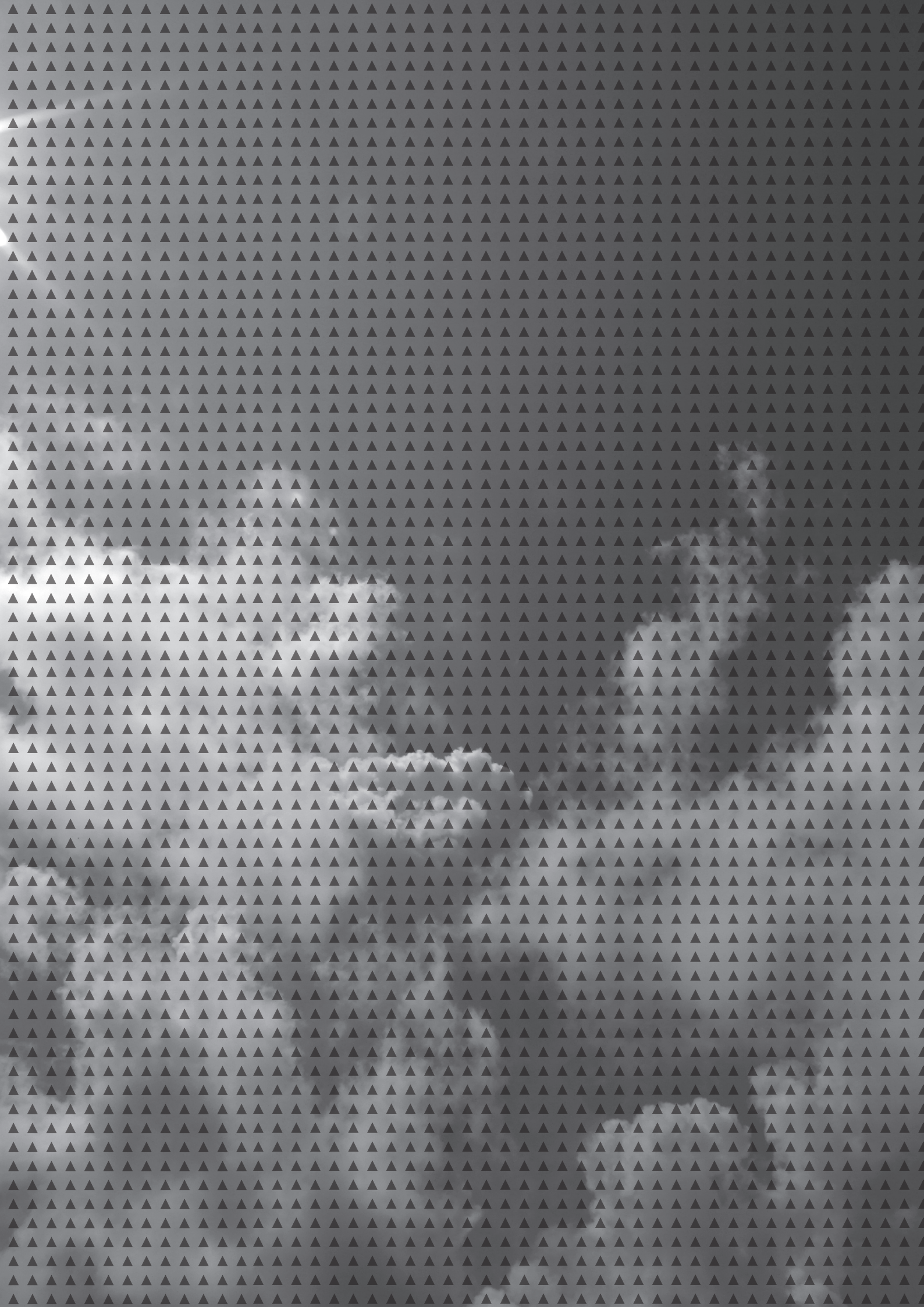




GESUNDHEITSBERICHT DES LANDES KÄRNTEN
LANGFASSUNG



GESUNDHEITSBERICHT

des Landes Kärnten

QUERSCHNITTMATERIE GESUNDHEIT

Seit 1870 ist die Gesundheitsberichterstattung ein wesentlicher Aufgabenbereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Das Ziel ist, relevante Daten zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung bzw. von Bevölkerungsgruppen in ihren spezifischen Lebenslagen zu sammeln und zu analysieren, Problem-bereiche zu identifizieren und zu definieren und darauf aufbauend wissenschaftliche Empfehlungen zur konstruktiven Veränderung von Rahmenbedingungen und Strukturen abzuleiten.

Die große Herausforderung bei der Erstellung des vorliegenden Berichts, der ganz auf Gesundheit und Gesundheitsdeterminanten fokussiert und sich damit essentiell von der bisher üblichen Medizinalstatistik unterscheidet, war die noch sehr mangelhafte Datenlage. Um nicht nur auf Daten, die auf Krankheiten und Risikofaktoren beruhen, zurückgreifen zu müssen, wurden u. a. leitfadengestützte Interviews mit einschlägigen ExpertInnen und mit Verantwortlichen aus Politik und Verwaltung geführt.

Gesundheit ist ein Grundrecht und wird weit mehr von den Lebensverhältnissen als durch individuelles Verhalten beeinflusst. Als Querschnittsmaterie erfordert sie sektoren- und fachbereichsübergreifendes Denken und Handeln, wobei dem öffentlichen Gesundheitsdienst die Themenführerschaft und Koordination obliegt. Mit dem aktuellen Gesundheitsbericht steht nunmehr ein Basiswerk zur Verfügung, das sowohl den Gesundheitszustand der Kärntner Bevölkerung und dessen Einflussfaktoren dokumentiert und diskutiert als auch konkret den multisektoralen Handlungsbedarf zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit aufzeigt.



Dr. Gerhard Olexinski
Landessanitätsdirektor

GESUNDHEIT FÜR ALLE – GESUNDHEIT VON ALLEN

Gesundheit ist einer jener Bereiche der politischen Arbeit, der wie kaum ein anderer höchste Sachkompetenz, ressortübergreifende Kooperation und viel Fingerspitzengefühl erfordert. Das liegt in der Natur der Sache, denn Gesundheit betrifft jeden Einzelnen von uns. Wir alle haben von Kindesbeinen an Erfahrungen mit Gesundheit und Krankheit, beide sind fixe Bestandteile unseres täglichen Lebens. So liegt es nur allzu nahe, den Bereich Gesundheit als fixen Bestandteil der politischen Arbeit zu sehen – und das nicht nur im Gesundheitsressort. Denn Gesundheit ist nicht teilbar, sie ist folglich auch nicht auf einzelne politische Verantwortungsbereiche reduzier- oder zuweisbar.

Gesundheit ist eine Querschnittsmaterie. Das bedeutet, dass alle, die in diesem Land eine politische Funktion ausüben und ihre politische Verantwortung wahrnehmen, einen aktiven Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation in unserem Land leisten müssen. Auch wenn sich in den letzten Jahren bereits vieles zum Besseren gewendet hat – etwa beim Tabakkonsum, aber auch bei den Krebserkrankungen –, so hat das Engagement für die Gesundheit nach wie vor allerhöchste Priorität.

Der vorliegende Kärntner Gesundheitsbericht in seiner ausführlichen und detaillierten Langfassung und der kurzen und prägnanten Kurzfassung gibt allen Angesprochenen ein hervorragendes Instrument in die Hand, um die Gesundheitsagenden im eigenen Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereich einer genauen Überprüfung zu unterziehen und daraus gezielte Maßnahmen für die Gemeinde, für den Bezirk oder für die Region abzuleiten, die allen Kärntnerinnen und Kärntner zugute kommen.



Mag. Dr. Peter Kaiser
Gesundheitsreferent des Landes Kärnten

INHALTSANGABE

ZE

Zusammengefasste Ergebnisse und Maßnahmenempfehlungen (Executive Summary)... 12

0.1 Zusammengefasste Ergebnisse..... 12

0.1.1	Soziodemografie Kärntens	12
0.1.2	Krankheiten und Gesundheitszustand	13
0.1.3	Risikofaktoren	14
0.1.4	Gesundheitliche Einflussfaktoren	15
0.1.5	Forschung und Ausbildung.....	15
0.1.6	Versorgung und Vorsorge	16

0.2 Daraus folgende Maßnahmenempfehlungen..... 17

0.2.1	Bildung	17
0.2.2	Finanzen	17
0.2.3	Gesundheit.....	18
0.2.4	Infrastruktur.....	18
0.2.5	Kultur.....	18
0.2.6	Landwirtschaft	18
0.2.7	Recht.....	19
0.2.8	Soziales	19
0.2.9	Tourismus und Freizeit	19
0.2.10	Umwelt.....	19
0.2.11	Wirtschaft und Arbeit.....	20
0.2.12	Wissenschaft und Forschung	20

01

Einleitung..... 22

02

Methoden und Datenquellen, Darstellung der verfügbaren Daten 26

2.1 Quantitative Daten 26

2.1.1 Demografische Daten 26

2.1.2 Todesursachenstatistik 28

2.1.3 Gesundheitsbefragung 2006/2007 28

2.2 Recherche 30

2.3 Interviews 31

2.4 Recherche zu Forschungs- und Ausbildungskapazitäten 32

2.5 Workshop – Maßnahmenempfehlung 34

03

Soziodemografie Kärntens 38

3.1 Bevölkerungsstruktur 38

3.1.1 Bevölkerungsstand 38

3.1.2 Altersstruktur 40

3.2 Sozialstruktur 42

3.2.1 Bildung 42

3.2.2 Einkommen 44

3.2.3 Arbeitslosigkeit 45

3.3 Zusammengefasste Ergebnisse 46

Krankheiten und Gesundheitszustand 50

4.1 Lebenserwartung.....	50
4.1.1 Lebenserwartung bei Geburt.....	50
4.1.2 Fernere Lebenserwartung	52
4.2 Mortalität	53
4.2.1 Gesamtmortalität	53
4.2.2 Ursachenspezifische Mortalität	56
4.2.3 Säuglingssterblichkeit	62
4.3 Gesundheitszustand.....	62
4.3.1 Selbst berichtete chronische Erkrankungen	62
4.3.2 Subjektiver Gesundheitszustand	66
4.4 Rahmenbedingungen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit	69
4.5 Zusammengefasste Ergebnisse und Maßnahmenempfehlungen.....	75
4.6 Psychische Gesundheit	79
4.6.1 Psychische Gesundheit in Kärnten	79
4.6.2 Rahmenbedingungen zur Schaffung einer gesundheitsförderlichen Lebensumwelt.....	83
4.6.3 Zusammengefasste Ergebnisse und Maßnahmenempfehlungen	86

Risikofaktoren 92

5.1 Bewegung.....	92
5.1.1 Bewegungsverhalten der KärntnerInnen	92
5.1.2 Rahmenbedingungen zur Schaffung einer gesundheitsförderlichen Lebensumwelt	94
5.1.3 Zusammengefasste Ergebnisse und Maßnahmenempfehlungen	99
5.2 Ernährung	101
5.2.1 Essgewohnheiten in Kärnten.....	102
5.2.2 Trinkgewohnheiten in Kärnten	104
5.2.3 Rahmenbedingungen zur Schaffung einer gesundheitsförderlichen Lebensumwelt.....	105
5.2.4 Zusammengefasste Ergebnisse und Maßnahmenempfehlungen	109

5.3 Body-Mass-Index (BMI)	111
5.3.1 BMI in Kärnten	111
5.3.2 Rahmenbedingungen zur Schaffung einer gesundheitsförderlichen Lebensumwelt	113
5.3.3 Zusammengefasste Ergebnisse und Maßnahmenempfehlungen	113
5.4 Tabak	114
5.4.1 RaucherInnen in Kärnten	114
5.4.2 Passivrauchen	116
5.4.3 Rahmenbedingungen zur Schaffung einer gesundheitsförderlichen Lebensumwelt	116
5.4.4 Zusammengefasste Ergebnisse und Maßnahmenempfehlungen	119
5.5 Alkohol	120
5.5.1 Alkoholkonsum in Kärnten	120
5.5.2 Rahmenbedingungen zur Schaffung einer gesundheitsförderlichen Lebensumwelt	122
5.5.3 Zusammengefasste Ergebnisse und Maßnahmenempfehlungen	126
5.6 Illegale Drogen	128
5.6.1 Konsum von Haschisch und Marihuana in Kärnten	128
5.6.2 Rahmenbedingungen zur Schaffung einer gesundheitsförderlichen Lebensumwelt	129
5.6.3 Zusammengefasste Ergebnisse und Maßnahmenempfehlungen	133

06

Gesundheitliche Einflussfaktoren 144

6.1 Settings	144
6.1.1 Setting Kindergarten/Schule	144
6.1.2 Setting Betrieb	149
6.1.3 Setting Städte/Gemeinden	152
6.1.4 Zusammenfasste Ergebnisse und Maßnahmenempfehlungen.....	157

6.2 Multisektorale Verantwortung	161
6.2.1 Sektor Bildung.....	162
6.2.2 Sektor Finanzen	167
6.2.3 Sektor Gesundheit.....	168
6.2.4 Sektor Infrastruktur	172
6.2.5 Sektor Kultur	177
6.2.6 Sektor Landwirtschaft	179
6.2.7 Sektor Recht	184
6.2.8 Sektor Soziales	186
6.2.9 Sektor Tourismus und Freizeit.....	190
6.2.10 Sektor Umwelt.....	191
6.2.11 Sektor Wirtschaft und Arbeit.....	194
6.2.12 Sektor Wissenschaft und Forschung	197
6.2.13 Zusammenfassung Kooperationsmöglichkeiten	200
6.2.14 Maßnahmenempfehlungen	202

07

Aufbau von Kapazität für Gesundheit212

7.1 Qualifizierung von Fachkräften für gesundheitliche Aufgaben	212
7.1.1 Bedeutung der Ausbildung für die Gesundheit der KärntnerInnen.....	212
7.1.2 Ausbildung in Kärnten.....	213
7.2 Forschung und Wissen zur Förderung der Gesundheit.....	219
7.2.1 Bedeutung der Wissensbasis für die Gesundheit der KärntnerInnen	219
7.2.2 Entwicklung der Wissensbasis in Kärnten	219
7.3 Zusammengefasste Ergebnisse und Maßnahmenempfehlungen	221
7.3.1 Ausbildung.....	221
7.3.2 Wissensbasis	222

Versorgungsgeschehen226

8.1 Versorgung 226

8.1.1 Krankenhausaufenthalte..... 226

8.1.2 Krankenhausaufenthalte als TagespatientIn..... 228

8.1.3 Besuch einer Allgemeinmedizinerin/eines Allgemeinmediziners 230

8.1.4 Besuch einer Zahnärztin/eines Zahnarztes 232

8.1.5 Zusammengefasste Ergebnisse 233

8.2 Vorsorge und Früherkennungsuntersuchungen 234

8.2.1 Impfungen..... 235

8.2.2 Gesundenuntersuchung 240

8.2.3 Bluthochdruck..... 242

8.2.4 Cholesterin 244

8.2.5 Mammographie 246

8.2.6 Pap-Abstrich 247

8.2.7 PSA-Test 248

8.2.8 Darmspiegelung 248

8.2.9 Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme
von Vorsorgemaßnahmen 250

8.2.10 Zusammengefasste Ergebnisse und Maßnahmenempfehlungen 251

Glossar256

ZUSAMMENGEFASSTE ERGEBNISSE UND
MASSNAHMENEMPFEHLUNGEN
(EXECUTIVE SUMMARY)

NE

ZUSAMMENGEFASSTE ERGEBNISSE UND MASSNAHMENEMPFEHLUNGEN (EXECUTIVE SUMMARY)

0.1 Zusammengefasste Ergebnisse

0.1.1 Soziodemografie Kärntens

Soziodemografie	Kärnten im Vergleich zu Österreich	In Kärnten	
		Frauen i. Vgl zu Männern	zeitliche Veränderung
Bevölkerungsstruktur			
Bevölkerungsstand	●	+	+ ¹⁾
Bevölkerungsentwicklung	●	=	-
Anteil der Personen über 65 Jahre	=	+	+
Sozialstruktur			
Bildung (Anteil mit mind. Matura)	=	=	○
Einkommen (Bruttomedianeinkommen)	-	-	○
Arbeitslosigkeit	=	-	○

● = nicht zutreffend, ○ = nicht erhoben, + = höher, - = niedriger, = = gleich

¹⁾ Zeitliche Veränderung bis 2008, zukünftige Entwicklung der Bevölkerung wird in der nächsten Zeile beschrieben.

Tabelle 1: Zusammengefasste Ergebnisse Soziodemografie Kärntens¹

Die Anzahl der KärntnerInnen, wovon ein größerer Teil weiblich ist, ist in den letzten Jahren gestiegen, wird jedoch in Zukunft zurückgehen. Die Altersstruktur entspricht in etwa dem österreichischen Schnitt, der Anteil der Personen über 65 Jahre ist jedoch der zweithöchste im Bundesländervergleich, zugleich altert die Kärntner Bevölkerung stärker als im österreichischen Schnitt.

Das Bildungsniveau der KärntnerInnen und die Arbeitslosigkeit liegen im österreichischen Schnitt, während das Einkommen niedriger ist als im Österreichvergleich. Frauen weisen in etwa das gleiche Bildungsniveau auf wie Männer, verdienen durchschnittlich weniger und sind im Schnitt weniger arbeitslos.

¹ + oder - wurden bei Unterschieden von zwei Prozent und mehr gesetzt.

0.1.2 Krankheiten und Gesundheitszustand

Mortalitätsdaten	Kärnten im Vergleich zu Österreich	In Kärnten		Kärnten im Vergleich zu Österreich	In Kärnten	
		Frauen i. Vgl. zu Männern	zeitliche Veränderung ¹⁾		Frauen i. Vgl. zu Männern	zeitliche Veränderung
Indikatoren für Lebenserwartung und Mortalität						
Lebenserwartung bei Geburt	=	+	+			
Fernere Lebenserwartung	=	+	+			
Säuglingssterblichkeit	=	=	-			
	Gesamt mortalität			vorzeitige Mortalität		
Alle Todesursachen	-	-	-	-	-	-
Bösartige Neubildungen	-	-	+	-	-	+
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	-	-	-	-	-	-
Krankheiten der Atmungsorgane	+	-	=	=	+	=
Krankheiten der Verdauungsorgane	+	-	=	+	-	+
Verletzungen und Vergiftungen	+	-	-	+	-	-

⊕ = höher, ⊖ = niedriger, = = gleich

¹⁾Zeitlicher Trend bei Mortalität nach Hauptursachen: Veränderung des Anteils der durch diese Krankheit verursachten Todesfälle

Tabelle 2: Zusammengefasste Ergebnisse Lebenserwartung und Mortalität

Sowohl die Lebenserwartung bei Geburt als auch die fernere Lebenserwartung liegen in Kärnten im Österreichsschnitt, während jene von Frauen höher ist als jene von Männern und sie im zeitlichen Verlauf weiter ansteigt. Die Säuglingssterblichkeit ist ebenfalls im österreichischen Schnitt und hat in den letzten Jahren abgenommen.

Kärnten hat im Vergleich zu Österreich insgesamt eine niedrigere Mortalitätsrate, erhöht ist diese im Vergleich zu Österreich insgesamt nur bei Todesfällen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen, Erkrankungen der Atmungsorgane und Erkrankungen der Verdauungsorgane. Kärntnerinnen weisen immer eine niedrigere Mortalität als Kärntner auf. Im zeitlichen Verlauf ist die Gesamtmortalität gesunken, weniger KärntnerInnen sterben aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Verletzungen und Vergiftungen, während der Anteil der Todesfälle aufgrund von bösartigen Neubildungen zugenommen hat. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der vorzeitigen Mortalität. Insgesamt ist diese in Kärnten niedriger als in Österreich insgesamt, erhöht ist sie nur aufgrund von Erkrankungen der Verdauungsorgane und Verletzungen und Vergiftungen. Die vorzeitige Mortalität von Frauen ist nur bei Krankheiten der Atmungsorgane erhöht. Im zeitlichen Verlauf ist der Anteil der vorzeitigen Todesfälle aufgrund von bösartigen Neubildungen und Erkrankungen der Verdauungsorgane gestiegen.

Nach Selbstauskünften, bezogen auf die letzten 12 Monate vor der Befragung, hochgerechnet	Kärnten im Vergleich zu		In Kärnten		
	Österreich	Europa	Frauen i. Vgl. zu Männern	mit steigendem Alter	mit sinkender Bildung
Indikatoren für Krankheiten und Gesundheitszustand: Anteil der Bevölkerung					
Chronische Erkrankungen – derzeitiges Vorhandensein	=	x	+	+	+
Durchschnittliche Anzahl an je erlittenen Krankheiten	=	x	=	+	+
Subjektiver Gesundheitszustand – Anteil „sehr gut“ und „gut“	-	+	-	-	-
Psychische Gesundheit	+	x	-	-	-

x = nicht verfügbar, + = höher, - = niedriger, = = gleich

Tabelle 3: Zusammengefasste Ergebnisse Krankheiten und Gesundheitszustand

Gemessen an den chronischen Erkrankungen ist bei KärntnerInnen nach Eigenangaben der Gesundheitszustand gleich wie bei anderen ÖsterreicherInnen. Werden KärntnerInnen nach der subjektiven Einschätzung ihres Gesundheitszustandes befragt, so geben weniger KärntnerInnen als andere ÖsterreicherInnen einen „sehr guten“ und „guten“ Gesundheitszustand an, insgesamt besser dürfte nach eigenen Angaben die psychische Gesundheit der KärntnerInnen sein.

Frauen leiden zum Zeitpunkt der Befragung häufiger an chronischen Krankheiten und geben einen schlechteren Gesundheitszustand sowie eine schlechtere psychische Gesundheit als Männer an. Mit steigendem Alter und mit sinkendem Bildungsniveau ist ebenfalls ein schlechterer allgemeiner Gesundheitszustand zu beobachten.

0.1.3 Risikofaktoren

Nach Selbstauskünften, bezogen auf die letzten 12 Monate vor der Befragung, hochgerechnet	Kärnten im Vergleich zu		In Kärnten		
	Österreich	Europa	Frauen i. Vgl. zu Männern	mit steigendem Alter	mit sinkender Bildung
Indikatoren für Krankheiten und Gesundheitszustand: Anteil der Bevölkerung					
Bewegung – ausreichend Bewegung	+	x	-	*	-
Ernährung – vorwiegend "gesunde" Mischkost	+	x	+	+	-
Trinkgewohnheiten – vorwiegend Wasser/Mineralwasser/ungezuckerter Tee	=	x	+	+	-
BMI > 25	-	=	-	+	+
RaucherInnen – täglich	=	-	-	*	+
Ex-RaucherInnen	=	x	-	+	-
PassivraucherInnen zu Hause	=	x	-	*	+
Problematischer Alkoholkonsum	-	x	-	*	*
Konsum illegaler Drogen – Lebenszeitprävalenz Haschisch oder Marihuana	-	-	=	-	-

x = nicht verfügbar, * = kein eindeutiges Muster, + = höher, - = niedriger, = = gleich

Tabelle 4: Zusammengefasste Ergebnisse Risikofaktoren

KärntnerInnen geben in der Regel ein gesünderes Verhalten an als der österreichische Schnitt, wobei Frauen sich gesünder verhalten als Männer, die einzige Ausnahme bildet das Bewegungsverhalten. Mit steigendem Alter verbessert sich nach eigenen Auskünften einerseits das Ernährungsverhalten bei beiden Geschlechtern, auf der anderen Seite ist ein größerer Anteil an übergewichtigen und adipösen Menschen zu beobachten. Mit sinkendem Bildungsgrad treten ungesunde Lebensweisen häufiger auf, einzige Ausnahme bildet der Konsum von Marihuana, der nach Selbstauskünften vor allem bei jüngeren und höher gebildeten Personen zu sehen ist.

0.1.4 Gesundheitliche Einflussfaktoren

Settings

In Kärnten kann auf bestehende Strukturen und Angebote für die Settings Schule und Kindergarten, Betriebe als auch für Gemeinden und Städte aufgebaut werden. So sind beispielsweise 77 der 132 Gemeinden „Gesunde Gemeinden“ (Stand Juli 2008). Unterstützung erhalten die verschiedenen AkteurlInnen in den Settings unter anderem durch das Gesundheitsland Kärnten, die Kärntner Gebietskrankenkasse und einige andere Einrichtungen (wie z.B. Frauengesundheitszentrum, Landesstelle Suchtprävention etc.).

Multisektorale Verantwortung

Von allen InterviewpartnerInnen wurde ein Zusammenhang ihrer Arbeit mit der Gesundheit der Kärntner Bevölkerung gesehen und von einem Großteil der Interviewten wurden explizite Beispiele für diesen Zusammenhang genannt. Es gibt bereits mit einigen Sektoren² zumindest in Teilbereichen Kooperationen mit dem Gesundheitssektor. Als Sektoren, von denen spezifische Möglichkeiten einer verstärkten Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssektor sowohl vonseiten der einzelnen Sektoren als auch vonseiten des Gesundheitssektors vorgeschlagen wurden, können Bildung, Infrastruktur, Landwirtschaft, Soziales und Umwelt genannt werden. Als wichtige Inhalte für Kooperationen wurden beispielsweise gemeinsame Informationsvermittlung und Bewusstseinsbildung, Zusammenarbeit mit Gesunden Gemeinden oder die Erarbeitung von multisektoralen Konzepten genannt.

0.1.5 Forschung und Ausbildung

Die für den Gesundheitsbericht erstmals in dieser Form durchgeführten Recherchen ergaben, dass die Basis für eine abgestufte Ausbildung im Bereich der Gesundheitsförderung in Kärnten existiert, wenngleich es kein einheitliches Vorgehen, wie zum Beispiel ein einheitliches Curriculum oder eine einschlägige gesundheitswissenschaftliche Ausbildung, gibt. Sowohl in der Forschung als auch in der Ausbildung fehlen noch einschlägige gesundheitswissenschaftliche Kapazitäten, wenngleich im Bereich der Forschung auf einen im Verhältnis zu den vorhandenen Ressourcen hohen Veröffentlichungsausgang hingewiesen werden kann.

²Einzelne Sektoren setzen sich jeweils aus mehreren Abteilungen des Amtes der Kärntner Landesregierung und deren politischen Büros zusammen. Die Ergebnisse beziehen sich daher nicht auf einzelne Abteilungen, sondern auf die Gesamtergebnisse innerhalb der Sektoren.

0.1.6 Versorgung und Vorsorge

Nach Selbstauskünften, bezogen auf die letzten 12 Monate vor der Befragung, hochgerechnet	Kärnten im Vergleich zu		In Kärnten		
	Österreich	Europa	Frauen i. Vgl. zu Männern	mit steigendem Alter	mit sinkender Bildung
Indikatoren für Inanspruchnahme von Versorgung					
Anteil der Personen mit KH-Aufenthalt ¹⁾	+	+	=	+	+
Durchschnittliche Anzahl an KH-Aufenthalten	=	x	=	+	+
Durchschnittliche Dauer der KH-Aufenthalte	=	x	+	+	+
Prozentanteil der Personen mit KH-Aufenthalt als TagespatientIn	=	+	=	*	*
Durchschnittlichen Anzahl an KH-Aufenthalten als TagespatientIn	-	x	-	+	*
Prozentanteil der Personen mit Besuch bei AllgemeinmedizinerIn	+	x	+	+	*
Prozentanteil der Personen mit Besuch bei Zahnarzt/Zahnärztin	=	=	=	-	-

x = nicht verfügbar, * = kein eindeutiges Muster, + = höher, - = niedriger, = = gleich

¹⁾ KH = Krankenhaus

Tabelle 5: Zusammengefasste Ergebnisse Versorgung

Im Vergleich zum österreichischen Schnitt ist nach Eigenangaben ein höherer Anteil an KärntnerInnen in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus sowie bei einem/einer AllgemeinmedizinerIn gewesen. Bei der Inanspruchnahme der Vorsorgeleistungen ist kein einheitlicher Trend nach Geschlechtern getrennt zu sehen. Mit steigendem Alter kann eine steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie eine längere Aufenthaltsdauer im Krankenhaus festgestellt werden. Ein klarer sozialer Gradient ist für die stationären Krankenhausaufenthalte sichtbar: Mit sinkender Bildung steigt die Inanspruchnahme. Anders verhält es sich mit der Inanspruchnahme eines/einer Zahnarztes/Zahnärztin, hier steigt der Anteil mit steigendem Bildungsniveau.

Nach Selbstauskünften, bezogen auf die letzten 12 Monate vor der Befragung, hochgerechnet	Kärnten im Vergleich zu		In Kärnten		
	Österreich	Europa	Frauen i. Vgl. zu Männern	mit steigendem Alter	mit sinkender Bildung
Indikatoren für Inanspruchnahme von Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen					
Teilnahme an einer Gesundenuntersuchung	+	o	+	*	*
Messung des Blutdrucks innerhalb der letzten 12 Monate	=	+	+	+	+
Messung des Cholesterinwertes innerhalb der letzten 12 Monate	=	+	+	+	*
Früherkennungsuntersuchung durch Mammographie	+	o	●	-	-
Früherkennungsuntersuchung durch Pap-Test	+	o	●	-	*
Früherkennungsuntersuchung durch PSA-Test	-	o	●	+	*
Durchführung einer Darmspiegelung	+	o	=	+	*

● = nicht zutreffend, * = kein eindeutiges Muster, o = nicht erhoben, + = höher, - = niedriger, = = gleich

Tabelle 6: Zusammengefasste Ergebnisse Vorsorge

KärntnerInnen nehmen nach eigenen Angaben in der Regel häufiger als andere ÖsterreicherInnen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch. Nur beim PSA-Test, der Prostatakrebs-Früherkennungsuntersuchung, ist bei Kärntner Männern eine niedrigere Inanspruchnahme als im österreichischen Schnitt zu sehen. In Kärnten zeigen Frauen eine höhere Inanspruchnahme als Männer. Mit steigendem Alter werden ebenfalls Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen häufiger in Anspruch genommen, Ausnahmen bilden hier die Krebsfrüherkennung durch Mammografie und der Pap-Test (Gebärmutterhalskrebs-Früherkennungsuntersuchung). Ein eindeutiger sozialer Gradient ist bei der Inanspruchnahme der Mammografie (sinkender Anteil mit sinkendem Bildungsabschluss) sowie bei der Messung des Blutdrucks (steigender Anteil mit sinkendem Bildungsabschluss) zu sehen.

0.2 Daraus folgende Maßnahmenempfehlungen

Um multisektorale Verantwortung für Gesundheit wahrnehmen zu können, wird empfohlen, einen Aktionsplan gemeinsam mit allen Sektoren mit priorisierten Maßnahmen zu entwickeln. Ein klarer politischer Auftrag sowie die Festlegung von personellen wie materiellen Ressourcen in allen Sektoren sind Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung des Aktionsplans. Der Gesundheitssektor sollte hierbei eine koordinierende und steuernde Führungsrolle einnehmen. Eine umfassende begleitende Evaluation sollte durchgeführt werden, um die Umsetzung zu unterstützen und Ergebnisse zu überprüfen.

0.2.1 Bildung

Das Bildungswesen, welches nicht nur die primäre Schulbildung betrifft, sondern bis zur Erwachsenenbildung reicht, kann einen wesentlichen Beitrag zum Erlernen von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen sowie zur Beseitigung sozialer Chancenungleichheit leisten. Als wesentlicher Punkt erscheint für Kärnten die Koordination der bereits getätigten Maßnahmen, um so einerseits Kooperationen zwischen verschiedenen AkteurInnen (wie beispielsweise im Kooperationsprojekt „Gesunde Schule“ auf Bundesebene) zu stärken und andererseits doppelgleisige Vorgehensweisen zu vermeiden.

Inhalte einer Kooperation könnten in einem ersten Schritt die koordinierte Qualifizierung von Lehrkräften zur Vermittlung von gesundheitsförderlichen Kompetenzen sowie die Verankerung von Inhalten der Gesundheitsförderung in den Curricula sein. Die in die Kooperation miteinbezogenen AkteurInnen sollten neben bildungsrelevanten Institutionen (z.B. Landesschulrat) u.a. das Gesundheitsland Kärnten und die Kärntner Gebietskrankenkasse sein.

Neben der Vermittlung von Informationen zur Gesundheitsbildung in Schulen sind Maßnahmen zur Schaffung von gesundheitsförderlichen Verhältnissen von besonderer Wichtigkeit. Besonders im Bereich der Verhältnisänderung besteht Bedarf an Maßnahmen. Für die Durchführung dieser Maßnahmen braucht es qualifizierte Personen, hier kann durch den Bildungssektor durch einen Aus- und Aufbau weiterer Public Health-Expertise ein großer Beitrag geleistet werden.

0.2.2 Finanzen

Der Finanzsektor besitzt über die Steuer- und Wirtschaftspolitik die Möglichkeit, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen (z.B. im Bereich von Tabakwaren) zu schaffen. Weitere Möglichkeiten bieten sich durch die Sicherstellung von öffentlicher Finanzierung für Gesundheit, Bildung und öffentlichen Transport sowie durch die Förderung und Unterstützung von gesunden Wachstumsstrategien für die Wirtschaft, welche u.a. die Gleichberechtigung fördern. Ein Beispiel dafür ist das Gender-Budgeting, welches in Kärnten bereits angedacht, jedoch noch nicht umgesetzt wurde.

0.2.3 Gesundheit

Der Gesundheitssektor hat für die Umsetzung von gesundheitsfördernden Verhaltens- und Verhältnisinterventionen eine Koordinationsrolle für die Schaffung von multisektoraler Zusammenarbeit einzunehmen. Durch die Schaffung von Win-Win-Situationen können Synergien mit anderen Sektoren gefunden und so gemeinsam das Ziel der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in Angriff genommen werden.

Basierend auf den Prioritäten des Gesundheitssektors sollten für die koordinierte Planung und Umsetzung von Maßnahmen zu gesundheitlich relevanten Themen (z.B. Bewegung, Ernährung) Handlungspläne, wie der weiter oben genannte Aktionsplan, entwickelt werden. Diese Pläne sollten die Festlegung der Tätigkeiten auf Verhältnis- sowie Verhaltensebene und der Rahmenbedingungen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit beinhalten.

Essenziell für die weitere Tätigkeit ist die Evaluation der bereits existierenden und zukünftigen Maßnahmen und Handlungspläne zur beständigen Weiterentwicklung und Verbesserung der Interventionen. Im Besonderen ist auf die Weiterentwicklung der bestehenden Maßnahmen in Richtung Verhältnisorientierung zu achten. Für die Umsetzung der hier genannten Maßnahmen ist gesundheitswissenschaftlich qualifiziertes Personal vonnöten.

Im Bereich des Gesundheitswesens (d.h. Krankenversorgung, aber auch Gesundheitsförderung) selbst ist der Zugang (z.B. durch die Schaffung eines niederschweligen und zielgruppenorientierten Angebots) zu Gesundheitsdienstleistungen für alle zur Verringerung der gesundheitlichen Chancengleichheit sicherzustellen. Im Bereich der Vorsorgeuntersuchungen ist es empfehlenswert, die MedizinerInnen, aber auch andere VertreterInnen des Gesundheitswesens in der Umsetzung der Vorsorgeuntersuchung Neu durch Anreize und anschauliches Informationsmaterial zu unterstützen.

Darüber hinaus kann der Gesundheitssektor selbst als großer Arbeitgeber in der Schaffung gesundheitsfördernder Verhältnisse als gutes Beispiel für andere Betriebe vorangehen.

0.2.4 Infrastruktur

Durch gezielte Raumordnungspläne und Verkehrspolitik kann es gelingen, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zum Beispiel für soziale Interaktion, aber auch für Bewegung zu schaffen.

Beispielsweise werden in Kärnten von der Abteilung 7 Wirtschaftsrecht und vom zuständigen politischen Referenten Kooperationsmöglichkeiten bezüglich des nichtmotorisierten Verkehrs, wie etwa beim Ausbau von Radwegen, gesehen. Weitere Anknüpfungspunkte sind der Hochbau (gesundheitsförderliche Kriterien) sowie die gesundheitsförderliche Gestaltung öffentlicher Räume.

0.2.5 Kultur

Der Kultursektor bietet einerseits Chancen zur Förderung der Teilhabe sozial benachteiligter Gruppen am gesellschaftlichen Leben (kostengünstiger Zugang zum Musikschulwesen, Kulturpass), andererseits können im Zuge kultureller Veranstaltungen Rahmenbedingungen für gesundes Verhalten geschaffen werden. Dazu zählen unter anderem ein großes Angebot an günstigen nichtalkoholischen Getränken sowie rauchfreie Veranstaltungen.

Empfehlenswert ist eine Evaluierung der gesetzten Maßnahmen zur kulturellen Beteiligung sozial Benachteiligter hinsichtlich deren Wirksamkeit, um bei Bedarf die Interventionen anzupassen.

0.2.6 Landwirtschaft

Laut Weltgesundheitsorganisation sollen neben der Bereitstellung von leistbaren gesunden Lebensmitteln für alle sozialen Gruppen verstärkt Bioanbaumethoden und die lokale Lebensmittelproduktion gefördert werden. Lebensmittelsicherheit, Schutzmaßnahmen für Ökosysteme bezüglich Gentechnik und die Wahrung der Süßwasserressourcen sind weitere Schnittstellen zwischen Landwirtschaft und Gesundheit. Die Förderung von gesundem Essen und die nachhaltige Entwicklung von Landgemeinden sollten neben dem Dialog mit VerbraucherInnen und deren Sensibilisierung für gesunde Lebensmittel außerdem als wichtig eingestuft werden.

Die Initiierung und Evaluation von multisektoralen Modellprojekten gemeinsam mit Landwirtschaft, Lebensmittelindustrie, Lebensmittelhandel und Gastronomie sollten auf spezifisch für Kärnten zugeschnittenen Ernährungsempfehlungen basieren.

Die Schnittstellen zwischen dem Gesundheitssektor mit dem Bereich der Landwirtschaft können sowohl für Bewusstseinsbildung und Informationsvermittlung der Bevölkerung als auch für gemeinsame Weiterbildungen von Verantwortlichen und gemeinsame Entwicklung von Gesetzen genutzt werden.

0.2.7 Recht

Die gesetzliche Verankerung der Prüfung von Politiken und Projekten auf deren Auswirkungen auf die Gesundheit (Health Impact Assessment, HIA) wird von der Weltgesundheitsorganisation empfohlen, um einen starken Anreiz zur Berücksichtigung von Gesundheit als multisektorale Aufgabe zu gewährleisten. Dieser Zugang (HIA) wird in Kärnten seitens verschiedener EntscheidungsträgerInnen bereits als Möglichkeit zur Kooperation mit dem Gesundheitssektor gesehen.

Die gesetzliche Verankerung von gesundheitlichen Anliegen erleichtert durch die geschaffene Verbindlichkeit die sektorenübergreifende gemeinschaftliche Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen. Darüber hinaus ist die Verankerung der Beteiligung und Mitarbeit der Bevölkerung (und besonders benachteiligter Gruppen) in der Gemeindefarbeit (wie z.B. MigrantInnenbeiräte) zur Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen von großer Wichtigkeit.

Bereits bestehende Gesetze im Bereich des Jugendschutzes (z.B. Verkauf und Konsum von alkoholischen Getränken und Tabakwaren) oder Gesundheitsschutzes sind auf deren Einhaltung hin zu prüfen und bei Bedarf auszuweiten (z.B. NichtraucherInnenenschutz).

0.2.8 Soziales

Gesundheitliche Chancenungleichheit kann mit zielgruppenspezifischen und niederschweligen Angeboten seitens des Sozialsektors, wie z.B. Streetwork, verringert werden. Dafür ist es wichtig, bereits getätigte Maßnahmen (wie z.B. Unterstützungsleistungen für sozial Schwache, Heizkostenzuschuss etc.) zu evaluieren, entsprechend zu adaptieren und weiterzuführen. In Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssektor kann der Fortbestand bzw. der Ausbau von Angeboten (wie z.B. die Kärntner Sozialmärkte) gewährleistet werden. Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt, dass der Sozial- und Gesundheitssektor gemeinsam Maßnahmen zur Förderung und Stärkung sozialer Netzwerke sowie zur Verbesserung des Zugangs von sozial benachteiligten Gruppen zu gesellschaftlichen Beteiligungsmöglichkeiten (z.B. Preisgestaltung bei Freizeiteinrichtungen etc.) setzen. Als Beispiele für mögliche Kooperationsbereiche zwischen Gesundheits- und Sozialsektor werden von Kärntner EntscheidungsträgerInnen der Bereich der Jugendarbeit, der Pflege und der Arbeit mit Menschen mit Behinderung gesehen.

0.2.9 Tourismus und Freizeit

In Kärnten bietet der wachsende Wirtschaftsbereich des Tourismus- und Freizeitsektors große Potenziale für die Schaffung von bewegungsfördernden Umwelten (auch gemeinsam mit dem Sportsektor) sowie Angeboten zur Persönlichkeitsentwicklung sowohl für Gäste als auch für Einheimische. Aber auch die touristischen DienstleisterInnen sind, wie im Frauengesundheitsprogramm dargestellt, eine wichtige Zielgruppe für die Schaffung gesundheitlicher Rahmenbedingungen.

0.2.10 Umwelt

Die Sicherstellung natürlicher Ressourcen und die Verringerung von gesundheitsgefährdenden Schadstoffen in Wasser, Luft und Boden sind laut WHO Voraussetzungen für die Sicherstellung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen. Dazu zählen neben Maßnahmen zur Verbesserung der Wärmedämmung und Energieeffizienz (hier sind vor allem Hilfestellungen für sozial benachteiligte Gruppen wichtig) sowie Anreize zur Verhaltensänderung bei ProduzentInnen und VerbraucherInnen auch die Erhaltung von natürlichen Flächen wie Seen und Grünflächen sowie der leichte Zugang zu

diesen. Vor allem im Bereich des Wassers werden in Kärnten sehr viele Kooperationsmöglichkeiten gesehen. Bereits umgesetzt werden u.a. Umweltverträglichkeitsprüfungen.

0.2.11 Wirtschaft und Arbeit

Der Sektor Wirtschaft und Arbeit kann durch betriebliche Gesundheitsförderung einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der ArbeitnehmerInnen leisten. Dafür ist die Schaffung von Anreizen vor allem für Klein- und Mittelbetriebe wichtig. Insbesondere sind Maßnahmen auf der Verhältnissebene zu empfehlen, die zur Schaffung gesunder Rahmenbedingungen beitragen, wie z.B. gesundes Kantinenangebot, Ermutigung zur Bewegung, Schaffung von ergonomischen Arbeitsplätzen etc., aber auch Führungskräftebildungen.

Das Amt der Kärntner Landesregierung und landesnahe Betriebe können als Vorbilder, wie von EntscheidungsträgerInnen in Kärnten vorgeschlagen, in der Betrieblichen Gesundheitsförderung vorangehen. Dazu gehören auch der sensibilisierte Umgang mit suchtkranken Menschen sowie die Ausweitung des NichtraucherInnenschutzes. Generell kann der Wirtschaftssektor als Arbeitgeber bei der Steigerung der Lebensqualität der Bevölkerung mitwirken, so wird z.B. laut Aussage einiger InterviewpartnerInnen in Kärnten bereits auf ArbeitnehmerInnenförderung und gerechte Einkommensverteilung geachtet.

0.2.12 Wissenschaft und Forschung

Um die Wirksamkeit gesundheitsförderlicher Maßnahmen aufzuzeigen und diese zu verbessern, bedarf es einer kontinuierlichen Verlaufsbeobachtung der gesundheitsrelevanten Verhältnisse und der Verhaltensweisen sowie der Evaluation von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit. Vor allem das Ausmaß an gesundheitlicher Ungleichheit bedarf weiterer Forschung, wofür die Miterhebung vor allem von sozioökonomischen Daten bei bereits existierenden Datensammlungen von zentraler Bedeutung ist. Ein weiteres Themenfeld ist die Einführung und Durchführung von Prüfungen zur Auswirkung von Politiken und Projekten auf die Gesundheit der Bevölkerung (Health Impact Assessments), wie bereits weiter oben im Sektor Recht dargestellt.

Um diese Forschungsarbeiten durchführen zu können, bedarf es eines Ausbaus der gesundheitswissenschaftlichen Forschungskapazitäten in Kärnten sowie der Kooperation mit anderen Bundesländern, um Synergien nutzen zu können. Dabei sollte zwischen Politik und Wissenschaft ein permanenter Dialog zur Entwicklung von Instrumenten und zur Prioritätensetzung gefördert werden.

EINLEITUNG

01
EINS

EINLEITUNG

Der vorliegende Gesundheitsbericht des Landes Kärnten baut auf der Grundlage und den Ergebnissen des Gesundheitsberichts 2002 und dem Kinder- und Jugendgesundheitsbericht auf. Ziel war es, zum Teil fortsetzend, zum Teil ergänzend zu berichten. So wurden fortsetzend zum Bericht 2002 Daten zu Sterblichkeit und Risikofaktoren ausgewertet und dargestellt. Ergänzt wurden die bestehenden Berichte um den Versuch, den Gesundheitsbericht möglichst gesundheitsförderungs- und gesundheitspolitikorientiert zu konzipieren.

Per Definition soll Gesundheitsberichterstattung als „(gesundheits)politische Planungs- und Entscheidungsbasis, als Grundlage der Gesundheitsförderung“ (Klein, 2007, S. 19) dienen.

Die gesundheitspolitische Ausrichtung wurde einerseits durch die umfangreiche Aufarbeitung von internationalen Handlungsempfehlungen sichergestellt, die einem beispielhaften Aufriss der Gesundheitsförderungsaktivitäten und -maßnahmen im Land Kärnten gegenübergestellt wurden. Im Rahmen eines ExpertInnen-Workshops wurden dann noch für prioritäre Bereiche der Gesundheitspolitik Maßnahmen diskutiert und spezifisch an die Kärntner Gesundheitspolitik angepasst erarbeitet. Andererseits wurde ein in Österreich und international völlig neuer Zugang zur Gesundheitsberichterstattung gewählt, um dem Konzept des „Health in all policies“, sprich Gesundheit in alle Politikbereiche bringen, gerecht zu werden. Basierend auf dem innovativen Ansatz und den Erfahrungen der finnischen Gesundheitsberichterstattung, die in bilateralen Dialogen mit den anderen Ministerien Kooperationspotenzial aufzeigten, wurde eine Methode für den Kärntner Bericht entwickelt. Die Erfahrung in Finnland zeigte, dass diese Vorgangsweise die Partizipation aller Ressorts sicherstellt, ein gemeinsames Verständnis von umfassender Gesundheitspolitik fördert, die Möglichkeit zu umfassender Gesundheitspolitik aus Sicht der Partner darstellt, die Rolle der anderen Sektoren stärkt und die Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsressort und VertreterInnen anderer Ressorts verbessert (siehe auch Ståhl & Lahtinen, 2006, S. 171-174). Um den multisektoralen Zugang zu Gesundheitspolitik datenbasierend zu stärken, wurden für den vorliegenden Bericht Interviews mit den Kärntner LandesrätInnen und AbteilungsleiterInnen der Landesabteilungen geführt und die bestehenden Kooperationsaktivitäten sowie Potenziale zur Zusammenarbeit aus Sicht der VertreterInnen anderer Sektoren berichtet. Diese Informationen sollen einerseits als Basis für gesundheitspolitische Maßnahmen und andererseits als Basis für die Verlaufsbeobachtung dienen, da im nächsten Gesundheitsbericht aufbauend auf diese Ergebnisse der Verlauf der Veränderung und Implementierung beobachtet werden kann.

Die Zielsetzung, eine Grundlage für die Gesundheitsförderung zu sein, ist eine besondere Herausforderung an die Gesundheitsberichterstattung in Österreich und auch international, da die vorliegenden Daten meist Krankheitsdaten sind oder zumindest Daten, welchen ein biomedizinisches Konzept zugrunde liegt (wie z.B. Daten zu Risikofaktoren). Im vorliegenden Bericht wurde dennoch versucht, den Ansprüchen der Gesundheitsförderung und Gesundheitspolitik möglichst nahe zu kommen. So wurden die Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung aus einer ganzheitlichen Gesundheitsförderungsperspektive interpretiert und vor allem bei den Entwicklungen der Empfehlungen ein holistischer Ansatz sichergestellt. Eine zentrale Herausforderung der Gesundheitsförderung und der Gesundheitspolitik ist die gesundheitliche Chancenungleichheit. Auch in diesem Bereich hat die Gesundheitsberichterstattung mit Datenlücken zu kämpfen, da ein großer Teil der Routinedaten (wie z.B. die Todesursachenstatistik oder die Krankenhausentlassungsstatistik) keine sozioökonomischen Merkmale miterfasst. Aus diesem Grund wurden für den vorliegenden Bericht soweit möglich Datenquellen verwendet, die eine Aussage über gesundheitliche Chancenungleichheit zulassen. So konnten die Daten zum selbst berichteten Gesundheitszustand, zu Risikofaktoren sowie zur Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems nach Bildung ausgewertet und somit Daten zur gesundheitlichen Ungleichheit in Kärnten geliefert werden.

Eine Voraussetzung für eine nachhaltige Gesundheitsentwicklung der Bevölkerung sind der Aufbau und die Ausweitung von Gesundheitskompetenzen und -kapazität (Smith, Tang & Nutbeam, 2006, S. 2).

Die Gesundheitskapazität gilt als Basis für die Gesundheitsförderungs- und -wissenschaftsarbeit in Praxis, Forschung und Politik, deren Entwicklung und Aufbau auch in der Gesundheitsberichterstattung – wenn sie handlungsorientiert sein möchte – beobachtet werden soll (Mittelmark et al., 2005, S. 1). Auch dieser Herausforderung stellt sich der vorliegende Bericht, indem versucht wurde, basierend auf international empfohlenen und verwendeten Indikatoren zur Gesundheitskapazität, die Situation in Ausbildung und Forschung in Kärnten abzubilden. Diese Daten sollen direkt Handlungspotenzial aufzeigen sowie als Basis für die weitere Gesundheitsberichterstattung dienen, um den Verlauf der Entwicklung zu beobachten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der vorliegende Kärntner Gesundheitsbericht mit seiner gesundheitspolitischen, gesundheitsförderungs-, maßnahmen- und kapazitätsorientierten Ausrichtung der erste Gesundheitsbericht in Österreich in dieser Form ist. Hiermit wurde eine fundierte Entscheidungsbasis für eine umfassende Gesundheitspolitik erarbeitet.

Literatur

Klein, S. (2007). Definitionen, Konzepte und Grundlagen. In: R. Reintjes & S. Klein (Hrsg.). Gesundheitsberichterstattung und Surveillance. Messen, Entscheiden und Handeln. S. 17-27. Bern: Huber.

Mittelmark, M.B., Fosse, E., Jones, C., Davies, M. & Davies, J.K. (2005). Mapping European Capacity to Engage in Health Promotion at the National Level: HP-Source.net. Promotion & Education (Supplement 1), S. 33-38.

Smith, B. J., Tang, K.-C. & Nutbeam, D. (2006). WHO Health Promotion Glossary: new terms. In: Health Promotion International Advance Access. o.O.: Oxford Press.

Ståhl, T. & Lahtinen, E. (2006). Towards closer intersectoral cooperation: the preparation of the Finnish national report. In: T. Ståhl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen & K. Leppo (Hrsg.). Health in all policies. Prospects and potential. S. 171-174. o.O.: Ministry of Social Affairs and Health.

METHODEN UND DATENQUELLEN,
DARSTELLUNG DER VERFÜGBAREN
DATEN

METHODEN UND DATEN-QUELLEN, DARSTELLUNG DER VERFÜGBAREN DATEN

In diesem Kapitel soll ein kurzer Überblick über die im Bericht verwendeten Methoden und Datenquellen gegeben werden. Methoden, die in diesem Bericht zur Anwendung kamen, waren unter anderem quantitative Auswertung von Routinedaten und Sekundäranalysen, Literaturrecherchen, Leitfadenterviews, ExpertInnengespräche und ein Workshop mit ExpertInnen aus Kärntner Einrichtungen. Ziel des Berichts war es nicht nur, Daten zu Krankheit, Gesundheitszustand und Versorgungsgeschehen zu interpretieren, sondern darüber hinaus Handlungsbedarf aufzuzeigen und konkrete Maßnahmen zu empfehlen.

Im gesamten Bericht wurde der gesundheitsfördernde Aspekt im größtmöglichen Ausmaß berücksichtigt. Als eine zentrale Herausforderung in diesem Bereich gilt gesundheitliche Chancenungleichheit. Wie zahlreiche Studien belegen, gibt es einen Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit (Naidoo & Wills, 2000, S. 23).

Personengruppen, deren Gesundheitszustand negativ durch ihren sozialen Status beeinflusst wird, sind vor allem jene, die über einen längeren Zeitraum hinweg von sozialem Ausschluss betroffen sind, wie u.a. Geringqualifizierte und Langzeitarbeitslose (Lampert, Saß, Häflinger und Ziese, 2005, S. 7). Als Indikator für den sozialen Status werden häufig das Einkommen, das Bildungsniveau sowie der Berufsstatus verwendet (Peter, 2000, S. 28).

Für diesen Bericht musste, um den Rahmen nicht zu sprengen, eine Auswahl getroffen werden. Der Berufsstatus wurde ausgeschlossen, da dieser vor allem als ein möglicher Indikator für gesundheitsrelevante Arbeitsbedingungen gesehen wird (Peter, 2000, S. 28). Da der Indikator Bildung mehrere Vorteile gegenüber dem Indikator Einkommen besitzt, wurden vor allem die Auswertungen zu Risikofaktoren, Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und chronischen Krankheiten auch nach diesem Indikator (zusätzlich zur geschlechtsspezifischen Analyse) vorgenommen. Ein Vorteil des Bildungsindikators ist in seiner zeitlichen Stabilität zu sehen. Nach Beendigung der Ausbildung ändert sich das Bildungsniveau nur mehr selten (Stolpe, 2000, S. 17). Zusätzlich werden die Angaben zum Bildungsniveau als valider angesehen als jene bei Einkommenssituation und beruflichem Status (Lampert, Saß, Häflinger und Ziese, 2005, S. 37, und Stolpe, 2000, S. 18).

Dennoch muss bei der Interpretation der Ergebnisse nach dem Bildungsstatus auf eventuelle Kohorteneffekte geachtet werden. Durch die Zunahme der höheren Bildungsabschlüsse sinkt der Anteil an Personen mit geringerer Bildung. Die Auswirkung der Bildung auf die Gesundheit der Einzelnen kann demnach nach unterschiedlichen Alterskohorten differieren (Stolpe, 2000, S. 17-18).

Das Vorhandensein geschlechtsspezifischer Unterschiede in Krankheiten und Gesundheit ist ein gut dokumentierter Fakt (Kolip, 2003, S. 642 und Hurrelmann, 2000, S. 20), daher wurden die Daten durchgehend nach Geschlecht getrennt ausgewertet. Weiters wurden die Daten nach Alter getrennt ausgewertet, da mit steigendem Alter u.a. mit einem zunehmenden Auftreten von (Akut-)Krankheiten zu rechnen ist (Schwartz & Walter, 2003, S. 175).

2.1 Quantitative Daten

2.1.1 Demografische Daten

Zur Beschreibung der Bevölkerungsstruktur und -entwicklung in Kärnten wurde einerseits der Bevöl-

kerungsstand, welcher von der Statistik Austria veröffentlicht wird, herangezogen. Andererseits wurden auf Bezirksebene von der Landesstatistik Kärnten Daten zur Bevölkerungsstruktur zur Verfügung gestellt. Seit 2002 wird der Bevölkerungsstand durch die Statistik Austria nicht mehr fortgeschrieben, sondern durch Daten aus dem Zentralen Melderegister quartalsweise aktualisiert (Statistik Austria, 2007, o.S.). Da es sich um Daten aus der amtlichen Statistik handelt, ist von hoher Qualität auszugehen, eine Untererfassung kann durch Personen, die sich illegal in Österreich aufhalten, entstehen. Weiters besteht die Möglichkeit der Übererfassung durch Personen, die in Österreich gemeldet sind und ins Ausland ziehen, ohne sich zuvor abzumelden (Statistik Austria, 2002, S. 12).

Diese Daten wurden gemäß Empfehlungen von Eurostat und der WHO sowie, um eine internationale Vergleichbarkeit zu gewährleisten, nach 10-Jahres-Altersgruppen und Geschlechtern getrennt auf Bundesland- und Bezirksebene dargestellt (ECHI, 2005, S. 5). Die Altersgruppen (0-4, 5-14, 15-24, ..., 75+) wurden für den gesamten Bericht, wo aufgrund der Fallzahlen möglich, beibehalten. Von der ursprünglichen Intention, eine Altersgruppe 85+ zu bilden, musste aufgrund der geringen Fallzahlen in dieser Gruppe abgesehen werden.

Der Bevölkerungsstand dient der Statistik Austria auch zur Beschreibung der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung. Für diesen Bericht wird die Bevölkerungsvorausschätzung der Statistik Austria in der mittleren Variante, basierend auf dem Bevölkerungsstand vom 1. Jänner 2006, verwendet. Die mittlere Variante wurde verwendet, da sie als Hauptvariante gesehen wird (Statistik Austria, 2006, S. 34). Bei der Bevölkerungsvorausschätzung werden als Prognoseparameter die Fertilität, Mortalität und die Migration herangezogen. Im Statistischen Jahrbuch 2005 ist eine genaue Beschreibung des Prognosen- bzw. Annahmenmodells zu finden.

Zur Darstellung der sozioökonomischen Situation in Kärnten wurden folgende drei Indikatoren verwendet: Bildung, Einkommen und Arbeitslosigkeit.

Für die Analyse des Bildungsniveaus wurde die Volkszählung 2001 herangezogen. Da es sich bei der Volkszählung um eine Gesamtzählung handelt, ist von validen Daten auszugehen. Dabei wurden die Daten des höchsten erworbenen Bildungsabschlusses zu jenen fünf Kategorien zusammengefasst, die auch bei der Auswertung der Gesundheitsbefragung 2006/2007 verwendet wurden: Pflichtschulabschluss, Lehre (mit Berufsschule), Berufsbildende Mittlere Schule (Fach- oder Handelsschule), Matura (Allgemein- und Berufsbildende Höhere Schulen) sowie Hochschulabschluss (Universität, Fachhochschule und andere Ausbildung nach der Matura). Die Darstellung dieser Daten erfolgt nach Geschlechtern und Altersgruppen getrennt.

Zur Darstellung der Einkommensverteilung wurde auf Daten vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger zurückgegriffen. Diese Einkommensstatistik weist das monatliche Bruttoeinkommen einschließlich der Sonderzahlungen von unselbstständigen Erwerbstätigen aus (vgl. Statistik Austria, 2004, S. 3). Grundsätzlich ist bei diesen Daten eine Unterscheidung zwischen Angestellten und ArbeiterInnen vorgenommen worden, die weitere Differenzierung der Daten erfolgte nach Geschlechtern, Bundesländern und Kärntner Bezirken.

Für die Beschreibung der Arbeitslosigkeit wurden die vom Arbeitsmarktservice Kärnten zur Verfügung gestellten Arbeitslosenquoten und die Absolutzahl der als arbeitslos gemeldeten Personen verwendet. Diese stellt das Verhältnis von Arbeitslosen zum Arbeitskräftepotenzial dar. Als Arbeitslose werden jene Personen erfasst, die zum Monatsende bei einer regionalen Geschäftsstelle des Arbeitsmarktservices zur Arbeitsvermittlung vermerkt sind und nicht in einem Beschäftigungsverhältnis bzw. einer Ausbildung stehen. Das Arbeitskräftepotenzial wird definiert als Summe der beim Hauptverband der Sozialversicherungsträger gemeldeten unselbstständigen Erwerbstätigen und der

registrierten Arbeitslosen. Hier erfolgte eine Darstellung auf Bezirksebene und im Bundesländervergleich jeweils nach Geschlechtern getrennt.

2.1.2 Todesursachenstatistik

Die Beschreibung der Mortalitätsraten wurde anhand der Todesursachenstatistik, welche von der Statistik Austria altersstandardisiert zugekauft wurde, durchgeführt.

Zur Erstellung der Todesursachenstatistik werden die Angaben von ÄrztInnen am Formblatt 9a, „Anzeige des Todes“, verwendet. Die Qualität der Daten dürfte im internationalen Vergleich relativ gut sein, da die Obduktionsrate in Österreich sehr hoch ist (vgl. Statistik Austria, 2005, S. 3). Diese Daten sind gemäß der WHO-Klassifikation ICD-10 kodiert.

Zur Ermöglichung des Vergleiches der Todesursachen über längere Zeiträume und verschiedene Regionen hinweg wurde die altersstandardisierte Mortalitätsrate verwendet, wobei ein gleicher Bevölkerungsaufbau für die Vergleichsgruppen simuliert wird.

Für diesen Bericht wurde die Todesursachenstatistik nach Bundesländern und Bezirken jeweils nach dem Geschlecht der Verstorbenen getrennt ausgewertet. Ergänzt wird die Analyse durch die Interpretation des Zeitverlaufs. Alle Auswertungen wurden jeweils für die Gesamtbevölkerung und für unter 65-Jährige durchgeführt, wobei durchgängig Gruppierungen der Haupttodesursachen verwendet wurden, welche in der folgenden Tabelle dargestellt sind.

Todesursache	ICD-10-Code
Bösartige Neubildungen	C00-C97
Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems	I00-I99
Krankheiten der Atmungsorgane	J00-J99
Krankheiten der Verdauungsorgane	K00-K93
Verletzungen und Vergiftungen	V01-Y99
Sonstige Krankheiten	A00-B99, D01-H95, L00-R99

Tabelle 1: Todesursachen nach Hauptgruppen

Die Daten der Säuglingssterblichkeit wurden ebenfalls der Todesursachenstatistik entnommen.

2.1.3 Gesundheitsbefragung 2006/2007

Als weitere Quelle für den Gesundheitsbericht wurde die Gesundheitsbefragung 2006/2007, auch AT-HIS (Austrian Health Interview Survey) genannt, herangezogen. Diese von März 2006 bis Februar 2007 von der Statistik Austria durchgeführte Gesundheitsbefragung gibt Auskunft über den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Neben soziodemografischen Daten, wie Alter, Geschlecht, Beruf, Bildung, Einkommen und Lebensunterhalt, wurden Fragen zu folgenden drei Themenblöcken gestellt (Statistik Austria, 2007, S. 11):

- Gesundheitszustand der Bevölkerung: Neben verschiedenen Krankheiten wurden Krankheitssymptome, Beschwerden, Ausmaß von funktioneller Beeinträchtigung und Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes thematisiert.
- Gesundheitsverhalten: Fragen wurden zu den Themen Ernährung, Bewegung, Rauchen, Alkohol und Vorsorgemaßnahmen gestellt.
- Inanspruchnahme unterschiedlicher Leistungen des Gesundheitssystems (ÄrztInnen, Spitäler und andere Gesundheitsberufe).

Die Stichprobe wurde aus dem Zentralen Melderegister, geschichtet nach den 32 Versorgungsregionen, gezogen. In die Auswahl kamen alle Personen mit 15 Jahren und älter mit Hauptwohnsitz in Österreich. Durch diese Stichprobe wurde eine bestmögliche Miteinbeziehung der Anstaltsbevölkerung versucht. Die Bruttostichprobe umfasste pro Versorgungsregion 770 Personen, für die drei Wiener Versorgungsregionen wurden 933 Personen ausgewählt, dadurch ergibt sich eine Gesamtbruttostichprobengröße von 25.310 Personen (Statistik Austria, 2007, S. 49).

Durch neutrale Ausfälle (Adressat verzogen, verstorben oder Adresse unbekannt) und nicht-neutrale Ausfälle, wie Antwortverweigerung, Interviewabbruch, vorübergehende Abwesenheit und qualitativ unzureichende Daten, ergibt sich eine Gesamtstichprobe von 15.474 vollständig durchgeführten Interviews, dies entspricht einer Ausschöpfungsquote von 63,1 % österreichweit. Für Kärnten umfasste die Bruttostichprobe 1.540 Personen, durch neutrale und nicht-neutrale Ausfälle reduzierte sich die Stichprobe auf 948 durchgeführte Interviews. Dies ist eine Ausschöpfungsquote von 61,1 % (Statistik Austria, 2007, S. 50).

Die Daten wurden von der Statistik Austria bereits in der Erhebungsphase einer Qualitätskontrolle unterzogen, nach einer Non-Response-Item-Analyse wurden die Daten imputiert. Diese imputierten Daten wurden gemeinsam mit einer Gewichtung zur Hochrechnung der Daten zur Verfügung gestellt.

Eine Gegenüberstellung der Stichprobe, der hochgerechneten Bevölkerungsstruktur, wie sie in den AT-HIS-Daten abgebildet ist und der realen Bevölkerungsstruktur lässt auf die Zuverlässigkeit der Ergebnisse Rückschlüsse ziehen.

Gliederungsmerkmal	Bevölkerung laut Statistik		Hochgerechnet		Differenz	
	Absolut	Prozent	Absolut	Prozent	Absolut	Prozent
15 bis unter 25	67.881	14.3	68.061	14.3	-180	-0.02
25 bis unter 35	66.587	14.0	66.897	14.1	-310	-0.04
35 bis unter 45	91.065	19.2	91.428	19.2	-363	-0.05
45 bis unter 55	83.658	17.6	83.122	17.5	536	0.14
55 bis unter 65	63.979	13.5	63.981	13.5	-2	0.02
65 bis unter 75	53.349	11.2	52.956	11.1	393	0.10
75 und älter	49.253	10.4	49.086	10.3	167	0.05
Gesamt	475.772	100.2	475.531	100.00		

Tabelle 2: Gegenüberstellung Bevölkerungszahl real und Gesundheitsbefragung 2006/2007

Aufgrund der Stichprobenziehung ist bei der Interpretation der Ergebnisse davon auszugehen, dass bei den angegebenen Zahlen ein Stichprobenfehler vorhanden ist. Bei einer Absolutzahl von 11.000 Personen bezogen auf Kärnten ist der Fehler +/- 20 % (berechnet nach Klimont, Kytir & Leitner, 2007, S. 57). Dies bedeutet, dass zwischen zwei zu vergleichenden Kärntner Gruppen, die nur 11.000 Personen ausmachen, Unterschiede von bis zu 40 % zufällig entstanden sein könnten.

Die Daten aus dem AT-HIS wurden nach den Kategorien Alter und Bildung (altersstandardisiert für Gesamtkärnten) jeweils nach Geschlechtern getrennt für das Land Kärnten ausgewertet. Als Referenzbevölkerung für die Altersstandardisierung wurde die „alte“ Europa-Standardbevölkerung von 1966 herangezogen.

Die Auswertung erfolgte mittels SPSS. Die Daten wurden mittels des von der Statistik Austria zur Ver-

fügung gestellten Faktors hochgerechnet, durch einen Filter wurden nur die Daten für Kärnten nach Geschlecht, Altersgruppen und Bildungsstand mittels Kreuztabellen ausgewertet.

2.2 Recherche

Für die weiter oben angesprochene Darstellung von Handlungsbedarf und Maßnahmen wurden in einem ersten Schritt die Ergebnisse der quantitativen Analyse mit Ergebnissen von nationalen und internationalen Studien verglichen. Gesucht wurden Vergleichsdaten unter anderem in den Datenbanken von Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>) sowie der Health-for-all-Datenbank der WHO (<http://www.euro.who.int/hfad>).

Um einen Überblick über (inter-)nationale Modellprojekte sowie Aktivitäten in Kärnten und internationale Politikempfehlungen zu erhalten, um daraus ableitend Maßnahmenempfehlungen zu erstellen, wurden Recherchen zu den Themen Krankheit und Gesundheitszustand, Risikofaktoren (Bewegung, Ernährung, Alkohol, Tabak, Drogen), gesundheitsfördernde Settings (Schulen, Kindergärten, Betriebe, Gemeinden), multisektorale Verantwortung sowie Versorgungsgeschehen durchgeführt.

Unter Modellprojekte sind Projekte und Maßnahmen, die explizit oder implizit einen Zusammenhang mit Gesundheitsförderung und/oder Prävention herstellen und darauf abzielen und deren Wirksamkeit bewiesen ist, zu verstehen (Gesundheit Berlin e.V., 2004). Als Kriterien für die Auswahl der Projekte wurden neben dem Bestehen eines klaren Zusammenhangs mit Gesundheitsförderung und Primärprävention Bedarfsorientierung, Dokumentation und Evaluation festgelegt. Zusätzlich musste mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt werden: Zielgruppenorientierung, auf Theorie basierend, mehrere Ansätze verfolgend oder Beteiligung der Zielgruppe. Die Suche nach Modellprojekten erfolgte auf den folgenden Webseiten:

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – Datenbank für Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte
- Closing the Gap Database
- Cochrane Library
- Datenbank für Akteure im Bereich Gesundheitsförderung & Prävention, Schweiz
- Fonds Gesundes Österreich – Projektdatenbank
- WHO Health Evidence Network

Zur Recherche nach internationalen und nationalen Politikempfehlungen wurde auf eine Definition der WHO (2006) zurückgegriffen:

Da Gesundheitsförderung mehr beinhaltet als medizinische und soziale Versorgung, muss sie auch auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. Um den Politikern ihre Verantwortung für Gesundheitsförderung zu verdeutlichen, wendet die Gesundheitsförderung verschiedene, sich ergänzende Ansätze an (zum Beispiel Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen und organisatorische, strukturelle Veränderungen).

Ziel der Politik der Gesundheitsförderung muss es sein, durch Entscheidungen und Programme Hindernissen entgegenzustehen und auch politischen Entscheidungsträgern die gesundheitsgerechtere Entscheidung zur leichteren Entscheidung zu machen und Lösungsansätze aufzuzeigen.

Recherchiert wurde in Dokumenten von internationalen Organisationen, wie WHO und EU, sowie auf Webseiten von österreichischen Ministerien, Kärntner Gebietskörperschaften und der Kärntner Landesregierung. Diese Seiten wurden auch nach Kärntner Projekten und Aktivitäten durchsucht.

Für das Kapitel „Psychische Gesundheit“ wurde keine explizite Recherche durchgeführt, sondern auf

einen Review effektiver Maßnahmen von Jané-Llopis et al. aus dem Jahr 2005 zurückgegriffen. Die im Review empfohlenen Maßnahmen wurden den Sektoren, wie im Abschnitt 2.3 beschrieben, zugeteilt und Querverweise zu Maßnahmen und Projekten in Kärnten, die bereits für andere Themen recherchiert und analysiert wurden und für die psychische Gesundheit relevant sind, hergestellt.

2.3 Interviews

Für den Kärntner Gesundheitsbericht wurden Interviews mit allen politisch Verantwortlichen sowie mit den Verantwortlichen auf Verwaltungsebene geführt, mit dem Ziel, wichtige Kooperationspotenziale in Kärnten im Bereich der Gesundheitsförderung für die Zukunft – auch aus Sicht der anderen Politikbereiche – aufzuzeigen. Die Interviews wurden als ExpertInnen-Interviews anhand eines Leitfadens durchgeführt (Flick, 2006, S. 139-141). Das heißt, es gaben die InterviewpartnerInnen nicht als Person, sondern in deren Funktion im Land Kärnten Auskünfte.

Im Vorfeld wurde das Vorhaben in einer der Regierungssitzungen vorgestellt, um auf politischer Ebene Verständnis sowie Zustimmung zu den Interviews zu erhalten. Daraufhin wurden Interviewtermine vonseiten des politischen Büros des für Gesundheit zuständigen Landesrats mit allen LandesrätInnen und dem Landeshauptmann vereinbart. Die Terminkoordination für die Interviews mit den AbteilungsleiterInnen des Amtes der Kärntner Landesregierung wurde durch die Abteilung 12 Sanitätswesen des Amtes der Kärntner Landesregierung durchgeführt.

Die inhaltliche Vorbereitung der Interviews umfasste eine internetbasierte Recherche der Webseiten der einzelnen Abteilungen und Ressorts. Dort verlinkte Schriftstücke wurden mit dem Suchwort „gesund“ sowie Abwandlungen (Gesund, Gesundheit, gesundheitsförderlich, gesundheitsfördernd, Gesundheitsförderung) auf explizit genannte relevante Stellen hin überprüft. Auch die Inhalte der Webseiten sowie Projekte, Programme und für die Abteilung relevante Gesetzestexte wurden auf gesundheitsfördernde Inhalte hin überprüft.

Anhand eines Leitfadens wurden folgende Themenbereiche bei den Interviews behandelt:

- Wichtigste Arbeitsbereiche und Ziele der Abteilung / des Ressorts in den kommenden Jahren
- Zusammenhänge der Arbeitsbereiche mit Gesundheit aus Sicht der Abteilung / des Ressorts, bereits bestehende Kooperationen mit dem Gesundheitsbereich
- Wunsch nach Zusammenarbeit mit dem oder Unterstützung durch das Gesundheitsressort
- Weitere wichtige Aussagen der Abteilung / des Ressorts

Die Interviews mit dem Gesundheitsressort und den Abteilungen 12 Sanitätswesen und 14 Sozial- und Gesundheitsrecht, Krankenanstalten wurden dahingehend abgewandelt, dass spezifisch nach der Arbeit und den Zielen in der Gesundheitsförderung / Prävention (nicht Gesundheitsversorgung) gefragt wurde. Weiters wurde nach Möglichkeiten der Zusammenarbeit bzw. der Unterstützung für die Arbeit in anderen Politikbereichen gefragt.

Die Durchführung der insgesamt 26 Interviews erfolgte in einem Zeitraum von einem Monat (Ende Jänner 2008 – Ende Februar 2008; siehe Anhang). Die Interviews wurden jeweils von einer Mitarbeiterin der FH JOANNEUM geführt. Eine Vertreterin der Auftraggeberseite (Abteilung 12 Sanitätswesen des Amtes der Kärntner Landesregierung) war bei den Interviews dabei, was den weiteren intersektoralen Dialog aufgrund des nun bereits bestehenden persönlichen Kontakts fördert. Die mit 45 Minuten bei den politischen VertreterInnen und 60 Minuten bei den VerwaltungsbeamtInnen anberaumte Dauer der Interviews betrug zwischen 30 und 70 Minuten. 25 Interviews wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgenommen. Für ein Interview wurde keine Zustimmung zur digitalen Aufnahme gegeben, dieses wurde handschriftlich mitprotokolliert. Eine Abteilung gab keine Zustimmung zum Interview, es wurde aber die Zustimmung gegeben, dass die Mitschrift aus dem informellen Gespräch für den Be-

richt verwendet werden darf. Aus den digitalen Aufnahmen wurden stichwortartige Ergebnisprotokolle angefertigt und von den jeweiligen InterviewpartnerInnen für die Verwendung im Gesundheitsbericht freigegeben. Nach Einarbeitung der Protokollinhalte in den Kärntner Gesundheitsbericht wurden die jeweils relevanten Textteile, welche Interviewaussagen sowie Möglichkeiten für zukünftige Kooperationen enthalten, ein weiteres Mal per E-Mail an die InterviewpartnerInnen rückgespielt.

Die Inhalte der Interviews geben die Sichtweisen der befragten Personen aus deren Position wieder. Obwohl auf eine möglichst umfassende Darstellung der bereits bestehenden Kooperationen und Schnittstellen zwischen den Abteilungen mit dem Gesundheitsressort Wert gelegt wurde, war es nicht primäres Ziel, durch die Interviews eine vollständige Auflistung der Tätigkeiten und Fakten im Land Kärnten zu erlangen. Vielmehr sollte, wie schon oben erwähnt, zum einen ein Bewusstseinsbildungsprozess in Gang gebracht bzw. intensiviert werden und zum anderen sollten Möglichkeiten einer verstärkten oder neuen Zusammenarbeit für die Zukunft aufgezeigt werden. Es besteht daher die Möglichkeit, dass Aussagen eines Interviewpartners oder einer Interviewpartnerin von Personen aus anderen Abteilungen oder Arbeitsbereichen anders gesehen werden, als in diesem Bericht dargestellt. Dies kann zum Verständnis möglicher unterschiedlicher Auffassungsweisen und Einstellungen zwischen den einzelnen Abteilungen beitragen.

Die Inhalte der Interviews werden im Bericht (siehe Kap. 6.2) nach Sektoren dargestellt. Die Einteilung der Sektoren erfolgte nach der Einteilung in der WHO Health 21 (WHO, 1999, S. 107-114), nach dem Determinantenmodell von Dahlgren & Whitehead (zitiert nach Naidoo & Wills, 2000, S. 29) sowie in Ergänzung dazu auch nach Zuständigkeitsbereichen der LandesrätInnen in Kärnten. Diese Einteilung der Sektoren wird im gesamten Bericht beibehalten. Einzelne Sektoren setzen sich zumeist aus mehreren Abteilungen des Amtes der Kärntner Landesregierung zusammen. Inhaltlich werden den Sektoren folgende Bereiche zugeordnet:

- Sektor Bildung: Ausbildung, Schulbildung, Lebenslanges Lernen
- Sektor Finanzen: Budget, Finanzierung
- Sektor Gesundheit: Gesundheitsversorgung, Prävention, Gesundheitsförderung
- Sektor Infrastruktur: Verkehr, Transport, Straßenbau, Raumplanung
- Sektor Kultur
- Sektor Landwirtschaft: Lebensmittel(-sicherheit), Veterinärangelegenheiten, Forst-/Waldangelegenheiten, Agrarangelegenheiten
- Sektor Recht: Gestaltung der Rechtsordnung („die Gesamtheit staatlich institutionalisierter Regeln, die zueinander in einer gestuften Ordnung stehen und menschliches Verhalten anleiten oder beeinflussen“ (Recht, 2006)) zur Förderung der Gesundheit der Kärntner Bevölkerung
- Sektor Soziales: Wohlfahrt, Services
- Sektor Tourismus und Freizeit: Freizeit, Sport
- Sektor Umwelt: Energie, Wasser, Abfall, Naturschutz
- Sektor Wirtschaft und Arbeit: Beschäftigung, Besteuerung, Industrie
- Sektor Wissenschaft und Forschung

2.4 Recherche zu Forschungs- und Ausbildungskapazitäten

Ein weiterer Themenbereich des Berichts ist die Erfassung von gesundheitsfördernden und Public Health-Kapazitäten in Kärnten. Für die Durchführung von wissenschaftsbasierten (evidence based) Projekten bedarf es Instrumente, ausgebildeter Personen, Institutionen, politischer Rahmenbedingungen und einer Finanzierung (vgl. M. Mittelmark, E. Fosse, C. Jones, M. Davies & J. K. Davies, 2005, S. 33).

Nach Mittelmark (vgl. Mittelmark, Fosse, Jones, Davies & Davies, 2005, S 33) gibt es verschiedene Bereiche, die in die Analyse der vorhandenen Kapazitäten miteinbezogen werden können. Zu diesen zählen der Input, die Prozesse, welche durch den Input entstehen, sowie der Output.

Entlang der oben genannten Punkte wurden Recherchen und ExpertInnengespräche durchgeführt, um ein Abbild der in Kärnten vorhandenen Ressourcen zu erhalten. Recherchiert wurden hierbei:

- Ausbildungsstätten für Gesundheitsförderung und Public Health
 - Personelle Ressourcen (Lehrende, Wissenschaftliche MitarbeiterInnen, Auszubildende)
 - Finanzielle Ressourcen
 - F&E-Aktivitäten (Tätigkeitsfelder)
- Forschungsinstitutionen in den Bereichen Public Health und Gesundheitsförderung
 - Personelle Ressourcen
 - Finanzielle Ressourcen
 - Tätigkeitsfelder
 - Publikationen der Institute, als ein Merkmal des Outputs

Folgende Teilziele wurden von der WHO in ihrem Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ in Bezug auf die Qualifizierung von Fachkräften für gesundheitliche Aufgaben festgehalten:

- 1) Ausbildung von Gesundheitsfachkräften im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Public Health
- 2) Diplomstudiengänge mit Public Health-ManagerInnen und Führungskräften
- 3) Personen in anderen Sektoren sollen über GFA, Determinantenansatz Bescheid wissen.
(Vgl. WHO, 1999, S. 166.)

Dementsprechend erfolgte die Recherche in folgenden vier Kategorien:

- 1) Gesundheitsberufe: Diese Suche wurde eingeschränkt auf folgende Berufsgruppen: Hebammen, gehobene medizinisch-technische Dienste und Gesundheits- und Krankenpflege
- 2) Schulen
- 3) Tertiärer Sektor (Hochschulen und Fachhochschulen)
- 4) Weiterbildung (Kurse, die begleitend ohne akademischen Abschluss angeboten werden).

Ausgeschlossen wurden jene Weiterbildungsmaßnahmen, die keine Grundlagen der Gesundheitsförderung oder von Public Health im Kursinhalt verzeichnet hatten, bzw. Kurse, die Gesundheitsförderung für den/die individuelle/n KursteilnehmerIn vermittelten, aber keine Schulung zur professionellen Durchführung von Gesundheitsförderungsprojekten und -programmen auf Bevölkerungsebene darstellen.

Folgende Tabelle gibt die durchsuchten Homepages zur Identifizierung relevanter Ausbildungs- und Bildungseinrichtungen sowie die jeweilige Suchstrategie wieder:

Ausbildungsebene	Homepage	Suchstrategie
Gesundheitsberufe	www.bildungsland.at	Aufnahme aller Schulen
Schulen	www.berufsbildendeschulen.at	Suche nach dem Wort „Gesundheit“ im Ausbildungsschwerpunkt
	www.schule-online.at	Suche nach dem Wort „Gesundheit“ im Ausbildungsschwerpunkt
Teritärer Sektor	Universität Klagenfurt http://www.uni-klu.ac.at/uniklu/	Suche im Lehrveranstaltungsverzeichnis nach dem Wort „Gesundheit“ in den letzten 5 Semestern (gesamte zur Verfügung stehende Zeitspanne)
	Universität Klagenfurt http://www.uniklu.ac.at/main/inhalt/565.htm	Uni-Lehrgänge, die im Titel „Gesundheit“ haben
	http://www.cti.ac.at/	Fachhochschule Kärnten: Suche nach Studiengängen, die „Gesundheit“ im Titel haben
Weiterbildung	www.wifi.at	Suche nach „Gesundheit“ im Kurstitel
	www.bfi.at	Suche nach „Gesundheit“ im Kurstitel

Tabelle 3: Suchstrategie Ausbildungs- und Bildungseinrichtungen

Nach der Auswahl der zu befragenden Institutionen wurden erste Informationen über diese ebenfalls durch eine Internetrecherche gesammelt. Durch einen Befragungsbogen, der per E-Mail an die Institute vorab versandt wurde, wurden die Informationen ergänzt und vertieft. Die Organisationen wurden dabei gebeten, den Bogen so weit wie möglich auszufüllen, die Vervollständigung wurde durch ein telefonisches ExpertInnengespräch vorgenommen.

2.5 Workshop – Maßnahmenempfehlung

Zur Entwicklung konkreter Maßnahmen und Empfehlungen wurde zusätzlich zu den Recherchen ein Workshop mit Kärntner ExpertInnen durchgeführt. An diesem Workshop nahmen insgesamt 12 Personen teil, wobei die ExpertInnen von folgenden Institutionen Kärntens kamen: Abteilung 12 – Amt der Kärntner Landesregierung, Büro Landesrat Dr. Schantl – Gesundheitsreferent des Landes Kärnten, Kärntner Gebietskrankenkasse, Kärntner Gesundheitsfonds und Universität Klagenfurt. Ziel dieses Workshops war es, für den durch die Recherchen aufgezeigten Handlungsbedarf in Kärnten konkrete Empfehlungen zu entwickeln.

Die Themen für den Workshop wurden nach folgenden Public Health-Kriterien ausgewählt: Größe des Problems (Inzidenz/Prävalenz, betroffene Bevölkerungsgruppen), Effektivität der Interventionen, Kosten-Nutzen-Relation, Akzeptanz und bereits bestehende Ressourcen (Vilnius & Dandoy, 1990). Die priorisierten und bearbeiteten Themen waren multisektorale Verantwortung, gesundheitsfördernde Bewegung und die Settings Kindergarten und Schule, Gemeinden und Städte sowie Betriebe. Gemeinsam mit den ExpertInnen wurden die Ergebnisse des Gesundheitsberichtes und daraus folgende Maßnahmenempfehlungen diskutiert. Die Ergebnisse des Workshops wurden anschließend in den Gesundheitsbericht eingearbeitet.

Literatur

Bardehle, D. (2007). Indikatoren verwenden. In: R. Reintjes & S. Klein (Hrsg.). Gesundheitsberichterstattung und Surveillance. Messen, Entscheiden und Handeln. S. 72-85. Bern: Huber.

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (Hg.). (2006). Gesundheitsberufe. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.

ECHI. (2005). The ECHI comprehensive indicator list (long list). Version of July 7, 2005. Annex 5 to the ECHI-2 Report of June 20, 2005. Download vom 02. Juli 2008, von [http://www.healthindicators.org/ICHI/\(on3kxb555ia4we45nsu00cq5\)/PDF/ECHI%20Long%20List%20version%207%20July%202005%20\(annex%205\).pdf](http://www.healthindicators.org/ICHI/(on3kxb555ia4we45nsu00cq5)/PDF/ECHI%20Long%20List%20version%207%20July%202005%20(annex%205).pdf)

Flick, U. (2006). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 4. Aufl. Hamburg: Rowohlt.

Gesundheit Berlin e.V. (o.D.). Gesund essen mit Freude. Download vom 13. November 2007, von <http://www.healthinequalities.org/?uid=21104ed358d3a89cf02cd023a1841f4a&id=se>

Hurrelmann, K. (2000). Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim und München: Juventa.

Klimont, J., Kytir, J. & Leitner, B. (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006-2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien: Statistik Austria.

Kolip, P. (2003). Frauen und Männer. In: F.W. Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist & U. Walter (Hg.). (2003). Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. S. 642-653. München, Jena: Urban & Fischer.

Kuhn, J., Heißenberg, A. & Wildner, M. (2004). Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. Begriffe, Methoden, Beispiele. Handlungshilfe: GBE-Praxis 2. Erlangen: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.

Lampert, T., Saß, A.C., Häflinger, M. und Ziese, T. (2005). Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Saladruck.

Mielck, A. & Bloomfield, K. (Hg.). (2000). Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim und München: Juventa.

Mittelmark, M.B., Fosse, E., Jones, C., Davies, M. & Davies, J.K. (2005). Mapping European Capacity to Engage in Health Promotion at the National Level: HP-Source.net. Promotion & Education (Supplement 1), S. 33-38.

Naidoo, J. & Wills, J. (2000). Health Promotion. Foundations for Practice. 2nd Edition. Edinburgh et al.: Baillière Tindall.

Peter, R. (2000). Berufsstatus und Gesundheit. In: A. Mielck & K. Bloomfield (Hg.). Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten, S. 28-38.

Recht. (2006). In: Brockhaus Enzyklopädie. 21. Aufl. Bd. 22. S. 612. Leipzig: F.A. Brockhaus GmbH.

Schwartz, F.W & Walter, U. (2003). Altsein – Kranksein?. In: F.W. Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist & U. Walter (Hg.). (2003). Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Auflage. S. 163-180. München, Jena: Urban & Fischer.

Statistik Austria (2005). Standard-Dokumentation Metainformation (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Statistik der Standesfälle einschließlich der Todesursachenstatistik. Bearbeitungsstand 17.05.2005. Wien: Statistik Austria.

Statistik Austria (2007). Bevölkerungsstand. Download vom 1. Oktober 2007, von http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstand_jahres-_und_quartalswerte/index.html

Statistik Austria. (2002). Standard-Dokumentation. Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Statistik des Bevölkerungsstandes. Bearbeitungsstand 21.12.2007. Wien: Statistik Austria.

Statistik Austria. (2004). Standard-Dokumentation. Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zu den laufenden Einkommensstatistiken. Bearbeitungsstand 15.12.2004. Wien: Statistik Austria.

Statistik Austria. (2006). Statistisches Jahrbuch 2005. Wien: Verlag Österreich.

Stolpe, S. (2000). Schulbildung/berufliche Ausbildung und Gesundheitszustand. In: A. Mielck & K. Bloomfield (Hg). Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. S. 17-27.

Vilnius, D. & Dandoy, S. (1990). A priority rating system for Public Health Programs. Public Health Reports. 105, 5, S. 463-470.

WHO. (16.05.2008). BMI Classification. Download vom 16. Mai 2008, von http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

WHO. (1999). Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 6. Kopenhagen: WHO Regionalbüro Europa.

WHO. (2006). Food and nutrition policy for schools. A tool for the development of school nutrition programmes in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Download vom 26. November 2007, von <http://www.euro.who.int/Document/E89501.pdf>

SOZIODEMOGRAFIE KÄRNTENS

03

DREI

SOZIODEMOGRAFIE KÄRNTENS

3.1 Bevölkerungsstruktur

3.1.1 Bevölkerungsstand

2007 lebten 560.407 Personen in Kärnten (siehe Tabelle 3.1.1 Bevölkerungsstand), davon der größte Anteil (16 %) im Bezirk Klagenfurt (92.397 EinwohnerInnen). Der zweitgrößte Bezirk – an der Einwohnerzahl gemessen – ist Anfang des Jahres 2007 Spittal an der Drau mit 80.423 EinwohnerInnen. Die Bezirke mit der niedrigsten Anzahl an EinwohnerInnen sind Feldkirchen (30.524) und Hermagor (19.317). Verglichen mit den anderen Bundesländern Österreichs, ist Kärnten das viertkleinste Bundesland nach dem Burgenland, Vorarlberg und Salzburg – gemessen an der Zahl der EinwohnerInnen. Insgesamt wohnen 7 % der ÖsterreicherInnen in Kärnten.

52 % der Kärntner Bevölkerung waren Anfang 2007 Frauen (289.182 Personen). In den Bezirken Feldkirchen und Wolfsberg war der Anteil der Männer mit je 49 % am größten, am geringsten in den Städten Klagenfurt (46 %) und Villach (47 %). Kärnten war somit nach Wien (52,2 %) das Bundesland mit dem zweitstärksten Frauenanteil, welcher leicht über dem Österreichdurchschnitt (51,4 %) lag.

Insgesamt ist die Bevölkerungszahl seit der letzten Volkszählung im Jahr 2001 von 559.404 auf 560.407 Personen gestiegen, was einer Zunahme von 0,2 % (knapp 1.000 Personen) entspricht. Diese Steigerung ist die niedrigste in ganz Österreich¹ und ist zugleich deutlich kleiner als in den Jahren zuvor, wo die Zunahme der Kärntner Bevölkerung seit den 70er Jahren relativ konstant bei rund 2 % lag (Statistik Austria, 2003, S. 9).

Diese Änderungen im Wachstum spiegeln sich auch in den einzelnen Bezirken Kärntens wider. Nur bei der Hälfte der Bezirke ist in den letzten Jahren ein Bevölkerungszuwachs zu verzeichnen gewesen, welcher in der Regel niedriger war als in den Jahren zuvor. In den Bezirken Hermagor, St. Veit an der Glan, Spittal a. d. Drau, Völkermarkt und Wolfsberg ist die Bevölkerungszahl zwischen den Jahren 2001 und 2007 kleiner geworden. Das stärkste Wachstum war in den Bezirken Klagenfurt-Land (2,8 %) und Klagenfurt (2,4 %) zu finden (siehe Tabelle 3.1.2 Bevölkerungsentwicklung).

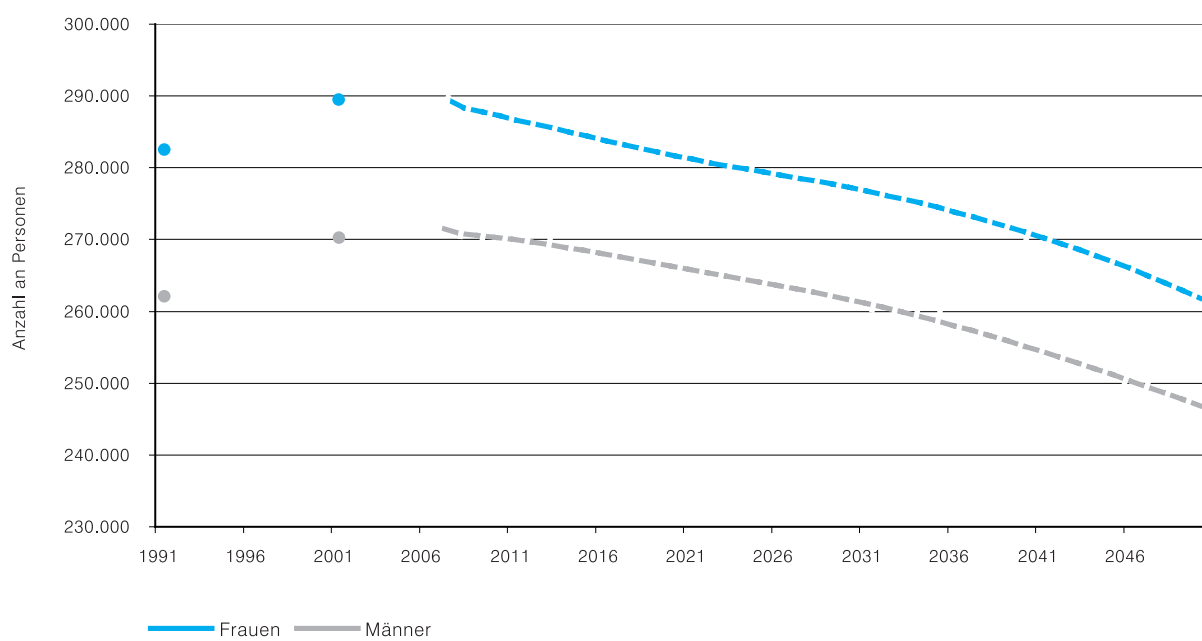
Werden die Veränderungen nach Geschlechtern getrennt betrachtet, so zeigen sich für die Zeitspanne zwischen 2001 und 2007 gleiche Tendenzen sowohl bei Frauen als auch bei Männern. Eine stärkere Zunahme der Zahl der Männer ist im Bezirk Klagenfurt zu sehen.

Der einzige Bezirk, wo eine gegenläufige Veränderung für die Jahre 2001 bis 2007 beobachtbar war, ist Villach, wo eine geringfügige Abnahme der Anzahl der Frauen und eine leichte Zunahme der Anzahl der Männer zu sehen ist.

Dieses beobachtbare niedrigere Wachstum der Bevölkerung gibt bereits einen Hinweis auf die mögliche zukünftige Bevölkerungsentwicklung. Laut Statistik Austria wird die Bevölkerung (bei der mittleren Variante der Bevölkerungsprognose) in Kärnten bis zum Jahr 2050 um insgesamt 9 % abnehmen, wobei die Anzahl der Frauen etwas stärker zurückgehen wird als die Anzahl der Männer. Kärnten ist damit jenes Bundesland, das innerhalb Österreichs mit dem stärksten Bevölkerungsrückgang rechnen muss, während für ganz Österreich ein Zuwachs der Bevölkerung um rund 8 % bis zum Jahr 2050 prognostiziert wird. Die größten Zuwächse wurden für Niederösterreich und Wien berechnet.

¹ Das Bevölkerungswachstum von 2001 auf 2007 lag in ganz Österreich bei 3,2 %.

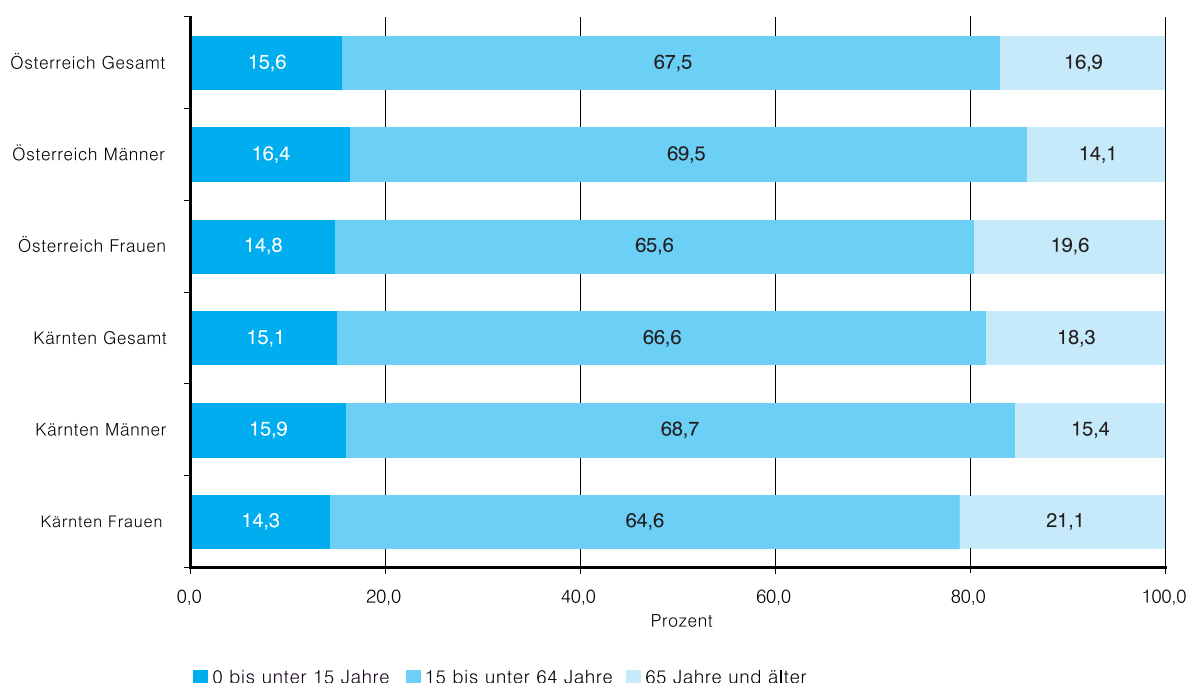
Bevölkerungsentwicklung in Kärnten nach Geschlecht von 1991 – 2050



3.1.2 Altersstruktur

15 Prozent der KärntnerInnen waren 2007 unter 15 Jahre alt (siehe Tabelle 3.1.4 Bevölkerung in Altersgruppen), fast jede/r Fünfte 65 Jahre und älter (18,3 %). Damit sind 2 Drittel der Kärntner Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahre alt, womit Kärnten eine mit den restlichen Bundesländern Österreichs vergleichbare Altersstruktur aufweist. Analysiert man den Anteil der Personen unter 15 Jahren, so ist Kärnten im Österreichvergleich an vierter Stelle, im Burgenland, in Wien und der Steiermark ist dieser Anteil niedriger, der Österreichschnitt liegt bei 15,6 %. Zugleich ist der Anteil der Personen über 64 Jahre in Kärnten der zweithöchste österreichweit, das Burgenland weist einen höheren Anteil an Personen über 64 Jahre auf. Kärnten weist somit verglichen mit anderen Bundesländern eine relativ alte Bevölkerungsstruktur auf.

Bevölkerungsverteilung nach Geschlecht und breiten Altersgruppen, Vergleich Kärnten und Österreich 2007



Auf Bezirksebene ist der Anteil an Personen unter 15 in den Bezirken Feldkirchen (16,0 %) und Wolfsberg (15,8 %) am höchsten, am niedrigsten in den Städten Klagenfurt (14,1 %) und Villach (14,6 %). Der Anteil an älteren Personen ist in Hermagor (21 %) am höchsten und in den Bezirken Feldkirchen (17,5 %) und Klagenfurt (17,7 %) am niedrigsten.

Ein Vergleich der Altersstruktur Kärntens und Österreichs mit anderen Ländern Europas zeigt, dass auch hier sehr ähnliche Muster auftreten. Eine vergleichbare Altersstruktur, mit einem höheren Anteil an Personen über 64 Jahre als an Personen bis 15 Jahre und circa zwei Dritteln zwischen 15 und 64 Jahre, weisen die Länder Deutschland, Griechenland, Italien, Portugal sowie Spanien auf.

Während die Anteile der Personen bis 15 Jahre bei Frauen und Männern (14,3 % zu 15,9 %) in Kärnten in etwa gleich groß sind, ist bei Personen über 64 Jahre ein deutlich größerer Anteil bei Frauen zu finden, ein Muster, welches auch in anderen Bundesländern zu finden ist. Im Burgenland gibt es die größte Differenz mit 6,4 % im Anteil der Personen über 64 Jahre zwischen Frauen und Männern (22,8 % Frauen und 16,4 % Männer dieses Alters).

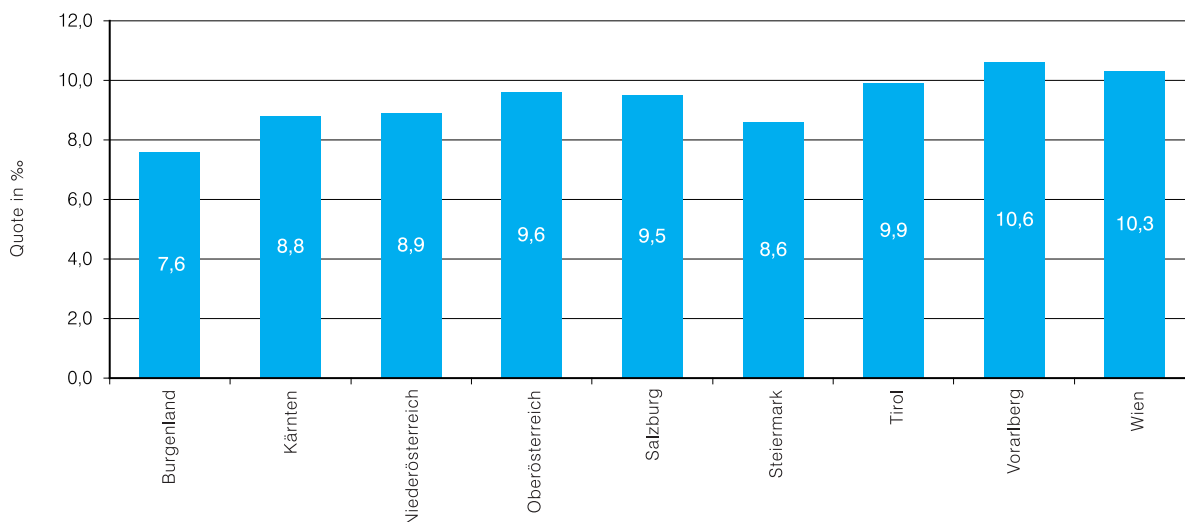
Analysiert man die Bevölkerungsprognosen für die nächsten 10 Jahre nach Veränderungen in der Altersstruktur (siehe Tabelle 3.1.5 Bevölkerungsentwicklung in Altersgruppen), so ist für Kärnten ein Ansteigen des Anteils der Älteren von rund 18 % auf 21 % zu erwarten, während der Anteil der Jüngeren von 15 % auf 13 % zurückgehen wird. Der Anteil der Personen zwischen 15 und 65 Jahre wird in Kärnten unverändert bleiben. Diese Entwicklungen sind für ganz Österreich zu erwarten, nur für das Bundesland Wien wird von einem leichten Anstieg der Personen von unter 15 Jahren im Zeitraum zwischen 2007 und 2017 ausgegangen. Der Anteil der Personen über 64 Jahre wird in Kärnten stärker steigen als im Österreichschnitt, das heißt, die Kärntner Bevölkerung wird stärker altern als der österreichische Schnitt.

Die Bevölkerungsentwicklung der nächsten 10 Jahre, nach Geschlecht differenziert betrachtet, zeigt, dass die zuvor beschriebenen Trends sowohl für Männer als auch für Frauen gelten, wenngleich der Anteil der älteren Männer geringfügig stärker zunehmen wird als jener der Frauen. Zugleich sinkt der Anteil der männlichen Jugendlichen unter 15 Jahren österreichweit stärker als jener der weiblichen Jugendlichen. Das bedeutet, dass die männliche Kärntner Bevölkerung stärker altern wird als die weibliche Bevölkerung.

Geburtenziffer

Von 2001 auf 2006 ist die Anzahl der Lebendgeburten in Kärnten pro 1.000 EinwohnerInnen von 9,2 (ÖBIG, 2002, S. 6) auf 8,8 gesunken und liegt damit unter dem Österreichschnitt von 9,4 Geburten. Kärnten weist somit österreichweit nach dem Burgenland und der Steiermark die drittniedrigste Geburtenziffer auf. Für das Jahr 2007 ist die Geburtenziffer österreichweit auf 8,9 gesunken, womit Österreich nach Dänemark die zweitniedrigste Geburtenziffer im Jahr 2007 aufwies. Frankreich, Irland und Island wiesen 2007 die höchsten Geburtenziffern auf (siehe Tabelle 3.1.6 Geburtenziffer).

Lebendgeburten pro 1.000 EinwohnerInnen nach Bundesländern 2006



3.2 Sozialstruktur

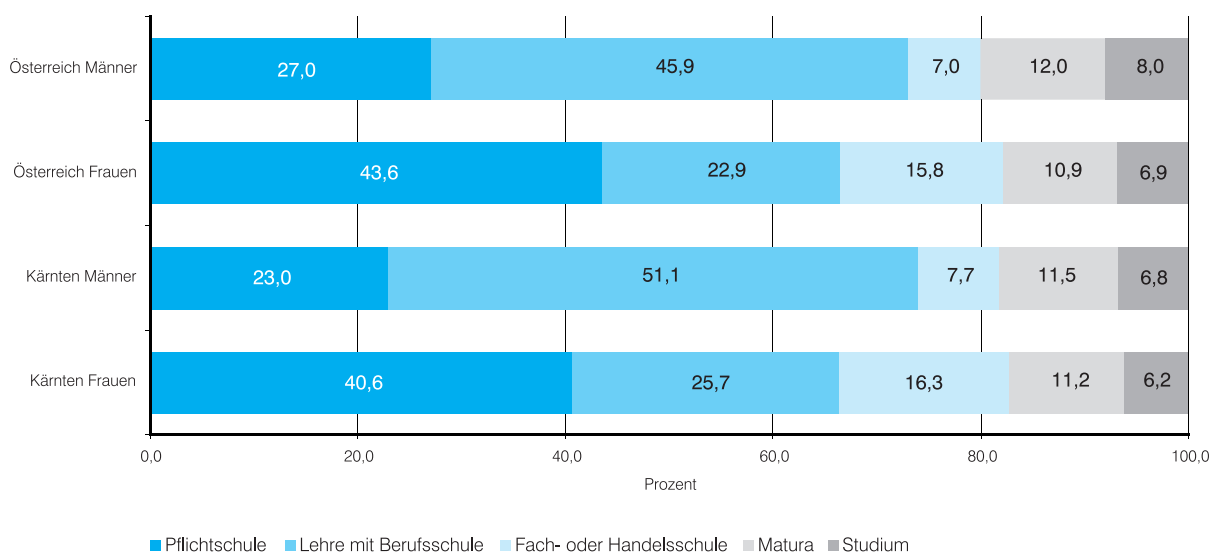
Der Gesundheitszustand der Bevölkerung unterscheidet sich nicht nur zwischen verschiedenen Ländern, sondern auch zwischen verschiedenen Regionen eines Landes treten Unterschiede im Gesundheitszustand der Bevölkerung auf. Diese sind nicht nur entlang von biologischen Faktoren (Geschlecht und Alter), sondern auch entlang sozioökonomischer Gruppen beobachtbar. In allen europäischen Ländern weisen Gruppen mit niedrigem sozioökonomischem Status einen schlechteren Gesundheitszustand sowie eine erhöhte Mortalität auf als Bevölkerungsgruppen mit hohem sozioökonomischem Status. Dieses Phänomen, welches als sozialer Gradient bezeichnet wird, kann unter anderem durch den Bildungsstand, Erwerbsstatus, das Einkommen oder die soziale Klasse der Individuen dargestellt werden (Whitehead & Dahlgren, 2006, S. 2-7). Die Vor- und Nachteile dieser drei Indikatoren werden im Methodenteil (Kapitel 2) ausführlich erläutert. Im folgenden Teil soll auf den Bildungsstand, das Einkommen sowie den Anteil der Arbeitslosen in Kärnten eingegangen werden.

3.2.1 Bildung²

2001 hatten 18 % der KärntnerInnen als höchste abgeschlossene Schulbildung die Matura oder einen Universitäts- bzw. Fachhochschulabschluss (siehe Tabelle 3.2.1 Bildung). Je ein Drittel verfügte über einen Pflichtschulabschluss oder eine Lehre und der Rest (rund 12 %) besuchte eine Fach- oder Handelsschule. Vergleicht man diese Zahlen mit Gesamtösterreich, so gab es in Kärnten sowohl weniger AkademikerInnen als auch weniger Personen mit Pflichtschulabschluss als höchste abgeschlossene Schulbildung.

Der Anteil der PflichtschulabgängerInnen war in Kärnten der niedrigste im Vergleich zu den anderen Bundesländern, während der Anteil jener, die eine Lehre absolviert haben, am höchsten war. Im oberen Drittel lag Kärnten auch bei der Zahl der MaturantInnen, während die Anzahl der AkademikerInnen mit 6,5 % gleich hoch war wie in der Steiermark und im Mittelfeld österreichweit lag. Die höchste AkademikerInnenquote gab es in Wien mit 11,8 %.

Höchste abgeschlossene Schulbildung nach Geschlecht, Vergleich Kärnten zu Österreich im Jahr 2001



²Die Zahlen stammen aus der Volkszählung 2001, aktuellere Daten lagen zum Zeitpunkt der Berichterstellung nicht vor.

Vergleicht man die AkademikerInnenquote in den einzelnen Bezirken Kärntens, so schwankte diese zwischen 4,4 % und 11,8 %. Die höchsten Anteile waren in den Städten Klagenfurt und Villach, die niedrigsten in den Bezirken Wolfsberg und Sankt Veit an der Glan zu finden, also in jenen Bezirken, die im Nordosten des Landes liegen. Der Anteil der Personen, die als höchste abgeschlossene Schulbildung eine Pflichtschule haben, war hingegen in den Städten Klagenfurt und Villach am niedrigsten (27,4 und 28,9 %) sowie in Wolfsberg und Spittal an der Drau am höchsten (37,6 und 35,7 %). Wolfsberg weist einerseits den niedrigsten Anteil an Personen mit Studium und zugleich den größten Anteil an Personen mit Pflichtschulabschluss auf und ist somit der Bezirk Kärntens mit dem niedrigsten Bildungsniveau.

Nach Geschlecht betrachtet, gab es große Unterschiede im höchsten Bildungsabschluss. 40 % der Frauen und 23 % der Männer hatten einen Pflichtschulabschluss. Hingegen hat mehr als die Hälfte der Kärntner eine Lehre absolviert, bei den Frauen war es jede vierte. Weiters gab es große Unterschiede nach Geschlecht im Anteil der Personen, die eine Fach- oder Handelsschule besucht haben. Bei den Frauen waren es mit 16,3 % mehr als doppelt so viele wie bei den Männern (7,7 %). Hingegen war der Anteil der Personen, die mindestens einen Maturaabschluss haben, bei Kärntnerinnen (17,4 %) in etwa gleich groß wie bei Kärntnern (18,3 %).

In den anderen Bundesländern Österreichs sind ähnliche Muster zu beobachten: höhere Anteile bei Pflichtschulabschlüssen und Abschlüssen von berufsbildenden mittleren Schulen bei Frauen, im Gegensatz dazu mehr Männer, die eine Lehre absolviert haben.

Eine Analyse der Bildungsabschlüsse nach Geschlecht und Bezirk ergibt ähnliche Ergebnisse wie bereits weiter oben für Kärnten beschrieben.

Nach Alter analysiert, zeigt sich ein Ansteigen des Bildungsabschlusses bei jüngeren Gruppen. Während 64 % der KärntnerInnen über 75 Jahre einen Pflichtschulabschluss aufwiesen und der Anteil der AkademikerInnen 2,9 % betrug, hatten 12,7 % der Personen zwischen 25 und 35 einen Pflichtschulabschluss und 10,0 % sind AkademikerInnen. Bei den jüngeren KärntnerInnen war zugleich der Anteil derjenigen, die eine Lehre abgeschlossen sowie eine Matura gemacht haben, höher als bei den älteren.

Bei Personen ab 45 Jahre und älter mit Universitäts- bzw. Fachhochschulabschluss war der Anteil bei Männern größer, während es bei den 25- bis unter 45-Jährigen einen größeren Anteil an Frauen mit akademischem Abschluss gibt.

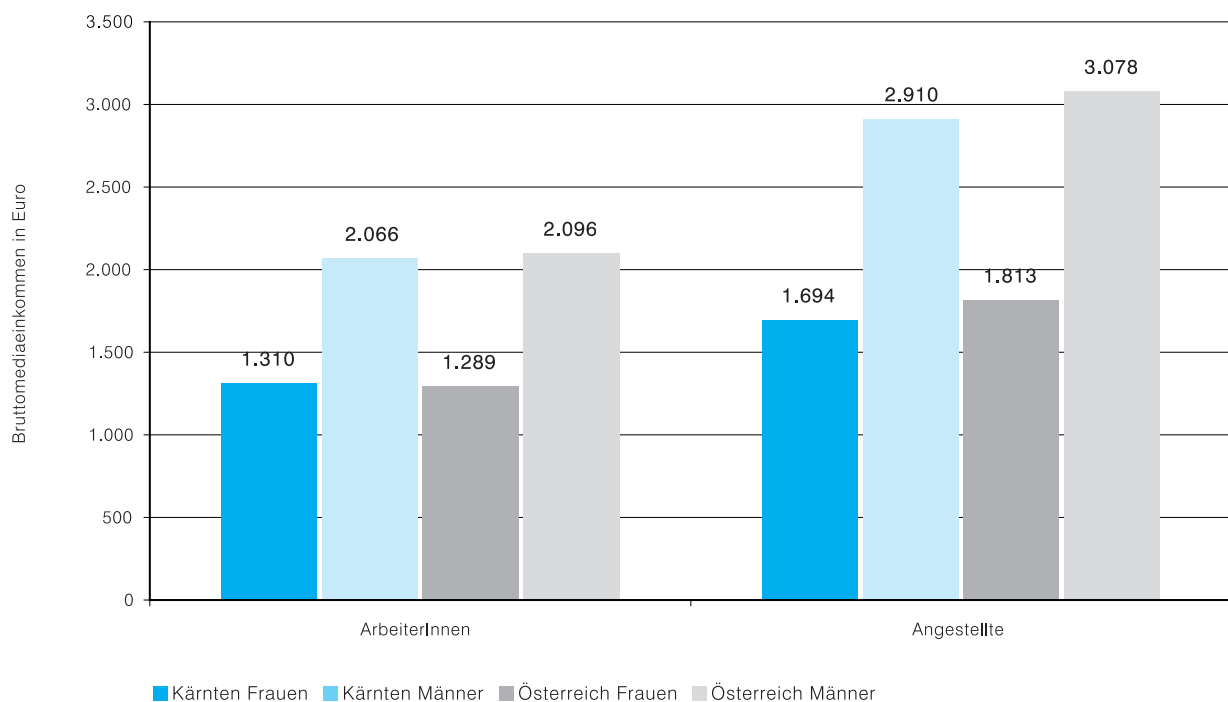
3.2.2 Einkommen

Das Bruttomedianeinkommen betrug 2005 1.927 Euro, bei Angestellten 2.135 Euro und bei ArbeiterInnen 1.814 Euro. Kärnten lag im Bundesländervergleich damit an drittletzter Stelle, nur TirolerInnen und BurgenländerInnen wiesen ein niedrigeres Bruttomedianeinkommen auf. Analysiert man die Bundesländer nach Erwerbsstatus (ArbeiterInnen und Angestellte) getrennt, so zeigt sich ein differenziertes Bild. ArbeiterInnen wiesen in Kärnten in etwa das gleiche Bruttomedianeinkommen wie der österreichische Schnitt auf. Jenes der Angestellten lag hingegen deutlich unter dem Österreichschnitt, wobei in 5 Bundesländern ein höheres zu verzeichnen ist.

Eine Betrachtung nach Bezirken macht deutlich, dass das höchste Bruttomedianeinkommen in den Bezirken Villach Stadt (1.975 Euro) und Wolfsberg (1.978 Euro) bzw. das niedrigste Bruttomedianeinkommen im Bezirk Klagenfurt (1.699 Euro) zu finden ist (siehe Tabelle 3.2.2 Einkommen).

Wird das Bruttomedianeinkommen nach Geschlecht getrennt analysiert, so war das Bruttomedianeinkommen von Frauen – unabhängig vom Erwerbsstatus und vom Bezirk – in Kärnten immer niedriger als jenes der Männer. Zugleich war das Bruttomedianeinkommen von ArbeiterInnen niedriger als jenes von Angestellten. Das Bruttomedianeinkommen der Frauen lag im österreichischen Mittelfeld, während jenes der männlichen Kärntner nach jenem der Burgenländer am zweitniedrigsten Rang lag. Das Bruttomedianeinkommen der Frauen war 2005 in den Bezirken Wolfsberg und Klagenfurt-Land am niedrigsten und am höchsten in Klagenfurt-Stadt und St. Veit an der Glan. Bei den Männern war das Bruttomedianeinkommen in den Bezirken Hermagor und Klagenfurt am niedrigsten und am höchsten in Klagenfurt-Stadt und Spittal an der Drau. Das heißt, in Wolfsberg sind die größten Unterschiede zwischen dem Bruttomedianeinkommen der Frauen und jenem der Männer festzustellen.

Bruttomedianeinkommen nach Geschlecht in Kärnten und Österreich, Vergleich Angestellte und ArbeiterInnen im Jahr 2005

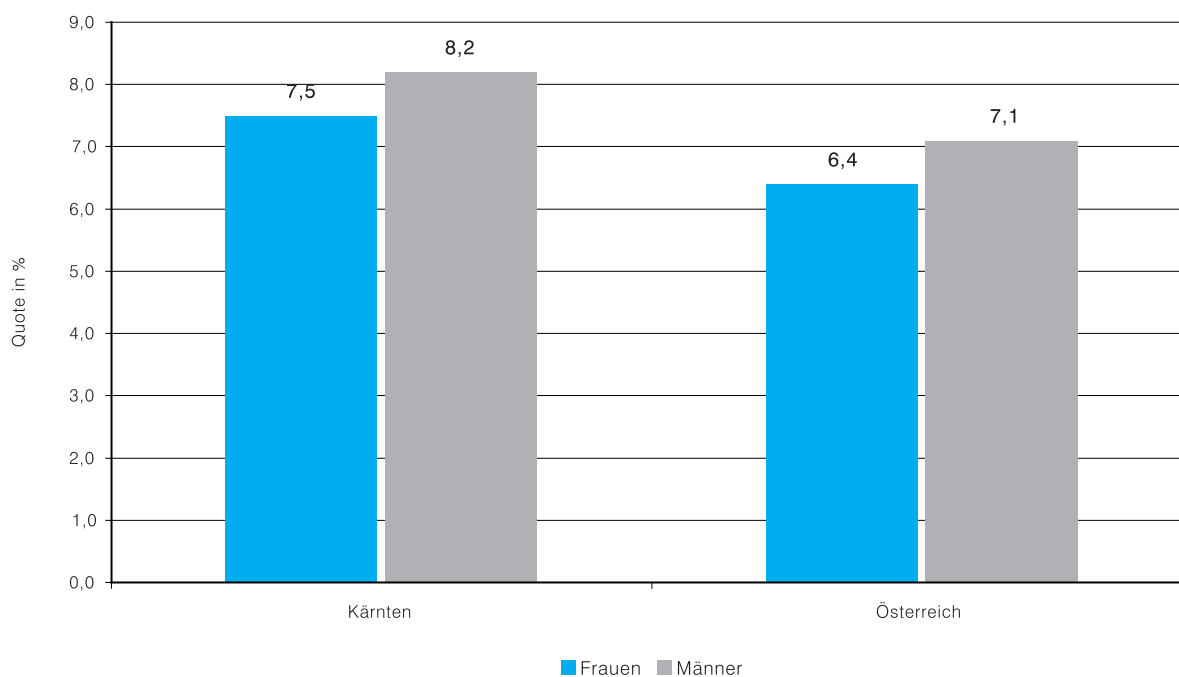


3.2.3 Arbeitslosigkeit

17.256 Personen waren im Jahr 2006 durchschnittlich in Kärnten arbeitslos, das entspricht einer Arbeitslosenquote von 8 %, im Österreichvergleich war dies nach Wien und dem Burgenland (je 9 %) die zweithöchste Quote. Die niedrigsten Quoten waren in Oberösterreich und Salzburg zu finden. Zwischen den einzelnen Kärntner Bezirken gab es große Unterschiede in der Quote, während im Bezirk Hermagor eine Quote von 6 % vorlag, war diese im Bezirk Spittal an der Drau mit 10 % mehr als 1,5 x so hoch (siehe Tabelle 3.2.3 Arbeitslosigkeit).

Mehr als die Hälfte der Arbeitslosen waren im Jahr 2006 Männer, deren Rate in den meisten Bundesländern höher war als jene der Frauen. In Kärnten lag die Quote bei beiden Geschlechtern bei 8 %. Die niedrigste Arbeitslosenquote war sowohl bei Frauen als auch bei Männern im Bezirk Hermagor zu finden, die höchste Quote im Bezirk Spittal an der Drau. Jene der Frauen in Spittal an der Drau (11 %) war höher als die Quote in allen Bundesländern. Bei Männern war nur jene von Wien mit 11 % höher als jene des Bezirks Spittal an der Drau.

Arbeitslosenquote nach Geschlecht, Vergleich Kärnten zu Österreich im Jahr 2006



3.3 Zusammengefasste Ergebnisse

- Kärnten ist 2007 das Bundesland mit der viertniedrigsten EinwohnerInnenzahl. Nach Wien ist es jenes Bundesland mit dem zweithöchsten Anteil an Frauen.
- Seit der letzten Volkszählung 2001 ist die Bevölkerungsanzahl nur mehr langsam gewachsen, in den Bezirken Hermagor, St.Veit an der Glan, Spittal a. d. Drau, Völkermarkt und Wolfsberg ist eine Abnahme der Bevölkerungszahl zu beobachten gewesen, eine Veränderung, die bereits auf die zukünftige Entwicklung der Bevölkerung hinweist. Bis zum Jahr 2050 muss Kärnten mit einer Abnahme der Bevölkerung um 9 % rechnen.
- Zugleich weist Kärnten eine ältere Bevölkerungsstruktur als andere Bundesländer auf und wird auch in Zukunft stärker altern.
- Im Österreichvergleich weist Kärnten die drittniedrigste Geburtenziffer auf.
- Eine Betrachtung nach Bezirken zeigt, dass das Bildungsniveau in Wolfsberg das niedrigste ist, nach dem Einkommen zeigt dieser Bezirk jedoch das zweithöchste Bruttomedianeinkommen in Kärnten. Die niedrigste Arbeitslosenquote ist in Hermagor zu finden, die höchste in Spittal an der Drau.
- Ein größerer Anteil an Frauen als an Männern hat in Kärnten als höchste abgeschlossene Schulbildung eine Pflichtschule. Frauen haben in Kärnten weiters sowohl als Angestellte als auch als Arbeiterinnen ein niedrigeres Bruttomedianeinkommen.
- Männer weisen in Kärnten eine höhere Arbeitslosenquote als Frauen auf und haben ein niedrigeres Bruttomedianeinkommen als im Österreichschnitt, im zeitlichen Verlauf wird die männliche Bevölkerung stärker altern als die weibliche.

Literatur

Eurostat. (o.D). Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und darüber (in % der Gesamtbevölkerung). Download vom 03. März 2008, von http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=de&product=Yearlies_new_population&root=Yearlies_new_population/C/C1/C14/cba13584

Eurostat. (o.D). Personen nach Altersklassen. Anteil an der Gesamtbevölkerung (%). Download vom 03. März 2008, von http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=de&product=Yearlies_new_population&root=Yearlies_new_population/C/C1/C11/caa15632

ÖBIG. (2002). Kärntner Gesundheitsbericht 2002. Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Kärntner Bevölkerung. Inanspruchnahme und Leistungen des Kärntner Gesundheitssystems. Klagenfurt, Wien: Amt der Kärntner Landesregierung.

Statistik Austria (Hg.). (2002). Volkszählung 2001. Hauptergebnisse I – Österreich. Wien: Verlag Österreich GmbH.

Statistik Austria (Hg.). (2003). Volkszählung 2001. Hauptergebnisse I – Kärnten. Wien: Verlag Österreich GmbH.

Statistik Austria. (29.06.2007). Ausgewählte demographische Indikatoren des Jahres 2006 für die Bundesländer. Download vom 03. März 2008, von http://www.statistik.at/web_de/static/ausgewaehlte_demographische_indikatoren_des_jahres_2006_fuer_die_bundeslae_023578.xls

Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Reprint 2007. Copenhagen: WHO European Regional Office.

KRANKHEITEN UND GESUNDHEITZUSTAND

KRANKHEITEN UND GESUNDHEITZUSTAND

Der Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Status und Mortalität beziehungsweise Morbidität wurde bereits im Kapitel 3 beschrieben. Obwohl es in Österreich u.a. eine soziale Absicherung im Krankheitsfall gibt und Prävention und Gesundheitsförderung an Bedeutung gewinnen, ist zu beobachten, dass sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen häufiger einen schlechteren Gesundheitszustand haben (Klimont, Ihle, Baldastzi & Kytir, 2008, S. 15). Im folgenden Kapitel wird auf die Krankheiten und den Gesundheitszustand der Kärntner Bevölkerung eingegangen. Neben Daten zur Lebenserwartung werden Daten zur Mortalität und dem selbsteingeschätzten Gesundheitszustand analysiert.

4.1 Lebenserwartung

4.1.1 Lebenserwartung bei Geburt

2006 lag die Lebenserwartung bei Geburt für Frauen bei 83 Jahren und für Männer bei 77 Jahren. In beiden Fällen entsprach die Lebenserwartung dem österreichischen Schnitt. Die Lebenserwartung der Frauen in Kärnten war im Bundesländervergleich gemeinsam mit Vorarlberg nach Salzburg und Tirol am dritthöchsten. Jene der Männer lag an fünfter Stelle.

Innerhalb Österreichs ist ein deutliches Ost-West-Gefälle festzustellen, die Bundesländer im Osten, wie Niederösterreich, Burgenland und Wien, wiesen die niedrigste Lebenserwartung sowohl bei Frauen als auch bei Männern auf, während Vorarlberg, Tirol und Salzburg zu den Spitzenreitern zählten.

Der Unterschied zwischen der Lebenserwartung für Frauen und jener für Männer betrug in Kärnten 5,9 Jahre und schwankte österreichweit zwischen 4,7 (Tirol und Vorarlberg) und 6,3 Jahre (Burgenland).

Ein Vergleich mit der Lebenserwartung der Bevölkerung anderer europäischer Länder zeigt, dass Kärnten und Österreich insgesamt im europäischen Mittelfeld lagen, bei Frauen schwankte die Lebenserwartung zwischen 80 und 84 Jahre, bei Männern zwischen 76 und 79 Jahre (siehe Tabelle 4.1.1 Lebenserwartung).

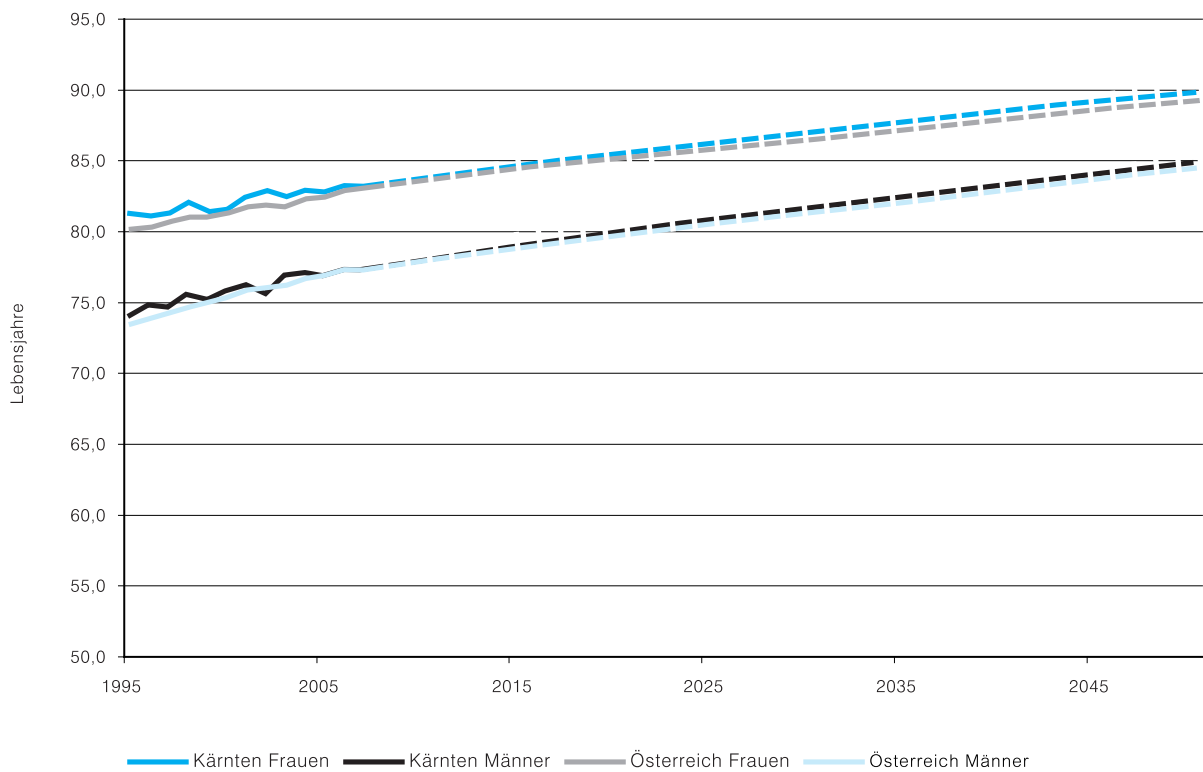
1970 hatten die Kärntnerinnen noch die niedrigste Lebenserwartung, 2006 lag Kärnten wie bereits festgestellt im Mittelfeld, da seit 1970 die Lebenserwartung für Frauen um über zehn Jahre angestiegen ist (siehe Tabelle 4.1.2 Entwicklung der Lebenserwartung), was der höchste Anstieg im Bundesländervergleich ist. Bis zum Jahr 2050 wird ein weiterer Anstieg der Lebenserwartung um sieben Jahre für Kärntnerinnen vorausgesagt. Nur für die Bundesländer Tirol und Vorarlberg wird ein höherer Anstieg prognostiziert. Für 2050 wird von einer Lebenserwartung für Kärntnerinnen von 89,7 Jahren ausgegangen, die dann über dem österreichischen Schnitt von 89 Jahren liegt.

Bei Kärntner Männern ist die Lebenserwartung seit 1970 um zwölf Jahre angestiegen, dies ist wie bei den Frauen der höchste Anstieg österreichweit. Die prognostizierte Lebenserwartung für das Jahr 2050 für Männer beträgt 85 Jahre. Der damit verbundene Anstieg ist der zweithöchste in Österreich. 2050 liegt die Lebenserwartung für ganz Österreich bei Männern bei 84 Jahren.

Während im Jahr 1970 der Unterschied in der Lebenserwartung bei Geburt zwischen Frauen und Männern in Kärnten noch sieben Jahre betrug, hat er sich im Jahr 2006 bereits auf sechs Jahre

verringert und wird bis zum Jahr 2050 auf fünf Jahre weiter abnehmen. Diese Differenz war jedoch in allen drei Vergleichszeitpunkten höher als jene für Gesamtösterreich. Das heißt, dass sich die Lebenserwartung in den letzten Jahren an den österreichischen Schnitt angepasst hat und sich die Unterschiede zwischen den Geschlechtern ebenfalls dem österreichischen Schnitt annähern.

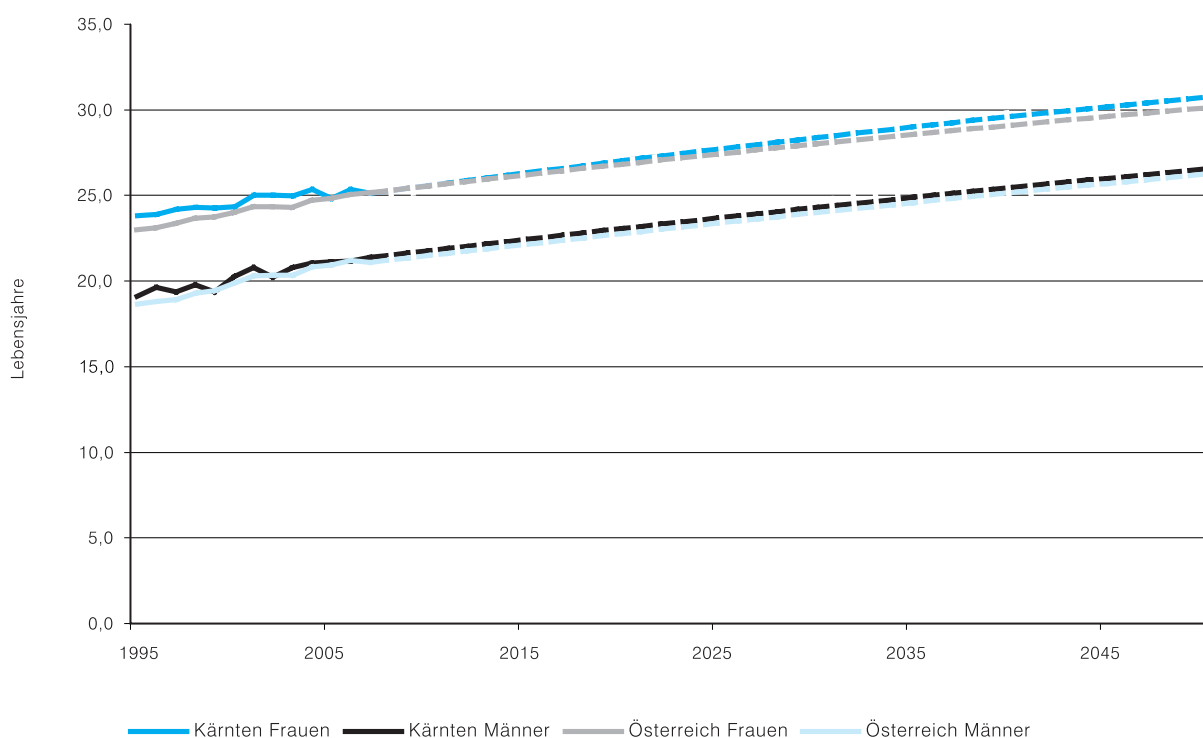
Entwicklung der Lebenserwartung nach Geschlecht, Vergleich Kärnten zu Österreich von 1995 bis 2050



4.1.2 Fernere Lebenserwartung

Die fernere Lebenserwartung gibt an, wie viele Jahre an Lebenserwartung eine Person bestimmten Alters noch hat. Für Personen mit 60 Jahren wurde diese in Kärnten für 2006 mit 25 Jahren für Frauen und mit 21 Jahren für Männer angegeben (siehe Tabelle 4.1.3 Fernere Lebenserwartung). Jene der Frauen lag leicht über dem Österreichschnitt, bei Männern war sie geringfügig niedriger. Im Bundesländervergleich war die fernere Lebenserwartung in Kärnten für Frauen am vierthöchsten, für Männer am viertniedrigsten. Somit kann festgestellt werden, dass Kärnten im Mittelfeld lag.

Entwicklung der ferneren Lebenserwartung über 60 Jahre nach Geschlecht, Vergleich Kärnten zu Österreich von 1995 bis 2050



In Ländern wie Spanien und der Schweiz war die fernere Lebenserwartung ab 60 Jahre mit 27 Jahren bei Frauen und 22 bzw. 23 Jahren bei Männern höher als in Österreich, dennoch lagen sowohl Österreich insgesamt als auch Kärnten wie bei der Lebenserwartung bei Geburt im europäischen Mittelfeld (siehe Tabelle 4.1.1 Lebenserwartung).

Bei Frauen ist von 1995 bis 2006 ein Anstieg von 1,5 Jahren bei der ferneren Lebenserwartung zu beobachten, für das Jahr 2050 wird die fernere Lebenserwartung von Kärntnerinnen auf 31 Jahre geschätzt, womit ein weiterer Anstieg von sechs Jahren berechnet wurde. Die fernere Lebenserwartung im Jahr 2050 ist nur in den Bundesländern Tirol und Vorarlberg höher prognostiziert, am niedrigsten ist diese in Wien mit 29 Jahren vorausgesagt. Die fernere Lebenserwartung der Kärntnerinnen liegt im Jahr 2050 somit über dem Österreichschnitt von 30 Jahren.

Für Männer wird ebenfalls ein Anstieg von fünf Jahren der ferneren Lebenserwartung bis zum Jahr

2050 vorausgesagt. Von 1995 bis 2006 ist bereits ein Anstieg um zwei Jahre zu beobachten gewesen. Während dieser Anstieg in Österreich der niedrigste war, steigt die fernere Lebenserwartung in den nächsten Jahren stärker als in sieben Bundesländern. Nur für das Burgenland wird ein höherer Anstieg erwartet. Dies bedeutet, dass KärntnerInnen im Vergleich zu den übrigen EinwohnerInnen Österreichs immer länger leben werden.

4.2 Mortalität

Die Sterblichkeit der Bevölkerung gilt als einer der wichtigsten Indikatoren, die Rückschluss auf die Gesundheit einer Bevölkerung geben können. Um die Daten über verschiedene Perioden und Bevölkerungsgruppen hinweg vergleichen zu können, werden diese altersstandardisiert. Bei diesem Verfahren werden die Daten in Relation zu einer Standardbevölkerung gesetzt, um unterschiedliche Altersstrukturen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen auszugleichen (LÖGD, 2006, S. 128).

Neben der Mortalität für die Gesamtbevölkerung wird in dem vorliegenden Bericht auch die Sterblichkeit der Personen unter 65 Jahren (= vorzeitige Sterblichkeit) dargestellt, da eine gehäufte Sterblichkeit in dieser Bevölkerungsgruppe auf besondere Gesundheitsrisiken verweisen kann, des Weiteren können hier relevante Felder für Gesundheitsförderung und Prävention identifiziert werden (LÖGD, 2006, S. 133). Aus diesem Grund wird im Folgenden im ersten Schritt auf die Mortalität der gesamten Bevölkerungsgruppe und im zweiten Schritt auf jene der Bevölkerung unter 65 Jahren eingegangen. Für die Darstellung wurden die Zahlen aus dem Jahr 2006 verwendet, da es sich hierbei nur um ein Jahr handelt, ist dies als Momentaufnahme zu verstehen, die jedoch Muster erkennbar macht. Zur weiteren Darstellung wird die zeitliche Entwicklung der Todesursachen in Kärnten von 1980 bis 2006 analysiert.

Auf Europaebene liegen altersstandardisierte Daten für die EU-15-Länder bis zum Jahr 2004 vor¹. Die der Altersstandardisierung zugrunde liegende Standardbevölkerung ist für die Daten auf Europaebene eine andere als jene für Österreich und Kärnten, wodurch die Raten an sich nicht direkt vergleichbar sind, sondern nur Ähnlichkeiten und Differenzen in den Trends aufgezeigt werden können. Das heißt, es können nur Hinweise darauf gegeben werden, ob die Anteile der einzelnen Krankheitsgruppen sich im zeitlichen Verlauf ähnlich verändern, jedoch nicht, ob mehr oder weniger Menschen in Österreich und Kärnten gestorben sind als in den EU-15-Ländern.

4.2.1 Gesamtmortalität

Gesamtbevölkerung

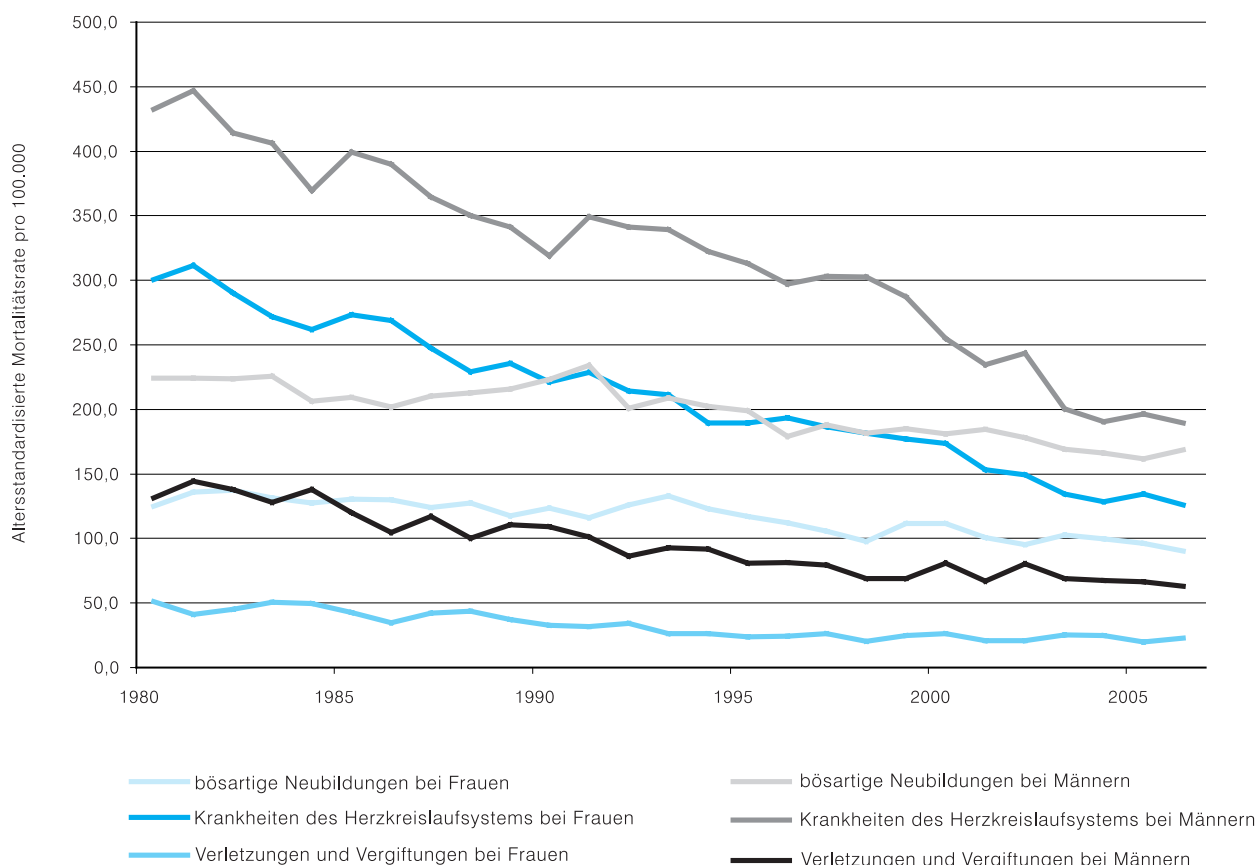
Die altersstandardisierte Gesamtmortalität betrug in Kärnten im Jahr 2006 422 Personen pro 100.000 EinwohnerInnen. Innerhalb der Kärntner Bezirke schwankte diese Zahl zwischen 490 (Völkermarkt) und 390 (Hermagor) pro 100.000 EinwohnerInnen. Die Gesamtmortalität Kärntens lag knapp unter dem österreichischen Schnitt von 430 pro 100.000 Personen. In Vorarlberg, Tirol und Salzburg starben deutlich weniger Personen als im österreichischen Schnitt. In Niederösterreich, Wien und im Burgenland liegt die Gesamtmortalität bei über 430 Personen pro 100.000 EinwohnerInnen. Wie bei der Lebenserwartung zeigt sich auch hier ein Ost-West-Gefälle, nicht nur zwischen den einzelnen Bundesländern, sondern auch innerhalb Kärntens.

Männer wiesen in allen Bundesländern und in allen Kärntner Bezirken eine höhere Gesamtmortalität auf als Frauen. Die Sterblichkeitsrate der Männer (561) war fast zweimal so groß wie jene der Frauen (318) pro 100.000 EinwohnerInnen. Die Gesamtmortalität zeigte auch in den Bezirken nach Geschlecht getrennt große Schwankungsbreiten. Die höchste Gesamtmortalität war in den Bezirken Villach-Land und Klagenfurt-Land für Frauen und in Völkermarkt und St. Veit an der Glan für Männer

¹ Zu den EU-15-Ländern werden jene gezählt, die vor der EU-Erweiterung am 1. Mai 2004 Mitglieder der Europäischen Union waren.

zu finden. Jedoch lag die Gesamtmortalität für Frauen und Männer im jeweiligen österreichischen Mittelfeld (siehe Tabelle 4.2.1 Mortalität nach Todesursachen).

Entwicklung der Mortalität für drei Haupttodesursachen nach Geschlecht in Kärnten von 1980 bis 2006



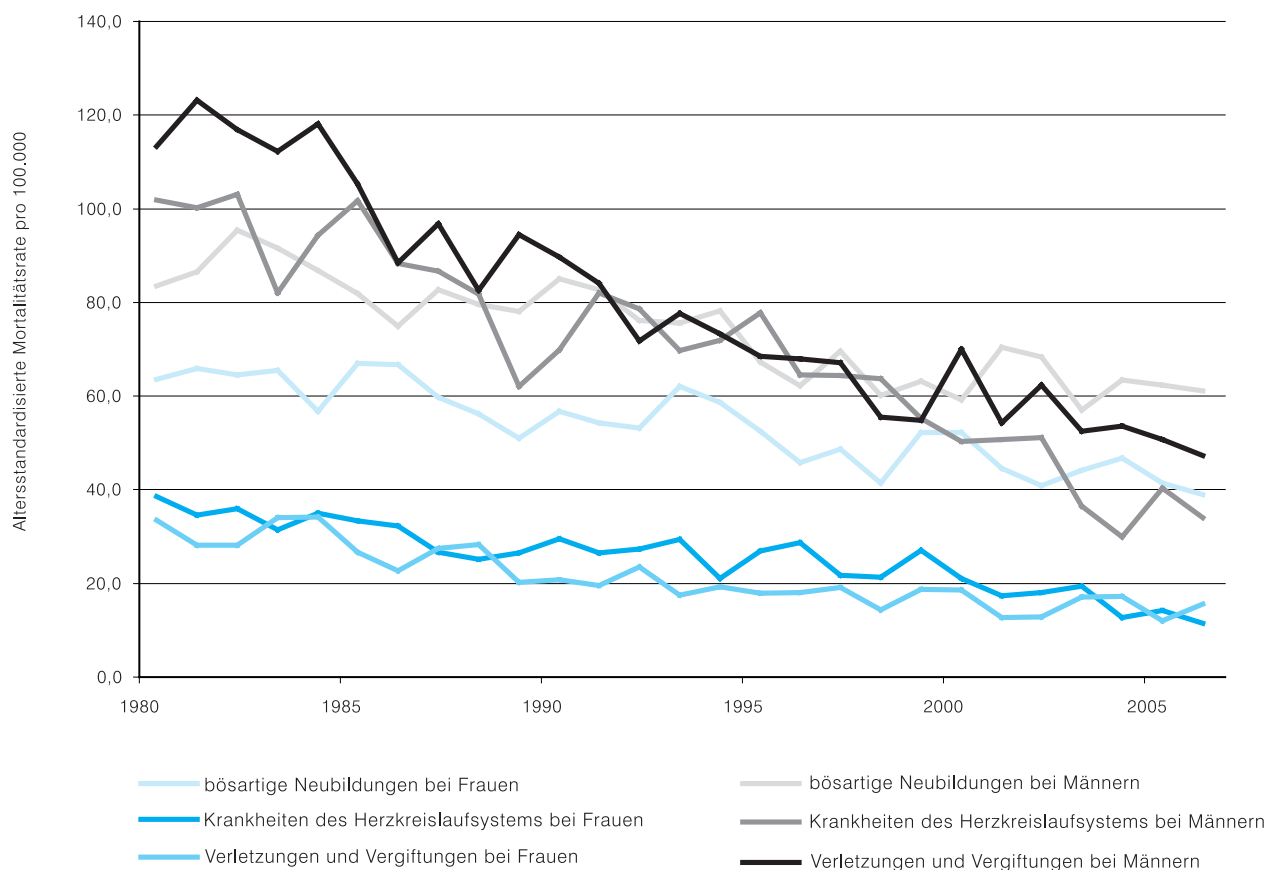
Die Mortalität in Kärnten hat sich seit dem Jahr 1980, wie in Gesamtösterreich, fast halbiert. 1980 starben 1.002 Männer und 586 Frauen pro 100.000 KärntnerInnen. Bei beiden Geschlechtern hat sich diese Anzahl annähernd halbiert, wenngleich sie bei Frauen etwas stärker zurückgegangen ist als bei Männern. Vergleicht man diese Daten mit den Sterblichkeitsraten für Europa, so wird deutlich, dass in Kärnten die Sterblichkeit im Zeitraum von 1980 bis 2004 stärker gesunken ist. Die Gesamtmortalität der EU-15-Länder betrug 1980 925 Gestorbene pro 100.000 und 2004 612 pro 100.000 EinwohnerInnen. Weiters ist die Sterblichkeit der Männer in den EU-15-Ländern stärker zurückgegangen als jene von Frauen, was ein gegensätzlicher Trend zu Kärnten ist. Dennoch war und ist die Sterblichkeit der Frauen immer niedriger als jene der Männer (siehe Tabelle 4.2.5 Entwicklung der Mortalität in den EU-15-Ländern).

Unter 65-Jährige

Analysiert man die Gesamtmortalität der Personen, die jünger als 65 Jahre sind, so zeigt sich wiederum eine unter dem österreichischen Schnitt von 149 Personen pro 100.000 Personen liegende Gesamtmortalität von 143 pro 100.000 EinwohnerInnen in Kärnten. In den Bezirken St. Veit an der Glan und Völkermarkt war sie mit über 170 Personen pro 100.000 EinwohnerInnen am höchsten, in Hermagor und Wolfsberg mit unter 125 Personen pro 100.000 Personen am niedrigsten. Die höchsten

Mortalitätsraten waren in den drei östlichen Bundesländern Burgenland, Niederösterreich und Wien, gefolgt von der Steiermark und Kärnten, zu finden.

Entwicklung der vorzeitigen Mortalität für drei Haupttodesursachen nach Geschlecht in Kärnten von 1980 bis 2006

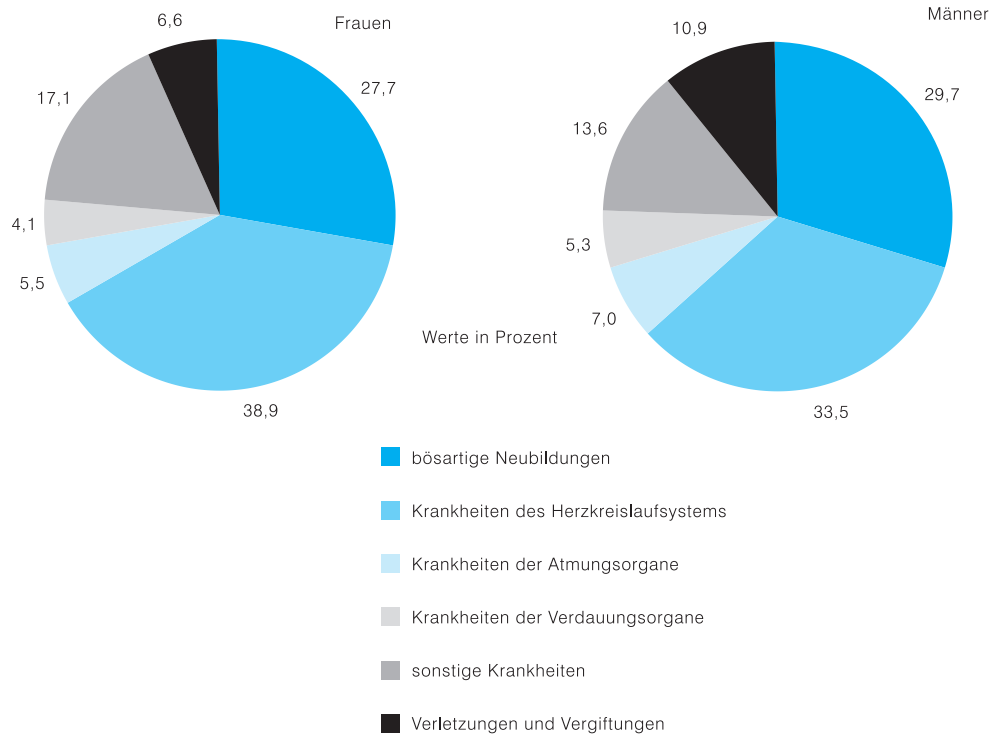


Der Vergleich zwischen Frauen und Männern macht deutlich, dass Kärntner unter 65 Jahren eine mehr als doppelt so hohe Mortalität aufwiesen wie Kärntnerinnen. 93 Frauen und 196 Männer pro 100.000 Personen starben 2006, bei beiden Gruppen ist die Sterblichkeit niedriger als im übrigen Österreich. Zu beachten ist, dass der Unterschied zwischen den Geschlechtern höher ist als bei der Mortalität der Gesamtbevölkerung. In allen Bezirken Kärntens – bis auf Hermagor – lag eine höhere vorzeitige Gesamtsterblichkeit bei Männern im Vergleich zu Frauen vor. In Hermagor starben 2006 mehr Frauen als Männer. Da es sich hier um Zahlen aus nur einem Jahr handelt, lässt sich nicht feststellen, ob es sich hier um Zufall handelt oder nicht. Während die Sterblichkeit der Frauen die zweithöchste von ganz Kärnten war, war jene der Männer in diesem Bezirk die niedrigste. Über 200 Männer pro 100.000 starben in den Bezirken Feldkirchen, St. Veit an der Glan, Villach und Völkermarkt (siehe Tabelle 4.2.2 Vorzeitige Mortalität nach Todesursachen).

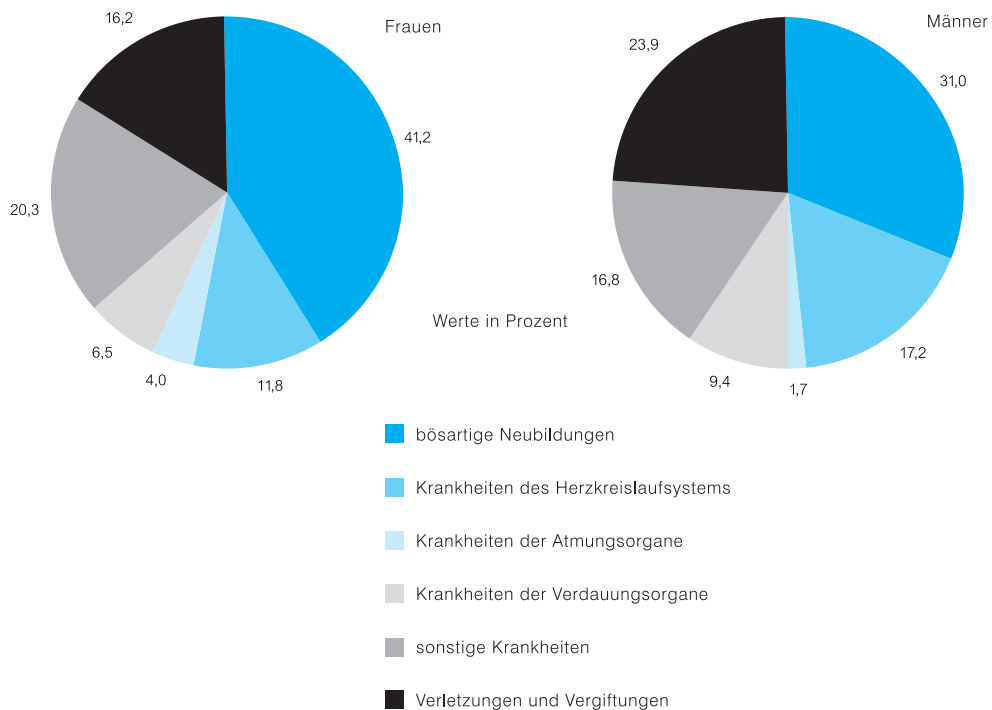
Die vorzeitige Sterblichkeit ist in den letzten 26 Jahren, seit 1980, wie die Gesamtsterblichkeit gesunken. 1980 starben in Kärnten 287 Personen pro 100.000 vorzeitig, 2006 waren es 143. Sowohl bei Frauen als auch bei Männern ist eine Halbierung der vorzeitigen Sterblichkeit zu beobachten, wobei die Mortalität der Männer stärker (auch stärker als die Gesamtsterblichkeit der Männer) zurückgegangen ist. Ein Vergleich mit den Daten für die Länder der EU-15 zeigt die gleichen Muster wie soeben beschrieben (siehe Tabelle 4.2.6 Entwicklung der vorzeitigen Mortalität in den EU-15-Ländern).

4.2.2 Ursachenspezifische Mortalität

Mortalität nach Todesursachen in Kärnten im Jahr 2006



Vorzeitige Mortalität nach Todesursachen in Kärnten im Jahr 2006



Bösartige Neubildungen

Gesamtbevölkerung

Die Mortalität aufgrund bösartiger Neubildungen betrug in Kärnten 121 pro 100.000 EinwohnerInnen und machte somit knapp 29 % der Gesamtmortalität aus (siehe Tabelle 4.2.7 Verteilung der Mortalität nach Todesursachen). Die höchste Anzahl an bösartigen Neubildungen war in Wien mit 137 pro 100.000 EinwohnerInnen zu finden, der höchste Anteil an allen Todesursachen in Vorarlberg mit 31 %. Innerhalb Kärntens war die Zahl der durch diese Krankheiten verursachten Todesfälle in Feldkirchen mit 143 Fällen pro 100.000 KärntnerInnen fast doppelt so hoch wie im Bezirk Hermagor (76 Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen). In Feldkirchen wurden die meisten Todesfälle durch bösartige Neubildungen verursacht, auch hier kann es sich um eine Zufallsschwankung handeln.

In Kärnten starben pro 100.000 EinwohnerInnen 88 Frauen an bösartigen Neubildungen, während diese Anzahl bei Männern mit 167 fast doppelt so hoch war. Insgesamt wurden prozentuell mehr Todesfälle bei Männern durch bösartige Neubildungen verursacht. Im Bezirk Feldkirchen waren die höchsten Anteile an Todesfällen durch bösartige Neubildungen sowohl bei Frauen als auch bei Männern zu finden. Hingegen waren im Bezirk Hermagor sowohl bei Frauen als auch bei Männern die prozentuell niedrigsten Anteile zu finden. Bei der Sterblichkeit aufgrund von bösartigen Neubildungen ist kein eindeutiges Ost-West-Gefälle innerhalb Kärntens und Österreichs erkennbar (siehe Tabelle 4.2.1. Mortalität nach Todesursachen).

Absolut gesehen ist die Anzahl der Todesfälle aufgrund bösartiger Neubildungen in Kärnten zurückgegangen, relativ ist deren Anteil jedoch gestiegen. 1980 wurden 21 % der Todesfälle durch diese verursacht (161 Personen auf 100.000), 2006 wurden eineinhalb Mal so viele Todesfälle (29 %) verursacht, dieser Anstieg ist sowohl bei Frauen als auch bei Männern zu beobachten, wobei er bei letzteren höher ist. Ein ähnliches Muster wird bei den Daten der EU-15 deutlich (siehe Tabellen 4.2.3 und 4.2.5).

Unter 65-Jährige

Bei Personen unter 65 Jahren war 2006 die Krebssterblichkeit höher als bei der Gesamtbevölkerung. Rund 34 % der Todesfälle wurden durch diese Krankheiten verursacht, wobei dieser Anteil dem österreichischen Schnitt entspricht. Eine Anzahl von über 55 Todesfällen in dieser Gruppe gab es 2006 in den Bezirken Feldkirchen, Villach und Völkermarkt, die höchsten relativen Anteile an allen Todesursachen fanden sich in Feldkirchen, Villach und Wolfsberg.

61 Kärntner und 39 Kärntnerinnen pro 100.000 verstarben 2006 an bösartigen Neubildungen. Prozentuell machten diese 31 % der Todesursachen bei Männern und 41 % der Todesursachen bei Frauen aus. Die höchsten Anteile wurden bei Frauen in den Bezirken Spittal an der Drau (59 %) und Villach (58 %), bei Männern in den Bezirken Hermagor (37 %) und Wolfsberg (41 %) 2006 festgestellt. Die Krebssterblichkeit der KärntnerInnen lag sowohl für Männer als auch für Frauen im österreichischen Mittelfeld (siehe Tabelle 4.2.2).

In der zeitlichen Entwicklung betrachtet, kann auch für Kärnten ein Rückgang der absoluten Häufigkeiten der Krebssterblichkeit festgestellt werden, von 72 Todesfällen pro 100.000 im Jahr 1980 ist ein Rückgang auf nur 49 Todesfälle im Jahr 2006 feststellbar. Dennoch ist ein relativer Anstieg der Todesfälle durch bösartige Neubildungen an der Gesamtmortalität zu sehen. In ganz Kärnten ist ein Anstieg um neun Prozent – von 25 % auf 34 % – beobachtbar, wobei bei Männern ein Anstieg von zehn Prozent und bei Frauen ein Anstieg von sieben Prozent zu sehen ist. Europaweit ist dieser Anstieg ebenfalls zu beobachten, wenngleich er mit acht Prozent etwas niedriger ausfällt als in Kärnten (siehe Tabellen 4.2.4 und 4.2.6).

Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems

Gesamtbevölkerung

150 Todesfälle pro 100.000 Personen wurden in Kärnten 2006 durch Herz-Kreislaferkrankungen verursacht. Österreichweit waren es 160 Todesfälle pro 100.000, eine höhere Anzahl war in den Bundesländern Burgenland, Niederösterreich, Oberösterreich und Wien zu finden, die niedrigste in Tirol. In Kärnten sind 2006 die meisten Todesfälle durch Herz-Kreislaferkrankungen verursacht worden. Auch in allen Kärntner Bezirken war diese Todesursache die häufigste, einzige Ausnahme bildete Feldkirchen, wo – wie bereits weiter oben beschrieben – die meisten Todesfälle durch bösartige Neubildungen und nicht durch Herz-Kreislaferkrankungen verursacht wurden.

124 pro 100.000 Kärntnerinnen und 188 pro 100.000 Kärntner verstarben 2006 an Herz-Kreislaferkrankungen. Die höchste Sterblichkeit sowohl bei Frauen als auch bei Männern wies der Bezirk Völkermarkt auf, wo 160 Frauen bzw. 245 Männer pro 100.000 starben. Die höchsten Anteile an allen Todesursachen waren jedoch in den Bezirken Klagenfurt-Land und Völkermarkt (je 42 %) für Frauen und Hermagor (40 %) und Villach-Land (39 %) für Männer zu finden (siehe Tabelle 4.2.1).

Eine Analyse der Entwicklung der Mortalität aufgrund von Herz-Kreislaferkrankungen zeigt, dass sich die Anzahl der Todesfälle seit 1980 in Kärnten mehr als halbiert hat (von 356 auf 150). Wurde 1980 knapp die Hälfte (47 %) aller Todesfälle durch diese Erkrankungen verursacht, so waren es 2006 nur mehr 36 %. Dieser Rückgang ist sowohl bei Kärntnerinnen als auch bei Kärntnern zu beobachten. 1980 starben mehr als die Hälfte der Frauen und vier von zehn Männern an Herz-Kreislaferkrankungen, 2006 waren es nur mehr vier von zehn Frauen und drei von zehn Männern. Etwas mehr als ein Drittel aller Todesfälle wurde 2004 auch auf Europaebene durch Herz-Kreislaferkrankungen verursacht, ein größerer Anteil bei Frauen. Zugleich ist jedoch der stärkste Rückgang der Mortalitätsrate bei dieser Todesursache zu sehen, auf Europaebene nicht so stark wie in Kärnten, da sie sich nicht ganz halbiert hat (siehe Tabellen 4.2.3 und 4.2.5).

Unter 65-Jährige

2006 sind 22 von 100.000 Personen unter 65 Jahren in Kärnten an Herz-Kreislaferkrankungen gestorben, das heißt, 15 % aller Todesfälle wurden durch diese verursacht. Innerhalb der Kärntner Bezirke gibt es große Unterschiede bei der Anzahl der Todesfälle. Nur fünf von 100.000 Personen starben 2006 im Bezirk Hermagor, je 29 von 100.000 in den Bezirken Klagenfurt-Land und Völkermarkt. Österreichweit betrug diese Zahl 25 pro 100.000, am wenigsten Todesfälle waren in Kärnten, Tirol und Vorarlberg zu finden.

Zwölf Prozent aller Todesfälle bei Frauen und 17 % aller Todesfälle bei Männern wurden durch Herz-Kreislaferkrankungen in Kärnten 2006 verursacht. Die Anteile schwanken in den verschiedenen Bezirken zwischen sechs und 26 % bei Frauen und sechs und 22 % bei Männern. Der höchste Anteil an Frauen starb in Kärnten im Bezirk Klagenfurt-Land, gefolgt von Völkermarkt, bei Männern bilden St. Veit an der Glan und Villach die Schlusslichter. Diese Bezirke liegen alle im östlichen Teil des Landes. Die Sterblichkeitsraten sowohl der Frauen als auch der Männer aufgrund von Herz-Kreislaferkrankungen lag im Jahr 2006 unter dem österreichischen Schnitt (siehe Tabelle 4.2.2).

Betrachtet man die zeitliche Entwicklung, so zeigt sich ein stärkerer Rückgang der Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislaferkrankungen bei Personen unter 65 Jahren als bei der Gesamtbevölkerung. Von 67 Gestorbenen pro 100.000 Personen im Jahr 1980 ist diese Zahl auf 22 pro 100.000 EinwohnerInnen zurückgegangen. Dies drückt sich in einer Verkleinerung des prozentuellen Anteils an allen Todesursachen von 23 auf 15 % aus. Der Rückgang ist bei Kärntner Männern stärker als bei Kärntner Frauen. Ein Vergleich dieser Daten mit jenen Europas zeigt, dass Kärnten ein ähnliches Muster auf-

weist. Europaweit ist die Rate von 89 auf 39 pro 100.000 gesunken, bei Männern schwächer als bei Frauen. Während 1980 europaweit noch 28 % aller Todesursachen durch Herz-Kreislaufkrankungen verursacht wurden, sind es 2004 nur mehr 20 % gewesen (siehe Tabellen 4.2.4 und 4.2.6).

Krankheiten der Atmungsorgane

Gesamtbevölkerung

2006 verstarben aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane 26 pro 100.000 EinwohnerInnen in Kärnten, diese Anzahl war die höchste in ganz Österreich, wo 23 pro 100.000 verstarben. Über 26 pro 100.000 verstarben in den Bezirken Klagenfurt, Klagenfurt-Land und Völkermarkt. Diese Bezirke liegen alle im Südosten Kärntens. Die wenigsten verstarben in Feldkirchen und Spittal an der Drau. Eine ähnlich hohe Mortalitätsrate wie in Kärnten gab es in Oberösterreich (25 pro 100.000). Prozentuell wurden in Kärnten sechs Prozent aller Todesfälle durch Atemwegserkrankungen verursacht.

18 Frauen und 39 Männer pro 100.000 EinwohnerInnen in Kärnten verstarben aufgrund von Erkrankungen der Atmungsorgane, damit war die Rate der Männer zweimal so hoch wie jene der Frauen. Bei Männern war diese Rate die höchste in Österreich, bei Frauen die zweithöchste (die höchste war in Niederösterreich zu finden). Die Rate variierte bei Frauen innerhalb der Kärntner Bezirke zwischen sechs (Hermagor) und 26 (Klagenfurt) pro 100.000. Bei den Männern waren die höchsten Sterblichkeitsraten im Bezirk Hermagor (51) und in Klagenfurt (49) zu finden (siehe Tabelle 4.2.1).

Die Sterblichkeitsrate aufgrund von Erkrankungen der Atmungsorgane ist seit 1980 von 45 auf 26 pro 100.000 gesunken, das heißt, sie hat sich fast halbiert. Bei Männern ist ein Rückgang von 67 auf 39 feststellbar, bei Frauen von 32 auf 18. Der Anteil der Todesfälle durch Erkrankungen der Atmungsorgane ist hingegen im zeitlichen Verlauf relativ unverändert geblieben. Rund 5,5 % der Todesfälle bei Frauen und sieben Prozent der Todesfälle bei Männern wurden dadurch ausgelöst. Ein leichter Rückgang dieses Anteils ist sowohl für Kärntnerinnen als auch für Kärntner in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts feststellbar. 47 Todesfälle pro 100.000 EinwohnerInnen wurden 2004 in den EU-15-Ländern durch Krankheiten der Atmungsorgane verursacht, im zeitlichen Verlauf ist auch auf Europaebene der Anteil der durch Krankheiten der Atmungsorgane ausgelösten Todesfälle mit rund sieben Prozent gleich geblieben (siehe Tabellen 4.2.3 und 4.2.5).

Unter 65-Jährige

Vier KärntnerInnen pro 100.000 unter 65 Jahren verstarben 2006 an Erkrankungen der Atmungsorgane. Diese Rate ist genau so hoch wie jene von Österreich insgesamt, eine höhere Rate ist in den Bundesländern Niederösterreich, Tirol und Wien zu finden. Während im Bezirk Hermagor kein/e KärntnerIn dadurch starb, waren es in Völkermarkt zehn pro 100.000. Diese Rate war in Kärnten mit Abstand die höchste, die zweithöchste war im Bezirk Klagenfurt mit 5 pro 100.000 zu finden.

Vier Frauen und drei Männer pro 100.000 EinwohnerInnen verstarben in Kärnten an Erkrankungen der Atmungsorgane. Die Sterblichkeitsrate bei Frauen war damit die zweithöchste im Bundesländervergleich und auch höher als jene für Österreicherinnen im Schnitt, jene der Männer ist hingegen die niedrigste im Bundesländervergleich und nur halb so groß wie jene der Österreicher insgesamt. Regional gesehen waren in den östlichen Bezirken Klagenfurt, Völkermarkt und St. Veit an der Glan entweder bei Frauen oder Männern die höchsten Sterblichkeitsraten zu sehen (siehe Tabelle 4.2.2).

Die Sterblichkeitsrate aufgrund von Erkrankungen der Atmungsorgane ist in Kärnten von zehn auf vier pro 100.000 EinwohnerInnen von 1980 bis 2006 zurückgegangen, was sich in einem Rückgang des prozentuellen Anteils von drei auf zwei Prozent an allen Ursachen für Todesfälle auswirkt. Während jedoch bei Frauen die Rate von acht auf vier pro 100.000 Personen zurückging, hat sich der Anteil

an den Todesfällen nicht verändert. Hingegen sind bei Männern statt drei nur mehr zwei Prozent der Todesfälle durch Erkrankungen der Atmungsorgane verursacht. Von 14 Todesfällen auf sieben pro 100.000 EinwohnerInnen hat sich die vorzeitige Mortalität auch in den EU-15-Ländern von 1980 bis 2004 halbiert, wenngleich der Anteil an allen Todesursachen nur von fünf auf vier Prozent gesunken ist, wodurch doppelt so viele Todesfälle in Europa durch Erkrankungen der Atmungsorgane verursacht werden wie in Kärnten (siehe Tabellen 4.2.4 und 4.2.6).

Krankheiten der Verdauungsorgane

Gesamtbevölkerung

Krankheiten der Verdauungsorgane verursachten 2006 21 Todesfälle pro 100.000 KärntnerInnen. Im Bundesländervergleich war diese Sterblichkeitsrate die dritthöchste, Wien wies mit 26 pro 100.000 die höchste auf. Feldkirchen wies in Kärnten mit 11 pro 100.000 die niedrigste Sterblichkeitsrate auf, während diese in Völkermarkt bei 28 pro 100.000 lag und somit zweieinhalb Mal so hoch war. Insgesamt wurden fünf Prozent aller Todesfälle in Kärnten durch Krankheiten der Verdauungsorgane verursacht.

13 Frauen und 30 Männer pro 100.000 verstarben in Kärnten aufgrund von Krankheiten der Verdauungsorgane. Während die Sterblichkeitsrate der Frauen unter jener der Österreicherinnen liegt, war jene der Männer über der österreichischen Rate. Betrachtet man die Sterblichkeit in den verschiedenen Bezirken Kärntens, so lassen sich große Unterschiede feststellen, jedoch keine einheitlichen Trends für Männer und Frauen. Die niedrigsten Sterblichkeitsraten für Frauen waren in den Bezirken Feldkirchen, Klagenfurt-Land und Wolfsberg, für Männer in Feldkirchen und Hermagor zu finden. Die meisten Todesfälle waren bei Frauen in Hermagor und bei Männern in Völkermarkt zu finden (siehe Tabelle 4.2.1).

Die Sterblichkeitsrate hat sich seit 1980 von 37 auf 21 pro 100.000 reduziert, bei Männern hat sie sich halbiert, bei Frauen ist sie etwas schwächer zurückgegangen. Dies schlägt sich auch in der Entwicklung des Anteils dieser Todesursachen bei der Gesamtsterblichkeit nieder. Für Kärnten gesamt ist sie mit fünf Prozent gleich geblieben, ebenso bei den Frauen mit vier Prozent. Bei den Männern ist hingegen ein leichter Rückgang von sechs auf fünf Prozent feststellbar. Europaweit werden rund sieben Prozent aller Todesfälle durch Erkrankungen der Verdauungsorgane verursacht (siehe Tabellen 4.2.3 und 4.2.5).

Unter 65-Jährige

Zwölf pro 100.000 KärntnerInnen sind 2006 an Krankheiten der Verdauungsorgane gestorben, womit Kärnten nach Wien und dem Burgenland mit je 13 pro 100.000 EinwohnerInnen an zweiter Stelle lag. Innerhalb Kärntens lassen sich große Unterschiede zwischen den einzelnen Bezirken feststellen. Dieselben Bezirke wie bei der Gesamtbevölkerung wiesen die niedrigste (Feldkirchen) und die höchste (Völkermarkt) Sterblichkeitsrate auf.

Die Sterblichkeitsrate der Kärntner (18 pro 100.000 Personen) unter 65 war im Jahr 2006 dreimal so hoch wie jene der Kärntnerinnen (sechs pro 100.000 Personen). Im Vergleich zur österreichischen Rate war jene der Männer doppelt so hoch, jene der Frauen gleich hoch. Im Bundesländervergleich war die Rate bei beiden Gruppen jeweils die dritthöchste. Die Sterblichkeitsrate der Männer war immer – bis auf den Bezirk Hermagor – höher als jene der Frauen, darüber hinaus lassen sich jedoch keine regionalen Muster feststellen (siehe Tabelle 4.2.2).

Insgesamt ist die Sterblichkeitsrate aufgrund von Erkrankungen der Verdauungsorgane um etwas mehr als ein Drittel von 1980 bis 2006 in Kärnten zurückgegangen. Während sich jene der Kärntner

fast halbiert hat (von 34 auf 18 pro 100.000 EinwohnerInnen), ist jene der Frauen etwas schwächer zurückgegangen (von zehn auf sechs pro 100.000 KärntnerInnen). Der Anteil an allen Todesursachen ist jedoch von 1980 bis 1996 in Kärnten sowohl bei Frauen von fünf auf sieben Prozent als auch bei Männern von 8 auf 9 Prozent leicht gestiegen. Europaweit ist hingegen ein leichter Rückgang der vorzeitigen Sterblichkeit aufgrund von Erkrankungen der Verdauungsorgane festzustellen, welcher bei Männern etwas höher ausfiel als bei Frauen (siehe Tabellen 4.2.4 und 4.2.6).

Verletzungen und Vergiftungen

Gesamtbevölkerung

40 Todesfälle pro 100.000 KärntnerInnen wurden 2006 durch Verletzungen und Vergiftungen verursacht. Diese Rate ist die höchste in ganz Österreich (36 pro 100.000 EinwohnerInnen). Die höchste Sterblichkeitsrate aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen ist in Kärnten im Bezirk Hermagor (51 pro 100.000 Personen), gefolgt von St. Veit an der Glan (50 pro 100.000 EinwohnerInnen), zu finden.

21 Frauen und 61 Männer pro 100.000 EinwohnerInnen verstarben 2006 durch Verletzungen und Vergiftungen in Kärnten. Die Sterblichkeitsrate der Männer war damit fast dreimal so hoch wie jene der Frauen, in beiden Fällen lag sie über der österreichischen Rate und war im Bundesländervergleich bei den Männern die zweithöchste, bei den Frauen mit Wien die höchste. Über 70 Todesfälle pro 100.000 Personen gab es bei Männern in den Bezirken Hermagor, St. Veit an der Glan und Villach. Bei Frauen bildeten die Bezirke Hermagor, Klagenfurt-Land, Villach und Völkermarkt die Schlusslichter mit den höchsten Raten in Kärnten: zwischen 27 und 40 pro 100.000 EinwohnerInnen (siehe Tabelle 4.2.1).

Im zeitlichen Vergleich hat sich die Sterblichkeitsrate seit 1980 mehr als halbiert, 1980 wurden noch zwölf Prozent aller Todesfälle durch Verletzungen und Vergiftungen verursacht, 2006 waren es nur mehr rund zehn Prozent in Kärnten. Todesfälle von Männern werden prozentuell häufiger durch Verletzungen oder Vergiftungen ausgelöst, wenngleich bei beiden Geschlechtern der Anteil an allen Todesursachen zurückgegangen ist (siehe Tabelle 4.2.3).

Unter 65-Jährige

Verletzungen und Vergiftungen machten 31 Todesfälle pro 100.000 KärntnerInnen im Jahr 2006 aus, damit war diese Rate die dritthöchste (nach Niederösterreich und der Steiermark) im Bundesländervergleich. Die höchste Sterblichkeit ist im Bezirk St. Veit an der Glan mit 41 Todesfällen pro 100.000 EinwohnerInnen zu beobachten gewesen.

Bei Kärntnern unter 65 Jahren war die Sterblichkeitsrate aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen mit 47 pro 100.000 Einwohnern, gemessen an allen Todesursachen, die zweithäufigste, bei Frauen die zweitseltenste Ursache für einen Todesfall. In allen Bundesländern, exklusive des Burgenlandes, ist diese Todesursache bei den Männern die zweithäufigste. Nur in Niederösterreich und der Steiermark war die Rate höher als bei Kärntnern, jene der Kärntnerinnen war die höchste im Bundesländervergleich. Regional gesehen waren im Westen Kärntens bei Männern höhere Sterblichkeitsraten zu finden als in den östlichen Bezirken, bei den Frauen in den Bezirken Klagenfurt, Klagenfurt-Land, Villach-Land und Völkermarkt, also in jenen Bezirken im Süden und Südosten des Landes (siehe Tabelle 4.2.2).

Mit einer Sterblichkeitsrate von 72 pro 100.000 EinwohnerInnen wurde 1980 noch jeder vierte Todesfall von Personen unter 65 Jahren in Kärnten durch Verletzungen oder Vergiftungen verursacht. Die Rate hat sich bis 2006 mehr als halbiert, dennoch wird noch immer jeder fünfte Todesfall dadurch verursacht. Im zeitlichen Vergleich lässt sich feststellen, dass immer ein größerer Anteil an Männern als an Frauen durch Verletzungen oder Vergiftungen verstarb (siehe Tabelle 4.2.4).

4.2.3 Säuglingssterblichkeit

2006 starben im Schnitt 3,7 Säuglinge von 1.000 Lebendgeborenen in Kärnten, der österreichische Schnitt betrug 3,6 (siehe Tabelle 4.2.8 Säuglingssterblichkeit). Mehr Säuglinge als in Kärnten starben in den Bundesländern Wien, Vorarlberg und Burgenland. Die niedrigste Säuglingssterblichkeit verzeichnete Salzburg.

Kärnten und Österreich insgesamt wiesen damit eine ähnlich hohe Säuglingssterblichkeit auf wie andere Länder in Europa. Für das Jahr 2006 schwankten die Zahlen zwischen 2,8 in Finnland und 5,5 in Luxemburg (siehe Tabelle 4.2.9 Säuglingssterblichkeit Europavergleich).

Nach Geschlecht analysiert, zeigt sich eine leicht höhere Sterblichkeit von Mädchen (3,8) als von Buben (3,5) in Kärnten, während in Österreich insgesamt mehr männliche Säuglinge verstarben als weibliche Säuglinge. Einen gegensätzlichen Trend zu Gesamtösterreich wie in Kärnten hatten auch die Bundesländer Vorarlberg und Tirol.

Ein Blick auf die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit zeigt, dass diese seit 1990 in Kärnten halbiert wurde, ein Trend, der für ganz Österreich sowohl bei Mädchen als auch bei Buben zu verzeichnen ist, obwohl aufgrund der Zahlen nicht von einem stetigen Rückgang ausgegangen werden kann. So ist in Kärnten die Säuglingssterblichkeit pro 1.000 männliche Lebendgeborene von 1991 bis 1992 von 9,8 auf 10,4 gestiegen und ein Jahr später auf 6,1 gefallen. Gesamt gesehen ist jedoch die Säuglingssterblichkeit seit 2002 in Kärnten unter fünf Gestorbenen pro 1.000 Lebendgeborene geblieben (siehe Tabelle 4.2.8).

4.3 Gesundheitszustand

Neben den Mortalitätsdaten können auch Daten über Krankheiten Auskunft über den Gesundheitszustand einer Bevölkerung geben. Im Gegensatz zu den Mortalitätsdaten, deren Validität als hoch eingeschätzt wird (Statistik Austria, 2005, S. 14), sind Daten zur Morbidität aufgrund von Krankenhausstatistiken mit gewissen Verzerrungen ausgestattet (ÖBIG, 2002, S. 18). Aus diesem Grund werden in diesem Bericht Daten der Gesundheitsbefragung 2006/2007 vorgestellt, die auf Selbstauskünften der Befragten beruhen. Hinzu kommt, dass in Österreich keine Daten zu chronischen Krankheiten aus Routinestatistiken existieren, ausgenommen z.B. das österreichische Krebsregister (Klimont, Kytir & Leitner, 2007, S. 18), sowie das Kärntner Tumorregister, welches seit dem Jahr 1987 besteht. Im Krebsatlas Alpenraum sind die Daten aus diesem Register für die Jahre 1996-2000 veröffentlicht (Oberaigner & Vittadello, o.J., S. 21). Chronische Krankheiten bilden jedoch einen guten Ansatzpunkt für die Prävention und Gesundheitsförderung. Auf Europaebene liegen keine vergleichbaren Daten zu chronischen Erkrankungen vor, jedoch gibt es gut vergleichbare Daten zur subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit. Zu betonen ist, dass es sich hier um Selbstauskünfte handelt und daher davon auszugehen ist, dass sowohl Überschätzungen als auch Unterschätzungen der chronischen Erkrankungen vorkommen können (LÖGD, 2006, S. 173).

4.3.1 Selbst berichtete chronische Erkrankungen

Jede/r dritte KärntnerIn (37 %) gab an, zum Zeitpunkt der Befragung an mindestens einer chronischen Krankheit zu leiden. Im Schnitt litten die Personen an mindestens zwei chronischen Krankheiten, wenn sie jemals an einer chronischen Krankheit litten, womit die KärntnerInnen im österreichischen Schnitt liegen (siehe Tabelle 4.3.1 Chronische Krankheiten). Die häufigste chronische Krankheit (Lebenszeitprävalenz) stellen in Kärnten Wirbelsäulenbeschwerden (39 %), gefolgt von Allergien (19 %) und Migräne (19 %), dar. Vergleicht man diese Zahlen mit jenen für ganz Österreich, so sind ähnliche Muster erkennbar. Auch hier stellen Wirbelsäulenbeschwerden die häufigste chronische Krankheit dar. Die zweithäufigste Lebenszeitprävalenz bei chronischen Krankheiten ist in Ös-

terreich beim Bluthochdruck zu sehen, diese chronische Krankheit liegt in Kärnten an vierter Stelle. Nach den Selbstauskünften der KärntnerInnen haben diese eine geringere Lebenszeitprävalenz bei allen chronischen Krankheiten als ÖsterreicherInnen. Das Bundesland mit dem höchsten Anteil an Personen, die angaben, zum Zeitpunkt der Befragung an einer chronischen Krankheit zu leiden, ist das Burgenland (40 %), gefolgt von der Steiermark, Tirol und Wien (mit je 39 %), der niedrigste Anteil ist in Salzburg zu finden.

Betrachtet man den Anteil der Personen, die an einer chronischen Krankheit leiden, nach Geschlecht, so zeigt sich, dass Kärntnerinnen (40 %) häufiger angeben, eine chronische Krankheit zu haben, als Männer (34 %). Kärnten liegt damit im österreichischen Schnitt.

Bei KärntnerInnen sind die häufigsten fünf Krankheiten, die sie jemals hatten: Wirbelsäulenbeschwerden (39 %), Migräne oder häufige Kopfschmerzen (25 %), Allergien (21 %) Bluthochdruck (20 %) und Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus (19 %). Dies sind auch die häufigsten fünf Krankheiten bei Männern, wenngleich jeweils in geringerem Ausmaß. Nur Wirbelsäulenbeschwerden sind in gleichem Ausmaß bei Frauen und Männern in Kärnten vorhanden, welches bei Männern über dem österreichischen Schnitt liegt. Migräne oder häufige Kopfschmerzen hatten nur zwölf Prozent der Männer jemals. KärntnerInnen leiden zudem häufiger an Grauem Star, Osteoporose, Harninkontinenz und chronischen Angstzuständen als Kärntner. Während nur vier Prozent der Kärntner angaben, an chronischen Angstzuständen zu leiden, waren es bei den KärntnerInnen neun Prozent.

Je älter die Person ist, desto eher leidet sie nach eigenen Angaben an einer chronischen Krankheit. Während zwölf Prozent der 15- bis 24-Jährigen angaben, an einer chronischen Krankheit gelitten zu haben, sind es bei den Personen ab 75 Jahre 68 %. Im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht wurde berichtet, dass 17 % der 10- bis 22-Jährigen an einer chronischen Krankheit leiden (Amt der Kärntner Landesregierung, 2006, S. 39). Für Kärnten können zwei verschiedene Gruppen an chronischen Krankheiten beobachtet werden, jene, die mit zunehmendem Alter häufiger berichtet werden, und jene, die bei allen Altersgruppen in etwa eine gleich hohe Lebenszeitprävalenz bzw. eine niedrigere Lebenszeitprävalenz bei Älteren aufweisen. Zu letzteren zählen Allergien, allergisches Asthma und Migräne, wobei Allergien auch als häufigste chronische Krankheit der 10- bis 22-Jährigen im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht angegeben werden (Amt der Kärntner Landesregierung, 2006, S. 39).

Krankheiten, die erst mit höherem Alter, ab 55 Jahre, angegeben werden, sind Herzinfarkt, Grauer Star, Schlaganfall oder Gehirnblutungen und Osteoporose.

Bereits jede/r Fünfte zwischen 15 und 24 Jahre und 28 % der Personen zwischen 25 und 34 Jahre gaben an, jemals an einer Allergie gelitten zu haben. Danach ist eine Abnahme der Lebenszeitprävalenz zu beobachten. Migräne ist ebenfalls eine chronische Krankheit, bei der junge KärntnerInnen bereits eine hohe Lebenszeitprävalenz aufzeigen. Bei Personen zwischen 15 und 24 Jahre ist bei dieser Krankheit im Vergleich zu den anderen chronischen Krankheiten die höchste Lebenszeitprävalenz zu finden.

Die größte Zunahme mit höherem Alter ist bei Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus zu beobachten. Jüngere gaben kaum an, jemals an diesen Krankheiten gelitten zu haben, Personen zwischen 55 und 74 gaben zu 28 bzw. 29 % diese chronischen Krankheiten an sowie jede zweite Person ab 75 Jahre. Die Lebenszeitprävalenzen von Bluthochdruck und Wirbelsäulenbeschwerden nehmen weiters sehr stark mit steigendem Alter zu. Dennoch gaben zwölf Prozent der 15- bis 24-Jährigen an, jemals an Wirbelsäulenbeschwerden gelitten zu haben, bei den Personen ab 75 Jahre sind es 59 %.

Betrachtet man die Lebenszeitprävalenz nach Alter und Geschlecht getrennt, so wird deutlich, dass jüngere Frauen häufiger angeben, an einer chronischen Krankheit zu leiden, als junge Männer. Bereits 16 % der KärntnerInnen zwischen 15 und 24 Jahre geben an, zum Zeitpunkt der Befragung an

einer chronischen Krankheit zu leiden, bei Männern dieses Alters sind es sieben Prozent. Die Differenz zwischen den Geschlechtern verringert sich mit zunehmendem Alter und ist bei den Ältesten nicht mehr vorhanden.

Die durchschnittliche Anzahl von chronischen Krankheiten, die KärntnerInnen jemals erlitten haben, steigt bei Frauen in Vergleich zu den Männern stärker an. Personen zwischen 15 und 24 Jahre litten jeweils jemals durchschnittlich an einer chronischen Erkrankung, bei Frauen steigt diese Anzahl bereits mit 45 und bei Männern erst mit 55 Jahren. Frauen ab 75 Jahre litten im Schnitt an vier verschiedenen chronischen Krankheiten, Männer ab 75 Jahre an drei.

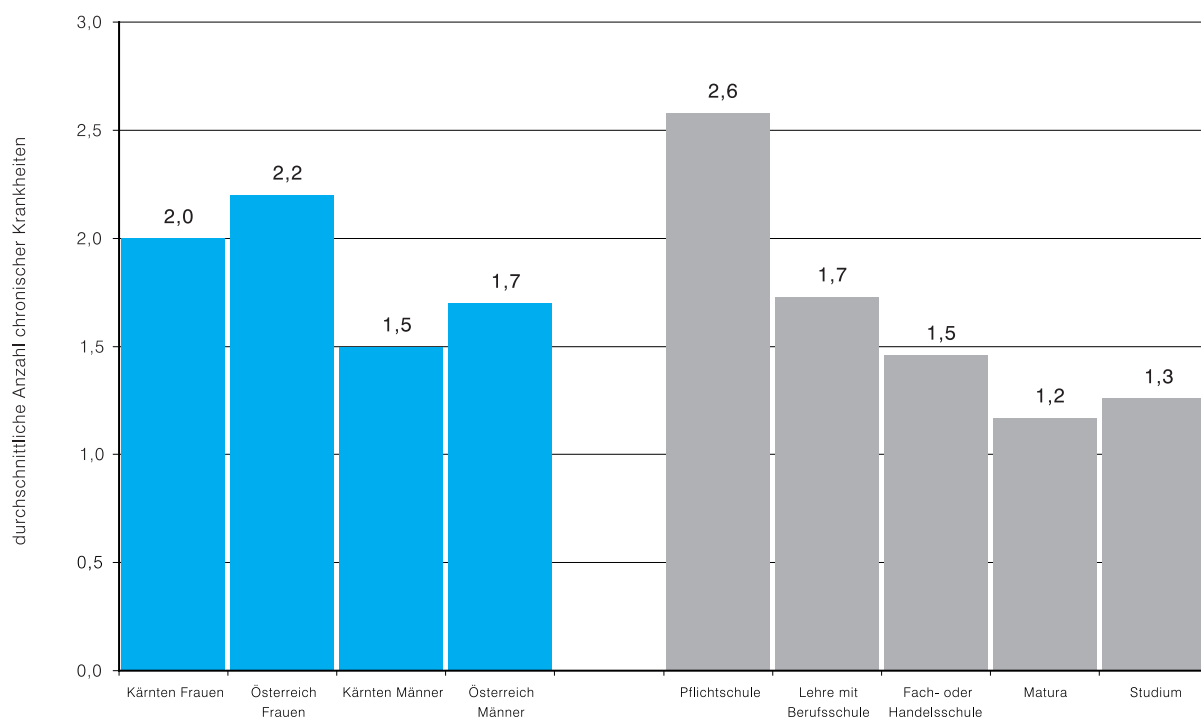
Jüngere Männer geben häufiger an, an allergischem Asthma zu leiden, als Frauen. Zählt man bei älteren Personen jene hinzu, die angeben, an anderen Formen von Asthma zu leiden, dann litten 13 % der Männer ab 75 und 6 % der Frauen ab 75 Jahre an einer Form von Asthma.

Grauer Star, Harninkontinenz, chronische Angstzustände und Bluthochdruck sind chronische Leiden, welche mit dem Alter, jedoch bei Frauen und Männern unterschiedlich stark, zunehmen. Während neun Prozent der Frauen zwischen 55 und 64 Jahre und 42 % der Frauen ab 75 Jahre zum Beispiel an Grauem Star leiden, sind es bei den Männern vier Prozent bzw. 27 %. Zwei Prozent der KärntnerInnen zwischen 15 und 24 Jahre leiden an chronischen Angstzuständen, bei den Personen über 74 Jahre sind es mit zwölf Prozent sechsmal so viele.

Tinnitus nimmt ebenfalls mit dem Alter zu, hier ist jedoch zu beobachten, dass bei Personen über 75 Jahre mehr Männer angaben, an Tinnitus zu leiden, als Frauen. Bei den Männern sind es 20 %, bei den Frauen zwölf Prozent.

Vor allem ältere Frauen leiden an Osteoporose, einer chronischen Krankheit, die kaum von Männern angegeben wurde.

Durchschnittliche Anzahl an jemals gelittenen chronischen Krankheiten nach Geschlecht (Vergleich Kärnten und Österreich) und Bildung (nur Kärnten) im Jahr 2006/2007



Ein sozialer Gradient wird sichtbar bei der Betrachtung der durchschnittlichen Anzahl an chronischen Krankheiten, an denen die KärntnerInnen jemals gelitten haben. PflichtschulabgängerInnen litten durchschnittlich an drei Krankheiten, Personen mit Matura oder akademischem Abschluss an nur einer. Auch der Anteil an Personen, die gegenwärtig an einer chronischen Krankheit leiden, unterscheidet sich nach der höchsten abgeschlossenen Schulbildung. Während AbgängerInnen von Pflichtschulen zu 41 % angaben, zum Zeitpunkt der Befragung an einer chronischen Krankheit zu leiden, waren es bei jenen mit Maturaabschluss nur 25 %. Höher ist der Anteil bei Personen mit Hochschulabschluss mit 37 %.

Folgende Krankheiten zählen zu jenen, die von Personen mit niedriger Bildung häufiger angegeben wurden, als von Personen mit höherem Bildungsabschluss: Grauer Star, Bluthochdruck, chronische Bronchitis oder Emphysem, Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus, Harninkontinenz, Magen- oder Darmgeschwür, Migräne und chronische Angstzustände. Neun Prozent der Personen mit Pflichtschulabschluss gaben an, an chronischen Angstzuständen zu leiden, am wenigsten davon betroffen zeigen sich Personen mit Fach- und Handelsschulabschluss sowie Personen mit Studium. Tinnitus ist die einzige chronische Krankheit, die häufiger von Personen mit höheren Bildungsabschlüssen angegeben wurde.

Die Daten nach Bildung und Geschlecht wurden nicht um den Faktor des Alters korrigiert, daher sind diese vorsichtig zu interpretieren, wenngleich eine Darstellung von Trends möglich ist. Frauen geben in allen Bildungsschichten häufiger an, derzeit an einer chronischen Erkrankung zu leiden. Am höchsten ist die durchschnittliche Anzahl der jemals erlittenen chronischen Krankheiten bei Pflichtschul-

abgängerinnen mit drei Krankheiten, dies ist dreimal höher als bei Frauen mit mindestens einem Maturaabschluss und bei Männern mit mindestens einem Fach- oder Handelsschulabschluss.

Eine Analyse der einzelnen Krankheiten nach Geschlecht und Bildung zeigt große Unterschiede in den einzelnen Gruppen. Kärntnerinnen mit Pflichtschulabschluss geben bei 15 von 18 Krankheiten häufiger als Frauen mit mindestens einem Maturaabschluss an, dass sie jemals darunter gelitten haben, dazu zählen Bluthochdruck, Grauer Star und Harninkontinenz. Bei diesen Krankheiten ist ein sozialer Gradient auch bei den um den Einfluss des Alters bereinigten Daten für Gesamtkärnten zu sehen. Auch Osteoporose wird von Frauen mit Pflichtschulabschluss häufiger angegeben. Bei den altersbereinigten Daten ist jedoch kein sozialer Gradient zu sehen, hier dürfte die Altersstruktur der PflichtschulabgängerInnen eine Rolle spielen. Die größten Unterschiede sind bei Wirbelsäulenbeschwerden, Bluthochdruck, Arthrose und Grauem Star zu sehen. Allergisches Asthma und andere Formen von Asthma werden von allen Bildungsgruppen in etwa gleich häufig angegeben.

Zählt man diese beiden Formen von chronischen Krankheiten (allergisches Asthma und andere Formen von Asthma) zusammen, so wird diese auch von Kärntnern unabhängig vom Bildungsabschluss in etwa gleich oft angegeben. Dies trifft auch auf Krebs und Migräne zu. Mit steigendem Bildungsabschluss steigt bei Männern auch die Angabe, an Allergien und Tinnitus zu leiden.

Bei Personen mit Pflichtschulabschluss geben Frauen bei 15 der 18 chronischen Krankheiten häufiger an, an diesen zu leiden, als Männer, Beispiele dafür sind Wirbelsäulenbeschwerden (51 % der Frauen, 29 % der Männer) und Bluthochdruck (35 % der Frauen und 22 % der Männer). Nur bei zwei Krankheiten ist es umgekehrt: Schlaganfall (sieben Prozent der Männer, zwölf Prozent der Frauen) und chronische Bronchitis oder Emphysem (zwölf Prozent der Männer und sechs Prozent der Frauen).

Eine Analyse der Personen mit mindestens einem Maturaabschluss nach Geschlecht ergibt, dass Frauen bei zwölf von 18 Krankheiten häufiger angeben, je darunter gelitten zu haben. Die größten Unterschiede sind bei Migräne zu finden. Tinnitus und Bluthochdruck werden hingegen häufiger von Männern als von Frauen in dieser Bildungsgruppe angegeben.

4.3.2 Subjektiver Gesundheitszustand

Als guter Indikator für die Messung von allgemeinem Wohlbefinden wird die Frage nach der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes gesehen, da zugleich körperliche, psychische und soziale Einflussfaktoren abgebildet werden können (Klimont, Kytir & Leitner, 2007, S. 1).

Jede/r dritte KärntnerIn beurteilt ihren/seinen Gesundheitszustand mit „Sehr gut“, mehr als ein weiteres Drittel als „Gut“ (siehe Tabelle 4.3.3 Subjektiver Gesundheitszustand). Nur jede/r Vierte gab an, einen „mittelmäßigen“ bis „schlechten“ Gesundheitszustand zu haben. Vergleicht man diese Werte mit jenen für ganz Österreich, so wird erkenntlich, dass in Österreich etwas mehr Personen ihren Gesundheitszustand als „Gut“ bis „Sehr gut“ bezeichnen, weniger als „Mittelmäßig“ und gleich viele Personen bezeichnen ihn als „Schlecht“ bis „Sehr schlecht“.

Im Österreichschnitt geben 76 % der Bevölkerung an, einen „Guten“ bis „Sehr guten“ Gesundheitszustand zu haben, im Bundesländervergleich wird ein Ost-West-Gefälle deutlich, im Burgenland, in der Steiermark, in Wien und Kärnten sind diese Anteile niedriger als im Österreichschnitt. Der Anteil derjenigen, die einen „schlechten“ bzw. „sehr schlechten“ Gesundheitszustand angeben, liegt in Österreich bei sechs Prozent. In Wien, der Steiermark und im Burgenland sind diese Anteile höher.

Ein Vergleich mit Daten auf europäischer Ebene macht deutlich, dass ÖsterreicherInnen ihren Gesundheitszustand besser einschätzen als die meisten anderen EuropäerInnen. Nur in Island und

Irland gibt es einen höheren Anteil an Personen, die ihren Gesundheitszustand als „Sehr gut“ und „Gut“ einschätzen. Im Europavergleich liegt Österreich bzgl. der Einschätzung eines „schlechten Gesundheitszustandes“ mit sechs Prozent an drittletzter Stelle, nur in Irland (vier Prozent) und in den Niederlanden (fünf Prozent) geben weniger Personen an, einen „schlechten“ bzw. „sehr schlechten“ Gesundheitszustand zu haben.

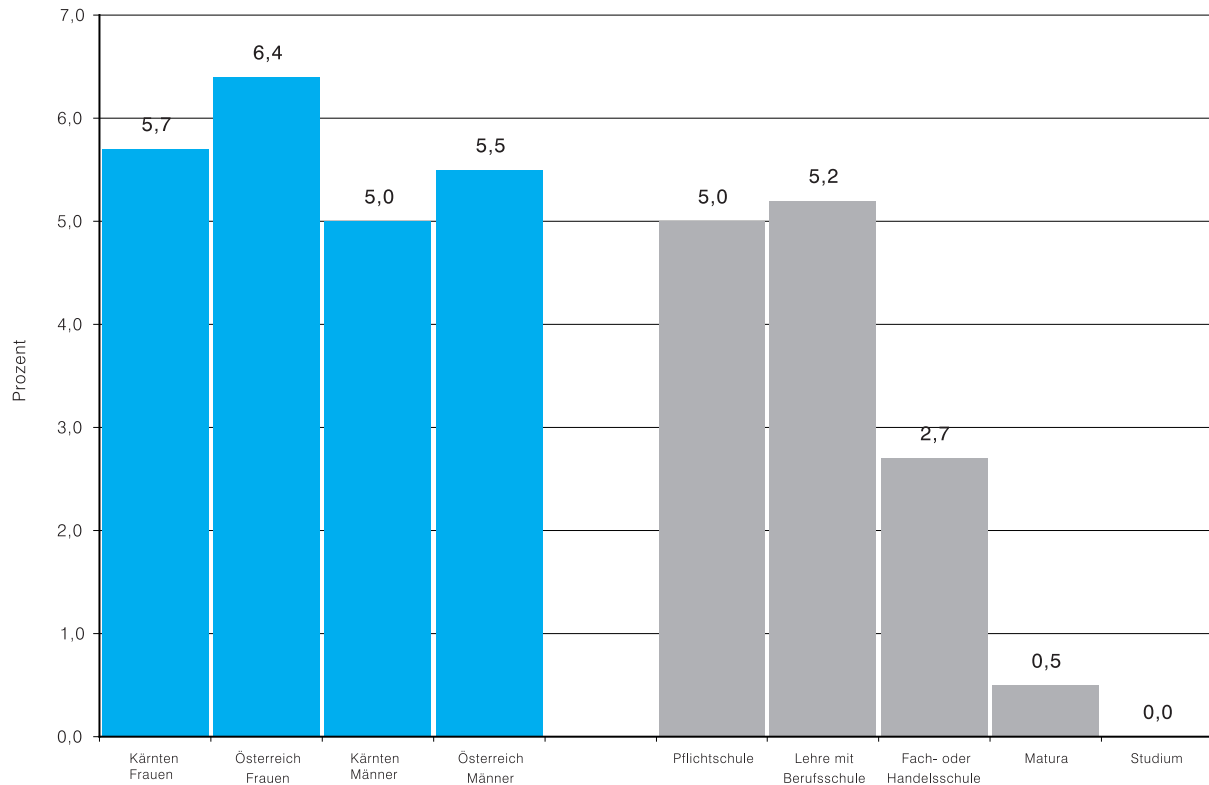
Eine Analyse nach dem Geschlecht macht deutlich, dass Kärntnerinnen mit 71 % seltener einen „guten“ bis „sehr guten“ Gesundheitszustand angeben als Kärntner (78 %). Ein Umstand, der auch in Gesamtösterreich zu beobachten ist, wenngleich der Unterschied zwischen Frauen und Männern nicht so groß ist (73 % zu 78 %).

Analysiert man die Einschätzung der eigenen Gesundheit im zeitlichen Verlauf, so ist seit 1999 in Kärnten ein Rückgang derjenigen zu sehen, die angaben, einen „sehr guten“ und „guten“ Gesundheitszustand zu haben. 1999 gaben dies noch 77 % an. Verschlechtert hat sich im zeitlichen Vergleich vor allem der Gesundheitszustand nach eigenen Angaben bei Frauen, von 77 % auf 71 % ist der Anteil derjenigen zurückgegangen, die angaben, einen „sehr guten“ bis „guten“ Gesundheitszustand zu haben. Auf österreichischer Ebene hält sich hingegen dieser Anteil seit 1999 unverändert bei 76 % (ÖBIG, 2002, Anhang Tabelle 3.4.1).

Mit zunehmendem Alter wird der eigene Gesundheitszustand immer seltener als „Sehr Gut“ bis „Gut“ eingeschätzt, gleichzeitig steigen die Einschätzungen des eigenen Gesundheitszustandes als „Mittelmäßig“ bis „Sehr schlecht“. Bei den Personen zwischen 15 und 24 Jahre geben 94 % an, eine „sehr gute“ bis „gute“ Gesundheit zu haben, der Rest bezeichnet seinen Gesundheitszustand als „Mittelmäßig“. Bei den Personen über 75 Jahre geben 31 % an, einen „sehr guten“ bis „guten“ Gesundheitszustand zu haben, fast die Hälfte (49 %) gibt einen „mittelmäßigen“ an.

Eine Analyse nach Alter und Geschlecht getrennt zeigt, dass Frauen ab 45 Jahre seltener einen „sehr guten“ und „guten“ Gesundheitszustand angeben als Männer. Für jüngere KärntnerInnen ist kein einheitlicher Trend festzustellen.

Anteil der Personen mit schlechtem und sehr schlechtem Gesundheitszustand nach Geschlecht (Vergleich Kärnten und Österreich) und Bildung (nur Kärnten) im Jahr 2006/2007



Ein deutlicher sozialer Gradient ist zu sehen, wenn die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes nach höchster abgeschlossener Schulbildung analysiert wird. 68 % der PflichtschulabgängerInnen geben einen „sehr guten“ bis „guten“ Gesundheitszustand an, bei den Personen mit Hochschul- oder Fachhochschulabschluss liegt dieser Anteil bei 96 %. Während bei diesen niemand angab, einen „schlechten“ oder „sehr schlechten“ Gesundheitszustand zu haben, sind es bei den PflichtschulabgängerInnen in Kärnten fünf Prozent.

Eine Analyse der nicht um den Einfluss des Alters bereinigten Daten zeigt, dass nicht nur zwischen verschiedenen Bildungsgruppen Unterschiede existieren, sondern dass auch das jeweilige Geschlecht eine Rolle spielt. Bei Personen mit Pflichtschulabschluss geben Frauen insgesamt einen schlechteren Gesundheitszustand an als Männer. Bei jenen mit Lehrabschluss gibt es einen größeren Anteil an Männern, die einen „schlechten“ bis „sehr schlechten“ Gesundheitszustand angeben (Männer: sieben Prozent; Frauen: fünf Prozent). Frauen mit Matura geben zwar seltener als Männer einen „schlechten“ bis „sehr schlechten“ Gesundheitszustand an, zugleich bezeichnen aber weniger Frauen (82 %) ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ und „gut“ (Männer: 92 %).

4.4 Rahmenbedingungen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit

Wie anhand der zuvor analysierten Daten sichtbar wird, gibt es einen Unterschied in der Gesundheit nicht nur entlang demografischer Merkmale, sondern auch entlang sozialer Merkmale wie der höchsten abgeschlossenen Schulbildung. Sowohl seitens der WHO als auch der EU wird die Wichtigkeit von multisektoraler und intersektoraler Zusammenarbeit zur Beseitigung von gesundheitlicher Chancenungleichheit betont (Dahlgren & Whitehead, 2006, S. 100; Council of the European Union, 2006, S. 5). Im Rahmen dieses Gesundheitsberichts wurde daher diesem Thema ein eigenes Kapitel (siehe Kapitel 6.2) gewidmet. Die dort diskutierten Maßnahmen und angesprochenen Empfehlungen können somit ebenfalls einen Beitrag zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit liefern. Im folgenden Abschnitt wird auf Beiträge anderer Sektoren ganz spezifisch zur Verringerung von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit – somit über die Maßnahmen der multisektoralen Verantwortung hinausreichend – eingegangen.

Bildung

Das Bildungssystem kann laut WHO einen großen Beitrag zur Verringerung gesundheitlicher Chancenungleichheit leisten. Die Sicherstellung des gleichen Zugangs zum Bildungssystem für alle Schichten wird von der WHO als eine wichtige Maßnahme empfohlen. Eine Schweizer Studie hat beispielsweise errechnet, dass mit einem zusätzlichen Ausbildungsjahr die Sterblichkeit je nach Altersgruppe und Geschlecht zwischen 4 % und 17 % verringert werden kann (Bopp & Minder, 2003, S. 352). Dies beginnt bereits mit der Förderung von Kindern im Vorschulalter aus unterprivilegierten Familien und geht über die Förderung dieser während der Schulzeit, zum Beispiel durch die Identifikation sozialer, ökonomischer und anderer Barrieren für den Besuch von Bildungseinrichtungen aller Niveaus, bis zur Verhinderung von frühzeitigem Ausscheiden aus dem Schulsystem von sozial schwächeren Gruppen (Dahlgren & Whitehead, 2006, S. 59). In Kärnten gibt es ab dem Kindergartenjahr 2008/2009 eine gesetzliche Regelung zum verpflichtenden Bildungsjahr für alle fünfjährigen Kinder. Damit müssen alle Kinder, die sich ein Jahr vor Schuleintritt befinden, verpflichtend in den Kindergarten gehen, wo es vor allem um Sprachförderung sowie soziale, motorische und kognitive Fähigkeiten als Schulvorbereitung geht. Dies stellt nach Aussage des zuständigen Landesrates einen wichtigen Beitrag zur Erhöhung der Bildungschancen dar (Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler, Interview am 13. Februar 2008 und E-Mail-Auskunft Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler vom 30. Juli 2008). Für Lehrlinge wird in Kärnten als einzigem Bundesland in Österreich die Möglichkeit zur Absolvierung der Matura kostenlos angeboten. Die Verbesserung der Durchlässigkeit des dualen Systems (Lehre mit Matura, Berufsreifeprüfung) mit dem Schulsystem ist ein großes Ziel in Kärnten (Büro Landesrat U. Scheuch, Interview am 12. Februar 2008).

Ein weiteres Aktionsfeld des Bildungssystems ist die Weiterbildung von Erwachsenen, vor allem jener, die nur wenig Ausbildung erhalten haben bzw. derzeit arbeitslos sind. In Kärnten wird auch auf die Aus- und Weiterbildung von LehrlingsausbilderInnen und solchen Personen, die Schlüsselfunktionen in Betrieben innehaben, Wert gelegt. Gemeinsam mit Wfi und BFI gibt es einen „Qualifizierungs- und Weiterbildungspass“ für LehrlingsausbilderInnen, in dem Inhalte in verschiedenen Modulen vermittelt werden, z.B. MitarbeiterInnenführung, Motivation, gesundes Führen sowie aufklärungs- und bewusstseinsfördernde Maßnahmen hinsichtlich gesundheitsfördernder Aspekte (Büro Landesrat U. Scheuch, Interview am 12. Februar 2008). Der Frauenförderfonds richtet sich an Frauen, die eine Weiterbildung planen, und ist ein Zuschuss für Aus- und Weiterbildung (Frauenreferat Kärnten, o.D.a). Auch die Übernahme für Lebenshaltungskosten während der Bildungsmaßnahme, z.B. Kinderbetreuung bis zu einem Ausmaß von EUR 200 pro Monat ist möglich. Der Frauenförderfonds ist grundsätzlich ein rückzahlbares zinsloses Darlehen für eine existenzsichernde Qualifizierungsmaßnahme für Frauen. In Ausnahmefällen, z.B. wenn eine schwierige Familienlage vorliegt, muss die Förderung nicht zurück-

bezahlt werden, dies wird individuell von Fall zu Fall entschieden. Die Weiterbildung muss aufbauend auf die Grundausbildung sein (P. Blaskovic, Frauenreferat Kärnten, telefonische Auskunft am 14. Mai 2008).

Auch die Ausbildung von MultiplikatorInnen wie LehrerInnen, um die Verbreitung von Gesundheitswissen zu erleichtern, und die Sicherstellung von Kapazitäten, um Policies (Dahlgren & Whitehead, 2006, S. 60 und S. 65) umzusetzen, ist ein Bereich, den der Bildungssektor mittragen kann.

„Gesunde Schulen“ schaffen gesunde Lebensverhältnisse, wie zum Beispiel ein gesundes Schulessen, Möglichkeit zur körperlichen Aktivität und sichere Wege zur Schule ermöglichen, und können einen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitswissens und zum Erlernen gesunder Lebensweisen leisten (Dahlgren & Whitehead, 2006, S. 60). Das Projekt „Fitness für Kids – Frühprävention im Kindergarten- und Grundschulalter“ aus Deutschland setzt genau an diesem Punkt an, und versucht bereits früh, gesundheitsbewusstes Verhalten zu lehren. Durch die Anleitung der ErzieherInnen ist es möglich, dass diese selbstständig Bewegungserziehung durchführen. Durch gezielte Bewegungsförderung war es möglich, die motorischen Fähigkeiten von Kindern aus sozial schwächeren Familien zu steigern und damit deren Defizite im Vergleich zu anderen Kindern zu verringern (BZgA, 05.02.2008). Gesundheitsförderung ist umso wirksamer, je früher sie ansetzt. Die Zusammenarbeit mit der Abteilung 6 Bildung, Arbeitsmarkt und Familienförderung, den höheren Schulen und der Schulaufsicht sowie mit dem Landesschulrat wird von der Abteilung 12 Sanitätswesen des Landes Kärnten daher als sehr wichtig erachtet (Abt. 12, Interview am 26. Februar 2008). Kärntner Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Weiterentwicklung dieses Bereichs können im Kapitel 6.1 des vorliegenden Berichts nachgelesen werden. Grundsätzlich kann zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit eine Schwerpunktsetzung auf dieses Thema in der schulischen Gesundheitsförderung in Kärnten angedacht werden.

Finanzen

Dahlgren und Whitehead betonen die Effektivität von Umverteilungsmaßnahmen durch Steuern, monetäre Zuschüsse und gestützte öffentliche Dienstleistungen. Auch progressive Besteuerung zur Beseitigung von Einkommensdifferenzen sowie die Finanzierung von Gesundheit, Bildung und Transport durch die öffentliche Hand gelten als Beispiele für ungleichheitsverringende Maßnahmen (2006, S. 44-45). Weiters kann ein Steuersystem, welches die adäquate Zur-Verfügung-Stellung von finanziellen Mitteln für Umverteilungsmaßnahmen zugunsten bedürftiger Personen sicherstellt, helfen, alle Gruppen zu erreichen (Dahlgren & Whitehead, 2006, S. 76).

Ein weiteres Aktionsfeld ist die Subventionierung sowie Steuererleichterungen bei der Einstellung von Langzeitarbeitslosen, chronisch Kranken und behinderten Menschen. Dadurch wird sichergestellt, dass ein Zurückkehren bzw. eine Teilhabe am Berufsleben auch für diese Gruppen möglich ist (Dahlgren & Whitehead, 2006, S. 65).

Die WHO betont auch, dass zwischen gesundem und ungesundem wirtschaftlichem Wachstum unterschieden werden muss. Ein gesundes wirtschaftliches Wachstum setzt voraus, dass die gewonnenen Ressourcen in die Hebung des Lebensstandards von sozial Benachteiligten und in das öffentliche Bildungs- und Gesundheitssystem investiert werden (Dahlgren & Whitehead, 2006, S. 37-38).

Gesundheit

Ein wichtiger Schritt zur Beseitigung gesundheitlicher Ungleichheit ist ein Gesundheitssystem, welches einen gleichen Zugang für alle garantiert. Dies geschieht unter anderem durch die Beachtung von unterschiedlichen Bedürfnissen von verschiedenen Bevölkerungsgruppen, dem unterschiedlichen geografischen und ökonomischen Zugang sowie der finanziellen Last für manche Gruppen, die durch die

Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen entsteht. Vom Gesundheitsressort des Landes Kärnten wird als ein wichtiger Arbeitsbereich die Krankheitsversorgung durch das Krankenanstaltenwesen genannt, mit dem Ziel, dass bei Krankheit jede/r unabhängig von den sozialen Verhältnissen so schnell als möglich wieder in den Status der Gesundheit zurückkommen kann (W. Schantl, Landesrat, Interview am 6. Februar 2008). Ein erster Schritt zur Sicherung des gleichen Zugangs zu Gesundheitsdienstleistung für alle kann die Entwicklung von Programmen sein. Als Beispiel dafür kann das Kärntner Frauengesundheitsprogramm genannt werden, das neben der Bewusstseinsbildung die Entwicklung von Maßnahmen und Strategien zur qualitätsgesicherten Verbesserung der Gesundheitsvorsorge, -förderung und Prävention und den Zugang zu diesen Leistungen vorsieht (Buchinger, Gschwandtner & Garstenauer, 2006, S. 19-20). Die Kärntner Genderstudie (Referat für Frauen und Gleichbehandlung, 2004) zeigt zum Beispiel auf, wo in Kärnten Notwendigkeiten in der Gesundheitsversorgung und Prävention sind, um eine geschlechtsspezifische Betreuung sicherzustellen. Im Kapitel 6.2 wird verstärkt auf diese Ergebnisse eingegangen. Ein Projekt, welches die Förderung des gleichen Zugangs für alle beispielhaft umsetzt, ist das „Präventionsprogramm Lenzgesund“. Dieses Projekt versucht, sozial benachteiligte Gruppen durch gezielte Maßnahmen für das Thema „Gesundheit“ zu sensibilisieren und deren Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung zu steigern. Um dies zu erreichen, wurde mit dem Settingansatz gearbeitet und versucht, bestehende Strukturen für die Verbreitung von Gesundheitswissen zu nutzen (BZgA, 04.02.2008).

Darüber hinaus sind nach Dahlgren und Whitehead die Bestrebungen in Richtung Prävention und Gesundheitsförderung besonders für Hochrisikogruppen zu erhöhen (2006, S. 54). Als Beispiel für eine mögliche Umsetzung hierfür in Kärnten kann der Mädchengesundheitskalender 2007 vom Kärntner Frauengesundheitszentrum genannt werden. Dieser hat zum Ziel, niederschwellig, unabhängig von der Schulbildung sowie altersgerecht Informationen an Mädchen in Kärnten zu vermitteln. Dadurch sollen diese zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil motiviert werden (Frauengesundheitszentrum, o.D.).

Dem Gesundheitssektor wird darüber hinaus auch eine wichtige Rolle in der multisektoralen Zusammenarbeit zugesprochen. Durch das Aufzeigen von Ursachen, Verteilung und Tragweite von sozialer Ungleichheit können Wege zu gemeinsamen Lösungen aufgezeigt werden (Frauengesundheitszentrum, o.D.). Allgemein kann gesagt werden, dass jene VertreterInnen der Abteilungen und der politischen Ressorts des Amtes der Kärntner Landesregierung, mit welchen Interviews im Rahmen der Erstellung des Gesundheitsberichts geführt wurden, die Verantwortung für die Initiative und Koordination multisektoraler Zusammenarbeit beim Gesundheitsressort sehen. Diese Verantwortung wird auch von der Abteilung 12 Sanitätswesen des Landes Kärnten gesehen (Abt. 12, Interview am 26. Februar 2008), allerdings sind hierfür die erforderlichen Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Jedoch muss in den Abteilungen und Ressorts außerhalb des Gesundheitssektors ein Bedürfnis zur Zusammenarbeit entstehen, sodass alle die Notwendigkeit von gemeinsamen Aktivitäten für sinnvoll erachten. In Kärnten gibt es bereits in vielen Bereichen Strukturen und Netzwerkarbeit für eine qualitativ hochwertige Zusammenarbeit, z.B. arbeiten die Gesunden Gemeinden bereits stark mit einem multisektoralen Ansatz (W. Schantl, Landesrat, Interview am 6. Februar 2008).

Infrastruktur

Soziale Interaktion in Nachbarschaften und Gemeinden kann durch gezielte Infrastrukturplanung, wie die Schaffung von Plätzen zum Ausspannen und sozialen Austausch, erleichtert werden (Dahlgren & Whitehead, 2006, S. 83). Wie im Kapitel 6.1 ausgeführt, bedarf es der Einrichtungen der Grundversorgung, welche mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar sind, Wohngebiete für sozial Benachteiligte, die mit allen Grundversorgungseinrichtungen ausgestattet sind, und bei jeder Änderung muss deren Auswirkung auf sozial Benachteiligte mitgedacht werden (Social Exclusion Unit, 2003, S. 83).

Darüber hinaus gelten Vereinsaktivitäten als Beitrag zu einem aktiven sozialen Netzwerk. Im Kärntner Kinder- und Jugendgesundheitsbericht wurde aufgezeigt, dass die Mitgliedschaft in Vereinen bei

Kindern und Jugendlichen einen sozialen Gradienten aufweist. 62 % der Unterschicht und 38 % der Oberschicht sind in keinem Verein Mitglied (Amt der Kärntner Landesregierung, 2006, S. 36), womit sozial besser gestellten Gruppen bessere soziale Netzwerke zur Verfügung stehen als schlechter gestellten.

Recht

Das Kärntner Mindestsicherungsgesetz besagt in Paragraf 14: „Soziale Mindestsicherung bei Krankheit, Schwangerschaft und Entbindungen umfasst alle erforderlichen Leistungen mit Ausnahme der Geldleistungen, wie sie im Land Kärnten nach dem 2. Teil des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes pflichtversicherte Dienstnehmer bei Krankheit, für Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie bei Mutterschutz beanspruchen können.“ (K-MSG) Dieses Gesetz soll eine bestimmte Grundsicherung finanzieller Natur sicherstellen (Abt. 13, Interview am 5. Februar 2008). Darüber hinaus ist im Antidiskriminierungsgesetz festgelegt: „Den Organen [...] ist im Hinblick auf Maßnahmen, insbesondere in den Angelegenheiten a) Gesundheit, b) Soziales, c) Bildung, d) Zugang zu und Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen, die der Öffentlichkeit zur Verfügung stehen, einschließlich von Wohnraum, jegliche Diskriminierung von Personen aufgrund ihrer ethnischen Zugehörigkeit, ihrer Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters, der sexuellen Ausrichtung oder des Geschlechtes verboten“ (K-ADG, § 12). Diese beiden Gesetze können als Grundlage für die Setzung von Zielen bezüglich gesundheitlicher Gleichheit sein und können zur Reduktion der Ungleichheit beitragen (Dahlgren & Whitehead, 2006, S. 104-106).

Dahlgren und Whitehead führen die Einführung von Health Impact Assessments per Gesetz als notwendige Maßnahme an, um sicherzustellen, dass alle Sektoren bei jeder durchgeführten Maßnahme den Aspekt der Gesundheit, vor allem jenen der gesundheitlichen Chancengleichheit, beachten (2006, S. 107). Im Kapitel Multisektorale Verantwortung für Gesundheit wird detailliert auf das Thema der Einführung von Health Impact Assessments eingegangen (siehe Kapitel 6.2).

Kultur

Die Ermöglichung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben kann dazu beitragen, die Lebensqualität von sozial Benachteiligten zu erhöhen. Dies wird als essenziell für die Beseitigung von Chancengleichheit gesehen (Dahlgren & Whitehead, 2006, S. 40). In Kärnten werden in dieser Hinsicht bereits einige Maßnahmen gesetzt, wie im Kapitel Multisektorale Verantwortung ersichtlich wird (siehe Kapitel 6.2). In Kärnten wird eine enge Beziehung zwischen Gesundheit und Kultur gesehen (J. Haider, Landeshauptmann, Interview am 26. Februar 2008). Beispielsweise wurde durch die Einführung eines Kulturpasses der Zugang zu Kultur für sozial bedürftige Menschen erleichtert. Weiters werden vom Land Kärnten sowohl Kulturprojekte an Schulen gefördert als auch eigene Projekte für Kinder durchgeführt, z.B. Kids Mobil, Blauer Würfel, oder auf musikalische Früherziehung Wert gelegt (Abt. 5, Interview am 27. Februar 2008).

Landwirtschaft

Die Produktion von leistbaren gesunden Lebensmitteln wird von der WHO neben der Durchführung von Lebensmittelprogrammen, wo u.a. günstige Lebensmittel verteilt werden, als Maßnahme für die Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Gruppen angesehen (WHO, 2004, S. 8). Als Beispiel dafür kann ein Projekt aus den Niederlanden dienen, welches sich zum Ziel gesetzt hat, Personen mit finanziellen Schwierigkeiten zu gesunder Ernährung zu verhelfen. Hauptbotschaft dieses Projektes war, dass gesunde Hauptmahlzeiten nicht teuer sein müssen (Department of Public Health of the Regional Public Health Institute of South-Limburg, o.D.).

Soziales

Der Bereich Soziales kann durch die Verringerung sozialer Ungleichheit dazu beitragen, dass allen eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht wird, wie dies von der WHO verlangt wird (Dahlgren & Whitehead, 2006, S. 40). Die Entwicklung von Strategien zur Verringerung der generellen Armutsquote sowie von lang andauernder Armut wird von Dahlgren und Whitehead als Zielbereich unter anderem für den Sektor Soziales angeführt. Dazu beitragen kann – neben der Stützung des Einkommens für sozial Benachteiligte, wie AlleinerzieherInnen und arme Familien – auch die Sicherstellung, dass auch Ärmere durch ein öffentliches Sozialversicherungssystem medizinische Versorgung beanspruchen können. Eine Gesellschaft, die auf Solidarität aufbaut, wird als weitere Grundvoraussetzung genannt (2006, S. 50-51). So wurde zum Beispiel in Kärnten im Dezember 2006 das Kärntner Mindestsicherungsgesetz (K-MSG) beschlossen. In Kärnten wird versucht, die materielle Lage von Familien zu verbessern, wie z.B. durch das Babygeld oder auch das Schulstartgeld. Weiters wurden elf Millionen Euro für die Zur-Verfügung-Stellung von Gratiskindergartenplätzen für Kinder ab drei Jahre vormittags abgestellt (J. Haider, Landeshauptmann, Interview am 26. Februar 2008). Für ärmere Bevölkerungsschichten wurden in Kärnten Sozialmärkte (SOMA) eingerichtet, in denen Waren der großen Handelsketten, die nicht mehr in den Verkauf kommen, aber noch nicht abgelaufen sind, stark verbilligt abgegeben werden (J. Haider, Landeshauptmann, Interview am 26. Februar 2008). Der Jugendfürsorgliche Dienst des Landes Kärnten kann als Spezifikum in Österreich betrachtet werden. Meist wird in Österreich der schulärztliche Dienst nebenberuflich von ÄrztInnen abgedeckt. In Kärnten ist dieser hauptamtlich im Land Kärnten verankert. Dadurch besteht die Möglichkeit, diesen Dienst qualitativ sehr gut abzusichern. Die Betreuung der Kinder fängt hier bereits bei der Mütterberatung an, geht weiter durch die Betreuung in den Kindergärten über die Schuleingangsphase bis zum Ausstieg aus der Pflichtschule. In den Bezirken erfüllt er eine Koordinatorenrolle, durch den an Kindergärten und Schulen Probleme frühzeitig entdeckt und aufgegriffen werden können. Hier wäre auch eine Schwerpunktsetzung in Richtung Gesundheitsförderung und Prävention unter der Voraussetzung, dass dafür ausreichend Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, möglich (Abt. 12, Interview am 26. Februar 2008). Weiters ist die Zusammenarbeit mit der Jugendwohlfahrt (Abteilung 13 Soziales, Jugend, Familie und Frau) ein wichtiges Anliegen, wodurch in den Bezirken vor Ort in Zusammenarbeit mit den SozialarbeiterInnen ein niederschwelliger Zugang zu Familien, zur Mütterberatung, zu Kindergärten und Schulen sichergestellt werden kann (Abt. 12, Interview am 26. Februar 2008).

Älteren Personen sollen durch deren Pensionen ausreichende finanzielle Mittel für die Bezahlung ihres Lebensunterhalts zur Verfügung stehen (Dahlgren & Whitehead, 2006, S. 50). In Kärnten werden durch die besondere SeniorInnenförderung Projekte, wie z.B. die Verkehrssicherheitsaktion „Sichtbar sicher“ oder das Kärntner Müttergeld, für Frauen über 60 Jahre, die ohne Versorgung sind (J. Haider, Landeshauptmann, Interview am 26. Februar 2008; Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler, Interview am 13. Februar 2008), gefördert sowie z.B. die Gripeschutzimpfung für MindestpensionsempfängerInnen unterstützt (Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler, Interview am 13. Februar 2008).

Darüber hinaus wird die Wichtigkeit von adäquater finanzieller Unterstützung von Arbeitslosen betont, wie auch die der Bildung für Arbeitslose, da sie gesundheitlich stark belastet sind (Dahlgren & Whitehead, 2006, S. 65). Ein Projekt für Arbeitslose stellt in Kärnten „Xund & Gscheid“ des Berufsförderungsinstituts dar, welches 3.200 arbeitssuchende KursteilnehmerInnen sowie 200 TrainerInnen erreichen will. Durch die Errichtung einer gesundheitsfördernden Lernumgebung und die Vermittlung von gesundheitsrelevantem Wissen sollen persönliche Ressourcen gestärkt werden und zugleich eine Möglichkeit, einen gesundheitsfördernden Lebensstil auszuprobieren, geboten werden (BFI, 10.02.2008).

Umwelt

Maßnahmen zur Eindämmung von Energieverbrauch durch schlecht gedämmte Häuser sowie die Kontrolle von Energiepreisen können dazu beitragen, dass sozial Schwächere weniger belastet sind (Dahlgren & Whitehead, 2006, S. 50). Die Förderrichtlinien in der Wohnbauförderung gehen immer mehr in Richtung Klimaschutz, indem erneuerbare Energie und Solarenergie gefördert werden. Durch diese hohen Klimaschutzanforderungen wird aber nach Ansicht der Abteilung 4 Finanzen, Wirtschaft, Wohnungs- und Siedlungswesen möglicherweise aufgrund höherer Baukosten für Niedrigenergiehäuser mit den Förderungen nicht mehr das sozial schwächere Klientel bedient, wobei aber der erste Ansatz in der Wohnbauförderung der soziale Wohnbau ist (Abt. 4, Interview am 29. Jänner 2008).

Wirtschaft und Arbeit

Eine Arbeitsmarktpolitik, die eine Vollbeschäftigung ermöglicht, familienfreundlich ist und vor allem die Beschäftigung von sozial Benachteiligten im Auge hat, kann zur gesundheitlichen Chancengleichheit beitragen (Dahlgren & Whitehead, 2006, S. 65). Ein Kärntner Beispiel hierfür ist „SOKO Radenthein“. Ein Projekt, das zum Ziel hat, Benachteiligte zu integrieren. Erreicht werden soll dies durch eine Steigerung der Ausbildungsplätze, Förderung der Sozialkompetenz und des Gesundheitsverhaltens. Angebote, die zur Zielerreichung beitragen sollen, sind Outdoor-Trainings, Erste-Hilfe-Kurse, ECDL-Kurse, Rhetorik-Trainings sowie Workshops zur Suchtprävention (Projekt: „SOKO Radenthein“, o.D.).

Aber auch Personen, die im Arbeitsleben stehen, müssen anhand von Maßnahmen erreicht werden. Neben der Demokratisierung in Betrieben, dem Vermitteln von Wissen, wie man Tätigkeiten so ausführen kann, dass sie der Gesundheit nicht schaden, ist auch die Weiterentwicklung der Arbeitsstätte zu einem gesundheitsfördernden Setting als möglicher Ansatzpunkt zu erwähnen (Dahlgren & Whitehead, 2006, S. 62-63). Geschafft werden kann dies unter anderem durch betriebliche Gesundheitsförderung, wie sie im Kapitel Settings (siehe Kapitel 6.1) näher ausgeführt wird. „Healthy Amagerforbraending“, ein Projekt aus Dänemark, zeigt, wie vor allem weniger qualifizierte ArbeitnehmerInnen durch körperliche Aktivität, Teilnahme an persönlichkeitsstärkenden Seminaren und Kursen zur Stärkung des Lese- und Schreibvermögens eine höhere Lebensqualität erreichen können (DETERMINE, 01.01.2007). Im Amt der Kärntner Landesregierung wird mit dem Projekt Landesmentoring speziell darauf geachtet, dass Frauen mittelfristig mehr in Führungspositionen kommen und in ihrer Karriere unterstützt werden. Karrierestrategien und Erfahrungen sollen ausgetauscht sowie neue Netzwerke geknüpft werden (Frauenreferat Kärnten, o.D.b). Dies ist hinsichtlich dessen, dass Frauen auch in Kärnten weiterhin weniger Bezahlung für die gleiche Arbeit als Männer bekommen, im Durchschnitt eine geringere berufliche Stellung haben, dass Arbeitsbereiche, die hauptsächlich von Frauen versehen werden, einen geringeren gesellschaftlichen Stellenwert einnehmen, und Frauen auch durch persönliche oder familiäre Umstände verstärkt in der Ausübung eines Berufs behindert werden (Liegler, 2004, S. 197-198), ein wichtiger und vorbildhafter Beitrag zur Verringerung sozialer Ungleichheit. Jugendarbeitslosigkeit ist in Kärnten nur latent vorhanden. Seit einem Jahr gibt es Berufsorientierungsveranstaltungen in den Bezirken, in denen Jugendlichen und deren Eltern vermittelt wird, welche Berufe in der Region mit welchen Chancen verbunden sind. Gleichzeitig sollen verschiedene Ausbildungsformen hinsichtlich ihres Images optimiert werden (Büro Landesrat U. Scheuch, Interview am 12. Februar 2008). Dies ist ein wichtiger Beitrag zur Verringerung sozialer Ungleichheit, da eine Ausgrenzung aus dem Erwerbsleben sowohl finanzielle als auch psychosoziale Belastungen hinsichtlich des Verlustes des sozialen Status und der Selbstidentität mit sich bringt (Elkeles, 2003, S. 658).

Darüber hinaus schlägt die WHO eine Integration von Strategien zur Steigerung gesundheitlicher Chancengleichheit in die Strategien für Wirtschaftswachstum vor. Das Wirtschaftswachstum soll generell zum Ziel haben, gleichen Zugang für alle zum Bildungs- und Gesundheitssystem zu schaffen sowie die Lebensqualität zu verbessern (Dahlgren & Whitehead, 2006, S. 40).

Wissenschaft und Forschung

Von der WHO wird die Vertiefung der Forschungserkenntnisse im Bereich soziale Ungleichheit gefordert sowie die Sammlung von Daten über den Gesundheitszustand in verschiedenen sozioökonomischen Gruppen (Dahlgren & Whitehead, 2006, S. 19). Die Verlaufsbeobachtung und regelmäßige Berichterstattung wird als essenziell für die Entwicklung von zielgerichteten Maßnahmen gesehen. Ein um den Faktor Gesundheit korrigiertes Bruttosozialprodukt kann helfen, über das Ausmaß von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit Auskunft zu geben (Dahlgren & Whitehead, 2006, S. 19-40).

Neben der Sammlung quantitativer Daten zu sozialen Merkmalen der Bevölkerung in der Routinedatensammlung im Gesundheitsbereich sowie auch in anderen Sektoren wird auch die Evaluation von gesetzten Maßnahmen empfohlen. Die dadurch gewonnenen Daten können Auskunft darüber geben, was sich als effektiv erweist und was nicht (Closing the gap, 2007, S. 4). Darüber hinaus wäre es empfehlenswert, einen wissenschaftlichen Pilotversuch eines Health Impact Assessments mit speziellem Fokus auf gesundheitliche Ungleichheiten durchzuführen und die Auswirkungen, Vor- und Nachteile dieses Prozesses zu evaluieren.

4.5 Zusammengefasste Ergebnisse und Maßnahmenempfehlungen

Zusammengefasste Ergebnisse:

(Fernere) Lebenserwartung

- 2006 hatten in Kärnten Frauen eine Lebenserwartung von 83 Jahren und Männer von 77 Jahren. Während die Lebenserwartung 1970 zu den niedrigsten im Österreichvergleich zählte, lag sie 2006 im österreichischen Schnitt und bis zum Jahr 2050 wird für Frauen der höchste Anstieg, für Männer der zweithöchste Anstieg an Lebenserwartung österreichweit prognostiziert.
- Die fernere Lebenserwartung liegt für Frauen und Männer im österreichischen Schnitt, bis zum Jahre 2050 wird ein über dem österreichischen Schnitt liegendes Anwachsen der ferneren Lebenserwartung sowohl für Kärntnerinnen als auch für Kärntner vorausgesagt.

Mortalität

- Die Gesamtmortalität mit 422 pro 100.000 Personen liegt in Kärnten unter dem österreichischen Schnitt, innerhalb Kärntens ist ein Ost-West-Gefälle zwischen den Bezirken sichtbar. Die Gesamtmortalität ist von Männern fast doppelt so hoch wie von Frauen. Obwohl sie sich bei beiden Geschlechtern seit 1980 fast halbiert hat, ist sie bei Frauen stärker zurückgegangen als bei Männern.
- Die vorzeitige Mortalität liegt ebenfalls unter dem österreichischen Schnitt. Die vorzeitige Mortalität ist bei Männern mehr als zweimal so hoch wie bei Frauen, einzige Ausnahme bildet Hermagor, wo eine höhere Rate bei Frauen als bei Männern zu finden ist.
- 29 % aller Todesfälle wurden 2006 durch bösartige Neubildungen verursacht. Prozentuell werden mehr Todesfälle von Kärntnern als von Kärntnerinnen durch bösartige Neubildungen verursacht. Insgesamt ist die Rate der Todesfälle durch bösartige Neubildungen zurückgegangen, wenngleich deren prozentueller Anteil an allen Todesursachen von 21 % auf 29 % zugenommen hat.
- Die vorzeitige Sterblichkeit aufgrund bösartiger Neubildungen ist in Kärnten höher als die Gesamtmortalität, jeder dritte Todesfall wird durch diese verursacht. Prozentuell sterben mehr Frauen als Männer an bösartigen Neubildungen, im zeitlichen Verlauf ist ein Gesamtanstieg von neun Prozent der durch diese Erkrankungen verursachten Todesfälle in Kärnten zu beobachten.
- Die häufigste Todesursache war 2006 eine Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems (jeder dritte Todesfall). 124 Kärntnerinnen und 188 Kärntner pro 100.000 EinwohnerInnen verstarben 2006 an Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems. Es ist jedoch bereits ein relativer Rückgang der Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen festzustellen.

- Rund 15 % der vorzeitigen Todesfälle (also jeder sechste) wurden durch Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems verursacht. Eine höhere Anzahl an Männern verstarb durch diese Ursache. Auch bei den vorzeitigen Todesfällen sind jene, die durch Herz-Kreislaufkrankungen verursacht werden, seit 1980 zurückgegangen.
- Die Mortalitätsrate aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane ist in Kärnten im österreichischen Schnitt bei Männern die höchste und bei Frauen die zweithöchste, wobei sechs Prozent aller Todesfälle durch diese Ursache bedingt waren. Die Rate hat sich zwar im zeitlichen Verlauf seit 1980 fast halbiert, dennoch ist der relative Anteil an allen Todesursachen annähernd gleich geblieben.
- Erkrankungen der Atmungsorgane spielen bei der vorzeitigen Mortalität eine eher geringe Rolle, nur zwei Prozent aller Todesfälle werden durch diese ausgelöst. 2006 starben an dieser Krankheit vier KärntnerInnen pro 100.000 Personen, drei Männer und vier Frauen pro 100.000 EinwohnerInnen in Kärnten.
- Erkrankungen der Verdauungsorgane verursachten 2006 fast fünf Prozent aller Todesfälle in Kärnten (21 Todesfälle pro 100.000), eine über dem österreichischen Schnitt liegende Rate. Insgesamt ist ein leichter Rückgang der Todesfälle aufgrund dieser Erkrankungen festzustellen.
- Die vorzeitige Mortalität aufgrund von Erkrankungen der Verdauungsorgane zeigt in etwa ein gleiches Muster wie bei der Gesamtsterblichkeit aufgrund von Krankheiten der Verdauungsorgane, vor allem, wenn man die Bezirke analysiert. Die Sterblichkeitsrate der Männer war dreimal höher als jene der Frauen. Auch hier ist ein leichter Rückgang im Verlauf der Zeit feststellbar.
- 40 Todesfälle pro 100.000 EinwohnerInnen wurden 2006 in Kärnten durch Verletzungen und Vergiftungen verursacht. Prozentuell werden mehr Todesfälle durch Verletzungen und Vergiftungen bei Männern ausgelöst, wenngleich bei beiden Geschlechtern die Anteile zurückgegangen sind.
- 2006 ist jeder fünfte vorzeitige Todesfall Verletzungen und Vergiftungen zuzuschreiben. Die Rate ist im Bundesländervergleich die dritthöchste. Insgesamt ist der Anteil an Todesfällen durch Verletzungen und Vergiftungen die zweithäufigste Todesursache bei allen vorzeitigen Todesfällen. Im zeitlichen Verlauf starben immer mehr Männer als Frauen an dieser Todesursache. Bei beiden Geschlechtern ist jedoch diese Todesursache rückläufig.
- Eine Analyse der Mortalität der einzelnen Kärntner Bezirke zeigt, dass 2006 im Bezirk Völkermarkt die höchste Gesamtmortalitätsrate zu finden war, auch die vorzeitige Mortalitätsrate war in Völkermarkt eine der höchsten in ganz Kärnten. Im Bezirk Klagenfurt-Land sind hohe Mortalitätsraten bei der Gesamtmortalität der Frauen zu finden sowie hohe Mortalitätsraten durch Erkrankungen der Atmungsorgane sowie durch Verletzungen und Vergiftungen. Auch der Bezirk Klagenfurt weist eine hohe Mortalitätsrate aufgrund von Erkrankungen der Atemwegsorgane auf (sowohl bei der Gesamtmortalität als auch bei der vorzeitigen Mortalität). Der Bezirk mit der niedrigsten Mortalitätsrate war 2006 in Kärnten Hermagor, wenngleich in diesem Bezirk eine hohe Mortalitätsrate bei Todesfällen verursacht durch Verletzungen und Vergiftungen auftrat.
- Die Säuglingssterblichkeit lag 2006 im österreichischen Schnitt, insgesamt ist sie seit 2002 immer unter fünf Verstorbenen pro 1.000 Lebendgeborenen geblieben. 2006 starben mehr weibliche als männliche Säuglinge in Kärnten.

Gesundheitszustand

- Jede/r dritte KärntnerIn litt zum Zeitpunkt der Befragung an mindestens einer, im Schnitt an 2 chronischen Krankheiten.
- Frauen gaben häufiger als Männer an, zum Zeitpunkt der Befragung an einer chronischen Krankheit zu leiden, dabei gaben beide Geschlechter dieselben fünf chronischen Krankheiten als die häufigsten, an denen sie je litten, an: Wirbelsäulenbeschwerden, Migräne oder häufige Kopfschmerzen, Allergien, Bluthochdruck und Arthrose, Arthritis oder Gelenksrheumatismus. Während Frauen und Männer im selben Ausmaß Wirbelsäulenbeschwerden angaben, gaben doppelt so viele Frauen wie Männer Migräne oder häufige Kopfschmerzen an.
- Ältere gaben häufiger an, derzeit an chronischen Krankheiten zu leiden, bei den 15- bis 24-Jährigen

waren es 12 %, bei den über 75-Jährigen 68 %.

- Allergien, allergisches Asthma und Migräne sind chronische Krankheiten, die von jungen Menschen gleich häufig oder häufiger als von älteren angegeben wurden. Erst ab 55 Jahre wurden die chronischen Krankheiten Herzinfarkt, Grauer Star, Schlaganfall oder Gehirnblutung und Osteoporose angegeben.
- Jüngere Frauen gaben häufiger an, an einer chronischen Krankheit zu leiden, als Männer desselben Alters, mit zunehmendem Alter verschwindet jedoch dieser Unterschied. Jüngere Männer gaben häufiger als Frauen an, an allergischem Asthma zu leiden. Ältere Männer geben häufiger als Frauen an, an Tinnitus zu leiden, während Frauen Osteoporose häufiger nannten, eine Erkrankung, die kaum von Männern angegeben wurde.
- Personen mit Pflichtschulabschluss litten jemals im Schnitt an drei chronischen Krankheiten, während Personen mit Matura oder akademischem Abschluss an nur einer litten. Dieser soziale Gradient bestätigt sich auch beim Blick auf den Anteil der Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung an einer chronischen Krankheit litten: Bei den PflichtschulabgängerInnen sind es 41 %, bei Personen mit Matura 25 %, aber bei Personen mit Hochschulabschluss sind es 37 %.

Subjektive Gesundheit

- Mehr als zwei Drittel der KärntnerInnen gaben an, einen „sehr guten“ oder „guten“ Gesundheitszustand zu haben, das sind etwas weniger als im österreichischen Schnitt, zugleich gaben mehr KärntnerInnen als andere ÖsterreicherInnen einen „mittelmäßigen“ Gesundheitszustand an.
- Kärntner schätzten ihren Gesundheitszustand besser ein als Kärntnerinnen, mit zunehmendem Alter schätzten weniger Personen ihre Gesundheit als „Sehr gut“ und „Gut“ ein. 94 % der 15- bis 24-Jährigen gaben einen „sehr guten“ und „guten“ Gesundheitszustand an, bei den über 74-Jährigen waren es nur mehr 31 %.
- Während 96 % der AkademikerInnen ihren Gesundheitszustand als „Sehr gut“ und „Gut“ einschätzten, sind es bei den PflichtschulabgängerInnen nur 68 %.

Daraus folgende Maßnahmenempfehlungen:

Eine zentrale von der WHO empfohlene Strategie gegen gesundheitliche Chancenungleichheit, wie diese auch in Kärnten aufgrund der vorliegenden Ergebnisse existent ist, ist, die Verantwortung für Gesundheit in allen Sektoren zu verankern und sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu fördern. Dieser Strategie ist im vorliegenden Bericht ein eigenes Kapitel gewidmet, dessen Empfehlungen auch für die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit herangezogen werden können (siehe Kapitel 6.2). Darüber hinaus sind vor allem folgende Maßnahmenempfehlungen zu bedenken:

Für den Gesundheitssektor

- Dem Gesundheitssektor wird von der WHO eine wichtige Rolle als Koordinator für das Setzen von Maßnahmen gegen gesundheitliche Ungleichheit zugeschrieben (WHO, 1999b, S. 189-190). Hierfür gibt es in Kärnten bereits ein breites Verständnis, auf das zielführend aufgebaut werden kann.
- Die Sicherstellung des Zugangs zum Gesundheitssystem und zur Gesundheitsförderung und zu Präventionsmaßnahmen für alle gilt als wichtiger Aspekt zur Schaffung von gesundheitlicher Gleichheit. Als Beispiel dafür kann die Marienambulanz der Caritas in Graz dienen, welche medizinische Erst- und Grundversorgung anbietet. Zielpublikum sind sowohl Unversicherte als auch Menschen mit Versicherung, die aus verschiedenen Gründen nicht im öffentlichen Gesundheitswesen Hilfe suchen wollen, wie zum Beispiel Alkoholranke oder Personen mit Drogenproblemen. Aber auch Personen mit sprachlichen Barrieren oder schlechten Erfahrungen im Gesundheitswesen können Leistungen der Marienambulanz in Anspruch nehmen (Caritas, o.D.).

Für die Zusammenarbeit mit dem Bildungssektor

- Wie weiter oben ausgeführt, kann das Bildungssystem einen großen, grundlegenden Beitrag zur Verminderung der gesundheitlichen Ungleichheit durch gleiche Bildungschancen für alle leisten.
- Zur Reduktion ökonomischer Barrieren für sozial schwache Familien können Stipendienprogramme und Information über bereits bestehende finanzielle Hilfeleistungen beitragen.
- Gesunde Schulen sind eine Maßnahme, die der Bildungssektor setzen kann, um auch benachteiligte sozioökonomische Gruppen mit Gesundheitsmaßnahmen zu erreichen. Der Bildungssektor wird in Kärnten bereits durch das Gesundheitsland Kärnten und die Kärntner Gebietskrankenkasse bei der Verwirklichung von gesundheitsfördernden Schulen unterstützt (siehe hierzu Kapitel 6.1). Über die im Kapitel Settings genannten Maßnahmen hinaus könnte eine Schwerpunktsetzung auf die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit gelegt werden.

Für die Zusammenarbeit mit dem Finanzsektor

- Neben der Sicherstellung von öffentlicher Finanzierung für Gesundheit, Bildung und öffentlichen Transport ist die Förderung und Unterstützung von gesunden Wachstumsstrategien für die Wirtschaft wichtig, die Gleichberechtigung fördern und Arbeit für viele schaffen.

Für die Zusammenarbeit mit dem Infrastruktursektor

- Gesundheitsförderliche Umwelten zu schaffen, gilt als effektiv, um auch gesundheitlich benachteiligte Gruppen zu erreichen. Daher sollen in Raumordnungsplänen z.B. Plätze für soziale Interaktion verankert werden wie auch mehr Grünflächen zur Verfügung stehen, Fußgängerwege und Fahrradwege breit genug sein, Parkplätze und Straßen minimiert werden (siehe auch Maßnahmenempfehlungen im Kapitel 6.1).

Für die Zusammenarbeit mit dem Rechtssektor

- Die Durchführung von Health Impact Assessments kann vorerst als Pilotversuch getestet werden, um so Erfahrungen für eine mögliche gesetzliche Verankerung zu gewinnen. Auf diesem Weg kann sichergestellt werden, dass bei allen Entscheidungen auf Landesebene der Aspekt der gesundheitlichen Chancenungleichheit mitgedacht wird.

Für die Zusammenarbeit mit dem Kultursektor

- Die Förderung der Teilhabe sozial benachteiligter Gruppen an Kultur ist ein wichtiger Schritt, um diese Gruppen am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu lassen und damit ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen. Kärnten kann bereits auf einen Kulturpass und andere Aktivitäten aufbauen. Diese Aktionen und deren Auswirkung auf Beteiligung und gesundheitliche Ungleichheit sollten evaluiert und bei positiven Ergebnissen weitergeführt werden.

Für die Zusammenarbeit mit dem Landwirtschafts-, Wirtschafts- und Arbeitssektor

- Zur-Verfügung-Stellung von leistbaren Lebensmitteln und Sensibilisierung der Zielgruppe auf Möglichkeiten des Einkaufs sind Maßnahmen, die vom Landwirtschafts- und Wirtschaftssektor unterstützt werden können. Zum Beispiel kann durch die Vermittlung der Botschaft, dass gesunde Ernährung auch kostengünstig sein kann, und durch die Vermittlung der Fähigkeiten erreicht werden, dass Personen mit finanziellen Schwierigkeiten sich gesünder ernähren.
- Betriebliche Gesundheitsförderung gilt als Möglichkeit, gesundheitliche Ungleichheit bei ArbeitnehmerInnen zu reduzieren (siehe auch Kapitel 6.1).
- Öffentliche Stellen können eine Vorbildwirkung auf andere Stellen haben und diese zur Bezahlung gleicher Löhne und Gehälter sowohl für Frauen als auch für Männer motivieren, womit sichergestellt wird, dass ein gleiches Einkommen für gleiche Tätigkeit bezahlt wird, wie dies zum Beispiel bereits im Landesmentoring gemacht wird.
- Als effektive Vorgangsweise gilt auch, das Ziel der Verbesserung der Lebensqualität der gesamten

Bevölkerung im Wirtschaftsbereich zu verankern und damit zum Ziel der Wirtschaftswachstumsstrategien zu machen.

Für die Zusammenarbeit mit dem Sozialektor

- Einige Maßnahmen zur Verringerung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten werden in Kärnten bereits umgesetzt. Die Auswirkungen dieser Maßnahmen auf Ungleichheiten wären zu überprüfen und zu monitoren, um diese dann erfolgversprechend zu adaptieren und weiterzuführen. Auf Zielgruppen, die besonderer Beachtung bedürfen (wie z.B. Kinder, Ältere, Arbeitslose, MigrantInnen etc.), ist hier Rücksicht zu nehmen.

Für die Zusammenarbeit mit dem Umweltsektor

- Neben Maßnahmen zur Verbesserung der Wärmedämmung und Energieeffizienz bei Gebäuden ist sicherzustellen, dass die Energie- und Heizkosten für Personen mit wenig Einkommen wenn, dann nur kontrolliert steigen. Das heißt, die Fortsetzung und Sicherstellung der jährlichen Heizkostenzuschüsse sowie die jährliche Kontrolle, ob deren Höhe adäquat und niederschwellig zugänglich ist, wäre wünschenswert. Auch hier wäre eine Überprüfung der Auswirkung von Änderungen der Förderungen im Bereich Bauen und Wohnen auf die gesundheitliche Ungleichheit wichtig und relevant, damit adäquate (Gegen-)Maßnahmen getroffen werden können.

Für die Zusammenarbeit mit Wissenschaft und Forschung

- Erforschung der Zusammenhänge bei und des Ausmaßes an gesundheitlicher Ungleichheit. Damit Forschung auf dem Gebiet der gesundheitlichen Ungleichheit vorangetrieben werden kann, braucht es u.a. auch verlässliche Daten über deren Ausmaß. Daher ist das Erheben von soziodemografischen Faktoren für alle Gesundheitsdaten von größter Wichtigkeit.
- Wie bereits beim Sektor Recht angesprochen, ist es von großer Wichtigkeit, dass bei jeder politischen und gesetzlichen Entscheidung der Aspekt der Gesundheit und der gesundheitlichen Ungleichheit mitbedacht wird (Health Impact Assessment) und diese Prozesse und Methoden weiterentwickelt und erforscht werden.

4.6 Psychische Gesundheit

4.6.1 Psychische Gesundheit in Kärnten

In zumindest jeder vierten Familie lebt in Europa eine Person, die eine psychische Störung hatte. Weiters geht die WHO davon aus, dass jede/r Fünfte irgendwann in seinem Leben eine Depression bekommen wird. Derzeit machen psychische Krankheiten 12 % der Krankheitslast aus, bis zum Jahr 2020 soll dieser Anteil auf 15 % ansteigen (WHO, 2003, S.1). Es wird davon ausgegangen, dass in Kärnten derzeit mindestens 39.000 Menschen an einer behandlungsbedürftigen Depression leiden, das entspricht rund 6,9 % der Bevölkerung (Eisner, 2008, S. 4).

Als Risikofaktoren für die psychische Gesundheit werden u. a. schlechte Ernährung, Armut, Zugang zu Drogen und Alkohol, Isolation, Ausschluss aus der Gesellschaft, Arbeitslosigkeit, aber auch Gewalt und Kriminalität genannt. Als unterstützende Faktoren für psychische Gesundheit werden demgegenüber soziale Partizipation und Unterstützung, soziale Netzwerke sowie Beschäftigung gesehen (Marshall Williams, Saxena & V. McQueen, 2005, S. 7).

Um Aussagen über die psychische Gesundheit der ÖsterreicherInnen tätigen zu können, wurden im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2006/2007 die TeilnehmerInnen zu ihrer Stimmung im letzten Monat interviewt. Folgende Stimmungslagen wurden abgefragt: Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen ...?

- sehr nervös
- so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte
- ruhig und gelassen
- bedrückt und traurig
- glücklich
- voller Schwung
- voller Energie
- erschöpft
- müde

Vier dieser neun Stimmungslagen können als positiv konnotiert angesehen werden (ruhig und gelassen, glücklich, voller Schwung und voller Energie), die anderen fünf beschreiben negativ konnotierte Stimmungslagen. Anstrebenswert sind dabei ein möglichst hoher Anteil an Personen mit positiven Stimmungslagen („immer“ und „meistens“ bei den vier zuvor genannten positiv konnotierten Befinden) sowie möglichst wenige mit negativen Stimmungslagen (Personen mit „nie“ und „manchmal“ bei den anderen).

Zwischen ein und sechs Prozent der KärntnerInnen gaben an, sehr nervös, niedergeschlagen, bedrückt und traurig, erschöpft oder müde gewesen zu sein, während demgegenüber zwischen zwölf und 24 % manchmal oder nie ein positives Befinden hatten (siehe Tabelle 4.3.2 Psychische Gesundheit). Ein Vergleich mit den Daten für ganz Österreich zeigt, dass die KärntnerInnen im Vergleich zu den übrigen ÖsterreicherInnen häufiger angeben, immer, meistens oder ziemlich oft positives Befinden zu haben. Nur bei „sehr nervös“, „niedergeschlagen“ und „bedrückt und traurig“ gaben gleich viele oder mehr KärntnerInnen an, dies immer oder meistens in den letzten vier Wochen gewesen zu sein. Das heißt, es ist davon auszugehen, dass KärntnerInnen eine bessere psychische Gesundheit haben als andere ÖsterreicherInnen.

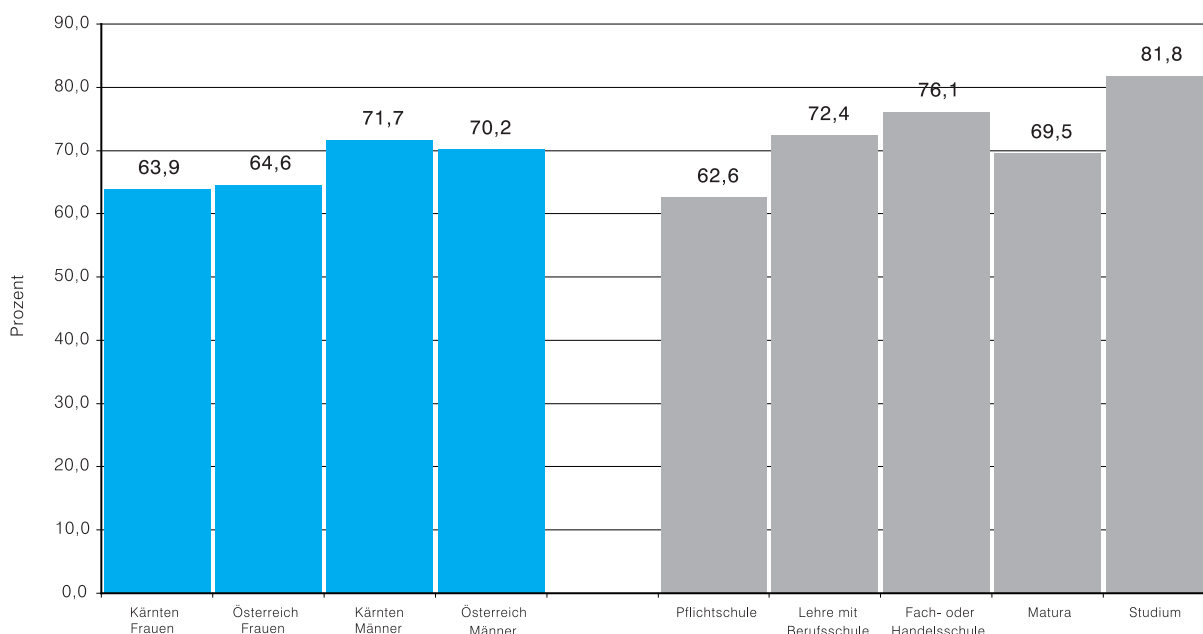
Im Bundesländervergleich ist ein Ost-West-Gefälle insofern sichtbar, als dass die meisten Personen mit negativer Stimmung bzw. selten vorkommendem positivem Befinden zumeist in Wien und dem Burgenland zu finden sind und die wenigsten Personen mit negativem Befinden und zugleich die meisten mit positiver Stimmungslage in acht von neun erfragten Stimmungslagen in Vorarlberg zu finden sind.

Betrachtet man die psychische Gesundheit der KärntnerInnen nach Geschlecht, so wird deutlich, dass ein größerer Anteil an Frauen selten oder nie ein positives Befinden in den letzten vier Wochen aufzeigte als an Männern, während sich bei den fünf negativ konnotierten Stimmungslagen kein eindeutiges Bild abzeichnet. Frauen haben demnach insgesamt eine schlechtere psychische Gesundheit als Männer. Ein Vergleich der Kärntnerinnen mit den übrigen Österreicherinnen zeigt, dass ein geringfügig höherer Prozentanteil „sehr nervös“ angab, während bei den anderen Stimmungslagen die jeweiligen Anteile bei den anderen Österreicherinnen höher waren. Bei Männern ist dies bei der Nervosität und der Müdigkeit der Fall.

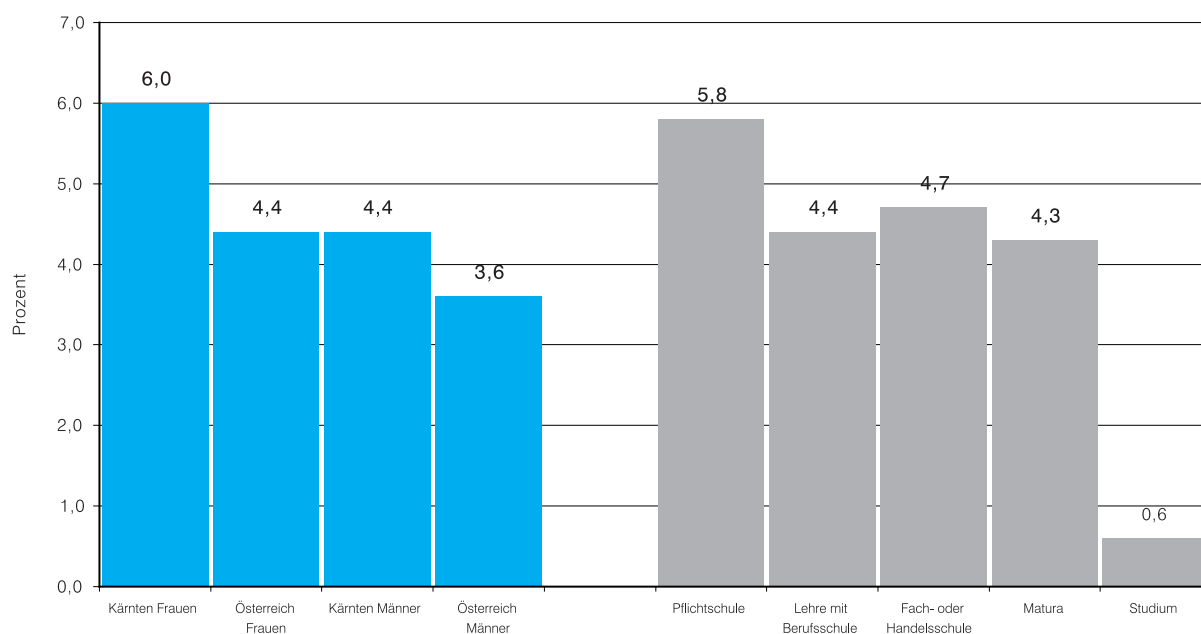
Mit steigendem Alter nimmt der Anteil jener Personen zu, die einerseits „immer“ oder „meistens“ ein negatives und andererseits „selten“ oder „nie“ ein positives Befinden angaben. Die größte Zunahme mit dem Alter ist bei der Müdigkeit, gefolgt von der Nervosität, zu sehen, die niedrigste Zunahme bei der Niedergeschlagenheit. Ältere geben auch häufiger an, „manchmal“ oder „nie“ ein positives Befinden gehabt zu haben. Besonders stark nimmt die Zahl jener ab, die immer oder meistens „voller Schwung“ waren.

Nach Alter und Geschlecht betrachtet, zeigt sich, dass vor allem ältere Frauen seltener als jüngere Frauen angeben, in den letzten vier Wochen „immer“ oder „meistens“ ein positives Befinden gehabt zu haben. Männer ab 75 Jahre geben dreimal häufiger an, „immer“ oder „meistens“ voller Schwung und Energie, und zweimal häufiger an, glücklich gewesen zu sein, als Frauen. Demgegenüber geben Männer ab 75 Jahre auch dreimal häufiger an, niedergeschlagen gewesen zu sein, als Frauen.

Anteil an Personen, die während der letzten vier Wochen immer oder meistens glücklich waren, nach Geschlecht (Vergleich Kärnten und Österreich) und Bildung (nur Kärnten) im Jahr 2006/2007



Anteil an Personen, die während der letzten vier Wochen immer oder meistens sehr nervös waren, nach Geschlecht (Vergleich Kärnten und Österreich) und Bildung (nur Kärnten) im Jahr 2006/2007



Personen mit niedrigerem Bildungsabschluss geben öfter an, „immer“ oder „meistens“ nervös oder müde gewesen zu sein, gleichzeitig sind sie öfters „manchmal“ und „nie“ voller Energie und Schwung, glücklich und ruhig. Demgegenüber stehen Personen mit Studium, die häufiger angeben, in den letzten vier Wochen erschöpft gewesen zu sein. Insgesamt kann jedoch ein sozialer Gradient festgestellt werden, da bei den um den Einfluss des Alters bereinigten Daten sichtbar wird, dass Personen mit niedrigen Schulabschlüssen häufiger angeben, ein negatives Befinden gehabt zu haben, und gleichzeitig seltener positive Stimmungslagen angeben.

Eine Analyse der psychischen Gesundheit nach Bildung und Geschlecht ergibt, dass vor allem Männer mit Pflichtschulabschluss häufiger angeben, in den letzten vier Wochen „immer“ oder „meistens“ eine negative Stimmungslage gehabt zu haben. Frauen mit Pflichtschulabschluss geben demgegenüber öfter an, „nie“ oder „selten“ in einer positiven Stimmungslage gewesen zu sein. Ähnliches gilt für Personen mit mindestens der Matura. Darüber hinaus lassen sich bei diesen nicht um den Einfluss des Alters korrigierten Daten keine weiteren eindeutigen Aussagen treffen.

Weitere Aussagen über die psychische Gesundheit der KärntnerInnen können aufgrund der zuvor in diesem Kapitel präsentierten Daten zu chronischen Krankheiten getroffen werden. Im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2006/2007 wurden die Personen auch befragt, ob sie jemals an chronischen Angstzuständen gelitten haben. Diese Frage bejahten sieben Prozent der KärntnerInnen, wobei mehr Frauen (neun Prozent) als Männer (vier Prozent) angaben, je an dieser Krankheit gelitten zu haben. Im Bundesländervergleich ist in Kärnten gemeinsam mit Vorarlberg der niedrigste Anteil an Personen, die je an einem chronischen Angstzustand gelitten haben, zu finden. Mit zunehmendem Alter und sinkendem Bildungsniveau steigt der Anteil derjenigen, die nach eigenen Angaben je unter chronischen

Angustzuständen litten (siehe Tabelle 4.3.1 Chronische Krankheiten). Diese Tendenzen sind auch zu sehen, wenn die Daten nach Geschlecht getrennt analysiert werden.

Wie weiter oben erläutert, werden der Konsum von Drogen und Alkohol als Risikofaktoren für die psychische Gesundheit gesehen. Im Rahmen dieses Berichtes werden Daten zum Konsum von Alkohol, Drogen und Tabak (siehe Kapitel 5) präsentiert, daher werden im Folgenden die Daten zu diesen Bereichen zusammengefasst dargestellt, eine ausführlichere Analyse ist in den jeweiligen Kapiteln zu finden.

KärntnerInnen geben häufiger als andere ÖsterreicherInnen an, im letzten Jahr viermal Alkohol konsumiert zu haben (siehe Tabelle 5.6 Alkohol), zugleich gibt es jedoch weniger KärntnerInnen mit problematischem Alkoholkonsum als im österreichischen Schnitt. In Kärnten geben Männer häufiger an, im letzten Jahr viermal Alkohol getrunken zu haben, als Frauen, mit sinkendem Schulabschluss steigt der Anteil der Personen, denen ein problematischer Alkoholkonsum² zugeschrieben werden kann.

Ein ähnliches Verhaltensmuster ist beim Risikofaktor Tabak zu sehen (siehe Tabelle 5.5 Tabak). Männer weisen einen höheren Anteil an Rauchern als Frauen auf, zugleich sinkt mit steigendem Bildungsabschluss der Anteil der RaucherInnen in Kärnten. Demgegenüber nimmt mit steigendem Schulabschluss die Anzahl der Personen zu, die angeben, bereits mindestens einmal im Leben Haschisch oder Marihuana konsumiert zu haben. Des Weiteren ist beim Risikofaktor „Illegale Drogen“ zu beobachten, dass eher jüngere Personen zu den KonsumentInnen zu zählen sind (siehe Tabelle 5.7 Illegale Drogen).

4.6.2 Rahmenbedingungen zur Schaffung einer gesundheitsförderlichen Lebensumwelt

Bildung

Fehlender Zugang zu Bildung führt dazu, dass der/die Einzelne seine/ihre Lebensmöglichkeiten nicht voll ausschöpfen kann, dazu zählen schlechte Arbeitsbedingungen und niedrige wirtschaftliche Ressourcen (Jané-Llopis, Barry, Hosman & Patel, 2005, S. 10). Daher empfehlen Jané-Llopis et al. den gleichen Zugang zu Bildung nicht nur für Kinder, sondern auch für Erwachsene sicherzustellen (2005, S. 10), da dieser zur Erhöhung gesundheitlicher Chancengleichheit beiträgt (siehe dazu auch: Kapitel 4.1.4).

Darüber hinaus eignet sich das Setting Schule und Kindergarten gut für das Setzen von effektiven Interventionen, nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass Kinder und Jugendliche einen Großteil ihrer Lebenszeit in diesem Setting verbringen (Jané-Llopis & Barry, 2005, S. 48). Ein positives Schul- und Kindergartenumfeld kann dazu beitragen, dass Kinder Lebenskompetenzen und somit u.a. Problemlösungsstrategien erlernen können. Weiters ist die Schule ein Ort, an dem soziale Netzwerke aufgebaut werden (Jané-Llopis & Barry, 2005, S. 48). Die Voraussetzungen und notwendigen Maßnahmen für die Schaffung einer gesundheitsförderlichen Schule oder eines gesundheitsförderlichen Kindergartens werden im Kapitel 6.1 ausführlich beschrieben, wo auch Modellprojekte präsentiert werden.

Finanzen

Wie bereits dargestellt, kann der Konsum von Alkohol oder anderen zur Abhängigkeit führenden Substanzen zu einer schlechteren psychischen Gesundheit führen. Als effektive Intervention wird empfohlen, durch hohe Steuern deren Verfügbarkeit einzuschränken (Andersen, 2000, S. 71). Dadurch kann die Nachfrage nach Alkohol und Tabak, wie auch in den Kapiteln 5.4 und 5.5 dargestellt, verringert werden. Studien haben ergeben, dass eine Preissteigerung von Tabakprodukten um 10 % deren Konsum um 5 % senken kann. Bei einer 10 %igen Preissteigerung von Alkoholprodukten wird deren Konsum um 7 % gesenkt (Jané-Llopis, Barry, Hosman & Patel, 2005, S. 10).

² Zur Definition von problematischem Alkoholkonsum: siehe Kapitel 5.5.

Gesundheit

Jané-Llopis et al. betonen die Wichtigkeit der Umorientierung der Gesundheitsdienste, wie zum Beispiel durch Kurzinterventionen im Bereich der Suchtprävention seitens der Gesundheitsdienste die psychische Gesundheit gestärkt werden kann (2005, S. 16). Darüber hinaus ist die Hilfe für Mütter von Neugeborenen und junge Familien ein wichtiger Beitrag zur Stärkung der psychischen Gesundheit (Jané-Llopis, Barry, Hosman & Patel, 2005, S. 12), wie dies im Projekt „Community Mothers“ in Irland und Großbritannien im Mittelpunkt stand. Ergebnisse dieses Unterstützungsprogramms für junge Eltern waren neben der gesteigerten Immunisierungsrate auch eine verbesserte psychische Gesundheit der Mütter (Jané-Llopis, Barry, Hosman & Patel, 2005, S. 21). Das Kärntner Frauengesundheitsprogramm sieht als Maßnahme die gezielte Aus- und Weiterbildung von AllgemeinmedizinerInnen vor. Dabei sollen Inhalte von Psychologie, Psychiatrie und Psychosomatik mit verstärktem Augenmerk auf frauenspezifische Bedürfnisse vermittelt werden (Buchinger, Geschwandtner & Garstenauer, 2006, S. 38).

Weitere Interventionen seitens des Gesundheitssystems sollen Betroffenen zur Erlernung von Lebenskompetenzen und Problemlösungskompetenzen verhelfen. Als effektiv haben sich Interventionen herausgestellt, die die soziale Unterstützung stärken sowie die mit psychischen Krankheiten verbundene Stigmatisierung und Diskriminierung reduzieren (Jané-Llopis, Barry, Hosman & Patel, 2005, S. 17). Seitens des Kärntner Frauengesundheitsprogramms wurde ein Leitprojekt auf regionaler Ebene vorgeschlagen, welches durch zielgruppen- sowie genderspezifische Information und Beratung zur Enttabuisierung des Themas beitragen soll (Buchinger, Gschwandtner & Gastenauer, 2006, S. 38). Betont wird auch die Wichtigkeit von kulturübergreifenden und muttersprachlichen Angeboten für Frauen, die nicht Deutsch als Muttersprache haben, sowie Frauen aus bildungsfernen Schichten (Buchinger, Gschwandtner & Gastenauer, 2006, S. 39).

Durch das Erlernen von personellen und sozialen Kompetenzen kann u.a. das Auftreten von Depressionen verhindert werden. Ein Themenbereich, der durch das Bündnis gegen Depressionen angesprochen wird. Ziele dieser europaweiten Initiative sind die Verbesserung der gesundheitlichen Situation depressiver Menschen sowie die Vermittlung von Informationen über diese Krankheit. Seit September 2007 ist Kärnten Mitglied des Bündnisses gegen Depressionen. Dieses wird vom Gesundheitsland Kärnten geleitet. Kooperationspartner sind u.a. das Gesundheits- und das Sozialreferat des Landes Kärnten (Gesundheitsland Kärnten, 2006c). Spezielle Ziele in Kärnten sind die Verbesserung der Diagnose und Behandlung depressiv erkrankter Menschen sowie die Bewusstseinsveränderung bei ExpertInnen und der Bevölkerung (Das Kärntner Bündnis gegen Depression, 13.11.2007). Umgesetzt wird das Projekt derzeit in 20 Gemeinden, durch die Veranstaltungen konnten bisher 827 Personen erreicht werden (Eisner, 2008, S. 5-6).

Die KärntnerInnen erfahren jedoch unter anderem auch Unterstützung durch weitere Angebote des Gesundheitslandes Kärnten zu seelischer Gesundheit. Neben Stammtischen für pflegende Angehörige, wo diese Erfahrungen austauschen können sowie Informationen erhalten, wird das Trainingsprogramm „Mitten im Leben“ angeboten. Dieses Programm beinhaltet neben dem Training des Gedächtnisses auch die Stärkung der psychomotorischen Fähigkeiten, das Erlernen des Umgangs mit neuen Medien sowie die Auseinandersetzung mit eigenen Lebensfragen (Gesundheitsland Kärnten, 2006a, und Gesundheitsland Kärnten, 2006b).

Eine weitere Möglichkeit, KärntnerInnen Unterstützung zu bieten, sieht das Kärntner Frauengesundheitsprogramm in der Schaffung von Psychotherapieangeboten für Frauen, die Opfer von Gewalttaten sind. Neben den körperlichen Folgen von Gewalt gibt es eine Vielzahl weiterer gesundheitlicher Konsequenzen wie psychosomatische und psychische Folgen. Durch die Schaffung eines Pools an Expertinnen, der an relevanten Stellen öffentlich bekannt gemacht werden soll, soll ein kostenloses

Psychotherapieangebot geschaffen werden (Buchinger, Gschwandtner & Gastenauer, 2006, S. 39).

Eine weitere Rahmenbedingung, die die psychische Gesundheit stärkt, ist die Sicherstellung des Zugangs zu gesunder Ernährung. Vor allem für Kinder wird die Wichtigkeit einer ausgewogenen Ernährung betont (Jané-Llopis, Barry, Hosman & Patel, 2005, S. 10). Im Kapitel 5.2 werden Maßnahmen zur Sicherstellung von gesunder Ernährung detailliert erläutert, dem Gesundheitssektor wird in diesem Rahmen eine Führungs- und Koordinationsrolle zugeschrieben.

Infrastruktur

Der Sektor Infrastruktur kann durch gezielte Raumplanung die soziale Teilhabe von allen Menschen ermöglichen (Moodie & Jenkins, 2005, S. 39-40). Wie in Kapitel 4.1 sowie in Kapitel 6.1 dargestellt, kann Gemeinschaft u.a. durch die Schaffung von Plätzen zum sozialen Austausch gestärkt werden. Dabei werden Gemeindeentwicklungsansätze, wie im Modellprojekt „Communities that Care Programme“ angewandt, besonders empfohlen. Durch die Einbindung von verschiedenen GemeindeakteurInnen wie Schulen, Eltern und Medien konnten Aggressions- und Gewaltpräventionsprogramme erfolgreich implementiert werden (Jané-Llopis, Barry, Hosman & Patel, 2005, S. 14).

Wie im Kapitel 6.2 dargestellt, ist die Verbesserung von Wohnbedingungen ein wichtiger Beitrag zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit. Auch im Bereich psychischer Gesundheit haben bessere Wohnbedingungen einen positiven Einfluss. Neben der besseren selbst berichteten subjektiven und psychischen Gesundheit wird das Sicherheitsgefühl gestärkt, Kriminalität reduziert und die soziale Teilhabe verbessert (Jané-Llopis, Barry, Hosman & Patel, 2005, S. 10).

Soziales

Der Sozialektor kann gemeinsam mit dem Gesundheitssektor Familien und junge Mütter unterstützen. Neben dem weiter oben vorgestellten Modellprojekt „Community Mothers Programme“ können zum Beispiel Hausbesuchsprogramme implementiert werden. Dabei werden Hausbesuche vor allem bei Familien mit niedrigem Einkommen, aber auch bei Müttern mit Depressionen als effektiv genannt (Jané-Llopis, Barry, Hosman & Patel, 2005, S. 11-12).

Arbeitslosigkeit zählt zu den Risikofaktoren für psychische Krankheiten, daher wird empfohlen, Arbeitslosen bei der Entwicklung und Stärkung von Lebenskompetenzen zu helfen. Neben der Anleitung zur Suche von Arbeit können die Stärkung des Selbstvertrauens, des Selbstwertgefühls sowie das Erlernen des Umgangs mit Rückschlägen zur besseren psychischen Gesundheit beitragen (Jané-Llopis, Barry, Hosman & Patel, 2005, S. 15). Aber auch gesundheitliche Ungleichheit, wie in Kapitel 4.1 und 6.2 gezeigt, kann dadurch verringert werden.

Wirtschaft und Arbeit

Nicht nur Arbeitslosigkeit selbst, sondern auch die Rahmenbedingungen, die Menschen durch ihre Arbeit erfahren, können die psychische Gesundheit beeinträchtigen. Bedingungen wie Zeitdruck, Lärm, Überlastung, eintönige Arbeitsschritte, zwischenmenschliche Konflikte und Arbeitsplatzunsicherheiten können u.a. zu Angst, Depressionen, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Alkoholmissbrauch und Problemen in der Familie führen (Jané-Llopis & Barry, S. 48). Wichtig ist daher die Schaffung von Arbeitsplatzpolicies, die auf Organisationsebene die Schaffung eines gesundheitsfördernden Arbeitsplatzes festschreiben (Jané-Llopis, Barry, Hosman & Patel, 2005, S. 11). Auf die notwendigen Voraussetzungen für die Verwirklichung eines gesundheitsfördernden Arbeitsplatzes wird ausführlich im Kapitel 6.1 eingegangen.

Gemeinsam mit dem Wirtschaftszweig Medien und Werbung kann jedoch auch durch Medienkampagnen, die die Stigmatisierung von psychisch Kranken thematisieren und Bewusstseinsarbeit leisten, wirksam vorgegangen werden (Jané-Llopis, Barry, Hosman & Patel, 2005, S. 14). Das oben vorge-

stellte Bündnis gegen Depression setzt auch auf dieser Ebene an. In diesem Zusammenhang wird von Jané-Llopis et al. die Evaluation der Kampagnen als besonders wichtig angeführt.

4.6.3 Zusammengefasste Ergebnisse und Maßnahmenempfehlungen

Zusammengefasste Ergebnisse:

- KärntnerInnen gaben häufiger an, nervös, niedergeschlagen oder bedrückt und traurig gewesen zu sein, als der österreichische Schnitt, in den restlichen sechs Stimmungslagen sind KärntnerInnen häufiger positiver und seltener negativer Stimmung, wodurch insgesamt von einer besseren psychischen Gesundheit der KärntnerInnen ausgegangen werden kann.
- Frauen haben eine schlechtere psychische Gesundheit, betrachtet man ihr Befinden in den letzten 4 Wochen, sie gaben häufiger an, negatives und gleichzeitig seltener positives Befinden gehabt zu haben.
- Ältere Menschen gaben seltener als jüngere an, in den letzten vier Wochen eine positive Stimmung gehabt zu haben, wobei Männer häufiger angaben, voller Schwung und Energie sowie glücklich gewesen zu sein, zugleich gaben sie auch häufiger an, niedergeschlagen gewesen zu sein, als Frauen.
- Personen mit niedrigen Bildungsabschlüssen gaben häufiger eine schlechte Stimmung und seltener ein positives Befinden in den vier Wochen vor der Befragung an, weshalb davon auszugehen ist, dass diese eine schlechtere psychische Gesundheit aufweisen.

Daraus folgende Maßnahmenempfehlungen:

Für den Gesundheitssektor

- Neben dem Setzen von Kurzinterventionen zur Suchtprävention wird eine Rolle des Gesundheitssektors in der Unterstützung von jungen Eltern, insbesondere Müttern, wie zum Beispiel durch Hausbesuchsprogramme gesehen. Weiters sind genderspezifische und zielgruppenspezifische qualitätsgesicherte Unterstützungsprogramme ein wichtiger Maßnahmenbereich.
- Neben der Koordinierungs-, Vernetzungs- und Führungsrolle, wie z.B. im Themenbereich Ernährung, sind Präventionsprogramme gegen Depressionen wichtige Maßnahmen im Gesundheitssektor. Die Evaluation und Weiterentwicklung des Programms „Bündnis gegen Depression“ können an diesem Punkt ansetzen.

Für die Zusammenarbeit mit dem Bildungssektor

- Die Sicherstellung des gleichen Zugangs zu Bildungseinrichtungen verringert nicht nur gesundheitliche und soziale Chancenungleichheit, sondern auch das Ausmaß von psychischen Krankheiten.
- Darüber hinaus stellen Schule und Kindergarten ein wichtiges Setting zur Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen dar. Handlungsempfehlungen zur Schaffung Gesunder Schulen sind im Kapitel 6.1 zu finden.

Für die Zusammenarbeit mit dem Infrastruktursektor

- Zur Erleichterung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben können dementsprechende Raumordnungspläne und die Gestaltung von Vierteln, z.B. durch die Schaffung von sozialen Räumen, beitragen (siehe auch Details Kapitel 6.2).

Für die Zusammenarbeit mit dem Sozialsektor

- Neben der Unterstützung des Gesundheitssektors bei Hausbesuchsprogrammen können Maßnahmen zur Änderung der Wohnsituation sozial Benachteiligter sowie Programme für Arbeitslose zur Verbesserung der psychischen Gesundheit beitragen.

Für die Zusammenarbeit mit dem Wirtschafts- und Arbeitssektor

- Der Wirtschaftssektor kann einen Beitrag durch Schaffung von gesundheitsförderlichen Arbeitsplätzen, wie in Kapitel 6.1 beschrieben, leisten.
- Darüber hinaus können Medienkampagnen dazu beitragen, das Bewusstsein und das Verständnis gegenüber psychisch Kranken in der Bevölkerung zu stärken.

Literatur

Amt der Kärntner Landesregierung. (2006). Kinder und Jugend. Gesundheitsbericht Kärnten. Klagenfurt: Amt der Kärntner Landesregierung.

Andersen, P. (2000). Chapter Six: Health Challenges 2. In: International Union for Health Promotion and Education. 2nd edition. The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. S. 69-79. Brussels: o.V.

BFI. (10.02.2008). Xund & Gscheid. Ganzheitliche Gesundheitsförderung. Download vom 13. März 2008, von <http://www2.bfi-kaernten.or.at/bfiktn/index.php?xund>

Bopp, E. & Minder, C. (2003). Mortality by education in German speaking Switzerland: results from the National Cohort study. International Journal of Epidemiology, 32, S. 346-354.

Buchinger, B., Gschwandtner, U. & Garstenauer, U. (2006). Kärntner FrauenGesundheitsprogramm. Villach, Salzburg: Frauengesundheitszentrum Kärnten GmbH.

BZgA. (04.02.2008). Präventionsprogramm Lenzgesund. Vernetzte frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre. Download vom 13. März 2008, von <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>

BZgA. (05.02.2008). „Fitness für Kids“ – Frühprävention im Kindergarten- und Grundschulalter. Download vom 13. März 2008, von <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>

Caritas Graz. (o.D.). Ambulatorium Caritas-Marienambulanz. Download vom 10. April 2008, von <http://www.klinikum-graz.at/cms/beitrag/10030827/2281134/>

Closing the Gap. (2007). Recommendations on Action for Health Equity. Download vom 25. November 2007, von <http://www.health-inequalities.org/pdf.php?id=06994da39cd1082fb0195b9cd723f387>

Council of the European Union. (2006). Council Conclusions on Health in All Policies (HiAP). Download vom 05. Januar 2008, von http://www.eu2006.fi/news_and_documents/conclusions/vko48/en_GB/1164897086637/_files/76342700789006786/default/91929.pdf

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2006). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Reprint 2007. Copenhagen: WHO European Regional Office.

Das Kärntner Bündnis gegen Depression. (13.11.2007). Download vom 08. Mai 2008, von <http://www.buendnis-depression.at/Kaernten.249.0.html>

Department of Public Health of the Regional Public Health Institute of South-Limburg. (o.D.). The impact of a nutrition education intervention for people with financial problems. Download vom 13. November

2007, von <http://www.healthinequalities.org/?uid=21104ed358d3a89cf02cd023a1841f4a&id=se>.

DETERMINE. (01.01.2007). Healthy Amagerforbraending. (Sund Amagerforbraending). Download vom 13. März 2008, von <http://www.health-inequalities.org/?uid=5c7b8e13dd136c66b7186cd65124042b&id=search3&sid=list&idx=122&x=detail>

Eisner, U. (2008). Kärntner „Bündnis gegen Depression“. Bericht. Klagenfurt: o.V.

Elkeles, T. (2003). Arbeitende und Arbeitslose. In: F.W. Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist et al., Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. S. 653-660). München, Jena: Urban & Fischer.

Eurostat. (o.D.a). Lebenserwartung nach Alter und Geschlecht. Download vom 04. März 2008, von <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

Eurostat. (o.D.b). Personen mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem bzw. Behinderung, nach Geschlecht, Altersklasse und Beschäftigungsstatus (%). Download vom 13. März 2008, von <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

Eurostat. (o.D.c). Säuglingssterbeziffer. Download vom 04. März 2008, von <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

Eurostat. (o.D.d). Todesursachen – Standardisierte Sterbeziffer (je 100.000 Einwohner). Download vom 13. März 2008, von <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

Frauengesundheitszentrum. (o.D.). Mädchengesundheitskalender 2007. Download vom 29. Jänner 2008, von <http://www.fgz-kaernten.at/images/maedchengesundheitskalender.pdf>

Frauenreferat Kärnten (o.D.b). Erstes Kärntner Landesmentoring gestartet. Download vom 28. April 2008, von <http://www.frauen.ktn.gv.at/Default.aspx?Slid=4&LAid=1&ARid=241>

Frauenreferat Kärnten. (o.D.a). Frauenförderfonds. Download vom 28. April 2008, von <http://www.frauen.ktn.gv.at/default.aspx?Slid=11&LAid=1&ARid=269>

Gesundheitsland Kärnten. (2006a). „Mitten im Leben“ – Seniorentaining. Download vom 30. Juli 2008, von <http://www.gesundheitsland.at/default.aspx?pagetype=detail&ARid=157&Slid=69&a=1>

Gesundheitsland Kärnten. (2006b). Stammtisch für pflegende Angehörige. Download vom 30. Juli 2008, von <http://www.gesundheitsland.at/default.aspx?pagetype=detail&ARid=169&Slid=69&a=1>

Gesundheitsland Kärnten. (2006c). Start für das Pilotprojekt „Kärntner Bündnis gegen Depression“. Download vom 30. Juli 2008, von <http://www.gesundheitsland.at/default.aspx?pagetype=detail&ARid=402&Slid=42&a=1>

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2005). Gesundheitsbericht 2005 der sozialen Krankenversicherung. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Jané-Llopis, E. & Barry, M.M. (2005). What makes mental health promotion effective? In: Promotion & Education. Supplement 2/2005, S. 47-54.

Jané-Llopis, E., Barry, M.M., Hosman, C. & Patel, A. (2005). Mental health promotion works: a review. In: Promotion & Education. Supplement 2/2005, S. 9-25.

K-ADG. (2004). Kärntner Anti-Diskriminierungsgesetz. StF LGBl. Nr. 63/2004.

Klimont, J., Ihle, P., Baldaszi, E. & Kytir, J. (2008). Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Wien: Statistik Austria im Auftrag vom Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.

Klimont, J., Kytir, J. & Leitner B. (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien: Statistik Austria.

K-MSG. (2007). Kärntner Mindestsicherungsgesetz. idF LGBl. Nr. 84/2007.

Lebenswerte Lebenswelten für ältere Menschen. (o.D.). Konzept. Download vom 06. Mai 2008, von <http://lebenswelten.meduni-graz.at/Konzept/konzept.html>

Liegl, E. (2004). Als Frau in Kärnten – Nachwort im Auftrag des Referates für Frauen und Gleichbehandlung. In: Referat für Frauen und Gleichbehandlung, Amt der Kärntner Landesregierung (Hrsg.). Kärntner Genderstudie. Geschlechterverhältnisse und geschlechtstypische Disparitäten. S. 197-212.

LÖGD. (2006). Indikatorenset für die Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen, Band 1: Themenfelder 1 – 3, Adaptierte Fassung für NRW, 2005. Bielefeld: LÖGD.

Marshall Williams, S.; Saxena, S. & V. McQueen, D. (2005). The momentum for mental health promotion. In: Promotion & Education. Supplement 2/2005, S. 6-8.

Moodie, R. & Jenkins, R. (2005). I'm from the government and you want me to invest in mental health promotion. Well why should I? In: Promotion & Education. Supplement 2/2005, S. 37-41.

ÖBIG. (2002). Kärntner Gesundheitsbericht 2002. Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Kärntner Bevölkerung. Inanspruchnahme und Leistungen des Kärntner Gesundheitssystems. Klagenfurt, Wien: Amt der Kärntner Landesregierung.

Oberaigner, W. & Vittadello, F. (Hrsg). Krebsatlas Alpenraum. Trentino, Südtirol, Kärnten, Tirol, Vorarlberg. 1996-2000. Mammendorf: pro literatur Verlag.

Referat für Frauen und Gleichbehandlung, Amt der Kärntner Landesregierung. (2004). Kärntner Genderstudie. Geschlechterverhältnisse und geschlechtstypische Disparitäten. Download vom 3. Februar 2008, von http://media.ktn.gv.at/ppm_3dak_ktngvat/Genderstudie_komplett1___UPLOAD_0.pdf

Social Exclusion Unit. (2003). Making the Connections: Final Report on Transport and Social Exclusion. Download vom 10. April 2008, von http://www.cabinetoffice.gov.uk/upload/assets/www.cabinetoffice.gov.uk/social_exclusion_task_force/publications_1997_to_2006/making_transport_2003.pdf

SOKO Radenthein. (o.D.). Download vom 13. März 2008, von http://www.sozialmarie.org/admin/documents/SokoRadenthein_Projekt.pdf

Statistik Austria. (2005). Standard-Dokumentation. Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Statistik der Standesfälle einschließlich Todesursachenstatistik. Wien: Statistik Austria.

Statistik Austria. (o.D.a). Bevölkerungsprognose 2006. Hauptvariante Burgenland. Download vom 05. Juli 2007, von http://www.statistik.at/web_de/static/hauptvarianten_-_burgenland_47111_023513.xls

Statistik Austria. (o.D.b). Bevölkerungsprognose 2006. Hauptvariante Niederösterreich. Download vom 05.07.2007, von http://www.statistik.at/web_de/static/hauptvarianten_-_niederosterreich_47113_023515.xls

Statistik Austria. (o.D.c). Bevölkerungsprognose 2006. Hauptvariante Oberösterreich. Download vom 05.07.2007, von http://www.statistik.at/web_de/static/hauptvarianten_-_oberoesterreich_47114_023516.xls

Statistik Austria. (o.D.d). Bevölkerungsprognose 2006. Hauptvariante Österreich. Download vom 05. Juli 2007, von http://www.statistik.at/web_de/static/hauptvarianten_-_oesterreich_47110_023512.xls

Statistik Austria. (o.D.e). Bevölkerungsprognose 2006. Hauptvariante Salzburg. Download vom 05. Juli 2007, von http://www.statistik.at/web_de/static/hauptvarianten_-_salzburg_47115_023517.xls

Statistik Austria. (o.D.f). Bevölkerungsprognose 2006. Hauptvariante Steiermark. Download vom 05. Juli 2007, von http://www.statistik.at/web_de/static/hauptvarianten_-_steiermark_47116_023518.xls

Statistik Austria. (o.D.g). Bevölkerungsprognose 2006. Hauptvariante Tirol. Download vom 05. Juli 2007, von http://www.statistik.at/web_de/static/hauptvarianten_-_tirol_47117_023519.xls

Statistik Austria. (o.D.h). Bevölkerungsprognose 2006. Hauptvariante Vorarlberg. Download vom 05. Juli 2007, von http://www.statistik.at/web_de/static/hauptvarianten_-_vorarlberg_47118_023520.xls

Statistik Austria. (o.D.i). Bevölkerungsprognose 2006. Hauptvariante Wien. Download vom 05. Juli 2007, von http://www.statistik.at/web_de/static/hauptvarianten_-_wien_47120_023522.xls

Statistik Austria. (o.D.j). Lebenserwartung bei Geburt seit 1970 nach Bundesländern und Geschlecht. Download vom 04. März 2008, von http://www.statistik.at/web_de/static/lebenserwartung_bei_der_geburt_seit_1970_nach_bundeslaendern_und_geschlech_022522.pdf

Statistik Austria. (o.D.k). Lebenserwartung für ausgewählte Altersjahre seit 1995 nach Bundesländern und Geschlecht . Download vom 04. März 2008, von http://www.statistik.at/web_de/static/lebenserwartung_fuer_ausgewaehlte_altersjahre_seit_1995_nach_bundeslaender_022524.pdf

WHO. (1999a). Health Impact Assessment. Main concepts and suggested approach. Gothenburg Consensus Paper, December, 1999. Brüssel: WHO Regionalbüro für Europa, European Centre for Health Policy.

WHO. (1999b). Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 6. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.

WHO. (2003). Psychische Gesundheit in der Europäischen Region der WHO. Faktenblatt EURO 03/03. Kopenhagen, Wien: WHO Regionalbüro für Europa. Download vom 01. April 2008, von <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0303g.pdf>

WHO. (2004). Global strategy on diet, physical activity and health. Download vom 20. Dezember 2007, von http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf

RISIKOFAKTOREN

RISIKOFAKTOREN

5.1 Bewegung

Mangelnde Bewegung ist einer der Hauptgründe für das Ansteigen von chronischen Erkrankungen, ein besonderes Beispiel ist der durch den vorwiegend sitzenden Lebensstil gestiegene Anteil an übergewichtigen und adipösen Personen (WHO, 2007b, S. 44).

Bewegung trägt nicht nur zur Steigerung der physischen und mentalen Gesundheit bei, sondern kann auch das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen, Übergewicht, Adipositas, Krebs, Diabetes und Erkrankungen des Halte-, Stütz- und Bewegungsapparates senken. Weiters werden Symptome von Depression und möglicherweise Stress reduziert, nicht zuletzt kann sportliche Betätigung zur Stärkung sozialer Netzwerke, des Selbstvertrauens und der Lebensqualität der/des Einzelnen beitragen (Calvill, Kahlmeier & Racioppi, 2006, S. 6-7).

Einflussfaktoren auf das Bewegungsverhalten können auf allen Ebenen, die die Gesundheit beeinflussen, gefunden werden. Neben eigener Einstellung, Motivation, Alter und Fähigkeiten sind auch der empfundene Zeit- und Sicherheitsmangel mögliche Gründe für mangelnde Bewegung. Darüber hinaus sind soziale Unterstützung, kulturelle Faktoren und gebaute Umwelt Dimensionen, die das Bewegungsverhalten beeinflussen können (Edwards & Tsouros, 2006, S. 4-5).

International wird für den Gesundheitserhalt ein Bewegungsausmaß von mindestens 30 Minuten an den meisten Tagen der Woche für Erwachsene und von mindestens 60 Minuten täglich für Kinder empfohlen. Für die Verbesserung der Gesundheit wird auch Erwachsenen ein Ausmaß von mindestens 60 Minuten pro Tag empfohlen (WHO, 2007b, S. 12-13; Haskell W.L. et al., 2007, S. 1425).

5.1.1 Bewegungsverhalten der KärntnerInnen

Das Bewegungsverhalten der ÖsterreicherInnen wurde in der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 mittels des IPAQ (International Physical Activity Questionnaire)¹ erfragt.

Im IPAQ erfolgt eine Unterteilung in niedriges, mittleres und hohes Bewegungslevel (IPAQ, 2005, S. 4-5). Sjöström, Oja, Hagströmer, Smith & Baumann klassifizieren diese drei Bewegungslevel als ausreichend, gering und sitzend (2006, o.S.). Als Basis für die Definition der einzelnen Kategorien ist ein Bewegungsausmaß in der Höhe von 5.000 Schritten täglich herangezogen worden.

Dabei werden die jeweiligen Levels wie folgt beschrieben:

- Ausreichendes Bewegungsniveau: mindestens 12.500 Schritte täglich oder Äquivalente in moderater oder intensiver Bewegung. Dies entspricht einem Bewegungsausmaß von mindestens einer Stunde moderater Bewegung oder einer halben Stunde intensiver Bewegung täglich.
- Geringes Bewegungsniveau: mindestens eine halbe Stunde moderater Bewegung an den meisten Tagen einer Woche.
- Sitzender Lebensstil: Dies umfasst jedes Bewegungsausmaß, welches unter dem geringen Level liegt.

Dadurch wird mit dem Bewegungslevel eine Aussage über die Häufigkeit und Intensität der Bewegung getroffen.

Da es sich um Eigenauskünfte handelt, ist davon auszugehen, dass das Bewegungsniveau überschätzt wird. Studien gehen davon aus, dass eine Überschätzung von 23-44 % bei Selbstauskünften vorliegt (Troiano, 2007, S. 1501).

¹ Näheres (Indikatoren, Berechnung) zum IPAQ siehe Kapitel 2.

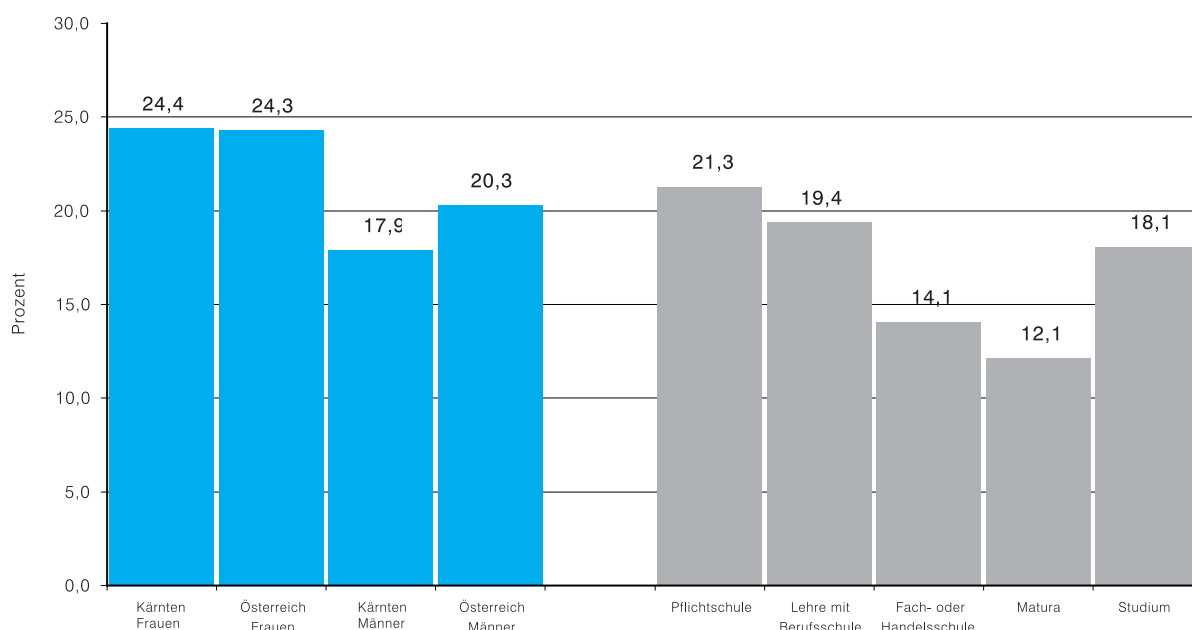
Mehr als die Hälfte der KärntnerInnen (54 %) erreicht nach eigenen Angaben ein ausreichendes Bewegungsniveau, damit liegen sie über dem österreichischen Durchschnitt von 50 % (siehe Tabelle 5.1 Bewegung). Im Bundesländervergleich liegt Kärnten an 4. Stelle, hinter Salzburg, der Steiermark und dem Burgenland. Werden die Personen mit sitzendem Lebensstil verglichen, so zeigt sich ein ähnliches Bild bei der Positionierung Kärntens: 21 % der KärntnerInnen weisen einen eher sitzenden Lebensstil auf, einen niedrigeren Anteil dieser Gruppe gibt es in Salzburg, Tirol und Wien. Jede/r vierte KärntnerIn weist nach eigenen Angaben ein geringes Bewegungslevel auf.

Die auf Europaebene vorliegenden Daten bestätigen die weiter oben getätigte Aussage, dass mit einer Überschätzung des Bewegungsniveaus zu rechnen ist. Eine 2002 durchgeführte Befragung ergab, dass nur 21 % der Österreicherinnen und 32 % der Österreicher genügend Bewegung machen (im Schnitt sind 26 % der ÖsterreicherInnen ausreichend aktiv). Nur in Belgien, Frankreich, Italien, Spanien und Schweden war ein niedrigerer oder gleich hoher Anteil als aktiv zu bezeichnen. Am aktivsten waren bei dieser Studie mit 44 % die NiederländerInnen (Sjöström, Oja, Hagströmer, Smith & Baumann, 2006, o.S.).

Analysiert man die Bewegungslevels nach Geschlecht, so zeigt sich, dass Frauen nach Eigenangaben im Schnitt einen niedrigeren Level aufweisen als Männer. Während 60 % der Kärntner ein ausreichendes Bewegungsniveau haben, ist dieser Anteil bei Frauen mit 48 % deutlich niedriger. Zusätzlich weist fast jede 4. Kärntnerin (24 %) einen sitzenden Lebensstil auf, im Gegensatz dazu sind nur 18 % der Kärntner als wenig aktiv bis inaktiv zu bezeichnen. Österreichweit weisen 24 % der Frauen und 20 % der Männer einen sitzenden Lebensstil auf, womit Kärntnerinnen ein ähnliches Verhalten zeigen wie andere Österreicherinnen, während Kärntner aktiver sind als andere Österreicher. Unterschiede zum österreichischen Bewegungsverhalten zeigen sowohl Kärntnerinnen als auch Kärntner beim ausreichenden Bewegungslevel. Beide Gruppen liegen über dem österreichischen Schnitt.

Eine Analyse nach Alter zeigt, dass in Kärnten der Anteil der Personen mit vorwiegend sitzendem Lebensstil in den Altersgruppen 15-24 Jahre (21 %) und 75 Jahre und älter (54 %) am höchsten ist. Während von den Kärntnerinnen zwischen 15 und 24 Jahre 23 % in diese Gruppe fallen, beträgt der Anteil bei den Kärntnern nur 19 %. Die Altersgruppen mit dem höchsten Anteil an ausreichendem Bewegungsniveau sind Frauen zwischen 35 und 54 Jahre (60% und mehr) sowie Männer zwischen 15 und 24 Jahre (67 %) und zwischen 45 und 54 Jahre (69%).

Anteil der Personen mit vorwiegend sitzendem Lebensstil nach Geschlecht (Vergleich Kärnten und Österreich) und Bildung (nur Kärnten) im Jahr 2006/2007



Je höher die höchste abgeschlossene Schulbildung ist, desto höher ist nach eigenen Angaben das Bewegungsniveau der KärntnerInnen, unabhängig vom Geschlecht. Dies zeigt sich vor allem, wenn die um den Einfluss des Alters korrigierten Daten der Gesamtbevölkerung Kärntens analysiert werden. Über 60 % der Personen mit einem (Fach-)Hochschulabschluss haben ein ausreichendes Bewegungsniveau, demgegenüber stehen rund 51 % der Personen mit Pflichtschulabschluss. 21 % der AbsolventInnen von Pflichtschulen können als wenig aktiv bis inaktiv bezeichnet werden, dieser Anteil sinkt mit steigender Schulbildung bis auf 12 % bei Personen mit Matura. Personen mit (Fach-) Hochschulabschluss weisen mit 18 % einen hohen Anteil an inaktiven Personen auf. Die Unterschiede nach höchster abgeschlossener Schulbildung sind bei Männern und Frauen zu beobachten.

5.1.2 Rahmenbedingungen zur Schaffung einer gesundheitsförderlichen Lebensumwelt

Bewegung muss – als einer der größten lebensstilbezogenen Gesundheitsfaktoren – als integraler Bestandteil der Regierungsarbeit gesehen werden, durch die Entwicklung von Strategien für die Zusammenarbeit und den Kapazitätsaufbau auf lokaler und regionaler Ebene kann es gelingen, Rahmenbedingungen zu schaffen, die die Wahl des gesunden Lebensstils erleichtern. Regierungen können durch die Erstellung von Empfehlungen Hilfestellung leisten. Dabei sollten Argumente für Bewegung, Win-Win-Situationen für Kooperationspartner, wirksame Interventionen und Maßnahmen, Wege zur Implementierung von Strategien aufgezeigt werden (WHO, 2007a, S. 21).

Nicht nur auf landesweiter Ebene bedarf es einer Lenkungs- und Führungsebene, auch lokale Akteure wie Gemeinden müssen von der Regierung durch politische, technische und finanzielle Mittel unterstützt werden. Ansätze hier gibt es in Kärnten im Fall der Gesunden Gemeinden, die bei der Durchführung von Maßnahmen von der Abteilung 12 Sanitätsdirektion finanziell unterstützt werden (Gesundheitsland Kärnten, 2006c). Maßnahmen zur Förderung von Bewegung auf lokaler Ebene werden als besonders wirksam erachtet.

Bildung

Schulen und Kindergärten können einen großen Beitrag dazu leisten, dass Kinder und Jugendliche auf das empfohlene tägliche Bewegungsausmaß von 60 Minuten kommen. Bewegungsfördernde Maßnahmen sollen dabei nicht auf Wettbewerbssituationen aufbauen, sondern primär Spaß machen, auch die Schaffung von Spiel- und Sportplätzen, welche den Kindern und Jugendlichen zur Verfügung stehen, tragen zu einem gesundheitsfördernden Bewegungsverhalten bei (WHO, 2007a, S. 25). Als Beispiel kann der erste Bewegungskindergarten Österreichs in St. Veit an der Glan genannt werden, in dem auch die Auswirkung vom Bewegungsverhalten auf die Entwicklung von Kindern untersucht werden soll (Universität Klagenfurt, 22.01.2008). Ziel des Bewegungskindergartens ist es, Kleinkindern die Freude an der Bewegung zu vermitteln. Bewegung wird bewusst in den Kindergartenalltag eingebaut, der Turnsaal und die Außenanlage, die größer ist als in anderen Kindergärten, können von den Kindern jederzeit benutzt werden (Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler, Interview am 13. Februar 2008). Unterstützung bei der Durchführung von Projekten bekommen Schulen und Kindergärten von der Kärntner Gebietskrankenkasse (Kärntner Gebietskrankenkasse, o.D.a) und dem Kärntner Gesundheitsland, welches unter anderem auf verschiedene Altersgruppen abgestimmte Angebote zur Wissensvermittlung zur Verfügung stellt (Gesundheitsland Kärnten, o.D.b). Als weiteres Beispiel für die Arbeit im Setting Schule und gleichzeitige Netzwerkbildung ist das Projekt „Sportverein trifft Schule – Gesund ins Leben“, welches in Zusammenarbeit mit den verschiedenen Landessportorganisationen, dem Land Kärnten und teilnehmenden Schulen Kinder und Jugendliche zu mehr Bewegung motivieren will (Schulsportservice, o.D.). Angeregt werden könnten vermehrte Kooperationen zwischen Schulen und benachbarten Einrichtungen (wie Pflegeheime), um den Zugang zu den Grünflächen und Bewegungsräumen zu ermöglichen (Auer, Wieseneder & Grasser, 2008, S. 2). Vermittlung von gesunder Bewegung ist auch ein wichtiges Anliegen an den landwirtschaftlichen Fachschulen in Kärnten, wo gesunde Bewegung (und gesunde Ernährung) eine wichtige Rolle im

Unterricht spielt (Abt. 10L, Interview am 28. Februar 2008).

Weiters empfiehlt die WHO die Schaffung von sicheren Schulwegen, die dazu beitragen, dass Kinder und Jugendliche auf nichtmotorisiertem Wege zur Schule kommen können. Autofreie Plätze, Tempolimits und die Schaffung von „Gehbussen“ (Kinder die gemeinsam mit einer/m Erwachsenen zur Schule gehen) können als Maßnahmen genannt werden (WHO, 2007a, S. 26). Die Abteilung 7 Wirtschaftsrecht und Infrastruktur vertritt die Auffassung, dass ab Volksschulalter den Kindern ein Fußweg von einem Kilometer bei entsprechend sicher angelegten Schulwegen zugemutet werden kann. Dies würde eine vermehrte Alltagsbewegung der Kinder unterstützen. Eltern und Elternvereine sind hier häufig anderer Meinung, was die Sicherheit betrifft. Die Kinder in Kärnten werden daher sehr häufig mit dem Auto zur Schultür gebracht (Abt. 7, Interview am 14. Februar 2008). Wichtig ist es, den Erziehungsberechtigten die Angst vor einem unsicheren Schulweg zu nehmen sowie die Einbeziehung der Erziehungsberechtigten zur Umsetzung von Maßnahmen wie z.B. den Gehbussen. Ein Umdenken seitens der Eltern und Kinder kann aber auch durch Vorbildaktionen wie das Verkehrsschlangenspiel bewirkt werden (Auer, Wieseneder & Grasser, 2008, S. 2).

In Bezug auf Bewegung und Sicherheitsaspekte werden vom Gesundheitsland Kärnten gemeinsam mit dem Verein „Große schützen Kleine“ u.a. Aktionen im Bereich sicheres Inlineskaten gesetzt. Die Kosten werden dabei von der Abteilung 12 Sanitätswesen getragen. Seit 2004 konnten 6.500 SchülerInnen durch dieses Projekt geschult werden. Weitere Projekte, die für Schulen angeboten werden, sind „Sicheres Fallen“ und der „Sicherheits-Wiff-Zack“ (Große schützen Kleine, 2008, S. 5 und S. 22-23; Gesundheitsland Kärnten, 2006j).

Jedoch nicht nur bei Kindern und Jugendlichen kann der Bildungsbereich zur Steigerung der gesundheitsfördernden Bewegung beitragen, auch auf Ebene der Erwachsenen können Bewusstseinskampagnen und Informationsvermittlung als wirksame Maßnahmen gesetzt werden (WHO, 2004b, S. 13). Hier sieht die Abteilung 7 Wirtschaftsrecht und Infrastruktur eine Möglichkeit, gemeinsam Informationen zu transportieren hinsichtlich verstärkter Nutzung von Fuß- und Radwegen und deren Sicherheitsaspekte bei gleichzeitiger Vermittlung der gesundheitsförderlichen Wirkung von mehr Bewegung im Alltag durch den Gesundheitssektor (Abt. 7, Interview am 14. Februar 2008).

Finanzen

Nicht nur fiskalische und finanzielle Anreize können zur Förderung einer bewegungsfreundlichen Umwelt gesetzt werden, auch die Stützung und Subventionierung z.B. von AkteurInnen wie NGOs werden als effektive Maßnahmen angesehen (WHO, 2004b, S. 14). Dabei ist vor allem darauf zu achten, dass Projekte und Angebote im Bereich der Bewegung für alle leistbar und zugänglich sind, womit ein Beitrag zur Verminderung sozialer Ungleichheit getätigt werden kann (Auer, Wieseneder & Grasser, 2008, S. 2).

Gesundheit

Laut WHO hat der Gesundheitssektor eine zentrale Rolle in der Förderung von Bewegung. So kann er bei anderen Sektoren Überzeugungsarbeit leisten und andere Sektoren motivieren und dazu einladen, gemeinsame Aktionen zu setzen. Als Beispiel hierfür können die im Rahmen dieses Gesundheitsberichtes durchgeführten Interviews mit allen Sektoren genannt werden (siehe Kapitel 6.2). Das Gesundheitsressort in Kärnten sieht und nutzt Sport und Bewegung als wichtigen Multiplikator für verschiedene Projekte. Sowohl Breiten- als auch Jugend- und Gesundheitsförderungssport werden neben Ernährung und psychischer Gesundheit als wichtige Säulen der Prävention gesehen. So werden über die Gesunden Gemeinden zahlreiche Sportveranstaltungen abgewickelt (W. Schantl, Landesrat, Interview am 6. Februar 2008). Unter Mitwirkung der Abteilung 3 Gemeinden wurde das Projekt „Aktive Gemeinden“ gestartet. Es wurde ein Trägerverein gegründet, in dessen Vorstand auch

der Gesundheitsreferent sitzt, der Aktivitäten in den Gemeinden z.B. hinsichtlich Prävention und Sport fördern soll (Abt. 3, Interview am 27. Februar 2008). Hier wird aus Sicht des Sport- und Gesundheitsreferenten bereits stark mit einem multisektoralen Ansatz gearbeitet (W. Schantl, Landesrat, Interview am 6. Februar 2008).

Das Gesundheitsreferat hat gemeinsam mit dem Sportreferat das Institut für Sportmedizin für die Betreuung von Nachwuchs- und LeistungssportlerInnen gegründet. Es berät interdisziplinär in den Bereichen der Sportmedizin, Sportwissenschaft und Sportpsychologie (Institut für Sportmedizin des Landes Kärnten, o.D.). Das Institut ist jedoch auch für BreitensportlerInnen und HobbysportlerInnen offen und betreut weiters auch Schulen, die einen sportlichen Schwerpunkt haben (Abt. 14, Interview am 13. Februar 2008).

Jedoch nicht nur auf der Regierungsebene, auch auf der Individualebene kann der Gesundheitssektor tätig werden. Der regelmäßige Kontakt der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem, vor allem der Primärversorgung, kann dazu genutzt werden, Informationen über gesundheitsförderndes Bewegungsverhalten zu geben, neben Ratschlägen und Ermutigungen empfiehlt die WHO auch Bewegung auf Rezept als wirksame Maßnahme (WHO, 2007a, S. 22). Die Integration von bewegungsfördernden Maßnahmen in die Krankenversorgung wird auch vom politisch zuständigen Referenten für Gesundheit unterstützt, wenn er meint, jede/r im kurativen Bereich Tätige soll den Bereich der Prävention ins Tätigkeitsspektrum mit aufnehmen (W. Schantl, Landesrat, Interview am 6. Februar 2008). Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung Neu ist ein Beratungsgespräch zum Bewegungsverhalten vorgesehen, welches auf Bewusstseinsbildung bei PatientInnen abzielt (Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, 2005a, S. 22). Wichtig dabei ist die Schaffung von Anreizen für AllgemeinmedizinerInnen, diese Kurzintervention tatsächlich durchzuführen.

Weiters kann der Gesundheitssektor eine Vorbildrolle u.a. auch als großer Arbeitgeber erfüllen. Durch die Schaffung einer bewegungsförderlichen Umgebung, Förderung unmotorisierter Mobilität und Angebote für PatientInnen und MitarbeiterInnen im und um das Gesundheitswesen kann dieser als Best Practice-Beispiel vorangehen (WHO, 2007a, S. 22). Aufbauend auf Projekte wie z.B. Gesundheitsförderung für MitarbeiterInnen im LKH Villach (KABEG, 2006, S. 27) und bei den beiden Mitgliedern des Österreichischen Netzwerkes für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St. Veit an der Glan und LKH Klagenfurt (ÖNGK, o.D.a), können landesweit Aktivitäten zur Schaffung von bewegungsfördernden Maßnahmen im Krankenversorgungssystem umgesetzt werden.

Infrastruktur

Der Verkehrssektor kann nicht nur zur Schaffung der weiter oben bereits angesprochenen sicheren Wege beitragen, generell soll die Fortbewegung möglichst bewegungsfreundlich gemacht werden. Mit dem Verkehrssicherheitsprogramm Kärnten wurde ein Maßnahmenpaket geschaffen, das Themenbereiche wie Geschwindigkeit, Alkohol und Drogen, Verkehrserziehung und Radfahren anspricht, um durch gezielte Aktivitäten die Sicherheit auf den Straßen zu erhöhen (Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 7 Wirtschaftsrecht und Infrastruktur, o.J., S. 2-8). Dies gilt als Bereich, der noch als ausbaufähig angesehen wird, wobei radfahrfreundliche Städte wie Münster (D) als Vorbilder für Kärntner Städte dienen können (Auer, Wieseneder & Grasser, 2008, S. 3). Auf österreichischer Ebene wurde durch den Masterplan Radfahren ein Vorbild für Aktionspläne geschaffen, worin auch die Länder zur Mitarbeit und Umsetzung in vielen Bereichen angesprochen werden. Die Einbeziehung von AkteurInnen wie dem Verein Radland Kärnten ist zur Schaffung von Synergien empfehlenswert (Auer, Wieseneder & Grasser, 2008, S. 3).

Weitere Maßnahmen können durch die Raum- und Stadtplanung gesetzt werden (WHO, 2007a, S. 23). Raumplanung kann durch gezielte Maßnahmen Lebenswelten und Umwelten so gestalten, dass soziale Ungleichheiten verringert werden, z.B. kann auf die Barrierefreiheit von Gehsteigen Wert gelegt werden (Auer, Wieseneder & Grasser, 2008, S. 3). Darüber hinaus kann mit der Umsetzung

von Maßnahmen in Gebieten begonnen werden, die gegenüber anderen z.B. bei der Infrastruktur benachteiligt sind (Auer, Wieseneder & Grasser, 2008, S. 3). Eine Grundlage für Maßnahmen wird in Kärnten durch die Entwicklungsprogramme für verschiedene Kärntner Regionen geschaffen. Das hier festgeschriebene Bekenntnis zur Schaffung von Sportstätten, welche gut erreichbar, wenn möglich mit öffentlichen Verkehrsmitteln, und den Bedürfnissen verschiedener Altersgruppen angepasst sein sollen, ist ein Beispiel für eine Maßnahme aus dem Bereich der Raumplanung (LGBl. Nr. 39/1977, Anlage 1, Pkt. 4.10). In Kärnten werden sowohl die überregionalen als auch die lokalen Radwegnetze zügig ausgebaut. Verkehrssicherheit spielt hier auch eine wichtige Rolle (Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler, Interview am 13. Februar 2008).

Recht

Der Rechtssektor kann auf der einen Seite durch die Implementierung und Verankerung von Policies und Aktionsplänen zur Steigerung der Bewegung auf Gesetzesebene seinen Beitrag leisten, auf der anderen Seite kann z.B. eine Novellierung der Straßenverkehrsordnung zur Steigerung der Attraktivität des Fahrradverkehrs beitragen (Lebensministerium, 2006, S. 12). Angedacht wurden u.a. seitens des Lebensministeriums im Zuge der Novellierung der Straßenverkehrsordnung auf Bundesebene beispielsweise die flächendeckende Erlaubnis für das Radfahren gegen die Einbahn (mit wenigen Ausnahmen), die Vereinfachung der Vorrangregeln für RadfahrerInnen und die Ermöglichung von Radfahren in Fußgängerzonen (Lebensministerium, 2006, S. 27). Diese gesetzlichen Änderungen sollen von der Kärntner Landesregierung unterstützt werden. Darüber hinaus wurden im Masterplan die Anpassung von Landesgesetzen, Richtlinien und Vorschriften auf Landesebene, vor allem Raumordnung, Bauordnung und Wohnbauförderung betreffend, empfohlen (Lebensministerium, 2006, S. 29). Diesen Empfehlungen sollte in Kärnten nachgekommen werden.

Soziales

Die WHO betont nicht nur die Wichtigkeit des gleichen Zugangs für alle zu Sportanlagen oder anderen Plätzen (Edwards & Tsouros, 2006, S. 13), sondern auch die Möglichkeit, Sport zur Lösung sozialer Probleme zu verwenden (Edwards & Tsouros, 2006, S. 22).

Tourismus und Freizeit

Die Bevölkerung hat durch kürzere Arbeitszeiten und hochtechnologische Lebensstile immer mehr Zeit zur freien Verfügung. Aufgrund des vielfachen Freizeitangebotes, welches meist Inaktivität beinhaltet, kommt es paradoxerweise verstärkt zu einem Gefühl des Zeitmangels (WHO, 2007a, S. 28), welches den Bedarf an Bewusstseins-schaffung und Sensibilisierung für dieses Thema anzeigt. Nichtregierungsorganisationen, wie die diversen Sportorganisationen, kommt bei der Förderung von Bewegung große Bedeutung zu, daher sind diese vor allem dahingehend zu unterstützen, dass sie auch Sportarten anbieten, die an die Bedürfnisse der Menschen angepasst sind, wie zum Beispiel Nordic Walking (WHO, 2007a, S. 28-29). In Kärnten ist beispielsweise im Sportgesetz die Unterstützung von Sportvereinen festgeschrieben (K-SpG 1997, § 1). Diese Unterstützung kann als Ausgangspunkt für die Ausweitung der finanziellen, politischen und organisatorischen Unterstützung für Nichtregierungsorganisationen für umfassende bewegungsfördernde Maßnahmen genommen werden. Organisationen, die zum Beispiel in Kärnten geförderte Bewegungsprogramme anbieten, sind die Sportvereine ASVÖ Kärnten und Sportunion Kärnten oder auch unter vielen anderen zum Beispiel das Frauengesundheitszentrum mit „Raus aus der Couch“ (Frauengesundheitszentrum, o.D.). International wird empfohlen, den Zugang für die gesamte Bevölkerung zu Sportstätten, Freizeitanlagen sowie Grünanlagen zu ermöglichen (Calvill, Kahlmeier & Racioppi, 2006, S. 21-23). Dies ist in Kärnten unter anderem in den Entwicklungsprogrammen Kärntens und dem Sportstättenplan (LGBl. Nr. 1/1978, § 1) verankert. Grundsätzlich sollte in Kooperation mit dem Sportressort eine verstärkte Verankerung der Gesundheit in Gesetzen und Maßnahmen des Sportressorts angedacht werden. Auch der Tourismusbereich in Kärnten zeigt durchaus Anknüpfungspunkte, da Radfahren und Wan-

dern hier wichtige Themen sind. Obwohl die Angebotsgestaltung auch stark von den Betrieben selbst abhängt, werden entsprechende Packages über die Kärnten Werbung angeboten. Außerdem investiert nach Aussage des zuständigen politischen Vertreters das Land Kärnten massiv in den Ausbau der Infrastruktur für Radwege (Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler, Interview am 13. Februar 2008; E-Mail-Auskunft Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler vom 30. Juli 2008).

Umwelt

Um Menschen zu Bewegung in ihrer eigenen Nachbarschaft zu motivieren, ist die Schaffung einer sauberen und attraktiven Umwelt von großer Bedeutung (Edwards & Tsouros, 2006, S. 15). Darüber hinaus ist der Zugang zu Seen sowie die Bewahrung bzw. Schaffung von Grünflächen eine wichtige Voraussetzung (Edwards & Tsouros, 2006, S. 13). Als „Nebenprodukt“ in der Schutzwasserwirtschaft (Umgang mit Naturkatastrophen) geht die Schaffung von Erholungs-, Erlebnis- und Spielbereichen hervor: Im Projekt Lebensraum Wasser entstehen in Kooperation mit Dritten (z.B. Gemeinden, Schulen, Privatpersonen, Vereine) Events, Erholungsmöglichkeiten etc. am öffentlichen Gut Fließgewässer (Abt. 18, Interview am 5. Februar 2008).

Wirtschaft und Arbeit

Ein Setting, welches im Bereich der Wirtschaft angesiedelt ist, in dem Bewegung gefördert werden soll, sind Betriebe. Betont wird die Wichtigkeit der Schaffung von sicheren Wegen zur Arbeit, die nichtmotorisierte Fortbewegung favorisieren (Edwards & Tsouros, 2006, S. 31). Durch die Identifizierung der Bedürfnisse von ArbeitnehmerInnen können Rahmenbedingungen geschaffen werden, welche es erleichtern, Bewegung in die Arbeit zu integrieren. Maßnahmen zur Förderung des aktiven Arbeitsweges sowie auch einfache Aktivitäten wie die Attraktivierung von Stiegenhäusern oder das Anbringen von Entscheidungshilfen und Erinnerungen am Lift, die Stiegen zu nehmen, können einfach und kostengünstig zur Steigerung der Bewegung beitragen. Auf Verhältnisebene tragen weiters der Einbau von Duschkabellen, eines Fitnessstudios oder die Unterstützung für die Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio zur Steigerung des Bewegungsausmaßes bei (WHO, 2007a, S. 27). Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung durch Kurse und Informationsveranstaltungen, wie sie durch den ASKÖ Kärnten mit dem Programm „Aktiv gesund im Betrieb“ angeboten werden, sollen helfen, das Bewusstsein von Erwachsenen bezüglich ihres Bewegungsverhaltens zu steigern (ASKÖ, o.D.). Wettbewerbe, wie zum Beispiel „Wer radlt gewinnt“ in der Steiermark, fördern das Bewusstsein gegenüber gesundheitsfördernder Bewegung (Wer radlt gewinnt, o.D.). Aber auch der Fahrradpass von Global 2000, der dazu anregen soll, mit dem Rad zur Arbeit zu fahren, steigert das Bewusstsein der arbeitenden Bevölkerung. Dabei werden die einzelnen Personen ermuntert, ihre mit dem Rad gefahrenen Kilometer zu dokumentieren, im Gegenzug dazu können sie von verschiedenen Angeboten aus der Wirtschaft profitieren (Fahrradpass, o.D.).

Die Medien, als ein Wirtschaftszweig, können in Zusammenarbeit mit den anderen Sektoren zur Verbreitung von klaren, einfachen und verständlichen Botschaften über das geforderte Ausmaß und die Art der Bewegung beitragen (Edwards & Tsouros, 2006, S. 15).

Wissenschaft und Forschung

Erleichtert werden kann die Arbeit der Regierung durch die Sammlung von Daten zu Bewegung und deren Einfluss auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung. So können die direkten und indirekten Kosten von Inaktivität als Argument für Maßnahmen zur Förderung von Bewegung verwendet werden (WHO, 2007a, S. 20). Um den Erfolg von Maßnahmen und den aktuellen Bedarf zu messen, bedarf es eines Monitorings des Bewegungsverhaltens und der Determinanten der KärntnerInnen sowie der Evaluation der Maßnahmen. Um eine ständige Qualitätsverbesserung von Projekten und Maßnahmen zu erzielen, ist die Veröffentlichung der Evaluationsergebnisse von großer Relevanz (Auer, Wieseneder, Grasser, 2008, S. 3). Für die Durchführung von Bevölkerungsmonitorings empfiehlt die WHO die Anwendung von standardisierten, europaweit verwendeten Instrumenten.

5.1.3 Zusammengefasste Ergebnisse und Maßnahmenempfehlungen

Zusammengefasste Ergebnisse:

- KärntnerInnen haben nach eigenen Angaben ein höheres Bewegungsniveau als der österreichische Durchschnitt. Nur jede/r Fünfte hat nach Eigenangaben einen sitzenden Lebensstil. Wie bereits weiter oben dargestellt, ist jedoch davon auszugehen, dass die Selbstauskünfte das wahre Ausmaß der Bewegung stark überschätzen.
- Frauen bewegen sich weniger als Männer, sowohl im österreichischen Schnitt als auch auf Kärnten bezogen.
- Die jüngsten KärntnerInnen und die ältesten weisen die größten Anteile an Personen mit sitzendem Lebensstil auf. Wobei junge Frauen nach Eigenangaben weniger Bewegung machen als Männer des gleichen Alters. Junge Männer und Männer zwischen 45 und 54 Jahre haben nach Eigenangaben den höchsten Bewegungslevel.
- Beim Ausmaß der Bewegung zeigt sich ein klarer sozialer Gradient. Je höher die höchste abgeschlossene Schulbildung ist, desto höher ist nach Eigenangaben das Bewegungsniveau. Am wenigsten Bewegung weisen sowohl bei Frauen als auch bei Männern jene auf, die einen Pflichtschulabschluss haben.

Daraus folgende Maßnahmenempfehlungen:

Für den Gesundheitssektor

- Gemeinsam mit anderen Sektoren und Organisationen können Empfehlungen für gesundheitsfördernde Bewegung erstellt werden. Diese sollen PraktikerInnen und PolitikerInnen sowie allen KärntnerInnen als Referenz und Anleitung dienen. Dabei soll der Gesundheitssektor die Führungsrolle übernehmen. In Kärnten gibt es eine Vielzahl an Aktivitäten, Projekten und Programmen in vielen Sektoren. Um redundante Aktivitäten zu vermeiden, ist eine Koordination sowie deren Evaluation von großer Wichtigkeit. Die Verkehrsplanung in Kärnten zeigt hier besonderes Interesse an gegenseitigem Austausch.
- Ausbau der Bewegungsangebote und Förderung von bewegungsaktiven Wegen zur Arbeit für MitarbeiterInnen der Gesundheitsdienstleister zum Beispiel im Rahmen von gesundheitsfördernden Krankenhäusern. Neben dem Anbieten von Kursen können MitarbeiterInnen dazu animiert werden, Stiegen zu steigen, statt mit dem Lift zu fahren.
- Anreize, Prämierungssysteme und Schulungen können MedizinerInnen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung unterstützen, das Beratungsgespräch zum Bewegungsverhalten durchzuführen. Notwendig dafür sind Leitlinien und/oder ein einfach zu verstehendes und praktisches Informations- bzw. Arbeitsmaterial, das im Rahmen eines Modellprojekts gemeinsam mit MedizinerInnen entwickelt, in Form einer Schulung an MedizinerInnen vermittelt und anhand einiger weniger Pilotpraxen getestet wird.
- Die Bemühungen, den Masterplan Radfahren in Kärnten zielgruppenspezifisch umzusetzen, sollten vom Gesundheitssektor unterstützt werden bzw. soll die Zusammenarbeit mit den relevanten PartnerInnen gesucht werden, um damit das Bewegungsverhalten der Bevölkerung zu verbessern.

Für die Zusammenarbeit mit dem Bildungssektor

- Anzudenken ist der Einbau von bewegungsfördernden Maßnahmen in den Unterrichtsalltag. Zum Beispiel durch das Errichten von Freiluftklassen und das Fördern von aktiver Pausengestaltung kann das Bewegungsniveau von Kindern und Jugendlichen einfach angehoben werden.
- Schulen sollen angeregt werden, Schulsäle und Sporteinrichtungen auch nach dem Unterricht zugänglich zu machen.
- Die Schaffung bewegungsaktiver und sicherer Schulwege, wie die Installation von Gehbussen, ist eine Möglichkeit, um in Städten Kinder und Jugendliche dazu zu bewegen, gemeinsam die Wege von und zur Schule zu gehen. Die Zonen rund um Schulen sollten verkehrsberuhigt werden, denkbar ist

zum Beispiel ein Park- und Halteverbot für alle nicht zum Lehr- und Administrationspersonal gehörenden Personen. Hier ist auch die Bewusstseinsbildung über die Sicherheit der Verkehrswege bei Eltern und Elternvereinen mitzubedenken, damit diese das Angebot für ihre Kinder auch annehmen.

Für die Zusammenarbeit mit dem Rechts- und Finanzsektor

- Neben der gesetzlichen Verankerung von bewegungsfördernden Policies, wie sie bereits im Masterplan Radfahren der Bundesregierung vorgesehen sind, können durch finanzielle Unterstützung NGOs in ihrer Arbeit weiter gefördert werden.

Für die Zusammenarbeit mit dem Sozialektor

- Der Sozialektor kann in Zusammenarbeit mit dem Freizeitsektor für Freizeiteinrichtungen sorgen, die frei zugänglich sind. Anzudenken ist eine Zusammenarbeit mit Sportvereinen, um eine leichte Nutzung der Anlagen sicherzustellen. Schwimmbäder können zum Beispiel mit besonders attraktiven Saisonkarten dazu beitragen, dass alle Kinder und Jugendlichen diese nutzen können.

Für die Zusammenarbeit mit dem Umwelt- und Infrastruktursektor

- Die aktive Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen den „Gesunden Gemeinden“ und den „Aktiven Gemeinden“ muss sichergestellt werden. Aufbauend darauf kann im Rahmen dieser Arbeit mit den Gemeinden ein Schwerpunkt auf gemeindeorientierte und verhältnisändernde Maßnahmen in den Gemeinden gelegt werden. Wie im Kapitel 6.1 angeführt, könnte ein Modellprojekt durchgeführt werden, das praktische Materialien, Weiterbildungs- sowie Betreuungsangebote für die Gemeinden entwickelt, damit diese ihrer raumplanerischen Aufgabe zur Entwicklung einer bewegungsfördernden Gemeinde nachkommen können.
- Natürliche Flächen wie Seen und Grünflächen sollen leicht und frei bzw. kostengünstig zugänglich sein. Zum Beispiel kann die Schaffung eines von der Straße abseits gelegenen Radweges zu einem See zweierlei Funktionen erfüllen: Einerseits wird der Verkehr in dieser Gegend beruhigt, andererseits wird die Bevölkerung zu mehr Bewegung animiert. Dies ist auch ein Beispiel für multisektorale Zusammenarbeit, da neben dem Umwelt- und Tourismussektor auch der Verkehrssektor gefragt ist.
- Nach dem Vorbild des österreichischen Masterplanes Radfahren kann ein Plan für Kärnten erstellt werden, der auf die speziellen Gegebenheiten eingeht bzw. kann ein Handlungsplan zur Umsetzung der im Masterplan für die Länder vorgesehenen Maßnahmen erstellt und implementiert werden. Durch den Ausbau von Radwegen und Radverleihsystemen in Städten kann das Bewegungsverhalten der Bevölkerung verändert werden. Für diese Maßnahmen gibt es bereits einige Beispiele in anderen Städten wie etwa in Wien.

Für die Zusammenarbeit mit dem Tourismus- und Freizeitsektor

- Wie bereits beim Infrastruktursektor angeführt, wäre die Zusammenarbeit mit dem Tourismussektor hinsichtlich der Schaffung einer bewegungsfördernden Umwelt sinnvoll. Vor allem bestehen in Kärnten hierfür sehr gute Voraussetzungen mit der Ausrichtung des Tourismus auf Rad und Wandern sowie mit dem Projekt Lebensraum Wasser und mit dem Ausbau der Radwege, der fast flächendeckend in Kärnten abgeschlossen ist.
- Besonders großes Potenzial liegt in der aktiven Zusammenarbeit und Abstimmung mit dem Sportressort. Im Sportressort gibt es eine Reihe an gesetzlichen Grundlagen, die dazu genutzt werden können, umfassende Bewegungsförderung sowohl gesetzlich wie auch praktisch zu implementieren. So sollte der freie Zugang zu Sportstätten, die Priorität des Gesundheitssports und der gesundheitsfördernden Bewegung sowie die intersektorale Zusammenarbeit gestärkt, festgelegt und im Rahmen dessen umgesetzt werden.

Für die Zusammenarbeit mit dem Wirtschafts- und Arbeitssektor

- Wie für den Gesundheitssektor ist die Möglichkeit der Schaffung von bewegungsaktiven Wegen zur Arbeit ein erster Schritt zur Förderung von mehr Bewegung. Beispiele hierzu sind Wettbewerbe oder Fahrradpässe und vieles mehr.
- Innerhalb der einzelnen Betriebe können einerseits durch Duschkmöglichkeiten, den Zugang zu Bewegungseinrichtungen sowie durch Bewegungsangebote, die in den Alltag integriert sind, Anreize zur Bewegung geschaffen werden. Andererseits kann eine Kultur für Bewegung unterstützt werden, ebenso können durch die Attraktivierung von Stiegenhäusern oder das Anbringen von Entscheidungshilfen und Erinnerungen am Lift, die Stiegen zu nehmen, effektive Aktivitäten gesetzt werden.

Für die Zusammenarbeit mit Wissenschaft und Forschung

- Empfohlen wird das Einführen und Anwenden von Indikatoren, die das Bewegungsverhalten der KärntnerInnen messen, und darauf aufbauend das Setzen von Maßnahmen. Durch die kontinuierliche Messung des Bewegungsverhaltens der Bevölkerung und der bestehenden Verhältnisse können weitere Informationen gewonnen und Veränderungen abgebildet werden.
- Für die Weiterentwicklung von Maßnahmen ist die Evaluation bereits getätigter Maßnahmen essenziell. Daher sollten vor allem Projekte und Maßnahmen gefördert werden, die eine Evaluation vorsehen.

5.2 Ernährung

Falsche Ernährungsgewohnheiten zählen wie zu wenig Bewegung zu den Hauptgründen für die Entstehung und Ausweitung chronischer Krankheiten (WHO, 2004b, S. 2; EU, 2007, S. 2). Zu den Folgeerkrankungen von ungesunder Ernährung zählen Adipositas, Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs, Osteoporose und Zahnerkrankungen (WHO, 2003, S. 4).

Der steigende Anteil an ernährungsbedingten Krankheiten nicht nur in den Industrieländern ist auf die veränderte Zusammensetzung der täglichen Nahrung zurückzuführen. Statt Nahrung mit vorwiegend pflanzlichen Anteilen nimmt die Bevölkerung nun vermehrt Nahrung mit hohem tierischem Anteil, hohem Anteil an Fetten – vor allem gesättigte Fette – und hohem Energiegehalt zu sich. In Verbindung mit dem bereits zuvor erwähnten vorwiegend sitzenden Lebensstil ergibt dies zwei wichtige Risikofaktoren (WHO, 2003, S. 6).

Jedoch spielt nicht nur Überernährung eine große Rolle, auch Mangelernährung bei Mikronährstoffen wie Jod, Vitamin D und Folsäure tritt bei manchen Bevölkerungsgruppen in Erscheinung (Boeing & Walter, 2003, S. 155).

Empfehlungen für eine gesündere Ernährungsweise beinhalten folgende Punkte (WHO, 2004b, S. 4, und DGE, o.D.):

- Vielseitige und abwechslungsreiche Nahrung
- Erreichen einer Energiebalance und eines gesunden Gewichtes
- Limitierung der Aufnahme von Fett, dabei einen Wechsel von gesättigten Fetten hin zu ungesättigten Fetten und vollständige Vermeidung von Transfetten
- Erhöhung des Konsums von Obst, Gemüse, Hülsenfrüchten, Vollkornprodukten und Nüssen
- Reduzierung des Zuckers
- Reduzierung der Salzaufnahme bei gleichzeitiger Wertlegung auf die Aufnahme von jodiertem Salz

Weiters wird die ausreichende Aufnahme von Flüssigkeit, vor allem Wasser und kalorienarmen Getränken, empfohlen (DGE, o.D.).

5.2.1 Essgewohnheiten in Kärnten

Die Darstellung des Ernährungsverhaltens der KärntnerInnen basiert auf Fragen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung, die KärntnerInnen zu ihren Trink- und Essgewohnheiten befragt. Die Antwortmöglichkeiten bezogen sich bei den Ernährungsgewohnheiten auf Mischkost mit viel Obst und Gemüse, Mischkost mit wenig Fleisch, Mischkost mit viel Fleisch, vegetarisch mit Milchprodukten und/oder Eiern, vegetarisch mit zusätzlich Fisch, Vegan. Die ersten beiden Ernährungsformen können als Standardkost mit Gesundheitsaspekten bezeichnet werden (Elmadfa, Freisling, König et al., 2003, S. 57) und somit als jene Ernährungsformen, die den Ernährungsempfehlungen am nächsten kommen. Die Fragen in der Österreichischen Gesundheitsbefragung wurden von Prof. Elmadfa, Institut für Ernährungswissenschaften, Wien, vorgeschlagen. Es gibt keine mit diesen Fragen vergleichbaren Daten auf europäischer Ebene (Klimont, Kytir & Leitner, 2007, Anhang: Befragungsunterlagen, S. 15).

Über die Hälfte der KärntnerInnen (54 %) ernährt sich mit Mischkost mit wenig Fleisch, weitere 19 % nehmen Mischkost mit viel Obst und Gemüse zu sich (siehe Tabelle 5.2 Ernährung). Damit geben fast 3 von 4 KärntnerInnen an, sich in einer Weise zu ernähren, die als einigermaßen gesund angenommen wird. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass die Gültigkeit und Aussagefähigkeit der Fragestellung in der Österreichischen Gesundheitsbefragung ungeklärt ist. Darüber hinaus gibt auch jede/r Vierte an, sich von Mischkost mit viel Fleisch zu ernähren.

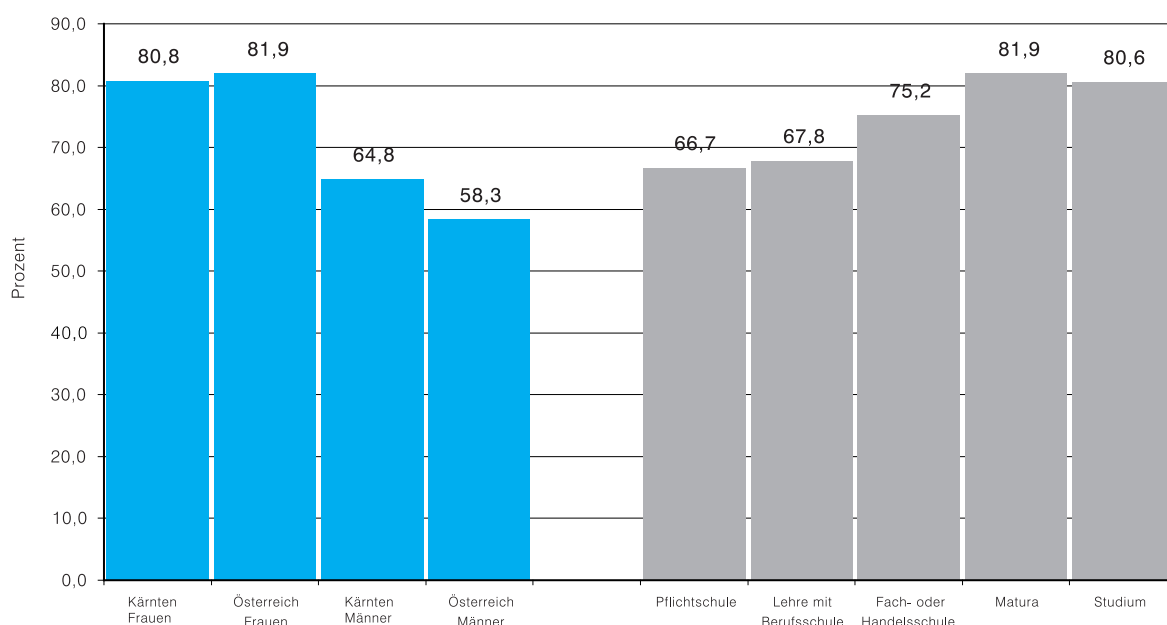
Ein Vergleich mit den Daten für Österreich zeigt, dass der Anteil an VegetarierInnen im übrigen Österreich mit 3 % doppelt so hoch wie in Kärnten ist, ebenso ist der Anteil an Personen, die Mischkost mit viel Obst und Gemüse essen, im österreichischen Schnitt höher (24 %). Geht man wiederum von den angenommenen gesunden Ernährungsformen aus, ist der Anteil jener, die Mischkost mit viel Obst und Gemüse oder mit wenig Fleisch essen, in Kärnten mit 73 % geringfügig höher als im übrigen Österreich mit 71 %. Der Anteil jener mit angenommener gesunder Ernährung ist damit unter den KärntnerInnen am dritthöchsten in Österreich, nach den SalzburgerInnen und den BurgenländerInnen. Direkt vergleichbare Daten mit anderen europäischen Ländern liegen nicht vor. Daten aus einer Eurostat-Befragung nach der Einschätzung der eigenen Ernährung durch die ÖsterreicherInnen besagen, dass der Anteil jener, die glauben, dass sie gesund essen, mit um die 73 % relativ gering ist und unter dem Europa-25-Schnitt von 83 % liegt (Europäische Kommission, 2006, S. 23). Es handelt sich hierbei allerdings um eine subjektive Einschätzung, die vom Wissen und von der Kultur der befragten Personen abhängig ist. Allerdings zeigt sich auch bei dieser europaweiten Befragung, dass ÖsterreicherInnen als Gründe für ungesunde Ernährung im Europa-Vergleich besonders häufig fehlende Information angeben und dass die Auswahl und Zubereitung gesunder Gerichte zu viel Zeit in Anspruch nimmt (Europäische Kommission, 2006, S. 28).

Deutlich mehr Frauen (24 %) als Männer (14 %) essen in Kärnten Mischkost mit viel Obst und Gemüse, dies kann auch für ganz Österreich festgestellt werden, wenngleich insgesamt mehr Personen in ganz Österreich sich auf diese Art und Weise ernähren (30 % bei Frauen und 17 % bei Männern). Dass Frauen eher zu Ernährung mit Obst und Gemüse greifen, zeigt sich auch beim Blick auf den Anteil an VegetarierInnen und VeganerInnen in Kärnten, diese sind ausschließlich unter den Frauen zu finden.

Mit steigendem Alter nimmt der Anteil der KärntnerInnen zu, von denen nach Eigenangaben angenommen wird, dass sie sich gesund ernähren, indem sie Mischkost mit viel Obst und Gemüse und Mischkost mit wenig Fleisch zu sich nehmen. Der Anteil jener, die sich in dieser Weise ernähren, liegt bei den 15- bis 35-Jährigen noch bei ca. 67 % und steigt auf 89 % bei den über 75-Jährigen. Parallel dazu sinkt der Anteil jener, die angeben, Mischkost mit viel Fleisch zu essen. Vegetarische Ernährungsformen sind eher in jüngeren Altersgruppen zu finden. Betrachtet man die Altersunterschiede

nach Geschlecht getrennt, gilt für die Männer dasselbe wie für die Gesamtbevölkerung, bei den Frauen allerdings ist das Bild weniger eindeutig. Hier steigt der Anteil jener, die sich einigermaßen gesund ernähren, erst ab der Altersgruppe der 45-55-Jährigen kontinuierlich an. Bei den 15-25-Jährigen und 35-45-Jährigen ist der Anteil jedoch mit 80 % höher als bei den 45-65-Jährigen und bei den 25-35-Jährigen.

Anteil der Personen, die sich vorwiegend von Mischkost mit wenig Fleisch oder von Mischkost mit viel Obst und Gemüse ernähren, nach Geschlecht (Vergleich Kärnten und Österreich) und Bildung (nur Kärnten) im Jahr 2006/2007



Ein klarer sozialer Gradient wird sichtbar, wenn man die Anteile jener mit als gesund angenommenen Ernährungsgewohnheiten – also Personen, die sich mit Mischkost mit viel Obst und Gemüse oder mit Mischkost mit wenig Fleisch ernähren – analysiert. Der alterskorrigierte Anteil jener, die sich demnach gesund ernähren, steigt von 67 % bei den Pflichtschul- und LehrabsolventInnen auf ca. 81 % bei MaturantInnen und HochschulabsolventInnen. Mit höherer abgeschlossener Bildung steigt der Anteil an VegetarierInnen und sinkt der Anteil jener, die Mischkost mit viel Fleisch essen.

Betrachtet man die als gesund angenommenen Ernährungsmuster nach Geschlecht, zeigt sich, dass der soziale Gradient bei den Männern gegeben ist, während er bei den Frauen kaum erkennbar ist und die Hochschulabsolventinnen mit 70 % sogar den geringsten Anteil an Frauen, die angeben, sich gesund zu ernähren, aufweisen. Der Anteil der Frauen mit Hochschulabschluss, die sich mit Mischkost mit viel Fleisch ernähren, ist mit 23 % beinahe so hoch wie jener der Männer mit 25 %, wobei ansonsten der Anteil der Frauen mit gesunden Ernährungsgewohnheiten weitaus höher ist als jener der Männer.

Auch zeigt sich, dass der Anteil jener Personen, die in ihrer Ernährung vermehrt Gemüse und Obst zu sich nehmen (also Mischkost mit viel Obst und Gemüse sowie Vegetarismus), mit höherem Bildungsabschluss – sowohl bei Frauen als auch bei Männern – steigt. So sind es bei den PflichtschulabsolventInnen und jenen mit Lehrabschluss lediglich ca. 17 %, bei den MaturantInnen schon 28 % und bei den HochschulabsolventInnen gar 44 %.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass mehr Frauen zu Ernährungsformen greifen, die mehr Obst und Gemüse beinhalten, als Männer. Weiters gibt es Unterschiede in der Ernährung nach der höchsten abgeschlossenen Schulbildung. Diese beiden Tendenzen wurden bereits im Ernährungsbericht 2003 festgestellt, was auf eine nur langsame Änderung der Ernährungsweisen hindeutet

(Elmadfa, Freisling, König et al., 2003, S. 57-56). Eine Analyse der Daten zum BMI (siehe Kapitel 5.3) verweist darauf, dass es Unterschiede in der Perzeption des eigenen Ernährungsverhaltens und des tatsächlichen Ernährungsverhaltens geben muss.

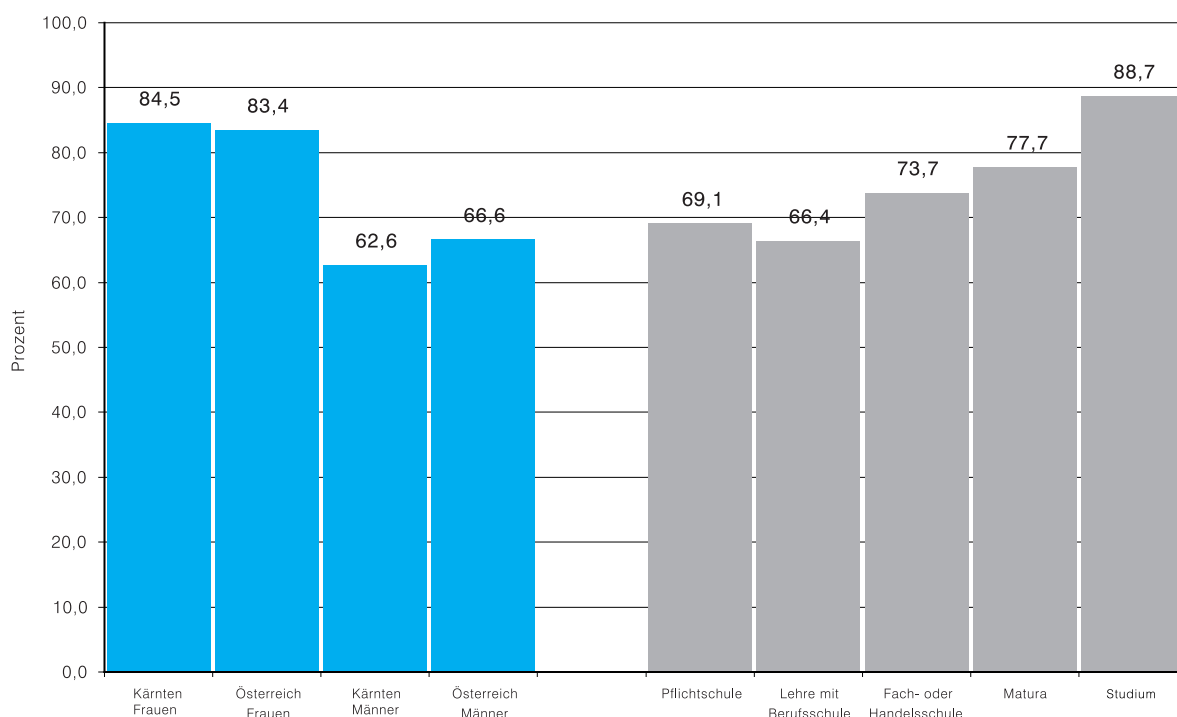
5.2.2 Trinkgewohnheiten in Kärnten

Die zu ihren Trinkgewohnheiten befragten KärntnerInnen konnten ihr Trinkverhalten in drei Kategorien einordnen: vorwiegend Wasser/Mineral/ungezuckerter Tee, vorwiegend Fruchtsäfte und Limonaden sowie vorwiegend alkoholische Getränke.

Nur jene Personen, die vorwiegend Wasser, Mineral und ungezuckerten Tee trinken, treffen die internationalen Empfehlungen bezüglich gesundheitsfördernder Trinkgewohnheiten.

3 von 4 KärntnerInnen (74 %) erfüllen bereits die internationalen Empfehlungen, jedoch hat Kärnten im Bundesländervergleich gemeinsam mit Niederösterreich hiermit den siebtniedrigsten Anteil nach Tirol und der Steiermark, wo nur 73 % Personen diese Anforderung erfüllen. Im Schnitt trinken in Österreich 75 % der Personen vorwiegend Wasser, Mineral und ungezuckerten Tee (siehe Tabelle 5.3 Trinken).

Anteil der Personen, die vorwiegend Mineralwasser, Wasser und Tee trinken, nach Geschlecht (Vergleich Kärnten und Österreich) und Bildung (nur Kärnten) im Jahr 2006/2007



Fast jede/r Vierte (23 %) der KärntnerInnen gibt an, vorwiegend Fruchtsäfte und Limonaden zu trinken. Kärnten liegt hierbei gemeinsam mit Niederösterreich an vorletzter Stelle, nur in der Steiermark ist der Anteil der Personen mit solchen Trinkgewohnheiten noch höher.

Der Anteil jener Personen, die vorwiegend alkoholische Getränke zu sich nehmen, liegt in ganz Österreich und Kärnten bei 2 %. Mit 4 % ist er in Tirol am höchsten und in Wien mit 1 % am niedrigsten.

Frauen greifen in Kärnten häufiger zu Wasser, Tee und Mineral als Männer (85 % bzw. 63 %). Fast ein Drittel der Männer greift vorwiegend zu Fruchtsäften und Limonaden, der Rest (4 %) trinkt vorwiegend alkoholische Getränke. Dieser Anteil ist unter Kärntnerinnen mit 0,2 % sehr klein. Im Vergleich zu Ös-

terreich insgesamt sind die Trinkgewohnheiten der Kärntner ungesünder, während in Österreich 67 % zu den gesunden Alternativen greifen, sind es in Kärnten nur 63 %.

Mit steigendem Alter steigt der Anteil jener Personen, die vorwiegend Wasser, Tee und ungezuckerte Getränke trinken. Gleichzeitig steigt auch im Alter der Anteil jener, die vorwiegend alkoholische Getränke zu sich nehmen, wogegen der Anteil jener, die vorwiegend Fruchtsäfte und Limonaden trinken, bei den 15-25-Jährigen mit 47 % besonders hoch ist. Jede/r zweite KärntnerIn in dieser Altersgruppe trinkt vorwiegend zuckerhaltige und hochkalorische Getränke. Dieses Muster zeigt sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Der Anteil an Personen, die vorwiegend Säfte und Limonaden zu sich nehmen, ist am größten bei Frauen zwischen 15 und 24 Jahre (38 %) und bei Männern zwischen 15 und 44 Jahre (Anteil zwischen 56 % und 34 %).

Trinkgewohnheiten unterscheiden sich auch eindeutig nach Schulbildung. Während nur 69 % der Kärntner PflichtschulabgängerInnen gesunde Getränke wählen, liegt dieser alterskorrigierte Anteil bei Personen mit Hochschulabschluss bei 89 %. Auch beim Anteil der Personen, die angeben, vor allem Fruchtsäfte und Limonaden zu trinken, zeigt sich ein ganz klarer sozialer Gradient. Bei den Pflichtschul- und LehrabsolventInnen trinkt ca. ein Drittel der KärntnerInnen vor allem zuckerhaltige Getränke, während dies bei den HochschulabsolventInnen lediglich bei 11 % der Fall ist. Ähnlich verhält sich die Situation bei den alkoholischen Getränken, allerdings wird diese Form der Trinkgewohnheit vor allem von LehrabsolventInnen mit 2 % angegeben.

Bei einer Analyse nach Geschlecht, die nicht um den Einflussfaktor Alter korrigiert werden konnte, zeigt sich ein unterschiedliches Muster bei Männern und Frauen. Während bei den Männern der Anteil jener, die vorwiegend ungezuckerte Getränke trinken, mit höherer Bildung steigt, und der Anteil jener, die vor allem zuckerhaltige oder alkoholische Getränke zu sich nehmen, sinkt, ist es bei den Frauen umgekehrt. Bei den Kärntnerinnen sinkt der Anteil jener, die ungezuckerte Getränke trinken, mit steigender Bildung, während der Anteil jener, die vor allem zuckerhaltige Getränke trinken, steigt. Zusätzlich muss darauf hingewiesen werden, dass bei den Männern fast die Hälfte (44 %) der Pflichtschulabsolventen vorwiegend Fruchtsäfte und Limonaden sowie 8 % vorwiegend alkoholische Getränke trinken.

5.2.3 Rahmenbedingungen zur Schaffung einer gesundheitsförderlichen Lebensumwelt

Eine umfassende Gesamtpolitik zur Förderung gesunder Ernährung umfasst lt. WHO politische Maßnahmen zur Forcierung gesunder Ernährung als Querschnittsmaterie für verschiedene Bereiche. Multisektorale Zusammenarbeit, wie z.B. mit dem Sozialsektor, dem Arbeitssektor, aber auch mit Verantwortungsträgern aus dem öffentlichen und privaten Bereich, ist für die Schaffung von Lebensumwelten, die gesunde Ernährung fördern, in jedem Maßnahmenbereich unabdingbar (WHO, 2004b, S. 8-9).

Sektoren, die zur Schaffung einer gesundheitsförderlichen Lebensumwelt beitragen können, sind neben dem Gesundheitssektor auch Wirtschaft, Handel, Bildung, Finanzen, Landwirtschaft und Medien, wobei die WHO den Regierungen eine zentrale Rolle bei der nachhaltigen und sektorenübergreifenden Implementierung von Maßnahmen zur Verbesserung des Ernährungsverhaltens der Bevölkerung zuweist (WHO, 2004b, S. 6). Dazu kann in einem ersten Schritt die Entwicklung eines Kärntner Handlungsplanes für gesunde Ernährung vorangetrieben werden. Sowohl zur Entwicklung des Handlungsplanes wie auch zur Umsetzung der geplanten Maßnahmen bedarf es der engen Miteinbeziehung von kommunalen und lokalen AkteurInnen und der Beratung durch ein aus relevanten Ressorts besetztes Beratungsgremium (inkl. wissenschaftlicher ExpertInnen, VertreterInnen von Ressorts) (WHO, 2004b, S. 6).

Regierungen können weiters dafür Sorge tragen, dass KonsumentInnen umfassend und akkurat über gesunde Ernährung und Lebensmittel aufgeklärt werden, um der Bevölkerung eine gesunde Wahl zu ermöglichen. Als Basis für adäquate Informationen bedarf es der Erstellung von Ernährungsrichtlinien, die für Kärnten entwickelt bzw. deren Entwicklung auf nationaler Ebene initiiert und forciert werden soll. Zentral hierbei ist, dass die Leitlinie besondere Zielgruppen (z.B. Säuglinge, Schwangere, ältere Menschen etc.) berücksichtigt und den kulturellen und regionalen Gegebenheiten, der Verfügbarkeit und Preisgestaltung der Lebensmittel angepasst wird (WHO, 2007d, S. 7).

Bildung

Die WHO unterstreicht besonders die Gestaltung von Rahmenbedingungen in Schulen, die gesunde Ernährung fördern, einerseits durch Maßnahmen und Programme, die das Erlernen von gesundem Ernährungsverhalten stützen, sowie andererseits durch die Gestaltung eines gesunden Ernährungsangebotes in Schulen (WHO, 2004b, S. 9). In Kärnten gibt es bereits eine Vielzahl an Projekten an Schulen und Kindergärten, vor allem hinsichtlich gesunden Frühstücks oder gesunder Jause, wie z.B. Angebote der Ernährungsberatungsstelle der Stadt Klagenfurt (Stadt Klagenfurt, o.D.), aber auch das Projekt „Der kluge Rabe und das kleine Gespenst“ (Gesundheitsland Kärnten, o.D.g). Weiters wird vonseiten der Kärntner Gebietskrankenkasse Unterstützung bei der Durchführung von Projekten in Schulen zu gesunder Ernährung angeboten (Kärntner Gebietskrankenkasse, o.D.a). Viele der Projekte zielen maßgeblich auf die Verbesserung von Wissen und Fähigkeiten der Kinder als Basis für gesunde Ernährung ab und können durch Maßnahmen der Gestaltung von gesundem Essensangebot an Schulen und Kindergärten ergänzt werden. Als Vorbild kann das Projekt „Gesundheitsbewusste Schule – Schwerpunkt gesunde Ernährung“ dienen, das als Modellprojekt an der landwirtschaftlichen Fachschule für ländliche Hauswirtschaft in Eberndorf, Kärnten, umgesetzt und positiv evaluiert werden konnte (Miglar et al., 2001). Grundsätzlich ist es laut Aussage des Landesrates für Landwirtschaft und Forstwesen ein Ziel, an allen landwirtschaftlichen Fachschulen in Kärnten biologische Lebensmittel in der Küche zu verwenden. Weiters ist von den Schulen beim Bezug der Lebensmittel möglichst auf Regionalität zu achten (J. Martinz, Landesrat, Interview am 13. Februar 2008).

Weiters kann der Bildungssektor dazu beitragen, die weiter oben angesprochenen Ernährungsleitlinien zu verbreiten. Dazu können breite Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung mit klaren, konsistenten, einfachen Botschaften zur Verbreitung von Wissen vor allem durch die Integration des ernährungsbezogenen Wissens und diesbezüglicher Informationen in bestehende Programme (z.B. Erwachsenenbildung, Projekte in Schulen etc.) gesetzt werden (WHO, 2004b, S. 7-8; WHO, 2007d, S. 7). Auch hier bietet sich eine sektorenübergreifende Maßnahmensetzung z.B. mit dem Gesundheitssektor. Bestehende Programme und Maßnahmen zur Verbreitung von ernährungsbezogenem Wissen stellen in Kärnten eine gute Ausgangsbasis für umfangreiche Informations- und Aufklärungsangebote dar, z.B. in Form von Ernährungsberatung (Stadt Klagenfurt, o.D.), Informationsabenden durch DiätologInnen (Gesundheitsland Kärnten, o.D.d), Beratungsangeboten für Mütter durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (Amt der Kärntner Landesregierung, o.D.) und verschiedenen Gesundheitstagen, die durch das Gesundheitsland Kärnten gestaltet werden. International sowie national besteht eine Vielzahl an gut dokumentierten und evaluierten Projekten zu diesem Arbeitsbereich, wobei international auch einige Modellprojekte mit sozial benachteiligten Gruppen durchgeführt und positiv evaluiert wurden (Ablinger, Aigner, Frick, Heiling, Zisler, 2007, S. 25), für diese spezielle Zielgruppe gibt es in Kärnten noch keine bestehenden Projekte und Programme.

Finanzen

Neben der auf die Produktion gesunder und sicherer Lebensmittel abzielenden gemeinsamen Agrar- und Gesundheitspolitik können Regierungen durch Regulierungen (wie Steuern, Marktanreize) das Angebot an gesunder Nahrung erhöhen und steuern (WHO, 2004b, S. 8).

Gesundheit

Die sektorenübergreifende Arbeit erfordert aufbauend auf existierende Strukturen die Wahrnehmung einer Koordinations-, Lenkungs- und Unterstützungsfunktion zur Umsetzung von Beiträgen anderer Ressorts (wie Landwirtschaft, Handel, Bildung, Wirtschaft, Finanzen, Medien) (WHO, 2004b, S. 6). Ein möglicher Startpunkt für eine Koordinations- und Unterstützungsfunktion könnte auch die Implementierung eines Ernährungs-Netzwerkes in Anlehnung an das Projekt Nutrinet in der Schweiz sein, das versucht, verbesserte Koordination und Kooperation, Öffentlichkeitsarbeit sowie gesundheitspolitischen Diskurs im Sinne der Förderung einer gesunden Ernährung zu erreichen (Nutrinet.ch, o.D.). Allerdings kann die Einrichtung eines derartigen Netzwerkes nur ein Beginn sein und kann die sektorenübergreifende Koordinations- und Unterstützungsfunktion der Landesregierung keinesfalls ersetzen. Diese Koordinations- und Unterstützungsfunktion kann von bereits bestehenden Stellen, beispielsweise der Abteilung 12 Sanitätswesen oder dem Gesundheitsland Kärnten, unter Sicherung der notwendigen Ressourcen übernommen werden. Eine erste Aufgabe der Koordinierungsstelle kann die Umsetzung des Kärntner Handlungsplanes sein.

Das Gesundheitssystem hat eine zentrale Rolle zur Förderung gesunder Ernährung. Durch die Integration von Ernährungs- und Stillberatungen in der primären Gesundheitsversorgung kann eine große Zahl an Menschen erreicht werden. Die Vermittlung von einfachen Informationen bei geringem Zeit- und Ressourcenaufwand durch die GesundheitsversorgerInnen gilt als kosten-effektive Intervention (WHO, 2007d, S. 9). In Österreich ist eine Beratung zum Thema Ernährung bei Bedarf und im Speziellen für Risikogruppen in der Vorsorgeuntersuchung Neu vorgesehen (Hauptverband der Sozialversicherungsträger, 2005a, S. 5, 15 & 39) und gibt damit die Möglichkeit, Ernährungsberatung in die primäre Gesundheitsversorgung zu integrieren. Die tatsächliche Umsetzung in der Praxis kann durch die Entwicklung von Leitlinien, Schulungen und Schaffung von (ev. finanziellen) Anreizen (WHO, 2007d, S. 9) forciert werden. Auch wird Ernährungs- und Stillberatung in Kärnten bereits im Rahmen der Mutterberatung angeboten (Mutterberatungen, o.D.). Auf diese Ressourcen kann aufgebaut und die Flächendeckung sowie Erreichung auch sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen sowie deren Qualität und Wirksamkeit sichergestellt werden.

Darüber hinaus soll lt. WHO die Integration von Ernährungsbetreuung in der Krankenbehandlung (WHO, 2007d, S. 9) vorangetrieben werden (WHO, 2007, S. 9). Einige Aktivitäten – vor allem zum Thema Diabetes – werden hierzu in Kärnten bereits gesetzt. Beim Gesundheitsland Kärnten werden hierzu eine Informationskampagne sowie auch Diabetesschulung durchgeführt (Gesundheitsland Kärnten, 2006d; Gesundheitsland Kärnten, 2006e).

Landwirtschaft

Nicht nur der Gesundheitssektor kann zur Lebensmittelsicherheit beitragen, auch der Landwirtschaftssektor ist ein wichtiger Akteur bei der Schaffung von gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen. Hierzu gehören u.a. auch Lebensmittelsicherheit, aber auch die Verfügbarkeit und Bezahlbarkeit von gesunden Produkten – vor allem von Obst und Gemüse für benachteiligte Gruppen. Der Agrarsektor – auch in Kärnten – leistet bereits einen wertvollen Beitrag zur gesunden Ernährung, beispielsweise durch den Anbau biologischer Lebensmittel. So wird in Kärnten seit 2003 eine leichte kontinuierliche Zunahme an Biobetrieben und biologischer Anbauflächen festgestellt (Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 10L, o.J., S. 28-29). Bioprodukte werden laut Aussage des Landesrates für Landwirtschaft und Forstwesen in Kärnten stärker nachgefragt als sie angeboten werden können und biologischer Anbau wird in allen Förderprogrammen verstärkt gefördert (J. Martinz, Landesrat, Interview am 13. Februar 2008). Weiters kann nach Aussage des Leiters der Abteilung 10 L Landwirtschaft aber auch die konventionelle Landwirtschaft in Kärnten als qualitativ sehr gut bewertet werden, da es keine Massenproduktion gibt und die Produktion spezifisch auf die regionalen Gegebenheiten ausgerichtet ist (Abt. 10L, Interview am 28. Februar 2008). Zum Agrarsektor gehört auch die Lebensmittelsicherheit inkl. der Sicherstellung sauberen Trinkwassers, eine Angelegenheit, die gesetzlich im Gemeindeversorgungsgesetz und im Bundeslebensmittelrecht verankert ist. Hierzu werden be-

reits umfassende Maßnahmen im Bereich der Kontrolle, Aufklärung und Rückverfolgbarkeit von Lebensmitteln durch die Abteilung 12 Sanitätswesen gesetzt (Gesundheitsreferat des Landes Kärnten, o.D.a). In diesem Bereich gibt es auch bereits bestehende intersektorale Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheits- und dem Landwirtschaftsressort. Die Lebensmittelkontrolle wird gemeinsam von der Abteilung 12 Sanitätswesen und Abteilung 10V Veterinärwesen durchgeführt, wobei zweitens die Schlacht tier- und Fleischuntersuchung durchführt (Abteilung 10V, Veterinärwesen, o.D.).

Das Kärntner Gentechnik-Vorsorgegesetz regelt Maßnahmen der Vorsorge, um das unbeabsichtigte Vorhandensein von gentechnisch veränderten Organismen in anderen Produkten zu verhindern (§1 Abs. 1 lit.a K-GtVG, 2005). Weiters soll dadurch auch die Möglichkeit sichergestellt werden, dass landwirtschaftliche Kulturlflächen, auf denen gentechnisch veränderte Organismen nicht ausgebracht werden, gemäß den Verfahren der biologischen Landwirtschaft bewirtschaftet werden können (§1 Abs. 1 lit.b K-GtVG, 2005). Der Oberkärntner Raum liefert von 1.600 LandwirtInnen fast flächendeckend gentechnikfreie Milch (J. Martinz, Landesrat, Interview am 13. Februar 2008).

Wirtschaft und Arbeit

In Zusammenarbeit mit der Lebensmittelindustrie kann durch Systeme der öffentlichen Anerkennung und durch Unterstützungsmaßnahmen die Reduzierung von Salz, Zucker und Fett in gängigen Lebensmitteln angeregt werden (WHO, 2007d, S. 6).

Durch die Entwicklung von Leitlinien, Selbstverpflichtungen und/oder Prämierungssystemen kann gemeinsam mit dem Lebensmittelhandel, der Gastronomie und Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen eine Orientierung des Angebots an gesunden Ernährungsrichtlinien erarbeitet werden (WHO, 2007b, S. 6). Als Vorbildwirkung soll mit der Umstellung der Nahrungsmittelversorgung in öffentlichen Einrichtungen (z.B. Pflegeheime, militärische Einrichtungen, Gesundheitsversorgung, Suppenküchen, Essen auf Rädern etc.) begonnen werden. Als Beispiel für multisektorale Zusammenarbeit zur Umsetzung gesunder Gemeinschaftsverpflegung in Kärnten kann das Projekt der „Gesunden Küche“ gesehen werden, welches vom Gesundheitsland Kärnten gemeinsam mit der Wirtschaftskammer durchgeführt wird. Auf Verhältnisebene wird hier in Betriebsküchen gesundes Essen eingeführt (Gesundheitsland Kärnten, o.D.a).

Zusätzlich empfiehlt die WHO, dass Maßnahmen zur Sicherstellung adäquater, verständlicher, nicht irreführender Lebensmittelbezeichnungen sowie zur Sicherstellung, dass Werbung und Sponsoring (vor allem für die Zielgruppe Kinder) gesunde Ernährung unterstützen (WHO, 2004b, S. 7-8; WHO, 2007c, S. 92), gesetzt werden. Die Medien können einerseits durch den Verzicht auf irreführende Werbung, andererseits durch die Verbreitung von adäquater Information, zum Beispiel durch Verbreitung der Ernährungsrichtlinien, zur Schaffung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen beitragen (WHO, 2007b, S. 112).

Wissenschaft und Forschung

Aufbauend auf bereits existierende Systeme empfiehlt die WHO, langfristig den Verlauf des Ernährungsverhaltens und seiner Determinanten sowie von bestimmten Risikofaktoren zu beobachten (WHO, 2007d, S. 10). Diese Verlaufsbeobachtung soll auf einem Satz an Kernindikatoren aufbauen, die sowohl von EntscheidungsträgerInnen wie auch von WissenschaftlerInnen als aussagekräftig betrachtet werden. Die Verlaufsbeobachtung kann vor allem Handlungsbedarf aufzeigen und der Bewertung gesetzter Maßnahmen dienen und soll die Basis für politische Entscheidungen darstellen. Des Weiteren erleichtern Daten zu Verhaltensmustern die Arbeit im Feld. Auch Daten von anderen Sektoren, wie Landwirtschaft, können für diesen Zweck hilfreich sein (WHO, 2004b, S. 10).

Darüber hinaus sollen neue Maßnahmen ausreichend evaluiert und die Ergebnisse weit kommuniziert werden. Nach wie vor sind international und vor allem national Interventionsstudien rar, die allerdings gerade im Bereich der Gesundheitsförderung, wo die Wirkung von Maßnahmen stark kontext- und kulturabhängig ist, besonders wichtig sind (WHO, 2007d, S. 10). Vor allem die Auswirkung von Maßnahmen auf sozial benachteiligte Gruppen sollte ein Kern- sowie Querschnittsthema in der Gesundheitsforschung zur gesunden Ernährung sein (WHO, 2007d, S. 6).

5.2.4 Zusammengefasste Ergebnisse und Maßnahmenempfehlungen

Zusammengefasste Ergebnisse:

- Jede/r Vierte gibt an, sich von Mischkost mit viel Fleisch zu ernähren. Drei von vier KärntnerInnen ernähren sich gesund und trinken vorwiegend ungesüßte Getränke. Der Anteil der KärntnerInnen, die sich einigermaßen gesund ernähren, ist etwas höher als jener in ganz Österreich, während der Anteil jener, die ungesüßte Getränke trinken, in Kärnten niedriger ist als in Österreich insgesamt.
- Die KärntnerInnen zeigen ein gesünderes Ernährungs- sowie Trinkverhalten als die Kärntner, wobei fast ein Drittel der Kärntner vorwiegend zuckerhaltige Getränke zu sich nimmt. Besonders beim Trinkverhalten zeigt sich ein ungesünderer Lebensstil der Kärntner als der übrigen Österreicher.
- Mit steigendem Alter steigt der Anteil jener, die sich gesund ernähren und ungesüßte Getränke trinken. Nach Geschlecht getrennt, ist bei Frauen das Muster nicht so eindeutig. Auffällig ist, dass die jüngeren Altersgruppen einen hohen Anteil an Personen aufweisen, die vor allem zuckerhaltige Getränke zu sich nehmen.
- Betrachtet man die Gesamtbevölkerung in Kärnten, gibt es einen klaren sozialen Gradienten, d.h., mit steigender Bildung steigt der Anteil an Personen, die sich einigermaßen gesund ernähren und vor allem ungesüßte Getränke trinken. Wird das Ernährungsverhalten in den verschiedenen Bildungsgruppen nach Geschlecht getrennt analysiert, bleibt das Bild bei den Männern erhalten, bei den Frauen allerdings nicht. Hinsichtlich gesunder Ernährung ist bei den Frauen kaum ein sozialer Gradient erkennbar, die Hochschulabsolventinnen zeigen den geringsten Anteil an Personen, die sich gesund ernähren. Hinsichtlich der Trinkgewohnheiten zeigt sich gar ein umgekehrter Trend, d.h., mit steigender Bildung zeigen die KärntnerInnen einen steigenden Anteil an Personen mit ungesundem Trinkverhalten.

Daraus folgende Maßnahmenempfehlungen:

Für den Gesundheitssektor

- Einrichtung einer Stelle, aufbauend auf existierende Strukturen (z.B. Ressourcenaufbau in der Landessanitätsdirektion bei der für die Ernährungsberatung zuständigen Stelle), für die Wahrnehmung einer Koordinations-, Lenkungs- und Unterstützungsfunktion, um die Planung und Durchführung von Beiträgen anderer Ressorts zur Verbesserung der Ernährungssituation der KärntnerInnen zu koordinieren und zu unterstützen. Hierzu gehört auch die Initiierung und Steuerung von noch folgenden nach Sektoren gegliederten Handlungsmöglichkeiten, die vom Gesundheitssektor ausgehend in Partnerschaft mit VertreterInnen der genannten Sektoren zu erarbeiten sein werden.
- Entwicklung eines Kärntner Handlungsplanes zur Verbesserung des Ernährungsverhaltens sowie zur Schaffung von Verhältnissen, die gesunde Ernährung fördern, sowie von Kärntner Ernährungsempfehlungen, die beinhalten, was gesunde Ernährung ist und wie gesunde Ernährung erreicht werden kann, unter Miteinbeziehung von kommunalen und lokalen AkteurInnen und der Beratung durch ein multisektorales und -disziplinäres Beratungsgremium
- Maßnahmen zur Sicherstellung der Zielgruppenerreichung und Qualität der Ernährungs- und Stillberatungen sowie zur Umsetzung der Ernährungsberatung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung Neu in der primären Gesundheitsversorgung. In Zusammenarbeit mit ÄrztInnen und ExpertInnen für gesunde Ernährung können basierend auf internationalem Wissen Maßnahmen zur Umsetzung der Ernährungsberatung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung und/oder für spezifische Krankheitsbilder erarbeitet werden. Diese Maßnahmen können beispielsweise die Veröffentlichung und Verbreitung praktischer Empfehlungen (z.B. Checklisten) zur Umsetzung von Ernährungsberatungen sowie einschlägige Weiterbildungsangebote für ÄrztInnen umfassen. Auch können die gesundheitlichen und monetären Auswirkungen eines finanziellen Anreizsystems für qualitätsgesicherte Beratungen in der Gesundheitsversorgung anhand eines Pilotprojektes getestet werden.

Für die Zusammenarbeit mit dem Bildungssektor

Integration der oben genannten Ernährungsempfehlungen in bestehende und neue Aufklärungs- und Bewusstseinsbildungsarbeit in Schulen, Kindergärten sowie auch in der Erwachsenenbildung durch die Entwicklung von Lehrveranstaltungsmodulen zur Vermittlung der Kärntner Ernährungsempfehlungen an verschiedene Zielgruppen (im Speziellen an Kinder, Schwangere, ältere Menschen, Männer und sozial benachteiligte Personen) sowie durch die Weiterbildung, Beratung und Unterstützung jener Personen, die die Aufklärungs- und Bewusstseinsbildungsarbeit leisten (wie z.B. LehrerInnen, KindergärtnerInnen, ErwachsenenbildnerInnen etc.).

Für die Zusammenarbeit mit dem Landwirtschafts-, Wirtschafts- und Arbeitssektor

- Initiierung und Evaluierung von Modellprojekten, aufbauend auf die Kärntner Ernährungsempfehlungen, beispielsweise durch die Entwicklung von Projekten gemeinsam mit Lebensmittelindustrie, -handel und Gastronomie zu
 - Selbstverpflichtungen und/oder Prämierungssysteme zum Thema Lebensmittelkennzeichnung. Beispielsweise durch die Erarbeitung von Preisen oder einem Qualitätssiegel für Lebensmittelunternehmen, Handels- und Gastronomiebetriebe, die bestimmte Kriterien der Lebensmittelkennzeichnung im Sinne der Ernährungsempfehlungen erfüllen. In Anlehnung an die „European Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health“ kann zum Beispiel durch die Erarbeitung eines Systems der freiwilligen Selbstverpflichtung von genannten Betrieben festgelegt werden, was einzelne Betriebe zur Umsetzung des Kärntner Handlungsplanes und/oder der Kärntner Ernährungsempfehlungen beitragen wollen und können. Die Einhaltung dieser Selbstverpflichtungen wird publik gemacht und kontrolliert.
 - Werbung und Sponsoring (mit besonderer Berücksichtigung der Zielgruppe Kinder). Beispielsweise durch die Erarbeitung, Umsetzung und Evaluierung eines Modellprojekts gemeinsam mit Medien und der Werbebranche, mit dem Ziel, Werbebotschaften, die lt. den Kärntner Ernährungsempfehlungen für Kinder ungesunde Lebensmittel bewerben, zu verhindern.
 - Reduzierung von ungesunden Zusatzstoffen (Salz, Zucker, Fett) in gängigen Lebensmitteln gemeinsam mit Lebensmittelindustrie, -handel und Gastronomie. Beispielsweise können in Zusammenarbeit mit einzelnen Kärntner Lebensmittelerzeugern die Produkte dieser freiwilligen und an gesunder Ernährung interessierten Betriebe nach den Kärntner Ernährungsempfehlungen analysiert werden. In einem zweiten Schritt kann versucht werden, die Zusammensetzung der Produkte möglichst an die Umsetzung der Kärntner Ernährungsempfehlungen heranzuführen. Diese Zusammenarbeit und seine Ergebnisse sollten möglichst umfassend evaluiert werden, um die Möglichkeit des Ausbaus solcher Vorhaben auf andere Betriebe und Produkte abschätzen zu können.
 - Verbesserung des gesunden und leistbaren Angebots im Lebensmittelhandel, in der Gastronomie und in den Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen. Hierzu gibt es vereinzelt Erfahrungen von Projekten in anderen europäischen Ländern, wie z.B. in Nordirland mit dem Projekt „Decent Food for all“. In diesem Projekt konnten durch die Unterstützung von bedürftigen Gemeinden durch ein Ernährungsteam (in Form von Problemdefinition, Beratung hinsichtlich des Aufbaus von Partnerschaften mit lokalen AkteurInnen aus Gastronomie, Landwirtschaft und Lebensmittelhandel und der Umsetzung von adäquaten Maßnahmen) viele Gemeinden erreicht werden.
- Initiierung und Evaluierung von Modellprojekten, aufbauend auf die Kärntner Ernährungsempfehlungen, im Bereich Werbung und Sponsoring, mit besonderer Berücksichtigung der Zielgruppe Kinder. Beispielsweise kann ein Modellprojekt gemeinsam mit Medien und der Werbebranche erarbeitet, umgesetzt und evaluiert werden, mit dem Ziel, Werbebotschaften, die lt. den Kärntner Ernährungsempfehlungen für Kinder ungesunde Lebensmittel bewerben, zu verhindern.

Für die Zusammenarbeit mit Wissenschaft und Forschung

- Einrichtung einer Verlaufsbeobachtung zur Überprüfung des Verlaufs der Implementierung. Ein Indikatorenset zur Abbildung der Implementierung der Maßnahmen der Kärntner Landesregierung zur Verbesserung der Ernährungssituation in Kärnten sollte gemeinsam mit einschlägigen ExpertInnen aus verschiedenen Sektoren erarbeitet werden. Der Verlauf der Implementierung sowie die Veränderungen in der Bevölkerung können basierend auf diesen Indikatoren jährlich beobachtet werden, um die Zielerreichung sowie weiteren Bedarf zu bestimmen.

5.3 BMI

Der Body-Mass-Index (BMI) wird zur Klassifizierung der Personen nach ihrem Gewicht in Relation zu ihrer Körpergröße verwendet. Von besonderem Interesse ist dabei die Anzahl an übergewichtigen beziehungsweise adipösen Personen. Übergewichtige Personen erkranken schneller an chronischen Krankheiten wie Diabetes mellitus, Herz-Kreislauferkrankungen, Krebserkrankungen sowie Osteoarthritis (WHO, 2007b, S. 20).

Übergewicht wird als eine der größten Herausforderungen für Public Health im 21. Jahrhundert angesehen. Schätzungen gehen davon aus, dass zwischen 30 % und 80 % der Erwachsenen und rund 20 % der Kinder europaweit an Übergewicht leiden (WHO, 2007b, S. 1).

Besondere Bedeutung kommt dabei übergewichtigen Kindern zu, die im Erwachsenenalter eine höhere Wahrscheinlichkeit zeigen, an chronischen Krankheiten zu leiden, als normalgewichtige Kinder. Zu diesem Erkrankungsrisiko kommt die Gefahr der Stigmatisierung hinzu (WHO, 2007b, S. 23-24).

Die Gründe für Übergewicht sind unter anderem in der Verfügbarkeit und dem leichten Zugang zu kostengünstigen und zugleich an Fetten und Zucker reichen Nahrungsmitteln sowie dem sitzenden Lebensstil der Bevölkerung zu sehen (WHO, 2007b, S. xii).

Personen ab 20 Jahre mit einem BMI unter 18,5 gelten als untergewichtig, zwischen 18,5 und unter 25 ist die Person normalgewichtig, von 25 bis unter 30 übergewichtig und ab einem BMI über 30 spricht man von adipös.

5.3.1 BMI in Kärnten

Fast jede/r zweite KärntnerIn (48 %) hat (errechnet aus den Selbstauskünften zu Körpergröße und Gewicht) einen BMI von 25 und höher und ist damit übergewichtig bzw. stark übergewichtig (adipös) (siehe Tabelle 5.4 BMI). Drei Prozent der KärntnerInnen sind untergewichtig. Das heißt, dass fast die Hälfte der KärntnerInnen ein zu hohes Gewicht in Relation zur Körpergröße hat. Der Anteil an Übergewichtigen (inkl. Adipösen) ist im Vergleich zu ganz Österreich (50 %) etwas niedriger, vor allem ist der Anteil an Adipösen in Kärnten niedriger als in ganz Österreich (13 %). Im Bundesländervergleich liegen die KärntnerInnen an vierter Stelle. Der Anteil dieser beiden Gruppen ist in Tirol, Salzburg und Vorarlberg niedriger als in Kärnten, im Burgenland am höchsten.

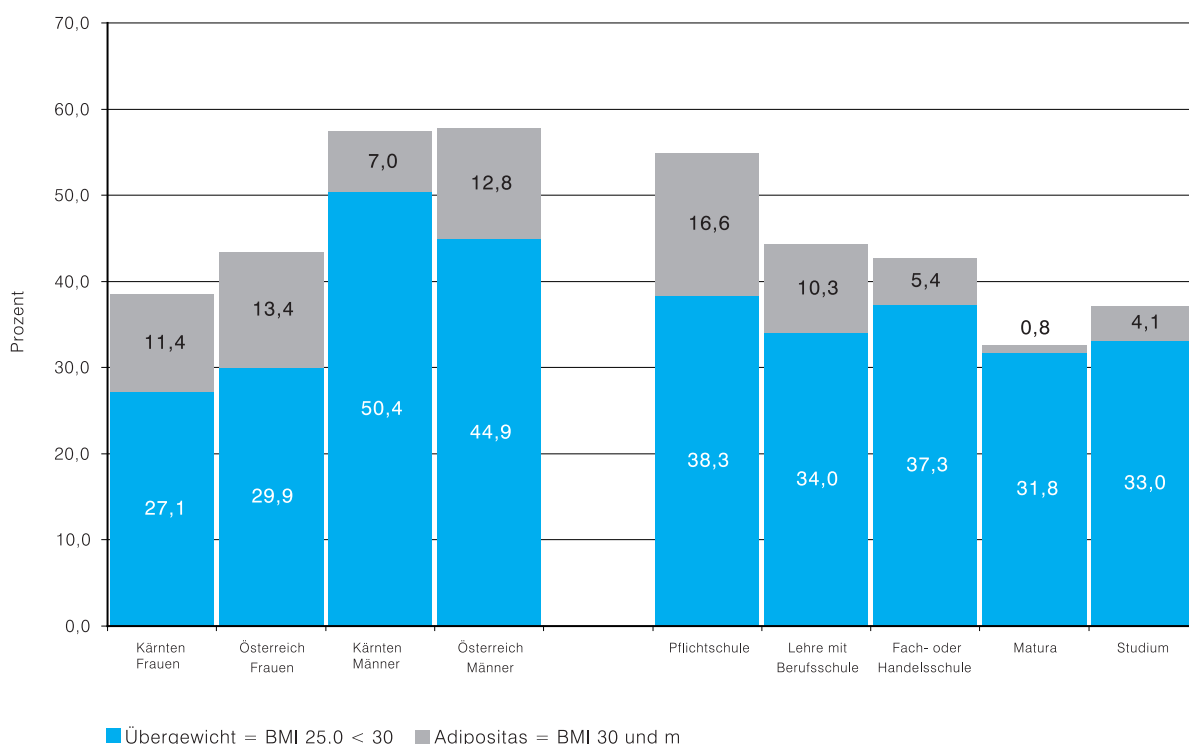
Kärnten und Österreich insgesamt liegen somit im Europavergleich im mittleren Feld, eine ähnliche Anzahl an übergewichtigen und adipösen Personen sind in Irland (46 %), Spanien (49 %) und Island (50 %) zu finden.

Eine Analyse nach Geschlecht zeigt (vgl. Tabelle 5.4 BMI), dass 39 % der Kärntnerinnen mehr als ihr Normalgewicht auf die Waage bringen, ein Drittel dieser 39 % ist aufgrund ihres Körpergewichtes in Relation zur Körpergröße (und eines BMI über 30) als adipös zu bezeichnen. Bei den Männern

sind nach eigenen Angaben 50 % übergewichtig und sieben Prozent adipös. Im Schnitt ist in Österreich der Anteil der Männer, die ein zu hohes Gewicht aufweisen, in etwa gleich hoch (58 %), jedoch sind österreichweit mit 13 % mehr Männer adipös als in Kärnten. Bei den Frauen ist der Anteil der Übergewichtigen und Adipösen niedriger als im österreichischen Schnitt. Das bedeutet, dass zwar ein höherer Anteil an Männern als an Frauen in Kärnten übergewichtig ist, jedoch mehr Frauen als Männer adipös sind.

Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Personen, die einen BMI von 25 und höher haben (vgl. Tabelle 5.4 BMI). Während drei von vier KärntnerInnen (76 %) zwischen 20 und 24 Jahre normalgewichtig sind, beträgt dieser Anteil bei den 65- bis 75-Jährigen nur mehr 30 %. Eine Ausnahme bilden die Personen von 75 Jahren und älter, wo der Anteil der Übergewichtigen niedriger ist. Bei Männern ist der Anteil der übergewichtigen Personen (inkl. der Adipösen) in allen Altersgruppen höher als bei Frauen, nur in der Altersgruppe von 75 Jahren und älter sind diese Anteile bei beiden Geschlechtern in etwa gleich groß. Jede/r zweite KärntnerIn zwischen 65 und 74 Jahre ist übergewichtig (51 %), weitere 17 % sind adipös. Auch nach Geschlechtern getrennt betrachtet zeigt sich, dass dies die Altersgruppe ist, wo die größten Anteile an Übergewichtigen und Adipösen zu finden sind. Die Anzahl der Untergewichtigen ist bei den Personen zwischen 20 und 24 Jahre am höchsten. Während vor allem jüngere Männer zwischen 20 und 25 Jahre von Untergewicht betroffen sind, ist bei Frauen ein Anteil von über fünf Prozent in der Altersgruppe zwischen 20 und 45 zu finden.

Anteil der Personen mit Übergewicht und Adipositas nach Geschlecht (Vergleich Kärnten und Österreich) und Bildung (nur Kärnten) im Jahr 2006/2007



Ein sozialer Gradient ist feststellbar, wenn man die Anteile an Übergewichtigen analysiert (vgl. Tabelle 5.4 BMI). Je höher die abgeschlossene Schulbildung ist, desto weniger übergewichtige Personen gibt es. Während 55 % (davon 17 % adipös) der KärntnerInnen mit Pflichtschulabschluss zu viel Gewicht für ihre Körpergröße haben, sind es bei jenen mit Matura nur 33 % (fünf Prozent adipös) und 37 % bei Personen mit Studium. Eine Analyse nach Geschlecht, die nicht um den Einflussfaktor Alter

korrigiert wurde, zeigt ähnliche Trends, wobei bei Männern der Anteil der Übergewichtigen bei jenen mit Fach- und Handelsschulabschluss am höchsten ist (70 % und zwei Prozent adipös). Gleichzeitig ist jedoch bei Frauen ein Anstieg an Untergewichtigen mit der Zunahme der Schulbildung zu sehen.

Die Hälfte der KärntnerInnen weist ein Normalgewicht auf, der Rest weist großteils ein zu hohes Gewicht auf. Zusammenfassend ist festzustellen, dass bei älteren Personen (bis 75 Jahre) und dabei vor allem bei Männern sowie PflichtschulabgängerInnen ein Handlungsbedarf besteht.

5.3.2 Rahmenbedingungen zur Schaffung einer gesundheitsförderlichen Lebensumwelt

Zur Behandlung von Übergewicht empfiehlt die WHO Gewichtsreduktionsprogramme auf individueller Ebene, zur Prävention von Übergewicht jedoch werden unter anderem die Förderung von gesunder Ernährung und Bewegung empfohlen (WHO, 2007b, S. 42 und 46). Daher ist an dieser Stelle zur Prävention von Übergewicht auf die Kapitel Ernährung und Bewegung (siehe Kapitel 5.1.2 und 5.2.3) zu verweisen.

5.3.3 Zusammengefasste Ergebnisse und Maßnahmenempfehlungen

Zusammengefasste Ergebnisse:

- Jede/r zweite KärntnerIn hat ein Normalgewicht, der Anteil der Übergewichtigen liegt im Bundesländervergleich im Mittelfeld, wobei der Anteil an Adipösen niedriger ist als im Österreichschnitt.
- Der Anteil an Übergewichtigen ist bei Männern höher als bei Frauen, beim Anteil der Adipösen kehrt sich dieses Verhältnis um.
- Mit steigendem Alter nimmt der Anteil an Übergewichtigen zu und jener der Untergewichtigen ab. Der Anteil der Normalgewichtigen ist in der Gruppe der 20- bis 25-Jährigen am größten.
- Die Prävalenz von Übergewicht zeigt auch einen klaren sozialen Gradienten. Je niedriger die Schulbildung ist, desto höher ist der Anteil der Personen mit Übergewicht.

Daraus folgende Maßnahmenempfehlungen:

- Wie bereits weiter oben beschrieben, sind für die Prävention von Übergewicht vor allem gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung wichtig, daher sind Rahmenbedingungen zu schaffen, die dahingehend eine gesunde Wahl ermöglichen. Maßnahmen zur Schaffung dieser Rahmenbedingungen werden ausführlich in den Kapiteln 5.1.3 und 5.2.4 für die Bereiche Ernährung und Bewegung dargestellt.

5.4 Tabak

Der Konsum von Tabak wird nach Bluthochdruck als zweitgrößter Risikofaktor für den Verlust behinderungsfreier Lebensjahre angesehen (WHO, 2007c, S. 23). Die Hälfte aller RaucherInnen stirbt an einer durch das Rauchen verursachten Erkrankung wie Herz-Kreislaufkrankungen, Atemwegserkrankungen und Krebserkrankungen. Täglich sterben in Österreich 25 Menschen, pro Jahr rund 9.000 Personen an durch das Rauchen verursachten Krankheiten, neun von zehn durch Lungenkrebs verursachte Todesfälle sind Folge des Rauchens (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2005a, S. 56). Darüber hinaus schränkt es die Lebensqualität ein und bringt eine erhebliche wirtschaftliche Belastung vor allem für die sozial schwächeren Gruppen der Gesellschaft mit sich (WHO, 2007c, S. 22-28; WHO, 2002, S. 5).

Dem Tabakkonsum werden drei latente Funktionen zugeschrieben: Affektkontrolle, Selbstdarstellung und quasi-rituelle Aufgaben, wie die Erleichterung des Kontaktknüpfens (Siegrist, 2003, S. 142-143).

5.4.1 RaucherInnen in Kärnten

Die KärntnerInnen wurden dazu befragt, ob sie jemals geraucht haben oder derzeit rauchen, beziehungsweise wenn sie nicht rauchen, ob sie zu Hause oder in der Arbeit dem Passivrauchen ausgesetzt sind. Die KärntnerInnen wurden anschließend folgenden Kategorien zugeteilt: RaucherIn (täglich/gelegentlich), ExraucherIn (täglich/gelegentlich) und NichtraucherIn. Die Daten der Gesundheitsbefragung 2006/2007 werden jenen der 2004 vom Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung durchgeführten Befragung zum Substanzgebrauch gegenübergestellt. In beiden Fällen handelt es sich um Selbstauskünfte der Befragten, die Daten der Gesundheitsbefragung unterliegen aufgrund der Hochrechnung der im Kapitel 2 beschriebenen Schwankungsbreite, die Daten der 2004 durchgeführten Befragung wurden nicht hochgerechnet (Uhl, Springer, Koberna, Gnams & Pfarrhofer, 2005, S. 16), weshalb die beiden Datensätze nur bedingt miteinander vergleichbar sind.

In der Gesundheitsbefragung 2006/2007 gab ein Viertel der KärntnerInnen (26 %) an, täglich oder gelegentlich zu rauchen, womit der RaucherInnen-Anteil in Kärnten ca. gleich hoch wie in Gesamtösterreich ist (siehe Tabelle 5.5 Tabak). Ein niedrigerer Raucheranteil ist nur in der Steiermark und in Niederösterreich zu beobachten. Immerhin mehr als die Hälfte der KärntnerInnen (53 %) können als echte NichtraucherInnen bezeichnet werden, das heißt, diese Personen haben noch nie in ihrem Leben geraucht. Nur in der Steiermark ist dieser Anteil höher. Die Ergebnisse der Befragung zum Substanzgebrauch 2004 verweisen darauf, dass der Anteil der RaucherInnen eventuell in der Gesundheitsbefragung 2006/2007 unterschätzt wird, da hier 34 % der Befragten angaben, täglich zu rauchen, und weitere 14 % gelegentlich rauchen. Nur rund ein Viertel der Befragten konnte als echte NichtraucherInnen bezeichnet werden (Market, o.D., Folie 8).

Verglichen mit europäischen Ländern ist der Anteil an RaucherInnen nach eigenen Angaben in der Gesundheitsbefragung 2006/2007 nur in Portugal (19 %) und in Finnland (23 %) niedriger als in Kärnten und Österreich insgesamt.

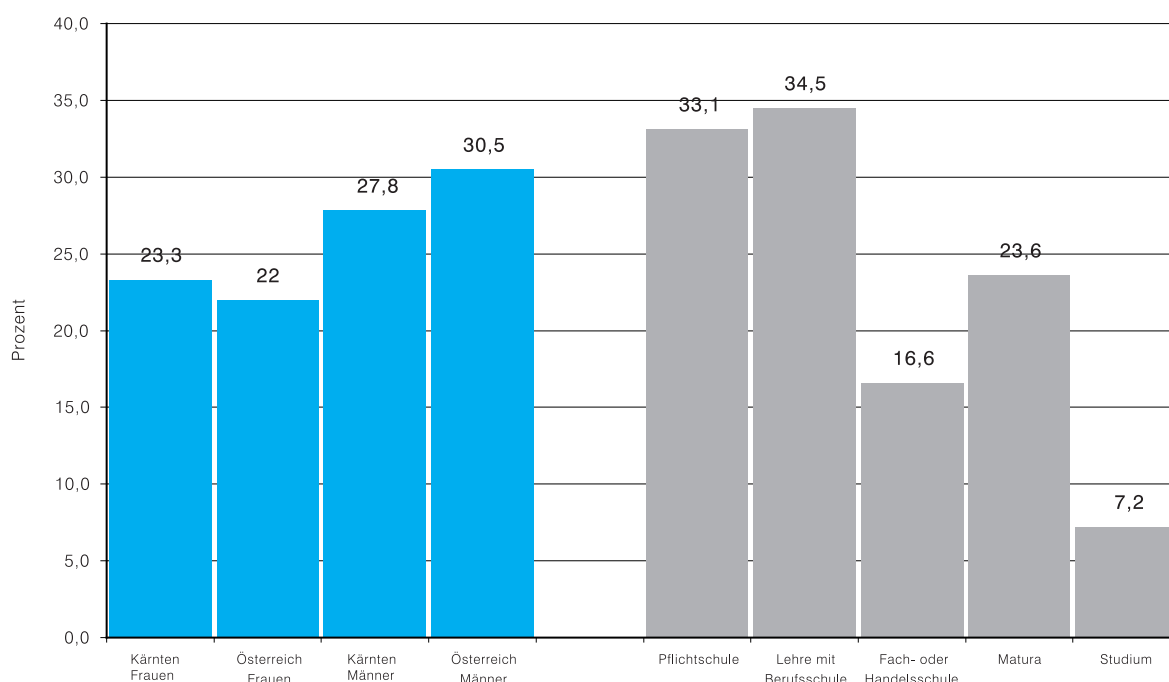
23 % der Kärntnerinnen und 28 % der Kärntner sind als RaucherInnen zu bezeichnen. Männer liegen damit unter dem österreichischen Schnitt für Männer (31 %), während Frauen leicht darüber liegen (22 %).

Seit dem letzten Gesundheitsbericht 2002 ist der Anteil der RaucherInnen in Kärnten von 30 % auf 26 % zurückgegangen. Das Muster, dass überdurchschnittlich viele Kärntnerinnen Raucherinnen und unterdurchschnittlich viele Männer Raucher sind, ist seit 1999 unverändert. Zurückgegangen ist jedoch bei beiden Geschlechtern der Anteil der RaucherInnen (Frauen von 28 % auf 22 %; Männer von 33 % auf 28 %) (ÖBIG, 2002, S. 43).

Eine Analyse nach dem Alter zeigt, dass der größte Prozentanteil der RaucherInnen in Kärnten in der Gruppe der Personen zwischen 25 und 34 Jahre zu finden ist (44 %). Der Kärntner Kinder- und Jugendgesundheitsbericht spricht von alarmierenden 60% RaucherInnen bei den 18- bis 22-jährigen KärntnerInnen (Amt der Kärntner Landesregierung, 2006, S. 58). Nach dem Geschlecht betrachtet ist der Anteil der RaucherInnen bei Frauen bis 35 Jahre höher als jener bei Männern. Während nur vier Prozent der Frauen zwischen 65 und 74 Jahre und zwei Prozent der Frauen ab 75 Jahre rauchen, betragen diese Anteile hingegen bei Männern 15 % und 17 %. Der Anteil der echten NichtraucherInnen ist in den Altersgruppen zwischen 15 und 24 Jahre sowie ab 65 Jahre mit je über 60 % am höchsten. Der Anteil der ExraucherInnen ist mit steigendem Alter höher, am höchsten in der Altersgruppe zwischen 55 und 64 Jahre (34 %). Nach dem Geschlecht analysiert ist bei Frauen derselbe Trend zu beobachten, während bei Männern der Anteil der Exraucher mit zunehmendem Alter – also auch noch bei Personen über 64 Jahre stetig – ansteigt.

Ein Vergleich mit den Daten aus dem Gesundheitsbericht 2002 zeigt, dass das Muster der jungen RaucherInnen gleich geblieben ist. Auch 1999 war der Anteil der RaucherInnen in der Gruppe der 20- bis 44-Jährigen mit rund 38 % am größten (ÖBIG, 2002, Anhang Tabelle 4.2.1).

Anteil der Personen, die täglich oder gelegentlich rauchen, nach Geschlecht (Vergleich Kärnten und Österreich) und Bildung (nur Kärnten) im Jahr 2006/2007



Das Rauchverhalten ist durch einen sozialen Gradienten gekennzeichnet. Während 33 % der PflichtschulabgängerInnen sowie 35 % der Personen mit Lehrabschluss rauchen, sind es bei jenen mit Studium nur sieben Prozent. Beim Anteil der echten NichtraucherInnen ist kein Trend nach Bildungsabschluss zu erkennen, im Gegensatz dazu steigt der Anteil der ExraucherInnen mit steigendem Bildungsniveau. Eine Analyse der nicht um den Einfluss des Alters korrigierten Daten nach Geschlecht zeigt, dass bei Frauen mit steigendem Bildungsgrad der Anteil an Exraucherinnen höher ist, bei Männern ist dies nicht so eindeutig zu sehen, wenngleich der höchste Anteil an Exrauchern bei den Hochschulabsolventen zu finden ist.

Vor allem bei jüngeren Frauen und Personen mit Pflichtschul- und Lehrabschluss sind RaucherInnen zu finden. Auch die Befragungsergebnisse der Substanzgebrauchbefragung aus dem 2004 bestätigen die Ergebnisse, dass vor allem Jüngere und Personen mit niedrigem Bildungsabschluss eine höhere RaucherInnenprävalenz aufweisen (Market, o.D., Folie 8). Der niedrige Anteil an ExraucherInnen bei PflichtschulabgängerInnen verweist darauf, dass in Gruppen mit niedrigem sozioökonomischem Status eine Verhaltensänderung bezüglich des Rauchens schwieriger zu erreichen ist bzw. dass diese Gruppen auch mit geringeren Ressourcen (z.B. Selbstwirksamkeit, Zugang zu Rauchentwöhnungs- und Raucherberatungsangeboten etc.) zur Verhaltensänderung ausgestattet sind. Ein Fakt, welcher bereits gut durch internationale Studien belegt wurde (Graham et al., 2006, S. 8).

5.4.2 Passivrauchen

Neun Prozent der KärntnerInnen sind zu Hause dem Passivrauchen ausgesetzt, am Arbeitsplatz sind 20 % täglich eine Stunde und mehr durch Zigarettenrauch passiv belastet. Nur BurgenländerInnen sind zu Hause und VorarlbergerInnen am Arbeitsplatz weniger als KärntnerInnen dem Passivrauchen (19 %) ausgesetzt. Der Österreichschnitt liegt für „zu Hause“ bei zehn Prozent und „in der Arbeit eine Stunde und mehr“ bei 24 %.

Frauen sind sowohl in der Arbeit als auch zu Hause weniger oft dem Passivrauchen ausgesetzt als Männer. Während bei den Frauen acht Prozent zu Hause und 17 % mehr als eine Stunde in der Arbeit Passivraucherinnen sind, liegen diese Anteile bei Männern bei neun Prozent und 23 %.

Eine Analyse nach Alter zeigt keinen einheitlichen Trend. Am häufigsten sind Personen zwischen 15 und 24 Jahre vom Passivrauchen zu Hause betroffen.

Nach Schulbildung ist sowohl für die Kärntner Gesamtbevölkerung als auch nach Geschlechtern getrennt ein höherer Anteil an Personen mit niedrigerer Schulbildung vom Passivrauchen zu Hause betroffen, wodurch hier ein klarer sozialer Gradient sichtbar wird. Während dieser Anteil bei PflichtschulabgängerInnen bei elf Prozent liegt, sind nur drei Prozent der Personen mit Studium davon betroffen, diese sind hingegen mit rund 27 % am stärksten von Passivrauchen in der Arbeit betroffen.

5.4.3 Rahmenbedingungen zur Schaffung einer gesundheitsförderlichen Lebensumwelt

Maßnahmen zur Senkung des Tabakgebrauchs setzen bei der Angebots- und Nachfrageseite sowie im Monitoring des Konsums an (WHO, 2007c, S. 12-22).

Bildung

Die WHO betont die Wichtigkeit regelmäßiger Informations- und Aufklärungsprogramme als wirksame Maßnahme zur Begleitung anderer durchgeführter Aktivitäten. Durch Informationskampagnen, Umsetzung von Schulungsprogrammen für PolitikerInnen, Gesundheitsberufe, StudentInnen und andere Personen sowie Partnerschaften zwischen dem öffentlichen und privaten Bereich zur Entwicklung von Anti-Tabak-Strategien kann die Akzeptanz von politischen Maßnahmen erhöht sowie das öffentliche Bewusstsein gestärkt werden (WHO, 2002, S. 15-16). In Kärnten werden beispielsweise unter anderem Schulen von der Gebietskrankenkasse bei der Durchführung von Aufklärungsprogrammen unterstützt (Kärntner Gebietskrankenkasse, o.D.b). Die Landesstelle Suchtprävention bietet tabak-spezifische Angebote und allgemeine suchtpreventive Maßnahmen für Schulen – wie im Kapitel 5.7 ausgeführt – an. Bei der Umsetzung dieser Angebote wäre vor allem auf die gendersensible Vorgangsweise zu achten.

Weiters wurde bereits vom Landesschulrat Kärnten ein Bildungsforum zum Thema „Drogen/Sucht – Rauchfreie Schule“ durchgeführt. Dabei wurden DirektorInnen von Gymnasien und Berufsbildenden Höheren Schulen über Kooperationsmöglichkeiten sowie über mögliche Projekte informiert. Ziel war

es u.a., viele ehemalige Raucherzonen in Kommunikationszonen umzuwandeln (Landesschulrat für Kärnten, 19.05.2005). Die landwirtschaftlichen Fachschulen und deren angeschlossene Internate in Kärnten sind durchgehend rauchfrei, sowohl für SchülerInnen als auch für MitarbeiterInnen (Abt. 10L, Interview am 28. Februar 2008). Auch an den Schulen des Landes wurden Rauchplätze an unvorteilhaften Stellen im Freien eingerichtet (Abt. 6, Interview am 14. Februar 2008).

Finanzen

Von der WHO wird die Lenkung der Nachfrage nach Tabakprodukten durch Preis- und Steuerregulierung empfohlen. Dabei ist darauf zu achten, dass bei gleichzeitigen Einkommenserhöhungen die Tabakprodukte nicht leistbarer werden (WHO, 2007c, S. 31-33).

Gesundheit

Aufgabe des Gesundheitssektors ist es laut WHO, die Führung hinsichtlich Tabakfragen zu übernehmen und einen Plan zur Entwicklung einer rauchfreieren Gesellschaft zu entwerfen (WHO, 2002, S. 11). Die Entwicklung und Umsetzung eines Anti-Tabakkonzepts wäre unter Berücksichtigung des Kärntner Suchtplans, orientiert an internationalen Empfehlungen wie beispielsweise der Europäischen Anti-Tabak-Strategie, empfehlenswert (WHO, 2002). Hierfür müssen allerdings die notwendigen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Das Gesundheitswesen kann selbst als Arbeitgeber bei der Schaffung rauchfreier Zonen eine Vorbildfunktion erfüllen. In Kärnten geht unter anderen das LKH Klagenfurt mit gutem Beispiel voran, und arbeitet derzeit an der Umsetzung eines rauchfreien Krankenhauses (ÖNGK, o.D.b). Kurzberatung und Unterstützung zur Raucherentwöhnung tragen laut WHO zu Verhaltensänderungen bei RaucherInnen bei. Hierzu gibt es bereits Vorhaben im Kärntner Suchtplan 2006-2010, der die Entwicklung von Raucherentwöhnung für Jugendliche beinhaltet (Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen, 2006, S. 13). Die Vorsorgeuntersuchung Neu in Österreich sieht eine Kurzintervention seitens der Primärvorsorge vor (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungen, 2005, S. 26). Aber auch im Setting Krankenhaus können erste effektive und wirksame Hilfestellungen zur Raucherentwöhnung durch Angehörige der Gesundheitsberufe geleistet werden (Ussher, 2006). Entwöhnhilfen wie das „Rauchertelefon“, welches seit 30. Mai 2006 österreichweit durch erfahrene PsychologInnen Hilfestellung zur Raucherentwöhnung bietet (Amt der Kärntner Landesregierung, 30.05.2006), und Entwöhnseminare, wie im Rahmen der Gesunden Gemeinde vom Gesundheitsland Kärnten durchgeführt (Gesundheitsland Kärnten, 2006i), tragen ebenfalls zur Verhaltensänderung bei RaucherInnen bei. Seitens der Kärntner Gebietskrankenkasse gibt es ein ambulantes Raucherentwöhnungsprogramm (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2005b, S. 179). Eine weitere bestehende Maßnahme in Kärnten ist die Initiative „Mir raucht's, mir reicht's“, das gemeinsam vom Gesundheitsland Kärnten und dem Arbeitsmedizinischen und Arbeitspsychologischen Institut durchgeführt wird. Bei der Konzeptentwicklung war darüber hinaus auch die Landesstelle Suchtprävention beteiligt. In einem sechswöchigen Programm, bestehend aus Beratungsstunden, Nachbetreuung und „Kummernummer“, soll die Entwöhnung leichter gemacht werden (Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen, 11. 02. 2008).

Recht

Nicht nur NichtraucherInnen bedürfen eines besonderen Schutzes, sondern auch Jugendliche. Daher wird die strenge Ahndung von Nichteinhaltung gesetzlicher Altersbestimmungen bei der Abgabe von Tabakprodukten an Jugendliche empfohlen (WHO, 2002, S. 20). Das Kärntner Jugendschutzgesetz sieht ein Rauchverbot von Tabakwaren sowie ein Abgabeverbot von Tabakwaren bis zum 16. Lebensjahr vor (K-JSG 1998, § 12 Abs. 1 und Abs. 4).

Regulierungen auf staatlicher Seite können auch im Bereich der Produktkontrolle ansetzen, durch die Übernahme von internationalen Standards für die Erzeugung und Zusammensetzung von Tabakprodukten können deren krebserregende und toxische Inhaltsstoffe verringert werden. Weiters sollen

Hersteller verpflichtet werden, über die Inhaltsstoffe sowie deren Wirkung genau Auskunft zu geben (WHO, 2002, S. 17-18).

Weitere Bereiche, wo der Rechtssektor eine Maßnahme setzen kann, ist der Schutz der NichtraucherInnen, welcher durch Gesetze gestärkt werden kann. Nichtraucherschutz sollte laut WHO in Einrichtungen des Gesundheitswesens, Ausbildungsstätten, allen öffentlichen Gebäuden, an Arbeitsplätzen sowie bei öffentlichen Veranstaltungen durch Gesetze gewährleistet werden (WHO, 2002, S. 14).

Als weitere effektive Maßnahmen werden das Verbot der Werbung, Verkaufsförderung sowie Sponsoringtätigkeit für Tabakprodukte angesehen (WHO, 2002, S. 14-15).

Regulierungen der Produktkontrolle, der Werbung und des Marketings und des NichtraucherInnen-schutzes wurden in Österreich im Rahmen des Tabakgesetzes getroffen. In § 12 Abs. 1 wurde ein Rauchverbot für öffentliche Räume (zum Unterrichts- und Fortbildungszweck, für Verhandlungen und schulsporthliche Betätigung) festgelegt. Weiters ist in § 13 Abs. 1 ein generelles Rauchverbot festgelegt, wobei jedoch bestimmte Betriebe, wie jene des Gastgewerbes, ausgenommen wurden (Abs. 4) (Tabakgesetz, 2006). Generelle Rauchverbote ohne Ausnahmen wirken sich auf die soziale Norm dahingehend aus, dass das Rauchen in der Bevölkerung weniger attraktiv wird und dadurch auch die RaucherInnenprävalenzen sinken (Europäische Kommission, 2004, S. 141). Verbote mit Ausnahmen hingegen scheinen nur halb so wirksam zu sein (Levy, Chaloupka & Gitchell, 2004, S. 341).

Kultur

Durch ein Rauchverbot bei allen in Innenräumen oder im Freien abgehaltenen öffentlichen Veranstaltungen können einerseits NichtraucherInnen und Kinder besser geschützt werden, andererseits können Anstöße zur Verhaltensänderung bei RaucherInnen gesetzt werden (WHO, 2002, S. 13-14).

Wirtschaft und Arbeit

Weitere Regulierungsmaßnahmen, die seitens der Regierung durchgesetzt werden können, betreffen den Schutz der NichtraucherInnen (WHO, 2002, S. 13-14). Untersuchungen belegen, dass eine Ausweitung des Nichtraucherschutzes RaucherInnen hilft aufzuhören oder zumindest weniger zu rauchen (WHO, 2007c, S. 38). Der Schutz von NichtraucherInnen ist in Kärnten ein wichtiges Anliegen, so treten VertreterInnen der Kärntner Landesregierung etwa für das totale Rauchverbot in Gaststätten ein (Amt der Kärntner Landesregierung, 13.11.2006, und Amt der Kärntner Landesregierung, 01.10.2007). Darüber ist der Schutz werdender Mütter im Landesdienst, die NichtraucherInnen sind, gesetzlich festgelegt. Diese müssen z.B. durch räumliche Trennung von der Einwirkung des Tabakrauches geschützt werden (K-MEKG 2002, § 6 Abs. 6). Auch im neuen Verwaltungsgebäude des Amtes der Kärntner Landesregierung herrscht auf Weisung der Landesamtsdirektion Rauchverbot (Abt. 1, Informationsgespräch am 5. März 2008). Jedoch wurden für RaucherInnen im Stiegenhaus Rauchgelegenheiten eingerichtet, wodurch dieses Verbot nicht vollständig umgesetzt wird. Rauchpausen sind arbeitszeitrechtlich nicht geregelt, jedoch sollten nach Meinung der Leiterin der Abteilung 6 Bildung, Arbeitsmarkt und Familienförderung Rauchpausen außerhalb der Arbeitszeit stattfinden (Abt. 6, Interview am 14. Februar 2008). Dies wäre neben der Einhaltung des Rauchverbotes im Amtsgebäude und neben dem Schutz der NichtraucherInnen auch eine weitere Möglichkeit, RaucherInnen zum geringeren Tabakkonsum zu ermutigen.

Die Eindämmung des illegalen Handels sowie die Einschränkung bzw. der Verzicht auf Tabaksubventionen sollen laut WHO weitere Teile der Strategien zur Senkung des Tabakkonsums sein (WHO, 2002, S. 19).

Zusätzlich unterstreicht die WHO die Wichtigkeit von Verbraucherinformation, der Aufdruck von Warnhinweisen und die Information über die gesundheitsgefährdenden Inhaltsstoffe soll schrittweise auf rund 40 % der Verpackungsoberfläche angebracht werden (WHO, 2002, S. 18).

Wissenschaft und Forschung

Um den Erfolg von durchgeführten Maßnahmen sicherzustellen, empfiehlt die WHO, die Sammlung von Daten unter anderem zu Konsum von Tabakprodukten, die es ermöglichen, die Situation adäquat einzuschätzen. Neben der Veröffentlichung dieser Daten ist es von großer Bedeutung, auch die Schäden und Belastungen durch Tabakkonsum in Berichten regelmäßig darzustellen. Diese Informationen sind AkteurInnen in der Öffentlichkeit, Gesundheitsberufen und Medien zur Verfügung zu stellen (WHO, 2002, S. 21).

5.4.4 Zusammengefasste Ergebnisse und Maßnahmenempfehlungen

Zusammengefasste Ergebnisse:

- Jede/r vierte KärntnerIn kann zu den RaucherInnen gezählt werden, jede/r Fünfte ist an seinem Arbeitsplatz mindestens eine Stunde PassivraucherIn und jede/r zehnte NichtraucherIn ist zu Hause PassivraucherIn. Im Bundesländervergleich hat Kärnten eine niedrigere RaucherInnenprävalenz als die meisten anderen Bundesländer.
- Männer rauchen häufiger als Frauen, zugleich sind sie häufig Passivraucher. Bei Jüngeren ist der Anteil an RaucherInnen höher, während mit steigendem Alter der Anteil der ExtraucherInnen zunimmt.
- Personen mit niedriger Schulbildung sind sowohl häufiger RaucherInnen als auch häufiger PassivraucherInnen als Personen mit höherer Schulbildung. Gleichzeitig ist der Anteil an ExtraucherInnen bei Personen mit niedriger Schulbildung niedriger.

Daraus folgende Maßnahmenempfehlungen:

Für den Gesundheitssektor

- Der Gesundheitssektor kann durch die Entwicklung eines Tabakkonzepts eine Führungsrolle übernehmen, wobei dies möglichst in sektorenübergreifender Zusammenarbeit, in Anlehnung an internationale Empfehlungen zur Tabakprävention und aufbauend auf den Kärntner Suchtplan geschehen soll. Die Verfügbarkeit der notwendigen Ressourcen zur Entwicklung und Umsetzung dieses Vorhabens der Landesstelle Suchtprävention ist sicherzustellen, um im Bereich Anti-Tabak in Kärnten einen Schritt voranzukommen.
- Der Gesundheitssektor kann selbst als Arbeitgeber als gutes Beispiel vorangehen und rauchfreie Krankenhäuser, aber auch rauchfreie Behörden schaffen.
- Mittels Schulungen und Modellprojekten kann innerhalb der Gesundheitsberufe ein Bewusstsein für dieses Thema geschaffen werden. Wiederum kann in Modellprojekten praktikables Material für Schulung und Praxis der Raucherentwöhnung und -beratung gemeinsam mit betroffenen ExpertInnen entwickelt werden. Durch ein Anreizsystem und Schulungen für Angehörige der Gesundheitsberufe kann durchgesetzt werden, dass diese die in der Vorsorgeuntersuchung vorgesehene Kurzintervention bezüglich Rauchens durchführen, weiters können diese durch Information, beispielsweise mittels Broschüren und Plakaten, auf weiterführende Hilfestellung wie Raucherentwöhnseminare hinweisen.
- Grundsätzlich ist – wie bereits im Kärntner Suchtplan für Jugendliche vorgesehen – der Ausbau von Raucherberatung und Tabakentwöhnung notwendig, wobei dies unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse von sozial schwächer gestellten Personen und geschlechtssensibel durchgeführt werden soll, wie auch die Qualität der angebotenen Interventionen sichergestellt werden muss.
- Eine erste Zielsetzung kann die Unterstützung der Forderung nach rauchfreier Umgebung auf Bundesebene sowie die Umsetzung von NichtraucherInnenpolitiken im Einflussbereich des Landes sein.

Für die Zusammenarbeit mit dem Bildungssektor

- In Zusammenarbeit mit dem Bildungssektor können einerseits Projekte durchgeführt werden, andererseits können Sensibilisierungsmaßnahmen in den bestehenden Unterricht sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch im Rahmen der Erwachsenenbildung eingebaut werden. Die Sicherstellung

von rauchfreier Umgebung, die kritische Auseinandersetzung mit Tabakwerbung sowie die Erarbeitung von Kompetenzen und Strategien im Umgang mit Tabak – und dies in geschlechtssensibler Form – sind beispielhafte Ansätze.

Für die Zusammenarbeit mit Finanz-, Rechts-, Wirtschafts- und Arbeitssektor

- Die Ausweitung des NichtraucherInnenschutzes u.a. durch Schaffung rauchfreier öffentlicher Gebäude, Anreize für Unternehmen zur Schaffung rauchfreier Arbeitsplätze sowie Sicherstellung des Schutzes der Jugendlichen durch Selbstverpflichtung der Händler von Tabakprodukten und der Gastronomie ist anstrebenswert.
- Eine weitere Maßnahme ist die Kontrolle der Einhaltung des Jugendschutzgesetzes im Rahmen von Verkaufstätigkeiten.
- Die strikte Einhaltung der Rauchfreiheit im neuen Verwaltungsgebäude des Amtes der Kärntner Landesregierung kann als Vorbild des NichtraucherInnenschutzes im Land Kärnten dienen. Durch die Schaffung einer rauchfreien Umwelt könnten so auch die MitarbeiterInnen der Kärntner Landesregierung verstärkt dazu motiviert werden, das Rauchen aufzugeben. Weiters ist es empfehlenswert, die Bemühungen durch Raucherentwöhnungs- und -beratungsangebote zu unterstützen und damit Süchtige mit der schwierigen Verhaltensänderung nicht allein zu lassen.

Für die Zusammenarbeit mit Wissenschaft und Forschung

- Evaluation von durchgeführten Maßnahmen und Datensammlung zur Verlaufsbeobachtung des Rauchverhaltens auf Landesebene sowie deren Bewertung auf Wirksamkeit und Veröffentlichung der Ergebnisse werden als Maßnahmen im Bereich der Wissenschaft und Forschung angeführt.

5.5 Alkohol

Der Konsum von Alkohol ist in der Europäischen WHO-Region der höchste weltweit. Der durchschnittliche Pro-Kopf-Konsum ist zweimal höher als der Weltdurchschnitt (WHO, 2006, S. 1), damit verbunden ist das größte Vorkommen an alkoholbedingten Gesundheitsschäden in Europa, wodurch Alkoholkonsum ein ernstzunehmendes Gesundheitsproblem in dieser Region darstellt (Rehn, 2001, S. 21).

Durch den Konsum von Alkohol werden akute und chronische Gesundheitsschäden sowie Alkoholabhängigkeit ausgelöst. Es entstehen nicht nur physische, psychische und soziale Probleme bei der betroffenen Person, sondern auch deren Familie und die Gemeinschaft leiden darunter (WHO, 2000, S.1).

Alkoholmissbrauch wird in der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme den psychischen Krankheiten zugeordnet, wobei es einen wechselseitigen Zusammenhang zwischen Alkoholmissbrauch und psychischer Krankheit gibt. Einerseits haben Personen mit psychischen Krankheiten ein höheres Risiko, alkoholassoziierte Probleme zu haben, andererseits kann Alkoholmissbrauch psychische Krankheiten auslösen, wie zum Beispiel Depressionen, Selbstmord(versuche), Schizophrenie, aber auch Aggressionen (WHO, 2005, S. 67-69).

5.5.1 Alkoholkonsum in Kärnten

KärntnerInnen wurden einerseits befragt, wie oft sie in den letzten 12 Monaten Alkohol konsumierten, andererseits wurden Fragen zum problematischen Alkoholkonsum gestellt. Dieser Indikator für die Alkoholabhängigkeit wurde aus den folgenden vier Fragen berechnet (Klimont, Kytir & Leitner, 2007, S. 190):

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

Einer Person, die bei zwei oder mehr Fragen mit „Ja“ geantwortet hat, wird von der WHO im Rahmen des EUROHIS-Befragungsprogrammes ein problematischer Alkoholkonsum zugeschrieben (Klimont, Kytir & Leitner, 2007, S. 190). Aufgrund der Hochrechnung und der kleinen Anzahl an Personen, die in diese Gruppe fällt, ist mit einer großen Schwankungsbreite des Konfidenzintervalles zu rechnen, wodurch Vorsicht bei der Interpretation dieser Daten geboten ist. Ergänzt werden die Daten der Gesundheitsbefragung 2006/2007 durch Ergebnisse der Substanzgebrauchbefragung des Ludwig-Boltzmann-Institutes für Suchtforschung aus dem Jahr 2004 (Uhl, Springer, Kobrna, Gnambs & Pfarrhofer, 2005). Die erste Frage aus der Gesundheitsbefragung 2006/2007 (Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten) wurde gewählt, um die Vergleichbarkeit mit internationalen Daten zu gewährleisten. Während in der Health for All-Datenbank der WHO Gramm/Kopf/Jahr ausgewiesen werden, verwendet Eurostat ebenfalls den Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten (Stand August 2008).

82 % der KärntnerInnen haben in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal Alkohol getrunken, davon 66 % mehr als viermal, wodurch die KärntnerInnen einen gleich hohen Anteil wie die VorarlbergerInnen und einen höheren Anteil an Personen aufweisen, die mindestens einmal Alkohol getrunken haben, als der österreichische Durchschnitt (siehe Tabelle 5.6 Alkohol). Höher liegt der Anteil nur in Oberösterreich, Salzburg und Tirol, der österreichische Durchschnitt liegt bei 80 %, davon gaben 64 % an, mehr als viermal im letzten Jahr Alkohol getrunken zu haben. Der Anteil an Personen, die nie Alkohol getrunken haben, ist in Kärnten mit 18 % niedriger als im Österreichvergleich (20 %). 2004 war ein ähnliches Muster zu sehen, wobei etwas weniger Befragte angaben, nie Alkohol getrunken zu haben (zwölf Prozent), und ein größerer Anteil (24 %) angab, ein bis vier Mal Alkohol getrunken zu haben (Market, o.D., Folie 15).

Zwar ist in Kärnten der Anteil an Personen höher, die innerhalb eines Jahres mindestens einmal Alkohol trinken, aber der Anteil an Personen, die einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen, ist in Kärnten mit zwei Prozent im Bundesländervergleich am niedrigsten. Der österreichische Durchschnitt ist mit vier Prozent doppelt so hoch. Dieser Anteil kann jedoch eine Unterschätzung des wahren Ausmaßes bedeuten, im Zuge der Befragung zum Substanzkonsum gaben sechs Prozent der befragten KärntnerInnen, die mindestens viermal im letzten Jahr Alkohol konsumiert haben, an, täglich Alkohol zu trinken. Dies entspricht rund vier Prozent der Befragten (sechs Prozent von 64 Prozent der Befragten entspricht vier Prozent der Befragten) (Market, o.D., Folie 18).

Auf Europaebene liegen vergleichbare Daten zum Alkoholkonsum vor, wobei nur eine Unterscheidung zwischen Personen, die mindestens einmal in den letzten zwölf Monaten Alkohol getrunken haben, und Personen, die nie Alkohol konsumiert haben, erfolgte. Die Anteile derjenigen, die mindestens einmal Alkohol getrunken haben, schwanken europaweit zwischen 60 und 93 %. Österreich gesamt und Kärnten liegen somit in der oberen Hälfte. Werte zur Alkoholabhängigkeit in Europa gehen von einem Ausmaß zwischen ein und elf Prozent in verschiedenen Ländern aus, auch das Ausmaß an Personen, die keinen Alkohol trinken, schwankt in den einzelnen Ländern sehr stark zwischen fünf und 38 Prozent (Rehn, 2001, S. 14 und 19).

Während 56 % der Frauen mindestens viermal im letzten Jahr Alkohol getrunken haben, liegt dieser Anteil bei Männern bei 77 %. Somit ist sowohl bei Frauen als auch bei Männern in Kärnten der Anteil höher als bei Österreicherinnen (55 %) und bei Österreichern (74 %). Analysiert man den problematischen Alkoholkonsum nach Geschlecht, so ist wiederum ein größerer Anteil an Männern

(vier Prozent) als Frauen (ein Prozent) dieser Gruppe zuzuordnen, wobei dennoch beide unter dem Österreichschnitt von sieben und zwei Prozent liegen. Ein Muster, das bereits in der Befragung zum Substanzkonsum 2004 festgestellt wurde (Market, o.D., Folien 20 und 21).

Eine Betrachtung des Alkoholkonsums nach Geschlecht und Alter ergibt für Kärnten keinen einheitlichen Trend. Der größte Anteil an NichtalkoholikerInnen ist unter den Personen ab 75 Jahre zu finden (36 %), vor allem unter den Frauen (45 %), während bei Männern jene zwischen 15 bis 25 Jahre bei der Gesundheitsbefragung 2006/2007 am häufigsten angaben, keinen Alkohol zu trinken (21 %), gefolgt von jenen ab 75 Jahre. Bei Frauen ist der größte Anteil an Personen, die mindestens viermal Alkohol im letzten Jahr getrunken haben, zwischen 25 und 34 Jahre alt (72 %), und bei Männern zwischen 45 und 54 Jahre (83 %). Laut Kärntner Kinder- und Jugendgesundheitsbericht trinken rund sechs Prozent der Kärntner Jugendlichen mehrmals wöchentlich oder öfter Alkohol, wobei dieser Anteil bei Burschen bei neun Prozent und bei Mädchen bei zwei Prozent liegt (Amt der Kärntner Landesregierung, 2006, S. 58).

Analysiert man den Alkoholkonsum nach höchster abgeschlossener Schulbildung, so wird deutlich, dass mit zunehmender Schulbildung die Häufigkeit des Alkoholkonsums steigt. 38 % der PflichtschülerInnen haben mindestens viermal im letzten Jahr Alkohol getrunken, während bei Personen mit Studium dieser Anteil bei 80 % liegt. Der Anteil jener, denen ein problematischer Alkoholkonsum zugeschrieben werden kann, ist jedoch bei AkademikerInnen und Personen mit Fach- oder Handelschulabschluss mit ein Prozent am geringsten, während Personen mit Lehrabschluss und jene mit Maturaabschluss zu je drei Prozent einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen. Analysiert man diese Unterschiede nach Geschlecht, so zeigt sich kein einheitlicher Trend, jedoch ist in vier der fünf Gruppen nach höchster abgeschlossener Bildung der Anteil der Männer mit problematischem Alkoholkonsum höher als jener der Frauen.

5.5.2 Rahmenbedingungen zur Schaffung einer gesundheitsförderlichen Lebensumwelt

Um den Alkoholkonsum zu verringern, können Maßnahmen einerseits zur Eindämmung des Angebots (der Verfügbarkeit), andererseits zur Verringerung der Nachfrage getätigt werden. Diese Maßnahmen müssen, um wirksam zu sein, auf regionale, nationale und internationale Netzwerke bauen können. Die Einbeziehung möglichst vieler Sektoren und AkteurInnen ist eine wichtige Voraussetzung zur Erreichung von gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen (WHO, 2006, S. 10), diese Einbeziehung wird durch die Schaffung eines Aktionsplanes beziehungsweise einer gemeinsamen Strategie erleichtert, dabei bedarf es einer Stelle, die die unterschiedlichen AkteurInnen organisiert und deren Aktionen koordiniert (WHO, 2006, S. 12).

Bildung

Kinder, die bereits vor ihrem 15. Lebensjahr zu trinken beginnen, entwickeln leichter eine Alkoholabhängigkeit oder laufen häufiger Gefahr, in einen alkoholbedingten Autounfall verwickelt zu sein beziehungsweise sich selbst zu verletzen (WHO, 2006, S. 14). Informationsarbeit und Wissensvermittlung, am besten von unabhängigen ExpertInnen, ist eine Möglichkeit, begleitend zu anderen Maßnahmen, Jugendliche über die Gefahr von Alkoholkonsum aufzuklären (WHO, 2006, S. 13). Informationen und Aufklärungsarbeit für Jugendliche wurden in Kärnten unter anderem durch die von Jugendlichen selbst gestaltete Radiosendung „Stop gluck, gluck“ durchgeführt (Gesundheitsland Kärnten, o.D.h). Weitere Informationskampagnen in Kärnten waren „Mehr Spaß mit Maß“ und „Nachdenken statt nachschenken“. Beide Kampagnen wurden jeweils vom Fonds Gesundes Österreich initiiert und in Zusammenarbeit mit Kärntner Institutionen wie dem Gesundheitsland Kärnten und der Landesstelle Suchtprävention durchgeführt (Landespressedienst, 11.07.2006, Amt der Kärntner Landesregierung, 05.07.2007, und B. Drobesh-Binter, Landesstelle Suchtprävention, E-Mail vom 15. Mai 2008). Über

Informationsvermittlung hinausreichende Arbeit wird zum Beispiel im Workshop-Angebot „Rausch und Risiko“ der Landesstelle Suchtprävention geleistet. Jugendliche zwischen 15 und 17 Jahre erlernen in der Schule Risikokompetenzen durch die kritische Auseinandersetzung mit Risikoverhalten im Zusammenhang mit Alkohol (B. Drobesh-Binter, Landesstelle Suchtprävention, persönliches Gespräch am 6. Mai 2008).

Des Weiteren müssen MultiplikatorInnen im Umgang mit Alkoholproblemen geschult werden, um effektiv bei einer multisektoralen Zusammenarbeit mitarbeiten zu können (WHO, 2000, S. 15). Auch hier werden von der Landesstelle Suchtprävention für Schulen Fortbildungen und Materialien für PädagogInnen und standardisierte Projekte zur Suchtprävention allgemein angeboten (Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen, 2006, S. 12).

Finanzen

Die WHO betont als eine mögliche Interventionsmöglichkeit, vor allem die Verfügbarkeit von Alkohol zu beschränken, die auch durch die Kosten für Alkohol sowie dessen Besteuerung beeinflusst wird. Empfohlen wird eine Steuerpolitik, die sich nach dem Alkoholgehalt (in Volumensprozent) richtet sowie die Bereitstellung günstiger alkoholfreier Getränke sicherstellt (WHO, 2006, S. 14, und WHO, 2000, S. 11). Weitere Maßnahmen zur Reduktion des Angebots kann die Einschränkung von Happy Hours sein sowie die Festsetzung eines Mindestpreises für die Abgabe von Alkoholika. Studien haben gezeigt, dass alkoholranke Menschen genauso wie normale KonsumentInnen auf die Erhöhung von Alkoholpreisen reagieren (sterberg, 2004, S. 7). Beispielhaft für das Einsetzen von Steuern als Maßnahme zur Senkung des generellen Alkoholkonsums kann Schweden genannt werden, wo einerseits die Regierung ein Monopol auf den Verkauf von Alkohol hat, andererseits es sehr hohe Steuern auf Alkohol gibt. Darüber hinaus ist es verboten, Jugendlichen unter 20 Jahren und Personen, die unter Alkoholeinfluss oder der Wirkung anderer Rauschmittel stehen, Alkohol zu verkaufen. Erreicht wurde durch diese Maßnahmen unter anderem ein unter dem EU-Niveau liegender Konsum von alkoholischen Getränken (DETERMINE, 01.01.2007c).

Gesundheit

Dem Gesundheitssektor wird durch die WHO eine wichtige Führungsrolle zugeschrieben. Wiederum wird die Entwicklung von Aktionsplänen gefordert (WHO, 2000, S. 8; WHO, 2006, S. 12). Im Kärntner Suchtplan 2006-2010 ist bereits die Erstellung eines Konzepts für alkoholmissbrauchende Jugendliche, für den Aufbau verschiedener Behandlungsangebote (vor allem auch für ältere Menschen) sowie die Erstellung eines Alkoholkonzepts vorgesehen (Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen, 2006, S. 10 und 13). Die Erarbeitung dieses Alkoholkonzepts und dessen Umsetzung im Sinne einer umfassenden und sektorenübergreifenden Alkoholstrategie wären bei Sicherstellung der adäquaten Ressourcen empfehlenswert.

Als Teil einer solchen Strategie werden durch internationale ExpertInnen Screeningmaßnahmen und vor allem Kurzinterventionen empfohlen (WHO, 2000, S. 12). Kurzinterventionen sind derzeit in der Vorsorgeuntersuchung Neu (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2005a, S. 15) vorgesehen. Dabei müssen die Gesundheitsberufe eine aktive Rolle einnehmen und vor allem durch den Gesundheitssektor unterstützt werden (WHO, 2006, S. 13).

Infrastruktur

Personen, die alkoholisiert Auto fahren, haben nicht nur ein schlechteres Reaktionsvermögen, sondern schätzen auch die Sachlage leichter falsch ein. Gemeinsam mit der Verkehrsbehörde kann durch strengere Gesetze, deren Exekution sowie Verkehrskontrollen die Anzahl der alkoholbedingten Verkehrsunfälle, auch jene mit tödlichem Ausgang, verringert werden (WHO, 2006, S. 14).

Kultur

Durch die Kontrolle des Alkoholausschanks während großer Veranstaltungen kann ein weiterer Schritt zur Reduktion des Angebots getätigt werden. Dazu gehört das Alkoholverbot bei Veranstaltungen mit Kindern (aber auch bei Sportveranstaltungen) sowie ein großes Angebot an nichtalkoholischen Getränken (WHO, 2000, S. 9-10). Als beispielhaft dafür kann die „Alkoholcharta“ – entwickelt von Kärntner SchülerInnen gemeinsam mit der Suchtpräventionsstelle – genannt werden (beispielhaft auch im Sinne von multisektoraler Zusammenarbeit). Dabei wurde gemeinsam eine Vorgangsweise für Maturabälle entwickelt, wo durch gezielte Maßnahmen ein festlicher Rahmen geboten werden soll, in dem zwar Alkohol konsumiert werden kann, dies aber möglichst bewusst getan wird (BMUKK, 2007, S. 20).

Recht

Über Gesetze kann zusätzlich die Verfügbarkeit von Alkoholprodukten gesteuert, aber auch Altersgrenzen können festgelegt werden. So dürfen Jugendliche bis zum vollendeten 16. Lebensjahr in Kärnten keine alkoholischen Getränke zu sich nehmen, weitere Bestimmungen beziehen sich auf den Konsum von Getränken, denen gebrannte Alkoholika beigemischt sind. Deren Konsum ist für Jugendliche gänzlich verboten (K-JSG, § 12, Abs. 1 und 2). Zu betonen ist an dieser Stelle die Wichtigkeit der Überprüfung, ob dieses Gesetz auch eingehalten wird.

Soziales

Dem Sozialsektor wird eine bedeutende Rolle in der Präventionsarbeit von suchtbezogenen Problemen zugeschrieben, wie zum Beispiel durch die Entwicklung von Modellprojekten, die nachhaltig auf Gemeinschaftsebene alkoholassozierten Problemen entgegenwirken (WHO, 2000, S. 15), wie unter anderem zur Verminderung des Schadens, den Kinder in Familien mit Alkoholproblemen erleiden (Kommission der Europäischen Union, 2006, S. 9). Wie bereits weiter oben beschrieben, entstehen durch Alkoholmissbrauch nicht nur gesundheitliche Probleme, sondern auch das soziale Umfeld ist davon betroffen. Ein beispielhaftes Projekt, welches auf dieser Ebene ansetzt, ist „Integration of homeless and long-term unemployed“, welches in einer lettischen Stadt durchgeführt wird. Ziele dieses Projektes sind neben der Zur-Verfügung-Stellung von Erstversorgung auch die Stärkung der mentalen und psychischen Gesundheit sowie die Reintegration von Arbeits- und Obdachlosen. Interveniert wird auch auf Ebene des persönlichen Lebensstils, wie Unfallverhütung, Konsum von Alkohol, mentale Gesundheit und gesunde Ernährung. Erreicht werden sollen diese Ziele durch soziale und psychologische Unterstützung, Arbeitstherapien, Einsatz als freiwillige Helfer, Gesundenuntersuchungen und Workshops (DETERMINE, 01.01.2007a). Obwohl in Kärnten die Suchtprävention in der Abteilung 12 Sanitätswesen angesiedelt ist, wird von der Abteilung 13 Soziales, Jugend, Familie und Frau die Wichtigkeit für Präventionsmaßnahmen in diesem Bereich gesehen, um daraus folgende Probleme hinsichtlich Sucht und Gewalt vermeiden zu können (Abt. 13, Interview am 5. Februar 2008). Ein Kärntner Beispiel für multisektorale Kooperation ist die Aktion „Handeln, als wären es unsere Kinder“. Gemeinsam mit der Wirtschaftskammer, dem Gesundheitsland Kärnten und der Landesstelle Suchtprävention werden unter anderem Gastronomiebetriebe auf ihre Verantwortung gegenüber Jugendlichen hingewiesen (Fachgruppe Gastronomie, BgA der Wirtschaftskammer, 2007, S. 1-4).

Das Setting Gemeinde sowie die Stärkung von Gemeinschaften wird als Aktionsfeld im Europäischen Alkoholaktionsplan genannt, dadurch können nicht nur alkoholassozierte Probleme in Gemeinden verringert, sondern auch das Bewusstsein und die Kompetenzen von allen beteiligten Sektoren erhöht werden (WHO, 2000, S. 14-15).

Tourismus und Freizeit

Die Tourismus- und Freizeitindustrie gilt als wichtiger Partner für Programme für den verantwortungs-

vollen Umgang mit Alkohol (WHO, 1999, S. 135), wie dies auch weiter unten im Sektor Wirtschaft noch fortführend beschrieben wird. Darüber hinaus empfiehlt die WHO Sport als Mittel zur Lösung von sozialen Problemen (WHO, 2006, S. 22), eine Ebene, die z.B. durch das Projekt „Kinder stark machen“ angesprochen wird. Im Rahmen dieses Projektes werden in Deutschland Übungs- und TrainingsleiterInnen von Sportvereinen darin ausgebildet, suchtpreventiv tätig zu werden. Die Ausbildung dieser MultiplikatorInnen gilt als Voraussetzung für eine erfolgreiche Suchtprävention im Rahmen von Vereinen. Kinder und Jugendliche sollen im Zuge von sportlicher Betätigung darin unterstützt werden, Selbstvertrauen und Konfliktkompetenz aufzubauen (BzGA, 21.03.2003). Fortbildungen für Jugendbetreuer werden bereits von der Landesstelle Suchtprävention angeboten (Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen, 2006, S. 12).

Wirtschaft und Arbeit

Viele Alkoholsüchtige gehen einer Beschäftigung nach, wodurch sich das Setting Betrieb für Interventionen sehr gut eignet (WHO, 2006, S. 13). Informationsarbeit wird unter anderem seitens der Abteilung 12 Sanitätswesen des Landes Kärnten mit der Broschüre „Alkohol am Arbeitsplatz“ geleistet. Neben Informationen zu Merkmalen für Alkoholabhängigkeit und -gefährdung werden Tipps für die Behandlung des Problems und weiterführende Informationen gegeben (Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen, o.D.a). Im Setting Amt der Kärntner Landesregierung wird Führungspersonen von der Stelle für Suchtprävention angeboten, dass sie für das Gespräch mit MitarbeiterInnen mit Alkoholproblemen eine qualifizierte Person aus der Suchtberatung beiziehen können (E. Oberleitner, Abteilung 12 Sanitätswesen, Information im Rahmen des Interviews mit Abt. 6 am 14. Februar 2008).

Als ein weiteres Aktionsfeld wurde im Europäischen Alkoholaktionsplan die Bewusstseinsbildung bei der Alkoholindustrie und bei alkoholausschenkenden Gaststätten genannt. Akteure aus diesen Sphären sollen sich ihrer persönlichen, ethischen und gesetzlichen Pflicht bewusst sein und für ihre Taten zur Verantwortung gezogen werden dürfen (WHO, 2000, S. 13-14). Beispielhaft für dieses Aktionsfeld ist das Projekt AHA zu nennen, wo in 5 österreichischen Städten in jeweils 5 Lokalen gemeinsam mit Jugendlichen versucht wird, alternative Happy Hour-Konzepte zu entwickeln (Fonds Gesundes Österreich, o.D.a). Weiters empfiehlt die WHO auch in Zusammenarbeit mit dem Tourismussektor, sprich in Gaststätten und bei Veranstaltungen, durch Preisgestaltung den Alkoholkonsum zu reduzieren, wobei vor allem die Steuerung des Preises über Steuern als effektiver Ansatz betrachtet wird (WHO, 1999, S. 114). Darüber hinaus gelten Schulungsprogramme für verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol für Personengruppen im Ausschank und in der Gastronomie, kombiniert mit verstärkter Haftung der Gaststättenbetreiber für die aus dem Alkoholkonsum entstandenen Konsequenzen, als effektiv, den Alkoholkonsum und alkoholbedingte Unfälle zu reduzieren (WHO, 2006, S. 13; WHO, 1999, S. 125).

Ein weiterer Bereich des Sektors Wirtschaft betrifft die Werbebranche. Maßnahmen zur Reduktion von Werbung für Alkohol sind weitgehend noch nicht evaluiert, Anreize zur Selbstverpflichtung, auf Werbung zu verzichten, als alleinige Maßnahme haben sich bis dato jedenfalls als ineffektiv erwiesen (WHO, 2004, S. 11). Trotzdem wird von der WHO empfohlen, dafür einzutreten, dass keine glorifizierende Werbung oder Werbung, die sich an Kinder und Jugendliche richtet, produziert wird. Darüber hinaus betont die WHO die Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit Massenmedien zur Informationsvermittlung (WHO, 2000, S. 7 und 11).

Wissenschaft und Forschung

Notwendig für die Einführung dieser Maßnahmen auf Landesebene sind weitere Forschung über die Effektivität von Interventionen, Monitoringsysteme, die alkoholbezogene Probleme beachten, ausgebildete ExpertInnen sowie Netzwerke auf regionalem und (inter-)nationalem Niveau (WHO, 2006, S.

17-18). Als beispielhaft kann das Europäische Alkoholinformationssystem genannt werden, welches zum Ziel hat, Daten über Policies sowie deren Implementierung zu sammeln, zu analysieren und die daraus gewonnenen Informationen weiterzugeben.

5.5.3 Zusammengefasste Ergebnisse und Maßnahmenempfehlungen

Zusammengefasste Ergebnisse:

- Der Anteil der KärntnerInnen, die angaben, im letzten Jahr mindestens 4-mal Alkohol konsumiert zu haben, ist höher als im Österreichvergleich, zugleich ist der Anteil derjenigen, denen ein problematischer Alkoholkonsum zuzuschreiben ist, niedriger.
- Männer geben häufiger an, im letzten Jahr mindestens 4-mal Alkohol getrunken zu haben, zugleich ist auch der Anteil der Kärntner mit problematischem Alkoholkonsum höher als jener der Frauen.
- Mit steigendem Schulabschluss steigt der Anteil derjenigen, die mindestens viermal Alkohol konsumiert haben, zugleich sinkt aber auch der Anteil der Personen mit problematischem Alkoholkonsum.

Daraus folgende Maßnahmenempfehlungen:

Für den Gesundheitssektor

- Der Kärntner Suchtplan sieht die Entwicklung eines Frühinterventionskonzeptes vor, das im Sinne eines umfassenden und sektorenübergreifenden Konzepts nach internationalen Empfehlungen ein erster wichtiger Schritt wäre. Weiters ist die Umsetzung weiterer im Kärntner Suchtplan 2006 festgeschriebenen Maßnahmen erforderlich (Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen, 2006, S. 8-11).
- VertreterInnen des Gesundheitswesens, wie ÄrztInnen und Pflegepersonal, bedürfen einer Schulung im Setzen von Kurzinterventionen, unterstützt werden kann dies durch die Schaffung von finanziellen oder immateriellen Anreizen (z.B. Preise, Auszeichnungen etc.). Diese Berufsgruppen können in weiterer Folge Aufklärungsmaßnahmen durchführen und in persönlichen Gesprächen Personen mit problematischem Alkoholkonsum darauf ansprechen.

Für die Zusammenarbeit mit dem Bildungssektor

- Der Bildungssektor kann Bildungseinrichtungen in der Durchführung von Sensibilisierungsprojekten und Projekten, die die Konfliktkompetenz von Jugendlichen stärken, unterstützen sowie bei der Durchführung von Schulungsprogrammen, um Lehrpersonal im Umgang mit Jugendlichen, die im Verdacht des Alkoholmissbrauchs stehen, zu schulen. Wie bereits im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2006 sowie im Kapitel 6.1 angeführt, wird vorgeschlagen, eine kontinuierliche Ansprechperson für Gesundheitsförderung und Suchtprävention an Schulen zu verankern, die unter anderem auch eine suchtpreventive Ausbildung erhalten soll (Amt der Kärntner Landesregierung, 2006, S. 112).

Für die Zusammenarbeit mit dem Finanz-, Wirtschafts- und Arbeitssektor

- Die Entwicklung von Anreiz- und Prämierungssystemen für AnbieterInnen und VerkäuferInnen von Alkohol, aufbauend auf bereits bestehende Erfahrungen in Kärnten, ist wichtig, um sicherzustellen, dass an Jugendliche keine alkoholischen Getränke ausgeschenkt bzw. verkauft werden, ebenso die Selbstverpflichtung von Gasthäusern und Supermärkten. Beispielsweise durch Schaffung eines Gütesiegels können in Zusammenarbeit mit Jugendlichen, ähnlich dem weiter oben vorgestellten Projekt „AHA“, Alternativen zum Alkoholkonsum bei Festen, in Gaststätten usw. geschaffen werden. Weitere Maßnahmen können die (Selbst-)Verpflichtung zur höheren Preisgestaltung bei Alkoholika sowie der Verzicht auf Happy Hours sein.
- Darüber hinaus kann der Wirtschaftssektor im Umgang mit alkoholkranken Menschen einen Beitrag leisten. In Zusammenarbeit mit AkteurInnen des Gesundheitssektors wie der Landesstelle Suchtprävention können Maßnahmen gemeinsam mit dem Arbeitgeber, nach dem Vorbild der Maßnahmen im Amt der Kärntner Landesregierung, im Bereich der Bewusstseins- und Sensibilisierungsarbeit, aber

- auch Behandlung und Prävention entwickelt werden.
- Medien können Maßnahmen begleiten und für dieses Thema in Absprache mit dem Gesundheitssektor Bewusstseinsarbeit leisten.
 - Die WHO empfiehlt den Verzicht auf Werbung, die sich verstärkt an Kinder und Jugendliche richtet. Durch ein Selbstverpflichtungssystem sollen seitens der Medien werbungsfreie Räume, wie Spielplätze, Bushaltestellen etc., geschaffen werden, damit Kinder und Jugendliche nicht schon von klein auf mit Werbung für Alkohol konfrontiert werden (WHO, 2000, S. 11).

Für die Zusammenarbeit mit dem Rechtssektor

- Wie bereits weiter oben beschrieben, ist vor allem die Sicherstellung der Einhaltung der bestehenden Gesetze bezüglich des Alkoholausschanks an Jugendliche wünschenswert.

Für die Zusammenarbeit mit dem Kultur-, Tourismus-, Freizeit- und Infrastruktursektor

- Die Durchführung von Großveranstaltungen kann ein erster Punkt zur Zusammenarbeit sein, die Sicherstellung eines vielfältigen Angebots an nichtalkoholischen Getränken sowie der bewusste Umgang mit Alkoholika sind Bereiche, die bedacht werden sollten. Beispielsweise können spezielle Bars eingerichtet werden, die sich auf nicht-alkoholische Getränke spezialisieren.
- Weitere Maßnahmen können in Sportvereinen gesetzt werden. Einerseits kann dort das Angebot an nichtalkoholischen Getränken z.B. durch Aufklärungsarbeit gefördert werden, andererseits können durch ÜbungsleiterInnen Konfliktlösungskompetenzen vermittelt werden.
- Um die Gefährdung von StraßenverkehrsteilnehmerInnen durch Alkohol am Steuer zu verringern, sind Angebote im Bereich von Shuttlebussen hilfreich, aber auch die Selbstverpflichtung von Personen, die an Veranstaltungen teilnehmen, nichts zu trinken und anderen als FahrerIn zur Verfügung zu stehen, kann helfen, ein Bewusstsein in diesem Bereich zu schaffen. Als Beispiel dafür kann das Projekt „check an angel“ aus der Steiermark dienen, wo sich jugendliche AutofahrerInnen am Beginn von Veranstaltungen oder beim Besuch von Lokalitäten dazu verpflichten, nüchtern zu bleiben und ihre Bekannten sicher nach Hause zu bringen (Bruck an der Mur, o.D.).

Für die Zusammenarbeit mit dem Sektor Soziales

- Ziel in der Zusammenarbeit mit dem Sektor Soziales muss vor allem die Wiedereingliederung von alkoholkranken Menschen, und auch die Prävention von durch Alkoholmissbrauch entstandenen Problemen sein, wie dies im weiter oben beschriebenen Projekt der Fall ist. Neben der Stärkung mentaler Gesundheit wurden Betroffene in ein soziales Umfeld eingebunden.
- Durch Modellprojekte können Interventionen gesetzt werden, die Betroffenen und deren Umfeld einerseits Konfliktlösungskompetenzen vermitteln, andererseits für ein soziales Netz sorgen.
- Die Zusammenarbeit zwischen der Sozialabteilung des Landes Kärnten und der Landesstelle Suchtprävention ist im Kärntner Suchtplan 2006-2010 mit konkreten Aufgaben festgeschrieben. Diese Kooperation ist auch hinsichtlich Suchtprävention im Allgemeinen und Alkoholprävention im Speziellen von zentraler Bedeutung.

Für die Zusammenarbeit mit Wissenschaft und Forschung

- Ein Monitoring der Entwicklung des Alkoholkonsums soll Handlungsfelder aufzeigen, weiters sollen Forschungsorganisationen gesetzte Maßnahmen auf deren Effektivität untersuchen. Wissenschaftlich begleitete Projekte und Maßnahmen sollen zu einer nachhaltigen Verbesserung der Rahmenbedingungen beitragen und können darüber hinaus vertieftes, praxisrelevantes Wissen über verschiedene Risikofaktoren produzieren.

5.6 Illegale Drogen

Schätzungen gehen davon aus, dass 1,5 Millionen EuropäerInnen jedes Monat Kokain und 12 Millionen EuropäerInnen Cannabis, davon ein Viertel mehr oder weniger täglich, konsumieren. Es wird davon auszugehen sein, dass der Konsum und die Mortalität aufgrund von Drogen in der letzten Zeit nicht zurückgegangen sind (Europäische Union, 26.06.2006).

Der Konsum von illegalen Drogen stellt aus Public Health-Sicht nicht nur ein Problem aufgrund der erhöhten Mortalitätsraten, z.B. durch eine Überdosis, dar. Personen, die Drogen injizieren, haben ein erhöhtes Risiko, eine durch Blut übertragbare Krankheit zu bekommen, wie HIV, Hepatitis B und Hepatitis C. Der Drogenkonsum führt darüber hinaus zu Depressionen und Angststörungen sowie zu sozialen Problemen, wie Arbeits- und Wohnungsverlust (NICE, 2008, S. 31-32).

Im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2006/2007 wurden die KärntnerInnen dazu befragt, ob sie Haschisch oder Marihuana jemals (Lebenszeitprävalenz), in den letzten zwölf Monaten (Jahresprävalenz) oder im letzten Monat (Monatsprävalenz) konsumiert haben. Daten zum Konsum von illegalen Drogen sind immer sehr vorsichtig zu interpretieren, da unter anderem davon auszugehen ist, dass Befragte nicht immer den Konsum von illegalen Drogen ihnen unbekanntem InterviewerInnen bekannt geben, was als „Underreporting“ bezeichnet wird (Uhl, Springer, Kobrna, Gnams & Pfarrhofer, 2005, S. 116). Daher werden die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung 2006/2007 im Folgenden Daten aus der 2004 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen durchgeführten Befragung zum Substanzgebrauch gegenübergestellt.

5.6.1 Konsum von Haschisch und Marihuana in Kärnten

Vier Prozent der KärntnerInnen geben an, mindestens einmal in ihrem Leben Haschisch oder Marihuana konsumiert zu haben (siehe Tabelle 5.7 Illegale Drogen). Dies ist im Bundesländervergleich der niedrigste Anteil. Österreichweit schwanken die Anteile zwischen 4 % und 14 %.

Ein Vergleich mit Zahlen auf europäischer Ebene macht sichtbar, dass sowohl in Kärnten als auch in ganz Österreich eine sehr niedrige Lebenszeitprävalenz auftritt. Europaweit konsumiert mindestens eine/r von fünf EuropäerInnen mindestens einmal in seinem/ihrer Leben Cannabis (EBDD, 2007, S. 13). Dies lässt darauf schließen, dass die im Rahmen der Gesundheitsbefragung erhobenen Daten nicht das tatsächliche Ausmaß der Lebenszeitprävalenz widerspiegeln, es darf daher an dieser Stelle noch einmal darauf verwiesen werden, dass es sich hierbei um Selbstauskünfte der Befragten handelt. Darüber hinaus wurden die Daten der Gesundheitsbefragung hochgerechnet, was bedeutet, dass bei sehr kleinen Anteilen an Befragten mit großen Konfidenzintervallen zu rechnen ist. Hinweise auf die Unterschätzung des wahren Ausmaßes der Lebenszeitprävalenz geben auch die Daten aus der 2004 durchgeführten Befragung, wo zehn Prozent der Befragten angaben, bereits einmal Haschisch/Marihuana probiert zu haben (Market, o.D., Folie 36). Dennoch lag auch bei dieser Befragung die für KärntnerInnen festgestellte Lebenszeitprävalenz unter jener für ganz Österreich, die im Zuge dieser Befragung auf rund 21 % geschätzt wurde (Uhl, Springer, Kobrna, Gnams & Pfarrhofer, 2005, S. 118).

Frauen und Männer zeigen in Kärnten mit je vier Prozent in etwa das gleiche Verhalten, im Österreichschnitt haben mehr als doppelt so viele Männer bereits diese Drogen konsumiert (elf Prozent) und fast doppelt so viele Frauen (sieben Prozent). Ein ähnliches Muster wurde im Rahmen der Market-Befragung 2004 festgestellt, wo 14 % der befragten Männer und nur sechs Prozent der befragten Frauen angaben, bereits einmal Drogen konsumiert zu haben (Market, o.D., Folie 36). Dies verweist darauf, dass die Lebenszeitprävalenz der Männer höher als jene der Frauen ist.

Eine Analyse nach Alter zeigt, dass jüngere KärntnerInnen eine höhere Lebenszeitprävalenz angeben, am höchsten ist der Anteil in der Gruppe der 25- bis unter 35-Jährigen. Der Anteil der Frauen, die bereits einmal zu diesen Drogen gegriffen haben, ist in allen Altersgruppen höher als jener der Männer, außer bei jenen zwischen 25 und 34 Jahre. Bei Personen zwischen 65 und 70 Jahre liegt keine Lebenszeitprävalenz vor, da kein/e Befragte/r aus dieser Altersgruppe angegeben hat, diese Drogen je konsumiert zu haben.

Nach Schulbildung zeigt sich deutlich, dass Personen mit höherer Schulbildung eher bereits einmal zu Haschisch oder Marihuana gegriffen haben. Dieses Muster wird besonders deutlich bei den um den Einfluss des Alters bereinigten Daten. Jede/r vierte HochschulabsolventIn gibt an, bereits einmal Drogen konsumiert zu haben. Bei allen anderen Gruppen liegt eine Prävalenz zwischen vier und sechs Prozent vor. In der 2004 durchgeführten Befragung wurden ähnliche Muster betreffs des steigenden Anteils mit steigender Schulbildung und der höheren Lebenszeitprävalenz bei jüngeren KärntnerInnen festgestellt (Market, o.D., Folie 36).

Für die Berechnung der Jahresprävalenz wurden nur jene Personen miteinbezogen, die angegeben haben, bereits einmal in ihrem Leben Haschisch oder Marihuana konsumiert zu haben. Von den vier Prozent der KärntnerInnen, die bereits einmal in ihrem ganzen Leben zu diesen Drogen gegriffen haben, gaben sechs Prozent an, in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal diese Drogen konsumiert zu haben. Das sind zwei Promille der Gesamtbevölkerung Kärntens. Dieser Anteil ist lt. den Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung der niedrigste in ganz Österreich. Aufgrund der kleinen Anzahl an Personen, die in der Hochrechnung nun miteinbezogen wurde, ist allerdings die Aussagekraft dieser Analyse zu hinterfragen. Daten aus der 2004 durchgeführten Befragung verweisen jedoch auf eine vorhandene Jahresprävalenz von 30 % (das bedeutet, von den zehn Prozent der befragten KärntnerInnen, die bereits mindestens einmal im Leben Haschisch/Marihuana probiert haben, haben 30 % im letzten Jahr diese Drogen mindestens einmal konsumiert, dies sind rund drei Prozent der Befragten). Von den drei Prozent der Befragten haben 65 % diese Drogen im Monat vor der Befragung konsumiert (Market, o.D., Folie 37).

5.6.2 Rahmenbedingungen zur Schaffung einer gesundheitsförderlichen Lebensumwelt

Maßnahmen zur Reduktion des Drogenkonsums müssen ähnlich wie jene gegen Tabakkonsum auf den Ebenen des Angebots und der Nachfrage ansetzen. Der Konsum von illegalen Drogen wurde seit den 1960er Jahren immer emotionaler diskutiert als Probleme, die in Zusammenhang mit anderen Süchten, wie Alkohol oder Tabak, stehen. Wichtig ist jedoch keine einseitige Fixierung auf die Prävention des Missbrauchs von illegalen Drogen, sondern eine umfassende Suchtprävention, die auch die oben genannten legalen Suchtmittel, wie Alkohol und Tabak, sowie nicht substanzgebundene Süchte wie Magersucht oder Spielsucht mit einbezieht (Uhl & Springer, 2002, S. 6-7). Daher werden im Folgenden nicht nur Maßnahmen zur Bekämpfung von Drogenmissbrauch, sondern allgemeine Suchtpräventionsmaßnahmen dargestellt.

Im Amt der Kärntner Landesregierung gibt es in der Abteilung 12 Sanitätswesen eine Landesstelle Suchtprävention, die sich als Servicestelle für primäre und sekundäre Suchtprävention versteht. Neben Informationsmaterialien werden Tagungen organisiert und Newsletter erstellt (Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen, o.D.c). Präventionsmaßnahmen werden zielgruppen- und settingspezifisch angeboten (Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen, o.D.b). Die Angebote umfassen die Durchführung und Betreuung von längerfristigen Projekten an Kindergärten und Schulen, Fortbildungsveranstaltungen für LehrerInnen, Eltern, JugendbetreuerInnen, Betriebe, Gemeinden, Pädak-StudentInnen sowie Beratung für Schulen in Drogenanlassfällen und die Beratung von Angehörigen von Jugendlichen, die Drogen konsumieren. Zur Frühintervention

wurde das Programm way out/Neustart weiterentwickelt (Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen, 2006, S. 12). Darüber hinaus wurde im Jahr 2001 ein Maßnahmenplan zur Suchtprävention entwickelt (Prehslauer, Drobesh-Binter, Moschitz & Wallenko, 2001), der im Jahr 2006 durch den Kärntner Suchtplan 2006-2010 fortgeschrieben wurde, in welchem Maßnahmen für die Versorgungsstruktur, die Zielgruppen Jugendliche und Ältere sowie zur Qualitätssicherung der Arbeit in der Suchtprävention vorgesehen sind (Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen, 2006, S. 8-11).

Bildung

MultiplikatorInnen in Kärntner Schulen werden in ihrer Arbeit durch die Landesstelle Suchtprävention unterstützt. Neben Informationsmaterialien werden Seminare und Unterstützung bei der Durchführung von Projekten geboten (Gesundheitsreferat des Landes Kärnten, o.D.b). Die Inanspruchnahme der Angebote der Landesstelle Suchtprävention ist unten projektspezifisch beschrieben. Allerdings wird dem Verständnis der Abteilung 6 nach das Angebot für LehrerInnen, sich als MultiplikatorInnen ausbilden zu lassen, kaum angenommen (Abt. 6, Interview am 14. Februar 2008). Weitere Unterstützung erfahren nicht nur Kindergärten und Schulen, sondern auch Eltern und MultiplikatorInnen in Villach durch das „Netzwerk gegen Sucht“ (Stadt Villach, 2007). Durch die Landessuchtpräventionsstelle gibt es in ganz Kärnten diesbezüglich Angebote (Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen, 2006, S. 12) Die Settings Kindergärten und Schulen sind im Kärntner Aktionsplan „Suchtprävention und Drogenhilfe 2001-2005“ bereits als besondere Handlungsfelder hervorgehoben worden (Prehslauer, Drobesh-Binter, Moschitz & Wallenko, 2001, S. 16-17). Schulen können durch Informationsvermittlung und Stärkung von persönlichen Ressourcen, wie der allgemeinen Lebenskompetenz oder sozialen Kompetenzen, zur Suchtprävention beitragen (EBDD, 2007, S. 31). Wichtig ist dabei, Informationen glaubhaft und kompetent zu vermitteln. Besonderes Augenmerk ist darauf zu legen, dass das Thema Drogen in Schulen sehr oft behandelt wird und dadurch auf der einen Seite irrationale Ängste, auf der anderen Seite jedoch auch eine gewisse Erwartung bezüglich der Wirkung von Drogen entstehen. Informationen sollten daher sachdienlich und als Entscheidungshilfe verstanden werden (Uhl & Springer, 2002, S. 43-44).

Das Projekt „Eigenständig werden“ kann als Umsetzung von Prävention, welche von der Europäischen Organisation empfohlen wird (Europäischer Rat, 2005, S. 5), gesehen werden. Dieses österreichweite Projekt setzt bei der Stärkung der Lebenskompetenz an. Es werden die Selbstwahrnehmung, das Einfühlungsvermögen, Kommunikationsfertigkeiten sowie der adäquate Umgang mit belastenden Situationen und Problemen gelernt. Dieser Ansatz gilt als effektive Methode zur Suchtprävention (Eigenständig werden, o.D.). In Kärnten wurden durch dieses Projekt bis November 2007 64 Volksschulen sowie 144 PädagogInnen erreicht (Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen, 2007, S. 1). Ein beispielhaftes Projekt an Kärntner Hauptschulen, welches auch als Beispiel für multisektorale Zusammenarbeit genannt werden kann, ist „suchtfrei.ok“, welches an zwei Pilotschulen 2006 begonnen und bis 2008 an 10 Schulen unter der Leitung der Landesstelle Suchtprävention durchgeführt wurde (B. Drobesh-Binter, persönliches Gespräch am 6. Mai 2008). Dieses jahresbegleitende Projekt wurde in Zusammenarbeit mit der Landesstelle Suchtprävention, dem Bundesministerium für Inneres sowie dem Landespolizeikommando entwickelt. Neben der Vermittlung von Wissen und Lebensbewältigungskompetenzen an Jugendliche steht auch die Einbindung von Eltern im Mittelpunkt (Landesstelle Suchtprävention, 2006, S. 15-16). Neben 730 LehrerInnen, die bereits im Rahmen dieses Projektes bis November 2007 weitergebildet wurden, konnten durch einen Lehrgang 20 BeratungspädagogInnen ausgebildet werden (Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen, 2006, S. 1). Für allgemeinbildende und berufsbildende Schulen gibt es unter anderem das Ausbildungsangebot „Step by Step“, welches Informationen zum Umgang mit Drogenfällen an Schulen gibt. Insgesamt wurden bis November 2007 29 Seminare durchgeführt, in denen 620 PädagogInnen geschult wurden, zusätzlich wurden 72 SchülerInnen-Workshops abgehalten. (Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen, 2006, S. 1).

Finanzen

Obwohl das Budget für Gesundheitsförderung weiterhin nur einen sehr kleinen Teil des Gesamtbudgets für den Gesundheitsbereich ausmacht, wurde das Budget für die Drogenhilfe, d.h. für Therapie, durch die Einrichtung einer Drogenambulanz erhöht (Abt. 4, Interview am 29. Jänner 2008; B. Drobesh-Binter, Landesstelle Suchtprävention, persönliches Gespräch am 6. Mai 2008).

Gesundheit

Von der WHO wird die Rolle des Gesundheitssektors als Initiator für multisektorale Zusammenarbeit herausgestrichen. Durch die aktive Einbindung anderer Sektoren können Maßnahmen bei Public-Health-relevanten Themen, wie der Konsum von illegalen Drogen, effizienter und gezielter gestaltet werden (WHO, 1999, S. 189-190). Die Prävention von Suchtmittelkonsum muss als Teil der Vermeidung von Suchtverhalten im Allgemeinen betrachtet werden und umfasst somit vor allem auch allgemeine Maßnahmen der Suchtprävention.

Der Europäische Rat betont die Wichtigkeit der Zur-Verfügung-Stellung von Therapie- und Rehabilitationsprogrammen, die für alle gleichermaßen zugänglich sind. Dabei ist deren Qualität beständig weiterzuentwickeln. Darüber hinaus muss die Verbreitung von Infektionskrankheiten, wie HIV oder Hepatitis C, durch die Einbindung von Programmen in die allgemeine Gesundheits- und Sozialversorgung verhindert werden (Europäischer Rat, 2005, S. 6-7).

Das in Kärnten durchgeführte Programm „way out/Neustart“ stellt sich als Frühinterventionsprogramm für Jugendliche und junge Erwachsene dar. Nach einer amtsärztlichen Zuweisung nach dem Suchtmittelgesetz werden eine Gruppen- oder Einzelbetreuung sowie eine ärztliche Verlaufsbeobachtung geboten. Darüber hinaus wird nachgehende psychosoziale Versorgung und Verlaufsbeobachtung durch den sozialmedizinischen Dienst geboten. Jedoch wird im Kärntner Suchtplan auf die Notwendigkeit des Ausbaus des nachgehenden Bezugsbetreuersystems hingewiesen (Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen, 2006, S. 15-17).

Recht

Die EU-Drogenstrategie für die Jahre 2005-2012 betont vor allem die Bekämpfung der organisierten Drogenkriminalität sowie die Ausweitung der thematischen und regionalen Zusammenarbeit zur Prävention von Drogenkriminalität (Europäischer Rat, 2004, S. 12). Dazu zählt auch die Weiterentwicklung von alternativen Maßnahmen zum Freiheitsentzug für Drogenabhängige (Europäischer Rat, 2005, S. 6), wie zum Beispiel die Überweisung von DrogenkonsumentInnen an Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, die auf eine Änderung der Einstellung der Betroffenen gegenüber illegalen Drogen abzielen (EBDD, 2007, S. 47). Weiters betont die Europäische Union die Wichtigkeit der Bekämpfung der Produktion von Drogen, wozu seitens des Europäischen Rates MitarbeiterInnen in den einzelnen Mitgliedstaaten gefordert werden, die speziell auf die Bekämpfung der Drogenherstellung und den Drogenhandel geschult sind (Europäischer Rat, 2005, S. 9 und 12). In Kärnten wurden im Jahr 2007 35 PräventionsbeamtlInnen der Exekutive ausgebildet – davon sind 18 in der Suchtprävention in Kooperation mit der Landesstelle Suchtprävention tätig (B. Drobesh-Binter, Landesstelle Suchtprävention, persönliches Gespräch am 6. Mai 2008). Die SchulungsteilnehmerInnen bekommen in 70 Stunden Basisinformationen zu Sucht und deren Entstehung, Ursachen sowie zu Ansätzen von Suchtprävention vermittelt, damit sie in weiterer Folge gemeinsam mit ExpertInnen an Hauptschulen Suchtprävention durchführen können (Amt der Kärntner Landesregierung, 5. März 2007).

Darüber hinaus hat nach der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht ein normativer Rahmen zur Regulierung des Konsums legaler Drogen einen erwiesenermaßen positiven Einfluss auf das Konsumverhalten auch hinsichtlich von Cannabis (EBDD, 2007, S. 31). Dies kann am Beispiel des Kärntner Jugendschutzgesetzes deutlich gemacht werden: „Kinder und Jugendliche dürfen Drogen und Stoffe, die geeignet sind, rauschähnliche Zustände, Süchtigkeit, Betäubung oder psychische Erregungszustände hervorzurufen und nicht unter das Suchtmittelgesetz, BGBl. I Nr. 112/1997, fallen, nicht zu sich nehmen. Dies gilt nicht, soweit dies über ärztliche Anordnung zu

Heilzwecken erfolgt.“ Weiters wird die Überlassung, der Verkauf und das Anbieten dieser Substanzen an Kinder und Jugendliche verboten (K-JSG, 1998, § 12, Abs. 3 und Abs. 4).

Soziales

Durch Drogenmissbrauch entstehen soziale Probleme, welche durch den Sektor Soziales bekämpft werden können (Europäischer Rat, 2005, S. 11). Dieser Sektor kann aber auch den Sektor Gesundheit beim Setzen von Maßnahmen u.a. zur Prävention und Früherkennung unterstützen. Die Wichtigkeit dieser Präventionsarbeit, um Folgen hinsichtlich von Drogenproblemen zu vermeiden, wird auch von der Abteilung 13 Soziales, Jugend, Familie und Frau gesehen (Abt. 13, Interview am 5. Februar 2008). Als Beispiele dafür können die Streetworker in Klagenfurt und Villach genannt werden, die sich als aufsuchende SozialarbeiterInnen an den Bedürfnissen der KlientInnen ausrichten und so versuchen, beratend, unterstützend und aufklärend tätig zu sein (Prehslauer, Drobesch-Binter, Moschitz & Wallenko, 2001, S. 27). Für drogenkranke Personen bietet weiter das Haus OIKOS Übergangswohnmöglichkeiten in Kärnten an, um eine ärztliche und psychotherapeutische Nachbehandlung zu ermöglichen. Prehslauer et al. verweisen zusätzlich auf die weiteren bereits vorhandenen Betreuungsmöglichkeiten in Klagenfurt und den Mangel an solchen in Villach und Spittal an der Drau (Prehslauer, Drobesch-Binter, Moschitz & Wallenko, 2001, S. 32-34). Weitere bereits bestehende Angebote im Land Kärnten sind u.a. die Suchtberatung der Caritas in Klagenfurt und Villach sowie die Drogenambulanz in den beiden zuvor genannten Städten (Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen, 2006, S. 16).

Wirtschaft und Arbeit

Im Kärntner Aktionsplan wird die Wirtschaft als wichtiger Partner für die Umsetzung einerseits durch die Einhaltung des Glücksspielgesetzes durch Gewerbetreibende, andererseits durch die Wiedereingliederung von Suchtkranken in den Arbeitsmarkt angesprochen (Prehslauer, Drobesch-Binter, Moschitz & Wallenko, 2001, S. 19, 26 und 34). Unterstützung, wie Seminare, Informationsmaterial und Beratung, können Kärntner Betriebe durch die Landesstelle Suchtprävention bekommen (Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen, o.D.d). Gemeinsam mit pro mente wurde 2007 von der Abteilung 12 Drogenkoordination ein Projekt zur beruflichen Integration Suchtkranker gestartet. Auch die berufliche Integration für gefährdete Jugendliche wurde im Rahmen des Kärntner Suchtplans als Maßnahme festgelegt (Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen, 2006, S. 8-9).

Einen weiteren Bereich im Sektor Wirtschaft und Arbeit bilden Medien. Studien haben ergeben, dass Medienkampagnen für sich alleine noch keine wirksame Maßnahme darstellen. Wenn sie jedoch als Begleitmaßnahme z.B. zur Verbreitung von Informationen und zur Sicherstellung des Erfolges von politischen Maßnahmen verwendet werden, können sie diese positiv unterstützen (EBDD, 2007, S. 30). Seitens der Europäischen Union wird die Möglichkeit der Weiterentwicklung des Einsatzes der Medien zur Erreichung verschiedener Zielgruppen und zur Vermittlung von Informationen gefordert (Europäischer Rat, 2005, S. 5). Der Kärntner Aktionsplan „Suchtprävention und Drogenhilfe 2001-2005“ sah groß angelegte Medienkampagnen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit vor. Dabei soll Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass einerseits Suchtmittelmissbrauch krank macht, andererseits, dass Betroffene, die Suchtmittel konsumieren, an einer Krankheit leiden, um so die Ausgrenzung dieser Personen aus der Gesellschaft zu reduzieren (Prehslauer, Drobesch-Binter, Moschitz & Wallenko, 2001, S. 20).

Wissenschaft und Forschung

Neben der Erhebung von vergleichbaren Daten anhand von fünf Schlüsselindikatoren fordert die Europäische Organisation eine jährliche Darstellung der Drogensituation inklusive Angaben zu Märkten sowie Trends und Mustern im Drogenkonsum. Darüber hinaus wird die Wichtigkeit der Evaluation von gesetzten Maßnahmen betont (Europäischer Rat, 2005, S. 16-17).

5.6.3 Zusammengefasste Ergebnisse und Maßnahmenempfehlungen

Zusammengefasste Ergebnisse:

- Die KärntnerInnen geben im Vergleich zu den übrigen ÖsterreicherInnen seltener an, bereits einmal im Leben Drogen konsumiert zu haben.
- Häufiger geben jüngere Personen sowie Personen mit höherem Bildungsabschluss an, dies getan zu haben.

Daraus folgende Maßnahmenempfehlungen:

Für den Gesundheitssektor

- Der Gesundheitssektor in Kärnten kann bereits auf einen Maßnahmenplan für „Suchtprävention und Drogenhilfe“ und den Kärntner Suchtplan 2006-2010 aufbauen. Wichtig wäre nun, aufbauend auf die bestehenden Bemühungen (u.a. in Form von externen Evaluationen), die Umsetzung der Maßnahmen und deren Effektivität zu überprüfen. Auf dieser Basis aufbauend kann der qualitätsgesicherte Zugang für alle Betroffenen zu Therapie und Rehabilitationsmöglichkeiten ausgebaut und sichergestellt werden.

Für die Zusammenarbeit mit dem Bildungssektor

- In Kärnten kann bereits auf eine Vielzahl an Maßnahmen im Bildungsbereich zurückgegriffen werden. Als ein wichtiger Ansatzpunkt erscheint die Steigerung der Attraktivität (ev. Bedarfs- bzw. NutzerInnenorientierung) und Inanspruchnahme von bereits existenten MultiplikatorInnenausbildungen. Kärntner Beispielprojekte zeigen, dass Maßnahmen zur Sensibilisierung und zur Stärkung der Konfliktlösungskompetenzen im Bildungssektor umgesetzt werden können, beispielsweise durch die Integration derartiger Aspekte in bestehende Lehrpläne. Dabei ist darauf zu achten, dass die Darstellung weder einseitig noch auf Abschreckung ausgerichtet ist, da dies den gegenteiligen Effekt erzielen kann (Uhl & Springer, 2002, S. 46).

Für die Zusammenarbeit mit dem Rechtssektor

- Qualifizierung des Personals wird als wichtiger Punkt genannt, dabei ist eine Fortführung der bereits begonnenen Qualifizierungsmaßnahmen für BeamtInnen zu empfehlen.

Für die Zusammenarbeit mit dem Sozialssektor

- Der Fortbestand der bereits bestehenden bzw. der Ausbau von Angeboten im Kärntner Sozialbereich für Suchtkranke und zur Suchtprävention ist zu empfehlen. Auch können Modellprojekte spezifisch für die Bedürfnisse spezieller Zielgruppen entwickelt werden. Zum Beispiel kann für Drogensüchtige vor allem aus dem Migrationsbereich in Form eines Modellprojektes medizinische Versorgung in Kombination mit der notwendigen psychologischen Betreuung, der Versorgung mit Lebensmitteln und der Bereitstellung von Wohnmöglichkeiten sichergestellt werden (DETERMINE, 01.01.2007b).

Für die Zusammenarbeit mit dem Wirtschafts- und Arbeitssektor

- In diesen Sektoren kann durch die Durchführung von Modellprojekten zur Minimierung von Risikofaktoren in Betrieben einerseits mehr Sensibilität sowie andererseits adäquater Umgang mit Suchterkrankungen gefördert werden. Zum Beispiel können in Workshops und Vorträgen in Betrieben nicht nur Kompetenzen für den Umgang mit dem Thema Sucht entwickelt, sondern auch betriebliche Richtlinien für Anlassfälle entwickelt und die Umsetzung suchtpräventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen diskutiert werden (Nowak-Schuh, August 2001). Angebote für Beratung, Informationsveranstaltungen und Schulung von Führungskräften werden bereits von der Landesstelle für Suchtprävention durchgeführt, allerdings bedarf es noch weiterer Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung und Attraktivierung, um die Inanspruchnahme dieser Angebote zu erhöhen (B. Drobosch-Binter, persönliches Gespräch am 6. Mai 2008). Auch eine Schwerpunktsetzung zum Thema Sucht innerhalb

der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Kärnten ist eine Möglichkeit, dieses Thema in den Betrieben anzustoßen.

- Medien können Informationsvermittlungs- und Bewusstseinsarbeit zum Thema Sucht leisten und somit u.a. auf die Problematik des Ausschlusses von Süchtigen aus der Gesellschaft aufmerksam machen. Modellprojekte in Zusammenarbeit mit Medien können als Beispiele für die Kooperation erarbeitet werden. So kann z.B. das Thema Sucht von Jugendlichen aufbereitet und über die Medien öffentlich diskutiert werden. So kann es einerseits zu einer intensiven Mediendebatte kommen und gleichzeitig kann das Selbstvertrauen von Jugendlichen weiterentwickelt werden (Fonds Gesundes Österreich, o.D.c).

Für die Zusammenarbeit mit Wissenschaft und Forschung

- Die Einführung einer Verlaufsbeobachtung anhand der fünf vom Europäischen Rat eingeführten Indikatoren, welche zur Beobachtung der Entwicklung im Bereich Drogenkonsum dienen, ist empfehlenswert. Deren Ergebnisse können dann in weiterer Folge mit anderen EU-Ländern verglichen werden. Weiters bedarf es der Forschung zu den biomedizinischen, psychosozialen und sonstigen Faktoren, die Drogenkonsum bedingen, aber auch zur Wirksamkeit verschiedener Interventionen (Europäischer Rat, 2005, S. 17).

Literatur

Ablinger, V., Aigner, I., Frick, A., Heilinger, S. (2008). Förderung gesunder Ernährung. Unveröffentlicht.

Abteilung 10V, Veterinärwesen. (o.D.). Schlachttier- und Fleischuntersuchung. Download vom 08. Februar 2008, von <http://www.ktn.gv.at/?siid=97&cfg=noredir>

Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 10L. (o.J.). Landwirtschaftsbericht 2006. Bericht über die Lage der Kärntner Land- und Forstwirtschaft im Jahre 2006. Klagenfurt.

Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen. (11.02.2008). „Start in ein rauchfreies Leben“. Download vom 04. Juli 2008, von http://www.gesundheit-kaernten.at/gesundheitsserverhtml/page.asp?MEN_ID=1&SEI_ID=477&LST_ID=5

Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen. (o.D.a). Alkohol am Arbeitsplatz. Download vom 06. Februar 2008, von http://portal.wko.at/wk/dok_detail_file.wk?AngID=1&DocID=353625

Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen. (o.D.e). Suchtvorbeugung im Betrieb. Download vom 02. April 2008, von http://www.gesundheit-kaernten.at/gesundheitsserverhtml/page.asp?MEN_ID=200&SEI_ID=416&LST_ID=85

Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen. (o.D.c). Die Landesstelle Suchtprävention. Download vom 28. April 2008, von http://www.gesundheit-kaernten.at/gesundheitsserverhtml/page.asp?MEN_ID=77

Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen. (o.D.b). Angebote. Download vom 28. April 2008, von http://www.gesundheit-kaernten.at/gesundheitsserverhtml/page.asp?MEN_ID=200

Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen. (o.D.d). Projekte. Download vom 20. Juni 2008, von http://www.gesundheit-kaernten.at/gesundheitsserverhtml/page.asp?MEN_ID=203

Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen. (2006). Land Kärnten. Suchtplan 2006-

2010. Klagenfurt: Amt der Kärntner Landesregierung.

Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen. (2007). Maßnahmen zur schulischen Suchtvorbeugung. o.O.: Amt der Kärntner Landesregierung.

Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 7 Wirtschaftsrecht und Infrastruktur. (o.J.). Verkehrssicherheitsprogramm Kärnten. Heft 2. Schriftenreihe der Verkehrsplanung in Kärnten. Klagenfurt: Amt der Kärntner Landesregierung.

Amt der Kärntner Landesregierung. (01.10.2007). Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Tabakgesetz geändert wird; Stellungnahme. Download vom 06. Februar 2008, von http://www.parlinkom.gv.at/PG/DE/XXIII/ME/ME_00120_06/fname_088156.pdf

Amt der Kärntner Landesregierung. (05.03.2007). Der Sucht frühzeitig den Kampf ansagen. Download vom 02. April 2008, von <http://www.ktn.gv.at/?siid=367&arid=5209>

Amt der Kärntner Landesregierung. (05.07.2007). „Nachdenken statt Nachschenken“ in Kärnten. Download vom 06. Februar 2008, von <http://www.ktn.gv.at/default.asp?ARid=6438>

Amt der Kärntner Landesregierung. (07.02.2008). Unfallbilanz 2007: Neun Verkehrstote weniger als 2006. Download vom 24. April 2008, von <http://www.ktn.gv.at/default.asp?ARid=8249#>

Amt der Kärntner Landesregierung. (13.11.2006). Kampf gegen den blauen Dunst. Download vom 06. Februar 2008, von <http://www.ktn.gv.at/?siid=367&arid=4488>

Amt der Kärntner Landesregierung. (15. 03. 2005). LHStv. Strutz unterstützt Anti-Drogen-Projekte an Schulen. Download vom 02. April 2008, von <http://www.ktn.gv.at/?siid=34&arid=451>

Amt der Kärntner Landesregierung. (2006). Kinder und Jugend. Gesundheitsbericht Kärnten. Klagenfurt: Amt der Kärntner Landesregierung.

Amt der Kärntner Landesregierung. (30.05.2006). LR Schantl präsentierte „heißen Draht“ gegen „kalten Rauch“. Download vom 06. Februar 2008, von <http://www.ktn.gv.at/?siid=367&arid=3158>

Amt der Kärntner Landesregierung. (o.D.). Gesundheitswesen. Download vom 04. April 2008, von http://www.kaerntner-landtag.ktn.gv.at/1764_DE-Organisation-Gesundheitswesen.655B6921181a5120bb985e1830d3674fad5b83a0?highlight=ERnaehrung

ASKÖ. (o.D.). Aktiv gesund im Betrieb. Download vom 06. Februar 2008, von http://kaernten.askoe.or.at/de/menu_2/aktiv-gesund-im-betrieb

Auer, M., Wieseneder, E. & Grasser, G. (2008). Ergebnisprotokoll des ExpertInnenworkshops. 4. Juni 2008. Klagenfurt: Hotel Sandwirth.

BMUKK (Hrsg.). (2007). Alkohol. Informationen und Projektbeispiele. Download vom 25.03.2008, von <http://www.schulpsychologie.at/uploads/media/Alkohol.pdf>

Boeing, H. & Walter, D. (2003). Ernährung. In: F. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe & J. Siegrist (eds.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. S. 151-156. München, Jena: Urban & Fischer.

Bruck an der Mur. (o.D.). check an angel. Download vom 04. April 2008, von http://www.bruckmur.at/wcms/bruck_art_lesen.php?id=341

Bundesgymnasium Porcia Spittal. (o.D.). Download vom 05. Februar 2008, von http://www.kgkk.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl>window=kgkkportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=64011&p_tabid=3&p_pubid=123213

BZgA. (21.03.2003). Suchtprävention im Kinder- und Jugendsport. Download vom 25. März 2008, von <http://www.bzga.de/?uid=0dc21055524f64ee08a42523f5262fe5&id=pressearchiv&nummer=156&jahr=2003>

Calvill, N., Kahlmeier, S. & Racioppi, F. (2006). Physical activity and health in Europe: evidence for action. Copenhagen: WHO European Region.

DETERMINE. (01.01.2007a). Integration of homeless and long-term unemployed. (Bezpajumtnieku un ilgstošo bezdarbnieku integrācija). Download vom 25. März 2008, von <http://www.health-inequalities.org/?uid=f38c67c08081c2671609c066910c1b3b&id=search3&sid=list&idx=71&x=detail>

DETERMINE. (01.01.2007b). Low barrier services for drug users. (Centri a bassa soglia per tossicodipendenti). Download vom 04. April 2008, von <http://www.health-inequalities.eu/?uid=5e9a11c44d2d87a6bc78caa46276cf0e&id=search3&sid=list&idx=137&x=detail>

DETERMINE. (01.01.2007c). Tax on alcohol beverages. (Skatt på alkohol). Download vom 25. März 2008, von <http://www.health-inequalities.org/?uid=148947e297eea888000788268a798de8&id=search2&sid=list&idx=83&x=detail>

DGE. (o.D.). Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE. Download vom 01. Februar 2008, von <http://www.dge.de/pdf/10-Regeln-der-DGE.pdf>

EBDD. (2007). Stand der Drogenproblematik in Europa. Jahresbericht 2007. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.

Edwards, P. & Tsouros, A. (2006). Promoting physical activity and active living in urban environments. The role of local governments. Copenhagen. WHO European Region.

Edwards, P. & Tsouros, A. (2006). Promoting physical activity and active living in urban environments. The role of local governments. The solid facts. Copenhagen: WHO European Region.

Eigenständig werden. (o.D.). Download vom 19. März 2008, von <http://www.eigenstaendig.net>

Elmadfa, I., Freisling, H., König, J., Blachfelner, J., Cvitkovich-Steiner, B., Genser, D. et al. (2003). Österreichischer Ernährungsbericht 2003. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.

Europäische Kommission. (2004). Tobacco or Health in the European Union. Past, Present and Future. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Commission.

Europäische Kommission. (2006). Gesundheit und Ernährung. Eurobarometer spezial 246 / Welle 64.3. Download vom 08. Februar 2008, von http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_245_en.pdf

Europäischer Rat. (2005). EU-Drogenaktionsplan (2005-2008). Download vom 21. November 2007, von

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index10360EN.html>

Europäische Union. (26.06.2006). The EU policy in the drugs field: present priorities. Download vom 21. April 2008, von <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/06/249&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>

Fachgruppe Gastronomie BgA der Wirtschaftskammer. (2007). Gast&Wirt – Top-Info. Nr. 4 November 2007. Klagenfurt: Fachgruppe Gastronomie BgA der Wirtschaftskammer.

Fahrradpass. (o.D.). Aktuelle Angebote. Download vom 16. April 2008, von <http://www.fahrradpass.at/partner/list>

FIT plus – Fitness- und Bewegungszentrum Altersheim Bül. (o.D.). Download vom 01. Februar 2008, von http://www.healthproject.ch/index-de.php?frameset=7&address_id=11&detail=562

Fonds Gesundes Österreich. (o.D.a). AHA – alternative happy hours. Download vom 20. März 2008, von http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geoerderte-projekte/FgoeProject_560409

Fonds Gesundes Österreich. (o.D.b). „PräGend“-Kooperationsprojekt zw. dem Institut für Suchtprävention und der Bundesgendarmerie in OÖ. Download vom 04. April 2008, von http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geoerderte-projekte/FgoeProject_121964

Fonds Gesundes Österreich. (o.D.c). S.P.O.T. (Suchtprävention ohne Tabus). Download vom 04. April 2008, von http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geoerderte-projekte/FgoeProject_265050

Frauengesundheitszentrum. (o.D.). Raus aus der Couch. Download vom 06. Februar 2008, von <http://www.fgz-kaernten.at/presse/presstexte.html#Raus%20aus%20der%20Couch%20-%20Bewegung%20schützt!>

Gesundheitsland Kärnten. (2006a). „Gesunde Küche“ – Gesundheit mit Genuss. Download vom 05. Februar 2008, von <http://www.gesundheitsland.at/default.aspx?pagetype=main&Slid=27&a=l>

Gesundheitsland Kärnten. (2006b). Angebote für Schulen. Download vom 06. Februar 2008, von <http://www.gesundheitsland.at/default.aspx?pagetype=main&Slid=56&a=l>

Gesundheitsland Kärnten. (2006c). Angebote zur allgemeinen Gesundheitsförderung. Download vom 12. Dezember 2007, von <http://www.gesundheitsland.at/default.aspx?pagetype=detail&ARid=47&Slid=69&a=l>

Gesundheitsland Kärnten. (2006d). Diabetes-Vorsorge: Informations-Kampagne in Kärnten (2006). Download vom 08. Februar 2008, von <http://www.gesundheitsland.at/default.aspx?pagetype=detail&ARid=235&Slid=42&a=l>

Gesundheitsland Kärnten. (2006e). Diabetikerschulung Kärnten. Download vom 08. Februar 2008, von <http://www.gesundheitsland.at/default.aspx?pagetype=detail&ARid=155&Slid=69&a=l>

Gesundheitsland Kärnten. (2006f). Ernährung. Download vom 06. Februar 2008, von <http://www.gesundheitsland.at/default.aspx?pagetype=main&Slid=75&a=l>

Gesundheitsland Kärnten. (2006g). Gesundes Essen und Bewegung sind ein Hit – das hält uns alle fit.

Download vom 06. Februar 2008, von <http://www.gesundheitsland.at/default.aspx?pagetype=detail&ARid=562&Slid=32&a=1>

Gesundheitsland Kärnten. (2006h). Junge Radiomacher „stoppen“ Alkoholmissbrauch. Download vom 06. Februar 2008, von <http://www.gesundheitsland.at/default.aspx?x=0,y=AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAB63174129911992007%2018661966530,627642&pagetype=detail&ARid=393&Slid=31>

Gesundheitsland Kärnten. (2006i). Raucherentwöhnungs-Seminar in Gnesau. Download vom 04. April 2008, von <http://www.gesundheitsland.at/default.aspx?x=0,y=AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAB24568129911992007%2019665366500,3786062&pagetype=detail&ARid=280&Slid=31>

Gesundheitsland Kärnten. (2006j). Sicheres Inlineskaten. Download vom 02. September 2008, von <http://www.gesundheitsland.at/default.aspx?pagetype=detail&ARid=40&Slid=56&a=1>

Gesundheitsreferat des Landes Kärnten. (o.D.a). Lebensmittel. Download vom 08. Februar 2008, von http://www.gesundheit-kaernten.at/gesundheitsserverhtml/page.asp?MEN_ID=24

Gesundheitsreferat des Landes Kärnten. (o.D.b). Suchtvorbeugung in der Schule. Download vom 19. März 2008, von http://www.gesundheit-kaernten.at/gesundheitsserverhtml/page.asp?MEN_ID=200&SEI_ID=415&LST_ID=85

Große schützen Kleine. (2008). Jahresbericht 2007. Kärnten. Klagenfurt: Große schützen Kleine.

Haskell, W.L.M., Lee, I.-M., Pate, R.R., Powell, R.R., Blair, S.N., Franklin, B.A. et al. (2007). Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 2007. S. 1423-1434.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2005b). Informationsunterlage „Chancen und Nutzen der neuen Vorsorgeuntersuchung inklusive Beschreibung der medizinischen Interventionen für Nichtmediziner“. Wien: o.V.

Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger. (2005a). Gesundheitsbericht 2005 der sozialen Krankenversicherung. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Graham, H., Inskip, H.M., Francis, B. & Harman, J. (2006). Pathways of disadvantage and smoking careers: evidence and policy implications. *J. Epidemiol. Community Health*, 60. S. 7-12.

Institut für Sportmedizin des Landes Kärnten. (o.D.). Über das Institut. Download vom 14. Mai 2008, von http://www.verwaltung.ktn.gv.at/21996_DE-SPORTMEDIZIN-Leitbild.6385F211f36457abc833841da1d0437c48adc31

IPAQ. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms. (November 2005). Download vom 29. Jänner 2008, von http://www.ipaq.ki.se/doc/IPAQ%20LS%20Scoring%20Protocols_Nov05.pdf

KABEG. (o.J.). Geschäftsbericht 2006. Klagenfurt: o.V.

Kärntner Gebietskrankenkasse. (o.D.a). Kärntner GKK: „G'sunde Themen in Schulen – jetzt auch Songs!“ . Download vom 06. Februar 2008, von <http://www.kgkk.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl:wind>

ow=kgkkportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=5091&p_tabid=1&p_pubid=136061

Kärntner Gebietskrankenkasse. (o.D.b). Rauchen. Download vom 06. Februar 2008, von <http://www.kgkk.at/mediaDB/124416.PDF>

K-GtVG. (2005). Kärntner Gentechnik-Vorsorgegesetz 2005 idF LGBl. Nr. 5/2005

K-JSG. (2005). Kärntner Jugenschutzgesetz i.d.F. LGBl. Nr. 9/2005.

Klimont, J., Kytir, J. & Leitner, B. (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006-2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Statistik Austria: Wien.

K-MEKG. (2002). Kärntner Mutterschutz- und Eltern-Karenzgesetz. LGBl. Nr. 63/2002.

Kommission der Europäischen Union. (2006). Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. Eine EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden. KOM(2006) 625 endg. Brüssel: Kommission der Europäischen Union.

K-SpG. (1997). Kärntner Sportgesetz. LGBl. Nr. 99/1997.

Landespressedienst. (11.07.2006). Kärntens Jugend hat „Mehr Spaß mit Maß“. Download vom 06. Februar 2008, von http://media.ktn.gv.at/ppm_3dak_ktngvat/~M14/13820.3dak.doc

Landesschulrat für Kärnten. (19.10.2005). Bildungsforum „Drogen/Sucht“ – „Rauchfreie Schule“. Download am 06. Februar 2008, von <http://www.landesschulrat-kaernten.at/default.aspx?Slid=281&ARid=1333&pagetype=main>

Landesstelle Suchtprävention. (2006). Newsletter 2006. Klagenfurt: Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Landesstelle Suchtprävention.

Lebensministerium. (2006). Masterplan Radfahren. Strategie zur Förderung des Radverkehrs in Österreich. Wien: Lebensministerium.

Lebensmittel. (o. D.). Download vom 05. Februar 2008, von http://www.gesundheit-kaernten.at/gesundheitsserverhtml/page.asp?MEN_ID=24

Levy, D., Chaloupka, F. & Gitcheil, J. (2004). The effects of tobacco control policies on smoking rates: A tobacco control scorecard. *Journal of Public Health Management and Practice*, 10(4). S. 338-353.

LGBl. Nr. 1/1978. (1978). Entwicklungsprogramm Sportstättenplan. Download vom 06. Februar 2008, von <http://www.ris.bka.gv.at/lr-kaernten/>

LGBl. Nr. 39/1977. (1977). Entwicklungsprogramm Kärntner Zentralraum. Download vom 06. Februar 2008, von <http://www.ris.bka.gv.at/lr-kaernten/>

Market. (o.D.). Dokumentation der Befragung B146. Unveröffentlichte Folien.

Miglar, R., Aichholzer, T., Berg, B. & Bauer, M. (2001). Projektbericht. Gesundheit bewusst leben. LFS Eberndorf. Download vom 08. Februar 2008, von <http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geoerderte>

projekte/FgoeProject_184241/679478

Mutterberatungen. (o.D.) Download vom 09. Februar 2008, von http://www.kaerntner-landtag.ktn.gv.at/1764_DE-Organisation-Gesundheitswesen.655B6921181a5120bb985e1830d3674fad5b83a0?highlight=ERnaehrung

NICE. (2008). Drug Misuse. Psychosocial interventions. National Clinical Practice Guideline Number 51. National Collaborating Centre for Mental Health. Leicester, London: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.

Nowak-Schuh, D. (August 2001). Gesundheitsförderung und Suchtprävention im Lehrlingswesen der ÖBB. Ein Kooperationsprojekt mit dem Institut für Suchtprävention des Fonds Soziales Wien. Download vom 21. April 2008, von http://www.dialog-on.at/db_downloads/OEBBProjekt010822.pdf

Nutrinet.ch. (o.D.). Download vom 07. Februar 2008, von <http://www.nutrinet.ch/>

ÖBIG. (2002). Kärntner Gesundheitsbericht 2002. Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Kärntner Bevölkerung. Inanspruchnahme und Leistungen des Kärntner Gesundheitssystems. Klagenfurt, Wien: Amt der Kärntner Landesregierung.

ÖNGK. (o.D.a). Die Partnereinrichtungen stellen sich vor. Download vom 13. Februar 2008, von http://www.oengk.net/index.php?id=1_4

ÖNGK. (o.D.b). LKH-KLU G – Gesundheitsförderung: Rauchfreies Krankenhaus (nach dem Codex des Europäischen Netzwerks Rauchfreier Krankenhäuser). Download vom 13. Februar 2008, von <http://www.oengk.net/projekte/>

sterberg E. (2004). What are the most effective and cost-effective interventions in alcohol control? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Download vom 15. April 2008, von <http://www.euro.who.int/document/E82969.pdf> .

Pfiffikus durch Bewegungsfluss. (o.D.). Download vom 01. Februar 2008, von <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=4510778016ac56264b6a7d18289adc63&id=main2>

Physical Activity Terms. (22. Mai 2007). Download vom 30. Jänner 2008, von <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/terms/index.htm>

Prehslauer, B., Drobesh-Binter, B., Moschitz, C. & Wallenko, H. (2001). Suchtprävention und Drogenhilfe. Kärntner Rahmenplan 2001-2005. Klagenfurt: Amt der Kärntner Landesregierung. Abteilung 12 Sanitätswesen.

Rehn, N. (2001). Alkohol in der Europäischen Region – Konsum, Gesundheitsschäden und die politische Dimension. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa. Download vom 01. April 2008, von <http://www.euro.who.int/document/E76240g.pdf>

Rückverfolgbarkeit von Lebens- und Futtermittel. (o.D.). Download vom 05. Februar 2008, von http://www.gesundheit-kaernten.at/gesundheitsserverhtml/page.asp?MEN_ID=175

Schulsportservice. (o.D.). Download vom 06. Februar 2008, von <http://www.schulsportservice.at/info.htm>

Siegrist, J. (2003) Machen wir uns selbst krank? In: F. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe & J. Siegrist (eds.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. S. 139-151. München, Jena: Urban & Fischer.

Sjöström, M., Oja, P., Hagströmer, M., Smith, B. & Baumann, A. (2006). Health-enhancing physical activity across European Union countries: the Eurobarometer study. In: Journal of Public Health. Volume 14, Number 5 / Oktober 2006.

Stadt Klagenfurt. (o.D.). Ernährungsberatung. Download vom 06. Februar 2008, von <http://www.klagenfurt.at/inhalt/3460.htm>

Stadt Villach. (2007). Netzwerk gegen Sucht. Download vom 02. April 2008, von <http://www.villach.at/inhalt/jugend/1813.htm>

Tabakgesetz. (2006). Bundesgesetz über das Herstellen und das Inverkehrbringen von Tabakerzeugnissen sowie die Werbung für Tabakerzeugnisse und den Nichtraucherenschutz. BGBl. Nr. 431/1995 i.d.g.F., zuletzt geändert durch Bundesgesetz BGBl. I Nr. 47/2006.

Troiano, R. (2007). Large-Scale Applications of Accelerometers: New Frontiers and New Questions. In: American College of Sports Medicine. Medicine & Science in Sports & Exercise, S. 1501.

Uhl, A. & Springer, A. (2002). Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leitbildentwicklung der Österreichischen Fachstellen für Suchtprävention. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.

Uhl, A., Springer, A., Kobrna, U., Gnams, T. & Pfarrhofer, D. (2005). Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2004, Bericht. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.

Universität Klagenfurt. (22.01.2008). Bewegungskindergarten St. Veit an der Glan. Download vom 06. Februar 2008, von <http://www.uni-klu.ac.at/uniklu/fodok/aktivitaeten.do?fodoknummer=20069>

Ussher, M. (2000). Exercise interventions for smoking cessation. Download vom 12. November 2007, von <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab002295.html>

Wer radlt gewinnt. (o.D.). Download vom 16. April 2008, von <http://www.werradltgewinnt.at/>

WHO. (1999). Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 6. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.

WHO. (2000). European Alcohol Action Plan 2000- 2005. Copenhagen: WHO. Download vom 20. März 2008, von <http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf>

WHO. (2002). Europäische Anti-Tabak-Strategie. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.

WHO. (2003). Diet, Nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO Technical Report Series 916. Geneva: World Health Organisation.

WHO. (2004a). A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The

CINDI vision. Copenhagen: WHO European Region.

WHO. (2004b). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. o.O.: WHO.

WHO. (2005). Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.

WHO. (2006). Framework for alcohol policy in the WHO European Region. Copenhagen: WHO European Region.

WHO. (2007a). Steps to health. A European Framework to promote physical activity for health. Copenhagen: WHO.

WHO. (2007b). The Challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Copenhagen: WHO European Region.

WHO. (2007c). The European tobacco control report 2007. Copenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.

WHO. (2007d). Zweiter Europäischer Aktionsplan Nahrung und Ernährung der WHO 2007-2012 (Entwurf). Belgrad: WHO Regionalbüro für Europa. Download vom 04. April 2008, von <http://www.euro.who.int/document/rc57/gdoc10.pdf>

WHO. (o.D.). Chronic respiratory diseases. Download vom 06. Februar 2008, von <http://www.who.int/respiratory/copd/causes/en/index.html>

GESUNDHEITLICHE EINFLUSSFAKTOREN

GESUNDHEITLICHE EINFLUSS-FAKTOREN

6.1 Settings

Die Ottawa-Charta der WHO besagt: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (WHO, 1. April 2006). Settings gelten daher als Orte, wo einerseits Gesundheit entsteht, andererseits persönliche Kompetenzen vermittelt werden können. Als die wichtigsten Settings können Kindergarten/Schule, Betriebe sowie Städte/Gemeinden betrachtet werden.

Zur Darstellung der Situation und eines eventuellen Handlungsbedarfes wird für die Settings „Kindergarten und Schule“ und „Arbeitsstätte“, die jeweils eindeutig dem Sektor Bildung und dem Sektor Wirtschaft zuzuordnen sind, die Struktur verwendet, die im Rahmen eines Berichtes der Internationalen Union für Gesundheitsförderung und Bildung (IUHPE) an die Europäische Kommission entwickelt wurde. Für das Setting „Städte und Gemeinden“ werden die Situation sowie der Handlungsbedarf entlang der Sektorenstruktur, wie in den vorangegangenen Kapiteln, dargestellt.

6.1.1 Setting Kindergarten/Schule

Kinder und Jugendliche sind die Erwachsenen der Zukunft, gute Gesundheit bereits vor der Geburt gilt als wesentlicher Faktor für soziale und ökonomische Entwicklungen. Kinder sind besonders schützenswert, da sie u.a. durch äußere Einflüsse leichter verletzbar sind. Durch gesellschaftliche Entwicklungen, wie Urbanisierung, Industrialisierung und ökonomisches Wachstum, sind in den letzten Jahren viele neue Bedrohungen hinzugekommen, wie zum Beispiel Krankheiten, die durch Luftverschmutzung entstehen. Kinder haben nicht nur eine höhere Exposition pro Kilogramm Körpergewicht als Erwachsene, ihre Körper befinden sich auch noch in einem Entwicklungsstadium und sie leben länger (WHO European Centre for Environment and Health, 1999, S. 5).

Krankheitslast von Kindern hat mehrere Folgen, neben der Belastung der Familie entstehen auch Kosten für die Gesellschaft. Schlechte soziale und kognitive Entwicklung von Kindern kann zu lebenslanger Benachteiligung führen. Ungleichheiten in der Gesundheit von Kindern können nicht nur zwischen verschiedenen Ländern beobachtet werden, sondern verstärken sich auch zunehmend innerhalb der Länder. Besonders von schlechter Gesundheit betroffen sind jene, die einen schlechten Zugang zum Gesundheitssystem, zur Bildung, zu Information, zu adäquaten Wohnungsmöglichkeiten und adäquater Ernährung haben (WHO, 2005, S. 1). Darüber hinaus wird die Lernfähigkeit jedes Kindes durch dessen Gesundheit signifikant beeinflusst (Leger & Nutbeam, 2000, S. 111). Jedoch kann auch von einer umgekehrten Beziehung ausgegangen werden, das Erleben des Schulalltages wirkt sich auf die Gesundheit der SchülerInnen aus. Wie bereits im Kärntner Kinder- und Jugendbericht 2006 festgestellt wurde, rauchen 38 % jener Kärntner SchülerInnen, die angeben, mit der Schule nicht glücklich zu sein, während jene, die positive Schulerfahrungen machen, nur zu sieben Prozent rauchen (Amt der Kärntner Landesregierung, 2006, S. 93).

Neben der Bekämpfung von schlechter Ernährung und Infektionskrankheiten werden vor allem Übergewicht, mentale und psychosoziale Probleme sowie Verletzungen als wichtige Risikofaktoren genannt (WHO, 2005, S. 1).

Kindergärten und Schulen können als Settings, in denen Kinder einen Großteil ihrer Zeit verbringen, gesehen werden und sind daher für die Durchführung von kosteneffektiven gesundheitsfördernden Maßnahmen geeignet. Es wird jedoch betont, dass Schulen und auch Kindergärten dies nicht im

Alleingang tätigen können, sondern in ein Netz von gesundheitsfördernden Maßnahmen eingebaut sein müssen. Die Effektivität von Maßnahmen wird durch deren Eingliederung in den schulischen Alltag gesteigert (Leger & Nutbeam, 2000, S. 110). Darüber hinaus sollen Interventionen in Schulen nicht nur Verhaltensänderungen bewirken, sondern auch kognitive und soziale Aspekte ansprechen, mit dem Gesundheitssektor verlinken, über mehrere Jahre gehen und ausreichend Ressourcen zur Verfügung haben (Leger & Nutbeam, 2000, S. 112).

In § 17 des Schulunterrichtsgesetzes ist verankert, dass SchülerInnen in der Entwicklung sozialer Kompetenzen anzuleiten sind, weiters ist in § 2 Absatz 1 des Schulorganisationsgesetzes festgelegt, dass SchülerInnen in Schulen dazu ausgebildet werden sollen, gesunde TeilnehmerInnen der Gesellschaft zu sein. Nicht festgelegt ist jedoch in diesen beiden Gesetzen die Gesundheitsförderung an Schulen. Im Grundsatzterlass Gesundheitserziehung im Jahr 1997 wurde festgelegt: „Schulische Gesundheitsförderung ist daher zentraler Bestandteil jeglichen pädagogischen Handelns und sie ist in allen Schularten und Unterrichtsgegenständen zu verwirklichen.“ Betont wird im Grundsatzterlass die Wichtigkeit der Bildung von Netzwerken zwischen SchülerInnen, Eltern, LehrerInnen, SchulärztInnen, Gemeinden, Vereinen und VertreterInnen des Gesundheitswesens. Die seit 1993/1994 bestehende Schulautonomie in der inhaltlichen Schwerpunktsetzung soll für die Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen genutzt werden (Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten, 1997, o.S.). Wie in Kapitel 7 beschrieben, nutzten bereits einige weiterführende Schulen in Kärnten die Gelegenheit, einen Schwerpunkt in Gesundheit zu setzen, es gibt jedoch kein einheitliches Vorgehen der Kärntner Schulen.

Unterstützung erhalten Schulen und Kindergärten in Kärnten durch die Servicestelle Schule der Kärntner Gebietskrankenkasse und durch das Gesundheitsland Kärnten. Daneben gibt es noch eine Vielzahl anderer unterstützender Einrichtungen, die von der Abteilung 12 Sanitätswesen unterstützt werden, wie z.B. das Frauengesundheitszentrum, die Aids-Hilfe oder die Landesstelle Suchtprävention – um nur einige wenige zu nennen. Die Servicestelle Schule bietet Begleitung und Hilfestellung, um die schulische Gesundheitsförderung qualitätsgesichert weiterzuentwickeln. Die Angebote der Krankenkasse reichen von Projektbegleitung und -entwicklung über Workshops zu Themen wie Rauchen und Ernährung bis zur Vermittlung von ReferentInnen und Öffentlichkeitsarbeit (Kärntner Gebietskrankenkasse, o.D.b, und Kärntner Gebietskrankenkasse, o.D.c). Darüber hinaus wird das Modulare System Lebenskompetenzsteigerung für Kinder und Jugendliche ab der 3. Klasse Volksschule angeboten, welches aus vier aufbauenden Modulen besteht: „Selbstwertstärkung“, „Kommunikation“, „Lebenskompetenz“ und „Alkohol, nein danke!“ (H. Flaschberger, Kärntner Gebietskrankenkasse, Direktion 1, E-Mail vom 8. Juli 2008). Durchgeführt wurden von dieser Institution insgesamt 38 Projekte seit der Gründung der Servicestelle, wodurch rund 6.000 SchülerInnen erreicht werden konnten (H. Flaschberger, Kärntner Gebietskrankenkasse, Direktion 1, E-Mail vom 11. Juni 2008). Partnerschulen der Kärntner Gebietskrankenkassen schafften es bei verschiedenen Gesundheitspreisausschreibungen, Plätze in den vordersten Rängen zu belegen (H. Flaschberger, Kärntner Gebietskrankenkasse, Direktion 1, E-Mail vom 11. Juni 2008).

Vom Gesundheitsland Kärnten gibt es für verschiedene Schulstufen neben Angeboten zu Bewegung und Suchtvorbeugung auch Projekte und Wissensvermittlungsangebote zu Lärm, Aids und Sicherheit (Gesundheitsland Kärnten, 2006c). Es setzte in der 2. Jahreshälfte 2006 106 Projekte und Aktivitäten in Schulen um. Knapp je ein Drittel der unterstützten Maßnahmen beschäftigte sich mit den Themen Ernährung und Bewegung. Weitere neun Prozent (10 Aktivitäten) setzten sich mit dem psychosozialen Bereich auseinander (Skiba, o.D., S. 33). Neben Projekten wird auch die Durchführung von Modulen, bereits entwickelte bewährte Maßnahmen (Skiba, o.D., S. 5), seitens des Gesundheitslandes Kärnten angeboten. Im Berichtszeitraum vom 1. Juni bis Jahresende 2006 wurden 67-mal verschiedene Module durchgeführt, davon 24-mal das Modul Aids, weitere 10-mal das Modul „Essstörungen – Mädchengesundheit“ (Skiba, o.D., S. 29). An Kindergärten wurden 10 Module (Skiba, o.D., S. 30)

sowie 78 Projekte im selben Zeitraum durchgeführt. Der Großteil der Projekte – knapp zwei Drittel – beschäftigte sich mit den Themen Bewegung und Ernährung (Skiba, o.D., S. 34). Auch für Kindergärten gibt es Angebote zu den Themen Bewegung, Ernährung, Zahngesundheit und Suchtvorbeugung (Gesundheitsland Kärnten, 2006b).

Eine wichtige Ressource für die Gesundheitsförderung im Setting Schule ist das Europäische Netzwerk der Gesundheitsfördernden Schulen (Leger & Nutbeam, 2000, S. 110). Das Netzwerk, welchem 40 Länder angehören, arbeitet auf drei Ebenen: Schulen, Länder und International. Ziel ist es, Policies und die Implementierung von gesundheitsfördernden Schulen in den Gesundheits- und Bildungssektor zu verankern (ENHPS, 01.04.2006).

Leger und Nutbeam geben fünf Bereiche an, in denen Kinder durch mögliche Interventionen im Rahmen der gesundheitsfördernden Schule angesprochen werden sollen (Leger & Nutbeam, 2000, S. 112):

- 1) Curriculum
- 2) Umwelt (geografische, psychosoziale, physische und organisatorische Elemente der Schule und der sie umgebenden Gemeinde)
- 3) Gesundheitsleistungen
- 4) Partnerschaften
- 5) Policies

Im Folgenden werden diese fünf Bereiche näher beschrieben und es wird auf bereits vorhandene Maßnahmen und Policies in Kärnten eingegangen.

Curriculum

Für das Setzen von erfolgreichen gesundheitsfördernden Maßnahmen, ist ein Curriculum notwendig, welches es ermöglicht, dass SchülerInnen einerseits mit Kompetenzen zum Lösen von Problemen, zur Kommunikation, Entscheidungsfindung und zu zwischenmenschlichen Beziehungen ausgestattet werden und andererseits relevantes Gesundheitswissen erhalten (Leger & Nutbeam, 2000, S. 112-113). In Kärnten gibt es bereits einige Projekte, die genau auf diesen Punkt abzielen, wie zum Beispiel das Projekt „Sich in der Schule wohlfühlen“, welches in der Volksschule St. Stefan an der Gail seit 2002/2003 durchgeführt wird. Ziel dieses Projektes ist neben der Schaffung von Rahmenbedingungen für eine gesunde Entwicklung das Setzen von Maßnahmen, die ein verbessertes Klima an der Schule fördern. Erreicht werden die Ziele u.a. durch die bewegungsfördernde Gestaltung von Pausen und die gemeinsame Erarbeitung von Verhaltensregeln. Als vorbildlich kann die Einbeziehung der Eltern und Gemeinde, zum Beispiel durch Veröffentlichung aller Aktivitäten in der Gemeindezeitung, angesehen werden (GIVE Datenbank, o.D.c). Aber auch in weiterführenden Schulen gibt es in Kärnten einige Aktivitäten, wie zum Beispiel das Projekt „Haut-Nah“ in der Landwirtschaftlichen Fachschule Drauhofen, wo die Stärkung der Gesundheitskompetenzen sowohl von SchülerInnen, LehrerInnen als auch Eltern, die Einführung eines psychosozialen Beratungsteams für Krisen sowie der Aufbau von Kooperationen im Vordergrund standen (GIVE Datenbank, o.D.b). Des Weiteren wurden in vielen Schulen in Zusammenarbeit mit der Kärntner Gebietskrankenkasse Projekte zur Verbesserung des Wissens über gesunde Lebensweisen (z.B. bezüglich Rauchen, Ernährung und Bewegung) sowie zur Steigerung von Lebenskompetenz durchgeführt (Kärntner Gebietskrankenkasse, o.D.a). Auch die landwirtschaftlichen Fachschulen legen Wert auf die Vermittlung von Wissen über gesunde Ernährung und gesunde Bewegung. In den neuen Lehrplänen wurde laut Abteilung 10L Landwirtschaft besonderer Wert auf Bewegung und auch auf Persönlichkeitsbildung gelegt. Auch ist man der Meinung, dass die LehrerInnen sich der gesundheitsfördernden Aspekte bewusst sind und gerne ihrerseits

spezifische Weiterbildungsmaßnahmen in diese Richtung annehmen (Abt. 10L, Interview am 28. Februar 2008). Auch in Kindergärten wird auf die Vermittlung von Gesundheitswissen Wert gelegt. Beispielsweise werden wöchentlich Waldausflüge gemacht, es gibt auch das Projekt Waldkindergarten, in dem es außer einem Sammelraum keine weiteren Räumlichkeiten gibt, sodass sich die Kinder mit entsprechender Kleidung bei jeder Witterung im Freien aufhalten (Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler, Interview am 13. Februar 2008). Das Projekt „Kinder als Gärtner“ wird in Kooperation mit einem heimischen Gartenbauanbieter durchgeführt. Hier setzen sich die Kinder vor Ort in einer Gärtnerei mit gesunder und bewusster Ernährung auseinander, indem sie eine Patenschaft für eine Pflanze von der Entstehung über deren Wachstum bis zur Ernte und Verarbeitung übernehmen (Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler, Interview am 13. Februar 2008).

Ein weiteres Modellprojekt in der Lebensumwelt Schule wurde vom Frauengesundheitszentrum Kärnten durchgeführt und nennt sich „Lust auf Leben“. Im Zuge dieses Projektes wurden Informationen vermittelt und die Lebenskompetenzen von Mädchen alters- und gendergerecht gestärkt. Schwerpunkte waren u.a. neben Essstörungen auch die Förderung von Gesundheitskompetenzen und die Stärkung des Bewusstseins für geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung (Modellprojekt „Lust auf Leben“, o.D.).

Ein zentraler Ansatz zur Gesundheitsförderung in Schulen ist auch die Curricula-Entwicklung für und die Wissensvermittlung an MultiplikatorInnen (Leger & Nutbeam, 2000, S. 113), in diesem Fall die LehrerInnen und ErzieherInnen. Um Maßnahmen durchführen zu können, ist es wichtig, ein grundlegendes Wissen zu gesundheitlichen Themen, wie zum Beispiel zu der Beziehung zwischen Bewegung, Ernährung und Gesundheit, zu haben (WHO, 2004, S. 7). Hier ist auch das Vorhaben im Rahmen des Kärntner Frauengesundheitsprogramms zu nennen, SportlehrerInnen an Schulen als MultiplikatorInnen für Osteoporosepräventionsturnen auszubilden (Buchinger, Gschwandtner & Garstenauer, 2006, S. 35). Als Modellprojekt ist das Projekt „Sicher und gesund in der Kita – Sigiki“ in Deutschland zu nennen, welches zum Ziel hat, ErzieherInnen im Bereich der Unfallprävention auszubilden (BZgA, 06.02.2008). Ein weiteres Modellprojekt ist „Die Expedition“, welches als Fortbildung für LehrerInnen neben inhaltlichen Punkten zu Sucht- und Gewaltprävention auch moderne Methoden der Unterrichtsgestaltung vermittelt (BZgA, 13.08.2007). In Kärnten bietet die Pädagogische Hochschule unter anderem ein Präventionsforum, das zum Ziel hat, eine Vernetzung der LehrerInnen mit Präventionseinrichtungen und der Exekutive zu erreichen. In Zusammenarbeit mit der Landesstelle Suchtprävention werden in weiteren Seminaren Grundlagen zur frühzeitigen Prävention von Suchtproblemen vermittelt. Weitere Fortbildungen setzen sich mit den Themen Ernährung und Bewegung auseinander (Pädagogische Hochschule, o.D.). Weitere AkteurInnen in der MultiplikatorInnenausbildung sind die Kärntner Gebietskrankenkasse, die ebenfalls an der Pädagogischen Hochschule Tagesseminare mit dem Thema „Schulische Gesundheitsförderung – vom Aktionismus zum ganzheitlichen Gesundheitsprojekt“ anbietet (H. Flaschberger, Kärntner Gebietskrankenkasse, Direktion 1, E-Mail vom 11. Juni 2008), sowie das Frauengesundheitszentrum, welches ein Programm für Hauptschulen zur Sensibilisierung von LehrerInnen anbietet (Auer, Wieseneder & Grasser, 2008, S. 3). Durch das Gesundheitsland Kärnten sowie das Bildungsnetzwerk des FGÖ besteht ebenfalls die Möglichkeit, sich Wissen über Gesundheitsförderung anzueignen (Auer, Wieseneder & Grasser, 2008, S. 3). Beispiel für die Zusammenarbeit mehrerer Kärntner AkteurInnen ist die Qualifizierungsmaßnahme der BetreuerInnen von Kindernest gem. GmbH, die Handlungs- und Lebenskompetenzen an das BetreuerInnenteam vermitteln will. In Zusammenarbeit zwischen dem BFI, dem FGÖ, der Kärntner Gebietskrankenkasse und dem Arbeitsmarktservice wird der rund 300 Stunden umfassende Lehrgang durchgeführt (BFI, 2008; Auer, Wieseneder & Grasser, 2008, S. 3).

Umwelt

Nach Leger und Nutbeam gibt es gute Evidenzen dafür, dass die schulische Umwelt ein wichtiger Faktor für die erfolgreiche Implementierung von Gesundheitsförderung an Schulen ist. Dabei sollen die physische Umwelt (wie Möbel, Beleuchtung, aber auch Angebote für Bewegung und Ernährung), die psychosoziale Umwelt (Beziehung zwischen SchülerInnen und LehrerInnen sowie zwischen den SchülerInnen selbst) und die organisatorische Umwelt (schulische Infrastruktur, Verwaltung, Planung und Implementierung von Prozessen) bedacht werden (2000, S. 113-114). Dieser Punkt spricht vor allem die Verhältnisprävention an, die die Umgebung von Menschen und ihre Lebensverhältnisse in den Mittelpunkt stellt (Fonds Gesundes Österreich, 19.08.2005). Die WHO nennt hier als Beispiele die Schaffung von ausreichend Möglichkeiten für Bewegung sowie das Anbieten von gesundem Essen in Schulkantinen (WHO, 2004, S. 9). Änderungen auf der Verhältnisebene gibt es unter anderem auch in dem bereits genannten Projekt „Sich in der Schule wohlfühlen“ an der Volksschule St. Stefan a.d. Gail, die gemeinsam mit den SchülerInnen den Pausenhof mit einer Spiekekiste und einem Balanceweg gesundheitsförderlicher gestaltete (GIVE Datenbank, o.D.c). Ein weiteres Beispiel liefert die Volksschule Tröpolach mit dem Anlegen eines Kräuterschulgartens (GIVE Datenbank, o.D.a). Ein Beispiel für die Umstellung der Schulkantinen mit gleichzeitiger Schulung des Küchenpersonals liefert das ÖGB-Ausbildungszentrum für Lehrlinge in Krumpendorf (Kärntner Gebietskrankenkasse, o.D.b). Ein zusätzliches Beispiel aus Deutschland soll weiter verdeutlichen, was gesundheitsfördernde Schulfeldgestaltung bedeuten kann. So wurde in einer Schule in Nordrhein-Westfalen eine Freiluftklasse errichtet, die mehrere Funktionen erfüllt: Sie ist zum einen ein alternativer Unterrichtsraum, dient zur Förderung von Bewegung und aktiven Pausen und soll andererseits auch als Rückzugs- und Entspannungsort dienen (BZgA, 23.07.2007). Ein weiteres Kärntner Beispiel für gesundheitsfördernde Umweltgestaltung ist die Einrichtung von Rauchplätzen an den Landesschulen an möglichst unvorteilhaften Plätzen im Freien (Abt. 6, Interview am 14. Februar 2008).

Gesundheitsleistungen

Zwischen Schulen und dem Gesundheitssektor gibt es eine enge Beziehung, in vielen Ländern werden in Schulen Immunisierungsprogramme angeboten oder Screenings durchgeführt. Eine tiefer gehende Zusammenarbeit der Schulen mit dem Gesundheitssektor hat sich vor allem dann als sinnvoll herausgestellt, wenn die Arbeit der VertreterInnen aus dem Gesundheitswesen komplementär zu jener der Lehrkräfte getätigt wird (Leger & Nutbeam, 2000, S. 114). In Österreich gibt es an den Schulen SchulärztInnen, welche neben der Einzeluntersuchung der SchülerInnen auch eine beratende Funktion bezüglich Verhaltens- und Verhältnisfragen erfüllen (Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, o.D.). Von der Abteilung 12 Sanitätswesen wird die Koordinationsrolle betont, die der schulärztliche Dienst in der frühzeitigen Erkennung von Problemen erfüllt. Die Möglichkeit des Ausbaus in Richtung Gesundheitsförderung und Prävention wird gesehen (Abt. 12, Interview am 26. Februar 2008, und Auer, Wieseneder & Grasser, 2008, S. 3). Aber auch in Form der Angebote der Schulservicestelle der Kärntner Gebietskrankenkasse und des Gesundheitslandes Kärnten wird die Kooperation zwischen Gesundheit und Schulen in Kärnten bereits gelebt.

Partnerschaften

Als wichtig haben sich, nach Leger und Nutbeam, auch Partnerschaften zwischen Eltern, SchülerInnen, lokalem Gesundheitswesen und lokalen Regierungen herausgestellt, die beiden Autoren betonen jedoch gleichzeitig, dass sich die Verwirklichung dieses Punktes aufgrund von Ressourcenmangel (Geld und/oder Zeit) oft als sehr schwierig herausstellt (2000, S. 114).

Ein Ansatz zur Verwirklichung dieses Punktes wurde im Frühjahr 2007 in Österreich geschaffen. Gemeinsam vom Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, vom Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend sowie vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wurde das Projekt „Gesunde Schule“ ins Leben gerufen. Die sieben Ziele dieses Projektes

umfassen neben dem Aufbau einer Organisationsstruktur auch die Darstellung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse, der Entwicklung von Modellprojekten sowie die Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und Evaluationsinstrumenten. Als Zielgruppen werden die Schulen selbst, externe DienstleisterInnen sowie AkteurInnen in der Politik und Verwaltung gesehen (Projekt Gesunde Schule, o.D.), wobei sich die Kärntner Gebietskrankenkasse an der Erstellung der Datenbank beteiligt (H. Flaschberger, Kärntner Gebietskrankenkasse, Direktion 1, E-Mail vom 11. Juni 2008).

Policies

Die Entwicklung von Policies, im Speziellen wenn sie nationale oder/und lokale Prioritäten widerspiegeln, gilt als effektive Möglichkeit zur Schaffung einer gesundheitsförderlichen Umwelt an Schulen. Policies zur Umwelt können zum Beispiel die Schaffung einer rauchfreien Umwelt sein oder auch die Sicherheitsbestimmungen an Schulen beinhalten (Leger & Nutbeam, 2000, S. 114). So wird an Kärntner Landesschulen darauf geachtet, dass Rauchplätze an möglichst unvoreilhaftesten Plätzen im Freien eingerichtet werden (Abt. 6, Interview am 14. Februar 2008). Auch an landwirtschaftlichen Fachschulen und Internaten herrscht ein absolutes Rauchverbot sowohl für die SchülerInnen als auch für die LehrerInnen (Abt. 10L, Interview am 28. Februar 2008). Weiters ist es Policy vonseiten des Landes, die landwirtschaftlichen Fachschulen dazu anzuhalten, wenn irgend möglich biologische Lebensmittel und auf jeden Fall möglichst regionale Produkte für die Verpflegung zu verwenden (J. Martinz, Landesrat, Interview am 13. Februar 2008).

6.1.2 Setting Betrieb

In einer Gesellschaft, in der Erwerbstätigkeit einen hohen Stellenwert einnimmt, da sie nicht nur dem Erlangen materieller Ressourcen, sondern auch dem Gewinnen von Identität und Anerkennung dient, kann die Arbeitswelt einerseits dazu beitragen, gesundheitsfördernde Ressourcen zu gewinnen, andererseits können durch Arbeitsbedingungen auch Krankheiten und Belastungen ausgelöst werden. Betriebe werden daher als wichtige Public Health-Arbeitsfelder angesehen (Elkeles, 2003, S. 653-654).

Betriebliche Gesundheitsförderung hat als Zielgruppe einerseits die ArbeitnehmerInnen, andererseits die ArbeitgeberInnen und die Gesellschaft. Ziele von betrieblicher Gesundheitsförderung sind neben der Reduktion der Krankheitslast auch die Förderung von sozialer Unterstützung und gesundheitsförderlichem Verhalten. Darüber hinaus werden Krankenstände reduziert sowie die Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit von Betrieben gestützt (Breucker & Schröer, 2000, S. 98). Als Erfolgskriterien für betriebliche Gesundheitsförderung haben Breucker und Schröer interdisziplinäre Zusammenarbeit, die Teilnahme und Kooperation aller Beteiligten sowie einen umfassenden Ansatz, der sowohl Änderungen auf der individuellen als auch auf der organisatorischen Ebene bewirkt, genannt (2000, S. 98-99). Besonders die betriebliche Gesundheitsförderung bzw. deren Ausweitung für MitarbeiterInnen der Kärntner Krankenanstalten wird vom Gesundheitsressort als wichtige Aufgabe gesehen, wie auch betriebliche Gesundheitsförderung für die MitarbeiterInnen des Amtes der Kärntner Landesregierung inhaltlich-fachlich begleitet werden könnte (W. Schantl, Landesrat, Interview am 6. Februar 2008).

Die WHO fordert in diesem Zusammenhang die Entwicklung eines nationalen Policy-Rahmenwerkes, welches Gesetze beinhaltet, aber auch Mechanismen für die intersektorale Zusammenarbeit, den Schutz und die Förderung der Gesundheit von ArbeitnehmerInnen, die Integration von betrieblicher Gesundheitsförderung in Gesundheitsziele sowie die Überwindung der Kluft zwischen ArbeiterInnen und Angestellten mit Berücksichtigung von Gender-Mainstreaming thematisiert (World Health Assembly, 2007, S. 4-5).

Wie beim Setting Schule gibt es sowohl auf österreichischer als auch auf europäischer Ebene Netzwerke zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Das europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung wurde 1996 etabliert, hat mittlerweile in 28 Ländern Kontaktbüros und sieht sich als Plattform für Stakeholders aus den Bereichen Wirtschaft, Gesundheit und Politik (ENWHP, o.D.). Das österreichische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung wird von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung getragen, Partner sind die Wirtschaftskammer, die Bundesarbeiterkammer, der Österreichische Gewerkschaftsbund sowie die Österreichische Industriellenvereinigung. Die Koordinationsstelle des Netzwerkes ist bei der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse angesiedelt (Betriebliche Gesundheitsförderung, o.D.). Das Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung bietet u.a. die Mitwirkung bei der Konzeptentwicklung, Betreuung beim Projektmanagement, Durchführung einzelner Projektteile, wie MitarbeiterInnenbefragungen und Unterstützung bei der Qualitätssicherung, an. Seit 2005 bietet das Netzwerk spezielle Angebote für Klein- und Mittelbetriebe an (Sprenger, Pammer & Püringer, 2005, S. 27-29).

Unterstützung, sowohl inhaltlicher als auch finanzieller Art, erhalten die Betriebe durch die Krankenversicherungsträger. Österreichweit wurden 2005 165 Unternehmen von Krankenversicherungsträgern unterstützt, vier davon inhaltlich von der Kärntner Gebietskrankenkasse. Informationsveranstaltungen seitens der Krankenversicherungsträger sollen zur Ausweitung der Betriebe mit betrieblicher Gesundheitsförderung führen, in Kärnten wurden zwei der 40 Veranstaltungen durchgeführt. Betriebe, die sich dazu entschließen, betriebliche Gesundheitsförderung durchzuführen, können als ersten Schritt eine BGF-Charta unterschreiben, die eine Absichtserklärung darstellt. In der nächsten Stufe können Unternehmen ein Gütesiegel erwerben, welches nach außen sichtbar macht, dass betriebliche Gesundheitsförderung durchgeführt wird. Unternehmen, die sich besonders in dieser Richtung auszeichnen, können sich um den österreichischen Preis für betriebliche Gesundheitsförderung bewerben. Dieser Preis wird im 2-Jahres-Rhythmus vom Österreichischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung vergeben und kann als Marketing nach außen und innen verwendet werden. In Kärnten haben von 2005-2007¹ 19 Betriebe die BGF-Charta unterzeichnet, 5 Unternehmen wurden mit dem Gütesiegel und 3 Unternehmen mit dem BGF-Preis ausgezeichnet. Weiters wurden 18 Betriebe prozessberatend und -begleitend betreut (Kärntner Gebietskrankenkasse, 11. Juni 2008). Auch wird laut Angaben der Kärntner Gebietskrankenkasse das LKH Klagenfurt in der Durchführung eines BGF-Projektes unterstützt (Auer, Wieseneder & Grasser, 2008, S. 4). Als Evaluationsinstrument wird seitens der österreichischen Sozialversicherungsträger die Auswertung der Krankenstandstage angeboten, insgesamt wurden 2005 76 Auswertungen durchgeführt, davon 12 von der Kärntner Gebietskrankenkasse (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2005, S. 98-102). Ein sinnvoller und aussagekräftiger Bundesländervergleich ist hier aufgrund der absoluten Zahlen nicht möglich, allerdings kann festgestellt werden, dass die vollen Möglichkeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung in Kärnten noch nicht erreicht wurden. Die Kärntner Gebietskrankenkasse als Regionalstelle des Österreichischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung bietet auch Schulungen an, um einerseits Arbeitsabläufe weniger belastend zu gestalten, andererseits um MitarbeiterInnen zu MultiplikatorInnen für Bewegungseinheiten zu machen (Kärntner Gebietskrankenkasse, 2007, S. 16).

Partnerschaften für die intersektorale Zusammenarbeit zwischen Gesundheit und Wirtschaft werden jedoch nicht nur von der Kärntner Gebietskrankenkasse geboten, auch das Gesundheitsland Kärnten unterstützt Betriebe in der Umsetzung von Projekten und der Entwicklung hin zum „Gesunden Betrieb“. Als Beispiel für viele andere Projekte kann hier die Stadtgemeinde Spittal genannt werden, die in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsland Kärnten, der Wirtschaftskammer, der Arbeiterkammer und der Gebietskrankenkasse das Projekt „Gesundheit gemeinsam gestalten“ initiierte, wodurch einerseits Klein- und Mittelbetriebe zur Einführung von betrieblicher Gesundheitsförderung bewegt werden, andererseits die MitarbeiterInnen selbst in ihrem Gesundheitsbewusstsein gefördert werden sollen (Gesundheitsland Kärnten, 2006).

¹ 2005 haben 5 Unternehmen in Kärnten die Charta unterzeichnet (27 in ganz Österreich) und weitere 2 (26 in Österreich) ein Gütesiegel erhalten (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2005, S. 98-102).

Aktivitäten im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung setzen, nach dem weiter oben Ausgeführten, an drei Ebenen an (Breucker & Schröer, 2000, S. 100):

- 1) Individuelle Verhaltensänderungen
- 2) Gesundheitsförderliche Arbeit und organisatorische Gestaltung
- 3) Kommunikation nach innen und außen für betriebliche Gesundheitsförderung

Im Folgenden werden die Rahmenbedingungen und die in Kärnten gesetzten Aktivitäten anhand dieser drei Ebenen dargestellt.

Individuelle Verhaltensänderungen

Aktivitäten, die einerseits die persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen stärken und andererseits Information z.B. in Kursen vermitteln, können dazu beitragen, dass ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen ein höheres Gesundheitsbewusstsein und ein gesundheitsförderliches Verhalten zeigen (Breuckers & Schröer, 2000, S. 100). Als ein Beispiel für individuelle Verhaltensänderungen kann die betriebliche Gesundheitsförderung der BKS Bank in Klagenfurt angeführt werden, die unter dem Titel „Durch die Bank rauchfrei“ unter anderem auch zum Ziel hat, die Arbeitsstätte rauchfrei zu machen und die Angestellten bei der Veränderung ihres Rauchverhaltens durch Raucherentwöhnseminare zu unterstützen (Verantwortung zeigen 2007, 2007, S. 2-4). Wie bereits in den Kapiteln 5.5 und 5.6 dargestellt, kann am Arbeitsplatz auch Suchtvorbeugung und Suchtbekämpfung und somit auf diese Weise eine Änderung des Verhaltens jeder/jedes Einzelnen bewirkt werden. In Kärnten werden Betriebe unter anderem durch die Landesstelle Suchtprävention in ihrer Arbeit z.B. durch Informationen in Vorträgen und Seminaren (Amt der Kärntner Landesregierung, 2006, S. 13) unterstützt.

Gesundheitsförderliche Arbeit und organisatorische Gestaltung

Die Schaffung eines gesundheitsförderlichen Arbeitsplatzes mit Verminderung der körperlichen Belastung sowie Förderung der MitarbeiterInnen und ein mitarbeiterInnen-freundlicher Führungsstil zählen ebenso zu Maßnahmen der gesundheitsförderlichen Arbeitsplatzgestaltung wie die Durchführung von Gesundheitszirkeln, Managementkursen und einer betrieblichen Gesundheitsberichterstattung (Breuckers & Schröer, 2000, S. 101). Zur gesundheitsförderlichen Gestaltung des Arbeitsplatzes gehören nicht nur der sichere Umgang mit Chemikalien und die Abschätzung der gesundheitlichen Folgen von Arbeitsprozessen, sondern auch die Schaffung von rauchfreien Umwelten. Auch das Verfügbarmachen von gesundem Essen und der Möglichkeit zur Bewegung erhöht die Gesundheit am Arbeitsplatz (World Health Assembly, 2007, S. 5-6). Beispiel für die Schaffung gesunder Verhältnisse am Arbeitsplatz ist der Kärntner Betrieb „mondi packaging“, der neben der Installation einer eigenen Steuergruppe, der VertreterInnen der Geschäftsführung, des Betriebsrates, der Arbeitsmedizin, des Sicherheitsdienstes, der Personalverantwortlichen und eine Gesundheitsmanagerin angehören, auch eine gesunde Kantine und saisonale Obstkörbe anbieten will. Darüber hinaus erhalten MitarbeiterInnen ermäßigte Eintritte in verschiedenen Sporteinrichtungen (Service Channel, o.D.). Zwei der drei thematisierten Gesundheitszirkel des Projektes „Für eine gemeinsame, gesunde Zukunft“, welches in der Raiffeisenbank Eberndorf durchgeführt wurde, können ebenfalls als Beispiel für die Verwirklichung dieser Ebenen genannt werden: „Gesundheitsförderlicher Arbeitsplatz, Gesundheitsförderliche Arbeitszeit“ sowie „Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung“. Die durchgeführten Maßnahmen beinhalteten ebenso ein Führungskräfte-Training wie die Mitbestimmung der Arbeitsplatzgestaltung (Kärntner Gebietskrankenkasse, o.D.c). Für die ca. 7.000 Gemeindebediensteten werden arbeitsschutzrechtliche Maßnahmen durch die Abteilung 12 Sanitätswesen im Rahmen der Bedienstetenschutzkommission abgedeckt. Eine Intensivierung dieser Maßnahmen hinsichtlich Gesundheitsförderung und Prävention würde von der Abteilung 3 Gemeinden unterstützt werden (Abt. 3, Interview am 27. Februar 2008). Eine weitere Zielgruppe in Kärnten, die durch Setzen gesundheitsförderlicher Maßnahmen erreicht werden soll, sind Frauen, die im Tourismussektor arbeiten.

Im Rahmen des Kärntner Frauengesundheitsprogramms wurden mehrere Maßnahmen festgelegt, die zur Gesundheitsförderung dieser Zielgruppe beitragen sollen. Dazu zählen die Entwicklung und Durchführung eines Modellprojektes zu frauenspezifischer Gesundheit in Betrieben, die Entwicklung und Einführung eines Instruments zur frauengerechten Arbeitsplatzevaluierung, eine Informationskampagne, eine Internetplattform sowie die Durchführung von Veranstaltungen zur Stärkung von sozialen und emotionalen Kompetenzen zu kostengünstigen Tarifen und zu tourismusfreundlichen Zeiten (Buchinger, Gschwandtner & Garstenauer, 2006, S. 41-43).

Als Beispiel für die Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung kann das Amt der Kärntner Landesregierung vorgehen, dabei erscheint als erster zentraler Schritt die Sicherstellung eines flächendeckenden arbeitsmedizinischen Dienstes, darauf aufbauend können dann gesundheitsförderliche Maßnahmen getätigt werden (Auer, Wieseneder & Grasser, 2008, S. 4).

Kommunikation nach außen und innen für betriebliche Gesundheitsförderung

Neben der Unterstützung betrieblicher Gesundheitsförderung durch die Führungsebene muss Gesundheit als integraler Bestandteil der Firmenpolitik verankert sein. Verwirklicht werden kann dies unter anderem durch Policies. Aber auch die Information nach innen ist ein integraler Bestandteil von betrieblicher Gesundheitsförderung (Breucker & Schröer, 2000, S. 101).

Als Beispiel für die Kommunikation nach außen kann die Erwerbung des Gütesiegels des Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung, wie weiter oben bereits vorgestellt, genannt werden.

6.1.3 Setting Städte/Gemeinden

Durch die fortschreitende Urbanisierung leben weltweit immer mehr Menschen in Städten (WHO, 1997, S. 5). Verursacht durch die Abwesenheit von koordinierter Stadt- und Regionalplanung, entstehen in vielen Städten soziale und wirtschaftliche Probleme, neben sozialer Segregation ist eine Zunahme an Alkohol- und Drogenmissbrauch in Städten zu beobachten (Töpfer, 1996, S. 1). Zu diesem Schluss kommt auch der Kärntner Kinder- und Jugendgesundheitsbericht, der besagt, dass in problematischen Nachbarschaften der Drogenkonsum tendenziell erhöht ist (Amt der Kärntner Landesregierung, 2006, S. 102). Darüber hinaus zeigt er auf, dass Kinder in unsicheren Wohngebieten ca. dreimal häufiger unter psychischen Beschwerden leiden (Amt der Kärntner Landesregierung, 2006, S. 102). Weiters beeinflussen Entscheidungen im Transportsektor und in der Raumplanung das Gesundheitsverhalten Einzelner (Barton, 2003, S. 7). Daher werden neben der Schule und dem Arbeitsplatz auch Städte als Settings gesehen, die helfen können, Gesundheit entstehen zu lassen und zu fördern (WHO, 1997, S. III). Auch der zuständige Gemeindereferent der Landesregierung sieht ein wichtiges Ziel darin, die Gemeinden zu stärken, die örtlichen Infrastrukturen und kommunalen Finanzen zu verbessern. Der Schaffung von Arbeitsplätzen wird, wie dem Entgegenwirken von Abwanderung, besondere Bedeutung beigemessen. Weiters soll die Infrastruktur ausgebaut, die regionale Identität gestärkt und die interkommunale Zusammenarbeit gefördert werden (Das Land Kärnten, o.D.).

Seit 2001 besteht bei der WHO eine Aktionsgruppe für die Planung Gesunder Städte (Action Group on Healthy Urban Planning), deren ursprüngliche Gruppe aus VertreterInnen aus 11 europäischen Städten, darunter Wien, bestand. Gemeinsam wurde eine Liste an Themen erarbeitet, die bei Entscheidungen auf politischer Ebene und Implementierung von Maßnahmen – sei es die Raumplanung einer lokalen Gegend oder das Bauen eines neuen Gebäudes – mitbedacht werden sollten (Barton, 2003, S. 9-10). Die Themen, wo sich EntscheidungsträgerInnen bei jeder Entscheidung fragen sollen, ob diese berücksichtigt werden, sind (Barton, 2003, S. 9-10): Förderung von Bewegung, sozialer Zusammenhalt, Qualität des Wohnens, Zugang zu Beschäftigungsmöglichkeiten, Zugang zu sozialen Einrichtungen und Geschäften, lokale niedrige Belastung durch Nahrungsmittelherstellung und -verteilung, Straßensicherheit, Gleichheit und Armutreduktion, Verminderung der Luftverschmutzung und Lärmbelastung, gute Wasserqualität, Landkonservierung und klimatische Stabilität. Diese Liste

an Themen macht deutlich, dass „Gesunde Städte“ nur durch Zusammenarbeit verschiedenster Akteure auf allen Ebenen verwirklicht werden können (Burton, 2003, S. 10). Ziele einer Gesunden Stadt sind laut WHO die Schaffung einer Vision der Gesundheit für alle StadtbewohnerInnen quer durch alle Sektoren und die Entwicklung von integrierten Policies und Strategien, um die Gesundheit aller zu erreichen (WHO, 1997, S. 99).

1992 wurde in Österreich das Gesunde Städte-Netzwerk gegründet, welches sich bzgl. inhaltlicher Grundlagen auf die Ottawa-Charta und die WHO-Strategie „Gesundheit für alle“ beruft. Drei der 32 Mitgliedstädte sind Kärntner Städte: Klagenfurt, Villach und Wolfsberg (Österreichischer Städtebund, o.D.). Städte, die Mitglieder im Netzwerk werden wollen, müssen nicht nur im Rahmen eines Gemeinderatsbeschlusses die Konzeption einer „Gesunden Stadt“ befürworten. Weitere Voraussetzungen sind die ressortübergreifende gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, die Einbindung gesellschaftlicher Institutionen und die Verbreitung von Informationen in Zusammenarbeit mit den Medien (Stadt Wien, o.D.).

Gesetzlich haben die Gemeinden im Bereich Gesundheit im eigenen Wirkungsbereich die behördlichen Aufgaben der örtlichen Gesundheitspolizei, insbesondere auf dem Gebiet des Hilfs- und Rettungswesens sowie des Leichen- und Bestattungswesens, zu vollziehen (§ 10 Abs. 2 lit. 9 K-AGO 2007). Die örtliche Gesundheitspolizei dient der Bekämpfung der Gefahren, die der Gesundheit der örtlichen Gemeinschaft drohen. In der Kärntner Allgemeinen Gemeindeordnung ist auch festgelegt, dass die Landesregierung im Rahmen der Gemeindeaufsicht die Aufgabenerfüllung sicherstellt (§ 96 ff. K-AGL 2007). Darüber hinaus liegt keine ausdrückliche gesetzliche Verpflichtung für Gesundheitsförderung auf Gemeindeebene vor. Dennoch wird diese Aufgabe von den Gemeinden und auch vom Gemeinderessort des Landes als wichtig erachtet. So wurde vonseiten des Gemeinderates ein Projekt „Aktive Gemeinde“ ins Leben gerufen. Es wurde ein Trägerverein gegründet, der die Gemeinden hinsichtlich Aktivitäten unterstützen soll, die in Richtung Sport, Prävention und Ähnliches gehen. Vorstände des Vereins sind der Gemeindebund sowie der Gesundheits- und Gemeinderesort des Landes Kärnten. Das Projekt arbeitet mit dem Sportland der Abteilung 12 Sanitätswesen zusammen (Abt. 3, Interview am 27. Februar 2008).

Die Gemeinden werden aber auch durch das Gesundheitsland Kärnten in Kooperation mit Fachstellen, wie der Landesstelle Suchtprävention und der Abteilung 12 Sanitätswesen, dabei unterstützt, einen gesundheitsförderlichen Lebensraum zu schaffen. Die Angebote beziehen sich einerseits auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen in Bezug auf Ernährung, Bewegung und Sucht, andererseits wird eine mobile Gesundheitsvorsorge angeboten, die es zum Ziel hat, die Zugänglichkeit zur Gesundheitsvorsorge auf regionaler Ebene zu erleichtern (Gesundheitsland Kärnten, 2006a). Derzeit gehören 77 der 132 Kärntner Gemeinden dieser Initiative an (Stand per 15. Juli 2008; Fr. Eisner, Büro LR Schantl, E-Mail vom 15. Juli 2008, und Amt der Kärntner Landesregierung, o.D.b). Das Gesundheitsland Kärnten setzte in der 2. Jahreshälfte 136 Mal verschiedene Module in Gesunden Gemeinden um, über die Hälfte der Module beschäftigte sich mit dem Thema gesunde Ernährung (Skiba, o.D., S. 28), in den Projekten und Aktivitäten des Gesundheitslandes ist demgegenüber eine Schwerpunktsetzung auf den Bereich Bewegung erkennbar. Ein weiterer Schwerpunkt ist die psychosoziale Gesundheit. Über ein Viertel (81 Projekte) der insgesamt 312 durchgeführten Maßnahmen ging auf diesen Themenbereich ein (Skiba, o.D., S. 32). 2006 wurden darüber hinaus ein Frauengesundheitstag sowie ein Mädchengesundheitstag als Ergebnisse des Frauengesundheitsprogramms und des Kärntner Kinder- und Jugendgesundheitsberichtes durchgeführt (Skiba, o.D., S. 7-8). Gemeinden, die sich besonders engagieren, können sich um den Gesundheitspreis des Landes Kärnten bewerben sowie nach einer dreijährigen Mitgliedschaft bei der Initiative „Gesunde Gemeinde“ und der Erfüllung weiterer Qualitätskriterien die „Gesunde Gemeinde“-Tafel beantragen (Skiba, o.D., S. 9-10).

Da eine gesunde Kommune über Sektorengrenzen hinausgehende Zusammenarbeit erfordert und viele Sektoren etwas beitragen können, werden mögliche Maßnahmen anhand der Sektoren, wie in den vorangegangenen Kapiteln verwendet, dargestellt.

Bildung

Bildungseinrichtungen können ihren Beitrag zur Verringerung sozialer Ungleichheit und zur Bewusstseinsbildung im Rahmen der Schaffung von gesundheitsfördernden Settings leisten. Durch bewusstseinsbildende und wissensvermittelnde Kampagnen kann das öffentliche Interesse und deren Unterstützung verstärkt werden (WHO, 1997, S. 63). Weiters kann Bildung verschiedene Wege der Partizipation aufweisen, um gemeinschaftsbasierte Arbeit durchführen zu können (WHO, 1997, S. 78). Als ein Beispiel für ein Modellprojekt, für die Verringerung von sozialer Ungleichheit in Städten durch Bildungseinrichtungen ist „Club for teenagers ‚Hops‘“ durchgeführt worden. Ziel des Projektes war die soziale Eingliederung von Jugendlichen mit Abhängigkeits-, Schulbesuchs- und Verhaltensproblemen. In Zusammenarbeit des Bildungs- und Sozialsektors wurden Workshops und Diskussionsrunden in Schulen durchgeführt, weiters wurden Kinonächte, Camps und sportliche Betätigung angeboten. Durch den Peergruppen-Ansatz, die Förderung der persönlichen Ressourcen sowie die Vermittlung von Informationen konnten unter anderem im Bereich der Kriminalität die Wiederholungs-täterschaft komplett reduziert werden, zehn Prozent der TeilnehmerInnen hörten auf zu rauchen und bei 30 % der TeilnehmerInnen wurde der Alkoholmissbrauch reduziert (DETERMINE, 01.01.2007a).

Gesundheit

Ziel einer „Gesunden Stadt“ oder „Gesunden Gemeinde“ ist die Förderung und Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der EinwohnerInnen (WHO, 1997, S. 12). Für die Verwirklichung einer gesunden Lebenswelt in Städten und Gemeinden bedarf es laut WHO eines Strategiepapiers, das festlegt, dass die Städteplanung zur Schaffung einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt beiträgt (Barton, Mitcham & Tsourou, 2003, S. 7). Ein weiterer Punkt des Strategiepapiers sollte die Beteiligung aller betroffenen Gruppen ermöglichen (WHO, 1997, S. 6). Städte, die einen Strategieplan hatten, berichten davon, dass dies die Planung von Maßnahmen erleichterte und die Zusammenarbeit über den Gesundheits- und Umweltsektor, wo gesunde Stadtplanung traditionellerweise angesiedelt ist, förderte (WHO, 1997, S. 55-56).

Dabei soll in diesem Plan intersektorale Zusammenarbeit festgeschrieben werden (WHO, 1997, S. 27). Eine Form von Verwirklichung intersektoraler Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssektor stellt die Initiative „Gesunde Gemeinde“ des Gesundheitslandes Kärnten dar, wo auf der Homepage festgestellt wird, „eine der wichtigsten Aufgaben des öffentlichen Gesundheitssystems ist es, optimale Rahmenbedingungen für die Erhaltung, Verbesserung und Förderung der Gesundheit bei der Bevölkerung zu schaffen“. Im Zuge der zuvor genannten Rahmenbedingungen müssen Wege für die intersektorale Zusammenarbeit gefunden werden. Ein Beispiel für die Kooperation zwischen verschiedenen AkteurInnen ist die gemeinsame Ausbildung von ArbeitskreisleiterInnen durch das Gesundheitsland Kärnten und die Kärntner Gebietskrankenkasse (Auer, Wiesender & Grasser, 2008, S. 4). Als Modellprojekt hinsichtlich der intersektoralen Zusammenarbeit kann das „Pembrokeshire SHARP Project“ dienen, welches 2003 in Wales gestartet wurde und dessen Hauptziel es war, gesundheitliche Ungleichheit zu bekämpfen. Erreicht werden soll das unter anderem durch Zusammenarbeit von verschiedensten Gruppen (Verwaltung, NGOs und andere Gruppierungen), um lokale Aktionspläne zu disseminieren, die gemeinsame Formulierung von Policies sowie das Empowerment der Zielgruppe, unter anderem durch deren aktive Miteinbindung in die Projektplanung und -durchführung (DETERMINE, 01.01.2007c). Bei der Entwicklung von Strategiepapieren in intersektoraler Zusammenarbeit ist auch auf Zielgruppen mit besonderen Bedürfnissen Rücksicht zu nehmen. Hierzu nimmt sich das Kärntner Frauengesundheitsprogramm als ein Beispiel für intersektorale Zusammenarbeit vor, in Gemeinden den Zugang zu verschiedenen Angeboten entsprechend den Bedürfnissen von Frauen, die im Tourismus arbeiten, sicherzustellen (Buchinger, Gschwandtner & Garstenauer, 2006, S. 43).

Infrastruktur

Die WHO betont die Wichtigkeit des Umdenkens bezüglich des Verkehrs in einer Stadt. Der motorisierte Privatverkehr soll reduziert und gleichzeitig das Angebot an öffentlichen Verkehrsmitteln sowie Möglichkeiten zur bewegungsaktiven Fortbewegung (wie Radwege und Gehsteige) ausgebaut werden (WHO, 1997, S. 12-14). Zum Setzen von Maßnahmen in diesem Bereich ist es nach Erachtung der WHO wichtig, dass die Belange des öffentlichen und privaten Verkehrs gemeinsam in den Händen einer einzigen Autorität liegen (Price & Tsouros, 1996, S. 12). Die Abteilung 7 Wirtschaftsrecht und Infrastruktur in Kärnten sieht es als ihre Aufgabe, sichere Schulwege zur Verfügung zu stellen, und sieht dies als Beitrag dazu, dass Kinder mehr Bewegung im Alltag machen. Laut Meinung der Abteilung 7 Wirtschaftsrecht und Infrastruktur ist ein Fußweg von etwa einem Kilometer ab Volksschulalter unter der Voraussetzung der Verkehrssicherheit zumutbar. Aufgrund von Sicherheitsgedanken werden in Kärnten jedoch die Kinder meist von den Eltern mit dem Auto bis zur Schultür gebracht (Abt. 7, Interview am 14. Februar 2008). Einen besonderen Aspekt zur Schaffung von bewegungsfreundlicher Umwelt hat sich Kärnten im Frauengesundheitsprogramm mit der Entwicklung eines Osteoporose-Parcours in Gemeinden vorgenommen, der zur Aktivierung von Frauen und Männern, die wenig aktiv und/oder bereits an Osteoporose erkrankt sind, dient (Buchinger, Gschwandtner & Garstenauer, 2006, S. 35).

Ein weiterer Punkt, den der Verkehrssektor beitragen kann, sind Pläne zur Straßensicherheit, zur Unfallvermeidung, um die Sicherheit generell und in Wohngebieten im Besonderen zu erhöhen (Barton, Mitcham & Tsourou, 2003, S. 37). Kärntner Beispiele für die Schaffung z.B. von sicheren Radwegen wurden bereits im Kapitel 5.1 dargestellt.

Ziel einer Gesunden Stadt oder Gemeinde muss auch die an die Bedürfnisse der Gesundheit angepasste Raumplanung sein. Die WHO empfiehlt die Schaffung von lebenswerten Wohngebieten sowie öffentlichen Plätzen und Gebäuden, die die Interessen des Kollektivs bewahren (WHO, 1997, S. 12 und 16). Folgende Punkte sollten bei der Raumplanung mitbedacht werden (Social Exclusion Unit, 2003, S. 83):

- Spitäler, Freizeiteinrichtungen, Geschäfte und Bildungseinrichtungen sollen nicht in Gebieten errichtet werden, die nur mit dem Auto erreichbar sind. Das heißt, besonderer Wert muss auf gleichzeitige Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel gelegt werden.
- Gebiete mit Wohnungen für sozial Benachteiligte müssen ausreichend mit Basisversorgung ausgestattet sein. Das bedeutet, dass ÄrztInnen, Geschäfte, Banken u.a. auch vor Ort angesiedelt sind.
- Die Auswirkung neuer Raumordnungspläne auf Personen, die leicht aus der Gesellschaft ausgeschlossen werden oder dies bereits sind, muss ausreichend bedacht und erforscht werden.

In Kärnten besagt die Bauordnung: „Die Behörde hat die Baubewilligung zu erteilen, wenn dem Vorhaben nach Art, Lage, Umfang, Form und Verwendung öffentliche Interessen, insbesondere solche der Sicherheit, der Gesundheit, der Energieersparnis, des Verkehrs, des Fremdenverkehrs sowie der Erhaltung des Landschaftsbildes oder des Schutzes des Ortsbildes nicht entgegenstehen.“ (K-BO, 2004, § 17, Abs. 1) Die Abteilung 20 Landesplanung setzt sich zum Ziel, durch möglichst optimale Planung und Nutzungsverteilung zum Umweltschutz und zum Gesundheitsschutz beizutragen (Abt. 20, Interview am 13. Februar 2008). Ziel der Raumplanung in Kärnten ist unter anderem die möglichst gleichwertige räumliche Gesundheitsversorgung. Aufgrund von Abwanderung und Überalterung der Gesellschaft wird es notwendig sein, in den Regionen Versorgungsknoten zu schaffen, die nach noch zu entwickelnden Mindestkriterien für die Ausstattung mit Bildungs- und Gesundheitsangeboten geeignet sind (Abt. 20, Interview am 13. Februar 2008). Hier wird eine Intensivierung der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssektor von der Abteilung 20 Landesplanung gewünscht.

Recht

Als essenziell für die Verwirklichung von Gesunden Städten und Gemeinden wird die Schaffung von Strukturen gesehen, die die Partizipation von Gemeinschaften, aber auch lokalen Akteuren verwirklichen (WHO, 1997, S. 5). Die informierte, motivierte und aktive Beteiligung von EinwohnerInnen von

Städten und Gemeinden gilt als Grundvoraussetzung für die Entscheidungsfindung und die Implementierung von Entscheidungen (WHO, 1997, S. 27). Umfassende Anhörungs-, Mitgestaltungs- und Beteiligungsprozesse sollten daher in den gesetzlichen Regelungen verankert werden. Dies kann beispielsweise für spezifische Zielgruppen erfolgen, wie durch die Einführung von Kinderparlamenten (wie z.B. in der Steiermark, Kinderparlament, o.D.) oder von MigrantInnen-BeirätInnen (wie z.B. in Graz, Statut der Landeshauptstadt Graz, § 13p). In Kärnten gibt es zurzeit laut Aussage der Abteilung 3 Gemeinden keine Einrichtung wie z.B. ein Jugendparlament. Die Abteilung 3 Gemeinden findet es allerdings sehr wichtig, besseres Demokratieverständnis (politische Bildung) in der Bevölkerung, vor allem bei jungen Menschen, zu verankern, um partizipative Prozesse besser bewerkstelligen zu können (Abt. 3, Interview am 27. Februar 2008).

Soziales

Im Mittelpunkt der Entwicklung von Maßnahmen muss unter anderem die Verbesserung der Gesundheit von älteren Menschen, sozial benachteiligten und in Armut lebenden Personen stehen (WHO, 2003, S. 5). Soziale Integration und sozialer Zusammenhalt haben einen positiven Zusammenhang mit der Morbidität. Viertel, in denen sozial unterprivilegierte Personen leben, weisen weniger Netzwerke auf, da sich die EinwohnerInnen aufgrund ihrer Lage gestresst und frustriert fühlen (WHO, 1999, S. 120). Soziale Deprivation und Ausschluss aus der Gesellschaft führen oft zu Straffälligkeit, Vandalismus und Aufruhr (Price & Tsouros, 1996, S. 64). Daher tragen soziale Sicherheit und die Verhinderung von Kriminalität laut WHO zur Entstehung einer gesunden Lebenswelt bei (WHO, 1997, S. 60). Als Lösungsansatz wird zum Beispiel die Belebung von Straßen genannt (Price & Tsouros, 1996, S. 76).

Ein Beispiel für ein Projekt zur Förderung der sozialen Kompetenzen von Jugendlichen im Lebensumfeld ist das in Klagenfurt im Zeitraum 2002-2006 durchgeführte Jugend-Gesundheitsförderungsprojekt „Gehsteig“. Das Projekt hatte zum Ziel, im außerschulischen städtischen Raum Jugendliche durch aktive Partizipation, Förderung von sozialen und kommunikativen Kompetenzen, Vermittlung von Problem- und Stressbewältigungsstilen, Selbstwert- und Selbstwirksamkeitsstärkung sowie durch gesundheitsbildende und gesundheitsfördernde Aktivitäten zu unterstützen. Die Umsetzung erfolgte in Form von Workshops sowie durch die Ausbildung von „peer-helpern“. Die von den Jugendlichen selbst gewählten Hauptthemen waren legale und illegale Drogen, Essstörungen und Sexualität. Das von pro mente durchgeführte Modellprojekt wurde extern evaluiert. Ein Ergebnis aus der Evaluation war, dass Jugendliche über neu erlangte Fähigkeiten berichteten und ein verbessertes Coping-Verhalten in relevanten Situationen zeigten (Verein pro mente jugend, 2006, S. 4-5).

Modellprojekte wie Springboard Family Support, ein Projekt in Irland, haben gezeigt, dass durch Eingliederung der Familien in ein soziales Netzwerk, die Förderung der Kompetenzen der Eltern vermeidbare Aufnahmen in das Gesundheitswesen reduziert werden sowie die Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern aus benachteiligten Familien gefördert und gestärkt werden (DETERMINE, 01.01.2007b). Zur Beseitigung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit betont die WHO darüber hinaus, wie wichtig der Zugang zur Erwerbstätigkeit für sozial Benachteiligte ist (Barton, Mitcham & Tsourou, 2003, S. 36).

Des Weiteren kann der Sozialektor dafür eintreten, dass Energie für jede/n leistbar ist (WHO, 1997, S. 60). Diese Aufgabe sieht die WHO auch auf kommunaler Ebene. In Kärnten werden im Rahmen der Kärntner Mindestsicherung bei Bedarf Kosten für den Wohnbedarf übernommen, so etwa bei Wohnungs- und HauseigentümerInnen z.B. laufende Kosten einschließlich von Betriebs- und Stromkosten (Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 13 Soziales, Jugend, Familie und Frau, S. 14; § 13 Abs. 1 K-MSG).

Umwelt

Ein erhöhtes Umweltbewusstsein kann zu einer verbesserten Umweltsituation in Städten führen. Dies kann zum Beispiel durch Reduktion des privaten motorisierten Verkehrs bei gleichzeitigem Ausbau

von öffentlichen Verkehrsmitteln geschehen (WHO, 1997, S. 12). Ein weiterer Bereich, der im Rahmen einer „Gesunden Stadt“ angesprochen werden soll, ist die Energie- und Ressourcennutzung. Mit Industriezweigen in Städten und verschiedenen Verhaltensmustern gehen oft ein hoher Verbrauch von natürlichen Ressourcen sowie die Entstehung von gefährlichen Abfällen und Luftverschmutzung einher (Price & Tsouros, 1986, S.12 und 55). Eine Eindämmung dessen – nicht nur aufgrund der Ressourcenknappheit – soll Teil einer Strategie für die Umsetzung der gesunden Lebenswelt sein (Price & Tsouros, 1986, S. 2). Gelingen kann dies, wenn auf neue Technologien gesetzt wird, die alleinige Einführung von Steuern und fiskalischen Anreizen wird als nicht ausreichend erachtet (Price & Tsouros, 1986, S. 55). Darüber hinaus kann gemeinsam mit anderen Sektoren der Zugang zu Grünflächen für alle sichergestellt werden (WHO, 1997, S. 60). In Kärnten werden zum Beispiel im Projekt „Lebensraum Wasser“ in Kooperation mit Gemeinden, Schulen und Privatpersonen an Fließgewässern, die öffentliches Gut im Eigentum der Republik Österreich sind, Erlebnisräume geschaffen, die das Element Wasser allen Beteiligten näherbringen sollen. Die Abteilung 18 Wasserwirtschaft stellt dafür als Verwalter des öffentlichen Eigentums die Grundflächen zur Verfügung und berät und unterstützt die Kooperationspartner bei der Erlangung der erforderlichen Bewilligungen. Die Erlebnisbereiche werden von den Kooperationspartnern in Eigenverantwortung abgewickelt (Abt. 18, Interview am 5. Februar 2008).

Wirtschaft und Arbeit

Für die Verwirklichung eines gesunden Settings „Stadt/Gemeinde“ bedarf es einer gestärkten Wirtschaft sowie eines starken Unternehmertums (WHO, 1997, S. 12). Zur Armut führende Arbeitslosigkeit hat sich in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts ausgeweitet, dies betrifft Personen, die in privaten und öffentlichen Wohnungen leben, wodurch sich deren Wohnqualität verschlechtert hat, sehr oft sind Innenstädte davon betroffen. Durch ein vorhandenes kulturelles und soziales Angebot sowie Schaffung von Arbeitsplätzen kann diesem Phänomen entgegengesteuert werden (WHO, 1997, S. 17).

6.1.4 Zusammenfasste Ergebnisse und Maßnahmenempfehlungen

Zusammengefasste Ergebnisse und daraus folgende Maßnahmenempfehlungen:

In Schulen/Kindergärten kann basierend auf den vorliegenden internationalen Empfehlungen und den vorliegenden Rechercheergebnissen in folgenden Bereichen angesetzt werden, um gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen und verbesserte Strukturen (wie auch im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2006 gefordert) zu schaffen:

- In Anlehnung an und Abstimmung mit dem Kooperationsprojekt „Gesunde Schule“ auf Bundesebene könnte eine Kooperation der wichtigsten AkteurInnen (wie z.B. Gesundheitsland Kärnten, Kärntner Gebietskrankenkasse, Landesschulrat etc., aber auch jener, die besonders kooperationswillig sind, wie die landwirtschaftlichen Fachschulen) unter Berücksichtigung aller Beteiligten zur Umsetzung von Gesundheitsförderung in Schulen herbeigeführt werden. Dies wäre eine Form der Umsetzung der im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht Kärnten geforderten Vernetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen und Kooperationen in Kärnten (Amt der Kärntner Landesregierung, 2006, S. 109). Diese Kooperation kann dazu dienen, aufbauend auf bereits vielfältige Bestrebungen eine gemeinsame und koordinierte Vorgangsweise zur Gesundheitsförderung aller Beteiligten (LehrerInnen, SchülerInnen, Eltern) zu wählen. Um dies zu erreichen, bedarf es der Sicherstellung der hierfür notwendigen Ressourcen bei einem der Partner. Im Rahmen dieser Kooperation sollten Ziele und Schritte für die nächsten Jahre unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Kärntner Kinder- und Jugendgesundheitsberichts 2006 (Amt der Kärntner Landesregierung, 2006) sowie unter Berücksichtigung von funktionierenden Systemen in Österreich und international festgelegt und folgende Maßnahmen als Möglichkeiten diskutiert werden:

- Zur Stärkung der verhältnisorientierten Gesundheitsförderungsansätze in Bildungseinrichtungen bedarf es der Schaffung von Ressourcen und Kapazitäten in Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen des Landes. Aufbauend auf die bestehende Unterstützungs- und Betreuungsarbeit u.a. der Gebietskrankenkasse und des Gesundheitslandes könnte in Form eines Modellprojekts ein Ausbildungscurriculum für gesundheitsförderungsbeauftragte LehrerInnen an Modellschulen erarbeitet werden. Diesen LehrerInnen müssen für die Arbeit in den Modellschulen entsprechende Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. In einem zweiten Schritt sollen diese LehrerInnen bei der Entwicklung einer gesundheitsfördernden Schule begleitet (u.a. auch durch Coaching und durch die Zur-Verfügung-Stellung von praxisorientierten Unterlagen) und unterstützt werden. Basierend auf einer umfangreichen Bewertung des Prozesses, der Ergebnisse für die Gesundheitsförderung und für die Lernumgebung (und in weiterer Folge für den Lernerfolg) wäre die Abschätzung der Ressourcen für eine breite Implementierung dieses Modells zu errechnen sowie die Vorgangsweise zur schrittweisen, aber breiten Umsetzung zu überlegen. Diese Entwicklung wäre eine Umsetzung des im Kärntner Kinder- und Jugendgesundheitsbericht geforderten Aufbaus von Unterstützungssystemen und der Professionalisierung der beteiligten Personengruppen (Amt der Kärntner Landesregierung, 2006, S. 109).
- Die Vermittlung von Lebenskompetenzen, wie z.B. Kommunikation, Problemlösungsfähigkeiten etc., könnte aufbauend auf bereits bestehenden Bemühungen (wie z.B. bei den landwirtschaftlichen Fachschulen) in den Curricula der Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen, die im Einflussbereich des Landes Kärnten stehen, verankert werden. Um diesen Prozess und dessen Umsetzung zu unterstützen, bedarf es der Erstellung von Unterrichtsmaterial, der Weiterbildung und beratenden Begleitung und Unterstützung von LehrerInnen sowie der Evaluation im Hinblick auf die Wirkung dieser Maßnahmen unter Berücksichtigung aller Beteiligten hinsichtlich Gesundheit und Lernerfolg. Diese Vorgangsweise sollte zuerst im Rahmen eines Modellprojekts getestet werden. Dieses Modellprojekt könnte die Entwicklung eines Curriculums (z.B. vierstufig für Volksschulen), von Unterlagen (inkl. Handbücher für LehrerInnen – aufbauend auf bereits bestehenden Materialien wie z.B. bei GIVE oder der Deutschen Bundesgesundheitsagentur für gesundheitliche Aufklärung), das Training, die Beratung und die Unterstützung für LehrerInnen von ein paar wenigen Modellschulen und die Evaluation des gesamten Prozesses vorsehen. Basierend auf den Ergebnissen und den gemachten Erfahrungen kann versucht werden, das Modell in die Lehrpraxis und Bildungspolitik in Kärnten zu implementieren.
- Unabhängig davon ist eine Weiterentwicklung in Richtung verhältnisverändernder Maßnahmen sowie eine Ausweitung und eine über bereits bestehende Evaluationsbemühungen hinausgehende Bewertung der Tätigkeiten der Gebietskrankenkasse Kärntens und des Gesundheitslandes Kärnten unter Zur-Verfügung-Stellung der hierfür notwendigen Ressourcen erstrebenswert.

Im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung existieren in Kärnten und ganz Österreich Strukturen und Angebote, u.a. bei der Kärntner Gebietskrankenkasse und beim Gesundheitsland Kärnten sowie beim Österreichischen Netzwerk für Gesundheitsförderung, die interessierte Betriebe bei der Einführung von Gesundheitsförderung unterstützen. Die Anzahl der Betriebe, die mit diesen Angeboten bisher erreicht werden konnten, ist allerdings noch erweiterbar, vorausgesetzt, die Ressourcen hierfür werden zur Verfügung gestellt. Die Rechercheergebnisse deuten darauf hin, dass eher Großbetriebe und Betriebe im Dienstleistungssektor bzw. mit Angestellten (und weniger ArbeiterInnen) erreicht werden.
- Aufbauend auf die bereits vorhandenen Angebote können Anreizsysteme entwickelt werden, um deren Inanspruchnahme für Betriebe attraktiver zu gestalten. Es kann überlegt werden, ob öffentliche Unterstützungen, die im Einflussbereich der Kärntner Landesregierung stehen, beispielsweise an betriebliche Gesundheitsförderung gebunden werden, oder ob in anderer Form über solche Mechanismen die Umsetzung gefördert werden kann. Ein weiterer Ansatzpunkt, der sich als wirksam

herausgestellt hat, wäre ein finanzieller Anreiz durch die Reduktion von Krankenversicherungsbeiträgen für Unternehmen mit qualitätsgesicherten betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammen. Dies könnte modellhaft in Kärnten unter Miteinbeziehung relevanter AkteurInnen versucht werden. Ein besonderes Anliegen sollten bei diesen Maßnahmen die Klein- und Mittelbetriebe sein sowie Betriebe, die eher schlecht verdienende, schlecht gebildete MitarbeiterInnen mit meist relativ schlechten Arbeitsbedingungen und daher den größten Bedarf an betrieblicher Gesundheitsförderung haben.

- Nachdem Führung als zentraler Einflussfaktor für die Gesundheit der MitarbeiterInnen gilt, wäre die Entwicklung von Führungskräfte-Training bzw. die Integration von Gesundheitsförderung in bereits bestehende Schulungen zu überlegen sowie auch, wie man möglichst effektive Anreize zur Inanspruchnahme dieser Schulungsmöglichkeiten schafft.
- Das im Frauengesundheitsprogramm angedachte Modellprojekt ist während und nach der Durchführung zu evaluieren und bei Bedarf auf weitere Betriebe auszuweiten.
- Darüber hinaus könnte mit umfassenden Vorbildprogrammen für betriebliche Gesundheitsförderung im Amt der Kärntner Landesregierung und in den Krankenhäusern begonnen werden.

Um Städte/Gemeinden zu einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt zu machen, bedarf es der Zusammenarbeit vieler Sektoren. In Kärnten sind bereits 75 der 132 Gemeinden eine „Gesunde Gemeinde“, um diese Entwicklung weiter fortzusetzen und auch in Kärntner Städten gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu schaffen, werden folgende Maßnahmen empfohlen:

Für den Gesundheitssektor

- Laut WHO ist die Entwicklung von Gesundheitsplänen auf kommunaler Ebene, die Gesundheit zum Hauptziel von Städteplanung machen, ein erster Schritt, um die Koordination und multisektorale Zusammenarbeit in Gemeinden und Städten zu forcieren. Hier könnte aufbauend auf die Arbeiten der Gesunden Gemeinden in Form eines Modellprojektes in Kärnten versucht werden, gemeinsam mit ein paar wenigen Gemeinden oder Städten Gesundheitspläne zu entwickeln und hierbei zu erarbeiten, was an Unterstützung für die Kommunen vonseiten des Landes notwendig wäre, um die Umsetzung von Gesundheitsförderung als stadtplanerische Aufgabe zu ermöglichen. Diese Arbeit sollte von einem multisektoralen Gremium begleitet werden, das allen Beteiligten (auch und vor allem der Bevölkerung) Mitentwicklungsmöglichkeiten bietet, vor allem jedoch ist die enge Zusammenarbeit mit der Abteilung 3 Gemeinden und der Abteilung 20 Landesplanung, die bereits in diesem Bereich tätig sind und z.T. auch Interesse signalisiert haben, erfolgversprechend.
- Darüber hinaus ist die Weiterentwicklung in Richtung verhältnisorientierter Maßnahmen, der weitere Ausbau sowie die begleitende Evaluierung der bereits bestehenden Angebote für Gesunde Gemeinden und Städte anzudenken. So wie auch die Ausweitung der Angebote durch ein umfassendes Modul Bewegung bereits im Kinder- und Jugendbericht 2006 vorgeschlagen wurde (Amt der Kärntner Landesregierung, 2006, S. 109). Vor allem der gezielte Aufbau von Wissen und Qualifikation in den Gemeinden sowie von Unterstützung (in Form von praktikablen Materialien und Coaching) für Gesundheitsförderung sollte hierbei ein erster Schritt sein.
- Zentral ist die Zusammenarbeit des Gesundheits- mit dem Gemeinderessort, das ebenfalls Maßnahmen im Bereich Aktive Gemeinde – vor allem im Bereich Sport – unternimmt. Die Koordination und Abstimmung dieser Maßnahmen und Strukturen ist wichtig.

Für die Zusammenarbeit mit dem Bildungssektor

- Wie bereits oben dargestellt, können auch Bildungseinrichtungen auf Gemeindeebene durch Kooperation einen Beitrag durch die spezielle Förderung von sozial Benachteiligten zur Verringerung von sozialer Ungleichheit in Städten und Gemeinden leisten. Programme, die auf kommunaler Ebene unter Miteinbeziehung der örtlichen Bildungseinrichtungen durchgeführt werden, zeigten hier bereits Erfolge. So kann zum Beispiel durch von Gemeinden und Schulen gemeinsam mit den Betroffenen gestaltete Freizeitbeschäftigung für Jugendliche unter anderem zur Reduktion von gesundheits-schädlichen Verhaltensweisen, wie Rauchen und Drogenkonsum, beitragen.

Für die Zusammenarbeit mit dem Rechtssektor

- Wie bereits im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht (Amt der Kärntner Landesregierung, 2006, S. 112) gefordert, wären Maßnahmen zur Beteiligung und Mitarbeit der Bevölkerung (vor allem auch spezifischer Zielgruppen, die tendenziell geringer beteiligt sind, wie Jugendliche, MigrantInnen, Frauen etc.) in der Gemeinde von zentraler Bedeutung für die Gesundheitsförderung. Vorbilder für die Einrichtung beispielsweise von Jugendgemeinderäten, Kinderparlamenten oder MigrantInnenbeiräten gibt es bereits.

Für die Zusammenarbeit mit dem Sozialsektor

- Vor allem die Erreichung für die Gesundheitsförderung von Zielgruppen wie älteren Menschen, sozial Benachteiligten und in Armut lebenden Personen kann durch die Zusammenarbeit mit dem Sozialsektor auf kommunaler Ebene erleichtert werden. Maßnahmen zur Förderung von sozialen Netzen und von Erwerbstätigkeit von sozial Benachteiligten sind hier beispielgebend. Es gibt zahlreiche Gesundheitsförderungsansätze, die sich in Kooperation zwischen Sozial- und Gesundheitssektor als erfolgreich gezeigt haben. Als nur eines vieler Beispiele sei hier der Besuchsdienst von älteren, sozial isolierten Menschen genannt, der dazu beiträgt, soziale Netze zu stärken und die Bedürftigsten zu erreichen. Weiters ist der Einsatz von sogenannten Gemeindegewestern, die aufsuchende Gesundheitsförderungsarbeit in Gemeinden durchführen, ein verfolgenswerter Ansatz. Wie auch die Schaffung von Raum und sinnvoller Freizeitbeschäftigung für Jugendliche, beispielsweise durch die Einrichtung von Jugendzentren, ein Beitrag zur Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene wäre. Ein Aufbauen auf bereits bestehende Kärntner Modellprojekte wie „Gemma“ ist wünschenswert, wichtig ist darüber hinaus die Ausbildung von MultiplikatorInnen, die zielgruppen- und genderspezifisch arbeiten können (Auer, Wieseneder & Grasser, 2008, S. 4).

Für die Zusammenarbeit mit dem Umwelt- und Infrastruktursektor

- Besonders hervorgehoben wird in internationalen Empfehlungen die Bedeutung der Raumplanung auf Gemeindeebene. Raumplanung inkludiert den Ausbau von öffentlichen Verkehrsmitteln, von sicheren Fuß- und Radwegen, die Berücksichtigung von sozialen Aspekten (Treffpunkte, Plätze, Auswirkung auf Bevölkerungsgruppen mit besonderen Bedürfnissen etc.) sowie die ausreichende Versorgung mit und Erreichbarkeit von Dienstleistungen (u.a. auch Gesundheitsdienstleistungen). Um die Berücksichtigung gesundheitsfördernder Aspekte in der kommunalen Raumplanung zur forcieren, wird einerseits – wie oben angeführt – die Entwicklung von kommunalen Gesundheitsplänen empfohlen. Es könnte andererseits aber auch spezifisch mit einem Modellprojekt in Zusammenarbeit mit Raum- und LandesplanerInnen versucht werden, ein Modell für die Vorgangsweise für ländliche Kommunen zu erarbeiten. Im städtischen Bereich kann basierend auf Erfahrungen in Wien und anderen Städten versucht werden, Umsetzungsmöglichkeiten zu erarbeiten.

Für die Zusammenarbeit mit dem Wirtschafts- und Arbeitssektor

- Für Gesunde Städte und Gesunde Gemeinden bedarf es laut WHO einer gestärkten Wirtschaft und eines gestärkten Unternehmertums, um einerseits Arbeitslosigkeit zu verhindern und andererseits zum Beispiel Innenstädte vor dem Aussterben zu bewahren.
- Auch hier könnte in Form von Modellprojekten nach dem Gemeindeentwicklungsansatz in Gemeinden, die besonders von Abwanderung und Arbeitslosigkeit betroffen sind, versucht werden, die Situation zu verbessern. Durch die Beteiligung und das Empowerment der Betroffenen können neue Wege der wirtschaftlichen Entwicklung beschritten werden. Prioritäres Ziel dieses Projektes kann zum Beispiel die Schaffung von Arbeitsplätzen zur Verminderung von sozialer Ungleichheit sein (Auer, Wieseneder & Grasser, 2008, S. 4).

6.2 Multisektorale Verantwortung

Die Gesundheit einer einzelnen Person wird nicht nur durch deren Geschlecht, Alter und sonstigen persönlichen Voraussetzungen und auch nicht nur durch Lebensstilfaktoren, wie z.B. Bewegung, Ernährung, Stress, Umgang mit Tabak oder Alkohol, beeinflusst. Die Gesundheit einer Person wird auch durch die Art und Qualität von sozialen und kommunalen Netzwerken positiv oder negativ beeinflusst sowie von Faktoren wie Arbeitsbedingungen, Arbeitslosigkeit, Bildungsstand, Wohnbedingungen, Mobilität, der Möglichkeit, zu gesunden Lebensmitteln zu gelangen, der Versorgung mit sanitären Anlagen und Trinkwasser sowie auch der Gesundheitsversorgung. Weiters beeinflussen auch allgemeine kulturelle, politische und sozioökonomische Verhältnisse das Leben und die Gesundheit einer einzelnen Person (Naidoo & Wills, 2000, S. 29-40). Jedoch sind Gesundheitschancen und Gesundheitsrisiken nicht gleichmäßig in der Bevölkerung verteilt. Besonders gefährdet, einen schlechteren Gesundheitszustand als andere zu haben, sind Personen mit niedrigem Einkommen, geringem Bildungsstand, Alleinerziehende, ältere alleinlebende Menschen und behinderte Menschen, Langzeitarbeitslose und MigrantInnen sowie Menschen in sehr stressbeladenen und gefährlichen Berufen (Dahlgren & Whitehead, 1992, S. 2).

Es ist ersichtlich, dass Gesundheit von allen Politikbereichen beeinflusst wird. Der Gesundheitszustand einer Bevölkerung beeinflusst aber andererseits auch wieder diese anderen Bereiche. So konnte in einem Bericht für die Europäische Union gezeigt werden, dass gute Gesundheit zu höherer Produktivität, einem höheren Angebot an Arbeitskräften, besseren Fähigkeiten durch bessere Schul- und Ausbildung und mehr vorhandenen Geldmitteln, die wiederum sowohl in physisches als auch in intellektuelles Kapital investiert werden, führt (Suhrcke, McKee, Sauto Arce, Tsovala & Mortensen, 2005, S. 11). In die Gesundheit einer Bevölkerung zu investieren trägt daher nicht nur zu einem erhöhten Wohlbefinden der Menschen bei, sondern auch zur wirtschaftlichen Stabilität und zum wirtschaftlichen Wachstum eines Landes (Wismar, Lahtinen, Stahl, Ollila & Leppo, 2006, S. xxiv). Gesundheit in alle Politikbereiche zu bringen ist daher eine Strategie für ein Land, um von einem guten Gesundheitszustand der Bevölkerung und von verminderter sozialer Ungleichheit zu profitieren. Indem die Auswirkungen auf die Gesundheit bei Maßnahmen in allen Politikbereichen mitbedacht werden, können zentrale Determinanten der Gesundheit berücksichtigt werden, wodurch auch der Benefit für die Ziele in anderen Bereichen außerhalb des Gesundheitsbereichs durch diese Strategie mitbedacht wird (Kickbusch, McCann & Sherbon, 2008, S. 1). Erfahrungen aus Australien zeigen, dass es notwendig ist, dass sowohl von höchster politischer Stelle eines Landes als auch vom Gesundheitssektor das Engagement für die Umsetzung solch einer Strategie ausgehen muss (Kickbusch, McCann & Sherbon, 2008, S. 2).

Für den Gesundheitssektor ist es also notwendig, Kooperationen mit anderen Politikbereichen zu suchen, um auf gesundheitliche Einflussfaktoren einwirken zu können. Eine Möglichkeit, intersektorale Kooperationen sichtbar zu machen und neue Kooperationspotenziale aufzuzeigen, wurde im vorliegenden Bericht genutzt. In die Vorbereitung des vorliegenden Gesundheitsberichts 2008 für Kärnten wurden alle Politikbereiche des Amtes der Kärntner Landesregierung sowohl auf politischer als auch auf Verwaltungsebene miteingebunden. Diese Vorgehensweise macht es möglich, dass der intersektorale Dialog intensiviert wird und dass andere Sektoren mögliche Kooperationspotenziale, von denen sowohl sie als auch der Gesundheitsbereich profitieren können, finden und so Gesundheit in ihren Entscheidungsprozessen mitberücksichtigen (Stahl & Lahtinen, 2006, S. 170). In Finnland haben alle Politikbereiche die Verpflichtung, Informationen zum Gesundheitsbericht zu liefern. Dafür wurden für den Bericht 2006 aus den weiter oben bereits genannten Gründen Interviews mit den Verantwortlichen geführt, auch um unterschiedliche Sichtweisen aufzuzeigen sowie das gegenseitige Verständnis für Problemlagen zu fördern (Stahl & Lahtinen, 2006, S. 174).

In Anlehnung an die Vorgehensweise in Finnland wurden auch für den Kärntner Gesundheitsbericht 2008 Interviews mit allen politisch Verantwortlichen sowie mit den Verantwortlichen auf Verwaltungsebene geführt, mit dem Ziel, wichtige Kooperationspotenziale in Kärnten im Bereich der Gesundheitsförderung für die Zukunft – auch aus Sicht der anderen Politikbereiche – aufzuzeigen. Für die genaue Darstellung der Methodik wird auf das Kapitel 2 verwiesen.

6.2.1 Sektor Bildung

Gut ausgebildete Menschen sind produktiver und erreichen höhere Einkommen. Gute Gesundheit in der Kindheit erhöht die kognitiven Fähigkeiten und verringert die schulischen Abwesenheitszeiten (Suhrcke et al., 2005, S. 56). Es ist also zu erwarten, dass gesündere Kinder ein höheres Bildungsniveau erreichen und dadurch in der Zukunft produktiver sein werden. Weiters sind Menschen, die eine längere gesunde Lebenserwartung vor sich haben, eher bereit, in ihre Ausbildung zu investieren. Diese Zusammenhänge sind vor allem für Entwicklungsländer belegt, jedoch auch für gut entwickelte Länder. Es zeigt sich, dass gute Gesundheit im Erwachsenenalter auch mit besserer Bildung korreliert (Suhrcke et al., 2005, S. 56-57). Es kann in Studien ein starker Zusammenhang zwischen Gesundheit und Bildung hergestellt werden, meist wirkt sich Bildung auf Gesundheit aus, jedoch kann vor allem für die Kindheit gesagt werden, dass der Gesundheitszustand sich auf die kognitive Entwicklung und damit auf Bildung auswirkt (Suhrcke et al., 2005, S. 57-61). D.h., gute Bildung wirkt sich einerseits gesundheitsfördernd aus, andererseits kann Gesundheit zu guter Bildung beitragen. Der Bildungs- wie auch der Gesundheitsbereich können nach diesen Aussagen durch gemeinsame Aktivitäten sowohl eigene Ziele erreichen als auch den jeweils anderen Bereich in dessen Zielerreichung unterstützen.

Nach dem Rahmenkonzept der WHO „Gesundheit für alle“ werden Strategien hinsichtlich einer multisektoralen Zusammenarbeit mit dem Bildungssektor aufgezeigt (WHO, 1999, S. 99).

So empfiehlt die WHO, dass die Beteiligung und Interessen der Eltern hinsichtlich Ausbildungsfragen und -entscheidungen ein wesentlicher Teil der Bildungspolitik sein sollen (WHO, 1999, S. 99). In Österreich sind die Rechte und Pflichten der Erziehungsberechtigten im § 61 des Schulunterrichtsgesetzes (SchUG, 2008) geregelt. Eltern haben demnach sowohl das Recht als auch die Pflicht, die Unterrichts- und Erziehungsarbeit der Schule zu unterstützen. In Kärnten wird dieser Ansatz vom zuständigen politischen Referenten nicht nur unterstützt, sondern auch gewünscht, indem er meint, dass SchülerInnen und LehrerInnen mit den zuständigen EntscheidungsträgerInnen über Verbesserungspotenziale in der Bildungspolitik diskutieren sollten (Büro Landesrat U. Scheuch, Interview am 12. Februar 2008). Der Wunsch, Eltern in einen Diskussionsprozess miteinzubeziehen, ist also vorhanden. Darüber hinaus sollte die Beteiligung der Eltern am Entscheidungsprozess durch Strukturen ausreichend sichergestellt werden.

Das Lebensumfeld und die Familie, aus denen Kinder kommen und in denen Kinder aufwachsen, stehen in Zusammenhang mit ihrer gesundheitlichen und kognitiven Entwicklung. Daher soll laut WHO versucht werden, die Vorschulerziehung so zu gestalten, dass sie zur Durchbrechung des Kreislaufs der Benachteiligung beiträgt (WHO, 1999, S. 99). Als eine mögliche Umsetzung dessen kann das in Kärnten erstmals mit dem Kindergartenjahr 2008/2009 eingeführte verpflichtende Bildungsjahr angesehen werden. Nach Aussage des zuständigen politischen Referenten ist dies in Österreich einzigartig und ein wichtiger Beitrag zur Chancengleichheit für die Kinder. Das Gesetz dazu, wonach alle 5-Jährigen ein Jahr vor der Schule verpflichtend den Kindergarten besuchen müssen, wurde in Kärnten im Juli 2008 beschlossen (Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler, Interview am 13. Februar 2008; E-Mail-Auskunft Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler vom 30. Juli 2008).

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Bildungspolitik, der nicht nur bei der Grundschulausbildung ansetzt, sondern auch die Bedeutung der Verbesserung des Bildungsniveaus und des Zugangs zu Bildung bei allen Altersgruppen forciert, wird von der WHO angesprochen. Hierbei soll vor allem auf die Bildungschancen von Frauen, aber auch von anderen benachteiligten Gruppen geachtet werden (WHO, 1999, S. 99).

Eine Studie des IHS Kärnten (Bodenhöfer, Klinglmair, Koboltschnig & Michael, 2007) zeigt die Besonderheiten der Situation von Frauen in Bildung, Beruf und am Arbeitsmarkt und auch Handlungsempfehlungen für Kärnten auf. Eine starke Segregation am Arbeitsmarkt mit schlechteren Chancen für Frauen wird hier vor allem auf traditionelle Rollenbilder zurückgeführt, die bereits im Grundschulalter hinterfragt werden sollten, damit die Interessen der jungen Frauen sich nicht zu früh in eine Richtung verfestigen (Bodenhöfer et al., 2007, S. 127-128). Kärntner Frauen empfinden Weiterbildungsmaßnahmen als sehr wichtig und wollen diese häufig in Anspruch nehmen (Bodenhöfer et al., 2007, S. 133-135). Frauen in Kärnten haben häufiger „nur“ einen Pflichtschulabschluss als Männer, was sich in der Einkommenssituation niederschlägt. Jedoch konnte gesehen werden, dass sich im Zuge der Erwerbstätigkeit der Qualifikationsrückstand von Frauen in Kärnten verringert (Liegl, 2004, S. 207-208). Einen Beitrag zur Verringerung des in der IHS-Studie aufgezeigten Bedarfs und zur Umsetzung der von der WHO geäußerten Empfehlung, das Bildungsniveau von Frauen in Kärnten zu verbessern, liefert das Frauenförderungsprogramm der Kärntner Landesregierung, das auf dem Kärntner Landesgleichbehandlungsgesetz (K-LGBG, 2001) beruht und dessen Umsetzung der Landesamtsdirektion obliegt (§ 19 Frauenförderungsprogramm, o.D.). Das Frauenförderungsprogramm besagt, dass der/die unmittelbare Vorgesetzte nachweislich die Mitarbeiterinnen über Aus- und Fortbildungsmaßnahmen zeitgerecht und umfassend informieren muss (§ 8 Abs. 1 Frauenförderungsprogramm, o.D.). Weiters ist die Möglichkeit der Teilnahme bei internen Aus- und Weiterbildungsveranstaltungen für sorgepflichtige Mitarbeiterinnen wenn möglich zu berücksichtigen (§ 8 Abs. 3 Frauenförderungsprogramm, o.D.).

Ein weiterer Beitrag, um den Zugang zu Bildung für vernachlässigte Gruppen zu erleichtern, ist die Weiterentwicklung der Lehre und die Verbesserung der Durchlässigkeit des dualen Systems (Lehre mit Matura, Berufsreifeprüfung) mit dem Schulsystem. Diese Aufgabe wird vom zuständigen Landesrat als eine wichtige Aufgabe gesehen. In Kärnten besteht für Lehrlinge österreichweit einzigartig die Möglichkeit, kostenlos die Matura zu machen. Dazu braucht es lt. dem politischen Referenten noch bessere gesetzliche Rahmenbedingungen, da z.B. Lehrlinge, die in die Schule fahren, keinen Anspruch auf Freifahrt haben (Büro Landesrat U. Scheuch, Interview am 12. Februar 2008).

Erleichterungen im Zugang zu weiterführenden Bildungsangeboten werden in Kärnten auch im Bereich der landwirtschaftlichen Fachschulen zu erreichen versucht. SchülerInnen dieser Schulen können sich im Rahmen ihrer Ausbildung in Richtung klassische Sozialberufe vertiefend ausbilden lassen, wobei hier einzelne Teile bei weiteren Ausbildungen angerechnet werden können (J. Martinz, Landesrat, Interview am 13. Februar 2008).

Weiters soll lt. WHO eine strategische Vorgangsweise zur Verbesserung von Bildung als Determinante von Gesundheit bzw. von Gesundheit als Determinante von Bildung sicherstellen, dass ausreichend, den Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechend und die soziale Chancengleichheit sicherstellend den Ausbildungsprogrammen wirtschaftliche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden (WHO, 1999, S. 99). Die Grundlage für die Umsetzung dieser WHO-Empfehlung in Kärnten stellt das Kärntner Arbeitnehmer- und Weiterbildungsförderungsgesetz dar (K-AWFG, 2006). Als Ziele werden die Sicherstellung der Teilnahme der ArbeitnehmerInnen an der Volkswirtschaft, der Ausgleich und die Vermeidung von Belastungen und Nachteilen im Arbeitsmarkt, die Erhöhung der Mobilität der ArbeitnehmerInnen und die Förderung der lebensbegleitenden Weiterbildung genannt (§ 1 K-AWFG, 2006).

Wie bereits hinsichtlich der Verbesserung des Bildungsniveaus und des Zugangs zu Bildung angeführt, sind lt. WHO (WHO, 1999, S. 99) und lt. der IHS-Studie in Kärnten (Bodenhöfer, Klinglmair,

Koboltschnig & Michael, 2007) besonders die Bedürfnisse von Frauen zu berücksichtigen. Daher ist die Zuweisung von wirtschaftlichen Ressourcen für Ausbildungsprogramme von Frauen ein Beitrag zur Erfüllung von sozialer Chancengleichheit. In diesem Bereich werden durch das Referat für Frauen und Gleichbehandlung in Kärnten Ressourcen für Aktivitäten zur Frauenförderung hinsichtlich Weiterqualifizierung zur Verfügung gestellt. Der Frauenförderfonds des Referates für Frauen und Gleichbehandlung in Kärnten z.B. stellt Förderungen für Weiterqualifizierungsmaßnahmen für Frauen zur Verfügung. Die Förderung ist als zinsloses Darlehen gedacht und kann für eine existenzsichernde Qualifizierungsmaßnahme in Anspruch genommen werden. Es besteht auch die Möglichkeit, Lebenshaltungskosten, z.B. Kosten für Kinderbetreuung während einer Weiterbildung, durch die Förderung zu bezahlen. In Ausnahmefällen, z.B. bei schwierigen familiären oder sozialen Verhältnissen, muss die Förderung nicht zurückgezahlt werden (Referat für Frauen und Gleichbehandlung Kärnten, o.D., und P. Blaskovic, telefonische Auskunft am 14. Mai 2008).

Möglichkeiten für Bildung und lebenslanges Lernen sind auch für ältere Menschen sicherzustellen, um ein gesundes, behinderungsfreies Älterwerden gewährleisten zu können sowie um Arbeitslosigkeit zu vermeiden (WHO, 2002, S. 29). Aufgrund der demografischen Entwicklung wird Weiterbildung für ältere ArbeitnehmerInnen immer wichtiger, auch hier sind nach Aussage des zuständigen politischen Referenten in Kärnten Rahmenbedingungen zu schaffen, die dies ermöglichen (Büro Landesrat U. Scheuch, Interview am 12. Februar 2008).

Um eine Verbesserung der Gesundheit und der Ausbildungsmöglichkeiten zu fördern, schlägt die WHO vor, höhere Ausbildungsstandards festzulegen und niedrigere SchülerInnenzahlen pro Klasse sicherzustellen (WHO, 1999, S. 99). Die Bedarfsplanung und Personalzuweisung für Landesschulen in Kärnten wird von der zuständigen Fachabteilung des Landes als wichtige Aufgabe wahrgenommen (Büro Landesrat U. Scheuch, Interview am 12. Februar 2008). Das Land Kärnten ist dienstrechtlich für etwa 5.000 LehrerInnen im Pflichtschulbereich zuständig (Abt. 6, Interview am 14. Februar 2008).

Ein weiterer zentraler Ansatz zur Förderung der Gesundheit im Bildungssektor ist lt. WHO die Schulung von LehrerInnen zur Vermittlung von gesundheitlichen Inhalten bzw. zur Verbesserung der eigenen gesundheitlichen Kompetenzen sowie auch in weiterer Folge die Ausbildung der Kinder und sich in Ausbildung Befindlichen hinsichtlich gesundheitlicher Fragen (WHO, 1999, S. 99). Zur Weiterbildung von Lehrkräften als MultiplikatorInnen für Gesundheit, d.h. mit dem Ziel, gesundheitsrelevante Inhalte und Fähigkeiten an Auszubildende weiterzuvermitteln, gibt es in Kärnten bereits einige Initiativen, die vom Kindergarten bis zur Lehrlingsausbildung reichen.

So bietet das Institut für Bildung und Beratung (IBB) Fort- und Ausbildungen speziell für KindergartenpädagogInnen an. Einige der Fortbildungsmaßnahmen beschäftigen sich hierbei auch mit dem Thema Gesundheit, z.B. werden Themen wie Hygiene, Bewegung oder Supervision angeboten (Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler, Interview am 13. Februar 2008). Bei der Erarbeitung von Broschüren und Leitfäden für gesundheitliche Belange den Kindergartenbereich betreffend ist laut Aussage des Büros des zuständigen politischen Referenten eine zukünftige Zusammenarbeit mit der Abteilung 12 Sanitätswesen vorstellbar (Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler, Interview am 13. Februar 2008). Für PflichtschullehrerInnen wird von der Abteilung 6 Bildung, Arbeitsmarkt und Familienförderung gemeinsam mit der Landesstelle Suchtprävention ein Lehrgang für Suchtprävention angeboten, welcher aus Sicht der Leiterin der Abteilung 6 Bildung, Arbeitsmarkt und Familienförderung von den LehrerInnen noch nicht ausreichend in Anspruch genommen wird, obwohl dies ein sehr wichtiges und für die Schulen gutes Angebot wäre (Abt. 6, Interview am 14. Februar 2008). Spezifische Weiterbildungsangebote hinsichtlich gesundheitlicher Aspekte wurden in Kärnten auch für LehrerInnen der landwirtschaftlichen Fachschulen entwickelt und werden gut angenommen (Abt. 10L, Interview am 28. Februar 2008). Die kontinuierliche LehrerInnenfortbildung der landwirtschaftlichen Fachschulen kann sich darüber hinaus eine Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssektor in der Vermittlung von Inhalten hinsichtlich gesunder Ernährung und gesunder Bewegung vorstellen (Abt. 10L, Interview am 28. Februar 2008).

Auch im Bereich der LehrlingsausbilderInnen werden Maßnahmen der Schulung von AusbilderInnen zur Vermittlung von gesundheitsfördernden Inhalten vom zuständigen politischen Referenten berichtet. Die Aus- und Weiterbildung der LehrlingsausbilderInnen in den Betrieben ist dem Land nach Aussage des zuständigen politischen Referenten grundsätzlich ein wichtiges Anliegen. Hierfür wurde gemeinsam mit WIFI und BFI ein „Qualifizierungs- und Weiterbildungspass“ ins Leben gerufen. Dies ist ein Angebot von vier großen Weiterbildungsmodulen. Zukünftig wird es einmal jährlich eine große kostenlose Weiterbildungsveranstaltung für LehrlingsausbilderInnen mit Inhalten wie z.B. MitarbeiterInnenführung, Motivation, das Lehrverhältnis in der Krise usw. geben. Auch Gesundheitsthemen, wie aufklärungs- und bewusstseinsfördernde Maßnahmen, gesundes Führen usw. sollen enthalten sein (Büro Landesrat U. Scheuch, Interview am 12. Februar 2008).

Aber auch die Vermittlung von Kompetenzen und Fähigkeiten zur Förderung der eigenen Gesundheit der Lehrenden darf nicht vergessen werden. Lehrende sind durch ihre beruflichen Anforderungen nach Aussage der Leiterin der Abteilung 6 Bildung, Arbeitsmarkt und Familienförderung Burn-outgefährdet, wofür es noch keine Unterstützungsangebote in Kärnten gibt. Aus Erfahrungen der Leitung der Abteilung 6 Bildung, Arbeitsmarkt und Familienförderung sind Lehrende auch aufgrund ihrer beruflichen Sozialisation schwer für Unterstützungsangebote fassbar, auch in den Ausbildungen wird nicht auf die Gefahr von Burn-out eingegangen. Gemeinsam mit der Abteilung 12 Sanitätswesen sollte daher eine Enquete organisiert werden, um auf das Problem aufmerksam zu machen. In Verbindung damit müssen jedoch auch Angebote zur Prävention und Therapie von Burn-out zur Verfügung stehen. Darüber hinaus wurde von der Leiterin der Abteilung 6 Bildung, Arbeitsmarkt und Familienförderung vorgeschlagen, in bereits an der Pädagogischen Hochschule durchgeführten Schulmanagementkursen mehr Gesundheitsförderungsinhalte wie z.B. Gesundheit und Führen zu integrieren, wobei die Verantwortung für die inhaltliche Aufbereitung der Kurse Aufgabe der Pädagogischen Hochschule ist (Abt. 6, Interview am 14. Februar 2008).

Hinsichtlich der Schulung von SchülerInnen in gesundheitlichen Fragen, wie von der WHO empfohlen (WHO, 1999, S. 99), wird in Kärnten bereits einiges in Kindergärten und Schulen angeboten.

In den Kindergärten werden verschiedene Projekte mit gesundheitsförderndem Charakter durchgeführt, z.B. der Bewegungskindergarten in St. Veit, der den Kindern die Freude an der Bewegung vermitteln soll, oder das Projekt Kinder als Gärtner, in dem Kinder sich anhand einer Patenschaft für eine Pflanze mit gesunder und bewusster Ernährung auseinandersetzen (Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler, Interview am 13. Februar 2008). Über das Gesundheitsland Kärnten wird in Kindergärten Ernährungserziehung angeboten (Abt. 12, Interview am 26. Februar 2008). Allgemein soll in Gesunden Kindergärten und in Gesunden Schulen des Gesundheitslandes Kärnten Gesundheitskompetenz durch die Vermittlung von gesundheitsbezogenem Wissen und Verhalten gefördert werden (Gesundheitsland Kärnten, 2006e und 2006g).

Vermittlung von gesunder Ernährung und gesunder Bewegung sind auch zentrale Ausbildungsschwerpunkte der landwirtschaftlichen Fachschulen in Kärnten. Dort werden mit Maßnahmen ca. 1.760 Personen erreicht, da nach Angaben des Leiters der Abteilung 10L Landwirtschaft diese Abteilung für landwirtschaftliche Fachschulen mit etwa 180 LehrerInnen, 80 sonstigen Bediensteten und etwa 1.400 SchülerInnen zuständig ist (Abt. 10L, Interview am 28. Februar 2008).

Zusätzlich fordert die WHO, dass alle Kinder das Recht auf den Besuch eines gesundheitsfördernden Kindergartens und einer gesundheitsfördernden Schule haben sollen (WHO, 1999, S. 123-124). Es wird in diesem Zusammenhang vor allem die Schaffung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfelds in Kindergärten, Schulen und Bildungseinrichtungen als ein wichtiger Faktor im Bildungsbereich empfohlen. Nachdem dem Thema Settings ein eigenes Kapitel im vorliegenden Bericht (siehe hierzu auch Kapitel 6.1) gewidmet ist, wird hier vor allem auf die sektorenübergreifenden Möglichkeiten in diesem Bereich eingegangen.

Für Kindergärten gibt es im Rahmen des Gesunden Kindergartens Angebote vom Gesundheitsland

Kärnten (Gesundheitsland Kärnten, 2006g) (siehe Kapitel 6.1). Laut Aussage des zuständigen Referenten in Kärnten wird in Kindergärten Obst als gesunde Vormittagsjause angeboten (Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler, Interview am 13. Februar 2008). Kindergärten flächendeckend mit gesundheitsfördernden Maßnahmen zu erreichen, müsste laut Aussage des zuständigen politischen Referenten in Kooperation mit den ErhalterInnen der Kindergärten geschehen, die letztendlich die Entscheidung darüber treffen, was in deren Kindergärten durchgeführt werden soll (Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler, Interview am 13. Februar 2008). Weiters gibt es als eine Variante eines besonderen Kindergartens das Projekt Waldkindergarten in Kärnten, in dem sich die Kinder mit entsprechender Kleidung den ganzen Tag über im Freien aufhalten. Es gibt keine Räumlichkeiten außer einem Sammelraum (Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler, Interview am 13. Februar 2008). Gesundheitsbezogene Projekte im Kindergarten gemeinsam mit der Abteilung 12 Sanitätswesen werden vom Bildungsressort sehr begrüßt. Jedoch aufgrund dessen, dass die Kompetenzen bezüglich Kindergärten unterschiedlich verteilt sind, kann das Ressort nur Initiativen anbieten und fördern, ein direkter Einfluss auf die ErhalterInnen der Kindergärten (z.B. Gemeinden, private Erhalter, Caritas etc.) ist nicht gegeben (Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler, Interview am 13. Februar 2008).

Im Setting Schule gibt es in Kärnten ebenfalls bereits zahlreiche Initiativen, u.a. wird gemeinsam mit dem Gesundheitsland Kärnten die Gesunde Schule umgesetzt (Gesundheitsland Kärnten, 2006e) (für weitere Ausführungen siehe Kapitel 6.1). An Landesschulen wird darauf geachtet, dass Rauchplätze an möglichst unvoreilhaftesten Plätzen im Freien eingerichtet werden (Abt. 6, Interview am 14. Februar 2008). Auch an den landwirtschaftlichen Fachschulen wird auf ein gesundheitsförderndes Setting Schule Wert gelegt. Auf gesunde, regionale und wenn möglich biologische Ernährung wird geachtet. In einer der Schulen (Drauhofen) wurde das Projekt Dorfservice ins Leben gerufen, in dem Unterstützungsangebote im täglichen Leben für hilfsbedürftige Menschen entwickelt wurden (J. Martinz, Landesrat, Interview am 13. Februar 2008). In Zusammenarbeit mit der Landesstelle Suchtprävention werden Projekte an den Schulen zum Thema Suchtprävention implementiert (J. Martinz, Landesrat, Interview am 13. Februar 2008). Allgemein herrscht an allen landwirtschaftlichen Fachschulen und an den Internaten sowohl für SchülerInnen als auch für LehrerInnen absolutes Rauchverbot (Abt. 10L, Interview am 28. Februar 2008).

Zusammenfassend:

- Die WHO empfiehlt hinsichtlich multisektoraler Zusammenarbeit des Gesundheits- mit dem Bildungssektor z.B. eine starke Beteiligung der Eltern in der Bildung der Kinder, die Gestaltung der Vorschul-erziehung zum Wohl von sozial Benachteiligten, die Zur-Verfügung-Stellung von ausreichend Ressourcen für Bildung, die Verbesserung des Zugangs zu Bildung für alle Altersgruppen, besonders für Frauen und sozial Benachteiligte, die Festlegung höherer Ausbildungsstandards, die Schulung der LehrerInnen und SchülerInnen bezüglich gesundheitlicher Inhalte und das Recht der Kinder auf einen gesundheitsfördernden Kindergarten und eine gesundheitsfördernde Schule.
- Kärnten trägt diesen Empfehlungen z.B. durch die geplante Einführung eines verpflichtenden Vorschuljahres, Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen wie die Matura für Lehrlinge oder gesundheitsfördernde Projekte in Kindergärten und Schulen Rechnung.
- Als mögliche Bereiche für Kooperationen werden genannt:
 - Vermittlung von vermehrt gesundheitsfördernden Inhalten in den Schulmanagementkursen an den Pädagogischen Hochschulen
 - Vermittlung von Inhalten hinsichtlich gesunder Ernährung und Bewegung in der kontinuierlichen LehrerInnenfortbildung der landwirtschaftlichen Fachschulen
 - Inhaltliche Zusammenarbeit bei der Erarbeitung von Leitfäden und Broschüren für den Kinderbetreuungsbereich

6.2.2 Sektor Finanzen

Die Finanzierung des Gesundheitswesens sollte so gestaltet sein, dass sie für das Land leistbar ist, jedoch den Bedarf an Gesundheitsförderung abdeckt und eine effektive und qualitativ gute Versorgung bringt (WHO, 1999, S. 161). Die Gestaltung der Budgets für das Gesundheitswesen obliegt im Land Kärnten den jeweils zuständigen Abteilungen selbst. Die Abteilung 4 Finanzen, Wirtschaft, Wohnungs- und Siedlungswesen überblickt das Gesamtbudget (Abt. 4, Interview am 29. Jänner 2008). Für die Umsetzung der im Regierungsprogramm genannten Maßnahmen zu Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health (Erläuterungen zum Landesvoranschlag 2008, S. 167) wurden laut den Erläuterungen zum Landesvoranschlag die Mittel zur Alkohol-, Drogen- und Suchtbekämpfung und für Gesundheitsförderung entsprechend aufgestockt (Erläuterungen zum Landesvoranschlag 2008, S. 5). Das Budget für Gesundheitsförderung und präventive Maßnahmen macht in Kärnten pro Jahr EUR 5-6 Mio. aus (Abt. 4, Interview am 29. Jänner 2008). Dies sind etwa 0,26-0,32 % des Gesamtbudgets des Landes Kärnten von EUR 1,9 Mrd. (Abt. 4, Interview am 29. Jänner 2008) pro Jahr (eigene Berechnung). Der gesamte Gesundheitsbereich nimmt in Kärnten etwa 16 % des Landesbudgets in Anspruch, wobei den größten Anteil die Krankenanstaltenfinanzierung ausmacht (Abt. 4, Interview am 29. Jänner 2008). Nach eigenen Berechnungen beträgt in Kärnten nach diesen Zahlen der Anteil der Gesundheitsförderung und Prävention (inklusive Maßnahmen wie Impfungen) am Budget für den Gesundheitsbereich etwa 1,6-2%. Aus einer Erhebung aus dem Jahr 1996 geht hervor, dass auch österreichweit die Ausgaben für Prävention (ohne Tertiärprävention) und Gesundheitsförderung 1,12% der gesamten Gesundheitsausgaben betragen (ÖBIG, 2000, S. 14). Die Ausgaben im Bereich der Krankenanstalten beeinflussen also das Budget maßgeblich. Die Verantwortung für das vorbeugende Gesundheitswesen liegt nach Meinung der Leitung der Abteilung 4 Finanzen, Wirtschaft, Wohnungs- und Siedlungswesen jedoch größtenteils beim Bund (Abt. 4, Interview am 29. Jänner 2008). Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung auch hinsichtlich der demografischen Entwicklung könnte nach Meinung der Leitung der Abteilung 4 Finanzen, Wirtschaft, Wohnungs- und Siedlungswesen zu Entlastungen in diesem Bereich führen (Abt. 4, Interview am 29. Jänner 2008).

Betrachtet man den Finanzsektor über die Finanzierung des Gesundheitssystems im engen Sinn hinaus, muss man feststellen, dass Gesundheit, der Finanz- und Steuerbereich sowie die Wirtschaft eng miteinander verknüpft sind. Die Gestaltungsmöglichkeiten des Finanzsektors beinhalten nicht nur, durch preis- und steuerpolitische Maßnahmen eine nachhaltige Volkswirtschaft, die Wohlbefinden und Gesundheit fördern, zu entwickeln (WHO, 1999, S. 135), sondern es kann auch durch Gesundheit die Produktivität des Landes gesteigert werden kann. Dies untermauert das Ergebnis einer Studie, die besagt, dass der Anstieg der Lebenserwartung einer Bevölkerung um ein Jahr zu einer Steigerung des Bruttoinlandsprodukts um 4 % beiträgt (Bloom et al., 2001, zitiert nach Suhrcke et al., 2005, S. 65). Dieser Zusammenhang wird auch von EntscheidungsträgerInnen in Kärnten so gesehen. Laut Aussage der Leitung der Abteilung 4 Finanzen, Wirtschaft, Wohnungs- und Siedlungswesen des Landes Kärnten spielt der Gesundheitszustand der Bevölkerung gesamtwirtschaftlich gesehen eine Rolle und steht damit in Zusammenhang mit dem Landesbudget (Abt. 4, Interview am 29. Jänner 2008). In der Abteilung 4 Finanzen, Wirtschaft, Wohnungs- und Siedlungswesen wird Gesundheit als Querschnittsthema gesehen, dies wirkt sich dahingehend aus, dass in der Abteilung eine Mitarbeiterin als Ansprechpartnerin sowohl für wirtschaftliche als auch für inhaltliche Belange im Gesundheitsbereich fungiert (Abt. 4, Interview am 29. Jänner 2008).

Wichtig für eine gesundheitsförderliche Finanzpolitik ist laut WHO eine Steuerpolitik, die Einkommensungleichheiten abbaut, die Anreize setzt, um die Herstellung gesundheitsförderlicher Produkte zu fördern, und der Produktion von gesundheitsschädlichen Produkten entgegenwirkt. Weiters sollten in die Preisgestaltung von industriellen Produkten gesundheitliche Schäden einfließen. Für die Vergabe von Krediten sollten Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen in den Kriterienkatalog aufgenommen werden. Das Bruttosozialprodukt sollte die positiven und negativen Auswirkungen auf Menschen, auf

Gesundheit und Umwelt widerspiegeln (WHO, 1999, S. 135-136).

Ein Instrument, das versucht, die Auswirkungen budgetärer Entscheidungen bereits im Budgeterstellungprozess mitzubedenken ist das Gender Budgeting. Gender Budgeting heißt, dass in Budgeterstellungprozessen, eine Genderperspektive eingebracht wird, mit dem Ziel, Gender Mainstreaming zu berücksichtigen, die Verantwortung der Regierung für die Gleichheit zwischen Männern und Frauen zu stärken und die Anpassung des Budgets und daraus folgender Maßnahmen in diesem Sinne zu erreichen (Sharp & Broomhill, 2002). In Oberösterreich wurde anhand einer Studie das Landesbudget auf Gendergerechtigkeit hin überprüft und im Jahr 2007 das Budget um Genderaspekte erweitert. Eine Evaluierung dieser Genderperspektive erfolgt im Jahr 2008 (Land Oberösterreich, o.D.b). Laut Aussage der Leitung der Abteilung 4 Finanzen, Wirtschaft, Wohnungs- und Siedlungswesen ist Gender Budgeting im Gleichklang mit anderen Bundesländern angedacht. Die Erfahrungen aus Oberösterreich werden auf deren Umsetzbarkeit in Kärnten überprüft (Abt. 4, Interview am 29. Jänner 2008). Die Erfahrungen aus diesen Prozessen sowie das Instrument selbst könnten ein Vorbild für die Verankerung von Gesundheit im Budgeterstellungprozess sein. Nach Ansicht der Leitung der Abteilung 4 Finanzen, Wirtschaft, Wohnungs- und Siedlungswesen würde in Kärnten die Berücksichtigung der Auswirkungen der Gestaltung des gesamten Landesbudgets auf die Gesundheit eine mehr ergebnisorientierte Budgetgestaltung verlangen (Abt. 4, Interview am 29. Jänner 2008).

Zusammenfassend:

- Laut WHO soll die Finanzierung des Gesundheitssektors bedarfsgerecht und für das Land leistbar sein. Eine nachhaltige Volkswirtschaft trägt zur Entwicklung von Wohlbefinden und Gesundheit in einer Gesellschaft maßgeblich bei. Eine gesundheitsfördernde Finanzpolitik baut Einkommensungleichheiten ab und setzt Anreize zur Produktion gesundheitsförderlicher Produkte.
- In Kärnten wird der Zusammenhang zwischen Steuer- und Wirtschaftspolitik mit Gesundheit gesehen. Für eine bedarfsgerechte Finanzierung des Gesundheitssystems wurde der Budgetanteil für Alkohol-, Drogen- und Suchtbekämpfung und für Gesundheitsförderung aufgestockt, das Budget für Gesundheitsförderung und Prävention beträgt aber weiterhin nur 1,6-2 % des Budgets für den gesamten Gesundheitsbereich in Kärnten. Gender Budgeting als Instrument, das in den Budgeterstellungprozess eine Genderperspektive einbringt, wird in Kärnten im Gleichklang mit anderen Bundesländern in den kommenden Jahren auf Umsetzbarkeit überprüft.

6.2.3 Sektor Gesundheit

Wie schon in der Einleitung gesagt, wird Gesundheit neben persönlichen und Lebensstilfaktoren von vielen weiteren Faktoren maßgeblich beeinflusst, z.B. der Art und Qualität der sozialen Netzwerke, Arbeits- und Wohnbedingungen, Infrastruktur, Bildung, Gesundheitsversorgung, Lebensmittelproduktion usw. Ein guter Gesundheitszustand beeinflusst wiederum auch diese Einflussfaktoren positiv (Naidoo & Wills, 2000, S. 29-40). Die Krankheitsversorgung ist nach dieser Aufzählung eine der wichtigen beeinflussenden Determinanten, kann aber nicht alleine die Gesundheit der Bevölkerung fördern. Maßgeblich für eine gesunde Bevölkerung und Gesundheitserhaltung ist also ein Gesundheitssystem, das nicht nur die Kranken optimal versorgt, sondern die Gesundheitschancen und Gesundheitsrisiken in der Bevölkerung mit passenden Strategien berücksichtigt. Gesundheitsförderung und Prävention sind also wichtige Bereiche (Kickbusch, 2003, S. 183). Wie schon im Unterkapitel Finanzen ausgeführt (Kapitel 6.2.2), werden für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich jedoch nur 1-2 % des gesamten Budgets im Gesundheitsbereich ausgegeben (ÖBIG, 2000, S. 14), der Rest fließt in die Krankenversorgung. Um jedoch die Gesundheit der Menschen zu fördern und zu erhalten, müssen die oben bereits genannten Determinanten mitberücksichtigt und es muss in diesen Bereichen interveniert und zusammengearbeitet werden. Dies bedeutet, dass multisektorale Kooperation und Koordination erforderlich sind, dass die Öffentlichkeit sowie Organisationen, Institutionen und Sektoren über den Handlungsbedarf informiert und auch zum Handeln motiviert werden müssen (WHO, 1999, S. 181). Um dies zu erreichen, bedarf es der Mobilisierung von Partnern für

gesundheitliche Belange und der Planung, Umsetzung und Evaluierung von multisektoralen gesundheitsfördernden Konzepten (WHO, 1999, S. 182-207).

Der Gesundheitsreferent in Kärnten sieht Gesundheitsförderung und Prävention als multisektorale Verantwortung. Rückhalt aus allen anderen Bereichen ist für die Umsetzung von Maßnahmen sehr wichtig. Hierfür muss die Bedarfserhebung wie auch die Maßnahmenumsetzung gemeinsam in den anderen Bereichen erfolgen, um Nachhaltigkeit zu gewährleisten. Es muss auch mit den anderen Bereichen und Sektoren das Bedürfnis und Bewusstsein entstehen, dass multisektorale Arbeit für alle wichtig und sinnvoll ist (W. Schantl, Landesrat, Interview am 6. Februar 2008). Das Bewusstsein in anderen Bereichen wird nach Aussage des Leiters der Abteilung 12 Sanitätswesen durch die Einbeziehung in den Gesundheitsbericht gerade geweckt (Abt. 12, Interview am 26. Februar 2008). Für diese Art der multisektoralen Arbeit bedarf es aber ausreichender Ressourcen sowohl in finanzieller als auch in personeller Hinsicht. Dies bedeutet also, das Bewusstsein in anderen Sektoren so zu heben, dass entsprechende Beschlüsse erwirkt werden können (Abt. 12, Interview am 26. Februar 2008). Der zuständige Referent hat vor, dass die Ergebnisse aus den im Rahmen dieses Gesundheitsberichts geführten Interviews in allen Sektoren in ein breites, von allen Ressorts getragenes Umsetzungskonzept einfließen, das in der Gesamtheit der Gesundheit der Kärntner Bevölkerung zugute kommt (W. Schantl, Landesrat, Interview am 6. Februar 2008).

Der Gesundheitssektor ist hauptsächlich zuständig für die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung. Er ist verantwortlich für die Formulierung der Gesundheitspolitik, für das Management im Gesundheitswesen und führt Maßnahmen durch, die an die/den einzelne/n BürgerIn sowie an die Gesamtbevölkerung gerichtet sind (WHO, 1999, S. 139). Zur Formulierung der Gesundheitspolitik in Kärnten werden Gesundheitsziele in Kärnten entwickelt, was als wichtiger Prozess gesehen wird, der alle im Gesundheitssystem Beteiligten zusammenbringt (W. Schantl, Landesrat, Interview am 6. Februar 2008).

Laut WHO ist der Gesundheitssektor gemeinsam mit Public-Health-ExpertInnen verantwortlich dafür, andere Sektoren und Gremien dazu zu ermutigen, dass diese in ihrer Arbeit der Gesundheit einen hohen Stellenwert beimessen, dass durch gemeinsame oder übereinstimmende Ziele der Aufbau von Allianzen möglich ist und dass Interessenkonflikte durch beidseitige Kompromisse ausgeglichen werden (WHO, 1999, S. 205). Auch nach Aussage des Leiters der Abteilung 12 Sanitätswesen muss das Gesundheitsressort federführend in der Umsetzung von multisektoralen Konzepten sein, eine Koordinatorenrolle übernehmen und als Initiator fungieren (Abt. 12, Interview am 26. Februar 2008). Als Basis hierfür kann das Kärntner Regierungsprogramm dienen, das den Ausbau der Gesundheitsförderung und Vorsorge als Ziel verankert (Regierungsprogramm von FPÖ und SPÖ für die 29. Gesetzgebungsperiode, 2004, S. 12). Hierfür bedarf es auch entsprechender Qualifikationen, um den multidisziplinären Ansatz leben zu können. Hier wird auf die Notwendigkeit von Public Health-Know-how hingewiesen, jedoch auch medizinische und pflegerische Ausbildungen sowie Pädagogik und Managementkompetenzen sind nach Meinung des Leiters der Abteilung 12 Sanitätswesen notwendig (Abt. 12, Interview am 26. Februar 2008).

Darüber hinaus gibt es aus Sicht der InterviewpartnerInnen bereits multisektorale Aktivitäten unter der Führerschaft des Gesundheitswesens in Kärnten, wie z.B. mit Gemeinden, im Sportbereich und mit Schulen. Mit dem in Kärnten schon bestehenden Verein Gesundheitsland Kärnten (Gesundheitsland Kärnten, 2006) gibt es bereits gute Strukturen für gesundheitsfördernde und multisektorale Netzwerkarbeit (W. Schantl, Landesrat, Interview am 6. Februar 2008). Über die Gesunden Gemeinden und auch über die gemeinsam mit der Abteilung 3 Gemeinden neu entstandenen Aktiven Gemeinden werden weiters sportpräventive Angebote entwickelt und diese leisten so einen Beitrag zur Prävention (W. Schantl, Landesrat, Interview am 6. Februar 2008). Auch das Institut für Sportmedizin der Abteilung 14 Sozial- und Gesundheitsrecht, Krankenanstalten ist sektorenübergreifend und wendet

sich u.a. an Breiten- und HobbysportlerInnen wie auch an Schulen mit sportlichem Schwerpunkt (Abt. 14, Interview am 13. Februar 2008). Gesundheitsförderung ist nach Meinung des Leiters der Abteilung 12 Sanitätswesen umso effektiver, je früher sie beginnt. Die gute multisektorale Zusammenarbeit zwischen der Abteilung 12 Sanitätswesen und der Abteilung 6 Bildung, Arbeitsmarkt und Familienförderung, den höheren Schulen, der Schulaufsicht und dem Landesschulrat wird in Kärnten als sehr wichtig erachtet (Abt. 12, Interview am 26. Februar 2008). Der im Vergleich zu anderen Bundesländern hauptamtlich arbeitende Jugendfürsorgeärztliche Dienst kann gut eine Koordinatorenrolle erfüllen, indem er frühzeitig Probleme erkennen, aufgreifen und weiterverfolgen, gut qualitätsgesichert arbeiten und als Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention verstärkt mitaufnehmen kann (Abt. 12, Interview am 26. Februar 2008). Als ebenfalls wichtig wird die Zusammenarbeit mit der Jugendwohlfahrt (Abteilung 13 Soziales, Jugend, Familie und Frau) gesehen, da über diese ein Zugang zur Mütterberatung, ein niederschwelliger Zugang zu Familien oder auch zu Kindergärten gesichert ist (Abt. 12, Interview am 26. Februar 2008). Weitere Beispiele für gesundheitsfördernde Tätigkeiten neben dem bzw. über den Verein Gesundheitsland Kärnten sind das Zahngesundheitsprogramm für Kinder oder das Projekt „Mitten im Leben“ für SeniorInnen (Abt. 12, Interview am 26. Februar 2008). Weiters nennt der Gesundheitsreferent vor allem die Sektoren Soziales, Umwelt und Verkehr als für die Gesundheit wichtige Bereiche zur Zusammenarbeit (W. Schantl, Landesrat, Interview am 6. Februar 2008). Außerdem wird auch die Zusammenarbeit mit dem Sektor Landwirtschaft als sehr wichtig gesehen (E. Oberleitner, Abteilung 12 Sanitätswesen, telefonische Auskunft am 21. Mai 2008). Auch die Abteilung 14 Sozial- und Gesundheitsrecht, Krankenanstalten wünscht sich mehr Zusammenarbeit mit dem Sozialssektor (Abt. 14, Interview am 13. Februar 2008).

In den Kärntner Gesundheits- und Krankenpflegeschulen wird versucht, Gesundheitsförderungskompetenzen an die SchülerInnen zu vermitteln. Die Abteilung 14 Sozial- und Gesundheitsrecht, Krankenanstalten hat ein Gesundheitsförderungsprojekt „gesund und kompetent“ an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Klagenfurt und Villach durchgeführt. Im Rahmen des Projektes wurden den SchülerInnen Gesundheitsförderung und Prävention als Ausbildungsinhalte intensiv vermittelt (guk – das Projekt, o.D.). Eine intensivere Zusammenarbeit zwischen der Abteilung 14 Sozial- und Gesundheitsrecht, Krankenanstalten mit dem Bildungssektor wird gewünscht, z.B. könnten laut Aussage der Abteilung 14 Sozial- und Gesundheitsrecht, Krankenanstalten die Erfahrungen aus dem guk-Projekt in andere Schulen überführt werden (Abt. 14, Interview am 13. Februar 2008).

Die WHO fordert für das Gesundheitswesen aber nicht nur die Zusammenarbeit der verschiedenen Sektoren, die für die Determinanten von Gesundheit mitverantwortlich sind, sondern auch die intersektorale Zusammenarbeit innerhalb des Gesundheitswesens (WHO, 1999, S. 142). Die Versorgung ist oftmals ohne Kontinuität auf mehrere Gesundheitseinrichtungen und verschiedene Berufsgruppen verteilt. Daher bedarf es der Entwicklung eines integrierten Gesundheitsdienstes (WHO, 1999, S. 142). So sollte der primären Gesundheitsversorgung, in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention integriert sind, absolute Priorität verliehen werden, um mit den eingesetzten Ressourcen maximale Gesundheitsergebnisse zu erzielen (WHO, 1999, S. 144-145). Diese Forderung wird in Kärnten bereits als wichtig wahrgenommen, wenn der Gesundheitsreferent davon spricht, dass die Schnittstellenproblematiken aller Bereiche und die dort unterbrochenen Finanzierungsströme zu beachten sind. Durch Schnittstellen an den Sektorengrenzen ist auch die Umsetzung der gemeinsam entwickelten Gesundheitsziele erschwert. Langfristig wird daher eine Finanzierung nötig sein, die diese Barrieren abbaut (W. Schantl, Landesrat, Interview am 6. Februar 2008). Weiters muss die Gesundheits- und Leistungsangebotsplanung auf den extramuralen Bereich ausgedehnt werden. Mehr Verbindung zwischen dem extra- und dem intramuralen Bereich ist nötig. Auch die Prävention und Gesundheitsförderung in den Gemeinden muss ausgebaut werden, um den kurativen Bereich auf Dauer zu entlasten. Auch eine schnellere Rehabilitation ist nötig. Durch den Regionalen Strukturplan Gesundheit sollen alle diese Schnittstellen mitbedacht und mitgeplant werden (W. Schantl, Landesrat, Interview am 6. Februar 2008).

Für die Schaffung einer integrierten Versorgung hat der Kärntner Gesundheitsfonds eine wichtige Steuerungsfunktion für das Kärntner Gesundheitswesen. Dadurch ergeben sich laut Aussage des Leiters der Abteilung 14 Sozial- und Gesundheitsrecht, Krankenanstalten große Berührungspunkte zu anderen Abteilungen wie der Abteilung 13 Soziales, Jugend, Familie und Frau und der Abteilung 12 Sanitätswesen. Wenn es um Initiativen für gesundheitsfördernde Tätigkeiten im Rahmen des Fonds geht, muss dies aber laut Meinung des Leiters der Abteilung 14 Sozial- und Gesundheitsrecht, Krankenanstalten von der Abteilung 12 Sanitätswesen ausgehen (Abt. 14, Interview am 13. Februar 2008). Bisher wurden im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention der Ausbau der Suchtprävention sowie das Diabetesprogramm für Typ II DiabetikerInnen durchgeführt (Abt. 14, Interview am 13. Februar 2008). Beim Diabetesschulungsprogramm ist eine kärntenweite Flächendeckung von den Möglichkeiten her gegeben. Dies scheitert zurzeit jedoch an einem Mangel an Schulung der Schulenden. Eine Evaluation zeigt jedoch die Wirksamkeit des Programms (Abt. 12, Interview am 26. Februar 2008). In der Sitzung der Gesundheitsplattform Kärnten vom 19. Juni 2008 wurde außerdem die Finanzierung des Projektes „Kärntner Bündnis gegen Depression“ (siehe Kap. 4.6), weiters eines Projektes zur Raucherentwöhnung, sowie eines Projektes zur Bewusstseinsbildung über die Wichtigkeit von Vorsorgeuntersuchungen zur Verhütung von Gebärmutterhalskrebs beschlossen. Die beiden ersten genannten Projekte werden vom Verein Gesundheitsland Kärnten geleitet, das letztere vom Frauengesundheitszentrum Kärnten (Abt. 14, telefonische Auskunft am 18. Juli 2008).

Die WHO stellt allerdings fest, dass generell eine Überbetonung der kurativen Versorgung in den Gesundheitssystemen vorzuherrschen scheint, während Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Rehabilitation weniger Aufmerksamkeit geschenkt wird als nötig wäre (WHO, 1999, S. 140). Im Sinne der Integration von Gesundheitsförderung in die Krankenversorgung müssen laut Meinung des Gesundheitsreferenten alle, die im kurativen Bereich tätig sind, Prävention ins Leistungsspektrum aufnehmen (W. Schantl, Landesrat, Interview am 6. Februar 2008). Die Krankenversorgung kann aber nicht nur durch die Integration von Gesundheitsförderung in ihre Leistungen zur Gesundheitsentwicklung beitragen, sondern auch durch betriebliche Gesundheitsförderung (siehe Unterkapitel 6.2.11).

Zusammenfassend:

- Gesundheit und Wohlbefinden in einer Gesellschaft können laut WHO nicht durch das Gesundheitssystem alleine sichergestellt werden. Es sind multisektorale Kooperationen und Koordination dafür nötig, die vom Gesundheitssektor ausgehen müssen. Der Gesundheitssektor hat die Hauptverantwortung für die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung sowie für den Aufbau von multisektoraler Zusammenarbeit. Weiters ist die Einrichtung einer integrierten Gesundheitsversorgung mit bedarfsgerechter Bereitstellung von Ressourcen eine wichtige Aufgabe des Gesundheitssektors.
- In Kärnten wird die Verantwortung für die Initiative von multisektoraler Zusammenarbeit vom Gesundheitsressort durch die Einbeziehung aller Bereiche in die Erstellung des Gesundheitsberichts bereits wahrgenommen. Multisektorale Netzwerke, auf denen aufgebaut werden kann, bestehen in Kärnten bereits, z.B. durch die Gesunden Gemeinden. Durch die Entwicklung der Gesundheitsziele werden alle in Kärnten im Gesundheitssystem Beteiligten zusammengebracht.
- Als mögliche Bereiche für Kooperationen werden genannt:
 - Entwicklung eines breit getragenen, aus den im Rahmen des Kärntner Gesundheitsberichts geführten Interviews hervorgehenden multisektoralen Umsetzungskonzepts, das von allen Bereichen mitgetragen wird
 - Verstärkte Zusammenarbeit mit der Abteilung 6 Bildung, Arbeitsmarkt und Familienförderung, den höheren Schulen, der Schulaufsicht und dem Landesschulrat für gesundheitsfördernde Maßnahmen
 - Verstärkte Zusammenarbeit mit der Jugendwohlfahrt (Abteilung 13 Soziales, Jugend, Familie und Frau) zur Sicherung eines guten Zugangs zur Mütterberatung, zu Familien, Kindergärten und Schulen

- Zusammenarbeit zwischen der Abteilung 14 Sozial- und Gesundheitsrecht, Krankenanstalten und der Abteilung 6 Bildung, Arbeitsmarkt und Familienförderung, z.B. Überführung der Erfahrungen aus dem „gesund und kompetent“-Projekt in andere Schulen
- Zusammenarbeit besonders mit den Sektoren Soziales, Umwelt, Verkehr, Landwirtschaft zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung

6.2.4 Sektor Infrastruktur

Verkehr und Mobilität sind nicht nur fester Bestandteil der täglichen Abläufe und unserer Gesellschaft, sondern auch essenzielle Wirtschaftsbereiche. Einen der am schnellsten wachsenden Energiemärkte stellt der Straßenverkehr dar (WHO, 1999, S. 130). Aber nicht nur die Verkehrslobby ist interessiert an steigendem Straßenverkehr, sondern auch eine Reihe anderer Branchen, die von diesem Wirtschaftsbereich profitieren, wie z.B. Öl, Gummi, Straßenbau, Autoherstellung, -verkauf, -reparatur, Werbung etc. (Wilkinson & Marmot, 2004, S. 37). Trends sagen einen weiteren Anstieg des motorisierten Verkehrs und der damit verbundenen gesundheitsschädigenden Faktoren wie Emissionen, Lärm, Staus, Unfälle und Verletzungen sowie sitzender Lebensstil vorher (WHO, 1999, S. 130; Wilkinson & Marmot, 2004, S. 37). Eine Trendumkehr oder zumindest eine Gegensteuerung muss auf kommunaler und nationaler Ebene bewirkt werden.

Für die Planung des Verkehrs, aber auch hinsichtlich anderer gesundheitsfördernder Einflussfaktoren, spielt im Sektor Infrastruktur auch der Bereich der Raum- und Landesplanung eine Rolle. In diesem Bereich geht es vor allem darum, systematisch Gesundheit in die Planung miteinzubeziehen, indem auf Aspekte (wie auch im Kapitel 6.1, im Abschnitt Gemeinden und Städte dargestellt) wie die Erreichbarkeit von Dienstleistungen zu Fuß oder mit dem öffentlichen Verkehr, auf die Basisversorgung und auf die Auswirkung von Maßnahmen auf Bevölkerungsgruppen mit besonderen Bedürfnissen Rücksicht genommen werden muss (Social Exclusion Unit, 2003, S. 83). Darüber hinaus sollen ausreichend Grünflächen, Fahrrad- und Radwegeinfrastruktur (Wilkinson & Marmot, 2004, S. 37), aber auch ausreichend Plätze und Infrastruktur zur Förderung des sozialen Zusammenhalts geschaffen werden.

Die WHO fordert also eine Verkehrspolitik, die eine Verringerung des Straßenverkehrs mit Benzin-kraftfahrzeugen begünstigt (WHO, 1999, S. 131). Es scheint so, dass der Autoverkehr zunimmt, wenn mehr Straßen gebaut werden. Verkehrsbegrenzungen helfen dagegen offensichtlich, Staus zu verhindern (Wilkinson & Marmot, 2004, S. 37). Die Abteilung 7 Wirtschaftsrecht und Infrastruktur in Kärnten verfolgt bei der strategischen Verkehrsplanung einen ganzheitlichen Zugang unter Einbeziehung aller Mobilitätsarten. Dieser Ansatz erweist sich aber häufig als schwierig, da die KärntnerInnen generell sehr auto-affin erscheinen (Abt. 7, Interview am 14. Februar 2008). Auch FußgängerInnen gehören in der Planung mitbedacht. Nach Ansicht der Abteilung 7 Wirtschaftsrecht und Infrastruktur ist z.B. für Kinder ab dem Volksschulalter ein Fußweg von etwa einem Kilometer zur Schule zumutbar, wenn die Sicherheitsbedingungen erfüllt sind. Dies wäre ein guter Beitrag, mehr Bewegung in den Alltag zu integrieren. Jedoch werden in Kärnten die Kinder häufig mit dem Auto bis zur Schultür gebracht, offensichtlich sind also Eltern und Elternvereine anderer Ansicht, was die Sicherheit der Kinder betrifft (Abt. 7, Interview am 14. Februar 2008). Eine Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssektor bezüglich Bewusstseinsbildung und Kommunikation, wie Bewegung verstärkt in den Alltag integriert werden könnte (Fußwege, Radwege nutzen), würde von der Abteilung 7 Wirtschaftsrecht und Infrastruktur begrüßt werden (Abt. 7, Interview am 14. Februar 2008).

Eine Forderung ist, dass für längere Strecken das öffentliche Verkehrsnetz besser ausgebaut werden sollte, sodass auch ländliche Gebiete regelmäßige und häufige Verkehrsanschlüsse erhalten (Wilkinson & Marmot, 2004, S. 37). Z.B. sieht die Abteilung 3 Gemeinden in Kärnten das Problem, dass PendlerInnen weite Wegstrecken in Kauf nehmen müssen, hierfür aber kein ausreichendes öffentliches Verkehrsnetz zur Verfügung steht (Abt. 3, Interview am 27. Februar 2008). In Kärnten ist

es ein Ziel, durch Umsetzung von Regionalverkehrskonzepten im Nahverkehr den öffentlichen Verkehr bedarfsgerecht unter Einbindung der Beteiligten zu planen (Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler, Interview am 13. Februar 2008). Das heißt, Gemeinden, Betriebe, Schulen (Abt. 7, Interview am 14. Februar 2008) sowie das Land als Auftraggeber, Kraftfahrlinienbetriebe, aber auch der Tourismus und die BürgerInnen werden in den Planungsprozess miteinbezogen (Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler, Interview am 13. Februar 2008). Wichtige zu berücksichtigende Personengruppen in der Angebotsplanung sind SchülerInnen, PendlerInnen, SeniorInnen und teilweise TouristInnen (Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler, Interview am 13. Februar 2008). Trotzdem ist es häufig sehr schwierig zu entscheiden, welche Grundversorgung an öffentlichem Verkehr in den Regionen angeboten werden soll (Abt. 7, Interview am 14. Februar 2008). Aufgrund der geografischen Gegebenheiten und der Verteilung der Ballungszentren in Kärnten ist das Land ein großes Pendlerland. Daher werden für ArbeitnehmerInnen Park-and-Ride-Anlagen forciert und Bus und Schiene als Alternative zum Auto angeboten. Als Beispiel dafür dient der Pendlerbus: Dieser fährt schnell, genau in der Zeit, in der er gebraucht wird, und bietet einen gewissen Mehrwert, z.B. die Tageszeitung und einen fixen Sitzplatz. Ziel ist vor allem, einen Mehrwert gegenüber dem Auto herauszuarbeiten (Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler, Interview am 13. Februar 2008). Eine Alternative zum privaten Autoverkehr bei Mangel bzw. wenn sich das Betreiben eines öffentlichen Verkehrssystems in einer Region nicht auszahlt, bildet das Projekt Go Mobil: Dies ist als Anruftaxi organisiert und kann flexibel für Arztbesuche, Einkäufe etc. angefordert werden (Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler, Interview am 13. Februar 2008). Das Projekt hat in der Zwischenzeit einen Kostendeckungsgrad von 55 % erreicht, im internationalen Vergleich wäre auch ein Deckungsgrad von 30 % bereits zufriedenstellend (Abt. 7, Interview am 14. Februar 2008).

Wie bereits eingangs dargestellt, wird international empfohlen, in der Raumplanung auf Bevölkerungsgruppen mit besonderen Bedürfnissen Rücksicht zu nehmen (Social Exclusion Unit, 2003, S. 83). So wurde in Kärnten zur Verbesserung der Bedarfsorientierung am Beispiel der Gemeinde Hermagor-Pressegger See ein Leitfaden entwickelt, wie die Bedarfsgerechtigkeit in der Verkehrsplanung für Männer und Frauen sichergestellt werden kann (Damyanovic, 2005). Anhand dieses Leitfadens werden nach Aussage der Abteilung 20 Landesplanung Ausbildungen für PraktikerInnen angeboten (Abt. 20, Interview am 13. Februar 2008).

Auch die Sicherheit spielt bei der Verkehrsplanung eine Rolle. Laut WHO sollen Verkehrskonzepte so geplant werden, dass die VerbraucherInnen geschützt und Verletzungen verhindert werden (WHO, 1999, S. 131). Verkehrssicherheit ist ein wichtiges Aufgabengebiet der Abteilung 17 Straßen- und Brückenbau, welche nicht nur in der Planung, sondern auch im Straßen- und Winterdienst oder mit der Einrichtung von Wildwarnsystemen und Rumpelstreifen Berücksichtigung findet (Abt. 17, Interview am 14. Februar 2008). Laut Aussage der Abteilung 17 Straßen- und Brückenbau passieren Unfälle aber eher durch das Verhalten der VerkehrsteilnehmerInnen, weniger durch bauliche Fehlplanungen. Jedoch werden bauliche Maßnahmen zur Unfallverhütung laufend gesetzt, z.B. durch die Einrichtung von Kreisverkehren zur Geschwindigkeitsreduktion (Abt. 17, Interview am 14. Februar 2008). Vom politischen Referenten für Verkehr werden bewusstseinsbildende Maßnahmen und Informationsveranstaltungen zum Thema Verkehrssicherheit in verschiedenen Altersgruppen (Kinder, Ältere) durchgeführt, z.B. durch die Aktion „Sichtbar Sicher“ oder „Polizist Ferdinand“ sowie durch Verkehrssicherheitstage in allen Bezirken (Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler, Interview am 13. Februar 2008). Gerade SeniorInnen sind besonders häufig in Unfälle mit FußgängerInnenbeteiligung verwickelt und die Unfallstatistik zeigt einen starken Anstieg der Unfälle mit FußgängerInnenbeteiligung in den Monaten Dezember bis Februar. Daher wird besonders in diesem Bereich Aufklärungsarbeit und Bewusstseinsbildung vor Ort in den Bezirken geleistet (Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler, Interview am 13. Februar 2008). Von der Abteilung 7 Wirtschaftsrecht und Infrastruktur wird eine freiwillige Zusatzprüfung, das Road Safety Audit, aufgebaut. Im Rahmen einer Road Safety Inspection soll das Sicherheitsempfinden der VerkehrsteilnehmerInnen (FußgängerInnen, RadfahrerInnen, Autofah-

rerInnen) nach einer Straßenerrichtung überprüft werden. Man weiß, dass das subjektive Empfinden der VerkehrsteilnehmerInnen trotz normgerechter Errichtung der Straße ein anderes sein kann. Geringfügige Änderungen wie Veränderung der Radien, Sichtschutzwände, Markierungen können hier viel zur Verkehrssicherheit beitragen (Abt. 7, Interview am 14. Februar 2008).

Eine weitere oben angeführte Empfehlung ist es, ausreichend Fahrrad- und Radwegeinfrastruktur zur Verfügung zu stellen (Wilkinson & Marmot, 2004, S. 37). In Kärnten ist der zügige Ausbau des sowohl lokalen als auch überregionalen Radwegenetzes ein Ziel. Auch hier spielt wieder Verkehrssicherheit für den zuständigen politischen Referenten eine große Rolle (Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler, Interview am 13. Februar 2008). Radwege sind laut Abteilung 17 Straßen- und Brückenbau relativ sicher, sobald sie von der Straße abgetrennt sind. Gefährliche Bereiche sind häufig Straßenüberquerungen (Abt. 17, Interview am 14. Februar 2008). Für die Abteilung 17 Straßen- und Brückenbau wäre es interessant, Meinungen und Ansichten von Außenstehenden, wie z.B. dem Gesundheitssektor, zu hören. Beispielsweise könnte beim Bau von Radwegen der gesundheitsförderliche Aspekt des Radfahrens miteingebracht und so die Sinnhaftigkeit von Radwegen unterstrichen werden (Abt. 17, Interview am 14. Februar 2008).

Eine weitere Aufgabe der Abteilung 7 Wirtschaftsrecht und Infrastruktur in Zusammenhang mit Gesundheit ist die Förderung von Lärmschutzmaßnahmen wie Lärmschutzfenster und Lärmschutzwände (Abt. 7, Interview am 14. Februar 2008). Grundlage dafür ist die Umgebungslärmrichtlinie der Europäischen Union. Die Zuständigkeit bezieht sich auf den Schienenbereich, den Straßenbereich und den Autobahnbereich in Zusammenarbeit mit der ASFINAG. Um den Grad der Zufriedenheit der BürgerInnen möglichst hoch zu halten, werden diese in die Planung dieser Maßnahmen durch BürgerInnenversammlungen einbezogen (Abt. 7, Interview am 14. Februar 2008). Der Bau der Lärmschutzmaßnahmen erfolgt über die Abteilung 17 Straßen- und Brückenbau (Abt. 17, Interview am 14. Februar 2008).

Sicherheit und Gesundheit sind auch für die etwa 700 MitarbeiterInnen der Abteilung 17 Straßen- und Brückenbau ein wichtiges Anliegen. Innerhalb der Straßenmeistereien der Abteilung 17 Straßen- und Brückenbau werden spezifische Weiterbildungen hinsichtlich Sicherheit und Arbeitsschutz angeboten. Dies ist sehr wichtig für die MitarbeiterInnen, da sehr viele unterschiedliche, schwere Geräte bedient werden müssen, was gefährlich ist (Abt. 17, Interview am 14. Februar 2008). In den Arbeitsschutz und entsprechende Sicherheitsausstattung der MitarbeiterInnen wird laufend investiert. Weiters gibt es eine MitarbeiterInnenzeitung, in die von der Abteilung 12 Sanitätswesen gesundheitsrelevante Information mitaufgenommen werden könnte. Die MitarbeiterInnen werden an der Optimierung der Prozesse laufend beteiligt und sie können eigene Ideen und Verbesserungsvorschläge einbringen (Abt. 17, Interview am 14. Februar 2008).

Raum- und Landesplanung sind weiters wichtig für die gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebensumgebungen. Auch hier ist es nötig, darauf zu achten, wo Straßen- und wo Grünflächen hinkommen, wie Städte geplant werden und ob Versorgungseinrichtungen auch mit öffentlichem Verkehr erreicht werden können (Wilkinson & Marmot, 2004, S. 37). Grundsätzlich trägt eine optimale Raumplanung nach Ansicht der Abteilung 20 Landesplanung zum präventiven Umweltschutz, präventiven Gesundheitsschutz und zu einer gleichwertigen Versorgungsverteilung im Raum bei (Abt. 20, Interview am 13. Februar 2008). In Kärnten umfassen die nächsten großen Ziele in der Abteilung 20 Landesplanung einen Zeitraum von 2007 bis 2013. Die Planung erfolgt in den Bereichen Siedlungsplanung, Verkehrsplanung, Ortsentwicklung, Flächenwidmung, Rohstoffsicherung und Naturschutzflächen. Weiters ist der Wohnbaubereich mit Kriterien für Wohnbauförderung und Barrierefreiheit ein wichtiges Thema (Büro Landesrat U. Scheuch, Interview am 12. Februar 2008). Die Abteilung 20 Landesplanung in Kärnten achtet darauf, im Querschnitt zu denken, zusammenzuarbeiten und Ergebnisse gegenseitig

zu berücksichtigen (Büro Landesrat U. Scheuch, Interview am 12. Februar 2008). Die zuständige Abteilung 20 Landesplanung bindet daher im Landesentwicklungsprogramm (STRALEIK) alle anderen Abteilungen ein (Abt. 20, Interview am 13. Februar 2008). Aufgrund von Abwanderung und Überalterung in der Bevölkerung wird es in Zukunft notwendig sein, in den Regionen Versorgungsknoten zu schaffen, die kleine Zentren mit einem Mindestangebot an Versorgung sein sollen. Eine weitere Aufgabe ist, dass diese Versorgungsknoten für alle zugänglich sind. Es sind gemeinsam Mindestkriterien zu erarbeiten, wie diese Versorgungsknoten ausgestattet sein sollen, z.B. im Gesundheits- oder im Bildungsbereich (Abt. 20, Interview am 13. Februar 2008). Auch die InterviewpartnerInnen der Abteilung 3 Gemeinden sehen die Gefahr, dass durch Abwanderung in Richtung Stadt die Infrastruktur im ländlichen Raum verloren geht. Versorgung und Pflege werden z.B. wichtige Punkte sein, die überlegt werden müssen. Kreative Ideen von allen Seiten, z.B. auch vom Gesundheitsbereich, müssen dazu geschaffen werden (Abt. 3, Interview am 27. Februar 2008). Die Umsetzung des Landesentwicklungsprogramms ist nur gemeinsam möglich, daher ist es ein Ziel, dafür einen Kollegialbeschluss in der Landesregierung zu erwirken, damit alle Verantwortung übernehmen. Gerade die Abteilungen 12 Sanitätswesen und 13 Soziales, Jugend, Familie und Frau sollten sich verstärkt einbringen, weiters wäre auch die Zusammenarbeit mit den Gesunden Gemeinden sehr interessant (Abt. 20, Interview am 13. Februar 2008). Auch vonseiten der Infrastruktur wird eine Zusammenarbeit mit den Gesunden und Aktiven Gemeinden als großes Potenzial für kreative Entwicklungen gesehen (Büro Landesrat R. Rohr, Interview am 12. Februar 2008). Eine gesundheitsfördernde Stadt- und Landesplanung und -entwicklung ist auch dem Gesundheitsreferenten ein wichtiges Anliegen, wofür er die Zusammenarbeit mit den zuständigen Stellen sucht (W. Schantl, Landesrat, Interview am 6. Februar 2008). Nicht nur die Beteiligung der Abteilungen, auch BürgerInnenbeteiligung ist für die Abteilung 20 Landesplanung ein wichtiges Anliegen. In den letzten Jahren wurden regionale Entwicklungsleitbilder in den Bezirken erarbeitet, die für die jeweilige Region ein Gesamtbild zeichnen sollen, damit z.B. Projektbewertungen hinsichtlich eines Gesamtbildes leichter zu bewerkstelligen sind. Die Ziele und Maßnahmenvorschläge mussten dabei aus der Region kommen, die Abteilung 20 Landesplanung unterstützte die Entwicklung durch Moderation, fachliche Inputs und die Sicherstellung der umfassenden Bearbeitung (Abt. 20, Interview am 13. Februar 2008). Die Erfahrungen aus der bisherigen Leitbildentwicklung zeigen, dass es sehr viele Schnittstellenproblematiken zwischen den und innerhalb der Disziplinen, Abteilungen und Ressorts gibt. Hier müssen interdisziplinär Runde Tische eingerichtet werden (Abt. 20, Interview am 13. Februar 2008). Grundsätzlich soll es nach Meinung eines Interviewpartners der Abteilung 3 Gemeinden lohnenswert sein, am Land zu leben und dort auch für die Umwelt zu sorgen, die dann für alle da ist. Den BürgerInnen müssen daher gute Lebensbedingungen geschaffen werden (Abt. 3, Interview am 27. Februar 2008). Mit Förderungen wird nach Aussage des zuständigen Referenten versucht, die Nahversorgung in den Gemeinden aufrechtzuerhalten. Z.B. können durch Sonderbedarfszuweisungen wirtschaftliche Innovationsprojekte und Betriebsansiedlungen unterstützt werden (Büro Landesrat R. Rohr, Interview am 12. Februar 2008). Auch auf politischer Ebene wird die Raumplanung als Querschnittsthema verstanden, als nötige Anpassungen an die demografische Veränderung gesehen und BürgerInnenbeteiligung als wichtig erachtet (Büro Landesrat R. Rohr, Interview am 12. Februar 2008).

Auch bezüglich neuer Wohnformen sollte man nach Meinung der Abteilung 20 Landesplanung hinsichtlich der demografischen Entwicklung Überlegungen anstellen. Es gibt kaum Nahversorgung, alte Menschen werden alleine in Einfamilienhäusern leben. Eine dezentrale Versorgung ist mit den derzeitigen Strukturen nicht gut möglich. Kleine Wohnungen am Stadtrand werden wahrscheinlich stark nachgefragt werden. Auf soziale Netzwerke kann man sich nur verlassen, wenn diese in Strukturen wachsen, wo Menschen sich heimisch fühlen (Abt. 20, Interview am 13. Februar 2008). Die Abteilung 20 Landesplanung möchte eine eintägige Konferenz mit dem Sozial- und Gesundheitssektor organisieren, in der es um die Auswirkungen des demografischen Wandels vor allem in Kärnten geht. Die Brisanz des Themas scheint auf politischer Ebene nicht wahrgenommen zu werden (Abt. 20,

Interview am 13. Februar 2008). Bezüglich Nahversorgung gibt es in Kärnten ein Nahversorgungs-konzept zur Unterstützung des ländlichen Raums, welches vom Kärntner Wirtschaftsförderungsfonds ausgeht. Dies ist ein Teil der Anstrengungen, um den ländlichen Raum lebenswert und lebensfähig zu gestalten (Abt. 3, Interview am 27. Februar 2008).

Im Hochbau sollen nach Ansicht der Abteilung 7 Wirtschaftsrecht und Infrastruktur Ideen für neue Wohnformen interdisziplinär gemeinsam mit HygienikerInnen, MedizinerInnen, ArchitektInnen usw. entwickelt werden. Nicht nur die Zur-Verfügung-Stellung von leistbaren Wohneinheiten, auch die Berücksichtigung des Umfeldes ist dabei notwendig, um kleinörtliche Strukturen, verknüpft mit Mobilität, leichter umsetzen zu können. Auch die Abteilung 7 Wirtschaftsrecht und Infrastruktur sieht die Herausforderungen durch den demografischen Wandel (Abt. 7, Interview am 14. Februar 2008). Als Beispiel dafür kann das deutsche Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ genannt werden, wo unter BürgerInnenbeteiligung das Lebens- und Wohnumfeld in den Bereichen Kultur, Freizeit, Sicherheit, Familien, SeniorInnen und Jugend gestaltet werden soll (BZgA, 2008). Auch die Abteilung 7 Wirtschaftsrecht und Infrastruktur verfolgt in der Planung einen partizipativen Prozess mit allen Beteiligten. Entscheidungswege und Unterlagen werden dort außerdem offengelegt und nachvollziehbar gemacht (Abt. 7, Interview am 14. Februar 2008).

Im Bereich des Hochbaus wurden Bauvorschriften hinsichtlich Barrierefreiheit abgeändert, sodass in Zukunft verstärkt barrierefrei gebaute Wohnstätten gefördert werden (Büro Landesrat U. Scheuch, Interview am 12. Februar 2008). Außerdem gehen die Förderrichtlinien in der Wohnbauförderung immer weiter in Richtung Klimaschutz. Weiters werden ländliche, strukturarme Regionen zur Verhinderung von Abwanderung stärker gefördert (Abt. 4, Interview am 29. Jänner 2008). Barrierefreies Bauen wird von der Abteilung 7 Wirtschaftsrecht und Infrastruktur nicht nur in Verbindung mit Menschen mit Beeinträchtigungen gesehen, sondern auch allgemein als Förderung der Lebensqualität (breitere Türen, wohnen auf einer Ebene, Gehsteige ohne hohe Randsteinkanten). Ältere Menschen z.B. sind durch hohe Randsteine beim Queren der Straße häufig gefährdet. Auch hier sollte der demografische Wandel wieder mitberücksichtigt werden (Abt. 7, Interview am 14. Februar 2008). Vonseiten des politischen Referenten für Gesundheit und Hochbau gibt es eine Servicestelle für Beratungen hinsichtlich barrierefreien Bauens (W. Schantl, Landesrat, Interview am 6. Februar 2008) sowie eine Informationsbroschüre zu diesem Thema (Eder, 2006). Die Vergabe des Landesbaupreises und Hochbaupreises des Landes Kärnten, die auch in die Zuständigkeit des Hochbaureferenten fällt, berücksichtigt barrierefreies und nachhaltiges Bauen als gesundheitsfördernde Kriterien (W. Schantl, Landesrat, Interview am 6. Februar 2008). Die Abteilung 7 Wirtschaftsrecht und Infrastruktur wünscht sich eine Zusammenarbeit mit dem Hochbaureferenten, der gleichzeitig Gesundheitsreferent ist, und möchte die Zusammenarbeit in planerischer Hinsicht intensivieren, z.B. könnten gesundheitsförderliche Kriterien für Bauen und Planen erarbeitet werden (Abt. 7, Interview am 14. Februar 2008). Auch das Frauengesundheitsprogramm hat sich zum Ziel gesetzt, einen Kriterienkatalog zu entwickeln, was Barrierefreiheit im Gesundheitsbereich für Frauen mit Behinderungen bedeutet (Buchinger, Gschwandtner & Garstenauer, 2006, S. 46).

Zusammenfassend:

- International wird eine Verkehrspolitik empfohlen, die den privaten Verkehr mit Kraftfahrzeugen reduziert, den öffentlichen Verkehr, FußgängerInnen und RadfahrerInnen fördert und die VerkehrsteilnehmerInnen vor Unfällen schützt. Die Raum- und Landesplanung soll die Versorgung mit Gesundheits-, Bildungseinrichtungen etc. und den Zugang dazu für alle sicherstellen sowie demografische Veränderungen berücksichtigen. Weiters soll im Hochbau auf Barrierefreiheit und Umweltschutz geachtet werden.
- In Kärnten ist der Verkehr sehr autolastig, jedoch wird auf den Ausbau von Radwegen und des öffentlichen Verkehrsnetzes z.B. für PendlerInnen und in den Regionen durch das Go Mobil geachtet.

Verkehrssicherheit ist sehr wichtig für alle Beteiligten gleich wie Lärmschutzmaßnahmen. Die Landesplanung arbeitet intensiv, multidisziplinär und multisektoral unter Berücksichtigung des demografischen Wandels an neuen Konzepten für Kärnten. Die Hochbauförderung verlangt Klimaschutz und fördert Barrierefreiheit.

- Als mögliche Bereiche für Kooperationen werden genannt:
 - Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssektor bezüglich Bewusstseinsbildung und Kommunikation, wie Bewegung verstärkt in den Alltag integriert werden könnte (Fußwege, Radwege nutzen)
 - Einbringen des gesundheitsförderlichen Aspekts beim Bau von Radwegen, um deren Sinnhaftigkeit zu unterstreichen
 - Aufnehmen von gesundheitsrelevanten Informationen in die MitarbeiterInnenzeitung der Abteilung 17 Straßen- und Brückenbau
 - Verstärkte Mitarbeit der Abteilungen 12 Sanitätswesen und 13 Soziales, Jugend, Familie und Frau im Landesentwicklungsprogramm der Abteilung 20 Landesplanung
 - Zusammenarbeit der Gesunden Gemeinden sowohl mit der Abteilung 20 Landesplanung als auch mit der Abteilung 7 Wirtschaftsrecht und Infrastruktur
 - Eine gesundheitsfördernde Stadt- und Landesplanung und -entwicklung ist auch dem Gesundheitsreferenten ein wichtiges Anliegen, wofür er die Zusammenarbeit mit den zuständigen Stellen sucht
 - Organisation einer Konferenz mit Landesplanung, Sozial- und Gesundheitssektor zum Thema „Auswirkungen des demografischen Wandels vor allem in Kärnten“
 - Verstärkte Zusammenarbeit in planerischer Hinsicht zwischen Abteilung 7 Wirtschaftsrecht und Infrastruktur und dem Hochbaureferenten (gleichzeitig Gesundheitsreferent), z.B. Entwicklung von gesundheitsförderlichen Kriterien für Bauen und Planen

6.2.5 Sektor Kultur

Gesellschaftliche Beteiligung ist ein wichtiger, gesundheitsfördernder Faktor. Die WHO stellt fest, dass gesellschaftliche Systeme, die umfassende Beteiligung der BürgerInnen in sozialer, wirtschaftlicher und kultureller Hinsicht sicherstellen, gesünder sein werden als jene, die Menschen ausgrenzen (Wilkinson & Marmot, 2004, S. 12). Vor allem Armut, relative Deprivation und soziale Ausgrenzung gelten als Faktoren, die negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben und zu vorzeitigem Tod führen können (Wilkinson & Marmot, 2004, S. 18). Hingegen gibt es wissenschaftliche Hinweise, die darauf hindeuten, dass Zugehörigkeit und Wertschätzung in allen Lebensbereichen als gesundheitsfördernde Faktoren wirken (Wilkinson & Marmot, 2004, S. 14). Diese Zugehörigkeit und Wertschätzung nicht zu erfahren, kann allerdings für bestimmte Bevölkerungsgruppen zum Gesundheitsproblem werden. Vor allem Menschen, die in relativer Armut leben, bleibt unter vielen anderen Dingen auch die volle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben verwehrt (Wilkinson & Marmot, 2004, S. 18). Aufgrund dessen ist es für die Förderung von Gesundheit von Bedeutung, sozial benachteiligte oder in Armut lebende Menschen am kulturellen Leben der Gesellschaft teilhaben zu lassen. Maßnahmen, die darauf abzielen, diese Beteiligungsmöglichkeiten zu schaffen und die niederschwellig zugänglich sind, können als ein Schritt zur gesellschaftlichen Teilhabe betrachtet werden.

In Kärnten gibt es hierzu bereits Bemühungen im Kulturbereich. Sowohl die Abteilung 5 Kultur als auch der dafür zuständige Referent sehen einen starken Zusammenhang zwischen Kultur und sozialen Netzwerken, seelischer Gesundheit und Lebensqualität (J. Haider, Landeshauptmann, Interview am 26. Februar 2008; Abt. 5, Interview am 27. Februar 2008). Um auch einkommensschwächeren Bevölkerungsgruppen den Zugang zum kulturellen Angebot in Kärnten von den Kosten her zu erleichtern, wurde vor etwa einem Jahr der Kulturpass ins Leben gerufen. Etwa 50 AnbieterInnen in Kärnten setzen diese Initiative um, in der Eintritte bis zu 50 % ermäßigt sind. Bei allen Landesmuseen ist für InhaberInnen des Kulturpasses der Eintritt gratis. Der Pass ist zugänglich für Langzeitarbeitslose,

SozialhilfeempfängerInnen, MindestrentnerInnen, Lehrlinge und Studierende. Bisher wurden etwa 1.600 Pässe ausgegeben, wobei die Rückmeldungen der VeranstalterInnen über die Inanspruchnahme unterschiedlich sind (Abt. 5, Interview am 27. Februar 2008). Das Ziel der Abteilung 5 Kultur ist nach der Abteilungsleiterin jedenfalls, die Hemmschwellen für den Zugang zu Kultur für einzelne Bevölkerungsgruppen abzubauen (Abt. 5, Interview am 27. Februar 2008).

Laut WHO kann die Gesundheit von Menschen mit Behinderungen verbessert werden, wenn ihnen die Integration ins normale Gesellschafts- und Wirtschaftsleben ermöglicht wird (WHO, 1999, S. 125). Um die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am kulturellen Leben zu ermöglichen, wird in Kärnten auf barrierefreie Zugänge zur Kultur geachtet, wobei bei Revitalisierungen von Gebäuden aufgrund des häufig bestehenden Denkmalschutzes dies nicht immer vollständig umsetzbar ist (Abt. 5, Interview am 27. Februar 2008). Das Frauengesundheitsprogramm Kärnten hat einen umfangreichen Maßnahmenplan zur Förderung der Gesundheit von behinderten Frauen in Kärnten erarbeitet (Buchinger, Gschwandtner & Garstenauer, 2006, S. 45ff.), der möglicherweise Ideen für eine Zusammenarbeit mit der Abteilung 5 Kultur liefern könnte. In Stuttgart wurden z.B. Angebote speziell nach Wünschen und Bedürfnissen von Frauen mit Behinderung entwickelt, die neben Information und Beratung auch gemeinsame Kultur- und Freizeiterlebnisse vermitteln sollen (z.B. „Stadtspaziergänge für Rolli-Fahrerinnen“ oder „Der Alltag beim Stuttgarter Ballett für Frauen mit und ohne Behinderung“) (Gesundheit und Miteinander ins Viertel!, 2004).

Kultur erfüllt auch einen bildungspolitischen Auftrag. So wurde etwa das Musikschulwesen in Kärnten in den letzten Jahren stark ausgebaut. Von 1999 bis 2008 stieg laut Aussage des Landeshauptmanns die Anzahl der MusikschülerInnen in Kärnten von 6.000 auf 17.000, dementsprechend auch die Anzahl der MusiklehrerInnen von 220 auf über 500 (J. Haider, Landeshauptmann, Interview am 26. Februar 2008). Im Rahmen des Musikschulwerks gibt es „Musik mobil“: Zur musikalischen Früherziehung wird in Eltern-Kind-Gruppen bereits Babys Musik vermittelt, auch Kindergärten wird dies angeboten. Es werden mit diesem Angebot aber auch SeniorInnengruppen erreicht (Abt. 5., Interview am 27. Februar 2008). Generell wird durch das Ausstellungs- und Projektmanagement der Abteilung 5 Kultur darauf geachtet, dass bildungs- und regionalpolitische Zielsetzungen berücksichtigt werden. Als Beispiel kann das Projekt „Wasserreich“ als multidisziplinär angelegtes und von mehreren politischen ReferentInnen getragenes Projekt genannt werden, in dem von Bezirken oder Gemeinden Vorschläge für Themen an die Abteilung 5 Kultur herangetragen werden, die dann so aufbereitet werden, dass ein nachhaltiger Effekt sichergestellt wird und ein Bildungs- und Vermittlungscharakter erhalten bleibt (Abt. 5, Interview am 27. Februar 2008).

Wie bereits einleitend ausgeführt, soll Kultur möglichst allen Gruppen zugänglich sein. Um diesen Zugang zu fördern werden in Kärnten Kulturprojekte an Schulen von der Abteilung 5 Kultur mittels eines spezifischen Fördertopfes unterstützt. Jedoch werden von der Abteilung 5 Kultur auch selbst Projekte im Bildungsbereich für Kinder und Jugendliche durchgeführt. Z.B. ist ein Kinder- und Jugendkulturzentrum, der „Blaue Würfel“, im Entstehen, der einen sehr angewandten Charakter verfolgt. Themen wurden von der Zielgruppe vorab erfragt, wobei ältere Jugendliche sich unter anderem auch für Themen wie Drogen und Gesundheit interessieren (Abt. 5, Interview am 27. Februar 2008). Hier zeigt sich, dass Kulturprojekte das Potenzial haben, zur gesundheitsorientierten Wissensvermittlung beizutragen. Dies zeigt sich auch hinsichtlich des „Kids Mobil“. Dies ist ein fahrendes Kindermuseum mit einem speziellen Kulturvermittlungsprogramm, das in die Volksschulen kommt. Es gibt hier verschiedene Module zur Auswahl, z.B. Farbenlehre, Schule einst und jetzt, Archäologie oder Naturwissenschaft. Die Entwicklung eines Moduls zum Thema Gesundheit wäre eine gute Ergänzung zum bestehenden Angebot (Abt. 5, Interview am 27. Februar 2008).

Zusammenfassend:

- Gesellschaftliche Systeme, die umfassende Beteiligung der BürgerInnen in sozialer, wirtschaftlicher und kultureller Hinsicht sicherstellen, sind laut WHO gesünder als jene, die Menschen ausgrenzen. Sozial benachteiligten und in Armut lebenden Menschen muss daher eine niederschwellige Teilhabe am kulturellen Leben ermöglicht werden. Auch für Menschen mit Behinderungen muss der Zugang gesichert sein.
- In Kärnten wurde für sozial Benachteiligte der Kulturpass ins Leben gerufen. Auf Barrierefreiheit wird bei Neubauten sowie bei Revitalisierungen geachtet. Weiters wird auf den Vermittlungs- und Bildungscharakter durch Kultur Wert gelegt, z.B. durch den Ausbau des Musikschulwesens, Projekte wie „Wasserreich“ oder den „Blaue Würfel“ und Kulturprojekte an Schulen.
- Als möglicher Bereich für Kooperationen wird genannt:
 - Entwicklung eines Moduls für das fahrende Kindermuseum Kids Mobil zum Thema Gesundheit.

6.2.6 Sektor Landwirtschaft

Der landwirtschaftliche Sektor produziert nicht nur Lebensmittel, er ist weiters ebenso für den Schutz und die Verbesserung der Umwelt mit verantwortlich wie für den Erhalt von Süßwasserressourcen und die Aufrechterhaltung einer nachhaltigen Entwicklung in Landgemeinden. Außerdem ist die Einhaltung der Lebensmittelsicherheit und die Förderung einer gesunden Ernährung ein wichtiger Beitrag der Landwirtschaft (WHO, 1999, S. 133).

Laut WHO sollte in Bioanbaumethoden sowie in die örtliche Produktion von unbedenklichen und nachhaltigen Lebensmitteln investiert werden, um die Gesundheit und die Arbeitsplätze in den Gemeinden zu schützen (WHO, 1999, S. 134). Dieses Ziel wird in Kärnten sehr stark verfolgt. Der politische Referent für Landwirtschaft und Forstwesen meint, dass Landwirte mit der Lebensmittelproduktion einen wesentlichen Beitrag zu Arbeitsplätzen und Umwelt leisten und dass der Konsum einheimischer Lebensmittel Auswirkungen auf den Klimawandel und auf regionale Arbeitsplätze hat (J. Martinz, Landesrat, Interview am 13. Februar 2008). Auch der Forderung der WHO nach Bioanbau versucht man in Kärnten nachzukommen. Biologischer Anbau wird in allen Förderprogrammen mit einem Zuschlag versehen (J. Martinz, Landesrat, Interview am 13. Februar 2008). Erfreulicherweise hat Kärnten im Österreichvergleich bereits einen relativ hohen Anteil an Bioflächen, das Potenzial für Biobetriebe hinsichtlich der Nachfrage nach Produkten ist aber trotzdem wesentlich größer (Abt. 10L, Interview am 28. Februar 2008). In der Landwirtschaftskammer wurde zur Unterstützung der Biobauern daher ein Biokompetenzzentrum geschaffen (Land Kärnten, 2005). Jedoch ist es dem Leiter der Abteilung 10L Landwirtschaft wichtig zu sagen, dass auch der konventionelle Anbau in Österreich aufgrund von Verzicht auf Massenproduktion zugunsten einer spezifischen, auf die regionalen Gegebenheiten ausgerichteten Produktion qualitativ hochwertig ist (Abt. 10L, Interview am 28. Februar 2008). Es gibt außerdem das Ziel, dass die landwirtschaftlichen Fachschulen den biologischen Anbau auf zumindest 50 % steigern. Jedenfalls soll das Jahr 2008 gemeinsam mit dem Dachverband der Biobauern, Bio-Ernte Austria, verstärkt für den Ausbau des Biobereichs genutzt werden (J. Martinz, Landesrat, Interview am 13. Februar 2008). Weiters werden Projekte hinsichtlich gesunder Lebensmittelproduktion und zur Förderung des biologischen Anbaus unterstützt (Abt. 10L, Interview am 28. Februar 2008).

Hinsichtlich Gentechnik fordert die WHO Aufklärung und gesetzliche Maßnahmen zum Schutz der Ökosysteme und der VerbraucherInnen vor den möglichen Nebenwirkungen einer Genmanipulation. Hierfür stellt in Kärnten das Gentechnikvorsorgegesetz (K-GtVG, 2005) die gesetzliche Grundlage dar. Das Gesetz regelt Maßnahmen, um das unbeabsichtigte Vorhandensein von gentechnisch veränderten Organismen in anderen Produkten zu verhindern, Maßnahmen zu genetisch veränderten Lebensmitteln und Futtermitteln, Maßnahmen zur Sicherstellung der biologischen Landwirtschaft sowie Maßnahmen zum Schutz von wildlebenden Tier- und Pflanzenarten und deren natürlichen Lebensräu-

men (§ 1 K-GtVG, 2005). Außerdem werden Projekte für gentechnikfreie Milch und gentechnikfreies Fleisch durchgeführt und gentechnikfreie Produktionsschienen zur Förderung der Boden- und Pflanzengesundheit aufgebaut (Abt. 10L, Interview am 28. Februar 2008). Weiters ist es für den zuständigen politischen Referenten für Landwirtschaft und Forstwesen ein Ziel, auch die Futtermittel gentechnikfrei zu bekommen (J. Martinz, Landesrat, Interview am 13. Februar 2008). Für Kärntnermilch werden die Zertifizierungskosten für Gentechnikfreiheit vom Land übernommen – hier liefern etwa 1.600 LandwirtInnen aus Oberkärnten gentechnikfreie Milch, wodurch fast der gesamte Oberkärntner Raum gentechnikfrei ist (J. Martinz, Landesrat, Interview am 13. Februar 2008).

Lebensmittelsicherheit ist in Zeiten der Globalisierung nicht mehr nur national zu betrachten. Nationale Gesetze wurden bereits meist an internationale Standards angepasst. Die Lebensmittelgesetzgebung hat sich von der Bewertung des Endprodukts auf die Risikoabschätzung und Sicherung der Lebensmittelsicherheit verlagert (WHO, 1999, S. 106-107). In Kärnten ergibt sich im Bereich der Lebensmittelsicherheit eine wichtige Schnittstelle zwischen dem Gesundheitssektor und dem Landwirtschaftssektor. Die Lebensmittelaufsicht, die als Sachgebiet in der Abteilung 12 Sanitätswesen angesiedelt ist, bearbeitet Fragen der Lebensmittelhygiene und der Lebensmittelsicherheit wie z.B. Milch- und Fischhygiene, Rückverfolgbarkeit von Lebensmitteln, Kontrollen von Großküchen, Gastronomie oder Lebensmittelhandel (Amt der Kärntner Landesregierung, o.D.a). Im Rahmen der Lebensmittelsicherheit sind seitens des Landwirtschaftssektors in Kärnten die Bereiche Tiergesundheit, Tierhygiene, Tierhaltung sowie Seuchenvorbeugung, -abwehr und -bekämpfung wichtig (J. Martinz, Landesrat, Interview am 13. Februar 2008). Lebensmittelsicherheit bezüglich tierischer Produkte und Rückstände ist neben der Zoonosenbekämpfung ein zentraler Arbeitsschwerpunkt der Abteilung 10V Veterinärwesen: Durch den Rückstands- und Kontrollplan erfolgt eine Untersuchung des Fleisches auf Arzneimittelrückstände und sonstige Umweltkontaminanten. Weiters werden durch 85 FleischuntersuchungstierärztInnen Schlachttier- und Fleischuntersuchungen durchgeführt. Außerdem erfolgen Hygienekontrollen bei Betrieben, die tierische Produkte erzeugen. Es werden auch Erhebungen bezüglich Campylobakteriose und Salmonellosen durchgeführt (Abt. 10V, Interview am 12. Februar 2008). Im Rahmen der Lebensmittelsicherheit erfolgt bereits eine gut strukturierte Zusammenarbeit zwischen der Abteilung 10V Veterinärwesen und der Abteilung 12 Sanitätswesen, diese Zusammenarbeit wird im Rahmen der Einrichtung eines gemeinsamen Kompetenzzentrums noch optimiert werden (Abt. 10V, Interview am 12. Februar 2008), welches nach Aussage des Referenten für Landwirtschaft und Forstwesen die Produktionssicherheit mit dem KonsumentInnenschutz koppeln wird (J. Martinz, Landesrat, Interview am 13. Februar 2008).

Ein weiterer wichtiger Bereich der Lebensmittelsicherheit ist in Kärnten die Zusammenarbeit und Schnittstelle im Bereich der Tiergesundheit. Beispielsweise ist die Zoonosenbekämpfung ein wichtiger Aufgabenbereich der Abteilung 10V Veterinärwesen, wo es auch Zusammenarbeit mit der Abteilung 12 Sanitätswesen z.B. im Rahmen der Zoonosenkommission und der Lebensmittelaufsicht gibt (Abt. 10V, Interview am 12. Februar 2008). Beispielsweise werden zurzeit in Kärnten Mückenpopulationen untersucht, die häufig Überträger von viralen Erkrankungen sind, welche auch den Humanbereich betreffen. Daten der Auswertung können an die Abteilung 12 Sanitätswesen weitergegeben werden, da hier sowohl von veterinär- als auch von humanmedizinischer Seite Forschung bezüglich der übertragbaren Erkrankungen notwendig ist. Eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstseinsbildung mit der Abteilung 12 Sanitätswesen ist hier vorstellbar (Abt. 10V, Interview am 12. Februar 2008). Eine Wissenslücke könnte bei HumanmedizinerInnen im Bereich der Tierkrankheiten und der vom Tier auf den Menschen übertragbaren Krankheiten sein, die durch gemeinsame Fortbildungen geschlossen werden könnte (Abt. 10V, Interview am 12. Februar 2008). Nicht nur für Weiterbildung, sondern auch im Sinne der Vernetzung könnte eine gemeinsame Tagung zwischen Veterinär- und HumanmedizinerInnen Bereiche sowohl aus der Human- als auch aus der Tiergesundheit erörtern. Auf Bundesebene gibt es bereits gemeinsame Tagungen von den LandesveterinärdirektorInnen und

leitenden Angestellten der Lebensmittelsicherheit, es wäre sinnvoll, solche Veranstaltungen auch auf Landesebene einzuführen (Abt. 10V, Interview am 12. Februar 2008). Im Bereich der Zoonosenbekämpfung wären auch gemeinsame Schulungen sinnvoll. Weiters wird in Zukunft eine Website mit Information bezüglich Zoonosen für die Bevölkerung eingerichtet, auf der eine gemeinsame Informationsvermittlung betrieben werden sollte (Abt. 10V, Interview am 12. Februar 2008). Als weitere Beispiele für die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssektor sind neben der Lebensmittelaufsicht und der Zoonosenkommission auch die Zusammenarbeit bei humanen Ausbrüchen der Salmonellose, die Tuberkulosebekämpfung, die Überwachung von Bissverletzungen auf Tollwutkrankungen, die Landesanstalt für veterinärmedizinische Untersuchungen in Ehrental oder die Zusammenarbeit im Krisenstab, z.B. bei Vogelgrippe, zu nennen (Abt. 10V, Interview am 12. Februar 2008).

Tierschutz und Tiertransporte sind weitere wichtige Aufgabenbereiche, wobei der Landesrat für Landwirtschaft und Forstwesen eine Einschränkung von Lebendtiertransporten und internationalen Tiertransporten hinsichtlich der Steigerung der Lebensmittelqualität als sehr wichtig empfindet (J. Martinz, Landesrat, Interview am 13. Februar 2008). Kontakt im Tierschutz besteht vor allem zwischen den AmtsärztInnen und den AmtstierärztInnen (Abt. 10V, Interview am 12. Februar 2008).

Es ist laut WHO wichtig, in der Gemeinschaftsverpflegung gesundes Essen anzubieten und gesundes Essen zu fördern (WHO, 1999, S. 107). In Kärnten ist nach Aussage des Landesrats für Landwirtschaft und Forstwesen beim Auskochen für Bedienstete und SchülerInnen der landwirtschaftlichen Fachschulen auf biologisch angebaute Lebensmittel zurückzugreifen, sollte dies nicht möglich sein, ist zumindest auf möglichste Regionalität der Lebensmittel zu achten. Weiters gibt es auch laufende Gespräche mit GroßverpflegerInnen wie Krankenhäuser, Kasernen und andere Schulen, jedoch hängen die Möglichkeiten für biologische Lebensmittelangebote immer auch von deren Budgets ab (J. Martinz, Landesrat, Interview am 13. Februar 2008).

Ein verbesserter Dialog mit VerbraucherInnen ist laut WHO ein weiteres wichtiges Anliegen (WHO, 1999, S. 134). Hier sieht der Landesrat für Landwirtschaft und Forstwesen die Notwendigkeit, dass die Wichtigkeit und Wertigkeit von Lebensmitteln bewusster gemacht werden muss hinsichtlich dessen, dass Ernährung ein wichtiges Gesundheitsthema ist (J. Martinz, Landesrat, Interview am 13. Februar 2008). Hier wird auch eine Möglichkeit zur verstärkten Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssektor gesehen, da ein gemeinsames Ziel der Aufklärung und Bewusstseinsarbeit verfolgt werden kann. Weiters muss laut Meinung des politischen Referenten für Landwirtschaft und Forstwesen darauf hingewiesen werden, dass Qualität einen gewissen Preis hat (J. Martinz, Landesrat, Interview am 13. Februar 2008). Auch die Leitung der Abteilung 10L Landwirtschaft sieht eine Notwendigkeit darin, Bewusstsein bei den KonsumentInnen dafür zu schaffen, dass für gesunde, hochwertige Lebensmittel mehr zu bezahlen ist, und zu diesem Punkt eine Möglichkeit der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssektor (Abt. 10L, Interview am 28. Februar 2008).

Auch die von der WHO genannte Aufrechterhaltung einer nachhaltigen Entwicklung in Landgemeinden (WHO, 1999, S. 133) ist in Kärnten ein Anliegen. Betriebe sollen nach Aussage des Landesrats für Landwirtschaft und Forstwesen in den Gemeinden gehalten werden sowie Familien- und Nachbarschaftsstrukturen erhalten bleiben (J. Martinz, Landesrat, Interview am 13. Februar 2008). Dafür wurde auch ein zum Teil EU-co-finanziertes Projekt, das Dorfservice, ins Leben gerufen (J. Martinz, Landesrat, Interview am 13. Februar 2008). Die Einrichtung von Genussregionen in Kärnten soll Arbeitsplätze vor Ort sicherstellen und anhand von Kooperationen und Verkaufsgemeinschaften einen Mehrwert erzielen. In jeder Genussregion wird jeweils ein Spitzenprodukt mit regionalem Bezug ausgezeichnet (J. Martinz, Landesrat, Interview am 13. Februar 2008).

Hinsichtlich der von der WHO geforderten Maßnahmen zur Wahrung der Qualität und Quantität von Süßwasserressourcen (WHO, 1999, S. 134) gibt es in Kärnten ein Nitrataktionsprogramm „Gesundes Wasser“ (Abt. 10L, Interview am 28. Februar 2008). Generell wird die Verantwortung für die Umwelt so wahrgenommen, dass auf die Umsetzung des Kyoto-Protokolls geachtet wird (Abt. 10L, Interview am 28. Februar 2008).

Arbeitssicherheit in der Landwirtschaft ist ein wichtiger Beitrag zur Gesundheit, dem durch Maßnahmen über die Sozialversicherungsanstalt der Bauern und die Landwirtschaftskammer Rechnung getragen wird. Weiters wird auch Schutzkleidung subventioniert und bezüglich des Umgangs mit Chemikalien, Spritzmitteln und Pflanzenschutzmitteln beraten (J. Martinz, Landesrat, Interview am 13. Februar 2008). Auch in den landwirtschaftlichen Fachschulen werden die Bediensteten nach arbeitsmedizinischen Grundlagen ausgerüstet und versorgt (Abt. 10L, Interview am 28. Februar 2008). Auch WaldbesitzerInnen, die selbst Waldarbeiten durchführen, müssen hinsichtlich Sicherheit, richtiger Ausrüstung und Krankheiten wie Borreliose aufgeklärt sein. Eine wichtige Funktion übernimmt hier wiederum die Sozialversicherung der Bauern (Abt. 10F, Interview am 28. Februar 2008).

Laut Einschätzung der Leitung der Abteilung 10L Landwirtschaft ist die Arbeit auf einer Landwirtschaft zwar einerseits gefährlich, andererseits scheinen durch die Art der Tätigkeiten auch positive Auswirkungen auf die Gesundheit wahrscheinlich zu sein (Abt. 10L, Interview am 28. Februar 2008). Die Sozialversicherung der Bauern hat neben ihrer arbeitsmedizinischen Tätigkeit auch eine Stelle für Gesundheitsförderung eingerichtet. Weiters stehen in der Landwirtschaftskammer zwei PsychologInnen als AnsprechpartnerInnen bei psychosozialen Problemen für Bauern und Bäuerinnen zur Verfügung. Dieses Angebot wird von den Frauen in sehr gutem Ausmaß, von den Männern weniger in Anspruch genommen. In Krisenfällen kommen die PsychologInnen auch auf den Hof, zudem kann auch telefonisch und anonym Auskunft eingeholt werden (Abt. 10L, Interview am 28. Februar 2008). Eine Aufschlüsselung von Gesundheitsproblemen und -ressourcen speziell für LandwirtInnen, z.B. anhand einer Studie oder eines Spezialberichts, wäre eine gute Grundlage für die Entwicklung und Umsetzung von gemeinsamen Projekten zwischen der Abteilung 10L Landwirtschaft und der Abteilung 12 Sanitätswesen (Abt. 10L, Interview am 28. Februar 2008).

Eine weitere Kooperation zwischen Gesundheits- und Landwirtschaftssektor besteht in der schulärztlichen Betreuung der landwirtschaftlichen Fachschulen durch die Abteilung 12 Sanitätswesen (Abt. 10L, Interview am 28. Februar 2008).

Die Abteilung 10F Forstwesen bietet Waldpädagogik für Kinder und Jugendliche an. Waldpädagogik ist als eine eigene Ausbildungsschiene in den forstlichen Ausbildungsstätten eingerichtet. Der Zugang zur Waldpädagogik erfolgt über die Schulen, etwa 4.500 SchülerInnen nahmen das Angebot im Jahr 2007 in Anspruch (Abt. 10F, Interview am 28. Februar 2008). Weiters gibt es auch das Angebot der Schule auf der Alm, ein gemeinsames Projekt der Abteilung 10L Landwirtschaft mit der Kammer für Land- und Forstwirtschaft. Eigens ausgebildete Almwirte bringen den Kindern das Leben auf der Alm, den Umgang mit der Natur nahe. Schulen, die dieses Angebot in Anspruch nehmen, erhalten eine Förderung. Obwohl auch für ältere SchülerInnen gedacht, wird die Schule auf der Alm hauptsächlich von Volksschulen in Anspruch genommen. Ein weiteres Angebot ist die Schule am Bauernhof (Abt. 10L, Interview am 28. Februar 2008). Acht „Schule auf der Alm“-Betriebe stehen in Kärnten zur Auswahl und bieten ein ein- oder mehrtägiges Erlebnisprogramm an (Kärntner Almwirtschaftsverein, o.D.). Die Abstimmung der Projekte „Schule auf der Alm“, „Schule am Bauernhof“, „Waldpädagogik“ mit anderen Initiativen und Projekten, z.B. mit der „Gesunden Schule“, wäre wünschenswert (Abt. 10L, Interview am 14. Februar 2008).

Gesetzliche Rahmenbedingungen werden in Kärnten dem Landwirtschaftssektor durch die Abteilung 11 Agrarrecht vorgegeben. Gesetzliche Grundlagen für die Arbeit im Landwirtschaftssektor sind z.B. das Jagdrecht (K-JG 2008), Fischereirecht (K-FG 2000), Kulturpflanzenschutzgesetz (K-KPSG 2001), Veterinärrecht, Sanitätsrecht oder die landwirtschaftliche Lebensmittelkontrolle. Im Rahmen der Lebensmittelkontrolle fallen jene Bereiche in das Aufgabengebiet der Landwirtschaft, welche landwirtschaftliche Produkte betreffen, z.B. Weinbaugesetz (K-WG 2005) oder Buschenschankgesetz (K-BuG 2003). Weiters gibt es in der Rückstandskontrollenverordnung enge Verbindungen zur Lebensmittelinspektion (Abt. 11, Interview am 12. Februar 2008). Als Beispiel für eine mögliche (nicht genutzte) engere Zusammenarbeit kann die Tierkörperverwertungsverordnung (2005) genannt werden: Hier wäre es möglich gewesen, ähnlich wie in anderen Bundesländern, ein Seuchenvorsorgegesetz gemeinsam zu entwickeln. Eine enge Zusammenarbeit bei ähnlichen Projekten wäre vonseiten der Abteilung 11 Agrarrecht wünschenswert (Abt. 11, Interview am 12. Februar 2008).

Zusammenfassend:

- Schnittstellen zwischen Landwirtschaft und Gesundheit sieht die WHO beispielsweise in einer Intensivierung der Bioanbaumethoden und lokaler Produktion von Lebensmitteln, in Schutzmaßnahmen für Ökosysteme betreffs Gentechnik, der Wahrung der Süßwasserressourcen und in der Lebensmittelsicherheit. Das Angebot und die Förderung von gesundem Essen und der Dialog mit VerbraucherInnen sowie eine nachhaltige Entwicklung von Landgemeinden werden ebenfalls als wichtig beschrieben.
- In allen diesen Bereichen wird in Kärnten bereits vonseiten des Landwirtschaftssektors gearbeitet. Biologischer Anbau wird besonders gefördert, das Gentechnikvorsorgegesetz schützt VerbraucherInnen und Ressourcen, Verantwortung für die Umwelt wird durch Programme wahrgenommen, in der Lebensmittelsicherheit und Tiergesundheit gibt es eine enge Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssektor. Weiters wird der Arbeitsschutz der in der Landwirtschaft Tätigen sehr wichtig genommen, es werden gesundheitsfördernde Verhältnisse in den landwirtschaftlichen Fachschulen vermittelt und durch verschiedene Projekte Beiträge hinsichtlich der Vermittlung von Umwelt und Landwirtschaft an Kinder und Jugendliche geleistet.
- Als mögliche Bereiche für Kooperationen werden genannt:
 - Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit bezüglich des Wertes von gesunden Lebensmitteln und gesunder Ernährung
 - Abstimmung der Projekte Waldpädagogik, Schule auf der Alm und Schule auf dem Bauernhof mit den Gesunden Schulen des Gesundheitslandes
 - Erarbeitung einer Studie oder eines Spezialberichts über Gesundheitsprobleme bei LandwirtInnen als Grundlage für gemeinsame Projekte im Gesundheitsförderungsbereich
 - Gemeinsame Informationsbereitstellung auf der Homepage in der Zoonosenbekämpfung, welche als Informationsmedium für die breite Bevölkerung dienen wird
 - Auswertung der Daten aus der Grundlagenforschung über Mückenpopulationen in Kärnten sowohl von tier- als auch von humanmedizinischer Seite – eine gemeinsame Bewusstseinsbildung und Information bezüglich dieser neuen Erkrankungen
 - Weiterbildung für HumanmedizinerInnen im Bereich der Tierkrankheiten und der von Tieren auf Menschen übertragbaren Krankheiten
 - Einrichtung einer gemeinsamen Tagung für Veterinär- und HumanmedizinerInnen auf Landesebene, um gemeinsame Themen zu erörtern und verstärkt Netzwerke zu bilden – wird bereits auf Bundesebene erfolgreich praktiziert
 - Zusammenarbeit bei der Entwicklung von Gesetzen, die sowohl den Veterinär- als auch den Humanbereich betreffen könnten

6.2.7 Sektor Recht

Die Verwaltung ist verantwortlich für die Umsetzung von Gesetzen sowie für gesetzliche Maßnahmen bei Verstößen gegen Gesetze zum Umwelt- und Gesundheitsschutz (WHO, 1999, S. 137). Eine wichtige Option, zur Förderung der Gesundheit beizutragen, ist es, Gesetze so zu erlassen, dass die Umsetzung der Weltgesundheitserklärung in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit allen erleichtert wird (WHO, 1999, S. 137). Hierzu bedarf es allerdings eines umfassenden Verständnisses von Gesundheit, das in anderen Sektoren zum Teil erst geschaffen werden muss (WHO, 1999, S. 126). Im österreichischen Bundesstaat sind die staatlichen Aufgaben zwischen dem Bund und den Ländern geteilt. Die Angelegenheiten im Bereich des Gesundheitswesens sind überwiegend vom Bund wahrzunehmen (Abt. 2V, Interview am 27. Februar 2008). Von den Restkompetenzen, die von den Ländern wahrzunehmen sind, sieht in Kärnten die Abteilung 2V Verfassungsdienst den Schwerpunkt im Bereich des Krankenanstaltenrechts. Das Land Kärnten hat nach Aussage des Leiters der Abteilung 2V Verfassungsdienst im Bereich des Krankenanstaltenrechts die Grundsätze vom Bund durch Ausführungsgesetzgebung umzusetzen. In sonstigen gesundheitsbezogenen Bereichen (Pflegebereich, PatientInnen- und Pflegeanwaltschaft, Behindertenhilfe, Rettungswesen, Leichenbestattung, Gemeindesaniätätswesen, Heilvorkommen und Kurortwesen) hat das Land Kärnten eine autonome Landesgesetzgebung (Abt. 2V, Interview am 27. Februar 2008).

Über die Gesetzgebung im Bereich der Krankenversorgung hinaus kann der Sektor Recht einen großen Beitrag zur Verankerung der multisektoralen Verantwortung für Gesundheit beitragen. Multisektorale Verantwortung für Gesundheit bedeutet, dass alle Sektoren für die gesundheitlichen Auswirkungen ihrer Konzepte und Programme rechenschaftspflichtig sind und dass diese Sektoren erkennen, welche Vorteile es bringt, Gesundheit zu fördern und zu schützen (WHO, 1999, S. 126). Rechenschaftspflicht kann erreicht werden, indem alle sozialen und wirtschaftlichen Konzepte oder Programme, die sich auf die Gesundheit auswirken könnten, nach deren Auswirkungen auf Gesundheit beurteilt werden (WHO, 1999, S. 126). Dafür braucht es starke Anreize und gegebenenfalls Gesetze, die alle Sektoren zu gesundheitsförderlichem Handeln motivieren und die diese für gesundheitliche Auswirkungen ihrer Arbeit zur Rechenschaft ziehen können. Der Gesundheitssektor hat dafür wissenschaftliche Grundlagen zu liefern und muss dadurch den Stellenwert von Gesundheit in die Regierung, in alle Sektoren, in die Öffentlichkeit und zu SpitzenpolitikerInnen und wirtschaftlichen Führungskräften bringen (WHO, 1999, S. 127).

Health Impact Assessment (HIA) oder Gesundheitsverträglichkeitsprüfung bedeutet, dass Maßnahmen und Gesetze auf deren mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit einer Bevölkerung überprüft werden. HIA ermöglicht, verschiedene Maßnahmenoptionen und deren Auswirkungen auf Gesundheit zu prüfen und Empfehlungen, wie positive Auswirkungen auf Gesundheit maximiert und negative Auswirkungen vermindert werden können, zu entwickeln. HIA soll auch zukünftige Gesetzgebungsprozesse durch Information und Bewusstseinsstärkung beeinflussen. Da alle Sektoren mit ihrer Arbeit Auswirkungen auf die Gesundheit einer Bevölkerung haben, können wiederum auch alle Sektoren von solchen Assessments profitieren (Kemm, 2006, S. 189-196).

In Kärnten werden Gesetzesentwürfe zentral von der Abteilung 2V Verfassungsdienst vorbereitet, nicht von den einzelnen Fachrechtsabteilungen. Von der Abteilung 2V Verfassungsdienst des Landes Kärnten werden Gesetzesentwürfe an alle nach Ansicht der Abteilung vom Gesetz Betroffenen (z.B. Landesabteilungen, Kammern, Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft, Selbsthilfeorganisationen, PatientInnenanwaltschaft etc.) zur Begutachtung geschickt, wobei es keine vorgegebenen Kriterien gibt, nach denen die Entwürfe zu begutachten sind (Abt. 2V, Interview am 27. Februar 2008). Regelungsvorschläge und -anregungen aus Gesundheitssicht, wie Gesetzesentwürfe (ähnlich einem Health Impact Assessment) nach deren Auswirkungen auf Gesundheit zu bewerten sind, werden von der Abteilung 2V Verfassungsdienst gerne entgegengenommen (Abt. 2V, Interview am 27. Februar 2008).

Der Gesundheitsaspekt wird nach Meinung des politischen Büros von Landesrat Scheuch in Österreich zumindest teilweise – mehr als anderswo in Europa – in der Umweltverträglichkeitsprüfung mitbedacht (Büro Landesrat U. Scheuch, Interview am 12. Februar 2008). Jedoch werden bei Umweltverträglichkeitsprüfungen stärker umweltmedizinische Einflüsse auf die Gesundheit mitberücksichtigt, während bei Health Impact Assessments die Auswirkungen auf Gesundheit umfassend und ganzheitlich betrachtet werden (WHO, 1999a). Den Gesundheitsaspekt mitzuberücksichtigen wird im selben Interview als sinnvolle Ergänzung der Umweltverträglichkeitsprüfung gesehen (Büro Landesrat U. Scheuch, Interview am 12. Februar 2008). Eine ganzheitlichere Berücksichtigung von Gesundheit, weg von der biomedizinischen Betrachtungsweise, ist in der strategischen Umweltverträglichkeitsprüfung angedacht (siehe Kap. 6.2.10). Die Leitung der Abteilung 20 Landesplanung gibt an, dass sie die Einführung von Health Impact Assessments begrüßen würde, da die Abteilung selbst nicht so genau auf gesundheitliche Fragen eingehen kann, wie es manchmal wünschenswert wäre. Die Einführung von Health Impact Assessments kann nach Meinung der Leitung der Abteilung 20 Landesplanung aber nur über die Europäische Union erfolgen (Abt. 20, Interview am 13. Februar 2008).

Laut WHO können Maßnahmen, die Solidarität, BürgerInnenbeteiligung und sozialen Zusammenhalt fördern, sowie soziale und politische Netzwerke durch die Entwicklung gesunder Gemeinschaften zu einer besseren Gesundheit beitragen (WHO, 1999, S. 96). Sozialer Zusammenhalt wirkt sich aber nicht nur auf den Gesundheitszustand einer Bevölkerung aus, sondern auch darauf, wie häufig Unfälle, Gewalt, z.B. Mord, und Verbrechen in einem Land vorkommen. Ein guter sozialer Zusammenhalt scheint sich positiv auf die Sicherheit eines Landes auszuwirken (Wilkinson, 2001, S. 189-194). In Schweden wurde sozialer Zusammenhalt durch Wahlbeteiligung gemessen und mit selbst bewerteter Gesundheit in Verbindung gebracht. Es ließ sich ablesen, dass in Gegenden mit niedrigem sozialen Zusammenhalt, der mit der Höhe der Wahlbeteiligung definiert wurde, die dort Wohnenden ein signifikant höheres Risiko hatten, ihren Gesundheitszustand als schlecht zu bewerten, als in Gegenden mit dem höchsten sozialen Zusammenhalt. Individuelle Faktoren wie Alter, Geschlecht oder Bildungsstatus beeinflussen die Stärke des sozialen Zusammenhalts nicht (Sundquist & Yang, 2007). Da es einen Zusammenhang zwischen Bildungsstatus und sozialer Beteiligung gibt, bedeutet das, dass Bildung wichtig für die Steigerung von Sozialkapital ist (Sundquist & Yang, 2007, S. 332). Auch ein Interviewpartner der Abteilung 3 Gemeinden des Landes Kärnten sieht die Notwendigkeit, dass vor allem jungen Menschen in Kärnten im Rahmen von Politischer Bildung das Demokratieverständnis besser vermittelt werden muss, da dies Voraussetzung für Partizipation in politischen Prozessen ist. Instrumente wie z.B. einen Jugendgemeinderat gibt es in Kärnten derzeit nicht, nach Meinung der Abteilung 3 Gemeinden wären solche Instrumente politisch überlegenswert (Abt. 3, Interview am 27. Februar 2008). Gemessen am Bund und an den Bundesländern gibt es laut Aussage des Landeshauptmanns jeweils eine zufriedenstellende bis überdurchschnittliche Wahlbeteiligung in Kärnten (J. Haider, Landeshauptmann, Interview am 26. Februar 2008). Die Kärntner Genderstudie zeigt auf, dass für Frauen österreichweit gesehen Politik weniger wichtig erscheint als für Männer. Kärntner sind im Österreichvergleich weniger politisch, weshalb in Kärnten der Geschlechtsunterschied kaum existent ist. Frauen in Kärnten zeigen hauptsächlich Unzufriedenheit mit der eigenen politischen Partizipation und der Politik im Allgemeinen (Brunner, Alexandrowicz & Mayring, 2004, S. 43-46).

Zusammenfassend:

- Laut WHO tragen Gesetze und deren Umsetzung zum Umwelt- und Gesundheitsschutz bei und können die partnerschaftliche Umsetzung der Weltgesundheitserklärung unterstützen. Weiters sind Gesetze starke Anreize dafür, durch Rechenschaftspflicht die multisektorale Verantwortung für Gesundheit sicherzustellen. Health Impact Assessments können als Instrument für die Bewertung der Auswirkungen von Maßnahmen auf Gesundheit dienen. Weiters kann Wahlbeteiligung als Indikator für sozialen Zusammenhalt verwendet werden. Ein guter sozialer Zusammenhalt trägt nicht nur zu einem besseren Gesundheitsstatus, sondern auch zur Sicherheit eines Landes bei.

- In Kärnten werden Gesetzesentwürfe von allen, die vom Gesetz betroffen sind, begutachtet. Die Wahlbeteiligung in Kärnten ist im Österreichvergleich zufriedenstellend bis überdurchschnittlich.
- Als möglicher Bereich für Kooperationen wird genannt:
 - Entwicklung von Kriterien für die Begutachtung von Gesetzesentwürfen, wie diese nach deren Auswirkungen auf Gesundheit zu bewerten sind.

6.2.8 Sektor Soziales

Wie die Ergebnisse des vorliegenden Berichts zeigen, sind sozioökonomische Umstände eine ganz zentrale, unumstritten wichtige Gesundheitsdeterminante. Dies bestätigt wieder den Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und sozioökonomischen Bedingungen, auch für wohlhabende Gesellschaften (WHO, 1999, S. 94). Die WHO berichtet, dass die Wissenschaft bis zur Hälfte aller Krankheiten dieser Determinante zuschreibt (WHO, 1999, S. 94). Die wichtigsten sozioökonomischen Einflussfaktoren sind Ausbildung, Einkommen und Beschäftigung, die durch Maßnahmen im Sektor Soziales beeinflusst werden können. Vor allem Menschen, die bereits einmal benachteiligt wurden, sind in weiterer Folge am stärksten gefährdet, wieder benachteiligt zu werden (Wilkinson & Marmot, 2004, S. 12). Also ist es Aufgabe der Sozialpolitik, Maßnahmen und Politikentscheidungen zum Ausgleich dieser bereits erfolgten Benachteiligung einerseits als Sicherheitsnetz zu treffen, andererseits aber auch sicherzustellen, dass dieses Sicherheitsnetz als Sprungbrett nach vorne benutzt werden kann (Wilkinson & Marmot, 2004, S. 12). Diese Maßnahmen und Politikentscheidungen sollen die materiellen, aber auch die psychosozialen Bedürfnisse der Menschen berücksichtigen. Diese Interventionen sollten vor allem die Unterstützung von Familien mit kleinen Kindern, die soziale Integration, die Beseitigung von materiellen und finanziellen Unsicherheiten sowie die Förderung von Lebensbewältigungsfähigkeiten beinhalten (Wilkinson & Marmot, 2004, S. 14).

Laut WHO soll eine Politik gemacht werden, die Sozialleistungen für spezifische Altersgruppen und für Familien mit niedrigem Einkommen vorsieht (WHO, 1999, S. 96). In Kärnten wird laut Aussage des Landeshauptmanns auf die Verbesserung sozialpolitischer Leistungen für Familien Wert gelegt: Es stehen Gratiskindergärten vormittags ab dem 3. Lebensjahr zur Verfügung, es soll weiters die materielle Ausstattung von Familien verbessert werden, z.B. anhand des Babygeldes oder des Schulstartgeldes, des Müttergeldes für Frauen über 60 Jahre, die ohne Versorgung sind, oder des Geldes für die Alten- und Pflegebetreuung (J. Haider, Landeshauptmann, Interview am 26. Februar 2008). Weiters gibt es in Kärnten den Teuerungsausgleich. In „Sozialmärkten“ werden für sozial schwächere Bevölkerungsschichten Waren von Verkaufsketten, die nicht mehr in den Handel kommen, aber noch nicht abgelaufen sind, stark verbilligt verkauft (J. Haider, Landeshauptmann, Interview am 26. Februar 2008).

Eine wichtige gesetzliche Grundlage für die Stützung von KärntnerInnen mit niedrigem Einkommen ist das Kärntner Mindestsicherungsgesetz (K-MSG, 2007). Als Aufgabe der sozialen Mindestsicherung wird nach § 1 Abs. 1 die Hilfe des Landes Kärnten für ein möglichst selbst bestimmtes Leben und eine soziale Teilhabe sowie die Hilfe des Landes Kärnten für Menschen mit Behinderung genannt. Soziale Notlagen und dadurch bedingte Ausgrenzungen sollen vermieden werden (§ 1 Abs. 2 lit. a K-MSG, 2007), Personen sollen befähigt werden, soziale Notlagen möglichst aus eigener Kraft abzuwenden und dauerhaft zu überwinden (§ 1 Abs. 2 lit. b K-MSG, 2007), und nötige Bedürfnisse von Menschen in sozialen Notlagen sollen gedeckt werden (§ 1 Abs. 2 lit. c K-MSG, 2007). Nach Aussage der Leiterin der Abteilung 13 Soziales, Jugend, Familie und Frau wurde durch dieses Gesetz gesichert, dass nicht nur der Anspruch auf konkrete Leistung besteht, sondern dass das gesamte Lebensumfeld des/der Betroffenen mitberücksichtigt wird (Abt. 13, Interview am 5. Februar 2008). Es werden Bedarfs- und Hilfspläne erstellt, es gibt nun eine verbesserte Informationspflicht und die Leistungen sind höher als nach den bisherigen Bestimmungen, zum einen als eine finanzielle Grundsicherung, zum anderen durch bestimmte Fördermaßnahmen wie Heizkostenzuschüsse (Abt. 13, Interview am 5. Februar 2008). Zurzeit ist nach Aussage der Leiterin der Abteilung 13 Soziales, Jugend, Familie und Frau auch ein Kärntner Integrationsgesetz in Erarbeitung (Abt. 13, Interview am 5. Februar 2008).

Es sollte laut WHO neben kostenloser Gesundheitsversorgung und kostenloser Ausbildung auch das Wohnen subventioniert werden (WHO, 1999, S. 96). Der soziale Wohnbau ist nach Aussage der Leitung der Abteilung 4 Finanzen, Wirtschaft, Wohnungs- und Siedlungswesen der erste Ansatz in der Wohnbauförderung (Abt. 4, Interview am 29. Jänner 2008). Durch hohe Anforderungen an den Klimaschutz wird allerdings durch höhere Baukosten für Niedrigenergiehäuser möglicherweise die sozial schwächere Klientel nicht mehr erreicht (Abt. 4, Interview am 29. Jänner 2008).

Eine zentrale Aufgabe des Gesundheits- und Sektors ist die Ausdifferenzierung des Leistungsangebotes im Bereich Pflege (Kuhlmey, 2003, S. 299). In Kärnten ist ein Ziel, dass die Heim- und Anstaltspflege sowie die mobilen Pflegedienste flächendeckend und unter Sicherung von Qualitätsstandards und weiters auch teilstationäre Betreuungseinrichtungen sowie das Angebot an alternativen Wohnformen ausgebaut werden. Weiterhin wird nach Aussage der Leiterin der Abteilung 13 Soziales, Jugend, Familie und Frau trotz Ausbaus der Pflegeangebote in Kärnten der Großteil der Pflegeleistungen noch zu Hause erbracht. Pflegenden Angehörigen sind gesundheitlichen Belastungen, wie z.B. Burn-out, ausgesetzt. Daher soll es weiterhin Angebote für pflegende Angehörige geben (Büro 2. LH-Stellvertreterin G. Schaunig, Interview am 26. Februar 2008). Diese Personen werden durch flankierende Maßnahmen wie z.B. die Organisation von Pflegestammtischen, Informationen auf Gesundheitsmessen, das Projekt „Pflege für zu Hause – von Profis lernen“ für pflegende Angehörige, Kurzzeitpflege, Urlaubsaktionen für pflegende Angehörige oder in der Weiterversicherung in der Pensionsversicherung usw. unterstützt (Abt. 13, Interview am 5. Februar 2008). Wie bereits auch im Unterkapitel 6.2.3 diskutiert, empfiehlt die WHO, die Versorgung der Bevölkerung integrativ und mit möglichst wenigen Problemen an den Schnittstellen zu organisieren (WHO, 1999, S. 142). Als erster Schritt zur Förderung der intra- und extramuralen Zusammenarbeit kann die Entwicklung der Pflegecharta in Kärnten betrachtet werden, die unter Einbezug von VertreterInnen aus den Krankenanstalten, der PatientInnenanwaltschaft, VertreterInnen des Sektors und von Non-Profit-Organisationen entwickelt wurde und im Sinne eines Leitbildes ein visionäres Bekenntnis zur Pflege im extra- und intramuralen Bereich verabschiedete (Abt. 13, Interview am 5. Februar 2008). Auch besteht in Kärnten bereits eine Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsbereich im Schnittstellenmanagement zwischen intra- und extramuralem Bereich sowie in der Palliativversorgung. Das Schnittstellenmanagement zwischen dem intra- und dem extramuralen Versorgungsbereich könnte z.B. durch interdisziplinäre Teams optimiert werden (Büro 2. LH-Stellvertreterin G. Schaunig, Interview am 26. Februar 2008).

Als besonders wichtig erachtet die WHO die Schaffung von Rahmenbedingungen zur besseren Entwicklung von marginalisierten Kindern und Jugendlichen (WHO, 1999, S. 36). Der Schutz der Jugendlichen vor gesundheitsschädlichen Einflüssen einerseits sowie die Schaffung von aufsuchenden und gemeindenahen Diensten andererseits gelten als wirksame Ansatzpunkte (WHO, 1999, S. 36). In Kärnten gelten in diesen Bereichen die Jugendwohlfahrt und das Kärntner Jugendschutzgesetz (K-JSG, 2007) als Grundlage, welche nach Aussage der Leiterin der Abteilung 13 Soziales, Jugend, Familie und Frau wichtige Berührungspunkte mit dem Gesundheitsbereich beinhalten (Abt. 13, Interview am 5. Februar 2008). In den Bereich der Jugendwohlfahrt bringen nach Aussage der zuständigen politischen Referentin gesellschaftliche Veränderungen bzw. sozioökonomische Entwicklungen zahlreiche neue Herausforderungen, die in der Planung der Leistungen berücksichtigt werden müssen. Die Umsetzung von Qualitätsentwicklung unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlich fundierter fachlicher Kriterien und Standards sind wesentliche Voraussetzungen für die zukünftige Arbeit in der Jugendwohlfahrt (Büro 2. LH-Stellvertreterin G. Schaunig, Interview am 26. Februar 2008). Ziel ist laut der politischen Referentin, dass das Angebot in der Jugendwohlfahrt, z.B. stationäre oder ambulante Angebote, präventive Maßnahmen oder individuelle Förderung, sowohl qualitativ als auch quantitativ dem Bedarf entsprechen (Büro 2. LH-Stellvertreterin G. Schaunig, Interview am 26. Februar 2008). Weiters ist auch die Vernetzung und Koordination mit Einrichtungen wie öffentliche und freie

Jugendwohlfahrt, Schulen, Kindergärten und andere Kinder- und Jugendeinrichtungen ein als wichtig zu beachtendes Thema (Büro 2. LH-Stellvertreterin G. Schaunig, Interview am 26. Februar 2008). Im Rahmen der Jugendwohlfahrt besteht Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssektor etwa in der Mütterberatung, in der Suchtprävention oder in Diagnostik- und Therapiezentren, z.B. Miniambulatorium Wolfsberg und St.Veit/Glan (Büro 2. LH-Stellvertreterin G. Schaunig, Interview am 26. Februar 2008). Eine Möglichkeit für eine weitere Zusammenarbeit würde in der Schaffung von weiteren außerstationären diagnostischen Einrichtungen bestehen. Weiters besteht der Bedarf an einer Einrichtung für an Anorexia nervosa erkrankte Jugendliche. Auch ein Pilotprojekt für eine Jugenderholungsaktion für ältere Kinder und Jugendliche im Alter von 14 bis 16 Jahre wäre wünschenswert (Büro 2. LH-Stellvertreterin G. Schaunig, Interview am 26. Februar 2008).

Wichtige Bereiche im Jugendschutz betreffen, wie bereits gesagt, beispielsweise die Suchtprävention und die Gewaltprävention (Abt. 13, Interview am 5. Februar 2008). Die Empfehlungen des Kärntner Suchtplans 2006-2010 (siehe auch Kap. 5.6) beinhalten das Zusammenwirken der Politikbereiche Gesundheit, Soziales und Jugendwohlfahrt (Amt der Kärntner Landesregierung, o.D.a, S. 5).

Zur Verbesserung der Gesundheit von Menschen mit Behinderungen wird von der WHO die volle Integration dieser Menschen in das normale Gesellschafts- und Wirtschaftsleben gefordert (WHO, 1999, S. 125). In Kärnten wird die Behindertenhilfe als ein weiterer Bereich der Abteilung 13 Soziales, Jugend, Familie und Frau genannt. Ein wichtiges Ziel der Behindertenhilfe ist nach Aussage der Leiterin der Abteilung 13 Soziales, Jugend, Familie und Frau die Schaffung von Möglichkeiten für ein möglichst selbstständiges, selbst bestimmtes Leben (Abt. 13, Interview am 5. Februar 2008). Daneben ist auch die Schaffung von familienentlastenden Diensten, wie z.B. die persönliche Assistenz, Freizeitassistenz oder Familienassistenz, sehr wichtig (Abt. 13, Interview am 5. Februar 2008). Auch hier wird wieder eine intensive Zusammenarbeit im Management des Übergangs vom intra- in den extramuralen Bereich gewünscht (Abt. 13, Interview am 5. Februar 2008).

Darüber hinaus spricht die WHO im Zusammenhang mit Menschen mit Behinderung von der Bedeutung der Sicherstellung der Qualität und der Angemessenheit der Gesundheitsdienste (WHO, 1999, S. 125). Auch hier sollen frühzeitige Interventionsstrategien angewandt und durch intersektorale Kooperation, Schulung und gesundheitliche Wissensvermittlung die Schaffung eines bedarfsgerechten Umfeldes erreicht werden (WHO, 1999, S. 126). Hierzu kann auch die Weiterentwicklung des Angebots der Behindertenhilfe mit dem Ziel der Entwicklung gesundheitsfördernder und krankheitsvorbeugender Begleitprogramme gemeinsam mit den Betroffenen gezählt werden, z.B. hinsichtlich Ernährung sowie der Unterstützung der Selbst- und Mitbestimmungskompetenzen der Menschen mit Behinderung (Büro 2. LH-Stellvertreterin G. Schaunig, Interview am 26. Februar 2008). Bei der Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote für Menschen mit Behinderung wird eine Möglichkeit zur Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssektor gesehen, z.B. auch im Rahmen der Gesunden Gemeinden (Büro Landesrätin G. Schaunig, Interview am 26. Februar 2008). Wichtig sind Beratungsdienste, Kurzzeitunterbringungen und Netzwerkentwicklungen ebenso wie familienentlastende Dienste, Schulungsangebote für Angehörige oder mobiles Case-Management (Büro 2. LH-Stellvertreterin G. Schaunig, Interview am 26. Februar 2008). Gemeindenahe, integrierte, alternative Wohnformen, z.B. auch für ältere Behinderte, sind ein weiteres Beispiel für Notwendigkeiten in der Behindertenhilfe (Büro 2. LH-Stellvertreterin G. Schaunig, Interview am 26. Februar 2008). Insgesamt könnten Veranstaltungen und Öffentlichkeitsarbeit gemeinsam mit dem Gesundheitssektor erfolgen (Büro 2. LH-Stellvertreterin G. Schaunig, Interview am 26. Februar 2008). Eine weitere Aufgabe in Kärnten, die auch von der WHO in Form der kooperativen Schulung, die der Gesundheit behinderter Menschen zugute kommen soll, angesprochen wird, ist die Weiterbildung der MitarbeiterInnen im Bereich der Behindertenhilfe hinsichtlich nonverbaler Ausdrucksmöglichkeiten und Reaktionen von Menschen mit schwierigen Verhaltensmustern. In Kooperation mit dem LKH Klagenfurt, Abt. für Neurologie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, wird außerdem ein fachspezifischer Weiterbildungslehrgang

für Fachkräfte der Behindertenarbeit erarbeitet (Büro 2. LH-Stellvertreterin G. Schaunig, Interview am 26. Februar 2008).

Im Sinne der Schaffung von gesunden Arbeitsbedingungen bzw. von betrieblicher Gesundheitsförderung, wie sie auch im Unterkapitel Wirtschaft und Arbeit angesprochen wurden, sieht der Sozialbereich nach Aussage der Leiterin der Abteilung 13 Soziales, Jugend, Familie und Frau einen wichtigen Ansatzpunkt bei den MitarbeiterInnen im Sozialbereich. Meist arbeiten Frauen im Sozialbereich unter sehr belastenden Bedingungen (Abt. 13, Interview am 5. Februar 2008). Durch entsprechende Entlohnung sowie einen adäquaten Personalstand und durch entsprechende Arbeitsverhältnisse ist für die Gesundheit dieser MitarbeiterInnen zu sorgen (Abt. 13, Interview am 5. Februar 2008). Für physisch und psychisch stark belastete MitarbeiterInnen der stationären Einrichtungen der Heim- und Anstaltspflege gibt es außerdem Gesundheitsangebote wie z.B. die Rückenschule (Büro 2. LH-Stellvertreterin G. Schaunig, Interview am 26. Februar 2008).

Die WHO beschreibt die Bedeutung der bedarfsgerecht ausgebildeten MitarbeiterInnen im Gesundheits-, aber auch im Pflegebereich, wobei sie feststellt, dass es durch die Knappheit an Pflegefachkräften zum Einsatz von nicht ausreichend qualifiziertem Personal kommt (WHO, 1999, S. 165). Darüber hinaus wird beklagt, dass die Ausbildung beinahe ausschließlich auf Krankheit und weniger auf Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention ausgerichtet ist (WHO, 1999, S. 165). Es wird daher gefordert, die Gesundheitsfachkräfte durch hochwertige Ausbildungen auf die Bereiche Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Therapie und Rehabilitation und auf das Zusammenspiel zwischen klinischer Praxis und gesundheitswissenschaftlichen Problemen vorzubereiten (WHO, 1999, S. 166). Im Bereich der Ausbildung von in der Pflege und Betreuung tätigen Personen wird in Kärnten bereits zwischen Gesundheits- und Sozialsektor kooperiert: Im Rahmen von Aufschulungslehrgängen werden PflegehelferInnen zu DGKS/P ausgebildet. Eine spezielle Ausrichtung eines Ausbildungslehrganges im Rahmen des schulautonomen Bereiches gilt der geriatrischen Pflege (Büro 2. LH-Stellvertreterin G. Schaunig, Interview am 26. Februar 2008). Der Sozialsektor wünscht sich hier mehr Zusammenarbeit im Bereich der Ausbildungen, auch eine intensivere Ausrichtung der Ausbildungen auf die geriatrische Pflege wäre wünschenswert (Büro 2. LH-Stellvertreterin G. Schaunig, Interview am 26. Februar 2008).

Weiteres Potenzial zur Zusammenarbeit für die Gesundheit kann in der Abteilung 13 Soziales, Jugend, Familie und Frau bei den organisatorisch angegliederten Servicestellen angenommen werden, deren VertreterInnen allerdings im Rahmen der Erstellung des Gesundheitsberichts nicht befragt wurden, wie z.B. die Kinder- und Jugendanwaltschaft, die Behindertenanwaltschaft oder das Referat für Frauen und Gleichbehandlung. Im Referat für Frauen und Gleichbehandlung ist beispielsweise auch das Gender Mainstreaming angesiedelt, welches als Querschnittsaufgabe im Sinne der Leitorientierung der Europäischen Kommission auf eine hinreichende Berücksichtigung der geschlechterspezifischen Belange sowie darauf ausgerichtet ist, die Unterschiede zwischen den Lebensverhältnissen, den Situationen und Bedürfnissen von Frauen und Männern systematisch in allen Aktionsfeldern zu berücksichtigen (Abt. 13, Interview am 5. Februar 2008).

Zusammenfassend:

- Der Sozialsektor soll laut WHO dazu beitragen, dass sozioökonomische Benachteiligungen ausgeglichen werden. Sozialleistungen sollen für spezifische Altersgruppen und für Familien mit niedrigem Einkommen vorgesehen werden, weiters soll Gesundheitsversorgung und Bildung kostenlos sowie Wohnen subventioniert werden. Eine weitere Aufgabe sind Leistungen im Bereich der Pflege und die Verbesserung der Gesundheit von Menschen mit Behinderung. Rahmenbedingungen zur Förderung von marginalisierten Kindern und Jugendlichen sind zu schaffen. Wichtig sind gut und bedarfsgerecht ausgebildete Personen für die Arbeit im Sozialsektor.

- In Kärnten werden Sozialleistungen vor allem zur Verbesserung der Lage von Familien geleistet. Das Kärntner Mindestsicherungsgesetz wurde als Grundlage für die Stützung von KärntnerInnen mit niedrigem Einkommen verabschiedet. Heim- und Anstaltspflege, mobile Dienste und alternative Wohnformen sollen flächendeckend ausgebaut werden, weiters wird auf die Gesundheit von MitarbeiterInnen in der Pflege und von pflegenden Angehörigen geachtet. Das Kärntner Jugendschutzgesetz dient als Grundlage für die Arbeit in der Jugendwohlfahrt, hier sind auch Sucht- und Gewaltprävention wichtige Bereiche. Die Schaffung von Möglichkeiten für ein möglichst selbstständiges, selbst bestimmtes Leben für Behinderte ist ein wichtiges Ziel in Kärnten.
- Als mögliche Bereiche für Kooperationen werden genannt:
 - Optimierung des Schnittstellenmanagements zwischen dem intra- und dem extramuralen Versorgungsbereich, z.B. durch interdisziplinäre Teams im Bereich der Pflege sowie in der Behindertenhilfe
 - Schaffung von weiteren außerstationären diagnostischen Einrichtungen im Bereich der Jugendwohlfahrt
 - Schaffung einer Einrichtung für an Anorexia nervosa erkrankte Jugendliche
 - Pilotprojekt für eine Jugenderholungsaktion für ältere Kinder und Jugendliche im Alter von 14 bis 16 Jahre
 - Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote für Menschen mit Behinderung, z.B. im Rahmen der Gesunden Gemeinden
 - Gemeinsame Veranstaltungen und Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Behindertenhilfe
 - Intensivere Ausrichtung der Pflegeausbildungen in Richtung geriatrische Pflege

6.2.9 Sektor Tourismus und Freizeit

Der Sektor Tourismus und Freizeit ist ein wichtiger und wachsender Wirtschaftsbereich, ganz besonders in Kärnten (Buchinger, Gschwandtner & Garstenauer, 2006, S. 41). Die Gestaltung dieses Sektors wirkt sich einerseits maßgeblich über die Determinanten Arbeit und Umwelt auf die Gesundheit der Bevölkerung aus und andererseits kann er aufgrund seiner Angebote und Dienstleistungen zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen oder diese auch beeinträchtigen (WHO, 1999, S. 134). Allerdings handelt es sich hierbei um eine gegenseitige Abhängigkeit. Einerseits wird durch die Sicherung von Erwerbsarbeit mit guten Arbeitsbedingungen im Tourismus die Gesundheit gefördert. Andererseits ist der Tourismus auf Arbeitskräfte sowie auf Reisende angewiesen. Eine natürliche und saubere Umwelt ist die Basis für erfolgreichen Tourismus, andererseits kann gerade der Tourismus eine Gefahr für die intakte Umwelt darstellen (WHO 1999, S. 134). Von großer Bedeutung ist allerdings auch der Freizeitbereich, der das alltägliche Leben der Bevölkerung mitbestimmt, wodurch die Gestaltung der Bedingungen in diesem Sektor einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten kann (WHO, 1986).

Hinsichtlich der Erwerbsarbeit als Gesundheitsdeterminante im Tourismus in Kärnten scheinen Frauen eine hohe gesundheitliche Belastung zu haben, auf der anderen Seite erfahren im Tourismus Beschäftigte wenig gesundheitsförderliche Unterstützung durch ArbeitgeberInnen (Buchinger, Gschwandtner & Garstenauer, 2006, S. 41). Das Kärntner Frauengesundheitsprogramm hat sich daher zum Ziel gesetzt, dass Frauengesundheiten im Tourismus einen höheren Stellenwert erhalten und dafür Maßnahmen entwickelt werden (Buchinger, Gschwandtner & Garstenauer, 2006, S. 41-44).

Touristische Angebote sollten Freizeit- und Erholungsprogramme sein, die Bewegung, persönliche Entwicklung, Bewältigungsfähigkeiten und Entspannung fördern (WHO, 1999, S. 135). Der Tourismus in Kärnten hat zwei wichtige Angebotsschienen: Radtourismus und Wandern. Die Kärnten Werbung hat dafür entsprechende Angebote, jedoch ist das tatsächliche Angebot stark von den AnbieterInnen selbst abhängig (Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler, Interview am 13. Februar 2008). Kärnten hat dafür auch bereits ein gut und sicher ausgebautes Netz von überregionalen wie auch lokalen Radwegen

(Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler, Interview am 13. Februar 2008). Vonseiten der Landwirtschaft werden in Kärnten Aufenthalte auf Gesundheitsbauernhöfen angeboten. Es gibt österreichweit genaue Kriterien (Urlaub am Bauernhof, o.D.), um sich als solcher deklarieren zu dürfen (Abt. 10L, Interview am 28. Februar 2008). Sport und entsprechende Angebote im Freizeitbereich in Kärnten sind dem Landesrat für Sport, der gleichzeitig der Gesundheitslandesrat ist, ein wichtiges Anliegen. Unterstützend für die Entwicklung von entsprechenden Bewegungsmöglichkeiten in der Freizeit wirken die Gesunden Gemeinden (Abteilung 12 Sanitätswesen) wie auch die Aktiven Gemeinden (Abteilung 3 Gemeinden) (W. Schantl, Landesrat, Interview am 6. Februar 2008).

Zusammenfassend:

- Der Wirtschaftssektor Tourismus und Freizeit ist besonders in Kärnten ein wachsender Wirtschaftsbereich, der sich laut WHO auf die Determinanten Arbeit, Umwelt und Gesundheit auswirkt. Auch der alltägliche Freizeitbereich kann einen großen Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten. Touristische und Freizeitangebote sollten Bewegung, persönliche Entwicklung, Bewältigungsfähigkeiten und Entspannung fördern.
- In Kärnten hat sich das Frauengesundheitsprogramm unter anderem die Förderung der Gesundheit von Frauen, die im Tourismus arbeiten, zum Ziel gesetzt. Wichtige touristische Angebotsschienen in Kärnten sind Radfahren und Wandern. Der Ausbau von Radwegen sowie entsprechende Sportangebote im Freizeitbereich, auch in den Gesunden Gemeinden und Aktiven Gemeinden, sollen gesundheitsfördernd auf die Bevölkerung und auf Gäste wirken.

6.2.10 Sektor Umwelt

Die natürliche Umwelt stellt eine zentrale Ressource für die Gesundheit der Bevölkerung dar. Aus diesem Grund wurde dem sozioökologischen Bereich der Gesundheit im Grundsatzdokument der Gesundheitsförderung ein eigenes Handlungsfeld mit „Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen“ gewidmet (WHO, 1986). Hierbei wird neben der sozialen Umwelt auch die ökologische Umwelt als wichtiger Bereich der Gesundheitsförderung angesprochen. Saubere Umwelt wird als Voraussetzung für Gesundheit genannt (WHO, 1999, S. 86). Somit sollte dem Schutz der natürlichen Umwelt und der Erhaltung der natürlichen Ressourcen in jeder Gesundheitsförderungsstrategie Aufmerksamkeit gewidmet werden (WHO, 1986). Natürliche Umwelt ist als lebens- und gesundheitsnotwendige Ressource für qualitativ hochwertige Lebensmittel, Luft, Wohnmöglichkeit und qualitativ hochwertiges Wasser zu betrachten. Die WHO zielt auf eine Verringerung der gesundheitsgefährdenden Schadstoffe in Wasser, Luft, Abfall und Boden ab (WHO, 1999, S. 91). Um dies zu erreichen, gelten Maßnahmen wie die „Nutzung von ressourceneffizienten Techniken, die Einführung von Umweltsteuern, die Sensibilisierung von VerbraucherInnen sowie die Unterstützung von NGOs“ (WHO, 1999, S. 86) als gute Ansatzpunkte. Die Unterstützung der Arbeit im Umweltsektor durch AkteurInnen des Gesundheitssektors kann hier einen Beitrag zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung leisten, z.B. in Form von Unterstützung der Umsetzung der Nationalen Aktionspläne für Gesundheit und Umwelt, wie es auch einen für Gesamtösterreich gibt (Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft, 2001). Darüber hinaus gibt es noch eine Vielzahl an Gesetzen in Österreich, die den Gesundheitsschutz in der Umweltgesetzgebung berücksichtigen. Ein wichtiges Instrument zur Feststellung der Auswirkungen von Vorhaben auf die Umwelt ist die Umweltverträglichkeitsprüfung, die laut einer europäischen Richtlinie zur „Strategischen Umweltprüfung“ erweitert werden soll, wodurch Gesundheit verstärkt auch ganzheitlich, nicht nur biomedizinisch berücksichtigt wird. Deren Umsetzung würde eine wichtige Entscheidungsbasis für die Politik mit sich bringen (Aschemann, 2004).

Die Abteilung 15 Umwelt ist unter anderem im Bereich der fachlichen Koordination von Umweltverträglichkeitsprüfungen (UVP) in Kärnten tätig. Sie koordiniert die verschiedenen Bereiche und Fachgebiete und stellt zum Großteil die Sachverständigen (Abt. 15, Interview am 27. Februar 2008).

Human- und Umweltmedizin stellen einen zentralen Punkt der UVP dar, wobei von der Umweltmedizin Vorgaben bezüglich der Festlegung von Grenzwerten und der Art und Häufigkeit von Immissionsmessungen gemacht werden. Die Abteilung 15 Umwelt liefert dazu die fachlichen Grundlagen (aufbauend auf Modelle) und führt immissionsseitig zum Teil das vorgeschriebene Monitoring durch (Abt. 15, Interview am 27. Februar 2008).

Wichtig für den Schutz der Umwelt ist die Berücksichtigung von Umweltfragen auch in der Raumplanung. Die Abteilung 20 Landesplanung nennt verschiedene Instrumente der Raumordnung mit dem Ziel, den Lebensraum vorausschauend zu schützen. EU-Verordnungen wie die Immissionsschutz- oder Lärmschutzverordnung bilden den Grundstock. Weiters wird von der Landesplanung die Raumverträglichkeitsprüfung als ein freiwilliges Planungsinstrument der UVP vorgeschaltet. In dieser Prüfung werden die Auswirkungen des geplanten Projekts, z.B. auf die Umwelt, aber auch räumliche, verkehrstechnische oder wirtschaftliche Auswirkungen abgeschätzt und daraufhin das Projekt bestmöglich modifiziert (Abt. 20, Interview am 13. Februar 2008). Naturschutz ist in Kärnten also als Teil der Landesplanung angesiedelt. Hier sollen wertvolle Schutzgebiete gesichert werden. In Naturschutzverfahren werden Projekte wie Wasserkraftbau, Rodungen oder Bauvorhaben usw. geprüft (Büro Landesrat U. Scheuch, Interview am 12. Februar 2008).

Die WHO fordert, dass sich das kollektive Verhalten der VerbraucherInnen und die Produktionsmethoden ändern müssen, um die Luftgüte verbessern zu können (WHO, 1999, S. 91). In Kärnten soll die Alternativenergie ausgebaut und der Einsatz von Fernwärme gesteigert werden, um die Luftsituation zu verbessern (Büro Landesrat R. Rohr, Interview am 12. Februar 2008). Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit könnte gemeinsam mit dem Gesundheitssektor verstärkt auf gesunde Mobilität in Bezug auf Nahverkehr hingewiesen werden, z.B. Radfahren oder Zufußgehen, um dadurch wiederum gewisse Umweltaspekte zu verbessern (z.B. Feinstaubbelastung in Klagenfurt) (Büro Landesrat R. Rohr, Interview am 12. Februar 2008).

Darüber hinaus sieht die WHO im Umweltbereich die Sicherstellung der Versorgung mit hygienisch einwandfreiem Trinkwasser durch die Investition in Wasserversorgungsnetze angesiedelt. Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung sind für die Gesundheit der Menschen wichtige öffentliche Dienstleistungen (WHO, 1999, S. 92). Die Gemeinden sind in Kärnten auf gesetzlicher Basis (§ 1 K-GKG, 2005) verpflichtet, in geschlossenen Siedlungsgebieten die Abwasserentsorgung sicherzustellen. In Kärnten gibt es einen Abwasserentsorgungsgrad von etwa 90 % durch die Gemeinden, das restliche Abwasser wird durch private Entsorgungsanlagen entsorgt (Abt. 18, Interview am 5. Februar 2008). Für die Versorgung mit Trinkwasser ist grundsätzlich jede/r BürgerIn in Kärnten selbst zuständig. Etwa 90 % der Bevölkerung werden aber durch Gemeindewasserversorgungsanlagen, Gemeindeverbände und einige größere Genossenschaften mit Wasser versorgt, der Rest der Bevölkerung betreibt private Einzelwasserversorgungsanlagen (Abt. 18, Interview am 5. Februar 2008). Für Kärnten gibt es ein flächendeckendes Wasserversorgungskonzept, in dem anhand des vorhandenen Wassers und des derzeitigen und zukünftigen Bedarfs für jede Gemeinde Empfehlungen für die zukünftige Sicherung des Trinkwassers erarbeitet wurden. Wichtig dafür wäre die Zusammenarbeit und großräumigeres Denken der Gemeinden, wie Wassermangelgebiete mit Wasserüberschussgebieten einen Ausgleich finden können. Als Beispiel dafür kann die Wasserverbandschiene Lavanttal oder der Wasserverband Klagenfurt – St. Veit genannt werden (Abt. 18, Interview am 5. Februar 2008). Um Trinkwasservorkommen in Kärnten langfristig für die Bevölkerung zu sichern, wurde die Stiftung „Wasser für Kärnten“ ins Leben gerufen, die Wasser zu sozial verträglichen Preisen zur Gemeindewasserversorgung sicherstellt (Abt. 18, Interview am 5. Februar 2008).

Zur Sicherstellung der Sicherheit der Trinkwasserressourcen müssen verschiedene Sektoren, z.B. Landwirtschaft und Raumplanung, zusammenarbeiten (WHO, 1999, S. 93). In Kärnten gibt es hierzu

auch eine enge Zusammenarbeit mit allen wasserrelevanten Abteilungen, insbesondere mit der Abteilung 12 Sanitätswesen, indem die Qualität des Trinkwassers nach dem Lebensmittelgesetz (§ 107 Abs. 7 LMSVG, 2006) durch die Abteilung 12 Sanitätswesen, die Quantität des Wassers durch die Abteilung 18 Wasserwirtschaft erfasst wird. Alle Daten kommen in ein gemeinsames Wasserinformationssystem (Abt. 18, Interview am 5. Februar 2008).

Für den Leiter der Abteilung 18 Wasserwirtschaft ist es sehr wichtig, in der Bevölkerung das Bewusstsein dafür zu heben, wie kostbar das natürliche Trinkwasser ist. Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Wasser ist seiner Meinung nach eine der wichtigsten gesellschaftspolitischen Aufgaben. Hier wäre eine gemeinsame Arbeit mit dem Gesundheitssektor wünschenswert (Abt. 18, Interview am 5. Februar 2008). Unter dem Projekt „Lebensraum Wasser“ werden z.B. an Fließgewässern Erlebnisräume geschaffen, die das Element Wasser allen Beteiligten näherbringen sollen (Abt. 18, Interview am 5. Februar 2008). Weiters ist es nach Aussage des Leiters der Abteilung 18 Wasserwirtschaft in Kärnten notwendig, politik- und abteilungsübergreifende Konzepte zu entwickeln und umzusetzen und so neue Zugänge zum Thema Wasser aufzugreifen (Abt. 18, Interview am 5. Februar 2008). Auch der für Wasserwirtschaft und Umwelt zuständige politische Referent erachtet eine Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssektor im Rahmen des Projektes „Lebensraum Wasser“ als sinnvoll (Büro Landesrat R. Rohr, Interview am 12. Februar 2008).

Die Lagerung von Abfall auf Deponien sollte durch Verbrennung, Kompostierung und Recycling ersetzt werden (WHO, 1999, S. 93). Ein gutes Beispiel dafür findet sich in Kärnten mit der Errichtung der Müllverbrennungsanlage Arnoldstein und der gleichzeitigen Errichtung eines Fernwärmeprojektes im Umfeld der Anlage. Indem die Haushalte an das Fernwärmesystem angeschlossen und dadurch Einzelfeuerungen ersetzt wurden, konnte die Luftgüte in Arnoldstein stark verbessert werden, was wiederum positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung hat (Abt. 15, Interview am 27. Februar 2008).

Zur Information der Bevölkerung über die Situation der Umwelt in Kärnten werden von der Abteilung 15 Umwelt gemeinsam mit der Verwaltungsakademie des Landes Kärnten UmweltberaterInnen als MultiplikatorInnen ausgebildet. Diese Personen dienen als AnsprechpartnerInnen in den Gemeinden und Abfallwirtschaftsverbänden, z.B. in über 80 Alt- und Problemstoffsammelzentren. Ziel ist, dass Information möglichst einheitlich und richtig an die Bevölkerung weitergegeben wird. Weiters werden Informationen für die Bevölkerung aktuell im Internet veröffentlicht (Abt. 15, Interview am 27. Februar 2008). Die Sammlung von Umweltdaten ist im Umweltinformationsgesetz (UIG, 2005) geregelt. Dafür gibt es in Kärnten flächendeckend Messstellen zur Auswertung von Umweltsituationen. Im Rahmen eines EU-Projektes werden Feinstaubdaten aus Klagenfurt ausgewertet, welche mit Gesundheitsdaten verknüpft werden. Die Ergebnisse sollen danach die Grundlage für die Entwicklung von Maßnahmen bilden (Büro Landesrat R. Rohr, Interview am 12. Februar 2008).

Einen starken Konnex in Richtung KonsumentInnen- und ArbeitnehmerInnenschutz sieht die Abteilung 15 Umwelt in der chemikalienrechtlichen Überwachung: Stoffbezogene Informationen werden an die ArbeitsmedizinerInnen weitergeleitet, damit diese die Belastungen / Expositionen im Rahmen der Arbeitsplatzevaluierungen abschätzen können. Außerdem werden die dem KonsumentInnenschutz dienenden Informationen auf Verpackungen von Verbrauchsgütern, die Chemikalien enthalten, routinemäßig im Einzelhandel auf Gesetzeskonformität kontrolliert (Abt. 15, Interview am 27. Februar 2008).

Die Abteilung 10F Forstwesen des Landes Kärnten bestimmt durch die Bioindikatorenbestimmung in den Bäumen die Schadstoffbelastung mit Schwefel, Fluor und Chlor und kann damit Aussagen über die Immissionsbelastungen nicht nur zeitlich, sondern auch örtlich (konzentrisch um Emittenten)

tätigen. Die Abteilung betreibt weiters zwei Luftmessstationen, deren Daten auch der Abteilung 15 Umwelt zur Verfügung stehen (Abt. 10F, Interview am 28. Februar 2008).

Allgemein könnte die Öffentlichkeit viel stärker auf gesundheitsrelevante Themen in Verbindung zur Umwelt aufmerksam gemacht werden, z.B. durch einen autofreien Tag in Klagenfurt und rund um den Wörthersee, durch Sperren von Autobahnstücken usw. (Büro Landesrat R. Rohr, Interview am 12. Februar 2008).

Zusammenfassend:

- Der Erhaltung der natürlichen Umwelt und dem Schutz der natürlichen Ressourcen müssen laut WHO in jeder Gesundheitsförderungsstrategie als Voraussetzung für qualitativ hochwertige Lebensmittel, Luft, Wohnmöglichkeit und qualitativ hochwertiges Wasser Bedeutung zugemessen werden. Ziel ist eine Verringerung von gesundheitsgefährdenden Schadstoffen in Wasser, Luft, Abfall und Boden. Ein wichtiges Instrument zur Feststellung der Auswirkungen von Vorhaben auf die Umwelt ist die Umweltverträglichkeitsprüfung bzw. Strategische Umweltprüfung. Laut WHO müssen sich das kollektive Verhalten der VerbraucherInnen und die Produktionsmethoden ändern, um die Luftgüte verbessern zu können. Eine wichtige Aufgabe ist die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit qualitativ einwandfreiem Trinkwasser und die Abwasser- und Abfallentsorgung.
- In Kärnten werden über die Abteilung 15 Umwelt Umweltverträglichkeitsprüfungen koordiniert. Zur Verbesserung der Luftsituation wird die Alternativenenergie ausgebaut und der Einsatz von Fernwärme gesteigert. Etwa 90 % der Bevölkerung in Kärnten werden durch Gemeinden und größere Genossenschaften mit Wasser versorgt, ebenso wird deren Abwasser entsorgt. Als Beispiel für die Abfallentsorgung kann in Kärnten die Müllverbrennungsanlage Arnoldstein genannt werden. Information der Bevölkerung über Umweltdaten ist ein wichtiger Bereich in Kärnten.
- Als mögliche Bereiche für Kooperationen werden genannt:
 - Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit, um auf gesunde Mobilität in Bezug auf Nahverkehr (Radfahren, Zufußgehen, autofreier Tag in Klagenfurt und rund um den Wörthersee, Sperren von Autobahnstücken) und die damit verbundenen Vorteile für die Umwelt hinzuweisen
 - Bewusstseinsbildung und Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Wasser
 - Entwicklung und Umsetzung von politik- und abteilungsübergreifenden Konzepten zum Thema Wasser
 - Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssektor im Rahmen des Projektes „Lebensraum Wasser“

6.2.11 Sektor Wirtschaft und Arbeit

Der Gesundheitszustand einer Bevölkerung hängt stark von sozioökonomischen Faktoren ab, von denen als wichtigste Einkommen, Arbeit und Beschäftigung zu nennen sind (WHO, 1999, S. 94). Es spielt aber nicht nur das Einkommen selbst, sondern auch die Einkommensverteilung in einer Gesellschaft eine Rolle: Mit größeren Einkommensunterschieden erhöht sich das Krankheitsrisiko sowie aufgrund eines geringeren sozialen Zusammenhalts zum Beispiel auch die Anzahl der Gewaltverbrechen (siehe auch Kapitel 6.2.7) (WHO, 1999, S. 95). Sowohl die Quantität als auch die Qualität von Arbeit haben Einfluss auf die Gesundheit, hingegen beeinträchtigt Arbeitslosigkeit sowohl die physische als auch die psychische Gesundheit (WHO, 1999, S. 97). Jedoch trägt der Gesundheitszustand einer Bevölkerung zum Wirtschaftswachstum einer Gesellschaft bei. Beispielsweise wurden Länder wie Australien, Dänemark, Schweden, Italien, Niederlande und einige mehr über einen Zeitraum der letzten 100-125 Jahre betrachtet und der Einfluss des Gesundheitszustands auf das Wirtschaftswachstum beobachtet. So konnte gezeigt werden, dass die Verbesserung des Gesundheitszustandes mit einer Verbesserung des Wirtschaftswachstums um 30-40 % einherging (Arora, 2001, zitiert nach Suhrcke et al., 2005, S. 62-63).

Die Einkommensverteilung soll neben dem Steuersystem durch eine Politik sichergestellt werden, die Sozialleistungen für spezifische Altersgruppen und Familien mit niedrigem Einkommen zur Verfügung stellt. Weiters sind die kostenlose Gesundheitsversorgung, kostenlose Ausbildung und subventioniertes Wohnen wichtige Leistungen (WHO, 1999, S. 96). In Kärnten gibt es hier beispielsweise die Möglichkeit der ArbeitnehmerInnenförderung. Dies ist eine Förderung zur finanziellen Unterstützung für ArbeitnehmerInnen in Kärnten und wird über die Arbeiterkammer abgewickelt (AK Kärnten, 2008). Es werden Kosten für Pendeln, Weiterbildungen für ArbeitnehmerInnen, Schaffung von Wohnraum sowie Lehrwerkstätten gefördert (Kammer für Arbeiter und Angestellte für Kärnten, 2008). Die ArbeitnehmerInnenförderung wird in Zukunft auch für freie DienstnehmerInnen zugänglich sein (Büro Landesrat U. Scheuch, Interview am 12. Februar 2008). Weiters ist es ein Ziel des politischen Referenten in Kärnten, in seinen spezifischen Bereichen die ArbeitnehmerInnenförderung – beispielsweise Weiterbildungsmaßnahmen für LehrlingsausbilderInnen – vom Einkommen zu entkoppeln, um ältere ArbeitnehmerInnen, die meist ein höheres Einkommen haben, nicht davon auszuschließen (Büro Landesrat U. Scheuch, Interview am 12. Februar 2008). Mit sozialpolitischen Leistungen werden in Kärnten Familien verstärkt gefördert, z.B. durch Gratiskindergärten am Vormittag, was wiederum für die Beschäftigung von Frauen vorteilhaft ist (J. Haider, Landeshauptmann, Interview am 26. Februar 2008).

Die WHO schlägt als eine Strategie zur Schaffung von Arbeit als eine wichtige Determinante von Gesundheit die Förderung von Schulung und Beschäftigung besonders für diejenigen vor, die in jungen Jahren unter schlechten Bedingungen leben mussten (WHO, 1999, S. 98). Die rasche Wiedereingliederung von Arbeitslosen bzw. von Arbeitslosigkeit bedrohten ArbeitnehmerInnen ist eine wichtige Aufgabe im Land Kärnten. Das Land Kärnten fungiert hier als Schnittstelle mit den Sozialpartnern wie AMS, Wirtschaftskammer, Arbeiterkammer, Industriellenvereinigung oder Gewerkschaftsbund (Büro Landesrat U. Scheuch, Interview am 12. Februar 2008). Jugendarbeitslosigkeit ist in Kärnten nur latent vorhanden, Ziel ist, dass diese von vornherein vermieden wird. Dafür gibt es, schon bevor die Jugendlichen sich für eine Berufsausbildung entscheiden, die Möglichkeit der Berufsorientierung. Dadurch soll das Bewusstsein gehoben werden, welche Berufe in welcher Region mit welchen Chancen verbunden sind. So soll auch das Image bestimmter Berufe optimiert werden (Büro Landesrat U. Scheuch, Interview am 12. Februar 2008). Für die aufgrund des demografischen Wandels steigende Zahl an älteren ArbeitnehmerInnen wurde ein Projekt gemeinsam mit dem Arbeitsmarktservice gestartet, das Maßnahmen speziell für Ältere anbietet, z.B. Mediation, Hilfestellung für ältere Arbeitslose, die psychische oder soziale Probleme haben, mit Mobbing kämpfen, die mit den Anforderungen (z.B. technische, EDV) am Arbeitsplatz nicht mehr umgehen können (Büro Landesrat U. Scheuch, Interview am 12. Februar 2008). Im Rahmen dieses Projektes soll auch eine Ombudsstelle für ältere ArbeitnehmerInnen geschaffen werden, um dort Probleme wie Mobbing, falsche oder zu hohe Anforderungen am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit im höheren Alter bearbeiten zu können (Büro Landesrat U. Scheuch, Interview am 12. Februar 2008).

Weiters wird international empfohlen, in sichere Arbeitsplätze zu investieren, um der Gesundheit und der Langzeitproduktivität zu nutzen (WHO, 1999, S. 98). Hierzu werden in den Interviews verschiedene Bemühungen genannt. Wie z.B. nach Aussage des Landeshauptmanns ein Mechatronikzentrum mit Forschungseinheit entwickelt wurde, um für die Menschen in der Region eine neue qualitätsvolle Berufstätigkeit zu schaffen (J. Haider, Landeshauptmann, Interview am 26. Februar 2008). Es gibt weiters laut Aussage des Landeshauptmannes viele Betriebsansiedelungen in Kärnten (z.B. Infineon, Magna), die qualifizierte Arbeitsplätze schaffen, sowie verschiedenste Forschungszentren. Die Anzahl der Beschäftigten lag lt. dem zuständigen politischen Referenten im Jänner 2008 in Kärnten erstmals seit 25 Jahren bei 200.000 (J. Haider, Landeshauptmann, Interview am 26. Februar 2008). Als Beitrag zur Sicherung von Arbeitsplätzen kann die Standortkoordination der Abteilung 7 Wirtschaftsrecht und Infrastruktur genannt werden. Hier kann als Beispiel für Kärnten Arnoldstein mit der neuen Müllver-

brennungsanlage genannt werden, das als Industriestandort von der Sanierung bis zur Neubesiedlung betreut wurde. Im Rahmen der Koordination wird im Vorhinein festgelegt, welcher Betriebstypus sich ansiedeln kann, danach wird Hilfestellung bei der Koordination mit den Behörden gegeben und die Umweltverträglichkeitsprüfung durchgeführt (Abt. 7, Interview am 14. Februar 2008).

Der Sektor Wirtschaft und Arbeit kann aber nicht nur durch die Gestaltung von beschäftigungsfördernden Rahmenbedingungen vor allem für Bevölkerungsgruppen mit besonderen Bedürfnissen zur Gesundheit beitragen, sondern auch durch die Gestaltung von gesundheitsfördernden Arbeitsbedingungen auf Ebene der Betriebe (Elkeles, 2003, S. 653-654) (siehe auch Kapitel 6.1). Als ein wichtiger Arbeitgeber ist das Amt der Kärntner Landesregierung zu sehen. Als gesetzliche Grundlage für betriebliche Gesundheitsförderung im Amt der Kärntner Landesregierung dient das Bedienstetenschutzgesetz (K-BSG, 2005). Die auf die Arbeitsbedingungen bezogene Gesundheitsförderung ist demnach Aufgabe der Präventivfachkräfte (§ 42 Abs. 2 K-BSG 2005). Als Präventivfachkräfte werden die Sicherheitsfachkräfte und die ArbeitsmedizinerInnen bezeichnet (§ 42 Abs. 1 K-BSG 2005). Der Bedienstetenschutz sowie Gesundheitsförderung werden im Amt der Kärntner Landesregierung von der Landesamtsdirektion im Zusammenwirken mit der Personalvertretung durchgeführt (Abt. 1, Informationsgespräch am 5. März 2008). Es sollte nach Aussage der Abteilung 7 Wirtschaftsrecht und Infrastruktur der Arbeitsmedizinische Dienst ausgedehnt werden. Zum einen benötigen die MitarbeiterInnen des Amtes der Kärntner Landesregierung eine Anlaufstelle ähnlich einem/einer Betriebsarzt/ärztin, weiters wird der Bedarf für die Einrichtung einer unabhängigen Stelle für Mobbing-Opfer gesehen (Abt. 7, Interview am 14. Februar 2008).

Die Abteilung 12 Sanitätswesen des Landes Kärnten sieht ihre Verantwortung darin, Bewusstsein im Amt der Kärntner Landesregierung dafür zu schaffen, was unter umfassender betrieblicher Gesundheitsförderung zu verstehen ist (E. Oberleitner, Abteilung 12 Sanitätswesen, Information im Rahmen des Interviews mit Abt. 4 am 29. Jänner 2008). Der Wunsch nach umfassender Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die MitarbeiterInnen des Amtes der Kärntner Landesregierung und nach Verbesserung von deren Lebensqualität und der MitarbeiterInnenzufriedenheit wird von VertreterInnen mehrerer Abteilungen zum Ausdruck gebracht (Abt. 1W, Interview am 5. Februar 2008; Abt. 7, Interview am 14. Februar 2008; Buchhaltung, Interview am 14. Februar 2008; Abt. 4, Interview am 29. Jänner 2008). Ein betriebliches Gesundheitsförderungsprogramm für das Amt der Kärntner Landesregierung könnte von der Abteilung 12 Sanitätswesen fachlich-inhaltlich begleitet werden (W. Schantl, Landesrat, Interview am 6. Februar 2008). Gesundheitsförderung für die MitarbeiterInnen durchzuführen liegt jedoch aus Sicht der Leitung der Abteilung 4 Finanzen, Wirtschaft, Wohnungs- und Siedlungswesen in der Verantwortung der Abteilung 1 Landesamtsdirektion als zuständige Personalabteilung, weniger beim Gesundheitsressort (Abt. 4, Interview am 29. Jänner 2008). Die modellhafte Implementierung von umfassender betrieblicher Gesundheitsförderung in einer Abteilung des Amtes der Kärntner Landesregierung ist vonseiten des für Landesbedienstete und LandeslehrerInnen im Einvernehmen mit dem Landeshauptmann zuständigen politischen Referenten vorstellbar. Dies könnte z.B. einhergehend mit einer Leitbildentwicklung geschehen oder in einer qualitätsmanagement-zertifizierten Abteilung, in der Interesse dafür besteht (Büro Landesrat R. Rohr, Interview am 12. Februar 2008).

Auch der Ausbau von gesundheitsfördernden Maßnahmen, ausgehend von der Abteilung 12 Sanitätswesen, für die etwa 7.000 Gemeindebediensteten, würde von der Abteilung 3 Gemeinden begrüßt und unterstützt werden. Dies könnte unter dem Titel „Gesunde GemeindemitarbeiterInnen“ mit Fokus auf gesunde Verhältnisse geschehen (Abt. 3, Interview am 27. Februar 2008).

Auch die Gesundheitsdienste zählen in jedem Land zu den größten Arbeitgebern und verbrauchen einen großen Teil der wirtschaftlichen Ressourcen (WHO, 1999, S. 139). Der Gesundheitssektor selbst ist ein schlechtes Beispiel für ein gesundheitsförderndes Arbeitsumfeld. Das Krankheitsrisiko ist für schlechter bezahlte Pflege- und Hilfsdienste um ein Vielfaches höher als für z.B. ÄrztInnen (WHO, 1999, S. 97). Hier zeigt sich auch wieder ein Geschlechtsunterschied, da helfende Berufe mit wenig

Sozialprestige und niedriger Bezahlung meist von Frauen ausgeübt werden (Liegl, 2004, S. 197). Die ständige Verbesserung der Arbeitsbedingungen der in Kärnten im Gesundheitssektor Beschäftigten ist als Ziel im Regierungsprogramm verankert (Regierungsprogramm von FPÖ und SPÖ für die 29. Gesetzgebungsperiode, 2004, S. 12). Auch der Gesundheitsreferent sieht die Verbesserung der Arbeitsbedingungen für das Personal in den Kärntner Krankenanstalten hinsichtlich betrieblicher Gesundheitsförderung als wichtige Aufgabe an und fühlt sich für verstärkte Maßnahmen hinsichtlich betrieblicher Gesundheitsförderung in Kärntner Krankenanstalten verantwortlich (W. Schantl, Landesrat, Interview am 6. Februar 2008). Aus Sicht des Leiters der Abteilung 14 Sozial- und Gesundheitsrecht, Krankenanstalten liegt jedoch die Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung in der Verantwortung des Krankenanstaltenträgers (Abt. 14, Interview am 13. Februar 2008). Das Frauengesundheitsprogramm hat zu diesem Thema ein Modellprojekt geplant, welches für im Krankenhaus beschäftigte Frauen „Frauenförderung im Krankenhaus“ betreiben soll (Buchinger, Gschwandtner & Garstenauer, 2006, S. 26).

Zusammenfassend:

- Einkommen, Arbeit und Beschäftigung sind laut WHO wichtige, den Gesundheitszustand der Bevölkerung beeinflussende, sozioökonomische Faktoren. Wichtig sind eine gerechte Einkommensverteilung und Sozialleistungen für spezifische Altersgruppen und Familien sowie die Förderung von Schulung und Beschäftigung vor allem für sozial Benachteiligte. Außerdem wird die Investition in sichere Arbeitsplätze empfohlen. Eine gesundheitsfördernde Gestaltung der Arbeitsbedingungen auf Ebene der Betriebe ist eine weitere wichtige Empfehlung.
- In Kärnten wird durch die ArbeitnehmerInnenförderung und durch familienstärkende sozialpolitische Leistungen auf gerechte Einkommensverteilung geachtet. Qualifizierte Arbeitsplätze werden durch Betriebsansiedelungen und Einrichtung von Forschungseinrichtungen sowie durch die Standortkoordination der Abteilung 7 Wirtschaftsrecht und Infrastruktur geschaffen.
- Als mögliche Bereiche für Kooperationen werden genannt:
 - Ausdehnung des Arbeitsmedizinischen Dienstes im Amt der Kärntner Landesregierung und Einrichtung einer Anlaufstelle ähnlich einem/einer Betriebsarzt/ärztin
 - Einrichtung einer unabhängigen Stelle für Mobbing-Opfer im Amt der Kärntner Landesregierung
 - Einrichtung eines umfassenden betrieblichen Gesundheitsförderungsprogramms im Amt der Kärntner Landesregierung mit fachlicher Begleitung durch das Gesundheitsressort
 - Die modellhafte Implementierung von umfassender betrieblicher Gesundheitsförderung in einer Abteilung des Amtes der Kärntner Landesregierung, z.B. einhergehend mit einer Leitbildentwicklung oder in einer qualitätsmanagement-zertifizierten Abteilung, in der Interesse dafür besteht, als ein erster Schritt
 - Ausbau von gesundheitsfördernden Maßnahmen für die etwa 7.000 Gemeindebediensteten, z.B. „Gesunde GemeindemitarbeiterInnen“ mit Fokus auf gesunde Verhältnisse

6.2.12 Sektor Wissenschaft und Forschung

Laut WHO ist Forschung notwendig, um das für eine Veränderung notwendige Wissen generieren zu können, das benötigt wird, um Grundlagen für Strategien zu einer Verbesserung der Gesundheit und Gesundheitsversorgung zu schaffen (WHO, 1999, S. 182). Ein weiteres Schlüsselement zur Wissensverbreitung sind Gesundheitsinformationssysteme, z.B. zur Vermittlung von gesundheitsbezogenen Daten, aber auch zur Informationsvermittlung an VerbraucherInnen (WHO, 1999, S. 183-184).

Es sollten nicht nur diverse Gesundheitsindikatoren, sondern auch Indikatoren für strukturelle, umweltbezogene, verhaltensrelevante und soziale Determinanten entwickelt werden (WHO, 1999, S. 185). Hier gibt es in Kärnten vor allem im Umweltsektor Daten und Datenbanken. So gibt es aus dem

Umweltinformationsgesetz (UIG, 2005) die Verpflichtung zur flächendeckenden Sammlung von Daten aus Messstellen und deren Auswertung bzgl. Umweltsituationen. Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssektor gibt es z.B. in Bezug auf Feinstaub (Büro Landesrat R. Rohr, Interview am 12. Februar 2008). Eine weitere Verzahnung mit gesundheitsbezogenen Daten erfolgt über die Untersuchung der Trinkwasserqualitätskontrollen der Trinkwasserversorger im Rahmen des Lebensmittelgesetzes (LMSVG, 2006) (Abt. 15, Interview am 27. Februar 2008). Weiters besteht auch eine geologische Datenbank, anhand der kritische Bereiche für Naturgefahren erkennbar werden (Abt. 15, Interview am 27. Februar 2008). Die Abteilung 15 Umwelt ist verpflichtet, diese Daten in Form eines Umweltberichts auszuwerten und zu veröffentlichen. Informationen die Umwelt betreffend werden regelmäßig für die Öffentlichkeit auf der Homepage zur Verfügung gestellt (Abt. 15, Interview am 27. Februar 2008).

Über die umweltbezogenen Daten, die in der Abteilung 15 Umwelt gesammelt werden, hinaus gibt es den InterviewpartnerInnen zufolge noch andere umwelt- und damit in weiterer Folge gesundheitsbezogene Datensammlungen. Das Wasserinformationssystem speist sich aus quantitativen Daten, die von der Abteilung 18 Wasserwirtschaft eingebracht werden, sowie aus Daten bezüglich der Qualität des Wassers von der Abteilung 12 Sanitätswesen (Abt. 18, Interview am 5. Februar 2008). Anhand der Bioindikatorenbestimmung kann laut Aussage der Abteilung 10F Forstwesen der Einfluss der Schadstoffe durch Schadstoffemittenten nach Ort und Zeit gemessen werden. Wenn sich z.B. Gewerbebetriebe ansiedeln, schreibt die Abteilung 10F Forstwesen bei Bedarf die Erstellung eines Bioindikatorennetzes vor und bespricht sich in dem Fall mit dem Gesundheitswesen über die notwendigen zu messenden Indikatoren (Abt. 10F, Interview am 28. Februar 2008). Vonseiten der Abteilung 10V Veterinärwesen wird Grundlagenforschung über Mückenpopulationen und von dort ausgehende neue Krankheiten für Tier und Mensch in Kärnten betrieben. Die Daten können sowohl vonseiten der Tier- als auch vonseiten der Humanmedizin ausgewertet werden (Abt. 10V, Interview am 12. Februar 2008).

Über diese eher im Bereich der Umweltmedizin angesiedelten Daten hinaus fordert die WHO auch das regelmäßige Monitoring von gesundheitsbezogenen Daten unter Miteinbeziehung der Determinanten von Gesundheit (WHO, 1999, S. 186). In diesem Bericht wird versucht diesem Ansatz nachzukommen, indem in allen Kapiteln die Determinanten mitberücksichtigt wurden. Auch das Kärntner Frauengesundheitsprogramm kann in diesem Zusammenhang als Beispiel genannt werden. Es hat als ein Ziel, die vorliegenden Lücken in frauenspezifischen Gesundheitsdaten zu schließen sowie eine notwendige frauen- und geschlechtsspezifische Forschung in Kärnten zu initiieren (Buchinger, Gschwandtner & Garstauer, 2006, S. 27).

Darüber hinaus wurde von InterviewpartnerInnen gesundheitsdeterminanten-orientierte Forschung und Entwicklung als wichtig angesprochen. So ist es ein Anliegen der Abteilung 20 Landesplanung, neue Konzepte hinsichtlich des demografischen Wandels gemeinsam mit anderen Sektoren zu entwickeln (siehe auch Kap. 6.2.4) (Abt. 20, Interview am 13. Februar 2008). Auch im Bereich des Hochbaus und im Verkehrsbereich wird ein Bedarf an sektorenübergreifender Forschung zu zukünftigen Entwicklungen hinsichtlich des demografischen Wandels gesehen (siehe Kapitel 6.2.4) (Abt. 7, Interview am 14. Februar 2008).

Da das Gesundheitssystem einen großen Teil des Bruttosozialprodukts beansprucht sowie viele ArbeitnehmerInnen in einem Land beschäftigt, ist es notwendig, die Wirksamkeit von bestehenden, aber auch von neuen alternativen Maßnahmen zu erforschen. Daher sollte jede Reform und jede (vor allem neue) Maßnahme im Gesundheitssystem mit einer Evaluation einhergehen (WHO, 1999, S. 185). Weiters ist es notwendig, die Vernetzung zwischen Forschung und Politik zu fördern. Es sollte auch die internationale Zusammenarbeit in der Forschung intensiviert werden (WHO, 1999, S. 185-186). In diesen Arbeitsbereichen gibt es in Kärnten wie auch in Österreich allgemein noch Entwicklungspotenzial, wobei durch die Entwicklung der Gesundheitsziele in Kärnten ein erster Schritt Richtung Messbarkeit und Verlaufsbeobachtung der Gesundheitspolitik gesetzt wird, wie dies die WHO empfiehlt (WHO, 1999, S. 201).

Die Gesundheitspolitik soll auf möglichst viel Beteiligung sowie auf möglichst informierte Entscheidungen aufbauen. EntscheidungsträgerInnen aus allen Sektoren, z.B. Gesundheits- und WirtschaftsexpertInnen, ArchitektInnen, LehrerInnen, ForscherInnen, Medien und auch die allgemeine Öffentlichkeit müssen in einer Art informiert werden, die ihr Interesse und Engagement für gesundheitliche Fragen und ihre Beteiligung daran verstärkt (WHO, 1999, S. 186). Den Medien und einer kreativen Art der Informationsvermittlung kommt hier eine besondere Bedeutung zu (WHO, 1999, S. 187).

Grundsätzlich können Wissenschaft und Forschung zum Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung in Kärnten ausgebaut werden, wie auch im Kapitel 6.2.12, welches die bereits vorhandene Kapazität in Kärnten beschreibt, gezeigt werden konnte.

Zusammenfassend:

- Laut WHO muss in Wissenschaft und Forschung, speziell in eine gesundheitsorientierte Forschungspolitik und in Gesundheitsinformationssysteme sowie in Evaluation investiert werden.
- In Kärnten gibt es vor allem im umweltmedizinischen Bereich Datenbanken und Informationssysteme. Hinsichtlich Monitoring können Umweltberichte wie auch die Gesundheitsberichte als Ausgangspunkt genannt werden. Das Frauengesundheitsprogramm nennt spezifischen Forschungsbedarf, Bedarf wird auch aus den Bereichen der Infrastruktur gemeldet.
- Wissenschaft und Forschung zum Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung müssen in Kärnten ausgebaut werden.

6.2.13 Zusammenfassung Kooperationsmöglichkeiten

Tabelle 1: Explizite Kooperationsmöglichkeiten aus Sicht der InterviewpartnerInnen

Sektor ¹	Abteilung ^{2,3}	Möglichkeiten für Zusammenarbeit
Bildung	Abteilung 6 Bildung, Arbeitsmarkt und Familienförderung	<ul style="list-style-type: none"> - Verstärktes Aufnehmen gesundheitsfördernder Inhalte in Schulmanagementkurse - Gemeinsame Erarbeitung von Leitfäden und Broschüren für den Kinderbetreuungsbereich (Büro 1. LH-Stellvertreter G. Dörfler)
	Abteilung 10L Landwirtschaft	<ul style="list-style-type: none"> - Verstärktes Aufnehmen gesundheitsfördernder Inhalte in die LehrerInnenfortbildung der landwirtschaftlichen Fachschulen
		<ul style="list-style-type: none"> - Keine expliziten Kooperationsvorschläge
Gesundheit	Abteilung 12 Sanitätswesen	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung eines multisektoralen Aktionsplans (LR W. Schantl) - Zusammenarbeit mit den Sektoren Bildung, Infrastruktur (Verkehr), Landwirtschaft, Umwelt, Soziales
	Abteilung 14 Sozial- und Gesundheitsrecht, Krankenanstalten	<ul style="list-style-type: none"> - Überführung der Erfahrung aus dem Projekt „gesund und kompetent“ in den Bildungssektor - Verstärkte Zusammenarbeit mit dem Sozialsektor
	Abteilung 7 Wirtschaftsrecht und Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung von gesundheitsförderlichen Kriterien für Bauen und Planen - Bewusstseinsbildung und Kommunikation bezüglich gesundheitsförderlicher Bewegung im Alltag (Fußwege, Radwege) (auch politisches Büro LR R. Rohr) - Zusammenarbeit mit den Gesunden Gemeinden
	Abteilung 17 Straßen- und Brückenbau	<ul style="list-style-type: none"> - Vermittlung von gesundheitsrelevanten Informationen durch die MitarbeiterInnenzeitung
Infrastruktur	Abteilung 20 Landesplanung	<ul style="list-style-type: none"> - Verstärkte Zusammenarbeit im Landesentwicklungsprogramm - Zusammenarbeit mit den Gesunden Gemeinden - Gemeinsame Konferenz zum Thema „Auswirkungen des demografischen Wandels“
	Abteilung 5 Kultur	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung eines Moduls zum Thema Gesundheit für Kids Mobil

¹ Es sind alle Sektoren genannt, wobei in den Interviews nicht für alle Sektoren explizite Kooperationsvorschläge genannt wurden.

² Es sind jene Abteilungen genannt, von denen in den Interviews explizite Kooperationsvorschläge genannt wurden. Es kommen daher nicht alle Abteilungen des Amtes der Kärntner Landesregierung in der Tabelle vor. Aussagen von politischen ReferentInnen wurden den zuständigen Abteilungen zugeordnet.

³ Zum Zeitpunkt der Interviewführung bekleideten die politischen InterviewpartnerInnen die im Bericht genannten Positionen und werden daher – auch wenn sich inzwischen die personelle Besetzung der Landesregierung verändert hat – der damaligen Funktion entsprechend zitiert.

Landwirtschaft	Abteilung 10L Landwirtschaft Abteilung 10V Veterinärwesen	<ul style="list-style-type: none"> - Erforschung des Gesundheitsförderungsbedarfs bei LandwirtInnen und Setzen von adäquaten Maßnahmen - Bewusstseinsbildung bezüglich gesunder Lebensmittel und gesunder Ernährung (LR J. Martinz) - Zusammenarbeit mit den Gesunden Schulen (Waldpädagogik, Schule auf der Alm, Schule auf dem Bauernhof) <ul style="list-style-type: none"> - Gemeinsame Weiterbildung und Vernetzung für Veterinär- und HumanmedizinerInnen - Gemeinsame Information und Bewusstseinsbildung hinsichtlich der von Tier auf Mensch übertragbaren Krankheiten
	Abteilung 11 Agrarrecht	<ul style="list-style-type: none"> -Zusammenarbeit bei der Entwicklung von für beide Sektoren relevanten Gesetzen
Recht	Abteilung 2V Verfassungsdienst	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung von Kriterien für die Begutachtung von Gesetzesentwürfen, zur Bewertung der Auswirkungen auf die Gesundheit
Soziales	Abteilung 13 Soziales, Jugend, Familie und Frau	<ul style="list-style-type: none"> - Optimierung des Schnittstellenmanagements zwischen intra- und extramuralem Versorgungsbereich (auch Büro 2. LH-Stellvertreterin G. Schaunig) - Schaffung von extramuralen Jugendwohlfahrts-Versorgungseinrichtungen und von gemeinsamen Jugendberuhigungsaktionen (Büro 2. LH-Stellvertreterin G. Schaunig) - Schaffung gesundheitsfördernder Angebote für Menschen mit Behinderung (Büro 2. LH-Stellvertreterin G. Schaunig)
Tourismus & Freizeit		<ul style="list-style-type: none"> - Keine expliziten Kooperationsvorschläge
	Abteilung 15 Umwelt	<ul style="list-style-type: none"> - Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit zum Thema gesundheits- und umweltbewusste Mobilität (Büro LR R. Rohr)
Umwelt	Abteilung 18 Wasserwirtschaft	<ul style="list-style-type: none"> - Bewusstseinsbildung und Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Wasser - Zusammenarbeit im Rahmen des Projektes „Lebensraum Wasser“ - Erarbeitung und Umsetzung eines politik- und abteilungsübergreifenden Konzepts zum Thema Wasser
Wirtschaft & Arbeit	Abteilung 1 Landesamtsdirektion Abteilung 3 Gemeinden	<ul style="list-style-type: none"> - Modellhafte Implementierung von umfassender betrieblicher Gesundheitsförderung in einer Abteilung des Amtes der Kärntner Landesregierung (LR R. Rohr) - Ausbau gesundheitsfördernder Maßnahmen für Gemeindebedienstete mit Fokus auf gesunde Verhältnisse
Wissenschaft & Forschung		<ul style="list-style-type: none"> - Keine expliziten Kooperationsvorschläge

6.2.14 Maßnahmenempfehlungen

Wie in diesem Kapitel dargestellt, hängt der Gesundheitszustand einer Bevölkerung von vielen Faktoren, die nicht vom Gesundheitssektor alleine beeinflusst werden können, ab. Daher ist es notwendig, dass andere Sektoren ihre Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung sehen und wahrnehmen. Dies wird sowohl international empfohlen (Kickbusch, McCann & Sherbon, 2008, S. 2) als auch in vielen der durchgeführten Interviews (siehe oben) bestätigt. Die Kooperation zwischen den Sektoren und die Schaffung von Win-Win-Situationen sollte daher Ziel einer gemeinsamen Arbeit sein. Der Gesundheitssektor hat durch die Vorgangsweise des vorliegenden Berichts bereits eine initiierende Rolle eingenommen, die in weiterer Folge durch Steuerung und Koordination ergänzt werden sollte. Hierfür ist die Einrichtung einer zuständigen Stelle im Gesundheitsressort, basierend auf bestehenden Strukturen, erforderlich. Die gemeinsame, unter Beteiligung der betroffenen Abteilungen erfolgende Entwicklung eines Aktionsplans, in dem sich alle Sektoren wiederfinden, sollte die Umsetzung gemeinsamer Maßnahmen koordiniert ermöglichen (Auer, Wieseneder & Grasser, 2008, S. 1). Dieser Aktionsplan kann entweder nach priorisierten Gesundheitsproblemen (z.B. Verbesserung des Bewegungsverhaltens) oder nach priorisierten Sektoren (z.B. Raumplanung) ausgerichtet werden, wobei die Priorisierung basierend auf anerkannten (Public Health-)Kriterien (siehe beispielsweise Vilnius & Dandoy, 1990) erfolgen sollte (Auer, Wieseneder & Grasser, 2008, S.1). Dieser Aktionsplan sollte sowohl Maßnahmenpriorisierungen als auch die Festlegung von personellen (z.B. definierte AnsprechpartnerInnen) und materiellen Ressourcen beinhalten sowie an einen Zeitplan gebunden sein. Weiters sollte dieser Aktionsplan mit den in Kärnten in Entwicklung befindlichen Gesundheitszielen abgestimmt sein und von möglichst breiter politischer Unterstützung bzw. von einem politischen Auftrag (z.B. Regierungs- und Landtagsbeschluss) getragen werden. Bereits bestehende Strukturen und Expertisen (z.B. Frauengesundheitszentrum, Gebietskrankenkasse, Gesundheitsland Kärnten) sollten in den Aktionsplan eingebunden werden. Die Vielzahl der bereits bestehenden Projekte innerhalb der und zwischen den einzelnen Abteilungen und Sektoren sollte innerhalb des Aktionsplans gebündelt und koordiniert werden. Die Entwicklung und Umsetzung des Aktionsplans sollte von umfassenden Evaluationsaktivitäten hinsichtlich der Wirkung von intersektoralen Maßnahmen im Sinne von Public Health begleitet werden, wodurch die Zielerreichung bewertet und das Wissen über die hinderlichen und förderlichen Faktoren der Umsetzung erweitert werden sollte.

Literatur

AK Kärnten. (2008). Arbeitnehmerförderung des Landes. Download vom 26. Mai 2008, von <http://kaernten.arbeiterkammer.at/www-1006-IP-32665.html>

Amt der Kärntner Landesregierung. (o.D.a). Lebensmittelaufsicht. Download vom 4. Juli 2008, von http://www.verwaltung.ktn.gv.at/cgi-bin/evoweb.dll/cms/akl/13569_DE-Organisation-Lebensmittelaufsicht.65A4B8A468431a24ad58b26e59c1bc2dc72117a

Amt der Kärntner Landesregierung. (o.D.b). Verwaltungsportal Kärntner Gemeinden. Download vom 16. April 2008, von http://www.verwaltung.ktn.gv.at/425_DE.61C71B3132224830

Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen. (2006). Kärntner Suchtplan 2006-2010. Klagenfurt: Amt der Kärntner Landesregierung.

Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 13 Soziales, Jugend, Familie und Frau. (o.J). Gegen Armut. Für das Leben: Die Mindestsicherung beruhigt! Klagenfurt: Amt der Kärntner Landesregierung.

Amt der Kärntner Landesregierung. (2006). Kinder und Jugend. Gesundheitsbericht Kärnten. Klagenfurt: Amt der Kärntner Landesregierung.

Aschemann, R. (2004). Gesundheitsverträglichkeit – Ein Instrument zur Abschätzung der Gesundheitsauswirkungen von Projekten, Plänen und Programmen. Graz: Österreichisches Institut für die Entwicklung der Umweltfolgenabschätzung. (Unveröffentlicht.)

Auer, M., Wieseneder, E. & Grasser, G. (2008). Ergebnisprotokoll des ExpertInnenworkshops. 4. Juni 2008. Klagenfurt: Hotel Sandwirth.

Barton H. (2003). Introduction. In: Barton, H., Mitcham, C. & Tsourou, C. (Hrsg.). (2003). Healthy urban planning in practice: experience of European cities. Report of the WHO City Action Group on Healthy Urban Planning. S. 7-10. Copenhagen: WHO European Regional Office.

Barton, H., Mitcham, C. & Tsourou, C. (Hrsg.). (2003). Healthy urban planning in practice: experience of European cities. Report of the WHO City Action Group on Healthy Urban Planning. Copenhagen: WHO European Regional Office.

Betriebliche Gesundheitsförderung. (o.D.). Österreichisches Netzwerk. Download vom 15. April 2008, von http://www.netzwerk-bgf.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl>window=bgfportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=64776&p_tabid=2

BFI. (2008). Am BFI Kärnten startet österreichweit einzigartiger Lehrgang für Führungskräfte in der Kinderbetreuung. Download vom 04. Juli 2008, von http://www2.bfi-kaernten.or.at/bfiktn/index.php?id=86&backPID=86&begin_at=35&tt_news=100

Bodenhöfer, H.-J., Klinglmair, A., Klinglmaier, R., Michael, A., Koboltschnig, R.G., Rodiga-Laßnig, K. et al. (2007). Wirtschaftsbericht 2006. Endbericht. Klagenfurt: Institut für Höhere Studien Kärnten, im Auftrag des Landes Kärnten.

Bodenhöfer, H.J., Klinglmair, R., Koboltschnig, R.G. & Michael, A. (2007). Bildung, Beschäftigung, Arbeitsmarkt. Die Situation der Frauen in Kärnten. Endbericht. Klagenfurt: IHS Kärnten.

Breucker, G. & Schröer, A. (2000). Chapter Nine. Settings 1. In: International Union for Health Promotion and Education. 2nd edition. The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. S. 98-109. Brussels: o.V.

Brunner, E., Alexandrowicz, R. & Mayring, P. (2004). Geschlechtsspezifische Disparitäten aus der Sicht der Frauen. In: Referat für Frauen und Gleichbehandlung (Hrsg.). Kärntner Genderstudie. Geschlechterverhältnisse und Geschlechtstypische Disparitäten. S. 33-58. Klagenfurt: Amt der Kärntner Landesregierung.

Buchinger, B., Gschwandtner, U. & Garstenauer, U. (2006). Kärntner Frauen Gesundheitsprogramm. Villach, Salzburg: Frauengesundheitszentrum Kärnten GmbH.

Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft. (2001). Österreichischer Umwelt- und Gesundheitsaktionsplan. Wien.

Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten. (1997). Grundsatzterlass Gesundheitserziehung. GZ 27.909/115-V/3/96 vom 4. März 1997. Rundschreiben Nr. 7/1997. Wien: Bundesmi-

nisterium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten.

Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur. (o.D.). Unsere Schulärztin, unser Schularzt. Download vom 15. April 2008, von http://www.schule.at/dl/sa_folder_2007.pdf

BZgA. (06.02.2008). Sicher und gesund in der Kita – Sigiki. Download vom 15. April 2008, von <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>

BZgA. (13.08.2007). Die Expedition. Download vom 15. April 2008, von <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>

BZgA. (2008). Soziale Stadt – Berliner Viertel. Download vom 20. Mai 2008, von <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=6e26737e4321c3a0e176c17b3763688e&id=suche&ssub=2&nr=1>

BZgA. (23.07.2007). Schulhof – Um- und Neugestaltung einer Freiluftklasse. Download vom 15. April 2008, von <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1992). Policies and strategies to promote equity in health. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.

Damyanovic, D. (Hrsg.). (2005). Frauen und Männer unterwegs. Ein Leitfaden zur Umsetzung von Gender Mainstreaming in der Wegenetzplanung in Gemeinden am Beispiel der Stadtgemeinde Hermagor-Pressegger See. Wien, Klagenfurt, Hermagor: Im Auftrag des Amtes der Kärntner Landesregierung, Abteilung 20 Landesplanung, Überörtliche Raumplanung und Abteilung 13 Referat für Frauen und Gleichbehandlung.

Das Land Kärnten. (o.D.). LR Ing. Reinhart Rohr. Ziele. Download vom 12. Mai 2008, von <http://www.ktn.gv.at/?siid=150>

DETERMINE. (01.01.2007a). Club for teenagers „Hops“. Download vom 17. April 2008, von <http://www.health-inequalities.org/?uid=d865bfd3aabb799cf921ccea16ab84&id=search1&land=11&idx=69&x=detail>

DETERMINE. (01.01.2007b). Springboard Family Support. Download vom 17. April 2008, von <http://www.health-inequalities.org/?uid=22e930d08c4596180dc9a31b91bf6585&id=search1&land=12&idx=76&x=detail>

DETERMINE. (01.01.2007c). Pembrokeshire SHARP Project. Download vom 16. April 2008, von <http://www.health-inequalities.org/?uid=34c863bc8605a9a6d660878f73a179be&id=search1&land=22&idx=100&x=detail>

Deutmeyer, M. (2004). Gesundheitsversorgung, soziale Situationen und (subjektive) Vorstellungen von Gesundheit. In: Referat für Frauen und Gleichbehandlung (Hrsg.). Kärntner Genderstudie. Geschlechterverhältnisse und Geschlechtstypische Disparitäten. (S. 99-136). Klagenfurt: Amt der Kärntner Landesregierung.

Eder, C. (2006). Planungsbroschüre Barrierefreies Bauen 2006. 2. Auflage. Klagenfurt: Abteilung 7 Wirtschaftsrecht und Infrastruktur, Unterabteilung Landeshochbau, erstellt im Auftrag des Hochbaureferates des Landes Kärnten.

Elkeles, T. (2003). Arbeitende und Arbeitslose. In: F. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe & J. Sieg-

rist (eds.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. S. 653-660. München, Jena: Urban & Fischer.

ENHPS. (01.04.2006). European Network of Helthpromoting Schools. Download vom 17. April 2008, von <http://www.euro.who.int/ENHPS>

ENWHP. (o.D.). Introduction and Background of the ENWHP. Download vom 15. April 2008, von <http://www.enwhp.org/index.php?id=5>

Erläuterungen zum Landesvoranschlag 2008. (2008). Download vom 26. Jänner 2008, von http://www.verwaltung.ktn.gv.at/34179_DE-Budget-Erlaeuterungen-nach-Gruppen-.pdf

Fonds Gesundes Österreich. (19.08.2005). Verhaltensprävention und Verhältnisprävention. Download vom 15. April 2008, von <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/verhaltenspraevention-und-verhaeltnispraevention>

Frauenförderungsprogramm. (o.D.). Download vom 3. Februar 2008, von http://media.ktn.gv.at/ppm_3dak_ktnrvat/~M12/12224.3dak.pdf

Gesundheit und Miteinander ins Viertel! (2004). Kultur, Beratung und Information für Frauen mit und ohne Behinderung. Stuttgart: Stabsstelle für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern der Landeshauptstadt Stuttgart. Download vom 18. Mai 2008, von <http://www.bw.igm.de/region/stuttgart/OFA/downloads/Flyer.pdf>

Gesundheitsland Kärnten. (2006). Download vom 26. Mai 2008, von <http://www.gesundheitsland.at/>

Gesundheitsland Kärnten. (2006a). Angebote. Download vom 09. Mai 2008, von <http://www.gesundheitsland.at/default.aspx?pagetype=main&Slid=69&a=1>

Gesundheitsland Kärnten. (2006b). Angebote für Kindergärten. Download vom 15. April 2008, von <http://www.gesundheitsland.at/default.aspx?pagetype=main&Slid=55&a=1>

Gesundheitsland Kärnten. (2006c). Angebote für Schulen. Download vom 15. April 2008, von <http://www.gesundheitsland.at/default.aspx?pagetype=main&Slid=56&a=1>

Gesundheitsland Kärnten. (2006d). Betriebliche Gesundheitsförderung. Download vom 15. April 2008, von <http://www.gesundheitsland.at/default.aspx?pagetype=main&Slid=21&a=1>

Gesundheitsland Kärnten. (2006e). Gesunde Schule. Download vom 15. Mai 2008, von <http://www.gesundheitsland.at/default.aspx?pagetype=main&Slid=19&a=1>

Gesundheitsland Kärnten. (2006f). Gesunder Betrieb in der „Gesunden Gemeinde“ Spittal. Download vom 15. April 2008, von <http://www.gesundheitsland.at/default.aspx?pagetype=detail&ARid=480&Slid=32&a=1>

Gesundheitsland Kärnten. (2006g). Gesunder Kindergarten. Download vom 15. Mai 2008, von <http://www.gesundheitsland.at/default.aspx?pagetype=main&Slid=20&a=1>

GIVE Datenbank. (o.D.a). Gesund und sicher leben. Download vom 08. Mai 2008, von http://www.give.or.at/db/g_projekte_detail.asp?Index=591

GIVE Datenbank. (o.D.b). Haut-Nah. Download vom 15. April 2008, von http://www.give.or.at/db/g_projekte_detail.asp?Index=483

GIVE Datenbank. (o.D.c). Sich in der Schule wohlfühlen. Download vom 15. April 2008, von http://www.give.or.at/db/g_projekte_detail.asp?Index=594

guk – das Projekt. (o.D.). Download vom 15. Mai 2008, von http://www.verwaltung.ktn.gv.at/29244_DE-GuK%2dBerufe.pdf

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2005). Gesundheitsbericht 2005 der sozialen Krankenversicherung. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

K-AGO. (2007). Kärntner Allgemeine Gemeindeordnung 1998 idF. LGBl. Nr. 45/2007.

Kammer für Arbeiter und Angestellte für Kärnten. (2008). Arbeitnehmerförderung des Landes Kärnten 2008. Klagenfurt. Download vom 26. Mai 2008, von http://kaernten.arbeiterkammer.at/pictures/d50/ANF_2008.pdf

Kärntner Almwirtschaftsverein. (o.D.). Schule auf der Alm. Broschüre. Weißenstein.

Kärntner Gebietskrankenkasse. (2006b). Betriebliche Gesundheitsförderung: Was steckt dahinter? Download vom 15. April 2008, von http://www.kgkk.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl>window=kgkkportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=4704&p_tabid=3

Kärntner Gebietskrankenkasse. (2007). Gesundes Kärnten. Informationen der Kärntner Gebietskrankenkasse. Heft 1/2007. Klagenfurt: Kärntner Gebietskrankenkasse.

Kärntner Gebietskrankenkasse. (o.D.a). Angebot. Download vom 15. April 2008, von http://www.kgkk.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl>window=kgkkportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=59408&p_tabid=3

Kärntner Gebietskrankenkasse. (o.D.b). Projekt Gesundheitsförderung. Download vom 15.04.2008, von <http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/124181.PDF>

Kärntner Gebietskrankenkasse. (o.D.c). Servicestelle Schule. Download vom 15. April 2008, von http://www.kgkk.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl>window=kgkkportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=58995&p_tabid=3

K-AWFG. (2006). Kärntner Arbeitnehmer- und Weiterbildungsförderungsgesetz 1984 idF. LGBl. Nr. 59/2006.

K-BO. (2004). Kärntner Bauordnung 1996 idF. LGBl. Nr. 22/2004 (VfGH).

K-BSG. (2005). Gesetz über die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der in den Dienststellen des Landes, der Gemeinden und Gemeindeverbände beschäftigten Bediensteten 2005 idF. LGBl. Nr. 81/2005.

K-BuG. (2003). Gesetz vom 14. Juni 1984 über den Ausschank von selbst erzeugtem Obstmost 1984 idF. LGBl. Nr. 33/2003.

Kemm, J. (2006). Health impact assessment and Health in All Policies. In: T. Stahl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen & K. Leppo (Hrsg.). Health in All Policies. Prospects and potentials. S. 189-207. Finland: Ministry of Social Affairs and Health.

K-FG. (2000). Gesetz vom 12. Juli, betreffend die Fischerei im Land Kärnten 2000 idF. LGBl. Nr. 62/2000.

K-GKG. (2005). Kärntner Gemeindekanalisationsgesetz 1999 idF. LGBl. Nr. 12/2005.

K-GtVG. (2005). Gesetz über die Regelung von Maßnahmen der Gentechnik-Vorsorge 2005 idF. LGBl. Nr. 5/2005.

Kickbusch, I. (2003). Gesundheitsförderung. In: F. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe & J. Siegrist (eds.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. S. 181-189. München, Jena: Urban & Fischer.

Kickbusch, I., McCann, W. & Sherbon, T. (2008). Adelaide revisited: from healthy public policy to Health in All Policies. Health Promotion International, 23(1), S. 1-4.

Kinderparlament. (o.D.). Download vom 10. Mai 2008, von <http://www.kinderparlament.at/homestart/>

K-JG. (2008). Kärntner Jagdgesetz 2000 idF. LGBl. Nr. 15/2008.

K-JSG. (2007). Gesetz vom 6. November 1997 über den Schutz der Jugend (Kärntner Jugendschutzgesetz) 1998 idF. LGBl. Nr. 54/2007.

K-KPSG. (2001). Kulturpflanzenschutzgesetz 2001 idF. LGBl. Nr. 53/2001.

K-LBGB. (2001). Kärntner Landesgleichbehandlungsgesetz 1994 idF. LGBl. Nr. 62/2001.

K-MSG. (2007). Kärntner Mindestsicherungsgesetz 2006 idF. LGBl. Nr. 15/2007.

Kuhlmei, A. (2003). Pflegerische Versorgung. In: F. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe & J. Siegrist (eds.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. S. 297-303. München, Jena: Urban & Fischer.

K-WG. (2005). Gesetz vom 23. November 2005 über die Maßnahmen auf dem Gebiet des Weinbaues 2005 idF. LGBl. Nr. 9/2006.

Land Kärnten. (2005). LR Martinz: Bio-Bauern sind das Flaggschiff der Landwirtschaft. Download vom 19. Mai 2008, von <http://www.ktn.gv.at/?siid=39&arid=1656>

Land Oberösterreich. (o.D.a). Gender Budgeting. Allgemeines, Begriff und Ziel. Download vom 16. Mai 2008, von http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/SID-063A781C-DEA6B53F/ooe/hs.xsl/36706_DEU_HTML.htm

Land Oberösterreich. (o.D.b). Projekt „Gender Budget Analyse“ in Oberösterreich. Download vom 16. Mai 2008, von http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/SID-063A781C-DEA6B53F/ooe/hs.xsl/36705_DEU_HTML.htm

Leger, St. L. & Nutbeam, D. (2000): Chapter Ten. Settings 2. In: International Union for Health Promotion and Education. 2nd edition. The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. S. 110-122. Brussels: o.V.

Liegl, E. (2004). Nachwort im Auftrag des Referates für Frauen und Gleichbehandlung. In: Referat für Frauen und Gleichbehandlung (Hrsg.). Kärntner Genderstudie. Geschlechterverhältnisse und Geschlechtstypische Disparitäten. S. 197-212. Klagenfurt: Amt der Kärntner Landesregierung.

LMSVG. (2006). 13. Bundesgesetz über Sicherheitsanforderungen und weitere Anforderungen an Lebensmittel, Gebrauchsgegenstände und kosmetische Mittel zum Schutz der Verbraucherinnen und Verbraucher (Lebensmittelsicherheits- und Verbraucherschutzgesetz) 2006 idF. BGBl. I Nr. 13/2006.

Modellprojekt „Lust auf Leben“. (o.D.). Download vom 02. September 2008, von <http://www.fgz-karnten.at/images/modelprojektal.pdf>

Naidoo, J. & Wills, J. (2000). Health Promotion. Foundations for Practice. 2. Aufl. Edinburgh: Baillière Tindall.

ÖBIG. (2000). Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich. Bericht. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Staatssekretariat für Gesundheit.

Österreichischer Städtebund. (o.D.). Organisation – Allgemeines. Download vom 09. Mai 2008, von <http://staedtebund.wien.at/>

Pädagogische Hochschule. (o.D.). Download vom 09. Mai 2008, von <http://www.pi-klu.ac.at>

Price, C. & Tsouros, A. (Hrsg.). (1996). Our Cities, Our Future: Policies and Action Plans for Health Sustainable Development. Copenhagen: WHO.

Projekt Gesunde Schule. (o.D.). Download vom 15. April 2008, von <http://www.gesundeschule.at/das-projekt/ziele-visionen/>

Referat für Frauen und Gleichbehandlung (Hrsg.). (2004). Kärntner Genderstudie. Geschlechterverhältnisse und Geschlechtstypische Disparitäten. Klagenfurt: Amt der Kärntner Landesregierung.

Referat für Frauen und Gleichbehandlung Kärnten. (o.D.). Frauenförderfonds. Download vom 15. Mai 2008, von <http://www.frauen.ktn.gv.at/default.aspx?Slid=11&LAid=1&ARid=269>.

Regierungsprogramm von FPÖ und SPÖ für die 29. Gesetzgebungsperiode. (2004). Stark für Kärnten – offen für Europa. 2004-2009. Klagenfurt.

SchUG. (2008). Bundesgesetz über die Ordnung von Unterricht und Erziehung in den im Schulorganisationsgesetz geregelten Schulen. BGBl. Nr. 472/1986 (WV) idF BGBl. I Nr. 28/2008.

Schulorganisationsgesetz. (2008). Bundesgesetz vom 25. Juli 1962 über die Schulorganisation BGBl. Nr. 242/1962, idF BGBl. I Nr. 26/2008.

Schwartz, F., Badura, B., Leidl, R., Raspe, H. & Siegrist, J. (Hrsg.). (2003). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. München, Jena: Urban & Fischer.

Service Channel. (o.D.). „Gesunde“ Betriebe. Download vom 15. April 2008, von <http://www.servicechannel.at/?siid=3&arid=5333>

Sharp, R. & Broomhill, R. (2002). Budgeting for Equality: The Australian Experience. *Feminist Economics*, 8, 1, S. 25-47. (Abstract.)

Skiba, B. (o.D.). Verein Gesundheitsland Kärnten. Jahresbericht 1.6.2006-21.12.2006. Klagenfurt: Gesundheitsland Kärnten.

Social Exclusion Unit. (2003). Making the Connections: Final Report on Transport and Social Exclusion. Download vom 10. April 2008, von http://www.cabinetoffice.gov.uk/upload/assets/www.cabinetoffice.gov.uk/social_exclusion_task_force/publications_1997_to_2006/making_transport_2003.pdf

Sprenger, M., Pammer, C. & Püringer, U. (2005). Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategie der österreichischen Sozialversicherung 2005-2010. Konsensuspapier. Graz: Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention Josefhof der VAEB.

Stadt Wien. (o.D.). Österreichisches Gesunde Städte Netzwerk (ÖGSN). Download vom 09. Mai 2008, von <http://www.wien.gv.at/who/netzwerk.htm#ziele>.

Stahl, T. & Lahtinen, E. (2006). Towards closer intersectoral cooperation: the preparation of the Finnish national health report. In: T. Stahl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen & K. Leppo (Hrsg.). *Health in All Policies. Prospects and potentials*. S. 169-185. Finland: Ministry of Social Affairs and Health.

Stahl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. & Leppo, K. (Hrsg.). (2006). *Health in All Policies. Prospects and potentials*. Finland: Ministry of Social Affairs and Health.

Statut der Landeshauptstadt Graz. (2008). Gesetz vom 4. Juli 1967, mit dem ein Statut für die Landeshauptstadt Graz erlassen wird LGBl. Nr. 130/1967, VI. GPStLT EZ 393 Blg.Nr. 49. idF LGBl. Nr. 2/2008 (XV. GPStLT RV EZ 1571/1 AB EZ 1571/4).

Suhrcke, M., McKee, M., Sauto Arce, R., Tsovala, S. & Mortensen, J. (2005). The contribution of health to the economy in the European Union. Europäische Kommission, Health and Consumer Protection Directorate-General. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.

Sundquist, K. & Yang, M. (2007). Linking social capital and self-rated health: A multilevel analysis of 11,175 men and women in Sweden. *Health & Place*, 13, S. 324-334.

Tierkörperverwertungsverordnung. (2005). Verordnung des Landeshauptmannes vom 16. März 2005 über die Einsammlung, Abfuhr und Beseitigung von Tierkörpern und Tierkörperteilen idF. LGBl. Nr. 30/2005.

Töpfer, K. (1996). Our Cities, Our Future. In: Price, C. & Tsouros A. (Hrsg.). (1996). *Our Cities, Our Future: Policies and Action Plans for Health Sustainable Development*. S. 1-4. Copenhagen: WHO.

UIG. (2005). Bundesgesetz über den Zugang zu Informationen über die Umwelt (Umweltinformationsgesetz) 1993 idF. BGBl. I Nr. 6/2005.

Urlaub am Bauernhof. (o.D.). Urlaub am Gesundheitsbauernhof. Download vom 19. Mai 2008, von <http://www.farmholidays.com/bundesverband/urlaubsthemen/gesundheit.html>

Verantwortung zeigen 2007. (2007). Good Practice. BKS Bank AG. Download vom 15. April 2008, von http://www.verantwortung-zeigen.at/fileadmin/templates/vz/download/ubgp/bks_durchdiebankgesund.pdf

Verein pro mente jugend. (2006). Projekt Gehsteig. Modellprojekt der setting-orientierten Gesundheitsförderung im außerschulischen Bereich – städtischer Lebensraum. Abschlussbericht. November 2006.

Vilnius, D. & Dandoy, S. (1990). A priority rating system for Public Health programs. *Public Health Reports*, 105/5, S. 463-470.

WHO European Centre for Environment and Health (Rome Division). (1999). Children´s health and the environment. EUR/ICP/EHCO 02 02 05/16.

WHO. (1986). Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. Download vom 17. Mai 2008, von http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German

WHO. (1997). City planning for health and sustainable development. *European Sustainable Development and Health Series: 2*. o.O.: World Health Organisation.

WHO. (1999). Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 6. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.

WHO. (1999a). Health Impact Assessment. Main concepts and suggested approach. Gothenburg Consensus Paper, December, 1999 Brüssel: WHO Regionalbüro für Europa, European Centre for Health Policy.

WHO. (2002). Active Ageing. A policy framework. Genf: WHO Noncommunicable disease prevention and Health Promotion. Ageing and Lifecourse.

WHO. (2003). Phase IV (2003-2008) of the WHO Healthy Cities Network in Europe: Goals and Requirements. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO. (2004). Global Strategy on diet, physical activity and health. o.O.: WHO.

WHO. (2005). European strategy for child and adolescent health and development. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Wilkinson, R. & Marmot, M. (2004). Soziale Determinanten von Gesundheit: die Fakten. Copenhagen: WHO European Region.

Wilkinson, R.G. (2001). *Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und Gesundheit*. Wien: Springer.

Wismar, M., Lahtinen, E., Stahl, T., Ollila, E. & Leppo, K. (2006). Introduction. In: T. Stahl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen & K. Leppo (Hrsg.). *Health in All Policies. Prospects and potentials*. S. xvii-xxx. Finland: Ministry of Social Affairs and Health.

World Health Assembly (2007). Worker´s health: global plan of action. WH60.26.

AUFBAU VON KAPAZITÄT FÜR GESUNDHEIT

AUFBAU VON KAPAZITÄT FÜR GESUNDHEIT

Der Aufbau und die Ausweitung von Gesundheitskompetenzen und -kapazität („capacity building“) sind die Voraussetzungen für eine nachhaltige Gesundheitsentwicklung der Bevölkerung. Der Aufbau von Kapazität kann an drei verschiedenen Ebenen ansetzen (Smith, Tang & Nutbeam, 2006, S. 2):

- 1) Verbesserung des Wissens und der Fähigkeiten von PraktikerInnen (Ausbildungs- und Wissenskapazität in Kärnten werden in diesem Kapitel dargestellt.)
- 2) Ausweitung der Unterstützung und Infrastruktur für Gesundheitsförderung in Organisationen (Die Infrastruktur für Gesundheitsförderung wird für die Settings im Kapitel 6.1 und für die problemorientierte Gesundheitsförderung im Kapitel 5 dargestellt.)
- 3) Entwicklung von Kohäsionen und Partnerschaften für Gesundheit in Gemeinschaften (Vor allem im Kapitel 6.2 wird über Kooperationspotenziale für Gesundheit in Kärnten berichtet.)

Als Informationsbasis für den koordinierten Auf- und Ausbau von Kapazität soll im Gesundheitsbericht ein Einblick in die aktuelle Situation in Kärnten gegeben werden (Mittelmark et. al, 2005, S. 1).

Zentrale Werkzeuge und Ressourcen für wirksame und wissensbasierte Gesundheitspraxis sind u.a. gesundheitswissenschaftlich ausgebildetes Personal sowie Forschungskapazität und -produktivität (Mittelmark et al, 2005, S. 33), da gerade diese Ressourcen als notwendig für die Umsetzung von evidenzbasierten Maßnahmen sowie für die Umsetzung der Theorie in die Praxis gesehen werden (Noack, 1999, S. 26).

7.1 Qualifizierung von Fachkräften für gesundheitliche Aufgaben

7.1.1 Bedeutung der Ausbildung für die Gesundheit der KärntnerInnen

Als Schlüssel für den Aufbau von Kapazität wird die Ausbildung von Fachkräften gesehen. Für die Umsetzung von wirksamen und wissensbasierten Maßnahmen und Konzepten reicht allein die Verfügungsstellung von finanziellen Ressourcen oder die Verfügungsstellung von Wissen, was wie wirkt, nicht aus. Um den aktuellen Herausforderungen in der Umsetzung gewachsen zu sein, bedarf es ausreichend qualifizierten Personals mit einer gesundheitswissenschaftlichen Ausbildung; daher ist genügend Ausbildungskapazität für gesundheitswissenschaftliche Diplomstudiengänge zu gewährleisten (WHO, 1999, S. 166-170).

Im Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ fordert die WHO im Ziel 18 die „Qualifizierung von Fachkräften für gesundheitliche Aufgaben“ (WHO, 1999, S. 166). Es sollen Gesundheitsfachkräfte in den Bereichen Gesundheitsförderung, primäre Prävention und Qualität im Gesundheitswesen geschult werden. Darüber hinaus bedarf es der Ausbildung von „Public Health-ManagerInnen“, welche Fähigkeiten aus den verschiedensten Disziplinen (vor allem der Epidemiologie) besitzen, um somit zur Lösung von bevölkerungsbezogenen Gesundheitsproblemen beizutragen (WHO, 1999, S. 170). Aus diesem Grund wird im vorliegenden Bericht über die Integration von gesundheitswissenschaftlicher Lehre in die bestehenden Ausbildungen in den Gesundheitsberufen sowie über existierende Diplomstudiengänge für Gesundheitswissenschaften berichtet.

Basierend auf dem Konzept des lebenslangen Lernens, das die Spezialisierung in Gesundheitsfragen als Entwicklung in mehreren Phasen beschreibt, wird auch die einschlägige berufliche Fachbildung als Teil der Reorganisation der Ausbildung der Gesundheitsberufe gesehen (Göpel, 2006, S. 168).

Aufgrund dessen wird im vorliegenden Bericht auch über weiterführende Schulen im sekundären Bildungssektor mit Gesundheitsschwerpunkt berichtet.

7.1.2 Ausbildung in Kärnten

Basierend auf den dargestellten Notwendigkeiten von ausreichender Ausbildungskapazität leiten sich drei Teilgebiete ab, die im Rahmen des Kärntner Gesundheitsberichtes analysiert werden, um darauf aufbauend Empfehlungen für den Aufbau von weiteren Kapazitäten zu geben:

- 1) Integration von gesundheitswissenschaftlicher Lehre in die Ausbildung der Gesundheitsberufe (d.h. medizinisch-technische Dienste, Krankenpflege und Hebammen)
- 2) Ausbildungen mit Gesundheitsschwerpunkt im sekundären Sektor
- 3) Diplomstudiengänge für Gesundheitswissenschaften

Um die Ausbildungskapazitäten in diesen Bereichen abzubilden, wurden Indikatoren, basierend auf Indikatoren der Health Research System Analysis (HRSA) Initiative der WHO, entwickelt. Diese dienen der Beschreibung von Gesundheitsforschungssystemen und gehen auf die verschiedenen Funktionen (u. a. Ausbildung), die Gesundheitsforschungssysteme erfüllen sollen, ein (Sadana, Lee-Martin & Lee, 2006, S. 3).

Eine weitere Quelle für die Erstellung der Indikatoren war HP-Source.net, ein Instrument, das im Auftrag der Europäischen Kommission entwickelt wurde, um die Kapazität für Gesundheitsförderung in den europäischen Ländern zu beobachten (Mittelmark et al, 2005, S. 25). Von Mittelmark et al. wurde hierfür eine Datenbank aufgebaut, die u.a. Daten zum Bereich Ausbildung sammelt (National-level health promotion capacity mapping in Europe, vom 10.12.2007).

Die Daten wurden in einem telefonischen Gespräch mit einem/r VertreterIn der jeweiligen Ausbildungseinrichtung anhand folgender Indikatoren von der HRSA Initiative (teilweise angepasst) (Sadana, Lee-Martin & Lee, 2006, S. 14 ff) sowie von HP-source.net erhoben:

Im Rahmen der durchgeführten Befragung wurden VertreterInnen von insgesamt 22 Ausbildungsmöglichkeiten befragt. Je sieben davon sind Ausbildungsstätten für Gesundheitsberufe bzw. im sekundären Sektor, acht sind im tertiären Sektor zu finden.

Bei den in der folgenden Analyse dargestellten Daten handelt es sich um Selbstauskünfte von VertreterInnen der jeweiligen Institutionen. Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass die Begriffe Gesundheitsförderung und -wissenschaften für die Befragten nicht vordefiniert wurden, daher ist anzunehmen, dass die Begriffe Gesundheitsförderung und -wissenschaften (welche in der Befragung synonym für Public Health verwendet wurde) nicht von allen Befragten gleich verstanden werden.

Des Weiteren ist Gesundheitsförderung sicherlich in vielen Ausbildungsstätten ein Querschnittsthema, welches in vielen Lehrveranstaltungen eine Rolle spielt, wodurch der wahre Umfang der Ausbildung nur sehr schwer zu schätzen ist. Die Vermischung mit Inhalten aus verschiedenen Fachbereichen ist daher bei der Analyse immer mitzubedenken. Ein Beispiel dafür ist der Ausbildungsschwerpunkt „Gesundheit und Soziales“ an den weiterführenden Schulen, wo mehrere Thematiken der Gesundheitsförderung und Public Health unterrichtet werden, aber nicht ausschließlich diese Thematiken. Die Schwierigkeiten bei der Erfassung setzen sich dann in der Zahl der Lehrenden, deren höchsten Bildungsabschlüssen und Qualifikationen fort.

Ein weiteres Problem, welches im Zuge der Datenerhebung auftauchte, war, dass nicht alle VertreterInnen über die Disziplinen und akademischen Abschlüsse der Lehrenden Bescheid wussten.

1. Ausbildung in den Gesundheitsberufen

Die Notwendigkeit der Umorientierung der in der Krankenversorgung tätigen Berufsgruppen wurde als eine von fünf Handlungsebenen in der Ottawa-Charta 1986 festgeschrieben. Über die Aufgaben der Heilung und Pflege der Menschen stellt sich nun das Konzept der Gesundheitsförderung, welches die Aspekte der „Unterstützung salutogenetischer Prozesse in der Heilung und die Hinwendung zu den sozialökologischen Determinanten der gesundheitlichen Entwicklung“ (Göpel, 2006, S. 167) hervorhebt.

Dieses Umdenken wurde im Rahmen des Konzeptes „Gesundheit für alle“ neuerlich betont, wobei vermehrte Ausbildung in der Gesundheitsförderung, primären Gesundheitsvorsorge und Qualität der Versorgung gefordert wird (WHO, 1999, S. 199).

Für Österreich spiegeln sich diese Ziele in den jeweiligen Ausbildungsverordnungen der oben genannten Gesundheitsberufe wider. So heißt es in der Verordnung für den gehobenen Dienst in der Gesundheits- und Krankenpflege (GuK-AV, § 2):

„Ziele in der Ausbildung [...] sind: [...] (4) die Vermittlung von Kenntnissen und der Anwendung von Methoden zur Erhaltung des eigenen physischen, psychischen und sozialen Gesundheitspotentials“. Dadurch wird festgelegt, dass die Gesundheitsförderung ein in allen Ausbildungsfächern angestrebtes Lernziel ist. Zusätzlich ist die Abhaltung des Faches „Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung im Rahmen der Pflege, Arbeitsmedizin“ mit insgesamt 40 Ausbildungsstunden vorgeschrieben.

Die Zielsetzung der Querschnittsthematik „Gesundheitsförderung“ ist in dieser Form nicht in den Ausbildungsverordnungen für Hebammen und medizinisch-technische Dienste zu finden. Jedoch ist in der aus dem Jahre 1995 stammenden Ausbildungsverordnung für Hebammen die Abhaltung des Faches „Hygiene, Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Sozialmedizin“ (Heb-AV, Anlage 1) vorgesehen.

Jedoch ist anzunehmen, dass es in absehbarer Zukunft zu Änderungen kommen wird, da im Jahr 2005 mit der MTD-Novelle die Umstellung der Ausbildung in den medizinisch-technischen Diensten und der Hebammenausbildung von der postsekundären auf die tertiäre Ebene beschlossen wurde.

In Kärnten werden sieben Ausbildungslehrgänge für folgende Gesundheitsberufe angeboten:

- Gesundheits- und Krankenpflege (Villach und Klagenfurt)
- Hebammen
- medizinisch-technische Dienste
 - logopädisch-phoniatriisch-audiologischer Dienst
 - ergotherapeutischer Dienst
 - medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst
 - radiologisch-technischer Dienst

Bereits 1964 wurden in einer Ausbildungsstätte für Gesundheitsberufe Inhalte der Gesundheitsförderung und Public Health gelehrt, während die anderen Ausbildungsstätten in den 80er und 90er Jahren folgten.

Gesundheitsförderung wird in allen Ausbildungsstätten für Gesundheitsberufe als Querschnittsthematik angesehen, der reale Stundenanteil lässt sich jedoch nur schwer schätzen, da alle Lehrenden angehalten sind, diese Inhalte zu bringen, es jedoch keine gesetzliche Verpflichtung dazu gibt. Darüber hinaus gibt es, wie weiter oben bereits beschrieben, Stunden in den Ausbildungen zu Gesundheits- und Krankenpflege und zur Hebamme, welche explizit Inhalte der Gesundheitsförderung bein-

halten. In einer Ausbildungsstätte in Kärnten wird die Anzahl der Lehreinheiten durch die Verwendung des schulautonomen Bereiches sowie die Durchführung von Projekten erhöht.

Ein Beispiel für Projektarbeit, welches in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Technikum Kärnten an den Ausbildungsstätten für den gehobenen Dienst in der Gesundheits- und Krankenpflege durchgeführt wurde, ist das Projekt „gesund und kompetent“. Ziel dieses Projektes war es, AbsolventInnen des Jahres 2007 im Rahmen ihrer Ausbildung besonders auf ihre Rolle als MultiplikatorInnen für Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu schulen und somit mehrere Ziele des WHO-Rahmenkonzeptes „Gesundheit für alle“ umzusetzen (Projekt „gesund und kompetent“, 28.11.2007).

Die Anzahl der Lehrenden, die Inhalte von Gesundheitsförderung und/oder Public Health unterrichten, ist teilweise aufgrund der weiter oben bereits beschriebenen Tatsache, dass Gesundheitsförderung als Querschnittsthematik gesehen wird, bei der Ausbildung für die Gesundheitsberufe schwer abzuschätzen. Die Angaben reichen von einer bis 27 Lehrpersonen pro Ausbildungseinrichtung.

In den Ausbildungsstätten zu den Gesundheitsberufen unterrichten drei Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, fünf Personen mit Matura, 19 Personen mit postsekundärem Bildungsabschluss (vor allem im Bereich der MTD) und 50 Personen haben einen Universitätsabschluss. Knapp die Hälfte der Lehrenden, die Gesundheitsförderung in den Ausbildungsstätten für Gesundheitsberufe unterrichten, sind MedizinerInnen (23). Weitere 18 % (= neun Personen) haben einen Universitätslehrgang für Lehrende in Gesundheitsberufen absolviert. Je 12 % (= sechs Personen) haben einen Abschluss in Geistes- oder Ingenieurwissenschaften.

Zurzeit befinden sich an den sieben befragten Ausbildungsstätten für Gesundheitsberufe 893 Studierende, im Jahre 2006/2007 gab es 305 AbsolventInnen. Insgesamt gab es in den letzten fünf Jahren 1.162 AbsolventInnen. Unter der Annahme, dass diese Personen zum Großteil in die Altersgruppe von 20 bis 24 Jahre fallen und die BesucherInnen der Ausbildungsstätten großteils aus Kärnten kommen, kann man feststellen, dass in etwa drei Prozent der Kärntner Bevölkerung im Alter zwischen 20 und 24 Jahre mit der Thematik der Gesundheitsförderung im Rahmen ihrer Ausbildung für Gesundheitsberufe in Berührung kamen.

2. Ausbildung im sekundären Sektor (= weiterführende Schulen)

Bei den weiterführenden Schulen zeichnet sich ein durchaus positives Bild ab, betrachtet man die Gesamtzahl dieser Ausbildungsinstitutionen. In Kärnten gibt es an insgesamt neun Standorten wirtschaftsberufliche mittlere und höhere Schulen, an über 50 % dieser Standorte wird an mindestens einer Schulform der Schwerpunkt Gesundheit und Soziales bzw. Gesundheit, Wellness und Soziales angeboten.

Es gibt insgesamt sieben Schulen an fünf Standorten, die einen Schwerpunkt in der Ausbildung im Bereich Gesundheit setzen:

Schultyp	Anzahl	Ausbildungsschwerpunkt
Fachschule (3-jährig)	4	Gesundheit und Soziales
Höhere Lehranstalt (5-jährig)	2	Gesundheit und Soziales (1) Gesundheit, Wellness und Soziales (1)
Aufbaulehrgang (3-jährig)	1	Gesundheit und Soziales

Tabelle 1: Weiterführende Schulen mit Gesundheitsschwerpunkt

1993/1994 wurde die Schwerpunktausbildung im Bereich Gesundheit in Kärnten zum ersten Mal an einer weiterführenden Schule angeboten. Die anderen Schulen folgten in den Jahren danach. Nur an einer Schule ist dieser Schwerpunkt noch relativ neu und wurde das erste Mal 2004/2005 angeboten.

In den weiterführenden Schulen umfasst die Ausbildung zur Gesundheitsförderung an dreijährigen Schulen sechs Wochenstunden und an 5-jährigen Schulen neun bzw. zehn Wochenstunden. Das entspricht in etwa einer Gesamtzahl von 200 bzw. 380 Stunden, in denen Inhalte der Gesundheitsförderung gelehrt werden.

In den weiterführenden Schulen unterrichten zwischen drei und 14 LehrerInnen in den Schwerpunkten Gesundheitsförderung pro Ausbildungseinrichtung, davon sind knapp mehr als 50 % (= 19 Personen) AbsolventInnen von pädagogischen Akademien. Die restlichen 18 Personen haben einen Universitätsabschluss vor allem in Geisteswissenschaften (acht Personen), Naturwissenschaften (sieben Personen) oder in Sozialwissenschaften (drei Personen).

In den weiterführenden Schulen besuchten im Schuljahr 2007/2008 602 SchülerInnen den Schwerpunkt Gesundheit und Soziales bzw. Gesundheit, Wellness und Soziales. Die Zahl der AbsolventInnen betrug im Jahr 2006/2007 151 und in den letzten fünf Jahren insgesamt 665. Somit erhielten rund zwei Prozent der KärntnerInnen zwischen 15 und 19 Jahre in den letzten fünf Jahren Unterricht in Gegenständen mit Gesundheitsförderungsinhalten.

3. Diplomstudiengänge für Gesundheitswissenschaften

In Kärnten wurde 2007/2008 eine Masterausbildung im Bereich Public Health angeboten. Es handelt sich hierbei um das berufsbegleitende Masterstudium Gesundheitsmanagement an der Fachhochschule Technikum, Feldkirchen.

Darüber hinaus gibt es Studiengänge, die sich als Ausbildungen an der Schnittstelle zwischen Gesundheits-, Pflege- und Sozialmanagement verstehen. Vier solcher Studiengänge, die eine Integration von Gesundheits- und Pflegewissenschaften darstellen, werden in Kärnten im Studienjahr 2007/2008 angeboten, wobei ein Studiengang im Auslaufen begriffen ist.

Im Studienjahr 2007/2008 werden folgende gesundheitswissenschaftlich orientierte Studiengänge angeboten:

- Universitätslehrgang Gesundheits- und Sozialmanagement, Universität Klagenfurt
- Gesundheits- und Pflegemanagement (Diplom – auslaufend), Fachhochschule Technikum Feldkirchen
- Gesundheits- und Pflegemanagement (Bachelor – Vollzeit) Fachhochschule Technikum Feldkirchen
- Gesundheits- und Pflegemanagement (Bachelor – Berufsbegleitend) Fachhochschule Technikum Feldkirchen

Zusätzlich werden gesundheitswissenschaftliche Lehrinhalte in anderen Studienrichtungen integriert, womit für Studierende die Möglichkeit besteht, sich im Rahmen anderer Studien Inhalte der Gesundheitsförderung und der Gesundheitswissenschaften anzueignen. Das Studium zum Master of Advanced Studies in Health Care Management zielt auf die Vermittlung von „betriebswirtschaftlichen Wissen, Methoden und Instrumenten“ (MAS 2007/2008, o.D., S. 8) ab und wird daher nicht als gesundheitswissenschaftlich orientierter Studiengang betrachtet. Zwar können die hier genannten Ausbildungen gesundheitswissenschaftliche Studiengänge nicht ersetzen, dennoch stellen sie eine Kapazitätsressource für das Kärntner Gesundheitswesen dar.

Im Studienjahr 2007/2008 besteht innerhalb von drei Studiengängen die Möglichkeit, sich gesundheitswissenschaftlich zu spezialisieren:

– Universität Klagenfurt:

- Institut für Psychologie
- Institut für Wirtschaftswissenschaften
- Master of Advanced Studies in Health Care Management¹

Die ersten Lehreinheiten zu Gesundheitsförderung und Public Health wurden an den befragten Universitätsinstituten und Fachhochschulstudiengängen 1998 gelehrt. Drei der acht befragten Institutionen haben 2007/2008 mit der Ausbildung begonnen.

Die Master-Ausbildung bietet Public Health-/gesundheitswissenschaftliche Stunden im Umfang von rund 135 Stunden an, im Studienjahr 2007/2008 befinden sich 16 Studierende in Ausbildung, welche von insgesamt fünf PsychologInnen sowie Gesundheits- und PflegewissenschaftlerInnen unterrichtet werden. Für diese Ausbildung waren die in Österreich üblichen Studiengebühren von 363,36 Euro pro Semester zu bezahlen.

In den Ausbildungsstätten an der Schnittstelle erhalten die Studierenden zwischen 180 und 210 Stunden Unterricht in Gesundheitswissenschaften, ein Studiengang gab 900 Stunden an, welche – ähnlich den Gesundheitsberufen – gesundheitswissenschaftliche Themen als Querschnittsthematik haben. Im Jahr 2007/2008 befinden sich insgesamt 191 Studierende in diesen Studiengängen, wo zwischen fünf und elf Lehrende aus den Fachbereichen Psychologie, Gesundheits- und Pflegewissenschaften sowie Betriebswirtschaft Inhalte der Gesundheitswissenschaften lehren. Die Anzahl der AbsolventInnen betrug im Jahr 2006/2007 62 und für die letzten fünf Jahre ist sie mit 102 Personen nur unwesentlich höher, da zwei dieser Studiengänge erst mit dem Jahr 2007/2008 gestartet sind und ein Studiengang im Jahr 2006/2007 die ersten AbsolventInnen hatte. Wie auch für den Master waren in diesen Ausbildungsstätten Studiengebühren in der Höhe von 363,36 Euro pro Semester zu bezahlen, für eine der betrachteten Ausbildungen fielen Gebühren in der Höhe von jährlich 2.400 Euro an.

In den weiteren Ausbildungsstätten mit Möglichkeit zur Spezialisierung werden zwischen neun und 60 Stunden Lehre mit gesundheitswissenschaftlichen Inhalten von ein bis vier Lehrpersonen unterrichtet. Die Lehrenden kommen hier aus unterschiedlichsten Disziplinen: Psychologie, Medizin, Gesundheitsökonomie und Wirtschaftswissenschaften. Zwischen 50 und 300 Studierende nahmen im Jahr 2007/2008 diese Gelegenheit wahr, 2006/2007 gab es insgesamt 230 AbsolventInnen, in den letzten fünf Jahren 1.050 AbsolventInnen. Zu zahlen waren zwischen 363,36 und 1.500 Euro pro Semester.

¹ Der Universitätslehrgang „General Management im Gesundheitswesen“ ist ein Teil der Master-Ausbildung. 80 % der Studierenden absolvieren im Anschluss an den Universitätslehrgang den Master-Studiengang. Die getrennte Aufschlüsselung ist daher nicht möglich (Telefonat Fr. Mag. Ebner, Dezember 2007).

Tabelle 2: Übersichtstabelle Ausbildung (Stand Dezember 2007)

	Gesundheitsberufe		Sekundärer Sektor		Tertiärer Sektor	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Jahr, in dem zum ersten Mal Inhalte der GF und/oder PH Health gelehrt wurden	1964		1993/1994		1998/1999	
Anzahl an Ausbildungsstätten	7		7		8	
Höhe des Schulgeldes/der Studiengebühren	keines; es wird Ausbildungsgeld bezahlt		keines, nur öffentliche Schulen		zw. 363,63 und 3.000 Euro/Semester	
Anzahl der Lehrenden in GF und PH pro Institution	zwischen 1 und 26		zwischen 3 und 14		zwischen 1 und 11	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Qualifikationen der Lehrenden für GF und PH an allen Institutionen gesamt	DGKS	3	4	0	0	0
	Matura	5	6	0	0	0
	Postsekundäre Ausbildung ¹⁾	19	25	19	51	0
	Universität ²⁾	50	65	18	49	23 ⁶⁾
						100
Disziplinen der akademischen Abschlüsse der Lehrenden für GF und PH ⁷⁾	Geisteswissenschaften	6	12	8	44	1
	Gesundheitswissenschaften	0	0	0	0	0
	Ingenieurwissenschaften ³⁾	6	12	0	0	2
	Medizin	23	46	0	0	1
	Naturwissenschaften	0	0	7	39	0
	Rechtswissenschaften	0	0	0	0	1
	Sozialwissenschaften ⁴⁾	5	10	3	17	2
	Wirtschaftswissenschaften	1	2	0	0	11
	Universitätslehrgang ⁵⁾	9	18	0	0	0
Anzahl der AbsolventInnen der letzten fünf Jahre	Minimum	25	14		25	
	Maximum	560	250		500	
	Gesamt	1162	665		1152	
Anzahl der AbsolventInnen im Ausbildungsjahr 2006/2007	Minimum	9	14		25	
	Maximum	164	50		100	
	Gesamt	305	151		292	
Anzahl der SchülerInnen/StudentInnen im Jahr 2007/2008	Minimum	11	30		16	
	Maximum	436	255		300	
	Durchschnitt	893	60		637	

1) inkl. Pädagogischer Akademien

2) inkl. Universitätslehrgänge für Lehrende an Ausbildungsstätten für Gesundheitsberufe

3) unter Ingenieurwissenschaften wurde zum Beispiel Medizintechnik eingerechnet

4) Psychologie und Pflegewissenschaften wurden den Sozialwissenschaften zugeordnet

5) Universitätslehrgang für Lehrende in den Gesundheitsberufen

6) inkl. 5 Personen, deren Zuordnung zu Qualifikationsniveaus von der FH Technikum nicht angegeben wurde. Allerdings ist von akademischen Abschlüssen auszugehen.

7) exkl. 5 Personen, deren Zuordnung zu den einzelnen Disziplinen aufgrund fehlender Auskunft der FH Technikum nicht möglich war.

7.2 Forschung und Wissen zur Förderung der Gesundheit

7.2.1 Bedeutung der Wissensbasis für die Gesundheit der KärntnerInnen

Eine solide Wissensbasis, aufbauend auf Forschung, ist die Voraussetzung für sämtliche Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit (WHO, 1999, S. 182). Aus diesem Grund fordert die WHO im Ziel 19 des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ die Formulierung länderspezifischer, an „Gesundheit für alle“ orientierter Forschungsprogramme. Insbesondere wird für die Public Health Ebene Wissen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung, Risikofaktoren und Organisation des Gesundheitswesens herausgestrichen (WHO, 1999, S. 184).

Die Beobachtung der Entwicklung von Forschungsaktivitäten innerhalb der Gesundheitsberichterstattung soll als Informationsgrundlage für die Entwicklung von Politiken zur Stärkung der gesundheitswissenschaftlichen Kapazität eines Landes und als Basis für Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung dienen (Sadana, Lee-Martin & Lee, 2006, S. 2).

Um die Wissensbasis für Gesundheit in Kärnten abzubilden, wurden, basierend auf Indikatoren der Health Research System Analysis (HRSA)-Initiative der WHO, Indikatoren für Kärnten definiert, die verschiedene Funktionen von Gesundheitsforschungssystemen abbilden (Sadana, Lee-Martin & Lee, 2006, S. 3). Diese Indikatoren wurden um einen weiteren aus dem HP-Source.net erweitert (siehe Beschreibung Kapitel 7.1).

Die Daten wurden in einem telefonischen Gespräch mit einem/r VertreterIn der jeweiligen Forschungseinrichtung anhand adaptierter Indikatoren der HRSA-Initiative (teilweise angepasst) (Sadana, Lee-Martin & Lee, 2006, S. 14ff.) sowie von HP-Source.net erhoben.

Wie bereits im Kapitel Ausbildung handelt es sich auch hier um Daten basierend auf Selbstauskünften von VertreterInnen der jeweiligen Institutionen, welche die Begriffe Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften möglicherweise unterschiedlich verstehen und damit unterschiedliche und nur begrenzt vergleichbare Antworten liefern. Die Unschärfe und Vermischung von Inhalten aus verschiedenen Fachbereichen ist daher bei der Analyse immer mitzubedenken. Eine klare Abgrenzung der Thematik ist im Rahmen einer derartigen Erhebung nicht zu erreichen, dennoch liefern die Ergebnisse einen groben Hinweis auf die Forschungssituation in Kärnten.

7.2.2 Entwicklung der Wissensbasis in Kärnten

Im Rahmen der durchgeführten Erhebung konnten drei Institutionen, die Forschung im Bereich Gesundheitsförderung und Public Health betreiben, durch die im Methodenteil (Kapitel 2) beschriebene Recherche identifiziert werden.

- 1) Studiengänge im Bereich Gesundheit und Pflege, FH Technikum Feldkirchen²
- 2) Institut für Psychologie, Universität Klagenfurt
- 3) Institut für Wirtschaftswissenschaften, Universität Klagenfurt

² Von dieser Institution wurden nur Angaben zur Frage der Forschungsgebiete auf Institutionsebene geliefert.

Es konnte keine außeruniversitäre Forschungsinstitution ausfindig gemacht werden.

Anzahl an Forschungsinstitutionen		3
Forschungsgebiete der Institutionen	Evaluation in Gesundheitseinrichtungen, Finanzierung von Gesundheitseinrichtungen, PatientInnenmobilität, Health Professionals, Prävention, betriebliche Gesundheitsförderung, Versorgungsforschung;	
Anzahl der Beschäftigten in der Forschung (GF und PH) im Institut (Vollzeitäquivalente) ³	Minimum	2
	Maximum	2,5
Disziplinen der Beschäftigten, die in der Forschung (GF und PH) tätig sind	Geisteswissenschaften	0
	Ingenieurwissenschaften	0
	Medizin	0
	Naturwissenschaften	0
	Rechtswissenschaften	0
	Sozialwissenschaften	2
	Wirtschaftswissenschaften	2,5
Anzahl der Journal Artikel in einem peer-reviewed Journal in den letzten 5 Jahren der Institution (GF und PH)	Minimum	6
	Maximum	10
Anzahl sonstiger Publikationen der Institution in den Bereichen GF und PH in den letzten 5 Jahren	Minimum	10
	Maximum	25
Verhältnis Finanzierung durch öffentliche Hand und andere Finanzierungsmöglichkeiten	80-100 % der Mittel durch öffentliche Hand	

Tabelle 3: Übersichtstabelle Forschung

Die in Europa durchgeführte Forschung im Bereich von Public Health beschäftigt sich mit den vier Hauptthemen der klinischen Epidemiologie und Umweltepidemiologie, epidemiologische und sozialwissenschaftliche Versorgungsforschung, soziale Determinanten und soziale Unterstützung, sowie mit dem Thema der Gesundheitsförderung (Noack, 2003, S. 760-761). Ausgehend von diesen Teilgebieten wird in Kärnten zu Fragen der Versorgungsforschung (inkludiert die Evaluation und Finanzierung in bzw. von Gesundheitseinrichtungen, PatientInnenmobilität, Health Professionals) und der Gesundheitsförderung (inkludiert Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung) geforscht. Der letztgenannte Bereich könnte eventuell je nach Verständnis der befragten VertreterIn der Kärntner Forschungsinstitution auch den Forschungsbereich der sozialen Determinanten und Unterstützung inkludieren. Eine Forschungslücke scheint sich hier im Bereich der Epidemiologie aufzutun.

Dadurch, dass die befragten Forschungsinstitutionen immer an eine Bildungsinstitution gebunden sind, sind viele der Beschäftigten in der Doppelfunktion von Lehre und Forschung tätig. So gibt es in zwei der befragten Institutionen 2 bzw. 2,5 Vollzeitäquivalente, die in den Bereichen Gesundheitsförderung und Public Health forschen.

An den zwei befragten Forschungsinstitutionen haben die in der Forschung tätigen Personen Abschlüsse in Psychologie (2) und Betriebswirtschaftslehre (2,5). An jener Institution, die zur telefonischen Auskunft nicht bereit war, gibt es laut Forschungsbericht ForscherInnen aus den Fachgebieten Gesundheitswissenschaften, Pflegewissenschaften, Psychologie, Gesundheitsökonomie, Wirtschaftswissenschaften sowie Fachenglisch (Brodel, Janig & Scheuch, o.J., S. 222).

Zur Publikationstätigkeit gibt es wiederum lediglich Angaben von zwei der befragten Forschungsinstitutionen, deren Publikationsaktivitäten natürlich nicht nur Veröffentlichungen in peer-reviewed Journalen beinhalten, allerdings gilt diese Veröffentlichungsform als ein Maß für hoch qualitative

³Diese Angaben beziehen sich auf die Angaben der Institute an der Universität Klagenfurt. Die FH Technikum erteilte keine Auskünfte.

wissenschaftliche Forschung. Die geringen personellen Kapazitäten an den Forschungsinstitutionen schlagen sich hier nieder. Dennoch konnte jede Institution pro Jahr mindestens zwei Publikationen, davon mindestens eine in einem peer-reviewed Journal, vorweisen.

Da die Forschung an Bildungsinstitutionen durchgeführt wird, kann im Zuge der Forschungsprojekte auf die Infrastruktur der Institutionen zurückgegriffen werden. Allerdings wird angegeben, dass der Großteil der Forschung durch Gelder der öffentlichen Hand finanziert wird.

7.3 Zusammengefasste Ergebnisse und Maßnahmenempfehlungen

Die im Rahmen des Kärntner Gesundheitsberichtes durchgeführte Recherche zu Ausbildung und Forschung wurde in dieser Form das erste Mal innerhalb der Gesundheitsberichterstattung in Österreich durchgeführt. Sie erhebt weder Anspruch auf Vollständigkeit noch auf vollständige Validität der Ergebnisse, jedoch kann sie dazu beitragen, eine Skizze der gesundheitswissenschaftlichen Ausbildungs- und Forschungskapazität in Kärnten zu geben.

7.3.1 Ausbildung

Zusammenfassend ist für den Ausbildungsbereich festzuhalten, dass es eine gute Basis für eine abgestufte Ausbildung im Bereich Gesundheitsförderung gibt, wobei die tatsächlich vermittelten Lehrinhalte hier nicht dargestellt werden konnten. Empfehlenswert wäre es, Curricula für die verschiedenen Ausbildungstypen zu entwickeln, die als Leitfäden für Lehrende dienen sollen und gewisse Qualitätsstandards sicherstellen.

In der tertiären Ausbildung sind ebenfalls bereits Ressourcen für den Aufbau von gesundheitswissenschaftlicher Kapazität vorhanden. Fest steht, dass durch den Aufbau einer Fachhochschule und die Etablierung der Studiengänge im Bereich Gesundheit und Soziales das Bildungsangebot im Public Health-Bereich beträchtlich erweitert wurde.

Auffallend allerdings ist, dass es in keiner der befragten Ausbildungsstätten, die Auskunft erteilte, Lehrende mit einer Ausbildung im Bereich Gesundheitswissenschaften gibt. Dies liefert zwar kein vollständiges Bild über die personelle gesundheitswissenschaftliche Kapazität in Kärnten, allerdings ist davon auszugehen, dass sie eher gering ist. Die dominierenden Disziplinen sind Medizin und Wirtschaftswissenschaften, neben Sozial-, Geistes- und Ingenieurwissenschaften. Dies spiegelt Public Health als ein „multidisziplinäres und multiprofessionelles System“ (Noack, 1999, S. 10) wider. Dennoch ist der weitere Kapazitätsaufbau hinsichtlich einschlägiger Public Health-Ausbildungen zu forcieren, wobei zusätzlich ein Schwerpunkt auf den Kapazitätsaufbau im Bereich der Epidemiologie gelegt werden soll.

Daraus folgende Maßnahmenempfehlungen

- Um systematischen Kapazitätsaufbau für gesundheitswissenschaftliche Ausbildung zu betreiben, sollte zu allererst eine fundierte Analyse des Qualifikations- und Kompetenzbedarfs für Public Health-Fach- und Führungskräfte durchgeführt werden (Noack, 2003, S. 770).
- Auf dieser Bestandsaufnahme aufbauend soll ein Gesamtkonzept für die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Public Health-ExpertInnen entwickelt werden (Noack, 2003, S. 770).
- Dieses Konzept sollte u.a. den Aufbau transdisziplinärer Public Health-Ausbildungen und die systematische Aus-, Weiter- und Fortbildung im Public Health-Bereich beinhalten (Noack, 2003, S. 770).
- Hierbei soll auf Erfahrungen anderer Bundesländer (z.B. Steiermark, Vorarlberg, Wien) zu Auf- und Ausbau von Public Health-Ausbildungen aufgebaut werden.
- Ein weiterer Startpunkt für den Aufbau von erforderlicher Kapazität ist das Erstellen eines Stipendienprogramms für Public Health. Die Studierenden können im Zuge des Stipendiums an in- und ausländischen Universitäten Wissen und Kompetenzen erwerben, um diese dann in Kärnten einzusetzen.

7.3.2 Wissensbasis

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die gesundheitswissenschaftliche Forschungskapazität in Kärnten beschränkt ist und der Aufbau von regionaler Kapazität für die wissenschaftliche Unterstützung von Entscheidungsfindung in der Kärntner Gesundheitspolitik ein langfristiger Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung sein würde. Wie schon bei der Ausbildung scheint es auch in der Forschung eine Lücke an einschlägiger gesundheitswissenschaftlicher Kapazität zu geben, wobei allerdings die existierende Kapazität als durchaus wertvolle Ressource zu betrachten ist – vor allem wenn das Verhältnis zwischen Ressourcen und Veröffentlichungoutput betrachtet wird –, auf die weiter aufzubauen ist.

Laut Noack weisen mitteleuropäische Länder im Vergleich zu Ländern wie den USA, Großbritannien, Finnland, den Niederlanden und Schweden Forschungsdefizite auf, auch wenn es in den letzten Jahren einige Fortschritte gegeben hat (Noack, 1999, S. 26).

Daraus folgt:

- Gesundheitsorientierte Forschungspolitik soll anhand von internationalen Handlungsrahmen gemeinsam von Politik, Praxis und Wissenschaft (siehe Europäischer Beratungsausschuss für Gesundheitsforschung) entwickelt werden (WHO, 1999, S. 185). Hierzu wären in Kärnten in Anlehnung an die WHO folgende Maßnahmen notwendig:
 - Installierung eines permanenten Instrumentariums (z.B. Arbeitsgruppen, Ausschüsse) für Dialog und Kooperation zwischen Politik und Wissenschaft
 - Analyse der Forschungsaktivitäten zur Feststellung von Defiziten hinsichtlich wissenschaftlicher Grundlagen für die gesundheitspolitische Entscheidungsfindung
 - gemeinsame Entwicklung von Forschungsprioritäten
 - Etablierung von Anreizen und Finanzierung für Public Health-Forschung
 - Weiterentwicklung der Public Health-Ausbildungskapazität, um WissenschaftlerInnen auszubilden
 - kontinuierlicher Aufbau von adäquater Forschungsstruktur
- Im Zuge des Aufbaus der Forschungskapazität in Kärnten sollen Kooperationen mit Institutionen in anderen Bundesländern bedacht werden, um möglichst synergetisch und gezielt Kapazität aufzubauen.

Literatur

Brodel, D., Janig, H. & Scheuch B. (o.J.). Forschungsbericht. Fachhochschule Technikum Kärnten. 1995-2005. o.O.: Kärntner Druckerei.

Göpel, E. (2006). Professionalisierung der Gesundheitsförderung und mögliche Konsequenzen für die Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe. In: Pundt, J. (Hg.). Professionalisierung Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. S 159-174. Bern: Hans Huber.

GuK-AV. (1999). Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über die Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege StF: BGBl. II Nr. 179/1999.

Heb-AV. (1995). Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Konsumentenschutz betreffend die Hebammenausbildung. StF: BGBl. Nr. 599/1995.

Jané-Llopis, E. (2005). From evidence to practice: mental health promotion effectiveness. Promotion &

Education (Supplement 1), S. 21-27.

MAS 2007/2008. (o.D.). Download vom 1. Februar 2008, von http://www.uni-klu.ac.at/puma/MAS_HCM/hcm/downloads/2006_Broschuere_MAS_HealthCareManagement.pdf

Mittelmark, M.B., Fosse, E., Jones, C., Davies, M. & Davies, J.K. (2005). Mapping European Capacity to Engage in Health Promotion at the National Level: HP-Source.net. Promotion & Education (Supplement 1), S. 33-38.

MTD-AV. (1993). Verordnung des Bundesministers für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz betreffend die Ausbildung in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten. StF: BGBl. Nr. 678/1993.

Noack, H.R. (1999). Public Health an der Schwelle zum 21. Jahrhundert: Tradition, Modernisierung, Herausforderung und Vision. In: Polak, G. (Hg.). Das Handbuch Public Health. Theorie und Praxis. Die wichtigsten Public-Health Ausbildungsstätten. S. 8-36. Wien und New York: Springer-Verlag.

Noack, H.R. (2003). Public Health in Europa: Forschung, Ausbildung und Perspektiven. In: F.W. Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist et al. (Hg.). Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Auflage. S. 757-771. München, Jena: Urban & Fischer.

NSW Health Department. (2001). A Framework for Building Capacity to Improve Health. Gladesville: NSW Health Department.

National-level health promotion capacity mapping in Europe (data entry 2005-). Download vom 10. Dezember 2007, von <http://www.hp-source.net/dataoutput.html?module=core>

Projekt "gesund und kompetent". Download vom 28. November 2007, von http://www.ausbildungszentrum.ktn.gv.at/3079_DE-ABZ-Frameset.6590BA196e88da82bbc88281b8908d2521281cd52?ContentId=12868

Saan, H. (2005). The road to evidence: the European path. Promotion & Education (Supplement 1), S. 6-7.

Sadana, R., Lee-Martin, S.-P. & Lee, J. (2006). Health Research System Analysis (HRSA) Initiative: Methods for Collecting Benchmarks and Systems Analysis Toolkit. Tool #1. A brief overview of WHO Health Research System Analysis initiative and an overview of core indicators and descriptive variables. Geneva: World Health Organisation.

Schulte, P. (1999). Die Gesundheitswissenschaftlichen Ausbildungsmöglichkeiten in Österreich. Versuch einer Bestandsaufnahme. In: Polak, G. (Hg.). Das Handbuch Public Health. Theorie und Praxis. Die wichtigsten Public-Health Ausbildungsstätten. S. 231-236. Wien und New York: Springer-Verlag.

Smith, B.J., Tang, K.-C. & Nutbeam, D. (2006). WHO Health Promotion Glossary: new terms. In: Health Promotion International Advance Access. o.O.: Oxford Press.

WHO. (1999). Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, 6. Kopenhagen: WHO.

VERSORGUNGSGESCHEHEN

08

ACHT

VERSORGUNGSGESCHEHEN

8.1 Versorgung

Die Messung der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen kann über zwei verschiedene Wege erfolgen, einerseits durch Daten, die im Gesundheitssystem selbst regeneriert werden, andererseits durch Daten aus Gesundheitsbefragungen (Bruin d. & Beukenhorst, 2003, S. 93). Beide Varianten haben ihre Vorteile, während die Daten aus dem Gesundheitssystem meist zuverlässiger sind, was Aufenthaltsdauer und Diagnose betrifft, sind die Daten aus Gesundheitsbefragungen leichter mit soziodemografischen Variablen verknüpfbar, da diese gleichzeitig erhoben werden. Eine Verknüpfung der Daten aus dem Gesundheitssystem mit soziodemografischen Daten ist oft aus Datenschutzgründen oder aufgrund fehlender Angaben nicht möglich (Bruin d. & Beukenhorst, 2003, S. 93).

Die durch die Gesundheitsbefragung erhobenen Daten können Auskunft über das Niveau und die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen geben (Bruin d. & Beukenhorst, 2003, S. 94). Für den vorliegenden Gesundheitsbericht werden Selbstauskünfte der Befragten zu Krankenhausaufenthalten und Besuchen bei AllgemeinmedizinerInnen und ZahnärztInnen, welche im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2006/2007 erhoben wurden, analysiert. Nachdem in diesem Gesundheitsbericht ein Schwerpunkt auf die Betrachtung gesundheitlicher Ungleichheit gelegt wurde und nur diese Daten (im Gegensatz zur Krankenhausstatistik) nach soziodemografischen Merkmalen auswertbar sind, wurden Befragungsdaten herangezogen, wenngleich auch selbst berichtete Daten in ihrer Validität aufgrund von verschiedenen Gründen (z.B. Erinnerungsfehler) eingeschränkt sind.

Auf Europaebene liegen Vergleichsdaten zum jeweiligen Anteil an Personen, die in den letzten zwölf Monaten im Krankenhaus stationär, als TagespatientIn im Krankenhaus, bei ÄrztInnen oder ZahnärztInnen waren, vor. Die Daten stammen aus der HIS (Health Interview Survey)-Erhebungsrunde vor 2004 und sind daher etwas älter als die Daten für Kärnten und Gesamtösterreich.

8.1.1 Krankenhausaufenthalte

19 % der KärntnerInnen waren nach eigenen Angaben in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung stationär im Krankenhaus (siehe Tabelle 8.1.1 Krankenhausaufenthalte stationär und als TagespatientIn). Dieser Anteil liegt über dem österreichischen Schnitt von 17 % und ist im Bundesländervergleich der zweithöchste. Die niedrigsten Anteile sind in den Bundesländern Burgenland, Salzburg, Tirol und Wien mit je 16 % zu finden.

Auf Europaebene ist Österreich eines der Länder, wo die höchsten Anteile an Personen, die einen Krankenhausaufenthalt hatten, zu finden sind. Nur in Belgien war ein größerer Anteil im Krankenhaus, die niedrigsten Anteile sind in den Niederlanden zu finden (siehe Tabelle 8.1.2. Europavergleich Versorgung).

Ein geringfügig höherer Anteil an Kärntnerinnen als an Kärntnern war im Jahr vor der Befragung stationär im Krankenhaus (Frauen: 19 %; Männer: 18 %). Der Anteil der Kärntner, die angaben, im Krankenhaus gewesen zu sein, liegt klar über dem österreichischen Schnitt von 15 %, hingegen liegt jener der Frauen im österreichischen Schnitt.

Ältere Befragte gaben häufiger an, im relevanten Zeitraum im Krankenhaus gewesen zu sein, bei den Personen zwischen 15 und 24 waren es acht Prozent, bei den Personen ab 75 Jahre fünf Mal so viele (41 %). Höhere Anteile der Männer waren in den Altersgruppen 15 bis 45 und ab 65 Jahre im Krankenhaus, in der Altersgruppe zwischen 45 und 64 Jahre waren es mehr Frauen.

Ein Blick auf die Schulbildung macht einen sozialen Gradienten sichtbar. Jede/r fünfte PflichtschulabgängerIn (21 %) gab an, im Jahr vor der Befragung im Krankenhaus gewesen zu sein, bei den Personen mit Studium oder ähnlichen Ausbildungen war es nur jede/r Zehnte (zwölf Prozent). Den niedrigsten Anteil weisen jedoch Personen mit Fach- oder Handelsschulabschluss auf (elf Prozent).

Durchschnittliche Anzahl an Krankenhausaufenthalten

Die durchschnittliche Anzahl der Krankenhausaufenthalte beträgt bei den KärntnerInnen nach Selbstauskünften 1,6¹, ein unter dem österreichischen Schnitt liegender Wert. Am häufigsten waren die EinwohnerInnen der Steiermark und von Oberösterreich im Krankenhaus (siehe Tabelle 8.1.1 Krankenhausaufenthalte stationär und als TagespatientIn).

Frauen und Männer sind nach Eigenangaben in etwa gleich oft stationär im Krankenhaus gewesen, beide liegen unter dem österreichischen Schnitt.

Je älter die Person ist, desto höher ist die durchschnittliche Anzahl angegebener Krankenhausaufenthalte. Während Personen zwischen 15 und 24 Jahre durchschnittlich ein Mal im Krankenhaus waren, sind es bei Personen über 44 Jahre durchschnittlich zwei Aufenthalte, ab 65 Jahre ist ein leichtes Absinken der durchschnittlichen Anzahl zu sehen. Frauen zwischen 45 und 54 Jahre sind durchschnittlich am häufigsten im Krankenhaus gewesen, bei den Männern sind es jene zwischen 55 und 64 Jahre. Sowohl bei Frauen als auch bei Männern ist ein kontinuierliches Ansteigen der durchschnittlichen Aufenthalte mit steigendem Alter (bei Frauen bis 55, bei Männern bis 65 Jahre) und danach ein Absinken der Aufenthalte zu sehen.

Nach Bildung betrachtet, zeigt sich bei den um den Einfluss des Alters korrigierten Daten, dass Personen ohne Matura durchschnittlich zwei Mal, Personen mit mindestens einer Matura durchschnittlich ein Mal im Krankenhaus waren. Dies wird auch deutlich, wenn die Zahlen nach Geschlecht getrennt beobachtet werden. Männer mit Pflichtschul- und Fach- oder Handelsschulabschluss (2,6 und 2,3 Mal) und Frauen mit Lehre (1,9 Mal) waren am häufigsten im Krankenhaus.

Durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus

Im Schnitt gaben jene Personen, die in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung im Krankenhaus waren, an, zehn Nächte im Krankenhaus² gewesen zu sein, womit die Verweildauer einen Tag kürzer ist als im österreichischen Schnitt. In den verschiedenen Bundesländern reicht die Verweildauer von neun (Salzburg) bis zwölf (Steiermark) Tage.

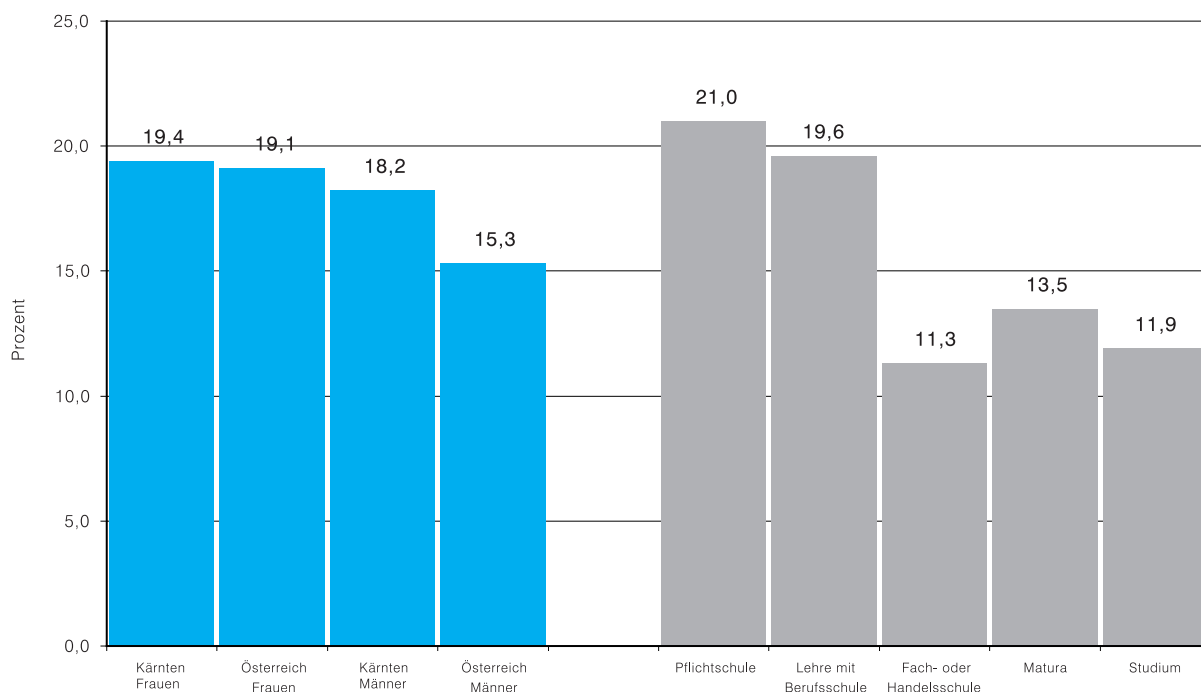
Kärntnerinnen waren im Schnitt elf, Kärntner neun Tage stationär im Krankenhaus, womit die Frauen im österreichischen Mittelfeld und Männer knapp unter dem österreichischen Schnitt liegen.

Mit zunehmendem Alter steigt tendenziell die Anzahl der Nächte, die die PatientInnen nach Eigenangaben durchschnittlich im Krankenhaus verbracht haben. Von sechs Nächten bei 15- bis unter 25-Jährigen steigt die Anzahl auf 17 Nächte bei Personen ab 75 Jahre. Speziell bei Frauen ist dieses Muster erkennbar, während bei Männern eine erste Spitze in der Altersgruppe zwischen 45 und 54 Jahre mit zehn Nächten und die zweite Spitze bei jenen ab 75 Jahre mit 19 Nächten zu sehen ist.

¹ Die folgenden Zahlen beziehen sich jeweils auf die Personen, die in den letzten 12 Monaten einen Krankenhausaufenthalt hatten. Das heißt, die durchschnittliche Anzahl bezieht sich nur auf Personen, die überhaupt im Krankenhaus gewesen sind, konkret heißt das, die 19 % der KärntnerInnen, die einen Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten angaben, waren durchschnittlich 1,6 Mal im Krankenhaus.

² Die folgenden Zahlen beziehen sich jeweils auf jene Personen, die in den letzten 12 Monaten einen Krankenhausaufenthalt hatten.

Anteil der Personen, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens einen stationären Krankenhausaufenthalt hatten, nach Geschlecht (Vergleich Kärnten und Österreich) und Bildung (nur Kärnten) im Jahr 2006/2007



Nach Bildung betrachtet, ist ein klarer sozialer Gradient erkennbar, die höchste durchschnittliche Verweildauer haben PflichtschulabsolventInnen mit 15 Nächten. Personen mit Studium gaben eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von rund fünf Nächten im Krankenhaus an. Es ist anzunehmen, dass dieser Gradient auch sichtbar ist, wenn die Daten um den Einfluss des Alters bereinigt wären. Auch nach Geschlecht getrennt, zeigt sich dieses Muster (je höher der Bildungsstatus, desto kürzer die Verweildauer).

8.1.2 Krankenhausaufenthalte als TagespatientIn

Neun Prozent der KärntnerInnen waren in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung nach eigenen Angaben im Krankenhaus als TagespatientIn (siehe Tabelle 8.1.1 Krankenhausaufenthalt stationär und als TagespatientIn). Dies liegt über dem österreichischen Schnitt von acht Prozent. Der höchste Anteil an TagespatientInnen ist in Vorarlberg zu finden (elf Prozent), der niedrigste in Wien mit sieben Prozent.

Daten auf Europaebene liegen nur für vier Länder vor, wobei die Anteile zwischen drei Prozent (Deutschland) und 13 % (Schweiz) liegen. Österreich bzw. Kärnten liegen demnach im oberen Feld der Inanspruchnahme (siehe Tabelle 8.1.2 Europavergleich Versorgung).

Ein kleinerer Anteil an Männern als an Frauen gab an, in Kärnten als TagespatientInnen im Krankenhaus gewesen zu sein (Frauen: zehn Prozent, Männer: neun Prozent), der Anteil der Frauen liegt über dem österreichischen Mittel, jener der Männer ist gleich hoch.

Nach Alter betrachtet ergibt sich kein einheitliches Bild, der kleinste Anteil an TagespatientInnen ist bei Personen zwischen 55 und 64 Jahren zu finden (sechs Prozent). In allen anderen Altersgruppen sind mehr als sieben Prozent der Personen in einem Krankenhaus als TagespatientInnen gewesen. Nach Geschlecht war der Anteil an Männern bis 45 Jahre größer als an Frauen, die TagespatientInnen waren, danach ist es umgekehrt.

Nach Bildungsniveau und den um den Einfluss des Alters korrigierten Daten analysiert, zeigen sich die größten Anteile an Personen, die aufgrund der Selbstauskünfte TagespatientInnen gewesen sind, bei Personen mit Pflichtschulabschluss (zwölf Prozent) und bei Personen mit Matura (zehn Prozent). Betrachtet man die Anteile der TagespatientInnen nach Geschlecht getrennt, also jene Daten, die nicht um den Einfluss des Alters bereinigt sind, so zeigt sich bei Männern, dass je höher deren höchste abgeschlossene Schulbildung ist, desto kleiner der Anteil jener ist, die als Tagespatienten im Krankenhaus waren. Bei den Frauen ist der kleinste Anteil an TagespatientInnen bei Frauen mit Fach- und Handelsschulabschluss zu finden (fünf Prozent).

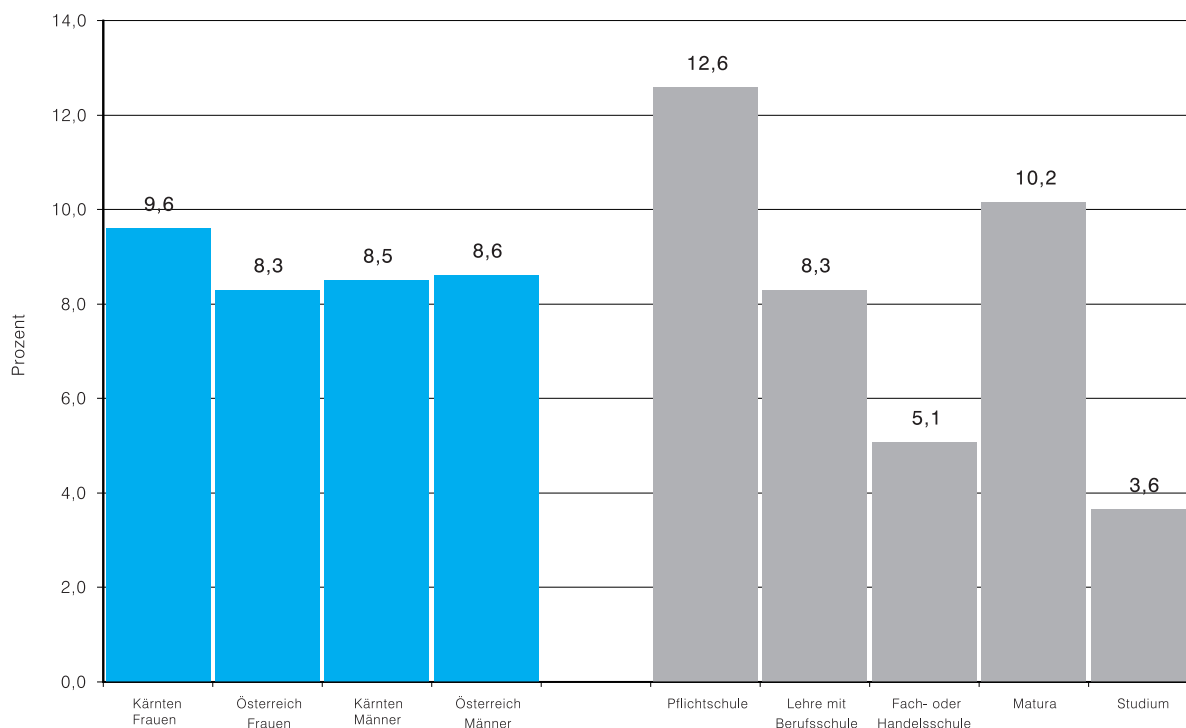
Durchschnittliche Anzahl an Aufenthalten im Krankenhaus als TagespatientIn

Jene KärntnerInnen, die als TagespatientInnen im Krankenhaus waren, gaben durchschnittlich drei Aufenthalte an. Das ist im Österreichvergleich der niedrigste Wert, durchschnittlich waren ÖsterreicherInnen, die TagespatientInnen waren, 4,5 Mal im Krankenhaus, der häufigste Wert ist in Wien mit sieben Aufenthalten zu finden (siehe Tabelle 8.1.1 Krankenhausaufenthalte stationär und als TagespatientIn).

Frauen waren durchschnittlich 2,7 Mal TagespatientInnen, Männer 3,6 Mal. Auch im österreichischen Schnitt hatten Männer eine größere Anzahl an Aufenthalten als Tagespatienten im Krankenhaus als Frauen. Jedoch liegen die österreichischen Durchschnittswerte über jenen von Kärnten.

Mit steigendem Alter nimmt die durchschnittliche Anzahl an Aufenthalten im Krankenhaus als TagespatientIn nach Angaben der Befragten zu. Eine Ausnahme bilden Personen zwischen 15 und 24 Jahre, die 2,6 Mal TagespatientInnen waren, und damit häufiger als jene zwischen 25 und 44 Jahre. Dasselbe Muster ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen zu beobachten: steigende Anzahl mit steigendem Alter, jedoch hohe Anzahl an Aufenthalten bei Personen zwischen 15 und 24. Frauen bis 65 Jahre waren durchschnittlich häufiger TagespatientInnen, in den Altersgruppen darüber waren es häufiger Männer. Während Frauen ab 75 Jahre durchschnittlich 3,3 Mal im Krankenhaus waren, waren es Männer desselben Alters 14 Mal.

Anteil der Personen, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens einmal als TagespatientInnen einen Krankenhausaufenthalt hatten, nach Geschlecht (Vergleich Kärnten und Österreich) und Bildung (nur Kärnten) im Jahr 2006/2007



Nach Bildung betrachtet, jedoch nicht um den Einfluss des Alters korrigiert, sind die häufigsten durchschnittlichen Aufenthalte bei Personen mit Pflichtschulabschluss und jenen mit Studium zu finden, ein Muster, welches auch bei Frauen ersichtlich wird. Betrachtet man jedoch nur die Männer, so sinkt mit steigendem Bildungsniveau die durchschnittliche Anzahl an Aufenthalten im Krankenhaus als Tagespatient.

8.1.3 Besuch einer Allgemeinmedizinerin/eines Allgemeinmediziners

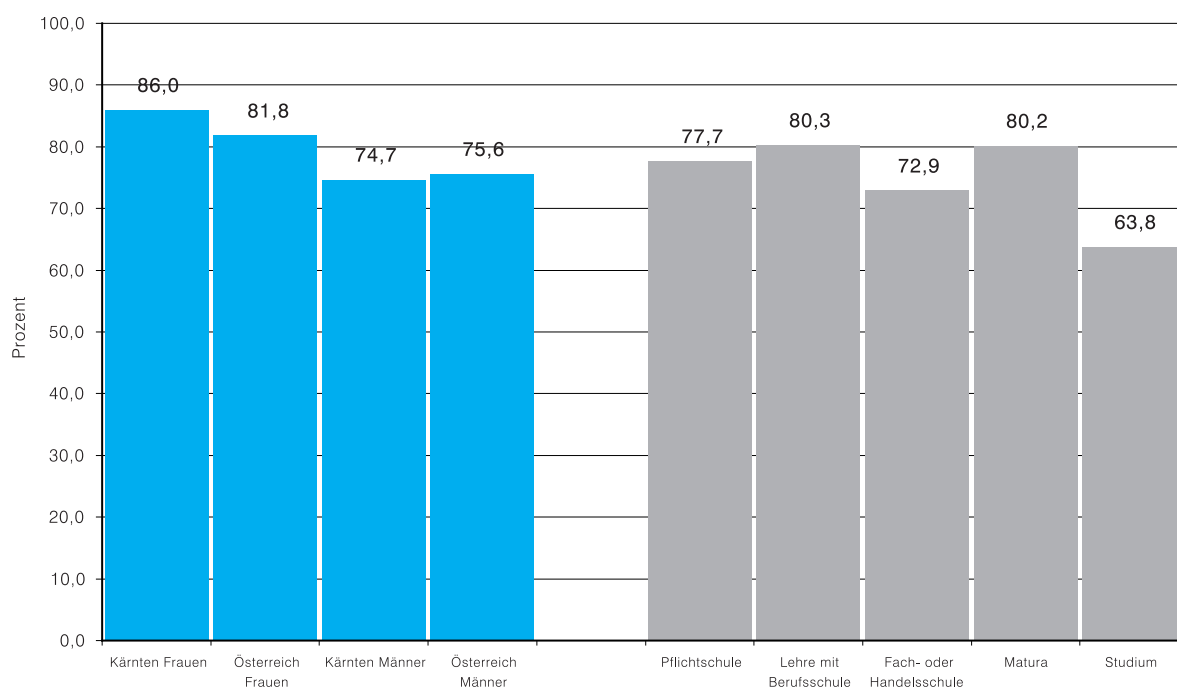
Vier von fünf KärntnerInnen (81 %) gaben an, in den zwölf Monaten vor der Befragung einen Arzt/eine Ärztin für Allgemeinmedizin besucht zu haben, also etwas mehr als der österreichische Schnitt von 79 %. Nur 70 % besuchten in Vorarlberg eine/n AllgemeinmedizinerIn.

Für Europa liegen Daten zum Besuch eines Mediziners/einer Medizinerin (ohne nähere Bezeichnung der Disziplin) vor, das heißt, hier können auch andere ÄrztInnen, wie FachärztInnen mitgedacht worden sein. Österreich hatte bei dieser Umfrage einen Anteil von 87 % an Personen, die in den letzten zwölf Monaten einen Arzt/eine Ärztin aufgesucht haben. Diese Inanspruchnahme ist klar im oberen Segment, der kleinste Anteil war in Schweden mit nur 75 % zu finden, der höchste in Deutschland mit 90 % (siehe Tabelle 8.1.2. Europavergleich Versorgung).

Frauen waren nach eigenen Angaben öfter bei einem/einer AllgemeinmedizinerIn als Männer. (Frauen 86 %, Männer 75 %). Während in Kärnten weniger Männer als im österreichischen Schnitt dieses Angebot in Anspruch nahmen, sind es um fünf Prozent mehr Kärntnerinnen als Österreicherinnen insgesamt.

Mit steigendem Alter ist ein eindeutig steigender Anteil an Personen, die den/die AllgemeinmedizinerIn aufsuchten, zu sehen. In etwa sieben von zehn KärntnerInnen im Alter zwischen 15 und 24 Jahre und neun von zehn KärntnerInnen ab 75 Jahre nahmen dieses Angebot in Anspruch. Auch nach Geschlecht getrennt ist eine steigende Inanspruchnahme mit steigendem Alter zu beobachten. Bei Frauen ist die Inanspruchnahme immer höher, außer bei Personen ab 75 Jahre sind gleiche Anteile bei beiden Geschlechtern zu sehen. Auffällig ist der große Unterschied in der Altersgruppe der 15- bis 25-Jährigen zwischen Frauen und Männern. 85 % der Frauen dieses Alters besuchten einen Arzt/ eine Ärztin für Allgemeinmedizin und nur 56 % der Männer. Dieser große Unterschied kann durch die Hochrechnung etwas überschätzt sein, wenngleich davon auszugehen ist, dass mehr Frauen als Männer in dieser Altersgruppe tatsächlich eine/n AllgemeinmedizinerIn aufgesucht haben.

Anteil der Personen, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens einmal den Hausarzt/die Hausärztin besucht haben, nach Geschlecht (Vergleich Kärnten und Österreich) und Bildung (nur Kärnten) im Jahr 2006/2007



Eine Analyse der Inanspruchnahme nach Bildung ergibt kein eindeutiges Muster. KärntnerInnen mit Pflichtschulabschluss gaben zu 77 % an, eine/n AllgemeinmedizinerIn besucht zu haben, Personen mit Studium zu 64 %. Betrachtet man die Inanspruchnahmedaten nach Geschlecht und Bildung, jedoch ohne Korrektur des Einflusses des Alters, so sind die höchsten Anteile der Inanspruchnahme bei Frauen mit Pflichtschulabschluss und mit Matura zu sehen, bei Männern sind es jene mit Pflichtschulabschluss und Studium, die die größten Anteile aufweisen.

8.1.4 Besuch einer Zahnärztin/eines Zahnarztes

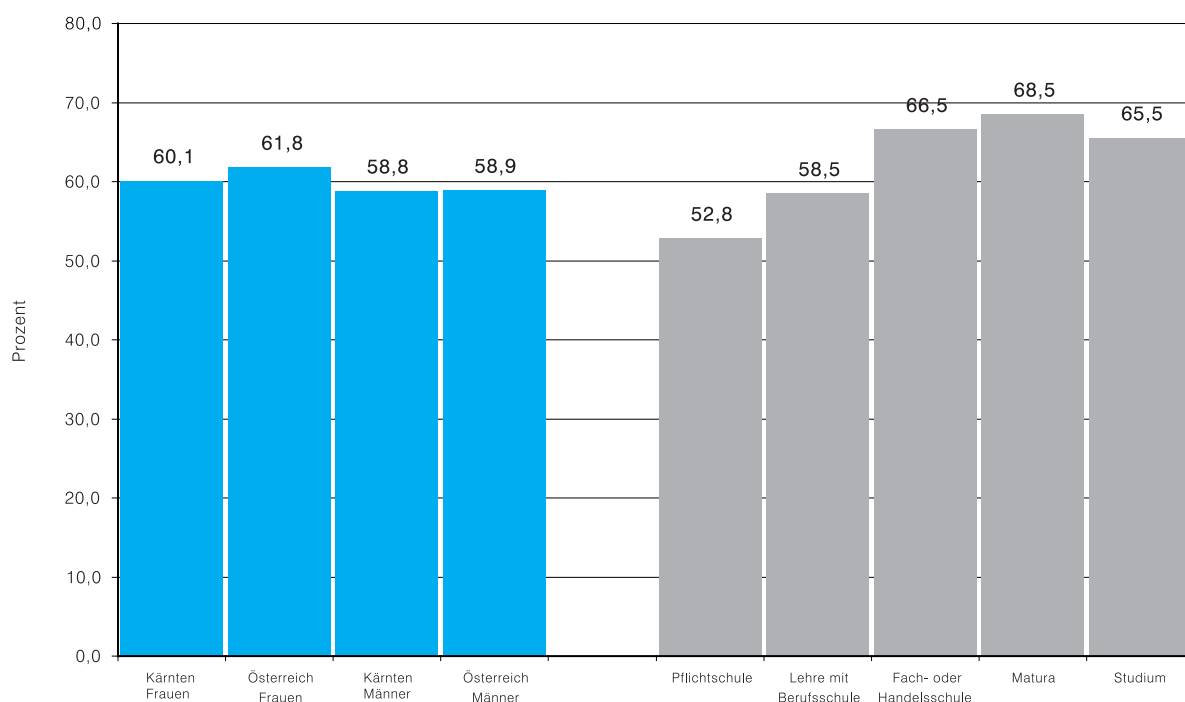
60 % der KärntnerInnen gaben an, im letzten Jahr vor der Befragung einen Zahnarzt/eine Zahnärztin besucht zu haben, also etwas weniger als der österreichische Schnitt. SalzburgerInnen liegen an der Spitze der Inanspruchnahme mit 69 %, WienerInnen am Ende mit 54 %.

Vergleicht man diese Daten mit Daten aus anderen europäischen Ländern, so wird ersichtlich, dass die Inanspruchnahme in Österreich und Kärnten in etwa gleich hoch ist wie jene in Island und Finnland. Höher ist sie in Deutschland, den Niederlanden und Schweden, niedriger in Ländern wie Griechenland, Portugal und Spanien, wodurch ein Nord-Süd-Gefälle in der Inanspruchnahme sichtbar wird (siehe 8.1.2 Europavergleich – Versorgung).

In etwa gleich hohe Anteile an Frauen (60 %) und Männern (59 %) in Kärnten waren nach eigenen Angaben im letzten Jahr bei einem Zahnarzt/einer Zahnärztin. Dadurch war ein kleinerer Anteil an Kärntnerinnen und ein größerer Anteil an Kärntnern als im jeweiligen österreichischen Schnitt bei einem Zahnarzt/einer Zahnärztin.

Mit steigendem Alter ist ab 55 Jahre tendenziell ein Sinken der Inanspruchnahme feststellbar. Über 65 % der Personen bis 55 Jahre war bei einem Zahnarzt/einer Zahnärztin, danach sinkt die Zahl kontinuierlich, bei den Personen ab 75 Jahre waren es nur mehr halb so viele (30 %). Ein Muster, das sowohl bei Frauen als auch bei Männern feststellbar ist. Während Frauen bis 65 Jahre zu größeren Anteilen angaben, dieses Angebot in Anspruch genommen zu haben, ist bei Männern kein so starkes Absinken der Inanspruchnahme feststellbar. Nur 21 % der Frauen ab 75 Jahre und immerhin 48 % der Männer dieses Alters geben an, bei einem Zahnarzt/einer Zahnärztin gewesen zu sein.

Anteil der Personen, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens einmal den Zahnarzt/die Zahnärztin besucht haben, nach Geschlecht (Vergleich Kärnten und Österreich) und Bildung (nur Kärnten) im Jahr 2006/2007



Ein klarer sozialer Gradient wird bei der Inanspruchnahme sichtbar, mit steigendem Bildungsniveau steigt auch der Anteil jener, die angeben, bei einem Zahnarzt/einer Zahnärztin gewesen zu sein. 53 % der Personen mit Pflichtschulabschluss und 66 % der Personen mit Studium geben an, in den letzten zwölf Monaten eine/n VertreterIn dieser Berufsgruppe besucht zu haben. Dieser soziale Gradient ist auch vorhanden, wenn die Daten nach Geschlecht getrennt analysiert werden, obwohl hier der Einfluss des Alters zu bedenken ist, kann aufgrund der Daten für die Gesamtbevölkerung davon ausgegangen werden, dass dieser soziale Gradient sowohl bei Frauen als auch bei Männern vorhanden ist. Während ein kleinerer Anteil der Frauen als Männer mit Pflichtschulabschluss dieses Angebot in Anspruch genommen hat, ist in allen anderen Bildungsgruppen der Anteil der Frauen größer.

8.1.5 Zusammengefasste Ergebnisse

Krankenhausaufenthalte

- Im Schnitt waren nach eigenen Angaben mehr KärntnerInnen als ÖsterreicherInnen insgesamt stationär im Krankenhaus. Insgesamt ist die Inanspruchnahme verglichen mit anderen europäischen Ländern auf einem hohen Niveau.
- Frauen gaben häufiger an, im Krankenhaus gewesen zu sein, als Männer, dennoch liegt die Inanspruchnahme durch die Kärntner Männer klar über jener der anderen Österreicher.
- Mit dem Alter steigt der Anteil jener, die im Krankenhaus waren, mit steigendem Bildungsniveau sinkt dieser.
- Zwar liegt der Anteil der Personen, die nach eigenen Angaben im Krankenhaus waren, über dem österreichischen Schnitt, aber die durchschnittliche Anzahl an Krankenhausaufenthalten ist geringer als im österreichischen Schnitt. Frauen und Männer waren in etwa gleich häufig im Krankenhaus.
- Mit steigendem Alter steigt, bezogen auf die Selbstauskünfte, die durchschnittliche Anzahl von einem auf zwei Aufenthalte, Personen mit Matura waren durchschnittlich einmal im Krankenhaus, jene ohne Matura zweimal.
- Auch die Verweildauer wurde mit zehn Tagen kürzer angegeben als im österreichischen Schnitt, Frauen waren im Schnitt elf, Männer neun Tage im Krankenhaus. Die Anzahl der Nächte im Krankenhaus steigt von sechs (bei den 15- bis 25-Jährigen) auf 17 bei den ältesten Personen. Nach Bildung analysiert zeigt sich ein sozialer Gradient, je höher die höchste abgeschlossene Schulbildung ist, desto niedriger wird die Anzahl der durchschnittlichen Nächte im Krankenhaus angegeben.

Krankenhausaufenthalte als TagespatientIn

- Der Anteil der KärntnerInnen, die nach eigenen Angaben als TagespatientInnen im Krankenhaus waren, liegt über dem österreichischen Schnitt, wobei ein höherer Anteil an Kärntnerinnen als an Kärntnern TagespatientIn war. Nach Alter und Bildung betrachtet ergibt sich kein einheitliches Bild.
- Während der Anteil an TagespatientInnen in Kärnten höher als im österreichischen Schnitt ist, liegt die durchschnittliche Anzahl an berichteten Aufenthalten als TagespatientIn klar unter dem österreichischen Schnitt. Während es in Kärnten durchschnittlich drei Aufenthalte waren, waren es im österreichischen Schnitt 4,5.
- Männer gaben durchschnittlich seltener an, Tagespatienten gewesen zu sein, mit steigendem Alter steigt auch die Anzahl der durchschnittlichen Aufenthalte, mit Ausnahme der 15- bis 24-Jährigen, die eine sehr hohe Inanspruchnahme aufweisen.
- KärntnerInnen mit Pflichtschulabschluss und jene mit Matura weisen die höchste durchschnittliche Anzahl auf.

Besuch eines Allgemeinmediziners/einer Allgemeinmedizinerin

- Die Inanspruchnahme der KärntnerInnen liegt nach eigenen Angaben über dem österreichischen Schnitt. Elf Prozent mehr Frauen als Männer nahmen dieses Angebot in Anspruch, was ebenfalls über dem österreichischen Schnitt liegt.

Mit steigendem Alter steigt der Anteil jener, die eine/n AllgemeinmedizinerIn besuchten, bei den jüngeren sind es sieben von zehn, bei den älteren neun von zehn.

Bei der Inanspruchnahme ist nach Bildung kein sozialer Gradient zu sehen.

Besuch eines Zahnarztes/einer Zahnärztin

- Etwas weniger KärntnerInnen als im österreichischen Schnitt gaben an, einen Zahnarzt/eine Zahnärztin besucht zu haben. Frauen und Männer nahmen in Kärnten in etwa zu gleichen Anteilen dieses Angebot in Anspruch, auf Österreichebene waren es mehr Frauen als Männer.
- Während KärntnerInnen bis 55 Jahre in allen Altersgruppen in etwa zu gleichen Anteilen eine Inanspruchnahme aufweisen, sinkt sie danach ab, stärker bei Frauen als bei Männern. Während Frauen im Alter zwischen 15 und 24 mit 79 % die höchste Inanspruchnahme aufweisen, sind es bei den Männern dieses Alters nur 57 %. Bei den Ältern ist ein umgekehrtes Muster sichtbar, 21 % der Frauen und 48 % der Männer ab 75 Jahre waren bei einem Zahnarzt/einer Zahnärztin.
- Ein sozialer Gradient ist sowohl für die Gesamtbevölkerung als auch nach Geschlecht getrennt zu sehen, mit steigendem Bildungsniveau steigt die Inanspruchnahme des Angebotes.

8.2 Vorsorge und Früherkennungsuntersuchungen

Gesundheitsförderung und präventive Maßnahmen haben als oberstes Ziel, die Bevölkerungsgesundheit zu verbessern. Gesundheitsförderung zielt vor allem darauf ab, persönliche und soziale Ressourcen im Bereich der Gesundheitserhaltung zu stärken und eine Zusammenarbeit aller Politikbereiche zur Schaffung von gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen zu forcieren (Kickbusch, 2003, S. 182). Präventionsmaßnahmen versuchen hingegen Krankheiten zu verhindern. Vorsorgemaßnahmen werden zur Prävention, welche in drei Teilbereiche unterteilt wird, gezählt: Während Primärprävention zum Ziel hat, durch gezielte Maßnahmen zur Risikominimierung und Minimierung der Exposition die Neuerkrankungsrate zu senken, versucht Sekundärprävention frühzeitig, symptomlose Krankheiten zu entdecken und dadurch bessere Behandlungserfolge zu erzielen. Die Behandlung von Krankheiten wird als Tertiärprävention bezeichnet (Walter, Schwartz, Robra & Schmidt, 2003, S. 189).

Präventionsmaßnahmen, vor allem jene der Primär- und Sekundärprävention, haben einen hohen gesellschaftlichen Stellenwert, da sie helfen können, Krankheiten und das damit verbundene Leiden zu verhindern und zu reduzieren (Klimont, Kytir & Leitner, 2007, S. 41). Impfen kann als Primärpräventionsmaßnahme bezeichnet werden, Maßnahmen der Sekundärprävention sind neben Gesundheitschecks auch Vorsorgeuntersuchungen und Früherkennungsmaßnahmen, wie Screenings (Walter, Schwartz, Robra & Schmidt, 2003, S. 189).

Im Rahmen der Gesundheitsbefragung der Statistik Austria wurde der Impfstatus bezüglich acht Impfungen erhoben. Dabei wurden die Befragten darauf hingewiesen, wie lange jeweils eine Impfung zurückliegen durfte, um noch einen aufrechten Impfschutz zu haben. Da es sich um Selbstauskünfte handelt, kann es sein, dass die Anteile generell etwas überschätzt werden, da vermutlich auch weiter zurückliegende Impfungen angegeben wurden (Klimont, Kytir & Leitner, 2007, S. 41). Für den aufrechten Impfschutz liegen keine vergleichbaren Daten auf Europaebene vor, da vor allem die Durchimpfungsrate von Kindern im Mittelpunkt des Interesses liegt (vgl. HFA – Datenbank und Datenbank von Eurostatistik).

Grundsätzlich besteht eine Vielzahl an möglichen Maßnahmen zur Primär- und Sekundärprävention, jedoch ist es nicht nur aufgrund der Knappheit finanzieller Ressourcen von großer Wichtigkeit, Präventionsmaßnahmen sorgfältig auszuwählen. Neben einer Einschätzung der Kosten müssen die potenzielle Krankheitslast, der Nutzen sowie die unbeabsichtigten Nebenwirkungen in den Entscheidungsprozess miteinbezogen werden (Walter, Schwartz, Robra & Schmidt, 2003, S. 189).

Für die Durchführung von Screeningmaßnahmen hat zum Beispiel das National Screening Committee des Vereinigten Königreiches betreffs des Grundes, des Testes und der Behandlung Kriterien aufgestellt (Holland & Steward, 2005, S. 6-8), die vor der Durchführung eines Screenings sichergestellt sein müssen:

Der Grund muss ein ernstzunehmendes Gesundheitsproblem darstellen, und die Hintergründe (aus epidemiologischer und geschichtlicher Sicht) sowie die Entwicklung müssen gut bekannt und ausreichend erforscht sein, darüber hinaus müssen alle kosteneffizienten Primärpräventionsmaßnahmen ausgeschöpft sein. Der Test muss einfach, sicher, präzise und valide sein. Darüber hinaus muss die Akzeptanz der Bevölkerung gegeben sein, und weitere Diagnoseverfahren bei positiven Tests müssen vereinbart sein. Bezüglich der Behandlung stellt das National Screening Committee unter anderem fest, dass eine effektive Behandlung für PatientInnen, deren Krankheit frühzeitig entdeckt wird, vorhanden sein muss. Außerdem muss sichergestellt sein, dass eine frühzeitige Behandlung bessere Ergebnisse verspricht, zusätzlich müssen Evidenzen von randomisierten Fallkontrollstudien zur Verfügung stehen. Nicht zuletzt soll der Nutzen des Screeningprogrammes die physischen und psychologischen Schäden, die dadurch entstehen können, überwiegen.

Im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2006/2007 wurden die Inanspruchnahme von diversen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sowie der Zeitpunkt der letzten Inanspruchnahme abgefragt. Bei der Blutdruck- und Cholesterinmessung wurden die Personen zusätzlich befragt, ob ihnen innerhalb des letzten Jahres ein erhöhter Blutdruck bzw. erhöhtes Cholesterin diagnostiziert wurde. Im Folgenden sind die abgefragten Untersuchungen sowie die zur Verfügung stehenden Antwortkategorien zu sehen (Klimont, Kytir & Leitner, 2007, Anhang Befragungsunterlagen, S. 20-22):

- Blutdruck und Cholesterin: Zeitpunkt der letzten Messung (innerhalb der letzten zwölf Monate, vor ein bis fünf Jahren, nicht innerhalb der letzten fünf Jahre, noch nie, weiß nicht) und Diagnose innerhalb des letzten Jahres (ja/nein)
- Gesundenuntersuchung, Mammografie, PAP-Test, PSA-Test und Darmspiegelung: Durchführung (ja/nein) und Zeitpunkt der letzten Durchführung (innerhalb der letzten zwölf Monate, vor ein bis drei Jahren, nicht innerhalb der letzten drei Jahre)

Diese Daten können jedoch nur teilweise darüber Auskunft geben, inwieweit die Inanspruchnahme der oben genannten Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchung den in Österreich vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger gegebenen Empfehlungen entspricht, da die abgefragten Zeitpunkte in den meisten Fällen nicht mit den Empfehlungen übereinstimmen. So wird zum Beispiel die Durchführung einer Darmspiegelung in einem 10-jährigen Intervall empfohlen, erfasst wird in der Befragung allerdings die letzte Durchführung vor ein bis drei Jahren bzw. nicht innerhalb der letzten drei Jahre (2005b, S. 10-11).

Für diese Daten gibt es auf Europaebene nur für die letzte Blutdruck- und Cholesterinmessung Vergleichsdaten, die ebenfalls auf Selbstauskünften der Befragten beruhen. Da diese Daten jedoch nicht hochgerechnet und durch eine andere Stichprobenziehung entstanden sind (vgl. Europäische Kommission, 2007, Technical Specification), ist der direkte Vergleich mit den Daten der Gesundheitsbefragung nicht realisierbar. Eine Positionierung Österreichs im europäischen Vergleich ist dennoch möglich.

8.2.1 Impfungen

Impfungen gelten als kosteneffektive und lebensrettende Maßnahme, um Krankheiten zu kontrollieren (WHO, 1996, S.1). Impfprogramme waren seit jeher Teil der Angebote der öffentlichen Gesundheitsdienste. Die WHO konnte in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts die Auslöschung von Pocken bekannt geben, 2002 folgte die Deklaration, dass Europa nun eine poliofreie Zone ist. Das

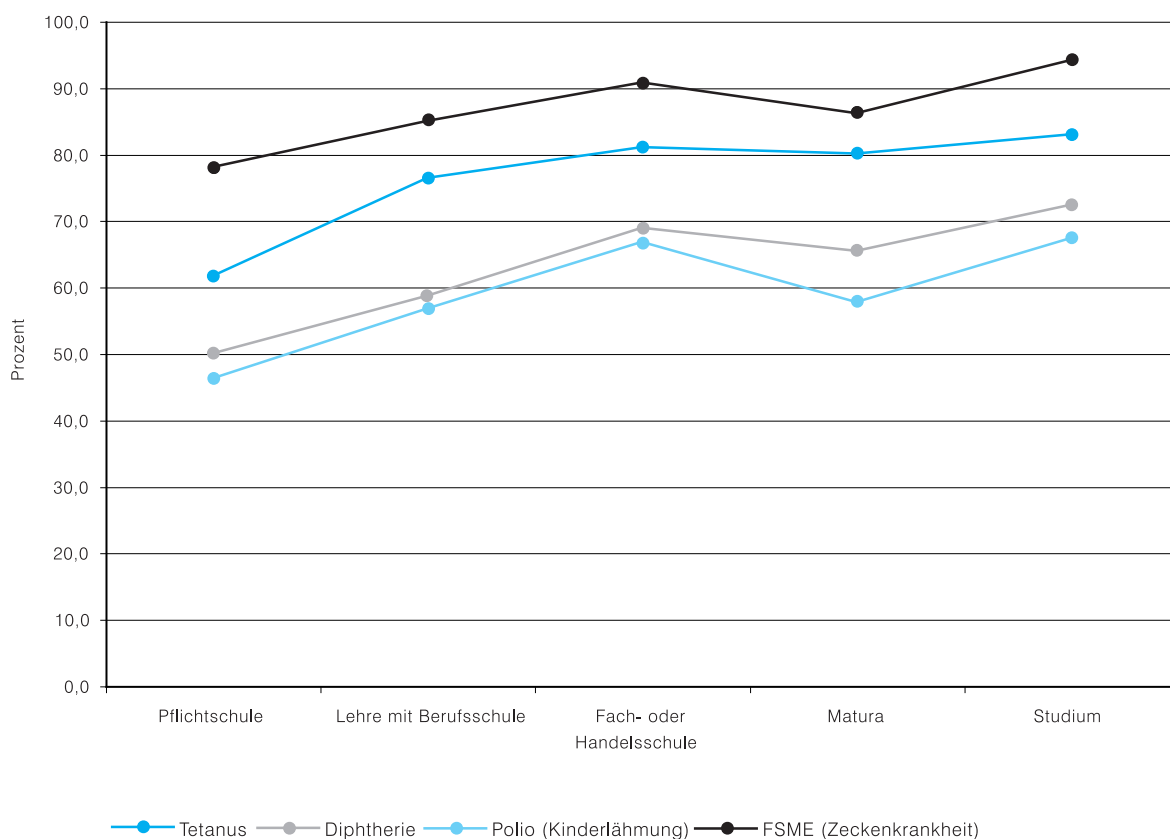
Wiederauftreten von Diphtherie in der ehemaligen Gemeinschaft Unabhängiger Staaten, wie z.B. in Georgien, macht jedoch deutlich, wie wichtig es ist, Impfprogramme fortzusetzen und auf hohe Durchimpfungsraten zu achten (WHO, 2006, S. 1). In Kärnten wird der größte Teil des Budgets für Prävention für die Verhinderung von übertragbaren Krankheiten verwendet. Impfungen haben aus bevölkerungsmedizinischer Sicht die größte Effizienz (Abt. 12, Interview am 26. Februar 2008). Das Budget für den Bereich Impfungen wurde lt. Finanzabteilung in den letzten Jahren in Kärnten unter anderem ausgebaut (Abt. 4, Interview am 29. Jänner 2008).

Im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2006/2007 wurde der aufrechte Impfschutz zu folgenden Impfungen erfragt:

- Grippe
- Tetanus
- Diphtherie
- Polio
- FSME
- Pneumokokken (nur Personen über 60 Jahre)
- Hepatitis B
- Hepatitis A

Im österreichischen Impfplan 2008 sind alle zuvor genannten Impfungen bis auf jene gegen Grippe, FSME und Hepatitis A bereits für Kleinkinder bis zwölf Monate empfohlen, die erste FSME- und Hepatitis A-Impfung wird ab dem vollendeten zwölften Lebensmonat empfohlen (Oberster Sanitätsrat, 2007, S. 3) Im Einzelfall, nach strenger Abwägung des Risikos und des Nutzens, kann FSME bei Kindern, die einem hohen Risiko ausgesetzt werden, auch bereits ab dem 7. Lebensmonat verabreicht werden. Die Impfung gegen Influenza wird prinzipiell jedem empfohlen, besonders jedoch Kindern (ab dem siebten Lebensmonat), Jugendlichen und Erwachsenen mit erhöhter Gefährdung aufgrund eines Grundleidens wie Erkrankungen der Nieren, Erwachsenen über 50 Jahre, Betreuungspersonen und Personen mit häufigem Publikumskontakt (Oberster Sanitätsrat, 2007, S. 25).

Anteil der Personen, die angeben, einen aufrechten Impfschutz gegen Tetanus, Diphtherie, Polio und FSME zu haben, nach Bildung in Kärnten im Jahr 2006/2007



Grippe

Fast jede/r vierte KärntnerIn (24 %) gibt an, einen aufrechten Impfschutz gegen Influenza zu haben, ein höherer Prozentsatz ist nur im Burgenland (26 %) und in Wien zu finden (27 %). Im österreichischen Durchschnitt geben 21 % der EinwohnerInnen an, einen aufrechten Impfschutz zu haben. KärntnerInnen berichten seltener einen aufrechten Impfstatus als Kärntner (22 zu 25 %), beide Gruppen liegen jedoch über dem jeweiligen österreichischen Schnitt.

Analysiert man den Anteil der Personen mit aufrechem Impfstatus nach Alter, so zeigt sich, dass in Kärnten Personen zwischen 15 und 24 Jahre zu 22 % angeben, gegen Influenza geimpft zu sein, Personen zwischen 25 und 34 nur zu zehn Prozent, danach steigt der Anteil fast stetig und erreicht den höchsten Wert bei Personen über 75 Jahre mit 49 %. Nach Alter und Geschlecht analysiert, zeigt sich kein eindeutiges Muster, für beide Geschlechter gilt jedoch, dass Jüngere zwischen 15 und 24 Jahre häufiger einen aufrechten Impfstatus aufweisen als Personen zwischen 25 und 34 Jahre (bei Männern) bzw. 25 und 74 Jahren (bei Frauen), danach steigt der Anteil der Personen, die einen aufrechten Impfstatus angeben.

Jede dritte Person mit Fach- oder Handelsschulabschluss (37 %) gibt einen aufrechten Impfstatus an, während nur 16 % mit Pflichtschulabschluss und 20 % mit Universitätsabschluss in diese Gruppe fallen. Nach Geschlecht und Schulbildung getrennt betrachtet, ist bei den Daten, die nicht um den Einfluss des Alters korrigiert sind, bei Männern dasselbe Muster erkennbar. Bei Frauen sind hingegen

jene mit Pflichtschulabschluss zu 29 %, jene mit Fach- oder Handelsschulabschluss zu 30 % geimpft. Große Unterschiede ergeben sich, wenn der aufrechte Impfstatus von HochschulabsolventInnen nach Geschlecht analysiert wird. Während Frauen nur zu elf Prozent einen aufrechten Impfstatus an, sind es bei den Männern mehr als doppelt so viele (24 %). Den niedrigsten Anteil weisen bei beiden Geschlechtern jene mit Lehrabschluss auf.

Tetanus

72 Prozent der KärntnerInnen geben an, einen aufrechten Schutz gegen Tetanus zu haben, womit Kärnten über dem österreichischen Schnitt von 69 % liegt. In Vorarlberg (57 %), Wien und Tirol (je 62 %) sind die niedrigsten Raten zu finden (siehe Tabelle 8.2.1 Impfstatus).

Während 67 % der Kärntnerinnen angeben, diesen Impfschutz zu haben, sind es bei den Kärntnern 78 %. Dieser unterschiedliche Impfstatus spiegelt sich auch bei Zahlen auf Österreichebene wider, wobei jedoch die Differenz zwischen den beiden Geschlechtern nicht so groß ist, und generell weniger Personen als in Kärnten diesen aufrechten Impfschutz angeben.

Eine Analyse nach Alter zeigt, dass mit zunehmendem Alter weniger Personen angeben, diesen Impfschutz zu haben. Während KärntnerInnen zwischen 15 und 24 Jahren zu 90 % in diese Gruppe fallen, sind es bei jenen ab 75 Jahre nur mehr 33 %. Männer geben in allen Altersgruppen häufiger an, gegen Tetanus geimpft zu sein.

Ein klarer sozialer Gradient wird sichtbar, analysiert man den Impfstatus nach Schulbildung. Personen mit Pflichtschulabschluss geben zu 61 % an, gegen Tetanus geimpft zu sein, während es bei den Personen mit mindestens einem Fach- oder Handelsschulabschluss ein Drittel mehr Personen sind (81 %). Dieser Gradient ist auch bei den Daten nach Geschlecht, die nicht um den Einfluss des Alters korrigiert wurden, sichtbar. Dabei gibt es vor allem bei den Gruppen mit niedrigem Bildungsstatus Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Nur jede zweite weibliche Pflichtschulabgängerin gibt an, gegen Tetanus geimpft zu sein, während dies bei den Männern 60 % von sich sagen. Bei Personen, die mindestens einen Fach- oder Handelsschulabschluss haben, ist kein eindeutiger Unterschied zwischen Frauen und Männern mehr erkennbar.

Diphtherie

57 % der KärntnerInnen geben an, gegen Diphtherie geimpft zu sein, dieser Wert liegt klar über dem österreichischen Durchschnitt von 51 %. Höhere Anteile an geimpften Personen gibt es nur in Oberösterreich und der Steiermark (siehe Tabelle 8.2.1 Impfstatus).

Frauen in Kärnten sind nach Eigenangaben zu 55 %, Männer zu 59 % gegen Diphtherie geimpft, womit dies in beiden Fällen sechs Prozent mehr KärntnerInnen als ÖsterreicherInnen insgesamt sind. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Personen, die einen aufrechten Impfschutz haben, sowohl bei Frauen als auch bei Männern ab. Während Frauen zwischen 25 und 44 Jahre einen geringfügig höheren Impfstatus als Männer aufweisen, ist es bei den Personen ab 45 Jahre umgekehrt. Nur 14 % Frauen und 20 % Männer über 74 Jahre sind gegen Diphtherie geimpft, bei den Personen zwischen 15 und 24 Jahre sind es hingegen 79 % der Frauen und 82 % der Männer.

Jede zweite Person mit Pflichtschulabschluss gibt an, gegen Diphtherie einen aufrechten Impfschutz zu haben, bei den Personen mit einer Ausbildung, die über die Matura hinausgeht, sind es drei von vier, damit eineinhalbmal so viele Personen. Der hier sichtbare soziale Gradient wird auch bei Daten sichtbar, die nach Geschlecht, jedoch nicht um den Einfluss des Alters bereinigt, vorliegen. Zehn Prozent weniger Frauen mit Pflichtschulabschluss als Männer geben an, geimpft zu sein, bei Personen mit Studium oder anderen Ausbildungen haben sieben Prozent mehr Frauen diese Impfung. Hier wirkt

sich vermutlich die Altersverteilung in den einzelnen Bildungsschichten auf die Ergebnisse aus. Dennoch lässt sich feststellen, dass mit steigender Bildung die Anzahl der Geimpften sowohl bei Frauen als auch bei Männern tendenziell steigt.

Polio

Mehr als die Hälfte der KärntnerInnen (53 %) gibt einen aufrechten Impfschutz gegen Kinderlähmung an, Kärnten liegt somit im österreichischen Mittelfeld. Während in Vorarlberg nur 39 % geimpft sind, sind es in der Steiermark mit 59 % eineinhalbmals mehr Personen als in Vorarlberg (siehe Tabelle 8.2.1 Impfstatus).

Etwas mehr Kärntner als Kärntnerinnen geben an, eine Impfung gegen diese Krankheit zu haben, Frauen liegen genau im österreichischen Schnitt, Männer darüber. Wie bei den zuvor beschriebenen Impfungen sinkt mit zunehmendem Alter der Anteil derjenigen, die nach Eigenangaben einen aufrechten Impfschutz haben. Während in den jüngeren Altersgruppen kaum Unterschiede im Impfstatus zwischen Männern und Frauen feststellbar sind, sind Männer im Alter zwischen 45 und 74 häufiger gegen Kinderlähmung geimpft. Nur bei den über 74-Jährigen geben zweimal so viele Frauen (14 %) an, gegen Polio geimpft zu sein, wie Männer (sieben Prozent).

Hohe Anteile an Geimpften gibt es bei den Personen mit Fach- oder Handelsschulabschluss und bei Personen mit Studium (je 67 %). Die wenigsten Personen mit aufrechem Impfstatus gegen Kinderlähmung sind in der Gruppe der PflichtschulabgängerInnen zu finden (46 %).

FSME

Vier von fünf in Kärnten lebenden Personen berichten, gegen FSME geimpft zu sein, was nach Eigenangaben die höchste Rate in ganz Österreich ist. Durchschnittlich sind 67 % der ÖsterreicherInnen geimpft, die wenigsten in Vorarlberg mit 45 %.

Während österreichweit mehr Frauen gegen FSME geimpft sind, ist in Kärnten ein größerer Anteil der Männer gegen diese Krankheit durch Impfung geschützt. Bis 55 Jahre sind 85 % und mehr der KärntnerInnen geimpft, erst danach nimmt dieser Anteil ab, am wenigsten sind jedoch in der Gruppe der Personen ab 75 Jahre geimpft. Frauen und Männer geben in allen Altersgruppen in etwa zu gleichen Anteilen an, gegen FSME geimpft zu sein, in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen ist die größte Differenz zu sehen, hier sind 92 % der Männer und 87 % der Frauen geimpft.

78 % der PflichtschulabsolventInnen sind gegen FSME geimpft, 94 % der Personen mit Studium oder einer hochschulverwandten Ausbildung. Sowohl bei Frauen als auch bei Männern ist dieser soziale Gradient zu sehen.

Pneumokokken

15 % der Personen über 60 Jahre sind in Kärnten gegen Pneumokokken geimpft (siehe Tabelle 8.2.1 Impfstatus), dies liegt über dem österreichischen Schnitt, jedoch sind österreichweit sehr große Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern feststellbar. Während in Vorarlberg und Salzburg nur je fünf Prozent dieser Bevölkerungsgruppe geimpft sind, sind es in der Steiermark mehr als viermal so viele (22 %).

14 % der Frauen und 16 % der Männer ab 60 Jahre sind in Kärnten nach Eigenangaben geimpft, mit steigendem Alter steigt im Regelfall auch der Anteil derjenigen, die einen aufrechten Impfschutz haben, eine Ausnahme bilden in Kärnten Männer zwischen 65 und 74 Jahre, die den höchsten Anteil mit 20 % haben.

Ein klarer sozialer Gradient wird sichtbar, was den Durchimpfungsstatus betrifft, bei den PflichtschulabsolventInnen weisen acht Prozent diese Impfung auf, bei den Personen mit Studium 21 %. Dieser Gradient zeichnet sich auch, wenngleich nicht so deutlich, bei den Daten nach Bildung und Geschlecht ab.

Hepatitis B

Fast jede/r dritte KärntnerIn (32 %) hat nach eigenen Angaben einen aufrechten Impfschutz gegen Hepatitis B, womit Kärnten gemeinsam mit der Steiermark an erster Stelle in Österreich ist (siehe Tabelle 8.2.1 Impfstatus).

Frauen sind in etwa gleich häufig geimpft wie Männer, beide Gruppen sind in größerem Ausmaß als im österreichischen Durchschnitt geimpft. Bis zum 66. Lebensjahr gibt ein größerer Anteil an Frauen an, diesen Impfschutz zu haben, danach sind es mehr Männer. Fast verschwindend klein ist bei Frauen ab 75 Jahre der Anteil, der angibt, geimpft zu sein, zugleich hat keiner der befragten Männer dieses Alters angegeben, einen aufrechten Impfschutz zu haben.

Nur jede/r vierte PflichtschulabsolventIn und mehr als die Hälfte der Personen mit Studium sind gegen Hepatitis B geimpft. Auch nach Geschlecht getrennt betrachtet wird der soziale Gradient sichtbar.

Hepatitis A

Eine etwas kleinere Anzahl an KärntnerInnen gibt an, gegen Hepatitis A geimpft zu sein (im Vergleich zu Hepatitis B), dennoch liegt Kärnten mit einem Anteil von 29 % hinter der Steiermark an zweiter Stelle. Insgesamt geben etwas mehr Frauen als Männer in Kärnten an, einen aufrechten Impfschutz zu haben, während dies auf ganz Österreich bezogen umgekehrt ist (siehe Tabelle 8.2.1 Impfstatus).

Über die Hälfte der 15- bis 24-Jährigen gibt an, gegen Hepatitis A geimpft zu sein, während dies auf nur zwei Prozent der über 75-Jährigen zutrifft. Dieser abnehmende Anteil mit steigendem Alter kann sowohl bei Frauen als auch bei Männern beobachtet werden.

Eine Analyse nach Schulbildung zeigt das gleiche Muster wie bei Hepatitis B: Gruppen mit höherer abgeschlossener Schulbildung zeigen höhere Anteile an Personen mit aufrechem Impfschutz.

8.2.2 Gesundenuntersuchung

Die Vorsorgeuntersuchung, welche 1974 in Österreich eingeführt wurde (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2005b, S. 4), wurde im Jahr 2005 neu strukturiert. Neuerungen wurden beispielsweise im Bereich der Herz-Kreislaufkrankungen durchgeführt, wo unter anderem ein altersspezifischer Score mit der Berechnung des individuellen Herz-Kreislauf-Gesamtrisikos eingeführt wurde. Weiters wurden Fragenkomplexe zu Lebensstilen hinzugefügt, wodurch zum Beispiel frühzeitig ein problematischer Alkoholkonsum festgestellt werden kann. Darüber hinaus sollen ÄrztInnen immer bei GelegenheitsraucherInnen intervenieren (Püringer, 2005, S. 7).

Im Rahmen der Gesundheitsbefragung wurde für jede abgefragte Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchung danach gefragt, ob der/die Befragte bereits einmal daran teilgenommen hat, bzw. bei jenen, die dies mit „Ja“ beantworteten, wann die letzte Untersuchung stattgefunden hat (Klimont, Kytir & Leitner, 2007, Anhang Befragungsunterlagen).

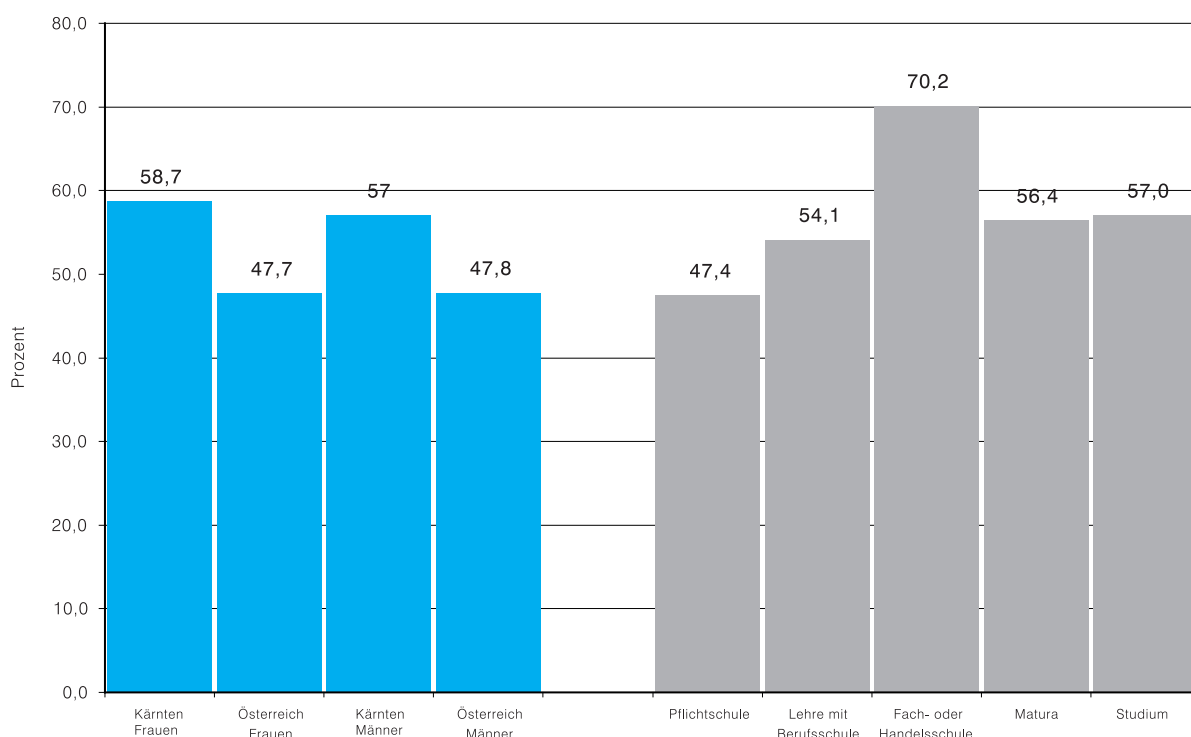
Anspruchsberechtigt sind alle Personen ab dem 18. Lebensjahr, wobei Personen unter 40 Jahren alle drei Jahre eingeladen werden, Personen über 40 Jahre alle zwei Jahre. Die durchgeführten Untersuchungen sind je nach Geschlecht, Alter und Risikofaktoren unterschiedlich (Kärntner Gebietskrankenkasse, o.D.).

58 % der KärntnerInnen nahmen nach eigenen Angaben bereits mindestens einmal an einer Gesundenuntersuchung teil, 40 % davon im letzten Jahr, 45 % vor ein bis drei Jahren, die restlichen vor mehr als drei Jahren (siehe Tabelle 8.2.2 Gesundenuntersuchung). Österreichweit nahm weniger als die Hälfte der Bevölkerung (48 %) über 18 Jahre an einer Vorsorgeuntersuchung teil. Von diesen 48 % nahmen zwischen 39 % (in Niederösterreich) und 54 % (im Burgenland) dieses Angebot in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung in Anspruch.

Nach Geschlecht betrachtet gibt es sowohl bei Frauen als auch bei Männern in Kärnten eine über dem österreichischen Schnitt liegende Inanspruchnahme, insgesamt ist der Anteil bei Kärntnerinnen (59 %) höher als bei Kärntnern (57 %). Zugleich liegt der Zeitpunkt bei Frauen nicht so weit zurück wie bei Männern. Während 40 % der Frauen in den letzten zwölf Monaten und 15 % der Frauen vor mehr als drei Jahren dieses Angebot in Anspruch genommen haben, sind es bei den Männern 39 und 17 %, das heißt, ein etwas größerer Anteil hat diese Untersuchung schon vor längerer Zeit gemacht.

Mit zunehmendem Alter (bis 65 Jahre) wird eine steigende Inanspruchnahme berichtet, danach sinkt der Anteil wieder. Bei den 15- bis 24-Jährigen haben 23 % teilgenommen, bei den 55- bis 65-Jährigen 72 % und bei den über 75-Jährigen 60 %. Eine Analyse des Zeitpunkts der Inanspruchnahme macht deutlich, dass mit steigendem Alter auch die Inanspruchnahme tendenziell etwas weiter zurückliegt. Bei der Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht ist kein eindeutiges Muster erkennbar, der größte Unterschied ist in der Gruppe der über 75-Jährigen zu sehen. Während Frauen dieses Alters zu 56 % eine Vorsorgeuntersuchung gemacht haben, sind es bei den Männern 67 %. Zusätzlich bestätigt sich die zuvor getätigte Aussage, dass mit steigendem Alter sowohl bei Frauen als auch bei Männern der Zeitpunkt der letzten Untersuchung tendenziell – mit ein paar wenigen Ausnahmen – immer weiter zurückliegt.

Anteil der Personen, die bereits einmal an einer Gesundenuntersuchung teilgenommen haben, nach Geschlecht (Vergleich Kärnten und Österreich) und Bildung (nur Kärnten) im Jahr 2006/2007



Nach Schulbildung betrachtet, wird eine steigende Inanspruchnahmerate mit steigender Bildung angegeben, eine Ausnahme bilden die AbsolventInnen von Fach- und Handelsschulen, wo 70 % und damit der größte Anteil in Kärnten angab, bereits eine Gesundenuntersuchung gehabt zu haben, dem stehen bei den PflichtschulabsolventInnen ein Anteil von 47 % und bei den AkademikerInnen ein Anteil von 57 % gegenüber. Was den Zeitpunkt der letzten Gesundenuntersuchung betrifft, so lassen sich keine eindeutigen Aussagen treffen, auffällig ist nur, dass bei den Fach- und HandelsschulabsolventInnen der größte Anteil an Personen zu finden ist, deren Untersuchung mehr als drei Jahre zurückliegt. Sowohl bei der Analyse der Inanspruchnahme als auch des Zeitpunkts ist nach Geschlechtern getrennt kein Muster erkennbar.

Gesamt gesehen geben 49 % aller KärntnerInnen bzw. 40 % aller ÖsterreicherInnen an, in den letzten drei Jahren eine Gesundenuntersuchung in Anspruch genommen zu haben. Das wäre ungefähr der Anteil jener, die der Empfehlung einer zweijährlichen Gesundenuntersuchung nachgekommen sind. Dem entsprechend würden etwas mehr Kärntnerinnen (50 %) als Kärntner (47 %) dieser Empfehlung gerecht werden. Bis 65 Jahre ist mit steigendem Alter ebenfalls eine steigende Anzahl an Personen zu sehen, die der Empfehlung nachkommt bzw. deren Untersuchung innerhalb der letzten 3 Jahre stattfand. Bei Personen mit Pflichtschulabschluss ist der Anteil dieser mit 38 % kleiner als bei allen anderen Bildungsgruppen mit über 50 %.

8.2.3 Bluthochdruck

Folgen von Hypertonie sind unter anderem ein erhöhtes Risiko für Schlaganfall, Herzinfarkt, Herzversagen und arterielle Verschlusskrankheiten. Empfohlen wird die Blutdruckmessung in der neuen Vorsorgeuntersuchung für alle Personen ab dem 19. Lebensjahr in Zwei-Jahresabständen (Püringer, 2005, S. 79). Als nichtmedikamentöse Therapieinterventionen werden neben der Gewichtsoptimierung, Ernährungs- und Diätmaßnahmen die Salzrestriktion, körperliche Bewegung, Mäßigung der Alkoholzufuhr und Raucherentwöhnung empfohlen (Püringer, 2005, S. 84).

70 % der KärntnerInnen gaben an, dass ihnen in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung der Blutdruck gemessen wurde. Davon bekamen 27 % die Diagnose des erhöhten Blutdrucks (siehe Tabelle 8.2.3 Blutdruck). Nur zwei Prozent der KärntnerInnen gaben an, dass sie noch nie eine Blutdruckmessung hatten, bei weiteren zwei Prozent liegt die letzte Messung mehr als fünf Jahre zurück.

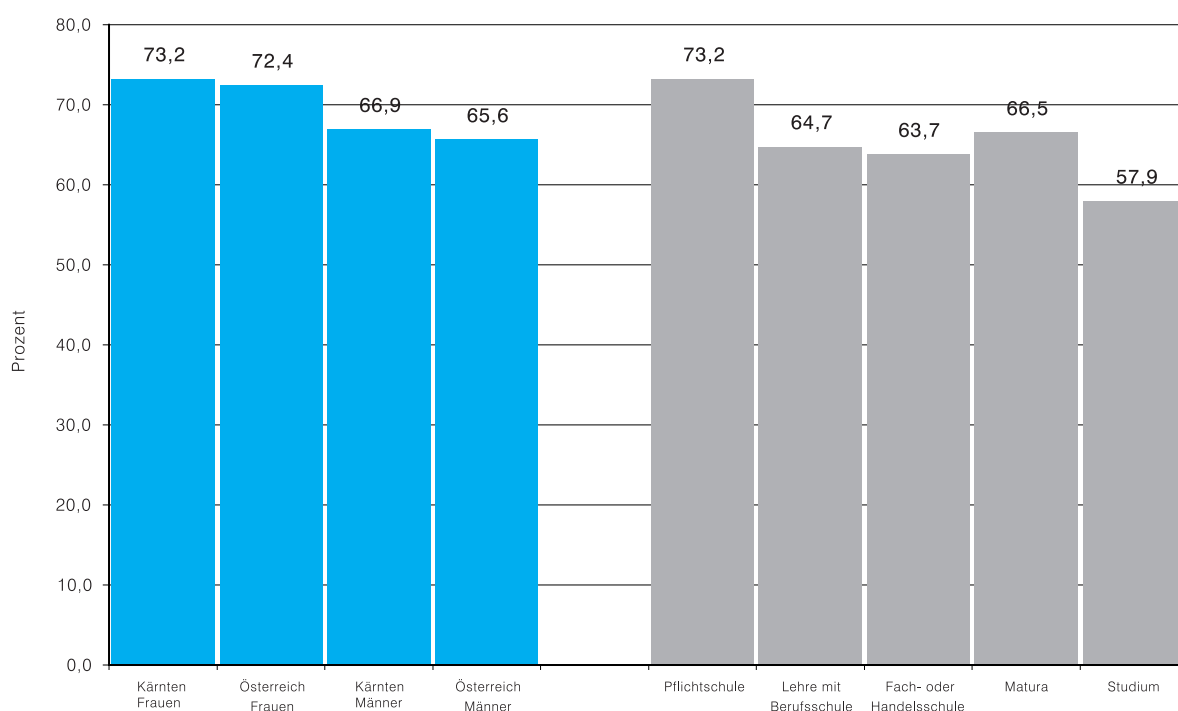
Im Österreichvergleich liegt Kärnten damit im Durchschnitt, nur im Burgenland und in Oberösterreich gaben mehr Befragte (74 bzw. 75 %) an, dass bei ihnen in den letzten zwölf Monaten eine Blutdruckmessung durchgeführt wurde. Vergleicht man den Anteil jener, die im letzten Jahr vor der Befragung die Diagnose eines erhöhten Blutdrucks erhielten, so liegt Kärnten an vierter Stelle, nur in Tirol (24 %), Salzburg (24 %) und Oberösterreich (26 %) erhielten weniger Befragte diese Diagnose (siehe Tabelle 8.2.3 Blutdruck).

Die auf Europaebene vorliegenden Daten wurden im Rahmen einer Europabarometerbefragung erhoben. Wie bereits weiter oben erwähnt, erfolgte die Auswahl der Befragten durch eine andere Stichprobenziehung, wodurch die Daten mit jenen der Gesundheitsbefragung nicht direkt vergleichbar sind. Österreich liegt mit 56 % der Befragten, die in den letzten zwölf Monaten eine Blutdruckmessung erhalten haben, beim Eurobarometer in der unteren Hälfte (siehe Tabelle 8.2.3a Blutdruck Europavergleich). Zugleich ist mit zwölf Prozent im Vergleich zu den anderen Ländern der Anteil jener, die noch nie eine Blutdruckmessung hatten, sehr hoch. Dieser Wert ist nur in Italien (19 %) und Irland (14 %) höher. Am niedrigsten ist er in Frankreich mit nur ein Prozent.

Frauen berichten häufiger, in den letzten zwölf Monaten eine Blutdruckmessung gehabt zu haben, als Männer, sowohl in Kärnten als auch in Österreich insgesamt. Der Anteil jener, die noch nie eine Blutdruckmessung hatten, ist mit zwei Prozent bei Frauen und Männern in Kärnten gleich hoch. Im Österreichschnitt gibt es mehr Männer (drei Prozent), die noch nie eine Blutdruckmessung hatten. Von den Frauen und Männern, die eine Blutdruckmessung hatten, erhielten 28 % der Frauen und 26 % der Männer in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung die Diagnose eines erhöhten Blutdrucks.

Mit steigendem Alter nimmt der Anteil der Personen zu, die im Jahr vor der Befragung eine Blutdruckmessung hatten, gleichzeitig sinkt der Anteil jener, die noch nie eine Messung hatten. Aufgrund der Hochrechnungsdaten kann davon ausgegangen werden, dass alle Personen über 55 Jahre zumindest einmal in ihrem Leben eine Blutdruckmessung hatten, mindestens zu 80 % im letzten Jahr. Bei den Personen zwischen 15 und 24 Jahre sind es nur 57 %, die im Jahr vor der Befragung eine Blutdruckmessung hatten. Mit steigendem Alter steigt auch der Anteil jener Personen, denen ein erhöhter Blutdruck diagnostiziert wurde. Sind es bei den 15- bis 24-Jährigen nur drei Prozent, beträgt dieser Anteil bei den Personen ab 75-Jahren 52 %. Frauen hatten in den Altersgruppen der 15- bis 24-Jährigen und der 45- bis 74-Jährigen in Kärnten in den letzten zwölf Monaten häufiger eine Blutdruckmessung als Männer. Dabei wurde Männern unter 75 Jahren im letzten Jahr vor der Befragung öfter die Diagnose eines erhöhten Blutdruckes diagnostiziert als Frauen, zum Beispiel bei den 15- bis 24-Jährigen wurde dies sechs Prozent der Männer und keiner Frau nach Eigenangaben diagnostiziert. Nur bei den über 75-Jährigen kehrt sich dies um, hier erhielten 59 % der Frauen und 42 % der Männer die Diagnose eines erhöhten Blutdruckes.

Anteil der Personen, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung eine Blutdruckmessung hatten, nach Geschlecht (Vergleich Kärnten und Österreich) und Bildung (nur Kärnten) im Jahr 2006/2007



Analysiert man die Daten nach Schulbildung, so wird ein sozialer Gradient sichtbar, vor allem beim Anteil der Personen, die angeben, einen erhöhten Blutdruck diagnostiziert bekommen zu haben. Die Gruppen mit dem höchsten Anteil an Messungen in den letzten zwölf Monaten sind Personen mit Pflichtschulabschluss (73 %) und Personen mit Matura (67 %), hingegen hatten nur 58 % der Personen mit Hochschulabschluss in den letzten zwölf Monaten eine Blutdruckmessung. Während nur 15 % der Personen mit Studium im letzten Jahre vor der Befragung einen erhöhten Blutdruck diagnostiziert bekamen, waren es bei den Personen mit Pflichtschulabschluss 26 %, also jede/r Vierte. Bei den Daten nach Schulbildung und Geschlecht, also jenen, die nicht um den Einfluss des Alters bereinigt wurden, ist dasselbe Muster erkennbar: Frauen mit Pflichtschulabschluss erhielten zu 41 % die Diagnose des erhöhten Blutdrucks, bei den Männern mit Pflichtschulabschluss waren es 39 %, während es bei den Personen mit Studium bei Frauen zwölf und bei Männern 16 % waren. Bei der Analyse des Zeitpunkts der letzten Messung ergibt sich kein eindeutiges Muster nach Schulbildung und Geschlecht betrachtet.

8.2.4 Cholesterin

Als ein wichtiger Risikofaktor für kardiovaskuläre Krankheiten gilt ein erhöhter Blutcholesterinspiegel. Vor allem bei Personen mittleren und höheren Alters bringt ein erhöhter Wert ein größeres Erkrankungsrisiko mit sich. Deshalb wird die Messung des Totalcholesterin-/HDL-Cholesterin-Quotienten für Personen ab 40 empfohlen, bei Jüngeren nur, wenn sie einer Risikogruppe durch positive Eigen- oder Familienanamnese angehören (Püringer, 2005, S. 85-88). Als mögliche Behandlungsmaßnahmen werden je nach Risikohöhe einerseits Lebensstiländerungen (Bewegung, Ernährung, Rauchen) und andererseits medikamentöse Behandlung empfohlen (Püringer, 2005, S. 90-95).

Jedem/jeder zweiten KärntnerIn wurde nach Eigenangaben innerhalb des letzten Jahres vor der Befragung und weiteren 35 % ein bis fünf Jahre vor der Befragung der Cholesterinwert gemessen (siehe Tabelle 8.2.4 Cholesterin). 11 % der KärntnerInnen hatten noch nie eine Messung dieses Wertes. Knapp einem Viertel (23 %) von jenen, die im letzten Jahr vor der Befragung eine Messung hatten, wurde ein erhöhter Cholesterinwert diagnostiziert.

Im Österreichvergleich zeigen die KärntnerInnen mit der Angabe des Zeitpunkts der letzten Messung vor der Befragung ein ähnliches Verhalten wie die ÖsterreicherInnen. Kärnten liegt bei den Personen mit diagnostiziertem höherem Wert an vorletzter Stelle, nur die Vorarlberger geben seltener an, dass ihnen diese Diagnose gestellt wurde. Der größte Anteil ist in Wien zu finden, wo bei jedem/jeder Dritten nach Eigenangaben ein erhöhter Cholesterinwert festgestellt wurde.

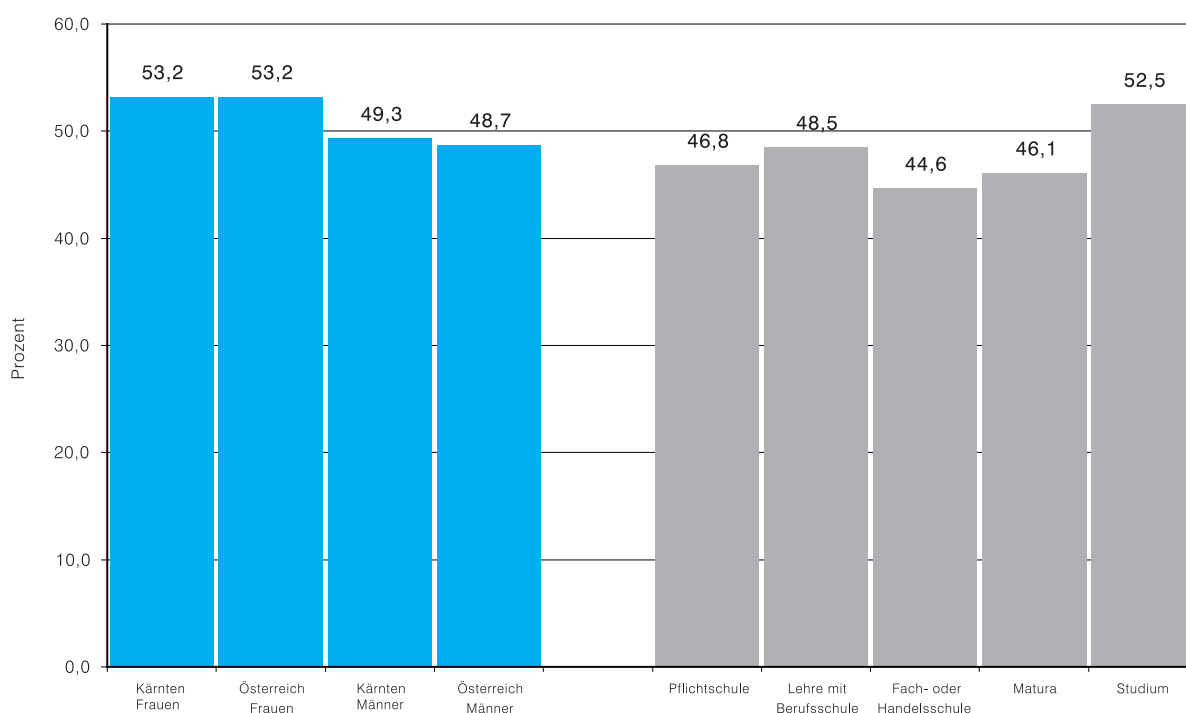
Für den Zeitpunkt der letzten Cholesterinmessung liegen auf Europaebene Ergebnisse aus derselben Befragung wie für die letzte Blutdruckmessung vor (siehe Tabelle 8.2.4a Cholesterin Europavergleich). Österreich liegt mit 43 % der Personen, die in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung eine Messung des Cholesterinwertes hatten, im Mittelfeld. Auch hier – ähnlich der Blutdruckmessung – ist der Wert jener, die angaben, noch nie eine Messung des Cholesterinwertes gehabt zu haben, einer der höchsten europaweit. Nur in Irland (21 %) und Italien (19 %) ist dieser Anteil höher, in Frankreich, Griechenland und den Niederlanden sind mit je drei Prozent die niedrigsten Werte zu finden.

KärntnerInnen gaben häufiger an, eine Cholesterinmessung in den letzten zwölf Monaten gehabt zu haben (Frauen 53 %, Männer 49 %). In etwa gab je ein Viertel davon an, einen höheren Wert diagnostiziert bekommen zu haben (Frauen: 24 %; Männer: 23 %).

Bis 75 Jahre steigt der Anteil der Personen, die in den letzten zwölf Monaten diese Untersuchung hatten, danach sinkt er leicht, zwischen 65 und 74 Jahre geben mit 72 % die meisten Personen an, in

den letzten zwölf Monaten eine Messung des Cholesterinwertes gehabt zu haben. Über ein Drittel der KärntnerInnen zwischen 15 und 24 hatte noch nie eine Cholesterinmessung, bei den 65- bis 74-Jährigen ist es nur ein Prozent, bei den Personen über 75 Jahre sind es acht Prozent. 37 % der Personen zwischen 65 und 75 Jahre wurde im letzten Jahr vor der Befragung ein erhöhter Cholesterinwert diagnostiziert, bei den 15- bis 24-Jährigen waren es nur vier Prozent. Eine Analyse nach Geschlecht und Alter zeigt, dass bei Männern bis 45 öfter in den letzten zwölf Monaten der Cholesterinwert gemessen wurde, bei Frauen ab 45 Jahre, zugleich wurde Männern bis 45 Jahre öfter ein erhöhter Wert diagnostiziert.

Anteil der Personen, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung eine Cholesterinmessung hatten, nach Geschlecht (Vergleich Kärnten und Österreich) und Bildung (nur Kärnten) im Jahr 2006/2007



Jede zweite Person mit Studium hatte in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung und insgesamt über 76 % dieser Gruppe hatten generell eine Messung des Cholesterinwertes, 22 % der Personen bekamen im letzten Jahr die Diagnose eines erhöhten Cholesterinwertes. Personen mit Pflichtschulabschluss hatten zu 47 % im letzten Jahr und insgesamt zu 83 % je eine Cholesterinmessung und von diesen hatten nach eigenen Angaben 19 % einen erhöhten Cholesterinwert. Sowohl jede/r fünfte PflichtschulabsolventIn als auch jede/r vierte AkademikerIn hatte entweder noch keine oder in den letzten fünf Jahren keine Messung des Cholesterinwertes. Analysiert man die Messung des Cholesterinwertes nach Geschlecht und Bildung, so wird ein Muster deutlich: Frauen hatten in allen Bildungsschichten öfter eine Cholesterinmessung als Männer. Die erhöhten Prozentwerte der Diagnose bei Frauen und Männern mit Pflichtschulabschluss (28 % und 22 %) im Vergleich zu den Werten für die Gesamtbevölkerung Kärntens können vermutlich auf den Einfluss des Alters zurückgeführt werden.

8.2.5 Mammographie

Jährlich erhalten rund 4.600 Frauen und 60 Männer die Diagnose, an einem Mammakarzinom zu leiden (Püringer, 2005, S. 133). Obwohl die Ursachen noch nicht ausreichend geklärt sind, werden Alter, Hormonersatztherapie, Ernährung, die gehäufte Einnahme von Antibiotika, häufige Aussetzung einer Strahlenbelastung, späte Erstgeburten, frühe Menarchen und erbliche Faktoren als mögliche Einflussfaktoren genannt (Püringer, 2005, S. 134-135). Das Brustkrebsscreening wird in Österreich für Frauen zwischen 40 und 70 Jahre in einem Intervall von zwei Jahren empfohlen, dabei entscheiden jedoch Frauen selbst, ob sie diese Früherkennungsuntersuchung durchführen lassen wollen oder nicht (Püringer, 2005, S. 135). Da jedes Screening neben Vorteilen auch Risiken bringt, wird gerade im Zusammenhang mit der Mammographie immer wieder die Wichtigkeit der informierten Entscheidung durch Frauen betont (Püringer, 2005, S. 139). Die WHO empfiehlt im Unterschied zur österreichischen Empfehlung eine Mammographie für Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahre alle zwei bis drei Jahre (WHO, o.D.). An dieser Stelle muss auch darauf hingewiesen werden, dass in der Österreichischen Gesundheitsbefragung nach der Durchführung einer Mammographie gefragt wurde, aber nicht differenziert wurde danach, ob die Mammographie zur Diagnose bei Verdacht auf Brustkrebs oder zur Früherkennungsuntersuchung durchgeführt wurde. D.h., die folgenden Zahlen beinhalten Frauen, die berichten, sowohl eine Früherkennungs- wie auch eine diagnostische Mammographie in Anspruch genommen zu haben.

87 % der Kärntnerinnen ab 40 Jahre berichten, bereits eine Mammographie gehabt zu haben, das ist der höchste Anteil im Bundesländervergleich. Keine Daten liegen vor über Frauen unter 40 Jahren, da diese nicht dazu befragt wurden. Der österreichische Durchschnitt beträgt 83 %, in Wien und Salzburg sind die geringsten Anteile mit je 80 % zu finden (siehe Tabelle 8.2.5 Mammographie). Von den Kärntnerinnen, die bereits eine Mammographie hatten, hatten 37 % diese in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung und 44 % in den letzten ein bis drei Jahren vor der Befragung, der Rest, 19 %, hatte diese zum letzten Mal vor mindestens drei Jahren. Im österreichischen Schnitt hatten je 42 % der Frauen ab 40 Jahre nach Eigenangaben diese Früherkennungsmaßnahme in den letzten zwölf Monaten bzw. ein bis drei Jahre vor der Befragung. Bei 16 % liegt diese Untersuchung mehr als drei Jahre zurück.

Betrachtet man die Zahl der Frauen, die bereits eine Mammographie hatten, nach Alter, zeigt sich bis zur Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen eine Zunahme des Anteils, 95 % der Frauen zwischen 55 und 64 Jahre hatten in Kärnten bereits eine Mammographie, danach nimmt dieser Anteil ab, der niedrigste Anteil ist bei den Frauen ab 75 Jahre mit 70 % zu sehen, zugleich ist in dieser Gruppe der Anteil jener am höchsten, deren letzte Mammographie bereits mehr als drei Jahre zurückliegt (57 %), nur 16 % hatten diese in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung. Dem stehen Frauen zwischen 55 und 64 Jahre gegenüber, von denen jede zweite ihre letzte Mammographie im letzten Jahr hatte und nur neun Prozent ihre vor mehr als drei Jahren hatten.

Ein klarer sozialer Gradient wird sichtbar, betrachtet man den Anteil der Frauen, die bereits eine Mammographie hatten: 97 % der Akademikerinnen und 86 % der Pflichtschulabsolventinnen. Die Gruppe mit dem niedrigsten Anteil (82 %) an bereits durchgeführten Mammographien sind allerdings Frauen mit Matura. Beim Großteil der Bildungsgruppen hatte in etwa je ein Drittel der Frauen im letzten Jahr eine Mammographie, bei den Pflichtschulabgängerinnen waren es jedoch zwei Drittel.

Addiert man jene Frauen, die eine Mammographie in den letzten zwölf Monaten bzw. ein bis drei Jahre vor der Befragung in Anspruch genommen haben, so lässt sich in etwa der Anteil jener abschätzen, die der in der Vorsorgeuntersuchung getroffenen Empfehlung einer zweijährigen Untersuchung entsprechen. Die berichtete Inanspruchnahme der Kärntnerinnen entspricht dem Anteil der Österreicherinnen insgesamt, von denen 70 % in den letzten drei Jahren eine Mammographie hatten. Sehr hoch ist der Anteil mit rund 30 % der über 75-Jährigen, für die keine Mammographie empfoh-

len wird (siehe oben) und die dennoch diese Untersuchung hatten. Ebenso erscheint der Anteil der unter 45-Jährigen (74 %), die bereits eine Mammographie hatten, als sehr hoch, zieht man die Empfehlungen der WHO in Betracht, die eine Mammographie nur für Frauen zwischen 50 und 69 Jahre vorsehen. Nach Bildung betrachtet entspricht die von Fach- und Handelsschulabsolventinnen angegebene Inanspruchnahme am wenigsten den Empfehlungen, weil sie die Mammographie zu wenig in Anspruch nehmen.

8.2.6 Pap-Abstrich

400 Frauen sterben derzeit jährlich am Zervixkarzinom, womit sich die Mortalität aufgrund dieser Erkrankung in den letzten 20 Jahren halbiert hat, was auch auf Früherkennungsmaßnahmen zurückzuführen ist (Püringer, 2005, S. 115-116). Mit 97 % der Zervixkarzinome werden die Humanpapillomaviren (HPV), welche durch Geschlechtsverkehr übertragen werden können, in Zusammenhang gebracht, die zusammen mit anderen Faktoren als einer der Hauptgründe für diese Krebsart angesehen werden. Zu den weiteren Co-Faktoren werden schlechte Sexualhygiene, Promiskuität, andere Geschlechtskrankheiten und Rauchen gezählt (Püringer, 2005, S. 116). Die Entstehung eines Zervixkarzinoms kann durch einen Pap-Abstrich mit großer Wahrscheinlichkeit verhindert werden. Empfohlen wird der Pap-Abstrich alle drei Jahre ab dem erreichten 20. Lebensjahr, wobei jedoch zu Beginn zwei bis maximal drei Abstriche im Jahresabstand zur Sicherstellung eines unauffälligen Befundes befürwortet werden (Püringer, 2005, S. 116).

86 % der Kärntnerinnen hatten nach Eigenangaben bereits einmal einen Pap-Abstrich zur Krebsfrüherkennung, mehr als die Hälfte (57 %) davon innerhalb der letzten zwölf Monate (siehe Tabelle 8.2.6 Pap-Abstrich). Der österreichische Schnitt an Frauen, die bereits mindestens einmal diese Früherkennungsuntersuchung hatten, liegt bei 81 %. Kärnten liegt im Bundesländervergleich an der Spitze, gefolgt von der Steiermark und Oberösterreich mit je 84 %. Hingegen hatten nur drei von vier Wienerinnen (76 %) diese Untersuchung. Den Zeitpunkt der letzten Untersuchung betreffend liegt Kärnten genau im österreichischen Schnitt.

Frauen bis 25 Jahre und ab 65 Jahre weisen die niedrigsten Anteile an Untersuchungen auf. Nur 58 % der Frauen zwischen 15 und 24 Jahre und 78 % der Frauen ab 75 Jahre geben an, einen Pap-Abstrich gehabt zu haben. In allen anderen Altersgruppen sind es 90 % und mehr. Knapp vier von fünf Frauen zwischen 25 und 34 Jahre (78 %) hatten den Pap-Abstrich im letzten Jahr, bei den über 75-Jährigen sind es nur 16 %. Je älter die Frauen sind, desto größer ist der Anteil jener, deren letzte Untersuchung mehr als drei Jahre zurückliegt. Bei den Frauen bis 34 Jahre hatte jede, die bereits eine Untersuchung hatte, diese in den letzten drei Jahren, bei den über 74-Jährigen sind es 57 %, die ihre letzte Untersuchung vor mehr als drei Jahren hatten.

Nach Schulbildung betrachtet, ergibt sich kein einheitliches Muster, was den Anteil der Frauen betrifft, die bereits einen Pap-Abstrich zur Krebsfrüherkennung hatten. Neun von zehn Frauen mit Lehre und Studium, acht von zehn Frauen mit Pflichtschulabschluss und Matura und rund sieben von zehn Frauen mit Fach- und Handelsschulabschluss hatten bereits einen Pap-Abstrich. Betrachtet man jedoch den Zeitpunkt der letzten Untersuchung, so sieht man mit steigendem Bildungsniveau einen steigenden Anteil an Frauen, die diese in den letzten zwölf Monaten hatten. Pflichtschulabgängerinnen hatten zu 61 % diese im letzten Jahr, Frauen mit Studium zu 90 %.

Wie bei der Mammografie lässt sich eine ungefähre Abschätzung der Einhaltung der Empfehlungen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung für den Pap-Abstrich durchführen, wenn man den Anteil der Frauen nimmt, die einen Pap-Abstrich in den letzten drei Jahren hatten. Ein größerer Anteil an Kärntnerinnen (77 %) als Österreicherinnen insgesamt (71 %) kommt nach Eigenangaben den Empfehlungen nach. Bei Frauen zwischen 35 und 44 Jahre ist der Anteil mit 95 % am größten, unter 70 % ist der Anteil bei Frauen zwischen 15 und 24 Jahre (58 %) und ab 75 Jahre (33 %).

8.2.7 PSA-Test

Prostatakrebs ist bei Männern seit den 1990er Jahren die häufigste Krebsart. Obwohl von verschiedenen Seiten die Durchführung eines Screenings gefordert wird, wurde im Rahmen der Erarbeitung der wissenschaftlichen Grundlage für die neue Vorsorgeuntersuchung davon abgeraten, da die Schaden-Nutzen-Bilanz dieses Screenings dagegen spricht. Bei jedem Screening können neben falschen Alarmen auch Frühstadien entdeckt werden, die sich unter Umständen nicht zu einem lebensbedrohlichen Tumor weiterentwickelt hätten, jedoch aufgrund der Diagnose therapiert werden. Als problematisch kann unter anderem auch angesehen werden, dass die Sensitivität und Spezifität des PSA-Tests sich aufgrund der derzeitigen Forschungslage noch nicht ableiten lassen und der PSA-Test einen geringen Vorhersagewert für Karzinome aufweist, zusätzlich variieren die Testergebnisse zwischen zwei verschiedenen Messzeitpunkten sehr stark (Püringer, 2005, S. 148-150). Aus diesem Grund ist der PSA-Test nur auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten und nach einem ausführlichen Informationsgespräch durch den Arzt Teil der Vorsorgeuntersuchung für Männer ab 50 Jahre vorgesehen (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2005b, S. 11).

Die Hälfte der Kärntner über 40 Jahre berichtet, bereits eine Prostatakrebsfrüherkennungsuntersuchung mittels PSA-Test gehabt zu haben. 51 % davon im letzten Jahr, 40 % vor ein bis drei Jahren und der Rest vor mehr als drei Jahren (siehe Tabelle 8.2.7 PSA-Test). Weniger Kärntner als Österreicher insgesamt hatten damit bereits diese Untersuchung, der österreichische Schnitt liegt bei 55 %. Im Bundesländervergleich liegt Kärnten an letzter Stelle, danach folgt Wien mit rund 51 %. Der größte Anteil an Männern mit dieser Untersuchung ist in Tirol mit 65 % zu finden. Der Anteil an Männern, die diese Früherkennungsuntersuchung im letzten Jahr hatten, ist nur in Vorarlberg (45 %) niedriger als in Kärnten. Im österreichischen Schnitt hatten 60 % diese Untersuchung im letzten Jahr und 33 % vor ein bis zwei Jahren.

Mit steigendem Alter nimmt tendenziell der Anteil der Männer, die diese Untersuchung bereits hatten, zu. 29 % der Männer zwischen 40 und 44 Jahre und 65 % ab 75 Jahre hatten diese Untersuchung. Im Jahr vor der Befragung hatten mindestens 39 % der Männer (jene zwischen 40 und 45 Jahre) und maximal 62 % (jene zwischen 65 und 74 Jahre) diese Untersuchung. Mit steigendem Alter sinkt zugleich einerseits der Anteil jener, die die Untersuchung vor ein bis drei Jahren hatten, und andererseits steigt der Anteil jener, die vor mehr als drei Jahren einen PSA-Test hatten.

Nach Schulbildung ergibt sich kein eindeutiges Muster, jedoch hatten nur 15 % der Männer mit Pflichtschulabschluss und 44 % der Männer mit Studium diese Untersuchung. Die größten Anteile sind bei den Männern mit Lehre (48 %) und jenen mit Fach- und Handelsschulabschluss (47 %) zu finden. Auch beim Zeitpunkt des PSA-Tests ist kein eindeutiges Muster erkennbar.

Da der PSA-Test im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung aufgrund fehlender wissenschaftlicher Ergebnisse nicht für ein Bevölkerungsscreening empfohlen ist (Püringer, 2005, S. 160), lässt sich nur schwer feststellen, inwieweit das Inanspruchnahmeverhalten den Empfehlungen entspricht. Festzustellen ist jedoch, dass die Inanspruchnahme durch die Kärntner unter dem österreichischen Schnitt liegt. Weiters ist bei Betrachtung der empfohlenen Altersgrenze eine zu hohe Inanspruchnahme zu sehen. 30 % der Kärntner unter 45 Jahre hat bereits mindestens einmal diese Untersuchung gehabt, empfohlen wird diese Untersuchung jedoch – wie weiter oben dargestellt – erst für Männer ab 50 Jahre und erst nach einem klärenden Gespräch mit dem Arzt.

8.2.8 Darmspiegelung

Neben Prostatakrebs und Brustkrebs zählen Mast- und Dickdarmkrebs zu den häufigsten Tumorleiden (Püringer, 2005, S. 123). Personen mit erhöhtem Risiko sind vor allem jene, die zur Polypenbildung im Darm neigen, und Personen, die häufig langwierige Darmentzündungen haben (Hauptverband

der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2005b, S. 32). Durch die Darmspiegelung können Kolonadenome frühzeitig erkannt und gleichzeitig beseitigt werden. Für die Durchführung von Screeningmaßnahmen in diesem Bereich spricht die langsame Entstehung dieser Krebserkrankung. Als weitere Früherkennungsmaßnahme dient die Durchführung eines okkulten Bluttests, welcher im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung für Personen ab 50 jährlich empfohlen wird (Püringer, 2005, S. 124). Die Darmspiegelung wird im Abstand von zehn Jahren für alle über 50 empfohlen (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2005b, S. 10-11).

Mehr als ein Drittel der KärntnerInnen (38 %) ab 40 Jahre¹ gab an, bereits eine Darmspiegelung gehabt zu haben, damit deutlich mehr als der österreichische Schnitt, der bei 29 % liegt. Nur im Burgenland waren es mit 40 % mehr Personen (siehe Tabelle 8.2.8 Darmspiegelung). Ein Viertel der KärntnerInnen, die bereits diese Untersuchung hatten, hatte diese im Jahr vor der Befragung, weitere 40 % vor ein bis drei Jahren und der Rest vor mehr als drei Jahren. Vergleicht man diese Zahlen mit jenen für ganz Österreich, dann zeigt sich in Kärnten ein größerer Prozentsatz an Personen, bei denen die Untersuchung bereits länger zurückliegt.

Geringfügig mehr Männer als Frauen hatten in Kärnten bereits diese Untersuchung, ein Muster, welches auch für ganz Österreich zutrifft. Dennoch hatten in beiden Gruppen in Kärnten mehr Personen als in ganz Österreich diese Untersuchung. Bei Frauen ist jedoch der Anteil jener kleiner, bei denen die Untersuchung bereits mehr als drei Jahre zurückliegt (Frauen 34 %, Männer 39 %).

Mit steigendem Alter nimmt der Anteil jener zu, die bereits eine Darmspiegelung hatten, bei den 40- bis 45-Jährigen sind es 22 %, bei den Personen zwischen 65 und 74 Jahre hatten 51 % bereits diese Untersuchung, jene über 74 Jahre zu 49 %. Zwischen 14 % und 30 % dieser Personen hatten im letzten Jahr diese Untersuchung, wobei die größten Anteile in den mittleren Altersgruppen (45 bis 65 Jahre) zu finden sind. Frauen zwischen 40 und 45 Jahre hatten zu einem größeren Anteil bereits eine Darmspiegelung (28 %) im Vergleich zu Männern (16 %) dieser Altersgruppe, in den Altersgruppen von 45 bis 65 Jahre hatten Männer häufiger bereits eine Darmspiegelung, danach hatten Frauen und Männer in etwa zu gleichen Teilen diese Untersuchung. Bei Frauen zwischen 40 und 44 Jahre hatten 41 % diese Untersuchung vor mehr als drei Jahren, übertroffen wird diese Zahl nur von Frauen über 75 Jahre mit 45 %. Männer ab 75 Jahre, die bereits eine Darmspiegelung hatten, hatten diese zu 69 % vor mehr als drei Jahren. Die höchsten Anteile an in den letzten zwölf Monaten durchgeführten Darmspiegelungen sind sowohl bei Frauen als auch bei Männern in den Altersgruppen von 45 bis 65 Jahre zu finden. Das heißt, dass bei Älteren die Untersuchung tendenziell weiter zurückliegt.

Nur zwei von zehn KärntnerInnen (22 %) mit Pflichtschulabschluss geben an, eine Darmspiegelung gehabt zu haben. Bei Personen mit Studium geben dies vier von zehn Personen (40 %), also zweimal so viele, an. Der größte Anteil ist jedoch bei Personen mit Fach- und Handelsschulabschluss mit 45 % zu finden. Bei Personen mit Hochschul- oder Fachhochschulabschluss ist der größte Anteil an Personen zu finden, bei denen die Untersuchung nach Eigenangaben in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung durchgeführt wurde, der niedrigste Anteil ist bei Personen mit Lehrabschluss zu sehen. Vor allem bei PflichtschulabgängerInnen und Personen mit Fach- und Handelsschulabschluss liegt die Darmspiegelung mehr als drei Jahre zurück (42 % bzw. 41 %). Eine Betrachtung der Personen, die eine Darmspiegelung hatten, nach Bildung und Geschlecht ergibt kein einheitliches Bild, auffällig ist nur, dass bei Frauen und Männern jene mit Studium die kleinsten Anteile bei Untersuchungen vor mehr als drei Jahren aufweisen, was darauf hindeutet, dass bei höher gebildeten Personen die Untersuchung tendenziell noch nicht so lange zurückliegt wie bei Personen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen.

¹Im Rahmen der Gesundheitsbefragung wurden nur Personen ab 40 Jahre zur Inanspruchnahme der Darmspiegelung befragt.

Da in der Gesundheitsbefragung 2006/2007 der abgefragte Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Befragung die letzten drei Jahre umfasst, lässt sich keine Aussage tätigen, inwiefern die Inanspruchnahme der Empfehlung einer 10-jährlichen Inanspruchnahme ab einem Alter von 50 Jahre entspricht. Jedoch ist festzustellen, dass – wie beim PSA-Test und der Mammografie – ein zu hoher Anteil an Personen getestet wird. Empfohlen wird die Darmspiegelung erst für Personen ab 50 Jahre, jedoch geben 22 % der KärntnerInnen zwischen 40 und 45 Jahre an, dass sie bereits diese Untersuchung hatten.

8.2.9 Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen

Impfen

Die WHO betont vor allem die Wichtigkeit der Einhaltung von Impfprogrammen und hat sich zum Ziel gesetzt, bis 2010 Masern und Röteln durch Impfungen auszurotten (WHO, 2006, S. 1), auch im Europäischen Gesundheitsprogramm für die Jahre 2008-2013 wird die Wichtigkeit von Impfungen herausgestrichen. Zur Verbesserung der Gesundheit werden von der Europäischen Union die Entwicklung von Präventions-, Immunisierungs- und Impfpolicies sowie die Bildung von Partnerschaften, Netzwerken und Instrumenten zum Monitoring des Impfstatus unterstützt (Europäische Union, 2007, S. 11). In Kärnten gibt es seit 2006 ein erweitertes Impfkonzept, welches die Umsetzung von öffentlichen kostenlosen Impfungen regelt. Darin wurde unter anderem auch die Ausgabe von Impfgutscheinheften für Eltern von Kindern, die nach dem 30.09.2006 geboren wurden, festgelegt (Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen, 2006, S. 3-5). Des Weiteren gibt es in Kärnten seit 1999 eine Impfdatenbank, welche die erste dieser Art in Österreich war. Die Datenbank dient einerseits zur Darstellung der Durchimpfungsraten und andererseits zur Abrechnung mit den ÄrztInnen und der Verwaltung von Impfstoffen. Darüber hinaus ist die Abfrage des Impfstatus von Einzelnen möglich. Seit einer Umstellung der Software im Jahr 2006 ist dies auch für niedergelassene ÄrztInnen und KinderärztInnen möglich (Gesundheitsreferat des Landes Kärnten, o.D.).

Um auf Impflücken bei Erwachsenen aufmerksam zu werden, empfiehlt der Österreichische Impfplan die Nutzung jedes ärztlichen Kontaktes zur Überprüfung des Impfschutzes (Oberster Sanitätsrat, 2007, S. 1). Eine Metaanalyse verschiedener Erinnerungssysteme hat herausgefunden, dass telefonische Erinnerungen am effektivsten, aber teuersten waren, an zweiter Stelle liegen Briefe, danach Postkarten. Durch diese Mittel kann eine Inanspruchnahme von Impfungen um fünf bis 20 Prozent gesteigert werden (Jacobson Vann & Szilagyi, 2005, S. 2).

Gesundenuntersuchung und andere Vorsorgeuntersuchungen

Um Zielgruppen zur Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung zu motivieren, haben sich aktive Einladungssysteme jeglicher Art als sinnvoll herausgestellt. Neben dem Zusenden von Briefen, Telefonanrufen und dem Zusenden von Informationsmaterial konnte durch das Organisieren von Kursen mit Wissensvermittlung die Teilnahme an Screeningmaßnahmen, in diesem Fall Brustkrebsscreenings, gesteigert werden. Als nicht effektiv haben sich Hausbesuche herausgestellt (Bonfill, Marzo, Pladevall, Martí & Emparanza, 2001, S. 8).

In Österreich wird zur Steigerung der Inanspruchnahme ein schriftliches Einladesystem verwendet, welches insbesondere Personen, die noch nicht diese Dienstleistung in Anspruch genommen haben, beziehungsweise mögliche Risikogruppen ansprechen soll (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, o.D.). Darüber hinaus wurde 2007 in Kärnten durch die Aktion „Fit in den Sommer in Gesundheitsland Kärnten“ versucht, die Teilnahme an der kostenlosen Vorsorgeuntersuchung zu steigern (Amt der Kärntner Landesregierung, 21.05.2007). Um alle zu erreichen, bietet das Land Kärnten durch das Gesundheitsland Kärnten zusätzlich auch eine mobile Gesundheitsvorsorge an, deren Ziel es ist, die Bevölkerung dafür zu sensibilisieren, die Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig in Anspruch zu nehmen (Gesundheitsland Kärnten, 2006b). Auch Gesundheitstage, welche

vom Gesundheitsland Kärnten gemeinsam mit dem Verein Gesundheitstage angeboten werden, haben zum Ziel, das Bewusstsein der Bevölkerung in Richtung Vorsorgeuntersuchungen zu erhöhen (Gesundheitsland Kärnten, 2006a). Ein weiterer Schritt wurde im Juni 2008 getätigt, als in der Gesundheitsplattform beschlossen wurde, dass das Frauengesundheitszentrum einen Zuschuss für die Entwicklung eines Präventionsprogramms zum Thema „Gebärmutterhalskrebs“ erhalten soll (Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 14 Krankenanstalten, o.D.).

8.2.10 Zusammengefasste Ergebnisse und Maßnahmenempfehlungen

Zusammengefasste Ergebnisse:

Impfungen

- KärntnerInnen geben bei allen Schutzimpfungen, die Inhalt der Befragung waren², im Vergleich zu den übrigen ÖsterreicherInnen zu höheren Anteilen an, einen aufrechten Impfschutz zu besitzen, wobei Kärntner bei allen Schutzimpfungen häufiger angaben, einen aufrechten Impfstatus zu haben, als Kärntnerinnen. Nur bei Hepatitis A haben mehr Frauen als Männer in Kärnten einen aufrechten Impfschutz. Die meisten KärntnerInnen gaben an, einen aufrechten Impfschutz gegen FSME (83 %), gefolgt von Tetanus (72 %), zu haben, die wenigsten gegen Hepatitis A (29 %) und Grippe (24 %). Nur 15 % der KärntnerInnen über 60 Jahre gaben an, gegen Pneumokokken geimpft zu sein.
- Betrachtet man die Eigenangaben zum Impfschutz nach Alter, so zeigen sich mit steigendem Alter bei den meisten Impfungen fallende Raten. Ausnahmen sind bei der Grippe- und Pneumokokkenimpfung zu sehen, wo mit steigendem Alter der Anteil mit aufrechem Impfschutz steigt.
- Bei allen Impfungen geben weniger Personen mit Pflichtschulabschluss an, einen aufrechten Schutz zu besitzen, als Personen mit Studium. Der größte Unterschied ist bei der Pneumokokkenimpfung zu sehen, nur sieben Prozent der PflichtschulabsolventInnen geben einen aufrechten Impfstatus an, bei den Personen mit Studium sind es mit 21 % dreimal so viele. Bei Hepatitis A und B geben doppelt so viele Personen mit Studium als PflichtschulabsolventInnen an, einen aufrechten Impfschutz zu haben. Nach Geschlecht getrennt betrachtet, sind ähnliche Muster sichtbar.

Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen

- Der Anteil der KärntnerInnen, die nach Eigenangaben bereits an Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben, ist tendenziell höher als im österreichischen Schnitt. Mehr KärntnerInnen (58 %) als ÖsterreicherInnen insgesamt (48 %) haben bereits mindestens einmal an einer Gesundenuntersuchung teilgenommen. Ein größerer Anteil als in ganz Österreich gab ebenfalls an, bereits einmal eine Darmspiegelung und einen PAP-Abstrich bzw. eine Mammografie gehabt zu haben. In etwa gleich hoch wie im österreichischen Schnitt ist der Anteil derjenigen, bei denen bereits mindestens einmal der Blutdruck und der Cholesterinwert gemessen wurden. Einzige Ausnahme bildet der PSA-Test, etwas weniger Männer in Kärnten als in Gesamtösterreich haben angegeben, bereits einmal daran teilgenommen zu haben.
- Männern wurde seltener als Frauen in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung der Blutdruck oder der Cholesterinwert gemessen.
- Mit steigendem Alter steigt tendenziell bei allen in der Gesundheitsbefragung abgefragten Vorsorgemaßnahmen die Teilnahme nach Eigenangaben. Zu beachten ist jedoch, dass bei den Ältesten (Personen ab 75 Jahre) die Teilnahme niedriger ist als in den vorhergehenden Altersgruppen.
- Bei der Teilnahme an der Gesundenuntersuchung, der Mammografie und der Darmspiegelung ist ein sozialer Gradient erkennbar. Mit steigender Bildung nimmt nach Selbstauskünften der Anteil der Personen zu, die an diesen Untersuchungen teilgenommen haben.
- Eine Analyse der Inanspruchnahme der Untersuchungen nach den Empfehlungen der Vorsorgeuntersuchung ergibt bei der Gesundenuntersuchung eine höhere Inanspruchnahme durch KärntnerInnen (50%) als ÖsterreicherInnen insgesamt (47%), durch Frauen als Männer in Kärnten sowie durch Per-

²Abgefragt wurde das Vorhandensein eines aufrechten Impfstatus bei folgenden Impfungen: Grippe, Tetanus, Diphtherie, Polio, FSME, Pneumokokken, Hepatitis B und Hepatitis A.

sonen, die einen über den Pflichtschulabschluss hinausgehenden Bildungsabschluss (50 % vs. 38 %) haben. Auch beim PAP-Abstrich hat ein größerer Anteil an Kärntnerinnen (77 %) als Österreicherinnen insgesamt (71%) diese Früherkennungsuntersuchungen in den letzten drei Jahren in Anspruch genommen, eine niedrigere Inanspruchnahme ist bei Personen zwischen 15 und 24 Jahre (58 %) und bei Personen über 75 Jahre (33 %) zu sehen.

- Die berichtete Inanspruchnahme für Mammografie (70 % in Kärnten in den letzten 3 Jahren), PSA-Test und Darmspiegelung weist auf eine zu geringe Zielgruppenorientierung der Maßnahmen hin. So geben bereits 74 % der unter 40-Jährigen an, eine Mammografie in Anspruch genommen zu haben, obwohl diese erst ab 40 empfohlen wird. Ähnliches trifft auf den PSA-Test (30 % der unter 45-Jährigen) und auf die Darmspiegelung (22 % der 40-45-Jährigen) zu, die beide erst ab einem Alter von über 50 Jahren – beim PSA-Test überhaupt nur nach einem ausführlichen Informationsgespräch – in Anspruch genommen werden sollen.

Daraus folgende Maßnahmenempfehlungen:

- Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen für spezifische Zielgruppen müssen vor allem darauf abzielen, sozial benachteiligte und Personen, die einen niedrigen Bildungsabschluss haben, zu erreichen. Gelingen kann dies unter anderem durch persönliche Erinnerungen, wie zum Beispiel Briefe, Postkarten oder Anrufe. Darüber hinaus sind neue Marketingstrategien zur Erreichung der zuvor genannten Personen vonnöten (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2005a, S. 128).
- Eine weitere durch Maßnahmen zu erreichende Zielgruppe sind bei Impfungen ältere Personen, da mit steigendem Alter die Durchimpfungsraten nach eigenen Angaben sinken. ÄrztInnen können verstärkt dazu angehalten werden, jeden Kontakt mit älteren Personen dazu zu nutzen, den Impfstatus dieser Person zu überprüfen. Weiters ist auf einen niederschweligen und kostengünstigen Zugang zu Impfungen zu achten.
- Zur Evaluation und zum Monitoring des Impfverhaltens ist eine Weiterführung bzw. ein Ausbau der bereits bestehenden Impfdatenbank notwendig. Durch regelmäßige Berichterstattung kann das Bewusstsein bei ÄrztInnen und der Bevölkerung gesteigert werden. Können alle AllgemeinmedizinerInnen auf diese Datenbank zugreifen, so ist es möglich, dass diese, wie zuvor angesprochen, einfach den Impfstatus von behandelten PatientInnen überprüfen können und gegebenenfalls eine Schließung der Impflücken durchführen.
- Im Bereich der Vorsorgemaßnahmen wäre eine Verbesserung der Zielgruppenorientierung sicherzustellen, sodass nicht möglicherweise Schäden durch das Screening von Personen entstehen, für die keine Früherkennungsuntersuchungen empfohlen werden. Weiters ist auf die Notwendigkeit von Maßnahmen zur informierten Entscheidungsfindung von PatientInnen (im Besonderen im Zusammenhang mit der Mammografie und dem PSA-Test) hinzuweisen.

Literatur

Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 Sanitätswesen. (2006). Impfkonzert 2006. Kärnten. Klagenfurt: Amt der Kärntner Landesregierung.

Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 14 Krankenanstalten. (o.D.). Wichtige Beschlüsse der Gesundheitsplattform noch vor dem Sommer. Download vom 03. September 2008, von http://www.verwaltungsakademie.ktn.gv.at/24216_DE-K%E4rntner_Gesundheitsfonds-News.htm

Amt der Kärntner Landesregierung. (21.05.2007). Fit in den Sommer im Gesundheitsland Kärnten. Download vom 28. Jänner 2008, von <http://www.ktn.gv.at/default.asp?ARid=5895>

Bonfill, X., Marzo, M., Pladevall, M., Martí, J. & Emparanza, J.I. (2001). Strategies for increasing the par-

icipation of women in community breast cancer screening. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 1. Art. No.: CD002943. DOI: 10.1002/14651858.CD002943.

Bruin d., A. & Beukenhorst, D. (2003). Development of a common instrument for use of curative medical services. In: Nosikov, A. & Gudex, C. (2003). EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys. S. 93-120. Netherlands: World Health Organisation Regional Office for Europe.

BZgA. (23.01.2008). Impflückenschließung in Grundschulen in Sachsen-Anhalt. Download vom 16. April 2008, von www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Europäische Kommission. (2007). Health in the European Union. Special Eurobarometer 272e. o.O.: Europäische Kommission.

Europäische Union. (2007). Decision No 1350/2007/EC of the European Parliament and of the Council of 23 October 2007 establishing a second programme of Community action in the field of health (2008-13). Official Journal of the European Union L 301.

Gesundheitsland Kärnten. (2006a). G'sund sein in Wernberg. Download vom 28. Jänner 2008, von <http://www.gesundheitsland.at/default.aspx?x=0,y=AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAB98536139912992007%2014663066310,8025874&pagetype=detail&ARid=399&Slid=31>

Gesundheitsland Kärnten. (2006b). Mobile Gesundheitsvorsorge. Download vom 16. April 2008, von <http://www.gesundheitsland.at/default.aspx?x=0,y=AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAB7768139912992007%2014663066310,4327595&pagetype=detail&ARid=152&Slid=31>

Gesundheitsreferat des Landes Kärnten. (o.D.). Impfdatenbank. Download vom 16. April 2008, von http://www.gesundheit-kaernten.at/gesundheitsserverhtml/page.asp?MEN_ID=155

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2005a). Gesundheitsbericht der sozialen Krankenversicherung 2005. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2005b). Vorsorgeuntersuchung Neu. Informationsunterlage. „Chancen und Nutzen der neuen Vorsorgeuntersuchung inklusive Beschreibung der medizinischen Interventionen für Nichtmediziner“. Wien: o. V.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (o.D.). Vorsorgeuntersuchung. Download vom 16. April 2008, von http://www.hauptverband.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl>window=hvbportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=58281&p_tabid=3&p_pubid=78094#pd896058

Holland, W.W. & Steward, S. (2005). Screening in disease prevention. What works? Abingdon: Radcliff.

Jacobson Vann, J.C. & Szilagyi, P. (2005). Patient reminder and patient recall systems for improving immunization rates. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 3. Art. No.: CD003941. DOI: 10.1002/14651858.CD003941.pub2.

Kärntner Gebietskrankenkasse. (o.D.a). Die neue Vorsorgeuntersuchung. Download vom 14. April 2008, von http://www.kgkk.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl>window=kgkkportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=4724&p_tabid=3

Kickbusch, I. (2003). Gesundheitsförderung. In: F. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe & J. Siegrist (eds.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. S. 181-189. München, Jena: Urban & Fischer.

Klimont, J., Kytir, J. & Leitner, B. (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien: Statistik Austria.

Oberster Sanitätsrat. (2007). Impfplan 2008 Österreich. Download vom 14. April 2008, von [http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/1/4/0/CH0780/CMS1038913010412/b\)_impfplan_20081.pdf](http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/1/4/0/CH0780/CMS1038913010412/b)_impfplan_20081.pdf)

Püringer, U. (2005). Vorsorgeuntersuchung Neu. Die wissenschaftlichen Grundlagen. o.O.: Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der VAEB.

Walter, U., Schwartz, F.W., Robra, B.-P., Schmidt, T. & Kuhlmeier, A. (2003). Prävention. In: F. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe & J. Siegrist (eds.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. S. 189-214. München, Jena: Urban & Fischer.

WHO. (2006). Eliminating measles and rubella and preventing congenital rubella infection: WHO. European Region strategic plan 2005-2010. 2005. updated reprint 2006. Denmark: WHO European Region.

WHO. (o.D.). Screening for Breast Cancer. Download vom 14. Mai 2008, von <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>

GLOSSAR

GLOSSAR

Adipositas: Unter Adipositas wird krankhaftes Übergewicht verstanden. (Adipositas, 2007, S. 7) -> Body-Mass-Index

Altersstandardisierung: Die Altersstandardisierung ist ein statistisches Verfahren zur Herstellung der Vergleichbarkeit von Messzahlen. Durch dieses Verfahren wird den unterschiedlichen Altersstrukturen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen, z.B. Ländern, Rechnung getragen. Das Verfahren wird auch „Altersbereinigung“ genannt, weil Verzerrungen, die durch die Altersstruktur entstehen, beseitigt werden. (Grasser & Reichenpfader, 2005, S. 179)

Behinderungsfreie Lebenserwartung: Die behinderungsfreie Lebenserwartung bezieht Überlegungen zum Gesundheitszustand der Personen mit ein und drückt aus, wie viele Jahre eine Person bestimmten Alters durchschnittlich bei guter Gesundheit leben wird. (LÖGD, 2006a, S. 152)

Body Mass Index: Der Body Mass Index wird herangezogen, um die Gewichtskategorien Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas zu definieren. Dabei wird von einer Person das Körpergewicht (in kg) durch deren quadrierte Körpergröße (in m) dividiert. (LÖGD, 2006b, S. 47)

Bruttomedianeinkommen: Diese Zahl teilt die Anzahl der EinkommensempfängerInnen in zwei Teile. Die eine Hälfte der EinkommensbezieherInnen verdient weniger als das Bruttomedianeinkommen, die andere Hälfte verdient mehr als das Bruttomedianeinkommen.

Determinanten: Determinanten sind Faktoren, die auf die Gesundheit der Bevölkerung einen Einfluss haben, dazu zählen soziale, ökonomische und umweltbedingte Faktoren.

Fernere Lebenserwartung: Die fernere Lebenserwartung gibt an, wie viele Jahre eine Person bestimmten Alters bei der Annahme einer gleichbleibenden Sterblichkeit durchschnittlich leben würde. (LÖGD, 2006a, S. 146)

Gesamtmortalität: Die Gesamtmortalität bezeichnet die Sterblichkeit aufgrund aller Todesursachen unter Bezugnahme auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe.

Gesundheitsförderung: Unter Gesundheitsförderung wird jener Prozess verstanden, der Menschen die aktive und selbstbestimmte Förderung der eigenen Gesundheit ermöglicht. (Fonds Gesundes Österreich, 29.10.2009)

Health Impact Assessment: Health Impact Assessment bezeichnet jenen Prozess, in dem die direkten und indirekten Einflüsse eines Programms, eines Projekts oder einer Politik auf die Gesundheit oder die gesundheitliche Entwicklung eingeschätzt werden. (WHO, 1999, S. 259)

Health in all policies: Gesundheit in allen Politikbereichen (-> Multisektorale Verantwortung)

Hypertonie: Hypertonie ist der medizinische Ausdruck für Bluthochdruck.

Imputation: Unter Imputation wird die statistische Ergänzung fehlender Angaben bei Befragungen verstanden. (Klimont, Ihle, Baldaszi & Kytir, 2008, S. 17)

Inzidenz: Inzidenz beschreibt die Anzahl der Neuerkrankungen in einem bestimmten Zeitabschnitt

bezogen auf eine Bevölkerungsgruppe.

Jahresprävalenz: Dies ist die Prävalenz (-> Prävalenz) bezogen auf ein Jahr.

Kohorteneffekt: In den Sozialwissenschaften wird eine Bevölkerungsgruppe, welche durch ein gemeinsames zeitliches Startereignis geprägt ist, als Kohorte bezeichnet, wie zum Beispiel eine Geburtenkohorte. Unter Kohorteneffekt werden systematische Unterschiede zwischen verschiedenen Kohorten verstanden. (Diekmann, 1999, S. 279-281)

Konfidenzintervall (auch Vertrauensbereich): Ein Vertrauensbereich von 95 % gibt jenen Bereich an, in dem der wahre Wert mit 95 %iger Wahrscheinlichkeit liegt.

Lebenszeitprävalenz: Die Lebenszeitprävalenz bezeichnet die Prävalenz bezogen auf das Leben einer Person.

Mammographie: Mammographie ist eine röntgendiagnostische Untersuchung der weiblichen Brust. (Püringer, 2005, S. 136)

Monatsprävalenz: Diese bezeichnet die Prävalenz in einem Monat.

Morbidität: Die Morbidität gibt Auskunft über das Auftreten von Gesundheitsproblemen in einer Bevölkerung.

Mortalität: Als Mortalität wird die Sterblichkeit bezeichnet.

Multisektorale Verantwortung: Gesundheit wird von einer Vielzahl an Faktoren beeinflusst, die außerhalb der Gesundheitspolitik entschieden werden. Die Verantwortung für gesundheitliche Angelegenheiten soll daher auch in allen Sektoren und Politikbereichen (wie z.B. Bildung, Arbeit, Umwelt etc.) verankert werden. (WHO, 1999, S. 127)

Prävalenz: Die Prävalenz gibt den Anteil der Personen an, die zu einem bestimmten Zeitpunkt an einer bestimmten Krankheit leiden oder ein bestimmtes Verhalten an den Tag legen (z.B. körperliche Aktivität).

Public Health (Öffentliche Gesundheit): Public Health ist ein soziales und politisches Konzept, das durch Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und andere gesundheitsbezogene Interventionen auf Verbesserung von Gesundheit, Lebensverlängerung und Erhöhung der Lebensqualität von ganzen Bevölkerungen abzielt. (Grasser & Reichenpfader, 2005, S. 182)

Setting: Unter Setting werden Lebenswelten verstanden, in denen sich der Alltag der Menschen abspielt und die einen großen Einfluss auf die Gesundheit der Menschen haben. (Fonds Gesundes Österreich, 29.10.2008)

Sozialer Gradient: Als sozialer Gradient wird jenes Phänomen bezeichnet, dass Gruppen mit niedrigem sozioökonomischem Status einen schlechteren Gesundheitszustand sowie eine erhöhte Mortalität aufweisen als Bevölkerungsgruppen mit hohem sozioökonomischem Status. Zur Darstellung des sozialen Gradienten wird der Bildungsstand, der Erwerbsstatus, das Einkommen oder die soziale Klasse der Individuen herangezogen. (Whitehead & Dahlgren, 2006, S. 2-7)

Ursachenspezifische Mortalität: Die ursachenspezifische Mortalität bezeichnet die Sterblichkeit auf-

grund spezifischer Krankheiten (z.B. Sterblichkeit aufgrund von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems).

Validität: Die Validität (auch Gültigkeit) gibt an, ob ein Test, ein Verfahren oder ein Indikator das misst, was er messen soll. (Diekmann, 1999, S. 224)

Vorzeitige Mortalität: Die vorzeitige Mortalität bildet die Sterblichkeit der Bevölkerung unter 65 Jahren ab. (LÖGD, 2006a, S. 133)

Literatur:

Adipositas. (2007). In: Pschyrembel® Sozialmedizin. Berlin: de Gruyter.

Diekmann, A. (1999). Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Fonds Gesundes Österreich. Glossar. Download vom 29. Oktober 2008, von <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar>

Grasser, G. & Reichenpfer, U. (2005). Gesundheitsbericht 2005 für die Steiermark. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen

Klimont, J., Ihle, P., Baldaszti, E. & Kytir, J. (2008). Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Wien: BMGFJ.

LÖGD. (2006a). Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen, Band 1: Themenfelder 1 – 3, Adaptierte Fassung für NRW, 2005. Bielefeld: LÖGD

LÖGD. (2006b). Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen, Band 2: Themenfelder 4 – 8, Adaptierte Fassung für NRW, 2005. Bielefeld: LÖGD

Püringer, U. (2005). Vorsorgeuntersuchung Neu. Die Wissenschaftlichen Grundlagen. o.O: Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der VAEB.

Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Reprint 2007. Copenhagen: WHO European Regional Office.

WHO. (1999). Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 6. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.

Anhang

Politische Vertretung / Abteilung ¹	InterviewpartnerInnen	Datum Interview
Landeshauptmann Dr. Jörg Haider	- Dr. Jörg Haider - Mag. (FH) Monika Gojer	26. Februar 2008
1. Landeshauptmannstellvertreter Gerhard Dörfler	- Mag. Gerhild Hubmann - Elke Fortin	13. Februar 2008
2. Landeshauptmannstellvertreterin Dr. Gaby Schaunig	- Mag. Sigrid Wucherer	26. Februar 2008
Landesrat Dr. Josef Martinz	- Dr. Josef Martinz - DI (FH) Peter Hebein	13. Februar 2008
Landesrat Ing. Reinhart Rohr	- DI Helmut Serro	12. Februar 2008
Landesrat Dr. Wolfgang Schantl	- Dr. Wolfgang Schantl	6. Februar 2008
Landesrat DI Uwe Scheuch	- Ing. Günther Kuchling - Mag. Gernot Ogris - Mag. Dagmar Hoi - Dr. Gerhard Herbst	12. Februar 2008
Abteilung 1W Wahlen	- Dr. Herbert Hauptmann	5. Februar 2008
Abteilung 2V Verfassungsdienst	- Dr. Gerold Glantschnig	27. Februar 2008
Abteilung 3 Gemeinden	- Dr. Manfred Mertel - Dr. Markus Matschek MAS - Mag. Doris Burgstaller	27. Februar 2008
Abteilung 4 Finanzen, Wirtschaft, Wohnungs- und Siedlungswesen	- Dr. Horst Felsner - Mag. Andrea Fasching	29. Jänner 2008
Abteilung 5 Kultur	- Mag. Erika Napetschnig	27. Februar 2008
Abteilung 6 Bildung, Arbeitsmarkt und Familienförderung	- Mag. Beatrice Haidl	14. Februar 2008
Abteilung 7 Wirtschaftsrecht und Infrastruktur	- Dr. Albert Kreiner	14. Februar 2008
Abteilung 10F Forstwesen	- DI Gerolf Baumgartner - Maria Aufschlager	28. Februar 2008
Abteilung 10L Landwirtschaft	- DI Dr. Günther Ortner - Ing. Johann Kainz - DI Gerlinde Leitner	28. Februar 2008
Abteilung 10V Veterinärwesen	- Dr. Wolf Dieter Vogl - Dr. Ursula Jessenitschnig - Dr. Melitta Krischan-Pogner	12. Februar 2008
Abteilung 11 Agrarrecht	- Dr. Dietfried Haller - MMag. Renate Scherling	12. Februar 2008
Abteilung 12 Sanitätswesen	- Dr. Gerhard Olexinski	26. Februar 2008
Abteilung 13 Soziales, Jugend, Familie und Frau	- Mag. Dr. Barbara Berger-Malle	5. Februar 2008
Abteilung 14 Sozial- und Gesundheitsrecht, Krankenanstalten	- Dr. Hugo Tschernutter - Mag. Marting Potocnig, MPH	13. Februar 2008
Abteilung 15 Umwelt	- DI Harald Tschabuschnig - Dr. Gernot Wurm	27. Februar 2008
Abteilung 17 Straßen- und Brückenbau	- DI Manfred Prentner - DI Kurt Kolar - Ing. Christian Perterer	14. Februar 2008
Abteilung 18 Wasserwirtschaft	- DI Kurt Georg Rohner	5. Februar 2008
Abteilung 20 Landesplanung	- DI Peter Fercher - DI Christian Seidenberger	13. Februar 2008
Buchhaltung	- Direktor Werner Petzner - Heinz Wankmüller - Robert Pantoi	14. Februar 2008

¹ Zum Zeitpunkt der Interviewführung bekleideten die politischen InterviewpartnerInnen die im Bericht genannten Positionen und werden daher – auch wenn sich inzwischen die personelle Besetzung der Landesregierung verändert hat – der damaligen Funktion entsprechend zitiert.

NOTIZEN

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ASKÖ	Arbeitsgemeinschaft für Sport und Körperkultur
AT-HIS	Austrian Health Interview Survey
BFI	Berufsförderungsinstitut
BMI	Body-Mass-Index
DGKP	Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
DGKS	Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester
EU	Europäische Union
EUROHIS	European Health Interview Survey
F&E	Forschung und Entwicklung
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
GF	Gesundheitsförderung
GFA	Gesundheit für alle
HIA	Health Impact Assessment
HiaP	Health in all Policies
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HRSA	Health Research System Analysis
i. Vgl.	im Vergleich
IBB	Institut für Bildung und Beratung
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IHS	Institut für Höhere Studien
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
LH	Landeshauptmann
LKH	Landeskrankenhaus
MTD	Medizinisch Technischer Dienst
NGO	Non Governmental Organisation
o.D.	ohne Datum
Pap	Papanicolaou
PH	Public Health
PSA	prostataspezifisches Antigen
WHO	World Health Organization
WIFI	Wirtschaftsförderungsinstitut

Gesundheitsreferent Dr. Peter

KAISER



KÄRNTEN



FH JOANNEUM

GESUNDHEITSMANAGEMENT
IM TOURISMUS

Kompetenzzentrum
für Gesundheitsberichterstattung



Impressum

Konzept:

Mag.^a Gerlinde Grasser, MScPH¹

Berichtverfassung:

Mag.^a Elisabeth Wiesender¹, Mag.^a Maria Auer¹, Mag.^a Gerlinde Grasser, MScPH¹

Statistische Auswertung:

Mag.^a Elisabeth Wieseneder¹

Mitarbeit von Studierenden der Lehrveranstaltung Health Promotion and Prevention, Jg. 2005, WS 2007/2008

Endlektorat:

Mag. Stefan Schwar², Mag. Bernd Eicher², Mag.^a Gabi Lichtenwörther²

Endredaktion:

Dr.ⁱⁿ Elisabeth Oberleitner³, Ing.ⁱⁿ Gabriela Pridnig³, Mag.^a Ulrike Eisner⁴

Design, Layout:

Agentur LUX – Walter Hösel

Gesamtkoordination und Projektleitung:

Dr.ⁱⁿ Elisabeth Oberleitner³

Medieninhaber, Herausgeber und Verleger:

Amt der Kärntner Landesregierung, Abt.12 Sanitätswesen, UA Umweltmedizin und Gesundheitsförderung,
Hasnerstraße 8, 9021 Klagenfurt, Tel.: 050/536-31272, E-Mail: abt12.umweltmedizin@ktn.gv.at

Druck:

Ernst Ploetz Druck- und Verlagshaus GesmbH

Copyright:

Amt der Kärntner Landesregierung, Abt. 12 Sanitätswesen,
UA Umweltmedizin und Gesundheitsförderung, Klagenfurt

Vervielfältigung und Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Zustimmung des Herausgebers
Download des Berichts:

www.ktn.gv.at unter Verwaltung, Abteilungen

Klagenfurt, im Feber 2009

¹ FH JOANNEUM, Kompetenzzentrum für Gesundheitsberichterstattung am Studiengang Gesundheitsmanagement im Tourismus, Bad Gleichenberg

² ad literam, Graz

³ Amt der Kärntner Landesregierung, Abt. 12 Sanitätswesen, UA Umweltmedizin und Gesundheitsförderung

⁴ Büro Landesrat Mag. Dr. Peter Kaiser, Gesundheitsreferent des Landes Kärnten

