xsundblieba
Gesundheitsland Vorarlberg
unser Land

Wie xsund ist Vorarlberg?

Landesgesundheitsbericht Vorarlberg 2022

Landesgesundheitsbericht Vorarlberg 2022 „Wie xsund ist Vorarlberg?“

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Amtes der Vorarlberger Landesregierung

Landesgesundheitsbericht Vorarlberg 2022

„Wie xsund ist Vorarlberg?“

Ergebnisbericht
Erstellt von der Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH

Autorinnen/Autor:

Petra Winkler
Jennifer Delcour
Gabriel Haintz

Unter Mitarbeit von:

Irene Schmutterer

Projektassistenz:

Alexandra Mayrhofer

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen / des Autors und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im März 2023
Im Auftrag des Amtes der Vorarlberger Landesregierung

Zitiervorschlag: Winkler, Petra; Delcour, Jennifer; Haintz, Gabriel (2023): Landesgesundheitsbericht Vorarlberg 2022. „Wie xsund ist Vorarlberg?“ Gesundheit Österreich, Wien

IMPRESSUM
Herausgeber und Medieninhaber:
Amt der Vorarlberger Landesregierung
Abteilung Sanitätsangelegenheiten
Landhaus, Römerstraße 15, 6901 Bregenz
Hersteller:
Amt der Vorarlberger Landesregierung
Abteilung Vermögensverwaltung
Landhaus, Römerstraße 15, 6901 Bregenz
Verlags- und Herstellungsort:
6900 Bregenz

Der Umwelt zuliebe:
Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Vorwort

Werte Vorarlbergerinnen und Vorarlberger,

nach 2010 liegt 2023 erstmals wieder ein neuer Gesundheitsbericht vor und bietet vertiefte Erkenntnisse zur Gesundheit der Vorarlberger Bevölkerung: 79 Prozent der Vorarlberger:innen beurteilen ihre Gesundheit als sehr gut oder gut, die Lebenserwartung und die Lebenszufriedenheit liegen erfreulicherweise über dem österreichischen Durchschnitt.

Gleichzeitig zeigt der Bericht großen Handlungsbedarf auf: Chronische Krankheiten haben stark zugenommen, die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen ist rückläufig, Übergewicht und Adipositas nehmen stark zu. Nur elf Prozent der Schüler:innen bewegen sich zumindest eine Stunde am Tag, und noch immer raucht ein Viertel der Bevölkerung täglich – wir liegen damit österreichweit im Spitzenfeld.

In unserer täglichen Arbeit verfolgen wir für die Vorarlberger Bevölkerung zwei übergeordnete Ziele: **mehr gesunde Lebensjahre** und eine **verlässliche hochwertige Versorgung**.

Dabei setzen wir verstärkt auf Public Health, also Gesundheitsförderung und Prävention. Wir bauen den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu einem Kompetenzzentrum für Public Health aus, eine neue Gesundheitsförderungs- und Vorsorgestrategie wird Handlungsfelder und Ziele konkretisieren bzw. die laufende Evaluierung bestehender und neuer Maßnahmen ermöglichen. Neue digitale Kanäle unterstützen uns dabei:

» Die Stärkung der eigenen Gesundheit und Gesundheitskompetenz soll Spaß machen: Die neue **App „vbewegt“** von vorarlberg ››bewegt hilft, gesünder und aktiver zu leben und bietet verschiedene Funktionen wie Kurzvideos, Tipps & Tricks für den Alltag, Aktivitäts-Tracking und viele spannende Challenges, bei denen Punkte gesammelt und attraktive Preise gewonnen werden können.
» In der **Vorarlberger Gesundheitsapp „Xsund“** werden direkte Kontakte zu Vorarlberger Gesundheitsdiensteanbietern mit Öffnungszeiten und Routenfunktion angeboten, alle Notrufnummern und Helplines übersichtlich angeführt und ebenfalls wertvolle Tipps zu Prävention und Versorgung angeboten wie beispielsweise ein persönlicher Vorsorge-Rechner.

Auch in Zukunft bedarf es eines starken Miteinanders im Gesundheitsbereich! Wir danken sowohl allen, die für die Vorarlberger Bevölkerung in diesem Sinne arbeiten, als auch allen Vorarlberger:innen, die aktiv etwas für ihre eigene Gesundheit tun, und wir hoffen, mit dem neuen Gesundheitsbericht eine interessante Grundlage mit aktuellen Daten und Fakten für die tägliche Arbeit anzubieten.

Viel Spaß beim Lesen und vor allem: Gute Gesundheit!

Martina Rüscher

Kurzfassung

Hintergrund/Aufgabenstellung/Fragestellung

Das Amt der Vorarlberger Landesregierung veröffentlicht mit dem vorliegenden Bericht den aktuellen Stand hinsichtlich der Gesundheit der Vorarlberger Bevölkerung. Es werden darin auch wesentliche Determinanten der Gesundheit sowohl auf der Verhaltens- als auch auf der Verhältnisebene aufgezeigt, und der Aspekt der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit wird beleuchtet. Dadurch wird die Bedeutung diverser Politikfelder für die Gesundheit aufgezeigt.

Methoden

Die Gliederung des Berichts orientiert sich an einem Modell, in dessen Kern ein umfassendes Verständnis von Gesundheit – einschließlich des Wohlbefindens sowie der Leistungs- und Handlungsfähigkeit – steht, wobei daran anschließend individuelle und dann verhältnisbezogene Determinanten abgebildet sind. Wichtigste Datenquellen sind die Todesursachenstatistik, die Österreichische Gesundheitsbefragung, die Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und die Krebsstatistik. Für die verhältnisbezogenen Determinanten werden zahlreiche weitere Statistiken herangezogen.

Der Bericht ist indikatorenorientiert aufgebaut, die Datenanalysen werden großteils grafisch aufbereitet und textlich kurz beschrieben. Sie werden vorzugsweise im zeitlichen Trend von 2010–2021 dargestellt, doch je nach Thematik und Datenverfügbarkeit wird davon auch abgewichen. Die Daten werden im Vergleich zum österreichischen Durchschnitt und/oder zur Bundesländer-Bandbreite dargestellt. Wo immer möglich, wird nach Geschlecht und Altersgruppen unterschieden sowie nach Bildung, Haushaltseinkommen und fallweise nach Migrationshintergrund stratifiziert. Im Kapitel zur Chancengerechtigkeit werden abschließend wesentliche Aspekte hinsichtlich Unterschieden nach Geschlecht und solchen nach sozioökonomischem Hintergrund zusammengefasst. Im Resümee ist der Kinder- und Jugendgesundheit ein eigener Abschnitt gewidmet.

Ergebnisse

Im Wesentlichen ist die Gesundheit der Vorarlberger Bevölkerung sehr gut. Die Lebenserwartung liegt in Vorarlberg über dem österreichischen Durchschnitt und steigt nach wie vor. Der allgemeine Gesundheitszustand wird besser beurteilt, wodurch auch die Lebenserwartung in guter oder sehr guter Gesundheit überdurchschnittlich ist. Entsprechend unterdurchschnittlich sind Einschränkungen im täglichen Leben, die Gesamtsterblichkeit und insbesondere die vorzeitige Sterblichkeit. Haupttodesursachen bei unter 70-Jährigen sind Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Verletzungen und Vergiftungen, wobei Letztere insbesondere bei Männern stark ins Gewicht fallen, weil sie oft auch in jungen Jahren zum Tod führen.

Ungeachtet des grundsätzlich sehr guten Gesamtergebnisses ist die Prävalenz chronischer Krankheiten im letzten Jahrzehnt doch deutlich gestiegen, 64 Prozent der Vorarlberger Bevölkerung haben zumindest eine chronische Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem, die meisten davon sind mit Bewegungsmangel und ungesunder Ernährung assoziiert. Myokardinfarkte sind eher rückläufig, die Krebsinzidenz hat sich seit 2010 wenig verändert. Anhand der Krankenstände sieht man vor allem einen Anstieg psychischer Erkrankungen.

Im Bereich der individuellen Determinanten der Gesundheit zeigen sich bedenkliche Entwicklungen hinsichtlich Übergewicht, beim Essverhalten (gemessen am Obst- und Gemüsekonsum) sowie beim Bewegungsverhalten (gemessen daran, wie viele Menschen die österreichischen Bewegungsempfehlungen erfüllen) – auch wenn sich einzelne Indikatoren in Vorarlberg besser darstellen als im österreichischen Durchschnitt. In Vorarlberg wird außerdem mehr geraucht als in allen anderen Bundesländern, wobei sich kein Trend zu Verringerung zeigt. Der Alkoholkonsum der erwachsenen Bevölkerung liegt eher unter dem österreichischen Durchschnitt.

Auch bei verhältnisbezogenen Determinanten zeichnet sich Handlungsbedarf ab. In Vorarlberg ist der Anteil armutsgefährdeter Menschen höher als in den meisten anderen Bundesländern, während das Bildungsniveau eher unter dem österreichischen Durchschnitt liegt. Letzteres hat sich allerdings im Beobachtungszeitraum deutlich verbessert. Die Erwerbstätigenquote ist in Vorarlberg höher als in allen anderen Bundesländern, und die Arbeitslosigkeit liegt unter dem Durchschnitt. Mit den sozialen Beziehungen ist die Vorarlberger Bevölkerung sehr zufrieden, und in Bezug auf die Luftqualität zeigen sich Verbesserungen in der Stickstoffdioxid- und Feinstaubbelastung. Allerdings steigt die Ozonbelastung wieder, und auch die Lärmbelastung ist vergleichsweise hoch. Drei Outcome-Indikatoren für das Vorarlberger Gesundheitswesen zeigen ein positives Bild: die potenziell vermeidbare Sterblichkeit, die 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt und auch die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall liegen allesamt unter dem österreichischen Durchschnitt.

Schlussfolgerungen/Empfehlungen/Diskussion

Der Gesundheitszustand der Vorarlberger Bevölkerung ist sehr gut, doch bei den Determinanten der Gesundheit – sowohl beim Verhalten als auch bei den Verhältnissen – zeichnen sich deutliche Handlungsbedarfe ab. Es ist zu erwarten, dass die überdurchschnittliche Gesundheit nur dann erhalten werden kann, wenn auf mehreren Ebenen effektive Maßnahmen gesetzt werden.

Schlüsselwörter

Gesundheitsbericht, Vorarlberg, Gesundheit, Determinanten der Gesundheit

Summary

Background/Subject/Research Question

With the present report, the Office of the Vorarlberg Provincial Government publishes the current status with regard to the health of the Vorarlberg population. It also highlights key determinants of health both at the behavioural and at the relationship level, and the aspect of health equity is illuminated. Thus, the importance of various policy fields for health is shown.

Methods

The structure of the report is based on a model that has at its core a comprehensive understanding of health – including well-being and the ability to perform and act – with individual and then relationship-related determinants subsequently being mapped. The most important data sources are the cause-of-death statistics, the Austrian Health Survey, the diagnosis and service documentation of Austrian hospitals and the cancer statistics. Numerous other statistics are used for the relationship-related determinants.

The report is structured according to indicators, the data analyses are largely presented graphically and briefly described in text. They are preferably presented in a time trend from 2010–2021, but depending on the topic and data availability, this is also deviated from. The data are presented in comparison with the Austrian average and/or the range of federal states. Wherever possible, a distinction is made between gender and age groups and stratified by education, household income and, in some cases, migratory background. Finally, the chapter on equity summarises key aspects with regard to differences by gender and socioeconomic background. In the summary, a separate section is devoted to child and adolescent health.

Results/Findings

Essentially, the health of the Vorarlberg population is very good. Life expectancy in Vorarlberg is above the Austrian average and is still rising. The general state of health is assessed as better, which means that life expectancy in good or very good health is also above average. Accordingly, limitations in daily life, overall mortality and especially premature mortality are below average. The main causes of death among the under-70s are cancer, cardiovascular diseases, injuries and poisonings, the latter being particularly significant among men because they often lead to death at a young age.

Regardless of the basically very good overall result, the prevalence of chronic diseases has nevertheless increased significantly in the last decade, 64 percent of the Vorarlberg population have at least one chronic disease or chronic health problem, most of which are associated with lack of exercise and unhealthy nutrition. Myocardial infarctions have tended to decline, and cancer incidence has changed little since 2010. On the basis of sickness rates, one sees above all an increase in mental illnesses.

In the area of individual determinants of health, there are worrying developments with regard to obesity, eating behaviour (measured by fruit and vegetable consumption) and physical activity behaviour (measured by how many people meet Austria's physical activity recommendations) – even if individual indicators in Vorarlberg are better than the Austrian average. Smoking is also higher in Vorarlberg than in all other provinces, with no trend toward reduction. Alcohol consumption among the adult population is rather below the Austrian average.

There is also a need for action with regard to ratio-related determinants. In Vorarlberg, the share of people at risk of poverty is higher than in most other provinces, while the level of education is rather below the Austrian average. The latter, however, has improved significantly during the observation period. The employment rate is higher in Vorarlberg than in all other provinces, and unemployment is below average. The population of Vorarlberg is very satisfied with social relations, and in terms of air quality, improvements can be seen in nitrogen dioxide and fine dust pollution. However, ozone pollution is rising again, and noise pollution is also comparatively high. Three outcome indicators for the Vorarlberg health care system show a positive picture: potentially avoidable mortality, 30-day mortality after acute myocardial infarction and also 30-day mortality after stroke are all below the Austrian average.

Discussion/Conclusion/Recommendations

The health status of the Vorarlberg population is very good, but there is a clear need for action in the determinants of health – both behaviour and circumstances. It is to be expected that the above-average health can only be maintained if effective measures are taken on several levels.

Keywords

health report, Vorarlberg, health, determinants of health

Inhalt

Vorwort V

Kurzfassung VII

Summary IX

Abbildungen XIII

Tabelle XVII

Abkürzungen XVIII

1 Einleitung 1
- 1.1 Ausgangslage und Ziel 1
- 1.2 Aufbau des Berichts 1
- 1.3 Datenquellen 4

2 Demografie 8
- 2.1 Bevölkerungsstand und -struktur 8
- 2.2 Bevölkerungsentwicklung 10

3 Gesundheitszustand 12
- 3.1 Lebenserwartung und gesunde Lebensjahre 12
- 3.2 Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand 15
- 3.3 Krankheiten und Beschwerden 17
  - 3.3.1 Mundgesundheit 17
  - 3.3.2 Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme 19
  - 3.3.3 Meldepflichtige Infektionskrankheiten 27
  - 3.3.4 Gesundheitsbedingte funktionale Einschränkungen der älteren Bevölkerung 30
  - 3.3.5 Krankenstände 33
- 3.4 Lebensqualität und Lebenszufriedenheit 34
- 3.5 Unfälle und Verletzungen 38
  - 3.5.1 Allgemein 38
  - 3.5.2 Straßenverkehrsunfälle 41
  - 3.5.3 Sturzbedingte Frakturen 42
- 3.6 (Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre 43
  - 3.6.1 Gesamtsterblichkeit 43
  - 3.6.2 Vorzeitige Sterblichkeit 46
  - 3.6.3 Suizid 49

4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten 52
- 4.1 Adipositas/Übergewicht 52
- 4.2 Bluthochdruck 54
- 4.3 Gesundheitsrelevantes Verhalten 55
  - 4.3.1 Ernährung 55
  - 4.3.2 Bewegung 57
  - 4.3.3 Tabak 61
  - 4.3.4 Alkohol 65
  - 4.3.5 Illegale Drogen 68

5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten ... 70
5.1 Materielle Lebensbedingungen ... 70
5.2 Bildung ... 74
5.2.1 Bildungsniveau ... 75
5.2.2 Frühe Ausbildungsabbrecher:innen ... 76
5.3 Arbeit und Beschäftigung ... 77
5.3.1 Erwerbsstatus ... 78
5.3.2 Arbeitslosigkeit ... 79
5.3.3 Arbeitsunfälle ... 81
5.4 Soziale Beziehungen und Netzwerke ... 83
5.4.1 Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen ... 84
5.4.2 Sozialkontakte ... 85
5.4.3 Soziale Unterstützung ... 85
5.4.4 Soziales Vertrauen ... 87
5.5 Umwelteinflüsse ... 88
5.5.1 Luftqualität ... 89
5.5.2 Lärmbelästigung ... 92
5.5.3 Kriminalität, Gewalt und Vandalismus ... 93
5.6 Frühe Kindheit ... 94

6 Ausgewählte Aspekte von Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung ... 100
6.1 Zentrale Strategien der Gesundheitsförderung ... 100
6.2 Vorsorgeuntersuchungen ... 101
6.3 Outcome Gesundheitsversorgung ... 102
6.3.1 Vorzeitige, vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit 102
6.3.2 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt ... 103
6.3.3 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall ... 104

7 Chancengerechtigkeit ... 106
7.1 Unterschiede nach Geschlecht / Genderperspektive ... 106
7.2 Unterschiede nach sozioökonomischer Situation ... 108

8 Resümee ... 110
8.1 Resümee der Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ... 110
8.2 Resümee der Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung ... 112

Literatur ... 115

Abbildungen

Abbildung 1.1: Determinanten der Gesundheit ... 2

Abbildung 2.1: Bevölkerung nach Altersgruppen in Vorarlberg und Österreich 2010 und 2021 ... 9

Abbildung 2.2: Bevölkerungsveränderung in Vorarlberg 2010–2021 ... 10

Abbildung 2.3: Bevölkerungsprognose für Vorarlberg bis 2060 nach Altersgruppen ... 11

Abbildung 3.1: Lebenserwartung bei der Geburt nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 2010–2021 ... 12

Abbildung 3.2: Fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren in Vorarlberg nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite 2010–2021 ... 13

Abbildung 3.3: Lebenserwartung und Lebenserwartung in guter bis sehr guter Gesundheit in Vorarlberg nach Geschlecht 1991, 1999, 2006, 2014 und 2019 ... 14

Abbildung 3.4: Sehr guter bis guter Gesundheitszustand nach Altersgruppen in Vorarlberg 2006/2007, 2014 und 2019 sowie in Österreich 2019 ... 15

Abbildung 3.5: Sehr guter bis guter Gesundheitszustand nach Bildung 2006/2007, 2014 und 2019 sowie nach Haushaltseinkommen 2019 in Vorarlberg 2019 ... 16

Abbildung 3.6: Ausgewählte chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Geschlecht in Vorarlberg 2019 ... 21

Abbildung 3.7: Ausgewählte chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Bildung und Einkommen in Vorarlberg 2019 ... 22

Abbildung 3.8: Akuter Myokardinfarkt und ischämischer Schlaganfall nach Geschlecht in Vorarlberg und im österreichischen Durchschnitt 2010–2021 ... 23

Abbildung 3.9: Krebsinzidenz in Vorarlberg nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite 2010–2020 ... 24

Abbildung 3.10: Krebsinzidenz nach Altersgruppen und Geschlecht in Vorarlberg im Durchschnitt der Jahre 2010–2020 ... 25

Abbildung 3.11: Krebsinzidenz für ausgewählte Lokalisationen bei Vorarlbergern 2005–2020 ... 26

Abbildung 3.12: Krebsinzidenz für ausgewählte Lokalisationen bei Vorarlbergerinnen 2005–2020 ... 26

Abbildung 3.13: Meldepflichtige Infektionskrankheiten in Vorarlberg im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite 2011–2021 ... 27

Abbildung 3.14: Verteilung der häufigsten meldepflichtigen Infektionskrankheiten in Vorarlberg im Durchschnitt der Jahre 2011–2021 ... 28

Abbildung 3.15: COVID-19-Neuerkrankungen, -Hospitalisierungen und -Todesfälle in Vorarlberg und Österreich 2020 und 2021 ... 29

Abbildung 3.16: Schwierigkeiten bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person in Vorarlberg nach Geschlecht 2019 ... 31

Abbildung 3.17: Schwierigkeiten bei Erledigung des Haushalts in Vorarlberg nach Geschlecht 2019 ... 32

Abbildung 3.18: Durchschnittliche Krankenstandsdauer in Tagen nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2010–2021 ... 34

Abbildung 3.19: Lebensqualität der Vorarlberger Bevölkerung nach Altersgruppen und Bereichen 2019 im Vergleich mit 2006/2007 ... 35

Abbildung 3.20: Lebensqualität der Vorarlberger Bevölkerung nach Bildung und Haushaltseinkommen 2019 ... 36

Abbildung 3.21: Sterblichkeit aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen in Vorarlberg nach Geschlecht im Bundesländervergleich 2010–2021 ... 38

Abbildung 3.22: Stationäre Aufenthalte aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen in Vorarlberg und im österreichischen Durchschnitt nach Geschlecht 2010–2021 ... 39

Abbildung 3.23: Stationäre Aufenthalte aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen nach Setting und Geschlecht in Vorarlberg 2010–2021 ... 40

Abbildung 3.24: Verletzte Personen bei Straßenverkehrsunfällen in Vorarlberg und Österreich nach Geschlecht 2012–2021 ... 41

Abbildung 3.25: Verletzte Personen bei Verkehrsunfällen in Vorarlberg und Österreich nach dem Grad der Verletzung im Durchschnitt der Jahre 2010–2015 und 2016–2021 ... 42

Abbildung 3.26: Pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens bei ab 60-Jährigen nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich sowie im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite 2010–2021 ... 43

Abbildung 3.27: Gesamtsterblichkeit in Vorarlberg nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite 2010–2021 ... 44

Abbildung 3.28: Sterblichkeit in Vorarlberg nach Geschlecht, Altersgruppen und den häufigsten Todesursachen im Durchschnitt der Jahre 2010–2021 ... 46

Abbildung 3.29: Sterblichkeit der unter 70-jährigen Vorarlberger:innen nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite 2010–2021 ... 47

Abbildung 3.30: (Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre von Vorarlbergerinnen nach Haupttodesursachen in Prozent 2020 und 2021 ... 48

Abbildung 3.31: (Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre von Vorarlbergern nach Haupttodesursachen in Prozent 2020 und 2021 ... 49

Abbildung 3.32: Suizidrate Vorarlberg nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite 2010–2021 ... 50

Abbildung 3.33: Suizidrate in Vorarlberg nach Altersgruppen und Geschlecht, Durchschnitt der Jahre 2010–2021 ... 51

Abbildung 4.1: Übergewicht und Adipositas nach Altersgruppen 2006/2007, 2014 und 2019 in Vorarlberg sowie nach Geschlecht 2019 im Vergleich mit Österreich ... 52

Abbildung 4.2: Übergewicht und Adipositas bei Personen ab 30 Jahren nach Bildung 2006/2007, 2014 und 2019 sowie nach Haushaltseinkommen 2019 in Vorarlberg 53

Abbildung 4.3: Bluthochdruck nach Altersgruppen 2006/2007, 2014 und 2019 in Vorarlberg sowie nach Geschlecht 2019 im Vergleich mit Österreich 54

Abbildung 4.4: Bluthochdruck bei Personen ab 30 Jahren nach Bildung 2006/2007, 2014 und 2019 sowie nach Haushaltseinkommen 2019 in Vorarlberg 55

Abbildung 4.5: Obst- und/oder Gemüsekonsum nach Altersgruppen 2014 und 2019 in Vorarlberg sowie nach Geschlecht 2019 im Vergleich mit Österreich 56

Abbildung 4.6: Täglicher Obst- und Gemüsekonsum bei Personen ab 30 Jahren nach Bildung 2014 und 2019 sowie nach Haushaltseinkommen 2019 in Vorarlberg 57

Abbildung 4.7: Erfüllung der Bewegungsempfehlungen nach Altersgruppen 2014 und 2019 in Vorarlberg sowie nach Geschlecht 2019 im Vergleich mit Österreich 59

Abbildung 4.8: Bewegungsverhalten im Alltag* nach Altersgruppen in Vorarlberg 2014 und 2019 .. 60

Abbildung 4.9: Erfüllung der Bewegungsempfehlungen (HEPA und MSPA) bei Personen ab 30 Jahren nach Bildung 2014 und 2019 sowie nach Haushaltseinkommen 2019 in Vorarlberg 61

Abbildung 4.10: Raucherstatus nach Altersgruppen 2014 und 2019 in Vorarlberg sowie nach Geschlecht 2019 im Vergleich mit Österreich 62

Abbildung 4.11: Passivrauchexposition nach Altersgruppen 2014 und 2019 in Vorarlberg sowie nach Geschlecht 2019 im Vergleich mit Österreich 64

Abbildung 4.12: Täglich Rauchende ab 30 Jahren nach Bildung in Vorarlberg 2006/2007, 2014 und 2019 65

Abbildung 4.13: Alkoholkonsum nach Altersgruppen 2014 und 2019 in Vorarlberg sowie nach Geschlecht 2019 im Vergleich mit Österreich 66

Abbildung 4.14: Alkoholkonsum an mehr als fünf Tagen pro Woche bei Personen ab 30 Jahren nach Bildung und Haushaltseinkommen in Vorarlberg 2019 67

Abbildung 4.15: Stationäre Patientinnen und Patienten mit ausgewählten drogenassoziierten Diagnosen* in Vorarlberg im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite 2010-2021 69

Abbildung 5.1: Armutsindikatoren in Vorarlberg im Vergleich mit Österreich – Dreijahresdurchschnitte 2008–2020 70

Abbildung 5.2: Armutsgefährdung nach Altersgruppen in den Dreijahresdurchschnitten 2013–2015 und 2018–2020 in Vorarlberg sowie nach Geschlecht 2018–2020 im Vergleich mit Österreich 71

Abbildung 5.3: Armutsgefährdung, materielle Deprivation sowie Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung bei ab 30-Jährigen nach Bildung und Geschlecht in Vorarlberg – Dreijahresdurchschnitt 2018–2020 73

Abbildung 5.4: Bildungsstand der Vorarlberger Bevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren nach Geschlecht im Vergleich mit Österreich 2008 und 2020 ... 76

Abbildung 5.5: Frühe Ausbildungsabbrecher:innen im Alter von 15 bis 17 Jahren nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2009–2019 ... 77

Abbildung 5.6: Arbeitslosenquote bei 15- bis 64-Jährigen nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2008–2021 ... 80

Abbildung 5.7: Jugendarbeitslosigkeit (15- bis 24-Jährige) nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2008–2021 ... 81

Abbildung 5.8: Arbeits- und Wegunfälle der Vorarlberger Bevölkerung nach Geschlecht 2000–2021 ... 82

Abbildung 5.9: Arbeits- und Wegunfälle in Vorarlberg im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite 2005–2021 ... 83

Abbildung 5.10: Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen 2006/2007, 2014 und 2019 in Vorarlberg sowie nach Geschlecht 2019 im Vergleich mit Österreich ... 84

Abbildung 5.11: Ausmaß sozialer Unterstützung nach Altersgruppen 2014 und 2019 in Vorarlberg sowie nach Geschlecht 2019 im Vergleich mit Österreich ... 86

Abbildung 5.12: Soziales Vertrauen der über 30-Jährigen nach Bildung in Vorarlberg 2014 und 2018 ... 88

Abbildung 5.13: Säuglingssterblichkeit in Vorarlberg sowie in Österreich und im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite, 1970–2021 ... 95

Abbildung 5.14: Frühgeborene und geringes Geburtsgewicht in Vorarlberg sowie in Österreich und im Bundesländervergleich, 2005–2021 ... 96

Abbildung 5.15: Kaiserschnittrate in Vorarlberg sowie in Österreich und im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite 1995–2021 ... 97

Abbildung 5.16: Teenagermütter und über 40-jährige Mütter in Vorarlberg sowie in Österreich und im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite 2005–2021 ... 98

Abbildung 6.1: Inanspruchnahme allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen in Vorarlberg im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 2010–2021 ... 101

Abbildung 6.2 Vom Gesundheitssystem potenziell vermeidbare Sterblichkeit nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2010–2021 ... 103

Abbildung 6.3: 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt in Vorarlberger Akutkrankenhäusern nach Geschlecht und im Vergleich mit Österreich 2010–2021 ... 104

Abbildung 6.4: 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall in Vorarlberger Akutkrankenhäusern nach Geschlecht und im Vergleich mit Österreich 2010–2021 ... 105

Tabelle

Tabelle 5.1: Bevölkerung in Vorarlberg nach dem Erwerbsstatus* und Geschlecht – Jahresdurchschnitt über alle Wochen 2021 78

Abkürzungen

ADL	activities of daily living
AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
AHS	allgemeinbildende höhere Schule
AMS	Arbeitsmarktservice
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
BaP	Benzo(a)pyren
BL	Bundesländer
BHS/BMS	berufsbildende höhere/mittlere Schule
COPD	chronic obstructive pulmonary disease / chronisch obstruktive Lungenerkrankung
CPI	Community Periodontal Index
DCO	death certificate only
EFTA	Europäische Freihandelsassoziation (European Free Trade Association)
EMS	Epidemiologisches Meldesystem
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
ESS	European Social Survey
EW	Einwohner:innen
EU	Europäische Union
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HEPA	health-enhancing physical activity
HiAP	Health in All Policies
IADL	instrumental activities of daily living
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IG-L	Immissionsschutzgesetz-Luft
ILO	International Labour Organization
LR^{in}	Landesrätin
MS	Mittelschule
MSPA	muscle strengthening physical activity
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
p. a.	per annum
PKW	Personenkraftwagen
PTS	polytechnische Schule
SILC	Statistics on Income and Living Conditions
TBC	Tuberkulose
VOC	volatile organic compounds (flüchtige organische Verbindungen)
WHA	World Health Assembly
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WHOQOL-BREF	Fragebogen der WHO zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage und Ziel

Das Amt der Vorarlberger Landesregierung veröffentlicht mit dem vorliegenden Bericht wieder einen aktuellen Stand hinsichtlich der Gesundheit der Vorarlberger Bevölkerung. Der Bericht stellt nicht nur eine Aktualisierung der Daten aus dem letzten Gesundheitsbericht im Jahr 2009 dar, sondern ergänzt diesen auch um wesentliche Aspekte zwischenzeitlicher genereller Entwicklungen in der Gesundheitsberichterstattung. Dies betrifft insbesondere den verstärkten Blick auf die Gesundheitsdeterminanten und die gesundheitliche Chancengerechtigkeit. Dadurch werden Zusammenhänge zwischen Gesundheit und diversen Politikfeldern aufgezeigt und im Sinne einer Health-in-All-Policies-Politik möglicherweise Impulse für eine Zusammenarbeit gesetzt.

Der Bericht richtet sich insbesondere an die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger:innen der Vorarlberger Landesregierung, weil er im Sinne des Public-Health-Action-Cycles die Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen darstellen soll. Deren Wirkung wiederum wird im Idealfall nach einer gewissen Zeit der Umsetzung in einem neuerlichen Gesundheitsbericht überprüft. Der Gesundheitsbericht adressiert aber auch andere Fachpersonen aus Einrichtungen im Gesundheitswesen sowie Entscheidungsträger:innen und Institutionen außerhalb des Gesundheitsbereichs, deren Zusammenhänge mit Gesundheit hier aufgezeigt werden. Die Daten werden vor allem grafisch aufbereitet, wodurch nicht zuletzt eine interessierte Öffentlichkeit angesprochen werden soll.

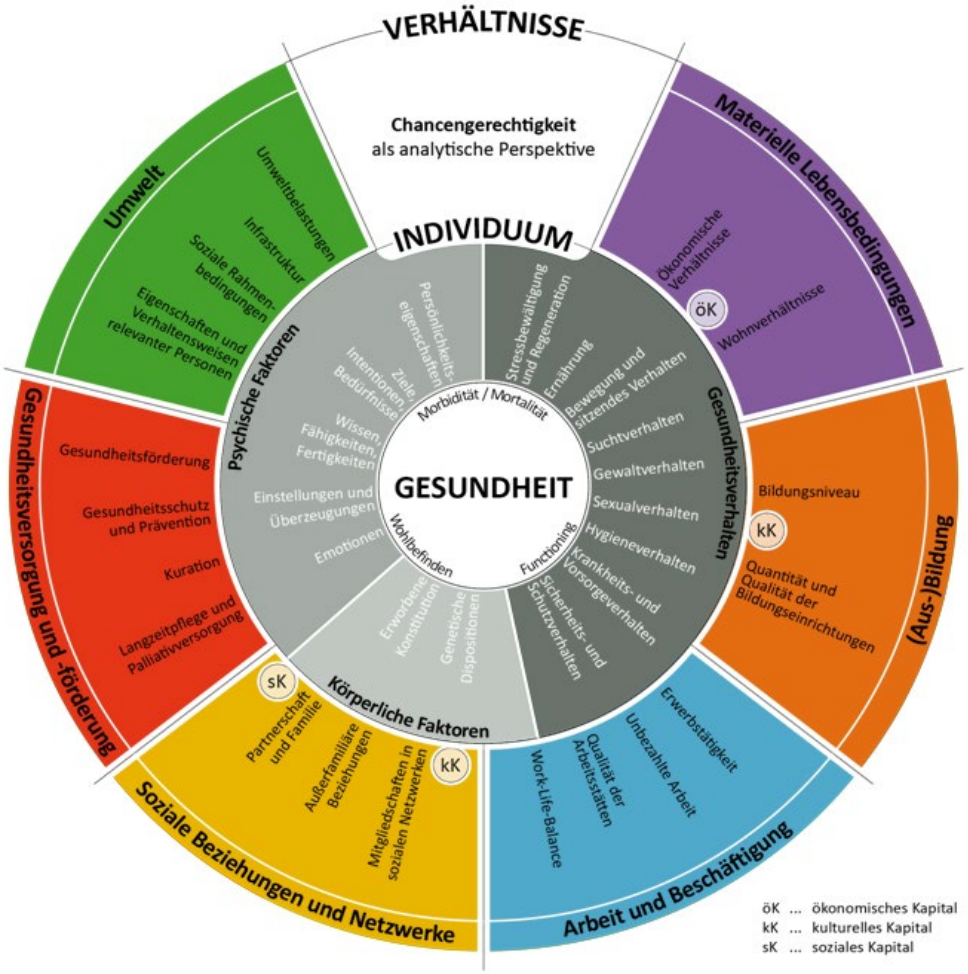
1.2 Aufbau des Berichts

Die Gliederung des Berichts orientiert sich an folgendem an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) entwickelten Modell zur Beobachtung der Gesundheit der Bevölkerung und ihrer Determinanten (vgl. Abbildung 1.1). Gemäß diesem Modell wird in Anlehnung an die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und weiterführende Arbeiten (vgl. Becker 2006; WHO 1946) unter **Gesundheit** das

- Freisein von körperlichen und/oder psychischen Krankheiten und Beschwerden,
- uneingeschränkte Leistungs- und Handlungsfähigkeit (im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Ge-sundheit vgl. WHO 2005) und
- umfassendes Wohlbefinden (körperlich, psychisch und sozial)

verstanden. Dies bildet den innersten Kreis des Modells, und diesem Gesundheitsbegriff entsprechend werden im vorliegenden Gesundheitsbericht Aspekte aller drei Bereiche beleuchtet. Das Modell unterscheidet zwischen individuellen und verhältnisbezogenen (gesellschaftlichen) Gesundheitsdeterminanten, erstere im mittleren grauen Ring des Modells und letztere im äußeren, bunten Ring durch sechs Themenfelder abgebildet.

Abbildung 1.1:
Determinanten der Gesundheit



Quelle: Griebler/Winkler (2015)

Auf Ebene der **individuellen Determinanten** wird zwischen körperlichen und psychischen Faktoren sowie gesundheitsrelevantem Verhalten, das auch Risiko- und Vorsorgeverhalten sowie das Verhalten bei Krankheit inkludiert, unterschieden. In Summe können diese Verhaltensweisen als Lebensstil interpretiert werden (Siegrist 2003), geprägt von individuellen (z. B. Einstellungen und Überzeugungen) und gesellschaftlichen Faktoren (Blaxter 1990; Cockerham 2005). Die individuellen Determinanten stehen in komplexen Wechselwirkungen zueinander und beeinflussen die Gesundheit mehrheitlich direkt (Griebler/Dür 2009).

Auch die im Modell dargestellten **verhältnisbezogenen Determinanten** der Gesundheit wirken auf- und untereinander sowie entweder direkt (im Sinne einer Exposition) oder indirekt (d. h. über individuelle Faktoren) auf die Gesundheit. Es handelt sich dabei um

- materielle Lebensbedingungen (ökonomische Verhältnisse, Wohnverhältnisse),
- (Aus-)Bildung (Bildungsniveau, Quantität und Qualität der Bildungseinrichtungen),
- Arbeit und Beschäftigung, Arbeitslosigkeit, unbezahlte Arbeit und diverse damit verbundene Teilaspekte wie Mehrfachbelastung, Qualität der Arbeitsstätten oder Work-Life-Balance,
- soziale Beziehungen und Netzwerke (Partnerschaft, Familie, außerfamiliäre Beziehungen, Mitgliedschaften in sozialen Netzwerken),
- Gesundheitsversorgung und -förderung (Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Langzeitpflege und Palliativversorgung) sowie
- Umwelt (Umweltbelastungen, Infrastruktur, soziale Rahmenbedingungen).

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

Das Thema Chancengerechtigkeit gewinnt vor dem Hintergrund wachsender sozioökonomischer Unterschiede und der Erkenntnis, dass von den Erfolgen der Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte sozioökonomisch Benachteiligte weniger oder kaum profitieren (Klein et al. 2015), gesundheitspolitisch zusehends an Bedeutung. Das Thema wird im Modell gemäß Abbildung 1.1 adressiert, indem alle Indikatoren nach Möglichkeit nach bestimmten sozioökonomischen Kriterien stratifiziert werden, etwa nach Haushaltseinkommen, Bildung, Geschlecht und Migrationshintergrund. Trotz der Systematik des Modells gibt es verschiedene Optionen, ein Thema zuzuordnen. Beispielsweise kann die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen den individuellen Verhaltensweisen oder dem Themenfeld „Gesundheitsversorgung und -förderung“ subsumiert werden. Das Modell stellt den Versuch dar, die Determinanten der Gesundheit systematisch und sehr umfassend darzustellen. Nicht für alle Determinanten gibt es Daten, und selbst bei deren Verfügbarkeit muss im Rahmen eines Gesundheitsberichts eine Auswahl getroffen werden.

Der vorliegende Vorarlberger Gesundheitsbericht gliedert sich, in Anlehnung an das beschriebene Modell, in folgende fünf zentrale Kapitel:

- Demografie
- Gesundheitszustand
- Individuelle Gesundheitsdeterminanten
- Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten
- Ausgewählte Aspekte von Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung

Unter Demografie (Kapitel 2) wird die Vorarlberger Bevölkerungsstruktur und -entwicklung inklusive einer Prognose beschrieben. Der Gesundheitszustand (Kapitel 3) wird über die Lebenserwartung und Sterblichkeit, die selbsteingeschätzte Gesundheit und Lebensqualität, über Krankheiten und Beschwerden sowie über die Leistungs- und Handlungsfähigkeit abgebildet. Im Bereich der individuellen Gesundheitsdeterminanten (Kapitel 4) gibt es vor allem bei den psychischen Faktoren große Datendefizite, sodass sich der Inhalt – abgesehen von einigen körperlichen Faktoren – auf zentrale Indikatoren des Gesundheitsverhaltens (Ernährung, Bewegung,

Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum) beschränkt. Die verhältnisbezogenen Determinanten (Kapitel 5) werden auf Basis des beschriebenen Modells in materielle Lebensbedingungen, (Aus-)Bildung, Arbeit und Beschäftigung, soziale Beziehungen und Netzwerke sowie Umwelteinflüsse gegliedert. Auch der Bereich Gesundheitsversorgung und -förderung (Kapitel 6) ist (gemäß dem beschriebenen Modell) als Verhältnisdeterminante zu sehen. Er liegt jedoch überwiegend im Wirkungsbereich des Gesundheitsressorts und wird deshalb in einem eigenen Kapitel dargestellt. Aufgrund der thematischen Zuständigkeit von LR^in Rüscher werden im Bereich der Versorgung allerdings lediglich einige ausgewählte Outcome-Indikatoren aus der Kuration thematisiert – in Anlehnung an die Outcome-Messung der Zielsteuerung-Gesundheit auf Bundesebene (Kapitel 6.3).

Bei der Analyse der einzelnen Aspekte und Determinanten der Gesundheit wird nach Möglichkeit nach Geschlecht und Altersgruppen unterschieden. Die drei Stratifizierungsmöglichkeiten Bildung, Haushaltseinkommen und Migrationshintergrund – untereinander in enger Wechselwirkung und wichtige Kennzahlen für die sozioökonomische Situation – werden, wenn möglich, pro Indikator ausgewertet und im Kapitel 7, **Chancengerechtigkeit,** zusammenfassend dargestellt. Das abschließende Resümee (Kapitel 8) wirft einen eigenen Blick auf die **Kinder- und Jugendgesundheit,** die vor dem Hintergrund, dass sich Gesundheit und gesundheitsrelevantes Verhalten in der Kindheit auf das gesamte Erwachsenenleben auswirken, für Gesundheitspolitik immer eine besondere Rolle spielen sollte. Dies ist auch im Zusammenhang mit dem Vorarlberger Motto „Vorarlberg lässt kein Kind zurück“ wichtig.

Die Indikatoren werden nach Möglichkeit in einem zeitlichen Trend dargestellt. Der Beobachtungszeitraum umfasst im Wesentlichen die letzten zwölf verfügbaren Jahre 2010–2021, doch je nach Thematik und Datenverfügbarkeit können Abweichungen davon nötig oder sinnvoll sein. Die Daten werden im Vergleich zum österreichischen Durchschnitt und/oder zur Bundesländerbandbreite (Maximal- und Minimalwert der neun Bundesländer) dargestellt.

Der Bericht ist indikatorenorientiert aufgebaut und verzichtet auf jegliche Prosa. Lediglich bei den Determinanten der Gesundheit wird einleitend ihr Zusammenhang mit der Gesundheit dargestellt. Die Datenanalysen werden großteils grafisch aufbereitet und textlich kurz beschrieben. Wichtige Informationen zu Definitionen und Datenquellen sowie deren Limitationen finden sich in grau hinterlegten Boxen. Bei Befragungs- bzw. Stichprobenergebnissen wird nur auf signifikante Ergebnisse eingegangen. Altersstandardisierte Ergebnisse beziehen sich – sofern nicht anders erwähnt – auf die Europa-Bevölkerung 2013.

1.3 Datenquellen

Der vorliegende Gesundheitsbericht verwendet eine Vielzahl von Quellen und Statistiken. Die wichtigsten werden in Bezug auf ihre Qualität und Vollständigkeit sowie die Verlässlichkeit der hier verwendeten Daten kurz dargestellt. Die Datenbereitstellerin ist mit wenigen Ausnahmen die Statistik Austria, viele Quellen können online genutzt werden.

1. Die **Bevölkerungsstatistik** / Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung basiert auf den Meldungen des Zentralen Melderegisters (ZMR) mit Stichtag 1. Jänner in vielfacher Gliederungstiefe. Es sind darin alle Personen erfasst, die am jeweiligen Stichtag mehr als 90 Tage mit Hauptwohnsitz in Österreich gemeldet sind. Der Migrationshintergrund ist definiert als „Person ist im Ausland geboren“ oder „beide Elternteile sind im Ausland geboren“, wobei sehr detailliert nach Herkunftsländern unterschieden wird. Die Bevölkerungsstatistik stellt die Grundlage für die Berechnung der meisten Gesundheitsindikatoren und standardisierten Raten dar.
2. Die **Todesursachenstatistik** liefert Informationen zu den Todesursachen aller in Österreich verstorbenen Personen. Seit dem Jahr 2009 werden dort auch im Ausland Verstorbene mit Wohnsitz in Österreich erfasst. Es handelt sich um eine medizinisch dokumentierte Vollerhebung, stratifiziert u. a. nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Haupttodesursache. Sie ist die Grundlage für die Berechnung von Mortalität und Lebenserwartung. Die Daten stammen aus der Auswertung der ärztlichen Todesbescheinigungen. Bei hochaltrigen Menschen kann es sein, dass vermehrt nicht nach der Todesursache geforscht wird, sondern eine Herz-Kreislauf-Erkrankung angegeben wird. Eine sinkende Obduktionsrate könnte – gemäß der Statistik Austria – zu Qualitätsverlusten führen bzw. geführt haben.
3. In der **Diagnosen- und Leistungsdokumentation** (DLD) der österreichischen Krankenanstalten werden von allen stationären Aufenthalten neben individuellen Merkmalen wie Alter, Geschlecht und Wohnort Haupt- und Nebendiagnosen nach ICD-10 sowie medizinische Einzelleistungen erfasst. Die Validität ist sehr hoch, doch in Bezug auf Inzidenz oder Prävalenz nur bei Krankheiten aussagekräftig, aufgrund deren ein stationärer Aufenthalt nötig ist. Es sind auch Verzerrungen durch hohe Krankenhausmorbidität in Regionen mit hoher Bettendichte oder durch bestimmte Anreize des Krankenhausfinanzierungssystems möglich. Im vorliegenden Bericht wird die DLD insbesondere für die Themen Myokardinfarkt, Schlaganfall, Stürze, stationär zu behandelnde Verletzungen und drogenassoziierte Spitalsaufenthalte herangezogen.
4. Die **Krebsstatistik** ist Grundlage für die Berechnung der Krebsinzidenz (ICD-10: C00–C96 ohne C44). Sie erfasst Krebsneuerkrankungen aller Personen mit Wohnsitz in Österreich, die eine Behandlung in Österreich erfahren haben oder ursächlich an einer Krebserkrankung verstorben sind (maligne invasive Fälle und DCO-Fälle) nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Tumorlokalisation. In vier Bundesländern (Vorarlberg, Tirol, Salzburg und Kärnten) bestehen regionale Krebsregister. Unter anderem deshalb sind Validität und Vollständigkeit regional und zeitlich sehr unterschiedlich. Ein Abgleich mit der Todesursachenstatistik verbessert die Datenqualität, hat aber zur Folge, dass die Krebsstatistik regelmäßig rückwirkend revidiert wird. Im vorliegenden Bericht sind die häufigsten und die durch Prävention gut adressierbaren Krebslokalisationen dargestellt.
5. Die Statistik Austria führt alle fünf Jahre eine umfassende **Gesundheitsbefragung** (ATHIS) durch, die auf einer europäischen Gesundheitsbefragung beruht, welche einen zusätzlichen nationalen Teil enthält. Die Stichprobe umfasst rund 15.000 über 15-jährige Personen in Österreich. Themen dieser Befragungen sind Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Seit 2014 werden die Interviewpartner:innen auch hinsichtlich einiger gesundheitlicher Aspekte der im Haushalt lebenden Kinder befragt. Die Art der Befragung ist nicht konsistent, wodurch zeitliche Vergleiche bei manchen Fragen etwas schwieriger zu interpretieren sind. Zuletzt, im Jahr 2019, wurde die

Befragung anhand persönlicher Interviews durchgeführt, im Jahr 2014 fand sie telefonisch statt, ergänzt um einen schriftlichen Fragebogen. Der ATHIS ist eine Komponente der Berechnung der Lebenserwartung in Gesundheit und wird im vorliegenden Bericht für zahlreiche Indikatoren des Gesundheitszustands und insbesondere für individuelle Verhaltensweisen, aber auch für verhältnisbezogene Determinanten herangezogen. Der ATHIS ist eine wichtige Quelle für die Herstellung eines Bezugs zwischen Gesundheit und sozioökonomischer Situation.

6. Die **HBSC-Studie** ist die größte europäische Kinder- und Jugendgesundheitsstudie und zählt sowohl in Österreich als auch in Europa zu den wichtigsten Informationsquellen bezüglich des Gesundheitszustands sowie des Gesundheits- und Risikoverhaltens von Kindern und Jugendlichen. Sie wird im Vierjahresrhythmus durchgeführt und basiert auf einem Fragebogen, den Schüler:innen der 5., 7., 9. und 11. Schulstufe selbst ausfüllen. Schulen stellen sich freiwillig zur Verfügung, ausgenommen sind sonder- und heilpädagogische Einrichtungen sowie Berufsschulen. 2021/22 nahmen österreichweit rund 7.100 Schüler:innen daran teil, in Vorarlberg waren es 300 mit einer sehr ungleichen Verteilung nach Altersstufen und Geschlecht. Insbesondere die 11- und 13-jährigen Vorarlberger Kinder waren in sehr geringer Anzahl (nur 34) vertreten, sodass Aussagen nach Altersgruppen nicht sinnvoll sind und je nach Fragestellung auch in der Gesamtsumme Einschränkungen auftreten können. HBSC-Daten – verwendet im Abschnitt zu gesundheitsrelevantem Verhalten – werden deshalb sehr kurz auf Bundesebene berichtet und nur in einer Gesamtsumme den Daten aus Vorarlberg gegenübergestellt. Die HBSC-Studie wird in Österreich derzeit vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMSGPK) in Auftrag gegeben und in ihrer Umsetzung vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF) unterstützt.
7. **EU-SILC** ist eine standardisierte jährliche Erhebung der Lebensbedingungen von Privathaushalten in der gesamten Europäischen Union einschließlich einiger weiterer Länder wie Norwegen, Türkei und Schweiz. Von besonderem Interesse sind dabei die Beschäftigungssituation und das Einkommen der Haushaltsmitglieder, die Ausstattung der Haushalte, die Wohnsituation einschließlich der Ausgaben für das Wohnen, aber auch Bildung, Gesundheit und Zufriedenheit. Aus diesen Angaben können Schlüsse über die Lebensbedingungen verschiedener Bevölkerungsgruppen, über Armut und soziale Ausgrenzung gezogen werden. SILC ist eine für Österreich repräsentative Stichprobenerhebung, in der rund 6.000 Haushalte mit rund 14.000 Personen erfasst werden. Die Erhebung erfolgt in Form einer Kombination aus persönlichen und telefonischen Interviews. Für Aussagen auf Ebene von Bundesländern muss ein Drei-Jahres-Durchschnitt gebildet werden. Im vorliegenden Bericht ist SILC die Basis für das Kapitel zu den materiellen Lebensbedingungen.
8. Die **Statistik der Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden** wird von der Statistik Austria auf Basis täglicher Meldungen des Bundesministeriums für Inneres aller Unfälle auf österreichischem Staatsgebiet geführt. Es werden darin Alter, Geschlecht, Wohn- und Unfallort sowie Grad der Verletzung und Art der Beteiligung dokumentiert. Es wird auch erfasst, ob alkoholisierte Personen beteiligt waren.
9. Die **Geburtenstatistik,** geführt von der Statistik Austria, basiert auf Meldungen aus dem Zentralen Personenstandsregister sowie Daten von Krankenanstalten und frei praktizierenden Hebammen über medizinische und soziale Merkmale von Geburten. Seit 2015 werden

auch alle Geburten von Müttern mit österreichischer Staatsangehörigkeit und mit Hauptwohnsitz in Österreich erfasst, die sich im Ausland ereignet haben. Die Daten werden nach dem Wohnort der Mutter veröffentlicht. Abschnitt 5.6 des vorliegenden Berichts beruht im Wesentlichen auf dieser Statistik.

10. Das **Bildungsstandregister** erfasst formale Bildungsabschlüsse der österreichischen Wohnbevölkerung im Alter ab 15 Jahren und weist den jeweils höchsten Abschluss aus. Erstmals wurden Daten dafür im Rahmen der Volkszählung 2001 erfasst, das Register wird jährlich aktualisiert. **Frühe Ausbildungsabbrecher:innen** (FABA) sind Personen im Alter von 15 bis 17 Jahren, die zum Stichtag 31. 10. des jeweiligen Jahres einen Hauptwohnsitz in Österreich haben, keine Ausbildung absolvieren, keine Pension beziehen und höchstens einen Pflichtschulabschluss besitzen. Es handelt sich dabei um eine Annäherung an die internationale Definition der „early school leavers“ (verwendet in Abschnitt 5.2).

Generell ist festzustellen, dass in Österreich zur Beschreibung von Mortalität und „stationärer Morbidität“ recht zuverlässige Datengrundlagen zur Verfügung stehen, dass jedoch in Bezug auf die „ambulante Morbidität“ ein erhebliches Datendefizit besteht.

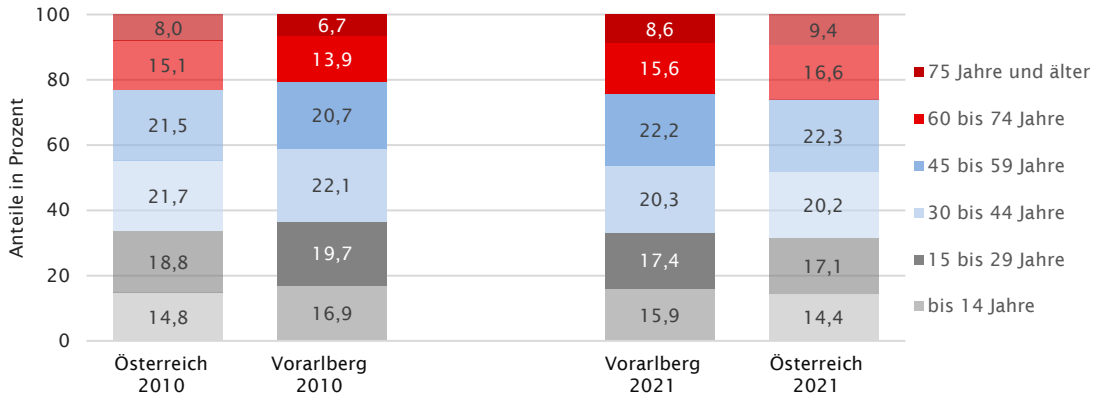
2 Demografie

2.1 Bevölkerungsstand und -struktur

Im Jahr 2022 lebten in Vorarlberg knapp mehr als 400.000 Menschen (Jahresdurchschnittswert). Gemessen an der Zahl der Einwohner:innen (EW), ist Vorarlberg das zweitkleinste Bundesland. Der Anteil nach Geschlecht hält sich etwa die Waage (50,3 % weiblich, 49,7 % männlich), womit Vorarlberg etwa dem österreichischen Durchschnitt entspricht. Da die Lebenserwartung von Frauen deutlich höher ist als jene von Männern (vgl. Abschnitt 3.1**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**), liegt dieses ausgewogene Verhältnis daran, dass mehr Buben geboren werden. Im Jahr 2021 waren 51,4 % der bis 14-Jährigen männlich, erst ab der Altersgruppe ab 60 Jahren ist der Frauenanteil höher.

Die **Jugendquote** – der Anteil der bis 14-Jährigen im Vergleich zu den 15- bis 59-Jährigen – betrug im Jahr 2021 in Vorarlberg 26,6 Prozent (Österreich knapp 24 %). Die Jugendquote sank seit dem Babyboom der 1970er-Jahre (von mehr als 50 % in Vorarlberg) deutlich bis Anfang der 1990er-Jahre (auf 32 %), dann nochmal moderat bis 2011 (27 %) und ist seither weitgehend konstant. Die **Altersquote** beschreibt wiederum den Anteil der über 60-Jährigen im Vergleich zu den 15- bis 59-Jährigen. Sie betrug im Jahr 2021 in Vorarlberg 40,4 Prozent (Österreich 43,7 %), während sie im Jahr 2010 noch knapp 33 Prozent betragen hatte. Die Vorarlberger Bevölkerung ist somit etwas jünger als die Bevölkerung im österreichischen Durchschnitt, was sich auch in Abbildung 2.1 zeigt. Die Jugend- und Altersquote zeichnen im zeitlichen Vergleich ein gutes Bild einer insgesamt alternden Gesellschaft. Dieser Trend lässt sich in ganz Österreich beobachten. Abbildung 2.1 zeigt die Altersverteilung etwas detaillierter, und zwar im Vergleich zu Gesamtösterreich und zum Jahr 2010. Das Durchschnittsalter der Vorarlberger Bevölkerung beträgt rund 41,5 Jahre (Frauen: 42,6 Jahre; Männer: 40,4 Jahre) und ist seit 2010 um 2,5 Jahre gestiegen. Im Bundesländervergleich weist Vorarlberg (nach Wien) die zweitjüngste Bevölkerung auf.

Abbildung 2.1:
Bevölkerung nach Altersgruppen in Vorarlberg und Österreich 2010 und 2021



Quelle: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes; Berechnung und Darstellung: GÖG

Seit dem Jahr 2018 haben – mit Anerkennung des dritten Geschlechts – auch intersexuelle Menschen das Recht auf eine entsprechende Eintragung im Personenstandsregister oder in Urkunden. All jene Österreicher:innen, deren biologisches Geschlecht nicht eindeutig „männlich“ oder „weiblich“ ist, haben die Option, „inter“, „divers“, „offen“ oder seit 2020 „keinen Eintrag“ zu wählen. Meldungen dazu werden erfasst, aber von der Statistik Austria aufgrund des diesbezüglich geringen Anteils in der Bevölkerung (u. a. aus Datenschutzgründen) nicht ausgewiesen, sondern auf die beiden Kategorien „männlich“ und „weiblich“ aufgeteilt. Erst mit zunehmenden Meldungen wird eine dritte Kategorie ausgewiesen werden können.

Migrationshintergrund und nichtösterreichische Staatsbürgerschaft

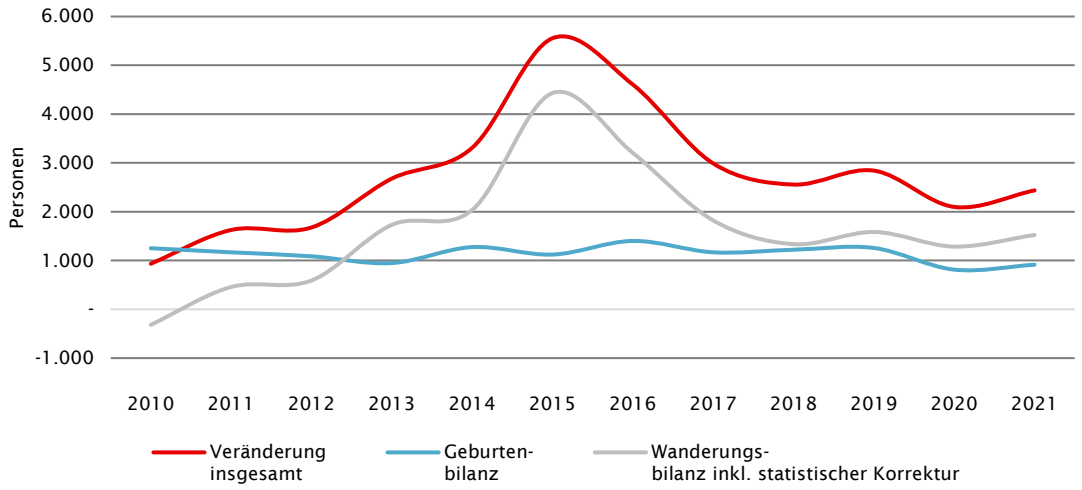
Im Jahr 2021 wiesen rund 108.000 Menschen in Vorarlberg einen **Migrationshintergrund** auf (definiert als: beide Eltern wurden im Ausland geboren). Das entspricht einem Bevölkerungsanteil von rund 27,5 Prozent (BL-Bandbreite: 14–48 %).

Der Anteil nichtösterreichischer **Staatsbürger:innen** in Vorarlberg ist zwischen 2010 und 2021 von 13 auf rund 19 Prozent (das entspricht rund 75.000 Menschen) gestiegen. Etwa die Hälfte davon kommt aus EU und EFTA-Staaten und die Hälfte dieser Personen wiederum aus Deutschland. Der Großteil der anderen Hälfte kommt aus europäischen Drittstaaten und hier vor allem aus der Türkei. Im Bundesländervergleich weist Vorarlberg 2021 den zweithöchsten Anteil nichtösterreichischer Staatsbürger:innen auf (BL-Bandbreite: 31,8 % in Wien bzw. 9,8 % im Burgenland). Rund 33 Prozent der nichtösterreichischen Staatsbürger:innen in Vorarlberg sind unter 30 Jahre alt, während nur knapp 15 Prozent 60 Jahre oder älter sind. Vorarlberger:innen mit österreichischer Staatsbürgerschaft sind deutlich älter als solche mit einer nichtösterreichischen Staatsbürgerschaft.

2.2 Bevölkerungsentwicklung

Im Beobachtungszeitraum 2010 bis 2021 ist die Einwohnerzahl in Vorarlberg um 8,6 Prozent gestiegen (BL-Bandbreite: +1 % bis +13,5 %). Seit 2010 ist dafür vor allem die Zuwanderung verantwortlich. Nach dem Höhepunkt im Jahr 2014/2015 ist diese aber wieder stetig gesunken. Auch die Geburtenbilanz weist einen stabilen positiven Trend auf (vgl. Abbildung 2.2).

Abbildung 2.2:
Bevölkerungsveränderung in Vorarlberg 2010–2021



Quelle: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Geburtenbilanz errechnet sich aus der Differenz von Lebendgeborenen und Verstorbenen. Ein positiver Saldo wird als Geburtenüberschuss, ein negativer Saldo als Geburtendefizit bezeichnet. Die Wanderungsbilanz bezeichnet die Differenz zwischen Zuzügen und Wegzügen einer betrachteten Region. Ein positiver Wanderungssaldo wird als Wanderungsgewinn, ein negativer Wanderungssaldo als Wanderungsverlust bezeichnet.

Eine statistische Korrektur ist aufgrund der Differenz zwischen der Geburtenbilanz laut natürlicher Bevölkerungsbewegung und der Geburtenbilanz laut statistischem Bevölkerungsregister sowie aufgrund von Inkonsistenzbereinigungen der Bestands- und Bewegungsdaten aus dem Zentralen Melderegister erforderlich.

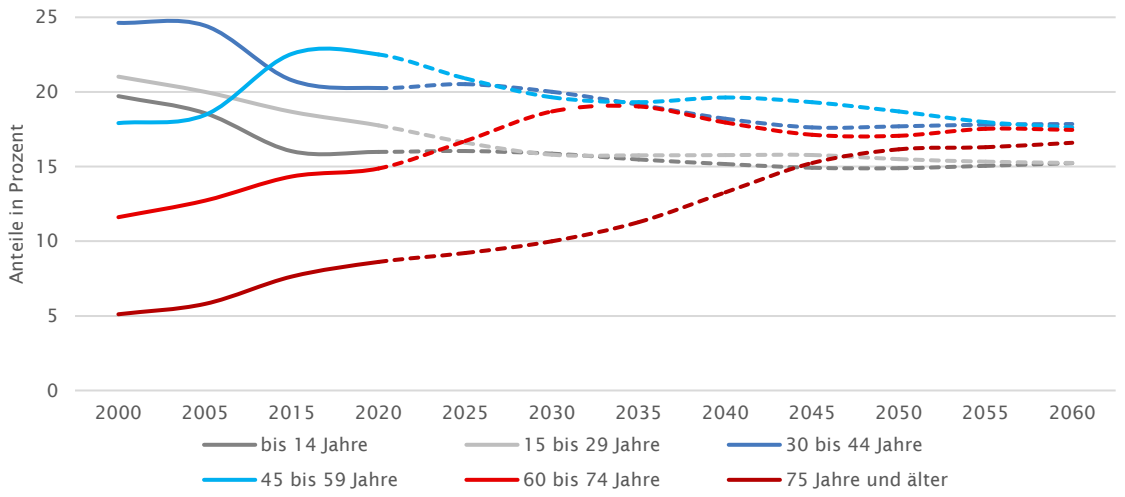
Bevölkerungsprognose

Die Bevölkerungsprognose der Statistik Austria (Hauptvariante) geht davon aus, dass die Bevölkerung in Vorarlberg im Zeitraum 2020 bis 2060, bei gleichbleibender Entwicklung der Geburten- und Wanderungsbilanz und ungeachtet einer starken Zuwanderungsrate, wie sie etwa durch die starke Migrationsbewegung im Jahr 2015 verursacht wurde, um 16 Prozent wachsen wird (von derzeit rund 397.000 auf 461.000).

Für die Bevölkerungsstruktur würde das Folgendes bedeuten (vgl. Abbildung 2.3):

» Der Anteil der unter 15-Jährigen nimmt minimal ab (von ca. 16 % auf 15 %).
» Der Anteil der 15- bis 59-Jährigen sinkt deutlich (je nach Variante um 2,4–4,5 Prozentpunkte).
» Der Anteil der ab 60- bis 74-Jährigen steigt um 2,5 Prozentpunkte (von 14,9 % auf 17,4 %).
» Der Anteil der ab 75-Jährigen steigt um 8 Prozentpunkte (von 8,6 % auf 16,6 %).

Abbildung 2.3:
Bevölkerungsprognose für Vorarlberg bis 2060 nach Altersgruppen



Quelle: Statistik Austria – Statistik der Bevölkerungsprognose, Stand 13. Jänner 2023; Darstellung: GÖG

Statistik Austria erstellt Bevölkerungsprognosen für Österreich, die nach Bundesländern, Alter, Geschlecht und Geburtsland stratifizieren. Diese Prognosedaten werden jährlich aktualisiert. Prognoseparameter sind Fertilität, Mortalität und internationale Zuwanderung, die in mehreren Varianten vorausgeschätzt werden (Statistik Austria 2022b). Im vorliegenden Bericht ist die Hauptvariante dargestellt.

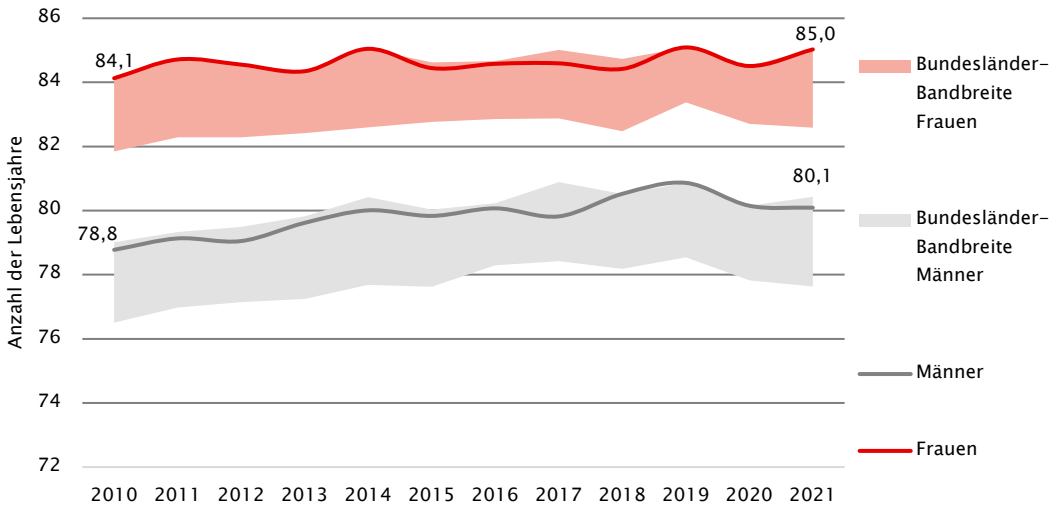
3 Gesundheitszustand

3.1 Lebenserwartung und gesunde Lebensjahre

Lebenserwartung bei der Geburt

Die **Lebenserwartung bei der Geburt** in Vorarlberg ist in den letzten Jahrzehnten sowohl für Fraunen als auch für Männer **kontinuierlich gestiegen.** Seit der Jahrtausendwende hat sich dieses Wachstum auf hohem Niveau verlangsamt. Zwischen 2010 und 2021 ist die Lebenserwartung der Vorarlberger um 1,3 und jene der Voralbergerinnen um 0,9 Jahre gestiegen. Aufgrund der COVID-19-Pandemie kam es von 2019 auf 2020 sowohl bei Frauen als auch bei Männern zu einem merklichen Rückgang der Lebenserwartung (0,6 Jahre bei Frauen und 0,7 Jahre bei Männern). Diese negative Entwicklung setzte sich allerdings 2021 nicht fort. Die Lebenserwartung der Vorarlbergerinnen stieg mit 85,0 Jahren wieder etwa auf das Niveau von 2019, jene der Männer stagnierte und lag 2021 bei 80,1 Jahren. Der Unterschied nach Geschlecht hat sich somit – nach einer Annäherung bis zum Jahr 2018 – wieder etwas vergrößert. Die Lebenserwartung der Vorarlberger Bevölkerung ist über weite Strecken und insbesondere bei den Frauen die höchste aller österreichischen Bundesländer (vgl. Abbildung 3.1).

Abbildung 3.1:
Lebenserwartung bei der Geburt nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 2010–2021

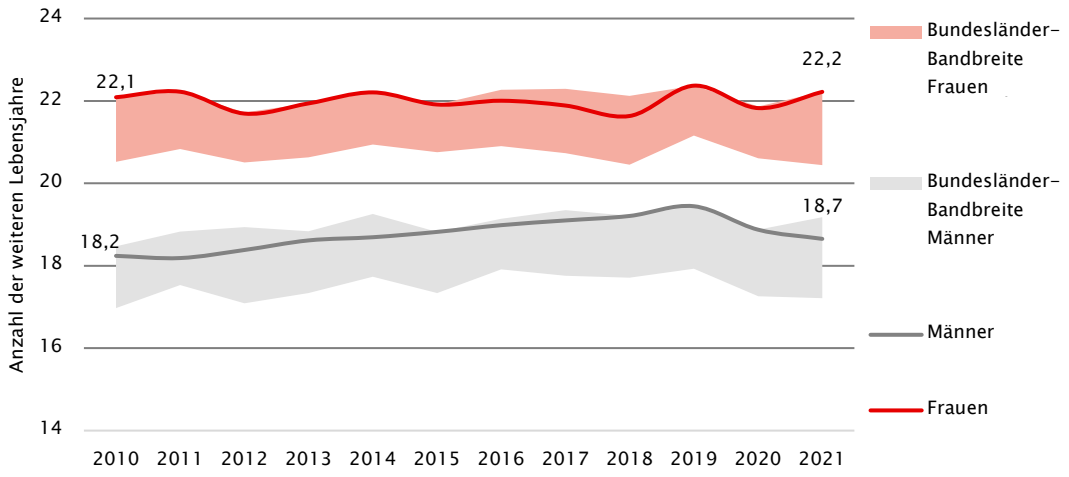


Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2010–2021; Berechnung und Darstellung: GÖG

Fernere Lebenserwartung

Im Jahr 2021 konnten 65-jährige Vorarlbergerinnen mit 22,2 und gleichaltrige Vorarlberger mit 18,7 weiteren Lebensjahren rechnen. Auch in diesem Alter ist die Lebenserwartung der Frauen mit 3,5 Lebensjahren noch deutlich höher als jene von Männern. Bis zum Jahr 2019 hat sich dieser Unterschied nach Geschlecht verringert, weil der Wert für Männer kontinuierlich gestiegen und für Frauen weitgehend konstant geblieben ist. Doch die COVID-19-Pandemie hat sich bei Männern stärker auf die fernere Lebenserwartung ausgewirkt, sodass im Jahr 2021 der Unterschied wieder größer wurde. Vorarlberg liegt, ebenso wie hinsichtlich der Lebenserwartung bei der Geburt, auch bei der ferneren Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren konstant im Spitzenfeld des Bundesländervergleichs (vgl. Abbildung 3.2).

Abbildung 3.2:
Fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren in Vorarlberg nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite 2010–2021



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2010–2021; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Lebenserwartung bei der Geburt gibt an, mit wie vielen Lebensjahren zum Zeitpunkt der Geburt im Durchschnitt gerechnet werden kann. Die Berechnungsbasis dafür bilden Sterbetafeln bzw. die Todesursachenstatistik. Sinkt die altersspezifische Mortalität, steigt die Lebenserwartung. Die fernere Lebenserwartung gibt die noch zu erwartenden Lebensjahre in einem bestimmten Alter an. Gängig und im vorliegenden Bericht dargestellt ist die fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren.

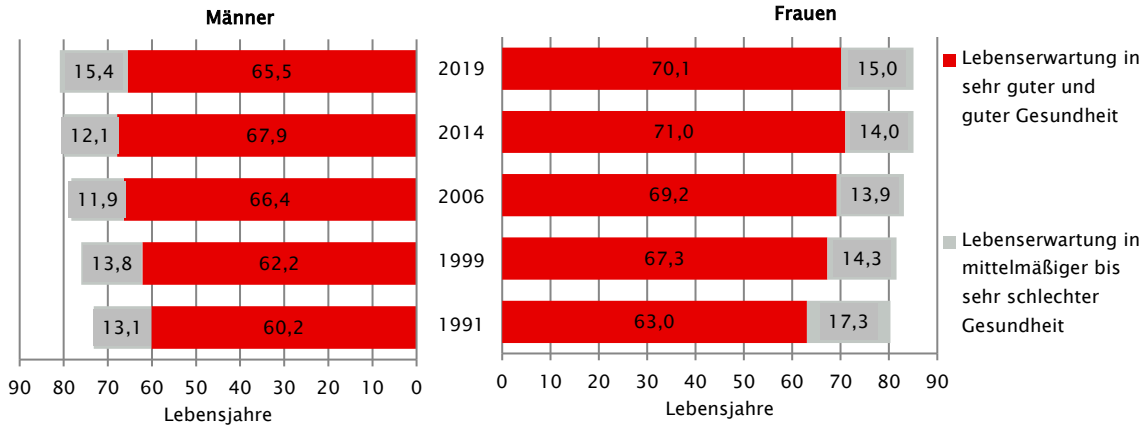
Lebenserwartung in guter Gesundheit

Im Jahr 2019 betrug die Lebenserwartung in guter Gesundheit für Vorarlbergerinnen 70,1 und für Vorarlberger 65,5 Jahre. Die Differenz zur Lebenserwartung insgesamt wird somit in mittelmäßiger, schlechter oder sehr schlechter Gesundheit verbracht. Das bedeutete für Frauen 15,0 und für Männer 15,4 solcher Lebensjahre. Während die Lebenserwartung in guter Gesundheit

für die Vorarlberger Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten stets gestiegen ist, war zwischen 2014 und 2019 erstmals ein Rückgang zu verzeichnen. Möglicherweise liegt dies allerdings auch daran, dass eine Berechnungskomponente – die Gesundheitsbefragung – 2014 telefonisch, 2006/2007 und 2019 aber persönlich durchgeführt wurde. Wenn dadurch, insbesondere bei Älteren, die Erreichbarkeit von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und Beschwerden beeinflusst war, könnte dies einen Unterschied im Ergebnis bedeuten.

Ähnlich der generellen Lebenserwartung liegt Vorarlberg auch bei der Lebenserwartung in guter Gesundheit über dem österreichischen Durchschnitt. Speziell die Vorarlbergerinnen lagen 2019 mit einer Lebenserwartung in guter Gesundheit von 70,1 Jahren deutlich über dem Durchschnitt der Österreicherinnen von 64,7 Jahren. Bei Männern ist dieser Unterschied mit 65,5 Jahren in Vorarlberg versus 63,2 Jahre für Gesamtösterreich weniger groß.

Abbildung 3.3:
Lebenserwartung und Lebenserwartung in guter bis sehr guter Gesundheit in Vorarlberg nach Geschlecht 1991, 1999, 2006, 2014 und 2019



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 1991–2019, Mikrozensus-Sonderprogramme 1991 und 1999, Österreichische Gesundheitsbefragungen 2006/07, 2014 und 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

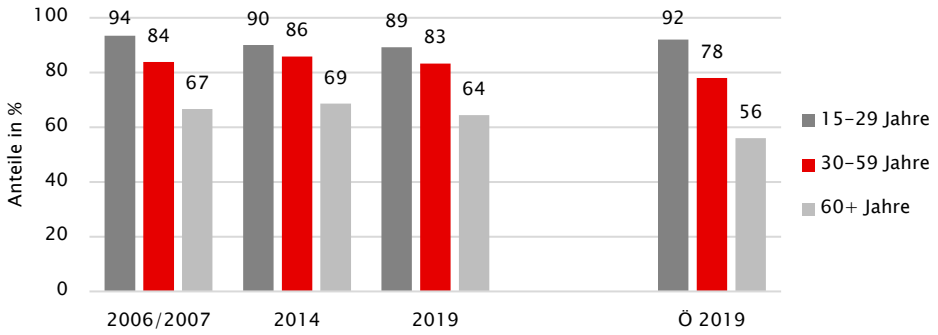
Die Lebenserwartung in Gesundheit gibt an, mit wie vielen gesunden Lebensjahren im Durchschnitt bei der Geburt gerechnet werden kann. Berechnungsbasis dafür sind Befragungsergebnisse in Kombination mit Sterbetafeln (Klimont/Klotz 2016). Im vorliegenden Bericht dient der ATHIS als Berechnungsgrundlage in Kombination mit der Frage nach der selbsteingeschätzten Gesundheit in der Ausprägung sehr gut und gut.

3.2 Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

79 Prozent der Vorarlberger Bevölkerung (ab 15 Jahren) berichteten im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 über eine gute bis sehr gute Gesundheit (BL-Bandbreite: 71–82 %). Nur 4 Prozent bewerteten ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht (BL-Bandbreite: 4–9 %). Nennenswerte Unterschiede zwischen Frauen und Männern zeigen sich nicht.

Im Vergleich zu 2006 und 2014 ist der Anteil sehr gesunder oder gesunder Vorarlberger:innen im Jahr 2019 etwas zurückgegangen, von 82 auf 79 Prozent. Dieser Rückgang kann aber auch mit der Methode der Befragung in Zusammenhang stehen (s. o.). Erwartungsgemäß nimmt der Anteil sehr gesunder und gesunder Vorarlberger:innen mit steigendem Alter deutlich ab, und überdies war der Rückgang zwischen 2014 und 2019 bei den ab 60-Jährigen am größten. Im Vergleich zu Gesamtösterreich war die selbsteingeschätzte Gesundheit in Vorarlberg im Jahr 2019 bei den unter 30-Jährigen etwas unterdurchschnittlich (89 % in Vorarlberg vs. 92 % in Österreich bei guter oder sehr guter Gesundheit), aber die ab 30-Jährigen fühlen sich in Vorarlberg gesünder als im Bundesdurchschnitt (83 % vs. 78 % bei den 30- bis 59-Jährigen, 64 % vs. 56 % bei den ab 60-Jährigen; vgl. Abbildung 3.4).

Abbildung 3.4:
Sehr guter bis guter Gesundheitszustand nach Altersgruppen in Vorarlberg 2006/2007, 2014 und 2019 sowie in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.)
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

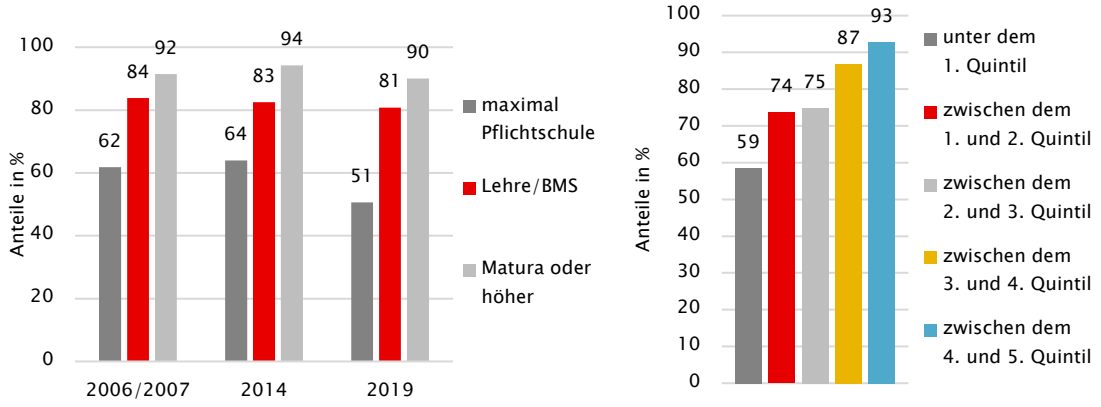
Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Die selbsteingeschätzte Gesundheit weist einen deutlichen Zusammenhang mit der formalen Bildung auf, das zeigt sich in Österreich insgesamt, aber auch in Vorarlberg. 90 Prozent der ab 30-jährigen Vorarlberger:innen bewerteten ihren Gesundheitszustand im Jahr 2019 als sehr gut oder gut, aber nur 81 Prozent derjenigen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss und nur 51 Pro-

zent der Personen mit maximal einem Pflichtschulabschluss, vgl. Abbildung 3.5). Dieser Unterschied nach Bildung hat sich seit 2006/2007 vergrößert. Im Jahr 2006/2007 hatte der Unterschied zwischen den Kategorien „maximal Pflichtschule“ und „Matura oder höher“ 30 Prozentpunkte betragen, im Jahr 2019 waren es 39 Prozentpunkte (vgl. Abbildung 3.5).

Der Zusammenhang mit dem Einkommen (gemessen am Nettoäquivalenzeinkommen), das eng mit dem Bildungsgrad verknüpft ist, ist noch deutlicher. Je höher das Einkommen (im Haushalt), desto mehr Vorarlberger:innen beurteilen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut. Im untersten Einkommensquintil beurteilten im Jahr 2019 nur 59 Prozent der Vorarlberger Bevölkerung ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut, im obersten Einkommensquintil waren es 93 Prozent (vgl. Abbildung 3.5).

Abbildung 3.5:
Sehr guter bis guter Gesundheitszustand nach Bildung 2006/2007, 2014 und 2019 sowie nach Haushaltseinkommen 2019 in Vorarlberg 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.)
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Vorarlberger:innen mit Migrationshintergrund beurteilten ihren Gesundheitszustand signifikant seltener mit sehr gut oder gut als Vorarlberger:innen ohne Migrationshintergrund (72 % vs. 82 %).

Im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung schätzen die Befragten ihren allgemeinen Gesundheitszustand in fünf Kategorien ein: sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht und sehr schlecht. Personen, die ihre Gesundheit eher negativ bewerten, leiden im Lebensverlauf häufiger an kognitiven und funktionalen Einschränkungen sowie chronischen Erkrankungen, nehmen mehr medizinische Leistungen in Anspruch und haben ein höheres Sterberisiko (Robert Koch-Institut 2015). Diese Frage fließt in die Berechnung der Lebenserwartung in Gesundheit ein.

3.3 Krankheiten und Beschwerden

3.3.1 Mundgesundheit

Gute Mundgesundheit bezieht sich auf die uneingeschränkte Funktionalität und Entzündungs- sowie Beschwerdefreiheit aller Strukturen des Zahn-, Mund- und Kiefersystems und ist eine wichtige Voraussetzung, sich gesund und wohl zu fühlen. Seitens der WHO wird die Bedeutung der Mundgesundheit folgendermaßen beschrieben: Mundgesundheit umfasst den Status von Mund, Zähnen und dem orofazialen System, das

» es der:dem Einzelnen ermöglicht, grundlegende Funktionen wie Essen, Atmen und Sprechen auszuführen, und
» psychosoziale Dimensionen wie Selbstvertrauen, Wohlbefinden sowie die Fähigkeit, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und zu arbeiten, einschließt -
» ohne Schmerzen und Scham.

Mundgesundheit ist ein wesentlicher Bestandteil der allgemeinen Gesundheit und unterstützt die/den Einzelne:n dabei, an der Gesellschaft teilzuhaben und ihr:sein Potenzial auszuschöpfen.

Karies ist die häufigste (nicht)übertragbare Krankheit, ist jedoch durch gezielte Vorbeugemaßnahmen (regelmäßige, effiziente Mundhygiene mit Fluoriden, zahnfreundliche Ernährungsweise und regelmäßige zahnärztliche Kontrollen) großteils vermeidbar (Bodenwinkler et al. 2012).

Gemäß dem vormaligen Zahngesundheitsprogramm der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sollten bis zum Jahr 2020 80 Prozent der Sechsjährigen kariesfrei sein und Zwölfjährige maximal 1,5 kariesgeschädigte Zähne aufweisen. 18-Jährige sollten keine wegen Karies extrahierten Zähne haben, bei 35- bis 44-Jährigen sollten maximal 15 Zähne durch Karies geschädigt sein, und maximal 10 Prozent der 65- bis 74-Jährigen sollten völlig zahnlos sein. In der Zwischenzeit ist die WHO davon abgegangen, weltweit gültige absolute Ziele zu definieren, sondern formuliert relative Ziele. Im Mai 2020 beschloss die World Health Assembly (WHA) die Erarbeitung einer globalen Mundgesundheitsstrategie und eines einschlägigen Aktionsplans bis 2030 (WHO 2022).

Vorarlberg gilt – im Vergleich zu den restlichen Bundesländern – als Bundesland mit relativ niedriger Kariesprävalenz. Gemäß WHO-Definition hatten im Jahr 2016 60 Prozent der **sechsjährigen** Vorarlberger Kinder ein kariesfreies Milchgebiss, 40 Prozent hatten bereits Karieserfahrung (BL-Bandbreite: 30–55 %). Seit 2006 ist der Anteil kariesfreier Sechsjähriger in Vorarlberg unverändert. Im Durchschnitt weisen sechsjährige Kinder in Vorarlberg 1,4 kariös geschädigte Milchzähne auf, bei 22 Prozent wurde Behandlungsbedarf festgestellt (BL-Bandbreite: 11–46 %). Das ehemalige WHO-Ziel ist somit noch nicht erreicht. Der Zahnstatus zwölfjähriger Kinder wurde im Jahr 2012 zuletzt in sieben Bundesländern erhoben – Vorarlberg und Wien nahmen daran nicht teil.

Laut österreichischer Gesundheitsbefragung schätzen 74 Prozent der Vorarlberger Bevölkerung (ab 15 Jahren) ihre **Mundgesundheit** als sehr gut oder gut ein (BL-Bandbreite: 66–74 %), Frauen

häufiger als Männer (77 % vs. 71 %). 20 Prozent beschreiben ihre Mundgesundheit als mittelmäßig und rund 6 Prozent als schlecht oder sehr schlecht. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Vorarlberger:innen mit einem (sehr) guten Mundgesundheitszustand ab: von 85 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 68 Prozent bei den ab 60-Jährigen.

Etwas mehr als drei Viertel der über 54-jährigen Vorarlberger Bevölkerung (77 %) haben keine Schwierigkeiten beim **Beißen oder Kauen** fester Nahrung, rund 17 Prozent haben diesbezüglich einige Probleme, 3,8 Prozent große Probleme, und für 2,3 Prozent ist das gar nicht mehr möglich. Ein Unterschied nach Geschlecht besteht hier nicht. Probleme beim Beißen und Kauen nehmen mit dem Alter deutlich zu. Etwa 78 Prozent aller Hochaltrigen (85 Jahre oder älter) geben an, zumindest einige Schwierigkeiten beim Kauen oder Schlucken zu haben, und 24 Prozent sind überhaupt nicht mehr in der Lage, in einen harten Apfel zu beißen.

Eine wichtige Kariespräventionsmaßnahme ist der **regelmäßige Zahnarztbesuch.** Der österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 zufolge waren rund 79 Prozent der Vorarlberger Bevölkerung ab 15 Jahren im letzten Jahr zumindest einmal bei der Zahnärztin / beim Zahnarzt (BL-Bandbreite: 67–79 %), Frauen etwa gleich häufig wie Männer. Bei der ab 60-jährigen Bevölkerung ist der Anteil derjenigen mit regelmäßiger jährlicher Zahngesundheitsvorsorge (72 %) geringer als bei den 15- bis 29-Jährigen (77 %) und bei den 30- bis 59-Jährigen (84 %). Umgekehrt bedeutet dies, dass fast ein Viertel der 15- bis 29-Jährigen diese Vorsorgemaßnahme nicht jährlich in Anspruch nimmt.

Karies und Parodontitis sind nicht nur häufig, sondern auch teuer – sowohl für die Sozialversicherung als auch für die Patientinnen und Patienten, da im zahnmedizinischen Versorgungsspektrum vieles privat zu bezahlen ist. Im ATHIS 2019 gaben knapp 7 Prozent der Vorarlberger:innen ab 15 Jahren an, in den letzten zwölf Monaten eine **zahnärztliche Behandlung aus Kostengründen unterlassen** zu haben. Der Anteil der Frauen liegt hier mit 9 Prozent über jenem der Männer mit rund 4 Prozent. Am höchsten ist der Anteil bei Menschen mittleren Alters (30–59 Jahre) mit knapp 10 Prozent.

Vorarlberg liegt hinsichtlich der selbstbeurteilten Mundgesundheit und der Regelmäßigkeit bei Zahnarztbesuchen über dem österreichischen Durchschnitt. Trotzdem gibt es sowohl bei jungen Menschen als auch bei der älteren Bevölkerung in diesem Bereich Verbesserungspotenzial, um die internationalen Zahngesundheitsziele der WHO zu erreichen.

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Vorarlberger:innen mit Matura oder einem höheren Abschluss schätzen ihre Mundgesundheit häufiger sehr gut oder gut ein als Personen mit maximal Pflichtschulabschluss (78 % vs. 59 %), und sie haben auch seltener Probleme mit Beißen und Kauen (11 % vs. 38 %). Sie suchten innerhalb der letzten zwölf Monate auch häufiger eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt auf als Personen mit maximal Pflichtschulabschluss (92 % vs. 64 %).

Ein ähnlicher Zusammenhang lässt sich auch hinsichtlich Einkommen und Mundgesundheit nachweisen. Je höher das Einkommen, desto besser schätzen Vorarlberger:innen ihre Mundgesundheit ein (sehr gut oder gut bei 86 % der Gruppe im höchsten Einkommensquintil vs. 59 % im niedrigsten Einkommensquintil) und desto seltener haben sie Probleme mit Beißen und Kauen (8 % vs. 35 %). Vorarlberger:innen mit hohem Einkommen besuchten innerhalb der letzten zwölf Monate auch häufiger eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt (91 % vs. 68 %). Dies mag auch dadurch begünstigt werden, dass zahnmedizinische Leistungen häufig privat zu bezahlen sind (siehe oben zur Nichtinanspruchnahme zahnärztlicher Behandlungen aus Kostengründen).

Kariesfrei nach WHO bedeutet, dass bei der Zahninspektion (klinische Untersuchung mithilfe eines Mundspiegels und einer CPI-Sonde) keine kariösen Dentindefekte im Gebiss sichtbar sind. Ein „völlig gesundes Gebiss“ haben Menschen, wenn ihre Zähne keinerlei kariöse Spuren aufweisen. Die Zahnstatusdaten stammen aus diversen Länderzahnstatuserhebungen der GÖG. Die selbsteingeschätzte Mundgesundheit sowie Schwierigkeiten beim Beißen und Kauen fester Nahrung werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragungen (ATHIS) 2019 berichtet (Klimont 2020). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

3.3.2 Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme

Rund 37 Prozent der Vorarlberger Bevölkerung ab 15 Jahren gaben bei der Gesundheitsbefragung 2019 an, mindestens eine dauerhafte Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem zu haben. Befragt nach insgesamt 19 konkreten Krankheiten bzw. Gesundheitsproblemen, sind es allerdings 64 Prozent (BL-Bandbreite: 59–71 %), die zumindest von einer dieser chronischen Krankheiten und Gesundheitsprobleme betroffen sind. Der Unterschied ist darauf zurückzuführen, dass viele Menschen Allergien, erhöhte Cholesterinwerte, Bluthochdruck, chronische Kopfschmerzen, chronische Nacken- oder Rückenschmerzen vorerst nicht als chronische Gesundheitsprobleme einordnen. Jede in Vorarlberg wohnhafte Person leidet an durchschnittlich 1,3 chronischen Erkrankungen – dies hat sich in den letzten 15 Jahren verdoppelt.

Der Unterschied nach Geschlecht ist hier eher gering und zeigt, dass Frauen davon ein wenig mehr betroffen sind: 65 Prozent der Vorarlbergerinnen und 63 Prozent der Vorarlberger hatten 2019 zumindest ein chronisches Gesundheitsproblem, Vorarlberger Frauen hatten im Durchschnitt 1,6 und Männer 1,5 chronische Gesundheitsprobleme. Vorarlberg liegt mit diesen Werten etwas unter dem österreichischen Durchschnitt (67 % bzw. 65 % der Österreicher:innen hatten zumindest ein chronisches Gesundheitsproblem), und die durchschnittliche Anzahl chronischer Gesundheitsprobleme war österreichweit auch höher (bei Frauen 1,9 und bei Männern 1,6).

Im Vergleich zu 2014 ist die Zwölf-Monats-Prävalenz zumindest eines chronischen Gesundheitsproblems von 58 auf 64 Prozent gestiegen. Dieser Anstieg könnte auch auf die unterschiedliche Befragungsart zurückzuführen sein, da bei der telefonischen Befragung 2014 besonders alte und kranke Menschen vielleicht nicht so gut erreicht wurden (vgl. auch die Abschnitte 3.1 und 3.2).

Die Prävalenz steigt mit dem Alter deutlich: von rund 45 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen über 61 Prozent bei den 30- bis 59-Jährigen auf rund 85 Prozent bei den ab 60-Jährigen.

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Je geringer die formale Bildung und je geringer das Haushaltseinkommen, desto höher ist die Prävalenz chronischer Krankheiten. 86 Prozent der Vorarlberger:innen mit maximal Pflichtschulabschluss, aber „nur“ 62 Prozent jener mit Matura oder höherem Bildungsabschluss haben zumindest eine chronische Krankheit. Vorarlberger:innen mit maximal Pflichtschulabschluss haben durchschnittlich 1,9 und jene mit zumindest Matura „nur“ 1,2 Gesundheitsprobleme. Auch der Vergleich zwischen unterstem und oberstem Einkommensquintil ist in dieser Hinsicht deutlich: 78 Prozent vs. 60 Prozent sind von Gesundheitsproblemen betroffen und haben davon durchschnittlich 2 vs. 1,2.

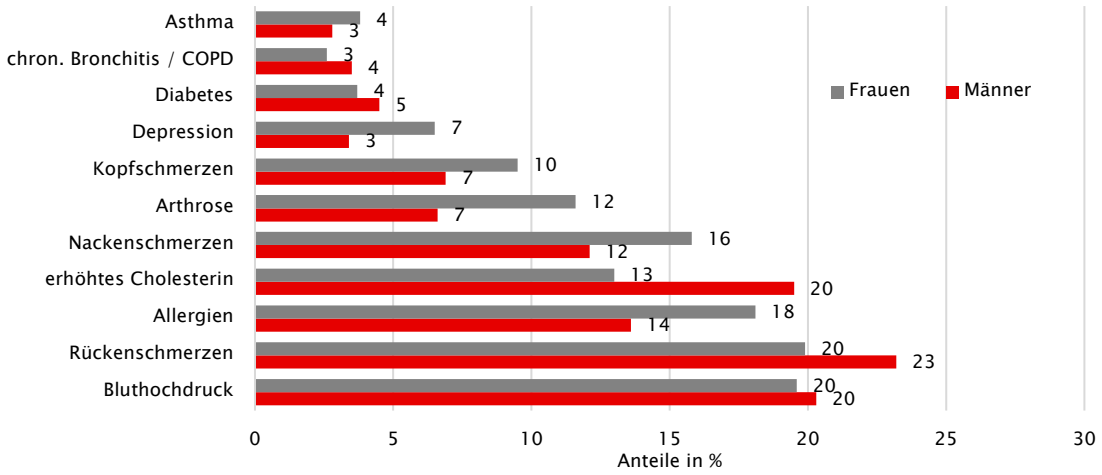
3.3.2.1 Häufigste chronische Krankheiten im Überblick

Im Folgenden werden die häufigsten der im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung erhobenen chronischen Krankheiten und Gesundheitsprobleme dargestellt. Krebs sowie die häufigsten schwerwiegenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen Myokardinfarkt und Schlaganfall, die auch Teil der Österreichischen Gesundheitsbefragung sind, werden nachstehend aber auf Basis des Krebsregisters und der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenhäuser abgebildet.

Am häufigsten leidet die Vorarlberger Bevölkerung unter chronischen Rückenschmerzen (22 %) sowie Bluthochdruck (vgl. Abschnitt 4.2) und Allergien (jeweils 20 %). Erhöhte Cholesterinwerte/Blutfette/Triglyceride betreffen 16 Prozent der Bevölkerung, gefolgt von Nackenschmerzen (14 %) und Arthrosen (10 %; vgl. Abbildung 3.6). Mit Ausnahme der Allergien handelt es sich ausnahmslos um dauerhafte/chronische Gesundheitsprobleme, die mit Bewegungsmangel und einer ungesunden Ernährungsweise assoziiert sind. Eine etwas geringere Prävalenz ist in Bezug auf chronische Kopfschmerzen (8 %), Depressionen (6,1 % insgesamt bzw. 4,9 % ärztlich diagnostiziert), Diabetes (4,1 %, diagnostiziert) und Harninkontinenz (4,3 %) gegeben.

Frauen (15 Jahre und älter) leiden signifikant häufiger an Arthrosen (12 % vs. 7 %), Allergien (18 % vs. 14 %), Nackenschmerzen (16 % vs. 12 %) und Depressionen (7 % vs. 3 %), Männer haben häufiger erhöhte Cholesterinwerte (20 % vs. 13 %; vgl. Abbildung 3.6). Bei fast allen Gesundheitsproblemen ist ein Anstieg der Zwölf-Monats-Prävalenz mit dem Alter zu beobachten und besonders eklatant fällt dieser altersbezogene Anstieg bei Bluthochdruck, erhöhten Cholesterinwerten, Arthrose und Diabetes aus. Allergien sind eine Ausnahme – sie treten bei ab 60-Jährigen nur halb so häufig auf wie bei Jüngeren.

Abbildung 3.6:
Ausgewählte chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Geschlecht in Vorarlberg 2019



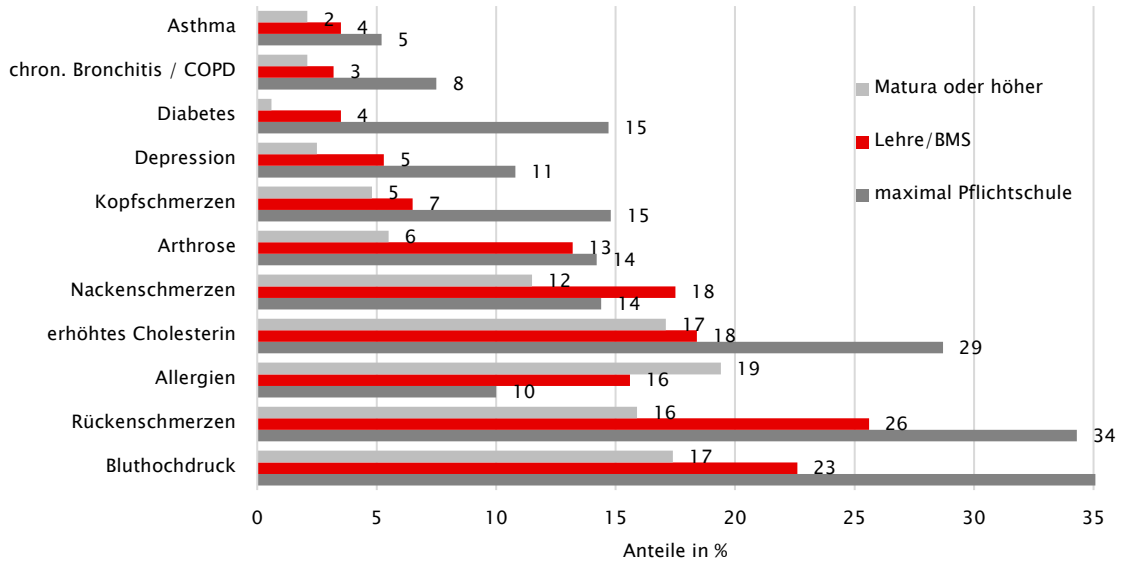
Die Angaben zu Arthrose, Allergien und Depressionen sind ärztlich diagnostiziert.

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Die steigende Krankheitslast mit abnehmender formaler Bildung zeigt sich – mit wenigen Ausnahmen – auch auf Ebene der einzelnen Gesundheitsprobleme. Nicht immer ist der Zusammenhang linear, doch die Prävalenz ist bei Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss immer höher als bei Menschen mit Matura oder höherem Abschluss. Besonders deutlich mit einer zumindest doppelt so hohen Prävalenz ist dies bei Rückenschmerzen, Arthrose, Kopfschmerzen, Depression, Diabetes, Asthma und Bronchitis / COPD. Lediglich bei Allergien ist das Bild umgekehrt (vgl. Abbildung 3.7). Der Zusammenhang mit dem Haushaltseinkommen zeigt das gleiche Bild, sowohl hinsichtlich Allergien als auch der restlichen chronischen Krankheiten und Gesundheitsprobleme.

Abbildung 3.7:
Ausgewählte chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Bildung und Einkommen in Vorarlberg 2019



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

3.3.2.2 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

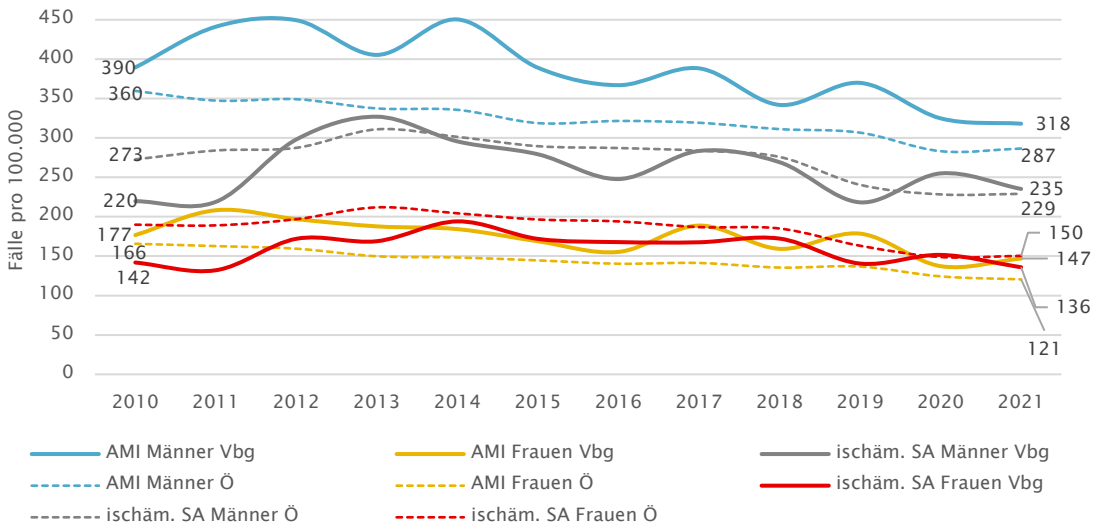
Herzinfarkt und Schlaganfall sind die häufigsten folgenschweren Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems. Im Jahr 2021 erlitten in Vorarlberg rund 880 Personen einen akuten **Myokardinfarkt** (ICD-10: I21–22), 320 Frauen und 560 Männer. Das entspricht einer altersstandardisierten Rate (pro 100.000 EW) von 147 Neuerkrankungsfällen bei Frauen (BL-Bandbreite: 82–177) und von 318 Fällen bei Männern (BL-Bandbreite: 218–395). Die männliche Bevölkerung ist somit deutlich häufiger myokardinfarktgefährdet als die weibliche (dies gilt für alle Altersgruppen). Vorarlberg liegt mit dieser Rate sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern deutlich über dem österreichischen Durchschnitt, in den Jahren 2011–2014 und 2017 war sie bei beiden Geschlechtern die höchste aller Bundesländer. Positiv ist, dass bei Vorarlbergern trotz jährlicher Schwankungen der Trend im Beobachtungszeitraum 2010–2021 rückläufig ist. Bei Vorarlbergerinnen ist die Entwicklung nicht so eindeutig (vgl. Abbildung 3.8).

Ein **ischämischer Schlaganfall** wurde im Jahr 2021 bei rund 700 Vorarlbergerinnen und Vorarlbergern dokumentiert (ICD-10: I63), 300 Frauen und 400 Männer. Altersstandardisiert bedeutet dies 136 weibliche und 235 männliche Fälle (jeweils pro 100.000 EW). Damit lag Vorarlberg bei den Männern etwas über dem österreichischen Durchschnitt (229, BL-Bandbreite 185–271) und bei den Frauen etwas darunter (150, BL-Bandbreite 121–190). Die Entwicklung der standardisierten Raten stimmt mittlerweile optimistisch, denn nach dem Anstieg bis 2013 ist der Trend

seither rückläufig. Auch bei Frauen lag der Höhepunkt der Rate in diesem Jahrtausend im Jahr 2014, und seither sinkt die Rate tendenziell (vgl. Abbildung 3.8).

Die Inzidenz akuter Myokardinfarkte und auch ischämischer Schlaganfälle nimmt mit dem Alter deutlich zu und wird vor allem bei der ab 45-jährigen Bevölkerung epidemiologisch bedeutsam.

Abbildung 3.8:
Akuter Myokardinfarkt und ischämischer Schlaganfall nach Geschlecht in Vorarlberg und im österreichischen Durchschnitt 2010–2021



AMI: akuter Myokardinfarkt (ICD-10 I21 und I22); ischäm. SA: Schlaganfall (ICD-10 I63)
Vbg=Vorarlberg; Ö=Österreich; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2021, BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2021; Berechnung und Darstellung: GÖG

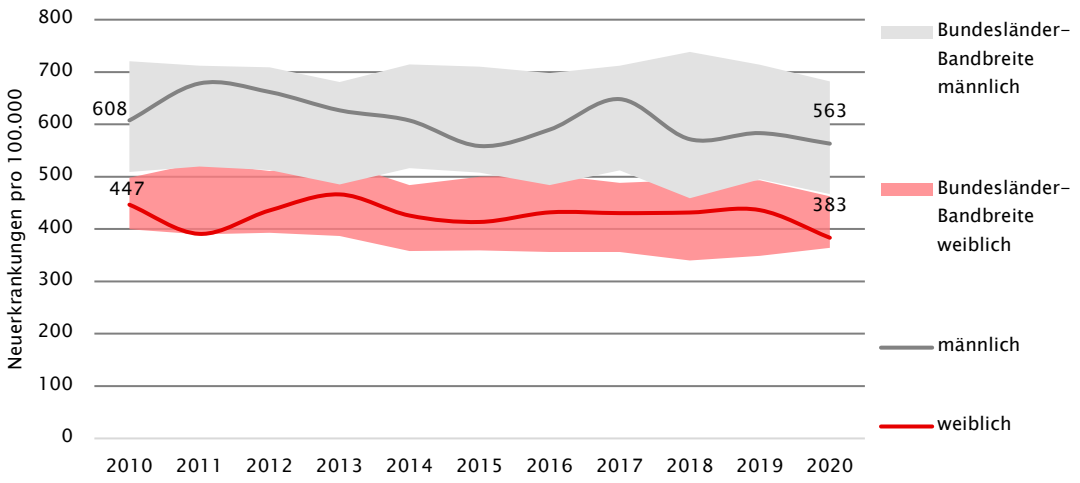
Akuter Myokardinfarkt (ICD-10-Codes: I21 und I22) und ischämischer Schlaganfall (ICD-10-Code: I63) werden im Normalfall stationär behandelt und/oder führen unmittelbar zum Tod. Deshalb ist die Inzidenz aus der Kombination von Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und Todesursachenstatistik geschätzt.

3.3.2.3 Krebsinzidenz

In Vorarlberg erkranken rund 1.800 Menschen jährlich an Krebs (ICD-10: C00–C96). Im Jahr 2020 bedeutete das konkret rund 783 Frauen und rund 984 Männer. Dies entsprach einer altersstandardisierten Rate von 383 Neuerkrankungen von Frauen und 563 Neuerkrankungen von Männern (jeweils pro 100.000 EW). Trotz zwischenzeitlicher Inzidenzsteigerungen (in den Jahren 2011, 2016, 2017 und 2019 bei Männern, in den Jahren 2012, 2013 und 2019 bei Frauen) war die Entwicklung im Beobachtungszeitraum sowohl bei Männern (im Durchschnitt –1,8 % p. a.)

als auch bei Frauen (–1,3 % p. a.) rückläufig. Vorarlberg liegt damit in den meisten Jahren in der Mitte der Bundesländer-Bandbreite (vgl. Abbildung 3.9).

Abbildung 3.9:
Krebsinzidenz in Vorarlberg nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite 2010–2020



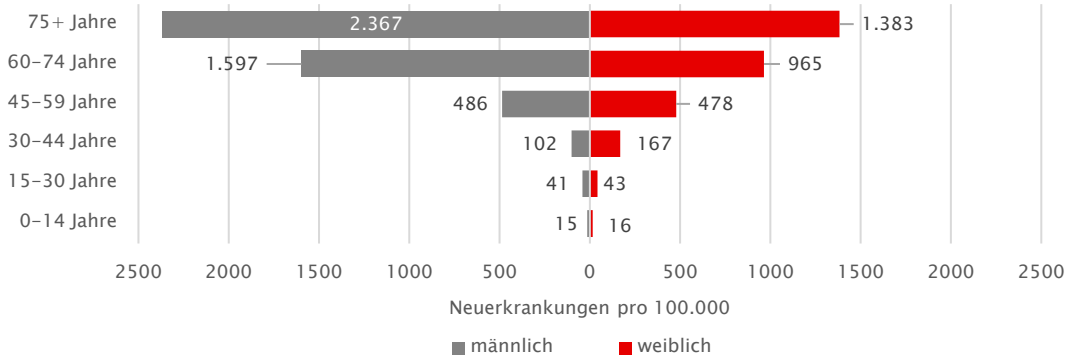
altersstandardisiert nach Europabevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 2010–2020; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 3.10 zeigt die Krebsinzidenz für den Zeitraum 2010–2020 nach Altersgruppen und Geschlecht. Hier wird deutlich, wie die Krebsinzidenz mit dem Alter steigt – nach Geschlecht durchaus unterschiedlich. Ab einem Alter von 60 Jahren und älter erkranken Vorarlberger etwa 1,7-mal so häufig an Krebs wie Vorarlbergerinnen, unter 60 Jahren bzw. insbesondere in der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen ist die Inzidenz bei Frauen höher.

Bei Frauen werden Krebserkrankungen bereits in jüngeren Jahren virulent und nehmen ab einem Alter von etwa 30 Jahren deutlich zu: von rund 170 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 Einwohnerinnen bei 30- bis 44-Jährigen auf knapp 1.400 Fälle bei ab 75-Jährigen. Bei Männern wird die Inzidenz etwas später im Leben epidemiologisch bedeutsam, aber dafür umso deutlicher. Die Rate steigt von fast 490 Fällen pro 100.000 Einwohner bei 45- bis 59-Jährigen auf rund 2.370 Fälle bei ab 75-Jährigen.

Abbildung 3.10:
Krebsinzidenz nach Altersgruppen und Geschlecht in Vorarlberg im Durchschnitt der Jahre 2010–2020

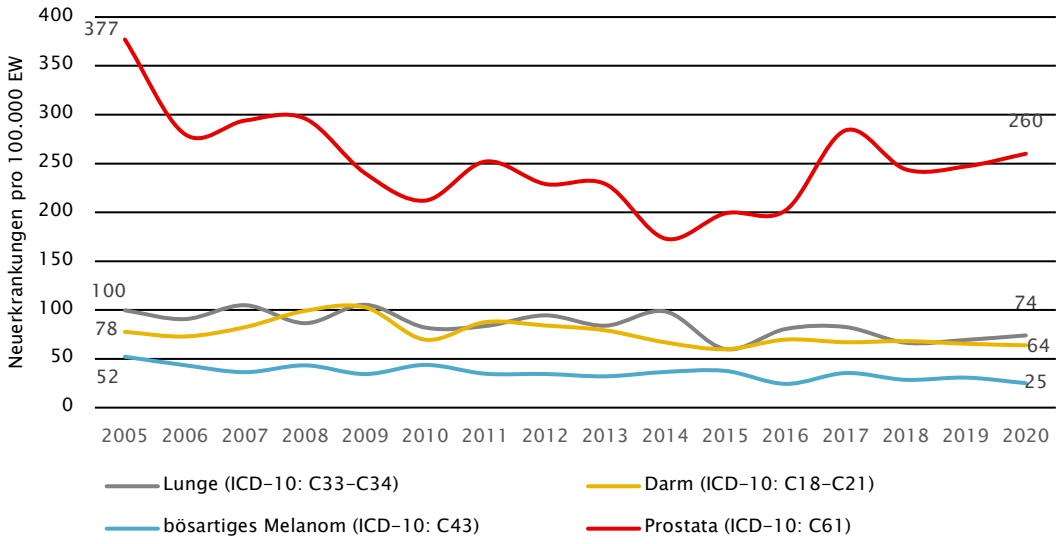


Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 2010–2020; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die häufigsten Lokalisationen einer Krebsneuerkrankung (jeweils bezogen auf den Zeitraum 2010–2020) sind bei Vorarlbergerinnen die Brust (30 %) und die Verdauungsorgane (20 %; Darm, gefolgt von Pankreas, Magen und Rektum), bei Vorarlbergern die Prostata (27 %) und die Verdauungsorgane (24 %; Darm, gefolgt von Magen, Rektum, Pankreas und Leber). Weitere häufige Lokalisationen sind die Atmungsorgane (15 % bei Männern, 10 % bei Frauen), die weiblichen Genitalorgane (12 %; v. a. Gebärmutter, gefolgt von Eierstöcken), Harnorgane (v. a. bei Männern), das lymphatische, blutbildende Gewebe sowie die Haut.

Für ausgewählte, über Prävention gut adressierbare Krebserkrankungen wird in den folgenden Abbildungen eine etwas längere Zeitreihe (ab 2005) dargestellt. Es wird, wie schon oben dargestellt, auch hier deutlich, dass die Krebsinzidenz bei Männern deutlich höher ist als bei Frauen sowie dass bei Männern Prostatakrebs und bei Frauen Brustkrebs die deutlich dominierende Lokalisation darstellen. Bei Männern sind alle hier dargestellten Krebslokalisationen tendenziell rückläufig: kontinuierlich bei bösartigen Melanomen, Darmkrebs seit 2011, langfristig auch Lungenkrebs (wenngleich mit zwischenzeitlichen Anstiegen). Bei Prostatakrebs zeigen sich große Schwankungen bei einem relativ hohen Niveau in der ersten Hälfte der 2000er-Jahre und ein neuerlicher Anstieg seit 2014 (vgl. Abbildung 3.11). Auch bei Frauen sind bösartige Melanome tendenziell rückläufig (seit 2010), bei Darm-, Zervix- und Brustkarzinomen ist kein Trend ablesbar, Lungenkrebs allerdings wird seit 2005 häufiger (vgl. Abbildung 3.12).

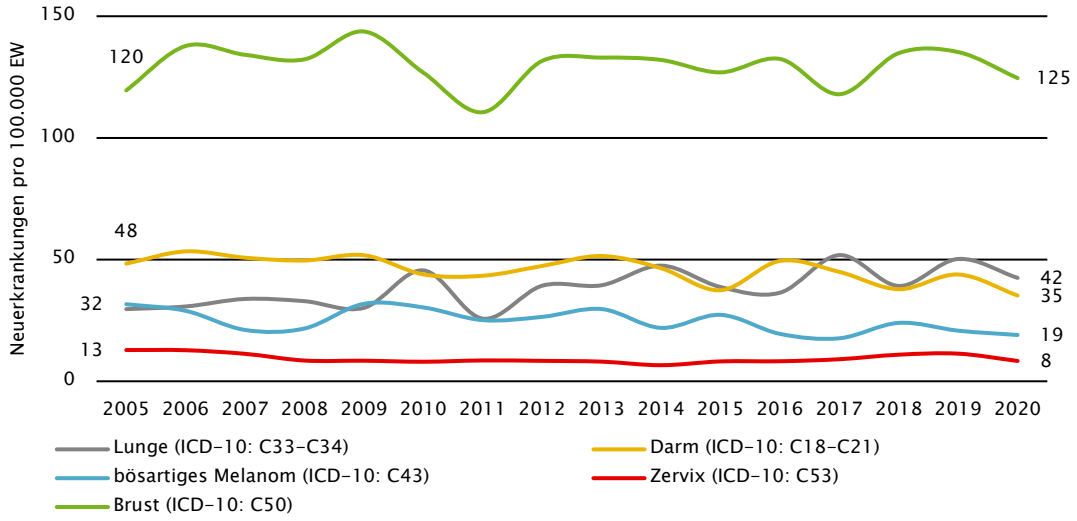
Abbildung 3.11:
Krebsinzidenz für ausgewählte Lokalisationen bei Vorarlbergern 2005–2020



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 2005–2020; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 3.12:
Krebsinzidenz für ausgewählte Lokalisationen bei Vorarlbergerinnen 2005–2020



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

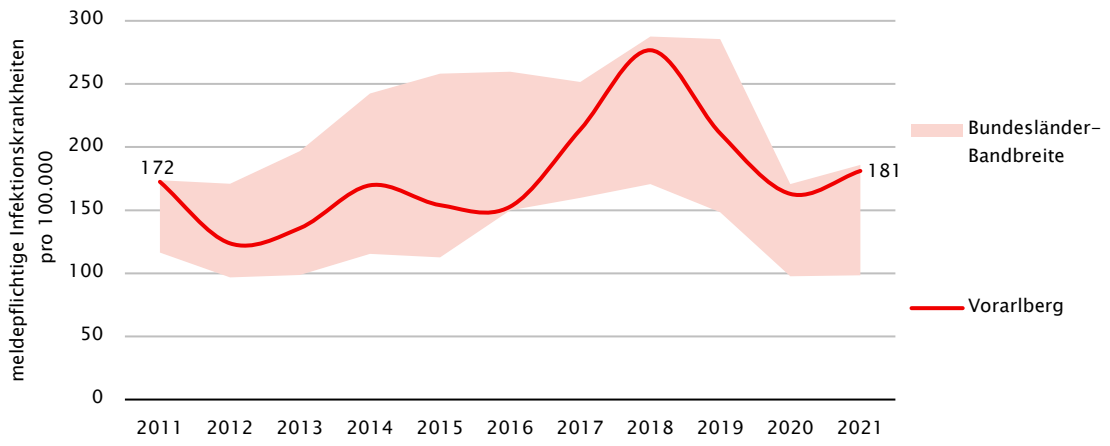
Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 2005–2020; Berechnung und Darstellung: GÖG

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

3.3.3 Meldepflichtige Infektionskrankheiten

In Vorarlberg wurden im Jahr 2021 723 meldepflichtige Infektionskrankheiten dokumentiert. Bezogen auf 100.000 EW, bedeutet dies 181 Erkrankungen, womit Vorarlberg etwas über dem österreichischen Durchschnitt von 155 Erkrankungen pro 100.000 EW lag (BL-Bandbreite: 87–186 Erkrankungen pro 100.000). Im Beobachtungszeitraum 2011–2021 lag die Vorarlberger Rate zum Teil im österreichischen Durchschnitt, zum Teil deutlich darunter (in den Jahren 2015 und 2016), in einzelnen Jahren aber auch über dem österreichischen Durchschnitt (im Jahr 2011 vor allem aufgrund zahlreicher Norovirusinfektionen, im Jahr 2018 aufgrund von Escherichia-coli-Fällen, Campylobacteriose und Noroviren und auch in den Jahren 2020 sowie 2021 aufgrund von Campylobacteriose; vgl. Abbildung 3.13).

Abbildung 3.13:
Meldepflichtige Infektionskrankheiten in Vorarlberg im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite 2011–2021

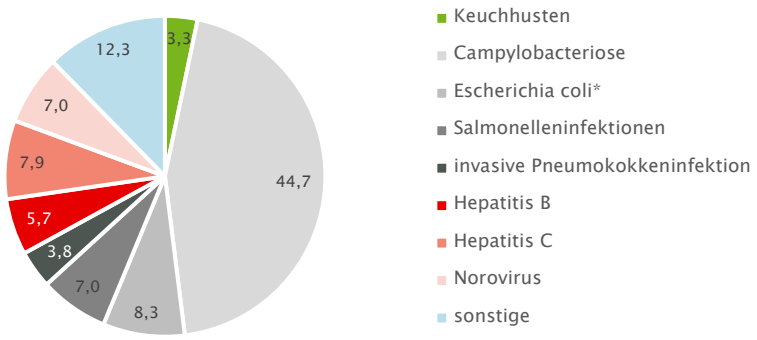


Bis einschließlich 2016 können auch nichtlaborbestätigte Fälle inkludiert sein.

Quelle: BMSGPK – Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten auf Basis der AGES-Daten (nach Statistik Austria);
Berechnung und Darstellung: GÖG

Über den gesamten Zeitraum 2011–2021 betrachtet, wurden in Vorarlberg 7.525 meldepflichtige Infektionskrankheiten dokumentiert (exkl. COVID-19). Der Großteil davon waren bakterielle Infektionen, die den Darm betreffen und überwiegend über Lebensmittel übertragen werden (Campylobacteriose 45 %, Escherichia-Infektionen 8 %, Salmonelleninfektionen 7 %). Die häufigsten viralen Infektionen waren Hepatitis B (6 %), Hepatitis C (8 %) und Norovirusinfektionen (7 %; vgl. Abbildung 3.14). Darüber hinaus gab es im Zeitraum 2011–2021 durchschnittlich 4,3 FSME-Fälle pro Jahr und – zwischen 2015 und 2021 – durchschnittlich 19 TBC-Fälle pro Jahr.

Abbildung 3.14:
Verteilung der häufigsten meldepflichtigen Infektionskrankheiten in Vorarlberg im Durchschnitt der Jahre 2011–2021



*STEC/VTEC (Shigatoxin/Verotoxin bildende E. coli), sonstige darmpathogene E.-coli-Stämme

Quelle: BMSGPK – Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten auf Basis der AGES-Daten (nach Statistik Austria);
Berechnung und Darstellung: GÖG

COVID-19

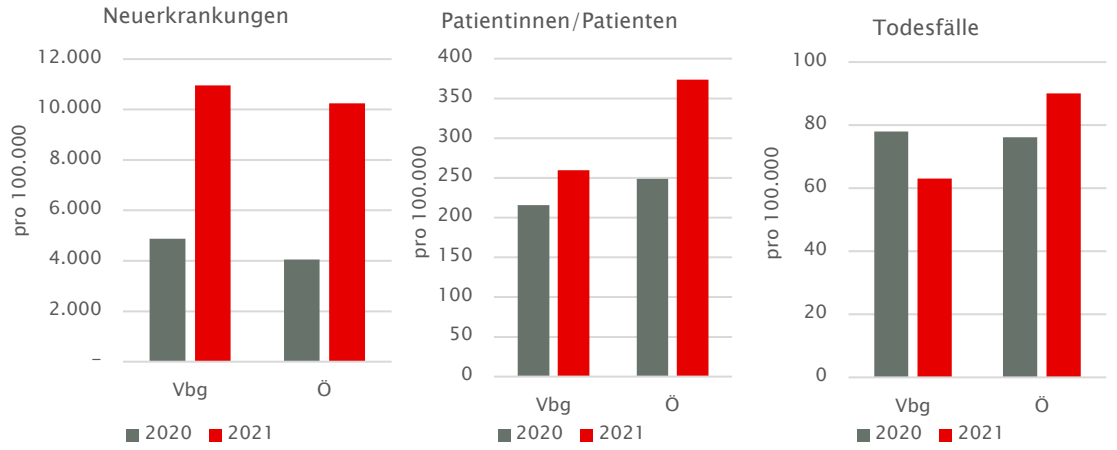
In den Jahren 2020 und 2021 wurden in Vorarlberg 63.123 COVID-19-Neuerkrankungen dokumentiert. Davon waren rund 1.000 Vorarlberger und ca. 780 Vorarlbergerinnen zumindest einmal in diesen beiden Jahren mit der Hauptdiagnose COVID-19 hospitalisiert. An COVID-19 verstorben sind in diesen beiden Jahren 266 Männer und 228 Frauen in Vorarlberg.

Bezogen auf 100.000 EW, lassen sich Vergleiche nach Geschlecht sowie mit dem österreichischen Durchschnitt anstellen. Sowohl hinsichtlich der Hospitalisierungsrate als auch betreffend die Mortalitätsrate waren Vorarlberger häufiger betroffen als Vorarlbergerinnen. In den Jahren 2020 und 2021 wurden 285 Männer und 187 Frauen (jeweils pro 100.000, altersstandardisiert) zumindest einmal aufgrund der Hauptdiagnose COVID-19 stationär behandelt. 89 Männer und 51 Frauen verstarben aufgrund dieser Diagnose (ebenfalls pro 100.000 und altersstandardisiert).

In Vorarlberg wurden in beiden Pandemiejahren etwas mehr Neuerkrankungen registriert als im österreichischen Durchschnitt (4.877 vs. 4.051 im Jahr 2020 und 10.960 vs. 10.252 im Jahr 2021,

jeweils pro 100.000 EW). Weil das Testangebot regional sehr unterschiedlich war, eignen sich Hospitalisierungen und Todesfälle besser für einen Vergleich mit anderen Bundesländern. Hinsichtlich zumindest einer stationären Behandlung aufgrund einer COVID-19-Hauptdiagnose lag Vorarlberg in beiden Jahren, aber insbesondere im Jahr 2021, deutlich unter dem österreichischen Durchschnitt (216 vs. 249 im Jahr 2020 und 260 vs. 373 im Jahr 2021, jeweils pro 100.000 EW). COVID-19-bedingte Todesfälle in der Vorarlberger Bevölkerung lagen im Jahr 2020 etwa im österreichischen Durchschnitt (78 vs. 76 pro 100.000), im Jahr 2021 war die Rate unterdurchschnittlich (63 vs. 90 pro 100.000; vgl. Abbildung 3.15).

Abbildung 3.15:
COVID-19-Neuerkrankungen, -Hospitalisierungen und -Todesfälle in Vorarlberg und Österreich 2020 und 2021



Patientinnen/Patienten und Todesfälle sind altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quellen: BMSGPK – Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten auf Basis der AGES-Daten (nach Statistik Austria),
BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2020 und 2021,
Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2020 und 2021;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Eine Reihe übertragbarer Krankheiten ist meldepflichtig und wird im Epidemiologischen Meldesystem (EMS) des BMSGPK dokumentiert sowie in den Jahresberichten der nationalen Referenzzentralen ausgewiesen. Das Auftreten von Infektionskrankheiten kann dadurch relativ zeitnah beobachtet werden. Durch die seit Anfang 2014 geltende elektronische Labormeldepflicht sind Labordaten im EMS schneller und umfassender verfügbar.

3.3.4 Gesundheitsbedingte funktionale Einschränkungen der älteren Bevölkerung

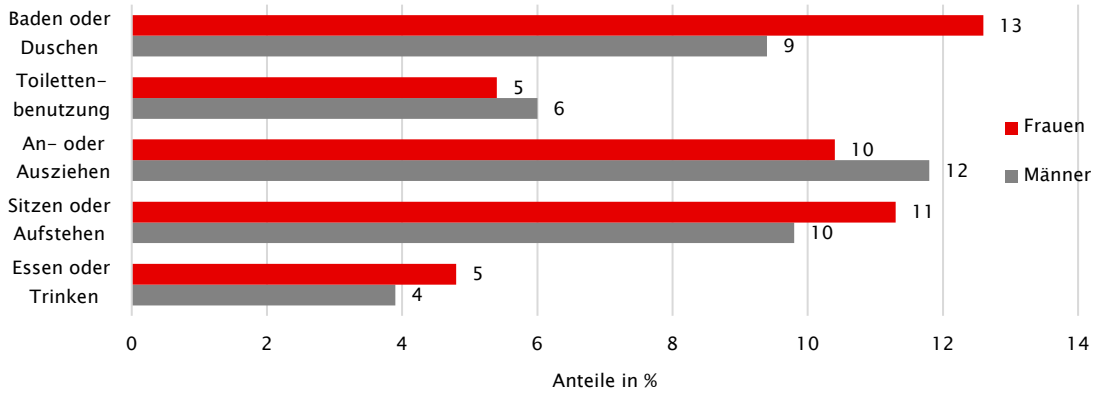
Bei funktionaler Gesundheit geht es darum, inwieweit Menschen ihren Alltag bewältigen und am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Das ist eine Voraussetzung für Selbstbestimmung im Alter. Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung gibt es einige Fragen zu Fertigkeiten, deren Einschränkung oder Nichtvorhandensein die Bewältigung des Alltags beeinträchtigt wie z. B. Hören, Gehen einer bestimmten Distanz und Treppensteigen oder Fingerfertigkeit. Im Folgenden werden zwei Indikatoren näher analysiert: Die **ADL** („activities of daily living", Basisaktivitäten der Pflege und Versorgung der eigenen Person wie Essen, Trinken, Sich-Waschen, Sich-An- und -Ausziehen) und die **IADL** („instrumental activities of daily living" wie Essen-Zubereiten, Telefonieren, Einkaufen, Wäschewaschen oder das Regeln finanzieller Angelegenheiten). Einschränkungen bei den ADL und IADL führen früher oder später zu einer Pflegeabhängigkeit bzw. Hilfsbedürftigkeit und sind gute Indikatoren für die Fähigkeit, allein zu Hause zu leben.

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

18 Prozent bzw. rund 12.000 Vorarlberger:innen ab 65 Jahren sind in ihren Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person – laut ATHIS 2019 – eingeschränkt (BL-Bandbreite: 16–28 %). Vorarlberg liegt damit am unteren Ende der Bundesländer-Bandbreite bzw. unter dem österreichischen Durchschnitt von 22 Prozent. Frauen betrifft dies häufiger als Männer (19 % vs. 16 %) – was unter anderem auf den höheren Anteil hochaltriger Frauen zurückzuführen ist. Im Vergleich zu 2014 (11 %) ist dies ein deutlicher Anstieg, wobei hier wiederum der methodische Unterschied bei den beiden Erhebungen (ATHIS 2014 telefonisch, ATHIS 2019 persönlich oder online) zu berücksichtigen ist.

Am häufigsten hat die ab 65-jährige Bevölkerung Schwierigkeiten beim Baden oder Duschen, beim An- und Ausziehen und beim Aufstehen und Hinsetzen (jeweils 11 %). Während Frauen häufiger Probleme beim Baden oder Duschen haben, bereitet Männern das An- und Ausziehen größere Probleme (vgl. Abbildung 3.16).

Abbildung 3.16:
Schwierigkeiten bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person in Vorarlberg nach Geschlecht 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.)
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (65 Jahre und älter)

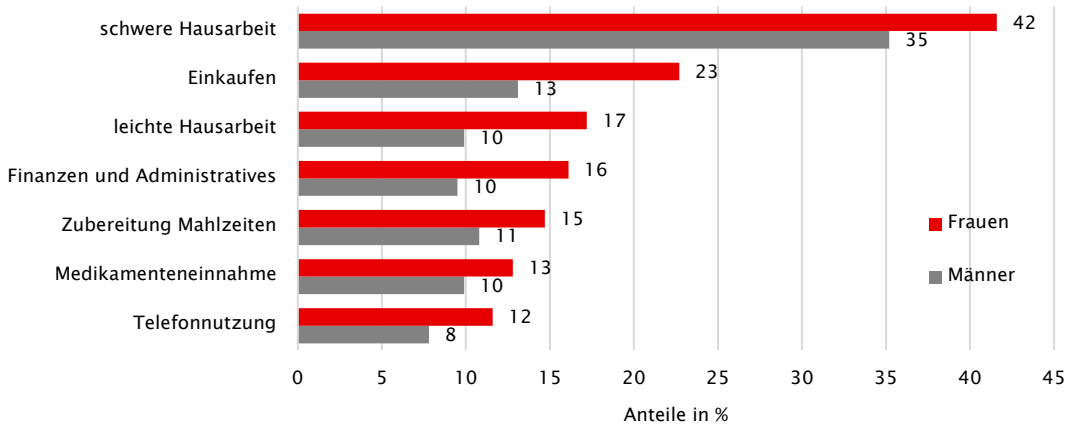
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Einschränkungen bei Erledigungen des Haushalts (IADL)

40 Prozent der ab 65-jährigen Vorarlberger Bevölkerung (rund 27.000 Menschen) haben bei der Bewältigung zumindest einer der gefragten Haushaltserledigungen Schwierigkeiten (BL-Bandbreite: 35–48 %), das liegt knapp unter dem österreichischen Durchschnitt. Ältere Frauen betrifft dies mehr als die Männer dieser Altersstufe (43 % vs. 38 %). Gegenüber 2014 (27 %) bedeutet dies einen deutlichen Anstieg, wobei auch hier die unterschiedlichen Befragungsmethoden eine Rolle spielen mögen (ATHIS 2014 telefonisch, ATHIS 2019 persönlich oder online).

Am häufigsten hat die 65-jährige Bevölkerung Schwierigkeiten bei der Erledigung schwerer Hausarbeiten (39 %) sowie beim Einkaufen (18 %). Frauen haben bei allen Aspekten größere Schwierigkeiten als Männer (vgl. Abbildung 3.17).

Abbildung 3.17:
Schwierigkeiten bei Erledigung des Haushalts in Vorarlberg nach Geschlecht 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.)
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (65 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Beide Indikatoren sind **stark bildungsabhängig:** ADL-Einschränkungen haben 26 Prozent der Vorarlberger:innen mit maximal Pflichtschulabschluss, 14 Prozent derjenigen mit Lehr- oder BMS-Abschluss und 6 Prozent derjenigen mit Matura. Bezüglich IADL sind 53 Prozent der Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss, 38 Prozent der Personen mit Lehr- oder BMS-Abschluss und 16 Prozent derjenigen mit Matura beeinträchtigt.

Die „activities of daily living“ (ADL) beschreiben Basisaktivitäten der Pflege und Versorgung der eigenen Person (wie Essen, Trinken, Sich-Waschen, Sich-An- und -Ausziehen). Die „instrumental activities of daily living“ (IADL) umfassen komplexere Tätigkeiten wie Essen-Zubereiten, Telefonieren, Einkaufen, Wäschewaschen oder das Regeln finanzieller Angelegenheiten. Einschränkungen bei den ADL und IADL führen früher oder später zu einer Pflegeabhängigkeit bzw. Hilfsbedürftigkeit. ADL und IADL sind gute Indikatoren für die Fähigkeit, allein zu Hause zu leben. Allerdings wurden bei der Österreichischen Gesundheitsbefragung keine geriatrisch gängigen Messinstrumente wie der Barthel-Index und der Lawton-Brody-Index verwendet.

Alle Angaben zu diesen Fragen beziehen sich auf Personen in Privathaushalten im Alter von 65 Jahren und älter und beruhen auf Selbstangaben.

3.3.5 Krankenstände

Im Jahr 2021 wurden in Vorarlberg rund 169.000 Krankenstandsfälle von 142.000 ÖGK-Versicherten dokumentiert (davon rund 100.400 Männer und 68.600 Frauen). Das entspricht etwa 1,2 Krankenständen je ÖGK-Versicherte:n und macht, differenziert nach Geschlecht, bei Männern 1,25 und bei Frauen 1,12 Krankenstände aus. Dieser Unterschied erklärt sich vor allem durch die hohe Männerkonzentration in Branchen und Berufsgruppen mit überdurchschnittlich hohen körperlichen Belastungen und Unfallrisiken (Leoni 2020). Vorarlberg lag damit bei Männern etwas über und bei Frauen etwas unter dem Bundesdurchschnitt der ÖGK-Versicherten (Männer 1,25 vs. 1,19 und Frauen 1,12 vs. 1,25).

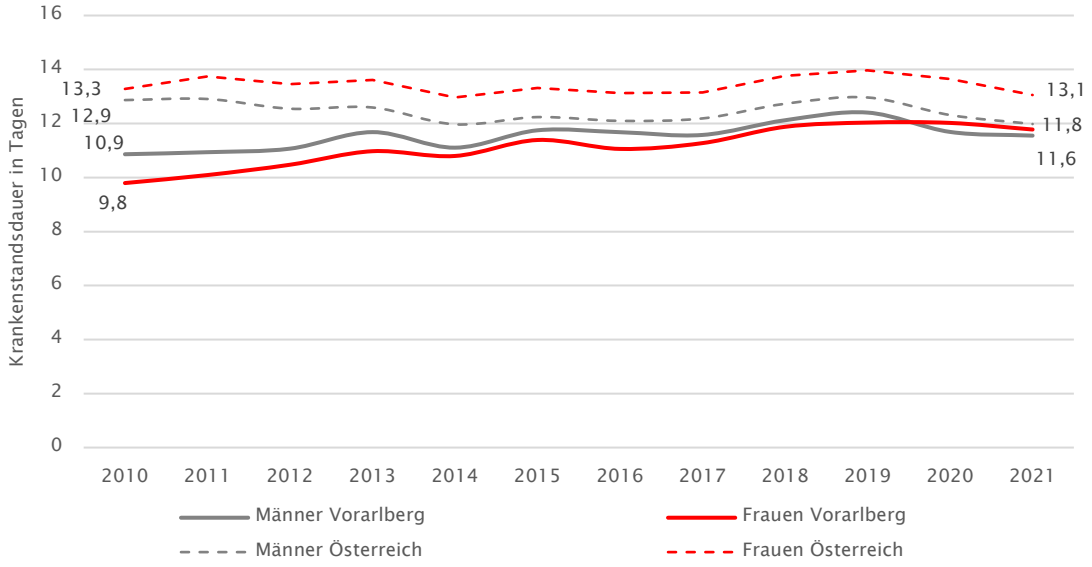
Diese 169.000 Krankenstandsfälle verursachten im Jahr 2021 ein wenig mehr als 1,6 Mio. Krankenstandstage, womit die durchschnittliche Krankenstandsdauer 11,7 Tage betrug (Männer 11,6 und Frauen 11,8 Tage). Im Vergleich zu 2010 hat sich die durchschnittliche Krankenstandsdauer je Versicherte:n im Jahr von 10,4 Tage auf 11,7 Tage, also um rund 11 Prozent erhöht. Während Vorarlberg damit im Jahr 2010 bei beiden Geschlechtern deutlich unter dem Bundesdurchschnitt lag, ist diese Differenz im Jahr 2021 bei den Männern nicht mehr zu sehen, bei den Frauen wurde sie deutlich geringer (vgl. Abbildung 3.18).

Die Krankenstandsquote ist ein Indikator zur Beschreibung des potenziellen Arbeitszeitverlusts und gibt den prozentuellen Anteil der jährlichen Krankenstandstage an den theoretisch verfügbaren Arbeitstagen aller Versicherten in einem Jahr an. Für Vorarlberger ÖGK-Versicherte betrug die Krankenstandsquote 2021 3,2 Prozent, im Jahr 2010 war sie bei rund 2,9 Prozent gelegen – sie ist seither also um knapp 12 Prozent gestiegen.

Die häufigsten Ursachen für Krankenstandsfälle waren im Jahr 2021 Krankheiten des Atmungssystems (25,3 %), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (16,1 %), Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (13,7 %) sowie bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (10,2 %). Gemessen an den Krankenstandstagen 2021, machten Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (21,6 %), Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (20,5 %), psychische und Verhaltensstörungen (13,1 %) sowie Krankheiten des Atmungssystems (11,8 %) die größten Anteile aus. Vor allem bösartige Neubildungen sowie psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen verursachen proportional überdurchschnittlich lange Krankenstände.

Zwischen 2010 und 2021 ist die durchschnittliche Krankenstandsdauer durch psychische Krankheiten um 63 Prozent gestiegen (von rund 0,9 Krankenstandstagen je Versicherte:n auf rund 1,6 Tage). Auch die Krankenstandsdauer durch Neubildungen hat sich in diesem Zeitraum um knapp 58 Prozent deutlich erhöht (von 0,36 auf 0,57 Tage). Die Krankenstandsdauer aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie jene aufgrund von Verletzungen, Vergiftungen und bestimmter anderer Folgen äußerer Ursachen sind jeweils um knapp 7 Prozent gestiegen (vgl. Dachverband der Sozialversicherungsträger – Krankenstandstatistik, 2010–2021).

Abbildung 3.18:
Durchschnittliche Krankenstandsdauer in Tagen nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2010–2021



Quelle: Dachverband der Sozialversicherungen – Krankenstandsstatistik 2010–2021; Berechnung und Darstellung GÖG

Die Basis für die Erfassung der Krankenstandsfälle und -tage ist die ärztliche Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit. Datenbereitsteller ist der Dachverband der Sozialversicherungen. Die Statistik differenziert nach Krankenkassen, weshalb im vorliegenden Bericht aufgrund des regionalen Bezugs nur die Daten der Gebietskrankenkassen herangezogen wurden. Eine Untererfassung besteht auch insofern, als in vielen Unternehmen erst ab dem dritten Tag eine ärztliche Bestätigung vorzulegen ist und kürzere Krankenstände nicht in die Statistik eingehen. Andererseits gibt es auch eine Übererfassung, weil die Statistik nicht zwischen Arbeits- bzw. Werktagen und Sonn- und Feiertagen unterscheidet. Als Krankenstandstage werden Kalendertage gezählt. Dies wiederum weist eine größere Zahl an Krankenstandstagen aus, als es den tatsächlich verloren gegangenen Arbeitstagen entspricht.

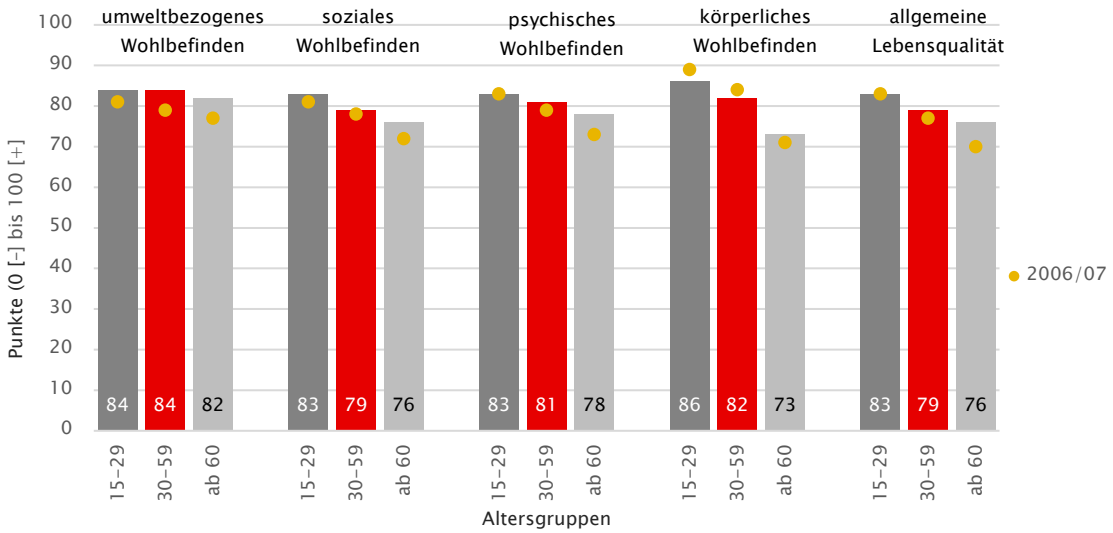
3.4 Lebensqualität und Lebenszufriedenheit

Die Lebensqualität wird in der Österreichischen Gesundheitsbefragung allgemein und nach den Komponenten des körperlichen, psychischen, sozialen und umweltbezogenen Wohlbefindens abgefragt. Sie hängt stark mit dem selbsteingeschätzten Gesundheitszustand zusammen – Vorarlberger:innen, die ihre Gesundheit als gut bis sehr gut bezeichnen (vgl. Abschnitt 0), stufen ihre Lebensqualität deutlich höher ein als jene mit einer schlechten bis sehr schlechten Gesundheit (84 vs. 39 von 100 Punkten) –, birgt aber auch weitere Aspekte.

Die Vorarlberger Bevölkerung ab 15 Jahren beurteilte im Jahr 2019 ihre allgemeine Lebensqualität mit durchschnittlich 79 von 100 Punkten (BL-Bandbreite: 75–81 Punkte) – Männer und Frauen gleichermaßen. Befragt nach einzelnen Kategorien, ist die umweltbezogene Lebensqualität (84 Punkte) am besten, gefolgt vom psychischen und körperlichen Wohlbefinden (80 Punkte) sowie sozialen Wohlbefinden (79 Punkte; vgl. Abbildung 3.19). Seit 2006/2007 hat sich das körperliche Wohlbefinden verschlechtert (um 2 Punkte), alle anderen haben sich aber verbessert – insbesondere die umweltbezogene Lebensqualität (Wohnen, Freizeitgestaltung, Sicherheit, Zugang zum Gesundheitssystem, Beförderungsmittel, Umweltbedingungen; um 4 Punkte) und insbesondere für die Bevölkerung ab 60 Jahren.

Die positive Einschätzung der Lebensqualität nimmt in allen Bereichen mit zunehmendem Alter ab. Am deutlichsten zeigt sich dieser Unterschied erwartungsgemäß in Bezug auf das körperliche Wohlbefinden (86 vs. 73 Punkte), gefolgt vom sozialen (83 vs. 76 Punkte) und psychischen Wohlbefinden (83 vs. 78 Punkte). Bei der umweltbezogenen Lebensqualität gibt es kaum Unterschiede zwischen den Altersgruppen (vgl. Abbildung 3.19).

Abbildung 3.19:
Lebensqualität der Vorarlberger Bevölkerung nach Altersgruppen und Bereichen 2019 im Vergleich mit 2006/2007



Angaben in Mittelwerten; ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.) hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

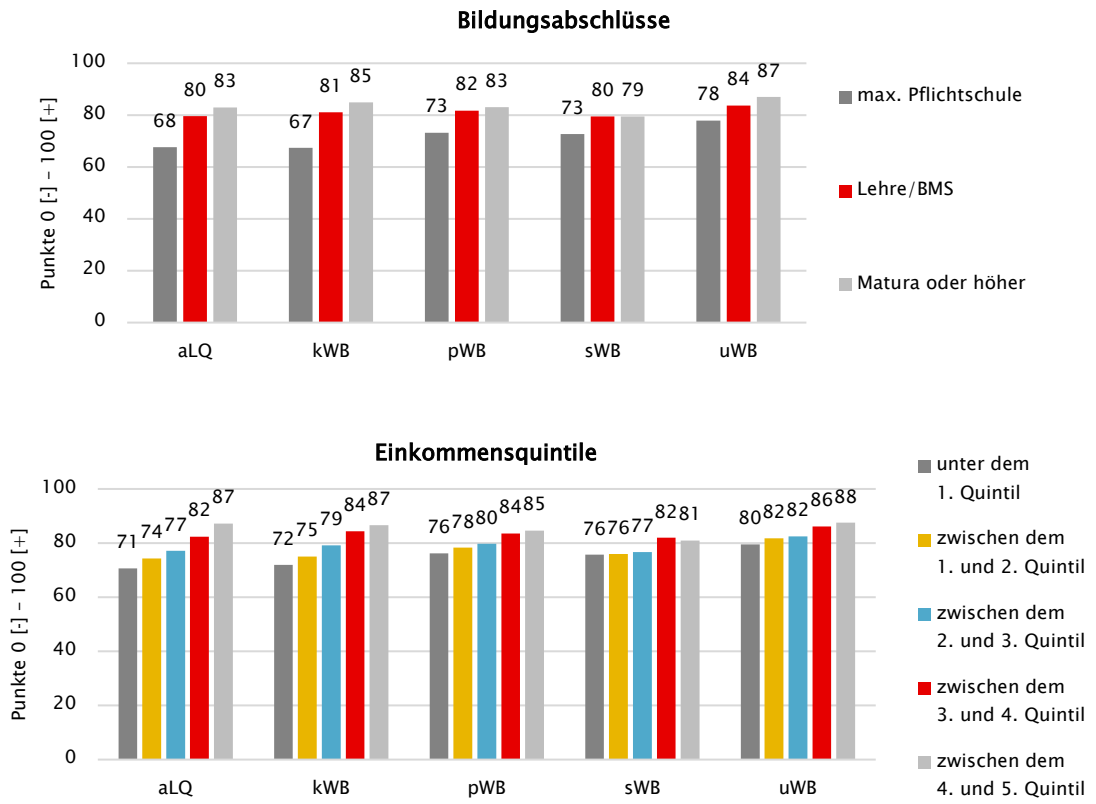
Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Vorarlberger:innen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter) schätzen ihre Lebensqualität höher ein als Vorarlberger:innen mit maximal Pflichtschulabschluss (vgl. Abbildung 3.20). Dies gilt für alle Altersgruppen (ab 30 Jahren), für Männer und Frauen

sowie für alle Lebensqualitätsdimensionen – wobei die Unterschiede bei Männern größer sind als bei Frauen.

Ebenfalls deutliche Unterschiede finden sich in Zusammenhang mit dem Haushaltseinkommen (vgl. Abbildung 3.20). Vorarlberger:innen aus besser verdienenden Haushalten erachten ihre Lebensqualität als besser denn Vorarlberger:innen aus schlechter verdienenden Haushalten (87 vs. 71 Punkte). Auch dies gilt für alle Altersgruppen (ab 30 Jahren), für Männer und Frauen sowie für alle Lebensqualitätsdimensionen.

Abbildung 3.20:
Lebensqualität der Vorarlberger Bevölkerung nach Bildung und Haushaltseinkommen 2019



Mittelwerte; ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.); hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)
aLQ = allgemeine Lebensqualität; kWB = körperliches Wohlbefinden; pWB = psychisches Wohlbefinden; sWB = soziales Wohlbefinden; uWB = umweltbezogenes Wohlbefinden
Quintil = Einkommensverteilung nach fünf gleich großen Teilen (z. B. 20 Prozent liegen unterhalb des ersten Quintils).

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Vorarlberger:innen mit Migrationshintergrund bewerten alle Lebensqualitätsdimensionen – außer ihre sozialen Beziehungen – signifikant schlechter als Vorarlberger:innen ohne Migrationshintergrund (in Punkten: allgemeine Lebensqualität: 73 vs. 81; körperliches Wohlbefinden: 76 vs. 82; psychisches Wohlbefinden: 78 vs. 82; soziales Wohlbefinden: 77 vs. 80; umweltbezogenes Wohlbefinden: 79 vs. 85).

Lebensqualität ist ein multidimensionales Konzept, das körperliche, psychische, soziale und umweltbezogene Komponenten abbildet und im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) mit dem WHOQOL-BREF1 erfasst wird. Dabei werden zwei globale Fragen zur allgemeinen Lebensqualität gestellt sowie 24 Fragen zum (1) körperlichen (Schmerzen, Angewiesensein auf medizinische Behandlungen, Mobilität, Fähigkeit, alltägliche Dinge tun zu können, Arbeitsfähigkeit, Energie für das tägliche Leben), (2) psychischen (das Leben genießen und als sinnvoll betrachten können, Konzentrationsfähigkeit, Akzeptanz des eigenen Aussehens, Zufriedenheit mit sich selbst, negative Gefühle), (3) sozialen Wohlbefinden (Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen, mit dem Sexualleben, mit der Unterstützung durch Freundinnen/Freunde) sowie zur (4) umweltbezogenen Lebensqualität (Sicherheitsgefühl, Umweltbedingungen im Wohngebiet, Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung, Zugang zu Gesundheitsdiensten, Zufriedenheit mit den Beförderungsmitteln, Zugang zu relevanten Informationen, Zufriedenheit mit den Wohnbedingungen) gefragt. Der Wert liegt zwischen 0 und 100 (100 = bestmögliche Lebensqualität).

Lebenszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen

Ein der Lebensqualität sehr verwandtes Konzept ist die Lebenszufriedenheit, nach der Schüler:innen im Rahmen von HBSC gefragt werden. Insgesamt bewerteten im Jahr 2018 11-, 13- und 15-jährige Kinder und Jugendliche in Vorarlberg ihre Lebenszufriedenheit mit 8 von 10 möglichen Punkten – Burschen höher als Mädchen (8,1 vs. 7,3 Punkte), jüngere höher als ältere (8,1 vs. 7,3 Punkte). Auch der Wohlstand und die Herkunft haben Einfluss auf die Lebenszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen. So sind Kinder und Jugendliche aus wohlhabenderen Familien zufriedener als jene aus ärmeren Verhältnissen (8 vs. 7,4 Punkte) und jene ohne Migrationshintergrund zufriedener als jene mit Migrationshintergrund (8 vs. 7 Punkte).

Seit 2006 ist die Lebenszufriedenheit der Vorarlberger Kinder und Jugendlichen relativ konstant geblieben.

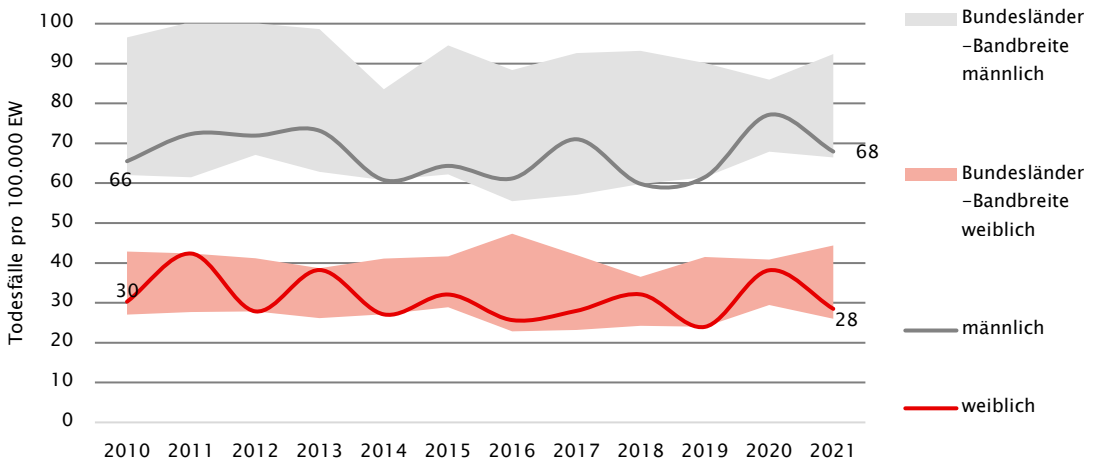
Die Lebenszufriedenheit gibt Auskunft über die allgemeine Einschätzung des eigenen Lebens. Sie wird im Rahmen der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study mithilfe der Cantril Ladder erhoben, die eine Bewertung zwischen 0 (das schlechteste Leben, das für dich in deiner Situation möglich wäre) und 10 (das bestmögliche Leben) ermöglicht (Dür/Griebler 2007; Felder-Puig et al. 2019; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Die Angaben kommen von 11-, 13- und 15-jährigen Burschen und Mädchen, die eine Schule besuchen (AHS, BMS/BHS, MS, PTS), und beruhen auf Selbstangaben.

3.5 Unfälle und Verletzungen

3.5.1 Allgemein

In Vorarlberg **starben** seit 2010 im Durchschnitt 166 Personen pro Jahr an Verletzungen oder Vergiftungen, 63 Prozent davon waren Männer. Das bedeutete zuletzt – im Jahr 2021 – eine altersstandardisierte Rate von 68 Todesfällen (pro 100.000 EW) bei Männern (BL-Bandbreite 66–92) und von 28 (pro 100.000 EW) bei Frauen (BL-Bandbreite 26–44). Zwar zeigen sich hier jährliche Schwankungen, aber insgesamt ist im Beobachtungszeitraum 2010–2021 eher eine Rate auf gleichbleibendem Niveau erkennbar. Vorarlberg liegt damit im Vergleich mit den anderen Bundesländern bei Männern eher im unteren Bereich, bei den Frauen im Mittelfeld (vgl. Abbildung 3.21).

Abbildung 3.21:
Sterblichkeit aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen in Vorarlberg nach Geschlecht im Bundesländervergleich 2010–2021



ICD-10 S00–T98; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2010–2021; Berechnung und Darstellung: GÖG

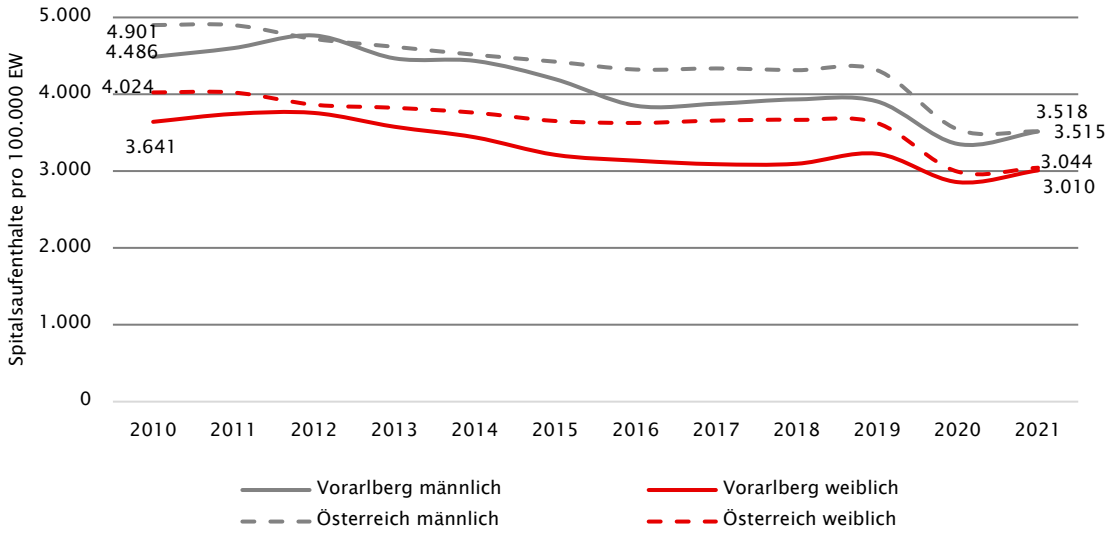
Drei Diagnosen (auf Gruppenebene) decken fast 90 Prozent der tödlichen Verletzungen ab, gereiht nach Häufigkeit in dieser Reihenfolge: sonstige Unfallverletzungen (bei Frauen 65 %, bei Männern 42 %), Suizid (bei Frauen 18 %, bei Männern 33 %) und Transportmittelunfälle (bei Frauen 7 %, bei Männern 11 %). Bei Männern spielen also Suizid (vgl. Punkt 3.6.3) und Transportmittelunfälle (vgl. unten) eine deutlich größere Rolle, bei Frauen sonstige Verletzungen (insbesondere Stürze).

Auch bei den Diagnosen betreffend tödliche Verletzungen der unter 70-jährigen Vorarlberger Bevölkerung decken diese drei Diagnosen auf Gruppenebene das Gros der gesamten tödlichen

Verletzungen ab, doch das Gewicht verschiebt sich dabei deutlich und die anteilsmäßigen Unterschiede nach Geschlecht differieren nur wenig: 43 bzw. 44 Prozent der tödlichen Verletzungen sind Suizide, rund jeweils ein Viertel sind sonstige Verletzungen und 16 bzw. 12 Prozent der diesbezüglichen Todesfälle passieren aufgrund von Transportmittelunfällen.

Eine **stationäre Behandlung** aufgrund einer Verletzung oder Vergiftung war im Jahr 2021 bei knapp 13.000 Personen der Vorarlberger Wohnbevölkerung erforderlich, 52 Prozent der davon Betroffenen waren männlich. Bezogen auf die altersstandardisierte Rate, bedeutet dies 3.516 stationäre Aufenthalte pro 100.000 bei Männern (BL-Bandbreite: 2.550–4.376) und 3.010 stationäre Aufenthalte pro 100.000 bei Frauen (BL-Bandbreite: 2.377–3.730). Vorarlberg lag damit tendenziell unter dem Bundesdurchschnitt, im Jahr 2021 entsprachen die Werte allerdings sowohl bei Frauen als auch bei Männern in etwa dem österreichischen Durchschnitt. Es ist hier ein deutlicher Einbruch im ersten Pandemiejahr erkennbar, aber auch über die gesamte Beobachtungsperiode ist ein Rückgang zu verzeichnen: um 22 Prozent bei Vorarlbergern und um 17 Prozent bei Vorarlbergerinnen (vgl. Abbildung 3.22).

Abbildung 3.22:
Stationäre Aufenthalte aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen in Vorarlberg und im österreichischen Durchschnitt nach Geschlecht 2010–2021



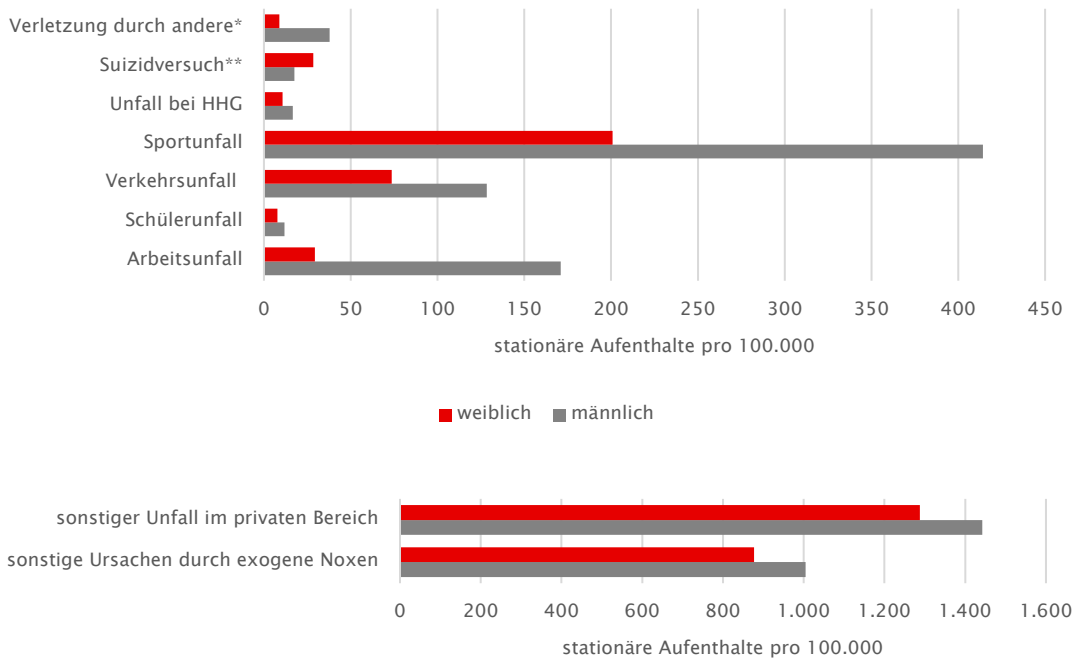
ICD-10 S00–T98; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2010–2021; Berechnung und Darstellung: GÖG

Bei einem stationären Aufenthalt aufgrund einer Verletzungs-/Vergiftungsdiagnose wird als Nebendiagnose auch das Setting, in dem der Unfall passiert ist, bzw. dessen Ursache dokumentiert. Unterschieden werden hier elf Kategorien, die in Abbildung 3.23 zu neun Kategorien zusammen-

gefasst wurden. Zwar wird der Großteil der stationär zu behandelnden Verletzungen als sonstiger Unfall deklariert, aber unter den restlichen Kategorien zeigt sich, dass Sport-, Arbeits[1]- und Verkehrsunfälle am häufigsten sind. Es werden hier interessante und deutliche Unterschiede nach Geschlecht sichtbar. Enorm ist der Unterschied bei den Arbeitsunfällen (bei Männern fast sechsmal so häufig wie bei Frauen), bei absichtlichen Verletzungen durch andere (4,3-mal so häufig) und bei Sportunfällen (mehr als doppelt so häufig). Auch Verkehrsunfälle (siehe unten) sowie Unfälle bei Hausarbeit, Heimwerken und Gartenarbeit sind bei Männern deutlich häufiger (1,7- bzw. 1,6-mal so oft). Einzig Suizidversuche und absichtliche Selbstverletzungen werden beim weiblichen Geschlecht öfter stationär behandelt (vgl. dazu auch Kapitel 3.6.3 und Abbildung 3.23).

Abbildung 3.23:
Stationäre Aufenthalte aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen nach Setting und Geschlecht in Vorarlberg 2010–2021



*absichtliche Verletzung durch andere Personen, auch Tötungsversuch
**Suizidversuch oder absichtliche Selbstverletzung
HHG: Hausarbeit, Heimwerken und Gartenarbeit
ICD-10 S00–T98; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

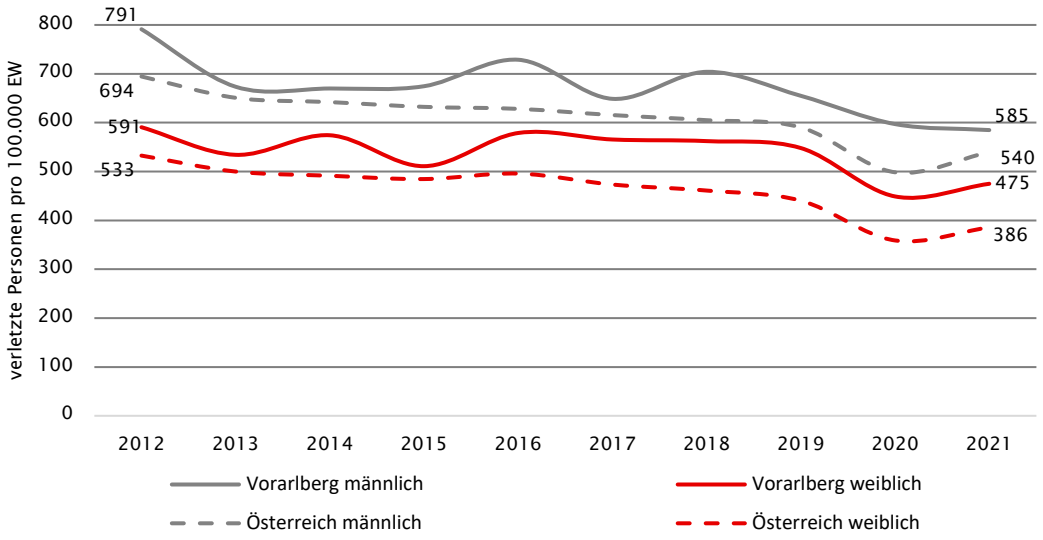
Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2010–2021; Berechnung und Darstellung: GÖG

1 Im Gegensatz zu Kapitel 5.3.3 handelt es sich hier nur um die stationär behandelten Unfälle.

3.5.2 Straßenverkehrsunfälle

Straßenverkehrsunfälle sind nicht die häufigste Unfallursache, die gemäß den oben beschriebenen Kategorien zu einem stationären Aufenthalt führen, aber es waren im Jahr 2021 immerhin rund 370 solcher Fälle in Vorarlberg zu verzeichnen. Insgesamt wurden in Vorarlberg im Jahr 2021 rund 2.100 bei einem Verkehrsunfall verletzte Personen registriert, das bedeutet eine Rate von 585 Männern pro 100.000 (BL-Bandbreite 358–687) und von 475 Frauen pro 100.000 (BL-Bandbreite 233–534). Vorarlberg weist damit weder bei Männern noch bei Frauen die Höchstwerte im Bundesländervergleich auf, liegt aber jeweils deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Seit 2012 ist die Tendenz insbesondere bei Männern, aber auch bei Frauen sinkend. Auch hier zeigt sich ein deutlicher Rückgang im ersten Jahr der Pandemie mit einem neuerlichen Anstieg im Jahr 2021 (vgl. Abbildung 3.24).

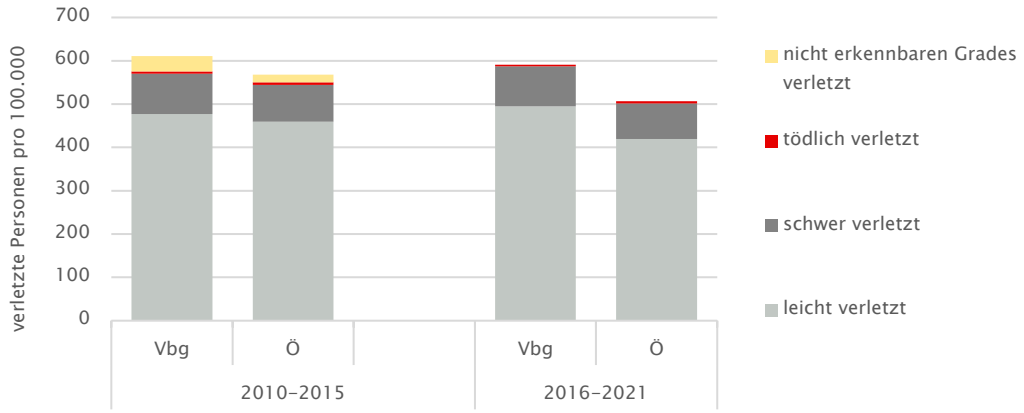
Abbildung 3.24:
Verletzte Personen bei Straßenverkehrsunfällen in Vorarlberg und Österreich nach Geschlecht 2012–2021



Quelle: Statistik Austria – Verkehrsunfallstatistik 2012–2021; Darstellung: GÖG

84 Prozent der Vorarlberger:innen, die im Jahr 2021 bei einem Straßenverkehrsunfall verletzt wurden, waren leicht verletzt (1.775 Personen), 16 Prozent waren schwer verletzt (328 Personen), und 0,6 Prozent kamen dabei ums Leben (13 Personen). In Abbildung 3.25, einem Vergleich der Perioden 2010–2015 mit 2016–2021 in Vorarlberg und in Österreich, zeigt sich, dass leichte und schwere Verletzungen, nicht aber tödliche, in Vorarlberg leicht über dem österreichischen Durchschnitt lagen und dass in Vorarlberg der Rückgang Verletzter (pro 100.000 EW) geringer war als in Österreich insgesamt.

Abbildung 3.25:
Verletzte Personen bei Verkehrsunfällen in Vorarlberg und Österreich nach dem Grad der Verletzung im Durchschnitt der Jahre 2010–2015 und 2016–2021



Quelle: Statistik Austria – Verkehrsunfallstatistik 2010–2021; Darstellung: GÖG

7,5 Prozent der im Zeitraum 2010–2021 bei Straßenverkehrsunfällen verletzten Menschen in Vorarlberg waren Kinder im Alter bis zu 14 Jahren (2.066; davon 207 schwer und 5 tödlich), 17,5 Prozent waren zwischen 15 und 19 Jahre alt (4.837; davon 527 schwer und 16 tödlich). In Summe bedeutet dies, dass zwischen 2010 und 2021 pro Jahr 63 Vorarlberger Kinder und Jugendliche bei Straßenverkehrsunfällen schwer bis tödlich verletzt wurden.

Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden werden in der Verkehrsunfallstatistik der Statistik Austria geführt. Neben Alter, Geschlecht und Wohnort wird auch der Grad der Verletzung und ein Vermerk betreffend Alkoholeinfluss dokumentiert. Im Jahr 2012 wurde die Erhebungsmethode geändert, sodass Zeitreihensprünge auftreten können. Als Verkehrstote werden jene Personen registriert, die innerhalb von 30 Tagen nach einem erlittenen Verkehrsunfall versterben.

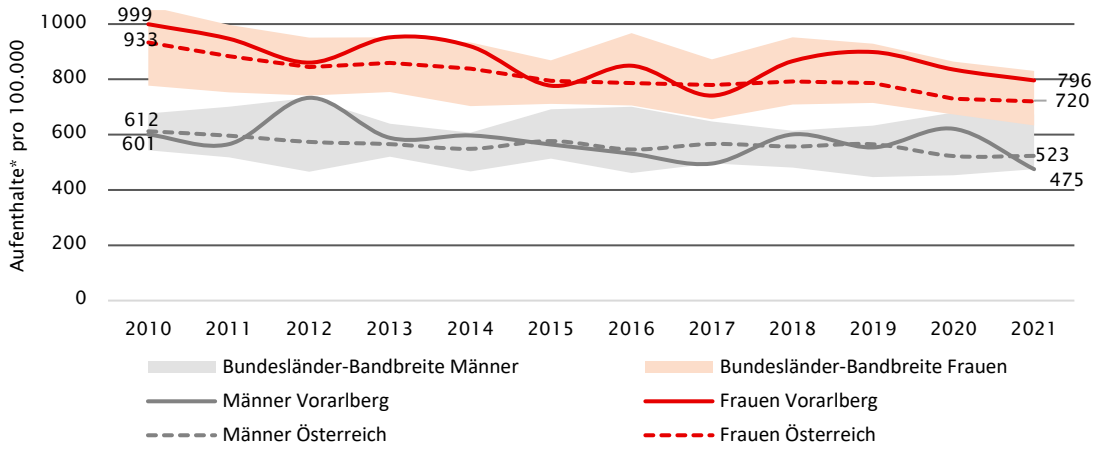
3.5.3 Sturzbedingte Frakturen

Pertrochantäre Frakturen[2] und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens sind mit Abstand die häufigsten Brüche des Oberschenkelknochens. Sie treten gehäuft bei älteren Menschen auf, sind in diesem Alter überwiegend sturzbedingt und ereignen sich mehrheitlich im häuslichen Kontext. Oberschenkelhalsbrüche gehen bei älteren Menschen mit einer erhöhten Sterblichkeit (innerhalb eines Jahres) sowie mit Einschränkungen in der Mobilität und Eigenständigkeit einher (Seniorliving 2016) und sind präventiv adressierbar.

[2] Pertrochantäre Frakturen bezeichnen eine Bruchstelle am oberen Ende des Oberschenkels, unmittelbar am Oberschenkelhals.

In Österreichs Akutkrankenanstalten wurden im Jahr 2021 bei ab 60-jährigen Vorarlbergerinnen und Vorarlbergern rund 630 Aufenthalte aufgrund pertrochantärer Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens dokumentiert (in Haupt- oder Nebendiagnose). Davon gingen 450 Aufenthalte (71 Prozent) auf Frauen zurück. Altersstandardisiert bedeutete dies eine Rate von knapp 796 Aufenthalten pro 100.000 EW bei Frauen (BL-Bandbreite: 633–831) und von 475 Aufenthalten pro 100.000 EW bei Männern (BL-Bandbreite 475–673). Über den Beobachtungszeitraum 2010–2021 hinweg zeigt sich, dass die einschlägigen Vorarlberger Raten insbesondere bei Frauen eher über dem österreichischen Durchschnitt lagen (vgl. Abbildung 3.26).

Abbildung 3.26:
Pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens bei ab 60-Jährigen nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich sowie im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite 2010–2021



Aufenthalte in Akutkrankenhäusern, altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2010–2021; Berechnung und Darstellung: GÖG

Sturzbedingte pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens (ICD-10: S720.x und S721.x) werden auf Basis der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD) berichtet. Doch nicht alle Brüche sind die Folge eines Sturzes.

3.6 (Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre

3.6.1 Gesamtsterblichkeit

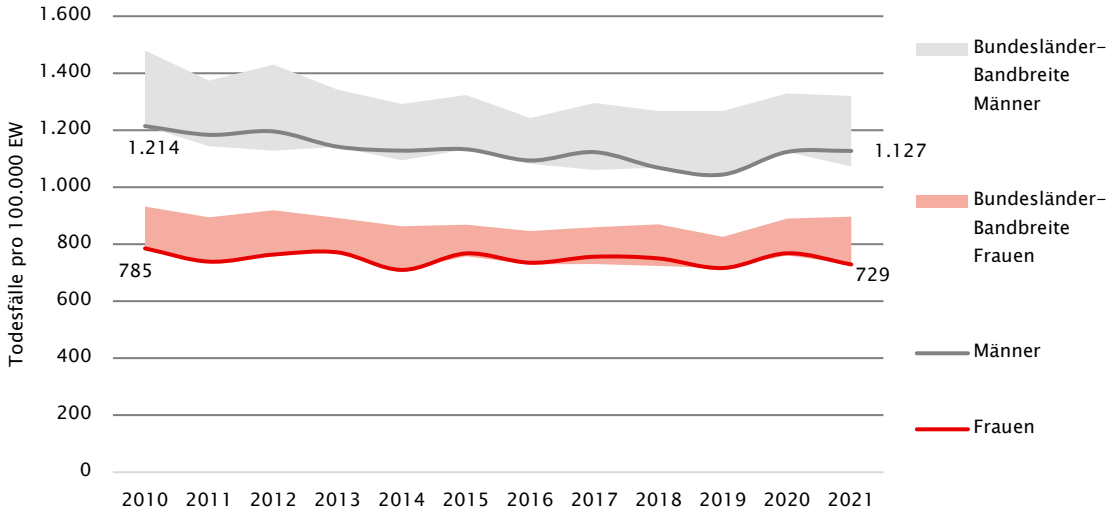
In Vorarlberg starben in den Jahren 2020 und 2021 jeweils rund 3.400 Menschen, bedingt durch die COVID-19-Pandemie waren das um rund 340 mehr als 2019. Die altersstandardisierte Mortalitätsrate lag im Jahr 2021 für Männer bei rund 1.127 Todesfällen pro 100.000 EW und für

Frauen bei rund 729. Innerhalb des Beobachtungszeitraums 2010–2021 hat die Mortalitätsrate beider Geschlechter trotz zwischenzeitlicher Anstiege (insbesondere im ersten Coronapandemiejahr) für beide Geschlechter um 7,2 Prozent abgenommen. Hätte sich der Trend bis 2019 auch in den Jahren 2020 und 2021 fortgesetzt, wäre der Rückgang noch deutlicher gewesen.

Während die Mortalitätsrate der Frauen seit dem Ende des ersten Pandemiejahres 2020 wieder rückläufig ist, zeichnet sich bei den Männern noch keine Erholung ab. Auch an der Sterblichkeit als Pendant zur Lebenserwartung zeigt sich, dass der Unterschied nach Geschlecht tendenziell geringer geworden ist – wiederum mit Ausnahme der Pandemiejahre 2020 und 2021, in denen die Sterblichkeit von Männern im Vergleich zu jener der Frauen stärker gestiegen bzw. noch nicht wieder gesunken ist.

Vorarlberg hat bei beiden Geschlechtern eine der niedrigsten Mortalitätsraten der österreichischen Bundesländer (vgl. Abbildung 3.27).

Abbildung 3.27:
Gesamtsterblichkeit in Vorarlberg nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite 2010–2021



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2010–2021; Berechnung und Darstellung: GÖG

In der **Altersgruppe der 0- bis 14-Jährigen** wurden in Vorarlberg zwischen 2010 und 2021 213 Todesfälle dokumentiert – 119 Buben und 94 Mädchen. Nahezu alle diese Todesfälle passierten bald nach der Geburt bzw. im ersten Lebensjahr und sind auf die Perinatalphase zurückzuführen bzw. auf Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien, aus denen 52 Prozent (bei den Mädchen) bzw. 57 Prozent (bei den Buben) der Todesfälle dieser Altersgruppe resultierten. Doch immerhin 10 Prozent (Buben) bzw. 12 Prozent (Mädchen) der Todesfälle von Kindern bis

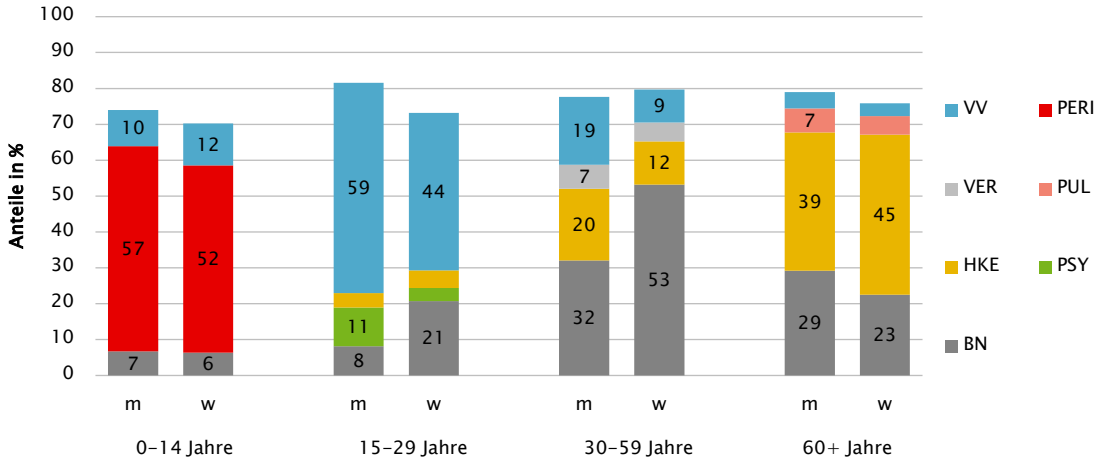
14 Jahre sind die Folge von Verletzungen, sind also potenziell vermeidbar. Das betraf im Zeitraum 2010–2021 12 Buben und 11 Mädchen, über alle Altersstufen zwischen einem und 14 Jahren verteilt (vgl. Abbildung 3.28).

Bei den **15- bis 29-Jährigen** sind die mit Abstand häufigsten Todesursachen Verletzungen und Vergiftungen (59 % bei Männern und 44 % bei Frauen). Absolut entspricht dies 130 tödlichen Verletzungen bei Vorarlbergern und 36 bei Vorarlbergerinnen, die vor allem bei jungen Männern ab 19 Jahren deutlich ansteigen. 35 Todesfälle – in etwa gleich viele junge Männer wie Frauen – erfolgten seit 2010 aufgrund einer Krebserkrankung. Das entspricht bei Vorarlbergern einem Anteil von 8 Prozent und bei Vorarlbergerinnen einem solchen von 21 Prozent. Bei Vorarlbergern dieser Altersgruppe machen außerdem Todesfälle aufgrund einer psychischen oder Verhaltensstörung einen nicht unbeträchtlichen Anteil aus (11 % bzw. 24 Todesfälle); es handelt sich dabei ausschließlich um Folgen von Drogenkonsum (vgl. Abbildung 3.28).

In der Altersgruppe der **30- bis 59-Jährigen** dominieren Krebserkrankungen die Todesursachen, insbesondere bei Frauen. Mehr als die Hälfte der weiblichen und etwa ein Drittel der männlichen Todesfälle dieser Altersgruppe ging im Beobachtungszeitraum auf eine bösartige Neubildung zurück. Auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen machen in dieser Altersgruppe einen beträchtlichen Anteil der Todesursachen aus. 20 Prozent der Vorarlberger und 12 Prozent der Vorarlbergerinnen im Alter zwischen 30 und 59 Jahren verstarben zwischen 2010 und 2021 an einer Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems. Ebenfalls beträchtlich ist in dieser Altersgruppe der Anteil der tödlichen Verletzungen, der bei Männern 19 Prozent und bei Frauen 9 Prozent ausmacht (vgl. Abbildung 3.28).

Ab 60 Jahren sind die meisten Todesfälle auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen. Im Zeitraum 2010–2021 betrug dieser Anteil bei Vorarlbergerinnen 45 % und bei Vorarlbergern 39 % (je höher das Alter, desto höher der Anteil). Die zweihäufigste Todesursache in dieser Altersgruppe sind Krebserkrankungen (29 % der Männer und 23 % der Frauen; vgl. Abbildung 3.28).

Abbildung 3.28:
Sterblichkeit in Vorarlberg nach Geschlecht, Altersgruppen und den häufigsten Todesursachen im Durchschnitt der Jahre 2010–2021



ICD-10-Codes:
BN: C00–D48 Neubildungen; PSY: F00–F99 psychische und Verhaltensstörungen; **HKE:** I00–I99 Krankheiten des Kreislaufsystems; **PUL:** J00–J99 Krankheiten des Atmungssystems; **VER:** K00–K93 Krankheiten des Verdauungssystems; **PERI:** P00–P96 bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben, und Q00–Q99 angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien; **VV:** S00–T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

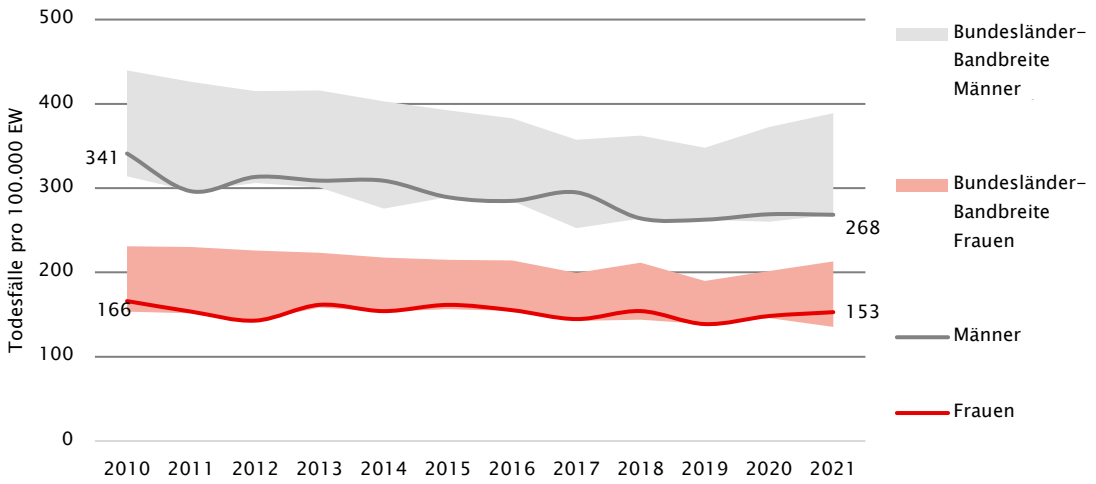
Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2010–2021; Berechnung und Darstellung: GÖG

3.6.2 Vorzeitige Sterblichkeit

Im Jahr 2021 starben in Vorarlberg rund 720 Menschen vor ihrem 70. Geburtstag. Altersstandardisiert entspricht dies 268 Männern und 153 Frauen pro 100.000 EW. Anders als bei der Gesamtmortalität zeigen sich bei den unter 70-Jährigen die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie nicht sehr deutlich. Es wurde in dieser Hinsicht ein geringfügiger Anstieg bei den Frauen und eine Stagnation bei den Männern verzeichnet. Dieser Vergleich verdeutlicht den Umstand, dass die ältere Bevölkerung von der Pandemie besonders betroffen war (vgl. Abbildung 3.29).

Im Beobachtungszeitraum 2010–2021 ist bei den Vorarlbergern die vorzeitige Mortalität deutlich (–21 % bzw. –1,6 % p. a.) rückläufig, während sie bei den Vorarlbergerinnen fast stagniert. Der Unterschied nach Geschlecht hat sich somit verringert. Trotzdem war im Jahr 2021 die vorzeitige Sterblichkeit der Männer 1,8-mal höher als jene der Frauen. Ebenso wie bei der Gesamtsterblichkeit liegt Vorarlberg auch bei der vorzeitigen Sterblichkeit deutlich unter dem österreichischen Durchschnitt (vgl. Abbildung 3.29).

Abbildung 3.29:
Sterblichkeit der unter 70-jährigen Vorarlberger:innen nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite 2010–2021



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2010–2021; Berechnung und Darstellung: GÖG

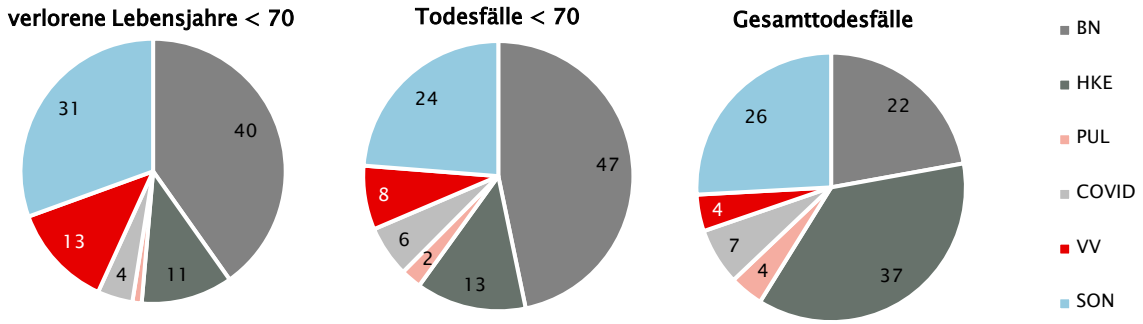
Die vorzeitige Sterblichkeit gibt die Sterblichkeit vor einem bestimmten Alter an – im vorliegenden Bericht jene der unter 70-Jährigen. Der Vorteil dieses Indikators gegenüber der Gesamtsterblichkeit ist, dass sich die Unklarheiten in Bezug auf die Haupttodesursache bei hochbetagten, multimorbiden Personen hier nicht niederschlagen. Die vorzeitige Sterblichkeit ist insbesondere für Gesundheitsförderung und Prävention wichtig.

Hauptursachen für Sterblichkeit, vorzeitige Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre im Vergleich

Für die folgende Analyse wurden die beiden Pandemiejahre herangezogen, einerseits um die Fallzahlen und damit die Validität zu erhöhen und andererseits um den Effekt der Pandemie besser darzustellen. Die Hauptursache für die vorzeitige Sterblichkeit der unter 70-jährigen Vorarlbergerinnen bildeten in den Jahren 2020 und 2021 nach wie vor Krebserkrankungen, deren Anteil 47 Prozent betrug. Bei etwa 13 Prozent führten Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bei 8 Prozent Verletzungen und Vergiftungen zum Tod. Auch der Anteil von COVID-19 ist nicht unerheblich: 6 Prozent der weiblichen Todesfälle vor dem 70. Lebensjahr waren der Infektionskrankheit zuzuschreiben. Gemessen an den verlorenen Lebensjahren, verlieren Krebserkrankungen etwas an Bedeutung, stellen aber nach wie vor die Hauptursache für die verlorenen Lebensjahre unter 70-jähriger Vorarlbergerinnen dar (40 %). 13 Prozent der verlorenen Lebensjahre gehen auf das Konto von Verletzungen und Vergiftungen, 11 Prozent sind auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen (vgl. Abbildung 3.30).

Auch bei unter 70-jährigen Vorarlbergern sind Krebserkrankungen (31 %) nach wie vor die Hauptursache für die vorzeitige Sterblichkeit, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (23 %) sowie Verletzungen und Vergiftungen (15 %). 4 Prozent der Todesfälle von Männern unter 70 Jahren gingen in den Jahren 2020 und 2021 auf COVID-19 zurück. Besonders bei Männern gewinnen Verletzungen und Vergiftungen massiv an Bedeutung, wenn es um die Messung der verlorenen Lebensjahre geht, weil sie oft auch in jungen Jahren zum Tod führen. Verletzungen und Vergiftungen sind die Ursache für 23 Prozent der verlorenen Lebensjahre von Vorarlbergern. Umgekehrt relativiert die Betrachtungsweise der verlorenen Lebensjahre die Bedeutung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Obwohl fast ein Drittel aller Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen Männer betreffen, sind nur 17 Prozent der verlorenen Lebensjahre darauf zurückzuführen (vgl. Abbildung 3.31).

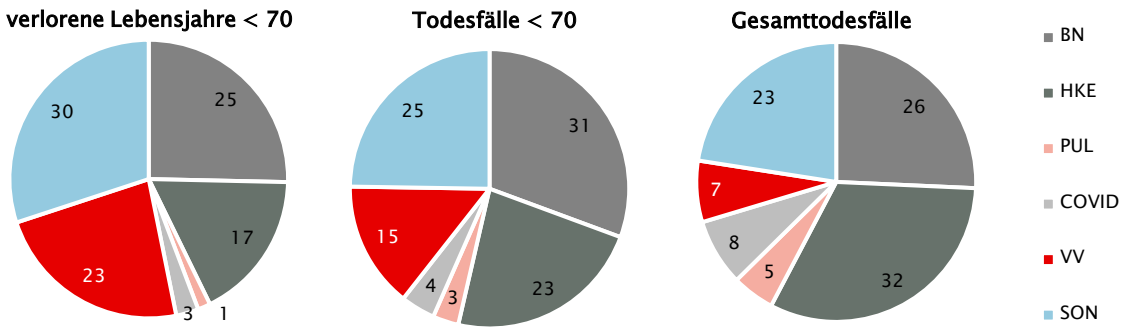
Abbildung 3.30:
(Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre von Vorarlbergerinnen nach Haupttodesursachen in Prozent 2020 und 2021



ICD-10-Codes:
BN: C00–D48 Neubildungen; HKE: I00–I99 Krankheiten des Kreislaufsystems; PUL: J00–J99 Krankheiten des Atmungssystems; VV: S00–T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen; COVID: U00–U99: Schlüsselnummern für besondere Zwecke; SON: sonstige Todesursachen

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2020–2021; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 3.31:
(Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre von Vorarlbergern nach Haupttodesursachen in Prozent 2020 und 2021



ICD-10-Codes:
BN: C00–D48 Neubildungen; **HKE:** I00–I99 Krankheiten des Kreislaufsystems; **PUL:** J00–J99 Krankheiten des Atmungssystems; **VV:** S00–T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen; **COVID:** U00–U99: Schlüsselnummern für besondere Zwecke; **SON:** sonstige Todesursachen

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2020–2021; Berechnung und Darstellung: GÖG

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

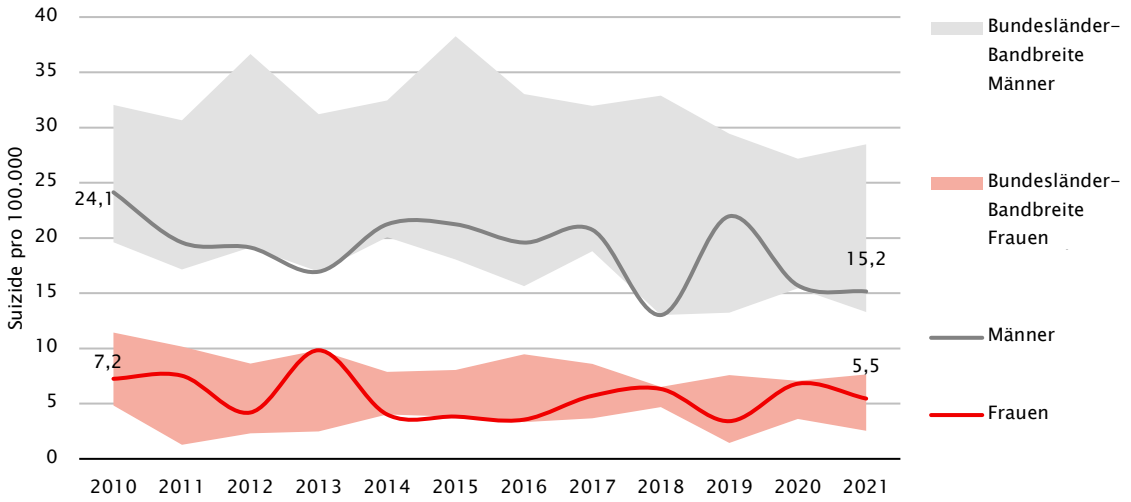
3.6.3 Suizid

In Vorarlberg begingen im Beobachtungszeitraum 2010–2021 durchschnittlich **45 Menschen pro Jahr** Suizid – pro 100.000 EW ergibt dies einen altersstandardisierten Wert von **12,3** Todesfällen pro Jahr. Im langfristigen Trend seit Beginn der 1980er-Jahre waren die Suizidzahlen stark rückläufig, doch seit 2010 zeigt sich nur mehr ein leichter Rückgang mit deutlichen jährlichen Schwankungen. Wie generell begehen auch in Vorarlberg Männer häufiger Suizid als Frauen. Im Durchschnitt der Jahre 2010–2021 verübten pro Jahr 34 Männer und 11 Frauen Suizid, die altersstandardisierte diesbezügliche Rate war bei Männern 3,8-mal so hoch. Im Bundesländervergleich zeichnete sich Vorarlberg im letzten Jahrzehnt (mit Ausnahme von 2019) durch relativ niedrige Suizidraten bei Männern und durchschnittliche Suizidraten bei Frauen aus (vgl. Abbildung 3.32).

Obwohl die COVID-19-Pandemie zu einem starken Anstieg bei depressiven Symptomatiken und Suizidgedanken geführt hat (Humer et al. 2022; Niederkrotenthaler et al. 2022), ist ein Anstieg der Suizidzahlen in den letzten beiden Pandemiejahren bei Vorarlbergern ausgeblieben. Vorarlbergerinnen begingen zwar 2020 doppelt so häufig Suizid wie 2019, doch ein ähnlich hoher Wert

war in ihrem Fall auch in früheren Jahren (2010, 2011, 2013, 2018) zu beobachten. Da die psychosozialen Auswirkungen der Pandemie womöglich längerfristig in Erscheinung treten werden, bleibt abzuwarten, wie sich der Trend in den nächsten Jahren entwickeln wird (vgl. dazu auch Lingg et al. 2022).

Abbildung 3.32:
Suizidrate Vorarlberg nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite 2010–2021



altersstandardisiert nach Europabevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2010–2021; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Gefahr eines Suizids steigt mit zunehmendem Alter, wenngleich bei Jugendlichen der Suizid eine der häufigsten Todesursachen darstellt[3]. In Abbildung 3.33 zeigt sich, dass die relative Häufigkeit mit steigendem Alter, sowohl für Männer als auch für Frauen, konstant zunimmt. Ein sprunghafter Anstieg ist ab der Altersgruppe über 74-jähriger Vorarlberger zu beobachten. Absolut betrachtet, wurden im Zeitraum 2010–2021 in der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen die meisten Suizide begangen (123 Männer und 38 Frauen).

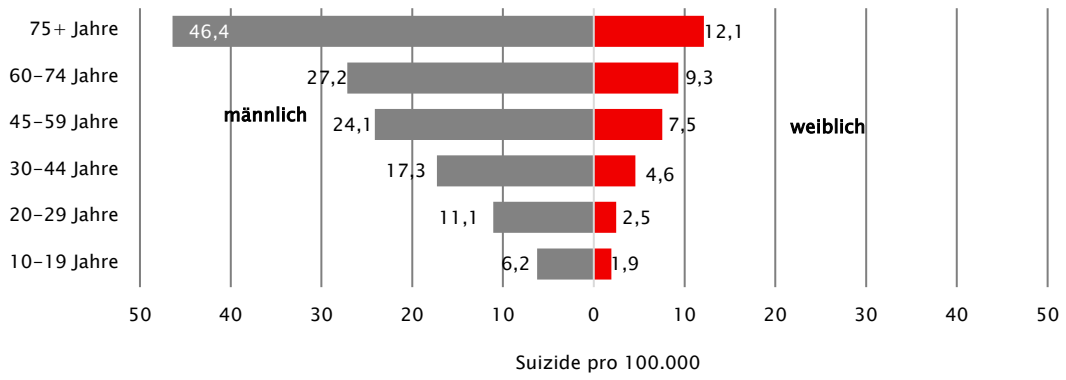
Im Vergleich mit Gesamt-**Österreich** zeigen sich in Vorarlberg im Zeitraum 2010–2021 in nahezu allen Altersgruppen **niedrigere Suizidraten.** Speziell in der Altersgruppe 75+ der Männer liegt der Wert für Österreich mit 76 Suiziden pro 100.000 EW 1,6-mal so hoch wie der Vorarlberger Vergleichswert von 46 Suiziden pro 100.000 EW.

3

Im gesamten Zeitraum 2010–2021 machten fast 60 Prozent aller Todesfälle 15- bis 19-jähriger in Vorarlberg wohnhafter junger Männer Verletzungen und Vergiftungen aus, wovon wiederum 41 Prozent Suizide waren.

Auch die – besonders tragischen – Suizide von Kindern und Jugendlichen waren in Vorarlberg, wie auch in ganz Österreich, in den letzten Jahrzehnten glücklicherweise rückläufig und relativ selten. In Vorarlberg begingen im Beobachtungszeitraum 22 unter 19-Jährige Suizid, 17 von ihnen waren männlich. Die jüngste an Suizid Verstorbene war erst zwölf Jahre alt.

Abbildung 3.33:
Suizidrate in Vorarlberg nach Altersgruppen und Geschlecht, Durchschnitt der Jahre 2010–2021



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2010–2021; Berechnung und Darstellung: GÖG

Männer begehen zwar deutlich häufiger Suizid als Frauen, doch Suizidversuche werden deutlich häufiger von Frauen unternommen (vgl. Abschnitt 3.5 und (BMSGPK 2021b).

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

4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

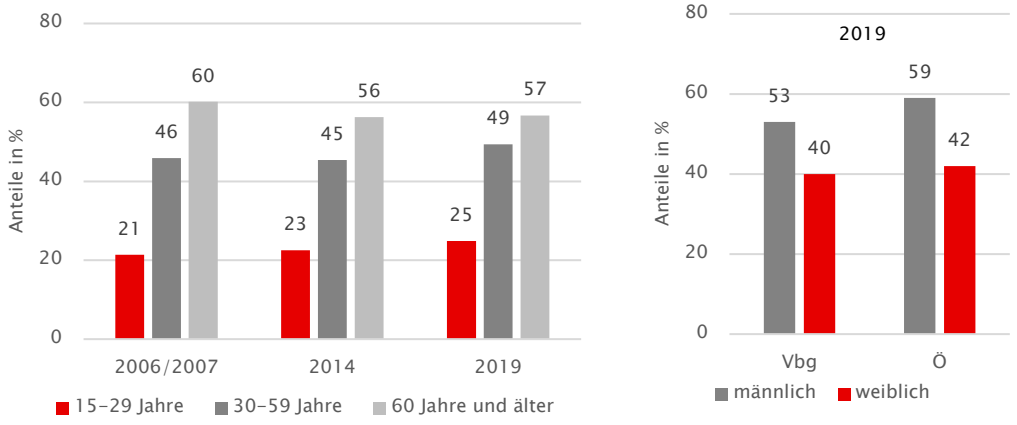
4.1 Adipositas/Übergewicht

Adipositas und Übergewicht verursachen weltweit steigende Gesundheitsprobleme und haben auch in Vorarlberg besorgniserregende Dimensionen angenommen. Adipositas und Übergewicht können zahlreiche Gesundheitsprobleme begünstigen und sind auch ein Risikofaktor für Komplikationen bei einer COVID-19-Erkrankung (OECD 2020). Darüber hinaus stehen Adipositas und Übergewicht mit einer Reihe psychosozialer Belastungen in Zusammenhang (z. B. Diskriminierung, Ausgrenzung, verminderte Selbstachtung), die zu einer verminderten Lebensqualität beitragen sowie die Gefahr einer Depression erhöhen (Flodmark et al. 2004).

Knapp 33 Prozent der Vorarlberger Bevölkerung ab 15 Jahren sind – laut ATHIS 2019 – übergewichtig (BL-Bandbreite: 32–38 %) und rund 14 Prozent adipös (BL-Bandbreite: 13–22 %). Männer sind deutlich häufiger übergewichtig als Frauen (40 % vs. 26 %), aber etwa gleich häufig adipös (13 % vs. 14 %). In Vorarlberg ist trotzdem der Anteil übergewichtiger oder adipöser Menschen etwas geringer als im österreichischen Durchschnitt (40 % vs. 42 % bei Frauen und 53 % vs. 59 % bei Männern (vgl. Abbildung 4.1).

Während der Anteil der übergewichtigen und adipösen Personen zwischen 15 und 29 Jahren bei rund 25 Prozent liegt, ist er bei den 30- bis 59-Jährigen bereits bei 49 Prozent und bei den Vorarlberger:innen ab 60 Jahren bei 57 Prozent (vgl. Abbildung 4.1).

Abbildung 4.1:
Übergewicht und Adipositas nach Altersgruppen 2006/2007, 2014 und 2019 in Vorarlberg sowie nach Geschlecht 2019 im Vergleich mit Österreich



ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.)
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

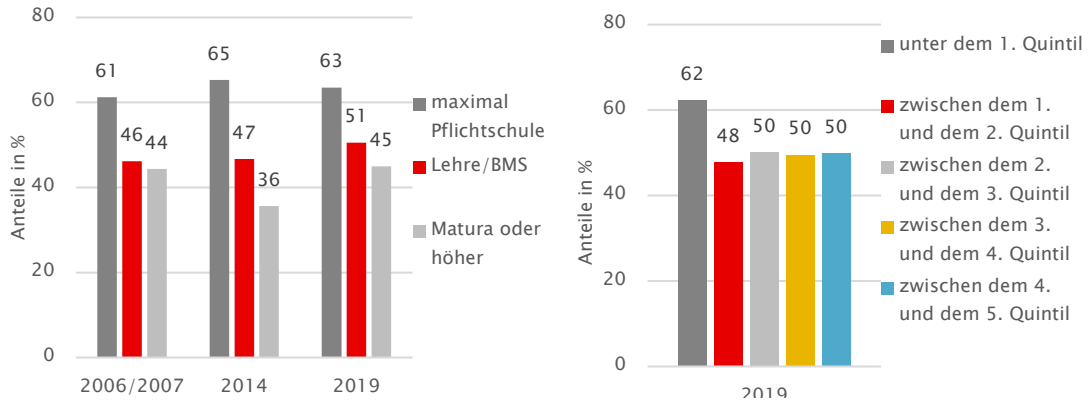
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, 2014 und 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen ist bei Vorarlbergerinnen seit 2006/2007 weitgehend unverändert (bei rund 40 %), bei Vorarlbergern ist er um im gleichen Zeitraum um 7 Prozentpunkte gestiegen (von 46 % auf 53 %).

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Der Anteil übergewichtiger und adipöser Vorarlberger:innen (30 Jahre und älter) nimmt mit steigender Bildung ab – von 63 Prozent bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss auf 45 Prozent bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss –, er ist also in allen Bildungsschichten weitverbreitet. Das Einkommen scheint bezüglich Übergewicht eine geringe Rolle zu spielen (vgl. Abbildung 4.2). In puncto Herkunft zeigt sich, dass Vorarlberger:innen mit Migrationshintergrund deutlich häufiger übergewichtig oder adipös sind als jene ohne Migrationshintergrund (53 % vs. 44 %). Dieser Unterschied ist beim Adipositasanteil besonders groß (18 % vs. 12 %).

Abbildung 4.2:
Übergewicht und Adipositas bei Personen ab 30 Jahren nach Bildung 2006/2007, 2014 und 2019 sowie nach Haushaltseinkommen 2019 in Vorarlberg



ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.)
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, 2014 und 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen kann anhand der Health-Behaviour-in- School-aged-Children-(HBSC-)Studie eingeschätzt werden. Ihr zufolge waren im Jahr 2022 15 Prozent der 11-, 13- und 15-Jährigen in Vorarlberg übergewichtig und 7 Prozent adipös. Hinsichtlich Adipositas liegt hier eine deutliche Steigerung gegenüber der vorletzten Befragung 2018 vor.

Die Vorarlberger Schuluntersuchungen bestätigen die große Problematik, die aus den selbstberichteten Daten der HBSC-Studie hervorgeht, bzw. übertreffen diese im negativen Sinn. Gemäß

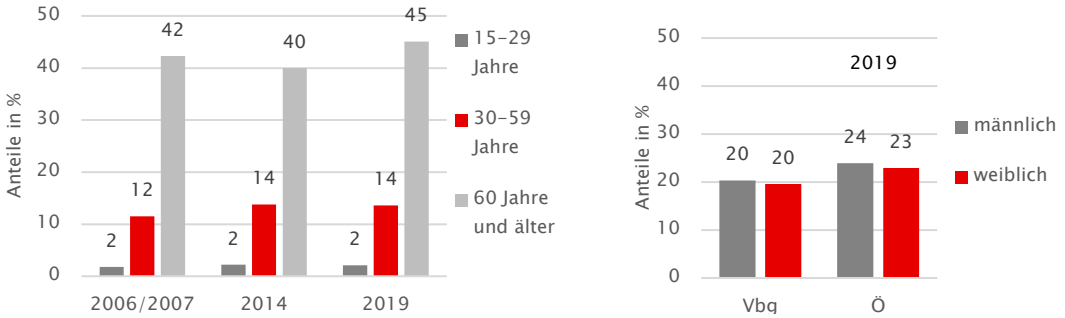
der Schuluntersuchung waren schon im Schuljahr 2016/2017 9,3 Prozent der Vorarlberger Pflichtschüler:innen im Alter von 6–15 Jahren übergewichtig und weitere 7,9 Prozent adipös. Insgesamt ergibt dies für dieses Jahr einen Anteil der Kinder mit Übergewicht von 17 Prozent. Dieser Anteil ist seit Beginn der 1990er-Jahre zuungunsten normalgewichtiger Kinder stetig gestiegen, während sich der Anteil untergewichtiger Kinder wenig verändert hat (Hodek et al. 2019). Die Differenz zu den HBSC-Daten könnte auch daran liegen, dass in den weiterführenden Schulen, an denen die HBSC-Befragung durchgeführt wird, schon ein Selektionsbias zum Tragen kommt. Die Vorarlberger Schuluntersuchungen werden in Volksschulen, Haupt-/Mittelschulen, polytechnischen Lehrgängen und Sonderschulen durchgeführt. Auch der Unterschied zwischen Selbstauskunft (bei HBSC) und gemessenen Werten spielt sicherlich eine Rolle.

4.2 Bluthochdruck

Bluthochdruck (Hypertonie) ist der häufigste und wichtigste Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Schlaganfälle und Erkrankungen der Herzkranzgefäße) sowie für eine Niereninsuffizienz. Er zählt deshalb weltweit zu den wichtigsten Gesundheitsrisiken. Auch mit Übergewicht und Adipositas besteht ein enger Zusammenhang. Bluthochdruck ist über den Lebensstil (ausreichend Bewegung, gesunde Ernährung, Vermeidung von Übergewicht und Stress) beeinflussbar und kann durch eine Änderung des Lebensstils und korrekte Medikation wieder gesenkt werden (Neuhauser et al. 2014).

Im Jahr 2019 hatten 20 Prozent der Vorarlberger:innen ab 15 Jahren – laut ATHIS 2019 – Bluthochdruck (BL-Bandbreite: 18–30 %) – Männer und Frauen gleichermaßen. Damit liegt Vorarlberg in dieser Kategorie etwas unter dem Österreichschnitt (22 %). Menschen unter 30 Jahren sind von Bluthochdruck nicht oder äußerst selten betroffen (2 %), doch mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz auf 45 Prozent bei den ab 60-Jährigen. Im Vergleich zum ATHIS 2006/2007 ist die Bluthochdruckprävalenz in Vorarlberg – insbesondere bei ab 60-Jährigen – um rund 4 Prozentpunkte gestiegen (vgl. Abbildung 4.3).

Abbildung 4.3:
Bluthochdruck nach Altersgruppen 2006/2007, 2014 und 2019 in Vorarlberg sowie nach Geschlecht 2019 im Vergleich mit Österreich



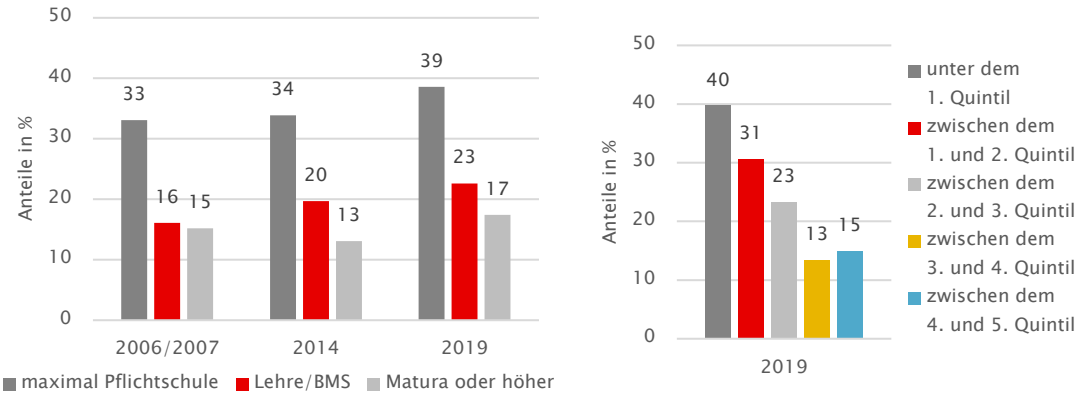
ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, 2014 und 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Die Bluthochdruckprävalenz sinkt bei Vorarlberger:innen (ab 30 Jahren) mit steigender Bildung von 39 auf 17 Prozent (vgl. Abbildung 4.4). Ein ähnliches Bild zeigt sich in Bezug auf das Haushaltseinkommen: Mit steigendem Einkommen nimmt die Bluthochdruckprävalenz ab (von 40 % auf 15 %). Vorarlberger:innen mit Migrationshintergrund (15 Jahre oder älter) haben häufiger Bluthochdruck als jene ohne Migrationshintergrund (25 % vs. 18 %).

Abbildung 4.4:
Bluthochdruck bei Personen ab 30 Jahren nach Bildung 2006/2007, 2014 und 2019 sowie nach Haushaltseinkommen 2019 in Vorarlberg



ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.)
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, 2014 und 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

4.3 Gesundheitsrelevantes Verhalten

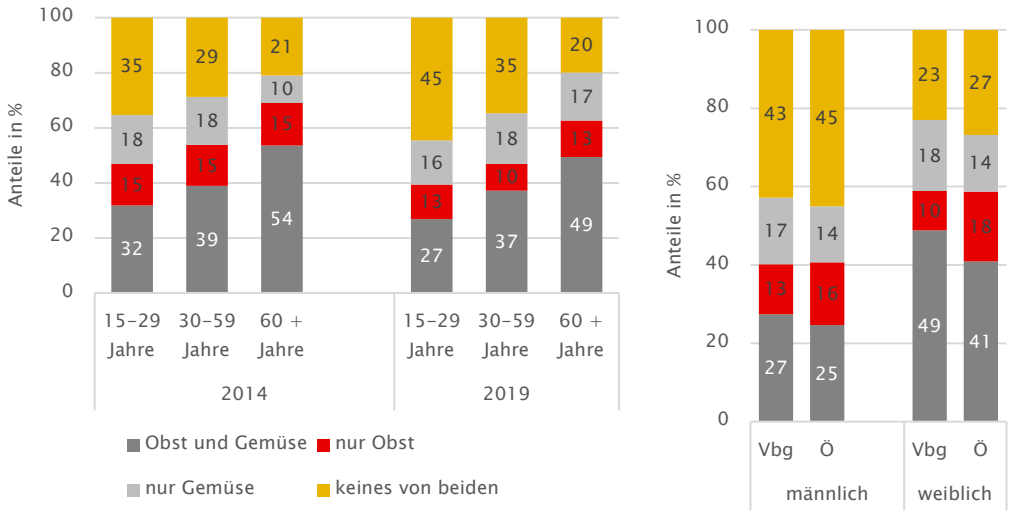
4.3.1 Ernährung

Das Ernährungsverhalten ist ein maßgeblicher Faktor für Gesundheit und Wohlbefinden. Ein unausgewogenes Verhältnis zwischen wenig gesundheitsfördernden (Süßigkeiten, zuckerhältige Getränke, Fleisch) und gesundheitsfördernden Lebensmitteln (Obst, Gemüse, Fisch, Milch- und Vollkornprodukte), bei dem das Hauptgewicht auf Ersterem liegt, kann kurz- bis mittelfristig zu Gesundheitsproblemen wie Übergewicht und Karies führen. Langfristig werden dadurch Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bestimmte Krebserkrankungen begünstigt (Bowman/Vinyard 2004; Malik et al. 2010; Vartanian et al. 2007). Als besonders wichtig erweist sich ein regelmäßiger Konsum von Obst und Gemüse (z. B. Wang et al. 2014). Die Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE) empfiehlt deshalb einen täglichen Obst- und Gemüseverzehr (vgl. www.oege.at).

Hinsichtlich der Ernährung gibt es einen großen Unterschied nach Geschlecht. 27 Prozent der Vorarlberger und 49 Prozent der Vorarlbergerinnen ab 15 Jahren essen täglich Obst und Gemüse. Damit liegt Vorarlberg hier über dem österreichischen Durchschnitt – insbesondere bei den Frauen (49 % vs. 41 %), aber auch bei den Männern (27 % vs. 25 %). 11 Prozent der Vorarlberger Bevölkerung essen täglich Obst (aber kein Gemüse), weitere 18 Prozent täglich Gemüse (aber kein Obst). 33 Prozent essen weder das eine noch das andere auf einer täglichen Basis. Die ab 60-jährige Bevölkerung isst am häufigsten täglich Obst und/oder Gemüse (49 %), die 15- bis 29-jährige Bevölkerung am seltensten (27 %). Der Anteil der Menschen, die täglich Obst und Gemüse essen, war in allen Altersgruppen im Jahr 2019 geringer als 2014 (vgl. Abbildung 4.5).

Im Vergleich mit 2014 zeigt sich, dass der Anteil der ab 15-jährigen Vorarlberger:innen, die täglich Obst und Gemüse essen, leicht zurückgegangen ist (3 Prozentpunkte), hier hauptsächlich bei den Frauen (von 55 % auf 49 %). Während seit 2014 der tägliche Obstkonsum (kein Gemüse) zurückgegangen ist (15 % vs. 11 %) – insbesondere bei den Männern (–5 Prozentpunkte), ist der tägliche Gemüsekonsum um drei Prozentpunkte gestiegen.

Abbildung 4.5:
Obst- und/oder Gemüsekonsum nach Altersgruppen 2014 und 2019 in Vorarlberg sowie nach Geschlecht 2019 im Vergleich mit Österreich



ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.)
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

2019

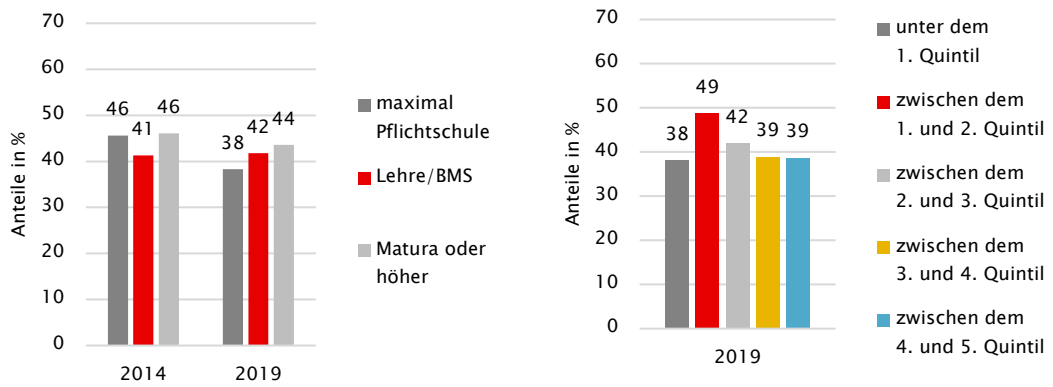
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Der tägliche Obst- und Gemüsekonsum der Vorarlberger Bevölkerung (30 Jahre und älter) steigt mit dem Bildungsgrad (von 38 % mit maximal Pflichtschulabschluss auf 44 % mit Matura oder einem höheren Abschluss) und hat insbesondere bei Menschen mit geringem Bildungsabschluss seit 2014 abgenommen (von 46 % auf 38 %). Ein Zusammenhang mit dem Haushaltseinkommen

lässt sich hier nicht feststellen (vgl. Abbildung 4.6). Vorarlberger:innen mit Migrationshintergrund essen deutlich häufiger täglich Obst und Gemüse als jene ohne Migrationshintergrund (46 % vs. 36 %).

Abbildung 4.6:
Täglicher Obst- und Gemüsekonsum bei Personen ab 30 Jahren nach Bildung 2014 und 2019 sowie nach Haushaltseinkommen 2019 in Vorarlberg



BMS = berufsbildende mittlere Schule
ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.)
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, 2014 und 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Obst- und Gemüsekonsum von Kindern und Jugendlichen

Bei Kindern und Jugendlichen kann der Obst- und Gemüsekonsum anhand der HBSC-Studie eingeschätzt werden. Im Jahr 2022 aßen gemäß HBSC rund 35 Prozent der österreichischen Schülerinnen und 25 Prozent der Schüler täglich Obst und Gemüse. Insbesondere bei den Jüngeren ist Obst etwas beliebter als Gemüse. Der Gemüsekonsum ist seit 2010 steigend, der Obstkonsum ist nach einem Rückgang zwischen 2014 und 2018 ebenfalls wieder angestiegen (Felder-Puig et al. 2023). Die Vorarlberger Schüler:innen lagen im Jahr 2022 diesbezüglich etwa im österreichischen Durchschnitt.

4.3.2 Bewegung

Das Ausmaß körperlicher Bewegung zählt (neben einem gesunden Ernährungsverhalten, dem Nichtrauchen und sozialen Kontakten) zu den bedeutendsten Faktoren für die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit. Die gesundheitlichen Effekte regelmäßiger Bewegung sind wissenschaftlich gut belegt: Bewegung verringert das Wahrscheinlichkeit von Adipositas, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Typ-2-Diabetes, bestimmter Krebserkrankungen sowie einer Demenzerkrankung und trägt langfristig zu einer höheren Lebensqualität und -erwartung

bei (Fonds Gesundes Österreich 2020). Das Bewegungsverhalten wird einerseits von individuellen Faktoren (Selbstwirksamkeit, Bewegungskompetenz), andererseits von der physischen Umwelt und seiner Gestaltung beeinflusst (BMLVS 2013).

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

» ein wöchentliches Ausmaß von 150 Minuten bis 300 Minuten ausdauerorientierter Bewegung bei mittlerer Intensität und
» muskelkräftigende Übungen an mindestens zwei Tagen pro Woche vor (Fonds Gesundes Österreich 2020).

Ergänzend dazu wird eine vermehrte Bewegung im Alltag propagiert. Vermieden werden sollte lang andauerndes Sitzen.

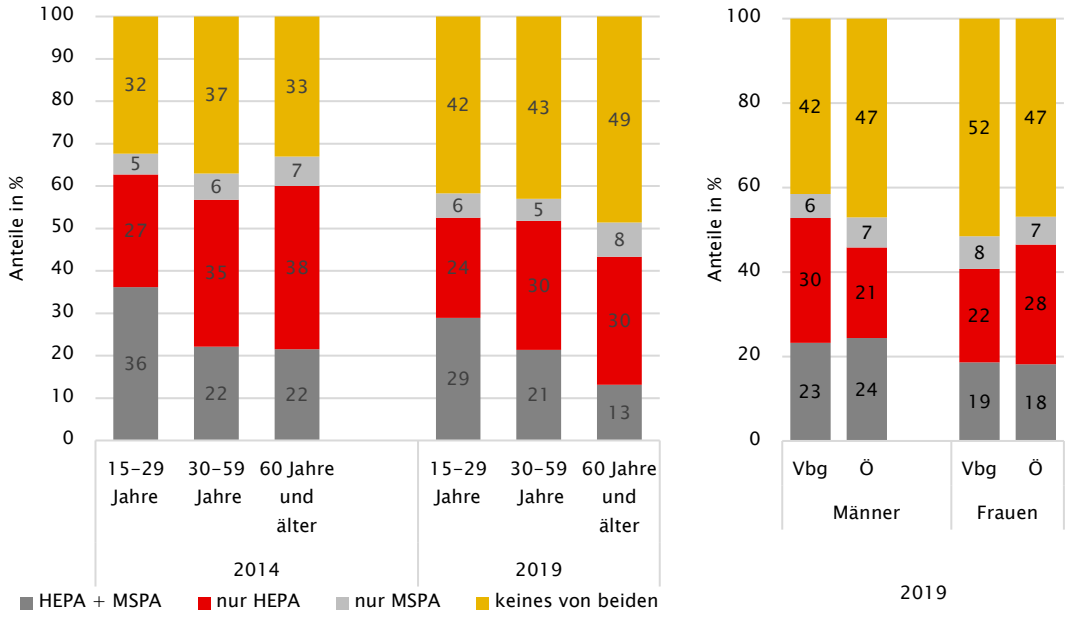
Die österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung (Punkt 1 und 2 der Bewegungsempfehlung) erfüllen – laut ATHIS 2019 – rund 21 Prozent der Vorarlberger:innen ab 15 Jahren (BL-Bandbreite: 18–25 %), Männer häufiger als Frauen (23 % vs. 18 %). Sie liegen damit genau im Österreichschnitt von 21 Prozent. Während rund 29 Prozent der 15- bis 29-jährigen Vorarlberger:innen die österreichischen Bewegungsempfehlungen erfüllen, sinkt der entsprechende Anteil bei den 30- bis 59-Jährigen auf rund 21 Prozent und bei den ab 60-Jährigen auf 13 Prozent (vgl. Abbildung 4.7). Seit 2014 ist er von 24 auf 21 Prozent gesunken.

150 Minuten pro Woche in mäßig intensiver Bewegung sind rund 50 Prozent der Vorarlberger:innen (Punkt 1 der Bewegungsempfehlungen; BL-Bandbreite: 38–54 %): Männer etwas häufiger als Frauen (53 % vs. 47 %), 15- bis 59-Jährige häufiger als ab 60-Jährige (52 % vs. 43 %). Vorarlberger liegen damit über dem österreichischen Durchschnitt (53 % vs. 45 %), Vorarlbergerinnen etwas darunter (41 % vs. 46 %). Insgesamt hat sich der Anteil jener Vorarlberger:innen, die sich 150 Minuten pro Woche mäßig intensiv bewegen, seit 2014 um 9 Prozentpunkte reduziert.

An mindestens zwei Tagen pro Woche führen 27 Prozent der Vorarlberger:innen muskelkräftigende Übungen (Punkt 2 der Bewegungsempfehlungen) aus (BL-Bandbreite: 25–32 %): Frauen seltener als Männer (25 % vs. 29 %), 15- bis 29-Jährige häufiger als ab 60-Jährige (35 % vs. 21 %). Gegenüber 2014 hat sich der Anteil um 3 Prozentpunkte reduziert.

Insgesamt bewegten sich die Vorarlberger:innen 2019 weniger als noch im Jahr 2014. Der Anteil jener, die keinen der Punkte der Bewegungsempfehlung erfüllen, ist seit 2014 von 35 Prozent um 9 Prozentpunkte auf 44 Prozent angestiegen – wobei Frauen mit 52 Prozent um zehn Prozentpunkte schlechter abschneiden als Männer (42 %).

Abbildung 4.7:
Erfüllung der Bewegungsempfehlungen nach Altersgruppen 2014 und 2019 in Vorarlberg sowie nach Geschlecht 2019 im Vergleich mit Österreich



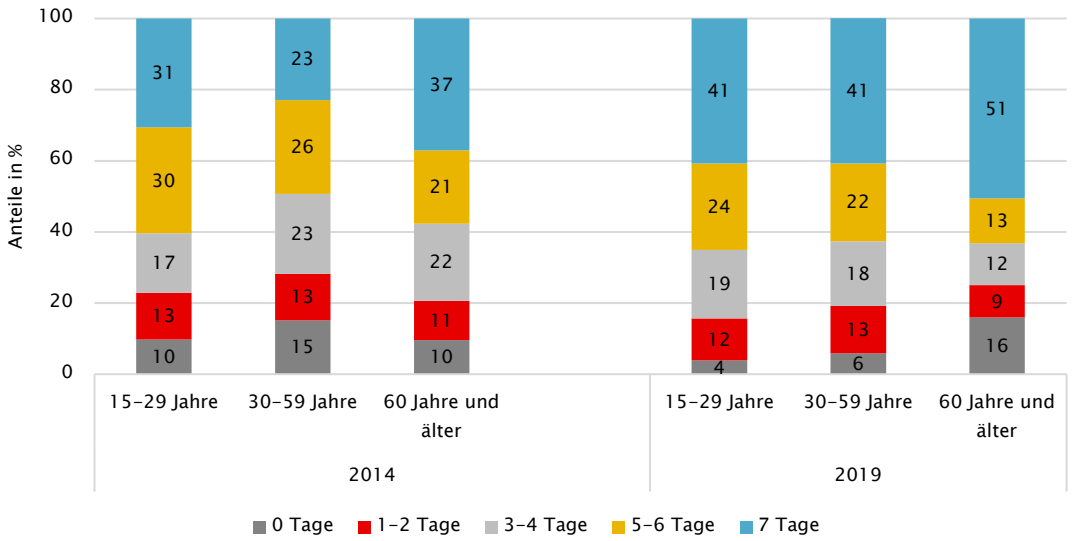
HEPA: mind. 150 min/Woche mäßig intensive Bewegung; MSPA: Muskelaufbau an zumindest 2 Tagen/Woche
ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.)
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 und 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Alltagswege von mindestens zehn Minuten ohne Unterbrechung legen ab 15-jährige Vorarlberger:innen an 4,9 Tagen pro Woche zu Fuß und/oder mit dem Fahrrad zurück (BL-Bandbreite: 4,3–5,4 Tage pro Woche), Männer etwa genauso häufig wie Frauen und Junge etwa so häufig wie Ältere (vgl. Abbildung 4.8).

8 Prozent der Vorarlberger Bevölkerung bewältigen ihre Alltagswege nie zu Fuß und nie mit dem Fahrrad (BL-Bandbreite: 6–15 %), 44 Prozent bewegen sich hingegen täglich zu Fuß oder mit dem Fahrrad (BL-Bandbreite: 34–52 %). Im Vergleich zu 2014 hat der Anteil jener, die sich täglich bewegen, insbesondere bei Personen ab 60 Jahren, stark zugenommen.

Abbildung 4.8:
Bewegungsverhalten im Alltag* nach Altersgruppen in Vorarlberg 2014 und 2019



*mindestens 10 Minuten zu Fuß oder mit dem Fahrrad;
ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.);
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 und 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

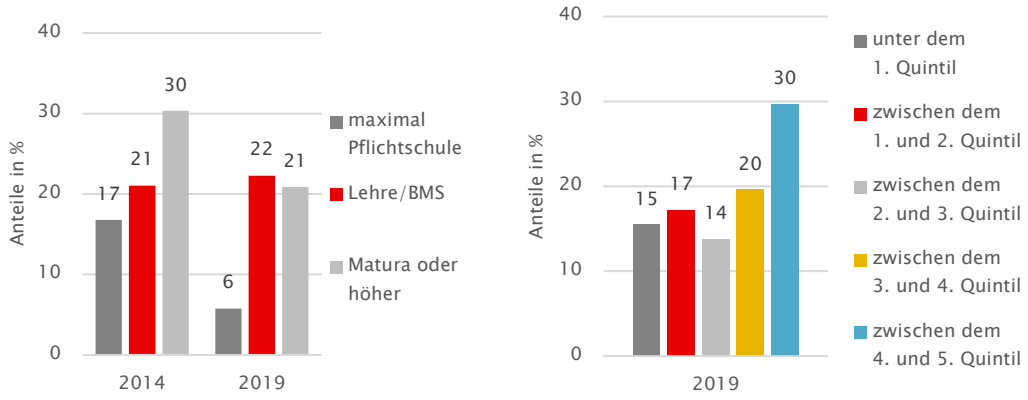
Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Vorarlberger:innen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (30 Jahre und älter) erfüllen – laut ATHIS 2019 – seltener die österreichischen Bewegungsempfehlungen als Vorarlberger:innen mit einem höheren Abschluss (6 % vs. rund 20 %; vgl. Abbildung 4.9). Ein ebenfalls deutlicher Zusammenhang zeigt sich in Bezug auf das Haushaltseinkommen: Vorarlberger:innen aus finanziell bessergestellten Haushalten erfüllen die österreichischen Bewegungsempfehlungen häufiger als Vorarlberger:innen mit geringem Haushaltseinkommen. Der Gradient bewegt sich von 29 zu 14 Prozent.

Seit 2014 ist der Anteil jener Vorarlberger:innen mit maximal einem Pflichtschulabschluss, welche die österreichischen Bewegungsempfehlungen erfüllen, stark gesunken (von 17 % auf 6 %). Auch bei jenen mit Matura oder einem höheren Abschluss ist der Anteil um 9 Prozentpunkte gesunken. Während es 2014 bezüglich des Erfüllungsgrads der österreichischen Bewegungsempfehlung kaum einen Unterschied zwischen den Haushaltseinkommen gab, sieht man 2019 einen höheren Erfüllungsgrad bei höheren Einkommen (vgl. Abbildung 4.9).

Vorarlberger:innen mit Migrationshintergrund erfüllen seltener die österreichischen Bewegungsempfehlungen als jene ohne Migrationshintergrund (18 % vs. 22 %). Insbesondere bei den 150 Minuten mäßig anstrengender Bewegung gibt es starke Unterschiede (34 % vs. 45 %).

Abbildung 4.9:
Erfüllung der Bewegungsempfehlungen (HEPA und MSPA) bei Personen ab 30 Jahren nach Bildung 2014 und 2019 sowie nach Haushaltseinkommen 2019 in Vorarlberg



HEPA: mind. 150 min/Woche mäßig intensive Bewegung; MSPA: Muskelaufbau an zumindest 2 Tagen/Woche
ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.)
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 und 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Bei der Alltagsbewegung zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei der Erfüllung der österreichischen Bewegungsempfehlung. Jene Bevölkerungsgruppen in Vorarlberg, welche die Bewegungsempfehlung häufiger erfüllen (höhere Bildung, höheres Einkommen), bewegen sich auch im Alltag häufiger.

Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen

Entsprechend den österreichischen Bewegungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche (FGÖ 2020) bewegten sich laut HBSC-Studie 2022 rund 20 Prozent der 11-, 13- und 15-Jährigen in Österreich täglich 60 Minuten oder mehr, Burschen häufiger als Mädchen (28 % vs. 16 %), die 11-Jährigen häufiger als die 15-Jährigen. Seit der letzten HBSC-Befragung im Jahr 2018 entsprechen mehr Jugendliche dem empfohlenen Bewegungsverhalten, insbesondere die Älteren (Felder-Puig et al. 2023). In Vorarlberg ist der Anteil der Schüler:innen, die täglich mindestens eine Stunde körperlich aktiv sind, mit nur 11 Prozent deutlich geringer als im österreichischen Durchschnitt.

4.3.3 Tabak

Der Konsum von Tabak – aktiv oder passiv – verursacht zahlreiche tödliche Krankheiten und ist eine bedeutende Gefahr für die Gesundheit. Zu den Spätfolgen des Tabakkonsums zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, Atemwegserkrankungen wie z. B.

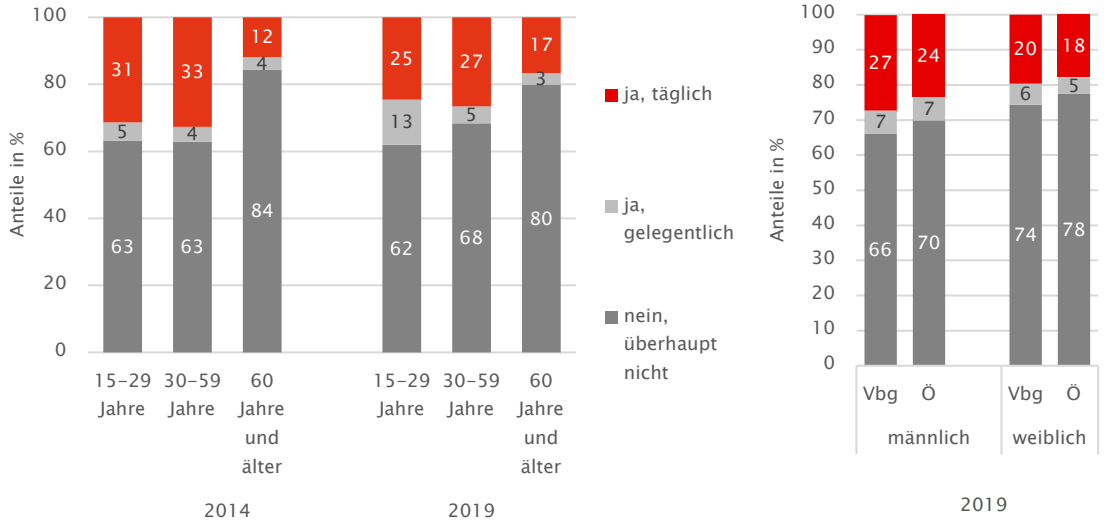
COPD, chronische Bronchitis oder Asthma und bösartige Neubildungen wie Lungenkrebs, Kehlkopf- und Speiseröhrenkrebs, Harnblasenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs u. a. (vgl. Singer et al. 2011).

Laut ATHIS 2019 rauchen rund 23 Prozent der ab 15-jährigen Vorarlberger Bevölkerung täglich (BL-Bandbreite: 18–23 %) – das ist mehr als in allen anderen Bundesländern (Österreich: 21 %). Etwa 6 Prozent rauchen gelegentlich (BL-Bandbreite: 4–8 %) und 71 Prozent nie (obwohl sie teilweise früher geraucht haben). Seit 2006/2007 ist der Anteil täglich rauchender Vorarlberger:innen leicht gesunken.

Täglicher Tabakkonsum ist bei Vorarlbergern häufiger als bei Vorarlbergerinnen (27 % vs. 20 %). Zudem kommt es häufiger vor, dass Männer 21 oder mehr Zigaretten pro Tag rauchen, als Frauen dies tun (15 % der täglich rauchenden Männer vs. 5 % der täglich rauchenden Frauen). Im Durchschnitt konsumieren täglich rauchende Vorarlberger 17 und täglich rauchende Vorarlbergerinnen 13 Zigaretten pro Tag.

Der Anteil der täglich Rauchenden ist mit 27 Prozent bei 30- bis 59-Jährigen am höchsten und mit 17 % in der Gruppe der ab 60-Jährigen am geringsten. 2014 war der Anteil der täglich Rauchenden in der Gruppe der 15- bis 29-Jährigen noch höher (29 %) und bei Personen 60 Jahre oder älter niedriger (9 %). Der Anteil der Gelegenheitsraucher:innen nimmt mit dem Alter ab: von 14 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 4 Prozent bei den ab 60-Jährigen.

Abbildung 4.10:
Raucherstatus nach Altersgruppen 2014 und 2019 in Vorarlberg sowie nach Geschlecht 2019 im Vergleich mit Österreich



ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.)
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15+)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 und 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Ernsthafte, aber nicht gelungene Aufhörversuche

41 Prozent der täglich rauchenden Vorarlberger:innen (15 Jahre und älter; rund 31.000 Personen) haben im letzten Jahr versucht, mit dem Rauchen aufzuhören (BL-Bandbreite: 29–41 %; Österreichdurchschnitt 34 %), Männer etwas häufiger als Frauen (42 % vs. 39 %). Vorarlberg hat somit im Vergleich zu Gesamtösterreich eine hohe Anzahl täglich Rauchender, aber auch einen besonders hohen Anteil täglich Rauchender, die aufhören möchten, es aber nicht schaffen.

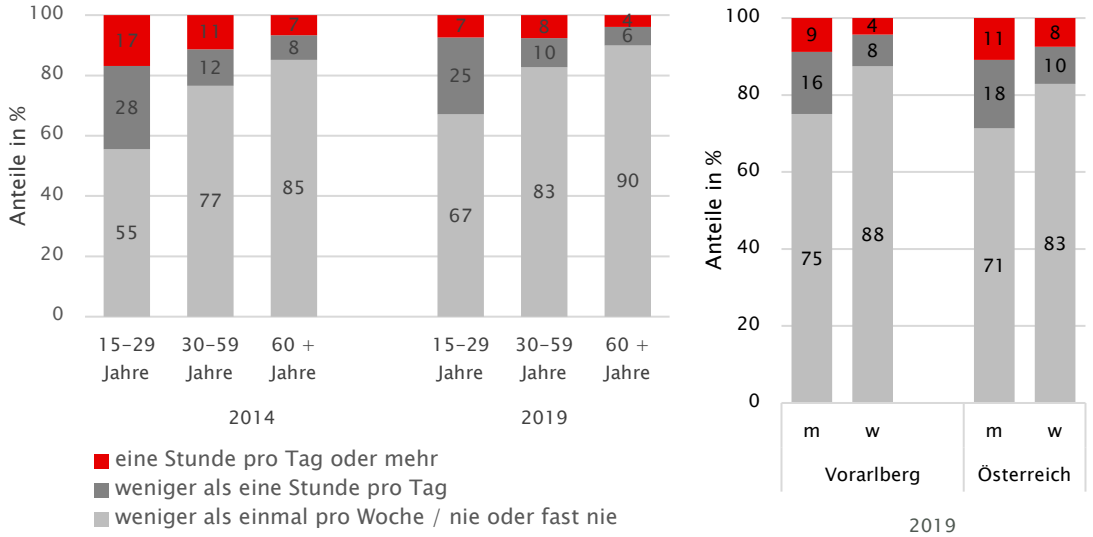
Täglich rauchende Vorarlberger:innen ab 60 Jahren gaben am häufigsten an, im letzten Jahr versucht zu haben, mit dem Rauchen aufzuhören (49 %), gefolgt von den 15- bis 29-Jährigen (42 %) und den 30- bis 59-Jährigen (37 %). Die ältere Bevölkerung scheint somit größere Probleme mit dem tatsächlichen Gelingen des Aufhörversuchs zu haben.

Passivrauchen

7 Prozent der Vorarlberger:innen im Alter von 15 und mehr Jahren sind täglich mindestens eine Stunde Passivrauch ausgesetzt (BL-Bandbreite: 7–14 %), weitere zwölf Prozent weniger als eine Stunde pro Tag (BL-Bandbreite: 10–16 %). Männer sind doppelt so häufig von Passivrauch (mindestens einmal pro Woche) betroffen wie Frauen (25 % vs. 12 %). Im Vergleich zu Gesamtösterreich sind in Vorarlberg weniger Personen unfreiwillig dem Rauch ausgesetzt (12 % bzw. 14 %). Bei der ATHIS-Erhebung 2014 waren es noch elf Prozent der Vorarlberger:innen, die angaben, täglich mindestens eine Stunde Passivrauch ausgesetzt zu sein.

Der Anteil der Passivraucher:innen nimmt mit dem Alter ab (von 33 % bei den 15- bis 29-Jährigen auf 10 % bei Vorarlbergerinnen und Vorarlbergern ab 60 Jahren) und ist insgesamt seit 2014 in allen Alterskategorien gesunken (vgl. Abbildung 4.11).

Abbildung 4.11:
Passivrauchexposition nach Altersgruppen 2014 und 2019 in Vorarlberg sowie nach Geschlecht 2019 im Vergleich mit Österreich



ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.)
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 +)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 und 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Konsum von E-Zigaretten und anderen elektronischen Produkten

Rund 0,3 Prozent der ab 15-jährigen Vorarlberger:innen nutzen laut ATHIS 2019 täglich E-Zigaretten oder ähnliche elektronische Produkte (BL-Bandbreite: 0,1–1,5 %). Weitere 2 Prozent tun dies gelegentlich (BL-Bandbreite: 0,6–2,7 %; Österreichschnitt 1,9 %). Männer konsumieren doppelt so häufig gelegentlich E-Zigaretten oder ähnliche elektronische Produkte wie Frauen (2,5 % vs. 1,4 %), jüngere machen dies häufiger als ältere Personen (4,3 % bei den 15- bis 29-Jährigen vs. 2 % bei den 30- bis 59-Jährigen). Im Zuge der ATHIS-Befragung gab niemand über 60 Jahre an, E-Zigaretten oder Ähnliches zu nutzen.

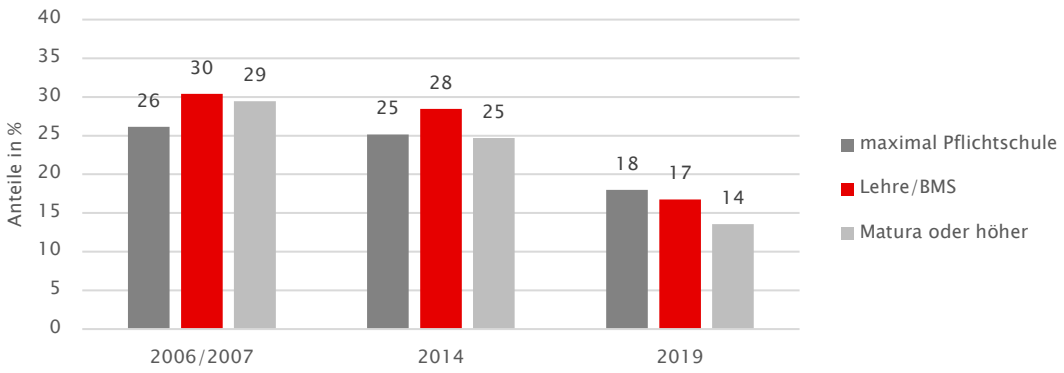
Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Personen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss zählen häufiger zur Gruppe der täglich Rauchenden – 29,4 % bei Personen mit maximal Pflichtabschluss vs. 14 Prozent bei Personen mit Matura oder einem höheren Abschluss. Sie rauchen auch häufiger mehr als 20 Zigaretten täglich (6 % vs. 4 %) und sind häufiger täglich mehr als eine Stunde Passivrauch ausgesetzt (11 % vs. 2 %, vgl. Abbildung 4.12). Am häufigsten versuchen Personen mit einem Lehrabschluss mit dem Rauchen aufzuhören (47 % vs. 20 % bei Personen mit Matura oder einem höheren Abschluss). Tatsächlich mit dem Rauchen aufzuhören gelingt aber häufiger Personen mit Matura oder einem höheren Abschluss (32 % vs. 31 % vs. 25 %).

In puncto Einkommen zeigt sich kein Zusammenhang mit dem Anteil täglich Rauchender. Auch auf die Menge täglich gerauchter Zigaretten oder auf Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören, hat das Einkommen keinen Einfluss.

Vorarlberger:innen mit Migrationshintergrund rauchen wesentlich häufiger als jene ohne (35 % vs. 19 %) und sind auch häufiger mehr als eine Stunde täglich dem Passivrauch ausgesetzt (9 % vs. 6 %). Die Anzahl der gerauchten Zigaretten ist jedoch im Vergleich zwischen diesen beiden Gruppen bei den täglichen Rauchenden ähnlich, desgleichen der Anteil jener, die einen Rauchstoppversuch vorgenommen haben.

Abbildung 4.12:
Täglich Rauchende ab 30 Jahren nach Bildung in Vorarlberg 2006/2007, 2014 und 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.)
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, 2014 und 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabakkonsum Jugendlicher

Der Anteil der täglich rauchenden 15- bis 17-jährigen Schüler:innen ist in Österreich seit 2010 deutlich und kontinuierlich rückläufig. Im Jahr 2022 betrug dieser Anteil 5 Prozent, und mittlerweile ist er bei den Mädchen bzw. jungen Frauen höher als bei den gleichaltrigen Burschen (6,2 % vs. 3,5 %). Vorarlberg liegt diesbezüglich etwa im Bundesdurchschnitt.

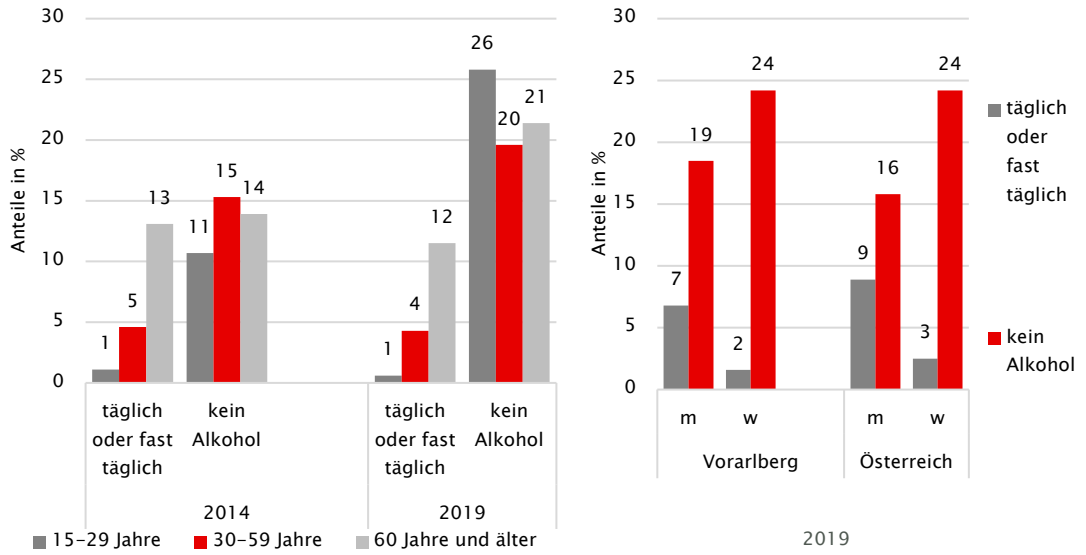
4.3.4 Alkohol

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

4 Prozent der ab 15-jährigen Vorarlberger:innen konsumierten 2019 täglich oder fast täglich Alkohol (BL-Bandbreite: 4–7 %). Rund 39 Prozent trinken wöchentlich Alkohol, 21 Prozent trinken keinen Alkohol (BL-Bandbreite: 17–23 %). Im Vergleich zu Österreicher:innen trinken Vorarlberger:innen etwas seltener täglich Alkohol (4 % vs. 6 %) und sind etwas häufiger abstinent (21 % vs. 20 %). Gegenüber 2014 ist die Zahl abstinenter Personen um 7 Prozentpunkte gestiegen.

Männer trinken häufiger Alkohol als Frauen (täglich oder fast täglich: 7 % vs. 1,6 %). Wöchentlich greifen rund 49 Prozent der Männer und 29 Prozent der Frauen zu alkoholischen Getränken. 19 Prozent der Männer und 24 Prozent der Frauen trinken keinen Alkohol. Der Anteil der regelmäßigen Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten in Vorarlberg (täglich oder fast täglich) nimmt mit dem Alter zu: von 0,6 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 12 Prozent bei den ab-60-Jährigen (vgl. Abbildung 4.13). Auch die Abstinenz steigt mit dem Alter – von 19 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 24 Prozent bei den ab 60-Jährigen.

Abbildung 4.13:
Alkoholkonsum nach Altersgruppen 2014 und 2019 in Vorarlberg sowie nach Geschlecht 2019 im Vergleich mit Österreich



ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.)
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 und 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Riskanter Alkoholkonsum

9 Prozent der Vorarlberger Bevölkerung ab 15 Jahren (rund 30.000 Personen) weisen – laut ATHIS 2019 – einen riskanten Alkoholkonsum auf (BL-Bandbreite: 8–12 %), Männer häufiger als Frauen (13 vs. 6 %).

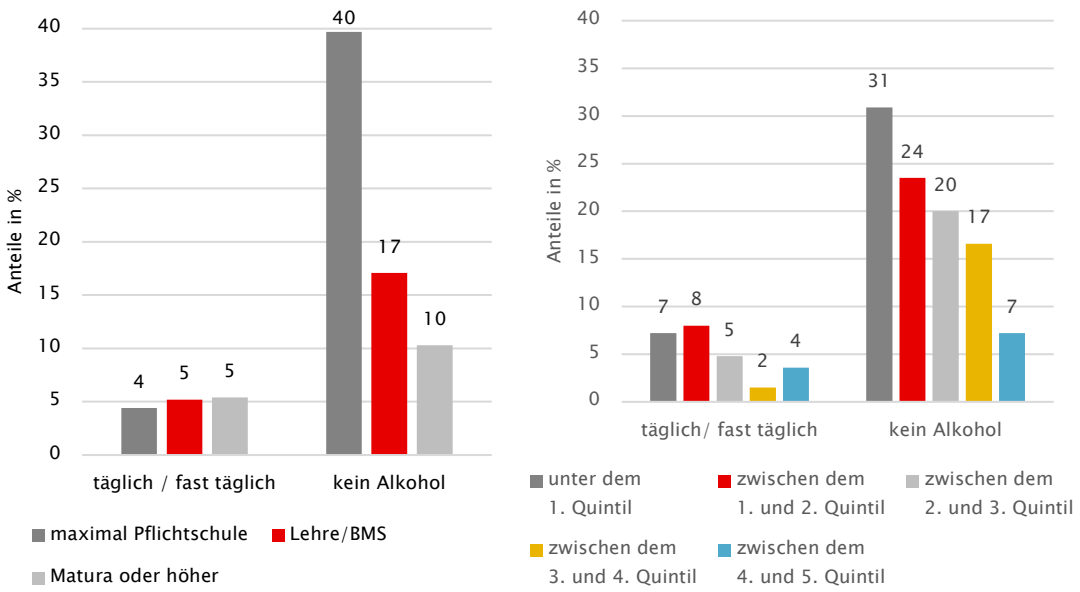
Am verbreitetsten ist der riskante Konsum von Alkohol bei ab 60-Jährigen – am niedrigsten bei den 15- bis 29-Jährigen (11 % vs. 8 %).

Mit riskantem Alkoholkonsum ist der wöchentliche Konsum von im Durchschnitt 16 g Reinalkohol pro Tag bei Frauen bzw. von im Durchschnitt 24 g Reinalkohol pro Tag bei Männern angesprochen (wöchentliche Konsummenge, durch 7 dividiert).

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Der Bildungsgrad scheint für den täglichen bis fast täglichen Alkoholkonsum eine geringe Rolle zu spielen, doch hinsichtlich der völligen Abstinenz gibt es einen deutlichen Gradienten. Während 40 Prozent der Vorarlberger:innen mit maximal Pflichtschulabschluss keinen Alkohol konsumieren, sind es bei jenen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss 17 Prozent und bei Personen mit Matura oder einem höheren Abschluss 10 Prozent (vgl. Abbildung 4.14). Vorarlberger:innen mit niedrigem Haushaltseinkommen konsumieren zwar häufiger täglich oder fast täglich Alkohol als jene mit hohem Einkommen (7 % vs. 4 %), sie sind aber auch häufiger abstinent (31 % vs. 7 %). Personen mit einem höheren Einkommen scheinen häufiger Gelegenheitstrinker:innen zu sein. Vorarlberger:innen mit Migrationshintergrund sind deutlich häufiger abstinent als jene ohne Migrationshintergrund (38 % vs. 16,5 %).

Abbildung 4.14:
Alkoholkonsum an mehr als fünf Tagen pro Woche bei Personen ab 30 Jahren nach Bildung und Haushaltseinkommen in Vorarlberg 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.)
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 und 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Alkoholkonsum Jugendlicher

Laut HBSC-Befragung 2022 trinken rund 23 Prozent der 15- bis 17-Jährigen in Österreich mindestens einmal pro Woche Alkohol – Burschen häufiger als Mädchen (27 % vs. 20 %). Der Unterschied wäre noch größer, fände im Trend nicht eine Angleichung statt: Der Alkoholkonsum, gemessen an diesem Indikator, ist bei Burschen seit 2014 leicht rückläufig, Mädchen befinden sich etwa auf dem Niveau von 2014. Während bei den Schülerinnen und Schülern der Schulstufe 11 hier seit 2014 ein Rückgang zu beobachten ist, gibt es bei jenen aus Schulstufe 9 eine leichte Steigerung (Felder-Puig et al. 2023). Vorarlberg liegt diesbezüglich nur leicht über dem österreichischen Durchschnitt (25 % vs. 23 %).

Befragungen in der erwachsenen Bevölkerung erfassen nur etwa 40 Prozent der tatsächlich konsumierten Alkoholmenge, einerseits weil alkoholkranke Personen unterrepräsentiert sind, andererseits weil es sozial vielleicht opportun erscheint, einen geringeren Konsum anzugeben und weil Alkoholkonsum vielfach als so belanglos erachtet wird, dass man vergisst, wie viel man konsumiert hat (Strizek/Uhl 2016; Uhl et al. 2009).

4.3.5 Illegale Drogen

Wiederholter Drogenkonsum kann zu Abhängigkeit und anderen gesundheitlichen, psychischen und sozialen Problemen führen. Im Bereich des Konsums illegaler Drogen spielt in Österreich vor allem der polytoxikomane Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten (häufig intravenös konsumiert) eine zentrale Rolle (Anzenberger et al. 2021)

Schätzungen für das Jahr 2021 zufolge weisen zwischen 1.042 und 1.762 Vorarlberger:innen einen risikoreichen Opiatkonsum auf – in den meisten Fällen im Rahmen eines polytoxikomanen Konsums. Das entspricht einer Rate von 367 bis 666 Personen pro 100.000 EW im Alter von 15 bis 64 Jahren (BL-Bandbreite 201–1.330: Anzenberger et al. 2022).

Schätzungen auf Basis unterschiedlicher Datenquellen für Gesamtösterreich zeigen, dass die Gruppe der Personen mit illegalem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten etwa zu einem Viertel weiblich und zu drei Vierteln männlich ist. Der Anteil der unter 25-Jährigen wird für das Jahr 2021 auf nur mehr 8 Prozent geschätzt. Im Jahr 2004 waren es noch 40 Prozent. Das heißt, dass es inzwischen weniger Einsteiger:innen gibt und sich die Altersstruktur der Personengruppe mit risikoreichem Opiatkonsum in Richtung „Alterung“ verändert hat (Anzenberger et al. 2022) .

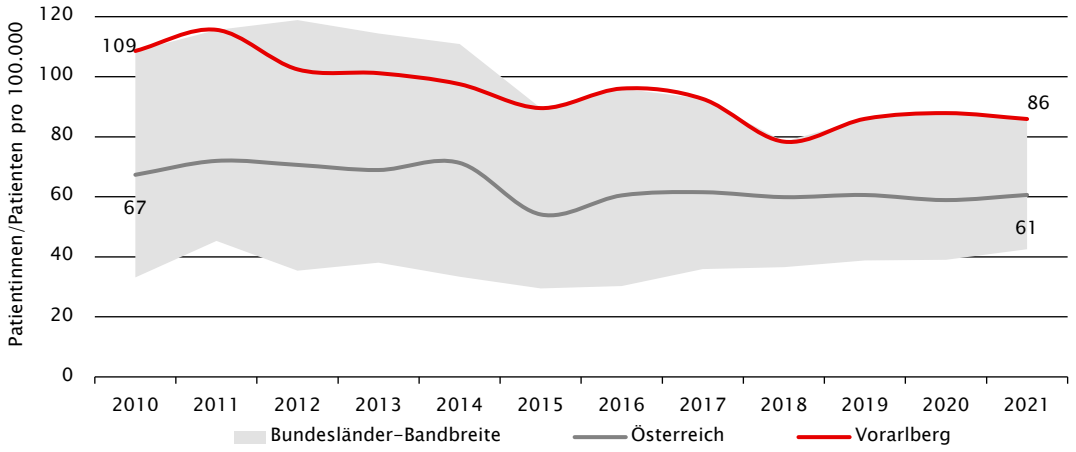
Stationäre Aufenthalte und Todesfälle aufgrund von Drogenintoxikation

Drogenintoxikationen können zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus und letztendlich auch zum Tod führen. In Vorarlberg wurden im Jahr 2021 rund 340 Personen mit einer Drogenintoxikation in Haupt- oder Nebendiagnose **stationär behandelt**. Das entspricht einer

Rate von 86 Personen pro 100.000 EW, womit in Vorarlberg mehr Menschen mit einer drogenassoziierten Haupt- oder Nebendiagnose stationär behandelt werden als in allen anderen Bundesländern (vgl. Abbildung 4.15). Mehr als 8 Prozent aller Patienten und Patientinnen mit einer Drogenintoxikation sind aus Vorarlberg.

Etwa drei Viertel dieser Personen sind männlich. Die oben erwähnte Veränderung der Altersstruktur Drogenkonsumierender in Richtung ältere Personengruppen zeigt sich im Beobachtungszeitraum auch in der Krankenhausstatistik: Zwischen 2010 und 2014 lag der Median bei etwas unter 30 Jahren (es war also die Hälfte dieser Patienten und Patientinnen jünger als 30 Jahre), in der Periode 2015-2021 machte diese Altersgruppe nur mehr knapp 40 Prozent aus.

Abbildung 4.15:
Stationäre Patientinnen und Patienten mit ausgewählten drogenassoziierten Diagnosen* in Vorarlberg im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite 2010-2021



ohne 0-Tages-Patienten;
Zeitreihenbruch: Ab 2015 stehen auch Patientenpseudonyme zur Verfügung. Bis 2014 wurden die Patientenzahlen auf Basis der Aufenthalte und einiger personenbezogener Merkmale geschätzt.
* psychische und Verhaltensstörungen durch … (jeweils schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit)
Opioide (ICD-10 F11.1 und F11.2), Cannabinoide (F12.1 und F12.2), Kokain (F14.1 und F14.2), andere Stimulanzien, einschließlich Koffein (z. B. Amphetamin; F15.1 und F15.2), multipler Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19.1 und F19.2)

Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2010–2021; Berechnung und Darstellung: GÖG

Gemäß der Statistik der **drogenbezogenen Todesfälle** verstarben zwischen 2010 und 2021 insgesamt 108 Vorarlberger:innen aufgrund einer Drogenintoxikation (87 % männlich und 13 % weiblich). Das entspricht etwa 5 Prozent aller drogenbezogenen Todesfälle österreichweit und ist etwas höher als der Bevölkerungsanteil Vorarlbergs an Österreich (4,4 %), aber deutlich geringer als der entsprechende Anteil bei den stationären Patientinnen und Patienten von mehr als 8 Prozent. Nähere Informationen zum Konsum illegaler Drogen auf österreichischer Ebene finden sich im aktuellen Epidemiologiebericht Sucht der GÖG (Anzenberger et al. 2022).

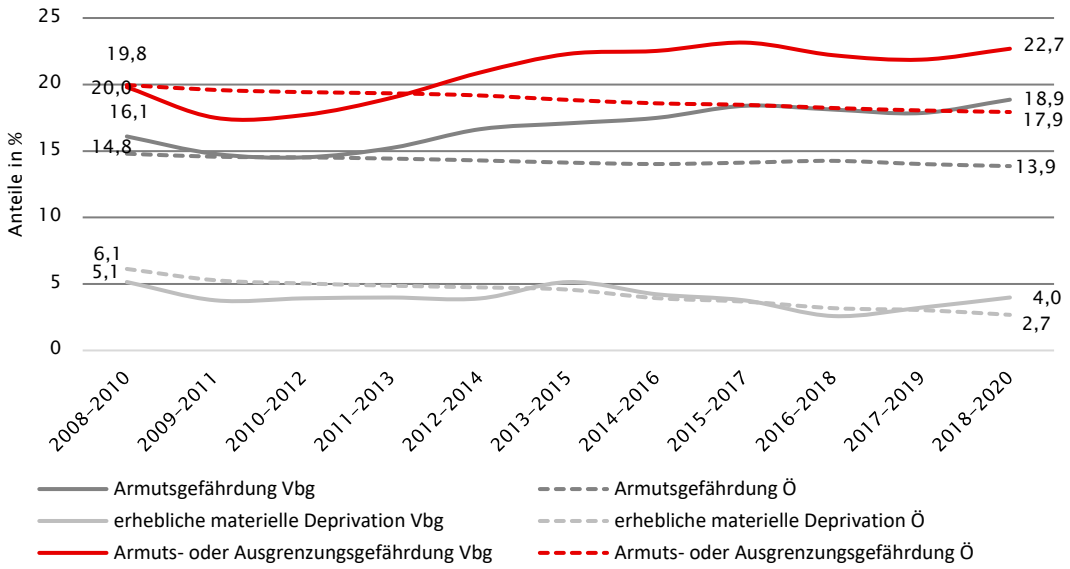
5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

5.1 Materielle Lebensbedingungen

Die im Folgenden beschriebenen Indikatoren der materiellen Lebensbedingungen stammen aus der EU-SILC-Erhebung (Statistics on Income and Living Conditions), die jährlich im Auftrag des Sozialministeriums von der Statistik Austria durchgeführt wird. Erfasst werden dabei u. a. die Beschäftigungssituation und das Einkommen der Mitglieder der ausgewählten Haushalte, deren Wohnsituation, Bildung, Gesundheit und Zufriedenheit. In Österreich werden pro Jahr rund 6.000 Haushalte befragt. Drei Viertel davon werden im Folgejahr wieder befragt (maximal viermal in Folge), ein Viertel kommt jeweils neu hinzu. Werden Dreijahresschnitte berechnet, können Aussagen auf Ebene der Bundesländer getroffen werden.

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

Abbildung 5.1:
Armutsindikatoren in Vorarlberg im Vergleich mit Österreich – Dreijahresdurchschnitte 2008–2020



Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2008–2020; Berechnung und Darstellung: GÖG

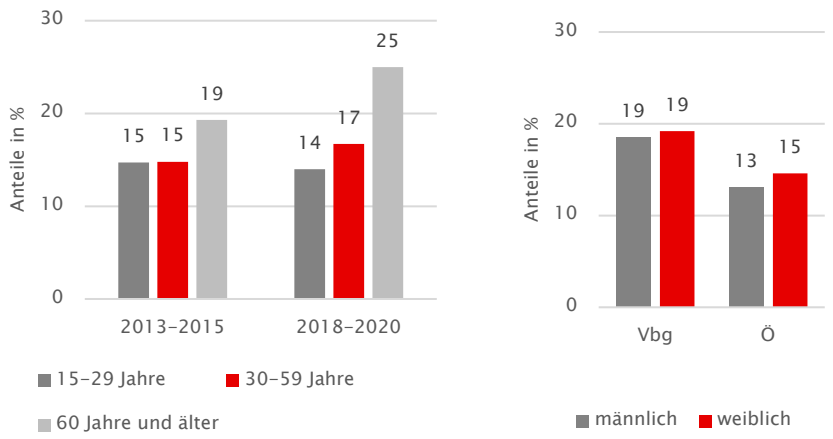
Im Folgenden werden die drei Kennzahlen zur materiellen Lebenssituation der Vorarlberger Bevölkerung aus Abbildung 5.1 näher dargestellt: (1) Armutsgefährdung, (2) (erhebliche) materielle Deprivation und (3) Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung.

Armutsgefährdung

Im Dreijahresdurchschnitt 2018–2020 waren in Vorarlberg – laut EU-SILC – rund 19 Prozent der Bevölkerung armutsgefährdet, also etwa 73.000 Menschen (BL-Bandbreite: 10–22 %). Damit liegt Vorarlberg deutlich über dem österreichischen Anteil von rund 14 Prozent. Dieser Wert ist in Vorarlberg vor allem zwischen 2012 und 2016 angestiegen und war in den letzten Jahren weitgehend stabil (vgl. Abbildung 5.1), doch es ist zu vermuten, dass er aufgrund der derzeitigen Krisen (Coronapandemie, Inflation, Energie) neuerlich ansteigen wird (Statistik Austria 2021).

Frauen und Männer sind in Vorarlberg gleichermaßen armutsgefährdet – anders als in Österreich insgesamt, wo der Anteil Armutsgefährdeter unter Frauen höher ist als unter Männern. Personen ab 60 Jahren sind gefährdeter als Jüngere (vgl. Abbildung 5.2), und für diese Altersgruppe hat sich die diesbezügliche Lage im letzten Jahrzehnt besonders deutlich verschlechtert. Besonders stark von Armut betroffen sind Frauen über 60 Jahre (28 %) – Männer dieser Altersgruppe sind deutlich seltener armutsgefährdet (21 %).

Abbildung 5.2:
Armutsgefährdung nach Altersgruppen in den Dreijahresdurchschnitten 2013–2015 und 2018–2020 in Vorarlberg sowie nach Geschlecht 2018–2020 im Vergleich mit Österreich



Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2008–2020; Berechnung und Darstellung: GÖG

Der Großteil der armutsgefährdeten Menschen ist nicht nur in einem einzelnen Jahr armutsgefährdet, sondern über einen längeren Zeitraum (dauerhafte Armutsgefährdung). Im Jahresschnitt 2017–2020 waren in Vorarlberg 8 Prozent der Bevölkerung dauerhaft armutsgefährdet.

(Erhebliche) Materielle Deprivation

Rund 8 Prozent der Vorarlberger Bevölkerung (knapp 31.000 Menschen) waren – laut EU SILC – im Dreijahresschnitt 2018–2020 **materiell depriviert** (BL-Bandbreite 2–13 %), nur in Wien lag der Wert höher. Vor etwa zehn Jahren allerdings war die materielle Deprivation in Vorarlberg noch häufiger, denn im Zeitraum 2008–2010 konnten 11 Prozent der Bevölkerung drei der abgefragten neun Grundbedürfnisse nicht finanzieren. Möglicherweise werden die derzeitigen Krisen die materielle Deprivation wieder steigen lassen.

Etwas mehr Frauen als Männer sind materiell depriviert (8 % vs. 7 %). Besonders betroffen sind hiervon allerdings junge Erwachsene – rund 9 Prozent der Vorarlberger Bevölkerung zwischen 15 und 29 Jahren sind materiell depriviert, bei Personen ab 60 Jahren liegt der Anteil bei 6 Prozent. Hier zeigt sich die unterschiedliche Aussagekraft materieller Deprivation im Vergleich zur Armutsgefährdung. Ältere Menschen sind häufiger armutsgefährdet, aber seltener materiell depriviert. Möglicherweise liegt dies daran, dass die Lebenshaltungskosten für ältere Menschen niedriger sind.

Die Statistik Austria weist im Zuge von EU-SILC auch den Indikator der **erheblichen materiellen Deprivation** aus, der dann zum Tragen kommt, wenn nicht drei, sondern vier von neun Grundbedürfnissen nicht finanziert werden können (vgl. Datenbox unten). Dies betrifft etwa 4 Prozent der Vorarlberger Bevölkerung (BL-Bandbreite: 0,4–6 %).

Armuts- und/oder Ausgrenzungsgefährdung

Der Indikator Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung liegt naturgemäß über jenem der reinen Armutsgefährdung, weil er auch Personen miteinschließt, die in einem Haushalt mit geringer Erwerbsintensität leben und/oder materiell erheblich depriviert sind. Etwa 23 Prozent der Vorarlberger Bevölkerung (rund 88.000 Menschen) waren im Dreijahresschnitt 2018–2020 armuts- oder ausgrenzungsgefährdet (BL-Bandbreite: 12–28 %; vgl. Abbildung 5.1). Im Vergleich zu Gesamtösterreich (18 %) ist der Anteil damit deutlich höher.

Frauen sind in dieser Hinsicht etwas vulnerabler als Männer (23 % vs. 22 %), Kinder (0–14 Jahre; 26 %) und ältere Personen (60 Jahre und älter; 25 %) vulnerabler als Personen im erwerbsfähigen Alter (15–59 Jahre; 18 % bzw. 22 %). Mehrfach ausgrenzungsgefährdet waren im Dreijahresschnitt 2018–2020 rund 20.000 Menschen (5 % der Vorarlberger Bevölkerung; Statistik Austria, EU-SILC 2020).

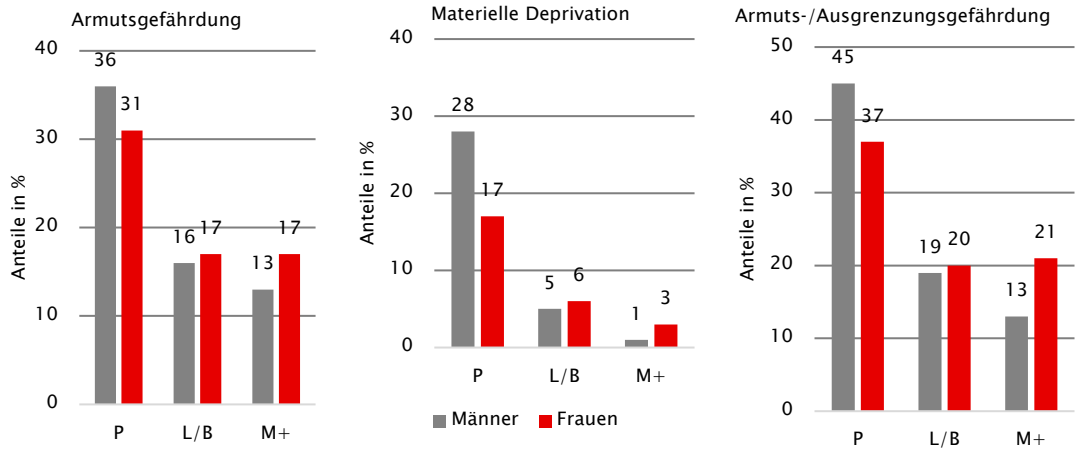
Unterschiede nach Bildung

Der Bildungsgrad ist ein wichtiger Prädiktor für die Indikatoren zu den materiellen Lebensbedingungen, wobei es sich lediglich dann negativ auswirkt, wenn die Pflichtschule den höchsten Schulabschluss darstellt, während eine Lehre oder ein Abschluss an einer berufsbildenden mittleren Schule kaum materielle Nachteile bringt. 32 Prozent der Vorarlberger:innen mit maximal Pflichtschulabschluss sind armutsgefährdet (aber „nur“ 17 % jener mit Lehre oder BMS und 15 %

derjenigen mit Matura), 21 Prozent sind materiell depriviert (vs. 5 % bzw. 2 % der Menschen mit einer Ausbildung), und 40 Prozent sind armuts- oder ausgrenzungsgefährdet (vs. 20 % der Personen mit Lehre/BMS bzw. 17 % derjenigen mit Matura; vgl. Abbildung 5.3).

Auffällig ist, dass sich mangelnde Ausbildung bei Männern hinsichtlich der materiellen Lebensbedingungen deutlicher bemerkbar macht als bei Frauen bzw. dass umgekehrt höhere Bildung Frauen weniger vor Armut schützt als Männer (21 % vs. 13 %; vgl. Abbildung 5.3).

Abbildung 5.3:
Armutsgefährdung, materielle Deprivation sowie Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung bei ab 30-Jährigen nach Bildung und Geschlecht in Vorarlberg – Dreijahresdurchschnitt 2018–2020



P = maximal Pflichtschulabschluss; L = Lehre; B = berufsbildende mittlere Schule; M+ = Matura oder höherer Abschluss

Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2018–2020; Berechnung und Darstellung: GÖG

Materielle Lebensbedingungen von Kindern und jungen Erwachsenen

Die Statistik Austria weist im aktuellen EU-SILC-Bericht auch die Armuts- sowie die Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung von Kindern, Jugendlichen und finanziell abhängigen jungen Erwachsenen bis 24 Jahre nach Bundesländern aus. Für Vorarlberg ist die Stichprobe relativ klein, doch es gibt Indizien dafür, dass auch junge Menschen in Vorarlberg überdurchschnittlich häufig von Armut und Ausgrenzung betroffen sind. 21 Prozent der 0- bis 14-Jährigen waren im Jahresdurchschnitt 2019–2021 armutsgefährdet (Österreich 19 %, BL-Bandbreite: 10–32 %) und 27 Prozent waren armuts- und/oder ausgrenzungsgefährdet (Österreich 22 %, BL-Bandbreite: 13–41 %; EU-SILC 2021).

Alle Personen, deren äquivalisiertes Haushaltseinkommen unterhalb der Armutsgefährdungsschwelle liegt, gelten als armutsgefährdet. Diese Schwelle ist definiert als 60 Prozent des Medians des äquivalisierten Haushaltseinkommens (gewichtet und verfügbar). Der Betrag für die Armutsgefährdungsschwelle lag im Jahr 2021 (für einen Einpersonenhaushalt) bei 1.371 Euro pro

Monat, bei mehr Personen im Haushalt entsprechend höher. Als dauerhaft armutsgefährdet gilt jemand, der in mindestens drei von vier aufeinanderfolgenden Jahren als armutsgefährdet eingestuft wird.

Materielle Deprivation betrifft Haushalte, die sich zumindest drei der folgenden neun Grundbedürfnisse finanziell nicht leisten können: (1) regelmäßige Zahlungen wie Miete, Betriebskosten oder Kredite begleichen, (2) unerwartete Ausgaben von 1.290 Euro tätigen, (3) Wohnung angemessen warm halten, (4) jeden zweiten Tag Fleisch, Fisch oder eine entsprechende vegetarische Speise essen, (5) einmal im Jahr auf Urlaub fahren, (6) PKW, (7) Waschmaschine, (8) Fernsehgerät, (9) Telefon/Handy. Der Indikator beruht auf einer subjektiven Einschätzung der Befragten.

Als armuts- und/oder ausgrenzungsgefährdet gelten Personen, deren äquivalisiertes Haushaltseinkommen[4] unterhalb der Armutsgefährdungsschwelle (60 % des Medianhaushaltseinkommens der österreichischen Bevölkerung) liegt und/oder die von erheblicher materieller Deprivation betroffen sind und/oder in einem Haushalt mit keiner oder sehr geringer Erwerbsintensität leben. Personen, auf die zwei oder drei dieser Kriterien zutreffen, werden als mehrfach ausgrenzungsgefährdet bezeichnet.

5.2 Bildung

Bildung wird als einer der wichtigsten Einflussfaktoren für die Gesundheit erachtet, insbesondere weil Bildung für eine Reihe von Gesundheitsdeterminanten von Bedeutung ist. Der Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit wirkt über mehrere Zwischenstufen, deren Komponenten sich wechselseitig bedingen, und zwar über

1. die gesellschaftlichen Teilhabechancen wie zum Beispiel hinsichtlich des beruflichen Ein- und Aufstiegs, der Arbeitslosigkeit, der Einkommenschancen,
2. das Wissen und die Handlungskompetenz, gesunde Entscheidungen treffen zu können (= Gesundheitskompetenz),
3. die Entwicklung emotionaler, sozialer und intellektueller Kompetenzen sowie
4. die Lebensverhältnisse (Sozialkontakte, Wohnverhältnisse etc.) (Lampert/Richter 2009; Sørensen et al. 2012) .

Umgekehrt bedingt die Gesundheit wiederum zum einen Bildungs- und Teilhabechancen sowie zum anderen die Lebensverhältnisse bzw. gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen. Zum Beispiel kann eine chronische Erkrankung zu Arbeitslosigkeit führen, aber auch dazu, dass Bildungschancen nicht (ausreichend) wahrgenommen werden können. Ebenso können sich durch eine Erkrankung Lebensverhältnisse und Verhaltensweisen verändern (z. B. erhöhter Rauchkonsum durch Depression).

4

Das bedeutet, dass das Haushaltseinkommen mit der Anzahl der Erwachsenen und Kinder im Haushalt gewichtet ist. (Statistik Austria 2022c)

Der Zusammenhang von Bildung und Gesundheit ist auch für Österreich gut belegt (Bobek et al. 2019; Klimont et al. 2008; Klimont/Prammer-Waldhör 2020). Er zeigt sich bereits am Lebensanfang im Anteil der Frühgeborenen und in der Säuglingssterblichkeit (vgl. Abschnitt 5.6) sowie am Lebensende in der Sterblichkeit bzw. anhand der Lebenserwartung (vgl. Abschnitt 3.1). Auch die COVID-19-Pandemie hat deutlich gemacht, dass Menschen mit geringeren Bildungschancen stärker von der Pandemie betroffen waren (Bambra et al. 2020; CHAIN 2020; ECDC 2020) und dass diese Krise vermutlich zu einer Verstärkung der Bildungsunterschiede geführt hat (BMSGPK 2021a).

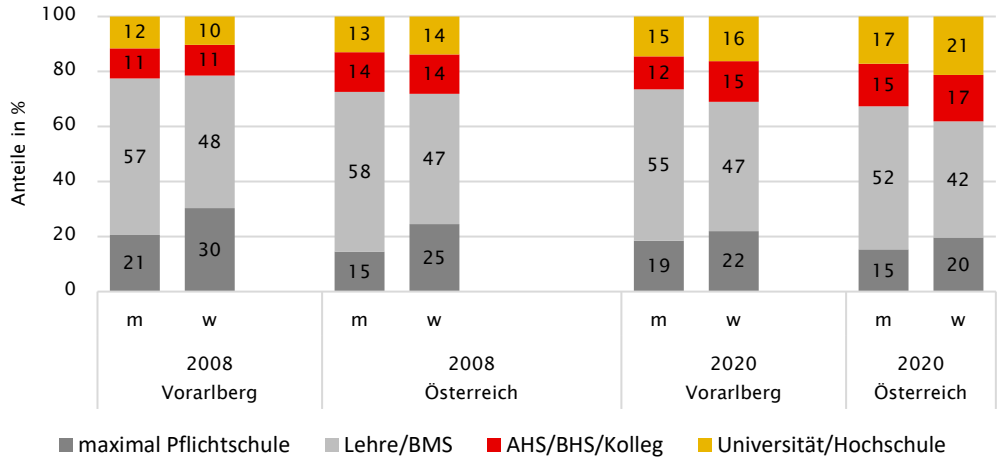
Der Bildungsbereich wird im vorliegenden Bericht anhand des Bildungsniveaus und der frühzeitigen Schul- und Ausbildungsabgänger:innen abgebildet.

5.2.1 Bildungsniveau

Im Jahr 2020 hatten 15 Prozent der Vorarlberger Bevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren einen Abschluss an einer Akademie, (Fach-)Hochschule oder Universität (BL-Bandbreite: 14–29 %). 13 Prozent hatten einen Maturaabschluss (BL-Bandbreite 13–20 %), 51 Prozent hatten einen Lehrabschluss oder einen Abschluss an einer berufsbildenden mittleren Schule (BL-Bandbreite: 30–54 %), und 20 Prozent hatten maximal einen Pflichtschulabschluss (BL-Bandbreite 14–21 %). Daraus ist ersichtlich, dass das Bildungsniveau der Vorarlberger Bevölkerung unter dem österreichischen Durchschnitt liegt, denn bei den ersten beiden Kategorien liegt der Anteil Vorarlbergs an der unteren und bei den beiden letzteren Kategorien an der oberen Grenze im Bundesländervergleich (vgl. dazu auch Abbildung 5.4).

Deutlich wird in Abbildung 5.4 auch, dass der Unterschied nach Geschlecht – der Anteil der Frauen ist sowohl im obersten als auch im untersten Bildungssegment größer als jener der Männer – in Vorarlberg etwas geringer ausfällt als in Österreich insgesamt und dass sich der Unterschied nach Geschlecht zwischen 2008 und 2020 verringert hat. Insgesamt ist das Bildungsniveau seit 2008 gestiegen, der Anteil derjenigen mit maximal Pflichtschulabschluss hat sich verringert (von 21 % auf 19 % bei Männern und von 30 % auf 22 % bei Frauen) und der Anteil der Personen mit Matura oder einem akademischen Abschluss vergrößert (von 23 % auf 26 % bei Männern) – besonders deutlich bei Frauen (von 21 % auf 31 %, vgl. Abbildung 5.4).

Abbildung 5.4:
Bildungsstand der Vorarlberger Bevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren nach Geschlecht im Vergleich mit Österreich 2008 und 2020



Quelle: Statistik Austria, Bildungsstandregister 2020 und 2008; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.2.2 Frühe Ausbildungsabbrecher:innen

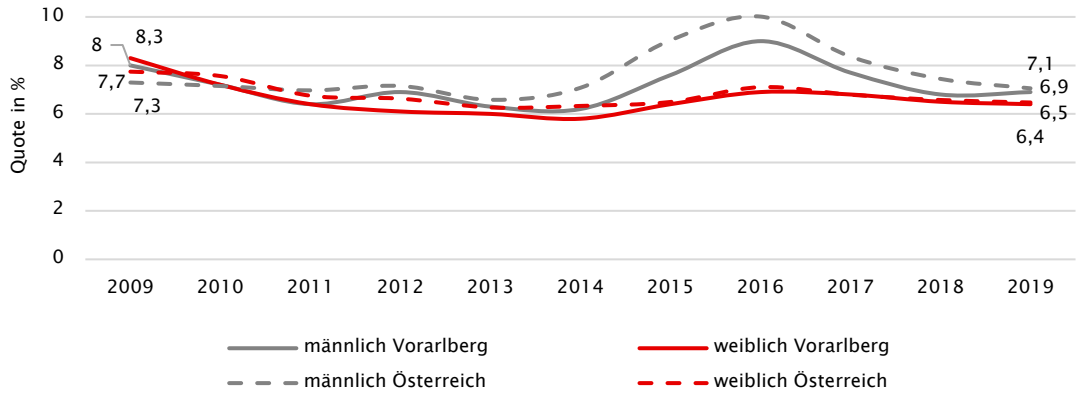
Ein frühzeitiger Schul- bzw. Ausbildungsabbruch ist sowohl individuell als auch gesellschaftlich ein bedeutsames Problem. Ein Abbruch vermindert spätere Lebens- und Berufschancen und trägt langfristig dazu bei, dass persönliche Risiken wie gesundheitliche Einschränkungen, soziale Ausgrenzung oder Arbeitslosigkeit über die Lebensspanne hinweg hoch sind (www.bmbwf.gv.at, Zugriff am 23. 8. 2021).

Der Indikator „frühe Schul- und Ausbildungsabgänger:innen“ („early school leavers“) wird international verwendet und bezeichnet die 18- bis 24-jährigen Personen mit maximal Pflichtschulabschluss, die an keiner Aus- oder Weiterbildung teilnehmen. Dieser Indikator wird in Österreich über den Mikrozensus erhoben, aber die Stichprobe ist insbesondere für kleinere Bundesländer nicht ausreichend. Eine Alternative bildet das sogenannte bildungsbezogene Erwerbskarrieremonitoring, das sich auf die 15- bis 17-Jährigen bezieht (vgl. Infobox unten), darüber hinaus aber weitgehend an den international gebräuchlichen Indikator angelehnt ist. Diesem Monitoring zufolge gab es im Jahr 2019 in Vorarlberg 6,6 Prozent Ausbildungsabbrecher:innen (BL-Bandbreite 4,2–12,0 %), was geringfügig unter dem österreichischen Durchschnitt lag (6,8 %; vgl. Abbildung 5.5).

Die Entwicklung der Quote der Ausbildungsabbrecher:innen zeigt, dass es in den ersten Jahren des Beobachtungszeitraums kaum einen Unterschied nach Geschlecht gab und Vorarlberg etwa im österreichischen Durchschnitt lag. Ab 2014 jedoch ist die Quote bei jungen Männern deutlich angestiegen – in Vorarlberg und noch stärker in Österreich insgesamt. Die Quote ist seit 2016

wieder rückläufig und war 2019 bei Männern wieder nur leicht höher als bei Frauen (6,9 % vs. 6,4 % in Vorarlberg und 6,5 % vs. 7,1 % in Österreich; vgl. Abbildung 5.5).

Abbildung 5.5:
Frühe Ausbildungsabbrecher:innen im Alter von 15 bis 17 Jahren nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2009–2019



Quelle: Statistik Austria – Monitoring der Ausbildung bis 18, erstellt am 20. 12. 2021; Darstellung: GÖG

Frühe Ausbildungsabbrecher:innen sind gemäß Statistik Austria als Personen im Alter von 15 bis 17 Jahren definiert, die zum Stichtag 31. 10. des jeweiligen Jahres einen Hauptwohnsitz in Österreich haben, keine Ausbildung absolvieren, keine Pension beziehen und höchstens einen Pflichtschulabschluss besitzen. Die Quote bezeichnet ihren Anteil an der jeweiligen Gesamtbevölkerung.

5.3 Arbeit und Beschäftigung

Arbeit und Beschäftigung dienen nicht nur der Existenzsicherung, sondern erfüllen auch eine Reihe psychosozialer Funktionen, die auch die Gesundheit beeinflussen, wie (1) Inklusion, soziale Anerkennung und persönliche Identität, (2) Zeitstrukturierung und (3) soziale Kontakte. Aus der Erwerbstätigkeit resultieren aber auch gesundheitliche Risiken durch körperliche und/oder psychische Belastungen sowie aus Unfall- und Verletzungsgefahren (vgl. Abschnitt 3.5 und Punkt 5.3.3) und anderen Arbeitsrahmenbedingungen (wie z. B. Work-Life-Balance). Als ebenfalls belastend gelten atypische Beschäftigungen (Teilzeitbeschäftigung, befristete Arbeitsverträge oder Beschäftigungen, die keiner geregelten Sozialversicherungspflicht unterliegen).

Außerdem gilt Arbeitslosigkeit (vgl. Kapitel 5.3.2**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) als Einflussfaktor der Gesundheit (Hollederer/Brand 2006): Sowohl soziale als auch gesundheitliche Einschränkungen sind eng mit Arbeitslosigkeit und deren Dauer verbunden. Arbeitslose Menschen entwickeln leichter eine psychische oder körperliche Erkrankung und haben

eine geringere Lebenserwartung als der Bevölkerungsdurchschnitt. Internationale Studien zeigen, dass bereits ein drohender Arbeitsplatzverlust psychosozial belastend ist und gesundheitsschädigende Wirkungen haben kann. Die Arbeitslosigkeit kann damit sowohl Ursache als auch Folge gesundheitlicher Probleme sein. Arbeitslose Personen mit chronischen Erkrankungen haben demnach eine geringere Chance, eine bezahlte Tätigkeit zu finden, Erwerbstätige mit Erkrankungen eine höhere Wahrscheinlichkeit, arbeitslos zu werden (RKI 2015).

In der Folge wird der Fokus auf Erwerbsstatus, Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfälle gerichtet.

5.3.1 Erwerbsstatus

Entsprechend dem ILO-Konzept[5] kann die Bevölkerung hinsichtlich ihres Erwerbsstatus in drei Gruppen eingeteilt werden: Erwerbstätige, Arbeitslose und Nichterwerbspersonen. Als erwerbstätig gilt eine Person, wenn sie in der Referenzwoche mindestens eine Stunde gearbeitet hat, als arbeitslos, wenn sie in diesem Sinne nicht erwerbstätig war, aktuell aktive Schritte zur Arbeitssuche getätigt hat und kurzfristig zu arbeiten beginnen könnte. Nichterwerbspersonen sind all jene, die weder erwerbstätig noch arbeitslos sind (Statistik Austria 2022a).

Im Jahr 2021 lebten in Vorarlberg – gemäß der Arbeitskräfteerhebung der Europäischen Union (Statistik Austria Mikrozensus Arbeitsmarkt 2021) rund 207.000 Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 64 Jahren. Die Erwerbsquote bei den 15- bis 64-Jährigen (exkl. Präsenz- und Zivildienern) lag damit bei 80 Prozent (BL-Bandbreite: 75–80 %). Tatsächlich erwerbstätig waren 2021 durchschnittlich 199.000 Menschen dieses Alters (46 % davon weiblich und 54 % männlich). Daraus ergibt sich bei den 15- bis 64-jährigen eine (tatsächliche) Erwerbstätigenquote von 76 Prozent (BL-Bandbreite: 66–76 %). In Vorarlberg ist die Erwerbstätigenquote damit höher als in allen anderen Bundesländern (vgl. auch Tabelle 5.1).

Tabelle 5.1:
Bevölkerung in Vorarlberg nach dem Erwerbsstatus* und Geschlecht – Jahresdurchschnitt über alle Wochen 2021

Bevölkerung nach Erwerbsstatus	Gesamt	Männer	Frauen
Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15–64 Jahre)	260.500	130.700	129.800
Erwerbspersonen** im Alter von 15–64 Jahren (Erwerbstätige und Arbeitslose zusammen)	207.100	111.450	95.650
Erwerbsquote (Anteil der Erwerbspersonen an der Gesamtbevölkerung 15–64 Jahre) in %	80	85,3	73,7

5
Definition siehe Tabelle 5.1

Bevölkerung nach Erwerbsstatus	Gesamt	Männer	Frauen
erwerbstätige Personen (15–64 Jahre)	198.600	106.750	91.850
Erwerbstätigenquote (Anteil der Erwerbstätigen an den 15- bis 64-Jährigen) in %	76,2	81,7	70,8
Teilzeitbeschäftigte***	59.400	10.500	48.900
Teilzeitquote in %	29,4	9,6	52,6

hochgerechnet auf die erwerbstätige Bevölkerung in Privathaushalten ohne Präsenz- und Zivildiener
*Als erwerbstätig gelten alle Personen, die innerhalb einer bestimmten Referenzwoche mindestens eine Stunde gegen Bezahlung gearbeitet haben, selbstständig oder als mithelfendes Familienmitglied tätig waren oder einen Arbeitsplatz hatten, inklusive derer, die wegen Urlaub, Krankheit usw. nicht erwerbstätig waren (ILO-Konzept der Internationalen Arbeitsorganisation (International Labour Organization), präzisiert durch Eurostat). Arbeitslos sind nichterwerbstätige Personen, die aktiv nach Arbeit suchen und für den Arbeitsmarkt potenziell zur Verfügung stehen.
**In der Zahl der Erwerbstätigen sind auch Personen in Elternkarenz mit aufrechtem Dienstverhältnis inkludiert, solange sie ihre Erwerbstätigkeit maximal zwei Jahre unterbrechen.
***Zuordnung anhand der direkten Frage, ob eine Teilzeiterwerbstätigkeit vorliegt

Quelle: Eurostat – Beschäftigung und Arbeitslosigkeit (LFS/AKE) 2021; Darstellung: GÖG

Mit Ausnahme des Jahres 2021 sind die Erwerbstätigenzahlen im Beobachtungszeitraum kontinuierlich angestiegen. Teilzeitbeschäftigung hat für Frauen, aber auch für Männer an Bedeutung gewonnen. So betrug die Teilzeitquote[6] bei selbstständig und unselbstständig beschäftigten Frauen im Jahr 2000 37 Prozent und im Jahr 2021 54 Prozent, wobei der Anstieg seit 2012 deutlich abgeflacht ist. Bei selbstständig und unselbstständig beschäftigten Männern stieg die Teilzeitquote von 4 Prozent (2000) auf 11 Prozent (2021), ebenfalls mit einer abgeflachten Kurve seit 2012.

5.3.2 Arbeitslosigkeit

Im Jahr 2021 waren 11.625 Personen in Vorarlberg beim Arbeitsmarktservice (AMS) als arbeitslos vorgemerkt – das ergibt eine Arbeitslosenquote von 6,5 Prozent (BL-Bandbreite: 5,0–12,7 %). Damit liegt Vorarlberg unter dem Bundesdurchschnitt von 8 Prozent. Der Unterschied nach Geschlecht ist in Vorarlberg äußerst gering, die Quote betrug bei Männern 6,3 Prozent (BL-Bandbreite: 4,9–13,8 %) und bei Frauen 6,7 Prozent (BL-Bandbreite: 5,1–11,6 %). In Österreich war bis 2019 die Arbeitslosigkeit bei Männern höher als bei Frauen (vgl. Abbildung 5.6).

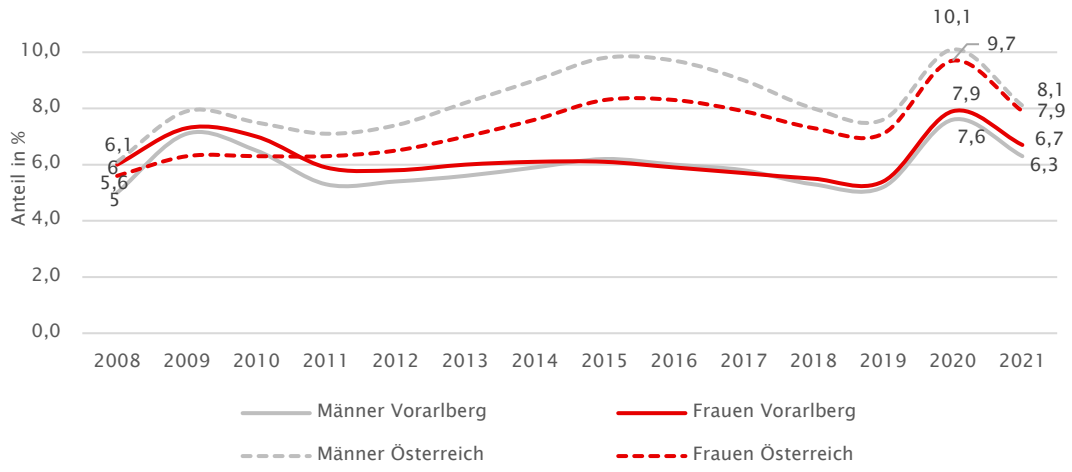
Der Vorarlberger Arbeitsmarkt hat sich nach der Finanzkrise schneller erholt als jener in Österreich insgesamt. Der bundesweite Anstieg der Arbeitslosigkeit zwischen 2011 und 2015 zeigt

6

Hier ist allerdings ein Zeitreihenbruch zu berücksichtigen, weil Teilzeitbeschäftigung vor 2012 konkret mit maximal 35 Wochenstunden als Normalarbeitszeit definiert war, während ab 2012 lediglich die Frage nach Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigung gestellt wird.

sich in Vorarlberg nicht. Und nun ist auch nach dem rasanten Anstieg der Arbeitslosigkeit im ersten Pandemiejahr wieder ein rascher Rückgang zu verzeichnen (vgl. Abbildung 5.6).

Abbildung 5.6:
Arbeitslosenquote bei 15- bis 64-Jährigen nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2008–2021



Quelle: Arbeitsmarktservice Österreich – Arbeitsmarktprofile 2008–2021; Darstellung: GÖG

Langzeitarbeitslosigkeit

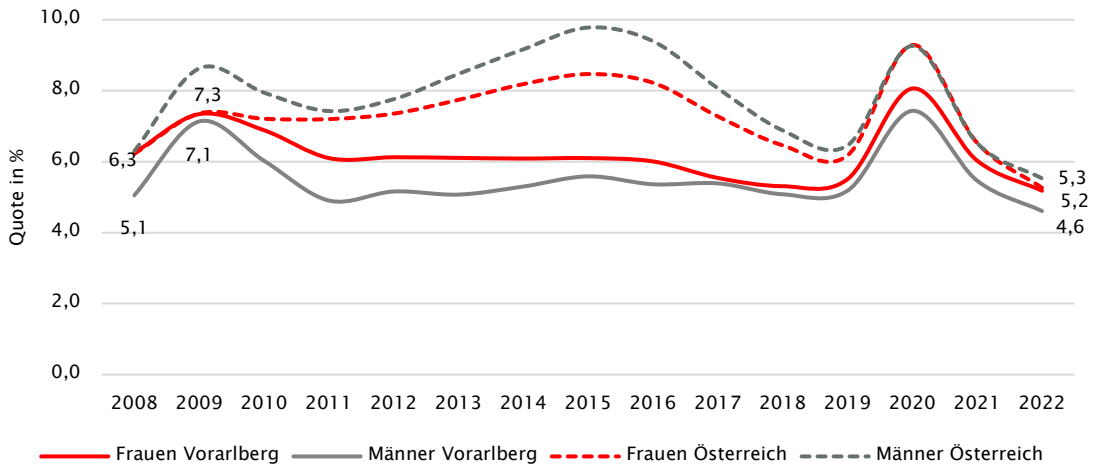
Von den im Jahr 2020 13.817 arbeitslos gemeldeten Personen in Vorarlberg waren rund 8 Prozent mehr als zwölf Monate arbeitslos. Vorarlberg lag damit unter dem österreichischen Durchschnitt von 15,1 Prozent Langzeitarbeitslosigkeit (BL-Bandbreite:4,5–19,1 %). Die Anzahl der Langzeitarbeitslosen ist in Vorarlberg von 2005 bis 2013 gesunken (550 Personen im Jahr 2005, 111 Personen im Jahr 2013) und danach stark angestiegen (1.109 Personen im Jahr 2020). Das entspricht im Jahr 2020 einem Anteil von 8 Prozent bezogen auf alle Arbeitslosen. In den Jahren 2011-2013 mit den niedrigsten Langzeitarbeitslosenzahlen betrug dieser Anteil etwas mehr als 1 Prozent. Langzeitarbeitslosigkeit hat einen besonders starken negativen Einfluss auf die psychische und physische Gesundheit davon Betroffener und führt häufig zu sozialer Ausgrenzung. Dieser Zusammenhang geht Hand in Hand mit dem Einfluss von Armut auf Gesundheit (vgl. Kapitel 5.1) und ist wissenschaftlich vielfach belegt (Kroll et al. 2016; Wood et al. 2018).

Jugendarbeitslosigkeit

Im Jahr 2022 waren in Vorarlberg 1.160 Personen zwischen 15 und 24 Jahren arbeitslos. Das entspricht einer Quote von 4,8 Prozent, welche etwas unter dem österreichischen Durchschnitt von 5,4 Prozent liegt. Absolut gesehen, gibt es zwar mehr junge Männer als Frauen auf Arbeitssuche (650 vs. 510), doch die Arbeitslosenquote ist bei Frauen höher (5,2 % vs. 4,6 %).

Wie bei der Gesamtarbeitslosigkeit zeigen sich auch bei der Jugendarbeitslosigkeit die Auswirkungen von Krisen sehr deutlich, denn sowohl in der Finanzkrise 2009 als auch im ersten Coronapandemiejahr 2021 sind die Zahlen deutlich hochgeschnellt. Man sieht aber auch bei den jüngsten Zahlen im Jahr 2022 die rasche Erholung auf dem Arbeitsmarkt. Im gesamten Beobachtungszeitraum ist die Jugendarbeitslosigkeit, insbesondere bei jungen Frauen, rückläufig (vgl. Abbildung 5.7).

Abbildung 5.7:
Jugendarbeitslosigkeit (15- bis 24-Jährige) nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2008–2021



Angaben in Jahresdurchschnitten

Quelle: AMS Vorarlberg; AMS Arbeitsmarktprofile Vorarlberg 2008–2022; Darstellung: GÖG

Arbeitslose laut Definition des AMS sind arbeitsfähige, arbeitswillige und für den Arbeitsmarkt verfügbare Personen, die zum Zwecke der Arbeitsvermittlung beim AMS registriert sind (unabhängig davon, ob bei ihnen Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht oder nicht), die nicht in Beschäftigung (oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze) oder Ausbildung (Schulung) sind. Ein Leistungsbezug des AMS ist keine Voraussetzung dafür, um als arbeitslos registriert zu sein. Lehrstellensuchende und an AMS-Kursen Teilnehmende werden nicht zu den Arbeitslosen gezählt, sondern gesondert erfasst. Personen, deren Arbeitslosengeldbezug gesperrt wurde oder die sich im Krankenstand (ab dem dritten Tag) befinden, werden ebenfalls nicht als Arbeitslose gezählt (Knittler 2018).

5.3.3 Arbeitsunfälle

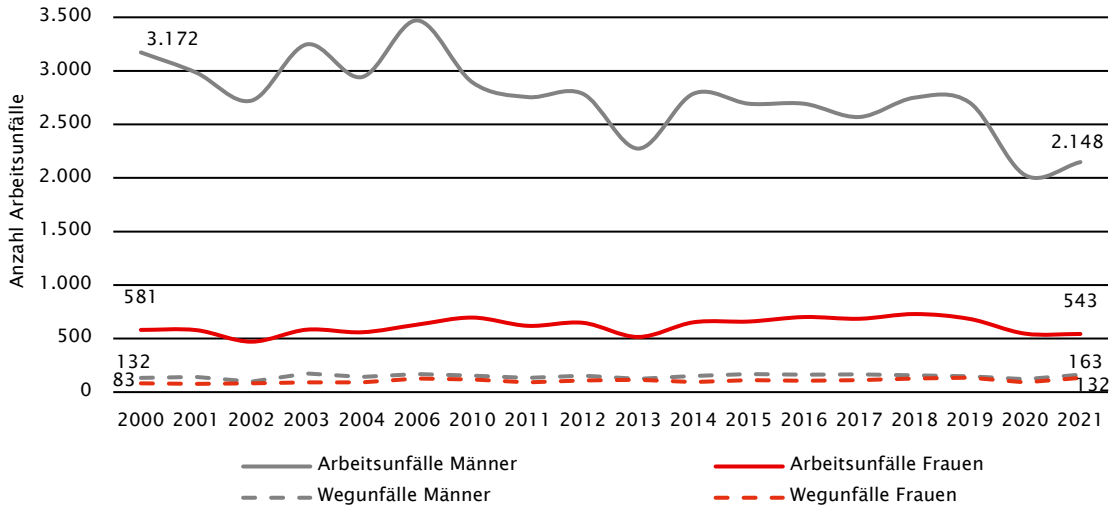
Für die Vorarlberger Bevölkerung waren laut AUVA im Jahr 2021 knapp 3.000 Arbeitsunfälle zu verzeichnen – 295 davon waren Wegunfälle. Das entspricht einer Quote von rund 1.128 Fällen pro 100.000 EW im erwerbsfähigen Alter (BL-Bandbreite: 977–2.240 Fälle pro 100.000, vgl. auch

Abbildung 5.9). 77 Prozent dieser Unfälle entfielen auf Männer. Aus Abbildung 5.8 wird dieser Unterschied nach Geschlecht deutlich, aber er zeigt sich nur bei den Arbeitsunfällen, nicht bei den Wegunfällen. Letztere waren in den letzten 20 Jahren weitgehend konstant und bewegten sich bei Männern und Frauen in einer ähnlichen Dimension.

Die Arbeitsunfälle bei Männern hingegen sind langfristig deutlich rückläufig, im Jahr 2020 wurden rund 3.170 Arbeitsunfälle von Vorarlbergern dokumentiert, im Jahr 2021 waren es „nur" mehr rund 2.150. Dazwischen lag einerseits ein Zeitreihenbruch im Jahr 2009 (vgl. die nachstehenden grau hinterlegten Erläuterungen) und andererseits die COVID-19-Pandemie, die einen deutlichen Einbruch der Zahl der Arbeitsunfälle zeitigte.

Auch die tödlichen Arbeitsunfälle werden glücklicherweise deutlich seltener. Bis zum Jahr 2002 waren tödliche Arbeitsunfälle in Vorarlberg öfter im zweistelligen Bereich, der Durchschnitt im Zeitraum 2010–2021 betrug vier jährliche Todesfälle, nur vereinzelt waren auch Frauen dabei.

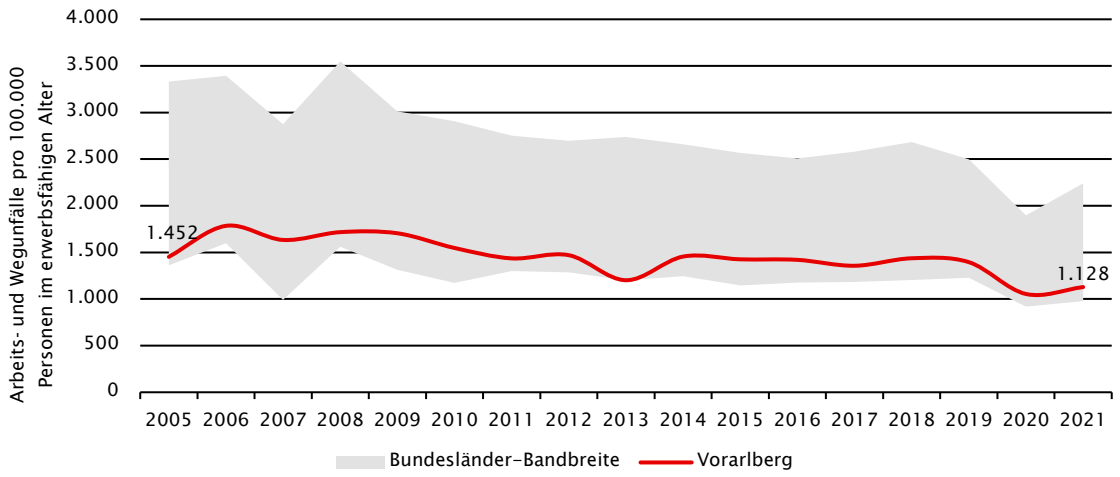
Abbildung 5.8:
Arbeits- und Wegunfälle der Vorarlberger Bevölkerung nach Geschlecht 2000–2021



Quelle: AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) – Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten 2005–2021; Darstellung: GÖG

Der Grund für den Rückgang der Arbeitsunfallrate wird im strukturellen Wandel der Wirtschaft gesehen, im Zuge dessen die Zahl der Arbeitsplätze mit hohem Unfallrisiko sank und sich Berufsstrukturen in Richtung Angestelltenverhältnisse mit höheren Qualifikationsanforderungen verschoben (Leoni 2015, S 52f.) Die unfallträchtigste Branche in Vorarlberg ist (nach wie vor) das Bauwesen, in dem im Beobachtungszeitraum 2010–2021 21 Prozent der Arbeitsunfälle von Vorarlbergerinnen und Vorarlbergern passierten, gefolgt von den beiden Branchen „Metallerzeugung und -bearbeitung, Herstellung von Metallerzeugnissen" sowie „Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen und Gebrauchsgütern" mit jeweils 11 Prozent. Besonders häufig passieren Arbeitsunfälle durch den Kontrollverlust in Bezug auf ein Werkzeug oder einen Gegenstand sowie durch Stürze und Abstürze.

Abbildung 5.9:
Arbeits- und Wegunfälle in Vorarlberg im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite 2005–2021



Quelle: AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) – Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten 2005–2021; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Statistik wird von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) geführt und umfasst Daten über Arbeitsunfälle, Wegunfälle und anerkannte Berufskrankheiten (Erkrankungsfälle und Todesfälle) nach Altersgruppen, Geschlecht, Region (Bundesland des Betriebs und Wohnbezirk) und nach Wirtschaftsklassen. Im Jahr 2009 gibt es einen Zeitreihenbruch, weil bis dahin Unfälle mit unbekanntem Wohnort der Region des Betriebs zugeordnet wurden und ab dann die Kategorie „unbekannt“ eingeführt wurde.

5.4 Soziale Beziehungen und Netzwerke

Soziale Beziehungen und Netzwerke sind ein wesentlicher Einflussfaktor für die Gesundheit und das Wohlbefinden. Sie beeinflussen den Erhalt von Gesundheit und deren Förderung sowie die Entstehung, den Verlauf und die Bewältigung von Krankheit (De Silva et al. 2005; Holt-Lunstad et al. 2015; Murayama et al. 2012; Nyqvist et al. 2013; Sartorius 2003; Siegrist et al. 2009; Sundquist/Yang 2007). Wenngleich soziale Beziehungen gesundheitsfördernde und -abträgliche Potenziale besitzen, werden ihnen primär positive Eigenschaften zugeschrieben.

Auch als Sozialkapital bezeichnet, können drei Ebenen sozialen Zusammenhalts unterschieden werden: Zusammenhalt auf gesellschaftlicher Ebene (Makroebene), in der Wohnumgebung und in sozialen Netzwerken (Mesoebene) sowie im Familien- und Freundeskreis (Mikroebene). In diesem Zusammenhang spielen sowohl Paarbeziehungen, familiäre und freundschaftliche Beziehungen eine zentrale Rolle wie auch nachbarschaftliche Beziehungen, das Verhältnis zu Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen sowie das allgemeine Vertrauen in die Mitmenschen und damit in das gesellschaftliche soziale Umfeld.

Im Folgenden werden vier Indikatoren in Bezug auf soziale Beziehungen dargestellt: (1) die Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen, (2) die Häufigkeit sozialer Kontakte, (3) die Einschätzung, ob man bei Bedarf mit sozialer Unterstützung rechnen kann, und (4) das generelle Vertrauen in die Gesellschaft. Alle vier Indikatoren korrelieren mit dem selbsteingeschätzten Gesundheitszustand bzw. der Lebenszufriedenheit.

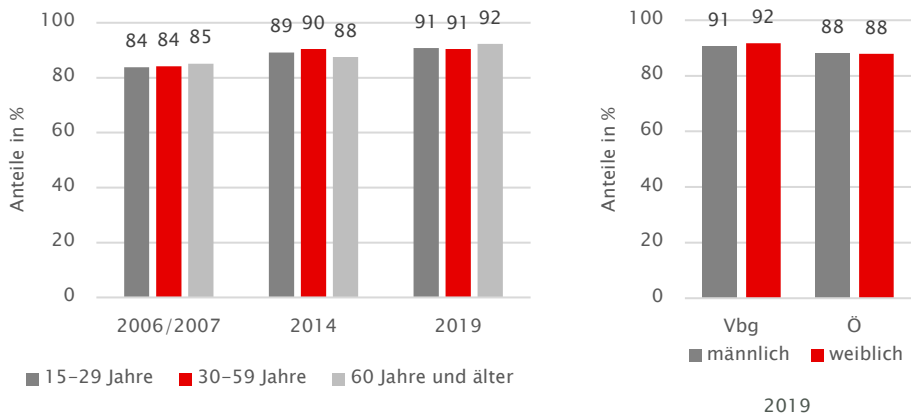
5.4.1 Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen

Ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen und Gesundheit zeigt sich auch in Vorarlberg. 80 Prozent der Menschen, die mit ihren persönlichen Beziehungen sehr zufrieden oder zufrieden sind, aber nur 74 Prozent derjenigen, die sehr unzufrieden oder unzufrieden sind, schätzen ihre Gesundheit als sehr gut oder gut ein.

Der Großteil der Vorarlberger Bevölkerung ist sehr zufrieden oder zumindest zufrieden mit seinen persönlichen Beziehungen, Männer und Frauen gleichermaßen (91 % bzw. 92 %). Vorarlberg liegt damit leicht über dem österreichischen Durchschnitt von 88 Prozent. Die Zufriedenheit ist auch in den drei betrachteten Altersgruppen ähnlich hoch, und sie ist seit 2006/2007 für alle gestiegen – von 84 Prozent bzw. 85 Prozent auf 91 Prozent bzw. 92 Prozent im Jahr 2019 (vgl. Abbildung 5.10).

Unterschiede nach Bildung scheint es auch in diesem Bereich zu geben: Vorarlberger:innen (ab 30 Jahren) mit maximal Pflichtschulabschluss sind etwas unzufriedener mit ihren persönlichen Kontakten als jene mit einem höheren Abschluss (85 % vs. 93 % bzw. 92 %). Das Einkommen spielt bei der Bewertung der Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen keine Rolle (vgl. Abbildung 5.10).

Abbildung 5.10:
Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen 2006/2007, 2014 und 2019 in Vorarlberg sowie nach Geschlecht 2019 im Vergleich mit Österreich



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung2006/2007, 2014 und 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.4.2 Sozialkontakte

Die Intensität bzw. Regelmäßigkeit sozialer Kontakte spielt vor allem für die Lebensqualität / das Wohlbefinden und für das Ausmaß sozialer Unterstützung eine bedeutende Rolle (Jungbauer-Gans 2002). Dieser Indikator weist österreichweit signifikante Zusammenhänge mit der selbsteingeschätzten Gesundheit und der Lebenszufriedenheit auf. Personen, die maximal einmal im Monat Verwandte, Freundinnen/Freunde oder Arbeitskolleginnen/-kollegen – Letztere außerhalb der Arbeit – sehen, weisen seltener eine sehr gute bis gute Gesundheit auf als Personen, die mehrmals im Monat oder öfter die genannten Personengruppen treffen (71 % vs. 87 %).

Laut European Social Survey (ESS) 2018 sehen rund 63 Prozent der über 15-jährigen Vorarlberger:innen mehrmals pro Woche bis täglich Verwandte, Freundinnen/Freunde und/oder Arbeitskolleginnen/-kollegen (außerhalb des Arbeitskontextes). Für weitere 31 Prozent ist dies mehrmals im Monat bis maximal einmal in der Woche der Fall. Sechs Prozent haben nur einmal im Monat oder seltener Sozialkontakte dieser Art. Der Anteil der Männer ist hier an beiden Enden der Skala höher: Es ist in ihrem Fall sowohl der Anteil derer, die sich mehrmals pro Woche oder täglich treffen, als auch derer, die sich nur einmal pro Monat oder seltener treffen, größer.

Der European Social Survey (ESS) erhebt Einstellungen, Wertorientierungen und Verhaltensmuster in Europa und wurde erstmals 2001/2002 durchgeführt. Es handelt sich dabei um eine repräsentative Stichprobenbefragung für die Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten, die Ergebnisse für Vorarlberg beruhen auf einer sehr geringen Stichprobe, die etwa dem österreichischen Durchschnitt entspricht. Der Fragebogen besteht aus einem Hauptteil, der in jeder Welle identisch ist, sowie aus wechselnden Schwerpunkten. Der Hauptteil widmet sich auch dem Thema des Wohlbefindens, gemessen unter anderem an der Intensität der Eingebundenheit in private soziale Netzwerke bzw. anhand der Häufigkeit sozialer Kontakte.

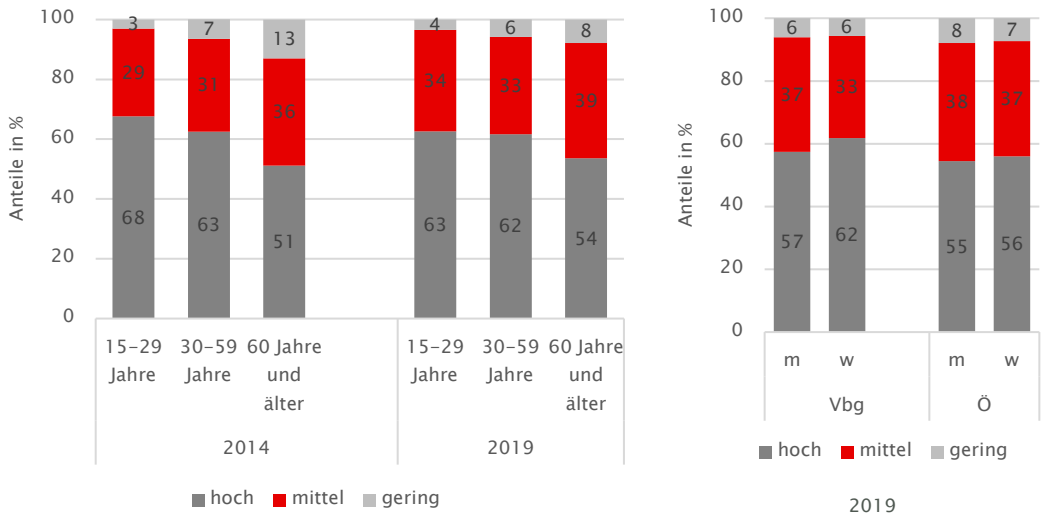
5.4.3 Soziale Unterstützung

Das Ausmaß sozialer Unterstützung, auf das Menschen bei Bedarf zurückgreifen können, ist ein wesentlicher Einflussfaktor der Gesundheit und des Wohlbefindens (Murayama et al. 2012). Ein hohes Maß an sozialer Unterstützung geht mit einer deutlich höheren Bewertung der eigenen Lebensqualität sowie Gesundheit einher. Verlässliche soziale Beziehungen und Bindungen, die durch emotionale und kognitive Unterstützung sowohl bei alltäglichen Problemen als auch bei Lebenskrisen helfen, können psychosoziale Belastungen für die Betroffenen abschirmen. Gleichzeitig erleichtert soziale Unterstützung die Bewältigung von Belastungssituationen (Franzkowiak 2018).

Mehr als die Hälfte der Vorarlberger Bevölkerung ab 15 Jahren (60 %) schätzte im Jahr 2019 das Ausmaß sozialer Unterstützung hoch ein (BL-Bandbreite: 40–66 %), Frauen etwas häufiger als Männer (62 % vs. 57 %). Rund 6 Prozent waren der Meinung, dass das Ausmaß sozialer Unterstützung, das ihnen zuteilwird, gering sei (BL-Bandbreite: 4–13 %) – 2014 betraf dies noch 8 Prozent. Die soziale Unterstützung wird somit in Vorarlberg sowohl von Männern als auch von Frauen etwas höher eingeschätzt als im österreichischen Durchschnitt (vgl. Abbildung 5.11).

Das Ausmaß sozialer Unterstützung nimmt ab einem Alter von 60 Jahren deutlich ab: Nur noch 54 Prozent der ab 60-Jährigen beurteilen es als hoch, während 62 Prozent der 15- bis 59-Jährigen damit rechnen. Gleichzeitig sind 8 Prozent der ab 60-Jährigen mit einem geringen Unterstützungsausmaß konfrontiert, während dies bei den 15- bis 29-Jährigen auf 3,5 Prozent zutrifft (vgl. Abbildung 5.11).

Abbildung 5.11:
Ausmaß sozialer Unterstützung nach Altersgruppen 2014 und 2019 in Vorarlberg sowie nach Geschlecht 2019 im Vergleich mit Österreich



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 und 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Auch in Vorarlberg zeigt sich, dass die Einschätzung der eigenen Gesundheit und die durchschnittliche Einschätzung der Lebensqualität mit zunehmendem Sozialkapital steigen. Personen mit einem hohen Ausmaß sozialer Unterstützung erachten deutlich häufiger ihre Gesundheit als gut oder sehr gut als jene mit einem geringen Ausmaß sozialer Unterstützung (83 % vs. 67 %). Außerdem schätzen Vorarlberger:innen, die an chronischen Erkrankungen/Gesundheitsproblemen leiden und/oder aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt sind, seltener ihr Sozialkapital hoch ein (57 % vs. 61 % bzw. 52 % vs. 63 %).

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Bildung und Einkommen beeinflussen die Möglichkeit, soziale Unterstützung zu geben und zu bekommen. Menschen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter) verfügen häufiger über ein hohes Ausmaß an Unterstützung als Menschen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (66 % vs. 51 %). Menschen des obersten Einkommensquintils (30 Jahre und älter) erhalten deutlich häufiger Unterstützung als Menschen im untersten Einkommensbereich (76 % vs. 58 %).

Das Ausmaß sozialer Unterstützung wurde im Rahmen der Gesundheitsbefragungen 2019 und 2014 mit der Oslo 3-items Social Support Scale (Oslo-3) erhoben, und zwar anhand der Fragen, auf wie viele Personen man sich verlassen kann, wenn ernsthafte persönliche Probleme anstehen, wie viel Interesse und Anteilnahme andere Personen diesbezüglich zeigen und wie einfach es ist, praktische Hilfe von Nachbarinnen und Nachbarn zu erhalten. Aus diesen drei Fragen wird ein Indikator mit den drei Ausprägungen geringe, mittlere und starke Unterstützung berechnet.

5.4.4 Soziales Vertrauen

Obwohl im Alltag unterschiedliche Handlungen und Haltungen das Vertrauen zu anderen Menschen zeigen, ist es schwierig, diesbezüglich aussagekräftige Daten zu finden, die zugleich zeit- und länderübergreifend eine Bewertungsgrundlage für das Vertrauen in die Gesellschaft bieten. Ein einheitlicher, vor allem in soziologischen Studien und Umfragen verwendeter Indikator dafür ist das Vertrauen in die Mitmenschen. Dieser Indikator sagt etwas über das Gesellschaftssystem aus, da er nicht das Vertrauen zu einzelnen Personen, sondern das Vertrauen in gesellschaftliche Normen und ungeschriebene Verhaltensregeln in den Blick nimmt. Das soziale Vertrauen bringt damit zum Ausdruck, ob eine Person glaubt, dass Mitmenschen grundsätzlich gute Absichten hegen und dass man sich auf sie verlassen bzw. ihnen vertrauen kann (Enste/Marie 2015).

Das Ausmaß sozialen Vertrauens weist einen deutlichen Zusammenhang mit der selbsteingeschätzten Gesundheit und der Lebenszufriedenheit auf, auch in Vorarlberg. 92 Prozent der Vorarlberger Bevölkerung mit hohem sozialem Vertrauen beurteilen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut, aber nur 73 Prozent derjenigen mit niedrigem sozialem Vertrauen fühlen sich sehr gesund bzw. gesund. Ursache und Wirkung ist hier allerdings nicht klar, eine schlechtere Gesundheit und ein geringeres Wohlbefinden können auch das soziale Vertrauen in die Mitmenschen trüben. Vorarlberg liegt mit diesen Werten etwa im österreichischen Durchschnitt.

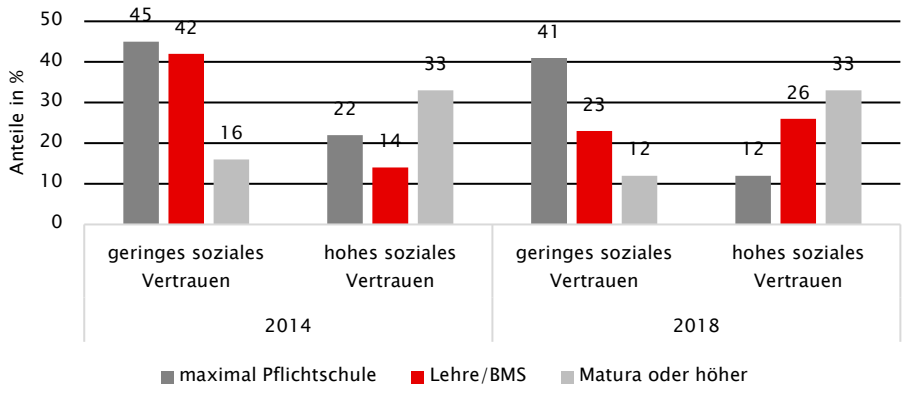
Laut ESS 2018 beurteilt die Vorarlberger Bevölkerung ihr soziales Vertrauen in die Mitmenschen mit durchschnittlich sechs von zehn möglichen Punkten (BL-Bandbreite: 5,5-6,1 Punkte) und liegt damit etwas über dem österreichischen Schnitt von 5,8 Punkten. Männer haben ein etwas geringeres soziales Vertrauen als Frauen (5,8 vs. 6,2 Punkte), Jüngere (15 bis 29 Jahre) ein höheres als Personen mit 30 Jahren oder älter (6,4 vs. 5,9). Im Vergleich zum Jahr 2002 hat das soziale Vertrauen eine Verbesserung um 0,3 Punkte (von 5,7 auf 6 Punkte) erfahren. Die Angaben unterliegen aber starken Schwankungen.

In Gruppen zusammengefasst, weisen rund 32 Prozent der Vorarlberger:innen ein hohes Maß an sozialem Vertrauen (6,7 oder mehr Punkte) und 21 Prozent ein geringes Maß an sozialem Vertrauen (unter 5 Punkten) auf.

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Das Ausmaß sozialen Vertrauens steigt mit zunehmender Bildung (vgl. Abbildung 5.12): Vorarlberger:innen ab 30 Jahren mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss bewerten ihr soziales Vertrauen mit 6,4 von zehn möglichen Punkten vs. 5,8 Punkte bei jenen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss und 5,3 Punkte bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss. Und umgekehrt ist der Anteil der Personen, die ihr soziales Vertrauen gering einschätzen, bei jenen mit maximal Pflichtschulabschluss deutlich höher als bei Personen mit Matura oder einem höheren Abschluss (41 % vs. 12 %).

Abbildung 5.12:
Soziales Vertrauen der über 30-Jährigen nach Bildung in Vorarlberg 2014 und 2018



Quelle: European Social Survey 2014 und 2018; Berechnung und Darstellung: GÖG

Der Indikator soziales Vertrauen wird im Rahmen des ESS anhand dreier Aussagen erfasst, aus denen ein additiver Durchschnittswert errechnet wird: (1) Ich bin davon überzeugt, dass die meisten Menschen gute Absichten haben. (2) Heutzutage kann man sich auf niemanden mehr verlassen. (3) Im Allgemeinen kann man den Menschen vertrauen. Das soziale Vertrauen kann Werte zwischen null und zehn annehmen, wobei null für das geringste soziale Vertrauen und zehn für das größte Ausmaß sozialen Vertrauens steht.

5.5 Umwelteinflüsse

Der Lebensraum sowie das Wohnumfeld spielen eine maßgebliche Rolle in puncto Gesundheit und Wohlbefinden. Eine sichere soziale Umgebung mit wenig Kriminalität und Gewalt sowie ein Wohnumfeld mit geringen Umweltbelastungen tragen zu einer höheren Lebensqualität und zu einer besseren Gesundheit bei. Im Bereich der Umwelt gibt es zahlreiche Faktoren, die für die Gesundheit relevant sind (z. B. Hitze, Pollen, Wasserqualität etc.). So verursachten zum Beispiel

die heißesten Sommer der Messgeschichte im Vergleich zu durchschnittlichen Sommern in Vorarlberg rund 24 Prozent mehr hitzebedingte Krankenhausaufenthalte[7]. Der Vorarlberger Gesundheitsbericht 2021 konzentriert sich auf die Themenbereiche Luft und Lärm.

5.5.1 Luftqualität

Laut WHO zählen in den westlichen Industrieländern Außenluftbelastungen zu den Umwelteinflüssen mit den größten gesundheitlichen Auswirkungen. Sie können, je nach Schadstoffkonzentration und Expositionsdauer, zu vorübergehenden und chronischen Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen, die Lungenfunktion beeinträchtigen und das Krebsrisiko erhöhen (Künzli et al. 2010). Die EEA (European Environment Agency) schätzt, dass 2018 rund 492.000 Menschen in der EU aufgrund einer Langzeitbelastung durch Luftverschmutzung frühzeitig starben – das sind etwa 5,2 Millionen verlorene Lebensjahre. Allein in Österreich liegt die diesbezügliche frühzeitige Sterblichkeit bei rund 7.300 Personen und etwa 78.100 verlorenen Lebensjahren (EEA 2020).

Zu den gesundheitsgefährdenden Luftschadstoffen gehören Schwefeldioxid (SO_2), Kohlenstoffmonoxid (CO), Stickstoffoxide (NO_x), Schwermetalle (Blei, Cadmium, Nickel und Arsen), Benzol, Feinstaub (PM10 und PM2,5) sowie Ozon (O_3). Sie werden vorwiegend durch Verkehr und Industrie freigesetzt. Ihre Ausbreitung wird insbesondere durch Wetterbedingungen (Temperatur, Niederschlag, Luftdruck, Windstärke und -richtung), aber auch durch Geomorphologie und Jahreszeit (Ferienverkehr, Heizverhalten, Stromverbrauch) beeinflusst (Künzli et al. 2010).

Die Entwicklung der letzten Jahrzehnte zeigt in Vorarlberg starke Verbesserungen bei den Schwefeldioxid-, Kohlenstoffmonoxid- und Benzolemissionen. Auch Schwermetalle sind kaum noch in gesundheitsrelevanten Konzentrationen in der Luft enthalten. Der Fokus wird daher auf Stickstoffdioxid (NO_2), Feinstaub (PM10 und PM2,5) sowie Ozon (O_3) gelegt, da diese aktuell am häufigsten gesundheitsgefährdende Konzentrationen erreichen (Anwander 2021; Spangl/Nagl 2021), wenngleich es weitere gesundheitsgefährdende Stoffe in der Luft gibt, wie Benzo(a)pyren (BaP), das schon bei dem derzeitigen WHO-Grenzwert von 1,2 ng/m³ ein vergleichsweise hohes Krebsrisiko aufweist (Spangl/Nagl 2023). Die höchste BaP-Belastung in Vorarlberg zeigt sich in Lustenau, sie ist in den Monaten Dezember und Jänner (durch vermehrte Holzverbrennung) höher und im Trend der letzten 15 Jahre in Vorarlberg rückläufig. Die höchste Rußbelastung wird in Feldkirch gemessen (Messdaten des Amtes der Vorarlberger Landesregierung, zur Verfügung gestellt am 2. 5. 2023). Möglicherweise muss wegen der Energiekrise bzw. der Förderung der Maxime „Raus aus Öl und Gas“ mit einem Anstieg des Holzheizungsanteils und damit mit steigendem BaP gerechnet werden.

7

ICD-10: T67: Schäden durch Hitze und Sonnenlicht

Die gängigen Luftschadstoffe werden punktuell an Messstationen gemessen, ihre Konzentration und Ausbreitung hängt von den zuvor erwähnten Faktoren (Wetterlage, Jahreszeit, Geomorphologie, Verkehr …) ab.

COVID-19-Pandemie

Während des ersten Lockdowns aufgrund der COVID-19-Pandemie im Frühling 2020 kam es zu einer deutlichen Verringerung der Mobilität und Produktion. Die direkten positiven Auswirkungen dieses Umstands auf die Luftqualität waren sofort spür- und messbar. Der Rückgang der Schadstoffe war in den Alpen am deutlichsten zu beobachten. Insbesondere die Stickoxid- und Feinstaubwerte gingen deutlich zurück (https://www.umweltbundesamt.at/news201230, Zugriff am 16. 3. 2023). Im Jahr 2021 stiegen sie jedoch wieder an (Spangl/Nagl 2021).

Stickstoffdioxid

Hohe Stickstoffdioxidkonzentrationen in der Außenluft beeinträchtigen die Lungenfunktion. Sie können zu einer Bronchialverengung führen, die vor allem Asthmatiker:innen betrifft (Künzli et al. 2010).

Seit 2006 haben in Vorarlberg die gemessenen Stickstoffdioxidjahresmittelwerte um durchschnittlich 44 Prozent abgenommen. Sie variierten 2021 an den verschiedenen Messstellen zwischen 4 und 28,7 µg/m³. Der in Österreich zum Schutz der menschlichen Gesundheit geltende Grenzwert für den Jahresmittelwert (35 µg/m³) wird seit 2020 nicht mehr überschritten. Doch dies steht zweifellos in Zusammenhang mit der besonderen Situation aufgrund der Pandemie. Es ist zu erwarten, dass ohne entsprechende Gegenmaßnahmen die NO2-Belastung wieder steigen wird. Die Grenzwerte des Halbstundenmittelwerts von 200 µg/m³ wurden zuletzt punktuell überschritten (Feldkirch, Lustenau Zollamt).

Feinstaub

Feinstaub ist selbst in niedrigen Konzentrationen gesundheitsgefährdend. Vorübergehende Feinstaubbelastungen können zu Husten, Asthmaanfällen und Bronchitis führen, langfristige Belastungen allerdings erhöhen das Lungenkrebs- und Herzinfarktrisiko (gesundheit.gv.at 2022).

Die gemessenen Jahresmittelwerte von **PM10** lagen in Vorarlberg an allen Messstellen im Jahr 2021 bei rund 14 µg/m³. An keiner der vier Messstationen wurde also der Grenzwert für den Jahresmittelwert (40 µg/m³) und für den Tagesmittelwert (50 µg/m³ an mehr als 25 Tagen[8]) überschritten. Damit wurden auch die Grenzwerte der EU-Luftqualitätsrichtlinie (maximal 35 Tagesmittelwerte > 50 µg/m³) eingehalten. Die **PM2,5**-Belastung wird an zwei Messstationen

8

nach Abzug des Winterdienstanteils gemäß IG-L – Winterstreuverordnung

gemessen und lag bei beiden unter 10 µg/m^3, wodurch auch diese Jahresmittelgrenzwerte (25 µg/m^3) eingehalten wurden.

Sowohl die PM10- als auch die PM2,5-Immissionen sind seit Messbeginn in Vorarlberg rückläufig. Die PM10-Immissionen haben sich seit 2006 halbiert, und die PM2,5-Immissionen sind seit 2013 (seither gibt es auch PM2,5-Messungen) um ein Drittel zurückgegangen. Diese Abnahme war bis 2017 zu beobachten. Dann ist eine Stagnation eingetreten, und mit 2022 zeichnet sich wieder eine Zunahme ab.

Für **Ruß** gibt es in Österreich keine Grenzwerte, wiewohl er gesundheitsschädlich ist. Die Rußbelastung wird in EC (elemental carbon, elementarer Kohlenstoff) in µg/m^3 angegeben. Die EC-Belastung war in Vorarlberg im letzten Jahrzehnt tendenziell rückläufig, die Höchstbelastung im Jahr 2022 lag in Feldkirch bei 6,9 µg/m^3. (Messdaten des Amtes der Vorarlberger Landesregierung, zur Verfügung gestellt am 2. 5. 2023).

Mit dem vermehrten Umstieg auf Holzheizungen ist im Winterhalbjahr eher eine Zunahme der Feinstaubbelastung zu erwarten.

Ozon

Gesundheitsfolgen durch bodennahes Ozon sind akut und betreffen vor allem die im Freien aktive Bevölkerung. Am stärksten betroffen sind Kinder, Schwerarbeiter:innen und Sportler:innen, bei denen Reizungen der Atemwege und der Augen sowie ein vorübergehender Leistungsabfall eine Folge des Ozons sein können. Bei steigenden Ozonwerten wird eine erhöhte Zahl von Asthmaanfällen, Spitalsaufnahmen und Todesfällen beobachtet (Eidgenössische Kommission für Lufthygiene EKL) 2011). Nach einschlägigen Untersuchungen hat Ozon nicht nur eine akute gesundheitliche Auswirkung, sondern gilt sogar als erbgutschädigend und krebserregend (z. B. www.umweltbundesamt.de/themen/luft/luftschadstoffe-im-ueberblick/ozon, abgefragt am 2. 5. 2023). Zum ersten Mal formulierte die WHO in ihren Empfehlungen 2021 eine maximale Ozonlangzeitbelastung (WHO 2021).

Die Ozonbelastung wird anhand von Jahresmittelwerten und der Anzahl von Tagen mit Überschreitung von Schwellenwerten angegeben. Sie korreliert mit der Temperatur und ist in Jahren mit heißem Sommer deutlich höher, steigt also mit fortschreitendem Klimawandel. Dies zeigt sich auch im langfristigen Trend in Vorarlberg, wo die **Periodenmittelwerte**[9] der Ozonkonzentration in den 1990er-Jahren zum Großteil unter 68 µg/m^3 und teilweise unter 60 µg/m^3 lagen. Seit der Jahrtausendwende allerdings überstiegen die Jahresmittelwerte in vielen Jahren bereits 70 µg/m^3. Der pandemiebedingte Rückgang der Ozonbelastung (etwa 63 µg/m^3 im Jahr 2020 und 66 µg/m^3 im Jahr 2021) ließ sich nicht halten, und im Jahr 2022 wurde das Niveau von 2019 sogar neuerlich überschritten. Besonders hoch ist die Ozonbelastung in Sulzberg-Gmeind, einer

9

Die Periodenmittelwerte werden aus den Monaten Mai bis August ermittelt.

von vier Messstellen in Vorarlberg, die auf einer Seehöhe von mehr als 1.000 Metern gelegen ist. (Auskunft der Umweltabteilung des Amtes der Vorarlberger Landesregierung)

Eine alternative Angabe der Belastung für den langfristigen Gesundheitsschutz stellt der **Achtstundenmittelwert** dar, welcher 120 µg/m^3 grundsätzlich nicht überschreiten sollte (gemäß Ozongesetz, BGBl. Nr. 210/1992), aber als etwas weniger hochgestecktes Ziel ist im Ozongesetz formuliert, dass ab dem Jahr 2010 dieser Wert (im Mittel von drei Jahren) maximal 25-mal pro Jahr überschritten werden darf. Dieses Ziel wurde an der Vorarlberger Messstelle mit der höchsten Belastung (Sulzberg-Gmeind) nicht einmal im Mittel der Jahre 2020-2022 erreicht, in dem die zwei Pandemiejahre inkludiert sind. Im letzten „normalen" Dreijahresmittel 2017-2019 wurden die Ozongrenzwerte hier an durchschnittlich 48 Tagen pro Jahr überschritten. Das bedeutet fast das Doppelte des ohnehin moderaten Ziels von 25 Tagen mit Überschreitungen pro Jahr. In diesem Zeitfenster 2017-2019 wurden auch an anderen Messstellen die Ziele bezüglich des Achtstundenmittelwerts nicht erreicht: In Bludenz wurde an durchschnittlich 28 Tagen pro Jahr eine Überschreitung gemessen, in Lustenau an 34 Tagen.

Maßgeblich für die Ozonbelastung und Komponenten für die **Prognose** sind vor allem zwei Faktoren: die Temperatur (mittlere tägliche Maximaltemperatur) und die VOC-Emission. Steigt Erstere um ein Grad Celsius, bedeutet dies eine Erhöhung des mittleren täglichen Ozonmaximums im Sommer um etwa 7 µg/m^3. Die VOC-Komponente war seit dem Jahr 2000 rückläufig und hat einen Beitrag zur Reduktion der Ozonbelastung geleistet, doch künftig ist von dieser „Hilfestellung" nicht mehr auszugehen, sodass noch mehr als bisher der Klimawandel bestimmend sein wird. Ein mittleres Prognoseszenario geht von deutlichen Erhöhungen der Ozonspitzenbelastungen auch in Vorarlberg aus. Ohne weitere Klimaschutzmaßnahmen würden in Vorarlberg gegen Ende des Jahrhunderts die Werte von 2003, dem Jahr mit der bisher deutlich höchsten Ozonbelastung (rund 90 µg/m^3 Jahresmittelwert), auch in „gewöhnlichen" Sommern erreicht und in Spitzensommern massiv übertroffen werden. Mit weltweiten Klimaschutzmaßnahmen (markante Reduktion der Treibhausgasemissionen bis Mitte des 21. Jahrhunderts) könnten die durchschnittlichen Ozonbelastungen etwa auf dem Stand der letzten 20 Jahre bleiben. (Thudium/Chélala 2022)

5.5.2 Lärmbelästigung

Als Umgebungslärm werden „unerwünschte oder gesundheitsschädliche Geräusche im Freien, die durch Aktivitäten von Menschen verursacht werden", bezeichnet (BMNT 2018). Die Hauptquelle von Lärm ist der Straßenverkehr, gefolgt von Bahn- und Flugverkehr sowie Industrie. In Ballungsgebieten und an Hauptverkehrsachsen ist die Belastung am höchsten (EEA 2020).

Auraler Lärm kann durch seinen hohen Schalldruck zu temporären oder permanenten Hörstörungen führen (z. B. laute Discomusik, Presslufthammerlärm), extraauraler Lärm wird als indirekter Lärm bezeichnet und kann trotz geringen Schalldrucks zu Stressreaktionen führen und die Lebensqualität beeinträchtigen (Gratt/Doppler 2009). Folgen davon können Bluthochdruck,

Schlafprobleme, Herzrasen und Muskelverspannungen sein. Da Lärm unterschiedlich wahrgenommen wird, kann sich der gemessene Lärm von der gefühlten Lärmbelastung unterscheiden.

Berechnete Lärmbelastung

Mit Stand 2017 sind in Vorarlberg etwa 10 Prozent der Bevölkerung (rund 39.000 Personen; BL-Bandbreite exkl. Wien: 2–13 %) in ihrem Wohnbereich einem durchschnittlichen Straßenlärm von über 60 dB ausgesetzt. Etwa 11 Prozent (rund 42.000 Personen; BL-Bandbreite exkl. Wien: 2–16 %) sind nachts mit einem Lärmpegel von über 50 dB konfrontiert. Damit liegt Vorarlberg unter den Bundesländern mit hoher Lärmbelastung.

Gefühlte Lärmbelastung

Im Jahr 2019 fühlten sich etwa 8 Prozent der ab 15-jährigen Vorarlberger Bevölkerung in ihrem Wohnbereich stark bis sehr stark durch Lärm belastet (BL-Bandbreite: 7–19 %), tagsüber häufiger als bei Nacht (5,5 % vs. 4,6 %). Entgegen der relativ hohen gemessenen Lärmbelastung liegt die gefühlte Lärmbelastung also deutlich unter dem österreichischen Durchschnitt. 26 Prozent der von Lärm betroffenen Vorarlberger Bevölkerung können nicht bei geöffnetem/gekipptem Fenster schlafen (Neubauer 2020).

Seit 2007 ist der Anteil der durch Lärm belasteten Personen wenig verändert.

Rund 43 Prozent der betroffenen Vorarlberger:innen berichten, dass Verkehrslärm die Hauptursache für ihre Lärmbelastung ist, wobei hier hauptsächlich PKW gemeint sind (18 %). Auch Nachbarwohnungen und Baulärm sind mit 23 bzw. 14 Prozent Hauptlärmquellen. Seit 2007 hat sich die Lärmbelastung durch Verkehr verringert, insbesondere jene durch PKW (von 31 % auf 18 %), während der Nachbarschaftslärm zugenommen hat: von 12 auf 23 Prozent.

5.5.3 Kriminalität, Gewalt und Vandalismus

Kriminalität, Gewalt und Vandalismus in der Wohngegend beeinflussen insbesondere die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden. Eine unsichere Wohngegend kann Angst auslösen, zu Depressionen und Paranoia führen und somatische Beschwerden hervorrufen (Krieger 2002). Vorarlberger:innen, die Kriminalität, Gewalt und Vandalismus als Problem in ihrer Wohngegend ansehen, weisen eine geringere durchschnittliche Lebenszufriedenheit auf und halten ihren allgemeinen Gesundheitszustand deutlich seltener für gut oder sehr gut als Personen, die kein derartiges Problem wahrnehmen (Lebenszufriedenheit: 7,1 vs. 8,1 Punkte; sehr gute bis gute Gesundheit: 60 % vs. 75 %). Umgekehrt kann eine geringere Lebenszufriedenheit zu einer kritischeren Wahrnehmung der Umwelt führen bzw. ein schlechterer Gesundheitszustand dazu beitragen, dass man – z. B. aufgrund eines geringeren Einkommens – in einer schlechteren Wohngegend zu Hause ist. Besonders von Kriminalität, Gewalt und Vandalismus betroffen fühlen sich

Personen, die in größeren Städten leben sowie solche mit einem hohen Einkommen (Statistik Austria 2020).

Im Dreijahresschnitt 2018–2020 erachteten etwa 6 Prozent der Vorarlberger:innen (BL-Bandbreite: 2–19 %) Kriminalität, Gewalt oder Vandalismus als Problem in ihrer Wohngegend. Dabei spielen Geschlecht und Alter keine Rolle. Seit dem Dreijahresschnitt 2008–2010 hat sich dieser Anteil nicht verändert.

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Vorarlberger:innen mit maximal Pflichtschulabschluss berichten seltener von Kriminalität, Gewalt und Vandalismus in ihrer Wohngegend (2,5 %) als Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (4,5 %) oder solche mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (10 %). Beim Einkommen zeigt sich, dass insbesondere Personen mit niedrigem Einkommen von Kriminalität, Gewalt und Vandalismus in ihrer Wohngegend betroffen sind (6,7 %), während nur 2,4 Prozent der Vorarlberger:innen mit hohem Einkommen dies melden.

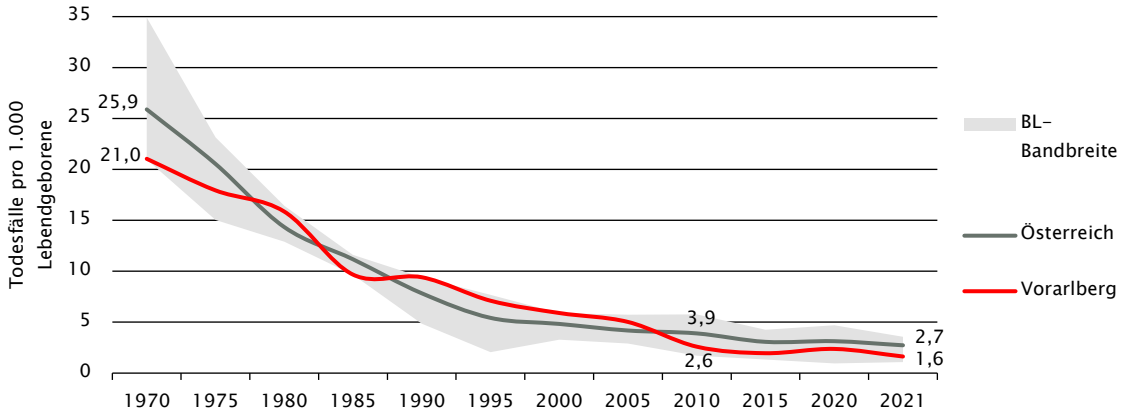
5.6 Frühe Kindheit

In der österreichischen Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (BMSGPK 2011) ist ein Themenfeld dem „Gesunden Start ins Leben“ gewidmet. Es geht darin um Schwangerschaft und Geburt sowie um die frühe Kindheit. Als eines der konkreten Ziele wird unter diesem Punkt genannt, die Rate der Frühgeborenen und die Kaiserschnittrate zu reduzieren. Diese und ausgewählte weitere Indikatoren rund um Schwangerschaft und Geburt werden in der Folge beschrieben. Sie werden aus Sicht der Eltern über die Lebensverhältnisse bestimmt, haben aber auch mit den individuellen Verhaltensweisen der Eltern zu tun. Aus der Sicht des Kindes handelt es sich ausschließlich um verhältnisbezogene Determinanten im Bereich der Umwelt (vgl. Abbildung 1.1).

Säuglingssterblichkeit

Im Jahr 2021 starben in Vorarlberg sieben Kinder innerhalb des ersten Lebensjahres. Das bedeutet eine Säuglingssterblichkeit von 1,63 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeborene (BL-Bandbreite: 1,0–4,7). Das ist der historisch bisher niedrigste Wert, nach einem geringfügigen Anstieg im ersten Pandemiejahr 2020. Abbildung 5.13 zeigt einen längerfristigen Trend seit 1970 – mit einem enormen Rückgang bis zur Jahrtausendwende und einem weiterhin moderaten Rückgang seither. Mit Ausnahme des Jahres 2016 (19 Todesfälle) lag die Vorarlberger Rate seit 2010 unter dem österreichischen Durchschnitt.

Abbildung 5.13:
Säuglingssterblichkeit in Vorarlberg sowie in Österreich und im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite, 1970–2021



Quelle: Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (erstellt am 30. 9. 2022); Darstellung: GÖG

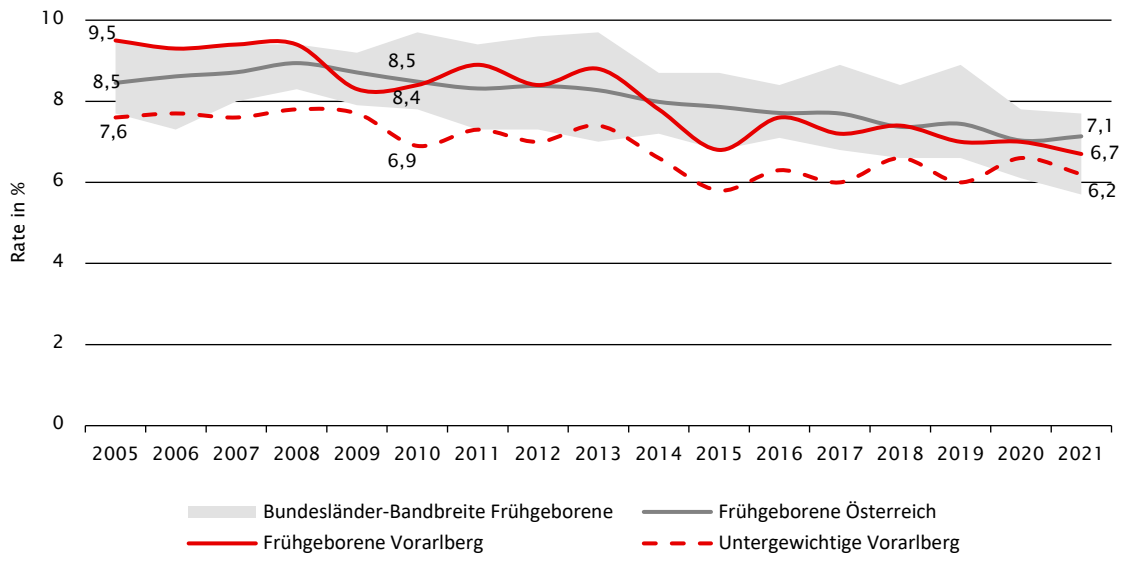
Die Säuglingssterblichkeit gibt die Anzahl der im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder pro 1.000 Lebendgeborene dieser Zeitspanne an. Der Großteil dieser Todesfälle ereignet sich in den ersten Lebenstagen als Folge von Frühgeburt und/oder Fehlbildungen. Datenquelle für die Säuglingssterblichkeit ist die Statistik des Bevölkerungsstandes (Statistik Austria).

Frühgeburten

Von insgesamt 4.235 Neugeborenen im Jahr 2021, die von Müttern mit Hauptwohnsitz in Vorarlberg geboren wurden, kamen fast 300 zu früh auf die Welt. Das entsprach einer Frühgeborenenrate von 6,7 Prozent, was etwas unter dem österreichischen Durchschnitt von 7,1 lag (BL-Bandbreite: 5,7–7,7 %). Der Großteil davon waren eher spätere Frühgeburten, „nur“ 14,7 Prozent davon bzw. 1 Prozent aller Vorarlberger Kinder oder 42 Kinder kamen vor Vollendung der 32. Schwangerschaftswoche auf die Welt.

Nach einer Periode einer überdurchschnittlichen Frühgeborenenrate – in den Jahren 2005–2008 war sie in Vorarlberg höher als in allen anderen Bundesländern – liegt sie seit 2015 eher unter dem österreichischen Durchschnitt. Die Frühgeborenenrate ist in Österreich nach einer jahrzehntelangen Stagnation seit 2008 wieder rückläufig – ähnlich wie auch in Vorarlberg, wenngleich hier stärkere Schwankungen zu beobachten sind (vgl. Abbildung 5.14).

Abbildung 5.14:
Frühgeborene und geringes Geburtsgewicht in Vorarlberg sowie in Österreich und im Bundesländervergleich, 2005–2021



Statistik Austria online, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (erstellt am 1. 7. 2022) Darstellung: GÖG

Der Anteil der Kinder, die mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2.500 Gramm auf die Welt kommen, liegt etwas unter der Frühgeborenenrate. Auch hier ist ein leichter Rückgang seit 2008 ersichtlich, wenngleich zwischen Frühgeburt und Geburtsgewicht nicht zwangsläufig eine Kausalität besteht (österreichweite Auswertung aus dem Jahr 2011, Klimont 2012). Im Jahr 2021 kamen in Vorarlberg 6,2 Prozent der Säuglinge mit einem Gewicht von weniger als 2.500 Gramm auf die Welt (vgl. Abbildung 5.14; BL-Bandbreite: 5,0–7,3).

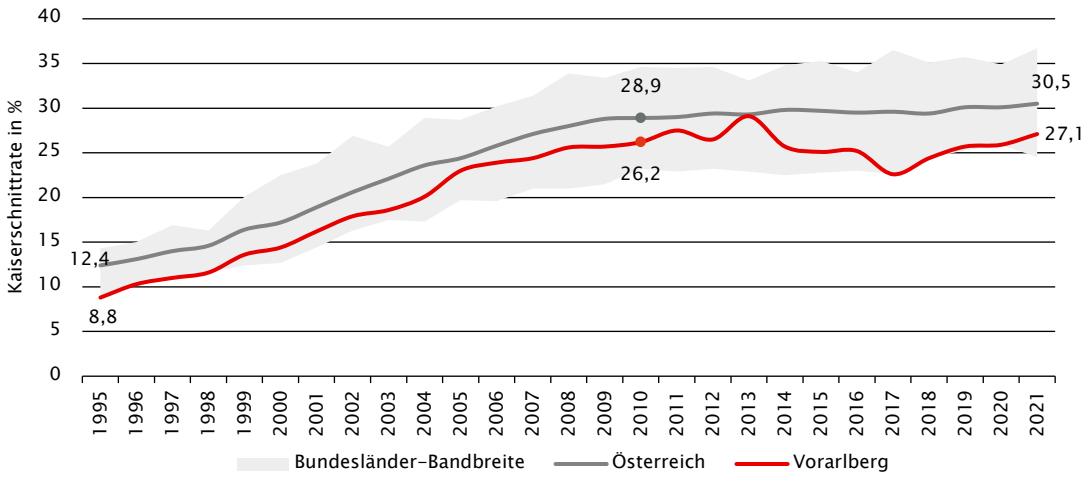
Mehrlingskinder werden häufiger zu früh geboren als Einzelkinder und sind häufiger untergewichtig. Der Anteil von Mehrlingsgeborenen an allen Geborenen betrug in Vorarlberg in den Jahren 2020 und 2021 3,1 Prozent (Österreich 2021: 2,9 %). Das ist weniger als im ersten Jahrzehnt nach der Jahrtausendwende, in dem nach einem deutlichen Anstieg in den 1990er-Jahren Höchstwerte von 4,5 Prozent (im Jahr 2003) und 4,6 Prozent (im Jahr 2011) verzeichnet wurden.

Als Frühgeburt gilt jede Schwangerschaft, die vor Vollendung der 36. Schwangerschaftswoche beendet wird. Die Frühgeborenenrate berechnet sich aus dem Anteil der Frühgeborenen an allen Lebendgeborenen. Säuglinge mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2.500 Gramm gelten als Low-Birth-Weight-Säuglinge, unabhängig von der Schwangerschaftsdauer. Datenquelle für die Frühgeborenenrate ist die Statistik des Bevölkerungsstandes (Statistik Austria).

Kaiserschnittrate

Die Art der Entbindung hat sich in Vorarlberg wie auch in Österreich insgesamt in den letzten 25 Jahren deutlich verändert. Im Jahr 2021 kamen in Vorarlberg rund 27 Prozent aller Kinder mittels Kaiserschnitts auf die Welt (BL-Bandbreite: 24,5–36,7 %). Im Jahr 1995 waren es noch 9 Prozent (vgl. Abbildung 5.15). Die Rate hat sich in diesem Zeitraum also verdreifacht und ist etwa doppelt so hoch, wie die WHO empfiehlt.

Abbildung 5.15:
Kaiserschnittrate in Vorarlberg sowie in Österreich und im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite 1995–2021



Quelle: Statistik Austria – Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (erstellt am 1. 7. 2022); Darstellung: GÖG

Die Art der Geburt wird in der Geburtenstatistik der Statistik Austria dokumentiert. Es wird derzeit nicht zwischen medizinisch indizierten und sogenannten Wunschkaiserschnitten unterschieden, sondern „nur“ nach primärem (geplantem) und sekundärem Kaiserschnitt. Diese Differenzierung ist möglicherweise hinsichtlich der medizinischen Indikation nicht sehr zuverlässig, zumal das Verhältnis zwischen primärem und sekundärem Kaiserschnitt zwischen den Bundesländern stark schwankt. Im Jahr 2021 beispielsweise waren in Vorarlberg 84 Prozent aller Kaiserschnitte primär, im Burgenland und in Salzburg nur 47 Prozent.

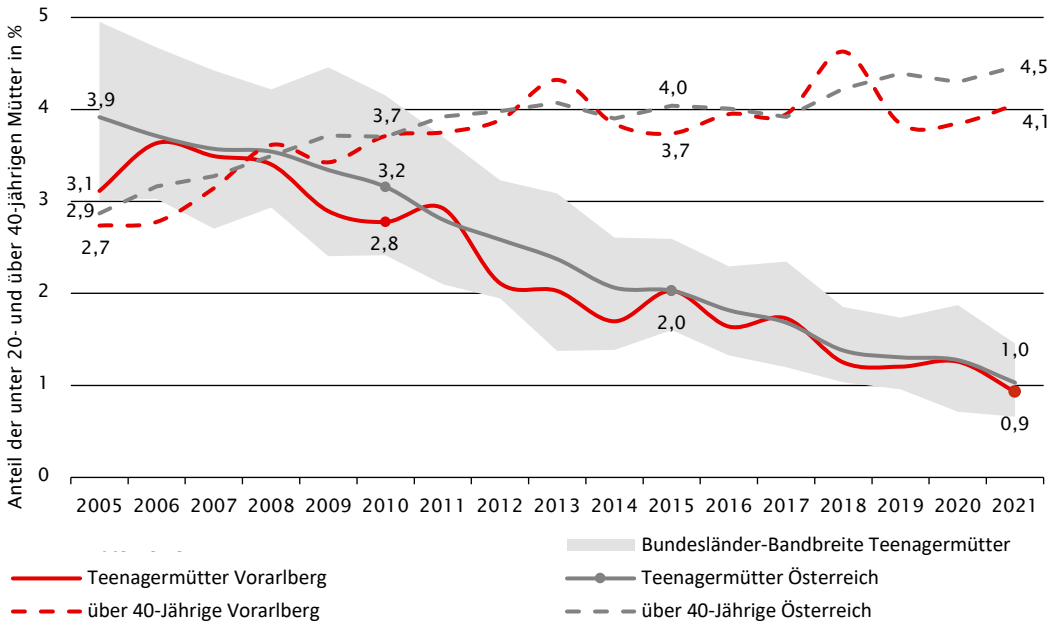
Alter der Mütter bei der Geburt

Mit zunehmendem Alter einer werdenden Mutter steigt die Wahrscheinlichkeit bestimmter Komplikationen in der Schwangerschaft (z. B. Schwangerschaftsdiabetes oder Bluthochdruck) und einer Chromosomenanomalie beim Kind (z. B. Down-Syndrom), was wiederum die Gefahr einer Fehlgeburt erhöht. Auch die Frühgeborenenrate steigt mit zunehmendem Alter der Mutter (gesundheit.gv.at). Insbesondere aus sozialer Sicht ist aber auch die Mutterschaft in sehr jungen Jahren eher unerwünscht. Ein gängiger diesbezüglicher Indikator ist der Anteil der Teenagerschwangerschaften.

Das Durchschnittsalter einer Mutter bei der Geburt steigt kontinuierlich. Im Jahr 2021 betrug es in Vorarlberg 31,7 Jahre (Österreich: 31,5 Jahre, BL-Bandbreite: 31,1–32,2 Jahre). 1980 waren noch 10 Prozent der Vorarlberger Mütter bei der Geburt ihres Kindes unter 20 Jahre alt, um die Jahrtausendwende waren dies 4-5 Prozent. Im Jahr 2021 lag die Rate bei nur 0,9 Prozent (BL-Bandbreite: 0,7–1,5 %; vgl. Abbildung 5.16), was in absoluten Zahlen 40 Mütter bedeutete. Die meisten der Teenagermütter waren 19 Jahre alt (25), die beiden jüngsten 16 Jahre alt.

Dem steht eine wachsende Anzahl von Müttern mit 40 oder mehr Jahren gegenüber, in Vorarlberg umfasste diese Gruppe 2021 insgesamt 174 Frauen, was einem Anteil von 4,1 Prozent (Österreich: 4,5 %) entsprach. Die älteste Mutter eines Neugeborenen in Vorarlberg war 48 Jahre alt (vgl. Abbildung 5.16).

Abbildung 5.16:
Teenagermütter und über 40-jährige Mütter in Vorarlberg sowie in Österreich und im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite 2005–2021



ab 2015 inklusive im Ausland Geborener von Müttern mit Hauptwohnsitz in Österreich

Quelle: Statistik Austria – Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (erstellt am 31. 5. 2022); Darstellung: GÖG

Ausgewählte Risikofaktoren in der Schwangerschaft

Mit der geplanten elektronischen Erfassung des Mutter-Kind-Passes werden mittel- bis langfristig sehr detaillierte Informationen auch über die Schwangerschaft vorliegen. Vorläufig gibt es nur sehr wenige Daten dazu.

Gemäß der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung von der Statistik Austria (erstellt am 1. 7. 2022) wurden im Jahr 2021 in Vorarlberg 21 Prozent der Geburten eingeleitet (BL-Bandbreite: 19,4–24,4 %).

Übergewicht und Adipositas sind bei jungen Frauen und somit auch bei werdenden Müttern weit verbreitet. 32,5 Prozent der Schwangeren waren in Vorarlberg im Jahr 2021 zu Beginn der Schwangerschaft übergewichtig (20,1%) oder adipös (12,4 %) – etwas mehr als im österreichischen Durchschnitt von 30,5 Prozent (BL-Bandbreite: 27,1–32,6%). Zu Beginn der Schwangerschaft untergewichtig waren in Vorarlberg 5,6 Prozent der werdenden Mütter (Österreichdurchschnitt 4,7%, BL-Bandbreite: 4,4–5,8 %). Daraus ergibt sich, dass nur 61,4 Prozent zu Beginn der Schwangerschaft normalgewichtig waren.

5,3 Prozent der Vorarlberger schwangeren Frauen haben im letzten Trimester der Schwangerschaft geraucht, womit das Bundesland etwa im österreichischen Durchschnitt von 5,4 Prozent liegt (BL-Bandbreite: 1,6–8,5 %).

6 Ausgewählte Aspekte von Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung

Die Bereiche Gesundheitsförderung, Prävention und auch die vielfältigen Aspekte der Gesundheitsversorgung würden den Rahmen des vorliegenden Berichts deutlich sprengen. Deshalb werden in den folgenden Abschnitten lediglich zentrale Gesundheitsförderungsstrategien auf nationaler Ebene gelistet und hinsichtlich Prävention zwei zentrale Indikatoren dargestellt. In puncto Gesundheitsversorgung werden drei Indikatoren beschrieben, die auch in der Zielsteuerung-Gesundheit verankert sind.

6.1 Zentrale Strategien der Gesundheitsförderung

Eine umfassende Darstellung der Gesundheitsförderungsaktivitäten in Vorarlberg kann im vorliegenden Bericht nicht geleistet werden. Auf Bundesebene gibt es einige Hauptaktivitäten und zentrale Strategien, die hier kurz gelistet werden sollen.

» Die **Gesundheitsziele Österreich,** in einem breiten Beteiligungsprozess im Jahr 2012 erarbeitet, sind nach wie vor gültig. Neun Arbeitsgruppen begleiten bzw. bemühen sich um die Umsetzung der Ziele.
» Ziel des **„Partizipativen Strategieprozesses Zukunft Gesundheitsförderung“** ist es, Gesundheitsförderung in Österreich stärker zu verankern. Unter Einbindung der Bevölkerung, relevanter Stakeholder:innen, Expertinnen und Experten sowie Entscheidungsträger:innen wurden zehn Maßnahmenbündel dazu entwickelt.
» Im Rahmen der Gesundheitsreform wurde im Jahr 2014 eine **Gesundheitsförderungsstrategie** mit thematischen Schwerpunkten erarbeitet, die Mittel aus Gesundheitsförderungsfonds und der Bundesgesundheitsagentur bündelt und bisher einmal verlängert wurde. Sie war Voraussetzung für die Etablierung der Frühen Hilfen in Österreich und beinhaltet auch andere Schwerpunkte im Bereich der Kindergesundheit.
» Auch die **Zielsteuerung-Gesundheit,** fokussiert auf den Versorgungsbereich, nimmt sich gesundheitsfördernder und präventiver Aspekte an.
» Die **Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie** wurde 2011 unter der Leitung des Gesundheitsministeriums erstmals erarbeitet und befindet sich derzeit in Überarbeitung für eine neue Fassung. Auch die Sozialversicherung hat eine spezifische Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie neu aufgelegt, die von 2022 bis 2025 umgesetzt werden soll.
» Der **Aktionsplan Frauengesundheit** mit 40 Maßnahmen für die Gesundheit von Frauen in Österreich wurde 2018 verabschiedet.
» Das Programm der **Frühen Hilfen** wird aktuell österreichweit flächendeckend ausgerollt. Auch in Vorarlberg, wo es schon seit dem Jahr 2011 existiert, wurden die Kapazitäten erweitert.
» Die Nationalen Aktionspläne **Bewegung (NAP.b)** und **Ernährung (NAP.e)** sind für Gesundheitsförderung ebenso zentral wie das **Konzept SUPRA** der Suizidprävention Austria.

» Wichtige weitere bundesweite Gesundheitsförderungsprogramme und Initiativen sind beispielsweise „Richtig essen von Anfang an“ (REVAN), die Initiative Schulbuffet, der „Dialog gesund und aktiv altern“ oder die Nationale Strategie „Gesundheit im Betrieb“.

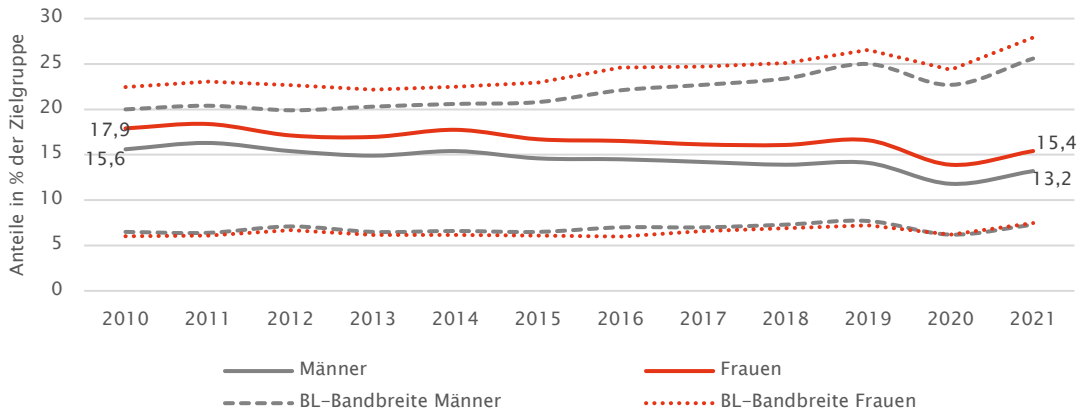
International spannen die **Sustainable Development Goals** (SDG) einen wichtigen einschlägigen Rahmen.

6.2 Vorsorgeuntersuchungen

Im Jahr 2021 lebten in Vorarlberg rund 315.000 Menschen über 19 Jahre, rund 45.000 von ihnen nahmen eine allgemeine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch, das entspricht etwa 14 Prozent bzw. 13 Prozent der Männer und 15 Prozent der Frauen.

Entgegen dem österreichischen Trend war in Vorarlberg im Beobachtungszeitraum die Inanspruchnahme allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen rückläufig – schon vor dem pandemiebedingten Einbruch im Jahr 2020. Im Jahr 2010 wurden in Vorarlberg bei beiden Geschlechtern mehr Vorsorgeuntersuchungen als im österreichischen Durchschnitt durchgeführt (Frauen 17,9 vs. 13,3 in Österreich und Männer 15,6 vs. 12,4 in Österreich), im Jahr 2021 waren es weniger als im österreichischen Durchschnitt (Frauen 15,4 vs. 16,4 in Österreich und Männer 13,2 vs. 14,6 in Österreich). Wie aus Abbildung 6.1 hervorgeht, lag die Inanspruchnahme in Vorarlberg allerdings bei beiden Geschlechtern über den gesamten Zeitraum etwa in der Mitte der Bandbreite der neun Bundesländer.

Abbildung 6.1:
Inanspruchnahme allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen in Vorarlberg im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 2010–2021



Quelle: HVSVT – Statistik der Vorsorgeuntersuchungen 2010–2021; Darstellung: GÖG

Der Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (DVSV) führt die Statistik im Bereich der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen. Zur Teilnahme daran berechtigt sind in Österreich wohnhafte Personen ab 18 Jahren, das heißt auch alle Nichtversicherten haben Anspruch auf eine unentgeltliche Vorsorgeuntersuchung im Rahmen des allgemeinen Untersuchungsprogramms. Möglicherweise ist der österreichische Durchschnitt unterschätzt, weil die Daten aus einem Bundesland unrealistisch niedrig erscheinen, was mit Abrechnungsmöglichkeiten der Leistung „Vorsorgeuntersuchung" im Zusammenhang stehen könnte.

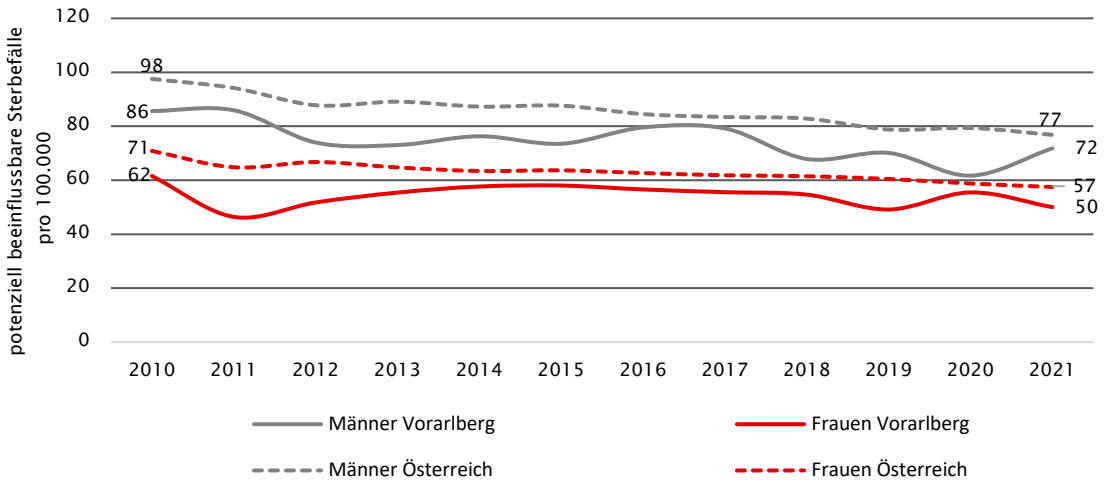
6.3 Outcome Gesundheitsversorgung

2014 wurden im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit Indikatoren für eine „Outcome-Messung im Gesundheitswesen" definiert (BMG 2016). Darin enthalten sind unter anderem die drei folgenden Indikatoren für den Kurationsbereich, die im vorliegenden Bericht für Vorarlberg dargestellt werden.

6.3.1 Vorzeitige, vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit

Gemäß der Definition dieses Indikators (siehe unten) wären in Vorarlberg im Jahr 2021 rund 200 Todesfälle potenziell vermeidbar gewesen, 120 bzw. 57 Prozent betrafen Männer. Bezogen auf 100.000 EW, bedeutet dies eine Sterblichkeit von 72 bei Männern und 50 bei Frauen. Damit ist hier die Tendenz seit dem Jahr 2010 leicht sinkend, wenngleich sie in einem kleinen Bundesland wie Vorarlberg größeren Schwankungen unterworfen ist. Über den gesamten Zeitraum lag Vorarlberg in dieser Kategorie unter dem österreichischen Durchschnitt (vgl. Abbildung 6.2), in ausgewählten Jahren waren die entsprechenden Werte in Vorarlberg niedriger als in allen anderen Bundesländern (z. B. 2020 bei Männern, 2019 bei Frauen).

Abbildung 6.2:Vom Gesundheitssystem potenziell vermeidbare Sterblichkeit nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2010–2021



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2010–2021;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Der Indikator „vorzeitige, vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit“ (Englisch: mortality amenable to health care, MAHC) wird definiert als vorzeitige Sterblichkeit, die bei rechtzeitiger und effektiver Gesundheitsversorgung nicht eingetreten wäre. „Vorzeitig“ bezieht sich bei den meisten Krankheiten auf ein Alter unter 75 Jahren (Gay et al. 2011; Nolte et al. 2008). Berücksichtigt werden alle Krankheiten, die unmittelbar durch das Gesundheitsversorgungssystem und damit verbundene sekundärpräventive Maßnahmen, nicht jedoch durch Primärprävention, beeinflussbar gewesen wären[10]. Die MAHC ist damit ein Indikator für die Versorgungsqualität von Gesundheitssystemen. Die Berechnung im vorliegenden Bericht fußt auf der Ende 2018 von Expertengruppen von OECD und Eurostat überarbeiteten Liste der zugrunde liegenden Todesursachen (treatable mortality).

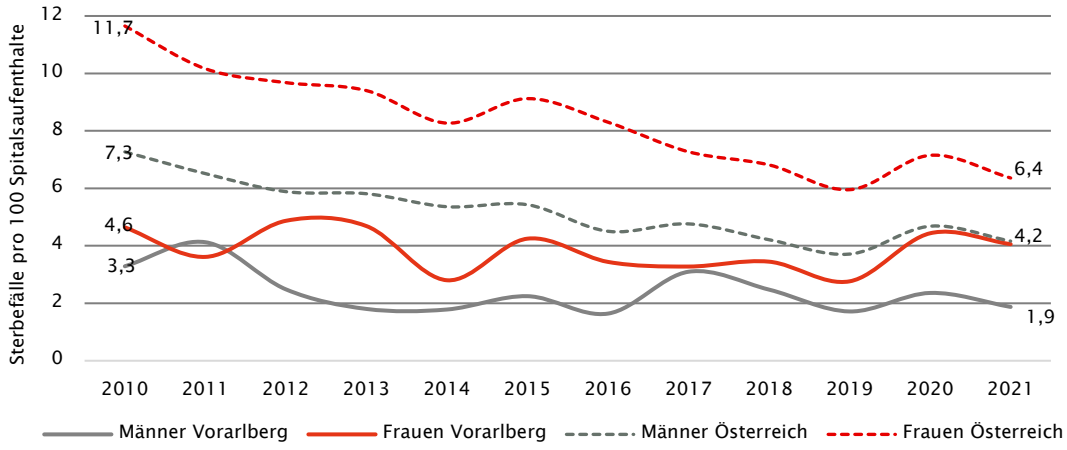
6.3.2 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt

27 Menschen mit akutem Myokardinfarkt (Hauptdiagnose ICD-10 I21 und I22) starben im Jahr 2021 innerhalb der ersten 30 Tage ihres Aufenthalts in einem Vorarlberger Krankenhaus (13

10 https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Special:WhatLinksHere/Preventable_and_treatable_mortality_statistics, abgefragt am 27. 3. 2023

Männer und 14 Frauen). Bezogen auf 100 Spitalsaufenthalte mit derselben Hauptdiagnose, bedeutet dies eine Sterblichkeit von 2,6 Todesfällen pro 100 Spitalsaufenthalte. Trotz der absolut gleichen Sterbezahl von Männern ist die Sterblichkeit bei Frauen deutlich höher: 4,1 von 100 stationär behandelten Myokardinfarkten enden bei Frauen tödlich, 1,9 bei Männern. Die Rate schwankt stark im Zeitverlauf, ist aber insgesamt tendenziell sinkend (vgl. Abbildung 6.3) und war über den gesamten Zeitraum in Vorarlberg die niedrigste aller Bundesländer (mit Ausnahme von 2018 bei Frauen und 2020 bei Männern).

Abbildung 6.3:
30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt in Vorarlberger Akutkrankenhäusern nach Geschlecht und im Vergleich mit Österreich 2010–2021



Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2010–2021; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem akuten Myokardinfarkt (AMI) misst (bei den ab 45-Jährigen) den Anteil der innerhalb 30 Tagen in einer Akutkrankenanstalt Verstorbenen pro 100 Spitalsaufenthalte mit derselben Diagnose (Hauptdiagnose I21 und I22). Sie ist ein Indikator für die Qualität der Akutversorgung. Der Indikator basiert auf der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und berücksichtigt folglich keine Todesfälle vor oder nach der Hospitalisierung.

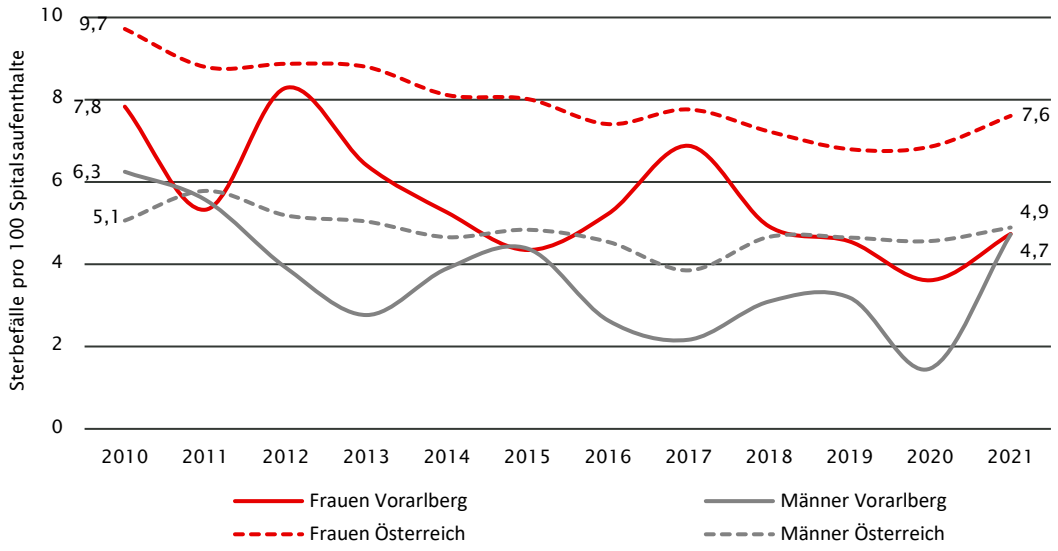
6.3.3 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall

47 Menschen starben im Jahr 2021 innerhalb der ersten 30 Tage ihres Aufenthalts in einem Vorarlberger Krankenhaus aufgrund eines Schlaganfalls (Hauptdiagnose ICD-10 I63 und I64). Etwa 57 Prozent davon waren männlich. Bezogen auf 100 Spitalsaufenthalte, bedeutete dies eine Sterblichkeit von 4,7 für beide Geschlechter (vgl. Abbildung 6.4). Im gesamten Beobachtungszeitraum 2010–2021 ist der Frauenanteil allerdings höher: 55 Prozent der Todesfälle in einem Vorarlberger Krankenhaus aufgrund eines Schlaganfalls betrafen Frauen. Nichtsdestominder ist

der Unterschied nach Geschlecht in Vorarlberg geringer als im österreichischen Durchschnitt, bei dem im Zeitraum 2010–2021 61 Prozent dieser Todesfälle auf Frauen zurückgingen.

Wiewohl auch die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall in Vorarlberg starken jährlichen Schwankungen unterworfen ist, ist der Trend hier seit 2010 sinkend, insbesondere bei Frauen. Mit Ausnahme des Jahres 2010 lag die Sterblichkeit in dieser Kategorie in Vorarlberger Spitälern immer unter dem österreichischen Durchschnitt (vgl. Abbildung 6.4).

Abbildung 6.4:
30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall in Vorarlberger Akutkrankenhäusern nach Geschlecht und im Vergleich mit Österreich 2010–2021



Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2010–2021; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall misst (bei den ab 45-Jährigen) den Anteil der innerhalb 30 Tagen in einer Akutkrankenanstalt Verstorbenen pro 100 Spitalsaufenthalte mit derselben Diagnose (Hauptdiagnose I63 und I64). Sie ist ein Indikator für die Qualität der Akutversorgung, der auf der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten basiert und folglich keine Todesfälle vor oder nach der Hospitalisierung berücksichtigt.

7 Chancengerechtigkeit

7.1 Unterschiede nach Geschlecht / Genderperspektive

Der Unterschied in der **Lebenserwartung** zwischen Männern und Frauen wird – abgesehen von den beiden Pandemiejahren 2020 und 2021 – zwar geringer, doch Frauen können in Vorarlberg nach wie vor mit mehr Lebensjahren rechnen als Männer, und zwar mit 85 im Vergleich zu 80,1 Jahren. Österreichweit gilt dieser Vorteil nicht, wird der Blick auf die Lebenserwartung in sehr guter oder guter Gesundheit gerichtet – nicht so in Vorarlberg, wo die Frauen mit 70,1 Lebensjahren in guter / sehr guter Gesundheit rechnen können, Männer hingegen nur mit 65,5 Jahren. Beide Geschlechter verbringen etwa 15 bis 15,4 Jahre in mittelmäßiger bis sehr schlechter Gesundheit. Ein wesentliches Merkmal schlechter Gesundheit sind Schwierigkeiten bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der eigenen Versorgung sowie bei Haushaltserledigungen. Diesbezüglich sind Frauen mehr beeinträchtigt als Männer, vor allem beim Baden und Duschen sowie insbesondere bei Erledigungen des Haushalts wie Einkaufen und Hausarbeit.

Dementsprechend ist die **Krankheitslast** insgesamt bei Männern deutlich höher. Im Folgenden wird auf einige Unterschiede näher eingegangen. Die Mundgesundheit ist bei Vorarlbergerinnen etwas besser als bei Vorarlbergern. Chronische Krankheiten insgesamt sind bei Männern und Frauen gleichermaßen weitverbreitet, doch Frauen leiden häufiger an Arthrosen (12 % vs. 7 %), Allergien (18 % vs. 14 %), Nackenschmerzen (16 % vs. 12 %) und Depressionen (7 % vs. 3 %), Männer haben häufiger erhöhte Cholesterinwerte (20 % vs. 13 %). Ein akuter Myokardinfarkt tritt bei Vorarlbergern etwa doppelt so häufig auf wie bei Vorarlbergerinnen, ein ischämischer Schlaganfall passiert bei Männern etwa 1,7-mal so oft. Männer erkranken auch häufiger an Krebs, wenngleich hier der Unterschied nicht mehr so groß ist. Die häufigsten Lokalisationen von Krebsneuerkrankungen sind bei Frauen die Brust und bei Männern die Prostata, die Verdauungsorgane folgen jeweils an zweiter Stelle. Weitere häufige Lokalisationen sind die Atmungsorgane, die weiblichen Genitalorgane und die Harnorgane (v. a. bei Männern), das lymphatische, blutbildende Gewebe sowie die Haut. Bei Männern sind diese Krebslokalisationen tendenziell rückläufig: kontinuierlich bei bösartigen Melanomen, Darmkrebs seit 2011, langfristig auch Lungenkrebs (wenngleich mit zwischenzeitlichen Anstiegen) und Prostatakrebs mit großen Schwankungen und einem relativ hohen Niveau in der ersten Hälfte der 2000er-Jahre. Auch bei Frauen sind bösartige Melanome tendenziell rückläufig (seit 2010), bei Darm-, Zervix- und Brustkarzinomen ist kein Trend ablesbar, **Lungenkrebs** allerdings wird seit 2005 bei Frauen **häufiger.**

Verletzungen passieren bei Männern viel öfter als bei Frauen. Tödliche Verletzungen und Vergiftungen kommen bei Männern mehr als doppelt so häufig vor wie bei Frauen. Auch die Zahl stationär zu behandelnder Verletzungen ist bei Männern höher, doch der Unterschied zu Frauen ist hier bedeutend geringer. Dies spiegelt auch die höhere Risikobereitschaft von Männern einerseits und die höhere Sturzgefährdung von Frauen andererseits wider. Der Großteil der Unfälle passiert beim Sport, in der Arbeit und im Verkehr. Arbeitsunfälle kommen bei Vorarlberger Männern fast sechsmal so häufig vor wie bei Vorarlberger Frauen, absichtliche Verletzungen durch andere führen bei Männern 4,3-mal so häufig zu einem Spitalsaufenthalt, und stationär

endende Sportunfälle sind in ihrem Fall mehr als doppelt so häufig. Auch Verkehrsunfälle sowie Unfälle bei Hausarbeit, Heimwerken und Gartenarbeit sind bei Männern deutlich häufiger (1,7- bzw. 1,6-mal so oft). Einzig Suizidversuche und absichtliche Selbstverletzungen werden beim weiblichen Geschlecht öfter stationär behandelt.

Ein guter Indikator für den Gesundheitszustand der Bevölkerung ist die vorzeitige **Mortalität** (hier der unter 70-Jährigen), anhand deren die Angleichung zwischen Männern und Frauen in Vorarlberg gut zu beobachten ist. Sie war im Beobachtungszeitraum 2010–2021 bei den Vorarlbergern deutlich rückläufig (–21 % bzw. –1,6 % p. a.), während sie bei den Vorarlbergerinnen fast stagnierte. Trotzdem war im Jahr 2021 die vorzeitige Sterblichkeit der Männer 1,8-mal höher als jene der Frauen. Hauptursache für verlorene Lebensjahre von Frauen sind Krebserkrankungen, bei Männern gewinnen Verletzungen und Vergiftungen massiv an Bedeutung, wenn es um die Messung der verlorenen Lebensjahre geht, weil sie oft auch in jungen Jahren zum Tod führen. Auch in Vorarlberg begehen Männer häufiger Suizid als Frauen – je älter, desto größer ist diese Gefahr.

Die **individuellen Gesundheitsdeterminanten** unterscheiden sich sehr deutlich nach Geschlecht. Die Frauen ernähren sich gesundheitsbewusster als Männer. Als Maßzahl dafür dient häufig und auch im vorliegenden Gesundheitsbericht die Höhe des Anteils derjenigen, die täglich Obst und Gemüse essen. Dies trifft bei rund der Hälfte Vorarlbergerinnen (ab 15 Jahren) zu, aber nur bei 27 Prozent der Vorarlberger. Hinsichtlich des Bewegungsverhaltens verhält es sich umgekehrt, hier schneiden Frauen schlechter ab, und insbesondere Vorarlbergerinnen liegen dabei auch unter dem Bundesdurchschnitt. 42 Prozent der Männer und mehr als die Hälfte der Frauen schaffen die Umsetzung der Empfehlungen bezüglich Ausdauer und jener in puncto Kräftigung der Muskeln nicht. Trotz einer tendenziellen Angleichung der beiden Geschlechter aneinander in Sachen Substanzkonsum rauchen in Vorarlberg Männer noch immer häufiger und mehr als Frauen, sie trinken häufiger Alkohol und sterben auch häufiger aufgrund von Drogenkonsum.

Die drei Hauptaspekte **verhältnisbezogener Gesundheitsdeterminanten,** die hinsichtlich des Geschlechts Unterschiede zeigen, sind Armut, Bildung und Arbeit. Anders als in Österreich insgesamt sind Frauen und Männer in Vorarlberg gleichermaßen armutsgefährdet. Dies gilt allerdings nicht für die über 60-Jährigen, denn in dieser Altersgruppe ist die Armutsgefährdung von Frauen tatsächlich höher (28 % vs. 21 %). Der wesentlichste Unterschied hinsichtlich Bildung liegt darin, dass Frauen häufiger maximal eine Pflichtschule abschließen, während mehr junge Männer eine Lehre absolvieren oder eine berufsbildende Mittelschule abschließen. Da unter den Frauen gleichzeitig der Anteil derjenigen mit Matura oder einer akademischen Ausbildung höher ist, ist beim weiblichen Geschlecht der Unterschied von Bildungsschichten besonders ausgeprägt. Der Trend zu einem höheren Bildungsniveau zeigt jedenfalls in die richtige Richtung – insbesondere bei Frauen, aber auch bei Männern. Auffällig ist, dass sich mangelnde Ausbildung bei Männern hinsichtlich der materiellen Lebensbedingungen deutlicher bemerkbar macht als bei Frauen bzw. dass umgekehrt höhere Bildung Frauen weniger vor Armut schützt als Männer. Eine Ursache dafür dürfte am Arbeitsmarkt liegen: Bei Männern ist die Erwerbsquote höher als bei Frauen (85 % vs. 74 %), und sie arbeiten kaum in Teilzeit. Die Teilzeitquote bei Männern beträgt 10 Prozent, bei Frauen liegt sie bei 53 Prozent. Bezüglich der Arbeitslosigkeit zeigen sich

keine nennenswerten Unterschiede nach Geschlecht, die Jugendarbeitslosigkeit ist bei Frauen etwas höher als bei Männern.

Im jüngst erschienen Frauengesundheitsbericht können Details zu Frauengesundheit nachgelesen werden (Gaiswinkler et al. 2023).

7.2 Unterschiede nach sozioökonomischer Situation

Nahezu alle im vorliegenden Bericht dargestellten Indikatoren zeigen einen Zusammenhang zwischen Bildung und Einkommen, zwei Faktoren, welche selbstverständlich auch untereinander in enger Wechselwirkung stehen. Bei manchen Indikatoren wird auch ein Unterschied nach Migrationshintergrund sichtbar, wobei der Migrationshintergrund stark mit Bildung und Einkommen korreliert und deshalb nur in Ausnahmefällen erwähnt wird. Wenn man bedenkt, dass die Hälfte der Menschen mit Migrationshintergrund in Vorarlberg deutscher Herkunft ist (hinsichtlich deren zu vermuten ist, dass sie keine Unterschiede zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund bewirkt), wiegen Unterschiede, welche die Analyse nach Migrationshintergrund zeigt, doppelt.

Niedrige Bildung, wenig Einkommen und Migrationshintergrund wirken sich nachteilig auf die selbsteingeschätzte Gesundheit aus. Es zeigt sich ein negativer Zusammenhang bei der Zahngesundheit und beim Zahnvorsorgeverhalten. Je geringer die Bildung und je geringer das Einkommen, desto häufiger treten chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme auf, insbesondere Rückenschmerzen, Bluthochdruck, Arthrosen, Kopfschmerzen, Depression, Diabetes, Asthma und Bronchitis/COPD. Allein Allergien sind bei Menschen mit höherem Bildungsabschluss und höherem Einkommen häufiger.

Menschen mit geringer Bildung haben im Alter mehr Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und bei Haushaltserledigungen sowie eine deutlich geringere allgemeine Lebensqualität. Unter den vier Dimensionen der Lebensqualität ist das körperliche Wohlbefinden diejenige mit der deutlichsten Korrelation mit Bildung und Einkommen. Nur beim sozialen Wohlbefinden ist dieser Zusammenhang nicht so eindeutig. Es ist zwar bei Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss geringer als bei Menschen mit höherer Bildung, doch Einkommen und Migrationshintergrund dürften dafür nicht relevant sein.

Auch hinsichtlich gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen zeigen sich für Menschen mit geringem Bildungsabschluss eindeutige Nachteile. Das betrifft Übergewicht und Adipositas, das Ernährungsverhalten (gemessen am Obst- und Gemüsekonsum) und auch das Bewegungsverhalten, gemessen daran, ob die österreichischen Bewegungsempfehlungen erfüllt werden. Zu bedenken ist diesbezüglich allerdings, dass Menschen mit geringem Bildungsabschluss häufiger körperlich anstrengende Arbeiten verrichten. Menschen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss rauchen häufiger täglich, sie rauchen mehr und sind öfter Passivrauch ausgesetzt.

Lediglich beim Alkoholkonsum bzw. bei der Frage, ob fast täglich Alkohol konsumiert wird, scheint der Bildungsgrad eine geringe Rolle zu spielen. Umgekehrt jedoch sind Menschen mit

maximal Pflichtschulabschluss und auch Menschen mit Migrationshintergrund häufiger völlig abstinent.

Der Bildungsgrad ist ein wichtiger Prädiktor für die Indikatoren zu den materiellen Lebensbedingungen, wobei es sich lediglich dann negativ auswirkt, wenn die Pflichtschule den höchsten Schulabschluss darstellt, während eine Lehre oder ein Abschluss an einer berufsbildenden mittleren Schule kaum Nachteile bringt. 32 Prozent der Vorarlberger Bevölkerung mit maximal Pflichtschulabschluss sind armutsgefährdet, 21 Prozent sind materiell depriviert, und 40 Prozent sind armuts- oder ausgrenzungsgefährdet. Auch hinsichtlich des sozialen Vertrauens gibt es einen starken Bildungsgradienten.

8 Resümee

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen verdient besondere Aufmerksamkeit der Gesundheitspolitik, einerseits weil sie wegweisend ist für das gesamte Erwachsenenleben (z. B. Dragano/Siegrist 2009; Habermann-Horstmeier/Bender 2021), andererseits weil Kinder von den Lebensbedingungen Erwachsener abhängig sind und kaum Einfluss auf die eigene Gesundheit nehmen können. Es widerspricht dem Ziel der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit ganz besonders, wenn sich gesundheitliche Unterschiede bereits im Kindesalter zeigen. Die Forschung zeigt auch, dass Gesundheitsförderung und Prävention umso besser wirken, je früher sie ansetzen (z. B. (Heckman 2008). In der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie ist deshalb dem gesunden Start ins Leben ein eigenes Themenfeld gewidmet (BMG 2012, und folgende Updates). Die letzten Jahrzehnte haben aber auch gezeigt, dass es in puncto Kinder- und Jugendgesundheit einen Trend zur sogenannten modernen Morbidität gibt, im Zuge dessen vor allem chronische Krankheiten, Erkrankungen des Bewegungsapparats, psychische Auffälligkeiten und Entwicklungsauffälligkeiten zunehmen (Griebler et al. 2016). Besonders sichtbar ist dies in der Zunahme von Übergewicht und Adipositas schon im Kindesalter.

Darüber hinaus hat die COVID-19-Pandemie Kinder und Jugendliche großen Belastungen ausgesetzt, die sich etwa im Bereich der psychischen Gesundheit und hinsichtlich Bewegungs- und Ernährungsverhalten – letztendlich auch in Über- und auch in Untergewicht – besonders niederschlugen. Diese Auswirkungen hatten auch eine beträchtliche sozioökonomische Komponente (Haas et al. 2021).

Im vorliegenden Bericht ist deshalb ein Resümeeabschnitt der Kinder- und Jugendgesundheit gewidmet. Je nach Thematik ist es sinnvoll, bei Kindern und Jugendlichen einen etwas unterschiedlichen Altersfokus anzuwenden.

8.1 Resümee der Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Rund 16 Prozent der Vorarlberger Bevölkerung sind unter 14 Jahre alt. Dieser Anteil ist nach einem deutlichen langfristigen Rückgang seit dem Jahr 2010 nur mehr leicht sinkend. Einen weiteren Rückgang auf 15 Prozent innerhalb der nächsten 20 Jahre sagt die offizielle Prognose voraus. Vorarlbergs Bevölkerung ist etwas jünger als jene in Gesamtösterreich.

Für den Bereich der **frühen Kindheit** wurden einige ausgewählte Parameter dargestellt. Die Säuglingssterblichkeit ist in Vorarlberg seit 2010 besonders gering und liegt unter dem österreichischen Durchschnitt. Ebenso ist die Frühgeborenenrate eher rückläufig und unterschreitet tendenziell den Bundesdurchschnitt. Ein wichtiger Parameter rund um die Geburt ist die Kaiserschnittrate, die wie in allen anderen Bundesländern auch in Vorarlberg in den letzten beiden Jahrzehnten enorm gestiegen ist und mittlerweile doppelt so hoch wie das entsprechende WHO-Ziel ist. Trotzdem ist die Kaiserschnittrate in Vorarlberg etwas niedriger als im österreichischen

Durchschnitt. Das steigende Alter werdender Mütter entspricht dem gesellschaftlichen Trend, der Anteil von Teenagermüttern ist seit 2010 nochmalig deutlich gesunken. Adipositas bei Schwangeren stellt zunehmend ein Problem dar.

Die **Kariesprävalenz** wird bei Kindern in regelmäßigen Abständen erhoben. Sie sagt nicht nur etwas über die Mundgesundheit aus, sondern lässt auch Rückschlüsse auf das Ernährungsverhalten zu. Gemessen an den Sechsjährigen im Jahr 2016, schneidet Vorarlberg im Bundesländervergleich mit 60 Prozent kariesfreier Kinder zwar gut ab, doch das WHO-Ziel, dass 80 Prozent dieser Altersgruppe kariesfrei sein sollten, wurde nicht erreicht.

Todesfälle in der Altersgruppe der 0- bis 14-Jährigen sind glücklicherweise selten, der Großteil davon (50–60 %) passiert bald nach der Geburt bzw. im ersten Lebensjahr und ist auf die Perinatalphase zurückzuführen bzw. auf Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien. Doch immerhin 10 Prozent (Buben) bzw. 12 Prozent (Mädchen) der Todesfälle von Kindern bis 14 Jahre sind die Folge von Verletzungen, sind also potenziell vermeidbar. Bei den 15- bis 29-Jährigen sind die mit Abstand häufigsten Todesursachen Verletzungen und Vergiftungen (59 % bei jungen Männern und 44 % bei jungen Frauen). Ein nicht unbeträchtlicher Anteil junger Männer in Vorarlberg verstirbt infolge Drogenkonsums. **Straßenverkehrsunfälle** sind für mehr als 60 schwer bis tödlich verletzte junge Menschen (bis 19 Jahre) pro Jahr in Vorarlberg verantwortlich.

Unter den **individuellen Gesundheitsdeterminanten** ist bei Kindern und Jugendlichen das Hauptproblem Übergewicht. Im Jahr 2022 waren 15 Prozent der 11-, 13- und 15-Jährigen übergewichtig und 7 Prozent adipös, Burschen häufiger als Mädchen. Der Trend ist steigend. Der Obst- und Gemüsekonsum unter Vorarlbergs Jugendlichen liegt etwas unter dem österreichischen Durchschnitt, ist bei Mädchen höher als bei Burschen und bei Jüngeren häufiger als bei Älteren. Österreichweit ist der Trend hinsichtlich Gemüsekonsum immerhin steigend. Hinsichtlich Bewegung agieren hingegen Burschen gesundheitsfördernder: Österreichweit erfüllen 21 Prozent der Burschen und nur 16 Prozent der Mädchen die österreichischen Bewegungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche, in Vorarlberg sind es etwas weniger. Handlungsbedarf besteht sowohl beim Ernährungs- als auch beim Bewegungsverhalten bei beiden Geschlechtern. Positiv zu vermerken ist insbesondere der Rückgang der täglich rauchenden Schüler:innen. Der Alkoholkonsum bei Jugendlichen liegt leicht über dem Bundesdurchschnitt.

Besonderer Handlungsbedarf besteht bei einigen **verhältnisbezogenen Gesundheitsdeterminanten,** die sich in Vorarlberg für Kinder ungünstig darstellen. Die Armutsgefährdung etwa liegt – auch für Kinder – über dem österreichischen Durchschnitt. Das Bildungsniveau hat sich seit 2008 verbessert – erfreulich ist, dass sich besonders der Anteil der Frauen, die über den Pflichtschulabschluss nicht hinauskommen, deutlich verringert hat. Trotzdem ist dieser Anteil – sowohl bei Frauen als auch bei Männern noch immer höher als im österreichischen Durchschnitt. 6-7 Prozent der 15- bis 17-Jährigen (dieser Wert ist ähnlich hoch wie in Österreich insgesamt) brechen in Vorarlberg vorzeitig ihre Ausbildung ab.

8.2 Resümee der Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung

Die **Lebenserwartung** in Vorarlberg steigt – trotz eines Einbruchs aufgrund der Coronapandemie – nach wie vor. Sie ist in Vorarlberg höher als in allen anderen Bundesländern. Die Pandemie hat der Lebenserwartung der Männer einen größeren „Rückschlag" beschert als jener der Frauen. Auch die **Lebenserwartung in guter oder sehr guter Gesundheit** liegt in Vorarlberg über dem österreichischen Durchschnitt, insbesondere bei den Frauen. Der Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit liegt die Frage der Beurteilung des eigenen allgemeinen Gesundheitszustands zugrunde, die in Vorarlberg bei den Menschen ab 60 Jahren im Vergleich mit den anderen Bundesländern besonders positiv ausfällt. Der allgemeine Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung zeigt sich auch anhand der Einschränkungen im täglichen Leben (ADL), die in Vorarlberg seltener sind als im österreichischen Durchschnitt. Entsprechend der steigenden Lebenserwartung war die Gesamtsterblichkeit leicht, aber insbesondere die **vorzeitige Sterblichkeit** – jene vor dem 70. Lebensjahr – deutlich rückläufig in Vorarlberg. Haupttodesursachen bei unter 70-jährigen sind Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Verletzungen und Vergiftungen. Letztere fallen insbesondere bei Männern ins Gewicht – vor allem dann, wenn es um die Messung der verlorenen Lebensjahre geht, weil sie oft auch in jungen Jahren zum Tod führen. Tödliche Verletzungen und Vergiftungen liegen in Vorarlberg eher unter dem österreichischen Durchschnitt und bleiben seit 2010 auf einem ähnlichen Niveau. Suizid, ein diesbezüglicher Teilaspekt, ist langfristig stark rückläufig, doch seit 2010 zeigt sich hier nur mehr ein leichter Rückgang mit deutlichen jährlichen Schwankungen.

Auch hinsichtlich konkreter gesundheits- bzw. krankheitsbezogener Aspekte kann Vorarlberg vielfach ein vergleichsweise positives Bild beschieden werden. Die **Mundgesundheit** ist besser als im österreichischen Durchschnitt, die Zahnvorsorge mit einem Zahnarztbesuch pro Jahr wird häufiger in Anspruch genommen. Trotzdem gibt es hier Verbesserungspotenzial, denn etwa ein Viertel der Bevölkerung war im letzten Jahr nicht bei der Zahnärztin bzw. beim Zahnarzt und die WHO-Ziele hinsichtlich der Kariesprävalenz sind noch nicht erreicht.

Die Prävalenz **chronischer Krankheiten** ist im letzten Jahrzehnt deutlich gestiegen, 64 Prozent der Vorarlberger Bevölkerung haben zumindest eine chronische Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem. Die häufigsten diesbezüglichen Beschwerden sind in dieser Reihenfolge: chronische Rückenschmerzen, Bluthockdruck, Allergien, erhöhte Cholesterinwerte, Nackenschmerzen und Arthrosen. Akute Myokardinfarkte treten in Vorarlberg überdurchschnittlich häufig auf, sind aber insbesondere bei Männern rückläufig. Die Inzidenz ischämischer Schlaganfälle entsprach zuletzt dem österreichischen Durchschnitt. Mit Ausnahme der Allergien sind all diese Beschwerden mit Bewegungsmangel und ungesunder Ernährung assoziiert. Die Krebsinzidenz der Vorarlberger Bevölkerung entspricht in etwa dem österreichischen Durchschnitt und hat sich seit 2010 wenig verändert.

Der Großteil der meldepflichtigen **Infektionskrankheiten** ist bakteriell verursacht, wird durch Lebensmittel übertragen und betrifft den Darm. Ihre Inzidenz hängt von einzelnen Ausbrüchen ab und liegt dementsprechend teilweise unter, teilweise im und in manchen Jahren auch über dem

österreichischen Durchschnitt. Norovirusinfektionen, Escherichia-coli-Fälle und Campylobacteriose waren am häufigsten. Die **COVID-19**-Pandemie scheint Vorarlberg im Vergleich mit dem österreichischen Durchschnitt gut bewältigt zu haben, denn die Infektionszahlen lagen zwar über dem Durchschnitt, aber sowohl die Hospitalisierungsrate als auch die Mortalität lagen 2020 leicht und 2021 deutlich unter dem Durchschnitt.

Entgegen der allgemein guten gesundheitlichen Situation hat sich die im Jahr 2010 noch unterdurchschnittliche **Krankenstandsdauer** in Vorarlberg bis 2021 weitgehend dem Bundesdurchschnitt angenähert. Gestiegen sind vor allem Krankenstände aufgrund psychischer Erkrankungen.

Eine Analyse der **individuellen Determinanten** der Gesundheit macht deutlich, wo Gesundheitsförderung und Prävention primär ansetzen sollten: Knapp 33 Prozent der Vorarlberger Bevölkerung ab 15 Jahren sind **übergewichtig** und rund 14 Prozent adipös. Das ist zwar weniger als im österreichischen Durchschnitt, zeigt aber trotzdem die Dringlichkeit der Gegensteuerung. Der Konsum von **Obst und Gemüse** hat sich seit 2014 eher verringert, ein Drittel der Bevölkerung isst weder Obst noch Gemüse täglich. Die österreichischen **Bewegungsempfehlungen,** eine Kombination von Ausdauer und Muskelkräftigung, bilden ein sehr hohes Ziel, das nur ein Fünftel der Vorarlberger Bevölkerung erfüllt. Auch dies hat sich seit 2014 verschlechtert, obwohl die pandemiebedingten Einflüsse hier noch gar nicht erfasst sind. Die Erreichung dieser Ziele sinkt deutlich mit dem Alter, denn nur mehr 13 Prozent der ab 60-Jährigen erfüllen die Bewegungsempfehlungen. Ein positiver Trend zeichnet sich immerhin bezüglich der Bewältigung von Alltagswegen ab, die 2019 häufiger zu Fuß oder mit dem Fahrrad erledigt wurden als 2014, und dies insbesondere von der älteren Bevölkerung. Fast ein Viertel der Vorarlberger Bevölkerung (über 15 Jahren) **raucht** täglich, ein höherer Wert als in allen anderen Bundesländern. Daran hat sich seit 2006/2007 wenig verändert. 41 Prozent wollten mit dem Rauchen schon aufhören, haben es aber nicht geschafft. Der **Alkoholkonsum** der erwachsenen Bevölkerung liegt eher unter dem österreichischen Durchschnitt. Der Konsum illegaler **Drogen** hat sich im letzten Jahrzehnt altersmäßig etwas nach hinten verschoben, Krankenhausaufenthalte mit einer drogenassoziierten Diagnose sind in Vorarlberg häufiger als im österreichischen Durchschnitt.

Bei **verhältnisbezogenen Determinanten** sind vor allem Armut und Bildung hervorzuheben. Die **Armutsgefährdung** und andere Armutsindikatoren liegen in Vorarlberg seit 2012 über dem österreichischen Durchschnitt, und durch die Pandemie hat sich die Armut bzw. die Ungleichheit eher verstärkt. Auch das **Bildungsniveau** der Vorarlberger Bevölkerung liegt eher unter dem österreichischen Durchschnitt, wobei nicht der vergleichsweise geringe Akademikeranteil, sondern vor allem der Anteil derjenigen, die nach dem Pflichtschulabschluss keine weiterführende Ausbildung absolvieren, relativ hoch ist. Der diesbezügliche Trend zeigt allerdings in die richtige Richtung. Die **Arbeitsmarktsituation** stellt sich in Vorarlberg gut dar. Die Erwerbstätigenquote ist in Vorarlberg höher als in allen anderen Bundesländern, und die Arbeitslosigkeit liegt unter dem Durchschnitt.

Mit den **sozialen Beziehungen** ist die Vorarlberger Bevölkerung sehr zufrieden und auch zufriedener als der Durchschnitt der österreichischen Bevölkerung. In Bezug auf die **Umwelt** zeigen sich hinsichtlich der Luftqualität einerseits Verbesserungen in der Stickstoffdioxid- und

Feinstaubbelastung, doch die Ozonbelastung steigt wieder. Auch die berechnete Lärmbelastung ist vergleichsweise hoch – im Gegensatz zur gefühlten Lärmbelastung, die deutlich unter dem österreichischen Durchschnitt liegt. Andere Umweltprobleme, allen voran der Klimawandel, können im Gesundheitsbericht (noch) nicht adäquat dargestellt werden. Ausgewählte Indikatoren zur Prävention und Krankenversorgung zeichnen ein eher positives Bild. Zwar ist die Inanspruchnahme **allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen** eher sinkend und Vorarlberg liegt hier nunmehr eher unter dem österreichischen Durchschnitt, doch ein anderer, präventiv sehr gut adressierbarer Aspekt, die Sturzprävention, ist optimistisch zu beurteilen. Vorarlberg liegt hinsichtlich **sturzbedingter Frakturen** mit deutlich sinkendem Trend etwa im österreichischen Durchschnitt. Drei **Outcome-Indikatoren für das Vorarlberger Gesundheitswesen,** die potenziell vermeidbare Sterblichkeit, die 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt und auch die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall liegen allesamt unter dem österreichischen Durchschnitt.

Vor dem Hintergrund, dass in den nächsten Jahrzehnten ein enormer Anstieg der Bevölkerung ab 75 Jahren zu erwarten ist, ist der möglichst lange Erhalt der Gesundheit von besonders großer Bedeutung.

Literatur

Anwander, Bernhard (2021): Luftgüte in Vorarlberg. Jahresbericht 2020. Amt der Vorarlberger Landesregierung. Institut für Umwelt und Lebensmittelsicherheit des Landes Vorarlberg

Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Klein, Charlotte; Priebe, Birgit; Schmutterer, Irene; Stritzek, Julian (2022): Epidemiologiebericht Sucht 2022. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich, Wien

Bambra, Clare; Riordan, Ryan; Ford, John; Matthews, Fiona (2020): The COVID-19 pandemic and health inequalities. In: J Epidemiol Community Health 74/11:964-968

Becker, Peter (2006): Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung. Hogrefe, Göttingen

Blaxter, M (1990): Health and Lifestyles. Tavistock/Routledge, London/New York, http://dx.doi.org/10.4324/9780203393000

BMG (2012): Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2012. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

BMG (2016): Mess- und Vergleichskonzept. Outcome-Messung im Gesundheitswesen. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

BMLVS (2013): Nationaler Aktionsplan Bewegung NAP.b. Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport, Wien

BMNT (2018): Umgebungslärm-Aktionsplan. Österreich 2018. Allgemeiner Teil. Zusammenfassende Betroffenenauswertung. Bundesministerium für Nachhaltigkeit und Tourismus, Wien

BMSGPK (2021a): COVID-19: Analyse der sozialen Lage in Österreich. Hg. v. Medieninhaber und Herausgeber: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien

BMSGPK (2021b): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2022. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Bobek, Julia; Braunegger-Kallinger, Gudrun; Haas, Sabine; Ladurner, Joy; Winkler, Petra (2019): Sozialschutz und Gesundheit. Zusammenhänge zwischen Sozialschutzmaßnahmen und Verteilung der Gesundheit in der Bevölkerung. In: Pravention und Gesundheitsforderung: https://doi.org/10.1007/s11553-11019-00701-y

Bodenwinkler, Andrea; Kerschbaum, Johann; Sax, Gabriele (2012): Zahnstatus 2011. Sechsjährige in Österreich. Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit / Gesundheit Österreich GmbH - Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Bowman, Shanthy A.; Vinyard, Bryan T. (2004): Fast food consumption of US adults: impact on energy and nutrient intakes and overweight status. In: Journal of the American College of Nutrition 23/2:163-168

CHAIN (2020): The COVID pandemic and health inequalities: we are not all in it together; Centre for Global Health Inequalities Research. Centre for Global Health Inequalities Research

Cockerham, William C (2005): Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. In: Journal of health and social behavior 46/1:51-67

De Silva, M.J.; McKenzie, K.; Harpham, T.; Huttly, S.R.A. (2005): Social capital and mental illness: A systematic review. In: Journal of Epidemiology and Community Health 59/8:619-627

Dragano, Nico; Siegrist, Johannes (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In: Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Hg. v. Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. S. 181-S. 194

Dür, Wolfgang; Griebler, Robert (2007): Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien

ECDC (2020): Guidance on the provision of support for medically and socially vulnerable populations in EU/EEA countries and the United Kingdom during the COVID-19 pandemic; European Centre for Disease Prevention and Control.

EEA (2020): Air quality in Europe — 2020 report. European Environment Agency, Luxembourg

Enste, Dominik H.; Marie, Möller (2015): IW-Vertrauensindex 2015. Vertrauen in Deutschland und Europa. Ein internationaler Vergleich von 20 Ländern. IW policy paper · 20/2015. Institut der deutschen Wirtschaft Köln, Köln

Felder-Puig, R; Teutsch, F; Ramelow, D; Maier, G (2019): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien

Felder-Puig, Rosemarie; Teutsch, Friedrich; Winkler, Roman (2023): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2021/22. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien

Flodmark, Carl-Erik; Lissau, I; Moreno, LA; Pietrobelli, A; Widhalm, K (2004): New insights into the field of children and adolescents' obesity: the European perspective. In: International journal of obesity 28/10:1189-1196

Franzkowiak, Peter (2018): Soziale Unterstützung. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: 924-934

Gaiswinkler, Sylvia; Antony, Daniela; Delcour, Jennifer; Pfabigan, Johanna; Pichler, Michaela; Wahl, Anna (2023): Frauengesundheitsbericht 2022. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien

Gay, J. Gay; Paris, Valérie; Devaux, Marion; de Looper, Michael (2011): Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries: Estimates and Methodological Issues. OECD Health Working Papers No 55. OECD Health Working Papers. OECD

gesundheit.gv.at (2022): Feinstaub: Luftschadstoff Nummer 1 [online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. https://www.gesundheit.gv.at/leben/umwelt/luftschadstoffe/feinstaub.html [Zugriff am 16.08.2022]

Gratt, W.; Doppler, A. (2009): Handbuch Umgebungslärm. Minderung und Ruhevorsorge. Aufl. 2. Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt- und Wasserwirtschaft, Wien

Griebler, Robert; Dür, Walter (2009): Gesundheit und Gesellschaft. In: Gesundheit – Gesundheiten? Eine Orientierungshilfe. Hg. v. Biendarra I., Weeren M. . Königshausen & Neumann, Würzburg. S. 265-S. 284

Griebler, Robert; Winkler, Petra (2015): Public Health Monitoring Framework. unveröffentlicht

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

Haas, Sabine; Antony, Daniela; Antony, Gabriele; Gaiswinkler, Sylvia; Griebler, Robert; Marbler, Carina; Weigl, Marion; Winkler, Petra (2021): Soziale Faktoren der Pandemie. Gesundheit Österreich, Wien

Habermann-Horstmeier, Lotte; Bender, Nicole (2021): Life Course Approach to Health - Gesundheit im Verlauf des Lebens. Kompakte Einführung für alle interdisziplinären Studienfächer. hogrefe, Bern

Habl, Claudia; Braunegger-Kallinger, Gudrun; Haas, Sabine; Ladurner, Joy; Renner, Anna; Ladurner, Joy; Winkler, Petra (2014): Armut und Gesundheit. In: Handbuch Armut in Österreich. Hg. v. Dimmel, Nikolaus; Schenk, Martin; Stelzer-Orthofer, Christine. StudienVerlag, Innsbruck - Wien - Bozen. S. 240-S. 267

Heckman, James J. (2008): Return on Investment: Cost vs. Benefits. University of Chicago

Hodek, Lene; Brettenhofer, Marlene; Ganahl, Kristin; Bechter, Mathias; Geiger, Harald; Schrimer, Stephan; Ulmer, Hanno (2019): Body-Maß-Index der Pflichtschulkinder in Vorarlberg. aks gesundheit GmbH, Bregenz

Hollederer, Alfons; Brand, Helmut (Hg.) (2006): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Hans Huber, Bern

Holt-Lunstad, J; Smith, TB; Baker, M; Harris, T; Stephenson, D (2015): Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. In: Perspective Psychology Science 10/2:227-237

Humer, E.; Pieh, C.; Kisler, I. M.; Schimböck, W.; Schadenhofer, P. (2022): A Longitudinal Study on Mental Well-Being, Perceived Stress Level and Job-Related Meaningfulness of Austrian Telephone Emergency Service Counselors during the COVID-19 Pandemic. In: Int J Environ Res Public Health 19/6:.-3166. doi: 3110.3390/ijerph19063166

Jungbauer-Gans, Monika (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Ungleichheit, soziale Beziehungen und Gesundheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, WiesbadenS. 17-43

Klein, Charlotte; Fröschl, Barbara; Kichler, Rita; Pertl, Daniela; Tanios, Aida; Weigl, Marion (2015): Empfehlungen zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung: Systematische Erfassung, Nutzung und Verankerung von methodischen und praktischen Erkenntnissen aus den Maßnahmen der Vorsorgestrategie. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Klimont, Jeanette; Klotz, Johannes (2016): Lebenserwartung in Gesundheit nach Bundesland, Geburtsland und Schulbildung. Auswertungen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014. In: Statistische Nachrichten9:664-669

Klimont, Jeannette (2020): Österreichische Gesundheitsbefragung 2019, Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien

Klimont, Jeannette; Ihle, P; Baldaszti, Erika; Kytir, J (2008): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der

Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien
Klimont, Jeannette; Prammer-Waldhör, Michaela (2020): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit; Auswertungen der Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
Knittler, Käthe (2018): Atypische Beschäftigung 2017 - allgemein und im Familienkontext. In: Statistische Nachrichten 9/2018/:744-753
Krieger, James; Higgins, Donna L. (2002): Housing and Health: Time Again for Public Health Action. In: American journal of public health 92/5:758-768
Kroll, Lars Eric; Müters, Stephan; Lampert, Thomas (2016): Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012 [online]. Robert Koch-Institut. https://edoc.rki.de/handle/176904/2479 [Zugriff am 15.03.2023]
Künzli, Nino; Perez, Laura; Rapp, Regula (2010): Luftverschmutzung und Gesundheit. European Respiratory Society, Lausanne
Lampert, T; Kroll, LE (2010): Armut und Gesundheit. GBE kompakt. Hg. v. Robert Koch-Institut, Berlin
Lampert, Thomas; Richter, Matthias (2009): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Hg. v. Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus. Springer, Wiesbaden. S. 209-S. 231
Lampert, Thomas; Ziese, Thomas; Saß, Anke Christine; Häfelinger, Michael (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit: Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts-und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Robert Koch-Institut. Hg. v. Robert Koch-Institut, Berlin
Leoni, Thomas (2015): Fehlzeitenreport 2015. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Hg. v. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien
Leoni, Thomas (2020): Fehlzeitenreport 2020. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. Dachverband der Sozialversicherungsträger, Wien
Lingg, Albert; Haller, Reinhard; Bitriol-Dittrich, Isabel (2022): Vorarlberger Suizidbericht 2021. Neue Herausforderungen für die Suizidprophylaxe. aks gesundheit GmbH, Bregenz
Malik, Vasanti S; Popkin, Barry M; Bray, George A; Després, Jean-Pierre; Willett, Walter C; Hu, Frank B (2010): Sugar-Sweetened Beverages and Risk of Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes A meta-analysis. In: Diabetes care 33/11:2477-2483
Murayama, H.; Fujiwara, Y.; Kawachi, I. (2012): Social capital and health: A review of prospective multilevel studies. In: Journal of Epidemiology 22/3:179-187
Niederkrotenthaler, T.; Laido, Z.; Kirchner, S.; Braun, M.; Metzler, H.; Waldhör, T.; Strauss, M. J.; Garcia, D.; Till, B. (2022): Mental health over nine months during the SARS-CoV2 pandemic: Representative cross-sectional survey in twelve waves between April and December 2020 in Austria. In: J Affect Disord 296/:49-58
Nolte, Ellen; Knai, Cécile; McKee, Martin (2008): Managing chronic conditions : experience in eight countries. Observatory Studies Series Bd. 15. Hg. v. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen

Nyqvist, F.; Forsman, A.K.; Giuntoli, G.; Cattan, M. (2013): Social capital as a resource for mental well-being in older people: A systematic review. In: Aging and Mental Health 17/4:394-410

OECD (2020): Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris

Pfortner, Timo-Kolja (2013): Armut und Gesundheit in Europa: Theoretischer Diskurs und empirische Untersuchung. Springer VS, Wiesbaden

Ramelow, Daniela; Griebler, Robert; Hofmann, Felix; Unterweger, Katrin; Mager, Ursula; Felder-Puig, Rosemarie; Dür, Wolfgang (2011): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Ramelow, Daniela; Teutsch, Friedrich; Hofmann, Felix; Felder-Puig, Rosemarie (2015): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

RKI (Hg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Robert Koch-Institut, Berlin

Sartorius, N. (2003): Social capital and mental health. In: Current Opinion in Psychiatry 16/SUPPL. 2:S101-S105

Siegrist, Johannes (2003): "Machen wir uns selber krank.". In: Das Public Health Buch Gesundheit und Gesundheitswesen. Hg. v. Schwartz, Friedrich et al. Urban & Fischer, München. S. 139-S. 151

Siegrist, Johannes; Dragano, Nico; dem Knesebeck, Olaf (2009): Soziales Kapital, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Gesundheitliche Ungleichheit. Hg. v. Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus. Aufl. 2 Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. S. 167-S. 180

Singer, Mafred V; Batra, Anil; Mann, Karl (2011): Alkohol und Tabak, Grundlagen und Folgeerkrankungen. Stuttgart. Thieme Verlag, Stuttgard

Sørensen, Kristine; Van den Broucke, Stephan; Fullam, James; Doyle, Gerardine; Pelikan, Jürgen; Slonska, Zofia; Brand, Helmut (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: BMC public health 12/1:80

Spangl, Wolfgang; Nagl, Christian (2021): Luftgütemessung in Österreich 2020. Umweltbundesamt, Wien

Spangl, Wolfgang; Nagl, Christian (2023): Jahresbericht der Luftgütemessungen in Österreich 2021. Umweltbundesamt, Wien

Statistik Austria (2020): Tabellenband EU-SILC 2019 und Bundesländertabellen mit Dreijahresdurchschnitt EU-SILC 2017 bis 2019, Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Statistik Austria, Wien

Statistik Austria (2021): TABELLENBAND EU-SILC 2020 und Bundesländertabellen mit Dreijahresdurchschnitt EU-SILC 2018 bis 2020. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Bundesanstalt Statistik Österreich (Statistik Austria), Wien

Statistik Austria (2022a): Arbeitsmarktstatistiken. Ergebnisse der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung und der Offenen-Stellen-Erhebung Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien

Statistik Austria (2022b): Demographisches Jahrbuch. Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien
Statistik Austria (2022c): Tabellenband EU-SILC 2021 und Bundesländertabellen mit Dreijahresdurchschnitt EU-SILC 2019 bis 2021. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien
Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2016): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien
Stuckler, David; Basu, Sanjay (2014): Sparprogramme töten. Die Ökonomisierung der Gesundheit. 1 Aufl., Verlag Klaus Wagenbach,
Sundquist, K.; Yang, M. (2007): Linking social capital and self-rated health: A multilevel analysis of 11,175 men and women in Sweden. In: Health and Place 13/2:324-334
Thudium, Jürg; Chélala, Carine (2022): Klimatische Entwicklung in Vorarlberg; Temperatur, Niederschlag, Trockenheit und Ozon. ökoscience
Uhl, Alfred; Bachmayer, Sonja; Kobrna, Ulrike; Puhm, Alexandra; Springer, Alfred; Kopf, Nikolaus; Beiglböck, Wolfgang; Eisenbach-Stangl, Irmgard; Preinsperger, Wolfgang; Musalek, Michael (2009): Handbuch Alkohol - Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends. 3. überarbeitete und ergänzte Auflage. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
Vartanian, Lenny R; Schwartz, Marlene B; Brownell, Kelly D (2007): Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. In: American journal of public health 97/4:667-675
Wang, Xia; Ouyang, Yingying; Liu, Jun; Zhu, Minmin; Zhao, Gang; Bao, Wei; Hu, Frank B. (2014): Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. In: BMJ (Clinical research ed) 349/:g4490-g4490
WHO (1946): Constitution of the World Health Organization. United Nations, City of New York
WHO (2005): ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Stand Oktober 2005. Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen, Genf
WHO (2021): WHO global air quality guidelines World Health Organization, Geneva
WHO (2022): WHO Disussion Paper. (Version dated 12 August 2022) Draft Global Oral Health Action Plan (2023-2030). World Health Organization, Geneva
Wood, Alex J; Burchell, Brendan; Lewis, A (2018): Unemployment and well-being. In: The Cambridge handbook of psychology and economic behaviour. Hg. v. Lewis, Allen. Cambridge University Press, Cambridge. S. 234-S. 259

Land Vorarlberg | Titelbild: ©lhor - stock.adobe.com | www.vorarlberg.at/datenschutz

Xsund

Die Vorarlberger Gesundheitsapp

www.vorarlberg.at/xsund

www.xsund.at

Amt der Vorarlberger Landesregierung
Abteilung Sanitätsangelegenheiten
Landhaus, Römerstraße 15, 6900 Bregenz
T +43 5574 511 24405
gesundheitsdienst@vorarlberg.at
www.vorarlberg.at/gesundheitsbericht