr 2012 waren es rund 444.000 Personen.

Abbildung 6.25:

Pflegegeldbezieher/-innen in Österreich nach Pflegegeldstufen und Altersgruppen, 2014



Die Daten beziehen sich auf anspruchsberechtigte Personen im Auszahlungsmonat Dezember 2014

Quelle: Hauptverband – Pflegegeldstatistik 2014
Darstellung: GÖG

Mehr als die Hälfte der österreichischen Pflegegeldbezieher/-innen (52 Prozent) haben Anspruch auf Pflegegeld der Stufen 1 und 2, 48 Prozent haben Anspruch auf die Stufen 3 bis 7 (s. Abbildung 6.25).

Die Mehrheit der Österreicherinnen und Österreicher, die Pflegegeld beziehen, sind 65 Jahre und älter (78 %):

- 14 Prozent sind zwischen 65 und 74 Jahren,
- 30 Prozent sind zwischen 75 und 84 Jahren und
- 34 Prozent sind 85 Jahre und älter (s. Abbildung 6.25).

65 Prozent der Pflegegeldbezieher/-innen sind weiblich, 35 Prozent männlich. Während sich zwischen Männern und Frauen keine wesentlichen Unterschiede bei der Verteilung auf Pflegegeldstufen zeigen, sind Frauen, die Pflegegeld beziehen, eher älter: 40 Prozent der Pflegegeldbezieherinnen sind 85 Jahre und älter, hingegen nur 22 Prozent der Pflegegeldbezieher.

Definitionen und Daten

Pflegegeld kann bezogen werden, wenn ständiger Betreuungs- und Hilfsbedarf wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung bzw. einer Sinnesbehinderung vorliegt, die voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird. Die Höhe des Pflegegeldes wird – je nach Ausmaß des erforderlichen Pflegebedarfs und unabhängig von der Ursache der Pflegebedürftigkeit – in sieben Stufen festgelegt. Erforderlich ist ein Pflegebedarf von mehr als 65 Stunden pro Monat. Die Anzahl der Stunden des monatlichen Pflegebedarfs wird im Rahmen einer Begutachtung durch eine Ärztin / einen Arzt oder eine Pflegefachkraft festgelegt. Die Daten sind der Pflegegeldstatistik 2014 des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger entnommen und beziehen sich auf die anspruchsberechtigten Personen im Auszahlungsmonat Dezember 2014.

6.7.2 Formelle Angebote

Zur Unterstützung der Betreuung und Pflege zu Hause werden in Österreich mobile Dienste (Hauskrankenpflege, Heimhilfe), stationäre Dienste (Pflegeheime), teilstationäre Dienste (Tagesstätten), Kurzzeitpflege und alternative Wohnformen angeboten und in der Pflegedienstleistungsstatistik österreichweit erfasst. Allerdings sind in der Pflegedienstleistungsstatistik die Daten für teilstationäre Dienste, Kurzzeitpflege und alternative Wohnformen nicht für alle Bundesländer vergleichbar erfasst. Aussagen für Gesamtösterreich sind daher nicht möglich. Zudem gibt es in den Bundesländern Dienstleistungen, die ebenfalls nicht österreichweit erfasst und vergleichbar dargestellt werden können. Im Folgenden werden daher nur die Angebotsformen mobile Dienste und stationäre Dienste näher beschrieben.

Zur besseren Vergleichbarkeit werden die Leistungen bzw. die Anzahl der betreuten Personen zur Anzahl der ab 60-jährigen EW in Bezug gesetzt. Sie sind die primäre Zielgruppe dieser Angebote.

Definitionen und Daten

Die Daten basieren auf den Angaben der Länder zur Pflegedienstleistungsstatistik und umfassen zwei der in § 3 Abs. 1 Pflegefondsgesetz (PFG) aufgelisteten sechs Dienstleistungsbereiche der Länder und Gemeinden in der Langzeitpflege, soweit deren (Mit-)Finanzierung aus Mitteln der Sozialhilfe/Mindestsicherung bzw. sonstigen öffentlichen Mitteln erfolgt (mobile und stationäre Dienste); Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung sind hier nicht erfasst, außerdem sind Selbstzahler/-innen nicht in den Daten enthalten.

In Österreich wurden im Jahr 2014 im Bereich der mobilen Dienste rund 16 Mio. Leistungsstunden erbracht. Das sind rund 7.800 Stunden pro 1.000 EW im Alter von 60 oder mehr Jahren (BL-Bandbreite: 3.571–14.654 Stunden pro 1.000 EW).

In stationären Einrichtungen stehen rund 65.600 Plätze zur Verfügung. Das sind rund 32 Plätze pro 1.000 EW im Alter von 60 oder mehr Jahren (BL-Bandbreite: 22–46 Plätze pro 1.000 EW).

Insgesamt sind die Leistungsstunden und Plätze der einzelnen Angebote von 2011 bis 2014 gestiegen, wobei der Anstieg bei den mobilen Diensten mit rund 5 Prozent moderat ausfällt. Die Plätze im stationären Bereich sind um 7 Prozent gestiegen. Mit dem Ausbau wird der Anstieg der Bevölkerung ab 60 Jahren abgefangen. Auch gemessen an der Einwohnerzahl steigt in allen Bereichen das Versorgungsangebot nur leicht (s. Tabelle 6.7).

Tabelle 6.7:
Pflege- und Betreuungsangebote in Österreich, 2011 und 2014

	Anzahl der erbrachten Leistungsstunden bzw. der verfügbaren Plätze		Leistungsstunden/Plätze pro 1.000 EW im Alter von 60 Jahren oder älter	
	2011	2014	2011	2014
mobile Dienste (Leistungsstunden) ¹	15.292.744	16.087.013	7.743	7.817
stationäre Angebote (Plätze) ²	60.866	65.605	31	32

¹ Leistungsstunden für das gesamte Jahr 2014 bzw. 2011

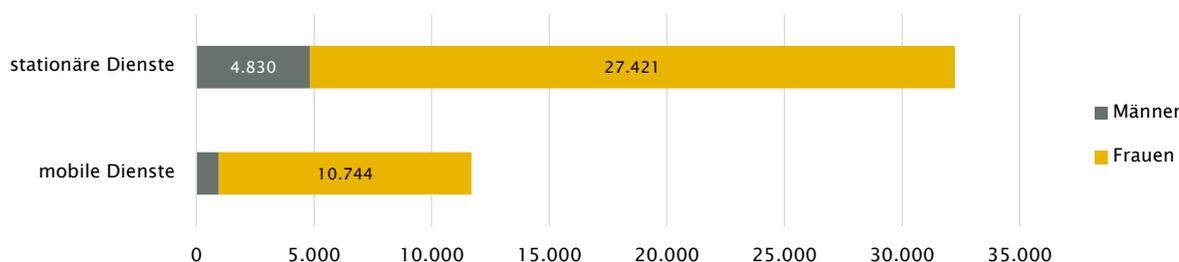
² Plätze per 31. 12. 2014 bzw. per 31. 12. 2011

Quelle: Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG

Pflege- und Betreuungspersonen

Insgesamt sind bei den angeführten Angeboten rund 61.400 Personen bzw. 44.000 Vollzeitäquivalente mit der Betreuung und Pflege von Menschen beschäftigt, die meisten davon im stationären Bereich.

Abbildung 6.26:
Pflege- und Betreuungspersonen: Vollzeitäquivalente nach Angeboten und Geschlecht in Österreich, 2014



Quelle: Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik
Darstellung: GÖG

Die Mehrzahl der Pflege- und Betreuungspersonen ist weiblich, über die Gesamtheit aller Dienste hinweg 87 Prozent. Mit rund 15 Prozent ist der Anteil der männlichen Vollzeitäquivalente bei den stationären Diensten am höchsten.

Die Betreuung zu Hause wird auch durch 24-Stunden-Personenbetreuer/-innen unterstützt. In Österreich hatten zum Stand 31. 12. 2014 rund 69.600 Personenbetreuer/-innen eine aktive Gewerbeberechtigung, rund 50.600 davon sind aktiv tätig (Wirtschaftskammer Österreich 2016).

Definitionen und Daten

Im Jahr 2007 wurden die Rahmenbedingungen für eine qualitätsgesicherte 24-Stunden-Betreuung auf legaler Basis geschaffen (§ 159 Gewerbeordnung, §§ 3b, 15 Abs. 7 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, § 50 b Ärztegesetz). Gleichzeitig entwickelte das Sozialministerium auch ein entsprechendes Fördermodell. Als Voraussetzungen für die Förderung gelten unter anderem: Anspruch auf Pflegegeld zumindest der Stufe 3 und eine Einkommensgrenze von 2.500 Euro netto, die nicht überschritten werden darf (erhöht sich für jede[n] unterhaltsberechtigten Angehörigen). Des Weiteren muss die Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung nachgewiesen werden. Die Betreuungskraft muss eine Pflichtversicherung abgeschlossen haben und bestimmte Qualitätserfordernisse erfüllen. Die Anzahl der Personenbetreuerinnen mit Gewerbeberechtigung wird in der Wirtschaftskammer Österreich erfasst. Daten hinsichtlich der Anzahl jener Menschen, die eine Förderung erhalten, werden im Sozialministerium dokumentiert.

Betreute Personen

Im 2014 wurden von den Trägereinrichtungen der stationären und mobilen Dienste rund 214.600 Personen betreut (10,5 % aller EW im Alter von 60 oder mehr Jahren). Zur Anzahl von Personen mit 24-Stunden-Betreuung gibt es keine Informationen. Allerdings haben im Jahr 2014 19.300 Österreicherinnen und Österreicher eine diesbezügliche Förderleistung des Sozialministeriumservice in Anspruch genommen (Bundesministerium für Arbeit 2015).

Tabelle 6.8:

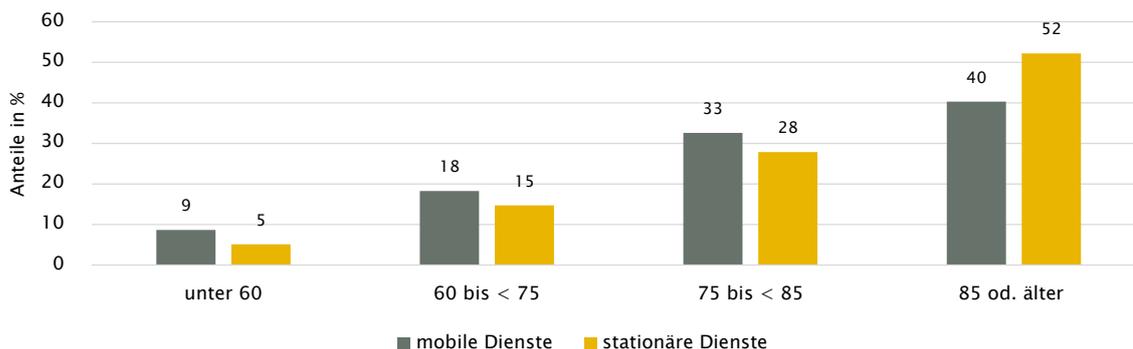
Betreute Personen in Österreich nach Angeboten, 2011 und 2014

	betreute Personen					
	absolut		Anteil Pflegegeldbezieher/-innen in %		Anteil an den EW 60+ in %	
	2011	2014	2011	2014	2011	2014
mobile Dienste	123.430	140.774	28,1	30,8	6,3	6,9
stationäre Angebote	72.297	73.840	16,5	16,2	3,7	3,6

Quelle: Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Mehrheit der Personen wird mobil betreut, und zwar rund 31 Prozent aller Pflegegeldbezieher/-innen (BL-Bandbreite: 27–35 %) bzw. 7 Prozent der Einwohner/-innen ab 60 Jahren (BL-Bandbreite: 6–8 %). Die Anzahl der mobil betreuten Personen ist von 2011 auf 2014 um rund 14 Prozent gestiegen. Um rund 2 Prozent angestiegen ist die Anzahl der in stationären Einrichtungen gepflegten/betreuten Personen. Stationär wurden im Jahr 2014 insgesamt rund 73.800 Menschen betreut. Das sind rund 16 Prozent aller Pflegegeldbezieher/-innen (BL-Bandbreite: 12–20 %) bzw. 3,6 Prozent der Menschen ab 60 Jahren (BL-Bandbreite: 3–5 %).

Abbildung 6.27:
Betreute Österreicher/-innen in einzelnen Diensten nach Altersgruppen, 2014

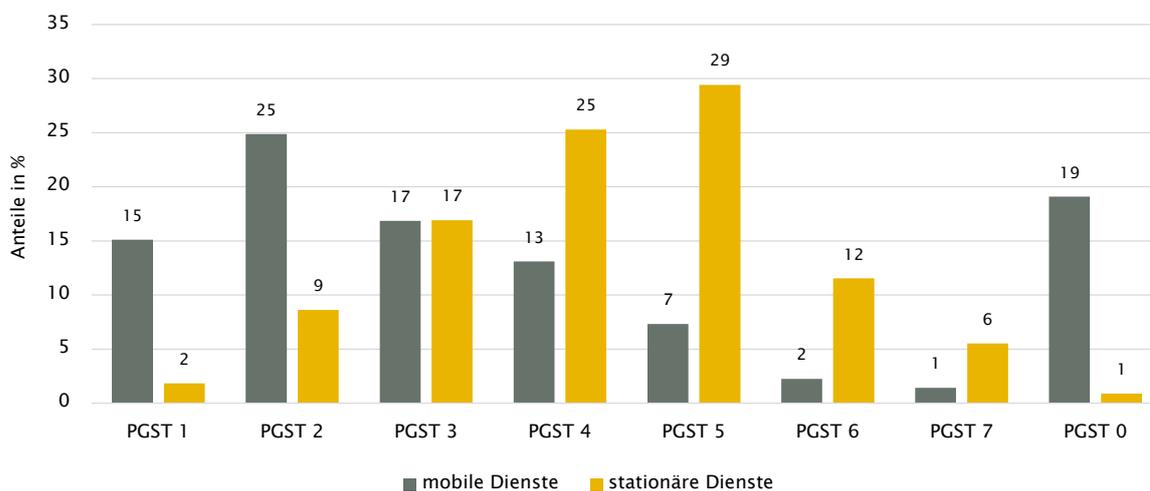


Quelle: Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG

Rund 93 Prozent aller betreuten Personen sind 60 Jahre und älter. Mehr als drei Viertel sind über 75 Jahre alt, 45 Prozent über 85 Jahre alt. Es zeigen sich allerdings Unterschiede zwischen den Angeboten: bei den mobilen Diensten sind 73 Prozent aller Personen 75 Jahre und älter, bei den stationären Angeboten sind dies 80 Prozent (s. Abbildung 6.27).

Von mobilen Diensten werden 40 Prozent mit Pflegegeldstufe 1 und 2 betreut, in den stationären Einrichtungen ist der Anteil der Menschen mit Pflegegeldstufe 4 bzw. 5 am höchsten (s. Abbildung 6.28).

Abbildung 6.28:
Betreute Österreicher/-innen in einzelnen Diensten nach Pflegegeldstufe, 2014



PGST = Pflegegeldstufe

Pflegegeldstufe 0 umfasst jene Personen, bei welchen die Pflegegeldstufe (noch) nicht bekannt ist, weil die Ein- bzw. Umstufung noch nicht erfolgt ist oder weil sie kein Pflegegeld erhalten.

Quelle: Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG

6.7.3 Informelle Pflege- und Betreuungsleistungen

18 Prozent der Österreicher/-innen haben 2014 – laut ATHIS – mindestens einmal pro Woche eine oder mehrere Personen mit altersbedingten Problemen, chronischer Erkrankung oder einem Gebrechen gepflegt/unterstützt (rund 1,28 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 14–23 %). In 81 Prozent der Fälle handelt es sich bei den betreuten/unterstützten Personen um Familienmitglieder.

Mehrheitlich werden die Pflege- und Unterstützungsleistungen von Frauen (56 %) erbracht; durch Personen im Alter von 30 bis 59 Jahren (58 %), erwerbstätigen Personen (53 %; davon 72 % vollzeitbeschäftigt) und Pensionistinnen/Pensionisten (28 %). 23 Prozent versorgen zudem Kinder im Alter von 0 bis 15 Jahren (10 % zwei oder mehr Kinder). 40 Prozent sind selbst chronisch krank oder weisen ein dauerhaftes Gesundheitsproblem auf. 36 Prozent sind selbst aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt (6 % stark eingeschränkt). 20 Prozent schätzen ihre Lebensqualität als mittelmäßig bis sehr schlecht ein.

70 Prozent pflegen bzw. unterstützen Familienmitglieder oder andere Personen **bis zu 10 Stunden pro Woche**, 15 Prozent im Ausmaß von 10 bis 20 Stunden, 15 Prozent im Ausmaß von 20 oder mehr Stunden. Im Ausmaß mindestens eines Halbtagsjobs engagieren sich vor allem Frauen (65 %) für Familienangehörige und andere Personen. 43 Prozent sind in Pension, 35 Prozent erwerbstätig (davon 65 % vollzeitbeschäftigt).

Definitionen und Daten

Das Ausmaß informeller Pflege- und Unterstützungsleistungen wird auf Basis des ATHIS 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

6.8 Hospiz- und Palliativversorgung

6.8.1 Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene

In den letzten Jahren ist die Hospiz- und Palliativversorgung stärker in den Fokus der Gesundheitspolitik gerückt. Dabei ist die Förderung von Hospiz- und Palliative Care insbesondere vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und den damit verbundenen gesellschaftlichen, sozialen und gesundheitlichen Herausforderungen zu sehen. Diese Herausforderungen waren es, die 2004 zur Erstellung des ersten Konzepts einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung führten, das von Bund, Ländern, Sozialversicherung und Ärztekammer 2006 bestätigt wurde. Zwischenzeitlich wurden die Bedarfszahlen und Qualitätskriterien überarbeitet und aktualisiert, sodass jetzt auf Bundesebene umsetzungsrelevante Richtwerte bis zum Jahr 2020 vorliegen (GÖG 2014). Gemäß ÖSG 2012 (BGK 2012) soll die Hospiz- und Palliativversorgung in Abhängigkeit von den regionalen Rahmenbedingungen entwickelt werden.

Im vorliegenden Kapitel werden die Angebote der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich dargestellt. Darüber hinaus werden die betreuten Palliativpatientinnen und -patienten nach den Merkmalen Versorgungsangebot, Diagnosegruppe, Alter und Geschlecht charakterisiert.

Alle Ausführungen im vorliegenden Kapitel beziehen sich auf Angebote für Erwachsene. Spezielle Angebote zur Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene werden in Kapitel 6.8.2 dargestellt.

Definitionen und Daten

Das System der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung ermöglicht die adäquate Versorgung von Palliativpatienten/-patientinnen in verschiedenen Settings. Darin übernehmen Palliativstationen die Versorgung in besonders komplexen Situationen, die durch andere Einrichtungen oder Dienste nicht bewältigt werden können. „Ziel der Behandlung und Betreuung ist das bestmögliche Lindern der oft vielfältigen Symptome. Eine Entlassung der Patientinnen/Patienten wird angestrebt (nach Hause oder in eine andere adäquate Einrichtung“ (GÖG 2014). Palliativkonsiliardienste und mobile Palliativteams unterstützen die Leistungserbringer der Grundversorgung mit spezialisiertem Hospiz- und Palliative-Care-Fachwissen. In stationären Hospizen werden Betroffene in besonders komplexen Situationen, in denen die pflegerische und psychosoziale Betreuung im Vordergrund steht, versorgt. Tageshospize betreuen Palliativpatientinnen/-patienten tagsüber und entlasten damit das betreuende Umfeld. Die Hospizteams bieten Palliativpatientinnen und -patienten und deren An- und Zugehörigen mitmenschliche Begleitung und Beratung sowie Trauerbegleitung an.

Ziel ist, unheilbar kranke Menschen in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium an ihrem jeweiligen Aufenthaltsort (Krankenhaus, Pflegeheim, Zuhause) Zugang zu spezialisierter Hospiz- und Palliativversorgung erhalten (GÖG 2014).

Die hier vorgestellten Auswertungen beruhen auf den Daten des Dachverbands Hospiz Österreich (DVHÖ) für die Jahre 2010 und 2015 (z. B. Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter/-innen und Ehrenamtlichen, Anzahl der versorgten Patientinnen und Patienten in den Versorgungsbereichen).

Bei den vom DVHÖ erhobenen Daten liegen nicht zu jedem Parameter Angaben von allen Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich vor. Statistische Abweichungen sind aufgrund unterschiedlicher Zählungen (z. B. bei der Anzahl der Hospizteams) und/oder nicht vollständiger Rückmeldequoten der betreffenden Einrichtungen bei der Datenerhebung 2015 möglich.

6.8.1.1 Angebote für Erwachsene

Die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung ergänzt mit ihren sechs spezialisierten Leistungsangeboten die Einrichtungen und Dienstleister in der Grundversorgung. Um ein Leben bis zuletzt in der vertrauten Umgebung (zu Hause, im Pflegeheim) zu ermöglichen, ist ein Versorgungsnetzwerk erforderlich, in welchem alle in der Hospiz- und Palliativversorgung relevanten mobilen und (teil-)stationären Angebote sowie die verschiedenen Berufsgruppen eng zusammenarbeiten. Alle angeführten Angebote sind Bestandteil der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung, deren Ziel ist, die richtigen Patientinnen und Patienten zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort zu versorgen (GÖG 2014).

Abbildung 6.29:
Modular abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung

Hospiz- und Palliativversorgung			
Grundversorgung		spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung	
Einrichtung/ Dienstleister		unterstützende Angebote	betreuende Angebote
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativkonsiliardienste
Langzeitbereich	Alten-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen		stationäre Hospize
Familienbereich/ Zuhause	Niedergelassene (Fach-)Ärzeschaft, mobile Dienste, Therapeutinnen/Therapeuten ...		mobile Palliativteams
„einfache“ Situationen 80 bis 90 Prozent der Sterbefälle		komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen 10 bis 20 Prozent der Sterbefälle	

Quelle: Hospiz Österreich; Darstellung: ÖBIG 2004

Bundesweit waren im Jahr 2015 im stationären Bereich 39 Palliativstationen (s. Tabelle 6.9) mit insgesamt 316 Palliativbetten aktiv, das sind 0,5 Einrichtungen pro 100.000 EW bzw. 3,7 Betten pro 100.000 EW. Zudem stehen der Bevölkerung neun stationäre Hospize mit insgesamt 93 Hospizbetten zur Verfügung, das sind 0,1 Einrichtungen bzw. 1,1 Betten je 100.000 EW. Das Angebot wird im teilstationären Bereich durch vier Tageshospize mit 28 Plätzen ergänzt (0,05 Einrichtungen bzw. 0,3 Plätze je 100.000 EW).

Im mobilen Bereich stehen der Bevölkerung in Österreich insgesamt 47 Palliativkonsiliardienste und zusätzlich 55 mobile Palliativteams zur Verfügung. Das mobile Angebot wird durch 160 Hospizteams ergänzt. Die Aufsplittung der Vollzeitäquivalente in Palliativkonsiliardienste und mobile Palliativteams zeigt folgendes Bild: In den Palliativkonsiliardiensten sind 78,1 VZÄ beschäftigt (das sind 1,7 VZÄ pro 1.000 Betten¹⁹), in den mobilen Palliativteams 219,2 VZÄ (das sind 2,6 VZÄ je 100.000 EW) und in 160 Hospizteams 54,0 vollzeitbeschäftigte hauptamtliche Koordinationspersonen (das sind rund 0,6 VZÄ pro 100.000 EW).

Der Vergleich zwischen Ist- und Soll-Stand (entsprechend den Bedarfsrichtwerten) zeigt bei allen sechs Segmenten einen beträchtlichen Ausbaubedarf (s. Tabelle 6.9). Seit 2010 zeichnet sich ein Ausbau in fünf Versorgungsangeboten in unterschiedlichem Maße ab. Obwohl ein zahlenmäßiger An-

19 Betten in Fonds-KA in Österreich (rund 46.000)

stieg der Palliativkonziliarteams von 35 (2010) auf 47 (2015) dokumentiert ist, sind im Vergleichszeitraum die VZÄ von 83,5 (2010) auf 78,1 (2015) reduziert worden (s. Abbildung 6.30).

Tabelle 6.9:
Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich, Ist- und Soll-Stand 2015

Hospiz- und Palliativeinrichtungen	Österreich Ist-Stand		Österreich Soll	
	absolut	pro 100.000 EW	absolut	pro 100.000 EW
Palliativstationen (Einrichtungen/Betten)	39/316	0,5/3,7	429 Betten	5,0
stationäre Hospize (Einrichtungen/Betten)	9/93	0,1/1,1	258 Betten	3,0
Tageshospize (Einrichtungen/Plätze)	4/28	0,05/0,3	¹	–
Palliativkonziliardienste (Teams/VZÄ) ²	47/78,1	1,0/1,7	121 / rd. 300	2,6/6,5
mobile Palliativteams (Teams/VZÄ)	55/219,2	0,6/2,6	62 / rd. 280	0,7/3,3
Hospizteams (Teams / VZÄ hauptamtliche Koordinationspersonen / ehrenamtlich tätige Hospizbegleiter/-innen)	160/54,0/ 3.273	1,9/0,6/38,1	288 / rd. 140	3,4/1,6

Ist-Stand-Datenerhebung – Rücklaufquoten:

Palliativstationen: Einrichtungen: 100 %, Betten: 97 %; stationäre Hospize: 100 %; Tageshospize: 67 %; Palliativkonziliardienste: Teams: 100 %, Personal: 94 %; mobile Palliativteams: Teams: 100 %, Personal: 100 %, Hospizteams: Teams: 100 %, Personal: 96 %

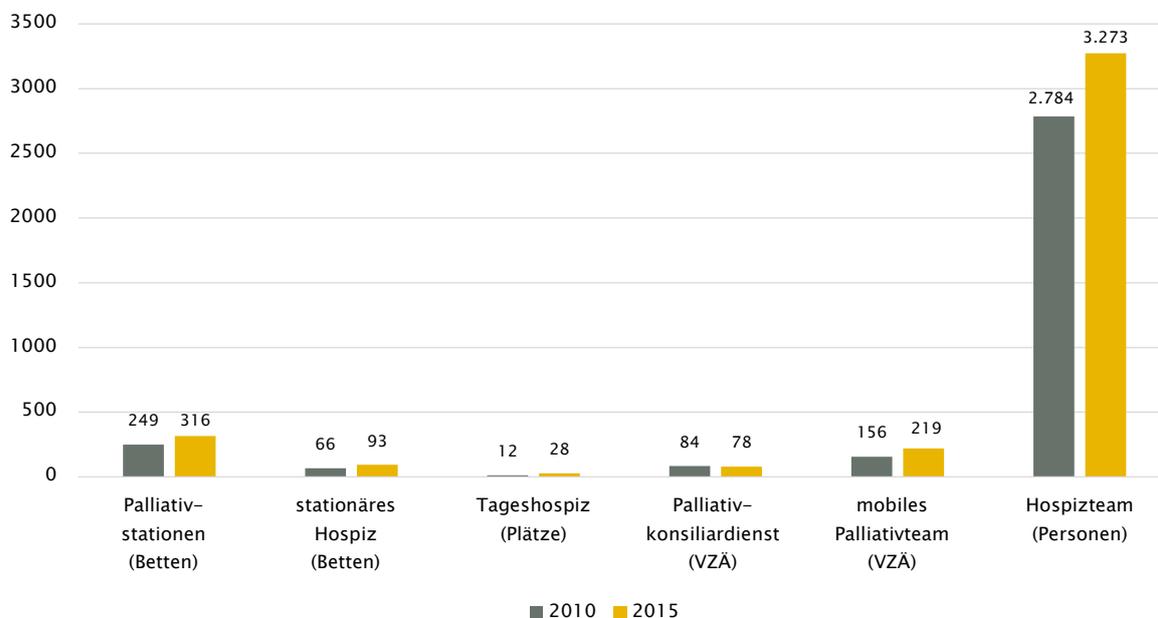
Die Soll-Werte ergeben sich aus den Bedarfsrichtwerten der GÖG-Broschüre (2014) über die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung.

¹ Bis zu 10 Einrichtungen bundesweit; nur in Ballungsräumen mit mind. 150.000 EW sinnvoll (auch BL-übergreifend)

² pro 1.000 Betten in Fonds-KA

Quelle: DVHÖ Datenerhebung 2016
Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 6.30:
Kapazitäten der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich 2010 und 2015



Quellen: DVHÖ, Datenerhebungen 2010 und 2016,
Berechnung und Darstellung: GÖG

6.8.1.2 Hauptamtliche und ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen

Die Hospiz- und Palliativversorgung zeichnet sich durch enge Zusammenarbeit verschiedener Professionen aus, die als wesentliche Voraussetzung gilt, um auf die vielfältigen Wünsche und Bedürfnisse unheilbar kranker und sterbender Menschen eingehen zu können. Zu den Professionen zählen die Gesundheitsfachberufe ebenso wie die ehrenamtlich tätigen Hospizbegleiter/-innen ohne spezielle Berufsausbildung im Gesundheitsbereich.

Im Konzept der Abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene wurden u. a. Qualitätskriterien für Berufsgruppen und Personalausstattung in den einzelnen Versorgungsangeboten definiert. Nach diesen personellen Kriterien bestehen in den österreichweiten Versorgungsangeboten noch personelle Lücken (GÖG 2014).

In den 160 Hospizteams sind 3.273 Ehrenamtliche tätig und 144 hauptamtliche Personen beschäftigt. Sie leisten rund 359.500 Stunden unentgeltliche Arbeit, von denen 68 Prozent direkt in der Begleitung Schwerkranker und Sterbender sowie von deren An- und Zugehörigen erbracht werden. Diese Tätigkeit wird nur von qualifizierten Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern durchgeführt, die nach den Standards von Hospiz Österreich ausgebildet sind. Die Ehrenamtlichen sind mit 88 Prozent fast ausschließlich Frauen.

Tabelle 6.10:

Hauptamtliche Mitarbeiter/-innen der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich nach Beruf, 2015

	Palliativstation		stationäres Hospiz		Tageshospiz		Palliativ-konsiliardienst		mobiles Palliativteam	
	Perso-nen	VZÄ	Perso-nen	VZÄ	Perso-nen	VZÄ	Perso-nen	VZÄ	Perso-nen	VZÄ
Pflege	524	397,5	119	94,9	13	7,8	148	44,4	288	146,6
Medizin	98	64,1	16	6,1	3	1,8	83	21,2	133	41,1
Sozialar-beit	27	10,9	4	1,7	1	0,1	30	6,4	30	10,9
Psycho-therapie	39	12,6	4	1,5	1	0,0	16	2,1	15	3,1
Physio-therapie	39	16,8	7	2,4	1	0,1	7	0,1	2	0,5
Seelsor-ge	26	6,2	2	0,4	1	0,4	5	0,1	4	1,6
Sekreta-riat	26	10,7	2	1,2	1	0,5	17	3,3	25	12,1
sonstige	42	22,3	39	26,4	0	0,0	3	0,4	12	3,3
Gesamt	821	541,1	193	134,6	21	10,7	309	78,0	509	219,2

Quelle: DVHÖ, Datenerhebung 2016
Berechnung und Darstellung: GÖG

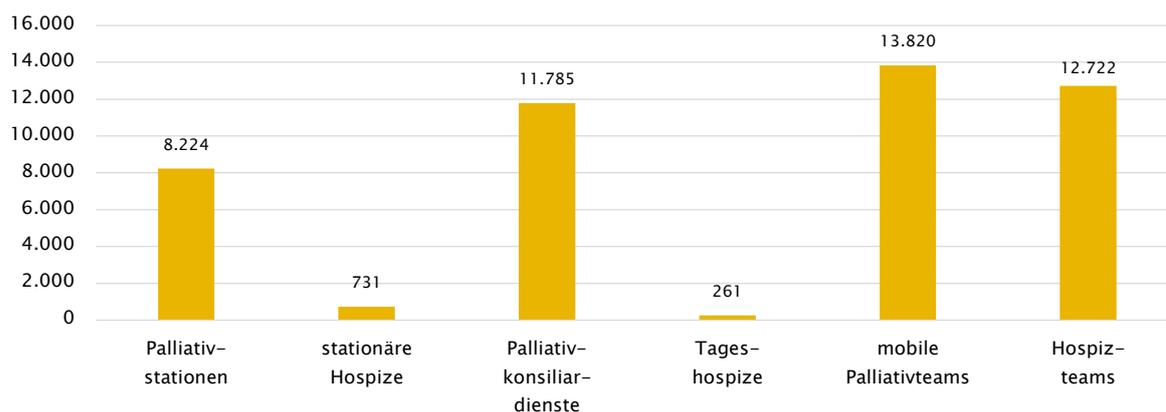
6.8.1.3 Palliativpatientinnen und -patienten

Hospiz- und Palliative Care richtet sich nach den Bedürfnissen der unheilbar kranken Patientinnen und Patienten und von deren An- und Zugehörigen und nicht nach Diagnosen, einem bestimmten Krankheitsstadium oder der verbleibenden Lebenszeitprognose. Es geht um bestmögliche Lebensqualität, Schmerzerfassung und Behandlung auf allen Ebenen (physisch, psychisch, sozial, seelisch), um Symptomlinderung und um eine multiprofessionelle Betreuung und Begleitung. Kausale kurative Therapien stehen nicht mehr im Zentrum der Versorgung. Deshalb kann Hospiz- und Palliative Care

nicht nur Sterbenden, sondern auch schwerkranken Patienten und Patientinnen bereits zu einem früheren Zeitpunkt der Erkrankung eine große Unterstützung sein.

Die Zahl der im Jahr 2015 von den Einrichtungen und Diensten der Hospiz- und Palliativversorgung betreuten Patientinnen und Patienten ist in Abbildung 6.31 ersichtlich. Da Palliativpatientinnen und -patienten erfahrungsgemäß im Zeitverlauf unterschiedliche Versorgungsangebote in Anspruch nehmen, sind Mehrfachzählungen nicht auszuschließen.

Abbildung 6.31:
Patientinnen/Patienten in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich, 2015



Quelle: DVHÖ, Datenerhebung 2016
Berechnung und Darstellung: GÖG

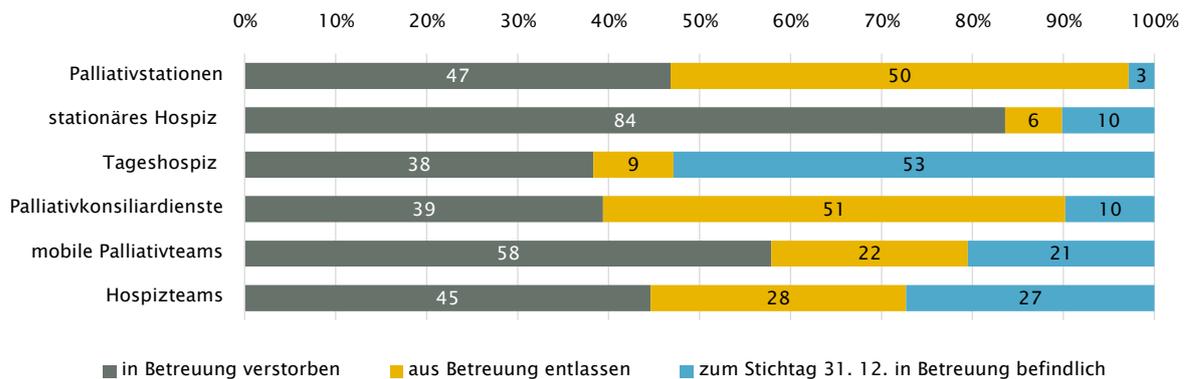
In fast allen Versorgungseinrichtungen werden mehr Frauen als Männer betreut (52 % zu 48 %). Lediglich auf den Palliativstationen befinden sich mit 50,6 Prozent mehr männliche als weibliche Patienten/Patientinnen in einer Betreuungssituation. Im Vergleich dazu liegt der Anteil von Palliativpatientinnen im Tageshospiz (64 %) und bei den Hospizteams (59 %) deutlich höher.

Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten liegt in allen Versorgungseinrichtungen zwischen 69 und 74 Jahren.

Hospiz- und palliative Behandlungsangebote sind nicht nur auf Krebspatienten/-patientinnen, sondern auch auf Menschen mit fortgeschrittenen nichtonkologischen Erkrankungen mit hoher Symptombelastung ausgerichtet. Bei 79,4 Prozent der in Hospiz- und Palliativeinrichtungen betreuten Patientinnen und Patienten liegt allerdings eine Krebserkrankung vor.

Die Betreuung in Palliativstationen endet bei mehr als der Hälfte der Palliativpatientinnen/-patienten mit einer Entlassung und nicht mit dem Tod, was dem definierten Auftrag entspricht: „Ziel der Behandlung und Betreuung ist das bestmögliche Lindern der oft vielfältigen Symptome. Eine Entlassung der Patientinnen/Patienten nach Hause oder in eine andere adäquate Einrichtung wird angestrebt“ (GÖG 2014). Hingegen sterben in stationären Hospizen 84 % der Palliativpatientinnen und -patienten, was gleichfalls dem definierten Auftrag des Versorgungsangebots entspricht. In Tageshospizen, bei mobilen Palliativteams und Hospizteams ist mit Stichtag 31. 12. 2015 ein vergleichsweise hoher Anteil an Patientinnen und Patienten noch in Betreuung (s. Abbildung 6.32).

Abbildung 6.32:
Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich: Verstorbene, Entlassene und Betreute, 2015



Quelle: DVHÖ, Datenerhebung 2016
Berechnung und Darstellung: GÖG

Viele Palliativpatientinnen/-patienten haben den Wunsch, in der vertrauten Umgebung im Kreis ihrer An- und Zugehörigen zu sterben. Mobile Palliativ- und Hospizteams haben sich zum Ziel gesetzt, dieses Anliegen möglichst vielen schwerkranken Menschen zu ermöglichen und sie im letzten Lebensabschnitt zu betreuen und zu begleiten. Damit leisten sie einen unverzichtbaren Beitrag zur palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung der Bevölkerung.

6.8.2 Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Lebensbedrohlich oder lebenslimitierend erkrankte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bedürfen genauso wie Erwachsene einer umfassenden Versorgung durch ein multiprofessionelles Team, wobei es wesentliche Unterschiede zur Hospiz- und Palliativversorgung Erwachsener und eine Vielzahl besonderer Herausforderungen gibt:

- Pädiatrische Palliativ- und Hospizversorgung kann bereits ab Diagnosestellung über den gesamten Krankheitsverlauf bis zum Tod und darüber hinaus benötigt werden.
- Die Krankheiten der Kinder sind oft durch einen jahrelangen Verlauf gekennzeichnet, und die Krankheitssymptome ändern sich im Kindesalter rascher als im Erwachsenenalter. Gegebenenfalls müssen kurative und palliative Versorgung gleichzeitig stattfinden.
- Pädiatrische Palliativ- und Hospizversorgung muss nach Alter, der Grunderkrankung sowie dem Entwicklungsstand des Kindes / Jugendlichen / jungen Erwachsenen ausgerichtet sein.

Seit 2013 gibt es ein österreichweit akkordiertes Expertenkonzept für die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen²⁰ mit vier spezialisierten Versorgungsangeboten:

²⁰ [http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/hospiz-_und_palliativversorgung_fuer_kinder,_jugendliche_und_junge_erwachsene,_expertenkonzept_\(2013\).pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/hospiz-_und_palliativversorgung_fuer_kinder,_jugendliche_und_junge_erwachsene,_expertenkonzept_(2013).pdf)

- Kinderhospizteams begleiten Palliativpatienten/-patientinnen und deren Familien sowie An- und Zugehörige in der vertrauten Umgebung (Zuhause, Krankenhaus, Kinderhospiz, Betreuungseinrichtung, Schule, Kindergarten ...) mit ehrenamtlichen Kinderhospizbegleiterinnen/-begleitern.
- Mobile Kinderpalliativteams unterstützen die in der vertrauten Umgebung in der Basisversorgung Tätigen mit fachlicher Expertise.
- Stationäre Kinderhospize nehmen erkrankte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene und deren Familie oder nahe An- und Zugehörige für eine bestimmte Zeit auf und bieten damit Entlastung und professionelle Unterstützung.
- Pädiatrische Palliativbetten stehen in Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde für eine spezialisierte ganzheitliche Versorgung in besonders komplexen Situationen zur Verfügung, wenn ein Verbleib zu Hause oder in einer anderen Einrichtung nicht möglich ist.

Im Expertenkonzept wurden alle spezialisierten Angebote charakterisiert und Qualitätskriterien formuliert. In Ergänzung dazu formulierte der Dachverband Hospiz Österreich Umsetzungsempfehlungen²¹ und veröffentlichte diese im Herbst 2015. Diese Empfehlungen sollen eine flächendeckende, qualitätsvolle pädiatrische Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich fördern und unterstützen.

Bei der Umsetzung für Erwachsene befindet sich Österreich im guten Mittelfeld. Im Gegensatz dazu steht die Umsetzung der Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene österreichweit in den Anfängen. Dem Vollausbau mit einem flächendeckenden Versorgungsangebot stehen derzeit viele Hindernisse im Weg, die rasch überwunden werden müssen. Ziel ist es, Hospiz- und Palliativversorgung allen, die sie brauchen, erreichbar und leistbar zur Verfügung zu stellen. Es sind dabei noch wesentliche Fragen zu klären wie z. B. die Zuständigkeit für Umsetzung und Finanzierung (Dachverband Hospiz Österreich 2016).

In Österreich sind alle vier definierten pädiatrischen Versorgungsangebote in Betrieb – wenn auch in heterogenem Ausmaß (zwischen mobilem und stationärem pädiatrischem Angebot und Bundesland). Der Status quo der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ist Tabelle 6.11 zu entnehmen.

Die mobile pädiatrische Versorgung erfolgt bundesweit über sieben mobile Kinderpalliativteams und neun Kinderhospizteams. Gemäß DVHÖ wurden im Jahr 2015 in den mobilen Kinderpalliativteams 191 erkrankte Kinder und Jugendliche sowie deren Familien betreut. Die Kinderhospizteams haben im selben Zeitraum insgesamt 162 Familien begleitet, sowohl erkrankte Kinder und Jugendliche als auch deren Geschwister und Eltern.

Im Vergleich mit dem ausgewiesenen Ausbaubedarf fehlen in vier Bundesländern mobile Kinderpalliativteams (Burgenland, Kärnten, Tirol, Vorarlberg) und in zwei Bundesländern Kinderhospizteams (Kärnten, Tirol).

Die stationäre pädiatrische Versorgung wird durch drei pädiatrische Palliativbetten (LK Mödling) und durch vier stationäre Kinderhospizbetten (in einer Institution mit psychosozialer Ausrichtung im Burgenland und einem Kinderhospizplatz in Niederösterreich) geleistet. Ein auf Bundesebene ausgewiesener Ausbaubedarf besteht in beiden stationären Versorgungsangeboten: im Bereich der pädiatrischen Palliativbetten (Fehlbedarf 42 Betten) und im Bereich der stationären Kinderhospize (Fehlbedarf 12 Betten in 2–3 Einrichtungen). Zusätzlich zu den hier aufgelisteten Versorgungsangeboten werden Entlastungsangebote benötigt.

21 http://www.hospiz.at/pdf_dl/Empfehlungen_KiJu_DVHOE_2015.pdf

Tabelle 6.11:

Ist-Stand und Soll-Stand 2015 im Hospiz- und Palliativbereich für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Österreich (Stand 31. 12. 2015)²²

Versorgungsangebote	Ist-Stand 2015		Soll-Stand 2015
	Anzahl	Bundesländer	
pädiatrische Palliativbetten	3 Betten	NÖ	43 Standorte: 43 Betten ²³
stationäre Kinderhospize	3 Betten (Institution mit psychosozialer Ausrichtung) 1 Kinderhospizplatz	B NÖ	16 Betten in 2–3 Einrichtungen
mobile Kinderpalliativteams	7 Teams	NÖ: 1 Team mit 4 Standorten, OÖ, S, Stmk. (2 Teams), Wien (2 Teams)	mindestens 1 Team je Bundesland
Kinderhospizteams	9 Teams	B, NÖ, OÖ, S, Stmk. (2 Teams), V, Wien (2 Teams)	mindestens 1 Team je Bundesland

Quellen: DVHÖ, Datenerhebung 2016; Darstellung: GÖG

6.9 Ausgewählte Outcome-Indikatoren der Versorgungsqualität

2014 wurden im Rahmen der Zielsetzung-Gesundheit Indikatoren für eine „Outcome-Messung im Gesundheitswesen“ definiert (BMG 2015c). Darin enthalten sind auch Indikatoren für den Kurationsbereich. Nachstehend wird eine Auswahl dieser Indikatoren präsentiert.

6.9.1 Vorzeitige, vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (MAHC)

Gemäß Definition dieses Indikators (s. Definitionen und Daten) sind im Jahr 2014 in Österreich etwas mehr als **5.700 Todesfälle** eingetreten, die – aufgrund der Todesursache und des Alters der Betroffenen – vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbar gewesen wären; 55 Prozent davon betrafen Männer. Bezogen auf 100.000 EW, bedeutet dies eine altersstandardisierte Rate von 87 Fällen bei Männern (BL-Bandbreite: 69–106) und 63 Fällen bei Frauen (BL-Bandbreite: 52–77). Im Jahr 2015 sind die entsprechenden Werte weitgehend gleich geblieben (s. Abbildung 6.33).

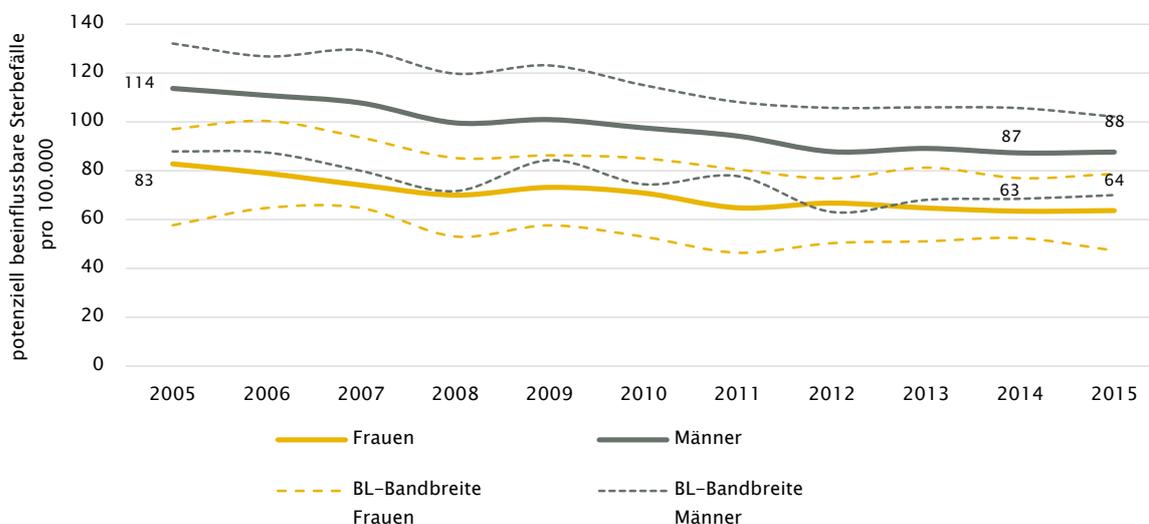
Die vorzeitige, vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit ist – abgesehen von kleineren jährlichen Schwankungen – deutlich **rückläufig** (s. Abbildung 6.33). Sie hat sich im Beobachtungszeitraum (2005–2014) um rund 23 Prozent von 98 auf 75 Todesfälle pro 100.000 EW reduziert.

²² Bedarfsrichtwerte gemäß Umsetzungsempfehlungen Dachverband Hospiz Österreich und Expertenkonzept.

²³ Approximative Berechnungsgrundlage zur Bedarfsermittlung: 1 Bett je Abteilung für Kinder und Jugendliche

Abbildung 6.33:

Vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit in Österreich nach Geschlecht, 2005–2015



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2015
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Laut **OECD-Datenbank** (dort altersstandardisiert nach OECD-Bevölkerung 2005) liegt Österreich im Jahr 2012 deutlich **unter dem Durchschnitt** der EU-28-Länder (BMG 2016).

Definitionen und Daten

Der Indikator vorzeitige, vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (Englisch: mortality amenable to health care, MAHC) geht auf die Arbeiten von Ellen Nolte und Martin McKee zurück und wird definiert als vorzeitige Sterblichkeit, die bei rechtzeitiger und effektiver Gesundheitsversorgung nicht eingetreten wäre. „Vorzeitig“ bezieht sich dabei – wenn in der nachstehenden Liste der Todesursachen nicht anders angegeben – auf ein Alter unter 75 Jahren (Gay et al. 2011; Nolte et al. 2008). Der Indikator verweist damit direkt auf die Versorgungsqualität von Gesundheitssystemen.

- Tuberkulose, Sepsis (Blutvergiftung), Pneumonie (Lungenentzündung), Influenza (Virusgrippe), Darminfektion (außer Typhus und Diphtherie) bei unter 14-Jährigen; Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (Kinderlähmung), Pertussis (Keuchhusten) bei unter 14-Jährigen; Masern bei 1- bis 14-Jährigen
- Kolorektalkarzinom (Dickdarmkrebs), bösartiger Hauttumor, Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs und Unterleibskrebs bei unter 45-Jährigen, Hodenkrebs, Hodgkinsche Krankheit (Morbus Hodgkin, Lymphogranulomatose, bösartiger Tumor des Lymphsystems), Leukämie (Blutkrebs) bei unter 45-Jährigen
- Schilddrüsenfunktionsstörungen (Über- oder Unterfunktion), Diabetes mellitus bei unter 50-Jährigen
- Epilepsie
- Rheumatische Herzerkrankungen, ischämische Herzerkrankungen (50 % der Todesfälle)
- Hypertensive Erkrankungen (Bluthochdruck)

- Nephritis (Nierenentzündung), Nephrose, gutartige Prostatahyperplasie (gutartige Prostatavergrößerung)
- Alle Atemwegserkrankungen (exkl. Influenza und Lungenentzündung) der 1- bis 14-Jährigen
- Ulkuskrankheit (Magengeschwür), Appendizitis (Blinddarmentzündung), Abdominalhernie (Bauchwandbruch), Gallensteinleiden und Cholezystitis (Gallenblasenentzündung)
- Tod zwischen der 29. Schwangerschaftswoche und dem 7. Lebensstag, Müttersterblichkeit, Perinatalsterblichkeit exklusive Totgeburten, angeborene Anomalien des Herz-Kreislauf-Systems
- Missgeschicke an Patienten/Patientinnen während chirurgischer/medizinischer Behandlung

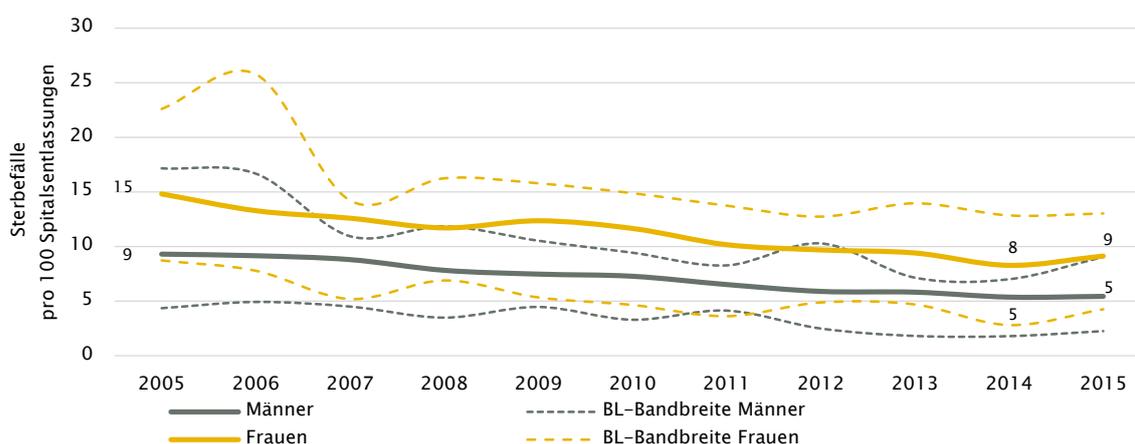
6.9.2 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt (AMI)

1.057 Menschen mit akutem Myokardinfarkt (Hauptdiagnose ICD-10 I21 und I22) starben im Jahr 2014 innerhalb der ersten 30 Tage ihres Aufenthalts in einem österreichischen Krankenhaus (573 Männer und 484 Frauen). Bezogen auf 100 Spitalsaufenthalte mit derselben Hauptdiagnose, bedeutet dies eine AMI-Sterblichkeit von 6,4 Todesfällen pro 100 Spitalsaufenthalte. Trotz der absolut höheren Sterbezahl von Männern ist die AMI-Sterblichkeit bei Frauen deutlich höher: 8,3 von 100 stationär behandelten Myokardinfarkten enden bei Frauen tödlich (BL-Bandbreite: 3–13), 5,4 bei Männern (BL-Bandbreite: 2–7).

Die 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt ist – mit einigen Schwankungen – rückläufig. Sie konnte zwischen 2005 und 2014 bei Frauen von 15 auf 8 und bei Männern von 9 auf 5 Todesfälle pro 100 stationäre Aufenthalte reduziert werden. Der geschlechtsspezifische Unterschied ist somit geringer geworden (s. Abbildung 6.34).

Abbildung 6.34:

30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt in österreichischen Akutkrankenhäusern nach Geschlecht, 2005–2015



Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2005–2015
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Die 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt ist in Österreich höher als **im europäischen Durchschnitt**, sowohl für Männer als auch für Frauen. Im Jahr 2011 lag der Durchschnitt der EU-28+

(inkl. EFTA-Staaten) bei 6,9 (Männer) bzw. 7,2 (Frauen) und in Österreich bei 7,6 (Männer) bzw. 7,5 (Frauen; (BMG 2016).

Definitionen und Daten

Die *30-Tage-Sterblichkeit nach einem akuten Myokardinfarkt (AMI)* misst (bei den ab 45-Jährigen) den Anteil der innerhalb 30 Tagen in einer Akutkrankenanstalt Verstorbenen pro 100 Spitalsaufenthalte mit derselben Diagnose (Hauptdiagnose I21 und I22). Sie ist ein Indikator für die Qualität der Akutversorgung.

Der Indikator basiert auf der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenhäuser und berücksichtigt folglich keine Todesfälle vor oder nach der Hospitalisierung. Die Sterblichkeit wird damit unterschätzt.

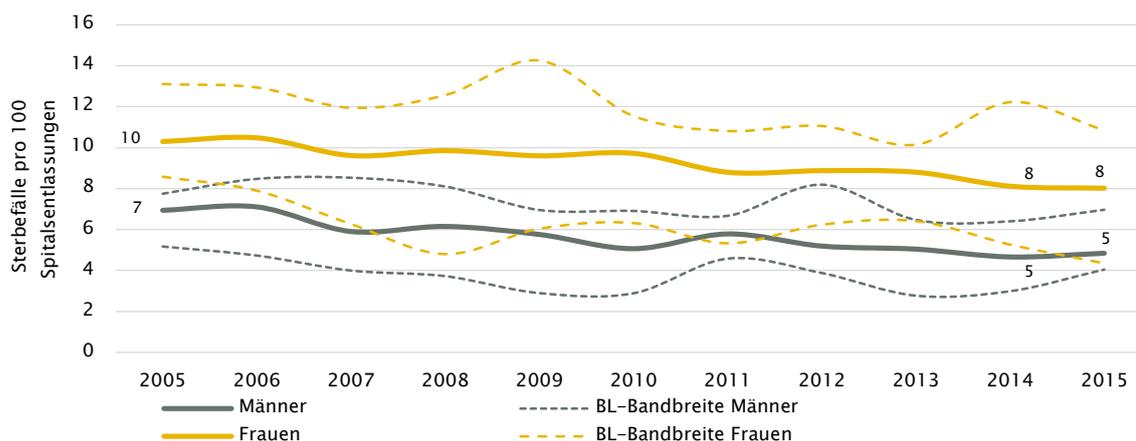
6.9.3 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall

1.303 Menschen starben im Jahr 2014 innerhalb der ersten 30 Tage ihres Aufenthalts in einem österreichischen Krankenhaus aufgrund eines Schlaganfalls (Hauptdiagnose ICD-10 I63 und I64). Mehr als 60 Prozent davon sind weiblich. Entsprechend groß ist der geschlechtsspezifische Unterschied: 8,1 von 100 Spitalsaufenthalten von Frauen aufgrund eines Schlaganfalls enden innerhalb der ersten 30 Tage im Krankenhaus tödlich (BL-Bandbreite: 5–12), bei Männern sind es mit 4,7 Fällen deutlich weniger (BL-Bandbreite: 3–6).

Die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall ist deutlich rückläufig, wenngleich es zwischendurch auch Steigerungen im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr gab. Die 30-Tage-Sterblichkeit nach Schlaganfall ist zwischen 2005 und 2014 bei beiden Geschlechtern gesunken (s. Abbildung 6.35).

Abbildung 6.35:

30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall in österreichischen Akutkrankenhäusern nach Geschlecht, 2005–2015



Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenhäuser 2005-2015
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall liegt – im Gegensatz zur 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt – in Österreich deutlich **unter dem europäischen Durchschnitt**. Nur in drei (bei Männern) bzw. vier Ländern (bei Frauen) waren die altersstandardisierten Werte im Jahr 2011 niedriger als in Österreich:

- Männer: Österreich 5,7; EU-28+ (inkl. EFTA-Staaten) 7,9
- Frauen: Österreich 6,2; EU-28+ (inkl. EFTA-Staaten) 8,6 (BMG 2016)

Definitionen und Daten

Die *30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall* misst (bei den ab 45-Jährigen) den Anteil der innerhalb von 30 Tagen in einer Akutkrankenanstalt Verstorbenen pro 100 Spitalsaufenthalte mit derselben Diagnose (Hauptdiagnose I63 und I64). Sie ist ein Indikator für die Qualität der Akutversorgung.

Der Indikator basiert auf der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenhäuser und berücksichtigt folglich keine Todesfälle vor oder nach der Hospitalisierung. Die Sterblichkeit wird damit unterschätzt.

6.9.4 Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren

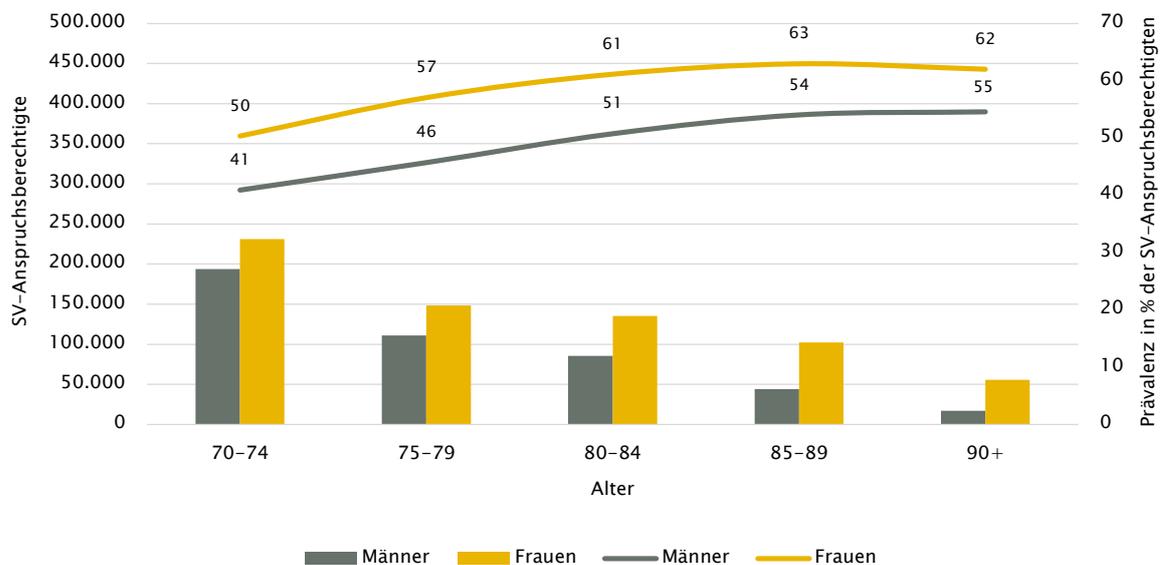
Als Qualitätsindikator der pharmazeutischen Versorgung gilt seit einigen Jahren die potenziell inadäquate Medikation bei Älteren (PIM). Der Indikator ist definiert als jener Anteil der ab 70-Jährigen, der in einem Kalenderjahr mindestens mit einem potenziell inadäquaten Medikament (Packung) versorgt wurde.

Eine potenziell inadäquate Medikation ist mit unerwünschten Ereignissen wie etwa Tod oder Hospitalisierungen assoziiert und verweist damit einerseits auf die Verschreibungsqualität im ambulanten Bereich, andererseits auf die Patientensicherheit (Mann et al. 2014).

Im Jahr 2012 haben in Österreich **52 Prozent** der ab 70-Jährigen mindestens eine potenziell inadäquate Medikation erhalten (BL-Bandbreite: 44–57 %). **Frauen** weisen in allen Altersgruppen über 70 Jahre eine **höhere PIM-Prävalenz** auf als Männer (57 % vs. 46 %).

Mit zunehmendem Alter steigt die PIM-Prävalenz bei beiden Geschlechtern an, wobei ein moderates Absinken bei Hochbetagten (90+) beobachtet werden kann (s. Abbildung 6.36).

Abbildung 6.36:
PIM bei über 70-Jährigen nach Alter und Geschlecht, Österreich 2012



SV-Anspruchsberechtigte: die Summe aller sozialversicherten Personen in Österreich (98 % der Gesamtbevölkerung)

Quelle: Mann et al. (2014); HVB Sonderauswertung 2015;
Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich erscheint – trotz eingeschränkter Vergleichbarkeit – die österreichische PIM-Prävalenz relativ hoch und ist mit über 50 Prozent bei den über 70-Jährigen meist mehr als doppelt so hoch wie in ausgewählten Referenzländern:

- Deutschland: 22 Prozent; über 70-Jährige, Datenjahr 2010, Grundlage PRISCUS-Liste mit derzeit 83 Wirkstoffen ohne Diclofenac (Schubert et al. 2013)
- Schweiz: 23 Prozent; über 65-Jährige, Datenjahr 2012 (Reich et al. 2014)
- Schweden: 16–24 Prozent; über 65-Jährige, Datenjahr 2008; unterschiedliche PIM-Listen (Morin et al. 2015)
- Frankreich: 54 Prozent; über 75-Jährige, Datenjahr 2011 (Bongue et al. 2011)

Definitionen und Daten

Die Definition *potenziell inadäquater Medikation* (PIM) fußt auf Vorarbeiten von Mann et al. (2012) und geht davon aus, dass eine Reihe von Medikamenten wegen ihrer pharmakokinetischen und pharmakodynamischen Wirkungen für ältere Menschen ungeeignet sind bzw. zu unerwünschten Nebenwirkungen führen. Insgesamt fließen 73 Wirkstoffe in die Berechnung des PIM-Anteils ein (jeweils nur in oralen Formen). Sobald eine Person ab 70 Jahren einen dieser Wirkstoffe erhalten hat (mindestens eine Packung), zählt sie zur PIM-Gruppe.

Die österreichische PIM-Liste spiegelt die nationalen Gegebenheiten hinsichtlich Verschreibungsverhalten und Zulassungen wider und deckt sich nicht mit den Definitionen anderer Länder. Ein europäischer Vergleich ist daher nur eingeschränkt möglich. Die Definition von Diclofenac (orale Formen) als PIM-Medikament ist umstritten, der Wirkstoff wird in internationalen PIM-Listen meist nicht ge-

nannt. Die Auswahl der Berechnung zugrunde liegenden Wirkstoffe beeinflusst die PIM-Prävalenz in hohem Maße. Die deutlichen Unterschiede zwischen Österreich und den dargestellten Ländern können jedoch durch Diclofenac allein nicht erklärt werden.

6.10 Spezifische Versorgungsbereiche

6.10.1 Schwangerschaft und Geburt

In Österreich kamen im Jahr 2014 81.722 Kinder auf die Welt, im Durchschnitt der letzten zehn Jahre waren es 78.331 pro Jahr. Das entspricht einer Rate von 8,3 Lebendgeburten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 7,6–10,8).

Säuglingssterblichkeit und neonatale Sterblichkeit

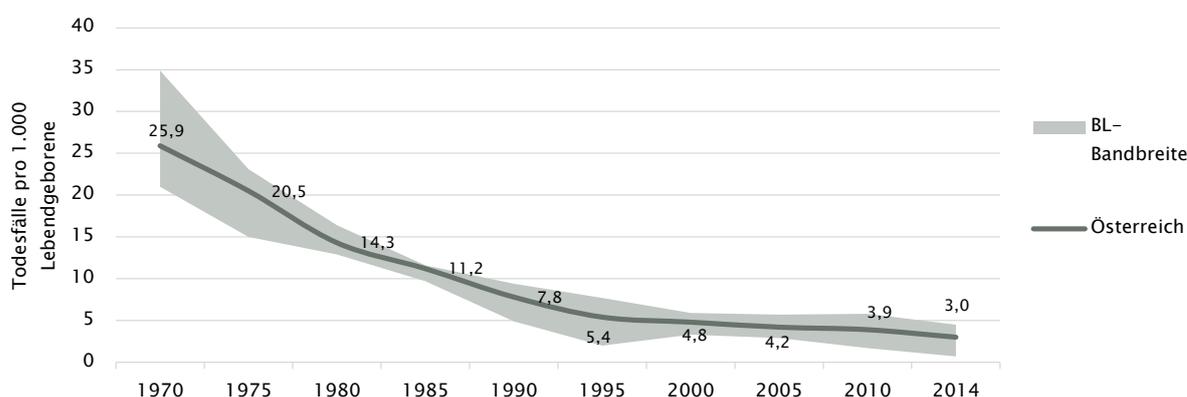
Im Jahr 2014 starben in Österreich 249 Kinder innerhalb des ersten Lebensjahres. Das bedeutet eine Säuglingssterblichkeit von 3,0 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeborene (BL-Bandbreite: 0,7–4,5). Historisch ist dies der niedrigste Wert.

Bis in die erste Hälfte der 1990er-Jahre war die Säuglingssterblichkeit stark rückläufig, seither sinkt sie weiterhin geringfügig. Zu Beginn der 1970er-Jahre lag die Säuglingssterblichkeit in Österreich bei 26 Todesfällen je 1.000 Lebendgeborene, die Rate war bis Mitte der 1990er-Jahre sehr stark und ist seither weiterhin moderat rückläufig (s. Abbildung 6.37).

Über den gesamten langen Zeitraum seit 1970 verstarben mehr Buben als Mädchen im ersten Lebensjahr (Statistik Austria 2015a).

Abbildung 6.37:

Säuglingssterblichkeit in Österreich im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 1970–2014



Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 2014
Darstellung: GÖG

Rund drei Viertel der Sterbefälle bei Säuglingen ereignen sich in den ersten vier Lebenswochen (2013 und 2014). Diese Fälle werden als *neonatale Sterblichkeit* bezeichnet, die in Österreich im Jahr 2014 bei 2,3 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeburten lag (BL-Bandbreite: 0,5–3,7). Zumeist haben diese Todesfälle ihren Ursprung in der Perinatalperiode (ICD-10: P00–P96; mehr als die Hälfte) oder sind auf „Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien“ (ICD-10: Q00–Q99, rund ein Drittel) zurückzuführen.

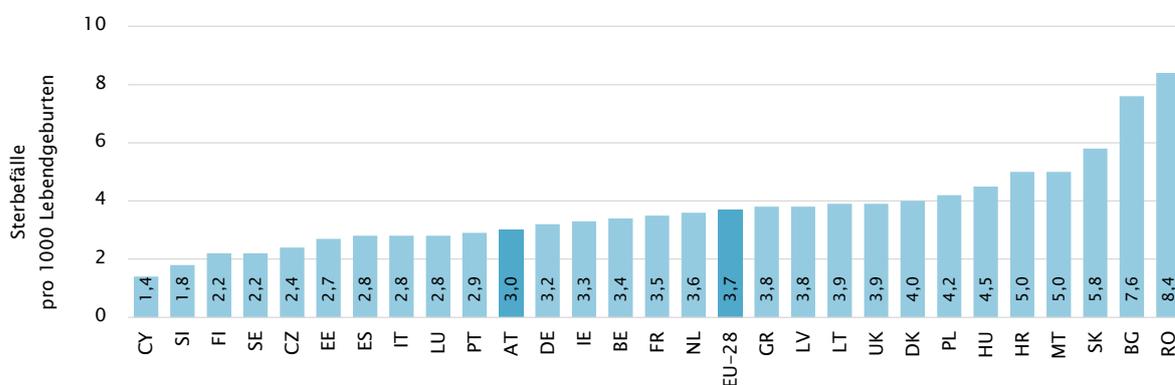
Unterschiede nach Bildung

Österreichweit ist die Säuglingssterblichkeit bei Müttern, die ihre formale Bildung mit einer Pflichtschule oder weniger abgeschlossen haben, höher als bei Müttern mit einem Matura- oder Hochschulabschluss (2014: 5,1 vs. 2,5 ‰) (Statistik Austria 2015a).

Europäischer Vergleich

Die Säuglingssterblichkeit in Österreich liegt etwas **unter dem europäischen Durchschnitt**. Im Jahr 2014 kamen in Österreich 3 Todesfälle auf 1.000 Lebendgeburten, während es im Durchschnitt der EU-28-Länder 3,7 Todesfälle waren (s. Abbildung 6.38).

Abbildung 6.38:
Säuglingssterblichkeit im europäischen Vergleich, 2014



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, ES: Spanien, FI: Finnland, FR: Frankreich, GR: Griechenland, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei, UK: Vereinigtes Königreich

Quelle: Eurostat (abgefragt am 18. 3. 2017)
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die *Säuglingssterblichkeit* gibt die Anzahl der im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder pro 1.000 Lebendgeborene dieser Zeitspanne an. Der Großteil dieser Todesfälle ereignet sich in den ersten Lebensstagen als Folge von Frühgeburt und/oder Fehlbildungen. Zur Präzisierung gibt es deshalb auch den Indikator *neonatale Sterblichkeit*. Diese misst die Anzahl der in den ersten 28 Tagen verstorbenen Kinder pro 1.000 Lebendgeborene dieser Zeitspanne. Datenquelle für die Säuglingssterblichkeit ist die Statistik des Bevölkerungsstandes (Statistik Austria).

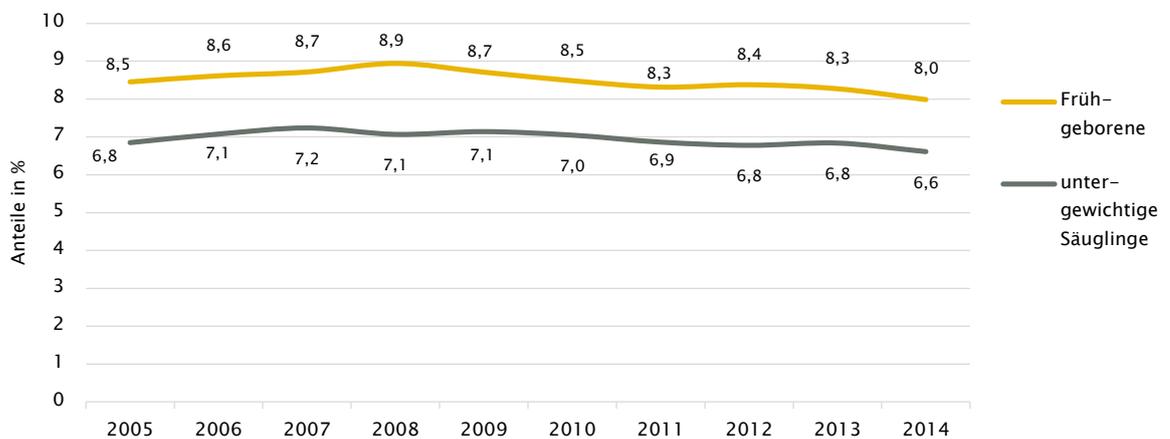
Frühgeburten und geringes Geburtsgewicht

Von insgesamt etwa 82.000 Neugeborenen im Jahr 2014 kamen in Österreich rund 6.500 Kinder zu früh auf die Welt. Das entspricht einer Frühgeborenenrate von 8 Prozent (BL-Bandbreite: 7,2–8,7 %). Der Großteil davon sind eher spätere Frühgeburten, nur 1,3 Prozent oder knapp über 1.000 Kinder kamen vor Vollendung der 32. Schwangerschaftswoche auf die Welt (Statistik Austria 2015a).

Die Frühgeburtenrate ist seit mehreren Jahrzehnten weitgehend konstant. Während der letzten 30 Jahre (1984 bis 2014) schwankte der Wert zwischen 7,8 und 8,9 Prozent. Seit 2008 scheint sich ein leichter Rückgang abzuzeichnen (s. Abbildung 6.39).

Der Anteil der Kinder, die mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2.500 Gramm auf die Welt kommen, liegt etwas unter der Frühgeborenenrate. Auch hier ist kein deutlicher Trend ersichtlich. Im Jahr 2014 kamen in Österreich 6,6 Prozent der Säuglinge mit einem Gewicht von weniger als 2.500 Gramm auf die Welt (BL-Bandbreite: 5,8–7,5).

Abbildung 6.39:
Frühgeborene und geringes Geburtsgewicht in Österreich, 2005–2014



Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 2014
Darstellung: GÖG

Trotz des offensichtlichen Zusammenhangs zwischen Frühgeburt und Geburtsgewicht besteht zwischen beiden nicht zwangsläufig eine Kausalität. Etwa 40 Prozent der Frühgeburten sind nicht untergewichtig, und knapp 30 Prozent der Untergewichtigen sind keine Frühgeburt (österreichweite Auswertung aus dem Jahr 2011, Klimont 2012).

Europäischer Vergleich

Österreich liegt hinsichtlich des Anteils Neugeborener mit **geringem Geburtsgewicht im europäischen Mittelfeld** (s. Abbildung 6.40). Unter den Ländern, für die im Jahr 2011 Daten zur Verfügung standen, war der Anteil mit 4,1 Prozent in Finnland am geringsten und in Griechenland mit 9,8 Prozent am höchsten (s. Abbildung 6.40).

Abbildung 6.40:
Geringes Geburtsgewicht im europäischen Vergleich, 2011



Quelle: OECD-Datenbank (abgefragt am 9. 3. 2017)
Darstellung: GÖG

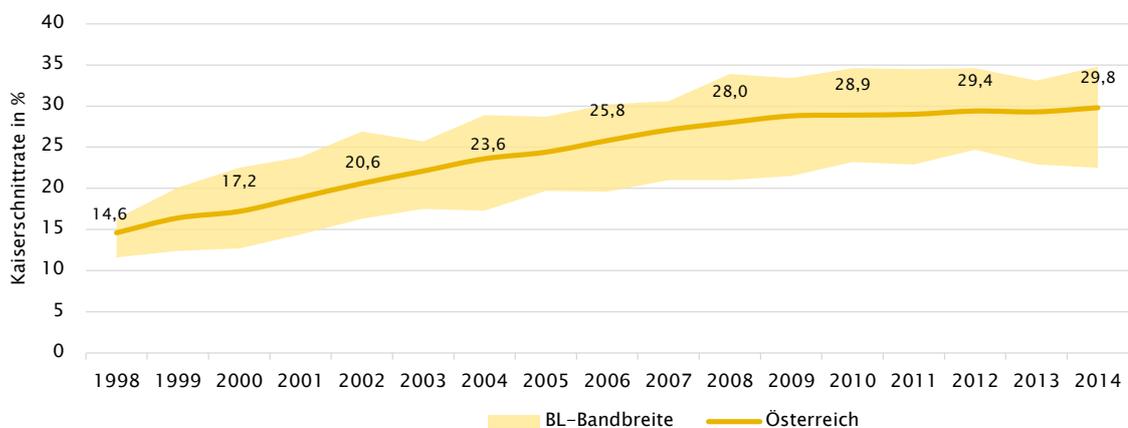
Definitionen und Daten

Als *Frühgeburt* gilt jede Schwangerschaft, die vor Vollendung der 36. Schwangerschaftswoche beendet wird. Die Frühgeborenenrate berechnet sich aus dem Anteil der Frühgeborenen an allen Lebendgeborenen. Säuglinge mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2.500 Gramm gelten als *Low-Birth-Weight-Säuglinge*, unabhängig von der Schwangerschaftsdauer. Datenquelle für die Frühgeborenenrate ist die Statistik des Bevölkerungsstandes (Statistik Austria).

Kaiserschnitttrate

Die Art der Entbindung hat sich in Österreich in den letzten 15 Jahren deutlich verändert. Im Jahr 2014 kamen rund 30 Prozent aller Kinder mittels Kaiserschnitts auf die Welt (BL-Bandbreite: 22,5–34,8 %). Kurz vor der Jahrtausendwende waren es noch 15 Prozent. Die Rate hat sich also verdoppelt (s. Abbildung 6.41).

Abbildung 6.41:
Kaiserschnitttrate in Österreich im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 1998–2014



Quelle: Statistik Austria, Jahrbücher der Gesundheitsstatistik 1998-2014
Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern kommen Kinder in Österreich häufig mittels Kaiserschnitts auf die Welt. Österreich liegt bei der Kaiserschnitttrate **im oberen Drittel** der in Abbildung 6.42 dargestellten europäischen Länder.

Abbildung 6.42:
Kaiserschnitttrate im Vergleich mit ausgewählten europäischen Ländern 2014



Quelle: WHO-Datenbank (abgefragt am 9. 3. 2017)

Darstellung: GÖG

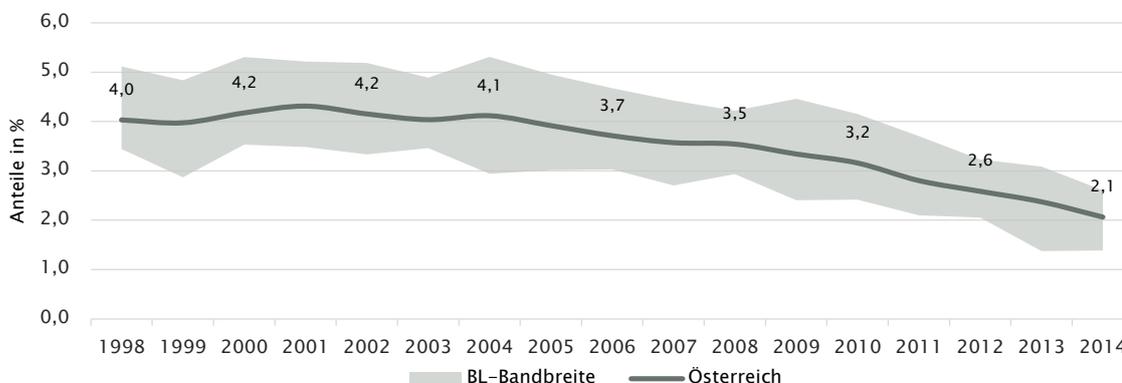
Definitionen und Daten

Die Art der Geburt wird in der Geburtenstatistik der Statistik Austria dokumentiert. Es wird derzeit nicht zwischen medizinisch indizierten und sogenannten Wunschkaiserschnitten unterschieden.

Teenager-Mütter

Um die Jahrtausendwende waren rund 4 Prozent der Mütter von Neugeborenen unter 20 Jahre alt. Mittlerweile ist die Rate nur mehr halb so groß. Im Jahr 2014 betrug sie 2,1 Prozent (BL-Bandbreite: 1,4-2,6 %; s. Abbildung 6.43). Im Jahr 2014 waren die Mütter knapp 1.700 Neugeborener in Österreich unter 20 Jahre alt (bei 15 Babys waren die Mütter jünger als 15 Jahre).

Abbildung 6.43:
Teenager-Geburten in Österreich im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 1998–2014



Quelle: Statistik Austria, Jahrbücher der Gesundheitsstatistik 1998–2014

Darstellung: GÖG

Im Zeitraum von 1998-2014 zeigte sich am anderen Ende der Skala ein gegenläufiger Trend: Der Anteil über 40-jähriger Mütter ist in Österreich in diesem Zeitraum von 1,6 (1998) auf 3,9 Prozent (2014) gestiegen (BL-Bandbreite: 3,2–4,9). Das Durchschnittsalter aller österreichischen Mütter bei der Geburt eines Kindes lag im Jahr 2014 bei 30,5 Jahren (BL-Bandbreite: 30,2–31,0; Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, Onlinetabelle)

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich hinsichtlich des Anteils an Geburten bei Frauen unter 20 Jahren **im europäischen Mittelfeld**. Am seltensten sind Teenager-Mütter in den Niederlanden, am häufigsten in Bulgarien (s. Abbildung 6.44).

Abbildung 6.44:
Teenager-Geburten im europäischen Vergleich, 2014



Quelle: WHO-Datenbank (abgefragt am 22. 3. 2017)
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Das Alter der Mutter bei der Geburt wird in der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung der dokumentiert (Statistik Austria).

6.10.2 Psychiatrische, psychosomatische und psychosoziale Versorgung

6.10.2.1 Ambulantes Versorgungsangebot

Krankenanstalten mit psychiatrischen Ambulanzen

In Österreich stehen der Bevölkerung 28 psychiatrische Ambulanzen zur Verfügung.

Die niedergelassene Versorgung wird durch mehrere Berufsgruppen geleistet:

- Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie
- Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Psychotherapeutinnen/-therapeuten
- Ärztinnen und Ärzte mit PSY-III-Diplom
- klinische Psychologinnen und Psychologen

Niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie

In Österreich praktizierten im Jahr 2014 765 Psychiater/-innen. Das entspricht einer Ärztedichte von 9 Fachärztinnen/-ärzten (FÄ) pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 2,8–19,6). 19 Prozent davon haben einen Kassenvertrag (1,7 FÄ pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 1,3–3,0). 45 Prozent der praktizierenden FÄ für Psychiatrie sind Frauen, 46 Prozent sind 55 Jahre oder älter, 12 Prozent bereits 65 Jahre oder älter.

Im Vergleich zum Jahr 2005 ist die Ärztedichte von 6,5 auf 9,0 FÄ pro 100.000 EW gestiegen (+39 %).

Niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie

In Österreich praktizierten im Jahr 2014 rund 100 FÄ mit einer Ausbildung im Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) bzw. mit einem Zusatzfach Kinder- und Jugendneuropsychiatrie²⁴. Das entspricht einer Ärztedichte von 1,2 FÄ pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 0,3–3,2). Rund ein Viertel (24 %) davon hat einen Kassenvertrag (0,3 FÄ pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 0,1–1,3). Rund die Hälfte der praktizierenden FÄ sind Frauen (49 %), 40 Prozent sind 55 Jahre oder älter, 11 Prozent bereits 65 Jahre oder älter.

Seit 2005 ist die Ärztedichte von 0,6 auf 1,2 FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie pro 100.000 EW gestiegen (+93 %).

Berufsberechtigte Psychotherapeutinnen/-therapeuten

Zum Stand 31. 12. 2014 waren in Österreich insgesamt 8.333 Personen zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt. Das entspricht einer Dichte von 9,8 Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten pro 10.000 EW (BL-Bandbreite: 4,8–19,2 Therapeutinnen/Therapeuten pro 10.000 EW). Der Anteil berufsberechtigter Psychotherapeutinnen liegt bei 71 Prozent. Das Durchschnittsalter der Psychotherapeutinnen ist mit rund 54 Jahren etwas niedriger als jenes ihrer männlichen Kollegen mit 57 Jahren. 94 Prozent der berufsberechtigten Personen sind österreichische Staatsbürger/-innen.

Seit 1991 stieg die Zahl der zur selbstständigen Ausübung berechtigten Psychotherapeutinnen und -therapeuten um das Neunfache (s. Tabelle 6.12). Die Bundesländer mit der höchsten Angebotsdichte sind Wien und Salzburg.

24 In Österreich wurde das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2007 als eigenständiges Sonderfach etabliert. Davor konnte es als Zusatzausbildung zu den Sonderfächern Pädiatrie, Psychiatrie oder Neurologie erworben werden (Kinder- und Jugendneuropsychiatrie).

Tabelle 6.12:
Psychotherapeutinnen und -therapeuten nach Bundesländern, 1991, 2001, 2013 und 2014

Bundesländer	1991		2001		2013		2014	
	absolut	pro 10.000 EW	absolut	pro 10.000 EW	absolut	pro 10.000 EW	absolut	pro 10.000 EW
Burgenland	5	0,18	60	2,16	115	4,01	138	4,80
Kärnten	27	0,49	257	4,59	379	6,82	406	7,30
Niederösterreich	69	0,47	452	2,92	756	4,67	961	5,91
Oberösterreich	85	0,64	526	3,82	772	5,44	852	5,98
Salzburg	129	2,67	543	10,54	664	12,48	700	13,10
Steiermark	87	0,73	560	4,73	780	6,44	825	6,79
Tirol	68	1,08	420	6,24	669	9,35	719	9,96
Vorarlberg	40	1,21	259	7,38	323	8,67	339	9,03
Wien	440	2,86	2.248	14,50	3.413	19,60	3.393	19,20
Österreich	950	1,22	5.325	6,63	7.871	9,31	8.333	9,79

EW = Einwohner/-innen; Stichtage: jeweils 31. 12.

Quelle: BMGF – PsychotherapeutInnenliste 1991, 2001, 2013, 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Ärztinnen/Ärzte mit PSY-III-Diplom

In Österreich praktizierten im Jahre 2015 rund 950 Ärztinnen/Ärzte mit PSY-III-Diplom. Das entspricht einer Ärztedichte von 11 pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 4,5–21,7). 26 Prozent dieser Ärztinnen/Ärzte haben einen Kassenvertrag (2,9 pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 1,0–4,8). 51 Prozent der praktizierenden Ärztinnen/Ärzte mit PSY-III-Diplom sind Frauen, 62 Prozent sind 55 Jahre oder älter, 16 Prozent bereits 65 Jahre oder älter.

Im Vergleich zum Jahr 2012 ist die Ärztedichte von 9,9 auf 11,0 PSY-III-Diplom-Ärztinnen/-Ärzte pro 100.000 EW gestiegen (+12 %).

Klinische Psychologinnen/Psychologen

Zum Stand 31. 12. 2014 waren in Österreich insgesamt 9.243 Personen in die Liste der klinischen Psychologinnen und klinischen Psychologen eingetragen. Dies entspricht einer Dichte von 10,9 klinischen Psychologinnen/Psychologen pro 10.000 EW (BL-Bandbreite: 5,7–16,5 pro 10.000 EW). Der Anteil berufsberechtigter Psychologinnen liegt bei 83 Prozent. Das Durchschnittsalter der klinischen Psychologinnen ist mit 42 Jahren niedriger als das ihrer männlichen Kollegen mit 50 Jahren.

Seit 1991 stieg die Anzahl der zur Ausübung berechtigten Personen in Österreich um ein Vielfaches. Die Bundesländer mit der höchsten Angebotsdichte sind Wien und Salzburg.

Tabelle 6.13:
Klinische Psychologinnen und Psychologen nach Bundesländern, 1991, 2001, 2013 und 2014

Bundesländer	1991		2001		2013		2014	
	absolut	pro 10.000 EW	absolut	pro 10.000 EW	absolut	pro 10.000 EW	absolut	pro 10.000 EW
Burgenland	4	0,15	40	1,44	151	5,27	165	5,74
Kärnten	11	0,20	182	3,25	658	11,85	707	12,72
Niederösterreich	24	0,16	301	1,95	878	5,42	993	6,11
Oberösterreich	31	0,23	298	2,16	959	6,76	1.024	7,18
Salzburg	58	1,20	377	7,32	848	15,94	881	16,49
Steiermark	31	0,26	367	3,10	1.257	10,38	1.356	11,16
Tirol	27	0,43	274	4,07	887	12,39	943	13,06
Vorarlberg	16	0,48	120	3,42	283	7,60	309	8,23
Wien	157	1,02	1.170	7,55	2.770	15,91	2.864	16,21
Österreich	359	0,46	3.129	3,90	8.691	10,28	9.242	10,86

EW = Einwohner/-innen; Stichtage: jeweils 31. 12.

Quelle: BMGF – Liste der klinischen Psychologinnen und Psychologen
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

FÄ für Psychiatrie und FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie: Datenquellen sind die Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK.

Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten: Seit Anfang 1991 regelt das Psychotherapiegesetz (PthG, BGBl Nr. 361/1990) die Berufsausübung der Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Nach Abschluss der Ausbildung werden die Absolventinnen und Absolventen in die vom BMGF geführte PsychotherapeutInnenliste eingetragen. Die eingetragenen Personen sind verpflichtet, jede Änderung ihrer Daten gemäß § 18 Abs 1 PthG binnen eines Monats an das BMGF zu melden. Diese Liste erfasst zwar genau die Anzahl der berufsberechtigten Personen, daraus kann jedoch nicht auf die sehr unterschiedlichen Kapazitäten der angebotenen Psychotherapiestunden geschlossen werden. Außerdem schließt die Liste der berufsberechtigten Personen auch jene ein, die ihren Beruf nicht ausüben: Unterschiedliche Erhebungen zeigen, dass 10–20 Prozent der eingetragenen Personen temporär oder längerfristig ihren Beruf nicht ausüben (Sagerschnig 2015).

Ärztinnen/Ärzte mit PSY-III-Diplom: Mit der Erlangung des ÖÄK-Diploms für psychotherapeutische Medizin (PSY-III-Diplom) erhalten Ärztinnen/Ärzte die Berechtigung, selbstständig und eigenverantwortlich psychotherapeutische Medizin durchzuführen. Datenquellen sind die Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK.

Klinische Psychologinnen/Psychologen: Seit Anfang 1991 regelt das Psychologengesetz (BGBl Nr. 360/1990) die Berufsausübung der klinischen Psychologinnen/Psychologen. Im Jahr 2013 wurde das neue Psychologengesetz 2013 (BGBl Nr. 182/2013) beschlossen, das BGBl Nr. 360/1990 trat mit 1. 7. 2014 außer Kraft. Nach Abschluss der Ausbildung werden die Absolventinnen und Absolventen in die vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) geführte *Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen* eingetragen. Die eingetragenen Personen sind verpflichtet, jede Änderung ihrer Daten gemäß § 31 Abs. 1 Psychologengesetz binnen eines Monats an das BMGF zu melden (Sagerschnig 2015).

6.10.2.2 Inanspruchnahme der ambulanten Versorgungsangebote

Laut Österreichischer Gesundheitsbefragung 2014 haben 7 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher (BL-Bandbreite: 5–8 %) – das sind rund 505.000 Personen – in den letzten 12 Monaten vor der Befragung entweder eine(n) Psychologin/Psychologen, eine(n) Psychotherapeutin/Psychotherapeuten und/oder eine(n) Psychiaterin/Psychiater in Anspruch genommen; Frauen häufiger als Männer (8,3 % vs. 5,5 %).

Während von den 30- bis 59-Jährigen etwa 9 Prozent und von den 15- bis 29-Jährigen etwa 7 Prozent derartige Angebote in Anspruch nehmen, sind es bei den ab 60-Jährigen nur 4 Prozent.

Definitionen und Daten

Die Inanspruchnahme von Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und/oder Psychiaterinnen/Psychiatern in den letzten 12 Monaten wird auf Basis des ATHIS 2014 berichtet. Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

6.10.2.3 Psychosoziale Dienste

Der folgende Abschnitt geht auf die gesamte österreichische Versorgung ein und behandelt folgende psychosozialen Dienste:

- psychosoziale Beratung und Betreuung
- psychosoziale Notdienste
- Wohneinrichtungen und mobile Wohnbetreuung
- Tagesstruktur und Klubeinrichtungen
- Angebote der beruflichen Integration
- Selbsthilfe und Laienhilfe

Psychosoziale Beratung und Betreuung

Psychosoziale Beratungsstellen werden in allen Versorgungsregionen Österreichs vorgehalten und sind das am weitesten ausgebaute ambulante Versorgungsangebot für psychisch kranke Menschen. Dennoch wäre in einzelnen Bezirken bzw. Regionen vor allem hinsichtlich mobiler bzw. aufsuchender Betreuung ein weiterer Ausbau wünschenswert. Die bestehende Personalstruktur in den psychosozialen Diensten zeigt einerseits quantitative Unterschiede zwischen einzelnen Bundesländern, aber auch hinsichtlich der Zusammensetzung der eingebundenen Berufsgruppen (Schwerpunkt Ärzte/Ärztinnen, Psychologen/Psychologinnen, Sozialarbeiter/-innen, psychiatrisches Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, sonstige Berufsgruppen). In Kärnten, Salzburg und der Steiermark sind in den psychosozialen Diensten großteils Psychologen/Psychologinnen tätig, in Niederösterreich überwiegen die Sozialarbeiter/-innen, die Bundesländer Tirol und Wien arbeiten vielfach mit psychiatrischen Pflegekräften, und in Wien sind auch verhältnismäßig viele Fachärzte/-ärztinnen in der PSD-Versorgung im Einsatz.

Hinsichtlich der ärztlichen Behandlungsberechtigung bestehen zwei unterschiedliche Modelle in den Bundesländern:

- Dienste ohne Behandlungsberechtigung: Österreichweit findet sich dieses Modell am häufigsten. In den Institutionen arbeiten Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Psychiatrie. Diese dürfen allerdings keine Rezepte ausstellen und sind auf die Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten angewiesen. Obwohl diese Kooperationen gut etabliert sind, verkomplizieren sie dennoch die Inanspruchnahme von Leistungen für die Patientinnen und Patienten, die mehrere Wege auf sich nehmen müssen.
- Dienste mit Behandlungsberechtigung, idealerweise in Form von Ambulatorien (nichtbettenführende Krankenanstalten): Diese Organisationsform wird in vielen Bundesländern angestrebt. Die Ambulatorien bieten ein Behandlungsspektrum, das mit jenem eines psychiatrischen Krankenhauses vergleichbar ist. Der Status als Krankenanstalt bedingt allerdings rechtliche Vorschriften, die zu hohen Investitionen bei der Errichtung führen.

Psychosoziale Notdienste

Psychiatrische Krisendienste sollten möglichst flächendeckend eingerichtet sein, um Deeskalation in für Betroffene und Angehörige sehr belastenden Extremsituationen bewirken zu können. Sie tragen nachweislich dazu bei, die Anzahl zwangsweiser Unterbringungen in psychiatrischen Krankenhäusern zu reduzieren und unterstützen die Polizei, falls eine unfreiwillige Einweisung unvermeidlich ist. Von Vorteil ist, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krisendienste viele Betroffene kennen und bereits ein Vertrauensverhältnis aufgebaut haben. Mitarbeiter/-innen von Krisendiensten sind Ansprechpartner für die Betroffenen selbst, sehr häufig aber auch für das persönliche Umfeld der psychisch kranken Menschen. Ist der Einsatz vor Ort aufgrund regionaler Gegebenheiten oder personeller Knappheit nicht möglich, können die Fachkräfte zumindest telefonisch beraten und bei der Einleitung weiterer Behandlungsschritte behilflich sein. Diesbezüglich spielt die Vernetzung mit anderen Institutionen (z. B. im Sozialbereich) eine essenzielle Rolle. Nicht selten sind psychisch Kranke von der Delogierung aus ihrer Wohnung bedroht, die Betreuung nach einer Krise, die Lösung von Konflikten, z. B. mit anderen Hausparteien, und die Klärung finanzieller Probleme sollten demnach möglichst rasch erfolgen.

Folgende organisatorische Varianten von Krisendiensten sind derzeit vorhanden bzw. geplant:

- eigene Einrichtungen, die rund um die Uhr zur Verfügung stehen und deren Personal in sehr schwierigen Situationen die Betroffenen persönlich aufsuchen kann (z. B. in Oberösterreich)
- Anbindung des Krisendienstes an eine stationäre Einrichtung, die über ausreichende Ressourcen verfügt, um im Bedarfsfall ein mobiles Team vor Ort zu schicken (z. B. in Kärnten)
- Anbindung an eine psychosoziale Beratungsstelle mit erweiterten Öffnungszeiten, telefonischem Bereitschaftsdienst und einer mobilen Einheit, die kurzfristig die Beratungsstelle verlassen kann (z. B. in Salzburg);
- Übernahme der Not- und Krisenversorgung durch im Bereitschaftsdienst stehende Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, die über eine entsprechende Ausbildung verfügen (z. B. im Burgenland).

Jedes der genannten Modelle bietet Vor- und Nachteile. Anhand der vorliegenden Daten kann nicht bewertet werden, welchem Modell der Vorzug zu geben ist. In der Planung müssen regionale Gegebenheiten wie die Dichte der Besiedelung und die zu erwartende Anzahl an Einsätzen berücksichtigt werden, um die ambulante, aufsuchende Krisenversorgung effektiv und kostengünstig zu betreiben.

Wohneinrichtungen und mobile Wohnbetreuung

Wohnangebote stellen ein sehr breites Spektrum mobiler Unterstützung dar, von jener zu Hause bis hin zu zeitlich unbegrenzten Wohnformen. Grundsätzlich kann zwischen speziellen Wohnplätzen bzw. Wohneinrichtungen für psychisch Kranke („sozialpsychiatrische Wohnplätze“) und Wohnplätzen in allgemeinen (Pflege-)Heimen, die auch für andere Zielgruppen zur Verfügung stehen, unterschieden werden.

Die Wohnplatzversorgungsdichte schwankt zwischen den einzelnen Bundesländern beträchtlich. Im Verhältnis zu den Einwohner/-innen werden die meisten Wohnplätze in Kärnten, Oberösterreich und Wien vorgehalten, die geringste Versorgungsdichte besteht in den Bundesländern Steiermark und Tirol.

In einigen Bundesländern haben sich direkte und aufsuchende Angebote im Lebensumfeld der Klientinnen und Klienten aus herkömmlichen stationären Wohnformen entwickelt, mit dem Ziel, ein weitgehend selbstständiges Leben im bisherigen Umfeld zu ermöglichen (z. B. in der Steiermark, in Kärnten und Wien). In anderen Bundesländern ist diese Leistung im Leistungsspektrum der psychosozialen Dienste integriert (z. B. in Salzburg). Insgesamt besteht in den meisten Bundesländern noch Ausbaubedarf, wobei der mobilen Wohnbetreuung im Lebensumfeld auch in der künftigen Weiterentwicklung der Wohnangebote ein besonderer Stellenwert beigemessen wird.

Tagesstruktur und Klubeinrichtungen

Tagesstrukturierende Einrichtungen bieten eine Vielzahl von Aktivitäten, die sowohl arbeits- als auch freizeitorientiert sein können. Kochgruppen, handwerkliche und sportliche Beschäftigungsinitiativen sind Beispiele dafür. Die Intensität der Betreuung variiert hierbei sehr stark.

Die Tagesstruktur hilft vielen psychisch kranken Menschen, ihre Freizeit aktiv zu gestalten und bietet Schutz vor Vereinsamung. Die tagesstrukturierende Betreuung ist oft der erste Schritt zu einer Beschäftigung am Arbeitsmarkt. Tagesstrukturierende Angebote sind überwiegend auf Ballungsräume konzentriert, in einigen Versorgungsregionen ist von einer Unterversorgung auszugehen.

In den meisten Bundesländern werden Klubeinrichtungen für psychisch Kranke geführt, wobei der „Kaffeehauscharakter“ im Sinne eines gemeinsamen Treffpunkts häufig im Vordergrund steht. Das Angebot überschneidet sich teilweise mit jenem tagesstrukturierender Einrichtungen, beispielsweise der gemeinsamen Planung und Durchführung von Freizeitaktivitäten und Ausflügen. Im Unterschied zu tagesstrukturierenden Einrichtungen sind Klubeinrichtungen in der Regel stärker patientenbestimmt und -verwaltet.

Angebote der beruflichen Integration

Im Bereich der beruflichen Integration können folgende Kategorien unterschieden werden:

- zeitlich begrenzte Eingliederungshilfen (dazu zählen Arbeitstrainingszentren und sozioökonomische Beschäftigungsprojekte, die auf den Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt vorbereiten sollen)
- zeitlich unbegrenzte Angebote (Beispiele dafür sind geschützte Werkstätten, aber auch geschützte Arbeitsplätze in Unternehmen)
- mobile Arbeitsunterstützung (die unterschiedlichen Bezeichnungen Arbeitsassistent, Jobcoaching, Mentoring und Arbeitsbegleitung stehen für das Angebot, psychisch beeinträchtigte Menschen am Arbeitsplatz zu unterstützen, um ihn langfristig zu sichern)

Berufliche Integrationsmaßnahmen werden u. a. auch von Arbeitsmarktservice und Bundessozialamt bereitgestellt. Mobile Arbeitsunterstützung wird auch von manchen psychosozialen Beratungsstellen wahrgenommen (z. B. in Vorarlberg).

Unterstützungsleistungen werden auf allen Ebenen gebraucht – von der Unterstützung im Rahmen eines aufrechten Arbeitsverhältnisses bis hin zur Langzeitbetreuung für längerfristig psychisch kranke Menschen. Grundsätzlich werden berufliche Hilfestellungen von vielen Organisationen angeboten, die auch – aber nicht ausschließlich – von psychisch Kranken in Anspruch genommen werden (z. B. Werkstätten für Menschen mit körperlicher Behinderung).

In den letzten Jahren ist es aufgrund der steigenden Anträge auf Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension wegen psychischer Erkrankung zu einem massiven Aufbau stationärer Einrichtungen der psychiatrischen Rehabilitation gekommen. Diese zielen vorrangig auf die berufliche Rehabilitation ab und müssen von Antragstellerinnen und Antragstellern in Anspruch genommen werden. Weitere Zielgruppen sind Patientinnen/Patienten, die nach einem Krankenhausaufenthalt noch nicht ausreichend stabilisiert sind (im Sinne eines „Anschlussheilverfahrens“), Personen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung bereits länger bzw. gehäuft im Krankenstand sind („Früherfassungsfälle“) sowie Personen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung von Berufsunfähigkeit bzw. Invalidität bedroht sind.

Selbsthilfe und Laienhilfe

Selbsthilfegruppen für psychisch Kranke und deren Angehörige sind wichtiger Bestandteil der Versorgung und tragen zur Entstigmatisierung psychisch erkrankter Personen bei. Wenige Selbsthilfeorganisationen sind bundesweit tätig und verfügen über einen hohen Organisationsgrad. In der Angehörigenarbeit ist die Organisation HPE (Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter) bundesweit tätig und bietet umfangreiche Beratungsleistungen für Angehörige und Betroffene. Die meisten Selbsthilfegruppen sind hingegen als sehr kleine Einheiten organisiert, die sich rasch formieren, aber oft auch bald wieder auflösen.

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind in Österreich – im Unterschied zu anderen Ländern – nicht bundesweit in einer Betroffenenbewegung organisiert. In den Bundesländern Burgenland, Kärnten, Oberösterreich, Steiermark und Vorarlberg sind jedoch organisierte Betroffenenvertretungen vorhanden. Diese Betroffenenvertretungen sind entweder als unabhängiger Verein organisiert oder als Betroffenenvertretung von Anbieterorganisationen wie pro mente.

Laienhilfe (auch Sozialbegleitung, Bürgerhilfe oder Ehrenamt) kann und soll professionelle Hilfsangebote nicht ersetzen, stellt aber in manchen Bundesländern eine wichtige Ergänzung dar. Laienhelferinnen und -helfer sind häufig Ansprechpartner/-innen im Alltag und wichtige Kontaktpersonen für die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung häufig vereinsamten Menschen. Als definiertes Angebot ist die Laienhilfe in den Bundesländern Burgenland, Kärnten, Oberösterreich, Steiermark, Vorarlberg und Wien vorhanden.

Definitionen und Daten

Die Daten der psychosozialen Dienste stammen aus der letzten Aktualisierung der Bestandsaufnahme der außerstationären psychiatrischen Versorgung für das Jahr 2013, die von GÖG/ÖBIG im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur durchgeführt wurde (Kern et al. 2014).

6.10.2.4 Akut- und teilstationäres Versorgungsangebot

Allgemeinpsychiatrie

Laut Kostenstellenstatistik 2014 werden in Österreich insgesamt 3.467 Betten für die allgemeine psychiatrische Versorgung vorgehalten, darunter 404 tagesklinische Plätze. Das entspricht einer Bettenmessziffer (BMZ) von 0,41 tatsächlichen Psychiatriebetten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0,18–0,55 tatsächliche Betten pro 1.000 EW) und liegt innerhalb des im ÖSG 2012 (BGA 2012) definierten Sollbereichs (0,34 bis 0,57 Betten pro 1.000 EW).

Spezielles Versorgungsangebot für Personen mit Abhängigkeitserkrankungen

In Österreich werden 885 Betten für die längerfristige Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Suchtdiagnose bereitgestellt, darunter 26 tagesklinische Plätze (2014). Das entspricht einer Bettendichte von 0,10 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0–0,23) und liegt somit unterhalb des Planungsrichtwerts von 0,16 Betten pro 1.000 EW (BGA 2012).

Kinder- und Jugendpsychiatrie

In Österreich gibt es 349 Betten, darunter 59 tagesklinische Plätze (2014) für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dies entspricht einer bundesweiten BMZ von 0,04 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0–0,06 tatsächliche Betten pro 1.000 EW) und liegt somit unter der Untergrenze des BMZ-Soll-Intervalls von 0,08–0,13 Betten pro 1.000 EW (BGA 2012).

Psychosomatik

Die Abteilungen für Psychosomatik (PSO) werden in Österreich drei unterschiedlichen Fachbereichen zugeordnet: Es gibt PSO-Abteilungen der Psychiatrie, der Inneren Medizin und der Kinderheilkunde.

Insgesamt stehen 397 Betten, darunter 24 tagesklinische Plätze für die PSO-Versorgung Erwachsener zur Verfügung. Das entspricht einer BMZ von 0,047 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0–0,103 tatsächliche Betten pro 1.000 EW) und liegt somit unterhalb der ÖSG-Planungsrichtwerte (0,05 bis 0,08 Betten pro 1.000 EW).

Für die PSO-Versorgung von Kindern und Jugendlichen gibt es in Österreich 126 Betten. Das entspricht einer BMZ von 0,015 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0–0,036 tatsächliche Betten pro 1.000 EW) und liegt somit unterhalb des ÖSG-BMZ-Intervalls (0,02–0,03 tatsächliche Betten pro EW). (BGA 2012)

6.10.2.5 Inanspruchnahme der akut- und teilstationären Versorgungsangebote

Patientinnen und Patienten an psychiatrischen und psychosomatischen Abteilungen in Österreich

In Österreich wurden im Jahre 2014 etwa **51.400 Personen** (mit rund 85.100 Aufenthalten) an akut- und teilstationären psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausabteilungen behandelt. Auf eine Person entfallen im Durchschnitt 1,7 Aufenthalte (exkl. NTA). Die durchschnittliche Belagsdauer beträgt (exkl. NTA) 18 Tage. 92 Prozent der Aufenthalte finden in psychiatrischen, 8 Prozent der Aufenthalte in psychosomatischen Abteilungen statt (s. Tabelle 6.14).

Tabelle 6.14:
Inanspruchnahme der psychiatrischen und psychosomatischen akut- und teilstationären Versorgungsangebote in Österreich nach behandelnden Abteilungen, 2014

Art der Abteilung	Anzahl Patientinnen/ Patienten	Anzahl Aufenthalte	Durchschnittliche Belagsdauer in Tagen	Wieder- aufnahme- rate
psychiatrische Abteilung	46.958	78.260	17	1,7
psychosomatische Abteilung	5.075	6.832	25	1,3
Gesamt	51.352	85.092	18	1,7

alle Angaben exklusive Null-Tage-Aufenthalte

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

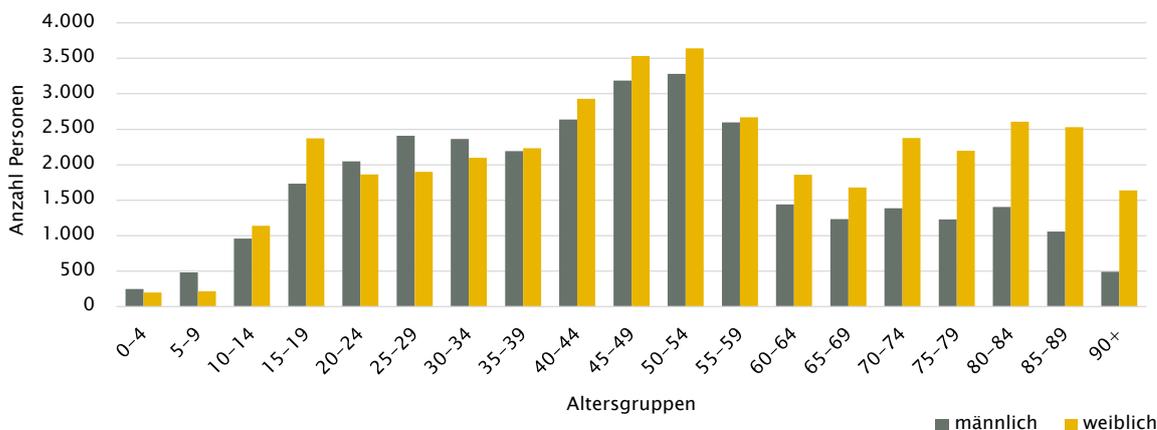
Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose an akut- und teilstationären Abteilungen in Österreich

Im Jahr 2014 wurden rund **70.900 Patientinnen und Patienten** aus Österreich mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (ICD-10: F00–F99) in einer österreichischen Krankenanstalt (akut- und teilstationär) behandelt. Das entspricht einer altersstandardisierten Rate (Europa-Bevölkerung 2013) von 822 pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 543–1.025 pro 100.000 EW). Seit 2005 hat sich die Anzahl dieser Patientinnen und Patienten zwar um 7,9 Prozent erhöht, die standardisierte Rate hat jedoch nur geringfügig zugenommen (um 0,2 %).

55 Prozent der Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose sind Mädchen und Frauen. In der Altersgruppe der 10- bis 19-Jährigen überwiegen die Mädchen und junge Frauen. In der Altersgruppe der 20- bis 34-Jährigen überwiegen die Männer, ab dem 35. Lebensjahr wieder die Frauen.

Gemessen an der absoluten Patientenzahl, ist die anteilig größte Gruppe jene der 40- bis 54-Jährigen. Gemessen an der Rate pro 100.000 ist allerdings der Anteil der ab 75-Jährigen am höchsten (s. Abbildung 6.46).

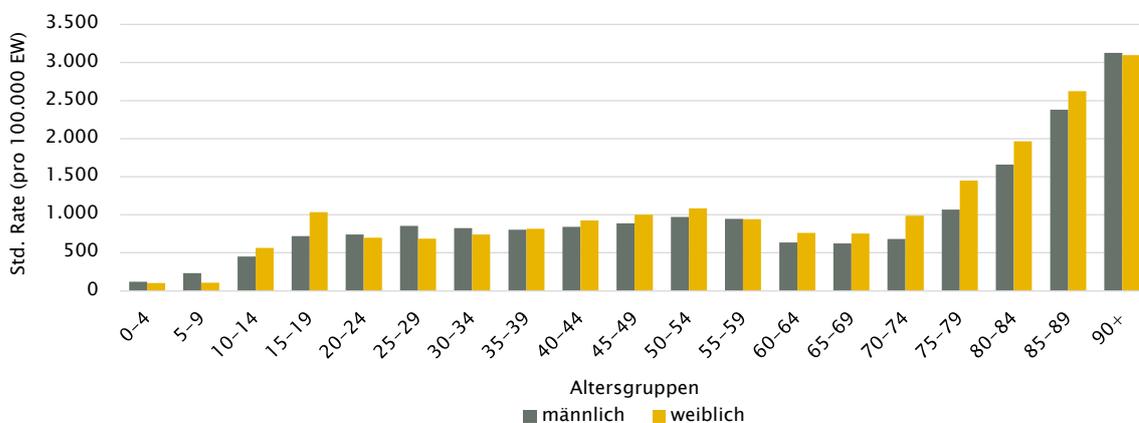
Abbildung 6.45:
 Personen mit akut- und teilstationären Aufenthalten und einer psychiatrischen Diagnose
 nach Altersgruppen und Geschlecht, absolut, 2014



exklusive Null-Tage-Aufenthalte; nur Hauptdiagnosen

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 6.46:
 Personen mit akut- und teilstationären Aufenthalten und einer psychiatrischen Diagnose
 nach Altersgruppen und Geschlecht, altersstandardisierte Rate, 2014



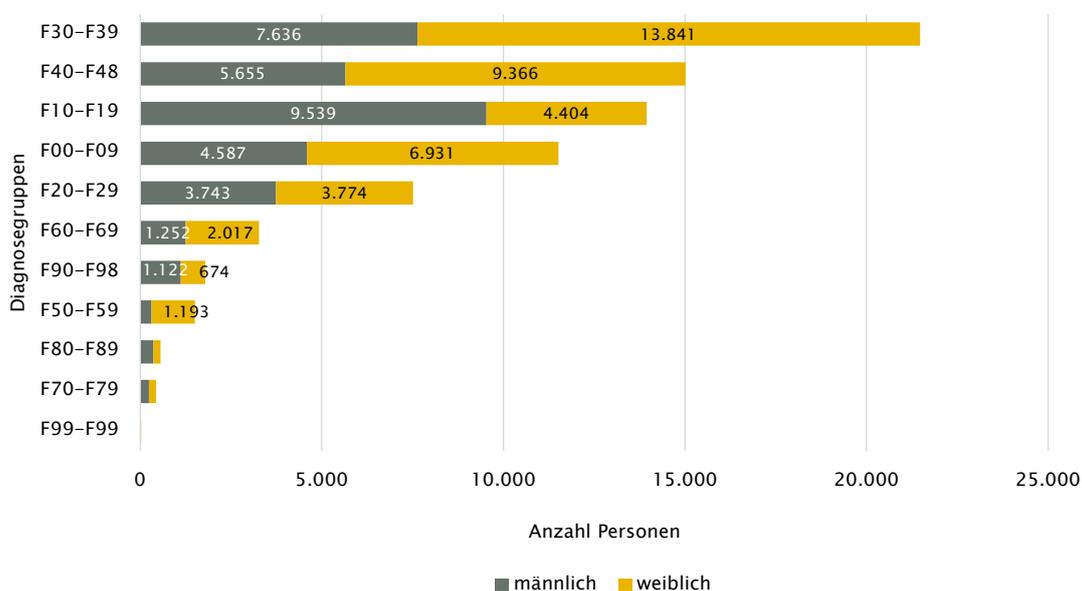
exklusive Null-Tage-Aufenthalte; nur Hauptdiagnosen

altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMGF - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
 Berechnung und Darstellung: GÖG

Die **häufigsten psychiatrischen Hauptdiagnosen** dieser (teil)stationären Patientinnen und Patienten sind affektive Störungen (ICD-10: F30–F39), gefolgt von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (ICD-10: F40–F48) und von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10: F10–F19; s. Abbildung 6.47). Bei Patientinnen stehen mit 32 Prozent die affektiven Störungen an erster Stelle, bei Patienten mit 28 Prozent die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.

Abbildung 6.47:
Personen mit stationärem Aufenthalt und einer psychiatrischen Hauptdiagnose
nach Diagnosegruppen und Geschlecht, 2014



exklusive Null-Tage-Aufenthalte; nur Hauptdiagnosen bei Entlassung

Doppelzählungen bei mehreren Aufnahmen mit unterschiedlichen Hauptdiagnosen im gleichen Jahr sind möglich.

F00–F09 organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, F10–F19 psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, F20–F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, F30–F39 affektive Störungen, F40–F48 neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, F50–F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, F60–F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, F70–F79 Intelligenzminderung, F80–F89 Entwicklungsstörungen, F90–F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

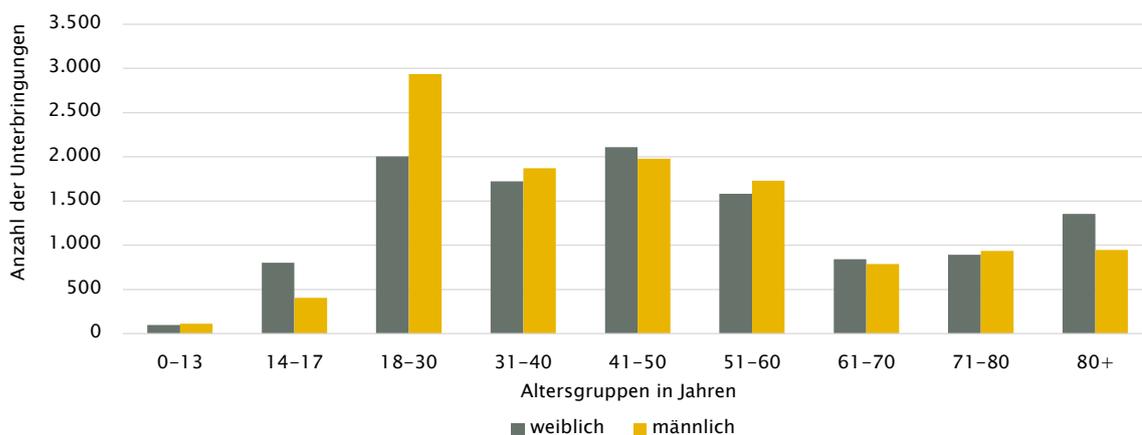
Datenbasis für die Inanspruchnahme akut- und teilstationärer Versorgungsangebote ist die Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten, die jeden einzelnen Aufenthalt erfasst. Einschränkend ist anzumerken, dass ein Aufenthalt erst nach der Entlassung dokumentiert wird, alle Informationen beziehen sich daher auf den Wissensstand zum Zeitpunkt der Entlassung. Patientenzahlen werden (da sie nicht direkt ermittelbar sind) auf Grundlage eines Algorithmus eruiert, der Personen mit der gleichen Wohnpostleitzahl, demselben Geschlecht und Geburtsdatum als identisch behandelt. Unschärfen ergeben sich diesbezüglich durch die Existenz von Personen mit gleichem Geschlecht, Geburtsdatum und Wohnort (Unterschätzung der Patientenzahl) oder durch Wohnortswechsel (Überschätzung der Patientenzahl). Unter akutstationären Patientinnen/Patienten werden jene Personen zusammengefasst, die innerhalb eines Kalenderjahres in einer Fondskrankenanstalt, einem Unfallkrankenhaus oder in einem Sanatorium aufgenommen wurden. Personen mit Aufenthalten, die weniger als einen Tag dauerten, wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

6.10.2.6 Unterbringungen ohne Verlangen nach Unterbringungsgesetz (UbG)

Im Jahr 2014 fanden **23.486 Unterbringungen ohne Verlangen** (nach UbG) an psychiatrischen Abteilungen in Österreich statt. Das entspricht einer rohen Rate von 275 Unterbringungen pro 100.000 EW (BL-Bandbreite²⁵: 150–395 pro 100.000 EW). Im Vergleich zwischen den Geschlechtern ist ein leichtes Überwiegen der Unterbringungen bei Männern zu verzeichnen (51 %). Besonders deutlich ist der Überhang von Unterbringungen bei Männern in der Altersgruppe der 18- bis 30-Jährigen zu beobachten (59 %; s. Abbildung 6.48). Unterbringungen von Frauen überwiegen vor allem in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen (66 %)

Abbildung 6.48:

Unterbringungen ohne Verlangen (nach UbG) in Österreich nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014



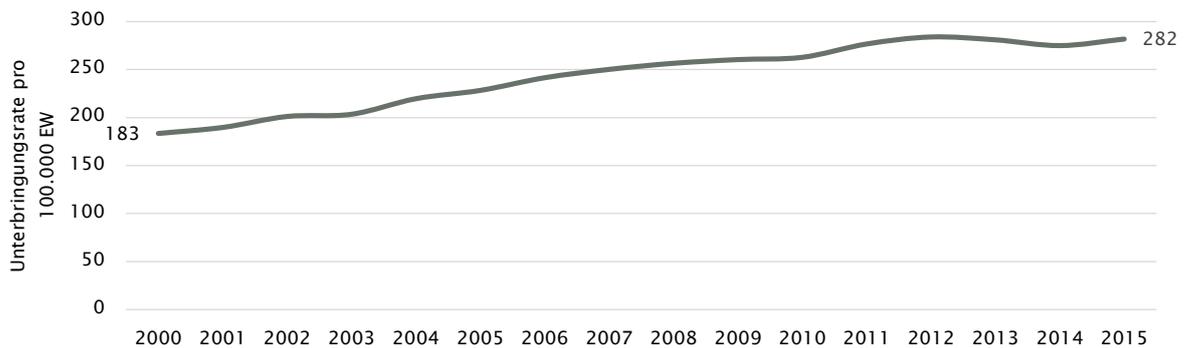
UbG = Unterbringungsgesetz

Quelle: VertretungsNetz - Patientenadvokatur 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Unterbringungsrate in Österreich ist seit dem Jahr 2000 um 50 % gestiegen (von 183 auf 275 Unterbringungen pro 100.000 EW). Im Jahre 2012 wurde die bisher höchste Rate mit 284 Unterbringungen pro 100.000 EW erreicht (s. Abbildung 6.49).

²⁵ aufgrund der länderübergreifenden Versorgungslage exklusive Burgenland, Wien und Steiermark

Abbildung 6.49:
Unterbringungsrate in Österreich, 2000–2015*



Unterbringungen ohne Verlangen nach UbG

Quellen: Bundesrechenzentrum; Statistik Austria – Jahresdurchschnittsbevölkerung
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Unterbringungsrate ist ein Indikator, der einer Vielzahl von Einflussfaktoren unterliegt. Hier kommt es nicht nur im Vergleich zwischen den Bundesländern zu einer breiten Streuung (siehe oben), sondern auch zwischen den einzelnen Krankenhäusern und Krankenhaustypen. Mögliche Einflussfaktoren, die in den Expertengesprächen über die Unterbringung in den Jahren 2012 und 2013 diskutiert wurden (Ladurner et al. 2015), sind

- unterschiedliche Patientengruppen (Diagnosespektrum),
- regionale Gegebenheiten,
- Versorgungsstrukturen (außerstationäre psychosoziale Versorgungsstrukturen, somatische Abteilungen und Pflegeheime),
- Anwendungspraktiken des Heimaufenthaltsgesetzes,
- strukturelle Rahmenbedingungen der unterbringenden Abteilung (Personalstand, Architektur, Größe der Abteilung sowie Auslastung und Bettenverfügbarkeit) sowie
- unterschiedliche Unterbringungspraktiken.

Definitionen und Daten

Das seit 1991 geltende Unterbringungsgesetz (UbG) regelt die unfreiwillige Aufnahme von Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen sowie die Anwendung von Zwangsmaßnahmen während der Unterbringung. Im Jahr 2010 wurde das Gesetz novelliert (UbG).

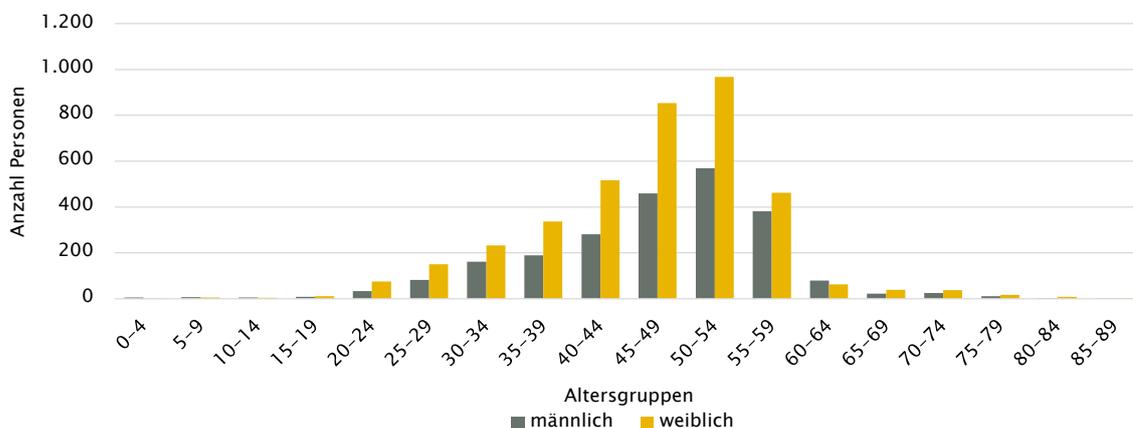
Die Unterbringungen betreffenden Daten der Bezirksgerichte wurden vom Bundesrechenzentrum geliefert. Für die Bevölkerungsrate wurde die Jahresdurchschnittsbevölkerung der Statistik Austria herangezogen.

6.10.2.7 Stationäre psychiatrische Rehabilitation

Im Jahr 2014 nahmen rund **6.100 Personen** mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (ICD-10: F00–F99) stationäre Rehabilitationsangebote in Anspruch (quellbezogen). Das entspricht einer altersstandardisierten Rate (Europa-Bevölkerung 2013) von 67 Personen pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 19–112 Personen pro 100.000 EW).

62 Prozent der betroffenen Personen sind Frauen. Die Altersverteilung zeigt eine Häufigkeitsspitze bei den 45- bis 54-Jährigen mit einem höheren Anteil an Frauen (Absolut- und Relativwerte, s. Abbildung 6.50 und Abbildung 6.51).

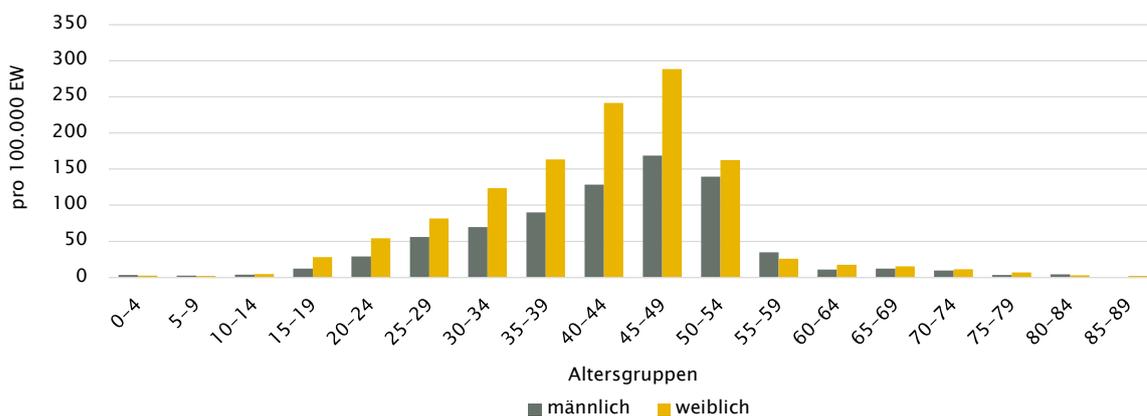
Abbildung 6.50:
Personen mit stationärem Reha-Aufenthalt aufgrund psychiatrischer Diagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht, absolut, 2014



exklusive Null-Tage-Aufenthalte; nur Hauptdiagnosen

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 6.51:
Personen mit stationärem Reha-Aufenthalt aufgrund psychiatrischer Diagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht, altersstandardisierte Rate, 2014



exklusive Null-Tage-Aufenthalte; nur Hauptdiagnosen
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

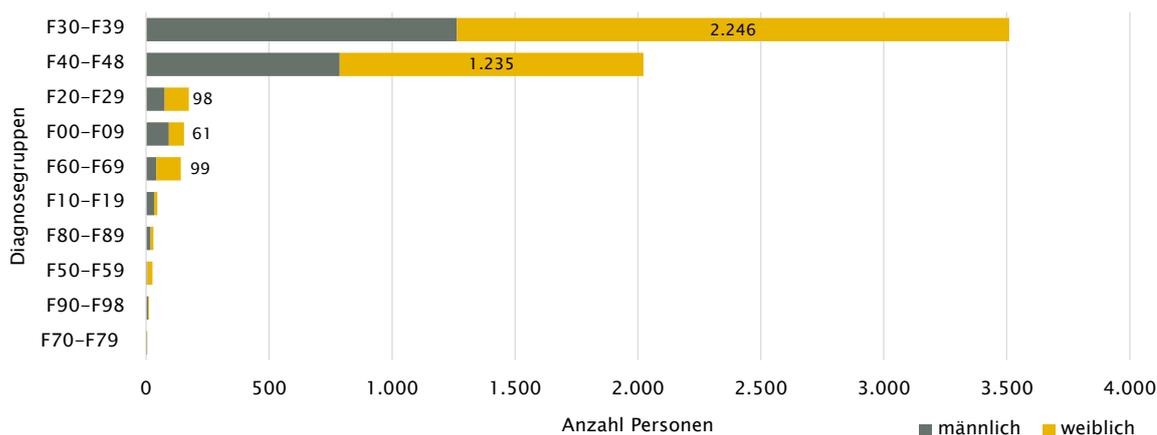
Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Hauptdiagnosen der Patientinnen und Patienten

Im Jahre 2014 entstammen die häufigsten psychiatrischen Hauptdiagnosen der Reha-Patientinnen und -Patienten der Gruppe der affektiven Störungen (F30–F39), gefolgt von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40–F48). Bei beiden Geschlechtern stehen die affektiven Störungen an erster Stelle (Frauen: 59 %; Männer 54 %).

Abbildung 6.52:

Patientinnen und Patienten mit stationärem Reha-Aufenthalt aufgrund psychiatrischer Diagnosen nach Diagnosegruppen und Geschlecht, 2014



exklusive Null-Tage-Aufenthalte; nur Hauptdiagnosen bei Entlassung

Doppelzählungen bei mehreren Aufnahmen mit unterschiedlichen Hauptdiagnosen im gleichen Jahr sind möglich.

F00–F09 organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, F10–F19 psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, F20–F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, F30–F39 affektive Störungen, F40–F48 neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, F50–F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, F60–F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, F70–F79 Intelligenzminderung, F80–F89 Entwicklungsstörungen, F90–F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Patientinnen- und Patientendaten stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten und werden der GÖG vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) zur Verfügung gestellt. Die DLD umfasst unter anderem die Dokumentation jedes einzelnen Aufenthalts. Einschränkend ist anzumerken, dass ein Aufenthalt erst nach der Entlassung dokumentiert wird, alle Informationen beziehen sich daher auf den Wissensstand zum Zeitpunkt der Entlassung. Patientenzahlen werden (da sie nicht direkt ermittelbar sind) auf Grundlage eines Algorithmus eruiert, der Personen mit der gleichen Wohnpostleitzahl, demselben Geschlecht und Geburtsdatum als identisch behandelt. Unschärfen ergeben sich diesbezüglich durch die Existenz von Personen mit gleichem Geschlecht, Geburtsdatum und Wohnort (Unterschätzung der Patientenzahl) oder durch Wohnortswechsel (Überschätzung der Patientenzahl). Die Auswertungen beziehen sich auf Rehabilitationszentren. Rehabilitationszentren, die nicht als bettenführende Krankenanstalten, sondern als „selbstständige Ambulatorien mit angeschlossenem Beherbergungsbetrieb“ geführt werden (Sonnenpark Neusiedlersee, Sonnenpark Bad Hall, Sonnenpark Lans), werden in der DLD nicht erfasst. Personen mit Aufenthalten, die weniger als einen Tag dauerten, wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

6.10.3 Versorgung von Menschen mit einer Drogenproblematik

Am 31. 12. 2014 befanden sich in Österreich 15.614 Personen in Substitutionsbehandlung. Das entspricht einer rohen Rate von 272 Personen pro 100.000 Österreicher/-innen im Alter von 15 bis 64 Jahren (BL-Bandbreite: 111–630). Insgesamt haben im Jahr 2014 **17.272 Personen eine Substitutionsbehandlung erhalten**. Das sind zwischen 59 und 62 Prozent aller Österreicher/-innen mit einem risikoreichen Opiatkonsum (Busch et al. 2015a; Busch et al. 2015b).

Im Rahmen der Substitutionsbehandlung stehen der Österreichischen Bevölkerung **545 versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte** zur Verfügung (Stichtag 31. 12. 2014; eSuchtmittel). Die Anzahl der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte beträgt 631 (LISA = Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte). (Busch et al. 2015a)

In Österreich gab es zum Stand Mai 2016 insgesamt **108 §15-Einrichtungen**, die für gesundheitsbezogene Maßnahmen (Beratung, Behandlung und Betreuung) bei Suchtmittelmissbrauch zur Verfügung stehen.

Europäischer Vergleich

Der Anteil an Personen mit risikoreichem Opiatkonsum, der sich in Substitutionsbehandlung befindet, ist in Österreich vergleichsweise hoch. Allerdings liegen derzeit nur für ausgewählte EU-Länder entsprechende Ergebnisse vor. Bei einem Vergleich von 20 Ländern liegt Österreich auf Platz 7.

Definitionen und Daten

§15-Einrichtungen sind Einrichtungen, die gemäß § 15 Suchtmittelgesetz für gesundheitsbezogene Maßnahmen (Beratung, Behandlung und Betreuung) bei Suchtgiftmissbrauch zur Verfügung stehen. Die Ergebnisse betreffend risikoreichem Opiatkonsum werden auf Basis folgender Quellen berichtet:

- eSuchtmittel (eine vom BMGF betriebene personenbezogene Datenevidenz, zu deren Führung es aufgrund des Suchtmittelgesetzes verpflichtet ist)
- Österreichischer Suchthilfekompass
- LISA (Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte)

Für detailliertere Informationen zu den einzelnen Datenquellen siehe auch den Bericht zur Drogensituation 2015 (Weigl et al. 2015) sowie den Epidemiologiebericht Drogen (Busch et al. 2015a; Busch et al. 2015b).

7 Chancengerechtigkeit

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bezeichnet den Umstand, dass Menschen – unabhängig von individuellen und sozialen Merkmalen²⁶ – über gerechte Chancen verfügen, ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen (Richter/Hurrelmann 2009).

Empirische Beobachtungen zeigen, dass weder gesundheitliche Chancen noch gesundheitliche Risiken gerecht verteilt sind, sondern in einem systematischen Zusammenhang mit sozioökonomischen Faktoren stehen. Die Auswirkungen sozialer Ungleichheit²⁷ werden häufig mit dem Begriff der „gesundheitlichen Ungleichheit“ bezeichnet (Mielck 2005; Richter/Hurrelmann 2009) und stellen mehr denn je eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung dar (Bauer et al. 2008; Marmot 2013; Richter/Hurrelmann 2009).

In der Fachliteratur wird zwischen **vertikal und horizontal verlaufenden Ungleichheiten** unterschieden. Vertikale Ungleichheiten sind (meist) durch Unterschiede in Einkommen, Bildung und Berufsstatus bedingt. Teils unabhängig davon sind „horizontale Ungleichheiten“, die durch Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Familiengröße, Wohnort/-region und dgl. entstehen (Hradil 2009).

Darüber hinaus zeigt sich, dass soziale Ungleichheiten (Benachteiligungen) nicht nur in einzelnen Lebensphasen, sondern über den gesamten Lebenslauf hinweg von gesundheitlicher Bedeutung sind (vgl. Beiträge in Richter/Hurrelmann 2009). Unterschiede, die sich im Kindes- und Jugendalter zeigen, finden demnach meist im Erwachsenenalter ihre Fortsetzung und entfalten oftmals über Generationen hinweg²⁸ ihre gesundheitserhaltende/-fördernde oder -schädigende Wirkung. (Dragano/Siegrist 2009; Marmot 2013)

Im Fachdiskurs werden **unterschiedliche Modelle zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit** angeboten (Mackenbach 2006; Mielck 2005).

Sämtliche Erklärungsmodelle gehen davon aus, dass Gesundheitsunterschiede (abseits biologischer Effekte) vorrangig sozioökonomisch beeinflusst sind (s. Abbildung 7.1) und durch Unterschiede

- hinsichtlich (körperlicher und) psychischer Anforderungen und Ressourcen,
- im Lebensstil (z. B. im Gesundheitsverhalten),
- in materiellen und sozialen Lebensbedingungen (Verhältnissen),
- in der Versorgung

sowie durch eine Verschränkung dieser Faktorenbündel bedingt sind.

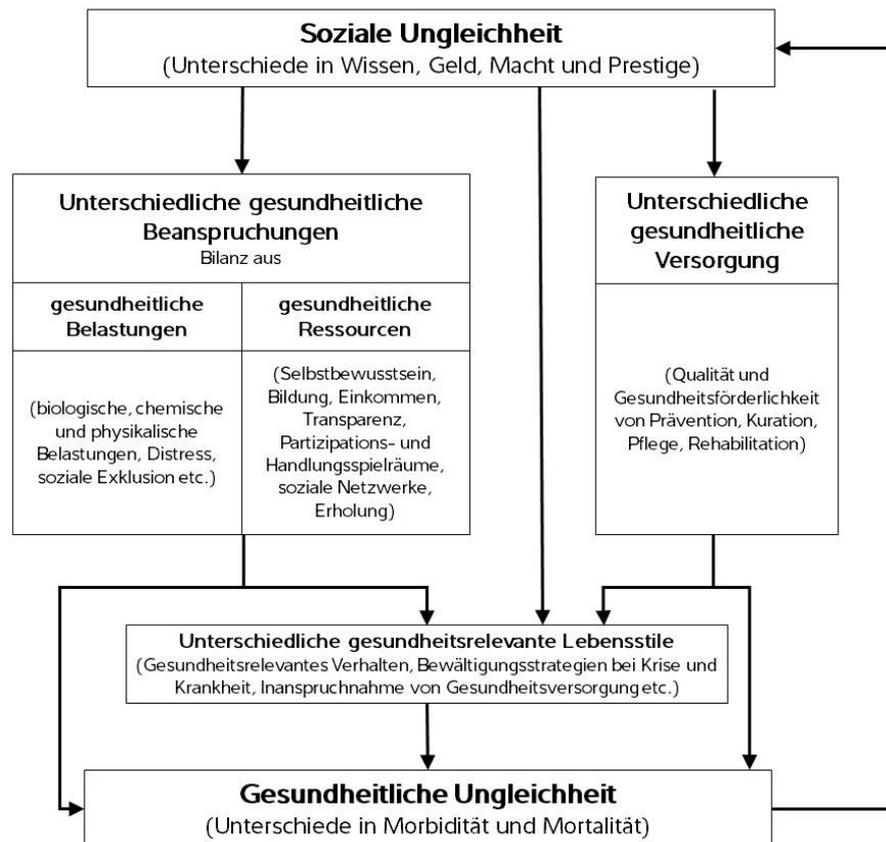
26 Alter, Geschlecht, Nationalität, Hautfarbe, Religionszugehörigkeit, Sprache, Bildung, Einkommen, Vermögen, politische Orientierung, sexuelle Orientierung etc.

27 „Als soziale Ungleichheit werden gesellschaftliche Vor- und Nachteile von Menschen bezeichnet. Soziale Ungleichheiten bestehen in gesellschaftlich bedingten, relativ beständigen, asymmetrischen Verteilungen knapper, begehrter ‚Güter‘. Diese ‚Güter‘ können Ressourcen sein, das heißt Hilfsmittel autonomen Handelns wie etwa Bildungsabschlüsse oder Einkommen. Der Begriff ‚soziale Ungleichheit‘ kann sich aber auch auf andere (un)vorteilhafte Lebensbedingungen beziehen, wie z. B. auf belastende Arbeitsbedingungen, (un)gesunde Umweltbedingungen oder (un)günstige Wohnbedingungen.“ (Hradil 2009)

28 über Bildungschancen, den Erwerb von Kompetenzen, bestimmte Belastungs- und Ressourcenkonstellationen (Wohnverhältnisse, familiäres Klima etc.), über Möglichkeiten der sozialen Teilhabe, über gelernte bzw. sozialisierte Verhaltensweisen sowie über den Zugang zu gesundheitlichen Leistungen etc.

Empirische Studien haben gezeigt, dass rund 40 bis 70 Prozent der beobachteten Gesundheitsunterschiede sozioökonomisch erklärt werden können. Alle wissenschaftlichen Befunde gehen davon aus, dass Gesundheit und Lebenserwartung positiv mit dem Sozialstatus korrelieren: je höher der Sozialstatus, desto besser die Gesundheit und desto höher die Lebenserwartung (Hradil 2009; Mackenbach 2006; Mielck 2005; Richter/Hurrelmann 2009).

Abbildung 7.1:
Soziale Ungleichheit und ihre gesundheitsrelevanten Wirkungswege



Quelle und Darstellung: Rosenbrock/Kümpers (2009, modifiziert nach Elkeles und Mielck 1993)

Im vorliegenden Bericht wurden alle Indikatoren – sofern es die Datenlage erlaubte – nach den Dimensionen Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (horizontale Ungleichheiten) sowie nach Bildung und Haushaltseinkommen (vertikale Ungleichheiten) betrachtet. Die wichtigste Datenquelle, die eine Verknüpfung zwischen Gesundheit und gesundheitlichen Dimensionen einerseits und sozioökonomischen Verhältnissen andererseits erlaubt, ist die österreichische Gesundheitsbefragung. Die EU-SILC-Erhebung ist per se eine wichtige Datenquelle für Chancengerechtigkeit und erlaubt ebenfalls die Verknüpfung von Gesundheit und sozioökonomischen Dimensionen. Bei anderen wichtigen Datenquellen – etwa der Todesursachenstatistik, die die Basis für die Berechnung der Lebenserwartung darstellt – ist eine routinemäßige Verknüpfung mit sozioökonomischen Variablen nicht möglich. Fallweise gibt es dazu Sonderauswertungen/Publicationen der Statistik Austria (Klotz 2007; Klotz/Doblhammer 2008). Bei wiederum anderen Datenquellen (z. B. Krebsstatistik, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten) ist (derzeit) keine Verknüpfung mit sozioökonomischen Variablen möglich.

Die folgenden Abschnitte stellen entsprechend den drei Ringen des PHMF (s. Abschnitt 1.2) – Gesundheit, individuelle Determinanten und Verhältnisdeterminanten – zusammenfassend dar, wie es in Österreich um die gesundheitliche Chancengerechtigkeit bestellt ist. Der Fokus liegt sowohl auf horizontalen wie auch auf vertikalen Chancengerechtigkeitsdimensionen.

7.1 Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

7.1.1 Gesundheitliche Ebene

Die **Lebenserwartung** und die **Lebenserwartung in Gesundheit** sind stark bildungsabhängig. Je höher der formale Bildungsabschluss, desto höher auch die Lebenserwartung und die Lebenserwartung in Gesundheit: Im Jahr 2014 konnten in Österreich Männer der höchsten Bildungsstufe (Universitäts- oder Fachhochschulabschluss) mit rund 16 und Frauen mit 13 Lebensjahren mehr in Gesundheit rechnen als gleichaltrige Personen mit maximal Pflichtschulabschluss. Dementsprechend korreliert der **selbsteingeschätzte Gesundheitszustand** der österreichischen Bevölkerung (30 Jahre und älter) mit der Bildung: je höher die Bildung, desto besser die Gesundheit (sehr guter Gesundheitszustand: max. Pflichtschulabschluss 55 %, Matura oder höher 87 %). Ebenfalls sichtbar werden Gesundheitsunterschiede zugunsten der obersten Einkommensschichten (81–86 % vs. 61 % beim untersten Einkommensquintil).

Auch **chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme** treten bei Personen mit geringer formaler Bildung bzw. aus dem untersten Einkommensquintil häufiger auf als bei Personen mit einer höheren formalen Bildung (53 vs. 33 %) bzw. aus dem obersten Einkommensquintil (46 % vs. 35 %). Sie betreffen zudem häufiger Männer ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) als Männer mit Migrationshintergrund (34 % vs. 29 %), ein Ergebnis, das vor allem durch den Altersunterschied der Vergleichsgruppen bedingt ist (Österreicher ohne Migrationshintergrund sind häufiger über 60 Jahre alt als Österreicher mit Migrationshintergrund).

Auch hinsichtlich **Karies** ist ein Zusammenhang mit sozioökonomischen Variablen (Bildung und Migrationshintergrund) belegt. Dies gilt sowohl für die 6- als auch für die 12-jährige Bevölkerung. 6-Jährige mit Eltern ohne Maturaabschluss haben im Durchschnitt 3,2 geschädigte Zähne, Kinder, deren Eltern einen Maturaabschluss aufweisen, hingegen 1,4 geschädigte Zähne. Von den Kindern aus „bildungsfernen“ Haushalten haben 49 Prozent ein unsaniertes Gebiss, von den Kindern aus „Maturahaushalten“ 24 Prozent. Kinder mit Migrationshintergrund haben im Durchschnitt 3,5, Kinder ohne Migrationshintergrund 1,4 kariös geschädigte Zähne. Von den Kindern mit Migrationshintergrund haben 52 Prozent ein unsaniertes Gebiss, von den Kindern ohne Migrationshintergrund 24 Prozent. 12-Jährige mit Eltern ohne Matura haben durchschnittlich 1,2 und 12-Jährige mit Eltern, die maturiert haben, 0,8 geschädigte Zähne. 12-Jährige mit Eltern ohne Matura haben auch häufiger ein unsaniertes Gebiss (17 % vs. 9 %). Ähnliche Unterschiede in der Zahngesundheit zeigen sich auch zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund (1,3 vs. 0,8 geschädigte Zähne; unsaniertes Gebiss: 21 % vs. 9 %).

Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag sind in der österreichischen Bevölkerung mit niedrigem Bildungsabschluss (maximal Pflichtschule; 30 Jahre und älter) und mit sehr geringem Einkommen deutlich häufiger als in sozial besser gestellten Schichten (Bildung: 52 % vs. 26 %; Einkommen: 49 % vs. 26 %). Dieselbe Benachteiligung für bildungs- und einkommensschwache Bevölkerungsschichten zeigt sich auch in Bezug auf die **Lebensqualität** (mit kleineren Ausnahmen beim sozialen Wohlbefinden). Österreicher/-innen ohne Migrationshintergrund sind häufiger von gesundheitsbedingten Einschränkungen betroffen (33 % vs. 28 %; Alterseffekt) als solche mit Migrationshintergrund.

7.1.2 Individuelle Determinanten

Übergewicht und **Adipositas** sind in der Bevölkerungsgruppe mit niedrigem formalem Bildungsniveau und geringem Haushaltseinkommen ein noch größeres Problem als in der Gesamtbevölkerung. Insbesondere bei der weiblichen Bevölkerung (30 Jahre und älter) zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang: Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss bzw. aus der niedrigsten Einkommenskategorie sind deutlich häufiger übergewichtig oder adipös als Frauen mit höherer Bildung (58 % vs. 28 %) bzw. aus der obersten Einkommenskategorie (51 % vs. 33 %). Österreicherinnen mit Migrationshintergrund sind seltener von Übergewicht oder Adipositas betroffen als Österreicherinnen ohne Migrationshintergrund (34 % vs. 40 %).

In Bezug auf **Bluthochdruck** zeigt sich, dass Frauen in bildungsfernen und/oder einkommensschwachen Bevölkerungsschichten (30 Jahre und älter) deutlich häufiger betroffen sind als Frauen, die ihre Schullaufbahn zumindest mit Matura abgeschlossen haben und/oder in einem einkommensstarken Haushalt leben (Bildung: 42 % vs. 14 %; Einkommen: 36 % vs. 17 %). Bei der männlichen Bevölkerung zeigt sich lediglich der bildungsbedingte Unterschied (31 % vs. 20 %). Zudem weisen Österreicher/-innen ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) häufiger Bluthochdruck auf als jene mit Migrationshintergrund (22 % vs. 17 %; Alterseffekt).

Ein deutlicher Bildungsgradient zeigt sich hinsichtlich der **Gesundheitskompetenz**: Je niedriger der Bildungsabschluss, desto niedriger ist die Gesundheitskompetenz. Österreicher/-innen mit Migrationshintergrund (in der EU geboren) weisen eine schlechtere Gesundheitskompetenz auf als Österreicher/-innen ohne Migrationshintergrund (ausreichende bis ausgezeichnete Kompetenz: 42 % vs. 50 %).

Österreicher/-innen mit hoher formaler Bildung essen häufiger **täglich Obst und Gemüse** als Österreicher/-innen anderer Bildungsschichten. In Bezug auf das Einkommen zeigt sich, dass Österreicherinnen aus dem obersten Einkommensquintil häufiger täglich Obst und Gemüse konsumieren als Österreicherinnen der anderen Einkommensquintile (51 vs. 41–46 %). Österreicher/-innen mit Migrationshintergrund essen häufiger täglich Obst und Gemüse als Österreicher/-innen ohne Migrationshintergrund (40 % vs. 34 %).

Österreicher/-innen mit einem höheren Bildungsabschluss erfüllen häufiger die österreichischen Empfehlungen für eine **gesundheitswirksame Bewegung** als Österreicher/-innen mit einem niedrigeren Bildungsgrad (28 % vs. 16 %). Dies gilt auch für besser versus schlechter verdienende Haushalte (28 % vs. 17 %). Ein Unterschied zwischen Männern und Frauen mit und ohne Migrationshintergrund findet sich nicht.

Menschen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter) **rauchen** häufiger täglich als Personen mit einem höheren Bildungsabschluss (26 % vs. 15 %). Das gilt für Männer wie für Frauen. Auch die Exposition gegenüber Passivrauch (mindestens eine Stunde pro Tag) folgt diesem Muster (max. Pflichtschulabschluss: 16 %, Lehr-/BMS-Abschluss: 15 %, Matura oder höher: 8 %). Österreicher/-innen aus der untersten Einkommensschicht rauchen häufiger als Menschen der obersten Einkommensschicht (36 % vs. 24 %). Ein identisches Muster findet sich auch bei der Passivrauchexposition. Österreicher/-innen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) zählen häufiger zu den täglichen Raucherinnen und Rauchern (32 % vs. 23 %). Sie sind zudem häufiger (mindestens eine Stunde pro Tag) Passivrauch ausgesetzt (22 % vs. 13 %).

Der **Konsum alkoholischer Getränke** (an 5 oder mehr Tagen pro Woche) nimmt mit steigender Bildung zu: von rund 6 Prozent bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss auf 12 Prozent bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. Ein weitgehend identisches Muster besteht auch hinsichtlich des Haushaltseinkommens: Der Anteil regelmäßiger Alkoholkonsumenten steigt von 7 Prozent bei Personen des untersten Einkommensquintils auf rund 13 Prozent bei Perso-

nen aus dem obersten Quintil. Beide Gradienten sind bei der weiblichen Bevölkerung deutlicher ausgeprägt als bei der männlichen und gelten auch für den problematischen Alkoholkonsum. Österreicher ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) trinken häufiger Alkohol als jene mit (an fünf oder mehr Tagen pro Woche: 13 % vs. 9 %).

7.1.3 Verhältnisbezogene Determinanten

Die **Armutsgefährdung** ist für nichtösterreichische Staatsbürger/-innen besonders hoch. Im Jahr 2015 sind von dieser Gruppe österreichweit 37 % von Armut gefährdet, während es in der Gesamtbevölkerung 14 % sind. Neben anderen Bevölkerungsgruppen wie Ein-Eltern-Haushalten oder Mehrpersonenhaushalten mit drei oder mehr Kindern sind auch Menschen, die maximal einen Pflichtschulabschluss aufweisen, überdurchschnittlich von Armut gefährdet (21 %).

Im Jahr 2014 lag zudem das **20:80-Verhältnis des Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens** bei einem Wert von 4,1. Das bedeutet, dass in Österreich das Haushaltseinkommen der reichsten 20 Prozent der Haushalte viermal so hoch ist wie das der ärmsten 20 Prozent. Dieser Quotient blieb über die letzten Jahre hinweg konstant.

Das **Bildungsniveau** der österreichischen Bevölkerung ist in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen, stagniert allerdings in den letzten Jahren. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die **Bildungsmobilität**. Diese ist in Österreich relativ gering. Zudem ist die Bildung der Frauen weitaus stärker als jene der Männer von der Bildung der Eltern beeinflusst. 7 Prozent der 18- bis 24-jährigen Österreicher/-innen hatten im Jahr 2015 keinen weiterführenden Bildungsabschluss (also maximal einen Pflichtschulabschluss) und befinden sich nicht in Ausbildung (**frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger/-innen**).

Atypische Beschäftigungsverhältnisse entfallen häufiger auf Erwerbstätige mit Migrationshintergrund als auf Erwerbspersonen ohne einen solchen (38 % vs. 32 %). Darüber hinaus sind Erwerbspersonen mit maximal einem Pflichtschulabschluss sowie Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss häufiger von einem atypischen Beschäftigungsverhältnis betroffen als Erwerbstätige mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (36 bzw. 37 % vs. 30 %).

Personen mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft sind in Österreich – gemessen an der Arbeitslosenquote (ALQ) – häufiger von **Arbeitslosigkeit** betroffen als österreichische Staatsbürger/-innen (12,1 % vs. 7,6 %). Die Entwicklung der ALQ zeigt bei Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft einen geringeren Anstieg (von 2008 bis 2014 um 2 %) als bei Personen mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft (von 2008 bis 2014 um rund 4 %). Ein Zusammenhang mit der formalen Bildung zeigt sich sowohl bei der Arbeitslosigkeit insgesamt als auch bei **arbeitssuchenden Menschen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen**. In beiden Fällen sind arbeitssuchende Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss häufiger arbeitslos als Personen mit einer weiterführenden Bildung.

Körperlichen Belastungen am Arbeitsplatz sind Erwerbspersonen ohne Migrationshintergrund sowie Erwerbspersonen mit geringer formaler Bildung (maximal Pflichtschulabschluss) häufiger ausgesetzt als Erwerbspersonen mit Migrationshintergrund (74 % vs. 71 %) und einem hohen Bildungsabschluss (Matura oder höher; 75 % vs. 67 %). Von **Zeitdruck und Arbeitsüberlastung** sind hingegen Erwerbstätige ohne Migrationshintergrund sowie Erwerbspersonen mit einer hohen formalen Bildung (Matura oder höher) stärker betroffen als Erwerbstätige mit Migrationshintergrund (39 % vs. 34 %) und geringer formaler Bildung (maximal Pflichtschulabschluss; 42 % vs. 30 %).

Überstunden werden von unselbstständigen Erwerbspersonen ohne Migrationshintergrund öfter geleistet als von Erwerbspersonen mit Migrationshintergrund (20 vs. 15 %). Darüber hinaus werden

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

Bei den **älteren erwerbstätigen Personen** finden Frauen und Männer mit hohen Bildungsabschlüssen (ISCED-Level 5–6) sowie solche ohne Migrationshintergrund bessere Arbeitsbedingungen vor als Personen mit geringerer formaler Bildung oder Migrationshintergrund.

Weiters finden sich Korrelationen zwischen Bildungs- und Einkommensunterschieden und dem **Ausmaß sozialer Unterstützung**: Je höher die Bildung und das Haushaltseinkommen, desto eher verfügen Österreicher/-innen über ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung. Zwischen den niedrigsten und den höchsten Bildungs- bzw. Einkommensschichten bestehen Unterschiede von 16 bis 14 Prozentpunkten. Zudem erhalten Österreicher/-innen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) deutlich seltener ein hohes Ausmaß an Unterstützung als Österreicher/-innen ohne Migrationshintergrund (43 % vs. 56 %).

7.1.4 Gesundheitsversorgung

Die Inanspruchnahme einer **Darmspiegelung zu Früherkennungszwecken** (innerhalb der letzten fünf Jahre) steigt bei Österreichs Männern (50 Jahre und älter) mit zunehmender Bildung: von 38 Prozent bei Männern mit maximal Pflichtschulabschluss auf 46 Prozent bei jenen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. Auch mit zunehmendem Einkommen steigt die Inanspruchnahme: von 36 Prozent bei Personen des untersten Einkommensquintils auf 47 Prozent bei solchen aus der obersten Einkommensgruppe. Für Österreichs Frauen bestehen diese Zusammenhänge nicht. Österreicher/-innen ohne Migrationshintergrund (50 Jahre und älter) hatten in den letzten fünf Jahren häufiger eine Darmspiegelung als Österreicher/-innen mit Migrationshintergrund (43 % vs. 36 %).

Die Inanspruchnahme einer **Früherkennungsmammografie** (innerhalb der letzten zwei Jahre) nimmt bei Österreichs Frauen (45 bis 69 Jahre) mit steigendem Einkommen zu: von 68 Prozent bei Frauen aus dem untersten Einkommensquintil auf 78 Prozent bei jenen aus dem obersten Einkommensquintil. Zusammenhänge mit Bildung und Migrationshintergrund finden sich nicht.

Die Inanspruchnahme einer **Vorsorgeuntersuchung zum Erkennen von Gebärmutterhalskrebs** (innerhalb der letzten drei Jahre) steigt mit zunehmender Bildung: von 77 Prozent bei Österreicherinnen mit maximal Pflichtschulabschluss (20 bis 69 Jahre) auf 91 Prozent bei jenen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. Auch mit steigendem Einkommen nimmt die Inanspruchnahme zu: von 82 Prozent bei Frauen aus dem untersten Einkommensquintil auf 91 Prozent bei solchen aus dem obersten Quintil. Österreicherinnen ohne Migrationshintergrund ließen in den letzten drei Jahren häufiger einen PAP-Abstrich machen als jene mit Migrationshintergrund (86 % vs. 79 %).

Niedergelassene **Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin** wurden – in den letzten 12 Monaten – am häufigsten von Österreicherinnen/Österreichern mit maximal Pflichtschulabschluss aufgesucht (30 Jahre und älter; 79 % vs. 74 % Matura oder höher). Ein Zusammenhang mit dem Einkommen oder dem Migrationshintergrund besteht nicht.

Niedergelassene **Fachärztinnen/Fachärzte** werden häufiger von Männern sowie von Personen ab 60 Jahren mit Matura oder höherer formaler Bildung in Anspruch genommen als von jenen mit maximal Pflichtschulabschluss (männliche Bevölkerung: 69 % vs. 64 %; ab 60-jährige Bevölkerung: 87 % vs. 84 %). Die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen nimmt geringfügig mit steigendem Einkommen zu: von 74 Prozent bei Personen aus dem untersten Einkommensquintil auf 77 Prozent bei Personen aus den obersten Einkommensschichten. Österreicher/-innen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) suchen seltener niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte auf als Österreicher/-innen ohne Migrationshintergrund (76 % vs. 70 %).

Zahnärztliche Leistungen wurden innerhalb der letzten 12 Monate ebenfalls häufiger von Österreicherinnen/Österreichern mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter) in Anspruch genommen als von solchen mit maximal Pflichtschulabschluss 78 % vs. 55 %). Die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen steigt zudem mit dem Einkommen: von 61 Prozent bei Personen aus dem untersten Einkommensquintil auf 78 Prozent bei Personen aus dem obersten Quintil. Österreicher/-innen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) suchen seltener niedergelassene Zahnärztinnen/-ärzte auf als jene ohne Migrationshintergrund (73 % vs. 66 %).

Die **Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen** nimmt geringfügig mit steigender Bildung zu: von 18 Prozent bei Österreicherinnen/Österreichern mit maximal Pflichtschulabschluss auf 23 Prozent bei jenen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. Keine Zusammenhänge sind mit dem Haushaltseinkommen oder dem Migrationshintergrund erkennbar. Ebenfalls keine Zusammenhänge bestehen für die Inanspruchnahme ergotherapeutischer Leistungen. Dies gilt für Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund.

Ärztlich verschriebene **Medikamente** werden von Österreicherinnen/Österreichern mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter) seltener eingenommen (45 %) als von Österreicherinnen/Österreichern mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (56 %) bzw. mit maximal einem Pflichtschulabschluss (73 %; s. Abbildung 6.13). Umgekehrt nehmen Österreicher/-innen mit Matura oder höherem Bildungsabschluss häufiger rezeptfreie Medikamente ein (44 %) als jene mit maximal Pflichtschulabschluss (29 %). Darüber hinaus zeigt sich, dass Österreicher/-innen häufiger verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen, wenn sie der untersten Einkommensgruppe angehören (unterstes Einkommensquintil 64 %, oberstes Einkommensquintil 54 %). Umgekehrt nehmen Österreicher/-innen aus dem untersten Einkommensquintil seltener rezeptfreie Medikamente ein als solche aus dem obersten Quintil (29 % vs. 35 %). Österreichische Männer ohne Migrationshintergrund nehmen häufiger verschreibungspflichtige Medikamente ein als jene mit Migrationshintergrund (45 % vs. 39 %), ein Ergebnis, das vor allem durch den Altersunterschied der Vergleichsgruppen bedingt ist (Österreicher ohne Migrationshintergrund sind häufiger 60 plus als Österreicher mit Migrationshintergrund). Rezeptfreie Medikamente werden häufiger von der männlichen Bevölkerung mit Migrationshintergrund eingenommen (33 % vs. 27 % ohne Migrationshintergrund). Keine Unterschiede nach Migrationshintergrund bestehen bei der weiblichen Bevölkerung.

Die **Inanspruchnahme spitalsambulanter Leistungen** steigt mit sinkender Bildung (laut ATHIS 2014): Österreicher/-innen mit maximal Pflichtschulabschluss wurden in den letzten 12 Monaten häufiger in einer Spitalsambulanz versorgt als Österreicher/-innen mit Matura oder einer höheren Ausbildung (29 % vs. 25 %). In Bezug auf den Migrationshintergrund zeigt sich, dass Österreicherinnen mit Migrationshintergrund häufiger eine Spitalsambulanz in Anspruch nehmen als Österreicherinnen ohne Migrationshintergrund (27 % vs. 25 %).

Mit zunehmender Bildung sinkt die **Inanspruchnahme akutstationärer Leistungen**: von 15 Prozent bei 30- bis 59-jährigen Österreichern/Österreicherinnen mit maximal Pflichtschulabschluss auf 15 Prozent bei jenen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. Ein vergleichbarer Zusammenhang findet sich auch mit dem Haushaltseinkommen. Die Inanspruchnahme akutstationärer Leistungen sinkt demnach von 16 Prozent bei 30- bis 59-jährigen Österreicherinnen/Österreichern aus dem obersten Einkommensquintil auf 10 Prozent bei jenen aus dem untersten Quintil. Zudem nimmt die männliche Bevölkerung ohne Migrationshintergrund häufiger akutstationäre Leistungen in Anspruch (innerhalb der letzten 12 Monate) als die männliche Bevölkerung mit Migrationshintergrund (15 % vs. 11 %).

7.2 Geschlechts- und Genderunterschiede

7.2.1 Gesundheitliche Ebene

Mit durchschnittlich 83,7 Lebensjahren weisen **Österreichs Frauen** eine um rund 5 Jahre längere Lebenserwartung auf als Österreichs Männer. Sie verbringen jedoch deutlich mehr Lebensjahre in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit (17,1 vs. 13,0 Lebensjahre).

Österreicherinnen sind häufiger von chronischen Erkrankungen/Gesundheitsproblemen betroffen als Österreicher. Das gilt für chronische Krankheiten/Beschwerden des Bewegungsapparats (Rückenschmerzen: 26 % vs. 23 %; Nackenschmerzen: 23 % vs. 14 %; Arthrose: 15 % vs. 8 %), Allergien (27 % vs. 22 %), Depression (7,5 % vs. 3,9 %) und Krebserkrankungen (bei den unter 60-Jährigen). Frauen ab 60 sind zudem häufiger von Verletzungen betroffen als gleichaltrige Männer, vor allem bei Haushaltsunfällen. Ab 75-jährige Österreicherinnen werden außerdem häufiger aufgrund pertrochantärer Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens versorgt als Österreicher in diesem Alter (1.899 vs. 1.198 Aufenthalte pro 100.000 EW).

Österreicherinnen sind darüber hinaus häufiger aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt (Sehprobleme: 16 vs. 13 %; Geheinschränkungen: 9 % vs. 5 %; Probleme beim Treppensteigen: 11 % vs. 7 %). Probleme bei Basisaktivitäten der Körperpflege und Eigenversorgung (ADL) sowie bei Aktivitäten der Haushaltsführung (IADL) weisen ebenfalls mehr Frauen als Männer auf (Altersgruppe 65+; ADL: 19 % vs. 13 %, IADL: 37 % vs. 17 %).

Österreicherinnen zwischen 15 und 29 sowie ab 60 Jahren beurteilen ihre Lebensqualität schlechter als gleichaltrige Österreicher. Unter 70-jährige Österreicherinnen versterben zudem häufiger an Krebserkrankungen als unter 70-jährige Österreicher.

Österreichs Männer erleiden hingegen häufiger einen Myokardinfarkt (336 vs. 148 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW; altersstandardisiert), einen ischämischen Schlaganfall (300 vs. 200 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW; altersstandardisiert), sind häufiger von Typ-2-Diabetes betroffen (421 vs. 367 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW), erkranken ab 60 Jahren häufiger an Krebs und sind – im Alter von 15 bis 59 Jahren – häufiger verletzt (insbesondere durch Freizeitunfälle). Ferner weisen Österreichs Männer eine beinahe doppelt so hohe vorzeitige Sterblichkeit auf (339 vs. 179 Todesfälle pro 100.000 EW unter 70; altersstandardisiert), insbesondere aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (22 % vs. 15 %) und Verletzungen (12 % vs. 7 %). Österreicher begehen – im Vergleich zu den Österreicherinnen – auch häufiger Suizid. Rund drei Viertel aller österreichischen Suizide werden von Männern begangen.

7.2.2 Individuelle Determinanten

Österreichs Männer ab 15 Jahren verfügen über eine im Vergleich mit den Frauen geringer ausgeprägte Gesundheitskompetenz, sind häufiger übergewichtig oder adipös (55 % vs. 39 %), 30- bis 59-jährige Österreicher sind häufiger von Bluthochdruck betroffen als gleichaltrige Österreicherinnen (18 % vs. 13 %). Männer essen seltener täglich Obst und Gemüse (26 % vs. 44 %), rauchen häufiger täglich (27 % vs. 22 %), sind häufiger Passivrauch ausgesetzt (34 % vs. 23 %), pflegen einen regelmäßigeren und problematischeren Alkoholkonsum (an fünf oder mehr Tagen pro Woche: 13 % vs. 4 %; problematischer Alkoholkonsum: 5 % vs. 3 %) und weisen häufiger einen risikoreichen Opiatkonsum auf.

Österreicherinnen erfüllen hingegen seltener als Männer die österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung (21 % vs. 29 %) und sind – in der Altersgruppe ab 60 Jahren – häufiger von Bluthochdruck betroffen (49 % vs. 42 %).

7.2.3 Verhältnisbezogene Determinanten

Im Jahr 2014 waren in Österreich – laut EU-SILC – **Frauen** häufiger als Männer armutsgefährdet sowie armuts- und ausgrenzungsgefährdet (14 % vs. 12 % und 20 % vs. 16 % bei den jeweils ab 20-Jährigen).

Nach wie vor gibt es einen wesentlichen Unterschied im Bildungsniveau: Frauen beenden zwar etwas häufiger ihre Bildungslaufbahn mit einem akademischen Titel (17 % vs. 15 %), kommen jedoch deutlich häufiger nicht über einen Pflichtschulabschluss hinaus (23 % vs. 17 %). Ein Vergleich der Geschlechter zeigt, dass die Bildung der Frauen stärker als jene der Männer von der Bildung der Eltern beeinflusst wird. 60 Prozent der Frauen und 55 Prozent der Männer mit einem akademischen Elternteil erreichen ebenfalls einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss. 36 Prozent der Frauen und 21 Prozent der Männer mit Eltern, die maximal einen Pflichtschulabschluss haben, bleiben auf dem Pflichtschulniveau.

Im Vergleich zu den Männern gehen Frauen in Österreich seltener einer Erwerbstätigkeit nach (71 % vs. 80 %). Sind sie jedoch berufstätig, befinden sie sich häufiger in atypischen Beschäftigungsverhältnissen: 76 Prozent der atypischen Beschäftigungsverhältnisse betreffen Frauen. Darüber hinaus gehen Österreicherinnen häufiger trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit (58 % vs. 50 %).

Österreichs **Männer** sind hingegen häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen (9 % vs. 7,6 %), sind stärker körperlichen Arbeitsbelastungen ausgesetzt (78 % vs. 68 %) und verunfallen häufiger bei der Arbeit (2.400 vs. 800 pro 100.000 EW im erwerbsfähigen Alter). Österreichs Männer leisten zudem öfter Überstunden und Mehrstunden (24 % vs. 14 %). Junge Männer (18 bis 24 Jahre) zählen zudem häufiger zu den frühzeitigen Schul- und Ausbildungsabgänger/-innen als junge Frauen (7,6 % vs. 6,5 %).

7.2.4 Gesundheitsversorgung

Österreichische **Männer** gehen seltener zum Hausarzt / zur Hausärztin (15- bis 59-Jährige: 78–79 % vs. 71–73 %) und zu niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzten als Frauen (FÄ inkl. Zahnärztinnen/-ärzte: 63 % vs. 85 %). Sie suchen zudem seltener Zahnärztinnen/-ärzte auf (15- bis 59-Jährige: 78–80 % vs. 71–72 % in den letzten 12 Monaten; 49–52 % vs. 44 % in den letzten 6 Monaten).

Im akutstationären Bereich werden Österreichs Männer häufiger aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (2.900 vs. 2.100 Patienten bzw. Patientinnen pro 100.000 EW; altersstandardisiert), Verletzungen und Vergiftungen (2.700 vs. 2.100), Krankheiten des Verdauungssystems (2.500 vs. 2.100) und Atemwegserkrankungen (1.700 vs. 1.200) versorgt als Österreichs Frauen.

Die männliche Bevölkerung unterzieht sich ferner häufiger einer Rehabilitation aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems, Erkrankungen des Stoffwechsels und des Verdauungsapparats. Österreichs Männer weisen auch eine höhere vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit auf (87 vs. 63 Todesfälle pro 100.000 EW; altersstandardisiert). Eine Unterbringung ohne Verlangen findet bei den 18- bis 30-jährigen Österreichern häufiger statt als bei gleichaltrigen Österreicherinnen.

Österreichs Frauen (ab 15 Jahren) nehmen häufiger ärztlich verschriebene (55 % vs. 44 %) sowie rezeptfreie Medikamente ein (40 % vs. 28 %) und werden häufiger ambulant von Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen behandelt (15- bis 59-Jährige: 24 % vs. 18 %). Ebenso nehmen Österrei-

cherinnen häufiger niedergelassene Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten und/oder Psychiaterinnen/Psychiater in Anspruch (8,3 % vs. 5,5 %).

Die weibliche Bevölkerung wird zudem häufiger akutstationär aufgenommen und verstirbt häufiger innerhalb von 30 Tagen nach einer akutstationären Aufnahme an einem Myokardinfarkt (8,3 vs. 5,4 Todesfälle pro 100 Spitalsaufenthalte aufgrund dieser Diagnose; altersstandardisiert) oder Schlaganfall (8,1 vs. 4,7 Todesfälle pro 100 Aufenthalte). Im akutstationären Bereich werden Österreicherinnen häufiger aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (2.600 vs. 2.200) und Krankheiten des Urogenitalsystems (1.700 vs. 1.300) behandelt. Eine Unterbringung ohne Verlangen findet bei den 14- bis 17-jährigen und bei den ab 80-jährigen Österreicherinnen häufiger statt als bei gleichaltrigen Österreichern.

Österreicherinnen nehmen ferner häufiger stationäre Rehabilitation infolge von Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats, onkologische Reha sowie Lymphologie-Reha in Anspruch. Darüber hinaus beziehen österreichische Frauen häufiger Pflegegeld.

7.3 Resümee

Wie die österreichischen Daten bestätigen, liefert die Darstellung relevanter Gesundheitsindikatoren nach Bildung ähnliche Ergebnisse wie jene nach Einkommen. Nur in Ausnahmefällen sind statistisch relevante Zusammenhänge ausschließlich mit der Bildung oder dem Einkommen feststellbar. Das liegt daran, dass diese beiden Faktoren nicht unabhängig voneinander sind: Bildung und Einkommen sind eng verwoben: Menschen mit einem niedrigen Bildungsstand haben häufig ein geringes Einkommen, Menschen mit einer höheren Bildung häufig ein höheres Einkommen (und vice versa).

Menschen mit einem niedrigen Bildungsabschluss und niedrigem Einkommen erweisen sich – den Ergebnissen des Gesundheitsberichts zufolge – generell als gesundheitlich benachteiligt. Dies gilt in einigen Fällen auch für Österreicher/-innen mit Migrationshintergrund, wobei der Migrationshintergrund (insgesamt gesehen) mit einem geringen Einkommen assoziiert ist.

Darüber hinaus zeigen sich eindeutige Geschlechts- und Genderunterschiede. Sie fallen mehrheitlich zuungunsten der weiblichen Bevölkerung aus.

In den Analysen nicht berücksichtigt sind besonders benachteiligte Personengruppen wie z. B. wohnungslose Menschen oder Menschen ohne Krankenversicherung. Ihnen sollte zukünftig mehr Aufmerksamkeit zuteilwerden.

8 Zusammenfassende Schlussbetrachtung

Die Lebenserwartung (in Gesundheit) steigt weiterhin; Österreich rangiert bei den Männern über dem europäischen Durchschnitt, bei den Frauen im Mittelfeld

Die Lebenserwartung in Österreich steigt für Männer wie für Frauen (im Zeitraum zwischen 2005 und 2014 erhöhte sie sich um 2 Jahre für Männer und um 1,3 Jahre für Frauen). Im Jahr 2014 konnten neugeborene Buben mit 78,9, neugeborene Mädchen mit 83,7 Lebensjahren rechnen. Damit liegt Österreich über dem Durchschnitt der EU-28-Länder, aber nicht im Spitzenfeld. Obgleich eine Abnahme der Geschlechtsunterschiede zu verzeichnen ist, weisen österreichische Frauen immer noch eine um 5 Jahre höhere Lebenserwartung auf als österreichische Männer.

Ebenso wie die Lebenserwartung ist auch die Lebenserwartung in Gesundheit gestiegen (seit 1991 um etwa 10 Lebensjahre bei Männern und 8 Lebensjahre bei Frauen). Im Jahr 2014 geborene Österreicherinnen blicken 66,6 Lebensjahren in guter oder sehr guter Gesundheit entgegen, bei Österreichern, die 2014 auf die Welt kamen, beläuft sich dieser Wert auf 65,9 gesunde Lebensjahre. Während die weibliche Bevölkerung damit im europäischen Vergleich eher im mittleren Bereich rangiert, liegt die männliche Bevölkerung über dem Durchschnitt.

Österreichische Frauen leben damit – insgesamt gesehen – länger, verbringen jedoch mehr Lebensjahre in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit als Österreichs Männer (17,1 vs. 13,0 Lebensjahre).

Österreicher/-innen sind stärker von chronischen Krankheiten und Gesundheitsproblemen betroffen

Im Jahr 2014 litten in Österreich rund 2,6 Mio. Menschen (ab 15 Jahren; 36 % der Bevölkerung) an dauerhaften Krankheiten oder chronischen Gesundheitsproblemen, vor allem an Rückenschmerzen und Allergien (jeweils 24 %), Bluthochdruck (21 %) und Nackenschmerzen (19 %). Rund 12 Prozent der Österreicher/-innen sind von einer Arthrose betroffen, 5 Prozent haben eine Diabeteserkrankung, je etwas mehr als 4 Prozent Asthma und/oder chronische Bronchitis bzw. COPD.

Jährlich erkranken etwa 33.000 Österreicher/-innen neu an Typ-2-Diabetes und knapp 40.000 an Krebs (am häufigsten an Brustkrebs, Prostata-, Dickdarm-, Lungen- und Gebärmutterhalskrebs). Rund 19.200 Österreicher/-innen erlitten im Jahr 2014 einen akuten Myokardinfarkt, rund 20.200 einen ischämischen Schlaganfall. Während die Myokardinfarktrate und die Krebsinzidenz häufiger Lokalisationen (Prostata, Lunge bei Männern, Darm) abgenommen haben, konnte hinsichtlich der Rate ischämischer Schlaganfälle, bei der Lungenkrebsinzidenz bei Frauen sowie bei der Inzidenz von Melanomen ein Anstieg beobachtet werden. Allergien sind seit 2006/07 deutlich, Bluthochdruck in einem geringen Ausmaß gestiegen. Diabetes, Asthma und COPD blieben hingegen in ihrer Häufigkeit weitgehend unverändert.

Insgesamt liegt Österreich bei den chronischen Erkrankungen über dem Durchschnitt der EU-28-Länder, rangiert jedoch bei einzelnen Erkrankungen (Krebsinzidenz, Diabetes, Asthma) unter dem europäischen Durchschnitt.

Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme tragen zu einer Verminderung der Lebensqualität bei und sind – im Falle von Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen – häufig für einen vorzeitigen Tod verantwortlich.

Risikofaktoren für chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme: Trotz positivem Benchmark besteht Handlungsbedarf

Fast die Hälfte der Österreicher/-innen ist übergewichtig oder adipös, 35 Prozent essen täglich Obst und Gemüse, und lediglich ein Viertel erfüllt die Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung (s. österreichische Gesundheitsziele 7 und 8). Vor allem der Nationale Aktionsplan Ernährung und der Nationale Aktionsplan Bewegung sind wichtige Instrumente, um hier gegenzusteuern. 24 Prozent der Österreicher/-innen rauchen täglich, 15 Prozent sind täglich für mindestens eine Stunde Passivrauch ausgesetzt. Der Anteil der täglich Rauchenden ist bei Frauen höher als in allen andern Ländern der EU, und auch bei Männern liegt Österreich in dieser Hinsicht über dem Durchschnitt. Bei der Passivrauch-Exposition nimmt Österreich den fünften Platz ein. All diese Risikofaktoren sind bei Österreicherinnen und Österreichern mit geringer formaler Bildung (je nach Geschlecht besteht nicht immer ein gleich starker Zusammenhang) prävalenter. Hinzukommt, dass 52 Prozent der Österreicher/-innen eine eingeschränkte (problematische bis unzureichende) Gesundheitskompetenz aufweisen.

Der Anteil übergewichtiger und adipöser Menschen hat sich in der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen und hier insbesondere bei den Männern erhöht. Der Anteil täglich Rauchender ist bei Männern seit 2006/2007 etwa gleich geblieben, hat bei Frauen leicht zugenommen. Positive Entwicklungen gab es bei den 15-Jährigen: Der Anteil täglich Rauchender hat zwischen 2010 und 2014 deutlich abgenommen, und auch der Anteil derer, die mindestens einmal pro Woche Alkohol trinken, ist seit 2006 deutlich gesunken.

Psychische Erkrankungen nehmen zu oder treten mehr ins Blickfeld

Im Bereich psychische Erkrankungen lassen sich teils steigende Tendenzen erkennen:

- Krankenstände aufgrund psychischer Diagnosen nehmen zu.
- Stationäre Reha-Aufenthalte steigen.
- Unterbringungen ohne Verlangen haben zugenommen
- Die Suizidrate bei Männern sinkt.

5,7 Prozent der Österreicher/-innen (rund 415.000 Personen) haben eine (ärztlich diagnostizierte) Depression. Weitere 1,9 Prozent (139.000 Personen) bezeichnen sich ohne ärztliche Diagnose als depressiv. Rund 70.900 Österreicher/-innen wurden im Jahr 2014 aufgrund einer psychiatrischen Diagnose in einer österreichischen Krankenanstalt behandelt. Insgesamt fanden knapp 23.500 Unterbringungen ohne Verlangen statt. Etwa 6.100 Österreicher/-innen nehmen aufgrund psychiatrischer Erkrankungen eine stationäre Rehabilitation in Anspruch. In allen Bevölkerungsgruppen sollte deshalb eine Stärkung der psychischen Gesundheit forciert werden (s. österreichisches Gesundheitsziel 9).

Verletzungen: Die jüngere und ältere (männliche) Bevölkerung ist besonders gefährdet

Verletzungen sind die mit Abstand häufigste Todesursache bei den 15- bis 29-Jährigen und zeitigen insgesamt 7 bzw. 12 Prozent aller vorzeitigen Todesfälle (Frauen bzw. Männer).

Im Jahr 2014 verletzten sich rund 11 Prozent der ab 15-jährigen Österreicher/-innen (rund 786.000 Personen) bei einem Freizeit-, Haushalts- oder Straßenverkehrsfall. Besonders gefährdet sind 15- bis 29-Jährige durch Freizeit- und Straßenverkehrsunfälle und ab 60-Jährige (Frauen) durch Haushaltsunfälle. Freizeitunfälle ereignen sich in Österreich häufiger als im europäischen Durchschnitt.

Im Jahr 2014 wurden in Österreich rund 93.000 Arbeitsunfälle registriert. Drei Viertel davon betrafen Männer, 28 Prozent die Erwerbsbevölkerung im Alter von 15- bis 24 Jahren. 80 Arbeitsunfälle endeten im Jahr 2014 tödlich. Seit 2005 ist die Arbeitsunfallrate rückläufig. Arbeitsunfälle ereignen sich in

Österreich in etwa so häufig wie im europäischen Durchschnitt. Im Sinne des österreichischen Gesundheitsziels 1 (Gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen schaffen) sollte dem Thema Arbeitssicherheit folglich weiterhin Aufmerksamkeit zuteilwerden.

Gesundheitliche Einschränkungen im Alltag: ein Thema der Zukunft

In Österreich sind rund 2,28 Mio. Menschen (ab 15 Jahren; 32 % der Bevölkerung) gesundheitsbedingt im Alltag eingeschränkt. Ihr Anteil hat sich seit 2006/2007 nicht nennenswert verändert. Am häufigsten sind Österreicherinnen und Österreicher von Hör- und Sehproblemen betroffen. Im europäischen Vergleich zählte Österreich zu jenen EU-Länder mit der höchsten Prävalenzen gesundheitsbedingter Einschränkungen.

Mit Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und Eigenversorgung sehen sich 16 Prozent der ab 65-jährigen Österreicher/-innen (rund 250.000 Personen) konfrontiert, wobei 24 Prozent davon mehr Hilfe benötigen, als ihnen zur Verfügung steht. 29 Prozent der ab 65-jährigen Österreicher/-innen sind von Einschränkungen bei der Haushaltsführung betroffen (433.000 Personen). 29 Prozent dieser Gruppe benötigten diesbezüglich (noch) mehr Unterstützung. Zum Stand Dezember 2014 bezogen in Österreich rund 455.000 Menschen Pflegegeld. Zusätzlich wird 2.300 im Ausland lebenden Österreicherinnen und Österreichern Pflegegeld ausbezahlt. Insgesamt entspricht die Zahl der Pflegegeldbezieher/-innen rund 5,3 Prozent der Bevölkerung. Knapp mehr als die Hälfte von ihnen (52 %) hat Anspruch auf Pflegegeldstufe 1 und 2. Die Mehrheit der Pflegegeldbezieher/-innen sind 65 Jahre oder älter (78 %).

18 Prozent der Österreicher/-innen (rund 1,28 Mio. Menschen) haben im Jahr 2014 mindestens einmal pro Woche eine oder mehrere Personen mit altersbedingten Problemen, einer chronischen Erkrankung oder einem Gebrechen gepflegt respektive unterstützt: In 81 Prozent der Fälle handelt es sich dabei um Familienmitglieder. Mehrheitlich werden Pflege- und Unterstützungsleistungen von

- Frauen (56 %),
- Personen im Alter von 30 bis 59 Jahren (58 %) und
- erwerbstätigen Personen (53 %)

erbracht. 40 Prozent dieser pflegenden Personen sind selbst chronisch krank oder leiden an einem dauerhaften Gesundheitsproblem. 36 Prozent von ihnen sind selbst aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ist die Pflege und Betreuung älterer Menschen damit weiterhin ein Thema mit steigender Brisanz.

Lebensqualität: Das soziale Wohlbefinden nimmt ab

Von den vier Dimensionen der Lebensqualität – körperlich, psychisch, sozial, umweltbezogen - wird das körperliche Wohlbefinden am besten und das soziale Wohlbefinden am schlechtesten beurteilt. Seit 2006/2007 gab es Verbesserungen beim umweltbezogenen Wohlbefinden und Verschlechterungen insbesondere beim sozialen Wohlbefinden (und hier vor allem für Männer). Im Sinne des Gesundheitsziels 5 wäre es daher wünschenswert, den sozialen Zusammenhalt stärker zu fördern.

Österreicher/-innen mit chronischen Krankheiten und/oder gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag schätzen ihre Lebensqualität deutlich schlechter ein als Personen ohne diese Gesundheitsprobleme. Hier scheint vor allem die Zielsteuerung-Gesundheit gefordert.

Gesundheitsdeterminanten im HiAP-Bereich: Armut – Bildung – Arbeit – Sozialkapital – Umwelt

Die Lebensverhältnisse üben einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit aus. Ihre gesundheitsfördernde Gestaltung sollte demnach oberstes Ziel sein (s. Gesundheitsziele 1, 2, 4, 5 und 6).

In Österreich sind rund 1,18 Mio. Menschen **armutsgefährdet** (14 %) und rund 790.000 **materiell depriviert** (9 %). Vor allem Ein-Eltern-Haushalte, allein lebende Frauen ohne Pension, Mehrpersonenhaushalte mit mindestens drei Kindern, nichtösterreichische Staatsbürger/-innen und Menschen mit geringer formaler Bildung sind in dieser Hinsicht besonders gefährdet. Seit 2008 hat der Anteil materiell Deprivierter deutlich abgenommen: von 14 auf 8 Prozent. Die Armutsgefährdung ist seit einigen Jahren auf weitgehend konstantem Niveau, bei der Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung gibt es seit 2008, wenngleich zwischen 2011 und 2013 ein kurzfristiger Anstieg zu beobachten war, einen insgesamt rückläufigen Trend. Bei allen beobachteten Armutsindikatoren liegt Österreich deutlich unter dem EU-Durchschnitt.

Im Jahr 2014 konnten rund 19 Prozent der Österreicher/-innen zw. 25 und 64 Jahren maximal einen **Pflichtschulabschluss** vorweisen. Dieser Anteil blieb seit 2008 weitgehend konstant. Gestiegen ist in diesem Zeitraum der Anteil der Akademiker/-innen: von 13 auf 17 Prozent. Bei Frauen zeigt sich eine geringere **Bildungsmobilität** als bei Männern, sodass sie – trotz eines höheren Anteils an akademischen Abschlüssen – häufiger als Männer nicht über einen Pflichtschulabschluss hinauskommen. Der Anteil **frühzeitiger Schul- und Ausbildungsabgänger/-innen** nimmt ab und lag im Jahr 2014 bei 7 Prozent. Deutliche Verbesserungen des **Schulklimas** konstatierten sowohl Burschen wie Mädchen aller befragten Altersgruppen.

Im Jahr 2014 waren in Österreich rund 319.000 Menschen **arbeitslos** gemäß AMS. Das entspricht einer Arbeitslosenquote von 8,4 Prozent. Die Arbeitslosigkeit ist zwischen 2008 und 2014 deutlich gestiegen. Insbesondere für Langzeitarbeitslose ist die Situation schwieriger geworden, ihre Anzahl hat sich seit 2008 verdoppelt. Bei jungen Menschen (15 bis 24 Jahre) lag die Arbeitslosigkeit, obzwar sie in dieser Gruppe seit 2008 rückläufig ist, im Jahr 2014 mit 14 Prozent noch deutlich über den 8,4 Prozent. Deutlich gestiegen ist der Anteil Arbeitssuchender mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen. Im europäischen Vergleich weist Österreich die zweitniedrigste Arbeitslosigkeit auf – wobei einschränkend anzumerken ist, dass die dabei angewandte internationale Berechnungsmethode niedrigere Quoten ausweist.

Ein Drittel aller erwerbstätigen Österreicher/-innen hatte im Jahr 2014 ein **atypisches Beschäftigungsverhältnis**, d. h. entweder eine Teilzeitbeschäftigung, eine befristete Beschäftigung oder eine Beschäftigung, die keiner geregelten Sozialversicherungspflicht unterliegt. Drei Viertel dieser Beschäftigungsverhältnisse betreffen Frauen. 73 Prozent der Erwerbstätigen sind im Jahr 2013 an ihrem Arbeitsplatz durch **körperliche Belastungen** (v. a. starke Anstrengung der Augen, Gefahr von Unfällen, schwierige Arbeitshaltungen und Bewegungsabläufe, Hantieren mit schweren Lasten) beeinträchtigt, Männer häufiger als Frauen, Tendenz steigend. 38 Prozent leiden unter **Zeitdruck und Arbeitsüberlastung**, Tendenz ebenfalls steigend. **Arbeitsunfälle** – drei Viertel erleiden Männer – sind hingegen seltener geworden, im Jahr 2014 belief sich ihre Anzahl auf rund 93.000. Die **Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen** haben sich zwischen 2004 und 2011 etwas verbessert. Allerdings gingen 54 Prozent der erwerbstätigen Österreicher/-innen 2014 **trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit**, Frauen häufiger als Männer. Der Handlungsbedarf – entsprechend Gesundheitsziel 1 (gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen schaffen) – ist damit insgesamt groß.

Fast die Hälfte der Österreicher/-innen (46 %) verfügt nur über ein eingeschränktes **Sozialkapital**. Dieser Anteil ist bei Menschen ab 60 Jahren besonders hoch. Im Zusammenhang mit der Abnahme des sozialen Wohlbefindens eröffnet sich hier ein Handlungsbedarf, etwa im Rahmen des Gesundheitsziels 5.

Sowohl die **Stickstoffdioxid-** als auch die **Feinstaubbelastung** hat in den letzten Jahren abgenommen. Ein leichter Rückgang zeigt sich auch hinsichtlich der **Ozonbelastung**. Rund 11 Prozent der Bevölkerung sind in ihrem Wohnbereich einem durchschnittlichen Straßenlärm von über 60 dB ausgesetzt, 14 Prozent sind nachts mit 50 dB oder mehr konfrontiert. 10 Prozent der ab 15-Jährigen (rund 105.000 Personen) fühlen sich in ihrem Wohnbereich stark bis sehr stark durch **Lärm** belastet. Dieser Anteil ist seit 2007 etwa gleich geblieben. Der Verkehrslärm durch LKW und PKW gilt als Hauptursache der Lärmbelastung. In Hinblick auf die Sicherung natürlicher Lebensgrundlagen (s. österreichisches Gesundheitsziel 4) sollte den Themen Luft und Lärm weiterhin Aufmerksamkeit zuteilwerden.

Gesundheitsversorgung und -förderung: Frühgeborenen- und Kaiserschnitttrate – potenziell inadäquate Medikation - 30-Tage-Sterblichkeit bei Myokardinfarkt und Schlaganfall – Gesundheitsförderung und Prävention

Österreich verfügt über eine gut ausgebaute Gesundheitsversorgung. Dennoch gibt es Bereiche, denen mehr Aufmerksamkeit zuteilwerden sollte.

Von rund 82.000 Neugeborenen kommen in Österreich rund 6.500 Kinder vorzeitig zur Welt (8 %). Der Großteil der **Frühgeborenen** wird nach Vollendung der 32. Schwangerschaftswoche geboren. Knapp ein Drittel aller Neugeborenen kommt per Kaiserschnitt auf die Welt. Die **Kaiserschnitttrate** hat sich in Österreich innerhalb der letzten 15 Jahre verdoppelt. Im europäischen Vergleich liegt Österreich damit im oberen Drittel.

Jede(r) zweite Österreicherin/Österreicher hat im Jahr 2014 ärztlich verschriebene Medikamente eingenommen, ältere Personen deutlich häufiger als jüngere. 52 Prozent der ab 70-Jährigen haben im Jahr 2012 eine **potenziell inadäquate Medikation** (PIM) erhalten. Im Vergleich mit anderen EU-Ländern erweist sich die PIM-Prävalenz in Österreich als sehr hoch.

Das **Risiko, an einem Myokardinfarkt oder Schlaganfall zu versterben**, ist gesunken, die Schlaganfallinzidenz jedoch gestiegen. Die Gefahr, innerhalb 30 Tagen nach dem Eintreten eines der beiden Ereignisse zu versterben, ist für Frauen deutlich höher als für Männer.

Einige Outcomes weisen darauf hin, dass das **Potenzial gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen** in Österreich noch nicht ausgeschöpft ist. Neben erfreulichen Entwicklungen (Lungenkrebsinzidenz bei Männern, Darmkrebsinzidenz, Myokardinfarktinzidenz, Schulklima) ist vor allem bei präventiv beeinflussbaren Risikofaktoren (Rauchverhalten bei Erwachsenen, Übergewicht und Adipositas) noch kein positiver Trend erkennbar. Auch bei gesundheitsfördernden Einflussfaktoren (Ernährung, Bewegung, Sozialkapital) zeigt sich ein bedenklicher Status quo. Vor allem in den Bereichen Ernährung und Bewegung scheint der Bedarf an Gesundheitsförderungsmaßnahmen enorm (s. Rahmengesundheitsziele 7 und 8).

Die erstgenannten Punkte adressieren das Gesundheitsziel 10 und sollten in den bereits laufenden Strategieprozessen (s. unten) Berücksichtigung finden.

Chancengerechtigkeit: Sozial Benachteiligte und Frauen sind gesundheitlich benachteiligt

In Österreich zeigen sich sowohl für die Gesundheit (Lebenserwartung, Lebenserwartung in Gesundheit, selbsteingeschätzte Gesundheit, chronische Krankheiten, Karies, gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag, Lebensqualität) als auch für eine Reihe von Gesundheitsdeterminanten (Übergewicht/Adipositas, Bluthochdruck, Gesundheitskompetenz, Obst- und Gemüsekonsum, gesundheitswirksame Bewegung, Rauchen, Armutsgefährdung, Arbeitslosigkeit, körperliche Belastungen am Arbeitsplatz, Arbeitsbedingungen, Sozialkapital) markante Unterschiede nach Bildung und Haushaltseinkommen. Diese verlaufen allesamt zuungunsten niedriger Bildungs- und Einkommens-

schichten. Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zeigen sich – zuungunsten niedriger Bildungs- und Einkommensschichten – hinsichtlich der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen sowie für die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen im niedergelassenen Bereich. Darüber hinaus zeigen sich – hinsichtlich der Gesundheit – eindeutige Geschlechts- und Genderunterschiede. Sie fallen mehrheitlich zuungunsten der weiblichen Bevölkerung aus.

Im Sinne des Gesundheitsziels 2 sollte das Thema Chancengerechtigkeit noch stärker forciert werden.

Laufende Strategien für mehr Gesundheit nutzen

Der Österreichische Gesundheitsbericht 2016 unterstreicht die Bedeutung der **Gesundheitsziele Österreich** (s. BMG 2012), die zu einer verstärkten Determinantenorientierung beitragen.

- Gesundheitsziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen
- Gesundheitsziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter, sorgen
- Gesundheitsziel 3: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken
- Gesundheitsziel 4: Natürliche Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern
- Gesundheitsziel 5: Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken
- Gesundheitsziel 6: Gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten und unterstützen
- Gesundheitsziel 7: Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen
- Gesundheitsziel 8: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern
- Gesundheitsziel 9: Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern
- Gesundheitsziel 10: Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen

Da die meisten Gesundheitsdeterminanten außerhalb des Gesundheitsressorts liegen, ist eine **verstärkte Zusammenarbeit mit anderen Politikbereichen** notwendig. Der vorliegende Bericht liefert diesbezüglich Grundlagen für zahlreiche Ansatzpunkte.

Darüber hinaus sollten die Ergebnisse des Gesundheitsberichts sowohl in der Umsetzung der **Gesundheitsförderungsstrategie** als auch in der **Zielsteuerung-Gesundheit** Berücksichtigung finden. Beide Strategien bieten einen längerfristigen Handlungsrahmen.

Literatur

- Allen, T.D.; Herst, D.E.; Bruck, C.S.; Sutton, M. (2000): Consequences associated with work-to-family conflict: a review and agenda for future research. In: *Journal of occupational health psychology* 5/2278–308
- American Institute for Cancer Research (2007): *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*. A project of World Cancer Research Fund International. American Institute for Cancer Research, Washington
- Amstad, F.T.; Meier, L.L.; Fasel, U.; Elfering, A.; Semmer, N.K. (2011): A Meta-Analysis of Work-Family Conflict and Various Outcomes With a Special Emphasis on Cross-Domain Versus Matching-Domain Relations. In: *Journal of occupational health psychology* 16/2151–169
- Angermeyer, Matthias C; Kilian, Reinhold; Matschinger, Herbert (2000): WHOQoL-100 und WHOQoL-bref. In: *Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität* Hogrefe, Göttingen
- Antonovsky, A. (1979): *Health, stress and coping. New perspectives on mental and physical well-being*. Jossey Bass, San Francisco
- Antonovsky, Aaron (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie DGVT, Tübingen
- Antonovsky, H.; Sagy, S. (1986): The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. In: *The Journal of social psychology* 126/2213–225
- B-ZK (2014): *Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags*. Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission am 21. März 2014. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Bachmann, Nicole; Burla, Laila; Kohler, Dimitri (Hg.) (2015): *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen*. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Hogrefe Verlag, Bern
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. In: *Psychological Review* 84/191–215
- Bandura, A. (1997): *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman, New York
- Baud, S.; Milota, E. (2013): *Umweltbedingungen, Umweltverhalten 2011. Ergebnisse des Mikrozensus*. Hg. v. Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt- und Wasserwirtschaft, Wien
- Bauer, Ullrich; Bittlingmayer, Uwe H; Richter, Matthias (2008): *Health Inequalities: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Becker, Peter (2001): Modelle der Gesundheit-Ansätze der Gesundheitsförderung. In: *Gesundheitsoffensive Prävention-Gesundheitsförderung und Prävention als unverzichtbare Bausteine effizienter Gesundheitspolitik* 41–53
- Becker, Peter (2006): *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung*. Hogrefe, Göttingen
- BGA (2012): *ÖSG 2012: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 23. November 2012*. Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH, im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- BGK (2012): *ÖSG 2012: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 23. November 2012*. Bundesministerium für Gesundheit und Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- Blaxter, M (1990): *Health and Lifestyles*. London/New York: Tavistock/Routledge.
- BMASK (2015): *Beschäftigungs-, Rehabilitations- und Pensionsmonitoring auf Basis der Daten Jänner bis Dezember 2015*. BMASK, Wien
- BMG (2012): *Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich*. Langfassung. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2013): *NAP.e Nationaler Aktionsplan Ernährung inkl. Maßnahmenübersicht und Planung 2013*. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2015a): *Luftschadstoffe und Gesundheitsgefahren* [Online]. Bundesministerium für Gesundheit. <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesundheitsgefahren-luftschadstoffe.html> [Zugriff am 27.06.2016]
- BMG (2015b): *Feinstaub: Luftschadstoff Nummer 1* [Online]. <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/umwelt-feinstaub.html> [Zugriff am 27.06.2016]

- BMG (2015c): Grundlage für ein Mess- und Vergleichskonzept. Outcome-Messung im Gesundheitswesen. Konzept zur Vorlage an die B-ZK. Bundesministerium für Gesundheit, Wien. Unveröffentlicht
- BMG (2016): Outcome-Messung im Gesundheitswesen basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept. Detailanalyse relevanter Outcomes im Gesundheitswesen (Baselinebericht). Abgenommen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission am 1. Juli 2016. Bundesministerium für Gesundheit
- BMGF (2016): Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages [Online]. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
<https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheitsfoerederungsstrategie> [Zugriff am 7.9.2017]
- BMLVS (2013): Nationaler Aktionsplan Bewegung NAP.b. Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport, Wien
- Bodenwinkler, Andrea; Sax, Gabriele; Kerschbaum, Johann; Städtler, Peter (2007): Zahnstatus 2006: Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien
- Bodenwinkler, Andrea; Sax, Gabriele; Kerschbaum, Johann (2009): Zahnstatus 2007 in Österreich: Zwölfjährige mit und ohne Migrationshintergrund. Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Wien
- Bodenwinkler, Andrea; Kerschbaum, Johann; Sax, Gabriele (2012): Zahnstatus 2011. Sechsjährige in Österreich. Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit / Gesundheit Österreich GmbH – Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Bodenwinkler, Andrea; Kerschbaum, Johann; Sax, Gabriele (2014): Länder-Zahnstatuserhebung 2012. Zwölfjährige in Österreich. ÖBIG, Wien
- Böhm, Karin; Tesch-Römer, Clemens; Ziese, Thomas (Hg.) (2009): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin
- Bongue, B.; Laroche, M. L.; Gutton, S.; Colvez, A.; Gueguen, R.; Moulin, J. J.; Merle, L. (2011): Potentially inappropriate drug prescription in the elderly in France: a population-based study from the French National Insurance Healthcare system. In: Eur J Clin Pharmacol 67/121291–1299
- Bowman, Shanthy A; Vinyard, Bryan T (2004): Fast food consumption of US adults: impact on energy and nutrient intakes and overweight status. In: Journal of the American College of Nutrition 23/2:163–168
- Brach, Cindy; Dreyer, Benard; Schyve, Paul; Hernandez, Lyla M; Baur, Cynthia; Lemerise, Andrew J; Parker, Ruth (2012): Attributes of a health literate organization. Discussion Paper. Institute of Medicine of the national academies
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz; (Hg.) (2015): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2014. Wien
- Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt- und Wasserwirtschaft (2015): Straßenverkehr [Online]. <http://www.laerminfo.at/karten/strassenverkehr/strasse/24h.html> [Zugriff am 27.06.2016]
- Bürgisser, Titus (2008): Schulklima und Schulkultur. In: Praxishandbuch Gesunde Schule Gesundheitsförderung verstehen, planen und umsetzen. Hg. v. Wicki, Werner; Bürgisser, Titus. Haupt, Bern. S. 159–141
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Türscherl, Elisabeth (2015a): Epidemiologiebericht Drogen. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Türscherl, Elisabeth (2015b): Epidemiologiebericht Drogen. Annex zum wissenschaftlichen Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Tanios, Aida (2016a): Epidemiologiebericht Sucht 2016. Illegale Drogen, Psychopharmaka und Tabak. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Tanios, Aida (2016b): Epidemiologiebericht Sucht 2016. Illegale Drogen, Psychopharmaka und Tabak. Annex., Wien: Gesundheits Österreich GmbH
- Canetto, S. S.; Sakinofsky, I. (1998): The gender paradox in suicide. In: Suicide Life Threat Behav 28/11–23
- Cockerham, William C (2005): Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. In: Journal of health and social behavior 46/151–67
- Conner, Mark; Norman, Paul (2005): Predicting Health Behaviour. 2 Aufl., Open University Press, Berkshire (UK)

- De Munck, Stephanie; Portzky, Gwendolyn; Van Heeringen, Kees (2009): Epidemiological trends in attempted suicide in adolescents and young adults between 1996 and 2004. In: *Crisis* 30/3:115–119
- De Silva, M.J.; McKenzie, K.; Harpham, T.; Huttly, S.R.A. (2005): Social capital and mental illness: A systematic review. In: *Journal of Epidemiology and Community Health* 59/8:619–627
- Delcour, Jennifer; Griebler, Robert; Winkler, Petra (2017): Gesundheitsziele Österreich: Machbarkeitsprüfung zu den Wirkungsziele-Indikatoren des GZ 8. Unveröffentlicht
- Dragano, Nico; Siegrist, Johannes (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit. In: *Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Hg. v. Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus. Aufl. 2. aktualisierte. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. S. 194–181
- Dubos, René J (1959): *The Mirage of Health*. New York: Harper and Row.
- Dür, Wolfgang; Griebler, Robert (2007): Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien
- DWD (2006): Feinstaubmessung in Kurorten. Broschüre. , Deutscher Wetterdienst, Freiburg
- Eichmann, Hubert; Saupe, Bernhard (2014): Überblick über Arbeitsbedingungen in Österreich. Follow-up-Studie, Studie der Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA) im Auftrag des Sozialministeriums ; [inklusive E-Book]. Sozialpolitische Studienreihe ; 15 Hg. v. Nocker, Matthias; Prammer, Elisabeth; Forschungs- und Beratungsstelle, Arbeitswelt. Verl. des ÖGB, Wien
- Eidgenössische Kommission für Lufthygiene, EKL (2011): Sommersmog in der Schweiz. Stellungnahme der Eidgenössischen Kommission für Lufthygiene, Bern
- Elkeles, T; Mielck, A (1993): Soziale Ungleichheit. In: *WZB discussion paper*, Berlin 93–208
- Ellert, Ute; Kurth, Bärbel-Maria (2013): Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland, Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 56/5–6643–649
- EMCDDA (2013): PDU (Problem drug use) revision summary. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2017): *Europäischer Drogenbericht 2017: Trends und Entwicklungen*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- Europäische Kommission (2008): EU-Leitlinien für körperliche Aktivität. Empfohlene politische Maßnahmen zur Unterstützung gesundheitsfördernder körperlicher Betätigung. Kurzversion. Aufl. 4. Brüssel, Gebilligt von der EU-Arbeitsgruppe „Sport & Gesundheit“ auf ihrer Sitzung vom 25. September 2008, bestätigt von den Sportministern der EU-Mitgliedstaaten auf ihrer Sitzung in Biarritz vom 27.–28. November 2008
- European Environment Agency (2014): *Noise in Europe 2014*; EEA Report / No 10/2014. Publications Office of the European Union, Luxembourg
- European Environment Agency (2016): *Air quality in Europe – 2016 report*. Publications Office of the European Union, Luxembourg
- European Environment Agency, EEA (2014): *Noise in Europe 2014*. EEA Report. Publications Office of the European Union, Luxembourg
- Falaszetti, E; Hingorani, AD; Jones, A; Charakida, M; Finer, N; Whincup, P; Lawlor, DA; Smith, GD; Sattar, N; Deanfield, JE (2010): Adiposity and cardiovascular risk factors in a large contemporary population of pre-pubertal children. In: *European Heart Journal* 31 3063–3072
- Ferlay, J.; Steliarova-Foucher, E.; Lortet-Tieulent, J.; Rosso, S.; Coebergh, J. W.; Comber, H.; Forman, D.; Bray, F. (2013): Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. In: *Eur J Cancer* 49/6:1374–1403
- Feuerlein, Wilhelm (1979): *Alkoholismus-Mißbrauch und Abhängigkeit: eine Einführung für Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen*. Thieme,
- Flavio, Muheim; Martin, Eichhorn; Pascal, Berger; Stephanie, Czernin; Gabriela, Stoppe; Merle, Keck; Anita, Riecher-Rössler (2013): Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. In: *Swiss Medical Weekly* 143/w13759
- Flodmark, Carl-Erik; Lissau, I; Moreno, LA; Pietrobelli, A; Widhalm, K (2004): New insights into the field of children and adolescents' obesity: the European perspective. In: *International journal of obesity* 28/10:1189–1196
- Gay, J. Gay; Paris, Valérie; Devaux, Marion; de Looper, Michael (2011): *Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries: Estimates and Methodological Issues*. OECD Health Working Papers No 55. OECD Health Working Papers. OECD
- GÖG (2014): *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene*. Aktualisierung 2014. 2. Aufl., Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

- Gratt, W.; Doppler, A.; Begthaler, W.; Leszkovics, L.; Niedersüß, D.; Paula, L.; Kandl, P.; Hrdliczka, R.; Emrich, H. (2009): Handbuch Umgebungslärm. Minderung und Ruhevorsorge. Hg. v. Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt- und Wasserwirtschaft. Aufl. 2, Wien
- Green, Francis; Mostafa, Tarek (2012): Trends in job quality in Europe. Publications Office of the European Union, Luxembourg
- Griebler, R.; Dür, W. (2009): Gesundheit und Gesellschaft. In: Gesundheit – Gesundheit? Eine Orientierungshilfe. Hg. v. Biendarra I., Weeren M. . Königshausen & Neumann, Würzburg
- Griebler, R.; Winkler, P. (2015): Public Health Monitoring Framework. Unveröffentlicht
- Griebler, Robert; Winkler, Petra (2014): Rahmen-Gesundheitsziele. Machbarkeitsprüfung zu den Wirkungsziele-Indikatoren der R-GZ 3 und 6. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Griebler, Robert; Anzenberger, Judith; Eisenmann, Alexander (2015): Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Österreich: Angina Pectoris, Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall, periphere arterielle Verschlusskrankheit. Epidemiologie und Prävention. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Griebler, Robert; Winkler, Petra; Bengough, Theresa (2016): Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht. Ergebnisbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Habl et al. (2014): Armut und Gesundheit. In: Handbuch Armut in Österreich. Hg. v. Dimmel, Nikolaus; Schenk, Martin; Stelzer-Orthofer, Christine. StudienVerlag, Innsbruck – Wien – Bozen. S. 267–240
- Hartley, Louise; Igbinedion, Ewemade; Holmes, Jennifer; Flowers, Nadine; Thorogood, Margaret; Clarke, Aileen; Stranges, Saverio; Hooper, Lee; Rees, Karen (2013): Increased consumption of fruit and vegetables for the primary prevention of cardiovascular diseases. In: The Cochrane Library
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. The international Consortium of the HLS-EU Project
- Hollederer, Alfons; Brand, Helmut (2006): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Hans Huber, Bern
- Hradil, Stefan (2009): Was prägt Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Hg. v. Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus. Aufl. 2. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. S. 54–35
- Inchley, Jo; Currie, Dorothy; Young, Taryn; Samdal, Oddrun; Torsheim, Torbjørn; Augustson, Lise; Mathison, Frida; Aleman-Diaz, Aixa; Molcho, Michal; Weber, Martin; Barnekow, Vivian (2016): Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 Survey. Health Policy for children and adolescents, No. 7. Hg. v. Organization, World Health
- Jordan, S (2015): Diskussion von Indikatoren zur Erfassung von Prozessen und Outcomes der Gesundheitsförderung in bevölkerungsweiten Studien. Kongressbeitrag. In: Gesundheitswesen 77/A279
- Karasek, Robert A.; Theorell, Tores (1990): Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life. Basic Books
- Kern, Daniela; Sagerschnig, Sophie; Valady, Sonja (2014): Planung Psychiatrie 2014. Evaluierung der außerstationären psychiatrischen Versorgung. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg
- Klein, Charlotte; Fröschl, Barbara; Kichler, Rita; Pertl, Daniela; Tanios, Aida; Weigl, Marion (2015): Empfehlungen zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung: Systematische Erfassung, Nutzung und Verankerung von methodischen und praktischen Erkenntnissen aus den Maßnahmen der Vorsorgestrategie. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Klimont, J; Kytir, J; Leitner, B (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend und Statistik Austria, Wien
- Klimont, Jeanette; Klotz, Johannes (2016): Lebenserwartung in Gesundheit nach Bundesland, Geburtsland und Schulbildung. Auswertungen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014. In: Statistische Nachrichten 9/2016/664–669
- Klimont, Jeannette; Ihle, P; Baldaszti, Erika; Kytir, J (2008): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hg. v. Austria, Statistik. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien
- Klimont, Jeannette (2012): Frühgeburten in Österreich. In: Statistische Nachrichten 9/2012

- Klimont, Jeannette; Baldaszti, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014, Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur, Wien
- Klimont, Jeannette; Baldaszti, Erika; Ihle, Petra (2016): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten des Austrian Health Interview Survey (ATHIS 2014) zu Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- Klotz, Johannes (2007): Soziale Unterschiede in der todesursachenspezifischen Sterblichkeit 2001/2002. In: Statistische Nachrichten 62 (2007)/:1010–1021
- Klotz, Johannes; Doblhammer, Gabriele (2008): Soziale Unterschiede in der Sterblichkeit – zeitliche Trends. Bildungsspezifische Mortalitätsrisiken 1981/1982, 1991/1992 und 2001/2002. In: Statistische Nachrichten 2008/12:1112–1121
- Kobasa, S.C. (1979): Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. In: Journal of Personality and Social Psychology 37/11–11
- Kobasa, S.C. (1982): Commitment and coping in stress resistance among lawyers. In: Journal of Personality and Social Psychology 42/4707–717
- Kölves, Kairi; Kölves, Keili E; De Leo, Diego (2013): Natural disasters and suicidal behaviours: A systematic literature review. In: Journal of affective disorders 146/1:1–14
- Kroenke, K.; Strine, T. W.; Spitzer, R. L.; Williams, J. B. W.; Berry, J. T.; Mokdad, A. H. (2009): The PHQ–8 as a measure of current depression in the general population. In: Journal of Affective Disorders 114/1–3163–173
- Künzli, Nino; Perez, Laura; Rapp, Regula (2010): Luftverschmutzung und Gesundheit. European Respiratory Society, Lausanne
- Kurth, Bärbel-Maria; Ellert, Ute (2008): Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr? Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys KiGGS. In: 105/23406–412
- Ladurner, Joy; Sagerschnig, Sophie; Nowotny, Monika (2015): Analyse der Unterbringungen nach UbG in Österreich. Berichtsjahre 2012/2013. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Lampert, T; Kroll, LE (2010): Armut und Gesundheit. GBE kompakt. Robert Koch-Institut Berlin
- Lampert, Thomas; Ziese, Thomas; Saß, Anke Christine; Häfelinger, Michael (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit: Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Robert Koch Institut, Berlin
- Lazarus, R.S. (1999): Stress and Emotion: A New Synthesis. Springer, New York
- Leppo, Kimmo; Ollila, Eeva; Peña, Sebastián ; Wismar, Matthias; Cook, Sarah (2013): Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies. Ministry of Social Affairs and Health, Finland
- Li, Min; Fan, Yingli; Zhang, Xiaowei; Hou, Wenshang; Tang, Zhenyu (2014): Fruit and vegetable intake and risk of type 2 diabetes mellitus: meta-analysis of prospective cohort studies. In: BMJ open 4/11 e005497
- Mackenbach, Johan (2006): Health Inequalities: Europe in Profile. Erasmus MC – University Medical Center Rotterdam, Rotterdam
- Malik, Vasanti S; Popkin, Barry M; Bray, George A; Després, Jean-Pierre; Willett, Walter C; Hu, Frank B (2010): Sugar-Sweetened Beverages and Risk of Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes A meta-analysis. In: Diabetes care 33/112477–2483
- Mann, E.; Bohmdorfer, B.; Fruhwald, T.; Roller-Wirnsberger, R. E.; Dovjak, P.; Duckelmann-Hofer, C.; Fischer, P.; Rabady, S.; Iglseider, B. (2012): Potentially inappropriate medication in geriatric patients: the Austrian consensus panel list. In: Wien Klin Wochenschr 124/5–6160–169
- Mann, E.; Haastert, B.; Frühwald, T.; Saueremann, R.; Hinteregger, M.; Hölzl, D.; Keuerleber, S.; Scheuringer, M.; Meyer, G. (2014): Potentially inappropriate medication in older persons in Austria: A nationwide prevalence study. In: European Geriatric Medicine 5/6399–405
- Marmot, Michael (2013): Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. WHO, Copenhagen
- Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einführung in die aktuelle Diskussion. Huber, Bern
- Mikulasek, A; Fuchs, R; Wisbauer, A (2015): Demographisches Jahrbuch 2014. Hg. v. Statistik Austria, Wien
- Mildschuh, Stephan; Birner, Andreas; Stoppacher, Andreas; Paschek, Verena (2012): Dokumentation im ambulanten Bereich. Projektassistenz der Unterarbeitsgruppe Bundesländer. Gesundheit Österreich GmbH – Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

- Morin, L.; Fastbom, J.; Laroche, M. L.; Johnell, K. (2015): Potentially inappropriate drug use in older people: a nationwide comparison of different explicit criteria for population-based estimates. In: *Br J Clin Pharmacol* 80/2315–324
- Murayama, H.; Fujiwara, Y.; Kawachi, I. (2012): Social capital and health: A review of prospective multilevel studies. In: *Journal of Epidemiology* 22/3179–187
- Neuhauser, HK; Adler, C; Rosario, AS; Diederichs, C; Ellert, U (2014): Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in Germany 1998 and 2008–11. In: *Journal of human hypertension* 29, 247–253 (April 2015) | doi:10.1038/jhh.2014.82/
- Nolte, Ellen; Knai, Cécile; McKee, Martin (2008): *Managing chronic conditions : experience in eight countries. Observatory Studies Series Bd. 15. Hg. v. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen*
- Nyqvist, F.; Forsman, A.K.; Giuntoli, G.; Cattan, M. (2013): Social capital as a resource for mental well-being in older people: A systematic review. In: *Aging and Mental Health* 17/4394–410
- OECD (2014): *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD Publishing.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en
- OECD (2016): *Bildung auf einen Blick 2016 OECD-Indikatoren*. W. Bertelsmann Verlag,
- OECD/EU (2016): *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.
- Parker, Ruth (2009): *Measuring Health Literacy: What? So What? Now What? In: Measures of Health Literacy: Workshop Summary. Hg. v. Hernandez, Lyla M. The National Academies Press, Washington. S. 98–91*
- Parsons, Talcott (1981): *Sozialstruktur und Persönlichkeit*. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Pelikan, J.M. (2010): Zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings. In: Dür, W, Felder-Puig R (Hrsg) *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung*, 60–69
- Pelikan, Jürgen M; Röthlin, Florian; Ganahl, Kristin (2012): *Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. Hg. v. Consortium, HLS-EU*
- Pelikan, Jürgen M. (2007): *Understanding Differentiation of Health in Late Modernity – by use of sociological system theory. In: Health and Modernity. Hg. v. McQueen, David V.; Kickbusch, Ilona S. Springer, New York* 74–102
- Pfortner, Timo-Kolja (2013): *Armut und Gesundheit in Europa: Theoretischer Diskurs und empirische Untersuchung. Springer VS, Wiesbaden*
- Pirouznia, Mahshid (2001): The influence of nutrition knowledge on eating behavior—the role of grade level. In: *Nutrition & Food Science* 31/2:62–67
- Poland, Blake D; Green, Lawrence W; Rootman, Irving (Hg.) (2000): *Settings for Health Promotion. Linking Theory and Practice. Sage Publications Inc., Thousand Oaks*
- Pongratz, R; Staber, C; Fischer, T; Goltz, A; Soffried J; Spath-Dreyer, I; Füreder, H (2014): *Evidenzinformierte Entscheidungskultur am Beispiel Gebärmutterhalskrebs – Pap-Abstrich, Bericht 2014. . Steiermärkische Gebietskrankenkasse*
- Ramelow, Daniela; Griebler, Robert; Hofmann, Felix; Unterweger, Katrin; Mager, Ursula; Felder-Puig, Rosemarie; Dür, Wolfgang (2011): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Bundesministerium für Gesundheit, Wien*
- Ramelow, Daniela; Unterweger, Katrin; Gugglberger, Lisa; Felder-Puig, Rosemarie (2013): *Die Bedeutung des Schulklimas für die Gesundheit von Schüler/inne/n und Lehrer/inne/n. Ludwig Boltzmann Institut, Wien*
- Ramelow, Daniela; Teutsch, Friedrich; Hofmann, Felix; Felder-Puig, Rosemarie (2015): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Bundesministerium für Gesundheit, Wien*
- Reich, O.; Rosemann, T.; Rapold, R.; Blozik, E.; Senn, O. (2014): Potentially inappropriate medication use in older patients in Swiss managed care plans: prevalence, determinants and association with hospitalization. In: *PLoS ONE* 9/8e105425
- Reiter, Daniela; Fülöp, Gerhard; Gyimesi, Michael; Nemeth, Claudia (2012): *Rehabilitationsplan 2012. Gesundheit Österreich GmbH, Wien*
- Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (2009): *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. aktualisierte Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden*
- Richter, TLM (2009): *Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Hurrelmann MRK: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 209–231*
- Robert-Koch-Institut (2004): *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin*

- Robert Koch–Institut (2008a): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch–Institut, Berlin
- Robert Koch–Institut (2008b): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch Institut, Berlin
- Robert Koch–Institut (Hg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
- Rosenbrock, Rolf; Kümpers, Susanne (2009): Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Hg. v. Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus. Aufl. 2. VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 388–371
- Sagerschnig, Sophie (2015): Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie. Statistik der Berufsgruppen 1991–2014. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH / ÖBIG, Wien
- Sartorius, N. (2003): Social capital and mental health. In: Current Opinion in Psychiatry 16/SUPPL. 2S101–S105
- Schneller, Thomas; Salman, Ramazan; Goepel, Christiane (2006): Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. DAJ Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahlpflege, Bonn
- Schubert, I.; Kupper–Nybelen, J.; Ihle, P.; Thurmann, P. (2013): Prescribing potentially inappropriate medication (PIM) in Germany's elderly as indicated by the PRISCUS list. An analysis based on regional claims data. In: Pharmacoepidemiol Drug Saf 22/7719–727
- Seniorliving (2016): <http://seniorliving.about.com/od/healthnutrition/a/fallstudy.htm> [Online]
- Siegrist, J. (1996): Adverse health effects of high–effort/low–reward conditions. In: Journal of occupational health psychology 1/127–41
- Siegrist, Johannes (2003): Machen wir uns selbst krank. In: Schwartz, Friedrich W.; Badura, Bernhard; Leidl, Reiner; Raspe, Heiner; Siegrist, Johannes & Walter, Ulla (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Auflage, München: Urban & Fischer: S 139–162
- Siegrist, Johannes; Dragano, Nico; dem Knesebeck, Olaf (2009): Soziales Kapital, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Gesundheitliche Ungleichheit. Hg. v. Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus. Aufl. 2. aktualisierte. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. S. 180–167
- Singer, MV; Batra, A; Mann, K (2011): Alkohol und Tabak, Grundlagen und Folgeerkrankungen. Stuttgart. Thieme Verlag
- Sørensen, Kristine; Van den Broucke, Stephan; Fullam, James; Doyle, Gerardine; Pelikan, Jürgen; Slonska, Zofia; Brand, Helmut (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: BMC public health 12/180
- Spangl, Wolfgang; Nagl, Christian (2014): Jahresbericht der Luftgütemessungen in Österreich 2013. Bd. REP–0469. Umweltbundesamt, Wien
- Ståhl, Timo; Wismar, Matthias; Ollila, Eeva; Lahtinen, Eero; Leppo, Kimmo (2006): Health in All Policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health, Finland
- Statistik Austria (2009): Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2007, Wien
- Statistik Austria (2012): Arbeitskräfteerhebung, Ergebnisse des Mikrozensus. Verlag Österreich GmbH, Wien
- Statistik Austria (2013): Erwachsenenbildung. Ergebnisse des Adult Education Survey (AES). Verlag Österreich GmbH, Wien
- Statistik Austria (2014): Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2013, Wien
- Statistik Austria (2015a): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2014. Verlag Österreich GmbH, Wien
- Statistik Austria (2015b): Arbeitsmarktstatistiken 2014. Ergebnisse der Mikrozensus–Arbeitskräfteerhebung und der Offenen–Stellen–Erhebung Verlag Österreich GmbH, Wien
- Statistik Austria (2015c): Tabellenband EU–SILC 2014: Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Wien
- Statistik Austria (2016): Tabellenband EU–SILC 2015: Einkommen, Armut und Lebensbedingungen, Wien
- Stegeman, I.; Kuipers, Y.; Costongs, C. (2012): Health for all Policies. Gemeinsam für Gesundheit und Wohlbefinden. CrossingBridges
- Stewart, Bernard W; Wild, Christopher P (2014): World Cancer Report 2014. Hg. v. International Agency for Research on Cancer. Lyon
- Strizek, Julian; Anzenberger, Judith; Kadlik, Andrea; Schmutterer, Irene; Uhl, Alfred (2016): ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 1: Forschungsbericht. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

- Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2016): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Stuckler, David; Basu, Sanjay (2014): Sparprogramme töten. Die Ökonomisierung der Gesundheit. 1. Aufl., Verlag Klaus Wagenbach,
- Sundquist, K.; Yang, M. (2007): Linking social capital and self-rated health: A multilevel analysis of 11,175 men and women in Sweden. In: *Health and Place* 13/2324–334
- te Velde, Saskia J; Twisk, Jos WR; Brug, Johannes (2007): Tracking of fruit and vegetable consumption from adolescence into adulthood and its longitudinal association with overweight. In: *British Journal of Nutrition* 98/02431–438
- Thomas, Leoni (2015): Fehlzeitenreport 2015. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien
- Titze, S.; Ring-Dimitriou, S.; Schober, P.H.; Halbwachs, C.; Samitz, G.; Miko, H.C.; Lercher, P.; Stein, K.V.; Gäbler, C.; Bauer, R.; Gollner, E.; Windhaber, J.; Bachl, N.; Dorner, T.E.; Health, Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public (2010): Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung, Wien
- UbG: Unterbringungs- und Heimaufenthaltsnovelle 2010 – Ub-HeimAuf-Nov 2010, in der geltenden Fassung
- Uhl, Alfred; Bachmayer, Sonja; Kobrna, Ulrike; Puhm, Alexandra; Springer, Alfred; Kopf, Nikolaus; Beiglböck, Wolfgang; Eisenbach-Stangl, Irmgard; Preinsperger, Wolfgang; Musalek, Michael (2009): Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends. 3. überarbeitete und ergänzte Auflage Aufl., Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Umweltbundesamt (2016a): Luftschadstoffe [Online].
<http://www.umweltbundesamt.at/umweltsituation/luft/luftschadstoffe/> [Zugriff am 27.06.2016]
- Umweltbundesamt (2016b): Ziel der Umgebungslärmrichtlinie [Online].
<http://www.umweltbundesamt.at/umweltsituation/laerm/umgebungslaerm/ziel/> [Zugriff am 27.06.2016]
- Van der Doef, M.; Maes, S. (1999): The Job Demand-Control(-Support) model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. In: *Work and Stress* 13/287–114
- Van Vegchel, N.; De Jonge, J.; Bosma, H.; Schaufeli, W. (2005): Reviewing the effort-reward imbalance model: Drawing up the balance of 45 empirical studies. In: *Social Science and Medicine* 60/51117–1131
- Vartanian, Lenny R; Schwartz, Marlene B; Brownell, Kelly D (2007): Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. In: *American journal of public health* 97/4667–675
- Waller, Heiko (1996): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. 2. überarbeitete Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart,
- Wang, Xia; Ouyang, Yingying; Liu, Jun; Zhu, Minmin; Zhao, Gang; Bao, Wei; Hu, Frank B (2014): Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. In: *Bmj* 349/g4490
- Weigl, Marion; Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Horvath, Ilonka; Türscherl, Elisabeth (2015): Bericht zur Drogensituation 2015. Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon und des Bundesministeriums für Gesundheit, Wien
- WHO (1946): Constitution of the World Health Organization. United Nations, City of New York
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. WHO, Ottawa
- WHO (2000): Obesity, preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation: Geneva June 3–5–1997. Geneva: World Health Organization
- WHO (2003): MONICA. Monograph and multimedia sourcebook. World's largest study of heart disease, stroke, risk factors, and population trends 1979–2002. Buch, Monographie. WHO World Health Organization, Genf
- WHO (2005a): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Genf
- WHO (2005b): Der Europäische Gesundheitsbericht 2005. Maßnahmen für eine bessere Gesundheit der Kinder und der Bevölkerung insgesamt. World Health Organization, Geneva
- WHO (2013): Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. World Health Organization – Regional Office for Europe, Copenhagen
- WHO (2014): Health in All Policies (HiAP). Framework for Country Action
- WHO (2015a): The European health report 2015. Targets and beyond – reaching new frontiers in evidence. World Health Organization, Denmark
- WHO (2015b): Health in all policies. Training manual. World Health Organization, Geneva

- Winkler, P; Griebler, R; Delcour, J (2015): Rahmen-Gesundheitsziele: Machbarkeitsprüfung zu den Wirkungsziele-Indikatoren der R-GZ 1 und 2. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- Winkler, Petra; Pochobradsky, Elisabeth; Wirl, Charlotte (2012): Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Winkler, Petra; Anzenberger, Judith (2013): Monitoring der Rahmen-Gesundheitsziele. Baseline für die Beobachtung der Indikatoren. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Wirtschaftskammer Österreich (2016): Statistikabteilung, Mitgliederstatistik Personenbetreuung Stand Februar 2016.
- Zielsteuerung-Gesundheit (2013): Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, 200. Bundesgesetzblatt NR: GP XXIV RV 2140 AB 2253 S. 200. BR: AB 8959 S. 820

www.bmgf.gv.at

Der vorliegende Bericht beschreibt die Situation der österreichischen Bevölkerung auf Bundesländerebene, differenziert nach Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen, Migrationshintergrund u.a.m.