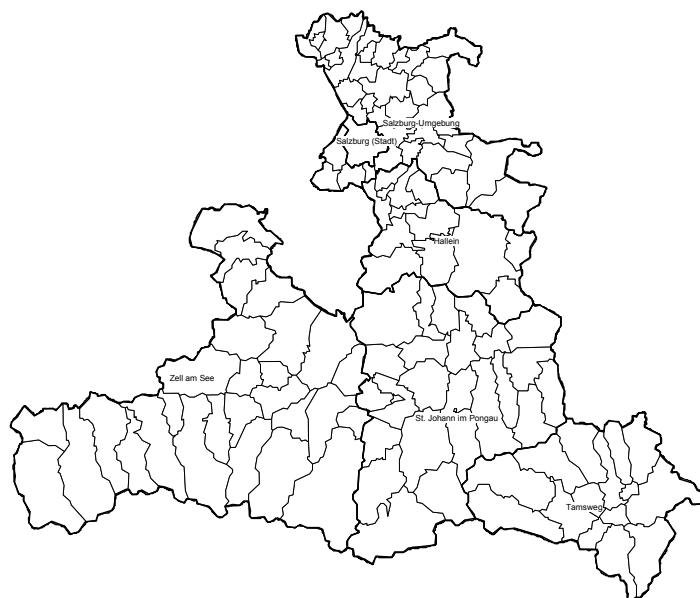




Salzburger Gesundheitsbericht 2002

Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Salzburger Bevölkerung

Inanspruchnahme und Leistungen des Salzburger Gesundheitssystems



Wien, September 2002
Im Auftrag des Amtes der Salzburger Landesregierung

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen



Salzburger Gesundheitsbericht 2002

Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Salzburger Bevölkerung

Inanspruchnahme und Leistungen des Salzburger Gesundheitssystems

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

Projektkoordination
Anton Hlava

Wien, September 2002

Im Auftrag des Amtes der Salzburger Landesregierung
Abteilung 9: Gesundheitswesen und Landesanstalten

ISBN 3-85159-049X

Zl. 42455/2002

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

Eigentümer und Herausgeber: ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) - Für den Inhalt verantwortlich: Sebastian Kux - Redaktion: Karin Kopp - Sekretariat: Natalie Krystl - Umschlaggestaltung und technische Herstellung: Ferenc Schmauder - Alle: A-1010 Wien, Stubenring 6, Telefon (01) 515 61-0, Fax (01) 513 84 72, E-Mail: nachname@oebig.at, www.oebig.at

Vorwort

Wie gesund sind die Salzburger? Gibt es Abweichungen zu den österreichischen Durchschnittswerten? Wo liegen wichtige Handlungsbereiche für die Prävention und Gesundheitsförderung? Allen diesen Fragen wird im vorliegenden Salzburger Gesundheitsbericht nachgegangen. Als Gesundheitsreferentin des Landes freue ich mich über die klare Aufbereitung der Gesundheits- und Krankheitsdaten im Bericht, der damit eine wertvolle Grundlage für die Gesundheitspolitik des Landes bildet. So wird das bestehende Angebot im Vorsorgebereich in den nächsten Jahren anzupassen sein, damit die im Gesundheitsbericht aufgezeigten großen Krankheitsgruppen noch intensiver bekämpft werden können.

Besonders wichtig sind dabei die regionalen Unterschiede, die nun ermöglichen, Prioritäten für die einzelnen Bezirke zu setzen und damit ganz gezielt bestimmte Gesundheitsprobleme zu reduzieren.

Viele Gesundheitsprojekte sind bereits umgesetzt, um zum Beispiel die Zahl der Schlaganfälle, der Herzerkrankungen und Krebs zu senken. Trotzdem bleibt noch viel zu tun und ich werde demnächst gemeinsam mit dem Landesgesundheitsforum, in dem alle Vertreter von Institutionen der Gesundheitsvorsorge zusammenwirken, die nötigen Schwerpunkte setzen.

Im Salzburger Gesundheitsbericht zeigt sich, dass die Bevölkerung ihren eigenen Gesundheitszustand seit dem Beginn der 90er Jahre zunehmend positiver einschätzt. Dies ist mit Sicherheit auch zum Teil auf das steigende Gesundheitsbewußtsein und gesunde Lebens- und Arbeitsbedingungen zurückzuführen.

Bezüglich der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen hat der Bericht festgestellt, dass sich in den letzten Jahren rund 45.000 Salzburgerinnen und Salzburger ab dem Alter von 20 Jahren jährlich einer solchen Untersuchung unterzogen haben. Damit liegt Salzburg leider nur an 5. Stelle im Bundesländervergleich. Es ist schade, dass nicht mehr Menschen die Untersuchungs- und Informationsangebote der bestehenden Einrichtungen genützt haben. In Zukunft wird die Primärprävention, also das Vermeiden des Auftretens einer Krankheit, in der Gesundheitspolitik ganz zentral werden und ich werde mich weiterhin für mehr Finanzmittel auch im Vorsorgebereich einsetzen.

Ich wünsche alles Gute und vor allem Gesundheit für die Zukunft!

LHStv. Mag. Gabi Burgstaller
Gesundheitsreferentin

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Ziele und Zielgruppen des Gesundheitsberichts 2002	1
1.2 Grundlagen und Rahmenbedingungen	1
2. Soziodemographische Faktoren	4
2.1 Bevölkerungsstruktur und -entwicklung	4
2.2 Sozialstruktur	6
2.3 Regionalwirtschaftliche Situation	7
2.4 Zusammenfassung	7
3. Gesundheitszustand	9
3.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit	9
3.2 Morbidität	14
3.3 Behinderungen	20
3.4 Gesundheitliche Selbsteinschätzung	22
3.5 Zusammenfassung	25
4 Gesundheitliche Einflussfaktoren	28
4.1 Somatische Basisdaten	28
4.2 Rauchen	29
4.3 Ernährung	30
4.4 Alkohol und Drogen	31
4.5 Sport und Bewegung	36
4.6 Gesundheitsvorsorge	36
4.7 Umwelt	40
4.8 Zusammenfassung	43
5 Einrichtungen des Gesundheitswesens	46
5.1 Gesundheitsvorsorge und -förderung	46
5.2 Ambulante Versorgung	50
5.3 Stationäre Versorgung	53
5.4 Medizinisch-technische Großgeräte	55
5.5 Öffentlicher Gesundheitsdienst	56
5.6 Gesundheitsausgaben	57
5.7 Zusammenfassung	60
6 Zusammenfassung	63
Literaturverzeichnis	67
Begriffsbestimmungen und Methoden	73
Bemerkungen zur Datenqualität	79
Verzeichnis der Tabellen im Anhang	81
Verzeichnis der Karten im Anhang	85

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1.1: Altersverteilung in Salzburg und in den Bundesländern 2001	5
Abbildung 2.1.2: Altersstruktur in Salzburg und in Österreich im Vergleich zwischen 2001 und 2011	6
Abbildung 3.1.1: „Fernere Lebenserwartung“ im Alter von 60 bzw. 75 Jahren im Bundesland Salzburg nach Geschlecht im Zeitverlauf 1991 - 2000	10
Abbildung 3.1.2: Sterbefälle im Bundesland Salzburg nach Haupttodesursachen und Geschlecht im Zeitraum 1991 - 2000.....	12
Abbildung 3.1.3: Sterblichkeit der unter 75-Jährigen im Bundesland Salzburg nach Haupttodesursachen und Geschlecht im Zeitverlauf 1991 - 2000	13
Abbildung 3.2.1: Krankenhausmorbidity der Salzburger nach Diagnosengruppen 2000.....	16
Abbildung 3.4.1: Gesundheitliche Selbsteinschätzung der Salzburger Bevölkerung 1999 im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung.....	23
Abbildung 3.4.2: Subjektiver Gesundheitszustand nach Bildungsschichten in Salzburg 1999	24
Abbildung 4.2.1: Rauchverhalten (täglicher Zigarettenkonsum) der Salzburger Bevölkerung nach Altersgruppen 1991 und 1999.....	30
Abbildung 4.4.1: Verbreitung problematischen Drogenkonsums in der EU 1996 - 1998	32
Abbildung 4.4.2: Potenziell alkoholassoziierte Sterblichkeit (altersstandardisiert, Kerndiagnosen) im Durchschnitt der Jahre 1998 bis 2000 nach Bundesländern und insgesamt	33
Abbildung 4.4.3: Durch Alkohol verursachte Anteile an Verletzten und Toten in Prozent der im Straßenverkehr Verletzten bzw. Getöteten insgesamt 1998 – 2000	34
Abbildung 4.6.1: Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen in Salzburg und in Österreich 1991 bis 2000.....	40
Abbildung 5.2.1: Öffentliche Apotheken, ärztliche Hausapotheken und Versorgungsdichte in Salzburger Bezirken im Jahr 2000.....	53
Abbildung 5.6.1: Stationäre Endkosten und Personalkosten der Fonds-Krankenanstalten in € im Jahr 2000.....	58
Abbildung 5.6.2: Ambulante Endkosten und Personalkosten der Fonds-Krankenanstalten in € im Jahr 2000.....	59

Abkürzungsverzeichnis

AMS	Arbeitsmarktservice
AN	Anästhesiologie und Intensivmedizin
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
DSA	Digitale Subtraktionsangiographie
ECT	Emissions-Computertomographie
Eurostat	Statistisches Amt der EU in Luxemburg
EU	Europäische Union
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 th Revision)
IM	Innere Medizin
KA	Krankenanstalt
KAG	Krankenanstaltengesetz des Bundes
KCH	Kinderchirurgie
KfV	Kuratorium für Verkehrssicherheit
KHH	Krankenhausthäufigkeit (inkl. Mehrfachaufnahmen)
KHM	Krankenhausmorbidity (exkl. Mehrfachaufnahmen)
KI	Kinder- und Jugendheilkunde
KJNP	Kinder- und Jugendneuropsychiatrie
LAP	Leistungsangebotsplanung
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
LIT	Lithotripsie
LTX	Lebertransplantation
MEL	Medizinische Einzelleistung gemäß LKF
MKC	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
MR	Magnetresonanztomographie
NC	Neurochirurgie
NEO	Neonatologie
NET	Nierenersatztherapie
NEU	Neurologie
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
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
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 Salzburger Gesundheitsbericht 2002 beschreibt die gesundheitliche Lage der Salzburger Landesbürger sowie die wichtigsten Merkmale des Gesundheitsversorgungssystems im Land. Der Bericht wendet sich damit an mehrere **Zielgruppen**, nämlich

- 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. bei der Weiterentwicklung des Salzburger Gesundheitsversorgungssystems bilden.

1.2 Grundlagen und Rahmenbedingungen

Rechtliche Grundlagen

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 Reichssanitätsgesetz (RSG) und der Artikel 10 Bundesverfassungsgesetz (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 Gesundheitsberichterstattung 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 Salzburger 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 B-VG 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, Kraffahrwesen, Bundesstraßenwesen;
- Bergwesen, Forstwesen, Wasserrecht, Wildbachverbauung;
- Luftreinhaltung, Abfallwirtschaft, Veterinärwesen, Ernährungswesen, Nahrungsmittelkontrolle;
- Statistik.

Im Sinne von Art. 11 B-VG:

- Volkswohnungswesen;
- Straßenpolizei;
- Assanierung.

Im Sinne von Art. 12 B-VG:

- Pflanzenschutz;
- Arbeiter- und Angestelltenschutz;
- Armenwesen.

Im Sinne von Art. 15 B-VG:

- Örtliche Sicherheitspolizei (einschließlich Lärmschutz);
- Bauwesen;
- Leichen- und Bestattungswesen;
- Rettungswesen;
- Gemeindegewandheitswesen.

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 Datenbereitsteller 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 im Bundesland Salzburg (gemäß den vorläufigen Volkszählungsergebnissen 2001) rund **518.600 Menschen**, das sind 6,4 Prozent der österreichischen Gesamtbevölkerung. Demnach ist Salzburg - gemessen an der Einwohnerzahl - vor Vorarlberg und dem Burgenland das drittkleinste Bundesland. Die Aufteilung der Bevölkerung nach Geschlechtern ist mit 48 Prozent Männern und 52 Prozent Frauen ausgewogen und entspricht dem österreichischen Bundesdurchschnitt. Auf Bezirksebene weisen die Bezirke Salzburg-Umgebung und Tamsweg mit 49,2 Prozent den höchsten Männeranteil auf und die Stadt Salzburg mit 46,6 Prozent den geringsten. 12,7 Prozent der Einwohner des Bundeslandes Salzburg sind Ausländer, während es österreichweit ca. zehn Prozent sind. Höhere Ausländeranteile weisen nur noch die Bundesländer Wien und Vorarlberg auf. Innerhalb Salzburgs liegt der Ausländeranteil mit 21,5 Prozent nur in der Stadt Salzburg über dem Landesdurchschnitt. Über dem Österreichdurchschnitt liegen die Ausländeranteile in den Bezirken St. Johann im Pongau (12,2 %) und Hallein (11,6 %).

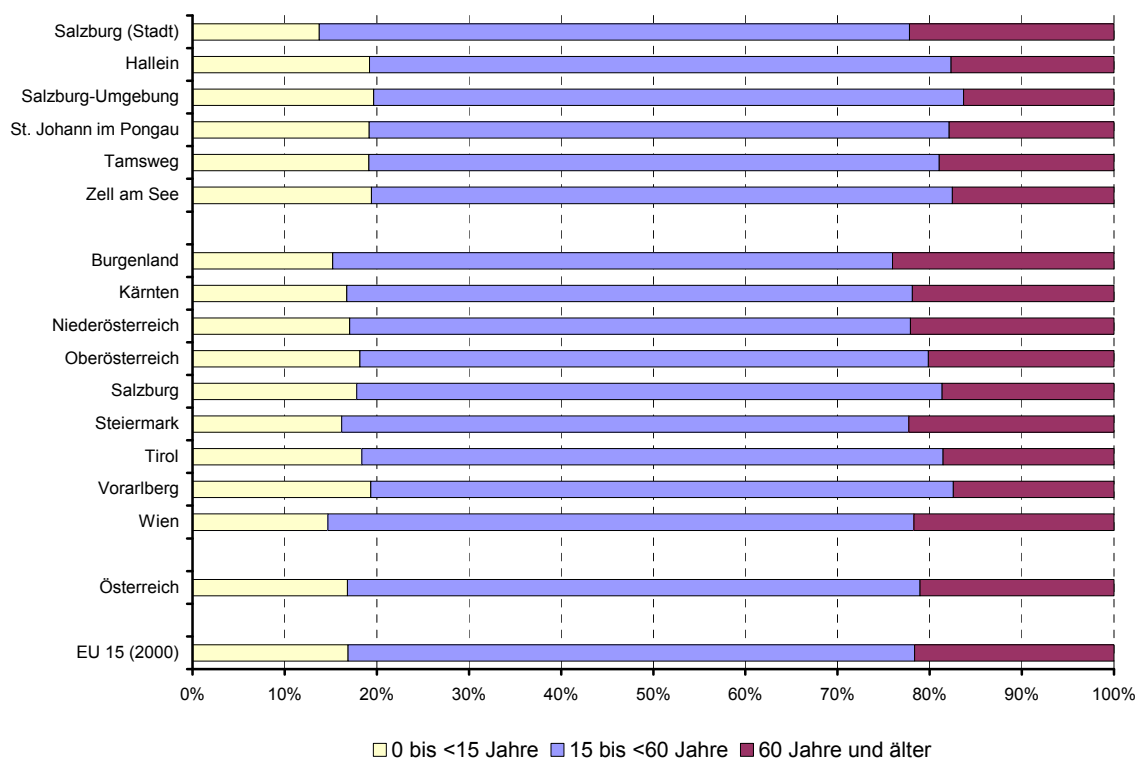
Die **Altersstruktur** der Salzburger Bevölkerung ist im Vergleich zum Bundesdurchschnitt - der in etwa dem EU-Durchschnitt entspricht - durch höhere Anteile jüngerer Menschen geprägt (vgl. nachstehende Abb. 2.1.1). So liegt der Anteil der unter 15-Jährigen mit 17,8 Prozent über dem Österreichwert von 16,8 Prozent, umgekehrt sind 18,6 Prozent der Salzburger 60 Jahre oder älter, während es bundesweit 21 Prozent sind (vgl. Karte 2.1.1 im Kartenanhang). Damit ist Salzburg hinter Vorarlberg und Tirol derzeit das „drittjüngste“ Bundesland. Abgesehen von der Stadt Salzburg - die eine ähnliche Altersstruktur wie die Bundeshauptstadt Wien aufweist - ist in allen Bezirken Salzburgs fast ein Fünftel der Bevölkerung jünger als 15 Jahre. Der Anteil der über 60-Jährigen ist in der Stadt Salzburg mit 22,1 Prozent am höchsten, gefolgt vom Bezirk Tamsweg mit 18,9 Prozent. Der Bezirk Salzburg-Umgebung weist mit 16,3 Prozent den geringsten Seniorenanteil auf (vgl. Abb. 2.1.1 sowie Tab. 2.1.1 im Tabellenanhang).

Seit dem Jahr 1991 ist die Einwohnerzahl in Salzburg um 36.200 Personen oder 7,5 Prozent gestiegen (um 4,5 %-Punkte stärker als die Einwohnerzahl in Österreich insgesamt). Salzburg verzeichnete damit im Bundesländervergleich das höchste **Bevölkerungswachstum** gefolgt von Tirol (+ 6,9 %) und Vorarlberg (+ 6,1 %). Die Zahl der Männer (+ 7,9 %) hat in den 1990er Jahren etwas stärker zugenommen als jene der Frauen (+ 7,1 %), was dem österreichweiten Trend entspricht. Die natürliche Bevölkerungsbewegung (Geburtenbilanz) verursachte in Salzburg mit plus vier Prozent einen deutlich stärkeren Anstieg der Einwohnerzahl als österreichweit (+ 0,9 %), ebenso lag das durch Wanderungen (Wanderungsbilanz) ausgelöste Bevölkerungswachstum mit plus 3,5 Prozent über dem Bundesdurchschnitt (+ 2,6 %). Am stärksten wuchs die Bevölkerung im Bezirk Salzburg-Umgebung (+ 14,6 %), gefolgt von den Bezirken Zell am See und St. Johann im Pongau. Die geringste Einwohnerzunahme verzeichnete die Stadt Salzburg mit 0,6 Prozent (vgl. Tab. 2.1.2 im Tabellenanhang).

Der **Anteil älterer Personen** stieg in Salzburg etwas stärker als in Österreich insgesamt, wodurch sich die Altersstruktur Salzburgs in den 1990er Jahren an jene Gesamtösterreichs angenähert hat. Während die Zahl der unter 15-Jährigen in Salzburg noch um 1,3 Prozent zunahm und im Bundesdurchschnitt stagnierte, trugen die Entwicklungen in den Altersklassen ab 30 Jahre zu einer deutlichen Verschiebung der Bevölkerungsstruktur hin zu den Gruppen höheren Alters bei (vgl. Tab. 2.1.2).

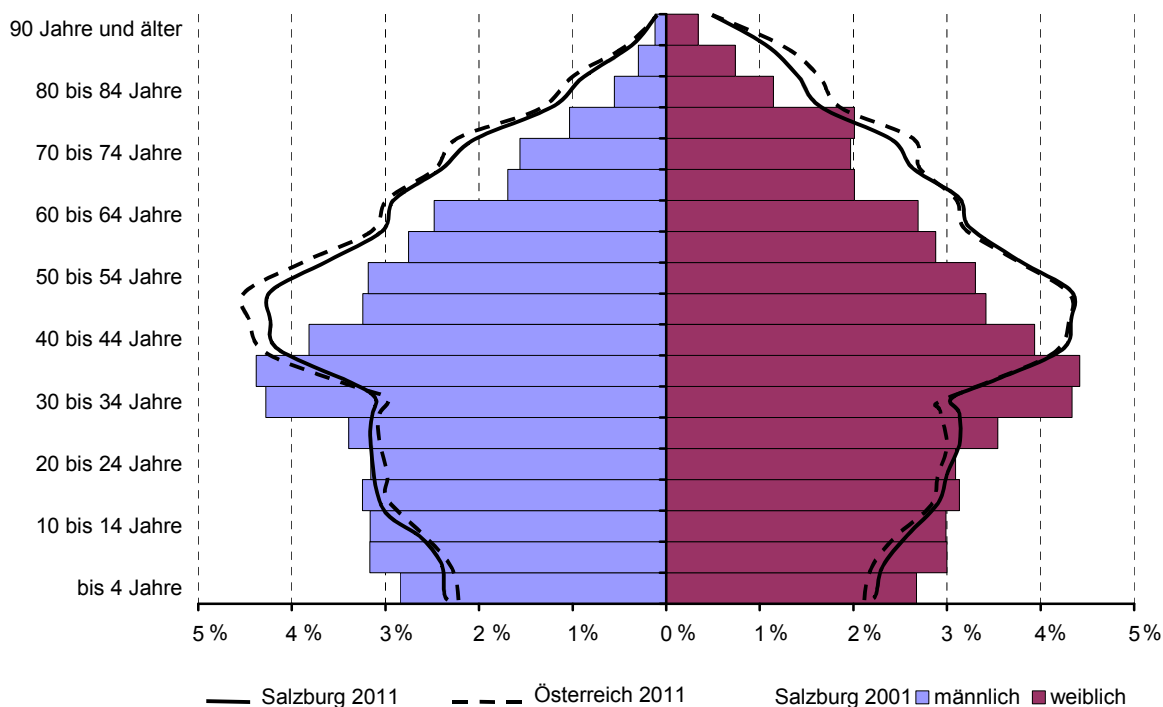
Die **Geburtenziffer** (Lebendgeborene pro 1.000 Einwohner) ist in Salzburg - wie in Österreich insgesamt (Statistik Austria) und in den meisten 15 EU-Staaten - im Laufe der 1990er Jahre gesunken. Im Jahr 2000 wiesen innerhalb der EU nur noch Deutschland, Griechenland und Italien geringere Geburtenziffern als Österreich auf. In diesem Jahr lag die Geburtenziffer in Salzburg bei 10,5 (1991: 13,2) und entsprach damit dem EU-Durchschnitt. Österreich lag mit 9,7 (1991: 12,1) unter diesem Wert.

Abbildung 2.1.1: Altersverteilung in Salzburg und in den Bundesländern 2001



Quellen: Statistik Austria - Volkszählung 2001; Eurostat

Abb. 2.1.2: Altersstruktur in Salzburg und in Österreich im Vergleich zwischen 2001 und 2011*)



*) laut Bevölkerungsvorausschätzung von SPITALSKY

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

Gemäß der am ÖBIG verwendeten **Bevölkerungsprognose** (regionalisierte Bevölkerungsprognose nach SPITALSKY 1999) wird sich bis zum Jahr 2011 der Alterungsprozess in Österreich und in Salzburg fortsetzen, wobei bundesweit ein Bevölkerungsrückgang von 0,3 Prozent prognostiziert wird, für Salzburg jedoch ein Anstieg um 1,8 Prozent. Salzburg wird sich in diesem Zeitraum an die österreichweite Altersstruktur weiter annähern, aber im Jahr 2011 noch immer eine etwas jüngere Bevölkerung als Österreich insgesamt aufweisen (vgl. Abb. 2.1.2.). Der Anteil der 75- und über 75-Jährigen ist in Salzburg zwischen 1991 und 2001 um 0,8 Prozentpunkte auf 6,2 Prozent gestiegen. Gemäß Prognose wird bis zum Jahr 2011 dieser Anteil um weitere 1,2 Prozentpunkte auf 7,4 Prozent anwachsen.

2.2 Sozialstruktur

Zahlreiche Untersuchungen (vgl. z. B. Doblhammer-Reiter 1995/1996, Forum Public Health 2001, ÖBIG 1999) 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 sozioökonomische 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 diesbezüglichen 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 das Bundesland Salzburg mit 104 Prozent des Österreichwertes hinter Wien an **zweitbesten** Stelle. Eine besonders günstige Sozialstruktur (mit überdurchschnittlichem Einkommen, guter Wohnsituation und zum Teil auch überdurchschnittlichem Ausbildungsniveau) ergibt sich für die Stadt Salzburg (137 %) und Salzburg-Umgebung (104 %), während die Bezirke Tamsweg, Zell am See und St. Johann im Pongau unter 86 Prozent des Bundesdurchschnitts bleiben (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 ist die regionalwirtschaftliche Situation im Land Salzburg mit 119 Prozent des Österreichwertes im Bundesländervergleich das **beste Bundesland** gefolgt von Oberösterreich, Wien und Tirol. Auf eine überdurchschnittliche gute Wirtschaftssituation lässt der Indikatorenwert im Großraum Salzburg (Bezirke Salzburg-Stadt und Salzburg-Umgebung) sowie in den Bezirken Hallein und St. Johann im Pongau schließen, während er für die Bezirke Zell am See und Tamsweg eine leicht unterdurchschnittliche Wirtschaftsperformance anzeigt (vgl. Tab. 2.3.1 und Karte 2.3.1 im Kartenanhang).

2.4 Zusammenfassung

Insgesamt zeigt sich, dass das Land Salzburg hinsichtlich seiner Sozialstruktur und Wirtschaftssituation im Bundesländervergleich eine Spitzenposition einnimmt. Die Bevölkerungsstruktur ist von einem höheren Anteil jüngerer Menschen und einem niedrigeren Anteil älterer Personen als österreichweit geprägt. Die Entwicklung in den 1990er Jahren zeigt jedoch, dass sich die Altersstruktur Salzburgs jener Österreichs angenähert hat. Zwischen 1991 und 2001 verzeichnete Salzburg im Bundesländervergleich den stärksten Einwohnerzuwachs. Die Geburtenziffer ist seit 1991 rückläufig. Sie entsprach im Jahr 2000 dem EU-Durchschnitt und lag damit über dem Österreichwert.

Differenziert nach Bezirken nimmt die **Stadt Salzburg** als urbaner Kern des prosperierenden Großraumes Salzburg eine Sonderposition ein, die sich in einer vergleichsweise sehr guten Wirtschafts- und Sozialstruktur, aber auch in einer nahezu stagnierenden Bevölkerungsentwicklung manifestiert. Die Altersstruktur der Stadt Salzburgs ist geprägt von einem überdurchschnittlichen Anteil älterer Personen und entspricht in etwa jener der Bundeshauptstadt Wien. Der Bezirk **Salzburg-Umgebung** ist durch eine überdurchschnittlich gute Wirtschaftssituation und Sozialstruktur gekennzeichnet, der Seniorenanteil ist vergleichsweise gering, der Bevölkerungszuwachs stark überdurchschnittlich. In den Bezirken **Hallein** und **St. Johann im Pongau** liegt der Anteil älterer Personen knapp unter dem Landesdurchschnitt, das Bevölkerungswachstum knapp darüber. Die wirtschaftliche Situation ist in beiden Bezirken überdurchschnittlich gut. Bei der Sozialstruktur weist der Indikatorenwert in Hallein auf eine etwas ungünstigere Sozialstruktur als landesweit hin, in St. Johann auf eine deutlich ungünstigere. In den Bezirken **Zell am See** und **Tamsweg** zeigen sowohl bei der Sozialstruktur als auch bei der Wirtschaftssituation die Indikatoren unterdurchschnittliche Werte und damit eine vergleichsweise ungünstigere Situation an. Während die demographische Entwicklung im Bezirk Zell am See - sowohl in Bezug auf die Bevölkerungsentwicklung zwischen 1991 und 2001 als auch in Bezug auf den Seniorenanteil - deutlich besser ist als landesweit, weist der Bezirk Tamsweg von allen Salzburger Bezirken die schwächste Bevölkerungsentwicklung und den höchsten Seniorenanteil auf.

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 im Bundesland Salzburg im Zeitraum 1991 bis 2000 von rund 74,1 auf rund 75,8 Lebensjahre bei den Männern und von 79,5 auf 81 Jahre bei den Frauen **angestiegen**. Die Lebenserwartung der **Männer** lag damit in Salzburg zu Beginn des Vergleichszeitraums signifikant um bis zu fast zwei Jahre über dem Bundesdurchschnitt (vgl. Karte 3.1.1 im Kartenanhang und Tab. 3.1.1 im Tabellenanhang), in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre allerdings sank der Vorteil im Vergleich zu Österreich auf durchschnittlich 0,8 Jahre. Auch bei den **Frauen** lag die Lebenserwartung während des gesamten Beobachtungszeitraums deutlich über dem Bundesdurchschnitt, und zwar im Durchschnitt um etwa ein halbes Jahr (vgl. Karte 3.1.2 und Tab. 3.1.1). Salzburg zählt also insgesamt - wenngleich nicht so deutlich wie die anderen westlichen Bundesländer - zu den Regionen mit **überdurchschnittlicher Lebenserwartung**.

„Fernere Lebenserwartung“

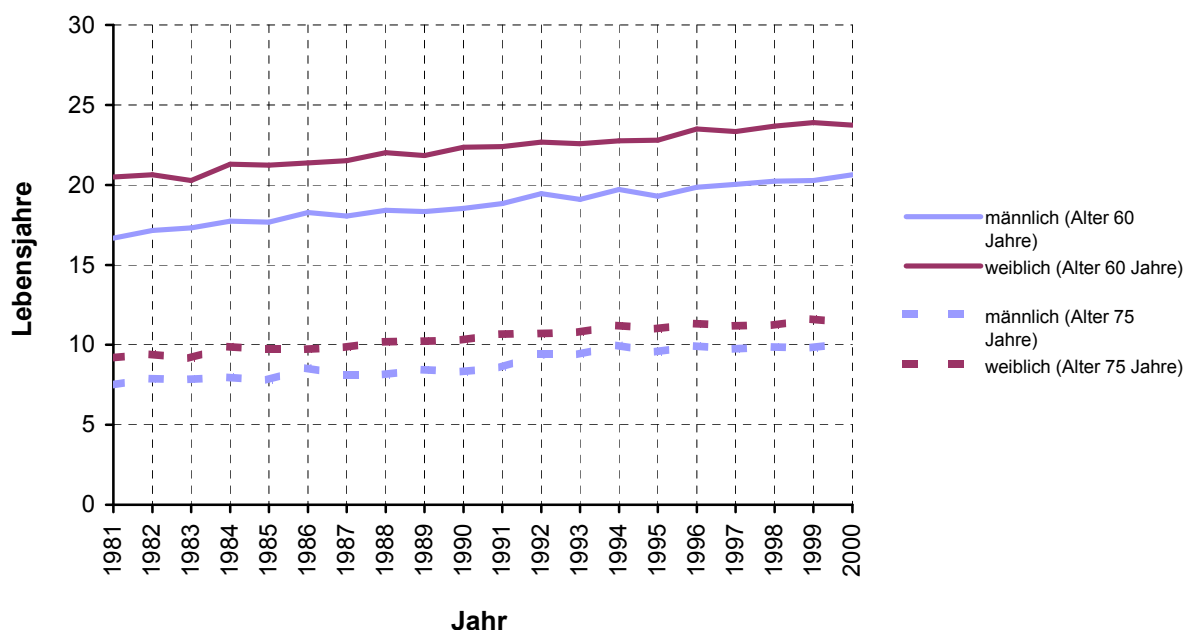
Der Zugewinn an Lebenserwartung zwischen 1991 und 2000 von etwa 1,6 Jahren bei Männern und Frauen ist zu einem hohen Anteil auf die Reduktion der Sterblichkeit von älteren Menschen zurückzuführen. Nach dem Konzept der „fernere Lebenserwartung“ konnte ein 60-jähriger Salzburger 1991 mit etwa 18,8 weiteren Lebensjahren rechnen, im Jahr 2000 hingegen bereits mit fast 20,5 Jahren - das entspricht einem **Zuwachs** von knapp zwei Jahren. Für eine 60-jährige Salzburgerin stieg die Zahl der statistisch erwartbaren weiteren Lebensjahre im selben Zeitraum von etwa 22,4 auf über 23,7 Jahre, also um etwa 1,3 Jahre (vgl. 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 1,5 Jahre bei Männern und um 0,7 Jahre bei Frauen (vgl. nachstehende Abb. 3.1.1).

„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 Salzburger 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 68,4 auf 69,4 Jahre **angestiegen** ist - also um ein Jahr. Auch bei den Frauen ist diese erwartbare behinderungsfreie Lebensspanne um ein Jahr angestiegen, und zwar von 72,1 Jahren auf 73,1 Jahre, vgl. Tab. 3.1.3 im Tabellenanhang). Etwa zwei Drittel der zusätzlich erwartbaren Lebensjahre (ab der Geburt) bei den Männern und die Hälfte bei den Frauen müssen somit mit erheblichen Behinderungen verbracht werden.

Dies bedeutet, dass die älteren Salzburger mit insgesamt über sechs Lebensjahren und die älteren Salzburgerinnen 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 bei Männern und Frauen in den letzten zehn Jahren um etwa ein halbes Jahr **verlängert**. Wenn sich dieser Trend in den nächsten Jahren ungebrochen fortsetzt, dann werden sich die Anforderungen an die stationäre Alten- und Langzeitversorgung (Pflegeheime), an die geriatrische Versorgung in Akutkrankenanstalten und in Rehabilitationseinrichtungen sowie an die mobilen Dienste (Hauskrankenpflege, Heimhilfe, etc.) weiter erhöhen.

Abbildung 3.1.1: „Fernere Lebenserwartung“ im Alter von 60 und 75 Jahren im Bundesland Salzburg nach Geschlecht im Zeitverlauf 1991-2000



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

Säuglingssterblichkeit

Die **Säuglingssterblichkeit** (im 1. Lebensjahr Verstorbene pro 1.000 Lebendgeborene) wird häufig als Kenngröße für das Gesundheitsniveau in einer Region (insbesondere der Mütter), aber auch für die Qualität der neonatologischen Versorgung herangezogen. Seit den 1960er Jahren lag die Säuglingssterblichkeit in Salzburg mit wenigen Ausnahmen (1995 und 1997) stets leicht unter dem bundesweiten Durchschnitt (vgl. Tab. 3.1.4 im Tabellenanhang). Nach dem rasanten Rückgang der Säuglingssterblichkeit vor 1990 sank die Kenngröße im Laufe der 1990er Jahre in Salzburg - wie auch in den anderen Bundesländern - weiterhin leicht ab und erreichte 1999 mit 2,7 den Tiefstwert. Damit war die Säuglingssterblichkeit, wie schon in den Jahren 1991 und 1992, am geringsten von allen Bundesländern. Zu Ende der 1990er Jahre lag die Säuglingssterblichkeit nur mehr bei einem Drittel des Wertes im Jahr 1990 und deutlich sowohl unter dem Österreich- als auch unter dem EU-Durchschnitt. Diese relativ tiefen Werte weisen für Salzburg eine **günstige Situation** in Bezug auf die Säuglingssterblichkeit aus.

Ähnlich stellt sich die Situation in Bezug auf die **neonatale Säuglingssterblichkeit** (im 1. Lebensmonat Verstorbene pro 1.000 Lebendgeborene) dar. Diese lag ebenfalls im gesamten Beobachtungszeitraum unter dem Durchschnitt des Bundes - mit Ausnahme der Jahre 1995 und 1997. Besonders deutlich war der Unterschied 1980, zu Beginn der 1990er Jahre sowie 1999 mit Unterschieden von 1,9 im Jahr 1980 und 1,1 im Jahr 1999 (vgl. Tab. 3.1.5). Zuletzt wurden in Salzburg nur 1,8 im ersten Lebensmonat Verstorbene (pro 1.000 Lebendgeborene) gezählt, während der Wert für Österreich bei 2,9 lag.

Sterblichkeit und „vorzeitige Sterblichkeit“

Die Sterblichkeit (Mortalität) wird aus der Relation zwischen der Anzahl an 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 die Berechnung dieses Indikators häufig auf die **unter 75- oder unter 65-Jährigen** eingeschränkt.

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 Salzburg, sondern wiederholt auch auf die („vorzeitige“) Sterblichkeit der unter 75- und unter 65-Jährigen Bezug genommen.

Sterblichkeit in Salzburg im regionalen Vergleich

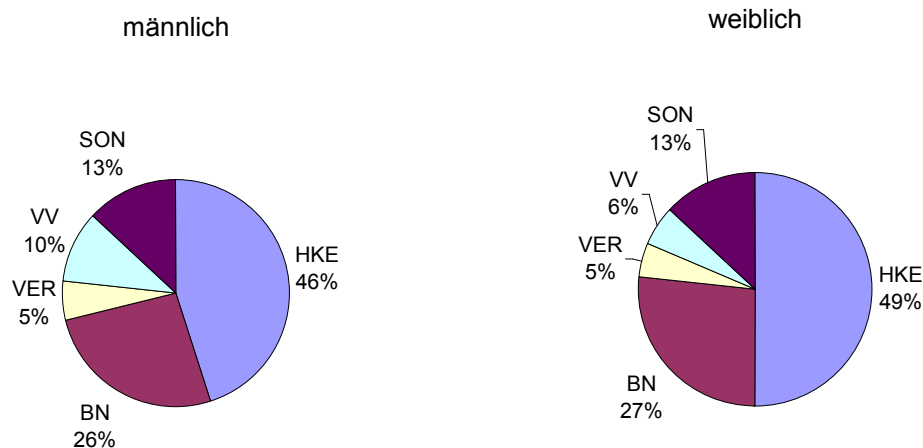
Im Bundesland Salzburg versterben jährlich rund **2.000 männliche** und rund **2.200 weibliche** Personen. Die **Sterblichkeit** in Salzburg ist - spiegelbildlich zur vergleichsweise hohen Lebenserwartung - im Vergleich zu anderen Bundesländern **niedrig**. Dies wurde auch von Statistik Austria in diversen Publikationen, etwa im „Todesursachenatlas“, festgehalten (vgl. Statistik Austria 1998, S. 85 ff.). Die Gesamtsterblichkeit der Salzburger Männer lag im Zeitraum 1991 bis 2000 in allen Bezirken mit Ausnahme von Tamsweg signifikant unter dem bundesweiten Durchschnitt (vgl. Karte 3.1.3 im Kartenanhang). Bei Frauen ist die Situation etwas anders: Hier zeigt sich zwar in den Bezirken Salzburg-Stadt und Salzburg-Umgebung eine im bundesweiten Vergleich signifikant niedrigere Mortalität (vgl. Karte 3.1.4 im Kartenanhang), im Bezirk Tamsweg liegt die Sterblichkeit jedoch geringfügig über dem Bundesdurchschnitt (vgl. Tab. 3.1.6).

Haupttodesursachen

Bei beiden Geschlechtern werden als **häufigste** Todesursachen **Herz-/Kreislauf-** sowie **Krebserkrankungen** angegeben, wobei bei den Frauen weit mehr als die Hälfte der Todesfälle durch Herz-/Kreislaufkrankungen (inkl. Hirngefäßerkrankungen wie z. B.: Schlaganfälle) verursacht werden, bei den Männern hingegen nur rund 46 Prozent (vgl. nachstehende Abb. 3.1.2). Bei beiden Geschlechtern ist rund ein Viertel der Todesfälle auf Krebserkrankungen zurückzuführen.

Bei den Männern spielen **gewaltsame** Todesursachen (Unfälle, Verletzungen und Vergiftungen) mit einem Zehntel aller Todesfälle in Salzburg eine weit wichtigere Rolle als bei den Frauen (rund 6 %). Etwa fünf Prozent aller Todesfälle sind auf Verdauungserkrankungen (hier werden insbesondere Lebererkrankungen subsumiert) zurückzuführen, rund 13 Prozent auf die Restkategorie der „sonstigen Erkrankungen“.

Abbildung 3.1.2: Sterbefälle im Bundesland Salzburg 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

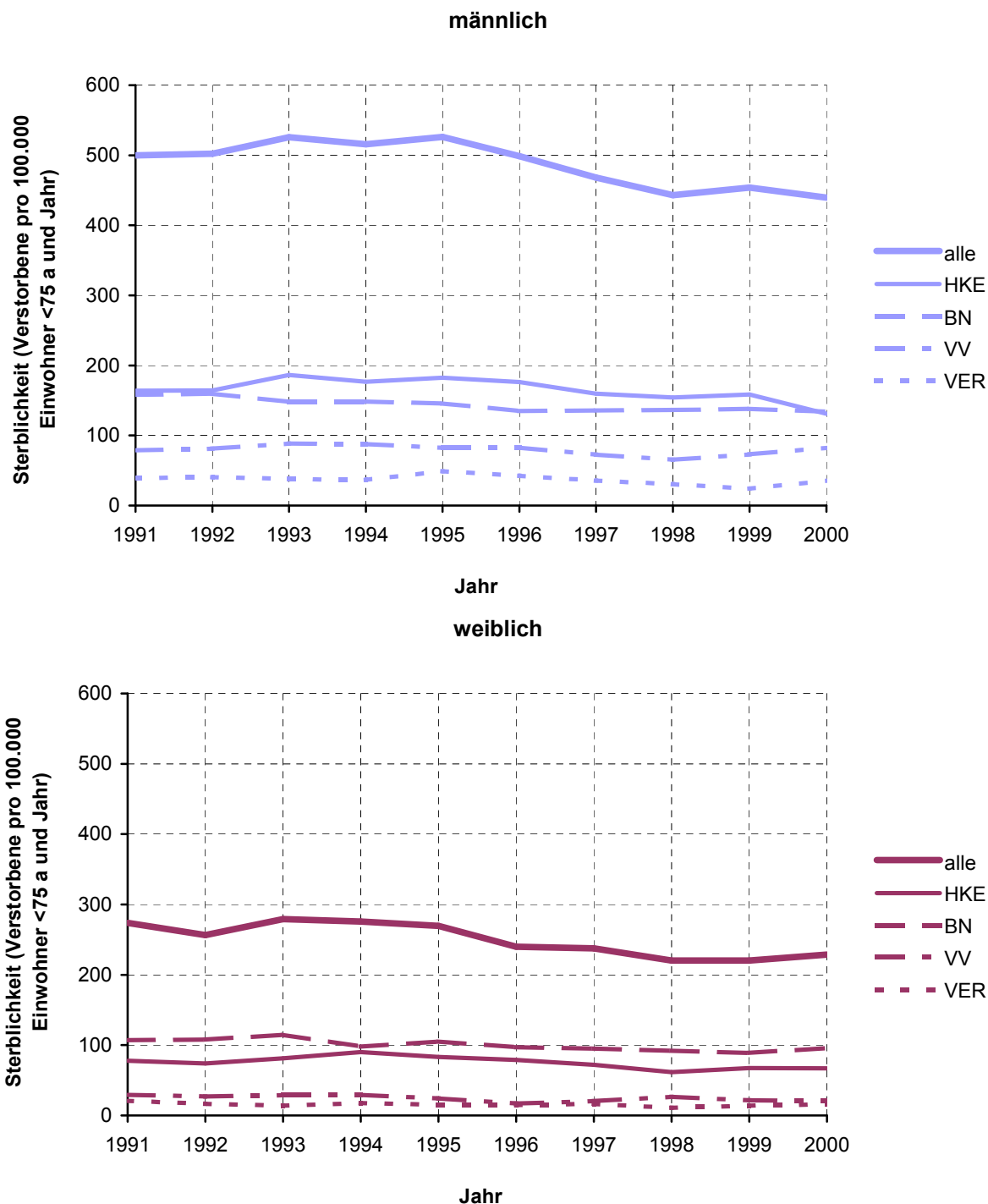
Sterblichkeit nach Haupttodesursachen im Zeitverlauf 1991-2000

Analog zur steigenden Lebenserwartung ist die **Sterblichkeit** der Salzburger Bevölkerung in den letzten zehn Jahren bei beiden Geschlechtern kontinuierlich **gesunken**. Auch in der („vorzeitigen“) Mortalität der unter 75-Jährigen zeigt sich bei beiden Geschlechtern ein rückläufiger Trend, der sich bei den Männern in den letzten fünf Jahren tendenziell noch beschleunigt hat (vgl. Abb. 3.1.3).

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** (gefolgt von den Herz-/Kreislauferkrankungen) im Vordergrund (vgl. Abb. 3.1.3). Gewaltsame Todesursachen spielen auch bei den unter 75-jährigen Männern eine wesentliche Rolle, bei den Frauen hingegen kaum. Die Suizidrate ist bei den Salzburger Männern im Vergleich zu Österreich signifikant über dem Durchschnitt. Erkrankungen der Verdauungsorgane sind in dieser Altersgruppe bei beiden Geschlechtern als Todesursache von untergeordneter Bedeutung.

Die Sterblichkeit der unter 75-Jährigen ist bei den **Männern** stärker rückläufig als bei den Frauen. Sie ist vor allem auf die **Reduktion** der Sterbefälle aufgrund von **Herz-/ Kreislauferkrankungen** sowie von **Krebserkrankungen** zurückzuführen. Die Sterblichkeit aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen ist im Verlauf der 1990er Jahre allerdings nahezu gleich geblieben. Bei den **Frauen** zeigt sich ein ähnliches Bild, wobei sich die Sterblichkeit aufgrund von Herz-/Kreislauferkrankungen und Krebserkrankungen - nach einem leichten Anstieg in der ersten Hälfte der 1990er Jahre - erst in den letzten fünf Jahren **rückläufig** entwickelt hat (vgl. Abb. 3.1.3).

Abbildung 3.1.3: Sterblichkeit der unter 75-Jährigen im Bundesland Salzburg nach Hauptdesursachen 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

Diese - insgesamt sehr positiven - Trends dürften einerseits mit den Fortschritten der Medizin, andererseits aber auch mit der Verbesserung der Lebensbedingungen (steigender Wohlstand, verbesserte Wohnbedingungen, etc.) sowie der gesundheitlichen Verhaltensweisen (gesteigertes Gesundheitsbewusstsein durch höheres Informationsniveau der Bevölkerung, mehr Sport und Bewegung, gesündere Ernährung, Teilnahme an Vorsorgeprogrammen, etc.) in Zusammenhang stehen.

„Problemregionen“

Wenngleich die gesundheitliche Situation der Salzburger Bevölkerung aufgrund der Parameter „Lebenserwartung“ und „Sterblichkeit“ als vergleichsweise sehr günstig einzuschätzen ist, treten bei der detaillierten Analyse der Mortalität nach Todesursachengruppen und einzelnen Bezirken doch **Auffälligkeiten** zu Tage, die einer näheren Untersuchung bedürften.

Am auffälligsten ist nach dieser Analyse die Tatsache, dass die **Sterblichkeit der Männer aufgrund von Unfällen, Verletzungen und Vergiftungen in den drei südlichen Bezirken** (St. Johann i. Pongau, Tamsweg, Zell/See) des Landesgebietes **deutlich erhöht** ist, und zwar sowohl gegenüber dem Bundes- als auch gegenüber dem Landesdurchschnitt (vgl. Tab. 3.1.6 im Tabellenanhang). Im Bezirk Zell/See liegt die Sterblichkeit aufgrund dieser Todesursache um 40 Prozent (und damit signifikant) über dem Bundesdurchschnitt. Eine eher ungünstige Situation in Bezug auf die Sterblichkeit zeichnet sich weiters in folgenden Bereichen ab (vgl. Tab. 3.1.6 bis 3.1.8 im Tabellenanhang):

- Gesamtsterblichkeit der Männer im Bezirk Tamsweg;
- Gesamtsterblichkeit der Frauen in den Bezirken Tamsweg und Zell/See (geringfügig signifikant);
- Sterblichkeit der Frauen an Herz-/Kreislaufkrankungen in den Bezirken Hallein (geringfügig signifikant), Tamsweg und Zell/See (signifikant);
- Sterblichkeit der Männer und Frauen an Krebs in der Stadt Salzburg (jeweils geringfügig signifikant);
- Sterblichkeit der Männer und Frauen an Verdauungserkrankungen in der Stadt Salzburg (jeweils geringfügig signifikant);
- Gesamtsterblichkeit der unter 75-jährigen Frauen in der Stadt Salzburg.

In einigen Fällen zeigen sich hier Parallelen zu den sozioökonomisch vergleichsweise schlechter gestellten Gebieten im Süden des Bundeslandes Salzburg, andererseits scheint sich die sozioökonomisch sehr günstige Situation in der Stadt Salzburg wenig positiv auf die Gesundheit der Bevölkerung auszuwirken. Eine vertiefende Ursachenforschung in Bezug auf die regionalen Unterschiede der Sterblichkeit und auf die Zusammenhänge mit der sozioökonomischen Situation der jeweiligen Bezirksbevölkerung erscheint hier angezeigt.

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, ist bei der Interpretation regional vergleichender Auswertungen von **Daten** zur **Morbidität** (dazu zählen insbesondere die Krebsstatistik sowie die Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten, nachfolgend als „DLD“ bezeichnet) **Vorsicht** geboten, da es hier aufgrund mangelnder Vollständigkeit oder aufgrund anderer Faktoren zu **Verzerrungen** bei regionalen oder zeitlichen Vergleichen kommen kann. 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 oder durch regionalwirtschaftliche Faktoren) beeinflusst wird.

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 der „subakuten“ Morbidität auf Survey-Daten, die über eine Stichprobenbefragung der Bevölkerung erhoben werden, zurückgegriffen. 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 schwer ist.

Krankenhausmorbidität („stationäre Morbidität“)

Im Jahr 2000 wurden Salzburger Landesbürger insgesamt rund 140.000 Mal stationär in einem Krankenhaus in Österreich aufgenommen. Diese 140.000 „stationären Fälle“ beinhalten auch die während des Jahres 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 140.000 „stationären Fälle“ von rund 110.000 Personen („stationären Patienten“) „erzeugt“ werden. Im Durchschnitt werden also **von zehn** Salzburger Landesbürgern pro Jahr **zwei stationär** in Krankenhauspflege aufgenommen. Salzburg liegt damit etwa im **bundesweiten Durchschnitt**.

Die 110.000 stationären Salzburger Patienten aus dem Jahr 2000 wurden fast ausschließlich auch in Salzburger Krankenanstalten versorgt, nämlich zu mehr als 93 Prozent. Der Großteil der außerhalb von Salzburg übernommenen Behandlungen entfiel auf die Nachbarbundesländer Oberösterreich und Tirol: rund 2,6 Prozent der Salzburger Patienten wurden in oberösterreichischen und 2,1 Prozent in Tiroler Krankenanstalten aufgenommen. Das weist auf den hohen Grad der **Eigenständigkeit** Salzburgs in der Krankenhausversorgung hin, der wohl auch mit der topographischen Situation des Bundeslandes zu erklären ist. Neben der Versorgung der eigenen Landesbürger übernahmen die Salzburger Krankenanstalten auch die Versorgung von knapp 30.000 **Gastpatienten** aus dem In- und Ausland.

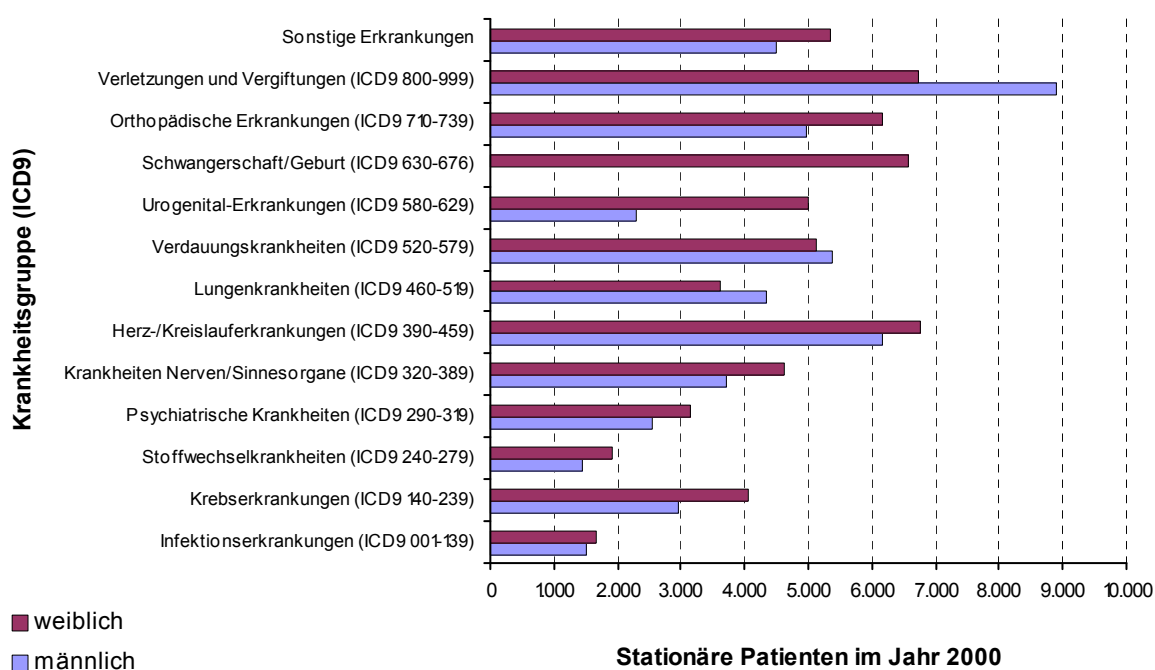
Die **Krankenhaushäufigkeit** (KHH, gemessen in Krankenhausaufnahmen pro 100.000 Einwohner, ohne Mehrfachaufnahmen) lag in Salzburg nur marginal über dem Bundesschnitt (vgl. Tab. 3.2.1 im Tabellenanhang). Nach Hauptdiagnosen differenziert fällt allerdings eine um 20 bis 30 Prozent überdurchschnittliche KHH bei psychiatrischen Krankheiten und bei Verletzungen und Vergiftungen auf, sowohl bei Männern als auch bei Frauen.

Die Krankenhaushäufigkeit unterliegt im Bundesland Salzburg besonderen **regionalen Schwankungen**. Während die KHH im Großraum Salzburg-Stadt und im Bezirk Hallein vergleichsweise sehr niedrig ist, liegt sie im Pinzgau, im Pongau und im Lungau sehr hoch, nämlich um bis zu 20 Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Dies gilt wiederum gleichermaßen für beide Geschlechter (vgl. Karte 3.2.1 und 3.2.2 sowie Tab. 3.2.1). Die detaillierte Analyse nach Bezirken und Hauptdiagnosen zeigt, dass diese Situation im Süden Salzburgs vor allem durch die hohe KHH in Bezug auf orthopädische und vor allem unfallchirurgische Indikationen verursacht wird, bei den Frauen kommt noch eine überdurchschnittliche KHH im Zusammenhang mit gynäkologisch-geburtshilflichen Interventionen hinzu. Diese Feststellung bestätigt indirekt den Befund aus der Todesursachenstatistik hinsichtlich der hohen Sterb-

lichkeit (vor allem der Männer) aufgrund von Unfällen, Verletzungen und Vergiftungen. Eine genauere Analyse dieses Phänomens erscheint im Hinblick auf die gezielte Prävention von Unfällen (vor allem der Männer) in dieser Region sinnvoll.

Die **zeitliche Entwicklung** in der Krankenhausmorbidity der Salzburger Landesbürger ist von zwei Phänomenen gekennzeichnet, die den österreich- und europaweit beobachteten Trends entsprechen: Einerseits stieg die Zahl der stationären Fälle bzw. Patienten kontinuierlich an (von etwa 112.000 Fällen im Jahr 1991 auf knapp 140.000 im Jahr 2000 bzw. von etwa 78.000 Patienten im Jahr 1991 auf knapp 90.000 im Jahr 2000) - das entspricht einem Zuwachs an Fällen von 25 Prozent und an Patienten von 15 Prozent -, andererseits sank die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus um etwa ein Fünftel (von rund 9,2 Tagen pro Aufenthalt im Jahr 1991 auf rund 7,2 Tage pro Aufenthalt im Jahr 2000).

Abbildung 3.2.1: Krankenhausmorbidity der Salzburger nach Diagnosegruppen 2000



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

Die mit Abstand häufigsten **Ursachen** für eine **Krankenhausaufnahme** in Salzburg sind Verletzungen und Vergiftungen von männlichen Personen (fast 9.000 Patienten im Jahr 2000), gefolgt von Herz-/Kreislauferkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen sowie Schwangerschaftsindikationen bei den Frauen (6.600 bis 6.800 Patientinnen). Jeweils etwa 6.200 Krankenhausaufenthalte waren aufgrund von Herz-/Kreislauferkrankungen bei Männern und orthopädischen Erkrankungen bei Frauen erforderlich (vgl. Abb. 3.2.1). Die **Wahrscheinlichkeit** einer Krankenhausaufnahme **steigt** bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem **Alter** in den meisten Krankheitsgruppen kontinuierlich an. Eine Ausnahme bilden die Infektionskrankheiten, die in der Altersgruppe der bis 14-Jährigen überwiegen, und die Lungenerkrankungen, die bei Kindern am zweithäufigsten auftreten (nach den über 75-jährigen Männern und Frauen). Außerdem ist bei den psychiatrischen Krankheiten die Gruppe der 45- bis 59-Jährigen bei beiden Geschlechtern stärker betroffen als die der 60- bis 74-Jährigen. Die höhere Betroffenheit mit zunehmendem Alter ist bei den Herz-/Kreislauferkrankungen besonders stark ausgeprägt (vgl. Tab. 3.2.1, 2. Seite, Rubrik „Salzburg“).

Herz-/Kreislaufkrankungen

An Herz-/Kreislaufkrankungen (darunter auch Hirngefäßerkrankungen, insbesondere Schlaganfälle) **sterben** in Salzburg, gemäß Todesursachenstatistik, jährlich rund **2.000** Personen, davon rund 300 an akutem Herzinfarkt, rund 430 an anderen ischämischen Herzerkrankungen und rund 660 an Schlaganfällen. Diese Erkrankungsgruppe ist damit die häufigste Todesursache und einer der häufigsten Gründe für eine Aufnahme im Spital. Rund **13.000** Salzburger leiden an einer solchen Erkrankung in einem Schweregrad, der zumindest ein Mal pro Jahr eine **Krankenhausbehandlung** erfordert.

Die „**ambulante Morbidität**“ hinsichtlich der für diese Krankheiten typischen gesundheitlichen Beschwerden, die aber nicht unbedingt zu einer Krankenhausaufnahme oder gar zum Tod führen, kann anhand der Ergebnisse des Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ für Salzburg wie folgt grob abgeschätzt werden: Personen mit „Kreislaufstörungen“: 49.300, mit „Herzbeschwerden“: 23.300 sowie mit „Atembeschwerden“: 15.000. Außerdem ergibt sich aus dem Mikrozensus 1999, dass rund 19.000 Salzburger (3,7 %) an chronischem Bluthochdruck leiden (1991 gaben noch 4,9 % der Befragten Hypertonie als chronisches Leiden an).

Krebserkrankungen

An Krebserkrankungen **sterben** in Salzburg jährlich rund **1.000** Personen, davon rund 180 an Lungenkrebs, rund 100 an Dickdarmkrebs, rund 90 an Brustkrebs, rund 80 an Magenkrebs und rund 70 an Prostatakrebs. Diese Erkrankungsgruppe ist damit die zweithäufigste Todesursache und ebenfalls ein sehr häufiger Grund für eine Spitalsaufnahme. Rund **7.000** Salzburger 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) einher geht.

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 Salzburg und 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. Auch die Autoren des „Krebsatlas Westösterreich 1988-1992“ weisen auf diese Problematik hin (vgl. OBERAIGNER e. a. 1998, S. 4):

„Inzidenzraten setzen ein gut etabliertes Krebsregister voraus. Problem dabei ist meist die Vollständigkeit der Meldungen. Andererseits ist die Qualität der Diagnosen durch die meist pathologische Diagnosesicherung wesentlich besser als bei den Todesdaten. Daher geben nur Inzidenzraten ein zuverlässiges Bild über die in einer Periode aufgetretenen Neuerkrankungen. ... Während in Vorarlberg das Register vorwiegend auf histologisch rekrutierten Fällen basiert, werden in Tirol und Salzburg auch die rein klinisch diagnostizierten Fälle aufgenommen. Außerdem besteht in Tirol die Möglichkeit, die Vollständigkeit der Meldungen über die Pathologie-Befunde zu überprüfen. Dies kann in Salzburg nur zum Teil durchgeführt werden.“

Nach den Meldungen des Salzburger Krebsregisters **erkranken** jährlich rund **900 Salzburger** und **1.000 Salzburgerinnen** an Krebs. Die häufigsten Tumorlokalisationen waren in den Jahren 1995 bis 1998 bei den Männern die Lunge, die Prostata und der Dickdarm (jeweils rund 150 Fälle jährlich) sowie der Magen (rund 55 jährlich). Bei den Frauen dominierte deutlich der Brustkrebs (280), gefolgt von Dickdarmkrebs (130), dem Lungen- und Magenkrebs (je 60), dem Gebärmutterhalskrebs (40) sowie dem Melanom (30).

In der Stadt **Salzburg** zeigte sich im Zeitraum 1995 bis 1998 bei beiden Geschlechtern eine signifikant **erhöhte** Krebsinzidenz. Bei den in der Landeshauptstadt lebenden Bürgern war lediglich die Magenkrebsinzidenz unter dem Landesschnitt, alle anderen Krebsarten kamen um bis zu 30 Prozent häufiger vor. Die Brustkrebsrate war in der Stadt Salzburg signifikant erhöht (vgl. Tab. 3.2.2 im Tabellenanhang), im Bezirk **Zell/See** lag die Prostatakrebsinzidenz **geringfügig signifikant über** dem Landesschnitt.

Die „**ambulante Morbidität**“ hinsichtlich Beschwerden, die unter Umständen auf diese Krankheiten hinweisen, kann anhand der erwähnten Mikrozensus-Ergebnisse für Salzburg wie folgt abgeschätzt werden: Personen mit „Schwäche/Müdigkeit“: 25.900, mit „Übelkeit/Appetitlosigkeit“: 6.700, mit „Verdauungsbeschwerden“: 29.000, mit „Atembeschwerden“: 15.000, mit „Husten“: 20.200 sowie mit „Unterleibsschmerzen“: 5.200.

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

In der zweiten Hälfte der 1990er Jahre wurde, gemäß Diagnosen- und Leistungsdokumentation, durchschnittlich bei **70** verstorbenen Salzburgern pro Jahr die Zuckerkrankheit als **Haupttodesursache** angegeben. Das ist etwas mehr als in Tirol und Vorarlberg, aber deutlich weniger als im Österreichdurchschnitt. Andererseits werden jährlich rund **1.800 bis 1.900** Salzburger Patienten aufgrund dieser Erkrankung im **Krankenhaus** behandelt, bei weiteren **3.000** Patienten wird ein Diabetes als Nebendiagnose angegeben. Dies ist deswegen von besonderer Bedeutung, weil die Zuckerkrankheit häufig zu Folgeerkrankungen wie z.B. Herz-/Kreislaufkrankungen (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 **6.900** Salzburger (1,6 %) an **chronischem** Diabetes, 1991 hatten 1,3 Prozent der Befragten Diabetes als chronisches Leiden angegeben. Die Betroffenheit der Salzburger Bevölkerung durch Diabetes war 1999 nach Selbstauskunft der Befragten geringer als österreichweit (2,0 %). Insgesamt zeigt sich in Salzburg eine stärkere Betroffenheit der Männer als der Frauen. Da es sich bei dieser Prävalenzschätzung um die Hochrechnung von Eigenangaben der Befragten handelt, ist mit einer erheblichen Dunkelziffer zu rechnen.

Lungenkrankheiten

Etwa 200 Salzburger Landesbürger **starben** gegen Ende der 1990er Jahre jährlich an Lungenkrankheiten, das entspricht pro 100.000 Einwohner, etwa dem Österreichdurchschnitt. Der Großteil davon (knapp 60 %) an chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen („COPD“ - Bronchitis, Emphysem und Asthma) und an Lungenentzündung (30 %). Rund **3.500** Salzburger Patienten werden pro Jahr im **Krankenhaus** wegen einer Lungenkrankheit stationär behandelt, davon etwa 1.700 wegen einer COPD.

Als Hinweis auf die „**ambulante Morbidität**“ weist die Mikrozensus-Erhebung 1991 etwa **16.000** Salzburger (3 %) aus, die nach eigenen Angaben an einer chronischen Bronchitis und/oder an Lungenasthma leiden.

Psychische Erkrankungen

Jährlich begehen in Salzburg **120 bis 130** Personen **Selbstmord**. Etwa 40 Prozent der gewaltsamen Todesfälle sind auf diese Todesursache zurückzuführen. Bezogen auf 100.000 Einwohner ist das der höchste Wert von allen Bundesländern. Oft sind es Folgewirkungen von psychischen Erkrankungen, zu denen auch Abhängigkeitserkrankungen zählen (vgl. dazu Kap. 4.4.) und die schließlich zu körperlichen Erkrankungen sowie oft auch zum Tod führen.

Doch diese Todesfälle sind nur die „Spitze des Eisbergs“ der psychischen Erkrankungen, die vergleichsweise selten tödlich enden. Im Jahr 2000 mussten sich **5.700** Salzburger (in österreichischen Krankenanstalten) aufgrund von schweren Verlaufsformen psychischer Erkrankungen (ICD9 290-319) einer **Krankenhausbehandlung** unterziehen, wobei ein kontinuierlicher Zuwachs (von insgesamt 60 % zwischen 1991 und 2000) zu beobachten war. In etwa 40 bis 50 Prozent der Fälle sind die psychischen Erkrankungen auf Psychosen und bei rund 13 Prozent (sinkende Tendenz) auf Missbrauch bzw. Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und/oder Drogen zurückzuführen.

Die „**ambulante Morbidität**“ hinsichtlich der unter Umständen auf diese Krankheiten hinweisenden gesundheitlichen Beschwerden kann anhand der Ergebnisse des Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ für Salzburg, wie folgt, grob abgeschätzt werden: Personen mit „Nervosität“: 31.000, mit „Depressionen“: 11.000 sowie mit „Schlafstörungen“: 39.000.

Infektionserkrankungen

Infektionserkrankungen sind heute in den meisten Fällen medizinisch gut behandelbar und werden außerdem mit umfassenden Impfprogrammen bereits präventiv bekämpft. Dennoch **sterben** in Salzburg jährlich **zwischen 10 und 20** Menschen an einer Infektionserkrankung, die meisten davon an Tuberkulose oder an einer Sepsis (Strepto-, Staphylo-, Pneumokokken, etc.). Über **3.000** Salzburger werden pro Jahr aufgrund einer Infektionserkrankung im **Krankenhaus** aufgenommen, die meisten davon wegen Infektionen im Verdauungssystem und wegen Wundrose (Erysipel), weiters rund 80 bis 100 Personen wegen einer Tuberkulose-Erkrankung (mit sinkender Tendenz) und rund 20 wegen einer AIDS-Erkrankung.

Gemäß der Dokumentation der **meldepflichtigen Infektionserkrankungen** des BMSG fielen in Salzburg im letzten Jahrzehnt folgende Erkrankungen am häufigsten an: Bakterielle Lebensmittelvergiftungen ohne Spezifikation des Erregers (rund 3.200 Meldungen), Salmonellose (2.500), Campylobakter (1.100), Bisse (930), Scharlach (650), Tuberkulose (550) sowie Gonorrhoe (550). Die Inzidenz der meisten dieser Krankheiten liegt nach den vorliegenden Daten im bundesweiten Vergleich unter dem österreichischen Durchschnitt (vgl. STRAUSS e.a., S. 5), bei Campylobakter ist sie allerdings im Bundesländervergleich die höchste und bei Salmonellose die zweithöchste nach Vorarlberg. Allerdings bestehen - ähnlich wie bei der Krebsstatistik - Zweifel in Bezug auf die Vollständigkeit dieser Statistik, so dass es sich dabei auch um statistische Artefakte handeln könnte.

In Bezug auf **AIDS** wurden in Salzburg zwischen 1991 und 2000 sieben Neuerkrankungen und sechs Todesfälle gemeldet (Tendenz rückläufig, vgl. Tab. 3.2.5) - damit lag Salzburg unter dem österreichischen Durchschnitt sowohl bei Inzidenz als auch Sterblichkeit in Bezug auf AIDS.

Die „**ambulante Morbidität**“ in Bezug an Infektionserkrankungen schlägt sich vor allem in Form der - zumeist relativ komplikationsfrei verlaufenden - Erkältungskrankheiten (Grippe, akute Bronchitis, etc.) nieder. Rund 100.000 Salzburger (fast 18 %) leiden zumindest einmal jährlich derart an einer solchen Erkrankung, dass Bettlägerigkeit die Folge ist (vgl. Tab. 3.2.4).

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 Salzburg werden rund **11.000** Patienten pro Jahr wegen orthopädischer Erkrankungen zur **Krankenhausbehandlung** aufgenommen - das entspricht der Dimension der jährlichen Anzahl der Salzburger Herz-/Kreislaufpatienten

im Krankenhaus. Anfang der 1990er Jahre waren jährlich nur rund 8.000 solcher Patienten in Spitalsbehandlung - die Anzahl der stationären Patienten mit orthopädischen Leiden hat sich also im letzten Jahrzehnt um etwa 40 Prozent erhöht. Von den 11.000 stationär versorgten Patienten litten je rund 2.000 an degenerativen Gelenkserkrankungen (insbesondere an den „großen Gelenken“ - Hüftgelenk, Kniegelenk und Schultergelenk) bzw. an Wirbelsäulen- und Rückenproblemen (Bandscheibenschäden, Lumbalgien, Ischialgien), der Rest litt an anderen Deformationen des Skeletts (vor allem der Füße) und an Problemen mit Muskeln oder Knochen.

Doch die im Krankenhaus stationär versorgten Patienten zeigen wiederum nur die „Spitze des Eisbergs“ in Bezug auf die Prävalenz orthopädischer Probleme in der Salzburger Bevölkerung. Das wahre Ausmaß dieser Krankheiten lässt sich aus den Mikrozensus-Erhebungen 1991 und 1999 ableiten. Dessen zufolge leiden nach eigener Angabe etwa 12.000 Salzburger an „**Schäden an der Wirbelsäule**“ und bis zu **15 Prozent** (rund **80.000** Personen) geben „**Rücken-** bzw. **Kreuzschmerzen**“ als subjektiv empfundene Gesundheitsbeschwerden an. Rund 9.800 der Befragten berichten von **Gelenkserkrankungen** an **Hüfte** oder **Bein**, etwa 4.300 von Gelenkserkrankungen an **Schulter** oder **Arm** und etwa vier Prozent geben „Rheumatische Erkrankungen“ als chronische Erkrankung an.

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 ansteigen wird.

Unfälle

Jedes Jahr **sterben** rund **200** Salzburger aufgrund von „externen Todesursachen“ - das sind in erster Linie die Folgen von Unfällen (Vergiftungen, Verletzungen und sonstige Gewalteinwirkungen; ausgenommen Selbstmorde, die ungefähr 40 % der gewaltsamen Todesfälle ausmachen). 60 bis 70 dieser Todesfälle sind die Folge von Verkehrsunfällen.

Jedes Jahr werden rund **15.000** Salzburger Landesbürger aufgrund von Verletzungen im **Spital** stationär versorgt, davon rund 2.200 mit Beinbrüchen, 1.500 mit Gehirnerschütterungen, 1.200 mit Armbrüchen, 1.000 mit Wirbelsäulen- und/oder Rippenbrüchen sowie rund 700 mit Schädelbrüchen. Der Rest wird aufgrund von offenen Wunden oder anderen Verletzungen, aber auch von Vergiftungen im Krankenhaus versorgt. Die Anzahl der stationär versorgten Patienten entwickelte sich in den letzten zehn Jahren - wie bei den meisten anderen Krankheitsgruppen auch - ansteigend (Anfang der 1990er Jahre gab es nur rund 14.000 stationäre Unfallpatienten).

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.

An **Sehbeeinträchtigungen** leiden gemäß dieser Stichprobenerhebung in Salzburg ca. 200.000 Personen über 15 Jahre, das ist **die Hälfte** der Salzburger Bevölkerung (über 15 Jahre). Rund 6,1 Prozent der Salzburger Bevölkerung litten an einer Sehbeeinträchtigung, die nicht durch Brille, Kontaktlinsen, Operationen oder anderen Maßnahmen behoben wer-

den konnte - das ist nach Wien der zweithöchste Anteil aller Bundesländer. Frauen waren in geringfügig höherem Ausmaß von Sehbeeinträchtigung betroffen als Männer, was vorwiegend auf die höhere Anzahl älterer Frauen zurückzuführen ist. Bei der Auswertung nach Altersgruppen zeigt sich, dass die Unterschiede zwischen Salzburg und Österreich insgesamt in erster Linie auf die relativ hohe Betroffenheit der ältesten Bevölkerungsgruppe (der Personen mit 75 Jahren und darüber) in Salzburg zurückzuführen ist. Den geringsten Anteil an sehbeeinträchtigten Personen weist der Lungau auf, den höchsten Anteil die NUTS-3-Region Salzburg und Umgebung. (vgl. Tab. 3.3.1).

Durch **Hörbeeinträchtigungen** waren in Salzburg hochgerechnet rund ca. 34.000 Personen (rund **8 %**) betroffen, der Anteil war bei den Männern deutlich höher als bei den Frauen. Die ältere Salzburger Bevölkerung (Altersgruppen ab 60 Jahre) ist in weitaus höherem Ausmaß hörbeeinträchtigt als jüngere Personen, die Anteile liegen in diesen Altersgruppen auch deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Bei der regionalen Betrachtung zeigten sich keine auffälligen Unterschiede hinsichtlich der Betroffenheit durch Hörbeeinträchtigungen.

Wie die Seh- und Hörbeeinträchtigungen sind auch die **Bewegungsbeeinträchtigungen** offensichtlich vorwiegend altersbedingt. Auch hier zeigte sich, dass Salzburger in der höchsten betrachteten Altersgruppe stärker beeinträchtigt sein dürften als in anderen Bundesländern. Die Auswertungen zeigten einen geringeren Anteil der Betroffenheit der Bevölkerung durch Bewegungsbeeinträchtigungen in Pinzgau-Pongau - allerdings ist die statistische Zuverlässigkeit auf Grund der geringen Stichprobengrößen hier gering (möglicher Stichprobenfehler größer als 20 %).

An einer **chronischen Krankheit** leiden etwa 17,5 Prozent der Salzburger Bevölkerung. Auch der Anteil der durch chronische Krankheiten betroffenen Personen steigt markant mit zunehmendem Lebensalter an. Während in der Altersgruppe der 15- bis 44-Jährigen etwa jeder (jede) siebente Salzburger(in) von mindestens einer chronischen Krankheit betroffen ist, ist es in der Gruppe der 60- bis 74-Jährigen bereits jede(r) zweite. Von den befragten über 74-Jährigen geben etwas weniger als 60 Prozent der befragten Personen an, an mindestens einer chronischen Erkrankung zu leiden (vgl. Tab. 3.3.1). Der Anteil der betroffenen Personen ist bei den Frauen etwas höher als bei den Männern.

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 ständigen Betreuungs- und Hilfsbedarf wird von den **Bundesländern** Pflegegeld gewährt, wobei die gleichen Einstufungskriterien angewendet werden. 2001 bezogen rund 85 % 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 (Quellen: BMSG, Fa. Pagler & Pagler) **in Salzburg 16.662 Personen Bezieher von Landes- oder Bundespflegegeld** (s. Tab. 3.3.2), das waren rund **3,2 Prozent** der Gesamtbevölkerung Salzburgs. Von den übrigen Bundesländern wies nur Vorarlberg (2,7 %) einen niedrigeren Anteil an Pflegegeldbezieher in der Wohnbevölkerung auf, der Bundesdurchschnitt (ohne Steiermark) lag bei 4,1 Prozent. Rund fünf Prozent der Pflegegeldbezieher im Bundesland Salzburg sind in den beiden Stufen mit dem höchsten Grad der Pflegebedürftigkeit eingestuft (österreichweit: beträgt dieser Anteil 4,3 %). Während die Anteile der Pflegegeldbezieher an den Einwohnern in Salzburg bei den jüngeren Bevölkerungsgruppen etwa dem Bundesdurchschnitt entsprechen, bezogen in den älteren Bevölkerungsgruppen in Salzburg weniger Personen als österreichweit Pflegegeld. Dies trifft sowohl auf Männer als auch für Frauen und auf alle (zusammengefassten) Pflegegeldstufen zu. Mit zunehmendem Alter verändert sich auch die Relation der Pflegegeldbezieher zwischen den Geschlechtern: Während in den unteren zwei betrachteten Altersgruppen (bis zu 40 Jahre) die männlichen Bezieher überwiegen, sind in den Altersgruppen ab 61 Jahren die Frauen deutlich in der Überzahl. Insgesamt bezogen doppelt so viele Frauen wie Männer im Jahr 2000 im Bundesland Salzburg Bundes- oder Landespflegegeld.

Der **Zuwachs der Pflegegeldbezieher** zwischen den Jahren 1997 und 2000 war im Bundesland Salzburg mit 5,4 Prozent etwas geringer als in Österreich insgesamt (ohne Steiermark: +5,9 %). Sowohl in der untersten (bis 20 Jahre) als auch in der obersten betrachteten Altersgruppe (über 80 Jahre) bezogen im Jahre 2000 weniger Personen Pflegegeld als 1997, in allen übrigen Altersgruppen stieg die Anzahl der Pflegegeldbezieher, und zwar sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern, in diesen drei Jahren. Die größten Zuwächse waren dabei in der Altersgruppe der 41- bis 60-Jährigen (Männer 18,4 %, Frauen 15,9 %) zu verzeichnen, wobei die Anzahl der Pflegegeldbezieher der Stufen 3-5 und der Stufen 6-7 in diesen drei Jahren deutlich zunahm (9,7 bzw. 9,1 %), hingegen die Anzahl der Bezieher der niedrigeren Stufen (1 und 2) um nahezu zehn Prozent abnahm.

3.4 Gesundheitliche Selbsteinschätzung

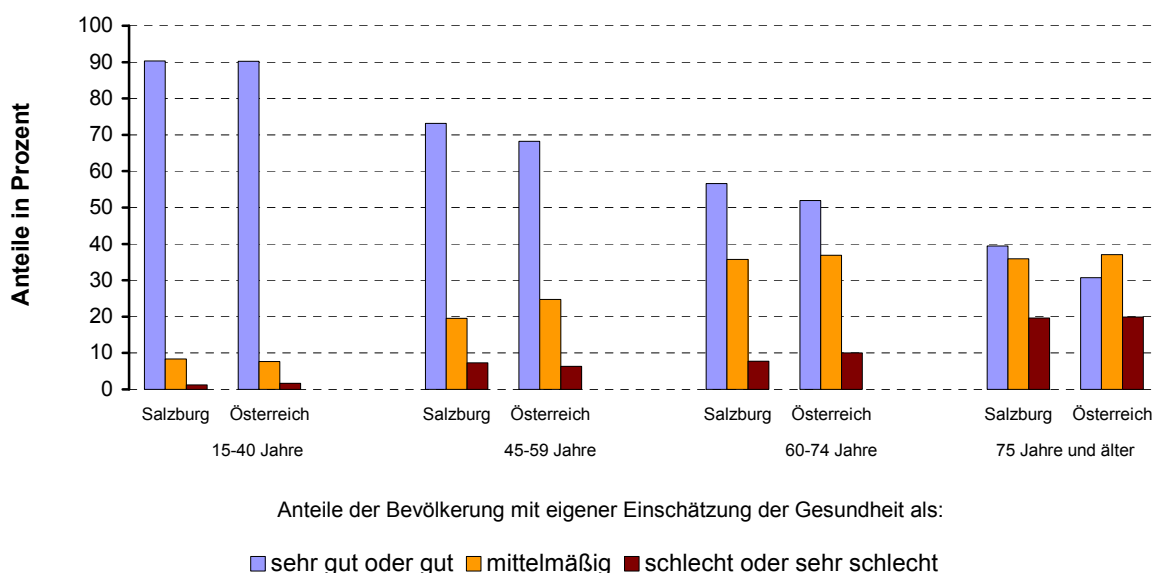
Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes 1991 und 1999

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.

Die **Salzburger** Bevölkerung fühlt sich **subjektiv gesünder** als die meisten anderen Österreicher. Bei der Befragung im Jahre **1999** stuften **nahezu vier Fünftel** der Salzburger und Salzburgerinnen den eigenen Gesundheitszustand als „**gut**“ oder „**sehr gut**“ ein (wobei der Anteil bei den Männern etwas höher war als bei den Frauen). Einen höheren Anteil wiesen diesbezüglich nur die beiden anderen westösterreichischen Bundesländer Tirol und Vorarlberg auf, in allen übrigen Bundesländern waren die Anteile niedriger. Die Anteile an der Bevölkerung, die ihren eigenen Gesundheitszustand als nur „**mittelmäßig**“ oder als „**schlecht bis sehr schlecht**“ einstufen, lagen in Salzburg mit ca. 17 bzw. weniger als 5 Prozent **unter dem österreichischen Durchschnitt**. Die Anteile der Bevölkerung, die den Gesundheitszu-

stand als gut oder sehr gut einstufen, nahmen mit zunehmenden Alter deutlich ab - waren es in der Gruppe der 15- bis 40-Jährigen ca. 90 Prozent, so lag der Anteil bei den über Fünfundsiebzigjährigen bereits unter 40 Prozent. Die Unterschiede in der Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand zwischen der Salzburger Bevölkerung und der österreichischen Gesamtbevölkerung nahmen dabei mit steigendem Alter tendenziell zu.

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



Quellen: ST.AT - Mikrozensus 1999 „Fragen zur Gesundheit“; Volkszählungen 1991 und 2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Nach den Auswertungsergebnissen der Befragung 1999 fühlten sich die Einwohner im Lungau gesundheitlich am besten und in Salzburg und Umgebung am schlechtesten, die feststellbaren **regionalen Unterschiede** in der gesundheitlichen Selbsteinschätzung innerhalb von Salzburg sind aber statistisch nicht zuverlässig abgesichert (vgl. Tab. 3.4.1). Im bundesweiten Vergleich nach NUTS-III-Regionen zeigt sich für alle **Salzburger Regionen** hinsichtlich der gesundheitlichen Selbsteinschätzung im Jahr 1999 ein **günstiges** Bild, und zwar sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen (vgl. Karten 3.4.1 und 3.4.2 im Kartenanhang).

Der Vergleich mit den Daten der Befragung aus dem Jahr 1991 zeigt, dass die **Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand in den 1990er Jahren im Land Salzburg tendenziell zugenommen** haben dürfte. Dem österreichweiten Trend entsprechend erhöhte sich der Anteil der Befragten, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut und gut beurteilten hatten, während jener, der den Gesundheitszustand als nur mittelmäßig einstufte, zurückging. Allerdings schätzten in Salzburg - abweichend von der bundesweit zu beobachtenden Entwicklung - 1999 mehr Personen ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht ein als 1991. Die verfügbaren Daten und Auswertungen weisen darauf hin, dass vornehmlich dies vornehmlich Frauen in der zweiten Hälfte des Erwerbsalters (45 bis 59 Jahre) betrifft.

Gesundheitszustand nach sozialen Schichten 1999

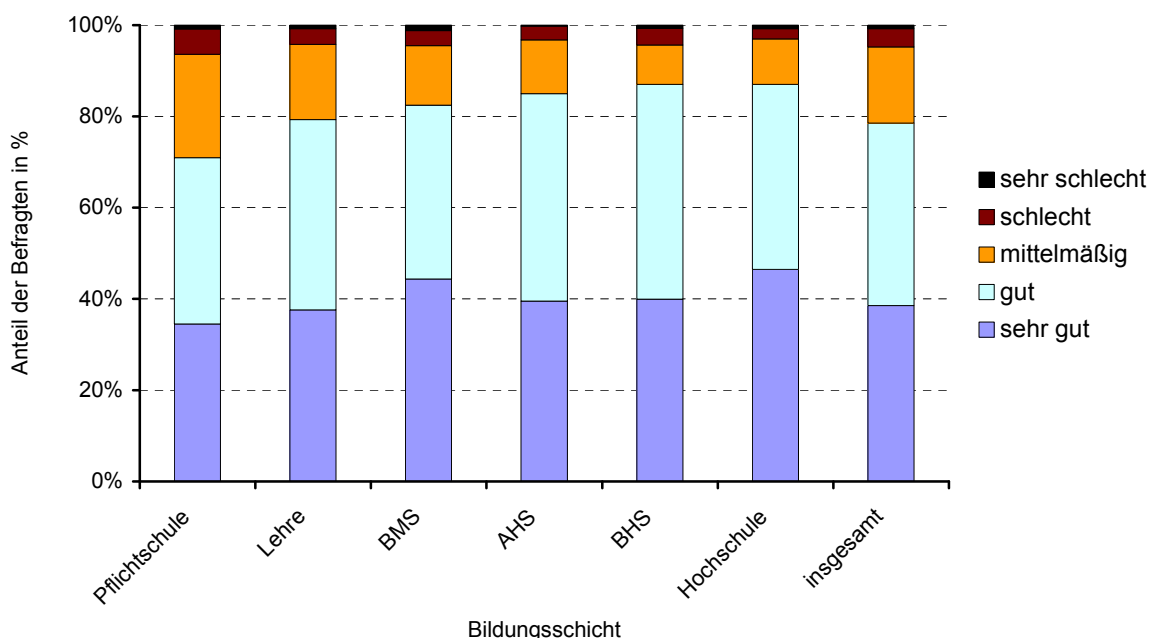
Akzeptiert man die jeweils höchste abgeschlossene Schulausbildung der befragten Person als Leitindikator für die soziale Schichtzugehörigkeit, so zeigt sich aus den Ergebnissen des Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ 1999, dass - nach Selbstauskunft der rund 3.400 befragten Salzburger im Alter über 15 Jahren mit gültigen Antworten - 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 Salzburger, die ihren eigenen Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“ einschätzen, steigt von knapp über 70 Prozent bei den Pflichtschulabsolventen auf fast 85 Prozent bzw. 87 Prozent bei den AHS- bzw. BHS- und Hochschulabsolventen an.

Spiegelbildlich dazu ist der Anteil der den **eigenen Gesundheitszustand als „schlecht“ oder gar „sehr schlecht“** einschätzenden Bevölkerung Salzburgs bei den **Pflichtschulabsolventen** (mit 6,4 %) **am höchsten** - mehr als doppelt so hoch wie bei den Hochschulabsolventen. Auch der Anteil der den Gesundheitszustand nur „mittelmäßig“ einstufenden Salzburger und Salzburgerinnen ist bei den Pflichtschulabsolventen (fast 23 %) deutlich höher als bei den Personen mit besserer Ausbildung (zwischen 9 % bei den BHS-Absolventen und 16 % bei den Absolventen einer Lehre).

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

Abbildung 3.4.2: Subjektiver Gesundheitszustand nach Bildungsschichten¹⁾ Salzburg 1999



¹⁾ altersstandardisiert

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

3.5 Zusammenfassung

Lebenserwartung bei der Geburt

- Sie lag im gesamten Beobachtungszeitraum (1991 bis 2000) sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen **über dem österreichischen Durchschnitt**;
- **Steigerung der Lebenserwartung** zwischen 1991 und 2000 bei Männern um 1,7 Jahre, bei Frauen um 1,5 Jahre; das ist bei beiden Geschlechtern weniger als österreichweit;
- **Lebenserwartung im Jahr 2000**: Männer: 75,8 Jahre, Frauen: 81 Jahre;
- die **regionalen Unterschiede** sind bei den Männern größer als bei den Frauen; im Durchschnitt der 1990er-Jahre ist bei den Männern die Lebenserwartung in den Bezirken Salzburg-Umgebung und St. Johann im Pongau am höchsten.

Behinderungsfreie Lebenserwartung

- Mit **funktionellen Einbußen ihrer körperlichen bzw. geistigen Fähigkeiten** ist bei den Männern in den letzten 6,4 und bei den Frauen in den letzten 7,9 Lebensjahren zu rechnen; das ist bei beiden Geschlechtern etwas mehr als im österreichischen Durchschnitt;
- das Leben mit funktionellen Einbußen geistiger und körperlicher Fähigkeiten hat sich in den letzten zehn Jahren in Salzburg entsprechend dem bundesweiten Trend bei den Männern um etwa 0,6 Jahre, bei den Frauen um 0,5 Jahre **verlängert**.

Säuglingssterblichkeit

- Erhebliche **Reduzierung** der im 1. Lebensjahr Verstorbenen pro 1.000 Lebendgeborenen in den letzten Jahrzehnten in Salzburg wie in Österreich insgesamt;
- die Säuglingssterblichkeit war in den 1990er-Jahren **niedriger als in allen anderen Bundesländern** (mit Ausnahme der Steiermark);
- auch die **neonatale Säuglingssterblichkeit** (im 1. Lebensmonat Verstorbene pro 1.000 Lebendgeborene) war im Durchschnitt der 1990er-Jahre nach der Steiermark **am niedrigsten in Österreich**.

Sterblichkeit

- Die **Sterblichkeit** ist im Vergleich zu anderen Bundesländern **niedrig** und in den letzten Jahren analog zur steigenden Lebenserwartung 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: 46 %, w: 49 %), an zweiter Stelle Krebs (m: 26 %, w: 27 %), an dritter Stelle Unfälle, Verletzungen und Vergiftungen (m: 10 %, w: 6 %) und an vierter Stelle Verdauungserkrankungen (beide: 5 %);
- bei den **unter 75-jährigen Männern** sind Todesfälle aufgrund von Herz-/Kreislaufkrankungen nur mehr geringfügig häufiger als aufgrund von Krebs, bei den **unter 75-jährigen Frauen** ist die Sterblichkeit aufgrund von Krebs höher als aufgrund von Herz-/Kreislaufkrankungen;
- bei den **unter 65-jährigen Männern** ist die Sterblichkeit aufgrund von Herz-/Kreislaufkrankungen, Krebs und Verdauungserkrankungen etwa gleich hoch, bei den **unter 65-jährigen Frauen** dominiert deutlich die Krebssterblichkeit;
- auffällig hohe Sterblichkeit bei Salzburger Männern aufgrund von **Verletzungen und Vergiftungen** (bei den unter 75-Jährigen statistisch signifikant);

- **erhöhte Sterblichkeiten auf regionaler Ebene:**
 - Tamsweg: Gesamtsterblichkeit und Sterblichkeit aufgrund von Herz-/Kreislaufkrankungen bei Männern und Frauen, Sterblichkeit aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen bei Männern;
 - Hallein: Gesamtsterblichkeit und Sterblichkeit aufgrund von Herz-/Kreislaufkrankungen bei Männern und Frauen, Krebssterblichkeit bei Männern;
 - Salzburg-Stadt: Sterblichkeit aufgrund von Krebs- und Verdauungserkrankungen bei Männern und Frauen;
 - Zell am See: Sterblichkeit aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen bei Männern (statistisch signifikant) sowie von Herz-/Kreislaufkrankungen bei Frauen.

Morbidität

- **Hohe Eigenständigkeit** in der Krankenhausversorgung in Salzburg - etwa 93 Prozent der Salzburger wurden im Jahr 2000 im eigenen Bundesland versorgt;
- im Durchschnitt werden von **zehn Salzburgern zwei einmal im Jahr stationär im Krankenhaus** aufgenommen, das entspricht etwa dem österreichischen Durchschnitt;
- entsprechend dem bundes- und europaweiten Trend **stieg** im Verlauf der 1990er-Jahre die **Zahl der stationären Fälle und Patienten**, während jedoch die durchschnittliche **Verweildauer sank**;
- die **häufigsten Ursachen für Krankenhausaufnahmen** im Jahr 2000 waren bei
 - **Männern:** Verletzungen und Vergiftungen, Herz-/Kreislaufkrankungen, Verdauungserkrankungen, orthopädische Erkrankungen, Lungenerkrankungen;
 - **Frauen:** Herz-/Kreislaufkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen, Schwangerschaftsindikationen, orthopädische Erkrankungen, Verdauungserkrankungen und Urogenitalerkrankungen;
- **Herz-/Kreislaufkrankungen** sind die häufigste Todesursache und der zweithäufigste Grund für Spitalsaufnahmen in Salzburg;
- **Krebserkrankungen** sind die zweithäufigste Todesursache und ein häufiger Grund für Spitalsaufnahme in Salzburg; häufigste Tumorklassifikationen im Zeitraum 1995 bis 1998 waren bei
 - **Männern:** Lunge, Prostata und Dickdarm, Magen;
 - **Frauen:** Brust, Dickdarm, Lunge und Magen, Gebärmutterhals, Haut;
- **regionale Auffälligkeiten nach Bezirken:**
 - signifikant erhöhte Krebsinzidenz bei beiden Geschlechtern in **Salzburg-Stadt**, signifikant erhöhte Brustkrebsinzidenz; mit Ausnahme des Magenkrebses liegen alle Krebsinzidenzen über dem Landesschnitt;
 - im Vergleich zum Landesschnitt überdurchschnittliche Krebsinzidenz mit Prostatalokalisation im Bezirk **Zell am See**
 - im Vergleich zum Landesschnitt überdurchschnittliche Lungenkrebsinzidenz bei Männern im Bezirk **Hallein**;
- in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre starben jährlich durchschnittlich 70 Salzburger an **Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)**, das ist etwas mehr als in Tirol und Vorarlberg, aber deutlich weniger als in den restlichen Bundesländern;
- etwa 200 Salzburger starben gegen Ende der 1990er Jahre an **Lungenkrankheiten**; bezogen auf 100.000 Einwohner entspricht dies etwa dem Bundesschnitt;

- **psychische Erkrankungen:** etwa 40 Prozent der gewaltsamen Todesfälle sind in Salzburg auf Selbstmord zurückzuführen (jährlich 120 bis 130); bezogen auf 100.000 Einwohner ist dies der **höchste** Wert von allen Bundesländern;
- **orthopädische Erkrankungen** stellen einen großen Teil der Krankheitslast in der Bevölkerung dar, auch wenn sie sich nicht in der Sterblichkeit niederschlagen; zwischen 1991 und 2000 hat sich die Anzahl der stationär behandelten Salzburger Patienten um etwa 40 Prozent auf 11.000 erhöht;
- Neben den genannten Krankheiten tragen auch **Unfallfolgen** erheblich zur Krankheitslast der Salzburger 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 Salzburger über 15 Jahre leidet nach Selbstauskunft an einer **Sehbeeinträchtigung**, rund sechs Prozent der Bevölkerung leiden an einer Sehbehinderung, die nicht durch Brille, Kontaktlinsen oder Operationen behoben werden kann; das ist nach Wien der zweithöchste Anteil aller Bundesländer;
 - auch an **Hör- und Bewegungsbeeinträchtigungen** sowie an **chronischen Erkrankungen**, die wie die Sehbeeinträchtigungen vor allem altersbedingt sind, leidet die Salzburger Bevölkerung häufiger als der Großteil der übrigen Österreicher;
- **Pflegebedürftigkeit:** Etwas mehr als drei Prozent der Bevölkerung (Stichtag 31.12.2000) beziehen in Salzburg Landes- oder Bundespflegegeld - dieser Wert ist nur in Vorarlberg niedriger; aufgrund der höheren weiblichen Lebenserwartung bezogen doppelt so viele Frauen wie Männer Pflegegeld.

Gesundheitliche Selbsteinschätzung

- Die Salzburger schätzen ihre eigene Gesundheit besser ein als der Durchschnitt der Österreicher. **78 Prozent** der Bevölkerung empfanden 1999 ihren Gesundheitszustand als **gut oder sehr gut**; das positive Empfinden nimmt mit zunehmendem Alter deutlich ab;
- Die **Zufriedenheit** mit dem eigenen Gesundheitszustand hat in den 1990er Jahren in Salzburg entsprechend dem bundesweiten Trend **tendenziell zugenommen**;
- Mit **höherer Schulbildung** steigt tendenziell auch die Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand, was auch mit besseren Informationsverfügbarkeiten und mit einem anderen Gesundheitsverhalten und 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/m² 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 Salzburg rund **zwei Prozent** der Bevölkerung über 15 Jahre (etwa 8.000 Personen) **stark untergewichtig**, wobei **Frauen** wesentlich **häufiger** als Männer betroffen waren (3,2 % versus 0,9 %, vgl. Tab. 4.1.1. im Tabellenanhang). Damit lag Salzburg über dem Durchschnitt aller Bundesländer an stark Untergewichtigen. Das betraf allerdings nicht alle Altersgruppen, sondern insbesondere die Jugendlichen. Innerhalb Salzburgs zeigte sich ein Stadt-Landgefälle: im **Lungau** waren die mit Abstand höchsten Anteile an stark Untergewichtigen festzustellen, am geringsten war der Anteil in Salzburg und Umgebung. Bis zum Jahr 1999 **stieg** der Anteil der stark Untergewichtigen in Salzburg sowohl bei den Frauen wie auch bei den Männern um etwas mehr als einen Prozentpunkt an (auf 4,4 % bzw. 2,1 %), was leicht über dem bundesweiten Trend lag. Während dieser Anstieg in den meisten Altersgruppen eher moderat ausfiel, war er in der Altersgruppe der **15- bis 19-Jährigen** sehr **deutlich** ausgeprägt (von 5 % auf 11 %).

Der Anteil der **übergewichtigen** Salzburger **stieg** zwischen 1991 und 1999 von 20,0 auf 20,4 Prozent (etwa 80.000 Personen) nur unwesentlich an, wobei unter den Männern ein deutlicherer Zuwachs zu beobachten war, während der Anteil der übergewichtigen Frauen geringer wurde. Auch räumlich gibt es unterschiedliche Trends: Während in Salzburg und Umgebung der Anteil stieg, ist er insbesondere im Lungau, aber auch im Pinzgau-Pongau zurückgegangen. (vgl. Tab. 4.1.1). In beiden Jahren und bei beiden Geschlechtern lag Salzburg um etwa zwei Prozentpunkte unter dem Bundesdurchschnitt hinsichtlich des Anteils an Übergewichtigen. Der Anteil der **stark Übergewichtigen stieg** in diesem Zeitraum in Salzburg von 7,0 auf 8,1 Prozent (etwa 34.000 Personen) und zeichnete sich bei Frauen deutlich intensiver ab als bei den Männern. Auch im Vergleich der Altersgruppen zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen: Die stärksten Zuwächse waren bei den Jugendlichen und bei den über 75-Jährigen zu beobachten, während der Adipositas-Anteil der 45- bis 59-Jährigen sogar rückläufig war. Trotz dieser - insgesamt **polarisierenden** - Entwicklung, die sich auch im bundesweiten Trend feststellen lässt, hatte **Salzburg** sowohl 1991 als auch 1999 einen **unterdurchschnittlichen Anteil** an stark Übergewichtigen im Vergleich zu allen Bundesländern.

Blutdruck

Laut Eigenangaben der Befragten beim Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ **1991** litten zu dieser Zeit rund **6 Prozent** der Salzburger (rund 23.500 Personen) an Bluthochdruck, und zwar deutlich mehr Frauen (7 %) als Männer (5,1 %), wobei vor allem die über 60- bis 74-Jährigen stark von dieser Erkrankung betroffen waren (17,8 %, vgl. Tab. 4.1.2 im Tabellenanhang). Nach den (vorläufigen) Ergebnissen des Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“

1999 war der Anteil der Hypertoniker in Salzburg auf **3,6 Prozent** (rund 16.000 Personen) gesunken, wobei insbesondere Frauen zu dieser Senkung beitrugen. Offen bleibt, ob es sich hinsichtlich der Unterschiede zwischen den Geschlechtern bloß um eine unterschiedliche selektive Wahrnehmung aufgrund eines anderen Gesundheitsbewusstseins handelt, oder ob diese Eigenangaben den Tatsachen entsprechen.

Unter zu **niedrigem Blutdruck** litten (1995) nach Eigenauskunft rund 1,3 Prozent der Salzburger Bevölkerung - ebenfalls weniger als im Bundesdurchschnitt (1,7 %) -, womit Salzburg im Bundesländervergleich eine günstige Position einnimmt.

Blutfette (Gesamtcholesterin)

Flächendeckende Daten betreffend das Gesamtcholesterin im Blut stehen nur für die männlichen Jugendlichen zur Verfügung. Diese Daten stammen aus den Stellungsuntersuchungen des Bundesheers. Diesen Untersuchungen zufolge lag der Anteil der Stellungspflichtigen mit **Gesamtcholesterin** im Blut **größer als 200 mg/dl** Anfang der 1990er Jahre (bis 1993) noch zwischen fünf und acht Prozent und damit deutlich unter dem Bundesdurchschnitt aller Stellungspflichtigen in Österreich (ca. 10 %). In den Jahren 1996 bis 1998 weist die Statistik allerdings einen sprunghaften Anstieg auf mehr als 20 Prozent für Salzburg aus, womit das Bundesland doppelt so hohe Werte wie Österreich aufwies. Erst gegen Ende der 1990er Jahre **sank** dieser Anteil wiederum auf den Bundesschnitt von elf bis 13 Prozent.

4.2 Rauchen

Gemäß den derzeit vorliegenden (vorläufigen) Ergebnissen und Auswertungen des **Mikrozensus 1999 rauchen etwa 30 Prozent der Salzburger Bevölkerung täglich Zigaretten** (der Konsum anderer Tabakwaren wird im Mikrozensus nicht erfragt). Der **Raucheranteil** ist bei den **Männern** mit etwas mehr als einem Drittel **höher als bei den Frauen** (ca. ein Viertel). Die höchsten Anteile an Rauchern weist die Bevölkerung in der Altersgruppe der 20- bis 44-Jährigen auf, der Anteil an Nichtraucher ist bei der älteren Bevölkerung (60 Jahre und darüber) mit nahezu 90 Prozent weitaus am höchsten. Mehr als ein Drittel der Jugendlichen (15- bis 19-Jährige) gibt an, täglich Zigaretten zu rauchen. Ungefähr die Hälfte der Zigarettenraucher konsumiert täglich höchstens zehn Zigaretten, rund ein Drittel elf bis 20 Zigaretten. Etwa ein Siebentel der Raucher raucht täglich mehr als ein Päckchen (20 Stück).

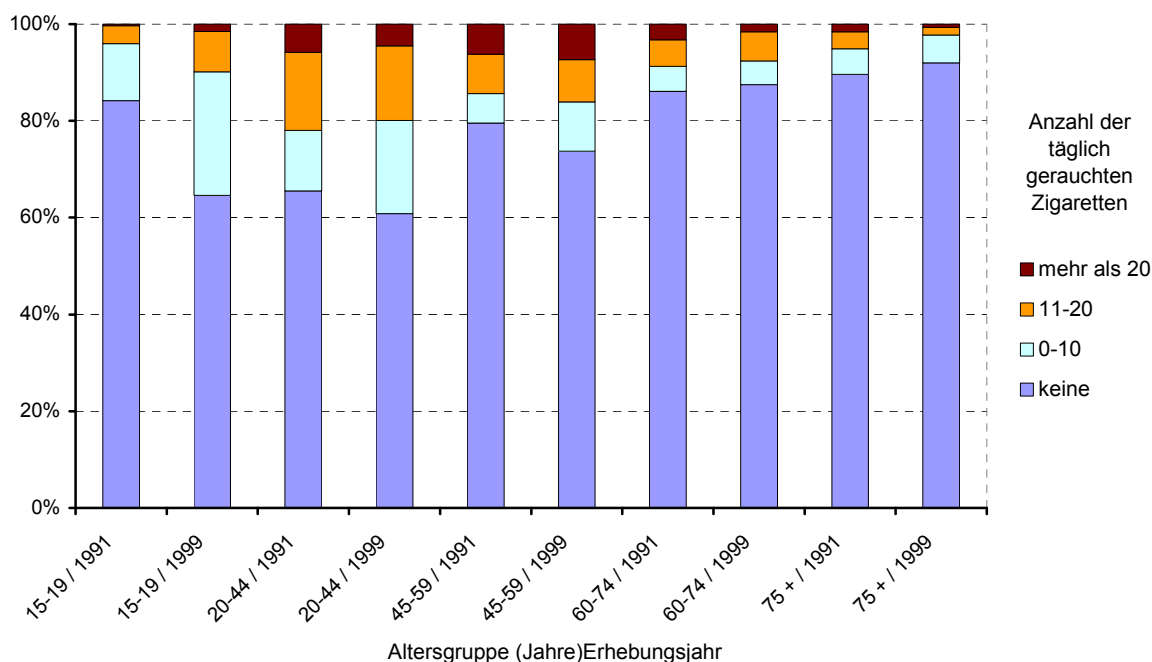
Im Vergleich mit den anderen Bundesländern weist **Salzburg nach der Steiermark den niedrigsten Raucheranteil** in der Bevölkerung auf. Sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern liegt der Raucheranteil **unter dem österreichischen Durchschnitt**. Auch bei allen betrachteten Altersgruppen mit Ausnahme der bereits oben erwähnten Gruppe der 15- bis 19-Jährigen liegen die Raucheranteile unter dem Bundesdurchschnitt. Im Vergleich zu Österreich insgesamt ist zudem die täglich konsumierte Anzahl an Zigaretten in Salzburg niedriger. Der Anteil der starken Raucher (mehr als 20 Zigaretten täglich) ist in Salzburg nach Kärnten der niedrigste von allen Bundesländern.

Im regionalen Vergleich innerhalb des Landes zeigt sich, dass im Lungau der Raucheranteil am geringsten ist (allerdings ist die Anzahl der Befragten hier relativ gering), die Anteile der anderen Regionen entsprechen etwa dem Landesdurchschnitt.

Die Einbeziehung auch der Ergebnisse des Mikrozensus 1991 in die Betrachtung zeigt, dass im Land **Salzburg** - wie in Österreich insgesamt - der **Anteil der Nichtraucher** an der Bevölkerung **zwischen 1991 und 1999 rückläufig** ist und die **Anzahl der Raucher tendenziell zugenommen hat** (eine Ausnahme bildet in Salzburg nur die - relativ kleine - Gruppe der

Personen mit 75 Jahren und darüber). Die **Zunahme der Raucher** war dabei bei den **Frauen** deutlich stärker als bei den Männern und - aus gesundheitspolitischer Sicht besonders bedenklich - **besonders hoch bei der jugendlichen Bevölkerung**. Der österreichweiten Entwicklung entsprechend war die Zunahme an Rauchern, die täglich nur bis zu zehn Zigaretten konsumieren, am höchsten; die Anzahl und der Anteil der Raucher, die elf bis 20 Zigaretten täglich rauchen, blieben annähernd unverändert. Erfreulicherweise zeigte sich bei der Anzahl und dem Anteil der starken Raucher (mehr als 20 Zigaretten täglich) eine Abnahme. Leider bilden hierbei die Jugendlichen eine Ausnahme - unter ihnen zeigte sich bei den täglich mehr als 20 Zigaretten Rauchenden die größte prozentuelle Zunahme. (siehe Abbildung 4.2.1).

Abbildung 4.2.1: Rauchverhalten (tägliches Zigarettenkonsum) der Salzburger 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?“ gaben im Rahmen der Befragungen zum Mikrozensus 1999 „Fragen zur Gesundheit“ rund **38 Prozent** der befragten Salzburger und Salzburgerinnen an, sich **gesundheitsbewusst zu ernähren**¹. Der Anteil der sich gesundheitsbewusst ernährenden Bevölkerung ist bei den Frauen mit rund 43 Prozent deutlich höher als bei den Männern. Die Auswertungen der Befragungsergebnisse nach Altersgruppen zeigt, dass der Anteil der sich gesundheitsbewusst Ernährenden mit zunehmendem Lebensalter tendenziell ansteigt und im sehr hohen Alter wieder abnimmt.

¹ Zur Auswahl standen 5 konkret angeführte Möglichkeiten, darunter „Gesundheitsbewusste Ernährung“, sowie „Sonstiges; sie Frage wurde an die befragten Personen ab 15 gerichtet.

Der Anteil der Bevölkerung, der angibt, sich gesundheitsbewusst zu ernähren, ist der **viert-höchste von allen Bundesländern**, er liegt sowohl bei der männlichen als auch bei der weiblichen Bevölkerung knapp **über dem Bundesdurchschnitt** (der allerdings durch den sehr niedrigen Anteil in Wien stark nach unten gedrückt wird). Die Unterschiede sind in den Altersgruppen ab 60 Jahre dabei weit deutlicher ausgeprägt als in den unteren Altersgruppen, bei den 45- bis 59-Jährigen ist der Anteil der sich gesundheitsbewusst Ernährenden in Salzburg annähernd gleich hoch wie in Österreich insgesamt.

Innerhalb des Bundeslandes zeigte die Auswertung nach Regionen, dass in der zentralen Region Salzburg und Umgebung die gesundheitsbewusste Ernährung einen höheren Stellenwert einnimmt als in den übrigen Regionen, am geringsten ist der Anteil sich gesundheitsbewusst ernährender Menschen in der peripheren Region Lungau.

Der Vergleich mit den Ergebnissen des Mikrozensus 1991 zeigt bei nahezu allen untersuchten Bevölkerungsgruppen zwischen 1991 und 1999 einen **Rückgang** der **Anzahl** und des **Anteils** an sich gesundheitsbewusst ernährenden Personen im Bundesland Salzburg (und bei den meisten übrigen Bundesländern). 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.

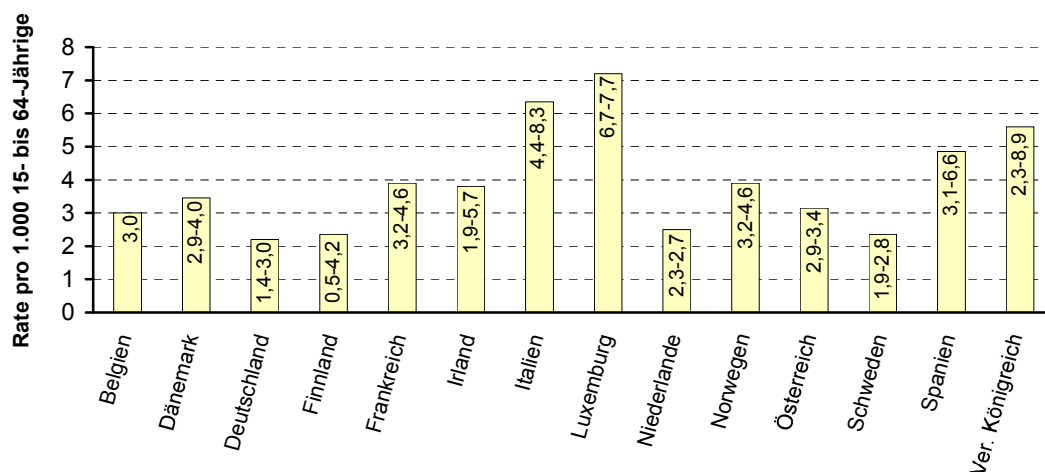
4.4 Alkohol und Drogen

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. Für Salzburg liegen keine Vergleichsdaten aus Konsumerhebungen in der Allgemeinbevölkerung vor. Studienergebnisse (Raithel 2002, Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie 1997) zeigen, 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.

Die Zahl der **chronischen Alkoholiker** (im Sinne von ICD 9) wird für das Jahr 2000 österreichweit auf rund **330.000** Personen geschätzt (Handbuch Alkohol - Österreich 2001), für den Bereich des Medikamentenmissbrauches liegen keine, auch keine geschätzten Daten, vor. 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. Abb. 4.4.1). Eine regionale Differenzierung der Schätzung ist nur eingeschränkt möglich, bezogen auf die Einwohnerzahl liegt Salzburg - mit einer Reihe anderer Bundesländer - unter dem Österreichdurchschnitt, während Wien und Tirol höhere und Vorarlberg durchschnittliche Werte aufweisen.

Abbildung 4.4.1: Verbreitung problematischen Drogenkonsums¹ in der EU 1996 - 1998



¹ Schätzung

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

Illegale Drogen

Österreichweit konnte in den letzten Jahren 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 1999). In diesem Zusammenhang zeigte sich eine deutliche Stabilisierung bzw. ein leichter **Rückgang** der Drogenproblematik in den früheren „**Schwerpunktgebieten**“ (v.a. Tirol, Vorarlberg, Wien). In **Salzburg** scheint die Situation **stabil** zu sein. Die verfügbaren Daten aus den Drogenberatungsstellen zeigen weder relevante Veränderungen in quantitativer Hinsicht noch bezüglich der Konsummuster. Im Unterschied zu einigen anderen Bundesländern, wo sich ein Trend in Richtung Amphetamine und Kokain abzeichnet, spielen **Designer-Drogen** und **Kokain** in Salzburg bezüglich der Kontaktaufnahme mit Drogenberatungsstellen weiterhin eine geringe Rolle.

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 Salzburg liegen nicht vor. Die Zahl der drogenbezogenen **Todesfälle** ist in Österreich Anfang der 1990er Jahre stark gestiegen, danach aber wieder deutlich zurückgegangen. Die Zahl der Salzburger Drogenopfer hat im Jahr 1998 mit 13 Fällen den bisher höchsten Wert erreicht, ist aber dann wieder auf zuletzt sieben Fälle (2000) gesunken.

Alkohol

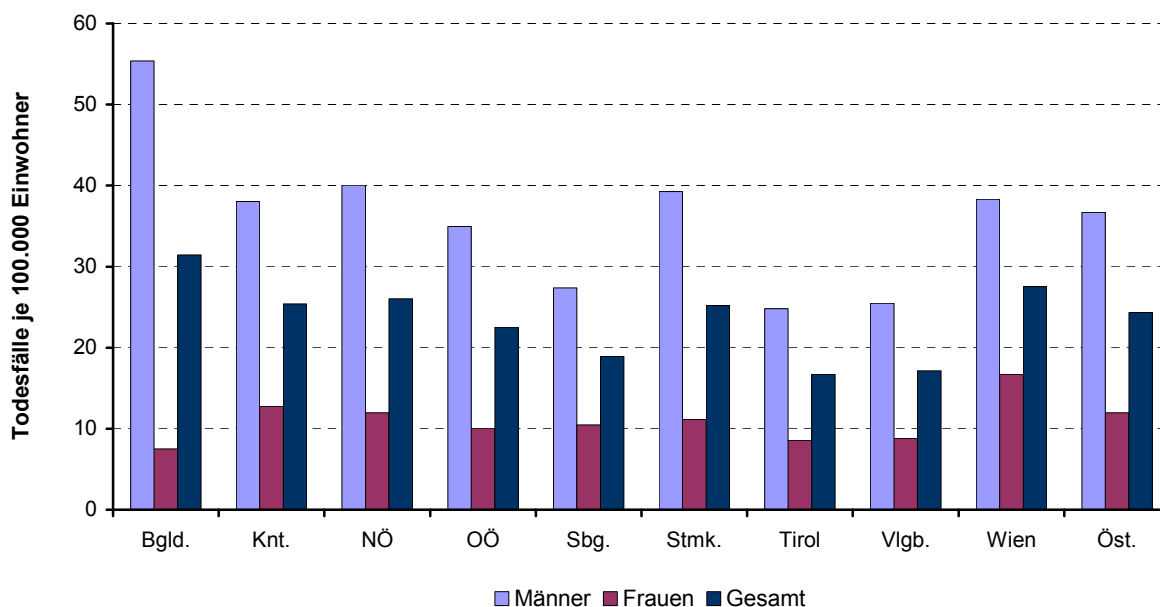
Der **Alkoholdurchschnittskonsum** ist in **Salzburg** mit 22 Gramm Alkohol täglich (alters- und geschlechtsstandardisierter Wert) im Bundesländervergleich **am niedrigsten**. Danach folgen Tirol und Wien mit 28 Gramm. Auch nach Geschlechtern differenziert (alterstandardi-

sierte Werte) wird in Salzburg mit neun Gramm täglich bei den Frauen und 39 Gramm täglich bei den Männern von allen Bundesländern am wenigsten Alkohol konsumiert (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, alterstandardisiert) 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. **Salzburg** nimmt mit insgesamt 19 Alkoholtoten (Kerndiagnosen) pro 100.000 Einwohner (Österreich: 24) im Durchschnitt der Jahre 1998 bis 2000 vor Tirol und Vorarlberg (je 17 Alkoholtote) den **letzten** Platz im Bundesländervergleich ein (vgl. nachstehende Abb. 4.4.2). Die höchste Sterblichkeit weisen diesbezüglich die Bundesländer Burgenland, Wien und Niederösterreich auf (vor allem die traditionellen Weinanbaugebiete), wobei dieses **Ost-West-Gefälle** sehr stark durch die Sterblichkeit der Männer bestimmt wird, 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 (alterstandardisiert, 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

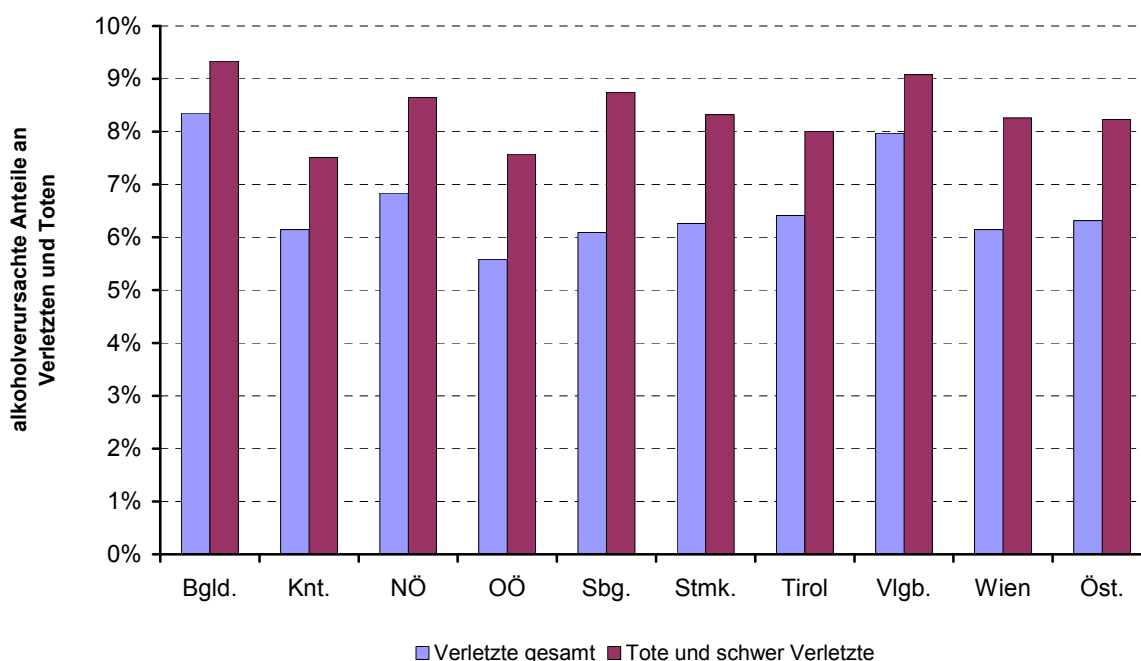
Innerhalb Salzburgs weist im Durchschnitt der Jahre 1998 bis 2000 bei den Kerndiagnosen nur die **Stadt Salzburg** eine über dem Landesdurchschnitt (und auch knapp über dem Bundesdurchschnitt) liegende alkoholassoziierte Sterblichkeit auf. Die geringsten Werte finden

sich in den Bezirken Hallein und St. Johann im Pongau. Auch nach Geschlechtern differenziert übersteigen nur die Werte der Stadt Salzburg den Landes- und Bundesdurchschnitt. Eine Analyse der „anderen Diagnosen“ zeigt jedoch, dass bis auf Hallein (entspricht dem Bundesdurchschnitt) die Werte aller Salzburger Bezirke - insbesondere St. Johann im Pongau und Tamsweg - über dem Österreichdurchschnitt liegen. 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 des Landes Salzburg herangezogen und für die Jahre 1998 bis 2000 der durchschnittliche jährliche Anteil der an solchen Unfällen beteiligten Personen an den in Salzburg 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 Salzburg kamen im Beobachtungszeitraum aufgrund der Alkoholisierung mindestens eines Unfallbeteiligten 30 Menschen ums Leben, 661 wurden verletzt, davon 148 schwer. Im Bundesländervergleich ist der alkoholverursachte Anteil an den Verkehrstoten in Salzburg mit 12,9 Prozent (Österreich: 8 %) vor Kärnten, Vorarlberg und Oberösterreich am höchsten, bei den schwer Verletzten ist der Anteil mit 8,2 Prozent (Österreich: 8,3 %) jedoch durchschnittlich. Der unter Alkoholbeteiligung verursachte **Anteil** an den Verletzten insgesamt ist in Salzburg mit **6,1 Prozent** (Österreich: 6,3 %) relativ niedrig. Einen geringeren Wert weist nur noch Oberösterreich mit 5,6 Prozent auf (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 1998 - 2000



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

Differenziert nach Salzburger Bezirken ist die Betroffenheit vor allem in den Bezirken **Zell am See** und **Salzburg-Umgebung** sehr **hoch**, wo der alkoholverursachte Anteil an den Schwerverletzten und Toten sowohl über dem Bundes- als auch über dem Landesdurchschnitt liegt. Der Anteil an den Verletzten insgesamt liegt im Bezirk **Tamsweg** sowie wieder im Bezirk **Zell am See** über dem jeweiligen Bundes- und Landeswert (vgl. Tab. 4.4.3).

Hilfs- und Behandlungsangebote

Die Grundlage für die Planung von gesundheitspolitischen Maßnahmen im Drogenbereich stellt das **Salzburger Drogenkonzept 1999** dar, dessen Umsetzung in den Verantwortungsbereich des Salzburger Drogenkoordinators fällt. Eine wichtige Rolle im Bereich der **Primärprävention** von Suchtproblemen (Alkohol, Tabak, illegale Drogen, Medikamente, stoffungebunde Süchte wie Essstörungen, Spielsucht etc.) nimmt die Fachstelle AKZENTE Salzburg - Suchtprävention ein. Aufgabe der Fachstelle ist die Initiierung, Entwicklung, Beratung und Begleitung von lokal und regional durchgeführten Projekten sowie die Ausbildung für Multiplikatoren und relevanten 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 der Mitte der 1980er Jahre zunehmend um **suchtbegleitende** und **substituierende** Maßnahmen **ergänzt**, wobei sich diese Entwicklung vor allem in den letzten Jahren deutlich verstärkt hat. In Salzburg wurden in den letzten Jahren ebenfalls Schritte in diese Richtung gesetzt. Salzburg verfügt im Bereich der **Drogenhilfe** derzeit (Stand: Sommer 2001) über **eine stationäre Einrichtung** (Entzugsbehandlung) und **sechs ambulante Beratungs- und Betreuungsstellen** (1 Drogenambulanz, 5 Beratungsstellen). Im Bundesländervergleich weist Salzburg eine eher niedrige Zahl an Mitarbeiterstunden, die für Klienten im Zusammenhang mit illegalen Drogen zur Verfügung stehen, bezogen auf die Bevölkerung auf. Allerdings stehen die meisten in anderen Bundesländern angesiedelten stationären Einrichtungen auch Salzburger Klienten offen.

Hilfs- und Behandlungsangebote für **Alkoholranke** werden derzeit in Salzburg von **fünf stationären** Einrichtungen und von **sieben ambulanten** Einrichtungen angeboten (vgl. Handbuch Alkohol - Österreich 2001). Im stationären Bereich stehen insgesamt 81 Behandlungsplätze mit Gruppen- und Einzeltherapien, Sozialarbeit, Arbeits- und Kreativitätsprogrammen und ambulanter Nachbetreuung sowie zum Teil auch körperlichem Entzug zur Verfügung. Die ambulanten Einrichtungen bieten vornehmlich Beratung und Angehörigenberatung sowie zum überwiegenden Teil auch Sozialarbeit und Psychotherapie an. Die **Christi-an-Doppler-Klinik - Landesnervenklinik** (II. Psychiatrische Abteilung, Alkoholambulanz) bietet darüber hinaus auch medizinische Basisversorgung und körperlichen Entzug an und weist damit das vielfältigste Angebot auf. Die Alkoholkrankenbetreuung des Sozialmedizinischen Dienstes des Amtes der Salzburger Landesregierung bietet regional verteilt insgesamt drei Beratungsstellen an und das „Blaue Kreuz Österreich“ zwei Kontaktstellen. Weiters bieten die „Anonymen Alkoholiker“ ihre Kontaktstellen in Linz Salzburger Patienten und Angehörigen an.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Salzburg bei den **illegalen Drogen** im gesamtösterreichischen Zusammenhang **kein Schwerpunktgebiet** darstellt. Auch der **Alkoholkonsum** sowie die **alkoholassoziierte Sterblichkeit** sind im Vergleich mit anderen Bundesländern **stark unterdurchschnittlich**. Einzig der Anteil der **alkoholverursachten Verkehrstoten** ist vergleichsweise **hoch**. Wesentlich ist in beiden Fällen - neben bestehenden Hilfs- und Beratungsangeboten - die Suchtprävention. Während es bei den illegalen Drogen zunehmend auch um die Verhinderung der Verbreitung neuer Formen des Drogenkonsums (z. B.: Ecstasy) geht, muss bei der in unsere Gesellschaft integrierten - und im Ausmaß viel gefähr-

licheren - Droge Alkohol 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.

4.5 Sport und Bewegung

Der **Anteil** der bewusst zur Gesunderhaltung regelmäßig Sport oder Bewegung ausübenden Personen an der Bevölkerung über 15 Jahre ist gemäß den (vorläufigen) Auswertungsergebnissen des Mikrozensus 1999 in Salzburg mit rund **41 Prozent** deutlich **höher** als im Bundesdurchschnitt (36 %). Dies trifft auf alle betrachteten Altersgruppen und auf Männer wie Frauen gleichermaßen zu. Nach Tirol weist damit Salzburg den zweithöchsten Anteil der Sport ausübenden Wohnbevölkerung über 15 Jahre von allen österreichischen Bundesländern auf.

Bei regionaler Betrachtung zeigen die Befragungsergebnisse von 1999 relativ deutliche Unterschiede: gemäß diesen Daten üben die Bewohner des Lungaus am meisten körperliche Aktivitäten zum Zwecke der Gesundheitserhaltung aus, am wenigsten die Bewohner von Salzburg und Umgebung.

4.6 Gesundheitsvorsorge

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

Schutzimpfungen

Die **Datensituation** betreffend Impfungen **erlaubt es derzeit nicht, den Grad der durch Impfungen erreichten Immunität der Bevölkerung gegen Infektionskrankheiten zu ermitteln**. 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. Sie liegen nur für die Jahre 1998 bis 2000, differenziert nach den Geburtsjahrgängen 1982 bis 1995 vor, sodass nur für vereinzelte Geburtsjahrgänge Durchimpfungsraten für bestimmte Impfungen ermittelt werden könnten. 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 von Bundesländern mit anderen Bundesländern oder Österreich insgesamt nicht sinnvoll machbar sind.

Die vorliegenden Daten betreffen Impfungen gegen die folgenden neun Infektionskrankheiten:

- Diphtherie (DI)
- Tetanus (TE)
- Pertussis (PE)
- Haemophilus influenzae (Hib)
- Polio
- Hepatitis B

- Masern
- Mumps
- Röteln

Die Berechnung von Durchimpfungsraten wird zusätzlich dadurch erschwert, dass die **Impfstoffe** im Zeitablauf in **unterschiedlichen Kombinationen** und im Zuge unterschiedlicher Impfprogramme verabreicht wurden.

Die nachfolgende Übersicht zeigt in kompilierter Form die für das Bundesland **Salzburg dokumentierten Impfdaten**. (Die quartalsweise für die Einzeljahre vorliegenden Daten des BMSG wurden von der Salzburger Landessanitätsdirektion überprüft und teilweise korrigiert. Die überprüften und korrigierten Daten wurden infolge auf Jahre zusammengefasst.)

Übersicht über die für das Bundesland Salzburg dokumentierten Schutzimpfungen (Erklärung der Abkürzungen s. oben auf dieser Seite).

Impfung	dokumentierte Jahre	Geburtsjahrgänge der Geimpften	Anzahl der Impfungen
DI TE	1998-2000	1982-1999	20.274
DI TE PE Hib / 1. Teilimpfung	1998-2000	1993-2000	6.693
DI TE PE Hib / 2. Teilimpfung	1998-2000	1993-2000	6.806
DI TE PE Hib / 3. Teilimpfung	1998-2000	1993-2000	7.122
DI TE PE Hib / Auffrischung	1998-2000	1993-2000	9.028
DI TE PE Hib Polio / 1. Teilimpfung	1999-2000	1994-2000	3.816
DI TE PE Hib Polio / 2. Teilimpfung	1999-2000	1994-2000	4.085
DI TE PE Hib Polio / 3. Teilimpfung	1999-2000	1994-2000	4.303
DI TE PE Hib Polio / Auffrischung	1999-2000	1994-2000	4.209
DI TE PE Polio / 1. Teilimpfung	2000	1995-2000	4.269
DI TE PE Polio / 2. Teilimpfung	2000	1995-2000	3.722
DI TE PE Polio / 3. Teilimpfung	2000	1995-2000	3.104
DI TE PE Polio / Auffrischung	2000	1995-2000	73
Hepatitis B / 1. Teilimpfung	1998-2000	1989-2000	13.169
Hepatitis B / 2. Teilimpfung	1998-2000	1989-2000	12.563
Hepatitis B / 3. Teilimpfung	1998-2000	1989-2000	7.973
Hepatitis B / Auffrischung	1998-2000	1989-2000	6
Hepatitis B + Hib / 1. Teilimpfung	2000	1995-2000	4.089
Hepatitis B + Hib / 2. Teilimpfung	2000	1995-2000	2.976
Hepatitis B + Hib / 3. Teilimpfung	2000	1995-2000	276
Hepatitis B + Hib / Auffrischung	2000	1995-2000	0
Hepatitis B ab 12. LJ / 1. Teilimpfung	1999	1983-1988	4.612
Hepatitis B ab 12. LJ / 2. Teilimpfung	1999	1983-1988	4.459
Hepatitis B ab 12. LJ / 3. Teilimpfung	1999	1983-1988	3.828
Hepatitis B ab 12. LJ / Auffrischung	1999	1983-1988	1
Masern-Mumps-Röteln / 1. Impfung	1998-2000	1982-1999	17.026
Masern-Mumps-Röteln / 2. Impfung	1998-2000	1982-1999	19.632
Masern-Mumps-Röteln (Eradikationsprogramm / 1. Impf.)	1999-2000	1981-1987	130
Masern-Mumps-Röteln (Eradikationsprogramm / 2. Impf.)	1999-2000	1981-1987	3.150
Röteln	1998-2000	1982-1999	0
Röteln bei Wöchnerinnen	1998-2000	20-40jährige Frauen	552

Quellen: BMSG, Landessanitätsdirektion Salzburg, ÖBIG-eigene Berechnungen.

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, Ursula 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 Überlegungen zu 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, zeigen, dass die **Salzburger Bevölkerung** im Alter von 15 Jahren und darüber **bezüglich dieser Erkrankungen** im Vergleich zu den übrigen Bundesländern in einem **relativ geringen Ausmaß durch Impfungen geschützt** ist.

Zahngesundheit

Kariesprophylaxe wird im Bundesland Salzburg seit 1986 durch den Arbeitskreis Vorsorgemedizin Salzburg (avos) angeboten. Die Stadt Salzburg wird durch den Magistrat betreut. Zielsetzung der Kariesprophylaxeaktivitäten ist die Vermittlung der Grundpfeiler der Prophylaxe. Zielgruppe sind die Kinder der Kindergärten und Volksschulen. Diese werden bereits zu je 98 Prozent (ohne Stadt Salzburg) durch die Aktivitäten des avos erreicht. Auf Anfrage werden auch Sonderschulen und Eltern-Kind-Gruppen betreut. Das Kariesprophylaxeprojekt stützt sich auf ausgebildete Zahngesundheitserzieherinnen (ZGE), die in den Kindergärten zweimal jährlich und in den Volksschulen einmal pro Jahr Zahngesundheitsunterricht durchführen. Bei Bedarf werden Elternabende veranstaltet und Informationsmaterial an „Multiplikatoren“ (Kindergärtnerinnen, Lehrpersonal etc.) verschickt. Großes Augenmerk wird der Evaluation (z. B. Erhebung der Zufriedenheit der Kunden des Projektes, Reflexion mit beteiligten und externen Expertinnen und Experten) und der Qualitätssicherung (u. a. regelmäßige ZGE-Fortbildung, Supervision, Entwicklung eines TQM-Konzeptes) von Aktivitäten gewidmet.

Im Jahr 2000 standen dem Arbeitskreis für die Kariesprophylaxeaktivitäten ca. ATS 6,3 Mio. (€ 456.970), das entspricht etwa 169,- ATS (12,3 €) pro betreuten Kind, zur Verfügung. Damit gehört das Salzburger Kariesprophylaxeprojekt im Vergleich zu den anderen Präventionsprogrammen zu den kostengünstigsten².

Die Finanzierung des Projektes sowie die Motivation der Volksschullehrerinnen und -lehrer werden als Problembereiche genannt. Für die Zukunft ist einerseits geplant, durch eine Weiterentwicklung des Projektes den steigenden Ansprüchen an Gesundheitsförderungsprogramme gerecht zu werden, andererseits die allgemein gesundheitsfördernde Komponente auszubauen.

² ÖBIG 2001: Dokumentation der Kariesprophylaxeaktivitäten in Österreich, Stand 2000, S. 14

Im Jahr 2002 führten die ÖBIG-Koordinationsstelle Zahnstatus und avos, unter finanzieller Beteiligung des Fonds Gesundes Österreich, eine Zahnstatuserhebung bei Sechsjährigen nach WHO-Standards durch. Mit der Erhebung wird einerseits überprüft, inwieweit die Ziele der WHO in Bezug auf die Zahngesundheit der Sechsjährigen erreicht werden, andererseits können erstmals Vergleiche der Kariesprävalenz der NUTS-III-Regionen innerhalb des Bundeslandes, aber auch mit anderen Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt durchgeführt werden. Diese Erhebung lieferte für Salzburg ein unerwartetes Ergebnis. Mit landesweit durchschnittlich 41 Prozent kariesfreien Kindern liegt Salzburg noch deutlich unter dem WHO-Ziel 2000 (50 Prozent kariesfreie Sechsjährige) und bildet im Österreichvergleich - gemeinsam mit Burgenland und Kärnten, die erst seit kurzem bzw. noch gar kein Kariesprophylaxeprojekt durchführen - das Schlusslicht (vgl. Tabelle 4.6.3).

Vorsorgeuntersuchungen

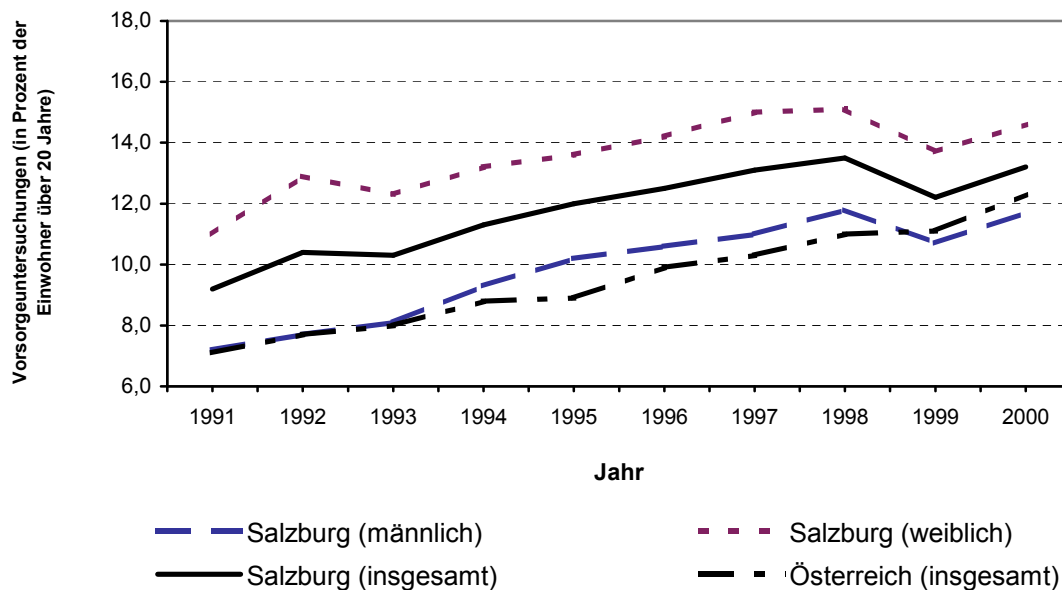
Die folgende Analyse der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen basiert auf Daten für die Jahre 1991 bis 2000 (Quelle: HVSVT).

In den Jahren **1991 bis 2000** haben sich jährlich durchschnittlich **rund 45.000 Salzburger und Salzburgerinnen einer Vorsorgeuntersuchung** unterzogen, das sind ca. **zwölf Prozent** der Wohnbevölkerung des Bundeslandes im Alter von 20 Jahren und darüber¹. Damit liegt Salzburg nur im Mittelfeld der Bundesländer an der 5. Stelle, aber über dem österreichischen Durchschnitt (rd. 9,5 %), der durch die sehr geringe Beteiligung der Bevölkerung in den einwohnerstarken Bundesländern Wien und Niederösterreich nach unten gedrückt wird. Das Verhältnis von Männern zu Frauen, die sich in den betrachteten zehn Jahren einer Vorsorgeuntersuchung unterzogen, betrug in Salzburg 2:3, was dem Österreichdurchschnitt entspricht.

Auch die **Zunahme an untersuchten Personen** im Betrachtungszeitraum verlief in Salzburg (1991: knapp 33.000 Personen, 2000: rd. 51.700, d. s. ca. +5,1 Prozent jährlich) **langsamer als in den meisten übrigen Bundesländern**. Einzig in der Steiermark und in Vorarlberg – im letztgenannten Bundesland aber bereits vom bundesweit höchsten Niveau ausgehend - war der prozentuelle Zuwachs noch geringer; österreichweit betrug er jährlich 5,8 Prozent. Der österreichweiten Entwicklung entsprechend war auch in Salzburg die Zunahme bei den Männern stärker als bei den Frauen; dennoch waren auch noch im Jahr 2000 die Männer, die sich untersuchen ließen, deutlich in der Minderheit (42 %).

¹ Ab dem vollendeten 19. Lebensjahr besteht der Anspruch auf jährlich eine unentgeltliche Vorsorgeuntersuchung für österreichische Staatsbürger/innen

Abbildung 4.6.1: Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen in Salzburg und in Österreich 1991 bis 2000



Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, ÖBIG-eigene Berechnungen.

4.7 Umwelt

Luft

Außenluft

Die Belastung der Luft mit folgenden Schadstoffen, die in Zusammenhang mit der Gesundheit des Menschen und der Vegetation stehen, werden vom Land Salzburg (Abteilung 16: Umweltschutz, Referat 16/02-Immissionsschutz) mit den automatischen Messsystemen SALIS (**SA**lzbürger **LU**ftgüte **I**nformations **S**ystem) und TEMPIS (**TEMP**eratur **I**nformations **S**ystem) kontinuierlich gemessen:

- Schwefeldioxid (SO₂), Stickstoffoxide (NO, NO₂), Kohlenmonoxid (CO), Feinstschwebstaub (PM 10), Ozon (O₃): (15 Messstellen, davon 2 vom UBA)
- Bleikonzentration (Salzburg Rudolfsplatz)
- Benzol, Toluol und Xylol (Salzburg Rudolfsplatz)
- Staubniederschlag (nach Bergerhof, 45 Messstellen)

Immissionsgrenzwerte zum dauerhaften Schutz der menschlichen Gesundheit wurden vor allem in der Stadt Salzburg, in Hallein und fallweise auch in Lend überschritten. Durch zahlreiche emissionsmindernde Maßnahmen hat sich die Luftgüte wesentlich verbessert. Im Jahr 2000 wurde lediglich während einer Inversionswetterlage am 27. Jänner eine Überschreitung des NO₂-Grenzwertes in Salzburg (Mirabellplatz) festgestellt. Die Grenzwerte für SO₂, Schwebstaub, Staubniederschlag (Deposition), CO, Benzol, Blei und Cadmium im Schwebstaub wurden eingehalten. Der Zielwert für **Ozon** wurde in den Sommermonaten in allen Landesteilen mehrmals **überschritten**.

Die wesentlich strengeren **Immissionsgrenzwerte zum vorsorglichen Gesundheitsschutz** wurden im Jahr 2000 für NO₂ an den verkehrsnahen Messstellen in **Salzburg Stadt** und **Hallein** häufig, für Schwebstaub in Tamsweg nur an einem Tag überschritten. Für **Ozon** konnte der Richtwert in den Siedlungsgebieten des Alpenvorlands an bis zu 21 Prozent, im Grünland an bis zu 30 Prozent und inneralpin an bis zu 16 Prozent der Tage nicht eingehalten werden. Es wurden keine Überschreitungen der Grenzwerte von SO₂, CO, Blei im Schwebstaub und Benzol festgestellt.

Der für die Bezirke Salzburgs ermittelte Luftbelastungsindex (Summe der Belastungen durch SO₂, NO₂ und Schwebstaub) zeigt für **Salzburg Stadt** eine **mittlere Belastung**, in allen anderen Bezirken eine geringe.

Basis für die Beurteilung der Luftgüte und die Überprüfung von Maßnahmen ist auch der Salzburger Energie- und Emissionskataster (SEMIKAT). Er umfasst die nach Verursachergruppen gegliederten, primär aus Verbrennungsprozessen stammenden anthropogenen Emissionen. Ergebnisse wurden erstmals für das Basisjahr 1994 berechnet (SEMIKAT 1996).

In der **Bundesländer Luftschadstoff-Inventur 1995** wurden die österreichischen Emissionen von SO₂, Stickstoffoxiden (NO_x), flüchtigen Kohlenwasserstoffen (NMVOC), Methan (CH₄), CO, Kohlendioxid (CO₂) Distickstoffoxid (N₂O) und Ammoniak (NH₃) auf die Bundesländer disaggregiert. Diese Analyse zeigte, dass mit Ausnahme von CH₄ die Emissionen in **Salzburg unter dem österreichischen Durchschnitt** liegen.

Die Öffentlichkeit wird durch Luftgüteberichte täglich in verschiedenen Medien informiert. (<http://www.salzburg.gv.at/umweltschutz/umweltdaten/Luft/index.htm>) informiert über die aktuellen Werte. Bei Eintreten belasteter Verhältnisse werden entsprechende Informationen aktiv bereitgestellt. Zusätzlich sind anhand von Monats- und Jahresberichten die kurz- und längerfristigen Entwicklungen dargestellt.

Innenraumluft

Gemäß den Ergebnissen des Mikrozensus 1994 fühlen sich 26,5 Prozent der Salzburger durch **Gerüche** in ihrer Wohnung gestört, das entspricht etwa dem österreichischen Durchschnitt.

In den Jahren 1992 und 1993 wurden vom Referat Umweltmedizin des Landes 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. Asthma wurde in Reinluftgebieten in 1,8 Prozent, in städtischen Regionen in 7,3 Prozent der Fälle diagnostiziert.

In den Jahren 1995 und 1996 wurden vom Referat Umweltmedizin des Landes Salzburg mit dem Salzburger Kinderspital in einer **weiteren** Querschnittsstudie **3.669 Kinder** im Alter von 6 bis 8 Jahren und **3371 Jugendliche** im Alter von 12 bis 15 Jahren aus Salzburg Stadt untersucht.

Die **Zusammenhangsanalysen** ergaben, dass **feuchte oder schimmelbefallene Wohnungen** zu vermehrten Asthmasymptomen, allergischem Schnupfen und häufigerem Husten führen können. Ein weiterer wesentlicher Risikofaktor ist das **Aktiv- und Passivrauchen von Tabak**. Auch **Holzrauch und Dieselabgase** führten zu vermehrten Asthmasymptomen, zu allergischem Schnupfen und auch zu unspezifischen Irritationen der Atemwege, was sich als Husten äußerte.

Am 1. Juni 1999 startete das Asthma Projekt für Kinder & Jugendliche Salzburg die Öffentlichkeitsarbeit unter dem Motto „Jedes zehnte Kind in Salzburg hat Asthma, aber nur die Hälfte weiß es!“ Projektträger sind das Land Salzburg, die Landesklinik für Kinder und Jugendheilkunde und der Arbeitskreis Vorsorgemedizin Salzburg (avos). Projektziele sind Vorbeugung, zeitgerechte Erkennung und optimale Behandlung von Asthma bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Wasser

Trinkwasser

Im Rahmen des auf der Wassergüteerhebungsverordnung basierenden österreichischen Wassergütemonitorings werden Grundwasser-, Quell- und Flussgewässermessstellen in regelmäßigen Abständen beobachtet und die Ergebnisse dargestellt.

Tirol und **Salzburg** sind die einzigen Bundesländer, die **keine grundwassergefährdeten Gebiete** ausweisen müssen.

Badegewässer

Im Land Salzburg werden 25 Badeseen mehrmals jährlich entsprechend den Vorgaben des Bäderhygienegesetzes von der Bundesstaatlichen bakteriologisch-serologischen Untersuchungsanstalt Salzburg bakteriologisch untersucht. Zusätzlich werden die Badegewässer von der Gewässeraufsicht des Landes chemisch und limnologisch kontrolliert. Die Salzburger Badegewässer weisen dabei eine ausgezeichnete Badewasserqualität auf. Vereinzelt werden Überschreitungen der Leitwerte bei koliformen Bakterien festgestellt. Betroffen sind Moorgewässer mit natürlicher Färbung und Trübung sowie zusätzlich erhöhtem Nährstoffangebot und dadurch bedingter erhöhter Algenproduktion.

Boden

Von den rund 300.000 ha landwirtschaftlich genutzten Böden sind 39 % Grünland und Acker; die restliche Nutzfläche sind Almen und Bergmähder.

Da der Großteil der landwirtschaftlichen Nutzfläche in Salzburg traditionell sehr extensiv und naturnah genutzt wird, kommen Agrochemikalien kaum zum Einsatz.

Lärm

Gemäß den Ergebnissen des Mikrozensus 1994 fühlen sich 40,5 Prozent der Salzburger durch Lärm in ihrer **Wohnung** gestört, das ist etwas mehr als der österreichweite Durchschnitt: von 36,2 Prozent.

Radioaktivität

Das Bundesland Salzburg wurde im Rahmen des Österreichischen Nationalen Radon-Projektes (ÖNRAP) bereits 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 Bq/m^3 wurde lediglich in der **Gemeinde Badgastein**¹ überschritten. Aussagen über gesundheitliche Auswirkungen liegen nicht vor.

Das **Strahlenfrühwarnsystem** hat im Jahr 1986 - verursacht durch den Reaktorunfall von Tschernobyl - die **höchste Ortsdosisleistung im Flachgau** mit 140 nS/h ermittelt. Zehn Jahre später war die Belastung in ganz Salzburg unter 100 nS/h abgeklungen, auf einen Pegel wie vor der Katastrophe.

Nicht-Ionisierende Strahlung

Aufgrund der zunehmenden Diskussion über Störungen des Wohlbefindens und der Gesundheit durch Mobilfunkanlagen veranstaltete das Land Salzburg im Juni 2000 die Internationale Konferenz Situierung von Mobilfunksendern - Wissenschaft & Öffentliche Gesundheit. Dabei zeigte sich, dass die von einer immer größeren Zahl von Menschen im Land Salzburg in Zusammenhang mit Mobilfunksendern berichteten Gesundheitsprobleme auch in anderen Ländern auftreten und typisch für hochfrequente Strahlung sind. Vom Referat Umweltmedizin des Landes Salzburg wurden nach eingehender Analyse bei zahlreichen Familien ein sehr wahrscheinlicher Zusammenhang zwischen div. Symptomen und Mobilfunksendern sowie auch mit DECT-Schnurlostelefonen gefunden. Das Land Salzburg bereitet gemeinsam mit der Universität Wien eine Fall-Kontroll-Studie zur Abklärung von Zusammenhängen zwischen Leukämien, Hirntumoren und Lymphomen und elektrischen / magnetischen Feldern sowie elektromagnetischer Strahlung vor.

4.8 Zusammenfassung

Somatische Basisdaten

- **Untergewicht:** Im Jahr 1999 waren etwa **drei Prozent** der über 15-jährigen Salzburger stark untergewichtig (mehr als im gesamten Bundesgebiet); dieser Anteil ist seit 1991 stärker als in Österreich insgesamt gestiegen; besonders betroffen davon sind Frauen (mehr als 4 %, aber in zunehmendem Maße auch Männer) und Jugendliche (mehr als jeder Zehnte);
- **Übergewicht:** Etwa **jeder fünfte** über 15-jährige Salzburger war im Jahr 1999 übergewichtig (mehr als jeder vierte Mann und knapp jede sechste Frau) und etwa **acht Prozent** der über 15-jährigen Salzburger waren stark übergewichtig (der Anteil bei den Frauen war hier höher als bei den Männern); der Anteil der (stark) übergewichtigen Salzburger ist damit geringer als in Österreich insgesamt;
- **Bluthochdruck: 3,6 Prozent** der über 15-jährigen Salzburger - es sind mehr Frauen als Männer betroffen - leiden nach Selbstauskunft an zu hohem Blutdruck; besonders betroffen davon sind die über 60-Jährigen; das ist deutlich weniger als im österreichischen Durchschnitt.

¹ Es ist bekannt, dass im Heilstollen von Badgastein Radon in hohen Konzentrationen vorkommt.

Ernährung

- **38,3 Prozent** der über 15-jährigen Salzburger gaben 1999 an, sich **gesundheitsbewusst zu ernähren** (österreichweit waren es 36,4 %), wobei der Anteil bei den Frauen höher war als bei den Männern.

Rauchen

- Zirka **30 Prozent** der über 15-jährigen Salzburger gaben 1999 an, **täglich Zigaretten zu rauchen**; im Bundesländervergleich weist Salzburg damit nach der Steiermark den niedrigsten Raucheranteil auf;
- der Raucheranteil ist bei den Männern (ca. ein Drittel) höher als bei den Frauen (ca. ein Viertel); mehr als ein Drittel der Jugendlichen gab an, täglich Zigaretten zu rauchen;
- seit 1991 ist die Anzahl der **Raucher** tendenziell **gestiegen** - insbesondere bei **Frauen** und **Jugendlichen**.

Alkohol

- Der **Alkoholkonsum** ist in Salzburg **niedriger** als in allen anderen Bundesländern;
- nur in Tirol und Vorarlberg ist die alkoholassoziierte Sterblichkeit geringer als in Salzburg;
- innerhalb des Bundeslandes ist die alkoholassoziierte Sterblichkeit in der Stadt Salzburg am höchsten;
- vergleichsweise **hoher** Anteil an alkoholverursachten **Verkehrstoten**;
- **Hilfs- und Behandlungsangebote** für Alkoholranke werden derzeit in Salzburg von fünf stationären und sieben ambulanten Einrichtungen angeboten.

Illegale Drogen

- Hier stellt Salzburg im österreichischen Zusammenhang **kein Schwerpunktgebiet** dar;
- im Bereich der **Drogenhilfe** verfügt Salzburg über **eine stationäre Einrichtung** und **sechs ambulante Beratungs- und Betreuungsstellen**.

Sport und Bewegung

- Rund **41 Prozent** der über 15-jährigen Salzburger betreibt nach Selbstauskunft bewusst zur Gesunderhaltung **regelmäßig Sport**, Männer und Frauen gleichermaßen; nur in Tirol ist dieser Anteil höher;
- ausgeprägte regionale Unterschiede, mit den höchsten Anteilen im Lungau und den niedrigsten in Salzburg und Umgebung.

Gesundheitsvorsorge

- **Impfschutz:** Über das Ausmaß des Impfschutzes bei der erwachsenen Bevölkerung herrscht **Unklarheit**; gemäß **Mikrozensus 1999** ist die über 15-jährige Bevölkerung Salzburgs bezüglich Kinderlähmung, Tetanus, Grippe und FSME in relativ geringem Ausmaß geschützt;
- **Vorsorgeuntersuchungen:** In den Jahren 1991 bis 2000 haben sich nach Auskunft des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger jährlich etwa zehn bis 13 Prozent der über 19-jährigen Bevölkerung einer Vorsorgeuntersuchung unterzogen, mit leicht steigender Tendenz; damit lag Salzburg im Mittelfeld der Bundesländer;
- **Zahngesundheit:** Gemäß der Zahnstuserhebung bei Sechsjährigen durch das ÖBIG sind **41 Prozent** der Salzburger Kinder **kariesfrei**; das ist deutlich unter dem WHO-Ziel 2000 von 50 Prozent; Salzburg liegt damit an letzter Stelle im Bundesländervergleich.

Umwelt

- **Außenraumluf**t: Bei der **Bundesländer Luftschadstoff-Inventur 1995** wurde festgestellt, dass in Salzburg die Emissionen mit Ausnahme von CH₄ unter dem Bundesdurchschnitt liegen; im Sommer werden im gesamten Landesgebiet des öfteren **erhöhte Ozon-Konzentrationen** gemessen;
- **Wasser**: Die Wassergüte wird im Rahmen des österreichischen Wassergütemonitorings in regelmäßigen Abständen beobachtet; Salzburg und Tirol sind die einzigen Bundesländer, die **keine grundwassergefährdeten Gebiete** ausweisen müssen; die **Badegewässer** weisen eine **ausgezeichnete** Qualität aus.
- **Lärm**: Etwa 40 Prozent der Salzburger fühlen sich in ihrer Wohnung durch Lärm von außen gestört, das ist etwas mehr als der österreichische Durchschnitt (36 %).

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 Vielfalt des Angebotes und etlicher 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 folgende Punkte:

- Definition des Begriffes „Prävention“;
- Darstellung der Präventionsprojekte des Landes Salzburg;
- Angebote der Salzburger Gebietskrankenkasse im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention

Definition des Begriffes „Prävention“

(Krankheits-)Prävention umfasst nicht nur Maßnahmen, die dem Aufkommen von Krankheiten vorbeugen, wie zum Beispiel die Verringerung von Risikofaktoren, sondern auch solche, die das Fortschreiten von Krankheiten eindämmen und Krankheitsfolgen minimieren.

Primäre Prävention: ist auf die Vorbeugung des ersten Auftretens einer Störung ausgerichtet.

Sekundärprävention: zielt darauf ab, eine vorhandene Krankheit und ihre Folgen durch Früherkennung zum Stillstand zu bringen oder zu verzögern.

Tertiärprävention: reduziert das Auftreten von Rückfällen und die Ausbildung chronischer Zustände, z.B. durch wirksame Rehabilitation.

Präventionsprojekte des Landes Salzburg

Primärprävention:

- Impfprogramme (insbesondere Umsetzung des Impfkongzeptes des Bundes): Hier sind die Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, wie Landessanitätsdirektion, Gesundheitsämter der Bezirke, Amtsärzte (Impfungen im schulpflichtigen Alter) sowie avos, niedergelassene Ärzte und Mutterberatungsstellen (Impfungen bei Kindern im Vorschulalter) eingebunden.
- Bewegung im Unterricht (Durchführung und Organisation avos)
- Gesunde Gemeinde (avos)
- Vorsorgeprogramm gegen den plötzlichen Kindstod (avos, Landeslinik für Kinder- und Jugendheilkunde/St. Johanns Spital - Landeskrankenhaus)
- „Club aktiv gesund“ Zentrum für Fitness- und Gesundheitsförderung; Seniorensport (ASKÖ Salzburg)
- Gütesiegel für Sportvereine (Arbeitskreis für Präventivsport)
- Information über Rauchen (österreichische Schutzgemeinschaft für Nichtraucher)
- Projekt „Unfallverhütung bei Kindern“ (Kinderchirurgie/St. Johanns Spital - Landeskrankenhaus)
- Betriebliche Gesundheitsförderung; psychische Belastung am Arbeitsplatz (avos)
- Sexualberatung: Information und Beratung (Sexualberatungsstelle Salzburg)
- Zahnpflege- und Mundhygiene-Gesunde-Ernährung-Aktion in Kindergärten und Volksschulen (Zahngesundheitserzieherinnen im Rahmen von avos)

- Schulärztliche Tätigkeit an allgemein bildenden und an öffentlichen, berufsbildenden Pflichtschulen (Schulärzte/Landessanitätsdirektion)
- Augen-Reihenuntersuchungen in den ersten Schulstufen (Diplomorthoptistin - Landessanitätsdirektion)

Sekundärprävention:

- Früherkennung des Grünen Stars - Salzburger Glaukomstudie (Landesklinik für Augenheilkunde und Optometrie/St. Johannis Spital - Landeskrankenhaus)
- Melanom-Früherkennung (niedergelassene Dermatologen im Rahmen der Salzburger Gebietskrankenkasse sowie avos)
- Schlaganfall-Prävention (Christian-Doppler-Fonds Salzburg)
- Gesundheits- und Sozialzentrum Salzburg Süd (Evangelischer Diakonieverein Salzburg)
- Salzburger Kinderasthmaprojekt/Allergiestudie (Landessanitätsdirektion, avos, Landesklinik für Kinder- und Jugendheilkunde/St. Johannis Spital - Landeskrankenhaus)
- Selbstmordprävention (Christian-Doppler-Fonds Salzburg)
- Aidshilfe: Beratung und Information (Aids-Hilfe Salzburg)
- Pollenwarndienst (Institut für Botanik der Universität Salzburg)
- Beratungsstelle für Essstörungen (Schulärztlicher Dienst für die Stadt Salzburg)

Tertiärprävention:

- Diabetikerschulungen (Ambulanzen bestimmter Krankenanstalten; niedergelassene Ärzte über avos)
- Nachbehandlung von Schlaganfallpatienten (avos)
- fachärztliche Beratungen hinsichtlich Aids, Drogenabhängigkeit sowie Haut- und Geschlechtskrankheiten (Landesklinik für Dermatologie/St. Johannis Spital - Landeskrankenhaus)
- fachärztliche Beratung und Untersuchung von Sonderschülern (Fachärzte für Kinderheilkunde sowie für Neurologie und Psychiatrie/Landessanitätsdirektion)

Finanzierung der Präventionsprojekte

Mit Ausnahme des Projektes "Nachbehandlung von Schlaganfallpatienten", das vom Salzburger Krankenanstalten-Finanzierungsfonds (SAKRAF) finanziert wird, werden alle oben angeführten Projekte von der Gesundheitsabteilung - Landessanitätsdirektion zur Gänze bzw. teilweise finanziert (siehe auch Kap. 5.5 „Öffentlicher Gesundheitsdienst - Kosten und Finanzierung“).

Die aufgrund des österreichischen Impfkongzeptes durchgeführten **Schutzimpfungen** werden wie folgt finanziert:

- Impfstoffe: 2/3 Bund, 1/6 Hauptverband der Sozialversicherungsträger, 1/6 Land Salzburg
- Impfonorare, Administrationskosten und sonstiger Sachaufwand: Land Salzburg.

Darüber hinaus führt das Land Salzburg Zecken-Schutzimpfungen für Schüler und Begleitpersonen, die im Rahmen von Schullandwochen in zeckenverseuchte Gebiete kommen sowie für Schüler und Lehrpersonen, deren Schule sich in einem zeckenverseuchten Gebiet im Land Salzburg befindet, durch und trägt 1/3 der Impfstoff- und Impfonorarkosten.

Angebote der Salzburger Gebietskrankenkasse im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention

Die Salzburger Gebietskrankenkasse sieht ihre Strategie im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention darin, sich an **alle Altersgruppen** zu richten und ihre Aktivitäten vorwiegend in dem Umfeld (Setting) durchzuführen, **wo möglichst viele Menschen erreicht werden können**, wie Kindergärten, Schulen oder Betriebe.

Als konkrete Beispiele seien folgende Aktivitäten und Programme angeführt:

- Kleinkinder
 - Zahngesundheitsförderung in Kindergärten
 - Besuch von Kindergärten in den kasseneigenen Zahnambulatorien
 - Einsätze der ‚mobilen Gipsambulanz‘
 - Ernährungsvorträge für Kindergartengruppen und bei Elternabenden
 - Aufklärung über Unfallverhütung im Kleinkindalter

- Kinder und Jugendliche
 - G’sundheitskabarett speziell für Jugendliche - ein Beitrag zur Suchtprävention mit altbekannten Themen, neu verpackt: wie Alkohol/ Rauchen/ Drogen/ Ernährung/ Unfallverhütung/ erste Hilfe etc.
 - Projektwettbewerb - Themenaufarbeitung aus dem Kabarett
 - Pilotprojekt ‚bleib locker‘, ein Stresspräventionsprogramm für Kinder der 4. Schulstufe
 - Ernährungsvorträge für Schulklassen und bei Elternabenden sowie Einzelberatungen
 - Zahngesundheitsförderung in Schulen
 - Gesundheitsinformationszentrum (GIZ): kostenlose Informationen über Gesundheits- und Krankheitsthemen

- Berufstätige
 - Betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte
 - Kostenlose Ernährungsberatung
 - Pilotprojekte für Adipositas-Erkrankte
 - Gesundheitsinformationszentrum (GIZ) - kostenlose Informationen über Gesundheits- und Krankheitsthemen
 - Schwerpunkt-Informationstage im GIZ

- Senioren
 - Kostenlose Ernährungsberatung
 - Gesundheitsinformationszentrum (GIZ) - kostenlose Informationen über Gesundheits- und Krankheitsthemen
 - Schwerpunkt-Informationstage im GIZ
 - Verhütung von Unfällen im Haushalt (Video, Aufklärungsmaterial)

Darüber hinaus gewährt die Salzburger Gebietskrankenkasse Zuschüsse zu Gesundheitsvorträgen, die Kleinkinder, Kinder und Jugendliche thematisieren, wie auch Zuschüsse zu Rückenschulungen für Berufstätige und Senioren.

Im Rahmen der **verhaltensorientierten Prävention** der Salzburger Gebietskrankenkasse stehen die Bereiche Ernährung (Beratung), Suchtverhalten (G’sundheitskabarett), aber auch Bewegung (Zuschüsse für Rückenschulung) im Mittelpunkt. Ein besonderes Augenmerk soll in Zukunft auch auf den Umgang mit Stress gelegt werden. Im Bereich der **verhältnisorientierten Prävention** steht die gesundheitsfördernde Gestaltung der Arbeitswelt im Mittelpunkt

der Aktivitäten. Interessierten und engagierten Betrieben in Salzburg steht die Salzburger Gebietskrankenkasse als regionale Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung zur Verfügung.

Darüber hinaus werden auch **Vorsorgeuntersuchungen** wie die Vorsorge(Gesunden)-untersuchung, die Melanomvorsorgeuntersuchung, die Jugendlichenuntersuchung bei Lehrlingen und das Kinderimpfkonzept (bundesweit gültig) angeboten. Einen weiteren Schwerpunkt bilden in diesem Zusammenhang die **Influenza-Impf-Aktionen** der Salzburger Gebietskrankenkasse und der Kostenzuschuss für die **FSME-Impfung**.

Um das Fortschreiten bestehender Krankheiten zu verhindern und Spätkomplikationen zu vermeiden, unterstützt die Salzburger Gebietskrankenkasse **Aktivitäten im Umgang mit der eingeschränkten Gesundheit**. Die Salzburger Selbsthilfe, der Dachverband der Salzburger Selbsthilfegruppen hat durch seine Patientenorientierung einen guten Einblick in krankheitsbezogene Abläufe und Einzelprobleme. Deshalb unterstützt die Salzburger Gebietskrankenkasse die Salzburger Selbsthilfe und einzelne Selbsthilfegruppen bei der Durchführung verschiedener Aktivitäten. Als konkrete Beispiele seien hier ambulante Koronarturngruppen des Herzverbandes Salzburg, Refundierung von Diabetikerschulungskosten, Diabetikerturnusse im eigenen Regenerationszentrum Goldegg, Unterwassertherapien und Gymnastik Morbus-Bechterew Erkrankter, Unterstützung von Angehörigen psychisch Kranker, Asthma-Schulungen für Kinder und Jugendliche genannt.

Ein Ziel der Gesundheitsförderung ist die **Kooperation** und **Vernetzung**. Die Salzburger Gebietskrankenkasse kooperiert mit dem Land Salzburg, der Salzburger Selbsthilfe, dem Arbeitskreis für Vorsorgemedizin Salzburg (avos), ISIS-Gesundheit und Therapie für Frauen, Akzente-Suchtprävention und ähnlichen Einrichtungen. Weiters ist die Salzburger Gebietskrankenkasse im Vorstand der ARGE Gesundes Salzburg sowie in den bundesweiten Netzwerken Gesundheitsförderung und betriebliche Gesundheitsförderung vertreten.

Ausblick über künftige Angebote der Salzburger Gebietskrankenkasse

Eine Intensivierung der gesundheitsfördernden Maßnahmen seitens der Salzburger Gebietskrankenkasse ist aufgrund der finanziellen Situation nicht wahrscheinlich. Umso wichtiger ist eine zielgerichtete und schwerpunktorientierte Ausrichtung der Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote. Auf Basis der bestehenden Tätigkeiten und unter Hinweis auf eine aus fachlicher Sicht sinnvoll erachtete Prioritätensetzung wurden in Kooperation mit dem Hauptverband folgende Schwerpunktthemen für das Jahr 2002 und die Folgejahre vorgeschlagen:

- Zahngesundheitsförderung (Zahnstaturerhebungen, vgl. Kap. 4.6)
- Unfallverhütung (Haushalt- und Freizeitunfälle, Informationsveranstaltung)
- Diabetes Typ II - Früherkennung und Schulung (Erarbeitung eines neuen Schulungskonzeptes)
- Aktivitäten betrieblicher Gesundheitsförderung
- Ernährung
- Rauchen
- Stress
- Bewegung/Wirbelsäule

5.2 Ambulante Versorgung

Spitalsambulante Versorgung

In den insgesamt zehn Fonds-Krankenanstalten (= vom Salzburger Landesfonds finanzierte KA) wurden im Jahr 2000 insgesamt rund **830 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, PSY und RAD (letztere inkl. therapeutischer Bereiche der STR und NUKT) zugeordnet (vgl. Tab. 5.2.1, Rubrik „Fonds-Krankenanstalten“). Auf diesen Plätzen wurden im Jahr 2000 knapp mehr als **400.000 „ambulante Fälle“** (entsprechend etwa je einer Krankheitsepisode, während der ein Patient auch mehrmals die Ambulanz aufsuchen kann) bzw. rund **910.000 „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 330.000 auf 400.000 pro Jahr angestiegen.

In der spitalsambulanten Versorgung waren im Jahr 2000 rund **230** vollzeitäquivalent beschäftigte **Ärzte** (inkl. Fachärzte, Allgemeinmediziner und Turnusärzte) beschäftigt, wobei die Fachrichtungen CH, AU, KI und RAD (inkl. STR und NUKT) am stärksten besetzt waren (vgl. Tab. 5.2.1). Darüber hinaus waren rund **760** 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 **€ 44 Mio.**

Die **Versorgungsdichte** in der spitalsambulanten Versorgung lag im Jahr 2000 in Salzburg mit 1,6 UBP pro 1.000 Einwohner nur knapp unter dem österreichischen Durchschnitt (1,7). Eine höhere Versorgungsdichte wiesen nur die Bundesländer Oberösterreich, Tirol und Wien auf. Die Anzahl der ambulanten Frequenzen lag mit rund 1.750 Frequenzen pro 1.000 Einwohner (Österreich: 2.142) im Mittelfeld der österreichischen Bundesländer. Höhere ambulante Frequenzen zeigten wieder die Bundesländer Oberösterreich, Tirol und Wien sowie die Steiermark. Hinsichtlich der Dichte der ambulanten Fälle nimmt Salzburg mit rund 780 Fällen pro 1.000 Einwohner nach Tirol und Wien die dritte Position im Bundesländervergleich ein. Bei der Personalausstattung liegt Salzburg mit 0,4 VZÄ-Ärzten pro 1.000 Einwohner jedoch an der letzten Stelle - ebenso beim zusätzlichen Personal mit 1,5 VZÄ-Personen (vgl. Tab. 5.2.2). Die **Endkosten** in diesem Bereich sind mit € 84,- pro Einwohner unterdurchschnittlich. Höhere Werte zeigten die Bundesländer Oberösterreich, Steiermark, Tirol und Wien.

Insgesamt sind Dichte von Angebot und Inanspruchnahme der spitalsambulanten Kapazitäten mit Ausnahme der deutlich unterdurchschnittlichen Personalausstattung leicht unterdurchschnittlich. Problematisch erscheint in diesem Zusammenhang die zusätzlich unterdurchschnittliche fachärztliche Versorgung der Regionen Pinzgau-Pongau und Lungau durch den niedergelassenen Bereich.

Extramurale ärztliche Versorgung

Die extramurale ärztliche Versorgung wird durch insgesamt rund **1.100 niedergelassene Ärzte**, davon rund **580 §2-Kassenärzte** (das sind Ärzte, die im Rahmen der sogenannten ärztlichen Gesamtverträge - § 2-Verträge - in einem Vertragsverhältnis mit der Salzburger

Gebietskrankenkasse, den örtlichen Betriebskrankenkassen, der Sozialversicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus und seit 1998 auch der Sozialversicherungsanstalt der Bauern stehen), abgedeckt. Rund **380** der 1.100 niedergelassenen Ärzte sind **Allgemeinmediziner** (darunter wiederum rund 230 mit §2-Kassenvertrag, vgl. Tab. 5.2.1, Rubrik „Niedergelassener Bereich“), der **Rest** niedergelassene **Fachärzte**, die in den Fachrichtungen ZMK, IM, CH, UC und GGH am häufigsten vertreten sind. Die Versorgungsdichte im niedergelassenen Bereich kann für Salzburg 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 2,13 Ärzten pro 1.000 Einwohner nach Wien an zweiter Stelle und damit **über** dem Bundesdurchschnitt (2,04);
- Niedergelassene §2-Kassenärzte insgesamt: Versorgungsdichte mit 1,13 Ärzten pro 1.000 Einwohner hinter Wien an **zweiter** Stelle aber noch knapp unter dem Bundesdurchschnitt (1,15);
- Niedergelassene Allgemeinmediziner: Versorgungsdichte mit 0,73 Ärzten pro 1.000 Einwohner **über** dem Bundesdurchschnitt (0,71) und nach Wien und Kärnten an dritter Stelle (vgl. Karte 5.2.1);
- Niedergelassene §2-Allgemeinmediziner: Versorgungsdichte mit 0,45 Ärzten pro 1.000 Einwohner **unter** dem Bundesdurchschnitt (0,49), unterdurchschnittliche Werte in den Regionen Salzburg und Umgebung sowie Pinzgau-Pongau (vgl. Karte 5.2.2);
- Niedergelassene Fachärzte: Versorgungsdichte mit 0,96 Ärzten pro 1.000 Einwohner **über** dem Bundesdurchschnitt (0,89), stark unterdurchschnittlich jedoch in der Region Pinzgau-Pongau (vgl. Karte 5.2.3);
- Niedergelassene §2-Fachärzte: Versorgungsdichte mit 0,36 Ärzten pro 1.000 Einwohner dem Bundesdurchschnitt (0,37) **entsprechend**, jedoch unterdurchschnittliche Versorgungsdichte in der Region Pinzgau-Pongau (vgl. Karte 5.2.4);
- Niedergelassene Zahnmediziner (inkl. Dentisten): Versorgungsdichte mit 0,45 Ärzten pro 1.000 Einwohner **über** dem Bundesdurchschnitt (0,41), unterdurchschnittliche Versorgungsdichte jedoch in den Regionen Pinzgau-Pongau und Lungau (vgl. Karte 5.2.5);
- Niedergelassene §2-Zahnmediziner (inkl. Dentisten): Versorgungsdichte mit 0,33 Ärzten pro 1.000 Einwohner knapp **über** dem Bundesdurchschnitt (0,31), unterdurchschnittliche Versorgungsdichte jedoch in den Regionen Pinzgau-Pongau und Lungau (vgl. Karte 5.2.6).

Die Anzahl der **pro §2-Kassenarzt** (exkl. Zahnmediziner) im Jahr 2000 abgerechneten **Behandlungsscheine** („Krankenscheine“) lag mit **4.445 über** dem Bundesdurchschnitt (4.285) und lässt auf eine vergleichsweise überdurchschnittliche Inanspruchnahme des einzelnen §2-Kassenarztes schließen (vgl. Tab. 5.2.2). Die Anzahl der §2-Kassenärzte (ohne Zahnmediziner) stieg zwischen 1995 und 2000 von rund 400 auf rund 420 an, die Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle (Krankenscheine) erhöhte sich in diesem Zeitraum von rund 1,74 Mio. auf rund 1,85 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 spitalsambulanten Kapazitäten vor sich geht.

Die Summe der mit den §2-Kassenärzten (exkl. Zahnmediziner) abgerechneten Beträge stieg in Salzburg von knapp mehr als **€ 48 Mio.** im Jahr **1991** auf rund **€ 82 Mio.** im Jahr **2000**. Damit waren die Umsätze im niedergelassenen §2-Kassenbereich (exkl. Zahnmediziner) im Jahr 2000 fast doppelt so hoch wie die Endkosten im spitalsambulanten Bereich (inkl. Zahnmediziner) in der Höhe von rund **€ 44 Mio.**

Rettungs- und Krankentransportdienste (RKT)

In Salzburg wird der bodengebundene Rettungs- und Krankentransportdienst (RKT) primär vom **Österreichischen Roten Kreuz** (ÖRK - Landesverband Salzburg) abgedeckt, das im

Jahr 2000 insgesamt **36 Einsatzstellen**, darunter sieben mit Notarzwagen (NAW) bzw. mit Notarzteinsatzfahrzeug (NEF), führte und dort rund 130 hauptamtliche und rund 2.000 ehrenamtliche Mitarbeiter sowie rund 170 Zivildienstler beschäftigte. An diesen Einsatzstellen waren neun NAW bzw. NEF sowie rund 135 Rettungs- und Krankentransportwagen (RTW) stationiert, die fast **6.000 Notarzteinsätze**, über **15.000 Rettungseinsätze** ohne Notarzt sowie rund **155.000 Krankentransporte** - insbesondere in die Krankenanstalten und zurück in die Wohnung des Patienten - durchführten (vgl. Tab. 5.2.3).

Die **Versorgungsdichte** in Bezug auf die bodengebundenen RKT **entspricht** in Salzburg mit 0,06 Einsatzstellen pro 1.000 Einwohner bzw. mit rund 0,24 RTW pro 1.000 Einwohner etwa dem **Bundesdurchschnitt**. Ebenso liegt die **Häufigkeit der Einsätze** im Verhältnis zur Wohnbevölkerung bei allen Einsatzarten (Notarzteinsätze, Rettungseinsätze, Krankentransport) trotz der hohen Fremdenverkehrsintensität um den **Bundesdurchschnitt**. Es gibt allerdings große Unterschiede zwischen den Bezirken. In Tamsweg existiert mit 0,23 Einsatzstellen pro 1.000 Einwohner das dichteste Netz an Einsatzstellen und auch die Zahl der Notarzteinsätze ist mit 25 pro 1.000 Einwohner deutlich am höchsten. Die meisten Krankentransporte sind hingegen in Salzburg-Stadt erforderlich (465 pro 1.000 Einwohner, der Landesschnitt liegt bei 228, vgl. Tab. 5.2.4).

Gemäß Artikel 15a B-VG Vereinbarung, LGBl. Nr. 32/1987 zwischen dem Bund und dem Land Salzburg über einen gemeinsamen **Hubschrauber-Rettungsdienst** wurde am Flughafen Salzburg ein Notarzhubschrauber stationiert. Mit 1. April 2001 hat der Bund seine Aufgaben und Pflichten gemäß Artikel 15a Vereinbarung an den ÖAMTC, Christophorus Flugrettungsverein übertragen. Die Aufgaben des Landes Salzburg werden auf Grund einer privatrechtlichen Vereinbarung vom Österreichischen Roten Kreuz - Landesverband Salzburg wahrgenommen. Zusätzlich zu diesem ÖAMTC Christophorus-Rettungshubschrauber C6 stehen in den Wintermonaten weitere Rettungshubschrauber zur Verfügung (Zell am See, ÖAMTC Christophorus C6a, Mitterberghütten, Firma Knaus). Die Kosten für den Christophorus-Rettungshubschrauber C6 tragen die Sozialversicherungsträger, das Land und der Christophorus Flugrettungsverein.

Mobile Dienste

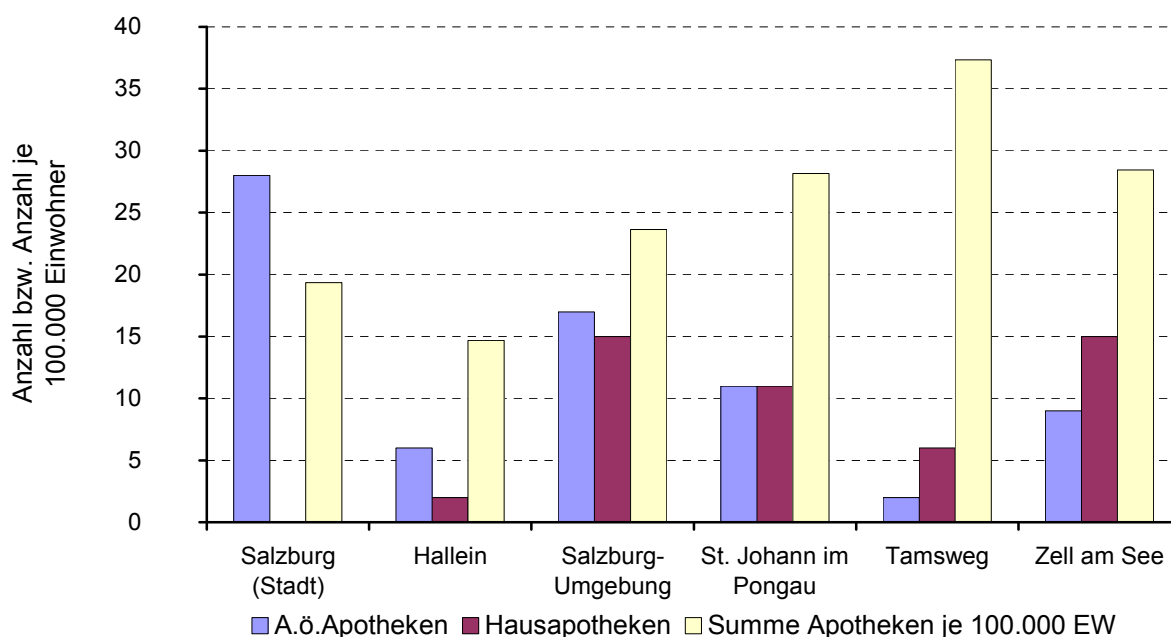
Die häusliche Pflege wird in Salzburg von **16 privaten Trägern** organisiert. Von diesen 16 Trägern haben sich elf im Dachverband Soziale Dienste, der mit Mitteln des Landes Salzburg finanziert wird, zusammengeschlossen. Neun von den 16 Organisationen bieten Haushaltshilfe und Hauskrankenpflege an, sieben nur eine der beiden Dienstleistungen. Das Salzburger Hilfswerk hat mit einem Anteil von 44 Prozent (gemessen an den geleisteten Stunden insgesamt) die größte Bedeutung in der mobilen Versorgung des Landes. Gemeinsam mit dem Roten Kreuz Salzburg und dem Heimhilfedienst bieten sie ihre Leistungen landesweit an, alle anderen Organisationen beschränken ihre Aktivitäten auf Landesteile.

Apotheken

Im Bundesland standen im Jahr 2000 der Salzburger Bevölkerung insgesamt 122 Apotheken (ohne Anstaltsapotheken) zur Verfügung, davon waren 49 ärztliche Hausapotheken. Im Landesdurchschnitt versorgt eine öffentliche Apotheke ca. 7.100 Einwohner, damit weist **Salzburg** mit Kärnten nach Tirol die **zweithöchste Versorgungsdichte der Bundesländer** (ohne Wien) auf. Innerhalb des Landes streut die Dichte bezirksweise allerdings sehr stark - im Bezirk Tamsweg ist die Anzahl der Einwohner je öffentliche Apotheke mehr als doppelt so hoch wie in der Landeshauptstadt (s. Tab. 5.2.5). In den periphereren Regionen erfolgt die Versorgung der Bevölkerung noch in sehr starkem Ausmaß durch ärztliche Hausapotheken. So sind in Tamsweg drei Viertel aller Apotheken ärztliche Hausapotheken, in St. Johann na-

hezu zwei Drittel. Bei **Einbeziehung auch der ärztlichen Hausapotheken** stellt sich die Versorgungssituation in den Salzburger Bezirken völlig anders dar - hier weist der Bezirk Tamsweg die mit Abstand größte Dichte auf; auch St. Johann und Zell am See liegen hinsichtlich der Versorgungsdichte über dem Landesdurchschnitt, die zentralen Bezirke Salzburg (Stadt) und Hallein darunter (siehe Abbildung 5.2.1).

Abbildung 5.2.1: Öffentliche Apotheken, ärztliche Hausapotheken und Versorgungsdichte in den Salzburger Bezirken im Jahr 2000



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

5.3 Stationäre Versorgung

Stationäre Akutversorgung

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

- 512 Aö Krankenhaus Hallein
- 514 Aö Krankenhaus Mittersill
- 517 Aö Krankenhaus Oberndorf
- 524 St. Johanns Spital - Landeskrankenhaus
- 527 Aö Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg
- 528 Christian-Doppler-Klinik - Landesnervenklinik
- 533 Landeskrankenhaus St. Veit im Pongau
- 534 Aö Krankenhaus der Kardinal Schwarzenberg'schen Krankenhaus-Betriebsges.m.b.H.
- 535 Aö Krankenhaus Tamsweg
- 536 Aö Krankenhaus Zell am See

Die Krankenanstellen in Hallein, Mittersill und Oberndorf haben Standardversorgungsfunktion, jene in Tamsweg und die der Barmherzigen Brüder in Salzburg Stadt erweiterte Standardversorgungsfunktion. Die Krankenanstellen in Schwarzach und Zell am See haben Schwerpunktversorgungsfunktion (räumlich getrennt), das St. Johanns Spital - Landeskranken-

kenhaus in Salzburg Stadt sowie die Christian-Doppler-Klinik - Landesnervenklinik Zentralversorgungsfunktion. Das Landeskrankenhaus St. Veit im Pongau ist eine Sonderkrankenanstalt für Innere Medizin und Orthopädie (nicht operativ). Die Fonds-Krankenanstalten 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 Salzburger Fonds-Krankenanstalten stehen in **allen Fachrichtungen** insgesamt rund **3.720 systemisierte** (das heißt sanitätsbehördlich bewilligte) bzw. rd. **3.500 tatsächliche Betten** zur Verfügung. In diesen Betten wurden im Jahr 2000 ungefähr 137.000 stationäre Fälle (inkl. tagesklinische Fälle, ohne krankenanstalteninterne Transferierungen) versorgt. Bei einer durchschnittlichen **Belagsdauer von 5,8** Tagen (Bundesdurchschnitt 5,9 Tage) betrug die **Bettenauslastung** rund **79 Prozent** (Bundesdurchschnitt 84 %, vgl. Tab. 5.3.1 im Tabellenanhang, Werte dort inkl. krankenhausinterne Transferierungen).

Den stationären Bereichen waren unmittelbar **420 Vollzeitäquivalent(VZÄ)-Ärzte** sowie weitere rund **2.700 VZÄ anderer Berufsgruppen** (darunter rund 1.930 VZÄ an diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal) zugeordnet, wobei die Abgrenzung der Tätigkeitsbereiche zu den unter Kapitel 5.2 erwähnten Personalkapazitäten im spitalsambulanten Bereich keineswegs eindeutig, sondern vielmehr in hohem Maße fließend verläuft.

Die **Endkosten** in den stationären (=bettenführenden) Bereichen lagen im Jahr 2000 bei rund **€ 346 Mio.** Die **Endkosten** für die stationären Bereiche von rund **€ 668,- je Einwohner** liegen in Salzburg um rund drei Prozent unter dem österreichischen Durchschnittswert (ca. € 690,-).

Neben diesen 10 Fondskrankenanstalten gibt es noch weitere 20 bettenführende Krankenanstalten (z. B. Sonderkrankenanstalten, Sanatorien, Pflegeanstalten für chronisch Kranke) mit ca. 1.420 systemisierten bzw. rund 1.350 tatsächlichen Betten.

Stationäre Alten- und Langzeitversorgung

Derzeit (2002) stehen im Land Salzburg **74 Seniorenheime** mit insgesamt knapp **4.900 Betten** zur Verfügung. In den 1990er-Jahren wurden etwa 700 Wohn- und Pflegebetten geschaffen, das entsprach einem Bettenzuwachs von 16 Prozent. Insbesondere das Angebot an Pflegebetten wurde durch Umbauten von Normal- in Pflegebetten und durch Neubauten in unterversorgten Gebieten stark ausgebaut. Innerhalb des letzten Jahrzehnts wurden die Pflegebetten in Salzburg von 1.400 auf 3.000 mehr als verdoppelt. Zwei Drittel der Betten in Seniorenheimen sind nunmehr Pflegebetten.

Das Land Salzburg verfügt im Vergleich mit den anderen Bundesländern (mit Ausnahme von Oberösterreich, wo seit einigen Jahren nicht mehr zwischen Wohn- und Pflegebetten unterschieden wird) noch vor Wien über die meisten Pflegebetten (bezogen auf die über 75-jährigen Einwohner). Innerhalb des Bundeslandes weist der Bezirk Hallein die höchsten und die Stadt Salzburg sowie der Bezirk Salzburg-Umgebung die niedrigsten Versorgungsdichten auf.

Stationäre Rehabilitation

In Salzburg gibt es **vier Rehabilitationseinrichtungen** von Pensionsversicherungsträgern und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern: drei im Pinzgau und Pongau sowie eine im Nahbereich der Landeshauptstadt. Etwa ein **Zehntel** aller Aufenthalte in Rehabilitationszent-

ren entfiel im Jahr 2000 auf Salzburg, die durchschnittliche Belagsdauer war mit etwa 20 Tagen deutlich niedriger als in Österreich insgesamt mit 24 Tagen (vgl. Tab. 5.3.2).

Die Schwerpunkte dieser Einrichtungen liegen in der Behandlung von **orthopädischen Erkrankungen** und von **Herz-/Kreislaufkrankungen**. In den drei Rehabilitationseinrichtungen Bad Hofgastein, Bad Gastein und Saalfelden dominieren Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes. Im Jahr 2000 wurden in diesen drei Einrichtungen etwa 5.700 Fälle gezählt. Im gesamten Landesgebiet wurden im Jahr 2000 etwa 380 Bettenäquivalente für Orthopädie-Patienten vorgehalten, das ist etwa ein Fünftel des gesamten österreichischen Angebotes. Das Rehabilitationszentrum Großgmain konzentriert sich auf die Behandlung von Herz-/Kreislaufkrankungen: im Jahr 2000 gab es hier etwa 3.000 Fälle mit dieser Diagnose. In Bad Hofgastein werden auch im Bereich der Neurologie Behandlungskapazitäten bereit gestellt. Folgende **Rehabilitationszentren** gibt es in Salzburg:

- K505 Rehabilitationszentrum Bad Hofgastein (Träger: PVA der Angestellten)
- K538 Sonderkrankenanstalt für Rheumakranke der SVA der Bauern Bad Gastein (Träger: SVA der Bauern)
- K541 Sonderkrankenanstalt für rheumatische Erkrankungen und Herz-/Kreislaufkrankheiten in Saalfelden (Träger: PVA der Arbeiter)
- K545 Rehabilitationszentrum Großgmain (Träger: PVA der Angestellten)

In den Salzburger Rehabilitationszentren betrug im Jahr 2000 der Anteil der Salzburger an der Gesamtzahl der Patienten zwischen zehn und 41 Prozent, im Durchschnitt rund 23 Prozent. Der Anteil der oberösterreichischen Patienten war ebenso hoch (besonders hoch sind die Anteile an oberösterreichischen Patienten in Bad Gastein und in Großgmain). Zwölf Prozent der Patienten kam aus Tirol, jeweils zehn Prozent aus Wien und Niederösterreich, acht aus der Steiermark und sechs aus Kärnten.

Etwa die Hälfte der Salzburger, die im Jahr 2000 in Österreich einen Rehabilitationsaufenthalt in Anspruch nahmen, wurden in einem Salzburger Rehabilitationszentrum behandelt, rund 17 Prozent der Salzburger Patienten entfiel auf oberösterreichische Einrichtungen, zwölf Prozent auf steiermärkische und zehn Prozent auf niederösterreichische Einrichtungen. Nur sehr wenige Salzburger wurden in Rehabilitationszentren von den anderen Bundesländern aufgenommen.

Neben den vier genannten Rehabilitationseinrichtungen gibt es die als Rehabilitations- und Kureinrichtung geführte Privatklinik Vigaun, die Verträge mit Privatversicherungen sowie mit der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und der Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (KFA) abgeschlossen hat. Die Privatklinik Vigaun ist primär auf Orthopädie ausgerichtet und widmet sich sekundär um die Rehabilitation von Verletzten. Darüber hinaus gibt es wiederherstellende Aktivitäten, die im weitesten Sinne auch der Rehabilitation zugerechnet werden können und in der stationären Rehabilitation versorgungswirksam sind, in den beiden Akutkrankenanstalten Christian-Doppler-Klinik - Landesnervenklinik (in den Bereichen Neurologie, Geriatrie und Psychiatrie) und im Landeskrankenhaus St. Veit (im Bereich Orthopädie).

5.4 Medizinisch-technische Großgeräte

In Salzburg standen im Jahr 2000 **40** laut ÖKAP/GGP als Großgerät definierte Geräte zur Verfügung. Rund zwei Drittel der Geräte befanden sich in Fonds-Krankenanstalten. Im Vergleich zu Österreich insgesamt weist Salzburg lediglich bei Emissions-Computer-Tomographiegeräten eine (um ca. 9 %) über dem Bundesdurchschnitt zu versorgende Anzahl an Einwohnern auf, bei allen übrigen im Land vorgehaltenen Großgeräten ist die durch-

schnittlich zu versorgende Anzahl an Einwohnern niedriger als im übrigen Bundesgebiet. **Salzburg** weist also bezüglich der **meisten Großgeräte eine überdurchschnittlich dichte Versorgung** auf (vgl. Tab. 5.4.1).

Seit 2002 ist in Salzburg **jedes** der laut ÖKAP/GGP als Großgerät definierten Geräte eingerichtet.

5.5 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Einrichtungen und Beschäftigte

Die Beschreibung des öffentlichen Gesundheitsdienstes wird für den vorliegenden Bericht auf die **Gesundheitsämter** in den Bezirken sowie die **Landessanitätsdirektion** beschränkt. Im Land Salzburg ist diese als Fachabteilung 9/1 der Abteilung für Gesundheitswesen und Landesanstalten organisiert und besteht aus den Referaten „Gesundheit und Hygiene“ und „Umweltmedizin“. Das Referat „Gesundheit und Hygiene“ umfasst alle amtsärztlichen Untersuchungen, sanitätspolizeiliche Aufgaben, Vorsorgemedizin und den schulärztlichen Dienst. Im umweltmedizinischen Referat werden Gutachten im medizinischen Umwelt- und Strahlenschutz und im Bereich Ökologie erstellt sowie Studien, Untersuchungen und Beratungen in Zusammenhang mit Umwelthygiene und Umweltepidemiologie durchgeführt.

Die Bezirks-Gesundheitsämter sind Teil der Bezirksverwaltungsbehörden und werden von je einem Amtsarzt oder einer Amtsärztin geleitet. Zusätzlich wird in manchen Gesundheitsämtern nichtakademisches Fachpersonal beschäftigt. In der Landessanitätsdirektion und im Magistrat Salzburg sind zusätzlich Ärztinnen und Ärzte für den schulärztlichen Dienst beschäftigt.

Schwerpunkte und Veränderungen der letzten Jahre

Die Schwerpunkte der Arbeit der **Bezirks-Gesundheitsämter** lagen in den letzten Jahren bei der sanitären Aufsicht über die Krankenanstalten (Frequenz-, Intensitäts- und Qualitätssteigerung), in neuen Aufgaben, die aus dem Blutsicherheitsgesetz resultierten und bei den Suchtgiftgutachten nach verschiedenen Gesetzesbestimmungen.

Die **Landessanitätsdirektion** setzte ihre Schwerpunkte in den letzten Jahren in den Ausbau der Umweltmedizin (Epidemiologie, Allergie, elektromagnetische Felder, Abfallhygiene), in die verstärkte Schulung und Einbindung der Sprengelärzte und in die Verstärkung der Sicherheitsvorsorge und des medizinischen Konsumentenschutzes. Der Aufwand für kommissionelle Prüfungen in Schulen für Gesundheitsberufe erhöhte sich durch die zusätzliche Bewertung praktischer Leistungen und Fachbereichsarbeiten.

Die Gesundheitsvorsorge- und Förderungsmaßnahmen wurden mit dem entsprechenden finanziellen Mitteleinsatz deutlich ausgebaut (vgl. Abschnitt „Kosten und Finanzierung“).

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 überall vorhandenen Kostenrechnung in der öffentlichen Verwaltung und damit auch im ÖGD eine vergleichende Darstellung der Kosten (sowohl zwischen den Bundesländern als auch zwischen den Jahren) nur sehr schwierig zu bewerkstelligen ist.

Für den vorliegenden Bericht wurde eine Datenerhebung in den Landessanitätsdirektionen durchgeführt, welche für Salzburg eine **Reduktion** der Personal- und Sachausgaben von 1991 auf 2000 um ca. zwölf Prozent ausweist (von etwa € 4.347.900,- auf etwa € 3.812.600,-). Diese Reduktion ergab sich aufgrund der Auslagerung der Lebensmittelpolizei aus der Landessanitätsdirektion. Demgegenüber wurden die Förderungen um fast das Vierfache gesteigert (von rund € 648.900,- auf rund € 2.552.200,-). Unter Förderungen fallen alle Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und -förderung (einschließlich ärztlicher Beratungen, Schutzimpfungen und Schulgesundheitspflege), soweit sie vom Anweisungsbereich der Landessanitätsdirektion erfasst sind.

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 Heilmittel**.

Kosten der Fonds-Krankenanstalten

Die **Endkosten der Fonds-Krankenanstalten** betragen im Jahr 2000 in Salzburg **€ 432 Mio.**, das sind etwa sechs Prozent der österreichweiten Kosten. Im Vergleich zu 1997, dem Jahr der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF), sind die Endkosten in Salzburg um € 55 Mio. oder 14 Prozent (Österreich: + 12 %) gestiegen. Gemeinsam mit Oberösterreich ist das nach der Steiermark (+ 15 %) der zweithöchste relative Anstieg im Bundesländervergleich (vgl. Tab. 5.6.1 im Tabellenanhang).

Der **Anstieg der Personalkosten** in den Fonds-Krankenanstalten im selben Zeitraum entspricht in Salzburg mit elf Prozent (auf € 255 Mio. im Jahr 2000) dem **Österreichdurchschnitt**. Die Zunahmen waren in Oberösterreich und der Steiermark mit je 14 Prozent am höchsten (vgl. Tab 5.6.2 im Tabellenanhang).

Eine genauere Analyse dieser Kostenentwicklung anhand von Leistungskennzahlen für den stationären und ambulanten Bereich zeigt ein etwas differenzierteres Bild. So betragen die stationären **Endkosten pro stationärem Fall** im Jahr 2000 in Salzburg **€ 2.155,-** und lagen damit knapp unter dem Österreichdurchschnitt. Höhere Werte zeigten die Fonds-Krankenanstalten in den Bundesländern Wien, Steiermark und Kärnten (vgl. nachstehende Abb. 5.6.1). Damit konnte das Kostenniveau des Jahres 1997 gehalten werden, während außer Tirol, Niederösterreich und Kärnten alle Bundesländer leichte Zuwächse zu verzeichnen hatten (vgl. Tab. 5.6.1).

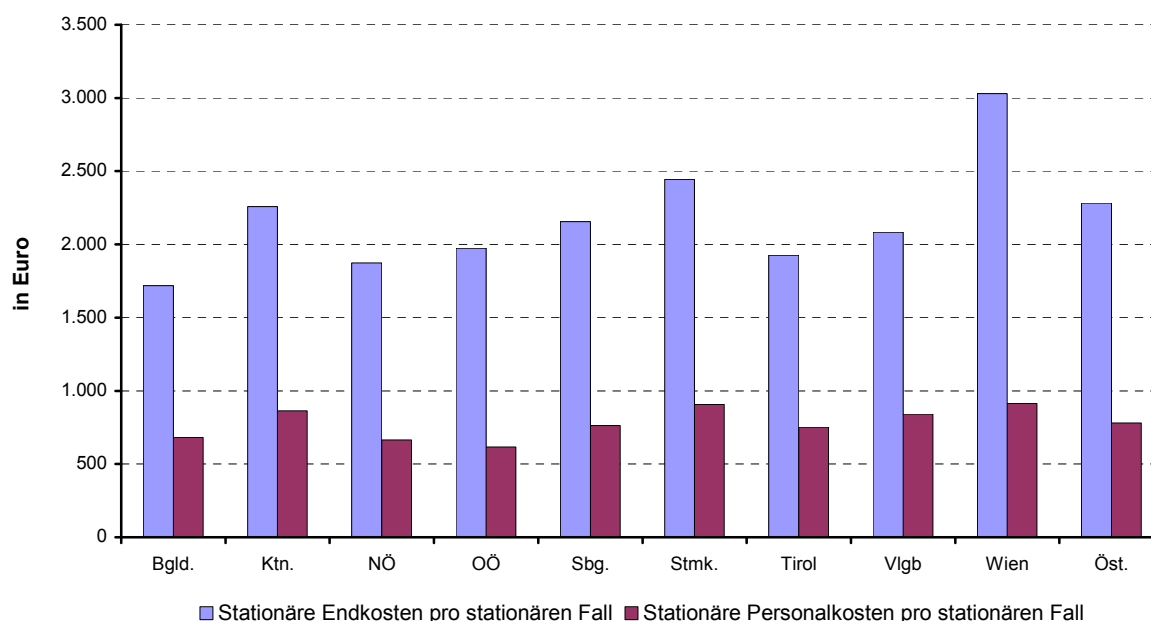
Mit den stationären **Endkosten pro Belagstag** lag Salzburg mit **€ 372,-** jedoch hinter Wien bereits an **zweiter Stelle**. Der Anstieg seit 1997 war mit 18 Prozent überdurchschnittlich (Österreich: + 15 %) Höhere Zuwächse gab es nur in der Steiermark und im Burgenland. Die **stationären Personalkosten** pro stationären Fall betragen im Jahr 2000 in den Salzburger Fonds-Krankenanstalten **€ 763,-**, das sind um sieben Prozent weniger als 1997 (vgl. Abb. 5.6.1). Niedrigere Kosten wiesen die Bundesländer Niederösterreich, Burgenland, Oberösterreich und Tirol auf, der **Kostenrückgang** war in Salzburg am kräftigsten gefolgt von Tirol. Kostensteigerungen verzeichneten die Bundesländer Burgenland, Steiermark und Vorarlberg.

Bei den **stationären Endkosten pro 1.000 LKF-Punkte** wies Salzburg **€ 84,-** auf, das sind fünf Euro weniger als im Österreichdurchschnitt. Mit 13 Prozent stiegen diese Kosten seit 1997 um zwei Prozentpunkte stärker als bundesweit. Die stationären Personalkosten pro 1.000 LKF-Punkte entsprachen mit € 30,- dem Österreichwert (vgl. Tab. 5.6.1 und 5.6.2).

Pro Belagstag entsprachen die **stationären Personalkosten** in den Salzburger Fonds-Krankenanstalten mit € 132,- dem **Österreichdurchschnitt**. Die Entwicklung dieser Kosten war mit plus neun Prozent seit 1997 im Bundesländervergleich relativ gering. Nur Oberösterreich und Tirol verzeichneten eine niedrigere Kostenwachstum (vgl. nachstehende Abb. 5.6.2).

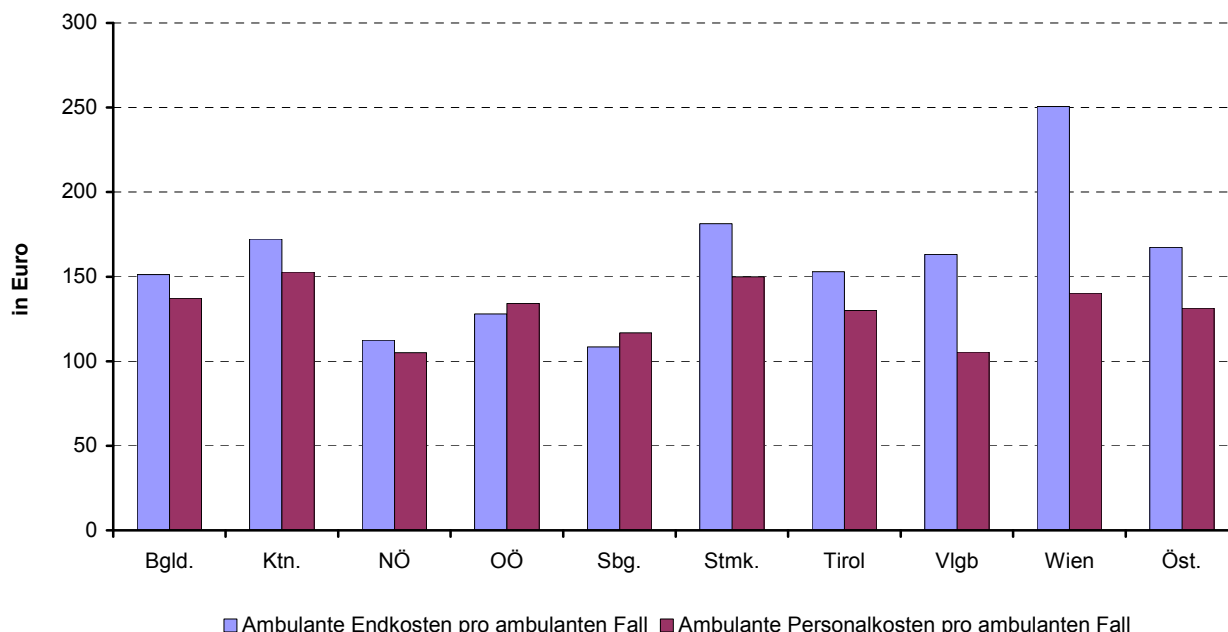
Im **ambulanten** Bereich nahm Salzburg im Jahr 2000 mit **Endkosten pro Fall** von **€ 108,-** die **günstigste Position** im Bundesländervergleich ein (vgl. Abb. 5.6.2). Salzburg war auch das einzige Bundesland, wo die Kosten seit 1997 - wenn auch nur leicht - zurückgingen (- 1 %, vgl. Tab. 5.6.1). Die ambulanten Endkosten pro Frequenz lagen mit € 48,- nur knapp unter dem Österreichdurchschnitt von € 52,-. Auch bei den **ambulanten Personalkosten** pro ambulanten Fall wiesen die Salzburger Fonds-Krankenanstalten mit € 117,- einen **unterdurchschnittlichen Wert** aus, der nur in Niederösterreich und Vorarlberg niedriger war. (vgl. Abb. 5.6.2). Die Kostenentwicklung seit 1997 war mit plus ein Prozent ebenfalls sehr moderat. Eine günstigere Entwicklung zeigte nur Tirol mit einem Rückgang um neun Prozent (vgl. Abb. 5.6.2).

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



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

Abbildung 5.6.2: Ambulante Endkosten und Personalkosten der Fonds-Krankenanstalten in € im Jahr 2000



Quelle: BMSG - Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik für Fonds-Krankenanstalten 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 Salzburg im Jahr 2000 insgesamt **€ 81,7 Mio.** Davon gingen € 37,4 Mio. an praktische Ärzte und € 44,3 Mio. an Fachärzte. **Seit 1991** ist dieser Betrag um **69 Prozent gestiegen**, wobei - entsprechend dem Österrichtrend - die Abrechnungsbeträge für die **Fachärzte** wesentlich **stärker** zunahm als jene für die praktischen Ärzte. Im Bundesländervergleich erwiesen sich diese Anstiege als **durchschnittlich**. Am stärksten waren die Zunahmen in Tirol, dem Burgenland und der Steiermark (vgl. Tab. 5.6.3 im Tabellenanhang).

Im Jahr 2000 wurden in Salzburg bei § 2-Kassen mit den niedergelassenen Ärzten (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten) rund **1,85 Mio. Fälle** abgerechnet - rund **0,91 Mio.** mit den **praktischen Ärzten** (Allgemeinmediziner) und rund **0,94 Mio.** mit **Fachärzten**. Mit insgesamt plus 22 Prozent entspricht die relative Zunahme der Zahl der Fälle in Salzburg seit 1991 dem Österreichdurchschnitt (+ 23 %). Dabei stieg die Zahl der Fälle bei Fachärzten mit 34 Prozent deutlich stärker (Österreich: + 40 %) als bei den praktischen Ärzten mit zwölf Prozent (Österreich: 11 %). Die Zahl der Fälle bei den „allgemeinen Fachärzten“ nahm mit 30 Prozent etwas schwächer zu als österreichweit (+ 33 %), ebenso war die Zunahme der Fälle bei den „sonstigen Fachärzten“ (RAD, PHM, LAB) mit 38 Prozent unterdurchschnittlich (Österreich: + 55 %).

Betrachtet man die abgerechneten **Beträge pro Fall**, so zeigt sich folgendes Bild: Im Jahr 2000 wurden in Salzburg pro Fall € 44,- abgerechnet. Das ist um € 1,- mehr als im österreichischen Durchschnitt. Höhere Beträge wiesen die Bundesländer Tirol, Vorarlberg und Kärnten mit je € 46,- und Niederösterreich mit € 47,- (Ostregion³ insgesamt: € 44,-) auf. Seit 1991 ist der abgerechnete Betrag pro Fall in **Salzburg** mit 39 Prozent um drei Prozentpunkte stärker gestiegen als österreichweit. Kräftigere Zunahmen verzeichneten die Bundesländer Tirol, Burgenland und Kärnten. Bei den praktischen Ärzten entsprach der Zuwachs mit 40 Prozent dem Österreichdurchschnitt, bei den Fachärzten lag er mit 36 Prozent acht Prozentpunkte darüber.

Die **Ausgaben der §2-Kassen 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 Salzburg im Jahr 2000 von den §2-Kassen **€ 122,1 Mio.** für Heilmittel und Heilbehelfe (inkl. Hilfsmittel) ausgegeben. Das sind 6,4 Prozent der österreichweiten Ausgaben. 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 **€ 334,-** ausgegeben also etwa ein Euro weniger als österreichweit. Die höchsten Werte finden sich in der Steiermark, in Kärnten und Wien.

Seit 1991 haben sich die Ausgaben für Heilmittel und Heilbehelfe (inkl. Hilfsmittel) in Salzburg mit einem Zuwachs von 109 Prozent (Österreich: +105 %) mehr als verdoppelt. Die Ausgaben für Heilmittel stiegen in diesem Zeitraum mit 112 Prozent stärker als jene für Heilbehelfe und Hilfsmittel, was dem österreichweiten Trend entsprach.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Kostensituation der Salzburger Fonds-Krankenanstalten im **stationären** Bereich etwas besser ist als im **österreichischen Durchschnitt**. Die Kostensituation im **ambulantem** Bereich ist sogar als vergleichsweise **günstig** einzuschätzen. Im **niedergelassenen** Bereich nimmt Salzburg bei den abgerechneten Beträgen der § 2-Kassen für niedergelassene Ärzte sowohl bei der Entwicklung der abgerechneten Beträge und der Fälle als auch bei abgerechneten Beträgen pro Fall im Bundesländervergleich eine **durchschnittliche Position** ein. Durchschnittlich sind auch die Ausgaben der § 2-Kassen für Heilmittel und Heilbehelfe (inkl. Hilfsmittel) pro Krankenversicherten.

5.7 Zusammenfassung

Gesundheitsvorsorge und -förderung

- **Öffentlichen Ausgaben:** Hierfür liegen nur Schätzungen für das Jahr 1996 vor. Basierend auf dieser Schätzung wird in Salzburg für Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention pro Einwohner etwa genauso viel ausgegeben wie österreichweit.
- **Institutionen des Landes:** Neben den Tätigkeiten des Landes werden viele Aktivitäten vom Arbeitskreis Vorsorgemedizin Salzburg (avos) abgewickelt.

³ Ostregion: Wien, Niederösterreich, Burgenland

- **Schwerpunkte und Aktivitäten des Landes:**
 - **Primärprävention:** Schwerpunkte sind die Umsetzung des Impfkongzeptes des Bundes, verschiedene Aktivitäten im Zusammenhang mit gesunder Lebensweise, Ernährung und Rauchen, diverse fachärztliche Vorsorgeuntersuchungen in Schulen und Kindergärten.
 - **Sekundärprävention:** Schwerpunkte sind Früherkennung von Melanomen, Schlaganfall-Prävention, Früherkennung des Grünen Stars, Selbstmordprävention, Aidshilfe, Beratung bei Essstörungen.
 - **Tertiärprävention:** Schwerpunkte sind Diabetikerschulungen, Nachbehandlung von Schlaganfallpatienten, Beratungen zu AIDS, Drogenabhängigkeit sowie Haut- und Geschlechtskrankheiten, gesundheitliche Beratung von Sonderschülern.

Ambulante Versorgung

- **Spitalsambulante Versorgung:** Angebot und Inanspruchnahme der Kapazitäten liegen etwa im Bundesdurchschnitt.
- **Extramurale ärztliche Versorgung:** Die Versorgungsdichte mit niedergelassenen Ärzten (mit und ohne § 2-Kassenvertrag) ist mit Ausnahme der § 2-Allgemeinmediziner überdurchschnittlich, regionale Versorgungsdefizite bei Fachärzten und Zahnmedizinerinnen gibt es allerdings in den Regionen Pinzgau-Pongau und teilweise auch im Lungau.
- **Rettungs- und Krankentransportdienste:** Die bodengebundene Versorgung wird vom Österreichischen Roten Kreuz abgedeckt. Die Versorgungsdichte liegt etwa im Durchschnitt der österreichischen Bundesländer. Am Flughafen Salzburg ist ein Hubschrauber des Rettungsdienstes Christophorus stationiert, in den Wintermonaten wird das Angebot um weitere Rettungshubschrauber ergänzt.
- Die **häusliche Pflege** wird in Salzburg von 16 privaten Trägern organisiert; die größte Bedeutung hat das Salzburger Hilfswerk (44 % der in Summe geleisteten Stunden).
- **Apotheken:** Im Jahr 2000 standen der Salzburger Bevölkerung 122 Apotheken (davon 49 ärztliche Hausapotheken) zur Verfügung. Salzburg weist damit die zweithöchste Versorgungsdichte der Bundesländer auf.

Stationäre Versorgung

- **Stationäre Akutversorgung:** In Salzburg befinden sich zehn Fondskrankenanstalten, wovon zwei Zentralversorgungsfunktion (St. Johanns Landeskrankenhaus in Salzburg-Stadt und Christian-Doppler-Klinik - Landesnervenklinik), zwei Schwerpunktversorgungsfunktion (Schwarzach und Zell am See) und drei Standardversorgungsfunktion (Hallein, Mittersill und Oberndorf) haben. Es werden in allen Fachrichtungen insgesamt 3.500 (tatsächliche) Betten angeboten. Die Bettenauslastung lag im Jahr 2000 leicht unter dem Bundesdurchschnitt, die durchschnittliche Belagsdauer mit 5,8 Tagen entsprach dem Österreichwert.
- **Stationäre Alten- und Langzeitversorgung:** Die stationäre Versorgungsdichte (Anzahl der Betten in den stationären Einrichtungen je 1.000 Einwohner über 75 Jahre) ist in Salzburg die **höchste** von allen Bundesländern.
- **Stationäre Rehabilitation:** In Salzburg gibt es vier Rehabilitationseinrichtungen (von Pensionsversicherungsträgern und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern). In drei davon (Bad Hofgastein, Bad Gastein und Saalfelden) liegt der Schwerpunkt in der Behandlung von orthopädischen Erkrankungen, das Rehabilitationszentrum in Großgmain konzentriert sich auf Herz-/Kreislaufpatienten.

Medizinisch-technische Großgeräte

- In Salzburg sind **alle** laut ÖKAP/GGP als Großgeräte definierten Gerät **eingesetzt**. Insgesamt standen 2000 im Bundesland 40 Geräte zur Verfügung. Salzburg weist bezüglich der meisten Großgeräte eine **überdurchschnittliche Versorgung** auf.

Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

- Der ÖGD wird in Salzburg von der **Landessanitätsdirektion** und den **Bezirksgesundheitsämtern** wahrgenommen. Da der ÖGD aus öffentlichem Budget finanziert wird, wurden in den 1990er-Jahren Personal- und Sachkosten des ÖGD erheblich gekürzt (um etwa 12 %). Demgegenüber wurden im selben Zeitraum die Förderungen um das Vierfache gesteigert.

Gesundheitsausgaben

- Die Situation bei den **End- und Personalkosten der Fonds-Krankenanstalten** war im Jahr 2000 sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich besser als im österreichischen Durchschnitt.
- Im **niedergelassenen § 2-Bereich** entsprachen die abgerechneten Beträge pro Fall im Jahr 2000 ebenso wie die Ausgaben der § 2-Kassen für Heilmittel und Heilbehelfe dem österreichischen Durchschnitt.

6 Zusammenfassung

Die wesentlichen Ergebnisse des „Salzburger Gesundheitsberichts 2002“ können wie folgt schlagwortartig zusammengefasst werden (vgl. dazu Tab. 6.1.1 und 6.1.2):

- Salzburg nimmt hinsichtlich seiner **Sozial-** und seiner **Wirtschaftsstruktur** im Vergleich mit den anderen Bundesländern eine **Spitzenposition** ein.
- Die Bevölkerungsstruktur ist von einem **höheren Anteil jüngerer** Menschen und einem niedrigeren Anteil älterer Personen als österreichweit geprägt; in den 1990er-Jahren hat sich die Altersstruktur Salzburgs jener Österreichs angenähert.
- Die **Lebenserwartung** ist in Salzburg zwischen 1991 und 2000 von rund 74,1 auf rund 75,8 Lebensjahre bei Männern und von 79,5 auf 81 Jahre bei Frauen **angestiegen**, sie lag damit bei beiden Geschlechtern über dem Bundesdurchschnitt; Salzburg zählt zu den Regionen mit **überdurchschnittlicher Lebenserwartung** und **unterdurchschnittlicher Sterblichkeit**.
- In Salzburg versterben jährlich rund **2.000 männliche** und rund **2.200 weibliche** Personen, dennoch ist die altersstandardisierte **Sterblichkeit** der **Männer** deutlich **höher** als jene der Frauen; bei beiden Geschlechtern werden als **häufigste** Todesursachen **Herz-/Kreislauf-** sowie **Krebserkrankungen** angegeben; analog zur steigenden Lebenserwartung ist die **Sterblichkeit** der Salzburger Bevölkerung in den letzten zehn Jahren bei beiden Geschlechtern kontinuierlich **gesunken**; auch in der „vorzeitigen“ Mortalität der **unter 75-Jährigen** zeigt sich bei beiden Geschlechtern ein rückläufiger Trend.
- Im Jahr 2000 wurden Salzburger Landesbürger insgesamt rund **140.000** Mal in einem **Krankenhaus** stationär aufgenommen. Die häufigsten **Ursachen** für eine **Krankenhausaufnahme** sind Verletzungen von männlichen Personen, gefolgt von Herz-/Kreislaufkrankungen, Verletzungen und Schwangerschaftsindikationen bei Frauen, sodann Herz-/Kreislaufkrankungen bei Männern und orthopädischen Erkrankungen bei Frauen; die **Wahrscheinlichkeit** einer Krankenhausaufnahme **steigt** bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem **Alter** an.
- Die **Salzburger** Bevölkerung erfreut sich einer höheren Lebenserwartung und einer geringeren „Krankheitslast“ als die Menschen in anderen Bundesländern; die Salzburger fühlen sich auch **subjektiv gesünder** als die meisten anderen Österreicher (mit Ausnahme der Tiroler und Vorarlberger); der „**Gesundenanteil**“ ist zwischen den Jahren 1991 und 1999 um ca. 3 Prozentpunkte **angestiegen**; mit **höherer Schulausbildung** ist auch der subjektiv empfundene **Gesundheitszustand** tendenziell **besser**; offensichtlich finden die Unterschiede zwischen den **sozialen Gruppen** in Bezug auf das Gesundheitsverhalten auch ihren Niederschlag im Gesundheitszustand.
- Der Anteil der stark **Untergewichtigen** (BMI < 18) ist in Salzburg im Bundesländervergleich überdurchschnittlich und jener der **Übergewichtigen** (BMI > 26) unterdurchschnittlich; beide Anteile sind zwischen 1991 und 1999 angestiegen, was auf eine **Polarisierung** in diesem Bereich hindeutet; die Bevölkerungsanteile, die nach eigenen Angaben unter zu **hohem Blutdruck** leiden, sind im Vergleich zu Österreich unterdurchschnittlich (der Anteil bei den Frauen ist höher als bei den Männern); betreffend die **Blutfette** (Cholesterine) gibt es keine flächendeckenden Daten.
- Der Bevölkerungsanteil mit **gesundheitsbewusster Ernährung** ist in Salzburg überdurchschnittlich; die gesundheitsbewusste Ernährung wird in Salzburg durch relativ viel **Sport und Bewegung** ergänzt (zweithöchster Anteil unter allen Bundesländern); die Inanspruchnahme der **Vorsorgeuntersuchungen** ist in Salzburg durchschnittlich mit leicht

steigender Tendenz; das **Gesundheitsverhalten** verbessert sich tendenziell mit besserer Schulausbildung; die Salzburger rauchen weniger als im österreichischen Durchschnitt, doch auch in Salzburg ist die **Raucherzahl** (insbesondere bei Frauen und Jugendlichen) zwischen 1991 und 1999 **angestiegen**; beim Konsum **illegaler Drogen** ist Salzburg kein **Schwerpunktgebiet** in Österreich und das **Alkoholproblem** ist im Vergleich mit anderen Bundesländern weniger stark ausgeprägt.

- Die Salzburger sind gegen Kinderlähmung, Tetanus, Grippe und FSME seltener **geimpft** als im Bundesdurchschnitt.
- Im Bereich der **Zahngesundheit** wurde im Jahr 1985 mit einem Kariesprophylaxeprogramm begonnen, Erhebungen zeigen, dass die **WHO-Ziele 2000** zur Zahngesundheit bei sechsjährigen Kindern noch nicht **erreicht** wurden.
- Im Bereich der **Umweltmedizin** stellt die CH₄-Belastung der **Außenraumluf**t ein im Vergleich zu Österreich insgesamt überdurchschnittliches Problem dar, darüber hinaus werden im Sommer im gesamten Landesgebiet des öfteren erhöhte **Ozon**-Konzentrationen gemessen; **Grundwasser und Badegewässer** weisen eine ausgezeichnete Qualität auf.
- Gemäß einer Schätzung wurden im Jahr **1996** in Salzburg von der öffentlichen Hand (einschließlich der Sozialversicherungsträger) etwa **€ 54 Mio.** für Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung ausgegeben - mit € 107 pro Einwohner entspricht das etwa dem österreichischen Durchschnitt; das Angebot zur Prävention und Gesundheitsförderung ist relativ vielfältig; besondere Schwerpunkte gibt es nicht.
- In den zehn Fonds-Krankenanstalten werden rund **830** Untersuchungs- und Behandlungsplätze vorgehalten, die primär den „**Krankenhausambulanzen**“ zuzuordnen sind (mit jährlich **400.000** „ambulanten **Fällen**“ bzw. rund **910.000** „ambulanten **Frequenzen**“); die spitalsambulante **Kapazität** hat sich in den letzten Jahren kontinuierlich **erhöht**, ebenso deren Frequentierung; die **Endkosten** für den spitalsambulanten Sektor betragen im Jahr 2000 insgesamt rund **€ 44 Mio**; Insgesamt sind Dichte von Angebot und Inanspruchnahme der spitalsambulanten Kapazitäten gegenüber dem Bundesdurchschnitt leicht unterdurchschnittlich. Die extramurale ärztliche Versorgung wird durch die insgesamt **1.100 niedergelassenen** Ärzte, davon **580 § 2-Kassenärzte**, abgedeckt. Die **Versorgungsdichte** im niedergelassenen Bereich ist in Salzburg mit Ausnahme der niedergelassenen §2-Allgemeinmediziner **überdurchschnittlich**.
- Der bodengebundene **Rettungs- und Krankentransportdienst** (RKT) wird in Salzburg primär vom Österreichischen Roten Kreuz (ÖRK - Landesverband Salzburg) abgedeckt, das insgesamt 36 Einsatzstellen, darunter sieben mit NAW bzw. NEF führt; die **Versorgungsdichte** in Bezug auf den bodengebundenen RKT **entspricht** in Salzburg etwa dem **Bundesdurchschnitt**, ebenso die Häufigkeit der Einsätze.
- Die **häusliche Pflege** wird in Salzburg von 16 privaten Trägern organisiert; die größte Bedeutung hat das Salzburger Hilfswerk (44 % der in Summe geleisteten Stunden).
- Die stationäre Akutversorgung Salzburgs wird primär durch die **zehn Fonds-Krankenanstalten** abgedeckt; in den Salzburger Fonds-Krankenanstalten stehen insgesamt rund **3.500 Betten** zur Verfügung; hier wurden im Jahr 2000 rund 137.000 stationäre Fälle versorgt. Bei einer durchschnittlichen **Belagsdauer** von **5,8** Tagen (Bundesdurchschnitt: 5,9 Tage) betrug die **Bettenauslastung** rund **79 Prozent** (Bundesdurchschnitt: 84,2 %). Die **Endkosten** in den bettenführenden Bereichen lagen im Jahr 2000 bei rund **€ 340 Mio.** oder **€ 668,- je Einwohner** und damit im Verhältnis zur Wohnbevölkerung leicht **unter dem Bundesdurchschnitt** (€ 694,-).

- In Salzburg existieren **74 Seniorenheime** mit insgesamt knapp **5.000 Plätzen**. Damit weist Salzburg die höchste Versorgungsdichte (gemessen an der Anzahl der Plätze je 1.000 Einwohner im Alter von 75 Jahren und darüber) aller Bundesländer auf.
- In Salzburg gibt es vier **Rehabilitationseinrichtungen** (von Pensionsversicherungsträgern und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern), wobei in drei dieser Einrichtungen schwerpunktmäßig Patienten mit orthopädischen Erkrankungen, in einer vorwiegend Herz-/Kreislaufpatienten behandelt werden.
- Der **Öffentliche Gesundheitsdienst** umfasst die **Gesundheitsämter** in den Bezirken sowie die **Landessanitätsdirektion**. Entsprechend den umfassenden **Arbeitsschwerpunkten** der **Landessanitätsdirektion** ist diese in **zwei Referate** eingeteilt (Referat für Gesundheit und Hygiene sowie für Umweltmedizin).
- Die **Gesundheitsausgaben** sind in allen untersuchten Bereichen (Fonds-Krankenanstalten, niedergelassener § 2-Kassenbereich, Ausgaben für Heilmittel und Heilbehelfe) in den letzten zehn Jahren entsprechend dem bundesweiten Trend zum Teil erheblich **angestiegen**.

Literaturverzeichnis

Publikationen und Quellenangaben

Amt der Salzburger Landesregierung: Gepflegt zuhause. Salzburg 2001

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

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

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 1999

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

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 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

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

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

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

Kofler, W.W.; Lercher, P.: UVP Eisenbahnachse Brenner, Zulaufstrecke Nord, Unteres Inntal, Teilgutachten: Fachgebiet Hygiene, 1999

Kranebetter, A. (Hrsg.): Luftgütebericht - Jahresbericht 2000. Land Salzburg, Abteilung 16, Umweltschutz Referat 16/02, Immissionsschutz, Salzburg 2001

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

Land Salzburg (Hrsg.): Wasserinformationssystem Salzburg - WIS. Modernes Datenmanagement für die Wasserwirtschaft. http://www.salzburg.gv.at/wasserwirtschaft/6-62-wasserbuch/images/wis_folder.pdf, Salzburg 2002

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

Nutbeam D. 1998, Glossar Gesundheitsförderung, Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Oberaigner, W., e.al.: Krebsatlas Westösterreich 1988 - 1992. Salzburg, Tirol, Vorarlberg. Innsbruck 1998

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 1998

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

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

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

ÖBIG: Bericht zur Drogensituation 1999. Wien

ÖBIG: Bericht zur Drogensituation 2000. Wien

ÖBIG: Bericht zur Drogensituation 2001. Wien

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

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

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

Organ der Deutschen Gesellschaft für Public Health: Schwerpunktthema: Soziale Ungleichheit. Public Health Forum 9, Heft 33, Urban & Fischer Verlag 2001

Pflegevorsorge in Österreich. Herausgegeben vom Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, Wien 2001

Pillmann W., Sprinzl G.: Umweltbericht Luft. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien 1989

Raithel, 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

Schaber P.: Limnologischer Zustand der großen Salzburger Seen im Frühsommer 1996. Amt der Salzburger Landesregierung - Gewässerschutz. Salzburg 1997

SEMIKAT: Salzburger Energie- und Emissionskataster. Grundlagen und Ergebnisse Basisjahr 1994. Hrsg.: Amt der Salzburger Landesregierung, Abteilung 16 Umweltschutz, Referat 16/03 Chemie und Umwelttechnik. Salzburg 1996

Spitalsky, Alfred - 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. 98

Strauss, R.; e. a.: Tuberkulose in Österreich 1995 - 1999. Teil II. In: Mitteilungen der Sanitätsverwaltung 3/2001, S. 3 ff.

Theuer W., Sprinzl 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 - 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

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.spitalskompass.at> (ÖBIG-Spitalskompass)

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

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

<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 5 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 Alkoholismusdefinitionen (Typologie nach Cloninger, Typologie nach Lesch, primärer und sekundärer Alkoholismus, Klassifizierung nach Trinkmengen und nach Alkoholkonsumgewohnheiten) siehe Handbuch Alkohol - Österreich 2001 S. 52ff.

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

Ausgaben der §2-Kassen 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 und 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 Meter) 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.

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). Die Endkosten einer Kostenstelle setzen sich dabei aus der Summe der Primärkosten (Kostenartengruppe 1-8) und der Summe der Se-

kundärkosten (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 pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und auf einen bestimmten Zeitraum, nämlich zumeist ein Jahr (altersstandardisiert).

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).

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

Krebsinzidenz: Anzahl der Neuerkrankungen an Krebs pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahr (altersstandardisiert).

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-/Pflegebedürftigkeit 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 auf die jeweilige Wohnbevölkerung. 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. Das Bundesland Salzburg wurde in drei NUTS-III-Einheiten gegliedert: Lungau (Bezirk Tamsweg), Pinzgau-Pongau (Bezirke St. Johann im Pongau und Zell am See) sowie Salzburg und Umgebung (Statutarstadt Salzburg und die Bezirke Hallein und Salzburg-Umgebung).

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.

Potenziell alkoholassoziierte Todesursachen: Unter potenziell alkoholassoziiierter 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 (ICD9 291), Alkoholismus (ICD9 303), Chronische Leberkrankheit und Leberzirrhose (ICD 9 571).
- Andere Diagnosen: Drogen- und Medikamentenmissbrauch ohne Abhängigkeit (ICD 9 305), andere Varizen (ICD9 456), Gastritis und Duodenitis (ICD9 535), Krankheiten der Pankreas (ICD9 577), Selbstmord und Selbstschädigung sowie daraus resultierende Spätfolgen (ICD9 950-959), Vergiftung durch feste und flüssige Stoffe, unbestimmt, ob unbeabsichtigt oder vorsätzlich (ICD9 980).

Prävalenz: Anzahl der aktuell an einer bestimmten Krankheit Leidenden pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt bzw. Stichtag (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).

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.

- Zur Erfassung der regionalen Wirtschaftskraft wurde das regionale Bruttoinlandsprodukt pro Einwohner (ÖIR) im Durchschnitt der beiden aktuellst 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.

Die exakte Berechnungsmethode ist am Ende der Tabelle 2.3.1 detailliert beschrieben.

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 _{tot}	= Standardbevölkerung insgesamt	r	= Regionen
	E	= Ereignisse		

durchgeführt (vgl. KOJIMA 1979). 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:

- **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 Substandardwohnungen 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 selbständiger und unselbständiger 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.

Die sechs Schritte zur Berechnung des Indikators sind am Ende der Tabelle 2.2.1 im Tabellenanhang detailliert beschrieben.

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, Krebsinzidenz, 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: 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: $\text{Wanderungsbilanz} = \text{Zahl der zugewanderten Personen} - \text{Zahl der abgewanderten Personen}$.

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 Datenbereinstellung, 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 Tumorklassifikation; 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** (Datenbereitsteller: Österreichische Ärztekammer; Validität insgesamt hoch, jedoch in Bezug auf die regionale Zuordenbarkeit einzelner Ärzte eingeschränkt; Grundlage für die Ermittlung von regionalen Ärztedichten);
- **Straßenverkehrsunfallstatistik** (Datenbereitsteller: 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** (Datenbereitsteller: 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);
- **Volkszählungen** 1991 und 2001 (Datenbereitsteller: 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 einheitlichen Schemata dokumentierten Daten in Bezug auf Ressourcen und Kosten im gesamten Gesundheitswesen werden systemumfassende Darstellungen (insbesondere der Kosten) behindert bzw. zum Teil verunmöglicht.

Verzeichnis der Tabellen im Anhang

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

- Tab. 3.3.1: Körperlich beeinträchtigte Personen nach Art der Beeinträchtigung 1995
nach Altersgruppen, Regionen und Geschlecht
- Tab. 3.3.2: Pflegegeldbezieher 1997 und 2000 nach Pflegegeldstufen
nach Salzburger Bezirken, Geschlecht und Altersgruppen
- Tab. 3.3.3: Pflegegeldbezieher 1997 und 2000 nach Pflegegeldstufen pro 1.000 Einwohner
nach Salzburger Bezirken, Geschlecht und Altersgruppen
- Tab. 3.4.1: Allgemeiner Gesundheitszustand nach eigener Einschätzung 1991 und 1999
nach Altersgruppen, Regionen und Geschlecht
- Tab. 4.1.1: Body-Mass-Index 1991 und 1999
nach Altersgruppen, Regionen und Geschlecht
- Tab. 4.1.2: Personen mit Bluthochdruck 1991 und 1999
nach Altersgruppen, Regionen und Geschlecht
- Tab. 4.2.1: Zigarettenkonsum 1991 und 1999
nach Altersgruppen, Regionen und Geschlecht
- Tab. 4.3.1: Personen mit gesundheitsbewusster Ernährungsweise 1991 und 1999
nach Altersgruppen, Regionen und Geschlecht
- Tab. 4.4.1: Durchschnittlicher Alkoholkonsum 1993/1994
nach Bundesländern und Geschlecht
- Tab. 4.4.2: Potenziell alkoholassoziierte Sterblichkeit 1991 - 2000 (altersstandardisiert)
nach Geschlecht und Regionen
- Tab. 4.4.3: Alkoholeinfluss im Straßenverkehr 1998 - 2000
nach Regionen
- Tab. 4.4.4: Drogenopfer 1991 - 2000
nach Altersgruppen, Regionen und Geschlecht
- Tab. 4.4.5: Drogenopfer nach Todesursache 1998 - 2000
nach Altersgruppen, Regionen und Geschlecht
- Tab. 4.5.1: Personen mit körperlichen Aktivitäten zur Gesunderhaltung 1991 und 1999
nach Altersgruppen, Regionen und Geschlecht
- Tab. 4.6.1: Vorsorgeuntersuchung - Anzahl der untersuchten Personen 1991 - 2000
nach Regionen und Geschlecht
- Tab. 4.6.2: Vorsorgeuntersuchung - Anteil der untersuchten Personen 1991 - 2000
nach Geschlecht und Altersgruppen in Salzburg
- Tab. 4.6.3: Kariesprävalenz der 6-Jährigen
nach Geschlecht und Regionen
- Tab. 5.1.1: Ausgaben für Gesundheitsvorsorge und -förderung 1996
- Tab. 5.2.1: Vorhaltung und Frequentierung von Kapazitäten sowie Kosten im spitalsambulanten und niedergelassenen §2-Kassenbereich nach Fachrichtungen 2000
- Tab. 5.2.2: Vorhaltung und Frequentierung von Kapazitäten sowie Kosten im spitalsambulanten und niedergelassenen §2-Kassenbereich nach Fachrichtungen 2000 (jeweils bezogen auf 1.000 Einwohner)

- Tab. 5.2.3: Bodengebundene anerkannte Rettungs- und Krankentransportdienste 2000
nach Regionen
- Tab. 5.2.4: Bodengebundene anerkannte Rettungs- und Krankentransportdienste 2000 - bezogen auf 1.000 Einwohner
nach Regionen
- Tab. 5.2.5: Apotheken und Pharmazeuten 2000
nach Regionen
- Tab. 5.3.1: Stationäre Akutversorgung in Fonds-Krankenanstalten - Ausstattung, Inanspruchnahme und Kosten 2000
nach Bundesländern und Fachrichtungen
- Tab. 5.3.2: Rehabilitationseinrichtungen sowie Inanspruchnahme nach Indikationsgruppen 2000
nach Bundesländern
- Tab. 5.4.1: Versorgung mit medizinisch-technischen Großgeräten 2001
nach Gerätegruppen und Bundesländern
- Tab. 5.6.1: Endkosten der Fonds-Krankenanstalten 1997 - 2000
- Tab. 5.6.2: Personalkosten der Fonds-Krankenanstalten 1997 - 2000
- Tab. 5.6.3: Abgerechnete Beträge der §2-Kassen für niedergelassene Ärzte 1991 - 2000
- Tab. 5.6.4: Ausgaben der §2-Kassen 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 Salzburger Bezirken im Zeitraum 1991 bis 2000 (indexiert, Salzburg = 100)

Verzeichnis der Karten im Anhang

- 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)
- Karte 3.1.4: Mortalität 1991 bis 2000 nach politischen Bezirken (weiblich)
- Karte 3.1.5: Mortalität der unter 65-Jährigen 1991 bis 2000 nach politischen Bezirken (männlich)
- Karte 3.1.6: Mortalität der unter 65-Jährigen 1991 bis 2000 nach politischen Bezirken (weiblich)
- Karte 3.2.1: Krankenhausmorbidity 2000 nach politischen Bezirken (männlich)
- Karte 3.2.2: Krankenhausmorbidity 2000 nach politischen Bezirken (weiblich)
- 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 Allgemeinmedizinerinnen 2000
- Karte 5.2.2: Versorgungsdichte mit niedergelassenen § 2-Allgemeinmedizinerinnen 2000
- Karte 5.2.3: Versorgungsdichte mit niedergelassenen Fachärztinnen 2000
- Karte 5.2.4: Versorgungsdichte mit niedergelassenen § 2-Kassen-Fachärztinnen 2000
- Karte 5.2.5: Versorgungsdichte mit niedergelassenen Zahnmedizinerinnen 2000
- Karte 5.2.6: Versorgungsdichte mit niedergelassenen § 2-Zahnmedizinerinnen 2000
- Karte 5.2.7: Einsatzstellen des Rettungs- und Krankentransportdienstes (RKT) 2000
- Karte 5.3.1: Standorte und Typisierung der Fonds-Krankenanstalten 2000

