



## Niederösterreichischer Gesundheitsbericht 2002

Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der niederösterreichischen Bevölkerung

Inanspruchnahme und Leistungen des niederösterreichischen Gesundheitssystems

Endbericht



Wien, Dezember 2002

Im Auftrag der Niederösterreichischen Landesregierung



ÖBIG

## **Niederösterreichischer Gesundheitsbericht 2002**

**Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der niederösterreichischen Bevölkerung**

**Inanspruchnahme und Leistungen des niederösterreichischen Gesundheitssystems**

Endbericht

Andreas Birner  
Gerhard Fülöp  
Anton Hlava  
Gabriele Sax  
Günter Sprinzl  
Petra Winkler

Projektkoordination  
Andreas Birner

Wien, Dezember 2002

Im Auftrag der Niederösterreichischen Landesregierung

ISBN 3-85159-0546

Zl. 42453/2002

Die in diesem Bericht verwendeten personenbezogenen Ausdrücke wie z. B. „Patient“ umfassen Frauen und Männer gleichermaßen.

Eigentümer und Herausgeber: Amt der Niederösterreichischen Landesregierung - Für den Inhalt verantwortlich: Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, Gruppe „Gesundheit und Soziales“, Abteilung „Gesundheitswesen/Sanitätsdirektion“, ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) - Adresse: Amt der Niederösterreichischen Landesregierung: A-3109, Telefon: (02742) 9005, Fax: (02742) 9005 12875, E-Mail: [post.gs1@noel.gv.at](mailto:post.gs1@noel.gv.at), <http://www.noel.gv.at>; ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen): A-1010 Wien, Stubenring 6, Telefon (01) 515 61-0, Fax (01) 513 84 72, E-Mail: [nachname@oebig.at](mailto:nachname@oebig.at), <http://www.oebig.at>

# Vorwort

## Im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik steht der Mensch

Das österreichische Gesundheits- und Sozialwesen ist vom Gemeinschaftsgedanken geprägt. Solidarität und Verantwortung in der Gesundheitspolitik bedeutet, dass die Gesunden den Kranken helfen, die Jungen den Alten, die sozial besser Gestellten den sozial Schwachen. Diese Grundwerte einer Gesellschaft sind die Basis meines Denkens.

- Jede Niederösterreicherin und jeder Niederösterreicher hat ein Recht auf bestmögliche medizinische Versorgung.
- Gesundheit darf keine Frage des Einkommens, des sozialen Standes, des Alters, der Bildung und des regionalen Zuganges sein.
- Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik sind eine Aufgabe der öffentlichen Hand, eine Verpflichtung der Politik gegenüber den Menschen. Die Gesellschaft hat dabei die Rahmenbedingungen vorzugeben und die Ressourcen zur Verfügung zu stellen.
- Die Verantwortlichen im Gesundheitswesen haben mit den ihnen anvertrauten Ressourcen so verantwortungsvoll umzugehen, dass die Menschen den besten Nutzen daraus ziehen können.

Diese Grundsätze sollen als Leitlinie für die Verwirklichung von Gesundheitszentren in den einzelnen Regionen gelten, wobei ich die Vision habe, intra- und extramurale Betreuung über den Bereich der Schnittstellen soweit zusammenzuführen, dass dem Patient die optimale Behandlung zugute kommt, und aus volkswirtschaftlicher Sicht kostenintensive Lebensläufe vermieden werden.

Der vorliegende Gesundheitsbericht, dessen Datenstrukturen den Vergleich mit den Gesundheitsberichten der anderen Bundesländer ermöglichen, fungiert als wissenschaftliche Basis sozialer Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung des niederösterreichischen Gesundheitswesens. Der Gesundheitspolitik stehen somit aktuelle und gut fundierte Daten und Informationen über den Gesundheitszustand unserer Bevölkerung zur Verfügung.

Nunmehr sind alle im Gesundheitswesen Tätigen aufgerufen, mit uns gemeinsam daran zu arbeiten, das Gesundheitsbewusstsein unserer Menschen zu stärken und den Gesundheitszustand der Niederösterreicherinnen und Niederösterreicher weiter zu verbessern.

Dies ist für mich ein besonders wichtiges Anliegen, und alle, die im Gesundheitswesen arbeiten, können sich meiner Unterstützung dabei sicher sein.

In diesem Sinne danke ich auch allen sehr herzlich, die an der Erstellung dieses Gesundheitsberichts für Niederösterreich mitgewirkt haben.



**LHStv. Heidemaria Onodi**  
**Gesundheitsreferentin**

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 Einleitung</b> .....	1
1.1 Ziele und Zielgruppen des Gesundheitsberichts 2002 .....	1
1.2 Grundlagen und Rahmenbedingungen.....	1
<b>2. Soziodemographische Faktoren</b> .....	4
2.1 Bevölkerungsstruktur und -entwicklung.....	4
2.2 Sozialstruktur.....	6
2.3 Regionalwirtschaftliche Situation.....	7
2.4 Zusammenfassung .....	8
<b>3. Gesundheitszustand</b> .....	9
3.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit .....	9
3.2 Morbidität .....	16
3.3 Behinderungen .....	22
3.4 Gesundheitliche Selbsteinschätzung.....	24
3.5 Zusammenfassung .....	26
<b>4 Gesundheitliche Einflussfaktoren</b> .....	31
4.1 Somatische Basisdaten .....	31
4.2 Rauchen.....	32
4.3 Ernährung .....	33
4.4 Alkohol und Drogen .....	34
4.5 Sport und Bewegung .....	39
4.6 Gesundheitsvorsorge.....	40
4.7 Umwelt.....	42
4.8 Lebensmittelkontrolle.....	47
4.9 Zusammenfassung .....	49
<b>5 Einrichtungen des Gesundheitswesens</b> .....	52
5.1 Gesundheitsvorsorge und -förderung.....	52
5.2 Ambulante Versorgung .....	56
5.3 Stationäre Versorgung.....	61
5.4 Medizinisch-technische Großgeräte.....	66
5.5 Öffentlicher Gesundheitsdienst .....	66
5.6 Gesundheitsausgaben.....	70
5.7 Zusammenfassung .....	73
<b>6 Ziele und Strategien</b> .....	76
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	90
<b>Begriffsbestimmungen und Methoden</b> .....	96
<b>Bemerkungen zur Datenqualität</b> .....	101
<b>Tabellenanhang</b>	
<b>Kartenanhang</b>	

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1.1:	Altersverteilung in Niederösterreich und in den Bundesländern 2001.....	5
Abbildung 2.1.2:	Altersstruktur in Niederösterreich und in Österreich im Vergleich zwischen 2001 und 2011.....	6
Abbildung 3.1.1:	Fernere Lebenserwartung im Alter von 60 und 75 Jahren in Niederösterreich nach Geschlecht im Zeitverlauf 1981-2000.....	10
Abbildung 3.1.2:	Sterbefälle in Niederösterreich nach Haupttodesursachen und Geschlecht im Zeitraum 1991-2000.....	13
Abbildung 3.1.3:	Sterblichkeit der unter 75-Jährigen in Niederösterreich nach Haupttodesursachen und Geschlecht im Zeitverlauf 1991-2000.....	15
Abbildung 3.2.1:	Krankenhausmorbidity der Niederösterreicher nach Diagnosengruppen 2000 ....	18
Abbildung 3.4.1:	Gesundheitliche Selbsteinschätzung der niederösterreichischen Bevölkerung 1999 im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung.....	25
Abbildung 3.4.2:	Subjektiver Gesundheitszustand nach Bildungsschichten in Niederösterreich 1999.....	26
Abbildung 4.2.1:	Rauchverhalten (täglicher Zigarettenkonsum) der niederösterreichischen Bevölkerung nach Altersgruppen 1991 und 1999.....	33
Abbildung 4.4.1:	Verbreitung problematischen Drogenkonsums in der EU 1996-1998.....	35
Abbildung 4.4.2:	Potenziell alkoholassoziierte Sterblichkeit (altersstandardisiert, Kerndiagnosen) im Durchschnitt der Jahre 1998 bis 2000 nach Bundesländern und insgesamt....	36
Abbildung 4.4.3:	Durch Alkohol verursachte Anteile an Verletzten und Toten in Prozent der im Straßenverkehr Verletzten bzw. Getöteten insgesamt, Durchschnittswert 1998-2000 nach Bundesländern und Österreich.....	37
Abbildung 4.6.1:	Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen in Niederösterreich und in Österreich 1991 bis 1999.....	41
Abbildung 4.8.1:	Ergebnisse des Überwachungsprogramms 2001 zu Pestizidrückständen in Obst und Gemüse.....	48
Abbildung 4.8.2:	Ergebnisse des Tierarzneimittelmonitorings 2001.....	49
Abbildung 5.2.1:	Einsatzstellen der Mobilien Dienste in niederösterreichischen Bezirken im Jahr 2000, Anzahl und Dichte (Anzahl je 10.000 Einwohner im Alter von 65 Jahren und darüber).....	60
Abbildung 5.2.2:	Öffentliche Apotheken, ärztliche Hausapotheken und Versorgungsdichte in den niederösterreichischen Bezirken im Jahr 2000.....	61
Abbildung 5.3.1:	Kapazitäten der Alten- und Langzeitversorgung in den niederösterreichischen Bezirken 1999 im Vergleich zum Bundesland.....	64
Abbildung 5.6.1:	Stationäre Endkosten und Personalkosten der Fonds-Krankenanstalten pro stationären Fall in € im Jahr 2000.....	71
Abbildung 5.6.2:	Ambulante Endkosten und Personalkosten der Fonds-Krankenanstalten pro ambulanten Fall in € im Jahr 2000.....	72
Abbildung 6.1.1:	Dreistufen-Konzept zur Strategieumsetzung und Zielerreichung.....	87

# Abkürzungsverzeichnis

AMS	Arbeitsmarktservice
AN	Anästhesiologie und Intensivmedizin
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AU	Augenheilkunde
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BKK	Betriebskrankenkasse
BMSG	Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen
BTD	Belagstagedichte
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
CH	Chirurgie
COR	Coronarangiographie
CT	Computertomographie
DER	Dermatologie
DIA	Hämodialyse
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten
dmft	decayed missing filled teeth - Milchzähne
DMFT	Decayed Missing Filled Teeth - zweites Gebiss
DSA	Digitale Subtraktionsangiographie
ECT	Emissions-Computertomographie
Eurostat	Statistisches Amt der EU in Luxemburg
FKA	Fonds-Krankenanstalt
GEM	Gemischter Belag
GGH	Gynäkologie und Geburtshilfe
GGP	Österreichischer Großgeräteplan
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
HVSVT	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
ICD-9	International Code of Diseases (9 <sup>th</sup> Revision)
IM	Innere Medizin
KA	Krankenanstalt
KAG	Krankenanstaltengesetz des Bundes
KCH	Kinderchirurgie
KfV	Kuratorium für Verkehrssicherheit
KH	Krankenhaus
KHH	Krankenhausthäufigkeit (inkl. Mehrfachaufnahmen)
KHM	Krankenhausmorbidity (exkl. Mehrfachaufnahmen)
KHV	Krankenhausverband
KI	Kinder- und Jugendheilkunde
K.JNP	Kinder- und Jugendneuropsychiatrie
LAP	Leistungsangebotsplanung
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
LIT	Lithotripsie
LNKL	Landesnervenklinik
LTX	Lebertransplantation
MEL	Medizinische Einzelleistung gemäß LKF
MKC	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
MR	Magnetresonanztomographie
NC	Neurochirurgie
NEO	Neonatologie
NET	Nierenersatztherapie
NEU	Neurologie
NÖGUS	Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds
NTX	Nierentransplantation
NUTS	Nomenclature des unités territoriales statistiques (EU-konforme räumliche Gliederung)
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖKAP/GGP	Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan
ONK	Onkologie
OR	Orthopädie und orthopädische Chirurgie
ÖRK	Österreichisches Rotes Kreuz

PAL	Palliativmedizin
PCH	Plastische Chirurgie
PET	Positronenemissions-Computertomographie
PHM	Physikalische Medizin
PSO	Psychosomatik
PSY	Psychiatrie
PTCA	perkutane transluminale coronare Angioplastie
PUL	Pulmologie
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
PVAng	Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten
PVArb	Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter
QS	Qualitätssicherung
RAD	Diagnostische Radiologie
RZ	Rehabilitationszentrum
SKA	Sonderkrankenanstalt
ST.AT	Statistik Austria
STR	Strahlentherapie-Radioonkologie (Hochvolttherapiegeräte)
SU	Stroke Unit
SVA	Sozialversicherungsanstalt
SZT	Stammzelltransplantation
TGKK	Tiroler Gebietskrankenkasse
TK	Tagesklinik
UBG	Unterbringungsgesetz
UBP	Untersuchungs- und Behandlungsplätze
UC	Unfallchirurgie
UKH	Unfallkrankenhaus
URO	Urologie
VA	Versicherungsanstalt
WHO	Weltgesundheitsorganisation



# 1 Einleitung

## 1.1 Ziele und Zielgruppen des Gesundheitsberichts 2002

Der Niederösterreichische Gesundheitsbericht 2002 beschreibt die gesundheitliche Lage der niederösterreichischen Landesbürger sowie die wichtigsten Merkmale des Gesundheitsversorgungssystems im Land. Der Bericht wendet sich damit an mehrere **Zielgruppen**, und zwar

- an die (gesundheits-)politischen Entscheidungsträger im Land,
- an die interessierte Fachöffentlichkeit und nicht zuletzt auch
- an die breite Öffentlichkeit.

Der Bericht soll nicht nur die Identifikation von gesundheitlichen **Problemfeldern** und **Trends** ermöglichen, sondern auch eine fundierte Grundlage für gesundheitspolitische **Interventionen** im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung bzw. zur Weiterentwicklung des niederösterreichischen Gesundheitsversorgungssystems bilden.

## 1.2 Grundlagen und Rahmenbedingungen

### *Rechtliche Grundlagen*

Gemäß § 10 Reichssanitätsgesetz, RGBl. Nr. 68/1870, ist der Landessanitätsrat als beratendes und begutachtendes Organ der jeweiligen Landesregierung verpflichtet, das für das Gesundheitswesen relevante statistische Material zu sammeln und alljährlich **Landessanitätsberichte** zu verfassen. Die österreichischen Bundesländer erstellen solche Berichte in unterschiedlichem Umfang und unterschiedlicher Qualität. Der vorliegende Bericht knüpft an diese rechtliche Verpflichtung an, baut die Berichterstattung aber im Sinne der Erfordernisse der Zeit und der Vorgaben der Europäischen Union (EU) bzw. der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entsprechend aus.

Die WHO und die EU, aber auch Regierungserklärungen der letzten Legislaturperioden gehen von einem umfassenden **Gesundheitsbegriff** aus. Ein moderner Gesundheitsbegriff muss Zusammenhänge von Gesundheit und Umwelt, Arbeitswelt, Ernährung, Bewegung, Freizeitverhalten, Verkehrssystemen und dergleichen einschließen. Anders die österreichische Rechtssprache, die den Begriff in einer viel engeren Bedeutung verwendet. Danach umfasst Gesundheitswesen speziell jene nach medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen geschaffenen Einrichtungen und Maßnahmen, die der Erhaltung und dem Schutz der Gesundheit der gesamten Bevölkerung, der Feststellung und Behandlung von Krankheiten von Einzelnen und der Pflege von Kranken und Genesenden dienen. Der Begriff „Gesundheitswesen“ in diesem Sinn, wie ihn etwa das RSG und Art. 10 B-VG verwenden, deckt sich also im Wesentlichen mit den Begriffen „Sozialmedizin“ und „Sanitätswesen“.

Ein Gesundheitsbericht kann zwar den oben umschriebenen Verfassungsbegriff nicht ignorieren, zumal die Anknüpfungspunkte des Landesgesetzgebers und der Hoheitsverwaltung auf Landesebene als mögliche Anhaltspunkte für Eingriffe aufzuzeigen sind (entsprechend dem „Legalitätsprinzip“ gemäß Art. 18 (1) B-VG, wonach die gesamte staatliche Verwaltung auf Grund der Gesetze zu vollziehen ist). Ein Gesundheitsbericht muss sich aber nicht auf diese Begrifflichkeit beschränken. Darauf verweisen unter anderem die bisherigen entsprechenden **Programme** der **Europäischen Union**, so der Beschluss Nr. 1400/97/EG des Europäischen Rates vom 30. Juni 1997. Demnach wurde innerhalb des „Aktionsprogramms zur öffentlichen Gesundheit“ (1997 - 2001) ein **Aktionsprogramm** der Gemeinschaft für Ge-

sundheitsberichterstattung beschlossen. Als **Maßnahmen** dieses Programms wurden folgende Ziele festgelegt:

- Festlegung gemeinschaftlicher Gesundheitsindikatoren
- Entwicklung eines gemeinschaftlichen Netzes für die Weitergabe von Gesundheitsdaten
- Analysen und Berichterstattung

Als wichtige **Indikatoren** wurden in diesem EU-Programm Kennzahlen zu folgenden - durchaus über einen „engen Gesundheitsbegriff“ hinausgehenden - Bereichen festgelegt:

- Gesundheitszustand
- Lebensweise und gesundheitsrelevante Gewohnheiten
- Lebens- und Arbeitsbedingungen
- Gesundheitsschutz
- Demographische und soziale Faktoren

Zur Weiterentwicklung des Aktionsprogramms hat die Union einen Vorschlag für einen Beschluss des Europäischen Parlaments und des Rates über ein Aktionsprogramm im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2001 - 2006) ausgearbeitet, in dem ebenfalls Bezugspunkte zur Gesundheitsberichterstattung und zu Gesundheitsindikatoren enthalten sind. Diese EU-Programme bildeten die Grundlage für Gliederung und Inhalte des vorliegenden Niederösterreichischen Gesundheitsberichts 2002.

Der bundesstaatliche Aufbau der Republik Österreich mit seinen zwischen Bund und Ländern geteilten gesetzgeberischen Aufgaben und dem Vollzug darf hier als in seinen Grundzügen bekannt vorausgesetzt werden. Einzelne Aspekte dieser Struktur seien in der gebotenen Kürze und damit Unvollständigkeit aufgezeigt, weil sie vor allem als Anknüpfungspunkte für Maßnahmen im Sinne des bereits erwähnten „Legalitätsprinzips“ wichtig sind. Der **Verfassungstatbestand „Gesundheitswesen“** (in Gesetzgebung und Vollziehung Bundessache gemäß Art. 10 (1) Z. 12 B-VG) sei hier noch einmal in Erinnerung gerufen: Es handelt sich nicht nur um einen engeren Begriff, als er im Zusammenhang mit der Gesundheitsberichterstattung verwendet werden sollte, er schließt überdies verschiedene wichtige Teile des Gesundheitswesens aus, wie z. B. jenen Bereich, der im eigenen Wirkungsbereich der Gemeinden zu besorgen ist (Leichen- und Bestattungswesen, Gemeindesanitätsdienst und vor allem das Rettungswesen).

Eine weitere wichtige „Exklave“ betrifft **Heil- und Pflegeanstalten**, also den Krankenanstaltenbereich, für den nur die sanitäre Aufsicht ausschließliche Bundessache im Sinne von Art. 10 B-VG ist. Allgemein sind dagegen Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten gemäß Art. 12 (1) Z. 1 B-VG nur in der Grundsatzgesetzgebung Bundessache. Die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung sind Landessache. Gleiches gilt auch für Kuranstalten und Kureinrichtungen sowie Angelegenheiten der natürlichen Heilvorkommen.

Ein wichtiger Teil betreffend die Finanzierung des Gesundheitswesens, und zwar das **Sozialversicherungswesen**, ist nach Art. 10 (1) Z. 11 ein eigener Kompetenztatbestand (Gesetzgebung und Vollziehung Bundessache, wobei hier als ein weiteres Element die Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger zu beachten ist). Anknüpfend an das oben zum Thema „Querschnittsmaterie Gesundheitswesen“ bzw. zum umfassenden Gesundheitsschutz Gesagte seien einige weitere Verfassungstatbestände mit Anknüpfungspunkten an das Gesundheitswesen (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) erwähnt:

Im Sinne von Art. 10 B-VG:

- Angelegenheit des Gewerbes und der Industrie (z. B. betrieblicher Umweltschutz);
- Verkehrswesen, Kraftfahrwesen, Bundesstraßenwesen;

- Bergwesen, Forstwesen, Wasserrecht, Wildbachverbauung;
- Luftreinhaltung, Abfallwirtschaft, Veterinärwesen, Ernährungswesen, Nahrungsmittelkontrolle.

Im Sinne von Art. 11 B-VG:

- Statistik;
- Volkswohnungswesen;
- Straßenpolizei;
- Assanierung;
- Armenwesen.

Im Sinne von Art. 12 B-VG:

- Pflanzenschutz;
- Arbeiter- und Angestelltenschutz.

Im Sinne von Art. 15 B-VG:

- Örtliche Sicherheitspolizei (einschließlich Lärmschutz);
- Bauwesen.

Was die Eingriffsmöglichkeiten der Länder in die hier erwähnten Materien betrifft, ist das Rechtsinstitut der **mittelbaren Bundesverwaltung** zu erwähnen: im Bereich der Länder üben namentlich der Landeshauptmann und die ihm unterstellten Landesbehörden regelmäßig die Vollziehung des Bundes aus (Art. 102 B-VG). Nur so weit eigene Bundesbehörden bestehen (z. B. Bundespolizei, Finanzämter), gilt dieser Grundsatz nicht.

### *Datengrundlagen*

Die Voraussetzungen für Gesundheitsberichterstattung sind in Österreich von der Datenlage her relativ günstig. Mit den verfügbaren Daten können praktisch zu allen für die Gesundheitsberichterstattung vorgeschlagenen Bereichen zumindest Eckdaten in hinreichender regionaler Auflösung und in Form von Zeitreihen zusammengestellt werden.

Im vorliegenden Bericht wurden primär die Datenquellen der routinemäßigen **amtlichen Statistik** herangezogen. Die wichtigsten Datenbereiter waren Statistik Austria, das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG), der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSVT), die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) sowie die Ämter der Landesregierungen.

Generell ist festzustellen, dass zur Beschreibung von Mortalität und Krankenhausmorbidity recht zuverlässige Datengrundlagen zur Verfügung standen, dass jedoch in Bezug auf die „ambulante Morbidity“ ein erhebliches Datendefizit besteht. Durch den Mangel an nach einheitlichen Schemata dokumentierten Daten in Bezug auf Ressourcen und Kosten im gesamten Gesundheitswesen werden systemumfassende Darstellungen behindert bzw. zum Teil verunmöglicht. Außerdem ist bei vielen Datenquellen auf Einschränkungen in der **Verlässlichkeit** der Daten bzw. der Auswertungen hinzuweisen (vgl. dazu Abschnitt „Bemerkungen zur Datenqualität“ im Anhang).

### *ÖBIG-Konzept für Gesundheitsberichte der Bundesländer*

Das ÖBIG (Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen) wurde 1998 vom damaligen Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BMAGS) beauftragt, ein **Konzept** für Gesundheitsberichte der Bundesländer zu erstellen. In diesem Projekt wurde ein Konzept entwickelt, das die Vergleichbarkeit der neun Länder-Gesundheitsberichte gewährleisten und außerdem die Vorgaben von WHO und EU zur Gesundheitsberichterstattung berücksichtigen sollte. Der vorliegende Bericht wurde in Anlehnung an dieses Konzept erstellt.

## 2 Soziodemographische Faktoren

### 2.1 Bevölkerungsstruktur und -entwicklung

Im Jahr 2001 lebten gemäß der vorläufigen Ergebnisse der Volkszählung 2001 in Niederösterreich **1.549.700 Menschen**, das sind 19,2 Prozent der österreichischen Gesamtbevölkerung. Demnach ist Niederösterreich - gemessen an der Einwohnerzahl - nach Wien das zweitgrößte Bundesland (gefolgt von Oberösterreich und der Steiermark) und flächenbezogen das größte Bundesland. Weiters stellt Niederösterreich sowohl topographisch als auch regionalwirtschaftlich ein sehr heterogenes Bundesland dar. Die Aufteilung der Bevölkerung nach Geschlechtern ist mit 49 Prozent Männern und 51 Prozent Frauen ausgewogen und entspricht dem österreichischen Bundesdurchschnitt. Auf Bezirksebene weisen die Bezirke Zwettl, Scheibbs und Amstetten die höchsten Männeranteile auf und die Bezirke Mödling und Wien-Umgebung die geringsten. Der Ausländeranteil liegt mit 6,2 Prozent unter dem Österreichdurchschnitt (9,1 %), geringere Ausländeranteile finden sich nur noch in den Bundesländern Kärnten, Steiermark und Burgenland. Innerhalb Niederösterreichs liegt der Ausländeranteil nur im Bezirk Baden (11,5 %) und der Stadt Wiener Neustadt (9,3 %) über dem Österreichwert. Die geringsten Ausländeranteile finden sich in den Bezirken des Waldviertels (insbesondere Waidhofen an der Thaya und Zwettl) sowie im mostviertler Bezirk Scheibbs.

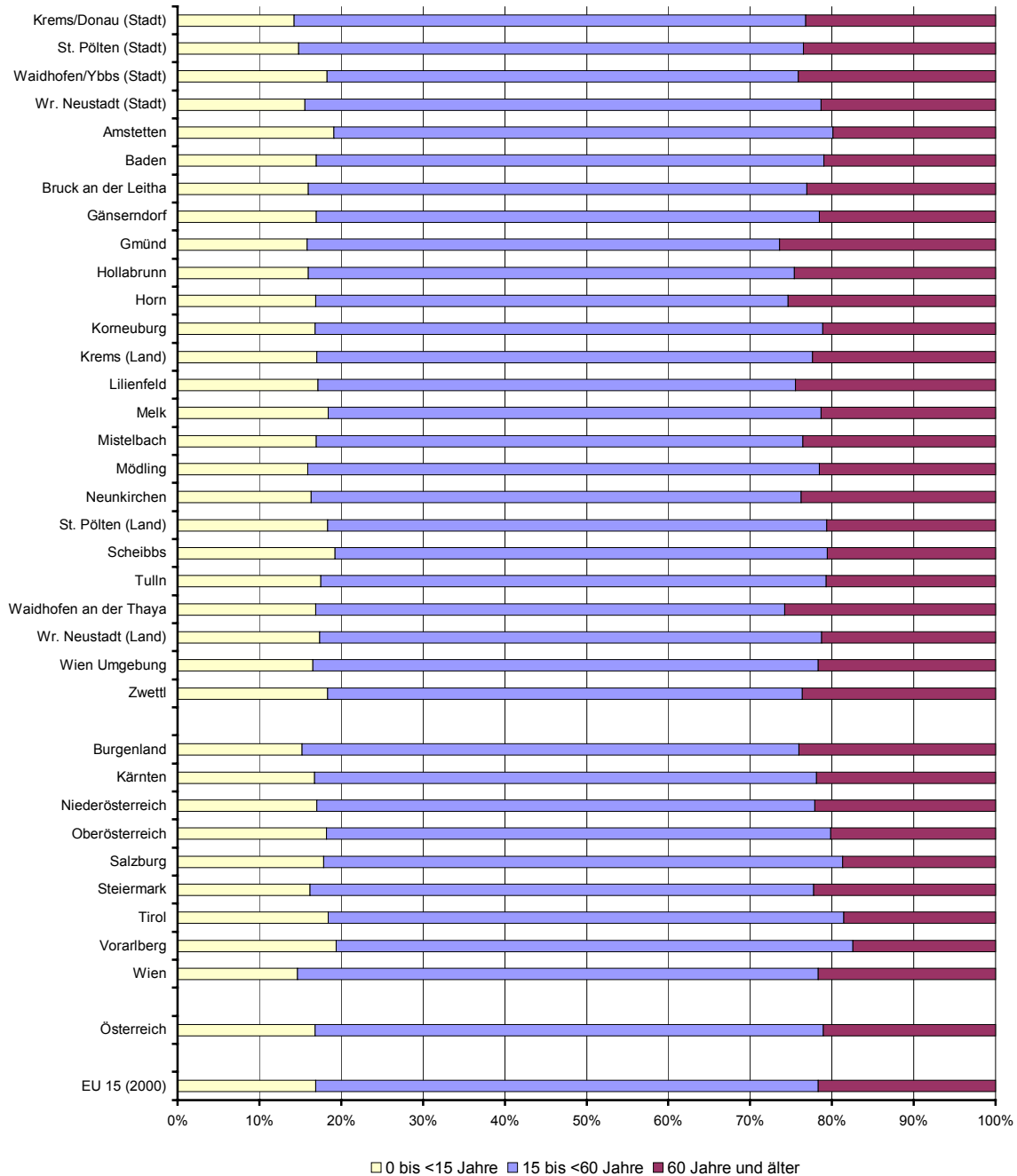
Die **Altersstruktur** der niederösterreichischen Bevölkerung entspricht weitgehend dem Bundesdurchschnitt und damit auch dem EU-Durchschnitt (vgl. nachstehende Abb. 2.1.1). Knapp mehr als ein Fünftel der Niederösterreicher ist 60 Jahre alt oder älter. Umgekehrt sind etwa 35 Prozent der Niederösterreicher jünger als 15 Jahre (vgl. Karte 2.1.1 im Kartenanhang). Regional differenziert zeigen sich jedoch in Niederösterreich sehr deutliche Unterschiede. So ist in den Bezirken des Wald- und Weinviertels (exklusive Gänserndorf) etwa jeder vierte Bewohner 60 und mehr Jahre alt, ebenso liegen die Seniorenanteile in den Bezirken Lilienfeld, Neunkirchen und Bruck an der Leitha sowie in den Statutarstädten Krems, St. Pölten und Waidhofen an der Ybbs über dem Landes- und Bundesdurchschnitt. Umgekehrt lag der Anteil der unter 15-Jährigen in den Bezirken Scheibbs, Amstetten, Melk, St. Pölten (Land), Zwettl und Waidhofen an der Ybbs ein bis zwei Prozentpunkte über dem Landes- und Bundeswert (vgl. Abb. 2.1.1 sowie Tab. 2.1.1 im Tabellenanhang).

Seit dem Jahr 1991 ist die Einwohnerzahl in Niederösterreich um 75.800 Personen oder 5,1 Prozent gestiegen (um 1,6 %-Punkte mehr als die Einwohnerzahl in Österreich insgesamt). Ein kräftigeres **Bevölkerungswachstum** verzeichneten nur noch die Bundesländer Salzburg (+ 7,5 %), Tirol (+ 6,9 %) und Vorarlberg (+ 6,1 %). Die Zahl der Männer (+ 5,8 %) hat in den 1990er-Jahren stärker zugenommen als jene der Frauen (+ 4,5 %), was dem österreichweiten Trend entspricht. Die natürliche Bevölkerungsbewegung (Geburtenbilanz) verursachte in Niederösterreich einen Bevölkerungsrückgang um 0,5 Prozent (Österreich + 0,9 %), der jedoch durch das durch Zu- und Abwanderungen (Wanderungsbilanz) ausgelöste Bevölkerungswachstum von plus 5,6 Prozent überkompensiert wurde. Regional differenziert zeigt sich, dass die Bevölkerungszahl vor allem im engeren und weiteren Umland von Wien überdurchschnittlich stark gestiegen ist (v. a. Baden, Gänserndorf, Korneuburg, Tulln), während Bevölkerungsrückgänge ausschließlich in den Bezirken des ohnehin schon von jahrzehntelanger Abwanderung demographisch geschwächten Waldviertels (ausgenommen Zwettl und Krems) sowie in der Stadt St. Pölten zu verzeichnen waren (vgl. Tab. 2.1.2 im Tabellenanhang).

Der **Anteil älterer Personen** stieg in Niederösterreich dem Österreichdurchschnitt entsprechend. Die Zahl der unter 15-Jährigen nahm in Niederösterreich hingegen um 3,3 Prozent zu, während sie im Bundesdurchschnitt stagnierte (vgl. Tab. 2.1.2).

Die **Geburtenziffer** (Lebendgeborene pro 1.000 Einwohner) ist in Niederösterreich - wie in Österreich insgesamt (Statistik Austria) und in den meisten der 15 EU-Staaten - im Laufe der 1990er-Jahre gesunken. Im Jahr 2000 wiesen innerhalb der EU nur noch Deutschland, Griechenland und Italien geringere Geburtenziffern als Österreich auf. In diesem Jahr lag die Geburtenziffer in Niederösterreich bei 9,1 (1991: 11,7). Das ist vor dem Burgenland und der Steiermark der drittniedrigste Wert aller österreichischen Bundesländer. Der österreichische Durchschnitt betrug vergleichsweise 9,7 (1991: 12,1).

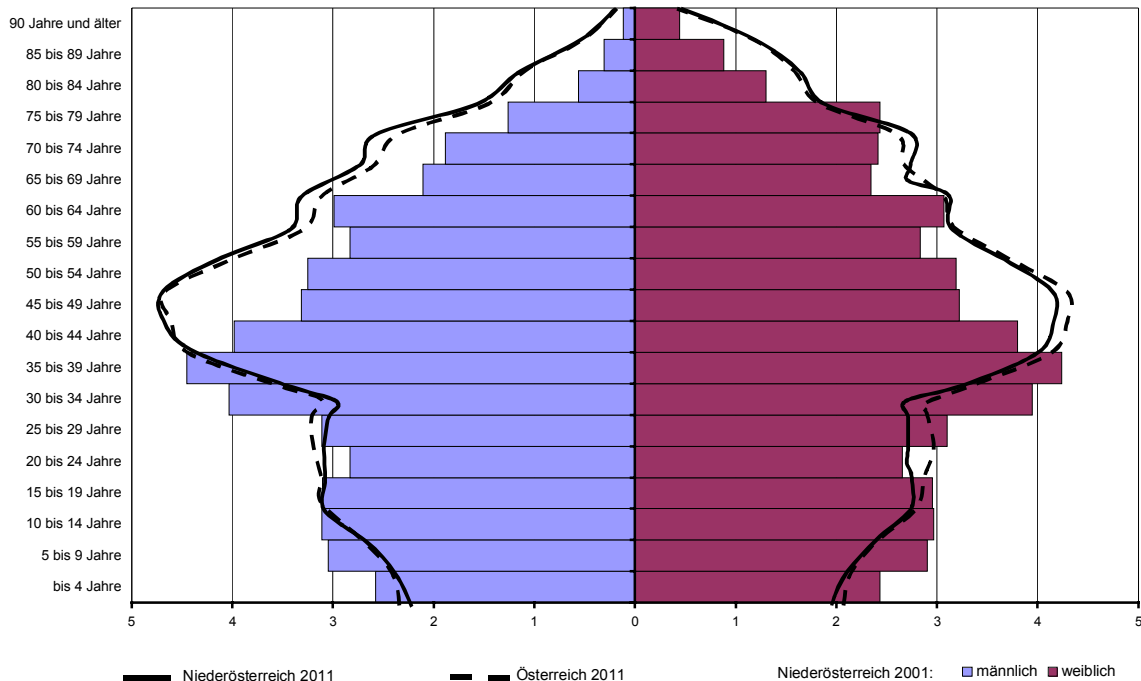
Abbildung 2.1.1: Altersverteilung in Niederösterreich und in den Bundesländern 2001



Quellen: Statistik Austria - Volkszählung 2001; Eurostat

Gemäß der am ÖBIG verwendeten **Bevölkerungsprognose** (regionalisierte Bevölkerungsprognose nach SPITALSKY 1999) wird sich bis zum Jahr 2011 der Alterungsprozess in Österreich und in Niederösterreich fortsetzen, wobei bundesweit ein Bevölkerungsrückgang von 0,3 Prozent prognostiziert wird, für Niederösterreich hingegen eine Zunahme von 1,8 Prozent. Die Altersstruktur Niederösterreichs wird sich in diesem Zeitraum wie österreichweit weiter in Richtung älterer Personen verschieben (vgl. Abb. 2.1.2). Der Anteil der 75- und über 75-Jährigen ist in Niederösterreich zwischen 1991 und 2001 um 0,2 Prozentpunkte auf 7,3 Prozent gestiegen. Gemäß Prognose wird bis zum Jahr 2011 dieser Anteil um 1,3 Prozentpunkte auf 8,6 Prozent anwachsen.

Abb. 2.1.2: Altersstruktur in Niederösterreich und in Österreich im Vergleich zwischen 2001 und 2011<sup>1)</sup>



<sup>1)</sup> laut Bevölkerungsvorausschätzung von SPITALSKY

Quellen: Statistik Austria, Volkszählung 2001; SPITALSKY - Regionalisierte Bevölkerungsprognosen 1999

Bezüglich detaillierter Prognosen zur weiteren Entwicklung der älteren Bevölkerung in Niederösterreich sei hier auf die „Dokumentation der Version 1.0 des veränderungsflexiblen Prognosemodells der Inanspruchnahme der niederösterreichischen Altenhilfe“ (Niederösterreichische Landesakademie 2002b) verwiesen.

## 2.2 Sozialstruktur

Zahlreiche Untersuchungen (vgl. z. B. Doblhammer-Reiter 1995/1996, BMAGS 1999b) untermauern die Hypothese, dass Unterschiede im sozioökonomischen Status mit Unterschieden in den Lebensbedingungen, im Gesundheitsverhalten und in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einhergehen und somit in letzter Konsequenz Unterschiede in Gesundheitszustand, Morbidität und Sterblichkeit bewirken. Gemäß der Hypothese sinkt mit dem sozioökonomischen Status einer Person auch deren Wahrscheinlichkeit, in Gesundheit alt zu werden.

In diesem Gesundheitsbericht werden regionale Unterschiede im Gesundheitszustand auch in Anlehnung an diese Hypothese analysiert. In Ermangelung geeigneter personenbezogener Daten beschränkt sich die diesbezügliche Untersuchung auf das Aufzeigen möglicher Erklärungszusammenhänge zwischen Sozialstruktur und regionalwirtschaftlicher Situation einerseits und dem Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der regionalen Bevölkerung andererseits. Aus diesem Grund sind Sozialstruktur (Kap. 2.2) und die regionalwirtschaftliche Situation (Kap. 2.3) der politischen Bezirke im Berichtszeitraum vorangestellt.

Zur Erfassung und vereinfachten Darstellung der Sozialstruktur wurde aus Indikatoren zum Ausbildungsstand, zur Wohnsituation und zum Brutto-Einkommen ein **synthetischer Indikator** errechnet. Die Indikatoren zur Ausbildung wurden dabei stärker gewichtet als der Einkommensindikator und die Wohnindikatoren (zur Berechnungsmethode siehe den Abschnitt „Begriffsbestimmungen und Methoden“ im Anhang sowie Tab. 2.2.1 im Tabellenanhang).

In Bezug auf diesen synthetischen Indikator liegt Niederösterreich mit 96 Prozent des Österreichwertes im Bundesländervergleich im **Mittelfeld**. Werte über dem Österreichdurchschnitt weisen die Bundesländer Wien, Salzburg und Kärnten auf. Innerhalb Niederösterreichs weisen die Indikatorenwerte in den Wien-nahen Bezirken Baden, Korneuburg, Mödling und Wien-Umgebung sowie in den Städten Krems und Wiener Neustadt auf eine besonders günstige Sozialstruktur (Werte über dem Österreichdurchschnitt) hin. Hingegen liegen die Werte in den Waldviertler Bezirken Gmünd, Waidhofen an der Thaya und Zwettl sowie in den Mostviertler Bezirken Melk, Scheibbs und Lilienfeld unter 80 Prozent des Österreichdurchschnittes (vgl. Tab. 2.2.1 und Karte 2.2.1 im Kartenanhang).

### 2.3 Regionalwirtschaftliche Situation

Zur Erfassung der regionalwirtschaftlichen Situation wurden - in Anlehnung an die Indikatoren zur Abgrenzung der Zielgebiete der EU-Strukturfonds zur regionalen Wirtschaftsförderung - Indikatoren für die regionale Wirtschaftskraft, die Arbeitslosenquote sowie die Entwicklung der Beschäftigung herangezogen und daraus wiederum ein **synthetischer Indikator** gebildet (zur Berechnungsmethode siehe den Abschnitt „Begriffsbestimmungen und Methoden“ im Anhang sowie Tab. 2.3.1 im Tabellenanhang).

Basierend auf diesem synthetischen Indikator liegt Niederösterreich mit 98 Prozent des Österreichwertes im **Mittelfeld** des Bundesländervergleiches. Niedrigere Werte finden sich in der Steiermark, Kärnten und dem Burgenland. Regional differenziert zeigen sich in Niederösterreich sehr deutliche Unterschiede. So weisen die Indikatorenwerte (mehr als 10 %-Punkte über dem Österreichdurchschnitt) in den Wien-nahen Bezirken Bruck an der Leitha, Korneuburg, Mödling, Wien-Umgebung und Tulln sowie in den Bezirken Amstetten (inkl. Waidhofen an der Ybbs) und Horn auf eine überdurchschnittlich gute regionalwirtschaftliche Situation hin. Andererseits erreichen die beiden Bezirke Gmünd und Waidhofen an der Thaya im nördlichen Waldviertel sowie der altindustrielle Bezirk Neunkirchen im südlichen Niederösterreich nicht einmal 90 Prozent des Österreichdurchschnittes (vgl. Tab. 2.3.1 und Karte 2.3.1 im Kartenanhang). Aufgrund der erschwerten Erwerbs- und Beschäftigungschancen stellt der Zentralraum Wien sowie dessen Umland für viele Bewohner des Wald- und Weinviertels sowie des südlichen Niederösterreichs die Arbeitsregion und damit das primäre Pendlerziel dar. Damit wird der Wiener Raum für diese Menschen auch vermehrt zu einem Zentrum der persönlichen Interessen, was vom täglichen Einkauf bis zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen geht und die Versicherung bei der Wiener Gebietskrankenkasse mit einschließt.

## 2.4 Zusammenfassung

Insgesamt zeigt sich, dass Niederösterreich hinsichtlich seiner demographischen Struktur und Entwicklung sowie seiner Sozialstruktur und Wirtschaftssituation eine durchschnittliche Position einnimmt. Die Bevölkerungsstruktur entspricht jener Österreichs, der Einwohnerzuwachs war in den 1990er-Jahren aufgrund von Zuwanderungen überdurchschnittlich, die natürliche Bevölkerungsentwicklung jedoch negativ. Die Geburtenziffer ist die drittniedrigste aller österreichischen Bundesländer und seit 1990 rückläufig.

Innerhalb Niederösterreichs zeigen sich sehr deutliche regionale Unterschiede. So weisen vor allem die Regionen des nördlichen Wald- und Weinviertels aber auch Teile des Mostviertels sowie die altindustriellen Regionen des südlichen Niederösterreichs eine Überlagerung ungünstiger demographischer Strukturen und Entwicklungen mit einer ungünstigen wirtschaftlichen Situation auf. Umgekehrt zeigen die wirtschaftlich prosperierenden Regionen vor allem im engeren und weiteren Umland von Wien auch günstige demographische Strukturen und Entwicklungen. Den engen Verflechtungen mit dem Zentralraum Wien - vor allem in den Bereichen Arbeit, Wohnen und Wirtschaft - kommt in diesem Zusammenhang eine wesentliche Bedeutung zu.



## 3 Gesundheitszustand

### 3.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit

#### *Lebenserwartung bei der Geburt*

Die **Lebenserwartung** wird als ein zentraler Indikator zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung interpretiert. Wenngleich kein direkter zwingender Zusammenhang zwischen der Lebenserwartung und dem Gesundheitszustand besteht, so wird doch davon ausgegangen, dass eine höhere Lebenserwartung mit geringerer Morbidität und daher auch mit besserer Gesundheit assoziiert ist.

Die Lebenserwartung bei der Geburt ist in Niederösterreich im Zeitraum 1991 bis 2000 von rund 72 auf 74,7 Lebensjahre bei Männern und von 78,9 auf 80,8 Jahre bei Frauen **angestiegen**. Die Lebenserwartung der **Männer** lag während des gesamten Vergleichszeitraums leicht unter dem Bundesdurchschnitt, durchschnittlich um 0,3 Jahre (vgl. Karte 3.1.1 im Kartenanhang und Tab. 3.1.1 im Tabellenanhang). Mit Ausnahme der ersten 1990er-Jahre lag die Lebenserwartung auch bei den **Frauen** unter dem Bundesdurchschnitt, mit noch weniger Abstand zu den Österreichwerten (um durchschnittlich 0,1 Jahre) als bei den Männern. In keinem Fall war die niedrigere Lebenserwartung statistisch signifikant (vgl. Karte 3.1.2 und Tab. 3.1.1). Die Steigerung der Lebenserwartung zwischen 1991 und 2000 war in Niederösterreich bei Männern und Frauen um jeweils 0,2 Lebensjahre geringer als in Österreich insgesamt (Niederösterreich: +2,7 Jahre bei Männern und +1,9 Jahre bei Frauen, Österreich: +2,9 Jahre bei Männern und +2,1 Jahre bei Frauen).

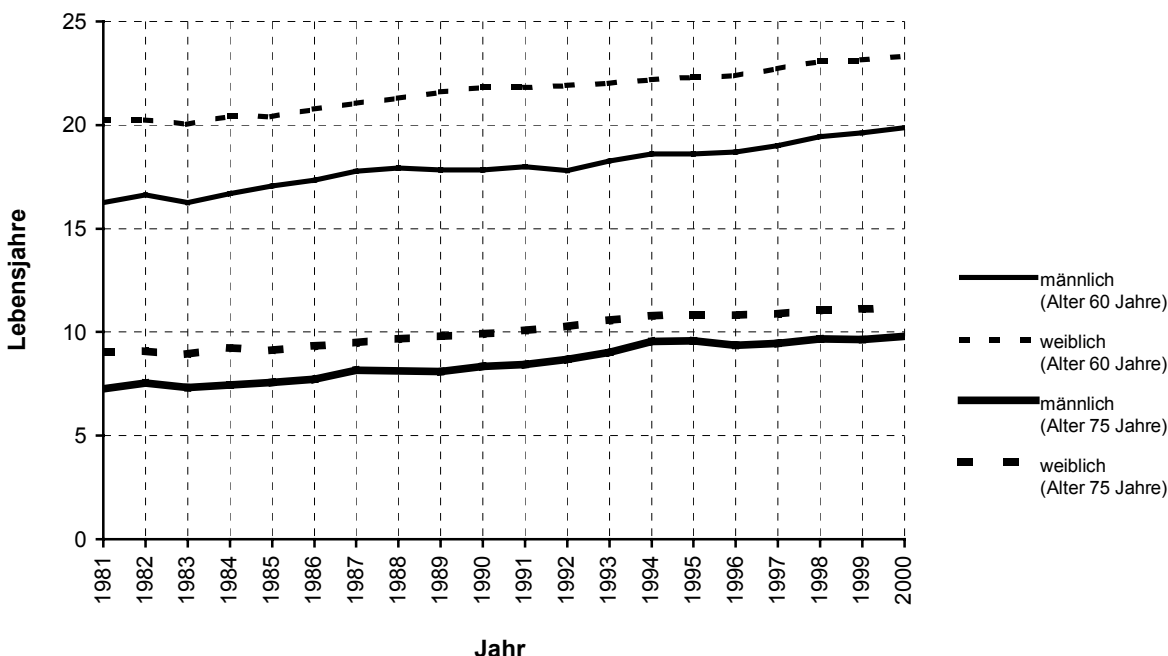
**Wiener Neustadt (Stadt)** ist der Bezirk mit der **niedrigsten** Lebenserwartung in Niederösterreich. Die Lebenserwartung der Männer lag während der 1990er-Jahre durchschnittlich um 1,5 Jahre, die der Frauen um 1,4 Jahre unter dem Bundesdurchschnitt. Weniger ausgeprägt ist diese Situation im Umgebungsbezirk **Wiener Neustadt (Land)**. In der Stadt **Waidhofen/Ybbs** (wiederum etwas weniger deutlich im entsprechenden Umgebungsbezirk Amstetten) ist die Lebenserwartung am höchsten: bei Männern lag sie durchschnittlich 1,4 Lebensjahre über dem Bundesdurchschnitt, bei Frauen waren es 1,7 Lebensjahre. Bei den anderen Bezirken mit Höchst- oder Tiefstwerten gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede: Bei den Männern weisen neben Wiener Neustadt auch die Bezirke des Weinviertels eine besonders niedrige Lebenserwartung auf (Hollabrunn, Mistelbach, Gänserndorf, durchschnittlich 1,5 bis 1,7 Lebensjahre weniger als in Österreich insgesamt). Bei den Frauen ist die Lebenserwartung in Zwettl auffallend niedrig, sie lag während der 1990er-Jahre um durchschnittlich 1,4 Jahre unter dem Bundesdurchschnitt. Um durchschnittlich 1,7 Jahre **länger** als in Österreich insgesamt leben die Frauen in **Wien-Umgebung**, um 1,2 Jahre länger leben die Männer im Bezirk **Mödling**.

#### *„Fernere Lebenserwartung“*

Der Zugewinn an Lebenserwartung von etwa 2,5 Jahren bei der niederösterreichischen Bevölkerung zwischen 1991 und 2000 ist zu einem hohen Anteil auf die Reduktion der Sterblichkeit älterer Menschen zurückzuführen. Ein 60-jähriger Niederösterreicher konnte 1991 mit etwa 18 weiteren Lebensjahren rechnen, im Jahr 2000 hingegen bereits mit 19,5 Jahren - das entspricht einem **Zuwachs** von etwa eineinhalb Jahren. Für eine 60-jährige Niederösterreicherin stieg die Zahl der statistisch erwartbaren weiteren Lebensjahre im selben Zeitraum von etwa 21,8 auf 23,2 Jahre, also ebenfalls um knapp eineinhalb Jahre (vgl. die nachstehende Abb. 3.1.1 und Tab. 3.1.2 im Tabellenanhang). Die „fernere Lebenserwartung“ der 75-

jährigen Landesbürger erhöhte sich ebenfalls bei beiden Geschlechtern, und zwar um etwa 1,4 Jahre bei Männern und um ein Jahr bei Frauen (vgl. Abb. 3.1.1).

Abbildung 3.1.1: Fernere Lebenserwartung im Alter von 60 und 75 Jahren in Niederösterreich nach Geschlecht im Zeitverlauf 1981-2000



Quellen: Statistik Austria - Volkszählungen 1991 und 2001, Todesursachenstatistik 1991-2000; ÖBIG-eigene Berechnungen

Basierend auf den Prognosen der Statistik Austria und des Zentrums für Alterswissenschaften und Sozialpolitikforschung ((Niederösterreichische Landesakademie 2002b) ist davon auszugehen, dass in den nächsten Jahrzehnten die fernere Lebenserwartung weiter ansteigen wird und sich der Bevölkerungsaufbau hinsichtlich der Altersstruktur generell und bei den Männern im Besonderen (höhere Männeranteile in höheren Altersgruppen) wandeln wird.

„Behinderungsfreie Lebenserwartung“

Hier stellt sich die Frage, ob sich mit der steigenden Lebenserwartung insbesondere auch die Lebensqualität der älteren Menschen erhöht, oder ob bloß die Zeitspanne, die mit körperlichen oder geistigen Gebrechen verbracht wird, länger wird. Mit dem statistischen Berechnungskonzept der „behinderungsfreien Lebenserwartung“ lässt sich zeigen, dass für die niederösterreichischen Männer die Zahl der **Lebensjahre**, die sie **frei von** erheblichen körperlichen oder geistigen **Beeinträchtigungen** (das sind solche Behinderungen, die zu einer dauernden Hilfs- bzw. Pflegebedürftigkeit führen) erwarten können, zwischen 1991 und 2000 von etwa 66,5 auf 68,8 Jahre **angestiegen** ist - also um 2,3 Jahre. Auch bei Frauen ist diese erwartbare behinderungsfreie Lebensspanne angestiegen, und zwar um 1,3 Jahre (von 71,8 Jahren auf 73,1 Jahre; vgl. Tab. 3.1.3 im Tabellenanhang).

Dies bedeutet aber auch, dass die älteren Niederösterreicher mit knapp sechs Lebensjahren und die älteren Niederösterreicherinnen mit fast acht Jahren rechnen müssen, die sie - in der Regel im letzten Lebensabschnitt - mit funktionellen **Einbußen ihrer körperlichen bzw.**

**geistigen Fähigkeiten** zubringen. Diese **Lebensspanne** hat sich in den letzten zehn Jahren in Niederösterreich wie auch im bundesweiten Trend **verlängert**: bei den Männern um etwa 0,5 Jahre, bei den Frauen um 0,6 Jahre. Da die „behinderungsfreie Lebenserwartung“ durch Verknüpfung der Todesursachenstatistik und von Daten aus dem Mikrozensus (nur auf NUTS-III-Ebene sinnvoll auflösbar) ermittelt wird, wird hier auf eine Darstellung auf Bezirksebene verzichtet.

### *Säuglingssterblichkeit*

Die **Säuglingssterblichkeit** (im 1. Lebensjahr Verstorbene pro 1.000 Lebendgeborene; in Niederösterreich gab es im Zeitraum 1991 bis 1999 insgesamt 6.050 im 1. Lebensjahr Verstorbene bei rund 16.100 Lebendgeborenen pro Jahr) wird häufig als Kenngröße für das Gesundheitsniveau in einer Region (insbesondere der Mütter), aber auch für die Qualität der neonatologischen Versorgung herangezogen. Die Säuglingssterblichkeit konnte seit den 1960er-Jahren in Österreich deutlich reduziert werden, auch in Niederösterreich, wo der Wert im Jahr 1965 noch 28,4 ausmachte, im Jahr 1999 hingegen nur mehr 5,1. Niederösterreich lag mit dieser Entwicklung im österreichweiten Trend (vgl. Tab. 3.1.4 im Tabellenanhang). Auch im Vergleich zum EU-Durchschnitt zeigt sich eine sehr günstige Entwicklung: Bis Anfang der 1990er-Jahre war die Säuglingssterblichkeit in Niederösterreich höher als in der EU, ab 1991 war sie stets darunter. Die Säuglingssterblichkeit betreffend zeigt sich insgesamt also eine **durchschnittliche bis günstige Situation** für Niederösterreich.

Besser stellt sich die Situation in Bezug auf die **neonatale Säuglingssterblichkeit** (im 1. Lebensmonat Verstorbene pro 1.000 Lebendgeborene) dar. 1980 lag der Wert zwar noch über dem Bundesschnitt, ab 1985 war er mit zwei Ausnahmen von 1994 und 1999 in allen Jahren teilweise deutlich darunter. Im Durchschnitt der 1990er-Jahre war die neonatale Sterblichkeit in Niederösterreich um 0,4 Verstorbene pro 1.000 Lebendgeborenen niedriger als in Österreich insgesamt. Zuletzt allerdings wurden in Niederösterreich 3,4 im ersten Lebensmonat Verstorbene gezählt, während der Wert für Österreich bei 2,9 lag (vgl. Tab. 3.1.5 im Tabellenanhang). Auch hier sind jedoch die Abweichungen vom Bundesdurchschnitt aufgrund der geringen Fallzahlen nicht signifikant.

### *Sterblichkeit und „vorzeitige Sterblichkeit“*

Die Sterblichkeit (Mortalität) wird aus der Relation zwischen der Anzahl der Verstorbenen und der Wohnbevölkerung berechnet und zumeist in der Dimension „Verstorbene pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahr“ angegeben. Nach dem international gebräuchlichen Konzept des **„Avoidable Death“** („vermeidbare Sterblichkeit“) bzw. des **„Premature Death“** („vorzeitige Sterblichkeit“) wird bei der Berechnung dieses Indikators häufig eine Einschränkung auf die **unter 75- oder unter 65-Jährigen** vorgenommen.

Dadurch können auch statistische Probleme, die sich aus Unklarheiten bezüglich der Haupttodesursache bei hochbetagten, multimorbiden Personen ergeben, reduziert werden. Da die Einschränkung auf die unter 75-jährig bzw. unter 65-jährig Verstorbenen außerdem Aussagen ermöglicht, die für die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention besonders relevant sind, wird nachfolgend nicht nur auf die Gesamtsterblichkeit in Niederösterreich, sondern wiederholt auch auf die („vorzeitige“) Sterblichkeit der unter 75- bzw. unter 65-Jährigen Bezug genommen.

### *Sterblichkeit in Niederösterreich im regionalen Vergleich*

In Niederösterreich versterben jährlich durchschnittlich rund **7.400 männliche** und rund **8.700 weibliche** Personen, dennoch ist die altersstandardisierte **Sterblichkeit der Männer**

deutlich **höher** als jene der Frauen. Insgesamt ist die Sterblichkeit in Niederösterreich - spiegelbildlich zur leicht unterdurchschnittlichen Lebenserwartung - im Vergleich zu anderen Bundesländern eher **hoch**. Die Gesamtsterblichkeit ist in Niederösterreich bei beiden Geschlechtern statistisch hochsignifikant über dem Bundesdurchschnitt, aber niedriger als in Wien und im Burgenland. Überdurchschnittlich sind insbesondere Todesfälle aufgrund von Herz-/Kreislaufkrankungen bei beiden Geschlechtern (hochsignifikant). Bei niederösterreichischen Männern führen außerdem Verdauungserkrankungen sowie Verletzungen und Vergiftungen überdurchschnittlich oft zum Tod (ebenfalls hochsignifikant, vgl. Tab. 3.1.6 im Tabellenanhang). Auf Bezirksebene zeigt sich ein besonders ungünstiges Bild für **Wr. Neustadt Stadt**: bei beiden Geschlechtern lag die Gesamtsterblichkeit im Zeitraum 1991 bis 2000 (Bezugszeitraum des vorliegenden Berichts) mit 15 bis 16 Prozent über dem bundesweiten Durchschnitt und statistisch hochsignifikant über dem Landesschnitt. Hauptursachen für diesen Wert sind bei Männern Herz-/Kreislaufkrankungen, Krebs und Verdauungserkrankungen, bei Frauen Verletzungen und Vergiftungen sowie Verdauungserkrankungen. Bei Männern noch deutlicher (ebenfalls hochsignifikant), bei Frauen weniger deutlich (signifikant) erhöht ist die Sterblichkeit im Bezirk **Mistelbach**, verursacht insbesondere durch Herz-/Kreislaufkrankungen sowie Krebs und Verdauungserkrankungen (nur bei Männern). In den Bezirken **Gänserndorf** und **Hollabrunn** liegt die Gesamtsterblichkeit der **Männer** statistisch signifikant über dem Landesschnitt (8 bis 10 % über dem Bundesschnitt). Hauptverantwortlich dafür ist in erster Linie eine signifikant hohe Krebssterblichkeit. Bei den **Frauen** ist die Gesamtsterblichkeit noch im Bezirk St. Pölten-Land hochsignifikant und in den Bezirken **Melk**, **Waidhofen/Thaya** und **Wien Umgebung** signifikant erhöht, hervorgerufen durch die teilweise hochsignifikant überdurchschnittliche Sterblichkeit aufgrund von Herz-/Kreislaufkrankungen. Die Abweichungen von der bundesweiten Gesamtsterblichkeit betragen in diesen Bezirken zwischen acht und 13 Prozent. Die geringste Gesamtsterblichkeit des Landes zeigt sich in Waidhofen/Ybbs-Stadt, Zwettl (insbesondere bei Frauen) und Mödling (bei Männern): hier liegt die Gesamtsterblichkeit auch unter dem Bundesschnitt (um mehr als 5 %, vgl. dazu auch Karte 3.1.4 im Kartenanhang).

### *Haupttodesursachen*

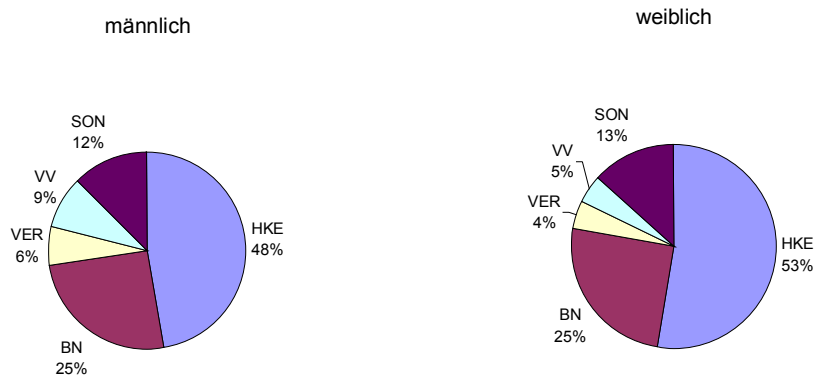
Bei beiden Geschlechtern werden als **häufigste** Todesursachen **Herz-/Kreislauf-** sowie **Krebserkrankungen** angegeben, wobei bei den Frauen mehr als die Hälfte der Todesfälle durch Herz-/Kreislaufkrankungen (inkl. Hirngefäßerkrankungen wie z. B. Schlaganfälle) verursacht werden, bei den Männern hingegen nur rund 48 Prozent (vgl. nachstehende Abb. 3.1.2). Bei beiden Geschlechtern ist etwa ein Viertel der Todesfälle auf Krebserkrankungen zurückzuführen.

Bei Männern spielen **gewaltsame** Todesursachen (Unfälle, Verletzungen und Vergiftungen) mit etwa neun Prozent aller Todesfälle in Niederösterreich eine weit wichtigere Rolle als bei Frauen (rund 5 %). Etwa sechs Prozent der Todesfälle von Männern und vier Prozent der Todesfälle von Frauen sind auf Verdauungserkrankungen (das sind insbesondere Lebererkrankungen) zurückzuführen. 12 bzw. 13 Prozent aller Todesfälle entfallen auf die Restkategorie der „sonstigen Erkrankungen“.

### *Sterblichkeit nach Haupttodesursachen im Zeitverlauf 1991-2000*

Analog zur steigenden Lebenserwartung ist die **Sterblichkeit** der niederösterreichischen Bevölkerung in den letzten zehn Jahren bei beiden Geschlechtern kontinuierlich **gesunken**. Auch in der („vorzeitigen“) Mortalität der unter 75-Jährigen zeigt sich ein rückläufiger Trend, der absolut betrachtet bei den Männern deutlicher ausgeprägt war als bei den Frauen (vgl. nachstehende Abb. 3.1.3).

Abbildung 3.1.2: Sterbefälle in Niederösterreich nach Haupttodesursachen und Geschlecht im Zeitraum 1991-2000



**Legende:**

HKE = Herz-/Kreislauferkrankungen (ICD9 390.x - 459.x)  
 BN = Bösartige Neubildungen (Krebserkrankungen, ICD9 140.x - 208.x)  
 VER = Krankheiten der Verdauungsorgane (ICD9 520.x - 579.x)  
 VV = Verletzungen und Vergiftungen (ICD9 E800.x - E999.x)  
 SON = Sonstige Erkrankungen (verbleibende ICD9-Codes)

Quellen: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 1991-2000; ÖBIG-eigene Berechnungen

Bei den **unter 75-Jährigen** sind die Haupttodesursachen jedoch anders verteilt als bei der Gesamtbevölkerung. Während hier bei den **Männern** ebenfalls die **Herz-/Kreislauferkrankungen** als Todesursache (knapp gefolgt von den Krebserkrankungen) dominieren, steht bei den **Frauen** umgekehrt der **Krebs** (knapp gefolgt von den Herz-/Kreislauferkrankungen) im Vordergrund (vgl. Abb. 3.1.3).

Gewaltsame Todesursachen und Tod aufgrund von Verdauungserkrankungen spielen auch bei den unter 75-jährigen Männern eine wesentliche Rolle (etwa 13 bzw. 8 % aller Todesursachen sind darauf zurückzuführen, das ist deutlich mehr als bei den Männern insgesamt), bei den Frauen hingegen kaum (trotzdem ist der Anteil von gewaltsamen Todesursachen bei den unter 75-jährigen Frauen mit 8 % deutlich größer als bei den Frauen insgesamt).

**„Problemregionen“**

Die gesundheitliche Situation der niederösterreichischen Bevölkerung ist aufgrund der Parameter „Lebenserwartung“ und „Sterblichkeit“ als eher ungünstig einzuschätzen. Bei einer detaillierten Analyse der Mortalität nach Todesursachengruppen und einzelnen Bezirken zeigen sich große geschlechtsspezifische Unterschiede, sodass es sinnvoll erscheint, die folgenden **Auffälligkeiten** nach Männern und Frauen getrennt zu beschreiben (vgl. Tab. 3.1.6 bis 3.1.8 im Tabellenanhang).

**Männer:**

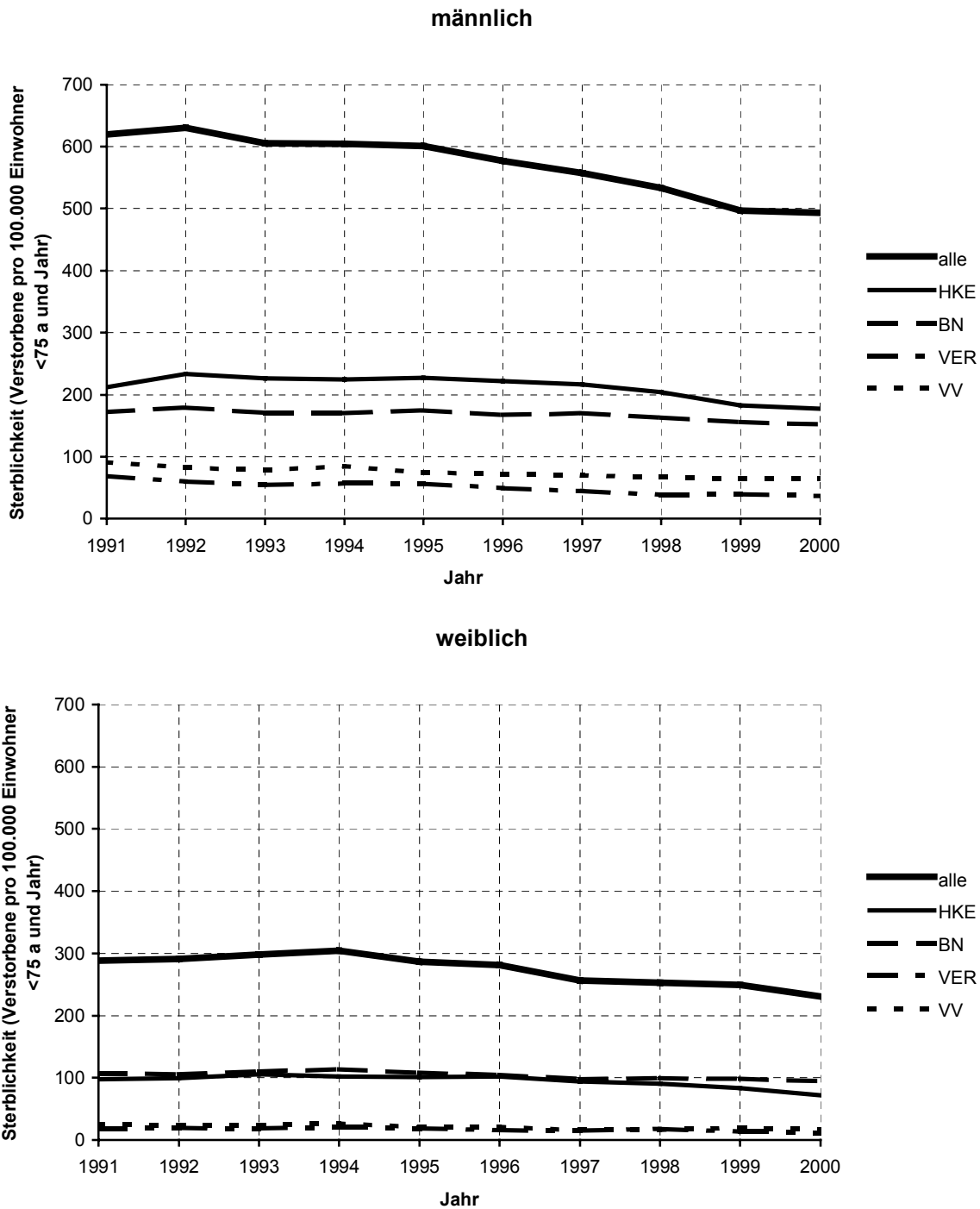
- Signifikant erhöhte Gesamtsterblichkeit in **Mistelbach**, auch bei den unter 75- und unter 65-jährigen Männern; sowohl insgesamt, als auch in den beiden Alterskategorien ist die Sterblichkeit aufgrund von **Verdauungserkrankungen** erhöht, die erhöhte Sterblichkeit aufgrund von **Herz-/Kreislauferkrankungen** und **Krebs** ist bei allen Mistelbacher Männern signifikant und bei den unter 75-Jährigen geringfügig signifikant über dem niederösterreichischen Durchschnitt.

- Signifikant erhöhte Gesamtsterblichkeit bei den unter 75- und unter 65-jährigen Männern in **Hollabrunn** (bei den Männern insgesamt immerhin noch geringfügig signifikant erhöht); insbesondere die Sterblichkeit aufgrund von **Verdauungserkrankungen** (in allen drei Alterskategorien hochsignifikant), von **Verletzungen und Vergiftungen** (bei den unter 75- und unter 65-jährigen Männern signifikant und bei den Hollabrunnern Männern insgesamt geringfügig signifikant) und von **Krebs** (geringfügig signifikant in allen drei Altersgruppen) liegt über dem niederösterreichischen Durchschnitt.
- **Geringfügig signifikant erhöhte Sterblichkeit** im Bezirk **Gänserndorf** (bei den unter 75-Jährigen sogar signifikant), verursacht insbesondere durch die erhöhte Sterblichkeit aufgrund von **Krebserkrankungen** (bei den unter 75-Jährigen signifikant, ansonsten geringfügig signifikant über dem niederösterreichischen Durchschnitt) und **Herz-/Kreislaufkrankungen** (bei den unter 75-Jährigen deutlich über dem Landesschnitt);
- signifikant erhöhte **Sterblichkeit** im Bezirk **Wr. Neustadt (Stadt)** auch bei den unter 75- und unter 65-Jährigen, hier führen vor allem **Herz-/Kreislaufkrankungen und Krebs** häufiger zum Tod als im restlichen Landesgebiet;
- signifikant erhöhte Sterblichkeit aufgrund von **Herz-/Kreislaufkrankungen**, auch bei den unter 75-Jährigen, im Bezirk **Baden**;
- signifikant erhöhte Sterblichkeit aufgrund von **Verletzungen und Vergiftungen**, auch bei den unter 75- und unter 65-Jährigen, im Bezirk **Scheibbs**;
- geringfügig signifikant erhöhte Mortalität aufgrund von **Herz-/Kreislaufkrankungen** im Bezirk **Neunkirchen**;
- geringfügig signifikant erhöhte Mortalität aufgrund von **Verletzungen und Vergiftungen** im Bezirk **Melk**, auch bei den unter 75- und unter 65-Jährigen.

Frauen:

- Signifikant erhöhte Gesamtsterblichkeit in **Wr. Neustadt (Stadt)**, auch bei den unter 75-jährigen Frauen; die erhöhte Sterblichkeit aufgrund von **Herz-/Kreislaufkrankungen** sowie **Verletzungen und Vergiftungen** liegt deutlich über dem niederösterreichischen Durchschnitt; bei den unter 75-Jährigen ist darüber hinaus die Sterblichkeit aufgrund von Verdauungserkrankungen erhöht;
- signifikant erhöhte Gesamtsterblichkeit im Bezirk **St. Pölten (Land)**, verursacht allein durch eine signifikant über dem Landesschnitt liegende Sterblichkeit aufgrund von **Herz-/Kreislaufkrankungen**; Krebserkrankungen als insgesamt zweit häufigste Todesursache in Niederösterreich führen in St. Pölten (Land) seltener zum Tod als in fast allen anderen niederösterreichischen Bezirken (nur Zwettl weist eine niedrigere Krebsmortalitätsrate auf);
- erhöhte Gesamtsterblichkeit in den Bezirken **Melk, Mistelbach und Wien-Umgebung**, die vor allem auf eine erhöhte Sterblichkeit aufgrund von **Herz-/Kreislaufkrankungen** zurückzuführen ist;
- erhöhte Gesamtsterblichkeit im Bezirk **Waidhofen/Thaya**;
- erhöhte Mortalität aufgrund von **Krebserkrankungen** in **Mödling**, auch bei den unter 75-jährigen Frauen; bei den unter 75-Jährigen ist darüber hinaus die Sterblichkeit aufgrund von Verdauungserkrankungen erhöht;
- erhöhte Mortalität aufgrund von **Herz-/Kreislaufkrankungen** in **Gänserndorf**.

Abbildung 3.1.3: Sterblichkeit der unter 75-Jährigen in Niederösterreich nach Haupttodesursachen und Geschlecht im Zeitverlauf 1991-2000



**Legende:**

- HKE = Herz-/Kreislaufkrankungen (ICD9 390.x - 459.x)
- BN = Bösartige Neubildungen (Krebserkrankungen, ICD9 140.x - 208.x)
- VER = Krankheiten der Verdauungsorgane (ICD9 520.x - 579.x)
- VV = Verletzungen und Vergiftungen (ICD9 E800.x - E999.x)

Anm.: Trends bei beiden Geschlechtern in Bezug auf die Gesamtsterblichkeit, auf HKE und auf VER hochsignifikant sinkend ( $p > 0,01$ ), in Bezug auf BN signifikant sinkend ( $p > 0,05$ ); in Bezug auf VV keine signifikante Trendentwicklung.

Quellen: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 1991-2000; ÖBIG-eigene Berechnungen

### 3.2 Morbidität

#### *Datenlage*

Im Gegensatz zur Ermittlung der Sterblichkeit aus der Todesursachenstatistik, die weitgehend Vollständigkeit und gute Datenqualität (letztere bedingt durch die relativ hohe Obduktionsrate in Österreich) gewährleistet, kann es bei der Interpretation regional vergleichender Auswertungen von **Daten** zur **Morbidität**, also zur Häufigkeit von Erkrankungen (dazu zählen insbesondere die Krebsstatistik sowie die Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten, nachfolgend als „DLD“ bezeichnet), zu **Verzerrungen** kommen. So ist etwa die Tatsache zu berücksichtigen, dass die aus der DLD berechnete Krankenhaushäufigkeit nicht nur durch epidemiologische Faktoren, sondern auch durch verschiedene andere Faktoren (z. B. durch die regionale Akutbettendichte, die Verkehrswege, Zahl und Fächermix der niedergelassenen Ärzte oder durch regionalwirtschaftliche Faktoren) beeinflusst wird. Aus diesem Grund wird auch bei der Analyse der Krankenhausmorbidität auf den Bundesländervergleich verzichtet.

Während zur Krebsinzidenz und zur „stationären“ Morbidität (also für „hochakute Morbidität“) wenigstens flächendeckende Datengrundlagen zur Verfügung stehen, ist die Abbildung der „ambulanten“ Morbidität aufgrund mangelnder adäquater Datengrundlagen besonders schwierig. In der Regel wird daher zur Abbildung dieser „ambulanten“ Morbidität auf Survey-Daten, die über eine Stichprobenbefragung der Bevölkerung erhoben werden, zurückgegriffen (Anzahl der befragten Personen im Alter über 15 Jahre in Österreich rund 49.000 bzw. in Niederösterreich rund 7.000). Die aktuellste derartige Erhebung ist das von Statistik Austria im September 1999 durchgeführte Mikrozensus-Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“, das mit praktisch identem Fragenprogramm auch schon 1981 und 1991 durchgeführt wurde. Allerdings wurden einzelne Fragen in unterschiedlicher Weise gestellt, sodass bei diesen Fragen - vor allem die Morbidität betreffend - ein unmittelbarer Vergleich zwischen 1991 und 1999 aus datentechnischen Gründen nur mit Einschränkungen möglich ist.

#### *Krankenhausmorbidität („stationäre Morbidität“)*

Im Jahr 2000 wurden niederösterreichische Landesbürger laut Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten insgesamt rund 433.000 Mal in einem Krankenhaus in Österreich (in Fonds-Krankenanstalten oder Nicht-Fonds-Krankenanstalten, unabhängig von Rechtsstatus und Standort der jeweiligen KA) stationär aufgenommen. Diese rund **433.000 „stationären Fälle“** beinhalten auch die mehrfach aufgenommenen Patienten. Blendet man diese „Mehrfachaufnahmen“ aufgrund derselben Erkrankung (die insbesondere bei der Behandlung von Krebspatienten und psychiatrischen Patienten entstehen) aus, so ergibt sich, dass die rund 433.000 „stationären Fälle“ von rund **326.000 Personen** („stationären Patienten“) „erzeugt“ wurden. Im Durchschnitt wird also etwa jeder fünfte Niederösterreicher zumindest ein Mal pro Jahr stationär in die Krankenhauspflege aufgenommen.

251.000 dieser rund 326.000 stationären Patienten aus Niederösterreich wurden im Jahr 2000 auch in niederösterreichischen Krankenanstalten versorgt (77 %), etwa 57.000 (17 %) wurden in Wiener Krankenanstalten aufgenommen, der geringfügige Rest verteilte sich auf die anderen Bundesländer. Abgesehen von diesem relativ hohen Grad an Mitversorgung durch Wiener Krankenanstalten weist dies auf eine **Eigenständigkeit** Niederösterreichs in der Krankenhausversorgung hin. Neben der Versorgung der eigenen Landesbürger übernahmen die niederösterreichischen Krankenanstalten auch die Versorgung von rund 41.000 **Gastpatienten** aus dem restlichen Inland und 1.200 aus dem Ausland.



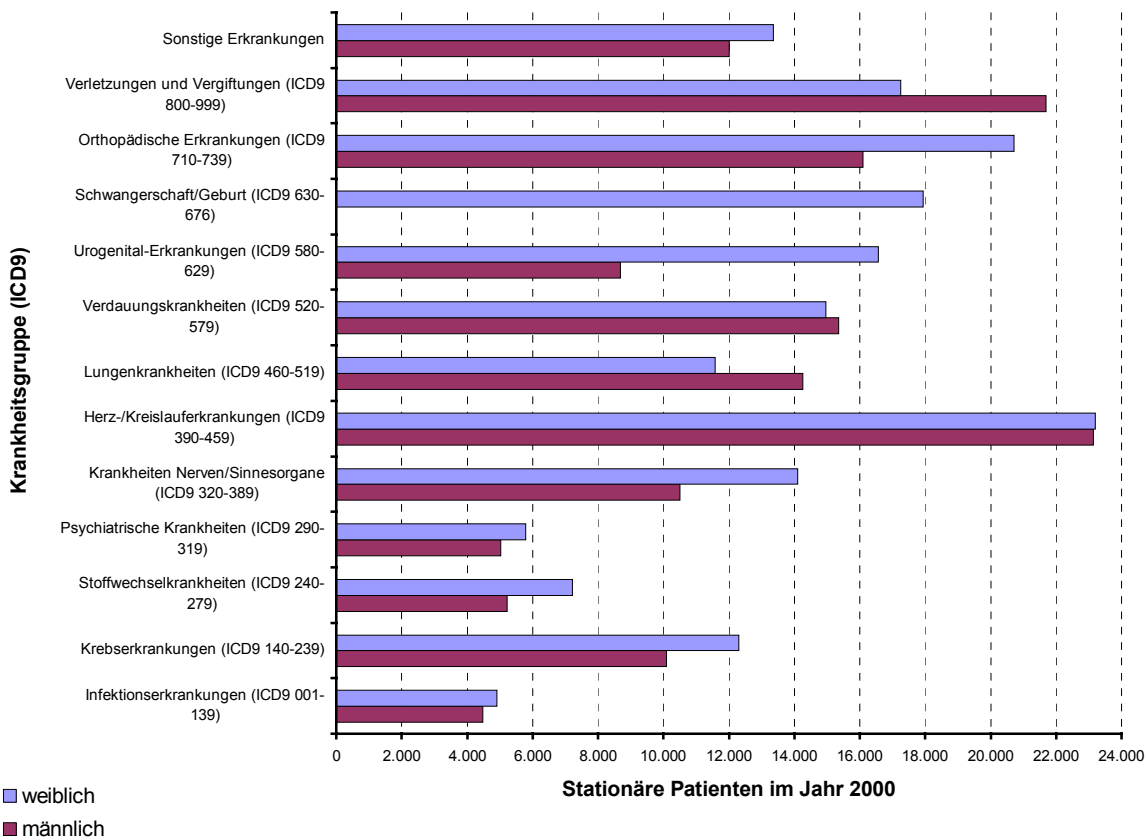
Niederösterreich lag im Jahr 2000 hinsichtlich der Krankenhaushäufigkeit (KHH) mit rund 280 stationären Fällen pro 1.000 Einwohner und Jahr unter dem Bundesdurchschnitt (290 Fälle pro 1.000 Einwohner). Anfang der 1990er-Jahre war der Abstand geringfügig größer, aber im Verlauf der letzten Dekade ist die Zahl der Krankenhausfälle von niederösterreichischen Landesbürgern etwas stärker gestiegen als im bundesweiten Durchschnitt. Die - für die Analyse der Erkrankungsprävalenz eigentlich interessante - **Krankenhausmorbidity** (KHM, gemessen in Krankenhausaufnahmen exkl. Mehrfachaufnahmen pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung) liegt mit etwa 177 stationären Patienten pro 1.000 Einwohner etwa im **Bundesdurchschnitt**.

Die Krankenhausmorbidity unterliegt innerhalb des Bundeslandes deutlichen **regionalen Schwankungen**, mit den höchsten Morbidityraten in den Städten St. Pölten und Krems sowie in den Bezirken Amstetten, Lilienfeld und Wien-Umgebung und den niedrigsten in Wr. Neustadt-Land. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ist die Krankenhausmorbidity in Krems (Stadt) und St. Pölten (Stadt) statistisch signifikant hoch, sowohl bei Männern als auch bei Frauen (vgl. Karten 3.2.1 und 3.2.2 sowie Tab. 3.2.1 im Anhang). Hier beträgt die Abweichung vom Bundesschnitt mehr als zehn Prozent.

Die **zeitliche Entwicklung** in der Krankenhaushäufigkeit der niederösterreichischen Landesbürger (Krankenhaushäufigkeit inklusive Mehrfachaufnahmen) ist von zwei Phänomenen gekennzeichnet, die den österreich- und europaweit beobachteten Trends entsprechen: Einerseits stieg die Zahl der stationären Fälle um insgesamt knapp ein Drittel kontinuierlich an (von etwa 330.000 im Jahr 1991 auf etwa 433.000 im Jahr 2000), andererseits sank die durchschnittliche Belagsdauer im Krankenhaus um insgesamt mehr als ein Viertel ebenso kontinuierlich ab (von rund 10,2 Belagstagen pro Aufenthalt im Jahr 1991 auf rund 7,3 Tage pro Aufenthalt im Jahr 2000). Weniger deutlich, aber ebenso kontinuierlich stieg die Zahl der jährlich im Krankenhaus behandelten Patienten im Beobachtungszeitraum (um 17 %).

Die häufigsten **Ursachen** für eine **Krankenhausaufnahme** von niederösterreichischen Landesbürgern sind sowohl bei Männern als auch bei Frauen **Herz-/Kreislaufkrankungen** (jeweils etwa 23.000 Patienten im Jahr 2000). Zweithäufigste Ursachen für einen Krankenhausaufenthalt sind bei Männern **Verletzungen und Vergiftungen** (etwa 21.700 Patienten im Jahr 2000), gefolgt von Orthopädischen Erkrankungen (16.100 Patienten), Verdauungserkrankungen (15.400 Patienten) und Lungenerkrankungen (14.300 Patienten). Bei Frauen waren im Jahr 2000 die zweithäufigsten Ursachen für einen Krankenhausaufenthalt **Orthopädische Erkrankungen** (etwa 20.700 Patientinnen), sodann Schwangerschaftsindikationen (17.900 Patientinnen), Verletzungen/Vergiftungen (17.200 Patientinnen) und Urogenitalerkrankungen (16.600 Patientinnen). Die **Wahrscheinlichkeit** einer Krankenhausaufnahme **steigt** bei beiden Geschlechtern in nahezu allen Krankheitsgruppen mit zunehmendem **Alter** kontinuierlich an, wobei dieser Trend bei Herz-/Kreislaufkrankungen besonders stark ausgeprägt ist. Ausnahmen bilden vor allem Infektionskrankheiten und Lungenerkrankungen, die vorwiegend bei Kindern auftreten bzw. auch bei Kindern häufig sind (vgl. Tab. 3.2.1, 3. Seite, Rubrik „Niederösterreich“).

Abbildung 3.2.1: Krankenhausmorbidity der Niederösterreicher nach Diagnosegruppen 2000



Quellen: BMSG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA; ÖBIG-eigene Berechnungen

### Herz-/Kreislauferkrankungen

An Herz-/Kreislauferkrankungen (darunter auch Hirngefäßerkrankungen, insbesondere Schlaganfälle) **sterben** in Niederösterreich jährlich rund **8.900** Personen, davon rund 1.680 an akutem Herzinfarkt, rund 1.970 an anderen ischämischen Herzerkrankungen und rund 1.900 an Schlaganfällen. Diese Erkrankungsgruppe ist damit die häufigste Todesursache und einer der häufigsten Gründe für eine Aufnahme ins Spital. Rund **44.200** Niederösterreicher leiden an einer solchen Erkrankung in einem Schweregrad, der zumindest ein Mal pro Jahr eine **Krankenhausbehandlung** erfordert (darunter rund 2.400 Patienten mit akutem Herzinfarkt, rund 9.000 Patienten mit Schlaganfällen oder anderen Gehirngefäßerkrankungen sowie 5.200 Patienten mit Bluthochdruck als Hauptdiagnose). Im Verlauf der 1990er-Jahre sind die Krankenhausaufenthalte sowohl aufgrund einer Herz-/Kreislauferkrankung insgesamt (rund 25 %) als auch aufgrund eines Herzinfarktes (rund 11 %) und einer zerebrovaskulären Erkrankung (rund 15 %) deutlich angestiegen. Auch die Anzahl der Hypertonie-Patienten stieg - entgegen der Entwicklung in anderen Bundesländern - innerhalb der 1990er-Jahre um etwa 20 Prozent.

### Krebserkrankungen

An Krebserkrankungen **sterben** in Niederösterreich jährlich rund **3.800** Personen, davon rund 580 an Lungenkrebs, 390 an Dickdarmkrebs, 320 an Brustkrebs, jeweils rund 260 an Magen- und Prostatakrebs, rund 120 an Leukämie sowie 100 an Blasenkrebs. Diese Erkran-

kungsgruppe ist damit die zweithäufigste Todesursache und ebenfalls ein sehr häufiger Grund für eine Spitalsaufnahme. Rund **13.000** Niederösterreicher müssen sich aufgrund von Komplexität und Schweregrad dieser Erkrankung zumindest ein Mal pro Jahr in eine **Krankenhausbehandlung** begeben, die in vielen Fällen mit mehrfachen Wiederaufnahmen (z. B. zur Chemo- und/oder Strahlentherapie) einhergeht.

Die Anzahl der medizinisch gesicherten **Neuerkrankungen** an Krebs („Krebsinzidenz“) kann über die Daten aus der österreichischen Krebsstatistik ermittelt werden. Bei der Interpretation regional vergleichender Auswertungen der Krebsstatistik ist jedoch Vorsicht geboten, da dabei Regionen mit hoher Meldedisziplin fälschlich als Regionen mit hoher Krebsinzidenz erscheinen. Der **Erfassungsgrad** von Krebsneuerkrankungen wurde durch das Engagement der beteiligten Personen in den letzten Jahren vor allem in Tirol deutlich erhöht, was eine Erklärung für die insgesamt überraschend hohe „gemeldete Krebsinzidenz“ in Tirol sein könnte. In Niederösterreich und in den anderen Bundesländern sind hingegen Probleme in Bezug auf die Vollständigkeit des regionalen Krebsregisters bekannt, was die Ursache für die dort (scheinbar) sehr geringe Krebsinzidenz sein könnte. Aus diesen Gründen erscheint ein überregionaler Vergleich nicht sinnvoll, sehr wohl können aber Vergleiche der Krebsinzidenz innerhalb von Niederösterreich angestellt werden.

Nach den Meldungen des niederösterreichischen Krebsregisters **erkranken** jährlich rund **3.670 Niederösterreicher** und rund **3.570 Niederösterreicherinnen** an Krebs. Die häufigsten Tumorlokalisationen waren in den Jahren 1995 bis 1998 (aus diesem Zeitraum stammen die jüngsten und gleichzeitig verlässlichsten Daten aus der österreichischen Krebsstatistik) bei den Männern die Prostata (750), die Lunge (rund 480 Fälle jährlich), der Dickdarm (350), die Haut (320), die Harnblase (240), Blut (210) sowie Magen und HNO (jeweils 190 jährlich). Bei den Frauen dominierte bei weitem der Brustkrebs (870), gefolgt von Melanom und Darmkrebs (jeweils 330), Leukämie (200), Lungenkrebs (190) und Magenkrebs (etwa 170 jährlich).

Nach Bezirken zeigt sich hinsichtlich der Krebsinzidenz im Zeitraum 1995 bis 1998 kein einheitliches Bild. Bei den **Männern** wurden die **höchsten** Krebsinzidenzraten in **Wr. Neustadt (Stadt)** registriert (signifikant über dem Landesschnitt), wobei der am häufigsten vorkommende Prostatakrebs statistisch geringfügig signifikant über dem Landesdurchschnitt liegt. In Wr. Neustadt ist aber auch eine stark überdurchschnittliche Lungen- und Dickdarmkrebsinzidenz zu beobachten. Im Bezirk **Korneuburg** ist nur die Prostatakrebsrate und damit auch die Krebsinzidenz insgesamt im Vergleich zu den anderen Bezirken stark überhöht. In den Bezirken **Krems (Land)** und **Scheibbs** wird der Prostatakrebs ebenfalls überdurchschnittlich oft diagnostiziert (signifikant bzw. geringfügig signifikant über dem Landesschnitt). Des Weiteren fällt noch eine sehr hohe Blutkrebsrate im Bezirk **St. Pölten (Land)** und HNO-Krebsrate in **Bruck/Leitha** auf (in beiden Fällen geringfügig signifikant über dem Landesschnitt). Bei den **Frauen** ist die Krebsinzidenz insgesamt in **St. Pölten (Stadt)** signifikant über dem Landesschnitt, verursacht durch hohe Brustkrebsinzidenz und die höchste Anzahl von Melanomen (signifikant über dem Landesschnitt). Eine sehr hohe Brustkrebsrate bewirkt auch in **Wr. Neustadt (Stadt)** eine geringfügig signifikant erhöhte Gesamt-Krebsinzidenz. Stark erhöht ist außerdem die Melanom-Diagnose im Bezirk **Lilienfeld** (vgl. Tab. 3.2.2 im Tabellenanhang).

### *Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)*

Bei knapp **330** verstorbenen Niederösterreichern pro Jahr wird die Zuckerkrankheit als **Haupttodesursache** angegeben. Andererseits werden jährlich rund **6.500** niederösterreichische Patienten aufgrund dieser Erkrankung im **Krankenhaus** behandelt, bei weiteren **17.100** Patienten wird Diabetes als Nebendiagnose angegeben. Dies ist deswegen von besonderer Bedeutung, weil die Zuckerkrankheit häufig zu Folgeerkrankungen wie z. B. Herz-/Kreis-

lauferkrankungen (insbesondere Gefäßleiden), Augenkrankheiten und Nierenversagen führt und insofern als eigentliche Ursache eines frühzeitigen Todes aufgrund dieser Folgeerkrankungen gewertet werden muss.

Nach den Ergebnissen des Mikrozensus 1999 litten rund **35.100** der über 15-jährigen Niederösterreicher (2,4 %) an **chronischem** Diabetes (vgl. Tab. 3.2.3 im Tabellenanhang), 1991 hatten noch drei Prozent der Befragten Diabetes als chronisches Leiden angegeben. Die Betroffenheit der niederösterreichischen Bevölkerung durch **Diabetes** ist nach Selbstausskunft der Befragten im Bundesvergleich relativ hoch (1999: 2,0 %), nur die Werte für Wien und das Burgenland liegen knapp darüber. Frauen sind in Niederösterreich stärker von Diabetes betroffen als Männer. Da es sich bei dieser Prävalenzschätzung um die Hochrechnung von Eingangsangaben der Befragten handelt, ist mit einer erheblichen Dunkelziffer zu rechnen.

### *Lungenkrankheiten*

Rund **800** niederösterreichische Landesbürger **sterben** jährlich an Lungenkrankheiten oder an Krankheiten der oberen Atemwege, der Großteil davon an Lungenentzündung (knapp die Hälfte) und an chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen („COPD“ - Bronchitis, Emphysem und Asthma, 42 %). Rund **12.200** niederösterreichische Patienten werden pro Jahr im **Krankenhaus** wegen einer Lungenkrankheit stationär behandelt, davon etwa 5.000 wegen einer Lungenentzündung und 4.700 wegen einer COPD.

Zur „**ambulanten Morbidität**“: Der Mikrozensus-Erhebung 1999 zu Folge leiden nach eigener Angabe etwa **33.000** Niederösterreicher (2,4 %) an einer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (chronische Bronchitis und/oder Lungenasthma). Das ist im Bundesländervergleich leicht unterdurchschnittlich, der Österreich-Wert liegt bei 2,6 Prozent. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied in der Betroffenheit ist nicht festzustellen. Der Anteil der chronischen **Asthmatiker** lag 1995 gemäß Auskunft der Befragten in Niederösterreich mit 1,5 Prozent auch unter dem Bundesdurchschnitt von 1,7 Prozent.

### *Psychische Erkrankungen*

Jährlich begehen in Niederösterreich rund **280** Personen **Selbstmord**. Etwa ein Drittel der gewaltsamen Todesfälle ist auf diese Todesursache zurückzuführen. Oft sind es Folgewirkungen von psychischen Erkrankungen, zu denen auch Abhängigkeitserkrankungen zählen (vgl. dazu Kap. 4.4), die schließlich zu körperlichen Erkrankungen und oft auch zum Tod führen.

Doch diese Todesfälle sind nur die „Spitze des Eisbergs“ der psychischen Erkrankungen, die vergleichsweise selten tödlich enden. Jährlich rund **10.600** Niederösterreicher mussten sich Ende der 1990er-Jahre aufgrund von schweren Verlaufsformen psychischer Erkrankungen einer **Krankenhausbehandlung** unterziehen (Beginn der 1990er-Jahre: 8.200), die etwa zur Hälfte auf Psychosen (stark steigende Tendenz) und zu rund 15 Prozent auf Missbrauch bzw. Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und/oder Drogen (sinkende Tendenz) zurückzuführen war.

Die „**ambulante Morbidität**“ hinsichtlich der unter Umständen auf diese Krankheiten hinweisenden gesundheitlichen Beschwerden kann anhand der Ergebnisse des Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ für Niederösterreich wie folgt grob abgeschätzt werden: Personen mit „Nervosität“: 120.000, mit „Depressionen“: ebenfalls 120.000 sowie mit „Schlafstörungen“: 150.000.

## *Infektionserkrankungen*

Infektionserkrankungen sind heute in den meisten Fällen medizinisch gut behandelbar und werden außerdem mit umfassenden Impfprogrammen bereits präventiv bekämpft. Dennoch **sterben** in Niederösterreich jährlich etwa **30 bis 40** Menschen an einer Infektionserkrankung, die meisten davon an Tuberkulose, an einer Sepsis (Strepto-, Staphylo-, Pneumokokken, etc.) oder - eine geringere Anzahl - an viralen Erkrankungen. Etwa **9.000** Niederösterreicher wurden Ende der letzten Dekade pro Jahr aufgrund einer Infektionserkrankung im **Krankenhaus** aufgenommen, zu Anfang der 1990er-Jahre waren es nur rund 6.400. Die meisten davon gehen auf Infektionen im Verdauungssystem (gegen Ende der 1990er-Jahre etwa die Hälfte) und Wundrose (Erysipel, knapp ein Zehntel) zurück. Weiters war bei rund 250 Personen wegen einer Tuberkulose-Erkrankung und bei rund 70 wegen einer AIDS-Erkrankung ein Krankenhausaufenthalt erforderlich. Zwischen 1992 und 2000 hat sich die Zahl der wegen einer Infektionserkrankung stationär aufgenommenen Patienten um 45 Prozent erhöht - dieser steigende Trend zum Krankenhaus ist insbesondere bei den Infektionen im Verdauungssystem zu beobachten (die Zahl der aufgrund dieser Erkrankung stationär behandelten Niederösterreicher hat sich innerhalb der letzten zehn Jahre um 70 % erhöht).

Gemäß der Statistik der **meldepflichtigen Infektionserkrankungen** des BMSG fielen in Niederösterreich im letzten Jahrzehnt folgende Erkrankungen am häufigsten an: Bisse und Kopfbisse (24.300), Bakterielle Lebensmittelvergiftungen ohne Spezifikation des Erregers (10.100) und Salmonellose (rund 6.600 Meldungen), Scharlach (3.900), Campylobakter (2.300), Tuberkulose (2.300) sowie Hepatitis (Typ A: 610, Typ B: 440, Typ C: 520) und Gonorrhoe (550). Die Inzidenz aller meldepflichtigen Infektionskrankheiten liegt im bundesweiten Vergleich deutlich an der Spitze. Dies liegt vor allem an der auffällig hohen Rate an Bissen, welche in den 1990er-Jahren mehr als doppelt so hoch war wie in Österreich insgesamt. Ansonsten lag nur die Scharlach-Inzidenz über dem Bundesdurchschnitt. Allerdings bestehen - ähnlich wie bei der Krebsstatistik - Zweifel in Bezug auf die Vollständigkeit dieser Statistik, sodass es sich dabei auch um statistische Artefakte handeln könnte. In Bezug auf **AIDS** wurden in Niederösterreich zwischen 1991 und 2000 16 Neuerkrankungen und neun Todesfälle gemeldet, allerdings dürfte diesbezüglich ein nicht unerheblicher Anteil nach Wien „exportiert“ werden (vgl. Tab. 3.2.5 im Tabellenanhang).

Die „**ambulante Morbidität**“ in Bezug auf Infektionserkrankungen schlägt sich vor allem in Form der - zumeist relativ komplikationsfrei verlaufenden - Erkältungskrankheiten (Grippe, akute Bronchitis, etc.) nieder. Rund 300.000 Niederösterreicher (knapp ein Viertel, das liegt leicht unter dem bundesweiten Durchschnitt) leiden zumindest einmal jährlich derart an einer solchen Erkrankung, dass Bettlägerigkeit die Folge ist (vgl. Tab. 3.2.4 im Tabellenanhang).

## *Orthopädische Erkrankungen*

Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates schlagen sich in der Sterblichkeit praktisch nicht nieder, dennoch machen sie einen großen Teil der „Krankheitslast“ in der Bevölkerung entwickelter Industrienationen aus. In Niederösterreich wurden in den letzten Jahren **36.000 bis 37.000** Patienten pro Jahr wegen orthopädischer Erkrankungen zur **Behandlung in einem Krankenhaus** aufgenommen. Anfang der 1990er-Jahre waren jährlich nur rund 24.000 solcher Patienten in Spitalsbehandlung - die Anzahl der stationären Patienten mit orthopädischen Leiden hat sich also im letzten Jahrzehnt um etwa die Hälfte erhöht.

Doch die im Krankenhaus stationär versorgten Patienten zeigen wiederum nur die „Spitze des Eisbergs“ in Bezug auf die Prävalenz orthopädischer Probleme in der niederösterreichischen Bevölkerung. Das wahre Ausmaß dieser Krankheiten lässt sich annähernd aus der Mikrozensus-Erhebung 1999 ableiten. Dieser zu Folge litten **138.000** Niederösterreicher

(10 %) an **chronischen** Erkrankungen des Bewegungsapparates, innerhalb des Jahres vor der Befragung gaben 6,7 Prozent der Niederösterreicher eine akute **orthopädische Erkrankung** (Wirbelsäule, Gelenke) an, 49.000 davon an Erkrankungen der Wirbelsäule, 39.000 von Hüfte oder Beinen sowie 20.000 von Schulter oder Armen (vgl. Tab. 3.2.3 und 3.2.4 im Tabellenanhang). 1991 gaben jeweils rund 39.000 Niederösterreicher Schäden an der Wirbelsäule sowie 31.000 an Hüfte oder Beinen als Erkrankung an, 13.000 waren an Schultern oder Armen erkrankt.

Da es sich bei diesen Erkrankungen in der Regel um (vor allem altersbedingte) degenerative Erkrankungen handelt, ist davon auszugehen, dass deren Anzahl aufgrund der prognostizierten demographischen Entwicklung mit dem Anstieg älterer Menschen auch in Zukunft weiter anwachsen wird.

### *Unfälle*

Jedes Jahr **sterben** rund **820** Niederösterreicher aufgrund von „externen Todesursachen“ - das sind in erster Linie die Folgen von Unfällen (Vergiftungen, Verletzungen und sonstige Gewalteinwirkungen). Ohne Selbstmorde, welche ungefähr ein Drittel der gewaltsamen Todesfälle ausmachen, verbleiben etwa 540 unbeabsichtigte Todesfälle jährlich. Etwa 220 dieser Todesfälle sind die Folge von Verkehrsunfällen.

Jedes Jahr werden rund **37.000** Niederösterreicher aufgrund von Verletzungen im **Spital** stationär versorgt, davon rund 6.300 mit Beinbrüchen, 3.100 mit Armbrüchen, 3.700 mit Gehirnerschütterungen, 2.700 mit Wirbelsäulen- und/oder Rippenbrüchen sowie rund 1.500 mit Schädelverletzungen. Der Rest wird aufgrund von offenen Wunden oder anderen Verletzungen, aber auch von Vergiftungen, im Krankenhaus versorgt. Die Anzahl der aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen stationär versorgten Patienten ist im Verlauf der 1990er-Jahre um insgesamt etwa 40 Prozent gesunken.

## **3.3 Behinderungen**

### *Körperliche Beeinträchtigungen*

Zur Untersuchung der körperlichen Beeinträchtigungen wurden die Ergebnisse des Mikrozensus 1995 von Statistik Austria herangezogen. Nach Art der Beeinträchtigung wird nach Seh-, Hör- und Bewegungsbeeinträchtigungen sowie nach chronischen Erkrankungen unterschieden.

Der Anteil der an **Sehbeeinträchtigungen** leidenden Bevölkerung entsprach in Niederösterreich gemäß dieser Stichprobenerhebung mit rund 49 Prozent (ca. 635.000) der Personen über 15 Jahre etwa dem Bundesdurchschnitt. Auch der Anteil jener Personen, deren Sehbeeinträchtigung nicht durch Brille, Kontaktlinsen, Operationen oder andere Maßnahmen behoben sind, entspricht (mit 5,6 %) dem österreichischen Durchschnitt. Frauen waren in höherem Ausmaß von Sehbeeinträchtigungen betroffen als Männer, was vorwiegend auf die höhere Anzahl älterer Frauen zurückzuführen ist. In den an Wien angrenzenden Landesteilen sowie in der NUTS-3-Region St. Pölten gaben deutlich höhere Anteile der Befragten an, an Sehbeeinträchtigungen zu leiden als in den übrigen Landesteilen (vgl. Tab. 3.3.1 im Tabellenanhang).

An **Hörbeeinträchtigungen** litten in Niederösterreich hochgerechnet rund 100.000 Personen (ca. 6,7 %). Der Anteil war bei den Männern deutlich höher als bei den Frauen. Mit zunehmendem Alter steigt die Betroffenheit durch Hörbeeinträchtigungen naturgemäß - bei den

über 75-Jährigen weisen nahezu dreißig Prozent der Niederösterreicher und Niederösterreicherinnen Hörschäden auf, in der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen ist der Anteil dagegen nur halb so hoch (vgl. Tab. 3.3.1).

Wie die Seh- und Hörbeeinträchtigungen sind auch die **Bewegungsbeeinträchtigungen** offensichtlich vorwiegend altersbedingt. Bei dieser Form von Beeinträchtigung entsprach der Anteil in Niederösterreich mit 7,3 Prozent jenem von Österreich insgesamt. Auch von dieser Form der körperlichen Beeinträchtigung sind Männer in stärkerem Ausmaß betroffen als Frauen.

Der Anteil der Personen, die an einer **chronischen Krankheit** litten, war in Niederösterreich etwas niedriger als in Österreich insgesamt. Nahezu jeder fünfte Niederösterreicher gab an, an einer chronischen Krankheit zu leiden, mehr Frauen als Männer sind davon betroffen. Auch der Anteil der durch chronische Krankheiten betroffenen Personen steigt sehr deutlich mit zunehmendem Lebensalter an. Während in der Altersgruppe der 15- bis 44-Jährigen etwa elf von hundert Niederösterreichern und Niederösterreicherinnen von mindestens einer chronischen Krankheit betroffen waren, waren es in der Gruppe der 60- bis 74-Jährigen bereits nahezu jede(r) zweite. Von den befragten über 74-Jährigen gab bereits mehr als die Hälfte an, an mindestens einer chronischen Erkrankung zu leiden (vgl. Tab. 3.3.1). Während die Anteile in den meisten Regionen Niederösterreichs knapp um dem Landesdurchschnitt liegen, zeigen die Auswertungen der Befragungsergebnisse relativ starke Abweichungen in den Regionen Mostviertel-Eisenwurzen (unter 20 %) und Waldviertel (30 %).

### *Pflegebedürftigkeit*

Seit dem Inkrafttreten des **Bundespflegegeldgesetzes** und der entsprechenden **Landesgesetze** im Juli **1993** sowie der Vereinbarung zwischen Bund und Ländern über Fragen der Finanzierung im Jänner 1994 besteht in Österreich für pflegebedürftige Personen **Rechtsanspruch auf den Bezug von Pflegegeld**. Dieser Anspruch besteht unabhängig von der Ursache der Pflegebedürftigkeit, vom Einkommen, Vermögen und Alter der pflegebedürftigen Person. Voraussetzung für den Bezug von Pflegegeld ist ein **ständiger Betreuungs- und Hilfsbedarf auf Grund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung**, der voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird. Die Höhe des Geldbezugs ist vom Ausmaß der Behinderung abhängig, wobei die Einstufung in eine der sieben vorgesehenen Stufen auf Grund ärztlicher Gutachten (unter allfälliger Beiziehung anderer Experten, etwa von Sozialarbeitern oder von Pflegepersonal) erfolgt. Die Kriterien für die Einstufung werden vom Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen festgelegt: je stärker die Behinderung und damit das Ausmaß der monatlich erforderlichen Stunden an Pflegeleistungen ist, desto höher ist die Stufe und damit der Pflegegeldbezug. Anspruch auf **Pflegegeld des Bundes** haben Bezieher von Pensionen, Renten oder vergleichbaren Leistungen auf Grund bundesgesetzlicher Vorschriften. Allen übrigen Personen mit ständigem Betreuungs- und Hilfsbedarf wird von den **Bundesländern** Pflegegeld gewährt, wobei die gleichen Einstufungskriterien angewendet werden.

2001 bezogen rund 85 Prozent der ca. 328.000 als pflegebedürftig im Sinne der zitierten Gesetze eingestuften Österreicher und Österreicherinnen Pflegegeld des Bundes (insgesamt rd. 1,5 Mrd. €), mehr als die Hälfte dieser Personen war den Stufen eins und zwei zugeordnet.

Mit Stichtag 31.12. 2000 waren nach den vorliegenden Daten (BMSG 2000, Pagler & Pagler 1997) **in Niederösterreich 62.876 Personen Bezieher von Landes- oder Bundespflegegeld**, das waren rund **4,1 Prozent** der Gesamtbevölkerung. Dieser Anteil entsprach genau dem österreichweiten Durchschnitt. Auch der Anteil der Pflegegeldbezieher in den beiden

höchsten Pflegestufen (sechs und sieben) an den Pflegegeldempfängern insgesamt entsprach in Niederösterreich (4 %) dem Bundesdurchschnitt (s. Tab. 3.3.2 im Tabellenanhang).

Etwas **mehr als zwei Drittel** der Pflegegeldbezieher in Niederösterreich (wie auch in Österreich insgesamt) waren im Jahr 2000 **Frauen**. Der Frauenanteil steigt mit zunehmendem Alter an. Bei den bis zu 20-jährigen Pflegegeldbezieherinnen beträgt der Frauenanteil rund 43 Prozent, bei den über 80-jährigen sind mehr als 80 Prozent weiblich.

Während bundesweit (ohne Steiermark - hier lagen für 1997 keine Daten vor) die Anzahl der Pflegegeldbezieher zwischen den Jahren **1997 und 2000** um etwa sechs Prozent zunahm, verzeichnete Niederösterreich **mit 4,6 Prozent einen geringeren Zuwachs**. Den höchsten Zuwachs verzeichneten dabei die Pflegegeldbezieher in der Altersgruppe der 61- bis 80-Jährigen (ca. +20 %) und die Bezieher von Pflegegeld der Stufen sechs und sieben (+36,5 % in Niederösterreich, österreichweit: +39 %). Während die Anzahl der männlichen Pflegegeldbezieher um nahezu sieben Prozent anstieg (österreichweit blieb sie in diesem Zeitraum nahezu unverändert), bezogen im Jahr 2000 nur 3,7 Prozent mehr Frauen Pflegegeld als noch 1997 (Österreich: +8,2 %).

### 3.4 Gesundheitliche Selbsteinschätzung

#### *Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes 1991 und 1999*

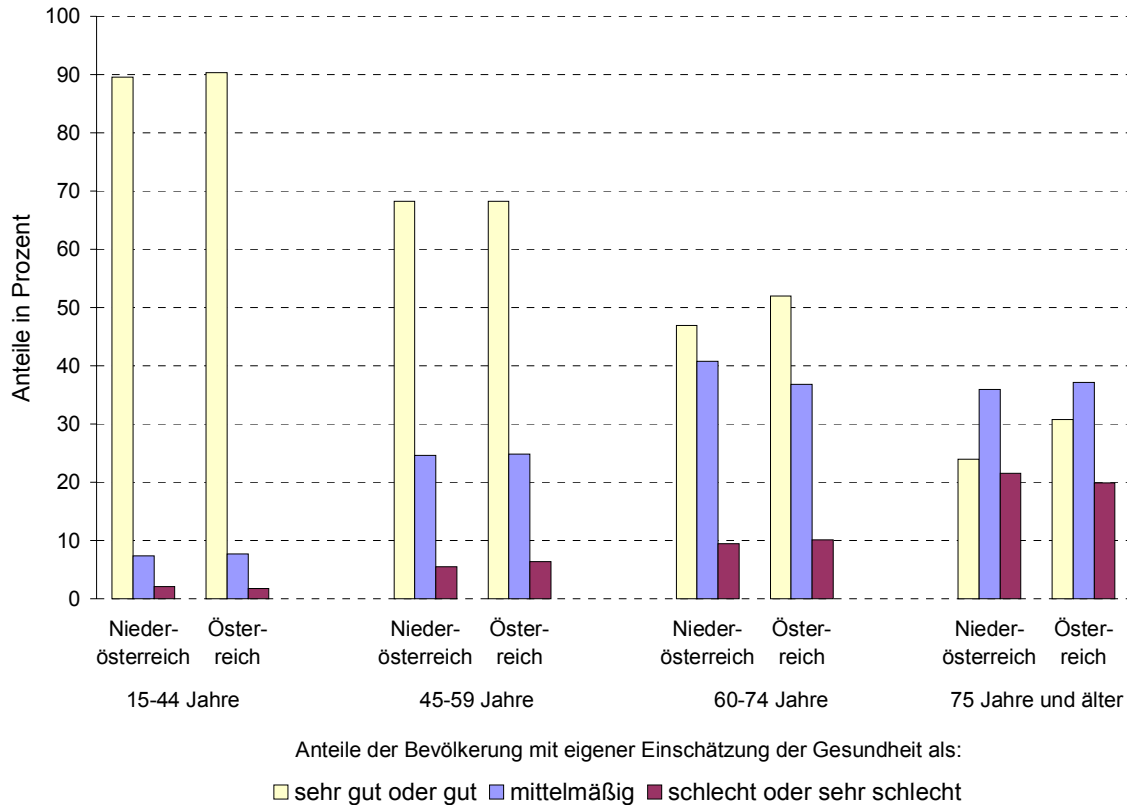
Informationen über die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit stehen aus den beiden Mikrozensus-Erhebungen „Fragen zur Gesundheit“ der Jahre 1991 und 1999 zur Verfügung. Im Rahmen dieser Befragungen wurde die Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes nach fünf Kategorien („sehr gut“ - „gut“ - „mittelmäßig“ - „schlecht“ - „sehr schlecht“) erhoben. Zu beachten ist, dass Personen in Altersheimen, psychiatrischen Krankenanstalten, Strafvollzugsanstalten u. ä. (die sogenannte „Anstaltsbevölkerung“) bei diesen Mikrozensus-Erhebungen nicht erfasst wurden.

Bezüglich der Einschätzung der eigenen Gesundheit entspricht die niederösterreichische Bevölkerung weitgehend dem österreichischen Durchschnitt: Etwa **drei Viertel** der Bevölkerung schätzten bei der Befragung 1999 den eigenen **Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“** ein. Der Anteil war - wie in den meisten übrigen Bundesländern - bei den Männern geringfügig höher als bei den Frauen. Sowohl der Anteil der Bevölkerung, der seinen eigenen Gesundheitszustand als nur **„mittelmäßig“**, als auch jener Anteil, der ihn als **„schlecht“ bis „sehr schlecht“** einstufte, entsprach ebenfalls ungefähr dem Bundesdurchschnitt. Die Anteile der Bevölkerung, die den Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einstuften, nahmen mit zunehmendem Alter deutlich ab - waren es in der Gruppe der 15- bis 44-Jährigen nahezu 90 Prozent, so lag der Anteil bei der Bevölkerung mit einem Alter von 60 Jahren und darüber nur noch bei 47 Prozent, von den über 75-Jährigen fühlte sich weniger als ein Viertel der Niederösterreicher(innen) gesundheitlich sehr gut oder gut (vgl. die nachstehende Abb. 3.4.1).

Die geringsten Anteile sich in gesundheitlicher Hinsicht gut oder sehr gut fühlender Personen weisen die Regionen nördlich der Donau (das Wald- und das Weinviertel) auf, auch in der NUTS-3-Region St. Pölten liegt der Anteil unter dem Landesdurchschnitt. Im bundesweiten Vergleich nach NUTS-III-Regionen liegen die **niederösterreichischen Regionen** hinsichtlich der gesundheitlichen Selbsteinschätzung im Jahr 1999 im oberen Mittelfeld, und zwar sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen (vgl. Karten 3.4.1 und 3.4.2 im Kartenanhang).



Abbildung 3.4.1: Gesundheitliche Selbsteinschätzung der niederösterreichischen Bevölkerung 1999 im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung



Quellen: Statistik Austria - Mikrozensus 1999 „Fragen zur Gesundheit“; Volkszählungen 1991 und 2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Der Vergleich mit den Daten der Befragung aus dem Jahr 1991 zeigt, dass die **Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand in den 1990er-Jahren in Niederösterreich tendenziell zugenommen** hat. Dem österreichweiten Trend entsprechend erhöhte sich der Anteil der Befragten, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut beurteilten, und zwar bei allen betrachteten Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern. Demgegenüber stand ein Rückgang des Anteils der sich nur mittelmäßig fühlenden Frauen und Männer. Während der Anteil der den eigenen Gesundheitszustand schlecht oder sehr schlecht einschätzenden Frauen mit fünf Prozent nahezu unverändert blieb, war er bei den Männern 1999 niedriger als noch 1991 (vgl. Tab. 3.4.1 im Tabellenanhang).

#### Gesundheitszustand nach sozialen Schichten 1999

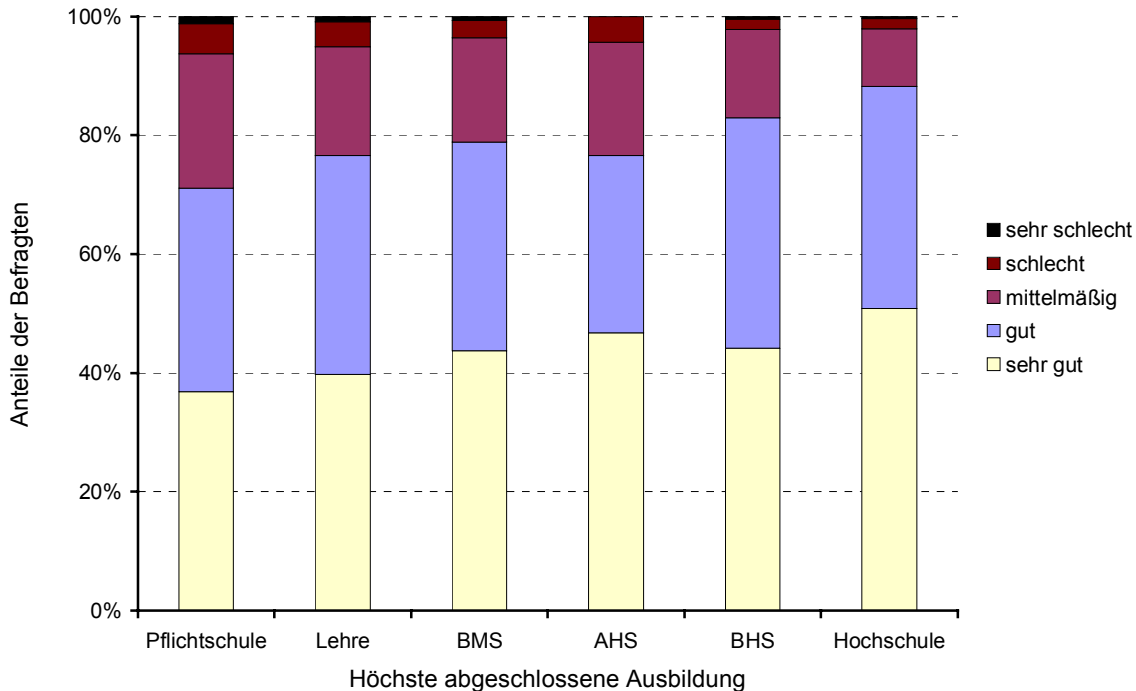
Akzeptiert man die jeweils höchste abgeschlossene Schulausbildung der befragten Person als Leitindikator für die soziale Schichtzugehörigkeit, so zeigt sich aus den Ergebnissen des Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ 1999, dass - nach Selbstauskunft der mehr als 4.000 befragten Niederösterreicher im Alter über 15 Jahre - mit **höherer Schulausbildung** auch der subjektiv empfundene **Gesundheitszustand** tendenziell **besser** ist.

Offensichtlich finden Unterschiede zwischen den sozialen Gruppen in Bezug auf das Gesundheitsverhalten auch ihren Niederschlag im Gesundheitszustand: Der Anteil jener befragten Niederösterreicher, die ihren eigenen Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“ ein-

schätzten, stieg von ca. 71 Prozent bei den Pflichtschulabsolventen auf ca. 88 Prozent bei den Hochschulabsolventen.

Spiegelbildlich dazu ist der Anteil der den eigenen Gesundheitszustand als „schlecht“ oder gar „sehr schlecht“ einschätzenden Bevölkerung Niederösterreichs bei den Pflichtschulabsolventen (mit mehr als 6 %) am höchsten - nahezu dreimal so hoch wie bei den BHS- und den Hochschulabsolventen. Auch der Anteil der den Gesundheitszustand nur „mittelmäßig“ einstufenden Niederösterreicher und Niederösterreicherinnen ist bei den Pflichtschulabsolventen (ca. 23 %) deutlich höher als bei den Personen mit höherer Ausbildung.

Abbildung 3.4.2: *Subjektiver Gesundheitszustand nach Bildungsschichten<sup>1)</sup> in Niederösterreich 1999*



<sup>1)</sup> altersstandardisiert

Quellen: Statistik Austria - Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ 1999; ÖBIG-eigene Berechnungen

Aus dem Vergleich der Selbstbeurteilung des Gesundheitszustandes von Personen unterschiedlicher sozioökonomischer Gruppen kann der Schluss gezogen werden, dass auch in Niederösterreich die Zugehörigkeit zu einer sozioökonomischen Gruppe und die damit verbundenen unterschiedlichen Verhaltensweisen und Informationsverfügbarkeiten in einem nicht unbedeutenden Ausmaß Einfluss auf den Gesundheitszustand ausüben.

### 3.5 Zusammenfassung

#### **Lebenserwartung bei der Geburt**

- Sie lag im gesamten Beobachtungszeitraum (1991 bis 2000) sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen leicht **unter dem Österreichdurchschnitt**.

- **Steigerung der Lebenserwartung** zwischen 1991 und 2000: Sie ist sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen um 0,2 Jahre geringer als österreichweit.
- **Lebenserwartung im Jahr 2000**: Männer: 74,7 Jahre, Frauen: 80,8 Jahre.
- **Besonders niedrige Lebenserwartung - Männer**: Im Raum Wiener Neustadt sowie in den Bezirken des Weinviertels (1,5 bis 1,7 Lebensjahre weniger als in Österreich insgesamt).
- **Besonders niedrige Lebenserwartung - Frauen**: Im Raum Wiener Neustadt und im Bezirk Zwettl (während der 1990er-Jahre um durchschnittlich 1,4 Jahre unter dem Bundeswert).
- **Besonders hohe Lebenserwartung**: Um durchschnittlich 1,7 Jahre länger als in Österreich insgesamt leben die Frauen in Wien-Umgebung, um 1,2 Jahre länger leben die Männer im Bezirk Mödling.

### ***Behinderungsfreie Lebenserwartung***

- Mit **funktionelle Einbußen ihrer körperlichen bzw. geistigen Fähigkeiten** ist bei den Männern in den letzten sechs und bei den Frauen in den letzten acht Lebensjahren zu rechnen.
- Diese Lebensspanne hat sich in den letzten zehn Jahren in Niederösterreich wie auch bundesweit bei den Männern um etwa 0,5 Jahre, bei den Frauen um 0,6 Jahre **verlängert**.

### ***Säuglingssterblichkeit***

- Im 1. Lebensjahr Verstorbene pro 1.000 Lebendgeborene: **Durchschnittlich bis günstige Situation in Niederösterreich**; erhebliche Reduzierung in den letzten Jahrzehnten in Niederösterreich wie in Österreich insgesamt.
- Neonatale Säuglingssterblichkeit (im 1. Lebensmonat Verstorbene pro 1.000 Lebendgeborene): Im Durchschnitt der 1990er-Jahre etwas **niedriger als österreichweit**.

### ***Sterblichkeit***

- Die **Sterblichkeit** ist im Vergleich zu anderen Bundesländern **hoch**, aber in den letzten zehn Jahren kontinuierlich gesunken. Die altersstandardisierte Sterblichkeit der Männer ist deutlich höher als jene der Frauen.
- Als **Haupttodesursachen** stehen bei beiden Geschlechtern an erster Stelle Herz-/Kreislauferkrankungen (m: 48 %, w: 53 %), an zweiter Stelle Krebs (beide 25 %), an dritter Stelle Unfälle, Verletzungen und Vergiftungen (m: 9 %, w: 5 %) und an vierter Stelle Verdauungserkrankungen (m: 6 %, w: 4 %) - v. a. Lebererkrankungen.
- **Haupttodesursachen** sind bei den **unter 75-jährigen Männern** Herz-/Kreislauferkrankungen gefolgt von Krebs und bei den **unter 75-jährigen Frauen** in umgekehrter Reihenfolge.
- **Signifikant erhöhte Sterblichkeiten bei den unter 75- und unter 65-jährigen Männern** in folgenden Bezirken:
  - Mistelbach: Gesamtsterblichkeit, Verdauungserkrankungen, Herz-/Kreislauferkrankungen, Krebs;
  - Hollabrunn: Gesamtsterblichkeit, Verdauungserkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen, Krebs;
  - Gänserndorf und Wiener Neustadt (Stadt): Krebs, Herz-/Kreislauferkrankungen;
  - Baden und Neunkirchen: Herz-/Kreislauferkrankungen;
  - Melk und Scheibbs: Verletzungen und Vergiftungen.

- **Signifikant erhöhte Sterblichkeiten bei den unter 75- und unter 65-jährigen Frauen** in folgenden Bezirken:
  - Wiener Neustadt (Stadt): Gesamtsterblichkeit, Herz-/Kreislaufkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen;
  - St. Pölten (Land): Gesamtsterblichkeit, Herz-/Kreislaufkrankungen;
  - Melk, Mistelbach, Gänserndorf, Wien-Umgebung: Herz-/Kreislaufkrankungen;
  - Waidhofen/Thaya: Gesamtsterblichkeit;
  - Mödling: Krebs.

### **Morbidität**

- Im Durchschnitt wird **jeder fünfte Niederösterreicher zumindest einmal im Jahr stationär in ein Krankenhaus** aufgenommen, davon kamen im Jahr 2000 77 Prozent in ein niederösterreichisches Krankenhaus und 17 Prozent in eine Wiener Krankenanstalt.
- Die **Krankenhausmorbidität** liegt mit etwa 177 stationären Patienten pro 1.000 Einwohner **im Bundesdurchschnitt**.
- Die **häufigsten Ursachen für Krankenhausaufnahmen** im Jahr 2000 waren gereiht nach der Häufigkeit bei
  - **Männern:** Herz-/Kreislaufkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen, orthopädische Erkrankungen, Verdauungserkrankungen, Lungenerkrankungen;
  - **Frauen:** Herz-/Kreislaufkrankungen, orthopädische Erkrankungen, Schwangerschaftsindikationen, Verletzungen und Vergiftungen und Urogenitalerkrankungen.
- **Herz-/Kreislaufkrankungen:**
  - Häufigste Todesursache und häufigster Grund für Spitalsaufnahme in Niederösterreich.
  - Die Krankenhausaufenthalte sind im Verlauf der 1990er-Jahre deutlich angestiegen.
  - Die Anzahl der Bluthochdruck-Spitalspatienten stieg - entgegen der Entwicklung in den anderen Bundesländern - innerhalb der 1990er-Jahre um 20 Prozent.
- **Krebserkrankungen:**
  - Zweithäufigste Todesursache und häufiger Grund für Spitalsaufnahme in Niederösterreich.
  - Häufigste Tumorlokalisationen (1995 bis 1998) sind gereiht nach der Häufigkeit bei
    - Männern: Prostata, Lunge, Dickdarm, Haut, Harnblase, Blut, Magen, HNO;
    - Frauen: Brust, Haut (Melanom) und Darm, Blut, Lunge, Magen.
  - Regionale Auffälligkeiten nach Bezirken:
    - Wiener Neustadt (Stadt): höchste Krebsinzidenzraten bei den Männern - vor allem Prostata-, Lungen- und Darmkrebs, signifikant erhöhte Gesamt-Krebsinzidenz bei den Frauen verursacht durch eine sehr hohe Brustkrebsrate;
    - Korneuburg: überhöhte Krebsinzidenz aufgrund hoher Prostatakrebsrate;
    - Krems (Land), Scheibbs: überdurchschnittliche Prostatakrebsrate;
    - St. Pölten (Land): hohe Blutkrebsrate bei den Männern;
    - St. Pölten (Stadt): Krebsinzidenz bei den Frauen signifikant über dem Landesdurchschnitt aufgrund hoher Brustkrebsinzidenz und höchster Anzahl von Melanomen;
    - Bruck/Leitha: überhöhte HNO-Krebsrate (Männer);
    - Lilienfeld: erhöhte Melanomhäufigkeit (Frauen).

- **Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus):**
  - Zuckerkrankheit führt häufig zu Folgeerkrankungen (z. B. Herz-/Kreislaufkrankungen, Augen- und Nierenerkrankungen), die einen frühzeitigen Tod verursachen.
  - Etwa 2,5 bis drei Prozent der über 15-jährigen Niederösterreicher leiden gemäß Selbstauskunft an chronischem Diabetes, es ist jedoch von einer höheren Dunkelziffer auszugehen. Höhere Werte finden sich nur noch in Wien und im Burgenland.
- **Psychische Erkrankungen:**
  - Mit 280 Selbstmorden jährlich sind in Niederösterreich etwa ein Drittel der gewaltsamen Todesfälle auf diese Todesursache zurückzuführen.
  - Ende der 1990er-Jahre mussten sich jährlich rund 10.600 Niederösterreicher aufgrund schwerer Verlaufsformen psychischer Erkrankungen in Spitalsbehandlung begeben; stark steigende Tendenz, insbesondere Psychosen (ca. 50 Prozent der Fälle).
  - Eine Erfassung der ambulanten Morbidität ist nur eingeschränkt (Selbstauskunft) möglich und lässt auf eine weitaus höhere Dunkelziffer schließen.
- **Orthopädische Erkrankungen:**
  - Sie stellen einen großen Teil der Krankheitslast der Menschen in den entwickelten Ländern und damit auch Niederösterreich dar. Laut Selbstauskunft leidet jeder zehnte Niederösterreicher an einer chronischen Erkrankungen des Bewegungsapparates und bei sieben Prozent der Niederösterreicher liegt eine akute orthopädische Erkrankung vor.
  - Die Anzahl der stationären Patienten mit orthopädischen Leiden hat sich im letzten Jahrzehnt um etwa die Hälfte erhöht.
  - Aufgrund der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung ist mit einem weiteren Anstieg der Erkrankungshäufigkeit zu rechnen (altersbedingte degenerative Erkrankungen).
- Neben den genannten Krankheiten tragen auch **Lungenerkrankungen** sowie **Unfallfolgen** erheblich zur Krankheitslast der niederösterreichischen Bevölkerung bei. **Infektionskrankheiten** spielen hingegen - nicht zuletzt aufgrund des weitreichenden Impfschutzes der Bevölkerung - quantitativ nur mehr eine untergeordnete Rolle.

### **Behinderungen**

- **Körperliche Beeinträchtigungen:**
  - Etwa jeder zweite Niederösterreicher bzw. Niederösterreicherin über 15 Jahre leidet nach Selbstauskunft an einer **Sehbeeinträchtigung** - das entspricht dem Bundesdurchschnitt. Höhere Anteile finden sich in den Region St. Pölten und in den an Wien angrenzenden Landesteilen.
  - Wie die Sehbeeinträchtigungen sind auch **Hör- und Bewegungsbeeinträchtigungen** vor allem altersbedingt.
  - Etwa jeder fünfte Niederösterreicher bzw. Niederösterreicherin über 15 Jahre leidet an einer **chronischen Erkrankung** (bei erhöhter weiblicher Betroffenheit) - das ist etwas niedriger als österreichweit.
- **Pflegebedürftigkeit:** Rund vier Prozent der Bevölkerung (Stichtag 31.12.2000) beziehen in Niederösterreich Landes- oder Bundespflegegeld - das entspricht dem Bundesdurchschnitt. Zwei Drittel davon sind aufgrund der höheren Lebenserwartung Frauen.

### **Gesundheitliche Selbsteinschätzung**

- Die Einschätzung der eigenen Gesundheit der niederösterreichischen Bevölkerung entspricht dem Österreichdurchschnitt. **Drei Viertel der Bevölkerung** (1999) empfinden ihren Gesundheitszustand als **gut oder sehr gut**. Das positive Empfinden nimmt mit zunehmenden Alter deutlich ab.
- Die **Zufriedenheit** mit dem eigenen Gesundheitszustand hat in den 1990er-Jahren in Niederösterreich **tendenziell zugenommen**.
- Mit **höherer Schulbildung** steigt tendenziell auch die Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand, was auch mit besseren Informationsverfügbarkeiten und mit einem anderen Gesundheitsverhalten in Zusammenhang steht.

## 4 Gesundheitliche Einflussfaktoren

### 4.1 Somatische Basisdaten

#### *Body-Mass-Index*

Nach den **Definitionen** von Eurostat gilt ein Body-Mass-Index (BMI) von 21 bis unter 26 kg/m<sup>2</sup> als „normal“. Bei einem BMI von 18 bis unter 21 gilt die betreffende Person als untergewichtig und bei einem BMI unter 18 als stark untergewichtig. Eine Person mit einem BMI zwischen 26 und 30 ist laut Eurostat als übergewichtig einzustufen, ab einem BMI von 30 als stark übergewichtig (vgl. Eurostat 2000, S. 3). Da beim Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ regelmäßig auch Körpergröße und Körpergewicht der befragten Person erhoben werden, kann der BMI für jede antwortende Person individuell errechnet und hinsichtlich seiner Verteilung in der Bevölkerung auch im zeitlichen Längsschnitt verglichen werden.

Nach diesen Definitionen waren im Jahr 1991 in Niederösterreich rund **1,9 Prozent** der Bevölkerung über 15 Jahre (etwa 22.500 Personen) **stark untergewichtig**, wobei **Frauen** wesentlich **häufiger** betroffen waren als Männer (2,6 % versus 1,2 %, vgl. Tab. 4.1.1 im Tabellenanhang). Der Anteil an stark untergewichtigen Frauen war leicht unter und derjenige an stark untergewichtigen Männern leicht über dem österreichischen Durchschnitt, insgesamt lag Niederösterreich damit genau im Bundesschnitt. Innerhalb von Niederösterreich waren im **Wald- und Weinviertel** die höchsten Anteile an stark Untergewichtigen festzustellen. Bis zum Jahr 1999 **stieg** der Anteil der stark Untergewichtigen bei den niederösterreichischen Frauen an (von 2,6 auf 3,4 %), während er bei den niederösterreichischen Männern leicht sank (von 1,2 auf 1,1 %). Am Ende der Dekade war der Anteil der stark untergewichtigen Männer in Niederösterreich ebenfalls niedriger als in Österreich insgesamt. Der geschlechtsspezifische Unterschied hat sich innerhalb dieser zehn Jahre vergrößert und dem bundesweiten Trend angepasst.

Der Anteil der **übergewichtigen** Niederösterreicher **sank** zwischen 1991 und 1999 entgegen dem bundesweiten Trend von 23,9 auf 22,5 Prozent (das entsprach absolut trotzdem einer Steigerung von etwa 291.000 auf 296.000 Personen). Der 1991 noch überdurchschnittliche Anteil an übergewichtigen niederösterreichischen Männern (Niederösterreich: 29,2 %, Österreich: 26,7 %) entsprach im Jahr 1999 dem Bundesschnitt (27,6 %), der überdurchschnittliche Anteil an übergewichtigen niederösterreichischen Frauen verringerte sich im Verlauf der letzten Dekade um 1,6 Prozentpunkte (Niederösterreich: von 18,6 auf 17,4 %, Österreich: von 16,7 auf 17,1 %). Im Weinviertel war der Anteil an übergewichtigen Personen am höchsten. Der Anteil der **stark übergewichtigen** niederösterreichischen Landesbürger **stieg** allerdings zwischen 1991 und 2000 von 10,5 auf 11,6 Prozent (von 127.000 auf 151.000 Personen), wobei der Zuwachs etwas geringer ausfiel als in Österreich insgesamt (von 8,1 auf 10,5 %). Der Anteil an stark übergewichtigen Personen war in beiden Jahren bei Männern und Frauen gleichermaßen über dem Bundesschnitt. Einen höheren Anteil an stark übergewichtigen Personen gab es nur im Burgenland. Einen besonders hohen Anteil an stark übergewichtigen Personen weist die Statistik im nördlichen Wiener Umland (1991 und 1999) und im Weinviertel (1999) aus. Diese Situation zeichnet sich im Wesentlichen auch bei den männlichen Jugendlichen ab: Nach den Daten aus den **Stellungsuntersuchungen** des Bundesheers lag der Anteil an Übergewichtigen in Niederösterreich im Zeitraum 1991 bis 2000 um etwa 20 Prozent über dem österreichischen Durchschnitt.

#### *Blutdruck*

Laut Eigenangaben der Befragten beim Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ **1991** litten zu dieser Zeit rund **10,1 Prozent** der Niederösterreicher (rund 132.500 Personen) an Bluthoch-

druck, etwa gleich viele Männer und Frauen, wobei vor allem die Bevölkerung ab 60 Jahren von dieser Erkrankung betroffen war (24 % der 60- bis 74-Jährigen und 22 % der über 75-Jährigen, vgl. Tab. 4.1.2 im Tabellenanhang). Nach den (vorläufigen) Ergebnissen des Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ **1999** war der Anteil der Hypertoniker in Niederösterreich auf **sechs Prozent** (rund 84.500 Personen) gesunken, wobei Männer und Frauen gleichermaßen zu dieser Senkung beitrugen.

Unter zu **niedrigem Blutdruck** litten (1995) nach Eigenauskunft rund 2,1 Prozent der niederösterreichischen Bevölkerung über 15 Jahren - etwas weniger als im Bundesdurchschnitt (2,4 %). Der geschlechtsspezifische Unterschied in der Betroffenheit ist in Niederösterreich ebenso wie in den anderen Bundesländern zu Ungunsten der Frauen stark ausgeprägt (Frauen: 2,8 %; Männer: 1,3 %).

#### *Blutfette (Gesamtcholesterin)*

Flächendeckende Daten betreffend das Gesamtcholesterin im Blut stehen nur für die männlichen Jugendlichen zur Verfügung. Auch diese Daten stammen aus den Stellungsbefragungen des Bundesheers. Diesen Untersuchungen zu Folge lag der Anteil der niederösterreichischen Stellungspflichtigen mit **Gesamtcholesterin** im Blut **größer als 200 mg/dl** im Durchschnitt der Periode 1991 bis 2000 etwa bei acht Prozent, während der Bundesschnitt bei elf Prozent lag. Die ungewöhnlichen Schwankungen innerhalb dieses Zeitraumes mit einem Höchstwert von mehr als 15 Prozent im Jahr 1991 und einem Tiefstwert von knapp vier Prozent im Jahr 1994 könnten aber auch auf Datenerhebungs- oder Aufklärungsmängel zurückzuführen sein.

## **4.2 Rauchen**

Gemäß den derzeit vorliegenden (vorläufigen) Ergebnissen und Auswertungen des **Mikrozensus 1999 raucht etwa ein Drittel der niederösterreichischen Bevölkerung täglich Zigaretten** (der Konsum anderer Tabakwaren wird im Mikrozensus nicht erfragt). Dieser Anteil ist nach Wien der höchste von allen Bundesländern. Während der **Raucheranteil** bei den **Frauen** mit rund 26 Prozent etwas niedriger ist als im Bundesdurchschnitt, beträgt er bei den Männern nahezu 40 Prozent und liegt damit über dem Bundesdurchschnitt. Die höchsten Anteile an Rauchern weist die Bevölkerung in der Altersgruppe der 20- bis 44-Jährigen (42 %) auf, der Anteil an Nichtrauchern ist in der Gruppe der 60- bis 74-Jährigen mit mehr als 83 Prozent am höchsten. Nahezu 35 Prozent der befragten jugendlichen Niederösterreicher (15- bis 19-Jährige) gaben an, täglich Zigaretten zu konsumieren (österreichweit: 33 %). Der größte Teil der Raucher - ca. 43 Prozent - beschränkt den täglichen Konsum auf höchstens zehn Zigaretten, etwa jeder fünfte Raucher in Niederösterreich verbraucht täglich mehr als eine Packung (à 20 Stück).

Im regionalen Vergleich innerhalb des Landes zeigt sich, dass die Raucheranteile in den meisten Regionen etwa dem Landesdurchschnitt entsprechen, auffällige Abweichungen weisen nur die NUTS-3-Region St. Pölten (mit dem höchsten Raucheranteil) und das Waldviertel (mit dem niedrigsten Raucheranteil) auf.

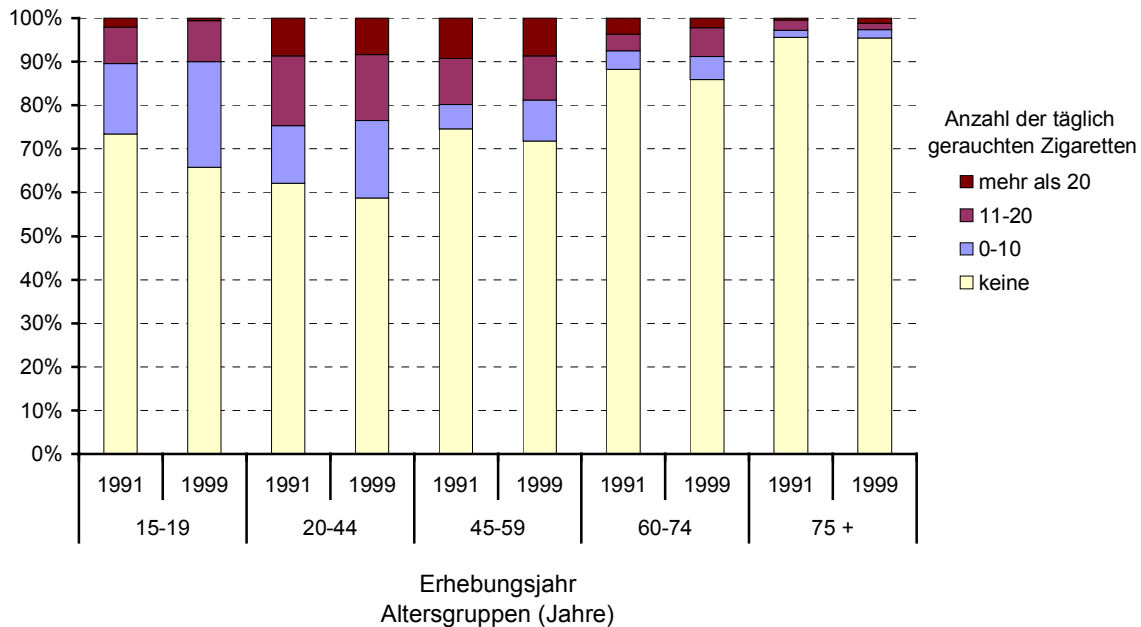
Die Einbeziehung auch der Ergebnisse des Mikrozensus 1991 in die Betrachtung zeigt, dass in Niederösterreich - wie in Österreich insgesamt - der **Anteil der Nichtraucher** an der Bevölkerung **zwischen 1991 und 1999 rückläufig** war und die **Anzahl der Raucher zugenommen hat**. Dabei ist die Anzahl der rauchenden Frauen etwas stärker angestiegen als jene der Männer; der Anstieg des Raucheranteils der weiblichen Bevölkerung war in Niederösterreich aber weniger stark ausgeprägt als in den anderen Teilen Österreichs. Dem bundes-



weiten Trend entsprechend war aber der - aus gesundheitspolitischer Sicht besonders bedenkliche - Anstieg des Raucheranteils in der Gruppe der Jugendlichen der stärkste von allen betrachteten Altersgruppen (von 27 auf 35 %).

Der österreichweiten Entwicklung entsprechend war die Zunahme an Rauchern, die täglich nur bis zu zehn Zigaretten konsumieren, am höchsten. Sowohl Anzahl als auch Anteile der stärkeren Raucher blieben dagegen nahezu unverändert oder sanken sogar geringfügig.

Abbildung 4.2.1: Rauchverhalten (tägliches Zigarettenkonsum) der niederösterreichischen Bevölkerung nach Altersgruppen 1991 und 1999



Quellen: Statistik Austria - Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ 1991 und 1999; ÖBIG-eigene Berechnungen

### 4.3 Ernährung

Auf die Frage „Was tun Sie, um gesund zu bleiben bzw. Krankheiten vorzubeugen?“ gab im Rahmen der Befragungen zum Mikrozensus 1999 „Fragen zur Gesundheit“ rund **ein Drittel** der befragten Niederösterreicher und Niederösterreicherinnen an, sich **gesundheitsbewusst zu ernähren**<sup>1</sup>. Der Anteil war nur in Wien und im Burgenland niedriger als in Niederösterreich. Wie in den übrigen Bundesländern auch wird einer gesunden Ernährung von den Frauen ein weit höherer Stellenwert beigemessen als von den Männern (38 % vs. 28 %). Die Altersgruppen der 45- bis 59-Jährigen und der 60- bis 74-Jährigen weisen die höchsten Anteile sich gesundheitsbewusst ernähernder Personen auf, sowohl bei den jüngeren als auch bei den älteren Personen sind die Anteile deutlich niedriger.

Innerhalb des Bundeslandes zeigte die Auswertung nach Regionen, dass das Gesundheitsbewusstsein hinsichtlich der Ernährung im Wiener Umland (insbesondere im Südteil), teil-

<sup>1</sup> Zur Auswahl standen fünf konkret angeführte Möglichkeiten, darunter „Gesundheitsbewusste Ernährung“, sowie „Sonstiges“; die Frage wurde an die befragten Personen ab 15 Jahren gerichtet.

weise auch in Niederösterreich-Süd deutlicher ausgeprägt ist als in den übrigen Landesteilen. Auffällige Abweichungen vom Landesdurchschnitt nach unten weisen hingegen das Weinviertel und die Nuts-3-Region St. Pölten auf.

Der Vergleich mit den Ergebnissen des Mikrozensus 1991 zeigt, dass in Niederösterreich - wie auch in den meisten anderen Bundesländern - bei nahezu allen untersuchten Bevölkerungsgruppen zwischen 1991 und 1999 die **Anzahl** und der **Anteil** der sich gesundheitsbewusst ernährenden Personen gesunken ist. Dies könnte auf Erhebungs-, Datenaufbereitungs- oder Auswertungsmängel zurückzuführen sein, aber evtl. auch darauf, dass die Bevölkerung bei der Einschätzung dessen, was als gesundheitsbewusste Ernährung einzustufen ist, auf Grund der prononcierten Aufklärungskampagnen in den 1990er-Jahren kritischer geworden ist.

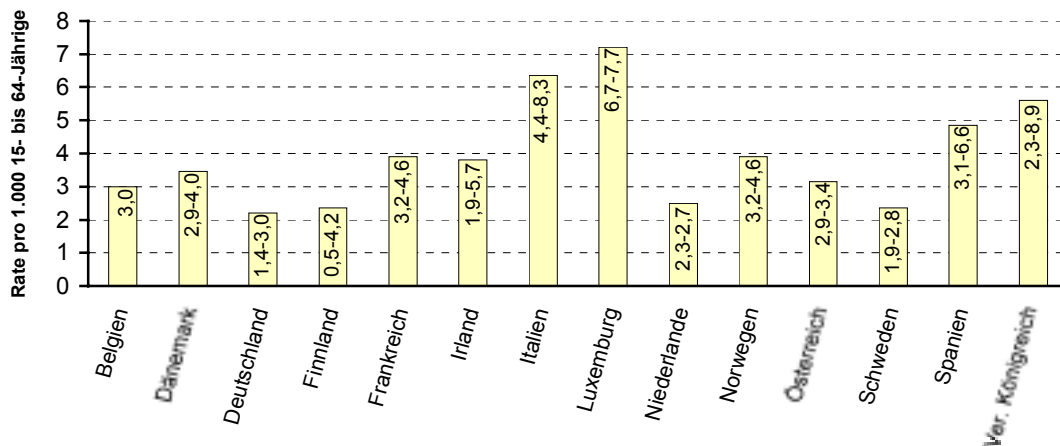
#### 4.4 Alkohol und Drogen

Sowohl legale (v. a. Alkohol, Tabak und Medikamente) als auch illegale Drogen (Heroin, Kokain, Amphetamine, Cannabis, etc.) können zu einer Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes führen. Eine **quantitative Beurteilung** des problematischen Konsums von Suchtmitteln aller Art - insbesondere aber von illegalen Drogen - ist auf Grund der hohen Dunkelziffer, die u. a. durch die mit Sucht einhergehende Stigmatisierung der Betroffenen bedingt ist, sehr **schwierig**. Die vorliegenden Daten zeigen aber, dass illegale Drogen in Bezug auf die öffentliche Gesundheit - verglichen mit legalen Substanzen wie Alkohol und Tabak - quantitativ vergleichsweise geringe Probleme verursachen.

**Konsumerfahrungen** mit illegalen Substanzen finden sich österreichweit in erster Linie bezüglich Cannabis (etwa 1/4 bis 1/3 der Befragten in verschiedenen Studien). Deutlich seltener wird über (Probier-)Konsum mit anderen Drogen (Ecstasy ca. 3-4 %; Opiate, Kokain, etc. max. 1-2 %) berichtet. Die für Niederösterreich verfügbaren Werte liegen im Österreichschnitt: Im Rahmen der in den Jahren 1996/97 durchgeführten „NÖ Jugendstudie“ (BRUNMAYER 1997) berichteten 20 Prozent der befragten 15- bis 19jährigen Schülerinnen und Schüler über Konsumerfahrungen mit Haschisch und vier Prozent mit Ecstasy. Etwas geringere Konsumerfahrungen (13,6 % Cannabis, 3,8 % Ecstasy) finden sich in der im Jahr 1997 durchgeführten „Schulstudie NÖ“ (Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie 1999), die allerdings die Altersgruppe 13 bis 18 Jahre einschloss. Für alle anderen Substanzen lagen die entsprechenden Werte in beiden Studien bei maximal ein bis zwei Prozent oder darunter. Studienergebnisse (Raithel 2002, Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie 1997) zeigen weiters, dass sich das substanzspezifische Risikoverhalten als ein zusammenhängendes Verhaltensrepertoire präsentiert. So scheint der regelmäßige Umgang mit Alkohol eine Schlüsselrolle für die Bereitschaft zum Konsum illegaler Drogen zu spielen.

Schätzungen gehen davon aus, dass es im Bundesland Niederösterreich ungefähr **60.000 Alkoholabhängige** und rund **26.000 Medikamentenabhängige** gibt. Die Zahl der „problematischen“ Konsumenten von illegalen Drogen wird für Österreich als stabil eingeschätzt. Nach wissenschaftlichen Prävalenzschätzungen gibt es etwa **15.000 bis 20.000 problematische Opiatkonsumenten** (vgl. Uhl/Seidler 2000), womit Österreich im europäischen Vergleich im unteren Mittelfeld liegt (vgl. Abbildung 4.4.1). Eine regionale Differenzierung der Schätzung ist nur eingeschränkt möglich, bezogen auf die Einwohnerzahl liegt Niederösterreich - mit einer Reihe anderer Bundesländer - unter dem Österreichschnitt, während Wien und Tirol höhere und Vorarlberg durchschnittliche Werte aufweisen.

Abbildung 4.4.1: Verbreitung problematischen Drogenkonsums<sup>1</sup> in der EU 1996-1998



<sup>1</sup> Schätzung

Quelle: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Jahresbericht 2000 über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union

### Illegale Drogen

In den letzten Jahren konnte eine langsame „Nivellierung“ der regionalen Unterschiede beobachtet werden, die dazu führt, dass die Drogenproblematik nicht mehr nur in wenigen Zentren, sondern generell in Ballungsräumen sichtbar wird (vgl. ÖBIG 1999d). In diesem Zusammenhang zeigte sich eine deutliche Stabilisierung bzw. ein leichter Rückgang der Drogenproblematik in den früheren „Schwerpunktgebieten“ (v. a. Tirol, Vorarlberg, Wien) bei gleichzeitiger Zunahme in anderen Regionen und vor allem in ländlichen Gebieten.

Indikatoren für die durch Drogenkonsum verursachten gesundheitsbezogenen Probleme sind die Prävalenzraten bezüglich einiger **Infektionskrankheiten** sowie die „**Drogenopferstatistik**“ (vgl. Tab. 4.4.4 bzw. 4.4.5). In Österreich gibt es bei (intravenös) Drogenabhängigen niedrige HIV-Prävalenzwerte (unter 5 %), aber hohe Prävalenzraten für Hepatitis B (35 bis 50 %) und Hepatitis C (70 bis 80 %). Spezifische Daten für Niederösterreich liegen nicht vor. Die Zahl der drogenbezogenen Todesfälle ist in Österreich Anfang der 1990er-Jahre stark gestiegen, danach deutlich zurückgegangen und zuletzt wieder gestiegen. In **Niederösterreich** zeigt sich eine ähnliche - aber etwas verzögerte - Entwicklung, wobei im Jahr 1996 mit 18 Todesfällen der höchste Wert erreicht wurde. In der Folge sank die Zahl bis auf elf Fälle im Jahr 1998, seither gibt es wieder einen leichten Anstieg (1999: 12 Fälle, 2000: 15 Fälle).

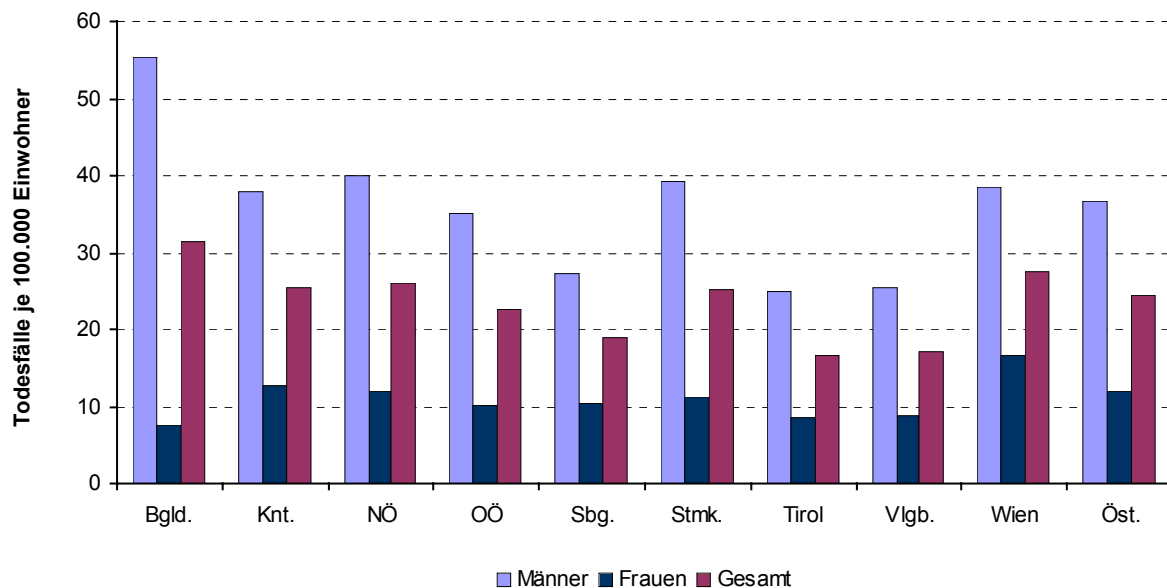
### Alkohol

Der **Alkoholdurchschnittskonsum** entspricht in Niederösterreich mit 32 Gramm Alkohol täglich (alters- und geschlechtsstandardisierter Wert) dem Österreichdurchschnitt (31 Gramm). Höhere Konsummengen finden sich im Burgenland (38 Gramm), in Kärnten (35 Gramm), in der Steiermark (34 Gramm) und in Oberösterreich (33 Gramm). Auch nach Geschlechtern differenziert (altersstandardisierte Werte) liegt der Alkoholdurchschnittskonsum in Niederösterreich mit 13 Gramm täglich bei den Frauen und 53 Gramm täglich bei den Männern im Österreichdurchschnitt oder knapp darüber (vgl. Tab. 4.4.1 im Tabellenanhang). Betrachtet man die potenziell **alkoholassoziierte Sterblichkeit** (alkoholbedingte bzw. häufig im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch und Alkoholismus stehende Todesfälle je 100.000

Einwohner, altersstandardisiert) differenziert nach Kerndiagnosen (Alkohol-Psychosen, Alkoholismus, chronische Leberkrankheit und Leberzirrhose) und anderen potenziell alkoholassoziierten Todesursachen (siehe hierzu den Abschnitt „Begriffsbestimmungen“ im Anhang sowie Tab. 4.4.2 im Tabellenanhang), so zeigt sich, dass **Männer** - passend zum Konsumverhalten - von diesem Problem wesentlich **stärker betroffen** sind als Frauen.

Weiters ist festzustellen, dass die alkoholbedingte Sterblichkeit in den 1990er-Jahren in allen Bundesländern zurückgegangen ist. **Niederösterreich** nimmt mit insgesamt 26 Alkoholtoten (Kerndiagnosen) pro 100.000 Einwohner (Österreich: 24) im Durchschnitt der Jahre 1998 bis 2000 nach dem Burgenland (31 Alkoholtote) und Wien (28) den **dritten** Platz vor der Steiermark und Kärnten (je 25) im Bundesländervergleich ein (vgl. nachstehende Abb. 4.4.2). In diesen Ländern befinden sich auch die traditionellen Weinanbaugebiete Österreichs. Dieses **Ost-West-Gefälle** ist sehr stark durch die Sterblichkeit der Männer bestimmt. Während das regionale Verteilungsmuster bei den Frauen - insbesondere auf Ebene der Bezirke - unspezifischer ist (vgl. Karten 4.4.1 und 4.4.2 im Kartenanhang). Bei den „anderen Diagnosen“, wo neben dem Alkohol auch vermehrt andere Todesursachen das Ergebnis beeinflussen, ist kein eindeutiges regionales Muster zu erkennen.

Abbildung 4.4.2: Potenziell alkoholassoziierte Sterblichkeit (altersstandardisiert, Kerndiagnosen) im Durchschnitt der Jahre 1998 bis 2000 nach Bundesländern und insgesamt



Quellen: Statistik Austria - Volkszählungen 1991 und 2001, Todesursachenstatistik 1998-2000; ÖBIG-eigene Berechnungen

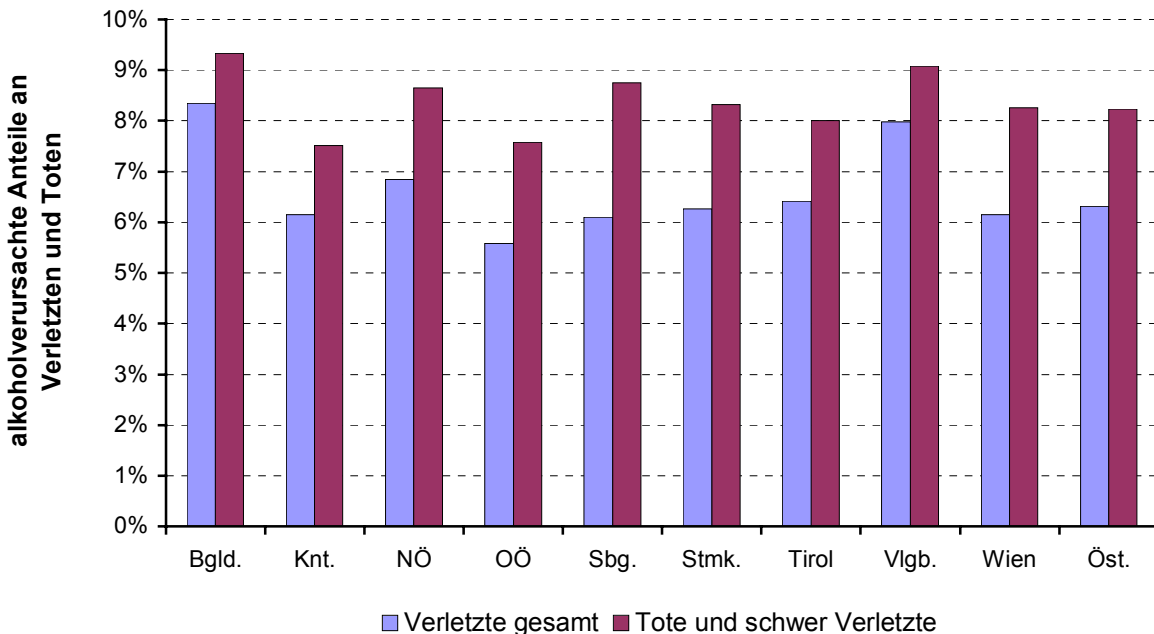
Innerhalb Niederösterreichs weisen die Städte **Krems** und **Wiener Neustadt** sowie die Bezirke **Baden, Hollabrunn, Bruck an der Leitha, Horn** und **Melk** im Durchschnitt der Jahre 1998 bis 2000 bei den Kerndiagnosen eine **deutlich über dem Bundesdurchschnitt** liegende alkoholassoziierte Sterblichkeit auf. Deutlich unter dem Bundes- und Landeswert liegen die Bezirke Amstetten (inkl. Waidhofen an der Ybbs), Korneuburg und Scheibbs. Nach Geschlechtern differenziert zeigen sich bezüglich der regionalen Verteilung wenig Unterschiede. Bei der alkoholassoziierten Sterblichkeit nach „anderen Diagnosen“ zeigen die Bezirke Lilienfeld und Zwettl sowie wieder die Stadt Krems deutlich überdurchschnittliche Werte. Hier muss jedoch berücksichtigt werden, dass bei den „anderen Diagnosen“ außer dem

Alkohol noch eine Reihe anderer Faktoren (Ernährung, Selbstschädigung, Selbstmord, etc.) einen wesentlichen Einfluss auf die Sterblichkeit haben.

### Alkohol im Straßenverkehr

Zur Untersuchung des **Alkoholeinflusses** im **Straßenverkehr** wurden die durch Alkohol verursachten Verkehrsunfälle auf den Straßen Niederösterreichs und für die Jahre 1998 bis 2000 der durchschnittliche jährliche Anteil der an solchen Unfällen beteiligten Personen an den in Niederösterreich an Verkehrsunfällen insgesamt Beteiligten ermittelt (vgl. Tab. 4.4.3 im Tabellenanhang). Dabei zeigte sich österreichweit, dass mit dem Verletzungsgrad auch der alkoholverursachte Anteil anstieg. In Niederösterreich kamen im Beobachtungszeitraum aufgrund der Alkoholisierung mindestens eines Unfallbeteiligten 59 Menschen ums Leben, 2.024 wurden verletzt, davon 447 schwer. Im Bundesländervergleich ist der alkoholverursachte Anteil an den Verkehrstoten in Niederösterreich und Wien mit je 6,8 Prozent (Österreich: 8 %) nach dem Burgenland (6,2 %) am zweitniedrigsten. Bei den schwer Verletzten ist der Anteil mit neun Prozent (Österreich: 8,3 %) jedoch der dritthöchste nach dem Burgenland (9,9 %) und Vorarlberg (9,1 %). Damit ist auch der unter Alkoholbeteiligung verursachte **Anteil** an den Verletzten insgesamt in Niederösterreich mit **6,8 Prozent** (Österreich: 6,3 %) nach dem Burgenland (8,3 %) und Vorarlberg (8,0 %) der dritthöchste (vgl. Abb. 4.4.3).

Abbildung 4.4.3: Durch Alkohol verursachte Anteile an Verletzten und Toten in Prozent der im Straßenverkehr Verletzten bzw. Getöteten insgesamt, Durchschnittswert 1998-2000 nach Bundesländern und Österreich



Quellen: KfV - Straßenverkehrsunfallstatistik 1998-2000; ÖBIG-eigene Berechnungen

Die Betroffenheit ist vor allem in den Bezirken **Baden, Gmünd, Krems (Land)** und im Raum **Wiener Neustadt (Stadt und Land)** sowie in der **Stadt Waidhofen an der Ybbs** sehr hoch, wo der alkoholverursachte Anteil an den Schwerverletzten und Toten 10 bis 20 Prozent beträgt. Werte unter sechs Prozent weisen diesbezüglich nur die Bezirke **Bruck an der Leitha** und **Horn** auf (vgl. Tab. 4.4.3).

## Hilfs- und Behandlungsangebote

Im Juli 2000 wurde im Niederösterreichischen Landtag der **Niederösterreichische Suchtplan** beschlossen, der als Rahmenplan für die Suchtarbeit in Niederösterreich dient und als Schwerpunkte illegale Suchtmittel gemäß Suchtmittelgesetz und legale Suchtmittel mit Alkohol, Nikotin und Medikamente umfasst. Die Umsetzung des Niederösterreichischen Suchtplans fällt in den Verantwortungsbereich der **Niederösterreichischen Suchtkoordinatorin**. In einer Projektarbeit unter Leitung der Niederösterreichischen Suchtkoordinatorin und unter Einbindung von Suchtexperten in Niederösterreich wurde ein Umsetzungsvorschlag Anfang September 2002 den zuständigen politischen Referenten im Land Niederösterreich präsentiert.

Eine wichtige Rolle im Bereich der **Primärprävention** von Suchtproblemen (Alkohol, Tabak, illegale Drogen, Medikamente, stoffungebundene Süchte wie Essstörungen, Spielsucht, etc.) nimmt die **Fachstelle für Suchtvorbeugung NÖ** ein. Aufgabe der Fachstelle ist die Initiierung, Entwicklung, Beratung und Begleitung von lokal und regional durchgeführten Projekten sowie die Ausbildung für Multiplikatoren und relevante Berufsgruppen und die Qualitätssicherung in der Suchtprävention.

Im Bereich der „**Drogenhilfe**“ lässt sich in Österreich eine zunehmende Diversifikation des Betreuungsangebots verzeichnen. Die ursprünglich ausschließlich auf Abstinenz ausgerichteten Angebote im Behandlungs- und Betreuungsbereich werden bereits seit Mitte der 1980er-Jahre zunehmend um suchtbegleitende und substituierende Maßnahmen ergänzt, wobei sich diese Entwicklung vor allem in den letzten Jahren deutlich verstärkt hat. Auch in Niederösterreich kam es im Laufe des letzten Jahrzehnts zu einer Differenzierung des Drogenhilfssystems.

Niederösterreich verfügt im Bereich der Drogenhilfe über **neun stationäre Einrichtungen** (3 Langzeittherapie, 4 Kurzzeittherapie, 2 Entzugsbehandlung), wobei diese Angebote auch von anderen Bundesländern genutzt werden. Weiters gibt es pro Bezirk mehrere ambulante Beratungs- und Betreuungsstellen, von denen einige einen eher niederschweligen Ansatz verfolgen, und drei Angebote der mobilen Jugendbetreuung/streetwork mit drogenspezifischem Schwerpunkt. Im Bundesländervergleich weist Niederösterreich bezogen auf die Bevölkerung einen sehr niedrigen Wert von für Drogenklienten zur Verfügung stehenden Mitarbeiterstunden auf. Dies steht insofern im Einklang mit der großen Zahl von Einrichtungen, als viele Angebote nur in zeitlich und personell begrenztem Umfang zur Verfügung stehen und neben der Betreuung von Drogenklienten oft auch noch andere Aufgaben erfüllen (psycho-soziale Beratungsstellen, Jugendberatungsstellen, Familienberatungsstellen, etc.).

Hilfs- und Behandlungsangebote für **Alkoholranke** werden derzeit in Niederösterreich von **elf stationären** Einrichtungen und von **19 ambulanten** Einrichtungen (drei Beratungsstellen des Anton Proksch-Institutes, zwölf Beratungsstellen des Psychosozialen Dienstes, zwei Beratungsstellen des Blauen Kreuzes, die Zentrale für Beratung und Kommunikation und eine Kontaktstelle der Anonymen Alkoholiker) angeboten (vgl. BMAGS 1999a: Handbuch Alkohol - Österreich 2001). Im stationären Bereich stehen insgesamt 215 bis 220 Behandlungsplätze mit Angeboten für Gruppen- und Einzeltherapien, Sozialarbeit, Arbeits- und Kreativitätsprogramme und ambulante Nachbetreuung sowie für körperlichen Entzug zur Verfügung. Die ambulanten Einrichtungen bieten vornehmlich Beratung und Angehörigenberatung sowie zum überwiegenden Teil auch Sozialarbeit an. Weiters wird von einigen ambulanten Einrichtungen auch medizinische Basisversorgung sowie vereinzelt Psychotherapie angeboten.

**Zusammenfassend** ist festzuhalten, dass Niederösterreich bei den **illegalen Drogen** im gesamtösterreichischen Zusammenhang **kein Schwerpunktgebiet** darstellt. Im Gegensatz dazu stellen die stark überdurchschnittliche **alkoholassoziierte Sterblichkeit** vor allem der Männer in den Städten Krems und Wiener Neustadt sowie in den Bezirken Baden, Hollabrunn, Bruck an der Leitha, Horn und Melk und die überdurchschnittlichen Anteile an **alkoholverursachten Verkehrsopfern** ein ernstzunehmendes Problem dar.

Wesentlich ist in beiden Fällen - neben bestehenden Hilfs- und Beratungsangeboten - die Suchtprävention und der Ausbau der Suchtberatung in Niederösterreich, welcher ab September 2002 mit zwei Pilotprojekten in den Bezirken Lilienfeld und Baden beginnen wird. Für den stationären Bereich sind Kompetenzzentren für den illegalen Suchtbereich in der Landesnervenklinik (LNKL) Mauer und für den Alkoholbereich an zwei bis drei Standorten in Niederösterreich vorgesehen (LNKL Mauer, Kalksburg und eventuelle eine Einrichtung im nördlichen Niederösterreich). Daneben ist eine Suchtambulanz im südlichen Niederösterreich geplant.

Bei den illegalen Drogen geht es zunehmend auch um die Verhinderung der Verbreitung neuer Formen des Drogenkonsums (z. B. Ecstasy) sowie um Strategien zur Risikominderung und Verhaltensänderungsbeeinflussung bei letztlich nicht verhinderbarem Gebrauch illegaler oder Missbrauch legalisierter Substanzen (z. B. Schlaf- und Beruhigungsmittel). Bei der in unsere Gesellschaft integrierten - und im Ausmaß viel gefährlicheren - Droge Alkohol muss der verantwortungsvolle Umgang im Vordergrund stehen. Personen, die psychisch und körperlich in guter Verfassung sind, die auch sozial gut integriert und erfolgreich leben, passen gemäß der „soziokulturellen Regelungshypothese“ ihren Alkoholkonsum an die kulturelle Norm an. Das heißt, sie leben weder abstinent, noch zeichnen sie sich durch extreme Konsumformen aus. Prävention und Behandlung des legalen und illegalen Drogenkonsums müssen daher stets auf die vorherrschenden psychischen und soziokulturellen Rahmenbedingungen abgestimmt sein.

Um vor allem Jugendliche vor den schädlichen Auswirkungen von Alkohol- und Tabakkonsum zu schützen, ist dem Land Niederösterreich eine Vereinheitlichung der Jugendschutzbestimmungen in den einzelnen Bundesländern durch ein Abgabeverbot von Alkohol und Zigaretten an Jugendliche unter 16 Jahren ein zentrales Anliegen.

#### **4.5 Sport und Bewegung**

Der **Anteil der bewusst zur Gesunderhaltung regelmäßig Sport oder Bewegung ausübenden Personen** an der Bevölkerung über 15 Jahre lag gemäß den (vorläufigen) Auswertungsergebnissen des Mikrozensus 1999 in Niederösterreich mit rund **35 Prozent etwas unter dem Durchschnitt der österreichischen Gesamtbevölkerung**, jedoch relativ deutlich unter den Anteilen in den west- und südösterreichischen Bundesländern, in denen zwischen 38 und 43 Prozent der Befragten angeben, regelmäßig Sport oder Bewegung aus gesundheitlichen Gründen auszuüben. Wie in Österreich insgesamt ist auch in Niederösterreich der Anteil bei den Männern höher als bei den Frauen. Namentlich Angehörige der untersten und der obersten der betrachteten Altersgruppen (15- bis 44-Jährige bzw. über 75-Jährige) betreiben im Vergleich zu Bewohnern der anderen Bundesländer verhältnismäßig wenig Sport.

Relativ deutlich unter dem Landesdurchschnitt lagen die Anteile der sportlich aktiven Bevölkerung in der NUTS-3-Region St. Pölten und im Waldviertel. Wie schon bei der Ernährung weisen die Befragungsergebnisse auf ein überdurchschnittlich hohes Gesundheitsbewusstsein der Bewohner des Wiener Umlandes-Südteil hin (vgl. Tab. 4.5.1 im Tabellenanhang).

Der Zuwachs des Anteils der Sport ausübenden Bevölkerung zwischen 1991 und 1999 war in Niederösterreich mit fast zwei Prozentpunkten der dritthöchste der Bundesländer. Namentlich Frauen und 45- bis 59-Jährige haben in Niederösterreich in den 1990er-Jahren in zunehmendem Ausmaß Sport und Bewegung als Mittel zur Gesundheitserhaltung gewählt.

#### 4.6 Gesundheitsvorsorge

Im folgenden Abschnitt wird die **Inanspruchnahme** wichtiger Angebote der Gesundheitsvorsorge: Schutzimpfungen, Kariesprophylaxe sowie Vorsorgeuntersuchungen betrachtet. Die institutionelle Organisation von Einrichtungen und weitere Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsvorsorge und -förderung werden im Abschnitt 5.1 beleuchtet.

##### *Schutzimpfungen*

Im Jahre 1999 wurde österreichweit durch den Bund ein neues Impfkonzept eingeführt, welches eine kostenlose Immunisierung aller Säuglinge und Kinder bis zum 15. Lebensjahr mit allen vom Obersten Sanitätsrat empfohlenen Impfungen (das sind Schutzimpfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hämophilus Influenzae B, Hepatitis B, Poliomyelitis, Masern, Mumps und Röteln) garantiert. Möglich wird dieses Konzept durch Übernahme der Impfstoffkosten durch den Bund (2/3), die Krankenversicherungsträger (1/6) und die Länder (1/6); das Impfhonorar ist von den Ländern aufzubringen. Durch die laufende Entwicklung von Kombinationsimpfstoffen vom Dreifach- bis zum Sechsfach-Impfstoff sind die Daten über den Impfstoffverbrauch nicht vergleichbar. Die Datensituation erlaubt es daher nicht, den Grad der durch Impfungen erreichten Immunität der Bevölkerung gegen Infektionskrankheiten zu ermitteln. Österreichweite Daten über durchgeführte Impfungen liegen derzeit auf Ebene der österreichischen Bundesländer vor. Quelle dieser Daten sind Meldungen der Bundesländer an das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG). Sie liegen für die Jahre 1998 bis 2000, differenziert nach den Geburtsjahrgängen 1982 bis 1995 vor, sodass lediglich für vereinzelte Geburtsjahrgänge Durchimpfungsraten für bestimmte Impfungen ermittelt werden können. Überprüfungen der vorliegenden Daten zeigten zudem, dass in einigen Bundesländern die Impfdokumentationen fehlerhaft waren und nachträgliche Korrekturen nicht mehr möglich sind, sodass Vergleiche von ermittelten Durchimpfungsraten mit anderen Bundesländern oder Österreich insgesamt nicht sinnvoll möglich sind.

Berechnungen, die auf den vom BMSG übermittelten Daten über in den Jahren 1998 bis 2000 durchgeführten Impfungen basieren, ergaben für Niederösterreich **Durchimpfungsraten bei Diphtherie-Tetanus-Pertussis** von 79 bis 85 Prozent (für die Geburtsjahrgänge 1998 bzw. 1999), bei **Polio** von rund 59 Prozent (Jahrgang 1999) und bei **Masern-Mumps-Röteln** von 63 bis 69 Prozent (für die Geburtsjahrgänge 1998 bzw. 1999). Deutlich niedriger lag die ermittelte Durchimpfungsrate bei **Hepatitis B** (für die Geburtsjahrgänge 1998 und 1999 ca. 44 %).

Über das Ausmaß des **Impfschutzes bei der erwachsenen Bevölkerung** herrscht in noch höherem Grade **Unklarheit**, obgleich der periodischen Auffrischung, namentlich gegen Kinderlähmung, Tetanus, Keuchhusten und Diphtherie, auch bei Erwachsenen große Bedeutung beigemessen wird. Darüber hinaus wird zuweilen auch die periodische Immunisierung gegen Pneumokokken, Influenza, Hepatitis-A und -B sowie FSME bei Erwachsenen empfohlen, wobei bei einigen Impfungen die empfohlenen Abstände zwischen den Auffrischungen mit zunehmendem Alter geringer werden. Ergebnisse einer unlängst abgeschlossenen Studie (Hainz et al. 2002) zeigen, dass bei der älteren österreichischen Bevölkerung häufig nur unzulänglicher Schutz vor Infektionskrankheiten besteht. Ursachen hierfür werden darin gesehen, dass die Impfempfehlungen nicht beachtet werden und dass mit zunehmendem Alter die zeitliche Dauer des Impfschutzes abnimmt. Empfohlen werden von den Studienautoren



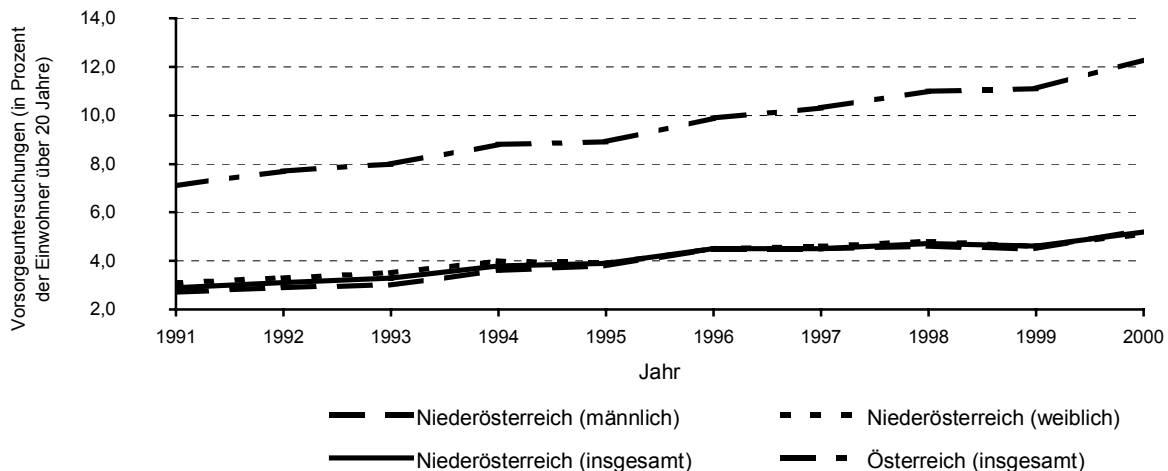
Maßnahmen (etwa Impfkampagnen, altersangepasste Impfstrategien), mit denen ein besserer Impfschutz der Senioren erreicht werden könnte.

Die Daten des **Mikrozensus 1999** „Fragen zu Gesundheit“, bei dem auch nach dem bestehenden Impfschutz gegen Kinderlähmung, Tetanus, Grippe und Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) gefragt wurde, weisen darauf hin, dass die **niederösterreichische Bevölkerung** im Alter von 15 Jahren und darüber **bezüglich dieser Erkrankungen** im Vergleich zu den übrigen Bundesländern in einem **überdurchschnittlich hohen Ausmaß durch Impfungen geschützt** ist. Bei Tetanus weist die niederösterreichische Bevölkerung gemäß dieser Erhebung mit ca. 65 Prozent den höchsten Anteil an durch Impfungen geschützter Personen, bei Kinderlähmung und Grippe die zweithöchsten Anteile von allen Bundesländern auf.

### Vorsorgeuntersuchungen

Die folgende Analyse der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen basiert auf Daten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger für die Jahre 1991 bis 2000.

Abbildung 4.6.1: Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen in Niederösterreich und in Österreich 1991 bis 1999



Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, ÖBIG-eigene Berechnungen

In den Jahren **1991 bis 2000** haben sich jährlich durchschnittlich **rund 47.400 Niederösterreicher und Niederösterreicherinnen einer Vorsorgeuntersuchung** unterzogen, das sind etwas mehr als **vier Prozent** der Wohnbevölkerung des Bundeslandes im Alter von 20 Jahren und darüber<sup>2</sup>. Dieser Anteil ist der **geringste aller österreichischen Bundesländer** - im österreichischen Durchschnitt unterzogen sich in diesem Zeitraum rund 9,5 Prozent aller über Zwanzigjährigen jährlich einer Vorsorgeuntersuchung. Das überaus geringe Interesse der niederösterreichischen Bevölkerung an Vorsorgeuntersuchungen betrifft Frauen und Männer annähernd gleichermaßen.

<sup>2</sup> Für österreichische Staatsbürger/innen ab dem vollendeten 19. Lebensjahr besteht Anspruch auf jährliche eine unentgeltliche Vorsorgeuntersuchung.

Die **Zunahme an untersuchten Personen** im Betrachtungszeitraum verlief in Niederösterreich allerdings mit jährlich durchschnittlich +7,4 Prozent rascher als im Bundesdurchschnitt (5,8 %). Der österreichweiten Entwicklung entsprechend war auch in Niederösterreich die Zunahme an Männern stärker als an Frauen; deren Anteil an den untersuchten Personen stieg von 44 Prozent im Jahr 1999 auf nahezu 50 Prozent im Jahr 2000.

### *Zahngesundheit*

Kariesprophylaxeaktivitäten werden in Niederösterreich seit 1989 durch den Arbeitskreis für zahnärztliche Vorsorgemedizin der Ärztekammer für Niederösterreich durchgeführt. Finanziert wird die Aktion aus Mitteln des Landes, die über die Landessanitätsdirektion vergeben werden. (Schuljahr 1999/2000: 3,4 Mio. ATS für 245 Kindergärten bzw. 8.000 Kinder).

Zielsetzungen sind, neben dem Erreichen der WHO-Ziele (bis 2020 sollen 80 Prozent der Sechsjährigen kariesfrei sein und die 18-Jährigen keinen bleibenden Zahn durch Karies verloren haben), das tägliche Zähneputzen zu automatisieren, den Jugendlichen eine Ernährungsberatung zu bieten, ein positives Verhältnis zum Zahnarzt zu entwickeln und die Eigenverantwortung für die Zähne zu fördern.

Zielgruppe waren im Berichtszeitraum die Kindergartenkinder. Im Schuljahr 2001/02 konnte das modifizierte Projekt Apollonia 2020 gestartet werden, welches unter Finanzierung von Krankenversicherungsträgern und Land Niederösterreich (je zur Hälfte) flächendeckend alle Kindergartenkinder und schrittweise ausgebaut bis zum Schuljahr 2006/07 auch alle Volksschulkinder erfassen soll.

Im Rahmen dieser Aktion untersuchen sogenannte Patenzahnärzte die Kinder im Kindergarten jedes zweite Jahr und in der ersten und vierten Klasse der Volksschulen. Dreimal jährlich über den gesamten Zeitraum werden die Kinder von ZahngesundheitserzieherInnen in richtigem Zähneputzen, Ernährung und Zahngesundheit unterrichtet. Beide Berufsgruppen führen Elternabende in Kindergärten und Volksschulen durch.

Die Daten aus den bisher an der Aktion teilgenommenen Kindergärten zum Zahngesundheitszustand zeigen, dass 1994/95 knapp 44 Prozent der untersuchten Kindergartenkinder (Durchschnittsalter 4,5 Jahre) ein kariesfreies Gebiss aufwiesen. Dieser Anteil verbesserte sich zum Jahr 1999/2000 auf 52,35 Prozent (Durchschnittsalter 4,5 Jahre). Im Durchschnitt wird bei 40 Prozent der untersuchten Kinder eine kieferorthopädische Kontrolle empfohlen.

## **4.7 Umwelt**

### *Außenluft*

Das niederösterreichische Luftgütemessnetz **NUMBIS** (Niederösterreichisches Umwelt-Beobachtungs- und Informationssystem) besteht derzeit aus 46 vernetzten Stationen, die halbstündlich die aktuellen Messdaten in die Messnetzzentrale liefern. Das Netz ist unerlässlich zur Smog- und Ozonalarmierung. Die Bevölkerung hat mehrere Möglichkeiten, sich über den aktuellen Luftgütezustand zu informieren. So können die aktuellen Daten vom NUMBIS im Internet unter der Adresse <http://www.noel.gv.at> im Bereich Umwelt - Luft abgefragt werden. Jeden Tag wird ein neuer **Luftgütebericht** erstellt, der die Luftgütesituation der vergangenen 24 Stunden beurteilt. Weiters listet er die maximalen Dreistundenmittelwerte der Luftschadstoffe dieses Zeitraumes auf. Er wird täglich um 8:00 Uhr aktualisiert und entspricht den Bestimmungen des Ozon- und Immissionsschutzgesetzes.

Im Fall des **Schwefeldioxids** (SO<sub>2</sub>) wurde seit der Errichtung des Messnetzes im Jahre 1984 ein Rückgang der Belastungen festgestellt. Fallweise treten aber Immissionsereignisse

auf, die erkennen lassen, dass sich die Luftgütesituation für SO<sub>2</sub> noch nicht völlig entspannt hat. Betroffen davon sind vor allem der Osten und Norden Niederösterreichs, wo bei geeigneter Wetterlage deutlich erhöhte SO<sub>2</sub>-Konzentrationen beobachtet werden. **Überschreitungen des Grenzwertes** für den Halbstundenmittelwert (0,20 mg/m<sup>3</sup>) sind in **Hainburg** keine Seltenheit (Umweltbericht Niederösterreich 1996). Ursache dafür ist ein **grenzüberschreitender Transport** von Luftschadstoffen aus der Slowakei (Pressburg).

Durch die Nähe zum Ballungsraum Wien werden in der Umgebung der Großstadt im Sommer erhöhte Ozon-Konzentrationen im Wienerwald beobachtet. Stickstoffoxide und Kohlenwasserstoffe sind die Vorläufersubstanzen für die Bildung von Ozon. So wird an sonnigen Tagen mit schwachem Wind aus Südost etwa in **Klosterneuburg** und am **Exelberg** eine erhöhte Ozon-Belastung festgestellt. In den Jahren 1993 bis 1995 wurden an 17 Messstellen Überschreitungen der Vorwarnstufe (0,2 mg/m<sup>3</sup>) festgestellt. Die Stationen Mödling, Klosterneuburg und Dunkelsteinerwald registrierten die höchsten Werte (bis 0,248 mg/m<sup>3</sup>; Umweltbericht Niederösterreich 1996).

Für Niederösterreich wurden **Emissionskataster** für die Jahre 1974, 1983 und 1994 publiziert. Der Verkehrsemissionskataster Niederösterreich enthält die Emissionen aus mobilen Quellen für das Bezugsjahr 1990 (Schönstein/Schörner 1995b). Der Emissionskataster für das Bezugsjahr 1994 berücksichtigt nicht nur die neuen Erkenntnisse aus dem Bereich der Emissionsfaktorenforschung, sondern enthält auch die nichtpyrogenen (nicht aus Verbrennungsprozessen stammenden) Emissionen. Durch Einsatz neuer Computermodelle gelang es auch, eine genaue Detaillierung zu erarbeiten (Schönstein/Schörner 1995a).

In der **Bundesländer Luftschadstoff-Inventur 1995** wurden die österreichischen Emissionen von SO<sub>2</sub>, Stickstoffoxiden (NO<sub>x</sub>), flüchtigen Kohlenwasserstoffen (NMVOC), Methan (CH<sub>4</sub>), CO, Kohlendioxid (CO<sub>2</sub>), Distickstoffoxid (N<sub>2</sub>O) und Ammoniak (NH<sub>3</sub>) auf die Bundesländer disaggregiert. Diese Analyse zeigte, dass in **Niederösterreich** die Emissionen von SO<sub>2</sub>, NO<sub>x</sub> und NH<sub>3</sub> bezogen auf die Fläche **über dem österreichischen Durchschnitt** liegen, alle anderen darunter.

### *Innenraumluft*

Gemäß den Ergebnissen des Mikrozensus 1994 fühlen sich 23,6 Prozent der Niederösterreicher durch in ihre Wohnung eindringende **Gerüche** gestört. Dieser Wert liegt knapp unter dem österreichischen Durchschnitt von 24,9 Prozent. Eine Reizung der Augen oder Atemwege wird bei sehr starker Beeinträchtigung der Luft von 34,4 Prozent der Niederösterreicher angegeben, somit deutlich über dem österreichischen Wert von 26,8 Prozent (Statistik Austria 1994).

Epidemiologische Untersuchungen wurden in Niederösterreich bisher zwar nicht durchgeführt, doch gelten die Aussagen einer Salzburger Studie sinngemäß für ganz Österreich: In den Jahren 1992 und 1993 wurden vom Land Salzburg in einer Querschnittsstudie **700 Kinder im Alter von acht bis zehn Jahren** in vier Volksschulen mit einer höheren und vier mit einer geringeren Belastung durch primäre Luftschadstoffe untersucht. Hauptziele waren die Erhebung der Häufigkeit von Atemwegserkrankungen und Allergien bei Schulkindern, die Ursachenanalyse und die Untersuchung von heilklimatischen Einflüssen. Über einen **Elternfragebogen** wurde die Prävalenz von Symptomen und Diagnosen zum Bereich Atemwege und Allergien untersucht.

Die Analyse der Krankheitshäufigkeiten ergab, dass Atemwegserkrankungen und **Allergien** mit Ausnahme der Neurodermitis in städtischen Gebieten signifikant häufiger vorkommen als in **ländlichen** Gebieten. Asthma wurde in Reinluftgebieten in 1,8 Prozent, in städtischen Re-

gionen in 7,3 Prozent der Fälle diagnostiziert (Oberfeld et al. 1996). Da es in Niederösterreich keine Großstädte mit mehr als 100.000 Einwohner gibt, ist auf ein geringeres Auftreten von Asthma als Folge von Luftverunreinigungen zu schließen.

### *Gewässergüte*

Im Rahmen des - auf der Wassergüteehebungsverordnung basierenden - österreichischen **Wassergütemonitorings** werden Grundwasser-, Quell- und Flussgewässermessstellen in regelmäßigen Abständen beobachtet und die Ergebnisse dargestellt. In Niederösterreich wird die Wasserqualität von der Abteilung Wasserwirtschaft des Amtes der Niederösterreichischen Landesregierung überprüft. Zur optimalen Nutzung sämtlicher Wasserdaten wird bis Ende 2003 ein Wasserdatenverbund (WDV) aufgebaut.

In Niederösterreich gibt es drei Grundwassergebiete, für die **Sanierungsmaßnahmen** gemäß § 33 f. des Wasserrechtsgesetzes (WRG) gesetzt werden. Es handelt sich dabei um weite Teile des **Marchfeldes** und um Teilgebiete des **Tullnerfeldes**. Der Schwerpunkt der Sanierungsmaßnahmen wird auf **landwirtschaftliche Maßnahmen** gelegt (Umweltbericht Niederösterreich 1996). Die Versorgung der Bevölkerung erfolgt in vielen Gemeinden durch Trinkwasserleitungen aus größerer Entfernung, da das Wasser aus lokalen Brunnen wegen des hohen Nitrat- und Pestizid-Gehaltes als Trinkwasser nicht genießbar ist.

### *Trinkwasser*

Die **Abteilung Umwelthygiene** ist für die **amtliche Trinkwasserkontrolle** in Niederösterreich nach den **lebensmittelrechtlichen Bestimmungen** zuständig. Der Schwerpunkt der amtlichen Kontrolle liegt in der vorausschauenden Überprüfung der vorgelegten Unterlagen, wie Kontrolle der Betriebstagebücher, Kontrolle der vorgelegten Unterlagen betreffend Bescheidaufgaben, Kontrolle der übermittelten Befundergebnisse, Prüfungsberichte betreffend Orts- und Anlagenbesichtigungen, Berichte von Gemeinden, Gewässeraufsichtsorganen usw. Alleine diese vorausschauende Kontrolle in Zusammenhalt mit den Orts- und Anlagenbesichtigungen geben den Trinkwasser-Kontrollorganen die Möglichkeit, rechtzeitig schädliche Veränderungen des Wassers (Wasserversorgungsanlagen), also die potentielle Gefahr einer Trinkwasserverseuchung zu erkennen. Die in der Abteilung Umwelthygiene in Zusammenarbeit mit der Landesamtsdirektion - Informationstechnologie entwickelte **Trinkwasser-Datenbank** stellt eine wesentliche Unterstützung für die Überprüfungen dar (rasche Auffindung von Unterlagen wie Akten betreffend Wasserspender, Wasserfassungen, Netzzusammenschlüsse, Behälter, Aufbereitungsanlagen, behördliche Befundvorlagetermine, behördliche Auflagen, Trinkwasseruntersuchungsergebnisse usw.).

Im Rahmen der Berichtspflicht gemäß EU-Anforderung wurden die Trinkwasserdaten der niederösterreichischen Wasserversorgungsanlagen für das Jahr 2000 erstellt. Zusammenfassend lässt sich zu den geprüften Untersuchungsparametern sagen,

- dass bei den Rohwässern sowohl in mikrobiologischer als auch in chemischer Hinsicht einige Überschreitungen der zulässigen Höchstkonzentrationen auftraten;
- dass im Zuge der angewandten Aufbereitungsmaßnahmen wie Enteisung, Entmangung, Filterung und Desinfektion die chemischen und mikrobiologischen Belastungen entfernt und einwandfreie hygienische Trinkwasserverhältnisse in den Ortsnetzen erreicht wurden;
- dass in jenen Fällen, bei denen mikrobiologische Belastungen im Ortsnetz auftraten, durch Sanierungsmaßnahmen bzw. Anordnungen gemäß Lebensmittelbuch, Codex Kapitel B1 "Trinkwasser" Absatz 22 bis 26, nach Erkennen der Gefahr wieder einwandfreie Verhältnisse erreicht werden konnten;

- dass in Ortsnetzproben keine Überschreitungen des zulässigen Nitratgehaltes auftraten;
- dass bei Wasserversorgungsanlagen, die mehr als 5.000 Einwohner versorgen, Desethylatrazin in zwei Fällen im Ortsnetz auftrat (in allen Fällen von Grenzwertüberschreitungen waren die notwendigen Bescheide im Sinne der Trinkwasser-Ausnahmereverordnung vorhanden).

Zur Oberflächentrinkwasser-Verordnung, BGBl. 359/1995, ist festzustellen, dass in Niederösterreich nur eine solche Anlage betrieben wird. Das Rohwasser besitzt eine derart gute Qualität, dass diese bereits in die Gruppe A1 einzuordnen ist, die geringe mikrobiologische Belastung des Rohwassers wird im Zuge der zweistufigen Aufbereitung eliminiert.

### *Altlasten*

Altlasten stellen aus hygienischer Sicht nach wie vor eine wesentliche Gefahrenquelle für die Trinkwassersituation in Niederösterreich dar. Aus diesem Grunde wird bei Bekanntwerden von Altlasten die Trinkwasserqualität der in der Nähe befindlichen Brunnen und Quellen sorgsam auf Schadstoffe untersucht. Wenngleich die Trinkwasserdatenbank wesentliche Unterstützung leistet, sind Ortsbesichtigungen und Erkundigungen bei den Bürgermeisterinnen über die generelle Situation nach wie vor erforderlich.

### *Abwasserhygiene*

Problemstellung und Zielvorgabe für die Sicherung einer hygienisch einwandfreien Trinkwasserversorgung sind untrennbar mit der Abwasserreinigung verbunden. Es ist nicht nur der Ausbau der biologischen Abwasserbehandlung zu fordern, sondern auch der branchenspezifische Herkunftsbereich des Abwassers, dessen Beschaffenheit mehr als geringfügig von der des häuslichen Abwassers abweicht, vermehrt zu berücksichtigen.

### *Abfallhygiene - Deponien*

Durch die Bestrebung, Deponien gegen den Untergrund zunehmend besser abzudichten, ist bei der Beurteilung der Sickerwasserableitung und somit bei den Gehalten von Schadstoffevaluatoren und deren Auswirkungen auf das Grundwasser und Oberflächenwasser eine Verbesserung eingetreten. Vermehrt wird bei der Beurteilung des Deponieverhaltens auf das zu erwartende gasförmige Emissions- und Immissionsverhalten Bedacht genommen (Luftschadstoff- und Geruchseinwirkungen in der Nachbarschaft), bedingt durch das zunehmende Verschmelzen der wasserrechtlichen Bestimmungen mit denen des Abfallwirtschaftsgesetzes und der Deponieverordnung.

### *Badegewässer*

Die Badegewässer in Niederösterreich werden auf ihre **hygienische Eignung** von der Bundesstaatlich-Bakteriologisch-Sereologischen Untersuchungsanstalt im Zeitraum Juni bis September im Abstand von zwei Wochen bakteriologisch untersucht. Die 31 Untersuchungsstellen in Badegewässern bzw. Badestellen weisen im Allgemeinen eine **gute bis ausgezeichnete Badequalität** auf. Lediglich im Langenloiser Flussbad am Kamp werden die Grenzwerte der EU-Richtlinie gem. 76/160/EWG („für Badezwecke ungeeignet“) fallweise überschritten.

### *Boden*

In Niederösterreich werden 50,4 Prozent der Fläche als **Ackerland** und 39,2 Prozent als **Wald** genutzt. Während es in den Wäldern kaum Probleme mit dem Boden gibt, führt die in-

tensive Landwirtschaft zur Bodenerosion und Bodenverdichtung und zu Verunreinigungen des Grundwassers durch Nitrate und Pestizide. Im Marchfeld und im Tullnerfeld mussten **Grundwassersanierungskonzepte** erstellt werden, weil das Grundwasser fallweise keine Trinkwasserqualität aufweist (siehe Abschnitt „Trinkwasser“).

Zielsetzung des **NÖ Bodenschutzgesetzes** (LGBl. 6160) ist es, die nachhaltige Bodenfruchtbarkeit landwirtschaftlicher Böden zu erhalten und zu verbessern, insbesondere durch den Schutz vor Schadstoffeinträgen und Verhinderung von Bodenerosion und Bodenverdichtung. Durch die Abwasserreinigung wird Klärschlamm erzeugt, der Schwermetalle und organische Schadstoffe enthalten kann. Die Aufbringung von Klärschlamm und Müllkompost und die Optimierung des Düngemittelleinsatzes sind im NÖ Bodenschutzgesetz geregelt. Das Entsorgungsproblem ist damit jedoch nicht gelöst, sondern es wird dieses Problem lediglich verschoben, da Klärschlamm noch Restmengen an Schwermetallen und anderen toxischen Substanzen enthält und daher einer Weiterbehandlung als Sondermüll bedarf.

### *Gewerbehygiene*

Auf dem Gebiet der Gewerbehygiene hat der ärztliche Amtsachverständige jene Aufgaben wahrzunehmen, welche dem Immissionsschutz dienen sollen. So waren auch im Jahr 2000 wieder mehrere Betriebe dahingehend zu beurteilen, welche Auswirkungen die aus solchen Betrieben resultierenden Immissionen nach Art, Intensität, Häufigkeit und Dauer auf einen Durchschnittsmenschen ohne besondere Überempfindlichkeit auszuüben vermögen.

### *Lärm*

Gemäß den Ergebnissen des Mikrozensus 1994 fühlen sich 29,8 Prozent der Niederösterreicher durch in ihre Wohnung eindringenden Lärm gestört. Dieser Wert liegt deutlich unter dem österreichischen Durchschnitt von 34,7 Prozent (Statistik Austria 1994).

### *Radioaktivität*

Niederösterreich wurde im Rahmen des Österreichischen Nationalen Radon-Projektes (ÖN-RAP) vollständig untersucht. Bei einer kurzzeitigen Inhalation von Radon tritt ein therapeutischer Effekt bei Asthmakranken auf. Bei einer langjährigen Belastung durch Radon in Innenräumen steigt das Lungenkrebsrisiko stark an. Der international vereinbarte Eingreifrichtwert von  $400 \text{ Bq/m}^3$  wurde in einigen Gemeinden im Waldviertel (Böhmische Masse) und im Wechselgebiet überschritten. Mehr als  $1000 \text{ Bq/m}^3$  wurden in Arbesbach und in Aspangberg-St. Peter festgestellt. Aussagen über gesundheitliche Auswirkungen liegen nicht vor.

Das **Strahlenfrühwarnsystem** hat im Jahr 1986 - verursacht durch den Reaktorunfall von Tschernobyl - die für Niederösterreich **höchste Ortsdosisleistung im Bezirk Zwettl** mit  $169 \text{ nSv/h}$  ermittelt. In mehreren Bezirken wurden  $148 \text{ nSv/h}$  festgestellt. Damit war die Strahlenbelastung in Niederösterreich etwas geringer als in Oberösterreich (Jahresmittelwerte bis  $186 \text{ nSv/h}$  in Wels Land). Zehn Jahre später war die Belastung auch in weiten Teilen Niederösterreichs unter  $100 \text{ nSv/h}$  abgeklungen, auf einen Pegel wie vor der Katastrophe. Im Waldviertel war die **natürliche Strahlenbelastung** schon immer etwas höher: So werden im Bezirk **Gmünd** langfristig etwa  $125 \text{ nSv/h}$  registriert (NEHAP 1999).

Im Bereich der **Strahlenhygiene** umfasst die Gutachtertätigkeit im Rahmen von Verfahren im Wesentlichen den medizinischen Strahlenschutz von beruflich strahlenexponierten Personen. Diese Personen unterliegen gemäß Strahlenschutzgesetz und Strahlenschutzverordnung sowohl einer laufenden physikalischen Kontrolle per Dosimeter als auch einer regelmäßigen ärztlichen Kontrolle.

#### 4.8 Lebensmittelkontrolle

Die Lebensmittelkontrolle wird in Niederösterreich von den Organen der Abteilung Lebensmittelkontrolle des Amtes der Niederösterreichischen Landesregierung und den Marktämtern St. Pölten und Wiener Neustadt durchgeführt (bezüglich der rechtlichen Grundlagen und der Aufgabenerfüllung im Jahr 2000 siehe Kapitel 5.5).

Die Abteilung Lebensmittelkontrolle wurde im Jahr 2000 zweimal von Inspektoren der Europäischen Kommission (Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz) hinsichtlich der Durchführung lebensmittelrechtlicher Vorschriften überprüft und zwar zu

- Richtlinie 91/493/EWG zur Festlegung von Hygienevorschriften für die Erzeugung und die Vermarktung von Fischereierzeugnissen,
- Richtlinie 93/43/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Lebensmittelhygiene.

Folgende Schwerpunkttaktionen wurden 2001 **bundesweit** durchgeführt:

- A1 Einhaltung der Lebensmittelvorschriften insbesondere auf das Vorhandensein von Rindfleisch bzw. Separatorenfleisch in deutschen Fleischprodukten
- A2 Nationales Überwachungsprogramm 2001 (Pestizidrückstände in Obst und Gemüse)
- A3 Tierarzneimittelrückstände in Rohmilch
- A4 Chloramphenicol in Shrimps
- A5 Überprüfung der Kennzeichnung von kosmetischen Mitteln
- A6 Untersuchung von Gemüse aus Osteuropa auf Rückstände
- A7 Bakterielle Beschaffenheit von Räucherfisch
- A8 Hygiene in Gastronomiebetrieben
- A9 Überprüfung von frischgepressten Säften aus Zitrusfrüchten auf Rückstände aus Oberflächenbehandlung
- A10 Kontrolle kosmetischer Mittel gemäß Kontrollmaßnahmenverordnung
- A11 Einhaltung der Nickelverordnung
- A12 Überprüfung der QUID<sup>1)</sup>
- A13 Kontrolle der mikrobiologischen Beschaffenheit von Wasser aus Hausbrunnen von milcherzeugenden landwirtschaftlichen Betrieben (abgetreten an GS2)
- A14 Kontrolle von Bauernmärkten (Direktverkauf)
- A15 Chloramphenicol in Shrimps
- A16 Untersuchung von Haarshampoos und Duschgels
- A17 Aflatoxin in Feigen
- A18 Untersuchung von Gesichts- und Rasierwässern
- A19 Untersuchung von Fischen und Fischerzeugnissen auf *Listeria monocytogenes*
- A900 Tierarzneimittelmonitoring 2001
- A902 EU-Monitoring; Nitrat in Spinat und Salat

<sup>1)</sup> Allgemeine Leitlinien für die Umsetzung des Grundsatzes der mengenmäßigen Angabe der Lebensmittelzutaten

Folgende Schwerpunkttaktionen wurden 2001 **nur in Niederösterreich** durchgeführt:

- N1 Untersuchung von verpackten frischen und geräucherten Süßwasserfischen und Teilen davon aus der Direktvermarktung
- N2 Untersuchung von Schaf(Misch)käse und Ziegen(Misch)käse aus bäuerlicher Produktion
- N3 Untersuchung von Rohmilchkäse auf Campylobacter
- N4 Untersuchung von aufgeschlagenem Schlagobers aus der Gastronomie
- N5 Untersuchung von gekochten Beilagen aus der Gastronomie
- N6 Untersuchung von verpacktem Gemüse
- N7 Biogene Amine in Sardellen und Thunfisch aus der Gastronomie
- N8 Untersuchung von Essig aus der Direktvermarktung
- N9 Untersuchung von „Schärdinger Butter“ und „Alpi Butter“ auf Fremdfett
- N10 Untersuchung von inländischem Spargel auf Pestizide
- N11 Untersuchung von Erdbeeren und Kirschen auf Campylobacter
- N12 Beprobung von Oberseis und Milcheis, Untersuchung des Milchfettgehaltes und des mikrobiologischen Status
- N13 Untersuchung von rohem, verpacktem Fleisch
- N14 Untersuchung von Traubensaft und Traubenmost auf SO<sub>2</sub> und Patulin
- N15 Untersuchung von Marillenbränden aus Abfindungsbrennereien
- N16 Sortenbestimmung von Speisekartoffeln bei Ab-Hof-Verkauf; Überprüfung der Deklaration

Im Rahmen des Überwachungsprogramms 2001 zu **Pestizidrückständen in Obst und Gemüse** wurden vier Überschreitungen der Schädlingbekämpfungsmittelhöchstwertverordnung festgestellt. Die Proben wurden bei Erzeugern bzw. Importeuren gezogen. Die Ergebnisse der Überwachung sind in der folgenden Abbildung dargestellt.

*Abbildung 4.8.1: Ergebnisse des Überwachungsprogramms 2001 zu Pestizidrückständen in Obst und Gemüse*

Produkte	Inland (Proben bei Erzeugern gezogen)			Ausland (Proben bei Importeuren gezogen)			Summe
	nicht beanstandet	beanstandet	offen	nicht beanstandet	beanstandet	offen	
Broccoli	1		1	12		2	16
Orangen				15		2	17
Bummerl-und Eissalat	6			7	1	1	15
Kopfsalat	8	1		4	1	1	15
Tafeltrauben	2			12	1	4	19
Zucchini	4		2	11			17
<b>Gesamt</b>	21	1	3	61	3	10	99

Quelle: Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, Abt. GS3



Im Rahmen des **Tierarzneimittelmonitorings 2001** wurden drei Überschreitungen bei Arzneimittelrückständen festgestellt. Die Proben wurden bei den Erzeugern gezogen. Die Ergebnisse des Monitorings 2001 sind in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 4.8.2: Ergebnisse des Tierarzneimittelmonitorings 2001

Produkte	nicht beanstandet	beanstandet	offen	Summe
Milch	51	0	9	60
Eier	72	3	7	82
Honig	23	0	4	27
<b>Gesamt</b>	146	3	20	169

Quelle: Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, Abt. GS3

## 4.9 Zusammenfassung

### *Somatische Basisdaten*

- **Untergewicht:** Im Jahr 1999 waren knapp mehr als **zwei Prozent** der über 15-Jährigen Niederösterreicher stark untergewichtig; dieser Anteil ist seit 1991 leicht gestiegen. Besonders betroffen davon sind **Frauen** (mehr als 3 %) und **Jugendliche** (mehr als jeder Zehnte). Das entspricht im Wesentlichen dem **Österreichtrend**.
- **Übergewicht:** Fast **jeder vierte** über 15-jährige Niederösterreicher war im Jahr 1999 übergewichtig (mehr als jeder vierte Mann und fast jede fünfte Frau) und mehr als **jeder zehnte** über 15-jährige Niederösterreicher war stark übergewichtig. Einen höheren Anteil an stark Übergewichtigen gab es nur im Burgenland. In regionaler Hinsicht sind das **nördliche Wiener Umland** sowie das **Weinviertel** besonders betroffen.
- **Bluthochdruck:** Rund **sechs Prozent** der über 15-jährigen Niederösterreicher - Männer und Frauen gleichermaßen - leiden nach Selbstauskunft an zu hohem Blutdruck; besonders betroffen davon sind die **über 60-Jährigen**. Das entspricht dem **Österreichdurchschnitt**. Der Hypertonikeranteil in der Bevölkerung ist seit 1991 um vier Prozentpunkte gesunken - im Gegensatz zu den Spitalsaufnahmen mit dieser Hauptdiagnose.

### *Ernährung*

- Zirka **jeder dritte** über 15-jährige Niederösterreicher gab 1999 an, sich **gesundheitsbewusst zu ernähren**. Die Anteile waren nur in Wien und im Burgenland geringer. Besondere Bedeutung wird einer gesundheitsbewussten Ernährung von **Frauen** und **Menschen im Alter von 45 bis 75 Jahren** beigemessen.

### *Rauchen*

- Zirka **jeder dritte** über 15-jährige Niederösterreicher gab 1999 an, **täglich Zigaretten zu rauchen**. Das ist der **zweithöchste Anteil nach Wien**. Besonders betroffen sind **Männer** (40 %) und die **20- bis 44-Jährigen** (42 %). Aber auch **mehr als jeder dritte Jugendliche** konsumiert täglich Zigaretten.
- Seit 1991 sind die **Raucherzahlen und -anteile gestiegen** - insbesondere bei den **Frauen und Jugendlichen**.

## **Alkohol**

- Gemäß Schätzungen sind in Niederösterreich rund **60.000 Menschen alkoholabhängig**.
- Die **stark überdurchschnittliche alkoholassoziierte Sterblichkeit** vor allem der Männer - insbesondere in den Städten Krems und Wiener Neustadt sowie in den Bezirken Baden, Hollabrunn, Bruck/Leitha, Horn und Melk und die **überdurchschnittlichen Anteile an alkoholverursachten Verkehrsopfern** stellen in Niederösterreich ein ernstzunehmendes Problem dar.
- **Hilfs- und Behandlungsangebote** für Alkoholranke werden derzeit in Niederösterreich von elf stationären und 19 ambulanten Einrichtungen angeboten. Bei der **Prävention** sollte aufgrund der gesellschaftlichen Integration der Droge Alkohol der **verantwortungsvolle Umgang** im Vordergrund stehen.

## **Illegale Drogen**

- Hier stellt Niederösterreich im österreichischen Zusammenhang **kein Schwerpunktgebiet** dar.
- Im Bereich der **Drogenhilfe** verfügt Niederösterreich über **neun stationäre Einrichtungen** und **27 ambulante Beratungs- und Betreuungsstellen**. Bei der **Suchtprävention** geht es zunehmend auch um die **Verhinderung der Verbreitung neuer Formen des Drogenkonsums**.

## **Sport und Bewegung**

- Knapp mehr als **jeder dritte** über 15-jährige Niederösterreicher betreibt nach Selbstauskunft bewusst zur Gesunderhaltung **regelmäßig Sport** - insbesondere **Männer**. Obwohl der Anteil seit 1991 überdurchschnittlich gestiegen ist, ist er noch **deutlich geringer** als in den **west- und südösterreichischen Bundesländern**.

## **Gesundheitsvorsorge**

- **Impfschutz:** Über das Ausmaß des Impfschutzes bei der erwachsenen Bevölkerung herrscht in noch höherem Grade **Unklarheit**. Der **Mikrozensus 1999** liefert jedoch Hinweise darauf, dass die über 15-jährige Bevölkerung Niederösterreichs - mit steigendem Alter jedoch abnehmend - in einem **überdurchschnittlich hohen Ausmaß** durch Impfungen geschützt ist.
- **Vorsorgeuntersuchungen:** In den Jahren 1991 bis 2000 haben sich nach Auskunft des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger jährlich durchschnittlich knapp mehr als **vier Prozent** der über 19-jährigen Bevölkerung einer Vorsorgeuntersuchung unterzogen. Das ist von allen Bundesländern der **geringste Anteil** und betrifft Männer und Frauen gleichermaßen. Die relative Zunahme der Zahl der untersuchten Personen war in diesem Zeitraum in Niederösterreich überdurchschnittlich.
- **Zahngesundheit:** Über den **Gesamtstatus der Zahngesundheit** in Niederösterreich existieren **keine Daten**. Im Rahmen eines Kariesprophylaxeprojektes (zahnärztliche Untersuchung in zweijährigen Abständen) für Kindergartenkinder wurde festgestellt, dass der Anteil der kariesfreien Gebisse im der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre um acht Prozentpunkte gestiegen und somit **jedes zweite Kindergebiss kariesfrei** ist.

## **Umwelt**

- **Atemluft:** Bei der **Bundesländer Luftschadstoff-Inventur 1995** wurde festgestellt, dass in Niederösterreich die Emissionen von Schwefeldioxid, Stickstoffoxiden und Ammoniak bezogen auf die Fläche über dem Bundesdurchschnitt liegen, alle anderen gemessenen

Werte darunter. In der **Nähe des Ballungsraumes Wien** werden im Sommer **erhöhte Ozon-Konzentrationen** gemessen.

- **Wasser:** Die Wassergüte wird im Rahmen des österreichischen Wassergütemonitorings in regelmäßigen Abständen beobachtet. In Niederösterreich wurden gemäß Wasserrechtsgesetz in **drei Grundwassergebieten** (Teile des March- und Tullnerfeldes) **Sanierungsmaßnahmen** gesetzt, da das Grundwasser teilweise keine Trinkwasserqualität mehr aufwies. Die **Badegewässer** weisen **eine gute bis ausgezeichnete Qualität** aus.
- **Lärm:** Die Lärmbelastung stellt in Niederösterreich vor allem ein lokales Problem dar (insbesondere Verkehrslärm) und ist landesweit betrachtet gemäß den Ergebnissen des Mikrozensus 1994 unterdurchschnittlich ausgeprägt.
- **Radioaktivität:** Gemäß dem Österreichischen Nationalen Radon-Projekt (ÖNRAP) wurde der international vereinbarte Eingreifrichtwert in einigen Gemeinden im Waldviertel und im Wechselgebiet überschritten. Die aufgrund der Tschernobylkatastrophe 1986 überhöhte Strahlenbelastung ist innerhalb von zehn Jahren auf einen Pegel wie vor der Katastrophe abgesunken.

### ***Lebensmittelkontrolle***

- Die Lebensmittelkontrolle wird in Niederösterreich von den Organen der **Abteilung Lebensmittelkontrolle** des Amtes der Niederösterreichischen Landesregierung und den **Marktämtern St. Pölten** und **Wiener Neustadt** durchgeführt.
- Die Abteilung Lebensmittelkontrolle wurde im Jahr 2000 zweimal von Inspektoren der **Europäischen Kommission** hinsichtlich der Durchführung lebensmittelrechtlicher Vorschriften überprüft.
- Im Rahmen der Überwachung von **Pestizidrückständen in Obst und Gemüse** sowie im Rahmen des **Tierarzneimittelmonitorings** wurden nur bei einigen wenigen Fällen Höchstwertüberschreitungen festgestellt.

## 5 Einrichtungen des Gesundheitswesens

### 5.1 Gesundheitsvorsorge und -förderung

Gesundheitsvorsorge (Prävention) und Gesundheitsförderung sind wichtige Bestandteile moderner Gesundheitspolitik. Wurde im Kapitel 4.6 die Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsvorsorge analysiert, so stehen in diesem Kapitel die Einrichtungen zur **Prävention** und **Gesundheitsförderung** im Mittelpunkt. Aufgrund der hier vorliegenden Vielfalt und zahlreicher Überschneidungen ist eine detaillierte Analyse der Einrichtungen (Anzahl, Beschäftigte, etc.) nicht möglich. Aus diesem Grund beschränkt sich die vorliegende Darstellung von Gesundheitsvorsorge und -förderung auf die drei folgenden Punkte:

- Finanzierung der öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsvorsorge und -förderung in Österreich nach Präventionsarten;
- Finanzierung der öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsvorsorge und -förderung im Bundesland Niederösterreich (Schätzung);
- Gesundheitsvorsorge und -förderung in Niederösterreich: Institutionen, Schwerpunkte und Aktivitäten.

Grundsätzlich werden mit Prävention und **Gesundheitsförderung** Strategien zur Verbesserung, Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und somit zur Vermeidung oder Verringerung von Krankheit bezeichnet. Zusätzlich zur Gesundheitsförderung werden - je nachdem in welchem Stadium der Erkrankung eine präventive Maßnahme ansetzt - Primärprävention, Sekundärprävention und Tertiärprävention unterschieden (zur Definition dieser drei Präventionsarten sowie des Begriffs „Gesundheitsförderung“ siehe Abschnitt „Begriffsbestimmungen“ im Anhang).

#### *Finanzierung der öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsvorsorge und -förderung in Österreich nach Präventionsarten*

Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung werden in Österreich zu einem großen Teil von der **öffentlichen Hand** initiiert, durchgeführt und/oder finanziert. Präventive und gesundheitsfördernde Aktionen im öffentlichen Bereich sind mit Ausgaben verbunden, die Maßnahmen, wie etwa die Produktion von Informationsbroschüren, ebenso abdecken wie das Betreiben von Beratungsstellen oder die Durchführung von Schutzimpfungen. Über das Ausmaß der Ausgaben und der Leistungen in diesem Bereich steht in Österreich nur sehr eingeschränkt statistisches Datenmaterial zur Verfügung. Daher hat das ÖBIG im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales eine **Erhebung der Ausgaben** für Prävention und Gesundheitsförderung für das Jahr 1996 - getrennt nach Ausgaben des Bundes, der Bundesländer, der Gemeinden und der Sozialversicherung - durchgeführt. Diese Studie (in vier Teilen - siehe Literaturverzeichnis) stellt derzeit das einzige alle öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsvorsorge und -förderung in Österreich umfassende Werk und damit die Basis für die hier durchgeführte Untersuchung dar.

Gemäß diesen Studienergebnissen stellte im Jahr 1996 die **Sozialversicherung** mit **€ 722 Mio.** oder 85 Prozent (um Transfers bereinigt 81 %) österreichweit den weitaus **größten Teil** der Ausgaben für Gesundheitsvorsorge und -förderung. Mit 58 Prozent floss der **Großteil** dieser Mittel in die **Tertiärprävention** (Rehabilitationsmaßnahmen), gefolgt von der Sekundärprävention mit 14 Prozent (hauptsächlich für Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge). Der **Bund** stellte für Prävention und Gesundheitsförderung insgesamt **€ 66 Mio.** oder acht Prozent (um Transfers bereinigt 11 %) zur Verfügung. Etwa zwei Drittel dieser Mittel gingen dabei in die Sekundärprävention. Der Anteil der **Bundesländer** an den Gesamtaus-

gaben belief sich auf **€ 46 Mio.** oder fünf Prozent (um Transfers bereinigt 6 %). Davon ging fast die Hälfte in die Sekundärprävention und etwas mehr als ein Drittel in die Tertiärprävention. Die **Gemeinden** stellten mit **€ 13,5 Mio.** oder zwei Prozent den geringsten Anteil an den Gesamtausgaben. Mit knapp mehr als € 3 Mio. stellten sie jedoch 37 Prozent der österreichweiten Ausgaben für gesundheitsfördernde Maßnahmen.

Prävention in ihrem ursprünglichen Sinn als **Vermeidung von Erkrankungen** (Primärprävention) und als **Förderung der Gesundheit** passiert zum Großteil „nahe an der Bevölkerung“, das heißt durch **Gemeinden** und **Länder**, während die **Früherkennung von Erkrankungen** (Sekundärprävention) durch z. B. Vorsorgeuntersuchungen eher bei **Bund** und **Sozialversicherung** verankert ist.

Ein **Herausrechnen der Ausgaben** der fast ausschließlich von der Sozialversicherung finanzierten Ausgaben für **Tertiärprävention** verschiebt die Verteilung der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung deutlich. Bereinigt um Transferzahlungen und Einnahmen trägt die **Sozialversicherung** nun mit **40 Prozent** weniger als die Hälfte des Ausgabenvolumens. Für **mehr als ein Drittel** der Ausgaben kommt der **Bund** auf, für **etwas weniger als ein Fünftel die Länder** und für **sechs Prozent die Gemeinden**.

*Finanzierung der öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsvorsorge und -förderung im Bundesland Niederösterreich (Schätzung)*

Während mit den vier erwähnten ÖBIG-Studien auf Österreich insgesamt bezogen sehr detailliertes Datenmaterial vorliegt, stehen differenziert nach Bundesländern nur die **Länderausgaben** selbst zur Verfügung. Um nun wenigstens vorsichtige Aussagen zur Situation in den einzelnen Bundesländern treffen zu können, wurde das bundesweit vorliegende Datenmaterial nach einem bestimmten **Schätzverfahren** auf die Bundesländerebene umgelegt. Dieses Schätzverfahren ist im Abschnitt „Begriffsbestimmungen“ im Anhang dargestellt.

Gemäß der vorgenommenen Schätzung wurden in **Niederösterreich** im Jahr **1996** etwa **€ 169 Mio.** (Ostregion<sup>3)</sup>: € 375,7 Mio.) für Gesundheitsvorsorge und -förderung ausgegeben. Mit **€ 111,- pro Einwohner** (Ostregion: € 110,-) entspricht das 105 Prozent des österreichischen Durchschnittes. Mit € 101 Mio. gingen in Niederösterreich 60 Prozent der Mittel (Ostregion: 57 %) in die Tertiärprävention (vgl. Tab. 5.1.1 im Tabellenanhang), während es österreichweit nur knapp mehr als die Hälfte war. Das ist vor allem darauf zurückzuführen, dass in Niederösterreich (und der Ostregion) der Anteil an **Rehabilitationspatienten** an den Einwohnern über dem Bundesdurchschnitt liegt.

Bei der **Prävention im eigentlichen Sinn**, nämlich bei der Primärprävention (€ 10 Mio. oder 6 %) und der Sekundärprävention (€ 24 Mio. oder 14 %) lagen in Niederösterreich und der gesamten Ostregion sowohl die Ausgabenanteile als auch die Ausgaben pro Einwohner deutlich unter dem Österreichdurchschnitt.

Der Anteil der Ausgaben für **Gesundheitsförderung** wurde mit rund **einem Prozent** geschätzt, was 27 Prozent unter dem Österreichwert liegt. Wie österreichweit ist für etwa ein Fünftel der Gesamtausgaben - also etwa in der Größenordnung von Primär- und Sekundärprävention zusammen - keine Aufteilung auf bestimmte Maßnahmenbereiche möglich.

**Zusammenfassend** zeigt sich, dass - gemäß der Schätzung - im Jahr 1996 in Niederösterreich wie in der Ostregion insgesamt pro Einwohner für Primär- und Sekundärprävention so-

---

<sup>3)</sup> Ostregion: Burgenland, Niederösterreich und Wien

wie Gesundheitsförderung weniger ausgegeben wurde als im österreichischen Durchschnitt. In der fast ausschließlich von der Sozialversicherung finanzierten Tertiärprävention (Rehabilitation) zeigte sich hingegen ein überdurchschnittlicher Wert. Demnach wird der **klassischen Gesundheitsvorsorge und -förderung** in Niederösterreich wie in der gesamten Ostregion - zumindest ausgabenmäßig - ein **niedrigerer Stellenwert** beigemessen als österreichweit.

### *Gesundheitsvorsorge und -förderung in Niederösterreich: Institutionen, Schwerpunkte und Aktivitäten*

In Niederösterreich werden relativ wenige, dafür aber eher ausgabenintensive Maßnahmenbereiche durch das Land selbst abgedeckt. Im Bereich der Primärprävention handelt es sich vor allem um Impfungen (siehe Kapitel 4.6), TBC-Vorsorge, Zahngesundheit (gemeinsam mit den Krankenversicherungsträgern, siehe oben), Drogenberatungsstellen und die Mutter-Eltern-Beratung.

Alle anderen Aktivitäten der Primärprävention und vor allem der Gesundheitsförderung werden hauptsächlich vom „**Gesundheitsforum Niederösterreich**“, einem Verein, dem das Land, die Ärztekammer und die Sozialversicherungsträger angehören, abgewickelt. Daher gehen etwa 15 Prozent des Ausgabenvolumens (rund € 0,4 Mio.) als Förderungen des Landes an diese Institution.

In einzelnen Bereichen existieren auch andere Träger wie beispielsweise der Kneipp-Bund, das NÖ Hilfswerk, die Volkshilfe, die Caritas, das Rote Kreuz und verschiedene Selbsthilfegruppen sowie die Niederösterreichische Landesakademie.

Der überwiegende Anteil der definierten Leistungen im Bereich der **Primärprävention** entfällt auf Maßnahmen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten (Impfungen und TBC-Vorsorge). Beide Maßnahmen werden vom Land selbst unter Einbindung der niedergelassenen Ärzteschaft durchgeführt. Einen weiteren Schwerpunkt stellt die Arbeit der Drogenberatungsstellen dar, welche teilweise vom Land betrieben werden (in Kooperation mit Caritas und Anton Proksch-Institut). Das NÖ Nikotinstitut, das von der Niederösterreichischen Landesakademie in Kooperation mit dem Institut für Sozialmedizin der Universität Wien geführt wird, arbeitet mit Raucherpatienten. Die Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Lebensweise bzw. zur Verhinderung von Krankheiten sind weitere Aktivitätsschwerpunkte. Der ausgabenintensivste Bereich ist die Zahngesundheitsförderung. Auf Landesebene fungiert der „Arbeitskreis für zahnärztliche Vorsorgemedizin“ als übergeordnetes Gremium zur Koordination bzw. Durchführung der Kariesprophylaxeaktivitäten (siehe Kapitel 4.6). Als eigenes Programm wurde die „Kariesprophylaxeaktion in NÖ Kindergärten“ eingeführt. Dieses wird in Zusammenarbeit zwischen NÖ Landesregierung, NÖ Ärztekammer sowie NÖ Dentistenkammer durchgeführt und regelmäßig evaluiert.

Die „Gesundheit von Mutter und Kind“ stellt einen weiteren Aktivitätsschwerpunkt dar. Die Aufgabe der Mutterberatung ist die medizinische, psychosoziale und pflegerische Beratung. Diese reicht von der Still- und Ernährungsberatung über Entwicklungsdiagnostik bis zur Unfallverhütung und rechtlichen Beratung. Sie wird einmal monatlich bis wöchentlich durch Kinderärzte (in der Hälfte der Mutterberatungsstellen) und praktische Ärzte durchgeführt. Das Team besteht weiters aus Sozialarbeitern und Säuglingsschwestern mit Ausbildung zur Still- und Laktationsberaterin. Ein wesentlicher Aspekt ist die Niederschwelligkeit des Zuganges, da diese kostenlos angeboten wird und das Team zu den Eltern kommt (Bringschuld). In Teilen Niederösterreichs (etwa ein Drittel) besucht ein fahrendes Team die Mutterberatungsstellen. Die Räumlichkeiten werden von den Gemeinden zur Verfügung gestellt. Im Jahr 2000 wurden in Niederösterreich in **445 Mutterberatungsstellen** insgesamt **45.149 Beratungen** durchgeführt. **5.662 Kinder** wurden zumindest einmal in der Mutterberatung vorgestellt. Das

bedeutet, dass knapp **die Hälfte** der niederösterreichischen Säuglinge durchschnittlich viermal pro Jahr mit ihren Eltern zur Mutterberatung kommt. Die Zielgruppe sind Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern bis zum sechsten Lebensjahr sowie Eltern von Säuglingen und Kleinkindern mit besonderen Bedürfnissen.

Im Schnittpunkt zwischen Primär- und Sekundärprävention sind die Fortbildungslehrgänge der Niederösterreichischen Landesakademie für Mitglieder der Kinder- und Frauenschutzgruppen in den Spitälern Niederösterreichs angesiedelt. Seit 1999 existiert weiters das „Stillen-Netzwerk Niederösterreich“ an der Niederösterreichischen Landesakademie.

In der **Sekundärprävention** stellen die Programme zur Krebsfrüherkennung einen wichtigen Aktivitätsschwerpunkt dar. Das Pilotprojekt „Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs und Brustkrebs“ wurde 1989 in den Bezirken Gänserndorf und Mistelbach als Pilotprojekt begonnen und später auf das gesamte Weinviertel ausgedehnt. Trägerorganisation bei den meisten Krebsfrüherkennungsprogrammen ist die Sanitätsdirektion. Im Bereich der Prostatakrebsfrüherkennung ist das „Gesundheitsforum Niederösterreich“ im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen tätig.

**Seh- und Hörtests** bei Kindern stellen einen weiteren Schwerpunkt dar. Gemäß Erlass des Bundesministeriums werden seit 1978 den Ländern Seh- und Hörtestgeräte für Untersuchungen in den Kindergärten zur Verfügung gestellt. Die Länder haben die Personalkosten für Orthoptistinnen und Sonderkindergärtnerinnen zu tragen. Alle eingeschriebenen und nicht eingeschriebenen Kinder können kostenlos in Niederösterreichs Kindergärten einem Hör- und Sehtest unterzogen werden. Die Eltern werden schriftlich über die bei ihren Kindern festgestellten Auffälligkeiten informiert und aufgefordert, das Kind einem Facharzt vorzustellen. Im Kindergartenjahr 2000/01 wurden im Rahmen des Sehtests 19.606 Kinder untersucht. Bei 3.058 Kindern (15,6 %) wurden Auffälligkeiten festgestellt. Im Rahmen des Hörtests wurden 19.933 Kinder untersucht. Bei 3.398 Kindern (17 %) wurden Auffälligkeiten festgestellt.

Um eine flächendeckende **Geburtsvorbereitung** für Schwangere zu gewährleisten, fördert die Abteilung Gesundheitswesen Geburtsvorbereitungskurse von niedergelassenen Hebammen. Diese werden nach einheitlichen Standards des NÖ Hebammengremiums abgestimmt mit den internationalen Standards durchgeführt und beinhalten unter anderem Schwangerengymnastik, Atemübungen, Informationen über den Ablauf der Geburt und Stillvorbereitung. 2000 führten die niedergelassenen Hebammen in Niederösterreich geförderte 13.607 Personenturneinheiten durch.

Im Rahmen der **Tertiärmaßnahmen** liegen die Aktivitäten des Landes im Bereich der strategischen Planung und Steuerung sowie der Patienteninformation.

**Gesundheitsfördernde** Programme, die den Lebenskontext berücksichtigen, sind im Aufbau begriffen. Im Jahr 1992 wurde das Netzwerk „Gesunde Städte Österreichs“ gegründet. In Niederösterreich nehmen Korneuburg, Krems, Mödling, St. Pölten, Schwechat, Tulln und Wiener Neustadt sowie die Marktgemeinde Traiskirchen an diesem Projekt teil. Seit Jänner 1995 gibt es auch das Programm der „Gesunden Gemeinde“ in Niederösterreich, woran sich derzeit über 150 niederösterreichische Kommunen beteiligen. Das Projekt „Unternehmen Gesundheit“ des Gesundheitsforums hilft bei der Umsetzung der Gesundheitsförderung im „setting“ Betrieb. Das „Netzwerk Lebensstil“ der Niederösterreichischen Landesakademie nimmt eine Brückenfunktion zwischen Fachleuten und Bürgern in der Weitergabe von gesundheitsrelevanten Informationen ein.

## 5.2 Ambulante Versorgung

### *Spitalsambulante Versorgung*

In den insgesamt 24 Fonds-Krankenanstalten wurden im Jahr 2000 insgesamt rund **1.800 Untersuchungs- und Behandlungsplätze** vorgehalten, die zum überwiegenden Teil der spitalsambulanten Versorgung über „Krankenhausambulanzen“ zuzuordnen sind (in dieser Zahl sind auch Plätze enthalten, die nicht nur für ambulante, sondern auch für stationär aufgenommene Patienten zur Verfügung stehen wie z. B. „Gipszimmer“ oder tageschirurgische Operationssäle). Ein großer Teil dieser Untersuchungs-/Behandlungsplätze (UBP) ist den Fachrichtungen IM, CH, UC, PSY und RAD (letztere inkl. therapeutischer Bereiche der STR und NUKT) zugeordnet (vgl. Tab. 5.2.1, Rubrik „Fonds-Krankenanstalten“ im Tabellenanhang). Auf diesen Plätzen wurden im Jahr 2000 rund **850.000 „ambulante Fälle“** (entsprechend etwa je einer Krankheitsepisode, während der ein Patient auch mehrmals die Ambulanz aufsuchen kann) bzw. rund **2.570.000 „ambulante Frequenzen“** (entsprechend den einzeln gezählten Besuchen von Patienten in den Ambulanzen) versorgt. Die spitalsambulante **Inanspruchnahme** hat sich in den Jahren zwischen 1997 und 2000 **kontinuierlich erhöht** - die Zahl der „ambulanten Fälle“ ist von 758.600 auf 850.000 pro Jahr angestiegen.

In der spitalsambulanten Versorgung waren im Jahr 2000 rund **930** vollzeitäquivalent beschäftigte **Ärzte** (inkl. Fachärzte, Allgemeinmediziner und Turnusärzte) beschäftigt, wobei die Fachrichtungen IM, CH, UC, GGH und RAD (inkl. STR und NUKT) am stärksten besetzt waren (vgl. Tab. 5.2.1). Darüber hinaus waren rund **3.140** vollzeitäquivalent beschäftigte Personen (VZÄ) **anderer Berufsgruppen** (insbesondere im Gesundheits- und Krankenpflegefachdienst, in den medizinisch-technischen Diensten und im Verwaltungsbereich) im spitalsambulanten Sektor tätig. Die **Endkosten** für diesen Sektor betragen im Jahr 2000 insgesamt rund **€ 96 Mio.**

Die **Versorgungsdichte** in der spitalsambulanten Versorgung war im Jahr 2000 in Niederösterreich mit 1,2 UBP pro 1.000 Einwohner vor Burgenland und Vorarlberg die drittniedrigste der österreichischen Bundesländer (Österreich 1,8). Die Anzahl der ambulanten Frequenzen war mit 1.660 Frequenzen pro 1.000 Einwohner (Österreich: 2.140) - gemeinsam mit Vorarlberg - die drittniedrigste vor dem Burgenland und Kärnten. Hinsichtlich der Dichte der ambulanten Fälle weist Niederösterreich mit rund 550 Fällen pro 1.000 Einwohner (Österreich: 660) vor dem Burgenland, Kärnten und Vorarlberg die viertniedrigste Inanspruchnahme unter allen Bundesländern auf. Die Personalausstattung liegt mit 0,6 VZÄ-Ärzten pro 1.000 Einwohner unter dem Österreichdurchschnitt - beim zusätzlichen Personal wird der Österreichwert (3,0) mit 2,0 VZÄ-Personen ebenfalls unterschritten (vgl. Tab. 5.2.2). Die **Endkosten** in diesem Bereich sind mit € 62,- pro Einwohner gemeinsam mit dem Burgenland die geringsten. Am höchsten waren sie in den Wiener Fonds-Krankenanstalten, wo sie mit € 208,- pro Einwohner deutlich **über dem Bundesdurchschnitt** von € 111,- pro Einwohner lagen.

Insgesamt sind Dichte von Angebot und Inanspruchnahme der spitalsambulanten Kapazitäten gegenüber dem Bundesdurchschnitt niedriger. Dieses Versorgungsdefizit wird durch einen schwach ausgeprägten niedergelassenen Bereich (ausgenommen Allgemeinmediziner) noch verschärft (insbesondere im Most- und Weinviertel). Diese Zahlen sind jedoch vor dem Hintergrund zu sehen, dass den niederösterreichischen Patienten darüber hinaus auch 35 Ambulatorien (Kassen- und Privatambulatorien) sowie 16 Zahnambulatorien zur Verfügung stehen. Weiters erfüllt der Wiener Raum für die gesamte Ostregion (Wien, Niederösterreich und Burgenland) - aber insbesondere für die Wien-nahen Regionen - eine zentrale Versorgungsfunktion. Ebenfalls müssen bei der Dateninterpretation die intensiven Pendelverflechtungen zwischen Wien und Niederösterreich berücksichtigt werden.



## Extramurale ärztliche Versorgung

Die extramurale ärztliche Versorgung wird durch insgesamt rund **2.780 niedergelassenen** Ärzte, davon rund **1.620 § 2-Kassenärzte** (das sind Ärzte, die auf Basis der sogenannten ärztlichen Gesamtverträge - § 342 ASVG - in einem Vertragsverhältnis - sogenannter „§ 2-Kassenvertrag“ - mit der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse, den örtlichen Betriebskrankenkassen, der Sozialversicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus und seit 1998 auch der Sozialversicherungsanstalt der Bauern stehen), abgedeckt. Rund 1.090 der 2.780 niedergelassenen Ärzte sind **Allgemeinmediziner** (darunter wiederum rund 750 mit § 2-Kassenvertrag, vgl. Tab. 5.2.1, Rubrik „Niedergelassener Bereich“), der **Rest** niedergelassene **Fachärzte**, die in den Fachrichtungen ZMK, IM und GGH am häufigsten vertreten sind. Die Versorgungsdichte im niedergelassenen Bereich kann für Niederösterreich im Vergleich mit den anderen Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt wie folgt schlagwortartig beschrieben werden (vgl. dazu Tab. 5.2.2 sowie Karten 5.2.1 bis 5.2.6):

- Niedergelassene Ärzte insgesamt: Versorgungsdichte mit 1,79 Ärzten pro 1.000 Einwohner vor Vorarlberg, Burgenland und Oberösterreich an sechster Stelle und damit **unter** dem Bundesdurchschnitt (2,04).
- Niedergelassene § 2-Kassenärzte insgesamt: Versorgungsdichte mit 1,05 Ärzten pro 1.000 Einwohner vor Vorarlberg und Oberösterreich an siebenter Stelle und **unter** dem Bundesdurchschnitt (1,15).
- Niedergelassene Allgemeinmediziner: Versorgungsdichte mit 0,70 Ärzten pro 1.000 Einwohner dem Bundesdurchschnitt (0,71) **entsprechend**, unterdurchschnittliche Versorgungsdichte jedoch im Mostviertel und dem Wiener Umland-Nord (vgl. Karte 5.2.1).
- Niedergelassene § 2-Allgemeinmediziner: Versorgungsdichte mit 0,48 Ärzten pro 1.000 Einwohner dem Bundesdurchschnitt (0,49) **entsprechend**, unterdurchschnittliche Versorgungsdichte jedoch in den NUTS III-Regionen Wiener Umland-Nord und -Süd (Nähe zu Wien) sowie in der NUTS III-Region St. Pölten und dem Mostviertel (vgl. Karte 5.2.2).
- Niedergelassene Fachärzte: Versorgungsdichte mit 0,76 Ärzten pro 1.000 Einwohner **unter** dem Bundesdurchschnitt (0,89), stark unterdurchschnittlich jedoch im Most- und Weinviertel sowie im südlichen Niederösterreich (vgl. Karte 5.2.3).
- Niedergelassene § 2-Fachärzte: Versorgungsdichte mit 0,30 Ärzten pro 1.000 Einwohner **unter** dem Bundesdurchschnitt (0,37), in allen Regionen Niederösterreichs - insbesondere im Most- und Weinviertel (vgl. Karte 5.2.4).
- Niedergelassene Zahnmediziner (inkl. Dentisten): Versorgungsdichte mit 0,33 Ärzten pro 1.000 Einwohner **unter** dem Bundesdurchschnitt (0,41), außer dem Wiener Umland-Süd in allen Regionen Niederösterreichs - insbesondere im Most-, Wald- und Weinviertel (vgl. Karte 5.2.5).
- Niedergelassene § 2-Zahnmediziner (inkl. Dentisten): Versorgungsdichte mit 0,27 Ärzten pro 1.000 Einwohner **unter** dem Bundesdurchschnitt (0,30), in allen Regionen Niederösterreichs - insbesondere im Most-, Wald- und Weinviertel sowie im Wiener Umland-Nord und der Region St. Pölten (vgl. Karte 5.2.6).

Die Anzahl der **pro § 2-Kassenarzt** (exkl. Zahnmediziner und Dentisten) im Jahr 2000 abgerechneten **Behandlungsscheine** („Krankenscheine“) lag mit **4.145 knapp unter** dem Bundesdurchschnitt (4.285) und lässt auf eine vergleichsweise durchschnittliche Inanspruchnahme des einzelnen § 2-Kassenarztes schließen (vgl. Tab. 5.2.2). Die Anzahl der § 2-Kassenärzte (ohne Zahnmediziner und Dentisten) stieg zwischen 1995 und 2000 von rund 1.170 auf rund 1.620 an, die Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle (Krankenscheine) erhöhte sich in diesem Zeitraum von rund 4,5 Mio. auf rund 5,1 Mio. Dies weist auf einen leichten Ausbau des extramuralen Kassenbereiches und auf dessen laufend steigende Inanspruchnahme hin, die parallel zur ebenfalls sich erhöhenden Inanspruchnahme von spitals-ambulanten Kapazitäten vor sich geht.

Die Summe der mit den § 2-Kassenärzten (exkl. Zahnmediziner und Dentisten) abgerechneten Beträge stieg in Niederösterreich von rund **€ 140 Mio.** im Jahr **1991** auf rund **€ 239 Mio.** im Jahr **2000**. Damit waren die Umsätze im niedergelassenen § 2-Kassenbereich (exkl. Zahnmediziner und Dentisten) im Jahr 2000 mehr als 2,5 mal so hoch wie die Endkosten im Spitalsambulantem Bereich (inkl. Zahnmediziner und Dentisten) in der Höhe von rund **€ 93 Mio.**

Die Bereitstellung und Finanzierung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung in Niederösterreich an Wochentagen in der Zeit von 19:00 Uhr bis 7:00 Uhr wird durch eine Vereinbarung zum „**Wochentags-Nachtbereitschaftsdienst**“ zwischen dem Land Niederösterreich, den Sozialversicherungsträgern, der Ärztekammer und den Rettungsorganisationen seit 1. Oktober 2000 sichergestellt.

#### *Rettungs- und Krankentransportdienste (RKT)*

In Niederösterreich wird der bodengebundene Rettungs- und Krankentransportdienst (RKT) primär<sup>4)</sup> vom **Österreichischen Roten Kreuz (ÖRK - Landesverband Niederösterreich)** und dem **Arbeiter-Samariter-Bund** abgedeckt. Das **Rote Kreuz (RK)** verfügte im Jahr 2001 über insgesamt **55 Bezirksstellen**, die wiederum mehrere Ortsstellen umfassten. Der **Arbeiter-Samariter-Bund (ASB)** unterhält regional verteilt **25 Gruppen** (in den Bezirken Baden, Lilienfeld, Melk, Mödling, Neunkirchen, St. Pölten Stadt & Land, Wien-Umgebung und Zwettl). Insgesamt wurden von diesen beiden Organisationen im Jahr 2001 mehr als **600.000 Einsätze** gefahren, rund 14 Prozent davon fuhr der ASB. Das Rote Kreuz Niederösterreich verfügt über 24 Notarztwagen bzw. Notarzteinsatzfahrzeuge und über rund 560 Rettungs- und Krankentransportwagen (vgl. Tab. 5.3.2).

Die **Personalsituation** in den Rettungsorganisationen Niederösterreichs ist vor allem durch das hohe Engagement der ehrenamtlichen Mitarbeiter geprägt. 89 Prozent des Personalstandes des RK sind in Niederösterreich freiwillige Mitarbeiter (Österreich: 83 %), vier Prozent hauptamtliche Mitarbeiter (Österreich: 11 %) und sechs Prozent Zivildienstler (Österreich: 6 %). Beim ASB betragen diese Anteile 85 Prozent, drei Prozent und zwölf Prozent.

Die **Versorgungsdichte (nur RK<sup>5)</sup>)** liegt in Niederösterreich sowohl hinsichtlich der Zahl der Einsatzstellen (NÖ: 0,09 pro 1.000 Einwohner, Österreich: 0,06 pro 1.000 Einwohner) als auch in Bezug auf die bodengebundenen RKT (0,4 Rettungswagen pro 1.000 Einwohner, Österreich: 0,2 pro 1.000 Einwohner) **über dem Bundesdurchschnitt** und im Bundesländervergleich an erster Stelle. Die **Häufigkeit der Einsätze** im Verhältnis zur Wohnbevölkerung lässt sich nur bedingt mit den anderen Bundesländern vergleichen, weil in Niederösterreich auch die Einsätze des ASB enthalten sind (vgl. Tab. 5.2.4).

Die flächendeckende **Versorgung mit Notärzten** bzw. mit in der **Notfallmedizin ausgebildeten Ärzten** stellt eine grundlegende Voraussetzung für ein funktionierendes Rettungssystem in Österreich dar. Der weitaus überwiegende Teil Niederösterreichs ist durch Notarztwagen (NAW) des RK und des ASB (22 NAW-Standorte des RK und zwei NAW-Standorte von RK und ASB) sowie durch die Einsatzradien der ÖAMTC-Notarzhubschrauber Christophorus 2 (Krems), 3 (Wr. Neustadt) und 9 (Wien, seit April 2001) notfallmedizinisch versorgt. Eine relative **Unterversorgung** (vor allem nachts) ist jedoch in den Regionen rund um

<sup>4)</sup> Die Gemeinde Puchberg am Schneeberg wird von der gemeindeeigenen Rettung und die Stadt Wieselburg vom Unternehmer Johann Bauer betreut.

<sup>5)</sup> Der Vergleich bezieht sich aufgrund fehlender bundesweiter Vergleichszahlen anderer Rettungsorganisationen nur auf das RK.

Ybbs/Donau, Laa/Thaya, Retz, Drosendorf, Haag/St. Valentin, Pöckstall, Großweikersdorf, Groß Gerungs, St. Aegy, Zistersdorf und im Piestingtal (laut Sanitätsdirektion/Amt der NÖ-Landesregierung) festzustellen. Im Jahr 2000 wurden insgesamt rund **25.800 NAW-Primäreinsätze** (Unfallort-Krankenhaus) gefahren. Die **Notarzhubschrauber Christophorus 2 und 3** (Christophorus 3 befindet sich erst seit kurzem im Besitz des ÖAMTC) flogen in diesem Jahr insgesamt rund **2.100 Einsätze** - davon 85 Prozent Primäreinsätze.

### *Mobile Dienste*

Unter dem Begriff „Mobile Dienste“ werden hier mobile **soziale und sozialmedizinische Dienste** verstanden. In Niederösterreich wurden im Jahr 1999 in integrierter Art und Weise von insgesamt **230 Sozialstationen** aus die folgenden **Dienstleistungen für alte, kranke oder behinderte Menschen** angeboten:

**Hauskrankenpflege:** Die Aufgaben des diplomierten Pflegepersonals umfassen eine qualifizierte situationsgerechte Pflege und Beratung der Patienten (Wundpflege und Verbandwechsel, Verabreichung von Insulin, Stomaversorgung, etc.) und die Beratung und Anleitung von pflegenden Angehörigen. Alle Aufgaben werden in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt wahrgenommen.

**Heimhilfe:** Hier erfolgt eine Unterstützung bei alltäglichen Verrichtungen (Körperpflege, Aufrechterhaltung der Ordnung im unmittelbaren Wohnbereich, Unterstützung bei der Essenszubereitung, etc.)

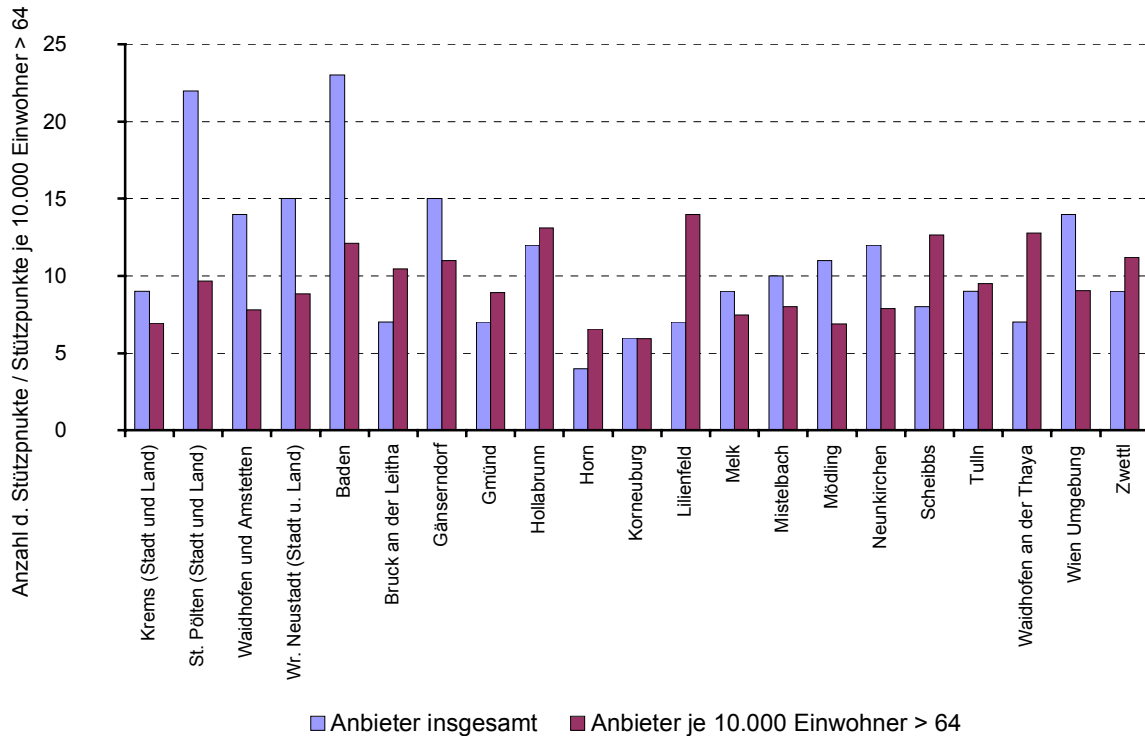
Außerdem werden von einem Teil der Sozialstationen auch **therapeutische Hilfen** (bei ärztlicher Verordnung leisten diplomierte Physio- und Ergotherapeuten oder Logopäden fachgerechte Hilfe z. B. nach Schlaganfällen, Frakturen, etc.) angeboten.

Im Landesdurchschnitt kommen auf jede Einsatzstelle ca. 1.080 Einwohner im Alter von 66 Jahren und darüber. Die Versorgungsdichte (hier definiert als Anzahl Einwohner im Alter von 65 Jahren und darüber je Einsatzstelle) streut in den Bezirken Niederösterreichs zwischen 714 (Lilienfeld) und 1.680 (in Korneuburg). In der Differenzierung nach Bezirken und Region liegen allerdings große Divergenzen der Anteile stationär und mobil betreuter Personen vor, die aber zumindest zum Teil aus den in den Bezirken vorhandenen stationären Kapazitäten erklärbar sind (Niederösterreichische Landesakademie 2002b).

Die **Versorgungsdichte** (hier definiert als Anzahl der anbietenden Einrichtungen je 10.000 Einwohner im Alter von 65 Jahren und darüber) ist in Niederösterreich mit 9,2 Einsatzstellen je 10.000 Einwohner im Alter von 65 Jahren und darüber höher als im österreichischen Durchschnitt (7,9), sie streut in den Bezirken (dabei wurden Statutarstädte zusammen mit ihren Umgebungsbezirken betrachtet) zwischen sechs (in Korneuburg) und 14 (in Lilienfeld; vgl. Abb. 5.2.1).

Allerdings ist die Anzahl der Betreuungsleistungen anbietenden Institutionen allein ein nur unzureichender Indikator für die Versorgungssituation. Er ist durch Aussagen über die Personalressourcen und deren Qualität zu ergänzen. Hier zeigt der Altersalmanach 2000/Teil II (Niederösterreichische Landesakademie 2001a), dass der Personaleinsatz (Pflegepersonal in Vollzeitäquivalenten pro 100 betreute Personen) im Raum Wiener Neustadt und im Bezirk Neunkirchen über dem niederösterreichischen Durchschnitt (15,4) liegt, ebenso in den Bezirken Baden, Gänserndorf, Gmünd und Hollabrunn. Den niedrigsten Wert weist Waidhofen an der Thaya auf. Allerdings ist in diesem Bezirk, ebenso wie in Amstetten (inkl. Waidhofen a. d. Ybbs) und Zwettl die Betreuung mit diplomiertem Pflegepersonal stark überdurchschnittlich.

Abbildung 5.2.1: Einsatzstellen der Mobilen Dienste in niederösterreichischen Bezirken im Jahr 2000, Anzahl und Dichte (Anzahl je 10.000 Einwohner im Alter von 65 Jahren und darüber)

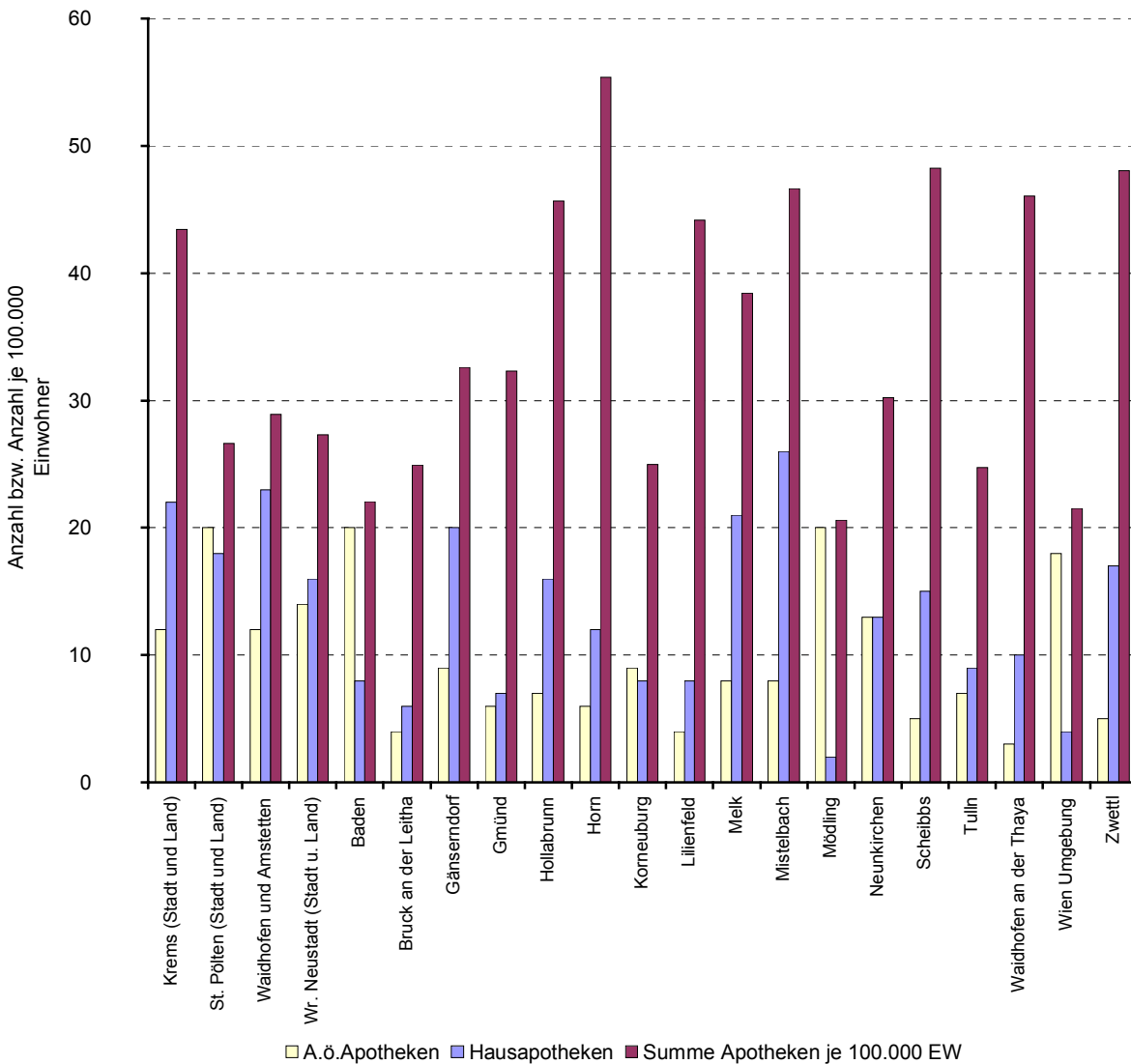


Quellen: BMSG Sozialservice; ÖBIG-eigene Berechnungen

### Apotheken

Insgesamt standen der niederösterreichischen Bevölkerung im eigenen Bundesland im Jahr 2000 **491 Apotheken** (ohne Anstaltsapotheken) zur Verfügung, davon waren 281 (57 %) ärztliche Hausapotheken. Im Landesdurchschnitt versorgt eine **öffentliche Apotheke** ca. 7.380 Einwohner. Die geringsten Apothekendichten innerhalb des Landes weisen die Umgebungsbezirke der Statutarstädte auf, die durch die in diesen Städten - die auch die landesweit höchsten Apothekendichten aufweisen - situierten Apotheken zum Teil mitversorgt werden. In diesen und in den peripheren Bezirken erfolgt die Versorgung der Bevölkerung in sehr starkem Ausmaß auch durch **ärztliche Hausapotheken**. Bei **Einbeziehung auch der ärztlichen Hausapotheken** stellt sich die Versorgungssituation in den peripheren Bezirken (v. a. in Horn, Scheibbs, Zwettl) als überaus günstig dar; die geringsten Apothekendichten finden sich in Wien-nahen Bezirken sowie in den aus Statutarstädten und deren Umgebungsbezirken zusammengefassten Regionen (s. Abbildung 5.2.2).

Abbildung 5.2.2: Öffentliche Apotheken, ärztliche Hausapotheken und Versorgungsdichte in den niederösterreichischen Bezirken im Jahr 2000



Quellen: Kux, K.-H. - Handbuch für die Sanitätsberufe Österreichs (Ausgabe 2001/2002); Amt der niederösterreichischen Landesregierung

### 5.3 Stationäre Versorgung

#### Stationäre Akutversorgung

In Niederösterreich befinden sich folgende **24 Fonds-Krankenanstellen** (Reihung nach dem vom BMSG vergebenen Krankenanstellen-Code):

K303	Amstetten KH
K304	Baden KH
K314	Gmünd KH
K315	Grimmenstein LKH
K316	Hainburg KH
K319	Hollabrunn KH

K321	Klosterneuburg KH
K322	Klosterneuburg LNKL
K326	Krems KH
K331	Lilienfeld KH
K333	Mauer Amstetten LNKL
K334	Melk KH
K335	Mistelbach KH
K336	Mödling LKH
K338	Neunkirchen KH
K346	St Pölten KH
K347	Scheibbs KH
K351	Tulln LKH
K353	Waidhofen/Thaya KH
K354	Waidhofen/Ybbs KH
K356	Wiener Neustadt KH
K358	Zwettl KH
K377	Waldviertel KHV
K378	Korneuburg-Stockerau KHV

Eine dieser Fonds-Krankenanstalten (Lilienfeld) hat verringerte Standardversorgungsfunktion, acht haben Standardversorgungsfunktion, fünf erweiterte Standardversorgungsfunktion und sechs Schwerpunktversorgungsfunktion. Das Krankenhaus in St. Pölten ist das einzige im Bundesland Niederösterreich mit Zentralversorgungsfunktion. Das Landeskrankenhaus Grimmenstein sowie die beiden Landesnervenkliniken in Klosterneuburg und in Mauer Amstetten sind Sonderkrankenanstalten. Die Zusammenführung der Landesnervenklinik in Klosterneuburg und des Landeskrankenhauses Tulln zum Landeskrankenhaus Donauklinikum befindet sich derzeit in Umsetzung. Die Fonds-KA unterliegen hinsichtlich der dort vorzuhaltenden Kapazitäten und Leistungen den Bestimmungen des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplans (ÖKAP/GGP), der in regelmäßigen Abständen neu gefasst wird.

In den niederösterreichischen Fonds-Krankenanstalten stehen in **allen Fachrichtungen mit Ausnahme der Kinderchirurgie** insgesamt rund **8.410 systemisierte** (das heißt sanitätsbehördlich bewilligte) bzw. rd. **8.170 tatsächliche Betten** zur Verfügung. In diesen Betten wurden im Jahr 2000 ungefähr 412.120 stationäre Fälle (inkl. tagesklinische Fälle) versorgt, die bei einer durchschnittlichen **Belagsdauer von 5,5** Tagen (Bundesdurchschnitt 5,9 Tage) eine **Bettenauslastung** von rund **82 Prozent** erzeugten (Bundesdurchschnitt 84 %, s. Tab. 5.3.1 im Tabellenanhang).

Den stationären Bereichen waren unmittelbar **1.055 VZÄ-Ärzte** sowie weitere rund **5.600 VZÄ anderer Berufsgruppen** (darunter rund 4.070 VZÄ an diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal) zugeordnet, wobei die Abgrenzung der Tätigkeitsbereiche zu den unter Kapitel 5.2 erwähnten Personalkapazitäten im spitalsambulantem Bereich keineswegs eindeutig, sondern vielmehr in hohem Maße fließend verläuft.

Die **Endkosten** in den stationären (= bettenführenden) Bereichen lagen im Jahr 2000 bei rund **772 Mio. €**. Die **Endkosten** für die stationären Bereiche von rund **498,- € je Einwohner** liegen in Niederösterreich um rund 28 Prozent unter dem österreichischen Durchschnittswert (691,- €).

Neben den Fonds-Krankenanstalten befinden sich in Niederösterreich weitere 28 Nicht-Fonds-Krankenanstalten mit vorwiegend Sonderfunktionen (Heilanstalten für Alkohol- und Drogenabhängige, Kuranstalten, Diät- und Erholungsheime, Pflegeanstalten für chronisch Kranke, Rehabilitationseinrichtungen, Sanatorien, Heeresspitäler, Gefangenenspital, etc.).

## Stationäre Alten- und Langzeitversorgung

Im Jänner 2000 (Niederösterreichische Landesakademie 2001a) standen in Niederösterreich in **99 Altenwohn- und Pflegeheimen** insgesamt nahezu **10.400 Plätze** (inklusive 666 Betreuungsstationen) für die Versorgung älterer und behinderter Personen zur Verfügung. Die **Anzahl der Betten** in stationären Einrichtungen je 1.000 Einwohner im Alter von 65 Jahren und älter ist mit ca. 42 in Niederösterreich **um 20 Prozent niedriger als im Bundesdurchschnitt**; nur die Steiermark, Kärnten und das Burgenland weisen geringere Dichten an Kapazitäten der Alten- und Langzeitversorgung auf als Niederösterreich. Dies mag evtl. auch darauf zurückzuführen sein, dass in Niederösterreich hohe Anteile der Pflegefälle im familiären Umfeld betreut werden.

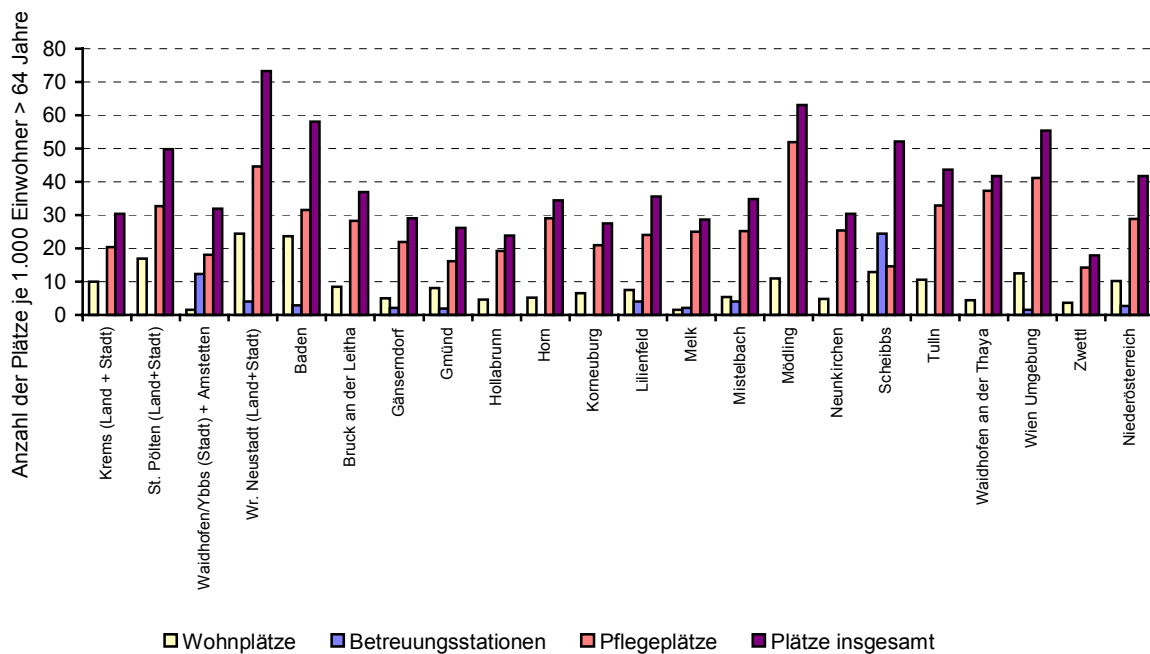
Die Versorgungslage Niederösterreichs ist stark determiniert vom Angebot der Landesheime (Land Niederösterreich ist Rechtsträger der Einrichtungen). Nicht nur, dass im Gegensatz zu Privatheimen (Träger können auch öffentliche Einrichtungen wie z. B. Stadtgemeinden sein) in allen niederösterreichischen Bezirken Standorte unterhalten werden, auch das Gesamtvolumen der Kapazität der Landesheime übersteigt jenes der Privatheime. Bezogen auf jene Pflegeplätze, die auch tatsächlich von Niederösterreichern belegt sind, decken allein die Landesheime 73 % der Gesamtkapazität ab. Zwischen 1996 und 2000 sind in allen Heimen Niederösterreichs die Kapazitäten an Pflegeplätzen zu Lasten von Wohnplätzen ausgebaut worden (Niederösterreichische Landesakademie 2001a).

Rund 70 Prozent der Betten (7.185) befinden sich in Pflegeheimen oder -anstalten, ein Viertel in Wohnheimen für betagte Menschen (2.548), daneben gibt es in Niederösterreich noch 666 Plätze in sogenannten „Betreuungsstationen“. Dabei handelt es sich in Umsetzung des Psychatrieplanes Niederösterreich (Katschnig 1995 sowie dessen Weiterentwicklung) um Einrichtungen für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, mit nicht ausschließlich pflege-relevanter Bedeutung (Patienten, die vorher in den Landesnervenkliniken betreut wurden).

Die Anzahl der vorgehaltenen Plätze in Alten- und Pflegeheimen je Einwohner (> 64 Jahre) liegt in den **Bezirken Wiener Neustadt (Stadt und Land), Baden, Mödling nicht nur deutlich über dem Landes- sondern auch weit über dem Bundesdurchschnitt**, die Einrichtungen in diesen Bezirken sind teilweise von überregionaler Bedeutung. Die Bezirke Zwettl und Hollabrunn weisen hingegen die geringsten Dichtewerte in Niederösterreich auf (vgl. Tab. 5.3.4 im Tabellenanhang sowie Abb. 5.3.1).

Bei der Interpretation dieser Dichtewerte ist jedoch auch zu berücksichtigen, dass es durch die Vorhaltung stationärer Einrichtungen der Alten- und Langzeitversorgung zu sogenannten „pflegebedingten Einwanderungsströmen“ nach Niederösterreich kommt und andererseits Personen innerhalb Niederösterreichs ihren Wohnort wechseln, um an einem Heim Aufnahme zu finden. Für die tatsächlich aus Niederösterreich stammenden und an Pflegeplätzen der stationären Altenhilfe Niederösterreichs versorgten Personen liegen zudem im Zuge der Erstellung eines Prognosemodells der Niederösterreichischen Altenhilfe erarbeitete Aufschlüsse über die Pflegebedürftigkeit sowie die Alters- und Geschlechtsstruktur vor (Niederösterreichische Landesakademie 2001a und 2002b). Gemäß der diesbezüglichen Prognose- und Bedarfsrechnungen müssten bis zum Jahr 2011 alle nicht aus Niederösterreich stammenden Pflegeplatzbewohner Niederösterreichern Platz machen, um mit den vorhandenen stationären Kapazitäten den niederösterreichischen Bedarf decken zu können. Bis zum Jahr 2016 müssten aber dennoch weitere 1.100 Pflegeplätze neu eingerichtet werden.

Abbildung 5.3.1: Kapazitäten der Alten- und Langzeitversorgung in den niederösterreichischen Bezirken 1999 im Vergleich zum Bundesland



Quellen: BMSG-Sozialservice; Amt der Niederösterreichischen Landesregierung; ÖBIG-eigene Berechnungen

Abschließend ist in diesem Zusammenhang auf die vom ÖBIG (ÖBIG 1999f) erstellte Studie zu den Bedarfs- und Entwicklungsplänen der österreichischen Bundesländern zu den Diensten und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich zu verweisen. Mit dieser Studie liegt - für viele Leistungsbereiche erstmals - eine bundesweite Darstellung der gegenwärtigen Situation und der voraussichtlichen Entwicklung der Infrastruktur für pflegebedürftige Menschen im nächsten Jahrzehnt vor.

### Stationäre psychotherapeutische und psychologische Versorgung

Hier ist in erster Linie auf den Psychiatrieplan Niederösterreich zu verweisen (Katschnig 1995), der ein Grobkonzept für die Umsetzung der Sozialpsychiatrie in Niederösterreich enthält. In den letzten Jahren wurde dieser Psychiatrieplan in einem groß angelegten Forschungsprojekt evaluiert und zu einem Feinkonzept weiterentwickelt. Die diesbezüglichen Arbeiten stehen knapp vor dem Abschluss. Weiters wurde vom ÖBIG (ÖBIG 2002) im Auftrag des BMSG das Personen- und Leistungsangebot an psychotherapeutischer, klinisch-psychologischer und gesundheitspsychologischer Betreuung und Behandlung im stationären Bereich in Österreich erhoben.

### Hospizwesen

Das **Hospizwesen** Niederösterreichs hat sich im Laufe des Untersuchungszeitraumes von ersten Initiativen im Jahr 1993 (Baden, Mödling, St. Pölten) zu einem im Jahr 2001 gegründeten Landesverband Niederösterreich für Hospizwesen entwickelt. In diesem Verband sind die vielen Hospizinitiativen Niederrösterreichs organisiert, welche spezielle „Hospizkriterien“ erfüllen. Zum Bestand und der Entwicklung der Hospiz- und Palliativarbeit in Niederösterreich wurde im April 2002 vom Zentrum für Alterswissenschaften und Sozialpolitikforschung an der Niederösterreichischen Landesakademie eine Studie veröffentlicht. Darin werden poli-



tikrelevante Empfehlungen zur Strukturbildung, zur Professionalisierung, zur Entwicklung des medizinischen Segmentes sowie zum rechtlichen und ökonomischen Bereich der Hospiz- und Palliativarbeit in Niederösterreich abgegeben (Niederösterreichische Landesakademie 2002a). Hospizpilotprojekte laufen derzeit in den Krankenanstalten Amstetten, Hollabrunn, Mödling, Krems und Zwettl.

### *Stationäre Rehabilitation*

Niederösterreich verfügt über ein relativ dichtes Netz an **Rehabilitationseinrichtungen**: Es gibt insgesamt **zwölf** Einrichtungen, die sich zum Großteil südlich von Wien befinden. Etwa ein **Drittel** aller Aufenthalte in Rehabilitationszentren entfiel im Jahr 2000 auf Niederösterreich, die durchschnittliche Belagsdauer betrug wie auch in Österreich insgesamt 24 Tage (vgl. Tab. 5.3.2 im Tabellenanhang).

Die zwei wichtigsten Schwerpunkte des Landes sind die Behandlung von **Herz-/Kreislaufkrankungen** und **Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes**. Krankheiten des Herz-/Kreislaufsystems werden insbesondere in Felbring, Hohegg, Groß Gerungs und Bad Pirawarth behandelt. Im Jahr 2000 wurden in diesen vier Einrichtungen etwa 7.700 Fälle gezählt. Im gesamten Landesgebiet wurden im Jahr 2000 etwa 440 Bettenäquivalente für Herz-/Kreislaufpatienten vorgehalten, das sind 35 Prozent des gesamten österreichischen Angebotes. Fünf Rehabilitationseinrichtungen konzentrieren sich auf die Behandlung von Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (drei Einrichtungen in Baden und je eine in Laab im Walde sowie Harbach): hier gab es im Jahr 2000 insgesamt etwa 6.700 Fälle mit dieser Diagnose. Auch im Bereich der Orthopädie ist Niederösterreich das Bundesland mit der größten Bettenkapazität (515 Bettenäquivalente oder 28 % aller Einrichtungen in Österreich). Patienten mit **Stoffwechselkrankheiten** werden in Niederösterreich vorzugsweise im Rehabilitationszentrum Alland einer Behandlung unterzogen (knapp 2.000 Fälle im Jahr 2000), Patienten mit **Verletzungen und/oder Vergiftungen** werden zum überwiegenden Teil dem Rehabilitationszentrum Klosterneuburg zugewiesen (rund 1.500 Fälle im Jahr 2000). Darüber hinaus leidet eine erhebliche Anzahl von Patienten in niederösterreichischen Rehabilitationseinrichtungen an Krankheiten des **Nervensystems**.

Folgende **Rehabilitationszentren** gibt es in Niederösterreich:

- K305 Rheuma-Sonderkrankenanstalt Baden (Träger: Sozialversicherungsanstalt der Bauern)
- K313 Rehabilitationszentrum Felbring, Sonderkrankenanstalt für Herz- und Kreislaufkrankungen (Träger: Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter)
- K318 Rehabilitationszentrum Hohegg Grimmenstein (Träger: PVA der Angestellten)
- K328 Sonderkrankenanstalt für Rheumatologie, Orthopädie und Neurologie Laab im Wald (Träger: PVA der Arbeiter)
- K355 Therapiezentrum Buchenberg Waidhofen/Ybbs (Träger: Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter)
- K359 Rheuma-Sonderkrankenanstalt Baden (Träger: Niederösterreichische Gebietskrankenkasse)
- K363 Rheuma-Sonderkrankenanstalt Baden (Träger: Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft)
- K365 Sonderkrankenanstalt für Herz- und Kreislaufkrankungen Groß Gerungs (Träger: Kurbad Großgerungs Ges.m.b.H. & Co KG), Bez. Zwettl
- K369 Rehabilitationszentrum Weißer Hof (Träger: AUVA), Klosterneuburg
- K370 Moorheibad Harbach (Träger: Moorheilbad Harbach GesmbH & Co KG), Bez. Gmünd
- K371 Sonderkrankenanstalt Alland (Träger: PVA der Arbeiter)
- K375 Klinik Pirawath Kur- und Rehabilitationszentrum (Träger: Kurhotel Bad Pirawath GmbH & Co KG)
- K376 Sonderkrankenanstalt für rheumatische Erkrankungen und Herz-/Kreislaufkrankheiten (Träger: PVA der Arbeiter)
- K545 Rehabilitationszentrum Großgmain (Träger: PVA der Angestellten)

In den niederösterreichischen Rehabilitationszentren betrug im Jahr 2000 der Anteil der Niederösterreicher an der Gesamtzahl der Patienten zwischen 23 und 63 Prozent, im Durchschnitt rund 44 Prozent. Ein Drittel der Patienten kam aus Wien (besonders hoch sind die Anteile an Wiener Patienten in Laab im Walde und in Bad Pirawarth), acht Prozent aus Oberösterreich (in Waidhofen/Ybbs und Groß Gerungs waren ein Viertel bis ein Fünftel der Patienten aus Oberösterreich), fünf bzw. vier Prozent aus dem Burgenland sowie der Steiermark und der Rest verteilt sich auf die anderen Bundesländer.

Etwa 60 Prozent der Niederösterreicher, die im Jahr 2000 in Österreich einen Rehabilitationsaufenthalt in Anspruch nahmen, wurden in einem niederösterreichischen Rehabilitationszentrum behandelt, rund 16 Prozent der niederösterreichischen Patienten entfiel auf oberösterreichische Einrichtungen, zehn Prozent auf steiermärkische und jeweils sechs bis sieben Prozent auf Salzburger und burgenländische Einrichtungen. Nur sehr wenige Niederösterreicher wurden in Rehabilitationszentren anderer Bundesländer aufgenommen.

## **5.4 Medizinisch-technische Großgeräte**

Die Daten zu medizinisch-technischen Großgeräten im Jahr 1999 (vgl. Tab. 5.4.1 im Tabellenanhang) entstammen einer Erhebung, die das ÖBIG im Jahr 2000 im Rahmen der Arbeiten zur Revision des ÖKAP/GGP bei den GKK und beim HVSVT durchgeführt hat.

In Niederösterreich sind alle laut ÖKAP/GGP als Großgerät definierten Geräte (CT, MR, DAS, COR, LIT, STR, ECT, PET) eingerichtet. Insgesamt waren es 1999 75 Geräte, die im Bundesland zur Verfügung standen. Rund zwei Drittel dieser Geräte befanden sich in Fonds-Krankenanstalten. Im Vergleich zu Österreich insgesamt wies Niederösterreich bei allen Großgeräten eine höhere Anzahl an zu versorgenden Einwohnern auf, was auf eine unterdurchschnittlich dichte Versorgung in Bezug auf diese Geräte hinweist. Allerdings wird die niederösterreichische Wohnbevölkerung zu einem Teil durch die in der Bundeshauptstadt eingerichteten Kapazitäten mitversorgt.

## **5.5 Öffentlicher Gesundheitsdienst**

### **Einrichtungen und Beschäftigte**

Die Beschreibung des öffentlichen Gesundheitsdienstes wird im vorliegenden Bericht auf die Gesundheitsämter in den Bezirken sowie die Landessanitätsdirektion beschränkt. Die Bezirks-Gesundheitsämter sind Teil der Bezirksverwaltungsbehörde und werden von je ein bis zwei Amtsärzten oder Amtsärztinnen geleitet. Bei ihren Aufgaben werden sie von ein bis zwei nicht-akademischen Fachkräften (z. B. Tbc-Fürsorgerinnen) sowie von mehreren Sekretärinnen unterstützt. Auf Landesebene gehört Niederösterreich zu jenen Bundesländern, die bereits seit längerem eine in Abteilungen gegliederte Landessanitätsdirektion haben, um Spezialisierungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf bestimmte Themenbereiche zu ermöglichen. 1997 waren es drei Abteilungen mit insgesamt 13 Amtsärztinnen und Amtsärzten, zwei nicht-medizinischen Akademikerinnen und fünf nicht-akademischen Fachkräften<sup>1</sup>, die mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst befasst waren. Es handelt sich dabei um die Abteilungen Gesundheitswesen, Umwelthygiene und Lebensmittelkontrolle der Gruppe Gesundheit und Soziales. Laut Geschäftseinteilung des Amtes der Niederösterreichischen Landesregierung sind in den Abteilungen folgende Agenden zugeteilt:

---

<sup>1</sup> Quelle: ÖBIG: Neupositionierung des ÖGD, Wien 1998 b

### Abteilung Gesundheitswesen (GS1):

- Medizinische Angelegenheiten des Gesundheitswesens soweit sie keiner anderen Abteilung zugewiesen sind (insbesondere Vorsorgemedizin und Beratung für Mutter und Kind)
- Medizinische Angelegenheiten der Krankenanstalten und Krankenpflegeschulen, des Gemeindesaniätätsdienstes und des Rettungswesens
- Landessanitätsrat
- Amtssachverständigentätigkeit für medizinische Angelegenheiten, soweit sie keiner anderen Abteilung zugewiesen ist
- Medizinische Angelegenheiten der Verhütung und Bekämpfung ansteckender Krankheiten und des Drogenmissbrauches (Drogenbeirat), der Arzneimittel, des Leichen- und Bestattungswesens, des Katastrophenschutzes sowie der Pensionisten- und Pflegeheime

### Abteilung Umwelthygiene (GS2)

- Medizinische Angelegenheiten des Umweltschutzes (insbesondere Trinkwasserversorgung, Abwasserbeseitigung, Abfallwirtschaft, Chemikaliengesetz, Lärmbekämpfung, Luftreinhaltung und Strahlenschutz) sowie der Bäder und Saunaaanlagen einschließlich der Amtssachverständigentätigkeit
- Trinkwasserhygiene und -kontrolle
- Tuberkulosebekämpfung einschließlich der Tuberkulosehilfe
- Angelegenheiten der Arbeitsmedizin
- Sanitäre Aufsicht über Kurorte und natürliche Heilvorkommen

### Abteilung Lebensmittelkontrolle (GS3)

- Angelegenheiten des Ernährungswesens und der Nahrungsmittelkontrolle
- Angelegenheiten der Qualitätsklassenkontrolle, der Weinkontrolle, soweit sie nicht einer anderen Abteilung zugewiesen sind
- Amtssachverständigentätigkeit für das Ernährungswesen
- Überwachungstätigkeit in den Bereichen Chemikalienrecht und Biozidprodukterecht

### Inanspruchnahme und Tätigkeitsschwerpunkte

In den folgenden Absätzen sind einige wichtige aktuelle Tätigkeitsschwerpunkte des ÖGD zusammengefasst dargestellt. Zu zusätzlichen Aktivitäten des ÖGD im Bereich der Umwelthygiene sei hier auch auf die Ausführungen im Kapitel 4.7 verwiesen.

#### *Niederösterreichische Qualitätssicherungskommission gemäß Krankenanstaltengesetz*

Die Kommission ist Schnittstelle der Öffentlichen Gesundheitsverwaltung und der gewachsenen Krankenhausorganisation (siehe hierzu die jüngste KAG-Novelle). Das Jahr 2001 war gekennzeichnet durch Diskussion und Versuch einer Konsensfindung bezüglich der Stellung der Qualitätssicherung innerhalb der bestehenden Krankenhausorganisation. Konkret wurde und wird diese Diskussion anhand der Geschäftsordnung für die dezentrale (d. h. Krankenhaus-)Qualitätssicherung geführt. Inhaltlich wird im Bundesland, wie auch national und EU-weit diskutiert, welche Konzepte eine gute Umsetzung im Sinne der Zielvorgabe erwarten lassen. Die Zielvorgabe ist eine vergleichende Qualitätssicherung. Es bestehen berufsgruppenorientierte Ansätze ebenso wie epidemiologische und Management-Ansätze. Niederösterreichische Krankenanstalten haben sich im Jahr 2001 an Modellprojekten beteiligt. Beispielsweise das Krankenhaus Wiener Neustadt am QIP (Qualitätsindikatorenprojekt) und das Krankenhaus Tulln am Modellprojekt 1 der Strukturkommission des Bundes (Aufnahme- und Entlassungsmanagement). Zukünftig können wesentliche Impulse für die Qualitätsarbeit von der Donau-Universität Krems, Zentrum für Management und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, erwartet werden.

### *Intensivbettenvermittlung und Verbrennungsbettenzentrale*

In Zusammenarbeit zwischen der Sanitätsdirektion und dem Niederösterreichischen Roten Kreuz besteht in Mödling eine Vermittlung für Intensivbetten und eine Verbrennungsbettenzentrale. Die Intensivbettenvermittlung steht mit allen zwölf Intensivstationen in Niederösterreich in Funkkontakt und hat daher jederzeit den Überblick, in welches Krankenhaus ein Notfallpatient eingeliefert oder überstellt werden kann. Die Verbrennungsbettenzentrale hat die Aufgabe, bei einem Massenanfall von Verbrennungsoptionen die Verlegung in geeignete Verbrennungskliniken in ganz Europa innerhalb von zwölf Stunden zu organisieren. Auch andere Bundesländer können sich bei Bedarf dieser Einrichtung bedienen.

### *Trinkwasseraufsicht*

Die amtliche Kontrolle des Trinkwassers obliegt gemäß § 35 Abs. 1 des Lebensmittelgesetzes 1975 (LMG 1975) dem Landeshauptmann. Auf Grund der Geschäftseinteilung des Amtes der NÖ Landesregierung ist die Abteilung Umwelthygiene der Landessanitätsdirektion für die Trinkwasserkontrolle zuständig (siehe auch Kapitel 4.7). Zur Unterstützung der Amtsärzte ist für jedes Landesviertel je ein Lebensmittelinspektor der Abteilung Umwelthygiene für die amtliche Trinkwasserkontrolle auf Grund der besonderen Fachkenntnisse (B-Chemiker) und auf Grund der besonderen Ausrüstung zuständig. Primäre Aufgaben der Trinkwasseraufsicht sind:

- Erfassung aller Wasserversorgungsanlagen (Einrichtungen), welche Trinkwasser in Verkehr bringen
- Periodische Kontrolle dieser Wasserversorgungsanlagen
- Kontrolle der Bescheidaufgaben
- Aktenführung
- Schriftverkehr mit Parteien, Beschwerdeführern und Anlagenbetreibern
- Probenziehungen
- Festlegung von Probeentnahmestellen gem. LMG § 5 (1), BGBl. II, 235, 23. Juli 1998

Außenstellen der Abteilung Umwelthygiene für die Trinkwasseraufsicht bestehen derzeit in Gmünd, in Korneuburg, in Melk und in Baden.

Im Jahr 2000 wurden von den Außenstellen der Abteilung Umwelthygiene bei insgesamt 2.540 Wasserversorgungsanlagen, die einen Konsens unter 300 l/min besitzen, 242 Revisionen vorgenommen. Bei Wasserversorgungsanlagen über 300 l/min wurden 239 Revisionen durchgeführt. Weiters wurden 102 neue Anlagen aufgenommen. In weiterer Folge wurden 130 Probenahmestellen-Festlegungen bei Wasserversorgungsanlagen unter 300 l/min sowie bei Wasserversorgungsanlagen über 300 l/min 242 Probenahmestellen-Festlegungen vorgenommen.

Im Zuge dieser Revisionen wurde mit 17 Mitteilungen gemäß §§ 20, 40 (3) LMG 1975 die Beseitigung von Mängeln bei Wasserversorgungsanlagen unter 300 l/min sowie mit 22 Mitteilungen bei Wasserversorgungsanlagen über 300 l/min vorgeschrieben. Kleinere hygienische Mängel wurden mit den Betreibern besprochen und deren Beseitigung in angemessener Frist mündlich angeordnet. Im Zuge der durchgeführten Probenahmestellen-Festlegungen und Revisionen wurden 611 Wasserversorgungsanlagen aktentechnisch für eine Übernahme in den Wasserdatenverbund aufbereitet.

### *Tuberkulosebekämpfung*

In Niederösterreich sind 20 Tuberkulose-Untersuchungs- und Beratungsstellen mit Röntengeräten (dosissparende Bildverstärkeranlagen) ausgerüstet. Alle Anlagen wurden im Jahr

2000 von der Abteilung Umwelthygiene als Betreiber im Rahmen einer umfangreichen Qualitätskontrolle pro Quartal einmal geprüft. Seitens der Behörde für Energie- und Strahlenschutzrecht wurden in diesem Jahr sieben dieser Anlagen überprüft. Im Jahr 2000 wurden landesweit 33.765 Landesbürgerinnen und Landesbürger untersucht: 243 waren an Tuberkulose erkrankt, davon 115 an offener TBC, wobei die Betroffenen und deren Angehörige nichts von der Erkrankung wussten. Durch diese Zahlen wird deutlich, wie wichtig diese Untersuchungen sind, bieten sie doch die Möglichkeit, bisher unbekannte TBC-Fälle aufzudecken. Die Beratung und Betreuung von Erkrankten, Krankheitsverdächtigen und Risikopersonen erfolgt durch Fachärzte für Lungenerkrankungen und eingeschulte TBC-Fürsorger/innen in den TBC-Fürsorgestellen bei den Bezirksverwaltungsbehörden. Diese Lungenfachärzte sind stundenweise im Rahmen der amtlichen TBC-Bekämpfung tätig. Durch diese Organisationsform - welche im Einvernehmen mit der Ärztekammer gestaltet wurde - ist gewährleistet, dass Niederösterreich flächendeckend mit niedergelassenen Lungenfachärzten versorgt ist. Die in den TBC-Fürsorgestellen erbrachte Beratung und Betreuung erfordert genaue Kenntnisse über die tuberkulösen Erkrankungen und über die Wirkung der Medikamente und deren Nebenwirkungen.

Durch die Anschaffung einer Großbildverstärkeranlage 1992 konnte die Strahlenbelastung der untersuchten Personen auf ein Zehntel reduziert werden. Bei der Überwachung leistet der **Röntgenzug** des Landes Niederösterreich wertvolle Hilfe, da der Röntgenzug nicht nur in Altersheimen eingesetzt werden kann und so Untersuchungen an gebrechlichen Personen unkompliziert durchgeführt werden können, sondern sich darüber hinaus für die Überwachung gefährdeter Personengruppen in besonders exponierten Lagen sehr gut eignet (z. B. Einsatz in Lagern, Flüchtlingsheimen usw.). So wurde der Röntgenzug im Jahr 2000 zur Hilfestellung auch an 21 Tagen in den Außenstellen der Bezirkshauptmannschaften eingesetzt. Insgesamt wurden im Jahr 2000 17.654 Röntgenaufnahmen gemacht.

#### *Kurorte und natürliche Heilvorkommen*

Im Rahmen der Kurorthygiene sind unter den spezifischen Bedingungen des Kurortes die besonderen hygienischen Voraussetzungen in den Kureinrichtungen, die Hygiene der natürlichen Heilmittel und der balneotechnischen Anlagen einschließlich der epidemiologischen Situation zu überwachen. Bei solchen Kontrollen vor Ort konnte festgestellt werden, dass die in Niederösterreich vorhandenen Kureinrichtungen und Kurbetriebe einen hygienisch ausgezeichneten Standard besitzen. Bei der Anerkennung neuer Heilvorkommen wurde vom Standpunkt der sanitären Aufsicht auf die Aufrechterhaltung der hervorragenden hygienischen Standards in Niederösterreich geachtet (vgl. hierzu Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, Hauptstück F).

#### *Lebensmittelkontrolle*

Die Lebensmittelkontrolle wird in Niederösterreich von den Organen der Abteilung Lebensmittelkontrolle des Amtes der NÖ Landesregierung und den Marktämtern St. Pölten und Wiener Neustadt durchgeführt. Folgende Rechtsvorschriften dienen als Grundlage für die Kontrolltätigkeit: Lebensmittelgesetz, Qualitätsklassengesetz, Maß- und Eichgesetz, Bazillenausscheidergesetz, Weingesetz und Chemikaliengesetz. Die Intensität der Kontrollen nach dem Lebensmittelgesetz richtet sich nach einem vom Bundeskanzleramt erlassenen Revisions- und Probenplan. Im Rahmen dieses Planes wurden für das Jahr 2000 5.100 Proben von Lebensmitteln und 20.000 Revisionen vorgeschrieben. Im Jahr 2000 wurden 9.527 Revisionen, 3.995 Probenentnahmen, 793 Anzeigenbearbeitungen, 102 Überprüfungen gemäß Chemikaliengesetz, 28 Probenziehungen gemäß Chemikaliengesetz, drei Anzeigenbearbeitungen gemäß Chemikaliengesetz und 291 Gewerbeverhandlungen durchgeführt.

## Kosten und Finanzierung

Der öffentliche Gesundheitsdienst ist Teil der öffentlichen Verwaltung und wird daher aus deren Budgets finanziert. Das bedeutet zum einen, dass die Sparmaßnahmen im Bereich der öffentlichen Verwaltung auch Spardruck auf den ÖGD ausüben, zum anderen, dass aufgrund der nicht vorhandenen Kostenrechnung in der öffentlichen Verwaltung und damit auch im ÖGD eine Darstellung der Kosten nur sehr schwierig zu bewerkstelligen ist.

Aufgrund vorgenommener Schätzungen aus der BRD kann davon ausgegangen werden, dass der Anteil der Kosten für den ÖGD an den gesamten Ausgaben im Gesundheitswesen im Promillebereich liegt.

### 5.6 Gesundheitsausgaben

Aufgrund der eingeschränkten Datenverfügbarkeit und mangelnden Datenkohärenz ist eine exakte Erhebung oder **seriöse Schätzung** der Gesundheitsausgaben für die einzelnen **Bundesländer nicht möglich**. Aus diesem Grund sind auch die bisherigen Versuche, für Eurostat die Einnahmen und Ausgaben Österreichs im Bereich „Krankheit“ nach einer vorgegebenen Systematik zu ermitteln, gescheitert. Die Darstellung der Gesundheitsausgaben in diesem Bericht konzentriert sich daher auf die beiden wesentlichen Ausgabenbereiche des Gesundheitswesens, nämlich die Kosten für **Fonds-Krankenanstalten** und die Ausgaben der **§ 2-Kassen** für **niedergelassene Ärzte** und der sozialen Krankenversicherungsversicherungsträger für **Heilmittel** sowie **Heilbehelfe und Hilfsmittel**.

#### *Kosten der Fonds-Krankenanstalten*

Die **Endkosten** der **Fonds-Krankenanstalten** betragen im Jahr 2000 in Niederösterreich **€ 936 Mio.**, das sind etwa 13 Prozent der österreichweiten Kosten. Im Vergleich zu 1997, dem Jahr der Einführung der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF), sind die Endkosten in Niederösterreich um € 101 Mio. oder zwölf Prozent gestiegen, was dem österreichweiten relativen Zuwachs entspricht (vgl. Tab. 5.6.1 im Tabellenanhang). Eine schwächere Kostenentwicklung wiesen nur noch Wien (+ 9 %) und Kärnten (+11 %) auf. Am stärksten war der Kostenanstieg in der Steiermark (+ 15 %), Salzburg und Oberösterreich (je + 14 %).

Der **Anstieg** der **Personalkosten** in den Fonds-Krankenanstalten im selben Zeitraum ist in Niederösterreich mit ebenfalls zwölf Prozent (auf € 572 Mio. im Jahr 2000) nur knapp höher als österreichweit (+ 11 %). Die stärksten Zunahmen verzeichneten die Steiermark und Oberösterreich (je +14 %; vgl. Tab 5.6.2 im Tabellenanhang).

Eine genauere Analyse dieser Kostenentwicklung anhand von Leistungskennzahlen für den stationären und ambulanten Bereich zeigt folgendes Bild: Die **stationären Endkosten pro stationärem Fall** betragen im Jahr 2000 in Niederösterreich **€ 1.873,-**, was deutlich unter dem Österreichdurchschnitt liegt (vgl. nachstehende Abb. 5.6.1). Seit 1997 sind diese Kosten um drei Prozent zurückgegangen. Kostenreduktionen zeigten sich außer in Niederösterreich nur noch in Tirol (- 4 %) und Kärnten (- 2 %; vgl. Tab. 5.6.1).

Die **stationären Endkosten pro Belagstag** waren in Niederösterreich mit **€ 343,-** ebenfalls unterdurchschnittlich. Nur Burgenland und Oberösterreich wiesen noch niedrigere Werte auf. Der Anstieg seit 1997 war mit 18 Prozent hingegen überdurchschnittlich (Österreich: + 15 %) und nach der Steiermark (+ 24 %) und dem Burgenland (+ 21 %) gemeinsam mit Salzburg der dritthöchste im Bundesländervergleich. Die **stationären Personalkosten** pro stationären

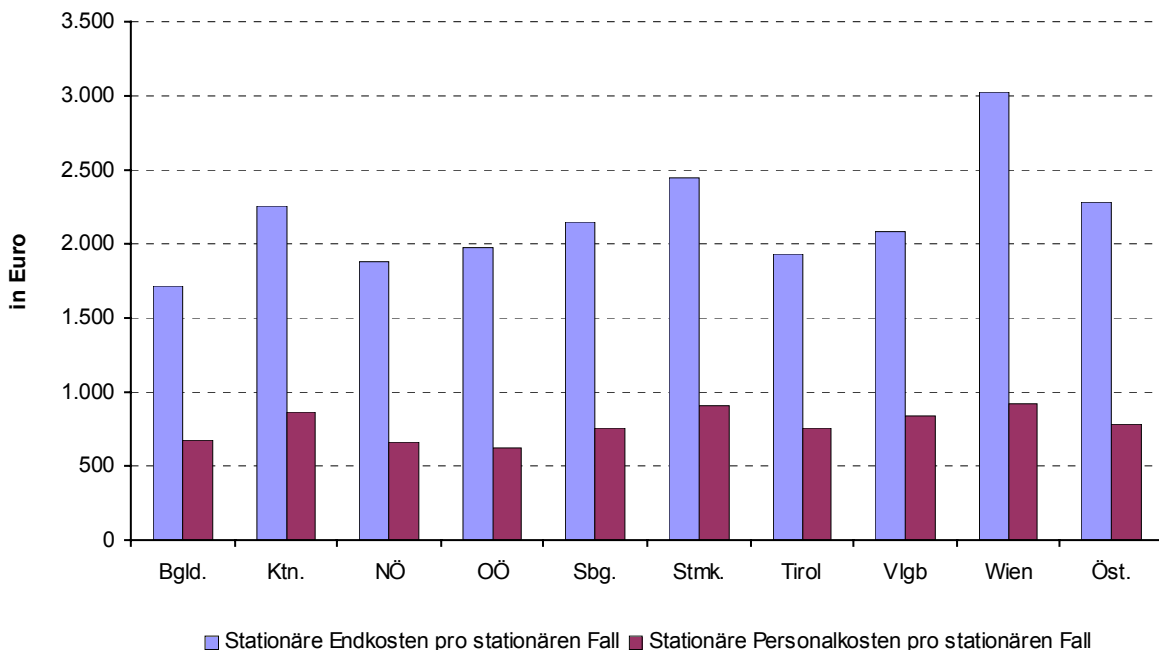
Fall betragen im Jahr 2000 in den niederösterreichischen Fonds-Krankenanstalten € 665,-. Das ist nach Oberösterreich der zweitniedrigste Bundesländerwert (Österreich: € 781,-) und um vier Prozent weniger als 1997 (vgl. Abb. 5.6.1). **Kostenzuwächse** verzeichneten das Burgenland, die Steiermark und Vorarlberg.

**Pro Belagstag** lagen die **stationären Personalkosten** in den niederösterreichischen Fonds-Krankenanstalten bei € 122,-, das ist nach Oberösterreich der **zweitniedrigste Bundesländerwert** (Österreichdurchschnitt: € 132,-). Die Entwicklung dieser Kosten seit 1997 war mit plus 15 Prozent jedoch überdurchschnittlich. Nur im Burgenland und der Steiermark war sie höher (vgl. nachstehende Abb. 5.6.2).

Bei den **stationären Endkosten pro 1.000 LKF-Punkte** wies Niederösterreich € 82,- auf, das ist der drittniedrigste Bundesländerwert und um sieben Euro weniger als bundesweit. Ähnlich ist die Situation bei den stationären Personalkosten pro 1.000 LKF-Punkte (vgl. Tab. 5.6.1 und 5.6.2).

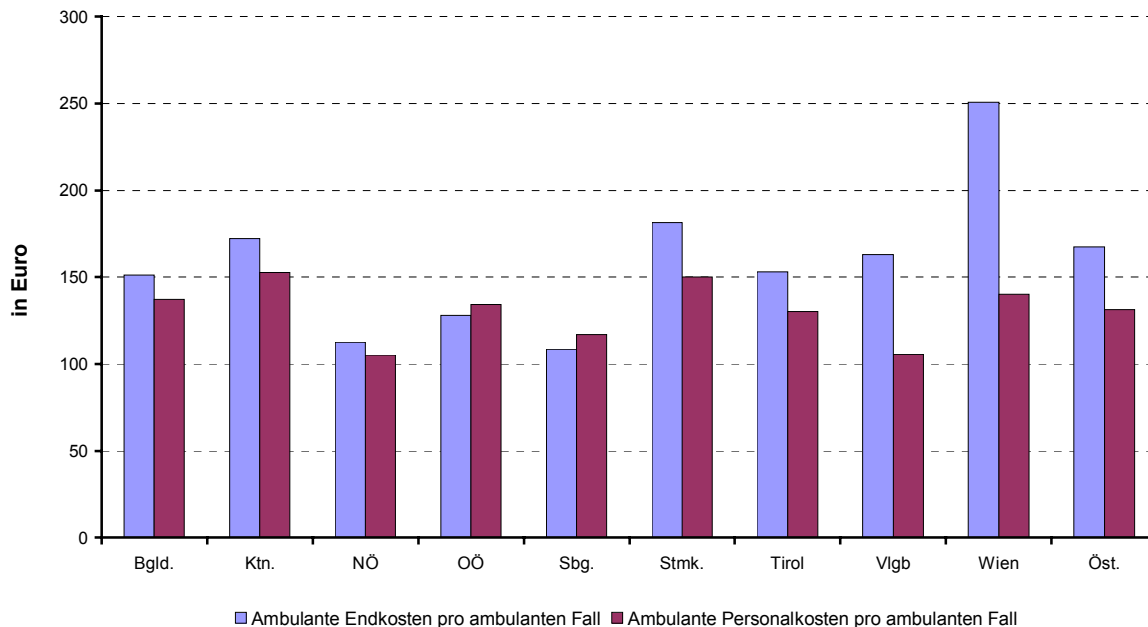
Im **ambulanten** Bereich waren in Niederösterreich im Jahr 2000 die **Endkosten pro Fall** mit € 112,- nach Salzburg die zweitniedrigsten aller Bundesländer (Österreichdurchschnitt: € 167,-; vgl. Abb. 5.6.2). Der Kostenanstieg von acht Prozent seit 1997 entsprach jenem des Burgenlandes und lag über dem Österreichwert (+ 4 %; vgl. Tab. 5.6.1). Die ambulanten Endkosten pro Frequenz waren in Niederösterreich mit € 37,- die geringsten in allen österreichischen Bundesländern und stiegen mit fünf Prozent seit 1997 unterdurchschnittlich. Bei den **ambulanten Personalkosten** pro ambulanten Fall wiesen die niederösterreichischen Fonds-Krankenanstalten mit € 105,- gemeinsam mit Vorarlberg den niedrigsten Bundesländerwert auf (Österreichwert: € 131,-; vgl. Abb. 5.6.2). Die Kostenentwicklung seit 1997 lag mit plus sechs Prozent zwei Prozentpunkte über dem Österreichdurchschnitt.

Abbildung 5.6.1: Stationäre Endkosten und Personalkosten der Fonds-Krankenanstalten pro stationären Fall in € im Jahr 2000



Quelle: BMSG - Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik für Fonds-Krankenanstalten 2000

Abbildung 5.6.2: Ambulante Endkosten und Personalkosten der Fonds-Krankenanstellen pro ambulanten Fall in € im Jahr 2000



Quelle: BMSG - Krankenanstellen-Kostenstellenstatistik für Fonds-Krankenanstellen 2000

### Kosten im niedergelassenen § 2-Bereich

Eine Darstellung der gesamten Kosten im niedergelassenen Bereich ist aufgrund fehlender Daten nicht möglich, daher beschränkt sich die folgende Analyse auf die § 2-Kassen. Der Anteil der § 2-Kassen an den abgerechneten Beträgen aller sozialen Krankenversicherungsträger betrug im Jahr 2000 österreichweit rund 77 %. Die Darstellung der § 2-Kassen deckt damit mehr als drei Viertel der Gesamtkosten ab.

Die **abgerechneten Beträge** der **§ 2-Kassen** für **niedergelassene Ärzte** (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten) betragen in Niederösterreich im Jahr 2000 insgesamt **€ 238,6 Mio.** Davon gingen € 124,2 Mio. an praktische Ärzte und € 114,4 Mio. an Fachärzte. **Seit 1991** ist dieser Betrag um **70 Prozent gestiegen**, was im Wesentlichen dem Österreichdurchschnitt entspricht. Entsprechend dem Österreichtrend sind die Abrechnungsbeträge für die **Fachärzte** wesentlich **stärker** angewachsen als jene für die praktischen Ärzte (vgl. Tab. 5.6.3 im Tabellenanhang).

Im Jahr 2000 wurden in Niederösterreich bei § 2-Kassen mit den niedergelassenen Ärzten (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten) rund **5.064.700 Fälle** abgerechnet - rund **3.008.700** mit den **praktischen Ärzten** (Allgemeinmediziner) und rund **2.056.000** mit **Fachärzten**. Die Zahl der Fälle ist in Niederösterreich mit 25 Prozent um zwei Prozentpunkte stärker gestiegen als österreichweit. Kräftigere Zunahmen zeigten nur Burgenland, Tirol und die Steiermark. Dabei stieg die Zahl der Fälle bei Fachärzten mit 48 Prozent deutlich stärker (Österreich: + 40 %) als bei den praktischen Ärzten mit 13 Prozent (Österreich: + 11 %). Die Zahl der Fälle nahm bei den „allgemeinen Fachärzten“ mit 45 Prozent stärker zu als österreichweit (+ 33 %). Auch die Zunahme der Fälle bei den „sonstigen Fachärzten“ (RAD, PHM, LAB) war mit 66 Prozent überdurchschnittlich (Österreich: + 55 %).

Betrachtet man die abgerechneten **Beträge pro Fall**, so zeigt sich folgendes Bild: Im Jahr 2000 wurden in Niederösterreich pro Fall **€ 47,-** (Ostregion: € 44,-) abgerechnet. Das sind



um € 4,- mehr als im österreichischen Durchschnitt und der höchste Betrag im Bundesländervergleich. Seit 1991 hat sich der abgerechnete Betrag pro Fall in **Niederösterreich** mit einer Zunahme von 36 Prozent (Ostregion: 32 %) dem österreichischen Durchschnitt entsprechend entwickelt.

*Ausgaben der sozialen Krankenversicherungsträger für Heilmittel und Heilbehelfe (inkl. Hilfsmittel)*

Die **Ausgaben der sozialen Krankenversicherungsträger für Heilmittel und Heilbehelfe (inkl. Hilfsmittel)** standen für die Summe der Gebietskrankenkassen sowie für die Betriebskrankenkassen und die Versicherungskrankenkassen des österreichischen Bergbaus, der österreichischen Eisenbahnen, der öffentlich Bediensteten der gewerbliche Wirtschaft und der Bauern zur Verfügung. Diese Zahlen wurden in einem bestimmten Schätzverfahren (vgl. den Abschnitt Begriffsbestimmungen und Methoden) auf die Bundesländer umgelegt.

Gemäß dieser Schätzung wurden in Niederösterreich im Jahr 2000 von den sozialen Krankenversicherungsträgern **€ 350,7 Mio.** für Heilmittel und Heilbehelfe (inkl. Hilfsmittel) ausgegeben (Ostregion: € 840,7 Mio.). Das sind 6,6 Prozent der österreichweiten Ausgaben (Ostregion: 44 %). Mit 86 Prozent wurde der weitaus überwiegende Teil für Heilmittel verwendet, wofür rund 83 Prozent öffentliche Apotheken und 15 Prozent ärztliche Hausapotheken die Bezugsquellen waren. Pro Krankenversicherten wurden damit sowohl in Niederösterreich als auch in der Ostregion insgesamt **€ 334,-** ausgegeben, was in etwa dem Österreichdurchschnitt entspricht.

Seit 1991 haben sich die Ausgaben für Heilmittel und Heilbehelfe (inkl. Hilfsmittel) mit einem **Zuwachs von 114 Prozent** (Ostregion: + 101 %; Österreich: + 105 %) mehr als verdoppelt. Eine stärkere Zunahme verzeichnete nur noch Tirol mit 117 Prozent. Die Ausgaben für Heilmittel stiegen in diesem Zeitraum mit 117 Prozent stärker als jene für Heilbehelfe und Hilfsmittel (+ 95 %), was dem österreichweiten Trend entsprach.

**Zusammenfassend** ist festzuhalten, dass die Situation bei den **Endkosten** und **Personalkosten** in den niederösterreichischen Fonds-Krankenanstalten im Jahr 2000 im **stationären als auch im ambulanten** Bereich deutlich besser war als im österreichischen Durchschnitt (pro stationären Fall und pro Belagstag). Hier ist jedoch zu berücksichtigen, dass in den niederösterreichischen Krankenanstalten in Summe verglichen mit anderen Bundesländern ein weniger kostenintensives Leistungsangebot vorgehalten werden kann, da die Versorgung der Ostregion mit kostenintensiven Leistungen vor allem durch entsprechend ausgestattete und damit auch kostenintensivere Wiener Krankenanstalten sichergestellt wird. Im **niedergelassenen** Bereich haben sich die abgerechneten Beträge der § 2-Kassen für niedergelassene Ärzte in Niederösterreich im Zeitraum 1991 bis 2000 entsprechend dem österreichischen Durchschnitt entwickelt. Die abgerechneten Beträge pro Fall waren im Jahr 2000 jedoch die höchsten aller österreichischen Bundesländer. Die Ausgaben der sozialen Krankenversicherungsträger für Heilmittel und Heilbehelfe (inkl. Hilfsmittel) pro Krankenversicherten entsprachen im Jahr 2000 dem bundesweiten Durchschnitt - die Entwicklung der Ausgaben in den 1990er-Jahren war hingegen die zweithöchste im Bundesländervergleich.

## 5.7 Zusammenfassung

### **Gesundheitsvorsorge und -förderung**

- **Öffentlichen Ausgaben:** Hierfür liegen nur Schätzungen für das Jahr 1996 vor. Basierend auf diesen Schätzungen wird in Niederösterreich sowie der gesamten Ostregion für Primär- und Sekundärprävention pro Einwohner weniger ausgegeben als österreichweit - für Tertiärprävention (Rehabilitation) hingegen mehr.

- **Institutionen des Landes:** Wenige aber ausgabenintensive Maßnahmen werden ausschließlich vom Land erbracht, alle anderen Aktivitäten werden hauptsächlich vom Vorsorgearbeitskreis „**Gesundheitsforum Niederösterreich**“ abgewickelt. In einzelnen Bereichen existieren auch andere Träger.
- **Schwerpunkte und Aktivitäten des Landes:**
  - **Primärprävention:** Schwerpunkte sind Verhütung übertragbarer Krankheiten, Drogenberatung, Förderung einer gesunden Lebensweise und Verhinderung von Krankheiten, Zahngesundheitsförderung, Gesundheit von Mutter und Kind.
  - **Sekundärprävention:** Schwerpunkte sind Krebsfrüherkennung, Seh- und Hörtests bei Kindern, Neugeborenen-Screening, Vorsorgeuntersuchungen.
  - **Tertiärprävention:** Hier liegen die Aktivitäten des Landes im Bereich der strategischen Planung und Steuerung sowie der Patienteninformation.
  - **Gesundheitsförderung:** Gesundheitsfördernde Programme befinden sich im Aufbau; Aktivitäten sind die Einrichtung des Netzwerkes „Gesunde Städte Österreichs“ und des Programmes der „Gesunden Gemeinde“ sowie das Projekt „Unternehmen Gesundheit“ (Gesundheitsförderung in Betrieben).

### **Ambulante Versorgung**

- **Spitalsambulante Versorgung:** Die Dichten von Angebot und Inanspruchnahme der Kapazitäten sind gegenüber dem Bundesdurchschnitt niedriger, was durch Versorgungsdefizite im niedergelassenen Bereich (v. a. Most- und Weinviertel) verschärft wird. Dabei sind jedoch auch das Angebot von Kassen- und Privatambulatorien sowie die intensiven Verflechtungen mit dem Wiener Raum zu berücksichtigen.
- **Extramurale ärztliche Versorgung:** Die Versorgungsdichte mit niedergelassenen Ärzten (mit und ohne § 2-Kassenvertrag) ist mit Ausnahme der Allgemeinmediziner unterdurchschnittlich (v. a. bei den Fachärzten im Most- und Weinviertel).
- **Rettungs- und Krankentransportdienste:** Die bodengebundene Versorgung wird vom Österreichischen Roten Kreuz und dem Arbeiter-Samariter-Bund abgedeckt. Die Versorgungsdichte ist die höchste der österreichischen Bundesländer. Die notfallmedizinische Versorgung (inkl. Hubschrauber) ist mit wenigen regionalen Ausnahmen (vor allem nachts) flächendeckend gewährleistet.
- **Mobile Dienste:** Der Großteil der 230 Einsatzstellen bietet sowohl Hauskrankenpflege, Heimhilfe als auch therapeutische Hilfe an. Die Versorgungsdichte mit Einsatzstellen (Einrichtungen je 10.000 Einwohner über 64 Jahre) ist überdurchschnittlich, sie streut aber regional sehr stark. Auch die Personalausstattung und -qualifikation ist regional unterschiedlich.
- **Apotheken:** Unter Heranziehung der ärztlichen Hausapotheken ist auch die Versorgungssituation in den peripheren Bezirken als günstig einzustufen.

### **Stationäre Versorgung**

- **Stationäre Akutversorgung:** In Niederösterreich befinden sich 24 Fondskrankenanstalten, davon hat eines Zentralversorgungsfunktion (St. Pölten), sechs haben Schwerpunktfunktion, fünf erweiterte Standardfunktion, acht Standardfunktion und ein Haus hat verringerte Standardfunktion. Weiters gibt es drei Sonderkrankenanstalten. Es werden außer in der Kinderchirurgie in allen Fachrichtungen insgesamt 8.410 (tatsächliche) Betten angeboten. Die Bettenauslastung entsprach im Jahr 2000 dem Bundesdurchschnitt, die durchschnittliche Belagsdauer lag knapp darunter. Neben den Fonds-Krankenanstalten befinden

den sich in Niederösterreich weitere 28 andere Krankenanstalten mit vorwiegend Sonderfunktion.

- **Stationäre Alten- und Langzeitversorgung:** Die stationäre Versorgungsdichte (Anzahl der Betten in den stationären Einrichtungen je 1.000 Einwohner über 65 Jahre) ist in Niederösterreich unterdurchschnittlich, was im Zusammenhang mit höheren Anteilen an im familiären Umfeld betreuten Pflegefällen (auch höhere Dichte mit Mobilien Diensten) zu sehen ist. Besonders geringe Dichten finden sich in den Bezirken Zwettl und Hollabrunn; überregionale (d. h. über die Bezirks- und z. T. Landesgrenzen hinausgehende) Bedeutung haben hingegen die Bezirke Wiener Neustadt (Stadt- und Land), Baden und Mödling. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch auf die „pflegebedingten Einwanderungsströme“ nach Niederösterreich sowie auf den für die nächsten 15 Jahre prognostizierten steigenden Bedarf an Pflegeplätzen.
- **Stationäre psychotherapeutische und psychologische Versorgung:** Hier liegt der Psychiatrieplan Niederösterreich vor, der in den letzten Jahren evaluiert und zu einem Feinkonzept weiterentwickelt wurde.
- **Hospizwesen:** Im Jahr 2001 wurde der Landesverband Niederösterreich für Hospizwesen gegründet. In diesem Verband sind die vielen Hospizinitiativen Niederrösterreichs organisiert, welche spezielle „Hospizkriterien“ erfüllen.
- **Stationäre Rehabilitation:** Niederösterreich verfügt mit zwölf Einrichtungen (größtenteils südlich von Wien) über ein relativ dichtes Netz an Rehabilitationseinrichtungen. Die zwei wichtigsten Schwerpunkte sind dabei Herz-/Kreislaufkrankungen und Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes; weitere Schwerpunkte sind Stoffwechselerkrankungen, Verletzungen und/oder Vergiftungen sowie Erkrankungen des Nervensystems. Die niederösterreichischen Rehabilitationszentren haben bundesweite Bedeutung.

### **Medizinisch-technische Großgeräte**

- In Niederösterreich sind alle laut ÖKAP/GGP als Großgeräte definierten Geräte eingerichtet - davon zwei Drittel in Fonds-Krankenanstalten. Die Versorgungsdichte ist in Niederösterreich bei allen Großgeräten unterdurchschnittlich, wobei hier die Versorgung Niederösterreichs durch Wiener Kapazitäten mit zu berücksichtigen ist.

### **Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)**

- Die Aufgaben des ÖGD werden laut Geschäftseinteilung des Amtes der Niederösterreichischen Landesregierung von drei Abteilungen erbracht. Die Aufgaben reichen von medizinischen Angelegenheiten des Gesundheits- und Krankenanstaltenwesens über Umwelthygiene bis hin zu Lebensmittelkontrolle.

### **Gesundheitsausgaben**

- **Kosten der Fonds-Krankenanstalten:** Die Situation bei den Endkosten und Personalkosten war im Jahr 2000 sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich deutlich besser als im Österreichdurchschnitt, was jedoch auch im Zusammenhang mit dem Angebot kostenintensiver Leistungen in Wiener Krankenanstalten für die gesamte Ostregion gesehen werden muss.
- **Kosten im niedergelassenen Bereich:** Die abgerechneten Beträge der § 2-Kassen pro Fall waren im Jahr 2000 - nach einer durchschnittlichen Entwicklung in den 1990er-Jahren - die höchsten aller Bundesländer. Die Ausgaben der sozialen Krankenversicherungsträger für Heilmittel und Heilbehelfe pro Krankenversicherten schlossen in diesem Zeitraum zum Bundesdurchschnitt auf.

## 6 Ziele und Strategien

In den vorangegangenen Kapiteln erfolgte eine detaillierte Analyse des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, der wichtigsten gesundheitlichen Einflussfaktoren und der Einrichtungen des Gesundheitswesens in Niederösterreich im Vergleich zu den anderen Bundesländern sowie im Vergleich zu Österreich insgesamt. Die Analyseergebnisse zeigen, dass sich die wesentlichen Merkmale der bundesweiten Situation auch in Niederösterreich widerspiegeln. Es konnten jedoch auch zahlreiche niederösterreichische Spezifika herausgearbeitet werden.

Aufbauend auf dieser Analyse wurden Handlungsbedarfe identifiziert, welche die Grundlage für die Formulierung von zehn Gesundheitszielen für Niederösterreich darstellen. Zu jedem der zehn Gesundheitsziele wurden passende Strategien zur Zielerreichung entwickelt.

In diesem Kapitel sind die zehn Gesundheitsziele Niederösterreichs, deren Ausgangslage, sowie die diesbezüglichen Strategien im Detail dargestellt. Daran anschließend folgen Empfehlungen zur Umsetzung dieser Strategien im Rahmen eines vom ÖBIG entwickelten Dreistufenkonzepts.

### **Gesundheitsziel 1: Herz- und Kreislauferkrankungen**

Bis zum Jahr 2010 soll die Morbidität und Mortalität infolge von Herz-/Kreislauferkrankungen bei den unter 65-Jährigen im Durchschnitt um 20 Prozent gesenkt werden.

#### ***Ausgangslage***

Sowohl bei Frauen als auch bei Männern sind die häufigste Todesursache Herz-/Kreislauferkrankungen, wobei bei den Frauen mehr als die Hälfte (53 %) der Todesfälle durch Herz-/Kreislauferkrankungen verursacht werden (inkl. Hirngefäßerkrankungen wie z. B. Schlaganfälle), bei den Männern hingegen nur rund 48 Prozent.

#### ***Strategien:***

- Verbesserung der Notfalldienste durch Schließung gewisser „weißer Flecken“, um eine rasche Intervention in allen Regionen nach den international geltenden Kriterien sicherzustellen;
- Einrichtung von Interventionszentren in den regionalen Schwerpunktkrankenanstalten (PTCA, Stenting, Stroke Unit);
- Verkürzung der Wartezeiten bei den Rehabilitationseinrichtungen durch regionale Organisation im Schnittstellenbereich, wobei insbesondere die Kette in der Rehabilitation zu schließen ist;
- Steigerung der Eigenkompetenz der Bevölkerung durch Information im Vorsorgebereich, Vorsorgepass etc.;
- spezielle Aktionsprogramme zur Senkung der Morbidität in den regionalen Problemzonen.

### **Gesundheitsziel 2: Krebserkrankungen**

Bis zum Jahr 2010 soll die Mortalitätsrate bei Krebserkrankungen um zehn Prozent gesenkt werden.

### *Ausgangslage:*

An Krebserkrankungen sterben in Niederösterreich jährlich rund 3.800 Personen, davon rund 580 an Lungenkrebs, 390 an Dickdarmkrebs, 320 an Brustkrebs, jeweils rund 260 an Magen- und Prostatakrebs, rund 120 an Leukämie sowie 100 an Blasenkrebs.

Rund 13.000 Niederösterreicher müssen sich aufgrund von Komplexität und Schweregrad dieser Erkrankung zumindest einmal pro Jahr in eine Krankenhausbehandlung begeben. 3.670 Niederösterreicher und rund 3.570 Niederösterreicherinnen erkranken jährlich neu. Das Fernziel im Gesundheitswesen ist sicherlich die Reduzierung der Krebsmorbidity. Während Ausschaltung von Risikofaktoren wie z. B. Rauchen, ungesunde Ernährung und übermäßiger Alkoholkonsum eine langfristige Maßnahme darstellt, kann auf die Krebssterblichkeit mit einer Optimierung der Früherkennung rasch und effizient Einfluss genommen werden, bis die primären Maßnahmen greifen. Bei der Effektivitätskontrolle muss allerdings beachtet werden, dass durch eine verbesserte Früherkennung eine initiale Steigerung der Morbidity zu beobachten sein wird.

Informationsveranstaltungen im Rahmen der Initiative „Gesunde Gemeinde“ zielen auf eine Verbesserung des Informationsstandes der Bevölkerung und deren Annahme eines gesunden Lebensstils ab. Die übrigen niederösterreichischen Projekte widmen sich vor allem der Früherkennung. Die Cervixcarcinomaktion des Amtes der Niederösterreichischen Landesregierung ermöglicht es Frauen, die an einer nichtgynäkologischen Abteilung eines Krankenhauses aufgenommen werden, einen Gebärmutterabstrich vornehmen zu lassen. Jährlich werden damit ca. 300 verdächtige Befunde erkannt. Die Datendokumentation von Cervixabstrichen und Mammographiebefunden im Weinviertel zeigte die mangelnde Vorsorgekompetenz bei den über 35-jährigen Frauen. Die Behandlungsqualität wurde durch die Richtlinien des NÖGUS in den letzten Jahren in allen Krankenhäusern auf einen einheitlich hohen Standard angehoben.

### *Strategien*

- Flächendeckendes Vorsorgeprogramm für Brust-, Gebärmutterhals- und Darmkrebs für alle niederösterreichischen Landesbürger;
- Verbreitung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils, insbesondere auch Stärkung der Eigenvorsorge durch entsprechende Aufklärung;
- Früherkennung und Bekämpfung von Lungenkrebs insbesondere unter Einbeziehung der Nikotinprophylaxe;
- Früherkennung und Bekämpfung der Prostataerkrankungen.

### **Gesundheitsziel 3: Mentale Gesundheit und psychische Störungen**

Bis zum Jahr 2005 sollen für jede niederösterreichische Versorgungsregion eigenständige, weitgehend bedarfsdeckende Einrichtungen für Patienten mit mentalen Störungen und Erkrankungen geschaffen werden. Das sozialpsychiatrische und therapeutische Angebot im stationären und außerstationären Bereich soll auf Basis des Niederösterreichischen Psychiatrieplans verwirklicht werden, mit dem Ziel, negative individuelle, soziale und volkswirtschaftliche Folgen zu vermindern.

### *Ausgangslage*

Jährlich begehen in Niederösterreich rund 280 Personen Selbstmord. Doch diese Todesfälle sind nur die „Spitze des Eisbergs“ der psychischen Erkrankungen. Schätzungen ergeben, dass in Niederösterreich 120.000 Personen an „Nervosität“, 120.000 Personen an „Depres-

sionen“ und weitere 150.000 Personen an „Schlafstörungen“ leiden. Die Schaffung der ersten psychiatrischen Abteilungen an den Akutkrankenanstalten Hollabrunn, Waidhofen/Thaya und Neunkirchen haben gezeigt, dass in der Bevölkerung ein enormer Bedarf an zeitweiliger, oft nur kurzfristiger Unterstützung vorhanden ist. Globalisierung, Arbeitslosigkeit und ein enormer psychischer Leistungsdruck vom Schulkind bis zum Frühpensionisten sind für diese Entwicklung verantwortlich.

### *Strategien*

- Sofortiger Ausbau der Akutversorgung in den Gesundheitsregionen auf Basis des Psychiatrieplanes 2003;
- Vernetzung der Akutversorgung mit dem niedergelassenen Bereich in der jeweiligen Gesundheitsregion und Schaffung einer standardisierten Leistungsdokumentation im niedergelassenen Bereich.
- Mitarbeiter der Gesundheits- und anderer Fürsorgeberufe müssen besser ausgebildet und geschult werden, Risikofaktoren zu erkennen und damit umgehen zu können. Ein systematisches Fortbildungsprogramm für Hausärzte, um deren Fähigkeiten zur Diagnose und Therapie von Depressionen zu verbessern, kann maßgeblich zur Senkung der Suizidrate beitragen. Das Screeningverfahren „WHO wellbeing 5“, das aus fünf einfachen Fragen besteht, verdoppelt mindestens die durchschnittliche Erfolgsquote von Allgemeinmedizinern, bei einem Patienten ernste Depressionen zu erkennen. Dieses Screening sollte auch den Mitarbeitern in der Hauskrankenpflege mitgegeben werden.
- Pilotprojekte zur Reduktion der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz und bei Langzeitarbeitslosigkeit;
- zielgruppenorientierte Information der Bevölkerung über die mentale Eigenvorsorge.

### **Gesundheitsziel 4: Diabetes mellitus**

Bis zum Jahr 2010 sollte die möglichst lückenlose Identifizierung von Risikopersonen von Diabetes-Typ II erreicht und die Häufigkeit von Diabetesfolgen wie Amputationen, Blindheit, Nierenversagen, Schwangerschaftskomplikationen und andere Gesundheitsstörungen um 15 Prozent reduziert werden.

### *Ausgangslage*

Rund 35.100 der über 15-jährigen niederösterreichischen Bevölkerung (2,4 %) leiden an chronischem Diabetes mellitus. Niederösterreich liegt damit an dritter Stelle der österreichischen Bundesländer. Frauen sind in Niederösterreich stärker von Diabetes betroffen als Männer. Bei rund 330 Niederösterreichern wird die Zuckerkrankheit als Haupttodesursache angegeben, 6.500 Patienten werden jährlich aufgrund dieser Erkrankung im Krankenhaus behandelt.

Zuckerkrankheit selbst und die Folgeerkrankungen sind der Grund für fast 24.000 stationäre Behandlungen pro Jahr. Darunter sind zum Teil sehr kostspielige Dialysebehandlungen sowie ein Teil der Herz-/Kreislauftherapien zu zählen. In der Selbstauskunft wird Zuckerkrankheit mit rund 35.000 Fällen angegeben. Rückmeldungen aus dem niedergelassenen Bereich lassen auf eine weitaus höhere Zahl schließen. Diese Tatsache sollte im Interesse von volksgesundheitlichen Maßnahmen dazu veranlassen, ein landesweites Früherkennungssystem zu installieren. Die primäre Prävention des Diabetes mellitus kann nur über die Änderung des Lebensstils, die betriebliche Gesundheitsvorsorge sowie allgemeine Aufklärung der Bevölkerung erfolgen. Die sekundäre Prävention ist in der Lage, die Krankenhausaufenthalte sowie die Sterblichkeit an Diabetes mellitus und vor allem an Herz-/Kreislaufkrankungen zu reduzieren.

### *Strategien*

- Flächendeckende Programme zur Erkennung und Bekämpfung von Diabetes mellitus und damit verbundenen Komplikationen sind erforderlich. Selbsthilfe und gemeindenaher Unterstützung sind für den Patienten wichtig.
- In Niederösterreich wurde vom NÖGUS in Zusammenarbeit mit Fachärzten, Vertretern der ARGE Pflegedirektoren und Vertretern des Berufsverbandes für Diätassistentinnen und ernährungsmedizinischen Beratern ein Behandlungspfad erarbeitet. Er besteht aus dem medizinischen Verantwortungsbereich und aus einem Schulungs- und Beratungsteil. Dieser Behandlungspfad wird bereits in allen niederösterreichischen Krankenanstalten umgesetzt.
- Dieser Behandlungspfad soll in einem Projekt mit der niedergelassenen Ärzteschaft vernetzt und auch im extramuralen Bereich umgesetzt werden.

### **Gesundheitsziel 5: Erkrankungen des Bewegungsapparates**

Bis zum Jahr 2010 sollen Erkrankungen des Bewegungsapparates bei den unter 65-Jährigen bis zu 20 Prozent reduziert werden.

Die Versorgung von altersbedingten Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates soll verbessert werden.

### *Ausgangslage*

Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates stellen einen ständig wachsenden Anteil im Krankheitsbild der entwickelten Industrienationen dar. Sie verursachen gleichzeitig einen großen Teil der Zahl der anfallenden Krankenstände und Kuraufenthalte und sind damit automatisch für den Ausfall an volkswirtschaftlicher Produktivität verantwortlich.

In Niederösterreich wurden in den letzten Jahren rund 37.000 Patienten pro Jahr wegen orthopädischen Erkrankungen zur Behandlung in einem Krankenhaus aufgenommen. Die Wartezeiten in niederösterreichischen Spitälern für geplante Hüft- und Knieoperationen betragen derzeit zwischen drei und 60 Wochen. Doch die im Krankenhaus stationär versorgten Patienten zeigen wiederum nur die „Spitze des Eisbergs“. Nach einer Mikrozensus-Erhebung leiden rund 138.000 Niederösterreicher (10 %) an chronischen Erkrankungen des Bewegungsapparates, davon 49.000 an Erkrankungen der Wirbelsäule, 39.000 von Hüften oder Beinen, 20.000 von Schultern und Armen, etc.

In Niederösterreich wird bereits in Schule und Kindergarten, in den sogenannten „Gesunden Gemeinden“ und einzelnen Betrieben mit Bewegungsprogrammen angesetzt.

### *Strategien*

- Kompetenzsteigerung der Schulärzte;
- standardisierte flächendeckende Erfassung und Auswertung der Gesundheitsdaten von Schülern im orthopädischen Bereich;
- flächendeckende Durchführung der Aktion „Bewegte Klasse“ des Gesundheitsforums Niederösterreich in allen Schulstufen der niederösterreichischen Schulen und Implementierung in den Regelbetrieb;
- Förderung einer gezielten Eigenvorsorge durch Aufklärung der Bevölkerung über die Medien im Rahmen gezielter Aktionen;
- Schaffung von Kompetenzzentren für orthopädische Akutversorgung und konservative Orthopädie in jeder Gesundheitsregion unter Vernetzung mit den Nachsorge- und Rehabilitationseinrichtungen;

- Evaluierung des orthopädischen Kompetenzzentrenkonzeptes auf Basis einer Outcome-Studie;
- organisatorische Maßnahmen in den einzelnen Spitälern zur Verkürzung der derzeit bestehenden Wartezeiten (optimales Nutzen der OPs, Koordination der Voruntersuchungen);
- Entwicklung und Umsetzung von Prophylaxekonzepten am Arbeitsplatz in Absprache mit den Arbeitgebern.

## **Gesundheitsziel 6: Alkohol, Drogen und Rauchen**

Bis zum Jahr 2010 sollte der Anteil des Pro-Kopf-Alkoholkonsums um 20 Prozent gesenkt werden. Das Alkoholeinstiegsalter soll um zwei Jahre gehoben werden. Die alkoholbedingten Straßenverkehrsunfälle sollen um 50 Prozent reduziert werden. Der Anteil der männlichen und weiblichen Nichtraucher sollte um 15 Prozentpunkte gesteigert werden. Der Anteil der Raucher unter 15 Jahren sollte um 30 Prozentpunkte verringert und das Einstiegsalter um zwei Jahre gehoben werden.

Die Konsumerfahrung mit illegalen Drogen und Ecstasy sollte in der Altersgruppe zwischen 15 und 19 Jahren weitgehend auf Null verringert werden.

### ***Alkohol und Drogen:***

#### *Ausgangslage*

Schätzungen gehen davon aus, dass es im Bundesland Niederösterreich ungefähr 60.000 Alkoholabhängige und rund 26.000 Medikamentenabhängige gibt. Die problematischen Opiatkonsumenten werden auf 15.000 bis 20.000 Personen geschätzt. Laut der NÖ Jugendstudie bzw. der Schulstudie NÖ haben rund 20 Prozent der befragten 15- bis 19-jährigen Schülerinnen und Schüler Konsumerfahrungen mit Haschisch und vier Prozent mit Ecstasy. Für alle anderen Substanzen liegen die Werte bei maximal ein bis zwei Prozent oder darunter. Die Studienergebnisse bei Jugendlichen zeigen, dass der regelmäßige Umgang mit Alkohol eine Schlüsselrolle für die Bereitschaft zum Konsum illegaler Drogen spielt.

Aus der österreichweit angelegten Studie „Kinder und Alkohol“ des Österreichischen Instituts für Kinderrechte ist zu ersehen, dass sich der Alkoholkonsum im Jugendalter wie folgt darstellt:

- Vier Prozent der 15- bis 17-Jährigen trinken täglich Alkohol,
- zwei Drittel der 15- bis 17-Jährigen sind Gelegenheitskonsumenten,
- 28 Prozent der 15- bis 19-Jährigen bezeichnen sich selbst als regelmäßige Konsumenten.

Bei den unter 16-Jährigen gaben rund 40 Prozent der Befragten an, wöchentlich Alkohol zu trinken, wobei jeder zehnte Befragte mehrmals die Woche Alkohol konsumiert.

Während bei den Drogen Niederösterreich insgesamt unter dem Österreichschnitt und damit auch auf europäischer Ebene im unteren Mittelfeld liegt, überschreitet es beim Alkoholkonsum mit 32 Gramm täglich knapp den Österreichschnitt (3. Stelle im Bundesländervergleich). Die Datenlage ist unzweifelhaft dadurch geprägt, dass Niederösterreich zu den traditionellen Weinanbaugebieten in Österreich zählt. Bezüglich der potentiell alkoholassozierten Sterblichkeit liegt Niederösterreich ebenso an dritter Stelle im Bundesländervergleich wie bezüglich der durch Alkohol verursachten tödlichen Verkehrsunfälle. In den Jahren 1998 bis 2000 waren aus diesem Grund 59 Todesopfer zu beklagen. Notwendig wäre daher die Aus-



arbeitung eines **Nationalen Aktionsplanes Alkohol für Österreich**, der Folgendes beinhaltet:

- Festlegung der Ziele und Strategien für eine nationale Alkoholpolitik,
- Definition der wichtigsten Akteure sowie der relevanten Lebensbereiche für Alkoholprävention,
- Aufzeigen der Vielfalt der Optionen alkoholpolitischen Handelns,
- Identifikation von vorherrschenden Konsummustern und Konsumgründen und in weiterer Folge spezieller Zielgruppen (z. B. Missbraucher und Abhängige) darauf aufbauend Ziele, Maßnahmen und Strategien (z. B. bei Missbrauchern: Senkung der „persönlichen Unbedenklichkeitsschwelle“ - v. a. in den traditionellen Weinanbaugebieten Ost- und Südosterreichs),
- Festlegung der Prioritäten für die fünf folgenden Jahre nach Planerstellung. Die Festlegung der Prioritäten sollte nach der Effizienz der Maßnahmen (Kostenbewusstsein) und Effektivität (Wirkungsoptimum) erfolgen, um mit den eingesetzten Finanzmitteln die größtmögliche gesundheitspolitische Wirkung zu erzielen.

### *Strategien*

- Raschere Umsetzung des Suchtplanes Niederösterreich insbesondere durch weiteren Ausbau der Suchtberatung in Niederösterreich - unter Einbeziehung der niedergelassenen Ärzteschaft.
- Installierung einer Niederösterreich-Plattform zur Ausarbeitung und Umsetzung von regionalen Projekten zur Reduzierung des Alkoholkonsums. Dieser Plattform sollen Vertreter aus dem Bereich der Landwirtschaft, Gastronomie, der Sozialversicherungsträger, der Gemeindevertreterverbände und der Gesundheitsabteilung des Amtes der Niederösterreichischen Landesregierung angehören.
- Zielgruppenorientierte Forcierung der Aufklärungs- und Präventionstätigkeit;
- Verankerung eines Verkaufs- und Abgabeverbotes von Alkohol an Jugendliche unter 16 Jahren in den Landesgesetzen;
- Förderung von Ausstiegshilfen für Jugendliche und Erwachsene im unmittelbaren Anschluss an den Akutentzug;
- finanzielle Unterstützung auf Landesebene für jene Gewerbebetriebe, die alkoholfreie und alkoholarme Getränke forcieren (Angebot gem. § 150 Gewerbeordnung erhöhen);
- Unterstützung von „lokalen Taxidiensten“ und Schaffung von touristischen Nächtigungsmöglichkeiten insbesondere in den „Heurigenregionen“ auf Landesebene; Realisierung der Aktion „Don't drink and drive“.

### **Rauchen:**

#### *Ausgangslage*

Derzeit raucht etwa ein Drittel der niederösterreichischen Bevölkerung täglich Zigaretten. Dieser Anteil ist nach Wien der höchste von allen Bundesländern. Ein Viertel der Niederösterreicherinnen und fast die Hälfte der Niederösterreicher bezeichnen sich als Raucher, wobei die Altersgruppe der 20- bis 44-Jährigen den höchsten Raucheranteil aufweist. Die Weltgesundheitsorganisation hat einen internationalen Vergleich zum Nichtrauchen (HBSC-Studie) veröffentlicht, der ausweist, dass das Rauchverhalten in Österreich bei Elfjährigen noch sehr niedrig, bei 15-Jährigen aber sehr hoch ist (26 % der Mädchen und 20 % der Burschen geben an, täglich zu rauchen).

Zählt man zu den täglichen Rauchern auch jene dazu, die angeben, mindestens einmal in der Woche zur Zigarette zu greifen, so kommt man bei den 15-jährigen Mädchen auf 36 Prozent und bei den Burschen auf 30 Prozent. Das verschafft Österreich im Ranking den unerfreulichen zweiten Platz nach Grönland.

Die Korrelation zur Lungenkrebsinzidenz und zu Herz-/Kreislaufkrankungen ist wissenschaftlich belegt. Seit 1991 sind die Raucherzahlen und -anteile - trotz intensiver bundesweiter Maßnahmen - insbesondere bei Frauen und Jugendlichen gestiegen.

#### *Strategien:*

- Umsetzung der zehn Strategien der Madrider Charta 1988 (siehe Beilage am Ende des Kapitels 6) für ein rauchfreies Europa auf Landesebene;
- Einbeziehung der niedergelassenen Ärzteschaft in die Prävention.
- Das Nikotinrauchen nimmt im Rahmen des Suchtverhaltens junger Menschen eine Sonderstellung ein, da es besonders mit sozialen Faktoren (Bindung an die Eltern, Erziehung zum Umgang mit Grenzen, Ausgehen am Abend, allgemeines Gesundheitsempfinden), andererseits auch mit dem Konsum von Alkohol zusammenhängt. Spezielle Aufklärungs- und Präventionskampagnen müssen verstärkt im Vorschulalter und in der Schule einsetzen;
- Verankerung eines Verkaufs- und Abgabeverbotes von nikotinhaltigen Produkten an unter 16-Jährige.

#### **Gesundheitsziel 7: Betriebliche Gesundheitsförderung**

Bis zum Jahr 2010 sollten sich 50 Prozent der niederösterreichischen Betriebe in das österreichweite Netzwerk „Betriebliche Gesundheitsförderung“ integriert haben.

#### *Ausgangslage*

Im Jahr 2001 gab es in Niederösterreich 937 Mittelbetriebe (50 - 250 Beschäftigte) und 158 Großbetriebe mit über 250 Beschäftigten.

Einen Großteil des Lebens verbringt der Mensch im Beruf. Demzufolge hat die Gestaltung des Arbeitsplatzes einen wesentlichen Einfluss auf den Menschen. Er kann gesundheitsfördernd wirken, aber auch krank machen. Im betriebsärztlichen Bereich kann auch auf anderwärts erworbene Erkrankungen eingegangen bzw. ein gesundheitsförderndes Klima etabliert werden. Der betrieblichen Gesundheitsförderung kommt deshalb nicht nur in der Prävention von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten eine besondere Rolle zu, sondern auch in der Steigerung der Gesundheitssensibilität. Zu den Prinzipien eines gesunden Unternehmens/Betriebes zählen:

- Ein sicheres Arbeitsumfeld, wozu Prävention und Bekämpfung von möglichen Unfallgefahren sowie Reihenuntersuchungen für arbeitsbedingte Risiken und Erkrankungen gehören;
- ein gesundes Ernährungsangebot in der Kantine; Raucherzonen in den Betrieben;
- Programme zur Förderung der Gesundheit innerhalb oder außerhalb des Betriebes (Lauf-Treff, Entspannungstraining nach der Arbeit);
- Initiativen zur Beseitigung von psychosozialen Risikofaktoren am Arbeitsplatz, Einführung und hilfreiche Begleitung neuer Mitarbeiter, Schulung im Umgang mit Mobbing, Einbeziehung der familiären Lebensereignisse in das Betriebsgeschehen insbesondere auch bei Männern;

- die Einschätzung der Gesundheitsverträglichkeit der vom Unternehmen erzeugten oder vermarkteten Erzeugnisse.

### *Strategien*

- Einsetzung eines Gesundheitsteams in jedem Betrieb, das Menschen unterstützen soll, an ihrem Arbeitsplatz auf ihre Gesundheit zu achten und mögliche Gesundheitsrisiken zu erkunden. Sodann soll für jeden Betrieb (bis hin zu jedem Arbeitsplatz) gemeinsam ein Programm entwickelt werden, das Prävention und Unfallverhütung, aber auch eine gesunde arbeitsspezifische Arbeitsweise ermöglicht.
- Diesem Gesundheitsteam sollen Arbeitgeber und Arbeitnehmer angehören. Es sollte auch durch die Personalvertretung und Arbeitsmediziner unterstützt werden.
- Das vom Gesundheitsforum Niederösterreich initiierte Projekt „Unternehmen Gesundheit“ soll auf ganz Niederösterreich ausgedehnt und allen Betrieben in Niederösterreich ermöglicht werden.

### **Gesundheitsziel 8: Vorsorge**

Bis zum Jahr 2010 soll die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung über dem Bundesdurchschnitt liegen.

Bis zum Jahr 2007 sollen alle Kinder von drei bis zehn Jahren am Projekt der niederösterreichischen Kariesprophylaxe teilnehmen, um das von der WHO vorgegebene Ziel in der Zahngesundheit zu erreichen.

Bis zum Jahr 2005 sollen die Masern eliminiert werden und die Durchimpfungsrate für Säuglings- und Kleinkinderimpfungen den WHO-Kriterien entsprechen.

### *Ausgangslage*

Die Sozialversicherungsträger bieten ihren Versicherten seit rund zwei Jahrzehnten Vorsorgeuntersuchungen an, welche in Niederösterreich in den 1990er-Jahren nur von vier Prozent der Bevölkerung über 20 Jahren in Anspruch genommen wurde, das ist der geringste Anteil aller österreichischen Bundesländer.

Über das Ausmaß des Impfschutzes bei der erwachsenen Bevölkerung gibt es derzeit in Österreich kein aufschlussreiches Datenmaterial. Die Daten des Mikrozensus 1999 „Fragen zu Gesundheit“, bei dem auch nach dem bestehenden Impfschutz gegen Kinderlähmung, Tetanus, Grippe und Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) gefragt wurde, weisen darauf hin, dass die niederösterreichische Bevölkerung im Alter von 15 Jahren und darüber bezüglich dieser Erkrankungen im Vergleich zu den übrigen Bundesländern in einem überdurchschnittlich hohem Ausmaß durch Impfungen geschützt ist. Bei Tetanus weist die niederösterreichische Bevölkerung gemäß dieser Erhebung mit ca. 65 Prozent den höchsten Anteil an durch Impfungen geschützter Personen, bei Kinderlähmung und Grippe die zweithöchsten Anteile von allen Bundesländern auf.

### *Strategien*

- Ausarbeitung eines Planes zur Verbesserung der Vorsorgeuntersuchung und intensiveren Inanspruchnahme durch die niederösterreichischen Sozialversicherungsträger, die Ärztekammer Niederösterreichs, das Gesundheitsforum Niederösterreich und die Sanitätsdirektion beim Amt der Niederösterreichischen Landesregierung.
- Erreichung der WHO-Ziele in der Kariesprophylaxe, welche bis zum Jahr 2020 Folgendes vorsehen:
  - 80 Prozent der Sechsjährigen sollten kariesfrei sein.

- Die Zwölfjährigen sollen einen DMFT-Index von  $\leq 1,5$  aufweisen.
- Die Achtzehnjährigen sollen keine bleibenden Zähne aufgrund von Karies verloren haben.
- Evaluierung der niederösterreichischen Maßnahmen im Vergleich zur bundesweiten Situation in der Kariesvorsorge;
- Programm zur Erneuerung der Impfmotivation und Verbesserung der organisatorischen und medizinischen Strukturen in der Prophylaxe.

### **Gesundheitsziel 9: Geriatrische Versorgung/Hospizwesen**

Bis zum Jahr 2010 sollte die konsequente Umsetzung des Bedarfsplanes basierend auf den Prognosen des Altersalmanach weiter betrieben werden. Reduktion der pflegebedürftigen Lebensjahre bei gleichzeitig steigender Lebenserwartung.

#### *Ausgangslage*

Die Lebenserwartung ist in Niederösterreich im Zeitraum von 1991 bis 2000 von 72 auf 74,7 Lebensjahren bei Männern und von 78,9 auf 80,8 Jahren bei Frauen angestiegen. Hier stellt sich die Frage, ob sich mit der steigenden Lebenserwartung auch die Lebensqualität der älteren Menschen erhöht oder ob bloß die Zeitspanne, die mit körperlichen und geistigen Gebrechen verbracht wird, verlängert wird. Die Statistik zeigt, dass für die niederösterreichischen Männer die Zahl der Lebensjahre, die sie frei von erheblichen körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen erwarten können, von 66,5 auf 68,8 Jahre, bei den Frauen von 71,8 auf 73,1 Jahre angestiegen ist. Das bedeutet aber auch, dass die älteren Niederösterreicher mit knapp sechs Lebensjahren und die älteren Niederösterreicherinnen mit fast acht Jahren an funktionellen Einbußen ihrer körperlichen und geistigen Fähigkeiten in ihrem letzten Lebensabschnitt rechnen müssen.

Seit dem Inkrafttreten des Bundespflegegesetzes und der entsprechenden Landesgesetze im Juli 1993 besteht für pflegebedürftige Personen Rechtsanspruch auf den Bezug von Pflegegeld. Aufgrund der demographischen Entwicklung unserer Bevölkerung ist jedenfalls mit einem Anstieg der Zahl der älteren Menschen zu rechnen. Bis zum Jahr 2011 wird der Anteil der über 75-Jährigen auf 8,6 Prozent ansteigen.

Die Art des Umgangs mit Schwachen, Hilfsbedürftigen und Sterbenden ist ein humanitäres Maß für eine Gesellschaft. Der Umgang mit der Würde des Menschen im medizinischen, pflegerischen und sozialen Bereich kann zwar nicht direkt gemessen werden, muss aber ein gesundheitspolitisches Ziel sein. Dieser Bedarf wurde in Niederösterreich als zentrales Anliegen erkannt, und aus diesem Grund wurde 2001 die Studie „Hospiz- und Palliativpflege“ beim Zentrum für Alterswissenschaften und Sozialpolitikforschung der NÖ Landesakademie in Auftrag gegeben.

#### *Strategien*

- Früherkennung und Therapie demenzieller Erkrankungen;
- verstärkte soziale Einbindung der älteren und alten Menschen in die Familie und auf Gemeindeebene;
- Förderung und Stabilisierung der Alltagskompetenz und physischen Mobilität bei den betroffenen Personen durch spezielle Trainingsmaßnahmen;
- weiterer Ausbau der stationären und ambulanten Versorgung auf Basis des regelmäßig erstellten Bedarfs- und Entwicklungsplanes „Alt werden in Niederösterreich“;
- Entwicklung eines Steuerungsinstrumentes auf regionaler Ebene, welches die Einrichtungen in den Akutspitälern, den Pflegeheimen, die Kurzzeitpflege, Übergangspflege, Tages-

pflege und die Versorgung vor Ort mit dem Ziel vernetzt, für die Betroffenen und ihre Angehörigen die Organisation und Steuerung der jeweils notwendigen Pflegeform zu übernehmen;

- standardisierte Leistungsberichte für alle (auch ambulanten) geriatrischen Einrichtungen und Dienste;
- flächendeckende Installierung des Hospizwesens in Krankenanstalten und Pflegeheimen auf Basis eines landesweiten Hospizkonzeptes (Niederösterreichische Landesakademie 2002e).

### **Gesundheitsziel 10: Gesunde Gesellschaft**

Bis zum Jahr 2005 sollten sich mindestens 50 Prozent aller Städte und Gemeinden aktiv an dem Netzwerk gesunder Städte bzw. gesunder Gemeinden beteiligen.

Bis zum Jahr 2010 soll die Zufriedenheit der Niederösterreicherinnen und Niederösterreicher mit dem eigenen Gesundheitszustand um 25 Prozent gesteigert werden.

#### *Ausgangslage*

Gemäß Ottawa Charta ist Gesundheit mehr als das Fehlen von Krankheit, sondern vielmehr das körperliche, geistige, seelische und soziale Wohlbefinden. Medizinische Interventionen können nur einen vergleichsweise geringen Beitrag zur Gesundheit leisten (10 %). Aus diesem Grund liegt das Ziel in der Bewusstmachung der Eigenverantwortlichkeit und der Motivation zur Gesundheit jedes einzelnen Niederösterreichers und jeder Niederösterreicherin beginnend im Schulalter bis zu den Senioren.

Das Projekt „Gesunde Gemeinde“ hat in Niederösterreich derzeit 173 Mitglieder. Acht Städte beteiligen sich in Niederösterreich am Netzwerk „Gesunde Städte“.

#### *Strategien*

Die Beschäftigung mit Lebensstil und Lebensqualität ist eines der Hauptthemen für die Konzeption einer gesunden Gesellschaft. Da die Lebenserwartung in vielen Teilen der Welt kontinuierlich steigt, wird die Frage der Lebensqualität wichtiger als je zuvor. Lebensqualität hängt vom Lebensstil ab und bezieht sich hauptsächlich auf Gesundheit, Beruf, Umwelt und Familie. Ein Netzwerk „Gesunde Gesellschaft“ soll die humanwissenschaftlichen Grundlagen erforschen und die gewonnenen Erkenntnisse in praktisch anwendbare Rezepte verarbeiten. Lehre und Weitergabe der gewonnenen Resultate führen so zu dem Ziel, den Menschen „Werkzeuge“ zur Steigerung ihrer Lebensqualität, einer bereichert erlebten höheren Lebenserwartung und ganz allgemein mit dem Erreichen eines „allgemeinen Glückszustandes“ in einer gesunden Umwelt und einer sich ihrer sozialen Verantwortung bewussten Gesellschaft in die Hand zu geben.

### **Empfehlungen zur Umsetzung**

Der Gesundheitsbericht 2002 für Niederösterreich soll ein wichtiger Schritt in Richtung einer stärker zielorientierten und effizienten Gesundheitspolitik Niederösterreichs sein. Ihm müssen daher konsequenterweise weitere Schritte in Richtung Umsetzung der Strategien zur Erreichung der zehn Gesundheitsziele folgen. Diese weiteren Schritte sollten innovativ sein und zu einem qualitativen Sprung in der niederösterreichischen Gesundheitspolitik führen.

Um dieses ehrgeizige Ziel zu erreichen, wird empfohlen, nach einem **vom ÖBIG entwickelten Dreistufen-Konzept** vorzugehen, das im Folgenden zusammengefasst dargestellt ist.

- Stufe 1: Analyse = Landesgesundheitsbericht
- Stufe 2: Planung = Landesgesundheitsprogramm
- Stufe 3: Umsetzung und Evaluierung

*Stufe 1: Analyse = „Landesgesundheitsbericht“*

Der Niederösterreichische Gesundheitsbericht 2002 stellt eine umfassende Analyse der gesundheitlichen Lage der niederösterreichischen Bevölkerung und der wichtigsten Merkmale des Gesundheitsversorgungssystems in Niederösterreich dar. Auf diesen Analyseergebnissen aufbauend wurden die zehn Gesundheitsziele für Niederösterreich und Strategien zur Umsetzung entwickelt. Damit wurde die Basis für die zweite Stufe - der Erarbeitung eines Landesgesundheitsprogramms - geschaffen.

*Stufe 2: Planung = „Landesgesundheitsprogramm“*

Um den Ergebnissen des Gesundheitsberichtes 2002 Handlungsrelevanz zu verleihen, wäre die Planung der Umsetzung (Erreichung der zehn strategischen Ziele) in Form eines „Landesgesundheitsprogramms“ zu empfehlen. Dazu wären idealerweise folgende Schritte notwendig:

- 1. Schritt : Diese „strategischen Ziele“ müssen über **operationalisierte Ziele** konkretisiert werden.
- 2. Schritt: Das Ausmaß der Erreichung dieser operationalisierten Ziele muss durch ein zu entwickelndes „**begleitendes Bewertungssystem**“ überprüft werden. Die Anforderungen an ein sinnvolles „begleitendes Bewertungssystem“ müssen definiert werden.
- 3. Schritt: Zur Erreichung der Ziele müssen konkrete Strategien und detaillierte Maßnahmen entwickelt werden.
- 4. Schritt: Zur Umsetzung des Gesundheitsprogramms muss ein Budget zur Verfügung gestellt werden. Die einzelnen Ziele sind mit Budgetmitteln auszustatten, die wiederum auf die Maßnahmen aufgeteilt werden.
- 5. Schritt: Die budgetierten Maßnahmen müssen ebenfalls einem „begleitenden Bewertungssystem“ genügen (Ziele, Indikatoren, erwartbare Wirkungen).

Zur Erstellung dieses Programms ist die **Einrichtung von Arbeitsgruppen** (z. B. je eine Arbeitsgruppe für jedes der zehn Ziele) zu empfehlen, die sich aus jenen Personen/Institutionen zusammensetzen, die diesen Plan umsetzen bzw. finanzieren sollen.

Während des Planungsprozesses können Untersuchungen zu jenen speziellen Fragestellungen stattfinden, wo sich im Rahmen der Landesgesundheitsberichterstellung Forschungsbedarf herauskristallisiert hat. Die Ergebnisse dieser „Spezialberichte“ oder „Spezialkonzepte“ können laufend in den Planungsprozess integriert werden.

*Stufe 3: Umsetzung und Evaluierung*

Anhand der operationalisierten Ziele und des „begleitenden Bewertungssystems“ ist die Durchführung **laufender jährlicher Evaluierungen** der Umsetzung (idealerweise durch Aufbau eines umsetzungsorientierten Gesundheitsmonitoringsystems) zu empfehlen. Anhand dieser jährlichen Berichte kann das Programm nachjustiert werden (z. B. Aufnahme neuer Aspekte aufgrund von Ergebnissen von Spezialberichten, Umschichtung von Finanzmitteln zwischen Maßnahmen).

Abbildung 6.1.1: Dreistufen-Konzept zur Strategieumsetzung und Zielerreichung

**STUFE 1: ANALYSE**  
**= GESUNDHEITSBERICHT 2002**

**Aufgaben:**

- > Sammlung von Daten und Informationen
- > Aufbereitung, Analyse und Interpretation
- > Identifikation von Handlungsbedarf

**Ergebnis:**

- > Strategische Ziele
- > Strategien

**STUFE 2: PLANUNG**  
**= LANDESGESUNDHEITSPROGRAMM**

**Aufgaben:**

- > Einrichtung von Arbeitsgruppen zur Planung und Umsetzung
- > Festlegung der Planperiode (z. B. 5 bis 7 Jahre)
- > Erstellung eines Landesgesundheitsprogrammes
  - Festlegung konkreter operationalisierter Ziele zu den strategischen Zielen
  - Entwicklung konkreter Maßnahmen zu den operationalisierten Zielen
  - Budgetierung des Programmes (sowie der einzelnen Maßnahmen)
  - Entwicklung eines "begleitenden Bewertungssystems"
  - Einbeziehung neuer Forschungsergebnisse (z. B. Spezialberichte)

**Ergebnis:**

- > Konzertiertes gesundheitspolitisches Landesprogramm mit operationalisierten Zielen, Strategien und Maßnahmen sowie einem Begleitungs- und Bewertungssystem zur Programmsteuerung

**STUFE 3: UMSETZUNG und EVALUIERUNG**

**Aufgaben:**

- > Begleitende Evaluierung der Umsetzung über das "begleitende Bewertungssystem"
- > Nachjustierung des Programmes

**Ergebnis:**

- > Zielgerichteter und zunehmend effizienter Einsatz der Mittel
- > Ständige Verbesserung der Gesundheitspolitik durch Evaluierung und Adaptierung des Programmes
- > Gesundheitspolitik Niederösterreichs als EU-weites Vorbild

Die Verwirklichung eines langfristigen Landesgesundheitsprogramms sollte in **sinnvolle Planungsperioden** untergliedert sein (z. B. 5 bis 7 Jahre), die operationalisierten Ziele bzw. das geplante Ausmaß der Zielerreichung sollten an die Laufzeit der jeweiligen Perioden angepasst sein. Etwa ein bis zwei Jahre vor Ende dieser Laufzeit sollte mit den Arbeiten zu Erstellung eines neuen Landesgesundheitsberichtes begonnen werden (Anpassung des Berichtes 2002) und darauf sowie auf den Ergebnissen und Erfahrungen der Evaluierungen basierend ein neues Landesgesundheitsprogramm ausgearbeitet werden.

### *Fazit*

- Die Ergebnisse des Niederösterreichischen Gesundheitsberichts 2002 werden wie gewünscht handlungsrelevant.
- Die Gesundheitspolitik des Landes Niederösterreich erfährt durch die Einführung des Landesgesundheitsprogramms und dessen Evaluierungen einen qualitativen Sprung, der Folgendes bewirkt:
  - Fokussierung auf wesentliche Probleme;
  - konzertierte (da gemeinsam programmierte) Gesundheitspolitik unter Einbeziehung aller wichtigen Personen und Institutionen (Synergien, Effizienz, verbesserte Rahmenbedingungen für politisches Handeln);
  - zielgerichteter und zunehmend effizienter Einsatz finanzieller Mittel;
  - ständige Verbesserung der Gesundheitspolitik durch Evaluierung und Adaptierung der Programme;
  - die niederösterreichische Gesundheitspolitik kann österreichweites und EU-weites Vorbild werden.



## **Beilage zu Kapitel 6**

### **Madriider Charter 1988 - zehn Strategien für ein rauchfreies Europa**

1. Das Recht der Menschen auf ein „Leben ohne Rauch“ ist anzuerkennen und zu wahren.
2. Das Recht auf eine rauchfreie Umwelt ist gesetzlich zu verankern.
3. Die Werbung für Tabakerzeugnisse und die Sponsortätigkeit der Tabakindustrie sind zu verbieten.
4. Alle Menschen sind über die Gefahren des Tabakkonsums und dem Umfang der Pandemie aufzuklären.
5. Rauchern, die den Tabak aufgeben wollen, ist eine breit zugängliche Entwöhnungshilfe zuzusichern.
6. Zur Finanzierung spezifischer Maßnahmen, die der Bekämpfung des Tabakkonsums und der Unterstützung der Gesundheitsförderung dienen, ist auf Einnahmen aus der Tabakbesteuerung eine Abgabe von mindestens einem Prozent zu erheben.
7. Es sind schrittweise finanzielle Abschreckungsmaßnahmen einzuführen.
8. Neue Formen von Nikotinprodukten sind zu verbieten und künftige Marketingstrategien der Tabakindustrie abzublocken.
9. Die Auswirkungen der Pandemie sind laufend zu beobachten und Gegenmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu beurteilen.
10. Mit allen Teilen der Bevölkerung, die Gesundheit fördern möchte, sind Bündnisse einzugehen.

## Literaturverzeichnis

Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, 2001: Statistisches Handbuch des Landes Niederösterreich 2000/2001.

Amt der Niederösterreichischen Landesregierung: NÖ Suchtplan - Rahmenplan für die Suchtarbeit in Niederösterreich, NÖ Schriftenreihe 127

Amt der Niederösterreichischen Landesregierung: Mutterberatung neu, NÖ Schriftenreihe 105

Amt der Oberösterreichischen Landesregierung, 2001: Gesundheitsbericht Oberösterreich 2000.

Bauer, e. a.: EHLASS Austria (European Home and Leisure Accident Surveillance System). Jahresbericht 2000. Hrsg.: Institut Sicher Leben, Wien 2001

Berichte der Abteilung Landwirtschaftliches Schulwesen

BMLFUW (Hrsg.): Wassergüte in Österreich - Jahresbericht 2000. Wasserwirtschaftskataster, Wien 2001

Brunmayer, E.: Gefährdungen Jugendlicher - Auszug aus der NÖ Jugendstudie 1997. Bericht an das Jugendreferat der NÖ Landesregierung. St. Pölten 1997

Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Handbuch über die Dokumentation von Kostendaten in Fondskrankenanstalten. Stand 1. Jänner 1997

Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Handbuch Alkohol - Österreich; Zahlen, Daten, Fakten, Trends 1999. Wien 1999a

Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.): Nutzung von Gesundheitsleistungen durch sozial schwache Gruppen. ÖBIG 1999b

Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Daten der Landespflegegeldbezieher 2000

Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen: Handbuch Alkohol - Österreich; Zahlen, Daten, Fakten, Trends 2001. Wien 2001

Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie - Präsidialabteilung 4 (Hrsg.): Österreichischer Umwelt- & Gesundheitsaktionsplan (NEHAP). In Zusammenarbeit mit der Bundesministerin für Frauenangelegenheiten und Verbraucherschutz, Wien 1999

Doblhammer-Reiter, G.: Soziale Ungleichheit vor dem Tod. Zum Ausmaß sozioökonomischer Unterschiede der Sterblichkeit in Österreich. Österreichische Akademie der Wissenschaften - Demographische Informationen 1995/96

EU-Berichtspflichten im Sinne der Entscheidung der Kommission 92/446/EWG, ergänzt durch 95/337/EWG

EU-Grundwasserrichtlinie (in Vorbereitung)

EU-Richtlinie 80/778/EWG vom 15.7.1980, geändert 98/83/EG vom 3.11.1998

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: Jahresbericht 2000 über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union

Europäisches Parlament und Europäischer Rat: Liste zur Indikatorenfestlegung zur Gesundheitsberichterstattung gemäß Beschluss Nr. 1400/97/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates 1997

European Commission: Design for a Set of Community Health Indicators - ECHI-Project. 2001 (The ECHI project was carried out by a working group under the co-ordination of the National Institute of Public Health and the Environment (RIVM) Bilthoven, the Netherlands, with financial support of the European Commission under the Health Monitoring Programme

European Commission: The Health Status of the European Union. Narrowing the Health Gap. Summary Report 2001

Eurostat: Arbeitsunfälle in der EU 1998-1999. In: Statistik kurzgefasst, Bevölkerung und soziale Bedingungen, Thema 3 - 16/2001

Eurostat: Berufsbedingte Gesundheitsschäden in der EU 1998-1999. In: Statistik kurzgefasst, Bevölkerung und soziale Bedingungen, Thema 3 - 17/2001

Eurostat: Das unterschiedliche Tempo des Alterungsprozesses der Bevölkerung in einzelnen EU-Regionen bis 2025. In: Statistik kurzgefasst, Allgemeine Statistik, Thema 1 - 4/1999

Eurostat: Die Gesundheit in der EU unter der Lupe. Eckzahlen für den Bereich Gesundheit. Erster statistischer Überblick. In: Eurostat news release 103/2000

Eurostat: Erste Bevölkerungsschätzungen für 2001. In: Statistik kurzgefasst, Bevölkerung und soziale Bedingungen, Thema 3 - 19/2001

Eurostat: Erste Ergebnisse der Erhebung von Bevölkerungsdaten für 2000 in Europa. In: Statistik kurzgefasst, Bevölkerung und soziale Bedingungen, Thema 3 - 15/2001

Eurostat: Regionaler Bevölkerungsrückgang in der EU: Jüngste Trends und künftige Perspektiven. In: Statistik kurzgefasst, Allgemeine Statistik, Thema 1 - 3/1999

Eurostat: Straßenverkehrstote in den Regionen Europas. In: Statistik kurzgefasst, Allgemeine Statistik, Thema 1 - 5/2001

Fülöp, G. et al.: ÖGIS - Weiterführung des Gesundheitsinformationssystems für Österreich. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien 1998 (unveröffentlicht)

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.): 5 Jahre Neuordnung der Pflegevorsorge in Österreich. In: Soziale Sicherheit 12/1998, Wien 1998

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Ärztekostenstatistik. Jahresergebnisse 1991 bis 2000

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung. 1994, 1997, 2000, 2001

Hainz, Ursula et al.: Impfschutz im Alter. Sind österreichische Senioren durch Impfungen ausreichend geschützt? In: wiener klinische wochenschrift. 2002, 114/5-6, S. 187-193, Wien 2002

HBSC/17: Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. WHO-HBSC-Survey 2001

Holland, M. et al.: An Integrated Approach to Environment and Health. A Report produced by AEA Technology for European Commission, DG Environment. Costumer reference B4-3040/98/000811/MAR/B4. Oxfordshire (UK) January 2000

HumanoConsult: Struktur- und Wirtschaftlichkeitsanalyse der niederösterreichischen Rettungsorganisationen Rotes Kreuz Niederösterreich und ASBÖ Niederösterreich. Im Auftrag der Niederösterreichischen Landesregierung. Wien, Oktober 2001

Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie 1999: Substanzkonsum und -missbrauch bei Kindern und Jugendlichen in Niederösterreich. Risiko- und Schutzfaktoren, Probier- und Einstiegsverhalten, Verläufe und Ausstieg. Endbericht an die Niederösterreichische Landesregierung. Wien

Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie 1997: Drogenmissbrauch im Kindes- und Jugendalter: Risikofaktoren, Probier- und Einstiegsverhalten, Suchtverläufe und Ausstieg. Forschungsprojekt im Auftrag der Kärntner Landesregierung

Katschnig, H.: Psychiatrieplan Niederösterreich. NÖ-Schriften 87 - Wissenschaft. 1995

Kojima, K.: Mathematical Topics in Population Genetics. Verlag Springer. Berlin, Heidelberg, New York 1970

Kuratorium für Verkehrssicherheit (KfV): Unfallstatistik 1998. Heft 26, Wien 1999

Kuratorium für Verkehrssicherheit (KfV): Unfallstatistik 1999. Heft 27, Wien 2000

Kuratorium für Verkehrssicherheit (KfV): Unfallstatistik 2000. Heft 31, Wien 2001

Kux, K. H.: Handbuch für die Sanitätsberufe Österreichs (Ausgabe 2001/2002). Wien 2001

National Institute of Public Health and the Environment (RIVM): Public Health Status and Forecasts 1997. Bilthoven, The Netherlands 1997

NEHAP: Österreichischer Umwelt- & Gesundheitsaktionsplan: Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie - Präsidentialabteilung 4 (Hrsg.). In Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales und der Bundesministerin für Frauenangelegenheiten und Verbraucherschutz, Wien 1999

Niederösterreichische Landesakademie: Altersalmanach 2000 - Teile I und II. Schriften der Niederösterreichischen Landesakademie, Serie des Zentrum für Alternswissenschaften und Sozialpolitikforschung. Band 21/1 und 21/2. 2001a

Niederösterreichische Landesakademie: Pflegequalität der Mobilen Sozialmedizinischen und Sozialen Betreuungsdiensten in Niederösterreich. Schriften der Niederösterreichischen Landesakademie, Serie des Zentrum für Alternswissenschaften und Sozialpolitikforschung. Band 22. 2001b

Niederösterreichische Landesakademie: Hospiz- und Palliativarbeit in Niederösterreich. Schriften der Niederösterreichischen Landesakademie, Serie des Zentrum für Alternswissenschaften und Sozialpolitikforschung. Band 23. 2002a

Niederösterreichische Landesakademie: Dokumentation der Version 1.0 des veränderungsflexiblen Prognosemodells der Inanspruchnahme der niederösterreichischen Altenhilfe. Schriften der Niederösterreichischen Landesakademie, Serie des Zentrum für Alternswissenschaften und Sozialpolitikforschung. Band 24/1. 2002b

Oberfeld G., et al.: Erste Salzburger Kindergesundheitsuntersuchung - Eine umweltepidemiologische Studie des öffentlichen Gesundheitsdienstes des Landes Salzburg. Land Salzburg, Salzburg 1996

Oberfeld, G. et al.: ISAAC Studie Salzburg 1995 & 1996 - Studie zu Atemwegserkrankungen und Allergien bei Salzburger Kindern und Jugendlichen. Land Salzburg, Salzburg 1997

Oberflächen-Trinkwasser-Verordnung, BGBl. II Nr. 359 vom 31.5.1998

ÖBIG: Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich - Teil 1: Ausgaben der Bundesländer. Wien 1998a

ÖBIG: Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich - Teil 2: Ausgaben der Sozialversicherung. Wien 1999a

ÖBIG: Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich - Teil 3: Ausgaben der Gemeinden. Wien 1999b

ÖBIG: Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich - Teil 4: Ausgaben des Bundes. Wien 1999c

ÖBIG: Bericht zur Drogensituation 1999. Wien 1999d

ÖBIG: Bericht zur Drogensituation 2000. Wien 2000

ÖBIG: Bericht zur Drogensituation 2001. Wien 2001

ÖBIG-Koordinationsstelle Zahnstatus: Kariesprophylaxe in Österreich - Dokumentation der Aktivitäten. Stand 2000. Im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen, Wien 2001

ÖBIG: Länder-Gesundheitsberichte. Konzept für eine modulare Vorgangsweise. Unveröffentlichter Endbericht im Auftrag des BMAGS. Wien 1999e

ÖBIG: Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich. Wien 1999f

ÖBIG: Neu-Positionierung des ÖGD. Unveröffentlichte Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien 1998b

ÖBIG: Österreichischer Krankenanstaltenplan 1994 (ÖKAP '94). Wien 1994

ÖBIG: Zahnstaterhebung 1997 bei Zwölfjährigen im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien 1997

- ÖBIG: Stationäre psychotherapeutische und psychologische Versorgung. Wien 2002
- Organ der Deutschen Gesellschaft für Public Health: Schwerpunktthema: Soziale Ungleichheit. Public Health Forum 9, Heft 33, Urban & Fischer Verlag 2001
- Pagler und Pagler, Daten der Landespflegegeldbezieher 1997
- Pflegevorsorge in Österreich. Herausgegeben vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien 2001
- Pillmann, W., Sprinzi, G.: Umweltbericht Luft. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien 1989
- Raithe, J.: Ernährungs- und Gesundheits-/Risikoverhalten Jugendlicher. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 10. Jg., 1/2002, S. 57-71
- Ritter, M., Ohr, B., Gugele, B.: Luftschadstoff-Trends in Österreich 1980 - 1998. BE-165. Umweltbundesamt, Wien 1999
- Ritter, M.: Ergebnisse der Bundesländerinventur BLI 95 im Überblick. Homepage Umweltbundesamt <http://www.ubavie.gv.at/umweltsituation/luft/emissionen/bundesl.htm>. Wien 1997
- Schönstein, R., Schörner, G.: Verkehrsemissionskataster Niederösterreich - Luftschadstoffe aus mobilen Quellen. Abteilung B/10 des Amtes der Niederösterreichischen Landesregierung, Wien 1995a
- Schönstein, R., Schörner, G.: Emissionskataster Niederösterreich - Neuerstellung - Ortsfeste Emissionen 1994. Amt der Niederösterreichischen Landesregierung in Zusammenarbeit mit dem Forschungsinstitut für Energie- und Umweltplanung, Wien 1995b
- Spangl, W.: Untersuchung der Korrelation von Ozonwerten an den österreichischen Meßstellen und Einleitung Österreichs in Ozonüberwachungsgebiete, UBA-Report 92-064. Umweltbundesamt, Wien 1993
- Spitalsky - Marktforschung und Regionalprognostik: Regionale Bevölkerungsprognosen bis 2031. Datenübermittlung an das ÖBIG auf EDV-Datenträgern 1999
- Statistik Austria: Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 1998. Wien 1999
- Statistik Austria: Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung. Mikrozensus 1991. Wien 1996
- Statistik Austria: Österreichischer Todesursachenatlas 1988/94. Wien 1998
- Statistik Austria: Statistisches Jahrbuch 2002. Wien 2002
- Statistik Austria: Umweltbedingungen und Umweltverhalten. Mikrozensus Dez. 94 und 98
- Strauss, R. et al.: Tuberkulose in Österreich 1995 - 1999. Teil II. In: Mitteilungen der Sanitätsverwaltung 3/2001, S. 3 ff.
- Theuer, W., Sprinzi, G., Tappler, P.: Luftverunreinigungen in Innenräumen. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien 1995

Trinkwasserverordnung, BGBl. II Nr. 235 vom 23.7.1998, geändert mit BGBl. II Nr. 304 vom 21.8.2001

UBA (Hrsg.): Umweltsituation in Österreich - Dritter Umweltkontrollbericht, Teil B. Umweltkontrolle und Bestandsaufnahmen. Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie an den Nationalrat. Umweltbundesamt, Wien 1993

UBA (Hrsg.): Umweltsituation in Österreich - Sechster Umweltkontrollbericht. Umweltkontrollbericht des Bundesministers für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft an den Nationalrat. Umweltbundesamt, Wien 2001

Uhl, A., Seidler, D.: Prevalence Estimate of Problematic Opiate Consumption in Austria. LBI-Sucht, Vienna 2000

Umweltbericht Niederösterreich 1996 - Schwerpunkte. Koordinierungsstelle für Umweltschutz des Amtes der NÖ Landesregierung. Wien 1996

WHO: Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Anhang 1 und 2. Kopenhagen 1998

WHO: Gesundheit 21. Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 5, Anhang 2, Kopenhagen 1998

#### *Internet-Links - allgemein*

<http://europa.eu.int> (Europäische Union)

<http://www.aek.or.at> (Österreichische Ärztekammer)

<http://www.apotheker.or.at> (Österreichische Apothekerkammer)

<http://www.bmsg.gv.at> (Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen - BMSG)

<http://www.fgoe.org> (Fonds Gesundes Österreich)

<http://www.gbe-bund.de> (Gesundheitsberichterstattung des Bundes in Deutschland)

<http://www.gfnoe.at> (Gesundheitsforum Niederösterreich)

<http://www.noel.lak.at> (Niederösterreichische Landesakademie)

<http://www.noegus.at> (Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds)

<http://www.noel.gv.at> (Amt der Niederösterreichischen Landesregierung)

<http://www.spitalskompass.at> (ÖBIG-Spitalskompass)

<http://www.oebig.at> (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen - ÖBIG)

<http://www.oestat.gv.at> (Statistik Österreich)

<http://www.patientenanwalt.com> (Niederösterreichischer Patientenanwalt)

<http://www.rotekreuz.at> (Österreichisches Rotes Kreuz - ÖRK)

<http://www.sozvers.at> (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger)

<http://www.who.dk> (Weltgesundheitsorganisation - Regionalbüro für Europa)

<http://www.who.int> (Weltgesundheitsorganisation Büro Genf)

## Begriffsbestimmungen und Methoden

**Alkoholkrankheit:** Die unter Alkoholismusexperten über viele Jahre gebräuchlichste Klassifikation des Alkoholismus geht auf Jellinek (1960) zurück. Jellinek unterteilte Personen mit Alkoholproblemen nach fünf Kategorien von Alpha bis Epsilon. Die Trinkformen des Alpha- und Beta-Typus bezeichnete er als Vorstufen der Alkoholkrankheit, Gamma-, Delta- und Epsilon-Trinker bezeichnete er als alkoholkrank. Für eine detaillierte Beschreibung der Typen nach Jellinek sowie für andere Alkoholismuseditionen (Typologie nach Cloninger, Typologie nach Lesch, primärer und sekundärer Alkoholismus, Klassifizierung nach Trinkmengen und nach Alkoholkonsumgewohnheiten) siehe Handbuch Alkohol - Österreich 2001, S. 52 ff.

**Ambulante Endkosten und ambulante Personalkosten:** Hier werden nur die End- und Personalkosten jener Kostenstelle erfasst, die ambulante Fälle ausweisen. Die gesamten End- und Personalkosten stellen daher die Summe aus ambulanten (alle Kostenstellen, die ambulante Fälle ausweisen), stationären (alle Kostenstellen, die stationäre Patienten ausweisen) und weder ambulanten noch stationären (alle Kostenstellen, die weder ambulante Fälle noch stationäre Patienten aufweisen) End- und Personalkosten dar.

**Ambulante Versorgung:** Versorgung von Patienten in Spitalsambulanzen („Anstaltsambulatorien“ im Sinne von § 25 KAG), in nicht bettenführenden Ambulatorien sowie durch niedergelassene Ärzte und Therapeuten.

**Ausgaben der sozialen Krankenversicherungsträger für Heilmittel und Heilbehelfe-Hilfsmittel:** Da für die Bundesländerebene keine Daten zur Verfügung standen, mussten die Ausgaben nach folgender Methode geschätzt werden:

- Die Ausgaben der Gebietskrankenkassen wurden entsprechend der Zahl der bei den einzelnen Gebietskrankenkassen krankenversicherten Personen auf die einzelnen Bundesländer aufgeteilt.
- Die Ausgaben der Betriebskrankenkassen wurden entsprechend dem Betriebsstandort dem jeweiligen Bundesland zugerechnet. Dabei wurden die Ausgaben der Betriebskrankenkassen gemäß der Zahl der in der jeweiligen Betriebskrankenkasse krankenversicherten Personen auf die Bundesländer der jeweiligen Betriebsstandorte aufgeteilt.
- Zur Schätzung der Ausgaben auf Bundesländerebene der Versicherungsanstalten des österreichischen Bergbaus, der österreichischen Eisenbahnen, der öffentlich Bediensteten, der gewerblichen Wirtschaft und der Bauern wurde die Zahl der beim jeweiligen Versicherungsträger krankenversicherten Personen entsprechend den Anteilen der einzelnen Bundesländern an der österreichweiten Beschäftigung in den jeweiligen Wirtschaftsklassen (Basis Volkszählung 1991) auf die einzelnen Bundesländer aufgeteilt. Die Ausgaben der einzelnen Versicherungsanstalten wurden dann entsprechend der so geschätzten Zahl der in den einzelnen Bundesländern bei der jeweiligen Anstalt krankenversicherten Personen auf die einzelnen Bundesländer aufgeteilt.

**Ausgaben für Gesundheitsvorsorge und -förderung:** Aufgrund des auf Bundesländerebene nur eingeschränkt zur Verfügung stehenden Datenmaterials mussten die Ausgaben für Gesundheitsvorsorge und -förderungen nach folgender Methode geschätzt werden:

- Die Ausgaben des Bundes betragen insgesamt acht Prozent der Gesamtausgaben. Sie wurden gemäß der Bevölkerungsanteile auf die einzelnen Bundesländer aufgeteilt.
- Die Ausgaben der Länder (5 %) mussten nicht geschätzt werden, da hier die tatsächlichen Länderdaten zur Verfügung standen.
- Die Ausgaben der Gemeinden betragen zwei Prozent der Gesamtausgaben und wurden nach Einwohneranteilen auf die einzelnen Bundesländer aufgeteilt.

Die Ausgaben der Sozialversicherung betragen 85 Prozent. Davon gehen bundesweit 58 Prozent in die Tertiärprävention (Rehabilitationsmaßnahmen). Daher wurden 58 Prozent der Sozialversicherungsmittel entsprechend den Herkunftsbundesländern von Rehabilitationspatienten (BMSG-Krankenanstaltenstatistik) aufgeteilt. Die restlichen 42 Prozent verteilen sich auf Vorsorgeuntersuchungen (44 %) und Mutter-Kind-Untersuchungen (56 %). Der auf Vorsorgeuntersuchungen entfallende Teil wurde gemäß den in den einzelnen Bundesländern in Anspruch genommenen Vorsorgeuntersuchungen aufgeteilt, der Anteil der Mutter-Kind-Untersuchungen gemäß der Anzahl der 0- bis 4-Jährigen im Jahr 1996 im jeweiligen Bundesland.

**Body-Mass-Index (BMI):** Gilt als die sinnvollste Maßzahl, um die Unter- oder Übergewichtigkeit erwachsener Personen zu bestimmen, wenn lediglich Körpergewicht und Körpergröße bekannt sind; der BMI ergibt sich aus der Division des Körpergewichts (in Kilogramm) durch die Körpergröße (in Metern) zum Quadrat; bei festgestelltem Übergewicht (BMI>26) und insbesondere bei Fettleibigkeit („Adipositas“, BMI>30) steigen auch die Gesundheitsrisiken erheblich, vor allem die Zahl der Herz- und Gefäßleiden und der an Diabetes Erkrankten.



**dmft - decayed missing filled teeth:** Der Zahnzustand der Bevölkerung wird anhand der durchschnittlichen Anzahl kariöser (decayed), gefüllter (filled) und wegen Karies gezogener (missing) Zähne (teeth) pro Einwohner verglichen. Diesen Index-Wert nennt man dmft-Wert. Der Index in Großbuchstaben (DMFT) bezieht sich auf das zweite Gebiss, in Kleinbuchstaben (dmft) auf die Milchzähne.

**Endkosten der Fondskrankenanstalten:** Gemäß § 2 der „Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten“ sind Kosten als der bewertete Verbrauch (Verzehr) von Wirtschaftsgütern materieller und immaterieller Art zur Erstellung von betrieblichen Leistungen und Gütern (Werteinsatz für Leistungen) zu definieren. Die Endkosten einer Kostenstelle setzen sich dabei aus der Summe der Primärkosten (Kostenartengruppe 1-8) und der Summe der Sekundärkosten (Kostengruppe 11-14) zusammen, die abschließend um Kostenminderungen und die Summe abgegebener innerbetrieblicher Leistungen berichtigt wird.

**Geburtenbilanz:** Unter der Geburtenbilanz versteht man die absolute Veränderung der Bevölkerungszahl in einem bestimmten Zeitraum aufgrund natürlicher Bevölkerungsbewegungen: Geburtenbilanz = Zahl der Lebendgeborenen minus Zahl der Verstorbenen.

**Geburtenziffer:** Zahl der Lebendgeborenen pro 1.000 Einwohner

**Gesundheitsförderung:** Lebensweltbezogene Maßnahmen hinsichtlich Gruppen und deren Lebensräume sowie Maßnahmen zur Initiierung und Begleitung von Gesundheitsförderungsprozessen; als Beispiele seien Maßnahmen wie „Gesunde Schule“, „Gesunde Gemeinde“ oder „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ angeführt.

**Inzidenz:** Anzahl der Neuerkrankungen in Bezug auf eine bestimmte Krankheit in einem bestimmten Zeitraum, zumeist ein Jahr (altersstandardisiert).

**Kassenverträge nach § 2:** Das sind Verträge zwischen niedergelassenen Ärzten einerseits und der örtlichen Gebietskrankenkasse, den örtlichen Betriebskrankenkassen, der Sozialversicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus und seit 1998 auch der Sozialversicherungsanstalt der Bauern andererseits, abgeschlossen auf Basis der sogenannten ärztlichen Gesamtverträge nach § 342 ASVG.

**Krankenhausfälle:** Stationär (im Akut-Krankenhaus) versorgte Fälle (inkl. Mehrfachaufnahmen).

**Krankenhausthäufigkeit:** Stationär (im Akut-Krankenhaus) versorgte Fälle (inkl. Mehrfachaufnahmen) pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahr (altersstandardisiert).

**Krankenhausmorbidity:** Stationär (im Akut-Krankenhaus) versorgte Patienten (exkl. Mehrfachaufnahmen) pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahr (altersstandardisiert). Da die „Mehrfachaufnahmen“ durch Vergleich von Einzeldatensätzen im Hinblick auf Gleichheit von Geburtsdatum, Wohnpostleitzahl und Geschlecht identifiziert werden, kann es in Postleitzahl-Regionen mit hoher Einwohnerzahl (z. B. Wien-Favoriten) zu Verzerrungen kommen.

**Krankenhauspatienten:** Stationär (im Akut-Krankenhaus) versorgte Personen (exkl. Mehrfachaufnahmen).

**Lebenserwartung:** Erwartbare Lebensjahre ab der Geburt oder ab einem bestimmten Alter; ermittelt durch Umlegung der Sterbewahrscheinlichkeiten für jede Altersgruppe und beide Geschlechter im Beobachtungszeitraum (dargestellt in „Sterbetafeln“) auf die jeweilige Wohnbevölkerung; „Behinderungsfreie Lebenserwartung - disability free life expectancy, DFLE“: Erwartbare Lebensjahre ohne Behinderung ab der Geburt oder ab einem bestimmten Alter; ermittelt durch Umlegung der Sterbewahrscheinlichkeiten sowie der Wahrscheinlichkeiten des Eintretens einer „wesentlichen Behinderung“ (funktionelle Einbußen der körperlichen bzw. geistigen Fähigkeiten, die zur dauernden Hilfs-/Pflegetätigkeit führen, ermittelt aus den Mikrozensus-Erhebungen von ST.AT 1991 und 1999 über die Frage „Benötigen Sie Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens?“) für jede Altersgruppe und beide Geschlechter im Beobachtungszeitraum. Die im vorliegenden Bericht enthaltenen Indikatoren zur Lebenserwartung können geringfügige Unterschiede zu den von ST.AT publizierten Werten aufweisen, da bei der Ermittlung der „Sterbetafeln“ unterschiedliche Altersgruppen verwendet wurden.

**Mehrfachaufnahme:** Patient, der innerhalb eines Jahres mehr als ein Mal in einer österreichischen Krankenanstalt (unabhängig davon, ob diese mit der erstversorgenden KA ident ist oder nicht) stationär aufgenommen wurde (definiert über Gleichheit von Geburtsdatum, Geschlecht, Wohnpostleitzahl sowie - bei entsprechender Einschränkung der Selektion - der Hauptdiagnose).

**Morbidity:** Anzahl der Erkrankten (Inzidenz) bzw. der aktuell an einer bestimmten Erkrankung leidenden Personen (Prävalenz) pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung.

**NUTS-III-Ebene:** Tiefste EU-konforme regionale Gliederung des österreichischen Bundesgebietes („Nomenclature des unités territoriales statistiques“) mit 35 Regionen; tiefste regionale Ebene, auf der Ergebnisse von Mikrozensus-Erhebungen von Statistik Austria in sinnvoller Weise analysiert werden können.

**Personalkosten der Fondskrankenanstalten:** Personalkosten sind gemäß § 17 (1) der „Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten“ Kosten für Dienstnehmer, für die Lohnkosten im Sinne des § 76 des Einkommenssteuergesetzes zu führen sind, und kalkulatorischer Lohn für unbezahlte Mitarbeiter. Als Personalkosten werden in der Kostenstellenstatistik nur die im Primärkostenbereich erfassten Personalkosten ausgewiesen, das heißt ohne der im Zuge der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung hinzugerechneten bzw. abgezogenen Personalkosten.

**Potenziell alkoholassoziierte Todesursachen:** Unter potenziell alkoholassoziiertem Sterblichkeit versteht man die alkoholbedingte bzw. häufig im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch und Alkoholismus stehenden Todesfälle je 100.000 Einwohner (alterstandardisiert). Im Handbuch Alkohol - Österreich 1999 werden diesbezüglich eine Reihe von Todesursachen nach ICD-9-Codierung angeführt, die eine hohe Wahrscheinlichkeit besitzen, alkoholverursacht zu sein. In den ÖBIG-Arbeitssitzungen zur Ländergesundheitsberichterstattung am 3. Oktober und 28. November 2001 wurde die Unterscheidung dieser Todesursachen in „Kerndiagnosen“ (sehr hohe Wahrscheinlichkeit des alkoholbedingten Todes) und „andere Diagnosen“ (hohe Wahrscheinlichkeit des alkoholbedingten Todes) diskutiert und beschlossen. Demzufolge werden im Bericht die potenziell alkoholassoziierten Todesursachen in folgender Weise unterschieden:

- Kerndiagnosen: Alkohol-Psychosen (ICD 9 291), Alkoholismus (ICD 9 303), Chronische Leberkrankheit und Leberzirrhose (ICD 9 571).
- Andere Diagnosen: Drogen- und Medikamentenmissbrauch ohne Abhängigkeit (ICD 9 305), andere Varizen (ICD 9 456), Gastritis und Duodenitis (ICD 9 535), Krankheiten der Pankreas (ICD 9 577), Selbstmord und Selbstschädigung sowie daraus resultierende Spätfolgen (ICD 9 950-959), Vergiftung durch feste und flüssige Stoffe, unbestimmt, ob unbeabsichtigt oder vorsätzlich (ICD 9 980).

**Prävalenz:** Anzahl der innerhalb einer bestimmten Zeitperiode oder zu einem bestimmten Zeitpunkt an einer bestimmten Krankheit Leidenden (altersstandardisiert).

**Primärkosten der Fondskrankenanstalten:** Primäre Kosten sind gemäß § 4 (1) der „Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten“ einfache ursprüngliche Kosten, die von außen in den Wirtschaftsbereich Krankenanstalt eingehen. Die Primärkosten setzen sich gemäß § 6 (1) der Kostenrechnungsverordnung aus folgenden Kostenarten zusammen (Kostenartengruppe 1-8): Personalkosten, Kosten für medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter, Kosten für nichtmedizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter, Kosten für medizinische Fremdleistungen, Kosten für nichtmedizinische Fremdleistungen, Energiekosten, Abgaben, Beiträge, Gebühren und sonstige Kosten und kalkulatorische Zusatzkosten (kalkulatorische Abschreibungen, kalkulatorische Zinsen).

**Primärprävention:** Maßnahmen zur Vermeidung von Erkrankungen, Risiken und Risikoverhalten; das breite Spektrum umfasst sowohl medizinische Maßnahmen (z. B. Impfungen) als auch Aufklärung über und Vermeidungsstrategien von gesundheitsgefährdendem Verhalten (z. B. Suchtprävention).

**PTCA - perkutane transluminale coronare Angioplastie:** Es handelt sich dabei um ein Verfahren zur Erweiterung verengter Herzkranzgefäße, der Koronar-Arterien.

**Regionalwirtschaftliche Situation - synthetischer Indikator:** Zur vereinfachten Darstellung der regionalwirtschaftlichen Situation wurden - in Anlehnung an die Indikatoren zur Abgrenzung der Zielgebiete des EU-Strukturfonds zur regionalen Wirtschaftsförderung - Indikatoren zur Wirtschaftskraft, zur Arbeitslosenquote sowie zur Entwicklung der Beschäftigung herangezogen und daraus ein synthetischer Indikator gebildet. Die exakte Berechnungsmethode ist am Ende der Tabelle 2.3.1 detailliert beschrieben.

- Zur Erfassung der regionalen Wirtschaftskraft wurde das regionale Bruttoinlandsprodukt pro Einwohner (ÖIR) im Durchschnitt der beiden aktuellsten verfügbaren Jahre 1994 und 1995 herangezogen, die sich in der Mitte des Beobachtungszeitraumes befinden.
- Für die Situation am Arbeitsmarkt wurde der Durchschnitt der Arbeitslosenquote der 1998 bis 2000 (AMS Österreich) sowie die Beschäftigungsentwicklung zwischen 1990 und 2000 (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) herangezogen. Während mit der Beschäftigungsentwicklung erfasst wird, wie in den Regionen der wirtschaftliche Strukturwandel der 1990er-Jahre bewältigt wurde, zeigt die Arbeitslosenquote gegen Ende dieser Periode, wie sich diese Bewältigung auf den Arbeitsmarkt ausgewirkt hat.

**Sekundärkosten der Fondskrankenanstalten:** Sekundäre Kosten sind gemäß § 4 (2) der „Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten“ aus primären Kosten abgeleitete zusammengesetzte gemischte Kosten

(innerbetriebliche Leistungen); sie sind Gegenstand der Verrechnung zwischen den einzelnen Kostenstellen. Die Sekundärkosten setzen sich gemäß § 6 (1) der Kostenrechnungsverordnung aus folgenden Kostenarten zusammen (Kostenartengruppe 11-14): Kosten der vorwiegend medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung, Kosten der vorwiegend nichtmedizinisch bedingten Ver- und Entsorgung, Kosten der Verwaltung und andere Kosten, die innerbetrieblich abzurechnen sind.

**Sekundärprävention:** Maßnahmen zur Früherkennung von Risiken bzw. von bereits bestehenden Erkrankungen; Hierunter fallen vorwiegend Vorsorgeuntersuchungen, die von schulärztlichen Untersuchungen über Gesundenuntersuchungen bis hin zu ganz speziellen Untersuchungen (z. B. humangenetische Untersuchungen von Schwangeren) reichen.

**Signifikanz:** Feststellung, dass es sich bei beobachteten bzw. errechneten Unterschieden zwischen Gruppen von Merkmalsträgern (Gruppen von Personen, Regionen, etc.) nicht nur um Zufall innerhalb der „statistischen Schwankungsbreite“ handelt, sondern dass diese Unterschiede einem systematischen Effekt zuzuschreiben („statistisch signifikant“) sind; diese Feststellung wird nach Durchführung eines statistischen Testverfahrens vorgenommen.

**Signifikanztest:** Der im Rahmen des vorliegenden Berichts verwendete Signifikanztest berücksichtigt die unterschiedlichen Größenordnung der Grundgesamtheiten (politischer Bezirk, NUTS-III-Regionen, Bundesländer) und berücksichtigt daher das „Prüfprinzip nach Neyman-Pearson“. Dabei wird der Test auf Abweichung - etwa einer Morbiditäts- oder Sterblichkeitsrate - vom Durchschnitt einer übergeordneten Gebietseinheit (zumeist Landes- oder Bundesdurchschnitt) durch Ermittlung einer Prüfgröße z nach der Berechnungsvorschrift

$$z = \frac{\left( \sum_{a=1}^n \left( \frac{E_{r,a}}{\text{Bev}_{r,a}} - \frac{E_a}{\text{Bev}_a} \right) \cdot \text{SB}_a \right) \cdot \frac{1}{\text{SB}_{\text{tot}}}}{\sqrt{\sum_{a=1}^n \left( \frac{\text{SB}_a}{\text{SB}_{\text{tot}}} \right)^2 \cdot \frac{\left( \frac{E_{r,a}}{\sum \text{Bev}_{r,a}} - \left( \frac{E_{r,a}}{\sum \text{Bev}_{r,a}} \right)^2 \right)}{\text{Bev}_{r,a}}}}$$

mit	z	= Prüfgröße	Bev	= Bevölkerung
	SB	= Standardbevölkerung	a	= Altersklassen
	Sb <sub>tot</sub>	= Standardbevölkerung insgesamt	r	= Regionen
	E	= Ereignisse		

durchgeführt (vgl. КОЖИМА 1970). Im Gegensatz zu „einfachen“ Signifikanztests wird bei diesem Test auch die Anzahl der der jeweiligen Rate zu Grunde liegenden Fälle (Variable „Ereignisse“ - Patienten, Sterbefälle, etc.) berücksichtigt. Die Beurteilung der Signifikanz erfolgt über diese Prüfgröße, wobei mit den kritischen Schranken der Standardnormalverteilung bei zweiseitiger Hypothesenstellung operiert wird. Die dabei verwendeten Bezeichnungen sind „Sicherheitswahrscheinlichkeit 90 % - geringsignifikant“, „95 % - signifikant“, „99 % - hochsignifikant“ sowie „99,9 % - höchstsignifikant“.

Eine anders strukturierte statistische Prüfung auf signifikante Unterschiede wird für die Lebenserwartung durchgeführt (Prüfung, ob zwischen zwei Regionen eine „überzufällige“ Abweichung in der Lebenserwartung besteht). Prüfungen auf signifikante regionale Unterschiede in der Lebenserwartung werden nur unter Trennung nach Geschlechtern durchgeführt, da ansonsten eine unterschiedliche Lebenserwartung die Folge eines regional unterschiedlichen Geschlechterverhältnisses und damit ein Artefakt sein könnte.

**Sozialstruktur - synthetischer Indikator:** Zur vereinfachten Darstellung der Sozialstruktur in den österreichischen Bezirken wurde ein Sozialindikator berechnet, wobei folgende Basisdaten eingeflossen sind (die sechs Schritte zur Berechnung des Indikators sind am Ende der Tabelle 2.2.1 im Tabellenanhang detailliert beschrieben):

- **Höchste abgeschlossene Ausbildung:** Das Ausbildungsniveau zählt zu den verlässlichsten Indikatoren zur Abbildung sozialer Unterschiede. Weiters existieren in einigen Studien (z. B. Doblhammer-Reiter, 1995/96) Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Bildungsniveau und Gesundheitszustand. Aus diesem Grund wurde die höchste abgeschlossene Ausbildung im synthetischen Indikator auch am höchsten gewichtet. Als Datenbasis wurde die Volkszählung 1991 herangezogen. Dies deshalb, weil eine bestimmte „soziale Performance“ erst nach einigen Jahren gesundheitliche Auswirkungen zeigen kann.
- **Anzahl der Wohnungen nach Ausstattungskategorien, Nutzfläche pro Einwohner:** Wohnindikatoren verlieren in einer Zeit der zunehmenden Angleichung der Wohnverhältnisse (z. B. starke Abnahme der Anteile an Sub-

standardwohnungen in den letzten Jahrzehnten) an Erklärungsgehalt. Zudem sind hier die Unterschiede zwischen ländlichem und städtischem Raum zu berücksichtigen. Trotzdem kommt den Wohnverhältnissen nach wie vor Aussagekraft im Zusammenhang mit sozialen Unterschieden zu. Aufgrund der genannten Einschränkungen wurden der Wohnindikator am schwächsten gewichtet. Als Datenbasis wurde die Häuser- und Wohnungszählung 1991 (Statistik Austria) herangezogen. Dies deshalb, weil eine bestimmte „soziale Performance“ erst nach einigen Jahren gesundheitliche Auswirkungen zeigen kann.

- Zu versteuerndes monatliches Pro-Kopf-Einkommen: Das Einkommen stellt einen klassischen Indikator zur Erfassung sozialer Unterschiede dar. Hier wurde das Einkommen aus selbstständiger und unselbstständiger Arbeit erfasst. Datenbasis war die Lohn- und Einkommenssteuerstatistik aus dem Jahr 1997 (Statistik Austria), da die regionalen Einkommensunterschiede relativ stabil sind. Vermögensbestand oder Einkommenssubstitution durch Subsistenzwirtschaft blieb unberücksichtigt.

**Stationäre Endkosten und stationäre Personalkosten:** Hier werden nur die End- und Personalkosten jener Kostenstellen erfasst, die stationäre Patienten ausweisen. Die gesamten End- und Personalkosten stellen daher die Summe aus ambulanten (alle Kostenstellen, die ambulante Fälle ausweisen), stationären (alle Kostenstellen, die stationäre Patienten ausweisen) und weder ambulanten noch stationären (alle Kostenstellen, die weder ambulante Fälle noch stationäre Patienten aufweisen) End- und Personalkosten dar.

**Stationäre Fälle:** Im Krankenhaus zur Behandlung aufgenommene Personen (inkl. tagesklinisch versorgte Patienten).

**Sterblichkeit (Mortalität):** Verstorbene pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahr (altersstandardisiert). Die im vorliegenden Bericht enthaltenen Indikatoren zur Sterblichkeit können geringfügige Unterschiede zu den von ST.AT publizierten Werten aufweisen, da bei der Ermittlung der „standardisierten Sterblichkeit“ unterschiedliche Altersgruppen verwendet wurden.

**Standardisierung:** Um einen methodisch sauberen Vergleich von Verhältniszahlen (z. B. Sterblichkeit, Krebsinzidenzrate, Krankenhaushäufigkeit) zwischen Regionen bzw. Zeiträumen durchführen zu können, werden altersbereinigte („standardisierte“) Raten berechnet. Durch diese „Alterstandardisierung“ wird der Einfluss der unterschiedlichen Altersstruktur von Regionen bzw. in den betrachteten Zeiträumen ausgeschaltet.

**Synthetischer Indikator:** Zur vereinfachten Darstellung einer bestimmten regionalen „Performance“, deren Erfassung mehr als einen Indikator benötigt, werden sowohl auf Ebene der Europäischen Union als auch auf Ebene der OECD sogenannte „synthetische Indikatoren“ verwendet. Darunter ist ein aus mehreren erklärenden Indikatoren (die unterschiedlich gewichtet sein können) gebildeter „künstlicher“ Indikator zu verstehen. Der Vorteil dieses Indikators liegt darin, dass mit einem Wert - sozusagen auf einen Blick - eine Einschätzung der jeweiligen Performance ermöglicht wird. Der Nachteil liegt darin, dass mit dieser beabsichtigten Reduktion von Komplexität Detailinformationen über die einzelnen Basisindikatoren verdeckt bleiben. Aus diesem Grund ist die Darlegung der einbezogenen Indikatoren, deren Wert und die Kenntnis der Berechnungsmethode des synthetischen Indikators wichtig.

**Tertiärprävention:** Maßnahmen zur Verzögerung des Krankheitsverlaufes, zur Vermeidung von Rückfällen und Verringerung von Folgeschäden; unter diesen Begriff fallen vor allem Rehabilitationsmaßnahmen, aber auch Maßnahmen zur Selbsthilfegruppenunterstützung und Patienteninformation.

**Vollzeitäquivalent (VZÄ):** Im Umfang von 40 Stunden pro Woche beschäftigte Person.

**Wanderungsbilanz:** Unter der Wanderungsbilanz versteht man die absolute Veränderung der Bevölkerungszahl in einem bestimmten Zeitraum aufgrund von Zu- und Abwanderungen: Wanderungsbilanz = Zahl der zugewanderten Personen minus Zahl der abgewanderten Personen.

## Bemerkungen zur Datenqualität

Die für den vorliegenden Bericht herangezogenen Daten und Auswertungen beziehen sich grundsätzlich auf den Zeitraum 1991 bis 2000 (Berichtszeitraum). Die Zuordnung von Sterbefällen, Krankheitsfällen, Patienten, befragten Personen, etc. erfolgte nach dem Wohnortprinzip (bei Neugeborenen durch Zuordnung nach dem Wohnort der Mutter), und zwar auf Ebene der politischen Bezirke, so weit dies die vorliegenden Daten zuließen.

Die verwendeten Daten und die daraus erstellten Auswertungen sind in Bezug auf ihre Qualität, Vollständigkeit und Verlässlichkeit unterschiedlich zu bewerten. Es wurden primär die Datenquellen der routinemäßigen amtlichen Statistik herangezogen, von denen die wichtigsten Quellen hinsichtlich Datenbereinsteller, Inhalten, Bezugszeitraum (Zeitraum, für den die Daten verfügbar sind), höchster sinnvoller räumlicher Auflösung, Validität und Verwendungszwecken wie folgt stichwortartig beschrieben werden können:

- **Ärztelkostenstatistik** (Datenbereinsteller: HVSVT, Sozialversicherungsträger; Datengrundlagen zu den von niedergelassenen Kassenärzten und Wahlärzten abgerechneten Beträgen; Validität grundsätzlich hoch, aber zum Teil eingeschränkt, da entsprechende Daten - im Gegensatz zu den Gebietskrankenkassen - für Sonderversicherungsträger nicht ausreichend regional differenziert werden können; Grundlage für die Ermittlung von Kosten im niedergelassenen Bereich).
- **Diagnosen- und Leistungsdokumentation** der österreichischen Krankenanstalten (Datenbereinsteller: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen bzw. Statistik Austria; stationäre Fälle nach Alter, Geschlecht, Wohnort, Haupt- bzw. Nebendiagnosen sowie medizinischen Einzelleistungen; Validität relativ hoch, jedoch für epidemiologische Auswertungen nur bedingt verwendbar - z.B.: aufgrund von Verzerrungen durch hohe Krankenhausmorbidity in Regionen mit hoher Bettendichte oder durch bestimmte Anreize des Krankenhausfinanzierungs-Systems; Grundlage für die Berechnung der Krankenhausmorbidity).
- **Internationale Datenbanken** (Datenbereinsteller: EU, WHO, OECD; Datengrundlagen zum Gesundheitszustand und -verhalten sowie zu Gesundheitssystemen auf gesamtstaatlicher Ebene; Validität eingeschränkt, da Datenverfügbarkeit und Definitionen von Erhebungstechniken in Bezug auf die Datengrundlagen regional und zeitlich sehr unterschiedlich; Grundlage für die Ermittlung von Indikatoren für internationale Vergleiche).
- **Krankenanstaltenstatistik** (Datenbereinsteller: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen; Parameter der Betteninanspruchnahme, der Personalausstattung sowie der anfallenden Kosten; Validität insgesamt hoch, jedoch in Bezug auf den Teilbereich „Kostenstellenstatistik“ eingeschränkt; Grundlage für die Ermittlung von Inanspruchnahme- und Kostenparametern in den Krankenanstalten).
- **Krebsstatistik** (Datenbereinsteller: Statistik Austria, regionale Krebsregister; Krebsneuerkrankungen nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Tumorlokalisation; Validität und Vollständigkeit regional und zeitlich sehr unterschiedlich, daher insgesamt eingeschränkte Verlässlichkeit; Grundlage für die Berechnung der Krebsinzidenz).
- **Mikrozensususerhebungen** (Datenbereinsteller: Statistik Austria, Landesstatistikämter; Gesundheitszustand und gesundheitliche Rahmenbedingungen der Befragten; Validität zum Teil eingeschränkt, da Angaben aus Selbstauskunft der Befragten resultierend, Stichprobengröße regional sehr unterschiedlich und zeitliche Längsschnitte aufgrund unterschiedlicher Technik der Fragestellung problematisch; Grundlage für Auswertungen zum subjektiv empfundenen Gesundheitszustand, Gesundheitsbeeinträchtigungen, gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen etc.; in der Regel wird nur die über 15jährige Bevölkerung als Bezugsbevölkerung heran gezogen). Aufgrund der Tatsache, dass es sich bei Mikrozensususerhebungen um Stichprobenerhebungen handelt, ist bei der Interpretation der Auswertungsergebnisse zu berücksichtigen, dass diese Ergebnisse zum Teil erhebliche statistische Schwankungsbreiten aufweisen können. Die im vorliegenden Bericht enthaltenen, aus den Mikrozensus-Erhebungen 1999 errechneten Indikatoren (z. B. zum subjektiven Gesundheitszustand oder zum Gesundheitsverhalten) können Unterschiede zu den von ST.AT publizierten Werten aufweisen, da bei der Ermittlung dieser Indikatoren durch das ÖBIG nicht der „imputierte“ Datensatz (= der um fehlende Angaben nach dem Prinzip der „ähnlichsten Spender“ vervollständigte Datensatz), sondern der vorläufige (zum Zeitpunkt der Berichterstellung bei ST.AT einzig verfügbare) Rohdatensatz verwendet wurde.

- **Österreichische Ärzteliste** (Datenbereinsteller: Österreichische Ärztekammer; Validität insgesamt hoch, jedoch in Bezug auf die regionale Zuordenbarkeit einzelner Ärzte eingeschränkt; Grundlage für die Ermittlung von regionalen Ärztedichten).
- **Straßenverkehrsfallstatistik** (Datenbereinsteller: Kuratorium für Verkehrssicherheit; Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden mit zusätzlichem Vermerk betreffend Alkoholbeeinflussung der beteiligten Personen; Validität hoch; Grundlage für die Ermittlung der Häufigkeit von Straßenverkehrsunfällen mit Personenschaden).
- **Todesursachenstatistik** (Datenbereinsteller: Statistik Austria; Verstorbene nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Haupttodesursache; Validität hoch, jedoch mit zunehmender Differenzierung nach Haupttodesursachen und nach Regionen abnehmend; Grundlage für die Berechnung von Mortalität und Lebenserwartung).
- **Volkzählungen** 1991 und 2001 (Datenbereinsteller: Statistik Austria, Landesstatistik-Ämter; Einwohner nach Alter, Geschlecht, Wohnort und sozioökonomischen Merkmalen; Validität sehr hoch; als Bezugsgröße Grundlage für die Berechnung der meisten Gesundheitsindikatoren).

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. Durch den Mangel an nach einheitlichen Schemata dokumentierten Daten in Bezug auf Ressourcen und Kosten im gesamten Gesundheitswesen werden systemumfassende Darstellungen (insbesondere der Kosten) behindert bzw. zum Teil verunmöglicht.

## Tabellenanhang

In allen Tabellen wurde bei Datenverfügbarkeit der Vergleich mit den anderen österreichischen Bundesländern, dem Österreich- und dem EU-15-Wert dargestellt.

- Tab. 2.1.1: Bevölkerungstruktur 2001  
*nach Geschlecht, Altersgruppen und Niederösterreichischen Bezirken*
- Tab. 2.1.2: Bevölkerungsentwicklung 1991-2001  
*nach Geschlecht, Altersgruppen und Niederösterreichischen Bezirken*
- Tab. 2.2.1: Sozialstruktur 1991/1997  
*nach Niederösterreichischen Bezirken*
- Tab. 2.3.1: Regionalwirtschaftliche Situation 1990/2000  
*nach Niederösterreichischen Bezirken*
- Tab. 3.1.1: Lebenserwartung bei der Geburt 1965-2000  
*nach Bezirken und Geschlecht*
- Tab. 3.1.2: Fernere Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren 1991-2000  
*nach Bezirken und Geschlecht*
- Tab. 3.1.3: Behinderungsfreie Lebenserwartung bei der Geburt 1991-2000  
*nach Geschlecht*
- Tab. 3.1.4: Säuglingssterblichkeit 1965-1999
- Tab. 3.1.5: Neonatale Säuglingssterblichkeit 1980-1999
- Tab. 3.1.6: Sterblichkeit nach Haupttodesursachen 1991-2000  
*nach Bezirken und Geschlecht*
- Tab. 3.1.7: Sterblichkeit der unter 75-Jährigen nach Haupttodesursachen 1991-2000  
*nach Bezirken und Geschlecht*
- Tab. 3.1.8: Sterblichkeit der unter 65-Jährigen nach Haupttodesursachen 1991-2000  
*nach Bezirken und Geschlecht*
- Tab. 3.2.1: Krankenhausmorbidity nach Hauptdiagnosen-Gruppen 2000  
*nach Bezirken, Altersgruppen und Geschlecht*
- Tab. 3.2.2: Gemeldete Krebsinzidenz nach ausgewählten Lokalisationen 1995-1998  
*nach Bezirken und Geschlecht*
- Tab. 3.2.3: Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten 1999  
*nach Regionen, Altersgruppen und Geschlecht*
- Tab. 3.2.4: Inzidenz ausgewählter akuter Erkrankungen 1999  
*nach Regionen, Altersgruppen und Geschlecht*
- Tab. 3.2.5: Gemeldete übertragbare Krankheiten 1991-2000  
*nach Bundesländern*

- Tab. 3.2.6: Gemeldete übertragbare Krankheiten pro 100.000 Einwohner und Jahr 1991-2000  
*nach Bundesländern*
- Tab. 3.2.7: Prävalenz ausgewählter gesundheitlicher Beschwerden 1999  
*nach Regionen, Altersgruppen und Geschlecht*
- Tab. 3.3.1: Körperlich beeinträchtigte Personen nach Art der Beeinträchtigung 1995  
*nach Regionen, Altersgruppen und Geschlecht*
- Tab. 3.3.2: Pflegegeldbezieher 1997 und 2000 nach Pflegegeldstufen  
*nach Geschlecht und Altersgruppen*
- Tab. 3.3.3: Pflegegeldbezieher 1997 und 2000 nach Pflegegeldstufen pro 1.000 Einwohner  
*nach Geschlecht und Altersgruppen*
- Tab. 3.4.1: Allgemeiner Gesundheitszustand nach eigener Einschätzung 1991 und 1999  
*nach Regionen, Altersgruppen und Geschlecht*
- Tab. 4.1.1: Body-Mass-Index 1991 und 1999  
*nach Regionen, Altersgruppen und Geschlecht*
- Tab. 4.1.2: Personen mit Bluthochdruck 1991 und 1999  
*nach Regionen, Altersgruppen und Geschlecht*
- Tab. 4.2.1: Zigarettenkonsum 1991 und 1999  
*nach Regionen, Altersgruppen und Geschlecht*
- Tab. 4.3.1: Personen mit gesundheitsbewusster Ernährungsweise 1991 und 1999  
*nach Regionen, Altersgruppen und Geschlecht*
- Tab. 4.4.1: Durchschnittlicher Alkoholkonsum 1993/1994  
*nach Geschlecht*
- Tab. 4.4.2: Potenziell alkoholassoziierte Sterblichkeit 1991-2000 (altersstandardisiert)  
*nach Bezirken und Geschlecht*
- Tab. 4.4.3: Alkoholeinfluss im Straßenverkehr 1998-2000  
*nach Bezirken*
- Tab. 4.4.4: Drogenopfer 1991-2000  
*nach Altersgruppen und Geschlecht*
- Tab. 4.4.5: Drogenopfer nach Todesursache 1998-2000  
*nach Altersgruppen und Geschlecht*
- Tab. 4.5.1: Personen mit körperlichen Aktivitäten zur Gesunderhaltung 1991 und 1999  
*nach Regionen, Altersgruppen und Geschlecht*
- Tab. 4.6.1: Vorsorgeuntersuchung - Anzahl der untersuchten Personen 1991-2000  
*nach Geschlecht*
- Tab. 4.6.2: Vorsorgeuntersuchung - Anteil der untersuchten Personen 1991-2000  
*nach Geschlecht*



- Tab. 5.1.1: Ausgaben für Gesundheitsvorsorge und -förderung 1996
- Tab. 5.2.1: Vorhaltung und Frequentierung von Kapazitäten sowie Kosten im spitals-ambulanten und niedergelassenen § 2-Kassenbereich nach Fachrichtungen 2000
- Tab. 5.2.2: Vorhaltung und Frequentierung von Kapazitäten sowie Kosten im spitals-ambulanten und niedergelassenen § 2-Kassenbereich nach Fachrichtungen 2000 (jeweils bezogen auf 1.000 Einwohner)
- Tab. 5.2.3: Bodengebundene anerkannte Rettungs- und Krankentransportdienste 2001  
*nach Bezirken*
- Tab. 5.2.4: Bodengebundene anerkannte Rettungs- und Krankentransportdienste 2001 - bezogen auf 1.000 Einwohner  
*nach Bezirken*
- Tab. 5.2.5: Apotheken und Pharmazeuten 2000  
*nach Bezirken*
- Tab. 5.3.1: Stationäre Akutversorgung in Fonds-Krankenanstalten - Ausstattung, Inanspruchnahme und Kosten 2000  
*nach Fachrichtungen*
- Tab. 5.3.2: Rehabilitationseinrichtungen sowie Inanspruchnahme nach Indikationsgruppen 2000  
*nach Bundesländern*
- Tab. 5.3.3: Kapazitäten der stationären Alten- und Langzeitversorgung 1999  
*nach Bezirken*
- Tab. 5.3.4: Kapazitäten der stationären Alten- und Langzeitversorgung 1999 pro 1.000 Einwohner über 64 Jahre  
*nach Bezirken*
- Tab. 5.4.1: Versorgung mit medizinisch-technischen Großgeräten 2001  
*nach Gerätegruppen*
- Tab. 5.6.1: Endkosten der Fonds-Krankenanstalten 1997-2000
- Tab. 5.6.2: Personalkosten der Fondskrankenanstalten 1997-2000
- Tab. 5.6.3: Abgerechnete Beträge der § 2-Kassen für niedergelassene Ärzte 1991-2000
- Tab. 5.6.4: Ausgaben der sozialen Krankenversicherungsträger für Heilmittel und Heilbehelfe-Hilfsmittel 1991-2000
- Tab. 6.1.1: Übersicht - ausgewählte Parameter im Bundesländervergleich im Zeitraum 1991 bis 2000 (indexiert, Österreich = 100)
- Tab. 6.1.2: Übersicht - ausgewählte Parameter im Vergleich zwischen niederösterreichischen Bezirken im Zeitraum 1991 bis 2000 (indexiert, NÖ = 100)

## Kartenanhang

- Karte 2.1.1: Anteil der über 60-jährigen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung 2001
- Karte 2.2.1: Sozialstruktur nach politischen Bezirken
- Karte 2.3.1: Regionalwirtschaftliche Situation nach politischen Bezirken
- Karte 3.1.1: Lebenserwartung 1991 - 2000 nach Bundesländern (männlich)
- Karte 3.1.2: Lebenserwartung 1991 - 2000 nach Bundesländern (weiblich)
- Karte 3.1.3: Mortalität 1991 bis 2000 nach politischen Bezirken (männlich) - Verstorbene pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahre (altersstandardisiert)
- Karte 3.1.4: Mortalität 1991 bis 2000 nach politischen Bezirken (weiblich) - Verstorbene pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahre (altersstandardisiert)
- Karte 3.1.5: Mortalität der unter 65-Jährigen 1991 bis 2000 nach politischen Bezirken (männlich) - Verstorbene pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahre (altersstandardisiert)
- Karte 3.1.6: Mortalität der unter 65-Jährigen 1991 bis 2000 nach politischen Bezirken (weiblich) - Verstorbene pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahre (altersstandardisiert)
- Karte 3.2.1: Krankenhausmorbidity 2000 nach politischen Bezirken (männlich) - stationäre Patienten pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung (exkl. Mehrfachaufnahmen, altersstandardisiert)
- Karte 3.2.2: Krankenhausmorbidity 2000 nach politischen Bezirken (weiblich) - stationäre Patienten pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung (exkl. Mehrfachaufnahmen, altersstandardisiert)
- Karte 3.4.1: Subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes 1999 (männlich)
- Karte 3.4.2: Subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes 1999 (weiblich)
- Karte 4.4.1: Potenziell alkoholassoziierte Sterblichkeit 1998 bis 2000 (männlich)
- Karte 4.4.2: Potenziell alkoholassoziierte Sterblichkeit 1998 bis 2000 (weiblich)
- Karte 5.2.1: Versorgungsdichte mit niedergelassenen Allgemeinmedizinern 2000
- Karte 5.2.2: Versorgungsdichte mit niedergelassenen § 2-Allgemeinmedizinern 2000
- Karte 5.2.3: Versorgungsdichte mit niedergelassenen Fachärzten 2000
- Karte 5.2.4: Versorgungsdichte mit niedergelassenen § 2-Kassen-Fachärzten 2000
- Karte 5.2.5: Versorgungsdichte mit niedergelassenen Zahnmedizinern 2000
- Karte 5.2.6: Versorgungsdichte mit niedergelassenen § 2-Zahnmedizinern 2000
- Karte 5.2.7: Einsatzstellen des Rettungs- und Krankentransportdienstes (RKT) 2000
- Karte 5.3.1: Standorte und Typisierung der Fonds-Krankenanstalten 2000