



Gesundheitsbericht Linz 2009-2013



Autoren:
Mag. Richard Birgmann, MPH (IGP)
Mag. Markus Peböck (IGP)
MMag. Martin Reif, MPH (IGP)
Mag.^a Dagmar Luft (Stadt Linz)

Mitarbeit von:
Mag. David Hirtner (Stadt Linz)
Dr.ⁱⁿ Brigitte Horwath (Stadt Linz)

GESUNDHEITSBERICHT LINZ

2009-2013

Herausgeber: Institut für Gesundheitsplanung

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

Autoren: Mag. Richard Birgmann, MPH (IGP)
Mag. Markus Peböck (IGP)
MMag. Martin Reif, MPH (IGP)
Mag.^a Dagmar Luft (Stadt Linz)

Layout: Elena Madlschenter (IGP)
Druck: KONTEXT Druckerei GmbH
Preis: 14,40 Euro
ISBN: 978-3-902487-16-2

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

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



VORWORT

Für das Wohl der Bevölkerung

Die Gesundheit zählt zu den wichtigsten Grundbedürfnissen der Menschen. Deshalb lautet das Motto der Linzer Gesundheitspolitik: „Gesundheit für alle“. Mit großem Engagement setzt sich die Stadt Linz für den Erhalt und die Verbesserung des Gesundheitswesens in unserer Stadt ein. Dabei wird großes Augenmerk auf eine moderne Infrastruktur und ein dichtes Netz an Präventionsangeboten gelegt.

Seit 20 Jahren ist die Stadt Linz Mitglied des Netzwerks „Gesunde Städte Österreichs“. Der Verein, dessen oberste Ziele die Erhaltung und die Förderung der Gesundheit der Menschen sind, führt zahlreiche Aktivitäten, Gemeinschaftsprojekte und Studien durch, wie etwa die „Kommunale Gesundheitsberichterstattung“ oder die „Kommunale Suchtprävention“.

2012 wurde im Auftrag der Stadt Linz vom Institut für Gesundheitsplanung bereits zum zweiten Mal der subjektive Gesundheitszustand der LinzerInnen erhoben. Die Ergebnisse der Linzer Gesundheitsbefragung spiegeln sich im aktuellen Gesundheitsbericht der Landeshauptstadt wider.

Wie die Gesundheitsbefragung eindrucksvoll dokumentiert, ist die Zufriedenheit der Linzer Bevölkerung mit der medizinischen Versorgung und der Wohnsituation weiterhin sehr hoch. Die gesundheitliche Situation der LinzerInnen ist gut, wenngleich es Unterschiede nach sozialen Faktoren gibt.

Der vorliegende Gesundheitsbericht gibt einen ausführlichen Überblick über die zahlreichen Aktivitäten und Aktionen der Stadt Linz für das Gesundheitswesen. Mein besonderer Dank gilt allen Institutionen und Personen, die mit großem Engagement an der Realisierung dieses Berichts mitgewirkt haben.

Vizebürgermeisterin Dr.ⁱⁿ Christiana Dolezal
Gesundheitsreferentin der Landeshauptstadt Linz



VORWORT

Gesundheit ist mehr als Krankenversorgung

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

Neben einer Ist-Stands-Beschreibung ist die Formulierung von Gesundheitszielen und deren Umsetzung in Form von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten bzw. einem multisektoralen Verständnis für Gesundheit eine wichtige Grundlage für die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung. Ich gratuliere der Stadt Linz zum erfolgten Beschluss der Gesundheitsziele und freue mich schon auf weitere Kooperationen im Sinne der Umsetzung dieser.

Für die Zusammenarbeit zur Entstehung dieses Gesundheitsberichtes bedanke ich mich ganz herzlich bei Frau Vizebürgermeisterin Dr.ⁱⁿ Christiana Dolezal und ihrem Team, beim Gesundheitsamt der Stadt Linz und der Stadtforschung Linz.

Mag. Markus Peböck
Geschäftsführer Institut für Gesundheitsplanung

ZUSAMMEN- FASSUNG

Der vorliegende Gesundheitsbericht der Stadt Linz ist entlang der wesentlichen Einflussfaktoren auf die Gesundheit aufgebaut. Somit wird im ersten Bereich ein umfassender Überblick über den Gesundheitszustand der Bevölkerung geboten. In einem nächsten Schritt werden gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wie Bewegung, Ernährung, Rauchen und Alkoholkonsum näher beleuchtet. Die Integration in soziale und kommunale Netzwerke wie Familie und Freunde ist eine weitere wichtige Gesundheitsdeterminante und wird in einem Kapitel betrachtet. Ein eigenes Kapitel ist auch den allgemeinen Lebens- und Arbeitsbedingungen in Linz gewidmet, dazu gehört unter anderem auch die Krankenversorgung in Linz. Schließlich gibt der Bericht auch einen Überblick über die Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention in der Landeshauptstadt und die 10 Linzer Gesundheitsziele. Schlussendlich war es auch Ziel, geeignete Handlungsempfehlungen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Linzer Bevölkerung zu erarbeiten.

Als Datengrundlage für den vorliegenden Bericht dienen vor allem die Ergebnisse der Linzer Gesundheitsumfrage 2012, die anonymisierten Abrechnungsdaten der OÖGKK, die publizierten Daten der Linzer Bürgerbefragung 2011 und mehrere Auswertungen der Linzer Stadtforschung.

1. Demographischer und sozioökonomischer Hintergrund

Die Hauptwohnsitzbevölkerung der Stadt Linz ist in den letzten 11 Jahren um insgesamt 5,7 Prozent auf 193.486 Anfang des Jahres 2013 angewachsen. Es ziehen mehr Menschen nach Linz als weg, die Geburtenbilanz ist nahezu ausgeglichen. Der Ausländeranteil ist mit 17 Prozent beinahe doppelt so groß wie in der oberösterreichischen Gesamtbevölkerung.

Anteilmäßig sind mehr Menschen in verschiedenen Dienstleistungsbereichen, der öffentlichen Verwaltung sowie dem Gesundheits- und Sozialwesen beschäftigt als dies im Landesdurchschnitt der Fall ist.

2. Lebenserwartung und Mortalität

Die Lebenserwartung hat in den letzten Jahren stetig zugenommen. Der Großteil der Todesfälle lässt sich auf Herz-Kreislauferkrankungen zurückführen. Zweithäufigste Todesursache sind bösartige Neubildungen. Bei einem Lebensalter von unter 75 Jahren sind Todesfälle in Folge von bösartigen Neubildungen die häufigste Todesursache. Die frühzeitige Herz-Kreislauf-Mortalität (unter 75 Jahren) ist bei beiden Geschlechtern in den letzten Jahren und Jahrzehnten stark zurückgegangen.

3. Gesundheit und Krankheit

Rund drei Viertel der Linzer Bevölkerung beurteilen ihren Gesundheitszustand mit sehr gut oder gut, etwas mehr als bei der Gesundheitsbefragung 2006. LinzerInnen mit höherem Bildungsniveau und mit höherem Pro-Kopf-Einkommen geben dies häufiger an, Menschen, die sich durch finanzielle Probleme belastet fühlen, weisen einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand auf.

Die häufigsten Erkrankungen sind Schäden der Wirbelsäule, Allergien, Erkrankungen der Gelenke, und erhöhter bzw. zu niedriger Blutdruck. Die meisten Behandlungstage im Krankenhaus sind auf psychische Erkrankungen, Herz-Kreislauferkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Neubildungen und äußere Ursachen (Verletzungen/Vergiftungen) zurückzuführen. Der Großteil der Medikamentenverordnungen entfällt auf Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, des Nervensystems (Psychopharmaka, Schmerzmittel etc.) und des Magen-Darm-Traktes bzw. Stoffwechselsystems. Die häufigsten Krankenstandstage gehen auf Erkrankungen des Atmungssystems, des Bewegungs- und Stützapparates (Skelett/Muskelsystem) und auf äußere Ursachen (Verletzungen/Vergiftungen; dazu gehören auch Unfälle) zurück.

4. Individuelle Verhaltensweisen

Drei Viertel der LinzerInnen - und damit deutlich mehr als bei der Gesundheitsumfrage 2006 - geben an, sich mindestens einmal pro Woche sportlich zu betätigen. Je höher die Schulbildung, desto größer ist der Anteil an sportlich aktiven Menschen. Fast die Hälfte der Befragten legen an 5 oder mehr Tagen pro Woche bestimmte Wege (z.B. zur Arbeit) zu Fuß zurück, weniger als 10 Prozent nehmen für solche Wege das Fahrrad. Deutlich mehr Frauen als Männer erledigen an mindestens drei Tagen pro Woche zumindest mäßig anstrengende Tätigkeiten, die ins Schwitzen bzw. außer Atem bringen.

Frauen konsumieren deutlich mehr Obst und Gemüse als Männer, mit steigender Schulbildung steigt auch der Konsum von Gemüse.

Rund 70 Prozent der LinzerInnen sind NichtraucherInnen, knapp ein Viertel raucht täglich. Der Anteil der RaucherInnen sinkt mit zunehmenden Bildungsstatus. Ein Drittel der RaucherInnen hat innerhalb des letzten Jahres einen ernsthaften Versuch gestartet, mit dem Rauchen aufzuhören.

Männer konsumieren deutlich häufiger Alkohol als Frauen, 15 Prozent der Männer und 27 Prozent der Frauen in Linz leben abstinent. Dies spiegelt sich auch in der Einstellung zum Alkohol wider: Deutlich mehr Männer (ca. 50%) als Frauen (30%) sind der Meinung, dass es mit Alkohol in einer gemütlichen Runde lustiger ist. 36 Prozent der Linzer und 29 Prozent der Linzerinnen halten den Konsum von ein wenig Alkohol am Abend für gesundheitsförderlich. LinzerInnen mit Migrationshintergrund trinken deutlich seltener Alkohol.

Jeweils gut drei Viertel der LinzerInnen geben an, einen aufrechten Impfschutz gegen FSME und Tetanus zu haben, gefolgt von Kinderlähmung und Diphtherie. Vor allem bei Mumps, Masern, Röteln und Diphtherie herrscht bei den Befragten große Unsicherheit, ob (noch) ein aufrechter Impfschutz besteht.

ZUSAMMENFASSUNG

Die LinzerInnen zeigen sich bereit, ihr Leben gesünder zu gestalten: Mehr als 80 Prozent der LinzerInnen wollen sich in Zukunft gesünder ernähren und mehr Bewegung machen. 67 Prozent der Raucher und 60 Prozent der Raucherinnen möchten mit dem Rauchen aufhören oder zumindest die Anzahl der gerauchten Zigaretten reduzieren. 75 Prozent der Männer und 61 Prozent der Frauen wollen in Zukunft einen besseren Umgang mit Stress und persönlichen Belastungen pflegen.

5. Integration in soziale und kommunale Netzwerke

Die Einbettung in soziale Netzwerke stellt eine bedeutende Ressource für die Bewältigung von Belastungen und Aufrechterhaltung der körperlichen und psychischen Gesundheit dar, kann aber auch zu Belastungen führen. Der Großteil der Linzer Bevölkerung ist mit den familiären Beziehungen sehr zufrieden (57%) oder zumindest zufrieden (30%). Gut 90 Prozent der LinzerInnen sind mit ihrem sozialen Umfeld sehr zufrieden oder zufrieden, mit zunehmendem Alter nimmt die Zufriedenheit ab. 18 Prozent der LinzerInnen fühlen sich durch Probleme im persönlichen sozialen Umfeld stark oder eher belastet. Durch Betreuungsaufgaben fühlen sich 17 Prozent der LinzerInnen stark oder eher belastet, Frauen deutlich häufiger als Männer.

6. Lebens- und Arbeitsbedingungen

6.1. Schule und Kindergarten

Die Schule ist ebenso wie die Arbeitswelt einer der wichtigsten Orte für die Bildung und Förderung gesundheitlicher (körperlicher, sozialer und intellektueller) Ressourcen. Neben der gesundheitsfördernden Gestaltung der materiellen Umwelt der Schule sind vor allem die Qualität der sozialen Beziehungen im Schulkontext und die Gestaltung der individuellen Lernprozesse wesentliche Eckpfeiler einer „gesunden Schule“.

6.2. Arbeitswelt und Arbeitsbedingungen

Fast die Hälfte der Linzer Bevölkerung ist erwerbstätig (rund 87.900 Menschen), die meisten davon (15%) in der Wirtschaftsklasse „Herstellung von Waren“, „Handel“ (14%) und „Gesundheits- und Sozialwesen“ (12%). Drei Viertel der LinzerInnen sind mit der beruflichen Situation (sehr) zufrieden, mit steigendem Bildungsgrad nimmt die Zufriedenheit zu.

6.3. Wohnumgebung/Stadt(teil)

Der Großteil der befragten LinzerInnen ist mit der derzeitigen Wohnsituation sehr zufrieden oder zumindest zufrieden, ältere Menschen und Menschen mit höherem Äquivalenzeinkommen sind zufriedener. Am besten werden die Wohnbedingungen im Stadtteil Pöstlingberg/St. Magdalena bewertet, am unteren Ende rangieren die Innenstadt, Kleinmünchen und St. Peter/Lustenau. Insgesamt geben 14 Prozent an, dass sie sich durch die Wohnsituation belastet fühlen, Personen mit geringem Äquivalenzeinkommen (24%) und mit Migrationshintergrund (27%) fühlen sich häufiger belastet. Am häufigsten sind Belastungen

durch die Wohnsituation unter den BewohnerInnen von St. Peter/Lustenau (22%) und Kleinmünchen (18%) vorzufinden. Mit der Wohnumgebung (Luftsituation, Lärmbelastung, Verkehr, Grünflächen etc.) sind 77 Prozent der LinzerInnen sehr zufrieden oder zufrieden, am besten wird die Qualität der Wohnumgebung in Pöstlingberg/St. Magdalena und Ebelsberg bewertet, am geringsten in St. Peter/Lustenau und Kleinmünchen.

86 Prozent der LinzerInnen fühlen sich mit ihrem Stadtteil verbunden, am stärksten ist die Verbundenheit in den Stadtteilen in Urfahr. Das Sicherheitsgefühl ist im mittleren Alter und bei höherem Bildungsgrad tendenziell etwas höher, am sichersten fühlen sich die BewohnerInnen in Urfahr sowie in Pichling, im Zentrum und im Stadtteil Froschberg/Freinberg. Fast zwei Drittel der LinzerInnen sind sehr zufrieden bzw. zufrieden mit der Bevölkerung in ihrem Wohnumfeld, am zufriedensten in Urfahr sowie am Froschberg/Freinberg und in Pichling.

6.4. Gesunde natürliche und gestaltete Umwelt

In den letzten 30 Jahren hat es zwar hinsichtlich der Schadstoffbelastung der Außenluft deutliche Verbesserungen gegeben. Feinstaub, Stickoxide, Ozon und polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe stellen jedoch nach wie vor wesentliche Belastungen für die Bevölkerung dar, insbesondere in den Ballungsräumen.

Tabakrauch stellt eine wichtige Schadstoffquelle für die Innenraumluft dar. 17 Prozent der berufstätigen LinzerInnen sind an ihrem Arbeitsplatz ständig Tabakrauch ausgesetzt, jüngere ArbeitnehmerInnen und Personen mit Pflichtschulabschluss häufiger. Bei 13 Prozent wird regelmäßig in ihrem Haushalt geraucht.

13 Prozent der LinzerInnen leiden unter Tageslärm, 11 Prozent unter Nachtlärm. Die häufigste Lärmquelle sind Kraftfahrzeuge.

Natürliche Landschaftsräume (Parks, Wälder, Gewässer, etc.) stellen eine wichtige Gesundheitsressource für das physische, psychische und soziale Wohlbefinden dar (z.B. Erholungsmöglichkeit, Räume für soziale Beziehungen, Bewegung etc.). Fast die Hälfte des Linzer Stadtgebietes ist als Grünland ausgewiesen, ein Drittel entfällt auf Bauland, 12 Prozent sind Verkehrsflächen und 7 Prozent Gewässer.

6.5. Medizinische Versorgung

In Linz gibt es 8 Krankenanstalten in denen 2012 über 212.000 PatientInnen behandelt wurden. Die Linzer Krankenanstalten sind von überregionaler Bedeutung. Insgesamt gibt es in Linz 695 niedergelassene ÄrztInnen, etwa die Hälfte davon mit Kassenvertrag. Darunter fallen 211 praktische ÄrztInnen (davon 111 mit Kassenvertrag) und 106 ZahnärztInnen (davon 87 mit Kassenvertrag).

90 Prozent der LinzerInnen sind mit der Medizinischen Versorgung sehr zufrieden oder zumindest zufrieden. Auch die Erreichbarkeit von Praktischen ÄrztInnen und FachärztInnen wird großteils positiv bewertet.

7. Aktivitäten der Stadt Linz

Die Stadt Linz stellt eine Reihe von Gesundheitsförderungs-, Präventions- und Vorsorgeangeboten bereit, so zum Beispiel Impfkampagnen und reisemedizinische Beratung oder die jährliche Auslobung des Gesundheitspreises. Für Kinder wird unter anderem das Mittagessen in den städtischen Kindergärten nach Qualitätsstandards in Abstimmung mit der österreichischen Gesellschaft für Ernährung, die schlaue Ernährungsmaus oder der Bewegungsdino umgesetzt. Jugendliche finden zum Beispiel in den Projekten des Vereins für Sozialprävention und Gemeinwesenarbeit oder im Verein für Jugend und Freizeit passende Angebote. Für SeniorInnen gibt es zum Beispiel die Clubs Aktiv oder Tageszentren.

Darüber hinaus ist die Stadt Linz bereits seit 1992 Mitglied im Netzwerk „Gesunde Städte Österreichs“ und hat 2012 neue Gesundheitsziele beschlossen. Der Verein für Gesundheits-Förderungs-Konferenzen bietet individuelle Informationen - wenn möglich in der direkten Wohnumgebung an. Relativ neu sind das Projekt „Auf gesunde Nachbarschaft“ und einige Bewegungsmöglichkeiten im Stadtteil.

- Zielgruppenspezifische Bewegungsangebote entwickeln
- Förderung des Breiten- und Gesundheitssports und mehr Bewegung in der Nachmittagsbetreuung
- Suchtprävention verstärken
- Unterstützung von Maßnahmen zur gesunden Ernährung und Optimierung des Nahrungsangebots in Verpflegungsbetrieben

8. Gesundheitsziele der Stadt Linz

Die Stadt Linz hat im Jahr 2012 zehn neue Gesundheitsziele beschlossen, die abgestimmt sind mit den OÖ Gesundheitszielen. Die Überschriften der Linzer Gesundheitsziele lauten:

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

9. Handlungsempfehlungen

Der Bericht schließt mit Handlungsempfehlungen für die Stadt Linz, die vom Institut für Gesundheitsplanung erarbeitet und mit MitarbeiterInnen der Stadt Linz abgestimmt wurden:

- Ausbau der schulischen Gesundheitsförderung
- Betriebliche Gesundheitsförderung in Linzer Betrieben fördern
- Erhöhung des FußgängerInnen- und Radverkehrsanteils
- Umweltbelastungen durch ein übergreifendes Verkehrskonzept verringern
- Gesundheitliche Chancengleichheit stärken
- Soziale Beziehungen und Netzwerke stärken
- Stadt- und Quartierentwicklung fördern

INHALT

1. Demographie und sozioökonomischer Hintergrund.....	14
1.1. Bevölkerungsstruktur.....	15
1.2. Bevölkerungsentwicklung.....	18
2. Lebenserwartung und Mortalität.....	22
2.1. Lebenserwartung.....	23
2.2. Mortalität.....	23
3. Gesundheit und Krankheit der Linzer Bevölkerung.....	28
3.1. Subjektive Gesundheit.....	29
3.2. Überblick Erkrankungen und Beschwerden.....	34
3.3. Überblick Krankenhausaufenthalte, Medikamentenverordnungen und Krankenstand.....	36
3.3.1. Krankenhausaufenthalte.....	36
3.3.2. Medikamentenverordnungen.....	38
3.3.3. Krankenstand (Arbeitsunfähigkeit).....	40
3.4. Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates.....	45
3.4.1. Ergebnisse der Linzer Gesundheitsumfrage 2012.....	45
3.5. Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems.....	49
3.5.1. Ergebnisse der Linzer Gesundheitsumfrage 2012.....	49
3.5.2. Krankenhausaufenthalte.....	53
3.5.3. Medikamentenverordnungen.....	53
3.5.4. Krankenstand (Arbeitsunfähigkeit).....	54
3.6. Allergien.....	56
3.7. Diabetes mellitus.....	58
3.7.1. Ergebnisse der Linzer Gesundheitsumfrage 2012.....	58
3.7.2. Behandlungsprävalenz.....	58
3.8. Atemwegserkrankungen.....	60
3.8.1. Ergebnisse der Linzer Gesundheitsumfrage 2012.....	60
3.8.2. Krankenhausaufenthalte.....	60
3.8.3. Medikamentenverordnungen.....	62
3.8.4. Krankenstand (Arbeitsunfähigkeit).....	62
3.9. Psychische Gesundheit.....	65
3.9.1. Ergebnisse der Linzer Gesundheitsumfrage 2012.....	65
3.9.2. Krankenhausaufenthalte.....	68
3.9.3. Medikamentenverordnungen.....	70
3.9.4. Krankenstand (Arbeitsunfähigkeit).....	71
4. Individuelle Verhaltensweisen.....	74
4.1. Bewegung.....	75
4.1.1. Sportliche Aktivität.....	75
4.1.2. Alltagsbewegung.....	78
4.2. Ernährung.....	83
4.3. Tabakkonsum.....	88
4.4. Alkohol.....	91
4.5. Impfen.....	96
4.6. Veränderungsbereitschaft.....	101
5. Integration in soziale und kommunale Netzwerke.....	104
5.1. Soziale Beziehungen und Gesundheit.....	105
5.2. Familiäre Beziehungen.....	106
5.3. Soziales Umfeld und Freundeskreis.....	108
5.4. Belastungen durch das soziale Umfeld.....	110
5.5. Belastungen durch Betreuungsaufgaben.....	112
6. Lebens- und Arbeitsbedingungen.....	114
6.1. Schule und Kindergarten.....	115
6.1.1. Kindergarten und Gesundheit.....	115
6.1.2. Schule und Gesundheit.....	115
6.2. Arbeitswelt und Arbeitsbedingungen.....	118
6.2.1. Zufriedenheit mit der beruflichen Situation.....	119
6.2.2. Berufliche Belastungen.....	122
6.3. Wohnumgebung/Stadt(teil).....	127
6.3.1. Wohnsituation.....	127
6.3.2. Wohnumfeld.....	132
6.4. Gesunde natürliche und gestaltete Umwelt.....	142
6.4.1. Außenraumlufte.....	142
6.4.2. Innenraumlufte.....	146

6.4.3. Lärm.....	151
6.4.4. Lichtverschmutzung.....	152
6.4.5. Natürliche Umwelt als Ressource.....	153
6.5. Medizinische Versorgung.....	157
6.5.1. Krankenanstalten.....	157
6.5.2. Ärztliche Versorgung.....	158
6.5.3. Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung.....	159
6.5.4. Zufriedenheit mit der Versorgung.....	160
7. Aktivitäten der Stadt Linz.....	168
7.1. Impfen.....	169
7.1.1. Impfaktivitäten der Stadt Linz.....	169
7.1.2. Reisemedizin.....	169
7.2. Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention in Linz.....	169
7.2.1. Gesunde Stadt Linz - „Netzwerk Gesunde Städte Österreichs“.....	169
7.2.2. Gesundheitsziele für die nächsten zehn Jahre.....	169
7.2.3. Gesundheitspreis der Stadt Linz.....	169
7.2.4. Gesundheit beginnt beim Start ins Leben.....	170
7.2.5. Gesundheit an den Linzer Schulen.....	170
7.2.6. Förderung der psychosozialen Gesundheit.....	171
7.2.7. GFK - Verein für Gesundheits-Förderungs-Konferenzen.....	172
7.2.8. Gesundheitsförderung im Stadtteil.....	173
7.2.9. Linzer Frauengesundheitszentrum (FGZ).....	174
7.2.10. OÖ Aidstag.....	174
8. Gesundheitsziele der Stadt Linz.....	176
8.1. Einleitung.....	177
8.1.1. Ausgangssituation.....	177
8.1.2. Gremien und Personen.....	177
8.1.3. Vorgehensweise und Zeitachse.....	178
8.2. Präambel.....	179
8.2.1. Gesundheitsbegriff und Gesundheitsmodell.....	179
8.2.2. Basis für die Planung der Gesundheitsziele.....	179
8.2.3. Prozess - Strukturierte Herangehensweise.....	181
8.3. Die Linzer Gesundheitsziele.....	182
9. Handlungsempfehlungen.....	190
9.1. Ausbau der schulischen Gesundheitsförderung.....	191
9.2. BGF in Linzer Betrieben fördern.....	191
9.3. Erhöhung des FußgängerInnen- und Radverkehrsanteils.....	191
9.4. Umweltbelastungen durch ein übergreifendes Verkehrskonzept verringern.....	192
9.5. Gesundheitliche Chancengleichheit stärken.....	193
9.6. Soziale Beziehungen und Netzwerke stärken.....	193
9.7. Stadt- und Quartierentwicklung fördern.....	194
9.8. Zielgruppenspezifische Bewegungsangebote entwickeln.....	194
9.9. Bewegung: Förderung des Breiten- und Gesundheitssports und mehr Bewegung in der Nachmittagsbetreuung.....	195
9.10. Suchtprävention verstärken.....	195
9.11. Ernährung: Unterstützung von Maßnahmen zur gesunden Ernährung und Optimierung des Nahrungsangebots in Verpflegungsbetrieben.....	196
10. Datengrundlage.....	198
11. Verzeichnisse und Literatur.....	200
11.1. Abbildungsverzeichnis.....	201
11.2. Tabellenverzeichnis.....	205
11.3. Literatur.....	206

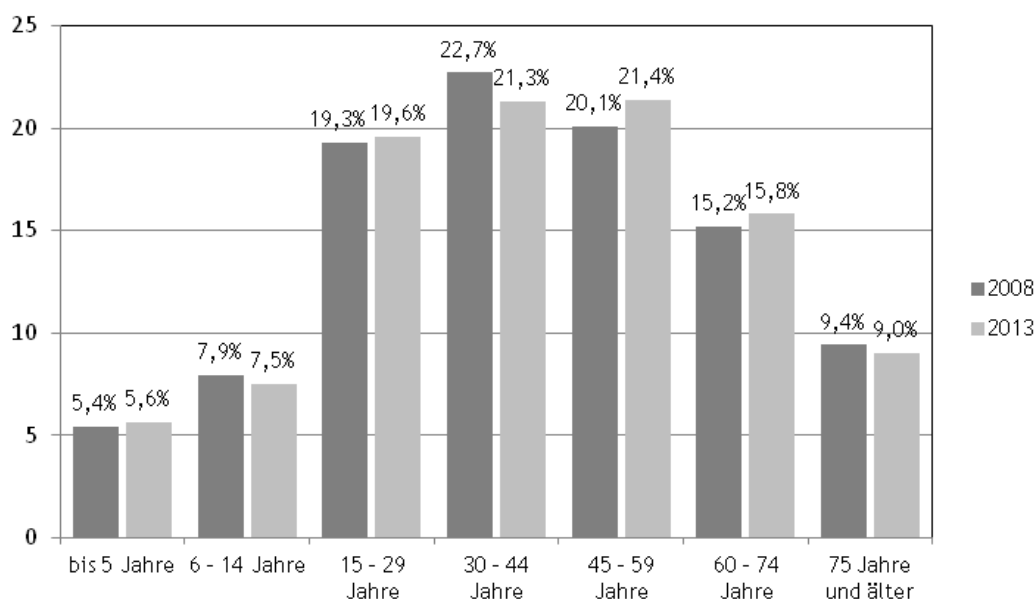
1. DEMOGRAPHIE UND SOZIOÖKO- NOMISCHER HINTERGRUND

1.1. Bevölkerungsstruktur

Die Hauptwohnsitzbevölkerung der Stadt Linz ist in den letzten 11 Jahren um insgesamt 5,7 Prozent angewachsen. Zu Beginn des Jahres 2013 haben 193.486 Menschen ihren Hauptwohnsitz in Linz. Die Bevölkerung setzt sich aus 52 Prozent Frauen und 48 Prozent Männern zusammen.

Etwa 13 Prozent der Linzer Bevölkerung sind unter 15 Jahre alt, rund 62 Prozent der Linzerinnen und Linzer sind zwischen 15 und 59 Jahren und ein Viertel (25%) sind 60 Jahre oder älter. Verglichen mit dem Jahr 2008 sind hinsichtlich der Altersstruktur nur marginale Veränderungen festzustellen (Abbildung 1).

Abbildung 1: Altersverteilung der Linzer Bevölkerung



Quelle: http://www.linz.at/zahlen/040_Bevoelkerung/040_Hauptwohnsitzbevoelkerung/ (zuletzt geprüft: 08.02.2013)

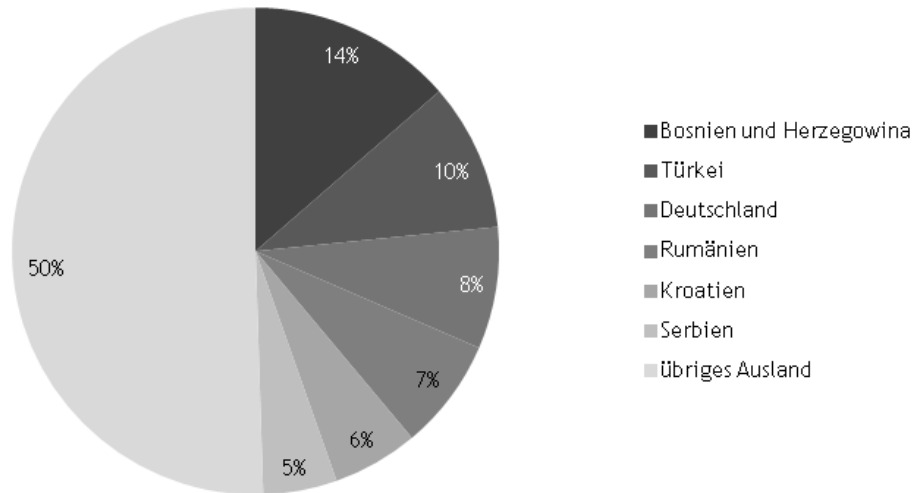
Zum 1.1.2013 waren 32.930 AusländerInnen (Personen mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft) mit Hauptwohnsitz Linz gemeldet. Dies entspricht einem AusländerInnenanteil von 17 Prozent.¹ Im Jahr 2008 lag der AusländerInnenanteil bei 13 Prozent. Insgesamt ist der aktuelle AusländerInnenanteil in Linz (17%) höher als im Gesamtdurchschnitt des Landes Oberösterreich (9%).²

Bezüglich der Herkunftsnationen ergibt sich folgende Verteilung: Rund 14 Prozent der in Linz lebenden AusländerInnen kommen aus Bosnien und Herzegowina. Weitere 10 Prozent haben eine türkische Staatsbürgerschaft. Bereits an dritter Stelle rangieren AusländerInnen aus Deutschland (8%). 7 Prozent der in Linz lebenden AusländerInnen kommen ursprünglich aus Rumänien, 6 Prozent aus Kroatien und 5 Prozent aus Serbien. Die restlichen 50 Prozent kommen aus dem übrigen Ausland (Abbildung 2). In Linz leben Menschen aus insgesamt 148 verschiedenen Nationen.³

¹ Linz in Zahlen - Bevölkerung - AusländerInnen
² Wohnbevölkerung

³ Linz in Zahlen - Bevölkerung - AusländerInnen

Abbildung 2: Herkunftsnationen (Staatsbürgerschaft)

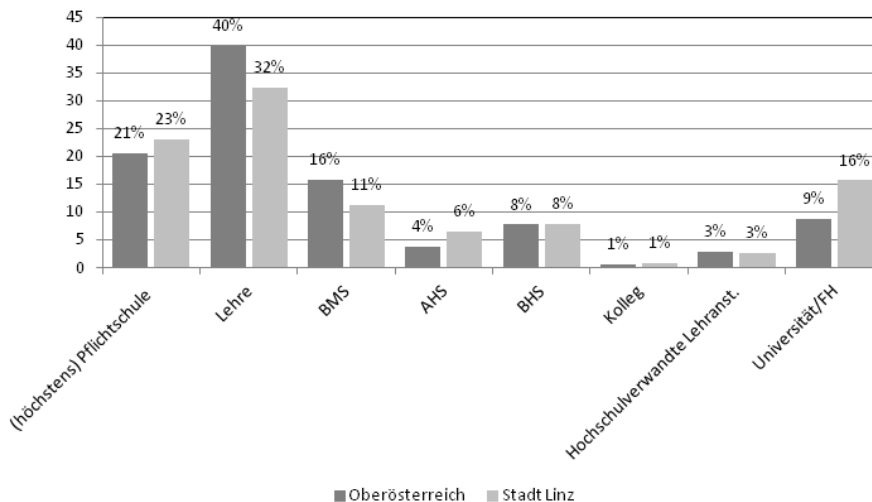


Quelle: http://www.linz.at/zahlen/040_BEVOELKERUNG/070_Auslaender/ (zuletzt geprüft: 14.02.2013)

Bezüglich der Verteilung der Bildung in der Linzer Bevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren kann folgendes festgehalten werden: In der Stadt Linz ist der AkademikerInnenanteil mit 16 Prozent beinahe doppelt so groß wie im Landesdurchschnitt (OÖ: 9%). Weiters kann knapp ein Drittel (32%) der Linzer Bevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren als höchste abgeschlossene Bildung einen Lehrab-

schluss (OÖ: 40%) vorweisen. Fast ein Viertel (23%) hat höchstens einen Pflichtschulabschluss (OÖ: 21%). Die weitere Verteilung der Bildungsabschlüsse in der Linzer Bevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren: 11 Prozent BMS, 8 Prozent BHS, 6 Prozent AHS, 3 Prozent eine hochschulverwandte Lehranstalt und 1 Prozent ein Kolleg (Abbildung 3).

Abbildung 3: Höchste abgeschlossene Schulbildung 2010 (Bevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren)

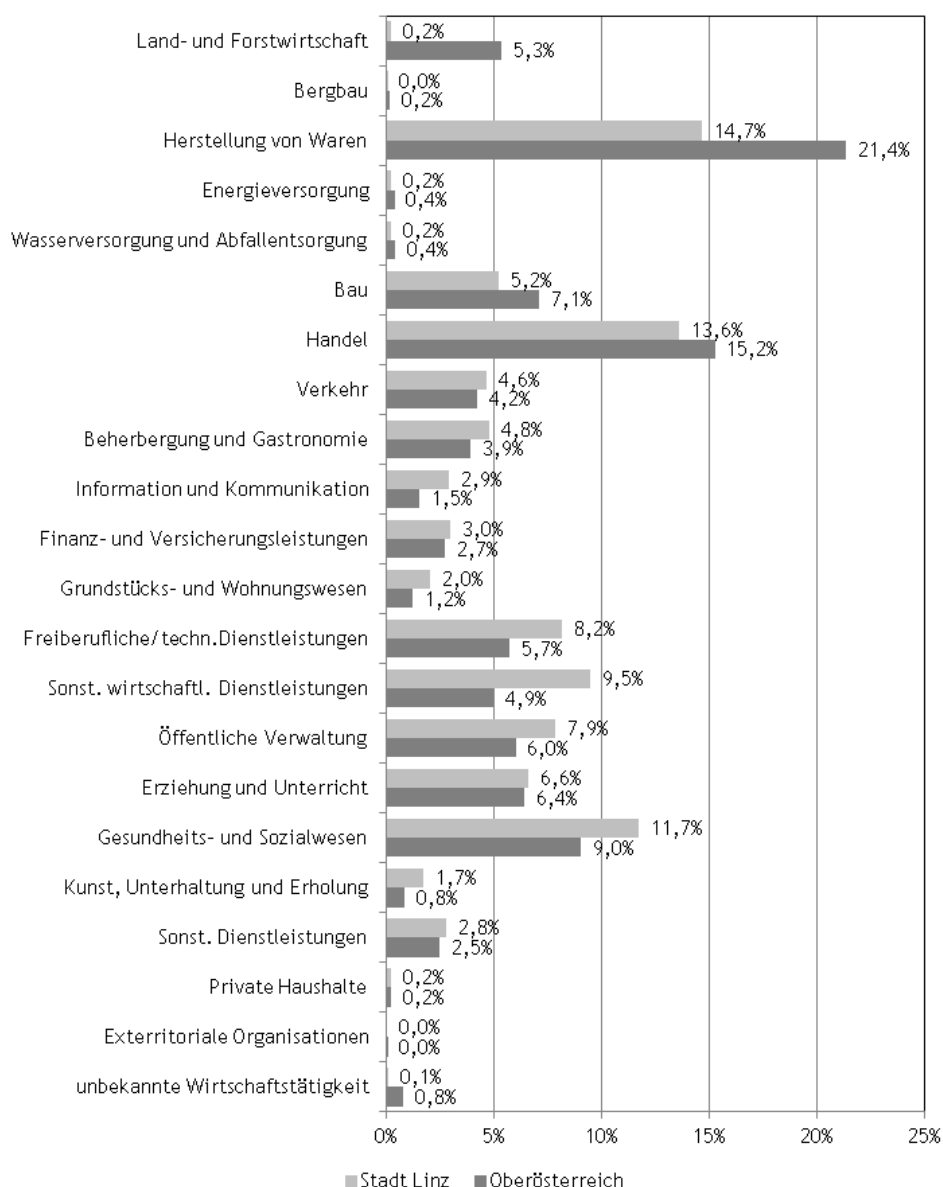


Quelle: Statistik Austria, Bildungsstandregister 2010. (Erstellt am 1.10.2012.)

Knapp die Hälfte der Linzer Bevölkerung (49,2%) zählt zu den Erwerbspersonen⁴. Von diesen 93.123 Personen waren im Jahr 2010 94,4 Prozent erwerbstätig und nur 5,6 Prozent arbeitslos. Von den erwerbstätigen Personen sind wiederum 93,5 Prozent unselbstständig und 6,5 Prozent

selbstständig beschäftigt⁵. Insgesamt liegt die Erwerbstätigenquote (=der Anteil der Erwerbstätigen an allen Personen in der Altersgruppe zwischen 15 und 64 Jahren) - in der Stadt Linz bei 67,9 Prozent (OÖ: 72,8%).⁶

Abbildung 4: Erwerbstätige nach wirtschaftlicher Zugehörigkeit der Arbeitsstätte



Quelle: Statistik Austria, Ergebnisse der Abgestimmten Erwerbsstatistik 2010 zum Stichtag 31.10.2010; Klassifikation nach ÖNACE

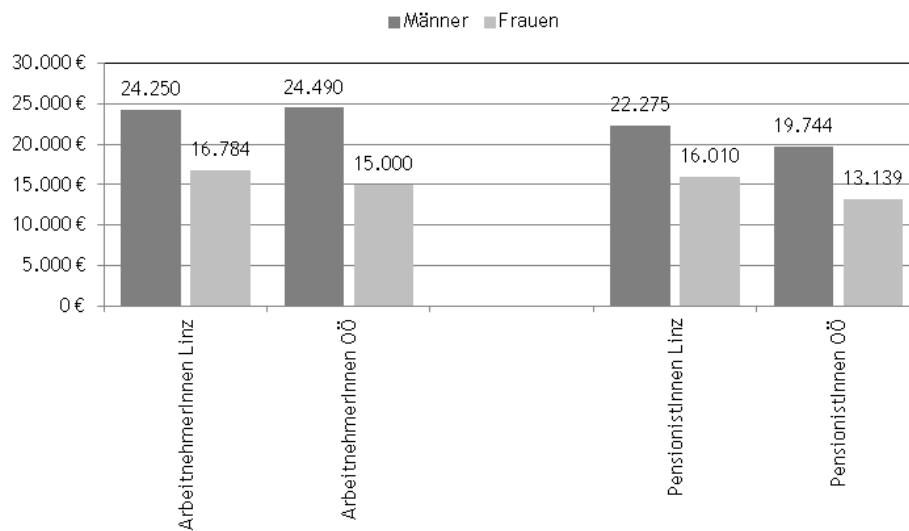
⁴ Erwerbspersonen sind all jene über 15-jährigen Personen in Voll- oder Teilzeit, einschließlich der ihren Beruf ausübenden Selbständigen und mithelfenden Familienangehörigen, aber auch Arbeitslose, Präsenz- und Zivildienstler sowie Personen in Karenz und Mutterschutz.

⁵ inkl. mithelfende Familienangehörige
⁶ Statistik Austria 05.02.2013

Im Vergleich mit dem gesamten Bundesland Oberösterreich ist die Wohnbevölkerung der Stadt Linz seltener in den Bereichen Herstellung von Waren, Handel, Bau sowie Land- und Forstwirtschaft tätig. Dafür sind anteilmäßig mehr Menschen in verschiedenen Dienstleistungsbereichen, der öffentlichen Verwaltung sowie dem Gesundheits- und Sozialwesen beschäftigt (Abbildung 4).

Der durchschnittliche Jahresnettoeinkommen von ArbeitnehmerInnen liegt in Linz gemäß Lohnsteuerstatistik 2011 der Statistik Austria bei 20.666 Euro (OÖ: 20.097 Euro). Linzer PensionistInnen haben einen durchschnittlichen Jahresnettoeinkommen von 18.651 Euro (OÖ: 16.120 Euro). Betrachtet man die Lohnsteuerstatistik nach Geschlecht, so zeigen sich deutlich die Einkommensunterschiede von Männern und Frauen (Abbildung 5).

Abbildung 5: Durchschnittlicher Jahresnettoeinkommen (Lohnsteuerstatistik 2011)



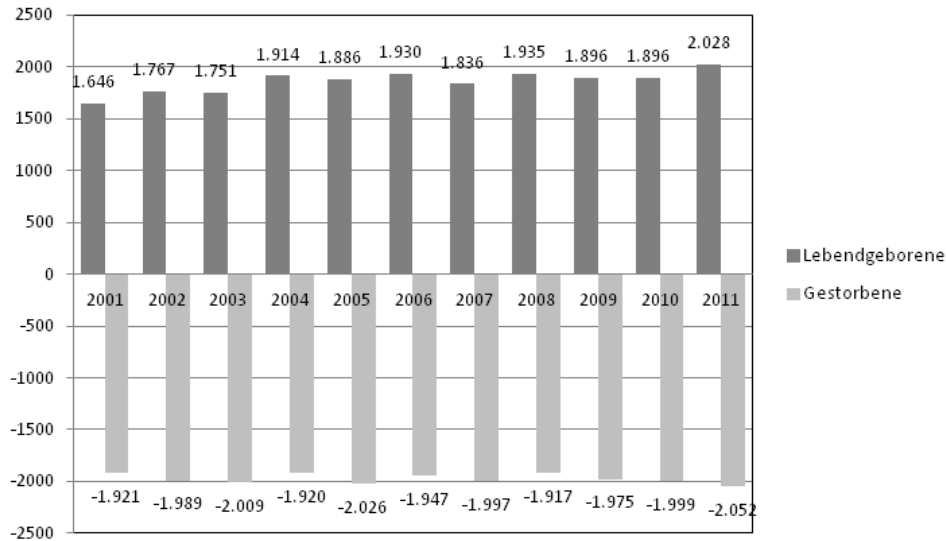
Quelle: http://www.linz.at/zahlen/050_Infrastruktur/030_Wirtschaft/030_Lohnsteuerstatistik/ (zuletzt geprüft: 21.03.2012)

1.2. Bevölkerungsentwicklung

Im Jahr 2011 verstarben 2.052 Personen der Linzer Wohnbevölkerung. Diesen Sterbefällen stehen 2.028 Lebendgeborene gegenüber, was eine Geburtenbilanz von -24 ergibt.

Im Beobachtungszeitraum von 2001 bis 2011 hat es lediglich im Jahr 2008 eine positive Geburtenbilanz (von +18) gegeben (Abbildung 6).

Abbildung 6: Geburtenbilanz

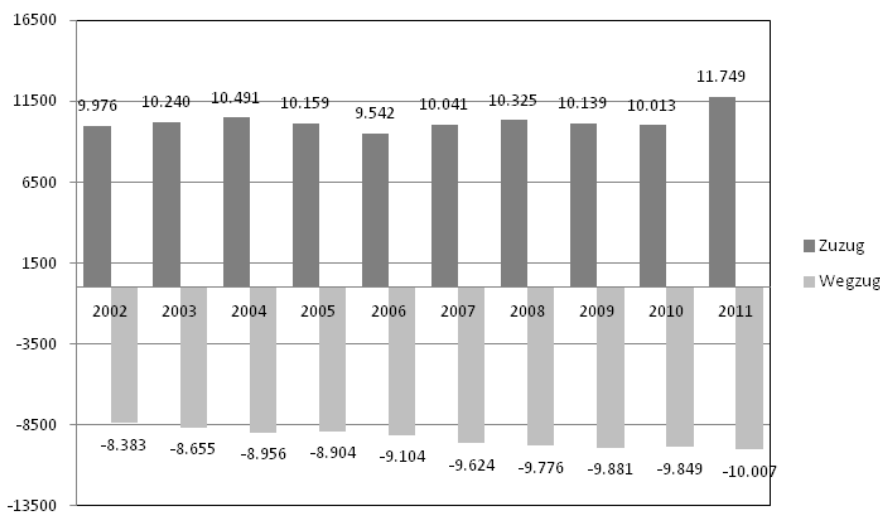


Quelle: http://www.linz.at/zahlen/040_Bevoelkerung/075_NatuerlicheBevoelkerungsbewegung/NATBEVB.pdf (zuletzt geprüft: 15.02.2013)

Die Wanderungsbewegungen der letzten Jahre unterliegen kleineren Schwankungen. Im Beobachtungszeitraum zwischen 2002 und 2011 ist jedes Jahr eine positive Wanderungsdifferenz festzustellen. Das heißt also, es sind in

jedem Jahr mehr Menschen nach Linz zu- als weggezogen. Im Jahr 2011 liegt das Wanderungssaldo bei +1.742. Das durchschnittliche jährliche Wanderungssaldo im Beobachtungszeitraum von 2002 bis 2011 liegt bei +954 pro Jahr (Abbildung 7).

Abbildung 7: Zu- und Wegzugsbewegungen



Quelle: http://www.linz.at/zahlen/040_Bevoelkerung/080_Wander/ (zuletzt geprüft: 15.02.2013)

Gemäß einer Bevölkerungsprognose der Stadtforschung Linz wird die Hauptwohnsitzbevölkerung bis zum Jahr 2021 auf 195.715 ansteigen.⁷

Fakten

- Die Hauptwohnsitzbevölkerung der Stadt Linz ist in den letzten 11 Jahren um insgesamt 5,7 Prozent angewachsen.
 - Der Ausländeranteil liegt bei 17 Prozent und ist damit beinahe doppelt so groß wie in der oberösterreichischen Gesamtbevölkerung (9%).
 - In der Stadt Linz ist der AkademikerInnenanteil mit 16 Prozent beinahe doppelt so groß wie im Landesdurchschnitt (9%).
 - Anteilsmäßig sind mehr Menschen in verschiedenen Dienstleistungsbereichen, der öffentlichen Verwaltung sowie dem Gesundheits- und Sozialwesen beschäftigt als dies im Landesdurchschnitt der Fall ist.
- Im Jahr 2011 verstarben 2.052 Personen der Linzer Wohnbevölkerung. Diesen Sterbefällen stehen 2.028 Lebendgeborene gegenüber, was eine Geburtenbilanz von -24 ergibt.
 - Derzeit ziehen jedes Jahr mehr Menschen nach Linz zu als weg. Im Jahr 2011 liegt das Wanderungssaldo bei +1.742.

⁷ Freimüller, S. 4

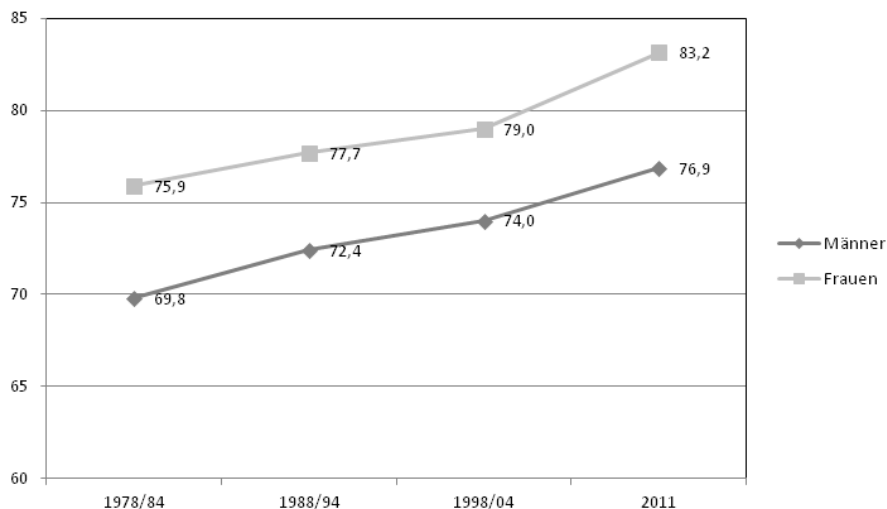
2. LEBENS- ERWARTUNG UND MORTALITÄT

2.1. Lebenserwartung

Die Lebenserwartung hat in den letzten Jahrzehnten stetig zugenommen. Die Lebenserwartung eines Linzer

Mannes beträgt bei der Geburt im Jahr 2011 76,9 Jahre¹ und jene einer Linzer Frau gar 83,2 Jahre².

Abbildung 1: Lebenserwartung



Quelle: Statistik Austria, Österreichischer Todesursachenatlas 1998/2004 (Daten zu den Jahren 1978/84, 1988/94 und 1998/04); Land OÖ, Abteilung Statistik (Daten zum Jahr 2011)

Die Lebenserwartung im gesamten Land Oberösterreich ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen etwas über jener von Linzern und Linzerinnen (OÖ 2011: Männer 78,4 Jahre³, Frauen 83,8 Jahre⁴).

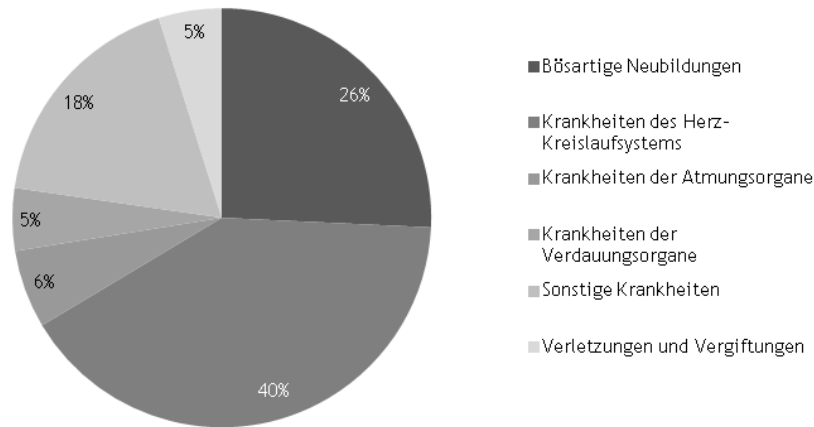
2.2. Mortalität

Insgesamt verstarben im Jahr 2011 2.052 LinzerInnen. Der Großteil der Todesfälle - 835 Fälle oder rund 40 Prozent - lässt sich auf Herz-Kreislaufkrankungen zurückführen. Die zweithäufigste Todesursache sind Krebserkrankungen. Etwa ein Viertel aller Todesfälle des Jahres 2011 sind auf bösartige Neubildungen zurückzuführen. 124 Todesfälle stehen mit Krankheiten der Atmungsorgane in ursächlichem Zusammenhang und weitere 100 sind in Folge von Verletzungen und Vergiftungen aufgetreten. 99 Todesfälle des Jahres 2011 sind auf Krankheiten der Verdauungsorgane zurückzuführen. Bei 366 Menschen (bzw. 18 Prozent aller Todesfälle) waren sonstige Krankheiten die Ursache für das Ableben (Abbildung 2).

³ Standardfehler (0,16)
⁴ Standardfehler (0,14)

¹ Standardfehler (0,43)
² Standardfehler (0,38)

Abbildung 2: Todesfälle im Jahr 2011

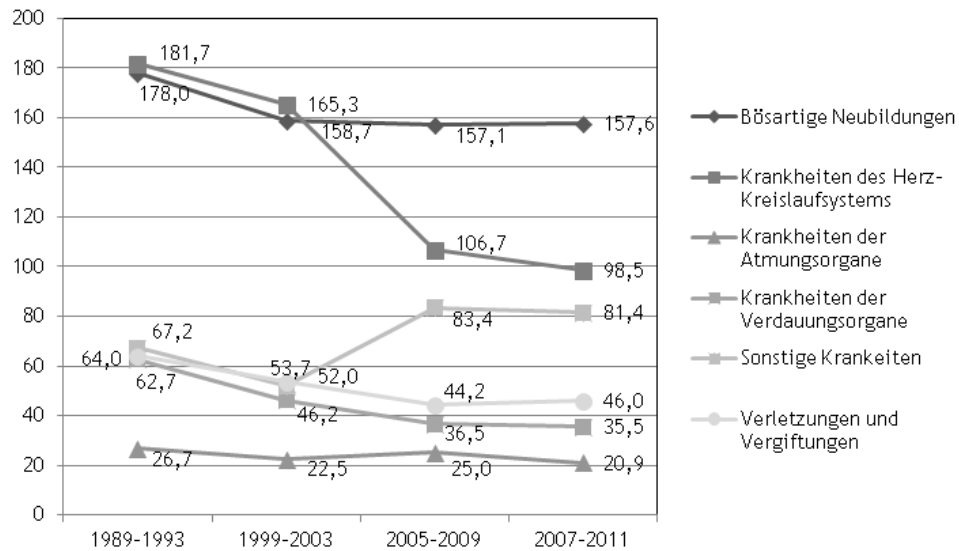


Quelle: Statistik Austria; Land Oberösterreich, Abteilung Statistik; http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/ooe/hs.xsl/35774_DEU_HTML.htm (zuletzt geprüft: 20.03.2013)

Betrachtet man die altersstandardisierten Mortalitätsraten der LinzerInnen und Linzer unter 75 Jahren wird offensichtlich, dass hier sowohl bei Männern als auch bei Frauen Todesfälle in Folge von bösartigen Neubildungen die häufigste Todesursache sind (Abbildung 3 und Abbildung 4). Die frühzeitige Herz-Kreislauf-Mortalität (unter 75 Jahren) ist bei beiden Geschlechtern in den letzten

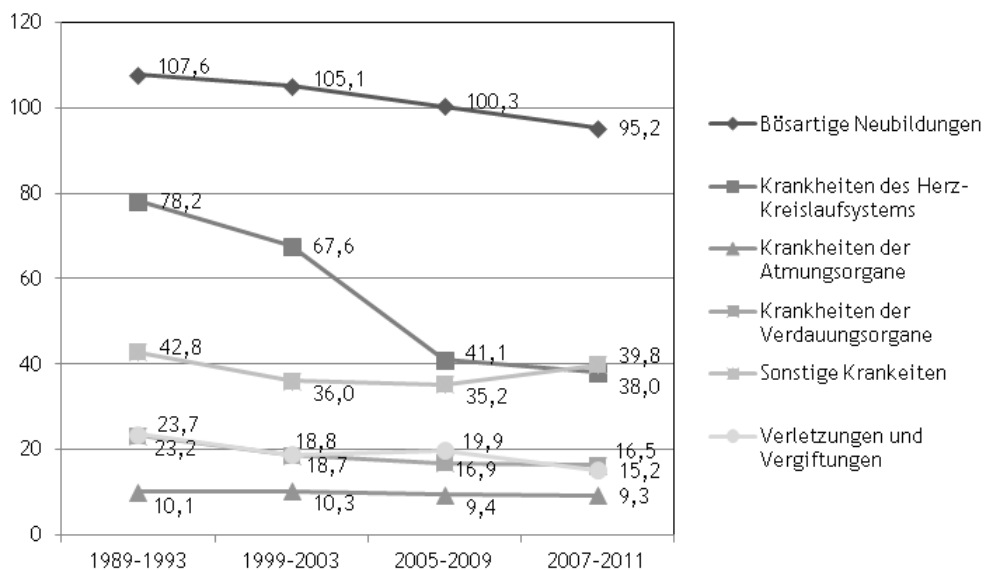
Jahren und Jahrzehnten stark zurückgegangen: Verstarben Ende der 1980er/Anfang der 1990er noch rund 182 Männer pro 100.000, sind es nun (2007-2011) nur noch rund 99 pro 100.000. Bei den Frauen kann im selben Zeitraum ein Rückgang von 78 pro 100.000 auf 38 pro 100.000 beobachtet werden.

Abbildung 3: Todesfälle unter 75 Jahre pro 100.000 Männer (altersstandardisiert)



Quelle: Statistik Austria; Land Oberösterreich, Abteilung Statistik; eigene Berechnungen (altersstandardisiert nach alter Europa-standardbevölkerung)

Abbildung 4: Todesfälle unter 75 Jahre pro 100.000 Frauen (altersstandardisiert)



Quelle: Statistik Austria; Land Oberösterreich, Abteilung Statistik; eigene Berechnungen (altersstandardisiert nach alter Europa-standardbevölkerung)

Fakten

- Die Lebenserwartung hat in den letzten Jahren stetig zugenommen.
- Der Großteil (40%) aller Todesfälle aus dem Jahr 2011 lässt sich auf Herz-Kreislauferkrankungen zurückführen. Mehr als ein Viertel aller Todesfälle - und somit zweithäufigste Todesursache - sind ursächlich durch Krebserkrankungen bedingt.
- Bei einem Lebensalter von unter 75 Jahren sind sowohl bei Männern als auch bei Frauen Todesfälle in Folge von bösartigen Neubildungen die häufigste Todesursache (altersstandardisierte Mortalitätsraten).
- Die frühzeitige Herz-Kreislauf-Mortalität (unter 75 Jahren) ist bei beiden Geschlechtern in den letzten Jahren und Jahrzehnten stark zurückgegangen.

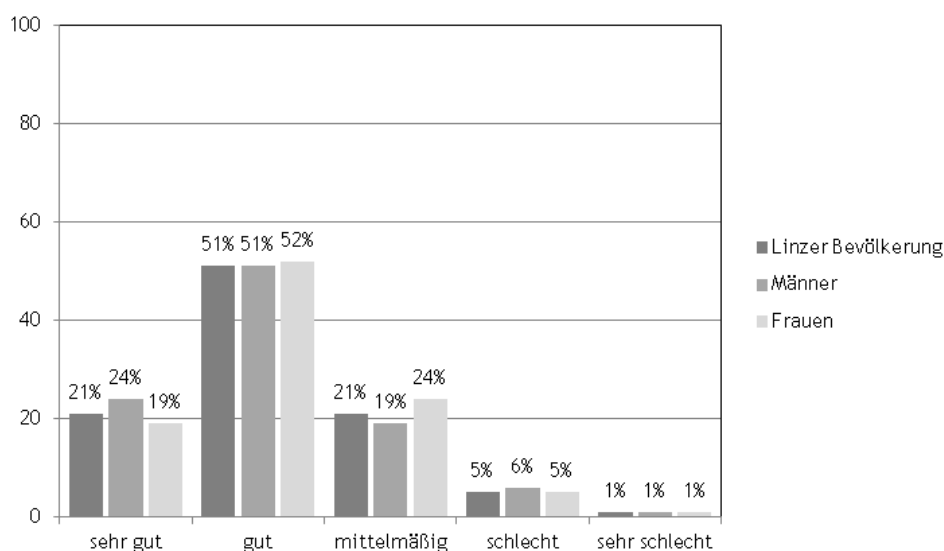
3. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT DER LINZER BEVÖLKERUNG

Beginnend mit einem Überblick über die subjektive Gesundheit sollen in diesem Kapitel auch die häufigsten Krankheiten bzw. Beschwerden nach Alter und Geschlecht dargestellt werden. Überblicksmäßig werden dazu fallweise Sekundärdaten zu Krankenhausaufenthalten, Medikamentenverordnungen und Arbeitsunfähigkeit (Krankstände) herangezogen.

3.1. Subjektive Gesundheit

Die Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit (anhand der Frage „Wie beurteilen Sie im Allgemeinen Ihren Gesundheitszustand?“) gilt als Schlüsselindikator für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung. Insgesamt beurteilen 72 Prozent der Linzer Bevölkerung ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut (Männer: 75%; Frauen: 71%). Der Vergleichswert aus der Linzer Gesundheitsumfrage aus dem Jahr 2006 liegt bei 67 Prozent. Aktuell berichten 19 Prozent der Männer und 24 Prozent der Frauen einen mittelmäßigen Gesundheitszustand. 7 Prozent der Linzer und 6 Prozent der Linzerinnen haben schwerwiegende gesundheitliche Probleme: Sie bezeichnen ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sogar sehr schlecht (Abbildung 1).

Abbildung 1: Subjektiver Gesundheitszustand der Linzer Bevölkerung

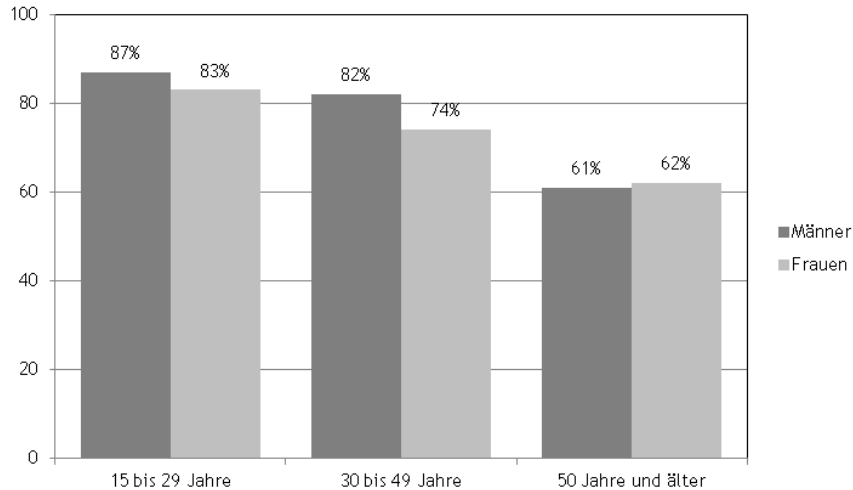


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.281; Cramer-V=0,087, p<0,05

Das Alter spielt sowohl bei Männern als auch bei Frauen eine bedeutende Rolle bei der Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustands. Während in der jüngsten Altersgruppe der 15 bis 29-Jährigen 87 Prozent der Männer und 83 Prozent der Frauen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einschätzen, sind es in der Altersgruppe

50 Jahre und älter 61 Prozent der Männer und 62 Prozent der Frauen (Abbildung 2). Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Menschen bei guter Gesundheit weiter ab: Bei den über 70-Jährigen beurteilen nur noch 56 Prozent der Männer und 47 Prozent der Frauen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut.

Abbildung 2: Altersspezifischer Gesundheitszustand der Linzer Bevölkerung

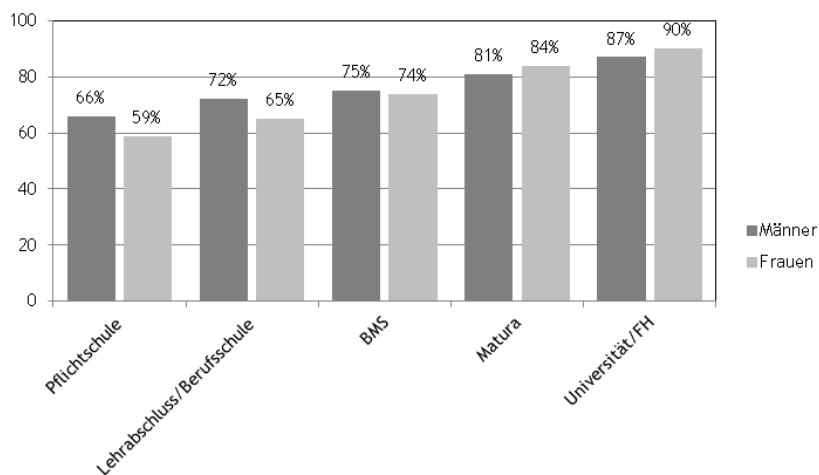


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.242; Männer: Cramer-V=0,261, p<0,001; Frauen: Cramer-V=0,184, p<0,01; Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut/gut“ beurteilen

Der subjektive Gesundheitszustand hängt stark mit dem sozioökonomischen Status (der sich unter anderem aus formaler Bildung und Einkommen zusammensetzt) von Menschen zusammen. Akademiker und Akademikerinnen haben mit Abstand den besten Gesundheitszustand: 87 Prozent der Männer und 90 Prozent der Frauen mit Universitäts- bzw. FH-Abschluss sind bei sehr guter oder guter Gesundheit. Unter den Menschen mit Maturaabschluss haben 81 Prozent der Männer und 84 Prozent der Frauen einen (sehr) guten Gesundheitszustand. Dies trifft

auf rund drei Viertel der AbsolventInnen einer Berufsbildenden Mittleren Schule (BMS) zu (Männer: 75%; Frauen: 74%). Unter Personen mit Lehrabschluss/Berufsschule beurteilen 72 Prozent der Männer und 65 Prozent der Frauen ihren Gesundheitszustand zumindest als gut. Am schlechtesten ist es um den Gesundheitszustand von Personen mit Pflichtschulabschluss bestellt: Von diesen haben nur 66 Prozent der Männer und 59 Prozent der Frauen einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand (Abbildung 3).

Abbildung 3: Bildungsbezogener Gesundheitszustand der Linzer Bevölkerung

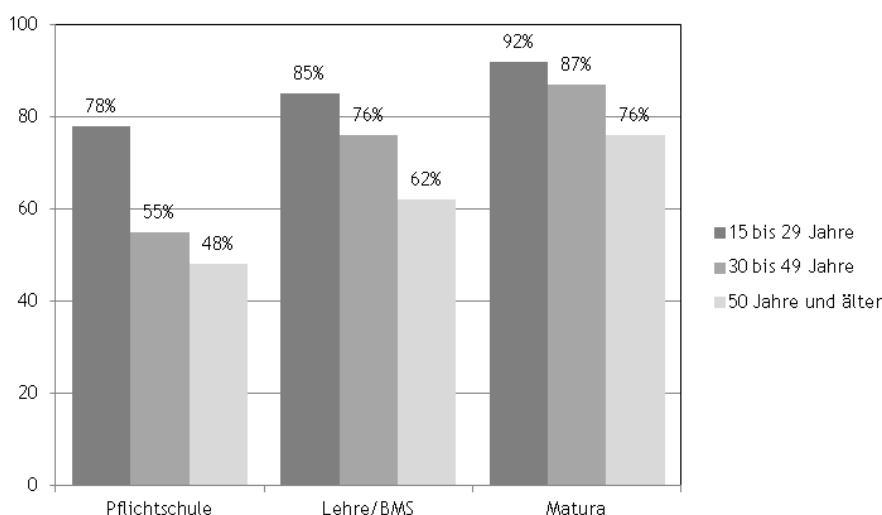


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.260; Männer: Cramer-V=0,156, p<0,01; Frauen: Cramer-V=0,237, p<0,001; Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut/gut“ beurteilen

Die Unterschiede im bildungsbezogenen Gesundheitszustand bleiben auch dann bestehen, wenn man die Verteilung in den unterschiedlichen Altersgruppen betrachtet (Abbildung 4). Bereits bei Menschen unter 30 Jahren sind deutliche Unterschiede im Gesundheitszustand je nach Bildungsstatus zu beobachten: Während „nur“ 78 Pro-

zent der PflichtschulabsolventInnen und 85 Prozent der Personen mit Lehrabschluss oder BMS über einen guten bzw. sehr guten Gesundheitszustand verfügen, sind dies bei Menschen mit Matura und/oder Universitäts- bzw. FH-Abschluss 92 Prozent (Abbildung 4).

Abbildung 4: Bildungsbezogener Gesundheitszustand nach Altersgruppen



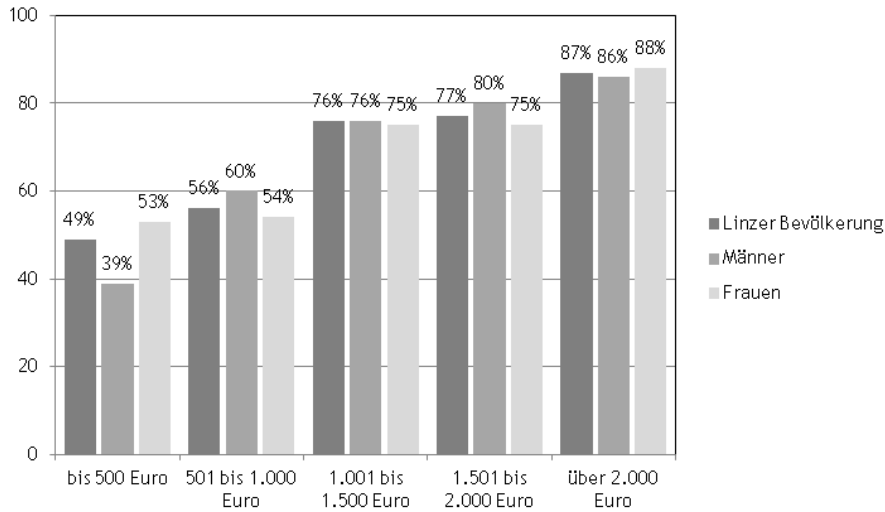
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.224; 15 bis 29 Jahre: Cramer-V=0,154, p<0,05; 30 bis 49 Jahre: Cramer-V=0,208, p<0,001; 50 Jahre und älter: Cramer-V=0,179, p<0,001; Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut/gut“ beurteilen

Neben der formalen Bildung gilt das Einkommen als wichtiger Sozialindikator und definiert neben anderen Faktoren den sozioökonomischen Status von Personen. Das Äquivalenzeinkommen ist ein Wert, der sich aus dem Gesamteinkommen eines Haushalts, Anzahl und dem Alter der von diesem Einkommen lebenden Personen ergibt. Es entspricht einem gewichteten Pro-Kopf-Einkommen.

Diesbezüglich lässt sich als Befund festhalten: Je höher das Äquivalenzeinkommen, desto eher wird der subjektive Gesundheitszustand als sehr gut oder gut beschrieben (Abbildung 5). Dieser Befund trifft für beide Geschlechter

zu. Insgesamt nur knapp die Hälfte (Linzer Bevölkerung: 49%; Männer: 39%; Frauen: 53%) der Personen mit sehr niedrigem Pro-Kopf-Einkommen (bis 500 Euro) gibt an, über einen zumindest guten Gesundheitszustand zu verfügen. Mit steigendem Einkommen nimmt der Anteil jener Personen, die bei guter Gesundheit sind, stetig zu. Bei einem Äquivalenzeinkommen von über 2.000 Euro haben gar 87 Prozent (Männer: 86%; Frauen 88%) einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand (Abbildung 5).

Abbildung 5: Einkommen und subjektive Gesundheit

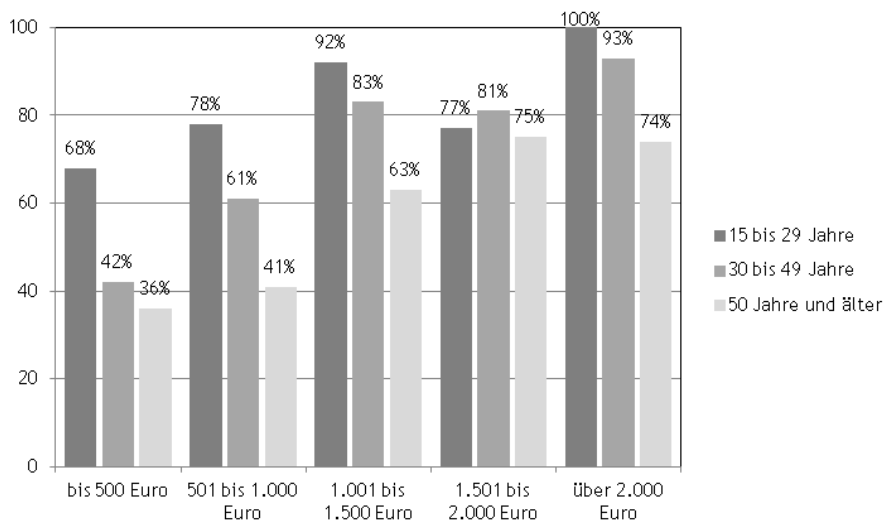


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.129; Männer: Cramer-V=0,257, p<0,001; Frauen: Cramer-V=0,266, p<0,001; Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut/gut“ beurteilen

Berücksichtigt man auch noch das Alter, so zeigt sich, dass der Zusammenhang zwischen dem Äquivalenzeinkommen und dem subjektiven Gesundheitszustand in

allen betrachteten Altersgruppen weitgehend vorhanden ist (Abbildung 6).

Abbildung 6: Einkommen und subjektive Gesundheit nach Altersgruppen

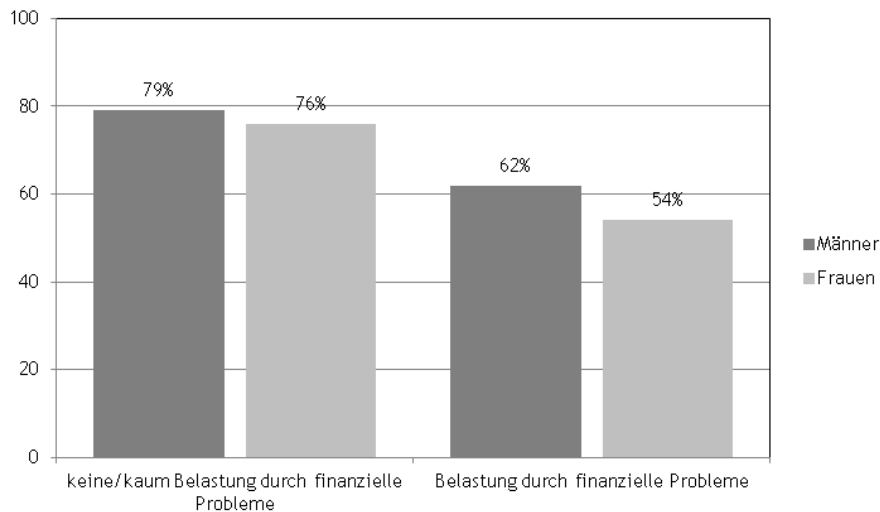


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.102; 15 bis 29 Jahre: Cramer-V=0,289, p<0,001; 30 bis 49 Jahre: Cramer-V=0,322, p<0,001; 50 Jahre und älter: Cramer-V=0,283, p<0,001; Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut/gut“ beurteilen

Im Rahmen der Linzer Gesundheitsumfrage 2012 wurde die Linzer Bevölkerung unter anderem nach Belastungen durch finanzielle Probleme befragt. Die diesbezüglichen Ergebnisse unterstreichen den Zusammenhang zwischen der finanziellen Situation und der subjektiven Gesundheit: Bei Männern und Frauen, die keine bzw. kaum Bela-

stungen durch finanzielle Probleme haben, ist der Anteil der Personen mit zumindest gutem Gesundheitszustand deutlich größer (Männer: 79%; Frauen: 76%) als bei Menschen, die sich von finanziellen Problemen belastet fühlen (Männer: 62%; Frauen 54%).

Abbildung 7: Belastung durch finanzielle Probleme und subjektive Gesundheit



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.241; Männer: Cramer-V=0,175, p<0,001; Frauen: Cramer-V=0,203, p<0,001; Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut/gut“ beurteilen

Fakten

- 72 Prozent der Linzer Bevölkerung beurteilen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ (Männer: 75%; Frauen: 71%). Der Vergleichswert aus der Linzer Gesundheitsumfrage aus dem Jahr 2006 liegt bei 67 Prozent.
- Sowohl bei Männern als auch bei Frauen nimmt der Anteil jener, die bei sehr guter oder guter Gesundheit sind, mit steigendem Bildungsniveau zu.

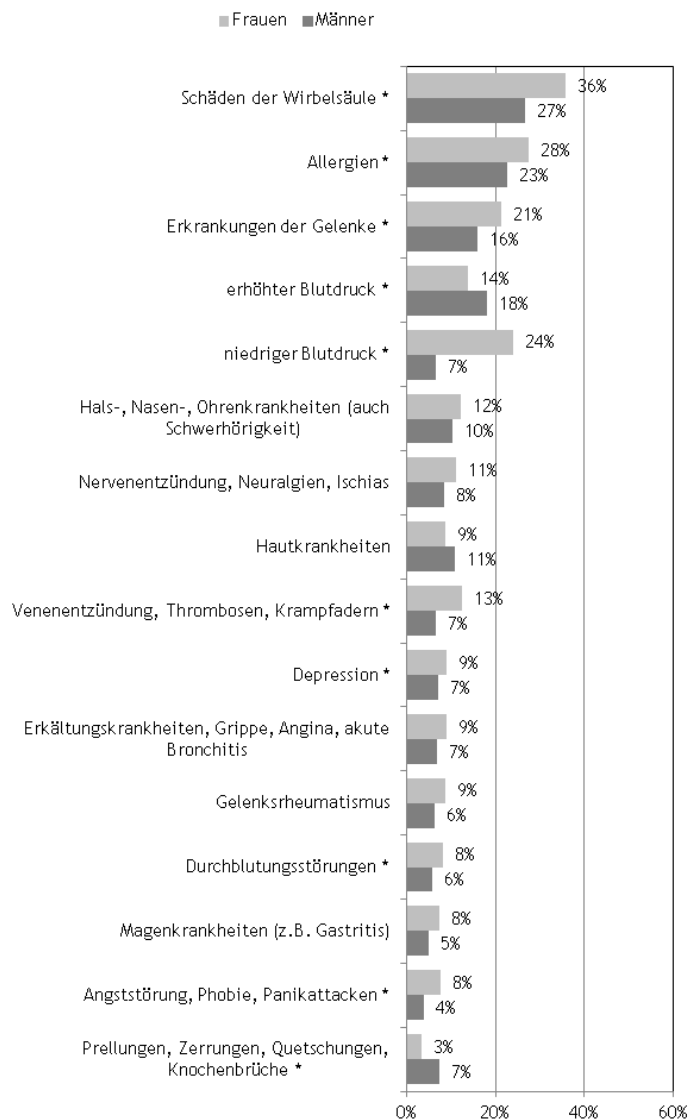
- Mit steigendem Äquivalenzeinkommen nimmt der Anteil jener Personen stetig zu, die über einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand verfügen. Diese Unterschiede treten in allen Altersgruppen auf.
- Linzerinnen und Linzer, die durch finanzielle Probleme belastet sind, weisen einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand auf.

3.2. Überblick Erkrankungen und Beschwerden

Im Rahmen der Linzer Gesundheitsbefragung 2012 wurden die Linzer BürgerInnen unter anderem zu Erkrankungen und Beschwerden befragt. Bei den Erkrankungen dominieren Schäden der Wirbelsäule, die bei 32 Prozent der Linzer BürgerInnen „ständig“ oder „immer wieder“ auftreten (Männer: 27%; Frauen: 36%), gefolgt von Allergien

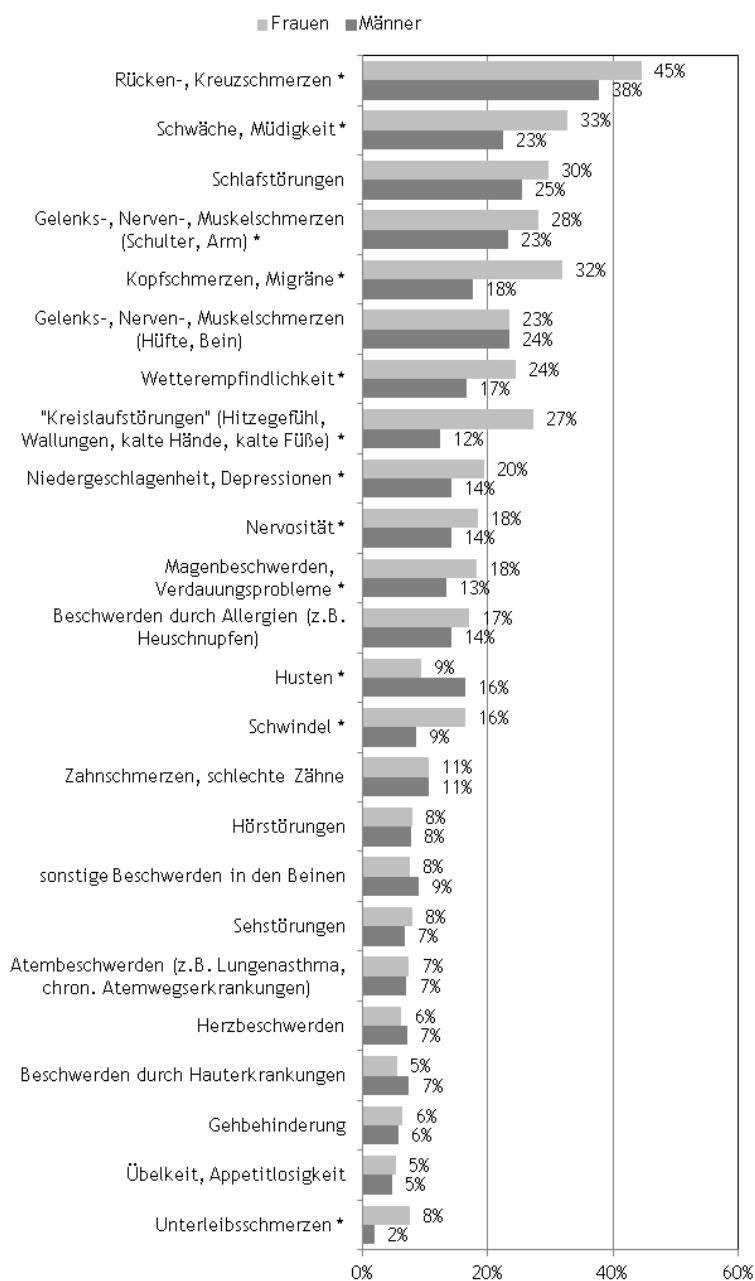
(Gesamt: 25%; Männer: 23%; Frauen: 28%), Erkrankungen der Gelenke (Gesamt 19%; Männer: 16%; Frauen: 21%), erhöhtem Blutdruck (Gesamt: 16%; Männer: 18%; Frauen: 14%) und niedrigem Blutdruck (Gesamt: 15%; Männer: 7%; Frauen: 24%) (Abbildung 1).

Abbildung 1: Prävalenz der häufigsten chronischen Erkrankungen



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.236-1.303; * Unterschiede signifikant ($p < 0,05$); Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ an den genannten Krankheiten leiden

Abbildung 2: Prävalenz der häufigsten Beschwerden



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.335; * Unterschiede signifikant ($p < 0,05$); Anteil der Personen, welche die genannten Beschwerden haben (die zwar keine Bettlägrigkeit zur Folge haben, aber das Wohlbefinden beeinträchtigen)

Bezüglich der Beschwerden klagen die Linzerinnen und Linzer am Häufigsten über Rücken- und Kreuzschmerzen (41%), gefolgt von Schwäche, Müdigkeit sowie Schlafstörungen (je 28%), Gelenks-, Nerven-, Muskelschmerzen (Schulter, Arm) (26%) und Kopfschmerzen, Migräne (25%).

An sehr vielen erhobenen Beschwerden leiden anteilmäßig signifikant mehr Frauen als Männer (Abbildung 2).

3.3. Überblick Krankenhausaufenthalte, Medikamentenverordnungen und Krankenstand

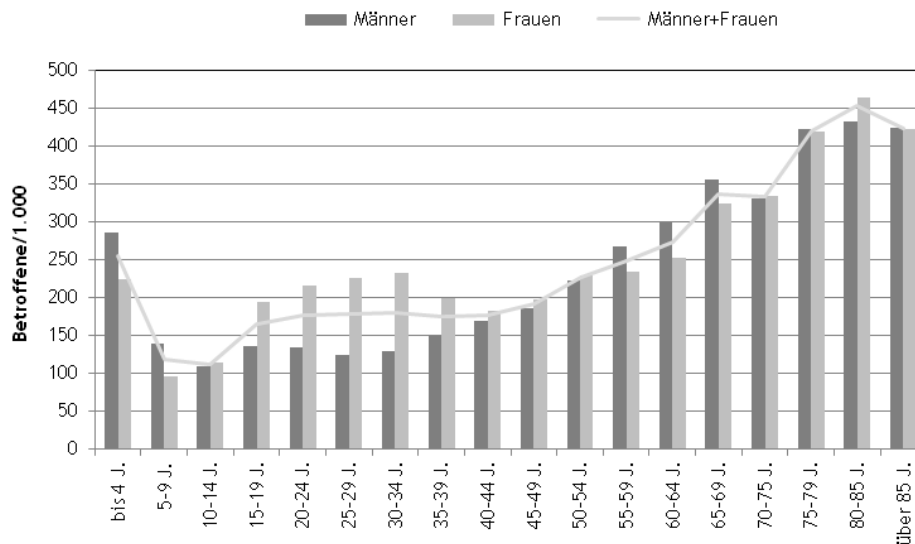
3.3.1. Krankenhausaufenthalte

Insgesamt weisen rund 23 Prozent der Linzer Bevölkerung mindestens eine Krankenhausbehandlung innerhalb eines Jahres auf (Männer: 21%; Frauen: 25%). Unter den Kindern unter 4 Jahren sind rund 26 Prozent betroffen (Knaben: 29%; Mädchen: 22%). In den Altersgruppen zwischen 10 und 14 Jahren sinkt der Anteil auf rund 11 Prozent.

In den Altersgruppen zwischen 15 und 45 Jahren weisen zwischen 16 und 18 Prozent der Linzer Bevölkerung mindestens einen Krankenhausaufenthalt auf, wobei der Anteil unter den Frauen zwischen 20 und 34 Jahren (mit rund 23%) deutlich höher liegt als bei den Männern (rund 13%). Letzteres dürfte im Wesentlichen auf Entbindungen zurückzuführen sein.

Ab dem 45. Lebensjahr ist mit zunehmendem Alter ein kontinuierlicher Anstieg der Betroffenenquote zu beobachten, wobei Männer und Frauen in etwa gleichermaßen betroffen sind. Ab dem 75. Lebensjahr sind etwas über 40 Prozent innerhalb eines Jahres mindestens einmal im Krankenhaus.

Abbildung 1: Personen mit Krankenhausaufenthalt nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2009 bis 2011)

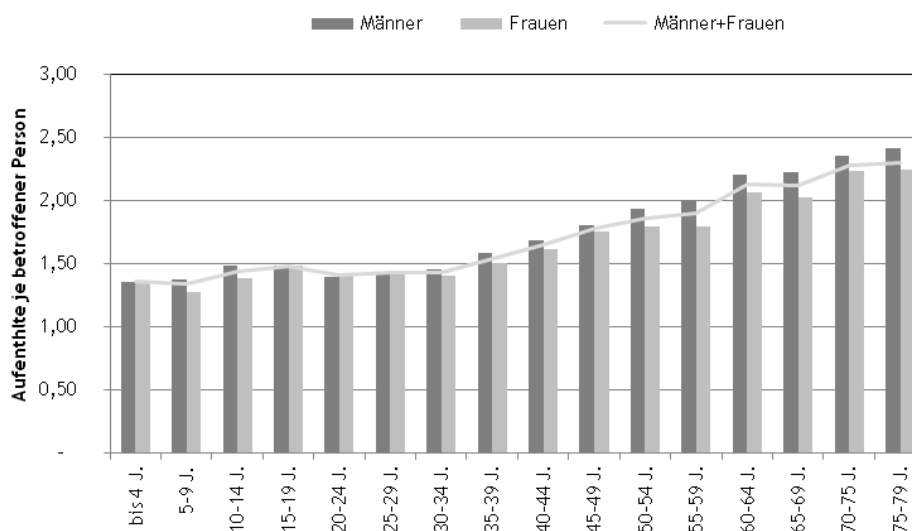


Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres (Mittelwert 2009 bis 2011); nur Versicherte der OÖG-KK mit Wohnsitz in Linz; Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen)

Im Durchschnitt entfallen auf eine Person, die innerhalb eines Jahres im Krankenhaus behandelt wird, 1,9 Krankenhausaufenthalte. In den Altersgruppen unter 40 Jahren schwankt der Durchschnitt zwischen rund 1,4 und

1,5 Krankenhausaufenthalten pro betroffene Person. Mit zunehmendem Alter steigt die Rate bis auf ein Niveau von 2,3 in der Altersgruppe zwischen 80 und 85 Jahren.

Abbildung 2: Krankenhausaufenthalte je betroffene Person nach Altersgruppen (Durchschnitt 2009 bis 2011)

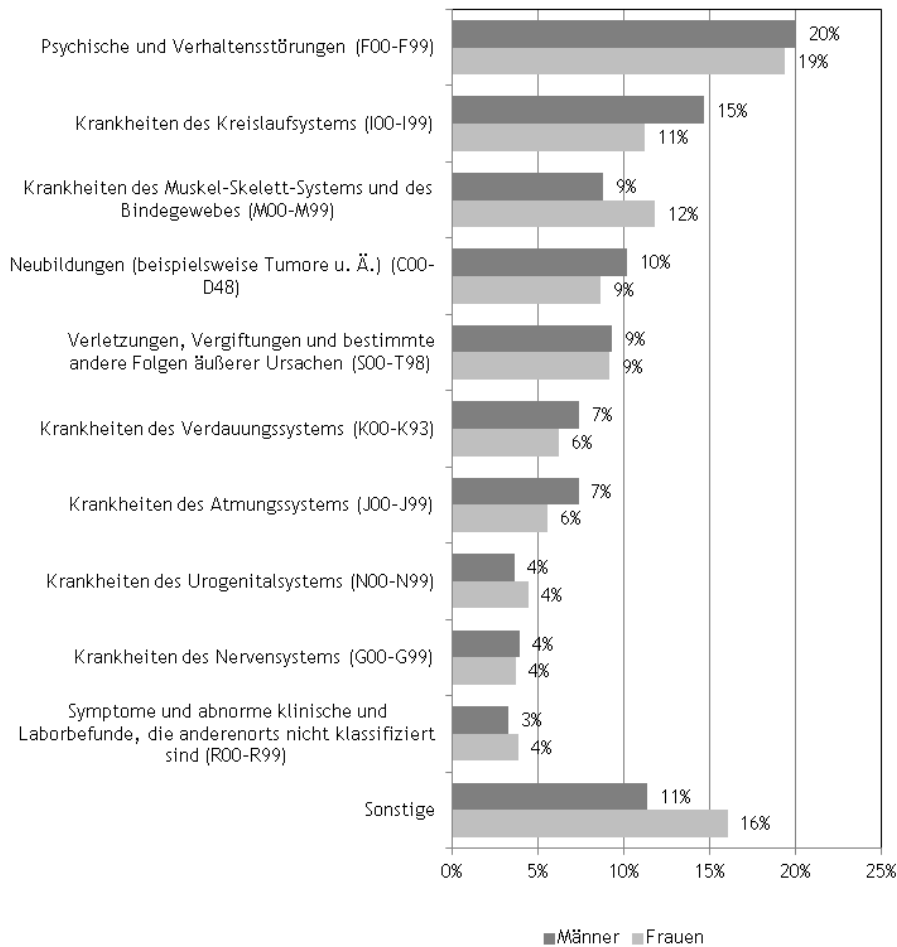


Krankenhausaufenthalte innerhalb eines Kalenderjahres je betroffene Person (Mittelwert 2009 bis 2011); nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz; Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen)

Die meisten Krankenhaustage gehen auf psychische Erkrankungen (Frauen: 19%; Männer 20% der Belagstage), Herz-Kreislaufkrankungen (Frauen: 11%; Männer: 15%), Erkrankungen des Bewegungsapparates (Frauen: 12%; Männer: 9%), Neubildungen (Männer: 10%, Frauen: 9%)

und Verletzungen/Vergiftungen und andere äußere Ursachen (Männer und Frauen: jeweils 9%) zurück. Insgesamt sind diesen Erkrankungsgruppen 60 Prozent der Krankenhaustage der Frauen und 63 Prozent der Krankenhaustage der Männer zuzuordnen.

Abbildung 3: Verteilung der Krankenhaustage auf Diagnosegruppen (Durchschnitt 2009 bis 2011)



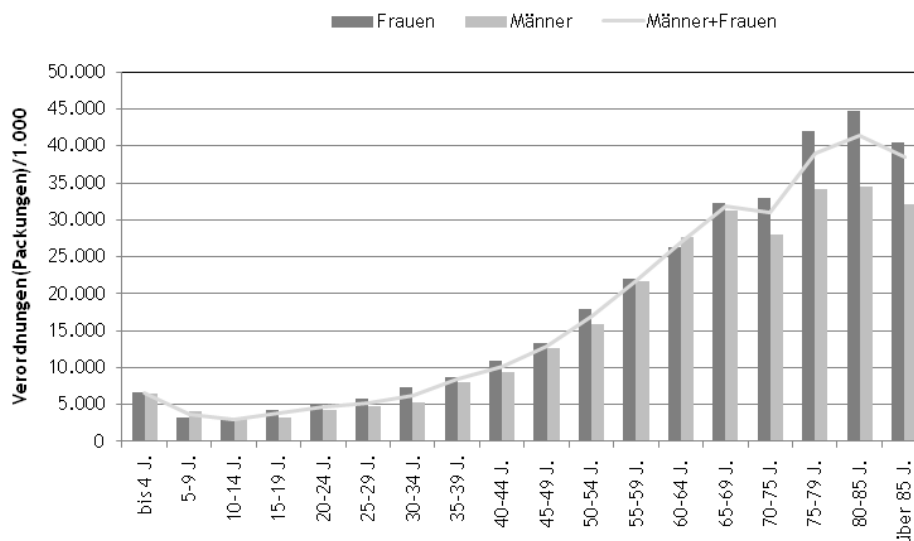
Anteil an den Krankenhaustagen (Mittelwert 2009 bis 2011); nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz; Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen)

3.3.2. Medikamentenverordnungen

Insgesamt entfallen auf 1.000 EinwohnerInnen innerhalb eines Jahres durchschnittlich 15.700 verordnete Medikamentenpackungen (Männer: 13.500; Frauen: 17.600 pro 1.000). In der Altersgruppe unter fünf Jahren liegt die Rate bei rund 6.600 Packungen/1.000. In der Altersgruppe der 10-14 Jährigen ist die Rate am geringsten (rund 3.000/1.000). Mit zunehmendem Alter steigt die Verordnungsmenge bis zum 45. Lebensjahr nur langsam an (auf

10.100 Packungen/1.000 in der Altersgruppe 40 bis 44 Jahre). Ab dem 45. Lebensjahr ist ein stärkerer Anstieg zu beobachten bis zu einem Niveau von über 40.000 Packungen pro 1.000 in der Altersgruppe 80 bis 85 Jahre. In den meisten Altersgruppen unterscheiden sich Männer und Frauen nur geringfügig hinsichtlich der Verordnungsmenge. Nur in den Altersgruppen über 70 Jahren weisen Frauen deutlich höhere Verordnungsmengen auf als Männer.

Abbildung 4: Medikamentenverordnungen nach Altersgruppen (Durchschnitt 2009 bis 2011)

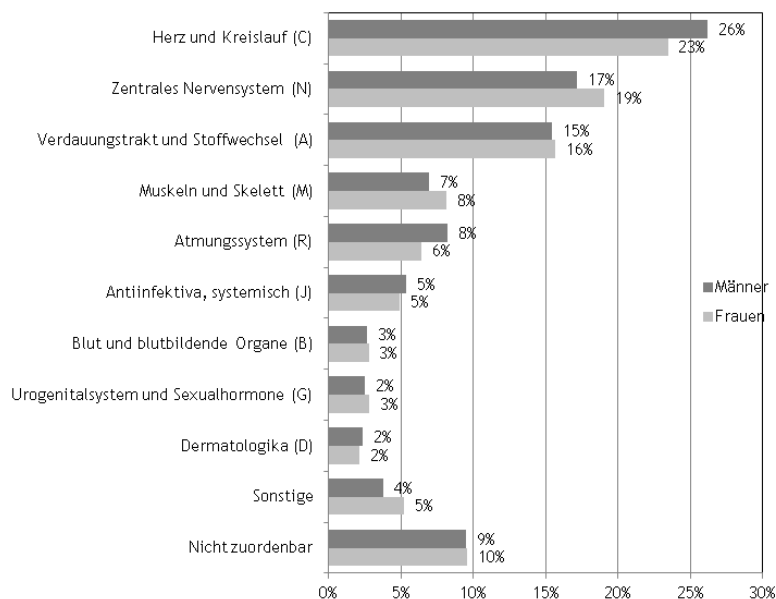


Medikamentenverordnungen (Packungen) innerhalb eines Jahres je 1.000 Einw. (Mittelwert 2009 bis 2011); nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz; Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen)

Die meisten Medikamentenverordnungen betreffen Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (25%), des Nervensystems (Psychopharmaka,

Schmerzmittel etc.: 18%) und des Magen-Darm-Traktes bzw. Stoffwechselsystems (16%).

Abbildung 5: Verteilung der Medikamentenverordnungen auf anatomische ATC-Gruppen (Durchschnitt 2009 bis 2011)



Anteil an den Medikamentenverordnungen (Packungen), Mittelwert 2009 bis 2011; nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Linz; Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen)

3.3.3. Krankenstand (Arbeitsunfähigkeit)

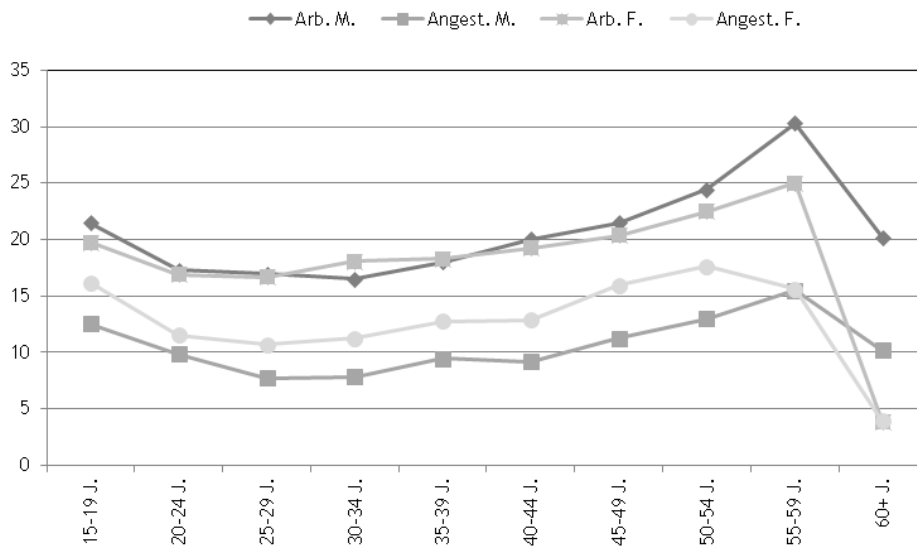
Aus der Krankenstandsstatistik können nur sehr bedingt Aussagen über den Gesundheitszustand abgeleitet werden. Die Krankenstandshäufigkeit hängt von einer Vielzahl von Bedingungen ab, die nicht unmittelbar mit Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung zusammenhängen, z.B. mit der Konjunkturlage, Arbeitslosigkeit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

Im Zeitraum 2009 bis 2011 entfielen auf eine/n Beschäftigte/n mit Wohnsitz in Linz 15,3 Krankenstandstage pro Jahr. Männer und Frauen unterscheiden sich diesbezüglich nicht wesentlich. Deutliche Unterschiede zeigen sich zwischen Angestellten und ArbeiterInnen. Während ArbeiterInnen im Durchschnitt auf 19,8 Krankenstandstage pro Jahr kommen, sind dies bei Angestellten 12,1 Tage.

Die Anzahl der Krankenstandstage pro Beschäftigter/m steigt bei den ArbeiterInnen mit zunehmendem Alter an. Bei ArbeiterInnen im Alter von 15 bis 44 Jahren liegt die Rate zwischen 16 und 21 Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tagen) je Beschäftigter/m. Bei ArbeiterInnen zwischen 55 und 59 liegt die Rate bei über 28 AU-Tagen je Beschäftigter/n. Bei den über 60-jährigen Beschäftigten geht die Häufigkeit der Krankenstandstage stark zurück, was mit dem Ausscheiden der gesundheitlich stärker belasteten ArbeitnehmerInnen aus dem Arbeitsleben zusammenhängen dürfte („Healthy Worker Effekt“).

Bei den Angestellten steigt die Rate der jährlichen Krankenstandstage von rund 11 AU-Tagen je Beschäftigter/m bei den 20-24-Jährigen auf rund 16 AU-Tage pro Beschäftigter/m in der Altersgruppe der 55-59-Jährigen. Auch hier ist ein Rückgang bei über 60-Jährigen zu beobachten. Bei den Angestellten liegt die Rate der AU-Tage bei Frauen höher als bei Männern. Unter 20-Jährige Angestellte weisen durchschnittlich 14,9 AU-Tage je Beschäftigter/m auf.

Abbildung 6: Krankenstandstage je Beschäftigter/m nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2009-2011)

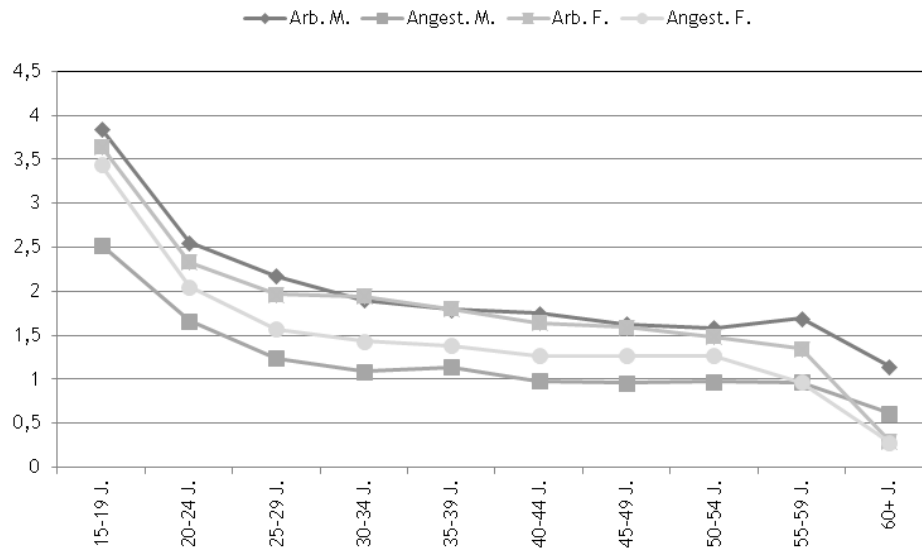


Quelle: FOKO, OÖGKK (eigene Berechnungen); Beschäftigte mit Wohnsitz Linz

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

Bei ArbeiterInnen sinkt die Rate von rund 3,7 Krankenständen je Beschäftigter/m bei 15- bis 19-Jährigen auf rund 1,5 bei 50- bis 54-jährigen Beschäftigten, bei den über 60-Jährigen ist ein weiteres Absinken zu beobachten. Bei Angestellten sinkt die Krankenstandshäufigkeit von rund 3,1 Fällen pro Beschäftigter/m bei 15- bis 19-Jährigen auf rund 1,0 Erkrankungsepisoden bei 50- bis 55-Jährigen.

Abbildung 7: Durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit (Krankenstandsfälle je Beschäftigter/m) nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2009 bis 2011)



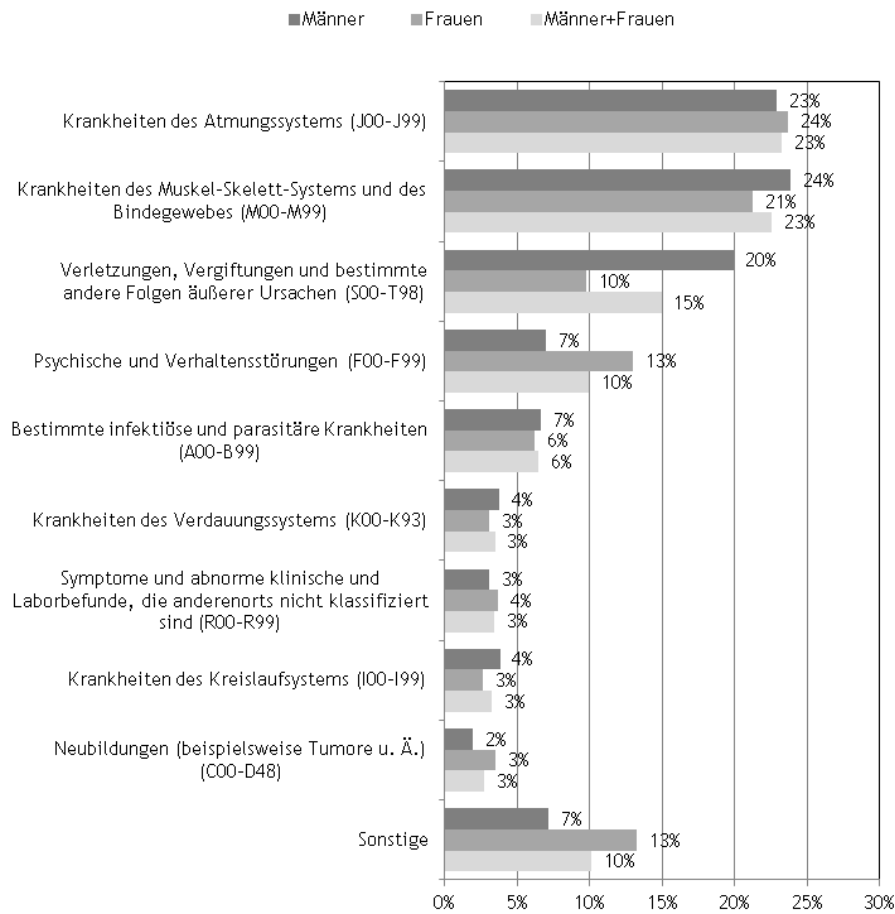
Quelle: FOKO, OÖGKK (eigene Berechnungen), Beschäftigte mit Wohnsitz Linz. Als Erkrankungsfälle wird die Arbeitsunfähigkeit einer Person mit einer bestimmten Diagnose innerhalb eines Quartals gezählt. Mehrere Erkrankungsepisoden mit derselben Diagnose innerhalb eines Quartals werden als ein Fall betrachtet.

3.3.3.1. Krankenstand nach Diagnosegruppen

Die meisten Krankenstandstage gehen auf Erkrankungen des Atmungssystems, des Bewegungs- und Stützapparates (Skelett/Muskelsystem) und auf äußere Ursachen (Verletzungen/Vergiftungen; dazu gehören auch Unfälle) zurück. Auf Erkrankungen des Bewegungs- und Stützap-

parates und Atemwegserkrankungen gehen jeweils knapp ein Viertel (23%) der Krankenstandstage zurück. Krankenstände aufgrund äußerer Ursachen machen insgesamt 15 Prozent der Krankenstandstage aus. Verletzungen spielen bei Männern mit 20 Prozent der Krankenstandstage eine weitaus größere Rolle als bei Frauen, wo sie nur 10 Prozent ausmachen.

Abbildung 8: Krankenstandstage 2009-2011 nach Diagnosegruppen (ICD-10 Kapitel)



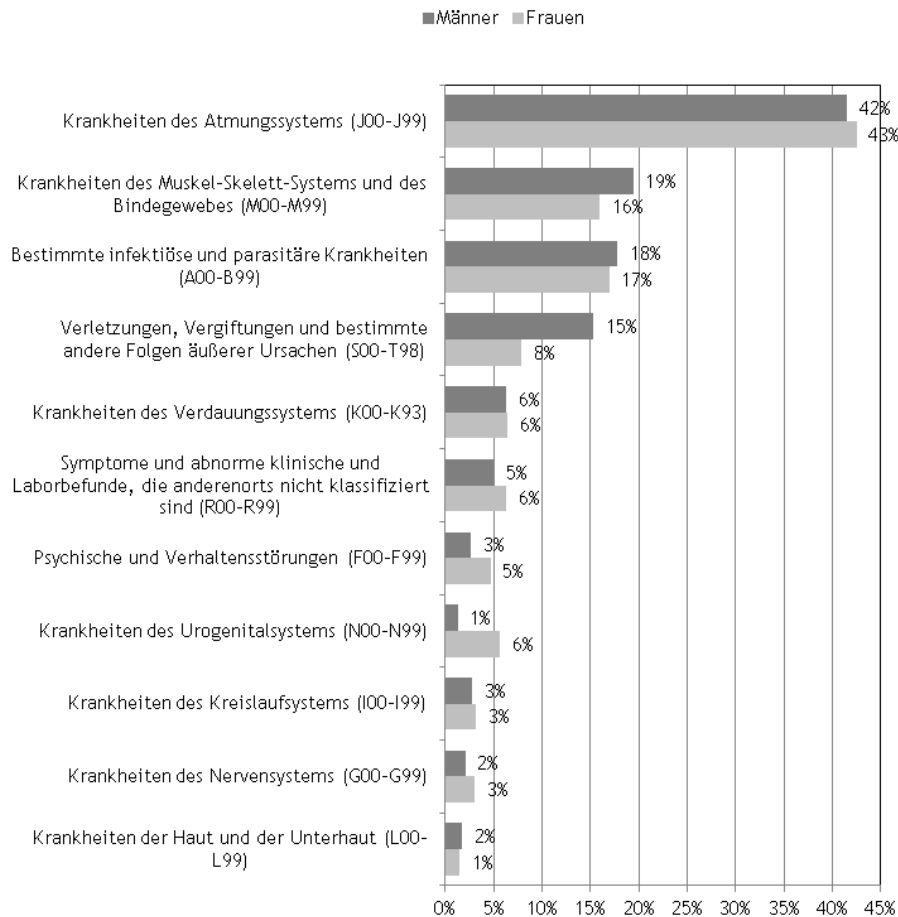
Anteil an den AU-Tagen; Quelle: FOKO, OÖGKK (eigene Berechnungen); Beschäftigte mit Wohnsitz Linz

Betrachtet man die Diagnosegruppe danach, wie viele ArbeitnehmerInnen innerhalb eines Jahres erkranken (bzw. mindestens einen Krankenstand dieser Diagnose aufweisen), so weisen Erkrankungen der Atemwege mit Abstand die höchste Betroffenenquote auf. 42 Prozent der Beschäftigten weisen mindestens einen Krankenstand mit einer solchen Diagnose auf. Erkrankungen dieser Diagnosegruppe weisen eine relativ kurze Erkrankungsdauer auf. Im Durchschnitt kommen auf eine betroffene Person 8,4 Krankenstandstage im Jahr.

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

durchschnittliche Erkrankungsdauer ist deutlich höher als bei den Atemwegserkrankungen (durchschnittlich 19,5 Tage pro betroffene Person und Jahr). Infolge von bestimmten Infektions- und parasitären Erkrankungen sind 17 Prozent innerhalb eines Jahres im Krankenstand, wobei im Durchschnitt 5,7 AU-Tage auf eine betroffene Person kommen. Von Krankenstand infolge von Verletzungen und anderen äußeren Ursachen sind 12 Prozent der Beschäftigten (15% der Männer und 8% der Frauen) innerhalb eines Jahres betroffen. Im Durchschnitt kommen auf eine betroffene Person 19,5 Krankenstandstage pro Jahr.

Abbildung 9: Betroffenenquote nach Diagnosegruppen (ICD-10 Kapitel; Durchschnitt 2009 bis 2011)

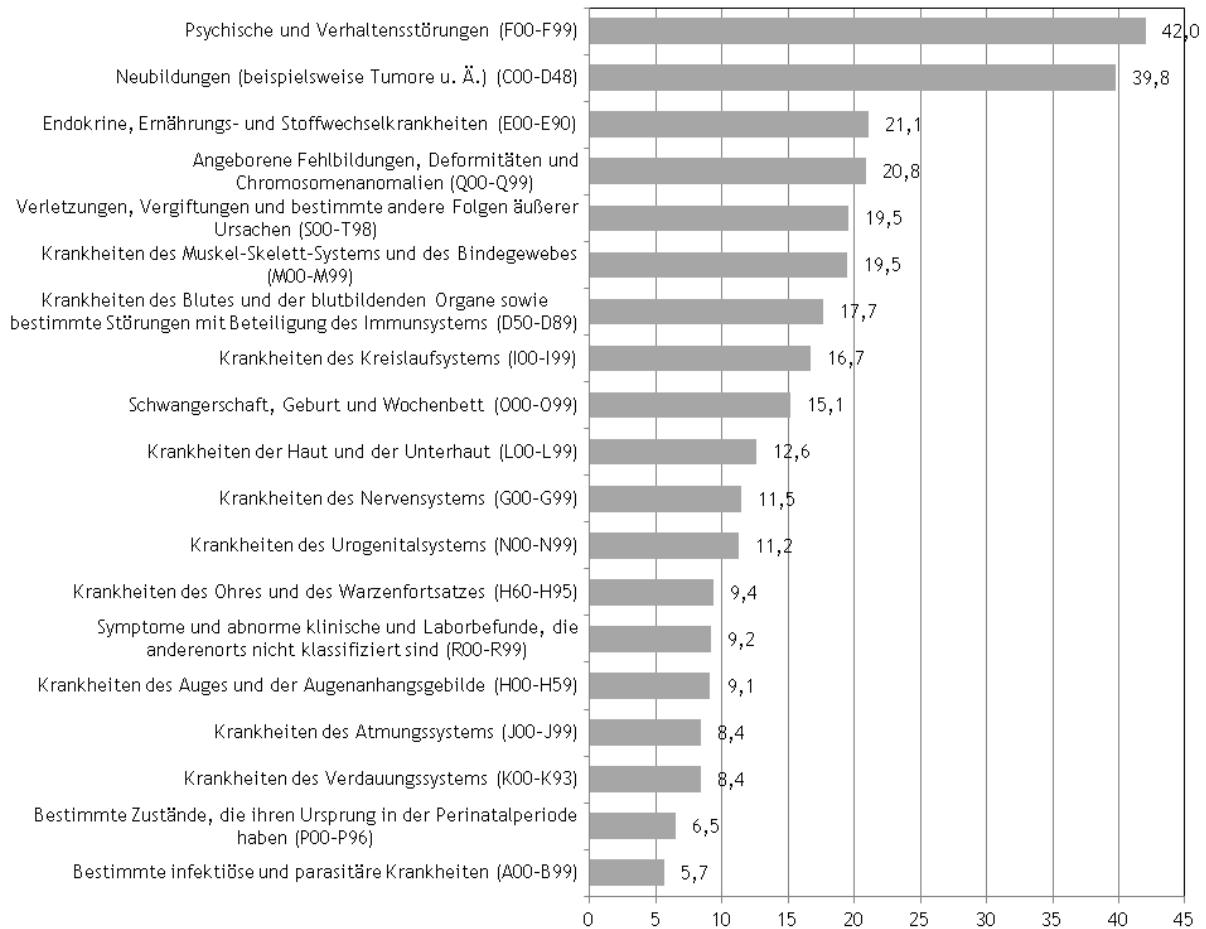


Anteil der Beschäftigten mit mindestens einem Krankenstand infolge der jeweiligen Diagnose innerhalb eines Jahres; Quelle: FOKO, OÖGKK (eigene Berechnungen); Beschäftigte mit Wohnsitz Linz

Besonders lange Fehlzeiten weisen psychische Erkrankungen und bösartige Neubildungen auf (siehe Abbildung 10). Bei Neubildungen kommen auf eine betroffene Person durchschnittlich 39,8 Krankenstandstage innerhalb eines

Jahres, bei psychischen Erkrankungen 42,0 Tage. Relativ hohe Fehlzeiten pro betroffene Person sind auch für Stoffwechselerkrankungen, angeborene Fehlbildungen, Verletzungen und Krankheiten des Bewegungsapparates zu beobachten.

Abbildung 10: Krankenstandstage pro betroffene Person (Durchschnitt 2009 bis 2011) nach Diagnosegruppen (ICD-10 Kapitel)



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

Fakten

- Innerhalb eines Jahres sind 23 Prozent der Linzinnen von einem oder mehreren Krankenhausaufenthalten betroffen.
- Der Großteil der Behandlungstage im Krankenhaus entfällt auf psychische Erkrankungen, Herz-Kreislauf-erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Neubildungen und äußere Ursachen (Verletzungen/Vergiftungen).
- Im Durchschnitt kommen auf 1.000 EinwohnerInnen rund 15.700 Medikamentenverordnungen (Packungen) pro Jahr. Der Großteil entfällt auf

Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, des Nervensystems (Psychopharmaka, Schmerzmittel etc.) und des Magen-Darm-Traktes bzw. Stoffwechselsystems.

- Die meisten Krankenstandstage gehen auf Erkrankungen des Atmungssystems, des Bewegungs- und Stützapparates (Skelett/Muskelsystem) und auf äußere Ursachen (Verletzungen/Vergiftungen; dazu gehören auch Unfälle) zurück.

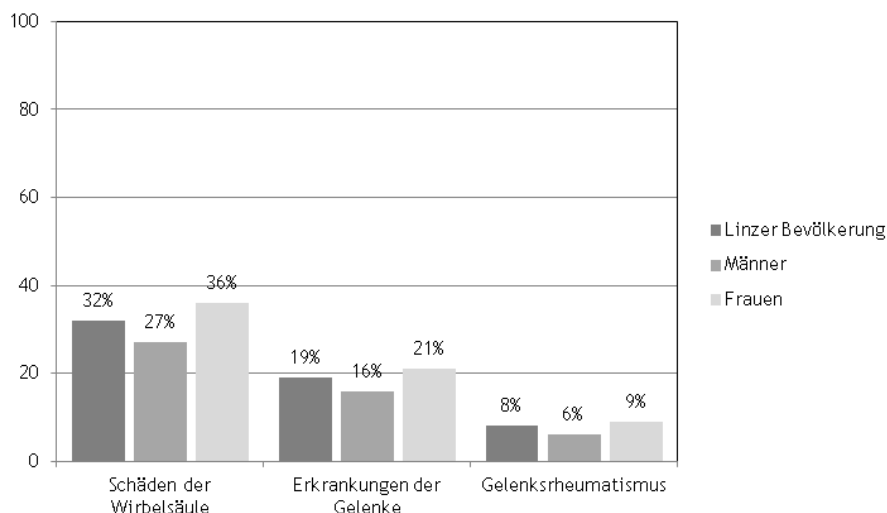
3.4. Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates

3.4.1. Ergebnisse der Linzer Gesundheitsumfrage 2012

Chronische Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates sind in der Linzer Bevölkerung weit verbreitet. Schäden der Wirbelsäule sind gemäß den Ergebnissen der Linzer Gesundheitsumfrage 2012 die dominierende (chro-

nische) Erkrankungsform: 32 Prozent der Linzer Bevölkerung (Männer: 27%; Frauen: 36%) leiden ständig bzw. immer wieder daran (Abbildung 1). Der Vergleichswert aus der Linzer Gesundheitsumfrage aus dem Jahr 2006 liegt ebenfalls bei 32 Prozent (Männer: 28%; Frauen: 36%) - das heißt, dieses Leiden ist unverändert weit verbreitet.

Abbildung 1: Prävalenz von Krankheiten des Bewegungsapparats

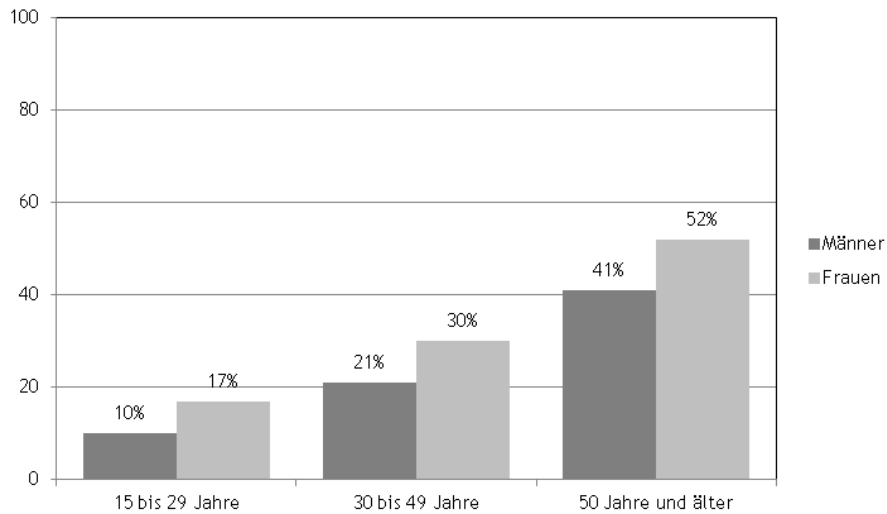


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.268-1.311 (Schäden der Wirbelsäule: Cramer-V=0,128, p<0,001; Erkrankungen der Gelenke: Cramer-V=0,079, p<0,05; Gelenksrheumatismus: Cramer-V=n.s.); Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ an den genannten Krankheiten leiden

Von Erkrankungen der Gelenke sind 19 Prozent der Linzer Bevölkerung dauerhaft betroffen (Männer: 16%; Frauen: 21%) und von Gelenksrheumatismus 8 Prozent (Männer: 6%; Frauen: 9%). Frauen sind also von diesen betrachteten Krankheiten des Bewegungsapparates (etwas) häufiger betroffen als Männer (Abbildung 1).

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen nimmt erwartungsgemäß die Verbreitung von Schäden der Wirbelsäule mit steigendem Alter zu (Abbildung 2).

Abbildung 2: Schäden der Wirbelsäule nach Altersgruppen

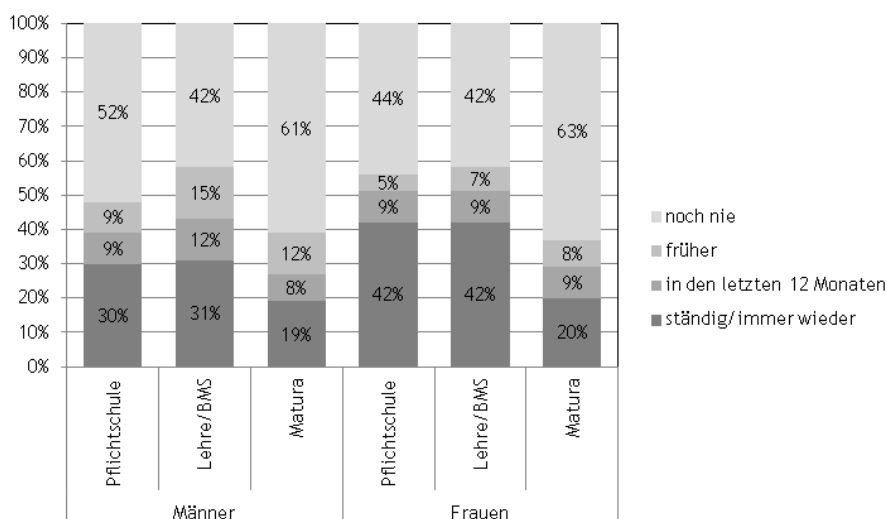


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=;1.260; Männer: Tau-b=-0,277, p<0,001; Frauen: Tau-b=-0,328, p<0,001; Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ an den genannten Krankheiten leiden

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen besteht ein Zusammenhang zwischen der formalen Bildung und der Verbreitung von Schäden der Wirbelsäule (Abbildung 3). Bei den Menschen mit niedrigem Bildungsniveau (Pflichtschule) leiden 30 Prozent der Männer und 42 Prozent der Frauen dauerhaft an Schäden der Wirbelsäule. In der Personengruppe mit mittlerer Bildung (Lehre/BMS) sind bei den Männern 31 Prozent und bei den Frauen 42 Prozent von dieser Erkrankung betroffen. Deutlich niedriger ist

die Prävalenz bei den am höchsten gebildeten Personen (Matura oder höher): Hier leiden „nur“ 19 Prozent der Männer und 20 Prozent der Frauen dauerhaft an Schäden der Wirbelsäule. 61 Prozent der hoch gebildeten Männer und 63 Prozent der hoch gebildeten Frauen hatten noch nie Probleme durch Schäden an der Wirbelsäule (Abbildung 3).

Abbildung 3: Schäden der Wirbelsäule nach Schulbildung

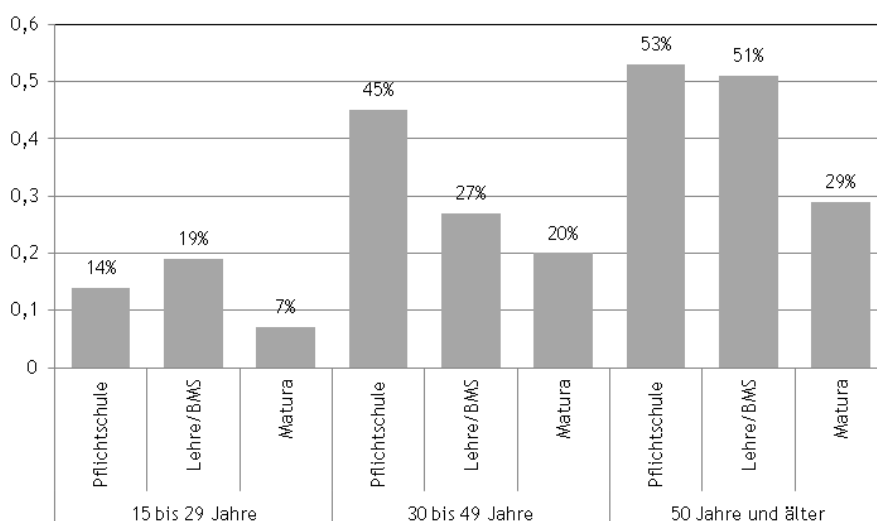


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.281; Männer: Tau-b=0,107, p<0,01; Frauen: Tau-b=-0,161, p<0,001

Wie aus Abbildung 4 hervorgeht sind in allen betrachteten Altersgruppen Personen mit höherer Bildung seltener von Schäden der Wirbelsäule betroffen als Personen mit niedrigerer Bildung. Während in der Altersgruppe der 30

bis 49-Jährigen knapp die Hälfte der PflichtschulabsolventInnen (45%) von chronischen Schäden der Wirbelsäule betroffen ist, sind dies unter den Personen mit mindestens Maturaniveau nur 20 Prozent (Abbildung 4).

Abbildung 4: Schäden der Wirbelsäule nach Alter und Bildung



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=;1.243; 15 bis 29 Jahre: Cramer-V=0,146, p<0,05; 30 bis 49 Jahre: Cramer-V=0,137, p<0,01; 50 Jahre und älter: Cramer-V=0,134, p<0,01; Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ an den genannten Krankheiten leiden

Fakten

- 32 Prozent der Linzer Bevölkerung geben an, dauerhaft an Schäden der Wirbelsäule zu leiden. (Männer: 27%; Frauen: 36%). Der Vergleichswert aus der Linzer Gesundheitsumfrage aus dem Jahr 2006 liegt bei ebenfalls 32 Prozent.
- Sowohl bei Männern als auch bei Frauen besteht ein Zusammenhang zwischen der formalen Bildung und der Verbreitung von Schäden der Wirbelsäule. Höher Gebildete sind seltener betroffen als Personen mit niedriger formaler Bildung.

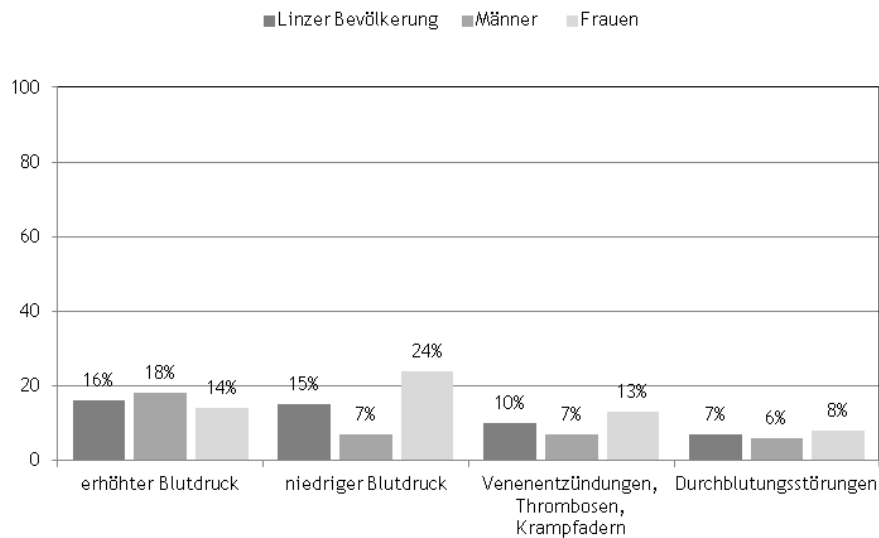
3.5. Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems

3.5.1. Ergebnisse der Linzer Gesundheitsumfrage 2012

Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems gehören weltweit zu den häufigsten Todesursachen. Wesentliche Ursachen sind in den Faktoren der Lebensweise (ungesunde Ernährungsgewohnheiten, Bewegungsarmut, Rauchen, Stress, hoher Alkoholkonsum) bzw. damit verbundenen Risikofaktoren (Bluthochdruck, Übergewicht, Stoffwechselerkrankungen usw.) zu suchen. Im Rahmen der Linzer Gesundheitsumfrage 2012 wurde die Bevölkerung unter anderem zu Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems befragt.

Insgesamt leiden 16 Prozent der Linzer Bevölkerung an einem erhöhten Blutdruck (Männer: 18%; Frauen: 14%). Niedriger Blutdruck ist bei Frauen deutlich häufiger verbreitet als bei Männern: 24 Prozent der Linzer Frauen und „nur“ 7 Prozent der Linzer Männer haben laut Selbstauskunft einen niedrigen Blutdruck. Von Venenentzündungen, Thrombosen oder Krampfadern sind 10 Prozent der Linzer Bevölkerung dauerhaft betroffen (Männer: 7%; Frauen: 13%). 7 Prozent haben ständig bzw. immer wieder Durchblutungsstörungen (Männer: 6%; Frauen: 8%) (Abbildung 1).

Abbildung 1: Prävalenz von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems

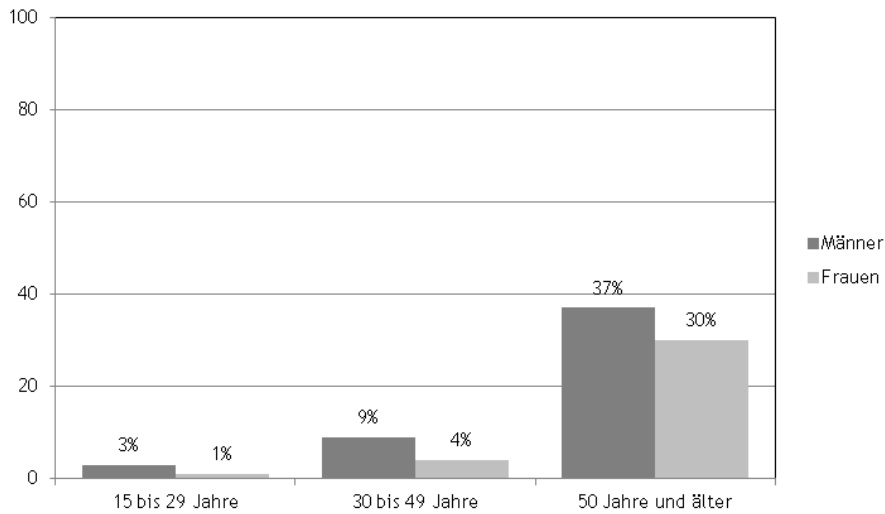


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.236-1.276 (erhöhter Blutdruck: Cramer-V=0,103, p<0,01; niedriger Blutdruck: Cramer-V=0,379, p<0,001; Venenentzündungen, Thrombosen, Krampfadern: Cramer-V=0,118, p<0,01; Durchblutungsstörungen: Cramer-V: n.s.); Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ an den genannten Krankheiten leiden

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen nimmt mit zunehmendem Alter der Anteil jener Personen zu, die ständig bzw. immer wieder einen erhöhten Blutdruck haben. In der jüngsten Altersgruppe der 15 bis 29-Jährigen sind relativ wenige betroffen: 3 Prozent der Männer und 1 Prozent der Frauen berichten, von einem hohen Blutdruck

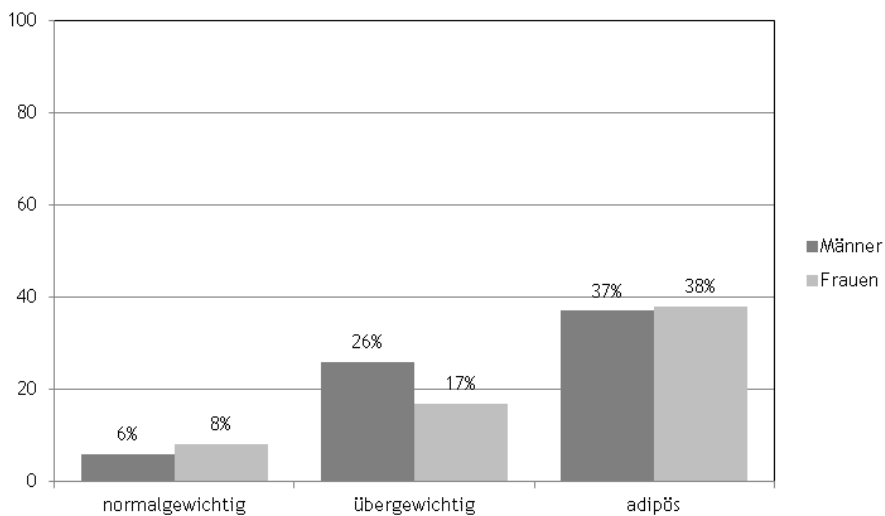
betroffen zu sein. In der Altersgruppe der 30 bis 49-Jährigen tritt die Erkrankung bereits bei 9 Prozent der Männer aber nur 4 Prozent der Frauen auf. In der Gruppe der (über) 50-Jährigen sind bereits 37 Prozent der Männer und 30 Prozent der Frauen betroffen (Abbildung 2).

Abbildung 2: Erhöhter Blutdruck nach Altersgruppen



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=;1.238; Männer: Tau-b=-0,349, p<0,001; Frauen: Tau-b=-0,436, p<0,001; Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ an erhöhtem Blutdruck leiden

Abbildung 3: Erhöhter Blutdruck und Körpergewicht (BMI)

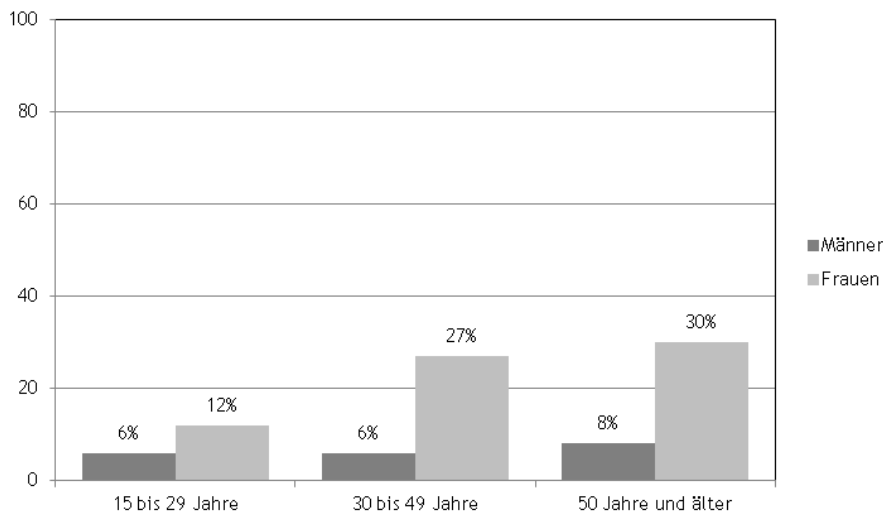


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1,259; Männer: Tau-b=-0,373, p<0,001; Frauen: Tau-b=-0,355, p<0,001; Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ an erhöhtem Blutdruck leiden

Bei Normalgewichtigen mit einem Body Mass-Index (BMI) zwischen 18,5 und 25 ist erhöhter Blutdruck ein relativ seltenes Ereignis: 6 Prozent der normalgewichtigen Männer und 8 Prozent der normalgewichtigen Frauen sind davon betroffen. Unter Menschen mit Übergewicht (BMI >25 und <30) weisen bereits 26 Prozent der Männer und

17 Prozent der Frauen einen erhöhten Blutdruck auf. Bei den adipösen Menschen mit einem BMI von 30 und mehr haben 37 Prozent der Männer und 38 Prozent der Frauen ständig bzw. immer wieder einen erhöhten Blutdruck (Abbildung 3).

Abbildung 4: Niedriger Blutdruck nach Altersgruppen



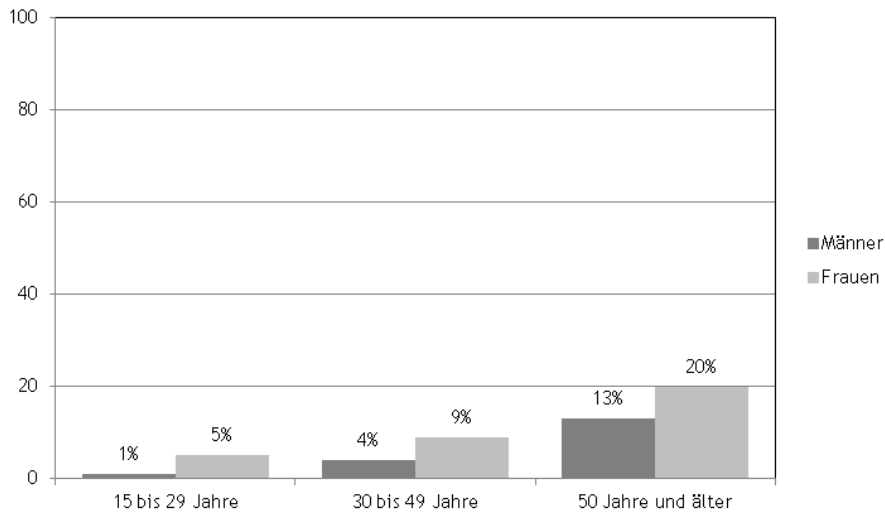
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=;1.202; Männer: $Tau-b=-0,145$, $p<0,01$; Frauen: $Tau-b=-0,143$, $p<0,001$; Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ an niedrigem Blutdruck leiden

Niedriger Blutdruck tritt bei Frauen häufiger auf als bei Männern. Bei den Frauen nimmt die Betroffenheitsquote mit zunehmendem Alter sukzessive zu: Während in der jüngsten Altersgruppe „nur“ 12 Prozent der Frauen von dauerhaftem niedrigem Blutdruck betroffen sind, sind es bei den 30 bis 49-Jährigen 27 Prozent und bei den (über) 50-Jährigen sogar 30 Prozent (Abbildung 4).

In allen Altersgruppen sind Frauen häufiger von Venenentzündungen, Thrombosen oder Krampfadern betroffen als Männer. Die Betroffenheitsquote nimmt bei beiden

Geschlechtern mit steigendem Alter zu. In der jüngsten Altersgruppe der 15 bis 29-Jährigen sind relativ wenige betroffen: 1 Prozent der Männer und 5 Prozent der Frauen berichten von einer diesbezüglichen Betroffenheit. In der Altersgruppe der 30 bis 49-Jährigen treten Venenentzündungen, Thrombosen oder Krampfadern bei 4 Prozent der Männer und 9 Prozent der Frauen auf. In der Gruppe der (über) 50-Jährigen sind 13 Prozent der Männer und 20 Prozent der Frauen betroffen (Abbildung 5).

Abbildung 5: Venenentzündung, Thrombosen, Krampfadern nach Altersgruppen

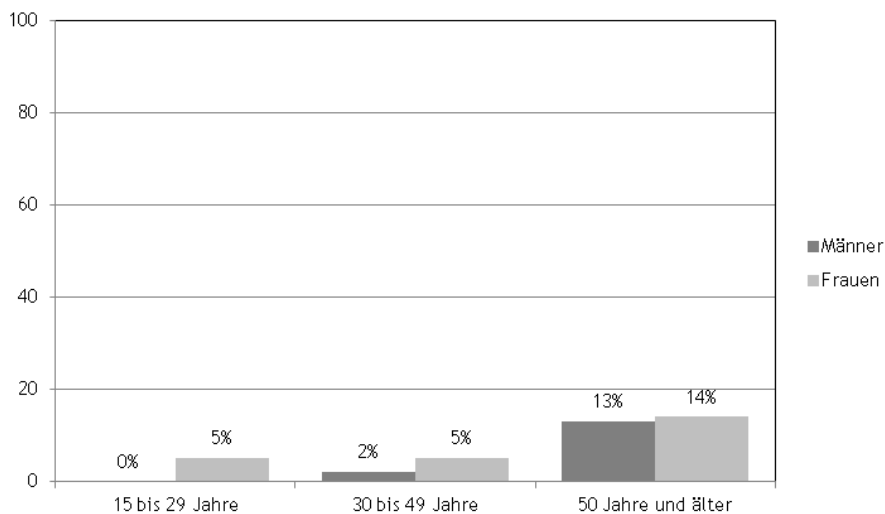


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=;1.217; Männer: Tau-b=-0,223, p<0,001; Frauen: Tau-b=-0,235, p<0,001; Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ an Venenentzündung, Thrombosen, Krampfadern leiden

Auch ständige oder immer wiederkehrende Durchblutungsstörungen treten mit höherem Alter vermehrt auf, während sie bei jungen Menschen kaum bzw. selten ein permanentes Problem darstellen. Bei den (über) 50-Jäh-

rigen sind 13 Prozent der Männer und 14 Prozent der Frauen chronisch von Durchblutungsstörungen betroffen (Abbildung 6).

Abbildung 6: Durchblutungsstörungen nach Altersgruppen



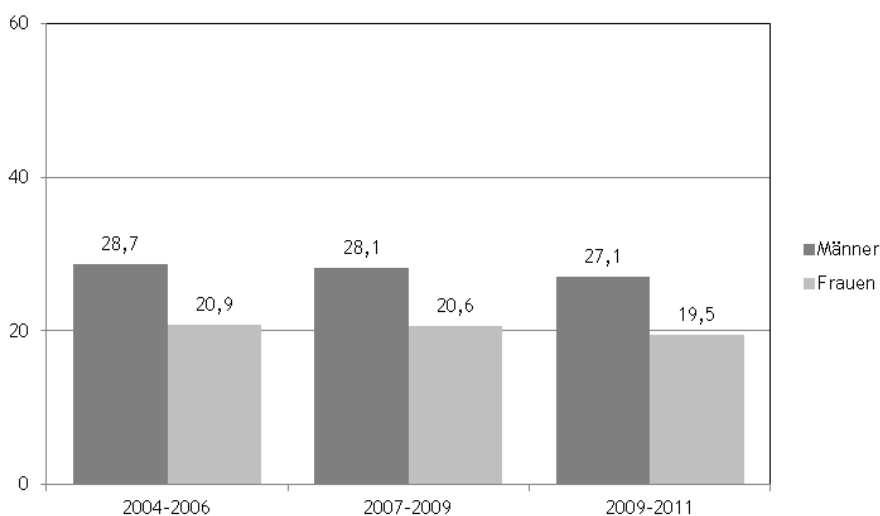
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=;1.213; Männer: Tau-b=-0,263, p<0,001; Frauen: Tau-b=-0,179, p<0,001; Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ an Venenentzündung, Thrombosen, Krampfadern leiden

3.5.2. Krankenhausaufenthalte

Pro Jahr (Drei-Jahres-Durchschnitt 2009-2011) weisen in Linz 22,9 Personen pro 1.000 EinwohnerInnen mindestens einen Krankenhausaufenthalt aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems (Hauptdiagnose ICD10: I00-I99) auf. Oberösterreichweit liegt der Wert bei 21,7 betroffenen Personen pro 1.000 und ist somit signifikant niedriger.

Männer sind häufiger betroffen als Frauen: 27,1 Männer pro 1.000 Einwohnern und 19,5 Frauen pro 1.000 Einwohnerinnen haben derzeit innerhalb eines Jahres zumindest einen Krankenhausaufenthalt aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen. Tendenziell geht die Betroffenheitsquote bei beiden Geschlechtern zurück (Abbildung 7).

Abbildung 7: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen (Betroffene pro 1.000 innerhalb von 12 Monaten)



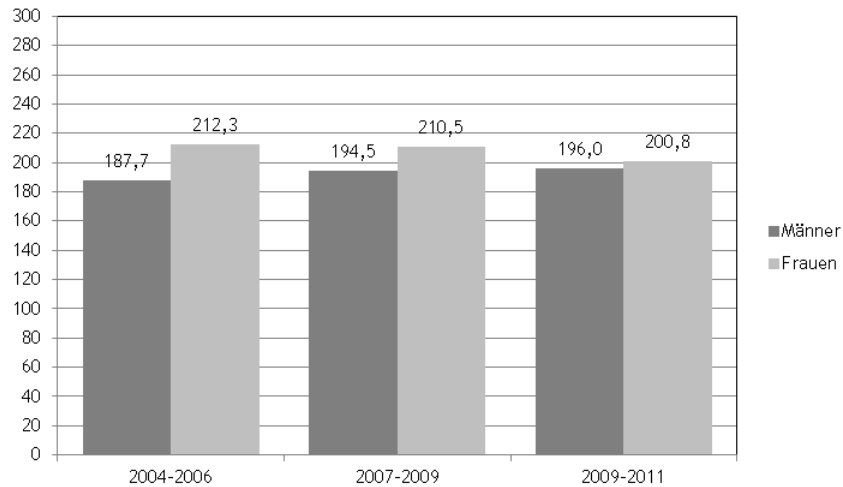
Quelle: OÖGKK, FOKO (IGP-eigene Berechnungen); Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems (Hauptdiagnose ICD10: I00-I99) innerhalb eines Jahres (Drei-Jahres-Durchschnitt) pro 1.000 Bevölkerung, altersstandardisiert auf Europa-Standardbevölkerung

3.5.3. Medikamentenverordnungen

Durchschnittlich werden innerhalb eines Jahres (Drei-Jahres-Durchschnitt 2009-2011) an knapp 20 Prozent (199 pro 1.000) der OÖGKK-Versicherten mit Hauptwohnsitz in Linz Herz-Kreislaufmedikamente verordnet. Oberösterreichweit liegt der Wert bei 195 betroffenen Personen

pro 1.000 und ist somit signifikant niedriger. Männer und Frauen haben sich im Beobachtungszeitraum immer mehr angeglichen und die Unterschiede sind zwischen den Geschlechtern diesbezüglich nur noch gering: 196 von 1.000 Männern und 201 von 1.000 Frauen erhalten innerhalb eines Jahres mindestens eine Verordnung von Herz-Kreislaufmedikamenten (Abbildung 8).

Abbildung 8: Verordnung von Herz-Kreislaufmedikamenten (Betroffene pro 1.000)



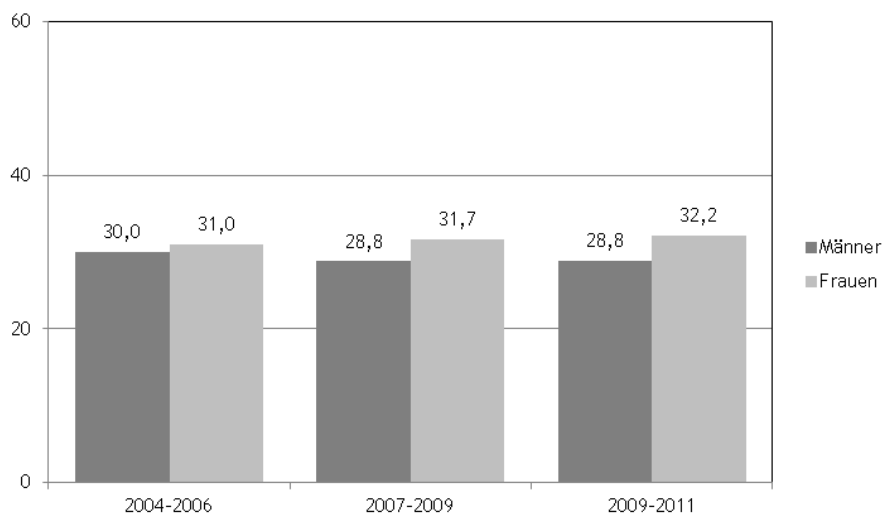
Quelle: OÖGKK, FOKO (IGP-eigene Berechnungen); Personen mit mindestens einer Verordnung von Herz-Kreislaufmedikamenten (ATC-Gruppe Herz-Kreislauf (C)) innerhalb eines Jahres pro 1.000 Bevölkerung, altersstandardisiert auf Europa-Standardbevölkerung; Drei-Jahres-Durchschnitt

3.5.4. Krankenstand (Arbeitsunfähigkeit)

Im Durchschnitt (Drei-Jahres-Durchschnitt 2009-2011) kommen in Linz auf 1.000 beschäftigte Männer rund 29, die innerhalb eines Jahres mindestens einmal wegen

Herz-Kreislauferkrankungen in Krankenstand sind. Bei den Frauen ist die Rate mit rund 32 Betroffenen je 1.000 Beschäftigten etwas höher (Abbildung 9).

Abbildung 9: Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Herz-Kreislauferkrankungen



Quelle: OÖGKK, FOKO (IGP-eigene Berechnungen); Personen mit mindestens einem Krankenstand aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD10: I00-I99) innerhalb eines Jahres pro 1.000 Beschäftigten, altersstandardisiert auf Europa-Standardbevölkerung; nur Beschäftigte (ArbeiterInnen und Angestellte)

Fakten

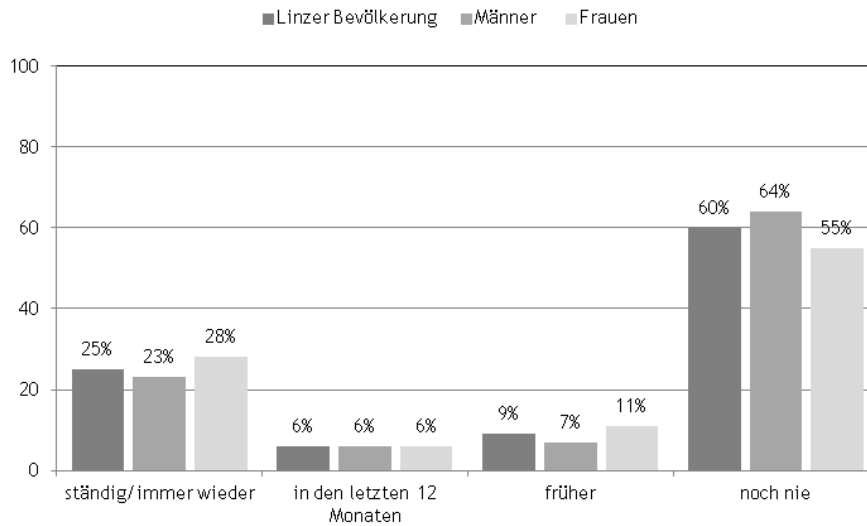
- Insgesamt leiden 16 Prozent der Linzer Bevölkerung an einem erhöhtem Blutdruck (Männer: 18%; Frauen: 14%).
- Insgesamt geben 15 Prozent der Befragten an, dauerhaft an niedrigem Blutdruck zu leiden, wobei Frauen deutlich häufiger betroffen sind (24%) als Männer (7%).
- Sowohl bei Männern als auch bei Frauen nimmt mit zunehmendem Alter der Anteil jener Personen zu, die ständig bzw. immer wieder einen erhöhten Blutdruck haben: 37 Prozent der über 50-jährigen Männer und 30 Prozent der über 50-jährigen Frauen leiden an erhöhtem Blutdruck.
- Mehr als jeder dritte adipöse Mann (37%) bzw. jede dritte adipöse Frau (38%) hat einen erhöhten Blutdruck.
- Pro Jahr kommen auf 1.000 EinwohnerInnen rund 23 Personen, die einen Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Herz-Kreislauferkrankung aufweisen. Frauen (rund 20 Fälle pro 1.000) sind davon seltener betroffen als Männer (27 Fälle pro 1.000).
- Durchschnittlich werden innerhalb eines Jahres an knapp 20 Prozent (199 pro 1.000) der OÖGKK-Versicherten mit Hauptwohnsitz in Linz Herz-Kreislaufmedikamente verordnet. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind diesbezüglich mittlerweile äußerst gering.
- Im Durchschnitt kommen in Linz auf 1.000 beschäftigte Männer rund 29 und auf 1.000 beschäftigte Frauen rund 32, die innerhalb eines Jahres mindestens einmal wegen Herz-Kreislauferkrankungen in Krankenstand sind.

3.6. Allergien

25 Prozent der Linzer Bevölkerung leiden laut Selbstausskunft, die im Rahmen der Linzer Gesundheitsumfrage 2012 getätigt wurde, ständig bzw. immer wieder an Allergien. Hinzu kommen weitere 6 Prozent, die innerhalb

der letzten 12 Monate betroffen waren. Überhaupt keine Erfahrung mit Allergien haben 60 Prozent der befragten Bevölkerung (Männer: 64%; Frauen: 55%) (Abbildung 1).

Abbildung 1: Prävalenz von Allergien

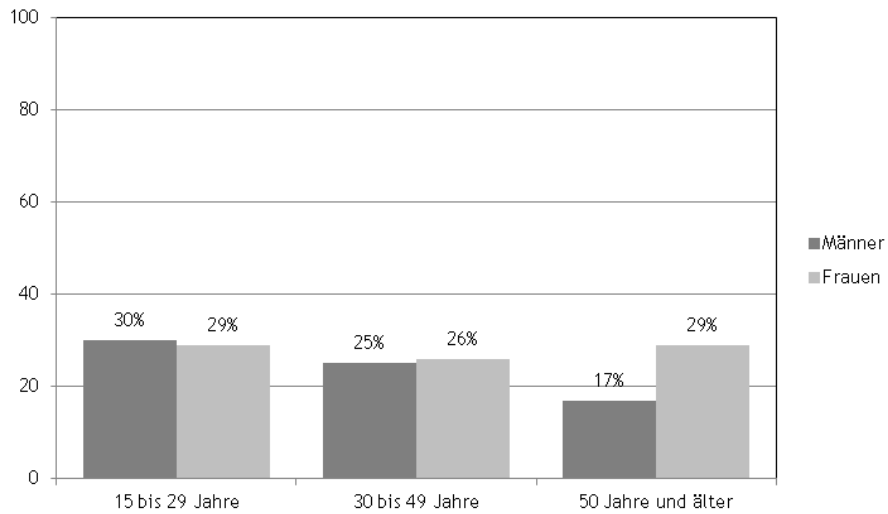


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.272; Cramer-V=0,091, p<0,05

Gut ein Viertel der Frauen ist in allen betrachteten Altersgruppen ständig bzw. immer wieder von Allergien betroffen. In der jüngsten Altersgruppe zwischen 15 und 29 Jahren leiden 30 Prozent der Männer dauerhaft an Aller-

gien, bei den 30 bis 49-jährigen Männern sind es 25 Prozent und bei den (über) 50-jährigen Männern 17 Prozent. (Abbildung 2).

Abbildung 2: Allergien nach Altersgruppen



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.234; Männer: Tau-b=0,114, p<0,01; Frauen: Tau-b=n.s.; Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ an Allergien leiden

Fakten

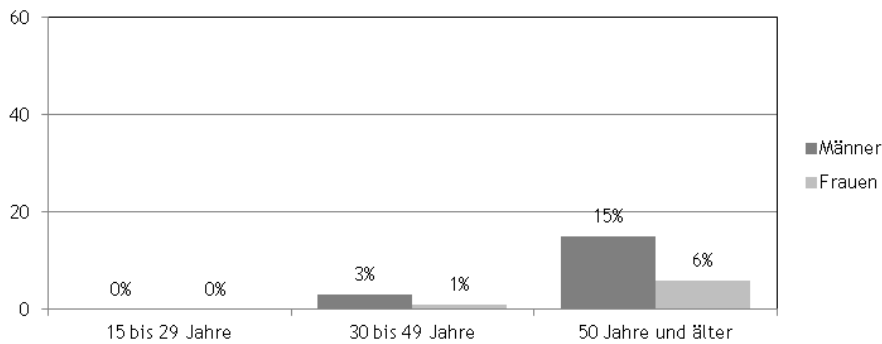
- 25 Prozent der Linzer Bevölkerung gaben bei der Gesundheitsumfrage 2012 an, ständig/immer wieder an Allergien zu leiden.
- 64 Prozent der Männer und 55 Prozent der Frauen waren persönlich noch nie von einer Allergie betroffen.

3.7. Diabetes mellitus

3.7.1. Ergebnisse der Gesundheitsumfrage 2012

Insgesamt gaben bei der Linzer Gesundheitsumfrage 2012 5 Prozent der Befragten an, an Zuckerkrankheit zu leiden (Männer: 7%; Frauen: 3%).

Abbildung 1: Zuckerkrankheit nach Alter



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.234; Männer: $Tau-b=-0,241$, $p<0,001$; Frauen: $Tau-b=0,150$, $p<0,001$; Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ an Zuckerkrankheit leiden

In der jüngsten Altersgruppe zwischen 15 und 29 Jahren hat keiner der Befragten angegeben, an Zuckerkrankheit zu leiden. In der mittleren Altersgruppe zwischen 30 und 49 Jahren sind 3 Prozent der Männer und ein Prozent der Frauen zuckerkrank. Bei den über 50-jährigen Befragten sind es 15 Prozent der Männer und 6 Prozent der Frauen.

3.7.2. Behandlungsprävalenz

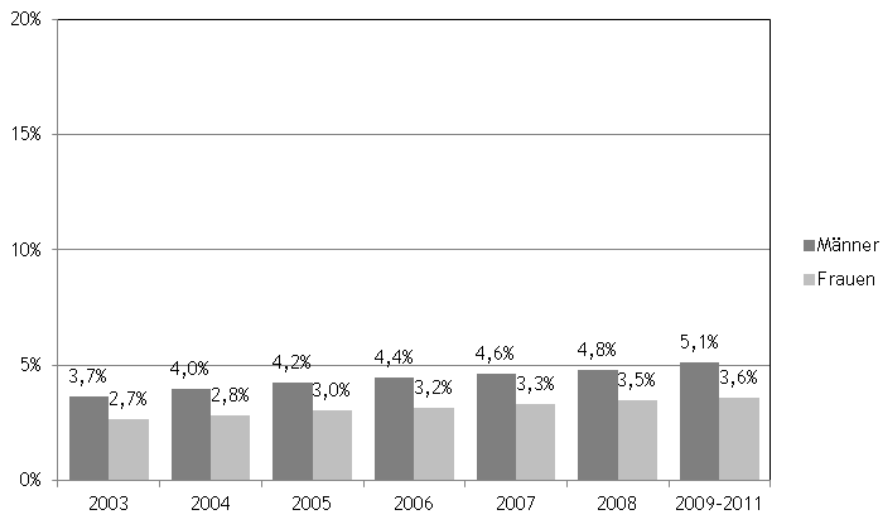
Da für Behandlungsfälle im ambulanten Bereich keine Diagnosen vorliegen, kann die Häufigkeit von Behandlungsfällen nur über die Inanspruchnahme von bestimmten medizinischen Leistungen angenähert werden. Da nur behandelte PatientInnen erfasst sind, ist anzunehmen, dass

die tatsächliche Prävalenz von Diabetes höher liegt als die hier dargestellte Behandlungsprävalenz. Anzumerken ist auch, dass die Behandlungsprävalenz nicht nur von der Verbreitung von Diabetes, sondern auch mit der Versorgungssituation (Früherkennung und Behandlung) zusammenhängt und daher unter anderem auch von der Versorgungsdichte beeinflusst wird.

Rund 5 Prozent der Männer und knapp 4 Prozent der Frauen sind pro Jahr ambulant wegen Diabetes in Behandlung¹. In Oberösterreich sind die Werte etwas niedriger als in der Landeshauptstadt (Männer OÖ: 4,6%; Frauen OÖ: 3,4%) (Abbildung 2).

¹ Wegen Diabetes in ambulanter Behandlung sind Personen, die innerhalb eines Jahres mindestens zwei Antidiabetikaverordnungen (ATC-A10), mindestens zwei HbA1c-Bestimmungen (Pos. Nr.: 1035, 2035) oder mindestens drei Blutzuckerbestimmungen (Pos Nr.: 1033, 1034, 1229, 2031, 2032, 2223, 7572) aufweisen.

Abbildung 2: Ambulante Behandlungsprävalenz von Diabetes



Quelle: OÖGKK, FOKO (IGP-eigene Berechnungen); Ambulante Behandlungsprävalenz (Prozent, altersstandardisiert auf Europa-Standardbevölkerung); Anteil der Personen, die innerhalb eines Jahres mindestens zwei Antidiabetikaverordnungen (ATC-A10), mindestens zwei HbA1c-Bestimmungen (Pos. Nr.: 1035, 2035) oder mindestens drei Blutzuckerbestimmungen (Pos Nr.: 1033, 1034, 1229, 2031, 2032, 2223, 7572) aufweisen in Prozent

Fakten

- 7 Prozent der befragten Männer und 3 Prozent der befragten Frauen geben an, an der Zuckerkrankheit zu leiden.
- Im Alter ist die Prävalenz deutlich höher: Bei den über 50-jährigen Befragten sind 15 Prozent der Männer und 6 Prozent der Frauen von dieser Krankheit betroffen.
- Da für Behandlungsfälle im ambulanten Bereich keine Diagnosen vorliegen kann die Häufigkeit von Behandlungsfällen nur über die Inanspruchnahme von bestimmten medizinischen Leistungen angenähert werden. Rund 5 Prozent der Männer und knapp 4 Prozent der Frauen sind demnach pro Jahr ambulant wegen Diabetes mellitus in Behandlung.

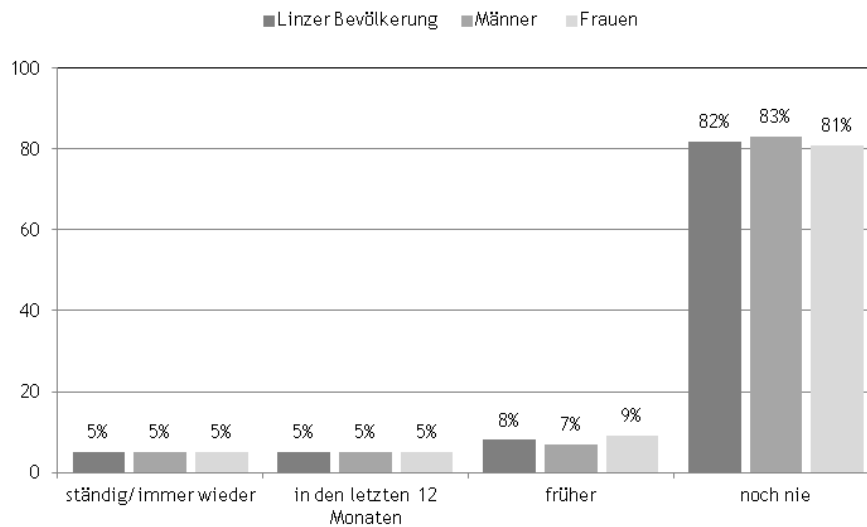
3.8. Atemwegserkrankungen

3.8.1. Ergebnisse der Gesundheitsumfrage 2012

Im Rahmen der Linzer Gesundheitsumfrage 2012 wurde auch nach Erkrankungen der unteren Atmungsorgane gefragt. Insgesamt leiden 5 Prozent der Linzer Bevölkerung ständig bzw. immer wieder an Chronischer Bronchitis, einem Lungenemphysem oder an Lungenasthma (Männer: 5%; Frauen: 5%). Weitere 5 Prozent geben an, diesbezüglich in den letzten 12 Monaten betroffen gewesen zu sein.

8 Prozent hatten früher Probleme mit den unteren Atemwegen. Die überwiegende Mehrheit (82%) hatte jedoch noch nie Chronische Bronchitis, ein Lungenemphysem oder Lungenasthma. Zwischen Männern und Frauen bestehen hinsichtlich der Betroffenheitsquote keine signifikanten Unterschiede (Abbildung 1).

Abbildung 1: Prävalenz von Chronischer Bronchitis, Lungenemphysem, Lungenasthma



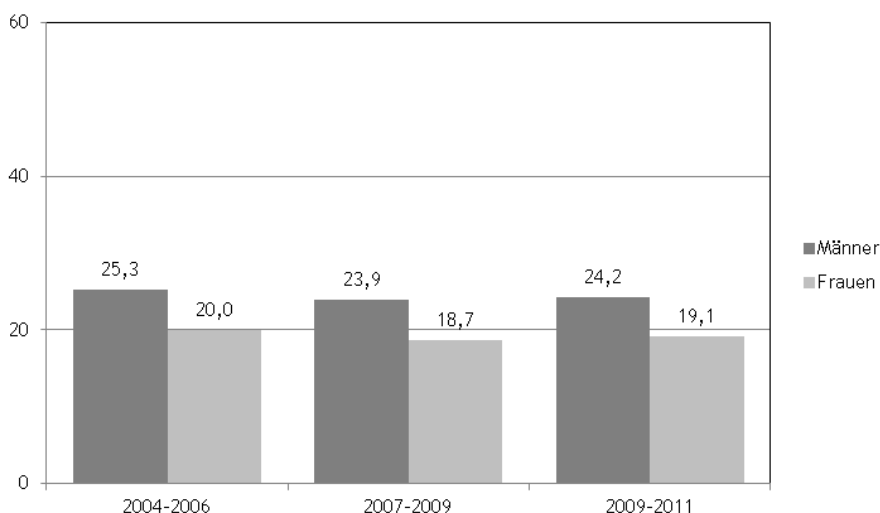
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.273; Cramer-V=n.s.

3.8.2. Krankenhausaufenthalte

Pro Jahr (Drei-Jahres-Durchschnitt 2009-2011) weisen in Linz 21,4 Personen pro 1.000 EinwohnerInnen mindestens einen Krankenhausaufenthalt aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems (Hauptdiagnose ICD10: J00-J99) auf. Oberösterreichweit liegt der Wert bei 16,9 betroffenen Personen pro 1.000 und ist somit signifikant niedriger.

Männer sind häufiger betroffen als Frauen: 24,1 Männer pro 1.000 Einwohnern und 19,1 Frauen pro 1.000 Einwohnerinnen haben innerhalb eines Jahres zumindest einen Krankenhausaufenthalt aufgrund von Atemwegserkrankungen. Ein Trend lässt sich aus der Zeitreihe nicht ablesen (Abbildung 2).

Abbildung 2: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Atemwegserkrankungen (Betroffene pro 1.000 pro Jahr)

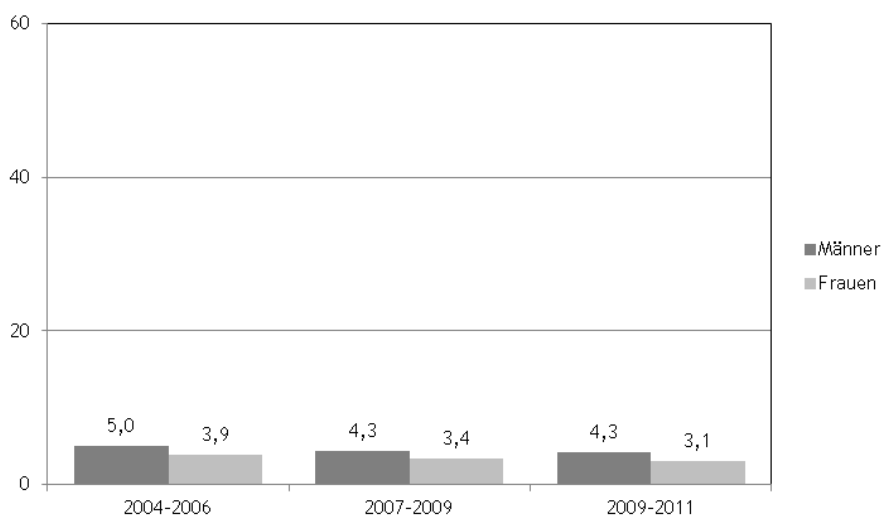


Quelle: OÖGKK, FOKO (IGP-eigene Berechnungen); Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems (Hauptdiagnose ICD10: J00-J99) innerhalb eines Jahres (Drei-Jahres-Durchschnitt) pro 1.000 Bevölkerung, altersstandardisiert auf Europa-Standardbevölkerung

Aufgrund von chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (Hauptdiagnose ICD10: J40-J47) haben in Linz im Drei-Jahres-Durchschnitt 2009-2011 3,6 Personen pro 1.000 LinzerInnen pro Jahr mindestens einen Krankenhausaufenthalt. Oberösterreichweit liegt der Wert bei 2,7 betroffenen Personen pro 1.000 und ist somit signifi-

kant niedriger. Männer sind etwas häufiger betroffen als Frauen: 4,3 Männer pro 1.000 Einwohnern und 3,1 Frauen pro 1.000 Einwohnerinnen haben innerhalb eines Jahres zumindest einen Krankenhausaufenthalt aufgrund von chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (Abbildung 3).

Abbildung 3: Krankenhausaufenthalte aufgrund von chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (Betroffene pro 1.000 innerhalb von 12 Monaten)



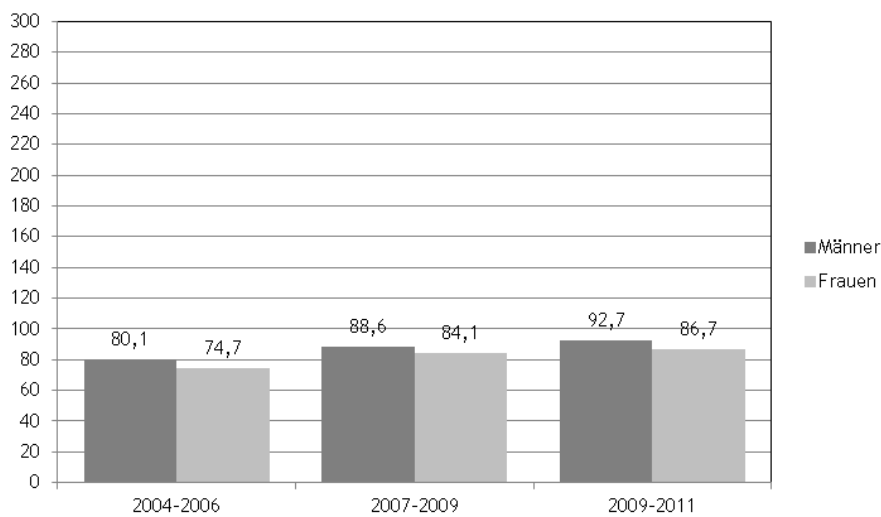
Quelle: OÖGKK, FOKO (IGP-eigene Berechnungen); Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt aufgrund von Chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (Hauptdiagnose ICD10: J40-J47) innerhalb eines Jahres (Drei-Jahres-Durchschnitt) pro 1.000 Bevölkerung, altersstandardisiert auf Europa-Standardbevölkerung

3.8.3. Medikamentenverordnungen

Durchschnittlich werden innerhalb eines Jahres (Drei-Jahres-Durchschnitt 2009-2011) an rund 9 Prozent (89 pro 1.000) der OÖGKK-Versicherten mit Hauptwohnsitz in Linz Antiasthmatika verordnet. Oberösterreichweit liegt der

Wert bei 82 betroffenen Personen pro 1.000 und ist somit signifikant niedriger. Die Unterschiede sind zwischen den Geschlechtern diesbezüglich gering: 93 von 1.000 Männern und 87 von 1.000 Frauen erhalten innerhalb eines Jahres mindestens eine Verordnung von Antiasthmatika (Abbildung 4).

Abbildung 4: Verordnung von Antiasthmatika (Betroffene pro 1.000 innerhalb von 12 Monaten)



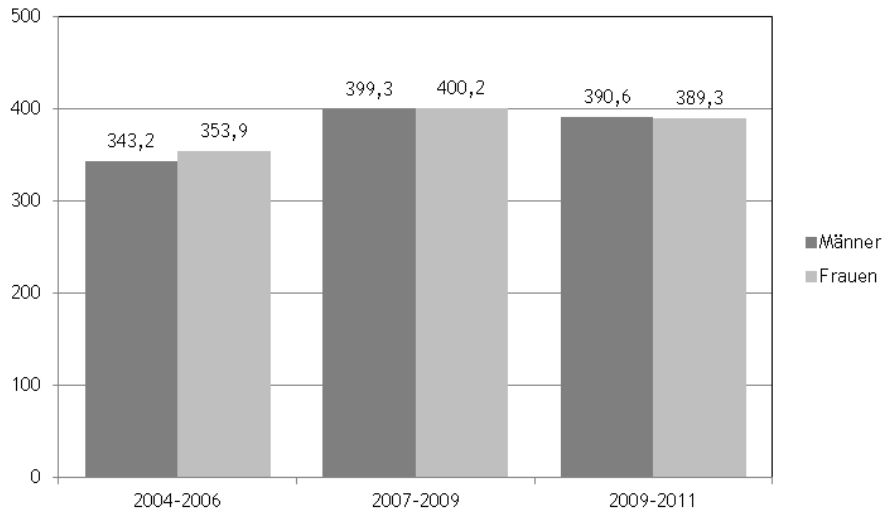
Quelle: OÖGKK, FOKO (IGP-eigene Berechnungen); Personen mit mindestens einer Verordnung von Antiasthmatika (ATC-Gruppe: R03) innerhalb eines Jahres (Drei-Jahres-Durchschnitt) pro 1.000 Bevölkerung, altersstandardisiert auf Europa-Standardbevölkerung

3.8.4. Krankenstand (Arbeitsunfähigkeit)

Im Durchschnitt (Drei-Jahres-Durchschnitt 2009-2011) kommen in Linz auf 1.000 Beschäftigte Männer rund 391, die innerhalb eines Jahres mindestens einmal wegen Krankheiten des Atmungssystems in Krankenstand sind.

Bei den Frauen ist die Rate mit rund 389 Betroffenen je 1.000 Beschäftigten ähnlich ausgeprägt (Abbildung 5).

Abbildung 5: Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems

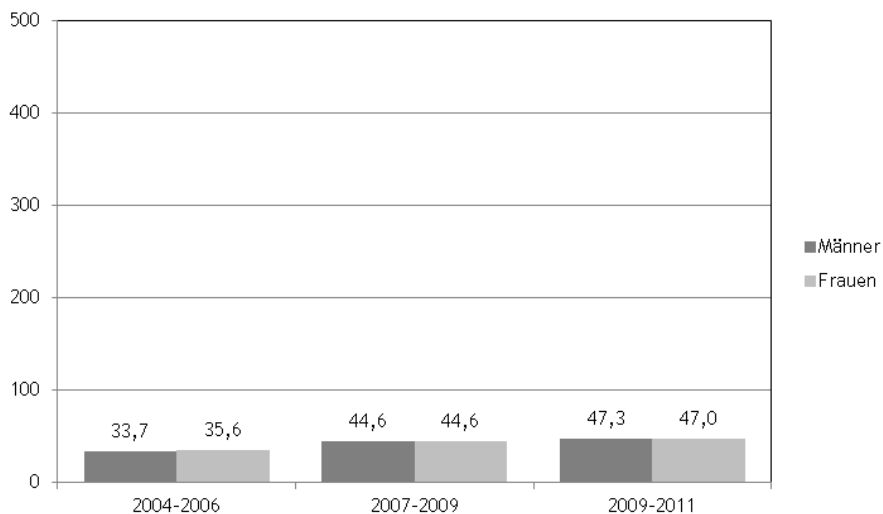


Quelle: OÖGKK, FOKO (IGP-eigene Berechnungen); Personen mit mindestens einem Krankenstand aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems (ICD10: J00-J99) innerhalb eines Jahres (Drei-Jahres-Durchschnitt) pro 1.000 Beschäftigten, altersstandardisiert auf Europa-Standardbevölkerung; nur Beschäftigte (ArbeiterInnen und Angestellte)

Innerhalb eines Jahres (Drei-Jahres-Durchschnitt 2009-2011) haben rund 47 von 1.000 Beschäftigten mindestens einen Krankenstand aufgrund von chronischen Krankheiten der unteren Atemwege. Der Wert für Gesamtbe-

rösterreich liegt bei 40 pro 1.000 Beschäftigten. Zwischen den Geschlechtern gibt es diesbezüglich keine Unterschiede.

Abbildung 6: Arbeitsunfähigkeit aufgrund von chronischen Krankheiten der unteren Atemwege



Quelle: OÖGKK, FOKO (IGP-eigene Berechnungen); Personen mit mindestens einem Krankenstand aufgrund von Chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (ICD10: J40-J47) innerhalb eines Jahres (Drei-Jahres-Durchschnitt) pro 1.000 Beschäftigten, altersstandardisiert auf Europa-Standardbevölkerung; nur Beschäftigte (ArbeiterInnen und Angestellte)

Fakten

- Insgesamt leiden 5 Prozent der Linzer Bevölkerung ständig bzw. immer wieder an Chronischer Bronchitis, einem Lungenemphysem oder an Lungenasthma (Männer: 5%; Frauen: 5%).
- Pro Jahr kommen auf 1.000 EinwohnerInnen rund 21 Personen, die einen Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Krankheit des Atmungssystems aufweisen. Frauen (rund 19 Fälle pro 1.000) sind davon seltener betroffen als Männer (24 Fälle pro 1.000).
- Durchschnittlich werden innerhalb eines Jahres an rund 9 Prozent (89 pro 1.000) der OÖGKK-Versicherten mit Hauptwohnsitz in Linz Antiasthmatica verordnet. Zwischen den Geschlechtern gibt es diesbezüglich nur geringe Unterschiede.
- Im Durchschnitt kommen in Linz auf 1.000 Beschäftigte Männer rund 391, die innerhalb eines Jahres mindestens einmal wegen Krankheiten des Atmungssystems in Krankenstand sind. Bei den Frauen sind es 389 pro 1.000 Beschäftigte.

3.9. Psychische Gesundheit

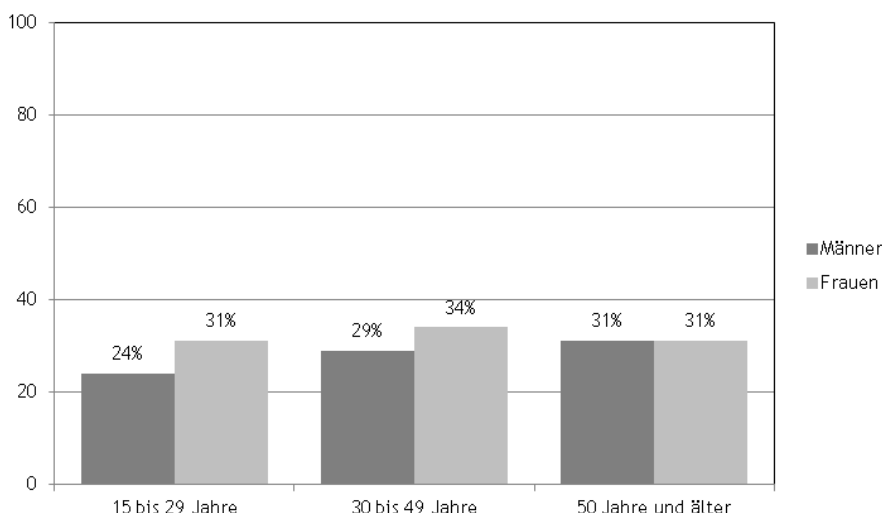
Die psychische Gesundheit und psychische Erkrankungen gewinnen zunehmend an Bedeutung. In Österreich sind psychische Erkrankungen bereits der zweithäufigste Grund für vorzeitige Pensionierungen - bei Frauen sogar der häufigste Grund für eine Invaliditätspension.²

3.9.1. Ergebnisse der Gesundheitsumfrage 2012

Gemäß dem Motto „There is no health without mental health - es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit“ wurde im Rahmen der Linzer Gesundheitsumfrage 2012 eine spezielle Fragebatterie zu diesem Thema in den Fragebogen eingebaut. Es handelt sich dabei um fünf standardisierte und von der WHO publizierte Fragen („Wellbeing-Five“), die einen Hinweis auf eine depressive Verstimmung geben können.³

Insgesamt wurden bei 30 Prozent der Linzer Bevölkerung Anzeichen einer depressiven Verstimmung bzw. Depression festgestellt (Männer: 29%; Frauen: 32%).

Abbildung 1: Anzeichen einer Depression nach Altersgruppen



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.226; Männer: Cramer-V=n.s.; Frauen: Cramer-V=n.s.

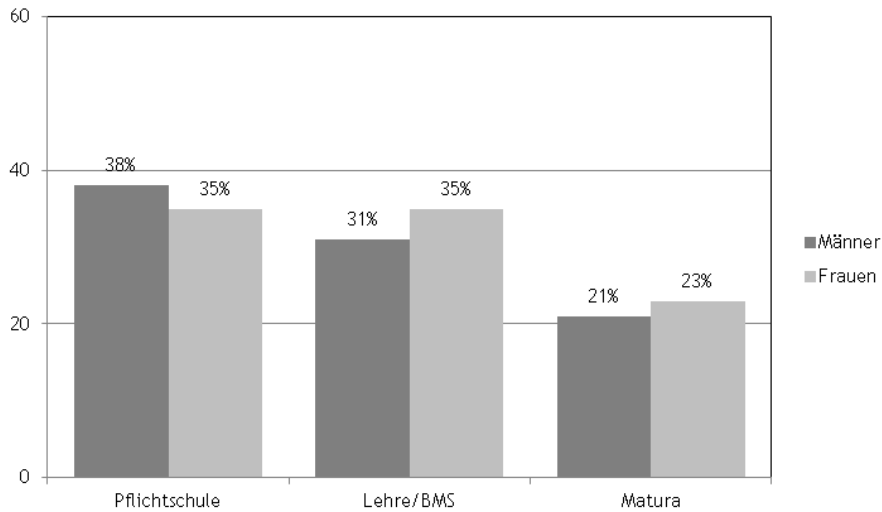
In der jüngsten Altersgruppe zwischen 15 und 29 Jahren zeigen sich bei 24 Prozent der Männer und 31 Prozent der Frauen abklärungsbedürftige Anzeichen einer depressiven Verstimmung bzw. Depression. In der mittleren Altersgruppe zwischen 30 und 49 Jahren haben 29 Prozent der Männer und 34 Prozent der Frauen solche Anzeichen. Bei den über 50-jährigen Befragten zeigen sich bei jeweils 31 Prozent der Männer und Frauen Hinweise auf eine eingeschränkte psychische Gesundheit (Abbildung 1).

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Schulbildung und den Anzeichen einer Depression (Abbildung 2).

² Institut für Gesundheitsplanung 2012, S. 76

³ Der Wellbeing-Five setzt sich aus fünf Aussagen (z.B. „Während der letzten zwei Wochen fühlte ich mich fröhlich und gut gelaunt.“) zusammen. Für jede Aussage stehen dem Befragten sechs Antwortkategorien (z.B. „meistens“) zur Verfügung. Jeder Antwort wird eine gewisse Punktzahl zugeordnet (z.B. „meistens“ ergibt in Kombination mit „...fühlte ich mich fröhlich und gut gelaunt.“ 4 Punkte.). Die Punkte aller fünf Kombinationen werden addiert. Die Gesamtpunktzahl liegt zwischen 0 und 25. Erreicht ein Befragter eine Punktzahl von 13 oder weniger, kann dies ein Hinweis auf eine Depression bzw. eine depressive Verstimmung sein.

Abbildung 2: Anzeichen einer Depression nach Schulbildung



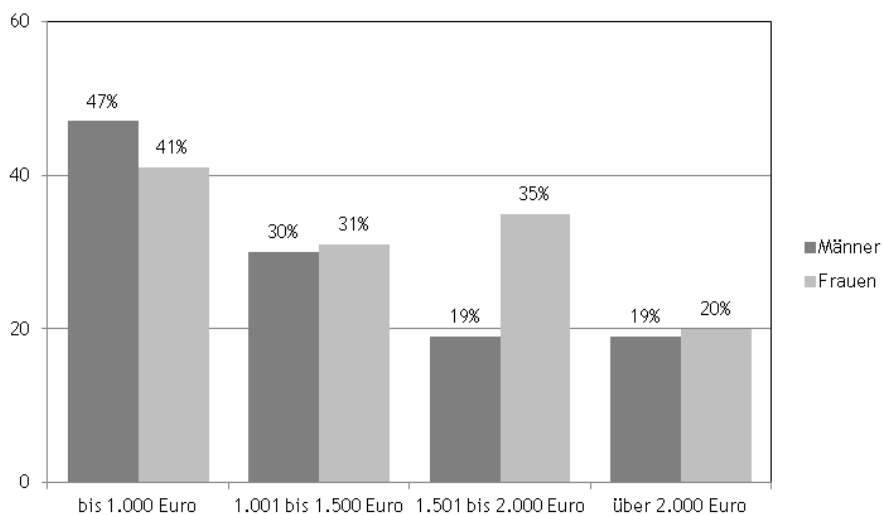
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.245; Männer: Cramer-V=0,125, p<0,01 ; Frauen: Cramer-V=0,117, p<0,05

38 Prozent der Männer bzw. 35 Prozent der Frauen mit Pflichtschulabschluss weisen Anzeichen einer Depression auf. Bei Personen mit (zumindest) Matura ist dieser Anteil deutlich geringer: 21 Prozent dieser Männer und 23 Prozent dieser Frauen haben Anzeichen einer Depression (Abbildung 2).

Ein weiterer Hinweis dafür, dass der soziale Status und die psychische Befindlichkeit zusammenhängen, ergibt sich aus folgendem Ergebnis: Zwischen der Einkommens-

situation und der psychischen Befindlichkeit besteht sowohl bei Männern als auch bei Frauen ein signifikanter Zusammenhang. Während in der Gruppe jener, die am wenigsten Einkommen zur Verfügung haben, 47 Prozent der Männer und 41 Prozent der Frauen Anzeichen einer Depression aufweisen, sind es unter jenen mit einem Äquivalenzeinkommen von über 2.000 Euro „nur“ 19 Prozent bei den Männern und 20 Prozent bei den Frauen (Abbildung 3).

Abbildung 3: Anzeichen einer Depression nach Einkommen

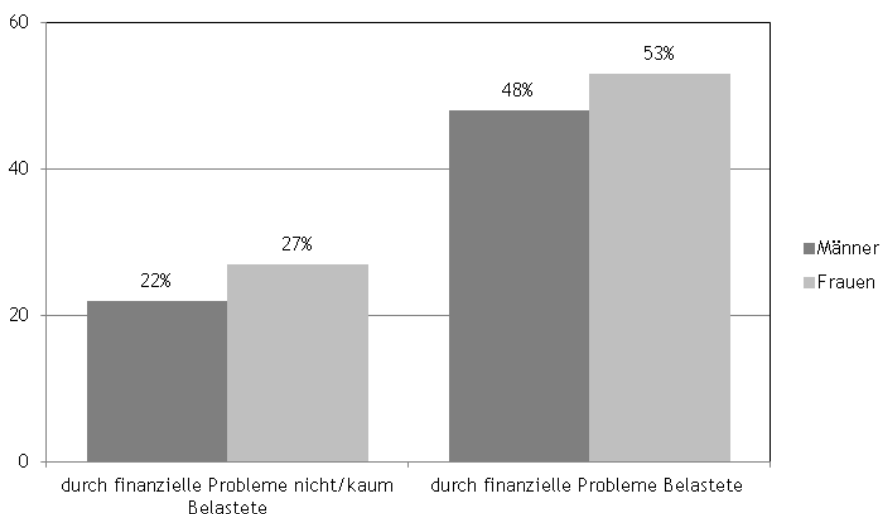


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.124; Männer: Cramer-V=0,247, p<0,001 ; Frauen: Cramer-V=0,140, p<0,05

Mit den Ergebnissen aus der Abbildung 3 einhergehend sind die Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs von Belastungen durch finanzielle Probleme und den Anzeichen einer Depression zu sehen (Abbildung 4): Während „nur“ 22 Prozent der Männer und 27 Prozent der Frauen

ohne Belastungen durch finanzielle Probleme Anzeichen einer Depression aufweisen, sind es in der Gruppe jener Menschen, die durch finanzielle Probleme belastet sind, in etwa doppelt so viele (Männer: 48%; Frauen: 53%).

Abbildung 4: Anzeichen einer Depression und Belastung durch finanzielle Probleme

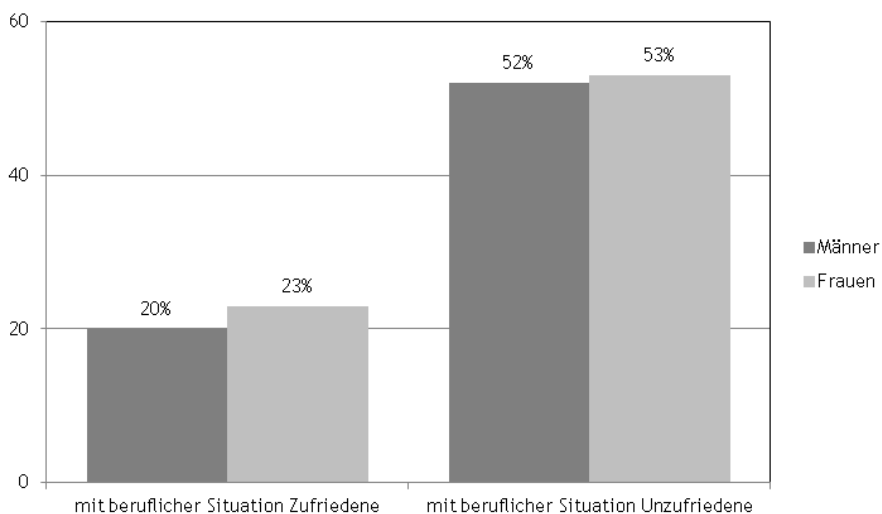


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.138; Männer: Cramer-V=0,247, p<0,001 ; Frauen: Cramer-V=0,240, p<0,001

Das psychische Wohlbefinden hängt stark mit der Zufriedenheit bezüglich der beruflichen Situation zusammen: Bei beiden Geschlechtern sind jene Menschen deutlich

häufiger von Anzeichen einer Depression betroffen, die sich mit ihrer beruflichen Situation unzufrieden zeigen (Abbildung 5).

Abbildung 5: Anzeichen einer Depression und Zufriedenheit mit beruflicher Situation



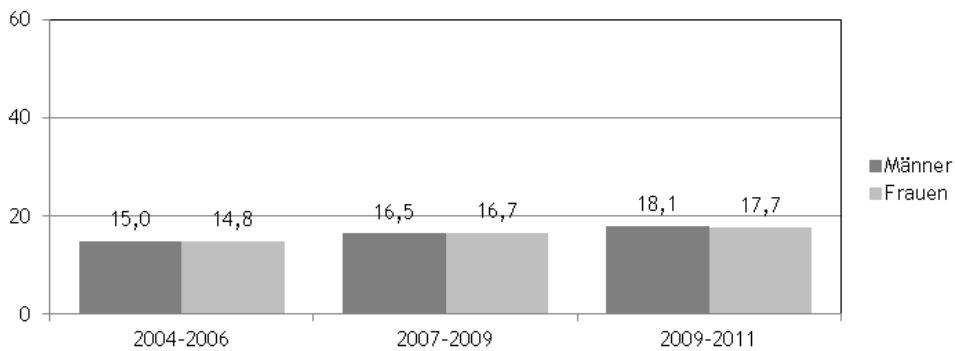
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.008; Männer: Cramer-V=0,311, p<0,001 ; Frauen: Cramer-V=0,278, p<0,001

3.9.2. Krankenhausaufenthalte

Pro Jahr (Drei-Jahres-Durchschnitt 2009-2011) weisen in Linz 17,9 Personen pro 1.000 EinwohnerInnen mindestens einen Krankenhausaufenthalt aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen (Hauptdiagnose ICD10: F00-F99)

auf. Oberösterreichweit liegt der Wert bei 12,4 betroffenen Personen pro 1.000 und ist somit signifikant niedriger. Männer und Frauen unterscheiden sich hinsichtlich der Krankenhausaufenthalte aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen (insgesamt betrachtet) kaum (Abbildung 6).

Abbildung 6: Krankenhausaufenthalte aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen (Betroffene pro 1.000 innerhalb von 12 Monaten)

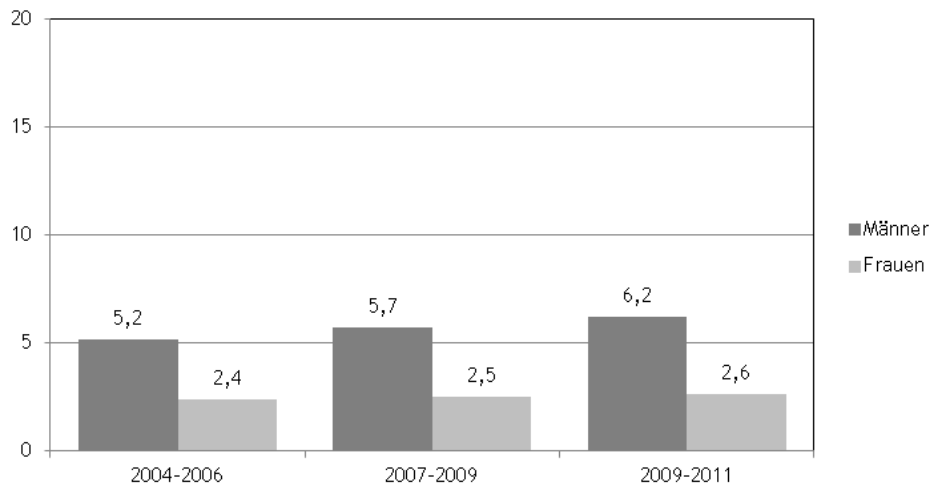


Quelle: OÖGKK, FOKO (IGP-eigene Berechnungen); Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen (Hauptdiagnose ICD10: F00-F99) innerhalb eines Jahres (Drei-Jahres-Durchschnitt) pro 1.000 Bevölkerung, altersstandardisiert auf Europa-Standardbevölkerung

Während es also kaum Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich der Betroffenheit von mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres aufgrund von sämtlichen psychischen und Verhaltensstörungen gibt, treten bei differenzierter Analyse doch Unterschiede zu Tage: So sind Männer eher von Kranken-

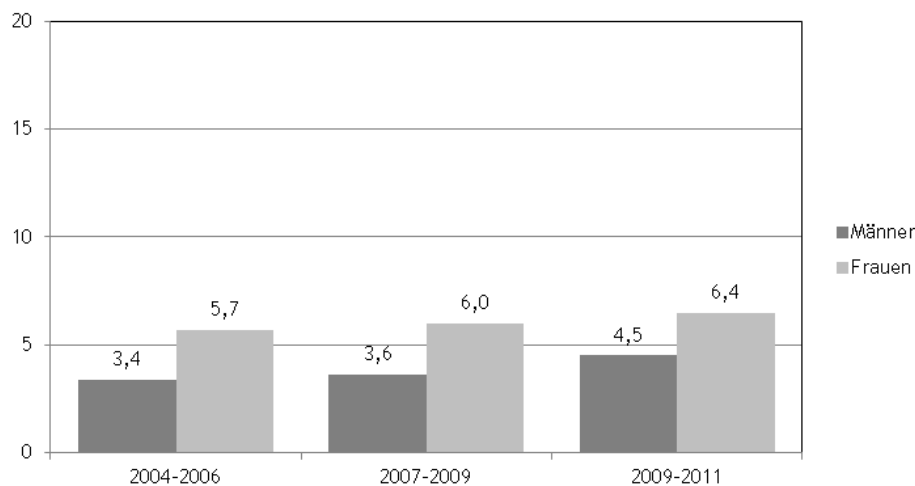
hausaufenthalten aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (z.B. Alkohol) betroffen als Frauen (Abbildung 7). Frauen wiederum werden häufiger aufgrund von affektiven Störungen stationär behandelt als Männer (Abbildung 8).

Abbildung 7: Krankenhausaufenthalte aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Betroffene pro 1.000 innerhalb von 12 Monaten)



Quelle: OÖGKK, FOKO (IGP-eigene Berechnungen); Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Hauptdiagnose ICD10: F10-F19) innerhalb eines Jahres (Drei-Jahres-Durchschnitt) pro 1.000 Bevölkerung, altersstandardisiert auf Europa-Standardbevölkerung

Abbildung 8: Krankenhausaufenthalte aufgrund von affektiven Störungen (Betroffene pro 1.000 innerhalb von 12 Monaten)



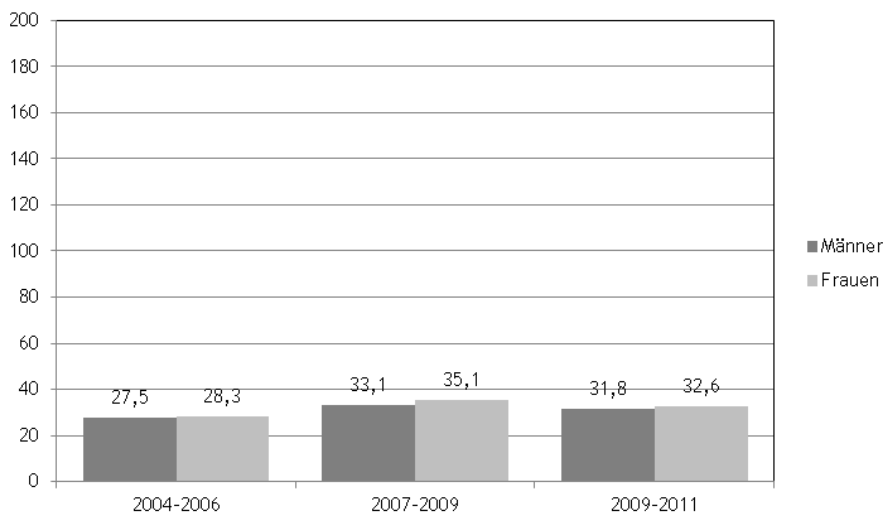
Quelle: OÖGKK, FOKO (IGP-eigene Berechnungen); Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt aufgrund von affektiven Störungen (Hauptdiagnose ICD10: F30-F39) innerhalb eines Jahres (Drei-Jahres-Durchschnitt) pro 1.000 Bevölkerung, altersstandardisiert auf Europa-Standardbevölkerung

3.9.3. Medikamentenverordnungen

Durchschnittlich werden innerhalb eines Jahres (Drei-Jahres-Durchschnitt 2009-2011) an rund 3 Prozent (32 pro 1.000) der OÖGKK-Versicherten mit Hauptwohnsitz in Linz Antipsychotika verordnet. Oberösterreichweit liegt

der Wert bei rund 21 betroffenen Personen pro 1.000 und ist somit signifikant niedriger. Die Unterschiede sind zwischen den Geschlechtern diesbezüglich verschwindend gering (Abbildung 9).

Abbildung 9: Verordnung von Antipsychotika (Betroffene pro 1.000 innerhalb von 12 Monaten)

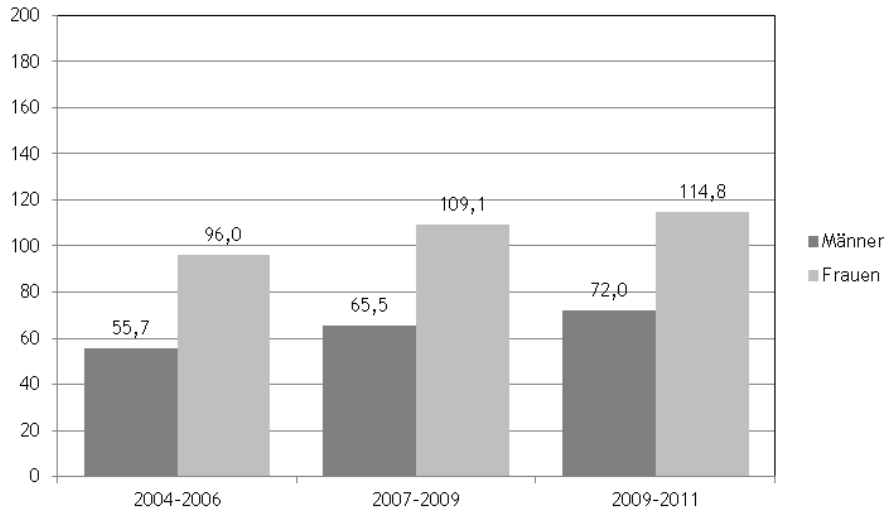


Quelle: OÖGKK, FOKO (IGP-eigene Berechnungen); Personen mit mindestens einer Verordnung von Antidepressiva (ATC-Gruppe: N05A) innerhalb eines Jahres (Drei-Jahres-Durchschnitt) pro 1.000 Bevölkerung, altersstandardisiert auf Europa-Standardbevölkerung

Durchschnittlich werden innerhalb eines Jahres (Drei-Jahres-Durchschnitt 2009-2011) an rund 10 Prozent (96 pro 1.000) der OÖGKK-Versicherten mit Hauptwohnsitz in Linz Antidepressiva verordnet. Oberösterreichweit liegt der Wert bei rund 77 betroffenen Personen pro 1.000 und ist somit signifikant niedriger. Anders als bei den Antip-

sychotika gibt es bei der Verordnung von Antidepressiva sehr deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Während von 1.000 Männern „nur“ 72 pro Jahr Antidepressiva verordnet bekommen, sind es bei den Frauen rund 115 pro 1.000 (Abbildung 10).

Abbildung 10: Verordnung von Antidepressiva (Betroffene pro 1.000 innerhalb von 12 Monaten)



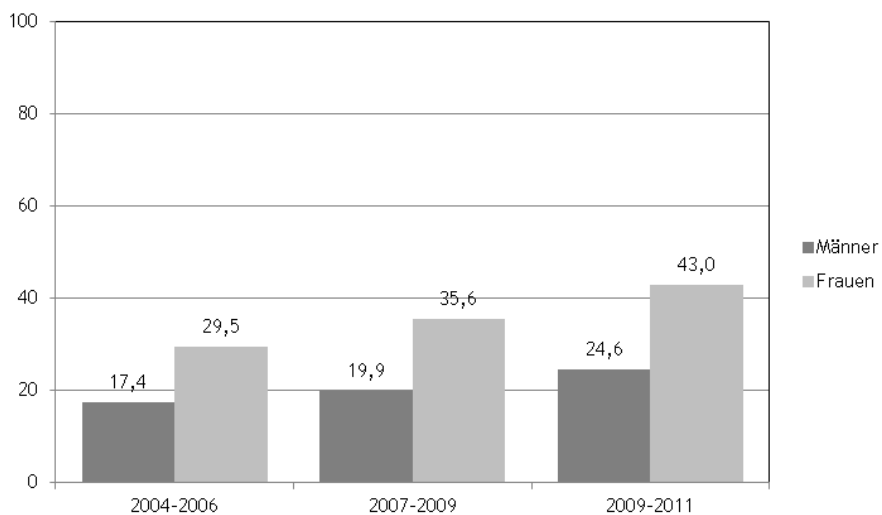
Quelle: OÖGKK, FOKO (IGP-eigene Berechnungen); Personen mit mindestens einer Verordnung von Antidepressiva (ATC-Gruppe: N06A) innerhalb eines Jahres (Drei-Jahres-Durchschnitt) pro 1.000 Bevölkerung, altersstandardisiert auf Europa-Standardbevölkerung

3.9.4. Krankenstand (Arbeitsunfähigkeit)

Im Durchschnitt (Drei-Jahres-Durchschnitt 2009-2011) kommen in Linz auf 1.000 Beschäftigte Männer rund 25, die innerhalb eines Jahres mindestens einmal wegen psychischen und Verhaltensstörungen in Krankenstand sind.

Bei den Frauen ist die Rate mit 43 Betroffenen je 1.000 Beschäftigten deutlich höher ausgeprägt. Im Zeitverlauf kann zudem eine Zunahme der Betroffenenrate konstatiert werden (Abbildung 11).

Abbildung 11: Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen

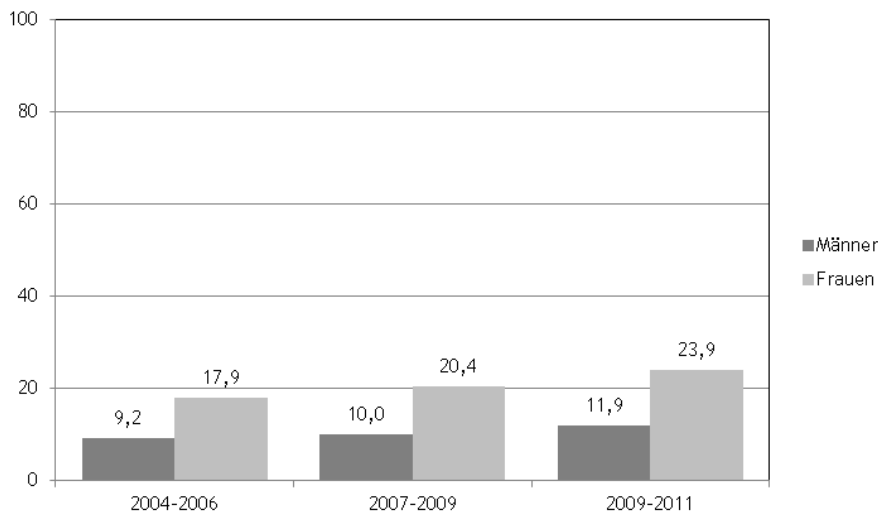


Quelle: OÖGKK, FOKO (IGP-eigene Berechnungen); Personen mit mindestens einem Krankenstand aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen (ICD10: F00-F99) innerhalb eines Jahres (Drei-Jahres-Durchschnitt) pro 1.000 Beschäftigten, altersstandardisiert auf Europa-Standardbevölkerung; nur Beschäftigte (ArbeiterInnen und Angestellte)

Innerhalb eines Jahres (Drei-Jahres-Durchschnitt 2009-2011) haben rund 18 von 1.000 Beschäftigten mindestens einen Krankenstand aufgrund von affektiven Störungen. Der Wert für Gesamtösterreich liegt bei rund 11 pro

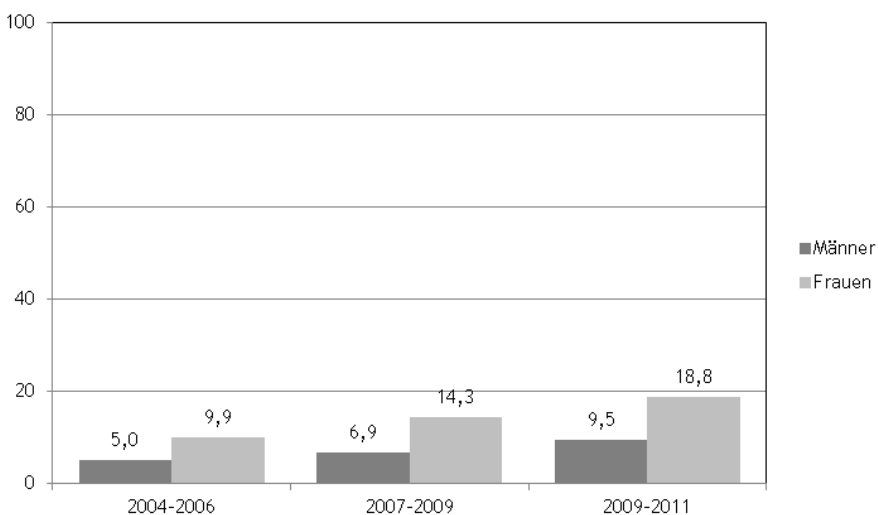
1.000 Beschäftigten. Zwischen den Geschlechtern gibt es diesbezüglich deutliche Unterschiede und die Betroffenheitsrate hat vor allem bei den Frauen in den letzten Jahren etwas zugenommen (Abbildung 12).

Abbildung 12: Arbeitsunfähigkeit aufgrund von affektiven Störungen



Quelle: OÖGKK, FOKO (IGP-eigene Berechnungen); Personen mit mindestens einem Krankenstand aufgrund von affektiven Störungen (ICD10: F30-F39) innerhalb eines Jahres (Drei-Jahres-Durchschnitt) pro 1.000 Beschäftigten, altersstandardisiert auf Europa-Standardbevölkerung; nur Beschäftigte (ArbeiterInnen und Angestellte)

Abbildung 13: Arbeitsunfähigkeit aufgrund von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen



Quelle: OÖGKK, FOKO (IGP-eigene Berechnungen); Personen mit mindestens einem Krankenstand aufgrund von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (ICD10: F40-F48) innerhalb eines Jahres (Drei-Jahres-Durchschnitt) pro 1.000 Beschäftigten, altersstandardisiert auf Europa-Standardbevölkerung; nur Beschäftigte (ArbeiterInnen und Angestellte)

Weiters haben innerhalb eines Jahres (Drei-Jahres-Durchschnitt 2009-2011) rund 14 von 1.000 Beschäftigten mindestens einen Krankenstand aufgrund von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen. Der Wert für Gesamtoberösterreich liegt bei rund 11 pro 1.000 Be-

schäftigten. Zwischen den Geschlechtern gibt es diesbezüglich ebenfalls deutliche Unterschiede und die Betroffenheitsrate hat bei beiden Geschlechtern in den letzten Jahren deutlich zugenommen (Abbildung 13).

Fakten

- 30 Prozent der befragten LinzerInnen weisen Anzeichen einer Depression bzw. depressiven Verstimmung auf (Männer: 29%; Frauen: 32%).
- Der Anteil an betroffenen Personen ist in Bevölkerungsschichten mit niedrigerer Bildung deutlich größer als in jenen mit höherer formaler Bildung.
- Außerdem ist der Anteil an betroffenen Personen in Bevölkerungsschichten mit geringerem Äquivalenzeinkommen deutlich größer als in jenen mit hohem Äquivalenzeinkommen.
- Linzerinnen und Linzer, die durch finanzielle Probleme belastet sind, weisen signifikant häufiger Anzeichen einer Depression bzw. depressiven Verstimmung auf.
- Das psychische Wohlbefinden hängt stark mit der Zufriedenheit bezüglich der beruflichen Situation zusammen. Beruflich Zufriedene sind seltener von Anzeichen einer Depression bzw. depressiven Verstimmung betroffen.
- Pro Jahr weisen in Linz 17,9 Personen pro 1.000 EinwohnerInnen mindestens einen Krankenhausaufenthalt aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen auf. Männer und Frauen unterscheiden sich insgesamt betrachtet kaum. Im Detail gibt es aber Unterschiede.

- Frauen sind häufiger von Krankenhausaufenthalten mit der Hauptdiagnose einer affektiven Störung betroffen als Männer.
- Männer sind häufiger von Krankenhausaufenthalten aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen betroffen als Frauen.
- Durchschnittlich werden innerhalb eines Jahres an rund 10 Prozent (96 pro 1.000) der OÖGKK-Versicherten mit Hauptwohnsitz in Linz Antidepressiva verordnet. Während von 1.000 Männern „nur“ 72 pro Jahr Antidepressiva verordnet bekommen, sind es bei den Frauen rund 115 pro 1.000.
- Im Durchschnitt kommen in Linz auf 1.000 Beschäftigte bei den Männern 25 und bei den Frauen 43 Betroffene die innerhalb eines Jahres mindestens einmal wegen psychischen und Verhaltensstörungen in Krankenstand sind.
- Im Zeitverlauf kann eine Zunahme der Betroffenenrate (Krankenstand aufgrund einer psychischen oder Verhaltensstörung zumindest einmal pro Jahr) konstatiert werden

4. INDIVIDUELLE VERHALTENS- WEISEN

Individuelle bzw. gesundheitsrelevante Verhaltensweisen können als Teil eines spezifischen Lebensstils betrachtet werden, der von vielen äußeren Umständen (mit)geprägt wird.¹ Nachfolgend werden die gesundheitsrelevanten, individuellen Verhaltensweisen bezüglich Bewegung, Ernährung, Tabakkonsum, Alkohol, Impfen aber auch die Veränderungsbereitschaft anhand der Daten der Linzer Gesundheitsumfrage 2012 eingehend analysiert.

4.1. Bewegung

Regelmäßige Bewegung hat viele positive Auswirkungen auf die Gesundheit. Sie dient zur Prävention von Stoffwechselkrankheiten und trägt zu einer verbesserten Immunabwehr bei. Außerdem unterstützt regelmäßige Bewegung die Funktionserhaltung des Bewegungsapparats, hat positive Effekte auf die Psyche und trägt insgesamt zur Verhütung frühzeitiger Todesfälle bei. Darüber hinaus beeinflusst regelmäßige Bewegung auch andere gesundheitsrelevante Verhaltensweisen in günstiger Weise: Körperlich aktive Menschen neigen dazu, sich bewusster zu ernähren, weniger Alkohol zu konsumieren und weniger zu rauchen.² Grundsätzlich kann man beim Thema Bewegung zwischen sportlicher Aktivität (4.1.1) und Alltagsbewegung (4.1.2) unterscheiden.

4.1.1. Sportliche Aktivität

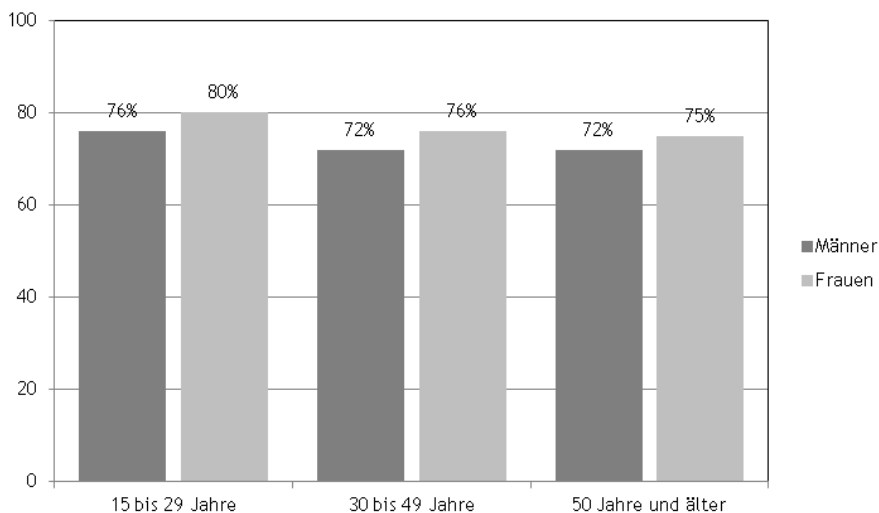
Im Rahmen der Linzer Gesundheitsumfrage 2012 wurden die Linzerinnen und Linzer nach der individuellen sportlichen Aktivität gefragt. Die konkrete Frage dazu lautete: „Betätigen Sie sich mindestens einmal pro Woche sportlich? (z.B. Joggen, schnelles oder langes Radfahren, flottes Gehen, Nordic Walking, usw.)“.

Insgesamt betätigen sich 75 Prozent der Linzer Bevölkerung mindestens einmal pro Woche sportlich - 73 Prozent der Männer und 77 Prozent der Frauen. In den letzten Jahren hat sich der Anteil der sportlich Aktiven vergrößert. Noch im Jahr 2006 lag der Anteil der sportlich Aktiven bei nur 60 Prozent.³

Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen sind beim Anteil der sportlich Aktiven in den unterschiedlichen Altersgruppen keine allzu großen Unterschiede auszumachen (Abbildung 1).

Die sportliche Aktivität und das Bildungsniveau hängen bei Frauen und bei Männern statistisch signifikant zusammen. Je höher die formale Bildung, desto größer ist der Anteil der sportlich aktiven Linzerinnen und Linzer. Während sich „nur“ 62 Prozent der Männer und 67 Prozent der Frauen mit Pflichtschulabschluss zumindest einmal pro Woche sportlich betätigen, sind es bei den AkademikerInnen 82 Prozent der Männer und 88 Prozent der Frauen (Abbildung 2).

Abbildung 1: Sportliche Aktivität nach Alter



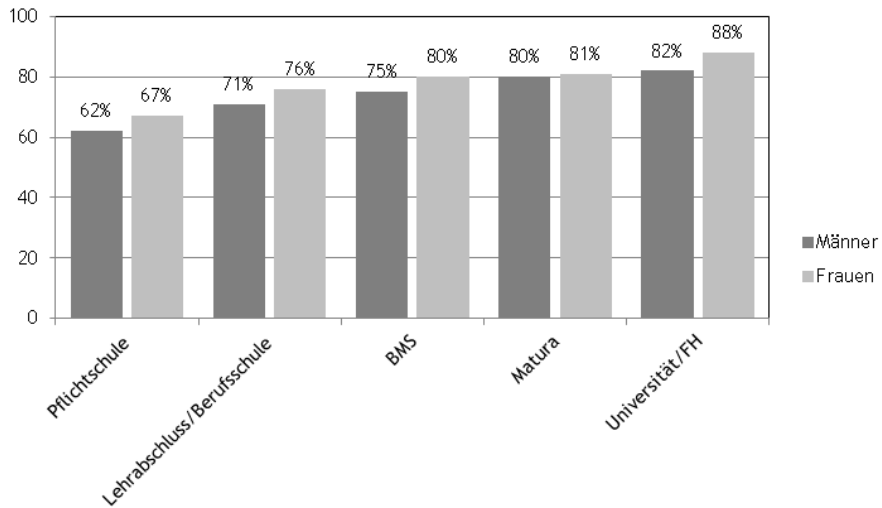
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.277; ; Männer: Cramer-V=n.s.; Frauen: Cramer-V=n.s.; Anteil der Personen, die sich mindestens einmal pro Woche sportlich betätigen

¹ Siegrist 2003, S. 140

² Bundesamt für Sport BASPO 2009, S. 5

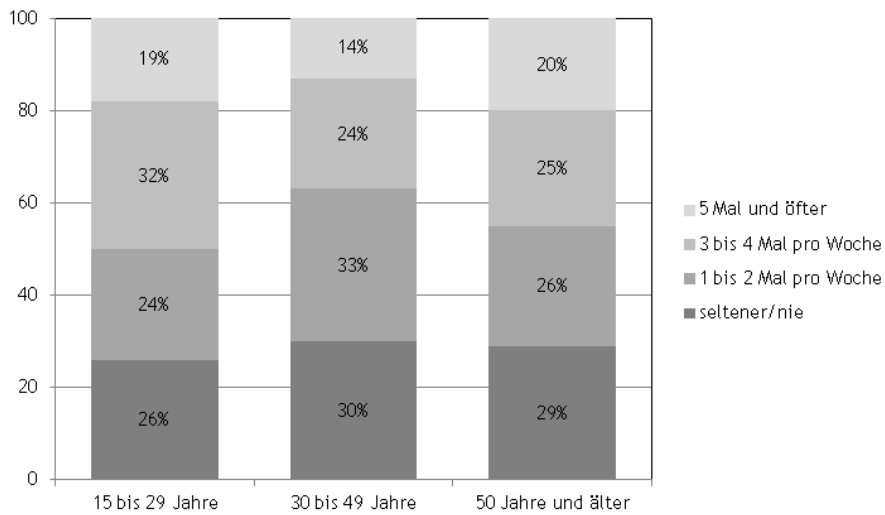
³ Birgmann 2007

Abbildung 2: Sportliche Aktivität nach Bildung



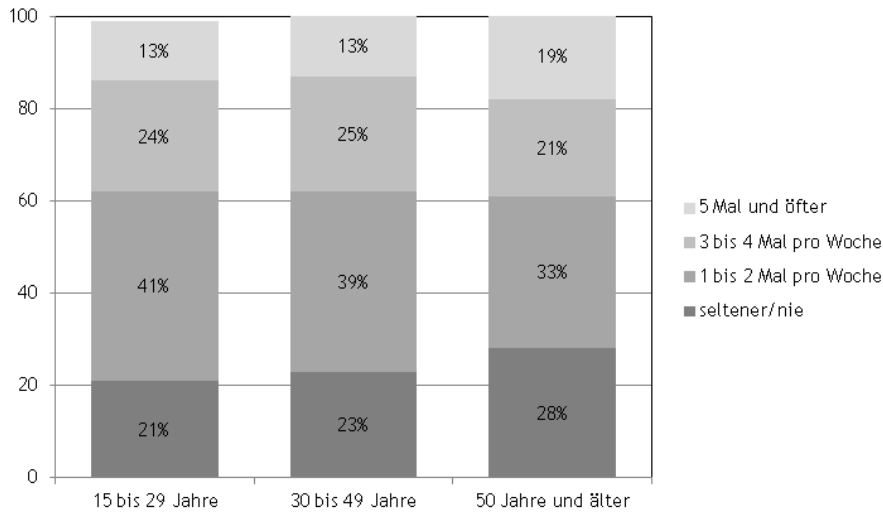
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.296; Männer: Cramer-V=0,145, p<0,05; Frauen: Cramer-V=0,154, p<0,01; Anteil der Personen, die sich mindestens einmal pro Woche sportlich betätigen

Abbildung 3: Frequenz der sportlichen Aktivität nach Altersgruppen - Männer



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=610; Tau-b=n.s.

Abbildung 4: Frequenz der sportlichen Aktivität nach Altersgruppen - Frauen



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=653; Tau-b=0,084, p<0,05

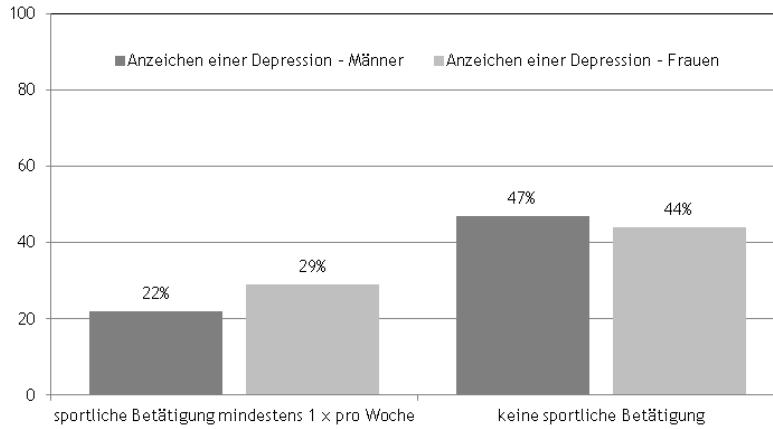
Unter den Linzer Männern können 17 Prozent als äußerst aktiv bezeichnet werden: Diese Männer treiben - unabhängig vom Alter - in einer Woche 5 Mal oder öfter Sport. Bei den 15- bis 29-jährigen Männern betätigen sich 32 Prozent 3 bis 4 Mal pro Woche, bei den Männern über 30 Jahre sind es zwischen 24 und 25 Prozent, die sich zwischen 3 und 4 Mal pro Woche sportlich betätigen. 1 bis 2 Mal pro Woche „sporteln“ 24 Prozent der unter 30-jährigen Männer. Bei den über 30-Jährigen sind dies zwischen 26 und 33 Prozent. Der Anteil der inaktiven Männer, die sich seltener oder nie sportlich betätigen, liegt in allen Altersgruppen zwischen 26 und 30 Prozent. (Abbildung 3).

19 Prozent der über 50-Jährigen Linzerinnen können als äußerst aktiv bezeichnet werden. Sowohl bei den 30- bis 49-jährigen als auch bei den 15- bis 29-jährigen Frauen liegt der Anteil derer, die sich 5 Mal oder öfter pro Woche sportlich betätigen, bei jeweils 13 Prozent. In allen drei abgebildeten Altersgruppen liegt der Anteil an Frauen,

die sich zwischen 3 und 4 Mal pro Woche sportlich betätigen, zwischen 21 und 25 Prozent. In den Altersgruppen 15 bis 29 Jahre und 30 bis 49 Jahre sind 41 bzw. 39 Prozent zwischen 1 und 2 Mal pro Woche sportlich aktiv. In der Altersgruppe 50 plus liegt dieser Anteil bei 33 Prozent. Der Anteil der inaktiven Frauen, die sich seltener oder nie sportlich betätigen, ist bei den über 50-Jährigen mit 28 Prozent am größten (Abbildung 4).

Es zeigt sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen, dass inaktive Personen deutlich häufiger Anzeichen einer Depression aufweisen als Personen, die regelmäßig - zumindest einmal pro Woche - Sport betreiben. Die Frage von Ursache und Wirkung, die hier berücksichtigt werden muss, kann jedoch an dieser Stelle nicht geklärt werden.

Abbildung 5: Sportliche Aktivität und psychische Gesundheit



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.255; Männer: Cramer-V=0,245, p<0,001; Frauen: Cramer-V=0,127, p<0,01

4.1.2. Alltagsbewegung

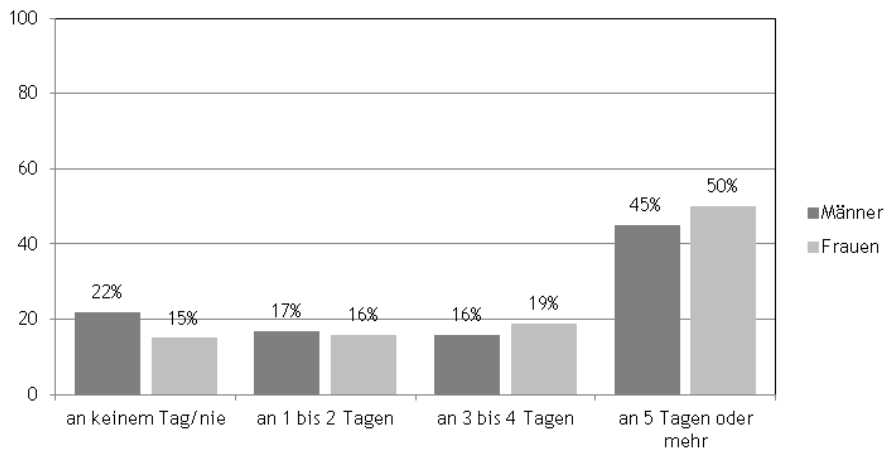
Alltagsbewegung ist vor allem den Lebensstilaktivitäten zuzuordnen. „Unter Alltagsbewegung sind diejenigen körperlichen Aktivitäten zu verstehen, die im Alltag verrichtet werden. Dazu zählen unter anderem Bewegungsaktivitäten im Kontext der Familie, der Hausarbeit sowie Aktivitäten zum Zwecke der Fortbewegung und Mobilität. Im Gegensatz zum Sport ist Alltagsbewegung nicht an feste Zeiten, Pläne oder Richtwerte gebunden. Vielmehr

zeichnet sich diese durch einen sehr individuellen Rahmen und Umfang aus. Beispiele für Alltagsbewegung sind das Treppensteigen oder das Einkaufen zu Fuß.“⁴

Im Rahmen der Linzer Gesundheitsumfrage 2012 wurden wesentliche Aspekte der Alltagsbewegung thematisiert. So wurde nach dem zu Fuß gehen, dem Radfahren sowie anderen Tätigkeiten, die als Alltagsbewegung bezeichnet werden können, gefragt⁵.

Abbildung 6: Alltagsbewegung - zu Fuß gehen

"zu Fuß gehen, um bestimmte Wege zurückzulegen (z.B. zur Arbeit, beim Einkaufen etc.)"



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.333; Cramer-V=0,094, p<0,01

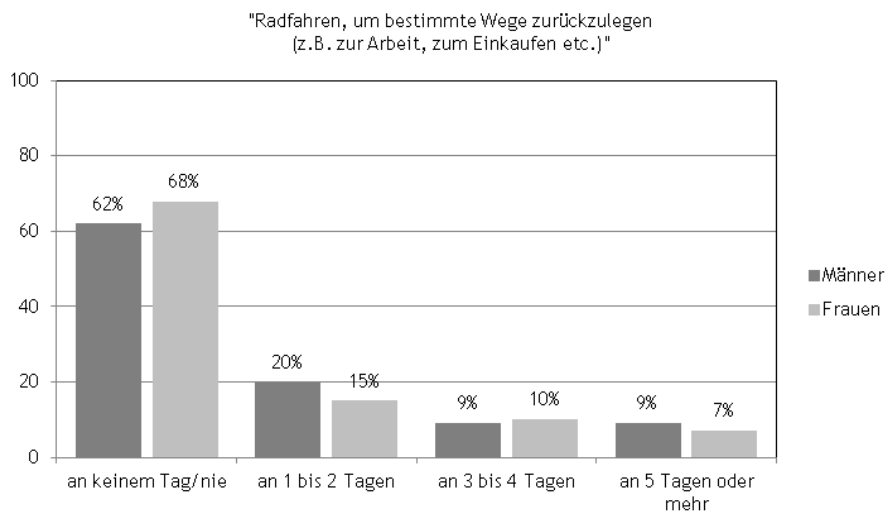
⁴ Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

⁵ Anmerkung: Gefragt wurde nur nach Aktivitäten, die mindestens 10 Minuten ununterbrochen außerhalb der Arbeitszeit durchgeführt werden

Bestimmte Wege (z.B. zur Arbeit) legen 45 Prozent der Männer und 50 Prozent der Frauen an 5 oder mehr Tagen pro Woche zu Fuß zurück. 16 Prozent der Männer und 19 Prozent der Frauen tun dies an 3 bis 4 Tagen und 17 Pro-

zent der Männer bzw. 16 Prozent der Frauen an 1 bis 2 Tagen pro Woche. 22 Prozent der Männer und 15 Prozent der Frauen legen in der Freizeit überhaupt keine Wege zu Fuß zurück (Abbildung 6).

Abbildung 7: Alltagsbewegung - Radfahren

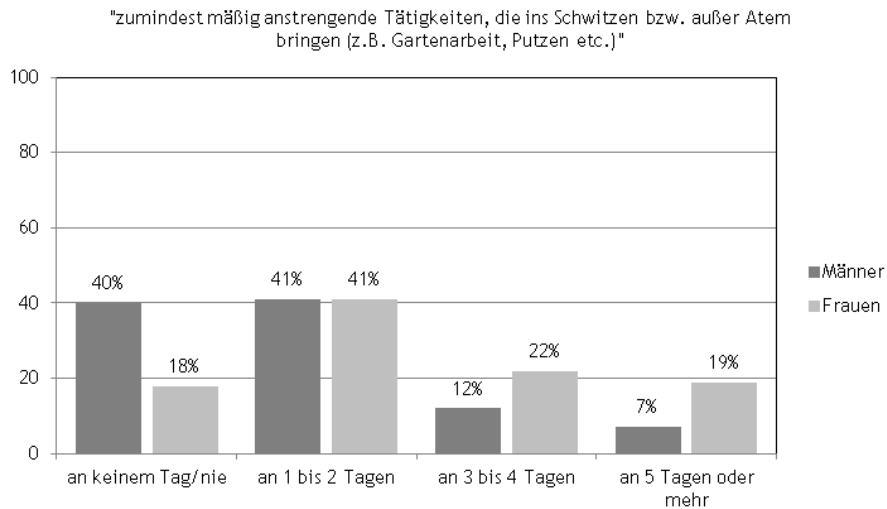


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.334; Cramer-V=0,092, p<0,05

Nur 9 Prozent der Linzer Männer und 7 Prozent der Linzer Frauen legen an 5 oder mehr Tagen in der Woche bestimmte Wege (z.B. zur Arbeit, zum Einkaufen) mit dem Fahrrad zurück. Weitere 9 Prozent der Männer und 10 Prozent der Frauen benützen an 3 bis 4 Tagen und 20 Prozent der Männer bzw. 15 Prozent der Frauen an 1 bis 2 Tagen das Fahrrad, um bestimmte Wege zurückzulegen. 62 Prozent der Linzer und sogar 68 Prozent der Linzerinnen nutzen für solche Wege nie das Fahrrad (Abbildung 7).

Zumindest mäßig anstrengende Tätigkeiten, die ins Schwitzen bzw. außer Atem bringen (z.B. Gartenarbeit, Putzen etc.) erledigen 7 Prozent der Männer und 19 Prozent der Frauen an 5 oder mehr Tagen pro Woche. 12 Prozent der Linzer und 22 Prozent der Linzerinnen üben solche Tätigkeiten an 3 bis 4 Tagen und jeweils 41 Prozent der Männer und Frauen an 1 bis 2 Tagen pro Woche aus. 40 Prozent der Linzer Männer und 18 Prozent der Linzer Frauen meiden solche Tätigkeiten gänzlich (Abbildung 8).

Abbildung 8: Alltagsbewegung - andere Tätigkeiten



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.334; Cramer-V=0,290, p<0,001

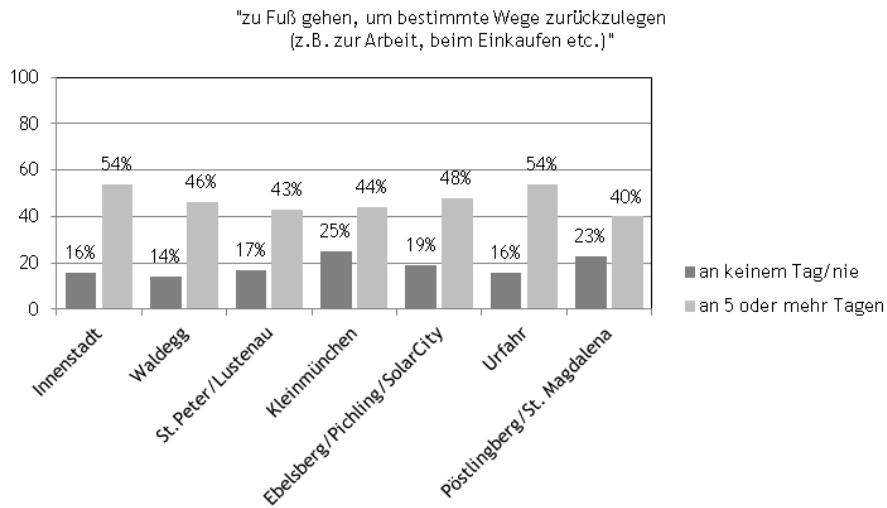
Um Gesundheitsförderungspotentiale zu lokalisieren, wird die Verbreitung der Alltagsbewegung im öffentlichen Raum (zu Fuß gehen, Radfahren) nach Stadtteilen/Wohnort der Befragten analysiert (Abbildung 9 und Abbildung 10).

Häufig zu Fuß bewegen sich LinzerInnen, die in den Stadtteilen Innenstadt und in Urfahr wohnen: Jeweils 54 Prozent der dort lebenden Wohnbevölkerung gehen an 5 oder mehr Tagen zu Fuß, um bestimmte Wege zurückzulegen. Rund jeweils ein Viertel der Wohnbevölkerung in

den Stadtteilen Kleinmünchen (25%) und Pöstlingberg/St.Magdalena (23%) legt überhaupt keine Wege (z.B. um Einkaufen zu gehen) zu Fuß zurück (Abbildung 9).

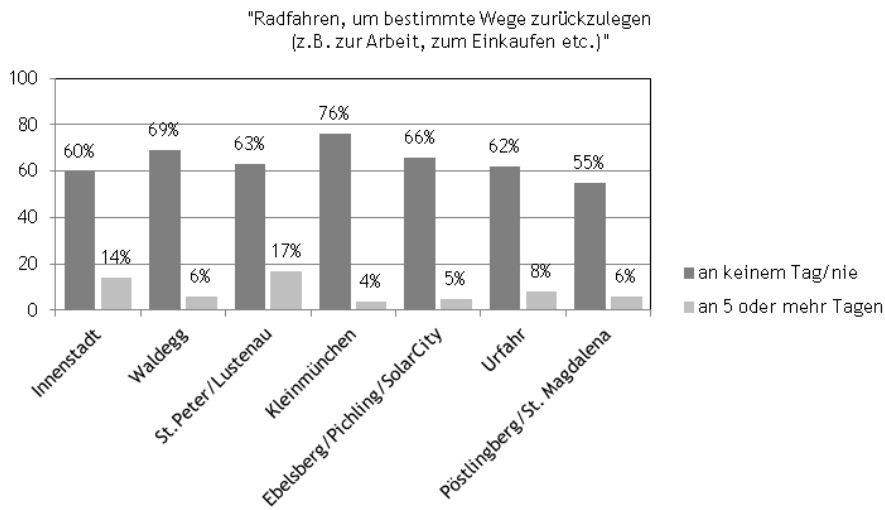
Der Anteil jener Personen, die an 5 oder mehr Tagen mit dem Rad fahren, um bestimmte Wege zurückzulegen, ist in den Stadtteilen Lustenau/St.Peter (17%) und der Innenstadt (14%) am größten. Umgekehrt gibt es in Kleinmünchen (76%), Waldegg (69%) sowie Ebelsberg/Pichling/SolarCity (66%) besonders viele Menschen, die nie Alltagswege mit dem Rad bestreiten (Abbildung 10.)

Abbildung 9: Alltagsbewegung - zu Fuß gehen (nach Wohnort/Stadtteil)



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.335; Cramer-V=n.s.

Abbildung 10: Alltagsbewegung - Radfahren (nach Wohnort/Stadtteil)



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.335; Cramer-V=0,135, p<0,001

Fakten

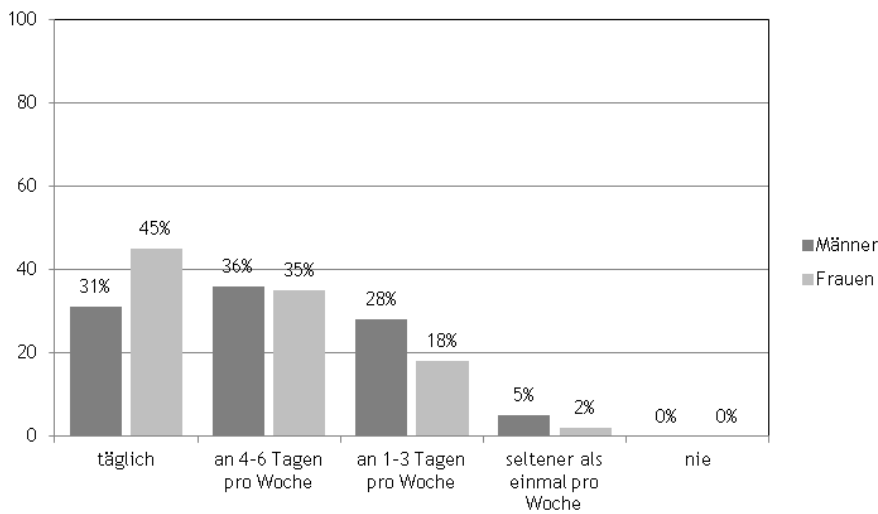
- 75 Prozent der Befragten geben an, sich mindestens einmal pro Woche sportlich zu betätigen - 73 Prozent der Männer und 77 Prozent der Frauen. Im Jahr 2006 lag der Anteil der sportlich Aktiven noch bei 60 Prozent.
 - Der Anteil jener, die sich mindestens dreimal pro Woche sportlich betätigen, ist bei den Männern in der Altersgruppe zwischen 15 und 29 Jahren am größten (51%), bei den Frauen in der Altersgruppe ab 50 Jahren (40%).
 - Sowohl bei Männern als auch bei Frauen gibt es einen Zusammenhang zwischen Schulbildung und sportlicher Aktivität: Je höher die Schulbildung, desto größer ist der Anteil an sportlich aktiven Menschen.
 - Bei den Frauen ist der Anteil jener, die sich seltener als einmal pro Woche oder nie sportlich betätigen bei den über 50-Jährigen am größten (28%), bei den Männern ist dieser Anteil in der Altersgruppe zwischen 30 und 49 Jahren am größten (30%).
- Personen, die gemäß WHO-Wellbeing 5 Anzeichen einer Depression haben, sind in deutlich geringerem Ausmaß sportlich aktiv als andere.
 - 45 Prozent der Linzer und 50 Prozent der Linzerinnen legen an 5 oder mehr Tagen pro Woche bestimmte Wege (z.B. zur Arbeit) zu Fuß zurück, 22 Prozent der Männer und 15 Prozent der Frauen tun dies an keinem Tag der Woche.
 - Nur 9 Prozent der Linzer und 7 Prozent der Linzerinnen legen an 5 oder mehr Tagen pro Woche bestimmte Wege mit dem Fahrrad zurück, 62 Prozent der Männer und 68 Prozent der Frauen nutzen für solche Wege nie das Fahrrad.
 - Deutlich mehr Frauen (41%) als Männer (19%) erledigen an mindestens drei Tagen pro Woche zumindest mäßig anstrengende Tätigkeiten, die ins Schwitzen bzw. außer Atem bringen. Demgegenüber kommen beachtliche 40 Prozent der Linzer Männer nie durch derartige Tätigkeiten ins Schwitzen, bei den Frauen beträgt dieser Anteil nur 18 Prozent.

4.2. Ernährung

Bei der Häufigkeit des Verzehrs von Obst und Gemüse gibt es signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Während rund 45 Prozent der Frauen täglich Gemüse bzw. Salat konsumieren, tun dies nur 31 Prozent der Männer. Gut ein Drittel der Männer (36%) und Frauen (35%) verzehren an 4 bis 6 Tagen pro Woche Gemüse bzw. Salat.

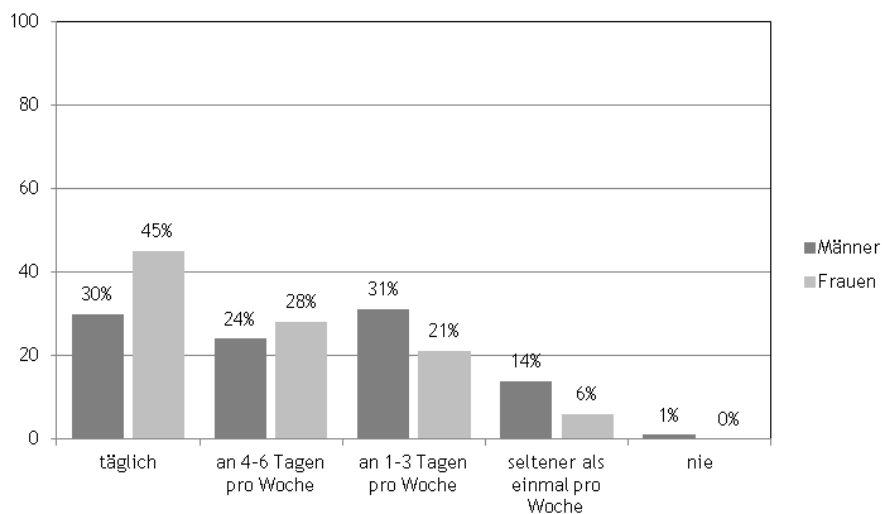
28 Prozent der Männer und 18 Prozent der Frauen essen an 1 bis 3 Tagen in der Woche Gemüse, während 5 Prozent der Männer und 2 Prozent der Frauen fast völlig darauf verzichten (Abbildung 1).

Abbildung 1: Verzehr von Gemüse/Salat



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.322; Cramer-V=0,181, p<0,001

Abbildung 2: Verzehr von Obst



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.321; Cramer-V=0,218, p<0,001

INDIVIDUELLE VERHALTENSWEISEN

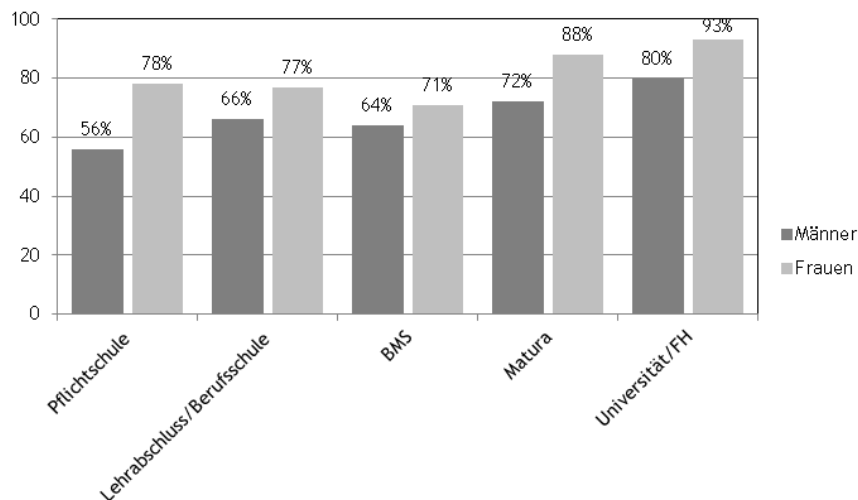
45 Prozent der Frauen und 30 Prozent der Männer essen täglich Obst. Knapp ein Viertel der befragten Männer (24%) und 28 Prozent der Frauen nehmen an 4 bis 6 Tagen pro Woche Obst zu sich. 31 Prozent der Männer und 21 Prozent der Frauen essen immerhin an 1 bis 3 Tagen pro Woche Obst, während 15 Prozent der Männer und 6 Prozent der Frauen (fast) gänzlich darauf verzichten (Abbildung 2).

Die WHO empfiehlt 5 Portionen Obst und Gemüse täglich zu konsumieren, wobei 1 Portion einer Hand voll Obst bzw. Gemüse entspricht. Diese Empfehlungen sind nur äußerst schwer zu erfüllen. Insgesamt 43 Prozent

der Männer und 60 Prozent der Frauen nehmen täglich Obst oder Gemüse zu sich. Die empfohlenen 5 Portionen täglich können insgesamt von 8 Prozent der Befragten erreicht werden, wobei Frauen signifikant häufiger den Empfehlungen nachkommen (Frauen: 10%; Männer: 6%).

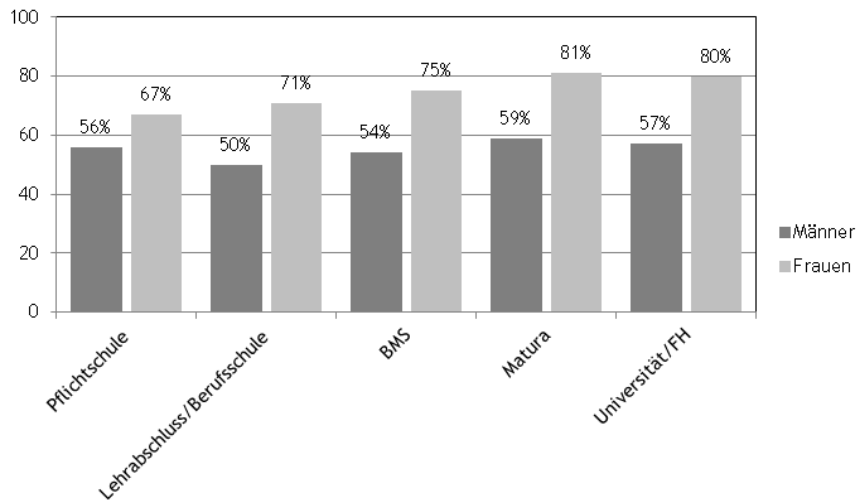
Bezüglich der Häufigkeit des Verzehrs von Gemüse oder Salat gibt es sowohl bei Männern als auch bei Frauen einen signifikanten Zusammenhang mit dem Bildungsstatus. Menschen mit höherem Bildungsabschluss konsumieren häufiger Gemüse oder Salat (Abbildung 3).

Abbildung 3: Verzehr von Gemüse nach Bildung („täglich“/„an 4 - 6 Tagen pro Woche“)



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.297; Männer: Cramer-V=0,151, p<0,01; Frauen: Cramer-V=0,174, p<0,001; Anteile jener Personen, die „täglich“ oder „an 4-6 Tagen pro Woche“ Gemüse oder Salat verzehren

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

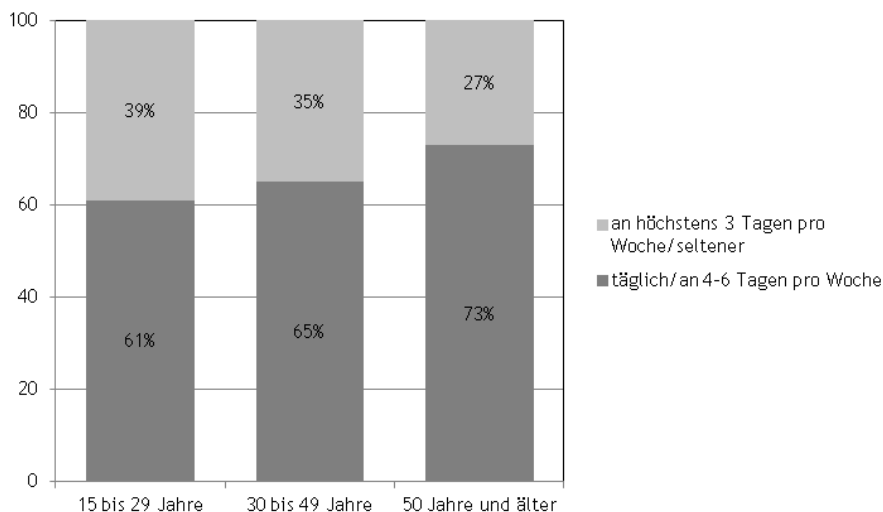


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.294; Männer: Cramer-V=n.s.; Frauen: Cramer-V=n.s.; Anteile jener Personen, die „täglich“ oder „an 4-6 Tagen pro Woche“ Obst verzehren

Bezüglich der Häufigkeit des Verzehrs von Obst sind bei Männern und Frauen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Bildungsstatus feststellbar. Bei den Frauen treten Unterschiede tendenziell - jedoch nicht signifikant - zu Tage: Je höher die Bildung bei den Frauen, desto größer ist der Anteil an jenen, die häufig Obst verzehren (Abbildung 4).

Bei den Männern nimmt der Anteil an jenen Personen, die zumindest an 4 Tagen pro Woche Gemüse essen, mit steigendem Alter zu (Abbildung 5).

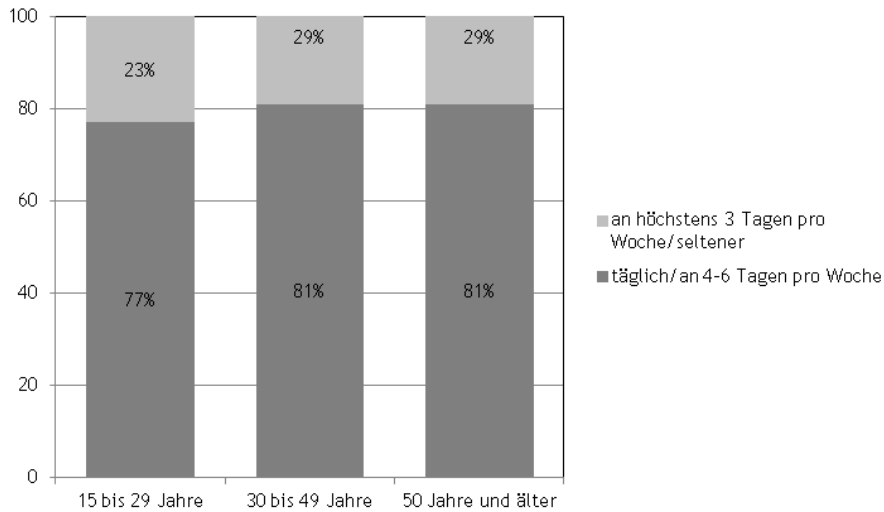
Abbildung 5: Verzehr von Gemüse nach Altersgruppen - Männer



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=614; Cramer-V=0,108, p<0,05

INDIVIDUELLE VERHALTENSWEISEN

Abbildung 6: Verzehr von Gemüse nach Altersgruppen - Frauen

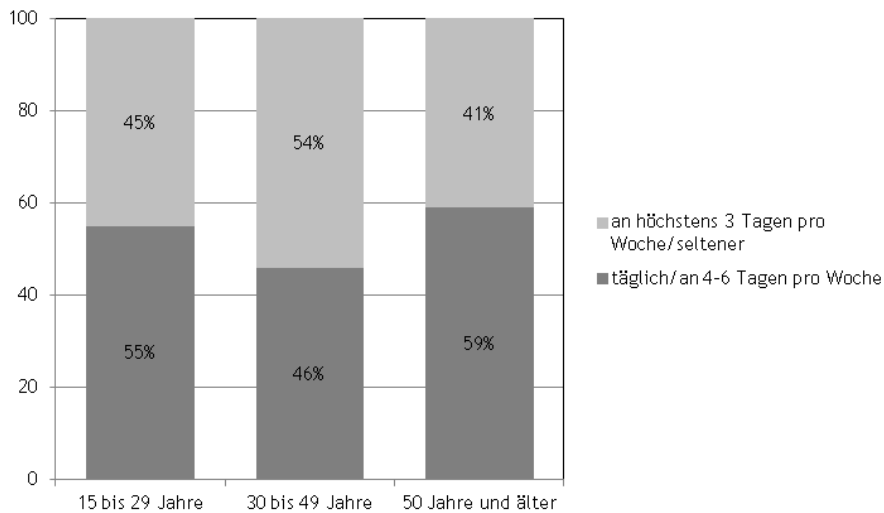


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=666; Cramer-V=n.s.

Während bei den Frauen der Anteil an jenen Personen, die mindestens an 4 Tagen pro Woche Obst verzehren, mit steigendem Alter zunimmt, ist bei den Männern kein

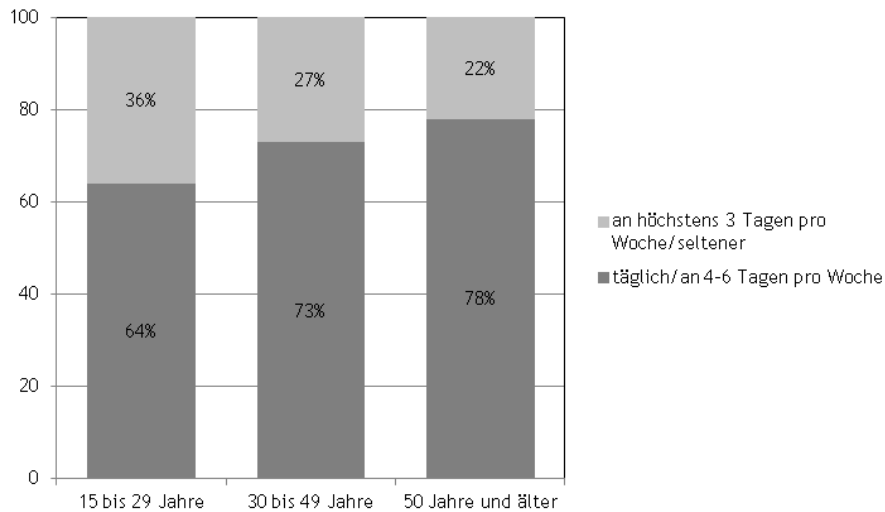
solch stetiger Anstieg auszumachen (Abbildung 7 und Abbildung 8).

Abbildung 7: Verzehr von Obst nach Altersgruppen - Männer



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=616; Cramer-V=0,113, p<0,05

Abbildung 8: Verzehr von Obst nach Altersgruppen - Frauen



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=666; Cramer-V=0,123, p<0,01

Fakten

- 45 Prozent der Linzer Frauen, aber nur 31 Prozent der Linzer Männer konsumieren täglich Gemüse oder Salat. Ähnlich gestaltet sich auch der Obstkonsum: 45 Prozent der Frauen und 30 Prozent der Männer essen täglich Obst.
- Menschen mit einem höheren Bildungsabschluss konsumieren häufiger Gemüse oder Salat. Bezüglich der Häufigkeit des Verzehrs von Obst sind bei den Männern keine Unterschiede hinsichtlich des Bildungsstatus feststellbar, bei Frauen steigt der Obstkonsum mit steigender Schulbildung.
- Bei den Männern nimmt mit steigendem Alter der Anteil an Personen, die zumindest an 4 Tagen pro Woche Gemüse essen, zu. Bei Frauen ist dieser Trend beim Konsum von Obst zu beobachten.

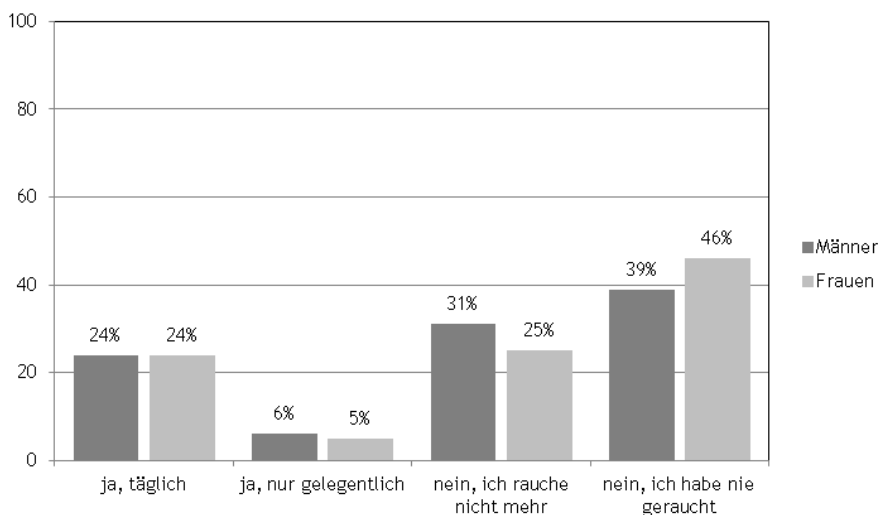
4.3. Tabakkonsum

Im Rahmen der Linzer Gesundheitsumfrage 2012 wurden die Linzerinnen und Linzer nach dem Tabakkonsum gefragt. Über zwei Drittel der Befragten stufen sich selbst als NichtraucherInnen ein. Der NichtraucherInnenanteil setzt sich bei den Frauen aus 46 Prozent „echten“ Nichtraucherinnen, die niemals geraucht haben und 25 Prozent Ex-Raucherinnen zusammen. Bei den Männern sind es 39 Prozent „echte“ Nichtraucher und 31 Prozent Ex-Raucher. Knapp ein Viertel der Männer und Frauen (jeweils 24%) rauchen täglich und weitere 6 Prozent der Männer und 5 Prozent der Frauen rauchen gelegentlich (Abbildung 1).

Von den täglichen RaucherInnen raucht gut ein Viertel (26%) bis maximal 10 Zigaretten pro Tag. Mehr als die Hälfte der RaucherInnen (54%) raucht pro Tag zwischen 11 und 20 Zigaretten. 15 Prozent rauchen zwischen 21 und 30 Zigaretten. Der Anteil der sehr starken RaucherInnen, die täglich über 30 Zigaretten konsumieren, liegt bei 5 Prozent.

Verglichen mit der letzten Erhebung aus dem Jahr 2006 liegt der Anteil an täglichen RaucherInnen unverändert bei 24 Prozent.⁶

Abbildung 1: Tabakkonsum



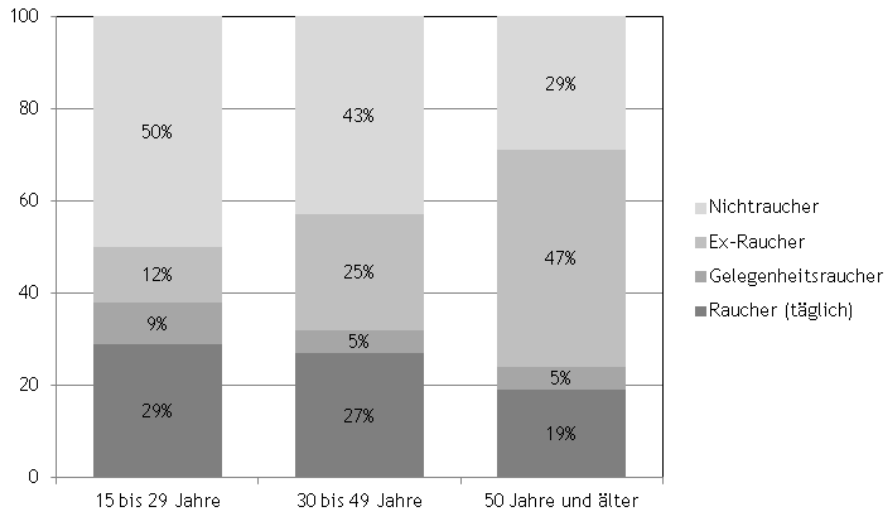
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.317; Cramer-V=0,080, p<0,05

In der Altersgruppe von 15- bis 29 Jahren ist bei den Männern der Anteil an täglichen Rauchern mit 29 Prozent am größten. Erfreulicherweise ist in dieser Gruppe aber auch der Anteil an „echten“ Nichtrauchern mit 50 Prozent sehr

groß (2006: 43%). Der größte Anteil an Ex-Rauchern findet sich in der Altersgruppe 50 Jahre und älter wieder: Fast jeder zweite dieses Alters (47%) zählt zur Gruppe der Ex-Raucher (Abbildung 2).

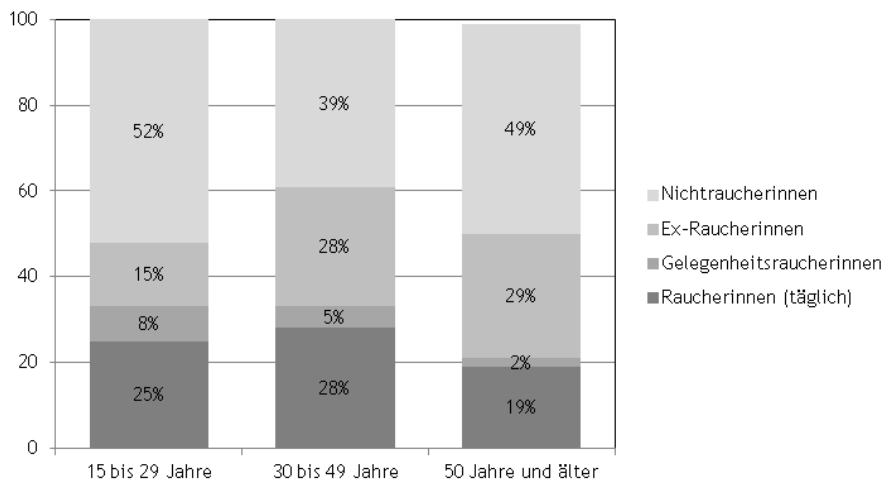
⁶ Birgmann 2007

Abbildung 2: Tabakkonsum nach Alter - Männer



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=618; Cramer-V=0,221, p<0,001

Abbildung 3: Tabakkonsum nach Alter - Frauen

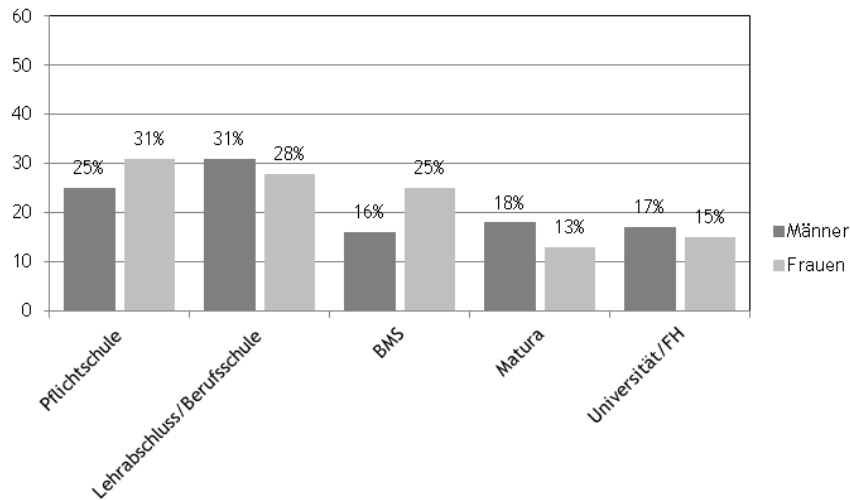


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=660; Cramer-V=0,145, p<0,001

Jede vierte junge Linzerin (25%) zwischen 15 und 29 Jahren raucht täglich. Mehr als die Hälfte dieser Altersgruppe (52%) hat allerdings noch nie geraucht (2006: 53%), 15 Prozent haben damit aufgehört. Der größte Anteil an

Ex-Raucherinnen findet sich in der Altersgruppe 50 Jahre und älter wieder: 29 Prozent dieser Altersgruppe haben das Rauchen aufgegeben (Abbildung 3).

Abbildung 4: Tabakkonsum nach Schulbildung



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.294; Männer: Cramer-V=n.s.; Frauen: Cramer-V=0,113, p<0,05; Anteile jener Personen, die täglich rauchen

Insgesamt gilt: mit zunehmendem Bildungsstatus sinkt der Anteil an RaucherInnen zumindest tendenziell. Bei den Männern rauchen 25 Prozent der Pflichtschulabsolventen und sogar 31 Prozent der Personen mit Lehrabschluss/Berufsschule täglich, während es unter Akademikern (17%) und Maturanten (18%) deutlich weniger sind. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Frauen: 31 Prozent der Pflichtschulabsolventinnen und 28 Prozent der Per-

sonen mit Lehrabschluss/Berufsschule rauchen täglich, während es unter Akademikerinnen (15%) und Maturantinnen (13%) nur etwa halb so viel sind (Abbildung 4).

Insgesamt ein Drittel der RaucherInnen (33%) hat innerhalb des letzten Jahres ernsthaft versucht mit dem Rauchen aufzuhören. Bei Frauen lag die Versuchsquote bei 37 Prozent, bei den Männern nur bei 27 Prozent.

Fakten

- 70 Prozent der Männer und 71 Prozent der Frauen sind NichtraucherInnen, wobei der Anteil der „echten“ NichtraucherInnen, die niemals geraucht haben, bei den Männern 39 und bei den Frauen 46 Prozent ausmachen.
- Knapp ein Viertel der LinzerInnen raucht täglich, 6 Prozent der Männer und 5 Prozent der Frauen gelegentlich.
- Mehr als die Hälfte der täglichen RaucherInnen raucht zwischen 11 und 20 Zigaretten pro Tag, rund ein Viertel bis maximal 10.

- Bei den Männern ist der Anteil jener, die täglich zur Zigarette greifen, in der Gruppe der 15- bis 29-Jährigen mit 29 Prozent am größten, bei den Frauen sind es die 30- bis 49-Jährigen (28%) bzw. die 15- bis 29-Jährigen (25%), die am häufigsten täglich rauchen.
- Der Anteil der RaucherInnen sinkt mit zunehmenden Bildungsstatus.
- Ein Drittel der RaucherInnen hat innerhalb des letzten Jahres einen ernsthaften Versuch gestartet, mit dem Rauchen aufzuhören (Frauen 37%, Männer 27%).

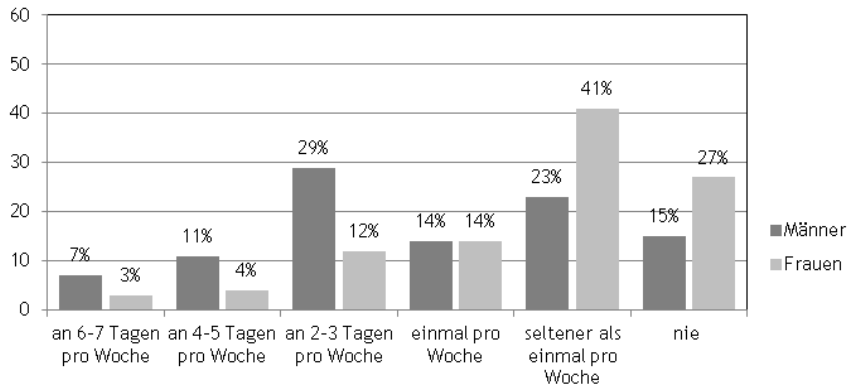
4.4. Alkohol

Im Rahmen der Linzer Gesundheitsumfrage 2012 wurden die Linzer BürgerInnen gefragt, wie oft sie Alkohol konsumieren. Die konkrete Frage lautete: „An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie Alkohol?“

Bezüglich der Häufigkeit des Konsums von Alkohol unterscheiden sich Männer und Frauen signifikant: 7 Prozent der Männer und 3 Prozent der Frauen geben an, an 6 bis 7 Tagen pro Woche Alkohol zu konsumieren. Weitere 11

Prozent der Männer und 4 Prozent der Frauen trinken an 4 bis 5 Tagen pro Woche Alkohol. 29 Prozent der Männer und 12 Prozent der Frauen konsumieren an 2 bis 3 Tagen in der Woche alkoholische Getränke und jeweils 14 Prozent einmal pro Woche. Knapp ein Viertel der Männer (23%) und 41 Prozent der Frauen trinken seltener als einmal pro Woche Alkohol. Als abstinent gelten laut Selbstausskunft 15 Prozent der Männer und 27 Prozent der Frauen: Sie geben an, nie Alkohol zu trinken (Abbildung 1).

Abbildung 1: Alkoholkonsum (Frequenz)



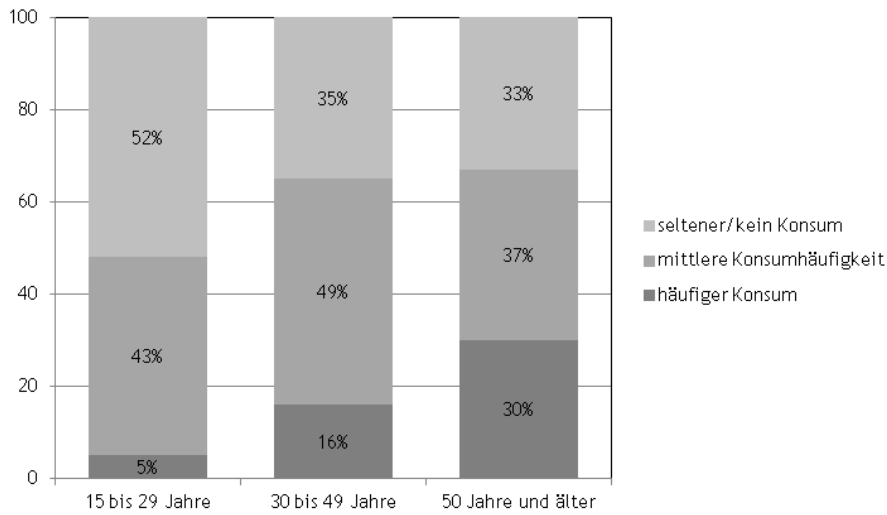
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.320; Cramer-V=0,320, p<0,001

In der Altersgruppe 50 Jahre und älter ist der Anteil an Männern, die häufig Alkohol konsumieren, am größten (30%). Umgekehrt ist in der jüngsten Altersgruppe zwischen 15 und 29 Jahren der Anteil an jenen Männern am

größten, die keinen oder nur selten Alkohol trinken (52%). Nur 5 Prozent der jungen Männer trinken mindestens an 4 Tagen pro Woche Alkohol (Abbildung 2).

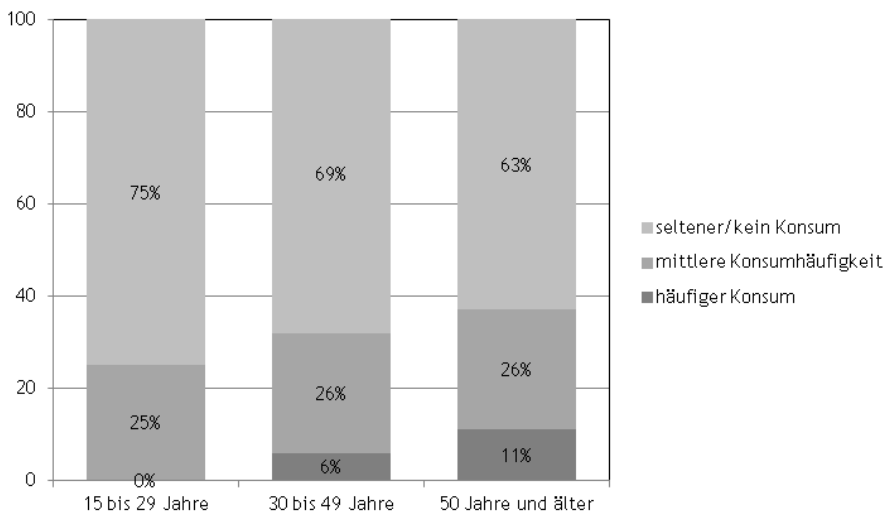
INDIVIDUELLE VERHALTENSWEISEN

Abbildung 2: Alkoholkonsum nach Alter - Männer



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=618; Tau-b=0,192, p<0,001; „häufiger Konsum“ = an 4 bis 7 Tagen pro Woche, „mittlere Konsumhäufigkeit“ = an 1 bis 3 Tagen pro Woche, „seltener/kein Konsum“ = seltener als einmal pro Woche oder nie

Abbildung 3: Alkoholkonsum nach Alter - Frauen



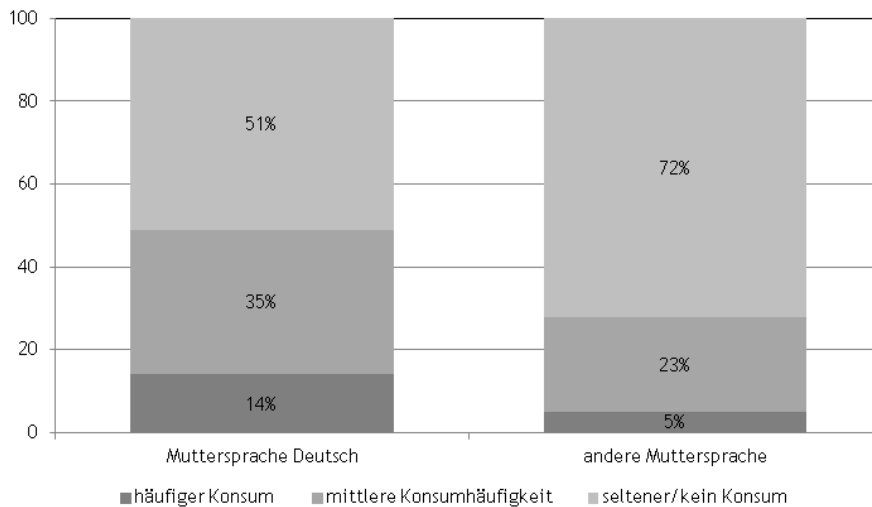
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=664; Tau-b=0,111, p<0,001; „häufiger Konsum“ = an 4 bis 7 Tagen pro Woche, „mittlere Konsumhäufigkeit“ = an 1 bis 3 Tagen pro Woche, „seltener/kein Konsum“ = seltener als einmal pro Woche oder nie

Drei Viertel der jungen Linzerinnen (75%) zwischen 15 und 29 Jahren trinken nur selten oder überhaupt keinen Alkohol. Der größte Anteil an häufigen Alkoholkonsumentinnen findet sich - wie auch bei den Männern - in der Altersgruppe 50 Jahre und älter: 11 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe trinken an mindestens 4 Tagen pro Woche Alkohol (Abbildung 3).

LinzerInnen mit Migrationshintergrund (andere Muttersprache als Deutsch) trinken deutlich seltener Alkohol

als LinzerInnen ohne Migrationshintergrund. In diesem Zusammenhang spielen vermutlich religiöse Überzeugungen eine wesentliche Rolle. Selten oder keinen Alkohol trinken knapp drei Viertel (72%) der Menschen mit Migrationshintergrund während dies bei Menschen ohne Migrationshintergrund 51 Prozent tun. 14 Prozent der LinzerInnen ohne Migrationshintergrund weisen einen häufigen Alkoholkonsum auf, während es bei LinzerInnen mit Migrationshintergrund nur 5 Prozent sind (Abbildung 4).

Abbildung 4: Alkoholkonsum und Migrationshintergrund



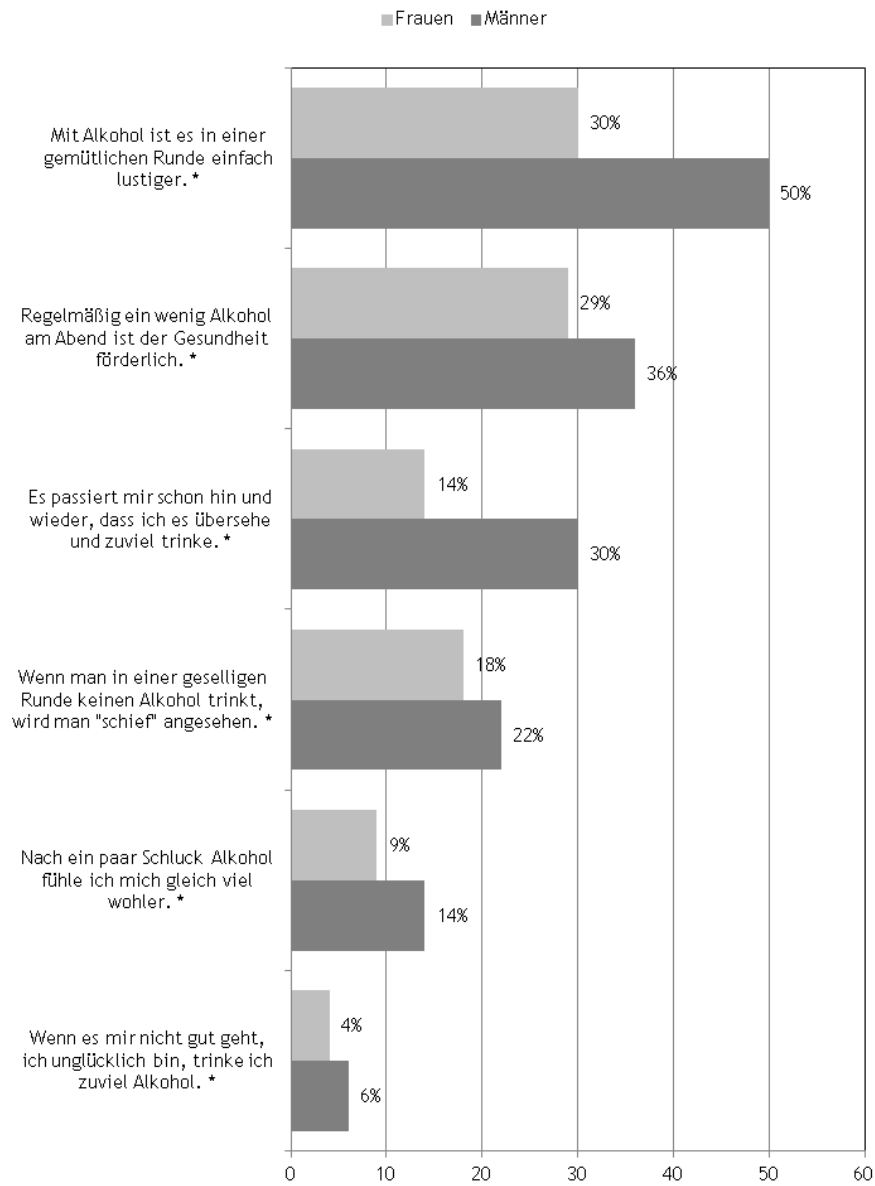
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.312; Cramer-V=0,133, p<0,001

Zusätzlich zur Alkoholfrequenz wurde im Rahmen der Linzer Gesundheitsumfrage 2012 auch nach unterschiedlichen Einstellungen zum Thema Alkohol gefragt. Mehr Männer (50%) als Frauen (30%) sind der Meinung, dass es mit Alkohol in einer gemütlichen Runde einfach lustiger ist. Gut ein Drittel der Männer (36%) und 29 Prozent der Frauen halten den regelmäßigen Konsum von ein wenig Alkohol am Abend für gesundheitsförderlich. Deutlich mehr Männer (30%) als Frauen (14%) übersehen manchmal ihre Grenze und trinken zu viel. Nur geringe

Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt es bei der Beurteilung der Aussage, dass man in einer geselligen Runde „schief“ angesehen werde, wenn man keinen Alkohol trinkt: 22 Prozent der Männer und 18 Prozent der Frauen stimmen dieser Aussage zu. 14 Prozent der Männer fühlen sich nach ein paar Schlucken Alkohol gleich viel wohler, bei den Frauen sind es 9 Prozent. Alkohol wird von 6 Prozent der Männer und von 4 Prozent der Frauen im Falle von psychischen Problemen zur Selbstmedikation herangezogen (Abbildung 5).

INDIVIDUELLE VERHALTENSWEISEN

Abbildung 5: Einstellungen zum Thema Alkohol (Anteile „stimme zu“/ „stimme eher zu“)



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.295-1.305; * Unterschiede signifikant (p<0,05)

Fakten

- 7 Prozent der Linzer und 3 Prozent der Linzerinnen konsumieren an mindestens 6 Tagen pro Woche Alkohol. Die größte Gruppe bei den Männern ist mit 29 Prozent jene, die an zwei bis drei Tagen pro Woche Alkohol trinkt. Bei den Frauen dominieren mit 41 Prozent jene, die seltener als einmal pro Woche alkoholische Getränke konsumieren.
- 15 Prozent der Männer und 27 Prozent der Frauen leben abstinent.
- Der Anteil an Personen, die eine hohe Konsumhäufigkeit aufweisen, ist in den älteren Alterssegmenten größer als in den jüngeren.
- Linzer und Linzerinnen mit Migrationshintergrund (andere Muttersprache als Deutsch) trinken deutlich seltener Alkohol als jene ohne Migrationshintergrund.
- Die Hälfte der Männer, aber nur 30 Prozent der Frauen sind der Meinung, dass es mit Alkohol in einer gemütlichen Runde lustiger ist.
- 36 Prozent der Linzer und 29 Prozent der Linzerinnen halten den regelmäßigen Konsum von ein wenig Alkohol am Abend für gesundheitsförderlich.
- 14 Prozent der Männer und 9 Prozent der Frauen fühlen sich nach ein paar Schlucken Alkohol gleich viel wohler, zur „Selbstmedikation“ bei psychischen Problemen wird Alkohol von 6 Prozent der Linzer und 4 Prozent der Linzerinnen herangezogen.

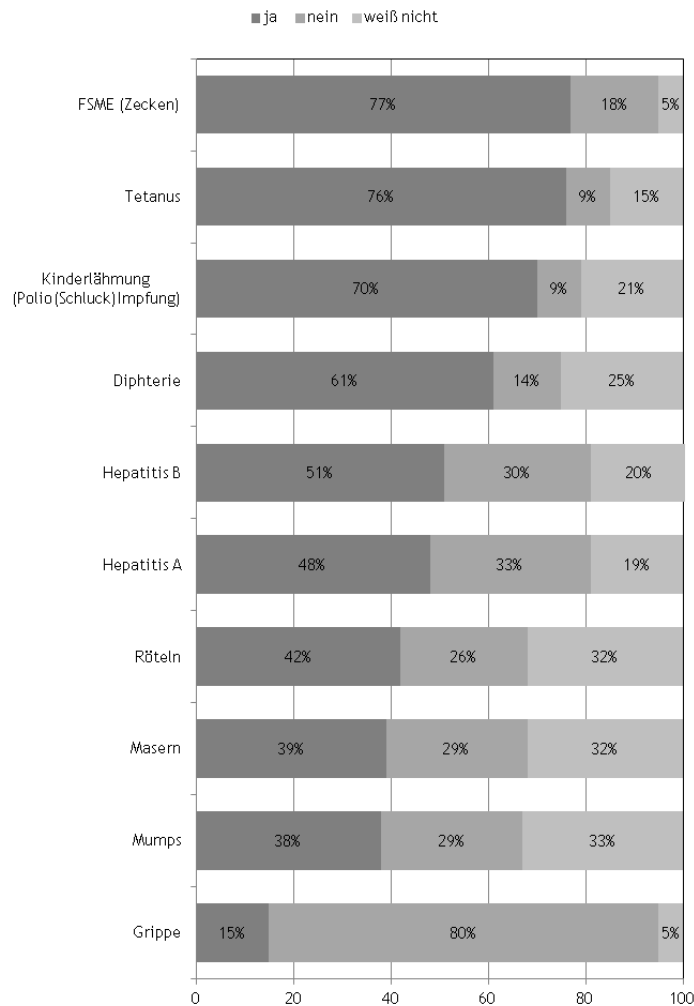
4.5. Impfen

Im Rahmen der Linzer Gesundheitsbefragung 2012 wurde die Bevölkerung nach ihrem aktuellen Impfschutz gefragt. Bei einigen Impfungen herrscht offenbar große Unsicherheit, ob (noch) ein aufrechter Impfschutz besteht. Dies betrifft vor allem die Impfungen gegen Mumps, Masern, Röteln und Diphtherie.

Die Krankheit, gegen die am meisten LinzerInnen geimpft sind, ist die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME). 77 Prozent der Befragten haben laut eigenen Angaben einen aufrechten Impfschutz gegen FSME (2006: 75%), 18 Pro-

zent sind nicht geimpft und 5 Prozent wissen nicht, ob sie einen aufrechten Impfschutz haben. Gut drei Viertel der Linzer Bevölkerung (76%) sind gegen Tetanus geimpft, 9 Prozent sind nicht geimpft und 15 Prozent wissen nicht, ob sie einen aufrechten Impfschutz haben. Weiters folgen hinsichtlich der Durchimpfungsrate in absteigender Reihenfolge: Kinderlähmung (70%), Diphtherie (61%), Hepatitis B (51%), Hepatitis A (48%), Röteln (42%), Masern (39%), Mumps (38%) und an letzter Stelle die Grippeimpfung (15%) (Abbildung 1).

Abbildung 1: Impfstatus

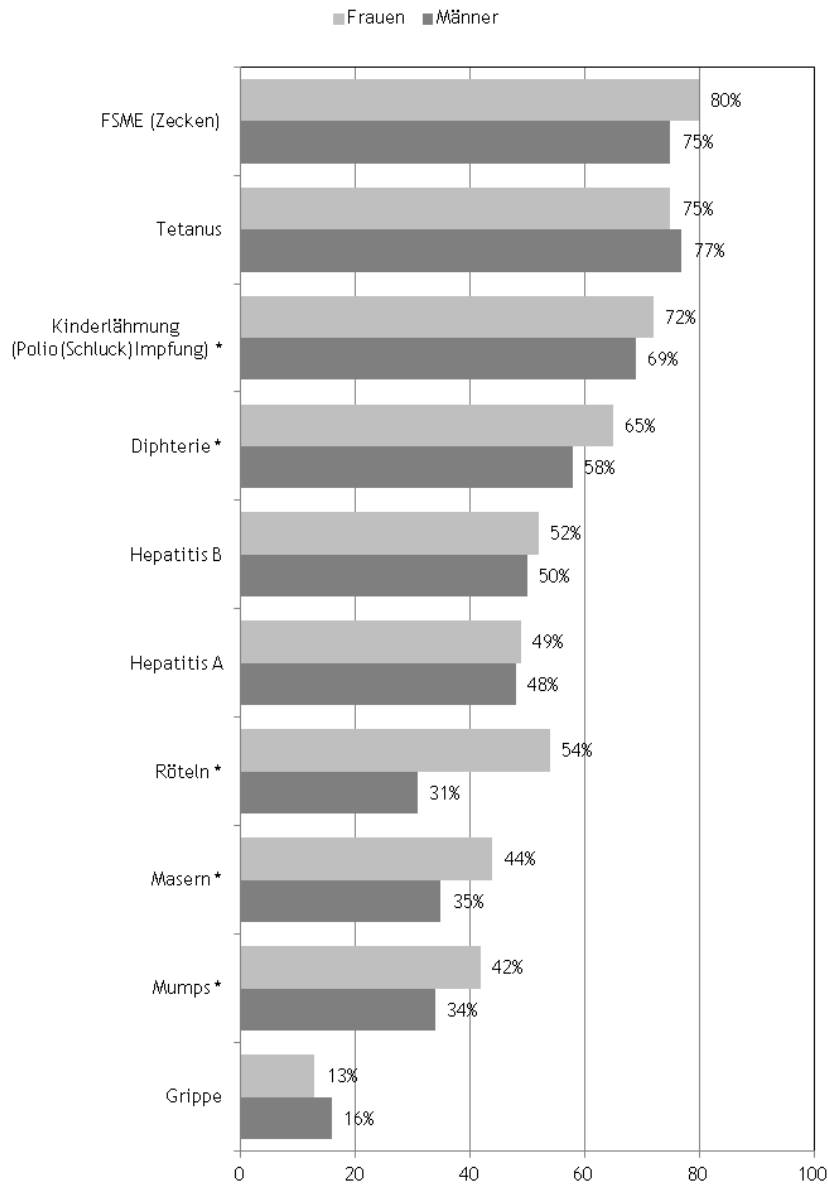


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.109 - 1.260

Zwischen Männern und Frauen gibt es bei der Durchimpfungsrate nur bei wenigen Impfungen nennenswerte Unterschiede. Ausnahmen stellen Röteln, Masern und

Mumps dar - gegen diese Krankheiten sind Frauen laut Selbstangabe häufiger geimpft als Männer (Abbildung 2).

Abbildung 2: Impfschutz nach Geschlecht

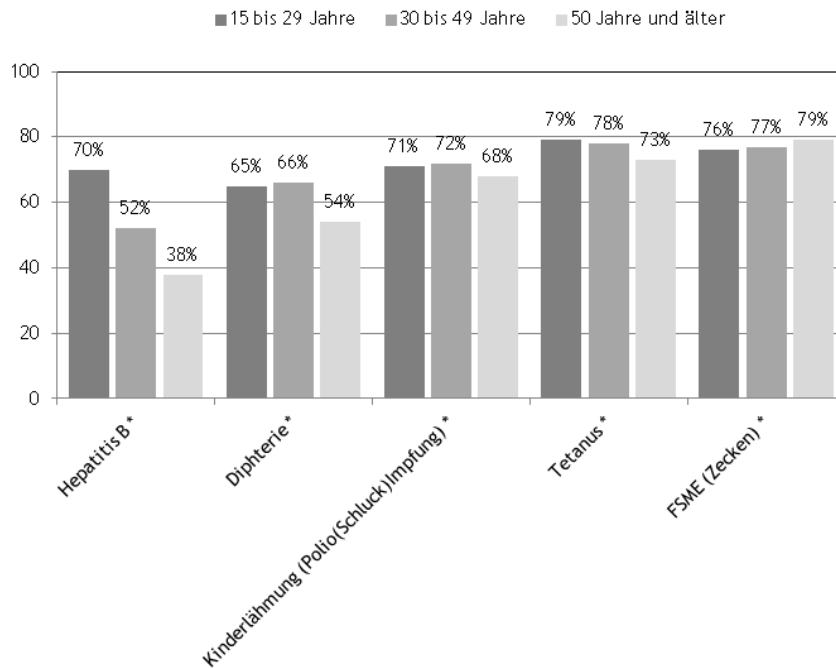


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.095 - 1.247; * Unterschiede signifikant ($p < 0,05$)

Bei jenen Krankheiten, bei denen eine sehr hohe Durchimpfungsrate besteht, gibt es nur wenige Unterschiede hinsichtlich des Alters (Abbildung 3). Einzige Ausnahme

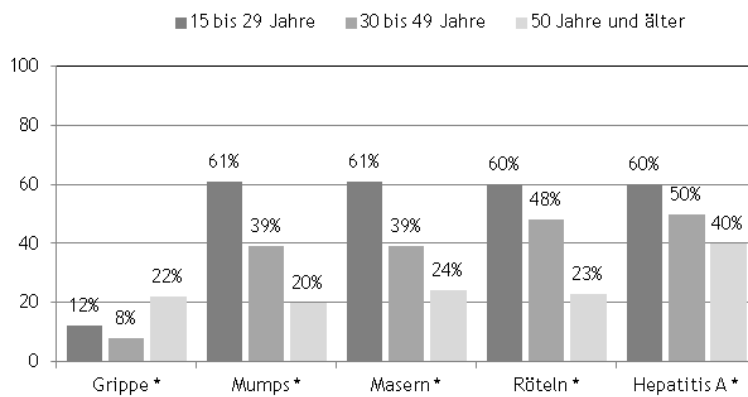
ist hier Hepatitis B, wogegen deutlich mehr jüngere als ältere Menschen geimpft sind.

Abbildung 3: Impfschutz nach Alter I



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.089 - 1.211; * Unterschiede signifikant ($p < 0,05$)

Abbildung 4: Impfschutz nach Alter II



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.066 - 1.084; * Unterschiede signifikant ($p < 0,05$)

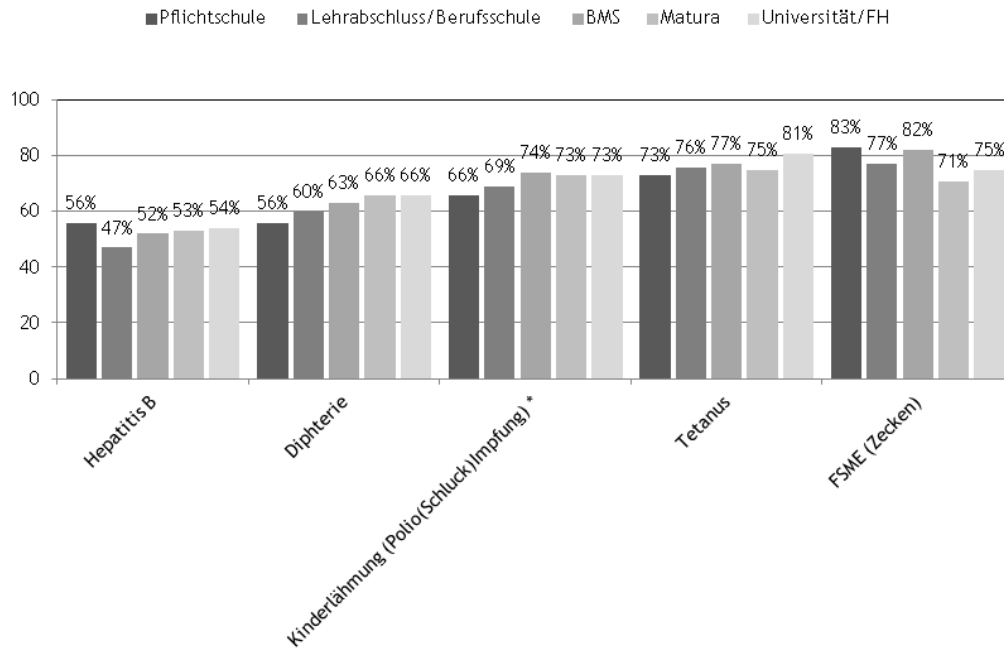
Gegen Masern, Mumps und Röteln sind in der jüngsten Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen rund 60 Prozent geimpft, während bei den Menschen der Altersgruppe 50 Jahre und älter etwa nur ein Viertel geimpft ist. Die

einzige Erkrankung, gegen die mehr ältere Menschen als jüngere geimpft sind, ist die Grippe (Abbildung 4).

Bei den Impfungen gegen Diphtherie, Kinderlähmung und Tetanus nimmt der Teil der geschützten Personen mit steigendem Bildungsniveau tendenziell zu. Bei den ande-

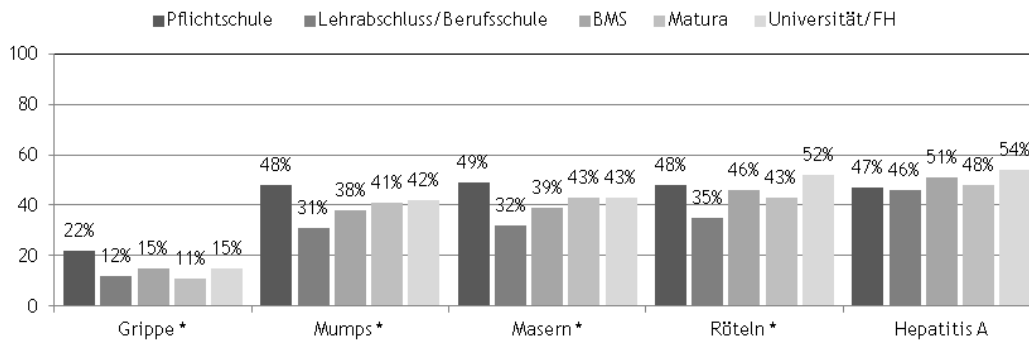
ren Impfungen sind keine eindeutigen Zu- oder Abnahmen je nach Bildungsniveau feststellbar (Abbildung 5 und Abbildung 6).

Abbildung 5: Impfschutz nach Bildung I



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.103 - 1.232; * Unterschiede signifikant (p<0,05)

Abbildung 6: Impfschutz nach Bildung II



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.081 - 1.102; * Unterschiede signifikant (p<0,05)

Fakten

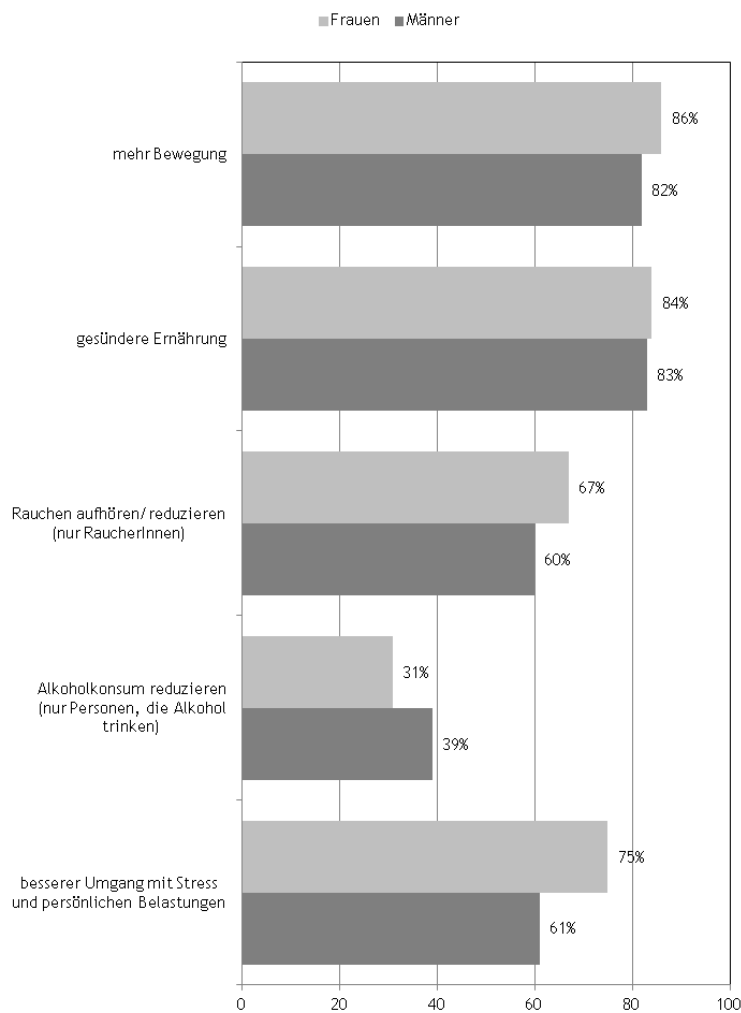
- Jeweils gut drei Viertel der LinzerInnen geben an, einen aufrechten Impfschutz gegen FSME und Tetanus zu haben, gefolgt von Kinderlähmung und Diphtherie.
- Vor allem bei Mumps, Masern, Röteln und Diphtherie herrscht bei den Befragten große Unsicherheit, ob (noch) ein aufrechter Impfschutz besteht.
- Insbesondere bei Hepatitis A+B, Masern, Mumps und Röteln nimmt die Durchimpfungsrate mit steigendem Alter ab. Einzig gegen Grippe sind mehr ältere als jüngere LinzerInnen geimpft.
- Mit steigendem Bildungsniveau nimmt der Anteil der an Diphtherie, Kinderlähmung und Tetanus geimpften Personen tendenziell zu, bei den anderen Impfungen ist kein eindeutiger Unterschied zu erkennen.

4.6. Veränderungsbereitschaft

Um das Potenzial an jenen Personengruppen zu eruieren, die für Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote auf Verhaltensebene bereit sind, wurde im Rahmen der Linzer Gesundheitsumfrage 2012 nach der Veränderungsbereitschaft verschiedener gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen gefragt. Die konkrete Frage dazu lautete „Ganz abgesehen davon, was Sie jetzt schon tun um gesund zu bleiben: Was würden Sie zukünftig in ihrem Leben gerne verändern, um etwas für Ihre Gesundheit zu tun?“

Über 80 Prozent der Männer und Frauen wollen sich in Zukunft gesünder ernähren und mehr Bewegung machen (Abbildung 1). Unter den RaucherInnen möchten 67 Prozent der Männer und 60 Prozent der Frauen mit dem Rauchen aufhören oder die Anzahl der gerauchten Zigaretten zumindest reduzieren. Drei Viertel der Männer (75%) und 61 Prozent der Frauen wollen in Zukunft einen besseren Umgang mit Stress und persönlichen Belastungen pflegen. Einzig beim Thema „Alkoholkonsum reduzieren“ ist keine mehrheitliche Veränderungsbereitschaft gegeben - wobei dies auch daran liegen mag, dass viele Menschen ohnehin nicht übermäßig viel Alkohol konsumieren und daher kein Veränderungsbedarf gegeben ist (Abbildung 1).

Abbildung 1: Veränderungsbereitschaft (Anteile „ja“/ „eher ja“)



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=460 - 1.278 (mehr Bewegung: Cramer-V=0,104, p<0,01; gesündere Ernährung: Cramer-V=0,123, p<0,001; Rauchen aufhören/ reduzieren: Cramer-V=n.s.; Alkoholkonsum reduzieren: Cramer-V=0,161, p<0,001; besserer Umgang mit Stress und persönlichen Belastungen: Cramer-V=0,172, p<0,001)

INDIVIDUELLE VERHALTENSWEISEN

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

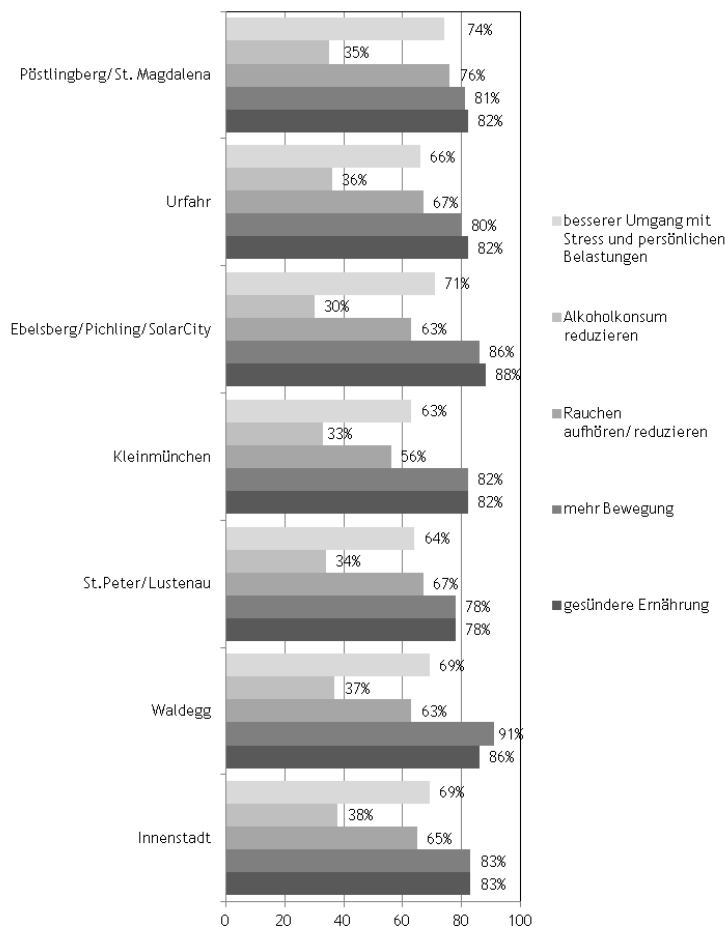
Von jenen Teilen der Linzer Bevölkerung, die sich nicht mindestens einmal pro Woche sportlich betätigen, möchten sogar 88 Prozent künftig mehr Bewegung machen. Von jenen Personen, die kaum Alltagsbewegung machen, d.h. während einer Woche keine Wege (z.B. zur Arbeit) per Fahrrad oder zu Fuß zurücklegen, möchten sich immerhin 82 Prozent in Zukunft mehr bewegen.

Auch beim Thema gesündere Ernährung ist ein großes Potenzial vorhanden: 84 Prozent jener Menschen, die derzeit höchstens 3 Mal in der Woche Obst und Gemüse essen, streben in Zukunft eine gesündere Ernährungsweise an.

Von jener Personengruppe, die häufig Alkohol konsumiert (an 4 bis 7 Tagen pro Woche), möchten beachtliche 59 Prozent ihren Alkoholkonsum künftig reduzieren.

Betrachtet man die Veränderungsbereitschaft der unterschiedlichen individuellen Verhaltensweisen nach dem Stadtteil bzw. dem Wohnort der Befragten, kann festgehalten werden, dass es insgesamt gesehen keine exorbitant großen bzw. signifikanten Unterschiede in der Veränderungsbereitschaft der Wohnbevölkerung in den einzelnen Stadtteilen gibt (Abbildung 2). Dennoch können verschiedene Besonderheiten festgehalten werden wie z.B. folgende: In Ebelsberg/Pichling/SolarCity möchten sich besonders viele Menschen (88%) künftig gesünder ernähren und bezüglich mehr Bewegung sticht der Stadtteil Waldegg ins Auge: Hier möchten sich 91 Prozent der Wohnbevölkerung in der nächsten Zeit vermehrt bewegen.

Abbildung 2: Veränderungsbereitschaft nach Wohnort/Stadtteil (Anteile „ja/ „eher ja“)



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=454 - 1.269 (besserer Umgang mit Stress und persönlichen Belastungen: Cramer-V=n.s.; Alkoholkonsum reduzieren: Cramer-V=n.s.; Rauchen aufhören/reduzieren: Cramer-V=n.s.; mehr Bewegung: Cramer-V=n.s.; gesündere Ernährung: Cramer-V=n.s.)

Fakten

- Mehr als 80 Prozent der LinzerInnen wollen sich in Zukunft gesünder ernähren und mehr Bewegung machen.
- 67 Prozent der Raucher und 60 Prozent der Raucherinnen möchten mit dem Rauchen aufhören oder zumindest die Anzahl der gerauchten Zigaretten reduzieren.
- 75 Prozent der Männer und 61 Prozent der Frauen wollen in Zukunft einen besseren Umgang mit Stress und persönlichen Belastungen pflegen.

5. INTEGRATION IN SOZIALE UND KOMMUNALE NETZWERKE

5.1. Soziale Beziehungen und Gesundheit

Soziale Beziehungen sind von wesentlicher Bedeutung für die Gesundheit und das Wohlbefinden. Die Einbettung in soziale Netzwerke ist einerseits mit sozialen Belastungen verbunden, stellt aber eine bedeutende Ressource für die Bewältigung von Belastungen und Aufrechterhaltung der körperlichen und psychischen Gesundheit dar. Als Sammelbegriff für die projektiven Faktoren, die aus der sozialen Einbindung in Netzwerke resultieren, hat sich die Bezeichnung „soziale Unterstützung“ etabliert.¹

In der wissenschaftlichen Diskussion spielen verschiedene Erklärungsansätze für die Wirkungsweise der sozialen Unterstützung auf die Gesundheit eine Rolle:

- Das Modell der direkten Effekte geht davon aus, dass positive soziale Beziehungen, unabhängig von Belastungen und Stresserleben der Betroffenen, unmittelbar gesundheitsfördernd wirken (z.B. durch Selbstwertsteigerung, gesündere Verhaltensweisen etc.).
- Das Puffer-Modell geht davon aus, dass durch soziale Unterstützung Probleme und belastende Situationen besser bewältigt werden können und daher die negativen Auswirkungen auf die Gesundheit abgefedert werden (Umgang mit Stresssituationen).
- Dem Auslöser-Modell zufolge aktivieren die Betroffenen soziale Unterstützung erst in Problem- und Belastungssituationen, um diese besser bewältigen zu können.
- Das Schutzschild- und Präventions-Modell besagt, dass soziale Unterstützung das Risiko für potenzielle und reale Belastungssituationen verringert, dass also Personen, die stärker in soziale Netzwerke eingebunden sind, in geringerem Ausmaß mit Problemen und gesundheitsriskanten Situationen konfrontiert sind.²

Im Allgemeinen werden drei Typen von sozialen Netzwerken unterschieden:

- primäre Netzwerke (Familie, Verwandte, Haushaltsangehörige, Freunde),
- sekundäre Netzwerke (selbstorganisierte Zusammenschlüsse wie z.B. Selbsthilfegruppen, organisierte Vereinigungen und Verbände wie Vereine, religiöse Vereinigungen etc.),
- tertiäre Netzwerke (professionelle Hilfssysteme, z.B. Arztpraxen, Sozialberatungsstellen, Pflegeheime etc.)³.

¹ Franzkowiak 2010
² Franzkowiak 2010
³ Trojan und Süß 2013

Ein optimales Unterstützungsnetzwerk besteht aus einer Vielzahl unterschiedlicher sozialer Beziehungen, die in ihrer Intensität und Nähe variieren (sehr intime als auch weniger nahe Beziehungen). Im Zusammenhang mit Gesundheitsindikatoren (z.B. Lebenserwartung) erweist sich allerdings, unabhängig vom Alter, Geschlecht und Risikofaktoren, das Ausmaß und die Qualität enger und naher Beziehungen als bedeutsamster Einflussfaktor (z.B. Partnerschaft, Familie etc.).⁴

Die Einbettung in soziale Netzwerke kann u.U. auch mit Belastungen verbunden sein, die die positiven Effekte auf die Gesundheit mindern bzw. sich negativ auf das Wohlbefinden auswirken. Beispiele dafür sind inadäquate Hilfestellung, Enttäuschung von Erwartungen, übertriebene Hilfestellung. Belastende soziale Beziehungen sind häufig an bestimmte Rollen geknüpft (z.B. nicht frei gewählte oder unausweichliche Beziehungen) und hängen oft mit Faktoren wie Machtungleichheit, Konflikten, Verpflichtungen oder Unausgewogenheit im Hinblick auf den subjektiven Nutzen (Geben und Nehmen) zusammen.⁵

In den letzten Jahren hat das Konzept des „sozialen Kapitals“ in den Gesundheitswissenschaften an Bedeutung gewonnen. Der Begriff Sozialkapital weist weitreichende Überschneidungen mit den Konzepten der sozialen Unterstützung und der sozialen Netzwerke auf. Es reicht jedoch insofern darüber hinaus, als dass nicht nur die individuelle Perspektive (persönliche Einbindung in Netzwerke), sondern auch überindividuelle Aspekte betrachtet werden. Die WHO geht von folgender Definition aus: „Soziales Kapital beschreibt den Grad des sozialen Zusammenhalts, der innerhalb von Gemeinschaften zu finden ist. Soziales Kapital bezieht sich auf Prozesse zwischen Menschen, die Netzwerke, Normen und soziales Vertrauen hervorbringen sowie Koordination und Zusammenarbeit erleichtern.“⁶

Die gesundheitsfördernde Wirkung von Sozialkapital konnte belegt werden, wobei davon auszugehen ist, dass die konkreten Wirkmechanismen vielfältig und komplex sind. Bspw. darf angenommen werden, dass auf individueller Ebene psychosoziale Faktoren (Selbstwirksamkeit, Anerkennung) sowie gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zum Tragen kommen. Auf der Meso-Ebene (z.B. Nachbarschaften, Wohnviertel, Vereine, Organisationen etc.) spielt u.a. der Zugang zu lokalen Angeboten und Versorgungsleistungen eine gewisse Rolle. Ein Beispiel für die Makroebene (Staat) stellt die Funktionsfähigkeit der Gesundheitsversorgung dar.⁷

Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wird häufig das Instrument WHOQOL-BREF verwendet. Es umfasst, neben dem körperlichen, psychischen und umweltbezogenen Wohlbefinden, auch die Dimension soziales Wohlbefinden, das über die Aspekte Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen, mit der Unterstützung durch Freunde und mit dem Intimverhältnis (Sexualität) erhoben wird.

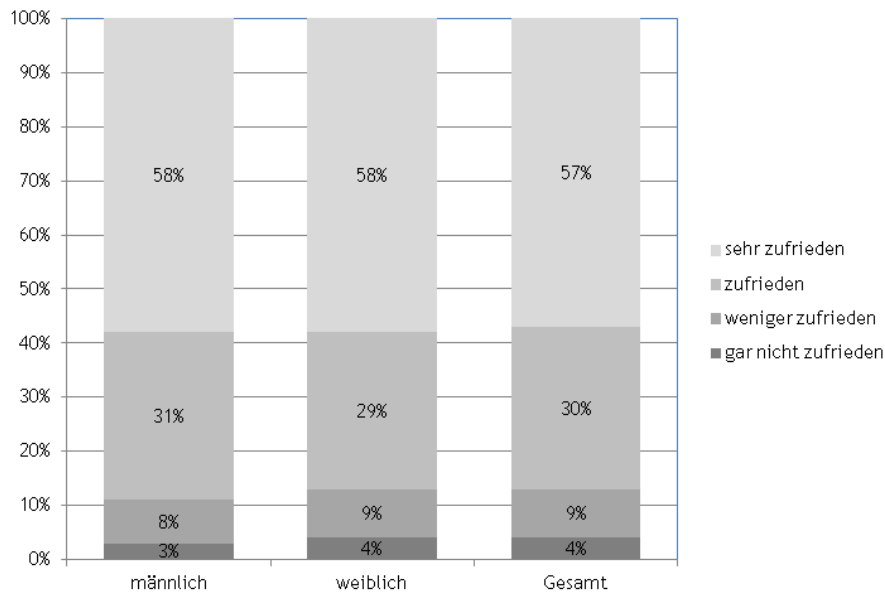
⁴ Franzkowiak 2010
⁵ Franzkowiak 2010
⁶ Trojan und Süß 2013
⁷ Knesebeck

Wesentliche Einflussfaktoren für das soziale Wohlbefinden sind (neben Alter und Geschlecht) naheliegender Weise die Partnerschaftsbeziehung (Ehe/Partnerschaft) sowie das intime Umfeld (Anzahl der vertrauten Personen). Frauen weisen ein besseres soziales Wohlbefinden auf als Männer und mit zunehmendem Alter nimmt die soziale Lebensqualität ab. Auch ein schlechterer psychischer Gesundheitszustand geht mit geringerer sozialer Lebensqualität einher. Zudem wirken sich persönliche Belastungen (z.B. finanzielle Probleme, familiäre Probleme, Belastungen im Haushalt bzw. durch Betreuungsaufgabe etc.), in geringerem Ausmaß auch berufliche Belastungen, negativ auf das soziale Wohlbefinden aus. In positivem Zusammenhang zum sozialen Wohlbefinden stehen persönlichkeitsbezogene Ressourcen (z.B. Selbstkonzept).⁸

5.2. Familiäre Beziehungen

Der Großteil der Linzer Bevölkerung ist mit den familiären Beziehungen sehr zufrieden (57%) oder zumindest zufrieden (30%). Der Anteil der weniger oder nicht Zufriedenen beträgt 13 Prozent. Zwischen Männern und Frauen lässt sich kein wesentlicher Unterschied beobachten.

Abbildung 1: Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen nach Geschlecht



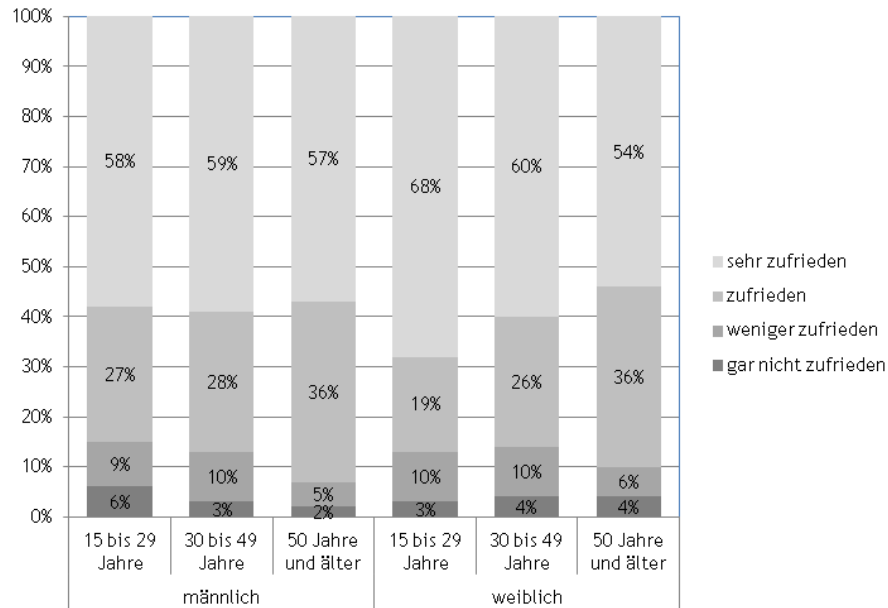
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.305; Tau-b=n.s.

Im Hinblick auf die Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen lässt sich bei Männern kein wesentlicher Unterschied zwischen den Altersgruppen beobachten. Demgegenüber geht bei den Frauen mit zunehmendem Alter

der Anteil der sehr Zufriedenen etwas zurück während der Anteil der Zufriedenen entsprechend zunimmt. Ältere Frauen sind demnach in geringerem Ausmaß mit ihrem familiären Umfeld zufrieden als jüngere Frauen.

⁸ Reif 2012, S. 113

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

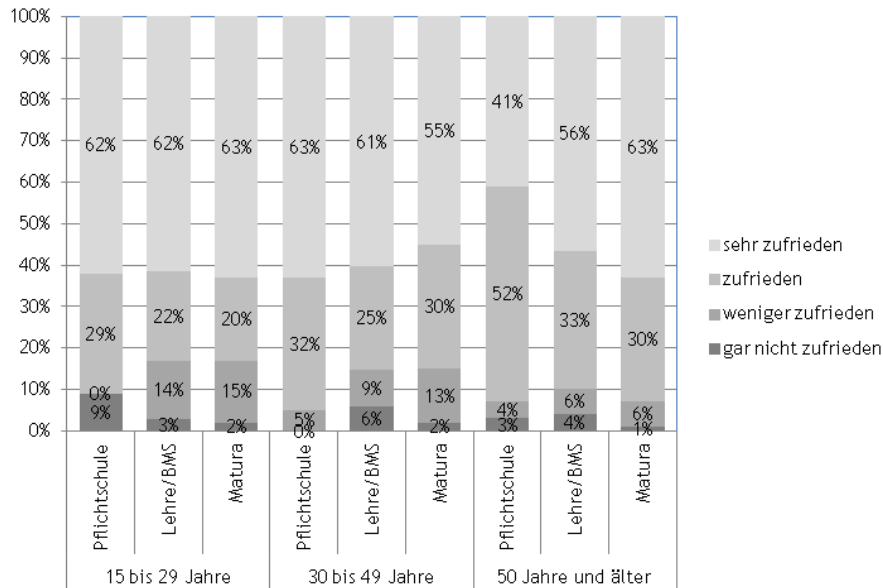


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.265; Männer: Tau-b=n.s.; Frauen: Tau-b=0,070, p<0,05

In den Altersgruppen unter 50 Jahren lässt sich hinsichtlich der familiären Beziehungen kein wesentlicher Unterschied zwischen den Bildungsschichten erkennen. Anders unter den älteren LinzerInnen über 50 Jahre. In dieser Altersgruppe sind Personen mit niedrigerem Bildungsgrad in geringerem Ausmaß mit den familiären Beziehungen

zufrieden (Pflichtschulabschluss: 41% sehr zufrieden) als gleichaltrige mit höherem Bildungsgrad (Matura und höhere Bildung: 63% sehr zufrieden). Es lässt sich also in der älteren Bevölkerung ein deutlicher sozialer Gradient hinsichtlich des familiären sozialen Netzwerkes beobachten.

Abbildung 3: Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen nach Alter und Bildungsgrad



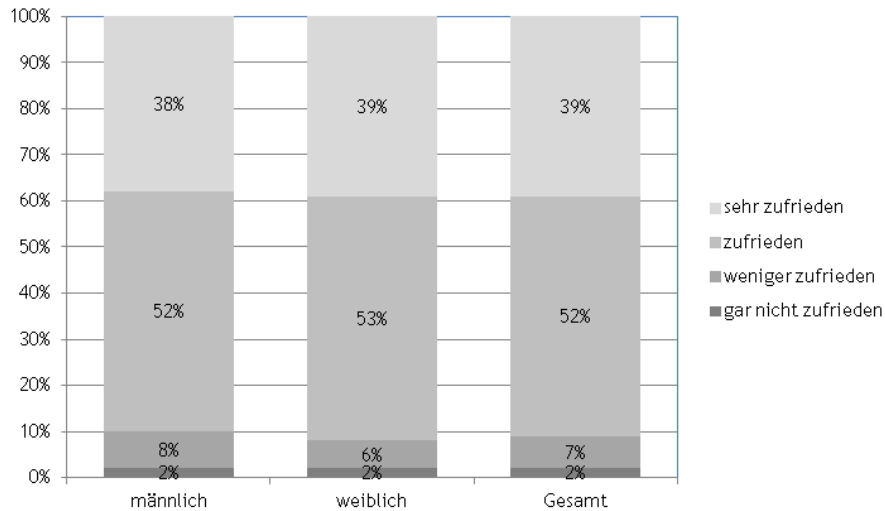
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.249; 15-29 J.: Tau-b=n.s.; 30-49 J.: Tau-b=n.s.; 50 J. u. älter: Tau-b=-0,114, p<0,01

Nach Wohnort (Stadtteil) lassen sich keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich der durchschnittlichen Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen beobachten.

5.3. Soziales Umfeld und Freundeskreis

Vier von zehn LinzerInnen (39%) sind mit ihrem sozialen Umfeld sehr zufrieden und gut die Hälfte ist diesbezüglich zufrieden (52%). Knapp ein Zehntel (9%) sind hinsichtlich des außerfamiliären persönlichen Netzwerkes weniger oder nicht zufrieden. Zwischen Männern und Frauen lässt sich kein wesentlicher Unterschied beobachten.

Abbildung 1: Zufriedenheit mit sozialem Umfeld und Freundeskreis nach Geschlecht

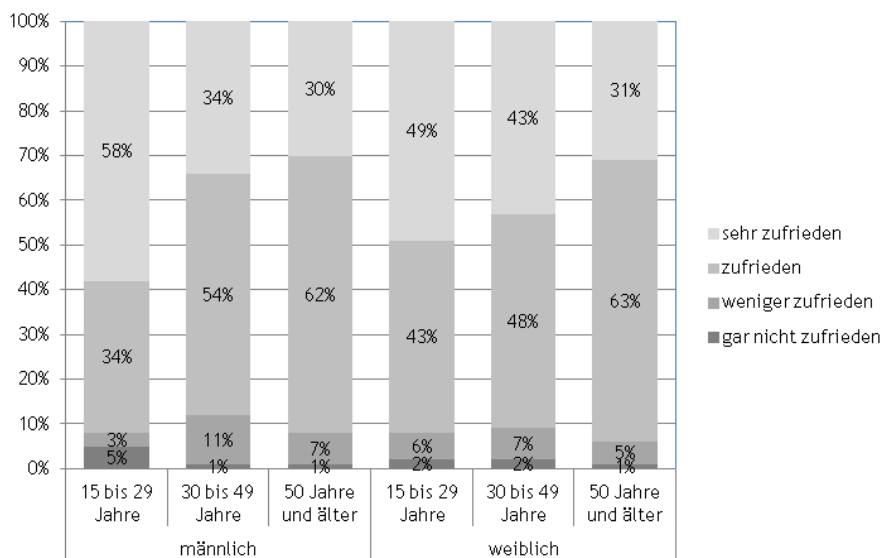


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.309; Tau-b=n.s.

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen nimmt die Zufriedenheit mit dem sozialen Umfeld mit zunehmendem Alter ab. Während unter den 15- bis 29-jährigen Männern noch 58 Prozent mit ihrem Umfeld sehr zufrieden sind beträgt

der Anteil unter den über 50-Jährigen nur mehr 30 Prozent. Bei den Frauen sinkt der Anteil der sehr Zufriedenen von 49 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 31 Prozent bei den über 50-Jährigen.

Abbildung 2: Zufriedenheit mit sozialem Umfeld und Freundeskreis nach Alter und Geschlecht

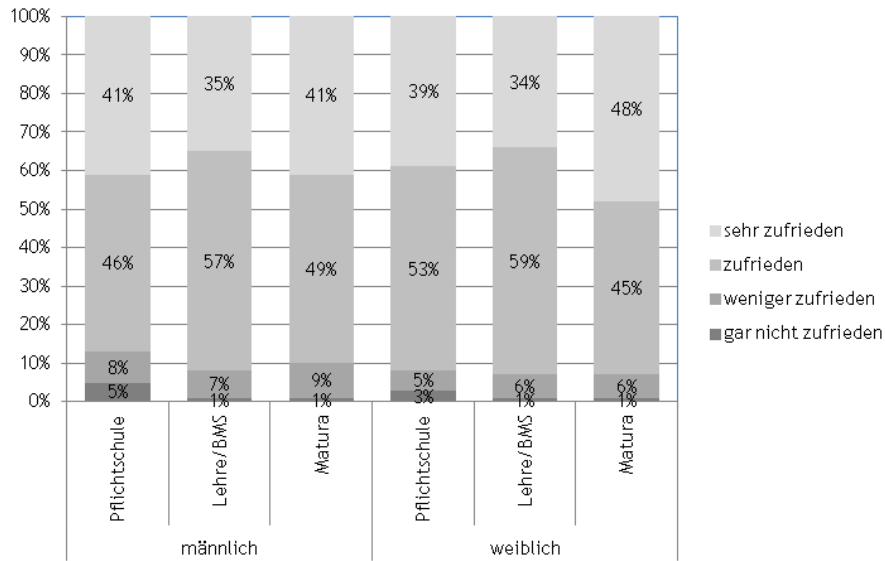


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.265; Männer: Tau-b=0,159, p<0,001; Frauen: Tau-b=0,130, p<0,01

Bei den Männern lässt sich im Hinblick auf die Zufriedenheit mit dem sozialen Umfeld kein wesentlicher Unterschied zwischen Personen mit hohem und niedrigem

Bildungsgrad beobachten. Anders bei den Frauen, wo die Zufriedenheit mit steigendem Bildungsgrad tendenziell zunimmt.

Abbildung 3: Zufriedenheit mit sozialem Umfeld und Freundeskreis nach Geschlecht und Bildungsgrad



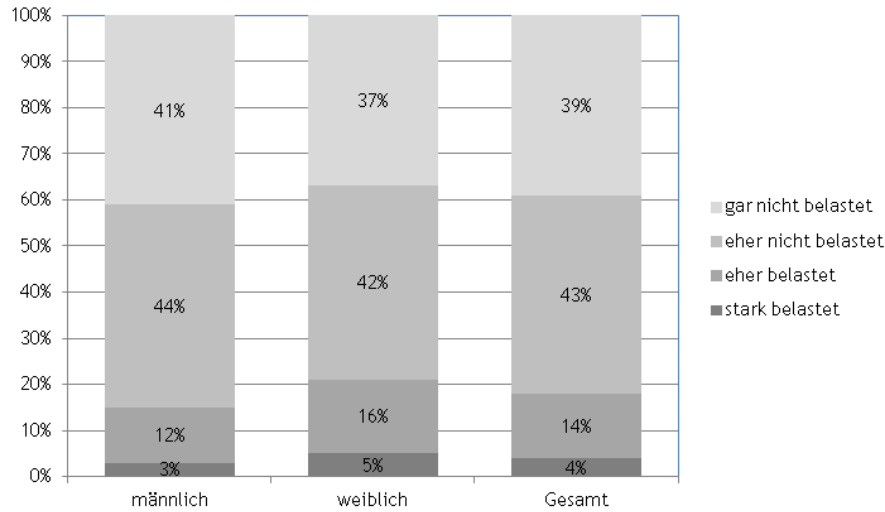
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.291; Männer: Tau-b=n.s.; Frauen: Tau-b=-0,080, p<0,05

Nach Wohnort (Stadtteil) zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede in der durchschnittlichen Bewertung des außerfamiliären sozialen Netzwerkes.

5.4. Belastungen durch das soziale Umfeld

Durch Probleme im persönlichen sozialen Umfeld fühlen sich 4 Prozent der befragten LinzerInnen stark und weitere 14 Prozent eher belastet. Frauen sind etwas häufiger betroffen (21% stark oder eher belastet) als Männer (15%).

Abbildung 1: Belastungen durch Probleme im Familien-, Verwandten- bzw. Freundeskreis nach Geschlecht

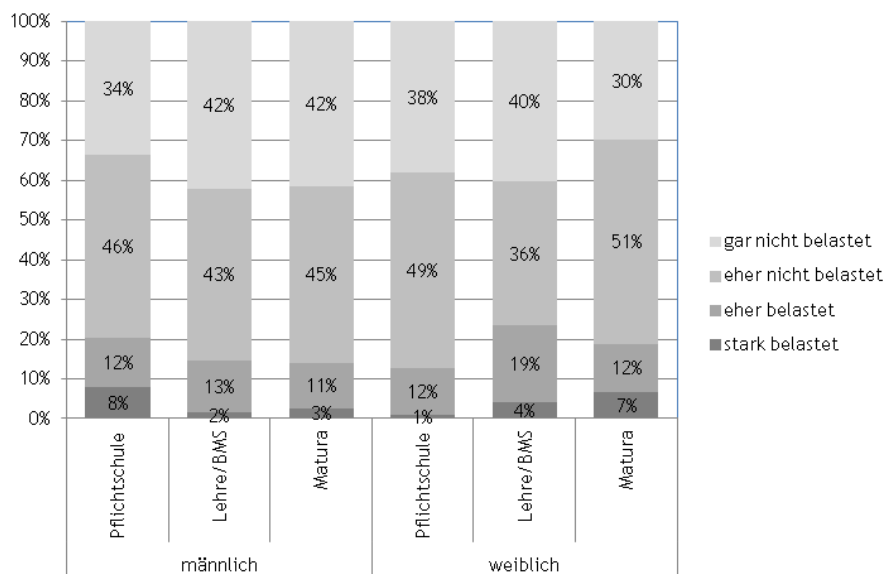


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.278; Tau-b=0,059, p<0,05

Es lassen sich hinsichtlich der Belastungen durch Probleme im persönlichen sozialen Umfeld keine wesentlichen Unterschiede nach Altersgruppen beobachten. Nach Bildungsgrad lässt sich bei Männern kein wesentlicher Unterschied feststellen. Bei Frauen deuten die

Befunde allerdings darauf hin, dass Befragte mit mittlerem Abschluss (Lehre/BMS: 23% stark/eher belastet) und höherem Bildungsgrad (Matura: 19%) sich stärker durch Probleme im sozialen Umfeld belastet fühlen als Frauen mit geringerem Bildungsgrad (Pflichtschule: 13%).

Abbildung 2: Belastungen durch Probleme im Familien-, Verwandten- bzw. Freundeskreis nach Geschlecht und Bildungsgrad



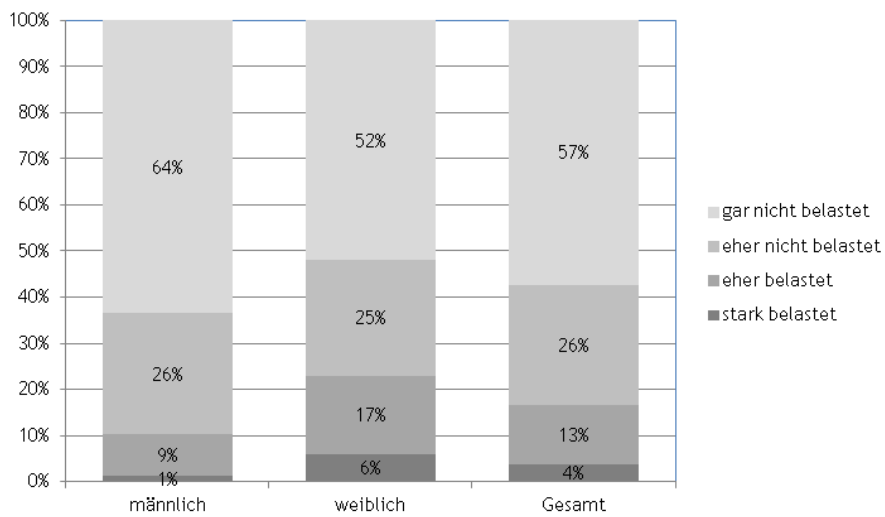
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.249; Männer: Cramer-V=n.s.; Frauen: Cramer-V=-0,132, p<0,01

5.5. Belastungen durch Betreuungsaufgaben

stark und 13% eher belastet). Frauen sind häufiger betroffen (23%) als Männer (10%).

Insgesamt fühlen sich 17 Prozent der befragten Einzelninnen durch Betreuungsaufgaben (z.B. Kinderbetreuung, Pflege/Betreuung von Angehörigen etc.) belastet (4%

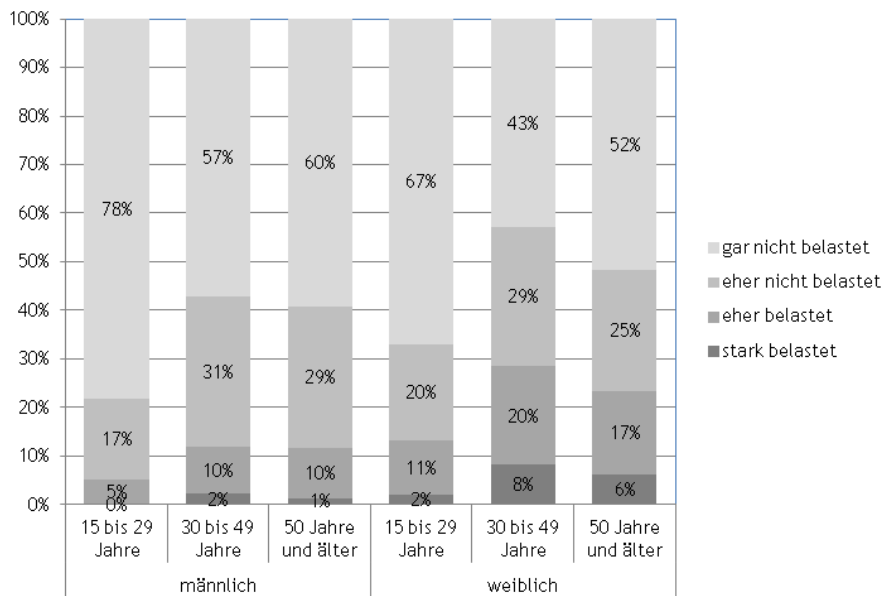
Abbildung 1: Belastungen durch Betreuungsaufgaben nach Geschlecht



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.209; Tau-b=0,141, p<0,001

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen ist die Altersgruppe unter 30 Jahren in geringerem Ausmaß durch Betreuungsaufgaben belastet als die Befragten über 30 Jahren.

Abbildung 2: Belastungen durch Betreuungsaufgaben nach Alter und Geschlecht



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.175; Männer: Cramer-V=0,132, p<0,01; Frauen: Cramer-V=0,141, p<0,01

Fakten

- Die Einbettung in soziale Netzwerke stellt eine bedeutende Ressource für die Bewältigung von Belastungen und Aufrechterhaltung der körperlichen und psychischen Gesundheit dar, kann aber auch zu Belastungen führen.
- Der Großteil der Linzer Bevölkerung ist mit den familiären Beziehungen sehr zufrieden (57%) oder zumindest zufrieden (30%).
- Gut 90 Prozent der LinzerInnen sind mit ihrem sozialen Umfeld sehr zufrieden oder zufrieden, mit zunehmendem Alter nimmt die Zufriedenheit ab.

- 18 Prozent der LinzerInnen fühlen sich durch Probleme im persönlichen sozialen Umfeld stark oder eher belastet.
- Durch Betreuungsaufgaben fühlen sich 17 Prozent der LinzerInnen stark oder eher belastet, Frauen deutlich häufiger als Männer.

6. LEBENS- UND ARBEITSBEDINGUNGEN

6.1. Schule und Kindergarten

Kinder und Jugendliche - aber auch LehrerInnen und KindergartenpädagogInnen - verbringen einen Großteil ihrer Zeit in Kindergarten und Schule. Dabei wird die Zeitspanne der Kindheit und Jugend nicht nur durch die Schule bzw. Kindergarten flankiert, sondern wesentlich von ihr bestimmt.¹

6.1.1. Kindergarten und Gesundheit

Der Kindergarten ist ein Ort, an dem ein wesentlicher Teil der frühkindlichen Sozialisation stattfindet. Der Sozialisationsort Kindergarten kann in der frühen Entwicklungsphase Wohlbefinden und seelische Gesundheit unterstützen und präventiv gegen Ängste, Aggressivität, kommunikative Störungen und Konzentrationsprobleme wirken.²

Die Aufgaben des Kindergartens sind gemäß dem Oberösterreichischen Kinderbetreuungsgesetzes u. a. die Selbstkompetenz der Kinder zu stärken und zur Entwicklung der Sozial- und Sachkompetenz beizutragen. Hierbei ist es wichtig, auf altersgemäße Lernformen zurückzugreifen und dass die Sozialisation der Kinder in einer Gruppe sichergestellt ist. Weiters ist es Aufgabe des Kindergartens, die motorische Entwicklung der Kinder zu unterstützen sowie auf die körperliche Pflege und Gesundheit der Kinder zu achten. Die Setzung präventiver Maßnahmen zur Verhütung von Fehlentwicklung ist ebenso Aufgabe des Kindergartens wie die Förderung der Fähigkeiten des Erkennens und Denkens und vieles andere mehr.³

Ein guter und gesunder Kindergarten fördert die Gesundheit der Kinder durch Maßnahmen auf Verhältnis- und Verhaltensebene. Das Grundangebot in den Kindergärten der Stadt Linz gestaltet sich wie folgt: „Der Kindergarten ist eine familienergänzende Einrichtung, in der 3- bis 6-jährige Kinder in altersgemischten Gruppen von qualifiziertem Fachpersonal pädagogisch betreut werden. Der Zusammenarbeit mit den Eltern kommt dabei besondere Bedeutung zu. Das Erlernen und Einüben sozialer Verhaltensweisen stellt einen Schwerpunkt in der vorschulischen Erziehung dar. Kinder werden im Kindergarten als gleichwertige Partner behandelt, ihre Individualität wird anerkannt und ihre Bedürfnisse berücksichtigt, mit dem Ziel, einen Beitrag zu ihrer gesamtheitlichen Förderung und Verselbstständigung zu leisten. Spielen und Lernen oder die Erkundung der Umwelt gehören ebenso zum Angebot im Kindergarten wie die Förderung der Kommunikationsfähigkeit, das Aufstellen und Einhalten von Regeln und die Förderung in allen Entwicklungsbereichen.“⁴

In der Stadt Linz stehen für die 3- bis 5-Jährigen 51 städtische und 16 private Kindergärten, 23 Kindergärten der

Caritas sowie ein Übungskindergarten des Bundes zur Verfügung. Mit Beginn des Betreuungsjahres 2011/12 wurden in allen Kindergärten insgesamt 5.292 Kinder betreut. Rund zwei Drittel aller Linzer Kindergartenkinder besuchen einen der 51 städtischen Kindergärten.⁵

Die Zufriedenheit mit dem Angebot an Kindergartenplätzen in der Stadt Linz ist gemäß den Ergebnissen der Linzer BürgerInnenbefragung 2011 hoch: Rund 80 Prozent der Befragten sind mit dem Angebot an Kindergartenplätzen in ihrer Wohngegend zufrieden.⁶

Die Stadt Linz bietet in ihren Kindergärten mehrere gesundheitsfördernde respektive präventive Angebote an. So gibt es in den städtischen Kindergärten logopädische Untersuchungen der 4- bis 5-jährigen Kinder, Elternberatungen und logopädische Therapien. Außerdem wird in den städtischen Kindergärten ein zweigängiges Mittagsmenü angeboten, welches speziellen Qualitätsstandards entspricht, die in Abstimmung mit der österreichischen Gesellschaft für Ernährung entwickelt wurden. Dabei werden auch die ernährungsphysiologischen Bedürfnisse sowie die Vorlieben der Kinder berücksichtigt. Seit dem Herbst 2011 gibt es an den städtischen Kindergärten eine deutlich ausgebaute Form der sprachlichen Frühförderung. So erhält ein Kindergartenkind mit Förderbedarf 540 Stunden Deutsch-Unterricht. Dabei kommt ein eigens auf die Bedürfnisse der Mädchen und Buben abgestimmter Lehrplan zur Anwendung.⁷ Zweimal pro Kindergartenjahr kommt eine ZahngesundheitserzieherIn in die städtischen Kindergärten.

6.1.2. Schule und Gesundheit

Die Schule ist wie der Kindergarten ebenfalls ein besonders wichtiger Sozialisationsort, an dem neben der Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten auch die Festigung der charakterlichen Anlagen der SchülerInnen gewährleistet werden soll.

Die Schule ist ebenso wie die Arbeitswelt einer der wichtigsten Orte für die Bildung und Förderung gesundheitlicher Ressourcen, andererseits kann sie aber auch gesundheitsabträgliche Folgen hervorbringen. Sie ist ein Lebensraum, in dem viele Faktoren die Gesundheit der SchülerInnen (und LehrerInnen) beeinflussen: Nicht nur der Unterricht zu Gesundheitsthemen und die Bereitstellung sozialmedizinischer Dienste sondern vor allem die Organisation der Schule, deren Charakter, Kultur und räumliche Gestaltung.⁸

In der Stadt Linz werden an 112 Schulen (mit unterschiedlichen Schulerhaltern) rund 42.000 Kinder und Jugendliche (aus-)gebildet. Knapp 40 Prozent aller Schulen in Linz sind Volksschulen. Diese werden aktuell von 7.124 Schülerinnen und Schülern besucht. Die durchschnittliche Klas-

¹ Paulus 04.06.2004, S. 178

² HVB in Kooperation mit der OÖGKK 2010

³ Naidoo, Wills 2003, S.99

⁴ Stadt Linz

⁵ Stadt Linz

⁶ Stadtforschung Linz

⁷ Stadt Linz

⁸ Naidoo, Wills 2003. S. 279

sengröße (Kinder pro Klasse) in der Volksschule beträgt 18,6. 3.936 SchülerInnen besuchen eine der 21 Hauptschulen bzw. Neuen Mittelschulen und 10.035 SchülerInnen gehen an eine der 16 Allgemeinbildenden Höheren Schulen (AHS). In den Hauptschulen/Neuen Mittelschulen sitzen durchschnittlich 21,0 Kinder in einer Schulklasse

während es in der AHS durchschnittlich 23,3 Kinder sind. 338 SchülerInnen besuchen eine der 2 Polytechnischen Schulen und 10.539 Schülerinnen und Schüler besuchen aktuell eine der 9 in Linz angesiedelten Berufsschulen. 8.016 SchülerInnen besuchen eine Berufsbildende Mittlere oder Höhere Schule (Tabelle 1).

Tabelle 1: Schulen, Klassen und SchülerInnen in der Stadt Linz - Schuljahr 2012/2013

Schultyp	Anzahl der Schulen	Anzahl der Klassen	Anzahl der SchülerInnen
Volksschulen	43	382	7.124
Hauptschulen/NMS	21	187	3.936
Polytechnische Schule	2	15	338
Sonderschulen	5	77	638
Berufsschulen	9	471	10.539
AHS	16	431	10.035
BMS/BHS	12	316	8.016
Lehrer- und erzieherbildende Schulen	3	36	1.443
Sonstige allgemeinbildende Schulen	1	13	263
Gesamt	112	1.928	42.332

Quelle: http://www.linz.at/zahlen/070_Bildung/

Die Stadt Linz bietet in Linzer Schulen mehrere gesundheitsfördernde und präventive Angebote an. Gesunde Ernährung wird in Linzer Volksschulen im Rahmen des Programms „Gesunde Ernährung - die schlaue Ernährungsmaus“ vermittelt. Jährlich werden damit rund 4.000 SchülerInnen erreicht. Ein weiterer, wichtiger Baustein, durch den das gesunde Ernährungsverhalten der Kinder gefördert wird, stellt auch das Programm „Gesunde Schulkjause“ dar. Anhand dieser gemeinsamen Aktion mit den KlassenlehrerInnen und Eltern sollen die SchülerInnen zu einer positiven Änderung des Jausenverhaltens animiert werden. Das Thema Bewegung wird von einer Sportwissenschaftlerin und einer Physiotherapeutin anhand des Programms „Bewegungsdino“ in die Linzer Volksschulen gebracht. Bei den Kindern soll durch das Programm die Freude an gesunder Bewegung geweckt und ein gesundes

Körperbewusstsein vermittelt werden. Außerdem werden SchülerInnen mit Haltungsschwächen oder Haltungsschäden frühzeitig einer Therapie zugeführt. In den Hauptschulen gibt es das Programm „Fit im Schulalltag“. Dabei werden durch eine Zusammenarbeit mit Fachkräften aus den Bereichen Ernährung und Sport die Lehrkräfte in den Linzer Hauptschulen bei der Förderung von richtiger Bewegung und ausgewogener Ernährung unterstützt. Ein weiteres wichtiges Angebot, das im Zusammenhang mit Gesundheit steht, ist die Schulsozialarbeit an Linzer Pflichtschulen. Dabei fungieren DiplomsozialarbeiterInnen des Jugendgesundheitsdienstes als AnsprechpartnerInnen für SchülerInnen, Eltern, LehrerInnen in der Schule und bieten präventive, begleitende und aufsuchende Sozialarbeit sowie Krisenintervention an.

Fakten

- Derzeit werden in 91 Kindergärten in Linz etwa 5.300 Kinder betreut. 80 Prozent der Linzer Bevölkerung geben an, mit dem Angebot an Kindergartenplätzen zufrieden zu sein.
- Über 42.000 Schüler und Schülerinnen besuchen die insgesamt 112 Schulen in Linz.
- Die Schule ist ebenso wie die Arbeitswelt einer der wichtigsten Orte für die Bildung und Förderung gesundheitlicher (körperlicher, sozialer und intellektueller) Ressourcen.
- Neben der gesundheitsfördernden Gestaltung der materiellen Umwelt der Schule sind vor allem die Qualität der sozialen Beziehungen im Schulkontext und die Gestaltung der individuellen Lernprozesse wesentliche Eckpfeiler einer „gesunden Schule“.

6.2. Arbeitswelt und Arbeitsbedingungen

Wir leben in einer arbeitszentrierten Gesellschaft, in der die Berufstätigkeit - neben dem Gelderwerb - auch viele psychische und soziale Funktionen erfüllt.

Arbeit ist identitätsstiftend und nimmt einen zentralen Stellenwert für gesellschaftliche Anerkennung von Individuen ein. Die Arbeitswelt ist einerseits einer der wichtigsten Orte für die Bildung und Förderung gesundheitlicher Ressourcen, andererseits kann sie aber auch zur Entstehung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Belastungen beitragen.⁹ Derartige Beeinträchtigungen und Belastungen können aus ungünstigen materiellen Umweltbedingungen am Arbeitsplatz (z.B. Lärm, Staub, Passivrauch), sozialen Komponenten (z.B. Mobbing, schlechtes Arbeitsklima) oder aus den Arbeitsinhalten (z.B. Monotonie) bzw. Arbeitsprozessen (z.B. Stress, Zeitdruck) entstehen. Derzeit werden vor allem zwei stresstheoretische Erklärungsmodelle zur Belastungserfahrung bei Erwerbsarbeit herangezogen: Das Anforderungs-Kontroll-Modell und das Modell beruflicher Gratifikationskrisen. Im Zentrum des Anforderungs-Kontroll-Modells stehen Tätigkeitsprofile. Tätigkeiten mit Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten verbunden mit Kontroll- und Einflussmöglichkeiten am Arbeitsplatz gelten dabei als salutogen, während Tätigkeiten mit quantitativ hohen Anforderungen (insbesondere Zeitdruck) verbunden mit niedrigem Kontroll- und Entscheidungsspielraum sowie hoher Monotonie als pathogen gelten. Das Modell geht von einem Interaktionseffekt von Anforderung und Kontrolle auf chronischen Distress aus, welcher langfristige physische und psychische Krankheitsfolgen mit sich bringt.

Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen wiederum stellt hauptsächlich das Ungleichgewicht von Verausgabung und Belohnung in das Zentrum der Betrachtungen. Erfahren Beschäftigte trotz großen Arbeitsengagements keine ausreichende Anerkennung für ihre Arbeit, wirkt sich dies negativ auf die Gesundheit aus. Beispiele für Gratifikationskrisen sind geringe Bezahlung, mangelnde Wertschätzung, blockierte Aufstiegschancen oder Arbeitsplatzunsicherheit.¹⁰

Wie bedeutend die Arbeit für Menschen in unserer Arbeitsgesellschaft ist, wird unter anderem durch die Folgen von Arbeitslosigkeit ersichtlich: Der Verlust des Arbeitsplatzes ist nicht nur mit materiellen Einbußen verbunden, sondern bedeutet vor allem auch einen Verlust von integrativen Prozessen.¹¹ Arbeitslosigkeit löst in vielen Lebensbereichen negative Veränderungen aus. Häufig nehmen die sozialen Kontakte ab, die Konfrontation mit Vorurteilen und das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden, sowie das Fehlen einer Tagesstruktur führen zu einer Verschlechterung des persönlichen Wohlbefindens. Dies führt bei vielen Betroffenen zu einem Zustand allgemeiner Unzufriedenheit, Verunsicherung und einem verminderten Selbstwertgefühl. Auch hinsichtlich des subjektiven Gesundheitszustandes weisen Arbeitslose Defizite gegenüber Erwerbstätigen auf.¹²

Mit dem technischen Fortschritt und dem Trend zur Dienstleistungsgesellschaft geht ein Wandel von Arbeit und Arbeitsbelastung einher. Während Probleme durch eindeutige und direkte körperliche Schädigungen rückläufig sind, nimmt die Bedeutung von psychischen und sozialen Belastungen und deren (körperlichen) Auswirkungen zu.¹³

2010 waren im Jahresdurchschnitt 46 Prozent der Linzer Bevölkerung erwerbstätig (rund 87.900 Menschen). Die beschäftigten LinzerInnen sind zu 15 Prozent in der Wirtschaftsklasse „Herstellung von Waren“ beschäftigt. Darauf folgen „Handel“ (14%), „Gesundheits- und Sozialwesen“ (12%), „freiberufliche/technische Dienstleistungen“ (9%), „Grundstücks- und Wohnungswesen“ (8%), „sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen“ (8%) und „Öffentliche Verwaltung, Erziehung und Unterricht“ (7%).¹⁴

Durchschnittlich waren im Jahr 2010 rund 5.180 Personen (oder 5,6% der Erwerbspersonen) arbeitslos gemeldet.

⁹ Elkeles 2003, S. 653

¹⁰ Siegrist, Möller-Leimkühler 2003, S. 129-130

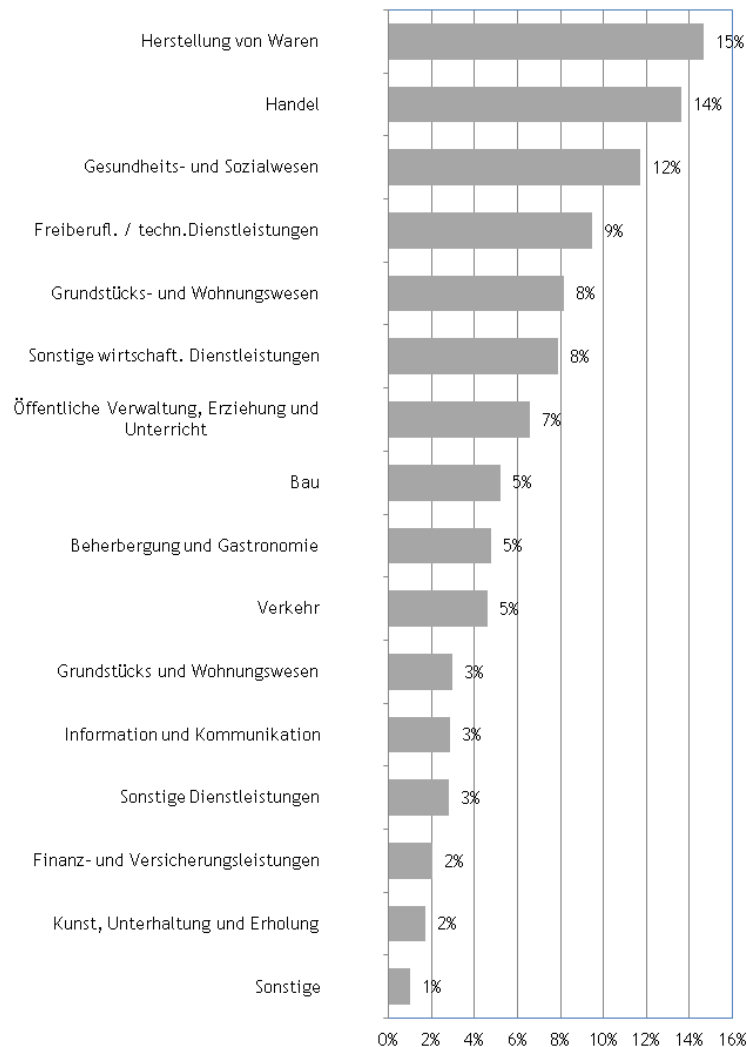
¹¹ Elkeles 2003, S. 658

¹² Stelzer-Orthofer et al. 2007, S. 165

¹³ Elkeles 2003, S. 654

¹⁴ Statistik Austria 2012, S. 96

Abbildung 1: Beschäftigte nach Wirtschaftsklassen 2010



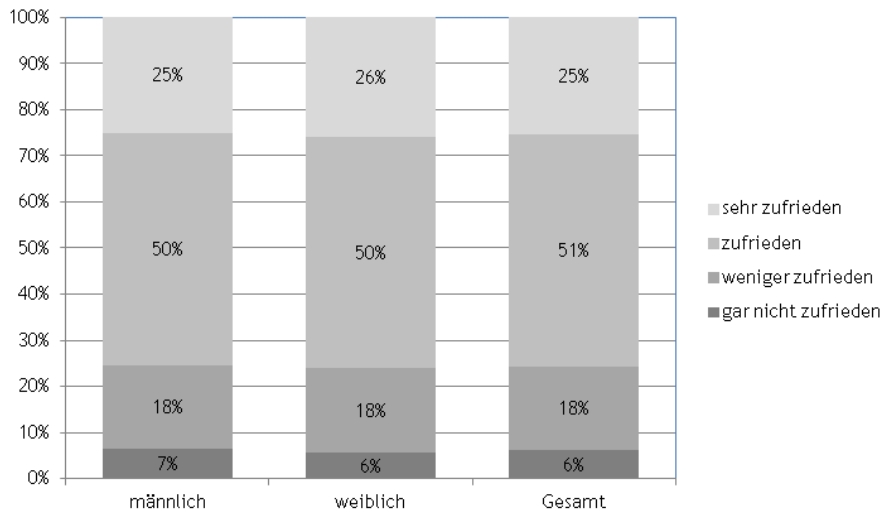
Quelle: Statistik Austria 2012, S. 96; eigene Berechnungen

6.2.1. Zufriedenheit mit der beruflichen Situation

Der Großteil der befragten LinzerInnen ist mit der derzeitigen beruflichen Situation (Arbeitsplatz, Ausbildung, Stress, Betriebsklima) zufrieden (76%). Knapp ein Viertel sieht Probleme am Arbeitsplatz und ist daher weniger bis gar nicht zufrieden. Männer und Frauen unterscheiden sich diesbezüglich nicht wesentlich. Auch nach Altersgruppen sind keine signifikanten Unterschiede zu beobachten.

Im Vergleich zur Linzer Gesundheitsbefragung 2006 lässt sich keine wesentliche Veränderung hinsichtlich der Zufriedenheit mit der beruflichen Situation beobachten.

Abbildung 2: Zufriedenheit mit der beruflichen Situation

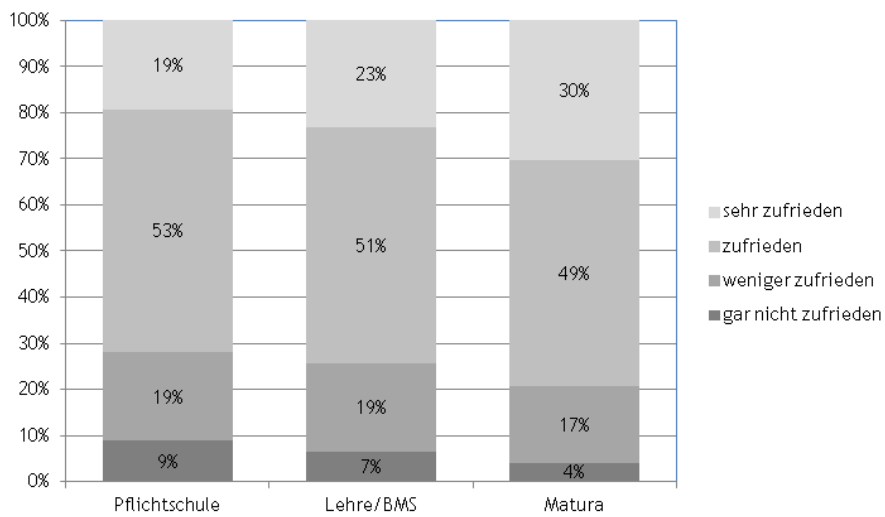


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=708 (nur Erwerbstätige); Tau-b=n.s.

Mit steigendem Bildungsgrad nimmt auch die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation zu. Während 79 Prozent der Beschäftigten mit Matura oder höherer Bildung mit den

Arbeitsbedingungen zufrieden sind, beträgt der Anteil unter Beschäftigten mit Pflichtschulabschluss nur 72 Prozent.

Abbildung 3: Zufriedenheit mit der beruflichen Situation nach Bildungsgrad

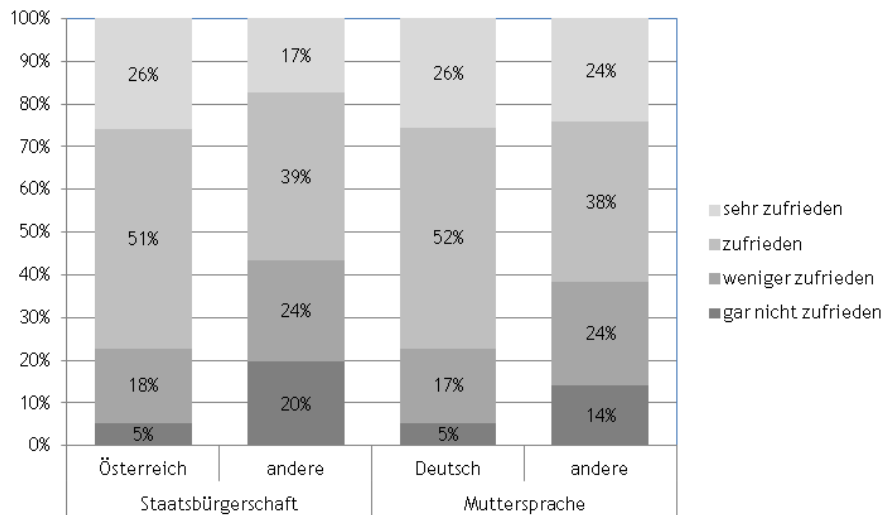


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=703 (nur Erwerbstätige); Tau-b=-0,084, p<0,05

Personen mit Migrationshintergrund sind deutlich unzufriedener mit den Arbeitsbedingungen. Nur etwas mehr als die Hälfte (56%) der Beschäftigten mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft ist mit der Arbeitssituation

zufrieden (gegenüber 77% bei ÖsterreicherInnen). Unter Personen mit nichtdeutscher Muttersprache beträgt der Anteil der Zufriedenen lediglich 62 Prozent (gegenüber 78% bei Beschäftigten mit deutscher Muttersprache).

Abbildung 4: Zufriedenheit mit der beruflichen Situation nach Migrationshintergrund

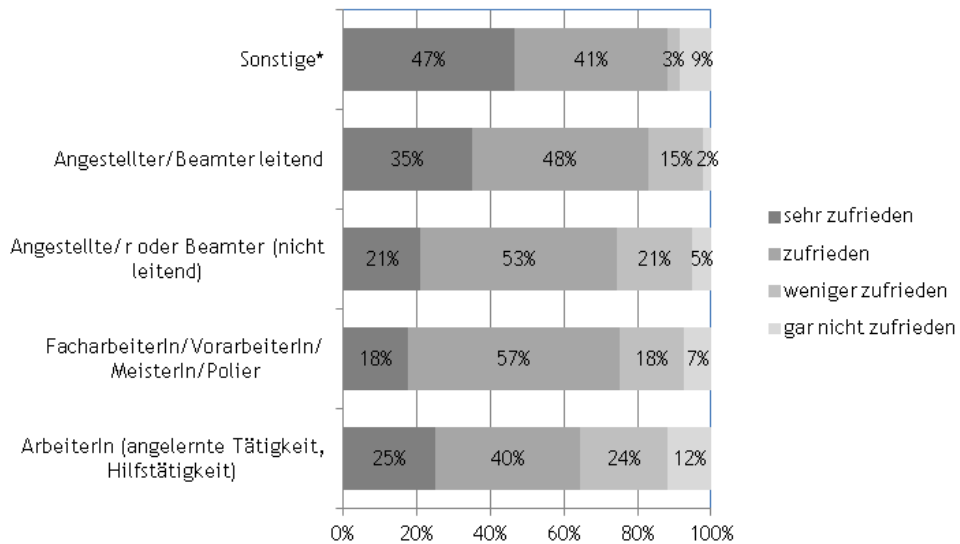


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=702 (nur Erwerbstätige); Staatsbürgerschaft: Cramer-V=-0,110, p<0,01; Muttersprache: Tau-b=-0,132, p<0,01

Ungelernte ArbeiterInnen sind mit ihrer beruflichen Situation deutlich unzufriedener (36% weniger oder gar nicht zufrieden) als FacharbeiterInnen bzw. Arbeiterinnen mit Leitungsfunktion (25%). Angestellte bzw. Beamte in nichtleitender Funktion unterscheiden sich diesbezüglich nicht wesentlich von FacharbeiterInnen (26%), weisen jedoch

ein höheres Ausmaß an Unzufriedenen auf als ihre KollegInnen in leitender Funktion (17%). Am niedrigsten ist der Anteil der Unzufriedenen in der Sammelkategorie „Sonstige“ (12%), die vor allem von Selbständigen bzw. freien Berufen dominiert wird.

Abbildung 5: Zufriedenheit mit der beruflichen Situation nach Stellung im Beruf



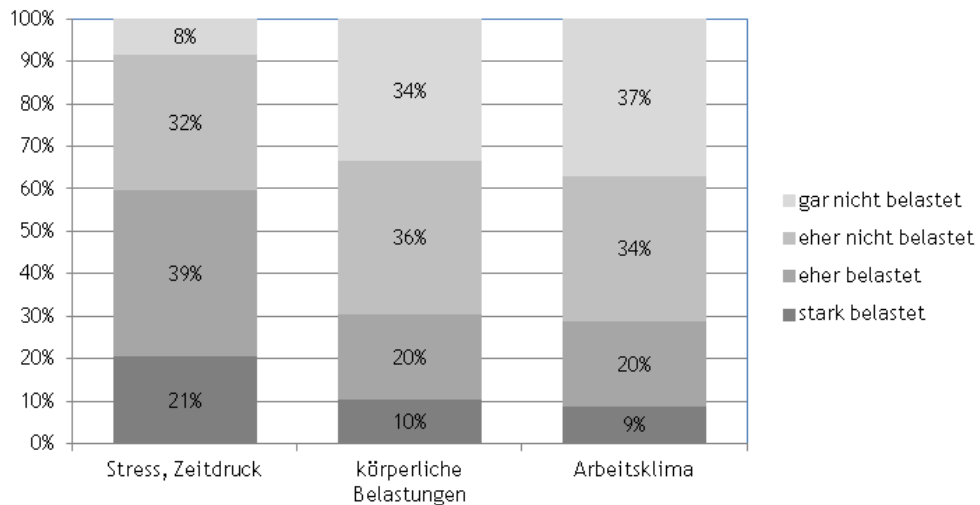
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=702 (nur Erwerbstätige); Cramer-V=-0,141, p<0,05
 *Die Kategorie „Sonstige“ enthält vor allem Selbständige und freie Berufe

6.2.2. Berufliche Belastungen

Sechs von zehn Beschäftigten (60%) fühlen sich durch Stress bzw. Zeitdruck in der Arbeit belastet. Ein Fünftel gibt sogar an, sich stark belastet zu fühlen (21%).

30 Prozent der Berufstätigen sind von körperlichen Belastungen im Beruf betroffen (10% stark und 20% eher belastet). Ähnlich hoch ist der Anteil, der sich durch die sozialen Beziehungen im Arbeitsumfeld belastet fühlt. 9 Prozent fühlen sich durch das Arbeitsklima stark belastet und weitere 20 Prozent sind eher belastet.

Abbildung 6: Berufliche Belastungen

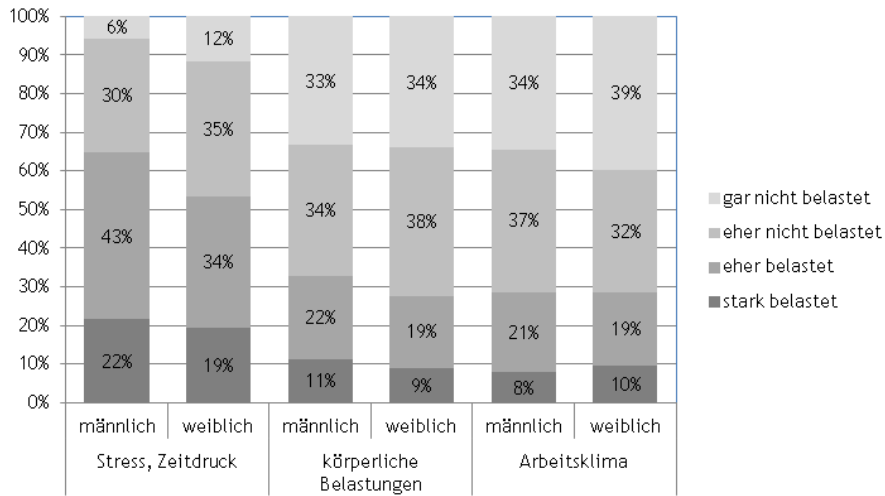


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=707-709 (nur Erwerbstätige)

Im Hinblick auf Belastungen durch das Arbeitsklima und auf körperliche Belastungen lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen berufstätigen Männern

und Frauen beobachten. Anders bei Stress/Zeitdruck, wo sich Männer etwas häufiger belastet fühlen (65%) als Frauen (53%).

Abbildung 7: Berufliche Belastungen nach Geschlecht

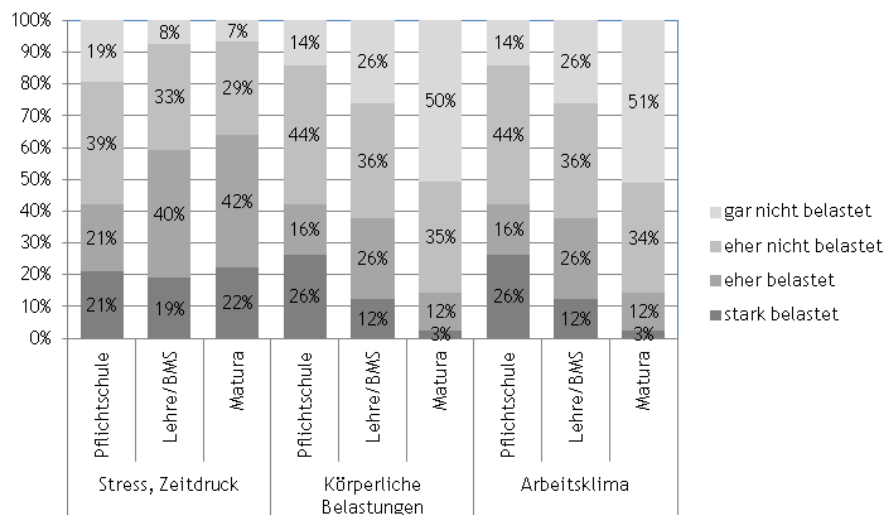


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=707-709 (nur Erwerbstätige); Stress, Zeitdruck: $Tau-b=-0,100$, $p<0,01$; körperliche Belastungen: $Tau-b=n.s$; Arbeitsklima: $Tau-b=n.s$

Personen mit niedrigem Bildungsgrad sind stärker von körperlichen Belastungen betroffen als Personen mit höherem Bildungsgrad. Auch Belastungen durch das Arbeitsklima sind unter Personen mit niedrigerem Bildungsgrad

häufiger als unter Beschäftigten mit höherer Bildung. Demgegenüber fühlen sich Personen mit höherem Bildungsabschluss stärker durch Stress bzw. Zeitdruck belastet.

Abbildung 8: Berufliche Belastungen nach Bildungsgrad

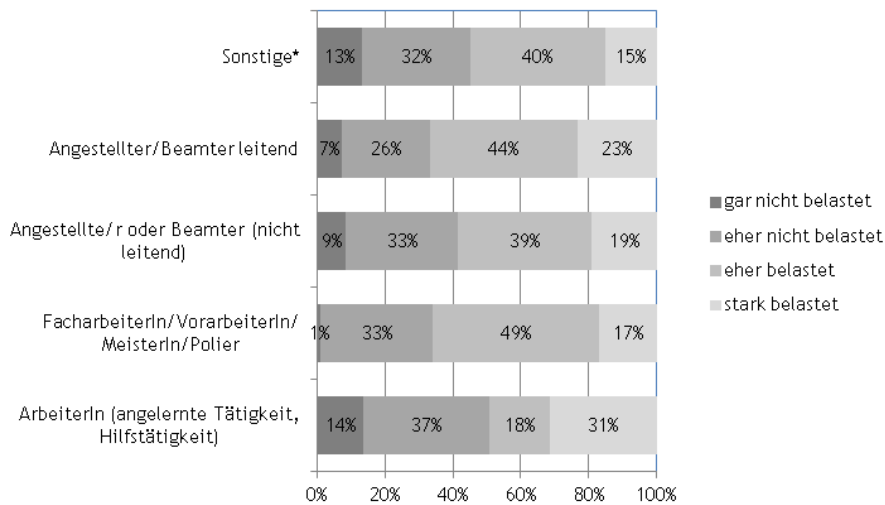


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=700-703 (nur Erwerbstätige); Stress, Zeitdruck: $Tau-b=0,081$, $p<0,05$; körperliche Belastungen: $Tau-b=-0,282$, $p<0,001$; Arbeitsklima: $Tau-b=-0,097$, $p<0,01$

Zwei Drittel der befragten Angestellten/Beamten in Leitungsfunktion (67%) fühlen sich durch Stress/Zeitdruck in der Arbeit belastet. Ähnlich hoch ist der Anteil unter den FacharbeiterInnen (66%). Angestellte/Beamte in nichtleitender Funktion geben zu 58 Prozent an, dass sie durch Stress/Zeitdruck belastet sind, Beschäftigte der Kategorie „Sonstige“ (größtenteils Selbständige bzw. freiberuflich Tätige) zu 55 Prozent und ungelernete ArbeiterInnen zu 49 Prozent. Der Anteil der stark Belasteten ist allerdings in der Gruppe der ungelernen ArbeiterInnen am höchsten (31%) und in der Restkategorie „Sonstige“ am niedrigsten (15%).

rie „Sonstige“ (größtenteils Selbständige bzw. freiberuflich Tätige) zu 55 Prozent und ungelernete ArbeiterInnen zu 49 Prozent. Der Anteil der stark Belasteten ist allerdings in der Gruppe der ungelernen ArbeiterInnen am höchsten (31%) und in der Restkategorie „Sonstige“ am niedrigsten (15%).

Abbildung 9: Belastung durch Stress/Zeitdruck nach Stellung im Beruf

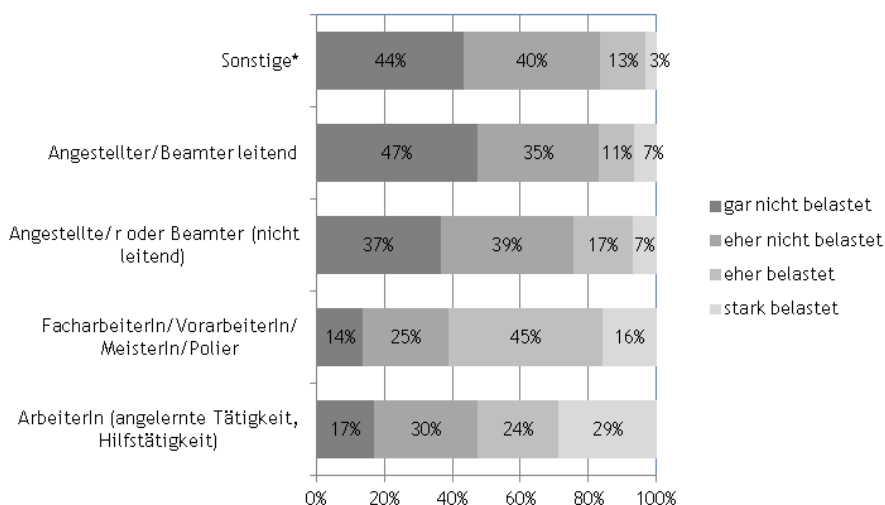


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=703 (nur Erwerbstätige); Cramer-V=-0,121, p<0,01
 *Die Kategorie „Sonstige“ enthält vor allem Selbständige und freie Berufe

Körperliche Belastungen sind vor allem in der Gruppe der ungelernen ArbeiterInnen vorzufinden (29% stark und 24% eher belastet). Ähnlich hoch ist der Anteil bei FacharbeiterInnen, wobei der Anteil mit starker Belastung etwas geringer ausfällt (16%) und leichtere körperliche Belastungen (45%) häufiger sind als bei ungelernen ArbeiterInnen.

Nichtleitende Angestellte/Beamte fühlen sich zu 24 Prozent körperlichen Belastungen ausgesetzt, leitende Angestellte/Beamte und „Sonstige“ zu 18 bzw. 16 Prozent (wobei der Anteil der stark Belasteten zwischen 3% und 7% liegt).

Abbildung 10: Körperliche Belastung nach Stellung im Beruf

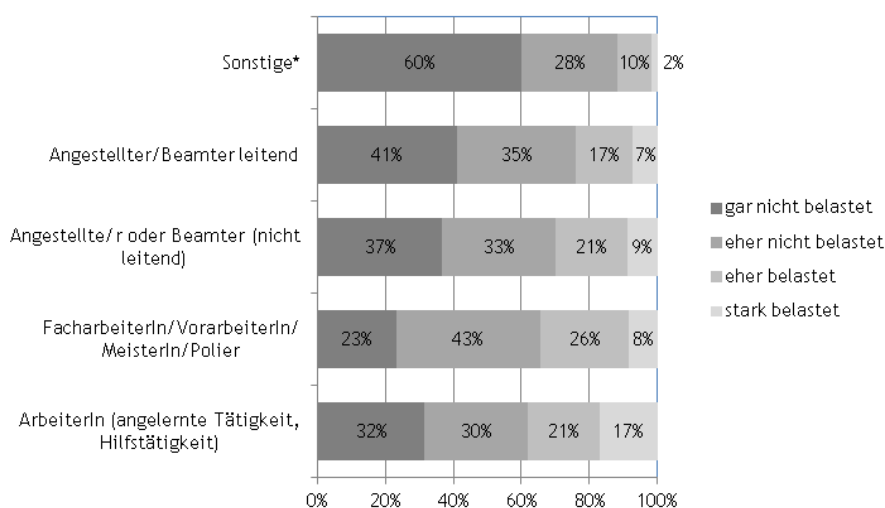


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=705 (nur Erwerbstätige); Cramer-V=-0,225, p<0,001
 *Die Kategorie „Sonstige“ enthält vor allem Selbständige und freie Berufe

Ungelernte ArbeiterInnen (38%) und FacharbeiterInnen (34%) sehen sich am häufigsten Belastungen durch das Arbeitsklima ausgesetzt. Bei Angestellten/Beamten ohne Leitungsfunktion beträgt der Anteil 30 Prozent, bei ihren

KollegInnen in einer Leitungsposition 24 Prozent und unter Beschäftigten der Kategorie „Sonstiges“ (vor allem Selbständige und freiberuflich Tätige) 12 Prozent.

Abbildung 11: Belastung durch das Arbeitsklima nach Stellung im Beruf



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=704 (nur Erwerbstätige); Cramer-V=-0,125, p<0,01
 *Die Kategorie „Sonstige“ enthält vor allem Selbständige und freie Berufe

Fakten

- 46 Prozent der Linzer Bevölkerung sind erwerbstätig (rund 87.900 Menschen), die meisten davon (15%) in der Wirtschaftsklasse „Herstellung von Waren“, „Handel“ (14%) und „Gesundheits- und Sozialwesen“ (12%).
- Drei Viertel der LinzerInnen ist mit der beruflichen Situation (sehr) zufrieden, mit steigendem Bildungsgrad nimmt die Zufriedenheit zu.

6.3. Wohnumgebung/Stadt(teil)

6.3.1. Wohnsituation

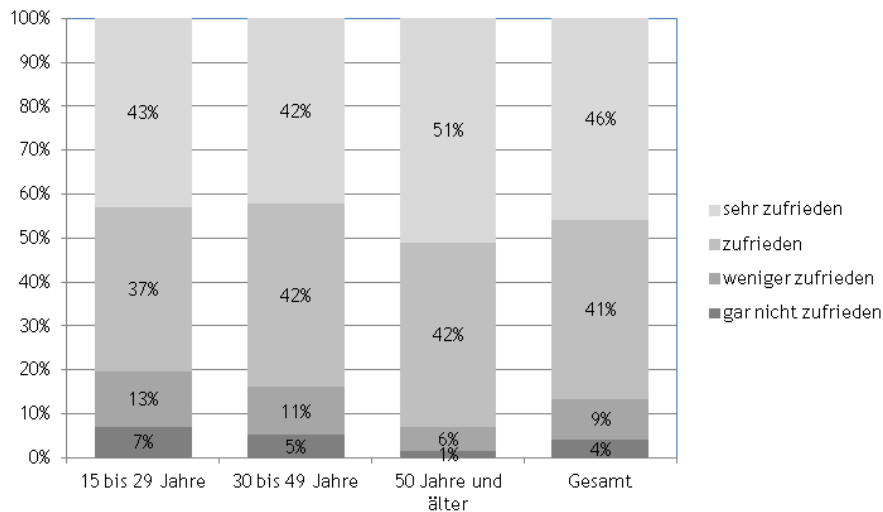
Die Wohnqualität stellt in vielerlei Hinsicht eine wesentliche Gesundheitsdeterminante dar. Beispiele dafür sind:

- Umweltbedingungen in den Innenräumen (z.B. Schadstoffe, Raumklima, Schimmel, Baustoffe etc.),
- Unfallgefahren (z.B. durch ungünstige Konstruktion von Treppen, Rutschgefahr durch ungeeignete Bodenbeläge, Sturzgefahr etc.),
- Überfüllung und räumliche Enge und damit verbunden physische und psychische Belastungen etc.¹⁵

6.3.1.1. Zufriedenheit mit der Wohnsituation

Der Großteil der befragten LinzerInnen ist mit der derzeitigen Wohnsituation sehr zufrieden oder zumindest zufrieden (87%). 13 Prozent sind mit den Wohnbedingungen weniger oder gar nicht zufrieden. Männer und Frauen unterscheiden sich diesbezüglich nicht wesentlich. Ältere Personen sind tendenziell zufriedener mit ihrer Wohnsituation als jüngere.

Abbildung 1: Zufriedenheit mit der Wohnsituation



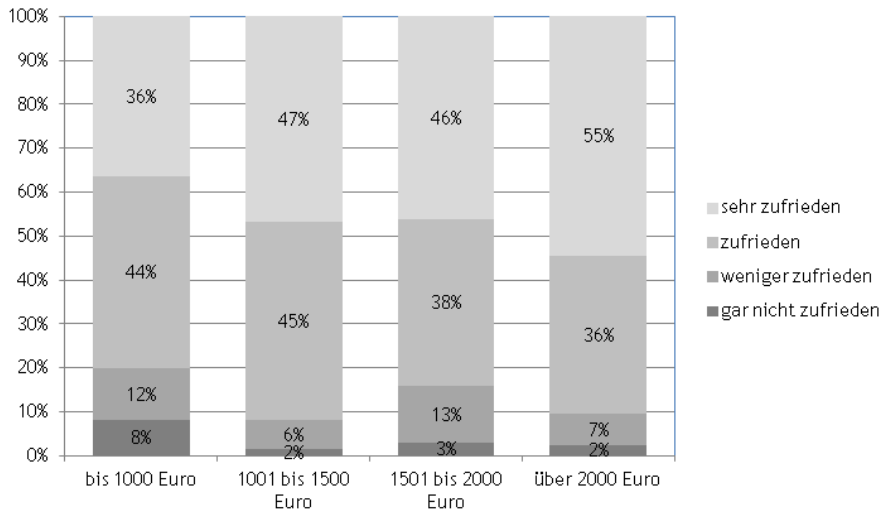
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.288; Tau-b=-0,105, p<0,001

Mit zunehmendem Haushaltseinkommen steigt auch der Grad der Zufriedenheit mit der Wohnsituation. Während mehr als die Hälfte (55%) der Personen aus Haushalten

mit einem Äquivalenzeinkommen von über 2.000 Euro mit den Wohnbedingungen sehr zufrieden ist, beträgt der Anteil in der Gruppe mit unter 1.000 Euro nur 36 Prozent.

¹⁵ EUGLOREH Projekt 2009

Abbildung 2: Zufriedenheit mit der Wohnsituation nach Haushaltseinkommen (Äquivalenzeinkommen)

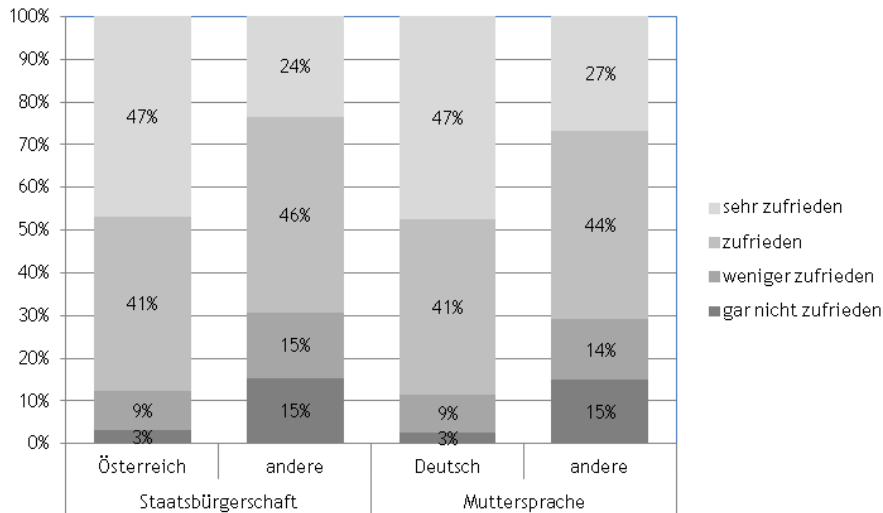


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.176; Tau-b=-0,107, p<0,001

Personen mit Migrationshintergrund beklagen in deutlich höherem Ausmaß unbefriedigende Wohnbedingungen. Nur knapp ein Viertel (24%) der Befragten mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft ist mit der Wohnsituation

sehr zufrieden und 30 Prozent sind wenig bis gar nicht zufrieden. Ähnliches gilt für Personen mit nichtdeutscher Muttersprache (27% sehr zufrieden und 29% weniger bis gar nicht zufrieden).

Abbildung 3: Zufriedenheit mit der Wohnsituation nach Migrationshintergrund (Staatsbürgerschaft, Muttersprache)

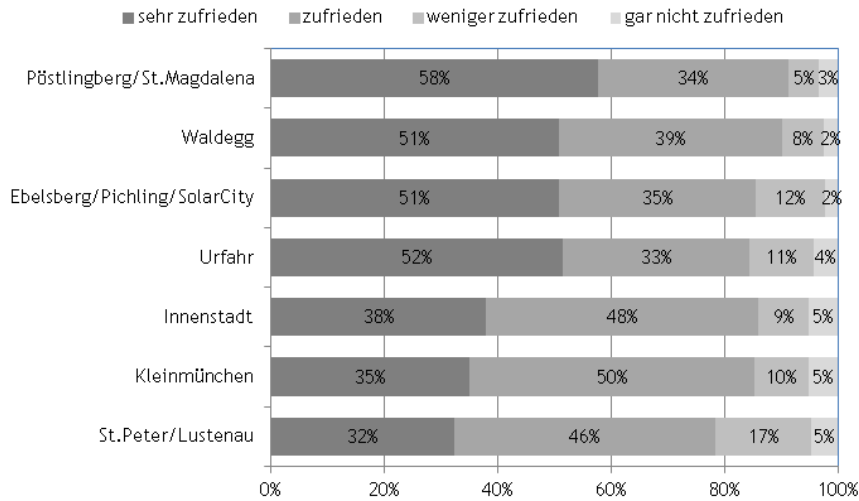


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.310-1.318; Staatsbürgerschaft: Tau b=0,139, p<0,001; Muttersprache: Tau b=0,164, p<0,001

Am besten werden die Wohnbedingungen im Stadtteil Pöstlingberg/St. Magdalena bewertet. Darauf folgen Waldegg, Ebersberg/Pichling/SolarCity und Urfahr. Am un-

teren Ende rangieren die Innenstadt, Kleinmünchen und St. Peter/Lustenau.

Abbildung 4: Zufriedenheit mit der Wohnsituation nach Wohngegend

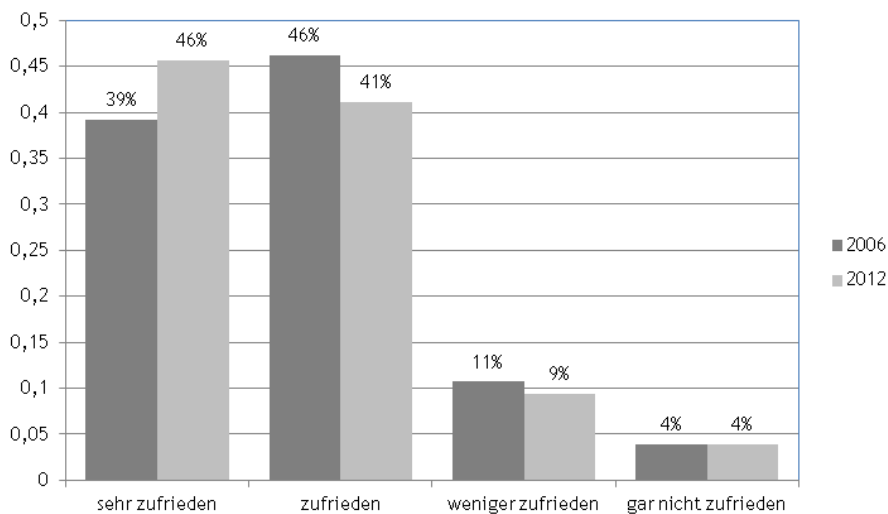


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.318; Cramer-V=0,111, p<0,001

Im Vergleich zur Linzer Gesundheitsbefragung 2006 hat die Zufriedenheit mit der Wohnsituation tendenziell zu-

genommen. Der Anteil der sehr Zufriedenen ist von 39 Prozent auf 46 Prozent angestiegen.

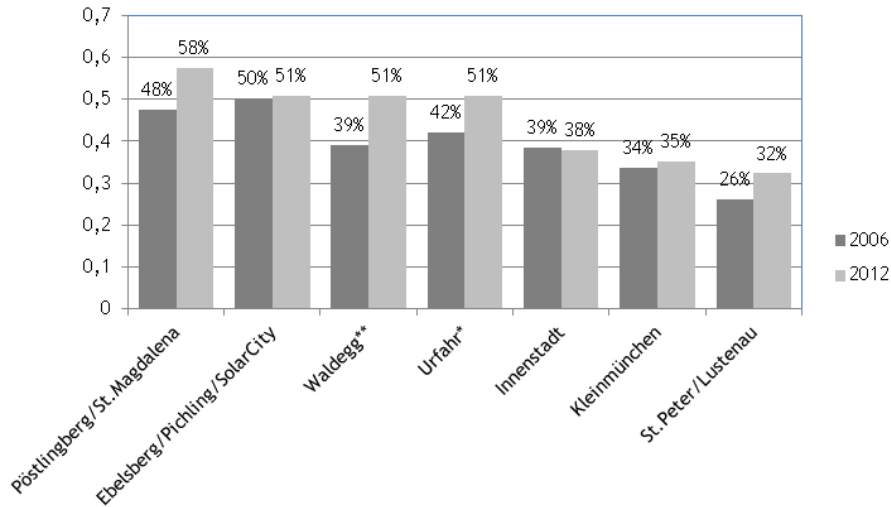
Abbildung 5: Zufriedenheit mit der Wohnsituation 2006 und 2012



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006 und 2012, n=2.380 bzw. 1.332; Tau-b=-0,054, p<0,01

In den Stadtteilen Waldegg und Urfahr ist der Anteil der Personen, der mit seiner Wohnsituation sehr zufrieden ist, signifikant höher, als in der Befragung 2006.

Abbildung 6: Zufriedenheit mit der Wohnsituation 2006 und 2012 nach Stadtteil



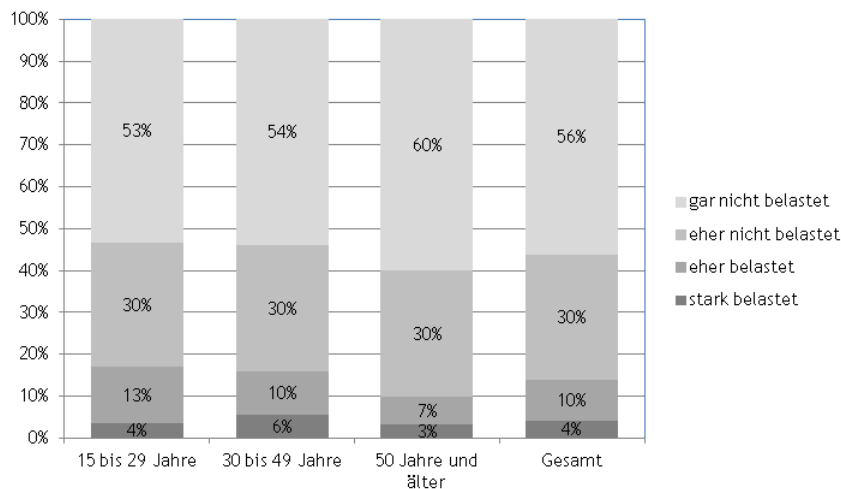
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006 und 2012, n=2.335 bzw. 1.302; Signifikanz (Phi): *= $p < 0,05$, **= $p < 0,01$, ***= $p < 0,001$; Anteile „sehr zufrieden“

6.3.1.2. Belastungen durch die Wohnsituation

Insgesamt geben 14 Prozent der Befragten an, dass sie sich durch die Wohnsituation belastet fühlen (4% stark und weitere 10% eher belastet). Männer und Frauen un-

terscheiden sich diesbezüglich nicht wesentlich. Jüngere fühlen sich tendenziell stärker durch die Wohnsituation belastet als ältere Befragte.

Abbildung 7: Belastung durch Wohnsituation nach Altersgruppen

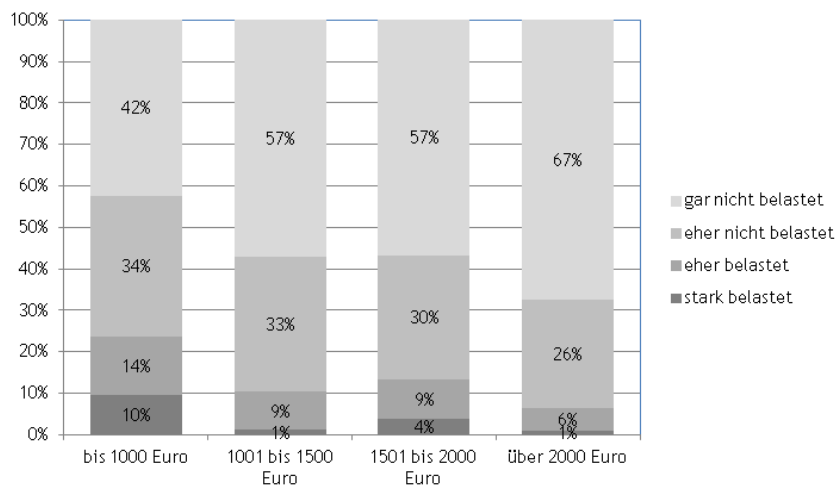


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.244; Tau-b=-0,063, $p < 0,05$

Mit steigendem Haushaltseinkommen sinkt der Anteil der Personen, die sich durch die Wohnsituation belastet fühlen. Während fast ein Viertel (24%) der Personen aus Haushalten mit geringem Äquivalenzeinkommen Bela-

stungen durch die Wohnsituation angeben, sind dies unter den Befragten mit hohem Haushaltseinkommen (über 2.000 Euro) nur 7 Prozent.

Abbildung 8: Belastung durch Wohnsituation nach Haushaltseinkommen (Äquivalenzeinkommen)

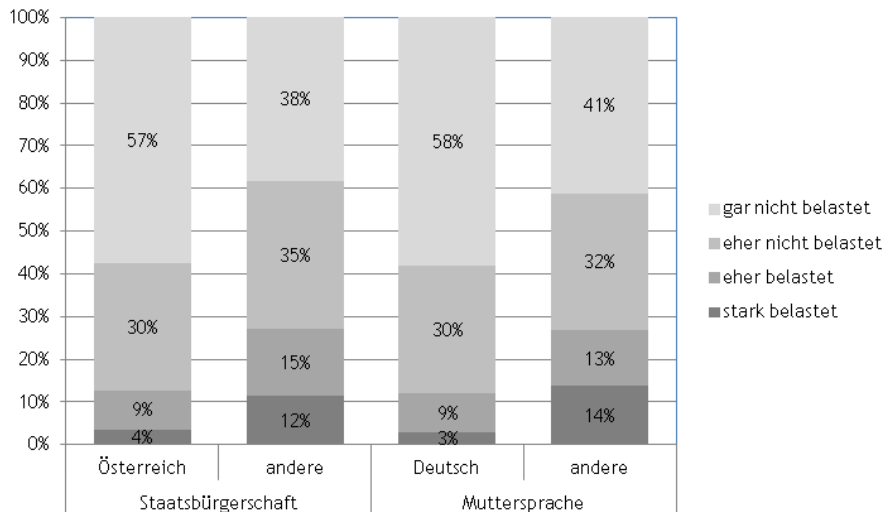


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.141; Tau-b=-0,157, p<0,001

Migrationshintergrund geht mit höheren Belastungen durch die Wohnsituation einher. Mehr als ein Viertel (27%) der Personen mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft geben Belastungen an (gegenüber 13 Prozent bei Befragten mit österreichischer Staatsbürgerschaft).

Unter Personen mit nichtdeutscher Muttersprache fühlen sich ebenfalls 27 Prozent durch die Wohnbedingungen belastet (gegenüber 12% bei Personen mit deutscher Muttersprache).

Abbildung 9: Belastung durch Wohnsituation nach Migrationshintergrund (Staatsbürgerschaft, Muttersprache)

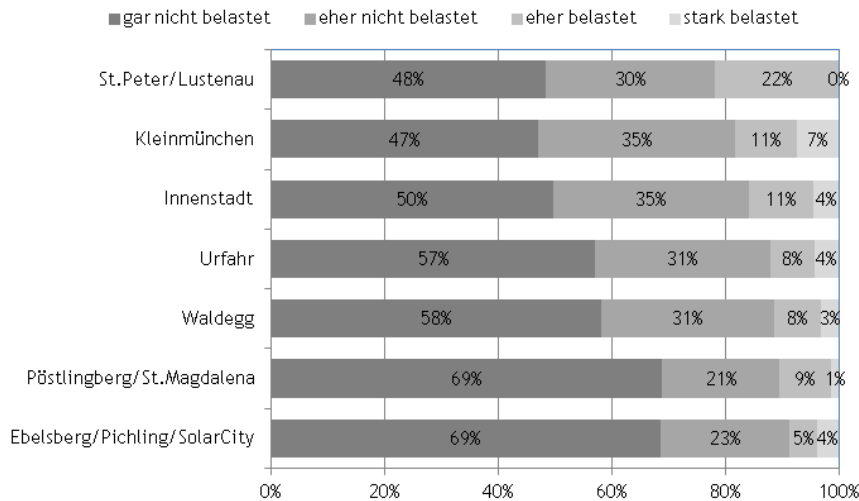


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.263-1.271; Staatsbürgerschaft: Tau b=0,103, p<0,001; Muttersprache: Tau b=0,123, p<0,001

Am häufigsten sind Belastungen durch die Wohnsituation unter den BewohnerInnen von St. Peter/Lustenau (22%) und Kleinmünchen (18%) vorzufinden. Darauf folgen In-

nenstadt (15%), Urfahr (12%) und Waldegg (11%) sowie Pöstlingberg/St. Magdalena (10%) und Ebelsberg/Pichling/SolarCity (9%).

Abbildung 10: Belastung durch Wohnsituation nach Wohngegend



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.270; Cramer-V=0,115, p<0,01

6.3.2. Wohnumfeld

Das unmittelbare Wohnumfeld spielt im Hinblick auf die Gesundheit der Bevölkerung eine wesentliche Rolle. Einerseits bergen Wohnbedingungen und Wohnumfeld als Lebenswelt durch die Verknüpfung verschiedener Faktoren und Gegebenheiten eine Vielzahl an Gesundheitschancen und -risiken. Andererseits schafft die räumliche Nähe die Möglichkeit zur sozialen Begegnung und Selbstorganisation sowie (bei entsprechender Forderung) Potenziale zur partizipativen Gestaltung der Lebensbedingungen.¹⁶

Für die Qualität der Wohnumgebung spielen drei Aspekte eine wesentliche Rolle:

- physische Umwelt (z.B. Luftsituation, Lärmbelastigung, Verkehr, Grünflächen),
- soziale Umwelt (soziale Interaktion der BewohnerInnen, freie Vereinigungen, Vertrauen und Verständnis unter verschiedenen Bevölkerungsgruppen etc.),
- Dienstleistungsangebote (z.B. Läden, Gesundheitsdienste, Gemeindehäuser, Beratungseinrichtungen etc.).¹⁷

6.3.2.1. Physisches Wohnumfeld

Ein wesentlicher Aspekt der physischen Wohnumwelt sind die Umweltbedingungen im „klassischen“ Sinne z.B. Luftverschmutzung oder Lärm, aber auch Grünflächen und das Verkehrsaufkommen. Auf die allgemeinen Umweltbedingungen in Linz wird im Kapitel 6.4. genauer eingegangen.

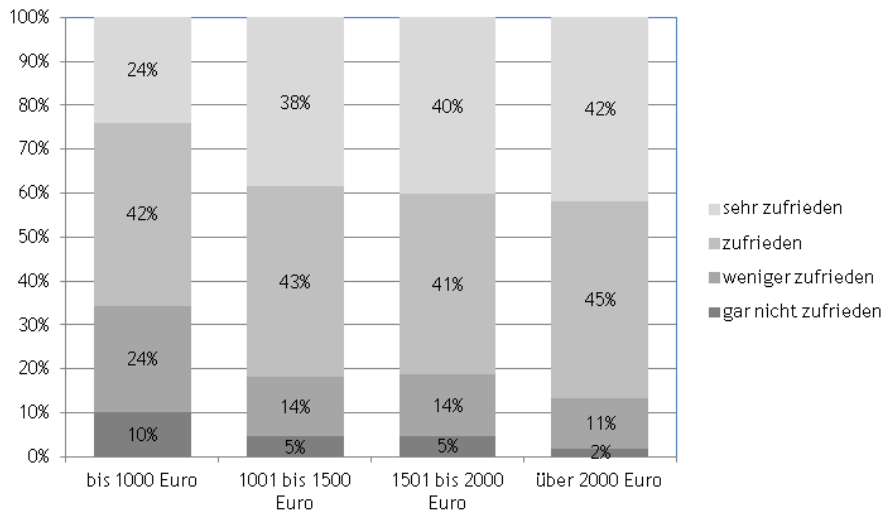
Mit der Wohnumgebung (Luftsituation, Lärmbelastigung, Verkehr, Grünflächen etc.) sind 35 Prozent der LinzerInnen sehr zufrieden und weitere 42 Prozent zufrieden. Der Anteil der eher Unzufriedenen beträgt 23 Prozent (17% weniger und 6% gar nicht zufrieden). Nach Alter und Geschlecht lassen sich keine wesentlichen Unterschiede beobachten.

Mit steigendem äquivalentem Haushaltseinkommen nimmt auch die Qualität der Wohnumgebung zu. Während Personen in Haushalten mit hohem Äquivalenzeinkommen (über 2.000 Euro) zu 42 Prozent sehr zufrieden mit der Wohnumgebung sind und nur 13 Prozent eher unzufrieden sind, beträgt der Anteil der sehr Zufriedenen unter den Befragten mit geringem Haushaltseinkommen (unter 1.000 Euro) nur knapp ein Viertel (24%), wohingegen rund ein Drittel (34%) eher unzufrieden sind.

¹⁶ Naidoo und Wills 2003, S. 294

¹⁷ Naidoo und Wills 2003, S. 294

Abbildung 11: Zufriedenheit mit der Wohnumgebung nach Haushaltseinkommen (Äquivalenzeinkommen)

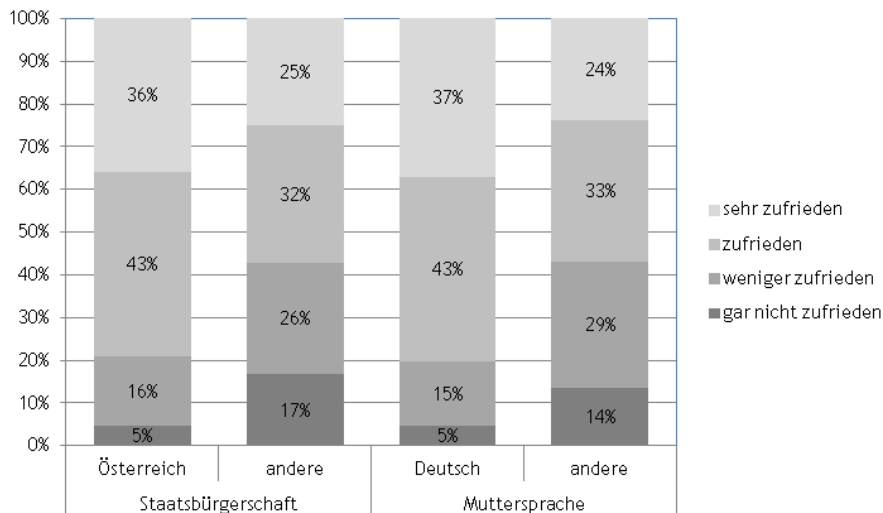


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.175; Tau-b=-0,154, p<0,001

Personen mit Migrationshintergrund leben in Wohngenden mit geringerer Wohnqualität. Der Anteil der Befragten mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft, der

mit der Wohnumgebung eher unzufrieden ist, beträgt 43 Prozent. Dasselbe gilt für Personen mit nichtdeutscher Muttersprache.

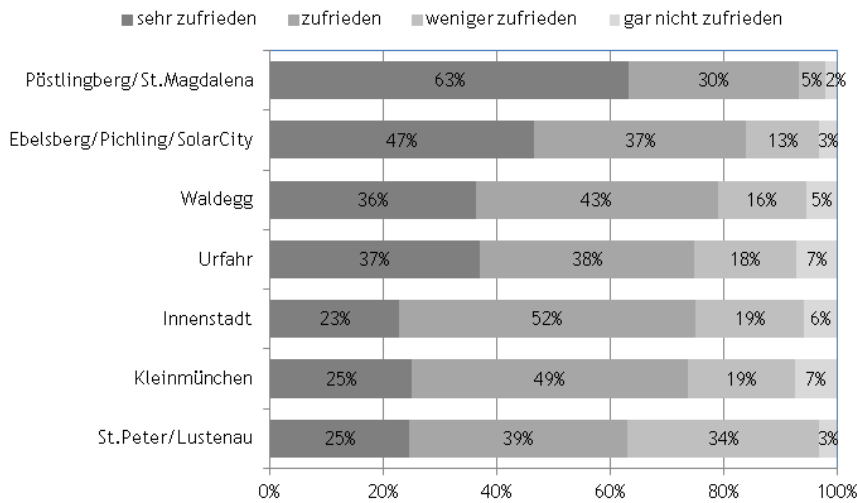
Abbildung 12: Zufriedenheit mit der Wohnumgebung nach Migrationshintergrund (Staatsbürgerschaft, Muttersprache)



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.307-1.315; Staatsbürgerschaft: Tau b=0,102, p<0,01; Muttersprache: Tau b=0,140, p<0,001

Am besten wird die Qualität der Wohnumgebung in Pöstlingberg/St. Magdalena und Ebelsberg/Pichling/SolarCity bewertet. Am unteren Ende der Rangskala sind St. Peter/Lustenau und Kleinmünchen vorzufinden.

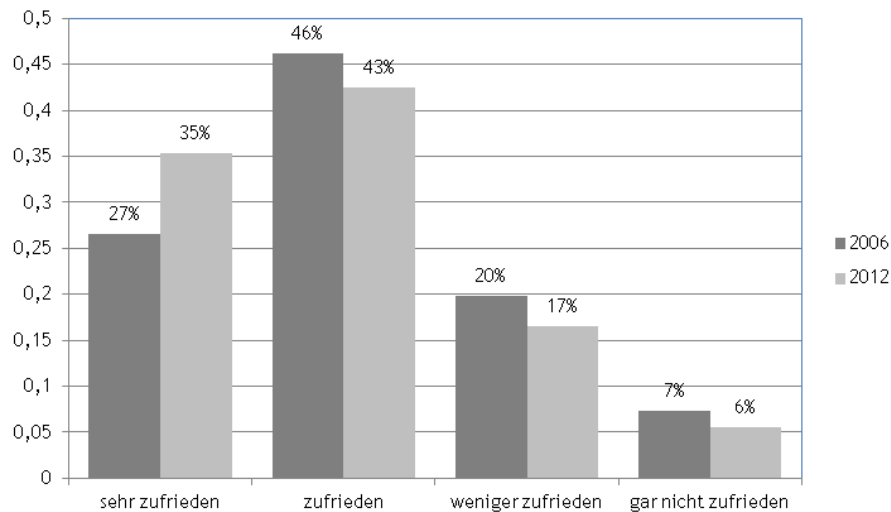
Abbildung 13: Zufriedenheit mit der Wohnsituation nach Wohngegend



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.316; Cramer-V=0,164, p<0,001

Im Vergleich zur Linzer Gesundheitsbefragung 2006 hat der Anteil der Befragten, der mit seiner Wohnumgebung sehr zufrieden ist, signifikant zugenommen (von 27% auf 35%).

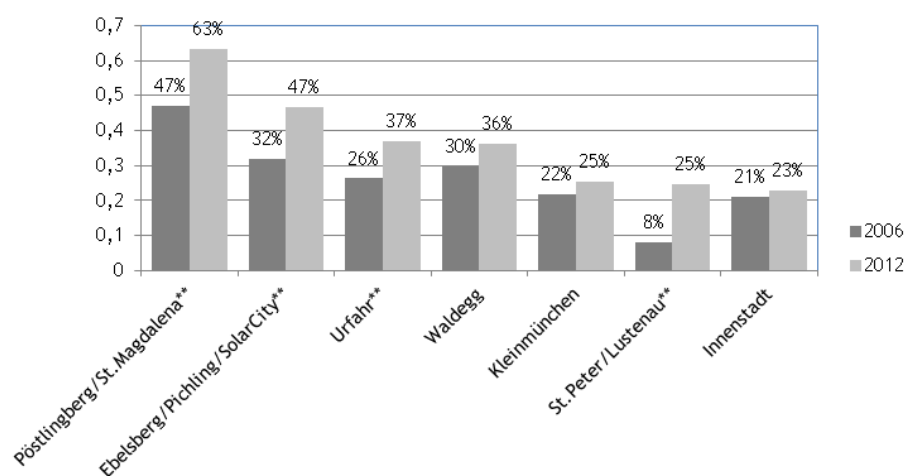
Abbildung 14: Zufriedenheit mit der Wohnumgebung 2006 und 2012



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006 und 2012, n=2.373 bzw. 1.329; Tau-b=-0,084, p<0,001

Signifikante Verbesserungen der Zufriedenheit mit der Wohnumgebung lassen sich in den Stadtteilen Pöstlingberg/St. Magdalena, Ebelsberg/Pichling/SolarCity, Urfahr und St. Peter/Lustenau beobachten.

Abbildung 15: Zufriedenheit mit der Wohnumgebung 2006 und 2012 nach Stadtteil



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006 und 2012, n=2.335 bzw. 1.302; Signifikanz (Phi):*=p<0,05; **=p<0,01; ***=p<0,001; Anteile „sehr zufrieden“

6.3.2.2. Soziales Wohnumfeld

Vertrauen in die nachbarschaftlichen Beziehungen stellen einen wichtigen Aspekt des sozialen Wohnumfeldes dar. Dazu gehört auch das Gefühl der Sicherheit vor Übergriffen und Belästigung bzw. Kriminalität. Aber auch kleinere Konflikte in der Nachbarschaft (z.B. bei Lärmbelästigung etc.) können zu erheblichen Belastungen für die Betroffenen führen. Die damit verbundenen Belastungen können sich direkt auf das Wohlbefinden auswirken (z.B. Stress, Depression etc.) oder indirekt (z.B. durch soziale Isolierung) zu gesundheitlichen Problemen führen. Durch die Stärkung der sozialen Kapazitäten und Handlungskompetenzen der Gemeinwesen (Aufbau kommunaler Ressourcen und die Weiterentwicklung, Befähigung der BürgerInnen zur Partizipation und Durchführung von Gemeinschaftsaktivitäten) können die sozialen Beziehungen in Kommunen und Stadtteilen verbessert und Gesundheitspotenziale gehoben werden.¹⁸ Der Sozialkapitaltheorie

zufolge spielt ein ausgewogenes Verhältnis des Zusammengehörigkeitsgefühls innerhalb verschiedener Bevölkerungsgruppen einerseits („bonding social capital“) und verbindenden Beziehungen zwischen den verschiedenen Gemeinschaften und Bevölkerungsgruppen andererseits („bridging social capital“) eine wesentliche Rolle für ein positives Zusammenleben.¹⁹

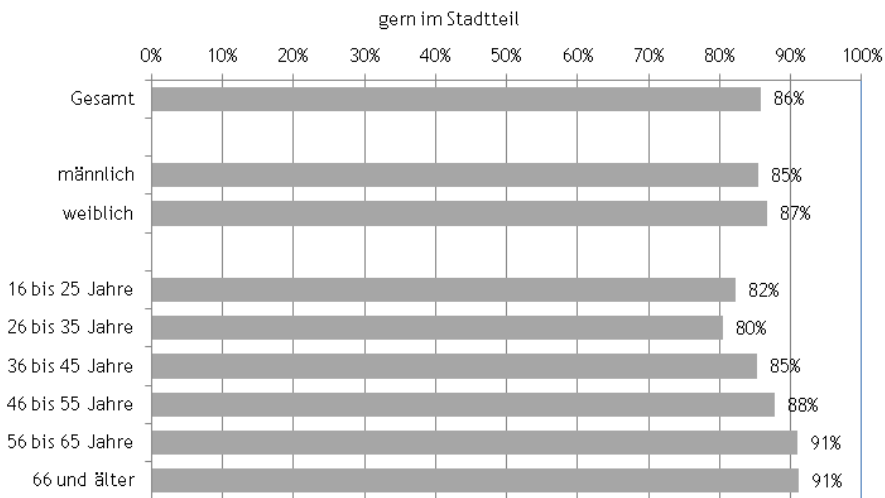
Stadtteilverbundenheit

86 Prozent der LinzerInnen fühlen sich mit ihrem Stadtteil verbunden und leben gerne in ihrem Stadtteil. Männer und Frauen unterscheiden sich diesbezüglich nur geringfügig. Ältere LinzerInnen fühlen sich stärker mit ihrem Stadtteil verbunden als jüngere. Personen mit Pflichtschulabschluss fühlen sich etwas stärker mit ihrem Stadtteil verbunden (89%) als die durchschnittliche Linzer Bevölkerung.

¹⁸ Naidoo und Wills 2003, S. 298

¹⁹ Gehmacher 2003, S. 212

Abbildung 16: Stadteilverbundenheit nach Alter und Geschlecht

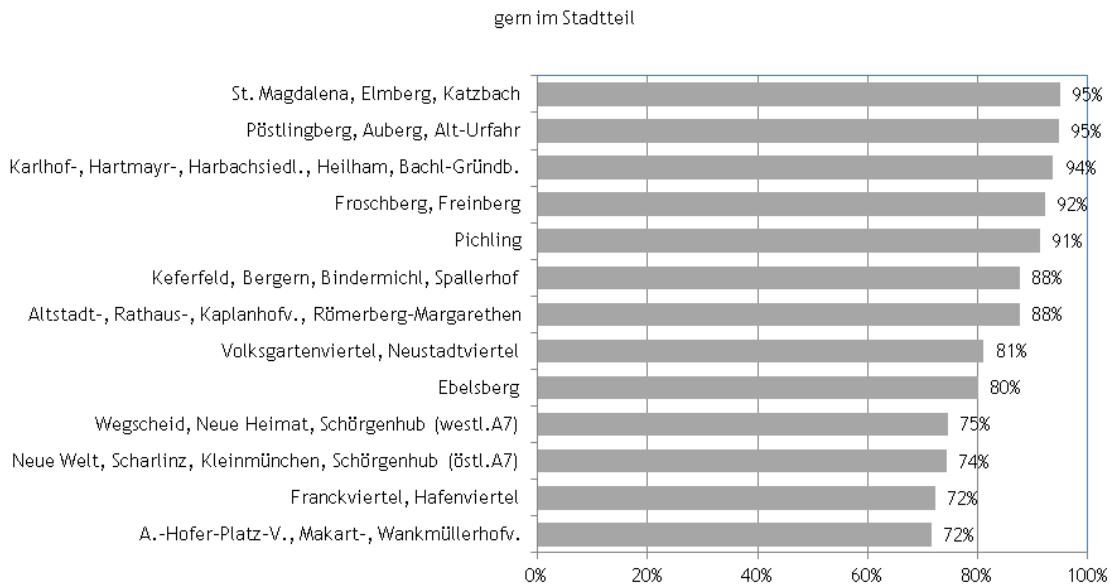


Quelle: Linz Open Data - Politik & Verwaltung 2011b; „Leben Sie gern in Ihrem Stadtteil oder würden Sie lieber woanders wohnen, wenn Sie es sich aussuchen könnten?“

Am stärksten ist die Verbundenheit in den Stadtteilen in Urfahr ausgeprägt, aber auch in Pichling und Froschberg/Freinberg. Am unteren Ende rangieren die Stadtteile „A.-Hofer-Platz-Viertel, Makart-, Wankmüllerhofviertel“,

„Franckviertel, Hafenviertel“, „Neue Welt, Scharlinz, Kleinmünchen, Schörgenhub (östl.A7)“ und „Wegscheid, Neue Heimat, Schörgenhub (westl.A7)“.

Abbildung 17: Stadteilverbundenheit nach Stadtteil



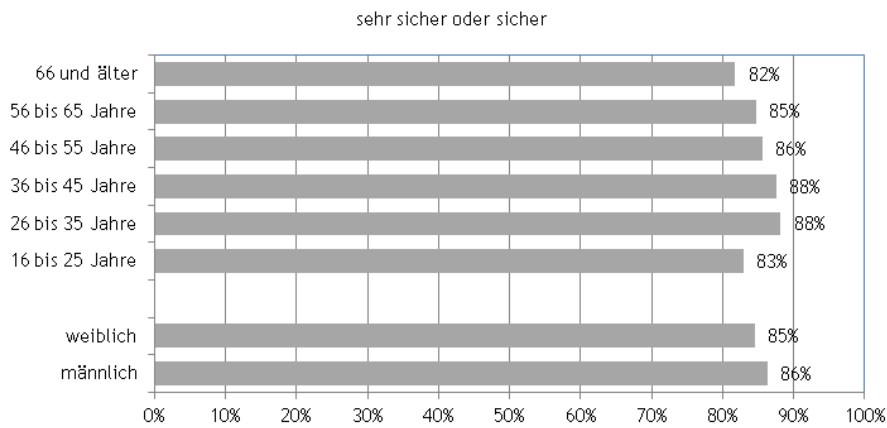
Quelle: Linz Open Data - Politik & Verwaltung 2011a; „Leben Sie gern in Ihrem Stadtteil oder würden Sie lieber woanders wohnen, wenn Sie es sich aussuchen könnten?“

Sicherheitsgefühl

86 Prozent der Männer und 85 Prozent der Frauen fühlen sich in ihrer Wohnumgebung sicher oder sehr sicher. Personen im mittleren Alter fühlen sich tendenziell etwas

sicherer, als Jüngere (16 bis 25 Jahre) und Ältere (über 66 Jahre). Mit steigendem Bildungsgrad nimmt auch das Sicherheitsgefühl zu.

Abbildung 18: Sicherheitsgefühl nach Alter und Geschlecht

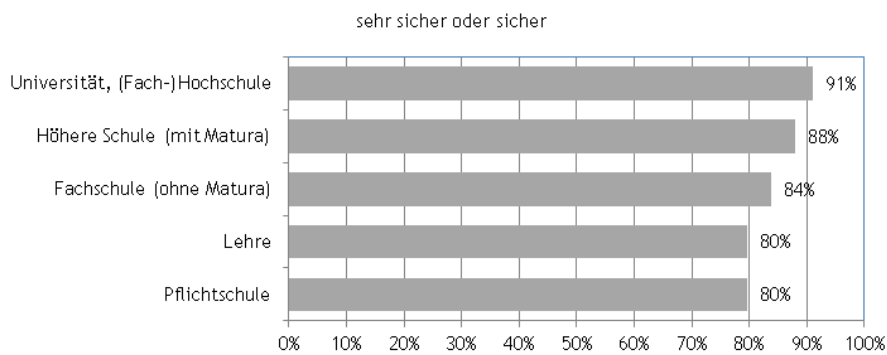


Quelle: Linz Open Data - Politik & Verwaltung 2011b; „Über Kriminalität und Fragen der öffentlichen Sicherheit wird oft diskutiert. Fühlen Sie sich in Ihrer Wohngegend ...?“

Personen mit Hochschulbildung geben zu 91 Prozent an, dass sie sich in ihrem Wohnumfeld sehr sicher oder zumindest sicher fühlen. Mit abnehmendem Bildungsgrad

nimmt der Anteil ab. Unter Personen mit Pflichtschul- bzw. Lehrabschluss beträgt der Anteil 80 Prozent.

Abbildung 19: Sicherheitsgefühl nach Bildungsgrad

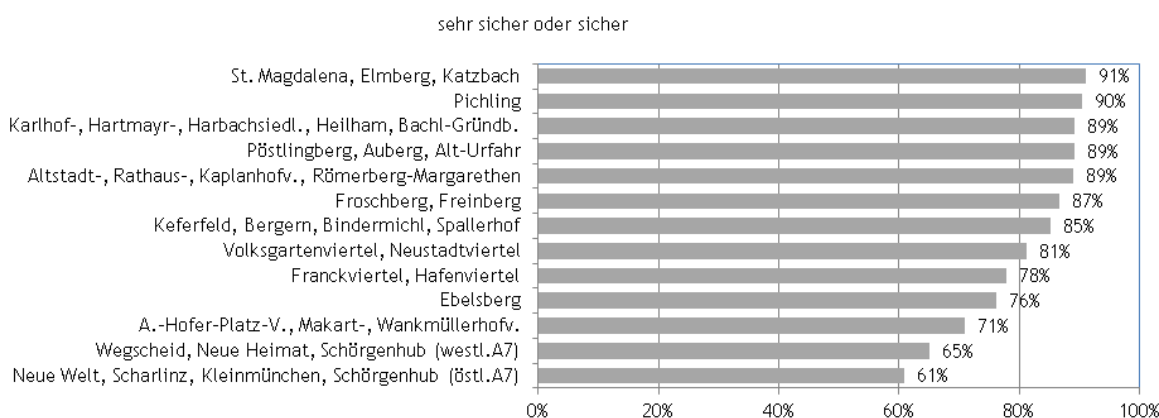


Quelle: Linz Open Data - Politik & Verwaltung 2011b; „Über Kriminalität und Fragen der öffentlichen Sicherheit wird oft diskutiert. Fühlen Sie sich in Ihrer Wohngegend ...?“

Am sichersten fühlen sich die BewohnerInnen in Urfaar („St. Magdalena, Elmberg, Katzbach“; „Karlhof-, Hartmayr-, Harbachsiedlung, Heilham, Bachl-Gründberg“ und „Pöstlingberg, Auberg, Alt-Urfahr“ sowie in Pichling, im Zentrum („Altstadt-, Rathaus-, Kaplanhofviertel, Römerberg-Margarethen“) und im Stadtteil Froschberg/

Freinberg. Größere verunsicherte Bevölkerungsteile sind in den Stadtteilen „Neue Welt, Scharlinz, Kleinmünchen, Schörgenhub (östl.A7)“, „Wegscheid, Neue Heimat, Schörgenhub (westl.A7)“ und „A.-Hofer-Platz-Viertel, Makart-, Wankmüllerhofviertel“ sowie in Ebelsberg und im Frank-/Hafenviertel vorzufinden.

Abbildung 20: Sicherheitsgefühl nach Stadtteil



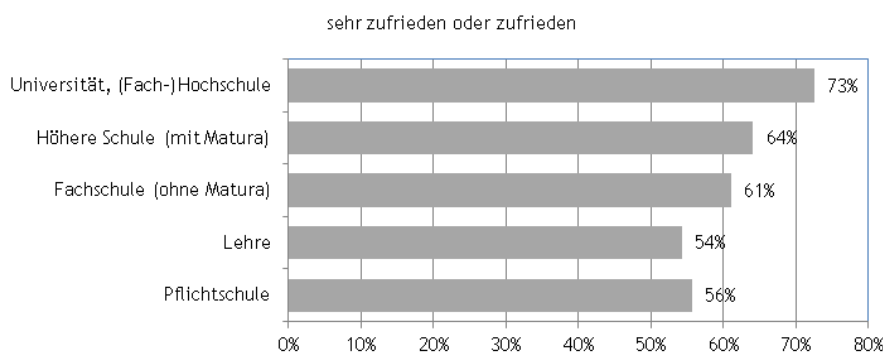
Quelle: Linz Open Data - Politik & Verwaltung 2011a; „Über Kriminalität und Fragen der öffentlichen Sicherheit wird oft diskutiert. Fühlen Sie sich in Ihrer Wohngegend ...?“

Wohnbevölkerung, Bevölkerungszusammensetzung und zwischenmenschliches Klima

Die Zufriedenheit mit der Bevölkerung in der Wohnumgebung kann als ein Indikator für die allgemeinen zwischenmenschlichen Beziehungen bzw. das soziale Klima zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen aufgefasst werden. Im Sinne des Sozialkapitalansatzes kann ein enger Zusammenhang zu verbindenden Beziehungen über Zugehörigkeitsgruppen, Gemeinschaften bzw. verschiedene Bevölkerungssegmente hinweg gesehen werden („bridging social capital“).

In Linz sind 62 Prozent der Männer und 64 Prozent der Frauen sehr zufrieden bzw. zufrieden mit der Bevölkerung in ihrem Wohnumfeld. Es lassen sich deutliche Unterschiede nach Bildungsgrad beobachten. Während fast drei Viertel (73%) der Personen mit Hochschulabschluss zufrieden mit der Wohnbevölkerung in der Umgebung ist, sinkt der Anteil in der Gruppe mit höherer Schule (Matura) und Fachschule auf gut 60 Prozent (Matura 64% und Fachschule 61%) und bei Personen mit Lehre oder Pflichtschule auf etwas über die Hälfte (Lehre 54% und Pflichtschule 56%).

Abbildung 21: Zufriedenheit mit der Wohnbevölkerung nach Bildungsgrad

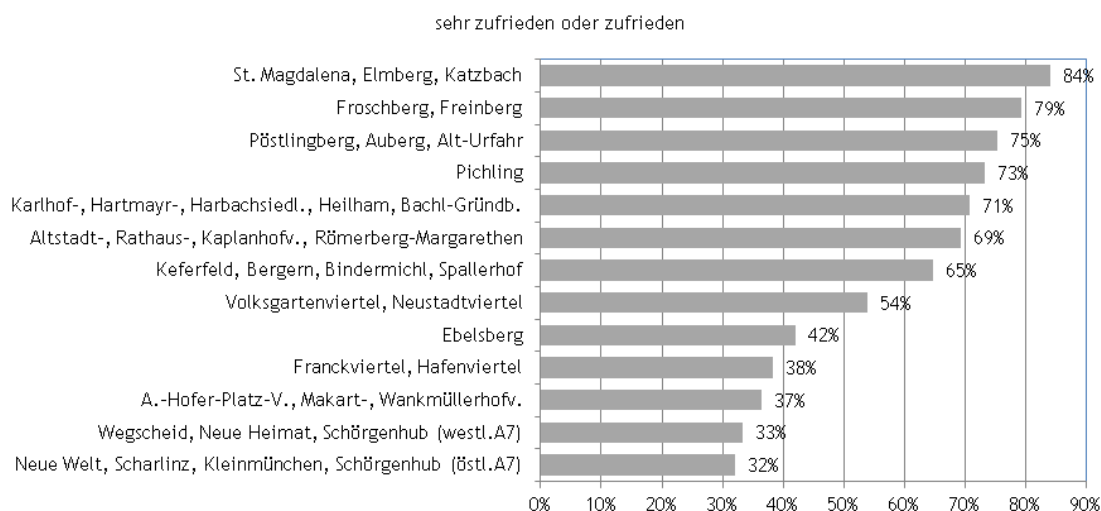


Quelle: Linz Open Data - Politik & Verwaltung 2011b; „Wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie mit folgenden Bereichen hier in Ihrer Wohngegend? Wohnbevölkerung; der Art der Leute, die hier in diesem Gebiet wohnen“

Am zufriedensten sind hinsichtlich der Wohnbevölkerung die BewohnerInnen in Urfahr („St. Magdalena, Elmberg, Katzbach“; „Karlhof-, Hartmayr-, Harbachsiedlung, Heilham, Bachl-Gründberg“ und „Pöstlingberg, Auberg, Alt-Urfahr“) sowie am Froschberg/Freinberg und in Pichling. Auch im Zentrum („Altstadt-, Rathaus-, Kaplanhofviertel, Römerberg-Margarethen“) und im Stadtteil „Keferfeld, Bergern, Bindermichl, Spallerhof“ sowie im Volksgarten/

Neustadtviertel ist noch mehr als die Hälfte zufrieden. Größere Unzufriedenheit ist in den Stadtteilen „Neue Welt, Scharlinz, Kleinmünchen, Schörgenhub (östl.A7)“, „Wegscheid, Neue Heimat, Schörgenhub (westl.A7)“ und „A.-Hofer-Platz-Viertel, Makart-, Wankmüllerhofviertel“ sowie im Frank-/Hafenviertel und in Ebelsberg vorzufinden.

Abbildung 22: Zufriedenheit mit der Wohnbevölkerung nach Stadtteil



Quelle: Linz Open Data - Politik & Verwaltung 2011a; „Wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie mit folgenden Bereichen hier in Ihrer Wohngegend? Wohnbevölkerung; der Art der Leute, die hier in diesem Gebiet wohnen“

6.3.2.3. Infrastruktur und Dienstleistungsangebote

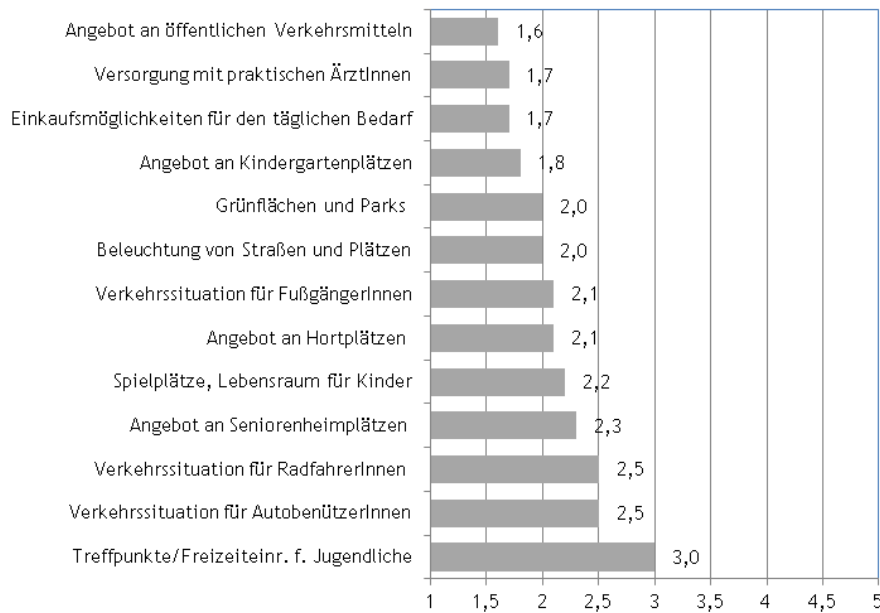
Dienstleistungsangebote sind als adäquate Infrastruktur zu verstehen, welche u.a. die Versorgung durch lokale Geschäfte, soziale Treffpunkte (z.B. Gaststätten), Ämter, medizinische Einrichtungen, Abfallentsorgung, Trinkwasserversorgung, öffentlichen Verkehr und Schulen umfassen.

Das nah-räumliche Angebot an Dienstleistungen stellt eine wichtige Rahmenbedingung für die Lebensqualität im Wohnumfeld sowie für das Wohlbefinden der Menschen dar und ist aus gesundheitsförderlicher Sicht von wesentlicher Bedeutung. Ein ausreichendes Angebot an Infrastruktur verhindert, dass die BewohnerInnen zur Deckung ihrer alltäglichen Bedürfnisse die Wohnumgebung verlassen müssen, was zu einer Verringerung des Verkehrsaufkommens führt. Darüber hinaus bieten lokale Dienstleistungsangebote die Gelegenheit zu sozialen Kontakten und stärken somit nachbarschaftliche Beziehungen und soziale Netzwerke.²⁰ Von besonderer Bedeutung ist das lokale Angebot an Dienstleistungen für Personengruppen

mit geringeren Mobilitätsmöglichkeiten (z.B. ältere Menschen oder Menschen, die sich kein Auto leisten können). Ein weiterer wesentlicher Aspekt des Wohnumfeldes, der zur Gesundheit beitragen kann, ist die Mobilität. Neben der allgemeinen Straßenverkehrssicherheit spielen gangbare, vernetzte Nachbarschaften mit Verbindungswegen sowie nicht-motorisierte Mobilitätsangebote wie Rad- und Fußwege und die Nähe bzw. Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel eine wichtige Rolle für das Wohlbefinden und die Gesundheit der BewohnerInnen.²¹

Von verschiedenen Ausgewählten Dienstleistungsangeboten und Infrastrukturaspekten werden von der Linzer Bevölkerung vor allem das Angebot an öffentlichen Verkehrsmitteln, die Versorgung mit praktischen ÄrztInnen, die alltäglichen Einkaufsmöglichkeiten und das Angebot an Kindergartenplätzen positiv bewertet. Am unteren Ende der Rangskala rangieren die Verkehrssituation für RadfahrerInnen und für AutobenutzerInnen sowie Treffpunkte und Freizeiteinrichtungen für Jugendliche.

Abbildung 23: Zufriedenheit mit dem Infrastrukturangebot (mittlere Bewertung von 1-sehr zufrieden bis 5-sehr unzufrieden)



Quelle: Stadtforschung Linz 2012, S. 11

²⁰ Naidoo und Wills 2003, S. 298.299

²¹ Braubach und Schöppe 2012, S. 1

Fakten

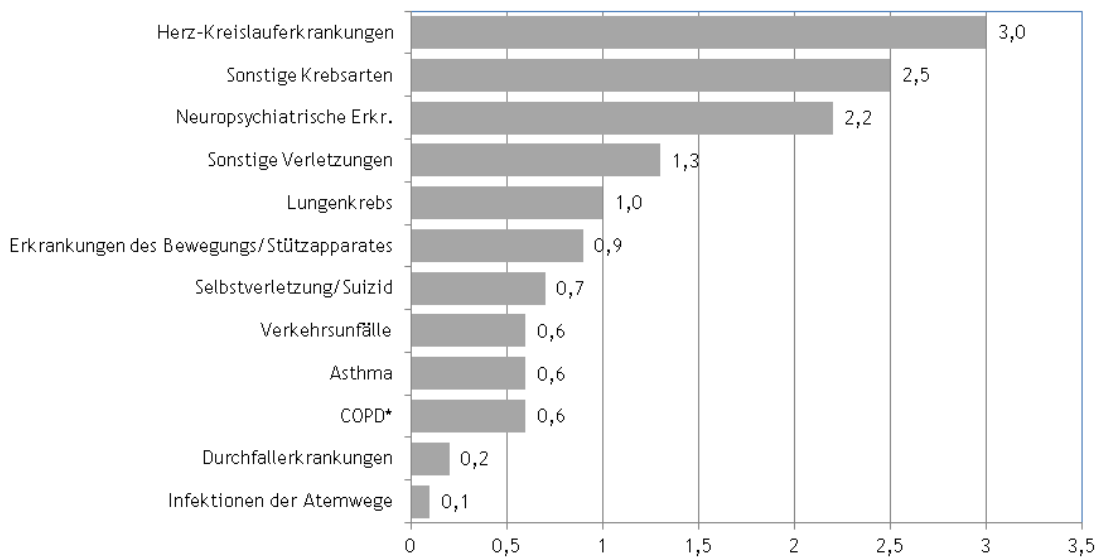
- Die Wohnumgebung bzw. das soziale Wohnumfeld kann sehr viel zur Gesundheit von Menschen beitragen. Die Potenziale für die Gesundheit ergeben sich dabei aus dem Zusammenwirken der physischen Umwelt, der sozialen Umwelt und diverser „Dienstleistungsangebote“ (Infrastruktur).
- Der Großteil der befragten LinzerInnen ist mit der derzeitigen Wohnsituation sehr zufrieden oder zumindest zufrieden (87%), ältere Menschen und Menschen mit höherem Äquivalenzeinkommen sind zufriedener. Am besten werden die Wohnbedingungen im Stadtteil Pöstlingberg/St. Magdalena bewertet, am unteren Ende rangieren die Innenstadt, Kleinmünchen und St. Peter/Lustenau.
- Insgesamt geben 14 Prozent an, dass sie sich durch die Wohnsituation belastet fühlen, Personen mit geringem Äquivalenzeinkommen (24%) und mit Migrationshintergrund (27%) fühlen sich häufiger belastet. Am häufigsten sind Belastungen durch die Wohnsituation unter den BewohnerInnen von St. Peter/Lustenau (22%) und Kleinmünchen (18%) vorzufinden.
- Mit der Wohnumgebung (Luftsituation, Lärmbelästigung, Verkehr, Grünflächen etc.) sind 35 Prozent der LinzerInnen sehr zufrieden und weitere 42 Prozent zufrieden, am besten wird die Qualität der Wohnumgebung in Pöstlingberg/St. Magdalena und Ebelsberg bewertet, am geringsten in St. Peter/Lustenau und Kleinmünchen.
- 86 Prozent der LinzerInnen fühlen sich mit ihrem Stadtteil verbunden, am stärksten ist die Verbundenheit in den Stadtteilen in Urfahr.
- Das Sicherheitsgefühl ist im mittleren Alter und mit höherem Bildungsgrad tendenziell etwas höher, am sichersten fühlen sich die BewohnerInnen in Urfahr, sowie in Pichling, im Zentrum und im Stadtteil Froschberg/Freinberg.
- 62 Prozent der Männer und 64 Prozent der Frauen sind sehr zufrieden bzw. zufrieden mit der Bevölkerung in ihrem Wohnumfeld, am zufriedensten in Urfahr sowie am Froschberg/Freinberg und in Pichling.

6.4. Gesunde natürliche und gestaltete Umwelt

Die physische, chemische und biologische Umwelt stellt eine wesentliche Gesundheitsdeterminante dar.²² Die WHO geht davon aus, dass in Österreich 13 Prozent der

Krankheitslast auf umweltbedingte Faktoren zurückgehen (15 DALYs/1.000 Ew.).²⁵ Jährlich versterben in Österreich rund 11.600 Menschen infolge umweltbedingter Faktoren.²⁶

Abbildung 1: Umwelteinflüssen zuordenbare Krankheitslast in Österreich (DALYs je 1.000 EW.)



Quelle: WHO 2009; * Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

6.4.1. Außenraumluft

In Österreich werden im Allgemeinen Schwebstaub (insbes. Feinstaub), Stickstoffoxide, Kohlenmonoxid, Ozon und Schwefeldioxid als die wichtigsten Schadstoffe der Außenluft angesehen. Hauptverursacher der durch Menschen bedingten Luftschadstoffe sind Industrie, Verkehr, Hausbrand und Landwirtschaft.²³

Feinstaub

Unter Feinstaub versteht man den Anteil des Schwebstaubs in der Luft, der bis in die Lunge vordringen kann. Üblicherweise wird darunter der Staubanteil mit einer Partikelgröße unter 10 Mikrometer Durchmesser verstanden (PM10). Der Anteil der Staubpartikel unter 2,5 Mikrometer ist gesundheitlich noch problematischer, da sie bis in die kleinsten Lungenbläschen vordringen und nicht mehr ausgehustet werden (PM2,5).²⁴

Die gesundheitlichen Auswirkungen von Feinstaub sind von der Größe der Partikel abhängig: je kleiner die Partikel desto höhere Risiken bergen sie für die Gesundheit. Die Luftverunreinigung durch Feinstaub erhöht das Risiko für entzündliche Veränderungen der Atemwege (Asthma, Bronchitis), verminderte Lungenfunktion, Mittelohrentzündungen, Schädigungen des Herz-Kreislaufsystems (Herzinfarkt) sowie für Beeinträchtigungen des Schwangerschaftsverlaufes. Als besondere Risikogruppen gelten Kinder, ältere Menschen sowie Personen, die bereits eine Vorschädigung (z.B. Herz-Kreislaufkrankung, Diabetes mellitus, Atemwegserkrankung) aufweisen. Für Feinstaub lässt sich keine Expositionsgrenze festlegen, unterhalb derer keine gesundheitlichen Auswirkungen zu erwarten sind, d.h. das Risiko für Schädigungen steigt kontinuierlich an.²⁷

²² Fehr et al. 2003

²³ Hutter et al. 2008, S. 5

²⁴ Öö. Akademie für Umwelt und Natur 2006, S. 15

²⁵ DALYs: „disability-adjusted life years“ - durch vorzeitigen Tod oder schwere Behinderung verlorene Lebensjahre.

²⁶ WHO 2009

²⁷ Hutter et al. 2008, S. 12

Die Belastung durch Feinstaub stellt in den oberösterreichischen Ballungszentren nach wie vor ein Problem dar.²⁸ Eine wichtige Rolle für die Anreicherung von Feinstaub in unteren Luftschichten spielen niederschlagsfreie Inversi-

onswetterlagen in den Wintermonaten. Dies bedingt erhebliche witterungsbedingte Schwankungen in verschiedenen Jahren.

Tabelle 2: Tage mit hoher Feinstaubbelastung 2001-2009 (PM10 Tagesmittelwert > 50 µg/m³)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Linz-Neue Welt	43	59	76	35	48	57	35	28	30	45	38
Linz-Römerbergtunnel	62	65	75	46	68	70	41	47	26	45	45
Linz-ORF-Zentrum	55	64	80	46	58	71	22				
Linz-24er-Turm A7	37	52	44	17	56	54	18	28	15	24	45
Linz-Stadtpark									17	32	32
Steyregg-Weih	33	42	49	22	29	41	25				
Steyregg-Au							18		16	32	23
Traun	23	33	35	16	30	39	14	16	12	38	27

Quelle: Danninger und Oitzl 2012, S. 13

53 Prozent der Feinstaubemissionen (PM10) in Linz können der Industrie zugerechnet werden, 34 Prozent dem Verkehr und 11 Prozent der Raumheizung sowie 2 Prozent der Energieversorgung. In Oberösterreich insgesamt fällt der Anteil der Raumheizung stärker ins Gewicht (42%) während die Industrie einen geringeren Anteil ausmacht (Industrie 17%; Verkehr: 40% und Energieerzeugung 1%).²⁹

Stickstoffdioxid

Zu den Stickstoffoxiden (NOx) gehören Stickstoffmonoxid (NO) und Stickstoffdioxid (NO₂), wobei Stickstoffdioxid aufgrund seiner schädigenden Wirkung auf die Atemwege die unmittelbar größere Bedeutung für die menschliche Gesundheit aufweist.³⁰

Stickstoffdioxid wirkt in hohen Konzentrationen direkt aggressiv auf Atemwege und Lunge und führt so zu Husten, Atemnot, blutigem Auswurf oder Lungenödem. Aber auch bei geringerer Konzentration (z.B. in verkehrsbelasteter Umgebung) können akute gesundheitliche Probleme auftreten (entzündliche Veränderungen der Atemwege, verringerte Infektionsabwehr etc.). Von größerer Bedeutung dürften jedoch die Langzeitwirkungen auf die Atemwege sein (chronischer Husten, Bronchitis).³¹

Seit den 1980er Jahren ist ein Rückgang der Belastung durch Stickstoffdioxid zu beobachten, der auf Maßnahmen in der Industrie und auf die Einführung des Katalysators bei benzingetriebenen PKWs zurückzuführen ist. Durch die Zunahme der Dieselmotorkraftfahrzeuge ist gegen Ende der 1990er Jahre wieder ein Anstieg zu beobachten.³² Insbesondere bei verkehrsnahen Messstellen ist bis 2006 eine starke Zunahme der NO₂-Konzentration zu beobachten. Beispielsweise ist im Zeitraum 2001 bis 2006 an der Messstelle Linz-Römerberg die Zunahme um fast 20 Prozent zu verzeichnen. An verkehrsfurtheren Messpunkten fiel die Zunahme deutlich geringer aus.³³ Nach 2006 ist eine Stabilisierung bzw. ein geringfügiger Rückgang der Stickstoffdioxidbelastung festzustellen.³⁴ Österreichweit ist ein sehr ähnlicher Verlauf der Stickstoffdioxidbelastung zu beobachten.³⁵

In Linz ist der größte Teil der Stickstoffoxidemissionen auf die Industrie zurückzuführen (54%), gefolgt vom Verkehr (36%) und der Raumheizung (6%) und der Energieversorgung (4%). Im Vergleich dazu steht in Oberösterreich insgesamt vor allem der Verkehr im Vordergrund (58%) gefolgt von der Industrie (22%). Der Rest verteilt sich auf Raumheizung (13%), Energieversorgung (5%) und sonstige Emissionen. Im Raum Linz nimmt die Industrie einen größeren Anteil ein (54%), während in Wels der Großteil der Emissionen dem Verkehr zuzurechnen ist (77%).³⁶

²⁸ Oö. Akademie für Umwelt und Natur 2006, S. 26. Grenzwerte für Jahresmittelwert PM10: 40 µg/m³; Grenzwerte für Tagesmittelwert PM10: 50 µg/m³; zulässige Überschreitungen des Tagesmittelwertes pro Jahr: bis 2004: an 35 Tagen, 2005-2009 an 30 Tagen und ab 2010 an 25 Tagen (Grenzwerte des Immissionsschutzgesetz Luft, 08.08.2006).

²⁹ Danninger und Oitzl 2012, S. 36

³⁰ Spangl, Nagl 2010, S. 47

³¹ Hutter et al. 2008, S. 16

³² Oö. Akademie für Umwelt und Natur 2006, S. 24

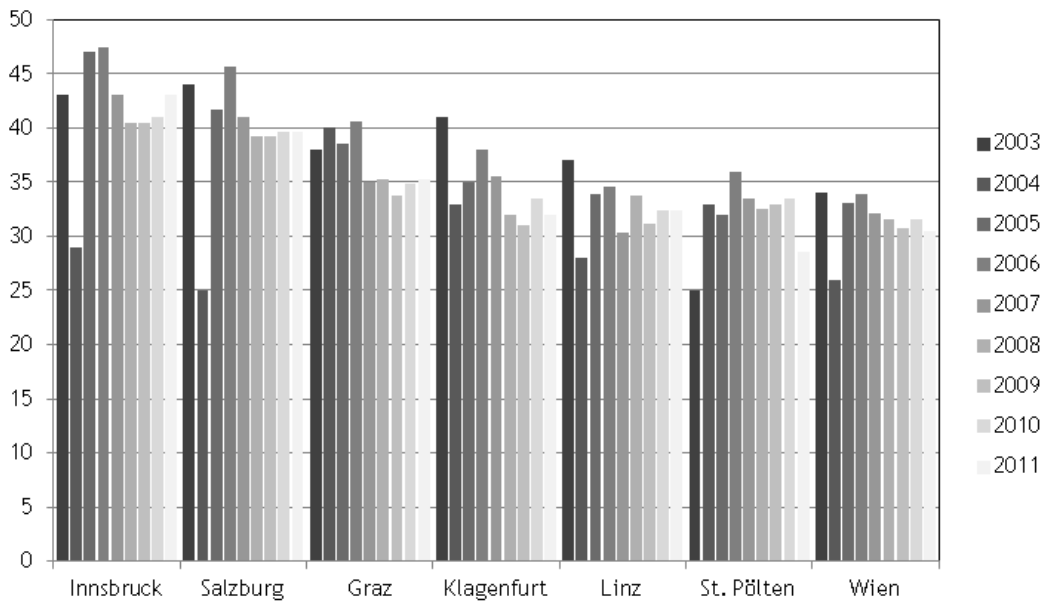
³³ Land Oberösterreich 05.11.2007, S. 6

³⁴ Land Oberösterreich 2010, S. 9

³⁵ Spangl, Nagl 2010, S. 53

³⁶ Land Oberösterreich 20.12.2010, S. 46

Abbildung 2: Stickstoffdioxid (Jahresmittelwert)



Quelle: Stadtforschung Linz; Jahresmittelwert ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)

Ozon

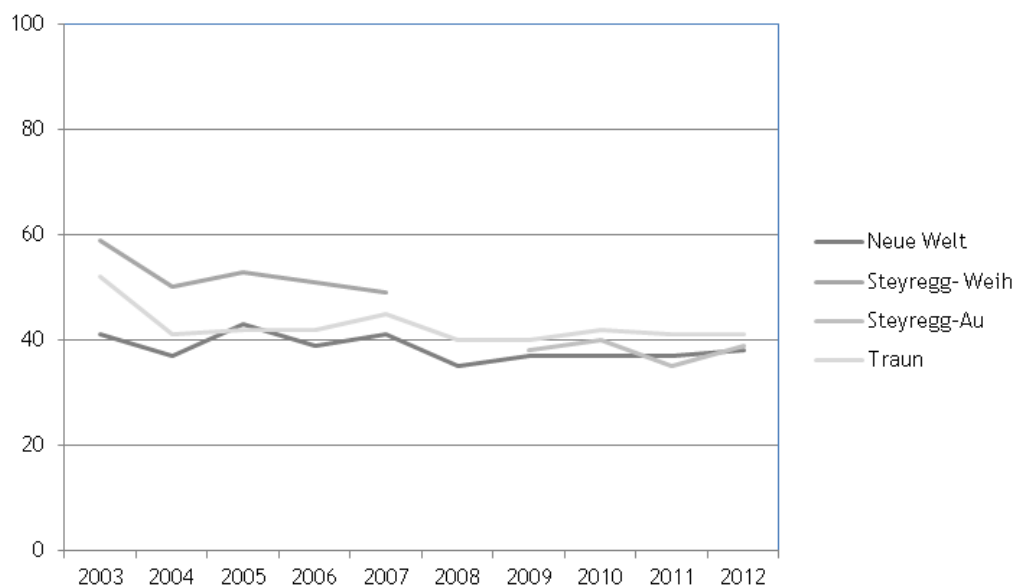
Ozon kann zu unterschiedlichen gesundheitlichen Belastungen (z.B. Augenbrennen, Hustenreiz, Reizungen von Rachen und Hals, Beeinträchtigung der Lungenfunktion) sowie zur Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit führen. Die Entwicklung der Lungenfunktion kann bei Kindern negativ beeinflusst werden.³⁷

Ozon bildet sich bei Sonnenbestrahlung aus Vorläufersubstanzen (Stickoxiden, Kohlenwasserstoffen). Daher ist vor allem in heißen Sommermonaten mit Ozonbelastung zu rechnen. Ozon zerfällt beim Kontakt mit anderen Schadstoffen wieder. Daher ist die durchschnittliche Belastung in Reinluftgebieten (z.B. Messstation Schöneben) größer als im Stadtgebiet (z.B. Linz-Neue Welt). Die erreichten Maximalwerte sind an heißen Sommertagen in ländlichen Gebieten und im Stadtgebiet ähnlich hoch.³⁸

³⁷ Hutter et al. 2008, S. 17

³⁸ Öö. Akademie für Umwelt und Natur 2006, S. 25

Abbildung 3: Entwicklung der Ozonbelastung im Raum Linz



Quelle: Stadtforschung Linz 2013a; Jahresmittelwerte Ozon

Polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe

Polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAKs) umfassen mehrere hundert Einzelverbindungen, die aus zwei oder mehreren kondensierten aromatischen Ringen aufgebaut sind. Sie entstehen bei der unvollständigen Verbrennung organischen Materials und fossiler Brennstoffe. Aus gesundheitlicher Sicht sind sie vor allem wegen der krebserregenden Wirkung von Bedeutung, die in Tierversuchen nachgewiesen wurde.³⁹

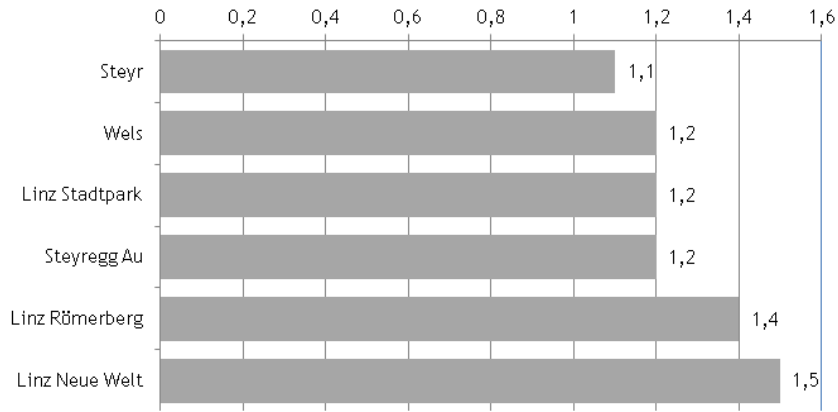
Die PAK - Konzentration in der Luft wurde bislang in Österreich nicht systematisch erhoben, so dass kein flächendeckendes Bild vorliegt (nur für bestimmte Messkampagnen und Zeitpunkte). An allen Standorten zeigt sich eine höhere Belastung der Luft in den Wintermonaten.⁴⁰

Auf EU-Ebene wird ein Schwellwert von maximal 1 ng/m³ (Jahresmittelwert) als Beurteilungskriterium für die Konzentration von PAKs in der Luft diskutiert.⁴¹ 2009 wurde an der Messstelle in Linz Neue Welt ein Wert über diesem Zielwert gemessen, ebenso wie an den Messpunkten Salzburg Rudolfsplatz, Deutschlandsberg, Leoben Donawitz, Innsbruck Zentrum und Ried im Zillertal. Deutliche Zielwertüberschreitungen wurden in Ebenthal-Zell, Zederhaus und Graz Süd festgestellt.⁴²

³⁹ Spangl, Nagl 2010, S. 65
⁴⁰ Umweltbundesamt

⁴¹ Umweltbundesamt
⁴² Spangl, Nagl 2010, S. 65

Abbildung 4: PAK - Belastung der Luft 2009



Quelle: Spangl und Nagl 2012, S. 71; Jahresmittelwerte der Konzentration von Benzo(a)pyren im PM10, 2011 (in ng/m³)

6.4.2. Innenraumluft

Im Bereich der Wohnräumlichkeiten wirken sich verschiedene Faktoren auf Gesundheit und Wohlbefinden aus. Dazu gehören Temperatur (thermische Behaglichkeit), Luft, Lärm, Licht, Einrichtung, Formen und Farben. Wesentliche Effekte gehen auch von biologischen und chemischen Schadstoffen in der Innenraumluft aus.⁴³ Einen Überblick über die wesentlichsten Belastungen der Innenraumluft und der häufigsten Schadstoffquellen gibt nachfolgende Tabelle 3.

Duftstoffe, Putz- und Desinfektionsmittel, Ausdünstungen von Lacken, Imprägniermittel etc. können bei empfindlichen Menschen zu Symptomen wie bspw. Atembeschwerden, Kopfschmerzen, Augen- und Nasenreizungen, Beklemmungsgefühl, Schweißausbrüchen und Herzjagen führen. Unverträglichkeitsreaktionen gegen Substanzen sind in den letzten Jahrzehnten zunehmend häufig zu beobachten.⁴⁴

⁴³ Hutter et al. 2008, S. 21

⁴⁴ Hutter et al. 2008, S. 21

Tabelle 3: Häufige Luftverunreinigungen in Innenräumen und deren Quellen

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

Quelle: Hutter et al. 2008, S. 22

Erhöhte Kohlendioxidkonzentration in der Luft stellt zwar kein unmittelbares Gesundheitsrisiko dar, kann aber zu Befindlichkeitsstörungen (Müdigkeit, Konzentrationsstörungen Kopfschmerzen etc.) führen.⁴⁵ Die Auswirkungen von flüchtigen Kohlenwasserstoffen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit umfassen ein weites Spektrum und hängen von der Konzentration und den Eigenschaften der jeweiligen Substanz ab.⁴⁶ Formaldehyd wirkt reizend auf die Schleimhäute der oberen Atemwege und Augen. Bei chronischer Belastung besteht erhöhtes Risiko für Bronchitis und Asthma.⁴⁷ Kohlenmonoxid ist ein Atemgift, das den Sauerstofftransport im Blut vermindert und zur Schädigung empfindlicher Organe führen kann (z.B. Herz-Kreislaufsystem). Erhöhte Stickoxidkonzentration kann vor allem bei Kindern zu einer vermehrten Infektionsanfälligkeit der Atemwege, zu verstärkten Asthmabeschwerden und zu einer Verringerung der Lungenfunktion führen.⁴⁸

In Räumen, in denen geraucht wird, stellt Tabakrauch die wichtigste Schadstoffquelle dar. Tabakrauch ist ein Gemisch aus verschiedenen Schadstoffen (Kohlenmonoxid, Stickoxide, Formaldehyd, Benzol, Feinstaub, Dioxine etc.). Passivrauch kann zu Schleimhautreizungen von Augen, Nase und Atemwegen, Mittelohrentzündungen bei Kindern, verminderter Lungenfunktion bis hin zu chronischen Atemwegserkrankungen und frühzeitigen Todesfällen durch Lungenkrebs und Herz-Kreislaufkrankungen führen.⁴⁹

Rauchen im Arbeitsumfeld

17 Prozent der berufstätigen LinzerInnen geben an, dass an ihrem Arbeitsplatz geraucht wird (auf weitere 13 Prozent trifft dies in Ausnahmefällen zu). Männer arbeiten häufiger in einem Arbeitsumfeld, in dem regelmäßig geraucht wird (23%) als Frauen (11%).

⁴⁵ Hutter et al. 2008, S. 23

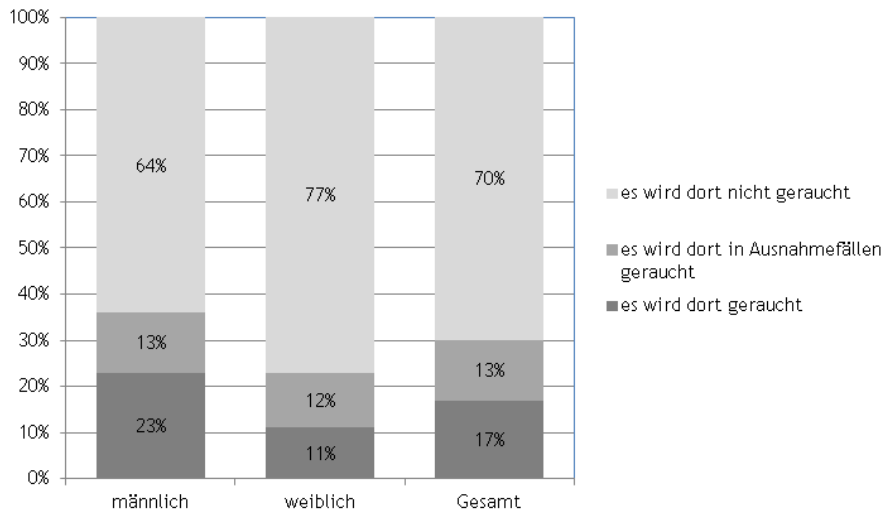
⁴⁶ Hutter et al. 2008, S. 24

⁴⁷ Hutter et al. 2008, S. 25

⁴⁸ Hutter et al. 2008, S. 23

⁴⁹ Hutter et al. 2010, S. 44

Abbildung 5: Passivrauch am Arbeitsplatz nach Geschlecht

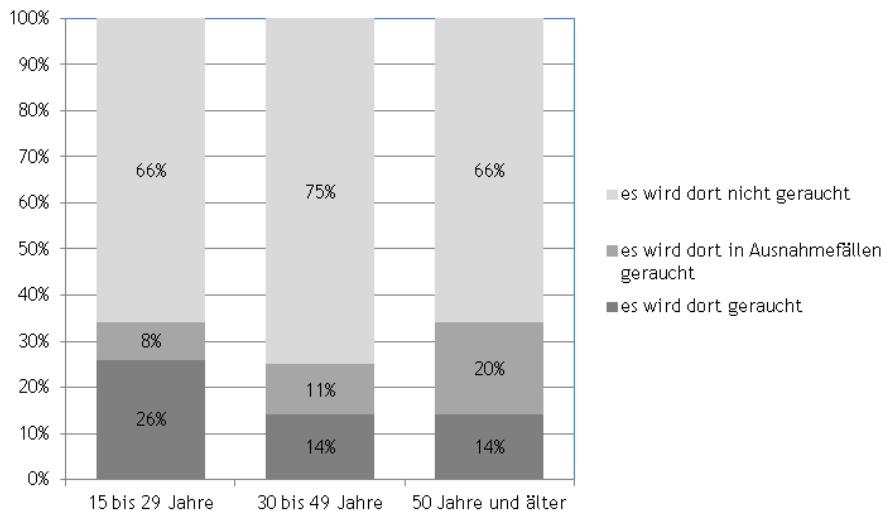


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, nur Berufstätige; n=877; Cramer-V=0,169, p<0,001

Besonders häufig arbeiten jüngere ArbeitnehmerInnen (zwischen 15 und 29 Jahren) an Arbeitsstellen, an denen regelmäßig geraucht wird (26% gegenüber 14% bei den über 30-Jährigen). Demgegenüber ist der Anteil der Per-

sonen, bei denen in Ausnahmefällen am Arbeitsplatz geraucht wird, unter den älteren ArbeitnehmerInnen über 50 Jahren am höchsten (20%).

Abbildung 6: Passivrauch am Arbeitsplatz nach Altersgruppe

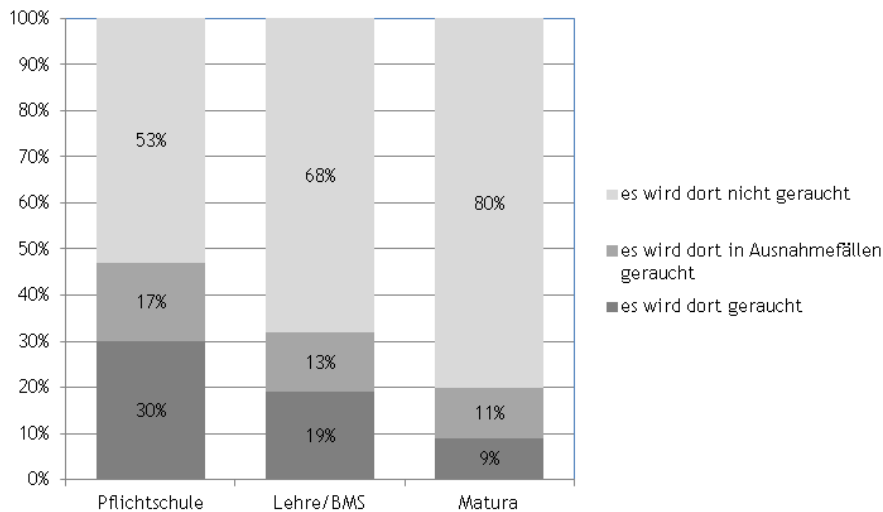


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, nur Berufstätige; n=850; Cramer-V=0,134, p<0,001

Je höher der Bildungsgrad desto geringer ist der Anteil der Personen, die in einem Arbeitsumfeld arbeiten, in dem geraucht wird. Immerhin 30 Prozent der Personen mit Pflichtschulabschluss aber nur 9 Prozent der Personen mit Matura bzw. höherer Bildung geben an, dass in ihrem

unmittelbaren Arbeitsumfeld regelmäßig geraucht wird. Der Unterschied kommt nicht nur dadurch zu Stande, dass die Personen mit Pflichtschulabschluss selber häufiger rauchen.

Abbildung 7: Passivrauch am Arbeitsplatz nach Bildungsgrad



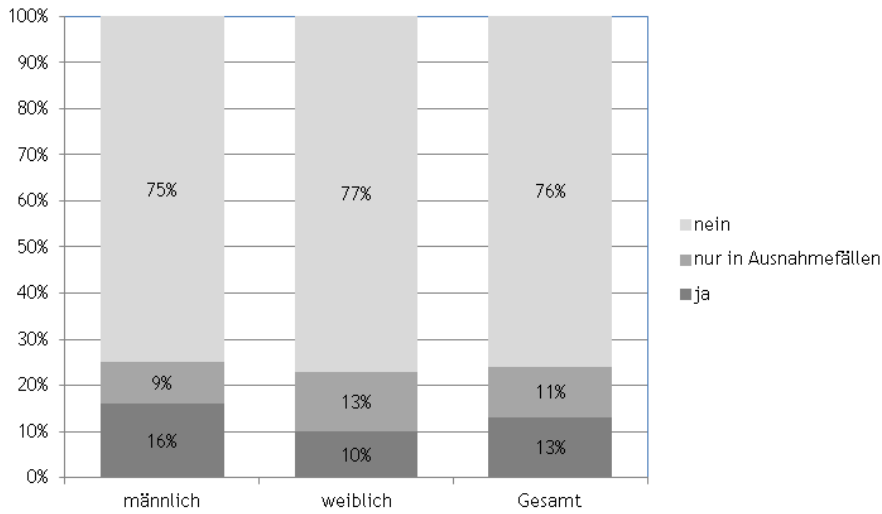
Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012; nur Berufstätige; n=866; Cramer-V=0,147, p<0,001

Rauchen im Haushalt bzw. in den Wohnräumen

Von den befragten LinzerInnen geben 13 Prozent an, dass regelmäßig in ihrem Haushalt (in den Wohnräumen) geraucht wird (auf weitere 11 Prozent trifft dies in Ausnah-

mefällen zu). Männer leben etwas häufiger in Haushalten, in denen regelmäßig geraucht wird (16%) als Frauen (10%). Nach Altersgruppen lassen sich keine wesentlichen Unterschiede beobachten.

Abbildung 8: Passivrauch im Haushalt nach Geschlecht

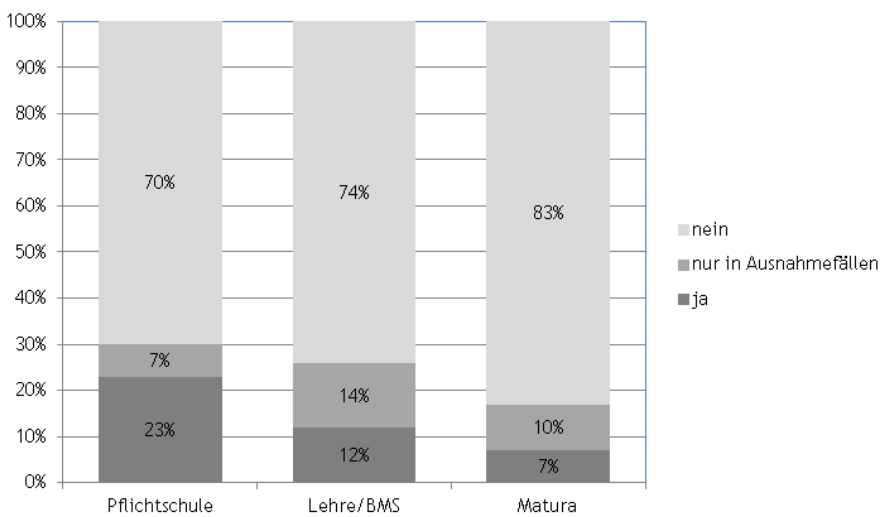


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012; n=1.304; Cramer-V=0,100, p<0,01

Mit steigendem Bildungsgrad sinkt der Anteil der Personen, bei denen im Haushalt geraucht wird. Unter den Personen mit Pflichtschulabschluss geben 23 Prozent an, dass regelmäßig in den Wohnräumen geraucht wird, unter

den Personen mit mittlerer Bildung (Lehre/BMS) sinkt der Anteil auf 12 Prozent und bei Befragten mit Matura bzw. höherer Bildung auf 7 Prozent.

Abbildung 9: Passivrauch im Haushalt nach Bildungsgrad



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012; n=1.285; Cramer-V=0,125, p<0,001

6.4.3. Lärm

Lärm kann sich direkt, in Form einer Schädigung der Hörorgane, auswirken. Diesbezüglich sind kurzzeitige laute Geräusche (z.B. Knalltrauma durch Explosionen, Feuerwerkskörper etc.) relevant, aber auch Dauerlärm bei hohem Schallpegel (über 80-85 dB) kann Schäden verursachen. Auch Tinnitus hängt teilweise mit der direkten Einwirkung von Lärm zusammen. Im Bezug auf Umweltlärm sind jedoch vor allem die indirekten Auswirkungen von belastendem Lärm (Lärmstress, Lärmbelästigung, Störung der Nachtruhe) auf die Gesundheit von Bedeutung.⁵⁰

Die durch Lärm ausgelöste Stressreaktion des Körpers hängt entwicklungsgeschichtlich mit der Funktion des Hörens als Alarmsinn und der damit verbundenen Verarbeitung von Geräuschen im Gehirn und Zentralnervensystem zusammen. Dieser Mechanismus kann auch während des Schlafes nicht abgeschaltet werden. Der durch Lärm bedingte Stress erhöht das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen (Bluthochdruck, Herzinfarkt) und für Magen-Darmprobleme. Darüber hinaus kann Lärm zu einer verringerten Immunabwehr führen.⁵¹

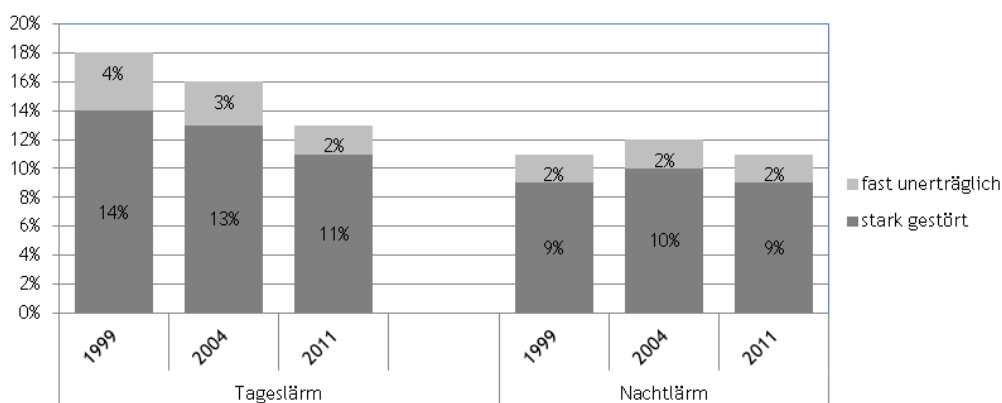
Auch die subjektiv wahrgenommene Belästigung durch Lärm führt zu einer Verminderung des Wohlbefindens (Unwohlsein, Ärger, Erregbarkeit etc.), die sich auf die Gesundheit auswirken kann. Besonders problematisch ist die Störung der Nachtruhe. Neben der Verringerung von Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit infolge der schlechteren Schlafqualität besteht, infolge der Auswirkungen

auf den Hormonhaushalt, auch ein erhöhtes Risiko für Langzeitfolgen wie Cholesterinerhöhung, Arteriosklerose und Beeinträchtigungen des Immunsystems.⁵² Langanhaltende Lärmexposition führt bei Kindern zur Verringerung der kognitiven Leistungsfähigkeit (Lesefähigkeit, Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Konzentration), was sich in erheblichem Ausmaß auf die Schulleistung, den erreichten Bildungsabschluss und die weiteren Lebensbedingungen auswirken kann.⁵³

In einer vorsichtigen Abschätzung der durch Lärm verursachten Krankheitslast kommt die WHO zu dem Ergebnis, dass europaweit (EU und andere westeuropäische Staaten) pro Jahr über 1,6 Millionen verlorene bzw. gesundheitlich beeinträchtigte Lebensjahre (DALYs) auf Umgebungslärm zurückzuführen sind. Der größte Anteil ist auf die Folgen von Schlafstörungen (903.000 DALYs) und die Störung des Wohlbefindens durch Lärmbelästigung/Ärger (587.000 DALYs) zurückzuführen. Aber auch ischämische Herzerkrankungen (61.000 DALYs), Verringerung der kognitiven Leistungsfähigkeit von Kindern (45.000 DALYs) und Tinnitus (22.000 DALYs) nehmen einen nicht zu unterschätzenden Teil der Lärmfolgen ein. Der Großteil der durch Umgebungslärm verursachten Krankheitslast ist dem Verkehrslärm zuzuschreiben (mindestens 1 Million DALYs).⁵⁴

Unter Tageslärm leiden 13 Prozent der Linzer Bevölkerung. Der Anteil hat im Zeitraum seit 1999 etwas abgenommen. Relativ konstant ist der Anteil der LinzerInnen, der in der Nacht unter Lärmstörung leidet. 2011 gaben 11 Prozent an, von Nachtlärm betroffen zu sein.

Abbildung 10: Lärmstörung in Linz



Quelle: Stadtforschung Linz 2012, S. 51

⁵⁰ Hutter et al. 2009, S. 11

⁵¹ Hutter et al. 2009, S. 12

⁵² Hutter et al. 2009, S. 12

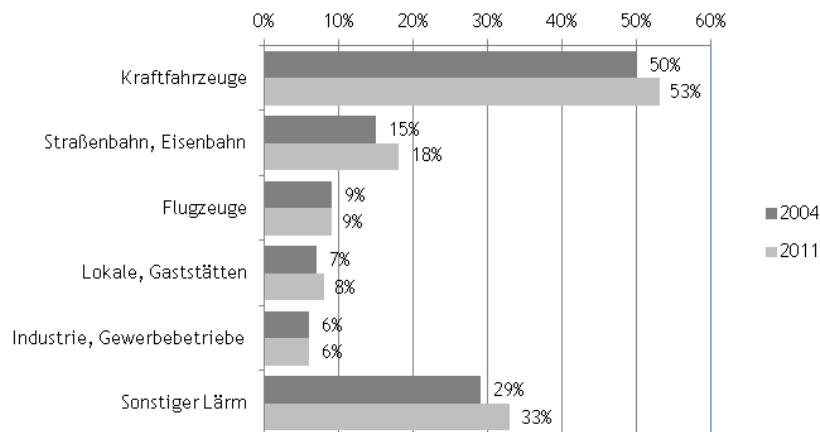
⁵³ World Health Organization Regional Office for Europe, S. 45

⁵⁴ World Health Organization Regional Office for Europe, S. V

Die häufigste Lärmquelle sind Kraftfahrzeuge, von denen sich 53 Prozent der LinzerInnen belästigt fühlen. Darauf

folgen Straßen- bzw. Eisenbahnen (18%), Flugzeuge (9%), Lokale und Gaststätten (8%) und Industrie bzw. Gewerbe (6%).

Abbildung 11: Lärmstörung in Linz nach Lärmquelle



Quelle: Stadtforschung Linz 2012, S. 52

Ansatzpunkte für die Verringerung der Lärmexposition stellen Maßnahmen des aktiven Schallschutzes (Reduktion der Schallemissionen an der Quelle, z.B. leisere Fahrzeuge, lärm-dämmende Fahrbahnbeläge, Raumordnung und Raumplanung), des passiven Lärmschutzes (Behinderung der Lärmausbreitung, z.B. Schallschutzwände, Schallschutzfenster etc.) sowie organisatorische Maßnahmen (z.B. Zeitbeschränkungen für Lärmerzeugende Prozesse, Tempolimits, Beschränkung lärmverursachender Veranstaltungen etc.) dar.⁵⁵ Im Hinblick auf künftige Entwicklungen ist, neben der Sanierung von Problemgebieten, auch die Sicherung und Bewahrung (noch) ruhiger Gebiete von wesentlicher Bedeutung, so dass einem vorzorgenden Lärmschutz eine wichtige Rolle zukommt.⁵⁶

6.4.4. Lichtverschmutzung

Unter Lichtverschmutzung versteht man im Allgemeinen die Aufhellung des Nachthimmels durch die Streuung des Lichtes künstlicher Lichtquellen in den unteren Luftschichten.⁵⁷ Das Phänomen ist auch unter dem Namen „Lichtsmog“ bekannt und stellt sich, insbesondere bei tiefhängenden Wolken und Nebel, als Lichtglocke über Städten und Ballungszentren dar.⁵⁸ Neben ökologischen Auswirkungen auf die Tier- und Pflanzenwelt birgt Lichtverschmutzung auch Gesundheitsrisiken für die Bevölkerung.⁵⁹

Durch die Zunahme der künstlichen Beleuchtung (Straßenbeleuchtung, Reklame, Auslagenbeleuchtung etc.) in den letzten Jahrzehnten sind immer mehr Menschen auch in den Nachtstunden von erheblicher Lichtbestrahlung betroffen. In der Europäischen Union sind zwei Drittel der Bevölkerung nachts höheren Lichtintensitäten ausgesetzt, als dies in einer üblichen Vollmondnacht der Fall wäre.⁶⁰ Hell-Dunkel-Phasen jedoch eine wesentliche Rolle für die Synchronisierung des physiologischen Rhythmus und für die Ausschüttung verschiedener Hormone. Eine zentrale Rolle spielt in diesem Zusammenhang das Hormon Melatonin, dessen Produktion durch lichtempfindliche Zellen der Netzhaut (Ganglienzellen) gesteuert wird. Bereits die Lichtexposition über einen Zeitraum von weniger als einer Stunde kann den Melatoninspiegel um die Hälfte reduzieren.⁶¹ Die möglichen gesundheitlichen Auswirkungen einer übermäßigen Lichtexposition während der Nachtstunden sind noch nicht vollständig erforscht.⁶²

Wesentliche Verursacher von Lichtverschmutzung sind Straßen- und Parkplatzbeleuchtungen, Leuchtreklamen und Flutlichtanlagen, wobei vor allem das nach oben geleitete Licht, das meist für den eigentlichen Beleuchtungszweck irrelevant ist, eine wesentliche Rolle spielt (als Beispiel siehe Abbildung 12).⁶³

⁵⁵ Hutter et al. 2009, S. 21

⁵⁶ Ö. Umweltschutzamt 25.05.2009, S. 12

⁵⁷ Wikipedia 01.05.2011

⁵⁸ Klein 2004, S. 3

⁵⁹ Navara, Nelson 2007

⁶⁰ Navara, Nelson 2007, S. 216-218

⁶¹ Navara, Nelson 2007, S. 217

⁶² Zu möglichen gesundheitlichen Auswirkungen von Lichtverschmutzung: Navara, Nelson 2007, S. 217; Reiter et al. 2009.

⁶³ Ö. Umweltschutzamt 04.06.2009, S. 2

Mögliche Ansatzpunkte für die Verringerung von Lichtverschmutzung sind:⁶⁴

- Angemessene, gleichmäßige Beleuchtung und Vermeidung von Blendung (Vermeidung des Wechsels zwischen „überbeleuchteten“ und dunklen Zonen, damit sich das Auge an die Lichtstärke anpassen kann. Wenn das Auge nicht geblendet wird, ist auch bei geringer Beleuchtungsstärke eine ausreichende Sicht möglich).
- Zeitliche Anpassung der Beleuchtung an den Bedarf (z.B. durch Zeitschaltuhren Abschaltung jeder 2. Straßenlaterne in den vorgerückten Nachtstunden).
- Optimierung der Beleuchtungskörper hinsichtlich Leuchtstärke, Lampentyp und Abstrahlwinkel (Vermeidung von nach oben bzw. zur Seite gerichteten Lichtstrahlen durch Lampenkonstruktion, Abschirmung).
- Vermeidung von Doppelbeleuchtung (z.B. Straßenbeleuchtung und Schaufensterbeleuchtung).
- Neben positiven Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen können durch die Vermeidung von Lichtverschmutzung auch Energieverbrauch und Kosten vermindert werden.⁶⁵

Abbildung 12: Leuchtradien bei Straßenbeleuchtung



Quelle: Wikipedia 01.05.2011

6.4.5. Natürliche Umwelt als Ressource

Natur und Landschaft wirken sich auf unterschiedliche Weise auf die Gesundheit aus. Aus ökologischer Sicht stehen Einflussfaktoren wie Lärm, Klang, Wetter etc. im Blickpunkt. Natürliche Landschaftsräume (Wälder, Gewässer, Parks, Gärten) wirken sich aber auch durch ihre ästhetische Komponente positiv auf das Wohlbefinden und die Gesundheit aus (visuelle Stimulation, angenehme Geräuschkulisse). In engem Zusammenhang mit einer ästhetisch gestalteten Umgebung können Aspekte wie Sicherheitsgefühl und Bewegungsfreundlichkeit gesehen werden. Viele Menschen werden nur dann in Außenräumen aktiv, wenn diese angenehm und sicher wahrgenommen werden. Natürliche Landschaften wirken sich auch positiv auf den allgemeinen Gemütszustand aus und

nehmen auch Einfluss auf den Verlauf von psychischen Erkrankungen. Zudem bieten sie Erholungsmöglichkeiten von geistiger Müdigkeit und Stress. Von wesentlicher Bedeutung ist auch die Funktion von Grünräumen im Hinblick auf das soziale Wohlbefinden, sei es in Form sozialer Treffpunkte (z.B. Parks im urbanen Raum) oder in Form gemeinschaftlicher Naturerfahrung (z.B. Wanderungen etc.). Für Kinder stellen natürliche, vegetationsreiche Landschaftsräume Möglichkeiten zur motorischen, kognitiven, emotionalen Entwicklung dar (Spiel- und Bewegungsgestaltung, Stressreduktion Konzentrationsverbesserung etc.).⁶⁶

⁶⁴ Oö. Umweltnarwaltschaft 04.06.2009, S. 7ff. Klein 2004. Kobler, René L. 2003

⁶⁵ Oö. Umweltnarwaltschaft 04.06.2009, S. 9
⁶⁶ Abraham A., Abel T. 2007, S. 59

Tabelle 4: Landschaft als Gesundheitsressource (Beispiele)

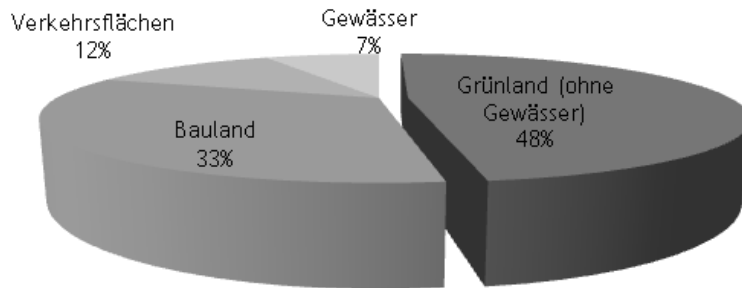
Physisches Wohlbefinden	Landschaftsräume fördern physische Aktivität, wenn sie bewegungsfreundlich gestaltet, ästhetisch ansprechend und vegetationsreich sind, benutzerfreundlich gelegene Grünanlagen aufweisen und sozialen Kontakt ermöglichen.
	Landschaftsräume wie Wälder und Parks fördern physische Aktivität inner- und außerhalb von Städten.
	Landschaftsräume fördern die motorische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, wenn sie verkehrssarm und sicher sowie vegetationsreich sind.
Psychisches Wohlbefinden	Landschaftsräume fördern die Konzentrationsfähigkeit und reduzieren Stress, wenn sie natürliche Elemente enthalten.
	Vegetationsreiche Landschaftsräume fördern die Konzentrationsfähigkeit, wenn sie Distanz zum Alltag ermöglichen, Anziehungspunkte enthalten, das Entdecken von Neuem ermöglichen und den Wünschen der Nutzenden entsprechen.
	Landschaftsräume fördern die Stressreduktion und Stressprävention, wenn sie als angenehm empfunden werden, natürlich sind und nicht verängstigen.
	Landschaftsräume fördern positive Emotionen und die Frustrationstoleranz, wenn sie natürliche Elemente enthalten und als angenehm empfunden werden.
	Landschaftsräume fördern Identifikationsprozesse im Sinne einer räumlichen Bindung, wenn sie ästhetisch ansprechend sind.
	Landschaftsräume fördern das psychische Wohlbefinden, wenn sie eine angenehme Klangumwelt enthalten, die Orten eine Identität geben kann.
	Landschaftsräume fördern die kognitive und emotionale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, wenn sie vegetationsreich sind, Identifikation mit dem Raum und kreatives Spiel ermöglichen und ein tiefer Lärmpegel vorherrscht.
Soziales Wohlbefinden	Vegetationsreiche urbane Landschaftsräume fördern soziale Kontakte, soziale Netzwerke und Gemeinschaftsbildung, wenn sie als sicher wahrgenommen werden und vielfältige Nutzungsmöglichkeiten zulassen.
	Ästhetisch ansprechende Landschaftsräume fördern die emotionale räumliche Bindung und fördern die Bereitschaft zu sozialem und ökologischem Engagement.
	Landschaftsräume ermöglichen und fördern Naturerfahrung in Gruppen, wenn diese Erfahrung in geführter Form in der freien Natur stattfindet oder Landschaftsräume gemeinsam gestaltet werden.
	Landschaftsräume fördern die soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, wenn sie sicher und vegetationsreich sind, Spielen ohne Aufsicht, Kontakt mit anderen Kindern und kreatives Spiel ermöglichen.

Quelle: Rodewald, Raimund 2010, S. 59.

Fast die Hälfte des Linzer Stadtgebietes (48%) ist als Grünland ausgewiesen, ein Drittel (33%) entfällt auf Bauland, 12 Prozent sind Verkehrsflächen und 7 Prozent Gewässer. Der Großteil der als Grünland ausgewiesenen Fläche ent-

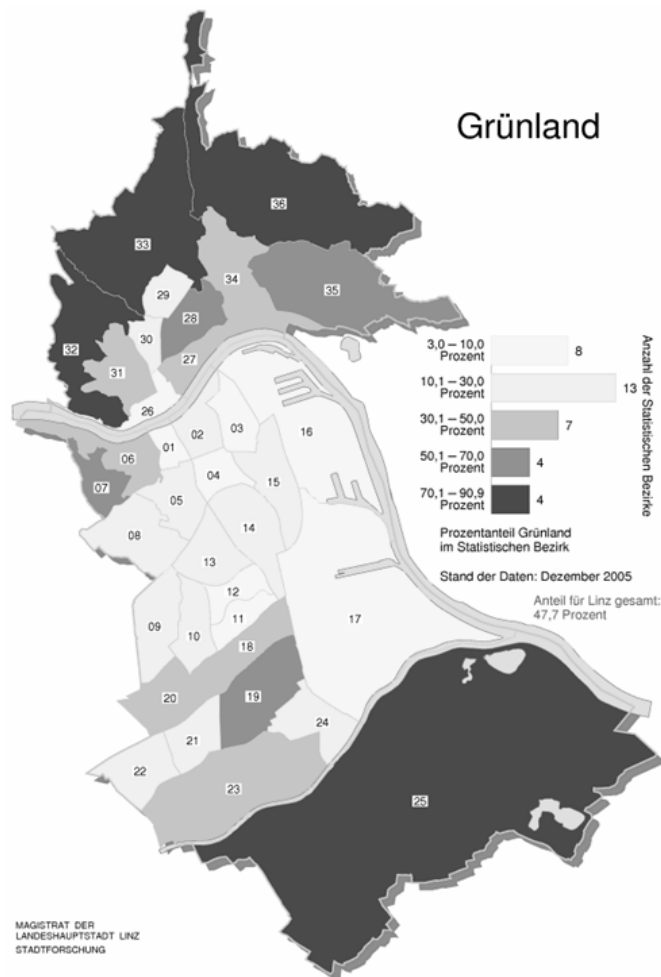
fällt auf landwirtschaftliche Nutzflächen (51%) und auf Wald (38%) gefolgt von Erholungsflächen wie Sport- und Spielflächen, Parkanlagen, Spielplätze etc. (8%) und sonstiges Grünland (3%).

Abbildung 13: Flächennutzung in Linz



Quelle: Stadtforschung Linz 2013b

Abbildung 14: Grünland in Linz nach statistischem Bezirk



Quelle: Stadtforschung Linz 2013b

Fakten

- In den letzten 30 Jahren hat es zwar hinsichtlich der Schadstoffbelastung der Außenluft deutliche Verbesserungen gegeben. Feinstaub, Stickoxide, Ozon und polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe stellen jedoch nach wie vor wesentliche Belastungen für die Bevölkerung dar, insbesondere in den Ballungsräumen.
- Tabakrauch stellt eine wichtige Schadstoffquelle für die Innenraumluft dar. 17 Prozent der berufstätigen LinzerInnen sind an ihrem Arbeitsplatz ständig Tabakrauch ausgesetzt, jüngere ArbeitnehmerInnen und Personen mit Pflichtschulabschluss häufiger. Bei 13 Prozent wird regelmäßig in ihrem Haushalt geraucht.
- 13 Prozent der LinzerInnen leidet unter Tageslärm, 11 Prozent unter Nachtlärm. Die häufigste Lärmquelle sind Kraftfahrzeuge.
- Natürliche Landschaftsräume (Parks, Wälder, Gewässer, etc.) stellen eine wichtige Gesundheitsressource für das physische, psychische und soziale Wohlbefinden dar (z.B. Erholungsmöglichkeit, Räume für soziale Beziehungen, Bewegung etc.).
- Fast die Hälfte des Linzer Stadtgebietes (48%) ist als Grünland ausgewiesen, ein Drittel (33%) entfällt auf Bauland, 12 Prozent sind Verkehrsflächen und 7 Prozent Gewässer.

6.5. Medizinische Versorgung

6.5.1. Krankenanstalten

In der Stadt Linz gibt es insgesamt 8 Krankenanstalten. 5.063 Personen des Pflegepersonals sind in den Krankenanstalten tätig. Im Jahr 2012 gab es in den Linzer Krankenanstalten über 1 Million Bettenbelegstage (Tabelle 5).

Tabelle 5: Betten, Pflegepersonal und PatientInnen in Krankenanstalten (2012)

Krankenanstalt	Pflegepersonal	PatientInnenaufnahmen gesamt	PatientInnenaufnahmen ortsfremd	Bettenbelegstage
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz	988	60.074	36.988	260.764
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern	1.094	46.861	31.201	180.639
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder	419	25.915	18.454	91.787
Krankenhaus der Elisabethinen	746	32.279	22.493	146.918
Diakonissen-Krankenhaus	110	4.603	2.716	22.203
Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg	838	17.382	11.441	245.568
Landes-Frauen- und Kinderklinik	612	19.159	12.844	71.999
Unfallkrankenhaus	256	5.800	nicht ausgewiesen	36.367
Summe	5.063	212.073	nicht ausgewiesen	1.056.245

Quelle: Stadtforschung Linz; Stand 31.12.2012

In den Linzer Krankenanstalten sind 1.520 ÄrztInnen beschäftigt (Stand 2012). Davon sind 766 FachärztInnen, 133 AllgemeinmedizinerInnen und 621 ÄrztInnen in Ausbildung (Tabelle 6).

Tabelle 6: ÄrztInnen in Krankenanstalten (2012)

Krankenanstalt	ÄrztInnen gesamt	davon			
		FachärztInnen	Praktische ÄrztInnen	In Ausbildung zum/zur	
				Facharzt/ Fachärztin	Praktischen Arzt/Ärztin
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz	440	206	23	106	105
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern	306	136	51	60	59
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder	143	70	10	36	27
Krankenhaus der Elisabethinen	205	114	8	43	40
Diakonissen-Krankenhaus	28	20	8	-	-
Landes-Nervenlinik Wagner-Jauregg	209	107	30	65	7
Landes- Frauen- und Kinderklinik	123	68	3	26	26
Unfallkrankenhaus	66	45	-	12	9
Summe	1.520	766	133	348	273

Quelle: Stadtforschung Linz; Stand 31.12.2012

6.5.2. Ärztliche Versorgung

Insgesamt gibt es in der Stadt Linz 695 niedergelassene ÄrztInnen (Männer: 478; Frauen: 217). Etwa die Hälfte aller ÄrztInnen hat einen Kassenvertrag. Ein Großteil der

Linzer ÄrztInnen im niedergelassenen Bereich ist den Richtungen Allgemeinmedizin (Praktische ÄrztInnen) und der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zuzuordnen (Tabelle 7).

Tabelle 7: Niedergelassene ÄrztInnen (2013)

ÄrztInnen	Summe	männlich	weiblich	mit Kassen- vertrag	ohne Kassen- vertrag
Praktische ÄrztInnen	211	119	92	111	100
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde*	106	69	37	87	19
Anästhesiologie und Intensivmedizin	9	5	4	-	9
Augenheilkunde und Optometrie	29	23	6	16	13
Chirurgie	28	26	2	6	22
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	48	32	16	29	19
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	21	16	5	10	11
Haut- und Geschlechtskrankheiten	19	10	9	9	10
Innere Medizin	41	33	8	13	28
Kinder- und Jugendheilkunde	22	11	11	10	12
Lungenkrankheiten	10	9	1	9	1
Med. und chem. Labordiagnostik	6	4	2	5	1
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	3	3	-	1	2
Neurochirurgie	7	6	1	-	7
Neurologie und Psychiatrie	44	28	16	11	33
Orthopädie und orthopädische Chirurgie	29	28	1	14	15
Pathologie	2	2	-	-	2
Physikalische Medizin	5	3	2	1	4
Plastische Chirurgie	10	7	3	-	10
Radiologie	10	9	1	9	1
Unfallchirurgie	22	22	-	2	20
Urologie	13	13	-	6	7
Summe	695	478	217	349	346

Quelle: Stadtforschung Linz; http://www.linz.at/zahlen/050_Infrastruktur/010_Gesundheit/020_NiedergelasseneAerzte/naer.PDF; * inklusive DentistInnen

6.5.3. Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung

Gemäß dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2012 sind in der Versorgungsregion Zentralraum Linz 637

Personen im Bereich der extramuralen therapeutischen, psychologischen und psychosozialen Versorgung tätig (Tabelle 8).

Tabelle 8: TherapeutInnen in der Versorgungsregion Zentralraum Linz (2011)

TherapeutInnen	Personalangebot 2011
Physiotherapie*	98
Logopädie*	42
Ergotherapie*	22
Psychotherapie	275
Klinische Psychologie/Gesundheitspsychologie	200
Summe	637

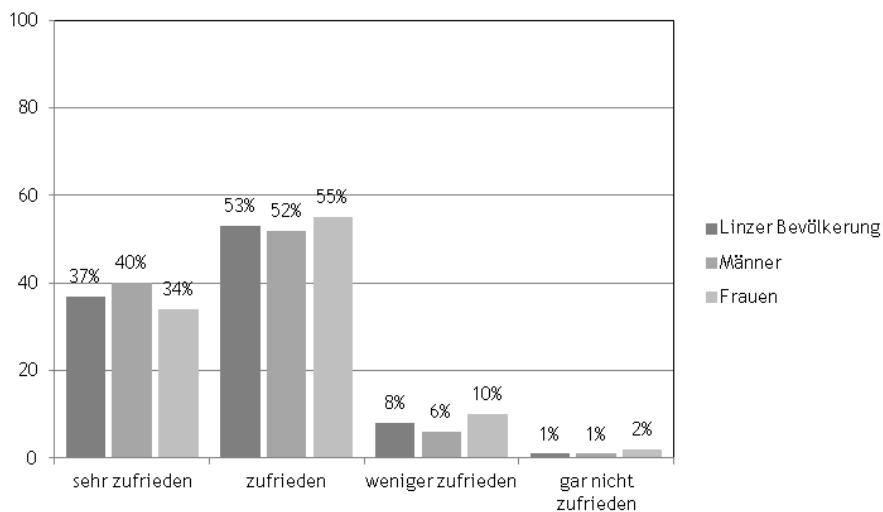
Quelle: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012; Planungsmatrix; http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung/Oesterreichischer_Strukturplan_Gesundheit_OeSG_2012; * Versorgungssituation 2004

6.5.4. Zufriedenheit mit der Versorgung

Die Linzer Bevölkerung stellt der medizinischen Versorgung in der Stadt ein sehr gutes Zeugnis aus: 90 Prozent sind mit der medizinischen Versorgung in Linz „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“. Nur jede/r Zehnte ist „we-

niger“ oder „gar nicht zufrieden“. Männer zeigen sich mit der medizinischen Versorgung etwas zufriedener als Frauen (Abbildung 1). Insgesamt konnten die hohen Zufriedenheitswerte aus der Gesundheitsbefragung des Jahres 2006 (93% zufrieden) bestätigt werden.

Abbildung 1: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung

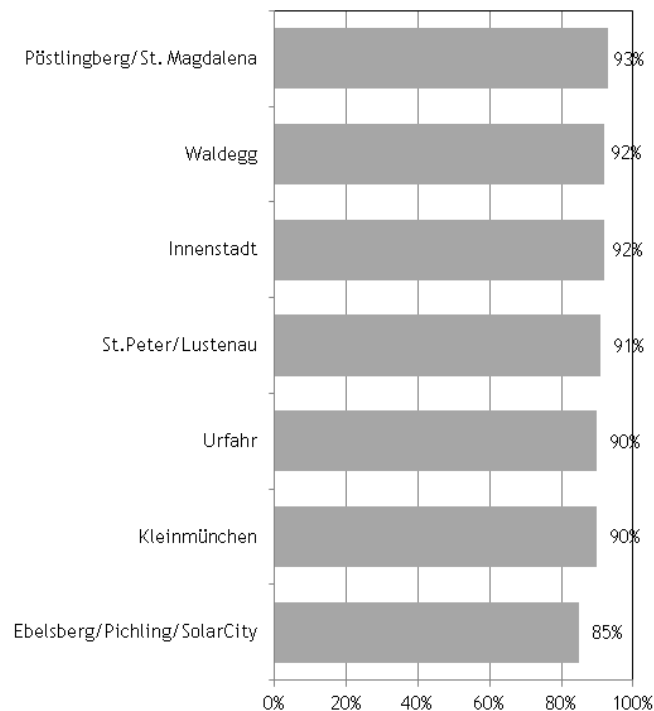


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.283; Cramer-V=0,093, p<0,05

Insgesamt zeigen sich in der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung keine signifikanten Unterschiede nach den Wohnorten der Befragten. Tendenziell ist die Zufriedenheit in Ebelsberg/Pichling/SolarCity (85%) etwas niedriger als beispielsweise in den Stadtteilen St. Magdalena/

Pöstlingberg (93%), der Innenstadt oder Waldegg (je 92%) (Abbildung 2). Dies könnte mit einer etwas niedrigeren Ärztedichte bzw. damit einhergehenden weiteren Wegen in Ebelsberg/Pichling/SolarCity zusammenhängen.

Abbildung 2: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung nach Stadtteilen

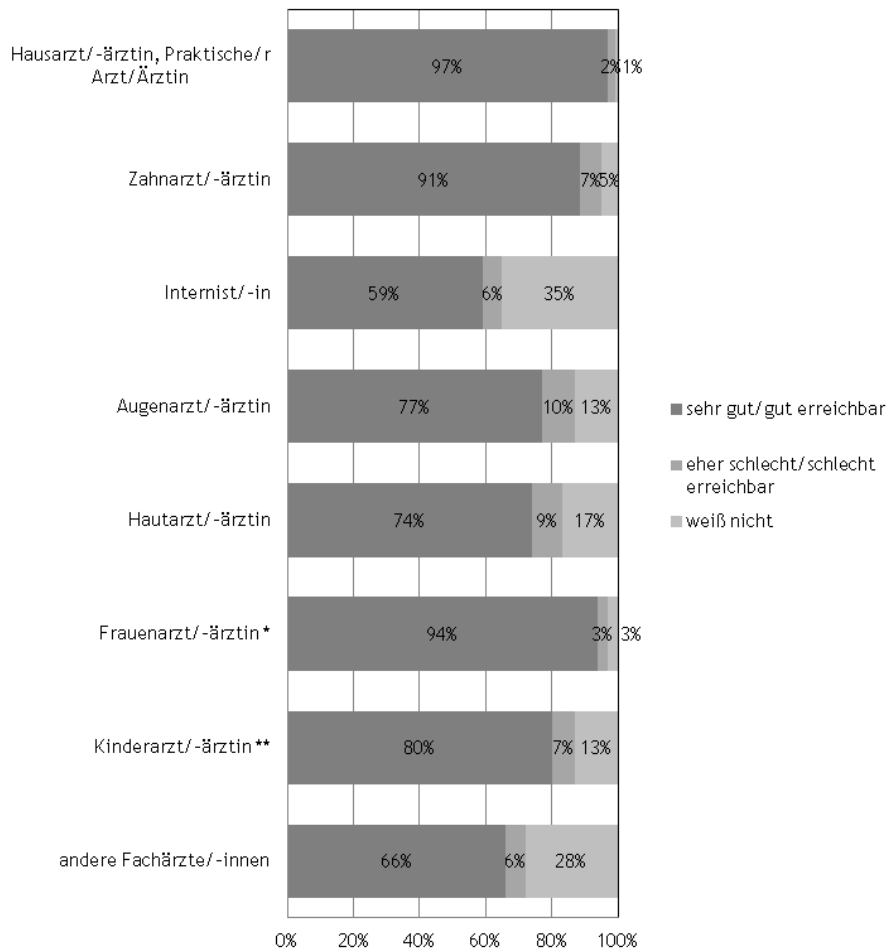


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.285; Cramer-V=n.s.; Anteile der Befragten, die mit der medizinischen Versorgung in Linz „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“ sind

Die Linzer Bevölkerung wurde im Zuge der Gesundheitsbefragung 2012 gefragt, wie gut verschiedene Ärzte/Ärztinnen für sie erreichbar sind. Die konkrete Frage lautete:

„Wie gut sind folgende Ärzte/-innen für Sie erreichbar? Denken Sie dabei bitte an die Wege.“

Abbildung 3: Erreichbarkeit von Ärzten/Ärztinnen

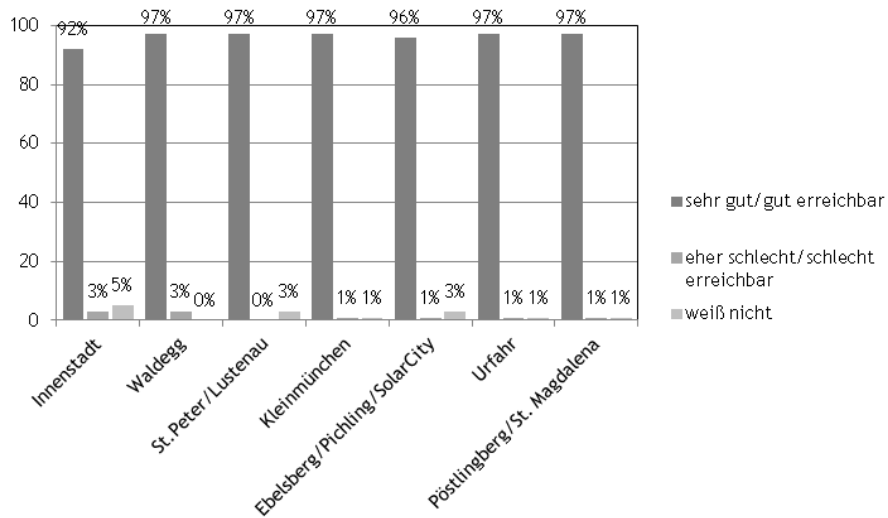


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=296 - 1.288; *nur Frauen, **nur Eltern

Insgesamt sind die Ärzte/Ärztinnen der einzelnen Fachrichtungen in der Stadt Linz sehr gut erreichbar. So geben zum Beispiel 97 Prozent der Befragten an, dass für sie ein Praktischer Arzt/eine Praktische Ärztin sehr gut oder gut erreichbar ist. Selbiges geben 94 Prozent der befragten Frauen in Bezug auf FrauenärztInnen und 91 Prozent der Bürgerinnen und Bürger bezüglich ZahnärztInnen an. Die niedrigeren Werte für eine gute Erreichbarkeit von InternistInnen (59%), HautärztInnen (74%), AugenärztInnen

(77%) oder KinderärztInnen (80%) dürfte schlicht daraus resultieren, dass ÄrztInnen dieser Fachrichtungen von manchen bisher nicht oder nur selten aufgesucht oder benötigt wurden/werden. Dafür spricht, dass bei diesen Fachrichtungen von den Befragten vergleichsweise häufig die Kategorie „weiß nicht“ angegeben wurde (Abbildung 3).

Abbildung 4: Erreichbarkeit von Praktischem/-r Arzt/Ärztin nach Wohnort/Stadtteilen

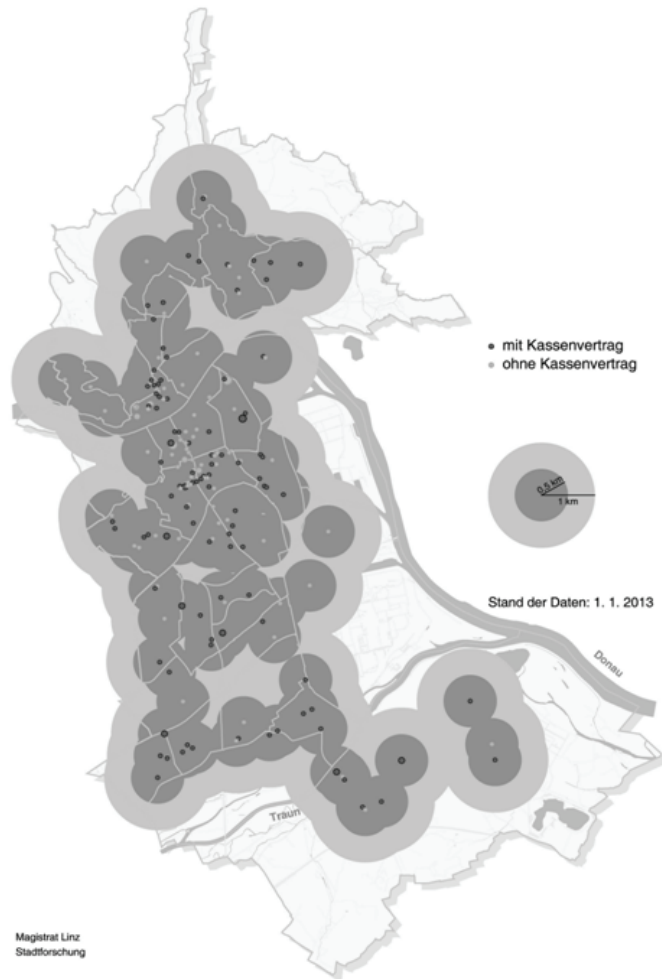


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.315; Cramer-V=0,091, p<0,05

Insgesamt ist die Erreichbarkeit eines Praktischen Arztes bzw. einer Praktischen Ärztin in allen Linzer Stadtteilen sehr hoch. Befragte, die in der Innenstadt wohnen, geben marginal seltener an, dass die Erreichbarkeit gut sei - allerdings aufgrund der Tatsache, dass sie vergleichsweise häufig die Kategorie „weiß nicht“ angegeben haben (Abbildung 4).

Die nachfolgende Abbildung 5 zeigt die Verteilung der Praktischen ÄrztInnen im Linzer Stadtgebiet und deren Einzugsgebiet

Abbildung 5: Praktische ÄrztInnen in Linz

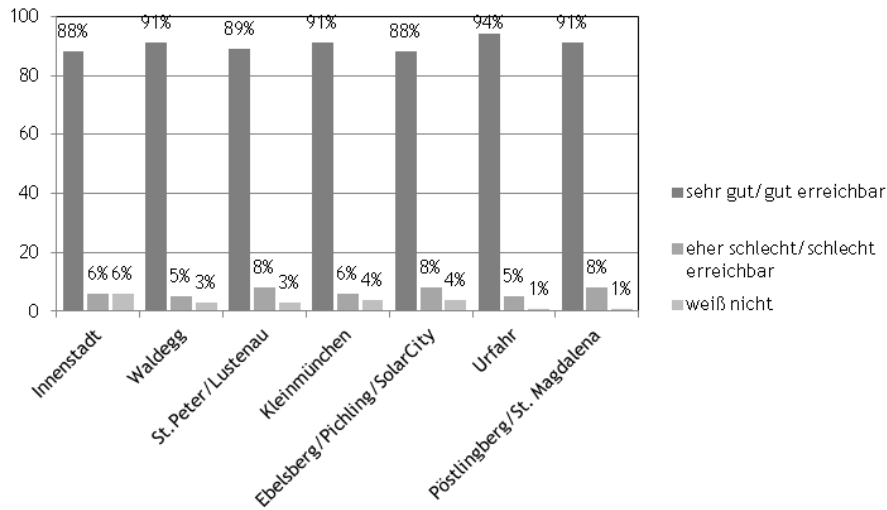


Quelle: Stadtforschung Linz

Auch die Erreichbarkeit von Zahnärzten/Zahnärztinnen wird von der überwiegenden Mehrheit der Bewohne-

rInnen aller Stadtteile als „sehr gut“ oder „gut“ beurteilt (Abbildung 6).

Abbildung 6: Erreichbarkeit von Zahnärzten/Zahnärztinnen nach Wohnort/Stadtteilen

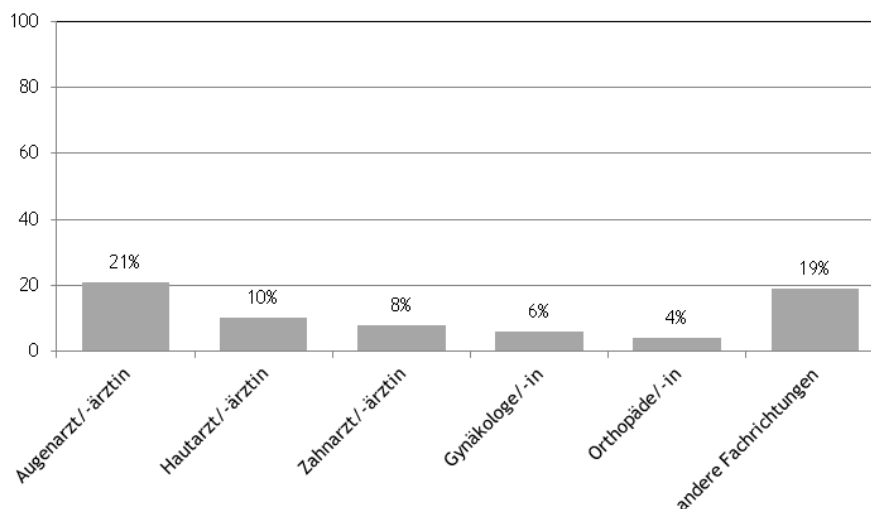


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.273; Cramer-V=n.s.

Im Zuge der Linzer Gesundheitsbefragung 2012 wurden die BürgerInnen gefragt, ob sie schon einmal über die Wartezeit auf einen Termin bei einem Facharzt bzw. ei-

ner Fachärztin verärgert waren. 57 Prozent der Befragten bejahten diese Frage (Männer: 52%; Frauen: 63%).

Abbildung 7: Verärgerung (jemals) über Wartezeit auf einen Termin



Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2012, n=1.350

Insgesamt geben 21 Prozent der Linzer Bevölkerung an, bereits einmal über eine lange Wartezeit für einen Termin bei einem/einer Augenarzt/-ärztin verärgert gewesen zu sein. Die weitere Reihung hinsichtlich Verärgerung über eine lange Wartezeit auf einen Termin: Hautarzt/-

ärztin (10%), Zahnarzt/-ärztin (8%), Gynäkologe/-in (6%), Orthopäde/-in (4%). 19 Prozent der Linzer Bevölkerung waren schon einmal über die Wartezeit auf einen Termin bei einem/einer Facharzt/-ärztin aus anderen Fachrichtungen verärgert.

Fakten

- In Linz gibt es 8 Krankenanstalten in denen 2012 über 212.000 PatientInnen behandelt wurden. Die Linzer Krankenanstalten sind von überregionaler Bedeutung.
- Insgesamt gibt es in Linz 695 niedergelassene ÄrztInnen, etwa die Hälfte davon mit Kassenvertrag. Darunter fallen 211 praktische ÄrztInnen (davon 111 mit Kassenvertrag) und 106 ZahnärztInnen (davon 87 mit Kassenvertrag).
- 90 Prozent der LinzerInnen sind mit der Medizinischen Versorgung sehr zufrieden oder zumindest zufrieden. Auch die Erreichbarkeit von Praktischen ÄrztInnen und FachärztInnen wird Großteils positiv bewertet.

7. AKTIVITÄTEN DER STADT LINZ

7.1. Impfen

7.1.1. Impfaktivitäten der Stadt Linz

Seit dem Jahr 1982 sind sämtliche Impfungen der Linzer Bevölkerung, die im Gesundheitsamt der Stadt Linz verabreicht wurden, in einer umfangreichen Impfdatenbank elektronisch gespeichert. Das dadurch mögliche Recall-Service hat sich seit damals als Erinnerungs-Service zu notwendigen Auffrischungsimpfungen bestens etabliert. Hierbei ergehen bei Impfungen wie Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten-Polio und bei den Zeckenschutzimpfungen automatisch rechtzeitig schriftliche Einladungen zur Auffrischungsimpfung an diejenigen LinzerInnen, von denen bereits Impfungen im Gesundheitsamt gespeichert sind. Insgesamt wurden im Jahr 2012 von den MitarbeiterInnen des Gesundheitsamts 30.481 Impfungen (inkl. Impfaktionen) verabreicht 19.518 an Erwachsene und 10.963 an Kinder (davon 6.246 im Gesundheitsamt, 255 in den Mutterberatungen und 4.462 an den Schulen).

7.1.2. Reisemedizin

Im Rahmen des reisemedizinischen Services beraten die MitarbeiterInnen des städtischen Gesundheitsamtes über länderspezifische Hygieneempfehlungen und medikamentöse Malariaprophylaxe, erstellen einen persönlichen Impfplan und bieten Impfungen gegen folgende Krankheiten an: Gelbfieber, Diphtherie, Tetanus, Meningokokken-Meningitis, Keuchhusten, Polio, Tollwut, Hepatitis A und B und Typhus.

7.2. Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention in Linz

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

Linz ist bereits seit 16. September 1992 Mitglied im Netzwerk „Gesunde Städte Österreichs“, an dem aktuell 24 österreichische Städte beteiligt sind. Oberösterreichweit sind mit Linz, Wels, Steyr und Leonding vier Städte im Netzwerk vertreten. Die Vizebürgermeisterin der Stadt Linz, Dr.ⁱⁿ Christiana Dolezal, ist Vorsitzende des Netzwerkes.

Als Gründungsmitglied des „Gesunden Städte Netzwerkes“ verbessert die Stadt Linz ständig die Lebensbedingungen für die Bevölkerung und bietet Gesundheitsversorgung auf höchstem Niveau mit den Schwerpunkten Beratung, Prävention und Gesundheitsförderung. Die Stadt engagiert sich mit dem Allgemeinen Krankenhaus auch im kurativen Bereich und kooperiert mit vielen weiteren Gesundheitsorganisationen.

7.2.2. Gesundheitsziele für die nächsten zehn Jahre

Als gesundheitspolitisches Instrument für die Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung werden alle zehn Jahre Gesundheitsziele formuliert, welche für konkrete gesundheitspolitisch relevante Zielbereiche beziehungsweise -gruppen Empfehlungen formulieren und Maßnahmen konzipieren. Durch verbindliche Vereinbarungen soll eine Vernetzung möglichst vieler AkteurInnen des Gesundheitssystems stattfinden und die vorhandenen Ressourcen gebündelt werden.

Im Herbst 2012 wurden die Linzer Gesundheitsziele für das nächste Jahrzehnt neu definiert und im Gemeinderat beschlossen. Mit den zehn neuen Gesundheitszielen werden die gemeinsamen Schwerpunkte aller bedeutenden AkteurInnen des Gesundheitswesens in der Prävention und Gesundheitsförderung für die nächsten zehn Jahre festgelegt:

- Wohlbefinden in der Schule erhöhen
- Arbeitsplätze gesünder gestalten
- Ernährung für Säuglinge und Kleinkinder verbessern
- Zahngesundheit der Kinder verbessern
- Bewegung im Jugendalter erhöhen
- Suchtprävention verstärken
- Tabakkonsum bei Jugendlichen reduzieren
- Psychosoziale Gesundheit junger Menschen stärken
- Ältere Menschen aktiv einbeziehen
- Verantwortung für Gesundheit gemeinsam wahrnehmen

7.2.3. Gesundheitspreis der Stadt Linz

Auf Initiative von Gesundheitsreferentin Vbgm.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christiana Dolezal wird seit 1998 der Gesundheitspreis der Stadt Linz vergeben. Diese Auszeichnung würdigt herausragende Leistungen sowie zukunftsorientierte, innovative Projekte im Gesundheitswesen und fördert die Motivation aller im Gesundheitsbereich Tätigen. Eingeladen zur Teilnahme sind alle im Gesundheitsbereich angesiedelten Berufsgruppen, Initiativen, Vereine und Selbsthilfegruppen - mit Wohnadresse oder Vereinsitz in Linz. Auch Schulen, Interessensvertretungen, Betriebe, Versicherungen oder Medien, die in Sachen Gesundheit aktiv sind und deren eingereichte Projekte einen unmittelbaren Linz-Bezug haben, können am Gesundheitspreis teilnehmen. Für die interessantesten Einreichungen werden Preise in einer Gesamthöhe von € 6.600 vergeben. Über die Zuerkennung der Preise entscheidet eine unabhängige Fachjury. Die ausgezeichneten Projekte werden im Rahmen eines Festaktes präsentiert.

7.2.4. Gesundheit beginnt beim Start ins Leben

7.2.4.1. Richtige Ernährung und Pflege von Beginn an

Die 14 Eltern-/Mutterberatungsstellen im Stadtgebiet werden von KinderfachärztInnen und ÄrztInnen für Allgemeinmedizin geleitet. Hier erhalten alle Eltern eine kostenlose medizinische Untersuchung und Beratung über Entwicklung, Pflege und Ernährung ihres Säuglings und Kleinkindes (Stillberatung, Beikostkurse etc.). Jährlich werden im Schnitt 15.500 Beratungen in den Eltern-/Mutterberatungsstellen durchgeführt.

7.2.4.2. Qualität im Kindergarten

Sprachförderung in städtischen Kindergärten:

Seit September 2011 läuft das Modell „Sprachförderung Neu“ in den städtischen Kindergärten. Jedes Kind mit sprachlichen Defiziten kann innerhalb von drei Jahren bis zu 540 Stunden Nachhilfe bekommen. Dieses Angebot besteht sowohl für Kinder mit als auch ohne Migrationshintergrund. So wird bereits im Kindergarten durch zielgenaue Förderung der Grundstein für den späteren Schul- und Bildungsweg der Kinder gelegt.

Mittagessen in städtischen Kindergärten nach Qualitätsstandards:

In den Kindergärten der Stadt Linz wird ein zweigängiges Mittagsmenü angeboten. Speziell wird dabei auf ernährungsphysiologische Bedürfnisse aber auch auf Vorlieben der Kinder geachtet. Die Qualitätsstandards, nach denen der Speiseplan gestaltet und die Speisen zubereitet werden, wurde in Abstimmung mit der österreichischen Gesellschaft für Ernährung entwickelt. Jährlich kommen rund 3.600 Linzer Kinder (2013: 3.653) regelmäßig in den Genuss dieser qualitativ hochwertigen Mahlzeiten.

7.2.5. Gesundheit an den Linzer Schulen

Das Fundament einer gesundheitsbezogenen Lebensweise wird bereits in der Kindheit gelegt, wo Gewohnheiten erworben und Erfahrungen gemacht werden, die uns oft ein Leben lang prägen. Daher ist es wichtig, bereits in jungen Jahren gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu erwerben sowie entsprechende Handlungskompetenzen zu entwickeln.

7.2.5.1. SchulärztInnen

Im Schuljahr 2012/2013 wurden von den überwiegend teilzeitbeschäftigten 16 Ärztinnen und Ärzten in den Schulen der Stadt Linz (38 Volksschulen, 16 Hauptschulen bzw. Neue Mittelschulen, 2 Polytechnische Schulen, 4 Sonderschulen) und 58 Tagesheimstätten (Kindergärten und Krabbelstuben) unter anderem durchgeführt:

- 12.482 ärztliche Untersuchungen
- 2.440 Nachkontrollen (nach einer schulärztlichen Untersuchung)
- 703 Konsultationen (bei Verletzungen, akuten Beschwerden etc.)
- 224 Gutachten (v. a. für Schulreife und vor Aufnahme SHS)
- 6.677 Einzel-Gespräche mit Eltern, Schülern, Lehrern

Von den 12.482 ärztlichen Untersuchungen wurden 3.493 Kinder zur weiteren Abklärung bzw. Therapie zum/zur niedergelassenen Arzt/Ärztin weiter verwiesen, das sind 28 Prozent.

7.2.5.2. Schulsozialarbeit

Die derzeitige gesellschaftliche Entwicklung stellt an Kinder und Jugendliche sowie an deren Familien erhöhte Anforderungen, welche teilweise zu Überforderung und daraus resultierenden Verhaltensauffälligkeiten führen. Die Schule übernimmt heute auch vermehrt erzieherische und persönlichkeitsbildende Aufgaben. Daher wird im Rahmen der Jugendwohlfahrt die Schulsozialarbeit an Linzer Pflichtschulen angeboten.

DiplomsozialarbeiterInnen des Jugendgesundheitsdienstes sind AnsprechpartnerInnen für SchülerInnen, Eltern, LehrerInnen in der Schule. Das Tätigkeitsfeld umfasst präventive, begleitende und aufsuchende Sozialarbeit sowie Krisenintervention. Ziel ist die Früherkennung von Problemsituationen sowie professionelle Unterstützung bei der Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten. Das Angebot der Schulsozialarbeit wird auch außerhalb der Unterrichtszeiten und in den Ferien fortgeführt. Rund 6.300 SchülerInnen werden mit der Schulsozialarbeit pro Jahr erreicht.

7.2.5.3. Zahngesundheitsförderung

Gesunde Zähne sind keine Selbstverständlichkeit. Nur durch regelmäßige Zahnpflege schon ab dem frühen Kindesalter wird der Grundstein für gesunde und gepflegte Zähne gelegt. Die Linzer Kinder werden im Rahmen des neuen Zahngesundheitserziehungs-Konzeptes durch das Land OÖ und die OÖGKK mitbetreut.

Dieses neue Kariesprophylaxeprogramm wird seit dem Schuljahr 2012/13 flächendeckend in Oberösterreich durchgeführt. Hierbei werden Kinder aller Altersgruppen (bis 14 Jahre) mit Zahngesundheitsförderungsmaßnahmen erreicht.

Zu den Schwerpunkten gehören das Erlernen der richtigen Zahnputztechnik, die Vermittlung von kindgerechtem Basiswissen rund um die Kariesentstehung und den Aufbau der Zähne, Kariesprophylaxe und die richtige Ernährung. Zusätzlich besuchen PatenzahnärztInnen die Kinder im letzten verpflichtenden Kindergartenjahr.

7.2.5.4. Gesunde Ernährung - „Die schlaue Ernährungsmaus“

Richtige Bewegung und eine ausgewogene Ernährung sind für die Gesundheitsförderung wesentliche Eckpfeiler. Aus diesem Grunde wurde die Idee entwickelt, durch eine Zusammenarbeit mit Fachkräften aus den Bereichen Ernährung und Sport, die Lehrkräfte in den Linzer Schulen bei diesen Bestrebungen zu unterstützen.

Mit dem Gesundheitsförderungsprogramm „Gesunde Ernährung“ verfolgt die Stadt Linz das engagierte Ziel, Volksschulkindern erste Informationen über eine gesunde Ernährungsweise zu vermitteln. Bereits seit dem Schul-

jahr 1994/95 wird dieses Programm „Gesunde Ernährung - Die schlaue Ernährungsmaus“ in den Linzer Volksschulen durchgeführt, wobei eine Diätologin den Kindern die Grundregeln von gesundem Essen und Trinken näher bringt. Die Präsentation erfolgt in einem theoretischen Vortrag, aber auch in praktischen Übungen, wo gemeinsam mit den Kindern eine gesunde Jause zubereitet wird. Die Broschüre „Die schlaue Ernährungsmaus“ dient dabei als Unterrichtsbehelf. Pro Jahr nehmen etwa 4.000 SchülerInnen an diesem Programm teil.

„Gesunde Schuljause“:

Seit dem Schuljahr 2006/07 gibt es zusätzlich in diesem Rahmen das Projekt „Gesunde Schuljause“. Ziel dieser Aktion ist es, die Schüler zu einer positiven Änderung des Jausenverhaltens zu animieren.

Täglich wird dabei die mitgebrachte Jause von der/dem KlassenlehrerIn begutachtet. Durch ein Belohnungssystem (Sammeln von Stempelungen sowie einem Ansteckbutton für vermehrten Konsum von Obst, Gemüse, Vollkornprodukten etc.) soll eine positive Verstärkung der geänderten Jausengewohnheiten erreicht werden. Die Erziehungsberechtigten werden im Rahmen von Elternabenden eingebunden. Pro Jahr nehmen etwa 500 bis 600 SchülerInnen an diesem Projekt teil.

7.2.5.5. Gesunde Bewegung - „Bewegungsdino“

Seit 1997 nehmen die Linzer Volks- und SonderschülerInnen auch am Gesundheitsförderungsprogramm „Gesunde Bewegung“ zur Vorbeugung von Haltungsschäden teil. Geleitet wird das Programm von einer Sportwissenschaftlerin und einer Physiotherapeutin in Kooperation mit der/dem jeweiligen Schularzt/-ärztin. Ziel ist es, den Kindern ein nachhaltiges Bewusstsein für gesunde Haltung in Schule und Alltag sowie die Notwendigkeit von ausreichender Bewegung zu vermitteln. Die SchülerInnen sollen lernen, eigenverantwortlich mit Körper und Gesundheit umzugehen. Durch gezielte Vorbeugemaßnahmen sollen Haltungsschäden vermindert bzw. SchülerInnen mit Haltungsschwächen und -schäden möglichst bald einer sinnvollen Therapie zugeführt werden.

Die Broschüre „Gesunde Bewegung“ zeigt verschiedene Grundübungen, die die Kinder trainieren können und vermittelt Wissenswertes über den Körperbau. Als weitere Unterrichtsbehelfe dienen außerdem Stundenblätter mit speziellen Übungen aus verschiedenen Themenbereichen. In einem theoretischen Vortrag wird der Aufbau der Wirbelsäule erklärt und wie es durch Fehlhaltungen bzw. falsche alltägliche Bewegungsabläufe zu Haltungsschäden kommen kann. Die Bewegungsexpertinnen beschäftigen sich dabei in jeweils drei Unterrichtseinheiten mit einer Schulklasse, wobei vor allem auf die Gestaltung des Turnunterrichts sowie auf Haltung, Ausdauer, Kraft etc. geachtet wird. Bei SchülerInnen mit Haltungsschäden wird in Kooperation mit dem/der Schularzt/ärztin mit den Eltern Kontakt aufgenommen, um eine entsprechende Behandlung zu beginnen. Pro Jahr profitieren über 4.000 Schulkinder von diesem Programm.

7.2.5.6. Fit im Schulalltag

Das Expertenteam an den Neuen Mittelschulen (vormals Hauptschulen), bestehend aus einer Sport- und einer Ernährungswissenschaftlerin, gestaltet seit 1998 einen Unterricht zu verschiedenen Schwerpunkten. Das Programm gliedert sich in die Bereiche Ernährung und Bewegung, wobei hierbei vor allem Grundlagenwissen im Rahmen des Biologie- und Turnunterrichts altersgemäß vermittelt wird.

Bei der Vermittlung der Bedeutung von Bewegung liegt der Fokus auf dem Thema „Wirbelsäule“ als zentrale Stütze des Körpers. Präsentiert wird auch die wirbelsäulengerechte Bewegung im Alltag (gesunde Sitzhaltung, Packen und Tragen der Schultasche, Heben von schweren Gegenständen, Bewegungsübungen im Sitzen etc.).

In den Ernährungsstunden werden die SchülerInnen mit Hilfe der Ernährungspyramide an das Thema gesunde Ernährung herangeführt. Die Mahlzeitenverteilung sowie die gesunde Schuljause bilden wesentliche Schwerpunkte. Außerdem werden beliebte Snacks und Getränke genau unter die Lupe genommen und Fett- und Zuckergehalten aufgedeckt.

Eine enge Zusammenarbeit mit den SchulärztInnen, die im Sinne einer sekundär präventiven Früherfassung bereits bestehende Ernährungsprobleme und Störungen im Bewegungsapparat eruieren, ermöglicht eine individuelle Betreuung der SchülerInnen. Pro Jahr werden mit dem Programm „Fit im Schulalltag“ rund 760 bis 770 SchülerInnen erreicht.

7.2.5.7. Bewegte Nachmittagsbetreuung an Linzer Volksschulen

Die Stadt Linz führt an Linzer Pflichtschulen Pilotprojekte im Rahmen der schulischen Nachmittagsbetreuung durch. Diese Projekte bieten zusätzliche Bildungs- und vor allem Bewegungs- und Sportaktivitäten. In Kooperation vom Amt Schule und Sport (SSL) und Linzer Sportvereinen sind gemeinsam mit der Volkshochschule Angebote entstanden, die Kopf und Körper gleichermaßen fördern und fordern.

Dabei gibt es eine bunte Mischung aus Kunst, Musik, Mathematik, Sprachen sowie viel Bewegung und Sport. Damit sollen Kreativität und Bewegungsfreude bei den Linzer PflichtschülerInnen gefördert werden. Im Schuljahr 2012/2013 wurden 950 SchülerInnen in der neuen Nachmittagsbetreuung erreicht.

7.2.6. Förderung der psychosozialen Gesundheit

7.2.6.1. Angebote für junge Menschen

Verein für Sozialprävention und Gemeinwesenarbeit (VSG):

Der von Stadt Linz, Land OÖ, AMS und Bund finanzierte Verein versteht sich als Initiative zur Schaffung innovativer Projekte für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen in Linz.

- Projekt „kick“: Dieses Projekt des VSG unterstützt Linzer Jugendliche im Alter von 15 bis zum vollendeten 21. Lebensjahr bei der Suche nach einer Lehrstelle, einem Arbeits- oder Ausbildungsplatz. Ein „kick“-Kurs kann maximal neun Monate dauern.
- Projekt „factory“: Durch diese erste Produktionsschule Österreichs nach dänischem Vorbild wird für die Jugendlichen ein positiver Zugang zu den Bereichen Arbeit und Ausbildung erreicht. Selbstvertrauen und Verantwortungsbewusstsein werden gestärkt und individuelle Berufsziele können geplant und umgesetzt werden. Die Produktionsschule kann bis zu einem Jahr besucht werden.

Verein Jugend und Freizeit (VJF)

Der zum größten Teil (70%) von der Stadt Linz finanzierte Verein Jugend und Freizeit besteht seit 1976. Damals wurde das erste Jugendzentrum, das „Come together“ eröffnet. Mittlerweile bietet der VJF flächendeckend in ganz Linz Angebote in der Jugendarbeit und hilft den Linzer Jugendlichen mit Freiraum, Beratungsangeboten, individuellen Freizeitgestaltungsmöglichkeiten, Hilfestellung bei Krisen u.v.m.

Er betreibt mit mehr als 80 MitarbeiterInnen aktuell 13 Jugendzentren, 4 Streetworkeinrichtungen, 2 Beratungsstellen und ein Teenieprojekt. Die MitarbeiterInnen des VJF haben eine psychosoziale Ausbildung (SozialarbeiterInnen, FachhochschulabgängerInnen, SoziologInnen, (Sozial)PädagogInnen, PsychologInnen, JugendbetreuerInnen) oder befinden sich berufsbegleitend in einer solchen. Pro Jahr werden rund 7.000 Jugendliche durch den Verein erreicht (Jahresfrequenz: rund 120.000 Besuche).

first love ambulance

Die first love ambulance der Kinder- und Jugendservices Linz und des AKH steht Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren zur Verfügung, die Fragen zu Verhütung, Sexualität und ersten Beziehungen haben. Ein Besuch erfordert keine e-Card, ist kostenlos und auf Wunsch auch anonym möglich. Jährlich wenden sich etwa 200 bis 400 junge Leute an die Beratungsstelle (2012: 386 Jugendliche).

7.2.6.2. Angebote für ältere Menschen

Eine aktive Beteiligung am gesellschaftlichen Leben schützt ältere Menschen vor Vereinsamung, verbessert die Lebenszufriedenheit und Gesundheit. Deswegen wird in Linz die aktive Beteiligung von älteren Menschen am gesellschaftlichen Leben gefördert.

Clubs Aktiv:

Die 17 Clubs Aktiv (Seniorenklubs) sind Treffpunkte in den Stadtteilen, in denen gemütliche Stunden in Gesellschaft von Freunden und Bekannten am Programm stehen. Die Besuche sind an keine Mitgliedschaft gebunden, überparteilich und kostenlos. In den Clubs Aktiv wird in Zusammenarbeit mit der Volkshochschule ein abwechslungsreiches Programm mit den Schwerpunkten Kreativität, Geselligkeit, Bewegung, Gesundheit, Bildung und Kultur angeboten. Pro Jahr werden rund 49.000 Besuche gezählt.

Tageszentren:

Die drei städtischen Tageszentren, die an Seniorenzentren angebunden sind, stehen älteren Menschen offen, die zu Hause wohnen, jedoch Unterstützung im täglichen Leben, in der Pflege und Betreuung brauchen. Die Tageszentren sind auch idealer Treffpunkt für allein stehende SeniorInnen. Der Besuch eines Tageszentrums ist mehrmals in der Woche zwischen 8 und 16 Uhr möglich. Der Kostenbeitrag richtet sich nach dem jeweiligen Einkommen. Gegen geringes Entgelt kann auch ein Fahrdienst bestellt werden. In den Tageszentren gibt es Hilfe bei der Körperpflege, drei Mahlzeiten, Aktionsgruppen, Spaziergänge, Ausflüge, Veranstaltungen und vieles mehr. 2012 besuchten 357 ältere Menschen die Linzer Tageszentren (jährlich rund 20.000 Besuche).

7.2.7. GFK - Verein für Gesundheits-Förderungs-Konferenzen

Maßgeschneiderte Angebote und individuelle Informationen - wenn möglich in der direkten Wohnumgebung bietet der Verein für Gesundheits-Förderungs-Konferenzen/ GFK, welcher 1996 gegründet wurde und in dem neben der Stadt Linz auch das Land OÖ, die OÖ Ärztekammer und die OÖGKK vertreten sind. Vorsitzende des Vereines ist seit 1997 Gesundheitsreferentin Vbgm.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christina Dolezal.

Der GFK hat es sich zum Ziel gesetzt, das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung zu verbessern sowie durch gezielte Maßnahmen - insbesondere in den Bereichen Ernährung und Bewegung - einen Beitrag zur Prävention von Erkrankungen zu leisten. Dies geschah in der Vergangenheit durch Großveranstaltungen mit Fachvorträgen, mittlerweile werden aber verstärkt dezentrale, zielgruppenspezifische Projekte und Veranstaltungen durchgeführt, welche seit 2012 intensiviert wurden.

Veranstaltungen in den vergangenen fünf Jahren:

2008:

- Info-Veranstaltung im Neuen Rathaus mit Rahmenprogramm zu den Themen
 - * Kiefer - Zähne - Implantate - Prothesen
 - * Männergesundheitstag
 - * Burnout, Stress und Mobbing
- Beteiligung an der Linzer Gesundheitsmesse-Gesundheitsstraße
- Hautkrebsvorsorge in Kindergärten

2009:

- Info-Veranstaltung im Neuen Rathaus mit Rahmenprogramm zu den Themen
 - * Schlafstörungen
 - * Männergesundheitstag
 - * Frauengesundheitstag
- Beteiligung an der Linzer Gesundheitsmesse-Gesundheitsstraße

2010:

- Info-Veranstaltung im Neuen Rathaus mit Rahmenprogramm zu den Themen
 - * Haut & Seele
 - * Männergesundheitstag
 - * Erkältung, oder doch Grippe?
- Beteiligung an der Linzer Gesundheitsmesse-Gesundheitsstraße
- Gesundheitsvorsorgeaktionsmonat Oktober - Ankündigungsfolder

2011:

- Info-Veranstaltung im Neuen Rathaus mit Rahmenprogramm zu den Themen
 - * Darm- und Blasengesundheitstag
 - * Männergesundheitstag
- Beteiligung an der Linzer Gesundheitsmesse-Gesundheitsstraße
- Kochfibel „Kochrezepte gesund, schmackhaft, rasch und kostengünstig zubereitet“
- Kochkurse für junge Familien
- Unterstützung der Alkoholworkshops des Instituts Suchtprävention
- Nordic Walkingstrecke im Franckviertel mit wöchentlichen Terminen mit Trainerin
- Aufklärungsprojekt „Frühlingserwachen“ für Jugendliche
- Gesundheitsvorsorgeaktionsmonat Oktober - Radiospots

2012:

- Info-Veranstaltung im Neuen Rathaus mit Rahmenprogramm zu den Themen
 - * Top fit mit 50+
 - * Männergesundheitstag
- Beteiligung an der Linzer Gesundheitsmesse-Gesundheitsstraße
- Kochkurse für junge Familien
- Unterstützung der Alkoholworkshops des Instituts Suchtprävention
- Nordic Walkingstrecke in Pichling mit wöchentlichen Terminen mit Trainerin
- Aufklärungsprojekt „Linz talks about love and sex“ an HS und NMS
- Gesundheitsvorsorgeaktionsmonat Oktober - Radiospots
- Projekt „Qigong für alle“ in den Monaten Mai, Juni, September am Martin-Luther-Platz

7.2.8. Gesundheitsförderung im Stadtteil

7.2.8.1. Stadtteilarbeit für Lebensqualität

Mit der gemeinwesenorientierten Stadtteilarbeit wird ein Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität von Familien geleistet. Dabei wird intensiv mit den BewohnerInnen eines Viertels/Stadtteils zusammengearbeitet, um gemeinsam Verbesserungsmöglichkeiten zu finden und bereits bestehende lokale Einrichtungen zu vernetzen.

In Linz gibt es zwei Stadtteilbüros: Das Stadtteilzentrum Auwiesen sowie die Stadtteilarbeit Leben im Franckviertel. Die MitarbeiterInnen dieser Büros suchen den direkten Kontakt mit den Menschen im Stadtteil, unterstützen sie bei Problemen/Anliegen sowie bei der Umsetzung ihrer Ideen. Sie bringen die lokalen sozialen, kulturellen und medizinischen Einrichtungen miteinander in Kontakt und bieten im Rahmen gemeinsamer Kooperationen vor Ort verschiedene Aktivitäten für die Menschen im Stadtteil an.

7.2.8.2. Angebote des Vereins für Sozialprävention und Gemeinwesenarbeit (VSG)

Ziel des VSG-Projektes Zeittauschbörse „time“ ist die Wiederbelebung der Nachbarschaftshilfe. Dabei tauschen ältere und jüngere TeilnehmerInnen Aktivitäten, wie z.B. Mitfahrgelegenheiten, Behördengänge oder Einkäufe, Kinderbetreuung, Hausarbeiten usw. Der Faktor Zeit dient als Tauschmedium, wobei jede Stunde gleich viel wert ist. Die einzelnen Tätigkeiten werden auf einem Zeitkonto mit Plus- und Minuspunkten vergütet.

7.2.8.3. Projekt „Auf gesunde Nachbarschaft“

Gute Nachbarschaft trägt auch im Alltag viel zu Lebensqualität und Wohlbefinden bei. „Auf gesunde Nachbarschaft!“ ist ein stadtgebietsbezogenes Gesundheitsprojekt in Schörgenhub/Auwiesen und den Bezirken Kleinmünchen, Scharlinz, Neue Heimat und Wegscheid. Finanziert wird das Projekt aus den Mitteln des FONDS GESUNDES ÖSTERREICH, in Kooperation mit dem PGA - Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit, Queraum (Kultur- und Sozialforschung) und der Stadt Linz. Anlaufstelle ist das Stadtteilbüro Auwiesen.

7.2.8.4. Bewegung im Stadtteil

Für einen nachhaltigen Erfolg von Präventionsprojekten ist es nötig, dass eine entsprechende Förderung lokal und quer durch alle Altersgruppen angeboten wird. Um vor Ort im Stadtteil eine Möglichkeit zur niederschweligen sportlichen Betätigung zu schaffen und um die Kommunikation und den gegenseitigen Austausch der BewohnerInnen zu fördern, setzt die Stadt Linz verstärkt auf den Ausbau zielgruppenspezifischer Angebote im Stadtteil. Seit Sommer 2012 heißt es in den Monaten Mai, Juni und September jedes Jahr in der Linzer Innenstadt „Qigong für alle“. Dabei wird jeden Donnerstag von 12.30 bis 13.15 Uhr am Martin Luther-Platz Open-Air-Qigong für alle Interessierten angeboten.

Auch die beiden geführten Nordic-Walking-Strecken des GFK im Franckviertel und in Pichling wurden 2013 um ein weiteres Angebot erweitert: Eine dritte geführte Nordic-Walking-Strecke verläuft nun am Areal des AKH Linz, wobei der preisgekrönte AKH-Garten der Bewegung mit seinen Turngeräten integriert ist. Auf allen drei Strecken gibt es einmal pro Woche die Möglichkeit, mit einer professionellen Trainerin zu walken. Weiters ist geplant, interessierten TeilnehmerInnen die Ausbildung zum Nordic-Walking-Coach zu ermöglichen, um so dieses Projekt künftig in Eigenregie durch die BewohnerInnen des Stadtteils zu betreiben.

Außerdem laden 17 öffentliche, markierte und zum Großteil abends beleuchtete Lauf- und Walkingstrecken im gesamten Stadtgebiet zu Bewegung ein - die meisten werden von der LINZ AG betreut. Weiters führen 10 markierte Wanderwege - von den Alpinvereinen betreut - ins Grüne. Der neue Sportentwicklungsplan sieht außerdem Kooperationsprojekte mit lokalen Sportvereinen vor, um einen gesundheitsfördernden, niederschweligen Zugang zu Sportangeboten zu ermöglichen. Die Vereine werden im Marketing ihrer Angebote in öffentlichen Einrichtungen unterstützt.

Sinnvolle und unterhaltsame Freizeit- und Feriengestaltung für Kinder und Jugendliche mit einem Schwerpunkt auf Bewegung bieten die Aktivtage, die alljährlich im Sommer von der Stadt Linz gemeinsam mit Jugendvereinen und -organisationen angeboten werden. Vielfältig und spannend, direkt vor der Haustür und für alle leistbar. Jährlich besuchen rund 98.000 junge LinzerInnen die Aktionen.

7.2.9. Linzer Frauengesundheitszentrum (FGZ)

Das Linzer Frauengesundheitszentrum ist ein gemeinnütziger Verein und wirkt als Drehscheibe für frauenspezifische Gesundheitsförderung und ganzheitliche Gesundheitsarbeit. Ein Hauptziel des Frauengesundheitszentrums ist es, Frauen in ihrer Selbstbestimmung und Eigenkompetenz zu stärken, zur Gesundheitsvorsorge zu motivieren und ihre Gesundheitsförderung zu unterstützen. Die Schwerpunkte liegen deshalb auf Prävention, Beratung und Behandlung.

Die Frauen des Vorstandes und die Mitarbeiterinnen des Linzer Frauengesundheitszentrums verstehen sich als Interessensvertreterinnen ihrer Besucherinnen und Klientinnen und treten für die Verbesserung der Lebenswelten und Gesundheit der Frauen ein. Sie setzen sich kritisch mit dem bestehenden Gesundheitssystem auseinander und nehmen Einfluss auf die öffentliche Diskussion von Gesundheitsthemen.

Pro Jahr finden sich mehr als 2.000 Teilnehmerinnen bei gesundheitsbezogenen Veranstaltungen, wie Seminaren, Workshops und Vorträgen ein.

2012 fanden schwerpunktmäßig Aktivitäten zum Thema Ess-Sucht statt. In diesem Bereich nimmt das FGZ eine Vorreiterrolle in Oberösterreich ein. Die Stadt Linz schätzt die engagierte Arbeit des FGZ und fördert das Angebot dieser frauenspezifischen Gesundheitseinrichtung.

7.2.10. OÖ Aidstag

Anlässlich des Welt-Aids-Tags (jedes Jahr am 1. Dezember) organisiert die Stadt Linz gemeinsam mit der Aids-Hilfe Oberösterreich seit 1994 jedes Jahr Ende November eine groß angelegte Informationsveranstaltung im Neuen Rathaus mit Vorträgen und Workshops.

Hierbei wird das Thema Aids umfassend hinsichtlich Pflege, Betreuung und Hygiene behandelt. Aber auch die psychischen und sozialen Auswirkungen von Aids werden breit diskutiert.

8. GESUNDHEITS- ZIELE DER STADT LINZ

8.1. Einleitung

8.1.1. Ausgangssituation

Mit dem ersten Oberösterreichischen Gesundheitsbericht im Jahr 2000 wurden auch die ersten Gesundheitsziele für dieses Bundesland und für die Stadt Linz definiert. Dafür bildeten das Land Oberösterreich, die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse und die Städte Linz und Wels eine Partnerschaft im Sinne der Gesundheitsziele. Die Gründung des Instituts für Gesundheitsplanung (IGP) im Jahr 2002 verstärkte diese Partnerschaft. Im Jahr 2004 kam die OÖ Ärztekammer als Partner im Vorstand des IGP hinzu.

Um die Umsetzung der OÖ Gesundheitsziele weiter voranzutreiben wurde die Oberösterreichische Gesundheitskonferenz gegründet, die zur Erarbeitung der Gesundheitsziele Arbeitskreise einsetzte. In Zusammenarbeit mit diesen Arbeitskreisen wurden einige Gesundheitsziele im Jahr 2005 überarbeitet und konkretisiert.

Das Institut für Gesundheitsplanung führt seit Bestehen die Gesundheitsberichterstattung inklusive Monitoring der Gesundheitsziele für die Stadt Linz durch. Die End-Evaluierung im Jahr 2010 hat gezeigt, dass nicht alle Gesundheitsziele mit den gesetzten Maßnahmen erreicht werden konnten, nicht zuletzt auch aufgrund der Tatsache, dass Gesundheit und Krankheit von einer Unzahl an Faktoren (Determinanten) abhängt. Diesen Gesundheitsdeterminanten wollte man mehr Rechnung tragen und entschied sich für eine Neuformulierung der Gesundheitsziele. Der Auftrag für die Neuformulierung wurde vom Vorstand des Instituts für Gesundheitsplanung der Geschäftsführung erteilt.

8.1.2. Gremien und Personen

Am Prozess der Neuformulierung der Oberösterreichischen Gesundheitsziele waren zahlreiche Personen und Gremien beteiligt, die sich die Verbesserung der Gesundheit der Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen zum Ziel gesetzt haben. Nur durch deren Zusammenarbeit und Engagement konnte das Gelingen des Prozesses gewährleistet werden.

8.1.2.1. Vorstand des Instituts für Gesundheitsplanung:

Den Auftrag für die Erarbeitung der neuen Gesundheitsziele gab der Vorstand des Instituts für Gesundheitsplanung. Der Vorstand war in weiterer Folge auch als Steuerungsgruppe tätig, die bei Erreichung von Meilensteinen im Rahmen von Vorstandssitzungen oder Aussendungen der Geschäftsführung des IGP informiert wurde und Möglichkeiten zur Steuerung des Prozesses hatte.

8.1.2.2. OÖ Gesundheitskonferenz:

Die Oberösterreichische Gesundheitskonferenz gilt als Gremium, das Partizipation schafft. Einmal jährlich findet ein Treffen der Gesundheitskonferenz statt, bei dem über den aktuellen Stand der Gesundheitsziele berichtet und die weitere Vorgehensweise besprochen wird. Während des Prozesses zur Formulierung der Gesundheitsziele bis 2020 fanden drei Sitzungen statt. Zwischen diesen Besprechungen wurde die Gesundheitskonferenz per Aussendung von der Geschäftsführung informiert und Möglichkeit zur Rückmeldung gegeben.

Die OÖ Gesundheitskonferenz setzt sich zusammen aus VertreterInnen von Anbietern gesundheitlicher Leistungen, Kostenträgern, der Selbsthilfe, des PatientInnen-schutzes, Gruppen mit spezifischen Bedarfen sowie Gesundheitspolitik und -verwaltung.

8.1.2.3 Beirat Gesundheitsziele:

Der Beirat für Gesundheitsziele setzt sich aus ExpertInnen der Vorstandsorganisationen des IGP zusammen. Die Aufgaben dieses Beirates wurden wie folgt definiert:

- Inhaltliche Rückmeldungen an das IGP-Team und Vereinbarungen mit dem IGP-Team über die weitere Vorgehensweise
- Inhaltliche Unterstützung bei der Vorbereitung der Gesundheitskonferenzen und der Vorstandssitzungen (in diesem Bereich):
 - 2009: Problemfelder ausarbeiten
 - Frühjahr 2010: Ziele formulieren
 - Sommer/Herbst 2010: Strategie und Zuständigkeiten
- Vertretung der Organisationen

Dem Beirat gehören an: Mag.^a Monika Gebetsberger (Land OÖ Abteilung Gesundheit), Dr.ⁱⁿ Brigitte Horwath (Stadt Linz Gesundheitsamt), DI Mag. Alfred Mair MPH (OÖGKK Abteilung Behandlungsökonomie), Dr. Stefan Meusburger MSc (Land OÖ Abteilung Gesundheit), Präs. Dr. Peter Niedermaier (Ärztekammer OÖ), Mag.^a Sabine Weißengruber-Auer (Ärztekammer OÖ) und Dr. Hubert Zödl (Stadt Wels Gesundheitsdienst).

Neben diesem Beirat arbeitete ein kleines Gremium (Dr.ⁱⁿ Brigitte Horwath, Mag. David Hirtner, Mag. Markus Peböck, Mag.^a Martina Ecker-Glasner) in Linz daran, die Adaptierung der Gesundheitsziele für Linz durchzuführen.

8.1.2.4 ExpertInnen-Arbeitskreise:

Für die Erarbeitung einiger Gesundheitsziele war es nötig, ExpertInnen-Arbeitskreise einzuberufen, die bei den ersten Gesundheitszielen bereits involviert waren:

- Psychosoziale Gesundheit: Bündnis psychische Gesundheit
- Ernährung und Bewegung: VertreterInnen des Arbeitskreises Adipositas
- Alkohol und Tabak: VertreterInnen des Instituts Suchtprävention, des Landes OÖ sowie der Ärzteschaft

- Setting Gemeinde: VertreterInnen der Abt. Gesundheit des Landes OÖ (Bereich „Gesunde Gemeinde“)
- Setting Betrieb: OÖ Plattform Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Prävention, Kontaktstelle Oberösterreich des Netzwerkes Betriebliche Gesundheitsförderung
- Setting Schule: „Kleiner Arbeitskreis“ zum Gütesiegel „Gesunde Schule OÖ“

8.1.2.5 MitarbeiterInnen des IGP:

Die Ausarbeitung von Papers, die Vorbereitung und Organisation aller Besprechungen, die inhaltlichen Vorarbeiten und die Koordinierung des gesamten Prozesses wurden im Büro des Instituts für Gesundheitsplanung durchgeführt:

- Mag. Markus Peböck, Geschäftsführer
- Elena Madlschenter, Assistentin der Geschäftsführung
- MMag. Martin Reif MPH, Bereich Gesundheitsberichterstattung
- Mag. Richard Birgmann MPH, Bereich Gesundheitsberichterstattung
- Mag.^a Martina Ecker-Glasner, Bereich Gesundheitsziele

8.1.3 Vorgehensweise und Zeitachse

Der Ablauf des Zieleprozesses war in vier Meilensteine gegliedert: Vorbereitung, Assessment, Zieleauswahl und Strategie festlegen.

8.1.3.1 Vorbereitung und Assessment

In der Gesundheitskonferenz im Dezember 2008 wurden 21 Themen-Papiere präsentiert. Auf Basis der WHO-21 Ziele wurden zu jedem Thema Epidemiologie/Ist-Stand, bisherige Aktivitäten und Strategien in OÖ, Aktivitäten der WHO, der EU, Österreichs und anderer Bundesländer

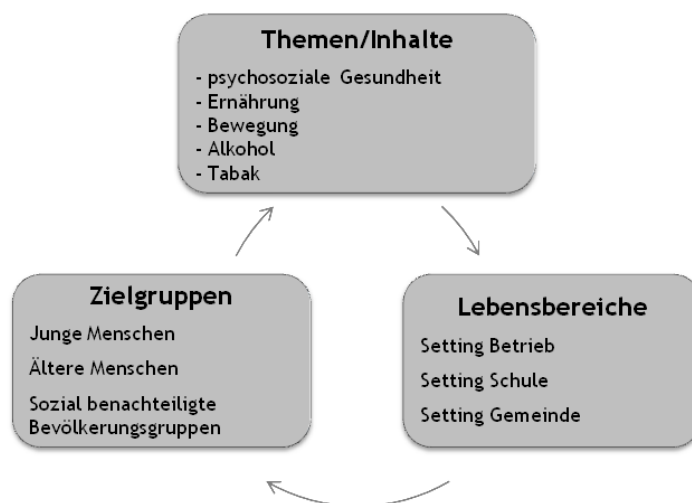
und wichtige Player in OÖ beschrieben. Im Rahmen der Gesundheitskonferenz konnten erste Rückmeldungen gegeben werden, welche Themen den Mitgliedern wichtig erscheinen. Bis März 2009 gab es die Möglichkeit, eine schriftliche Stellungnahme und Reihung der Themenfelder an das IGP zu übermitteln. Folgende Themenfelder wurden am häufigsten genannt:

- Psychosoziale Gesundheit
- Gesundheit junger Menschen
- Gesundheitliche Chancengerechtigkeit
- Multisektorale Verantwortung für Gesundheit
- Settings zur Förderung der Gesundheit
- Gesünder leben
- Altern in Gesundheit
- Verringerung des Alkohol-, Drogen- und Tabakkonsums

8.1.3.2 Zieleauswahl und Strategien festlegen

Im Beirat wurden in weiterer Folge alle Themenfelder anhand der Kriterien Konsensfähigkeit/Akzeptanz, sachliche Begründbarkeit, Kontinuität, Spezifität/Diffusität, Synergien/Doppelgleisigkeiten, Evidenzen und langfristiger/kurzfristiger Erfolg betrachtet. Weiters recherchierte das Team des IGP für jedes Themenfeld „Models of good practice“ und ordnete diese bzw. alle wichtigsten Aspekte der Themenfelder in ein theoretisches wissenschaftliches Modell¹ ein. Die acht Themenfelder wurden noch genauer betrachtet, sodass eine Dreiteilung der Themenbereiche mit zwei Sonderthemen entstanden ist. Die beiden Sonderthemen „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit“ und „Multisektorale Verantwortung“ wurden als Leitmotive berücksichtigt. Gesundheitliche Chancengerechtigkeit findet sich in der speziellen Berücksichtigung benachteiligter Zielgruppen wieder, dem Thema Multisektorale Verantwortung wurde darüber hinaus ein eigenes Gesundheitsziel gewidmet.

Abbildung 1: Dreiteilung der Themenbereiche



¹ Ergebnismodell der Gesundheitsförderung Schweiz, nähere Infos unter: www.quint-essenz.ch

Die wichtigsten Ergebnisse der Recherche wurden im Herbst 2009 der Gesundheitskonferenz präsentiert. In Kleingruppen konnten die Mitglieder der Gesundheitskonferenz die wichtigsten Bereiche innerhalb der Themenfelder erarbeiten. Diese Bereiche galten als Rahmenbedingungen für die weitere Erarbeitung der Gesundheitsziele. Der Beirat steckte die Rahmenbedingungen in Form der Präambel und weiterer Vorgaben (konkrete Bestimmung der Zielgruppen und den Zeitrahmen für die Gesundheitsziele) ab. Anschließend wurden in Workshops mit den ExpertInnen die Gesundheitsziele erarbeitet.

Im Frühjahr 2010 fanden für jedes Gesundheitsziel des Bereichs „Themen/Inhalte“ zwei moderierte ExpertInnen-Workshops statt. Für den Bereich „Lebensbereiche“ existierten ohnedies bereits eigene Strukturen (Arbeitskreise oder ähnliches) für die Zieleauswahl. Im jeweils ersten Workshop wurden innerhalb des festgelegten Themenkreises und der Zielgruppen Prioritäten ausgewählt. Danach konnten Vorschläge für Zielformulierungen von den ExpertInnen zur Vorbereitung des zweiten Workshops ausgesendet werden. Diese waren dann Ausgangsbasis für die konkrete Ausarbeitung der Gesundheitsziele, bei der auch die wesentlichen Strategien zur Umsetzung diskutiert wurden.

Der Ziele-Beirat diskutierte und bearbeitete die Ergebnisse der ExpertInnen-Workshops, bevor für alle Ziele noch eine Kurzform inklusive Messgröße erarbeitet wurde, um die Oberösterreichischen Gesundheitsziele einheitlich zu gestalten.

8.1.3.3 Verhandlungen und Beschlussfassung

Die so ausgearbeiteten Gesundheitsziele konnten Ende 2010 den EntscheidungsträgerInnen übermittelt werden. Im Laufe des Jahres 2011 fanden noch weitere Verhandlungen bezüglich der konkreten Ausformulierung statt. Gleichzeitig konnte bereits mit der Adaptierung der Gesundheitsziele für die Stadt Linz begonnen werden. Die Linzer Gesundheitsziele konnten in der Gemeinderatssitzung vom 5. Juli 2012 einstimmig beschlossen werden.

8.2. Präambel

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

8.2.1 Gesundheitsbegriff und Gesundheitsmodell

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

„Gesundheit ist ein grundlegendes Menschenrecht und für unsere soziale und ökonomische Entwicklung unabdingbar.“²

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

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

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

² Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert, Juli 1997, Seite 1

Abbildung 2: Determinanten von Gesundheit³



Die Determinanten von Gesundheit (nach Dahlgren&Whitehead) stellen die Haupteinflüsse auf die Gesundheit als eine Reihe von Schichten dar.

Alter, Geschlecht und Erbanlagen sind wichtig für unsere Gesundheit, aber nicht beeinflussbar.

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

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

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

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

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

Wie im Determinantenmodell beschrieben, wird Gesundheit stark von Entscheidungen in anderen gesellschafts-politischen Bereichen mitbestimmt.⁴ Deshalb ist es wichtig, dass die einzelnen Bereiche zusammenarbeiten und Synergien geschaffen werden (multisektorale Herangehensweise, Health in all Policies). Speziell mit den unter Lebens- und Arbeitsbedingungen genannten Sektoren sollte kooperiert werden.

8.2.2 Basis für die Planung der Gesundheitsziele

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

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

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

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

³ In Anlehnung an den „Policy Rainbow“: Dahlgren, Whitehead 1991

⁴ vergleiche dazu WHO: WHO Regional Office for Europe 2010, Seite 34ff.

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

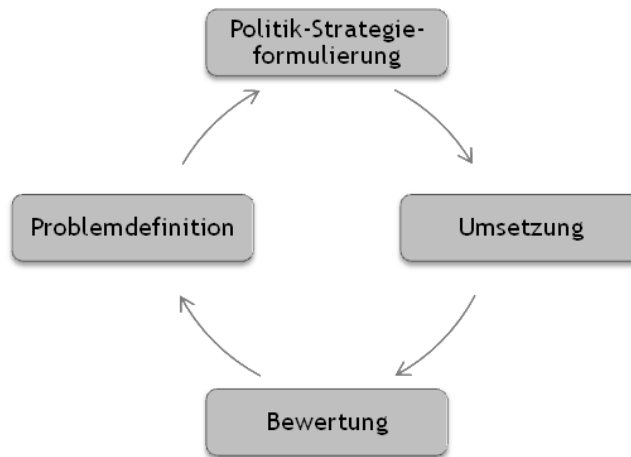
8.2.3 Prozess - Strukturierte Herangehensweise

Um die Gesundheitsziele messbar und überprüfbar zu gestalten, wurde bei der Zielformulierung darauf geachtet, die SMART-Kriterien (Spezifisch - Messbar - Akzeptiert - Realistisch - Terminiert) einzuhalten. Um die Zielerreichung dokumentieren, evaluieren sowie darstellen zu können, ist eine strukturierte Herangehensweise, hier in Form des „Public Health Action Cycles“, notwendig.

Der Public Health Action Cycle beschreibt eine sich beständig weiterentwickelnde Lernspirale, die Anwendung in der Gesundheitspolitik finden sollte. Die Lernspirale wird in vier Arbeitsschritten beschrieben:

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

Abbildung 3: Der Public Health Action Cycle⁵



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

Basisgesundheitsberichten (alle fünf Jahre) ein allgemeiner Überblick über die gesundheitliche Situation in Oberösterreich sowie den momentanen Erreichungsgrad der Gesundheitsziele gegeben. Daneben werden noch Detailberichte zu speziellen Themengebieten und Problemlagen veröffentlicht.

Um sicherzustellen, dass Aktivitäten eine positive Wirkung auf die Gesundheit ausüben und keine nachteiligen Effekte aufweisen, sind die Evidenzlage sowie nachahmenswerte Beispiele bei der Maßnahmenentwicklung zu berücksichtigen. Liegt keine Evidenz vor, so sind die Aktivitäten wissenschaftlich zu begleiten und zu bewerten. Die Gesundheitsberichterstattung hat zur Aufgabe, in regelmäßigen Abständen den Stand und die Entwicklung der Zielgrößen (Indikatoren) für die Gesundheitsziele bereitzustellen (Monitoring). Des Weiteren wird in den

⁵ Rosenbrock, Gerlinger 2004, Seite 25f.

8.3. Die Linzer Gesundheitsziele

Im Folgenden werden die Linzer Gesundheitsziele beschrieben und erläutert. Dabei wird auf den Hintergrund des jeweiligen Gesundheitszieles eingegangen, der aktuelle Stand bei Beschluss der Gesundheitsziele beschrieben und mögliche Handlungsfelder aufgezeigt.

Gesundheitsziel 1: Wohlbefinden in der Schule erhöhen
Wohlbefinden an der Schule fördert die Gesundheit. Gesunde SchülerInnen lernen besser, gesunde LehrerInnen unterrichten besser. Deswegen wird die Gesundheitsförderung in den Schulen ausgebaut.

Messgröße: 2020 sind 30 (entspricht ca. 20%) Linzer Schulen mit dem Gütesiegel Gesunde Schule ausgezeichnet. 30 weitere haben nachhaltige Maßnahmen gesetzt und befinden sich im Prozess der Erreichung des Gütesiegels.

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

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

Die Schule ist ebenso wie die Arbeitswelt einer der wichtigsten Orte für die Bildung und Förderung gesundheitlicher Ressourcen, andererseits kann sie aber auch gesundheitsabträgliche Auswirkungen zur Folge haben. Sie ist ein Lebensraum, in dem viele Faktoren die Gesundheit der SchülerInnen und LehrerInnen beeinflussen: Nicht nur der Unterricht zu Gesundheitsthemen und die Bereitstellung sozialmedizinischer Dienste, sondern vor allem die Organisation der Schule, deren Charakter, Kultur und räumliche Gestaltung leisten einen Beitrag dazu.

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

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

Derzeit besitzen 8 Linzer Schulen das Gütesiegel „Gesunde Schule OÖ“. Insgesamt haben bereits rund 14 Schulen eine Informationsveranstaltung besucht und befinden sich im Prozess zur Erlangung des Gütesiegels.

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

Gesundheitsziel 2: Arbeitsplätze gesünder gestalten

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

Messgröße: 2020 setzen in Linz 220 (10%) Unternehmen mit 5 bis 50 und 130 (30%) Unternehmen mit mehr als 50 unselbständig beschäftigten MitarbeiterInnen nachhaltig wirksame Präventionsmaßnahmen um. Von diesen Betrieben sind 30 Prozent mit dem Gütesiegel des Österreichischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung ausgezeichnet.

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

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

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

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

Im Mittelpunkt stehen dabei:

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

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

Derzeit verfügen in Linz 29 Unternehmen über ein Gütesiegel. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass das Interesse an Betrieblicher Gesundheitsförderung steigt, dies jedoch naturgemäß auch einen höheren Bedarf an Betreuung bedeutet.

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

Gesundheitsziel 3: Ernährung für Säuglinge und Kleinkinder verbessern

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

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

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

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

Im Bezug auf Ernährung sind Kinder als besonders sensible und daher zu begleitende Gruppe einzustufen, da sie in ihrer (Lebensmittel-) Versorgung abhängig sind. Zudem entwickelt sich in der Kindheitsphase der Geschmack und somit Präferenzen für bestimmte Lebensmittel, die vor allem durch den regelmäßigen Konsum und das soziale Umfeld geprägt werden.⁶ Da eine ausgewogene und bedarfsdeckende Kost in jeder Lebensphase für Gesundheit und Wohlbefinden eine zentrale Rolle spielt, ist es wichtig, Kinder schon frühzeitig an eine gesundheitsfördernde Auswahl von Speisen und Getränken heranzuführen, um ernährungsbedingte Krankheiten zu reduzieren.⁷ Dieser Thematik wurde auch im Nationalen Aktionsplan Ernährung (NAP.e) ein hoher Stellenwert beigemessen.⁸

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

⁶ Mensink et al. 2007, Seite 1

⁷ Felkl, Ellrott, Seite 175

⁸ Bundesministerium für Gesundheit Jänner 2011

Derzeit werden oberösterreichweit folgende Maßnahmen in diesen Bereichen gesetzt:

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

In Linz wird in allen städtischen Kinderbetreuungseinrichtungen bereits ausgewogene, dem Alter entsprechende Verpflegung angeboten. Ziel ist, dieses Angebot auch langfristig sicherzustellen.

Um für Säuglinge und Kleinkinder (0 bis 6 Jahre) eine altersgerechte gesundheitsförderliche Ernährung gewährleisten zu können, muss sowohl beim Verhalten der Eltern und Kinder als auch bei den Verhältnissen angesetzt werden. Um das Verhalten der Eltern und in Folge auch der Kinder positiv beeinflussen zu können, sind an der Wirksamkeit orientierte Informationsmaterialien notwendig. Die Verbreitung von Informationen zur Wissensvermittlung ist nur in Zusammenhang mit begleitenden Aktivitäten sinnvoll. Daher müssen auch bedarfsgerechte Angebote zum Themenbereich Kleinkindernahrung verfügbar sein. Das heißt, dass grundsätzlich alle Eltern mit Kindern dieser Altersgruppe mit dem Angebot erreicht werden (kultursensible Angebote, wenn nötig in Fremdsprachen, Kinderbetreuung während Veranstaltungen etc.). Des Weiteren wird es zukünftig eine bedeutende Rolle spielen, dass qualitätsgesicherte Informationen und Angebote mithilfe neuer Medien (z.B. Internet) verbreitet werden.

Gesundheitsziel 4: Zahngesundheit der Kinder verbessern

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

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

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

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

Karies ist die Haupterkrankung im Zahnbereich und die meistverbreitete Erkrankung des Menschen überhaupt. Besonders stark betroffen sind Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status. Da manifeste Karies nicht heilbar ist und die Therapie enorm hohe Kosten verursacht, kommen Präventionsmaßnahmen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung sehr große Bedeutung zu.

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

Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) erhebt in regelmäßigen Abständen die Zahngesundheit der österreichischen Kinder und Jugendlichen. Laut der ÖBIG-Zahnstatuserhebung der 6- und 12-jährigen oberösterreichischen Kinder (2009/2010) ergibt sich folgendes Bild: Rund 28 Prozent der 6-Jährigen im Zentralraum Linz (OÖ: 31%) sind kariessfrei. Die 12-Jährigen im Zentralraum Linz weisen im Schnitt 3,2 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne auf (OÖ: 2,4).

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

Gesundheitsziel 5: Bewegung im Jugendalter erhöhen

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

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

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

Die Bedeutung von Bewegung für die Gesundheit ist durch zahlreiche Studien belegt.⁹ Vermehrte körperliche Aktivität senkt das Risiko für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, verringert das Auftreten von Übergewicht

⁹ Titze et al. 2010

und Adipositas und hat eine positive Wirkung auf den Bewegungsapparat. Neben den physischen Auswirkungen wirkt vermehrte Aktivität auch auf die Psyche. Symptome der Depression können positiv beeinflusst werden, ebenso wie beispielsweise die Gedächtnisleistung oder Konzentrationsfähigkeit. Bewegung in der Gruppe fördert auch das Sozialverhalten und den Zusammenhalt Gleichaltriger.

Gesundheitswirksame körperliche Aktivitäten sind alle Formen der Bewegung, die die Gesundheit fördern, aber das Verletzungsrisiko nicht erhöhen, wie beispielsweise zügiges Gehen, Laufen oder auch Tanzen für mindestens zehn Minuten am Stück.¹⁰ Die österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung beinhalten Bewegungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen.

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

Der Anteil der österreichischen Jugendlichen, die sich täglich mindestens eine Stunde bewegen, sinkt mit dem Alter. Bei den 11-Jährigen sind dies noch rund 25 Prozent, bei den 13-Jährigen 21 Prozent und bei den 15-Jährigen nur mehr 11 Prozent. Der Anteil der Kinder/Jugendlichen, die angeben, sich an keinem Tag pro Woche für 60 Minuten zu bewegen, liegt bei den 11- bis 15-Jährigen zwischen 1 und 5 Prozent. An nur einem Tag pro Woche bewegen sich rund 5 Prozent der 11-Jährigen, rund 6 Prozent der 13-Jährigen und rund 12 Prozent der 15-Jährigen. Zu diesem Ergebnis kommt die HBSC-Studie (Health-Behaviour in School-Aged Children) 2006.¹² Von den 15- bis 19-Jährigen ÖsterreicherInnen geben rund 40 Prozent an, sich nie intensiv körperlich zu betätigen. Rund 7 Prozent bewegen sich jeden Tag. Mindestens eine Stunde intensiv körperlich aktiv sind 45 Prozent der befragten 15- bis 19-Jährigen zumindest einmal pro Woche. Aber nur rund 6 Prozent der 15- bis 19-jährigen ÖsterreicherInnen schaffen dies täglich.¹³

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

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

Gesundheitsziel 6: Suchtprävention verstärken

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

Messgrößen: Bis 2020 wird die Anzahl der mit suchtpreventiven Maßnahmen erreichten LinzerInnen von derzeit rund 20.000 auf 40.000 jährlich gesteigert.

Bis 2020 wird die Anzahl der mit alkoholspezifischen Präventionsmaßnahmen erreichten Linzer Jugendlichen zwischen 13 und 18 Jahren von derzeit rund 600 auf 1.000 jährlich gesteigert.

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

Die Adoleszenz ist jene Lebensphase, in der Jugendliche selbständige Konsummuster entwickeln und lernen, mit verlockenden Angeboten adäquat umzugehen. Darunter fällt sowohl der verantwortungsvolle Umgang mit Alkohol als auch der Tabakkonsum. Alkoholkonsum ist in unserer Gesellschaft Teil des Kultur- und Sozialverhaltens. Aus diesem Grund ist es von großer Wichtigkeit, Jugendlichen einen sorgsamen und verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol näherzubringen. Viele Jugendliche probieren - oft schon sehr früh - zumindest einmal eine Zigarette. Durch das starke Abhängigkeitspotenzial von Tabak ist es für Jugendliche oft nur ein kurzer Weg hin zum/zur täglichen RaucherIn. Je früher mit dem Rauchen begonnen wird, desto größer sind die negativen Folgen für die Gesundheit.

Wirksame Suchtprävention ist integriert in den Alltag und bildet Personen, die in relevanten Lebensumfeldern tätig sind (z.B. LehrerInnen, JugendarbeiterInnen, Schließelpersonen in Betrieben, Ehrenamtliche in Gemeinden), zu MultiplikatorInnen aus. Dies sind Personen, die einerseits Kompetenzen im Bereich Suchtprävention besitzen und andererseits die Funktion der Anwaltschaft in ihren jeweiligen Wirkungsbereichen übernehmen können und somit die Präventionsthemen in alle relevanten gesellschaftlichen Felder hineinragen und umsetzen. Die Umsetzung geschieht sowohl explizit im Rahmen von Präven-

¹⁰ Titze et al. 2010, Seiten 10 und 28

¹¹ Marti et al. 1999, Seite 176f.

¹² Dür, Griebler 2007, Tabellenteil Seite 16

¹³ ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; N=1.156 (15- bis 19-Jährige); eigene Berechnungen

tionsprojekten und -programmen als auch implizit in der alltäglichen Praxis.

Die derzeitige Situation in Linz lässt sich folgendermaßen beschreiben:

- Derzeit sind in Linz gut 1.000 MultiplikatorInnen zur Suchtprävention tätig, die in Summe rund 20.000 Personen pro Jahr erreichen können. Ziel ist eine Steigerung der erreichten Personen, was die Ausbildung zusätzlicher MultiplikatorInnen einschließt.
- Jährlich werden vom Institut Suchtprävention rund 600 Jugendliche mit alkoholspezifischen Präventionsmaßnahmen erreicht.

Ergänzend zu allgemeinen suchtpreventiven Maßnahmen, die bereits im Kleinkindalter beginnen, sollen im Rahmen von Präventionsangeboten die Kompetenzen der Jugendlichen hinsichtlich des Umgangs mit Alkohol und Tabak gefördert werden. Das Zusammenspiel der erforderlichen PartnerInnen ist Voraussetzung für das Erlernen eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol sowie für das Senken des RaucherInnenanteils in dieser Alterskohorte. Vor allem im Bereich der Tabakprävention ist eine verstärkte Zusammenarbeit der unterschiedlichen Politikbereiche notwendig. In Oberösterreich ist das vom Land OÖ finanzierte Institut Suchtprävention derzeit der hauptsächliche Anbieter für die Ausbildung von MultiplikatorInnen für die Suchtprävention sowie für Präventionsmaßnahmen in diesem Bereich.

Gesundheitsziel 7: Tabakkonsum bei Jugendlichen reduzieren

Ein rauchfreies Leben erhöht die Lebenserwartung und die Lebensqualität. Deswegen soll der Anteil der Jugendlichen, die täglich rauchen, deutlich gesenkt werden.

Messgröße: Bis 2020 wird der Anteil der 15- bis 19-jährigen LinzerInnen, die täglich rauchen, von derzeit rund 35 Prozent auf höchstens 20 Prozent gesenkt.

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

Rauchen verursacht eine Vielzahl von Krankheiten, schädigt nahezu jedes menschliche Organ und erhöht das Krebsrisiko dramatisch. Nikotin weist zudem ein extrem hohes Abhängigkeitspotenzial auf. Je früher mit dem Rauchen begonnen wird, desto größer sind die negativen Folgen für die Gesundheit.

Die Adoleszenz ist jene Lebensphase, in der Jugendliche selbständige Konsummuster entwickeln und lernen, mit verlockenden Angeboten adäquat umzugehen. Darunter fällt auch der Tabakkonsum. Viele Jugendliche probieren - oft schon sehr früh - zumindest einmal eine Zigarette. Durch das starke Abhängigkeitspotenzial von Tabak ist es für Jugendliche oft nur ein kurzer Weg hin zum/zur täglichen RaucherIn.

Laut des oberösterreichweiten Drogenmonitorings¹⁴ rauchen rund 37 Prozent der befragten oberösterreichischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 15 und 19 Jahren täglich.

Das Zusammenspiel der erforderlichen PartnerInnen ist Voraussetzung für die Senkung des RaucherInnenanteils in dieser Alterskohorte. Vor allem im Bereich der Tabakprävention ist eine verstärkte Zusammenarbeit der unterschiedlichen Politikbereiche notwendig. In Oberösterreich ist das vom Land OÖ finanzierte Institut Suchtprävention derzeit der hauptsächliche Anbieter für die Ausbildung von MultiplikatorInnen für die Suchtprävention sowie für Präventionsmaßnahmen in diesem Bereich.

Gesundheitsziel 8: Psychosoziale Gesundheit junger Menschen stärken

Um mit den Herausforderungen des täglichen Lebens umgehen zu können, müssen die dafür nötigen Ressourcen bereits im Jugendlichenalter aufgebaut werden. Deswegen sollen junge Menschen dabei unterstützt werden, um nachhaltig diesen Herausforderungen gewachsen zu sein. Der Schwerpunkt soll auf gesundheitlich benachteiligten Gruppen liegen.

Messgröße: Bis 2015 werden Konzepte für bedarfsgerechte Maßnahmen entwickelt, mit deren Hilfe Jugendliche beim Aufbau ihrer persönlichen Ressourcen unterstützt werden können. Dabei sollen vor allem jene Lebenskompetenzen vermittelt werden, die die Entstehung psychosozialer Erkrankungen verhindern. Bis 2020 werden Modellprojekte umgesetzt und evaluiert.

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

Die Jugendphase ist ein prägender Abschnitt des Lebens, der vor allem durch widersprüchliche Herausforderungen an die Jugendlichen charakterisiert werden kann: Größer werdenden Handlungsspielräumen und mehr Entscheidungsautonomie stehen gleichzeitig neue Belastungsformen (z.B. Leistungserwartung, Entscheidungszwang, Überstimulierung durch Medien) gegenüber. Diese widersprüchlichen Herausforderungen können die Bewältigungskapazität von Jugendlichen überfordern.¹⁵

Insbesondere junge Menschen ohne förderliches soziales Umfeld stehen vor großen Herausforderungen. Deswegen sollen sie im Aufbau der benötigten Ressourcen besonders unterstützt werden, um mit diesen Herausforderungen umgehen zu können. Die Jugendlichen sollen lernen, ihre eigenen Ressourcen zu erkennen und zu nutzen, um so ihre psychosoziale Gesundheit zu erhalten oder wiederzuerlangen.

¹⁴ Institut Suchtprävention: Jugendstudienteil der Bevölkerungsbefragung OÖ 2009 (Drogenmonitoring)

¹⁵ Ohlbrecht 2010, Seite 136f.

Der Europäische Aktionsplan für psychische Gesundheit der WHO Europa verweist darauf, dass besonders vulnerablen Gruppen wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen Aufmerksamkeit geschenkt werden soll. Gesundheitsfördernde Konzepte, die die Ressourcen der Zielgruppe stärken und eine partizipative Herangehensweise ermöglichen, gelten laut Fonds Gesundes Österreich (z.B. Modellprojekte „Jugendgesundheitsförderung auf dem Lande“ oder „Gehsteig“) als aussichtsreich. In Oberösterreich soll daher die Entwicklung und Umsetzung solcher nachgewiesenermaßen wirksamen Projekte angestrebt werden. Die Verbesserung der psychosozialen Gesundheit junger Menschen bedarf einer multiprofessionellen Strategie.

Die Konzepte werden vom Bündnis für psychische Gesundheit ausgearbeitet. Es soll spezielle Umsetzungsstrategien für die Städte geben. Bei Pilotprojekten wird sich das Bündnis für psychische Gesundheit an die Städte wenden.

Gesundheitsziel 9: Ältere Menschen aktiv einbeziehen

Eine aktive Beteiligung am gesellschaftlichen Leben schützt ältere Menschen vor Vereinsamung, verbessert die Lebenszufriedenheit und Gesundheit. Deswegen soll die aktive Beteiligung von älteren Menschen am gesellschaftlichen Leben gefördert werden.

Messgröße: Bis 2015 werden Konzepte für bedarfsgerechte Maßnahmen entwickelt, die eine aktive Beteiligung von älteren Menschen am gesellschaftlichen Leben fördern. Dabei sollen auch Unterstützungsmöglichkeiten innerhalb der eigenen Generation berücksichtigt werden. Bis 2020 werden Modellprojekte umgesetzt und evaluiert.

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

Gerade bei SeniorInnen können einschneidende Lebensereignisse häufig zu Verlust von wichtigen Säulen des Lebens führen. Durch Pensionierung können wichtige Sozialkontakte verloren gehen, der Tod des/der Partners/-in oder eine Einschränkung der Mobilität führt oft in die Isolation. Eine aktive Beteiligung am gesellschaftlichen Leben schützt ältere Menschen vor Vereinsamung und verbessert die Lebenszufriedenheit und Gesundheit.

Laut Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern - Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ bringt das Alter „zahlreiche Stressoren mit sich - z.B. verminderte funktionelle Kapazität und soziale Isolierung -, die der psychischen Gesundheit abträglich sind. Altersdepression und altersbedingte neuropsychiatrische Störungen, wie etwa Demenz, verschlimmern die Belastung durch psychische Erkrankungen. Unterstützungsmaßnahmen verbessern nachweislich die psychische Gesundheit älterer Menschen.“¹⁶

Insbesondere soziale Unterstützungsnetze, Förderung der körperlichen Betätigung und der Gemeinschaftsteilhabe sowie Freiwilligenarbeit gelten als Erfolg versprechend. In Oberösterreich sollen nachweisbar bewährte Projekte (z.B. „Lebenswerte Lebenswelten“, Steiermark) zur Förderung der aktiven Beteiligung von älteren Menschen entwickelt und umgesetzt werden. Für das Erreichen des Gesundheitsziels ist eine gute Kooperation der AkteurInnen ein wichtiger Erfolgsfaktor.

Die Konzepte werden vom Bündnis für psychische Gesundheit ausgearbeitet. Es soll spezielle Umsetzungsstrategien für die Städte geben. Bei Pilotprojekten wird sich das Bündnis für psychische Gesundheit an die Städte wenden.

Gesundheitsziel 10: Verantwortung für Gesundheit gemeinsam wahrnehmen

Viele verschiedene gesellschaftspolitische Bereiche tragen zur Gesundheit bei. Deswegen soll die Zusammenarbeit aller relevanten Institutionen im Sinne der Gesundheit verbessert werden.

Messgröße: Bis 2015 sollen Möglichkeiten der systematischen Zusammenarbeit aufbereitet werden. Bis 2020 liegen erste Praxiserfahrungen aus mehreren Pilotprojekten vor.

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

Gesundheit wird stark von Einflussfaktoren außerhalb des Gesundheitsbereiches mitbestimmt. Neben Alter, Geschlecht und den Erbanlagen sind dies die Art der individuellen Lebensweise (z.B. Selbstverantwortung für einen gesunden Lebensstil), die Integration in soziale und kommunale Netzwerke (z.B. Anzahl und Qualität der sozialen Beziehungen), die Lebens- und Arbeitsbedingungen (z.B. Arbeit/Arbeitslosigkeit) und allgemeine sozioökonomische, kulturelle und Umwelt-Faktoren (sauberes Trinkwasser, Friedenszeiten etc.).

Sowohl internationale Organisationen (WHO etc.) als auch die oberösterreichische Bevölkerung¹⁷ erkennen die Wichtigkeit der Zusammenarbeit der gesellschaftspolitischen Bereiche in Bezug auf die Gesundheit (Health in all policies) an.

Ein international anerkanntes Instrument zur Bewertung von politischen Entscheidungen, Programmen oder Projekten in Bezug auf ihren Schaden und Nutzen für die Gesundheit der Bevölkerung ist die Gesundheitsfolgenabschätzung. Diese ist eine Kombination aus verschiedenen Verfahren, Methoden und Instrumenten, die es ermöglicht, abzuschätzen, inwieweit sich Maßnahmen, die außerhalb des eigentlichen Gesundheitsbereiches getroffen werden, auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken. Ziel der Gesundheitsfolgenabschätzung ist es, EntscheidungsträgerInnen über mögliche Folgen ihres Tuns zu

¹⁶ Kommission der Europäischen Gemeinschaften 14.10.2005, Seite 10

¹⁷ Reif 2008

informieren und möglicherweise zu beeinflussen,¹⁸ die negativen Folgen für die Gesundheit der Bevölkerung zu minimieren und positive Auswirkungen zu maximieren, soziale Ungleichheit zu bekämpfen sowie die Transparenz des Entscheidungsprozesses zu erhöhen.¹⁹ Die Gesundheitsfolgenabschätzung fördert zudem den Dialog zwischen allen beteiligten AkteurInnen, ExpertInnen wie Laien, und kann ein breites Bewusstsein für Gesundheit schaffen.²⁰

¹⁸ Mock 2007, Seite 27

¹⁹ Thierno März 2010, Seite 14

²⁰ Thierno März 2010, Seite 14

9. HANDLUNGS- EMPFEHLUNGEN

Die folgenden Handlungsempfehlungen für die Stadt Linz wurden gemeinsam von MitarbeiterInnen des Instituts für Gesundheitsplanung und der Stadt Linz erarbeitet. Dafür wurden zuerst im IGP Vorschläge auf Basis der Ergebnisse des Berichtes verfasst. In einem gemeinsamen Workshop konnten die Handlungsempfehlungen finalisiert werden.

9.1. Ausbau der schulischen Gesundheitsförderung

Das erste Linzer Gesundheitsziel lautet:

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

Messgröße: 2020 sind 30 (entspricht ca. 20%) Linzer Schulen mit dem Gütesiegel Gesunde Schule ausgezeichnet. 30 weitere haben nachhaltige Maßnahmen gesetzt und befinden sich im Prozess der Erreichung des Gütesiegels.

Schulische Gesundheitsförderung setzt bei den Ressourcen der SchülerInnen und Schüler an und vereint Aktivitäten in den Bereichen Ernährung, Bewegung (inklusive der Weg zur Schule), Suchtprävention, psychosoziale Gesundheit und Rahmenbedingungen. Daher ist dieses Konzept bestens dazu geeignet, Prävention gegen eine Vielzahl an chronischen Erkrankungen (Herz-Kreislauferkrankungen, Bewegungs- und Stützapparat) umzusetzen und die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu stärken. Derzeit tragen acht Schulen in Linz dieses Gütesiegel.

Das Gütesiegel „Gesunde Schule OÖ“ ist eine gemeinsame Initiative vom Landesschulrat für Oberösterreich, dem Land Oberösterreich, dem Institut für Gesundheitsplanung sowie der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und markiert ein nach außen hin sichtbares Zeichen, dass in einer Schule Konzepte und Maßnahmen der Schulischen Gesundheitsförderung qualitätsgesichert Anwendung finden. Das Gütesiegel wird für drei Jahre zuerkannt. Unterstützung bei der Erreichung des Gütesiegels erhalten Schulen von einer Vielzahl von Organisationen, wie z. B. von der OÖ Gebietskrankenkasse, dem Landesschulrat OÖ, dem Institut Suchtprävention oder dem Land OÖ.

Auch die Stadt Linz bietet einige gesundheitsfördernde Projekte für Schulen an: Neben dem Gesundheitsförderungsprojekt „Gesunde Ernährung“ und dem Projekt „Gesunde Schuljause“ wird im Bereich Bewegung der „Bewegungsdino“ und die Broschüre „Gesunde Bewegung“ angeboten. In zwei Pilotprojekten werden derzeit zusätzliche Angebote im Bereich Bewegung und Sport in der Nachmittagsbetreuung an vier Linzer Pflichtschulen gesetzt.

Weitere Handlungsmöglichkeiten für die Stadt Linz könnten in der Unterstützung von gesundheitsfördernder Infrastruktur (z. B. für die bewegte Pause oder ergonomische Sitzmöbel), der Bekanntmachung des Konzepts (z. B. in Form einer Veranstaltung) oder weitere Unterstüt-

zungsmöglichkeiten zur schulischen Gesundheitsförderung (z. B. in Form einer besseren Bekanntmachung des Gesundheitspreises der Stadt Linz bei Schulen) sein.

9.2. BGF in Linzer Betrieben fördern

Betriebliche Gesundheitsförderung ist ein erprobtes Mittel, um in partizipativer Form gemeinsam mit den Beschäftigten einerseits Belastungen am Arbeitsplatz zu minimieren und andererseits Ressourcen und Unterstützungspotenziale für eine gesundheitsförderliche Lebenswelt „Betrieb“ zu entwickeln.

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

Bisher haben 29 Linzer Betriebe ein BGF Projekt umgesetzt - damit wurden rund 35.000 Beschäftigte in Linz erreicht. Aktuell (Stand Juli 2013) führen 28 Linzer Unternehmen das Gütesiegel BGF.

Die Stadt Linz könnte durch die Abhaltung von Informationsveranstaltungen für Linzer Betriebe das Angebot und den Nutzen von Betrieblicher Gesundheitsförderung noch bekannter machen. Der Gesundheitspreis der Stadt Linz richtet sich bereits unter anderem explizit an Betriebe und kann hier als zusätzlicher Anreiz für Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Linzer Unternehmen wirken.

9.3. Erhöhung des FußgängerInnen- und Radverkehrsanteils

Im Jahr 2012 wurden nicht nur die Linzer Gesundheitsziele beschlossen (Gesundheitsziel Nr. 5: Bewegung im Jugendalter erhöhen), sondern auch die „Velo-City 2009-Charta von Brüssel“ unterzeichnet. Dergemäß soll der Radverkehrsanteil am Modal Split in der Stadt Linz bis 2020 mindestens 15 Prozent betragen und 50 Prozent weniger Unfälle mit dem Fahrrad passieren. Weiters sollen Fahrraddiebstähle eingedämmt und Projekte unterstützt werden, die Berufs- und Schulwege per Fahrrad unterstützen.

In der Literatur werden folgende Faktoren angegeben, die das Zurücklegen von Wegen mit dem Fahrrad oder zu Fuß begünstigen:

- kurze Distanzen zu Zielorten (z.B. Geschäften, Haltestellen, Arbeitsstätten etc.),
- höhere Besiedlungsdichte,
- gemischte Nutzung des Raumes (Wohnen, Arbeitsplätze, Schulen/Bildungseinrichtungen, Geschäfte und Dienstleistungen, Freizeiteinrichtungen etc.),
- engmaschiges, für FußgängerInnen „durchlässiges“ Straßennetz (Verkürzung der Distanzen, Abkürzungen etc.),
- fußgängerInnen- und fahrradfreundliche Gestaltung der Verkehrswege und des öffentlichen Raumes (z.B. Verlangsamung des motorisierten Verkehrs durch bauliche Maßnahmen),
- bewegungsfreundliche Außenräume (z.B. Grünflächen, Parks etc.).¹

Die Stadt Linz erarbeitet gerade gemeinsam mit dem Land OÖ ein regionales FußgängerInnen- und Radverkehrskonzept. Laut Literatur wäre es für den Radverkehr wichtig, wenn folgende Bereiche berücksichtigt werden:

- Verbesserung der Infrastruktur für den fließenden Radverkehr (wie z. B. Optimierung und Erweiterung des Radverkehrsnetzes, Kreuzungsgestaltung, Radwegpatenschaften),
- Verbesserung der Infrastruktur für den ruhenden Radverkehr (wie z. B. Kurzparken und Langzeitparken für Fahrräder),
- Service und Dienstleistungen (wie z. B. Self-Service-Stationen, Luftpumpen, Fahrrad-Verleih und Vernetzung mit dem Öffentlichen Verkehr),
- Information und Kommunikation (wie z. B. Bewusstseinsbildung, Aktionen und Kampagnen, Veranstaltungen),
- Organisation und Rahmenbedingungen (wie z. B. Förderung der Eigeninitiative Dritter)².

Im Bereich des Fußverkehrs sollte laut Literatur besonders auf folgende Bereiche geachtet werden:

- Schließen von Lücken und Erhöhung der Sicherheit,
- Leit- und Informationssysteme - Wegweisung,
- Haltestellen des ÖPNV (z. B. sichere, möglichst direkte, bequeme und schnelle Erreichbarkeit, Ausrichtung auf Schnittpunkte von FußgängerInnenverbindungen),
- Schulwegsicherheit (z. B. Schulwegpläne),
- Information und Marketing.

Mit einer Erhöhung des FußgängerInnen- und Radverkehrsanteils kann das Bewegungsausmaß der LinzerInnen erhöht werden. Vermehrte körperliche Aktivität senkt das Risiko für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, verringert das Auftreten von Übergewicht und Adipositas und hat eine positive Wirkung auf den Bewegungsapparat. Neben den physischen Auswirkungen wirkt vermehrte Aktivität auch auf die Psyche. Symptome der

Depression können positiv beeinflusst werden, ebenso wie beispielsweise die Gedächtnisleistung oder Konzentrationsfähigkeit.

Durch eine Erhöhung des FußgängerInnen- und Radverkehrs kann aber ebenso die Schadstoff- und Lärmbelastung in der Stadt reduziert werden, was eine Verbesserung der Lebensqualität mit sich bringt.

9.4. Umweltbelastungen durch ein übergreifendes Verkehrskonzept verringern

In Ballungsräumen stellt der motorisierte Individualverkehr eine wesentliche Quelle für gesundheitsrelevante Umweltbelastungen dar. Bspw. sind Kraftfahrzeuge nicht nur für einen relevanten Anteil der Luftschadstoffe (Feinstaub, Stickoxide etc.) verantwortlich sondern auch die häufigste Ursache für Lärmbelastung. Zudem birgt die Verringerung des motorisierten Individualverkehrs zugunsten nichtmotorisierter Fortbewegungsformen (Fahrrad, zu Fuß gehen) weitreichende Möglichkeiten der Integration gesundheitsförderlicher Bewegung in den Alltag der Bevölkerung.

Mögliche Ansatzpunkte:

- Gezielte Förderung des FußgängerInnen- und Radverkehrs durch geeignete, nachhaltige Maßnahmen: Darunter fällt bspw. auch der Ausbau des Fuß- und Radwegenetzes.³ Eine weitreichende Übersicht über mögliche Maßnahmen zur Förderung des Radverkehrs wurde vom Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie in der Publikation „Kosteneffiziente Maßnahmen zur Förderung des Radverkehrs in Gemeinden zusammengestellt“.⁴ Weitere Beispiele für die systematische und strukturelle Förderung des FußgängerInnen- und Radverkehrs finden sich in der Publikation „Strukturelle Bewegungsförderung in der Gemeinde“.⁵ Ein umfassendes Konzept für die Rolle der Lokalverwaltung wurde von der WHO vorgestellt und liegt in deutsche Fassung beim Fonds Gesundes Österreich vor.⁶
- Förderung des öffentlichen Verkehrs: Die Verlagerung vom motorisierten Individualverkehr zu öffentlichen Verkehrsmitteln kann zu einer realen Verringerung der Belastung durch das Verkehrsaufkommen beitragen. Mögliche Maßnahmen bestehen im Ausbau des regionalen öffentlichen Verkehrsnetzes (insbesondere im Hinblick auf den Pendlerverkehr), Verdichtung des Taktes von regionalen Bahn-, Straßenbahn- und Regionalbuslinien, Park & Ride Systeme (Pendlerparkplätze).⁷ Weitere Ansatzpunkte stellen bspw. die Beschleunigung von Regionalbuslinien (Busstreifen) und eine geeignete innerstädtische Streckenführung etc. dar.⁸ Zur Beschleunigung des innerstädtischen öffentlichen Verkehrs existieren bereits

¹ Grob 03.12.2009, S. 17

² Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie - BMVIT (2011): Kosteneffiziente Maßnahmen zur Förderung des Radverkehrs in Gemeinden; Wien

³ Land Oberösterreich 2013, S. 15

⁴ Bundesministerium für Verkehr 2011

⁵ Grob et al. 2009

⁶ Weltgesundheitsorganisation 2010

⁷ Land Oberösterreich 2013, S. 14

⁸ Donat 2011

etablierte Maßnahmen (z.B. LIBE - Linzer Beschleunigungsprogramm seit 1995), die konsequent weitergeführt und nach Möglichkeit erweitert werden könnten. Einen weiteren Ansatzpunkt für die Förderung des öffentlichen Verkehrs stellt eine attraktive Tarifgestaltung dar. Diesbezüglich können bereits bestehende Angebote (z.B. vergünstigte Tarife mit Aktiv-Pass, Jobticket, 100 Euro Umweltsubvention auf Jahreskarten) weitergeführt und zielgerichtet ausgeweitet werden.

9.5. Gesundheitliche Chancengleichheit stärken

Die geringeren Gesundheitschancen sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen und unterer sozialer Schichten sind wissenschaftlich gut belegt und stellen auch in den Industrienationen ein erhebliches Problem dar. Auch für Linz lassen sich anhand verschiedenster Indikatoren Unterschiede im Gesundheitszustand sowie in den gesundheitsrelevanten Belastungen und Ressourcen beobachten. Daher sollten Maßnahmen verstärkt werden, um die gesundheitliche Ungleichheit zu verringern. Natürlich kann ein komplexes Problem wie gesundheitliche Chancengleichheit nicht durch unkoordinierte Einzelmaßnahmen angegangen werden. Vielmehr ist eine langfristige, sektorenübergreifende Strategie notwendig. Auch liegen viele relevante Faktoren nicht im Einflussbereich der lokalen/städtischen Verwaltung, sondern verlangen nach koordinierter Vorgehensweise auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene. Dennoch ergeben sich im städtischen Bereich eine Vielzahl an Möglichkeiten, um zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit beizutragen. In der WHO-Konferenz zu den sozialen Determinanten der Gesundheit 2012 in Rio wird die Bedeutung der lokalen Verwaltung betont.⁹ In der Präambel der Linzer Gesundheitsziele wurde die gesundheitsbezogene Chancengerechtigkeit als ein ethisches Leitmotiv verankert.

Mögliche Ansatzpunkte:

- In der Stadt Linz existiert bereits eine Vielzahl an Aktivitäten, die zur Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit beitragen. Beispiele dafür sind der Aktivpass sowie spezifische Aktivitäten in sozial benachteiligten Stadtteilen. Da sich diese relevanten Aktivitäten auf verschiedene Verwaltungsbereiche verteilen, empfiehlt sich eine gezielte Bestandsaufnahme der bestehenden Angebote und Aktivitäten, um diese zu einer längerfristigen Gesamtstrategie zur Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit zusammenzufassen bzw. weiter zu entwickeln.
- Eine institutionelle Verankerung stellt eine wichtige Voraussetzung für eine langfristige und kontinuierliche Arbeit dar. Beispielsweise haben die Städte München¹⁰ und Berlin¹¹ das Thema gesundheitliche Chancengleichheit in Form von Leitlinien in ihre Planungsaktivitäten integriert.

⁹ World Health Organization 2012, S. 11

¹⁰ München und Redaktion 2013

¹¹ Leitlinien für eine „Gesunde Stadt“ Berlin 2005

- Die Gesundheitsfolgenabschätzung ist ein systematisches Instrument, um potenzielle Auswirkungen von geplanten Vorhaben und strategischen Entscheidungen auf die Gesundheit der Bevölkerung einzuschätzen und in der Folge durch geeignete Maßnahmen zu optimieren. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die spezifische Betroffenheit sozial benachteiligter und vulnerabler Bevölkerungsgruppen gelegt. Die Etablierung und der systematische Einsatz des Instrumentes Gesundheitsfolgenabschätzung können langfristig und nachhaltig einen wesentlichen Beitrag für die Verringerung gesundheitlicher

Ungleichheit leisten.¹² Zudem ist die Gesundheitsfolgenabschätzung ein etabliertes Instrument um die intersektorale Zusammenarbeit für die Gesundheit zu unterstützen und ist daher ein zentraler Ansatzpunkt zur Erreichung des Gesundheitsziels 10 der Linzer Gesundheitsziele: „Verantwortung für Gesundheit gemeinsam Wahrnehmen“.

9.6. Soziale Beziehungen und Netzwerke stärken

Positive soziale Beziehungen und die Einbindung in unterstützende soziale Netzwerke stellen eine wesentliche Ressource dar und wirken sich positiv auf die Bewältigung von Belastungen und auf die Gesundheit aus. Mit den persönlichen sozialen Beziehungen (Familie, Freundeskreis) ist der Großteil der LinzerInnen weitgehend zufrieden. Jedoch sinkt die Zufriedenheit mit dem Freundes- und Bekanntenkreis mit zunehmendem Alter bei Männern und Frauen. Auch sind Frauen im fortgeschrittenen Alter (über 50 Jahre) in geringerem Ausmaß mit den familiären Beziehungen zufrieden. Zudem fühlen sich Frauen häufiger durch Probleme im persönlichen sozialen Umfeld belastet und sind auch häufiger durch Betreuungsaufgaben (Kinder, Pflege von Angehörigen) betroffen.

Vor dem Hintergrund allgemeiner sozialer Entwicklung (steigende räumliche, berufliche und soziale Mobilität, steigende Anzahl an Ein-Personenhaushalte, Individualisierung etc.) und der damit verbundenen Verringerung der Funktion traditioneller Unterstützungsnetzwerke (z.B. Familie) steigt die Bedeutung von gezielten Maßnahmen zur Entlastung, Stärkung und Unterstützung bestehender Netzwerke, sowie zur Förderung neuer Strukturen (z.B. Unterstützung der Selbstorganisation und Selbsthilfe besonderer Bedürfnisgruppen).¹³

Besondere Bedeutung haben unterstützende soziale Netzwerke für Personen mit Betreuungsaufgaben wie bspw. pflegende Angehörige oder chronisch kranke Menschen. Angesichts der zunehmenden Lebenserwartung ist diesbezüglich mit zunehmendem Bedarf zu rechnen. Einen weiteren Bereich stellen Personen mit psychischen Erkrankungen bzw. deren Angehörige dar. In den letzten

¹² Greater London Authority 2010, S. 40

¹³ Trojan und Süß 2013

Jahren ist ein deutlicher Anstieg der Krankenhausaufenthalte mit psychiatrischen Diagnosen zu beobachten, ebenso wie ein steigender Verbrauch an Psychopharmaka (z.B. Antidepressivaverordnungen).

Mögliche Ansatzpunkte:

- Förderung der Selbstorganisation bzw. Selbsthilfe: Dazu gehören die Befähigung der Betroffenen zur Selbstorganisation (z.B. Schulungsangebote, Information etc.), die Bereitstellung der nötigen Infrastruktur (z.B. Räumlichkeiten etc.) sowie Angebote, die die Vernetzung fördern (Strukturen, die Betroffene zusammenführen, z.B. Informationsplattformen, MultiplikatorInnen etc.). Besonderes Augenmerk sollte, im Hinblick auf sozial benachteiligte Gruppen, auf einen niederschweligen Zugang gelegt werden.
- Förderung von Laienhilfeorganisationen (z.B. Besuchsdienste etc.).

Im Hinblick auf die weiteren sozialen Beziehungen im Wohnumfeld lassen sich für manche Stadteile Defizite beobachten. Von wesentlicher Bedeutung sind Aktivitäten, die die sozialen Beziehungen zwischen Bevölkerungsgruppen (verbindendes Sozialkapital) positiv beeinflussen (z.B. Alte/Junge, InländerInnen/MigrantInnen, soziale Schichten, sogenannte „Randgruppen“ etc.).

Mögliche Ansatzpunkte:

- Aktivitäten, die Begegnung, Kommunikation und Austausch fördern (z.B. kulturelle Veranstaltungen, Stadteilfeste, Informationsveranstaltungen, stadtteilbezogene Medien, Sportveranstaltungen und -angebote etc.),
- Geeignete Strukturen/Hilfestellungen für eine positive Konfliktaustragung z.B. Schlichtungsangebote bei Nachbarschaftsstreitigkeiten etc. (ein Beispiel stellt die MediatorInnenausbildung für HausbesorgerInnen der GWG dar),
- Partizipative Einbeziehung der lokalen Bevölkerung in die lokale Angebotsentwicklung und Stadteilgestaltung.

Im Hinblick auf die sozialen Beziehungen im Wohnumfeld wurden von der Stadt Linz bereits Projekte initiiert, die weiterentwickelt bzw. ausgeweitet werden sollten, z.B. das Projekt „Auf gesunde Nachbarschaft“, die Aktivitäten der Stadteilbüros Auwiesen und Franckviertel bzw. des Familienzentrums in Pichling etc.

9.7. Stadt- und Quartierentwicklung fördern

Gesundheitliche Ressourcen und eine gesundheitsfördernde soziale Umwelt sind auch in Linz nicht gleich verteilt. Einige städtische Bereiche erzielen bessere Werte als andere. Durch Schaffen von „Brücken“ im Sinne von Übergängen, Verbindungen und räumlicher Durchlässigkeit könnte räumlicher und damit auch sozialer Isolation entgegengesteuert werden. Derartige Brücken können

Fuß- und Fahrradverbindungen zu den Nachbarquartieren, eine gute Anbindung an das öffentliche Verkehrsnetz und Zugang zum öffentlichen Raum (Freizeit-, Sport-, Parkanlagen, Naherholungsräume) und zu Kulturangeboten sein. Große Durchzugsstraßen fördern eher die räumliche Isolation.¹⁴

Models of good practice zeigen, dass folgende Bereiche konkrete Handlungsfelder bei einer ungleichen sozialen Durchmischung sein könnten: Verbesserung der Schulqualität, Befähigung der Bevölkerung zur Artikulation (Empowerment) und Mitwirkung (Partizipation), soziale Maßnahmen zur Verringerung der Arbeitslosen- und Armenquote, Quartiermarketing zur Imageverbesserung,

Einbindung des Quartiers in die Stadt zur Förderung der physischen Mobilität und Teilhabemöglichkeiten (Nutzung des öffentlichen Raums, Zugang zu Sport- und Freizeitanlagen und Kulturinstitutionen etc.)¹⁵.

9.8. Zielgruppenspezifische Bewegungsangebote entwickeln

Die Linzer Bevölkerung kann als sehr sportlich bezeichnet werden. Erfreulicherweise hat sich der Anteil der Linzerinnen und Linzer, die zumindest einmal wöchentlich sportlich aktiv sind, in den letzten Jahren deutlich erhöht. Dies ist nicht zuletzt auf ein breites Angebot an Sportanlagen (u.a. 17 öffentliche und markierte Laufstrecken), die den BürgerInnen zur Verfügung stehen und auch stark frequentiert werden, zurückzuführen. Allerdings gibt es Bevölkerungsgruppen, die weniger sportlich sind bzw. auch weniger Möglichkeiten für sportliche Betätigung haben. So sind z.B. Menschen mit eher niedriger Schulbildung seltener sportlich aktiv. Bei den Frauen ist der Anteil der sportlich Inaktiven bei den über 50-Jährigen und bei den Männern in der Altersgruppe zwischen 30 und 49 Jahren am größten. Daher erscheint es sinnvoll für bzw. mit diversen Zielgruppen spezielle Bewegungsangebote - wohnortsnah und unter Einbeziehung der städtischen Grünflächen¹⁶ - zu entwickeln. Ein gutes Beispiel dafür ist die Nordic Walkingstrecke im Franckviertel, wo unter professioneller Anleitung regelmäßig der Spaß an der beliebten Sportart vermittelt wird und ganz nebenbei durch die gemeinsame Aktivität und Kommunikation das Sozialkapital im Stadtteil - und somit auch die Gesundheit - gefördert wird. Ähnliche Angebote gibt es in Pichling und im öffentlich zugänglichen Park des AKH Linz. Auch das Angebot „Qigong für alle“ mitten in der Stadt (Martin-Luther-Platz an der Linzer Landstraße), bei dem niederschwellig im öffentlichen Raum unter professioneller Anleitung regelmäßig Qigong betrieben wird, ist erwähnenswert.

¹⁴ Programms Projekts Urbains (hg.): Soziale Mischung und Quartierentwicklung: Anspruch versus Machbarkeit, Bern 2011

¹⁵ ebd.

¹⁶ Idealerweise sind die städtischen Grünflächen durch sichere Rad- und Fußwege verbunden, da sich dies positiv auf die Nutzung auswirkt.

Besonders wichtig bei der Entwicklung von Bewegungsangeboten ist, dass die Zielgruppe in die Entwicklung aktiv eingebunden wird (Partizipation). Denn vor allem durch Partizipation der Zielgruppe steigt die Wahrscheinlichkeit, dass ein Angebot dauerhaft genutzt wird.

9.9. Bewegung: Förderung des Breiten- und Gesundheitssports und mehr Bewegung in der Nachmittagsbetreuung

Der Großteil der Linzerinnen und Linzer ist zumindest einmal wöchentlich sportlich aktiv. Die Stadt Linz offeriert ein breites Angebot an Sportanlagen, die auch stark frequentiert werden.

Ein Schwerpunkt sollte zukünftig bei der Förderung des Breiten- und Gesundheitssports gesetzt werden, um somit den bis dato inaktiven bzw. unспортlichen Teil der Bevölkerung anzusprechen. Vor allem das Verhältnis der Angebote in Sportvereinen soll sich zugunsten des Breiten- und Gesundheitssports im Gegensatz zum Leistungssport erhöhen. Die zu Verfügung stehenden Gelder sollten verstärkt jenen Vereinen zu Gute kommen, die sich für den Ausbau des Breitensports engagieren und diesbezüglich Angebote setzen.

Während bereits einige Projekte mehr Bewegung der SchülerInnen innerhalb des Regelunterrichtes zum Ziel haben (z.B. „Bewegungsdino“, Broschüre „Gesunde Bewegung“, „Fit im Schulalltag“), eröffnen Ganztagschulen und -betreuung von Kindern und Jugendlichen die Chance, auch außerhalb des Regelunterrichts Sport und Bewegung zu fördern. Bereits im Schuljahr 2012/13 wurden in Linz an vier Pflichtschulen Pilotprojekte für ein abwechslungsreiches Bildungs- und Betreuungsangebot während der Nachmittagsbetreuung durchgeführt. Ein Schwerpunkt lag dabei auf Bewegungs- und Sportaktivitäten, die in enger Zusammenarbeit mit den Vereinen stattfanden. Die TrainerInnen kamen direkt in die Schulen, auch erforderliche Sportgeräte wurden soweit wie möglich von den Vereinen zur Verfügung gestellt oder von der Stadt Linz angekauft. Im Zentrum stand dabei nicht der Leistungsgedanke, sondern vor allem der Freizeit- und Gesundheitsaspekt. Mit diesem Projekt wird auch der Forderung des Sportentwicklungsplans Linz 2.0 entsprochen, Bewegungseinheiten in den Schulen in Zusammenarbeit mit den Vereinen zu gestalten.

Bei einer positiven Beurteilung des Projekts ist eine Ausweitung auf möglichst viele Schulen geplant. Bewegung im Rahmen der Nachmittagsbetreuung soll für die SchülerInnen attraktiv und vielfältig sein. Für die Erreichung des Gesundheitsziels „Erhöhung der Bewegung im Jugendalter“ ist dies ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung und sollte auf jeden Fall weiter verfolgt werden. Mit diesem Sport- und Bewegungsangebot können alle SchülerInnen erreicht werden, die sich in einer Nachmittagsbetreuung befinden. Wie im Pilotprojekt bereits berücksichtigt, soll jenen SchülerInnen, die aus

unterschiedlichen sozialen und persönlichen Gründen bisher wenig bewegungsmotiviert waren, ein besonderer Stellenwert eingeräumt werden und der Gesundheitsaspekt von Bewegung gegenüber dem Leistungsgedanken Vorrang genießen.

9.10. Suchtprävention verstärken

Gleich zwei der Linzer Gesundheitsziele - nämlich die Gesundheitsziele 6 und 7 - fokussieren auf das Thema Suchtprävention bzw. Eindämmung des Tabakkonsums (bei Jugendlichen). Der Wortlaut bzw. die Messgrößen der beiden Gesundheitsziele sind konkret:

Gesundheitsziel 6: Wirksame Suchtprävention setzt auf die Stärkung der Lebenskompetenzen und ist integriert in den Alltag. Sie wirkt sich auf einen verminderten Konsum von legalen (Alkohol und Tabak) und illegalen Drogen sowie auf die Verringerung von Verhaltenssuchten aus. Deswegen soll die Suchtprävention in Linz verstärkt werden. *Messgrößen: Bis 2020 wird die Anzahl der mit suchtpreventiven Maßnahmen erreichten LinzerInnen von derzeit rund 20.000 auf 40.000 jährlich gesteigert.*

Bis 2020 wird die Anzahl der mit alkoholspezifischen Präventionsmaßnahmen erreichten Linzer Jugendlichen zwischen 13 und 18 Jahren von derzeit rund 600 auf 1.000 jährlich gesteigert.

Gesundheitsziel 7: Tabakkonsum bei Jugendlichen reduzieren

Ein rauchfreies Leben erhöht die Lebenserwartung und die Lebensqualität. Deswegen soll der Anteil der Jugendlichen, die täglich rauchen, deutlich gesenkt werden.

Messgröße: Bis 2020 wird der Anteil der 15- bis 19-jährigen LinzerInnen, die täglich rauchen, von derzeit rund 35 Prozent auf höchstens 20 Prozent gesenkt.

Erfolgreiche Suchtprävention fängt bereits im Kinder- und Jugendalter an, denn bereits in dieser Lebensphase werden die Ressourcen aufgebaut, um mit verlockenden Angeboten wie z.B. legalen (Alkohol und Tabak) oder illegalen Drogen sowie Verhaltenssuchten (z.B. Internetsucht, Kaufsucht) adäquat umgehen zu können. Sie ist in den Alltag integriert und bildet Personen, die in relevanten Lebensumfeldern tätig sind (z.B. LehrerInnen, JugendarbeiterInnen), zu MultiplikatorInnen aus.

Wichtigster Anbieter für die Ausbildung von MultiplikatorInnen für die Suchtprävention sowie für Präventionsmaßnahmen in diesem Bereich ist in Oberösterreich das Institut Suchtprävention. Die Stadt Linz unterstützt bereits beispielsweise die Alkoholworkshops des Instituts Suchtprävention in den Schulen. Außerdem unterstützt die Stadt Linz auch den GEA-Club, eine Gemeinschaft entwöhnter Alkoholiker finanziell. Diese sinnvollen Maßnahmen im Bereich Alkoholprävention sollen weiter fortgeführt werden.

Eine besonders wichtige Herausforderung für die nächsten Jahre wird allerdings die Reduktion des Tabakkonsums bei Jugendlichen sein. Denn je früher mit dem Rauchen begonnen wird, desto größer sind die negativen Folgen für die Gesundheit. Um dem vielschichtigen Problem des Tabakkonsums entgegenzutreten, benötigt man eine multisektorale Herangehensweise und viele Verbündete. Gerade im Bereich der Tabakprävention wird eine verstärkte Zusammenarbeit der unterschiedlichen Politikbereiche notwendig sein. Außerdem erscheint eine Kooperation mit AkteurInnen auf Landesebene bei der Herangehensweise an die Tabakproblematik unverzichtbar.

9.11. Ernährung: Unterstützung von Maßnahmen zur gesunden Ernährung und Optimierung des Nahrungsangebots in Verpflegungsbetrieben

Die Linzer und Linzerinnen essen bereits häufig Obst und Gemüse. Für das Obst hat die Stadt Linz durch die frei zugänglichen Obstbäume im Stadtgebiet bereits gesorgt (siehe linz.pflueckt.at). Die Früchte sind frei verfügbares Gemeingut, das gepflückt und gegessen werden darf.

Gesunde Ernährung beschränkt sich natürlich nicht auf Obst- und Gemüsekonsum. Daher wird es als sinnvoll erachtet, die LinzerInnen aller Altersgruppen soweit wie möglich dabei zu unterstützen, sich gesundheitsförderlich zu ernähren. Möglichkeiten sind hierbei die Unterstützung von und die Teilnahme an bestehenden Maßnahmen sowie die Optimierung des Nahrungsangebotes in Verpflegungsbetrieben der Stadt Linz:

- Die OÖGKK bietet für (werdende) Eltern Workshops zur Ernährung in der Schwangerschaft sowie zur Säuglingsernährung an: Im Rahmen von „Gesund Essen von Anfang an“ werden kostenlose Workshops zum Thema Ernährung in der Schwangerschaft angeboten, im Rahmen von „Babys erstes Löffelchen“ Beikostworkshops für Eltern und Schwangere im letzten Trimester. Weiters werden den Eltern umfassende Informationsmaterialien zur Verfügung gestellt. Die Stadt Linz sollte diese Projekte (weiterhin) unterstützen, indem die Informationsmaterialien an den geeigneten Stellen (Eltern-Mutter-Beratungsstellen, Impfservicestelle etc.) aufgelegt werden und die Kurse/Workshops beworben werden.
- In den Linzer Volksschulen wird bereits von einer Diätologin das Programm „Gesunde Ernährung“ durchgeführt. Im Zuge dessen wurde bisher die Broschüre „Die schlaue Ernährungsmaus“ als Arbeitsbehelf verwendet und an die SchülerInnen ausgeteilt. Die Überarbeitung dieser Broschüre mit dem neuen Namen „Bennis Entdeckungsreise ins Land der Ernährung“ soll auch zukünftig in der bestehenden Form weiter verwendet werden. Auch die Fortführung des Projektes „Gesunde Schuljause“ wird in diesem Zusammenhang empfohlen.
- Das Nahrungsmittelangebot in den Krabbelstuben, Kindergärten und Horten des Magistrats Linz wurde bereits in Abstimmung mit der österreichischen Gesellschaft für Ernährung optimiert und gesundheitsförderlich gestaltet. Derzeit profitieren ca. 3.600 Kinder von diesem Angebot, eine Ausweitung auf die kirchlichen und privaten Kinderbetreuungseinrichtungen sollte angestrebt werden.
- Um auch der erwachsenen Bevölkerung eine gesundheitsförderliche Ernährung zu ermöglichen, sollen auch Betriebsküchen der Stadt Linz sowie Küchen in SeniorInnenzentren auf eine gesundheitsförderliche Zusammensetzung der Nahrung achten.

10. DATEN- GRUNDLAGE

Im vorliegenden Bericht wurde in erster Linie folgendes Datenmaterial verwendet:

Umfragedaten der Linzer Gesundheitsumfrage 2012

Im Mai 2012 wurden 7.500 schriftliche Fragebögen an LinzerInnen zwischen 15 und 80 Jahren ausgesandt. Davon wurden 1.350 an das Institut für Gesundheitsplanung retourniert. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 18 Prozent.

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

Die Methode der schriftlichen Befragung hat diverse Vor- und Nachteile. So ist zu berücksichtigen, dass die Teilnahme an einer schriftlichen Befragung auch vom Interesse am jeweiligen Thema abhängt, was wiederum zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen kann. Nichtsdestotrotz ist gerade die schriftliche Befragung für ein sensibles Thema wie Gesundheit sehr gut geeignet. Da die Methode eine sehr große Stichprobe ermöglicht, können auch seltenere Krankheiten und Beschwerden erfasst werden.

Abrechnungsdaten der OÖGKK

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

Ergebnisse der Linzer Bürgerbefragung 2011

Weiters wurden im vorliegenden Bericht publizierte Daten der Linzer Bürgerbefragung 2011 sowie mehrere Auswertungen der Linzer Stadtforschung verwendet.

11. VERZEICHNISSE UND LITERATUR

11.1. Abbildungsverzeichnis

Kapitel 1 - Demographie und sozioökonomischer Status

Abbildung 1: Altersverteilung der Linzer Bevölkerung.....15
 Abbildung 2: Herkunftsnationen (Staatsbürgerschaft).....16
 Abbildung 3: Höchste abgeschlossene Schulbildung 2010 (Bevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren.....16
 Abbildung 4: Erwerbstätige nach wirtschaftlicher Zugehörigkeit der Arbeitsstätte.....17
 Abbildung 5: Durchschnittlicher Jahresnettobezug (Lohnsteuerstatistik 2011).....18
 Abbildung 6: Geburtenbilanz.....19
 Abbildung 7: Zu- und Wegzugsbewegungen.....19

Kapitel 2 - Lebenserwartung und Mortalität

Abbildung 1: Lebenserwartung.....23
 Abbildung 2: Todesfälle im Jahr 2011.....24
 Abbildung 3: Todesfälle unter 75 Jahre pro 100.000 Männer (altersstandardisiert).....25
 Abbildung 4: Todesfälle unter 75 Jahre pro 100.000 Frauen (altersstandardisiert).....25

Kapitel 3 - Gesundheit und Krankheit

Kapitel 3.1. - Subjektive Gesundheit

Abbildung 1: Subjektiver Gesundheitszustand der Linzer Bevölkerung.....29
 Abbildung 2: Altersspezifischer Gesundheitszustand der Linzer Bevölkerung.....30
 Abbildung 3: Bildungsbezogener Gesundheitszustand der Linzer Bevölkerung.....30
 Abbildung 4: Bildungsbezogener Gesundheitszustand nach Altersgruppen.....31
 Abbildung 5: Einkommen und subjektive Gesundheit.....32
 Abbildung 6: Einkommen und subjektive Gesundheit nach Altersgruppen.....32
 Abbildung 7: Belastung durch finanzielle Probleme und subjektive Gesundheit.....33

Kapitel 3.2. - Überblick Erkrankungen und Beschwerden

Abbildung 1: Prävalenz der häufigsten chronischen Erkrankungen.....34
 Abbildung 2: Prävalenz der häufigsten Beschwerden.....35

Kapitel 3.3. - Überblick Krankenhausaufenthalte, Medikamentenverordnungen und Krankenstand

Abbildung 1: Personen mit Krankenhausaufenthalt nach Altersgruppen
 (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2009 bis 2011).....36
 Abbildung 2: Krankenhausaufenthalte je betroffener Person nach Altersgruppen (Durchschnitt 2009 bis 2011).....37
 Abbildung 3: Verteilung der Krankenhaustage auf Diagnosegruppen (Durchschnitt 2009 bis 2011).....38
 Abbildung 4: Medikamentenverordnungen nach Altersgruppen (Durchschnitt 2009 bis 2011).....39
 Abbildung 5: Verteilung der Medikamentenverordnungen auf anatomische ATC-Gruppen
 (Durchschnitt 2009 bis 2011).....39
 Abbildung 6: Krankenstandstage je Beschäftigter/m nach Altersgruppen und Geschlecht
 (Durchschnitt 2009 bis 2011).....40
 Abbildung 7: Durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit (Krankenstandsfälle je Beschäftigter/m)
 nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2009 bis 2011).....41
 Abbildung 8: Krankenstandstage 2009-2011 nach Diagnosegruppen (ICD-10 Kapitel).....42
 Abbildung 9: Betroffenenquote nach Diagnosegruppen (ICD-10 Kapitel; Durchschnitt 2009 bis 2011).....43
 Abbildung 10: Krankenstandstage pro betroffene Person (Durchschnitt 2009 bis 2011)
 nach Diagnosegruppen (ICD-10 Kapitel).....44

Kapitel 3.4. - Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates

Abbildung 1: Prävalenz von Krankheiten des Bewegungsapparats.....45
 Abbildung 2: Schäden der Wirbelsäule nach Altersgruppen.....46
 Abbildung 3: Schäden der Wirbelsäule nach Schulbildung.....47
 Abbildung 4: Schäden der Wirbelsäule nach Alter und Bildung.....47

Kapitel 3.5. - Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems

Abbildung 1: Prävalenz von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems.....	49
Abbildung 2: Erhöhter Blutdruck nach Altersgruppen.....	50
Abbildung 3: Erhöhter Blutdruck und Körpergewicht (BMI).....	50
Abbildung 4: Niedriger Blutdruck nach Altersgruppen.....	51
Abbildung 5: Venenentzündung, Thrombosen, Krampfadern nach Altersgruppen.....	52
Abbildung 6: Durchblutungsstörungen nach Altersgruppen.....	52
Abbildung 7: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Herz-Kreislaferkrankungen (Betroffene pro 1.000 innerhalb von 12 Monaten).....	53
Abbildung 8: Verordnung von Herz-Kreislaufmedikamenten (Betroffene pro 1.000).....	54
Abbildung 9: Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Herz-Kreislaferkrankungen.....	54

Kapitel 3.6. - Allergien

Abbildung 1: Prävalenz von Allergien.....	56
Abbildung 2: Allergien nach Altersgruppen.....	57

Kapitel 3.7. - Diabetes mellitus

Abbildung 1: Zuckerkrankheit nach Alter.....	58
Abbildung 2: Ambulante Behandlungsprävalenz von Diabetes.....	59

Kapitel 3.8. - Atemwegserkrankungen

Abbildung 1: Prävalenz von Chronischer Bronchitis, Lungenemphysem, Lungenasthma.....	60
Abbildung 2: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Atemwegserkrankungen (Betroffene pro 1.000 pro Jahr).....	61
Abbildung 3: Krankenhausaufenthalte aufgrund von chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (Betroffene pro 1.000 innerhalb von 12 Monaten).....	61
Abbildung 4: Verordnung von Antiasthmatica (Betroffene pro 1.000 innerhalb von 12 Monaten).....	62
Abbildung 5: Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems.....	63
Abbildung 6: Arbeitsunfähigkeit aufgrund von chronischen Krankheiten der unteren Atemwege.....	63

Kapitel 3.9. - Psychische Gesundheit

Abbildung 1: Anzeichen einer Depression nach Altersgruppen.....	65
Abbildung 2: Anzeichen einer Depression nach Schulbildung.....	66
Abbildung 3: Anzeichen einer Depression nach Einkommen.....	66
Abbildung 4: Anzeichen einer Depression und Belastung durch finanzielle Probleme.....	67
Abbildung 5: Anzeichen einer Depression und Zufriedenheit mit beruflicher Situation.....	67
Abbildung 6: Krankenhausaufenthalte aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen (Betroffene pro 1.000 innerhalb von 12 Monaten).....	68
Abbildung 7: Krankenhausaufenthalte aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Betroffene pro 1.000 innerhalb von 12 Monaten).....	69
Abbildung 8: Krankenhausaufenthalte aufgrund von affektiven Störungen (Betroffene pro 1.000 innerhalb von 12 Monaten).....	69
Abbildung 9: Verordnung von Antipsychotika (Betroffene pro 1.000 innerhalb von 12 Monaten).....	70
Abbildung 10: Verordnung von Antidepressiva (Betroffene pro 1.000 innerhalb von 12 Monaten).....	71
Abbildung 11: Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen.....	71
Abbildung 12: Arbeitsunfähigkeit aufgrund von affektiven Störungen.....	72
Abbildung 13: Arbeitsunfähigkeit aufgrund von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen.....	72

Kapitel 4 - Individuelle Verhaltensweisen

Kapitel 4.1. - Bewegung

Abbildung 1: Sportliche Aktivität nach Alter.....	75
Abbildung 2: Sportliche Aktivität nach Bildung.....	76
Abbildung 3: Frequenz der sportlichen Aktivität nach Altersgruppen - Männer.....	76
Abbildung 4: Frequenz der sportlichen Aktivität nach Altersgruppen - Frauen.....	77
Abbildung 5: Sportliche Aktivität und psychische Gesundheit.....	78
Abbildung 6: Alltagsbewegung - zu Fuß gehen.....	78
Abbildung 7: Alltagsbewegung - Radfahren.....	79

Abbildung 8: Alltagsbewegung - andere Tätigkeiten.....80
 Abbildung 9: Alltagsbewegung - zu Fuß gehen (nach Wohnort/Stadtteil).....81
 Abbildung 10: Alltagsbewegung - Radfahren (nach Wohnort/Stadtteil).....81

Kapitel 4.2. - Ernährung

Abbildung 1: Verzehr von Gemüse/Salat.....83
 Abbildung 2: Verzehr von Obst.....83
 Abbildung 3: Verzehr von Gemüse nach Bildung („täglich“/„an 4-6 Tagen pro Woche“).....84
 Abbildung 4: Verzehr von Obst nach Bildung („täglich“/„an 4-6 Tagen pro Woche“).....85
 Abbildung 5: Verzehr von Gemüse nach Altersgruppen - Männer.....85
 Abbildung 6: Verzehr von Gemüse nach Altersgruppen - Frauen.....86
 Abbildung 7: Verzehr von Obst nach Altersgruppen - Männer.....86
 Abbildung 8: Verzehr von Obst nach Altersgruppen - Frauen.....87

Kapitel 4.3. - Tabakkonsum

Abbildung 1: Tabakkonsum.....88
 Abbildung 2: Tabakkonsum nach Alter - Männer.....89
 Abbildung 3: Tabakkonsum nach Alter - Frauen.....89
 Abbildung 4: Tabakkonsum nach Schulbildung.....90

Kapitel 4.4. - Alkohol

Abbildung 1: Alkoholkonsum (Frequenz).....91
 Abbildung 2: Alkoholkonsum nach Alter - Männer.....92
 Abbildung 3: Alkoholkonsum nach Alter - Frauen.....92
 Abbildung 4: Alkoholkonsum und Migrationshintergrund.....93
 Abbildung 5: Einstellungen zum Thema Alkohol (Anteile „stimme zu“/„stimme eher zu“).....94

Kapitel 4.5. - Impfen

Abbildung 1: Impfstatus.....96
 Abbildung 2: Impfschutz nach Geschlecht.....97
 Abbildung 3: Impfschutz nach Alter I.....98
 Abbildung 4: Impfschutz nach Alter II.....98
 Abbildung 5: Impfschutz nach Bildung I.....99
 Abbildung 6: Impfschutz nach Bildung II.....99

Kapitel 4.6. - Veränderungsbereitschaft

Abbildung 1: Veränderungsbereitschaft (Anteile „ja“/„eher ja“).....101
 Abbildung 2: Veränderungsbereitschaft nach Wohnort/Stadtteil (Anteile „ja“/„eher ja“).....102

Kapitel 5 - Soziale Beziehungen und soziale Einbindung

5.2. Familiäre Beziehungen

Abbildung 1: Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen nach Geschlecht.....106
 Abbildung 2: Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen nach Alter und Geschlecht.....107
 Abbildung 3: Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen nach Alter und Bildungsgrad.....108

5.3. Soziales Umfeld und Freundeskreis

Abbildung 1: Zufriedenheit mit sozialem Umfeld und Freundeskreis nach Geschlecht.....109
 Abbildung 2: Zufriedenheit mit sozialem Umfeld und Freundeskreis nach Alter und Geschlecht.....109
 Abbildung 3: Zufriedenheit mit sozialem Umfeld und Freundeskreis nach Geschlecht und Bildungsgrad.....110

5.4. Belastungen durch das soziale Umfeld

Abbildung 1: Belastungen durch Probleme im Familien-, Verwandten- bzw. Freundeskreis nach Geschlecht.....111
 Abbildung 2: Belastungen durch Probleme im Familien-, Verwandten- bzw. Freundeskreis nach Geschlecht und Bildungsgrad.....111

VERZEICHNISSE
UND LITERATUR

5.5. Belastungen durch Betreuungsaufgaben

Abbildung 1: Belastungen durch Betreuungsaufgaben nach Geschlecht.....	112
Abbildung 2: Belastungen durch Betreuungsaufgaben nach Alter und Geschlecht.....	113

Kapitel 6. - Lebens- und Arbeitsbedingungen Kapitel 6.2. - Arbeitswelt und Arbeitsbedingungen

Abbildung 1: Beschäftigte nach Wirtschaftsklassen 2010.....	119
Abbildung 2: Zufriedenheit mit der beruflichen Situation.....	120
Abbildung 3: Zufriedenheit mit der beruflichen Situation nach Bildungsgrad.....	120
Abbildung 4: Zufriedenheit mit der beruflichen Situation nach Migrationshintergrund.....	121
Abbildung 5: Zufriedenheit mit der beruflichen Situation nach Stellung im Beruf.....	122
Abbildung 6: Berufliche Belastungen.....	122
Abbildung 7: Berufliche Belastungen nach Geschlecht.....	123
Abbildung 8: Berufliche Belastungen nach Bildungsgrad.....	123
Abbildung 9: Belastungen durch Stress/Zeitdruck nach Stellung im Beruf.....	124
Abbildung 10: Körperliche Belastung nach Stellung im Beruf.....	125
Abbildung 11: Belastung durch das Arbeitsklima nach Stellung im Beruf.....	125

Kapitel 6.3. - Wohnumgebung/Stadt(teil)

Abbildung 1: Zufriedenheit mit der Wohnsituation.....	127
Abbildung 2: Zufriedenheit mit der Wohnsituation nach Haushaltseinkommen (Äquivalenzeinkommen).....	128
Abbildung 3: Zufriedenheit mit der Wohnsituation nach Migrationshintergrund (Staatsbürgerschaft, Muttersprache).....	128
Abbildung 4: Zufriedenheit mit der Wohnsituation nach Wohngegend.....	129
Abbildung 5: Zufriedenheit mit der Wohnsituation 2006 und 2012.....	129
Abbildung 6: Zufriedenheit mit der Wohnsituation 2006 und 2012 nach Stadtteil.....	130
Abbildung 7: Belastung durch Wohnsituation nach Altersgruppen.....	130
Abbildung 8: Belastung durch Wohnsituation nach Haushaltseinkommen (Äquivalenzeinkommen).....	131
Abbildung 9: Belastung durch Wohnsituation nach Migrationshintergrund (Staatsbürgerschaft, Muttersprache).....	131
Abbildung 10: Belastung durch Wohnsituation nach Wohngegend.....	132
Abbildung 11: Zufriedenheit mit der Wohnumgebung nach Haushaltseinkommen (Äquivalenzeinkommen).....	133
Abbildung 12: Zufriedenheit mit der Wohnumgebung nach Migrationshintergrund (Staatsbürgerschaft, Muttersprache).....	133
Abbildung 13: Zufriedenheit mit der Wohnsituation nach Wohngegend.....	134
Abbildung 14: Zufriedenheit mit der Wohnumgebung 2006 und 2012.....	134
Abbildung 15: Zufriedenheit mit der Wohnumgebung 2006 und 2012 nach Stadtteil.....	135
Abbildung 16: Stadtteilverbundenheit nach Alter und Geschlecht.....	136
Abbildung 17: Stadtteilverbundenheit nach Stadtteil.....	136
Abbildung 18: Sicherheitsgefühl nach Alter und Geschlecht.....	137
Abbildung 19: Sicherheitsgefühl nach Bildungsgrad.....	137
Abbildung 20: Sicherheitsgefühl nach Stadtteil.....	138
Abbildung 21: Zufriedenheit mit der Wohnbevölkerung nach Bildungsgrad.....	139
Abbildung 22: Zufriedenheit mit der Wohnbevölkerung nach Stadtteil.....	139
Abbildung 23: Zufriedenheit mit dem Infrastrukturangebot.....	140

Kapitel 6.4. - Gesunde natürliche und gestaltete Umwelt

Abbildung 1: Umwelteinflüssen zuordenbare Krankheitslast in Österreich (DALYs je 1.000 EW.).....	142
Abbildung 2: Stickstoffdioxid (Jahresmittelwert).....	144
Abbildung 3: Entwicklung der Ozonbelastung im Raum Linz.....	145
Abbildung 4: PAK - Belastung der Luft 2009.....	146
Abbildung 5: Passivrauch am Arbeitsplatz nach Geschlecht.....	148
Abbildung 6: Passivrauch am Arbeitsplatz nach Altersgruppe.....	148
Abbildung 7: Passivrauch am Arbeitsplatz nach Bildungsgrad.....	149
Abbildung 8: Passivrauch im Haushalt nach Geschlecht.....	150
Abbildung 9: Passivrauch im Haushalt nach Bildungsgrad.....	150
Abbildung 10: Lärmstörung in Linz.....	151
Abbildung 11: Lärmstörung in Linz nach Ursache.....	152
Abbildung 12: Leuchtradien bei Straßenbeleuchtung.....	153

Abbildung 13: Flächennutzung in Linz.....155
 Abbildung 14: Grünland in Linz nach statistischem Bezirk.....155

Kapitel 6.5. - Medizinische Versorgung

Abbildung 1: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung.....160
 Abbildung 2: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung nach Stadtteilen.....161
 Abbildung 3: Erreichbarkeit von Ärzten/Ärztinnen.....162
 Abbildung 4: Erreichbarkeit von Praktischem/-r Arzt/Ärztin nach Wohnort/Stadtteilen.....163
 Abbildung 5: Praktische ÄrztInnen in Linz.....164
 Abbildung 6: Erreichbarkeit von Zahnärzten/Zahnärztinnen nach Wohnort/Stadtteilen.....165
 Abbildung 7: Verärgerung (jemals) über Wartezeit auf einen Termin.....165

Kapitel 8. - Gesundheitsziele der Stadt Linz

Abbildung 1: Dreiteilung der Themenbereiche.....176
 Abbildung 2: Determinanten von Gesundheit.....178
 Abbildung 3: Der Public Health Action Cycle.....179

11.2. Tabellenverzeichnis

Kapitel 6. - Lebens- und Arbeitsbedingungen

Tabelle 1: Schulen, Klassen und SchülerInnen in der Stadt Linz - Schuljahr 2012/2013.....116
 Tabelle 2: Tage mit hoher Feinstaubbelastung 2001-2009 (PM_{10} Tagesmittelwert > 50 $\mu g/m^3$).....143
 Tabelle 3: Häufige Luftverunreinigungen in Innenräumen und deren Quellen.....147
 Tabelle 4: Landschaft als Gesundheitsressource (Beispiele).....154
 Tabelle 5: Betten, Pflegepersonal und PatientInnen in Krankenanstalten (2012).....157
 Tabelle 6: Ärztinnen in Krankenanstalten (2012).....158
 Tabelle 7: Niedergelassene ÄrztInnen (2013).....159
 Tabelle 8: TherapeutInnen in der Versorgungsregion Zentralraum Linz (2011).....160

11.3. Literatur

Kapitel 1 - Demographie und sozioökonomischer Status

Freimüller, Christian: Linz bleibt gefragter Wohnort. Online verfügbar unter http://www.linz.at/images/LA197_2_7_Bevoelkerungsprognose.pdf, zuletzt geprüft am 21.02.2013.

Linz in Zahlen - Bevölkerung - AusländerInnen. Online verfügbar unter http://www.linz.at/zahlen/040_BEVOELKERUNG/070_Auslaender/, zuletzt geprüft am 15.02.2013.

Statistik Austria (2013): Abgestimmte Erwerbsstatistik 2010. Stichtag 31.10. 2010. Herausgegeben von Statistik Austria. Online verfügbar unter https://www.statistik.at/web_de/frageboegen/abgestimmte_erwerbsstatistik/ergebnisse/index.html, zuletzt aktualisiert am 05.02.2013, zuletzt geprüft am 21.03.2013.

Wohnbevölkerung. Online verfügbar unter <http://www2.land-oberoesterreich.gv.at/statbevstand/BEVSTANDErgebnis.jsp?GemNr=40000&kat=OOE&strThema=Staat&strGeschl=gesamt&Jahr1=2011&Jahr2=2012>, zuletzt geprüft am 15.02.2013.

Kapitel 3 - Gesundheit und Krankheit

Institut für Gesundheitsplanung: Gesundheitsbericht Oberösterreich 2005 - 2010 (2012). Linz.

Kapitel 4 - Individuelle Verhaltensweisen

Birgmann, Richard (2007): Gesundheitssituation der Linzer Bevölkerung. Gesundheitsumfrage. Unter Mitarbeit von Dietmar Nemeth, Brigitte Horwath und Dietmar Bartl et al. Linz.

Bundesamt für Sport BASPO, Bundesamt für Gesundheit BAG Gesundheitsförderung Schweiz Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (Hg.) (2009): Gesundheitswirksame Bewegung. Grundlagendokument. Online verfügbar unter http://www.baspo.admin.ch/internet/baspo/de/home/themen/foerderung/breitensport/gesundheit/empfehlungen/fuer_erwachsene.parsys.0003.downloadList.27082.DownloadFile.tmp/grundlagendokuhepa-2009de.pdf.pdf, zuletzt geprüft am 08.05.2013.

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hg.): Bewegung fördern - für einen aktiven Alltag. Glossar. Online verfügbar unter <http://www.bewegung-foerdern.de/Glossar.65.0.html>, zuletzt geprüft am 14.05.2013.

Siegrist, Johannes (2003): Gesundheitsverhalten - psychosoziale Aspekte. In: Abelin, Th (Hg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen ; Gesundheit fördern - Krankheit verhindern. 2., völlig neu bearb. und erw. Aufl. München u.a.: Urban & Fischer, S. 139-150.

Kapitel 5 - Integration in soziale und kommunale Netzwerke

Franzkowiak, Peter (2010): Soziale Unterstützung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Leitbegriffe A - Z. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Online verfügbar unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=8de013c8435965d4fddbfc100c4ef6&id=angebot&idx=139>, zuletzt aktualisiert am 07.05.2013, zuletzt geprüft am 07.05.2013.

Knesebeck, Olaf d. v.: Soziales Kapital. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Leitbegriffe A - Z. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Online verfügbar unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=2ee5050f6589d10f58cf62d3e16841f3&id=angebot&idx=113>, zuletzt geprüft am 07.05.2013.

Reif, Martin (2012): Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Gesundheitsdeterminanten. Linz.

Trojan, Alf; Süß, Waldemar (2013): Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Leitbegriffe A - Z. Hg. v. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Online verfügbar unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=2180b5fd12d1d9ffd432d3d67445a05f&id=angebot&idx=112>, zuletzt aktualisiert am 07.05.2013, zuletzt geprüft am 07.05.2013.

Kapitel 6 - Lebens- und Arbeitsbedingungen Kapitel 6.1. - Schule und Kindergarten

Bürgisser, Titus (2010): Entwickeln von Schulgemeinschaft durch Gesundheitsförderung. Pädagogische Hochschule Zentralschweiz Luzern. Online verfügbar unter <http://gesunde-schulen-zuerich.ch/webautor-data/23/Workshop-Gesundheitsfoerderung-und-Schulgemeinschaft-PHZH-2010-Handout.pdf>, zuletzt geprüft am 19.04.2010.

Dür, Wolfgang (Jänner 2010): Regionale Unterschiede in der Gesundheit bei Lehrern und Schülern. Ergebnisse aus der Schüler- und Lehrerbefragung des 7. österreichischen Health Behavior in School-aged Children Survey. In: Soziale Sicherheit, S. 35-39.

Hurrelmann, Klaus; Settertobulte, Wolfgang: Die Schule als Chance oder Bedrohung? Warum moderne Strategien der Gesundheits- und Sicherheitsförderung notwendig sind. Universität Bielefeld. Online verfügbar unter <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/21.11.07.vortrag.hurrelmann.pdf>, zuletzt geprüft am 19.04.2010.

HVB in Kooperation mit der OÖGKK (Hg.) (2010): Eltern und Schule als Partner! Ein Leitfaden zur Einbindung von Eltern in die Schulische Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter http://www.lsr-ooe.gv.at/gesunde_schule/Folgeseiten/Eltern_und_Schule_als_Partener.pdf, zuletzt geprüft am 12.04.2010.

Naidoo, Jennie.; Wills, Jane. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. 1. Aufl. Werbach: Conrad Günter.

Paulus, Peter (4. Juni 2004): Gesundheitsförderung im Setting Schule. Gesundheitsförderndes Setting Schule: Was war, was ist, was sein wird. Veranstaltung vom 4. Juni 2004. Eisenstadt. Veranstalter: FGÖ. Online verfügbar unter <http://www.fgoe.org/veranstaltungen/fgoe-konferenzen-und-tagungen/archiv/gesundheitsfoerderungskonferenz-2004/schule-paulus.ppt>, zuletzt geprüft am 12.04.2010.

Stadt Linz: Linz Bürgerservice - Das Grundangebot im Kindergarten. Online verfügbar unter <https://portal.linz.gv.at/Serviceguide/viewChapter.html?chapterid=122451>, zuletzt geprüft am 06.08.2013.

Statistik Austria (2010): Bildung in Zahlen 2008/09. Schlüsselindikatoren und Analysen. Wien.

Statistik Austria (Hg.) (2009): Lehrerinnen und Lehrer insgesamt im Schuljahr 2008/09. Online verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bildung_und_kultur/formales_bildungswesen/lehrpersonen/021629.html, zuletzt aktualisiert am 22.12.2009, zuletzt geprüft am 19.04.2010.

Kapitel 6.2. - Arbeitswelt- und Arbeitsbedingungen

Elkeles, Thomas (2003): Arbeitende und Arbeitslose. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Walter, Ulla; Abelin, Theodor. (Hg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen ; Gesundheit fördern - Krankheit verhindern. 2., völlig neu bearb. und erw. Aufl. München: Urban & Fischer , S. 653.

Neue Arbeitsformen - neue Arbeitsstrukturen. Online verfügbar unter http://www.linz.at/images/Neue_Arbeitsformen.pdf, zuletzt geprüft am 06.04.2010.

Neue Arbeitszeitregeln - weniger Überstunden (2009). Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Online verfügbar unter http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/5/9/CH0023/CMS1250162691823/090813_arbeitszeit_pu_final.pdf, zuletzt geprüft am 06.04.2010.

Nikotinkonsum in Oberösterreich: Trend zum Nichtrauchen bestätigt - Raucherzahlen auf sehr hohem Niveau (2010). Institut Suchtprävention. Online verfügbar unter http://www.praevention.at/upload/documentbox/DM_Nikotin.pdf, zuletzt geprüft am 26.03.2010.

Oberösterreichs Arbeitnehmer sind höchst mobil (2008). Arbeiterkammer Oberösterreich. Online verfügbar unter <http://www.arbeiterkammer.com/online/oberoesterreichs-arbeitnehmer-sind-hoehchst-mobil-42708.html?mode=711&STARTJAHR=2008>, zuletzt geprüft am 06.04.2010.

Reif, Martin (2008): Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevante Lebensbereiche aus der Perspektive der OberösterreicherInnen. Ergebnisse der Umfrage „Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern in Oberösterreich“. Linz: Inst. für Gesundheitsplanung.

Siegrist, Johannes; Möller-Leimkühler, Anne Maria (2003): Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Walter, Ulla; Abelin, Theodor. (Hg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen ; Gesundheit fördern - Krankheit verhindern. 2., völlig neu bearb. und erw. Aufl. München: Urban & Fischer , S. 129-130.

Statistik Austria (2012): Österreichs Städte in Zahlen 2012. Wien.

Stelzer-Orthofer, C.; Kranewitter, H.; Kohlfürst, I. (2007): Lebens- und Problemlagen arbeitsloser Menschen in Oberösterreich. Endbericht. Herausgegeben von Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik. JKU Linz. Linz, S. 165. Statistik Austria (2012): Österreichs Städte in Zahlen 2012. Wien. Online verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/751/index.html?id=751&listid=751&detail=547, zuletzt geprüft am 15.04.2013.

Kapitel 6.3. - Wohnumgebung/Stadt(teil)

Braubach, M.; Schöppe, S. (2012): Wohnen, Bewegung und Gesundheit. Online verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98668/Wohnen_Bewegung_Gesundheit.pdf, zuletzt aktualisiert am 12.01.2012, zuletzt geprüft am 28.05.2013.

EUGLOREH Projekt (2009): Zur Lage der Gesundheit in der Europäischen Union: Für ein gesünderes Europa. Komprimierte Zusammenfassung. 7.3. Wohn- und Arbeitsumfeld. Online verfügbar unter http://euglorehcd.eulogis.it/IXT/_EXES-DEU/_PL.HTM, zuletzt aktualisiert am 12.05.2009, zuletzt geprüft am 27.05.2013.

Gehmacher, Ernst (2003): Sozialkapital - Ein neues OECD-Programm. Bericht über die Tagung „Measuring Social Capital“ Budapest 21.- 23. Mai 2003. In: SWS-Rundschau 43 (3), S. 311-320.

Linz Open Data - Politik & Verwaltung (2011a): BürgerInnenbefragung - Gebietsergebnisse. Linz. Online verfügbar unter http://data.linz.gv.at/daten/Politik_Verwaltung/index.html?ckan_name=buergerinnenbefragung--gebietsergebnisse&ckan_id=pkg-d498374a-47bb-477a-b2b0-58ede200c76e, zuletzt geprüft am 27.05.2013.

Linz Open Data - Politik & Verwaltung (2011b): BürgerInnenbefragung - Strukturmerkmale. Linz. Online verfügbar unter http://data.linz.gv.at/daten/Politik_Verwaltung/index.html?ckan_name=buergerinnenbefragung--strukturmerkmale&ckan_id=pkg-eae2caea-8ac7-46bb-b60c-125db5bbfdcc, zuletzt geprüft am 27.05.2013.

Naidoo, Jennie; Wills, Jane (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. 1. Aufl. Köln: BZgA Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.

Stadtforschung Linz (2012): BürgerInnenbefragung 2011. Erste Ergebnisse.

Kapitel 6.4. - Gesunde natürliche und gestaltete Umwelt

Abraham A., Sommerhalder K. Bolliger-Salzman H.; Abel T. (2007): Landschaft und Gesundheit. Das Potential einer Verbindung zweier Konzepte. Online verfügbar unter www.sl-fp.ch/getdatei.php?datei_id=437, zuletzt geprüft am 28.1.2011.

Danninger, Elisabeth; Oitzl, Dtefan (2012): Aktualisierung der Stuserhebung für PM10 in Oberösterreich. Ergänzende Daten für die Jahre 2010 bis 2011. Land Oberösterreich. Online verfügbar unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xbcr/ooe/US_LG_Aktualisierung_Stuserhebung_PM10_2010-2011.pdf, zuletzt aktualisiert am 10.08.2012, zuletzt geprüft am 15.05.2013.

Donat, Martin (11. Februar 2011): Programm nach § 9a IG-L zur Verringerung der Belastung mit PM10 und NO2 für den Oö. Zentralraum insbesondere die Städte Linz und Wels. Stellungnahme der Oö. Umweltschutzanstalt. Oö. Umweltschutzanstalt. Online verfügbar unter <http://www.ooe-umweltschutzanstalt.at/xbcr/SID-OFF15643-9D7FCABB/Luftpaket.pdf>, zuletzt geprüft am 29.04.2011.

Entwicklungsziele Umwelt und Natur - Legislaturperiode 2009 - 2015. Zusammenfassung der Positionspapiere der Oö. Umweltschutzanstalt (2009). Oö. Umweltschutzanstalt. Online verfügbar unter <http://www.ooe-umweltschutzanstalt.at/xbcr/SID-31605154-CFE899AD/Pressepapier-Kurzfassung.pdf>, zuletzt aktualisiert am 25.05.2009, zuletzt geprüft am 23.05.2011.

Fehr, Rainer; Kobusch, Adriane-Bettina; Wichmann, Heinz-Erich (2003): Umwelt und Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus; Laaser, Ulrich (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 3. Aufl., Studienausg. Weinheim: Juventa-Verl., S. 467-518.

Friedmann, H. (1997): Das Österreichische Radon Projekt. In: Mitteilungen der Österreichischen Geologischen Gesellschaft, Jg. 88, S. 15-23. Online verfügbar unter http://www2.uibk.ac.at/downloads/oegg/Band_88_15_23.pdf, zuletzt geprüft am 28.01.2011.

Grenzwerte des Immissionsschutzgesetz Luft. BGBl. I. Nr. 115 (1997) in der Fassung BGBl. I Nr. 34 (2006) vom 16. März 2006 (2006). Online verfügbar unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xbcr/SID-289D9270-1F3C75B6/ooe/Grenzwerte_des_Immissionsschutzgesetz_Luft.pdf, zuletzt aktualisiert am 08.08.2006, zuletzt geprüft am 01.02.2011.

Hutter, Hans-Peter; Kundi, Michael; Moshhammer, Hanns; Wallner, Peter; Kugler, Christian (2010): Innenraum und Gesundheit. Herausgegeben von Amt der Kärntner Landesregierung. Online verfügbar unter http://www.ktn.gv.at/197069_DE, zuletzt aktualisiert am 15.06.2010, zuletzt geprüft am 28.01.2011.

Hutter, Hans-Peter; Moshhammer, Hanns; Wallner, Peter (2008): Luftschadstoffe in der Außenluft, Innenraumluft - Schadstoffe in der Wohnung. Umweltmedizinischer Bericht. Ärztinnen und Ärzte für eine gesunde Umwelt. Wien.

Hutter, Hans-Peter; Moshhammer, Hanns; Wallner, Peter (2009): Lärm. Umweltmedizinischer Bericht. Ärztinnen und Ärzte für eine gesunde Umwelt. Wien.

Klein, Madeleine (2004): Lichtverschmutzung - Eine neue Umweltproblematik. Ludwigsburg. Hochschule für Öffentliche Verwaltung und Finanzen. Online verfügbar unter <http://www.home.uni-osnabrueck.de/ahaenel/darksky/dalichtver.pdf>, zuletzt geprüft am 20.05.2011.

Klimont, Jeannette; Kytir, Josef; Leitner, Barbara (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien: BMGFJ.

Kobler; René L. (2003): Die Lichtverschmutzung in der Schweiz. Mögliche Auswirkungen und praktische Lösungsansätze. Muttenz, Departement Industrie; Institut für Umwelttechnik. Online verfügbar unter http://www.darksky.ch/downloads/artikel/rlkobler_dipl.pdf, zuletzt geprüft am 20.05.2011.

Land Oberösterreich (2007): Luftgüte-Jahresbericht 2006. Umwelt Prüf- und Überwachungsstelle des Landes Oberösterreich. Online verfügbar unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xbcr/SID-43729587-A2D-FEC64/ooe/Jahresbericht_2006.pdf, zuletzt aktualisiert am 05.11.2007, zuletzt geprüft am 02.05.2011.

Land Oberösterreich (2010): Jahresbericht 2009 der Luftgüteüberwachung in Oberösterreich. Inspektionsbericht. Umwelt Prüf- und Überwachungsstelle des Landes Oberösterreich, zuletzt geprüft am 29.04.2011.

Land Oberösterreich (2010): Programm nach § 9a IG-L zur Verringerung der Belastung mit den Schadstoffen PM10 und NO2 für den oberösterreichischen Zentralraum, insbesondere die Städte Linz und Wels. Amt der OÖ Landesregierung, Direktion Umwelt und Wasserwirtschaft. Online verfügbar unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xbcr/SID-7448EFCA-A323CFEC/ooe/US_Programm9a_.pdf, zuletzt aktualisiert am 20.12.2010, zuletzt geprüft am 02.05.2011.

Land Oberösterreich: Luftgüte - Langfristige Entwicklung. Online verfügbar unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/SID-6F01B2CA-F6AC8C9B/ooe/hs.xsl/17682_DEU_HTML.htm, zuletzt geprüft am 24.01.2011.

Lichtverschmutzung (2011). Wikipedia. Online verfügbar unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Lichtverschmutzung>, zuletzt aktualisiert am 01.05.2011, zuletzt geprüft am 13.05.2011.

Navara, Kristen J.; Nelson, Randy J. (2007): The dark side of light at night: physiological, epidemiological, and ecological consequences. In: *Journal of Pineal Research*, H. 43, S. 215-224, zuletzt geprüft am 03.05.2011.

Oö. Akademie für Umwelt und Natur (Hg.) (2006): OÖ. Umweltbericht 2006. im Auftrag des Umweltressorts des Landes Oberösterreich.

Oö. Akademie für Umwelt und Natur (Hg.) (2006): OÖ. Umweltbericht 2006. im Auftrag des Umweltressorts des Landes Oberösterreich.

Oö. Umweltschutz (2009): Lichtverschmutzung. Online verfügbar unter http://www.ooe-umweltschutz.at/xbcr/SID-C353CCD1-3A107B14/LV_nur-TEXT.pdf, zuletzt aktualisiert am 04.06.2009, zuletzt geprüft am 03.05.2011.

Oxidativer Stress - Wikipedia (2011). Online verfügbar unter http://de.wikipedia.org/wiki/Oxidativer_Stress, zuletzt aktualisiert am 28.04.2011, zuletzt geprüft am 23.05.2011.

Reiter, R. J.; Tan, Dan-Xian; Korkmaz, A. (2009): The circadian melatonin rhythm and its modulation: possible impact on hypertension. In: *Journal of Hypertension*, H. 27 (suppl 6), S. 17-20, zuletzt geprüft am 23.05.2011.

Rodewald; Raimund (2010): Landschaft und Gesundheit - Theorie und Praxis zweier Verbundener Konzepte. In: *Schweiz Z Forstwes*, Jg. 161, H. 3, S. 56-61. Online verfügbar unter <http://www.atypon-link.com/SFS/doi/pdf/10.3188/szf.2010.0056>, zuletzt geprüft am 28.1.2011.

Schneider, Jürgen; Spangl, Wolfgang (2005): Abschätzung der Gesundheitsauswirkungen von Schwebstaub in Österreich. Wien: Umweltbundesamt (Report / Umweltbundesamt, 20).

Spangl, Wolfgang; Moosmann, Lorenz (2010): Luftgütemessungen und meteorologische Messungen. Jahresbericht Hintergrundmessnetz Umweltbundesamt 2009. Wien.

Spangl, Wolfgang; Nagl, Christian (2010): Jahresbericht der Luftgütemessungen in Österreich 2009. Wien.

Spangl, Wolfgang; Nagl, Christian (2012): Jahresbericht der Luftgütemessungen in Österreich 2011. Wien. Online verfügbar unter <http://www.umweltbundesamt.at/file-admin/site/publikationen/REP0383.pdf>, zuletzt aktualisiert am 18.01.2013, zuletzt geprüft am 21.05.2013.

Stadtforschung Linz (2012): BürgerInnenbefragung 2011. Erste Ergebnisse.

Stadtforschung Linz (2013a): Linz - Politik/Verwaltung - Linz Zahlen - Immissionen. Online verfügbar unter http://www.linz.at/zahlen/095_sonstigeDaten/020_umwelt/010_immissionen/, zuletzt aktualisiert am 21.05.2013, zuletzt geprüft am 21.05.2013.

Stadtforschung Linz (2013b): Linz - Politik/Verwaltung - Linz Zahlen - Lage und Flächen. Online verfügbar unter http://www.linz.at/zahlen/010_Stadtgebiet/015_Flaechen/, zuletzt aktualisiert am 21.05.2013, zuletzt geprüft am 21.05.2013.

Stadtforschung Linz: Linz - Politik/Verwaltung - Linz Zahlen - Umwelt. Online verfügbar unter http://www.linz.at/zahlen/095_SonstigeDaten/020_Umwelt/, zuletzt geprüft am 21.05.2013.

Umweltbundesamt: Polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAKs). Online verfügbar unter <http://www.umweltbundesamt.at/umweltsituation/luft/luftschadstoffe/pops/paks/>, zuletzt geprüft am 02.05.2011.

Wegscheider-Pichler, A. (2009): Umweltbedingungen, Umweltverhalten - Ergebnisse des Mikrozensus 2007. Statistik Austria, Lebensministerium.

WHO (2009): Country profiles of Environmental Burden of Disease: Austria. Online verfügbar unter http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/national/countryprofile/austria.pdf, zuletzt aktualisiert am 07.07.2009, zuletzt geprüft am 31.01.2011.

World Health Organization Regional Office for Europe: Burden of disease from environmental noise: Quantification of healthy life years lost in Europe.

Kapitel 8 - Gesundheitsziele der Stadt Linz

Bundesministerium für Gesundheit (Jänner 2011): Nationaler Aktionsplan Ernährung. inkl. Maßnahmenübersicht und Planung 2011. Wien.

Dahlgren, G.; Whitehead, M. (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe.

Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert (1997). Online verfügbar unter http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_german.pdf, zuletzt aktualisiert am Juli 1997, zuletzt geprüft am 30. Juli 2010.

Dür, Wolfgang; Griebler, Robert (2007): Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006. Wien: Bundesministerium für Gesundheit Familie und Jugend. Online verfügbar unter http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/1/5/8/CH0776/CMS1191842242195/bericht_hbsc_2007_gesamt_mit_anhang907.pdf, zuletzt geprüft am 04.08.2010.

Felkl, Christian; Ellrott, Thomas: Gesundheitsfördernde Ernährung. In: Lohaus; Domsch (Hg.): Psychologische Förderungs- und Interventionsprogramme im Kindes- und Jugendalter. Berlin: Springer, S. 175-188.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (14.10.2005): Grünbuch: Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern - Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. Brüssel. Online verfügbar unter http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2005/com2005_0484de01.pdf, zuletzt geprüft am 28.10.2010.

Marti, B.; Bühlmann, U.; Hartmann, D.; Ackermann-Liebrich, U.; Hoppeler, H.; Martin, B. et al. (1999): Fakten zur gesundheitlichen Bedeutung von Bewegung und Sport im Jugendalter. Gemeinsame Stellungnahme aus wissenschaftlicher Sicht. In: Schweizer Zeitschrift für „Sportmedizin und Sporttraumatologie“, H. 47 (4), S. 175-179.

Mensink, Gert; Hesecker, Helmut; Richter, Almut; Stahl, Anna; Vohmann, Claudia (2007): Ernährungsstudie als KiGGS-Modul (EsKiMo). Unter Mitarbeit von Jessica Fischer, Simone Kohler und Julia Six. Robert Koch-Institut, Abt. für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung Berlin; Universität Padernborn, Fakultät für Naturwissenschaften. Bonn.

Mock, Silvia (2007): Health Impact Assessment versus Gesundheitsverträglichkeitsprüfung. Wie werden Gesundheitseffekte berücksichtigt? Herausgegeben von Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik. Linz.

Ohlbrecht, Heike (2010): Die Lebenswelten von Familie und Peers und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. In: Hackauf, Horst; Ohlbrecht, Heike (Hg.): Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Weinheim: Juventa-Verl. (Jugendforschung), S. 136-159.

Reif, Martin (2008): Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevante Lebensbereiche aus der Perspektive der OberösterreicherInnen. Institut für Gesundheitsplanung. Linz.

Rosenbrock, Rolf; Gerlinger, Thomas (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 1. Aufl. Bern: Huber (Verlag Hans Huber Programmbereich Gesundheit).

Thierno, Dallo (Hg.) (März 2010): Leitfaden für die Gesundheitsfolgenabschätzung in der Schweiz. Schweizer Plattform zur Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA-Plattform). Online verfügbar unter http://www.impactsante.ch/pdf/Guide_eis_allemand_2010_final_de_chез_final_6-4-10.pdf, zuletzt geprüft am 04.08.2010.

Titze, Sylvia; Dorner, Thomas E.; Ring-Dimitriou, Susanne (2010): Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Herausgegeben von Gesundheit Österreich GmbH Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich Bundesministerium für Gesundheit. Wien.

(2010): Der Europäische Gesundheitsbericht 2009. Gesundheit und Gesundheitssysteme. Herausgegeben von WHO Regional Office for Europe.

Kapitel 9 - Handlungsempfehlungen

Braun, Detlef: Rezension vom 09.04.2013 zu: Tilman Harlander, Gerd Kuhn, Wüstenrot Stiftung (Hg.): Soziale Mischung in der Stadt. Stuttgart 2012 In: socialnet Rezensionen, <http://www.socialnet.de/rezensionen/14716.php>, Datum des Zugriffs 08.07.2013.

Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie - BMVIT (2011): Kosteneffiziente Maßnahmen zur Förderung des Radverkehrs in Gemeinden; Wien

Donat, Martin (2011): Dicke Luft und marode Eisenbahnbrücke - Handel statt jammern! - Konkrete Vorschläge der Öö. Umweltschutzkommission zum Verkehrskorridor Linz-Nordwes. Hg. v. Land Oberösterreich. Linz (Landeskörrespondenz MeedienInfo). Online verfügbar unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xbcr/ooe/PK_Donat_25.11.2011_Internet.pdf, zuletzt aktualisiert am 10.08.2012, zuletzt geprüft am 09.07.2013.

Greater London Authority (2010): The London Health Inequalities Strategy. London. Online verfügbar unter <http://www.london.gov.uk/sites/default/files/LondonHealthInequalitiesStrategy.pdf>, zuletzt geprüft am 04.07.2013.

Grob, Daniel; Biedermann, Andreas; Martin-Diener, Eva (2009): Strukturelle Bewegungsförderung in der Gemeinde. Synthese des aktuellen Wissensstandes, Grundlagen für Handlungsempfehlungen. Hg. v. Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz. Online verfügbar unter http://www.suissebalance.ch/logicio/client/suissebalance/file/Grundlagen/Struk_Bewegungsforderung_PHS_def.pdf, zuletzt aktualisiert am 03.12.2009, zuletzt geprüft am 24.01.2013.

Land Oberösterreich (Hg.) (2013): Gesamtverkehrskonzept für den Großraum Linz. Stand: Februar 2013. Online verfügbar unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xbcr/ooe/Praesentation_GVK_GR-Linz.pdf, zuletzt aktualisiert am 25.03.2013, zuletzt geprüft am 09.07.2013.

Landeskorrespondenz Nr. 117 vom 20. Juni 2013: LH-Stv. Franz Hiesl, LR Ing. Reinhold Entholzer, LAbg. Johann Hingsamer, Vzbgm. MMag. Klaus Luger: Gesamtverkehrskonzept für den Großraum Linz: Aktueller Stand nächste Schritte“

Leitlinien für eine „Gesunde Stadt“ Berlin (2005). Online verfügbar unter http://www.gesundheitberlin.de/download/i_l05_06_23_leitlinien_gesunde_stadt_Berlin.pdf, zuletzt aktualisiert am 23.06.2005, zuletzt geprüft am 04.07.2013.

München, Landeshauptstadt; Redaktion (2013): Landeshauptstadt München - Thematische Leitlinien. Webmaster. Online verfügbar unter <http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Stadtplanung-und-Bauordnung/Stadtentwicklung/Perspektive-Muenchen/Thematische-Leitlinien.html>, zuletzt aktualisiert am 04.07.2013, zuletzt geprüft am 04.07.2013.

Planersocietät (Frehn, Geyer, Plate & Partner) & ISUP GmbH (Haase): Förderung des Rad- und Fußverkehrs. Ein Leitfaden für die kommunale Praxis in kleineren und mittleren Kommunen. Dortmund/Dresden 2000

Programms Projekts Urbains (hg.): Soziale Mischung und Quartierentwicklung: Anspruch versus Machbarkeit, Bern 2011

Trojan, Alf; Süß, Waldemar (2013): Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Leitbegriffe A - Z. Hg. v. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Online verfügbar unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=2180b5fd12d1d9ffd432d3d67445a05f&id=angebote&idx=112>, zuletzt aktualisiert am 07.05.2013, zuletzt geprüft am 07.05.2013.

Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (2010): Bewegungsförderung und aktives Leben im städtischen Umfeld. Die Rolle der Lokalverwaltung. Online verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/112403/E89498G.pdf, zuletzt aktualisiert am 14.04.2010, zuletzt geprüft am 11.02.2013.

World Health Organization (2012). World conference on social determinants of health: meeting report, Rio de Janeiro, Brazil, 19-21 October 2011. Geneva, zuletzt geprüft am 20.09.2012.



Institut für Gesundheitsplanung
Weißewolfstraße 5, 4020 Linz
Tel. 0732/784036

Mail: institut@gesundheitsplanung.at
Web: www.gesundheitsplanung.at

ISBN: 978-3-902487-16-2