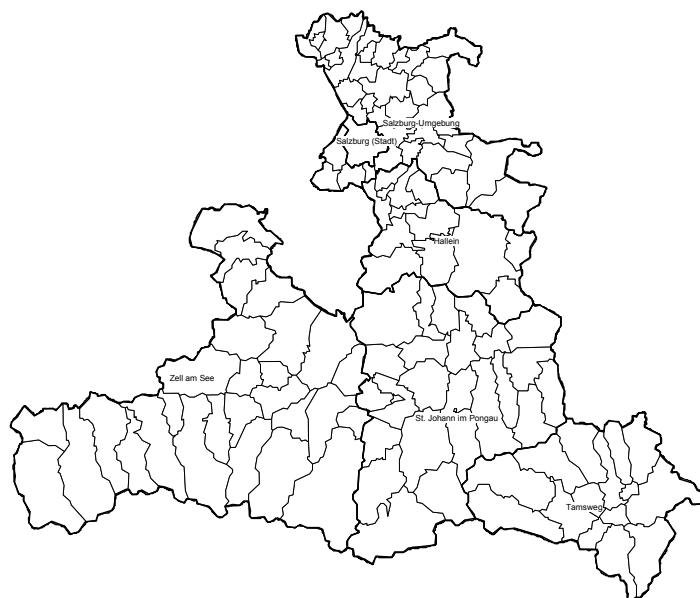




Salzburger Gesundheitsbericht 2002

Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Salzburger Bevölkerung

Inanspruchnahme und Leistungen des Salzburger Gesundheitssystems



Wien, September 2002
Im Auftrag des Amtes der Salzburger Landesregierung

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen



Salzburger Gesundheitsbericht 2002

Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Salzburger Bevölkerung

Inanspruchnahme und Leistungen des Salzburger Gesundheitssystems

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

Projektkoordination
Anton Hlava

Wien, September 2002

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

ISBN 3-85159-049X

Zl. 42455/2002

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

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

Vorwort

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

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

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

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

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

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

LHStv. Mag. Gabi Burgstaller
Gesundheitsreferentin

Inhaltsverzeichnis

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

Abbildungsverzeichnis

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

Abkürzungsverzeichnis

AMS	Arbeitsmarktservice
AN	Anästhesiologie und Intensivmedizin
AU	Augenheilkunde
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BKK	Betriebskrankenkasse
BMSG	Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen
BTD	Belagstagedichte
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
CH	Chirurgie
COR	Coronarangiographie
CT	Computertomographie
DER	Dermatologie
DIA	Hämodialyse
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten
DSA	Digitale Subtraktionsangiographie
ECT	Emissions-Computertomographie
Eurostat	Statistisches Amt der EU in Luxemburg
EU	Europäische Union
FKA	Fonds-Krankenanstalt
GEM	Gemischter Belag
GGH	Gynäkologie und Geburtshilfe
GGP	Österreichischer Großgeräteplan
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
HVSVT	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
ICD-9	International Code of Diseases (9 th Revision)
IM	Innere Medizin
KA	Krankenanstalt
KAG	Krankenanstaltengesetz des Bundes
KCH	Kinderchirurgie
KfV	Kuratorium für Verkehrssicherheit
KHH	Krankenhausthäufigkeit (inkl. Mehrfachaufnahmen)
KHM	Krankenhausmorbidity (exkl. Mehrfachaufnahmen)
KI	Kinder- und Jugendheilkunde
KJNP	Kinder- und Jugendneuropsychiatrie
LAP	Leistungsangebotsplanung
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
LIT	Lithotripsie
LTX	Lebertransplantation
MEL	Medizinische Einzelleistung gemäß LKF
MKC	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
MR	Magnetresonanztomographie
NC	Neurochirurgie
NEO	Neonatologie
NET	Nierenersatztherapie
NEU	Neurologie
NTX	Nierentransplantation
NUTS	Nomenclature des unités territoriales statistiques (EU-konforme räumliche Gliederung)
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖKAP/GGP	Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan
ONK	Onkologie
OR	Orthopädie und orthopädische Chirurgie
ÖRK	Österreichisches Rotes Kreuz
PAL	Palliativmedizin
PCH	Plastische Chirurgie
PET	Positronenemissions-Computertomographie
PHM	Physikalische Medizin
PSO	Psychosomatik
PSY	Psychiatrie
PUL	Pulmologie
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
PVAng	Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten
PVArb	Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter
QS	Qualitätssicherung
RAD	Diagnostische Radiologie
RZ	Rehabilitationszentrum
SKA	Sonderkrankenanstalt
ST.AT	Statistik Austria
STR	Strahlentherapie-Radioonkologie
SU	Stroke Unit
SVA	Sozialversicherungsanstalt
SZT	Stammzelltransplantation
TGKK	Tiroler Gebietskrankenkasse
TK	Tagesklinik
UBG	Unterbringungsgesetz
UBP	Untersuchungs- und Behandlungsplätze
UC	Unfallchirurgie
UKH	Unfallkrankenhaus
URO	Urologie
VA	Versicherungsanstalt
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

1.1 Ziele und Zielgruppen des Gesundheitsberichts 2002

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

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

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

1.2 Grundlagen und Rahmenbedingungen

Rechtliche Grundlagen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Im Sinne von Art. 10 B-VG:

- Angelegenheit des Gewerbes und der Industrie (z. B. betrieblicher Umweltschutz);
- Verkehrswesen, Kraffahrwesen, Bundesstraßenwesen;
- Bergwesen, Forstwesen, Wasserrecht, Wildbachverbauung;
- Luftreinhaltung, Abfallwirtschaft, Veterinärwesen, Ernährungswesen, Nahrungsmittelkontrolle;
- Statistik.

Im Sinne von Art. 11 B-VG:

- Volkswohnungswesen;
- Straßenpolizei;
- Assanierung.

Im Sinne von Art. 12 B-VG:

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

Im Sinne von Art. 15 B-VG:

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

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

Datengrundlagen

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

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

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

ÖBIG-Konzept für Gesundheitsberichte der Bundesländer

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

2 Soziodemographische Faktoren

2.1 Bevölkerungsstruktur und -entwicklung

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

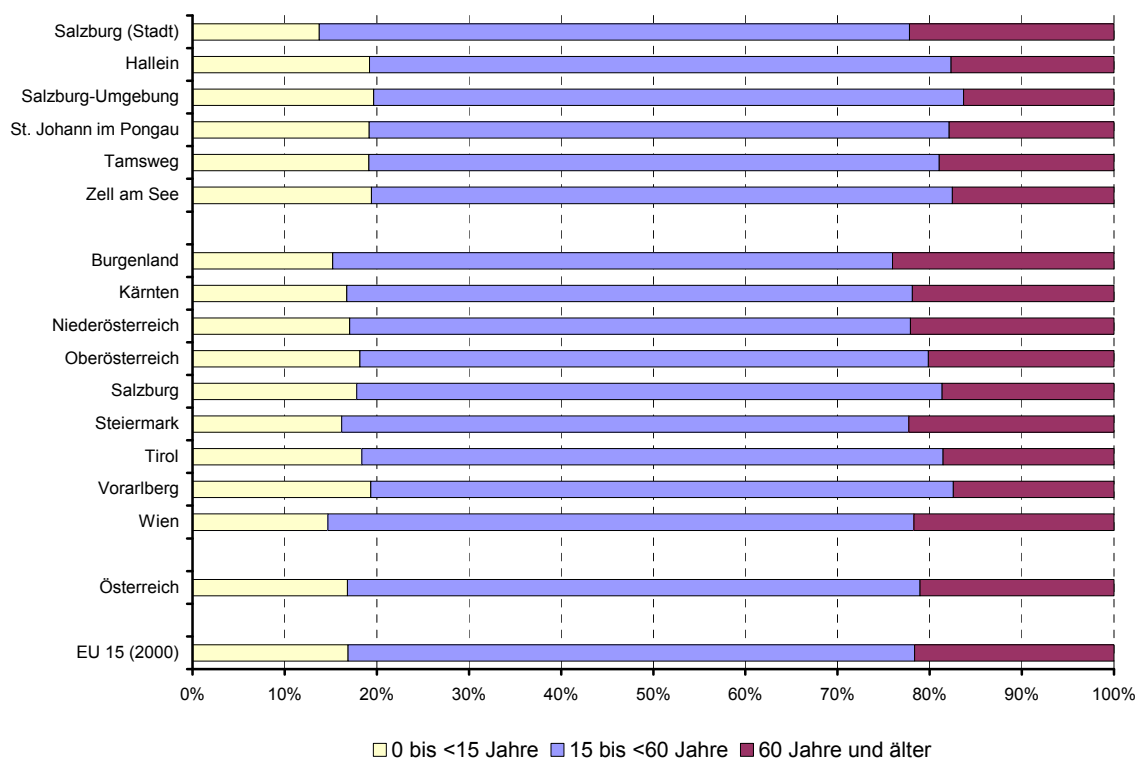
Die **Altersstruktur** der Salzburger Bevölkerung ist im Vergleich zum Bundesdurchschnitt - der in etwa dem EU-Durchschnitt entspricht - durch höhere Anteile jüngerer Menschen geprägt (vgl. nachstehende Abb. 2.1.1). So liegt der Anteil der unter 15-Jährigen mit 17,8 Prozent über dem Österreichwert von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

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

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

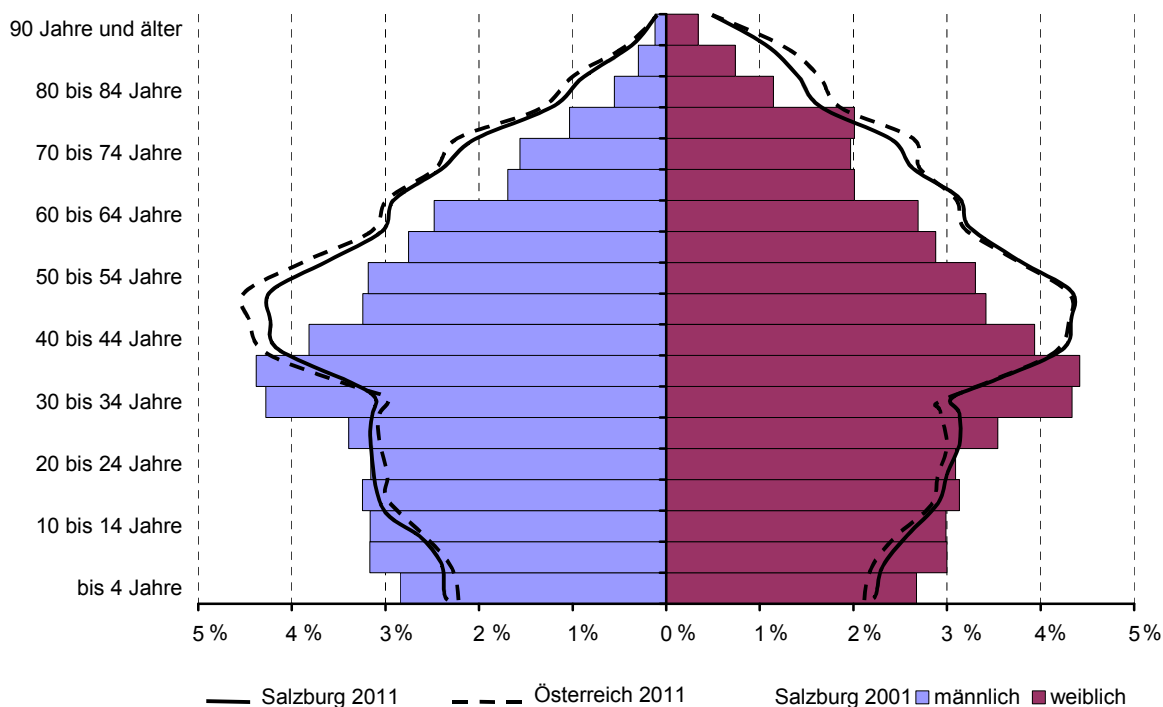
Die **Geburtenziffer** (Lebendgeborene pro 1.000 Einwohner) ist in Salzburg - wie in Österreich insgesamt (Statistik Austria) und in den meisten 15 EU-Staaten - im Laufe der 1990er Jahre gesunken. Im Jahr 2000 wiesen innerhalb der EU nur noch Deutschland, Griechenland und Italien geringere Geburtenziffern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

Abbildung 2.1.1: Altersverteilung in Salzburg und in den Bundesländern 2001



Quellen: Statistik Austria - Volkszählung 2001; Eurostat

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



*) laut Bevölkerungsvorausschätzung von SPITALSKY

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

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

2.2 Sozialstruktur

Zahlreiche Untersuchungen (vgl. z. B. Doblhammer-Reiter 1995/1996, Forum Public Health 2001, ÖBIG 1999) untermauern die Hypothese, dass Unterschiede im sozioökonomischen Status mit Unterschieden in den Lebensbedingungen, im Gesundheitsverhalten und in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einhergehen und somit in letzter Konsequenz sozioökonomische Unterschiede in Gesundheitszustand, Morbidität und Sterblichkeit bewirken. Gemäß der Hypothese sinkt mit dem sozioökonomischen Status einer Person auch deren Wahrscheinlichkeit, in Gesundheit alt zu werden.

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

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

In Bezug auf diesen synthetischen Indikator liegt das Bundesland Salzburg mit 104 Prozent des Österreichwertes hinter Wien an **zweitbesten** Stelle. Eine besonders günstige Sozialstruktur (mit überdurchschnittlichem Einkommen, guter Wohnsituation und zum Teil auch überdurchschnittlichem Ausbildungsniveau) ergibt sich für die Stadt Salzburg (137 %) und Salzburg-Umgebung (104 %), während die Bezirke Tamsweg, Zell am See und St. Johann im Pongau unter 86 Prozent des Bundesdurchschnitts bleiben (vgl. Tab. 2.2.1 und Karte 2.2.1 im Kartenanhang).

2.3 Regionalwirtschaftliche Situation

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

Basierend auf diesem synthetischen Indikator ist die regionalwirtschaftliche Situation im Land Salzburg mit 119 Prozent des Österreichwertes im Bundesländervergleich das **beste Bundesland** gefolgt von Oberösterreich, Wien und Tirol. Auf eine überdurchschnittliche gute Wirtschaftssituation lässt der Indikatorenwert im Großraum Salzburg (Bezirke Salzburg-Stadt und Salzburg-Umgebung) sowie in den Bezirken Hallein und St. Johann im Pongau schließen, während er für die Bezirke Zell am See und Tamsweg eine leicht unterdurchschnittliche Wirtschaftsperformance anzeigt (vgl. Tab. 2.3.1 und Karte 2.3.1 im Kartenanhang).

2.4 Zusammenfassung

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

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

3 Gesundheitszustand

3.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit

Lebenserwartung bei der Geburt

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

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

„Fernere Lebenserwartung“

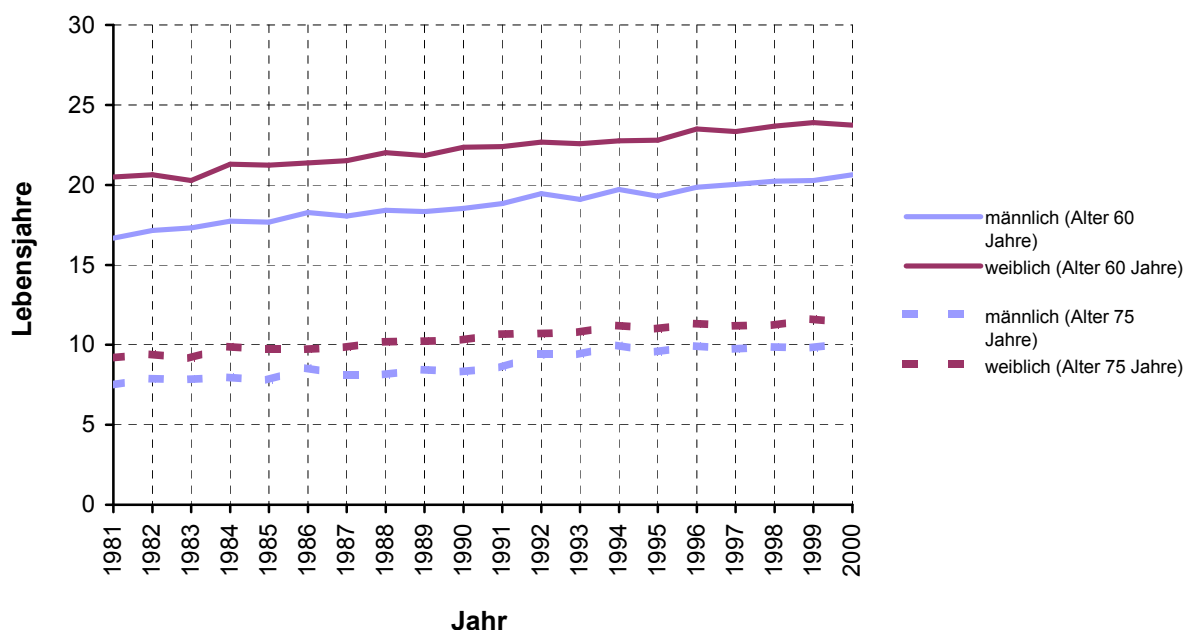
Der Zugewinn an Lebenserwartung zwischen 1991 und 2000 von etwa 1,6 Jahren bei Männern und Frauen ist zu einem hohen Anteil auf die Reduktion der Sterblichkeit von älteren Menschen zurückzuführen. Nach dem Konzept der „fernere Lebenserwartung“ konnte ein 60-jähriger Salzburger 1991 mit etwa 18,8 weiteren Lebensjahren rechnen, im Jahr 2000 hingegen bereits mit fast 20,5 Jahren - das entspricht einem **Zuwachs** von knapp zwei Jahren. Für eine 60-jährige Salzburgerin stieg die Zahl der statistisch erwartbaren weiteren Lebensjahre im selben Zeitraum von etwa 22,4 auf über 23,7 Jahre, also um etwa 1,3 Jahre (vgl. Abb. 3.1.1 und Tab. 3.1.2 im Tabellenanhang). Die „fernere Lebenserwartung“ der 75-jährigen Landesbürger erhöhte sich ebenfalls bei beiden Geschlechtern, und zwar um 1,5 Jahre bei Männern und um 0,7 Jahre bei Frauen (vgl. nachstehende Abb. 3.1.1).

„Behinderungsfreie Lebenserwartung“

Hier stellt sich die Frage, ob sich mit der steigenden Lebenserwartung insbesondere auch die Lebensqualität der älteren Menschen erhöht, oder ob bloß die Zeitspanne, die mit körperlichen oder geistigen Gebrechen verbracht wird, länger wird. Mit dem statistischen Berechnungskonzept der „behinderungsfreien Lebenserwartung“ lässt sich zeigen, dass für die Salzburger Männer die Zahl der **Lebensjahre**, die sie **frei von** erheblichen körperlichen oder geistigen **Beeinträchtigungen** (das sind solche Behinderungen, die zu einer dauernden Hilfs- bzw. Pflegebedürftigkeit führen) erwarten können, zwischen 1991 und 2000 von etwa 68,4 auf 69,4 Jahre **angestiegen** ist - also um ein Jahr. Auch bei den Frauen ist diese erwartbare behinderungsfreie Lebensspanne um ein Jahr angestiegen, und zwar von 72,1 Jahren auf 73,1 Jahre, vgl. Tab. 3.1.3 im Tabellenanhang). Etwa zwei Drittel der zusätzlich erwartbaren Lebensjahre (ab der Geburt) bei den Männern und die Hälfte bei den Frauen müssen somit mit erheblichen Behinderungen verbracht werden.

Dies bedeutet, dass die älteren Salzburger mit insgesamt über sechs Lebensjahren und die älteren Salzburgerinnen mit fast acht Jahren rechnen müssen, die sie - in der Regel im letzten Lebensabschnitt - mit funktionellen **Einbußen** ihrer körperlichen bzw. geistigen **Fähigkeiten** zubringen. Diese **Lebensspanne** hat sich bei Männern und Frauen in den letzten zehn Jahren um etwa ein halbes Jahr **verlängert**. Wenn sich dieser Trend in den nächsten Jahren ungebrochen fortsetzt, dann werden sich die Anforderungen an die stationäre Alten- und Langzeitversorgung (Pflegeheime), an die geriatrische Versorgung in Akutkrankenanstalten und in Rehabilitationseinrichtungen sowie an die mobilen Dienste (Hauskrankenpflege, Heimhilfe, etc.) weiter erhöhen.

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



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

Säuglingssterblichkeit

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

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

Sterblichkeit und „vorzeitige Sterblichkeit“

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

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

Sterblichkeit in Salzburg im regionalen Vergleich

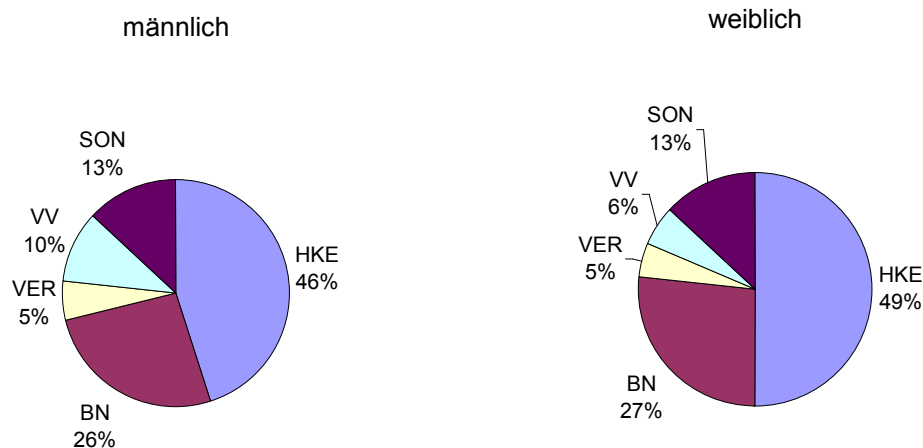
Im Bundesland Salzburg versterben jährlich rund **2.000 männliche** und rund **2.200 weibliche** Personen. Die **Sterblichkeit** in Salzburg ist - spiegelbildlich zur vergleichsweise hohen Lebenserwartung - im Vergleich zu anderen Bundesländern **niedrig**. Dies wurde auch von Statistik Austria in diversen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

Haupttodesursachen

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

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

Abbildung 3.1.2: Sterbefälle im Bundesland Salzburg nach Haupttodesursachen und Geschlecht im Zeitraum 1991-2000



Legende:

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

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

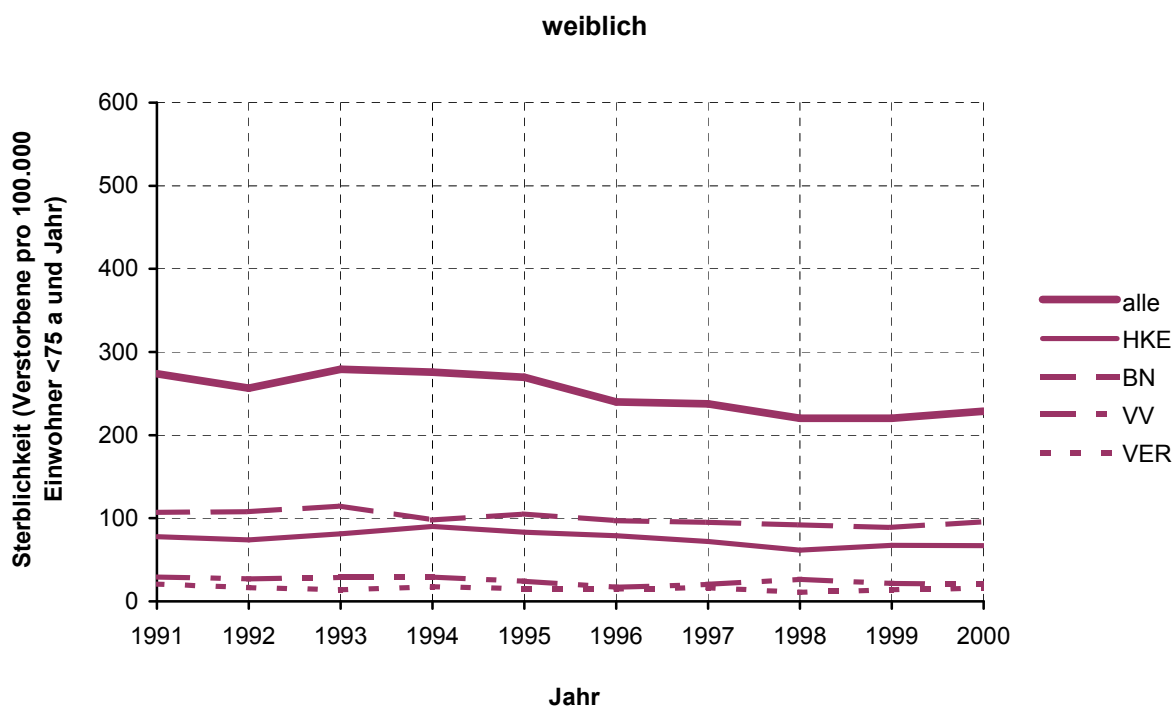
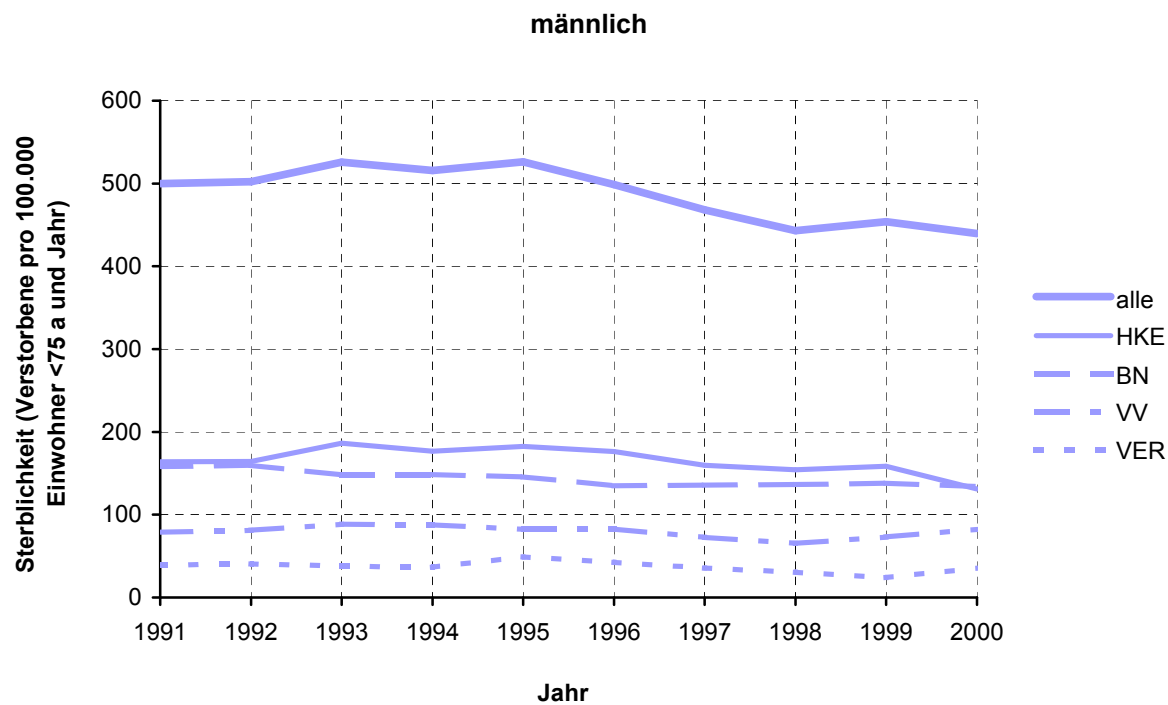
Sterblichkeit nach Haupttodesursachen im Zeitverlauf 1991-2000

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

Bei den **unter 75-Jährigen** sind die Haupttodesursachen jedoch anders verteilt als bei der Gesamtbevölkerung. Während hier bei den **Männern** ebenfalls die **Herz-/Kreislauferkrankungen** als Todesursache (knapp gefolgt von den Krebserkrankungen) dominieren, steht bei den **Frauen** umgekehrt der **Krebs** (gefolgt von den Herz-/Kreislauferkrankungen) im Vordergrund (vgl. Abb. 3.1.3). Gewaltsame Todesursachen spielen auch bei den unter 75-jährigen Männern eine wesentliche Rolle, bei den Frauen hingegen kaum. Die Suizidrate ist bei den Salzburger Männern im Vergleich zu Österreich signifikant über dem Durchschnitt. Erkrankungen der Verdauungsorgane sind in dieser Altersgruppe bei beiden Geschlechtern als Todesursache von untergeordneter Bedeutung.

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

Abbildung 3.1.3: Sterblichkeit der unter 75-Jährigen im Bundesland Salzburg nach Hauptdesursachen und Geschlecht im Zeitverlauf 1991-2000



Legende:

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

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

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

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

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

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

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

„Problemregionen“

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

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

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

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

3.2 Morbidität

Datenlage

Im Gegensatz zur Ermittlung der Sterblichkeit aus der Todesursachenstatistik, die weitgehend Vollständigkeit und gute Datenqualität (letztere bedingt durch die relativ hohe Obduktionsrate in Österreich) gewährleistet, ist bei der Interpretation regional vergleichender Auswertungen von **Daten** zur **Morbidität** (dazu zählen insbesondere die Krebsstatistik sowie die Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten, nachfolgend als „DLD“ bezeichnet) **Vorsicht** geboten, da es hier aufgrund mangelnder Vollständigkeit oder aufgrund anderer Faktoren zu **Verzerrungen** bei regionalen oder zeitlichen Vergleichen kommen kann. So ist etwa die Tatsache zu berücksichtigen, dass die aus der DLD

berechnete Krankenhaushäufigkeit nicht nur durch epidemiologische Faktoren, sondern auch durch verschiedene andere Faktoren (z. B. durch die regionale Akutbettendichte oder durch regionalwirtschaftliche Faktoren) beeinflusst wird.

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

Krankenhausmorbidität („stationäre Morbidität“)

Im Jahr 2000 wurden Salzburger Landesbürger insgesamt rund 140.000 Mal stationär in einem Krankenhaus in Österreich aufgenommen. Diese 140.000 „stationären Fälle“ beinhalten auch die während des Jahres mehrfach aufgenommenen Patienten. Blendet man diese „Mehrfachaufnahmen“ aufgrund derselben Erkrankung (die insbesondere bei der Behandlung von Krebspatienten und psychiatrischen Patienten entstehen) aus, so ergibt sich, dass die rund 140.000 „stationären Fälle“ von rund 110.000 Personen („stationären Patienten“) „erzeugt“ werden. Im Durchschnitt werden also **von zehn** Salzburger Landesbürgern pro Jahr **zwei stationär** in Krankenhauspflege aufgenommen. Salzburg liegt damit etwa im **bundesweiten Durchschnitt**.

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

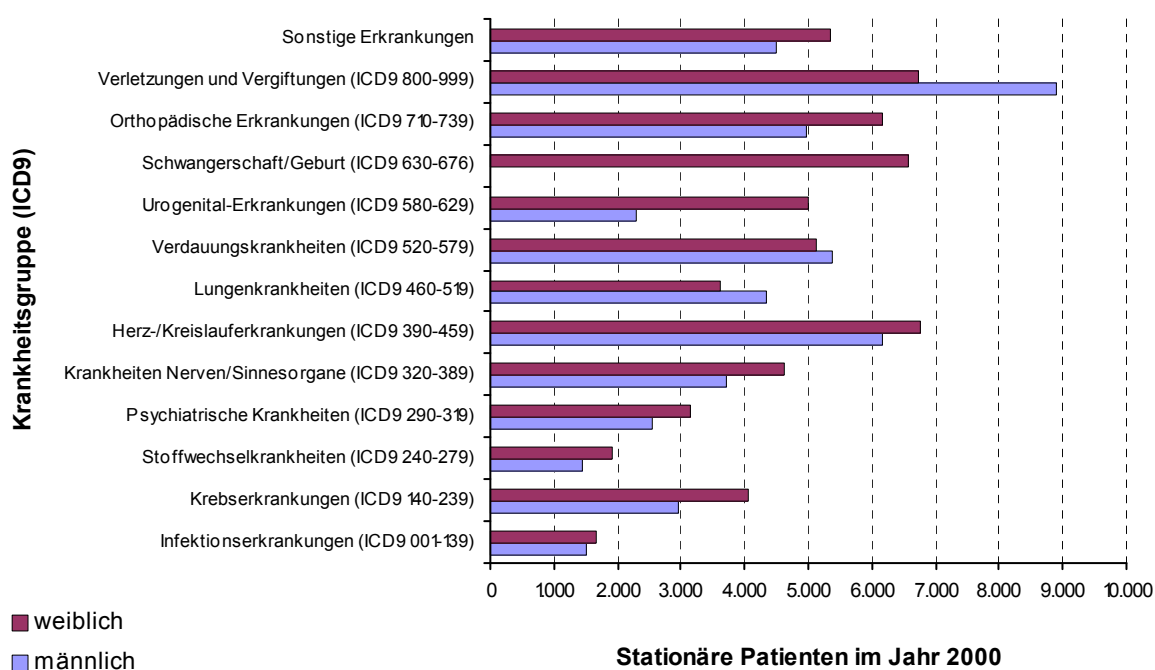
Die **Krankenhaushäufigkeit** (KHH, gemessen in Krankenhausaufnahmen pro 100.000 Einwohner, ohne Mehrfachaufnahmen) lag in Salzburg nur marginal über dem Bundesschnitt (vgl. Tab. 3.2.1 im Tabellenanhang). Nach Hauptdiagnosen differenziert fällt allerdings eine um 20 bis 30 Prozent überdurchschnittliche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

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

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

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

Abbildung 3.2.1: Krankenhausmorbidity der Salzburger nach Diagnosegruppen 2000



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

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

Herz-/Kreislaufkrankungen

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

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

Krebserkrankungen

An Krebserkrankungen **sterben** in Salzburg jährlich rund **1.000** Personen, davon rund 180 an Lungenkrebs, rund 100 an Dickdarmkrebs, rund 90 an Brustkrebs, rund 80 an Magenkrebs und rund 70 an Prostatakrebs. Diese Erkrankungsgruppe ist damit die zweithäufigste Todesursache und ebenfalls ein sehr häufiger Grund für eine Spitalsaufnahme. Rund **7.000** Salzburger müssen sich aufgrund von Komplexität und Schweregrad dieser Erkrankung zumindest ein Mal pro Jahr in eine **Krankenhausbehandlung** begeben, die in vielen Fällen mit mehrfachen Wiederaufnahmen (z. B.: zur Chemo- und/oder Strahlentherapie) einher geht.

Die Anzahl der medizinisch gesicherten **Neuerkrankungen** an Krebs („Krebsinzidenz“) kann über die Daten aus der österreichischen Krebsstatistik ermittelt werden. Bei der Interpretation regional vergleichender Auswertungen der Krebsstatistik ist jedoch Vorsicht geboten, da dabei Regionen mit hoher Meldedisziplin fälschlich als Regionen mit hoher Krebsinzidenz erscheinen. Der **Erfassungsgrad** von Krebsneuerkrankungen wurde durch das Engagement der beteiligten Personen in den letzten Jahren vor allem in Tirol deutlich erhöht, was eine Erklärung für die insgesamt überraschend hohe „gemeldete Krebsinzidenz“ in Tirol sein könnte. In Salzburg und den anderen Bundesländern sind hingegen Probleme in Bezug auf die Vollständigkeit des regionalen Krebsregisters bekannt, was die Ursache für die dort (scheinbar) sehr geringe Krebsinzidenz sein könnte. Auch die Autoren des „Krebsatlas Westösterreich 1988-1992“ weisen auf diese Problematik hin (vgl. OBERAIGNER e. a. 1998, S. 4):

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

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

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

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

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

In der zweiten Hälfte der 1990er Jahre wurde, gemäß Diagnosen- und Leistungsdokumentation, durchschnittlich bei **70** verstorbenen Salzburgern pro Jahr die Zuckerkrankheit als **Haupttodesursache** angegeben. Das ist etwas mehr als in Tirol und Vorarlberg, aber deutlich weniger als im Österreichdurchschnitt. Andererseits werden jährlich rund **1.800 bis 1.900** Salzburger Patienten aufgrund dieser Erkrankung im **Krankenhaus** behandelt, bei weiteren **3.000** Patienten wird ein Diabetes als Nebendiagnose angegeben. Dies ist deswegen von besonderer Bedeutung, weil die Zuckerkrankheit häufig zu Folgeerkrankungen wie z.B. Herz-/Kreislaufkrankungen (insbesondere Gefäßleiden), Augenkrankheiten und Nierenversagen führt und insofern als eigentliche Ursache eines frühzeitigen Todes aufgrund dieser Folgeerkrankungen gewertet werden muss.

Nach den Ergebnissen des Mikrozensus 1999 litten rund **6.900** Salzburger (1,6 %) an **chronischem** Diabetes, 1991 hatten 1,3 Prozent der Befragten Diabetes als chronisches Leiden angegeben. Die Betroffenheit der Salzburger Bevölkerung durch Diabetes war 1999 nach Selbstauskunft der Befragten geringer als österreichweit (2,0 %). Insgesamt zeigt sich in Salzburg eine stärkere Betroffenheit der Männer als der Frauen. Da es sich bei dieser Prävalenzschätzung um die Hochrechnung von Eigenangaben der Befragten handelt, ist mit einer erheblichen Dunkelziffer zu rechnen.

Lungenkrankheiten

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

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

Psychische Erkrankungen

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

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

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

Infektionserkrankungen

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

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

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

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

Orthopädische Erkrankungen

Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates schlagen sich in der Sterblichkeit praktisch nicht nieder, dennoch machen sie einen großen Teil der „Krankheitslast“ in der Bevölkerung entwickelter Industrienationen aus. In Salzburg werden rund **11.000** Patienten pro Jahr wegen orthopädischer Erkrankungen zur **Krankenhausbehandlung** aufgenommen - das entspricht der Dimension der jährlichen Anzahl der Salzburger Herz-/Kreislaufpatienten

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

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

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

Unfälle

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

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

3.3 Behinderungen

Körperliche Beeinträchtigungen

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

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

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

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

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

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

Pflegebedürftigkeit

Seit dem Inkrafttreten des **Bundespflegegeldgesetzes** und der entsprechenden **Landesgesetze** im Juli **1993** sowie der Vereinbarung zwischen Bund und Ländern über Fragen der Finanzierung im Jänner 1994 besteht in Österreich für pflegebedürftige Personen **Rechtsanspruch auf den Bezug von Pflegegeld**. Dieser Anspruch besteht unabhängig von der Ursache der Pflegebedürftigkeit, vom Einkommen, Vermögen und Alter der pflegebedürftigen Person. Voraussetzung für den Bezug von Pflegegeld ist ein **ständiger Betreuungs- und Hilfsbedarf auf Grund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung**, der voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird. Die Höhe des Geldbezugs ist vom Ausmaß der Behinderung abhängig, wobei die Einstufung in eine der sieben vorgesehenen Stufen auf Grund ärztlicher Gutachten (unter allfälliger Beiziehung anderer Experten, etwa von Sozialarbeitern oder von Pflegepersonal) erfolgt. Die Kriterien für die Einstufung werden vom Bundesminister für Soziale Sicherheit und Generationen festgelegt: Je stärker die Behinderung und damit das Ausmaß der monatlich erforderlichen Stunden an Pflegeleistungen ist, desto höher ist die Stufe und damit der Pflegegeldbezug. Anspruch auf **Pflegegeld des Bundes** haben Bezieher von Pensionen, Renten oder vergleichbaren Leistungen auf Grund bundesgesetzlicher Vorschriften, allen übrigen Personen mit ständigen Betreuungs- und Hilfsbedarf wird von den **Bundesländern** Pflegegeld gewährt, wobei die gleichen Einstufungskriterien angewendet werden. 2001 bezogen rund 85 % der ca. 328.000 als pflegebedürftig im Sinne der zitierten Gesetze eingestuften Österreicher und Österreicherinnen

Pflegegeld des Bundes (insgesamt rd. € 1,5 Mrd.), mehr als die Hälfte dieser Personen war den Stufen eins und zwei zugeordnet.

Mit Stichtag 31. 12. 2000 waren nach den vorliegenden Daten (Quellen: BMSG, Fa. Pagler & Pagler) **in Salzburg 16.662 Personen Bezieher von Landes- oder Bundespflegegeld** (s. Tab. 3.3.2), das waren rund **3,2 Prozent** der Gesamtbevölkerung Salzburgs. Von den übrigen Bundesländern wies nur Vorarlberg (2,7 %) einen niedrigeren Anteil an Pflegegeldbeziehern in der Wohnbevölkerung auf, der Bundesdurchschnitt (ohne Steiermark) lag bei 4,1 Prozent. Rund fünf Prozent der Pflegegeldbezieher im Bundesland Salzburg sind in den beiden Stufen mit dem höchsten Grad der Pflegebedürftigkeit eingestuft (österreichweit: beträgt dieser Anteil 4,3 %). Während die Anteile der Pflegegeldbezieher an den Einwohnern in Salzburg bei den jüngeren Bevölkerungsgruppen etwa dem Bundesdurchschnitt entsprechen, bezogen in den älteren Bevölkerungsgruppen in Salzburg weniger Personen als österreichweit Pflegegeld. Dies trifft sowohl auf Männer als auch für Frauen und auf alle (zusammengefassten) Pflegegeldstufen zu. Mit zunehmendem Alter verändert sich auch die Relation der Pflegegeldbezieher zwischen den Geschlechtern: Während in den unteren zwei betrachteten Altersgruppen (bis zu 40 Jahre) die männlichen Bezieher überwiegen, sind in den Altersgruppen ab 61 Jahren die Frauen deutlich in der Überzahl. Insgesamt bezogen doppelt so viele Frauen wie Männer im Jahr 2000 im Bundesland Salzburg Bundes- oder Landespflegegeld.

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

3.4 Gesundheitliche Selbsteinschätzung

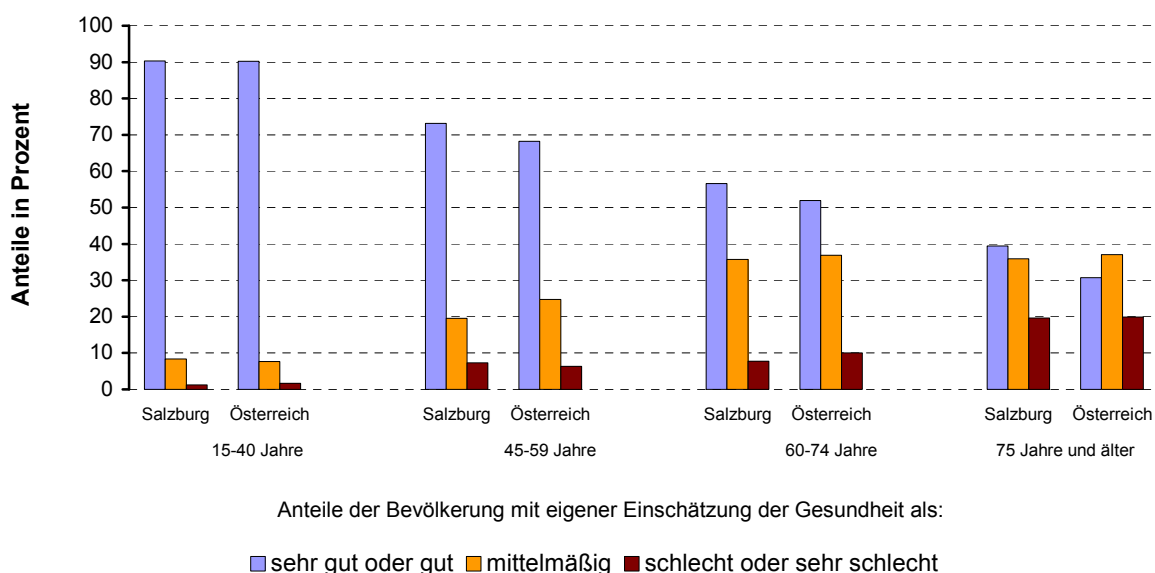
Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes 1991 und 1999

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

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

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

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



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

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

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

Gesundheitszustand nach sozialen Schichten 1999

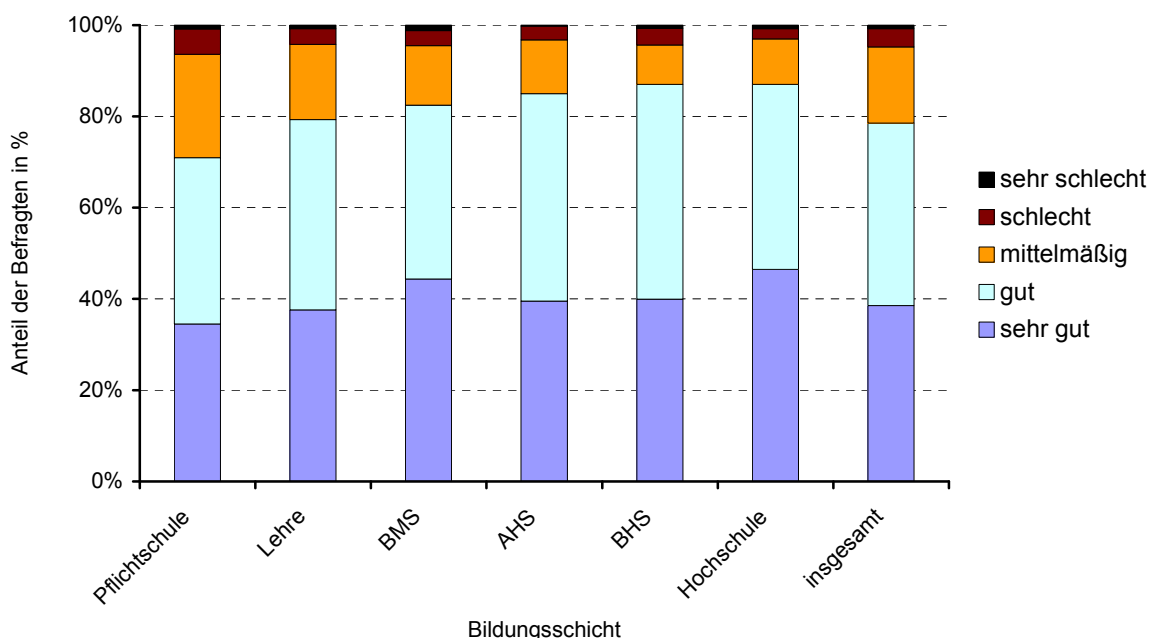
Akzeptiert man die jeweils höchste abgeschlossene Schulausbildung der befragten Person als Leitindikator für die soziale Schichtzugehörigkeit, so zeigt sich aus den Ergebnissen des Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ 1999, dass - nach Selbstauskunft der rund 3.400 befragten Salzburger im Alter über 15 Jahren mit gültigen Antworten - mit **höherer Schulausbildung** auch der subjektiv empfundene **Gesundheitszustand** tendenziell **besser** ist.

Offensichtlich finden Unterschiede zwischen den sozialen Gruppen in Bezug auf das Gesundheitsverhalten auch ihren Niederschlag im Gesundheitszustand: Der Anteil jener befragten Salzburger, die ihren eigenen Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“ einschätzen, steigt von knapp über 70 Prozent bei den Pflichtschulabsolventen auf fast 85 Prozent bzw. 87 Prozent bei den AHS- bzw. BHS- und Hochschulabsolventen an.

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

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

Abbildung 3.4.2: Subjektiver Gesundheitszustand nach Bildungsschichten¹⁾ Salzburg 1999



¹⁾ altersstandardisiert

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

3.5 Zusammenfassung

Lebenserwartung bei der Geburt

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

Behinderungsfreie Lebenserwartung

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

Säuglingssterblichkeit

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

Sterblichkeit

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

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

Morbidität

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

- **psychische Erkrankungen:** etwa 40 Prozent der gewaltsamen Todesfälle sind in Salzburg auf Selbstmord zurückzuführen (jährlich 120 bis 130); bezogen auf 100.000 Einwohner ist dies der **höchste** Wert von allen Bundesländern;
- **orthopädische Erkrankungen** stellen einen großen Teil der Krankheitslast in der Bevölkerung dar, auch wenn sie sich nicht in der Sterblichkeit niederschlagen; zwischen 1991 und 2000 hat sich die Anzahl der stationär behandelten Salzburger Patienten um etwa 40 Prozent auf 11.000 erhöht;
- Neben den genannten Krankheiten tragen auch **Unfallfolgen** erheblich zur Krankheitslast der Salzburger Bevölkerung bei, **Infektionskrankheiten** spielen hingegen - nicht zuletzt aufgrund des weitreichenden Impfschutzes der Bevölkerung - quantitativ nur mehr eine untergeordnete Rolle.

Behinderungen

- **Körperliche Beeinträchtigungen:**
 - Etwa jeder zweite Salzburger über 15 Jahre leidet nach Selbstauskunft an einer **Sehbeeinträchtigung**, rund sechs Prozent der Bevölkerung leiden an einer Sehbehinderung, die nicht durch Brille, Kontaktlinsen oder Operationen behoben werden kann; das ist nach Wien der zweithöchste Anteil aller Bundesländer;
 - auch an **Hör- und Bewegungsbeeinträchtigungen** sowie an **chronischen Erkrankungen**, die wie die Sehbeeinträchtigungen vor allem altersbedingt sind, leidet die Salzburger Bevölkerung häufiger als der Großteil der übrigen Österreicher;
- **Pflegebedürftigkeit:** Etwas mehr als drei Prozent der Bevölkerung (Stichtag 31.12.2000) beziehen in Salzburg Landes- oder Bundespflegegeld - dieser Wert ist nur in Vorarlberg niedriger; aufgrund der höheren weiblichen Lebenserwartung bezogen doppelt so viele Frauen wie Männer Pflegegeld.

Gesundheitliche Selbsteinschätzung

- Die Salzburger schätzen ihre eigene Gesundheit besser ein als der Durchschnitt der Österreicher. **78 Prozent** der Bevölkerung empfanden 1999 ihren Gesundheitszustand als **gut oder sehr gut**; das positive Empfinden nimmt mit zunehmendem Alter deutlich ab;
- Die **Zufriedenheit** mit dem eigenen Gesundheitszustand hat in den 1990er Jahren in Salzburg entsprechend dem bundesweiten Trend **tendenziell zugenommen**;
- Mit **höherer Schulbildung** steigt tendenziell auch die Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand, was auch mit besseren Informationsverfügbarkeiten und mit einem anderen Gesundheitsverhalten und in Zusammenhang steht.

4 Gesundheitliche Einflussfaktoren

4.1 Somatische Basisdaten

Body-Mass-Index

Nach den **Definitionen** von Eurostat gilt ein Body-Mass-Index (BMI) von 21 bis unter 26 kg/m² als „normal“. Bei einem BMI von 18 bis unter 21 gilt die betreffende Person als untergewichtig und bei einem BMI unter 18 als stark untergewichtig. Eine Person mit einem BMI zwischen 26 und 30 ist laut Eurostat als übergewichtig einzustufen, ab einem BMI von 30 als stark übergewichtig (vgl. Eurostat 2000, S. 3). Da beim Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ regelmäßig auch Körpergröße und Körpergewicht der befragten Person erhoben werden, kann der BMI für jede antwortende Person individuell errechnet und hinsichtlich seiner Verteilung in der Bevölkerung auch im zeitlichen Längsschnitt verglichen werden.

Nach diesen Definitionen waren im Jahr 1991 in Salzburg rund **zwei Prozent** der Bevölkerung über 15 Jahre (etwa 8.000 Personen) **stark untergewichtig**, wobei **Frauen** wesentlich **häufiger** als Männer betroffen waren (3,2 % versus 0,9 %, vgl. Tab. 4.1.1. im Tabellenanhang). Damit lag Salzburg über dem Durchschnitt aller Bundesländer an stark Untergewichtigen. Das betraf allerdings nicht alle Altersgruppen, sondern insbesondere die Jugendlichen. Innerhalb Salzburgs zeigte sich ein Stadt-Landgefälle: im **Lungau** waren die mit Abstand höchsten Anteile an stark Untergewichtigen festzustellen, am geringsten war der Anteil in Salzburg und Umgebung. Bis zum Jahr 1999 **stieg** der Anteil der stark Untergewichtigen in Salzburg sowohl bei den Frauen wie auch bei den Männern um etwas mehr als einen Prozentpunkt an (auf 4,4 % bzw. 2,1 %), was leicht über dem bundesweiten Trend lag. Während dieser Anstieg in den meisten Altersgruppen eher moderat ausfiel, war er in der Altersgruppe der **15- bis 19-Jährigen** sehr **deutlich** ausgeprägt (von 5 % auf 11 %).

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

Blutdruck

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

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

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

Blutfette (Gesamtcholesterin)

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

4.2 Rauchen

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

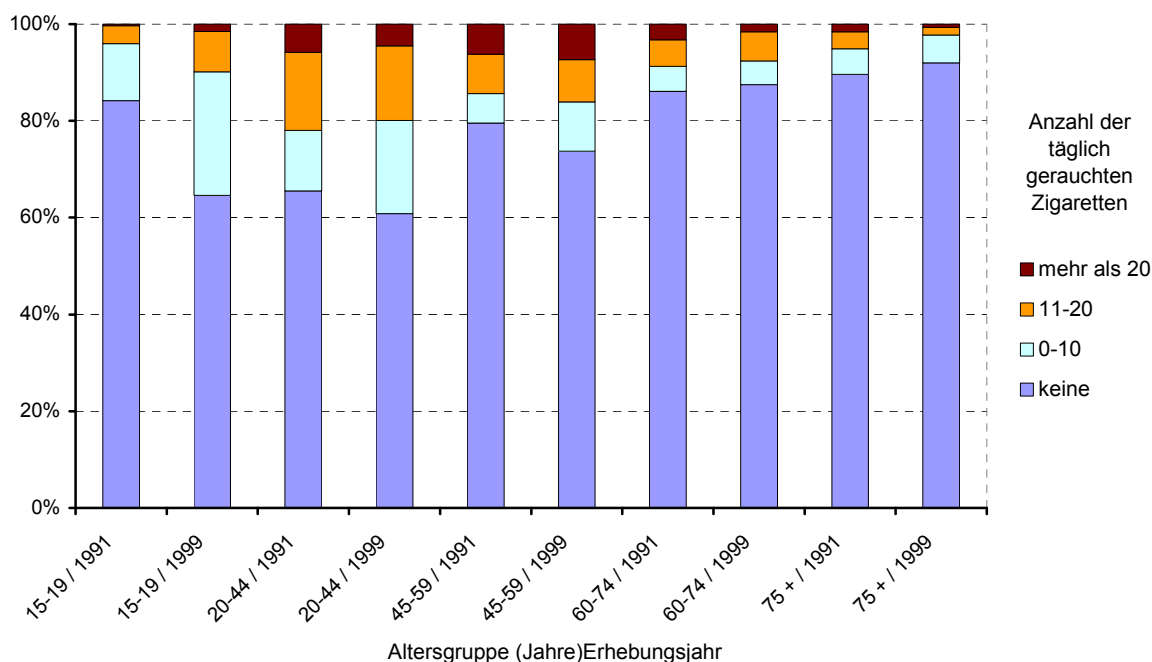
Im Vergleich mit den anderen Bundesländern weist **Salzburg nach der Steiermark den niedrigsten Raucheranteil** in der Bevölkerung auf. Sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern liegt der Raucheranteil **unter dem österreichischen Durchschnitt**. Auch bei allen betrachteten Altersgruppen mit Ausnahme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

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

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

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

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



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

4.3 Ernährung

Auf die Frage „was tun Sie, um gesund zu bleiben bzw. Krankheiten vorzubeugen?“ gaben im Rahmen der Befragungen zum Mikrozensus 1999 „Fragen zur Gesundheit“ rund **38 Prozent** der befragten Salzburger und Salzburgerinnen an, sich **gesundheitsbewusst zu ernähren**¹. Der Anteil der sich gesundheitsbewusst ernährenden Bevölkerung ist bei den Frauen mit rund 43 Prozent deutlich höher als bei den Männern. Die Auswertungen der Befragungsergebnisse nach Altersgruppen zeigt, dass der Anteil der sich gesundheitsbewusst Ernährenden mit zunehmendem Lebensalter tendenziell ansteigt und im sehr hohen Alter wieder abnimmt.

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

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

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

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

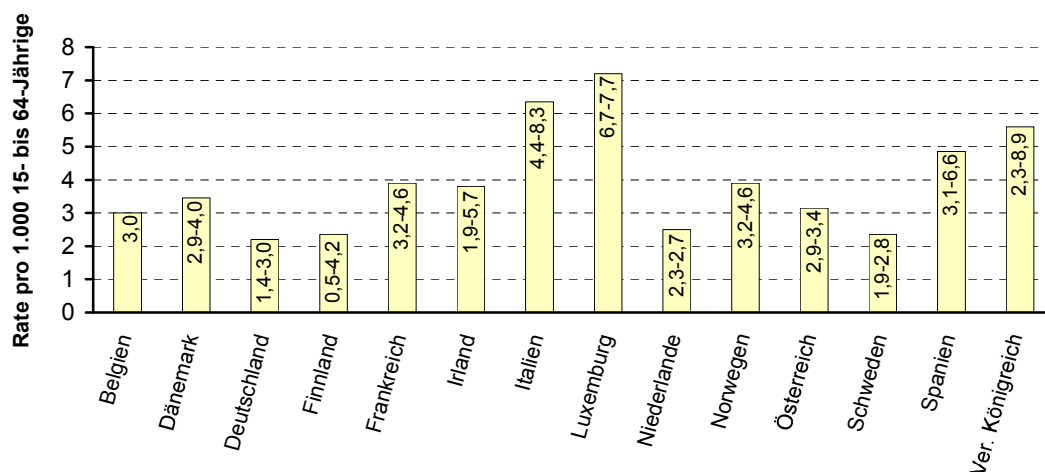
4.4 Alkohol und Drogen

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

Konsumerfahrungen mit illegalen Substanzen finden sich österreichweit in erster Linie bezüglich Cannabis (etwa 1/4 bis 1/3 der Befragten in verschiedenen Studien). Deutlich seltener wird über (Probier-)Konsum mit anderen Drogen (Ecstasy ca. 3 - 4 %; Opiate, Kokain etc. max. 1 - 2 %) berichtet. Für Salzburg liegen keine Vergleichsdaten aus Konsumerhebungen in der Allgemeinbevölkerung vor. Studienergebnisse (Raithel 2002, Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie 1997) zeigen, dass sich das substanzspezifische Risikoverhalten als ein zusammenhängendes Verhaltensrepertoire präsentiert. So scheint der regelmäßige Umgang mit Alkohol eine Schlüsselrolle für die Bereitschaft zum Konsum illegaler Drogen zu spielen.

Die Zahl der **chronischen Alkoholiker** (im Sinne von ICD 9) wird für das Jahr 2000 österreichweit auf rund **330.000** Personen geschätzt (Handbuch Alkohol - Österreich 2001), für den Bereich des Medikamentenmissbrauches liegen keine, auch keine geschätzten Daten, vor. Die Zahl der „problematischen“ Konsumenten von illegalen Drogen wird für Österreich als stabil eingeschätzt. Nach wissenschaftlichen Prävalenzschätzungen gibt es etwa **15.000** bis **20.000** problematische **Opiatkonsumenten** (vgl. UHL/SEIDLER 2000), womit Österreich im europäischen Vergleich im unteren Mittelfeld liegt (vgl. Abb. 4.4.1). Eine regionale Differenzierung der Schätzung ist nur eingeschränkt möglich, bezogen auf die Einwohnerzahl liegt Salzburg - mit einer Reihe anderer Bundesländer - unter dem Österreichdurchschnitt, während Wien und Tirol höhere und Vorarlberg durchschnittliche Werte aufweisen.

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



¹ Schätzung

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

Illegale Drogen

Österreichweit konnte in den letzten Jahren eine langsame „**Nivellierung**“ der **regionalen Unterschiede** beobachtet werden, die dazu führt, dass die Drogenproblematik nicht mehr nur in wenigen Zentren sondern generell in Ballungsräumen sichtbar wird (vgl. ÖBIG 1999). In diesem Zusammenhang zeigte sich eine deutliche Stabilisierung bzw. ein leichter **Rückgang** der Drogenproblematik in den früheren „**Schwerpunktgebieten**“ (v.a. Tirol, Vorarlberg, Wien). In **Salzburg** scheint die Situation **stabil** zu sein. Die verfügbaren Daten aus den Drogenberatungsstellen zeigen weder relevante Veränderungen in quantitativer Hinsicht noch bezüglich der Konsummuster. Im Unterschied zu einigen anderen Bundesländern, wo sich ein Trend in Richtung Amphetamine und Kokain abzeichnet, spielen **Designer-Drogen** und **Kokain** in Salzburg bezüglich der Kontaktaufnahme mit Drogenberatungsstellen weiterhin eine geringe Rolle.

Indikatoren für die durch Drogenkonsum verursachten gesundheitsbezogenen Probleme sind die Prävalenzraten bezüglich einiger **Infektionskrankheiten** sowie die „**Drogenopferstatistik**“ (vgl. Tab. 4.4.4 bzw. 4.4.5). In Österreich gibt es bei (intravenös) Drogenabhängigen niedrige HIV-Prävalenzwerte (unter 5 %), aber hohe Prävalenzraten für Hepatitis B (35 bis 50 %) und Hepatitis C (70 bis 80 %). Spezifische Daten für Salzburg liegen nicht vor. Die Zahl der drogenbezogenen **Todesfälle** ist in Österreich Anfang der 1990er Jahre stark gestiegen, danach aber wieder deutlich zurückgegangen. Die Zahl der Salzburger Drogenopfer hat im Jahr 1998 mit 13 Fällen den bisher höchsten Wert erreicht, ist aber dann wieder auf zuletzt sieben Fälle (2000) gesunken.

Alkohol

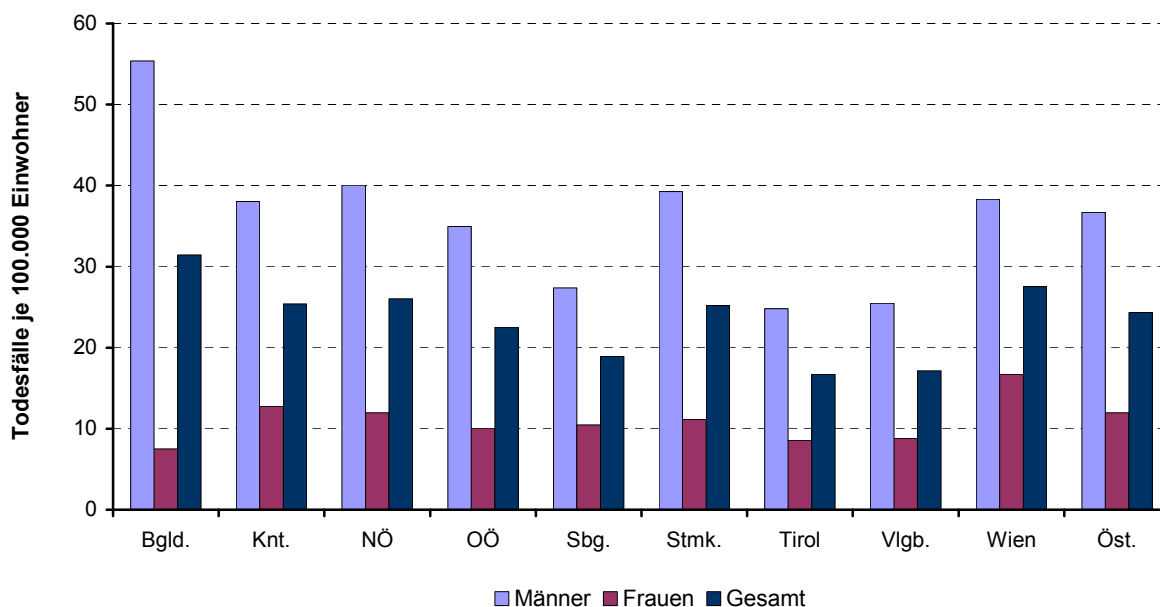
Der **Alkoholdurchschnittskonsum** ist in **Salzburg** mit 22 Gramm Alkohol täglich (alters- und geschlechtsstandardisierter Wert) im Bundesländervergleich **am niedrigsten**. Danach folgen Tirol und Wien mit 28 Gramm. Auch nach Geschlechtern differenziert (alterstandardi-

sierte Werte) wird in Salzburg mit neun Gramm täglich bei den Frauen und 39 Gramm täglich bei den Männern von allen Bundesländern am wenigsten Alkohol konsumiert (vgl. Tab. 4.4.1 im Tabellenanhang).

Betrachtet man die potenziell **alkoholassoziierte Sterblichkeit** (alkoholbedingte bzw. häufig im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch und Alkoholismus stehende Todesfälle je 100.000 Einwohner, alterstandardisiert) differenziert nach Kerndiagnosen (Alkohol-Psychosen, Alkoholismus, chronische Leberkrankheit und Leberzirrhose) und anderen potenziell alkoholassoziierten Todesursachen (siehe hierzu den Abschnitt „Begriffsbestimmungen“ im Anhang sowie Tab. 4.4.2 im Tabellenanhang), so zeigt sich, dass **Männer** - passend zum Konsumverhalten - von diesem Problem wesentlich **stärker betroffen** sind als Frauen.

Weiters ist festzustellen, dass die alkoholbedingte Sterblichkeit in den 1990er Jahren in allen Bundesländern zurückgegangen ist. **Salzburg** nimmt mit insgesamt 19 Alkoholtoten (Kerndiagnosen) pro 100.000 Einwohner (Österreich: 24) im Durchschnitt der Jahre 1998 bis 2000 vor Tirol und Vorarlberg (je 17 Alkoholtote) den **letzten** Platz im Bundesländervergleich ein (vgl. nachstehende Abb. 4.4.2). Die höchste Sterblichkeit weisen diesbezüglich die Bundesländer Burgenland, Wien und Niederösterreich auf (vor allem die traditionellen Weinanbaugebiete), wobei dieses **Ost-West-Gefälle** sehr stark durch die Sterblichkeit der Männer bestimmt wird, während das regionale Verteilungsmuster bei den Frauen - insbesondere auf Ebene der Bezirke - unspezifischer ist (vgl. Karten 4.4.1 und 4.4.2 im Kartenanhang). Bei den „anderen Diagnosen“, wo neben dem Alkohol auch vermehrt andere Todesursachen das Ergebnis beeinflussen, ist kein eindeutiges regionales Muster zu erkennen.

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



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

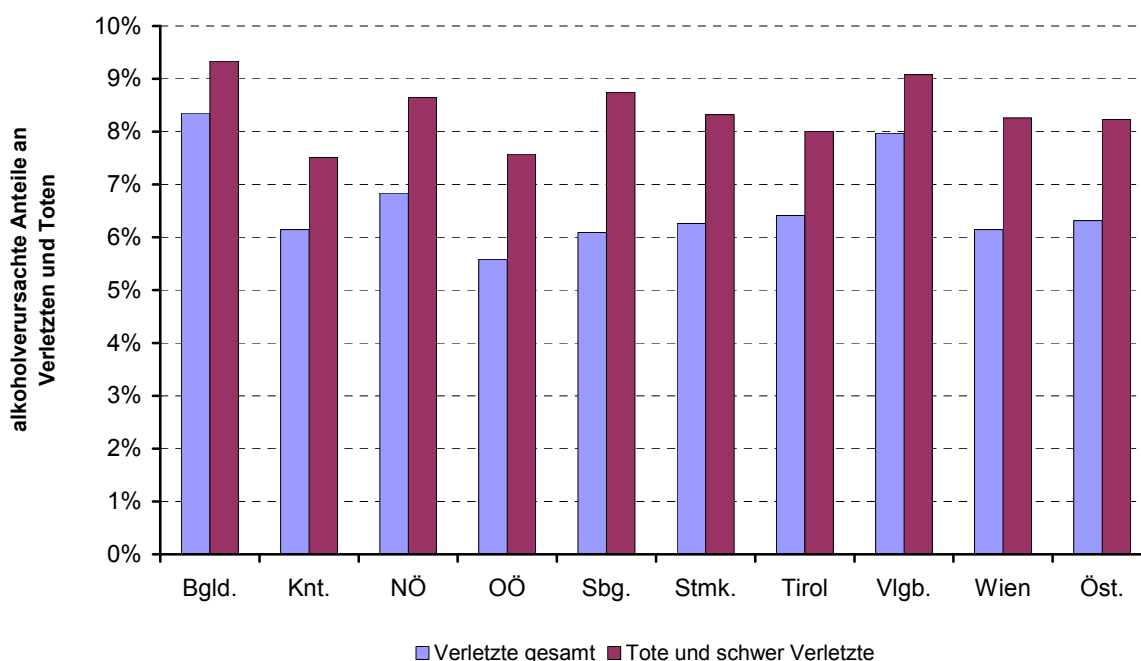
Innerhalb Salzburgs weist im Durchschnitt der Jahre 1998 bis 2000 bei den Kerndiagnosen nur die **Stadt Salzburg** eine über dem Landesdurchschnitt (und auch knapp über dem Bundesdurchschnitt) liegende alkoholassoziierte Sterblichkeit auf. Die geringsten Werte finden

sich in den Bezirken Hallein und St. Johann im Pongau. Auch nach Geschlechtern differenziert übersteigen nur die Werte der Stadt Salzburg den Landes- und Bundesdurchschnitt. Eine Analyse der „anderen Diagnosen“ zeigt jedoch, dass bis auf Hallein (entspricht dem Bundesdurchschnitt) die Werte aller Salzburger Bezirke - insbesondere St. Johann im Pongau und Tamsweg - über dem Österreichdurchschnitt liegen. Hier muss jedoch berücksichtigt werden, dass bei den „anderen Diagnosen“ außer dem Alkohol noch eine Reihe anderer Faktoren (Ernährung, Selbstschädigung, Selbstmord etc.) einen wesentlichen Einfluss auf die Sterblichkeit haben.

Alkohol im Straßenverkehr

Zur Untersuchung des **Alkoholeinflusses** im **Straßenverkehr** wurden die durch Alkohol verursachten Verkehrsunfälle auf den Straßen des Landes Salzburg herangezogen und für die Jahre 1998 bis 2000 der durchschnittliche jährliche Anteil der an solchen Unfällen beteiligten Personen an den in Salzburg an Verkehrsunfällen insgesamt Beteiligten ermittelt (vgl. Tab. 4.4.3 im Tabellenanhang). Dabei zeigte sich österreichweit, dass mit dem Verletzungsgrad auch der alkoholverursachte Anteil anstieg. In Salzburg kamen im Beobachtungszeitraum aufgrund der Alkoholisierung mindestens eines Unfallbeteiligten 30 Menschen ums Leben, 661 wurden verletzt, davon 148 schwer. Im Bundesländervergleich ist der alkoholverursachte Anteil an den Verkehrstoten in Salzburg mit 12,9 Prozent (Österreich: 8 %) vor Kärnten, Vorarlberg und Oberösterreich am höchsten, bei den schwer Verletzten ist der Anteil mit 8,2 Prozent (Österreich: 8,3 %) jedoch durchschnittlich. Der unter Alkoholbeteiligung verursachte **Anteil** an den Verletzten insgesamt ist in Salzburg mit **6,1 Prozent** (Österreich: 6,3 %) relativ niedrig. Einen geringeren Wert weist nur noch Oberösterreich mit 5,6 Prozent auf (vgl. Abb. 4.4.3).

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



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

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

Hilfs- und Behandlungsangebote

Die Grundlage für die Planung von gesundheitspolitischen Maßnahmen im Drogenbereich stellt das **Salzburger Drogenkonzept 1999** dar, dessen Umsetzung in den Verantwortungsbereich des Salzburger Drogenkoordinators fällt. Eine wichtige Rolle im Bereich der **Primärprävention** von Suchtproblemen (Alkohol, Tabak, illegale Drogen, Medikamente, stoffungebunde Süchte wie Essstörungen, Spielsucht etc.) nimmt die Fachstelle AKZENTE Salzburg - Suchtprävention ein. Aufgabe der Fachstelle ist die Initiierung, Entwicklung, Beratung und Begleitung von lokal und regional durchgeführten Projekten sowie die Ausbildung für Multiplikatoren und relevanten Berufsgruppen und die Qualitätssicherung in der Suchtprävention.

Im Bereich der „**Drogenhilfe**“ lässt sich in Österreich eine zunehmende **Diversifikation** des Betreuungsangebots verzeichnen. Die ursprünglich ausschließlich auf **Abstinenz** ausgerichteten Angebote im Behandlungs- und Betreuungsbereich werden bereits seit der Mitte der 1980er Jahre zunehmend um **suchtbegleitende** und **substituierende** Maßnahmen **ergänzt**, wobei sich diese Entwicklung vor allem in den letzten Jahren deutlich verstärkt hat. In Salzburg wurden in den letzten Jahren ebenfalls Schritte in diese Richtung gesetzt. Salzburg verfügt im Bereich der **Drogenhilfe** derzeit (Stand: Sommer 2001) über **eine stationäre Einrichtung** (Entzugsbehandlung) und **sechs ambulante Beratungs- und Betreuungsstellen** (1 Drogenambulanz, 5 Beratungsstellen). Im Bundesländervergleich weist Salzburg eine eher niedrige Zahl an Mitarbeiterstunden, die für Klienten im Zusammenhang mit illegalen Drogen zur Verfügung stehen, bezogen auf die Bevölkerung auf. Allerdings stehen die meisten in anderen Bundesländern angesiedelten stationären Einrichtungen auch Salzburger Klienten offen.

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

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

licheren - Droge Alkohol der verantwortungsvolle Umgang im Vordergrund stehen. Personen, die psychisch und körperlich in guter Verfassung sind, die auch sozial gut integriert und erfolgreich leben, passen gemäß der „soziokulturellen Regelungshypothese“ ihren Alkoholkonsum an die kulturelle Norm an. Das heißt, sie leben weder abstinent, noch zeichnen sie sich durch extreme Konsumformen aus. Prävention und Behandlung des legalen und illegalen Drogenkonsums müssen daher stets auf die vorherrschenden psychischen und soziokulturellen Rahmenbedingungen abgestimmt sein.

4.5 Sport und Bewegung

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

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

4.6 Gesundheitsvorsorge

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

Schutzimpfungen

Die **Datensituation** betreffend Impfungen **erlaubt es derzeit nicht, den Grad der durch Impfungen erreichten Immunität der Bevölkerung gegen Infektionskrankheiten zu ermitteln**. Daten über durchgeführte Impfungen liegen derzeit auf Ebene der österreichischen Bundesländer vor. Quelle dieser Daten sind Meldungen der Bundesländer an das Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen. Sie liegen nur für die Jahre 1998 bis 2000, differenziert nach den Geburtsjahrgängen 1982 bis 1995 vor, sodass nur für vereinzelte Geburtsjahrgänge Durchimpfungsraten für bestimmte Impfungen ermittelt werden könnten. Überprüfungen der vorliegenden Daten zeigten zudem, dass in einigen Bundesländern die Impfdokumentationen fehlerhaft waren und nachträgliche Korrekturen nicht mehr möglich sind, sodass Vergleiche von ermittelten Durchimpfungsraten von Bundesländern mit anderen Bundesländern oder Österreich insgesamt nicht sinnvoll machbar sind.

Die vorliegenden Daten betreffen Impfungen gegen die folgenden neun Infektionskrankheiten:

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

- Masern
- Mumps
- Röteln

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

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

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

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

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

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

Die Daten des **Mikrozensus 1999** „Fragen zu Gesundheit“, bei dem auch nach dem bestehenden Impfschutz gegen Kinderlähmung, Tetanus, Grippe und Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) gefragt wurde, zeigen, dass die **Salzburger Bevölkerung** im Alter von 15 Jahren und darüber **bezüglich dieser Erkrankungen** im Vergleich zu den übrigen Bundesländern in einem **relativ geringen Ausmaß durch Impfungen geschützt** ist.

Zahngesundheit

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

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

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

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

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

Vorsorgeuntersuchungen

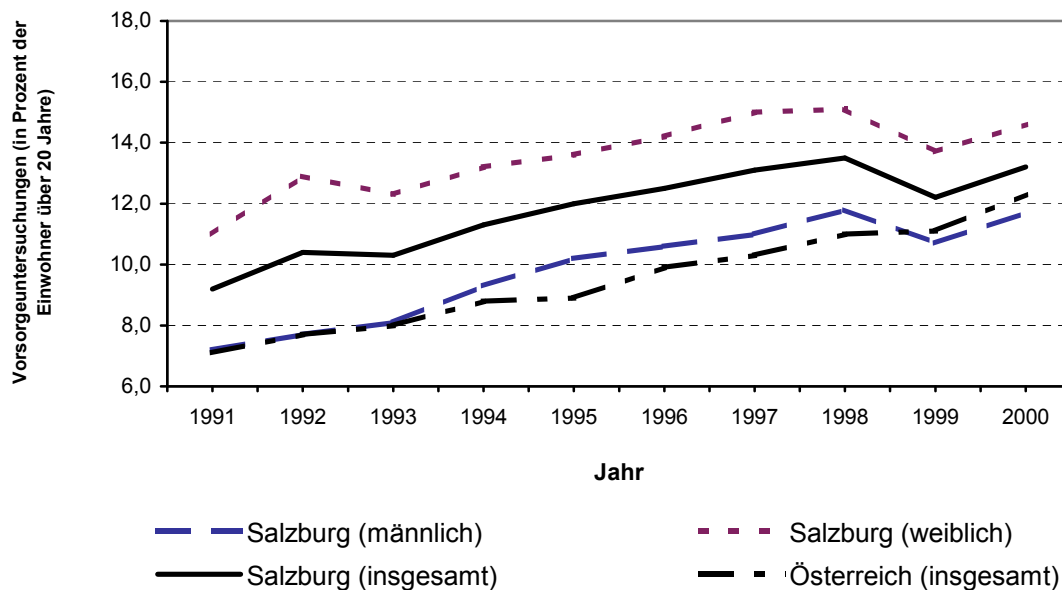
Die folgende Analyse der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen basiert auf Daten für die Jahre 1991 bis 2000 (Quelle: HVSVT).

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

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

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

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



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

4.7 Umwelt

Luft

Außenluft

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

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

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

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

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

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

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

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

Innenraumluft

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

In den Jahren 1992 und 1993 wurden vom Referat Umweltmedizin des Landes Salzburg in einer Querschnittsstudie **700 Kinder im Alter von acht bis zehn Jahren** in vier Volksschulen mit einer höheren und vier mit einer geringeren Belastung durch primäre Luftschadstoffe untersucht. Hauptziele waren die Erhebung der Häufigkeit von Atemwegserkrankungen und Allergien bei Schulkindern, die Ursachenanalyse und die Untersuchung von heilklimatischen Einflüssen. Über einen **Elternfragebogen** wurde die Prävalenz von Symptomen und Diagnosen zum Bereich Atemwege und Allergien untersucht.

Die Analyse der Krankheitshäufigkeiten ergab, dass Atemwegserkrankungen und **Allergien** mit Ausnahme der Neurodermitis **in städtischen Gebieten** signifikant häufiger vorkommen als in ländlichen. Asthma wurde in Reinluftgebieten in 1,8 Prozent, in städtischen Regionen in 7,3 Prozent der Fälle diagnostiziert.

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

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

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

Wasser

Trinkwasser

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

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

Badegewässer

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

Boden

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

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

Lärm

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

Radioaktivität

Das Bundesland Salzburg wurde im Rahmen des Österreichischen Nationalen Radon-Projektes (ÖNRAP) bereits vollständig untersucht. Bei einer kurzzeitigen Inhalation von Radon tritt ein therapeutischer Effekt bei Asthmakranken auf. Bei einer langjährigen Belastung durch Radon in Innenräumen steigt das Lungenkrebsrisiko stark an. Der international vereinbarte Eingreifrichtwert von 400 Bq/m^3 wurde lediglich in der **Gemeinde Badgastein**¹ überschritten. Aussagen über gesundheitliche Auswirkungen liegen nicht vor.

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

Nicht-Ionisierende Strahlung

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

4.8 Zusammenfassung

Somatische Basisdaten

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

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

Ernährung

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

Rauchen

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

Alkohol

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

Illegale Drogen

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

Sport und Bewegung

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

Gesundheitsvorsorge

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

Umwelt

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

5 Einrichtungen des Gesundheitswesens

5.1 Gesundheitsvorsorge und -förderung

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

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

Definition des Begriffes „Prävention“

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

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

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

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

Präventionsprojekte des Landes Salzburg

Primärprävention:

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

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

Sekundärprävention:

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

Tertiärprävention:

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

Finanzierung der Präventionsprojekte

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

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

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

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

Angebote der Salzburger Gebietskrankenkasse im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention

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

Als konkrete Beispiele seien folgende Aktivitäten und Programme angeführt:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ausblick über künftige Angebote der Salzburger Gebietskrankenkasse

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

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

5.2 Ambulante Versorgung

Spitalsambulante Versorgung

In den insgesamt zehn Fonds-Krankenanstalten (= vom Salzburger Landesfonds finanzierte KA) wurden im Jahr 2000 insgesamt rund **830 Untersuchungs- und Behandlungsplätze** vorgehalten, die zum überwiegenden Teil der spitalsambulanten Versorgung über „Krankenhausambulanzen“ zuzuordnen sind (in dieser Zahl sind auch Plätze enthalten, die nicht nur für ambulante, sondern auch für stationär aufgenommene Patienten zur Verfügung stehen wie z.B.: „Gipszimmer“ oder tageschirurgische Operationssäle). Ein großer Teil dieser Untersuchungs-/Behandlungsplätze (UBP) ist den Fachrichtungen IM, CH, PSY und RAD (letztere inkl. therapeutischer Bereiche der STR und NUKT) zugeordnet (vgl. Tab. 5.2.1, Rubrik „Fonds-Krankenanstalten“). Auf diesen Plätzen wurden im Jahr 2000 knapp mehr als **400.000 „ambulante Fälle“** (entsprechend etwa je einer Krankheitsepisode, während der ein Patient auch mehrmals die Ambulanz aufsuchen kann) bzw. rund **910.000 „ambulante Frequenzen“** (entsprechend den einzeln gezählten Besuchen von Patienten in den Ambulanzen) versorgt. Die spitalsambulante **Inanspruchnahme** hat sich in den Jahren zwischen 1997 und 2000 **kontinuierlich erhöht** - die Zahl der „ambulanten Fälle“ ist von 330.000 auf 400.000 pro Jahr angestiegen.

In der spitalsambulanten Versorgung waren im Jahr 2000 rund **230** vollzeitäquivalent beschäftigte **Ärzte** (inkl. Fachärzte, Allgemeinmediziner und Turnusärzte) beschäftigt, wobei die Fachrichtungen CH, AU, KI und RAD (inkl. STR und NUKT) am stärksten besetzt waren (vgl. Tab. 5.2.1). Darüber hinaus waren rund **760** vollzeitäquivalent beschäftigte Personen (VZÄ) **anderer Berufsgruppen** (insbesondere im Gesundheits- und Krankenpflegefachdienst, in den medizinisch-technischen Diensten und im Verwaltungsbereich) im spitalsambulanten Sektor tätig. Die **Endkosten** für diesen Sektor betragen im Jahr 2000 insgesamt rund **€ 44 Mio.**

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

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

Extramurale ärztliche Versorgung

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

Gebietskrankenkasse, den örtlichen Betriebskrankenkassen, der Sozialversicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus und seit 1998 auch der Sozialversicherungsanstalt der Bauern stehen), abgedeckt. Rund **380** der 1.100 niedergelassenen Ärzte sind **Allgemeinmediziner** (darunter wiederum rund 230 mit §2-Kassenvertrag, vgl. Tab. 5.2.1, Rubrik „Niedergelassener Bereich“), der **Rest** niedergelassene **Fachärzte**, die in den Fachrichtungen ZMK, IM, CH, UC und GGH am häufigsten vertreten sind. Die Versorgungsdichte im niedergelassenen Bereich kann für Salzburg im Vergleich mit den anderen Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt wie folgt schlagwortartig beschrieben werden (vgl. dazu Tab. 5.2.2 sowie Karten 5.2.1 bis 5.2.6):

- Niedergelassene Ärzte insgesamt: Versorgungsdichte mit 2,13 Ärzten pro 1.000 Einwohner nach Wien an zweiter Stelle und damit **über** dem Bundesdurchschnitt (2,04);
- Niedergelassene §2-Kassenärzte insgesamt: Versorgungsdichte mit 1,13 Ärzten pro 1.000 Einwohner hinter Wien an **zweiter** Stelle aber noch knapp unter dem Bundesdurchschnitt (1,15);
- Niedergelassene Allgemeinmediziner: Versorgungsdichte mit 0,73 Ärzten pro 1.000 Einwohner **über** dem Bundesdurchschnitt (0,71) und nach Wien und Kärnten an dritter Stelle (vgl. Karte 5.2.1);
- Niedergelassene §2-Allgemeinmediziner: Versorgungsdichte mit 0,45 Ärzten pro 1.000 Einwohner **unter** dem Bundesdurchschnitt (0,49), unterdurchschnittliche Werte in den Regionen Salzburg und Umgebung sowie Pinzgau-Pongau (vgl. Karte 5.2.2);
- Niedergelassene Fachärzte: Versorgungsdichte mit 0,96 Ärzten pro 1.000 Einwohner **über** dem Bundesdurchschnitt (0,89), stark unterdurchschnittlich jedoch in der Region Pinzgau-Pongau (vgl. Karte 5.2.3);
- Niedergelassene §2-Fachärzte: Versorgungsdichte mit 0,36 Ärzten pro 1.000 Einwohner dem Bundesdurchschnitt (0,37) **entsprechend**, jedoch unterdurchschnittliche Versorgungsdichte in der Region Pinzgau-Pongau (vgl. Karte 5.2.4);
- Niedergelassene Zahnmediziner (inkl. Dentisten): Versorgungsdichte mit 0,45 Ärzten pro 1.000 Einwohner **über** dem Bundesdurchschnitt (0,41), unterdurchschnittliche Versorgungsdichte jedoch in den Regionen Pinzgau-Pongau und Lungau (vgl. Karte 5.2.5);
- Niedergelassene §2-Zahnmediziner (inkl. Dentisten): Versorgungsdichte mit 0,33 Ärzten pro 1.000 Einwohner knapp **über** dem Bundesdurchschnitt (0,31), unterdurchschnittliche Versorgungsdichte jedoch in den Regionen Pinzgau-Pongau und Lungau (vgl. Karte 5.2.6).

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

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

Rettungs- und Krankentransportdienste (RKT)

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

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

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

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

Mobile Dienste

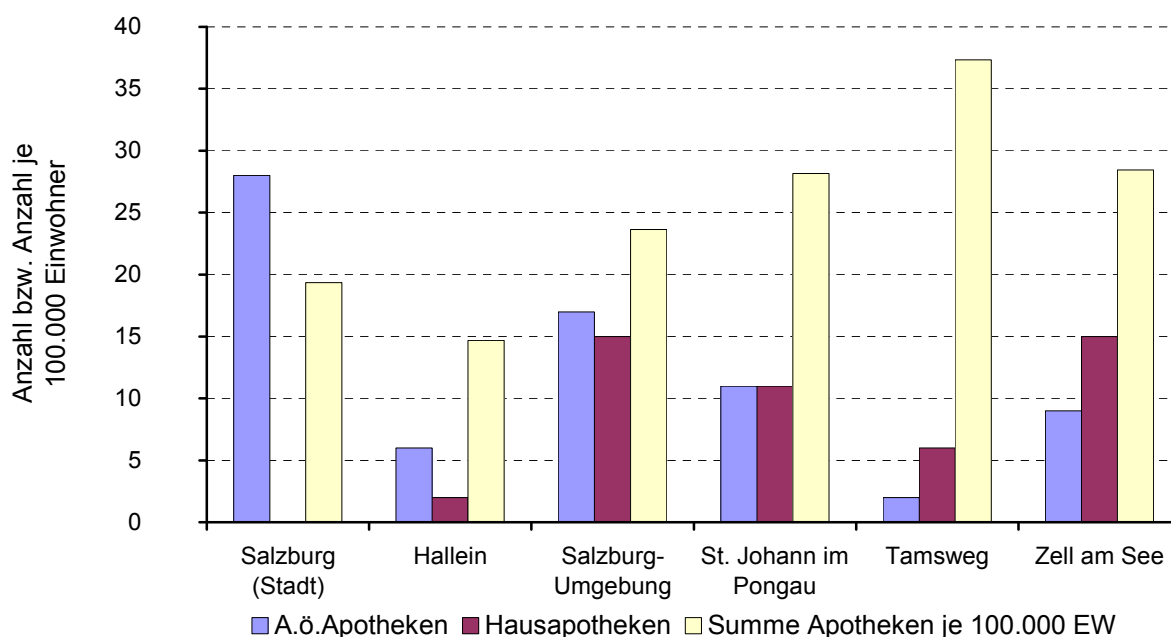
Die häusliche Pflege wird in Salzburg von **16 privaten Trägern** organisiert. Von diesen 16 Trägern haben sich elf im Dachverband Soziale Dienste, der mit Mitteln des Landes Salzburg finanziert wird, zusammengeschlossen. Neun von den 16 Organisationen bieten Haushaltshilfe und Hauskrankenpflege an,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

Apotheken

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

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

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



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

5.3 Stationäre Versorgung

Stationäre Akutversorgung

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

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

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

kenhaus in Salzburg Stadt sowie die Christian-Doppler-Klinik - Landesnervenklinik Zentralversorgungsfunktion. Das Landeskrankenhaus St. Veit im Pongau ist eine Sonderkrankenanstalt für Innere Medizin und Orthopädie (nicht operativ). Die Fonds-Krankenanstalten unterliegen hinsichtlich der dort vorzuhaltenden Kapazitäten und Leistungen den Bestimmungen des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplans (ÖKAP/GGP), der in regelmäßigen Abständen neu gefasst wird.

In den Salzburger Fonds-Krankenanstalten stehen in **allen Fachrichtungen** insgesamt rund **3.720 systemisierte** (das heißt sanitätsbehördlich bewilligte) bzw. rd. **3.500 tatsächliche Betten** zur Verfügung. In diesen Betten wurden im Jahr 2000 ungefähr 137.000 stationäre Fälle (inkl. tagesklinische Fälle, ohne krankenanstalteninterne Transferierungen) versorgt. Bei einer durchschnittlichen **Belagsdauer von 5,8** Tagen (Bundesdurchschnitt 5,9 Tage) betrug die **Bettenauslastung** rund **79 Prozent** (Bundesdurchschnitt 84 %, vgl. Tab. 5.3.1 im Tabellenanhang, Werte dort inkl. krankenhausinterne Transferierungen).

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

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

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

Stationäre Alten- und Langzeitversorgung

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

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

Stationäre Rehabilitation

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

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

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

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

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

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

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

5.4 Medizinisch-technische Großgeräte

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

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

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

5.5 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Einrichtungen und Beschäftigte

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

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

Schwerpunkte und Veränderungen der letzten Jahre

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

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

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

Kosten und Finanzierung

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

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

5.6 Gesundheitsausgaben

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

Kosten der Fonds-Krankenanstalten

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

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

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

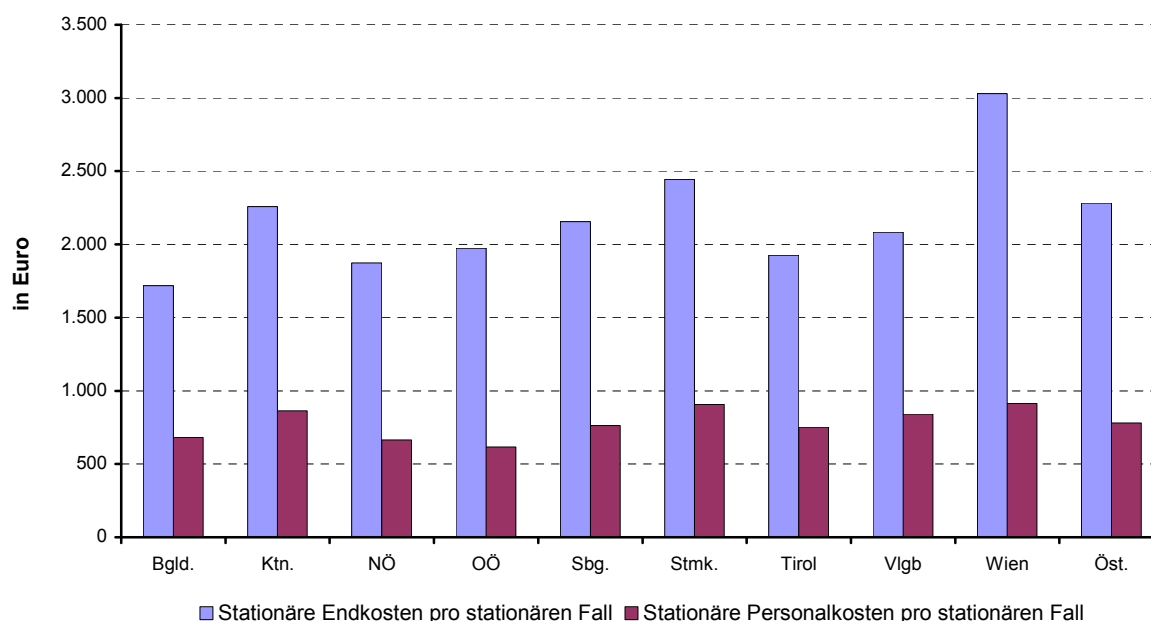
Mit den stationären **Endkosten pro Belagstag** lag Salzburg mit **€ 372,-** jedoch hinter Wien bereits an **zweiter Stelle**. Der Anstieg seit 1997 war mit 18 Prozent überdurchschnittlich (Österreich: + 15 %) Höhere Zuwächse gab es nur in der Steiermark und im Burgenland. Die **stationären Personalkosten**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

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

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

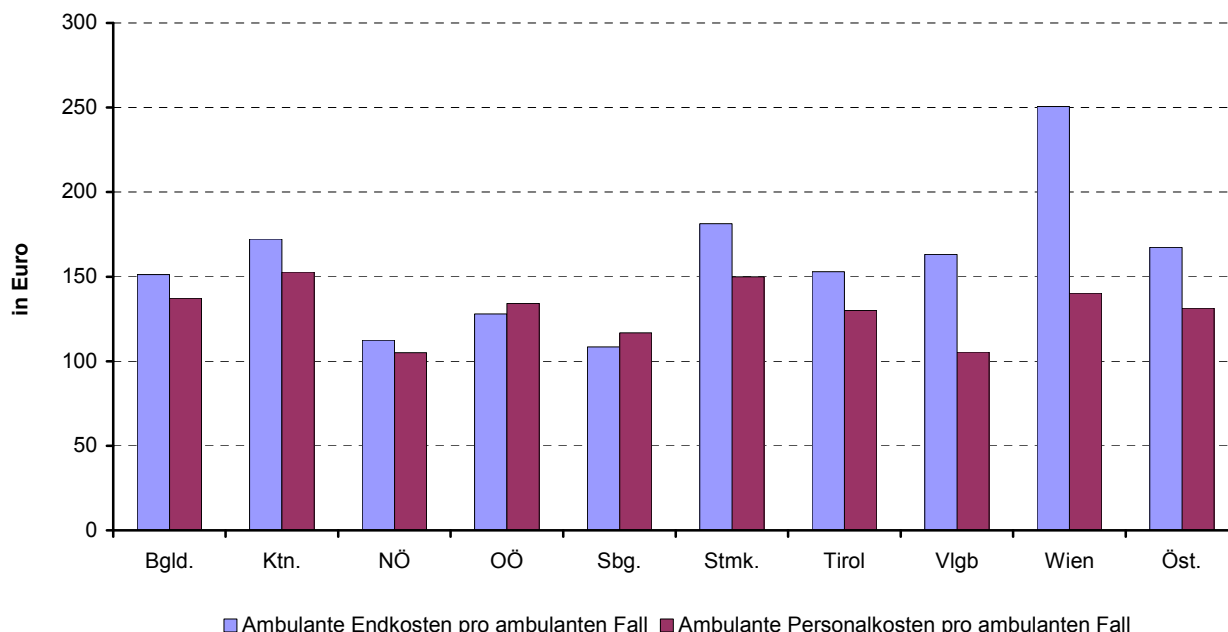
Im **ambulanten** Bereich nahm Salzburg im Jahr 2000 mit **Endkosten pro Fall** von **€ 108,-** die **günstigste Position** im Bundesländervergleich ein (vgl. Abb. 5.6.2). Salzburg war auch das einzige Bundesland, wo die Kosten seit 1997 - wenn auch nur leicht - zurückgingen (- 1 %, vgl. Tab. 5.6.1).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

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



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

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



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

Kosten im niedergelassenen § 2-Bereich

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

Die **abgerechneten Beträge** der **§ 2-Kassen** für **niedergelassene Ärzte** (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten) betragen in Salzburg im Jahr 2000 insgesamt **€ 81,7 Mio.** Davon gingen € 37,4 Mio. an praktische Ärzte und € 44,3 Mio. an Fachärzte. **Seit 1991** ist dieser Betrag um **69 Prozent gestiegen**, wobei - entsprechend dem Österrichtrend - die Abrechnungsbeträge für die **Fachärzte** wesentlich **stärker** zunahm als jene für die praktischen Ärzte. Im Bundesländervergleich erwiesen sich diese Anstiege als **durchschnittlich**. Am stärksten waren die Zunahmen in Tirol, dem Burgenland und der Steiermark (vgl. Tab. 5.6.3 im Tabellenanhang).

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

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

Die **Ausgaben der §2-Kassen für Heilmittel und Heilbehelfe (inkl. Hilfsmittel)** standen für die Summe der Gebietskrankenkassen sowie für die Betriebskrankenkassen und die Versicherungskrankenkassen des österreichischen Bergbaus, der österreichischen Eisenbahnen, der öffentlich Bediensteten der gewerbliche Wirtschaft und der Bauern zur Verfügung. Diese Zahlen wurden in einem bestimmten Schätzverfahren (vgl. den Abschnitt Begriffsbestimmungen und Methoden) auf die Bundesländer umgelegt.

Gemäß dieser Schätzung wurden in Salzburg im Jahr 2000 von den §2-Kassen **€ 122,1 Mio.** für Heilmittel und Heilbehelfe (inkl. Hilfsmittel) ausgegeben. Das sind 6,4 Prozent der österreichweiten Ausgaben. Mit 86 Prozent wurde der weitaus überwiegende Teil für Heilmittel verwendet, wofür rund 83 Prozent öffentliche Apotheken und 15 Prozent ärztliche Hausapotheken die Bezugsquellen waren. Pro Krankenversicherten wurden damit **€ 334,-** ausgegeben also etwa ein Euro weniger als österreichweit. Die höchsten Werte finden sich in der Steiermark, in Kärnten und Wien.

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

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

5.7 Zusammenfassung

Gesundheitsvorsorge und -förderung

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

³ Ostregion: Wien, Niederösterreich, Burgenland

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

Ambulante Versorgung

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

Stationäre Versorgung

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

Medizinisch-technische Großgeräte

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

Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

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

Gesundheitsausgaben

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

6 Zusammenfassung

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

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

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

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

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

Literaturverzeichnis

Publikationen und Quellenangaben

Amt der Salzburger Landesregierung: Gepflegt zuhause. Salzburg 2001

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EU-Grundwasserrichtlinie (in Vorbereitung)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Ärztekostenstatistik. Jahresergebnisse 1991 bis 2000

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ÖBIG: Bericht zur Drogensituation 1999. Wien

ÖBIG: Bericht zur Drogensituation 2000. Wien

ÖBIG: Bericht zur Drogensituation 2001. Wien

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

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

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

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

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

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

Raithel, J.: Ernährungs- und Gesundheits-/Risikoverhalten Jugendlicher. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 10. Jg. 1/2002 S.57-71

Ritter M., Ohr B. Gugele B.: Luftschadstoff-Trends in Österreich 1980 - 1998. BE-165. Umweltbundesamt. Wien 1999

Ritter M.: Ergebnisse der Bundesländerinventur BLI 95 im Überblick. Homepage Umweltbundesamt <http://www.ubavie.gv.at/umweltsituation/luft/emissionen/bundesl.htm>. Wien 1997

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

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

Spitalsky, Alfred - Marktforschung und Regionalprognostik: Regionale Bevölkerungsprognosen bis 2031. Datenübermittlung an das ÖBIG auf EDV-Datenträgern 1999

Statistik Austria: Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 1998. Wien 1999

Statistik Austria: Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung. Mikrozensus 1991, Wien 1996

Statistik Austria: Österreichischer Todesursachenatlas 1988/94. Wien 1998

Statistik Austria: Statistisches Jahrbuch 2002. Wien 2002

Statistik Austria: Umweltbedingungen und Umweltverhalten. Mikrozensus Dez. 98

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

Theuer W., Sprinzl G., Tappler P.: Luftverunreinigungen in Innenräumen. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien 1995

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

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

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

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

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

Internet-Links - allgemein

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Begriffsbestimmungen und Methoden

Alkoholkrankheit: Die unter Alkoholismusexperten über viele Jahre gebräuchlichste Klassifikation des Alkoholismus geht auf Jellinek (1960) zurück. Jellinek unterteilte Personen mit Alkoholproblemen nach 5 Kategorien von Alpha bis Epsilon. Die Trinkformen des Alpha- und Beta-Typus bezeichnete er als Vorstufen der Alkoholkrankheit, Gamma-, Delta- und Epsilon-Trinker bezeichnete er als alkoholkrank. Für eine detaillierte Beschreibung der Typen nach Jellinek sowie für andere Alkoholismusdefinitionen (Typologie nach Cloninger, Typologie nach Lesch, primärer und sekundärer Alkoholismus, Klassifizierung nach Trinkmengen und nach Alkoholkonsumgewohnheiten) siehe Handbuch Alkohol - Österreich 2001 S. 52ff.

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

Ausgaben der §2-Kassen für Heilmittel und Heilbehelfe-Hilfsmittel: Da für die Bundesländerebene keine Daten zur Verfügung standen mussten die Ausgaben nach folgender Methode geschätzt werden.

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

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

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

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

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

Endkosten der Fondskrankenanstalten: Gemäß § 2 der „Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten“ sind Kosten als der bewertete Verbrauch (Verzehr) von Wirtschaftsgütern materieller und immaterieller Art zur Erstellung von betrieblichen Leistungen und Gütern (Werteinsatz für Leistungen). Die Endkosten einer Kostenstelle setzen sich dabei aus der Summe der Primärkosten (Kostenartengruppe 1-8) und der Summe der Se-

kundärkosten (Kostengruppe 11-14) zusammen, die abschließend um Kostenminderungen und die Summe abgegebener innerbetrieblicher Leistungen berichtigt wird.

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

Geburtenziffer: Zahl der Lebendgeborenen pro 1.000 Einwohner

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

Inzidenz: Anzahl der Neuerkrankungen in Bezug auf eine bestimmte Krankheit pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und auf einen bestimmten Zeitraum, nämlich zumeist ein Jahr (altersstandardisiert).

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

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

Krankenhausmorbidity: Stationär (im Akut-Krankenhaus) versorgte Patienten (exkl. Mehrfachaufnahmen) pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahr (altersstandardisiert).

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

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

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

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

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

NUTS-III-Ebene: Tiefste EU-konforme regionale Gliederung des österreichischen Bundesgebietes („Nomenclature des unités territoriales statistiques“) mit 35 Regionen; tiefste regionale Ebene, auf der Ergebnisse von Mikrozensus-Erhebungen von Statistik Austria in sinnvoller Weise analysiert werden können. Das Bundesland Salzburg wurde in drei NUTS-III-Einheiten gegliedert: Lungau (Bezirk Tamsweg), Pinzgau-Pongau (Bezirke St. Johann im Pongau und Zell am See) sowie Salzburg und Umgebung (Statutarstadt Salzburg und die Bezirke Hallein und Salzburg-Umgebung).

Personalkosten der Fonds-Krankenanstalten: Personalkosten sind gemäß § 17 (1) der „Kostenrechnungsverordnung für Fonds-Krankenanstalten“ Kosten für Dienstnehmer, für die Lohnkosten im Sinne des § 76 des Einkommenssteuergesetzes zu führen sind, und kalkulatorischer Lohn für unbezahlte Mitarbeiter.

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

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

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

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

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

Regionalwirtschaftliche Situation - synthetischer Indikator: Zur vereinfachten Darstellung der regionalwirtschaftlichen Situation wurden - in Anlehnung an die Indikatoren zur Abgrenzung der Zielgebiete des EU-Strukturfonds zur regionalen Wirtschaftsförderung - Indikatoren zur Wirtschaftskraft, zur Arbeitslosenquote sowie zur Entwicklung der Beschäftigung herangezogen und daraus ein synthetischer Indikator gebildet.

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

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

Sekundärkosten der Fondskrankenanstalten: Sekundäre Kosten sind gemäß § 4 (2) der „Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten“ aus primären Kosten abgeleitete zusammengesetzte gemischte Kosten (innerbetriebliche Leistungen); sie sind Gegenstand der Verrechnung zwischen den einzelnen Kostenstellen. Die Sekundärkosten setzen sich gemäß § 6 (1) der Kostenrechnungsverordnung aus folgenden Kostenarten zusammen (Kostenartengruppe 11-14): Kosten der vorwiegend medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung, Kosten der vorwiegend nichtmedizinisch bedingten Ver- und Entsorgung, Kosten der Verwaltung und andere Kosten, die innerbetrieblich abzurechnen sind.

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

Signifikanz: Feststellung, dass es sich bei beobachteten bzw. errechneten Unterschieden zwischen Gruppen von Merkmalsträgern (Gruppen von Personen, Regionen, etc.) nicht nur um Zufall innerhalb der „statistischen

Schwankungsbreite“ handelt, sondern dass diese Unterschiede einem systematischen Effekt zuzuschreiben („statistisch signifikant“) sind; diese Feststellung wird nach Durchführung eines statistischen Testverfahrens vorgenommen.

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

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

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

durchgeführt (vgl. KOJIMA 1979). Im Gegensatz zu „einfachen“ Signifikanztests wird bei diesem Test auch die Anzahl der der jeweiligen Rate zu Grunde liegenden Fälle (Variable „Ereignisse“ - Patienten, Sterbefälle, etc.) berücksichtigt. Die Beurteilung der Signifikanz erfolgt über diese Prüfgröße, wobei mit den kritischen Schranken der Standardnormalverteilung bei zweiseitiger Hypothesenstellung operiert wird. Die dabei verwendeten Bezeichnungen sind „Sicherheitswahrscheinlichkeit 90 % - geringsignifikant“, „95 % - signifikant“, „99 % - hochsignifikant“ sowie „99,9 % - höchstsignifikant“.

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

Sozialstruktur - synthetischer Indikator: Zur vereinfachten Darstellung der Sozialstruktur in den österreichischen Bezirken wurde ein Sozialindikator berechnet, wobei folgende Basisdaten eingeflossen sind:

- **Höchste abgeschlossene Ausbildung:** Das Ausbildungsniveau zählt zu den verlässlichsten Indikatoren zur Abbildung sozialer Unterschiede. Weiters existieren in einigen Studien (z. B.: Doblhammer-Reiter, 1995/96) Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Bildungsniveau und Gesundheitszustand. Aus diesem Grund wurde die höchste abgeschlossene Ausbildung im synthetischen Indikator auch am höchsten gewichtet. Als Datenbasis wurde die Volkszählung 1991 herangezogen. Dies deshalb, weil eine bestimmte „soziale Performance“ erst nach einigen Jahren gesundheitliche Auswirkungen zeigen kann.
- **Anzahl der Wohnungen nach Ausstattungskategorien, Nutzfläche pro Einwohner:** Wohnindikatoren verlieren in einer Zeit der zunehmenden Angleichung der Wohnverhältnisse (z. B.: starke Abnahme der Anteile an Substandardwohnungen in den letzten Jahrzehnten) an Erklärungsgehalt. Zudem sind hier die Unterschiede zwischen ländlichem und städtischem Raum zu berücksichtigen. Trotzdem kommt den Wohnverhältnissen nach wie vor Aussagekraft im Zusammenhang mit sozialen Unterschieden zu. Aufgrund der genannten Einschränkungen wurden der Wohnindikator am schwächsten gewichtet. Als Datenbasis wurde die Häuser- und Wohnungszählung 1991 (Statistik Austria) herangezogen. Dies deshalb, weil eine bestimmte „soziale Performance“ erst nach einigen Jahren gesundheitliche Auswirkungen zeigen kann.
- **Zu versteuerndes monatliches Pro-Kopf-Einkommen:** Das Einkommen stellt einen klassischen Indikator zur Erfassung sozialer Unterschiede dar. Hier wurde das Einkommen aus selbständiger und unselbständiger Arbeit erfasst. Datenbasis war die Lohn- und Einkommenssteuerstatistik aus dem Jahr 1997 (Statistik Austria), da die regionalen Einkommensunterschiede relativ stabil sind. Vermögensbestand oder Einkommenssubstitution durch Subsistenzwirtschaft blieb unberücksichtigt.

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

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

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

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

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

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

Vollzeitäquivalent: Im Umfang von 40 Stunden pro Woche beschäftigte Person.

Wanderungsbilanz: Unter der Wanderungsbilanz versteht man die absolute Veränderung der Bevölkerungszahl in einem bestimmten Zeitraum aufgrund von Zu- und Abwanderungen: $\text{Wanderungsbilanz} = \text{Zahl der zugewanderten Personen} - \text{Zahl der abgewanderten Personen}$.

Bemerkungen zur Datenqualität

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

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

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

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

Generell ist festzustellen, dass in Österreich zur Beschreibung von Mortalität und „stationärer Morbidität“ recht zuverlässige Datengrundlagen zur Verfügung stehen, dass jedoch in Bezug auf die „ambulante Morbidität“ ein erhebliches Datendefizit besteht. Durch den Mangel an einheitlichen Schemata dokumentierten Daten in Bezug auf Ressourcen und Kosten im gesamten Gesundheitswesen werden systemumfassende Darstellungen (insbesondere der Kosten) behindert bzw. zum Teil verunmöglicht.

Verzeichnis der Tabellen im Anhang

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

- Tab. 2.1.1: Bevölkerungsstruktur 2001
nach Geschlecht, Altersgruppen und Salzburger Bezirken
- Tab. 2.1.2: Bevölkerungsentwicklung 1991 - 2001
nach Geschlecht, Altersgruppen und Salzburger Bezirken
- Tab. 2.2.1: Sozialstruktur 1991
nach Salzburger Bezirken
- Tab. 2.3.1: Regionalwirtschaftliche Situation 1990/2000
nach Salzburger Bezirken
- Tab. 3.1.1: Lebenserwartung bei der Geburt 1965 - 2000
nach Regionen und Geschlecht
- Tab. 3.1.2: Fernere Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren 1991 - 2000
nach Regionen und Geschlecht
- Tab. 3.1.3: Behinderungsfreie Lebenserwartung bei der Geburt 1991 - 2000
nach Bundesländern und Geschlecht
- Tab. 3.1.4: Säuglingssterblichkeit 1965 - 1999
- Tab. 3.1.5: Neonatale Säuglingssterblichkeit 1980 - 1999
- Tab. 3.1.6: Sterblichkeit nach Haupttodesursachen 1991 - 2000
nach Regionen und Geschlecht
- Tab. 3.1.7: Sterblichkeit der unter 75-Jährigen nach Haupttodesursachen 1991 - 2000
nach Regionen und Geschlecht
- Tab. 3.1.8: Sterblichkeit der unter 65-Jährigen nach Haupttodesursachen 1991 - 2000
nach Regionen und Geschlecht
- Tab. 3.2.1: Krankenhausmorbidity nach Hauptdiagnosen-Gruppen 2000
nach Altersgruppen, Regionen und Geschlecht
- Tab. 3.2.2: Gemeldete Krebsinzidenz nach ausgewählten Lokalisationen 1995 - 1998
nach Regionen und Geschlecht
- Tab. 3.2.3: Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten 1999
nach Altersgruppen, Regionen und Geschlecht
- Tab. 3.2.4: Inzidenz ausgewählter akuter Erkrankungen 1999
nach Altersgruppen, Regionen und Geschlecht
- Tab. 3.2.5: Gemeldete übertragbare Krankheiten 1991 - 2000
nach Bundesländern
- Tab. 3.2.6: Gemeldete übertragbare Krankheiten pro 100.000 Einwohner und Jahr 1991 - 2000
nach Bundesländern
- Tab. 3.2.7: Prävalenz ausgewählter gesundheitlicher Beschwerden 1999
nach Altersgruppen, Regionen und Geschlecht

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

- Tab. 5.2.3: Bodengebundene anerkannte Rettungs- und Krankentransportdienste 2000
nach Regionen
- Tab. 5.2.4: Bodengebundene anerkannte Rettungs- und Krankentransportdienste 2000 - bezogen auf 1.000 Einwohner
nach Regionen
- Tab. 5.2.5: Apotheken und Pharmazeuten 2000
nach Regionen
- Tab. 5.3.1: Stationäre Akutversorgung in Fonds-Krankenanstalten - Ausstattung, Inanspruchnahme und Kosten 2000
nach Bundesländern und Fachrichtungen
- Tab. 5.3.2: Rehabilitationseinrichtungen sowie Inanspruchnahme nach Indikationsgruppen 2000
nach Bundesländern
- Tab. 5.4.1: Versorgung mit medizinisch-technischen Großgeräten 2001
nach Gerätegruppen und Bundesländern
- Tab. 5.6.1: Endkosten der Fonds-Krankenanstalten 1997 - 2000
- Tab. 5.6.2: Personalkosten der Fonds-Krankenanstalten 1997 - 2000
- Tab. 5.6.3: Abgerechnete Beträge der §2-Kassen für niedergelassene Ärzte 1991 - 2000
- Tab. 5.6.4: Ausgaben der §2-Kassen für Heilmittel und Heilbehelfe-Hilfsmittel 1991 - 2000
- Tab. 6.1.1: Übersicht - ausgewählte Parameter im Bundesländervergleich im Zeitraum 1991 bis 2000 (indexiert, Österreich = 100)
- Tab. 6.1.2: Übersicht - ausgewählte Parameter im Vergleich zwischen Salzburger Bezirken im Zeitraum 1991 bis 2000 (indexiert, Salzburg = 100)

Verzeichnis der Karten im Anhang

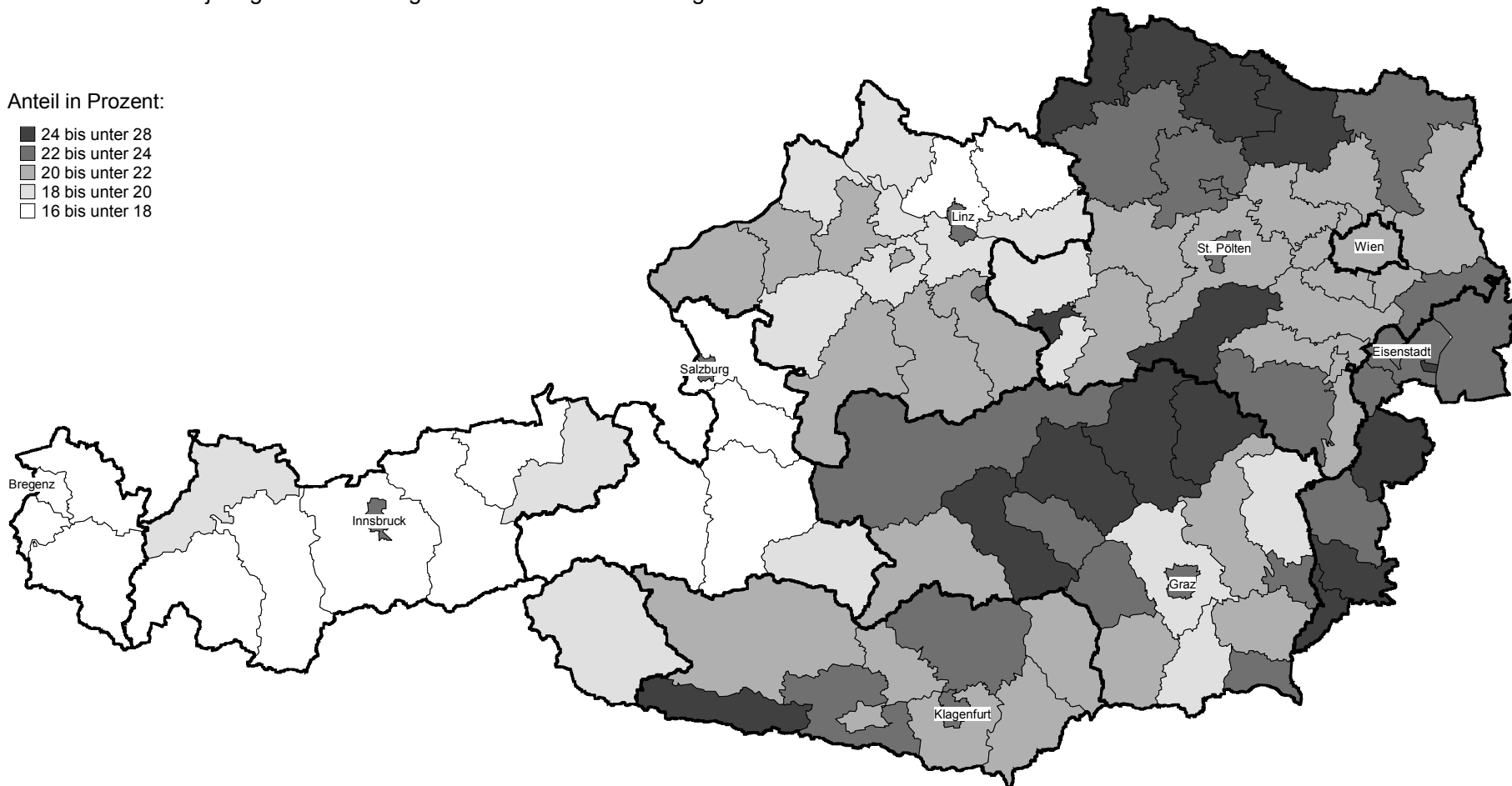
- Karte 2.1.1: Anteil der über 60-jährigen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung 2001
- Karte 2.2.1: Sozialstruktur nach politischen Bezirken
- Karte 2.3.1: Regionalwirtschaftliche Situation nach politischen Bezirken
- Karte 3.1.1: Lebenserwartung 1991 - 2000 nach Bundesländern (männlich)
- Karte 3.1.2: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

Salzburger Gesundheitsbericht 2002

Anteil der über 60-jährigen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung 2001

Anteil in Prozent:

- 24 bis unter 28
- 22 bis unter 24
- 20 bis unter 22
- 18 bis unter 20
- 16 bis unter 18



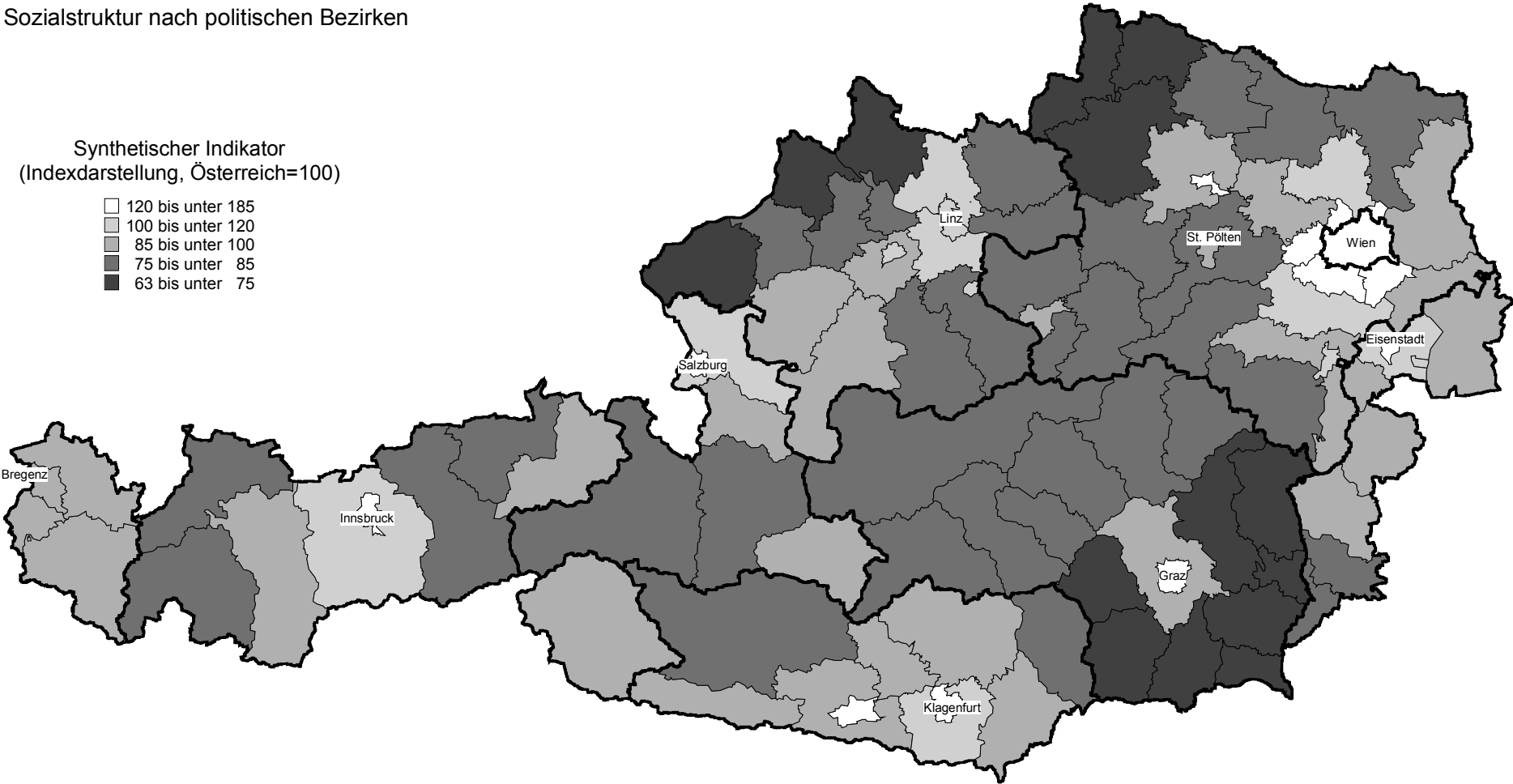
Maßstab 1 : 2 500 000

Quellen: ST.AT, Volkszählung 2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Karte 2.1.1

Salzburger Gesundheitsbericht 2002

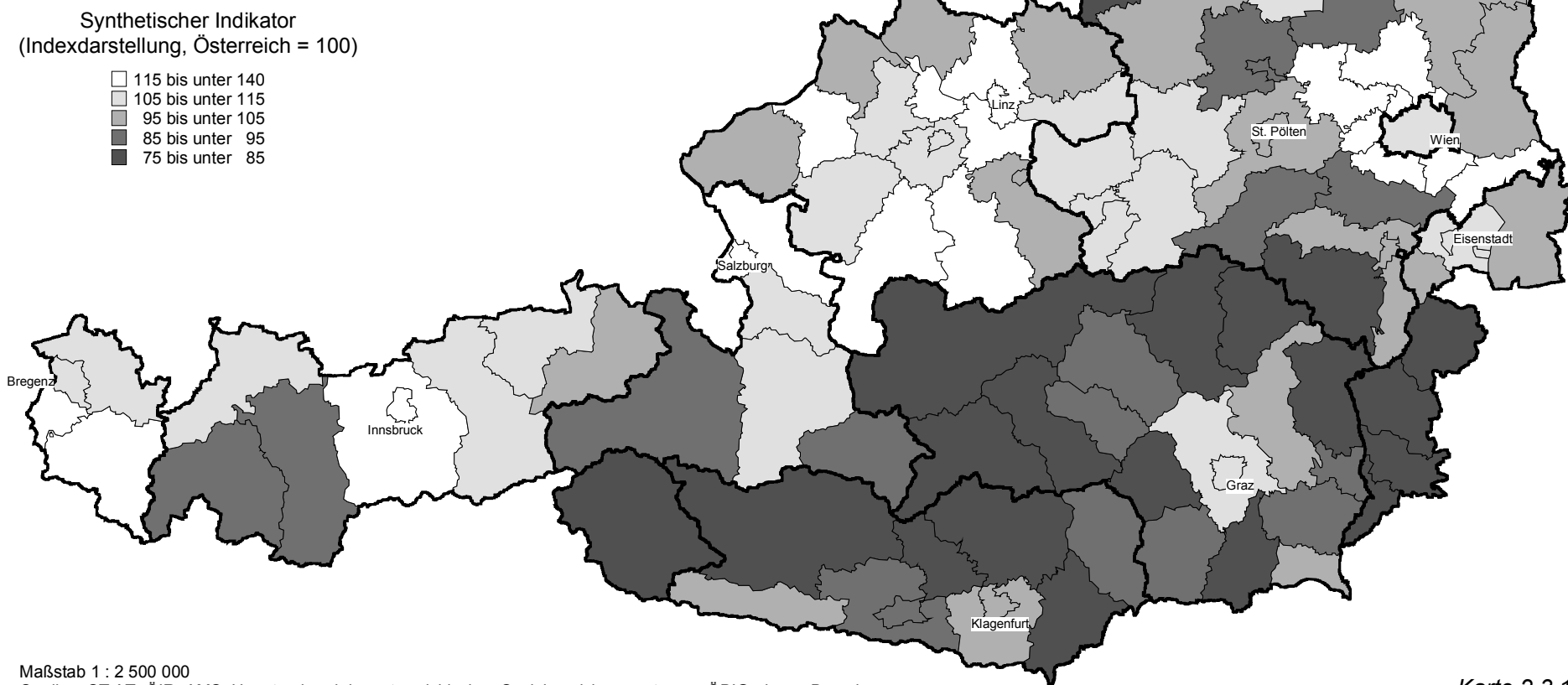
Sozialstruktur nach politischen Bezirken



Maßstab 1 : 2 500 000
Quellen: ST.AT: Volkszählung 1991, Häuser- und Wohnungszählung 1991, Lohn- und Einkommenssteuerstatistik 1997; ÖBIG-eigene Berechnungen

Salzburger Gesundheitsbericht 2002

Regionalwirtschaftliche Situation nach politischen Bezirken



Maßstab 1 : 2 500 000

Quellen: ST.AT; ÖIR; AMS; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, ÖBIG-eigene Berechnungen

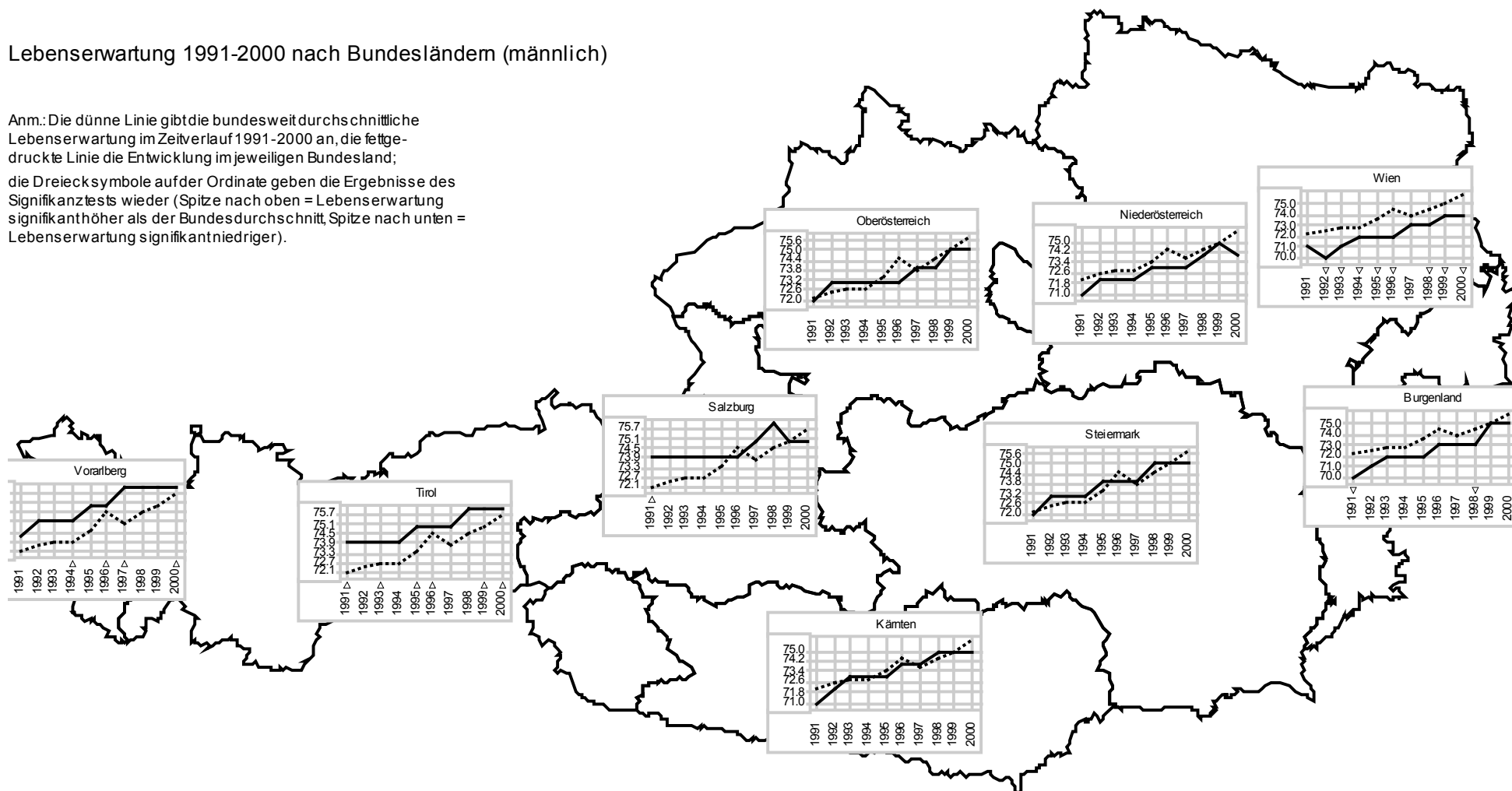
Karte 2.3.1

Salzburger Gesundheitsbericht 2002

Lebenserwartung 1991-2000 nach Bundesländern (männlich)

Anm.: Die dünne Linie gibt die bundesweit durchschnittliche Lebenserwartung im Zeitverlauf 1991-2000 an, die fettgedruckte Linie die Entwicklung im jeweiligen Bundesland;

die Dreieckssymbole auf der Ordinate geben die Ergebnisse des Signifikanztests wieder (Spitze nach oben = Lebenserwartung signifikant höher als der Bundesdurchschnitt, Spitze nach unten = Lebenserwartung signifikant niedriger).



Maßstab 1 : 2 500 000

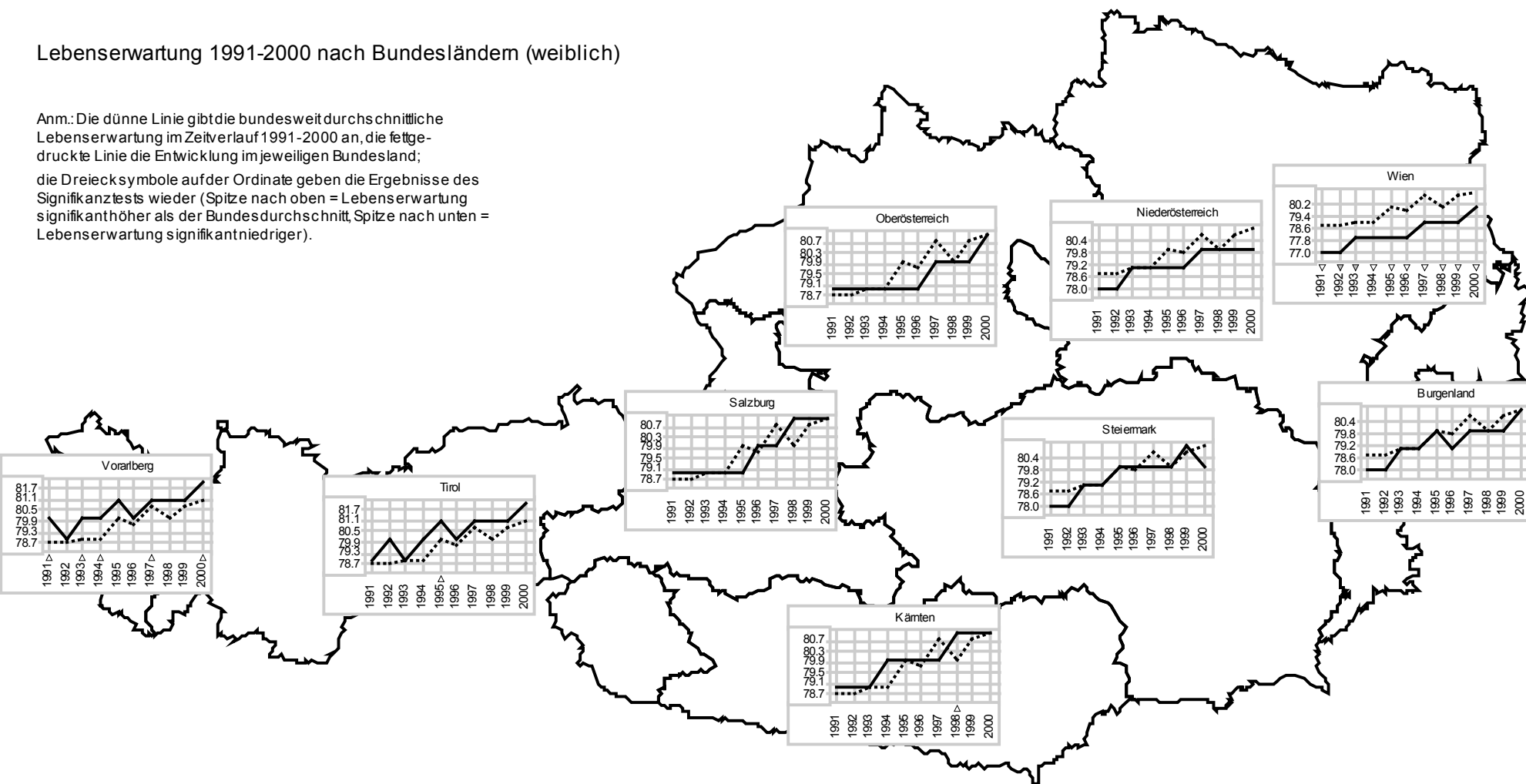
Quellen: ST.AT - Todesursachenstatistik 1991-2000, Volkszählungen 1991 und 2001;
ÖBIG-eigene Berechnungen

Salzburger Gesundheitsbericht 2002

Lebenserwartung 1991-2000 nach Bundesländern (weiblich)

Anm.: Die dünne Linie gibt die bundesweit durchschnittliche Lebenserwartung im Zeitverlauf 1991-2000 an, die fettgedruckte Linie die Entwicklung im jeweiligen Bundesland;

die Dreieckssymbole auf der Ordinate geben die Ergebnisse des Signifikanztests wieder (Spitze nach oben = Lebenserwartung signifikant höher als der Bundesdurchschnitt, Spitze nach unten = Lebenserwartung signifikant niedriger).

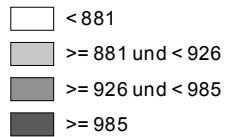


Maßstab 1 : 2 500 000

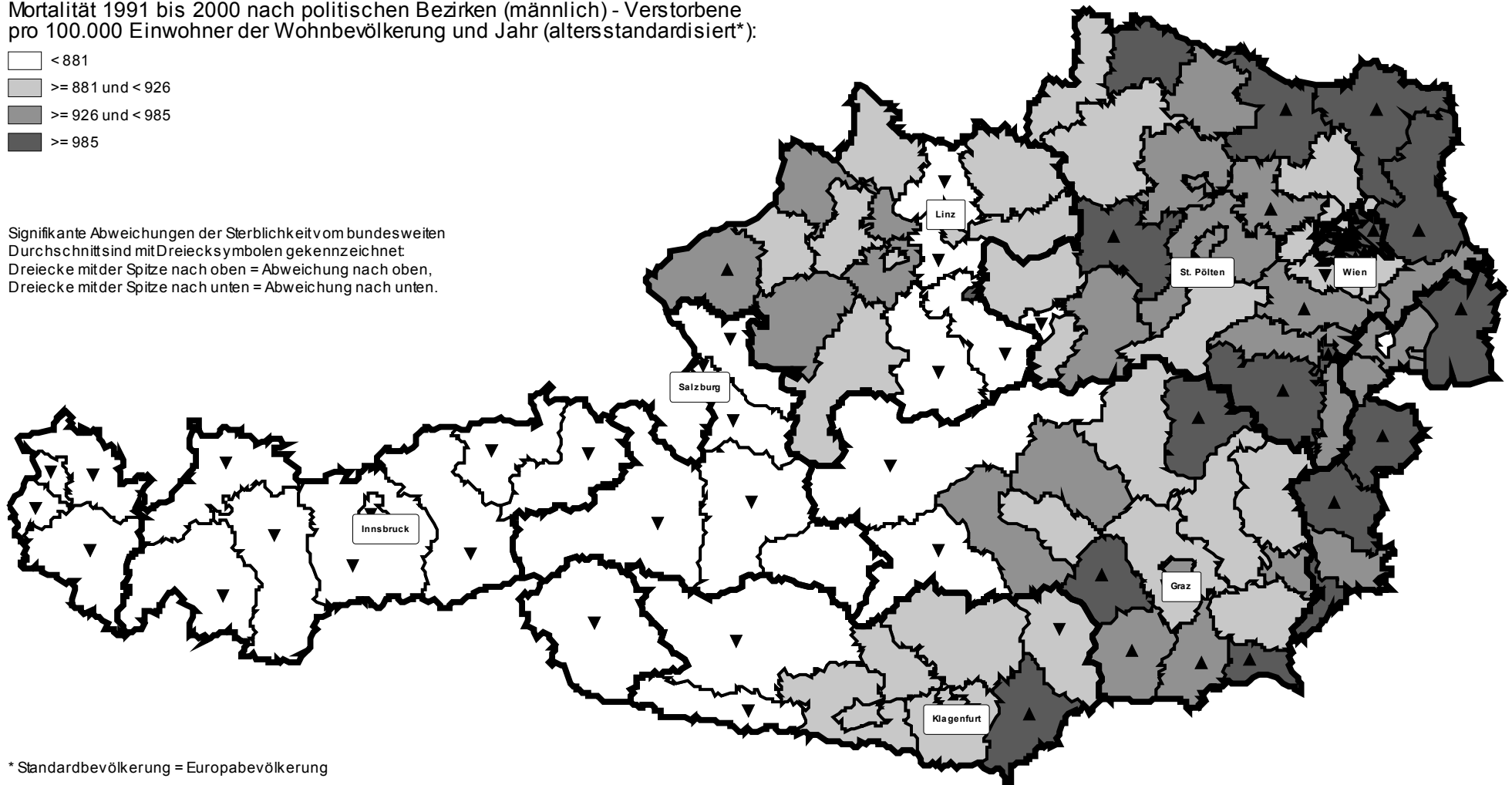
Quellen: ST.AT - Todesursachenstatistik 1991-2000, Volkszählungen 1991 und 2001;
ÖBIG-eigene Berechnungen

Salzburger Gesundheitsbericht 2002

Mortalität 1991 bis 2000 nach politischen Bezirken (männlich) - Verstorbene pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahr (altersstandardisiert*):



Signifikante Abweichungen der Sterblichkeit vom bundesweiten Durchschnitt sind mit Dreiecksymbolen gekennzeichnet:
Dreiecke mit der Spitze nach oben = Abweichung nach oben,
Dreiecke mit der Spitze nach unten = Abweichung nach unten.

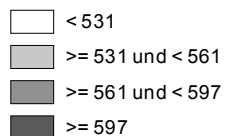


* Standardbevölkerung = Europabevölkerung

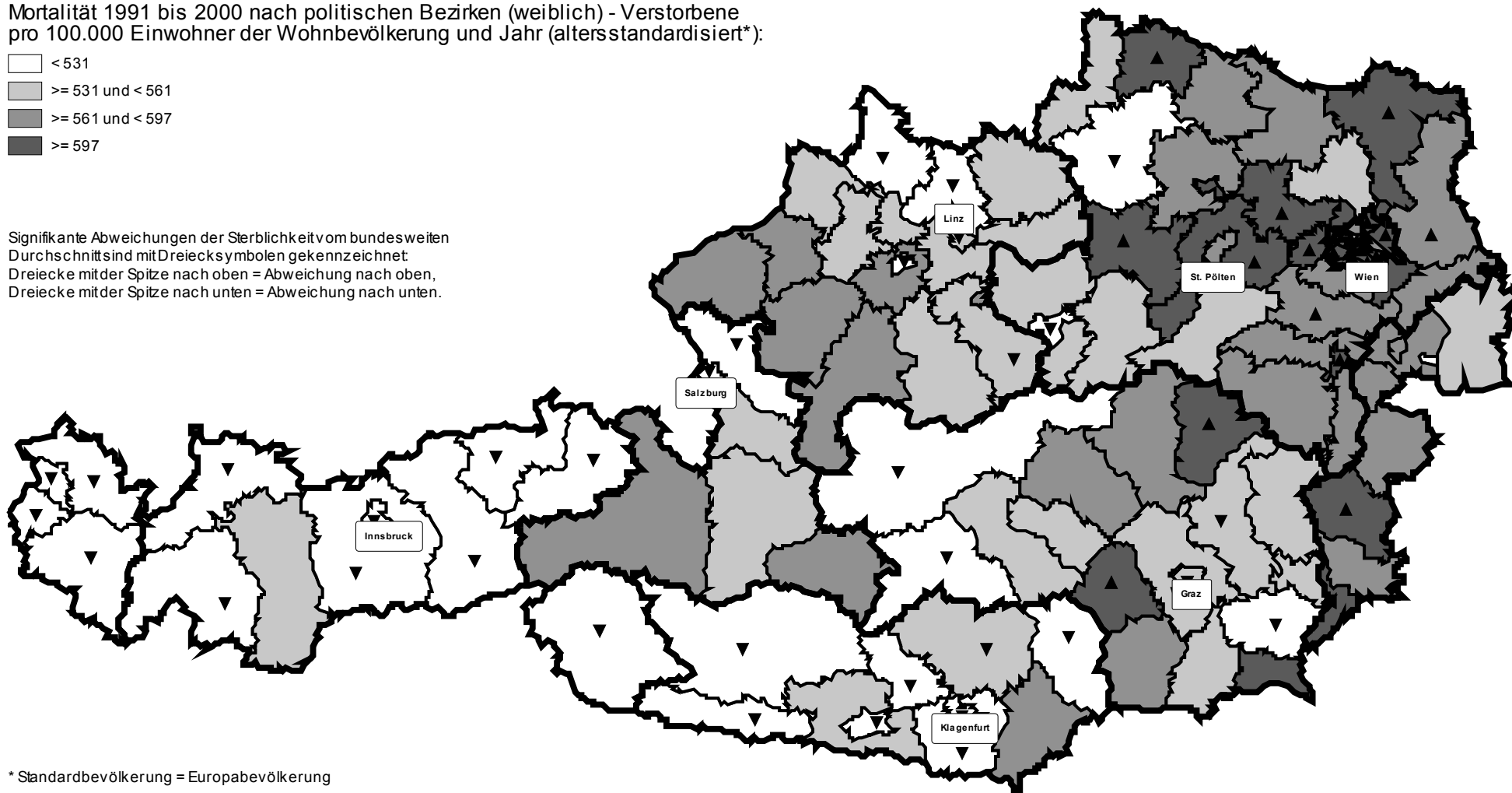
Quellen: ST.AT - Todesursachenstatistik 1991-2000, Volkszählungen 1991 und 2001;
ÖBIG-eigene Berechnungen.

Salzburger Gesundheitsbericht 2002

Mortalität 1991 bis 2000 nach politischen Bezirken (weiblich) - Verstorbene pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahr (altersstandardisiert*):



Signifikante Abweichungen der Sterblichkeit vom bundesweiten Durchschnitt sind mit Dreiecksymbolen gekennzeichnet:
Dreiecke mit der Spitze nach oben = Abweichung nach oben,
Dreiecke mit der Spitze nach unten = Abweichung nach unten.

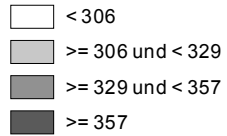


* Standardbevölkerung = Europabevölkerung

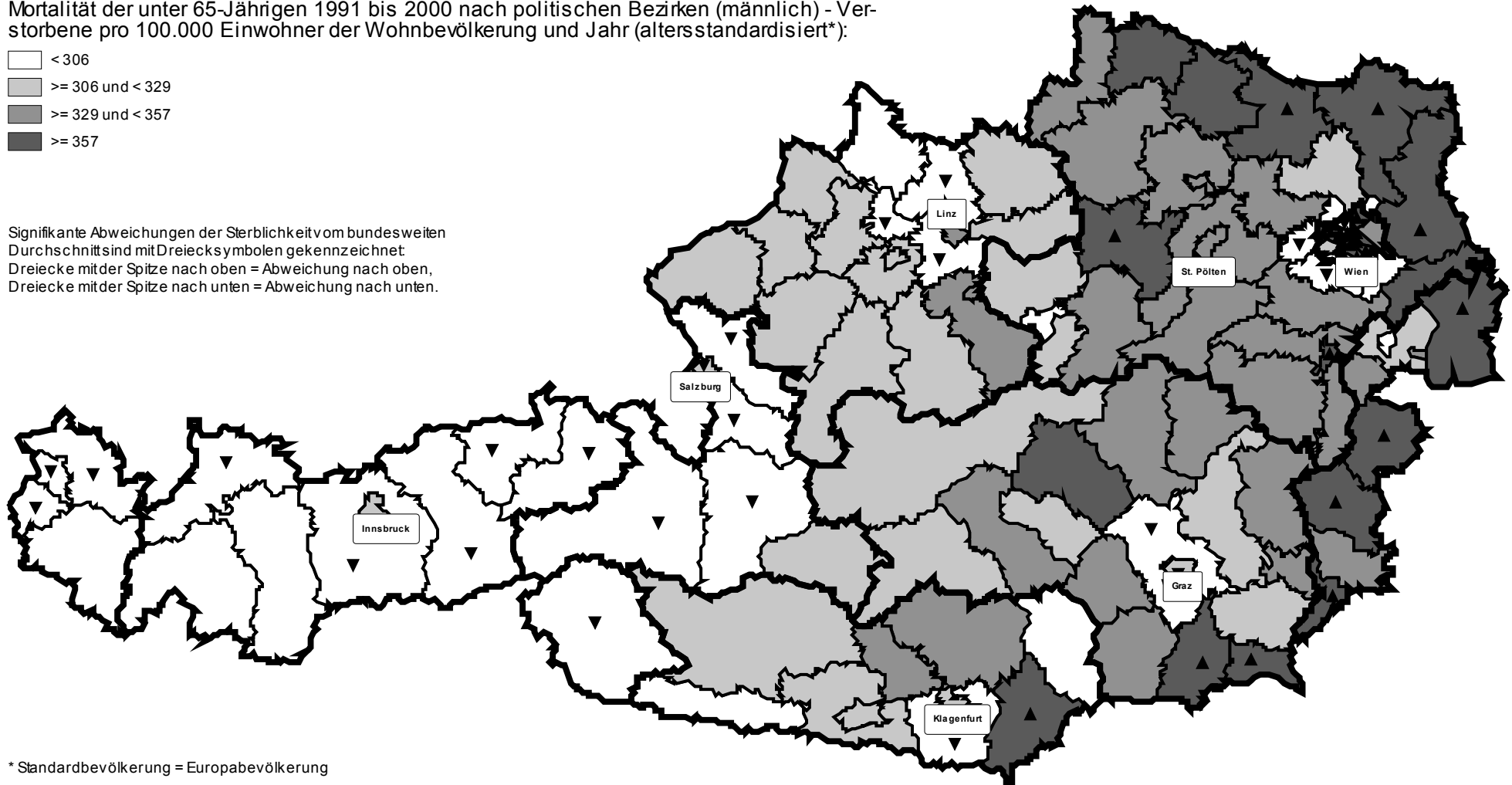
Quellen: ST.AT - Todesursachenstatistik 1991-2000, Volkszählungen 1991 und 2001;
ÖBIG-eigene Berechnungen.

Salzburger Gesundheitsbericht 2002

Mortalität der unter 65-Jährigen 1991 bis 2000 nach politischen Bezirken (männlich) - Verstorbene pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahr (altersstandardisiert*):



Signifikante Abweichungen der Sterblichkeit vom bundesweiten Durchschnitt sind mit Dreiecksymbolen gekennzeichnet:
Dreiecke mit der Spitze nach oben = Abweichung nach oben,
Dreiecke mit der Spitze nach unten = Abweichung nach unten.

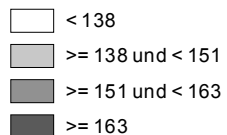


* Standardbevölkerung = Europabevölkerung

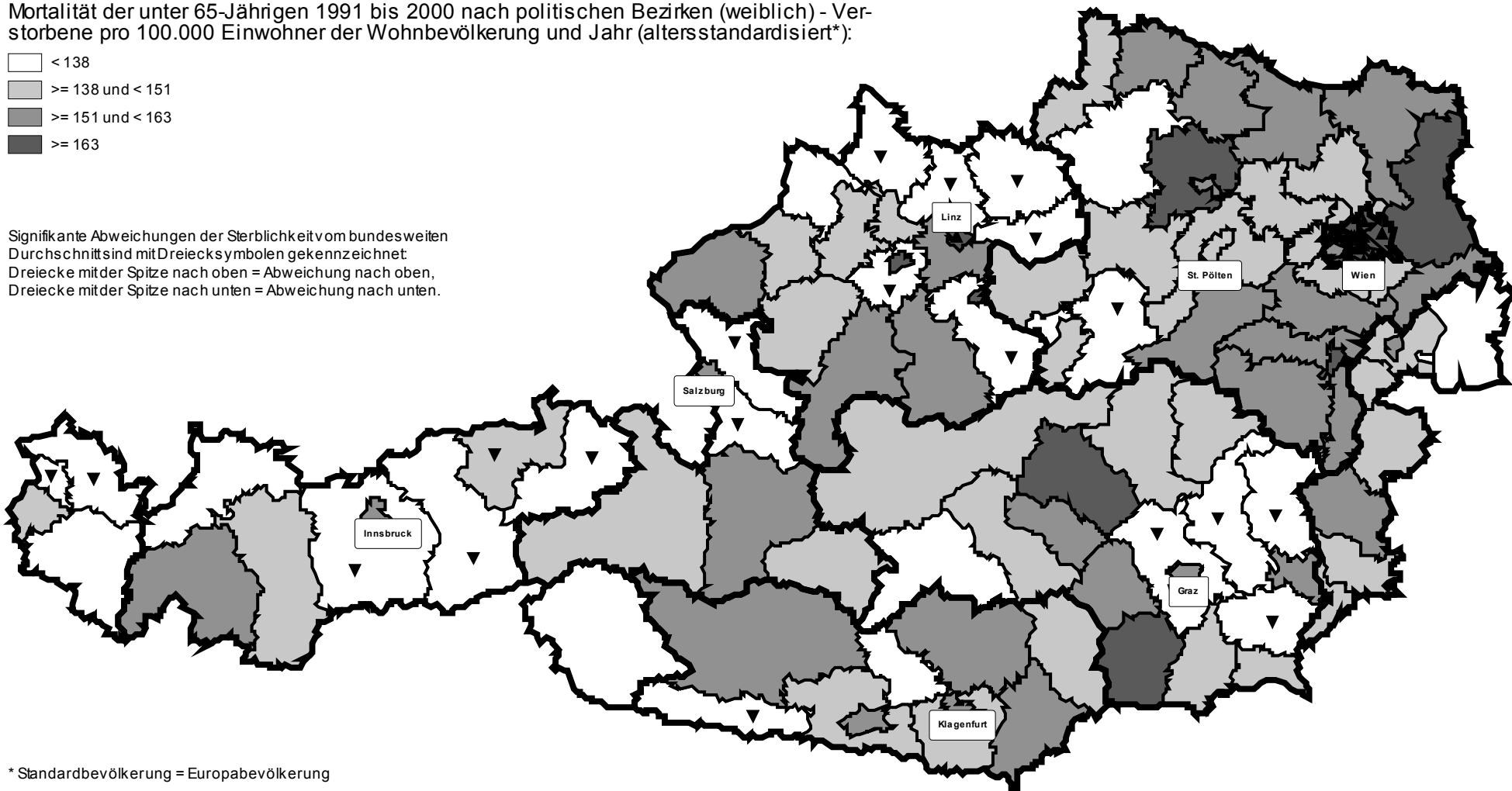
Quellen: ST.AT - Todesursachenstatistik 1991-2000, Volkszählungen 1991 und 2001;
ÖBIG-eigene Berechnungen.

Salzburger Gesundheitsbericht 2002

Mortalität der unter 65-Jährigen 1991 bis 2000 nach politischen Bezirken (weiblich) - Verstorbene pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahr (altersstandardisiert*):



Signifikante Abweichungen der Sterblichkeit vom bundesweiten Durchschnitt sind mit Dreiecksymbolen gekennzeichnet:
Dreiecke mit der Spitze nach oben = Abweichung nach oben,
Dreiecke mit der Spitze nach unten = Abweichung nach unten.

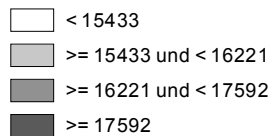


* Standardbevölkerung = Europabevölkerung

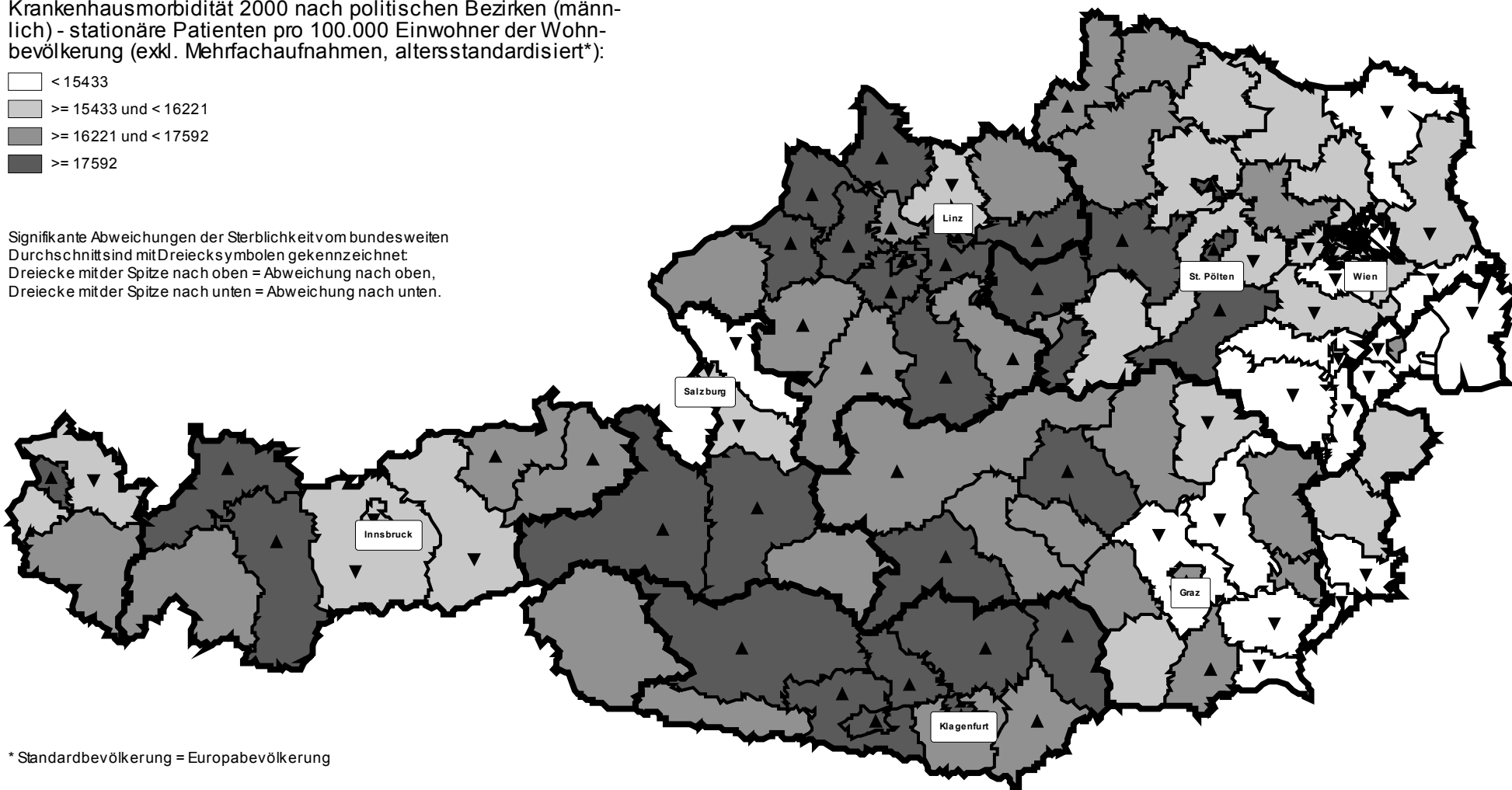
Quellen: ST.AT - Todesursachenstatistik 1991-2000, Volkszählungen 1991 und 2001;
ÖBIG-eigene Berechnungen.

Salzburger Gesundheitsbericht 2002

Krankenhausmorbidity 2000 nach politischen Bezirken (männlich) - stationäre Patienten pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung (exkl. Mehrfachaufnahmen, altersstandardisiert*):



Signifikante Abweichungen der Sterblichkeit vom bundesweiten Durchschnitt sind mit Dreiecksymbolen gekennzeichnet:
Dreiecke mit der Spitze nach oben = Abweichung nach oben,
Dreiecke mit der Spitze nach unten = Abweichung nach unten.

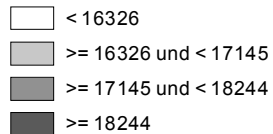


* Standardbevölkerung = Europabevölkerung

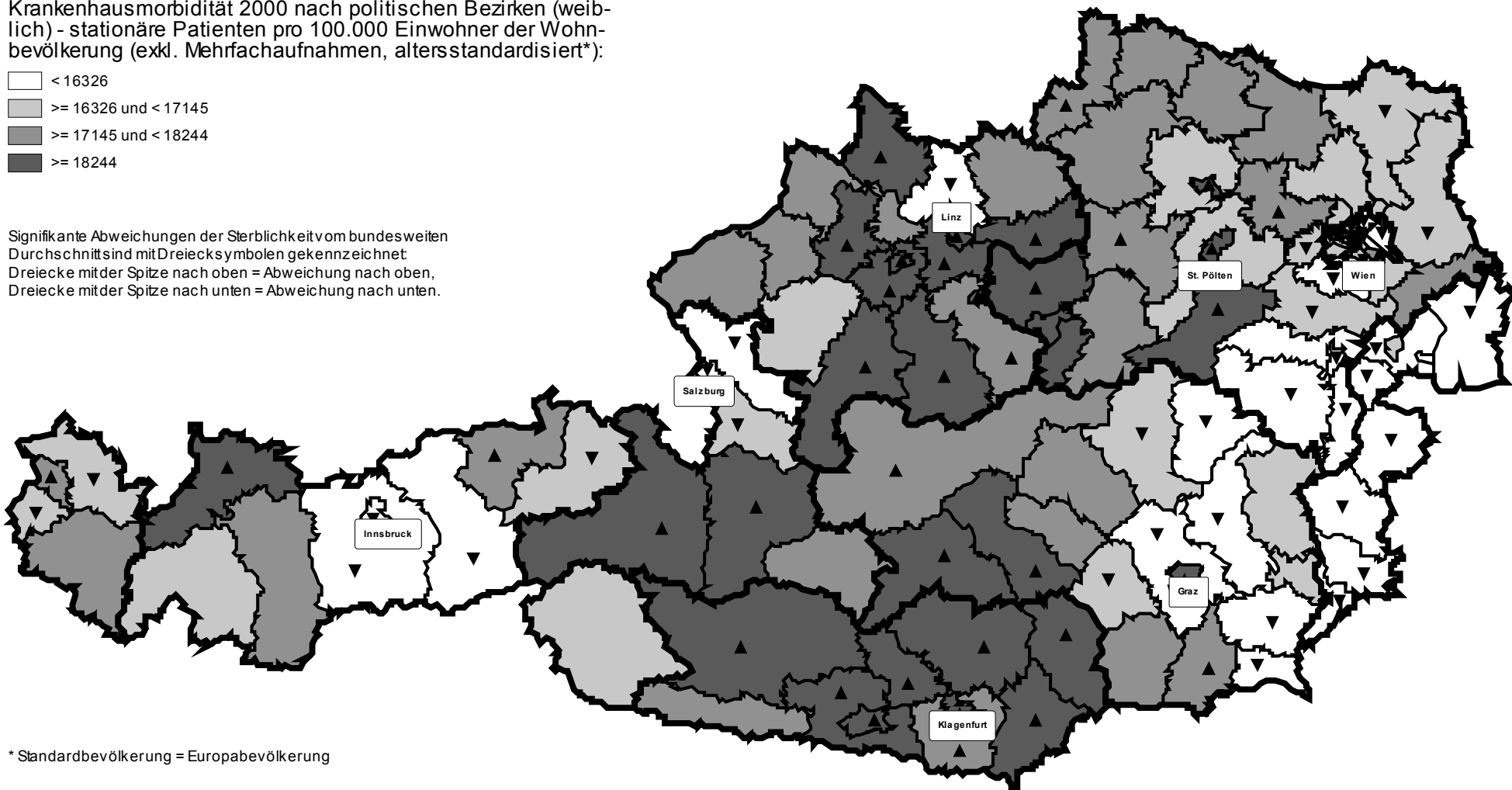
Quellen: BMSG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2000;
STAT: Volkszählungen 1991 und 2001;
ÖBIG-eigene Berechnungen.

Salzburger Gesundheitsbericht 2002

Krankenhausmorbidity 2000 nach politischen Bezirken (weiblich) - stationäre Patienten pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung (exkl. Mehrfachaufnahmen, altersstandardisiert*):



Signifikante Abweichungen der Sterblichkeit vom bundesweiten Durchschnitt sind mit Dreiecksymbolen gekennzeichnet:
Dreiecke mit der Spitze nach oben = Abweichung nach oben,
Dreiecke mit der Spitze nach unten = Abweichung nach unten.







* Standardbevölkerung = Europabevölkerung

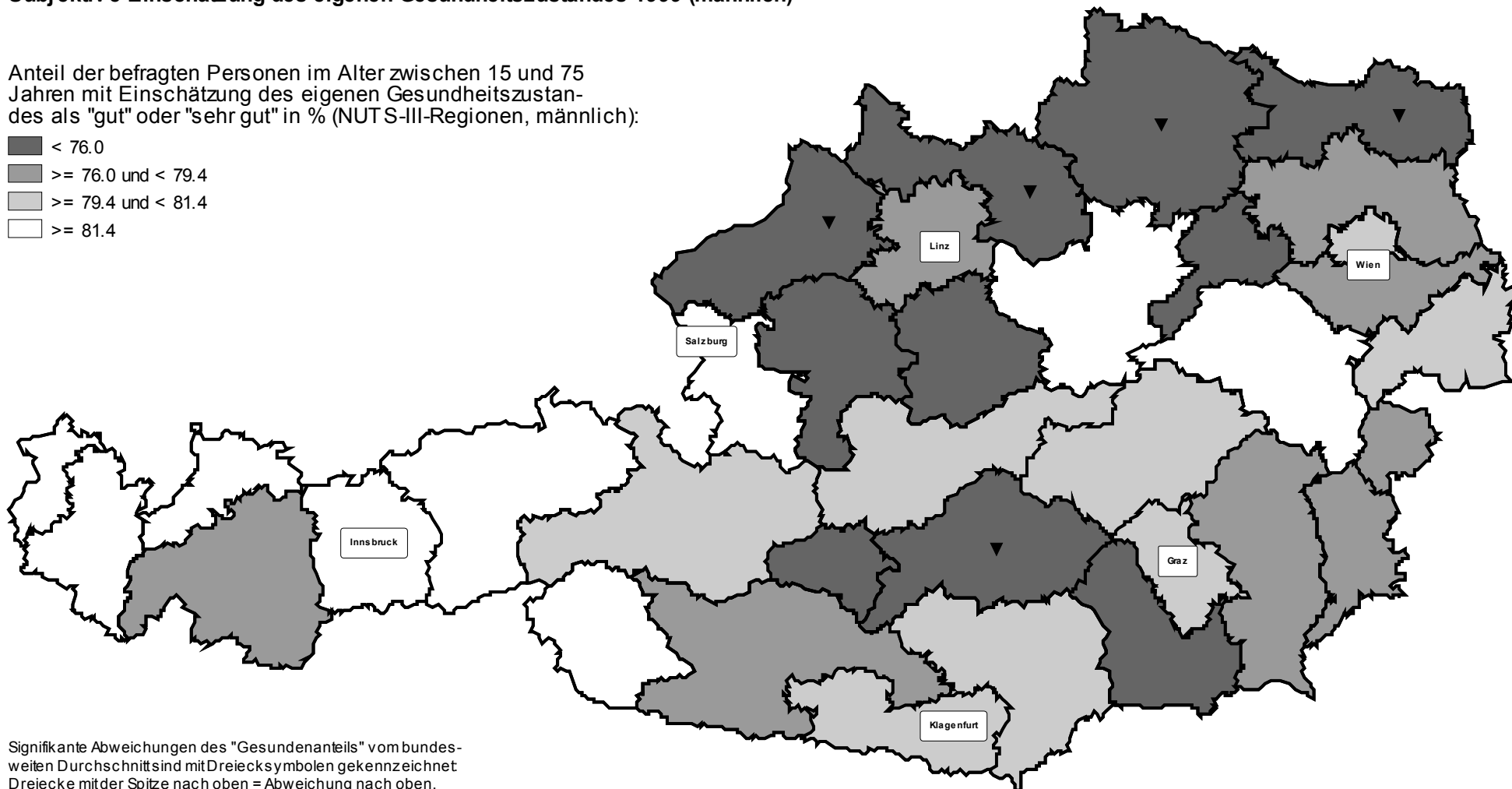
Quellen: BMSG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2000;
STAT: Volkszählungen 1991 und 2001;
ÖBIG-eigene Berechnungen.

Salzburger Gesundheitsbericht 2002

Subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes 1999 (männlich)

Anteil der befragten Personen im Alter zwischen 15 und 75 Jahren mit Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes als "gut" oder "sehr gut" in % (NUTS-III-Regionen, männlich):

-  < 76.0
-  >= 76.0 und < 79.4
-  >= 79.4 und < 81.4
-  >= 81.4



Signifikante Abweichungen des "Gesundenanteils" vom bundesweiten Durchschnitt sind mit Dreiecksymbolen gekennzeichnet:
Dreiecke mit der Spitze nach oben = Abweichung nach oben,
Dreiecke mit der Spitze nach unten = Abweichung nach unten.





Maßstab 1 : 2 500 000

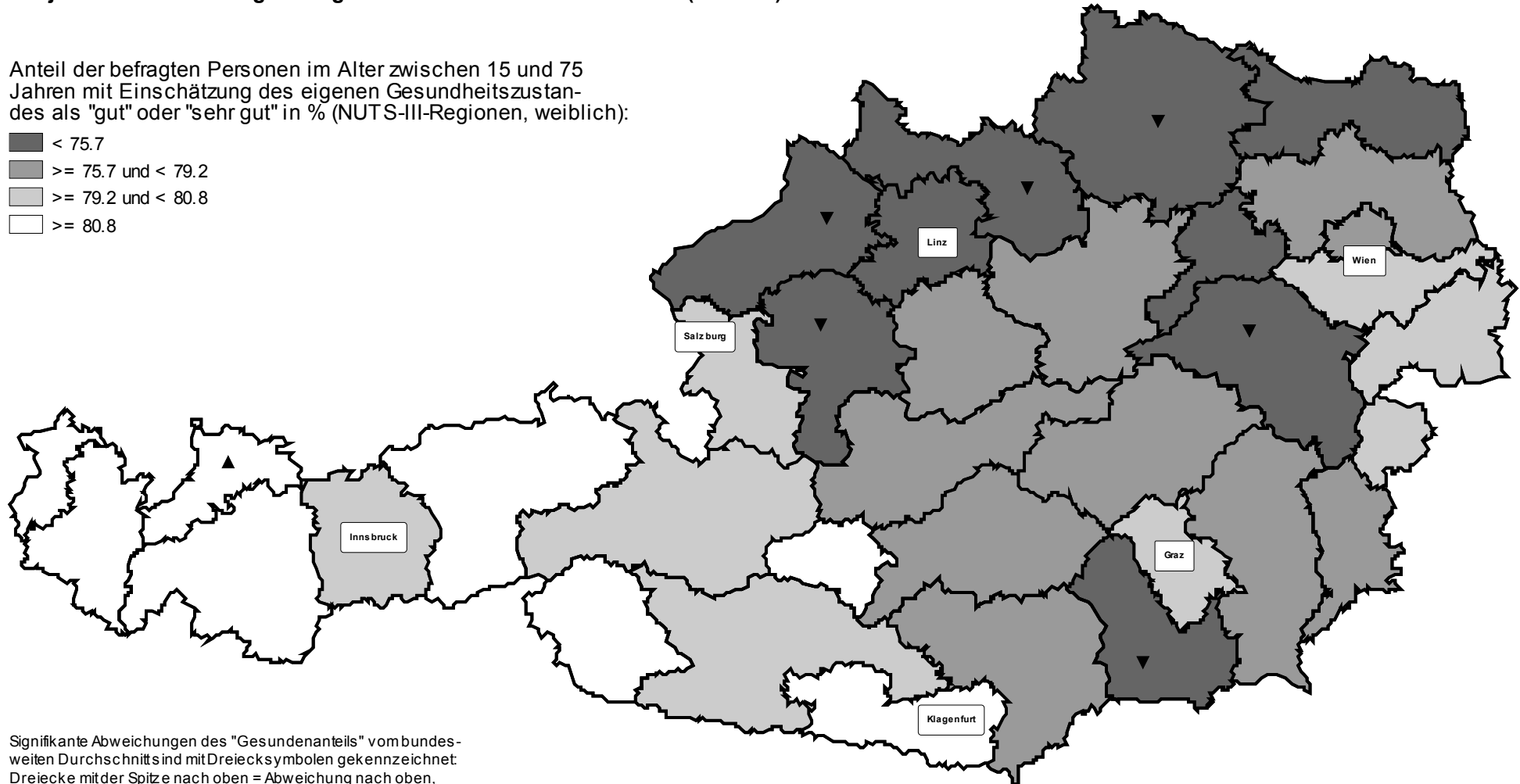
Quellen: ST.AT - Mikrozensus "Fragen zur Gesundheit" 1999; ÖBIG-eigene Berechnungen

Salzburger Gesundheitsbericht 2002

Subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes 1999 (weiblich)

Anteil der befragten Personen im Alter zwischen 15 und 75 Jahren mit Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes als "gut" oder "sehr gut" in % (NUTS-III-Regionen, weiblich):

-  < 75.7
-  ≥ 75.7 und < 79.2
-  ≥ 79.2 und < 80.8
-  ≥ 80.8



Signifikante Abweichungen des "Gesundenanteils" vom bundesweiten Durchschnitt sind mit Dreiecksymbolen gekennzeichnet: Dreiecke mit der Spitze nach oben = Abweichung nach oben, Dreiecke mit der Spitze nach unten = Abweichung nach unten.

Maßstab 1 : 2 500 000

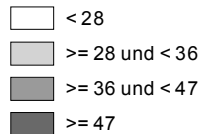
Quellen: ST.AT - Mikrozensus "Fragen zur Gesundheit" 1999; ÖBIG-eigene Berechnungen

Karte 3.4.2

Salzburger Gesundheitsbericht 2002

Potenziell alkoholassoziierte Sterblichkeit*) 1998 bis 2000 (männlich)

Todesfälle je 100.000 Einwohner und Jahr, alterstandardisiert**):

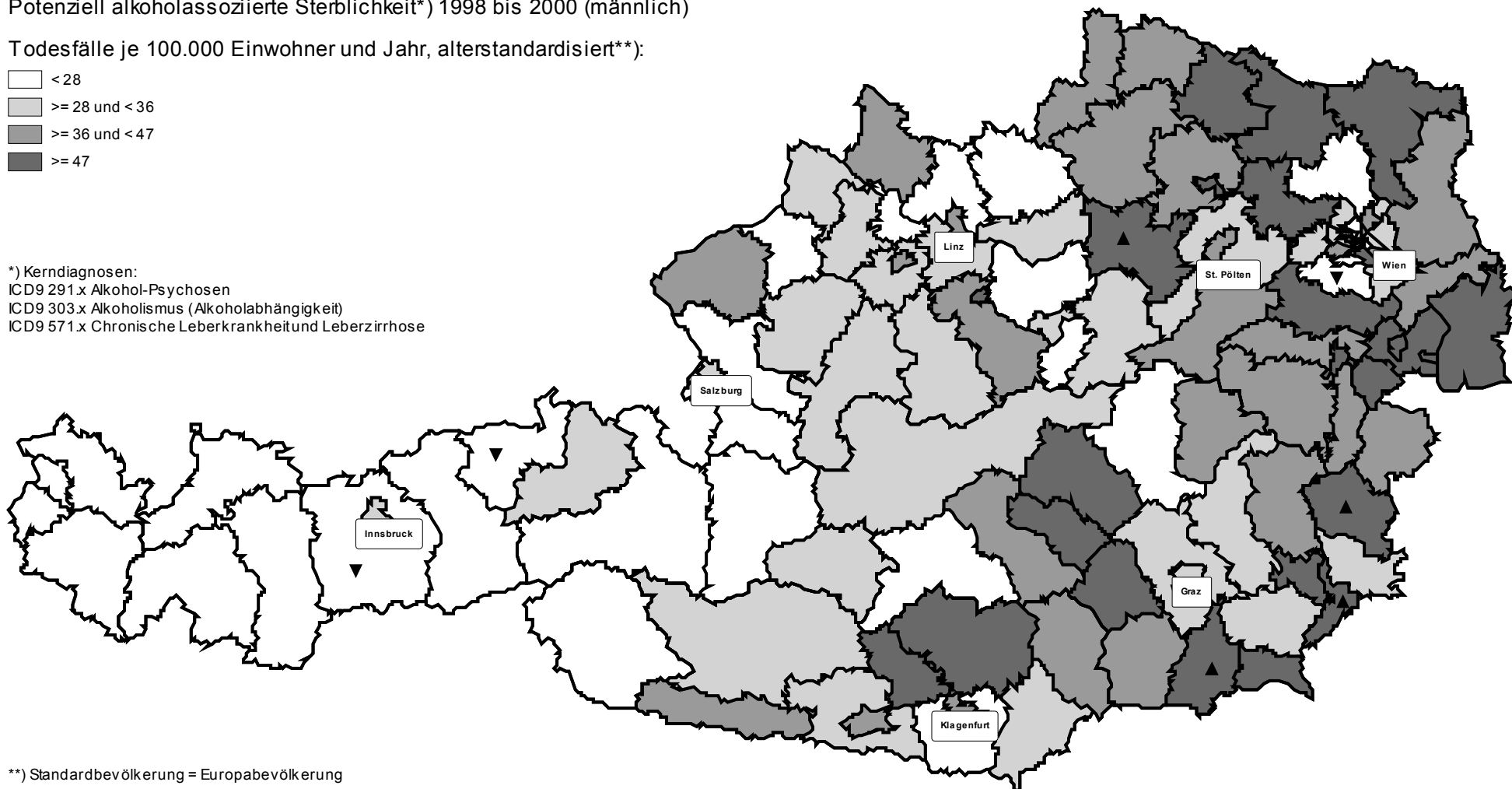


*) Kerndiagnosen:

ICD9 291.x Alkohol-Psychosen

ICD9 303.x Alkoholismus (Alkoholabhängigkeit)

ICD9 571.x Chronische Leberkrankheit und Leberzirrhose



** Standardbevölkerung = Europabevölkerung

Maßstab 1 : 2 500 000

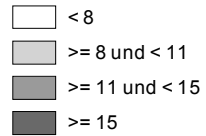
Quellen: ST.AT - Todesursachenstatistik 1998-2000, Volkszählungen 1991 und 2001;

ÖBIG-eigene Berechnungen.

Salzburger Gesundheitsbericht 2002

Potenziell alkoholassoziierte Sterblichkeit*) 1998 bis 2000 (weiblich)

Todesfälle je 100.000 Einwohner und Jahr, alterstandardisiert**):

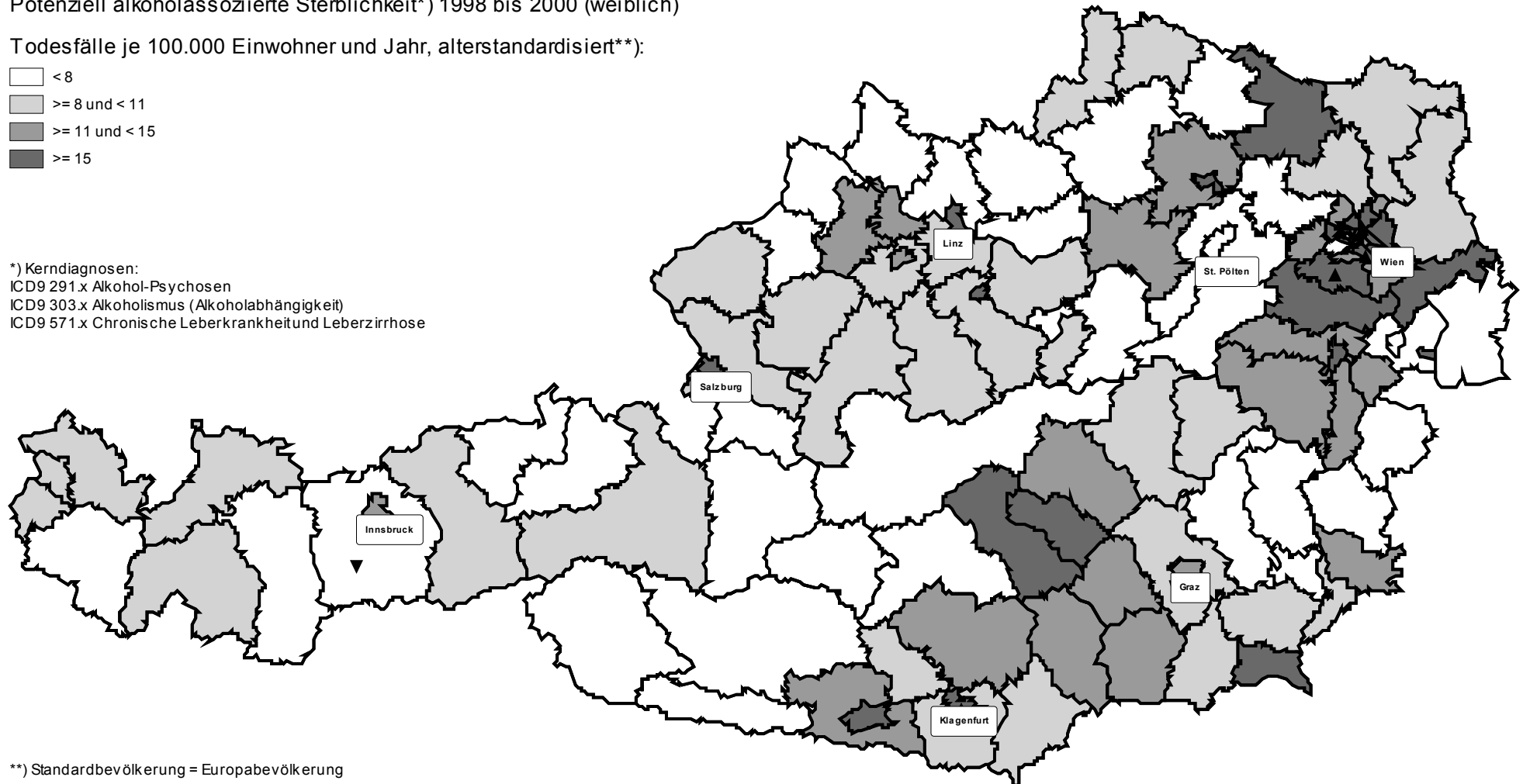


*) Kerndiagnosen:

ICD9 291.x Alkohol-Psychosen

ICD9 303.x Alkoholismus (Alkoholabhängigkeit)

ICD9 571.x Chronische Leberkrankheit und Leberzirrhose



** Standardbevölkerung = Europabevölkerung

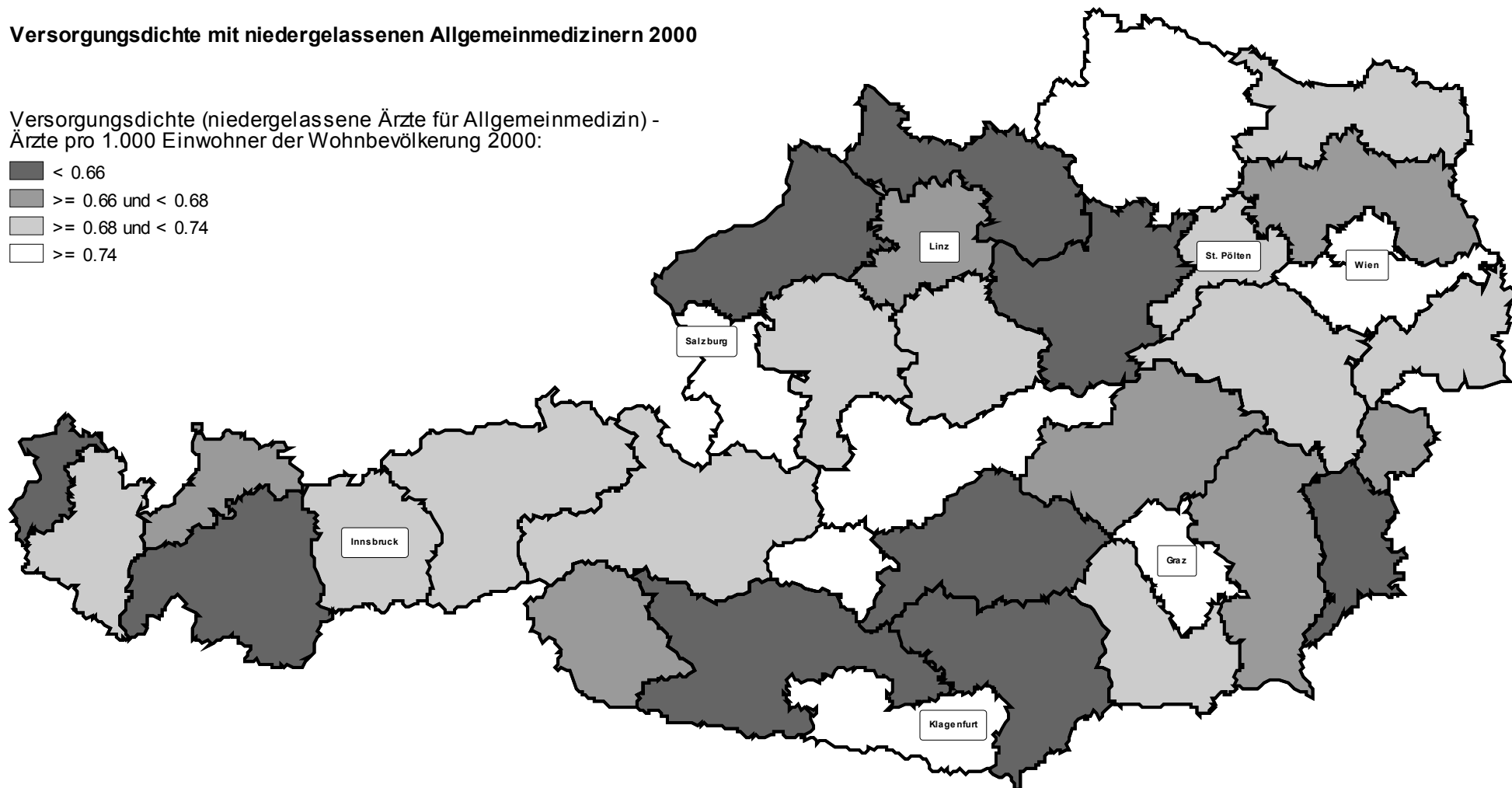
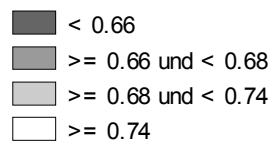
Maßstab 1 : 2 500 000

Quellen: ST.AT - Todesursachenstatistik 1998-2000, Volkszählungen 1991 und 2001;
ÖBIG-eigene Berechnungen.

Salzburger Gesundheitsbericht 2002

Versorgungsdichte mit niedergelassenen Allgemeinmediziner*innen 2000

Versorgungsdichte (niedergelassene Ärzte für Allgemeinmedizin) -
Ärzte pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung 2000:



Maßstab 1 : 2 500 000

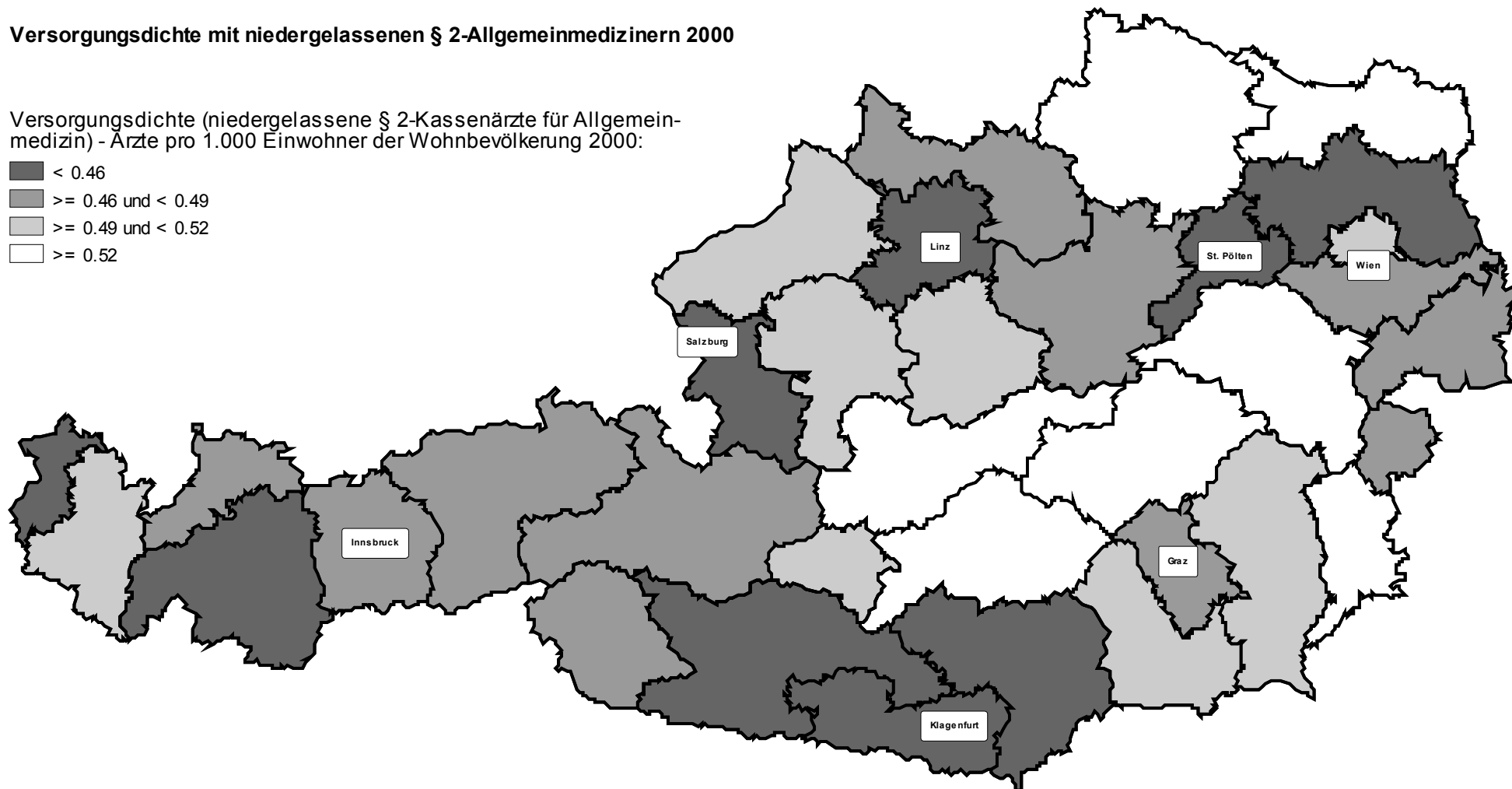
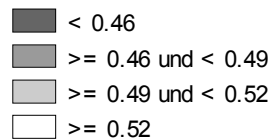
Quellen: ÖÄK - Österreichische Ärzteliste; ÖBIG-eigene Berechnungen

Karte 5.2.1

Salzburger Gesundheitsbericht 2002

Versorgungsdichte mit niedergelassenen § 2-Allgemeinmedizinern 2000

Versorgungsdichte (niedergelassene § 2-Kassenärzte für Allgemeinmedizin) - Ärzte pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung 2000:



Maßstab 1 : 2 500 000

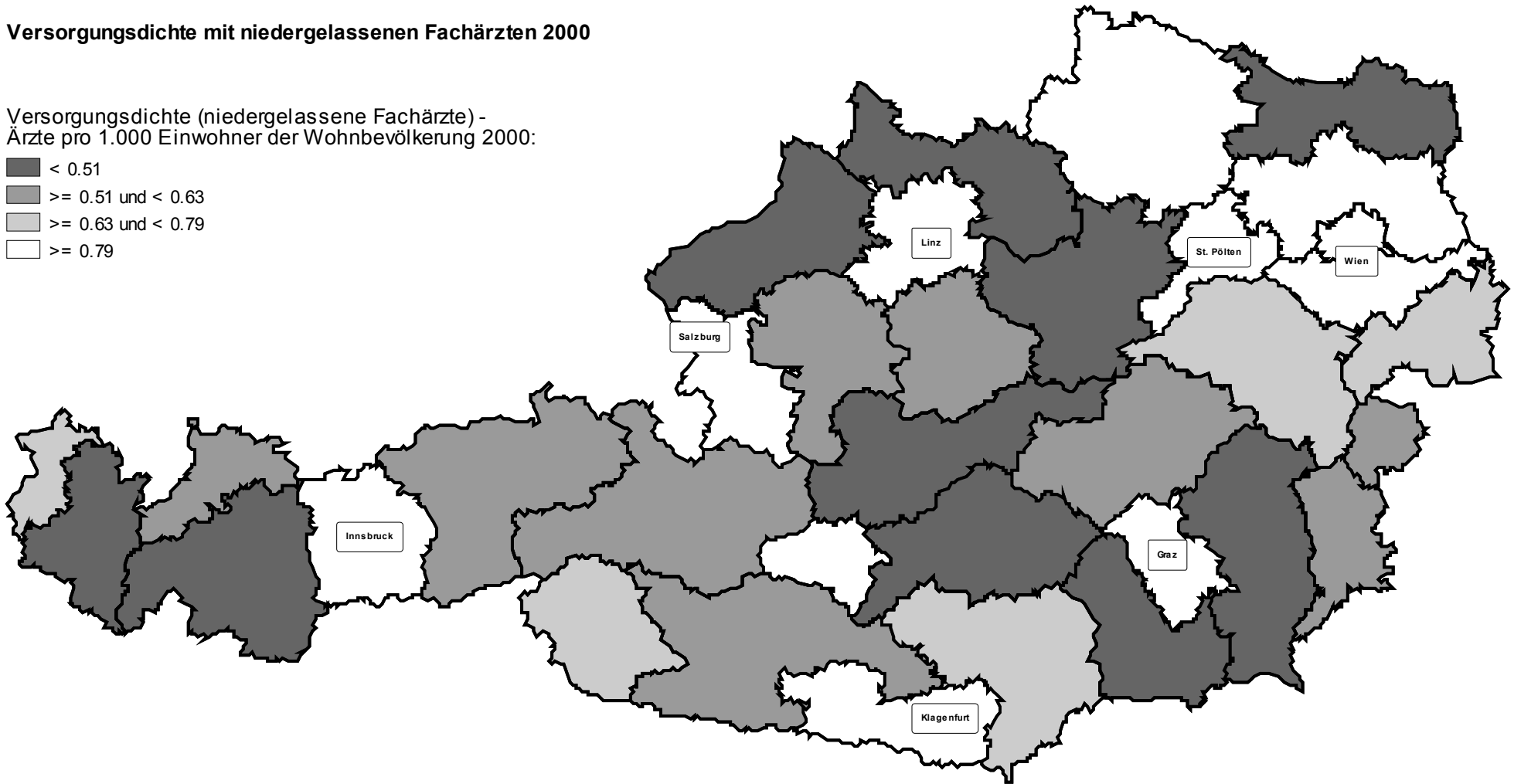
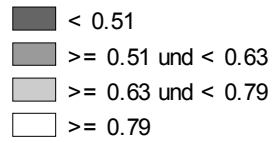
Quellen: ÖÄK - Österreichische Ärzteliste; ÖBIG-eigene Berechnungen

Karte 5.2.2

Salzburger Gesundheitsbericht 2002

Versorgungsdichte mit niedergelassenen Fachärzten 2000

Versorgungsdichte (niedergelassene Fachärzte) -
Ärzte pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung 2000:



Maßstab 1 : 2 500 000

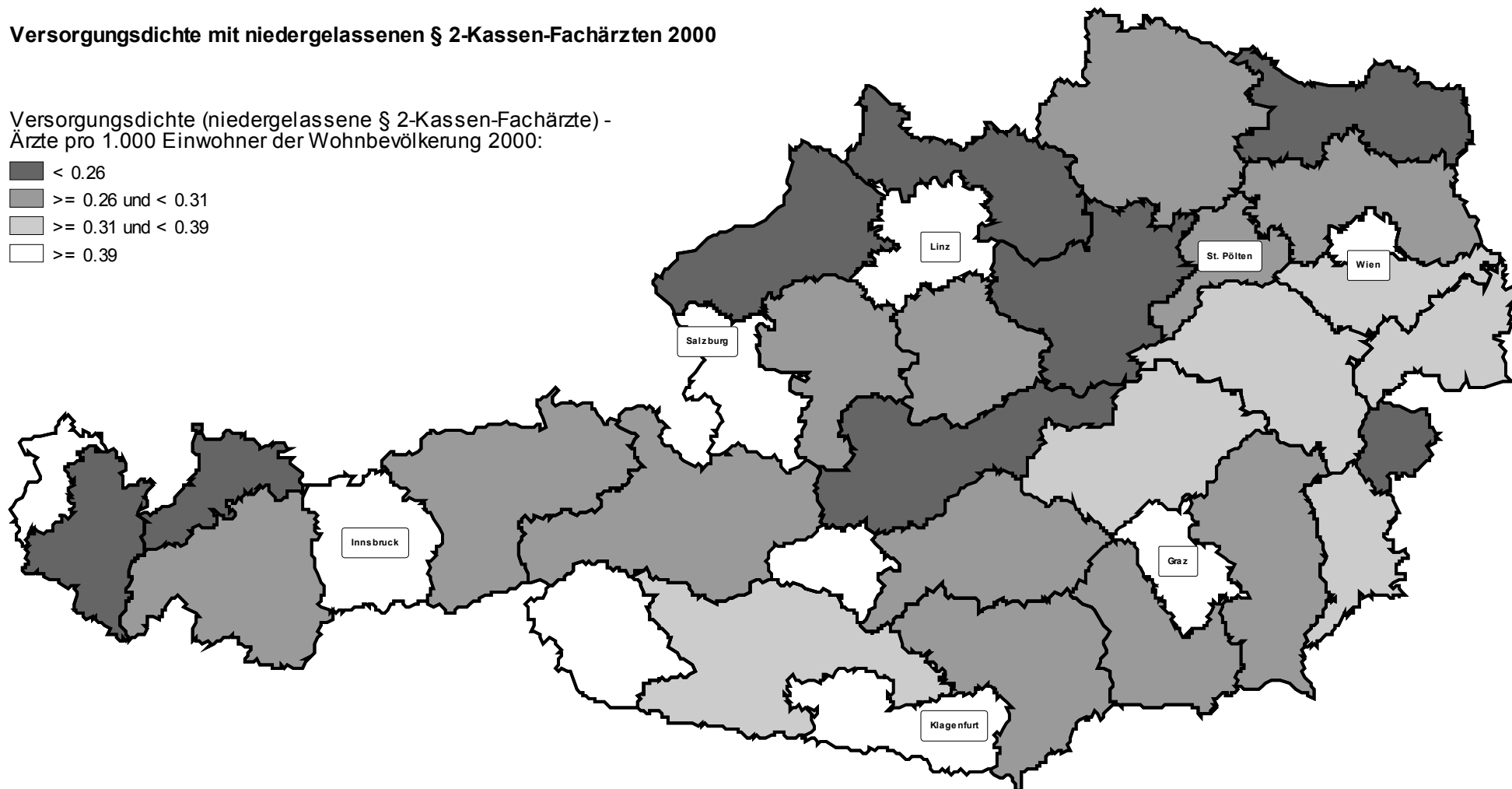
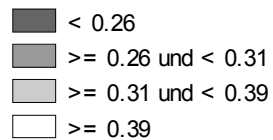
Quellen: ÖÄK - Österreichische Ärzteliste; ÖBIG-eigene Berechnungen

Karte 5.2.3

Salzburger Gesundheitsbericht 2002

Versorgungsdichte mit niedergelassenen § 2-Kassen-Fachärzten 2000

Versorgungsdichte (niedergelassene § 2-Kassen-Fachärzte) -
Ärzte pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung 2000:



Maßstab 1 : 2 500 000

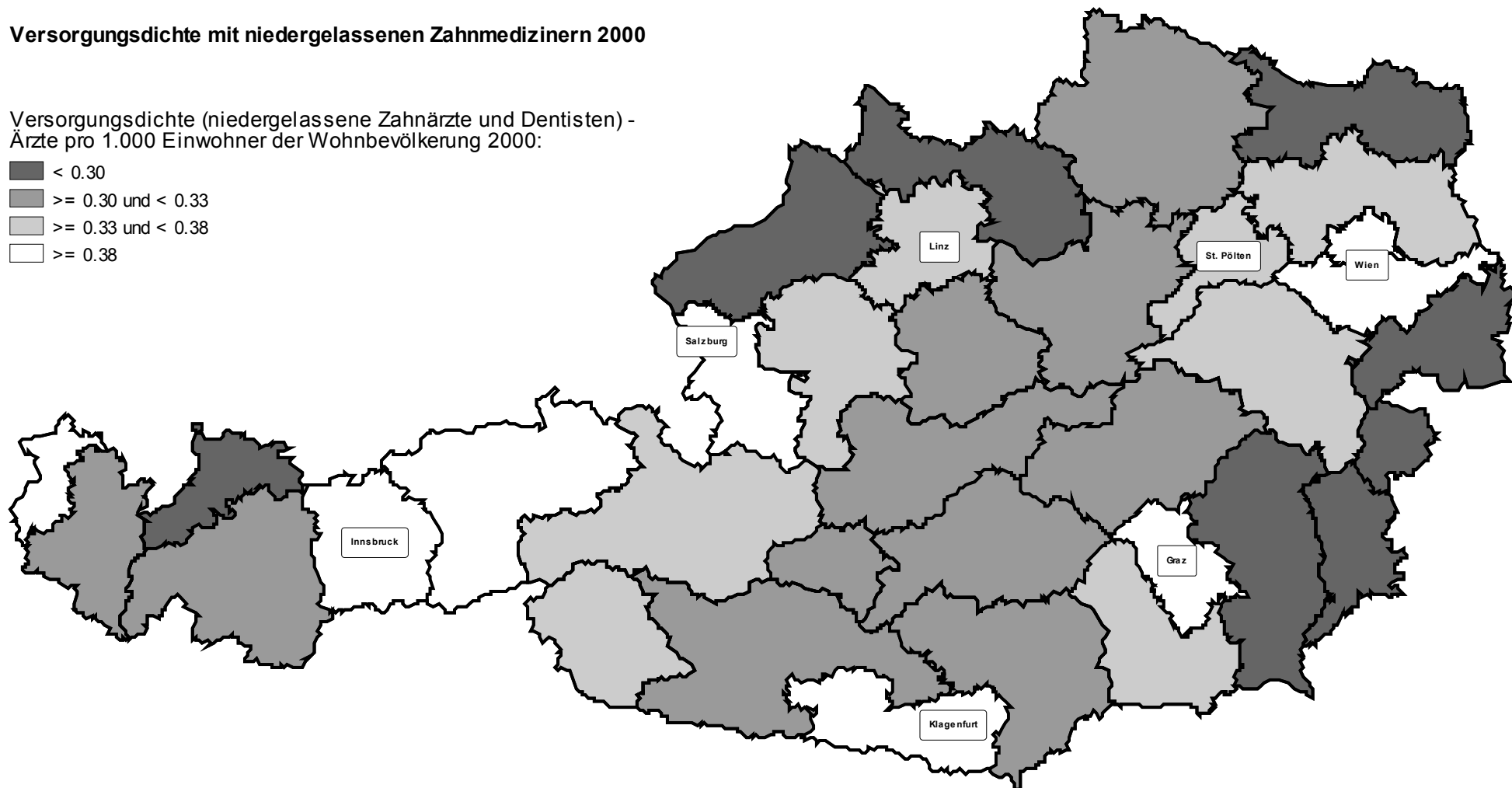
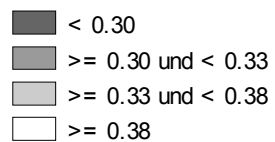
Quellen: ÖÄK - Österreichische Ärzteliste; ÖBIG-eigene Berechnungen

Karte 5.2.4

Salzburger Gesundheitsbericht 2002

Versorgungsdichte mit niedergelassenen Zahnmedizinern 2000

Versorgungsdichte (niedergelassene Zahnärzte und Dentisten) -
Ärzte pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung 2000:



Maßstab 1 : 2 500 000






Quellen: ÖÄK - Österreichische Ärzteliste; ÖBIG-eigene Berechnungen

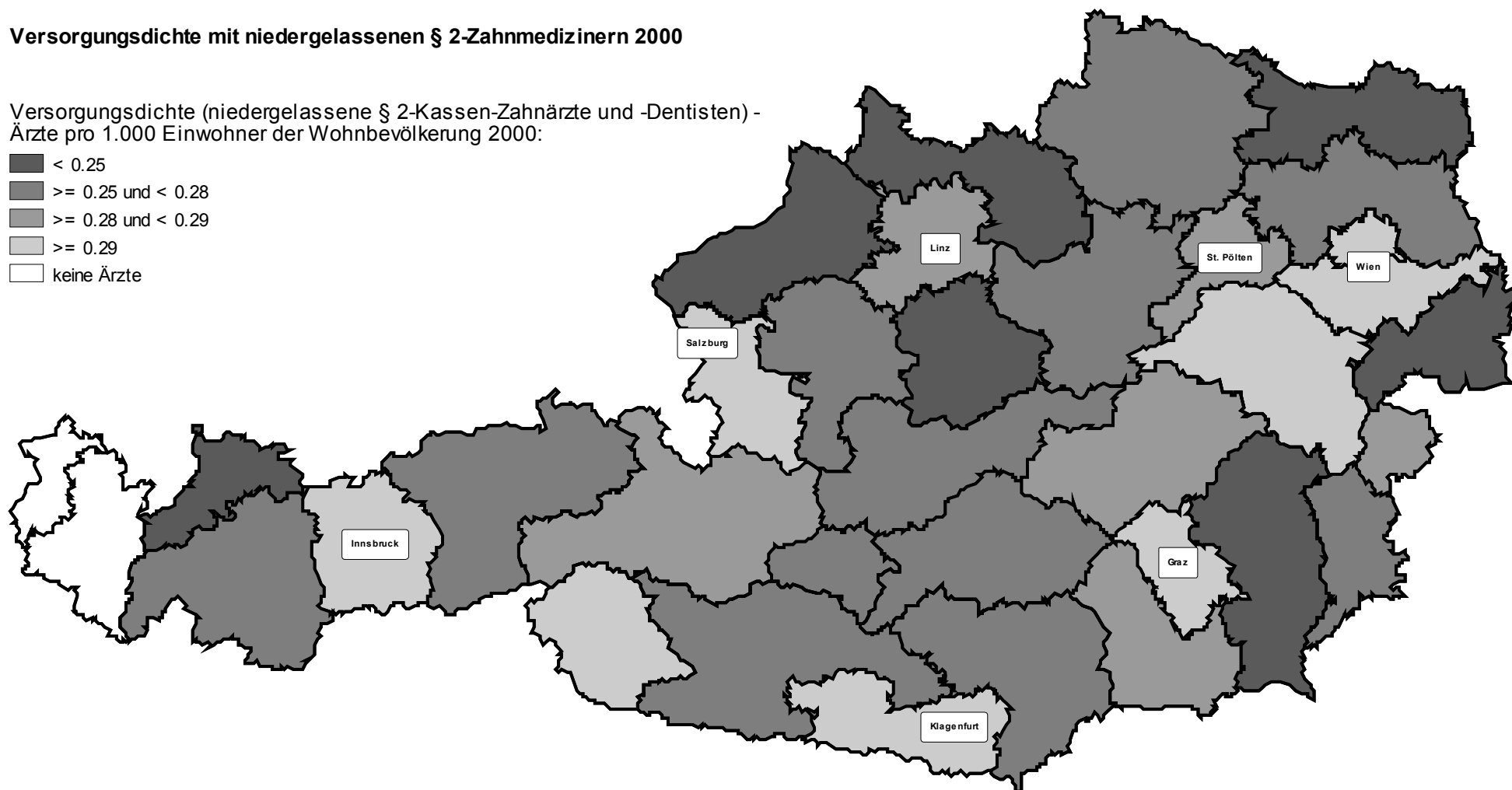
Karte 5.2.5

Salzburger Gesundheitsbericht 2002

Versorgungsdichte mit niedergelassenen § 2-Zahnmedizinern 2000

Versorgungsdichte (niedergelassene § 2-Kassen-Zahnärzte und -Dentisten) -
Ärzte pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung 2000:

-  < 0.25
-  ≥ 0.25 und < 0.28
-  ≥ 0.28 und < 0.29
-  ≥ 0.29
-  keine Ärzte



Maßstab 1 : 2 500 000

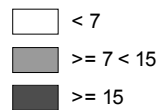
Quellen: ÖÄK - Österreichische Ärzteliste; ÖBIG-eigene Berechnungen

Karte 5.2.6

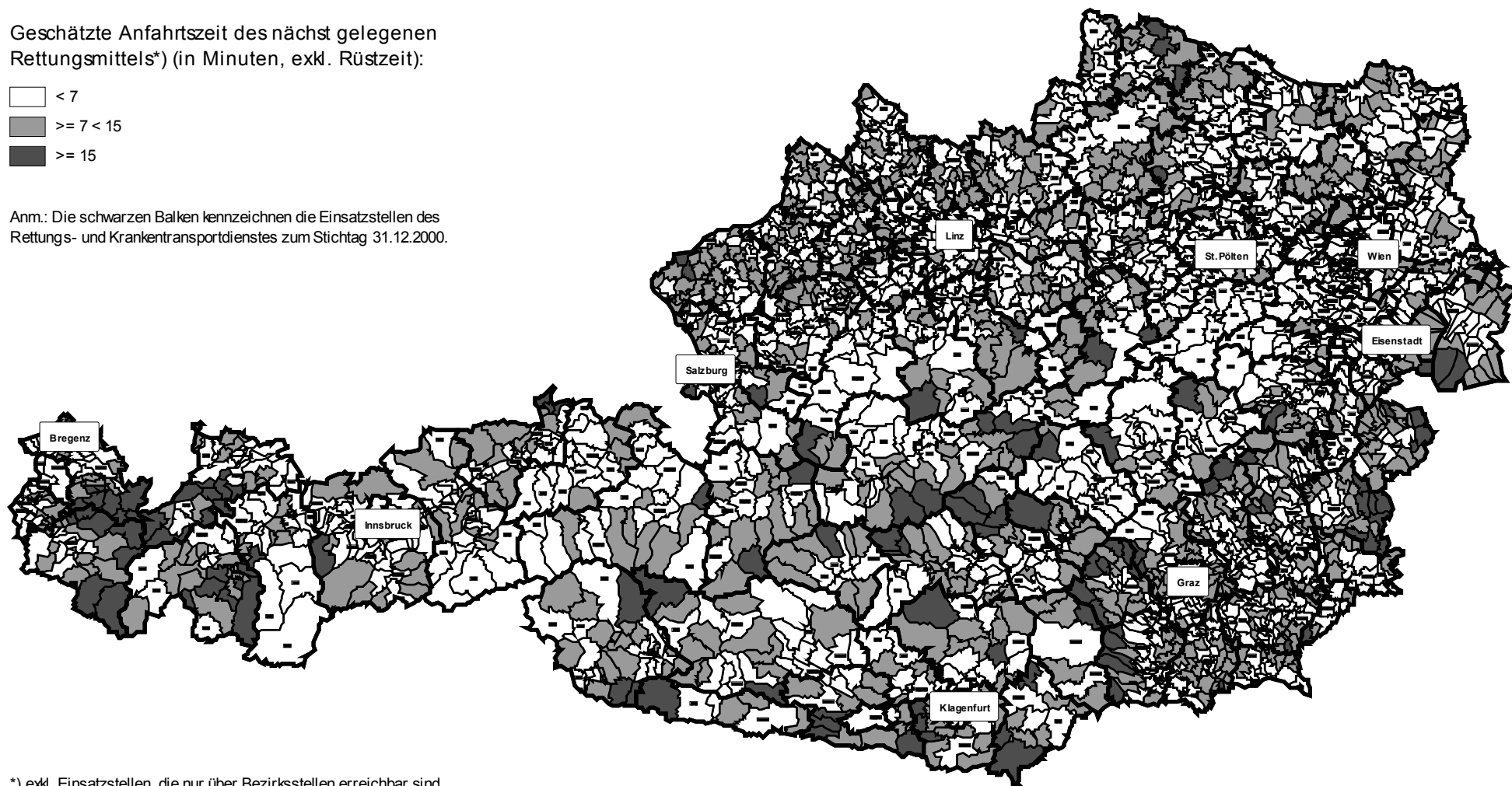
Salzburger Gesundheitsbericht 2002

Einsatzstellen des Rettungs- und Krankentransportdienstes (RKT) 2000

Geschätzte Anfahrtszeit des nächst gelegenen Rettungsmittels* (in Minuten, exkl. Rüstzeit):



Anm.: Die schwarzen Balken kennzeichnen die Einsatzstellen des Rettungs- und Krankentransportdienstes zum Stichtag 31.12.2000.



*) exkl. Einsatzstellen, die nur über Bezirksstellen erreichbar sind

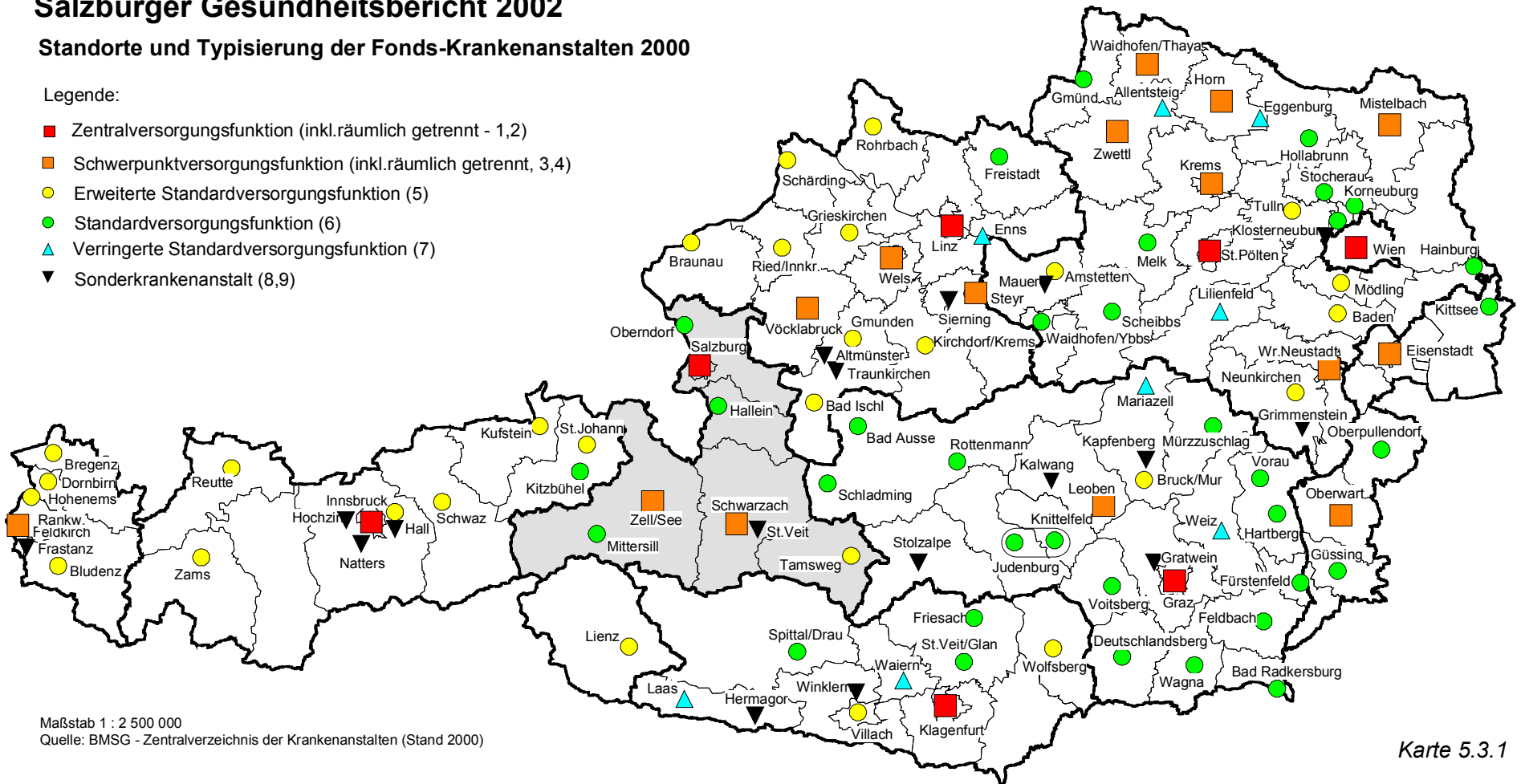
Quellen: KUX - Handbuch für die Sanitätsberufe Österreichs (Ausgabe 2001/2002);
ÖBIG-Erreichbarkeitsmodell; ÖBIG-eigene Berechnungen

Salzburger Gesundheitsbericht 2002

Standorte und Typisierung der Fonds-Krankenanstellen 2000

Legende:

- Zentralversorgungsfunktion (inkl.räumlich getrennt - 1,2)
- Schwerpunktversorgungsfunktion (inkl.räumlich getrennt, 3,4)
- Erweiterte Standardversorgungsfunktion (5)
- Standardversorgungsfunktion (6)
- ▲ Verringerte Standardversorgungsfunktion (7)
- ▼ Sonderkrankenanstalt (8,9)



Tab. 5.2.1: Vorhaltung und Frequentierung von Kapazitäten sowie Kosten im spitalsambulanten und niedergelassenen § 2-Kassenbereich nach Fachrichtungen 2000

		AM	IM	CH	UC	OR	GGH	AU	HNO	URO	ZMK ¹⁾	KI	PSY	NEU	RAD ²⁾	SON	Summe
Salzburg (Einwohner: 518.587)																	
Untersuchungs-/ Behandlungsplätze	Fonds- Krankenanstalten	0	86	60	36	12	36	43	27	14	11	25	60	24	136	260	830
Ambulante Fälle		0	33.401	47.830	53.451	8.008	13.822	27.775	25.896	13.254	10.392	16.498	7.051	13.699	59.971	70.615	401.663
Frequenz ambulanter Patienten		0	81.714	95.649	118.050	17.101	37.863	44.421	42.969	17.705	19.687	40.314	16.156	22.413	179.116	175.270	908.428
Ärzte ³⁾ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0	12	31	14	0	8	18	13	2	8	19	7	7	27	67	230
Anderes Personal ⁴⁾ in amb. Bereichen (VZÄ)		0	36	83	51	0	18	39	37	2	26	33	90	25	68	249	757
Endkosten, in Mio.€		0	8	4	7	1	2	1	2	1	1	3	1	1	8	6	44
Niedergelassene Ärzte	Niedergel. Bereich	376	76	56	39	24	61	31	20	18	233	28	27	26	17	68	1.100
Niedergelassene §2-Kassenärzte		231	23	10	5	12	27	21	12	10	168	17	7	7	11	23	584
Krankenscheine / niedergel. §2-Kassenarzt		3.860	2.083	1.587	387	4.074	4.373	4.980	3.359	3.664	0	3.790	1.576	1.576	8.778	0	4.445
Aufwendungen / ng. §2-Kassenarzt (1.000€)		158	196	149	12	227	191	194	139	243	0	157	168	168	540	0	196
Burgenland (Einwohner: 278.600)																	
Untersuchungs-/ Behandlungsplätze	Fonds- Krankenanstalten	0	38	23	30	0	9	0	4	2	0	4	0	5	25	71	211
Ambulante Fälle		0	10.048	24.586	42.662	0	5.439	0	3.247	1.239	0	8.961	0	1.931	5.460	6.661	110.234
Frequenz ambulanter Patienten		0	32.350	50.892	133.282	0	13.158	0	6.092	1.694	0	13.129	0	4.008	63.563	35.197	353.365
Ärzte ³⁾ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0	14	26	26	0	14	0	2	2	0	6	0	2	14	21	127
Anderes Personal ⁴⁾ in amb. Bereichen (VZÄ)		0	46	96	121	0	9	0	10	1	0	4	0	4	60	101	451
Endkosten, in Mio.€		0	3	3	7	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	17
Niedergelassene Ärzte	Niedergel. Bereich	195	33	11	12	12	28	11	12	9	77	15	8	8	9	15	455
Niedergelassene §2-Kassenärzte		139	14	2	2	5	13	9	6	5	70	9	4	3	5	10	296
Krankenscheine / niedergel. §2-Kassenarzt		4.175	2.540	1.978	0	4.830	4.323	7.662	3.881	3.465	0	3.096	2.955	2.955	9.550	0	4.234
Aufwendungen / ng. §2-Kassenarzt (1.000€)		161	203	120	0	228	144	261	165	165	0	120	183	183	655	0	179
Kärnten (Einwohner: 561.126)																	
Untersuchungs-/ Behandlungsplätze	Fonds- Krankenanstalten	0	118	40	78	11	24	17	10	9	8	12	28	21	146	278	800
Ambulante Fälle		0	18.760	32.451	75.772	7.976	11.207	14.079	7.410	3.578	11.295	10.541	3.126	7.554	32.650	34.560	270.959
Frequenz ambulanter Patienten		0	70.026	50.898	206.796	16.881	21.684	22.647	17.080	9.374	21.020	18.488	10.658	16.655	144.408	145.788	772.403
Ärzte ³⁾ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0	34	38	41	9	33	7	10	5	8	10	6	12	65	138	417
Anderes Personal ⁴⁾ in amb. Bereichen (VZÄ)		0	131	104	185	31	78	31	36	33	33	13	28	24	276	507	1.511
Endkosten, in Mio.€		0	10	3	11	2	2	1	1	1	2	3	1	1	7	4	46
Niedergelassene Ärzte	Niedergel. Bereich	422	97	46	35	33	75	31	19	12	222	36	22	19	28	82	1.179
Niedergelassene §2-Kassenärzte		246	27	9	4	14	27	22	14	10	158	17	8	2	17	27	602
Krankenscheine / niedergel. §2-Kassenarzt		3.763	3.415	2.079	2.031	3.213	4.656	4.857	3.757	3.140	0	3.865	2.177	2.177	6.030	0	4.101
Aufwendungen / ng. §2-Kassenarzt (1.000€)		150	320	148	111	191	190	206	172	179	0	177	159	159	454	0	189

Fortsetzung Tab. 5.2.1

		AM	IM	CH	UC	OR	GGH	AU	HNO	URO	ZMK ¹⁾	KI	PSY	NEU	RAD ²⁾	SON	Summe
Niederösterreich (Einwohner: 1.549.658)																	
Untersuchungs-/ Behandlungsplätze	Fonds- Krankenanstalten	0	228	112	113	19	84	34	33	26	5	27	150	53	171	710	1.765
Ambulante Fälle		0	78.474	153.839	158.134	19.664	36.038	33.938	22.434	14.772	6.114	33.850	4.363	10.718	40.027	236.847	849.212
Frequenz ambulanter Patienten		0	194.644	314.827	576.134	31.231	103.758	48.428	43.849	28.943	11.419	52.952	14.288	17.448	273.245	860.194	2.571.360
Ärzte ³⁾ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0	79	89	80	17	56	22	20	16	8	20	7	9	88	234	744
Anderes Personal ⁴⁾ in amb. Bereichen (VZÄ)		0	243	271	310	38	104	49	49	46	14	21	70	46	357	1.043	2.662
Endkosten, in Mio.€		0	20	17	21	2	4	2	2	2	1	3	1	1	5	14	93
Niedergelassene Ärzte	Niedergel. Bereich	1.089	195	95	58	86	159	76	57	46	517	86	44	37	55	182	2.782
Niedergelassene §2-Kassenärzte		748	58	27	4	33	64	49	36	23	424	41	12	13	32	60	1.624
Krankenscheine / niedergel. §2-Kassenarzt		3.912	2.550	1.826	1.406	4.102	4.665	6.805	4.129	3.837	0	3.300	2.614	2.614	11.125	0	4.145
Aufwendungen / ng. §2-Kassenarzt (1.000€)		162	227	132	201	287	176	284	189	197	0	128	180	180	886	0	195
Oberösterreich (Einwohner: 1.381.993)																	
Untersuchungs-/ Behandlungsplätze	Fonds- Krankenanstalten	0	327	65	156	33	170	61	66	51	17	54	111	32	265	1.136	2.544
Ambulante Fälle		0	73.447	52.193	217.720	29.834	39.627	50.525	35.878	23.491	26.483	23.276	10.425	11.417	150.521	218.005	962.842
Frequenz ambulanter Patienten		0	238.270	98.294	679.613	59.744	83.962	131.862	82.495	49.438	70.592	47.159	60.677	27.590	365.024	765.829	2.760.549
Ärzte ³⁾ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0	104	69	92	22	63	36	30	31	14	16	22	11	131	412	1.052
Anderes Personal ⁴⁾ in amb. Bereichen (VZÄ)		0	348	158	296	51	202	71	79	62	50	28	92	31	471	1.539	3.477
Endkosten, in Mio.€		0	28	5	26	3	5	4	3	4	4	4	4	1	16	17	122
Niedergelassene Ärzte	Niedergel. Bereich	900	100	52	57	54	136	71	42	36	437	54	28	29	34	126	2.156
Niedergelassene §2-Kassenärzte		663	46	11	7	25	71	49	27	17	345	31	6	20	21	55	1.394
Krankenscheine / niedergel. §2-Kassenarzt		4.099	2.117	2.026	0	4.178	4.705	5.855	4.290	3.634	0	3.704	2.611	2.611	9.984	0	4.575
Aufwendungen / ng. §2-Kassenarzt (1.000€)		158	180	118	0	228	181	178	176	168	0	156	133	133	498	0	179
Steiermark (Einwohner: 1.186.379)																	
Untersuchungs-/ Behandlungsplätze	Fonds- Krankenanstalten	0	346	243	10	39	87	48	56	17	58	87	117	74	166	447	1.795
Ambulante Fälle		0	116.545	167.166	14.776	25.903	40.315	36.374	33.529	8.789	28.391	21.035	6.458	23.374	47.676	107.928	678.259
Frequenz ambulanter Patienten		0	299.967	445.987	56.394	47.963	157.921	77.357	64.907	22.330	103.253	85.812	25.932	34.350	363.880	373.871	2.159.924
Ärzte ³⁾ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0	147	140	21	19	51	26	34	16	53	49	27	24	96	238	942
Anderes Personal ⁴⁾ in amb. Bereichen (VZÄ)		0	428	537	20	47	185	69	88	58	113	96	125	75	365	981	3.188
Endkosten, in Mio.€		0	25	25	2	4	7	5	3	2	7	7	3	3	10	15	117
Niedergelassene Ärzte	Niedergel. Bereich	860	167	81	32	40	129	65	50	31	463	59	26	42	35	77	2.157
Niedergelassene §2-Kassenärzte		616	67	13	2	16	56	39	28	20	316	36	10	16	27	40	1.302
Krankenscheine / niedergel. §2-Kassenarzt		4.148	3.555	1.210	0	3.980	4.153	5.953	3.813	4.132	0	3.880	2.727	2.727	9.208	0	4.556
Aufwendungen / ng. §2-Kassenarzt (1.000€)		155	240	65	0	266	165	205	182	197	0	168	184	184	694	0	188

Fortsetzung Tab. 5.2.1

		AM	IM	CH	UC	OR	GGH	AU	HNO	URO	ZMK ¹⁾	KI	PSY	NEU	RAD ²⁾	SON	Summe
Tirol (Einwohner: 675.070)																	
Untersuchungs-/ Behandlungsplätze	Fonds-Krankenanstalten	0	188	111	79	22	63	28	39	27	67	64	77	74	163	301	1.303
Ambulante Fälle		0	55.622	72.878	123.651	14.654	39.108	18.382	14.305	16.513	23.440	22.032	9.608	21.175	94.795	70.018	596.181
Frequenz ambulanter Patienten		0	167.536	160.824	310.177	32.270	63.477	34.136	38.384	36.131	70.866	52.614	49.624	51.037	266.709	307.102	1.640.887
Ärzte ³⁾ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0	79	51	53	16	32	9	12	11	99	19	34	22	80	112	628
Anderes Personal ⁴⁾ in amb. Bereichen (VZÄ)		0	228	189	153	29	108	30	66	49	92	68	50	67	294	625	2.049
Endkosten, in Mio.€		0	14	9	13	2	6	2	2	4	7	4	3	4	12	9	91
Niedergelassene Ärzte	Niedergel. Bereich	461	90	44	17	33	73	38	36	20	309	39	32	19	24	83	1.318
Niedergelassene §2-Kassenärzte		309	31	7	1	11	29	23	23	13	202	25	12	9	13	29	737
Krankenscheine / niedergel. §2-Kassenarzt		3.966	2.786	847	0	2.481	3.741	5.016	2.464	2.500	0	3.428	1.784	1.784	10.077	0	4.324
Aufwendungen / ng. §2-Kassenarzt (1.000€)		165	250	74	0	179	186	195	107	163	0	152	168	168	707	0	198
Vorarlberg (Einwohner: 351.570)																	
Untersuchungs-/ Behandlungsplätze	Fonds-Krankenanstalten	0	40	16	18	1	19	10	7	3	1	2	26	0	40	145	328
Ambulante Fälle		0	14.348	26.688	27.189	1.586	6.350	6.994	4.297	1.599	2.137	3.027	1.631	0	14.010	65.266	175.122
Frequenz ambulanter Patienten		0	37.586	57.935	100.747	3.540	16.088	15.827	14.490	4.338	6.525	7.730	12.087	0	102.571	204.985	584.449
Ärzte ³⁾ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0	15	7	7	1	5	5	9	2	1	1	4	0	16	101	174
Anderes Personal ⁴⁾ in amb. Bereichen (VZÄ)		0	46	20	31	0	25	11	17	3	1	2	25	0	60	323	565
Endkosten, in Mio.€		0	4	3	4	0	1	1	1	0	0	0	1	0	3	6	24
Niedergelassene Ärzte	Niedergel. Bereich	205	41	10	8	17	37	21	13	8	131	21	26	6	8	23	575
Niedergelassene §2-Kassenärzte		153	29	1	2	11	19	17	9	6	0	15	10	5	7	11	295
Krankenscheine / niedergel. §2-Kassenarzt		4.316	2.255	854	528	2.785	5.007	3.829	2.880	2.508	0	3.156	1.443	1.443	7.286	0	4.053
Aufwendungen / ng. §2-Kassenarzt (1.000€)		166	178	187	57	199	205	159	165	190	0	176	159	159	501	0	187
Wien (Einwohner: 1.562.482)																	
Untersuchungs-/ Behandlungsplätze	Fonds-Krankenanstalten	0	558	128	79	130	171	112	123	59	33	186	228	147	439	1.821	4.214
Ambulante Fälle		0	231.187	103.724	124.906	44.045	81.327	89.158	73.982	37.551	28.256	108.187	23.410	26.274	71.487	256.534	1.300.028
Frequenz ambulanter Patienten		0	886.145	229.997	427.589	111.282	223.590	212.296	171.084	88.488	63.277	317.295	128.018	81.249	601.296	1.986.759	5.528.365
Ärzte ³⁾ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0	227	92	59	36	76	48	25	21	15	67	35	16	111	432	1.259
Anderes Personal ⁴⁾ in amb. Bereichen (VZÄ)		0	591	233	221	190	154	60	68	39	36	212	120	84	438	1.740	4.184
Endkosten, in Mio.€		0	87	22	26	8	19	10	11	8	5	21	9	5	25	49	304
Niedergelassene Ärzte	Niedergel. Bereich	1.230	513	213	66	155	301	158	93	88	915	134	233	117	98	406	4.720
Niedergelassene §2-Kassenärzte		813	122	43	0	79	117	90	55	45	736	85	24	30	79	161	2.479
Krankenscheine / niedergel. §2-Kassenarzt		3.560	2.048	1.453	0	3.668	3.758	4.501	3.287	3.212	0	3.134	1.823	1.823	6.249	0	4.101
Aufwendungen / ng. §2-Kassenarzt (1.000€)		118	145	108	0	234	134	173	150	192	0	135	155	155	459	0	169

Fortsetzung Tab. 5.2.1

		AM	IM	CH	UC	OR	GGH	AU	HNO	URO	ZMK ¹⁾	KI	PSY	NEU	RAD ²⁾	SON	Summe
Österreich (Einwohner: 8.065.465)																	
Untersuchungs-/ Behandlungsplätze	Fonds-Krankenanstalten	0	1.929	798	599	267	663	353	365	208	200	461	797	430	1.551	5.169	13.790
Ambulante Fälle		0	631.832	681.355	838.261	151.670	273.233	277.225	220.978	120.786	136.508	247.407	66.072	116.142	516.597	1.066.434	5.344.500
Frequenz ambulanter Patienten		0	2.008.238	1.505.303	2.608.782	320.012	721.501	586.974	481.350	258.441	366.639	635.493	317.440	254.750	2.359.812	4.854.995	17.279.730
Ärzte ³⁾ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0	712	543	393	119	337	171	154	105	205	206	142	103	628	1.754	5.573
Anderes Personal ⁴⁾ in amb. Bereichen (VZÄ)		0	2.098	1.690	1.388	387	883	360	450	294	364	477	600	355	2.389	7.109	18.842
Endkosten, in Mio.€		0	199	92	116	21	45	25	24	21	27	45	21	16	85	119	857
Niedergelassene Ärzte	Niedergel. Bereich	5.738	1.312	608	324	454	999	502	342	268	3.304	472	446	303	308	1.062	16.442
Niedergelassene §2-Kassenärzte		3.918	417	123	27	206	423	319	210	149	2.419	276	93	105	212	416	9.313
Krankenscheine / niedergel. §2-Kassenarzt		3.924	2.512	1.598	1.403	3.741	4.265	5.400	3.544	3.428	0	0	2.157	2.157	8.167	0	4.285
Aufwendungen / ng. §2-Kassenarzt (1.000€)		150	200	115	115	237	166	202	160	189	0	0	164	164	581	0	184

¹⁾ im spitalsambulanten Bereich inkl. MKC und ZMK, im niedergelassenen Bereich inkl. Dentisten

²⁾ im Bereich der Fonds-Krankenanstalten inklusive therapeutischer Leistungsbereiche (Strahlentherapie, Nuklearmedizinische Therapie), im Bereich der niedergelassenen Ärzte exklusive therapeutischer Leistungsbereiche

³⁾ auch Ärzte in Ausbildung

⁴⁾ inklusive aller in der KA-Kostenstellenstatistik erfassten Berufsgruppen

VZÄ = Vollzeitäquivalent Beschäftigte (Synonym: "Korrigierte Beschäftigte")

AM = Allgemeinmedizin

GGH = Gynäkologie und Geburtshilfe

KI = Kinderheilkunde

IM = Innere Medizin

AU = Augenheilkunde

PSY = Psychiatrie

CH = Chirurgie

HNO = Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

NEU = Neurologie

UC = Unfallchirurgie

URO = Urologie

RAD = Radiologie

OR = Orthopädie und orthopädische Chirurgie

ZMK = Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

SON = Sonstige

Quellen: BMSG - Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik für Fonds-Krankenanstalten 2000; Österreichische Ärztekammer / Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger - Ärztekostenstatistik der §2-Kassen 2000;

ST.AT - Volkszählung 2001; ÖBIG - Österreichische Ärzteliste, ÖBIG-eigene Berechnungen

Tab. 5.2.2: Vorhaltung und Frequentierung von Kapazitäten sowie Kosten im spitalsambulanten und niedergelassenen § 2-Kassenbereich nach Fachrichtungen 2000 (jeweils bezogen auf 1.000 Einwohner)

		AM	IM	CH	UC	OR	GGH	AU	HNO	URO	ZMK ¹⁾	KI	PSY	NEU	RAD ²⁾	SON	Summe
Salzburg (Einwohner: 518.587)																	
Untersuchungs-/ Behandlungsplätze	Fonds- Krankenanstalten	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,5	1,6
Ambulante Fälle		0	64	92	103	15	27	54	50	26	20	32	14	26	116	136	775
Frequenz ambulanter Patienten		0	158	184	228	33	73	86	83	34	38	78	31	43	345	338	1.752
Ärzte ³⁾ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,4
Anderes Personal ⁴⁾ in amb. Bereichen (VZÄ)		0,0	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	0,5	1,5
Endkosten, in 1.000€		0	15	8	13	1	4	3	3	2	2	6	1	1	15	11	84
Niedergelassene Ärzte	Niedergel. Bereich	0,73	0,15	0,11	0,08	0,05	0,12	0,06	0,04	0,03	0,45	0,05	0,05	0,05	0,03	0,13	2,12
Niedergelassene §2-Kassenärzte		0,45	0,04	0,02	0,01	0,02	0,05	0,04	0,02	0,02	0,32	0,03	0,01	0,01	0,02	0,04	1,13
KS / niedergel. §2-Kassenarzt		3.860	2.083	1.587	387	4.074	4.373	4.980	3.359	3.664	-	3.790	1.576	1.576	8.778	-	4.445
Aufwendungen / ng. §2-Kassenarzt (1.000€)		158	196	149	12	227	191	194	139	243	-	157	168	168	540	-	196
Burgenland (Einwohner: 278.600)																	
Untersuchungs-/ Behandlungsplätze	Fonds- Krankenanstalten	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,8
Ambulante Fälle		0	36	88	153	0	20	0	12	4	0	32	0	7	20	24	396
Frequenz ambulanter Patienten		0	116	183	478	0	47	0	22	6	0	47	0	14	228	126	1.268
Ärzte ³⁾ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,5
Anderes Personal ⁴⁾ in amb. Bereichen (VZÄ)		0,0	0,2	0,3	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,4	1,6
Endkosten, in 1.000€		0	12	12	24	0	2	0	1	1	0	3	0	1	3	2	60
Niedergelassene Ärzte	Niedergel. Bereich	0,70	0,12	0,04	0,04	0,04	0,10	0,04	0,04	0,03	0,28	0,05	0,03	0,03	0,03	0,05	1,63
Niedergelassene §2-Kassenärzte		0,50	0,05	0,01	0,01	0,02	0,05	0,03	0,02	0,02	0,25	0,03	0,01	0,01	0,02	0,04	1,06
KS / niedergel. §2-Kassenarzt		4.175	2.540	1.978	-	4.830	4.323	7.662	3.881	3.465	-	3.096	2.955	2.955	9.550	-	4.234
Aufwendungen / ng. §2-Kassenarzt (1.000€)		161	203	120	-	228	144	261	165	165	-	120	183	183	655	-	179
Kärnten (Einwohner: 561.126)																	
Untersuchungs-/ Behandlungsplätze	Fonds- Krankenanstalten	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,5	1,4
Ambulante Fälle		0	33	58	135	14	20	25	13	6	20	19	6	13	58	62	483
Frequenz ambulanter Patienten		0	125	91	369	30	39	40	30	17	37	33	19	30	257	260	1.377
Ärzte ³⁾ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,7
Anderes Personal ⁴⁾ in amb. Bereichen (VZÄ)		0,0	0,2	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,5	0,9	2,7
Endkosten, in 1.000€		0	18	5	19	3	3	2	2	2	3	5	1	2	12	7	82
Niedergelassene Ärzte	Niedergel. Bereich	0,75	0,17	0,08	0,06	0,06	0,13	0,06	0,03	0,02	0,40	0,06	0,04	0,03	0,05	0,15	2,10
Niedergelassene §2-Kassenärzte		0,44	0,05	0,02	0,01	0,02	0,05	0,04	0,02	0,02	0,28	0,03	0,01	0,00	0,03	0,05	1,07
KS / niedergel. §2-Kassenarzt		3.763	3.415	2.079	2.031	3.213	4.656	4.857	3.757	3.140	-	3.865	2.177	2.177	6.030	-	4.101
Aufwendungen / ng. §2-Kassenarzt (1.000€)		150	320	148	111	191	190	206	172	179	-	177	159	159	454	-	189

Fortsetzung Tab. 5.2.2

		AM	IM	CH	UC	OR	GGH	AU	HNO	URO	ZMK ¹⁾	KI	PSY	NEU	RAD ²⁾	SON	Summe
Niederösterreich (Einwohner: 1.549.658)																	
Untersuchungs-/ Behandlungsplätze	Fonds- Krankenanstalten	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,5	1,1
Ambulante Fälle		0	51	99	102	13	23	22	14	10	4	22	3	7	26	153	548
Frequenz ambulanter Patienten		0	126	203	372	20	67	31	28	19	7	34	9	11	176	555	1.659
Ärzte ³⁾ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,5
Anderes Personal ⁴⁾ in amb. Bereichen (VZÄ)		0,0	0,2	0,2	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,7	1,7
Endkosten, in 1.000€		0	13	11	14	1	3	1	1	1	0	2	1	1	3	9	60
Niedergelassene Ärzte	Niedergel. Bereich	0,70	0,13	0,06	0,04	0,06	0,10	0,05	0,04	0,03	0,33	0,06	0,03	0,02	0,04	0,12	1,80
Niedergelassene §2-Kassenärzte		0,48	0,04	0,02	0,00	0,02	0,04	0,03	0,02	0,01	0,27	0,03	0,01	0,01	0,02	0,04	1,05
KS / niedergel. §2-Kassenarzt		3.912	2.550	1.826	1.406	4.102	4.665	6.805	4.129	3.837	-	3.300	2.614	2.614	11.125	-	4.145
Aufwendungen / ng. §2-Kassenarzt (1.000€)		162	227	132	201	287	176	284	189	197	-	128	180	180	886	-	195
Oberösterreich (Einwohner: 1.381.993)																	
Untersuchungs-/ Behandlungsplätze	Fonds- Krankenanstalten	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,8	1,8
Ambulante Fälle		0	53	38	158	22	29	37	26	17	19	17	8	8	109	158	697
Frequenz ambulanter Patienten		0	172	71	492	43	61	95	60	36	51	34	44	20	264	554	1.998
Ärzte ³⁾ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,8
Anderes Personal ⁴⁾ in amb. Bereichen (VZÄ)		0,0	0,3	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	1,1	2,5
Endkosten, in 1.000€		0	20	3	19	2	3	3	2	3	3	3	3	1	11	12	88
Niedergelassene Ärzte	Niedergel. Bereich	0,65	0,07	0,04	0,04	0,04	0,10	0,05	0,03	0,03	0,32	0,04	0,02	0,02	0,02	0,09	1,56
Niedergelassene §2-Kassenärzte		0,48	0,03	0,01	0,01	0,02	0,05	0,04	0,02	0,01	0,25	0,02	0,00	0,01	0,02	0,04	1,01
KS / niedergel. §2-Kassenarzt		4.099	2.117	2.026	-	4.178	4.705	5.855	4.290	3.634	-	3.704	2.611	2.611	9.984	-	4.575
Aufwendungen / ng. §2-Kassenarzt (1.000€)		158	180	118	-	228	181	178	176	168	-	156	133	133	498	-	179
Steiermark (Einwohner: 1.186.379)																	
Untersuchungs-/ Behandlungsplätze	Fonds- Krankenanstalten	0,0	0,3	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4	1,5
Ambulante Fälle		0	98	141	12	22	34	31	28	7	24	18	5	20	40	91	572
Frequenz ambulanter Patienten		0	253	376	48	40	133	65	55	19	87	72	22	29	307	315	1.821
Ärzte ³⁾ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,8
Anderes Personal ⁴⁾ in amb. Bereichen (VZÄ)		0,0	0,4	0,5	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,8	2,7
Endkosten, in 1.000€		0	21	21	2	3	6	4	3	1	6	6	2	2	8	13	98
Niedergelassene Ärzte	Niedergel. Bereich	0,72	0,14	0,07	0,03	0,03	0,11	0,05	0,04	0,03	0,39	0,05	0,02	0,04	0,03	0,06	1,82
Niedergelassene §2-Kassenärzte		0,52	0,06	0,01	0,00	0,01	0,05	0,03	0,02	0,02	0,27	0,03	0,01	0,01	0,02	0,03	1,10
KS / niedergel. §2-Kassenarzt		4.148	3.555	1.210	-	3.980	4.153	5.953	3.813	4.132	-	3.880	2.727	2.727	9.208	-	4.556
Aufwendungen / ng. §2-Kassenarzt (1.000€)		155	240	65	-	266	165	205	182	197	-	168	184	184	694	-	188

Fortsetzung Tab. 5.2.2

		AM	IM	CH	UC	OR	GGH	AU	HNO	URO	ZMK ¹⁾	KI	PSY	NEU	RAD ²⁾	SON	Summe
Tirol (Einwohner: 675.070)																	
Untersuchungs-/ Behandlungsplätze	Fonds- Krankenanstalten	0,0	0,3	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,4	1,9
Ambulante Fälle		0	82	108	183	22	58	27	21	24	35	33	14	31	140	104	883
Frequenz ambulanter Patienten		0	248	238	459	48	94	51	57	54	105	78	74	76	395	455	2.431
Ärzte ³⁾ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2	0,9
Anderes Personal ⁴⁾ in amb. Bereichen (VZÄ)		0,0	0,3	0,3	0,2	0,0	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4	0,9	3,0
Endkosten, in 1.000€		0	21	14	19	3	8	2	3	5	11	6	5	6	18	13	135
Niedergelassene Ärzte	Niedergel. Bereich	0,68	0,13	0,07	0,03	0,05	0,11	0,06	0,05	0,03	0,46	0,06	0,05	0,03	0,04	0,12	1,95
Niedergelassene §2-Kassenärzte		0,46	0,05	0,01	0,00	0,02	0,04	0,03	0,03	0,02	0,30	0,04	0,02	0,01	0,02	0,04	1,09
KS / niedergel. §2-Kassenarzt		3.966	2.786	847	-	2.481	3.741	5.016	2.464	2.500	-	3.428	1.784	1.784	10.077	-	4.324
Aufwendungen / ng. §2-Kassenarzt (1.000€)		165	250	74	-	179	186	195	107	163	-	152	168	168	707	-	198
Vorarlberg (Einwohner: 351.570)																	
Untersuchungs-/ Behandlungsplätze	Fonds- Krankenanstalten	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,4	0,9
Ambulante Fälle		0	41	76	77	5	18	20	12	5	6	9	5	0	40	186	498
Frequenz ambulanter Patienten		0	107	165	287	10	46	45	41	12	19	22	34	0	292	583	1.662
Ärzte ³⁾ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,5
Anderes Personal ⁴⁾ in amb. Bereichen (VZÄ)		0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,9	1,6
Endkosten, in 1.000€		0	12	8	10	0	3	2	2	1	1	1	3	0	8	17	67
Niedergelassene Ärzte	Niedergel. Bereich	0,58	0,12	0,03	0,02	0,05	0,11	0,06	0,04	0,02	0,37	0,06	0,07	0,02	0,02	0,07	1,64
Niedergelassene §2-Kassenärzte		0,44	0,08	0,00	0,01	0,03	0,05	0,05	0,03	0,02	0,00	0,04	0,03	0,01	0,02	0,03	0,84
KS / niedergel. §2-Kassenarzt		4.316	2.255	854	528	2.785	5.007	3.829	2.880	2.508	-	3.156	1.443	1.443	7.286	-	4.053
Aufwendungen / ng. §2-Kassenarzt (1.000€)		166	178	187	57	199	205	159	165	190	-	176	159	159	501	-	187
Wien (Einwohner: 1.562.482)																	
Untersuchungs-/ Behandlungsplätze	Fonds- Krankenanstalten	0,0	0,4	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,3	1,2	2,7
Ambulante Fälle		0	148	66	80	28	52	57	47	24	18	69	15	17	46	164	832
Frequenz ambulanter Patienten		0	567	147	274	71	143	136	109	57	40	203	82	52	385	1.272	3.538
Ärzte ³⁾ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,8
Anderes Personal ⁴⁾ in amb. Bereichen (VZÄ)		0,0	0,4	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,3	1,1	2,7
Endkosten, in 1.000€		0	56	14	16	5	12	6	7	5	3	13	6	3	16	31	194
Niedergelassene Ärzte	Niedergel. Bereich	0,79	0,33	0,14	0,04	0,10	0,19	0,10	0,06	0,06	0,59	0,09	0,15	0,07	0,06	0,26	3,02
Niedergelassene §2-Kassenärzte		0,52	0,08	0,03	0,00	0,05	0,07	0,06	0,04	0,03	0,47	0,05	0,02	0,02	0,05	0,10	1,59
KS / niedergel. §2-Kassenarzt		3.560	2.048	1.453	-	3.668	3.758	4.501	3.287	3.212	-	3.134	1.823	1.823	6.249	-	4.101
Aufwendungen / ng. §2-Kassenarzt (1.000€)		118	145	108	-	234	134	173	150	192	-	135	155	155	459	-	169

Fortsetzung Tab. 5.2.2

		AM	IM	CH	UC	OR	GGH	AU	HNO	URO	ZMK ¹⁾	KI	PSY	NEU	RAD ²⁾	SON	Summe
Österreich (Einwohner: 8.065.465)																	
Untersuchungs-/ Behandlungsplätze	Fonds- Krankenanstalten	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,6	1,7
Ambulante Fälle		0	78	84	104	19	34	34	27	15	17	31	8	14	64	132	663
Frequenz ambulanter Patienten		0	249	187	323	40	89	73	60	32	45	79	39	32	293	602	2.142
Ärzte ³⁾ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,7
Anderes Personal ⁴⁾ in amb. Bereichen (VZÄ)		0,0	0,3	0,2	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,3	0,9	2,3
Endkosten, in 1.000€		0	25	11	14	3	6	3	3	3	3	6	3	2	11	15	106
Niedergelassene Ärzte	Niedergel. Bereich	0,71	0,16	0,08	0,04	0,06	0,12	0,06	0,04	0,03	0,41	0,06	0,06	0,04	0,04	0,13	2,04
Niedergelassene §2-Kassenärzte		0,49	0,05	0,02	0,00	0,03	0,05	0,04	0,03	0,02	0,30	0,03	0,01	0,01	0,03	0,05	1,15
KS / niedergel. §2-Kassenarzt		3.924	2.512	1.598	1.403	3.741	4.265	5.400	3.544	3.428	-	3.431	2.157	2.157	8.167	-	4.285
Aufwendungen / ng. §2-Kassenarzt (1.000€)		150	200	115	115	237	166	202	160	189	-	148	164	164	581	-	184

¹⁾ im spitalsambulanten Bereich inkl. MKC und ZMK, im niedergelassenen Bereich inkl. Dentisten

²⁾ im Bereich der Fonds-Krankenanstalten inklusive therapeutischer Leistungsbereiche (Strahlentherapie, Nuklearmedizinische Therapie), im Bereich der niedergelassenen Ärzte exklusive therapeutischer Leistungsbereiche

³⁾ auch Ärzte in Ausbildung

⁴⁾ inklusive aller in der KA-Kostenstellenstatistik erfassten Berufsgruppen

VZÄ = Vollzeitäquivalent Beschäftigte (Synonym: "Korrigierte Beschäftigte")

KS = Krankenscheine (Behandlungsscheine)

AM = Allgemeinmedizin

GGH = Gynäkologie und Geburtshilfe

KI = Kinderheilkunde

IM = Innere Medizin

AU = Augenheilkunde

PSY = Psychiatrie

CH = Chirurgie

HNO = Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

NEU = Neurologie

UC = Unfallchirurgie

URO = Urologie

RAD = Radiologie

OR = Orthopädie und orthopädische Chirurgie

ZMK = Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

SON = Sonstige

Quellen: BMSG - Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik für Fonds-Krankenanstalten 2000; Österreichische Ärztekammer / Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger - Abrechnungsstatistik für §2-Kassenärzte 2000;

ST.AT - Volkszählung 2001; ÖBIG - Österreichische Ärzteliste, ÖBIG-eigene Berechnungen

Tab. 5.2.3: Bodengebundene anerkannte Rettungs- und Krankentransportdienste 2000 ¹⁾

Region	Anzahl der Einsatzstellen ²⁾		Anzahl der Beschäftigten			Rettungsmittel		Anzahl der Einsätze		
	insgesamt	dav. mit NAW/NEF	Hauptamtliche ³⁾	Ehrenamtliche	Zivildienstler	NAW/NEF	RTW	Notarzteinsätze	Rettungseinsätze	Transporte
Salzburg (Stadt)	3	1	48	297	n. v.	3	40	2.530	n. v.	67.407
Hallein	3	0	6	188	n. v.	0	15	0	n. v.	11.954
Salzburg-Umgebung	6	0	4	417	n. v.	0	19	0	n. v.	16.956
St. Johann im Pongau	10	3	34	360	n. v.	3	29	1.607	n. v.	27.617
Tamsweg	5	1	10	315	n. v.	1	10	543	n. v.	6.007
Zell am See	9	2	32	408	n. v.	2	22	1.284	n. v.	25.956
Salzburg	36	7	134	1.985	171	9	135	5.964	15.369	155.897
Burgenland	10	5	124	901	78	5	57	3.199	2.247	45.814
Kärnten	20	9	347	2.008	117	9	77	7.906	15.273	133.167
Niederösterreich	136	24	498	9.979	692	24	559	28.674	n. v.	n. v.
Oberösterreich	99	14	964	5.769	331	14	256	17.306	34.934	330.693
Steiermark	95	23	664	5.319	265	32	356	17.387	23.911	373.923
Tirol	47	11	377	2.633	242	14	197	9.855	51.197	183.687
Vorarlberg	10	9	92	653	78	8	46	4.132	17.854	35.901
Wien	4	1	590	597	196	5	76	4.811	4.909	146.642
Österreich⁵⁾	457	103	3.790	29.844	2.170	120	1.759	99.234	165.694	1.405.724

¹⁾ nur Österreichisches Rotes Kreuz (Hochrechnungen bzw. Schätzungen auf Basis des bundesweiten Leistungsberichts 2000)

²⁾ Dienststellen mit Sanitätskraftwagen

³⁾ inkl. Beschäftigte in der Katastrophenvorsorge und in den Gesundheits- und Sozialdiensten (rechnerische Aufteilung nicht möglich)

⁴⁾ in Niederösterreich Einsätze der RK- und ASBÖ-Stellen, inklusive Sekundärtransporte

⁵⁾ bei den Rettungseinsätzen und Transporten ohne Niederösterreich

NAW = Notarztwagen

NEF = Notarzteinsatzfahrzeug

RTW = Rettungs- und Krankentransportwagen

Quellen: Österreichisches Rotes Kreuz - Leistungsbericht 2000, Landesverbände Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Salzburg, Tirol; ÖBIG-eigene Berechnungen

Tab. 5.2.4: Bodengebundene Rettungs- und Krankentransportdienste 2000 ¹⁾ - bezogen auf 1.000 Einwohner

Region	Anzahl der Einsatzstellen ²⁾ pro 1.000 Einwohner		Anzahl der Beschäftigten pro 1.000 Einwohner			Rettungsmittel pro 1.000 Einwohner		Anzahl der Einsätze ⁴⁾ pro 1.000 Einwohner		
	insgesamt	davon mit NAW/NEF	Hauptamtliche ³⁾	Ehrenamtliche	Zivildienstler	NAW/NEF	RTW	Notarzteinsätze	Rettungseinsätze	Transporte
Salzburg (Stadt)	0,02	0,01	0,33	2,05	n. v.	0,02	0,28	17	n. v.	465
Hallein	0,06	0,00	0,11	3,45	n. v.	0,00	0,28	0	n. v.	220
Salzburg-Umgebung	0,04	0,00	0,03	3,08	n. v.	0,00	0,14	0	n. v.	125
St. Johann im Pongau	0,13	0,04	0,44	4,61	n. v.	0,04	0,37	21	n. v.	354
Tamsweg	0,23	0,05	0,47	14,71	n. v.	0,05	0,47	25	n. v.	280
Zell am See	0,11	0,02	0,38	4,84	n. v.	0,02	0,26	15	n. v.	308
Salzburg	0,07	0,01	0,26	3,83	0,33	0,02	0,26	12	30	301
Burgenland	0,04	0,02	0,45	3,23	0,28	0,02	0,20	11	8	164
Kärnten	0,04	0,02	0,62	3,58	0,21	0,02	0,14	14	27	237
Niederösterreich	0,09	0,02	0,32	6,44	0,45	0,02	0,36	19	n. v.	n. v.
Oberösterreich	0,07	0,01	0,70	4,17	0,24	0,01	0,19	13	25	239
Steiermark	0,08	0,02	0,56	4,48	0,22	0,03	0,30	15	20	315
Tirol	0,07	0,02	0,56	3,90	0,36	0,02	0,29	15	76	272
Vorarlberg	0,03	0,03	0,26	1,86	0,22	0,02	0,13	12	51	102
Wien	0,00	0,00	0,38	0,38	0,13	0,00	0,05	3	3	94
Österreich⁵⁾	0,06	0,01	0,47	3,70	0,27	0,01	0,22	12	25	216

¹⁾ nur Österreichisches Rotes Kreuz (Hochrechnungen bzw. Schätzungen auf Basis des bundesweiten Leistungsberichts 2000)

²⁾ Dienststellen mit Sanitätskraftwagen

³⁾ inkl. Beschäftigte in der Katastrophenvorsorge und in den Gesundheits- und Sozialdiensten (rechnerische Aufteilung nicht möglich)

⁴⁾ in Niederösterreich Einsätze der RK- und ASBÖ-Stellen, inklusive Sekundärtransporte

⁵⁾ bei den Rettungseinsätzen und Transporten ohne Niederösterreich

NAW = Notarztwagen

NEF = Notarzteinsatzfahrzeug

RTW = Rettungs- und Krankentransportwagen

Quellen: Österreichisches Rotes Kreuz - Leistungsbericht 2000, Landesverbände Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Salzburg, Tirol; ÖBIG-eigene Berechnungen

Tab. 5.2.5: Apotheken und Pharmazeuten 2000

Region	Anzahl der			Anzahl der Einwohner pro		
	A. ö. Apotheken ¹⁾	Hausapotheken	Pharmazeuten	A. ö. Apotheke	Hausapotheke	Pharmazeut
Salzburg (Stadt)	28	0	133	5.172	-	1.089
Hallein	6	2	21	9.074	27.222	2.593
Salzburg-Umgebung	17	15	57	7.967	9.030	2.376
St. Johann im Pongau	11	11	33	7.100	7.100	2.367
Tamsweg	2	6	6	10.710	3.570	3.570
Zell am See	9	15	29	9.373	5.624	2.909
Salzburg	73	49	279	7.104	10.583	1.859
Burgenland	36	51	106	7.739	5.463	2.628
Kärnten	79	66	292	7.103	8.502	1.922
Niederösterreich	210	281	731	7.379	5.515	2.120
Oberösterreich	169	224	589	8.177	6.170	2.346
Steiermark	166	206	692	7.147	5.759	1.714
Tirol	105	82	394	6.554	8.233	1.713
Vorarlberg	46	27	149	7.643	13.021	2.360
Wien	298	0	1.504	5.243	-	1.039
Österreich	1.182	986	4.736	6.824	8.180	1.703

¹⁾ ohne Anstaltsapotheken

Quellen: Kux, K.-H. - Handbuch für die Sanitätsberufe Österreichs (Ausgabe 2001/2002); Apothekerkammer; Ämter der Landesregierungen von Burgenland, Kärnten, Salzburg und Tirol

Tab. 5.3.1: Stationäre Akutversorgung in Fondskrankenanstalten - Ausstattung, Inanspruchnahme und Kosten 2000

	CH ¹⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY	KI	KCH	DER	AU	HNO	URO	PUL	OR	UC	SRN	INT	SON	Insgesamt
Salzburg																			
Systemisierte Betten	602	47	828	416	97	513	189	48	86	90	117	107	66	90	270	27	99	30	3.722
Tatsächliche Betten	569	43	829	375	72	470	174	48	85	74	111	91	60	94	266	24	95	28	3.508
Tats. Betten / 1.000 Einw.	1,1	0,1	1,6	0,7	0,1	0,9	0,3	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,5	0,0	0,2	0,1	6,8
Stationäre Fälle (Zugänge)	29.203	2.107	36.909	17.020	1.194	11.208	9.329	2.727	3.755	4.780	7.972	4.851	2.599	3.387	14.400	576	6.982	1.780	160.779
Belagstage	137.069	14.063	236.223	81.963	18.592	153.887	37.460	9.231	25.461	14.689	30.001	19.698	15.931	23.988	72.688	7.177	25.881	6.443	930.445
Belagsdauer	4,7	6,7	6,4	4,8	15,6	13,7	4,0	3,4	6,8	3,1	3,8	4,1	6,1	7,1	5,0	12,5	3,7	3,6	5,8
% Auslastung	72,8	96,1	83,9	65,9	72,8	92,7	66,1	60,3	87,9	63,1	83,7	66,4	78,5	74,6	82,1	85,0	84,5	71,6	78,7
Ärzte (VZÄ)	61	7	112	46	7	47	32	4	12	8	16	6	8	4	18	3	23	6	422
DGKP (VZÄ)	275	19	412	180	34	218	181	26	48	35	59	32	26	36	105	10	224	12	1.933
Anderes Personal (VZÄ)	85	16	157	99	16	142	51	9	24	11	19	13	12	24	41	4	27	10	760
Endkosten, in Mio.€	58,5	6,6	67,5	35,3	6,0	32,4	21,4	5,0	7,9	7,6	13,1	8,0	4,6	11,0	22,3	3,7	30,5	5,0	346,4
Burgenland																			
Systemisierte Betten	381	-	573	165	40	-	88	-	-	-	30	32	-	-	140	-	28	-	1.477
Tatsächliche Betten	326	-	482	145	40	-	80	-	-	-	25	32	-	-	142	-	29	-	1.301
Tats. Betten / 1.000 Einw.	1,2	-	1,7	0,5	0,1	-	0,3	-	-	-	0,1	0,1	-	-	0,5	-	0,1	-	4,7
Stationäre Fälle (Zugänge)	16.179	-	24.679	5.781	1.593	-	3.744	-	-	-	1.810	1.671	-	-	6.257	-	1.785	-	63.499
Belagstage	73.537	-	140.444	27.565	11.669	-	12.462	-	-	-	6.553	7.933	-	-	35.993	-	7.009	-	323.165
Belagsdauer	4,5	-	5,7	4,8	7,3	-	3,3	-	-	-	3,6	4,7	-	-	5,8	-	3,9	-	5,1
% Auslastung	68,4	-	86,6	57,4	85,1	-	49,0	-	-	-	81,5	74,9	-	-	75,3	-	74,4	-	74,5
Ärzte (VZÄ)	37	-	67	21	10	-	19	-	-	-	7	6	-	-	17	-	31	-	215
DGKP (VZÄ)	116	-	208	58	22	-	38	-	-	-	8	13	-	-	47	-	88	-	597
Anderes Personal (VZÄ)	48	-	84	51	6	-	8	-	-	-	7	3	-	-	19	-	10	-	236
Endkosten, in Mio.€	26,3	-	34,3	12,0	3,0	-	4,9	-	-	-	2,5	3,2	-	-	12,5	-	10,4	-	109,1
Kärnten																			
Systemisierte Betten	600	41	1.194	351	220	339	166	35	82	75	91	75	115	180	390	22	163	25	4.164
Tatsächliche Betten	570	42	1.207	319	197	357	172	38	94	69	91	72	102	210	378	21	153	30	4.122
Tats. Betten / 1.000 Einw.	1,0	0,1	2,1	0,6	0,3	0,6	0,3	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,4	0,7	0,0	0,3	0,1	7,3
Stationäre Fälle (Zugänge)	27.148	1.965	53.994	19.128	7.279	8.575	9.744	2.887	2.631	3.582	5.408	4.761	3.950	6.429	18.815	1.258	11.397	1.807	190.758
Belagstage	152.247	14.168	387.855	75.107	67.337	111.421	37.502	9.405	23.606	19.990	21.406	20.695	33.333	66.881	110.299	5.469	45.037	5.743	1.207.501
Belagsdauer	5,6	7,2	7,2	3,9	9,3	13,0	3,8	3,3	9,0	5,6	4,0	4,3	8,4	10,4	5,9	4,3	4,0	3,2	6,3
% Auslastung	79,5	98,6	93,9	72,5	98,4	88,6	67,3	78,0	72,4	86,2	72,4	87,6	94,6	91,2	86,5	79,3	90,6	60,5	86,4
Ärzte (VZÄ)	52	6	153	39	26	35	35	5	10	6	5	8	11	6	32	2	67	4	501
DGKP (VZÄ)	194	15	411	130	84	152	128	18	32	20	24	29	35	33	120	9	391	9	1.836
Anderes Personal (VZÄ)	167	17	392	157	124	142	73	21	32	25	25	34	44	36	112	10	83	13	1.507
Endkosten, in Mio.€	64,7	6,7	98,2	39,6	21,5	25,3	18,9	4,6	6,8	6,8	8,0	8,8	9,7	19,6	38,6	2,6	47,7	2,9	431,0

Fortsetzung Tab. 5.3.1

Niederösterreich																				
Systemisierte Betten	1.562	20	2.463	907	260	749	276	-	73	200	180	265	102	291	643	30	194	30		8.245
Tatsächliche Betten	1.495	25	2.500	780	254	722	272	-	69	159	180	247	98	338	594	32	229	29		8.023
Tats. Betten / 1.000 Einw.	1,0	0,0	1,6	0,5	0,2	0,5	0,2	-	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,4	0,0	0,1	0,0		5,2
Stationäre Fälle (Zugänge)	76.676	843	127.446	40.315	9.355	9.404	18.197	-	2.331	11.439	10.139	13.600	3.191	13.789	29.960	21.031	16.525	2.408		406.649
Belagstage	394.788	6.408	770.840	170.779	83.747	222.235	46.962	-	20.111	40.866	43.266	61.767	28.846	101.121	159.214	7.164	56.878	5.321		2.220.313
Belagsdauer	5,1	7,6	6,0	4,2	9,0	23,6	2,6	-	8,6	3,6	4,3	4,5	9,0	7,3	5,3	0,3	3,4	2,2		5,5
% Auslastung	79,2	74,6	91,2	66,9	95,1	85,9	56,3	-	84,3	80,1	73,4	75,8	84,9	87,3	80,1	151,0	77,7	61,5		82,5
Ärzte (VZÄ)	165	1	320	106	32	58	53	-	9	17	13	29	13	28	42	8	123	2		1.019
DGKP (VZÄ)	592	13	1.172	332	125	241	162	-	20	62	67	83	39	139	234	12	561	8		3.860
Anderes Personal (VZÄ)	221	4	433	213	57	95	40	-	7	27	31	33	16	53	130	22	56	3		1.441
Endkosten, in Mio.€	149,9	2,3	201,5	77,1	20,3	41,4	20,7	-	4,4	15,5	15,2	25,0	8,9	37,2	58,1	8,5	67,8	2,3		756,1
Oberösterreich																				
Systemisierte Betten	1.360	80	2.193	824	222	816	464	48	182	230	248	311	319	257	860	50	266	70		8.800
Tatsächliche Betten	1.354	79	2.319	812	228	800	480	48	177	237	276	311	316	251	837	54	249	93		8.921
Tats. Betten / 1.000 Einw.	1,0	0,1	1,7	0,6	0,2	0,6	0,3	0,0	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,6	0,0	0,2	0,1		6,4
Stationäre Fälle (Zugänge)	61.886	3.616	106.765	38.179	9.490	16.176	30.076	4.443	6.292	20.653	15.987	19.649	12.356	8.672	42.582	2.689	25.751	7.741		433.003
Belagstage	368.429	24.074	704.543	183.432	75.962	253.547	107.621	12.798	51.108	58.995	71.978	81.759	91.500	75.819	254.498	13.165	70.628	18.564		2.518.420
Belagsdauer	6,0	6,7	6,6	4,8	8,0	15,7	3,6	2,9	8,1	2,9	4,5	4,2	7,4	8,7	6,0	4,9	2,7	2,4		5,8
% Auslastung	80,6	89,5	89,3	68,1	96,7	89,4	69,8	85,5	83,7	79,9	79,2	80,5	84,5	87,3	90,0	73,4	91,6	65,9		83,8
Ärzte (VZÄ)	99	8	265	81	39	85	91	6	18	16	26	24	35	18	48	5	88	15		970
DGKP (VZÄ)	523	54	1.009	277	105	363	326	30	75	68	85	122	126	102	321	21	677	42		4.329
Anderes Personal (VZÄ)	203	15	426	191	47	181	85	11	32	39	36	46	61	34	137	10	98	18		1.670
Endkosten, in Mio.€	135,4	13,3	191,1	77,3	19,5	56,2	43,6	6,4	13,3	19,7	23,1	29,9	24,4	32,6	78,3	3,6	76,8	10,5		855,0
Steiermark																				
Systemisierte Betten	1.620	59	2.383	527	400	1.139	229	104	113	107	181	137	222	242	160	23	143	28		7.817
Tatsächliche Betten	1.538	52	2.354	507	389	831	193	79	91	99	184	126	203	237	169	21	256	20		7.349
Tats. Betten / 1.000 Einw.	1,3	0,0	2,0	0,4	0,3	0,7	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,0	0,2	0,0		6,2
Stationäre Fälle (Zugänge)	71.393	2.597	96.923	25.784	9.999	12.733	12.525	6.543	4.270	8.390	11.069	6.307	6.863	9.613	7.444	590	18.446	1.522		313.011
Belagstage	413.321	16.150	701.645	116.355	125.272	265.696	49.699	20.579	27.336	26.470	54.446	35.992	54.143	79.433	46.269	5.872	74.252	5.826		2.118.756
Belagsdauer	5,8	6,2	7,2	4,5	12,5	20,9	4,0	3,1	6,4	3,2	4,9	5,7	7,9	8,3	6,2	10,0	4,0	3,8		6,8
% Auslastung	79,8	91,7	87,1	69,7	91,5	89,5	79,2	82,5	88,5	84,6	89,1	84,9	77,5	97,1	80,8	80,2	89,1	90,0		84,6
Ärzte (VZÄ)	180	12	336	90	55	51	59	18	27	11	22	8	27	32	19	4	158	9		1.119
DGKP (VZÄ)	634	20	873	236	167	132	143	47	37	46	69	53	78	94	56	10	749	11		3.453
Anderes Personal (VZÄ)	358	14	550	180	117	112	73	27	19	23	44	27	22	92	39	9	100	11		1.818
Endkosten, in Mio.€	172,0	7,1	193,4	58,8	33,9	51,4	29,4	10,7	7,6	10,2	17,2	14,1	17,4	34,2	19,3	1,9	83,9	4,0		766,5

Fortsetzung Tab. 5.3.1

Tirol																				
Systemisierte Betten	774	42	937	391	194	437	191	52	59	70	122	145	116	100	368	22	170	27	4.217	
Tatsächliche Betten	711	41	910	365	194	420	180	36	59	68	122	143	100	88	376	22	164	27	4.026	
Tats. Betten / 1.000 Einw.	1,1	0,1	1,4	0,5	0,3	0,6	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,6	0,0	0,2	0,0	6,0	
Stationäre Fälle (Zugänge)	41.597	2.385	48.690	20.170	7.897	10.183	13.131	2.085	2.170	6.203	8.158	11.032	4.772	4.093	22.835	1.175	12.741	1.534	220.851	
Belagstage	203.947	13.466	285.325	92.194	59.718	130.479	41.926	8.525	17.939	14.333	30.778	35.094	29.328	24.827	106.558	4.247	49.148	6.996	1.154.828	
Belagsdauer	4,9	5,6	5,9	4,6	7,6	12,8	3,2	4,1	8,3	2,3	3,8	3,2	6,1	6,1	4,7	3,6	3,9	4,6	5,2	
% Auslastung	86,4	97,7	93,0	76,6	89,7	88,2	73,6	72,6	88,1	70,1	78,1	77,6	86,7	83,4	85,7	60,0	92,5	78,6	85,9	
Ärzte (VZÄ)	119	9	137	47	37	69	45	2	14	13	22	25	12	8	36	1	70	3	669	
DGKP (VZÄ)	352	24	473	207	113	186	149	33	37	28	56	72	42	36	166	10	483	14	2.480	
Anderes Personal (VZÄ)	138	12	196	104	47	150	35	10	13	15	19	28	23	9	57	3	63	6	928	
Endkosten, in Mio.€	81,9	5,4	80,1	38,2	19,8	27,7	17,8	4,9	5,6	7,6	12,1	15,7	8,5	12,2	38,5	1,7	50,6	3,6	431,9	
Vorarlberg																				
Systemisierte Betten	276	17	446	189	94	342	121	-	-	54	54	75	59	94	184	21	35	37	2.098	
Tatsächliche Betten	283	17	446	183	92	321	121	-	-	53	54	74	59	94	184	21	32	37	2.071	
Tats. Betten / 1.000 Einw.	0,8	0,0	1,3	0,5	0,3	0,9	0,3	-	-	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,5	0,1	0,1	0,1	5,9	
Stationäre Fälle (Zugänge)	17.049	947	25.900	9.118	1.467	3.041	8.282	-	-	2.717	3.321	3.625	1.701	3.759	10.115	971	2.637	1.136	95.786	
Belagstage	75.548	5.421	131.008	41.317	26.713	100.969	20.289	-	-	12.856	14.372	15.924	14.974	27.083	47.792	4.448	7.773	9.692	556.179	
Belagsdauer	4,4	5,7	5,1	4,5	18,2	33,2	2,4	-	-	4,7	4,3	4,4	8,8	7,2	4,7	4,6	2,9	8,5	5,8	
% Auslastung	81,2	94,7	88,2	68,5	81,5	87,2	55,2	-	-	73,3	81,1	65,5	73,3	84,2	78,5	64,2	77,6	75,8	79,7	
Ärzte (VZÄ)	33	5	68	30	14	36	28	-	-	7	4	9	7	10	21	3	15	1	290	
DGKP (VZÄ)	131	9	224	94	53	130	76	-	-	16	19	28	16	35	72	12	86	10	1.009	
Anderes Personal (VZÄ)	43	2	111	70	29	97	23	-	-	9	9	13	16	18	32	4	10	4	491	
Endkosten, in Mio.€	30,5	2,6	42,1	19,3	8,9	21,3	11,1	-	-	4,2	4,9	6,7	4,3	11,1	17,0	2,0	11,6	1,7	199,3	
Wien																				
Systemisierte Betten	1.609	155	3.692	809	533	875	580	145	300	278	311	391	381	751	331	118	324	84	11.667	
Tatsächliche Betten	1.439	154	3.649	739	536	934	525	139	313	275	284	322	342	717	329	123	284	92	11.196	
Tats. Betten / 1.000 Einw.	0,9	0,1	2,3	0,5	0,3	0,6	0,3	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	0,2	0,1	0,2	0,1	7,2	
Stationäre Fälle (Zugänge)	69.672	6.246	183.371	49.935	15.613	25.138	30.335	9.271	11.918	20.845	21.067	19.932	12.592	24.339	13.445	7.168	19.306	7.996	548.189	
Belagstage	433.845	52.992	1.137.663	195.587	167.936	280.252	135.382	28.679	96.865	70.425	70.720	90.041	107.557	214.700	104.853	31.241	85.365	21.962	3.326.065	
Belagsdauer	6,2	8,5	6,2	3,9	10,8	11,1	4,5	3,1	8,1	3,4	3,4	4,5	8,5	8,8	7,8	4,4	4,4	2,7	6,1	
% Auslastung	89,0	99,6	92,0	81,5	89,6	85,7	78,3	65,5	89,8	80,3	78,2	84,9	91,0	86,5	92,7	77,4	91,4	77,1	87,9	
Ärzte (VZÄ)	242	17	701	132	115	162	149	14	49	35	55	53	64	117	43	17	222	22	2.209	
DGKP (VZÄ)	885	134	2.120	445	327	581	636	90	182	123	143	172	191	310	184	67	975	46	7.609	
Anderes Personal (VZÄ)	382	39	1.001	233	177	384	174	33	79	53	60	81	117	194	102	43	199	19	3.370	
Endkosten, in Mio.€	239,5	36,2	461,4	116,8	60,3	92,4	91,8	22,2	38,5	37,8	43,4	50,6	42,5	89,0	55,1	19,3	153,7	13,7	1664,2	

Fortsetzung Tab. 5.3.1

Österreich																				
Systemisierte Betten	8.784	461	14.709	4.579	2.060	5.210	2.304	432	895	1.104	1.334	1.538	1.380	2.005	3.346	313	1.422	331	52.207	
Tatsächliche Betten	8.285	453	14.696	4.225	2.002	4.855	2.197	388	888	1.034	1.327	1.418	1.280	2.029	3.275	318	1.491	356	50.517	
Tats. Betten / 1.000 Einw.	1,0	0,1	1,8	0,5	0,2	0,6	0,3	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,0	0,2	0,0	6,3	
Stationäre Fälle (Zugänge)	410.803	20.706	704.677	225.430	63.887	96.458	135.363	27.956	33.367	78.609	84.931	85.428	48.024	74.081	165.853	35.458	115.570	25.924	2.432.525	
Belagstage	2.252.731	146.742	4.495.546	984.299	636.946	1.518.486	489.303	89.217	262.426	258.624	343.520	368.903	375.612	613.852	938.164	78.783	421.971	80.547	14.355.672	
Belagsdauer	5,5	7,1	6,4	4,4	10,0	15,7	3,6	3,2	7,9	3,3	4,0	4,3	7,8	8,3	5,7	2,2	3,7	3,1	5,9	
% Auslastung	81,1	94,8	90,1	70,9	91,3	88,2	69,3	72,7	85,9	78,7	79,5	79,3	85,3	87,6	85,2	82,9	87,9	71,8	84,2	
Ärzte (VZÄ)	987	66	2.159	593	336	543	510	50	138	114	170	169	178	224	278	43	796	62	7.414	
DGKP (VZÄ)	3.702	287	6.901	1.960	1.030	2.003	1.840	244	432	398	530	605	553	784	1.305	150	4.233	151	27.107	
Anderes Personal (VZÄ)	1.645	120	3.349	1.297	620	1.304	561	110	205	202	252	277	311	462	670	104	648	84	12.221	
Endkosten, in Mio.€	958,6	80,3	1369,6	474,4	193,1	348,1	259,5	53,8	84,1	109,3	139,4	162,0	120,3	246,9	339,8	43,3	533,1	43,6	5559,2	

¹⁾ einschließlich plastische Chirurgie % Auslastung = ((BT+PT)/2/366/tatsächliche Betten)

DGKP = Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal

- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------|--|---|
| CH = Chirurgie | PSY = Psychiatrie | HNO = Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde | SRN = Strahlentherapie - Radioonkologie und Nuklearmedizin |
| NC = Neurochirurgie | KI = Kinderheilkunde | URO = Urologie | INT = Intensivseinheiten |
| IM = Innere Medizin | KCH = Kinderchirurgie | PUL = Pulmologie | SON = Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und gemischter Belag |
| GGH = Gynäkologie und Geburtshilfe | DER = Dermatologie | OR = Orthopädie | |
| NEU = Neurologie | AU = Augenheilkunde | UC = Unfallchirurgie | |

Quelle: BMSG - Krankenanstaltenstatistik 2000; ÖBIG-eigene Berechnungen

Tab. 5.3.2: Rehabilitationseinrichtungen sowie Inanspruchnahme nach Indikationsgruppen 2000

	Indikationsgruppen ¹⁾						Insgesamt
	HKE ²⁾	NEU	OR/RHE	STWVD	UC/NC	SON	
Salzburg (Einrichtungen ³⁾ : 4)							
Bettenäquivalent	157	32	383	4	17	32	625
Aufenthalte	3.020	574	5.663	75	269	507	10.108
durchschnittliche Belagsdauer	17,1	18,6	22,2	17,3	21,1	20,6	20,3
Burgenland (Einrichtungen ³⁾ : 2)							
Bettenäquivalent	155	1	93	5	31	5	290
Aufenthalte	2.233	12	1.195	74	359	73	3.946
durchschnittliche Belagsdauer	22,8	22,3	25,5	21,6	28,3	24,0	24,1
Kärnten ⁴⁾ (Einrichtungen ³⁾ : 3)							
Bettenäquivalent	1	37	176	1	10	17	242
Aufenthalte	5	306	2.545	15	77	180	3.128
durchschnittliche Belagsdauer	52,0	40,2	22,7	22,2	43,2	30,8	25,4
Niederösterreich (Einrichtungen ³⁾ : 12)							
Bettenäquivalent	439	166	515	161	212	195	1.688
Aufenthalte	6.248	1.891	7.247	2.775	2.145	2.602	22.908
durchschnittliche Belagsdauer	23,1	28,9	23,4	19,1	32,5	24,6	24,2
Oberösterreich (Einrichtungen ³⁾ : 7)							
Bettenäquivalent	318	39	316	14	31	105	823
Aufenthalte	4.318	439	4.345	189	421	1.512	11.224
durchschnittliche Belagsdauer	24,2	29,1	23,9	23,6	24,4	22,9	24,1
Steiermark (Einrichtungen ³⁾ : 9)							
Bettenäquivalent	170	90	358	164	199	214	1.195
Aufenthalte	2.309	1.040	5.269	2.466	2.007	3.037	16.128
durchschnittliche Belagsdauer	24,2	28,4	22,3	21,9	32,6	23,2	24,4
Tirol (Einrichtungen ³⁾ : 2)							
Bettenäquivalent	1	0	8	1	109	14	133
Aufenthalte	13	1	77	14	1.083	156	1.344
durchschnittliche Belagsdauer	37,6	25,0	34,9	24,7	33,2	28,5	32,7
Vorarlberg (Einrichtungen ³⁾ : 0)							
Bettenäquivalent	0	0	0	0	0	0	0
Aufenthalte	0	0	0	0	0	0	0
durchschnittliche Belagsdauer	-	-	-	-	-	-	-
Wien (Einrichtungen ³⁾ : 1)							
Bettenäquivalent	0	0	0	0	48	1	49
Aufenthalte	1	2	1	0	337	20	361
durchschnittliche Belagsdauer	26,0	72,5	7,0	0,0	47,1	20,2	45,6
Österreich (Einrichtungen ³⁾ : 40)							
Bettenäquivalent	1.241	366	1.849	350	659	583	5.048
Aufenthalte	18.147	4.265	26.342	5.608	6.698	8.087	69.147
durchschnittliche Belagsdauer	22,5	28,2	23,1	20,5	32,3	23,7	24,0

¹⁾ Inanspruchnahme der Rehabilitationseinrichtungen im Bundesland (unabhängig von der Patientenherkunft)

²⁾ exklusive zerebrovaskuläre Erkrankungen (diese sind unter der Rubrik "NEU" subsumiert)

³⁾ Anzahl der Rehabilitationseinrichtungen der Sozialversicherungen und der Vertragspartnereinrichtungen im Bundesland (nur Sonderkrankenanstalten im Sinne des KAG, also exklusive Kur- und Erholungsheime)

⁴⁾ Anzahl der Einrichtungen inkl. SKA Warmbad Villach, alle anderen Indikatoren exkl. SKA Warmbad Villach

Bettenäquivalent = aufgrund der Verteilung der Hauptdiagnosen in den Rehabilitationseinrichtungen vorgehaltene Betten

HKE = Herz-/ Kreislaufkrankungen

STWVD = Stoffwechsel- und Verdauungserkrankungen

NEU = Neurologie

UC/NC = Unfallchirurgie / Neurochirurgie

OR/RHE = Orthopädie / Rheumatologie

SON = Sonstige

Tab. 5.4.1: Versorgung mit medizinisch-technischen Großgeräten 2001

	Medizinisch-technische Großgeräte							
	CT	MR	DSA	COR	LIT	STR	ECT	PET
Salzburg								
Großgeräte in Fonds-Krankenanstalten	7	3	5	1	1	4	5	-
Großgeräte außerhalb der Fonds-KA	7	3	1	2	-	-	1	-
Anzahl der Großgeräte (insgesamt)	14	6	6	3	1	4	6	-
Einwohner pro Großgerät in Salzburg	36.312	84.728	84.728	169.455	508.365	127.091	84.728	-
Einwohner pro Großgerät im Bundesland ...								
Burgenland	55.041	137.603	183.471	550.412	-	-	68.802	-
Kärnten	37.573	140.900	140.900	281.800	563.599	281.800	112.720	563.599
Niederösterreich	43.810	117.950	219.050	511.116	766.675	511.116	139.395	1.533.349
Oberösterreich	44.848	115.857	115.857	231.715	695.145	347.572	71.297	2.780.578
Steiermark	39.128	86.641	161.729	346.563	606.486	303.243	80.865	1.212.971
Tirol	33.090	82.724	88.239	264.718	661.794	220.598	94.542	661.794
Vorarlberg	69.572	115.953	115.953	347.860	1.739.300	173.930	115.953	347.860
Wien	29.723	65.638	71.605	131.276	315.063	131.276	47.737	393.829
Österreich	38.606	93.823	114.450	240.858	568.222	237.316	77.959	849.342

- = kein Gerät im Bundesland

CT = Computertomographiegeräte

MR = Magnetresonanztomographiegeräte

DSA = Digitale Subtraktions-Angiographieanlagen

COR = Herzkatheterarbeitsplätze

LIT = Stoßwellen-Lithotripter

STR = Strahlentherapie - Radioonkologie bzw. Hochvolttherapiegeräte

ECT = Emissions-Computer-Tomographiegeräte

PET = Positronen-Emissions-Tomographiegeräte

Quellen: BMSG/ÖBIG - ÖKAP/GGP 2001; ÖBIG-eigene Erhebungen und Berechnungen

Tabelle 5.6.1: Endkosten der Fonds-Krankenanstalten 1997-2000

Region	Endkosten der Fonds-Krankenanstalten 2000							
	in Mio. €				Index, 1997=100			
	1997	1998	1999	2000	1997	1998	1999	2000
Salzburg	377	391	406	432	100	104	108	114
Burgenland	117	121	129	132	100	103	110	112
Kärnten	456	479	499	508	100	105	109	111
Niederösterreich	850	879	893	936	100	103	105	110
Oberösterreich	939	983	1.022	1.069	100	105	109	114
Steiermark	849	873	923	977	100	103	109	115
Tirol	501	519	538	566	100	104	107	113
Vorarlberg	220	227	236	246	100	103	107	112
Wien	2.167	2.209	2.291	2.373	100	102	106	109
Österreich	6.476	6.680	6.935	7.240	100	103	107	112
	Stationäre Endkosten der Fonds-Krankenanstalten 2000							
	pro stationären Fall		pro Belagstag		pro 1.000 LKF-Punkte			
	in €	Index, 1997=100	in €	Index, 1997=100	in €	Index, 1997=100		
Salzburg	2.155	100	372	118	84	113		
Burgenland	1.718	106	338	121	82	122		
Kärnten	2.259	98	357	112	87	109		
Niederösterreich	1.873	97	343	118	82	111		
Oberösterreich	1.974	101	340	114	76	106		
Steiermark	2.444	110	362	124	90	120		
Tirol	1.927	96	368	109	72	100		
Vorarlberg	2.082	104	359	112	88	114		
Wien	3.029	101	500	114	110	112		
Österreich	2.282	101	387	115	89	111		
	Ambulante Endkosten der Fonds-Krankenanstalten 2000							
	pro ambulanten Fall				pro Frequenz			
	in €		Index, 1997=100		in €		Index, 1997=100	
Salzburg	108		99		48		109	
Burgenland	151		108		47		109	
Kärnten	172		105		60		87	
Niederösterreich	112		108		37		105	
Oberösterreich	128		105		45		107	
Steiermark	181		106		57		108	
Tirol	153		107		56		111	
Vorarlberg	163		109		49		102	
Wien	251		104		59		113	
Österreich	167		104		52		108	

Quellen: BMSG - Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik für Fonds-Krankenanstalten 1997, 1998, 1999 und 2000

Tabelle 5.6.2: Personalkosten der Fonds-Krankenanstalten 1997-2000

Region	Personalkosten der Fonds-Krankenanstalten 2000							
	in Mio. €				Index, 1997=100			
	1997	1998	1999	2000	1997	1998	1999	2000
Salzburg	230	236	246	255	100	103	107	111
Burgenland	78	79	83	85	100	102	106	109
Kärnten	286	296	311	315	100	104	109	110
Niederösterreich	519	542	554	572	100	104	107	110
Oberösterreich	549	574	602	623	100	105	110	114
Steiermark	539	545	591	613	100	101	110	114
Tirol	332	343	356	370	100	103	107	111
Vorarlberg	141	147	153	157	100	105	108	111
Wien	1.046	1.069	1.130	1.141	100	102	108	109
Österreich	3.720	3.831	4.025	4.131	100	103	108	111
	Stationäre Personalkosten der Fonds-Krankenanstalten 2000							
	pro stationären Fall		pro Belagstag		pro 1.000 LKF-Punkte			
	in €	Index, 1997=100	in €	Index, 1997=100	in €	Index, 1997=100		
Salzburg	763	93	132	109	30	105		
Burgenland	682	102	134	116	32	117		
Kärnten	864	96	137	109	33	107		
Niederösterreich	665	96	122	115	29	109		
Oberösterreich	617	96	106	108	24	101		
Steiermark	907	105	134	120	33	115		
Tirol	752	94	144	106	28	97		
Vorarlberg	842	102	145	111	36	112		
Wien	913	98	151	111	33	109		
Österreich	781	98	132	112	30	107		
	Ambulante Personalkosten der Fonds-Krankenanstalten 2000							
	pro ambulanten Fall				pro Frequenz			
	in €		Index, 1997=100		in €		Index, 1997=100	
Salzburg	117		101		52		111	
Burgenland	137		113		43		114	
Kärnten	153		107		54		89	
Niederösterreich	105		106		35		104	
Oberösterreich	134		110		47		112	
Steiermark	150		109		47		111	
Tirol	130		91		47		94	
Vorarlberg	105		112		32		104	
Wien	140		102		33		110	
Österreich	131		104		41		107	

Quellen: BMSG - Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik für Fonds-Krankenanstalten 1997, 1998, 1999 und 2000

Tab. 5.6.3: Abgerechnete Beträge der § 2-Kassen für niedergelassene Ärzte 1991-2000

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	Index, 1991=100									
	Abgerechnete Beträge der § 2-Kassen für niedergelassene Praktische Ärzte									
Salzburg	100	109	125	132	140	141	143	152	159	157
Burgenland	100	112	121	133	146	145	150	163	176	176
Kärnten	100	112	130	146	153	151	151	157	165	163
Niederösterreich	100	109	117	123	125	127	129	138	153	148
Oberösterreich	100	110	123	128	131	134	134	145	156	156
Steiermark	100	110	129	142	145	145	147	159	171	170
Tirol	100	110	121	129	149	154	157	168	180	182
Vorarlberg	100	111	117	123	128	128	128	134	137	136
Wien	100	106	116	122	128	132	130	134	139	142
Ostregion ¹⁾	100	108	117	123	128	131	131	138	149	148
Österreich	100	109	121	129	135	137	138	147	157	156
	Abgerechnete Beträge der § 2-Kassen für niedergelassene Fachärzte (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten)									
Salzburg	100	113	127	142	150	155	155	169	177	181
Burgenland	100	113	129	148	164	174	182	200	228	239
Kärnten	100	113	136	158	171	178	184	194	204	208
Niederösterreich	100	111	123	134	146	153	159	176	200	202
Oberösterreich	100	116	126	133	139	144	143	153	163	166
Steiermark	100	114	126	142	154	163	171	188	206	209
Tirol	100	113	128	149	157	172	179	196	215	222
Vorarlberg	100	111	122	128	136	139	140	148	151	152
Wien	100	108	117	126	131	136	133	142	149	153
Ostregion ¹⁾	100	109	119	129	137	143	142	154	166	170
Österreich	100	111	123	135	143	150	151	163	176	179
	Abgerechnete Beträge der § 2-Kassen für niedergelassene Ärzte insgesamt (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten)									
Salzburg	100	111	126	137	145	148	149	161	168	169
Burgenland	100	112	124	139	153	156	162	177	195	199
Kärnten	100	112	133	152	162	164	167	175	184	184
Niederösterreich	100	110	119	127	134	138	141	153	172	170
Oberösterreich	100	113	125	130	135	139	138	149	159	160
Steiermark	100	111	128	142	149	153	157	171	186	186
Tirol	100	111	124	138	153	162	167	181	197	201
Vorarlberg	100	111	120	126	132	134	134	141	144	144
Wien	100	107	117	125	130	135	132	139	145	149
Ostregion ¹⁾	100	108	118	127	133	137	137	147	158	160
Österreich	100	110	122	132	139	143	144	155	166	168

Ostregion¹⁾: Wien, Niederösterreich, Burgenland

Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Tab. 5.6.4: Ausgaben*) der § 2-Kassen für Heilmittel und Heilbehelfe-Hilfsmittel 1991-2000

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	Index, 1991 = 100									
Salzburg	100	113	127	138	144	152	156	176	198	209
Burgenland	100	111	126	140	147	159	167	188	191	210
Kärnten	100	112	126	135	142	149	154	173	194	204
Niederösterreich	100	112	125	137	145	153	159	180	203	214
Oberösterreich	100	113	124	135	143	151	155	175	197	209
Steiermark	100	111	123	133	141	149	154	172	194	205
Tirol	100	115	129	140	147	154	158	182	204	217
Vorarlberg	100	112	124	134	141	148	152	173	196	205
Wien	100	111	122	132	138	144	147	163	183	192
Ostregion ¹⁾	100	111	123	135	141	149	153	171	191	201
Österreich	100	112	124	135	142	150	154	173	194	205

*) Schätzwerte für die Bundesländer auf Basis der Angaben der einzelnen Versicherungsträger, ohne Umsatzsteuer

¹⁾Ostregion: Wien, Niederösterreich, Burgenland

Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; ÖBIG-eigene Berechnungen

Tab. 6.1.1: Übersicht - ausgewählte Parameter im Bundesländervergleich im Zeitraum 1991 bis 2000 (indexiert, Österreich = 100)

	Altersstruktur ¹⁾	Sozialstruktur	Regionalwirtschaft	Lebenserwartung		Sterblichkeit ⁴⁾ der unter 75-Jährigen 1991-2000					Gesundh. Selbsteinschätzung ⁵⁾	Body-Mass-Index ⁶⁾	Zigarettenkonsum ⁷⁾	Alkoholkonsum ⁸⁾	Wohn- u. Pflegeplätze ⁹⁾	Niedergelassene §2-Kassenärzte pro 100.000 EW		Akutbetten-dichte ¹⁰⁾
	2001	Synthet. Indikator ²⁾	Synthet. Indikator ³⁾	bei der Geburt 2000	mit 60 Jahren 2000	alle	HKE	BN	VER	VV	1999	1999	1999	1993/94	1999	Allg.med.	Fachärzte	2000
männlich																		
Salzburg	90	104	119	101	104	87	80	86	83	111	103	68	74	76	133	96	95	108
Burgenland	115	94	84	99	97	110	106	118	150	97	101	134	84	120	53	99	84	75
Kärnten	106	101	86	101	102	97	89	100	97	110	101	82	59	114	76	106	95	116
Niederösterreich	107	96	98	99	98	103	103	100	112	104	98	112	106	104	84	99	85	83
Oberösterreich	95	92	111	101	100	97	95	95	98	100	96	108	92	106	103	92	79	102
Steiermark	106	90	91	100	100	99	95	101	108	108	100	107	94	106	69	103	102	98
Tirol	90	96	106	102	105	83	79	88	60	94	105	70	111	86	109	101	86	95
Vorarlberg	84	92	110	102	105	88	82	102	63	77	105	87	89	106	95	82	60	94
Wien	99	131	108	99	98	112	125	109	103	90	101	98	130	86	141	111	159	114
Österreich	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
weiblich																		
Salzburg	87	104	119	100	100	92	84	94	93	113	103	86	53	69	133	96	95	108
Burgenland	114	94	84	100	100	99	110	97	85	85	100	121	47	115	53	99	84	75
Kärnten	103	101	86	100	101	93	86	97	89	100	103	87	67	115	76	106	95	116
Niederösterreich	104	96	98	100	98	100	105	98	103	97	98	108	86	100	84	99	85	83
Oberösterreich	97	92	111	100	101	94	92	94	84	100	97	98	67	100	103	92	79	102
Steiermark	105	90	91	100	100	98	98	98	97	102	99	107	61	115	69	103	102	98
Tirol	87	96	106	101	103	87	78	94	79	95	107	75	94	108	109	101	86	95
Vorarlberg	82	92	110	101	103	85	74	91	80	77	108	102	69	77	95	82	60	94
Wien	105	131	108	99	99	117	122	115	131	106	99	101	200	100	141	111	159	114
Österreich	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

¹⁾ Anteil der über 60-Jährigen

⁷⁾ Anteil der Personen mit täglichem Zigarettenkonsum von mehr als 20 in %

AÄ = Amtsärzte und Amtsärztinnen

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

²⁾ Definition siehe Tabelle 2.2.1

⁸⁾ Alkoholkonsum in Gramm Alkohol pro Tag

VZÄ = Vollzeitäquivalent

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

³⁾ Definition siehe Tabelle 2.3.1

⁹⁾ Summe der Wohn-, Pflege- und Wohnpflegeplätze in der Alten- und Langzeitversorgung pro 100.000 Einwohner über 64 Jahre

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

⁴⁾ Todesfälle je 100.000 Einwohner

¹⁰⁾ Akutbetten pro 1.000 EW in Fondskrankenanstalten

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

⁵⁾ Anteil der Personen mit der Einschätzung der eigenen Gesundheit als sehr gut und gut in %

⁶⁾ Anteil der Personen mit einem BMI von mehr als 30 in %

grau hinterlegt sind jene Indexwerte, die auf eine ungünstige Situation hindeuten

Tab. 6.1.2: Übersicht - ausgewählte Parameter im Vergleich zwischen Salzburger Bezirken im Zeitraum 1991 bis 2000 (indexiert, Salzburg = 100)

	Altersstruktur ¹⁾ 2001	Sozialstruktur Synthet. Indikator ²⁾	Regionalwirtschaft Synthet. Indikator ³⁾	Lebenserwartung		Sterblichkeit ⁴⁾ 1991-2000					Sterblichkeit der unter 75-Jährigen 1991-2000					Krebsinzidenz ⁵⁾ 1995-1998			
				bei der Geburt 2000	mit 60 Jahren 1999	alle	HKE	BN	VER	VV	alle	HKE	BN	VER	VV	alle	Prostata	Lunge	Dickdarm
				männlich															
Salzburg (Stadt)	114	132	115	100	99	102	102	107	120	80	106	108	110	128	77	114	116	118	119
Hallein	95	91	96	102	99	104	106	106	92	105	101	108	97	89	106	101	107	110	87
Salzburg-Umgebung	90	100	-	101	100	99	100	104	97	90	95	97	102	96	85	99	88	83	96
St. Johann im Pongau	97	76	89	101	101	96	96	91	86	114	95	91	91	80	119	75	44	93	87
Tamsweg	103	82	75	100	95	104	107	88	103	132	104	102	89	93	139	82	59	83	105
Zell am See	98	78	80	97	103	98	95	90	84	127	100	93	90	79	130	101	141	94	87
Salzburg	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
																alle Brust Lunge Dickdarm			
weiblich																			
Salzburg (Stadt)	121	132	115	100	100	98	92	107	118	96	107	95	111	140	97	114	124	120	105
Hallein	95	91	96	100	100	104	111	94	92	92	95	111	89	87	86	89	87	71	42
Salzburg-Umgebung	86	100	-	100	100	99	101	96	90	96	90	91	89	77	97	98	97	116	89
St. Johann im Pongau	95	76	89	100	101	101	102	98	92	115	101	106	100	86	122	90	85	80	54
Tamsweg	101	82	75	100	97	108	111	105	110	80	100	101	99	91	79	88	67	101	199
Zell am See	92	78	80	100	99	106	111	95	94	115	103	113	99	71	107	88	81	64	160
Salzburg	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

¹⁾ Anteil der über 60-Jährigen

²⁾ Definition siehe Tabelle 2.2.1

³⁾ Definition siehe Tabelle 2.3.1

⁴⁾ Todesfälle je 100.000 Einwohner

⁵⁾ Krebsneuerkrankungen / 100.000 Einwohner und Jahr

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)

* Der Bezirk Salzburg-Umgebung ist mit Salzburg-Stadt zusammengefasst

grau hinterlegt sind jene Indexwerte, die auf eine ungünstige Situation hindeuten