

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen



ÖBIG

Kärntner Gesundheitsbericht 2002

Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Kärntner Bevölkerung

Inanspruchnahme und Leistungen des Kärntner Gesundheitssystems

Endbericht



Wien, November 2002

Im Auftrag der Kärntner Landesregierung



Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen



ÖBIG

Kärntner Gesundheitsbericht 2002

Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Kärntner Bevölkerung

Inanspruchnahme und Leistungen des Kärntner Gesundheitssystems

Endbericht

Andreas Birner

Gerhard Fülöp

Anton Hlava

Gabriele Sax

Günter Sprinzl

Petra Winkler

Projektkoordination

Andreas Birner

Wien, November 2002

Im Auftrag der Kärntner Landesregierung

ISBN 3-85159-0511

Zl. 42452/2002

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

Eigentümer und Herausgeber: Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 - Sanitätswesen, A-9020 Klagenfurt, Hasnerstraße 8, Telefon: (050) 536-31202, Fax: (050) 536-31200, E-Mail: post.abt12@ktn.gv.at, <http://www.ktn.gv.at> (unter Abteilung 12). Für den Inhalt verantwortlich: ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) - A-1010 Wien, Stubenring 6, Telefon (01) 515 61-0, Fax (01) 513 84 72, E-Mail: nachname@oebig.at, <http://www.oebig.at>

Vorwort

Gesundheit ist und war immer eines der zentralen Zukunftsthemen. Der vorliegende Gesundheitsbericht soll eine Zusammenschau verschiedener Aspekte des Gesundheitswesens sein.

Um gesundheitsfördernde Lebensart und Umweltbedingungen zu schaffen, sind regelmäßige, umfassende und eng auf die praktische Nutzung ausgerichtete Datensammlungen zur gesundheitlichen Situation notwendig. Nur auf einer solchen Grundlage lassen sich langfristig wirkungsvolle gesundheitsfördernde Verhaltensweisen in der Bevölkerung entwickeln.

Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung sind Bestandteile aktiver Gesundheitspolitik. Um den präventiven Anteil stärker zu gewichten, sind Informationssysteme, die Gesundheitsziele und entsprechende Maßnahmen aufzeigen, notwendig.

Ziel dieses Gesundheitsberichtes ist es, die Informations- und Handlungsgrundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen zu verbessern. Die gesundheitspolitische Diskussion wird gefördert und ihre Transparenz erhöht.

Ihr

LHStv. Dr. Peter Ambrozy
Gesundheitsreferent des Landes Kärnten

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Ziele und Zielgruppen des Gesundheitsberichts 2002	1
1.2 Grundlagen der Rahmenbedingungen	1
2. Soziodemographische Faktoren	3
2.1 Bevölkerungsstruktur und -entwicklung	3
2.2 Sozialstruktur.....	6
2.3 Regionalwirtschaftliche Situation.....	8
2.4 Zusammenfassung	8
3. Gesundheitszustand	10
3.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit	10
3.2 Morbidität	18
3.3 Behinderungen	28
3.4 Gesundheitliche Selbsteinschätzung.....	32
3.5 Zusammenfassung	35
4 Gesundheitliche Einflussfaktoren	39
4.1 Somatische Basisdaten	39
4.2 Ernährung	40
4.3 Sport und Bewegung	41
4.4 Suchtverhalten	41
4.5 Gesundheitsvorsorge.....	48
4.6 Umwelt.....	51
4.7 Zusammenfassung	59
5 Einrichtungen des Gesundheitswesens	63
5.1 Gesundheitsvorsorge und -förderung.....	63
5.2 Ambulante Versorgung	67
5.3 Stationäre Versorgung	73
5.4 Medizinisch-technische Großgeräte.....	76
5.5 Öffentlicher Gesundheitsdienst	76
5.6 Gesundheitsausgaben	78
5.7 Zusammenfassung	82
6 Zusammenfassung	85
Literaturverzeichnis	88
Begriffsbestimmungen und Methoden	93
Bemerkungen zur Datenqualität	98
Tabellenanhang	
Kartenanhang	

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1.1:	Männer- und Frauenanteile der Kärntner Bevölkerung im Jahr 2001	3
Abbildung 2.1.2:	Altersverteilung in Kärnten und in den Bundesländern 2001	4
Abbildung 2.1.3:	Bevölkerungsentwicklung 1991 bis 2001 in verschiedenen Altersgruppen in Prozent.....	5
Abbildung 2.1.4:	Geburtenziffer in Kärnten und Österreich 1981, 1991 und 2000	5
Abbildung 2.1.5:	Altersstruktur in Kärnten und in Österreich im Vergleich zwischen 2001 und 2011.....	6
Abbildung 2.2.1:	Die Sozialstruktur in den Kärntner Bezirken - synthetischer Indikator (Indexdarstellung, Österreich = 100).....	7
Abbildung 2.3.1:	Die regionalwirtschaftliche Situation in den Kärntner Bezirken - synthetischer Indikator (Indexdarstellung, Österreich = 100).....	8
Abbildung 3.1.1:	Lebenserwartung bei der Geburt in Kärnten nach Geschlecht im Zeitverlauf 1965-2000	10
Abbildung 3.1.2:	Fernere Lebenserwartung im Alter von 60 bzw. 75 Jahren im Bundesland Kärnten nach Geschlecht im Zeitverlauf 1981-2000.....	11
Abbildung 3.1.3:	Säuglingssterblichkeit in Kärnten in den Jahren 1965 bis 1999.....	12
Abbildung 3.1.4:	Sterblichkeit der Männer nach Haupttodesursachen 1991-2000 in den Kärntner Bezirken	14
Abbildung 3.1.5:	Sterblichkeit der Frauen nach Haupttodesursachen 1991-2000 in den Kärntner Bezirken	14
Abbildung 3.1.6:	Sterbefälle in Kärnten nach Haupttodesursachen und Geschlecht im Zeitraum 1991-2000	15
Abbildung 3.1.7:	Sterblichkeit der unter 75-Jährigen im Bundesland Kärnten nach Haupttodesursachen und Geschlecht im Zeitverlauf 1991-2000.....	17
Abbildung 3.2.1:	Krankenhausmorbidity der Kärntner nach Diagnosengruppen 2000	19
Abbildung 3.2.2:	Krankenhausmorbidity der Kärntner nach Diagnosegruppen 2000	21
Abbildung 3.2.3:	Krebsinzidenz in Kärnten nach den häufigsten Lokalisationen und Geschlecht, Durchschnitt der Jahre 1995-1998	22
Abbildung 3.2.4:	Gemeldete Krebsinzidenz in den Kärntner Bezirken nach ausgewählten Lokalisationen 1995-1998	23
Abbildung 3.2.5:	Sterblichkeit aufgrund von Selbstmord im Zeitverlauf 1991-2000.....	25
Abbildung 3.2.6:	Krankenhausmorbidity von Kärntnern aufgrund von orthopädischen Erkrankungen im Zeitverlauf 1992-2000.....	27
Abbildung 3.2.7:	Externe Todesursachen nach ausgewählten Kategorien im Durchschnitt der Jahre 1996-2000.....	28

Abbildung 3.3.1:	Anteile der über 15-jährigen Bevölkerung, die im Jahr 1995 an einer körperlichen Beeinträchtigung litten, im Bundesländervergleich.....	29
Abbildung 3.3.2:	Pflegegeldbezieher im Jahr 2000 nach Pflegegeldstufen pro 1.000 Einwohner im Bundesländervergleich.....	31
Abbildung 3.3.3:	Entwicklung der Zahl der Pflegegeldbezieher 1997 bis 2000 im Bundesländervergleich.....	32
Abbildung 3.4.1:	Gesundheitliche Selbsteinschätzung der Kärntner Bevölkerung 1999 im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung	33
Abbildung 3.4.2:	Subjektiver Gesundheitszustand nach Bildungsschichten in Kärnten 1999	35
Abbildung 4.1.1:	Anteile der über 15-jährigen Bevölkerung mit Übergewicht und starkem Übergewicht in den Jahren 1991 und 1999 im Bundesländervergleich.....	39
Abbildung 4.4.1:	Verbreitung problematischen Drogenkonsums in der EU 1996-1998	42
Abbildung 4.4.2:	Anteil der täglichen Zigarettenraucher an der über 15-jährigen Bevölkerung im Jahr 1999 im Bundesländervergleich.....	43
Abbildung 4.4.3:	Rauchverhalten (täglicher Zigarettenkonsum) der Kärntner Bevölkerung nach Altersgruppen 1991 und 1999	44
Abbildung 4.4.4:	Potenziell alkoholassoziierte Sterblichkeit (altersstandardisiert, Kern- diagnosen) im Durchschnitt der Jahre 1998 bis 2000 nach Bundesländern und insgesamt	45
Abbildung 4.4.5:	Durch Alkohol verursachte Anteile an Verletzten und Toten in Prozent der im Straßenverkehr Verletzten bzw. Getöteten insgesamt 1998-2000.....	46
Abbildung 4.5.1:	Durchimpfungsraten in Kärnten.....	49
Abbildung 4.5.2:	Zahnstaturerhebung 2001 - Anteil kariesfreier 6-Jähriger und durchschnitt- liche Anzahl durch Karies geschädigter Zähne im Milchgebiss (dmft)	50
Abbildung 4.5.3:	Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen in Kärnten und in Österreich 1991 bis 1999	51
Abbildung 4.6.1:	Jahresmittelwerte der Messstellen für Bleidepositionen im Raum Arnoldstein in den Jahren 1991 bis 2000	53
Abbildung 4.6.2:	Jahresmittelwerte der Messstellen für Cadmiumdepositionen im Raum Arnold- stein in den Jahren 1991 bis 2000.....	53
Abbildung 4.6.3:	Trinkwasseruntersuchungen auf Arsen 2000 - 2002	55
Abbildung 5.1.1:	Zahl der Gesamtkontakte und der regionalen Veranstaltungen des Frauen- gesundheitszentrums in den Jahren 1999 bis 2001	66
Abbildung 5.2.1:	Versorgungsdichte (Untersuchungs- und Behandlungsplätze pro 1.000 Einwohner) in der spitalsambulanten Versorgung im Jahr 2000.....	68
Abbildung 5.2.2:	Spitalsambulante Endkosten pro Einwohner in € im Jahr 2000 im Bundes- ländervergleich	69
Abbildung 5.2.3:	Einsatzstellen der Mobilien Dienste in Kärntner Bezirken im Jahr 2000: Anzahl und Dichte (Anzahl je 10.000 Einwohner im Alter von 65 Jahren und darüber)	72

Abbildung 5.2.4:	Öffentliche Apotheken, ärztliche Hausapotheken und Versorgungsdichte in den Kärntner Bezirken im Jahr 2000.....	73
Abbildung 5.3.1:	Stationäre Endkosten pro Einwohner in € im Jahr 2000 im Bundesländervergleich.....	74
Abbildung 5.3.2:	Kapazitäten der Alten- und Langzeitversorgung in den Kärntner Bezirken 1999 im Vergleich zum Bundesland und zu Österreich.....	76
Abbildung 5.5.1:	Organigramm des Sanitätswesens in Kärnten.....	77
Abbildung 5.6.1:	Stationäre Endkosten und Personalkosten der Fonds-Krankenanstalten in € im Jahr 2000	80
Abbildung 5.6.2:	Ambulante Endkosten und Personalkosten der Fonds-Krankenanstalten in € im Jahr 2000	80

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
dmft	decayed missing filled teeth
DSA	Digitale Subtraktionsangiographie
ECT	Emissions-Computertomographie
EU	Europäische Union
Eurostat	Statistisches Amt der EU in Luxemburg
FKA	Fonds-Krankenanstalt
GEM	Gemischter Belag
GGH	Gynäkologie und Geburtshilfe
GGP	Österreichischer Großgeräteplan
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
HVSVT	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
ICD-9	International Code of Diseases (9 th Revision)
IM	Innere Medizin
KA	Krankenanstalt
KAG	Krankenanstaltengesetz des Bundes
KCH	Kinderchirurgie
KfV	Kuratorium für Verkehrssicherheit
KHH	Krankenhaustätigkeit (inkl. Mehrfachaufnahmen)
KHM	Krankenhausmorbidität (exkl. Mehrfachaufnahmen)
KI	Kinder- und Jugendheilkunde
KJNP	Kinder- und Jugendneuropsychiatrie
LAP	Leistungsangebotsplanung
LIT	Lithotripsie
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
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 Kärntner Gesundheitsbericht 2002 beschreibt die gesundheitliche Lage der Kärntner 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 interessierte 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 Kärntner Gesundheitsversorgungssystems bilden.

1.2 Grundlagen und Rahmenbedingungen

Rechtliche Grundlagen

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

Im Beschluss Nr. 1400/97/EG des Europäischen Rates vom 30. Juni 1997 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 Kärntner Gesundheitsberichts 2002.

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

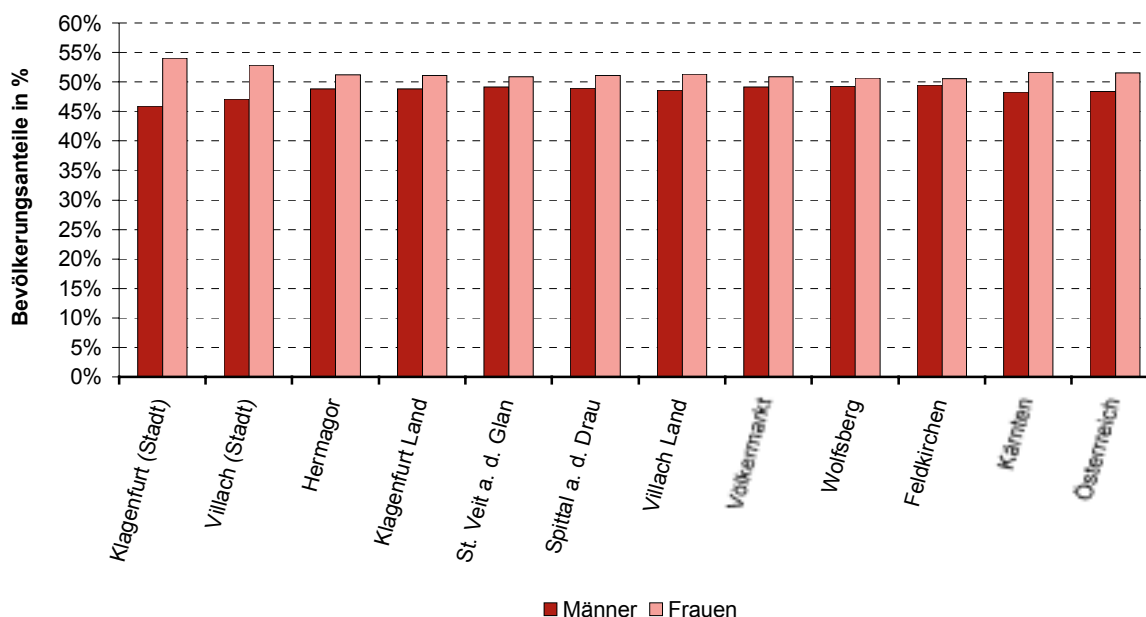
Das ÖBIG (Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen) wurde 1998 vom damaligen Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BMAGS) beauftragt, ein Konzept für Gesundheitsberichte der Bundesländer zu erstellen. In diesem Projekt wurde ein Konzept entwickelt, das die Vergleichbarkeit 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 in Kärnten rund **561.100 Menschen**, das sind sieben Prozent der österreichischen Gesamtbevölkerung. Demnach ist Kärnten - gemessen an der Einwohnerzahl - vor Salzburg, Vorarlberg und dem Burgenland das viertkleinste Bundesland. Die Aufteilung der Bevölkerung nach Geschlechtern entspricht mit 48 Prozent Männern und 52 Prozent Frauen dem österreichischen Bundesdurchschnitt. Auf Bezirksebene weisen die Bezirke Feldkirchen und Wolfsberg mit 49,4 bzw. 49,3 Prozent den höchsten Männeranteil auf und die Städte Klagenfurt und Villach mit 46 und 47 Prozent den geringsten (vgl. Abb. 2.1.1). 5,8 Prozent der Einwohner des Bundeslandes Kärnten sind Ausländer, während es österreichweit neun Prozent sind. Niedrigere Ausländeranteile weisen nur noch das Burgenland und die Steiermark mit jeweils 4,6 Prozent auf. Innerhalb Kärntens liegt der Ausländeranteil nur in den Städten Klagenfurt (8,3 %) und Villach (10,1 %) über dem Landesdurchschnitt. Der Österreicherdurchschnitt wird nur von der Stadt Villach übertroffen.

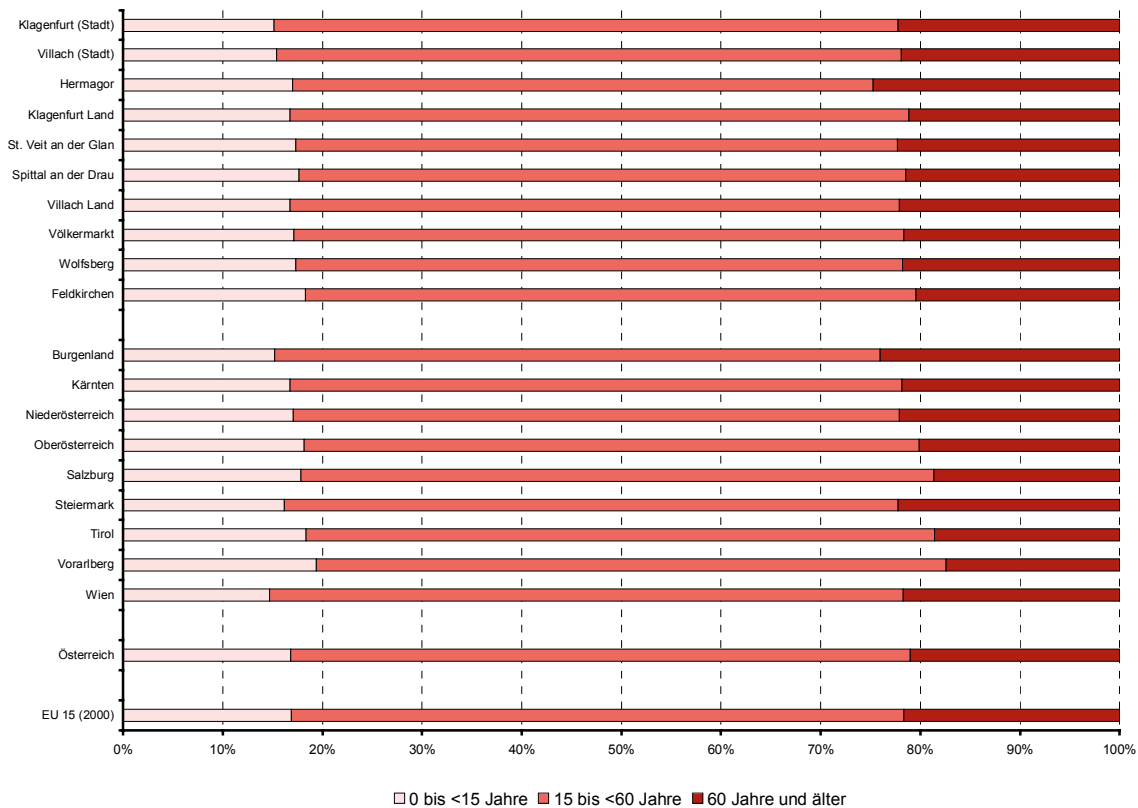
Abbildung 2.1.1: Männer- und Frauenanteile der Kärntner Bevölkerung im Jahr 2001



Quellen: Statistik Austria - Volkszählung 2001

Die **Altersstruktur** der Kärntner Bevölkerung entspricht weitgehend dem Bundesdurchschnitt und damit auch dem EU-Durchschnitt (vgl. nachstehende Abb. 2.1.2). Der Anteil der unter 15-Jährigen beträgt 16,7 Prozent. Niedrigere Anteile finden sich in der Steiermark, im Burgenland und in Wien. Umgekehrt sind 21,9 Prozent der Kärntner 60 Jahre oder älter. Höhere Seniorenanteile weisen die Bundesländer Burgenland, Steiermark und Niederösterreich auf (vgl. Karte 2.1.1 im Kartenanhang). Regional differenziert zeigt sich, dass der Anteil der unter 15-Jährigen in den Bezirken Spittal an der Drau deutlich über dem Landes- und Bundesdurchschnitt liegt, während er in den Städten Klagenfurt und Villach der geringste aller Kärntner Bezirke ist. Der Anteil der über 60-Jährigen ist in den Bezirken Klagenfurt-Land und Feldkirchen der geringste in Kärnten und in den Bezirken Hermagor und St. Veit a. d. Glan am höchsten (vgl. Abb. 2.1.2 sowie Tab. 2.1.1 im Tabellenanhang).

Abbildung 2.1.2: Altersverteilung in Kärnten und in den Bundesländern 2001

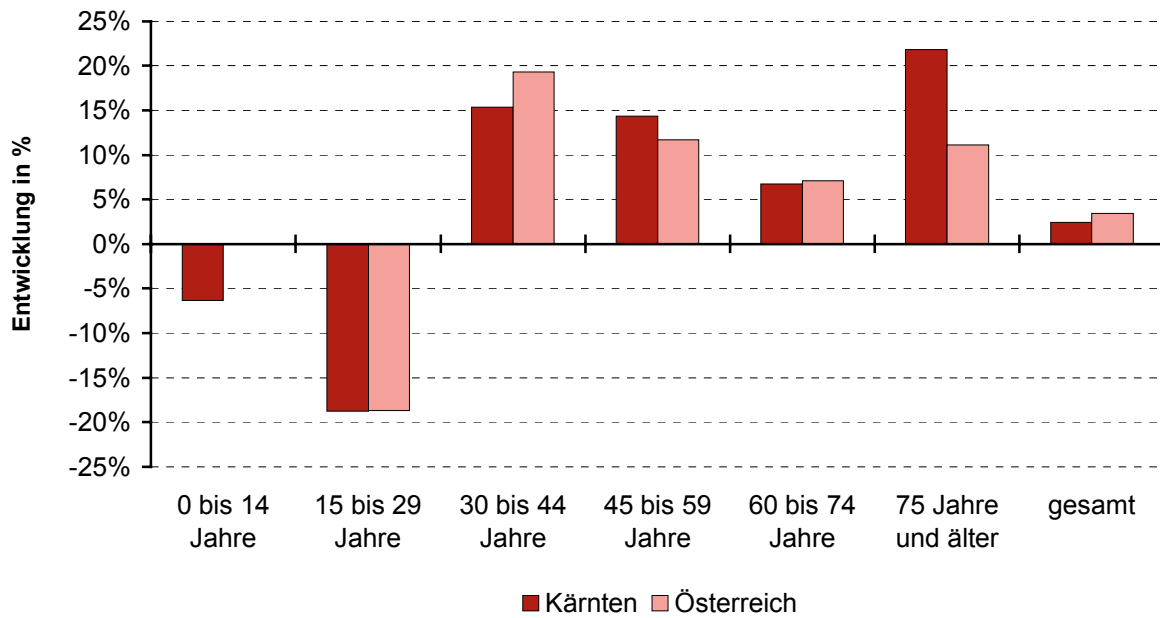


Quellen: Statistik Austria - Volkszählung 2001; Eurostat

Seit dem Jahr 1991 ist die Einwohnerzahl in Kärnten um **13.300** Personen oder 2,4 Prozent gestiegen. Das ist ein um 1,1 Prozentpunkte geringeres Wachstum als österreichweit. Eine schwächere Bevölkerungsentwicklung verzeichneten nur noch die Bundesländer Wien (+ 1,5 %) und Steiermark (+ 0,1 %). Entgegen dem österreichweiten Trend hat die Zahl der Männer (+ 2,3 %) in den 1990er Jahren weniger stark zugenommen als jene der Frauen (+ 2,5 %). Die natürliche Bevölkerungsbewegung (Geburtenbilanz) verursachte in Kärnten mit plus 1,1 Prozent einen leicht stärkeren Anstieg der Einwohnerzahl als österreichweit (+ 0,9 %). Hingegen lag das durch Zu- und Abwanderungen (Wanderungsbilanz) ausgelöste Bevölkerungswachstum mit plus 1,3 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt (+ 2,6 %). Am stärksten wuchs die Bevölkerung in den Bezirken Klagenfurt Land (+ 7 %), Feldkirchen (+ 6 %), Villach (Stadt) (+ 5,7 %) und Villach Land (+ 3,7 %), wo sowohl der Landes- als auch der Bundesdurchschnitt übertroffen wurde. Unter einem Prozent bleiben hingegen die Bevölkerungszuwächse in den Bezirken St. Veit a. d. Glan, Völkermarkt, Wolfsberg und Klagenfurt (Stadt). In Hermagor musste sogar ein Rückgang von 1,9 Prozent verzeichnet werden (vgl. Tab. 2.1.2 im Tabellenanhang).

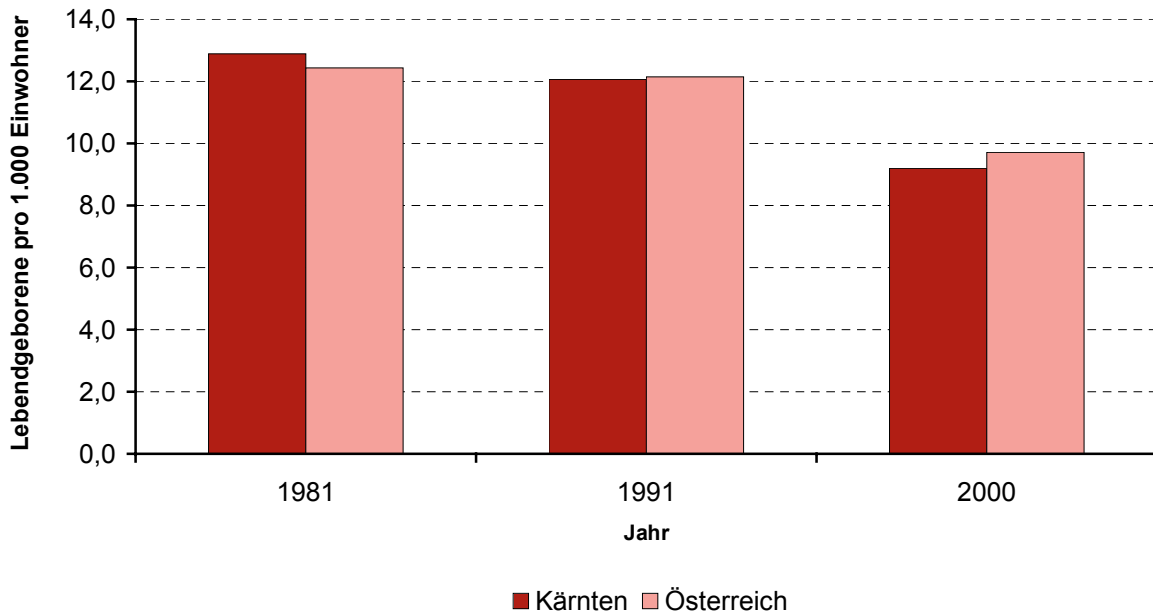
Der **Anteil älterer Personen** stieg in Kärnten etwas stärker als in Österreich insgesamt, während der Anteil der unter 15-Jährigen stärker als österreichweit zurückging. Dadurch hat sich die Altersstruktur Kärntens in den 1990er Jahren an jene Gesamtösterreichs angepasst. Die Zahl der unter 15-Jährigen hat in diesem Zeitraum in Kärnten um 6,4 Prozent abgenommen, während er im Bundesdurchschnitt stagnierte. Die Zahl der 75- und über 75-Jährigen wuchs mit 22 Prozent doppelt so stark an wie österreichweit (vgl. Tab. 2.1.2).

Abbildung 2.1.3: Bevölkerungsentwicklung 1991 bis 2001 in verschiedenen Altersgruppen in Prozent



Quellen: Statistik Austria - Volkszählung 2001

Abbildung 2.1.4: Geburtenziffer in Kärnten und Österreich 1981, 1991 und 2000

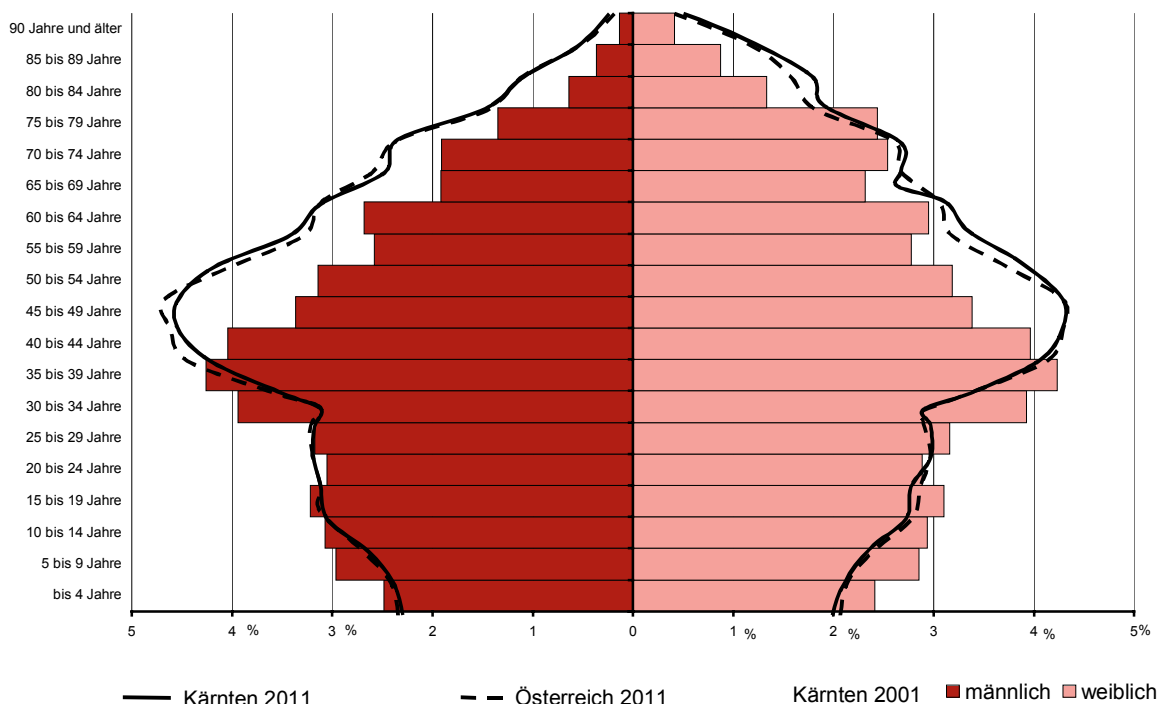


Quelle: Statistik Austria - Statistisches Jahrbuch 2002

Die **Geburtenziffer** (Lebendgeborene pro 1.000 Einwohner) ist in Kärnten - 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 Kärnten bei 9,2 (1991: 12,0). Geringere Werte zeigten nur noch das Burgenland (7,9), die Steiermark (8,9) und Niederösterreich (9,1). Der österreichische Durchschnitt betrug vergleichsweise 9,7 (1991: 12,1), der EU-Durchschnitt 10,6.

Gemäß der am ÖBIG verwendeten **Bevölkerungsprognose** (regionalisierte Bevölkerungsprognose nach SPITALSKY 1999) wird sich bis zum Jahr 2011 der Alterungsprozess in Österreich und in Kärnten fortsetzen, wobei bundesweit ein Bevölkerungsrückgang von 0,3 Prozent prognostiziert wird, für Kärnten sogar ein Rückgang von zwei Prozent. Die Altersstruktur Kärntens, wird sich in diesem Zeitraum im Vergleich zur österreichweiten Altersstruktur weiter in Richtung älterer Personen verschieben (vgl. Abb. 2.1.5). Der Anteil der 75- und über 75-Jährigen ist in Kärnten zwischen 1991 und 2001 um 1,2 Prozentpunkte auf 7,6 Prozent gestiegen. Gemäß Prognose wird bis zum Jahr 2011 dieser Anteil um weitere 1,1 Prozentpunkte auf 8,7 Prozent anwachsen.

Abbildung 2.1.5: Altersstruktur in Kärnten und in Österreich im Vergleich zwischen 2001 und 2011^{*)}



^{*)} laut Bevölkerungsvorausschätzung von SPITALSKY

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

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

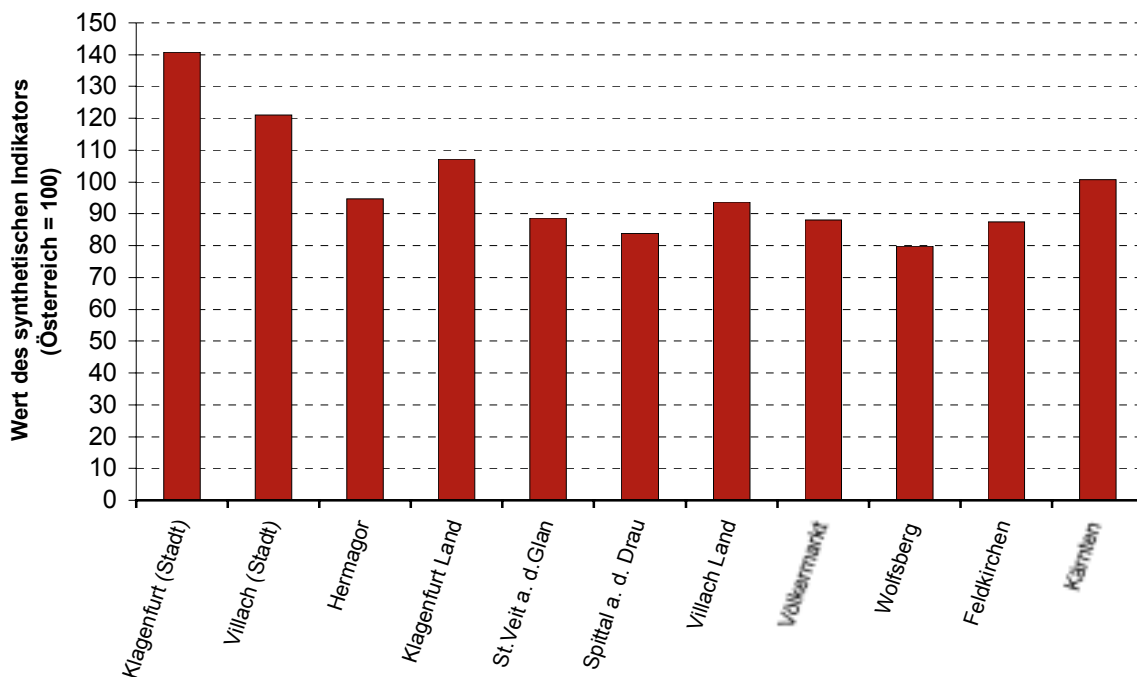
sozioökonomische Unterschiede in Gesundheitszustand, Morbidität und Sterblichkeit bewirken. Gemäß der Hypothese sinkt mit dem sozioökonomischen Status einer Person auch deren Wahrscheinlichkeit, in Gesundheit alt zu werden.

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 weist das Bundesland Kärnten 101 Prozent des Österreichwertes auf und steht damit hinter den Bundesländern Wien und Salzburg an **drittbesten** Stelle. Eine besonders günstige Sozialstruktur (mit überdurchschnittlichem Einkommen, guter Wohnsituation und überdurchschnittlichem Ausbildungsniveau) ergibt sich für die Städte Klagenfurt und Villach (141 % bzw. 121 %) und den Bezirk Klagenfurt Land (107 %), während die Bezirke Wolfsberg (80 %) und Spittal a. d. Drau (84 %) unter 85 Prozent des Österreichdurchschnittes bleiben (vgl. Tab. 2.2.1 und Karte 2.2.1 im Kartenanhang).

Abbildung 2.2.1: Die Sozialstruktur in den Kärntner Bezirken - synthetischer Indikator (Indexdarstellung, Österreich = 100)



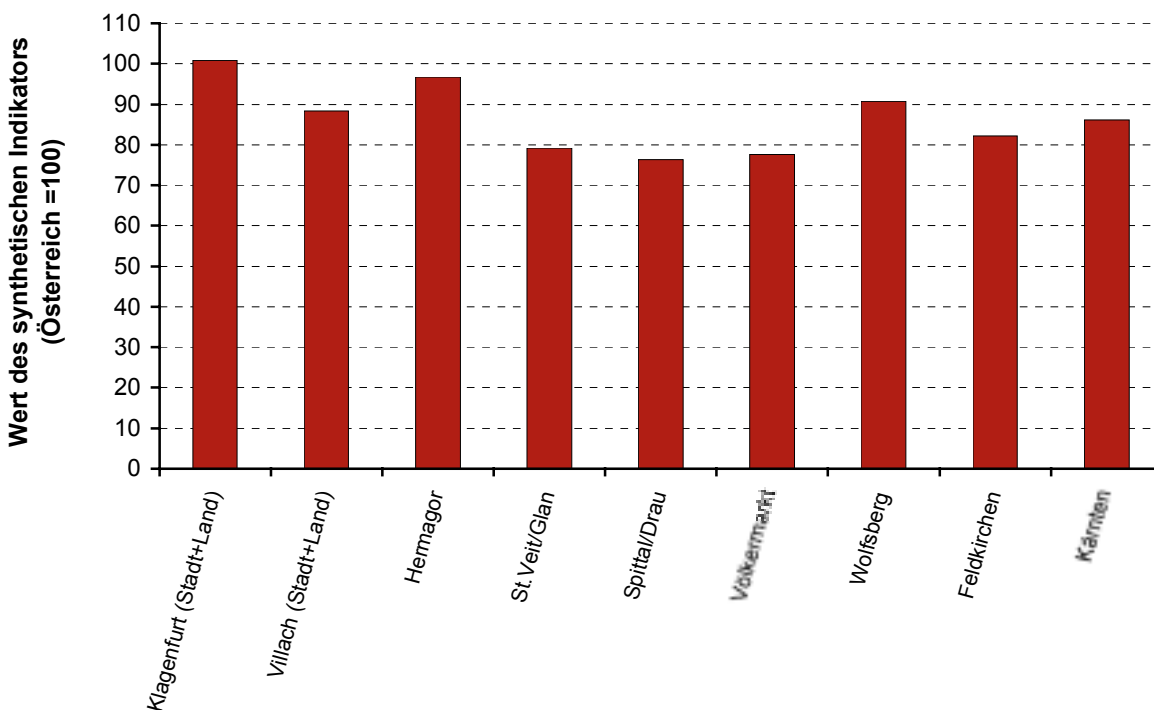
Quellen: Statistik Austria, Volkszählung 1991; Häuser- und Wohnungszählung 1991; Lohn- und Einkommenssteuerstatistik 1997; ÖBIG-eigene Berechnungen

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 in Kärnten mit 86 Prozent des Österreichwertes im Bundesländervergleich am **zweitschwächsten** nach dem Burgenland (84 %). Unterdurchschnittliche Werte weisen weiters noch die Steiermark (91 %) und Niederösterreich (98 %) auf. Innerhalb Kärntens erreicht nur der Großraum Klagenfurt (die Stadt Klagenfurt und Bezirk Klagenfurt Land) den Österreichdurchschnitt. Die Bezirke Spittal a. d. Drau (76 %), Völkermarkt (78 %) und St. Veit a. d. Glan erreichen nicht einmal 80 % des Österreichwertes (vgl. Tab. 2.3.1 und Karte 2.3.1 im Kartenanhang).

Abbildung 2.3.1: Die regionalwirtschaftliche Situation in den Kärntner Bezirken - synthetischer Indikator (Indexdarstellung, Österreich = 100)



Quellen: Statistik Austria, Österreichisches Institut für Raumplanung, Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; ÖBIG-eigene Berechnungen

2.4 Zusammenfassung

Insgesamt zeigt sich, dass das Land Kärnten im Bundesländervergleich hinsichtlich seiner Sozialstruktur eine durchschnittliche, aber im Hinblick auf seine Wirtschaftssituation eine ungünstige Position einnimmt. Die Altersstruktur entspricht weitgehend dem Bundesdurchschnitt und dem EU-Durchschnitt. Zwischen 1991 und 2001 verzeichnete Kärnten vor Wien und der Steiermark nur den drittniedrigsten Einwohnerzuwachs der österreichischen Bundes-

länder. Die Geburtenziffer ist seit 1991 rückläufig und blieb im Jahr 2000 unter dem österreichischen Durchschnitt.

Regional differenziert nimmt die Region **Klagenfurt-Villach** als Zentralraum Kärntens eine Sonderposition ein, die sich in einer vergleichsweise guten Wirtschafts- und Sozialstruktur manifestiert. Während die Stadt Villach und der Bezirk Klagenfurt Land vor allem in demographischer Hinsicht überdurchschnittlich gute Positionen einnehmen, ist es in der Stadt Klagenfurt in erster Linie eine vergleichsweise überdurchschnittlich gute Sozialstruktur. In regionalwirtschaftlicher Hinsicht erreicht der Raum Klagenfurt den österreichischen Durchschnittswert, was für einen Zentralraum jedoch zu gering erscheint, um eine regionalwirtschaftliche Motorfunktion für das gesamte Bundesland erfüllen zu können. Die Bezirke **Wolfsberg** und **Feldkirchen** weisen unterdurchschnittliche Seniorenanteile auf, bei der Sozialstruktur zeigen die Indikatorenwerte jedoch eine ungünstige Performance an. Eine schwache sozioökonomische Situation findet sich vor allem in den Bezirken **Hermagor**, **Spittal a. d. Drau** und **Völkermarkt**, wobei die beiden Letzteren zumindest einen unterdurchschnittlichen Seniorenanteil aufweisen. Die ungünstigste Performance zeigt sich im Bezirk **St. Veit a. d. Glan**. Hier treffen ein hoher Altenanteil mit einer unterdurchschnittlichen Bevölkerungsentwicklung zusammen, und die Indikatoren weisen sowohl auf eine ungünstige Sozialstruktur als auch auf eine schwache regionalwirtschaftliche Situation hin.

3 Gesundheitszustand

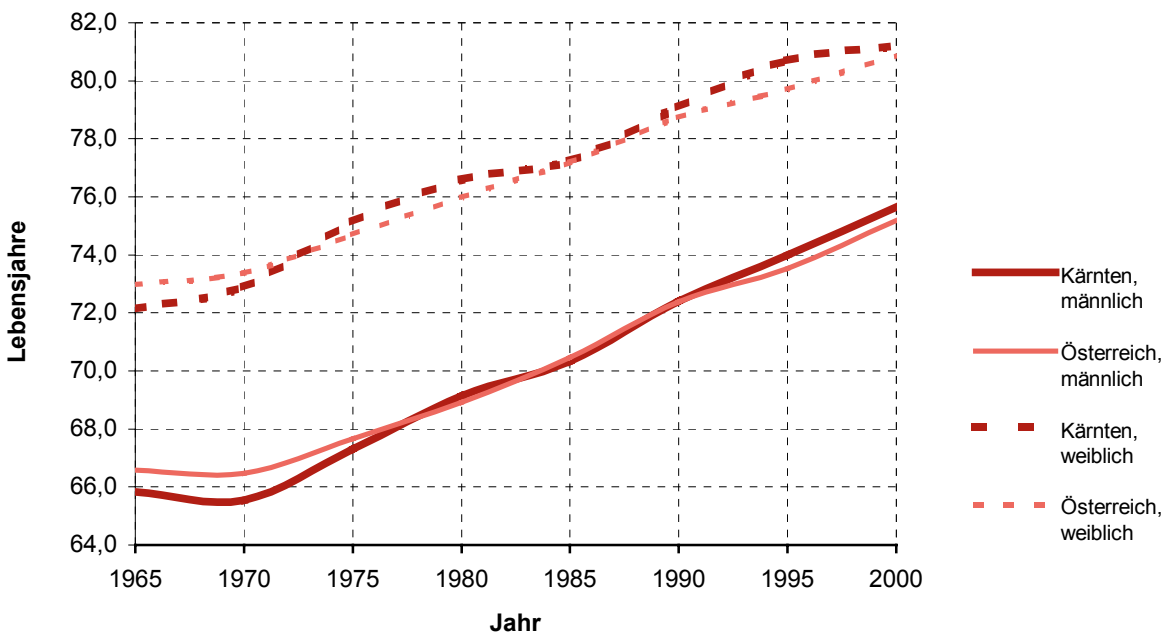
3.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit

Lebenserwartung bei der Geburt

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

Die Lebenserwartung bei der Geburt ist in Kärnten im Zeitraum 1991 bis 2000 von rund 71,8 auf 75,6 Lebensjahre bei Männern und von 79,4 auf 81,2 Jahre bei Frauen **angestiegen**. Die Lebenserwartung der **Männer** lag während des gesamten Vergleichszeitraums (mit Ausnahme des Jahres 1991) leicht über dem Bundesdurchschnitt, durchschnittlich um 0,3 Jahre (vgl. Karte 3.1.1 im Kartenanhang und Tab. 3.1.1 im Tabellenanhang). Bei den **Frauen** lag die Lebenserwartung während des gesamten Beobachtungszeitraums etwas deutlicher über dem Bundesdurchschnitt als bei den Männern (um durchschnittlich 0,6 Jahre), mit Schwankungen zwischen einem bis 0,3 Lebensjahren. Im Jahr 1998 war sogar eine statistisch signifikant höhere Lebenserwartung der Frauen feststellbar (vgl. Karte 3.1.2 und Tab. 3.1.1).

Abbildung 3.1.1: Lebenserwartung bei der Geburt in Kärnten nach Geschlecht im Zeitverlauf 1965-2000



Quellen: Statistik Austria - Volkszählungen 1961, 1971, 1981, 1991 und 2001, Todesursachenstatistik 1965-2000; ÖBIG-eigene Berechnungen

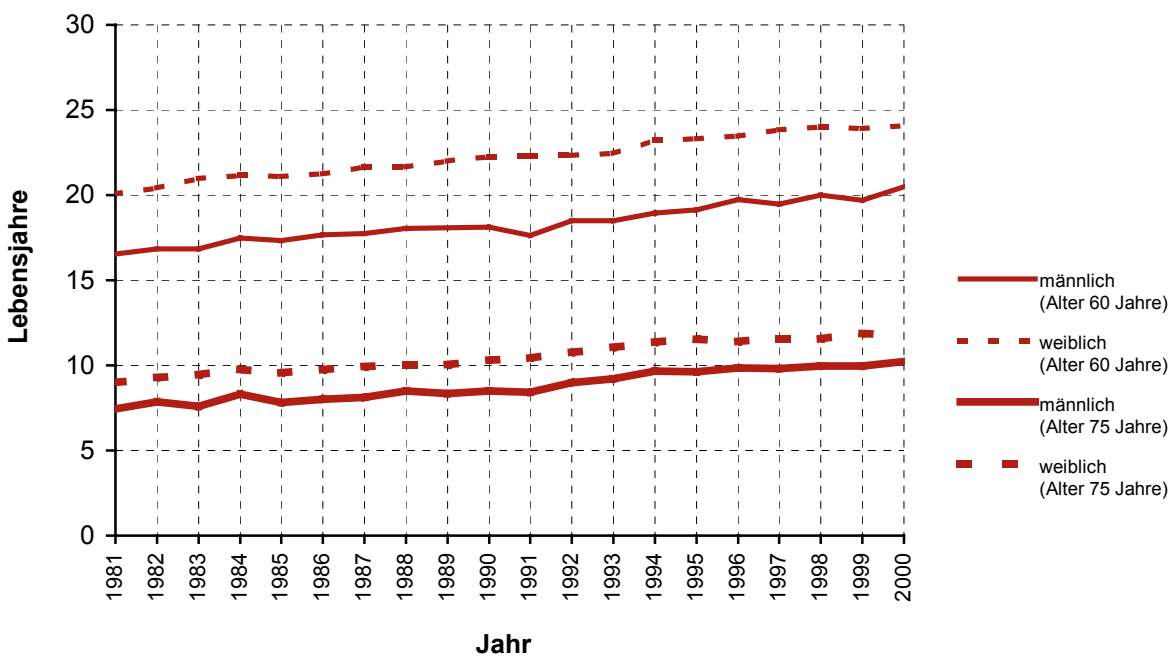
Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen ist **Hermagor** der Bezirk mit der **höchsten** und **Völkermarkt** der Bezirk mit der **niedrigsten** Lebenserwartung bei der Geburt in Kärnten. Die Schwankungsbreite zwischen den Bezirken mit der höchsten und der niedrigsten

Lebenserwartung ist bei den Männern allerdings stärker ausgeprägt als bei den Frauen. In Hermagor konnten im Zeitraum 1991 bis 2000 die Männer mit durchschnittlich zwei Lebensjahren mehr rechnen als im Bundesschnitt, während die Männer in Völkermarkt durchschnittlich ein Jahr früher sterben als in Österreich insgesamt. Bei den Frauen betrug in diesem Zeitraum die Schwankungsbreite der Lebenserwartung durchschnittlich nur 1,9 Lebensjahre.

„Fernere Lebenserwartung“

Unter der „Fernerer Lebenserwartung“ wird die Anzahl jener Lebensjahre verstanden, die ein Mensch ab einem gewissen Alter - z. B. ab 60 Jahren - statistisch gesehen noch erwarten kann. Der Zugewinn an Lebenserwartung von etwa drei Jahren bei der Kärntner Bevölkerung zwischen 1991 und 2000 ist zu einem hohen Anteil auf die Reduktion der Sterblichkeit älterer Menschen zurückzuführen. Ein 60-jähriger Kärntner konnte 1991 mit etwa 17,6 weiteren Lebensjahren rechnen, im Jahr 2000 hingegen bereits mit 20,2 Jahren - das entspricht einem **Zuwachs** von etwa zweieinhalb Jahren. Für eine 60-jährige Kärntnerin stieg die Zahl der statistisch erwartbaren weiteren Lebensjahre im selben Zeitraum von etwa 22,3 auf 23,9 Jahre, also um etwa eineinhalb Jahre (vgl. nachstehende Abb. 3.1.2 und Tab. 3.1.2 im Tabellenanhang). Die „fernere Lebenserwartung“ der 75-jährigen Landesbürger erhöhte sich ebenfalls bei beiden Geschlechtern, und zwar um etwa 1,8 Jahre bei Männern und um 1,3 Jahre bei Frauen (vgl. Abb. 3.1.2).

Abbildung 3.1.2: Fernere Lebenserwartung im Alter von 60 und 75 Jahren in Kärnten nach Geschlecht im Zeitverlauf 1981-2000



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

„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

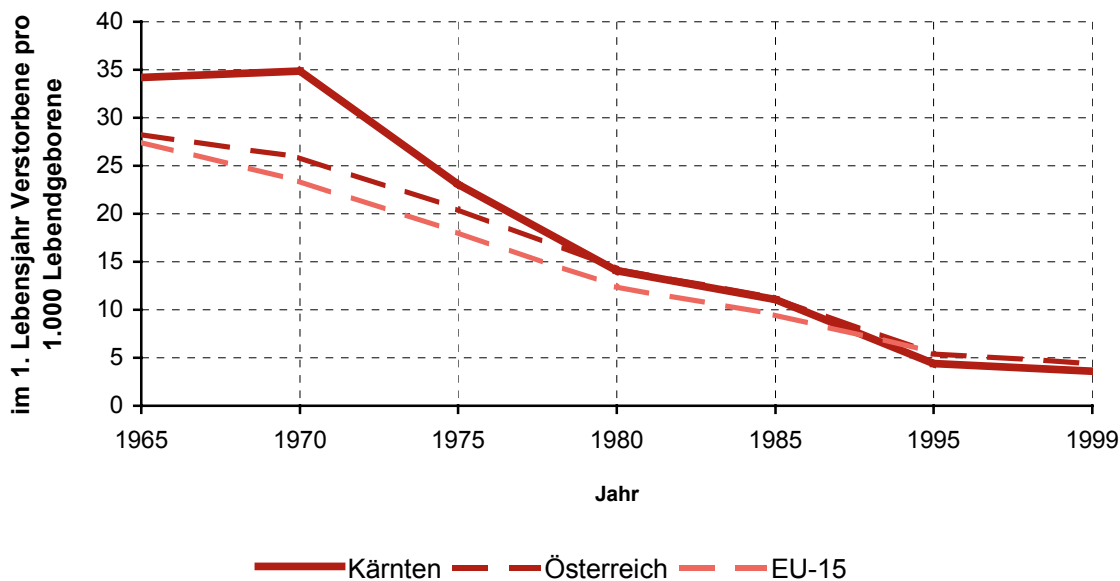
Kärntner Männer die Zahl der **Lebensjahre**, die sie **frei von** erheblichen körperlichen oder geistigen **Beeinträchtigungen** (das sind solche Behinderungen, die zu einer dauernden Hilfs- bzw. Pflegebedürftigkeit führen) erwarten können, zwischen 1991 und 2000 von etwa 66,4 auf 69,4 Jahre **angestiegen** ist - also um drei Jahre. Auch bei Frauen ist diese erwartbare behinderungsfreie Lebensspanne angestiegen, und zwar um ein Jahr (von 72,1 Jahren auf 73,2 Jahre, vgl. Tab. 3.1.3 im Tabellenanhang).

Dies bedeutet aber auch, dass die älteren Kärntner mit mehr als sechs Lebensjahren und die älteren Kärntnerinnen mit acht Jahren rechnen müssen, die sie - in der Regel im letzten Lebensabschnitt - mit funktionellen **Einbußen ihrer körperlichen bzw. geistigen Fähigkeiten** zubringen. Diese **Lebensspanne** hat sich in den letzten zehn Jahren in Kärnten wie auch im bundesweiten Trend **verlängert**: bei den Männern um etwa 0,8 Jahre, bei den Frauen um 0,7 Jahre. Da die „behinderungsfreie Lebenserwartung“ durch Verknüpfung der Todesursachenstatistik und von Daten aus dem Mikrozensus (nur auf NUTS-III-Ebene sinnvoll auflösbar) ermittelt wird, wird hier auf eine Darstellung auf Bezirksebene verzichtet.

Säuglingssterblichkeit

Die **Säuglingssterblichkeit** (im 1. Lebensjahr Verstorbene pro 1.000 Lebendgeborene; in Kärnten gab es im Zeitraum 1991 bis 1999 33 im 1. Lebensjahr Verstorbene bei rund 6.100 Lebendgeborenen pro Jahr) wird häufig als Kenngröße für das Gesundheitsniveau in einer Region (insbesondere der Mütter), aber auch für die Qualität der neonatologischen Versorgung herangezogen. Die Säuglingssterblichkeit konnte seit den 1960er Jahren in Österreich deutlich reduziert werden, insbesondere in Kärnten, wo der Wert im Jahr 1999 mit 3,6 ‰ fast ein Zehntel des Wertes im Jahr 1965 ausmacht. In den 1960er Jahren war die Säuglingssterblichkeit in Kärnten am höchsten in Österreich, aber bis 1980 hat sie sich dem Bundeschnitt angenähert, und ab diesem Zeitpunkt lag sie mit wenigen Ausnahmen stets leicht unter dem österreichischen Wert (vgl. Tab. 3.1.4 im Tabellenanhang).

Abbildung 3.1.3: Säuglingssterblichkeit in Kärnten in den Jahren 1965 bis 1999



Quellen: Statistik Austria - Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1999; Eurostat

Auch im Vergleich zum EU-Durchschnitt zeigt sich eine sehr günstige Entwicklung: Bis Anfang der 1990er Jahre war die Säuglingssterblichkeit in Kärnten höher als in der EU, ab 1993 lag sie mit zunehmender Differenz stets darunter. Die Säuglingssterblichkeit betreffend zeigt

sich mittlerweile insgesamt also eine **eher günstige Situation** für Kärnten, wenngleich die Abweichungen aufgrund der geringen Fallzahl nach dem hier angewendeten Test nicht signifikant sind.

Ähnlich stellt sich die Situation in Bezug auf die **neonatale Säuglingssterblichkeit** (im 1. Lebensmonat Verstorbene pro 1.000 Lebendgeborene) dar. In den 1980er Jahren lag der Wert noch über dem Bundesschnitt, ab 1992 war er mit Ausnahme von 1997 in allen Jahren teilweise deutlich darunter. Im Durchschnitt der 1990er Jahre war die neonatale Sterblichkeit in Kärnten um 0,5 Verstorbene pro 1.000 Lebendgeborenen niedriger als in Österreich insgesamt. Zuletzt wurden in Kärnten 2,3 im ersten Lebensmonat Verstorbene gezählt, während der Wert für Österreich bei 2,9 lag (vgl. Tab. 3.1.5 im Tabellenanhang). Auch hier sind jedoch die Abweichungen vom Bundesdurchschnitt aufgrund der geringen Fallzahlen nicht signifikant.

Sterblichkeit und „vorzeitige Sterblichkeit“

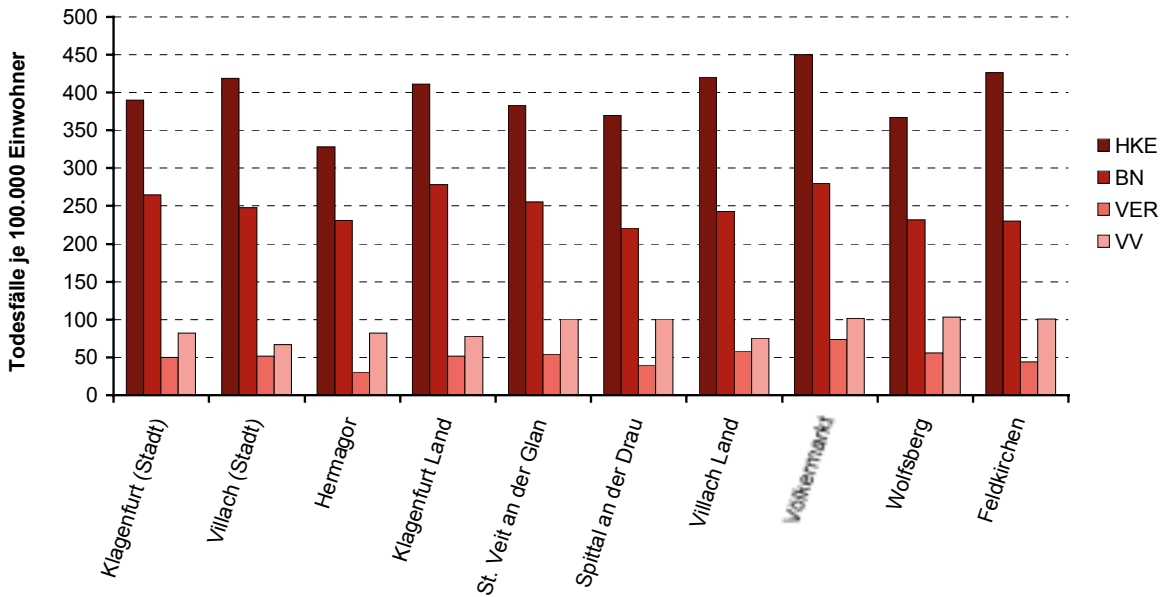
Die Sterblichkeit (Mortalität) wird aus der Relation zwischen der Anzahl der Verstorbenen und der Wohnbevölkerung berechnet und zumeist in der Dimension „Verstorbene pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahr“ angegeben. Nach dem international gebräuchlichen Konzept des **„Avoidable Death“**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

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

Sterblichkeit in Kärnten im regionalen Vergleich

In Kärnten versterben jährlich durchschnittlich rund **2.600 männliche** und rund **2.700 weibliche** Personen, dennoch ist die altersstandardisierte **Sterblichkeit der Männer** deutlich **höher** als jene der Frauen. Insgesamt ist die Sterblichkeit in Kärnten - spiegelbildlich zur leicht überdurchschnittlichen Lebenserwartung - im Vergleich zu anderen Bundesländern eher **niedrig**. Die Gesamtsterblichkeit ist in Kärnten bei beiden Geschlechtern unter dem Bundesdurchschnitt, aber höher als in den westlichen Bundesländern. Überdurchschnittlich sind nur die Todesfälle bei Männern aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen (signifikant) sowie von Selbstmorden (bei Männern ebenfalls geringfügig signifikant über dem Durchschnitt, vgl. Tab. 3.1.6 im Tabellenanhang). Auf Bezirksebene lag die Gesamtsterblichkeit der Männer aus Völkermarkt im Zeitraum 1991 bis 2000 (Bezugszeitraum des vorliegenden Berichts) mit zehn Prozent statistisch signifikant über dem bundesweiten Durchschnitt, verursacht insbesondere durch die Sterblichkeit aufgrund von Verdauungs- und Krebserkrankungen sowie von Verletzungen und Vergiftungen. Die landesweit hohe Sterblichkeit bei Kärntner Männern aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen wird durch die Bezirke Wolfsberg, Völkermarkt, St. Veit/Glan, Spittal/Drau und Feldkirchen verursacht, wo die Werte um etwa ein Viertel über dem österreichischen Durchschnitt liegen. Signifikant unter dem Bundesschnitt liegt die Gesamtsterblichkeit der Männer in den Bezirken Hermagor, Spittal/Drau und Wolfsberg, der Frauen mit Ausnahme von Völkermarkt und Villach-Land in allen Bezirken des Landes (vgl. Karte 3.1.4 im Kartenanhang).

Abbildung 3.1.4: Sterblichkeit der Männer nach Haupttodesursachen 1991-2000 in den Kärntner Bezirken

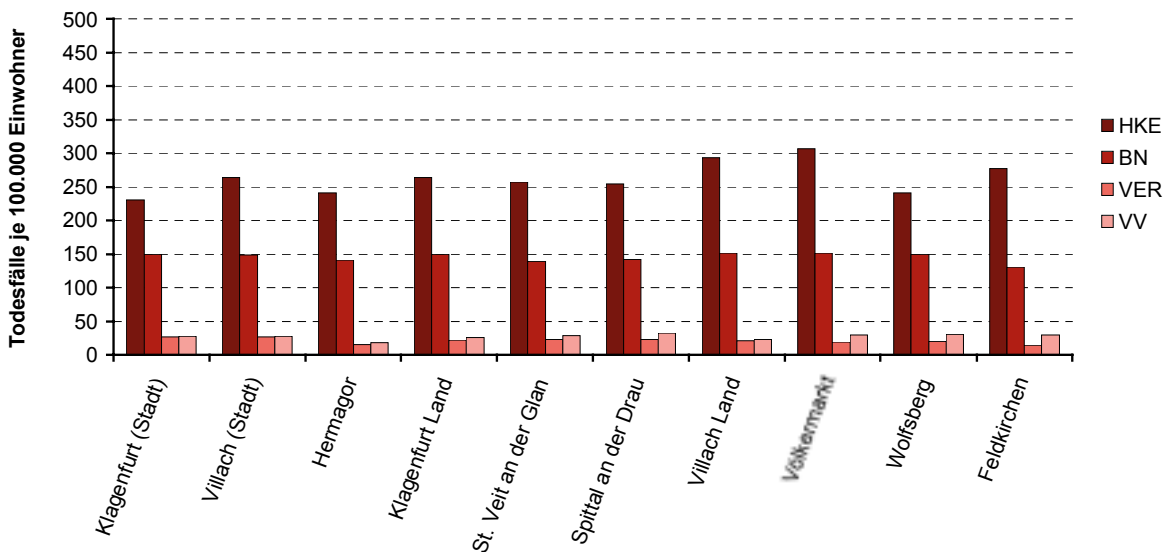


Legende:

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)

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

Abbildung 3.1.5: Sterblichkeit der Frauen nach Haupttodesursachen 1991-2000 in den Kärntner Bezirken



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)

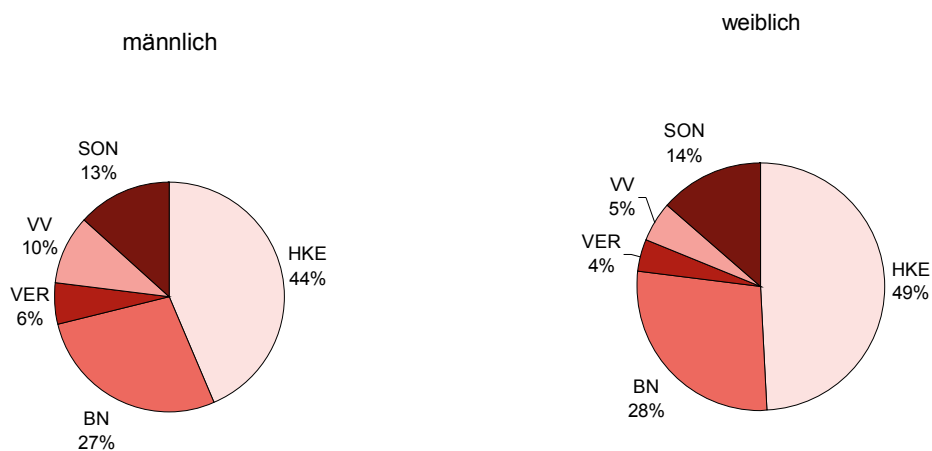
Quellen: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 1991-2000; ÖBIG-eigene Berechnungen

Haupttodesursachen

Bei beiden Geschlechtern werden als **häufigste** Todesursachen **Herz-/Kreislauf-** sowie **Krebserkrankungen** angegeben, wobei bei den Frauen etwa die Hälfte der Todesfälle durch Herz-/Kreislaufkrankungen (inkl. Hirngefäßerkrankungen wie z. B. Schlaganfälle) verursacht werden, bei den Männern hingegen nur rund 44 Prozent (vgl. nachstehende Abb. 3.1.6). Bei beiden Geschlechtern ist etwas mehr als ein Viertel der Todesfälle auf Krebserkrankungen zurückzuführen.

Bei Männern spielen **gewaltsame** Todesursachen (Unfälle, Verletzungen und Vergiftungen) mit etwa zehn Prozent aller Todesfälle in Kärnten eine weit wichtigere Rolle als bei Frauen (rund 5 %). Etwa sechs Prozent der Todesfälle von Männern und fünf Prozent der Todesfälle von Frauen sind auf Verdauungserkrankungen (das sind insbesondere Lebererkrankungen) zurückzuführen. 13 bzw. 14 Prozent aller Todesfälle entfallen auf die Restkategorie der „sonstigen Erkrankungen“.

Abbildung 3.1.6: Sterbefälle in Kärnten nach Haupttodesursachen und Geschlecht im Zeitraum 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)
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 Kärntner Bevölkerung in den letzten zehn Jahren bei beiden Geschlechtern kontinuierlich **gesunken**. Auch in der („vorzeitigen“) Mortalität der unter 75-Jährigen zeigt sich ein rückläufiger Trend, der bei den Männern deutlicher ausgeprägt war als bei den Frauen (vgl. nachstehende Abb. 3.1.7).

Bei den **unter 75-Jährigen** sind die Haupttodesursachen jedoch anders verteilt als bei der Gesamtbevölkerung. Während hier bei den **Männern** ebenfalls die **Herz-/Kreislaufkrankungen** als Todesursache (knapp gefolgt von den Krebserkrankungen) dominieren, steht bei den **Frauen** umgekehrt der **Krebs** (knapp gefolgt von den Herz-/Kreislaufkrankungen) im Vordergrund (vgl. Abb. 3.1.7).

Gewaltsame Todesursachen und Tod aufgrund von Verdauungserkrankungen spielen auch bei den unter 75-jährigen Männern eine wesentliche Rolle (etwa 15 bzw. 8 % aller Todesursachen sind darauf zurückzuführen), bei den Frauen hingegen kaum.

„Problemregionen“

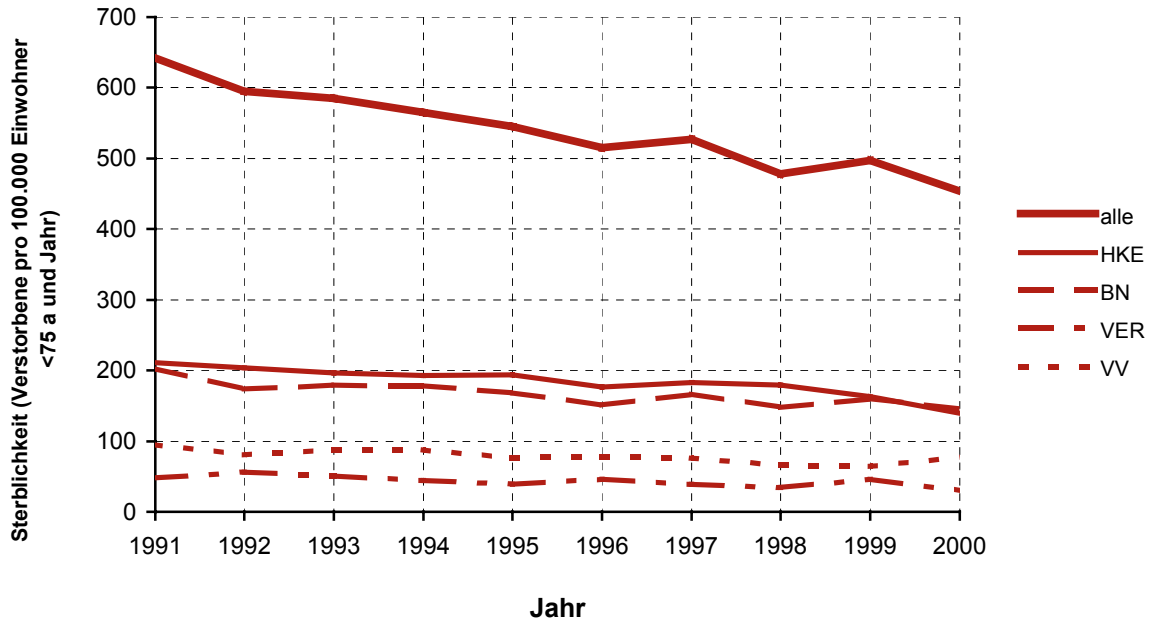
Die gesundheitliche Situation der Kärntner Bevölkerung ist aufgrund der Parameter „Lebenserwartung“ und „Sterblichkeit“ als vergleichsweise günstig einzuschätzen. Bei einer detaillierten Analyse der Mortalität nach Todesursachengruppen und einzelnen Bezirken treten jedoch **Auffälligkeiten** zu Tage, die einer näheren Untersuchung bedürften.

Am auffälligsten ist nach dieser Analyse die Tatsache, dass die Sterblichkeit im Bezirk **Völkermarkt** bei den Männern signifikant (um 14 %) und bei den Frauen geringfügig signifikant (um 10 %) über dem Landesdurchschnitt liegt (vgl. Tab. 3.1.6 im Tabellenanhang). Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen liegt vor allem die Sterblichkeit aufgrund von Herz-/Kreislaufkrankungen signifikant über dem Kärntner Durchschnitt, bei den Männern ist zudem die Krebssterblichkeit sowie die Sterblichkeit aufgrund von Verdauungserkrankungen geringfügig signifikant erhöht. Bei den Männern ist die Gesamtsterblichkeit auch bei den unter 75-Jährigen signifikant und bei den unter 65-Jährigen immer noch geringfügig signifikant über dem Landesschnitt (verursacht vor allem durch Herz-/Kreislaufkrankungen und Erkrankungen der Verdauungsorgane). Bei den unter 75-jährigen Frauen ist allerdings nur mehr die Sterblichkeit aufgrund von Herz-/Kreislaufkrankungen geringfügig signifikant erhöht. Eine eher **ungünstige** Situation mit erhöhter Sterblichkeit zeichnet sich weiters in folgenden Bereichen ab (vgl. Tab. 3.1.6 bis 3.1.8 im Tabellenanhang):

- **Geringfügig signifikant erhöhte Sterblichkeit** der Frauen im Bezirk **Villach-Land**, verursacht durch die signifikant erhöhte Sterblichkeit aufgrund von **Herz-/Kreislaufkrankungen** (auch bei den unter 75-jährigen Frauen ist die HKE-Sterblichkeit signifikant höher als im Landesschnitt);
- geringfügig signifikant erhöhte **Krebssterblichkeit** der Männer im Bezirk **Klagenfurt-Land**;
- geringfügig signifikant erhöhte Sterblichkeit aufgrund von **Verletzungen und Vergiftungen** der unter 75- und unter 65-jährigen Männer im Bezirk **Spittal/Drau**; auch bei den Frauen ist diese Todesursache in Spittal/Drau häufiger als im restlichen Landesgebiet;
- auch in den Bezirken **Wolfsberg**, **St. Veit/Glan** und **Feldkirchen** erhöhte Sterblichkeit an **Verletzungen und Vergiftungen** sowie erhöhte **Suizidraten** bei Männern (auch bei den unter 65- und unter 75-Jährigen)
- erhöhte Mortalität der Frauen aufgrund von **Verdauungserkrankungen** in **Klagenfurt-Stadt** und **Villach-Stadt**.

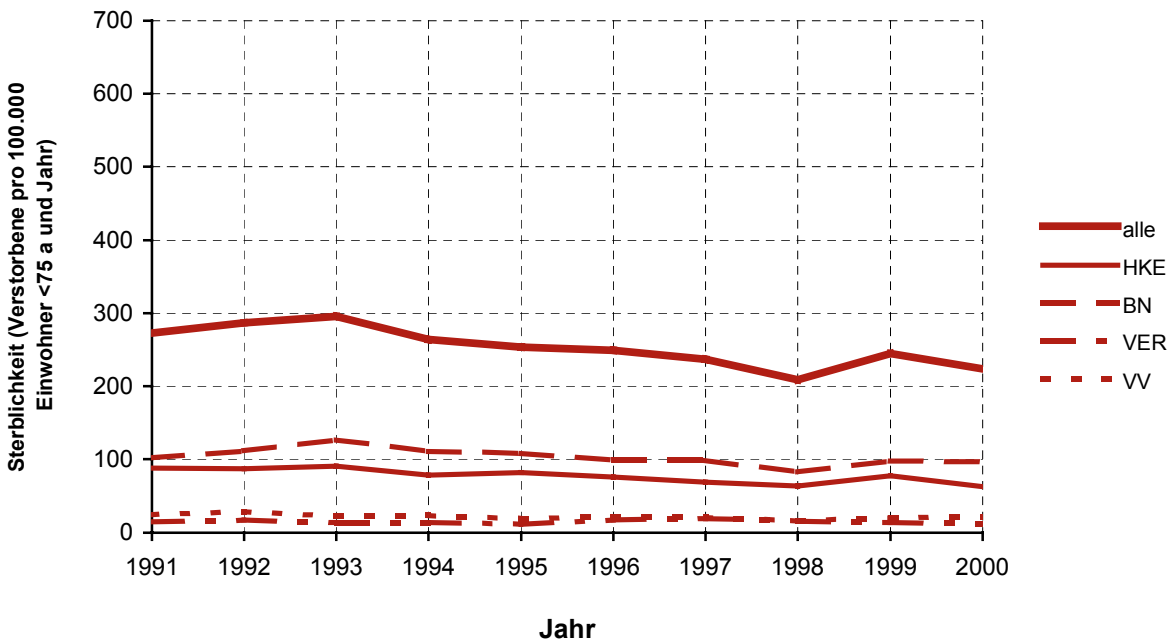
Abbildung 3.1.7: Sterblichkeit der unter 75-Jährigen in Kärnten nach Haupttodesursachen und Geschlecht im Zeitverlauf 1991-2000

männlich



Jahr

weiblich



Jahr

Legende:

HKE = Herz-/Kreislaufkrankungen (ICD9 390.x - 459.x)

BN = Bösartige Neubildungen (Krebserkrankungen, ICD9 140.x - 208.x)

VER = Krankheiten der Verdauungsorgane (ICD9 520.x - 579.x)

VV = Verletzungen und Vergiftungen (ICD9 E800.x - E999.x)

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

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

3.2 Morbidität

Datenlage

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

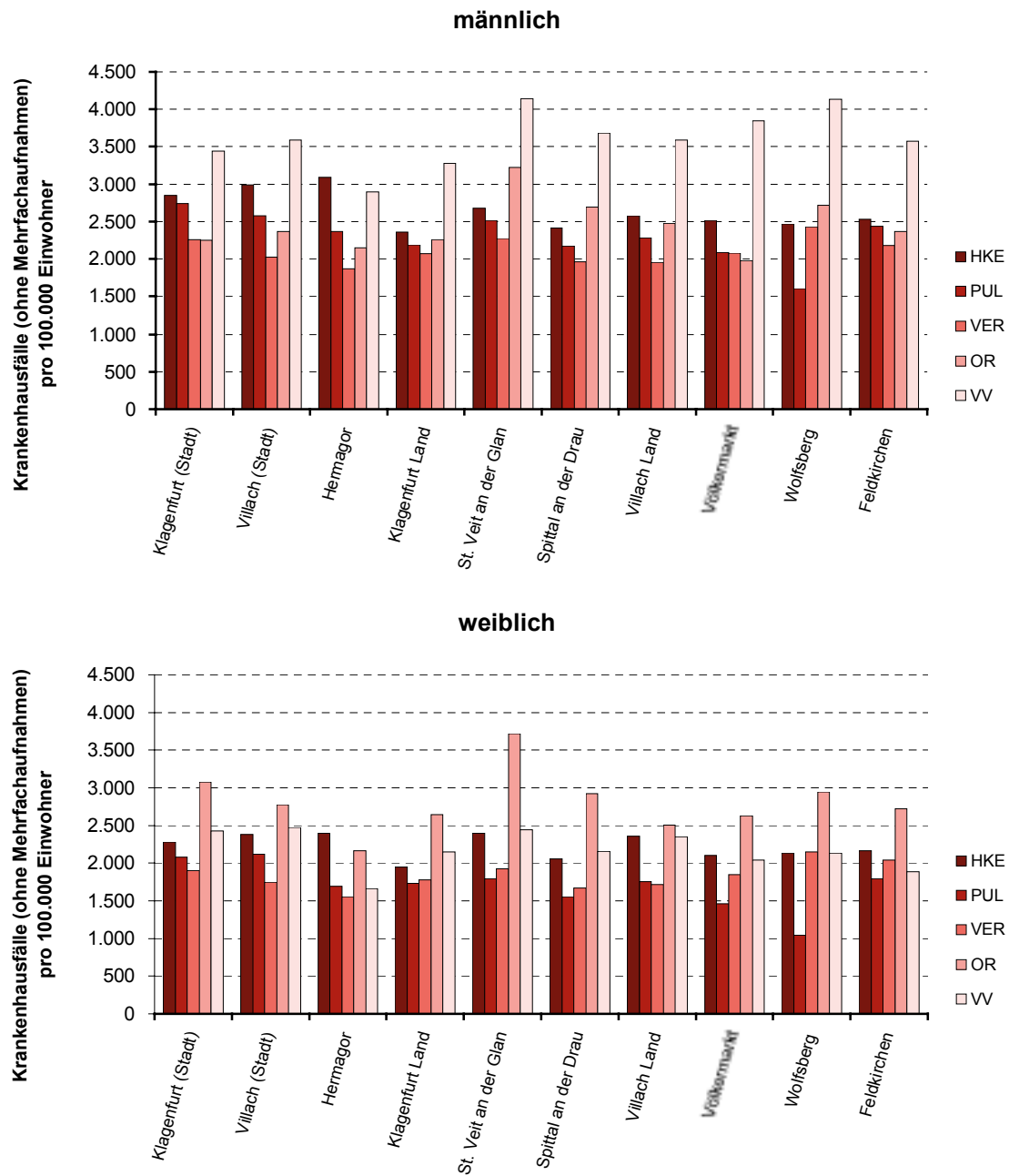
Während zur Krebsinzidenz und zur „stationären“ Morbidität (also für „hochakute Morbidität“) wenigstens flächendeckende Datengrundlagen zur Verfügung stehen, ist die Abbildung der „ambulanten“ Morbidität aufgrund mangelnder adäquater Datengrundlagen besonders schwierig. In der Regel wird daher zur Abbildung dieser „ambulanten“ Morbidität auf Survey-Daten, die über eine Stichprobenbefragung der Bevölkerung erhoben werden, zurückgegriffen (Anzahl der befragten Personen im Alter über 15 Jahren in Österreich rund 49.000 bzw. in Kärnten rund 4.200). Die aktuellste derartige Erhebung ist das von Statistik Austria im September 1999 durchgeführte Mikrozensus-Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“, das mit praktisch identem Fragenprogramm auch schon 1981 und 1991 durchgeführt wurde. Allerdings wurden einzelne Fragen in unterschiedlicher Weise gestellt, sodass bei diesen Fragen - vor allem die Morbidität betreffend - ein unmittelbarer Vergleich zwischen 1991 und 1999 aus datentechnischen Gründen nur mit Einschränkungen möglich ist.

Krankenhausmorbidität („stationäre Morbidität“)

Im Jahr 2000 wurden Kärntner Landesbürger laut Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten insgesamt rund 184.000 Mal in einem Krankenhaus in Österreich (in Fonds-Krankenanstalten oder Nicht-Fonds-Krankenanstalten, unabhängig von Rechtsstatus und Standort der jeweiligen KA) stationär aufgenommen. Diese rund **184.000 „stationären Fälle“** beinhalten auch die mehrfach aufgenommenen Patienten. Blendet man diese „Mehrfachaufnahmen“ aufgrund derselben Erkrankung (die insbesondere bei der Behandlung von Krebspatienten und psychiatrischen Patienten entstehen) aus, so ergibt sich, dass die rund 184.000 „stationären Fälle“ von rund **138.000 Personen** („stationären Patienten“) „erzeugt“ wurden. Im Durchschnitt wird also etwa jeder vierte Kärntner zumindest ein Mal pro Jahr stationär in die Krankenhauspflege aufgenommen.

128.000 dieser rund 138.000 stationären Patienten aus Kärnten wurden im Jahr 2000 auch in Kärntner Krankenanstalten versorgt (93 %), etwa 2,5 Prozent wurden in steiermärkischen Krankenanstalten aufgenommen, der Rest verteilte sich auf die anderen Bundesländer. Auch der Anteil der Wiener und Salzburger Krankenanstalten betrug weniger als ein Prozent. Dies weist auf den hohen Grad an **Eigenständigkeit** Kärntens in der Krankenhausversorgung hin. Neben der Versorgung der eigenen Landesbürger übernahmen die Kärntner Krankenanstalten die Versorgung von rund 9.000 **Gastpatienten** aus dem restlichen Inland und 2.600 aus dem Ausland.

Abbildung 3.2.1: Krankenhausmorbidity nach Kärntner Bezirken und Diagnosengruppen 2000



Legende:
HKE = Herz-/Kreislaufkrankungen (ICD9 390.x - 459.x)
PUL = Pulmologische Erkrankungen (ICD9 460.x - 519.x)
VER = Krankheiten der Verdauungsorgane (ICD9 520.x - 579.x)
OR = Orthopädische Erkrankungen (ICD9 710.x - 739.x)
VV = Verletzungen und Vergiftungen (ICD9 E800.x - E999.x)

Quellen: Statistik Austria - Volkszählung 2001; BMSG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2000; ÖBIG-eigene Berechnungen

Kärnten lag im Jahr 2000 hinsichtlich der Krankenhaushäufigkeit (KHH) mit rund 330 stationären Fällen pro 1.000 Einwohner und Jahr über dem Bundesdurchschnitt (290 Fälle pro Einwohner). Anfang der 90er Jahre war der Abstand noch größer, aber im Verlauf der letzten

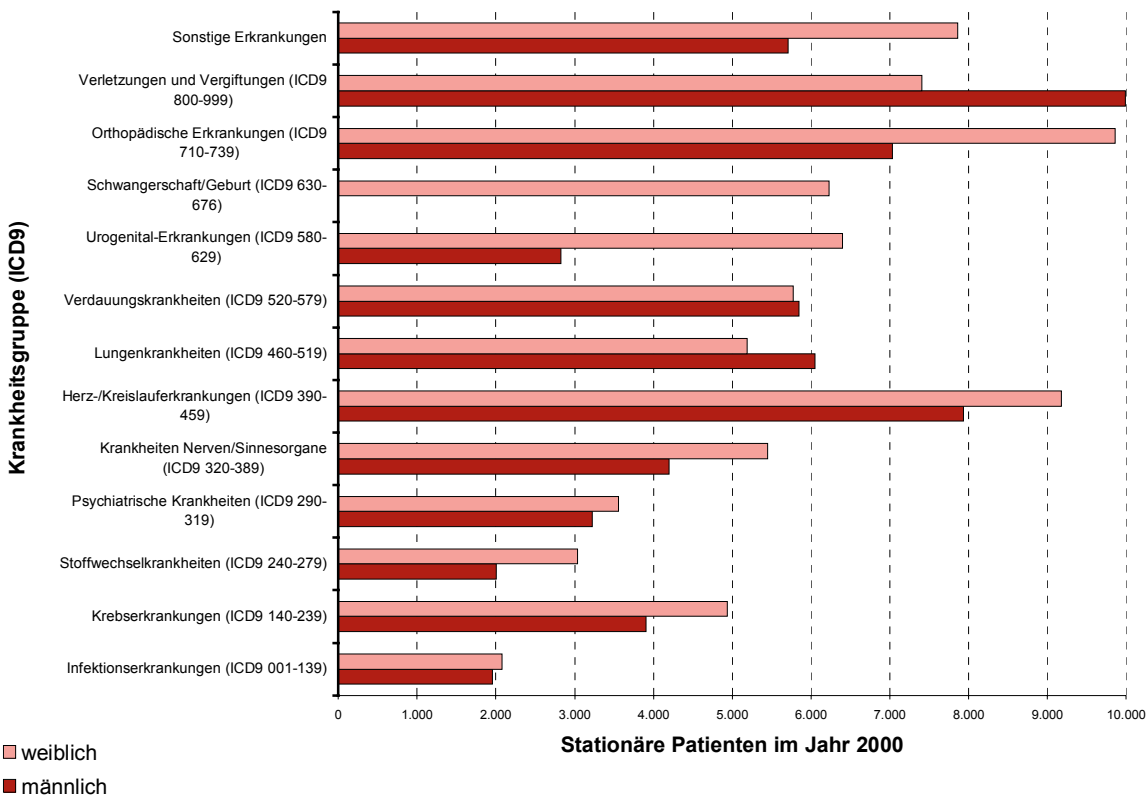
Dekade ist die Zahl der Krankenhaufälle von Kärntner Landesbürgern mit etwa 24 Prozent etwas weniger gestiegen als im bundesweiten Durchschnitt (26 %). Die - für die Analyse der Erkrankungsprävalenz eigentlich interessante - **Krankenhausmorbidity** (KHM, gemessen in Krankenhausaufnahmen exkl. Mehrfachaufnahmen pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung) liegt mit fast 200 stationären Patienten pro 1.000 Einwohner um etwa zehn Prozent **über dem Bundesdurchschnitt**.

Die Krankenhausmorbidity unterliegt innerhalb des Bundeslandes deutlichen **regionalen Schwankungen**, mit den höchsten Morbidityraten im Zentralraum (Klagenfurt-Stadt und Villach-Stadt sowie St. Veit/Glan und Feldkirchen) und den niedrigsten in Hermagor und Klagenfurt-Land. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ist die Krankenhausmorbidity mit Ausnahme des Bezirkes Hermagor allerdings in allen Bezirken statistisch signifikant hoch, sowohl bei Männern als auch bei Frauen (vgl. Karten 3.2.1 und 3.2.2 sowie Tab. 3.2.1 im Anhang). Insbesondere in den vier genannten Bezirken des Zentralraumes, bei Frauen aber auch in Villach-Land und Wolfsberg beträgt die Abweichung vom Bundesschnitt mehr als zehn Prozent.

Die **zeitliche Entwicklung** in der Krankenhaushäufigkeit der Kärntner Landesbürger (Krankenhaushäufigkeit inklusive Mehrfachaufnahmen) ist von zwei Phänomenen gekennzeichnet, die den österreich- und europaweit beobachteten Trends entsprechen: Einerseits stieg die Zahl der stationären Fälle um insgesamt 27 Prozent kontinuierlich an (von etwa 140.000 im Jahr 1991 auf etwa 180.000 im Jahr 2000), andererseits sank die durchschnittliche Belagsdauer im Krankenhaus um insgesamt mehr als 20 Prozent ebenso kontinuierlich ab (von rund 10,5 Belagstagen pro Aufenthalt im Jahr 1991 auf rund 8,2 Tage pro Aufenthalt im Jahr 2000). Weniger deutlich, aber ebenso kontinuierlich stieg die Zahl der jährlich im Krankenhaus behandelten Patienten im Beobachtungszeitraum (um 13 %).

Die häufigsten **Ursache** für eine **Krankenhausaufnahme** von Kärntner Landesbürgern sind sowohl bei Männern als auch bei Frauen **Herz-/Kreislaufkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen** sowie **Orthopädische Erkrankungen**. Die Reihenfolge innerhalb dieser drei Erkrankungen ist allerdings geschlechtsspezifisch: Bei Männern dominieren deutlich Verletzungen und Vergiftungen (etwa 10.000 Patienten im Jahr 2000), gefolgt von Herz-/Kreislaufkrankungen (7.900 Patienten) und Orthopädischen Erkrankungen (7.000 Patienten). Bei Frauen war die Reihenfolge genau umgekehrt: Die häufigste Ursache für einen Krankenhausaufenthalt waren im Jahr 2000 Orthopädische Erkrankungen (etwa 9.800 Patientinnen), sodann Herz-/Kreislaufkrankungen (9.200 Patientinnen) und Verletzungen/Vergiftungen (7.400 Patientinnen). Weiters waren bei Männern pulmonologische Erkrankungen (6.000) und Verdauungserkrankungen (5.800) von großer Bedeutung, bei Frauen Urogenitalerkrankungen, Schwangerschaftsindikationen, Verdauungserkrankungen, Nervenkrankheiten und Erkrankungen der Lunge (jeweils zwischen 5.200 und 6.400 Patientinnen). Die **Wahrscheinlichkeit** einer Krankenhausaufnahme **steigt** bei beiden Geschlechtern in nahezu allen Krankheitsgruppen mit zunehmendem **Alter** kontinuierlich an, wobei dieser Trend bei Herz-/Kreislaufkrankungen besonders stark ausgeprägt ist. Ausnahmen bilden vor allem Infektionskrankheiten und Lungenerkrankungen, die vorwiegend bei Kindern auftreten bzw. auch bei Kindern häufig sind (vgl. Tab. 3.2.1, 3. Seite, Rubrik „Kärnten“).

Abbildung 3.2.2: Krankenhausmorbidity der Kärntner nach Diagnosengruppen 2000



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

Herz-/Kreislauferkrankungen

An Herz-/Kreislauferkrankungen (darunter auch Hirngefäßerkrankungen, insbesondere Schlaganfälle) **sterben** in Kärnten jährlich rund **2.700** Personen, davon rund 440 an akutem Herzinfarkt, rund 850 an anderen ischämischen Herzerkrankungen und rund 730 an Schlaganfällen. Diese Erkrankungsgruppe ist damit die häufigste Todesursache und einer der häufigsten Gründe für eine Aufnahme ins Spital. Rund **17.000** Kärntner leiden an einer solchen Erkrankung in einem Schweregrad, der zumindest ein Mal pro Jahr eine **Krankenhausbehandlung** erfordert (darunter rund 600 Patienten mit akutem Herzinfarkt, rund 3.300 Patienten mit Schlaganfällen oder anderen Gehirngefäßerkrankungen sowie 1.600 Patienten mit Bluthochdruck als Hauptdiagnose). Im Verlauf der 1990er Jahre sind die Krankenhausaufenthalte sowohl aufgrund einer Herz-/Kreislauferkrankung insgesamt (rund 16 %) als auch aufgrund eines Herzinfarktes (rund 18 %) und einer zerebrovaskulären Erkrankung (rund 30 %) deutlich angestiegen. Lediglich die Anzahl der Hypertonie-Patienten stieg nur bis zur Mitte der Dekade, um dann wieder auf das Ausgangsniveau zurückzufallen.

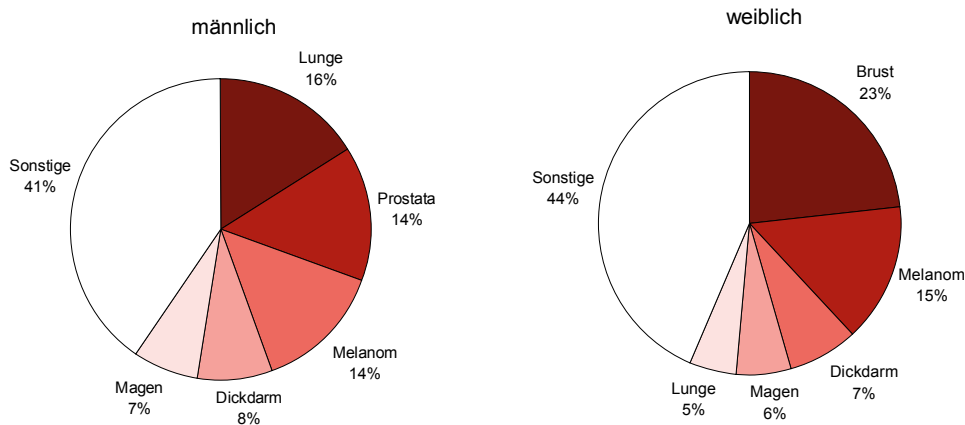
Die „**ambulante Morbidität**“ hinsichtlich der für diese Krankheiten typischen gesundheitlichen Beschwerden, die aber nicht unbedingt zu einer Krankenhausaufnahme oder gar zum Tod führen, kann anhand der Ergebnisse des Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ für Kärnten wie folgt grob abgeschätzt werden: Personen mit „Kreislaufstörungen“: 48.000, mit „Herzbeschwerden“: 30.000 sowie mit „Atembeschwerden“: 16.300. Außerdem ergibt sich aus dem Mikrozensus 1999, dass rund 22.000 Kärntner (4 %) an chronischem Bluthochdruck leiden (1991 gaben 5,9 % der Befragten Hypertonie als chronisches Leiden an). Unter chronischen **Gefäßstörungen** litten 1991 gemäß Selbsteinschätzung 4,2 Prozent der Kärntner (Österreich: 4,0 %).

Krebserkrankungen

An Krebserkrankungen **sterben** in Kärnten jährlich rund **1.300 bis 1.400** Personen, davon rund 270 an Lungenkrebs, rund 120 an Magenkrebs, rund 110 an Dickdarmkrebs, jeweils rund 90 an Brust- und Prostatakrebs sowie 40 an Leukämie. Diese Erkrankungsgruppe ist damit die zweithäufigste Todesursache und ebenfalls ein sehr häufiger Grund für eine Spitalsaufnahme. Rund **8.800** Kärntner 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 Kärnten und in den anderen Bundesländern sind hingegen Probleme in Bezug auf die Vollständigkeit des regionalen Krebsregisters bekannt, was die Ursache für die dort (scheinbar) sehr geringe Krebsinzidenz sein könnte. Aus diesen Gründen erscheint ein überregionaler Vergleich nicht sinnvoll, sehr wohl können aber Vergleiche der Krebsinzidenz innerhalb von Kärnten angestellt werden.

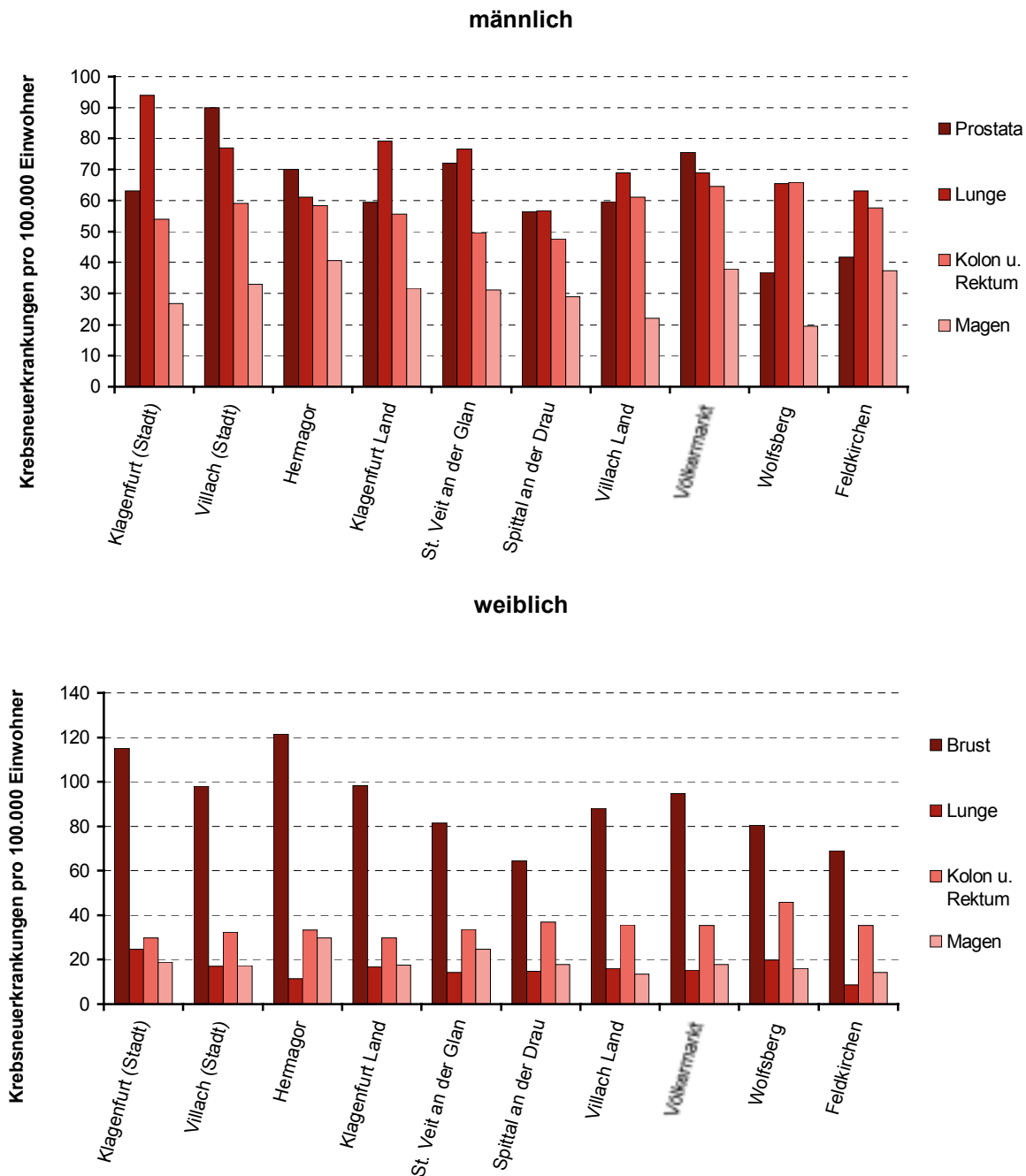
Abbildung 3.2.3: Krebsinzidenz in Kärnten nach den häufigsten Lokalisationen und Geschlecht, Durchschnitt der Jahre 1995-1998



Quellen: Statistik Austria - Volkszählungen 1991 und 2001; Krebsstatistik 1995-1998; ÖBIG-eigene Berechnungen

Nach den Meldungen des Kärntner Krebsregisters **erkranken** jährlich rund **1.290 Kärntner** und rund **1.320 Kärntnerinnen** an Krebs. Die häufigsten Tumorlokalisationen waren in den Jahren 1995 bis 1998 (aus diesem Zeitraum stammen die jüngsten und gleichzeitig verlässlichsten Daten aus der österreichischen Krebsstatistik) bei den Männern die Lunge (rund 210 Fälle jährlich), die Prostata (190), die Haut (180), der Dickdarm (100), der Magen (90), die Harnblase (80), HNO (70) sowie Blut (60 jährlich). Bei den Frauen dominierte bei weitem der Brustkrebs (310), gefolgt von Melanom (190), Darmkrebs (100), Magenkrebs (80), Blut- und Lungenkrebs (jeweils 60) sowie Gebärmutterhalskrebs (50 jährlich).

Abbildung 3.2.4: Gemeldete Krebsinzidenz in den Kärntner Bezirken nach ausgewählten Lokalisationen 1995-1998



Quellen: Statistik Austria - Volkszählungen 1991 und 2001; Krebsstatistik 1995-1998; ÖBIG-eigene Berechnungen

Nach Bezirken zeigt sich hinsichtlich der Krebsinzidenz im Zeitraum 1995 bis 1998 kein einheitliches Bild. Bei den **Männern** wurden die **höchsten** Krebsinzidenzraten in den beiden Städten **Klagenfurt** und **Villach** registriert, wobei in Klagenfurt der (insgesamt am häufigsten vorkommende) Lungenkrebs um knapp 30 Prozent statistisch geringfügig signifikant über dem Landesdurchschnitt liegt und in Villach der (am zweithäufigsten vorkommende) Prostatakrebs den Landesschnitt um mehr als 40 Prozent überschreitet (ebenfalls geringfügig signifikant). In Hermagor, dem „gesündesten“ Bezirk des Landes mit der höchsten Lebenserwar-

tung und den geringsten Morbiditätsraten, fällt die hohe Inzidenz an Magenkrebs auf (41 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner und Jahr zwischen 1995 und 1998), welche um fast 40 Prozent über dem Wert für Kärnten insgesamt liegt. Bei den **Frauen** ist die Situation des Bezirkes **Hermagor** krasser: Es werden hier die landesweit meisten Krebsfälle gemeldet, wobei dies ausschließlich auf die Magenkrebs- (63 % über dem Landesschnitt) und Brustkrebsrate (34 % über dem Landesschnitt) zurückzuführen ist. Klagenfurt und Villach liegen - wenngleich nicht so deutlich - auch bei den Frauen über dem Durchschnitt des Bundeslandes. Die Brustkrebsrate in Klagenfurt ist geringfügig signifikant erhöht im Vergleich zu Kärnten insgesamt. Geringfügig signifikant über dem Landesschnitt ist darüber hinaus der Gebärmutterhalskrebs in Spittal/Drau (vgl. Tab. 3.2.2 im Tabellenanhang). In Kärnten ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen der Anteil von **Melanomen** an der Krebsinzidenz insgesamt deutlich **höher** als in den anderen Bundesländern.

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

Bei knapp **120** verstorbenen Kärntnern pro Jahr wird die Zuckerkrankheit als **Haupttodesursache** angegeben. Andererseits werden jährlich rund **2.400** Kärntner Patienten aufgrund dieser Erkrankung im **Krankenhaus** behandelt, bei weiteren **4.000** Patienten wird 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 **6.500** der über 15-jährigen Kärntner (1 %) an **chronischem** Diabetes (vgl. Tab. 3.2.3 im Tabellenanhang), 1991 hatten noch zwei Prozent und 1995 1,2 Prozent der Befragten Diabetes als chronisches Leiden angegeben. Die Betroffenheit der Kärntner Bevölkerung durch **Diabetes** ist nach Selbstauskunft der Befragten am niedrigsten in Österreich (1999: 2,0 %). Beide Geschlechter sind in Kärnten gleichermaßen von Diabetes betroffen. Da es sich bei dieser Prävalenzschätzung um die Hochrechnung von Eigenangaben der Befragten handelt, ist mit einer erheblichen Dunkelziffer zu rechnen.

Lungenkrankheiten

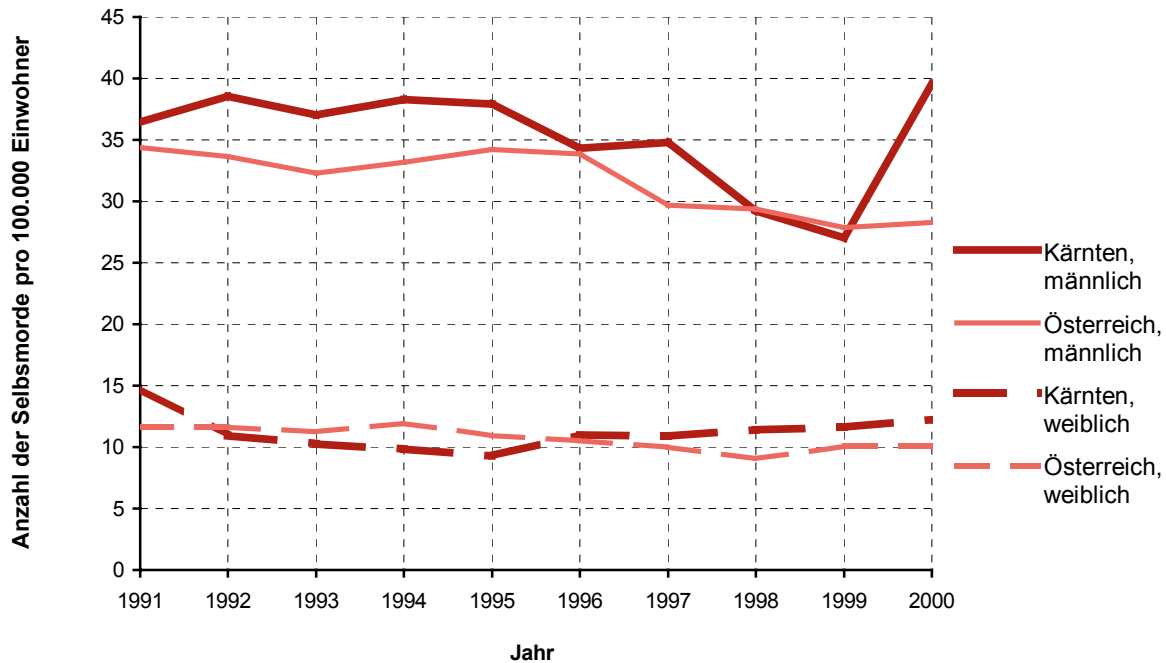
Rund **260** Kärntner Landesbürger **sterben** jährlich an Lungenkrankheiten, der Großteil davon (60 %) an chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen („COPD“ - Bronchitis, Emphysem und Asthma) und an Lungenentzündung (ein Viertel). Rund **5.100** Kärntner Patienten werden pro Jahr im **Krankenhaus** wegen einer Lungenkrankheit stationär behandelt, davon etwa 2.300 wegen einer COPD und 1.900 wegen einer Lungenentzündung.

Zur „**ambulanten Morbidität**“: Der Mikrozensus-Erhebung 1999 zu Folge leiden nach eigener Angabe etwa **10.000** Kärntner (2 %) an einer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (chronische Bronchitis und/oder Lungenasthma). Das ist im Bundesländervergleich nach dem Burgenland der geringste Anteil, der Bundesdurchschnitt liegt bei 2,6 Prozent. Die Betroffenheit der Frauen ist mit 2,1 Prozent geringfügig höher als jene der Männer (1,9 %). Der Anteil der chronischen **Asthmatiker** lag 1995 gemäß Auskunft der Befragten in Kärnten mit 1,4 Prozent auch unter dem Bundesdurchschnitt von 1,7 Prozent.

Psychische Erkrankungen

Jährlich begehen in Kärnten rund **130** Personen **Selbstmord**. Fast 40 Prozent der gewaltsamen Todesfälle ist auf diese Todesursache zurückzuführen. Oft sind es Folgewirkungen von psychischen Erkrankungen, zu denen auch Abhängigkeitserkrankungen zählen (vgl. dazu Kap. 4.4), die schließlich zu körperlichen Erkrankungen und oft auch zum Tod führen.

Abbildung 3.2.5: Sterblichkeit aufgrund von Selbstmord im Zeitverlauf 1991-2000



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

Doch diese Todesfälle sind nur die „Spitze des Eisbergs“ der psychischen Erkrankungen, die vergleichsweise selten tödlich enden. Jährlich rund **6.700** Kärntner mussten sich Ende der 1990er Jahre aufgrund von schweren Verlaufsformen psychischer Erkrankungen einer **Krankenhausbehandlung** unterziehen (Beginn der 1990er Jahre: 4.300), die etwa zur Hälfte auf Psychosen (stark steigende Tendenz) und zu rund 15 Prozent auf Missbrauch bzw. Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und/oder Drogen (sinkende Tendenz) zurückzuführen war.

Die „**ambulante Morbidität**“ hinsichtlich der unter Umständen auf diese Krankheiten hinweisenden gesundheitlichen Beschwerden kann anhand der Ergebnisse des Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ für Kärnten wie folgt grob abgeschätzt werden: Personen mit „Nervosität“: 30.000, mit „Depressionen“: ebenfalls 30.000 sowie mit „Schlafstörungen“: 36.000.

Infektionserkrankungen

Infektionserkrankungen sind heute in den meisten Fällen medizinisch gut behandelbar und werden außerdem mit umfassenden Impfprogrammen bereits präventiv bekämpft. Dennoch **sterben** in Kärnten jährlich etwa **15** Menschen an einer Infektionserkrankung, die meisten davon an Tuberkulose, an einer Sepsis (Strepto-, Staphylo-, Pneumokokken, etc.) oder - eine geringere Anzahl - an viralen Erkrankungen. **3.500 bis 4.000** Kärntner wurden Ende der letzten Dekade pro Jahr aufgrund einer Infektionserkrankung im **Krankenhaus** aufgenommen, zu Anfang der 1990er Jahre waren es nur rund 2.400. Die meisten davon gehen auf Infektionen im Verdauungssystem (gegen Ende der 1990er Jahre etwa 40 %) und Wundrose (Erysipel, knapp ein Zehntel) zurück. Weiters war bei rund 120 Personen wegen einer Tuberkulose-Erkrankung und bei rund zehn wegen einer AIDS-Erkrankung ein Krankenhausaufenthalt erforderlich. Zwischen 1992 und 2000 hat sich die Zahl der wegen einer Infektionserkrankung stationär aufgenommenen Patienten um zwei Drittel erhöht - dieser steigende

Trend zum Krankenhaus ist insbesondere bei den Infektionen im Verdauungssystem zu beobachten (die Zahl der aufgrund dieser Erkrankung stationär behandelten Kärntner hat sich innerhalb der letzten zehn Jahre verdreifacht).

Gemäß der Statistik der **meldepflichtigen Infektionserkrankungen** des BMSG fielen in Kärnten im letzten Jahrzehnt folgende Erkrankungen am häufigsten an: Bisse und Kopfbisse (7.900), Bakterielle Lebensmittelvergiftungen ohne Spezifikation des Erregers und Salmonellose (jeweils rund 2.000 Meldungen), Scharlach (1.900), Campylobakter (900), Tuberkulose (600) sowie Hepatitis (Typ A: 100, Typ B: 80, Typ C: 60) und Gonorrhoe (390). Die Inzidenz der meisten meldepflichtigen Infektionskrankheiten liegt im bundesweiten Vergleich unter dem Durchschnitt. Auffällig allerdings ist die etwa doppelt so hohe Rate an Bissen wie in Österreich insgesamt sowie die deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegende Scharlach-Inzidenz. Schließlich tritt noch Campylobakter in Kärnten überdurchschnittlich oft auf. Allerdings bestehen - ähnlich wie bei der Krebsstatistik - Zweifel in Bezug auf die Vollständigkeit dieser Statistik, sodass es sich dabei auch um statistische Artefakte handeln könnte. In Bezug auf **AIDS** wurden in Kärnten zwischen 1991 und 2000 nur fünf Neuerkrankungen und sechs Todesfälle gemeldet, allerdings dürfte diesbezüglich ein nicht unerheblicher Anteil nach Wien „exportiert“ werden (vgl. Tab. 3.2.5 im Tabellenanhang).

Die „**ambulante Morbidität**“ in Bezug an Infektionserkrankungen schlägt sich vor allem in Form der - zumeist relativ komplikationsfrei verlaufenden - Erkältungskrankheiten (Grippe, akute Bronchitis, etc.) nieder. Rund 85.000 Kärntner (etwa 18 %, das ist der weitaus geringste Anteil im bundesweiten Vergleich) leiden zumindest einmal jährlich derart an einer solchen Erkrankung, dass Bettlägerigkeit die Folge ist (vgl. Tab. 3.2.4).

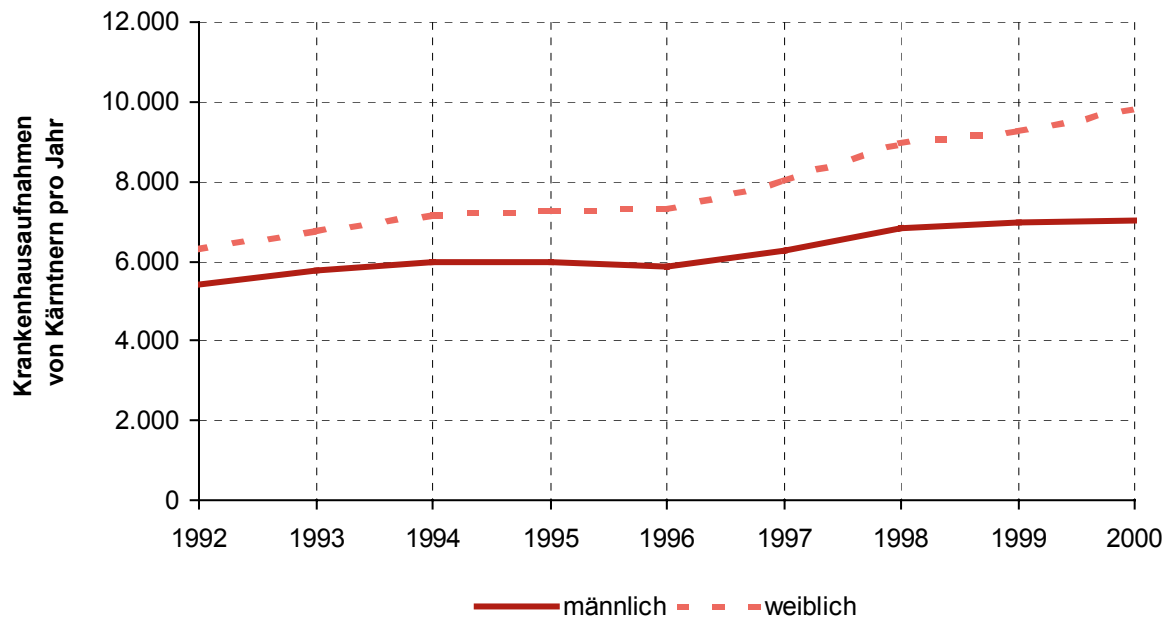
Orthopädische Erkrankungen

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 Kärnten wurden in den letzten Jahren **16.000 bis 17.000** Patienten pro Jahr wegen orthopädischer Erkrankungen zur **Behandlung in einem Krankenhaus** aufgenommen. Anfang der 1990er Jahre waren jährlich nur rund 12.000 solcher Patienten in Spitalsbehandlung - die Anzahl der stationären Patienten mit orthopädischen Leiden hat sich also im letzten Jahrzehnt um etwa 45 Prozent erhöht.

Doch die im Krankenhaus stationär versorgten Patienten zeigen wiederum nur die „Spitze des Eisbergs“ in Bezug auf die Prävalenz orthopädischer Probleme in der Kärntner Bevölkerung. Das wahre Ausmaß dieser Krankheiten lässt sich annähernd aus der Mikrozensus-Erhebung 1999 ableiten. Dieser zu Folge litten **50.000** Kärntner (10 %) an **chronischen** Erkrankungen des Bewegungsapparates, innerhalb des Jahres vor der Befragung gaben 7,4 Prozent der Kärntner eine akute **orthopädische Erkrankung** (Wirbelsäule, Gelenke) an, 20.000 davon an Erkrankungen der Wirbelsäule, 16.000 von Hüfte oder Beinen sowie 9.000 von Schulter oder Armen (vgl. Tab. 3.2.3 und 3.2.4 im Tabellenanhang). 1991 gaben jeweils rund 11.000 Kärntner Schäden an der Wirbelsäule sowie an Hüfte oder Beinen als Erkrankung an, 4.000 waren an Schultern oder Armen erkrankt.

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

Abbildung 3.2.6: Krankenhausmorbidity von Kärntnern aufgrund von orthopädischen Erkrankungen im Zeitverlauf 1992-2000



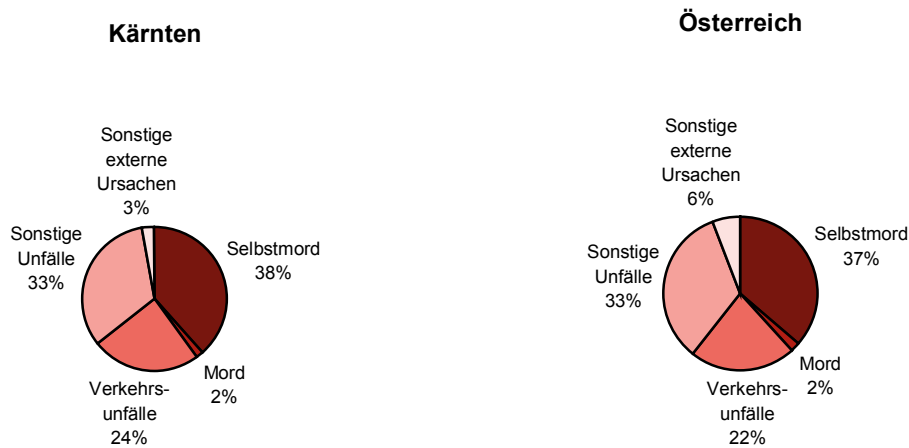
Quellen: BMSG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2000; ÖBIG-eigene Berechnungen

Unfälle

Jedes Jahr **sterben** rund **330** Kärntner aufgrund von „externen Todesursachen“ - das sind in erster Linie die Folgen von Unfällen (Vergiftungen, Verletzungen und sonstige Gewalteinwirkungen). Ohne Selbstmorde, welche ungefähr 40 Prozent der gewaltsamen Todesfälle ausmachen, verbleiben etwa 200 unbeabsichtigte Todesfälle jährlich. Etwa 80 dieser Todesfälle sind die Folge von Verkehrsunfällen.

Jedes Jahr werden rund **17.000** Kärntner aufgrund von Verletzungen im **Spital** stationär versorgt, davon rund 2.500 mit Beinbrüchen, 1.400 mit Armbrüchen, jeweils 1.400 mit Gehirnerschütterungen sowie mit Wirbelsäulen- und/oder Rippenbrüchen und rund 700 mit Schädelverletzungen. Der Rest wird aufgrund von offenen Wunden oder anderen Verletzungen, aber auch von Vergiftungen, im Krankenhaus versorgt. Die Anzahl der aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen stationär versorgten Patienten ist nach Tiefstwerten zu Mitte der 1990er Jahre gegen Ende der Dekade wieder leicht angestiegen, insgesamt ist ein Zuwachs von etwa acht Prozent zu beobachten (Anfang der 1990er Jahre gab es rund 16.100 stationäre Unfallpatienten).

Abbildung 3.2.7: Externe Todesursachen nach ausgewählten Kategorien im Durchschnitt der Jahre 1996-2000



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

3.3 Behinderungen

Körperliche Beeinträchtigungen

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

Der Anteil der an **Sehbeeinträchtigungen** leidenden Bevölkerung war in Kärnten gemäß dieser Stichprobenerhebung mit rund 45 Prozent (ca. 210.000) der Personen über 15 Jahre der niedrigste von allen Bundesländern. Bei rund sechs Prozent der Kärntner Bevölkerung konnte die Sehbeeinträchtigung nicht durch Brille, Kontaktlinsen, Operationen oder andere Maßnahmen behoben werden. Frauen waren in höherem Ausmaß von Sehbeeinträchtigung betroffen als Männer, was vorwiegend auf die höhere Anzahl älterer Frauen zurückzuführen ist. Der Anteil der Personen mit Sehbeeinträchtigung war in allen betrachteten Altersgruppen niedriger als in den übrigen Bundesländern, in besonders deutlichem Ausmaße in der Altersgruppe von 45 bis 59 Jahren. In Unterkärnten gab ein deutlich unter dem Landesdurchschnitt liegender Personenanteil an, unter einer Sehbeeinträchtigung zu leiden, in den übrigen NUTS-3-Regionen waren die Anteile etwa gleich hoch (vgl. Tab. 3.3.1 im Tabellenanhang).

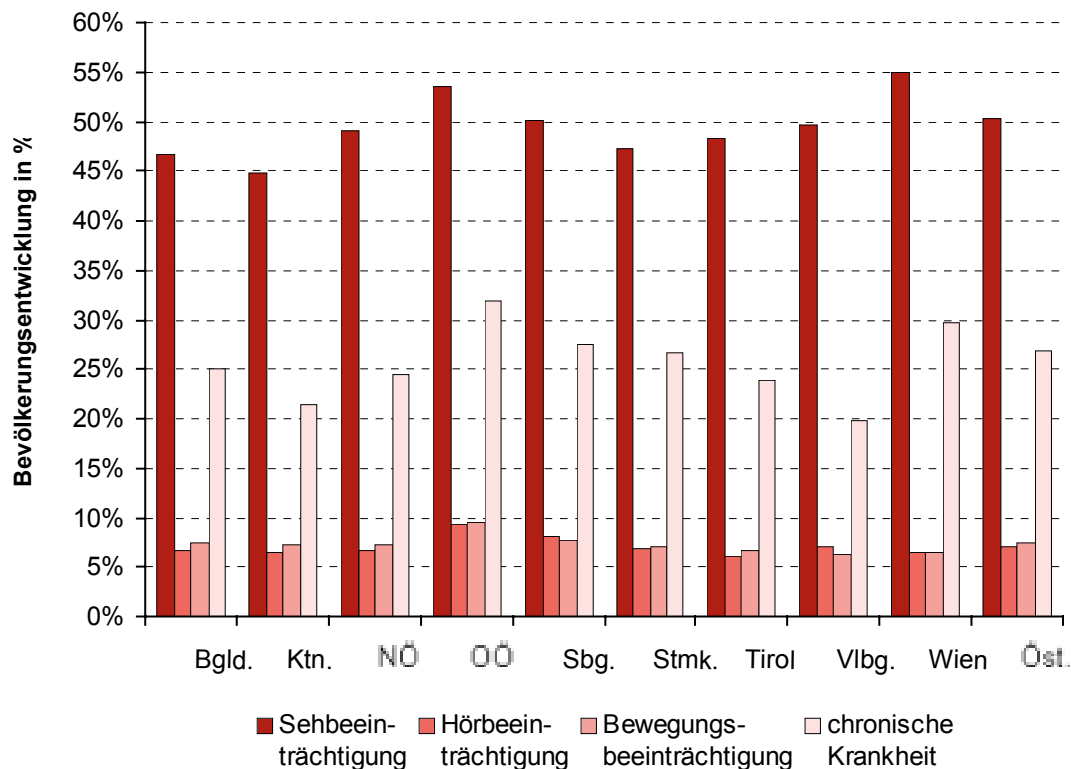
An **Hörbeeinträchtigungen** litten in Kärnten hochgerechnet rund 35.000 Personen (ca. 6,5 %). Dieser Bevölkerungsanteil war ebenfalls niedriger als in Österreich insgesamt. Der Anteil war bei den Männern fast doppelt so hoch wie bei den Frauen. Die ältere Kärntner Bevölkerung ist allerdings im Vergleich zu den übrigen Teilen Österreichs überdurchschnittlich stark durch Hörbeeinträchtigungen betroffen. Bei der regionalen Betrachtung zeigte sich eine unter dem Landesdurchschnitt liegende Betroffenheit in Unterkärnten und ein überdurchschnittlich hoher Anteil in Oberkärnten, in der NUTS-3-Region Klagenfurt-Villach entsprach der Anteil dem Landesdurchschnitt (vgl. Tab. 3.3.1).

Wie die Seh- und Hörbeeinträchtigungen sind auch die **Bewegungsbeeinträchtigungen** offensichtlich vorwiegend altersbedingt. Bei dieser Form von Beeinträchtigung entsprach der

Anteil in Kärnten mit 7,4 Prozent jenem von Österreich insgesamt. Die Betroffenheit war bei den Männern deutlich höher als bei den Frauen. Mit zunehmendem Alter steigen auch die Ausmaße an Bewegungsbeeinträchtigung markant an - etwa jede(r) dritte Kärntner(in) im Alter von 75 Jahren und darüber ist davon betroffen, in der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen ist der Anteil nur etwa halb so hoch.

An einer **chronischen Krankheit** litt etwas mehr als ein Fünftel der Kärntner Bevölkerung, das war nach Vorarlberg der zweitniedrigste Anteil von allen Bundesländern. Auch der Anteil der durch chronische Krankheiten betroffenen Personen steigt sehr deutlich mit zunehmendem Lebensalter an. Während in der Altersgruppe der 15- bis 44-Jährigen etwa neun von hundert Kärntnern und Kärntnerinnen von mindestens einer chronischen Krankheit betroffen waren, waren es in der Gruppe der 60- bis 74-Jährigen bereits mehr als 40. Von den befragten über 74-Jährigen gab mehr als die Hälfte der befragten Personen an, an mindestens einer chronischen Erkrankung zu leiden (vgl. Tab. 3.3.1). Der Anteil der betroffenen Personen war - im Gegensatz zu Österreich insgesamt - bei den Männern etwas höher als bei den Frauen.

Abbildung 3.3.1: Anteile der über 15-jährigen Bevölkerung im Bundesländervergleich, die im Jahr 1995 an einer körperlichen Beeinträchtigung litten



Quelle: Statistik Austria - Mikrozensus 1995, Volkszählungen 1991 und 2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Pflegebedürftigkeit

Seit dem Inkrafttreten des **Bundespflegegeldgesetzes** und der entsprechenden **Landesgesetze** im Juli **1993** sowie der Vereinbarung zwischen Bund und Ländern über Fragen der Finanzierung im Jänner 1994 besteht in Österreich für pflegebedürftige Personen **Rechtsanspruch auf den Bezug von Pflegegeld**. Dieser Anspruch besteht unabhängig von der

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

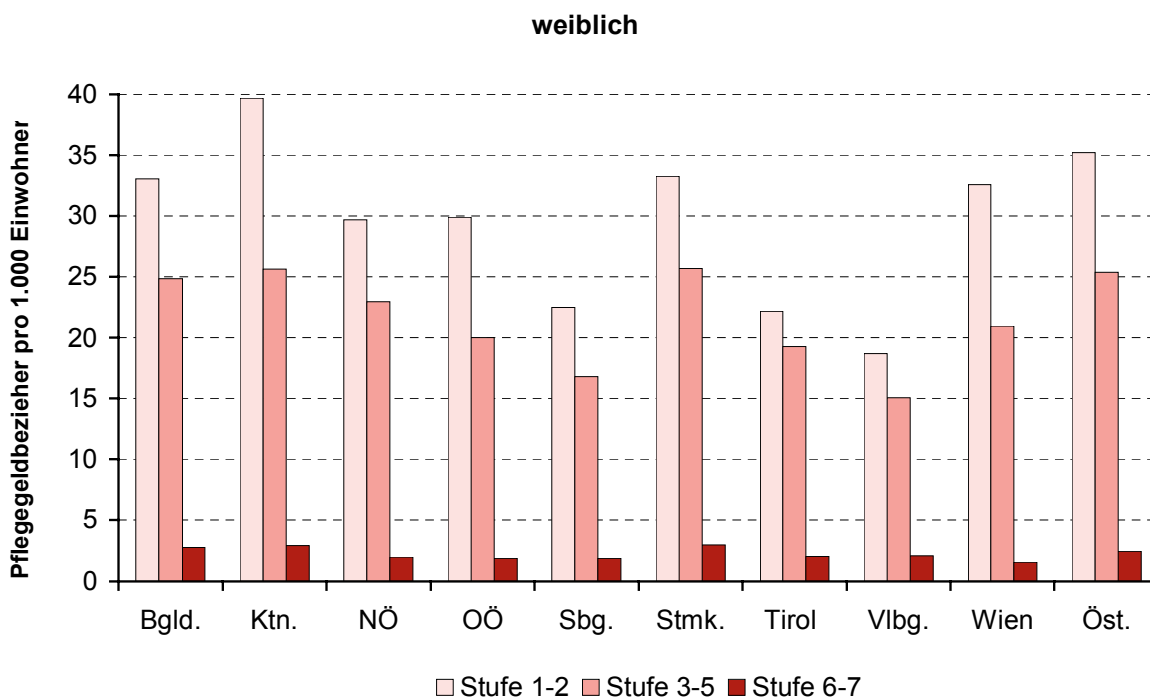
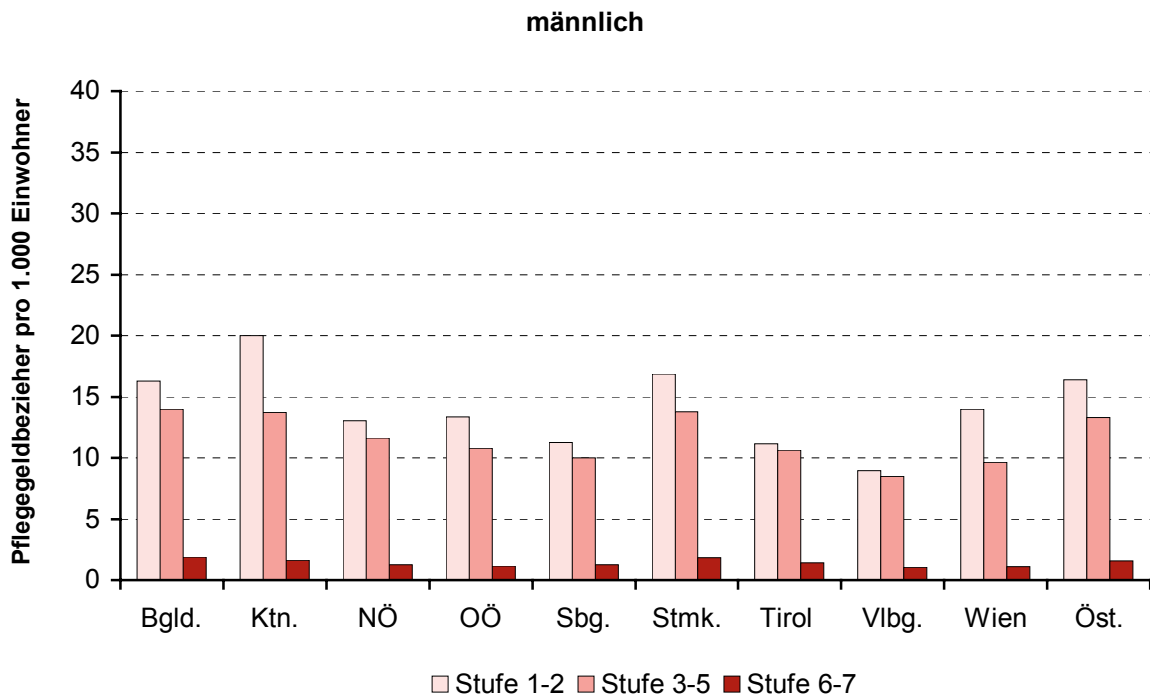
2001 bezogen rund 85 Prozent der ca. 328.000 als pflegebedürftig im Sinne der zitierten Gesetze eingestuft Österreicher und Österreicherinnen Pflegegeld des Bundes (insgesamt rd. 1,5 Mrd. €), mehr als die Hälfte dieser Personen war den Stufen eins und zwei zugeordnet.

Mit Stichtag 31. 12. 2000 waren nach den vorliegenden Daten (Quellen: BMSG, Fa. Pagler & Pagler) **in Kärnten 29.371 Personen Bezieher von Landes- oder Bundespflegegeld** (s. Tab. 3.3.2 im Tabellenanhang), das waren rund **5,2 Prozent** der Gesamtbevölkerung Kärntens. Kein anderes Bundesland wies einen höheren Anteil an Pflegegeldbeziehern in der Wohnbevölkerung auf, der Bundesdurchschnitt lag bei 4,1 Prozent. Der Anteil der Pflegegeldbezieher in den beiden höchsten Pflegestufen (sechs und sieben) entsprach in Kärnten mit 4,4 Prozent aber dem Bundesdurchschnitt (4,3 %), jener der Bezieher von Pflegegeld der Stufen drei bis fünf lag sogar darunter. Der insgesamt höhere Anteil an Pflegegeldbeziehern in Kärnten ist ausschließlich auf die relativ hohen Anteile in den Stufen eins und zwei, also den Stufen mit der geringsten Pflegebedürftigkeit, zurückzuführen.

Etwas **mehr als zwei Drittel** der Pflegegeldbezieher in Kärnten waren im Jahr 2000 **Frauen**. Dieser Anteil war etwas niedriger als in Österreich insgesamt (72 %). Der Frauenanteil steigt kontinuierlich mit zunehmendem Alter an - von rund 46 Prozent bei den bis zu 20-Jährigen auf mehr als 76 Prozent bei den über 80-Jährigen.

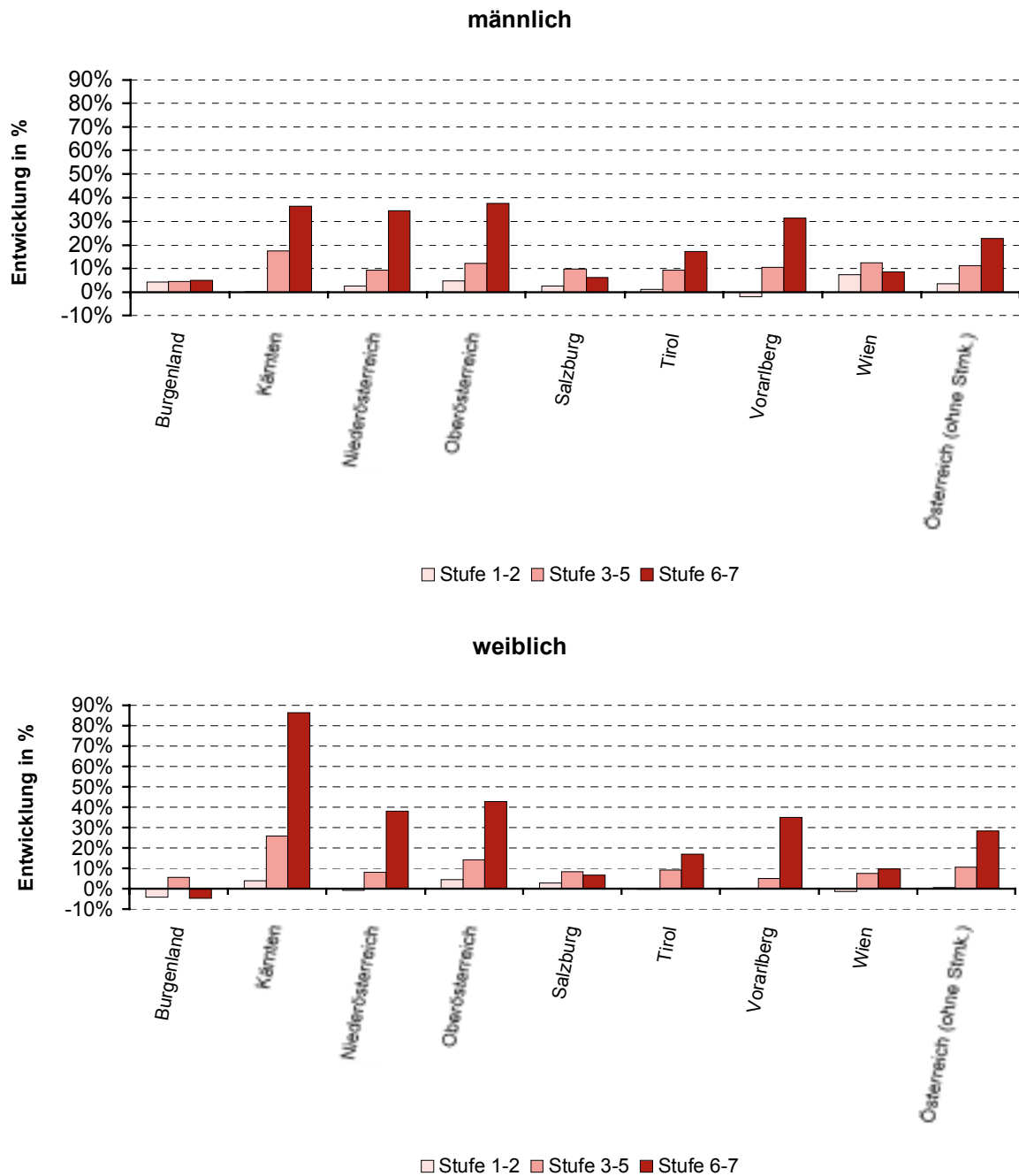
Während bundesweit (ohne Steiermark - hier lagen für 1997 keine Daten vor) die Anzahl der Pflegegeldbezieher zwischen den Jahren **1997 und 2000** um etwa sechs Prozent zunahm, verzeichnete Kärnten **mit 11,5 Prozent einen nahezu doppelt so hohen Zuwachs**. Besonders hohe Zuwächse verzeichneten dabei die Pflegegeldbezieher im Alter von 41 bis 80 Jahren und die Anzahl der Bezieher von Pflegegeld der Stufen sechs und sieben (65 % in Kärnten, österreichweit: 39 %). Während die Anzahl der männlichen Pflegegeldbezieher um weniger als acht Prozent anstieg (österreichweit blieb sie in diesem Zeitraum nahezu unverändert), bezogen im Jahr 2000 um 13,4 Prozent mehr Frauen Pflegegeld als noch 1997 (Österreich: +8,2 %).

Abbildung 3.3.2: Pflegegeldbezieher im Jahr 2000 nach Pflegegeldstufen pro 1.000 Einwohner im Bundesländervergleich



Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; BMSG; Fa. Pagler&Pagler; ÖBIG-eigene Berechnungen

Abbildung 3.3.3: Entwicklung der Zahl der Pflegegeldbezieher 1997 bis 2000 im Bundesländervergleich



Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; BMSG; Fa. Pagler&Pagler; ÖBIG-eigene Berechnungen

3.4 Gesundheitliche Selbsteinschätzung

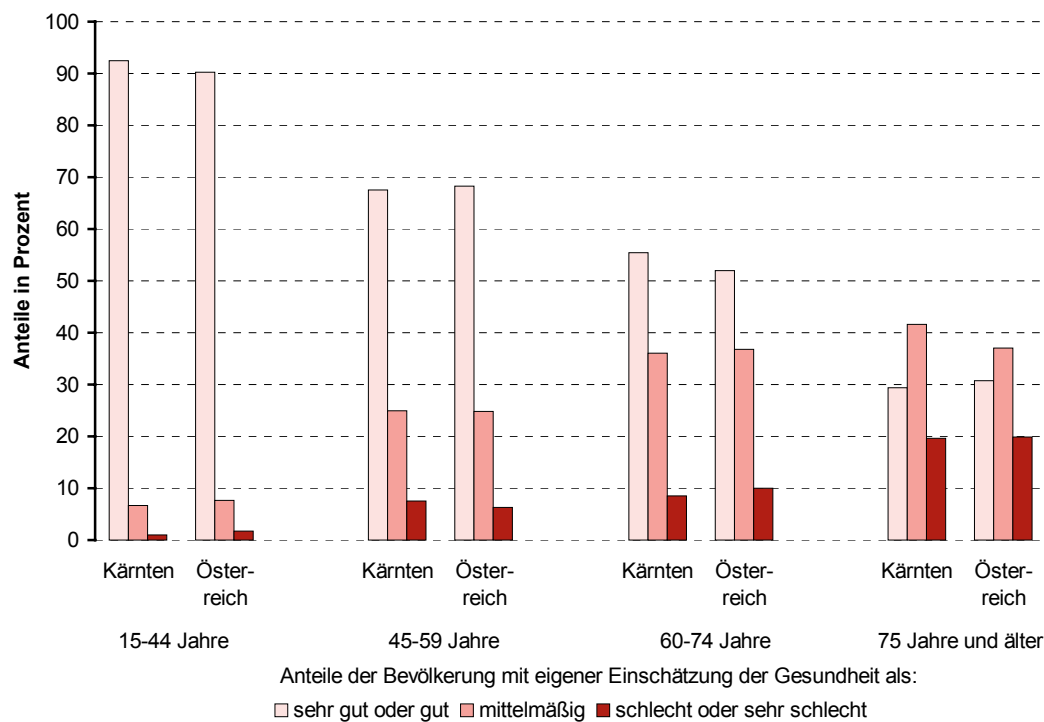
Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes 1991 und 1999

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 Gesundheitszu-

standes 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 Mikrozensusserhebungen nicht erfasst wurden.

Mehr als **drei Viertel der Kärntner** Bevölkerung schätzten bei der Befragung 1999 den eigenen **Gesundheitszustand** als „**sehr gut**“ oder „**gut**“ ein. Der Anteil war bei Frauen und Männern in Kärnten gleich hoch (in den übrigen Bundesländern schätzten Frauen ihre eigene Gesundheit schlechter ein als Männer). Sowohl der Anteil der Bevölkerung, der seinen eigenen Gesundheitszustand als nur „**mittelmäßig**“, als auch jener Anteil, der ihn als „**schlecht**“ bis „**sehr schlecht**“ einstufte, lag in Kärnten unter dem Bundesdurchschnitt. Die Anteile der Bevölkerung, die den Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einstufte, nahmen mit zunehmendem Alter deutlich ab - waren es in der Gruppe der 15- bis 40-Jährigen mehr als 90 Prozent, so lag der Anteil bei der Bevölkerung mit einem Alter von 60 Jahren und darüber nur noch bei 55 Prozent, von den über 75-Jährigen fühlten sich weniger als ein Drittel der Kärntner(innen) gesundheitlich sehr gut oder gut (vgl. die nachstehende Abb. 3.4.1).

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



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

Die Auswertungsergebnisse zeigen **keine auffallenden regionalen Unterschiede** hinsichtlich des **Gesundheitszustandes**: Im bundesweiten Vergleich nach NUTS-III-Regionen liegen die **Kärntner Regionen** hinsichtlich der gesundheitlichen Selbsteinschätzung im Jahr 1999 im oberen Mittelfeld, und zwar sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen (vgl. Karten 3.4.1 und 3.4.2 im Kartenanhang).

Der Vergleich mit den Daten der Befragung aus dem Jahr 1991 zeigt, dass die **Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand in den 1990er Jahren in Kärnten tendenziell zugenommen** hat. Dem österreichweiten Trend entsprechend erhöhte sich der Anteil der Befragten, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut beurteilten, während jener, der den Gesundheitszustand als nur mittelmäßig einstufte, zurückging. Diese Veränderung ist in Kärnten vorwiegend auf die verbesserte Einschätzung der Frauen zurückzuführen, der Anteil der sich gut oder sehr gut fühlenden Männer blieb nahezu unverändert. Der Anteil der Männer, der seinen Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht einstufte, ist in Kärnten - im Gegensatz zum bundesweiten Trend - zwischen 1991 und 1999 größer geworden (allerdings verlief der Anstieg in geringem Ausmaß und ist statistisch nicht abgesichert; vgl. Tab. 3.4.1 im Tabellenanhang).

Gesundheitszustand nach sozialen Schichten 1999

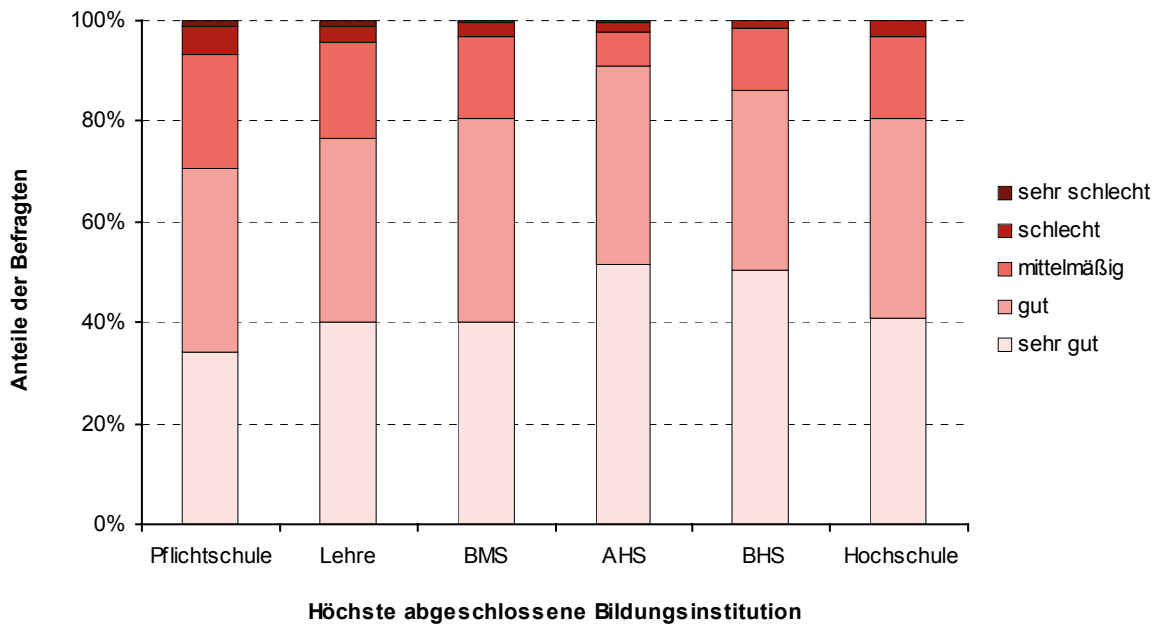
Akzeptiert man die jeweils höchste abgeschlossene Schulausbildung der befragten Person als Leitindikator für die soziale Schichtzugehörigkeit, so zeigt sich aus den Ergebnissen des Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ 1999, dass - nach Selbstauskunft der mehr als 4.000 befragten Kärntner im Alter über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

Offensichtlich finden Unterschiede zwischen den sozialen Gruppen in Bezug auf das Gesundheitsverhalten auch ihren Niederschlag im Gesundheitszustand: Der Anteil jener befragten Kärntner, die ihren eigenen Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“ einschätzten, stieg von knapp über 70 Prozent bei den Pflichtschulabsolventen auf ca. 86 Prozent bei den BHS-Absolventen. Am besten fühlen sich in Kärnten AHS-Absolventen (mehr als 90 % „sehr gut“ oder „gut“). Akademiker schätzen ihren Gesundheitszustand dagegen weniger gut ein (der Anteil der unter keinen gesundheitlichen Beschwerden leidenden Akademiker entspricht mit etwas mehr als 80 % jenem der Absolventen einer berufsbildenden mittleren Schule), was teilweise auch auf eine besonders kritische Grundhaltung dieser Bevölkerungsgruppe gegenüber der eigenen Gesundheit zurückzuführen sein könnte.

Spiegelbildlich dazu ist der Anteil der den eigenen Gesundheitszustand als „schlecht“ oder gar „sehr schlecht“ einschätzenden Bevölkerung Kärntens bei den Pflichtschulabsolventen (mit 7 %) am höchsten - nahezu dreimal so hoch wie bei den AHS-Absolventen und nahezu viermal so hoch wie bei den BHS-Absolventen. Auch der Anteil der den Gesundheitszustand nur „mittelmäßig“ einstuftenden Kärntner und Kärntnerinnen ist bei den Pflichtschulabsolventen (ca. 22 %) deutlich höher als bei den Personen mit höherer Ausbildung.

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

Abbildung 3.4.2: Subjektiver Gesundheitszustand nach Bildungsschichten¹⁾ in Kärnten 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 Österreichdurchschnitt**.
- **Steigerung der Lebenserwartung** zwischen 1991 und 2000: Sie ist bei den Männern um 3,8 Jahre und bei den Frauen um 1,8 Jahre angestiegen.
- **Lebenserwartung im Jahr 2000**: Männer 75,6 Jahre, Frauen 81,2 Jahre.
- **Besonders niedrige Lebenserwartung**: sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen im **Bezirk Völkermarkt** (unter dem Bundesdurchschnitt).
- **Besonders hohe Lebenserwartung**: sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen im **Bezirk Hermagor** (über dem Bundesdurchschnitt).

Behinderungsfreie Lebenserwartung

- Mit **funktionelle Einbußen ihrer körperlichen bzw. geistigen Fähigkeiten** ist bei den Männern in den letzten sechs und bei den Frauen in den letzten acht Lebensjahren zu rechnen.
- Diese **beeinträchtigte Lebensspanne** hat sich in den letzten zehn Jahren in Kärnten dem bundesweiten Trend entsprechend bei den Männern um etwa 0,8 Jahre, bei den Frauen um 0,7 Jahre **verlängert**.

Säuglingssterblichkeit

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

Sterblichkeit

- Die **Sterblichkeit** liegt in Kärnten bei beiden Geschlechtern **unter dem Österreichdurchschnitt**, aber sie ist höher als in den westlichen Bundesländern. Die altersstandardisierte Sterblichkeit der Männer ist deutlich höher als jene der Frauen.
- **Signifikant über dem Österreichdurchschnitt** sind in Kärnten nur die Todesfälle bei **Männern** aufgrund von **Verletzungen und Vergiftungen** (verursacht durch Wolfsberg, Völkermarkt, St. Veit a. d. Glan, Spittal a. d. Drau, Feldkirchen) sowie aufgrund von **Selbstmord**.
- **Signifikant unter dem Bundesdurchschnitt** liegt die Sterblichkeit der Männer in den Bezirken Hermagor, Spittal a. d. Drau und Wolfsberg. Bei den Frauen liegt die Sterblichkeit mit Ausnahme von Völkermarkt und Villach in allen Landesbezirken unter dem Bundesdurchschnitt.
- Als **Haupttodesursachen** stehen bei beiden Geschlechtern an erster Stelle Herz-/Kreislaufkrankungen (m: 44 %, w: 59 %), an zweiter Stelle Krebs (m: 27 %, w: 28 %), an dritter Stelle Unfälle, Verletzungen und Vergiftungen (m: 10 %, w: 5 %) und an vierter Stelle Verdauungserkrankungen (m: 6 %, w: 4 %).
- **Haupttodesursachen** sind bei den **unter 75-jährigen Männern** Herz-/Kreislaufkrankungen gefolgt von Krebs und bei den **unter 75-jährigen Frauen** - in umgekehrter Reihenfolge - Krebs und Herz-/Kreislaufkrankungen. Gewaltsame Todesursachen und Tod aufgrund von Verdauungserkrankungen spielen bei den unter 75-jährigen Männern eine wesentliche Rolle (15 bzw. 8 % der Todesursachen), bei Frauen hingegen nicht.
- **Erhöhte Sterblichkeiten bei den Männern** in folgenden Bezirken:
 - Völkermarkt: Gesamtsterblichkeit, Herz-/Kreislaufkrankungen, Verdauungserkrankungen, Krebs;
 - Klagenfurt-Land: Krebs;
 - Spittal/Drau, Wolfsberg, St.Veit/Glan, Feldkirchen: Verletzungen und Vergiftungen sowie Selbstmord (auch bei den unter 75- und unter 65-Jährigen).
- **Erhöhte Sterblichkeiten bei den Frauen** in folgenden Bezirken:
 - Völkermarkt: Gesamtsterblichkeit, Herz-/Kreislaufkrankungen;
 - Villach-Land: Gesamtsterblichkeit, Herz-/Kreislaufkrankungen;
 - Spittal/Drau: Verletzungen und Vergiftungen;
 - Klagenfurt-Stadt und Villach-Stadt: Verdauungserkrankungen.

Morbidität

- Im Durchschnitt wird **jeder vierte Kärntner zumindest einmal im Jahr stationär in ein Krankenhaus** aufgenommen, davon kamen im Jahr 2000 93 Prozent in ein Kärntner Krankenhaus.
- Die **Krankenhausmorbidität** liegt in Kärnten mit etwa 200 stationären Patienten pro 1.000 Einwohner **über dem Bundesdurchschnitt** und ist - wie österreich- und europa- weit - steigend. Sie ist in allen Bezirken - ausgenommen Hermagor - im Vergleich zum Bundesdurchschnitt signifikant hoch, insbesondere im Raum Klagenfurt-Villach.

- Die **häufigsten Ursachen für Krankenhausaufnahmen** im Jahr 2000 waren gereiht nach der Häufigkeit bei
 - **Männern:** Verletzungen und Vergiftungen, Herz-/Kreislaufkrankungen, orthopädische Erkrankungen, Lungenerkrankungen, Verdauungserkrankungen;
 - **Frauen:** Orthopädische Erkrankungen, Herz-/Kreislaufkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen, Urogenitalerkrankungen, Schwangerschaftsindikationen, Verdauungserkrankungen, Nervenerkrankungen, Lungenerkrankungen.
- **Herz-/Kreislaufkrankungen:**
 - Häufigste Todesursache und zweithäufigster Grund für Spitalsaufnahme in Kärnten.
 - Die Krankenhausaufenthalte sind im Verlauf der 1990er Jahre deutlich angestiegen.
- **Krebserkrankungen:**
 - Zweithäufigste Todesursache und häufiger Grund für Spitalsaufnahme in Kärnten.
 - Häufigste Tumorlokalisationen (1995 bis 1998) sind gereiht nach der Häufigkeit bei
 - Männern: Lunge, Prostata, Haut, Dickdarm, Magen, Harnblase, HNO, Blut;
 - Frauen: Brust, Haut (Melanom), Darm, Magen, Blut und Lunge, Gebärmutterhals.
 - Der Anteil der Melanominzidenz ist in Kärnten sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen deutlich höher als in den anderen Bundesländern.
 - Regionale Auffälligkeiten nach Bezirken:
 - Städte Klagenfurt und Villach: höchste Krebsinzidenzraten bei den Männern - in Klagenfurt insbesondere Lungenkrebs und in Villach v. a. Prostatakrebs, überhöhte Krebsinzidenz bei den Frauen - v. a. Brustkrebs in Klagenfurt;
 - Hermagor: Magenkrebs bei den Männern; höchste Krebsinzidenz Kärntens bei den Frauen verursacht durch Magen- und Brustkrebs;
 - Spittal/Drau: erhöhte Gebärmutterhalskrebsrate.
- **Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus):**
 - Zuckerkrankheit führt häufig zu Folgeerkrankungen (z. B. Herz-/Kreislaufkrankungen, Augen- und Nierenerkrankungen), die einen frühzeitigen Tod verursachen.
 - Etwa ein Prozent der über 15-jährigen Kärntner leiden gemäß Selbstausskunft an chronischem Diabetes, das ist der niedrigste Bundesländerwert. Es ist jedoch von einer höheren Dunkelziffer auszugehen.
- **Psychische Erkrankungen:**
 - Mit 130 Selbstmorden jährlich sind in Kärnten rund 40 Prozent der gewaltsamen Todesfälle auf diese Todesursache zurückzuführen.
 - Ende der 1990er Jahre mussten sich jährlich rund 6.700 Kärntner aufgrund schwerer Verlaufsformen psychischer Erkrankungen in Spitalsbehandlung begeben; stark steigende Tendenz, insbesondere Psychosen (ca. 50 Prozent der Fälle).
 - Eine Erfassung der ambulanten Morbidität ist nur eingeschränkt (Selbstausskunft) möglich und lässt auf eine weitaus höhere Dunkelziffer schließen.
- **Orthopädische Erkrankungen:**
 - Sie stellen einen großen Teil der Krankheitslast der Menschen in den entwickelten Ländern und damit auch in Kärnten dar. Laut Selbstausskunft leidet jeder zehnte Kärntner an einer chronischen Erkrankung des Bewegungsapparates, und bei 7,4 Prozent der Kärntner liegt eine akute orthopädische Erkrankung vor.
 - Die Anzahl der stationären Patienten mit orthopädischen Leiden hat sich im letzten Jahrzehnt um etwa 45 Prozent erhöht.
 - Aufgrund der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung ist mit einem weiteren Anstieg der Erkrankungshäufigkeit zu rechnen (altersbedingte degenerative Erkrankungen).

- **Unfälle/Verletzungen:**
 - Verletzungen stellen in Kärnten die dritthäufigste Todesursache (v. a. bei den unter 75-jährigen Männern) sowie einen sehr häufigen Grund für eine Spitalsaufnahme dar. Etwa 40 Prozent der unbeabsichtigten Todesfälle sind die Folge von Verkehrsunfällen.
- Neben den genannten Krankheiten tragen auch **Lungenerkrankungen** (v. a. Bronchitis, Emphysem, Asthma und Lungenentzündung) zur Krankheitslast der Kärntner Bevölkerung bei. Abgesehen von Erkältungskrankheiten spielen **Infektionskrankheiten** - nicht zuletzt aufgrund des weitreichenden Impfschutzes der Bevölkerung - quantitativ nur mehr eine untergeordnete Rolle.

Behinderungen

- **Körperliche Beeinträchtigungen:**
 - Rund 45 Prozent der über 15-jährigen Kärntner leiden nach Selbstauskunft an einer **Sehbeeinträchtigung** - das ist der niedrigste Anteil im Bundesländervergleich. Bei etwa sechs Prozent konnte der Mangel nicht behoben werden.
 - Wie die Sehbeeinträchtigungen sind auch **Hör- und Bewegungsbeeinträchtigungen** vor allem altersbedingt und im Österreichvergleich durchschnittlich (Bewegung) bis unterdurchschnittlich (Hören).
 - Etwa jeder fünfte Kärntner über 15 Jahre leidet an einer **chronischen Erkrankung** - das ist weniger als österreichweit.
- **Pflegebedürftigkeit:**
 - Rund fünf Prozent der Bevölkerung (Stichtag 31.12.2000) beziehen in Kärnten Landes- oder Bundespflegegeld - das ist der höchste Anteil im Bundesländervergleich. Das ist ausschließlich auf den hohen Bevölkerungsanteil der Pflegestufen eins und zwei (geringste Pflegebedürftigkeit) zurückzuführen. Zwei Drittel der Pflegegeldbezieher sind aufgrund der höheren Lebenserwartung Frauen.
 - Die Anzahl der Pflegegeldbezieher ist zwischen 1997 und 2000 in Kärnten mit fast zwölf Prozent doppelt so stark gestiegen wie österreichweit (insbesondere in den pflege- und kostenintensiven Stufen sechs und sieben).

Gesundheitliche Selbsteinschätzung

- Die Einschätzung der eigenen Gesundheit der Kärntner Bevölkerung ist etwas positiver als österreichweit, bei sehr geringen regionalen Unterschieden. Mehr als **drei Viertel der Bevölkerung** (1999) empfinden 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 Kärnten **tendenziell zugenommen**.
- Mit **höherer Schulbildung** steigt tendenziell auch die Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand, was auch mit besseren Informationsverfügbarkeiten und mit einem dementsprechend anderen Gesundheitsverhalten und in Zusammenhang steht.

4 Gesundheitliche Einflussfaktoren

4.1 Somatische Basisdaten

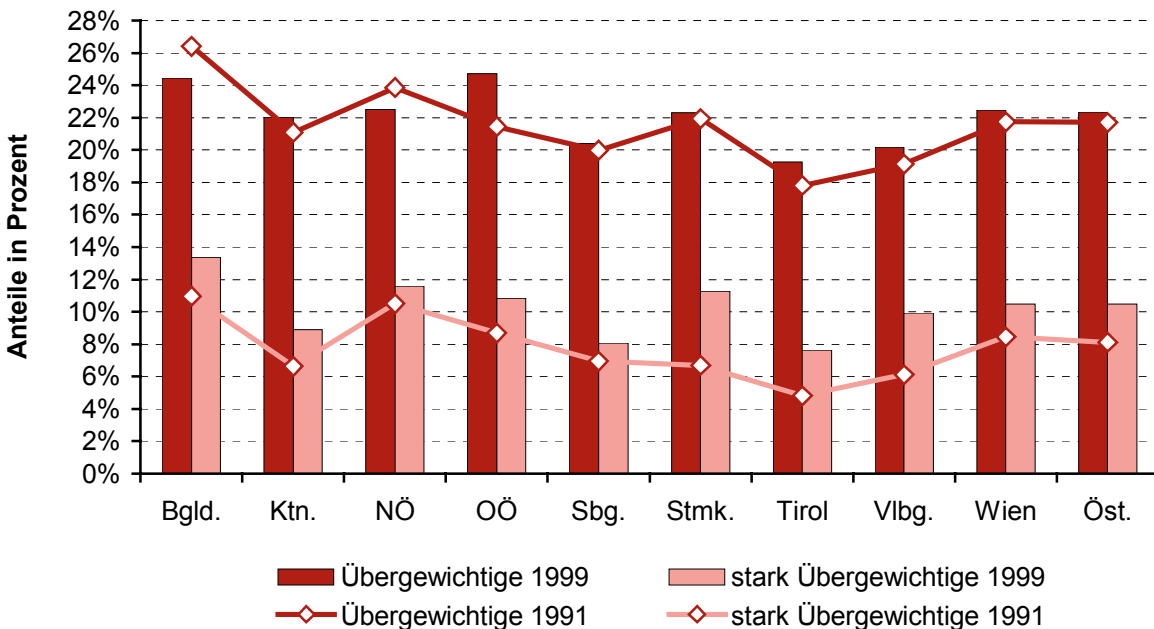
Body-Mass-Index (BMI)

Nach den **Definitionen** von Eurostat gilt eine Person als

- stark untergewichtig: BMI unter 18 kg/m²,
- untergewichtig: BMI von 18 bis unter 21 kg/m²,
- normalgewichtig: BMI von 21 bis unter 26 kg/m²,
- übergewichtig: BMI von 26 bis unter 30 kg/m² und als
- stark übergewichtig: BMI von 30 kg/m² und darüber.

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.

Abbildung 4.1.1: Anteile der über 15-jährigen Bevölkerung mit Übergewicht und starkem Übergewicht in den Jahren 1991 und 1999 im Bundesländervergleich



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

Im Jahr 1999 waren 3,6 Prozent der Frauen und 2,6 Prozent der Männer - also mehr als im Österreichdurchschnitt - **stark untergewichtig**. Im Jahr 1991 lagen die Anteile noch unter dem Bundesdurchschnitt. In regionaler Hinsicht ist vor allem der Zentralraum verstärkt davon betroffen. Der Anteil der **übergewichtigen** Kärntner **stieg** zwischen 1991 und 1999 entsprechend dem bundesweiten Trend von 21,1 auf 22 Prozent, wobei insbesondere der Zentralraum, Männer wie Frauen gleichermaßen, diese Entwicklung determinierte. Damit lagen die Kärntner Männer in beiden Jahren etwa im Bundesdurchschnitt, die Frauen blieben darunter.

Der Anteil der **stark Übergewichtigen stieg** in den 1990er Jahren von 6,6 auf 8,9 Prozent, wobei im Jahr 1999 der Anteil bei Frauen und Männern gleich war. Die Anteile lagen sowohl 1991 als auch 1999 um jeweils etwa 1,5 Prozentpunkte unter dem Bundesschnitt (vgl. Tab. 4.1.1 im Tabellenanhang).

Bei einer Analyse des BMI nach **Altersgruppen** fällt auf, dass insbesondere die jüngere Kärntner Bevölkerung leichter ist als im österreichischen Durchschnitt, während die älteren Personen eher schwerer sind. In der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen liegen die Anteile der stark Untergewichtigen (1999 sehr deutlich) über und die Anteile der Übergewichtigen sowie stark Übergewichtigen deutlich unter den entsprechenden Bundeswerten. Auch in der Altersgruppe der 20- bis 44-Jährigen zeigt sich dieser Gewichtsunterschied zum österreichischen Durchschnitt, wenngleich nicht mehr so deutlich. In der Gruppe der über 75-Jährigen ist es allerdings umgekehrt: Hier ist der Anteil der stark Untergewichtigen geringer und der Anteil der Übergewichtigen und stark Übergewichtigen zumeist höher als in Österreich insgesamt.

Blutdruck

Laut Eigenangaben der Befragten beim Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ **1991** litten zu dieser Zeit rund **5,9 Prozent** der Kärntner (rund 29.000 Personen) an Bluthochdruck, und zwar etwas mehr Frauen (6,2 %) als Männer (5,6 %), wobei vor allem die Bevölkerung ab 60 Jahren von dieser Erkrankung betroffen war (16 % der 60- bis 74-Jährigen und 19 % der über 75-Jährigen, vgl. Tab. 4.1.2 im Tabellenanhang). Nach den (vorläufigen) Ergebnissen des Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ **1999** war der Anteil der Hypertoniker in Kärnten auf **vier Prozent** (rund 22.000 Personen) gesunken, wobei Männer und Frauen gleichermaßen zu dieser Senkung beitrugen.

Unter zu **niedrigem Blutdruck** litten (1995) nach Eigenauskunft rund 1,7 Prozent der Kärntner Bevölkerung über 15 Jahren - etwas weniger als im Bundesdurchschnitt (2,4 %). Der geschlechtsspezifische Unterschied in der Betroffenheit ist hier zu Ungunsten der Frauen ebenfalls stark ausgeprägt (Frauen: 2,9 %; Männer: 0,9 %).

Blutfette (Gesamtcholesterin)

Flächendeckende Daten betreffend das Gesamtcholesterin im Blut stehen nur für die männlichen Jugendlichen zur Verfügung. Auch diese Daten stammen aus den Stellungsuntersuchungen des Bundesheers. Diesen Untersuchungen zu Folge lag der Anteil der Kärntner Stellungspflichtigen mit **Gesamtcholesterin** im Blut **größer als 200 mg/dl** in der ersten Hälfte der 1990er Jahre noch zwischen fünf und acht Prozent und damit unter dem Bundesdurchschnitt aller Stellungspflichtigen in Österreich (ca. 10 %). 1996 stieg der Anteil sprunghaft auf etwa 20 Prozent an, aber gegen Ende der Dekade **sank** er wiederum auf etwa zehn Prozent und lag damit auch **unter dem Bundesdurchschnitt** (ca. 13 %). Diese ungewöhnliche Schwankung könnte aber auch auf Datenerhebungs- oder Aufklärungsmängel zurückzuführen sein.

4.2 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 **42 Prozent** der befragten Kärntnerinnen und Kärntner an, sich **gesundheitsbewusst zu ernähren**¹.

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

Der Anteil der sich gesundheitsbewusst ernährenden Bevölkerung war bei den Frauen mit rund 46 Prozent höher als bei den Männern (39 %). Die Auswertungen der Befragungsergebnisse nach Altersgruppen zeigt, dass in Kärnten der Anteil der sich gesundheitsbewusst Ernährenden mit zunehmendem Lebensalter ansteigt und im hohen Lebensalter wieder abnimmt.

Der Anteil der Bevölkerung, der angab, sich gesundheitsbewusst zu ernähren, war der **höchste von allen Bundesländern**, er lag sowohl bei der männlichen als auch bei der weiblichen Bevölkerung und in allen betrachteten Altersgruppen deutlich **über dem Bundesdurchschnitt**.

Innerhalb des Bundeslandes zeigte die Auswertung nach Regionen, dass vor allem in der zentralen Region Klagenfurt-Villach das Ernährungsbewusstsein besonders stark ausgeprägt ist, während es in Unterkärnten nur wenig über dem österreichischen Durchschnitt liegt.

Der Vergleich mit den Ergebnissen des Mikrozensus 1991 zeigt, dass in Kärnten - im Gegensatz zu den meisten anderen Bundesländern - bei nahezu allen untersuchten Bevölkerungsgruppen zwischen 1991 und 1999 die **Anzahl** und der **Anteil** der sich gesundheitsbewusst ernährenden Personen gestiegen ist. Namentlich bei der männlichen Bevölkerung Kärntens und in der Altersgruppe der 15- bis 44-Jährigen wurden hohe Zuwächse verzeichnet.

4.3 Sport und Bewegung

Der **Anteil der bewusst zur Gesunderhaltung regelmäßig Sport oder Bewegung ausübenden Personen** an der Bevölkerung über 15 Jahre lag gemäß den (vorläufigen) Auswertungsergebnissen des Mikrozensus 1999 in Kärnten mit rund **38 Prozent etwas über dem Durchschnitt der österreichischen Gesamtbevölkerung**. Wie in Österreich insgesamt ist auch in Kärnten der Anteil bei den Männern höher als bei den Frauen. Der Anteil der Sport ausübenden Bevölkerung nimmt in Kärnten mit zunehmenden Lebensalter stärker ab als in Österreich insgesamt - der insgesamt höhere Anteil in Kärnten ist ausschließlich auf die besonders bewegungsfreudige Altersgruppe der 15- bis 44-Jährigen zurückzuführen.

Auch hinsichtlich der Sportausübung zeigt sich ein relativ ungünstiges Bild in Unterkärnten, der Anteil der sportlich Aktiven liegt hier sehr deutlich unter jenen der anderen NUTS-3-Regionen Kärntens (aber immer noch über dem gesamtösterreichischen Durchschnitt; vgl. Tab. 4.5.1 im Tabellenanhang).

Der Zuwachs des Anteils der Sport ausübenden Bevölkerung zwischen 1991 und 1999 entsprach in Kärnten mit ca. einem halben Prozentpunkt etwa dem österreichischen Durchschnitt. Entgegen dem gesamtösterreichischen Trend war die Zunahme auf vermehrte sportliche Aktivitäten der Männer zurückzuführen, während der Anteil bei den Frauen annähernd unverändert blieb.

4.4 Suchtverhalten

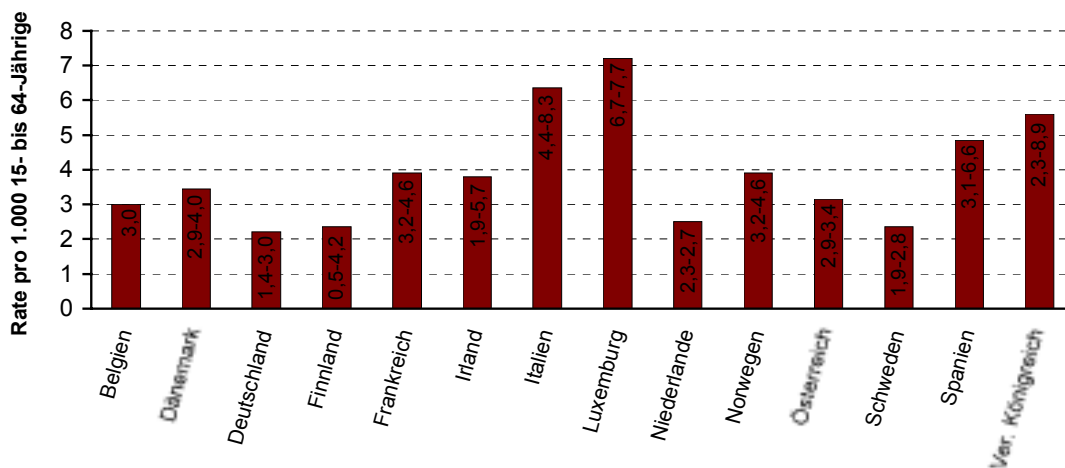
Allgemeiner Überblick

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 Dunkel-

ziffer, 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. Daten aus einer im Jahr 1996 durchgeführten Erhebung bei Kärntner Schülerinnen und Schülern (Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie 1997) zeigen eher geringere Werte: 9,5 Prozent der befragten 15- bis 18-jährigen Jugendlichen berichteten über Konsumerfahrungen mit Cannabis, 3,9 Prozent mit Ecstasy. Für alle anderen Substanzen lagen die entsprechenden Werte bei maximal einem Prozent oder darunter (Heroin: 0,6 %, Kokain: 0,3 %). Gleichzeitig findet sich aber häufig ein problematischer Umgang mit legalen Substanzen wie Alkohol und Nikotin. 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.

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



¹ Schätzung

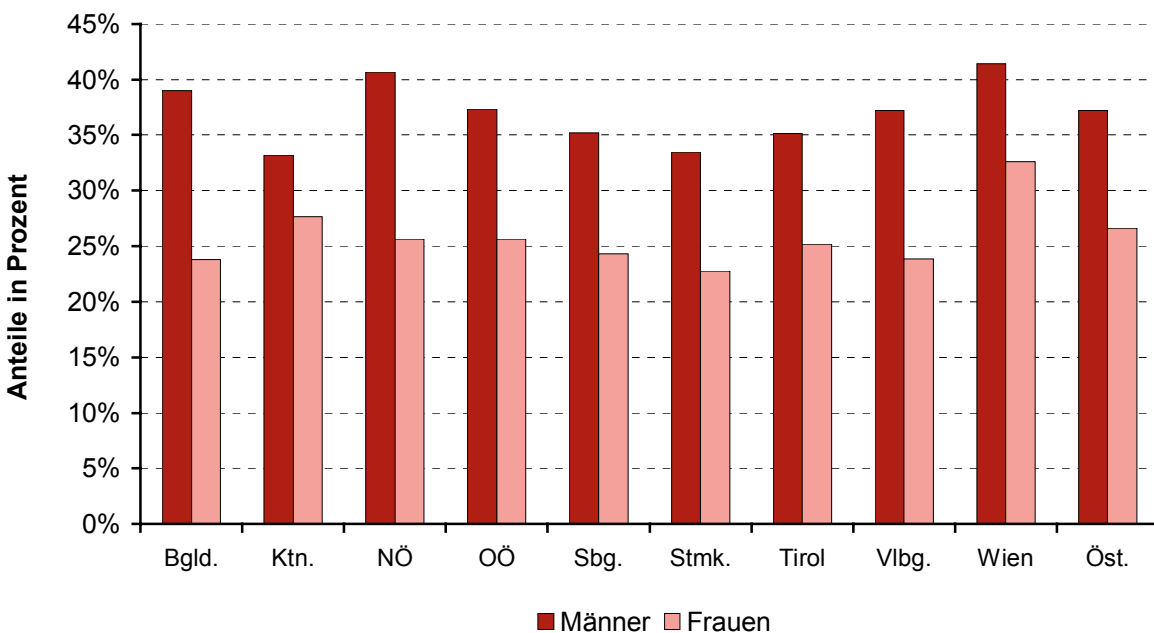
Quelle: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Jahresbericht 2000 über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union

Schätzungen gehen davon aus, dass es im Bundesland Kärnten - ausgehend vom Österreichschnitt - rund **40.000 Alkoholabhängige** und etwa **7.000 Medikamentenabhängige** gibt (Prehslauer et al. 2001). **Täglich zur Zigarette** greifen fast **138.000** Kärntnerinnen und Kärntner. Die Zahl der „problematischen“ Konsumenten von illegalen Drogen wird für Österreich als stabil eingeschätzt. Nach wissenschaftlichen Prävalenzschätzungen gibt es etwa **15.000 bis 20.000** problematische **Opiatkonsumenten** (vgl. Uhl/Seidler 2000), womit Österreich im europäischen Vergleich im unteren Mittelfeld liegt (vgl. Abbildung 4.4.1). Eine regionale Differenzierung der Schätzung ist nur eingeschränkt möglich, bezogen auf die Einwohnerzahl liegt Kärnten - mit einer Reihe anderer Bundesländer - unter dem Österreichdurchschnitt, während Wien und Tirol höhere und Vorarlberg durchschnittliche Werte aufweisen.

Rauchen

Gemäß den derzeit vorliegenden (vorläufigen) Ergebnissen und Auswertungen des **Mikrozensus 1999 rauchen etwa 30 Prozent der Kärntner Bevölkerung täglich Zigaretten** (der Konsum anderer Tabakwaren wird im Mikrozensus nicht erfragt). Dieser Anteil ist etwas geringer als in Österreich insgesamt - der viertniedrigste nach der Steiermark, Salzburg und Burgenland. Während der **Raucheranteil bei den Männern** mit rund 33 Prozent niedriger ist als im Bundesdurchschnitt, rauchen in Kärnten überdurchschnittlich viele Frauen (fast 28 %; Österreich: 26,6 %). Die höchsten Anteile an Rauchern weist die Bevölkerung in der Altersgruppe der 20- bis 44-Jährigen auf, der Anteil an Nichtraucher ist in der älteren Bevölkerung (60 Jahre und darüber) mit mehr als 80 Prozent am höchsten. Erfreulicherweise liegt der Anteil der rauchenden Jugendlichen (15- bis 19-Jährige) in Kärnten mit etwas mehr als einem Viertel deutlich unter dem gesamtösterreichischen Durchschnitt (33 %). Kärnten weist aber nicht nur einen relativ geringen Raucheranteil auf, die Kärntner Raucher konsumieren auch täglich durchschnittlich weniger Zigaretten als die Raucher in den meisten anderen Bundesländern: ungefähr die Hälfte beschränkt den Konsum auf höchstens zehn Zigaretten täglich (Österreich: ca. 42 %), weniger als 13 Prozent rauchen mehr als ein Päckchen (à 20 Stück), während österreichweit jeder fünfte Raucher mehr als 20 Zigaretten inhaliert.

Abbildung 4.4.2: Anteil der täglichen Zigarettenraucher an der über 15-jährigen Bevölkerung im Jahr 1999 im Bundesländervergleich



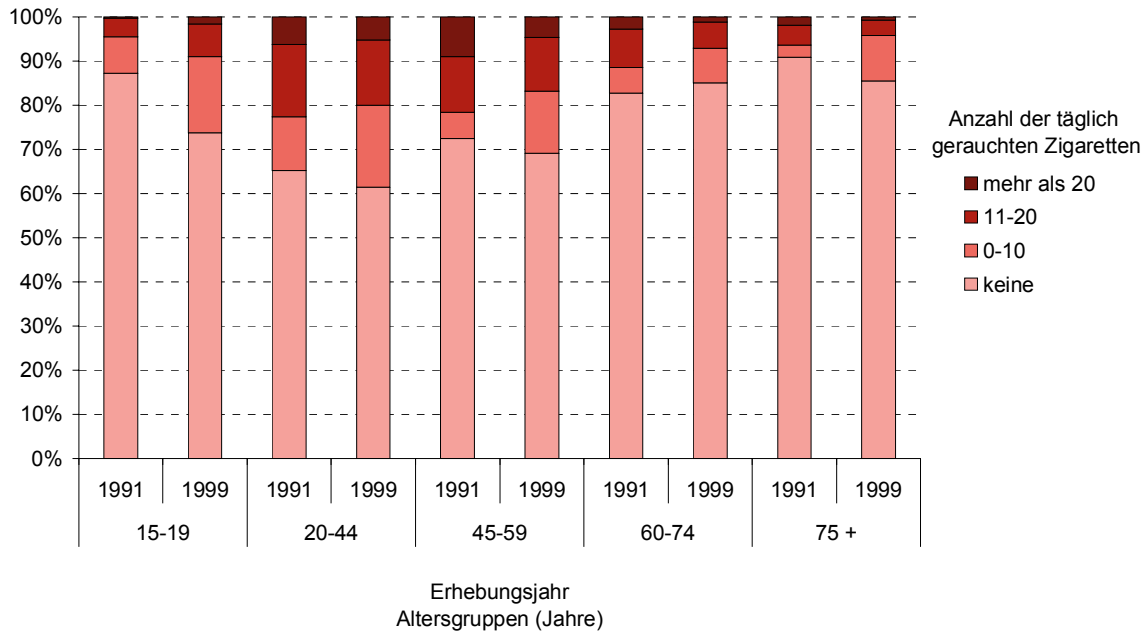
Quellen: Statistik Austria - Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ 1991 und 1999; ÖBIG-eigene Berechnungen

Im regionalen Vergleich innerhalb des Landes zeigt sich, dass in Unterkärnten der Raucheranteil deutlich über dem der anderen NUTS-3-Regionen liegt, auch der Anteil an starken Rauchern ist hier überdurchschnittlich hoch.

Die Einbeziehung auch der Ergebnisse des Mikrozensus 1991 in die Betrachtung zeigt, dass in Kärnten - wie in Österreich insgesamt - der **Anteil der Nichtraucher** an der Bevölkerung **zwischen 1991 und 1999 rückläufig** war und die **Anzahl der Raucher zugenommen hat**. Während 1999 **weniger Kärntner Männer rauchten als noch 1991**, hat sich die **Anzahl der rauchenden Frauen stark erhöht**. Auch die **überdurchschnittlich starke Zunahme**

an Rauchern bei der jugendlichen Bevölkerung - nahezu doppelt so viele Jugendliche wie noch 1991 gaben bei der letzten Befragung an, täglich Zigaretten zu konsumieren - erscheint aus gesundheitspolitischer Sicht besonders bedenklich. Der österreichweiten Entwicklung entsprechend war die Zunahme an Rauchern, die täglich nur bis zu zehn Zigaretten konsumieren, am höchsten; die Anteile der stärkeren Raucher sanken dagegen - in Kärnten sogar stärker als in den übrigen Bundesländern. Leider bilden hierbei die Jugendlichen eine Ausnahme - bei ihnen zeigte sich bei den täglich mehr als 20 Zigaretten Rauchenden die größte prozentuelle Zunahme.

Abbildung 4.4.3: Rauchverhalten (tägliches Zigarettenkonsum) der Kärntner Bevölkerung nach Altersgruppen 1991 und 1999



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

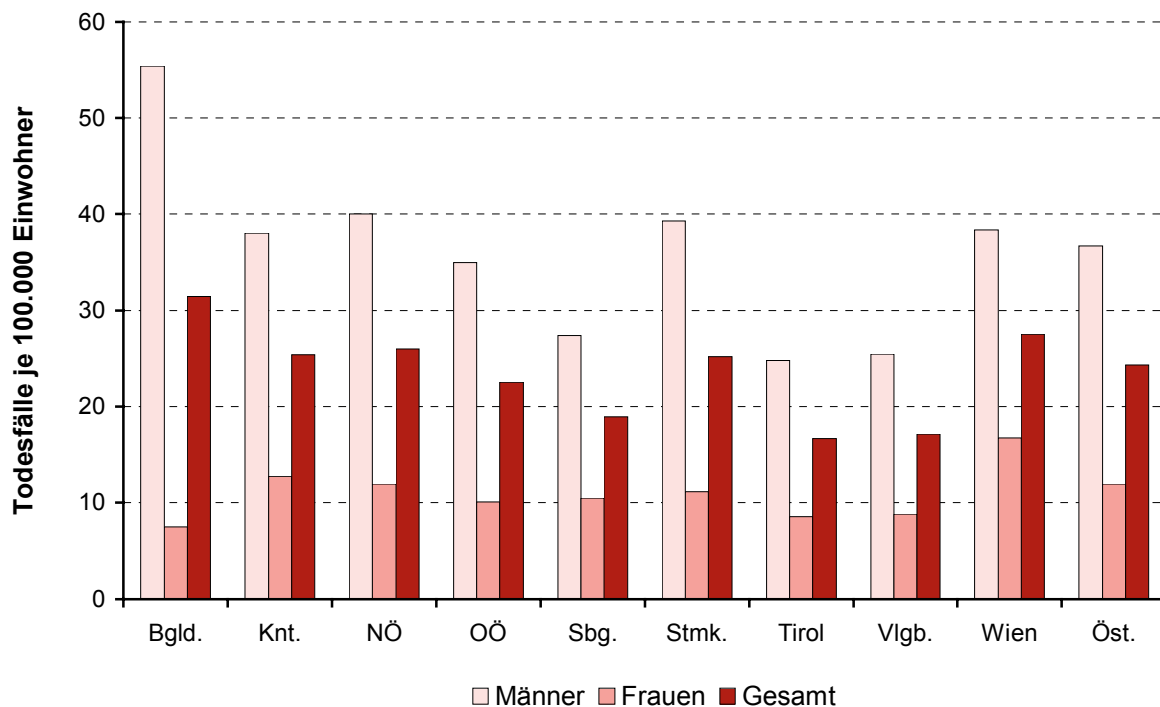
Alkohol

Der **Alkoholdurchschnittskonsum** ist in **Kärnten** mit 35 Gramm Alkohol täglich (alters- und geschlechtsstandardisierter Wert) im Bundesländervergleich nach dem Burgenland (38 Gramm) **am zweithöchsten**. Danach folgen die Steiermark (34 Gramm) und Oberösterreich (33 Gramm). Auch nach Geschlechtern differenziert (altersstandardisierte Werte) wird in Kärnten mit 15 Gramm täglich bei den Frauen und 58 Gramm täglich bei den Männern im Bundesländervergleich nach dem Burgenland am meisten 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, altersstandardisiert) differenziert nach Kerndiagnosen (Alkohol-Psychosen, Alkoholismus, chronische Leberkrankheit und Leberzirrhose) und anderen potenziell alkoholassoziierten Todesursachen (siehe hierzu den Abschnitt „Begriffsbestimmungen“ im Anhang sowie Tab. 4.4.2 im Tabellenanhang), so zeigt sich, dass **Männer** - passend zum Konsumverhalten - von diesem Problem wesentlich **stärker betroffen** sind als Frauen.

Weiters ist festzustellen, dass die alkoholbedingte Sterblichkeit in den 1990er Jahren in allen Bundesländern zurückgegangen ist. **Kärnten** nimmt mit insgesamt **25 Alkoholtoten** (Kern-diagnosen) **pro 100.000 Einwohner** (Österreich: 24) im Durchschnitt der Jahre 1998 bis 2000 nach dem Burgenland (31 Alkoholtote), Wien (28) und Niederösterreich (26) gemeinsam mit der Steiermark den **vierten** Platz im Bundesländervergleich ein (vgl. nachstehende Abb. 4.4.4). Dieses **Ost-West-Gefälle** ist sehr stark durch die Sterblichkeit der Männer bestimmt, während das regionale Verteilungsmuster bei den Frauen - insbesondere auf Ebene der Bezirke - unspezifischer ist (vgl. Karten 4.4.1 und 4.4.2 im Kartenanhang). Bei den „anderen Diagnosen“, wo neben dem Alkohol auch vermehrt andere Todesursachen das Ergebnis beeinflussen, ist kein eindeutiges regionales Muster zu erkennen.

Abbildung 4.4.4: *Potenziell alkoholassoziierte Sterblichkeit (altersstandardisiert, Kern-diagnosen) im Durchschnitt der Jahre 1998 bis 2000 nach Bundesländern und insgesamt*

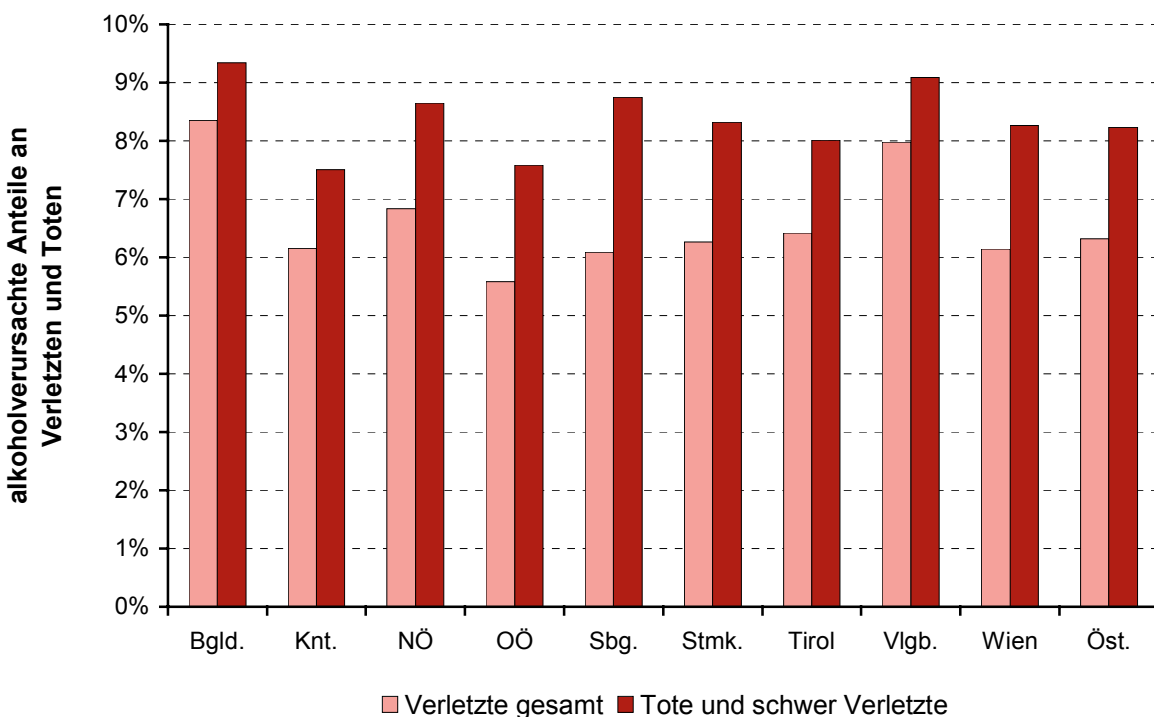


Quellen: Statistik Austria - Volkszählungen 1991 und 2001, Todesursachenstatistik 1998 - 2000; ÖBIG-eigene Berechnungen

Innerhalb Kärntens weisen vor allem die **Stadt Klagenfurt** sowie die Bezirke **Feldkirchen** und **St. Veit a. d. Glan** im Durchschnitt der Jahre 1998 bis 2000 bei den Kerndiagnosen eine **deutlich überdurchschnittliche** alkoholassoziierte Sterblichkeit auf. Über dem Österreichdurchschnitt liegen auch die Werte für die **Stadt Villach** und den Bezirk **Wolfsberg**. Nach Geschlechtern differenziert zeigen sich bei den **Frauen** im Bezirk St. Veit a. d. Glan und in der Stadt Villach leicht sowie in der Stadt Klagenfurt deutlich überdurchschnittliche Werte. Bei den **Männern** weisen die Bezirke Feldkirchen, St. Veit a. d. Glan und die Stadt Villach deutlich höhere Werte als österreichweit auf. Bei der alkoholassoziierten Sterblichkeit nach „anderen Diagnosen“ finden sich jedoch nur mehr in den Bezirken Wolfsberg und St. Veit a. d. Glan deutlich überdurchschnittliche Werte. Hier muss jedoch berücksichtigt werden, dass bei den „anderen Diagnosen“ außer dem Alkohol noch eine Reihe anderer Faktoren (Ernährung, Selbstschädigung, Selbstmord, etc.) einen wesentlichen Einfluss auf die Sterblichkeit haben.

Zur Untersuchung des **Alkoholeinflusses** im **Straßenverkehr** wurden die durch Alkohol verursachten Verkehrsunfälle auf den Straßen Kärntens und für die Jahre 1998 bis 2000 der durchschnittliche jährliche Anteil der an solchen Unfällen beteiligten Personen an den in Kärnten 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 Kärnten kamen im Beobachtungszeitraum aufgrund der Alkoholisierung mindestens eines Unfallbeteiligten 22 Menschen ums Leben, 727 wurden verletzt, davon 160 schwer. Im Bundesländervergleich ist der alkoholverursachte Anteil an den Verkehrstoten in Kärnten mit zehn Prozent (Österreich: 8 %) nach Salzburg (13 %) am zweithöchsten, bei den schwer Verletzten ist der Anteil mit 7,3 Prozent (Österreich: 8,3 %) jedoch unterdurchschnittlich. Damit ist auch der unter Alkoholbeteiligung verursachte **Anteil** an den Verletzten insgesamt in Kärnten mit 6,1 Prozent - gemeinsam mit Salzburg und Wien - nach Oberösterreich (5,6 %) der zweitniedrigste im Bundesländervergleich (vgl. Abb. 4.4.5).

Abbildung 4.4.5: 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 Kärntner Bezirken ist die Betroffenheit vor allem in **Völkermarkt, St. Veit a. d. Glan** und **Klagenfurt Land** sehr **hoch**, wo der alkoholverursachte Anteil an den Schwerverletzten und Toten rund elf Prozent beträgt. Werte von immerhin noch knapp unter zehn Prozent weisen die Bezirke **Hermagor** und **Wolfsberg** auf (vgl. Tab. 4.4.3).

Illegale Suchtmittel

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) bei gleichzeitiger Zunahme in anderen Regionen und vor allem in ländlichen Gebieten.

Indikatoren für die durch Drogenkonsum verursachten gesundheitsbezogenen Probleme sind die Prävalenzraten bezüglich einiger **Infektionskrankheiten** sowie die „**Drogenopferstatistik**“ (vgl. Tab. 4.4.4 bzw. 4.4.5 im Tabellenanhang). 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 Kärnten liegen nicht vor. Die Zahl der drogenbezogenen **Todesfälle** ist in Österreich Anfang der 1990er Jahre stark gestiegen, danach aber wieder deutlich zurückgegangen. In Kärnten zeigt sich hingegen keine einheitliche Entwicklung, die Zahl der drogenbezogenen Todesfälle bewegte sich im letzten Jahrzehnt zwischen drei (1991, 1993, 1996, 2000) und acht Fällen (1997).

Hilfs- und Behandlungsangebote

Im Frühjahr 2001 wurde der **Rahmenplan 2001 bis 2005** des Landes Kärnten zu „**Suchtprävention und Drogenhilfe**“ verabschiedet, der als Grundlage für die Planung von gesundheitspolitischen Maßnahmen im Drogenbereich dient. Die Umsetzung des Rahmenplans fällt in den Verantwortungsbereich der Kärntner Drogenkoordinatorin.

Eine wichtige Rolle im Bereich der **Primärprävention** von Suchtproblemen (Alkohol, Tabak, illegale Drogen, Medikamente, stoffungebunde Süchte wie Essstörungen, Spielsucht, etc.) nimmt die an der Landesregierung eingerichtete **Landesstelle für Suchtprävention** der Abteilung 12 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**“ ist in Österreich eine zunehmende Diversifikation des Betreuungsangebots zu verzeichnen. Die ursprünglich ausschließlich auf **Abstinenz** ausgerichteten Angebote im Behandlungs- und Betreuungsbereich werden bereits seit Mitte der 1980er Jahre zunehmend um **suchtbegleitende** und **substituierende Maßnahmen** ergänzt, wobei sich diese Entwicklung vor allem in den letzten Jahren deutlich verstärkt hat. In Kärnten ist diese Entwicklung - auch aufgrund einer geringer ausgeprägten Problemlage - bisher weniger sichtbar, allerdings wurden im letzten Jahrzehnt auch hier einige neue Angebote geschaffen.

Kärnten verfügt im Bereich der **Drogenhilfe** über **zwei stationäre Einrichtungen** (Langzeittherapie, Entzugsbehandlung), **16 ambulante Beratungs- und Betreuungsstellen** und vier Einrichtungen im niederschweligen Bereich (davon drei Streetwork-Angebote). Im Bundesländervergleich weist Kärnten einen unterdurchschnittlichen Wert von Mitarbeiterstunden, die für Drogenklienten zur Verfügung stehen, bezogen auf die Bevölkerung auf (vgl. ÖBIG 2001).

Hilfs- und Behandlungsangebote für **Alkoholranke** werden derzeit in Kärnten von **drei stationären** Einrichtungen und von **18 ambulanten** Einrichtungen (insbes. Beratungsstellen des Psychosozialen Dienstes, des Kärntner Caritasverbandes und des Blauen Kreuzes in den Bezirkshauptorten) angeboten (vgl. Handbuch Alkohol - Österreich 2001). Im stationären Bereich stehen insgesamt 108 Behandlungsplätze mit Angeboten für Gruppen- und Einzeltherapien, Sozialarbeit, Arbeits- und Kreativitätsprogramme und ambulante Nachbetreuung sowie für körperlichen Entzug zur Verfügung. Die ambulanten Einrichtungen bieten vornehmlich Beratung und Angehörigenberatung sowie zum überwiegenden Teil auch Psychotherapie an. Weiters wird von einigen ambulanten Einrichtungen auch Sozialarbeit, medizinische Basisversorgung sowie vereinzelt auch körperlicher Entzug und juristische Beratung angeboten.

Im Bereich der **Raucherbehandlung** steht in Kärnten - neben zahlreiche Angeboten im niedergelassenen Bereich - die Raucherambulanz in der Lungenabteilung des LKH Klagenfurt zu Verfügung.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Kärnten bei den **illegalen Drogen** im gesamtösterreichischen Zusammenhang **kein Schwerpunktgebiet** darstellt. Der Anteil der **täglichen Zigarettenkonsumenten** an der Kärntner Bevölkerung liegt knapp unter dem Österreichwert und auch die Zahl der täglich konsumierten Zigaretten ist unterdurchschnittlich. Dennoch stellen in Kärnten die Folgen des Tabakkonsums aufgrund der Konsumhäufigkeit ein ernstzunehmendes Problem dar. Insbesondere ist in Kärnten jedoch auf den **überdurchschnittliche Alkoholkonsum** und die daraus resultierenden Folgen - zum Teil stark überdurchschnittliche **alkoholassoziierte Sterblichkeit** vor allem der Männer in den Städten Klagenfurt und Villach sowie in den Bezirken Feldkirchen, St. Veit a. d. Glan und Wolfsberg und überdurchschnittliche Anteile an **alkoholverursachten Verkehrsopfern** in fast allen Kärntner Bezirken - hinzuweisen. Wesentlich ist in allen drei 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 gefährlicheren - 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 Gesundheitsvorsorge

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

Schutzimpfungen

Österreichweite Daten über durchgeführte Impfungen liegen derzeit auf Ebene der österreichischen Bundesländer vor. Quelle dieser Daten sind Meldungen der Bundesländer an das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. Kärnten war bundesweit das erste Bundesland, welches 1999 eine Impfdatenbank eingerichtet hat. Dadurch können Impfungen, die im Impfkonzert aufscheinen, und jene, die im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens durchgeführt wurden, erfasst werden.

Berechnungen für Kärnten für das Jahr 2000 ergaben daher eine Durchimpfungsrate für Diphtherie-Tetanus-Pertussis von 87,7 Prozent, für Hepatitis B von 71,5 Prozent, für Polio von 87,6 Prozent und für Masern-Mumps-Röteln von 81,1 Prozent.

Abbildung 4.5.1: Durchimpfungsraten in Kärnten

Impfjahrgang	Lebend- geborene	1. Teilimpfung		2. Teilimpfung		3. Teilimpfung	
		absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
Hepatitis B							
1999	5.233	3.098	59,2%	2.946	56,3%	2.385	45,6%
2000	5.155	4.559	88,4%	4.328	84,0%	3.684	71,5%
Diphtherie-Tetanus-Pertussis							
1999	5.233	4.805	91,8%	4.750	90,8%	4.621	88,3%
2000	5.155	4.675	90,7%	4.599	89,2%	4.523	87,7%

Quelle: Amt der Kärntner Landesregierung

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

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

Zahngesundheit

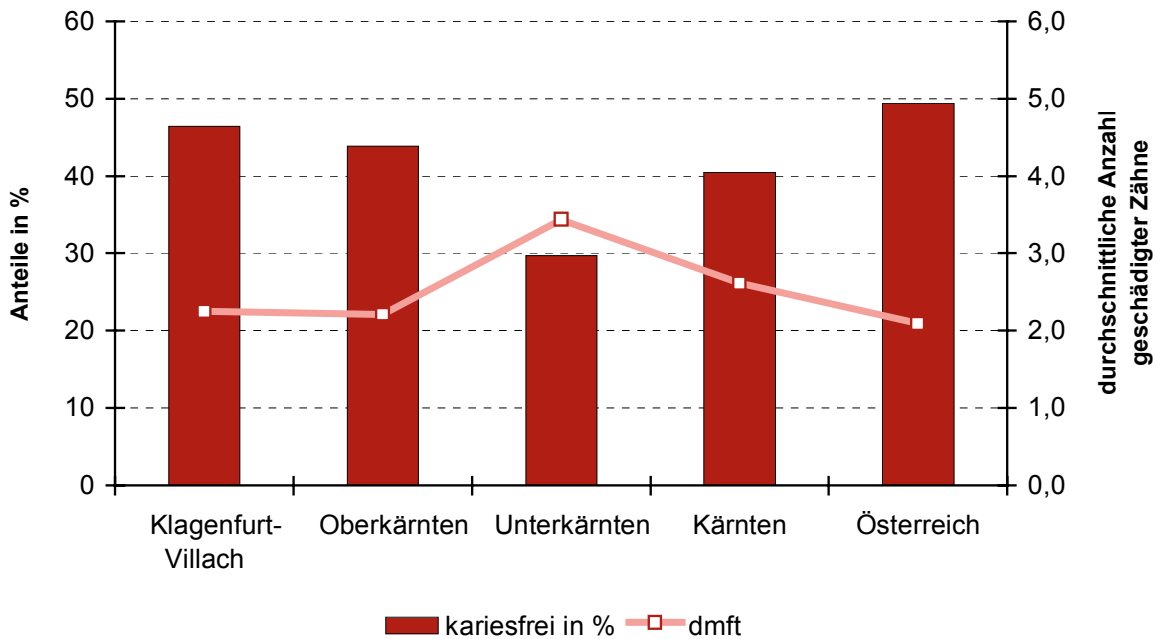
Kariesprophylaxeaktivitäten gibt es derzeit in Kärnten nur in der Landeshauptstadt Klagenfurt, getragen durch das Magistratische Gesundheitsamt. Derzeit arbeitet eine durch den Gesundheitsreferenten eingesetzte Arbeitsgruppe am Konzept für ein landesweites Kariesprophylaxeprojekt.

Um Basisdaten für eine Evaluierung zu erhalten, wurde 2001/2002 im Auftrag der Landessanitätsdirektion Kärnten, unter finanzieller Beteiligung des Fonds Gesundes Österreich, eine Zahnstaterhebung bei Sechsjährigen nach WHO-Standards von der ÖBIG-Koordinationsstelle für Zahnstatus durchgeführt. Durch die 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.

Demnach liegt Kärnten mit einem Anteil von 40 Prozent kariesfreien Kindern erwartungsgemäß - da das einzige Bundesland ohne Kariesprophylaxeprojekt - an letzter Stelle. Im Durchschnitt hatten die Kärntner Kinder 2,6 durch Karies geschädigte Zähne bzw. 6,6 durch Karies geschädigte Zahnflächen.

Die Region Klagenfurt-Villach liegt mit 46 Prozent kariesfreien 6-Jährigen nur knapp unter dem Bundesdurchschnitt von 49 Prozent. Unterkärnten ist die Region mit dem geringsten Anteil kariesfreier Kinder (30 Prozent) sowie den höchsten Kariesprävalenzwerten in Kärnten (vgl. Tab. 4.6.3 im Tabellenanahng und die nachstehende Abb. 4.5.2).

Abb. 4.5.2: Zahnstaturhebung 2001 - Anteil kariesfreier 6-Jähriger und durchschnittliche Anzahl durch Karies geschädigter Zähne im Milchgebiss (dmft)



Quelle: ÖBIG-Zahnstaturhebung 2001

Diabetes

Im Oktober 2001 wurde zwischen dem Land Kärnten und der Kärntner Gebietskrankenkasse eine Vereinbarung für die flächendeckende Diabetikerschulung in Kärnten für die Jahre 2002 bis 2004 unterzeichnet. Diese Vereinbarung gewährleistet für die Jahre 2002 bis 2004 die kärntenweite kostenlose Schulung für Typ-2-Diabetiker.

Vorsorgeuntersuchungen

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

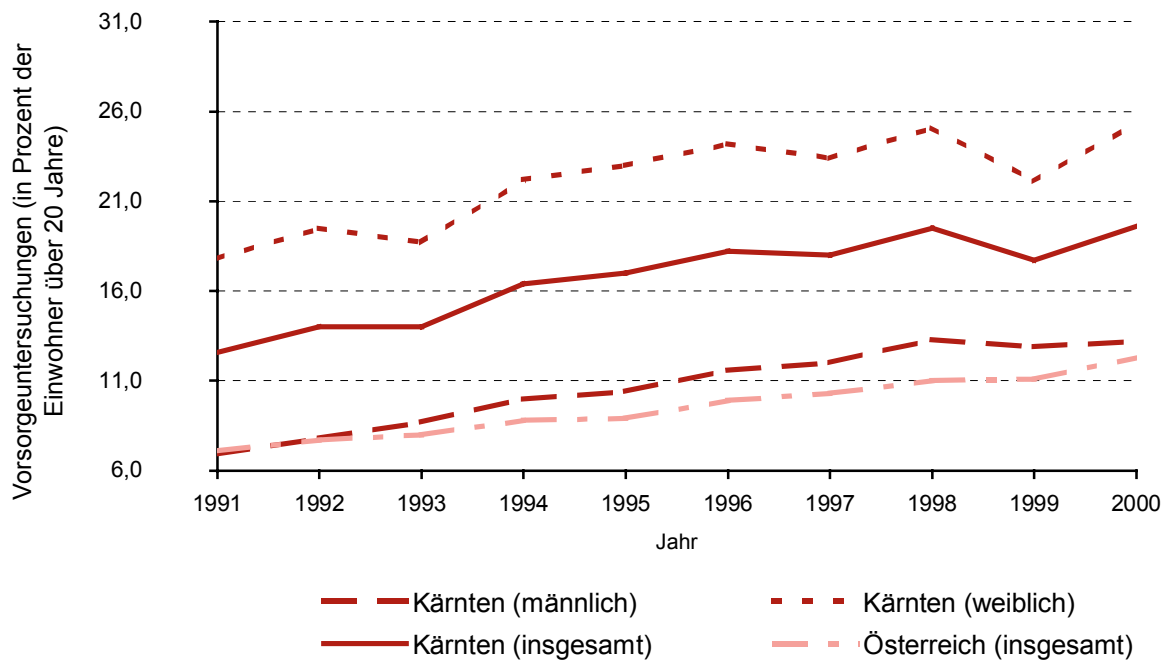
In den Jahren **1991 bis 2000** haben sich jährlich durchschnittlich **rund 71.200 Kärntner und Kärntnerinnen einer Vorsorgeuntersuchung** unterzogen, das sind knapp weniger als **17 Prozent** der Wohnbevölkerung des Bundeslandes im Alter von 20 Jahren und darüber². Damit liegt Kärnten nach Vorarlberg und Tirol an dritter Stelle der Bundesländer, deutlich über dem österreichischen Durchschnitt (rd. 9,5 %), der durch die sehr geringe Beteiligung der Bevölkerung in den einwohnerstarken Bundesländern Wien und Niederösterreich nach unten

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

gedrückt wird. Während österreichweit der Anteil der an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmenden Männer im Zeitraum 1991 bis 2000 ca. 38 Prozent betrug, lag er in Kärnten nur knapp über 30 Prozent.

Die **Zunahme an untersuchten Personen** im Betrachtungszeitraum verlief in Kärnten allerdings mit jährlich durchschnittlich +5,6 Prozent etwas langsamer als im Bundesdurchschnitt (5,8 %). Der österreichweiten Entwicklung entsprechend war auch in Kärnten die Zunahme an Männern stärker als an Frauen; deren Anteil an den untersuchten Personen stieg von einem Viertel im Jahr 1999 auf ein Drittel im Jahr 2000.

Abbildung 4.5.3: Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen in Kärnten und in Österreich 1991 bis 1999



Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; ÖBIG-eigene Berechnungen

4.6 Umwelt

Außenluft

Das Land Kärnten betreibt ein vollautomatisches, flächendeckendes Luftgütemessnetz. In Wolfsberg, St. Andrä, St. Paul, St. Veit, Villach und Arnoldstein sowie in Klagenfurt wird die Bevölkerung kontinuierlich über den Schadstoffgehalt der Luft mittels Großanzeigen informiert. Die aktuellen Daten werden von insgesamt 17 stationären, vier meteorologischen und sechs mobilen Messstellen geliefert. Es werden folgende Schadstoffe, die in Zusammenhang mit der Gesundheit des Menschen und der Vegetation stehen, kontinuierlich registriert:

- Schwefeldioxid (SO₂)
- Schwebstaub
- Stickstoffoxide (NO, NO₂),
- Kohlenstoffmonoxid (CO)
- Ozon (O₃)
- PM₁₀

- Blei in PM₁₀
- Benzol

Routinemäßig werden derzeit durch die zuständige Fachabteilung

- der tägliche Luftgütebericht (ganzjährig),
- der tägliche Ozonbericht und die tägliche Ozoninformation (1. April bis 30. September)
- sowie die zusammenfassenden IG-L-Monatsberichte und IG-L-Jahresberichte

erstellt und im Internet veröffentlicht.

Die Öffentlichkeit wird in verschiedenen Medien über den Umweltzustand in Kärnten informiert (<http://www.umwelt.ktn.gv.at>). Beim Auftreten von besonderen Belastungssituationen werden ständig aktualisierte Informationen über die Medien verlautbart.

Im Jahr 2000 kam es an insgesamt sechs Tagen zu Grenzwertüberschreitungen beim Schwebestaub, verursacht vorwiegend durch Straßenstaubaufwirbelungen und Baustellenemissionen. Bei den weiteren klassischen Luftschadstoffen (SO₂, NO₂ und CO) traten hingegen keine Grenzwertüberschreitungen auf.

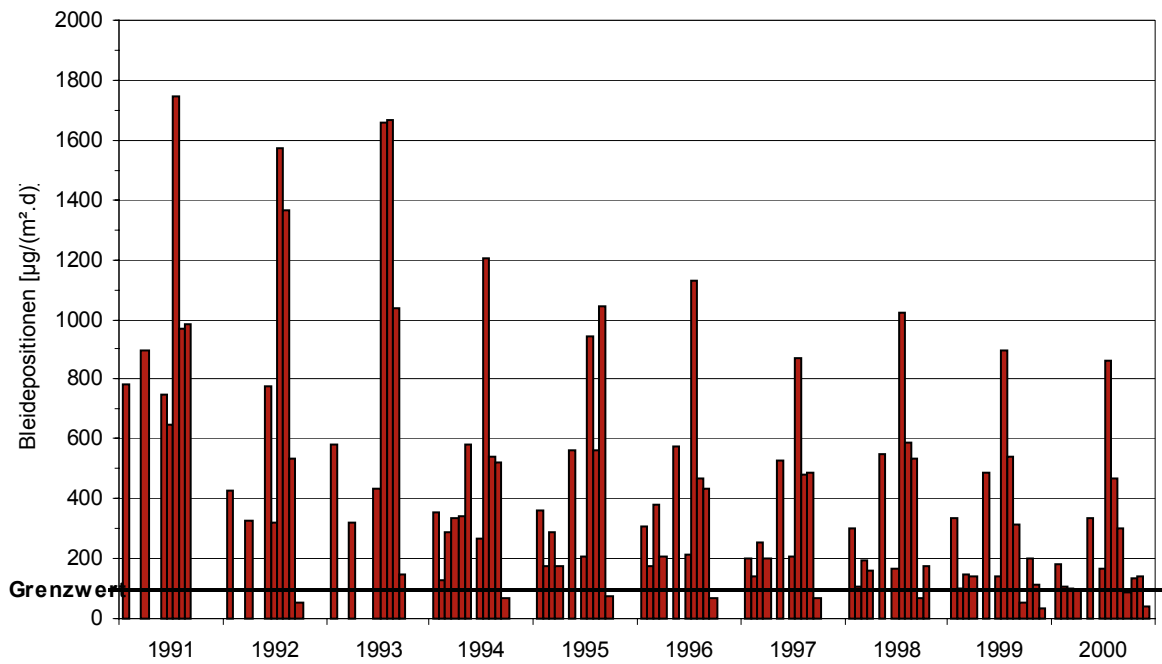
Im Jahr 2001 wurden mit Ausnahme von PM₁₀ (Partikel < 10 µm) bei den klassischen Luftschadstoffen keine IG-L-Grenzwertüberschreitungen verzeichnet. Auch bei den Staubinhaltsstoffen Blei in PM₁₀ und Benzol gab es keine Verletzung der Grenzwerte. Lediglich am Industriestandort Arnoldstein wurde der Grenzwert von Blei (an 7 von 13 Messstellen) und Cadmium (an 1 von 13 Messstellen) im Staubniederschlag überschritten.

Im **Raum Arnoldstein** stellt die dort ansässige Grundstoffindustrie einen bedeutenden Emittenten von Schadstoffen, insbesondere der **Schwermetalle** Blei und Cadmium, dar. Die gemessenen **Bleiimmissionskonzentrationen** in diesem Raum wiesen aber seit 1997 selbst an den am meisten belasteten Stellen Immissionswerte auf, die deutlich unter dem von der EU und der WHO vorgegebenen Grenzwerten lagen. Zudem zeigten die Messungen in Folge der eingeleiteten Maßnahmen zur Sanierung der Bleihütte rückläufige Tendenzen der Belastung - so konnte die Bleikonzentration in der Atemluft von 1992 bis 2001 im Bereich der am höchsten belasteten Siedlung südöstlich des Werkes von im Mittel 0,6 µg/m³ auf 0,07 µg/m³ gesenkt werden. Trotz deutlich rückläufiger Tendenz im Bereich der Immission wurde der Grenzwert für Blei im Staubniederschlag nach dem Immissionsschutzgesetz-Luft im Messgebiet zum Teil deutlich überschritten. Das lokale Maximum lag bei 1.034 µg/(m².d), im Jahr 2001 bei 352 µg/(m².d), der Gebietsmittelwert 1998/1999 betrug 310,5 µg/(m².d). Die Tatsache, dass die Bleiimmissionskonzentrationswerte des IG-Luft und der EU-RL eingehalten sind, die Depositionsgrenzwerte des IG-Luft jedoch immer noch beträchtlich (wenn auch in ständig abnehmendem Ausmaß) überschritten werden (vgl. Abb. 4.6.1), deutet darauf hin, dass die Überschreitung im wesentlichen nicht auf Feinstaub, sondern auf Grobstaub zurückzuführen ist und zwar überwiegend auf aufgewirbelten Staub.

Die Immissionskonzentrationen bei **Cadmium** weisen relativ starke örtliche und zeitliche Schwankungen auf; während der Richtwert der WHO von 5 ng/m³ im Jahr 1999 an einer Messstelle überschritten wurde, lagen die Jahresmittelwerte mit 2,7 ng/m³ im Jahr 2000 und mit 2,1 ng/m³ im Jahr 2001 wiederum deutlich unter dem WHO-Richtwert (vgl. Abb. 4.6.2)

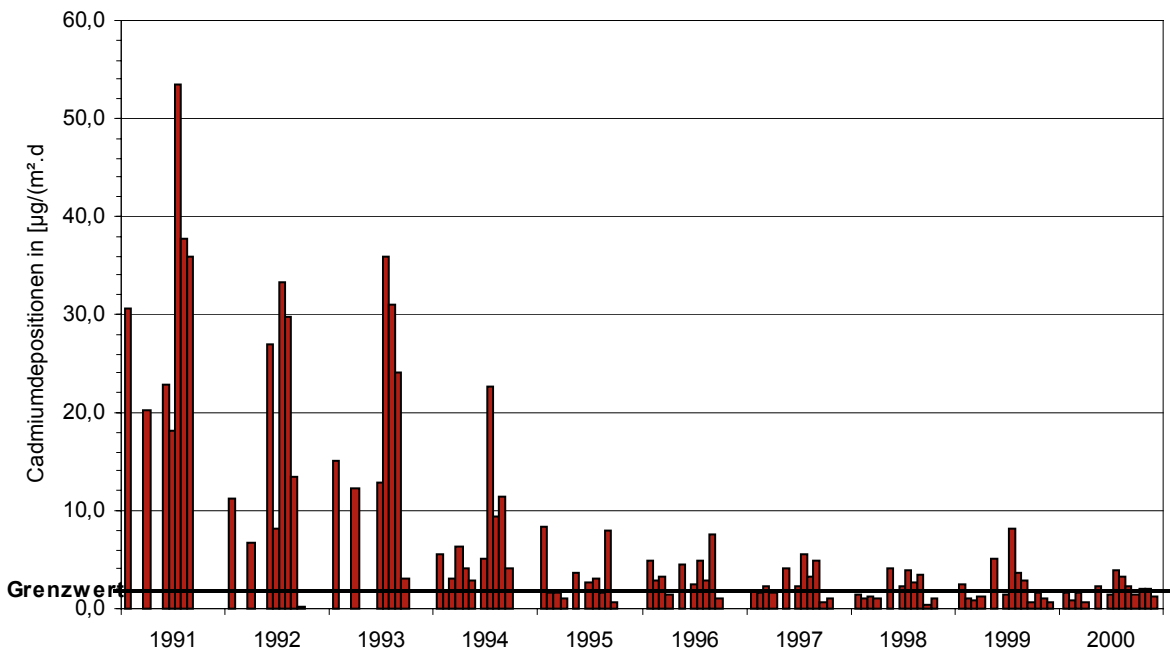
In der **Bundeländer Luftschadstoff-Inventur 1995** wurden die österreichischen Emissionen von SO₂, Stickstoffoxiden (NO_x), flüchtigen Kohlenwasserstoffen (NMVOC), Methan (CH₄), CO, Kohlendioxid (CO₂) Distickstoffoxid (N₂O) und Ammoniak (NH₃) auf die Bundesländer disaggregiert. Diese Analyse zeigte,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

Abbildung 4.6.1: Jahresmittelwerte der Messstellen für Bleidepositionen im Raum Arnoldstein in den Jahren 1991 bis 2000



Quelle: Amt der Kärntner Landesregierung, Abt. 15 - Umweltschutz und Technik

Abbildung 4.6.2: Jahresmittelwerte der Messstellen für Cadmiumdepositionen im Raum Arnoldstein in den Jahren 1991 bis 2000



Quelle: Amt der Kärntner Landesregierung, Abt. 15 - Umweltschutz und Technik

Innenraumluft

Gemäß den Ergebnissen des Mikrozensus 1994 fühlen sich 24,5 Prozent der Kärntner durch **Gerüche** in ihrer Wohnung gestört. Dieser Wert liegt deutlich unter dem österreichischen Durchschnitt von 36,2 Prozent (Statistik Österreich 1994).

Lärm

Gemäß den Ergebnissen des Mikrozensus 1994 fühlen sich 24,5 Prozent der Kärntner durch Lärm in ihrer **Wohnung** gestört. Dieser Wert liegt knapp unter dem österreichischen Durchschnitt von 26,6 Prozent (Statistik Österreich 1994).

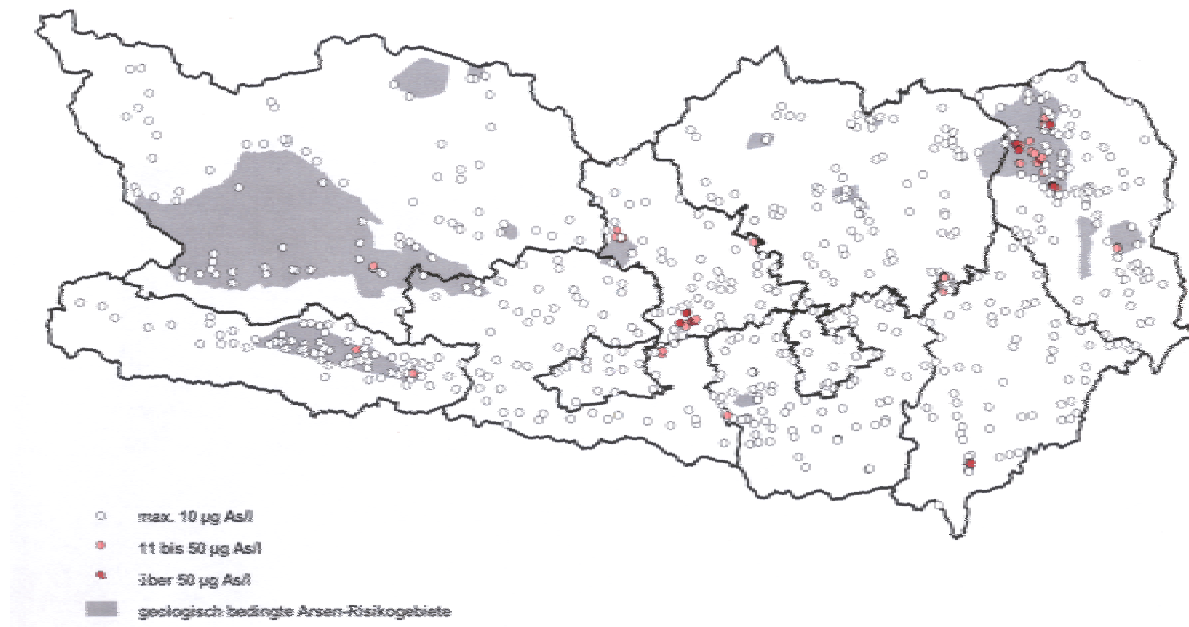
Trinkwasser

Im Rahmen des - auf der Wassergüteehebungsverordnung basierenden - österreichischen **Wassergütemonitorings** werden Grundwasser-, Quell- und Flussgewässermessstellen in regelmäßigen Abständen beobachtet und die Ergebnisse dargestellt. In Kärnten wird die Wasserqualität durch die Landwirtschaftlich-chemische Versuchs- und Lebensmitteluntersuchungsanstalt, die Bundesstaatliche Bakteriologisch-Serologische Untersuchungsanstalt und die Abteilung 15 - Umweltschutz beim Amt der Kärntner Landesregierung überprüft.

In Kärnten existierten im Jahr 1994 bereits **357 Wasserversorgungsanlagen** für jeweils mindestens 100 Einwohner. Sie versorgen mehr als **83 Prozent** der Kärntner Bevölkerung mit Trinkwasser. Grenzwertüberschreitungen wurden selten und nur lokal begrenzt beobachtet (Kärntner Umweltbericht 1994).

Im Hinblick auf die mit 1. Dezember 2003 wirksame Absenkung der zulässigen Höchstkonzentration von **Arsen** im Trinkwasser von 50 µg/l auf den Parameterwert von 10 µg/l (Trinkwasserverordnung) und die Benennung von geologisch möglicherweise mit Arsen belasteten Gebieten seitens der Landesgeologie startete die Unterabteilung Umweltmedizin eine kärntenweite Untersuchung des Trinkwassers auf Arsen. Ziel der Untersuchung war es, eine Übersicht über die Kontamination des Kärntner Trinkwassers mit Arsen zu erhalten und gegebenenfalls präventiv tätig werden zu können. Die Auswahl der Probenahmestellen erfolgte nach geologischen Gesichtspunkten, wobei insbesondere auf die Repräsentativität der Stichprobe und auf die geologischen Risikogebiete geachtet wurde. Bis Ende 2001 wurden insgesamt 673 Trinkwasserproben gezogen, wobei 50 µg As/l 10-mal und 10 µg/l 35-mal überschritten wurde. Im Jahr 2002 wurden in den Gebieten mit mehr als 10 µg As/l Kontrolluntersuchungen auf Arsen und zusätzlich auf Antimon durchgeführt. Von den 73 Proben zeigten neun Arsen-Konzentrationen über 50 µg/l und 41 über 10 µg/l. Durch Zumischung von unbelastetem Trinkwasser wird dennoch gewährleistet, dass nur Trinkwasser, das den gesetzlichen Bestimmungen entspricht, in Verkehr gebracht wird. **Antimon** wurde nur an sieben Probenahmestellen nachgewiesen; der maximale Wert lag mit 3 µg/l deutlich unter dem Parameterwert der Trinkwasserverordnung.

Abbildung 4.6.3: Trinkwasseruntersuchungen auf Arsen 2000-2002



Quelle: Amt der Kärntner Landesregierung, Abt. 12 - Unterabteilung Umweltmedizin

Badegewässer

Die Überwachung der Wassergüte der Kärntner Badeseen reicht bis Anfang der 1970er Jahre zurück. Während das Kärntner Institut für Seenforschung (<http://www.kis.ktn.gv.at>) regelmäßig die limnologischen Eigenschaften der Badegewässer kontrolliert, überwacht die Umweltmedizin die hygienische Eignung. Gemäß EU-Richtlinie 76/160/EWG muss gewährleistet sein, dass die Beschaffenheit des Badewassers die Gesundheit der Badenden, insbesondere in hygienischer Hinsicht, nicht gefährdet. Im Jahr 2000 wiesen von 440 Proben nur zwölf eine punktuelle Überschreitung der strengerer Richtwerte auf. In die als „gut“ bezeichnete Badequalität waren in dieser Saison der Weißensee, Magdalensee, Hafnersee, Rauschensee, Vassacher See, Hörzendorfer See, Trattnigteich, Keutschacher See, Turnersee, Göselsdorfer See und der St. Urban See einzuordnen, alle anderen Kärntner Seen hatten ausgezeichnete Badequalität. Im Jahr 2001 wurden 75 Badestellen an 44 Badeseen überprüft (siehe Publikationen des Kärntner Seenforschungsinstituts sowie den jährlichen Bericht über die Qualität der Badegewässer der Europäischen Kommission). Keine einzige der 328 von der Bundesstaatlichen Bakteriologisch-Serologischen Untersuchungsanstalt für Kärnten untersuchten Wasserproben zeigte in diesem Jahr eine Grenzwertüberschreitung bei den relevanten mikrobiologischen Parametern. Drei Proben wiesen eine geringfügige Richtwertüberschreitung (gesamtcolliforme Bakterien bzw. faecalcolliforme Bakterien) auf. Insgesamt waren alle Badegewässer während der gesamten Badesaison als hygienisch einwandfrei und die Badewasserqualität als sehr gut zu beurteilen.

Zur Beschleunigung und Transparentmachung der Abläufe, Optimierung der Datenhaltung und Publikation der Ergebnisse im Internet wird dzt. eine eigene Applikation (BadIS Badewasserinformationssystem) entwickelt.

Boden

Der weitaus größte Teil der agrarisch genutzten Fläche Kärntens, nämlich 46,1 Prozent, ist von **Wald** bedeckt. **Wiesen**, **Weiden** und **Almen** folgen mit 28,7 Prozent. Lediglich 7,4 Prozent der Landesfläche werden als **Ackerland** und nur 0,3 Prozent gartenbaulich genutzt.

Die Kulturlandschaft im Bundesland Kärnten ist traditionell von der Bewirtschaftung durch **bäuerliche Familienbetriebe** charakterisiert. Im europäischen Vergleich ist die Kärntner Landwirtschaft, bedingt durch die naturräumlichen Gegebenheiten und historischen Entwicklungen, relativ kleinstrukturiert. Es dominieren Grünlandbetriebe mit **Rinderhaltung**.

Die **Düngemittelanwendung** in Kärnten ist durch einen im internationalen Vergleich sehr geringen Nährstoffeinsatz insgesamt und durch die in der Viehhaltung anfallenden **Wirtschaftsdünger** geprägt. Das Kärntner Chemikaliengesetz 1991 fordert von jedem Landwirt einen **Sachkundenachweis**, wenn er Pflanzenschutzmittel anwenden will.

Seit 1985 stellten Untersuchungen fest, dass auf dem **Standort Arnoldstein** umfassende Bodensanierungen erforderlich waren. Die Gründe dafür waren die vorgefundenen, durch Ablagerungen von Industrieabfällen verursachten Gefährdungspotenziale (hohe **Schwermetallkonzentrationen** in den Böden).

1992 wurden im Raum Arnoldstein durch die Lebensmitteluntersuchungsanstalt für Kärnten Obst- und Gemüseproben aus Haus- und Kleingärten auf ihre Schwermetallgehalte (vorwiegend Blei und Cadmium) untersucht. Die meisten Richtwertüberschreitungen traten bei Beerenobst, gefolgt von Küchenkräutern und Salat, die wenigsten bei Sprossgemüse auf (Wiedner 1992). Im selben Jahr wurden im Auftrag der Kärntner Landesregierung erstmals über 1.000 Blutproben der Bevölkerung von Arnoldstein und Umgebung auf **Blei** untersucht (Eisenmenger 1992). Zusätzlich wurde die Bleikonzentration in 107 Kinderzähnen (je 1 Zahn/Kind) gemessen. Eines der wichtigsten Ergebnisse war, dass die Bleibelastung vieler Kinder aus dem Nahbereich des hauptverursachenden Betriebes als auf Dauer nicht tolerabel eingestuft werden musste. Auf Grund dieser Untersuchungsergebnisse wurden umfangreiche Sanierungsmaßnahmen auf dem Firmengelände und im Ort durchgeführt, wie ein Austausch der Erde von Hausgärten und die Beseitigung von Schlackenhalde auf dem Industriegelände. Im November 1994 wurden an insgesamt 143 Personen erneut Blutbleiuntersuchungen vorgenommen und ausgewertet (Schroth 1994). Es konnte kein Unterschied mehr zwischen jenen Personen festgestellt werden, die Gemüse aus ihrem eigenen Garten aßen, und jenen, die kein eigenes Gemüse verzehrten.

Ziel eines erneuten Humanbiomonitorings im Jahre 1998 (Drasch et al. 2000) war es, festzustellen, ob die Sanierungsmaßnahmen seit 1992 zu einer Absenkung der inneren Bleibelastung der Bevölkerung, insbesondere der Kinder, geführt haben. Die Untersuchung zeigte, dass in sämtlichen Bevölkerungsgruppen die mittlere Blut-Bleikonzentration, wie auch insbesondere die Maximalwerte, zwischen 1992 und 1998 deutlich abgenommen haben. Bei keinem Kind kam es mehr zu einer Überschreitung des HBM-I-Wertes. Insbesondere bei jenen Kindern, bei denen 1992 relativ hohe Blut-Bleiwerte gefunden wurden, zeigte sich der Rückgang der Blut-Bleiwerte weitaus stärker als bei den übrigen Kindern. Die Bleiuntersuchung in den Milchzähnen bestätigte den deutlichen Abfall der Langzeitbleibelastung der Kinder. Zusammenfassend kamen die Autoren zu dem Schluss, dass Personen, die weiter als 1 km vom Werk entfernt wohnen, innere Bleibelastungen aufweisen, wie sie als Hintergrundbelastung in vielen anderen aktuellen Untersuchungen in Mitteleuropa gefunden werden. Die Werte der Bewohner des Nahbereiches liegen demgegenüber immer noch etwas höher, sind jedoch aus toxikologischer Sicht als gesundheitlich unbedenklich zu bezeichnen.

Aufgrund der hohen Depositionswerte von **Cadmium** in den Jahren 1991/1992 wurde zur Verifizierung der tatsächlichen Cadmiumbelastung vom Land Kärnten 1992 im Rahmen der Blut-Blei-Untersuchungen auch eine Stichprobenuntersuchung der Blut-Cadmium-Konzentration der Bevölkerung Arnoldsteins in Auftrag gegeben. Ausgewählt wurden verschiedene Gruppen: Kinder aus dem Nahbereich (unter 1 km um das Werk), Raucher der Allgemeinbevölkerung aus dem Nahbereich, Nichtraucher der Allgemeinbevölkerung aus dem Nahbereich, rauchende aktive Arbeiter, nichtrauchende aktive Arbeiter. Durch diese Auswahl wurde

sichergestellt, dass sowohl eine mögliche berufliche als auch eine Umweltbelastung erfasst werden konnte. Das Ergebnis bestätigte die bekannte Tatsache, dass Raucher deutlich höhere Cadmiumkonzentrationen im Blut aufweisen als Nichtraucher. Die Werte bei den Kindern und Erwachsenen der Allgemeinbevölkerung unterschieden sich jedoch nicht von zahlreichen Angaben in der internationalen neueren Literatur über die Cadmiumkonzentrationen von nicht belasteten Bevölkerungsgruppen. Auch die Cadmiumbelastungen bei den Arbeitern unterschieden sich nicht von den gemessenen Blutkonzentrationen innerhalb der Allgemeinbevölkerung.

Radioaktivität

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. Kärnten wurde im Rahmen des Österreichischen Nationalen Radon-Projektes (ÖNRAP) vollständig untersucht. Der international vereinbarte Eingreifrichtwert von 400 Bq/m^3 wurde in der Gemeinde **Griffen** erheblich, in mehreren Gemeinden des **Bezirk** **Spittal an der Drau** sowie in **Weitensfeld-Flattnitz** geringfügig überschritten. Aussagen über gesundheitliche Auswirkungen liegen nicht vor.

Das **Strahlenfrühwarnsystem** hat im Jahr 1986 - verursacht durch den Reaktorunfall von Tschernobyl - die für Kärnten **höchste Ortsdosisleistung im Bezirk Klagenfurt Land** mit 144 nSv/h ermittelt. Damit war die Strahlenbelastung in Kärnten deutlich geringer als nördlich des Alpenhauptkammes (Jahresmittelwerte bis 186 nSv/h in Wels Land). Zehn Jahre später war die Belastung auch in weiten Teilen Kärntens unter 100 nSv/h abgeklungen, auf einen Pegel wie vor der Katastrophe.

Weitere umweltmedizinische Schwerpunkte

Studie über Auswirkungen von Mobilfunk-Basisstationen auf Gesundheit und Wohlbefinden

Um Hinweise auf mögliche **gesundheitsbeeinträchtigende Einflüsse** von **hochfrequenten elektromagnetischen Feldern der Basisstationen von Mobilfunknetzen** zu erhalten, wurden folgende Daten von 180 freiwillig an der Untersuchung teilnehmenden Personen, welche im Nahbereich von fünf Antennenstandorten wohnen, erhoben:

- Soziodemographische Merkmale
- Einschätzung der Umweltsituation in der Wohnumgebung
- Art und Stärke von gesundheitlichen Beschwerden nach Beschwerdegruppen
- Schlafqualität
- Ikonisches Gedächtnis, Kurzzeitgedächtnis und Übergang zu Langzeitgedächtnis
- Reaktionsgeschwindigkeit bei optischen Diskriminationsaufgaben
- Wahrnehmungsgeschwindigkeit

Weiters wurde an jedem der fünf Standorte durch das TGM Wien, eines der vier in Österreich für die Messung elektromagnetischer Felder zertifizierten Messinstitute, eine Spektralanalyse der hochfrequenten Immissionen vorgenommen sowie in den Haushalten eine Breitbandmessung durchgeführt, sodass für jeden Probanden eine Messung der durchschnittlichen und der maximalen Einwirkung hochfrequenter Felder vorliegt. Weiters werden Daten über Lärm und Luftschadstoffe in die Analyse einbezogen. Die Messungen ergaben, dass an allen Standorten die Einwirkungen aus Mobilfunk-Basisstationen einen erheblichen Anteil, meist sogar den überwiegenden Anteil, ausmachen. Durchschnittlich war der Anteil des Mobilfunks an allen hochfrequenten Immissionen (Rundfunk, Fernsehen, etc.) über 70 Prozent. Das heißt, dass auch im ländlichen Raum heute der Mobilfunk den dominierenden Teil aller hochfrequenter Immissionen stellt.

Insgesamt waren aber die Einwirkungen hochfrequenter Felder gering. Die gemessenen Werte lagen zwischen 0,1 und 25 mW/m² für die Gesamtheit hochfrequenter Felder und zwischen 0,04 und 7,4 mW/m² für die Immissionen der GSM-Antennenanlage. Die in den Wohnungen ermittelten Werte machen also maximal ein 600stel des von der ICNIRP (Internationale Kommission zum Schutz vor nicht-ionisierender Strahlung) empfohlenen Richtwerts für die Allgemeinbevölkerung aus, andererseits wurde in etwa 24 Prozent der Haushalte eine Überschreitung des sogenannten Salzburger Vorsorgewerts von 1 mW/m² festgestellt.

Wie bei einer im Prinzip gesunden Stichprobe nicht anders zu erwarten war, ist die Häufigkeit und Stärke von Beschwerden der untersuchten Gruppen gering, und auch die Schlafqualität nur selten beeinträchtigt. Es zeigte sich jedoch bei einigen Beschwerden, insbesondere aus dem Bereich der Herz-Kreislaufbeschwerden (Herzpochen, Schwindel, Kurzatmigkeit usw.), ein Zusammenhang mit der Immission der Mobilfunk-Basisstation. Dabei erhebt sich die Frage, ob dieser Zusammenhang auf die Befürchtungen bzgl. negativer gesundheitlicher Auswirkungen des Handy-Masten zurückgeführt werden kann. Es zeigte sich, dass zwar die psychasthenischen Symptome sowie die Schlafqualität stärker mit den Befürchtungen negativer Auswirkungen der Basisstation zusammenhängen als mit den gemessenen Feldstärken, dass dies aber für die Herz-Kreislaufbeschwerden nicht gilt: Herz-Kreislaufbeschwerden zeigen einen Zusammenhang mit den gemessenen Feldstärken, der unabhängig davon festgestellt werden kann, ob die Person Auswirkungen des Handy-Masten befürchtet oder nicht.

Nachteilige gesundheitliche Auswirkungen einer langdauernden auch sehr niedrigen Exposition in der Größenordnung von einigen mW/m² können gemäß den ersten Ergebnissen dieser Studie nicht ausgeschlossen werden, eine größere Umsicht bei der Situierung der Antennenanlagen wird ebenso empfohlen wie die Durchführung ähnlicher Untersuchungen in größerem Maßstab zur weiteren Abklärung der Frage. Die Endauswertung der Studie, in der unter anderem auch die Lärm- und Luftgütedaten berücksichtigt werden, wird im Jahr 2002 fertiggestellt.

International Study on Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)

1995/96 wurden in den Bezirken Klagenfurt-Stadt, Spittal/Drau und St. Veit/Glan mittels Fragebogenuntersuchung die Häufigkeit und der Schweregrad von Asthma, Heuschnupfen und Neurodermitis bei den Kindern der ersten und zweiten Schulstufe erhoben. Mit zusätzlichen Fragen einerseits zum Auftreten dieser Erkrankungen bei weiteren Familienmitgliedern und andererseits zum Wohnumfeld wurden Risikofaktoren ermittelt. Die Auswertung der Fragebögen erfolgte durch die Abteilung für Epidemiologie der Universität Wien: Im Vergleich mit den Ergebnissen aus anderen Regionen sind die Erkrankungshäufigkeiten von Asthma (3,3 %), Heuschnupfen (3,8 %) und Neurodermitis (9,7 %) bei den Kärntner Schulkindern niedrig. Um festzustellen, ob Faktoren der Wohnumgebung der Kinder oder familiäre Belastungen an der Entstehung dieser Erkrankungen beteiligt sind, sind zusätzliche Auswertungen und Untersuchungen notwendig. 2002 wurden Wiederholungsuntersuchungen in den drei Bezirken durchgeführt, um eine Änderung von Häufigkeit und Schwere der drei Erkrankungen im zeitlichen Verlauf zu bestimmen.

Pollenwarndienst

Der seit 1979 in Kärnten eingerichtete **Pollenwarndienst** ist eine Service-Stelle für Pollenallergiker. Mit drei Pollenfallen, stationiert in Klagenfurt, Spittal/Drau und Wolfsberg, werden Messungen zum Pollengehalt in der Luft durchgeführt. Die Ergebnisse werden samt Prognose wöchentlich aktuell in verschiedenen Medien (Internet, Telefon-Tonbanddienst) veröffentlicht. Basierend auf den Aufzeichnungen aus zwanzig Jahren wurde im Jahr 2000 ein neuer Pollenflugkalender gestaltet, der die Haupt-, Vor- und Nachblüte der zwölf allergologisch

wichtigsten Pflanzen in Kärnten zeigt. Für die Beratungstätigkeit der Ärzte wird jeweils nach Ablauf der Pollensaison ein Pollenflug-Jahresdiagramm erstellt. Es dient dem Vergleich des Pollenfluges mit den Eintragungen im Beschwerdenkalender von Pollenallergikern.

Umweltmedizinische Beratung

Immer häufiger werden Umwelteinflüsse als Ursache für Beschwerden und Erkrankungen angesehen. Für den Einzelnen ist es schwierig, das breite Spektrum der tatsächlichen oder vermeintlichen Umweltschadstoffe richtig abzuschätzen und einzuordnen. Zum Zweck der Vermittlung von fundierten Informationen über mögliche Gesundheitsbeeinträchtigungen durch Umwelteinflüsse wurde die umweltmedizinische Beratung beim Amt der Kärntner Landesregierung eingerichtet. Anfragen können telefonisch oder per E-Mail bei dieser Beratungsstelle eingebracht werden. Im Jahr 2001 gingen über 900 vornehmlich telefonische Anfragen ein. Besonders häufig waren Mobilfunk, BSE, Milzbrand und Allergien Themen dieser Beratungen.

4.7 Zusammenfassung

Somatische Basisdaten

- **Untergewicht:** Im Jahr 1999 waren 3,6 Prozent der Frauen und 2,6 Prozent der Männer - also mehr als im Bundesdurchschnitt - stark untergewichtig. Dieser Anteil ist seit 1991 angestiegen. Besonders betroffen davon sind **Frauen** und **Jugendliche** (deutlich mehr als österreichweit) sowie in regionaler Hinsicht der **Kärntner Zentralraum**.
- **Übergewicht:** Mehr als **jeder fünfte** über 15-jährige Kärntner war im Jahr 1999 übergewichtig und fast **jeder zehnte** über 15-jährige Kärntner war stark übergewichtig. Die Betroffenheit hat seit 1991 zugenommen, liegt jedoch noch unter dem Österreichdurchschnitt. In regionaler Hinsicht ist auch hier der **Kärntner Zentralraum** besonders betroffen.
- **Bluthochdruck:** Rund **vier Prozent** der über 15-jährigen Kärntner leiden nach Selbstauskunft an zu hohem Blutdruck - das ist weniger als österreichweit; besonders betroffen davon sind die **über 60-Jährigen**.

Ernährung

- **42 Prozent** der über 15-jährigen Kärntner gaben 1999 an, sich **gesundheitsbewusst zu ernähren**. Das ist der höchste Anteil im Bundesländervergleich. Besondere Bedeutung wird einer gesundheitsbewussten Ernährung von **Frauen** und **Menschen im Alter von 45 bis 75 Jahren** sowie von Menschen im **Kärntner Zentralraum** beigemessen.

Sport und Bewegung

- **38 Prozent** der über 15-jährigen Kärntner - also etwas mehr als österreichweit - betreibt nach Selbstauskunft bewusst zur Gesunderhaltung **regelmäßig Sport** - insbesondere **Männer** sowie die **15- bis 44-Jährigen**. In Unterkärnten ist der Anteil am geringsten, aber immer noch höher als im Österreichdurchschnitt.

Rauchen

- **Jeder dritte** über 15-jährige **Kärntner** und mehr als **jede vierte** über 15-jährige **Kärntnerin** gab 1999 an, **täglich Zigaretten zu rauchen**. Während der Raucheranteil bei den Männern (wie insgesamt) unter dem Österreichdurchschnitt liegt, ist er bei den Frauen überdurchschnittlich. Der tägliche Zigarettenkonsum der Raucher ist in Kärnten geringer als österreichweit.

- **Mehr als jeder vierte Jugendliche** in Kärnten konsumiert täglich Zigaretten, das ist zwar weniger als im Bundesdurchschnitt, aber dennoch zu hoch.
- Innerhalb Kärntens weist **Unterkärnten** sowohl den **höchsten Raucheranteil** als auch den **höchsten Anteil an starken Rauchern** auf.

Alkohol

- Gemäß Schätzungen sind in Kärnten rund **40.000 Menschen alkoholabhängig**.
- Der **tägliche Alkoholkonsum** in Kärnten ist im Bundesländervergleich sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen der zweithöchste nach dem Burgenland.
- Die **potenziell alkoholassoziierte Sterblichkeit** liegt bei beiden Geschlechtern knapp über dem Österreichdurchschnitt und ist seit 1991 rückläufig. Sie ist bei den Männern deutlich höher als bei den Frauen. Besonders hoch ist sie in der Stadt **Klagenfurt** und in den Bezirken **Feldkirchen** und **St. Veit/Glan**; über dem Österreichwert liegen die Werte auch in der Stadt Villach und im Bezirk Wolfsberg.
- Die **Anteile an alkoholverursachten Verkehrsopfern** (Durchschnitte der Jahre 1998 bis 2000) sind bei den Verletzten zwar unterdurchschnittlich, aber **jeder zehnte Verkehrstote** auf Kärntens Straßen ist auf Alkoholeinfluss zurückzuführen. Insgesamt erlitten in Kärnten im Beobachtungszeitraum **über 900 Menschen** einen körperlichen Schaden (inklusive Todesfolge) aufgrund eines alkoholbedingten Verkehrsunfalles.
- Die Betroffenheit von **alkoholverursachten Verkehrsunfällen** ist in den Bezirken **Völkermarkt, St. Veit/Glan** und **Klagenfurt** sehr hoch, gefolgt von Hermagor und Wolfsberg.
- **Hilfs- und Behandlungsangebote** für Alkoholranke werden derzeit in Kärnten von drei stationären und 18 ambulanten Einrichtungen angeboten. Bei der **Prävention** sollte aufgrund der gesellschaftlichen Integration der Droge Alkohol der **verantwortungsvolle Umgang** im Vordergrund stehen.

Illegale Suchtmittel

- Hier stellt Kärnten im österreichischen Zusammenhang **kein Schwerpunktgebiet** dar.
- Im Bereich der **Drogenhilfe** verfügt Kärnten über zwei stationäre Einrichtungen und 16 ambulante Beratungs- und Betreuungsstellen. Bei der Suchtprävention geht es zunehmend auch um die Verhinderung der Verbreitung neuer Formen des Drogenkonsums.

Gesundheitsvorsorge

- **Impfschutz:** Kärnten hat 1999 als erstes Bundesland eine **Impfdatenbank** eingerichtet. Errechnete Durchimpfungsraten für das Jahr 2000: Diphtherie-Tetanus-Pertussis 87,7 Prozent, Hepatitis B 71,5 Prozent, Polio 87,6 Prozent und Masern-Mumps-Röteln 81,1 Prozent; über das Ausmaß des Impfschutzes bei der erwachsenen Bevölkerung herrscht in Teilbereichen **Unklarheit**. Der **Mikrozensus 1999** liefert Hinweise darauf, dass die über 15-jährige Bevölkerung Kärntens - mit steigendem Alter jedoch abnehmend - in einem **überdurchschnittlich hohen Ausmaß** durch Impfungen geschützt ist.
- **Zahngesundheit:** Zahnprophylaxeaktivitäten gibt es in der Landeshauptstadt Klagenfurt. Ein landesweites Kariesprophylaxeprojekt wird derzeit aufgebaut. Eine Zahnstatushebung bei Sechsjährigen (2001/2002) nach WHO-Standards zeigt, dass Kärnten mit einem Anteil von nur 40 Prozent kariesfreien Kindern im Bundesländervergleich an letzter Stelle liegt. In der Region Klagenfurt-Villach (Kariesprophylaxeaktivitäten) ist der Wert am besten, in Unterkärnten am schlechtesten.
- **Diabetes:** In den Jahren 2002 bis 2004 wird flächendeckend eine kärntenweite kostenlose Schulung für Typ-2-Diabetiker durchgeführt. In dieses Projekt sind niedergelassene

Ärzte aus allen Bezirken Kärntens eingebunden. Die Kosten werden vom Land und der Kärntner Gebietskrankenkasse zu gleichen Teilen getragen.

- **Vorsorgeuntersuchungen:** In den Jahren 1991 bis 2000 haben sich nach Auskunft des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger jährlich durchschnittlich knapp mehr als **17 Prozent** der über 19-jährigen Bevölkerung Kärntens einer Vorsorgeuntersuchung unterzogen. Das liegt deutlich über dem Österreichdurchschnitt, der Anteil der teilnehmenden Männer ist hingegen unterdurchschnittlich. Die relative Zunahme der Zahl der untersuchten Personen war in diesem Zeitraum in Kärnten leicht unterdurchschnittlich.

Umwelt

- **Atemluft:** Bei der **Bundesländer Luftschadstoff-Inventur 1995** wurde festgestellt, dass in Kärnten die gemessenen Emissionen bezogen auf die Fläche unter dem Bundesdurchschnitt lagen. Seit 1997 liegen jedoch auch an den am stärksten belasteten Stellen die Immissionswerte für Blei und zum Teil auch für Cadmium bereits unter den EU- und WHO-Grenzwerten.
- **Wasser:** Die Wassergüte wird im Rahmen des österreichischen Wassergütemonitorings in regelmäßigen Abständen beobachtet. In Kärnten traten beim Trinkwasser Grenzwertüberschreitungen nur selten und lokal begrenzt auf. Eine in den Jahren 2000 bis 2002 durchgeführte **Trinkwasseruntersuchung auf Arsen** zeigte bei einigen wenigen Proben erhöhte Belastungen. In diesen Gebieten wird durch die laufende Zumischung von unbedenklichem Trinkwasser die Arsenbelastung unter den gesetzlichen Grenzwert gesenkt. Die **Badegewässer** sind hygienisch einwandfrei und besitzen **eine sehr gute Qualität**.
- **Lärm:** Die Lärmbelastung stellt in Kärnten vor allem ein lokales Problem dar (v. a. Verkehrslärm) und ist landesweit betrachtet gemäß den Ergebnissen des Mikrozensus 1994 unterdurchschnittlich ausgeprägt.
- **Boden:** Aufgrund umfassender Sanierungsmaßnahmen konnten im **Raum Arnoldstein** die Blei- und Cadmiumbelastungen so weit reduziert werden, dass sie für die Bewohner der Region als **gesundheitlich unbedenklich** zu bezeichnen sind.
- **Radioaktivität:** Gemäß dem Österreichischen Nationalen Radon-Projekt (ÖNRAP) wurde in Kärnten der international vereinbarte Eingreifrichtwert in der Gemeinde Griffen erheblich, in mehreren Gemeinden des Bezirkes Spittal/Drau sowie in Weitensfeld-Flatnitz geringfügig überschritten. Die aufgrund der Tschernobylkatastrophe 1986 überhöhte Strahlenbelastung ist innerhalb von zehn Jahren auf einen Pegel wie vor der Katastrophe abgesunken.
- **Umweltmedizinische Schwerpunkte in Kärnten**
 - **Studie über Auswirkungen von Mobilfunk-Basisstationen auf Gesundheit und Wohlbefinden:** Die vorläufigen Studienergebnisse zeigen, dass nachteilige gesundheitliche Auswirkungen einer langdauernden, auch sehr niedrigen Exposition nicht ausgeschlossen werden können.
 - **International Study on Asthma und Allergies in Childhood (ISAAC):** 1995/96 wurden in einigen Bezirken die Häufigkeit und der Schweregrad von Asthma, Heuschnupfen und Neurodermitis bei den Kindern der ersten und zweiten Schulstufe erhoben und Risikofaktoren ermittelt. Im Vergleich mit den Ergebnissen aus anderen Regionen sind die Erkrankungshäufigkeiten bei den Kärntner Schulkindern niedrig. Im Jahr 2002 wurden Wiederholungsuntersuchungen durchgeführt.
 - **Pollenwarndienst:** Seit 1979 ist in Kärnten ein **Pollenwarndienst** als Servicestelle für Pollenallergiker eingerichtet. Messergebnisse über Pollenbelastungen werden samt Prognosen wöchentlich aktuell in verschiedenen Medien (Internet, Telefon-

Tonbanddienst) veröffentlicht, ferner werden ein Pollenflugkalender sowie jährliche Pollenflugjahresdiagramme erstellt.

- **Umweltmedizinische Beratung:** Aufgrund steigenden Bedarfes wurde zum Zweck der Vermittlung von fundierten Informationen über mögliche Gesundheitsbeeinträchtigungen durch Umwelteinflüsse die umweltmedizinische Beratung beim Amt der Kärntner Landesregierung eingerichtet.

5 Einrichtungen des Gesundheitswesens

5.1 Gesundheitsvorsorge und -förderung

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

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

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

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

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

Gemäß diesen Studienergebnissen stellte im Jahr 1996 die **Sozialversicherung** mit **€ 722 Mio.** oder 85 Prozent (um Transfers bereinigt 81 %) österreichweit den weitaus **größten Teil** der Ausgaben für Gesundheitsvorsorge und -förderung. Mit 58 Prozent floss der **Großteil** dieser Mittel in die **Tertiärprävention** (Rehabilitationsmaßnahmen), gefolgt von der Sekundärprävention mit 14 Prozent (hauptsächlich für Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge). Der **Bund** stellte für Prävention und Gesundheitsförderung insgesamt **€ 66 Mio.** oder acht Prozent (um Transfers bereinigt 11 %) zur Verfügung. Etwa zwei Drittel dieser Mittel gingen dabei in die Sekundärprävention. Der Anteil der **Bundesländer** an den Gesamtausgaben belief sich auf **€ 46 Mio.** oder fünf Prozent (um Transfers bereinigt 6 %). Davon ging

fast die Hälfte in die Sekundärprävention und etwas mehr als ein Drittel in die Tertiärprävention. Die **Gemeinden** stellten mit **€ 13,5 Mio.** oder zwei Prozent den geringsten Anteil an den Gesamtausgaben. Mit knapp mehr als € 3 Mio. stellten sie jedoch 37 Prozent der österreichweiten Ausgaben für gesundheitsfördernde Maßnahmen.

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

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

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

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

Gemäß der vorgenommenen Schätzung wurden in **Kärnten** im Jahr **1996** etwa **€ 53 Mio.** für Gesundheitsvorsorge und -förderung ausgegeben. Mit **€ 94,- pro Einwohner** entspricht das 90 Prozent des österreichischen Durchschnittes. Mit € 23 Mio. ging in Kärnten weniger als die Hälfte der Mittel (43 %) in die Tertiärprävention (vgl. Tab. 5.1.1 im Tabellenanhang), während es österreichweit knapp mehr als die Hälfte war. Das ist vor allem darauf zurückzuführen, dass in Kärnten der Anteil an **Rehabilitationspatienten** an den Einwohnern unter dem Bundesdurchschnitt liegt.

Bei der **Prävention im eigentlichen Sinn**, nämlich bei der Primärprävention (€ 4,3 Mio. oder 8 %) und der Sekundärprävention (€ 12,7 Mio. oder 24 %) lagen hingegen die Ausgabenanteile in Kärnten deutlich über dem Österreichdurchschnitt. In der Sekundärprävention wurde auch der Österreichwert pro Einwohner deutlich übertroffen.

Der Anteil der Ausgaben für **Gesundheitsförderung** wurde mit rund **zwei Prozent** geschätzt, was 46 Prozent über dem Österreichwert liegt. Wie österreichweit ist für knapp mehr als ein Fünftel der Gesamtausgaben - also etwa in der Größenordnung der Sekundärprävention - keine Aufteilung auf bestimmte Maßnahmenbereiche möglich.

Zusammenfassend zeigt sich, dass - gemäß der Schätzung - im Jahr 1996 in Kärnten pro Einwohner für Sekundärprävention und Gesundheitsförderung deutlich mehr ausgegeben wurde als im österreichischen Durchschnitt. In der Primärprävention entsprachen die Ausgaben pro Kopf dem Österreichwert. Nur in der fast ausschließlich von der Sozialversicherung finanzierten Tertiärprävention (Rehabilitation) zeigte sich ein unterdurchschnittlicher Wert. Demnach wird der **klassischen Gesundheitsvorsorge und -förderung** in Kärnten - zumindest ausgabenmäßig - ein **höherer Stellenwert** beigemessen als österreichweit.

Das **Gesundheitsreferat des Landes Kärnten** ist seit Jahren bemüht, seine Aktivitäten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung weiter zu entwickeln und gemäß dem internationalen Trend auszubauen. Die Verantwortung für Gesundheit und die Organisation gesundheitsfördernder Maßnahmen wird weder an einzelne Individuen noch an einige wenige Organisationen delegiert. Ziel ist, Gesundheitsförderung als Arbeitsprinzip in allen relevanten Bereichen (Politik, Familie, Jugend, Bildung, Wirtschaft, Forschung, etc.) im Sinne der WHO zu verankern. Darauf aufbauend wurden in der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung (WHO 1986) fünf wesentliche Handlungsbereiche definiert, die auch die Arbeit der Gesundheitsförderung des Landes determinieren:

- Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik
- Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste und anderer gesundheitsrelevanter Dienste
- Förderung der Entwicklung persönlicher Kompetenzen

Die **Unterabteilung Gesundheitsförderung und Sozialmedizin** der Abteilung 12 des Amtes der Kärntner Landesregierung ist bemüht, in Kärnten Strukturen zu etablieren, die es der Bevölkerung ermöglichen, Lebensbedingungen zu einem gesundheitsfördernden Lebensstil vorzufinden. Die Arbeit orientiert sich in erster Linie an den Vorgaben der WHO sowie internationalen Standards der Public Health. Gesundheitsförderung kann nur sinnvoll umgesetzt werden, wenn Langfristigkeit und Nachhaltigkeit im Vordergrund stehen und Maßnahmen sich nach den regionalen Bedürfnissen der Bevölkerung richten. Unter diesen Gesichtspunkten wurden die nachstehenden Projekte entwickelt und konnten sich in den letzten Jahren etablieren.

PROGES - Integration der Gesundheitsförderung in die Region

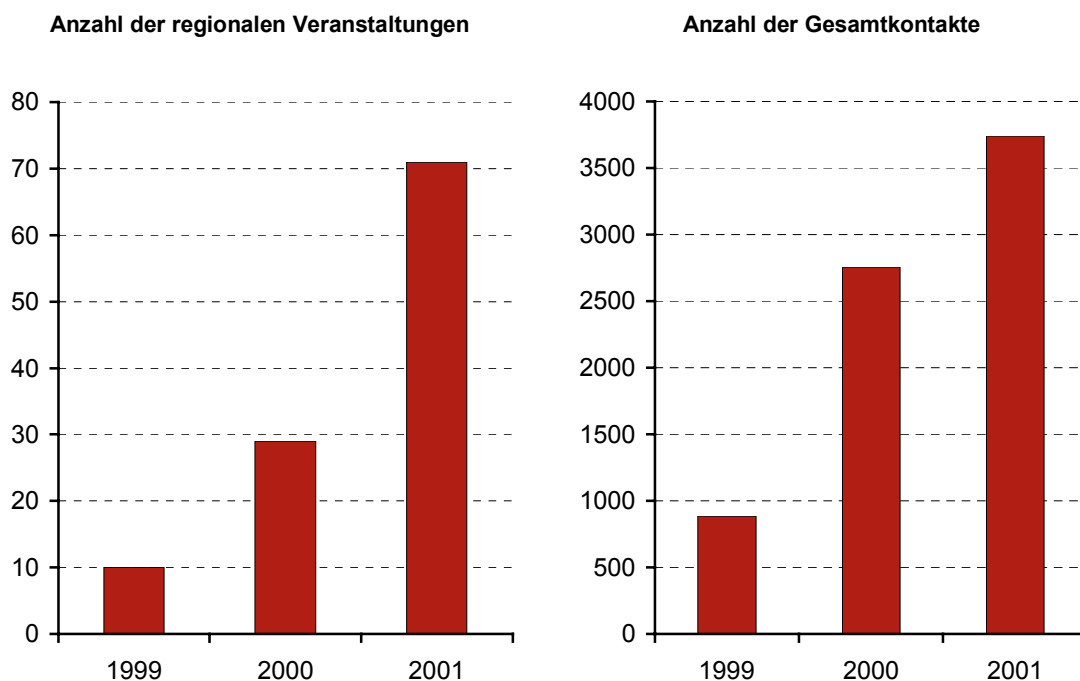
PROGES ist ein Projekt des Programmschwerpunktes „Gesundheitsland Kärnten“ des Entwicklungsleitbildes Kärntens mit der Intention, Gesundheitsförderung als Alternative und Ergänzung zu Gesundheitsvorsorge und -prävention in Kärnten zu positionieren und durch innovative Maßnahmen der Kostenexplosion im Gesundheitswesen langfristig entgegenzuwirken. PROGES setzt bei der Lebensqualität der Menschen als Indikator für das Entstehen und Vergehen von Gesundheit an. Durch integrative Vernetzung und Förderung von positiven Lebensbedingungen werden Rahmenbedingungen geschaffen, welche die Lebensqualität der Menschen erhöhen. Voraussetzung dafür ist, dass soziale, umweltbedingte und wirtschaftliche Umfelder die gesundheitlichen Rahmenbedingungen für jeden Einzelnen fördern. PROGES setzt in der Region an, wo Defizite und Ressourcen aufgespürt werden. Gemeinsam mit vor Ort tätigen Menschen werden gesundheitsfördernde Ansätze entwickelt, Strukturen aufgebaut und vernetzt. Das PROGES-Konzept sieht eine enge Kooperation mit den Experten der lokalen Orts- und Regionalentwicklung vor, um Synergien aus einem gemeinsamen strategischen Vorgehen für die Bevölkerung zu nutzen. Basisaktivitäten von PROGES in der Modellphase zwischen Juni 1999 und 2001 waren das Begleiten, Realisieren und Beraten von gesundheitsfördernden Projekten, Moderation und Prozessbegleitung im Sinne von Gesundheitsförderung, Aufbau von und Mitwirken in Netzwerken, Organisation von Weiterbildung, Öffentlichkeitsarbeit, allgemeine Beratung und Information zu Gesundheitsförderung, sowie Verbindungsfunktion zwischen Region und Landesregierung.

Frauengesundheitszentrum

Diese Einrichtung ist eine gemeinnützige GmbH mit dem Land Kärnten und der Stadt Villach als Gesellschafter, der Standort ist Villach. Im Mittelpunkt der Arbeit steht der Zusammen-

hang zwischen weiblicher Lebenssituationen und gesundheitlichen Problemen. Damit versteht sich die Arbeit des Zentrums als frauenspezifische Ergänzung zur etablierten Gesundheitsversorgung. Grundlegendes Ziel der Einrichtung ist es, Informationen zu liefern, Alternativen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit aufzuzeigen, um Mädchen und Frauen in ihrer Entscheidungsfindung zu unterstützen und selbstbestimmtes gesundheitsförderliches Handeln zu ermöglichen. Dabei arbeitet das Frauengesundheitszentrum nach einem lebensphasen- und lebensweltenorientierten Ansatz und setzt frauenspezifische Gesundheitsförderung sowohl auf individueller Ebene als auch auf gesellschaftlicher Ebene an. Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit und durch die zahlreichen regionalen Aktivitäten kann Mädchen und Frauen der Zugang zu einer qualitativen Gesundheitsförderung und -versorgung erleichtert werden. Man ist bestrebt, damit auch langfristig eine Kostenreduktion im Gesundheitswesen zu bewirken. Das Frauengesundheitszentrum setzt Regionalität, Bedürfnis- und Zielgruppenorientierung ein, um Angebote zu entwickeln, die tatsächlich gebraucht und angenommen werden.

Abb. 5.1.1: Zahl der Gesamtkontakte und der regionalen Veranstaltungen des Frauengesundheitszentrums in den Jahren 1999 bis 2001



Quellen: Frauengesundheitszentrum Kärnten

VitaminR - Gesundheitsförderung auf Gemeindeebene - Modellprojekt

Nicht nur die individuelle, persönliche Gesundheit von Menschen zu fördern, sondern vor allem auch an der Entwicklung von gesunden Lebenswelten mitzuwirken, sind Ziel und Aufgabe des Radentheiner Zentrums für Gesundheitsförderung - VitaminR. Aus dieser allgemeinen Zielsetzung leiten sich der **Aufbau einer gesundheitsbezogenen, regionalen Infrastruktur** und die **Trägerschaft von „gesunden“** (innovativen/ergänzenden) **Angeboten** als zwei Hauptaufgaben des Zentrums ab.

Im Bereich der **gesundheitsbezogenen Infrastrukturentwicklung** hat VitaminR das Setting Familie und die Zielgruppe alte Menschen in den Mittelpunkt gestellt. Als familienbezogenes, gesundheitsförderndes Angebot konnte die Familienberatung durch Förderungen der Kärnt-

ner Landesregierung (Abteilungen 12, 13 und 20) strukturell abgesichert werden. Nicht zuletzt durch systematische Qualitätsentwicklung und -sicherung (Jahresprojekt „Beratung im Licht von Gesundheitsförderung“, finanziert vom Fonds Gesundes Österreich) wurde die Annahme des Angebots weiter gesteigert. Es wurde ein Konzept für ein Modellprojekt „Familien-Unterstützende-Netzwerke“ (FUN) entwickelt und der Landesregierung (Abt. 13), dem BMSG und dem Fonds Gesundes Österreich zur Förderung vorgelegt. Teilaspekte von FUN konnten bereits 2000 mit Hilfe von Förderungen des Landes Kärnten (Abt. 12 und 13) und durch Unterstützung seitens der Veitsch-Radex AG realisiert werden. Für die Zielgruppe „**Alte bzw. pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige**“ wurde intensiv an der schrittweisen Umsetzung des Konzeptes „AHA“ (Anderes Haus des Alterns) gearbeitet. Es wird im Jahr 2002 baulich fertiggestellt werden. Außerdem wurden von VitaminR diverse **Vorträge und Seminare für pflegende Angehörige** zum Thema „**Validation**“ organisiert und von der regionalen Bevölkerung sehr gut angenommen. Dem Ziel, die gesundheitsbezogene Infrastruktur in der Gemeinde bzw. in der Region zu verbessern, wurde auch durch **Verstärkung der regionalen Kooperationen und Vernetzungen** Rechnung getragen. VitaminR stellte seine Infrastruktur anderen Anbietern zur Verfügung (Männerbüro der Caritas, Mediationsangebote, Selbsthilfegruppe Legasthenie), vernetzte sich unter anderem mit dem Frauengesundheitszentrum Kärnten, wirkte mit an Arbeitskreisen von PROGES Spittal und engagierte sich im Arbeitskreis Gesundheit und Soziales des Regionalverbandes Millstättersee-Nockregion. Weiters fanden **sonstige gesundheitsfördernde, innovative bzw. ergänzende Angebote** (Kurse, Gesprächsrunden, Seminare und andere Veranstaltungen) zum Teil sehr großen Zuspruch.

5.2 Ambulante Versorgung

Spitalsambulante Versorgung

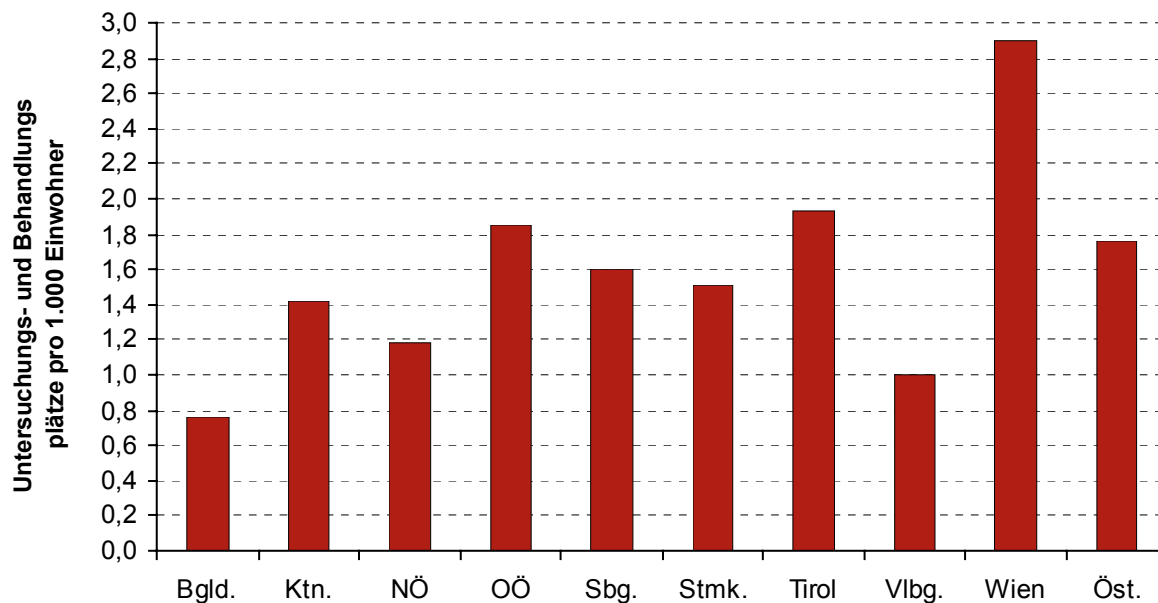
In den insgesamt elf Fonds-Krankenanstalten (das sind vom Kärntner Landesfonds finanzierte KA) wurden im Jahr 2000 insgesamt rund **800 Untersuchungs- und Behandlungsplätze** vorgehalten, die zum überwiegenden Teil der spitalsambulanten Versorgung über „Krankenhausambulanzen“ zuzuordnen sind (in dieser Zahl sind auch Plätze enthalten, die nicht nur für ambulante, sondern auch für stationär aufgenommene Patienten zur Verfügung stehen wie z. B. „Gipszimmer“ oder tageschirurgische Operationssäle). Ein großer Teil dieser Untersuchungs-/Behandlungsplätze (UBP) ist den Fachrichtungen IM, UC und RAD (letztere inkl. therapeutischer Bereiche der STR und NUKT) zugeordnet (vgl. Tab. 5.2.1, Rubrik „Fonds-Krankenanstalten“ im Tabellenanhang). Auf diesen Plätzen wurden im Jahr 2000 etwa **271.000 „ambulante Fälle“** (entsprechend etwa je einer Krankheitsepisode, während der ein Patient auch mehrmals die Ambulanz aufsuchen kann) bzw. rund **772.000 „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 248.000 auf 271.000 pro Jahr angestiegen.

In der spitalsambulanten Versorgung waren im Jahr 2000 rund **450** vollzeitäquivalent beschäftigte **Ärzte** (inkl. Fachärzte, Allgemeinmediziner und Turnusärzte) beschäftigt, wobei die Fachrichtungen IM, CH, UC, GGH und RAD (inkl. STR und NUKT) am stärksten besetzt waren (vgl. Tab. 5.2.1). Darüber hinaus waren rund **1.550** 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 **€ 47 Mio.**

Die **Versorgungsdichte** in der spitalsambulanten Versorgung war im Jahr 2000 in Kärnten mit 1,4 UBP pro 1.000 Einwohner vor Burgenland, Vorarlberg und Niederösterreich die viertgeringste der österreichischen Bundesländer (Österreich 1,8). Die Anzahl der ambulanten Frequenzen war mit 1.380 Frequenzen pro 1.000 Einwohner (Österreich: 2.140) die zweitniedrigste vor dem Burgenland. Auch hinsichtlich der Dichte der ambulanten Fälle weist Kärnten mit rund 480 Fällen pro 1.000 Einwohner vor dem Burgenland die zweitniedrigste Inanspruchnahme unter allen Bundesländern auf. Die Personalausstattung entspricht mit 0,8 VZÄ-Ärzten pro 1.000 Einwohner dem Österreichdurchschnitt - beim zusätzlichen Personal wird der Österreichwert (2,0) mit 2,8 VZÄ-Personen leicht unterschritten (vgl. Tab. 5.2.2). Die **Endkosten** in diesem Bereich sind mit € 83,- pro Einwohner vor dem Burgenland, Niederösterreich und Vorarlberg die viertniedrigsten. Am höchsten waren sie in den Wiener Fonds-Krankenanstalten, wo sie mit € 208,- pro Einwohner deutlich **über** dem **Bundesdurchschnitt** von € 111,- pro Einwohner lagen.

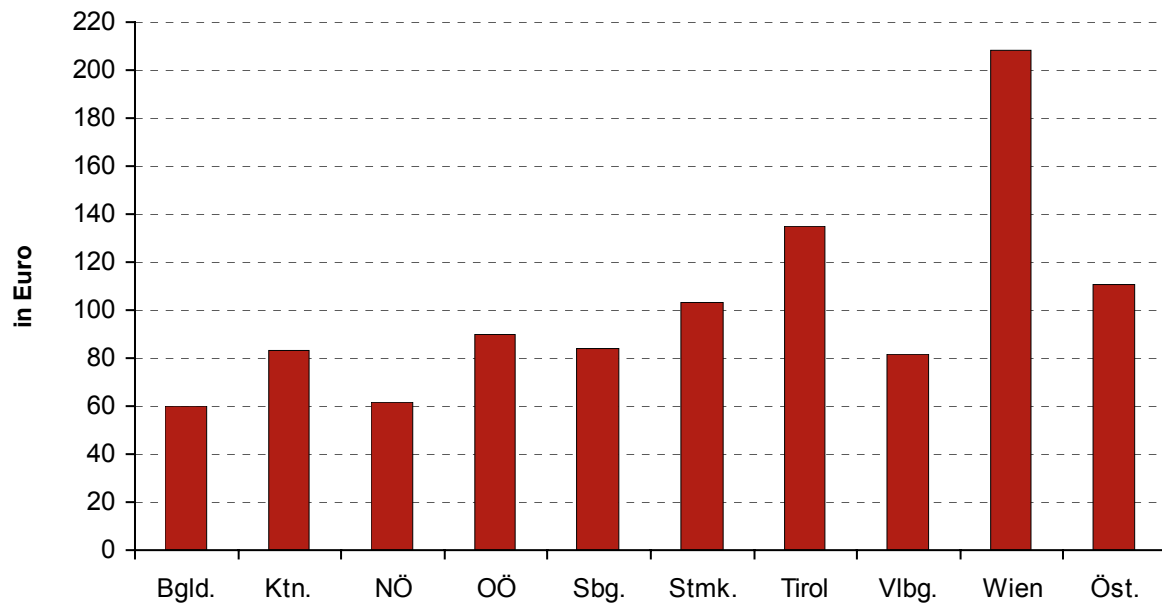
Insgesamt sind Dichte von Angebot und Inanspruchnahme der spitalsambulanten Kapazitäten mit Ausnahme der durchschnittlichen Personalausstattung gegenüber dem Bundesdurchschnitt niedriger. Diese Angebotsschwäche wird durch eine unterdurchschnittliche Ausstattung mit niedergelassenen § 2-Kassenärzten verstärkt.

Abb. 5.2.1: Versorgungsdichte (Untersuchungs- und Behandlungsplätze pro 1.000 Einwohner) in der spitalsambulanten Versorgung im Jahr 2000



Quelle: BMSG - Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik für Fonds-Krankenanstalten 2000, Statistik Austria - Volkszählung 2001

Abb. 5.2.2: Spitalsambulante Endkosten pro Einwohner in € im Jahr 2000 im Bundesländervergleich



Quelle: BMSG - Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik für Fonds-Krankenanstalten 2000, Statistik Austria - Volkszählung 2001

Extramurale ärztliche Versorgung

Die extramurale ärztliche Versorgung wird durch insgesamt rund **1.180 niedergelassenen** Ärzte, davon rund **600 § 2-Kassenärzte** (das sind Ärzte, die im Rahmen der sogenannten ärztlichen Gesamtverträge - § 2-Verträge - in einem Vertragsverhältnis mit der Kärntner Gebietskrankenkasse, den örtlichen Betriebskrankenkassen, der Sozialversicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus und seit 1998 auch der Sozialversicherungsanstalt der Bauern stehen), abgedeckt. Rund **420** der 1.180 niedergelassenen Ärzte sind **Allgemeinmediziner** (darunter wiederum rund 250 mit § 2-Kassenvertrag, vgl. Tab. 5.2.1, Rubrik „Niedergelassener Bereich“), der **Rest** niedergelassene **Fachärzte**, die in den Fachrichtungen ZMK, IM und GGH am häufigsten vertreten sind. Die Versorgungsdichte im niedergelassenen Bereich kann für Kärnten 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 2,09 Ärzten pro 1.000 Einwohner nach Wien und Salzburg an dritter Stelle und damit **über** dem Bundesdurchschnitt (2,04).
- Niedergelassene § 2-Kassenärzte insgesamt: Versorgungsdichte mit 1,07 Ärzten pro 1.000 Einwohner hinter Salzburg, Steiermark, Wien und Tirol an fünfter Stelle und **unter** dem Bundesdurchschnitt (1,15).
- Niedergelassene Allgemeinmediziner: Versorgungsdichte mit 0,75 Ärzten pro 1.000 Einwohner über dem Bundesdurchschnitt (0,71), unterdurchschnittliche Versorgungsdichte jedoch in Ober- und Unterkärnten (vgl. Karte 5.2.1).
- Niedergelassene § 2-Allgemeinmediziner: Versorgungsdichte mit 0,44 Ärzten pro 1.000 Einwohner **unter** dem Bundesdurchschnitt (0,49), in allen Kärntner Regionen (vgl. Karte 5.2.2).
- Niedergelassene Fachärzte: Versorgungsdichte mit 0,97 Ärzten pro 1.000 Einwohner **über** dem Bundesdurchschnitt (0,89), stark unterdurchschnittlich jedoch in Oberkärnten (vgl. Karte 5.2.3).

- Niedergelassene § 2-Fachärzte: Versorgungsdichte mit 0,37 Ärzten pro 1.000 Einwohner dem Bundesdurchschnitt (0,37) **entsprechend**, jedoch unterdurchschnittliche Versorgungsdichte in Unterkärnten (vgl. Karte 5.2.4).
- Niedergelassene Zahnmediziner (inkl. Dentisten): Versorgungsdichte mit 0,39 Ärzten pro 1.000 Einwohner knapp **unter** dem Bundesdurchschnitt (0,41), vor allem in Ober- und Unterkärnten (vgl. Karte 5.2.5).
- Niedergelassene § 2-Zahnmediziner (inkl. Dentisten): Versorgungsdichte mit 0,28 Ärzten pro 1.000 Einwohner knapp **unter** dem Bundesdurchschnitt (0,30), unterdurchschnittliche Versorgungsdichte vor allem in Ober- und Unterkärnten (vgl. Karte 5.2.6).

Die Anzahl der **pro § 2-Kassenarzt** (exkl. Zahnmediziner und Dentisten) im Jahr 2000 abgerechneten **Behandlungsscheine** („Krankenscheine“) lag mit **4.101 knapp unter** dem Bundesdurchschnitt (4.285) und lässt auf eine vergleichsweise leicht unterdurchschnittliche 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 420 auf rund 430 an, die Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle (Krankenscheine) erhöhte sich in diesem Zeitraum von rund 1,6 Mio. auf rund 1,8 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 spitalsambulant Kapazitäten vor sich geht.

Die Summe der mit den § 2-Kassenärzten (exkl. Zahnmediziner und Dentisten) abgerechneten Beträge stieg in Kärnten von fast **€ 45 Mio.** im Jahr **1991** auf rund **€ 82 Mio.** im Jahr **2000**. Damit waren die Umsätze im niedergelassenen § 2-Kassenbereich (exkl. Zahnmediziner und Dentisten) im Jahr 2000 fast doppelt so hoch wie die Endkosten im spitalsambulantem Bereich (inkl. Zahnmediziner und Dentisten) in der Höhe von rund **€ 46 Mio.**

Rettungs- und Krankentransportdienste (RKT)

In Kärnten wird der bodengebundene Rettungs- und Krankentransportdienst (RKT) primär vom **Österreichischen Roten Kreuz** (ÖRK - Landesverband Kärnten) abgedeckt, das im Jahr 2000 insgesamt **20 Einsatzstellen** (in den Jahren 2001 und 2002 sind im Bezirk St. Veit a. d. Glan zwei weitere dazugekommen) führte. In allen Bezirken (Klagenfurt und Villach mit den jeweiligen Umgebungsbezirken zusammengefasst) gibt es zumindest eine Bezirks- und eine Außenstelle. Im Jahr 2000 waren beim Kärntner Roten Kreuz rund 350 hauptamtliche und rund 2.000 ehrenamtliche Mitarbeiter sowie rund 120 Zivildienstler beschäftigt. Neun dieser Einsatzstellen sind mit je einem Notarzwagen (NAW) bzw. Notarzteinsatzfahrzeug (NEF) ausgestattet, insgesamt sind rund 80 Rettungs- und Krankentransportwagen (RTW) stationiert. Im Jahr 2000 wurden fast **8.000 Notarzteinsätze**, über **15.000 Rettungseinsätze** ohne Notarzt sowie rund **133.000 Krankentransporte** - insbesondere in die Krankenanstalten und zurück in die Wohnung des Patienten (z. B. Dialyse-Fahrten, Erkrankungen, Rückführungen) - verzeichnet (vgl. Tab. 5.2.3).

Weitere anerkannte Rettungsdienste in Kärnten sind mit je einer Einsatzstelle die **Johanniter**-Unfallhilfe (im Jahr 2000 etwa 50.000 Krankentransporte, 20.000 Behindertentransporte und 3.700 Rettungs- und Notarzttransporte im gesamten Bundesland) und die **Samariter**-Rettungszentrale. Diese beziehen Förderungen nach dem Rettungsdienstförderungsgesetz. Auch der **Malteser**-Ritterorden führt eine Einsatzstelle in Kärnten.

Die **Versorgungsdichte** in Bezug auf die bodengebundenen RKT liegt in Kärnten mit 0,04 Einsatzstellen pro 1.000 Einwohner bzw. mit rund 0,14 RTW pro 1.000 Einwohner **unter** dem **Bundesdurchschnitt**. Die **Häufigkeit der Einsätze** im Verhältnis zur Wohnbevölkerung liegt bei allen Einsatzarten (Notarzteinsätze, Rettungseinsätze, Krankentransporte) um den **Bundesdurchschnitt** (vgl. Tab. 5.2.4).

Das Rote Kreuz in Kärnten trägt die Verantwortung zur flächendeckenden Versorgung im Rettungs- und Krankentransport und dem notärztlichen Dienst. Es ist in allen Bezirken Kärntens zu 100 Prozent für das bodengebundene Notarztsystem zuständig. Der Sollwert für die „**Hilfsfrist**“ (Zeit von der Alarmierung des Notfallsystems bis zum Einlangen eines Rettungsmittels am Notfallort) ist international mit **15 Minuten** definiert - innerhalb dieser Frist soll der Großteil aller Notfälle erreicht werden können. Diese „Hilfsfrist“ kann mit Ausnahme einiger peripherer Gemeinden entlang der Landesgrenzen (z. B. in den Bezirken Hermagor, Spittal, St. Veit / Glan) in ganz Kärnten **eingehalten** werden (vgl. Karte 5.2.7).

Bezüglich der **Rettung aus der Luft** wird seit 15 Jahren bei der BM-Flugrettung mitgearbeitet. Flugrettungssanitäter werden vom Roten Kreuz gestellt, die Notärzte über das Rote Kreuz vermittelt. Das Rote Kreuz ist auch für den Medikamentenaustausch am Helikopter Martin 5 zuständig. Seit Mitte des Jahres 2001 gibt es in Klagenfurt außerdem eine Einsatzstelle des Christophorus-Flugrettungsvereines des ÖAMTC, von dem aus in der zweiten Jahreshälfte 2001 326 Einsätze geflogen wurden. Dadurch wurde die Palette der Einsatzmöglichkeiten im notärztlichen Dienst erweitert. Beide Hubschrauber - Martin 5 und RK1 - sind gut ausgelastet und für die Rettung von Menschenleben sehr wichtig.

Mobile Dienste

In Kärnten wurden im Jahr 1999 in 16 Gemeinden in Summe **41 Einsatzstellen von Mobilien Diensten** vorgehalten, die eine oder mehrere der folgenden **Dienstleistungen für alte, kranke oder behinderte Menschen** anboten:

- Altenhilfe
- Haushilfe
- Hauskrankenpflege

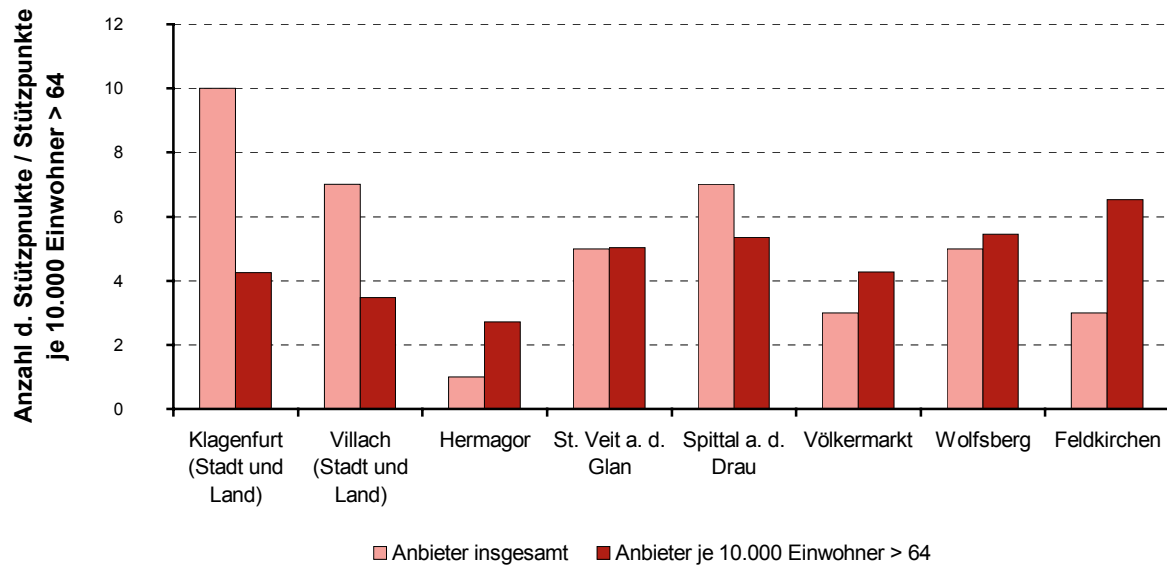
Rund 40 Prozent dieser Einsatzstellen boten alle drei Betreuungsmöglichkeiten an, rund ein Viertel Altenbetreuung und Haushilfe. Sechs Einsatzstellen offerierten nur Krankenpflege und Haushilfe, eine Krankenpflege und Altenbetreuung.

Die Einrichtungen sind räumlich auf die größeren Städte Klagenfurt und Villach konzentriert, hier befinden sich 14 der 41 Einsatzstellen. In den Umgebungsbezirken dieser beiden Städte befinden sich demgegenüber jeweils nur eine bzw. zwei Einsatzstellen, sie werden offenbar weitgehend von den in den Städten lozierten Ambulanten Diensten mitversorgt. Auch im Bezirk Hermagor befindet sich lediglich eine einzige Einsatzstelle der Ambulanten Dienste, in den übrigen Bezirken jeweils drei bis sieben.

Bei Betrachtung der Versorgungsdichte (Anzahl der anbietenden Einrichtungen je 10.000 Einwohner im Alter von 65 Jahren und darüber; hierbei wurden die Bezirke Klagenfurt-Stadt und Klagenfurt-Land sowie Villach-Stadt und Villach-Land zusammengefasst dargestellt) zeigt sich eine relativ **homogene Versorgungssituation der Kärntner Bezirke**. Die Anzahl der Einsatzstellen pro 10.000 Einwohner dieser Altersgruppe streut zwischen 2,7 (in Hermagor) und 6,5 in Feldkirchen, der Landesdurchschnitt beträgt 4,5 (vgl. Abb. 5.2.3).

Allerdings ist die Anzahl der Betreuungsleistungen anbietenden Institutionen ein nur unzulänglicher Indikator für die Versorgungssituation. Über die **Personalressourcen und deren Qualität** (Anteil diplomiertes Pflegepersonal, etc.) liegen **keine zuverlässigen Daten** vor.

Abbildung 5.2.3: Einsatzstellen der Mobilen Dienste in Kärntner Bezirken im Jahr 2000, Anzahl und Dichte (Anzahl je 10.000 Einwohner im Alter von 65 Jahren und darüber)

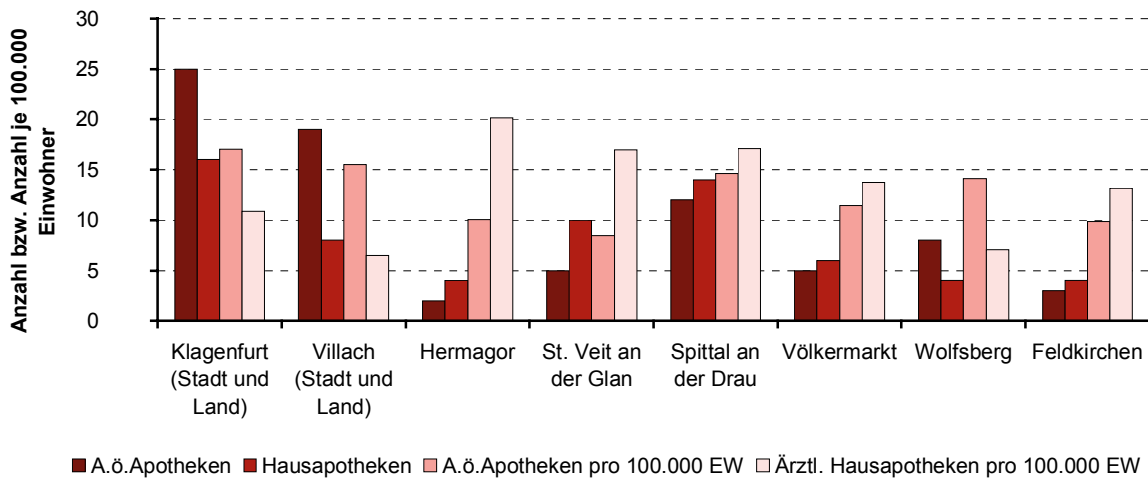


Quellen: BMSG Sozialservice; ÖBIG-eigene Berechnungen

Apotheken

Insgesamt standen der Kärntner Bevölkerung im eigenen Bundesland im Jahr 2000 **79 öffentliche Apotheken** (ohne Anstaltsapotheken) zur Verfügung. Im Landesdurchschnitt versorgt eine öffentliche Apotheke ca. 7.100 Einwohner. Damit weist Kärnten nach Wien und Tirol die **dritthöchste Versorgungsdichte der Bundesländer** auf. Die Bezirke Klagenfurt und Villach (betrachtet jeweils Stadt- und Umlandbezirk) weisen mit 17 bzw. 15,5 öffentlichen Apotheken pro 100.000 Einwohner die höchsten Versorgungsdichten innerhalb des Landes auf. Die wenigsten öffentlichen Apotheken je Einwohner weisen demgegenüber die Bezirke Feldkirchen, Hermagor und St. Veit an der Glan auf; im letztgenannten Bezirk hat jede öffentliche Apotheke im Durchschnitt doppelt so viele Einwohner zu versorgen wie in Klagenfurt (Stadt und Land). Ein Teil der Versorgungsfunktion wird hier durch - im Vergleich zum Landes- und Bundesdurchschnitt relativ häufig vorhandene - ärztliche Hausapotheken erfüllt (vgl. Abb. 5.2.4 und Tab. 5.2.5 im Tabellenanhang).

Abbildung 5.2.4: Öffentliche Apotheken, ärztliche Hausapotheken und Versorgungsdichte in den Kärntner Bezirken im Jahr 2000



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

5.3 Stationäre Versorgung

Stationäre Akutversorgung

In Kärnten befinden sich folgende **elf Fonds-Krankenanstellen** (Reihung nach dem vom BMSG vergebenen Krankenanstalten-Code):

- 201 KH des Dt. Ordens Friesach
- 204 Landessonderkrankeanstalt Hermagor
- 205 Landeskrankenhaus Klagenfurt
- 206 Krankenhaus der Elisabethinen Klagenfurt
- 213 Landeskrankenhaus Laas
- 214 Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan
- 215 Krankenhaus Spittal/Drau
- 216 Landeskrankenhaus Villach
- 218 Evangelisches Krankenhaus Waiern
- 219 Landeskrankenhaus Wolfsberg
- 222 Sonderkrankeanstalt Winklern

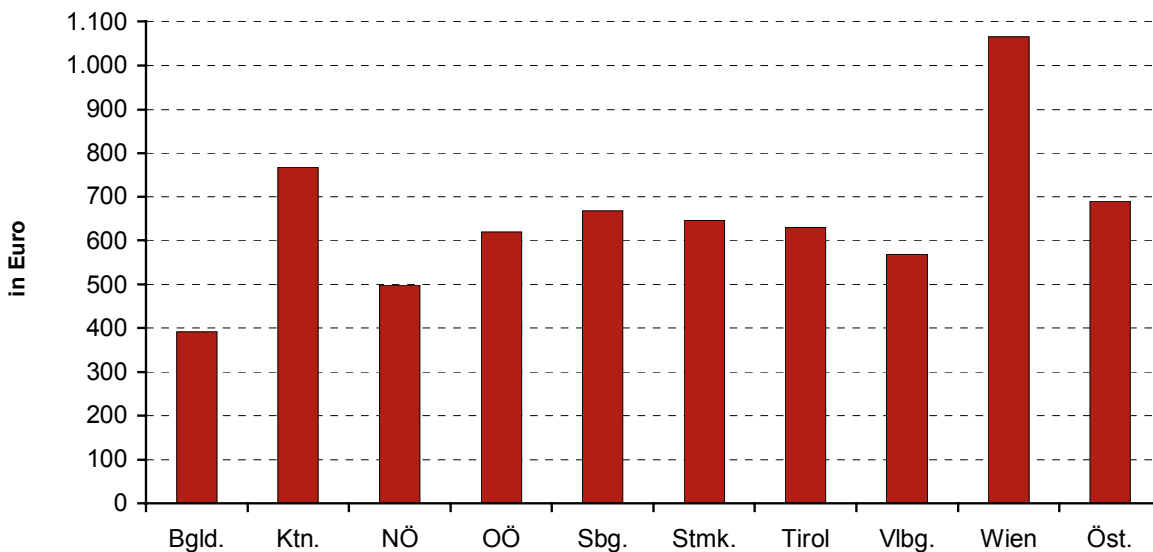
Die Krankenanstalten in Laas und in Waiern haben verringerte Standardversorgungsfunktion, jene in St. Veit Standardversorgungsfunktion. Vier Krankenanstalten (Spittal, Villach, Friesach und Wolfsberg) haben erweiterte Standardversorgungsfunktion, das Landeskrankenhaus in der Landeshauptstadt Klagenfurt Zentralversorgungsfunktion (vgl. Karte 5.3.1 im Kartenanhang). Die Fonds-KA unterliegen hinsichtlich der dort vorzuhaltenden Kapazitäten und Leistungen den Bestimmungen des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgerätepplans (ÖKAP/GGP), der in regelmäßigen Abständen neu gefasst wird.

In den Kärntner Fonds-Krankenanstellen stehen in **allen Fachrichtungen** insgesamt rund **4.160 systemisierte** (das heißt sanitätsbehördlich bewilligte) bzw. rd. **4.120 tatsächliche Betten** zur Verfügung. In diesen Betten wurden im Jahr 2000 ungefähr 191.000 stationäre Fälle (inkl. tagesklinische Fälle) versorgt, die bei einer durchschnittlichen **Belagsdauer von 6,3** Tagen (Bundesdurchschnitt 5,9 Tage) eine **Bettenauslastung von rund 86 Prozent** erzeugten (Bundesdurchschnitt 84 %, siehe Tab. 5.3.1 im Tabellenanhang).

Den stationären Bereichen waren unmittelbar **501 VZÄ-Ärzte** sowie weitere rund **3.300 VZÄ anderer Berufsgruppen** (darunter rund 1.800 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 **€ 431 Mio.** Die **Endkosten** für die stationären Bereiche von rund **€ 768,- je Einwohner** liegen in Kärnten um rund elf Prozent über dem österreichischen Durchschnittswert (ca. € 691,-). Dieser Wert ist jedoch auch in Zusammenhang mit der überdurchschnittlichen Krankenhaushäufigkeit (vgl. Kapitel 3.2) als auch mit den leicht unterdurchschnittlichen stationären Endkosten pro stationären Fall und pro Belagstag (vgl. Kapitel 5.6) zu sehen.

Abbildung 5.3.1: Stationäre Endkosten pro Einwohner in € im Jahr 2000 im Bundesländervergleich



Quelle: BMSG - Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik für Fonds-Krankenanstalten 2000, Statistik Austria - Volkszählung 2001

Stationäre Rehabilitation

Auf dem Gebiet der stationären Rehabilitation werden in Kärnten insbesondere orthopädische und rheumatologische sowie neurologische Krankheiten behandelt. Es gibt dafür **drei Rehabilitationszentren**, wovon die Sonderkrankenanstalt Warmbad Villach, spezialisiert auf orthopädische Rehabilitation, dem Landeskrankenhaus Villach angegliedert ist. Die beiden anderen Rehabilitationszentren befinden sich in Hermagor und Althofen (Bezirk St. Veit/Glan):

- K204 Gailtal-Klinik Landes-Sonderkrankenanstalt für Neurorehabilitation und Unfallchirurgie
- K224 Sonderkrankenanstalt zur Rehabilitation bei Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates GmbH

Das von der Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft geführte Rehabilitationszentrum in Hermagor hat die zwei Schwerpunkte **Orthopädie** und **Neurologie**, die Privatklinik Althofen konzentriert sich fast ausschließlich auf die Wiederherstellung von Patienten mit **Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes** (vgl. Tab. 5.3.2 im Tabellenanhang).

Im Rehabilitationszentrum Hermagor betrug im Jahr 2000 der Anteil der Kärntner an der Gesamtzahl der Patienten rund 84 Prozent, Patienten aus anderen Bundesländern kamen vorwiegend aus Tirol und Wien. In Althofen kam nur knapp die Hälfte der Patienten aus Kärnten, der Anteil der Wiener, der niederösterreichischen und der steiermärkischen Patienten betrug jeweils etwa zwölf bis 15 Prozent.

Knapp die Hälfte der Kärntner, die im Jahr 2000 in Österreich einen Rehabilitationsaufenthalt in Anspruch nahmen, wurden in den beiden genannten Kärntner Rehabilitationszentren behandelt, rund ein Viertel der Kärntner Patienten entfiel auf steiermärkische Einrichtungen, elf Prozent auf Salzburger und jeweils sieben bis acht Prozent auf ober- und niederösterreichische Einrichtungen. Nur sehr wenige Kärntner wurden in Rehabilitationszentren anderer Bundesländer aufgenommen.

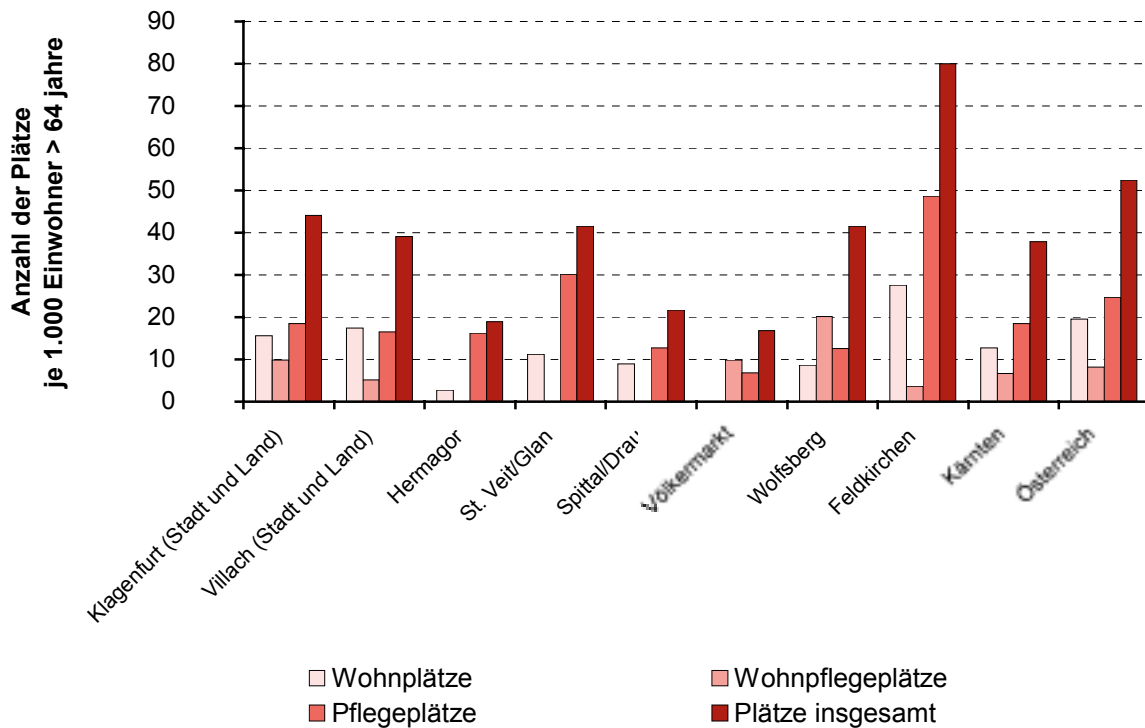
Stationäre Alten- und Langzeitversorgung

Im Jahr 1999 standen in Kärnten in **51 Alten- und Pflegeheimen** insgesamt nahezu **3.500 Plätze** (Betten) für die Versorgung älterer und behinderter Personen zur Verfügung (vgl. Karte 5.3.2 im Tabellenanhang). Die **Anzahl der Betten** in stationären Einrichtungen je 1.000 Einwohner im Alter von 65 Jahren und älter ist mit ca. 38 in Kärnten **deutlich niedriger als im Bundesdurchschnitt**; nur die Steiermark und das Burgenland weisen geringere Dichten an Kapazitäten der Alten- und Langzeitversorgung auf als Kärnten. Dies mag evtl. auch darauf zurückzuführen sein, dass in Kärnten hohe Anteile der Pflegefälle im familiären Umfeld betreut werden.

Rund die Hälfte der Betten befindet sich in Pflegeheimen oder -anstalten, etwas mehr als ein Drittel in Wohnheimen für betagte Menschen, ca. ein Fünftel in Einrichtungen, die sowohl Wohnplätze als auch Pflegeplätze anbieten.

Die Anzahl der vorgehaltenen Plätze in Alten- und Pflegeheimen je Einwohner (> 64 Jahre) liegt im **Bezirk Wolfsberg nicht nur deutlich über dem Landes- sondern auch weit über dem Bundesdurchschnitt**, weiters weisen die Bezirke Klagenfurt und Villach (jeweils inkl. der Umgebungsbezirke) sowie St. Veit und Wolfsberg über dem Landesdurchschnitt liegende Dichtewerte auf. Ungünstiger stellt sich die Versorgungssituation in Spittal, Hermagor und Völkermarkt dar. In diesen Bezirken erreicht die Anzahl an Plätzen je Einwohner im Alter von 65 Jahren und darüber maximal 57 Prozent des Landesdurchschnitts (vgl. Tab. 5.3.4 im Tabellenanhang sowie die nachstehende Abb. 5.3.2).

Abbildung 5.3.2: Kapazitäten der Alten- und Langzeitversorgung in den Kärntner Bezirken 1999 im Vergleich zum Bundesland und zu Österreich



Quellen: BMSG-Sozialservice; Ämter der Landesregierungen von Burgenland, Salzburg und Tirol; ÖBIG-eigene Berechnungen

5.4 Medizinisch-technische Großgeräte

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

In Kärnten sind alle laut ÖKAP/GGP als Großgerät definierten Geräte eingerichtet. Insgesamt waren es 1999 34 Geräte, die im Bundesland zur Verfügung standen. Rund zwei Drittel dieser Geräte befanden sich in Fonds-Krankenanstellen. Im Vergleich zu Österreich insgesamt wies Kärnten nur hinsichtlich der Positronen-Emissions-Tomographiegeräte eine geringere Anzahl an zu versorgenden Einwohnern auf. Bei den Computertomographiegeräten und den Stoßwellen-Lithotriptern entsprach die Anzahl der zu versorgenden Einwohner etwa dem Bundesdurchschnitt, bei allen anderen Großgeräten lag sie deutlich darüber, was auf eine unterdurchschnittlich dichte Versorgung in Bezug auf diese Geräte hinweist.

5.5 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Einrichtungen und Beschäftigte

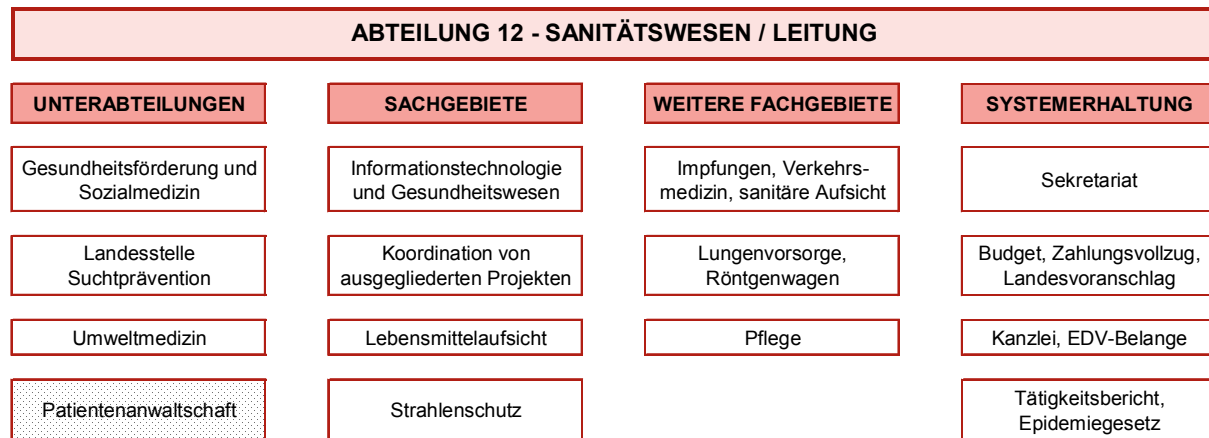
Der öffentliche Gesundheitsdienst umfasst die Gesundheitsämter in den Bezirken sowie die Landessanitätsdirektion (Abt. 12 S - Sanitätswesen). Die Bezirks-Gesundheitsämter sind Teil der Bezirksverwaltungsbehörde und werden von je einem Amtsarzt oder einer Amtsärztin geleitet. In Kärnten gibt es als einzigem Bundesland Österreichs auch Jugendfürsorgeärzte mit eigenem Aufgabenbereich in den Bezirkshauptmannschaften. Dadurch ergibt sich für Kärn-

ten - im Vergleich zu anderen Bundesländern - eine relativ gute Personalsituation im ärztlichen Dienst in den Verwaltungsbehörden.

Die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind vielfältig:

- Fachaufsicht und sanitäre Aufsicht über Personen und Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Gesundheitsaufsicht und Hygieneüberwachung
- amtsärztlicher Dienst
- gesundheitlicher Umweltschutz, Umweltmedizin
- Gesundheitsvorsorge, und Gesundheitsförderung
- Gesundheitsberichterstattung und -planung

Abbildung 5.5.1: Organigramm des Sanitätswesens in Kärnten



Quellen: Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 - Sanitätswesen

Im Bereich der Lebensmittelkontrolle waren im Jahr 2000 20 Lebensmittelaufsichtsorgane für 13.553 Betriebe, 33 Amtsärzte („bestellte Organe“) für 2.006 Wasserversorgungsanlagen und zwölf Amtstierärzte für 3.999 Betriebe zuständig.

Inanspruchnahme

Die Beschreibung der Inanspruchnahme des ÖGD erfolgte auf Basis des „Berichtes öffentliches Gesundheitswesen Kärnten 2000“, aus dem in der Folge die wichtigsten Arbeitsbereiche des ÖGD - sofern sie als Thema nicht in anderen Kapiteln erwähnt werden - zusammengefasst dargestellt werden:

In Kärnten gibt es knapp 19.000 Betriebe, die in den Zuständigkeitsbereich der Kärntner *Lebensmittelkontrolle* fallen. Bei etwas mehr als 3.000 Probenziehungen im Jahr 2000 gab es 751 Beanstandungen, davon 641 ausschließlich wegen Qualitätsmängeln. Dies bedeutet eine Steigerung des Anteils der beanstandeten Proben von 21 Prozent 1999 auf 25 Prozent im Jahr 2000. Im Einzelnen wurde ein „enormes Ansteigen bei verdorbenen, ein starker Rückgang bei gesundheitsschädlichen Lebensmitteln³“ festgestellt. Nach Warengruppen betrachtet waren die Steigerungen von 1999 auf 2000 vor allem im Bereich der diätetischen Le-

³ Bericht öffentliches Gesundheitswesen Kärnten 2000, S. 107

bensmittel und Verzehrsprodukte (+ 90 %), Eiswürfel in der Gastronomie (+ 34 %), Honig (+ 31 %), Fleisch und Fleischwaren (+ 30 %) sowie Käse und Milchprodukten (+ 16 %) festzustellen. Nach geographischen Gesichtspunkten wiesen wiederum die Betriebe im Bereich der Stadtgemeinde Villach eine weit über dem Durchschnitt liegende Beanstandungsquote auf. Im Bericht 2000 wird auch eine Liste der häufigsten Mängel nach Betriebsarten angeführt.

Neben ihrer alltäglichen Kontrolltätigkeit führte die Kärntner Lebensmittelaufsicht im Jahr 2000/2001 spezielle Aktionen in den Bereichen BSE, Maul- und Klauenseuche sowie Tierarzneimittelrückstände in Honig durch. Im Bereich der vom BMSG initiierten Schwerpunktaktion BSE wurden bei 100 Proben elf Beanstandungen wegen falscher Bezeichnung registriert. Bei der Kontrolle des wegen der Maul- und Klauenseuche von Ende 2000 bis Anfang 2001 bestehenden Einfuhrverbotes für Fleisch, Fleischwaren, Milch- und Milchprodukten aus bestimmten Ländern und Regionen wurden keine Produkte aus diesen Ländern in Kärnten gefunden.

Im Bereich der Trinkwasserkontrolle wurden 2000 7.120 Proben im Rahmen der Eigenkontrolle der Wasserversorgungsanlagen-Betreiber zur Begutachtung eingereicht (um 1.580 mehr als 1999). Von diesen wurden ca. 17 Prozent als genussuntauglich beurteilt. Mikrobiologische Probleme gab es aufgrund des geänderten Untersuchungsintervalls, nach Regenperioden und aufgrund baulicher Mängel der Wasserversorgungsanlage. Chemisch/ physikalische Beanstandungen bezogen sich auf Grenz- und Richtwertüberschreitungen bei Nitrat (Grenzwert: 50 mg/l, Richtwert: 25 mg/l).

Ein weiteres wichtiges Aufgabengebiet des ÖGD ist die **Tuberkulosebekämpfung** und -fürsorge. Dazu werden Reihenuntersuchungen in Risikogruppen durchgeführt sowie die Kontaktpersonen von Erkrankten auf eine etwaige Infektion untersucht (zu Morbiditäts- und Mortalitätszahlen vgl. Tab. 3.2.5 und 3.2.6 im Tabellenanhang). Im Jahr 2000 wurden 4.561 Röntgenuntersuchungen (1999: 7.518) und 1.896 Spirometrieuntersuchungen (1999: 2.225) durchgeführt.

Kosten und Finanzierung

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

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 wesentlichen Ausgabenbereiche des Gesundheitswesens, nämlich die Kosten für **Fonds-Krankenanstalten**, die Ausgaben der **§ 2-Kassen für niedergelassene Ärzte** und der Sozialversicherungsträger für **Heilmittel** sowie **Heilbehelfe und Hilfsmittel**.

Die **Endkosten der Fonds-Krankenanstellen** betragen im Jahr 2000 in Kärnten **€ 508 Mio.**, das sind etwa sieben Prozent der österreichweiten Kosten. Im Vergleich zu 1997, dem Jahr der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstellenfinanzierung (LKF), sind die Endkosten in Kärnten um € 52 Mio. oder elf Prozent gestiegen. Das entspricht in etwa dem österreichischen Durchschnitt (+ 12 %; vgl. Tab. 5.6.1 im Tabellenanhang). Am stärksten war der Kostenanstieg in der Steiermark mit 15 Prozent, am geringsten stiegen die Kosten in Wien mit neun Prozent.

Der **Anstieg der Personalkosten** in den Fonds-Krankenanstellen im selben Zeitraum ist in Kärnten mit zehn Prozent (auf € 315 Mio. im Jahr 2000) ebenfalls durchschnittlich ausgefallen (Österreich: + 11 %). Die stärksten Zunahmen verzeichneten die Steiermark und Oberösterreich (je + 14 %), am geringsten waren sie im Burgenland und Wien (+ 9 und + 8 %; vgl. Tab 5.6.2 im Tabellenanhang).

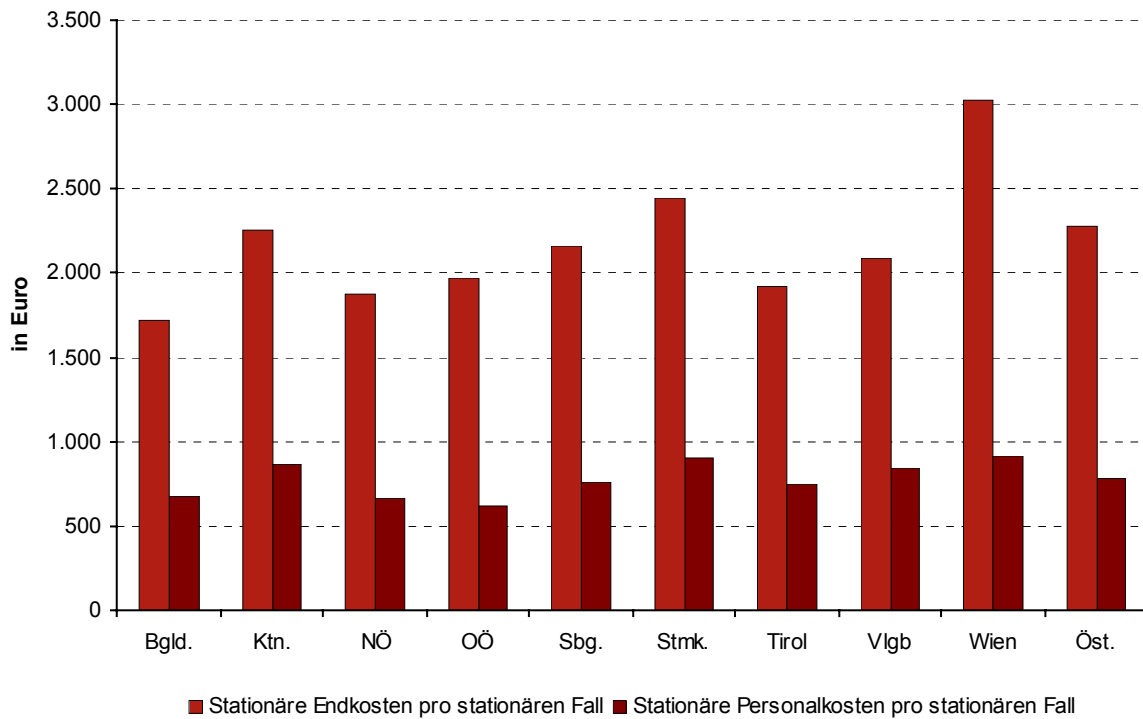
Eine genauere Analyse dieser Kostenentwicklung anhand von Leistungskennzahlen für den stationären und ambulanten Bereich zeigt ein ähnliches aber etwas differenzierteres Bild. So betragen die **stationären Endkosten pro stationärem Fall** im Jahr 2000 in Kärnten **€ 2.259,-**, was im Wesentlichen dem Österreichdurchschnitt entspricht (vgl. nachstehende Abb. 5.6.1). Seit 1997 sind diese Kosten um zwei Prozent zurückgegangen. Außer Kärnten verzeichneten nur noch Tirol (- 4 %) und Niederösterreich (-3 %) eine Kostenabnahme (vgl. Tab. 5.6.1).

Die **stationären Endkosten pro Belagstag** waren in Kärnten mit **€ 357,-** unterdurchschnittlich. Nur Burgenland, Niederösterreich und Oberösterreich wiesen noch niedrigere Werte auf. Der Anstieg seit 1997 war mit zwölf Prozent ebenfalls unterdurchschnittlich (Österreich: + 15 %). Die höchsten Zuwächse verzeichneten hier die Steiermark (+ 24 %) und das Burgenland (+ 21 %). Die **stationären Personalkosten** pro stationären Fall betragen im Jahr 2000 in den Kärntner Fonds-Krankenanstellen **€ 864,-**. Das ist nach Wien und der Steiermark der dritthöchste Bundesländerwert (Österreich: € 781,-), jedoch um vier Prozent weniger als 1997 (vgl. Abb. 5.6.1). **Kostenzuwächse** verzeichneten das Burgenland, die Steiermark und Vorarlberg.

Pro Belagstag lagen die **stationären Personalkosten** in den Kärntner Fonds-Krankenanstellen mit **€ 137,-** knapp über dem **Österreichdurchschnitt** (€ 132,-). Die Entwicklung dieser Kosten seit 1997 war mit plus neun Prozent jedoch unterdurchschnittlich. Nur in Tirol und Oberösterreich war sie mit sechs bzw. acht Prozent noch etwas schwächer (vgl. nachstehende Abb. 5.6.2).

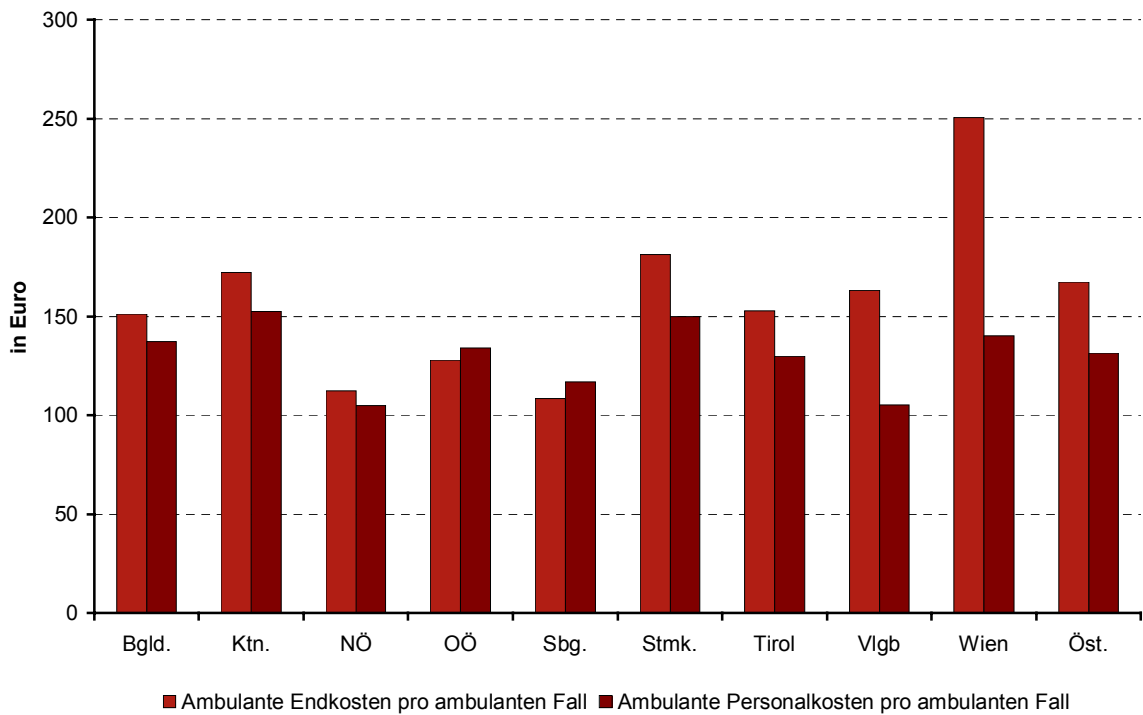
Bei den **stationären Endkosten pro 1.000 LKF-Punkte** wies Kärnten **€ 87,-** auf. Dieser Wert liegt knapp unter dem Bundesdurchschnitt. Bei den stationären Personalkosten pro 1.000 LKF-Punkte lag Kärnten mit € 33,- drei Euro über dem Bundeswert (vgl. Tab. 5.6.1 und 5.6.2).

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



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

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



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

Im **ambulanten** Bereich waren in Kärnten im Jahr 2000 die **Endkosten pro Fall** mit € 172,- hinter Wien (€ 251,-) und der Steiermark (€ 181,-) am dritthöchsten, sie lagen jedoch nur € 5,- über dem Österreichdurchschnitt (vgl. Abb. 5.6.2). Der Kostenanstieg von fünf Prozent seit 1997 war durchschnittlich (vgl. Tab. 5.6.1). Die ambulanten Endkosten pro Frequenz gingen seit 1997 um 13 Prozent zurück, dennoch wies Kärnten auch im Jahr 2000 mit € 60,- den höchsten Bundesländerwert aus. Bei den **ambulanten Personalkosten** pro ambulanten Fall wiesen die Kärntner Fondskrankenanstalten mit € 153,- einen stark **überdurchschnittlichen Wert** aus, der den höchsten aller österreichischen Bundesländer darstellt (vgl. Abb. 5.6.2). Die Kostenentwicklung seit 1997 war mit plus sieben Prozent ebenfalls überdurchschnittlich, im Bundesländervergleich lag Kärnten damit jedoch im Mittelfeld (vgl. Abb. 5.6.2).

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 Prozent. Die Darstellung der § 2-Kassen deckt damit mehr als drei Viertel Gesamtkosten ab.

Die **abgerechneten Beträge** der **§ 2-Kassen** für **niedergelassene Ärzte** (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten) betragen in Kärnten im Jahr 2000 insgesamt **€ 82 Mio.** Davon gingen € 37,6 Mio. an praktische Ärzte und € 44,4 Mio. an Fachärzte. **Seit 1991** ist dieser Betrag um **84 Prozent gestiegen**, wobei - entsprechend dem Österrichtrend - die Abrechnungsbeträge für die **Fachärzte** wesentlich **stärker** zunahm als jene für die praktischen Ärzte. Im Bundesländervergleich wiesen nur Tirol, das Burgenland und die Steiermark einen stärkeren Anstieg der abgerechneten Beträge in diesem Zeitraum auf (vgl. Tab. 5.6.3 im Tabellenanhang).

Im Jahr 2000 wurden in Kärnten bei § 2-Kassen mit den niedergelassenen Ärzten (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten) rund **1.776.000 Fälle** abgerechnet - rund **941.000** mit den **praktischen Ärzten** (Allgemeinmedizinern) und rund **835.000** mit **Fachärzten**. Die Zahl der Fälle ist in Kärnten mit 21 Prozent um zwei Prozentpunkte weniger gestiegen als österreichweit. Geringere Zunahmen zeigten nur Vorarlberg, Oberösterreich und Wien. Dabei stieg die Zahl der Fälle bei Fachärzten mit 44 Prozent deutlich stärker (Österreich: + 40 %) als bei den praktischen Ärzten mit sechs Prozent (Österreich: 11 %). Die Zahl der Fälle nahm bei den „allgemeinen Fachärzten“ mit 42 Prozent stärker zu als österreichweit (+ 33 %). Hingegen war die Zunahme der Fälle bei den „sonstigen Fachärzten“ (RAD, PHM, LAB) mit 48 Prozent unterdurchschnittlich (Österreich: + 55 %).

Betrachtet man die abgerechneten **Beträge pro Fall**, so zeigt sich folgendes Bild: Im Jahr 2000 wurden in Kärnten - wie in Tirol und Vorarlberg - pro Fall € 46,- abgerechnet. Das sind um € 3,- mehr als im österreichischen Durchschnitt. Einen höheren Betrag weist nur noch Niederösterreich mit € 47,- aus. Seit 1991 ist der abgerechnete Betrag pro Fall in **Kärnten** mit 52 Prozent deutlich stärker gestiegen als österreichweit (Österreich: 36 %). Kräftigere Zunahmen verzeichneten nur noch das Burgenland und Tirol (55 bzw. 56 %). Bei den praktischen Ärzten war der Anstieg mit 53 Prozent stärker als bei den Fachärzten mit 44 Prozent.

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

Für die folgende Analyse standen Daten 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 Kärnten im Jahr 2000 von den sozialen Krankenversicherungsträgern **€ 125,9 Mio.** für Heilmittel und Heilbehelfe (inkl. Hilfsmittel) ausgegeben. Das sind 6,6 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 **€ 337,-** ausgegeben, was in etwa dem Österreichdurchschnitt entspricht.

Seit 1991 haben sich die Ausgaben für Heilmittel und Heilbehelfe (inkl. Hilfsmittel) mit einem **Zuwachs von 104 Prozent** (Österreich: +105 %) mehr als verdoppelt. Eine geringere Zunahme verzeichnete nur noch Wien mit 92 Prozent. Die kräftigsten Zunahmen gab es in Tirol (+ 117 %) und Niederösterreich (+ 114 %). Die Ausgaben für Heilmittel stiegen in diesem Zeitraum mit 107 Prozent stärker als jene für Heilbehelfe und Hilfsmittel (+ 86 %), was dem österreichweiten Trend entsprach.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Situation bei den **Endkosten** in den Kärntner Fonds-Krankenanstalten im Jahr 2000 im stationären Bereich etwas besser waren als im österreichischen Durchschnitt (pro stationären Fall und pro Belagstag). Pro ambulanten Fall lagen die Endkosten knapp über dem Österreichwert. Die **Personalkosten** überstiegen hingegen sowohl im stationären (pro stationären Fall und pro Belagstag) als auch im ambulanten Bereich (pro ambulanten Fall) den Bundesdurchschnitt. Die Entwicklung in den 1990er Jahren entsprach sowohl bei den Endkosten als auch bei den Personalkosten der bundesweiten Dynamik. Im **niedergelassenen** Bereich haben in Kärnten die abgerechneten Beträge der § 2-Kassen für niedergelassene Ärzte in diesem Zeitraum deutlich stärker zugenommen als österreichweit. Die abgerechneten Beträge pro Fall lagen im Jahr 2000 knapp über dem Österreichwert. Die Ausgaben der sozialen Krankenversicherungsträger für Heilmittel und Heilbehelfe (inkl. Hilfsmittel) pro Krankenversicherten entsprachen im Jahr 2000 dem bundesweiten Durchschnitt - ebenso die Entwicklung der Ausgaben in den 1990er Jahren.

5.7 Zusammenfassung

Gesundheitsvorsorge und -förderung

- **Öffentlichen Ausgaben:** Hierfür liegen nur Schätzungen für das Jahr 1996 vor. Basierend auf diesen Schätzungen wird in Kärnten für Primär- und Sekundärprävention anteilmäßig mehr ausgegeben als österreichweit - für Tertiärprävention (Rehabilitation) hingegen weniger.
- **Institutionen des Landes:** Das **Gesundheitsreferat des Landes Kärnten** ist seit Jahren bemüht, seine Aktivitäten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung weiter zu entwickeln und gemäß dem internationalen Trend auszubauen. Die Verantwortung für Gesundheit und die Organisation gesundheitsfördernder Maßnahmen wird weder an einzelne Individuen noch an einige wenige Organisationen delegiert. Ziel ist, Gesundheitsförderung als Arbeitsprinzip in allen relevanten Bereichen (Politik, Familie, Jugend, Bildung, Wirtschaft, Forschung, etc.) im Sinne der WHO zu verankern.
- **Schwerpunkte und Aktivitäten des Landes:** Unter den Gesichtspunkten der Langfristigkeit, der Nachhaltigkeit und der regionalen Bedürfnisse der Bevölkerung wurden folgende Projekte entwickelt und in den letzten Jahren etabliert:
 - **PROGES - Integration der Gesundheitsförderung in der Region:** Durch integrative Vernetzung und Förderung von positiven Lebensbedingungen unter Einbeziehung von

Experten der Regional- und Ortsentwicklung sollen Rahmenbedingungen geschaffen werden, welche die Lebensqualität der Menschen erhöhen.

- **Frauengesundheitszentrum:** Diese Einrichtung ist eine gemeinnützige GmbH mit dem Land Kärnten und der Stadt Villach als Gesellschafter, der Standort ist Villach. Im Mittelpunkt der Arbeit steht der Zusammenhang zwischen weiblichen Lebenssituationen und gesundheitlichen Problemen.
- **VitaminR - Gesundheitsförderung auf Gemeindeebene - Modellprojekt:** Ziel und Aufgabe des Radentheiner Zentrums für Gesundheitsförderung - VitaminR ist die Mitwirkung bei der Entwicklung gesunder Lebenswelten. Aus dieser allgemeinen Zielsetzung leiten sich der Aufbau einer gesundheitsbezogenen, regionalen Infrastruktur und die Trägerschaft von „gesunden“ (innovativen/ergänzenden) Angeboten als zwei Hauptaufgaben des Zentrums ab.
- **Diabetes:** In den Jahren 2002 bis 2004 wird - finanziert durch das Land und die Kärntner GKK - flächendeckend eine kärntenweite kostenlose Schulung für Typ-2-Diabetiker durchgeführt werden. Als Kooperationspartner wird die Kärntner Ärztekammer die Ärzte schulen und Qualitätszirkel abhalten. Ein wesentlicher und zukunftsweisender Bestandteil der Schulungen ist das datenbankgestützte Qualitätsmanagement - ein Novum im ambulanten Gesundheitssystem Kärntens.

Ambulante Versorgung

- **Spitalsambulante Versorgung:** Die Dichten von Angebot und Inanspruchnahme der spitalsambulant Kapazitäten sind mit Ausnahme der durchschnittlichen Personalausstattung niedriger als der Bundesdurchschnitt. Diese Angebotsschwäche wird durch eine unterdurchschnittliche Ausstattung mit niedergelassenen § 2-Kassenärzten verstärkt.
- **Extramurale ärztliche Versorgung:** Die Versorgungsdichte mit niedergelassenen Ärzten ist überdurchschnittlich, mit § 2-Kassenärzten jedoch unterdurchschnittlich - vor allem in Unterkärnten bei den § 2-Fachärzten. Die Versorgungsdichte mit Zahnmedizinern (inkl. Dentisten) - sowohl mit als auch ohne § 2-Kassenvertrag - ist vor allem in Ober- und Unterkärnten unterdurchschnittlich.
- **Rettungs- und Krankentransportdienste (RKT):** In Kärnten wird der bodengebundene Rettungs- und Krankentransportdienst primär vom Österreichischen Roten Kreuz - Landesverband Kärnten abgedeckt. Die Versorgungsdichte in Bezug auf die bodengebundenen RKT liegt in Kärnten unter dem Bundesdurchschnitt, die Häufigkeit der Einsätze im Verhältnis zur Wohnbevölkerung liegt bei allen Einsatzarten um den Bundesdurchschnitt. Die „Hilfsfrist“ (Zeit von der Alarmierung des Notfallsystems bis zum Einlangen eines Rettungsmittels am Notfallort) ist international mit 15 Minuten definiert. Diese „Hilfsfrist“ kann mit Ausnahme einiger peripherer Gemeinden entlang der Landesgrenzen in ganz Kärnten eingehalten werden. Durch die Flugrettung (zwei Helikopter) wurde die Palette der Einsatzmöglichkeiten im notärztlichen Dienst erweitert.
- **Mobile Dienste:** Rund 40 Prozent der 41 Einsatzstellen bieten sowohl Altenhilfe, Haushilfe als auch Hauskrankenpflege an, etwa ein Viertel Altenbetreuung und Haushilfe. Die Einrichtungen sind räumlich auf die größeren Städte Klagenfurt und Villach konzentriert. Die Versorgungsdichte mit Einsatzstellen (Einrichtungen je 10.000 Einwohner über 64 Jahre) ist in Kärnten relativ homogen.
- **Apotheken:** Kärnten weist im Bundesländervergleich die dritthöchste Versorgungsdichte auf. Die geringsten Apothekendichten weisen - auch unter Heranziehung der ärztlichen Hausapotheken - die Bezirke Feldkirchen, Villach (Stadt und Land zusammen) und Wolfsberg auf.

Stationäre Versorgung

- **Stationäre Akutversorgung:** In Kärnten befinden sich elf Fondskrankenanstalten, davon hat eines Zentralversorgungsfunktion (LKH Klagenfurt), vier erweiterte Standardfunktion, eines Standardfunktion und zwei haben verringerte Standardfunktion. Weiters gibt es zwei Sonderkrankenanstalten und ein zusätzliches Ordenshaus in Klagenfurt. Es werden in allen Fachrichtungen insgesamt 4.120 (tatsächliche) Betten angeboten. Die Bettenauslastung lag im Jahr 2000 knapp über dem Bundesdurchschnitt, ebenso die durchschnittliche Belagsdauer.
- **Stationäre Rehabilitation:** Auf dem Gebiet der stationären Rehabilitation werden in Kärnten insbesondere orthopädische und rheumatologische sowie neurologische Krankheiten behandelt. Es gibt dafür **drei Rehabilitationszentren**, wovon die Sonderkrankenanstalt Warmbad Villach, spezialisiert auf orthopädische Rehabilitation, dem Landeskrankenhaus Villach eingegliedert ist. Die beiden anderen Rehabilitationszentren befinden sich in Hermagor (Orthopädie und Neurologie) und Althofen (Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes). Knapp die Hälfte der Kärntner Rehabilitationspatienten wurden im Jahr 2002 in den beiden genannten Kärntner Rehabilitationszentren behandelt.
- **Stationäre Alten- und Langzeitversorgung:** Die stationäre Versorgungsdichte (Anzahl der Betten in den stationären Einrichtungen je 1.000 Einwohner über 65 Jahre) ist in Kärnten unterdurchschnittlich, was evtl. in Zusammenhang mit höheren Anteilen an im familiären Umfeld betreuten Pflegefällen stehen könnte. Geringe Dichten finden sich in den Bezirken Spittal, Hermagor und Völkermarkt, über dem Landes- und Bundesdurchschnitt liegt die Dichte im Bezirk Wolfsberg.

Medizinisch-technische Großgeräte

In Kärnten sind alle laut ÖKAP/GGP als Großgeräte definierten Geräte eingerichtet - davon etwa zwei Drittel in Fondskrankenanstalten. Die Versorgungsdichte ist in Kärnten bei fast allen Großgeräten unterdurchschnittlich.

Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

Die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes umfassen in Kärnten die Fachaufsicht und sanitäre Aufsicht über Personen und Einrichtungen des Gesundheitswesens, die Gesundheitsaufsicht und Hygieneüberwachung, den amtsärztlichen Dienst, den gesundheitlichen Umweltschutz, Umweltmedizin, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung sowie Gesundheitsberichterstattung und -planung.

Gesundheitsausgaben

- **Kosten der Fonds-Krankenanstalten:** Die Situation bei den **Endkosten** im Jahr 2000 waren im stationären Bereich etwas besser als im österreichischen Durchschnitt (pro stationären Fall und pro Belagstag). Pro ambulanten Fall lagen die Endkosten knapp über dem Österreichwert. Die **Personalkosten** überstiegen hingegen sowohl im stationären (pro stationären Fall und pro Belagstag) als auch im ambulanten Bereich (pro ambulanten Fall) den Bundesdurchschnitt. Die Entwicklung in den 1990er Jahren entsprach sowohl bei den Endkosten als auch bei den Personalkosten der bundesweiten Dynamik.
- **Kosten im niedergelassenen Bereich:** Die abgerechneten Beträgen der § 2-Kassen für niedergelassene Ärzte haben in den 1990er Jahren deutlich stärker zugenommen als österreichweit. Die abgerechneten Beträge pro Fall lagen im Jahr 2000 knapp über dem Österreichwert. Die Ausgaben der sozialen Krankenversicherungsträger für Heilmittel und Heilbeihilfe (inkl. Hilfsmittel) pro Krankenversicherten entsprachen im Jahr 2000 dem bundesweiten Durchschnitt - ebenso die Entwicklung der Ausgaben in den 1990er Jahren.

6 Zusammenfassung

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

- Kärnten nimmt hinsichtlich seiner **Sozialstruktur eine gute**, aber hinsichtlich seiner **Wirtschaftsstruktur** im Vergleich mit den anderen Bundesländern eine sehr ungünstige **Position** ein.
- Die Altersstruktur der Kärntner Bevölkerung entspricht weitgehend dem **österreichischen Durchschnitt**; in den 1990er Jahren hat sich die Altersstruktur Kärntens jener Österreichs weitgehend angepasst.
- Die **Lebenserwartung** ist in Kärnten zwischen 1991 und 2000 von rund 71,8 auf rund 75,6 Lebensjahre bei Männern und von 79,4 auf 81,2 Jahre bei Frauen **angestiegen**, sie lag damit bei beiden Geschlechtern über dem Bundesdurchschnitt; Kärnten zählt zu den Regionen mit **überdurchschnittlicher Lebenserwartung** und **unterdurchschnittlicher Sterblichkeit**.
- In Kärnten versterben jährlich rund **2.600 männliche** und rund **2.700 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 Kärntner 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 Kärntner Landesbürger insgesamt rund **184.000** Mal in einem **Krankenhaus** stationär aufgenommen. Die häufigsten **Ursachen** für eine **Krankenhausaufnahme** sind sowohl bei Männern als auch bei Frauen Herz-/Kreislauf-erkrankungen, Verletzungen und orthopädischen Erkrankungen; die **Wahrscheinlichkeit** einer Krankenhausaufnahme **steigt** bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem **Alter** an.
- Die Kärntner Bevölkerung erfreut sich einer höheren Lebenserwartung und einer geringeren „Krankheitslast“ als die Menschen in anderen Bundesländern; die Kärntner fühlen sich auch **subjektiv etwas gesünder** als die meisten anderen Österreicher; mit **höherer Schulausbildung** ist auch der subjektiv empfundene **Gesundheitszustand** tendenziell **besser**; offensichtlich finden die Unterschiede zwischen den **sozialen Gruppen** in Bezug auf das Gesundheitsverhalten ihren Niederschlag im Gesundheitszustand.
- Der Anteil der stark **Untergewichtigen** (BMI < 18) ist in Kärnten 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 (besonders betroffen davon sind die über 60-Jährigen); betreffend die **Blutfette** (Cholesterine) gibt es keine flächendeckenden Daten.
- Der Bevölkerungsanteil mit **gesundheitsbewusster Ernährung** ist in Kärnten der höchste im Bundesländervergleich; die gesundheitsbewusste Ernährung wird in Kärnten durch etwas mehr **Sport und Bewegung** als österreichweit ergänzt; die Inanspruchnahme der **Vorsorgeuntersuchungen** ist in Kärnten - mit steigender Tendenz - deutlich höher als österreichweit; das **Gesundheitsverhalten** verbessert sich tendenziell mit besserer Schulausbildung; die Kärntner Männer rauchen weniger als im österreichischen Durchschnitt, doch die Kärntner Frauen mehr; beim Konsum **illegaler Drogen** ist Kärnten kein **Schwerpunktgebiet** in Österreich; das **Alkoholproblem** ist im Vergleich mit anderen Bundesländern (vor allem den westlichen) jedoch überdurchschnittlich stark ausgeprägt.

- Die Kärntner sind - gemäß Selbstauskunft - in einem überdurchschnittlichen Maß durch **Impfungen** vor Infektionskrankheiten geschützt.
- Im Bereich der **Zahngesundheit** zeigt eine aktuelle Zahnstaterhebung bei Sechsjährigen, dass Kärnten österreichweit den niedrigsten Anteil an kariesfreien Kindern aufweist. Kariesprophylaxeaktivitäten gibt es nur in Klagenfurt, wo der Anteil der kariesfreien Kinder auch am höchsten ist.
- Im Bereich der **Umweltmedizin** wurden regionale Belastungen von Luft und Boden (v. a. Blei und Cadmium in Arnoldstein) durch umfangreiche Sanierungsmaßnahmen beseitigt; **Grundwasser und Badegewässer** weisen eine sehr gute Qualität auf; die umweltmedizinischen Schwerpunkte und Aktivitäten in Kärnten passen sich laufend an neue Herausforderungen an und bieten diesbezüglich auch Beratungsleistungen für die Bevölkerung.
- Gemäß einer Schätzung wurden im Jahr **1996** in Kärnten von der öffentlichen Hand (einschließlich der Sozialversicherungsträger) etwa **€ 53 Mio.** für **Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung** ausgegeben. Für Primär- und Sekundärprävention wird in Kärnten anteilmäßig mehr ausgegeben als österreichweit. Die Schwerpunkte und Aktivitäten des Landes wurden unter den Gesichtspunkten der Langfristigkeit, der Nachhaltigkeit und der regionalen Bedürfnisse der Bevölkerung entwickelt und in den letzten Jahren etabliert.
- In den elf Fonds-Krankenanstalten werden rund **800** Untersuchungs- und Behandlungsplätze vorgehalten, die primär den „**Krankenhausambulanzen**“ zuzuordnen sind (mit jährlich **271.000** „ambulanten **Fällen**“ bzw. rund **772.000** „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 **€ 47 Mio**; insgesamt sind Dichte von Angebot und Inanspruchnahme der spitalsambulanten Kapazitäten - ausgenommen der Personalausstattung - gegenüber dem Bundesdurchschnitt leicht unterdurchschnittlich. Die extramurale ärztliche Versorgung wird durch die insgesamt **1.180 niedergelassenen Ärzte**, davon **600 § 2-Kassenärzte**, abgedeckt. Die **Versorgungsdichte** im niedergelassenen Bereich ist in Kärnten bei den § 2-Ärzten **unterdurchschnittlich**.
- Der bodengebundene **Rettungs- und Krankentransportdienst** (RKT) wird in Kärnten primär vom Österreichischen Roten Kreuz (ÖRK - Landesverband Kärnten) abgedeckt, das insgesamt 20 Einsatzstellen - darunter neun mit NAW bzw. NEF - führt; die **Versorgungsdichte** in Bezug auf den bodengebundenen RKT liegt in Kärnten unter dem Bundesdurchschnitt, die Häufigkeit der Einsätze entspricht demselben.
- Für die **häusliche Pflege** werden in Kärnten 41 Einsatzstellen für Mobile Dienste vorgehalten; 14 der Einsatzstellen befinden sich in den Städten Klagenfurt und Villach.
- Die stationäre Akutversorgung Kärntens wird primär durch die **elf Fonds-Krankenanstalten** abgedeckt; in den Kärntner Fonds-Krankenanstalten stehen insgesamt rund **4.120 Betten** zur Verfügung; hier wurden im Jahr 2000 rund 191.000 stationäre Fälle versorgt. Bei einer durchschnittlichen **Belagsdauer** von **6,3** Tagen (Bundesdurchschnitt: 5,9 Tage) betrug die **Bettenauslastung** rund **86 Prozent** (Bundesdurchschnitt: 84,2 %). Die **Endkosten** in den bettenführenden Bereichen lagen im Jahr 2000 bei rund **€ 431 Mio.** oder **€ 768,- je Einwohner** und damit im Verhältnis zur Wohnbevölkerung elf Prozent **über** dem **Bundesdurchschnitt** (€ 694,-).
- In Kärnten existieren **51 Alten- und Pflegeheime** mit insgesamt knapp **3.500 Plätzen**. Damit weist Kärnten eine deutlich **niedrigere Versorgungsdichte** (gemessen an der Anzahl der Plätze je 1.000 Einwohner im Alter von 75 Jahren und darüber) als im Bundesdurchschnitt auf.
- Die Aufgaben des **öffentlichen Gesundheitsdienstes** umfassen in Kärnten die Fachaufsicht und sanitäre Aufsicht über Personen und Einrichtungen des Gesundheitswesens, die

Gesundheitsaufsicht und Hygieneüberwachung, den amtsärztlichen Dienst, den gesundheitlichen Umweltschutz, Umweltmedizin, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung sowie Gesundheitsberichterstattung und -planung.

- Bei den **Gesundheitsausgaben** ist die Situation im Jahr 2000 bei den **Endkosten der Fonds-Krankenanstalten** im stationären Bereich etwas besser als im Österreichdurchschnitt und im ambulanten Bereich etwas ungünstiger. Die Entwicklung in den 1990er Jahren entsprach der österreichweiten Dynamik. Im **niedergelassenen § 2-Bereich** lagen im Jahr 2000 die abgerechneten Beträge pro Fall knapp über dem Österreichwert, die Ausgaben der sozialen Krankenversicherungsträger für Heilmittel und Heilbehelfe (inkl. Hilfsmittel) pro Krankenversicherten entsprachen im Jahr 2000 dem bundesweiten Durchschnitt - ebenso die Entwicklung der Ausgaben in den 1990er Jahren.

Literaturverzeichnis

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

Berichte der Abteilung Landwirtschaftliches Schulwesen

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

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 - Präsidentialabteilung 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

Fachbereich Landwirtschaftlicher Bodenschutz

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

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

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Ärztekostenstatistik. Jahresergebnisse 1991 bis 2000

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

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

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.

Kärntner Umweltbericht 1994: Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 15 - Umweltschutz. Erstellt im Auftrag des Kärntner Landtages, Klagenfurt 1994

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

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

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

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

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

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

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 1999

ÖBIG: Bericht zur Drogensituation 2000. Wien 2000

ÖBIG: Bericht zur Drogensituation 2001. Wien 2001

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
- Spangl, W.: Untersuchung der Korrelation von Ozonwerten an den österreichischen Meßstellen und Einleitung Österreichs in Ozonüberwachungsgebiete, UBA-Report 92-064. Umweltbundesamt, Wien 1993
- Spitalsky - Marktforschung und Regionalprognostik: Regionale Bevölkerungsprognosen bis 2031. Datenübermittlung an das ÖBIG auf EDV-Datenträgern 1999
- Statistik Austria: Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 1998. Wien 1999
- Statistik Austria: Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung. Mikrozensus 1991, Wien 1996
- Statistik Austria: Österreichischer Todesursachenatlas 1988/94. Wien 1998
- Statistik Austria: Statistisches Jahrbuch 2002. Wien 2002
- Statistik Austria: Umweltbedingungen und Umweltverhalten. Mikrozensus Dez. 94 und 98
- Strauss, R. et al.: Tuberkulose in Österreich 1995 - 1999. Teil II. In: Mitteilungen der Sanitätsverwaltung 3/2001, S. 3 ff.
- Theuer, W., 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 - Dritter Umweltkontrollbericht, Teil B. Umweltkontrolle und Bestandsaufnahmen. Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie an den Nationalrat. Umweltbundesamt, Wien 1993
- UBA (Hrsg.): Umweltsituation in Österreich - Sechster Umweltkontrollbericht. Umweltkontrollbericht des Bundesministers für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft an den Nationalrat. Umweltbundesamt, Wien 2001
- Uhl, A., Seidler, D.: Prevalence Estimate of Problematic Opiate Consumption in Austria. LBI-Sucht, Vienna 2000
- 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 fünf Kategorien von Alpha bis Epsilon. Die Trinkformen des Alpha- und Beta-Typus bezeichnete er als Vorstufen der Alkoholkrankheit, Gamma-, Delta- und Epsilon-Trinker bezeichnete er als alkoholkrank. Für eine detaillierte Beschreibung der Typen nach Jellinek sowie für andere Alkoholismuseditionen (Typologie nach Cloninger, Typologie nach Lesch, primärer und sekundärer Alkoholismus, Klassifizierung nach Trinkmengen und nach Alkoholkonsumgewohnheiten) siehe Handbuch Alkohol - Österreich 2001, S. 52 ff.

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

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

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

- Die Ausgaben der Gebietskrankenkassen wurden entsprechend der Zahl der bei den einzelnen Gebietskrankenkassen krankenversicherten Personen auf die einzelnen Bundesländer aufgeteilt.
- Die Ausgaben der Betriebskrankenkassen wurden entsprechend dem Betriebsstandort dem jeweiligen Bundesland zugerechnet. Dabei wurden die Ausgaben der Betriebskrankenkassen gemäß der Zahl der in der jeweiligen Betriebskrankenkasse krankenversicherten Personen auf die Bundesländer der jeweiligen Betriebsstandorte aufgeteilt.
- Zur Schätzung der Ausgaben auf Bundesländerebene der Versicherungsanstalten des österreichischen Bergbaus, der österreichischen Eisenbahnen, der öffentlich Bediensteten, der gewerblichen Wirtschaft und der Bauern wurde die Zahl der beim jeweiligen Versicherungsträger krankenversicherten Personen entsprechend den Anteilen der einzelnen Bundesländer 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) zu definieren. Die Endkosten einer Kostenstelle setzen sich dabei aus der Summe der Primärkosten (Kostenartengruppe 1-8) und der Summe der Sekundärkosten (Kostengruppe 11-14) zusammen, die abschließend um Kostenminderungen und die Summe abgegebener innerbetrieblicher Leistungen berichtigt wird.

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

Geburtenziffer: Zahl der Lebendgeborenen pro 1.000 Einwohner.

Gesundheitsförderung: Lebensweltbezogene Maßnahmen hinsichtlich Gruppen und derer 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, zumeist ein Jahr (altersstandardisiert).

Kassenverträge nach § 2: Das sind die sogenannten ärztlichen Gesamtverträge zwischen niedergelassenen Ärzten einerseits und der örtlichen Gebietskrankenkasse, den örtlichen Betriebskrankenkassen, der Sozialversicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus und seit 1998 auch der Sozialversicherungsanstalt der Bauern andererseits.

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

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

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

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

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-/Pflegetätigkeit führen, ermittelt aus den Mikrozensus-Erhebungen von ST.AT 1991 und 1999 über die Frage „Benötigen Sie Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens?“) für jede Altersgruppe und beide Geschlechter im Beobachtungszeitraum 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.

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

Potenziell alkoholassoziierte Todesursachen: Unter potenziell alkoholassoziiertes Sterblichkeit versteht man die alkoholbedingten 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 Krankenhaus 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. (Die exakte Berechnungsmethode ist am Ende der Tabelle 2.3.1 im Tabellenanhang detailliert beschrieben.)

- 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.

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 unterschiedliche 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

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

mit	z	= Prüfgröße	Bev	= Bevölkerung
	SB	= Standardbevölkerung	a	= Altersklassen
	Sb _{tot}	= Standardbevölkerung insgesamt	r	= Regionen
	E	= Ereignisse		

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

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

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

- **Höchste abgeschlossene Ausbildung:** Das Ausbildungsniveau zählt zu den verlässlichsten Indikatoren zur Abbildung sozialer Unterschiede. Weiters existieren in einigen Studien (z. B. Doblhammer-Reiter, 1995/96) Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Bildungsniveau und Gesundheitszustand. Aus diesem Grund wurde die höchste abgeschlossene Ausbildung im synthetischen Indikator auch am höchsten gewichtet. Als Datenbasis wurde die Volkszählung 1991 herangezogen. Dies deshalb, weil eine bestimmte „soziale Performance“ erst nach einigen Jahren gesundheitliche Auswirkungen zeigen kann.
- **Anzahl der Wohnungen nach Ausstattungskategorien, Nutzfläche pro Einwohner:** Wohnindikatoren verlieren in einer Zeit der zunehmenden Angleichung der Wohnverhältnisse (z. B. starke Abnahme der Anteile an 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 selbstständiger und unselbstständiger Arbeit erfasst. Datenbasis war die Lohn- und Einkommenssteuerstatistik aus dem Jahr 1997 (Statistik Austria), da die regionalen Einkommensunterschiede relativ stabil sind. Vermögensbestand oder Einkommenssubstitution durch Subsistenzwirtschaft blieb unberücksichtigt.

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

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

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

Standardisierung: Um einen methodisch sauberen Vergleich von Verhältniszahlen (z. B. Sterblichkeit, 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 Datenbereinsteller, Inhalten, Bezugszeitraum (Zeitraum, für den die Daten verfügbar sind), höchster sinnvoller räumlicher Auflösung, Validität und Verwendungszwecken wie folgt stichwortartig beschrieben werden können:

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

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

Tabellenanhang

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

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

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

- Tab. 4.6.3: Kariesprävalenz der 6-Jährigen 2001
nach Regionen und Geschlecht
- Tab. 5.1.1: Ausgaben für Gesundheitsvorsorge und -förderung 1996
- Tab. 5.2.1: Vorhaltung und Frequentierung von Kapazitäten sowie Kosten im spitals-ambulantem und niedergelassenen § 2-Kassenbereich nach Fachrichtungen 2000
- Tab. 5.2.2: Vorhaltung und Frequentierung von Kapazitäten sowie Kosten im spitals-ambulantem und niedergelassenen § 2-Kassenbereich nach Fachrichtungen 2000 (jeweils bezogen auf 1.000 Einwohner)
- Tab. 5.2.3: Bodengebundene anerkannte Rettungs- und Krankentransportdienste 2000
nach Bezirken
- Tab. 5.2.4: Bodengebundene anerkannte Rettungs- und Krankentransportdienste 2000 - bezogen auf 1.000 Einwohner
nach Bezirken
- Tab. 5.2.5: Apotheken und Pharmazeuten 2000
nach Bezirken
- Tab. 5.3.1: Stationäre Akutversorgung in Fondskrankenanstalten - Ausstattung, Inanspruchnahme und Kosten 2000
nach Fachrichtungen
- Tab. 5.3.2: Rehabilitationseinrichtungen sowie Inanspruchnahme nach Indikationsgruppen 2000
nach Bundesländern
- Tab. 5.3.3: Kapazitäten der stationären Alten- und Langzeitversorgung 1999
nach Bezirken
- Tab. 5.3.4: Kapazitäten der stationären Alten- und Langzeitversorgung 1999 pro 1.000 Einwohner über 64 Jahre
nach Bezirken
- Tab. 5.4.1: Versorgung mit medizinisch-technischen Großgeräten 2001
nach Gerätegruppen
- Tab. 5.6.1: Endkosten der Fondskrankenanstalten 1997-2000
- Tab. 5.6.2: Personalkosten der Fondskrankenanstalten 1997-2000
- Tab. 5.6.3: Abgerechnete Beträge der § 2-Kassen für niedergelassene Ärzte 1991-2000
- Tab. 5.6.4: Ausgaben der sozialen Krankenversicherungsträger für Heilmittel und Heilbehelfe-Hilfsmittel 1991-2000
- Tab. 6.1.1: Übersicht - ausgewählte Parameter im Bundesländervergleich im Zeitraum 1991 bis 2000 (indexiert, Österreich = 100)
- Tab. 6.1.2: Übersicht - ausgewählte Parameter im Vergleich zwischen Kärntner Bezirken im Zeitraum 1991 bis 2000 (indexiert, Kärnten = 100)

Kartenanhang

- Karte 2.1.1: Anteil der 60-jährigen und über 60-jährigen Bevölkerung in Prozent der Gesamtbevölkerung
- 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: Akutkrankenanstalten - Standardtypisierung 2001
- Karte 5.3.2: Standorte und Größe der Alten- und Pflegeheime 1999