



Landesgesundheitsbericht
Vorarlberg
2002



Gesundheitsbericht Vorarlberg 2002

Bregenz / Wien, Dezember 2002
Im Auftrag der Vorarlberger Landesregierung

ISBN 3-85159-0538

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

Eigentümer und Herausgeber: Amt der Vorarlberger Landesregierung - Für den Inhalt verantwortlich: Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung „Sanitätsangelegenheiten“, ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) - Adresse: Amt der Vorarlberger Landesregierung: A-6900 Bregenz, Römerstr.15, Telefon (05574) 511-0; ÖBIG: A-1010 Wien, Stubenring 6, Telefon (01) 515 61-0, Fax (01) 513 84 72

Vorwort

Gesundheit – Spitzenstellung für Vorarlberg

Der nun vorliegende Bericht, der in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen verfasst wurde, beweist, dass in Vorarlberg ein flächendeckend vernetztes Gesundheitswesen aufgebaut wurde, dessen Qualität auch international anerkannt wird. Denn unser Land nimmt nicht nur innerhalb Österreichs in vielen gesundheitlichen Indikatoren eine Spitzenstellung ein.

Belegt wird dies einerseits dadurch, dass sich die Vorarlberger Bevölkerung subjektiv am gesündesten fühlt und andererseits durch eine der höchsten Lebenserwartungen Europas.

Behandeln und Heilen, medizinische Betreuung und Begleitung, aber auch Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung sind seit jeher wichtige Bestandteile unserer aktiven Gesundheitspolitik, die sich an den Grundsätzen „Gesundheit für alle“ orientiert. Mit der Beteiligung am Programm CINDI der Weltgesundheitsorganisation hat sich das Land Vorarlberg im Einsatz gegen die wichtigsten Zivilisationskrankheiten ambitionierte Zielvorgaben gesteckt und auch bewältigt. So konnte der frühzeitige Tod bei diesen Krankheitsbildern in den letzten zehn Jahren um fast 20 Prozent reduziert werden.

Eine moderne und wirksame regionale Gesundheitsberichterstattung dokumentiert die epidemiologische und auch die gesundheitsrelevante demografische Entwicklung einer Region. Sie ist damit eine wertvolle Grundlage für zukunftsorientierte Entscheidungen und langfristige Planungen im Gesundheitswesen des Landes mit dem Ziel, die Gesundheit unserer Bevölkerung weiter zu verbessern.

Der jetzt vorliegende „Vorarlberger Gesundheitsbericht 2002“ liefert nicht nur aktuelle, relevante und zuverlässige Informationen über den hohen Standard der gesundheitlichen Versorgung. Er ist auch ein Beleg für die gute Gesundheit der Vorarlbergerinnen und Vorarlberger. Wir orientieren uns weiter an den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation, von der die konkreten Handlungsschwerpunkte definiert werden und mit denen wir uns vollinhaltlich identifizieren. Damit stellen wir das Thema Gesundheit in das Zentrum der Entwicklung unserer Gesellschaft.

Ich bin überzeugt, dass mit diesem wichtigen Dokument Handlungsanregungen vermittelt, gesundheitsbezogene Diskussionen angestoßen und vertieft werden. Denn von Vorarlberg werden auch in Zukunft innovative Impulse zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ausgehen.

Landesrat Dr. Hans-Peter Bischof

Gesundheitsreferent der Vorarlberger Landesregierung

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Kurzfassung	9
1 Einleitung	13
1.1 Ziele und Zielgruppen des Vorarlberger Gesundheitsberichts 2002	13
1.2 Grundlagen und Rahmenbedingungen	14
1.3 Datenlage und Datenvalidität	15
2 Ungleichheiten in der Gesundheit	17
2.1 Demographie und Sozialstruktur	17
2.2 Lebenserwartung und Sterblichkeit	21
2.3 Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten	27
3 Gesundheit in Jugend und Alter	33
3.1 Kindheit	33
3.2 Jugend	42
3.3 Alter	48
4 Gesundheitsbeeinträchtigungen	54
4.1 Übertragbare Krankheiten	54
4.2 Chronische Erkrankungen	56
4.3 Verletzungen	58
4.4 Psychische Erkrankungen	59
5 Gesundheitliche Rahmenbedingungen	62
5.1 Individuelle Verhaltensweisen	62
5.2 Soziales Umfeld	72
5.3 Natürliche Umweltbedingungen	74
6 Gesundheitsversorgung	77
6.1 Primäre Gesundheitsversorgung	77
6.2 Qualität und Effizienz	82
6.3 Kosten und Finanzierung	84
6.4 Personal im Gesundheitswesen	90
6.5 Gesundheitsinformation	94
7 Gesundheit als gesellschaftliche Aufgabe	96
7.1 Multisektorale Verantwortung	96
7.2 Gesundheitspolitische Strategien	99
7.3 Empfehlungen und Maßnahmen.....	102
Literatur- und Quellenverzeichnis	107
Anhang	110
Begriffsbestimmungen und Methoden	110
Tabellenanhang	115
Kartenanhang	118

Abkürzungsverzeichnis

AKS	Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin
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
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen
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)
IfS	Institut für Sozialdienste
IM	Innere Medizin
KA	Krankenanstalt
KAG	Krankenanstaltengesetz des Bundes
KCH	Kinderchirurgie
KfV	Kuratorium für Verkehrssicherheit
KHH	Krankenhaustäufigkeit (inkl. Mehrfachaufnahmen)
KHM	Krankenhausmorbidity (exkl. Mehrfachaufnahmen)
KI	Kinder- und Jugendheilkunde
KJNP	Kinder- und Jugendneuropsychiatrie
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 unites territoriales statistiques
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖKAP/GGP	Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan
ONK	Onkologie
OR	Orthopädie und orthopädische Chirurgie
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
SIDS	Sudden Infant Death Syndrom
SKA	Sonderkrankenanstalt
ST.AT	Statistik Austria
STR	Strahlentherapie-Radioonkologie
SU	Stroke Unit
SVA	Sozialversicherungsanstalt
SZT	Stammzelltransplantation
VGKK	Vorarlberger Gebietskrankenkasse
TK	Tagesklinik
UBG	Unterbringungsgesetz
UBP	Untersuchungs- und Behandlungsplätze
UC	Unfallchirurgie
UKH	Unfallkrankenhaus
URO	Urologie
VZÄ	Vollzeitäquivalente (auf Basis einer 40-Wochen-Stunde)
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Kurzfassung

Der Vorarlberger Gesundheitsbericht 2002 orientiert sich an den **Empfehlungen** der **WHO** für die Beurteilung der gesundheitlichen Lage in einer Region. Dazu wurden die 21 WHO-Ziele für das 21. Jahrhundert nach Kapiteln gegliedert und im Hinblick auf ihre Erfüllung im Bundesland Vorarlberg untersucht. Damit soll der Gesundheitsbericht die Identifikation von gesundheitlichen **Problemfeldern** und **Trends** ermöglichen und eine Grundlage für gesundheitspolitische **Interventionen** bilden.

Gesundheitliche Ungleichheiten

Die **Lebenserwartung** bei der Geburt ist in Vorarlberg im Zeitraum 1991 bis 2000 von 73,3 auf **76,9** Lebensjahre bei den Männern bzw. von 80,0 auf **82,6** Jahre bei den Frauen angestiegen. Die Lebenserwartung lag damit in Vorarlberg bei beiden Geschlechtern während des gesamten letzten Jahrzehnts **über** dem **EU-Durchschnitt** und um bis zu zwei Jahre **über** dem österreichischen **Bundeseerdurchschnitt**, zum Teil sogar signifikant darüber. Auch im Vergleich innerhalb der **Bodenseeregion** liegt Vorarlberg in Bezug auf die Lebenserwartung an der **Spitze**. Spiegelbildlich zur hohen Lebenserwartung lag die **Sterblichkeit** im Vergleich zu anderen Bundesländern sehr **niedrig**. Während **Herz-/Kreislauf-** sowie **Krebserkrankungen** die häufigsten Todesursachen im mittleren und hohen Alter sind, gehen die meisten potenziellen Lebensjahre durch tödliche **Unfälle** in jungen Jahren verloren.

Während die regionalen Unterschiede von Lebenserwartung und Sterblichkeit mit den vorliegenden Daten dargestellt werden können, ist dies für die **sozioökonomischen Unterschiede** aufgrund fehlender Daten in Österreich derzeit **nur beschränkt möglich**. Allerdings ergeben sich aus speziellen Erhebungen Hinweise darauf, dass es erhebliche Unterschiede zwischen den sozialen Gruppen in Bezug auf das Gesundheitsverhalten, auf den subjektiv empfundenen Gesundheitszustand sowie auf Lebenserwartung und Sterblichkeit gibt - je **höher** der **soziale Status**, umso **besser** sind in der Regel **Gesundheitsverhalten** und **Gesundheitszustand** und umso **höher** ist auch die **Lebenserwartung**.

Gesundheit in Jugend und Alter

In Vorarlberg wurden im Jahr 2000 **3.897 Kinder geboren**. Im Jahr 2001 ist es, nach einem Geburtenrückgang in den Vorjahren, wieder zu einem Anstieg der Geburten auf 3.976 Lebendgeborene gekommen. Nach einem geringfügigen Rückgang der „**Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen**“ zwischen 1997 und 1998 ist in den letzten Jahren eine Stabilisierung bei ca. **25.000** Untersuchungen pro Jahr eingetreten. Das **WHO-Ziel**, die **Säuglingssterblichkeit** auf unter 10 pro 1.000 Lebendgeborene zu reduzieren, wurde in Vorarlberg längst **erreicht**, die Zielsetzung für Vorarlberg kann daher nur in Richtung der „besten“ westeuropäischen Regionen erfolgen. Die Häufigkeit von **Komplikationen** bei Säuglingen (angeborene Fehlbildungen, niedriges Geburtsgewicht) unterscheidet sich Vorarlberg kaum von anderen Bundesländern. Säuglinge werden entsprechend Impfplan geimpft. Die **Durchimpfungsraten** liegen **bei 90 %** und darüber, sodass weitreichender Impfschutz gegeben ist.

Die **Pubertät** ist in der Regel gekennzeichnet durch die hohe **Vulnerabilität** gegenüber speziellen Risiken - z. B. Konsum von legalen und illegalen **Suchtmitteln**, allen voran Alkohol und Nikotin. In Vorarlberg bekennen sich Jugendliche im Schnitt mit **13,1** Jahren zum **Erstkonsum** von **Alkohol**, im Alter von **13,7** Jahren zum Erstkontakt mit der **Zigarette** und im Alter von **15,9** Jahren zum Erstkonsum von **Cannabis**. **Schwangerschaften** von **Minderjährigen** sind in Vorarlberg relativ häufig (ca. 400 im Jahr), zeigen aber eine abnehmende Tendenz. **Unfälle** und **Gewalteinflüsse** sind bei Jugendlichen die mit Abstand häufigste Todesursache (bei Burschen weit häufiger als bei Mädchen), die **Selbstmorde** spielen dabei nur eine vergleichsweise geringe Rolle. Aus den Untersuchungen der Schuljugendlichen lassen

sich als wesentliche Trends ein **Anstieg** des Anteils an **Übergewichtigen** sowie eine massive **Verbesserung** der **Zahngesundheit** erkennen.

Die gesundheitlichen Probleme im Alter unterscheiden sich naturgemäß wesentlich von jenen in jungen Jahren. In Vorarlberg hatte im Jahr 2000 ein 65-jähriger **Mann** eine durchschnittliche **weitere Lebenserwartung** von **17,1** Jahren in Aussicht, bei den **Frauen** waren es **19,9** weitere Lebensjahre. Diese Jahre können allerdings häufig nicht mehr in bester Gesundheit verbracht werden - der subjektive Gesundheitszustand verschlechtert sich mit zunehmendem Alter, gesundheitliche Probleme und Beschwerden nehmen tendenziell zu. Die „**behinderungsfreie Lebenserwartung**“ liegt in Vorarlberg bei **70,1** Jahren (Männer) bzw. bei **73,9** Jahren (Frauen), womit Vorarlberg österreichweit die Spitzenposition einnimmt. Allerdings benötigt rund **ein Viertel** aller Personen im Alter von über 64 Jahren **Hilfestellungen** im Alltag (wie z. B. Ausgehen, Aufräumen, Kochen, Einkaufen, Essen/Trinken oder Aufstehen/ Niederlegen). Dementsprechend wurden die **mobilen Dienste** in Vorarlberg zügig auf- und ausgebaut, ebenso die **palliativmedizinische** Versorgung bzw. **Hospizdienste**.

Gesundheitsbeeinträchtigungen

In den letzten Jahren konnten Verbesserungen im **Impfschutz** (vor allem der Kinder) erreicht werden, sodass - in Verbindung mit verbesserter Hygiene - **Infektionserkrankungen** weiter in den Hintergrund gedrängt wurden. In Vorarlberg starben im letzten Jahrzehnt jährlich fast **600** Menschen (rund 400 Männer und rund 200 Frauen) „vorzeitig“ (im Alter unter 65 Jahren), davon mehr als die Hälfte an **chronischen Erkrankungen** (v.a. Herz-/Kreislaufkrankungen, Krebserkrankungen und COPD). Rund **130** Menschen sterben in Vorarlberg jährlich an **Verletzungen** bzw. - zu einem sehr kleinen Teil - an **Vergiftungen**, mehr als **10.000** Mal pro Jahr müssen Unfallfolgen stationär in einem Krankenhaus versorgt werden. Auch die **psychischen** Erkrankungen erfordern erhöhte Aufmerksamkeit (insbesondere in Bezug auf Drogenkonsum und Depressionen), enden diese doch in Vorarlberg etwa **50** Mal pro Jahr mit einem **Selbstmord** (die Tendenz ist hier allerdings rückläufig).

Gesundheitliche Rahmenbedingungen

Die Menschen haben entscheidenden **Einfluss** auf ihre **eigene Gesundheit** und zwar insbesondere durch entsprechende individuelle Verhaltensweisen (Ernährung, Sport und Bewegung, Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen). Die Trends gehen hier in Richtung einer **gesundheitsbewussteren Lebensweise**, die Teilnahmerate an **Vorsorgeuntersuchungen** ist in Vorarlberg mit Abstand die **höchste** unter allen Bundesländern und das **Alkoholproblem** ist vergleichsweise **gering**. Problematisch ist hingegen die nach wie vor eher hohe **Raucherquote** in Vorarlberg, insbesondere der steigende Trend bei jungen Frauen. Trotz noch bestehender Probleme konnten die **Lebensmittelsicherheit** in den letzten Jahren erhöht und die natürlichen **Umweltbedingungen** weiter verbessert werden.

Gesundheitsversorgung

Die Einrichtungen des Vorarlberger Gesundheitsversorgungssystems sind im **stationären** Sektor **flächendeckend** und **bedarfsorientiert** bemessen, die Ärztedichte im niedergelassenen Bereich ist im bundesweiten Vergleich im unteren Drittel. Defizite bestehen aber noch in der Kooperation und Koordination zwischen dem stationären Sektor und den vor- und nachgeschalteten Strukturen. Zur Optimierung des sogenannten „Schnittstellenmanagements“ werden **Pilotprojekte** mit gesamtösterreichischem Modellcharakter entwickelt. Vorarlberg hat als **erstes Bundesland** konkrete Vorstellungen zu einem solchen Pilotprojekt (Einrichtung des „**Gesundheitsfonds Vorarlberg**“) vorgelegt.

Gesundheitspolitik

Die in der **Gesundheitspolitik** gewählten Strategien und getroffenen Maßnahmen sollten **wissenschaftlich verankert** sein. Mit den modernen Möglichkeiten, die Auswirkungen der Politik auf die gesundheitlichen Entwicklung zu messen, Daten zu analysieren und Informationen zu speichern, sollten gesundheitliche Entwicklungsstrategien künftig mit Dokumenten einhergehen, in denen die wissenschaftliche Beweislage für die Vorschläge dargelegt wird.

1 Einleitung

1.1 Ziele und Zielgruppen des Vorarlberger Gesundheitsberichts 2002

Gesundheitsberichterstattung wird als „Lagebeschreibung und Ermittlung vordringlichen Handlungsbedarfs im Hinblick auf die gesundheitliche Lage und Versorgung von Bevölkerungsgruppen“ verstanden. **Gesundheitsberichte** sollen die gesundheitliche Lage der Bevölkerung beschreiben und Hinweise auf Gesundheits- bzw. Versorgungsdefizite liefern. Diese Hinweise sollen als Ansatzpunkte für weitere Analysen, Ursachenforschung und schließlich für die Ableitung von entsprechenden Maßnahmen dienen.

Das **Hauptziel** der Gesundheitsberichterstattung ist die Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Dies kann durch das Erreichen folgender **Teilziele** realisiert werden:

- Verbesserung der **Zielgenauigkeit** gesundheitspolitischer Maßnahmen über Orientierungsdaten für Entscheidungsträger in Politik, Verwaltung und Gesundheitswesen;
- **Motivierung** von Entscheidungsträgern und interessierten Bürgerinnen und Bürgern zu verstärktem Engagement für die Gesundheit der Bevölkerung;
- sachgerechte **Information** der Bürgerinnen und Bürger über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und wesentliche Bestimmungsfaktoren für die Gesundheit.

Ihren eigentlichen Zweck erfüllen Gesundheitsberichte erst dann, wenn sie gesundheitspolitisch relevant werden, d. h. wenn sie der Unterstützung von Entscheidungen dienen, die sich auf die Steuerung des Gesundheitswesens beziehen. Gesundheitsberichterstattung soll zusammengefasst informieren, orientieren, motivieren, evaluieren und koordinieren. Gesundheitspolitische **Relevanz** besitzen Gesundheitsberichte nur dann, wenn folgende Informationen vermittelt werden:

- a) **Quantitative Indikatoren** zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (auf Basis dieser Informationen lassen sich Entscheidungen über Schwerpunkte der Gesundheitspolitik rational begründen).
- b) **Problemanalysen**, in welchen diese Zahlen interpretiert werden, Handlungsbedarf genannt wird und Entscheidungsmöglichkeiten aufgezeigt werden (dadurch lassen sich politische Entscheidungen über zukünftige Strategien ableiten).
- c) **Kosten-/Wirkungs-Verhältnis** alternativer Vorgehensweisen (diese Information bildet die Grundlage für konkrete erfolversprechende Maßnahmen, jedoch sind diese nicht immer verfügbar).

Der Vorarlberger Gesundheitsbericht 2002 orientiert sich streng an den **Empfehlungen** der Weltgesundheitsorganisation (**WHO**) für die Beurteilung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in einer Region. Mit der Entwicklung international einheitlicher Indikatoren zur Gesundheit soll eine hohe Qualität der Berichte und die Vergleichbarkeit einzelner Regionen Europas erreicht werden. Ziel der vorliegenden Publikation ist es auch, allen Entscheidungsträgern in der Politik und im Gesundheitssystem eine **exakte Darstellung** der bestehenden Situation zu liefern, um Entscheidungen zu fördern, die eine gerechte Verteilung der knappen werdenden Ressourcen unterstützen. Aber auch allen interessierten Vorarlbergerinnen und Vorarlbergern soll durch diesen Bericht ein informativer und interessanter Überblick über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung geliefert werden - er soll **Öffentlichkeitsinformation** sein sowie **Anlass zur Diskussion** unter allen Partnern im Gesundheitswesen.

Damit soll der Gesundheitsbericht nicht nur die Identifikation von gesundheitlichen **Problemfeldern** und **Trends** ermöglichen, sondern auch eine Grundlage für gesundheitspolitische **In-**

terventionen in der Prävention bzw. Gesundheitsförderung sowie im gesundheitlich-sozialen Versorgungsgefüge bilden. Weiters soll er auch **Informations-** und **Datenlücken** aufzeigen, um gezielt an einer Verbesserung der Datenlage ansetzen zu können.

1.2 Grundlagen und Rahmenbedingungen

Die österreichischen Bundesländer verfassen Gesundheitsberichte in unterschiedlichem Umfang und unterschiedlicher Qualität. Mit dem vorliegenden Bericht wird nicht nur die schon im § 10 Reichssanitätsgesetz (RSG), RGBl. Nr. 68/1870, aufgenommene Bestimmung zur Verfassung von **Landessanitätsberichten** durch den Landessanitätsrat als beratendes und begutachtendes Organ der jeweiligen Landesregierung für das Gesundheitswesen abgedeckt, sondern er baut darüber hinaus das Berichtswesen im Sinne der Vorgaben der EU, insbesondere aber der WHO, weiter aus.

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

Ein Gesundheitsbericht kann zwar den oben umschriebenen Verfassungsbegriff nicht außer Acht lassen, 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 diesen Begriffsumfang beschränken. Darauf verweist unter anderem die von der **Weltgesundheitsorganisation** (WHO) im Jahr 1998 verabschiedete **Weltgesundheitserklärung**, in der unter anderem ausgeführt wird (vgl. WHO 1998, S. 4):

„Wir erkennen an, dass die Verbesserung der Gesundheit und des Wohlergehens der Menschen das Endziel der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung darstellt. Wir fühlen uns den ethischen Konzepten von Chancengleichheit, Solidarität und sozialer Gerechtigkeit und der Einbeziehung einer die unterschiedlichen Bedürfnisse von Männern und Frauen berücksichtigenden Perspektive in unsere Strategien verpflichtet. Wir betonen, dass es wichtig ist, bei der Verbesserung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung soziale und wirtschaftliche Chancenungleichheiten abzubauen.“

Das hier angesprochene Prinzip, zur Gesundheitsförderung nicht nur auf den Gesundheitszustand im engeren Sinne, sondern auf das gesamte Lebensumfeld abzustellen, findet auch im Konzept „**Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert**“ seinen Niederschlag. „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ ist eine Strategie mit dem Ziel, die bei der Konferenz in Alma-Ata 1978 auf den Weg gebrachte Vision „Gesundheit für alle“ (GFA) zu realisieren. Sie setzt für die ersten 20 Jahre des 21. Jahrhunderts globale Prioritäten und Ziele, um für die Menschen weltweit Bedingungen zu schaffen, damit sie während ihres gesamten Lebens eine bestmögliche Gesundheit erreichen und aufrecht erhalten können.

Die im Rahmen des Konzepts „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ definierten **21 Ziele** bilden die Grundlage für den vorliegenden Vorarlberger Gesundheitsbericht. Dementsprechend wird in jedem Kapitel dieses Berichts der Bezug zu einem oder mehreren dieser Ziele hergestellt.

1.3 Datenlage und Datenvalidität

Im vorliegenden Bericht wurden primär die Datenquellen der routinemäßigen **amtlichen Statistik** herangezogen. Die wichtigsten Datenbereitsteller waren Statistik Austria (ST.AT), das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG), der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSVT), die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) sowie die Ämter der Landesregierungen. Die 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. Die wichtigsten Datenquellen können hinsichtlich Bezugszeitraum (Zeitraum, für den die Daten derzeit verfügbar sind bzw. im vorliegenden Bericht verwendet werden), Datenbereitsteller, Inhalten, höchster sinnvoller räumlicher Auflösung, Validität und Verwendungszwecken wie folgt stichwortartig beschrieben werden können:

- **Volkszählungen** 1991 und 2001 (Datenbereitsteller: Statistik Austria, Landesstatistik-Ämter; Einwohner nach Alter, Geschlecht, Wohnort und sozioökonomischen Merkmalen; Auflösung: Wohngemeinde; Validität sehr hoch; als Bezugsgröße Grundlage für die Berechnung der meisten Gesundheitsindikatoren);
- **Todesursachenstatistik** 1991 bis 2000 (Datenbereitsteller: Statistik Austria; Verstorbene nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Haupttodesursache; Auflösung: Politische Bezirke; Validität relativ hoch, jedoch mit zunehmender Differenzierung nach Haupttodesursachen und nach Regionen abnehmend; Grundlage für die Berechnung von Mortalität [Sterblichkeit] und Lebenserwartung);
- **Krebsstatistik** 1991 bis 1998 (Datenbereitsteller: Statistik Austria, regionale Krebsregister; Krebsneuerkrankungen nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Tumorlokalisation; Auflösung: Politische Bezirke; Validität und Vollständigkeit regional und zeitlich sehr unterschiedlich, daher insgesamt eingeschränkte Verlässlichkeit; Grundlage für die Berechnung der Krebsinzidenz);
- **Diagnosen- und Leistungsdokumentation** der österreichischen Krankenanstalten 1992 bis 2000 (Datenbereitsteller: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen bzw. Statistik Austria; stationäre Fälle nach Alter, Geschlecht, Wohnort, Haupt- bzw. Nebendiagnosen sowie medizinischen Einzelleistungen; Auflösung: Politische Bezirke; Validität eingeschränkt und für epidemiologische Auswertungen nur sehr 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);
- **Straßenverkehrsunfallstatistik** 1991 bis 2000 (Datenbereitsteller: Kuratorium für Verkehrssicherheit; Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden mit zusätzlichem Vermerk betreffend Alkoholbeeinflussung der beteiligten Personen; Auflösung: Politische Bezirke; Validität hoch; Grundlage für die Ermittlung der Häufigkeit von Straßenverkehrsunfällen mit Personenschaden);
- **Mikrozensususerhebungen** 1991, 1996, 1997, 1998 und 1999 (Datenbereitsteller: Statistik Austria, Landesstatistikämter; Gesundheitszustand und gesundheitliche Rahmenbedingungen der Befragten; Auflösung: NUTS-III-Regionen; Validität 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.). 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.
- **Krankenanstaltenstatistik** 1991 bis 2000 (Datenbereitsteller: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen; Parameter der Betteninanspruchnahme, der Personalausstattung sowie der anfallenden Kosten; Auflösung: Krankenanstalten, Bundesländer; Validität insgesamt hoch, jedoch in Bezug auf den Teilbereich „Kostenstellenstatistik“ eingeschränkt; Grundlage für die Ermittlung von Inanspruchnahme- und Kostenparametern in den Krankenanstalten);

- **Österreichische Ärzteliste** 2000 (Datenbereitsteller: Österreichische Ärztekammer; berufstätige Ärzte nach Fachrichtung und Dienst- bzw. Ordinationsort sowie Angaben zu Kassenverträgen; Auflösung: NUTS-III-Regionen; Validität insgesamt hoch, jedoch in Bezug auf die regionale Zuordenbarkeit einzelner Ärzte eingeschränkt; Grundlage für die Ermittlung von regionalen Ärztedichten);
- **Lokale Datenbanken** 1986 bis 2000 (Datenbereitsteller: Amt für Statistik des Landes Vorarlberg, Arbeitskreis für Vorsorgemedizin - „aks“, Bezirksgendarmeriekommando Dornbirn, Institut „Sicher Leben“, Umweltinstitut Vorarlberg sowie Institut für Sozialdienste; Daten zum Gesundheitszustand und -verhalten, zum sozialen Umfeld und zu natürlichen Umweltbedingungen auf regionaler Ebene; Auflösung: Region Vorarlberg, Validität hoch, allerdings aufgrund unterschiedlicher Erhebungen nur eingeschränkt national vergleichbar; Grundlage für die Ermittlung von Risikofaktoren und von Indikatoren zum Gesundheitsbewusstsein und zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen);
- **Internationale Datenbanken** 2000 (Datenbereitsteller: EU, WHO, OECD; Datengrundlagen zum Gesundheitszustand und -verhalten sowie zu Gesundheitssystemen auf gesamtstaatlicher Ebene; Auflösung: Nationalstaaten; 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).

Im Gegensatz zur Ermittlung der Sterblichkeit aus der **Todesursachenstatistik**, die Vollständigkeit und **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 - „DLD“) **Vorsicht** geboten, da es hier aufgrund mangelnder Vollständigkeit oder aufgrund anderer Faktoren zu Verzerrungen bei regionalen oder zeitlichen Vergleichen kommen kann. Aufgrund dieser Datenproblematik wird im Bereich der Morbidität auf regionale Vergleiche (entsprechend dem WHO-Ziel 1) weitgehend verzichtet und der Schwerpunkt auf Unterschiede in Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand zwischen den sozioökonomischen Gruppen (entsprechend dem WHO-Ziel 2) gelegt.

Während zur Krebsinzidenz und zur „stationären“ Morbidität (also für „hochakute Morbidität“) wenigstens flächendeckende Datengrundlagen zur Verfügung stehen, ist die Abbildung der „subakuten“ bzw. „ambulanten“ **Morbidität** aufgrund mangelnder adäquater Datengrundlagen besonders **schwierig**. In der Regel wird daher zur Abbildung der „ambulanten“ Morbidität auf Survey-Daten, die über eine Stichprobenbefragung der Bevölkerung erhoben werden, zurückgegriffen. Die aktuellste derartige Erhebung ist das von Statistik Österreich (ST.AT) im September 1999 durchgeführte Mikrozensus-Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“, das - neben der Krebsstatistik - die Grundlage für mehrere nachfolgend dargestellte Analysen bildet.

Generell ist festzustellen, dass in Österreich zur Beschreibung von **Mortalität** und „stationärer Morbidität“ eine Fülle von Daten zur Verfügung steht, dass jedoch in Bezug auf die „ambulante Morbidität“ ein erhebliches **Datendefizit** existiert. Durch den Mangel an nach einheitlichen Schemata dokumentierten Daten in Bezug auf Ressourcen und Kosten im gesamten Gesundheitswesen werden systemumfassende Darstellungen (insbesondere der Kosten) behindert bzw. zum Teil verunmöglicht. **Problematisch** gestaltet sich - abgesehen von einigen wenigen Basisindikatoren wie z. B. Lebenserwartung oder Sterblichkeit - auch der **internationale Vergleich**, zumal die in den internationalen Datenbanken erfassten Indikatoren hinsichtlich Vollständigkeit und Verlässlichkeit äußerst unterschiedlich zu bewerten sind.

2 Ungleichheiten in der Gesundheit

2.1 Demographie und Sozialstruktur

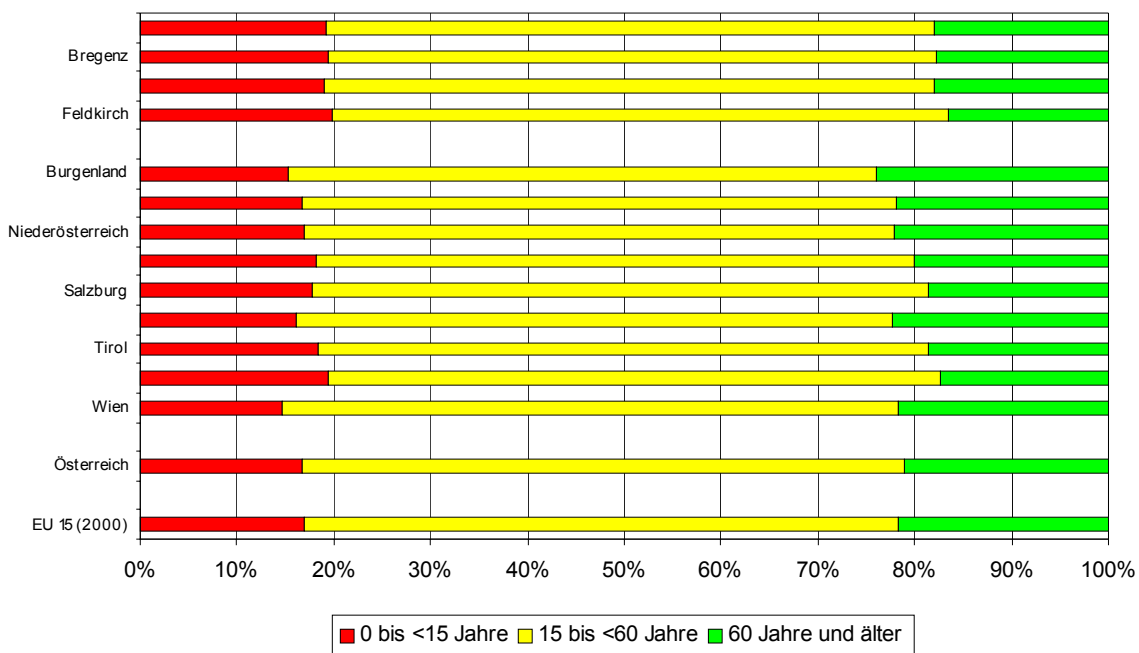
Wohnbevölkerung

Laut Volkszählung 2001 lebten im Bundesland Vorarlberg im Jahr 2001 rund **351.600** Menschen, das waren **4,4 % der österreichischen Gesamtbevölkerung**. Demnach ist Vorarlberg - gemessen an der Einwohnerzahl - das zweitkleinste Bundesland. Die Aufteilung der Bevölkerung nach Geschlechtern ist mit 49,4 % Männern und 50,6 % Frauen ausgewogen und entspricht dem österreichischen Bundesdurchschnitt.

Seit dem Jahr **1991** ist die Einwohnerzahl in Vorarlberg **um 6,1 % angestiegen** (um 2,6 %-Punkte stärker als die Einwohnerzahl in Österreich insgesamt). Ein höheres Bevölkerungswachstum verzeichneten nur noch die Bundesländer Salzburg (7,5 %) und Tirol (6,9 %). Die Zahl der Frauen (+ 6,4 %) hat in den 90er Jahren stärker zugenommen als jene der Männer (+ 5,8 %). Am stärksten wuchs die Bevölkerung im Bezirk Feldkirch (+ 8,5 %), gefolgt vom Bezirk Bludenz. Am geringsten war das Bevölkerungswachstum im Bezirk Dornbirn (+ 4,4 %). Der Ausländeranteil lag in Vorarlberg 2001 mit 13,5 % deutlich sowohl über dem Österreich-Durchschnitt (9,1 %) als auch über dem EU-Durchschnitt (5,0 %, vgl. Tab. 2.1.1).

Die Altersstruktur der Vorarlberger Bevölkerung ist im Vergleich zum Bundesdurchschnitt durch bemerkenswert **höhere Anteile jüngerer Menschen** geprägt. So liegt der Anteil der unter 15-Jährigen mit 19,4 % deutlich über dem Österreichwert von 16,8 %, der Anteil der über 60-Jährigen beträgt hingegen nur 17,4 % (Österreich: 21,0 %), womit Vorarlberg als das „jüngste“ Bundesland bezeichnet werden kann (vgl. nachstehende Abb. 2.1.1). Auch im Vergleich zur EU-Bevölkerung, deren Verteilung über die Altersgruppen etwa dem österreichischen Bundesdurchschnitt entspricht, ist die Vorarlberger Bevölkerung deutlich „jünger“. Hervorzuheben ist vor allem der Bezirk Feldkirch, wo fast zwei Drittel der Bevölkerung jünger als 45 Jahre sind (Österreich: 60,4 %, EU: 59,6 %, vgl. Tab. 2.1.1 im Tabellenanhang).

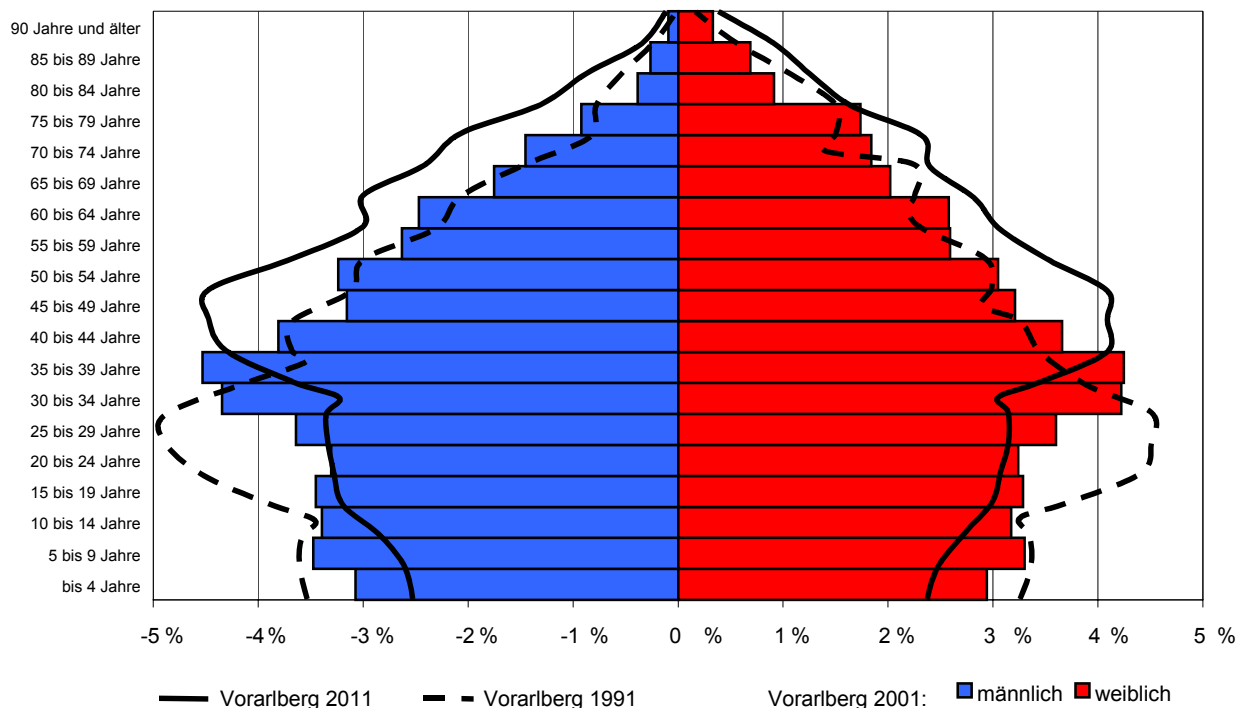
Abb. 2.1.1: Altersstruktur in Vorarlberg im Jahr 2001 im Bundesländervergleich



Quelle: Statistik Austria - Volkszählung 2001, Eurostat

Gemäß der am ÖBIG verwendeten **Bevölkerungsprognose** (regionalisierte Bevölkerungsprognose nach SPITALSKY) wird sich bis zum Jahr 2011 der Alterungsprozess in Vorarlberg - wie österreichweit - fortsetzen (vgl. nachstehende Abb. 2.1.2.). Dabei wird bundesweit ein Bevölkerungsrückgang von 0,3 Prozent prognostiziert, für Vorarlberg jedoch ein Anstieg um 5,5 Prozent. Vorarlberg 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.

Abb. 2.1.2: Altersstruktur in Vorarlberg 1991, 2001, 2011



Quellen: ST.AT - Volkszählungen 1991 und 2001; Spitalsky - Regionalisierte Bevölkerungsprognose

Sozioökonomische Struktur

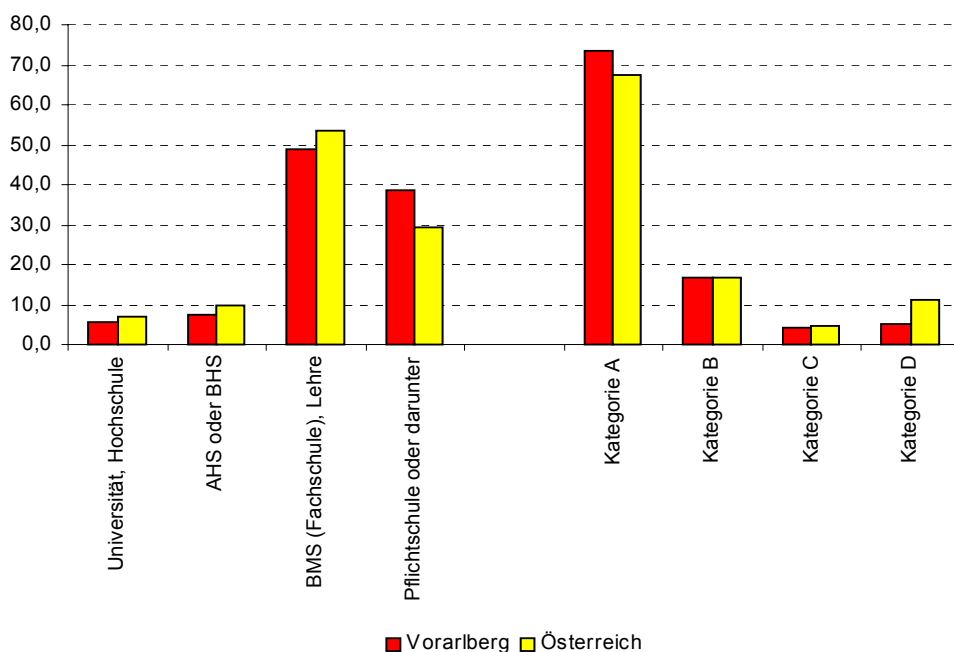
Die sozioökonomische Struktur Vorarlbergs kann anhand von Indikatoren zum Ausbildungsstand, zur Wohnsituation, zum Einkommen und zur Regionalwirtschaft wie folgt beschrieben werden:

- **Ausbildungsstand** (vgl. nachstehende Abb. 2.1.3.): Der Akademikeranteil unter den Berufstätigen liegt mit 5,4 % deutlich unter dem Österreich-Durchschnitt, ebenso jener der AHS- bzw. BHS-Absolventen (7,2 % versus 9,9 %). Der Anteil der Berufstätigen mit der Pflichtschule als höchster abgeschlossene Schulausbildung liegt mit rund 39 % fast 10 % über dem Bundesdurchschnitt. Besonders ungünstig ist die Situation diesbezüglich im Bezirk Dornbirn, deutlich günstiger hingegen in den Bezirken Feldkirch und Bregenz.
- **Wohnsituation** (vgl. nachstehende Abb. 2.1.3.): Die Wohnungsausstattung in Vorarlberg ist die beste unter allen Bundesländern. Der Anteil der Kategorie A-Wohnungen liegt mit 74 % weit über dem Bundesdurchschnitt (37 %), der Anteil der Substandard-Wohnungen deutlich darunter (5 % versus 11 %). Die Wohnnutzfläche ist hingegen mit 34,4 m² pro Einwohner vergleichsweise knapp bemessen (Österreich: 37,0), nur in der Steiermark gibt es mit 33,7 m² pro Einwohner noch weniger Wohnraum.

- **Einkommen:** Das monatliche zu versteuernde Brutto-Einkommen pro Kopf in Vorarlberg entspricht mit rund 1.600,- € etwa dem Bundesdurchschnitt. Höhere Einkünfte werden nur in den Bundesländern Niederösterreich, Salzburg und Wien erzielt.
- **Regionalwirtschaft** (vgl. nachstehende Abb. 2.1.4.): Die regionalwirtschaftliche Situation kann anhand der regionalen Wirtschaftskraft (BIP pro Einwohner), der Arbeitslosenquote sowie der Entwicklung der Beschäftigung bewertet werden. In der Gesamtbeurteilung dieser Indikatoren liegt Vorarlberg (aufgrund der unterdurchschnittlichen Arbeitslosenquote) etwas besser als Österreich insgesamt, wobei die günstigste regionalwirtschaftliche Situation in den Bezirken Bludenz und Feldkirch festzustellen ist.

Abb. 2.1.3: Sozialstruktur in Vorarlberg 1991 - Anteile der Berufstätigen nach höchsterabgeschlossener Ausbildung und Anteile der Wohnungen nach Kategorien (in %)

Legende:



Wohnungskategorie A: Heizung ohne Einzelofen + Bad, Dusche, WC

Wohnungskategorie B: Einzelofen + Bad, Dusche, WC

Wohnungskategorie C: Heizung ohne/mit Einzelofen + WC, +Wasseranschluß, keine Dusche, kein Bad

Wohnungskategorie D: Heizung ohne/mit Einzelofen, kein Wasseranschluß, keine Dusche, kein Bad, kein WC (auch wenn Dusche/Bad + kein WC)

Quellen: ST.AT - Volkszählung 1991, Häuser- und Wohnungszählung 1991, ÖBIG-eigene Berechnungen

Abb. 2.1.4: Regionalwirtschaftliche Situation in Vorarlberg 1990/2000 - Indexdarstellung (Österreich = 100)



Quellen: Statistik Austria; ÖIR; AMS, HVSVT; ÖBIG-eigene Berechnungen

Insgesamt war die **sozioökonomische Struktur Vorarlbergs** im Jahr 1991 im österreichweiten Vergleich geprägt von unterdurchschnittlichem Ausbildungsstand, ausgezeichneter Wohnungsausstattung bei allerdings relativ knappem Wohnraumangebot. Die regionalwirtschaftliche Situation Vorarlbergs in den 1990er Jahren ist gekennzeichnet durch eine Wirtschaftskraft und ein Brutto-Einkommen pro Kopf die dem österreichischen Durchschnitt entspricht. Die Beschäftigung hat in den 1990er Jahren mit knapp mehr als sieben Prozent genauso stark zugenommen wie österreichweit. Die Zahl der Arbeitslosen stieg in diesem Zeitraum in Vorarlberg jedoch mit 66 % deutlich stärker als österreichweit (+17,2 %). Trotzdem blieb die Arbeitslosenquote im Jahr 2000 mit 5,1 Prozent noch deutlich unter dem Österreichdurchschnitt von 6,1 Prozent.

Ziel 1: Bis zum Jahr 2020 sollte das derzeitige Gefälle im Gesundheitszustand zwischen den Mitgliedstaaten der Europäischen Region um mindestens ein Drittel verringert werden.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende **Teilziele** erreicht werden:

- 1.1 Die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen dem Drittel der europäischen Länder mit der höchsten und dem Drittel der Länder mit der niedrigsten Lebenserwartung sollten um mindestens 30 % verringert werden.
- 1.2 Durch raschere Verbesserung der Situation in den benachteiligten Ländern sollte die Variationsbreite bei den Werten für wichtige Indikatoren von Morbidität, Behinderungen und Mortalität unter Ländergruppen reduziert werden.

Anm.: Wie sich aus den nachfolgenden Ausführungen erkennen lässt, ist das Ziel 1 für die Region Vorarlberg ohne Relevanz.

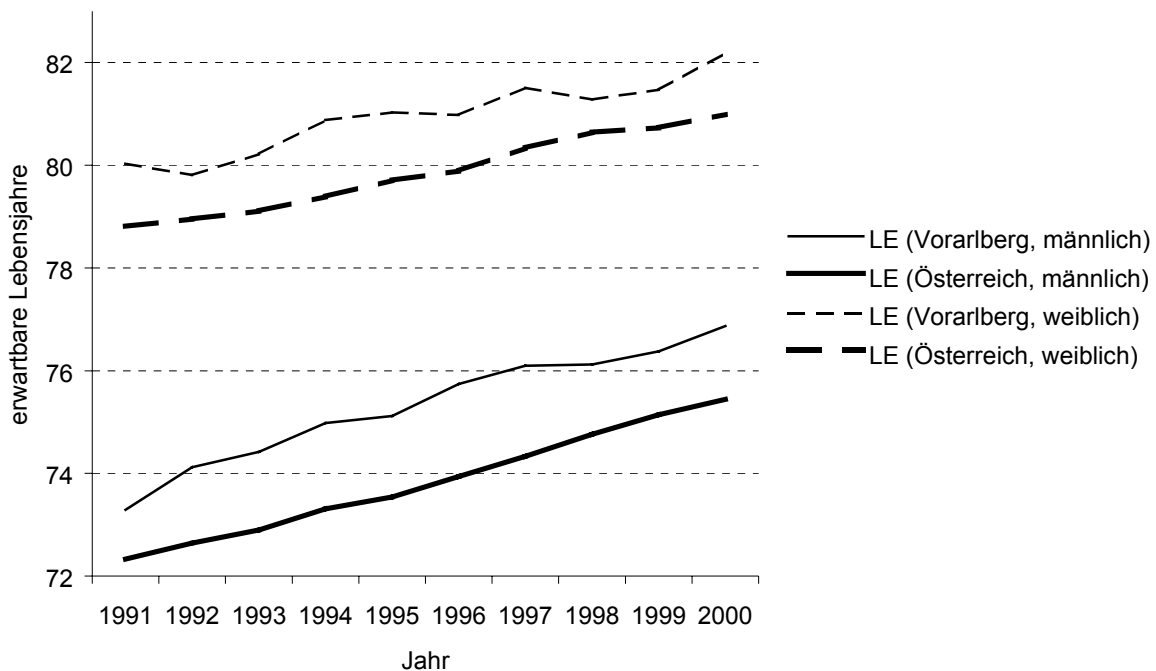
2.2 Lebenserwartung und Sterblichkeit

Lebenserwartung und Sterblichkeit werden als zentrale Indikatoren zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung interpretiert. Sie spielen neben der Morbidität und der Häufigkeit von Behinderungen eine zentrale Rolle in den ersten beiden Zielen des WHO-Konzepts „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“.

Lebenserwartung bei der Geburt

Die **Lebenserwartung** bei der Geburt ist im Bundesland Vorarlberg im Zeitraum 1991 bis 2000 von 73,3 auf **76,7** Lebensjahre bei den Männern bzw. von 80,0 auf **82,1** Jahre bei den Frauen angestiegen (die von ST.AT publizierten Werte wurden nach etwas anderen Methoden berechnet und belaufen sich auf 76,9 Lebensjahre bei den Männern bzw. 82,6 Lebensjahre bei den Frauen im Jahr 2000).

Abb. 2.2.1: Lebenserwartung bei der Geburt nach Geschlechtern in Vorarlberg 1991-2000



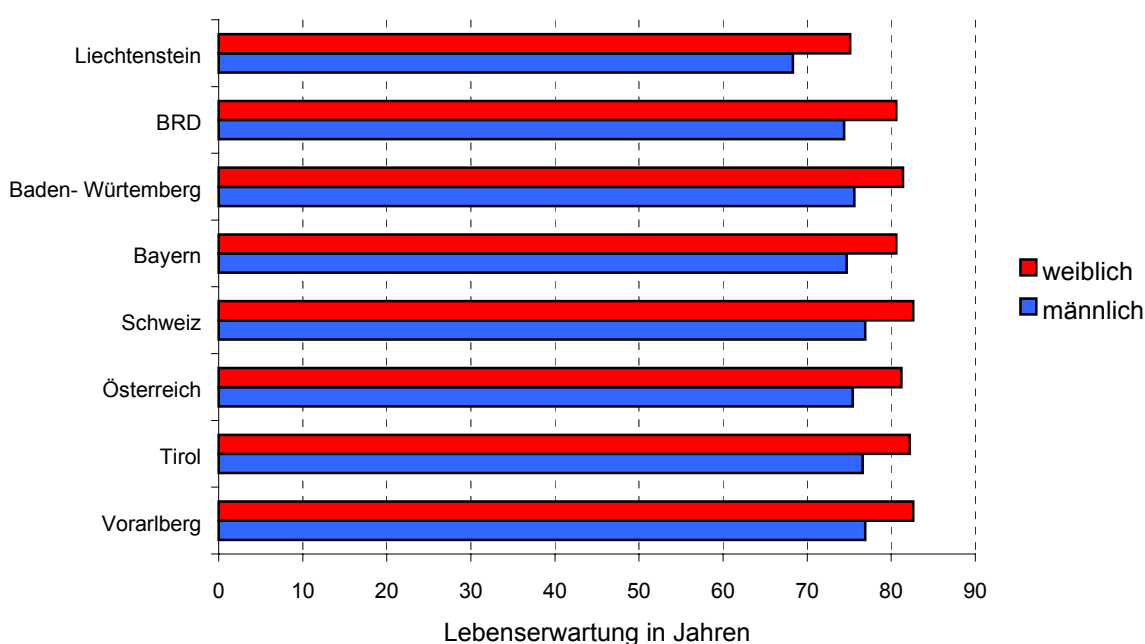
Quellen: ST.AT - VZ 1991 und 2001, Todesursachenstatistik 1991-2000; ÖBIG-eigene Berechnungen

Die Lebenserwartung der Männer lag damit in Vorarlberg während des gesamten letzten Jahrzehnts um bis zu fast zwei Jahren **über** dem **Bundesdurchschnitt**, Mitte der 90er Jahre und im Jahr 2000 sogar signifikant darüber (vgl. Karte 1 im Kartenanhang bzw. Tab. 2.2.1 im Tabellenanhang). Auch bei den Frauen lag die Lebenserwartung während des gesamten letzten Jahrzehnts deutlich über dem Bundesdurchschnitt, und zwar im Durchschnitt um etwa ein Jahr - in den Jahren 1994 und 1997 lag sie um über 1,5 Jahre (und damit signifikant) über dem österreichweiten Durchschnitt (vgl. Karte 2 bzw. Tab. 2.2.1).

Vorarlberg zählt also insgesamt - wie die anderen westlichen Bundesländer auch - zu den Regionen mit überdurchschnittlicher Lebenserwartung bei Männern (+ 2,0 %) und bei den Frauen (+ 1,4 %), die bei beiden Geschlechtern auch deutlich **über** dem **EU-Durchschnitt** liegt (vgl. Tab. 2.2.1).

Auch im Vergleich mit den umliegenden Ländern (**Bodenseeregion**) liegt Vorarlberg in Bezug auf die Lebenserwartung weiterhin an der **Spitze**. Für der Schweiz wurde für den Bezugszeitraum 1999/2000 exakt die selbe Lebenserwartung für Männer und Frauen berechnet wie für Vorarlberg. Die benachbarten deutschen Länder Bayern und Baden-Württemberg liegen hier mit einer Lebenserwartung von 74,7 sowie 75,6 Jahren bei Männern bzw. von 80,6 und 81,4 Jahren bei Frauen noch etwas zurück (vgl. Abb. 2.2.2). Für den Kleinstaat Liechtenstein berechnen sich auf Grund der starken Schwankungen der Bevölkerung nur bedingt verwendbare Daten.

Abb. 2.2.2: Lebenserwartung bei der Geburt in der Bodenseeregion 1998/2000



Quellen: ST.AT: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2000; eigene Berechnungen (Datengrundlage BRD: Sterbetafeln 1996/1998, 1997/1999; Schweiz: Sterbetafeln aus 1999/2000; Liechtenstein: Sterbetafeln aus 1998)

Sterblichkeit in Vorarlberg

In Vorarlberg versterben jährlich rund **1.200 männliche** und rund **1.300 weibliche** Personen, dennoch ist die altersstandardisierte **Sterblichkeit** der **Männer** deutlich **höher** als jene der Frauen. Insgesamt ist die **Sterblichkeit** im Bundesland Vorarlberg - spiegelbildlich zur hohen Lebenserwartung - im Vergleich zu anderen Bundesländern **niedrig**. Die Gesamtsterblichkeit der Vorarlberger Männer lag im Zeitraum 1991 bis 2000 in allen Bezirken signifikant unter dem bundesweiten Durchschnitt (vgl. Karte 3 im Kartenanhang) und insgesamt um 11,4 % niedriger als in Österreich insgesamt. Bei den Frauen ist die Situation ähnlich - hier zeigt sich ebenfalls in allen Bezirken eine im bundesweiten Vergleich signifikant niedrigere Mortalität (vgl. Karte 4), die in Vorarlberg insgesamt um 11,7 % unter dem Bundesdurchschnitt liegt.

Haupttodesursachen

Bei beiden Geschlechtern werden als mit Abstand 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 (rund 700 Verstorbene pro Jahr), bei den Männern hingegen nur rund 45 % (rund 530 Verstorbene pro Jahr). Bei beiden Geschlechtern ist etwa ein Viertel der Todesfälle auf Krebserkrankungen zurückzuführen (vgl. Abb. 2.2.3).

Bei den Männern spielen **gewaltsame Todesursachen** (Unfälle, Verletzungen und Vergiftungen) mit fast einem Zehntel aller Todesfälle in Vorarlberg eine weit wichtigere Rolle als bei den Frauen (rund 4 %, vgl. Abb. 2.2.3). Je etwa 4 bis 5 % aller Todesfälle sind auf Verdauungserkrankungen (hier werden insbesondere Lebererkrankungen subsumiert) bzw. Lungenerkrankungen zurückzuführen.

Potenziell verlorene Lebensjahre („potential life years lost - PLYL“)

Während in Bezug auf die Sterblichkeit insgesamt die Herz-/Kreislaufkrankungen und die Krebserkrankungen die quantitativ weitaus bedeutsamsten Todesursachen sind, zeigt sich für die durch die einzelnen Todesursachen „verlorenen Lebensjahre“ (durch Tod im Alter unter 65 Jahren) eine **ganz andere Gewichtung**.

Trotz großer Fortschritte in der Unfallverhütung und einem Rückgang der unfallbedingt verlorenen Lebensjahre gingen bei den **Männern** im Jahr 2000 immer noch die meisten Lebensjahre durch **Unfälle, Verletzungen** und **Vergiftungen** verloren (bedingt durch das meist relativ niedrige Alter der Unfalltoten), die Herz-/Kreislauf- und die Krebserkrankungen spielen eine vergleichsweise untergeordnete Rolle (vgl. Abb. 2.2.4).

Bei den **Frauen** sind hingegen die meisten verlorenen Lebensjahre den **Krebserkrankungen** und den „sonstigen Todesursachen“ zuzuschreiben. Aber auch hier spielen Unfälle, Verletzungen und Vergiftungen eine bedeutende Rolle, Herz-/Kreislaufkrankungen sind in Bezug auf die PLYL bei Frauen praktisch zu vernachlässigen, zumal Frauen nur sehr selten vor dem 65. Lebensjahr an einer solchen Erkrankung versterben (vgl. Abb. 2.2.4).

Regionale Unterschiede in der Sterblichkeit

Wenngleich die gesundheitliche Situation der Vorarlberger Bevölkerung aufgrund der Parameter „Lebenserwartung“ und „Sterblichkeit“ als vergleichsweise sehr günstig einzuschätzen ist und sich **innerhalb Vorarlbergs** nur **geringe regionale Unterschiede** in der Sterblichkeit zeigen, treten bei der detaillierten Analyse der Mortalität nach Todesursachengruppen und einzelnen Bezirken doch gewisse Auffälligkeiten zu Tage.

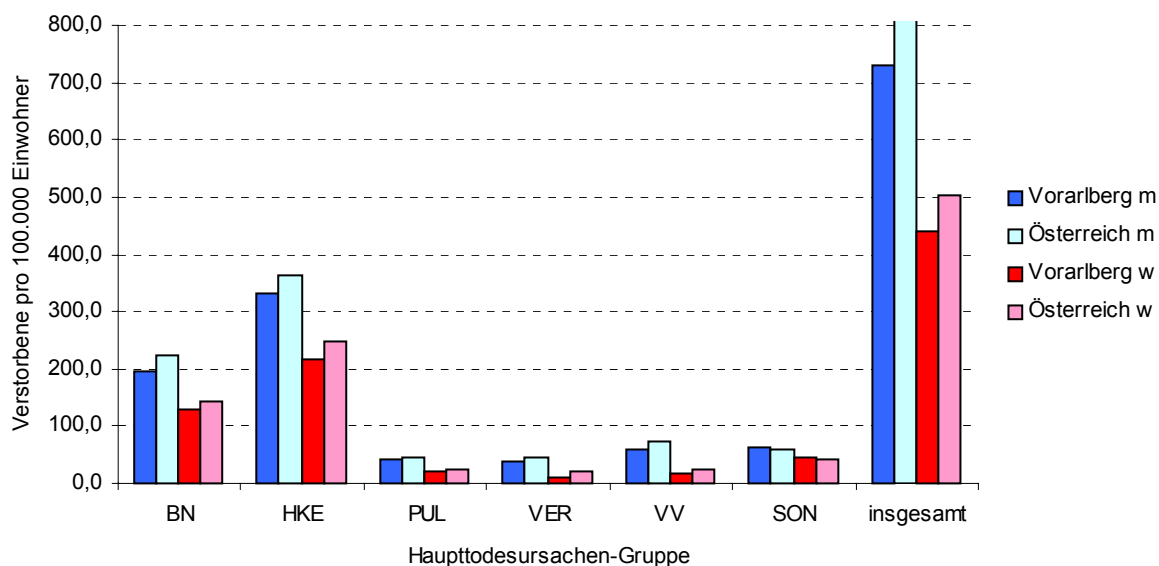
Eine eher ungünstige Situation mit erhöhter Sterblichkeit zeichnet sich in folgenden Bereichen ab (vgl. Tab. 2.2.2 bis Tab. 2.2.4 im Tabellenanhang sowie Abb. 2.2.5 und 2.2.6):

- Sterblichkeit der Männer an Herz-/Kreislaferkrankungen im Bezirk Bludenz (insbesondere betreffend die unter 65-jährigen Männer mit gegenüber dem Vorarlberger Landesdurchschnitt signifikant erhöhter Sterblichkeit);
- Sterblichkeit der Männer an Verdauungserkrankungen (auch bei den unter 65-Jährigen) sowie in Bezug auf Selbstmord im Bezirk Dornbirn;
- Sterblichkeit der Männer aufgrund von Verletzungen im Bezirk Bludenz (auch bei den unter 65-Jährigen), also in einer klassischen Sportregion;
- Gesamtsterblichkeit der unter 75-jährigen und der 65-jährigen Männer im Bezirk Bludenz;
- Gesamtsterblichkeit der Frauen (auch der unter 65-Jährigen) im Bezirk Feldkirch.

Das unter dem **WHO-Ziel 1** formulierte Konzept, regionale Unterschiede bis zum Jahr 2020 um ein Drittel zu verringern, ist also **für Vorarlberg ohne Relevanz**, zumal das Bundesland Vorarlberg und dessen Bezirke innerhalb Österreichs und auch innerhalb der EU in Bezug auf die Sterblichkeit in einer führenden Position sind.

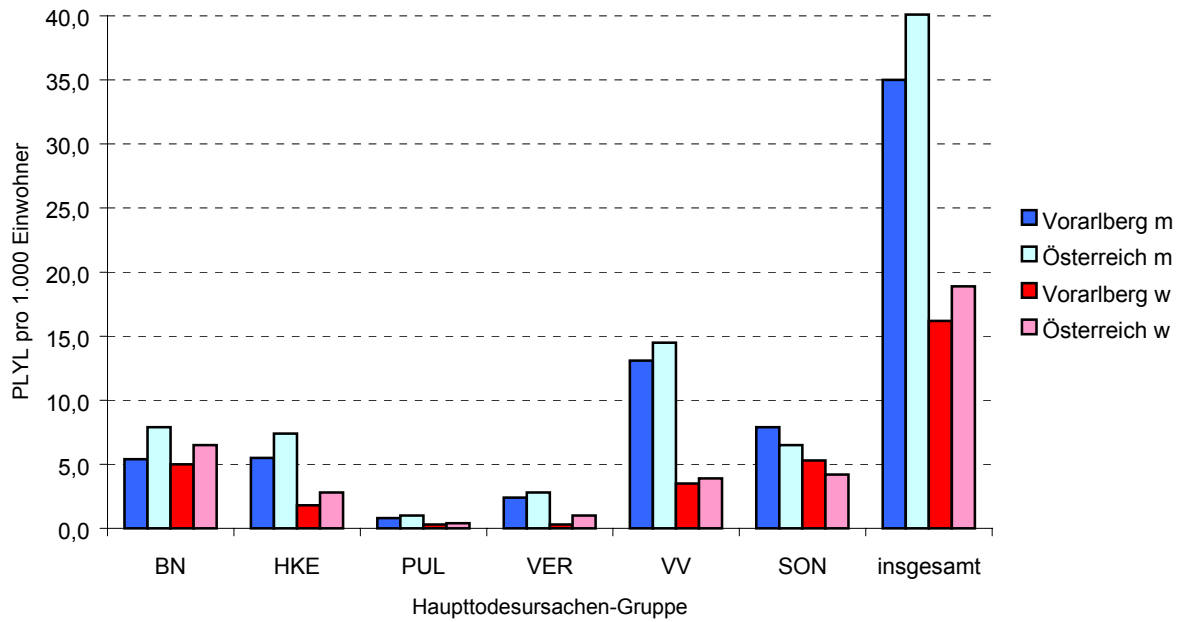
Dennoch dürfte auch in Vorarlberg ein erhebliches **Potenzial** zur **Verhinderung** des „**vorzeitigen Todes**“ (im Alter von unter 65 Jahren) existieren, insbesondere in Bezug auf Unfälle, Selbstmord, bestimmte Krebsarten sowie Herz-/Kreislauf- und Atemwegserkrankungen - immerhin versterben jährlich rund 600 Landesbürger unter 65-jährig, und zwar insbesondere an Krebs (36 %), an Herz-/Kreislaferkrankungen (23 %) sowie an Verletzungen (17 %). Außerdem zeigt das Gefälle in der Sterblichkeit zwischen Männern und Frauen (die unter 65-jährigen Männer haben etwa ein mehr als doppelt so hohes Sterberisiko wie die unter 65-jährigen Frauen), dass vor allem bei den Vorarlberger Männern ein erhebliches Potenzial zur Verbesserung ihrer Gesundheit besteht.

Abb. 2.2.3: Sterblichkeit*) nach Haupttodesursachen 2000



*)Verstorbene pro 100.000 Einwohner (altersstandardisiert, Standardbevölkerung = Europabevölkerung)
 Legende: BN = Bösartige Neubildungen (ICD9 140.x-208.x) HKE = Herz-/Kreislaferkrankungen (ICD9 390.x-459.x)
 PUL = Lungenerkrankungen (ICD9 460.x –519.x) VER = Erkrankungen der Verdauungsorgane (ICD9 520.x-579.x)
 VV = Verletzungen und Vergiftungen, inkl. Selbstmord (ICD9 800.x-999.x)
 Quellen: ST.AT - Todesursachenstatistik 2000, Volkszählungen 1991 und 2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Abb. 2.2.4: Potenziell verlorene Lebensjahre*) (< 65 Jahre) nach Haupttodesursachen 2000

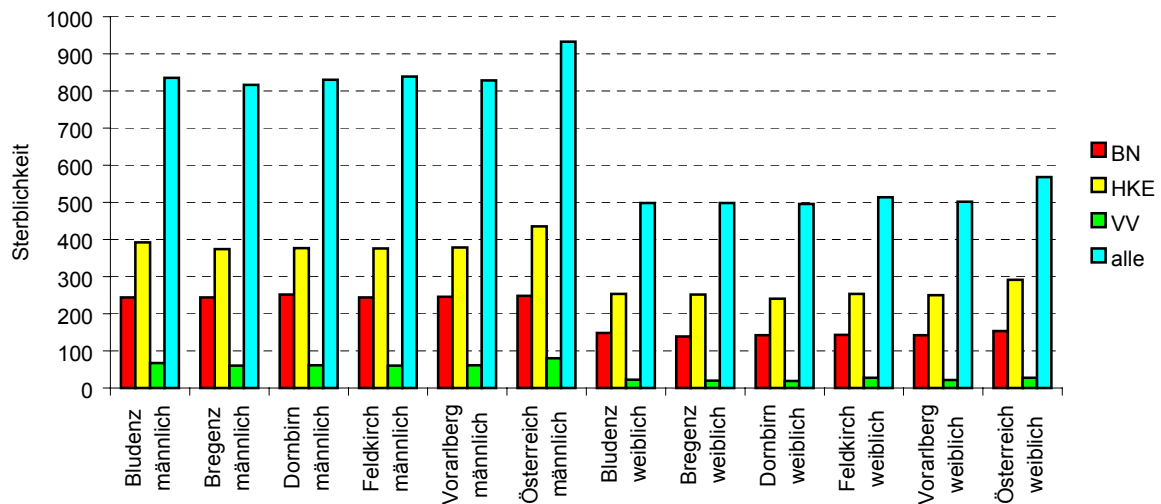


*) „Potential life years lost“ (PLYL) durch Tod vor dem 65 Lebensjahr

Legende: BN = Bösartige Neubildungen (ICD9 140.x-208.x) HKE = Herz-/Kreislaufkrankungen (ICD9 390.x-459.x)
 PUL = Lungenerkrankungen (ICD9 460.x-519.x) VER = Erkrankungen der Verdauungsorgane (ICD9 520.x-579.x)
 VV = Verletzungen und Vergiftungen, inkl. Selbstmord (ICD9 800.x-999.x)

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

Abb. 2.2.5: Sterblichkeit*) nach Haupttodesursachen und Regionen 1991-2000

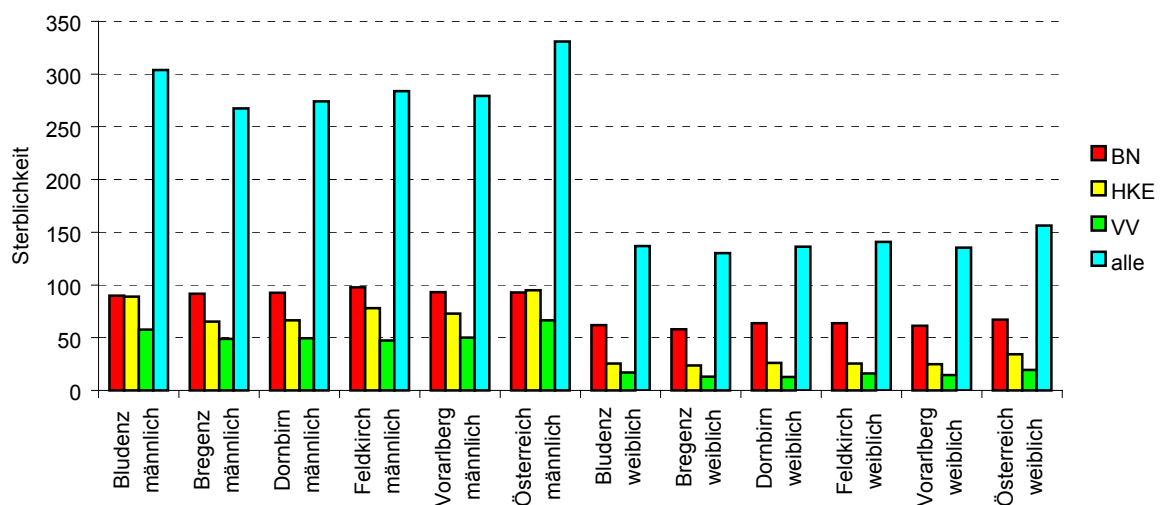


*) Verstorbene pro 100.000 Einwohner (altersstandardisiert, Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Legende: BN = Bösartige Neubildungen (ICD9 140.x-208.x) HKE = Herz-/Kreislaufkrankungen (ICD9 390.x-459.x)
 VV = Verletzungen und Vergiftungen, inkl. Selbstmord (ICD9 800.x-999.x)

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

Abb. 2.2.6: Sterblichkeit*) nach Haupttodesursachen und Regionen 1991-2000 (< 65 Jahre)



*) Verstorbene pro 100.000 Einwohner unter 65 Jahren (altersstandardisiert, Standardbev. = Europabevölkerung)

Legende: BN = Bösartige Neubildungen (ICD9 140.x-208.x) HKE = Herz-/Kreislaufkrankungen (ICD9 390.x-459.x)
VV = Verletzungen und Vergiftungen, inkl. Selbstmord (ICD9 800.x-999.x)

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

Lebenserwartung und Sterblichkeit nach sozioökonomischen Gruppen

Wenngleich kein direkter zwingender Zusammenhang zwischen Lebenserwartung und Gesundheitszustand besteht, so wird doch davon ausgegangen, dass eine höhere Lebenserwartung mit geringerer Morbidität und daher auch mit besserer Gesundheit assoziiert ist. Die beiden angeführten WHO-Ziele stellen einerseits auf die regionalen Unterschiede in der Lebenserwartung und andererseits auf Unterschiede zwischen sozioökonomischen Gruppen ab (vgl. dazu WHO-Ziel 2 unten). Während die regionalen Unterschiede mit den vorliegenden Daten systematisch (auch im Zeitverlauf) dargestellt werden können, ist dies für die **sozioökonomischen Unterschiede** in der **Lebenserwartung** aufgrund fehlender Daten in Österreich derzeit **nicht möglich**.

Ähnliches gilt in Bezug auf die **Sterblichkeit**. Allerdings wurden 1995 zum ersten und bisher einzigen Mal die sozioökonomischen Unterschiede in der Sterblichkeit der österreichischen Bevölkerung untersucht, wobei folgende Zusammenhänge nachgewiesen wurden (vgl. dazu DOBLHAMMER-REITER, S. 71):

- Mit zunehmender Bildung nimmt das Sterberisiko ab - besonders ausgeprägt sind diese Unterschiede im Alter zwischen 35 und 49 Jahren, auf einem niedrigeren Niveau bleiben sie aber auch in den höheren Altersgruppen bestehen.
- Bildungsspezifische Unterschiede in der Sterblichkeit sind bei jüngeren Männern größer als bei jüngeren Frauen, erst ab dem Alter von 65 und mehr Jahren gleichen sich die Unterschiede an.
- Das Sterberisiko unterscheidet sich nicht nur nach Bildungsgruppen, signifikante Unterschiede gibt es auch nach Berufsstand und Familiensituation.

Wenngleich diese Untersuchung für die gesamtösterreichische Bevölkerung durchgeführt wurde, ist die Annahme statthaft, dass diese Befunde auch für die Vorarlberger Bevölkerung gelten. In welchem Umfang dies der Fall ist, könnte für den Zeitraum um das Jahr 2000 nur dann festgestellt werden, wenn die Todesursachenstatistik in Kombination mit dem Personenregister entsprechend ausgewertet werden würde, was nur im Rahmen einer aufwändigen Zusatzauswertung durch Statistik Austria möglich wäre.

Ziel 2: Bis zum Jahr 2020 sollte das Gesundheitsgefälle zwischen sozioökonomischen Gruppen innerhalb der Länder durch wesentliche Verbesserung der Gesundheit von benachteiligten Gruppen in allen Mitgliedstaaten um mindestens ein Viertel verringert werden.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende **Teilziele** erreicht werden:

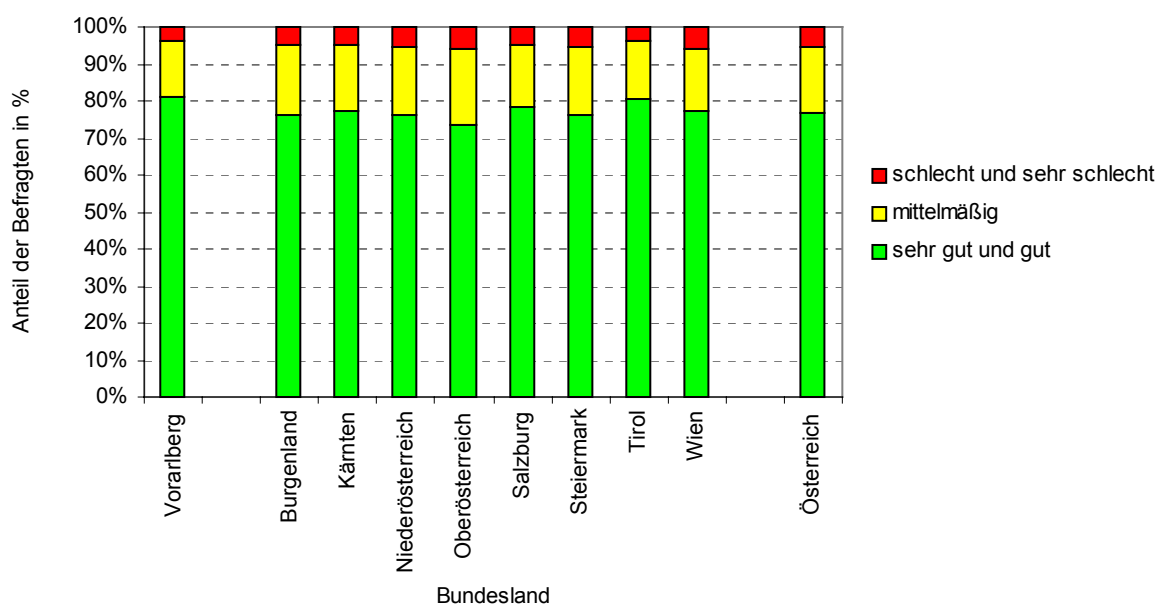
- 2.1 Das Gefälle in der Lebenserwartung zwischen sozioökonomischen Gruppen sollte um mindestens 25 % reduziert werden.
- 2.2 Die Werte für die wichtigsten Indikatoren von Morbidität, Behinderungen und Mortalität sollten sich auf dem sozioökonomischen Gefälle gleichmäßiger verteilen.
- 2.3 Sozioökonomische Bedingungen, die die Gesundheit beeinträchtigen, vor allem Unterschiede im Einkommen, im Bildungsstand und im Zugang zum Arbeitsmarkt, sollten wesentlich verbessert werden.
- 2.4 Der Anteil der in Armut lebenden Bevölkerung sollte erheblich verringert werden.
- 2.5 Personen mit besonderen Bedürfnissen aufgrund ihrer gesundheitlichen, sozialen oder wirtschaftlichen Situation sollten vor gesellschaftlicher Ausgrenzung geschützt werden und ungehinderten Zugang zu bedarfsgerechter Versorgung erhalten.

2.3 Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten

Subjektiver Gesundheitszustand

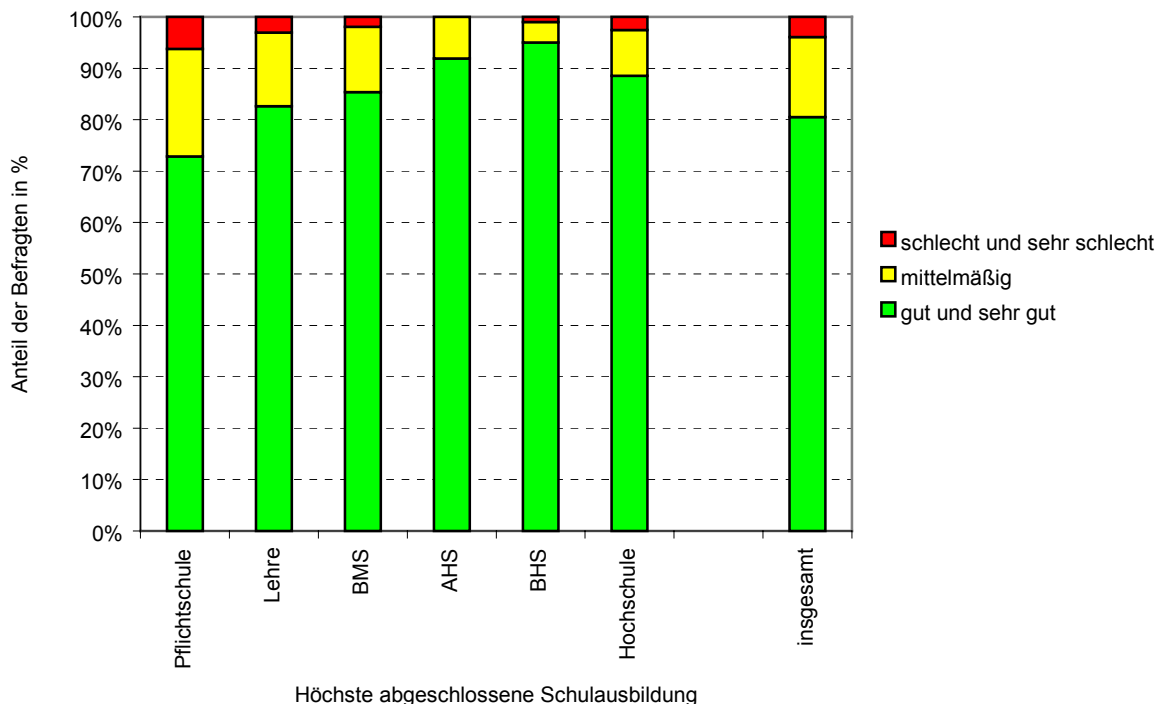
Die Vorarlberger fühlen sich gesundheitlich vergleichsweise **ausgezeichnet**. Mit einem Anteil von fast 81 Prozent der über 15-Jährigen, die sich laut Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit 1999“ gesundheitlich „gut“ oder „sehr gut“ fühlen, liegt Vorarlberg im Bundesländervergleich an der **Spitze** und um fast fünf Prozent über dem Bundesdurchschnitt (vgl. Abb. 2.3.1). Dieser Anteil ist bei Männern und Frauen etwa gleich hoch und hat sich gegenüber dem letzten Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ im Jahr 1991 insgesamt leicht gesteigert. Ähnlich wie in Österreich insgesamt sinkt der Anteil jener Personen, die sich gesundheitlich zumindest „gut“ fühlen, mit zunehmendem Alter deutlich ab (vgl. Tab. 2.3.1 im Tabellenanhang).

Abb. 2.3.1: Subjektiver Gesundheitszustand nach Bundesländern 1999



Quellen: ST.AT - Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit 1999“ (n=38.184); ÖBIG-eigene Berechnungen

Abb. 2.3.2: Subjektiver Gesundheitszustand nach Bildungsschichten in Vorarlberg 1999



Quellen: ST.AT - Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit 1999“ (n=3.166); ÖBIG-eigene Berechnungen

Die **Unterschiede** zwischen den **sozialen Gruppen** (vgl. dazu Abb. 2.3.2 oben) in Bezug auf das Gesundheitsverhalten finden offensichtlich ihren Niederschlag im **subjektiv empfundenen Gesundheitszustand**: Der Anteil jener befragten Vorarlberger, die ihren eigenen Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“ einschätzen, steigt von etwa 73 Prozent bei den Pflichtschulabsolventen mit steigender Schulausbildung bis auf rund 95 Prozent bei den BHS-Absolventen kontinuierlich an. In der Gruppe der Akademiker sinkt er wieder etwas ab, was mit der kritischeren bzw. aufmerksameren Grundhaltung dieser Bevölkerungsgruppe gegenüber der eigenen Gesundheit zu tun haben mag (vgl. Abb. 2.3.2).

Der Anteil der befragten Vorarlberger, die unter keinerlei **Gesundheitsbeschwerden** litten, lag bei den Pflichtschulabsolventen nur bei etwas mehr als der Hälfte, bei den AHS- und BHS-Absolventen hingegen bei fast drei Viertel (vgl. Tab. 2.3.2). Ähnliches gilt für das Vorliegen einer **chronischen Erkrankung** bei der jeweils befragten Person: Je höher die Schulbildung, umso höher tendenziell auch der Anteil jener Personen, die unter keinerlei chronischer Erkrankung litten (unter 80 % bei den Pflichtschulabsolventen, rund 90 % bei AHS- und BHS-Absolventen). Schließlich lag auch der Anteil jener Befragten, die in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung mehr als eine **schwere Erkrankung** hatten, unter den Pflichtschulabsolventen mit Abstand am höchsten (rund 16 %), bei den BHS-Absolventen war hier hingegen der mit Abstand niedrigste Anteil festzustellen (5,5 %, vgl. Tab. 2.3.2). Die bestehenden **Unterschiede** zwischen den **sozialen Gruppen** sind also nicht nur in Bezug auf den subjektiv empfundenen Gesundheitszustand, sondern auch hinsichtlich der tatsächlichen Erkrankungshäufigkeit deutlich zu erkennen.

Krankenhausmorbidity

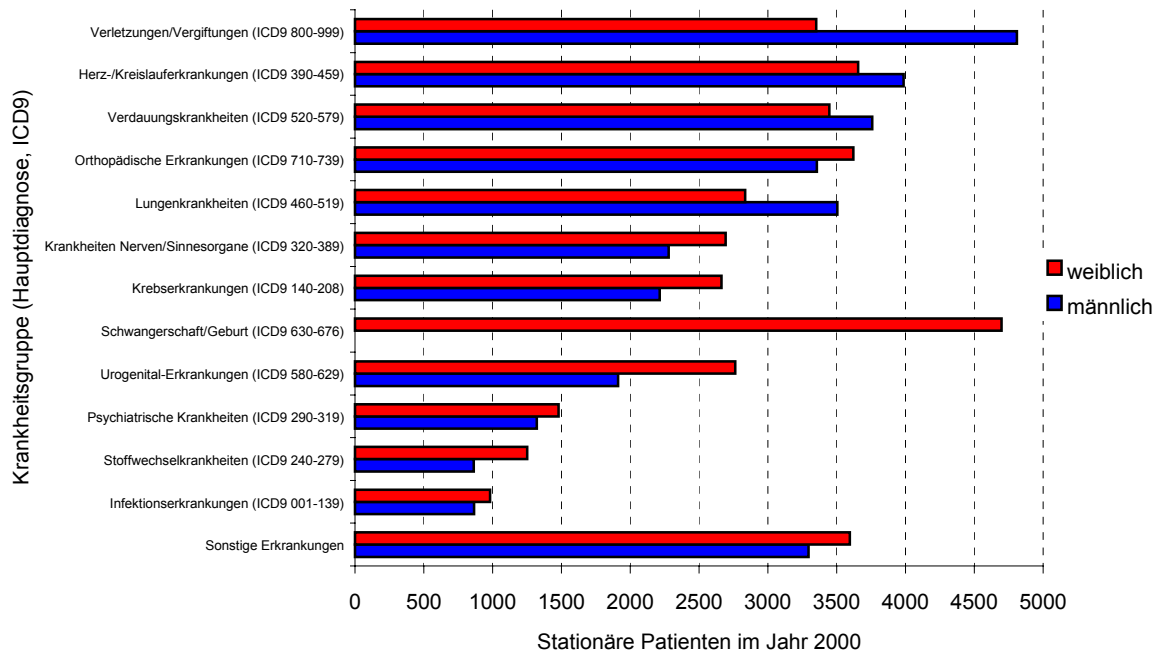
Im Jahr 2000 wurden Vorarlberger Landesbürger insgesamt rund 90.000 Mal in einem Krankenhaus in Österreich stationär aufgenommen. Diese rund **90.000 „stationären Fälle“** (inkl. rund 10.600 tagesklinische Fälle) beinhalten auch die während des Jahres mehrfach aufgenommenen Patienten. Blendet man diese „Mehrfachaufnahmen“ aus, so ergibt sich, dass die rund 90.000 „stationären Fälle“ von rund **60.000 Personen** („stationären Patienten“) „erzeugt“ wurden. Die **Krankenhausmorbidity** (gemessen in Krankenhausaufnahmen exkl. Mehrfachaufnahmen pro 1.000 Einwohner) liegt mit rund 169 stationären Patienten pro 1.000 Einwohner in Vorarlberg um etwa sieben Prozent **unter** dem **Bundesdurchschnitt**.

Die häufigste **Ursache** für eine **Krankenhausaufnahme** von Vorarlberger Landesbürgern (unabhängig vom Typ der Krankenanstalten, also Akutkrankenanstalten sowie auch Rehabilitationseinrichtungen umfassend) sind Verletzungen von männlichen Personen (rund 4.800 Patienten im Jahr 2000), gefolgt von Schwangerschaft/Geburt bei den Frauen (rund 4.700 Patientinnen) sowie von Herz-/Kreislaufkrankungen, Verdauungserkrankungen und orthopädischen Erkrankungen bei beiden Geschlechtern (jeweils in der Größenordnung zwischen 3.500 und 4.000 Patienten pro Geschlecht, vgl. Abb. 2.3.3).

Die **Wahrscheinlichkeit** einer Krankenhausaufnahme (Krankenhaushäufigkeit) **steigt** ab dem Alter von 15 Jahren bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem **Alter** tendenziell an. bei den Frauen sinkt sie nach dem gebärfähigen Alter vorübergehend leicht ab, um danach wieder deutlich anzusteigen (vgl. Abb. 2.3.4). Die durchschnittliche **Belagsdauer** (dBD) lag im Jahr 2000 bei Berücksichtigung aller Krankenanstalten bei rund 7,4 Tagen, bei Einschränkung der Betrachtung auf die Akutkrankenanstalten (Fonds-Krankenanstalten) bei rund 5,8 Tagen. Auch die Belagsdauer steigt mit zunehmendem Alter tendenziell an (vgl. Abb. 2.3.3), wobei sich vor allem bei den Männern ein markanter Anstieg der dBD ab dem Alter von 20 Jahren abzeichnet.

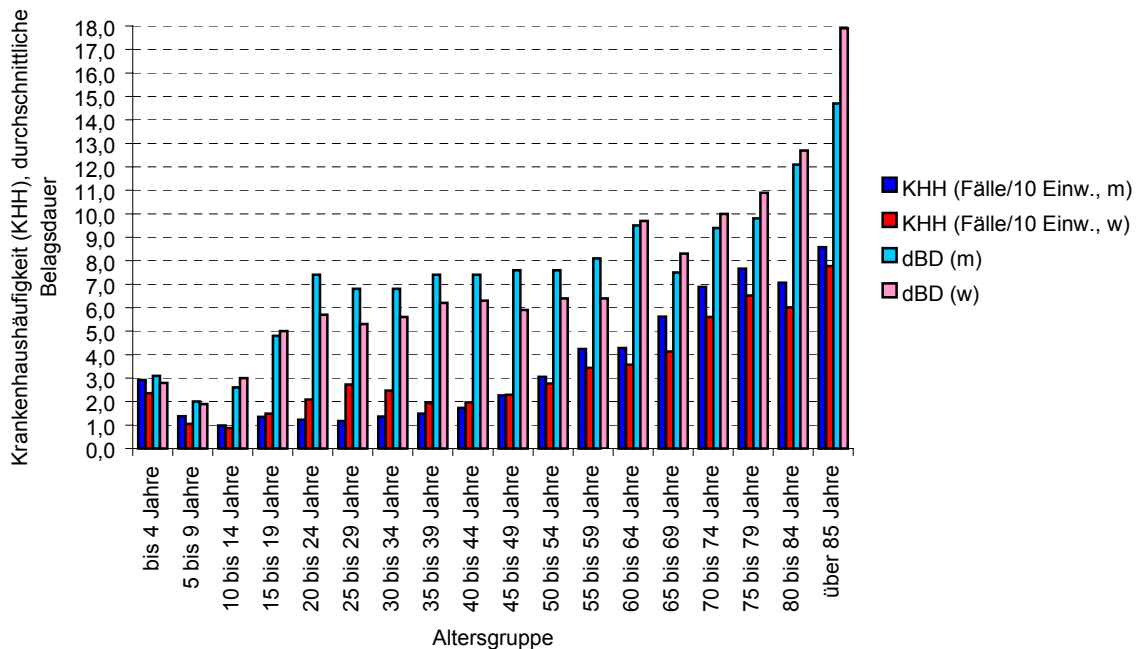
Unterschiede zwischen den **sozialen Gruppen** können aus der hier verwendeten Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten nicht ermittelt werden, zumal entsprechende Merkmale im Basisdatensatz nicht erfasst werden.

Abb. 2.3.3: Krankenhausbilanz der Vorarlberger nach Diagnosengruppen 2000



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

Abb. 2.3.4: Krankenhaushäufigkeit und durchschnittliche Belagsdauer der Vorarlberger 2000



Legende: KHH = Krankenhaushäufigkeit (stationäre Fälle pro 10 Einwohner)
 DBD = durchschnittliche Belagsdauer (Belagstage pro stationärem Fall)

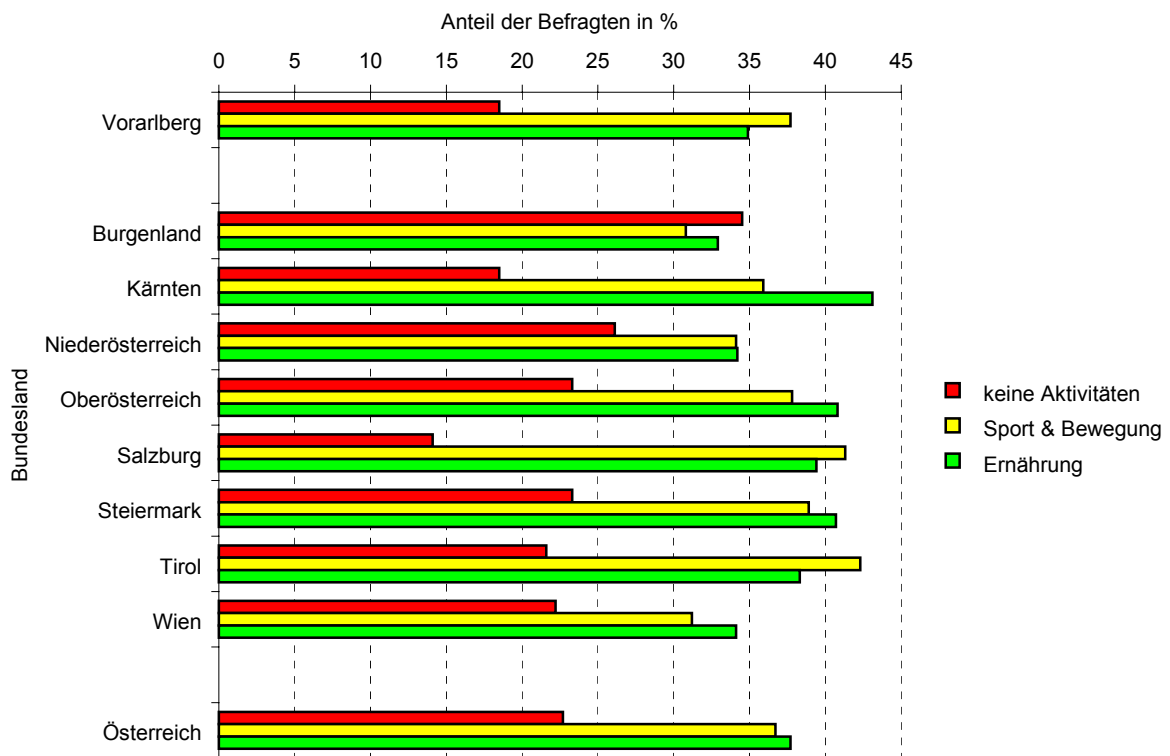
Quellen: BMSG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2000; ÖBIG-eigene Berechnungen

Gesundheitsverhalten

Trotz des im bundesweiten Vergleich hervorragenden Gesundheitszustands ist das **Gesundheitsverhalten** der Vorarlberger Bevölkerung - zumindest nach deren Eigeneinschätzung - nicht besonders ausgeprägt. Zwar liegt der Anteil der über 15-Jährigen Landesbürger, die laut Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit 1999“ keinerlei bewusste Aktivitäten zur eigenen Gesunderhaltung setzen, mit 18 % deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (23 %) und der Anteil der zur Gesunderhaltung bewusst **Sport und Bewegung** Suchenden knapp über dem Bundesdurchschnitt (38 % versus 37 %), ansonsten scheint sich aber das Gesundheitsverhalten der Vorarlberger nur wenig von jenem in Österreich insgesamt zu unterscheiden (vgl. Tab. 2.3.2).

Der Anteil der Befragten mit bewusst gesunder **Ernährung** liegt mit 35 % unter dem bundesweiten Durchschnitt und - ebenso wie der Anteil der bewusst Sport und Bewegung Suchenden - zum Teil deutlich hinter einigen anderen Bundesländern zurück (vgl. Abb. 2.3.5). Dennoch ist das Problem der Übergewichtigkeit in Vorarlberg deutlich geringer ausgeprägt als in Österreich insgesamt (Anteil der befragten Personen mit BMI > 27 bei 22 % versus 26 % bundesweit). Der Anteil jener Personen, die sich zumindest 1 x pro Woche intensiv **sportlich** betätigen, unterscheidet sich kaum vom Bundesdurchschnitt. Die **Raucheranteile** liegen nur geringfügig unter dem bundesweiten Durchschnitt, wobei die Vorarlberger in Bezug auf die Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten eher zu den moderaten Konsumenten gehören. Bemerkenswert ist indes der vergleichsweise hohe Anteil unter den Vorarlbergern, die an **Gesundenuntersuchungen** teilnehmen - dieser liegt mit 35 % um über 10 % über dem österreichweiten Anteil (vgl. Tab. 2.3.2).

Abb. 2.3.5: Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen nach Bundesländern 1999

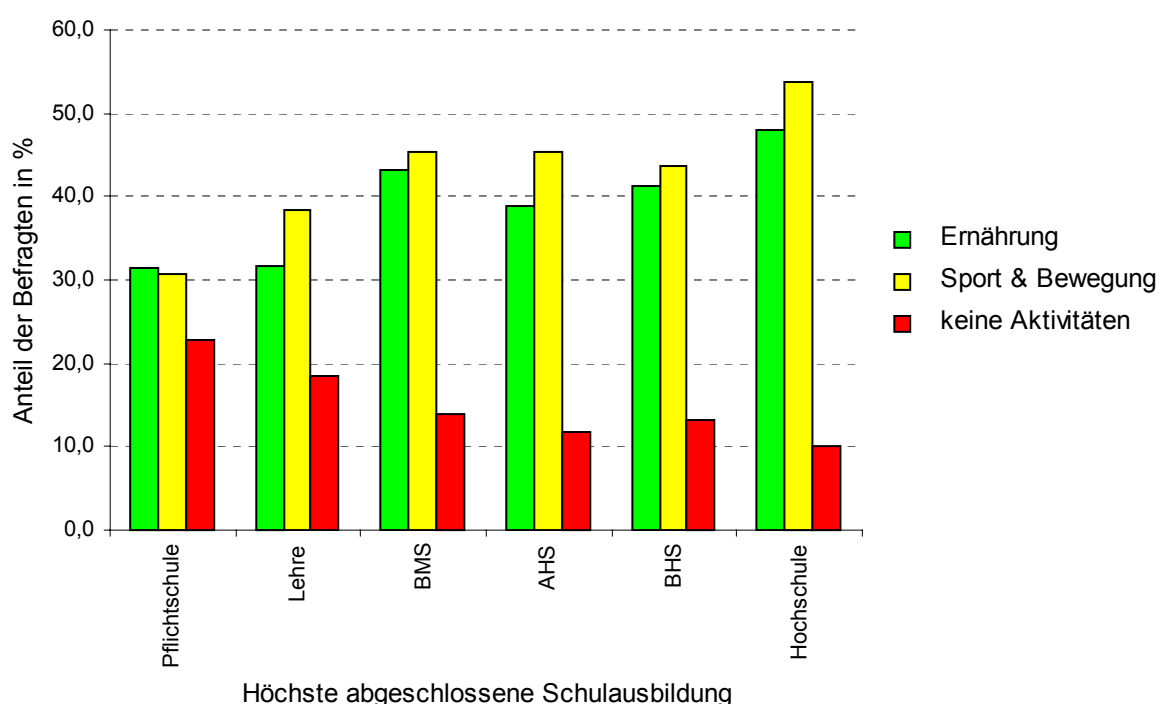


Quellen: ST.AT - Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit 1999“; ÖBIG-eigene Berechnungen

Der in der Literatur bereits vielfach beschriebene **Zusammenhang** zwischen **Gesundheitsverhalten** bzw. Gesundheitszustand einerseits und der **sozialen Schichtzugehörigkeit** andererseits lässt sich auch für die Vorarlberger Bevölkerung nachweisen.

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 4.300 befragten Vorarlberger im Alter über 15 Jahren - mit höherer Schulausbildung auch ein höherer Anteil an Personen mit gesundheitsbewusster Ernährung bzw. mit bewusst zur Gesundheitsförderung betriebenen sportlichen Aktivitäten einher geht. Umgekehrt sinkt der Anteil jener Personen, die keinerlei gezielte Aktivitäten zur Förderung der eigenen Gesundheit setzen, mit steigender Schulbildung kontinuierlich ab (vgl. Abb. 2.3.6).

Abb. 2.3.6: Gesundheitsrelevantes Verhalten nach Bildungsschichten in Vorarlberg 1999



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

Dieser „**soziale Schichtgradient des Gesundheitsverhaltens**“ zeigt sich auch in Bezug auf das Rauchen (der höchste Anteil an Nie-Rauchern findet sich unter den AHS- und BHS-Absolventen, der mit Abstand höchste Anteil an starken Rauchern unter den Personen mit Lehrabschluss), auf Übergewichtigkeit (höchster Anteil an Übergewichtigen mit einem Body-Mass-Index über 30 kg/m² unter den Pflichtschulabsolventen, höchster Anteil an sehr schlanken Personen mit einem Body-Mass-Index unter 20 kg/m² unter den BHS-Absolventen) sowie auf besonders intensive sportliche Betätigung (höchster Anteil an Intensiv-Sportlern in der Gruppe der Hochschulabsolventen, vgl. Tab. 2.3.2 im Tabellenanhang). Hinsichtlich der Teilnahme an Gesundenuntersuchungen zeigen sich hingegen nur relativ geringe Unterschiede zwischen den sozialen Gruppen.

Ähnlich wie aus den oben beschriebenen regionalen Vergleichen kann aus dem Vergleich der gesundheitlichen Parameter zwischen den sozioökonomischen Gruppen der Schluss gezogen werden, dass auch in Vorarlberg immer noch ein **Potenzial** zur **Verbesserung** der **Gesundheit** durch tendenzielle Angleichung dieser Parameter bei den schlechter gestellten Gruppen an die Werte der besten Gruppen besteht, womit zur Erreichung des WHO-Ziels 2 wesentlich beigetragen werden könnte.

Ziel 3: Bis zum Jahr 2020 sollten sich alle neu geborenen Säuglinge und Kinder im Vorschulalter in der Region einer besseren Gesundheit erfreuen, damit sie gesund ihr Leben beginnen können.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende **Teilziele** erreicht werden:

3.1 Alle Mitgliedstaaten sollten für einen besseren Zugang zu bedarfsgerechten reproduktionsmedizinischen Diensten sowie zu einer Schwangerschaftsvorsorge und -fürsorge und einer Gesundheitsversorgung für Kinder sorgen.

3.2 In keinem Land sollte die Säuglingssterblichkeit über 20 pro 1000 Lebendgeburten liegen; Länder mit Sterblichkeitsraten unter 20 sollten sich bemühen, die Rate auf 10 oder weniger zu reduzieren.

3.3 In Ländern, in denen die Säuglingssterblichkeit unter 10 pro 1000 Lebendgeburten liegt, sollte der Anteil der Neugeborenen, die ohne angeborene Krankheiten oder Behinderungen zur Welt kommen, erhöht werden.

3.4 Bei Kindern unter 5 Jahren sollten Mortalität und Behinderungen infolge von Unfällen und Gewalteinwirkung um mindestens 50 % reduziert werden.

3.5 Der Anteil der Kinder, die mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2500 g zur Welt kommen, sollte um mindestens 20% gesenkt werden, und die bestehenden Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern sollten signifikant verringert werden.

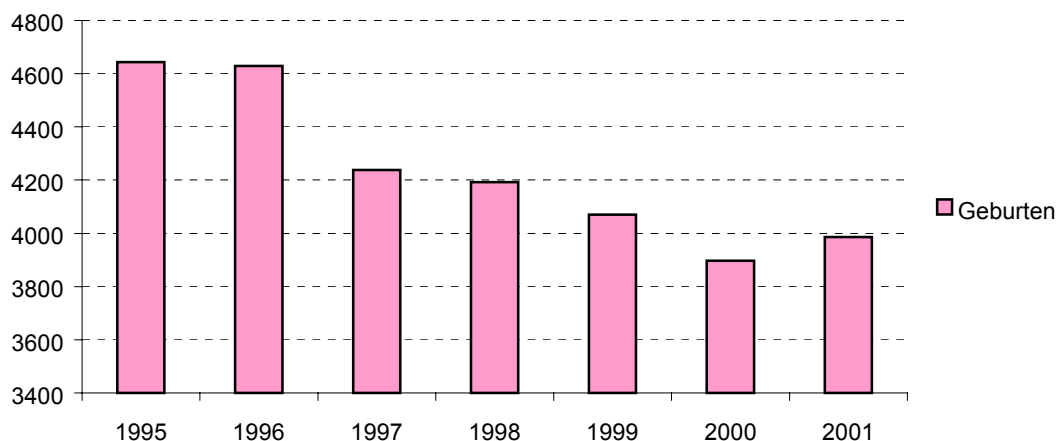
Gesundheit in Jugend und Alter

3.1 Kindheit

Kindern eine **gesunden Start ins Leben** zu ermöglichen, sollte eine der höchsten Prioritäten jeder Gesellschaft sein. Dieses Kapitel widmet sich dieser Aufgabe, eine gesunde Umwelt und einen gesunden Start für Säuglinge und Kinder bis zum Schulalter zu gewährleisten. Schon beim Beginn des neuen Lebens sollte durch geeignete Maßnahmen die Möglichkeit einer hohen Lebensqualität ein Leben lang ermöglicht werden. Zu Beginn des Lebens sind einige Dinge zur Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten bedeutend, nämlich Geburt, körperliche Entwicklung, Lernfähigkeit (Sprache, Bewegung), Akquisition von sozialen und gesundheitlichen Wertvorstellungen, Entdeckung der Umwelt und Festigung der Beziehung zu den Eltern und Freunden.

Eine **gesunde Geburt** ist die Basis für ein gesundes Leben - peri- und postnatale Dienste können entscheidend dazu beitragen, Müttern und Kindern in diesem kritischen Lebensabschnitt beizustehen. Schwangerschaft und Geburt sind natürliche physiologische Vorgänge und sollten auch von den Gesundheitsberufen als solche angesehen werden. Je besser die Ausbildung, die Gesundheit und die Ernährung der Mutter und je höher ihr sozioökonomischer Stand, desto wahrscheinlicher ist eine unauffällige Schwangerschaft und Geburt.

Abb. 3.1.1: Anzahl der Geburten in Vorarlberg 1995-2001



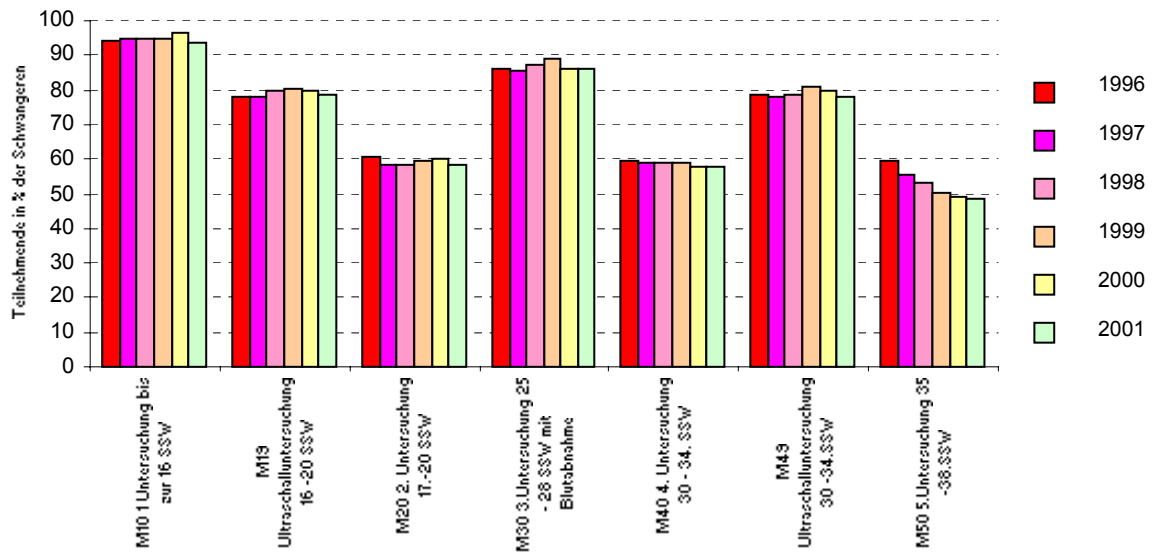
Quellen: ST.AT - Demographische Jahrbücher der Jahre 1995-2001

In Vorarlberg wurden im Jahr **2000 3.897 Kinder geboren**, davon 1.925 Mädchen (49,4 %) und 1.972 Knaben (50,6 %). Im Jahr **2001** ist es, nach einem Geburtenrückgang in den Vorjahren, wieder zu einem **leichten Anstieg** der Geburten auf **3.976** Lebendgeborene gekommen. Ob es sich dabei um eine Trendumkehr gegenüber den Vorjahren handelt, bleibt abzuwarten.

Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen

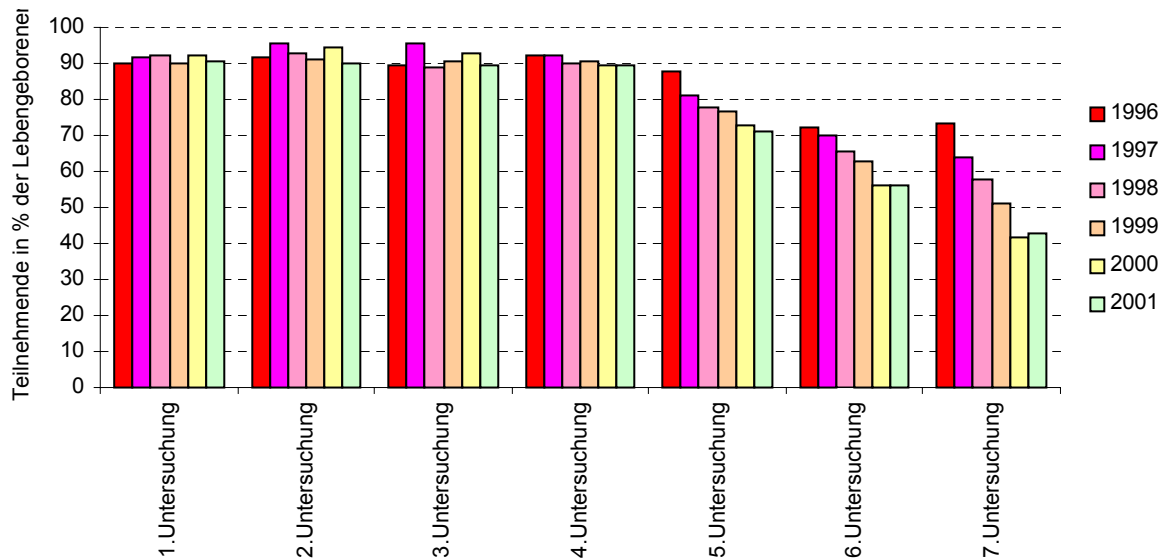
Nach einem leichten Rückgang der **Schwangeren**-Untersuchungen im Rahmen der sogenannten „Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen“ zwischen 1997 und 1998 ist in den letzten Jahren eine **Stabilisierung** eingetreten. Die selbe Grundtendenz ist bei den **Kindes**-Untersuchungen im ersten Lebensjahr im Rahmen dieser Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen feststellbar. Auch hier ist nach einem deutlichen Rückgang nun bei einer Erfassung von ca. 90 % aller Lebendgeborenen eine Stabilisierung (allerdings mit leichten Schwankungen) eingetreten. Insgesamt ist die Beteiligung von über 90% (Geburtenrückgang mitberücksichtigt) nach wie vor hoch. Um die Beteiligung an dieser wichtigen Vorsorgemaßnahme weiter zu konsolidieren bzw. noch zu steigern, wird an alle Eltern in bestimmten Abständen ein Erinnerungsschreiben mit der Einladung zur Untersuchung versandt.

Abb.3.1.2a: Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen (Schwangere) in Vorarlberg 1996- 2001



Quelle: Amt der Vorarlberger Landesregierung

Abb. 3.1.2b: Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen (Kinder) in Vorarlberg 1996-2001



Quelle: Amt der Vorarlberger Landesregierung

Säuglingssterblichkeit

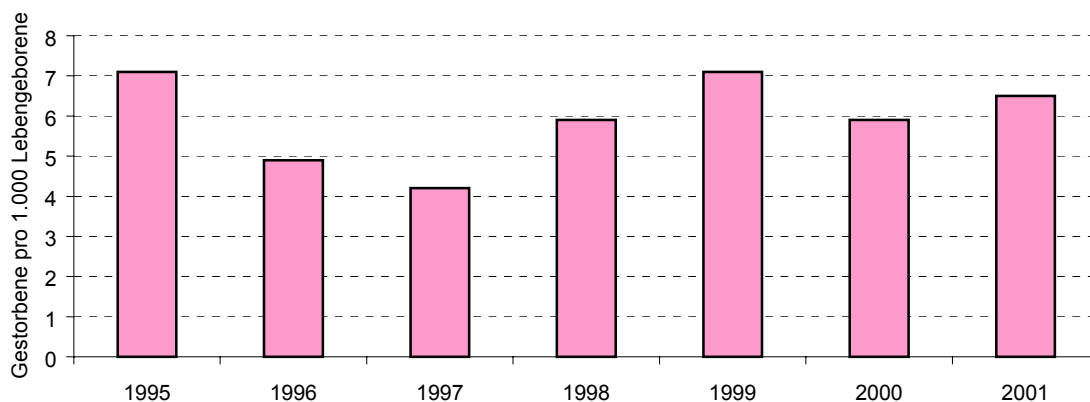
Die Überlebenschance von Kindern unter einem Jahr (zumeist dargestellt über den Indikator „Säuglingssterblichkeit“ - Verstorbene pro 1.000 Lebendgeborene) ist in den europäischen Ländern sehr unterschiedlich. Das formulierte **Ziel**, nämlich die Reduktion der Säuglingssterblichkeit **auf unter 10** pro 1.000 Lebendgeborene, wurde in den meisten westeuropäischen Ländern, darunter auch in der Region Vorarlberg, **bereits vor Jahren erreicht**.

Nach einem deutlichen Rückgang bis zu Beginn der 90er Jahre stabilisierte sich die Säuglingssterblichkeit in **Vorarlberg** zuletzt nach einem leichten Anstieg bei einem Wert von **etwa 6** Gestorbenen pro 1.000 Lebendgeborene und damit etwas über dem Niveau des Bundesdurchschnitts (vgl. Tab. 3.1.1). Im Jahr 2001 starben 26 Säuglinge in Vorarlberg, dies entspricht einer Rate von 6,5 Gestorbenen pro 1.000 Lebendgeborene (vgl. Abb. 3.1.3). Mit 7,6 Gestorbenen pro 1.000 Lebendgeborenen ist diese Rate für männliche Säuglinge gegenüber 4,2 Gestorbenen pro 1.000 Lebendgeborenen bei weiblichen Säuglingen erhöht.

Seit April 1992 führt der aks (Arbeitskreis für Vorsorge und Sozialmedizin) ein Programm zur Eindämmung des SIDS-Syndroms bei Säuglingen durch. Zuletzt wurde in diesem Bereich eine Beteiligung von 93 Prozent der Mütter erreicht, die Anzahl der an diesem Syndrom verstorbenen Säuglinge reduzierte sich auf einen Säugling im Jahr 2001 (vgl. Abb. 3.1.3a).

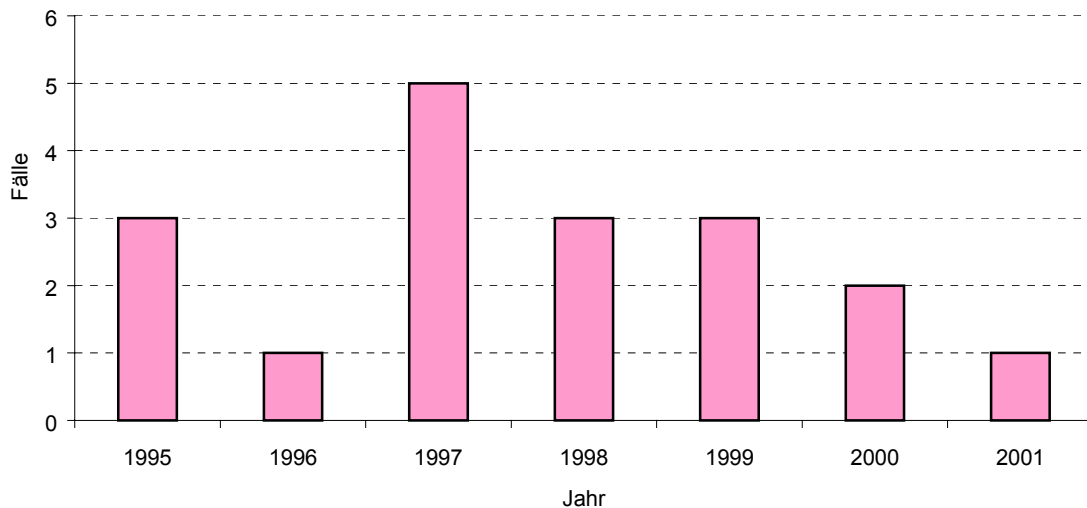
Zur weiteren Analyse und Evaluation der Faktoren der Säuglingssterblichkeit wurde eine Expertengruppe eingesetzt, die fortlaufend Einzelfallanalysen durchführt und mögliche Maßnahmen vorschlägt.

Abb. 3.1.3: Säuglingssterblichkeit in Vorarlberg 1995-2001



Quellen: ST.AT - Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2000; Amt der Vorarlberger Landesregierung

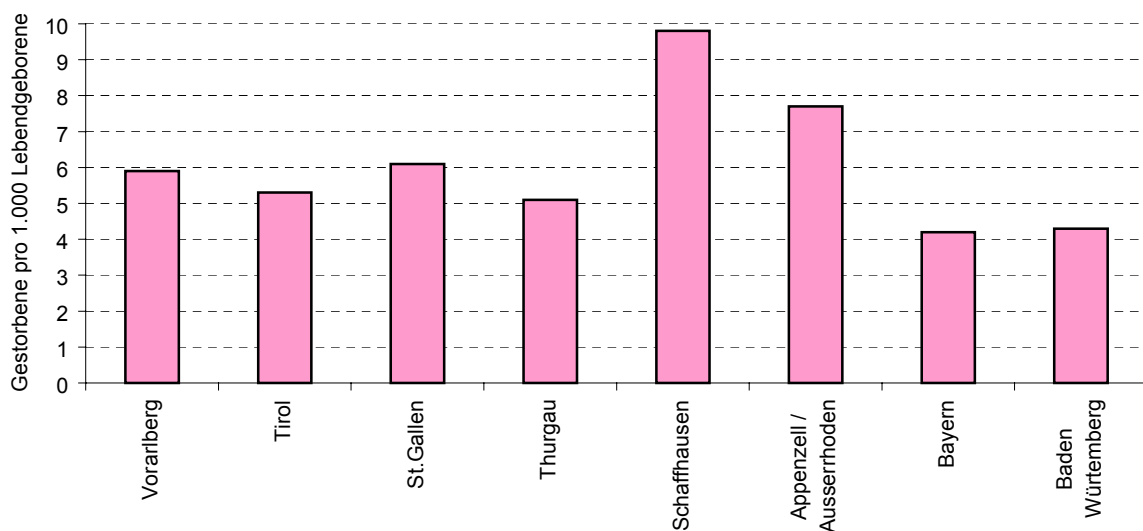
Abb. 3.1.3a: Sudden Infant Death Syndrom (SIDS) - Anzahl der Fälle 1995-2001



Quellen: aks; Amt der Vorarlberger Landesregierung

Im Vergleich zu Österreich und den umliegenden Regionen war die Säuglingssterblichkeit in Vorarlberg zuletzt marginal erhöht. Eine deutlich erhöhte Säuglingssterblichkeit findet sich im Bodenseeraum in den beiden Schweizer Kantonen Schaffhausen und Appenzell/Ausser rhoden (mit 9,8 pro 1.000 Lebendgeborenen in Schaffhausen und 7,7 pro 1000 Lebendgeborene in Appenzell/Auserrhoden, vgl. Abb. 3.1.4).

Abb. 3.1.4: Säuglingssterblichkeit in der Bodenseeregion 1997/2000



Quellen: Schweizer Bundesamt für Statistik; Amt der Vorarlberger Landesregierung; Statistisches Landesamt Baden-Württemberg; Bayrisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung.

Angeborene Fehlbildungen

Entsprechend den Zielen der WHO Weltgesundheitsorganisation sollte in allen Ländern, in denen die Säuglingssterblichkeit unter 10 pro 1.000 Lebendgeborenen liegt (wie etwa auch in Vorarlberg), der Anteil der Neugeborenen, die mit **angeborenen Fehlbildungen** oder Behinderungen zur Welt kommen, gesenkt werden. Eine Einflussnahme auf diese Situation ist durch eine Verhaltensänderung der Mutter in Bezug auf gesunde Ernährung, Verzicht auf das Rauchen während der Schwangerschaft sowie regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen und eventuell genetische Beratung möglich.

In Vorarlberg wurde 1999 bei 24 Säuglingen eine erkennbare Missbildung festgestellt, davon bei 9 männlichen (38 %) und bei 15 (62 %) weiblichen Säuglingen. Dies entspricht einer Rate von 5,8 Säuglingen mit feststellbaren Missbildungen pro 1.000 Lebendgeborene. Verglichen mit den anderen Bundesländern bewegt sich diese Rate im Durchschnitt der Länder, lediglich 1999 ist eine deutliche Zunahme in Vorarlberg registriert worden, die jedoch aufgrund der kleinen Fallzahlen noch in den Bereich der statistischen **Zufallsschwankungen** fallen (vgl. Tab. 3.1.2).

Geburtsgewicht

Das Geburtsgewicht, das mit dem Einkommen, aber auch mit anderen Faktoren (unter anderem Rauchen und Alkoholkonsum) zusammenhängt, ist ein wichtiger Marker für die weitere Entwicklung des Kindes. Ein **niedriges Geburtsgewicht** ist Indiz für höhere Risikofaktoren sowie für ein höheres **Krankheitsrisiko** bis hinein ins Erwachsenenalter.

Die in Vorarlberg Lebendgeborenen wiesen 1999 zu etwa 94 % ein Geburtsgewicht im Normbereich auf (definiert als Geburtsgewicht zwischen 2.500 und 4.500 Gramm, vgl. Tab. 3.1.3). 244 oder **6 %** aller Säuglinge wiesen ein Geburtsgewicht von **unter 2.500 Gramm** auf. Von diesen Kindern hatten 21 oder 0,5 % ein extrem niedriges Geburtsgewicht von unter 1.000 Gramm, 27 oder 0,6 % ein sehr niedriges Geburtsgewicht zwischen 1.000 und 1.500 Gramm und 196 oder 4,8 % ein zu niedriges Geburtsgewicht zwischen 1.500 und 2.500 Gramm. Im Vergleich zu den anderen Bundesländern ergeben sich in diesem Bereich **keine Auffälligkeiten**.

Gesundheitsverhalten der Mutter (Ernährung, Rauchen)

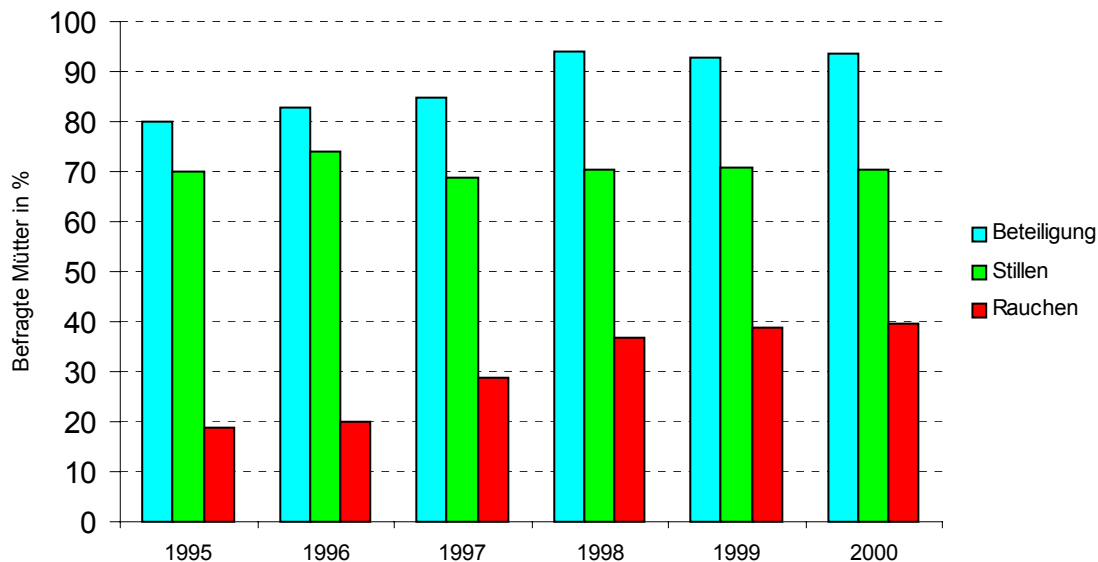
Stillen ist die optimale Ernährung für das Neugeborene, fördert eine enge Beziehung zwischen Mutter und Kind sowie das Immunsystem und beinhaltet einen zusätzlichen Schutz gegen Infektionskrankheiten und Allergien in der Kindheit. Alle Mütter (von wenigen Ausnahmen abgesehen) können Milch produzieren, die etwa sechs Monate lang exakt den Bedürfnissen und Notwendigkeiten ihres Babys entspricht.

Die Initiative „**Stillfreundliches Krankenhaus**“ wurde von WHO und UNICEF im Jahr 1991 in Ankara gestartet und beinhaltet folgende Ziele: Unterstützung des Stillens so früh als möglich, alleiniges Stillen (ohne Zusätze) für die ersten sechs Lebensmonate, Ermöglichen der freien Wahl der Ernährung eines Neugeborenen. Dieses globale Netzwerk will jedem Kind den besten Start ins Leben ermöglichen, bei dem Stillen die normale Ernährung darstellt. In Europa existierten 1998 in 24 Ländern 314 stillfreundliche Krankenhäuser. In Vorarlberg haben sich bis 2001 zwei Krankenhäuser dieser Initiative angeschlossen, das KH Hohenems und das KH Bludenz.

Nach einer Statistik des Arbeitskreises für Vorsorge- und Sozialmedizin (aks), die im Rahmen des Vorsorgeprogramms gegen SIDS erhoben wird und an der sich ca. 93 % der Mütter beteiligen, stillen 70 % dieser Mütter ihre Kinder. Damit hat sich das **Stillverhalten seit 1992**

(damals stillten 60 % der teilnehmende Mütter ihre Kinder) **leicht gebessert**. Im selben Zeitraum ist es allerdings zu einer **dramatischen Veränderung** im Rauchverhalten gekommen: 1992 gaben 17 % der teilnehmenden Mütter an, dass in der Familie geraucht werde, dieser **Anteil der Raucher** hat sich bis 2000 mehr als **verdoppelt** - 2000 gaben rund 40 % der Mütter an, dass in ihrer Familie geraucht werde (vgl. Abb. 3.1.5).

Abb. 3.1.5: Gesundheitliche Rahmenbedingungen auf Seiten der Mutter 1995-2000



Quellen: aks Vorarlberg; Amt der Vorarlberger Landesregierung

Trotz der leichtgradigen Verbesserung wird das Stillen - die natürlichste Art und Weise der Ernährung - laut Eigenangaben der Mütter nur in etwa 70 Prozent der Fälle angewandt. Hier spielen unterschiedliche Einflussfaktoren eine bedeutende Rolle, wie z.B. das Angebot an effizienter Betreuung bezüglich **Stillen** gleich nach der Geburt (im Krankenhaus und im privaten Umfeld), das riesige Angebot billiger Babynahrung und Gratis-Pakete für die Schwangeren sowie der gesellschaftliche Druck unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen. Bereits im Säuglingsalter könnte durch das Stillen einer späteren möglichen Gesundheitsgefährdung entgegengewirkt und über die Weiterführung einer gesunden, abwechslungsreichen Ernährung im Kindes- und Jugendlichenalter ein wesentlicher Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung geleistet werden.

Unfälle bei Kindern unter 5 Jahren

Unfälle sind selten spektakulär. Die Verbrühung eines Kleinkindes, der Sportunfall eines Jugendlichen, die Schnittverletzung einer Hausfrau oder der Sturz eines alten Menschen sind in der Regel Ereignisse, die eine Einzelperson betreffen. Eine sichere, stabile und unterstützende Familie und Umgebung ist von besonderer Bedeutung für Säuglinge, Kinder und Jugendliche, speziell weil sie einen Großteil ihrer Zeit in diesem Rahmen verbringen und dort einer Vielzahl an gesundheitlichen Gefahren ausgesetzt sind - übertragbare Erkrankungen, Verschmutzung von Luft, Wasser und Erde, zusätzlich physikalische Einflüsse im eigenen Heim, bei den Nachbarn und im Verkehr. Eine **Umgebung** zu gestalten, in der sich Kinder zu ihrem eigenen physikalischen, emotionalen, kreativen und sozialen Potential entwickeln können ist eine **Investition** in die **zukünftige Gesundheit** und kann langfristige chronische Fol-

gen von Erkrankung vermindern (zur Unfallvermeidung im Rahmen der Initiative „Sichere Gemeinden“ vgl. Kap. 5.2).

Laut Schätzungen des Instituts „Sicher Leben“ ereigneten sich in Vorarlberg im Jahr **2000** ca. **39.400 Unfälle**, davon mussten rund 2.350 ambulant oder stationär versorgt werden. Dies entspricht etwa 5 % aller in Österreich auftretenden Unfälle. An solchen Unfällen verstarben in Österreich insgesamt 36 Kinder unter 5 Jahren, davon 1 Kind in Vorarlberg..

Schutzimpfungen

Schutzimpfungen gehören zu den wichtigsten und **wirksamsten präventiven Maßnahmen**, die in der Medizin zur Verfügung stehen. Alle Geimpften können im Regelfall vor der Krankheit geschützt werden. Zudem können Krankheiten, die nur von Mensch zu Mensch übertragen werden (u.a. Poliomyelitis, Masern, Röteln, Keuchhusten) bei anhaltend hohen Durchimpfungsraten eliminiert werden. Vor Erreichen der notwendigen hohen **Durchimpfungsrates** werden Infektionen bei Nichtgeimpften zwar seltener, ereignen sich aber später, da sich die Ausbreitungsgeschwindigkeit der Infektionskrankheit verlangsamt. Da bei manchen Infektionskrankheiten (z.B. Masern) Erkrankungen mit steigendem Alter schwerer verlaufen, können Nichtgeimpfte, die später infiziert werden, schwerer erkranken.

Bereits drei Weltregionen sind laut WHO als frei von **Poliomyelitis** einzustufen, zuletzt wurde Europa im Juni 2002 offiziell für poliofrei erklärt. Das Ausrottungsprogramm der WHO macht weiter gute Fortschritte. In Vorarlberg liegt die **Durchimpfungsrate** der jeweiligen Geburtsjahrgänge seit Jahren um die **90 %**, für den Geburtsjahrgang **1998** wurde sogar eine Durchimpfungsrate von **96 %** erreicht.

Nach Schätzungen der WHO sterben weltweit etwa 1 Million Kinder als Folge einer **Maserninfektion**. In den westlichen Industrienationen hat sich die Masernimpfung positiv auf die Häufigkeit von Maserninfektionen ausgewirkt. In Österreich besteht keine Meldepflicht für Masern, sodass es über die Zahl der Neuerkrankungen keine Angaben gibt. In **Vorarlberg** sind in den letzten Jahren **kaum Masernfälle** aufgetreten. Die von der WHO gesetzten Meilensteine zur Elimination dieser Erkrankung konnten bislang jedoch noch nicht erreicht werden. Als **Meilenstein** wird unter anderem angeführt, dass jeder Mitgliedsstaat eine **Durchimpfungsrate** von **95 %** bei der ersten Masernimpfung erreichen sollte. Vorarlberg liegt bezüglich dieser Impfungsrate mit zuletzt rund **85 %** gut, die von der WHO geforderte Durchimpfungsrate ist allerdings **noch nicht erreicht**.

Ziel 4: Bis zum Jahr 2020 sollten sich junge Menschen in der Region einer besseren Gesundheit erfreuen und besser in der Lage sein, ihre Rolle in der Gesellschaft zu übernehmen.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende **Teilziele** erreicht werden:

- 4.1 Kindern und Jugendlichen sollten bessere „Lebensfertigkeiten“ und die Fähigkeit vermittelt werden, sich für eine gesunde Lebensweise zu entscheiden.
- 4.2 Mortalität und Behinderungen auf Grund von Gewalteinwirkung und Unfällen sollten bei jungen Menschen mindestens um 50 % reduziert werden.
- 4.3 Der Anteil junger Menschen, die einer gesundheitsschädigenden Lebensweise frönen, indem sie Drogen, Tabak und Alkohol konsumieren, sollte erheblich verringert werden.
- 4.4 Die Häufigkeit von Schwangerschaften bei Minderjährigen sollte mindestens um ein Drittel reduziert werden.

3.2 Jugend

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit den zahlreichen **Gefährdungen** für die **Gesundheit** während **Kindheit** und **Jugend** (entsprechend der Periode zwischen Schuleintritt und Eintritt in die Arbeitswelt). Schuleintritt ändert den Lebensablauf jedes Kindes. Während der nun folgenden Zeit der Kindheit und als Jugendlicher werden Fähigkeiten im sozialen Verhalten und Gesundheitsverhalten akquiriert. Die Fähigkeit und Möglichkeit junger Leute, auf ihre Entwicklung und Reifung selbst einzuwirken, ist am höchsten, wenn sie in der Gestaltung ihrer Umwelt, ihres sozialen Umfeldes und ihres Gesundheitsverhaltens **aktiv mit einbezogen** werden.

Die **psychosoziale Gesundheit** Jugendlicher ist eng verbunden mit der Qualität ihrer Familienstruktur und Beziehungen, mit dem Verhältnis zur Familie, den Freunden und Schulkollegen. Eine einfühlsame und unterstützende Familie, Freunde, die einem Verständnis entgegenbringen und andere Beziehungen, auch mit Erwachsenen, sind enorm wichtig für die psychosoziale und gesundheitliche Weiterentwicklung und die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls. Hohes Selbstwertgefühl und gutes Konfliktlösungspotential sind wertvolle Strategien, um mit alltäglichen Problemen fertig zu werden.

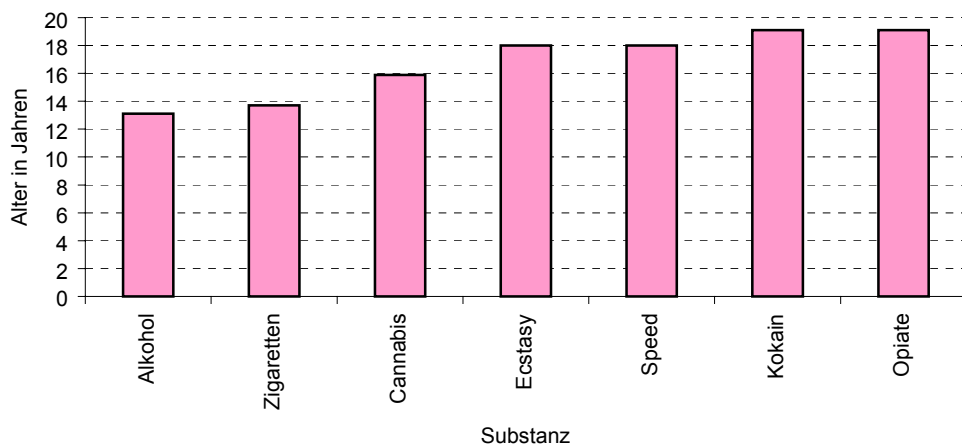
Die **körperlichen** und **emotionalen Entwicklungen** während der Pubertät sind für Jugendliche und deren Umgebung eine große Herausforderung. Während dieser Zeit besteht ein fester Zusammenhang mit sogenannten „peer-groups“, eine Ablösung von traditionellen Werten und eine ablehnende Haltung gegenüber Althergebrachtem. Diese Zeit ist auch gekennzeichnet durch die **hohe Vulnerabilität** gegenüber **speziellen Risiken** - z. B. Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln, allen voran Alkohol und Nikotin.

Alkohol- und Drogenkonsum Jugendlicher

Derzeit kann ohne aussagekräftige landesweite Untersuchung keine Aussage über die Größenordnung des Problems gemacht werden. Wenn man sich an die entsprechenden Zahlen höherer Altersgruppen anlehnt, sollte festgehalten werden, dass wahrscheinlich **ca. 30 %** der Jugendlichen **rauchen**, wobei der Anteil der rauchenden **Mädchen** und **jungen Frauen steigende Tendenz** verzeichnet.

In Vorarlberg bekennen sich Jugendliche im Durchschnitt mit **13,1** Jahren zum **Erstkonsum** von **Alkohol**, im Alter von durchschnittlich **13,7** Jahren zum Erstkontakt mit der **Zigarette** und im Durchschnitt im Alter von **15,9** Jahren zum Erstkonsum von **Cannabis** (vgl. Abb. 3.2.1).

Abb.3.2.1: Alter Vorarlberger Jugendlicher beim Erstkonsum verschiedener Substanzen



Quelle: Tossmann, Boldt und Tensil: Drogenkonsum Jugendlicher in der Techno-Party Szene im Bundesland Vorarlberg (Projektbericht 1999)

1998 gaben 68 % der Vorarlberger Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 16 Jahren an, nie **Schnaps** zu konsumieren, 18,4 % trinken seltener als einmal pro Monat Schnaps, 11,2 % trinken einmal pro Monat Schnaps und 2,4% trinken einmal pro Woche Schnaps. Ein täglicher Schnapskonsum wurde von Vorarlberger Jugendlichen in keinem Fall angegeben. Ein deutlicher Unterschied beim Schnapskonsum zwischen den Geschlechtern ist nur beim einmal wöchentlichen Konsum feststellbar, hier konsumieren nur 1 % der Burschen gegenüber 3,7 % der Mädchen einmal wöchentlich Schnaps. Im Bundesländervergleich liegt Vorarlberg beim wöchentlichen Konsum unter dem Österreichschnitt, beim monatlichen Konsum aber über dem österreichweiten Vergleichswert und bei den Nicht-Schnaps-Trinkern etwa im Bundesdurchschnitt (vgl. Tab. 3.2.1 im Tabellenanhang).

Schwangerschaften bei Minderjährigen

Auch der Beginn der sexuellen Aktivität birgt vielerlei Risiken und Gefahren, ungeschützter Verkehr kann zu ungewollter Schwangerschaft oder zur Übertragung von Infektionskrankheiten führen. Die unerwünschte **Schwangerschaft Minderjähriger** ist trotz zunehmender Aufklärung **kein seltenes Ereignis**. Junge Leute werden in Lebenssituationen versetzt, von denen sie oftmals überfordert sind. Die unerwünschte Schwangerschaft bedeutet nicht nur für die Mütter eine Irritation, sondern stellt auch für den **Nachwuchs** eine erhöhte **gesundheitliche Gefährdung** dar. Gemäß der Zielsetzung der WHO sollten Schwangerschaften von Minderjährigen bis zum Jahr 2020 um ein Drittel reduziert werden.

Im Jahr **2000** wurden in Vorarlberg **169 Kinder** von unter 19-jährigen Müttern lebend geboren. Über den Zeitraum 1992 bis 2000 berechnet sich bei unter 19-jährigen Müttern eine Rate von 480 Kindern pro 100.000 weibliche Einwohner dieser Altersklasse. Damit nimmt **Vorarlberg** im Bundesländervergleich hinter Wien mit rund 600 Geburten pro 100.000 weibliche Einwohner dieser Altersklasse den **zweiten Rang** ein, die niedrigste Rate verzeichnete im selben Zeitraum das Burgenland mit 343 Geburten pro 100.000 weibliche Einwohner dieser Altersklasse (vgl. Tab. 3.2.2 im Tabellenanhang). Allerdings hat sich diese Rate in Vorarlberg in den letzten Jahren an den Bundesdurchschnitt angenähert und lag im Jahr 2000 nur mehr ganz knapp über diesem. In Vorarlberg besteht seit Jahren ein flächendeckendes Netz an **Beratungsstellen** und **Betreuungseinrichtungen**, die einerseits von den unmittel-

bar Betroffenen kontaktiert werden, andererseits über Anregung der Behörde tätig werden und jugendliche Schwangere bzw. Mütter betreuen und bei der Bewältigung ihrer Situation - falls notwendig - unterstützen.

Sterblichkeit Jugendlicher aufgrund von Gewalteinwirkung

Die Zunahme der Gewaltbereitschaft unter Jugendlichen ist eine Entwicklung, die mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln beeinflusst werden sollte. **Unfälle** und **Gewalteinflüsse**, ob selbstverschuldet oder innerhalb eines Konflikts, sind die führende Todesart bei Jugendlichen im Alter zwischen 1 und 15 Jahren. Die Sterblichkeit ist hier bei den männlichen Jugendlichen höher als bei Mädchen und jungen Frauen.

Im Zeitraum 1991 bis 2000 starben in Vorarlberg insgesamt 30 Personen im Alter zwischen 5 und 19 Jahren pro 100.000 Einwohner dieser Altersgruppe, davon fast 20 an Verletzungen (vgl. Tab. 3.2.3), das waren insgesamt über 200 Jugendliche, ein kleiner Teil davon Kinder. **Verletzungen** halten in dieser Kategorie **unangefochten** den **ersten Platz** mit einer mehr als 6 Mal so hohen Sterblichkeit wie in Bezug auf die an zweiter Stelle der Todesursachenstatistik liegenden Krebserkrankungen in diesem Alter.

Hier findet sich auch ein deutlicher geschlechtsspezifischer Unterschied: Während bei den **Mädchen** die Sterblichkeit an Verletzungsfolgen pro 100.000 Einwohner dieser Altersgruppe bei **9,3** lag, starben bei den **jungen Männern 27,3** pro 100.000 Einwohner dieser Altersgruppe an Verletzungen (vgl. Tab. 3.2.3 im Tabellenanhang). Die Tatsache, dass Vorarlberg hier im Bundesländervergleich eine der niedrigsten Sterberaten hat und bei beiden Geschlechtern unter dem Bundesdurchschnitt liegt, kann eine Folge der Initiative „Sichere Gemeinden“ sein (vgl. dazu Kap. 5.2) und unterstreicht die Notwendigkeit derartiger Projekte.

Diese regionalen und geschlechtsspezifischen Unterschiede finden sich **praktisch deckungsgleich** auch in der Häufigkeit der in Krankenanstalten **stationär versorgten** jugendlichen Unfallopfer wieder. Auch hier fallen etwa doppelt so viele männliche wie weibliche Unfallopfer an, wobei die Krankenhaushäufigkeit in Vorarlberg diesbezüglich zu den niedrigsten unter allen Bundesländern zählt (vgl. Tab. 3.2.5).

Selbstmord

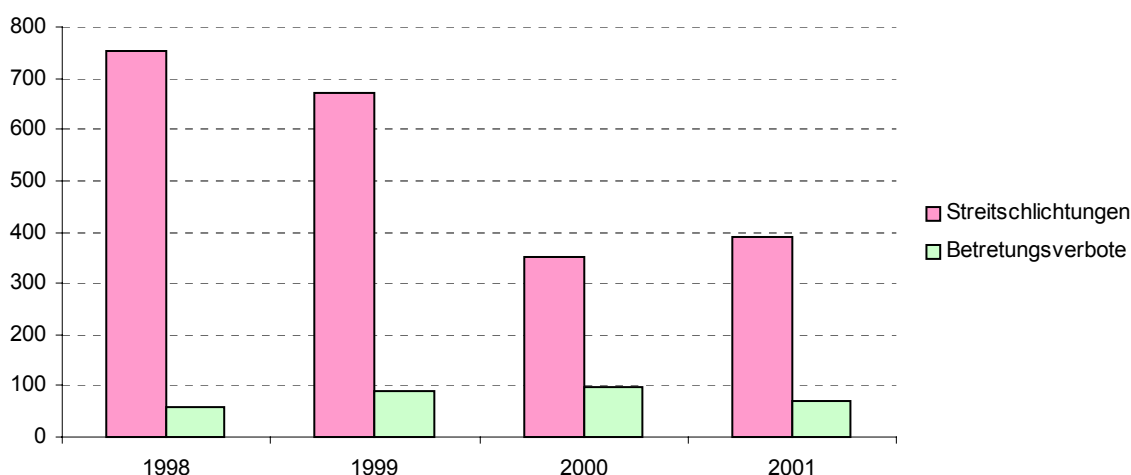
In Vorarlberg starben in der Altersgruppe bis 10 Jahre im letzten Jahrzehnt keine Jugendlichen durch Selbstmord, in der Altersgruppe der 10- bis 14-jährigen 1,4 Jugendliche pro 100.000 Einwohner dieser Altersgruppe und in der Gruppe der 15- bis 19-jährigen 8,9 Jugendliche pro 100.000 Einwohner dieser Altersgruppe (insgesamt **25 Fälle** im Zeitraum 1991 bis 2000). Im bundesweiten Vergleich liegt **Vorarlberg** diesbezüglich mit einer Gesamtsterblichkeit in der Gruppe der 5- bis 19-jährigen von 3,4 pro 100.000 Einwohner dieser Altersgruppe an **drittletzter Stelle**. Nur Wien mit einer Sterblichkeit von 2,7 und Niederösterreich (3,1) liegen hier besser als Vorarlberg (vgl. Tab. 3.2.4 im Tabellenanhang).

Es finden sich in diesem Bereich geschlechtsspezifische und zum Teil deutliche regionale Unterschiede. So beträgt die Rate der männlichen Suizid-Opfer im Bezirk Bludenz in der Altersgruppe der 15- bis 19-jährigen nur ein Drittel im Vergleich zum Bezirk Dornbirn (diese Schwankungen sind aber aufgrund der relativ geringen Fallzahlen statistisch nicht signifikant). Bemerkenswert ist auch die Tatsache, dass in derselben Altersgruppe bei den Mädchen im Bezirk Bregenz über den gesamten Zeitraum 1991 bis 2000 kein Selbstmord aufgetreten ist. Leider existieren keinerlei Daten über angekündigte Selbstmorde, Selbstmordversuche oder stationäre Aufenthalte bei Selbstbeschädigung oder versuchten Intoxikationen.

Gewalt in der Familie

Die Zunahme der familiären Gewaltsituationen und der sexuellen Gewalt gegen Kinder ist ein weiterer Baustein des Einflusses auf die Gesundheit dieser verletzlichen Altersgruppe. Wie die Statistik für das Land Vorarlberg zeigt, wurden 2001 in **389** Fällen eine **Streitschlichtung** durch die Exekutive durchgeführt, in **70** Fällen musste eine Wegweisung oder ein **Betretungsverbot** ausgesprochen werden.

Abb. 3.2.2: Streitschlichtungen und Betretungsverbote in Vorarlberg (§ 38a SPG) 1998-2001



Quellen: Bezirksgendarmeriekommando Dornbirn; Amt der Vorarlberger Landesregierung

Die Zahl der ausgesprochenen Betretungsverbote erscheint seit Inkrafttreten der entsprechenden Bestimmung eher konstant, die Streitschlichtungen durch die Exekutive haben seit 1998 deutlich abgenommen (vgl. Abb. 3.2.2).

Seit September 1999 besteht die **IFS-Interventionsstelle** Vorarlberg „Handeln gegen Gewalt in der Familie“ in Feldkirch. Die seit diesem Zeitpunkt kontinuierlich ansteigende Anzahl an KlientInnen zeigt einerseits die Anerkennung als Opferschutzeinrichtung, andererseits die zunehmende Sensibilisierung für das Thema häusliche Gewalt. Im Jahr 2001 wurden insgesamt 358 KlientInnen in der Interventionsstelle betreut, 99 % der KlientInnen sind Frauen, 56 % davon mit einem oder mehreren minderjährigen Kindern.

Ein weiteres Hilfsangebot mit Bezug zu dieser Thematik stellt auch die „Frauen-Notwohnung“ in Dornbirn dar. Die angebotenen 7 **Notwohnungen** für Frauen mit Kindern sind im Jahresverlauf durchgehend belegt, die Nachfrage in dieser Betreuungseinheit hat, wie bereits oben angeführt, durch die zunehmende Sensibilisierung des Themas deutlich zugenommen.

Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen

Effektive Strategien, um eine lebenslange **gesunde Ernährung** und gesunde **Lebensweise** zu fördern, können den Anstieg von Übergewicht und von Allergien sowie durch Lebensmittel übertragbare Erkrankungen vermindern. Moderate sportliche Betätigung und Erholung in Gruppen und Vereinen fördern und erhalten ein körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden. Abnehmende Dauer der Bewegung und ungesunde Ernährung liefern hingegen einen

wesentlichen Beitrag zur Zunahme des **Übergewichts** in dieser Altersgruppe. Dies kann unter Beibehaltung dieses Lebensstils zu einem gravierenden gesundheitlichem **Risiko** werden.

In Vorarlberg wurden im Schuljahr 2000/2001 in **Kindergärten** in insgesamt 87 Gemeinden rund **4.000 Kinder** im Vorschulalter **untersucht**. Bei rund 95 % dieser Kinder wurde ein guter Allgemein- und Ernährungszustand erhoben, bei 2,9 % der Knaben und bei rund 4,0 % der Mädchen wurde Übergewicht vermeldet. Dies entspricht einem **Anstieg** des Anteils der **Übergewichtigen** in diesem Lebensalter um 0,2 % bei den Knaben und um 1,0 % bei den Mädchen gegenüber den Untersuchungen des Vorjahres. Weiters wurde bei diesen Untersuchungen bei **22,1 %** der Untersuchten ein **Kariesbefall** festgestellt, entsprechend einem **Rückgang** von 1,4 % gegenüber dem Vorjahr. Eine **Zahnfehlstellung** wurde in einem (gegenüber dem Vorjahr gleichbleibenden) Ausmaß von rund **5 %** der Kinder, eine **Sehschwäche** (ebenfalls im Jahresvergleich gleichbleibend) bei **6,7 %** der Kinder festgestellt.

In den **Pflichtschulen** Vorarlbergs wurden im Schuljahr 2000/2001 insgesamt rund 34.300 schulpflichtige Kinder auf ihren Gesundheitszustand untersucht, davon rund 18.000 Knaben und rund 16.300 Mädchen - dies entspricht einer Erfassung von rund 95,3 % aller Pflichtschüler. Die Zahl **übergewichtiger** und **adipöser** Schüler hat sich diesen Untersuchungen zu Folge innerhalb der letzten acht Jahre - entsprechend einem allgemeinen Trend - von **11,1 %** auf **14,2 %** erhöht.

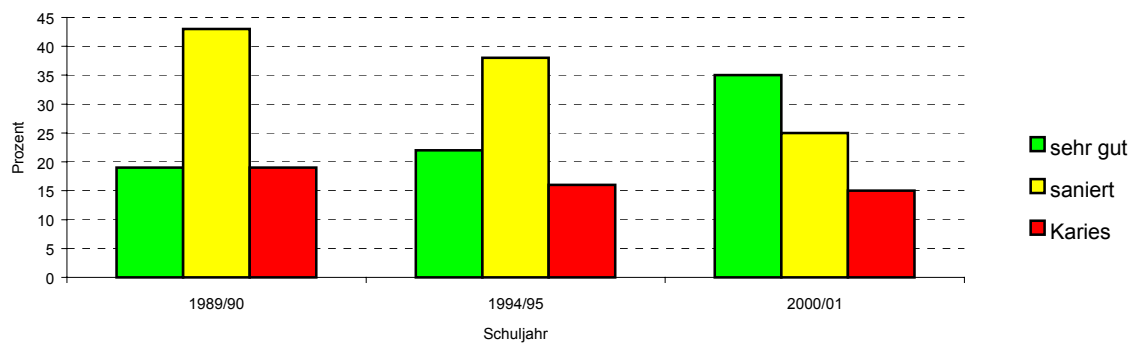
Zahngesundheit

Auffallend bei den Ergebnissen dieser Untersuchung ist die deutliche **Verbesserung** der **Zahngesundheit** im Verlauf der letzten zehn Jahre - während 1989 noch bei 19 % der Untersuchten Zahnkaries festgestellt wurde, reduzierte sich dieser Anteil auf 15 % der Untersuchten im Schuljahr 2000/2001. In der Gesamtschau wurde der Zahnstatus im Schuljahr 2000/2001 bei 35 % der Schulkinder als sehr gut bewertet (das entspricht einer deutlichen Steigerung gegenüber den Voruntersuchungen), 1988/1989 wurden bei nur 19 % der Schulkinder der selbe positive Befund erhoben (vgl. Abb. 3.2.3).

1988 wurde in Vorarlberg eine zahnmedizinische Untersuchung in Kindergärten und Schulen durchgeführt. Damals waren nur 17 Prozent der Sechsjährigen und acht Prozent der 12-Jährigen kariesfrei. Die Zwölfjährigen hatten im Durchschnitt 3,4 durch Karies geschädigte Zähne. Als Konsequenz wurde im Rahmen des **aks** (Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin) mit einem **Kariesprophylaxeprogramm** begonnen, in dessen Rahmen im Jahr 2000 bereits praktisch alle Kindergarten- und Volksschulkinder betreut wurden. Für das Projekt wurden im Jahr 2000 knapp 4 Mio. ATS aufgewendet.

Eine **2001** gemeinsam von der ÖBIG-Koordinationsstelle für Zahnstatuserhebungen und dem aks durchgeführte **Zahnstatuserhebung** bei **Sechs- und Zwölfjährigen** (Untersuchung in den ersten Volksschulklassen und den zweiten Klassen von AHS und Hauptschulen) ergab deutliche Erfolge des Kariesprophylaxeprogrammes. 2001 waren 56 Prozent der **Sechsjährigen** kariesfrei, womit das **WHO-Ziel** für diese Altersgruppe (50 % kariesfreie Sechsjährige) in Vorarlberg bereits **übertroffen** und Vorarlberg diesbezüglich zum bundesweit führenden Bundesland wurde (vgl. Tab. 3.2.6). Bei den **Zwölfjährigen** waren ebenfalls mehr als 50 Prozent der untersuchten Kinder kariesfrei. Nach den **Zielen** des aks sollen bis zum Jahr 2010 sollen alle Zwölfjährigen in Vorarlberg kariesfrei sein. Dafür wird in Zusammenarbeit mit der VGKK an der Umsetzung eines Programms zur Intensivprophylaxe für Risikokinder gearbeitet.

Abb. 3.2.3: Zahnstatus bei Vorarlberger Schulkindern im Zeitverlauf 1989-2001



Quelle: aks; Amt der Vorarlberger Landesregierung

Ziel 5: Bis zum Jahr 2020 sollte Menschen im Alter von über 65 Jahren die Möglichkeit geboten werden, ihr Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen und eine aktive Rolle in der Gesellschaft zu spielen.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende **Teilziele** erreicht werden:

5.1 Die Lebenserwartung von Menschen im Alter von 65 Jahren - mit und ohne Behinderungen - sollte mindestens um 20 % steigen.

5.2 Der Anteil der Menschen, die im Alter von 80 Jahren in einem häuslichen Umfeld leben und so gesund sind, dass sie ihre Unabhängigkeit, ihre Selbstachtung und ihren Platz in der Gesellschaft bewahren können, sollte mindestens um 50 % steigen.

3.3 Alter

Ausgehend vom seinerzeitigen **Regierungsbeschluss „Altern hat Zukunft“** 1989 hat das Gesundheits- und Sozialressort der Landesregierung Konzepte und eine Reihe von Erhebungen/Studien in Auftrag gegeben (besonders zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang das „GeriatRIEkonzept“ 1992), Schlussfolgerungen umgesetzt und maßgebliche Modellprojekte entwickelt (wie z. B. das Landes-Pflegegeld, welches 1993 bundesweit als Bundes-Pflegegeld implementiert wurde). Eine zentrale Zielsetzung dieser Aktivitäten war der möglichst lange Verbleib des betagten Menschen in seinem häuslichen Umfeld. Diesem Ziel (und damit auch dem WHO-Teilziel 5.2) wurde und wird versucht, in hohem Maße zu entsprechen.

Altern ist ein **natürlicher physiologischer Prozess**, bei dem der Körper eine Reihe von Änderungen durchmacht. Dabei ergibt sich eine große Bandbreite an Variationen, wie von Individuen ihre Fähigkeit, auch im höheren Alter ein aktives und erfülltes Leben zu führen, eingeschätzt wird. Die Missinterpretation, dass das Altern erst mit 65 Jahren beginnt bzw. das Altern mit Inaktivität gleichzusetzen ist, ist weit verbreitet. Viele ältere Personen bleiben bis ins hohe Lebensalter aktiv und völlig unabhängig - bis nahe an das Ende ihres Lebens.

„Weitere Lebenserwartung“ - Lebenserwartung mit 65 Jahren

In Vorarlberg durfte sich im Jahr 2000 ein 65-jähriger **Mann** über eine durchschnittliche **weitere Lebenserwartung** von **17,1** Jahren freuen - das lag deutlich über dem österreichischen Durchschnittswert von 16,3 zu erwartenden Lebensjahren. Vorarlberger **Frauen** dürfen sich in diesem Alter noch über durchschnittlich **19,9** weitere Lebensjahre freuen (Bundesdurchschnitt 19,3 Jahre, vgl. Tab. 3.3.1 im Tabellenanhang). Die Situation in Vorarlberg ist damit die zweitbeste unter allen Bundesländern - nur im benachbarten Tirol ist der zu erwartende Lebensabschnitt bei beiden Geschlechtern noch etwas länger.

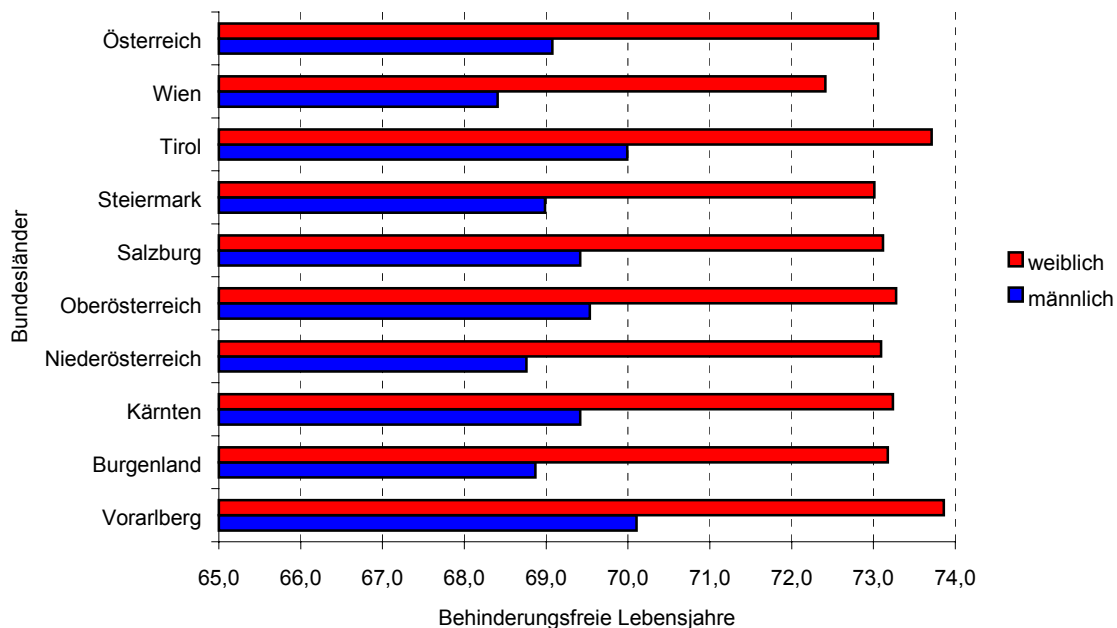
Subjektiver Gesundheitszustand älterer Personen

Die **über 60-jährigen Vorarlberger** beurteilen ihren subjektiven Gesundheitszustand **überwiegend als sehr gut und gut** (ca. 65 %), als mittelmäßig (ca. 30 %) , etwa 5 % beurteilen ihren Gesundheitszustand als schlecht bis sehr schlecht. Der Anteil der Personen mit **schlechter** oder **sehr schlechter Gesundheit steigert sich mit zunehmendem Alter** deutlich. Unter den über 75-jährigen Vorarlberger Landesbürgern schätzten 1999 nur mehr 42 % ihren Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“ ein rund 38 % beurteilten ihn als „mittelmäßig“ und fast 20 % fühlten sich gesundheitlich „schlecht“ oder „sehr schlecht“ . Im Vergleich zu Österreich beurteilen Vorarlberger dieser Altersgruppen ihren Gesundheitszustand deutlich besser (vgl. Tab. 2.3.1 im Tabellenanhang).

Behinderungen und Probleme im Alter

Zahlen und Statistiken, die Parameter und Funktionen im Alter erheben bzw. beschreiben, existieren nur rudimentär und unvollständig. So ist es derzeit aufgrund der Datenlage kaum möglich, die sogenannte „Disability-adjusted life expectancy (DALY)“ oder die „Quality-adjusted life years (QALY)“ zu berechnen.

Abb. 3.3.1: Behinderungsfreie Lebenserwartung nach Bundesländern 2000



Quellen: ST.AT - Todesursachenstatistik 2000, MZ „Fragen zur Gesundheit“ 1999; ÖBIG-eigene Berechnungen

Nach Berechnungen des ÖBIG ergibt sich für **Männer in Vorarlberg** im Jahr 2000 eine **behinderungsfreie Lebenserwartung** („Disability-free life expectancy (DFLE)“ von **70,1** Jahren - deutlich **über dem Bundesdurchschnitt** von 69,1 Jahren. Für die **Frauen** in Vorarlberg wurde für das Jahr 2000 eine DFLE von **73,9** Jahren berechnet - wiederum deutlich über dem Bundesdurchschnitt (73,1 Jahre). In beiden Bevölkerungsgruppen nimmt Vorarlberg die Spitzenposition ein, gefolgt vom Nachbarn Tirol mit einer DFLE von 70,0 Jahren für Männer und 73,7 Jahren für Frauen (vgl. Tab. 3.3.2 im Tabellenanhang und Abb. 3.3.1).

In einer aktuellen **Umfrage** gaben in **Vorarlberg** über alle Altersgruppen hinweg 11,9 % der Personen an, **Schwierigkeiten** zu haben, sich zu **bewegen**. 3,1 % gaben an, mäßige oder große Schwierigkeiten zu haben, sich selbst zu versorgen, und 15 % gaben an, mäßige oder große Schmerzen und Beschwerden zu haben.

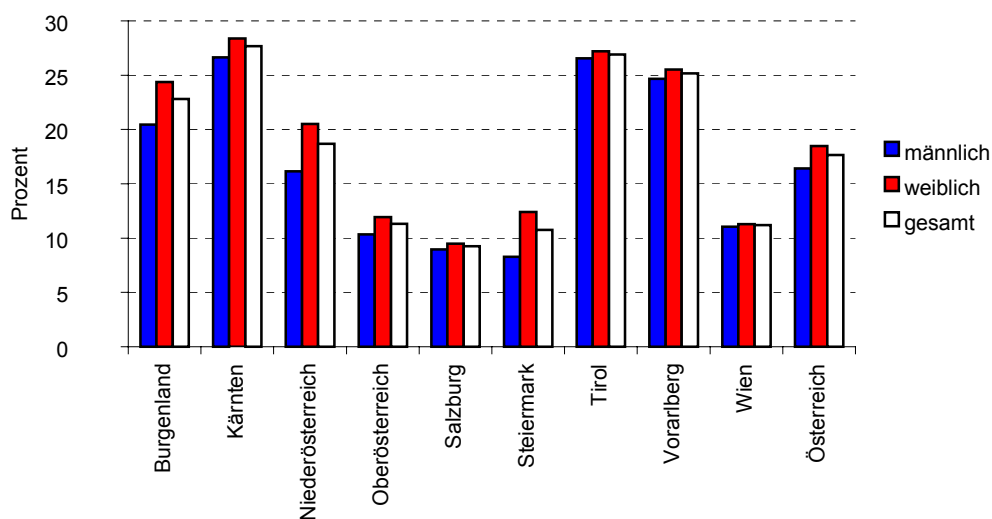
In der Altersgruppe der **über 65-jährigen** geben in **Österreich** 25 % der Personen an, mäßig **bekümmert**, **niedergeschlagen** und **besorgt** zu sein. 10 bis 17 % geben an, stark bekümmert zu sein, und ca. 1 % der Personen gibt an, extrem besorgt, bekümmert oder niedergeschlagen zu sein. In **Vorarlberg** geben diesbezüglich (über alle Altersgruppen) 17 % der Personen an, mäßig besorgt zu sein, 9 % stark und 0,5 % extrem besorgt, bekümmert oder niedergeschlagen zu sein. Die Situation erscheint hier also wesentlich günstiger als in Österreich insgesamt.

Auf die Frage nach **Konzentrationschwächen** antworteten 25 % der über 65-jährigen Personen in **Österreich**, sie hätten mittlere Schwierigkeiten, in 2 bis 8 % schwere Probleme und in 0,5 bis 4 % extreme Probleme, sich zu konzentrieren oder sich Dinge zu merken. Über alle Altersgruppen hinweg ergeben sich für **Vorarlberg** folgende Zahlen: Mittlere Schwierigkeiten werden von 20 % der Personen, schwere Probleme von 7 % der Personen genannt, extreme Probleme, sich zu konzentrieren, wurden von keiner Person angegeben.

„Activities of daily living (ADL)“

Einer im Jahre 1998 durchgeführten Mikrozensus-Umfrage nach benötigten Hilfestellungen im Alltag **benötigen** in Vorarlberg **26 %** der über 64-jährigen **Frauen** und **25 %** der **Männer** dieser Altersgruppe **Hilfe** bei den sogenannten „Activities of Daily Living (ADL)“.

Abb. 3.3.2: Anteil der über 64-jährigen mit benötigter Hilfe bei ADL 1998



Quellen: ST.AT - Mikrozensus-Sonderprogramm „Gesundheitliches Befinden von Senioren“ (1998)

Darunter versteht man Hilfe bei mindestens einer der folgenden Tätigkeiten: Ausgehen, Aufräumen, Kochen, Einkaufen, medizinische Pflege, persönliche Verrichtungen, Gehen/Stiegensteigen, Essen/Trinken, Waschen/Anziehen oder Aufstehen/Niederlegen. Im Vergleich mit den anderen Bundesländern nimmt **Vorarlberg** hier den **dritten Rang** ein - nur in Tirol mit gesamt 27 % unter den über 64-jährigen, die Hilfe benötigen, und in Kärnten (mit 28 %) wird ein höherer Anteil an hilfsbedürftigen Personen registriert (vgl. Abb. 3.3.2). Dieses Ergebnis könnte unter Umständen mit dem (sozialpolitisch erwünschten) Umstand des möglichst langen Verbleibens Betagter im häuslichen Umfeld zusammenhängen.

Sterblichkeit der über 64-jährigen

Die gravierendsten Einflüsse und Gefahren drohen älteren Personen durch Depression und Selbstmord, Demenz, bösartige Neubildungen, chronische Herzerkrankungen, Osteoporose, Inkontinenz und Unfälle.

Die **führende Todesursache** bei den über 64-jährigen Personen stellen mit mehr als der Hälfte aller Todesfälle die **Herz-Kreislauferkrankungen** dar, gefolgt von den **Krebserkrankungen**, die ein weiteres Viertel der Gesamtmortalität in dieser Altersgruppe ausmachen. Auffallend in diesem Zusammenhang ist die erhöhte Krebssterblichkeit der über 65-jährigen Männern im Bezirk Dornbirn und die erhöhte Krebssterblichkeit der über 65-jährigen Frauen im Bezirk Bludenz (vgl. Tab. 3.3.3 im Tabellenanhang). Ein weiteres auffallendes Detail ist die erhöhte Suizid-Sterblichkeit von Männern über 64 Jahren im Bezirk Dornbirn, wobei hier mehr als eine Verdopplung der Rate gegenüber den Vergleichsbezirken zu verzeichnen ist.

Seit 1990 ist es zu einer deutlichen Reduktion der Sterblichkeit der über 64jährigen bei allen Todesursachen gekommen. So reduzierte sich die Sterblichkeit der über 64jährigen Männer an bösartigen Neubildungen im Zeitrahmen 1990 – 2001 um 13,6%, die Sterblichkeit an Herzkreislauferkrankungen um 13,5% und die Sterblichkeit an Verletzungen und Vergiftungen sogar um 61%. Bei den Frauen ergibt sich im selben Zeitraum ein ähnliches Bild: Auch hier ist es zu einer Reduktion der Sterblichkeit der über 64jährigen Frauen um 26,6% an bösartigen Neubildungen, um 19,7% an Herzkreislauferkrankungen und um 47,6% an Verletzungen und Vergiftungen gekommen.

Im Vergleich mit den anderen Bundesländern sowie mit Österreich zeigt sich, dass die alterstandardisierte **Sterblichkeit** der **über 64-jährigen** Personen **in Vorarlberg** - bis auf einige Ausnahmen - in allen Kategorien **niedriger** liegt. Als eine bemerkenswerte Ausnahme ist die Sterblichkeit der über 64-jährigen an cerebro-vaskulären Erkrankungen sowohl bei Männern als auch bei Frauen gegenüber dem Bundesdurchschnitt erhöht (vgl. Tab. 3.3.3).

Stationäre Aufnahmen älterer Personen in Krankenanstalten

Laut Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD) ist die alterstandardisierte **stationäre Prävalenz** bei **über 64-jährigen** Männern und Frauen in Vorarlberg **niedriger als** im **Bundesdurchschnitt** und auch niedriger im Vergleich mit den anderen Bundesländern - ausgenommen bei den Frauen, wo Wien als einziges Bundesland eine niedrigere stationäre Prävalenz aufweist (vgl. Tab. 3.3.4 im Tabellenanhang).

Besonders auffällig ist die in Vorarlberg sehr **niedrige stationäre Prävalenz** in Bezug auf die **Zuckerkrankheit**, die bei beiden Geschlechtern deutlich gegenüber allen Bundesländern und gegenüber dem Bundesschnitt erniedrigt ist (vgl. Tab. 3.3.4). Bei den anderen Erkrankungen sind solche deutlichen Unterschiede nicht feststellbar. Bei den Oberschenkelhalsfrakturen liegt die alterstandardisierte Prävalenz bei Männern und Frauen unter dem Österreichschnitt, bei den Hüftgelenks-Endoprothesen bei den Männern im Österreichschnitt, bei den Frauen unter dem Bundesdurchschnitt. Auch bei den Herz-Kreislaufkrankheiten (HKE) ist die stationäre Prävalenz in Vorarlberg bei beiden Geschlechtern niedriger als in Österreich insgesamt. Bei den Depressionen liegt die stationäre Prävalenz der Frauen über dem österreichweiten Schnitt, bei den Männern deutlich darunter (vgl. Tab. 3.3.4).

Versorgungssysteme für ältere Menschen in Vorarlberg

Allgemein kann angenommen werden, dass mit zunehmendem Alter die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes abnimmt, dass im Gegenzug Schwierigkeiten, sich zu

bewegen oder sich zu konzentrieren, zunehmen und die Fähigkeiten und Möglichkeiten zu persönlichen Beziehungen und sozialen Kontakten abnehmen. Zum jetzigen Zeitpunkt werden erhebliche **Anstrengungen** unternommen, um die Regionen auf eine zunehmend **ältere Bevölkerung** vorzubereiten. Ältere Personen möchten möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung versorgt werden und dort bleiben können.

Vorarlberg hat diesbezüglich eine lange Tradition. Aufbauend auf Erfahrungen Anfang der 90er Jahre wurde das sogenannte „**Vorarlberger Pflegenetz**“ entwickelt. In der Gesamtübersicht zeigt dieses Pflegenetz drei Bereiche:

- Bereich 1: Information, Beratung, Koordination und Finanzierung;
- Bereich 2: Pflegedienste und flankierende Dienste;
- Bereich 3: Aus- und Weiterbildung.

Der Bereich 2 - **Pflegedienste** und **flankierende Dienste** - stellt den **Kernbereich** des Vorarlberger Pflegenetzes für pflegebedürftige Menschen dar. Als Angebotsarten werden ambulante/mobile Dienste, teilstationäre Dienste, Kurzzeitpflegedienste und stationäre Dienste ausgewiesen. Bei den stützenden Maßnahmen zur Sicherung der Pflege zu Hause werden unter anderem Seniorentreffpunkte, Besuchsdienste, Fahrdienste, Mahlzeitdienste, Haushilfen, Mobile Hilfsdienste, Familienhilfe, Seniorenalarm, ambulant betreutes Wohnen sowie Hauskrankenpflege und Heilmittelabgabe im ambulanten Bereich ausgewiesen. Bei den teilstationären Diensten wären diesbezüglich die „Beschützenden Werkstätten/Förderwerkstätten“ sowie die Tages- und Nachtbetreuung zu nennen. Bei den Kurzzeitpflegediensten liegt der Schwerpunkt auf der Übergangspflege und dem sogenannten „Urlaub von der Pflege“.

2000 gab es in Vorarlberg **54 Mobile Hilfsdienste**, die in **85 Gemeinden** mit insgesamt **95 Prozent** der **Bevölkerung** des Landes Dienstleistungen erbrachten. Als Träger fungierten Krankenpflegevereine, Sozial- und Gesundheitswesen-Stellen, Gemeinden, ein Sozialzentrum, das Rote Kreuz, der Vorarlberger Familienverband sowie in vier Fällen eigenständige Vereine. Auf Landesebene sind die Vereine in der „ARGE Mobile Hilfsdienste“ zusammengeschlossen - die Geschäftsstelle übernimmt Service und Koordinationsaufgaben.

Insgesamt wurden 2000 von 1.161 Helferinnen 235 443 Einsatzstunden geleistet und dabei 1.939 Personen betreut - dies ergibt einen durchschnittlichen Betreuungsaufwand pro Patient von 121 Stunden in diesem Jahr. In den letzten Jahren ist einerseits die Zahl der **Mobilen Hilfsdienste** zügig **angewachsen** (von 30 Diensten 1995 auf 54 Dienste im Jahr 2000), andererseits stieg die Zahl der zu betreuenden Personen von 683 (1995) auf 1939 (2000), die Zahl der Betreuungsstunden hat sich von 69.500 (1995) auf 235 443 verdreifacht. Zukünftige **Ziele** sind die **weitere Vernetzung** aller Institutionen in Vorarlberg, die ambulante Betreuung anbieten, sowie ein flächendeckender Ausbau der Mobilen Hilfsdienste (vgl. „Mobile Hilfsdienste, Familienhilfe-Fachdienst, Hauskrankenpflege-Fachdienst; Bericht über die Jahre 1998, 1999, 2000“)

Der **Hauskrankenpflegefachdienst** ist in Vorarlberg flächendeckend ausgebaut und steht seit 1999 in allen 96 Gemeinden des Landes, d. h. für **100 %** der Bevölkerung zur Verfügung. 2000 waren 55 264 Familien, also rund die Hälfte der Vorarlberger Haushalte, den Krankenpflegevereinen solidarisch als Mitglieder verbunden. Insgesamt 187 Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger und Pflegehelfer sind in der Krankenpflege tätig. Diese **Versorgungsdichte** (rund 3000 Einwohner pro Hauskrankenpfleger) ist österreichweit und international ein **ausgezeichneter** Wert. Fast drei Viertel der Patienten waren Frauen, über 90 % der Patienten waren 60 Jahre oder älter, zwei Drittel der Patienten über 75 Jahre alt. Rund zwei Drittel der Patienten lebten mit der Familie, ein Drittel lebte allein. Viele Krankenpflegevereine bieten neben der Hauskrankenpflege auch andere ambulante/mobile Hilfsdienste an.

Die **Hauskrankenpflege** in Vorarlberg ist hinsichtlich ihrer Entstehungsgeschichte, ihrer Struktur und Organisation (eingeschlossen das Leistungsgeschehen) im In- und Ausland

wohl ohne Beispiel und gilt - unterstützt von den Mobilien Hilfsdiensten und vom Familienhilfe-Fachdienst - als „Schmuckstück“ in der Vorarlberger Gesundheits- und Soziallandschaft. In diesem Zusammenhang ist auch auf den umfassenden und hoch informativen Bericht über die Mobilien Dienste in Vorarlberg zu verweisen, der Ende 2001 erschienen ist (siehe „Mobile Hilfsdienste, Familienhilfe-Fachdienst und Hauskrankenpflege-Fachdienst Bericht über die Jahre 1998, 1999, 2000“).

Palliativmedizinische Versorgung und Hospizbewegungen in Vorarlberg

Alle Menschen sollten das Recht haben, so würdevoll wie möglich und unter Achtung ihrer kulturellen Werte **sterben** zu können. Auch wenn der Hauptteil der im Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel für Menschen in ihren letzten Lebensjahren - vor allem in der Phase kurz vor ihrem Tod - aufgewendet wird, wünschen immer mehr betroffene Patienten in einem für sie optimal ausgerichteten Umfeld in Würde sterben zu können. Menschen sollte die Möglichkeit geboten werden, weitgehend selbst über den Ort zu entscheiden, an dem sie sterben möchten, im Kreise von Menschen ihrer Wahl und - soweit wie möglich - ohne Schmerzen und Qualen. Bei Entscheidungen über den Tod eines Menschen sollten die Wünsche des Betroffenen im Mittelpunkt stehen.

In der **Hospizbewegung** in Vorarlberg wird in dieser Hinsicht Bemerkenswertes geleistet. Der Schwerpunkt liegt dabei in der palliativen Versorgung und der Symptomlinderung. 1999 waren in Vorarlberg **73 Hospiz-BegleiterInnen** (zu fast 90% Frauen) tätig. Die Hospiz-Begleitung wurde mit Jahresbeginn 2000 in **sechs Regionen** (Bregenz, Dornbirn, Götzis, Feldkirch, Bludenz und Bregenzerwald) angeboten. Die Hospiz-BegleiterInnen betreuten 236 Personen (Familien) im Umfang von insgesamt 5.091 Betreuungsstunden. Begleitet wurden in erster Linie Sterbende, deren Betreuende und Hinterbliebene. Die Begleitung erfolgte überwiegend zu Hause, teilweise in Alten- und Pflegeheimen und in Krankenhäusern, wobei zuletzt die Anfragen in Alten- und Pflegeheimen kontinuierlich zunahmen. Der durchschnittliche Umfang der Betreuung betrug 22 Stunden pro Person. Die Hospizbewegung Vorarlberg ist einer der Träger des 1. Vorarlberger **Palliativlehrganges**.

Ziel 7: Bis zum Jahr 2020 sollten die gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufgrund von übertragbaren Krankheiten durch systematisch angewendete Programme zur Ausrottung oder Bekämpfung bestimmter Infektionskrankheiten, die für die öffentliche Gesundheit Bedeutung haben, erheblich verringert werden.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende **Teilziele** erreicht werden:

7.1 Bis 2000 oder sogar früher sollte der Poliomyelitis-Übertragung in der Region Einhalt geboten werden und bis 2003 oder sogar früher sollte die Eliminierung der Krankheit in jedem Land zertifiziert werden können.

7.2 Bis 2005 oder sogar früher sollte in der Region Neugeborenen-Tetanus eliminiert werden.

7.3 Bis 2007 oder sogar früher sollten einheimische Masern in der Region eliminiert werden und bis 2010 sollte Eliminierung der Krankheit in jedem Land zertifiziert werden können.

7.4 Bis 2010 oder sogar früher sollten alle Länder Folgendes erreicht haben: Eine Diphtherie-Inzidenz von weniger als 0,1 pro 1.000 Einwohner; eine Reduzierung der Zahl neuer Hepatitis-B-Virussträger um mindestens 80 % durch Einführung der Hepatitis-B-Impfung als Standardimpfung für Kinder; In Bezug auf Mumps, Pertussis und invasive Erkrankungen durch HiB eine Inzidenz von weniger als 1 pro 100.000 Einwohner; in Bezug auf kongenitale Syphilis eine Inzidenz von weniger als 0,01 pro 1.000 Lebendgeburten; in Bezug auf kongenitale Röteln eine Inzidenz von weniger als 0,01 pro 1.000 Lebendgeburten.

7.5 Bis 2015 oder sogar früher sollte in jedem Land die Malariainzidenz auf weniger als 5 Fälle pro 1.000 Einwohner reduziert werden und es sollte keine Todesfälle in Folge einheimischer Malaria mehr geben; weiters sollten in jedem Land die Inzidenz, Sterblichkeit und die negativen Folgen von HIV-Infektionen und AIDS, anderen sexuell übertragbaren Krankheiten, TBC und akuten Atemwegsinfektionen sowie Durchfallerkrankungen bei Kindern nachhaltig und kontinuierlich zurück gehen.

4 Gesundheitsbeeinträchtigungen

4.1 Übertragbare Krankheiten

Die Verringerung übertragbarer Krankheiten erfordert einen **integrierten Ansatz**, der Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung miteinander kombiniert. Die Verbesserung und Erhaltung der Hygiene, Wasserqualität und Lebensmittelsicherheit ist genau so wichtig wie nachhaltige, effiziente Impfprogramme und gut organisierte Therapiepläne. In den nächsten Jahren sollen nach dem **Konzept der WHO** Poliomyelitis, Masern und Neugeborenen-Tetanus in der europäischen Region ausgerottet sein und kongenitale Röteln, Diphtherie, Hepatitis B, Mumps, Pertussis und HiB sollten durch Impfung wirkungsvoll bekämpft werden. Außerdem sind die Maßnahmen zur Bekämpfung von TBC, Malaria und HIV/AIDS sowie von sexuell übertragbaren Krankheiten zu intensivieren.

Durch die Weiterentwicklung der Impfstoffe (Kombinationsimpfstoffe) und auf Basis der Impfeempfehlungen 1997 und des Impfplans 2000 konnten weitere **Verbesserungen** im **Impfschutz** der Bevölkerung (insbesondere der Kinder) erreicht werden. Zu den allgemein empfohlenen Impfungen für Säuglinge, Kinder und Jugendliche zählen laut **Impfplan 2000** (BMSG) Impfungen gegen Hepatitis B, Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hib, Poliomyelitis sowie gegen Masern, Mumps und Röteln. Trotz der Verbesserungen auf diesem Sektor sind zum Teil noch weitere Maßnahmen zur Erhöhung der Durchimpfungsraten erforderlich - bei Kindern sind die Durchimpfungsraten nur noch marginal steigerbar, bei Erwachsenen hingegen ist die Schließung von teils nicht unerheblichen Impflücken bzw. ein höherer Immunisierungsgrad gegen „neue“ Infektionsrisiken (wie z. B. FSME) notwendig. Außerdem ist auch die Verbesserung der Dokumentation in Bezug auf erfolgte Impfungen an Erwachsenen erforderlich.

Europa wurde im Juni 2002 als frei von **Poliomyelitis** erklärt. In Vorarlberg liegt die **Durchimpfungsrate** der jeweiligen Geburtsjahrgänge seit Jahren um die **90 %**, für den Geburtsjahrgang **1998** wurde sogar eine Durchimpfungsrate von **96 %** erreicht, sodass praktisch ein fast vollständiger Impfschutz gegeben ist. Fälle von **Neugeborenen-Tetanus** treten in Österreich seit Jahren nicht mehr auf. Betreffend **Masern** besteht in Österreich keine Meldepflicht für Masern, sodass es über die Zahl der Neuerkrankungen keine Angaben gibt. In **Vorarlberg** sind in den letzten zehn Jahren **kaum Masernfälle** aufgetreten. Nach den Zielen der WHO sollte jeder Mitgliedsstaat eine **Durchimpfungsrate** von **95 %** bei der ersten Masernimpfung erreichen. Vorarlberg liegt bezüglich dieser Impfungsrate mit zuletzt rund **85 %** gut, die von der WHO geforderte Durchimpfungsrate ist allerdings **noch nicht erreicht**.

In den letzten zehn Jahren wurden aus Vorarlberg keine Fälle von **Diphtherie** an das BMSG gemeldet. Hingegen wurden - trotz der Empfehlung einer entsprechenden Impfung als Standard - in den letzten Jahren jeweils mehrere Erkrankungen an **Hepatitis B** aus Vorarlberg gemeldet, die allerdings nie tödlich verliefen, außerdem auch noch vereinzelt Fälle von **Hepatitis C**. In Bezug auf **AIDS** wurden in Vorarlberg zwischen 1996 und 2000 jährlich ca. vier Neuerkrankungen bzw. zwei Todesfälle gemeldet, wobei die Tendenz seit Anfang der 90er Jahre stark rückläufig ist. Damit lag Vorarlberg in der Inzidenz und Sterblichkeit knapp unter dem Bundesdurchschnitt.

Gemäß der Statistik der **meldepflichtigen Infektionserkrankungen** des BMSG fielen in Vorarlberg im letzten Jahrzehnt folgende Erkrankungen am häufigsten an: Bakterielle Lebensmittelvergiftungen ohne Spezifikation des Erregers (rund 4.700 Meldungen), Salmonellose (2.500), Scharlach (900), Tuberkulose (700), Campylobakter (540) sowie Hepatitis (Typ A: 180, Typ B: 80, Typ C: 25). Während die Inzidenz von Tuberkulose nach den vorliegenden Daten im bundesweiten Vergleich in Vorarlberg - insbesondere in den Bezirken Dornbirn und Feldkirch - relativ hoch ist (vgl. STRAUSS e.a., S. 5) und auch Erkrankungen an Scharlach überrepräsentiert sind, liegt sie bei den sexuell übertragbaren Krankheiten (Gonorrhoe, Lues) niedrig (vgl. Tab. 4.1.1). Allerdings bestehen Zweifel in Bezug auf die Vollständigkeit dieser Statistik, sodass es sich dabei auch um statistische **Artefakte** handeln könnte.

Neben den meldepflichtigen (also u. U. zu einer behördlichen Maßnahmen Anlass gebenden) gibt es eine Reihe weiterer Infektionserkrankungen, die heute in den meisten Fällen medizinisch gut behandelbar sind und außerdem zum Teil mit umfassenden Impfprogrammen bereits präventiv bekämpft werden. Dennoch **sterben** in Vorarlberg laut Todesursachenstatistik von ST.AT jährlich etwa **10** Menschen an einer Infektionserkrankung, die meisten davon an TBC oder an einer Sepsis (Strepto-, Staphylo-, Pneumokokken, etc.). Über **1.900** Vorarlberger werden pro Jahr aufgrund einer Infektionserkrankung im **Krankenhaus** aufgenommen, die meisten davon wegen Infektionen im Verdauungssystem und wegen Wundrose (Erysipel), weiters rund 120 Personen wegen einer Tuberkulose-Erkrankung und rund 20 wegen oder mit einer HIV-assoziierten Erkrankung (vgl. Tab. 4.1.2). Malaria spielt hingegen praktisch keine Rolle mehr. Bemerkenswert ist, dass jährlich fast 400 Vorarlberger **Kinder** im Alter unter 15 Jahren mit einer **Durchfallerkrankung** stationär behandelt werden (vgl. Tab. 4.1.2).

Ziel 8: Bis zum Jahr 2020 sollten in der gesamten Region Morbidität, Behinderungen und vorzeitige Todesfälle in Folge der wichtigsten chronischen Krankheiten auf den tiefst möglichen Stand zurück gehen.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende **Teilziele** erreicht werden:

8.1 Die Mortalität in Folge von Herz-/Kreislaufkrankungen in der Altersgruppe unter 65 Jahre sollte im Durchschnitt um mindestens 40 %, vor allem in Ländern mit derzeit hohen Mortalitätsraten, zurück gehen.

8.2 Die Mortalität in Folge von Krebserkrankungen jeglicher Art bei den unter 65jährigen sollte im Durchschnitt um mindestens 15 % zurück gehen, die Lungenkrebssterblichkeit um 25 %.

8.3 Die Häufigkeit von Diabetesfolgen, wie Amputationen, Blindheit, Niederversagen, Schwangerschaftskomplikationen und andere ernste Gesundheitsstörungen sollte um ein Drittel reduziert werden.

8.4 Morbidität, Behinderungen und Todesfälle in Folge von chronischen Atemwegserkrankungen, Muskel-Skelettstörungen und anderen prävalenten chronischen Zuständen sollten nachhaltig und kontinuierlich zurückgehen.

8.5 Mindestens 80 % der Kinder der Altersgruppe 6 Jahre sollten kariesfrei sein und Zwölfjährige sollten im Durchschnitt höchstens 1,5 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen.

4.2 Chronische Erkrankungen

Chronische Erkrankungen wie Herz-/Kreislaufkrankungen, Krebserkrankungen, Diabetes und COPD sind weit verbreitet und tragen - neben den Unfällen - erheblich zur **vorzeitigen Sterblichkeit** (unter 65 Jahren) bei. Zu den Risikofaktoren gehören Rauchen, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, hoher Alkoholkonsum und psychosozialer Stress. Zur weiteren Verringerung der „vorzeitigen Sterblichkeit“ muss an diesen Risikofaktoren angesetzt werden.

Vorzeitige Sterblichkeit (unter 65 Jahren)

In Vorarlberg starben im letzten Jahrzehnt jährlich fast **600** Menschen (rund 400 Männer und rund 200 Frauen) im Alter unter 65 Jahren, davon mehr als die Hälfte an Herz-/Kreislaufkrankungen, Krebserkrankungen oder COPD. Den größten Beitrag zu dieser „vorzeitigen Sterblichkeit“ leisteten die Krebserkrankungen bei den Männern, die COPD spielten quantitativ nur eine untergeordnete Rolle (vgl. Tab. 4.2.1).

Die Sterblichkeit (Verstorbene pro 100000 EW und Jahr, alterstandardisiert) ist analog zu den über 64jährigen auch in dieser Altersgruppe deutlich zurückgegangen. So reduzierte sich die Sterblichkeit der unter 65jährigen Männern an bösartigen Neubildungen um 23,6%, an Herz-Kreislaufkrankungen um 17,5% sowie an Verletzungen und Vergiftungen um 28,7% (Zeitraum 1990 – 2001). Für denselben Zeitraum ergibt sich für unter 65jährige Frauen in Vorarlberg eine Reduktion der Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen um 12,2%, an Herz-Kreislaufkrankungen um 28,6% und an Verletzungen und Vergiftungen um 42,4%.

Vorarlberg zählte damit im bundesweiten Vergleich (gemeinsam mit Tirol) zu den Bundesländern mit einer stark **unterdurchschnittlichen „vorzeitigen Mortalität“**. Während die Sterblichkeit der unter 65jährigen in Bezug auf **Herz-/Kreislaufkrankungen** in Vorarlberg bei beiden Geschlechtern erheblich unter dem Bundesdurchschnitt war, lag die Mortalität bei den **Krebserkrankungen** nahe dem Bundesdurchschnitt, bei den Männern sogar darüber (vgl. Tab. 4.2.1), wobei der Bezirk Feldkirch besonders auffiel (die Abweichung ist jedoch statistisch nicht signifikant).

Krebsinzidenz und Krebsmortalität

Bei der Interpretation regional vergleichender Auswertungen der österreichischen Krebsstatistik ist **Vorsicht** geboten, da Regionen mit hoher Meldedisziplin fälschlich als Regionen mit hoher Krebsinzidenz aufscheinen. Dies ist für Vorarlberg insofern von besonderer Relevanz, als hier vor 15 Jahren mit dem Aufbau eines **regionalen Tumorregisters** begonnen wurde, welches nach erfolgten weiteren Optimierungsschritten nunmehr auch in das internationale Netzwerk „cancer incidence in five continents“ aufgenommen wurde. Ausgehend von der Annahme, dass der Erfassungsgrad innerhalb Vorarlbergs einheitlich ist, können innerhalb des Bundeslandes regionale Vergleiche und auch Vergleiche mit dem Bundesdurchschnitt angestellt werden. Es ist beabsichtigt, dass in der nächsten Zeit ein eigens erstellter, detaillierter und umfassender Bericht betreffend die Inzidenz und Mortalität an bösartigen Neubildungen in Vorarlberg erscheint.

Die **Krebsmortalität** insgesamt liegt in Vorarlberg bei den Männern etwa **gleichauf** mit dem **Bundesdurchschnitt**, bei den Frauen deutlich darunter (vgl. Tab. 2.2.3 und 2.2.4 im Tabellenanhang). Auch die **Krebsinzidenz** (Häufigkeit von Neuerkrankungen) liegt bei beiden Geschlechtern etwa **im Bundesdurchschnitt**. Laut Krebsstatistik erkranken in Vorarlberg jährlich rund 1.200 Personen (davon etwa 630 Männer und 570 Frauen) an Krebs, wobei Prostata- und Lungenkrebs bei den Männern und Brust- bzw. Darmkrebs bei den Frauen die häufigsten Krebsarten sind (vgl. Tab. 4.2.2).

Wenngleich die Krebshäufigkeit - etwa in Bezug auf den Prostatakrebs im Bezirk Feldkirch oder auf den Brustkrebs im Bezirk Bludenz - zum Teil regional erhöht ist, ergeben sich aufgrund der relativ kleinen Fallzahlen **keine signifikanten Abweichungen** gegenüber dem Bundes- oder Landesdurchschnitt (vgl. Tab. 4.2.2).

Zahngesundheit

Wie bereits erwähnt, wurde das **WHO-Ziel** betreffend die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in Vorarlberg nach den zuletzt durchgeführten Erhebungen bereits **erreicht** (vgl. Ausführungen zur Zahngesundheit in Kap. 3.2).

Ziel 9: Bis zum Jahr 2020 sollte es einen signifikanten und nachhaltigen Rückgang der Verletzungen, Behinderungen und Todesfälle in Folge von Unfällen und Gewalt in der Region geben.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende **Teilziele** erreicht werden:

9.1 Die Mortalität und Behinderungen in Folge von Straßenverkehrsunfällen sollten um mindestens 30 % zurück gehen.

9.2 Die Mortalität und Behinderungen in Folge von Arbeitsunfällen, Unfällen im Haus sowie beim Sport und bei Freizeitbeschäftigungen sollten um mindestens 50 % zurück gehen, vor allem in Ländern mit einer derzeit hohen Rate tödlicher Unfälle.

9.3 Die Inzidenz und die Mortalität aufgrund von häuslicher, geschlechtsspezifischer und organisierter Gewalt und damit verbundene Gesundheitsfolgen sollten um mindestens 25 % zurück gehen.

4.3 Verletzungen

Eine Reduktion der auf Gewalteinwirkung und Unfälle zurückzuführenden Verletzungen kann durch eine bessere Notfallversorgung und striktere Durchsetzung bereits bekannter Präventionsmaßnahmen, die Unfälle im Straßenverkehr, am Arbeitsplatz und im Haus verhüten können, bewirkt werden. Nicht zu vernachlässigen ist hier auch das Problem der Gewalt in der Familie (mit besonderem Akzent auf Alkoholkonsum, vgl. dazu Kap. 3.2).

Jährlich **sterben** in Vorarlberg rund **130** Menschen an Verletzungen - nur ganz wenige an Vergiftungen - darunter rund 80 an den Folgen eines Unfalls, der Rest durch Selbstmord oder Vergiftungen, wobei zum weitaus überwiegenden Teil Männer betroffen sind. Trotz großer Fortschritte in der Unfallverhütung und einem Rückgang der unfallbedingt verlorenen Lebensjahre gingen bei den **Männern** im Jahr 2000 immer noch die meisten Lebensjahre durch **Unfälle** und **Verletzungen** (selten Vergiftungen) verloren (vgl. Kap. 2.2). Bei den **Frauen** sind die meisten verlorenen Lebensjahre anderen Todesursachen zuzuschreiben, aber auch hier spielen Unfälle und Verletzungen eine bedeutende Rolle.

Jedes Jahr werden mehr als **10.000** stationäre Fälle (inkl. Mehrfachaufnahmen und tagesklinische Fälle) gezählt, bei denen Vorarlberger Landesbürger aufgrund eines Unfalls in einem **Krankenhaus** aufgenommen werden, wobei jährlich rund 90 dieser Patienten im Krankenhaus versterben. Art und Hergang des Unfalls werden mit einem sogenannten „E-Code“ in der Krankenhausdokumentation vermerkt. Aus diesem Code lässt sich erkennen, dass sich rund die **Hälfte** dieser Unfälle im „**privaten Bereich**“ (also in der Regel im eigenen Haushalt) ereignet. Je rund 10 % entfallen auf Arbeits-, Verkehrs- und Sportunfälle, etwa 15 % auf Vergiftungen.

Über die **Unfallfolgen** (z. B. bleibende Behinderungen) ist **wenig bekannt**, zumal durch die vorliegenden Daten - etwa aus den Rehabilitationseinrichtungen - zwar das Behandlungsgeschehen, nicht aber der längerfristige Behandlungserfolg dokumentiert wird.

Aufgrund der erheblichen epidemiologischen Bedeutung von Unfällen wurde in Vorarlberg bereits 1993 die Initiative „**Sichere Gemeinden**“ im Rahmen eines Österreich weiten Pilotprojekts (mit damals 14 Vorarlberger Gemeinden) gestartet. Seit 1997 sind im Netzwerk „Initiative Sichere Gemeinden“ alle 96 Gemeinden Vorarlberg repräsentiert (vgl. dazu auch Kap. 5.2).

Ziel 6: Bis zum Jahr 2020 sollte sich die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern und für Personen mit psychischen Problemen sollten bessere umfassende Dienste verfügbar und zugänglich sein.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende **Teilziele** erreicht werden:

6.1 Die Prävalenz und die gesundheitsschädigenden Auswirkungen von psychischen Problemen sollten sich erheblich verringern und die Bevölkerung sollte besser befähigt werden, stressreiche Lebensereignisse zu bewältigen.

6.2 Die Suizidraten sollten um mindestens ein Drittel zurück gehen, wobei die signifikantesten Verringerungen in den Ländern und Bevölkerungsgruppen mit derzeit hohen Suizidraten erreicht werden sollten.

4.4 Psychische Erkrankungen

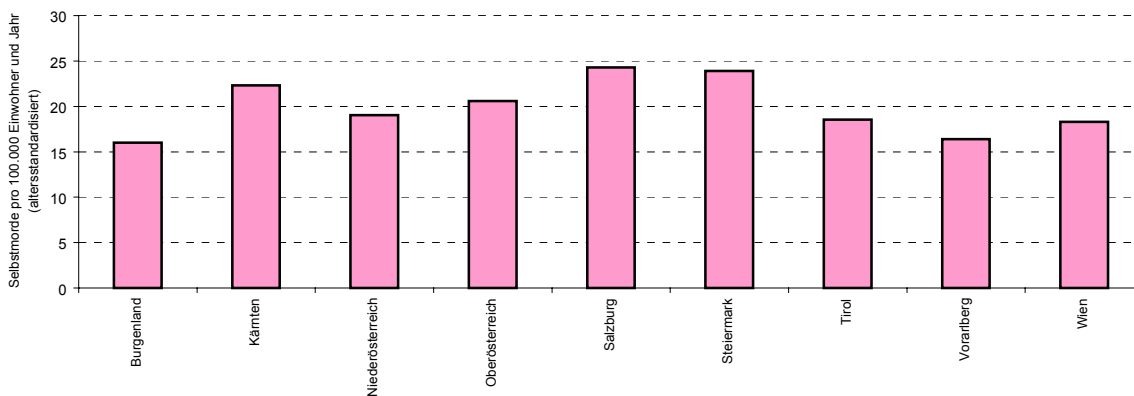
Das Ziel, umfassende Dienste zur Versorgung psychisch Kranker verfügbar und zugänglich zu halten, ist vor dem Hintergrund der psychosozialen Versorgungslandschaft in Vorarlberg bereits in hohem Maße erreicht. Dennoch wird es notwendig sein, diese Strukturen und Dienste besser zu koordinieren, Leistungsbereiche abzustimmen und insbesondere auch die entsprechende Krisenintervention anbieten zu können. Auf das von der Landesregierung vor Kurzem verabschiedete **Psychiatriekonzept** („Überlegungen zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in Vorarlberg“) wird in diesem Zusammenhang verwiesen.

Die Verbesserung der psychischen Gesundheit - und hier vor allem die Verringerung der Selbstmordraten - setzt voraus, dass der Förderung und dem Schutz der **psychischen Gesundheit** während der gesamten Lebensspanne vor allem in den sozial und wirtschaftlich benachteiligten Gruppen **erhöhte Aufmerksamkeit** gewidmet wird. Die Selbstmordraten können verringert werden, wenn das **Gesundheitspersonal geschult** wird, Depressionen frühzeitig zu erkennen und wenn angemessene **Behandlungsmöglichkeiten** zur Verfügung stehen. Stress am **Arbeitsplatz** ist ein wichtiger Faktor für Unterschiede im Gesundheitsverhalten. Da eine unbefriedigende Tätigkeit oder ein unsicherer Arbeitsplatz ebenso schädlich wie Arbeitslosigkeit sein können, genügt es für die Erhaltung der physischen und psychischen Gesundheit nicht, einen Arbeitsplatz zu haben, sondern die Qualität der Arbeit ist ebenso wichtig.

Laut Todesursachenstatistik von ST.AT und dem beim aks geführten Suizidregister sterben jedes Jahr rund **50** Vorarlberger durch **Selbstmord**, davon sind etwa 35 männlichen Geschlechts. Die **Selbstmordraten** in Vorarlberg und im Burgenland sind im bundesweiten Vergleich die **niedrigsten** unter allen Bundesländern (vgl. Abb. 4.4.1). Die aus der seinerzeitigen „Vorarlberger Suizidstudie“ (vgl. HALLER/LINGG 1985) hervorgegangenen Empfehlungen/Maßnahmenvorschläge und deren Umsetzung (einschließlich jährlicher „Suizidberichte“) haben mit zu dieser Situation beigetragen. Das WHO-Teilziel einer weiteren Senkung der Suizidmortalität ist - insbesondere im Hinblick auf die Senkung der im internationalen Vergleich in Österreich insgesamt immer noch sehr hohen Sterblichkeit - dennoch von Relevanz.

Rund **3.600** Vorarlberger (je etwa zur Hälfte Männer und Frauen) werden pro Jahr mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose stationär in einem **Krankenhaus** aufgenommen, zu weit mehr als einem **Drittel** verbleiben diese Patienten länger als vier Wochen im Krankenhaus und werden damit zu sogenannten „psychiatrischen **Langzeit-Fällen**“ (vgl. Tab. 4.4.1). Rund 300 Männer und etwa 700 Frauen werden aufgrund von **Depressionen** im Krankenhaus behandelt.

Abb. 4.4.1: Selbstmordraten nach Bundesländern 2001



Quelle: ST.AT - Todesursachenstatistik 1991-2000; Volkszählungen 1991/2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

In Bezug auf die **Häufigkeit** stationär behandelter psychiatrischer Fälle insgesamt und wegen Depressionen stationär behandelter Patienten liegt Vorarlberg zum Teil deutlich **unter dem Bundesdurchschnitt**, und zwar bei beiden Geschlechtern. Psychiatrische „**Langzeit-Fälle**“ sind hingegen in Vorarlberg **überrepräsentiert** (vgl. Tab. 4.4.1, Rubrik „Stationäre Prävalenz“), was auch mit dem besonderen Funktion des KH Maria Ebene in Frastanz (Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen - vorwiegend Alkoholabhängigkeit) zusammenhängen dürfte. Weitere Anhaltszahlen über die psychiatrische Morbidität finden sich im oben erwähnten Psychiatriekonzept.

Sowohl legale (v. a. Alkohol, Tabak und Medikamente) als auch illegale **Drogen** (Heroin, Kokain, Amphetamine, Cannabis, etc.) können zu einer Beeinträchtigung der Gesundheit führen. Eine quantitative **Beurteilung** der **Größenordnung** des problematischen Konsums von Suchtmitteln aller Art - insbesondere aber von illegalen Drogen - ist auf Grund der hohen Dunkelziffer, die 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. Nach wissenschaftlichen Prävalenzschätzungen gibt es etwa **15.000 bis 20.000** problematische **Opiatkonsumenten** (vgl. UHL/SEIDLER 2000), womit Österreich im EU-Vergleich im unteren Mittelfeld liegt.

Eine regionale Differenzierung der Schätzung ist nur eingeschränkt möglich. Bezogen auf die Einwohnerzahl weisen Wien, Tirol und (in geringem Ausmaß) Vorarlberg Werte über dem Österreich-Durchschnitt auf. In den letzten Jahren konnte eine langsame „**Nivellierung**“ der **regionalen Unterschiede** beobachtet werden, die dazu führt, dass die Drogenproblematik nicht mehr nur in wenigen Zentren, sondern generell in Ballungsräumen sichtbar wird (vgl. ÖBIG 1999). In diesem Zusammenhang zeigte sich eine deutliche Stabilisierung bzw. ein leichter **Rückgang** der Drogenproblematik in den früheren „**Schwerpunktgebieten**“ (vor allem Tirol, Vorarlberg und Wien).

Dennoch **sterben** in Vorarlberg immer noch jährlich etwa **10** Menschen an den direkten oder indirekten Folgen des Konsums illegaler Drogen, und zwar zum überwiegenden Teil Männer im Alter von über 19 Jahren (vgl. Tab. 4.4.2). Etwa die Hälfte dieser Todesfälle ist auf akute Intoxikationen zurückzuführen, der Rest auf indirekt suchtbezogene Todesursachen (z. B. AIDS, Selbstmorde).

Auf das soeben von der Vorarlberger Landesregierung verabschiedete **Drogenkonzept**, welches eine Aktualisierung der Konzepte aus den Jahren 1980 und 1991 darstellt, das dicht geknüpfte Netz an stationären und ambulanten Einrichtungen/Diensten zur Drogenberatung beschreibt und außerdem die derzeitigen und künftigen Erfordernisse (im Zusammenhang mit sich verändernden Konsummustern) aufzeigt, wird verwiesen.

Ziel 11: Bis zum Jahr 2015 sollten sich die Menschen in allen Gesellschaftsschichten für gesündere Lebensgewohnheiten entschieden haben.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende **Teilziele** erreicht werden:

11.1 Das Gesundheitsbewusstsein sollte beispielsweise in Bezug auf die Ernährung, körperliche Betätigung und Sexualität erheblich zunehmen.

11.2 Die Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit von und der Zugang zu hygienisch einwandfreien und gesunden Nahrungsmitteln sollte beträchtlich verbessert werden.

5 Gesundheitliche Rahmenbedingungen

5.1 Individuelle Verhaltensweisen

Die Menschen haben entscheidenden **Einfluss** auf ihre **eigene Gesundheit** und darauf, wie sie Leistungen der **Gesundheitsversorgung** in **Anspruch** nehmen. Durch freie Entscheidung oder auf Grund ihres sozialen Umfelds übernehmen die Menschen, solange sie gesund sind, vielleicht Haltungen und Lebensweisen, mit denen sie Risiken vermeiden oder eingehen. Wichtig ist es, dem Einzelnen zu verdeutlichen, wie die Gesundheit erhalten werden kann und wie er mit Diensten im häuslichen Umfeld unterstützt werden kann. Ratschläge zu wichtigen Fragen der Lebensweise wie Ernährung, sportliche Betätigung, Alkoholkonsum und Raucherentwöhnung sind nur dann wirksam, wenn sie anhaltend, konsequent und fortlaufend gegeben werden, und zwar auf individueller Ebene, im Rahmen der Familie, in der Gemeinde und im Land insgesamt.

Als bislang einziges Bundesland hat das Land Vorarlberg 1985 mit der **WHO** einen **Vertrag** über die Durchführung eines internationalen **Interventionsprogramms** zur Bekämpfung nicht übertragbarer Erkrankungen abgeschlossen und im **Oktober 2002** auf weitere 15 Jahre verlängert. Dieses Programm („Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention - **CINDI**“) hat zum Ziel, die wichtigsten „Zivilisationskrankheiten“ wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Diabetes mellitus, Unfälle und psychische Erkrankungen zu reduzieren.

Zur Planung von Interventionsmaßnahmen werden **regelmäßig Querschnittstudien** mit einem **repräsentativen Gesamtbevölkerungssample** durchgeführt. Viele Ergebnisse dieser in den Jahren 1986, 1991 und zuletzt 1996 durchgeführten Erhebung (Population Survey) sind in dieser Publikation angeführt.

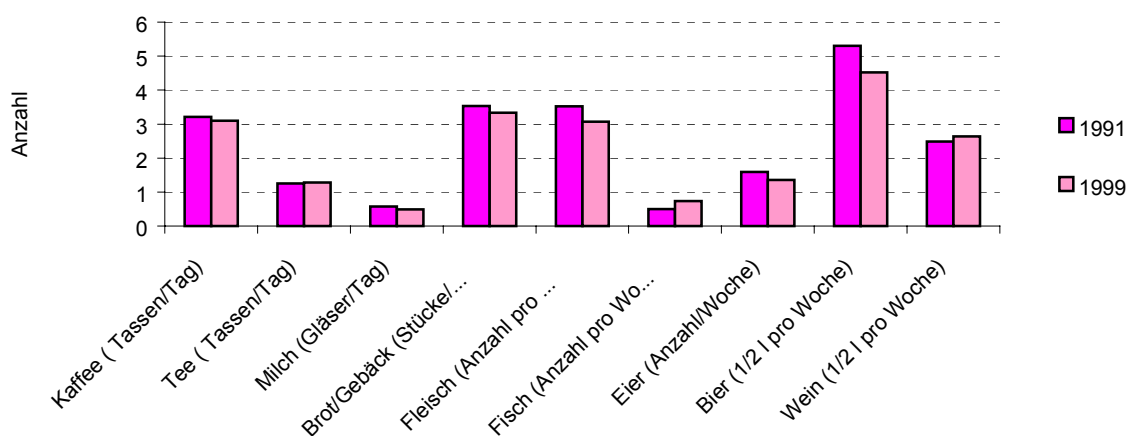
Ernährung

Schon kurz nach der Geburt können die Weichen Richtung gesunder natürlicher Ernährung - Stichwort „Stillen“ - gestellt werden. Die Ernährung stellt in ihrer Zusammensetzung und ihren Wirkstoffen eine nicht zu vernachlässigbare Größe bei der Gefährdung der Gesundheit dar, sei es durch zu hohe Kalorienzufuhr, sei es durch Kontamination mit Bakterien oder gesundheitsgefährdenden Stoffen, sei es durch die Unausgewogenheit des Speisezettels. Nicht umsonst stellen in Bezug auf die Sterblichkeit aller Altersgruppen die Herz-/Kreislaufkrankungen auch in Vorarlberg die führende Todesursache dar. In diesem Zusammenhang

müssen koordinierte und gemeinsame Projekte und Anstrengungen der Wirtschaft und der im Gesundheitswesen Tätigen unternommen werden, um dem Trend zu **hochkalorischen** und von der Zusammensetzung her **gesundheitsgefährdenden Ernährungsweisen** entgegenzuwirken.

Ein Vorarlberger konsumierte 1999 durchschnittlich 3,1 Tassen **Kaffee** pro Tag, 1,28 Tassen **Tee** pro Tag, trank 0,49 Gläser **Milch**, aß 3,33 Scheiben **Brot/Gebäck** pro Tag, konsumierte 3,07 mal **Fleisch** pro Woche und 0,73 mal **Fisch** pro Woche. Zusätzlich verzehrte ein Vorarlberger durchschnittlich 1,36 **Eier** pro Woche. Gegenüber einer Voruntersuchung hat sich der Kaffeekonsum leicht reduziert, der Tee- und Milchgenuss ist unverändert, der Konsum von Brot/Gebäck ist leicht rückläufig, der Fleisch- und Eierkonsum ebenfalls rückläufig und der durchschnittliche Konsum von Fischprodukten leicht steigend.

Abb. 5.1.1: Konsum ausgewählter Nahrungsmittel in Vorarlberg pro Person 1991 und 1999



Quellen: aks - Population Survey 1999; Amt der Vorarlberger Landesregierung

Bei den **alkoholischen** Getränken zeigt sich folgendes Bild: Der wöchentliche **Bierkonsum** in ½ l Flaschen hat sich im Zeitraum 1991 bis 1999 von 5,3 Flaschen pro Woche auf 4,5 Flaschen pro Woche **verringert**; der wöchentliche **Weinkonsum** in ½ l Gläser **stieg** zwischen 1991 und 1999 von 2,49 Gläser auf 2,64 Gläser an.

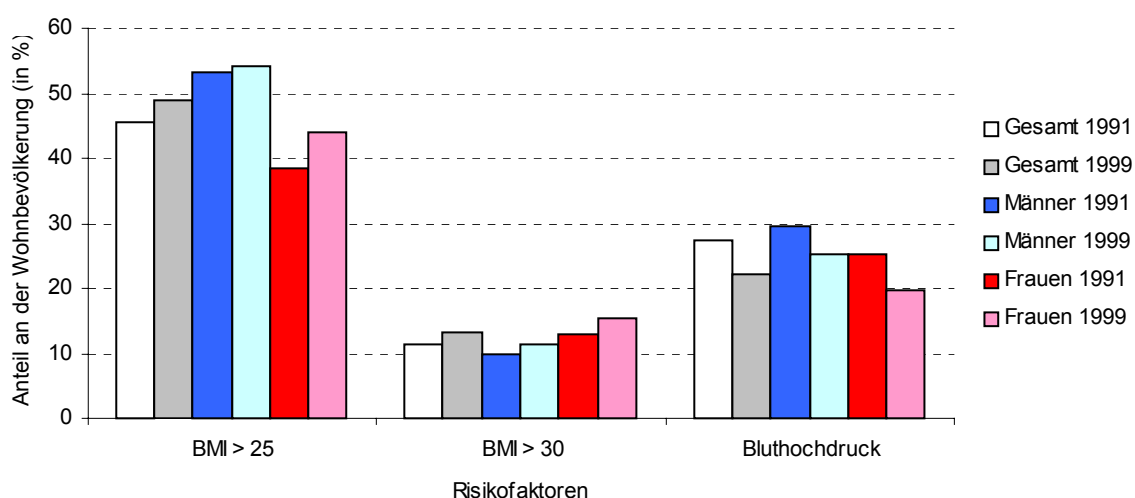
Erhebungen zu Folge, im Rahmen der CINDI Population Survey, haben 1999 haben **36 %** der Vorarlberger ihre **Ernährungsgewohnheiten** während des vorangegangenen Jahres **geändert** (vgl. dazu Abb. 5.1.1).

Sport und Bewegung

Eine mäßige **sportliche Betätigung** gehört zu den **Ecksteinen** einer guten **Gesundheit**. Zunehmend erkennt man, dass sich fehlende sportliche Betätigung zu einem wichtigen Problem für die Gesundheit entwickelt. Zu den gesundheitlichen **Vorteilen** einer moderaten sportlichen Betätigung gehört eine erhebliche Verringerung der vorzeitigen Sterblichkeit, der Fettleibigkeit, des Bluthochdrucks und der Herz-/Kreislaufkrankungen sowie der Osteoporose, während sie zugleich die Gemütsstimmung und die Selbstachtung stärkt.

In Vorarlberg **erhöhte** sich in den letzten Jahren - einem allgemeinen Trend folgend - der **Anteil** der **übergewichtigen** Personen. Waren 1991 noch 38,4 % der Frauen als übergewichtig (BMI > 25) zu bezeichnen, so erhöhte sich dieser Anteil im Jahr 1999 Wert auf 44 %. Bei den Männern zeigt sich keine so deutliche Erhöhung, allerdings ist auch hier ein Anstieg der Übergewichtigen von 53,1% im Jahr 1991 auf 54,1 % im Jahr 1999 zu verzeichnen. Von den übergewichtigen Frauen waren 1999 15,3 % als adipös (BMI > 30) zu bezeichnen, was einem Anstieg von 2,3 % gegenüber 1991 bedeutete. Im selben Zeitraum nahm bei den Männern der Anteil der Adipösen von 9,9 % auf 11,4% zu. Der Anteil der Personen, bei denen sich das Körpergewicht in den letzten 5 Jahren um mehr als 5 Kilogramm erhöht hat, ist gesamt gesehen von 8,4% im Jahr 1991 auf 6,5 % im Jahr 1999 gesunken.

Abb. 5.1.2: Prävalenz gesundheitlicher Risikofaktoren in Vorarlberg 1991 und 1999



Quelle: aks - CINDI-„Population Survey“ 1999; Amt der Vorarlberger Landesregierung

Passend zu diesen Ergebnissen kann festgehalten werden, dass 1991 4,9 % der Bevölkerung **keine körperliche Betätigung** in Arbeit und Freizeit angaben, dieser **Prozentsatz stieg** 1999 auf 6,6 % der Bevölkerung. 1999 gaben 23,3 % der Frauen und 19,7 % der Männer an, fast keine körperliche Betätigung auszuüben. Eine ärztliche Empfehlung in Richtung körperlicher Betätigung wurde dieser Erhebung zur Folge in knapp sieben Prozent der Untersuchungen ausgesprochen, in der Vorerhebung (1991) waren es knapp acht Prozent.

Blutdruck

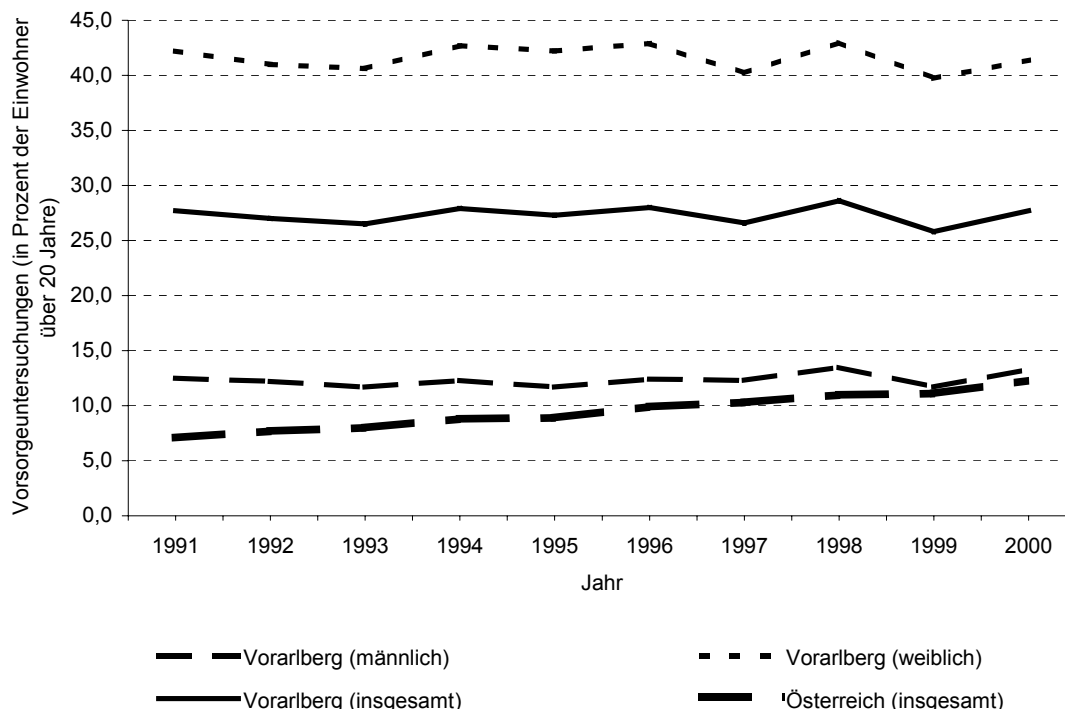
Die **Prävalenz** von **Bluthochdruck**, definiert als systolische Blutdruckwerte von mehr als 140 mmHg und/oder diastolische Blutdruckwerte von mehr als 90 mmHg zeigt bei den **Männern** zwischen 1991 und 1999 eine **Reduktion** von 29,6 % auf 25,1 %, bei den **Frauen** sank die Prävalenz im gleichen Zeitraum ebenfalls - von 25,1 % auf 19,6 %.

Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung

Die **hohe Beteiligung** der Vorarlberger Bevölkerung an der so genannten „**Gesundenuntersuchung**“ seit Beginn des Programms 1972 zeigt den hohen Stellenwert eines gesundheitsbewussten Verhaltens des Einzelnen. Dieses - 1975 über das ganze Bundesgebiet ausgeweitete - Programm hat mit Sicherheit eine positive Auswirkung auf die Einflussgrößen der Gesundheits - Determinanten der Bevölkerung Vorarlbergs. Im Jahr 2001 haben 18.253 Männer und 22.613 Frauen in Vorarlberg (jeweils über 20 Jahre) das Angebot der Vorsorgeuntersuchung angenommen. Zusätzlich zu dieser Untersuchung haben sich 34.050 Frauen der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung unterzogen. Somit ist gegenüber 2000 neuerlich eine **Steigerung** in der Beteiligung der Bevölkerung bei dieser wichtigen Präventionsmaßnahme eingetreten. Die damit im Bundesvergleich (Bundesdurchschnitt: 12 %) höchste Beteiligung von rund 28 % der Gesamtbevölkerung (über 20) zeigt das hohe Gesundheitsbewusstsein der Vorarlberger Landesbürger in diesem Bereich.

Übereinstimmend mit den Statistiken des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger nehmen somit jährlich bis zu rund **18.000 Vorarlberger** sowie bis zu rund **57.000 Vorarlbergerinnen** eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch - das entspricht einem Anteil von bis zu rund **13,5 %** bei den Männern bzw. von bis zu rund **43 %** der Frauen im Alter über 20 Jahren. Der Anteil der an dieser Untersuchung teilnehmenden Vorarlberger Männer lag damit zwar in den letzten Jahren nicht wesentlich über dem Bundesdurchschnitt (13,5 % versus 10 %), der Anteil der Vorarlberger Frauen jedoch eklatant darüber (43 % versus 13 %). Insgesamt (beide Geschlechter zusammen) hatte Vorarlberg damit die mit Abstand **höchsten Beteiligungsquoten** an der Vorsorgeuntersuchung unter allen Bundesländern und lag daher im gesamten Beobachtungszeitraum deutlich über dem Bundesdurchschnitt (vgl. Abb. 5.1.3).

Abb. 5.1.3: Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung in Vorarlberg 1991-2000



Quellen: HVSVT - Handbuch der Sozialversicherung 1991-2000; ÖBIG-eigene Berechnungen

Trotz dieser enormen Teilnahme an einer Vorsorge- bzw. Screening-Untersuchung ist die Sterblichkeit an bösartigen Tumoren bei den unter 65jährigen die führende Todesursache (vgl. dazu auch Kap. 4.2). Eine **Änderung** der **Untersuchungsstruktur** der Vorsorgeuntersuchung wurde bereits angedacht und sollte konsequent weiterverfolgt werden. Einzelne Pilotprojekte sollten, falls sich ihre Effektivität und ihr Nutzen wissenschaftlich erwiesen hat, im gesamten Bundesland Vorarlberg durchgeführt und finanziert werden. Zur **weiteren Hebung** der Beteiligungszahlen sollten innovative Ideen entwickelt und verfolgt werden, da immerhin rund 80% der Vorarlberger Männer und rund 50% der Vorarlberger Frauen von diesem Angebot einer kostenlosen jährlichen Vorsorgeuntersuchung noch keinen Gebrauch gemacht haben

Lebensmittel

Zur gesunden Ernährung gehören Lebensmittelsicherheit, gesicherte Lebensmittelversorgung, Vermeidung von Mikronährstoffmangel, Kosten und Entscheidungen für eine gesunde Ernährung.

Aus dem Bereich der **Lebensmittelsicherheit** wird in den letzten Jahren ein Anstieg der durch Lebensmittel übertragenen Mikrobenerkrankungen gemeldet. Die Salmonellose ist noch immer die wichtigste Lebensmittelerkrankung, seit einigen Jahren ist jedoch auch eine Zunahme der Campylobacter- sowie Escherichia coli-Infektionen zu beobachten.

Lebensmittelsicherheit bedeutet aber auch, dass Lebensmittel immer zur Verfügung stehen, allen zugänglich sind, vom Ernährungsstandpunkt her gesehen **quantitativ** und **qualitativ ausreichen**, abwechslungsreich sind und innerhalb einer Kultur akzeptiert sind. Die Entscheidung darüber, welches Lebensmittel man verzehrt, bestimmt das Risiko der Entstehung von z.B. Herz-Kreislaufkrankheiten und Krebserkrankungen.

In Vorarlberg wurden an den 2.321 privaten und **amtlichen Proben** im Lebensmittelbereich insgesamt 30.577 Einzeluntersuchungen durchgeführt. Die an amtlichen Proben durchgeführten Untersuchungen führten zu 73 Anzeigen an die Gerichte und 326 Verwaltungsanzeigen. Zusätzlich wurden 159 Ermahnungen ausgesprochen.

Der Einhaltung der Lebensmittelhygiene kommt bei der **Verhinderung** von **Lebensmittelvergiftungen** nach wie vor eine zentrale Bedeutung bei zu. In landesweiten Schwerpunktaktionen finden regelmäßig Überprüfungen statt; so wurde z.B. im Jahr 2000 u.a. der Frischezustand von Meeresfrüchten, Lebensmittel mit Fleischfüllung und eine Überprüfung der hygienischen Zustände an Bauernmärkten durchgeführt. Besonderes Augenmerk galt im Jahr 2001 den Hygieneverhältnissen von Imbissstuben und Buffets in Bädern und in den Alpen (Betriebe mit Gewerbeberechtigung zur Führung eines Gastronomiebetriebs). Seitens der Lebensmittelaufsichtsorgane erfolgt eine Wirksamkeitsüberprüfung vorgenommener Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen durch Entnahme von Abstrich und Abklatschpräparaten. Von den Verwaltungsanzeigen betrafen 87 Hygienebelange, im Jahr 2000 gab es vergleichsweise nur 51 derartige Beanstandungen.

Die Kontrolle der **chemischen** und **mikrobiologischen** Beschaffenheit des Trinkwassers zeigt eine gute Qualität, die vorgeschriebenen Grenzwerte wurden über Jahre hinweg zum Teil deutlich unterschritten. In Einzelfällen ist die Beschaffenheit von Trinkwasser aus Hausbrunnen milchzeugender, landwirtschaftlicher Betriebe noch verbesserungsbedürftig.

Ziel 12: Bis zum Jahr 2015 sollten in allen Mitgliedstaaten die auf den Konsum von Sucht erzeugenden Substanzen wie Tabak, Alkohol und psychotropen Substanzen zurück zu führenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen signifikant reduziert werden.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende **Teilziele** erreicht werden:

12.1 In allen Ländern sollte der Anteil der Nichtraucher mindestens 80% in der Altersgruppe über 15 Jahre und in der Altersgruppe unter 15 Jahre nahezu 100 % betragen.

12.2 In allen Ländern sollte der Pro-Kopf-Alkoholkonsum nicht zunehmen bzw. 6 Liter pro Jahr nicht übersteigen und er sollte in der Altersgruppe unter 15 nahezu null betragen.

12.3 In allen Ländern sollte der Konsum illegaler psychotroper Substanzen um mindestens 25% und die darauf zurückzuführenden Todesfälle um mindestens 50% zurückgehen.

Rauchen

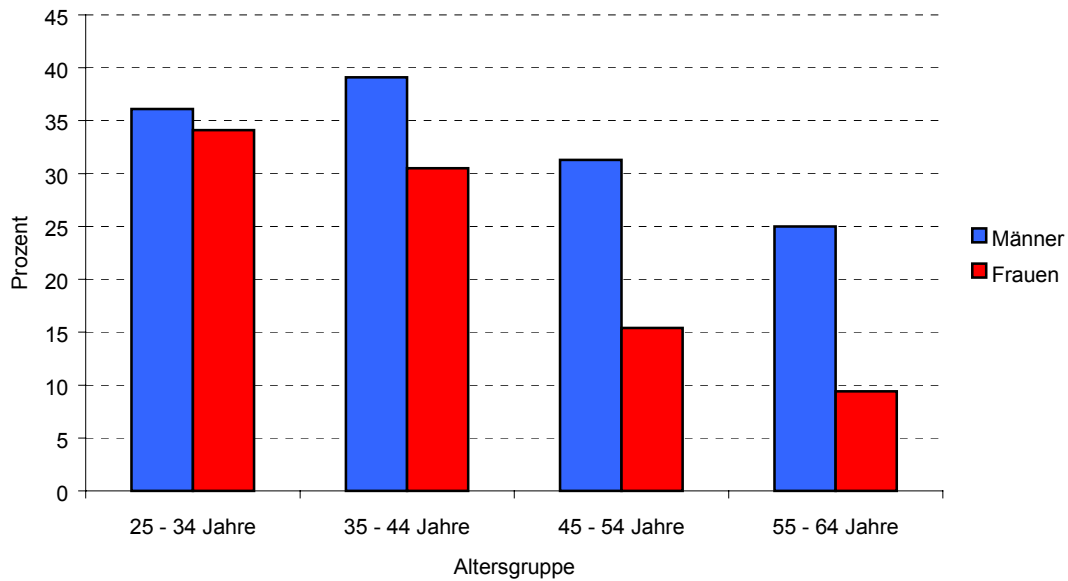
Die Eindämmung des Tabakkonsums gehört zu den **wichtigsten Public-Health-Maßnahmen**, mit denen die Gesundheit der Bevölkerung verbessert werden kann. In der Madrider Charta gegen den Tabak von 1988 heißt es, dass alle Bürger Anspruch auf eine rauchfreie und unverschmutzte Umwelt haben:

Madrider Charta 1988 und zehn Strategien für ein rauchfreies Europa

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

Der **Anteil der regelmäßigen Raucher** (mehr als eine Zigarette täglich) reduzierte sich in Vorarlberg von 1986 bis 1991 von 33,1 % auf 27,3 %, stabilisierte sich bis **1999** mit **27,4 %** allerdings auf diesem doch hohen Wert. Die **höchsten Raucheranteile** finden sich bei jungen 25- bis 34-jährigen Frauen (34,1%) und bei den 35- bis 44-jährigen Männern (39,1%). Insgesamt rauchten 1999 mehr junge Frauen als 1991 (Anstieg des Raucheranteils von 30 % 1991 auf 34,1 % 1999), bei den Männer hingegen wurde im Zeitraum 1991 bis 1999 in dieser Altersgruppe ein leichter Rückgang der regelmäßigen Raucher von 38,2 % auf 36,1 % beobachtet (vgl. Abb. 5.1.4). Diese Anteile von Rauchern in der eher jungen Bevölkerung - und hier speziell der Anteil junger Frauen - gibt **Anlass zur Besorgnis**.

Abb. 5.1.4: Anteile regelmäßiger Raucher nach Altersgruppen in Vorarlberg 1999



Quellen: aks - Population Survey 1999; Amt der Vorarlberger Landesregierung

Hinsichtlich legislativer Maßnahmen wie z.B. Werbeverbot für Tabakwaren, Tabakbesteuerung kommt den Bundesländern Kraft gesetzlicher Zuständigkeit des Bundes keine Gestaltungsmöglichkeit zu. Nicht unerwähnt bleiben soll in diesem Zusammenhang der aus Tabaksteuermitteln gespeiste Fond „Gesundes Österreich“ (Gründung 1998), über welchen eine Vielzahl von Gesundheitsförderungsprojekten in den Bundesländern unterstützt wird.

Alkohol

In der Europäischen Alkoholcharta (Paris 1995) werden die wichtigsten Strategien zur Gesundheitsförderung dargelegt, unter anderem die Schaffung und Durchsetzung wirksamer Gesetze, die Besteuerung alkoholischer Getränke sowie die Steuerung der direkten und indirekten Werbung für alkoholische Getränke.

Europäische Charta Alkohol - zehn Strategien für alkoholbezogene Maßnahmen

1. Information der Bürger – von früher Jugend an im Rahmen von Aufklärungsprogrammen- über die Folgen des Alkoholkonsums für die Gesundheit, Familie und Gesellschaft und über wirkungsvolle Maßnahmen, die zur Vorbeugung oder weitestgehenden Minderung von Schäden ergriffen werden können.
2. Förderung eines vor Unfällen, Gewalttätigkeit und anderen negativen Folgen des Alkoholkonsums geschützten öffentlichen, privaten und beruflichen Umfelds.
3. Erlass und Durchführung von wirkungsvollen Gesetzen gegen Alkohol im Straßenverkehr.
4. Gesundheitsförderung durch Einschränkung der Verfügbarkeit von alkoholischen Getränken, z.B. für Jugendliche, und durch Einwirkung auf ihren Preis, beispielsweise über die Steuern.
5. In Anbetracht der in einigen Ländern bereits bestehenden Beschränkungen oder Werbeverbote strikte Regeln für die direkte und indirekte Werbung für alkoholische Getränke und Sicherstellung, dass sich keine Werbung spezifisch an Jugendliche richtet, beispielsweise durch eine Verbindung von Alkohol und Sportausübung.
6. Für alkoholgefährdete oder alkoholgeschädigte Personen und ihre Familienangehörige Sicherstellung des Zugang zu effizienter Therapie und Rehabilitationseinrichtungen mit geschultem Personal.
7. Förderung des ethischen und rechtlichen Verantwortungsbewusstseins derjenigen, die für die Vermarktung oder den Ausschank von alkoholhaltigen Getränken zuständig sind, Gewährleistung von strikten Kontrollen der Produktsicherheit und Umsetzung angemessener Maßnahmen gegen illegale Alkoholherstellung und illegalen Verkauf.
8. Durch Schulungsmaßnahmen für Fachkräfte in verschiedenen Sektoren – beispielsweise im Gesundheits-, Sozial-, Erziehungs- und Rechtswesens – sowie durch Stärkung der Entwicklung und Initiative im Gemeinderahmen besserer Befähigung der Gesellschaft , mit Alkohol umzugehen.
9. Unterstützung von nichtstaatlichen Organisationen und Selbsthilfeinitiativen, die gesunde Lebensweisen fördern, speziell solcher, die die Prävention oder Reduzierung von alkoholbedingten Schäden zu Ziel haben.
10. Formulierung von breit gefächerten Programmen in den Mitgliedstaaten, unter Berücksichtigung der vorliegenden Europäischen Charta Alkohol; Vorgabe klarer Ziele und Ergebnisindikatoren; Fortschrittsmessung sowie regelmäßige Aktualisierung von Programmen auf der Grundlage einer Evaluierung.

Betreffend legislativer Massnahmen durch die Bundesländer gilt hier ähnliches wie bereits vorstehend beim Kapitel Rauchen angeführt. In Vorarlberg wurden in den letzten Jahren die präventiven Bemühungen intensiviert - so wurden u.a. über 125 entsprechende Projekte (Dauer zumindest 1 Woche) von SUPRO und sozialmedizinischem Dienst angeboten. Auch das erfolgreiche Projekt „Kinder stark machen - stark statt süchtig“ stellt den präventiven Aspekt in den Vordergrund.

Ein 10%iger Rückgang des Pro-Kopf-Verbrauchs von Alkohol bewirkt ungefähr einen 20%igen Rückgang der alkoholbedingten Sterblichkeit bei Männern und einen 5%igen Rückgang der tödlichen Unfälle, Selbstmorde und Gewalttaten mit Todesfolge in der Gesamtbevölkerung.

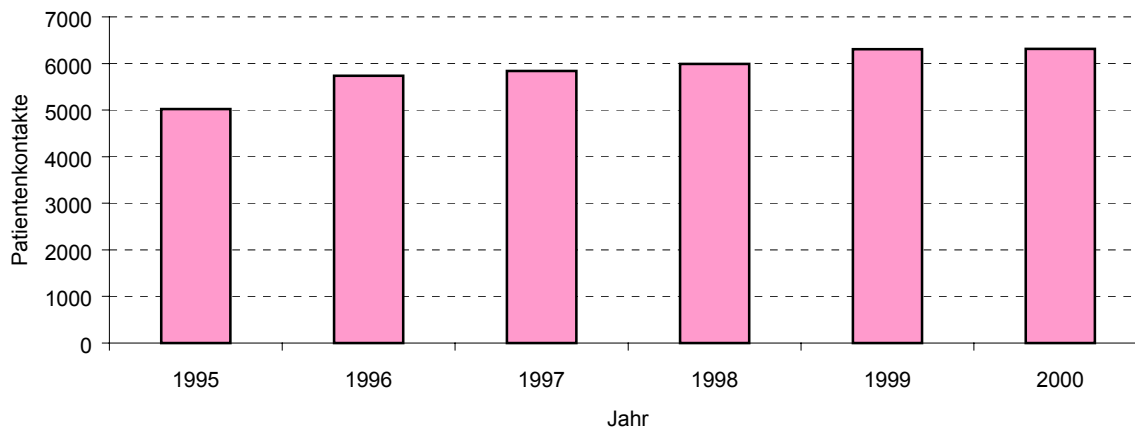
Laut Österreichischem Ernährungsbericht wurde im Zeitraum 1996/1997 ein aktueller **Bierverbrauch** der österreichischen Bevölkerung von 111,7 Litern pro Kopf und Jahr vermeldet sowie ein durchschnittlicher Weinkonsum von 31 Litern pro Kopf und Jahr. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich der Konsum seit 1993/1994 nicht deutlich geändert hat, damit entspricht der derzeitige Bierkonsum etwa der **fünffachen Menge** der in der **Nachkriegszeit** konsumierten Menge, der **Weinkonsum** hat sich seit der Nachkriegszeit pro Kopf mehr als **verdoppelt**.

Die **Stiftung Maria Ebene**, mit dem Krankenhaus Maria Ebene, der Therapiestation Carina und Lukasfeld, den Beratungsstellen Clean Feldkirch, Clean Bregenz und SUPRO Dornbirn sowie der **Sozialmedizinische Dienst der Caritas** versuchen, diesen Entwicklungen Rechnung zu tragen. In der Ambulanz des Krankenhauses Maria Ebene wurden im Jahr 2000 6.316 Patientenkontakte registriert, in **97,3 %** der Fälle fielen die Patienten in die Diagnosegruppe des **chronischen Alkoholismus**. Die Patientenkontakte in der Ambulanz dieses Krankenhauses sind seit Jahren unverändert hoch, wobei eine weitere leichte Tendenz nach oben zu verzeichnen ist (vgl. Abb. 5.1.5).

Über den Sozialmedizinischen Dienst der Caritas wurden im Jahr 2001 annähernd 1000 Personen beraten und betreut. Die größte Gruppe – fast 55% - der Klienten wa-

ren alkoholranke Menschen, 35% waren Angehörige und rd 10% Menschen mit Essstörungen.

Abb. 5.1.5: Patientenkontakte in der Ambulanz des KH Maria Ebene 1995-2000



Quelle: Stiftung Maria Ebene - Jahresbericht 2001

Zur alterstandardisierten **Sterblichkeit** in Bezug auf ausgewählte, mit **Nikotin-, Alkohol- oder Drogenkonsum** assoziierte Todesursachen (Lungenkrebs, Alkoholismus, Medikamenten-/Drogenabhängigkeit, chronische Atemwegserkrankungen, chronische Leberkrankheit und Leberzirrhose sowie Selbstmord) lassen sich über den Zeitraum **1991 bis 2000** folgende Feststellungen treffen (vgl. Tab. 5.1.3 im Tabellenanhang):

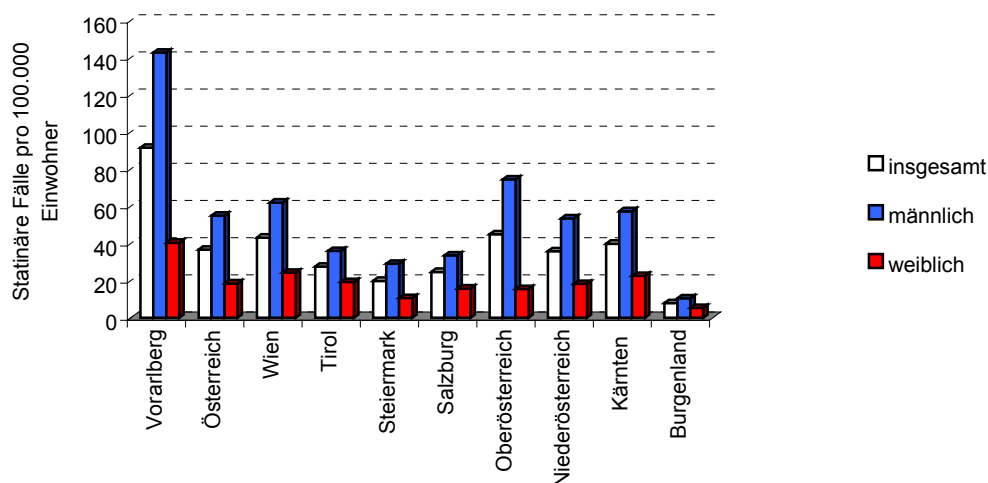
- Todesfälle infolge der genannten Krankheiten treten in der Gruppe der unter 15-jährigen praktisch nicht auf;
- Todesfälle infolge der genannten Krankheiten sind über alle Gruppen gestreut bei **Männern** deutlich **häufiger als** bei **Frauen** (etwa 3 x so häufig);
- im Vergleich mit dem österreichweiten Schnitt liegt Vorarlberg in fast allen Altersgruppen mit einer niedrigeren Sterblichkeit (beider Geschlechter insgesamt) voran; auch beim Vergleich mit den Bundesländern nimmt **Vorarlberg** hier mit der **niedrigsten Sterblichkeit** den ersten Rang ein.
- auch auf Bezirksebene ergeben sich hinsichtlich der alterstandardisierten Sterblichkeit infolge der genannten Erkrankungen keine gravierenden Auffälligkeiten.

Auch bei der **stationären Prävalenz** von **Alkoholpsychosen** zeigt sich für **Vorarlberg** im Vergleich mit den Bundesländern und österreichweit ein **positives Bild**: Während österreichweit die stationäre Prävalenz von Alkoholpsychosen im Jahr bei 50,8 Patienten pro 100.000 Einwohner (alterstandardisiert) lag, wurden in Vorarlberg nur 33,4 Patienten pro 100.000 Einwohner stationär wegen einer Alkoholpsychose behandelt (vgl. Tab. 5.1.4). Auch hier zeigt sich wieder ein deutlich geschlechtsspezifischer Unterschied: Während im Jahr 2000 in Vorarlberg nur 10,2 Frauen pro 100.000 Einwohner diesbezüglich behandelt wurden (Österreich: 19,0), wurden im Jahr 2000, 56,7 Männer pro 100.000 Einwohner stationär wegen einer Alkoholpsychose behandelt. Über den gesamten Zeitraum 1992-2000 gesehen haben sich nur minimale Änderungen im Sinne von vermehrten Aufnahmen ergeben (1992 wurden 53,0 Vorarlberger Männer pro 100.000 Einwohner und 8,8 Vorarlberger Frauen pro 100.000 Einwohner stationär wegen einer Alkoholpsychose versorgt (vgl. Tab. 5.1.4).

Bei den sogenannten „**Entzugsbehandlungen**“ (Alkoholentwöhnungsbehandlung und Drogenentwöhnungsbehandlung) nimmt **Vorarlberg** gegenüber den anderen Bundesländern mit mehr als doppelt so vielen Entzugsbehandlungen wie der österreichweite Schnitt eine führende Rolle ein, wobei in diesen Meßziffern auch auswärtige Patienten Eingang gefunden haben, die auf Grund vertraglicher Regelungen am Suchtkrankenhaus Maria Ebene behandelt wurden (vgl. Tab. 5.1.5 im Tabellenanhang und Abb. 5.1.6).

Umgekehrt spiegelt dieses Ranking u.a. auch eine gute Versorgungssituation für diese Patienten in Vorarlberg wider. Bei den Männern wurden im Jahr 2000 in Vorarlberg 142,8 Alkohol- sowie Drogenentzugsbehandlungen pro 100.000 Einwohner und bei Frauen 40,2 Behandlungen pro 100.000 Einwohner durchgeführt, im Gegensatz dazu im nächstfolgendem Bundesland (OÖ) bei den Männern bei 74,5 Patienten pro 100.000 Einwohner, bei den Frauen lag Wien mit 24,3 Behandlungen pro 100.000 Einwohner an zweiter Stelle (vgl. Tab. 5.1.5).

Abb. 5.1.6: Stationäre Prävalenz von Entzugsbehandlungen nach Bundesländern 2000



Quellen: BMSG - DLD der österreichischen Krankenanstalten; ÖBIG-eigene Berechnungen

Ziel 13: Bis zum Jahr 2015 sollten die Menschen in der Region bessere Möglichkeiten haben, zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz und in ihrer Gemeinde in einem gesunden, natürlichen und sozialen Umfeld zu leben.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende **Teilziele** erreicht werden:

13.1 Sicherheit und Qualität des häuslichen Umfelds sollten durch eine Verbesserung der Fähigkeiten des Einzelnen und der Familie zur Förderung und zum Schutz der Gesundheit erhöht werden; ferner sollten die vom häuslichen Umfeld ausgehenden Gesundheitsgefahren reduziert werden.

13.2 Menschen mit Behinderungen sollten - in Übereinstimmung mit den United Nations Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities - wesentlich bessere gesundheitliche Voraussetzungen und Zugangsmöglichkeiten zum häuslichen, beruflichen, öffentlichen und gesellschaftlichen Leben geboten werden.

13.3 Unfälle im Haus und bei der Arbeit sollten auf das in Ziel 10 angegebene Niveau reduziert werden.

13.4 Mindestens 50 % aller Kinder sollte die Möglichkeit geboten werden, einen gesundheitsfördernden Kindergarten zu besuchen, und 95 % sollte es möglich sein, eine gesundheitsfördernde Schule zu besuchen.

13.5 Mindestens 50 % aller Städte, städtischen Ballungsgebiete und Gemeinden sollten sich aktiv an einem Netzwerk gesunder Städte bzw. Gemeinden beteiligen.

13.6 Mindestens 10 % aller mittleren und großen Betriebe sollten sich zur Umsetzung der Prinzipien eines gesunden Unternehmens verpflichten.

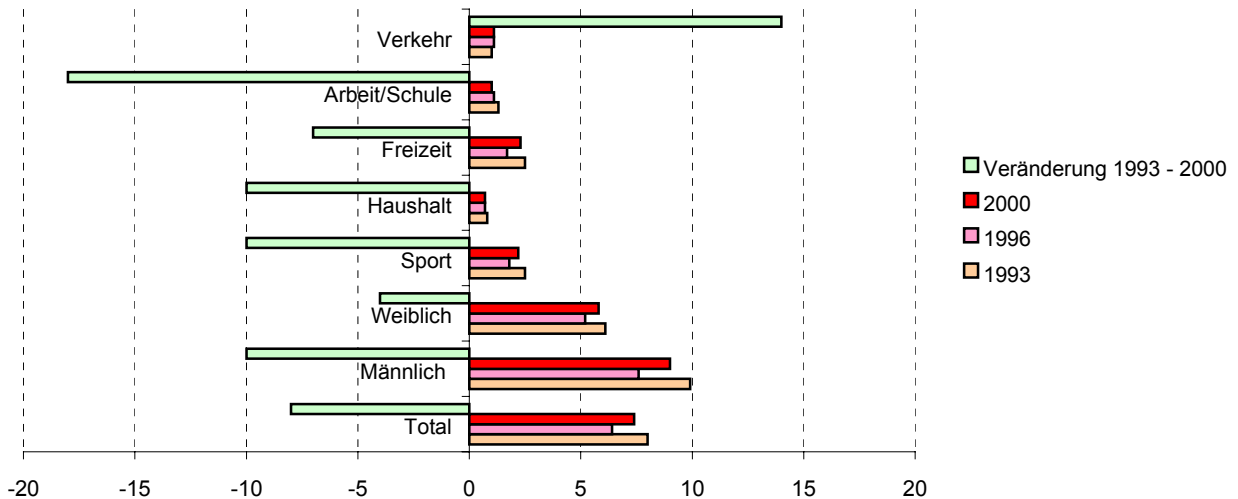
5.2 Soziales Umfeld

Zu Hause ist der Ort, an dem die Menschen die meiste Zeit verbringen - deshalb sollte das **häusliche Umfeld** die **Gesundheit fördern**. So führt beispielsweise unzureichende Lüftung zu Raumluftbelastungen, die Atemwegserkrankungen und Allergien auslösen. Personen, die mit Rauchern in einem Haushalt leben, leiden zwei bis drei Mal so häufig an Folgen des Passivrauchens wie Personen, die mit Nichtraucher zusammenleben.

Initiative „Sichere Gemeinden“

Bereits 1993 wurde in Vorarlberg mit der Initiative „**Sichere Gemeinden**“ ein Österreich weites Pilotprojekt mit damals 14 Gemeinden Vorarlbergs gestartet. Seit 1997 sind im Netzwerk „Initiative Sichere Gemeinden“ alle 96 Gemeinden Vorarlberg repräsentiert.

Abb. 5.2.1: Unfallrisiko in Vorarlberg 1993-2000



Quelle: Institut Sicher Leben - Evaluation „Sichere Gemeinden“ 2000

Das Unfallrisiko hat sich im Zeitraum 1993 gesamt gesehen um 8 % vermindert. Nach einer deutliche Reduktion des Risikos in den Jahren 1993 bis 1996 um fast 20 % ist es in den Jahren 1996 bis 2000 wieder zu einem Anstieg des Unfallrisikos um 15 % gekommen (vgl. Abb. 5.2.1). Durch insgesamt 1.183 Aktionen sowie mehr als 1.000 Medieneinschaltungen und vielfache Berichterstattung konnte die Initiative „Sichere Gemeinden“ für einzelne Programme einen **Bekanntheitsgrad** von **100 %** erreichen (nur wenige erst kurz laufende Projekte erreichen eine Bekanntheit unter 50 %).

Arbeitsumfeld

Hier sollte man das Ziel verfolgen, nicht nur die **Expositionsrisiken** zu **verringern**, sondern auch Arbeitgeber und Arbeitnehmer stärker in die **Förderung** eines sichereren und **gesünderen Arbeitsumfelds** und in den **Abbau** von **Stress** einzubeziehen. Zu den Prinzipien eines gesunden Unternehmen/Betriebes gehören:

- Ein sicheres Arbeitsumfeld, wozu Prävention und Bekämpfung von konkreten Gefahren und Reihenuntersuchungen für arbeitsbedingte Risiken und Erkrankungen gehören;
- eine gesunde Arbeitspraxis, wie z. B. ein gesundes Ernährungskonzept in der Kantine und eine Nichtraucherpolitik;
- Programme zur Förderung von Gesundheit innerhalb und außerhalb des Unternehmens;
- die Einschätzung der Gesundheitsverträglichkeit der vom Unternehmen vermarkteten Erzeugnisse.

Vorarlberg hat auch in diesem Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention eine lange **Tradition**. Die gesetzlich geforderte **arbeitsmedizinische Betreuung** der Arbeitnehmer ist bei Unternehmen mit über 50 Angestellten in praktisch **100 %** gegeben. Bei den kleineren Unternehmen bestehen diesbezüglich noch Lücken, die mit gemeinsamer Anstrengung zu schließen versucht werden. Das Arbeitsmedizinische Zentrum des aks und die in diesen Unternehmen tätigen Arbeitsmediziner leisten zum Gesundheitsschutz in der Arbeitswelt einen bedeutenden Beitrag.

Ziel 10: Bis zum Jahr 2015 sollte die Bevölkerung in der Region in einer mehr Sicherheit bietenden natürlichen Umwelt leben, in der die Exposition gegenüber gesundheitsgefährdenden Schadstoffen die international vereinbarten Standards nicht übersteigt.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende **Teilziele** erreicht werden:

10.1 Die Exposition der Bevölkerung gegenüber gesundheitsgefährdenden physikalischen, mikrobiellen und chemischen Schadstoffen in Wasser, in der Luft, im Abfall und im Boden sollte wesentlich verringert werden, entsprechend den in den nationalen Aktionsplänen für Umwelt und Gesundheit vorgesehenen Zeitplänen und Verringerungsraten.

10.2 Die Bevölkerung sollte universellen Zugang zu Trinkwasser in ausreichender Menge und einwandfreier Qualität haben.

5.3 Natürliche Umweltbedingungen

Luftschadstoffe

Die **weiträumige Exposition** gegenüber Luftschadstoffen wie Schwefeldioxid, Schwebstaub, Stickoxiden und flüchtigen organischen Verbindungen hält trotz Bemühungen um deren Reduktion an. Der **Straßenverkehr** ist eine wesentliche Ursache für die Luftbelastung durch Stickoxide und organische Verbindungen. Die wichtigsten gesundheitlichen Folgen sind Lungenfunktionsstörungen und Atemwegserkrankungen. Schadstoffkonzentrationen in der Raumluft sind vor allem für Kinder ein signifikantes Gesundheitsproblem. Die **Gesamtbelastung** der Menschen variiert je nachdem, wie viel Zeit im Freien verbracht wurde, inwieweit einzelne Schadstoffe in Innenräume gelangen konnten und inwieweit Raumluftbelastungen von Herden, Farben, Möbeln und Baumaterialien ausgehen.

Erstmals haben das Land Vorarlberg, das Fürstentum Liechtenstein, die Schweizer Kantone Appenzell-Innerrhoden, Appenzell-Ausserrhoden, Glarus, Graubünden, Schaffhausen, St. Gallen, Thurgau und Zürich sowie Bayern und Baden-Württemberg im Projekt **INTERREG II** eine grenzüberschreitende Gesamtschau über den Zustand und die Überwachung der Luftqualität im Bodenseeraum vorgenommen. Insgesamt wurden für den Zeitraum 1990 bis 2000 für ein Gebiet von etwa 16.000 km² die Luftmessdaten zusammengetragen und ausgewertet. Der Bericht (siehe unter www.vorarlberg.at, Umwelt und Zukunft) stellt fest, dass an mehr als 700 Messorten im Projektgebiet kontinuierlich oder zeitweise die Luftschadstoffe (Stickstoffdioxid, Ozon, Schwebstaub, Staubbiederschlag, Benzol, Ruß, Schwefeldioxid und Kohlenmonoxid) gemessen wurden. Die vorhandene Datenbasis erlaubt laut Projektbericht einen **fundierte grenzüberschreitenden Vergleich der Luftbelastung**.

Laut Projektbericht gab es bei den **meisten** untersuchten Luftschadstoffen **keine Überschreitungen der nationalen Grenzwerte** oder der Grenzwerte der EU. **Ausnahmen** bilden dabei allerdings die Schadstoffe **Stickstoffdioxid, Ozon** und der Feinstaub **PM10**. Der ab 2005 gültige EU-Grenzwert für Stickstoffdioxid wurde an 43 von 287 Messorten überschritten, der niedrigere Grenzwert der Schweiz an 106 Messorten. Der EU-Schwellenwert für Ozon wurde im Sommer 1999 an acht Messstellen überschritten, der Grenzwert der Schweiz und der österreichische Vorsorgegrenzwert an 24 Messstationen (wird ein „Schwellenwert“ überschritten, so muss die Bevölkerung unterrichtet werden). Der ab 2005 geltende EU-Grenzwert für den Feinstaub PM10 wurde lediglich an einem der insgesamt nur 27 Messpunkte überschritten (Quelle: INTERREG II - Grenzübergreifende Bewertung der Luftqualität im Bodenseeraum, Abschlussbericht).

Eine regelmäßige Berichterstattung über die Luftgüte und -qualität durch das Umweltinstitut ist seit Jahren in Vorarlberg Bestandteil einer umfassenden und detaillierten Umweltberichterstattung. In der Schriftenreihe „Lebensraum Vorarlberg“, in der bisher über 50 Bände veröffentlicht wurden, sind unter anderem Daten über die Luftgüte (Luftdaten-Dokumentation), über Ozonimmissionen oder Immissionsmessungen von Luftschadstoffen nachzulesen.

Grundwasser und Trinkwasser

Wasser ist von mannigfaltigem Nutzen. Ganz zu Recht steht die Trinkwasserversorgung im Vordergrund, doch sollte auch daran gedacht werden, dass Wasser ebenfalls für landwirtschaftliche Bewässerung, Fischerei und für Erholungszwecke benötigt wird und dass es hier durch **Schadstoffbelastung** zu einer **Gesundheitsgefährdung** kommen kann. Die Kontamination des Grundwassers kann die Gesundheit durch Verschlechterung der Qualität der Trinkwasservorräte und der Badegewässer beeinträchtigen.

Verschmutzungs- und Schadstoffe sind - wenn überhaupt - in Vorarlberger Gewässern nur in sehr geringen Spuren zu finden. Die großen Themen „**Nitrat**“ und „**Pestizide**“ sind in **Vorarlberger** Trinkwässern **kein Problem**. Seit 1994 wurden Nitratwerte von über 30 mg/l nicht mehr festgestellt. Im Laufe der letzten 10 Jahre ist bei vielen Vorkommen ein leichter Rückgang der Nitratwerte beobachtet worden. Pestizide wurden in Vorarlberger Trinkwasserproben bisher nicht nachgewiesen. Organische Lösungsmittel, Mineralöle und Schwermetalle sind in der Regel ebenfalls nicht nachweisbar.

Vorarlbergs **Problembereich** beim **Trinkwasser** sind die **Keime**. Gute Quellen, deren Wasser vor dem Austritt monatelang im Boden ist, sind eher selten anzutreffen. Häufig weisen die genutzten Quellen auch Anteile an relativ frisch versickertem Oberflächenwasser auf. Mit diesen Anteilen gelangen viele **Bodenkeime** und - je nach örtlicher Gegebenheit - auch **Fäkalkeime** und möglicherweise **Krankheitserreger** ins Quellwasser. Die ca. 150 größeren Wasserversorger (Ortswasserversorger und größere Wassergenossenschaften) werden mindestens einmal jährlich und zu einem großen Teil zweimal jährlich kontrolliert. Von den zahlreichen Kleinversorgungen werden jährlich ebenfalls etwa 150 bis 200 überprüft.

Eine ausführliche Beschreibung der Grundwassersituation und deren Kontrolle ist im Band 54 der Schriftenreihe „Lebensraum Vorarlberg“ - Grundwassergüte in Vorarlberg, Bericht 2002; Bestandsaufnahme 1991-2001 - nachzulesen.

Abfallwirtschaft

Das **Müllaufkommen** nimmt auch in Vorarlberg mit einer Geschwindigkeit zu, die die **vorhandenen Kapazitäten** zur Abfallbehandlung und -beseitigung **an ihre Grenzen** heranführt. Gesundheitsgefahren bestehen dort, wo mikrobielle und chemische Belastungen der Luft, des Wassers, der Nahrung und des Bodens wegen Fehlens oder Unzulänglichkeiten der Abfallsammel- und Abfallbeseitigungsanlagen erfolgen. Gegenwärtig werden die Abfälle größtenteils in **Deponien** gelagert. Durch **technische Verbesserung** sollte diese Methode der Abfallbeseitigung auf ein Minimum reduziert werden und durch Methoden wie **Verbrennung**, **Recycling** und **Kompostierung** ersetzt werden. Der Bericht „Abfallwirtschaftsdaten Vorarlberg 2001“ des Amtes der Vorarlberger Landesregierung (www.vorarlberg.at, Umwelt / Abfallwirtschaft) gibt genaue Auskunft über Mengen und Behandlung der verschiedensten Formen von anfallendem Abfall.

Strahlung

Die natürliche kosmische Strahlung und die Erdstrahlung ist hauptsächlich für die durchschnittliche Strahlenbelastung des Menschen verantwortlich. Vermehrt wurde über die po-

tenziellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen infolge der zunehmenden **Exposition** der Bevölkerung gegenüber nicht **ionisierenden Strahlen** berichtet, die von Stromleitungen, Sicherheitsanlagen, Fernsehapparaten, Bildschirmen, Mobiltelefonen, Mikrowellenherden und Radar ausgehen. Obwohl nicht ionisierende Strahlen mit einem erhöhten Risiko für bestimmte Krebsarten in Verbindung gebracht wurden, liegen noch **keine gesicherten Erkenntnisse** über den möglichen Grad der Gefährdung und etwaige kausale Zusammenhänge vor. Deshalb müssen weitere Untersuchungen durchgeführt werden. Wachsende Besorgnis löst die Exposition gegenüber **ultravioletten** Strahlen (UV-Strahlung) aus, die das **Hautkrebsrisiko** verstärken können.

Ziel 15: Bis zum Jahr 2010 sollten die Menschen in der Region einen wesentlich besseren Zugang zu einer familienorientierten und gemeindenahen primären Gesundheitsversorgung haben, unterstützt durch eine flexibles und reaktionsschnelles Krankenhaussystem.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende **Teilziele** erreicht werden:

15.1 Mindestens 90 % aller Länder sollten über umfassende primäre Gesundheitsversorgungsdienste verfügen und durch effiziente und kostengünstige Systeme zur Überweisung von Patienten an spezialisierte Dienste und Krankenhausdienste mit entsprechendem Feedback die Kontinuität der Versorgung sicher stellen.

15.2 In mindestens 90 % aller Länder sollten Hausärzte und Pflegekräfte den Kern dieses integrierten primären Gesundheitsversorgungssystems bilden, das auf dem Einsatz multidisziplinärer Teams aus dem Gesundheits- und Sozialwesen sowie aus anderen Sektoren basiert und auch die örtliche Bevölkerung mit einbindet.

15.3 Mindestens 90 % aller Länder sollten ein Gesundheitswesen haben, das eine Beteiligung des Einzelnen sicherstellt und Menschen, die andere im häuslichen Umfeld gesundheitlich versorgen, anerkennt und unterstützt.

6 Gesundheitsversorgung

6.1 Primäre Gesundheitsversorgung

Ambulante Versorgung

Die extramurale ärztliche Versorgung wird durch die insgesamt rund **570 niedergelassenen** Ärzte, davon rund **300 §2-Kassenärzte** (das sind Ärzte, die in einem Vertragsverhältnis mit der Vorarlberger Gebietskrankenkasse stehen), abgedeckt. Rund **200** der 570 niedergelassenen Ärzte sind **Allgemeinmediziner** (darunter wiederum rund 150 mit §2-Kassenvertrag, vgl. Tab. 6.1.1, Rubrik „Niedergelassener Bereich“), der **Rest** niedergelassene **Fachärzte**, die in den Fachrichtungen ZMK (rund 130), IM, und GGH am häufigsten vertreten sind. In der ZMK gibt es in Vorarlberg keine §2-Kassenärzte, die meisten niedergelassenen Ärzte dieses Fachs stehen aber in einem Abrechnungsübereinkommen mit der VGKK.

In den insgesamt sieben Fonds-Krankenanstalten (= vom Vorarlberger Landesfonds finanzierte KA) wurden im Jahr 2000 insgesamt rund **330 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, PSY und RAD (letzte inkl. therapeutischer Bereiche der STR und NUKT) zugeordnet (vgl. Tab. 6.1.1, Rubrik „Fonds-Krankenanstalten“). Auf diesen Plätzen wurden im Jahr 2000 rund **140.000 „ambulante Fälle“** (entsprechend etwa je einer Krankheitsepisode, während der ein Patient auch mehrmals die Ambulanz aufsuchen kann) bzw. rund **520.000 „ambulante Frequenzen“** (entsprechend den einzelnen Besuchen von Patienten in den Ambulanzen) versorgt.

In der Spitalsambulanz-Versorgung waren im Jahr 2000 rund **170** vollzeitäquivalent beschäftigte **Ärzte** (inkl. Fachärzte, Allgemeinmediziner und Turnusärzte) beschäftigt, wobei die Fachrichtungen IM, HNO und RAD (inkl. STR und NUKT) am stärksten besetzt waren (vgl. Tab. 6.1.1). Darüber hinaus waren etwa **560** vollzeitäquivalent beschäftigte Personen (VZÄ) **anderer Berufsgruppen** (insbesondere im Gesundheits- und Krankenpflegefachdienst, in

den medizinisch-technischen Diensten und im Verwaltungsbereich) im Spitalsambulanz-Sektor tätig.

Die **Versorgungsdichte** (Anzahl der UPB bzw. der Ärzte pro 1.000 Einwohner) und auch die Häufigkeit der **Inanspruchnahme** liegt in Vorarlberg **unter** dem **Bundesdurchschnitt** und auch niedriger als die Werte der meisten anderen Bundesländer. Gleichzeitig ist aber auch die Anzahl abgerechneter Krankenscheine pro niedergelassenem §2-Kassenarzt die niedrigste unter allen Bundesländern, sodass von einer durchaus **ausreichenden Versorgung** im ambulanten Sektor ausgegangen werden kann. Die geringere Frequentierung der ambulanten Einrichtungen im Vergleich zu anderen Bundesländern könnte mit dem ausgezeichneten Gesundheitszustand der Vorarlberger und der umfangreichen Bemühungen im Bereich der Gesundheitsvorsorge und Prävention in diesem Bundesland in Zusammenhang stehen.

Unterstützung der Selbst- und Laienhilfe

Basierend auf den Prinzipien der Landesverfassung hat Vorarlberg verschiedenste Initiativen zur Unterstützung der **Selbstständigkeit** und **Eigenverantwortung gefördert**. Dieses ausgezeichnete Netzwerk an Eigeninitiativen, Vereinen und einer Vielzahl an ehrenamtlichen Helfern in den unterschiedlichsten Sektoren und Bereichen des Gesundheitswesens stellen eine enorme Bereicherung der Versorgungssituation und -struktur dar.

Laut österreichweitem Verzeichnis der **Selbsthilfegruppen** existieren in Österreich geschätzte 1.500 Selbsthilfegruppen, die im bundesweiten Verzeichnis „SIGIS“ (Service und Informationsstelle für Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen im Fonds Gesundes Österreich) angeführt sind. Auch in Vorarlberg existieren u.a. Selbsthilfegruppen für Diabetiker, Cystische Fibrose, Essstörungen, verschiedene Krebserkrankungen, HIV, Drogen, Multiple Sklerose und viele andere mehr. Sie haben sich zu einem unverzichtbaren Anteil des sozialen Netzes entwickelt und somit auch zu einer Entlastung der professionellen Tätigkeit im Sozialbereich geführt. In diesem Zusammenhang hat sich die „Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Selbsthilfe - Club Antenne“, die seit ca. 20 Jahren in Vorarlberg tätig ist, zu einer Plattform der Kommunikation, Betreuung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen wie von auch hilfsbedürftigen Einzelpersonen entwickelt. Ein zentraler Faktor von Selbsthilfegruppen ist das gemeinsame Besprechen und Bewältigen von Krankheit. Menschen, die sozial eingebunden sind und ein höheres Vertrauen in ihre soziale Umwelt haben, sind gesünder als sozial isolierte Menschen.

In Vorarlberg sind mehr als 58 % der Bevölkerung in irgendeiner Form **ehrenamtlich** tätig, ein weiterer nicht unbeträchtlicher Teil würde sich gerne freiwillig engagieren. Als Beispiele der Unterstützung und Wertschätzung dieses Teils der Gesellschaft sei die Initiative „Ehrenamt“ genannt, die von der Vorarlberger Landesregierung im internationalen Jahr des Freiwilligen gefördert wurde.

Diese **niederschwellige** und **wohnnortnahe** Versorgung hat mit Sicherheit ihren Teil zum längeren Verbleib älterer und betagter Personen in ihrer häuslichen Nähe und somit zu einer Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit dieser Bevölkerungsgruppe beigetragen.

Stationäre Versorgung

Die stationäre Akutversorgung Vorarlbergs wird hauptsächlich durch die insgesamt **sieben Fonds-Krankenanstalten**, darunter auch das als Schwerpunkt-KA geführte LKH Feldkirch, abgedeckt. Dabei handelt es sich um folgende Krankenanstalten (nach dem vom BMSG vergebenen KA-Code gereiht):

- 802 Bludenz KH
- 803 Bregenz LKH
- 807 Dornbirn KH
- 816 Hohenems KH
- 824 Rankweil LKH
- 828 Frastanz KH
- 830 Feldkirch LKH

Diese Spitäler sind einerseits im Rheintal konzentriert, in dem auch ein Großteil der Vorarlberger Wohnbevölkerung - Rheintal und Walgau ca 80% der Gesamtbevölkerung - angesiedelt ist, und andererseits in den jeweiligen Bezirkshauptorten angesiedelt, sodass eine **dezentrale** Versorgung über öffentliche Fonds-KA der (erweiterten) Standardversorgung in allen Bezirken gegeben ist. Die Fonds-KA unterliegen hinsichtlich der dort vorzuhaltenden Kapazitäten und Leistungen den Bestimmungen des **Vorarlberger Spitalplans**, der vom Land Vorarlberg in bestimmten Abständen neu gefasst wird, wobei der vom Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) vorgegebene Rahmen berücksichtigt werden muss. Die Fonds-KA werden in ihrer Versorgungswirkung durch das private Sanatorium Mehrerau ergänzt, in dem primär privat zusatzversicherte Patienten oder Selbstzahler im Belagarztsystem versorgt werden.

In den Vorarlberger Fonds-KA stehen insgesamt rund **2.100 systemisierte** (=sanitätsbehördlich bewilligte) und etwa ebenso viele **tatsächliche Betten** zur Verfügung, die sich vor allem auf die Fachrichtungen CH, IM, GGH, PSY und UC verteilen. In diesen Betten wurden im Jahr 2000 rund 96.000 stationäre Fälle in Fonds-KA (Zugänge auf Kostenstellen, inkl. tagesklinische Fälle und Mehrfachzählungen bei verlegten Patienten entsprechend der Systematik der KA-Kostenstellenstatistik) versorgt, die bei einer durchschnittlichen **Belagsdauer** von **5,8** Tagen (Bundesdurchschnitt: 5,9 Tage) eine **Bettenauslastung** von rund **80 Prozent** erzeugten (Bundesdurchschnitt: 84,2 %, vgl. Tab. 6.1.3). Ohne die Mehrfachzählung der „Zugänge“ bei verlegten Patienten reduziert sich die Anzahl der stationären Fälle auf rund 90.000, bei zusätzlicher Bereinigung um die Mehrfachaufnahmen binnen eines Jahres ergeben sich rund 60.000 „stationäre Patienten“ (vgl. dazu Kap. 2.3).

Den stationären Bereichen waren unmittelbar rund **290 VZÄ-Ärzte** sowie weitere rund **1.500 VZÄ anderer Berufsgruppen** (darunter rund 500 VZÄ an diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal) zugeordnet, wobei die Abgrenzung der Tätigkeitsbereiche zu den oben erwähnten Personalkapazitäten im spitalsambulanten Bereich keineswegs eindeutig, sondern vielmehr in hohem Maße fließend verläuft.

Alten- und Langzeitversorgung

Im Jahr 2000 standen im Bundesland Vorarlberg in **60 Alten- und Pflegeheimen** sowie in weiteren Institutionen, die teilweise betreute Wohnformen („Wohnpflegeplätze“) anbieten, insgesamt rund **2.000 Plätze** für die Versorgung älterer und behinderter Personen zur Verfügung. Die **Versorgungsdichte** - gemessen an der Anzahl Plätze je 1.000 Einwohner im Alter von 65 Jahren und mehr - unterliegt bei allen betrachteten Versorgungsformen starken regionalen Schwankungen. Im Vergleich mit den übrigen Bundesländern weist Vorarlberg eine relativ **niedrige Dichte** an **Wohnplätzen** und **Pflegeplätzen** auf. Die Anzahl an **Wohnpflegeplätzen** je Einwohner ab 65 Lebensjahren liegt dagegen deutlich über dem Bundesdurchschnitt (vgl. Tab. 6.1.4 im Tabellenanhang).

Das spiegelt den hohen, flächendeckenden Ausbau hinsichtlich der Hauskrankenpflege in Vorarlberg wider und damit auch das realisierte sozialpolitische Ziel eines möglichst langen Verbleibens Betagter zu Hause. Korrespondierend damit liegt die Dichte an Wohn- und Pflegeplätzen, also der Grad der Institutionalisierung, deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Als weitere Folge dieser Entwicklung war es möglich, die stationären Langzeitpflege-Einrichtungen (Pflege-, Seniorenheime, etc.) **bedarfsdeckend** und **wohntnahe** in **überschaubarer Größe** zu gestalten, was für die Qualität Betreuung und Versorgung Betagter von nicht unerheblichem Vorteil ist. Der baulich-funktionelle Standard dieser Einrichtungen ist von anerkannt guter Qualität .

Vorarlberg hat eine **lange Tradition** in der **Hauskrankenpflege** und anderen **mobilen Diensten**, die auf örtlich-regionalen Krankenpflegevereinen aufgebaut sind. Praktisch 100 % der Landesbevölkerung haben über die rund **50 Vereine** in allen Regionen des Landes Zugang zu fachgerechter Hauskrankenpflege (zum größten Teil diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal). Diese Vereine finden durch Spenden und großzügige Landes- bzw. Kommunalförderungen mit einem nur geringen Mitgliedsbeitrag das Auslangen, sodass die fachlich qualifizierte Hauskrankenpflege für **alle** Landesbürger praktisch barrierefrei zugänglich ist. 1975 wurde der Landesverband der Vorarlberger Krankenpflegevereine zur landesweiten Koordinierung und Interessensvertretung dieser Krankenpflegevereine gegründet. Die lange Tradition hat dazu geführt, dass die mobilen Dienste in Vorarlberg bereits sehr früh flächendeckend ausgebaut waren, sodass heute kein Neuaufbau, sondern nur mehr die sukzessive Anpassung an den sich verändernden Bedarf erforderlich ist. Dies erklärt wiederum den relativ niedrigen Institutionalierungsgrad im Bereich der stationären Alten- und Langzeitpflege.

Der planvolle Ausbau und die Weiterentwicklung sowohl der Alten- und Pflegeheime als auch der mobilen Dienste wird über den für das gesamte Bundesland erstellten „**Regionalen Bedarfs- und Entwicklungsplan 2000-2020**“ gesteuert. Dieser Plan ist Teil eines ansehnlichen Berichtswesens im Bereich der Betagtenbetreuung und -pflege, sowohl im ambulanten häuslichen Bereich wie auch im teil- oder vollstationären Sektor. Die entsprechenden laufend fortgeschriebenen Berichte sind auch im Internet abrufbar (siehe www.vorarlberg.at).

Apotheken

In Vorarlberg standen der Bevölkerung im Jahr 2000 insgesamt **73 Apotheken** (ohne Anstaltsapotheken) zur Verfügung, davon waren 27 ärztliche Hausapotheken, die in jenen Regionen vorgehalten werden, wo die Voraussetzungen für die wirtschaftlich akzeptable Führung einer öffentlichen Apotheke aufgrund der Einwohnerzahl nicht gegeben sind (Bergregionen und Talschaften). Im Vergleich zu anderen Bundesländern weist Vorarlberg mit rund 7.600 Einwohnern je öffentlicher Apotheke ein **weniger dichtes Versorgungsnetz** als die meisten anderen Bundesländer auf, nur in OÖ und im Burgenland ist die Anzahl der durchschnittlich von jeder Apotheke zu versorgenden Einwohner höher als in Vorarlberg (vgl. Tab. 6.4.2 im Tabellenanhang). Die Berücksichtigung auch der ärztlichen Hausapotheken, die in Vorarlberg weit seltener sind als in Österreich insgesamt, ändert an dieser Feststellung nur wenig. Im Bereich der Apotheken existiert nach wie vor kein „freier Markt“, vielmehr werden Anzahl und regionale Verteilung nicht unbedeutend durch einen im Apothekengesetz immer noch festgeschriebenen „Gebietsschutz“ bestimmt.

Integrierte Versorgung und „Schnittstellenmanagement“

Die Einrichtungen des Vorarlberger Versorgungsgefüges erscheinen zwar im bundesweiten Vergleich teilweise zurückhaltend bemessen. Dies ist aber Ausdruck einer konsequenten, maßvoll-disziplinierten Struktur- und Entwicklungspolitik im Gesundheits- und Sozialbereich, die **strikte bedarfsorientiert** ausgerichtet ist. In diesem Sinn erscheint die Versorgung **ausreichend** und sind im Wesentlichen (abgesehen von einzelnen Erreichbarkeitsdefiziten im nur dünn besiedelten Bregenzerwald) **flächendeckend** verfügbar.

Defizite bestehen aber noch - wie auch im übrigen Österreich - in der Kooperation und Koordination zwischen den Einrichtungen. Daher wurden in der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung zwischen Bund und Ländern (Gültigkeitsdauer 2001 bis 2004) grundsätzlich Maßnahmen zur Verbesserung des „Schnittstellenmanagements“ verankert, die eine raschen, lückenlosen sowie medizinisch und ökonomisch sinnvolle Behandlungskette gewährleisten sollen.

In Vorarlberg jedoch werden diese grundsätzlichen Ziele bereits insoweit konkretisiert, als in einer weiteren Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG Regelungen für ein Modellprojekt „**Gesundheitsfonds Vorarlberg**“ festgelegt werden, durch welchen die gesamten für den stationären und ambulant-niedergelassenen Bereich vorgesehenen Finanzmittel in einem gemeinsamen, monistischen Finanzierungsfonds zusammen gelegt werden sollen. Erprobt werden soll dieses Modell anhand einzelner überschaubarer Teilprojekte (wie z. B. „prästationäre Diagnostik“, „Entlassungsmanagement“, „ärztlicher Bereitschaftsdienst der Niedergelassenen“, Palliativmedizin).

Ziel 16: Bis zum Jahr 2010 sollten die Mitgliedstaaten dafür sorgen, dass sich das Management in allen Bereichen des Gesundheitswesens - angefangen bei bevölkerungsorientierten Gesundheitsprogrammen bis hin zur klinischen Versorgung einzelner Patienten - an den Ergebnissen gesundheitlicher Maßnahmen orientiert.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende **Teilziele** erreicht werden:

16.1 Die Wirksamkeit zentraler Strategien im Bereich der öffentlichen Gesundheit sollte an den Ergebnissen solcher Maßnahmen gemessen werden, und Entscheidungen über alternative Strategien zur Lösung spezifischer Gesundheitsprobleme sollten auf Vergleichen der Ergebnisse gesundheitlicher Maßnahmen mit deren Wirtschaftlichkeit basieren.

16.2 In allen Mitgliedstaaten sollte landesweit ein Mechanismus zur kontinuierlichen Überwachung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität in Bezug auf mindestens zehn wichtige Krankheitsbilder geschaffen werden, einschließlich einer Messung der gesundheitlichen Folgen, der Wirtschaftlichkeit der Versorgung und der Patientenzufriedenheit.

16.3 Die Resultate gesundheitlicher Maßnahmen sollten bei mindestens fünf der oben erwähnten Krankheitsbilder auf eine signifikante Besserung hinweisen, und aus Erhebungen sollte hervorgehen, dass Patienten mit der Qualität der erhaltenen Leistung zufriedener sind und dass man ihre Rechte stärker achtet.

6.2 Qualität und Effizienz

Die Entwicklung des Gesundheitswesens soll zu einer Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung führen. Nur wenige Länder haben eigene spezifische Ziele und Indikatoren definiert, viel **zu wenige nutzen** verschiedene **Gesundheitsindikatoren** zur Steuerung des Gesundheitssektors. In keinem Land existiert ein System, mit dem allen Ärzten ein kontinuierliches Feedback über die Ergebnisse ihrer Patientenversorgung gegeben wird. Wünschenswert wäre die Steuerung des Gesundheitswesens auch anhand messbarer Gesundheitsindikatoren. Die Ausrichtung des Gesundheitswesens u.a. anhand der **tatsächlichen Wirkung** wichtiger **Maßnahmen** auf die Gesundheit der Bevölkerung.

Evaluierung und Ergebnisqualität - Modelle und Initiativen in Vorarlberg

Es mehren sich die Anzeichen dafür, dass trotz des vorhandenen Wissens große **Unterschiede** in Bezug auf die **Ergebnisse der Versorgung** bestehen. Unterschiede dieser Art existieren nicht nur zwischen einzelnen Ländern bzw. Regionen, sondern auch zwischen einzelnen Einrichtungen, Krankenhausabteilungen und Erbringern von Gesundheitsleistungen. Es mangelt weiterhin bei fast allen Gesundheitseinrichtungen an grundlegenden Informationen über die Qualität der Versorgung, die tagtäglich in der Praxis angeboten wird. **Qualität** wird auf der Grundlage von Fakten **bewertet** und die besten Ergebnisse werden anhand wissenschaftlicher Erkenntnisse ermittelt. Vorarlberg hat auch in diesem Bereich einige positive Beispiele vorzuweisen:

Die - bereits beschriebene - Initiative „**Sichere Gemeinden**“ hat, bereits beginnend im Jahr 1994 eine regelmäßige **Evaluation** ihrer Tätigkeit, auch in Bezug auf Ergebnisindikatoren begonnen und führt diese weiterhin durch. Ergebnisse sind in einem eigenen Bericht dokumentiert und in diesen Bericht nur teilweise einbezogen worden.

Das **LKH Feldkirch** hat sich als Modellkrankenhaus an einem österreichweiten qualitätsorientierten Projektes „**Qualität im Krankenhaus**“ erfolgreich beteiligt. An **allen Krankenhäusern** des Landes Vorarlberg existiert - den rechtlichen Vorgaben folgend - eine **Qualitätssicherungskommission** mit unterschiedlichen Aufgabenbereichen und Tätigkeiten. Eine

wichtige darunter sind Patientenbefragungen und die Erhebung der **Patientenzufriedenheit**. Es wird eine zukünftige Aufgabe sein, diese Tätigkeiten zu koordinieren und den Wissenstransfer zu verbessern.

Kleinere und größere Programme im Bereich der primären und sekundären Prävention werden dokumentiert und einer laufenden Kontrolle und/oder **Evaluation** unterzogen, die **Finanzierung** entsprechender Projekte ist teilweise **an** eine ergebnisorientierte **Evaluation gebunden**. Die Ergebnisqualität wird u.a. auch in der Prävention und Gesundheitsförderung evaluiert, und zwar in Form der in periodischen Abständen vorgenommenen Population Surveys im Rahmen des CINDI-Programms (vgl. Kap. 5.1).

Es **mangelt** allerdings - wie auch in anderen Regionen - an einem einheitlichen Grundbestand an relevanten und messbaren **Resultatindikatoren**, die alle Dimensionen der Gesundheitsversorgung abdecken (Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Behandlung und Rehabilitation) und bei der Planung und Steuerung zukünftiger Programme und Projekte als Vergleichsgrundlagen vorliegen.

Vorarlberger Patientenadvokatur

Aufgrund des im Jahre **1999** beschlossenen Gesetzes über Einrichtungen zur Wahrung der Rechte und Interessen der Patienten und Klienten (LGBl. Nr. 1999/26) wurde im Jahr 2000 die Patientenadvokatur in Vorarlberg **ins Leben gerufen**. Der Patientenadvokat hat Patienten und Klienten sowie deren Vertrauenspersonen zu beraten und ihnen Auskünfte zu erteilen, Beschwerden über die Unterbringung, die Versorgung, die Betreuung und die Heilbehandlung zu bearbeiten sowie Patienten und Klienten vor der Schiedskommission zu unterstützen. Die außergerichtliche Streitbeilegung konnte durch Argumente nachhaltig entwickelt werden, sodass die Patientenadvokatur heute als moderne Schlichtungsstelle anzusehen ist.

Insgesamt wurden von der Patientenadvokatur im Jahr **2001 211 Geschäftsfälle** bearbeitet, 123 (58%) davon betrafen weibliche Patienten und 88 Fälle (42%) männliche Patienten. 108 Anfragen (51 %) der Anfragen betrafen Krankenhäuser der Krankenhausbetriebsgesellschaft (LKH Feldkirch mit Außenstationen, LKH Bregenz), 77 Fälle (36 %) der Anfragen betrafen die kommunalen Krankenanstalten (KH Bludenz, Hohenems und Dornbirn). Die restlichen Anfragen verteilten sich auf weitere Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Ziel 17: Bis zum Jahr 2020 sollten alle Mitgliedsstaaten auf der Grundlage des chancengleichen Zugangs, der Wirtschaftlichkeit, der Solidarität und der optimalen Qualität belastbare Finanzierungs- und Ressourcenzuweisungsverfahren für Gesundheitsversorgungssysteme entwickeln.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende **Teilziele** erreicht werden:

17.1: Die Ausgaben für das Gesundheitswesen sollten angemessen sein und dabei den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung entsprechen.

17.2: Die Mittel sollten unter der Berücksichtigung von Einflüssen auf die Gesundheit, von Wirtschaftlichkeitsaspekten und von verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen zwischen Gesundheitsförderung, Behandlung und Pflege aufgeteilt werden.

17.3 Die Finanzierungssysteme für die Gesundheitsversorgung sollten eine allgemeine Versorgung, Solidarität und Nachhaltigkeit sicherstellen.

6.3 Kosten und Finanzierung

Im Juni 2000 hat die WHO eine Untersuchung zur Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme von 191 WHO-Mitgliedsländern publiziert (The World Health Report 2000). Nach dieser Untersuchung hat Frankreich das weltweit beste Gesundheitssystem. Österreich rangiert bei dieser Untersuchung an neunter Stelle. Die beiden Nachbarländer Vorarlbergs Schweiz und Deutschland liegen auf Rang 20 und 25. Die WHO berücksichtigte bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit folgende Kriterien: Gesundheitszustand der Bevölkerung, Zugangsbedingungen und Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens, gerechtes Finanzierungssystem (= einkommensabhängige und nicht krankheitsabhängige Finanzierung des Gesundheitssystems) und Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung. Unter Heranziehung dieses internationalen Vergleiches können das diesbezügliche **WHO-Ziel** sowie dessen vier Teilziele für Österreich und damit auch für Vorarlberg als **erfüllt** betrachtet werden. Dennoch sind ständige Verbesserungen des Gesundheitssystems ebenso notwendig wie ein laufendes Anpassen der Systemkomponenten an neue Herausforderungen.

Eine detaillierte Analyse nach Bundesländern und damit ein innerösterreichischer Vergleich dieser Art ist aufgrund der eingeschränkten Datenverfügbarkeit und der mangelnden Datenkohärenz auf Bundesländerebene 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 drei wesentlichen Ausgabenbereiche des Gesundheitswesens, nämlich die Kosten für **Fonds-Krankenanstalten**, die Ausgaben der **§ 2-Kassen** für **niedergelassene Ärzte** und die Ausgaben der sozialen Krankenversicherungsträger für **Heilmittel**, **Heilbehelfe** und **Hilfsmittel** sowie weiters eine Schätzung der Ausgaben für **Gesundheitsvorsorge und -förderung**.

Kosten der Fonds-Krankenanstalten

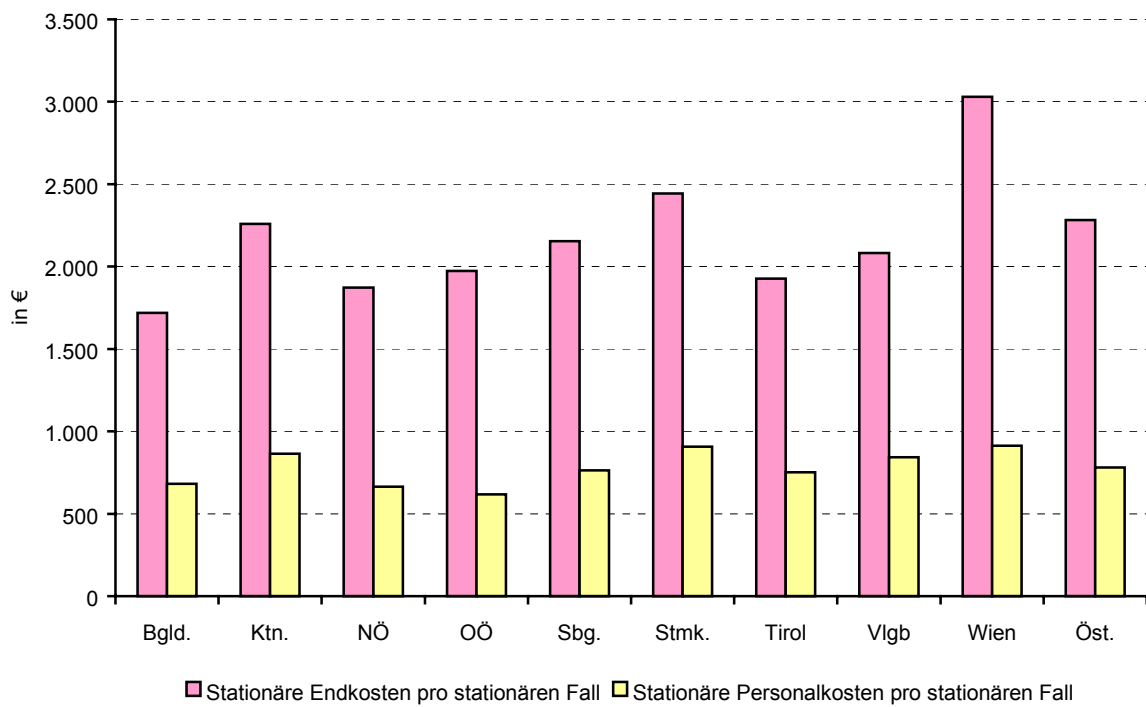
Die **Endkosten** der **Fonds-Krankenanstalten** betragen im Jahr 2000 in Vorarlberg **€ 246 Mio.**, das sind rund drei Prozent der österreichweiten Kosten. Im Vergleich zu 1997, dem Jahr der Einführung der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF), sind die Endkosten in Vorarlberg um € 26 Mio. oder zwölf Prozent gestiegen. Das entspricht dem **österreichischen Durchschnitt** (vgl. Tab. 6.3.1 im Tabellenanhang). Am stärksten war der Kostenanstieg in der Steiermark (+ 15 %), den geringsten Zuwachs zeigte Wien (+ 9 %).

Der **Anstieg** der **Personalkosten** in den Fonds-Krankenanstalten im selben Zeitraum ist in Vorarlberg mit elf Prozent (auf € 157 Mio. im Jahr 2000) ebenfalls **durchschnittlich** ausgefallen. Die geringsten Zunahmen zeigten das Burgenland und Wien (+ 9 % bzw. + 8 %), die stärksten Zuwächse verzeichneten die Bundesländer Oberösterreich und Steiermark (je + 14 %, vgl. Tab. 6.3.2 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 Vorarlberg **€ 2.082,-**, womit Vorarlberg im Mittelfeld des Bundesländervergleichs liegt (vgl. Abb. 6.3.1). Seit 1997 sind diese Kosten um vier Prozent gestiegen (Österreich: + 1 %). Kräftigere Kostenzuwächse wiesen nur das Burgenland (+ 6 %) und die Steiermark (+ 10 %) auf (vgl. Tab. 6.3.1).

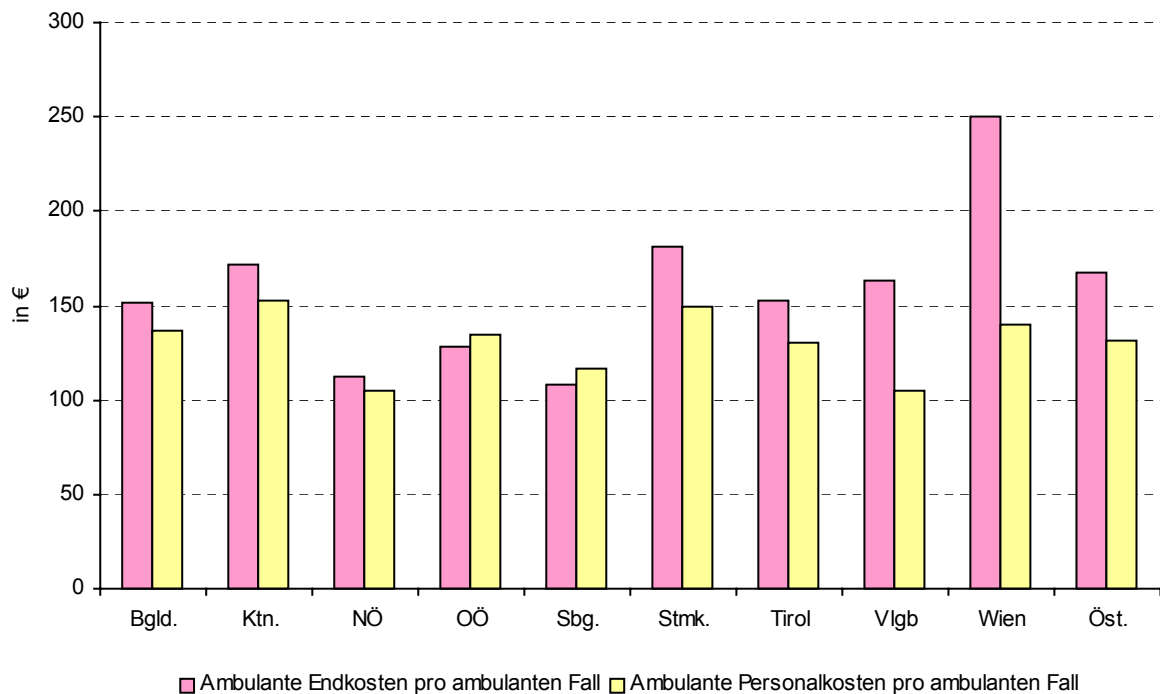
Die **stationären Endkosten pro Belagstag** waren in Vorarlberg mit **€ 359,-** unterdurchschnittlich. Nur Burgenland, Niederösterreich und Oberösterreich wiesen deutlich niedrigere Werte auf. Der Anstieg seit 1997 war mit zwölf Prozent ebenfalls unterdurchschnittlich (Österreich: + 15 %). Die höchsten Zuwächse verzeichneten hier die Steiermark (+ 24 %), Salzburg und Niederösterreich (je + 18 %). Die **stationären Personalkosten** pro stationären Fall betragen im Jahr 2000 in den Vorarlberger Fonds-Krankenanstalten **€ 842,-**. Das ist nach Wien, der Steiermark und Kärnten der vierthöchste Bundesländerwert (Österreich: € 781,-) und um zwei Prozent mehr als 1997 (vgl. Abb. 6.3.1). **Kostenzuwächse** verzeichneten hier sonst nur noch das Burgenland und die Steiermark. **Pro Belagstag** lagen die **stationären Personalkosten** in den Vorarlberger Fonds-Krankenanstalten mit **€ 145,-** über dem **Österreichdurchschnitt** (€ 132,-). Die Entwicklung dieser Kosten seit 1997 entsprach im Wesentlichen dem österreichischen Durchschnitt (vgl. nachstehende Abb. 6.3.1).

Abb. 6.3.1: Stationäre Endkosten und Personalkosten der Fonds-Krankenanstellen in € im Jahr 2000



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

Abb. 6.3.2: Ambulante Endkosten und Personalkosten der Fonds-Krankenanstellen in € im Jahr 2000



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

Im **spitalsambulanten** Bereich waren in Vorarlberg im Jahr 2000 die **Endkosten pro Fall** mit **€ 163,-** leicht unterdurchschnittlich, was einer mittleren Position im Bundesländervergleich entspricht (vgl. Abb. 6.3.2). Der Kostenanstieg von neun Prozent zwischen 1997 und 2000 war hingegen der höchste aller Bundesländer (vgl. Tab. 6.3.1). Bei den **spitalsambulanten Personalkosten** pro ambulanten Fall wiesen die Vorarlberger Fonds-Krankenanstalten mit € 105,- dennoch nach wie vor - gemeinsam mit Niederösterreich - den niedrigsten Bundesländerwert auf (vgl. Abb. 6.3.2). Die Kostenentwicklung seit 1997 war mit plus zwölf Prozent stark überdurchschnittlich und nur im Burgenland von stärkeren Anstiegen gekennzeichnet (vgl. Abb. 6.3.2).

Kosten im niedergelassenen § 2-Bereich

Eine Darstellung der gesamten Kosten im niedergelassenen Bereich ist aufgrund fehlender Daten für den Bereich der Wahlärzte und bestimmter Sonderversicherungsträger nicht möglich, daher **beschränkt** sich die folgende Analyse auf den **§ 2-Kassenbereich**. 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 Vorarlberg im Jahr 2000 insgesamt **€ 54,9 Mio.** Davon gingen € 25,6 Mio. an praktische Ärzte und € 29,3 Mio. an Fachärzte. **Seit 1991** ist dieser Betrag um **44 Prozent gestiegen**, das ist im Bundesländervergleich der geringste Kostenanstieg. Entsprechend dem Österrichtrend haben die Abrechnungsbeträge für die **Fachärzte** wesentlich **stärker** zugenommen als jene für die praktischen Ärzte (vgl. Tab. 6.3.3 im Tabellenanhang). Hierbei ist möglicher Weise das Vorarlberger Spezifikum von Bedeutung, dass die Gesamtvergütung der VGKK für die kassenärztliche Versorgung seit Jahrzehnten mit knapp 22,7 Prozent der Beitragseinnahmen limitiert und damit strikt **an die Einnahmentwicklung** bei der VGKK **gekoppelt** ist.

Im Jahr 2000 wurden in Vorarlberg bei § 2-Kassen mit den niedergelassenen Ärzten (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten) rund **1.192.000 Fälle** abgerechnet - rund **665.000** mit den **praktischen Ärzten** (Allgemeinmediziner) und rund **527.000** mit **Fachärzten**. Die Zahl der Fälle ist in Vorarlberg mit zwölf Prozent um elf Prozentpunkte weniger gestiegen als österreichweit. Das ist die geringste relative Zunahme im Bundesländervergleich, welche ausschließlich auf die stark unterdurchschnittliche Entwicklung der Fälle bei den Fachärzten mit 13 Prozent (Österreich: + 40 %) zurückzuführen ist. Die Zunahme der Fallzahlen bei den praktischen Ärzten entsprach mit elf Prozent dem Österreichdurchschnitt.

Betrachtet man die abgerechneten **Beträge pro Fall**, so zeigt sich folgendes Bild: Im Jahr 2000 wurden in Vorarlberg - wie in Tirol und Kärnten - pro Fall € 46,- abgerechnet. Das sind um € 3,- mehr als im österreichischen Durchschnitt. Einen höheren Betrag weist nur noch Niederösterreich mit € 47,- aus. Seit 1991 ist der abgerechnete Betrag pro Fall in **Vorarlberg** mit 28 Prozent weniger stark gestiegen als österreichweit (Österreich: 36 %). Eine geringere Zunahme findet sich nur noch in Wien (+ 27 %).

Datengrundlagen zu den **Ausgaben der Sozialversicherungsträger für Heilmittel und Heilbeihilfe** (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 gewerblichen Wirtschaft und der Bauern zur Verfügung. Diese Zahlen wurden in einem Schätzverfahren (vgl. Abschnitt „Begriffsbestimmungen und Methoden“ im Anhang) auf die einzelnen Bundesländer umgelegt.

Gemäß dieser Schätzung wurden in Vorarlberg im Jahr 2000 von den sozialen Krankenversicherungsträgern **€ 77,3 Mio.** für Heilmittel und Heilbehelfe (inkl. Hilfsmittel) ausgegeben. Das sind vier 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 **€ 329,-** ausgegeben, was deutlich unter dem Österreichdurchschnitt von € 335,- liegt und im Bundesländervergleich den **geringsten Wert** darstellt.

Seit 1991 haben sich die Ausgaben für Heilmittel und Heilbehelfe (inkl. Hilfsmittel) in Vorarlberg mit einem **Zuwachs von 105 Prozent** (Österreich: +105 %) - wie österreichweit - mehr als verdoppelt (vgl. Tab. 6.3.4). Eine geringere Zunahme verzeichnete nur noch Wien (+ 92 %) und Kärnten (+ 104 %). Die kräftigsten Zunahmen gab es in Tirol (+ 117 %) und Niederösterreich (+ 114 %). Die Ausgaben für Heilmittel stiegen in diesem Zeitraum mit 109 % stärker als jene für Heilbehelfe und Hilfsmittel insgesamt (+ 105 %), was dem österreichweiten Trend entsprach.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Situation bei den **Endkosten** in den Vorarlberger Fonds-Krankenanstalten im Jahr 2000 sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich etwas besser waren als im österreichischen Durchschnitt (pro stationären/ambulanten Fall und pro Belagstag) und Vorarlberg im Bundesländervergleich diesbezüglich eine mittlere Position einnimmt. Die **Personalkosten** überstiegen hingegen im stationären (pro stationären Fall und pro Belagstag) Bereich den Bundesdurchschnitt, im ambulanten Bereich erreichte Vorarlberg hingegen den zweitniedrigsten Bundesländerwert. Im **niedergelassenen** Bereich ist in Vorarlberg das Niveau der abgerechneten Beträge pro Fall (§ 2-Kassen) im Jahr 2000 das zweithöchste im Bundesländervergleich. Die Ausgaben der Sozialversicherungsträger für Heilmittel und Heilbehelfe (inkl. Hilfsmittel) pro Krankenversicherten waren jedoch die niedrigsten.

Gesundheitsvorsorge und -förderung

Gesundheitsvorsorge (Prävention) und Gesundheitsförderung sind wichtige Bestandteile moderner Gesundheitspolitik. Grundsätzlich werden mit Prävention und **Gesundheitsförderung** Strategien zur Verbesserung, Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und somit zur Vermeidung oder Verringerung von Krankheit bezeichnet. Zusätzlich zur Gesundheitsförderung werden - je nachdem in welchem Stadium der Erkrankung eine präventive Maßnahme ansetzt - Primärprävention, Sekundärprävention und Tertiärprävention unterschieden (Definitionen finden sich im Abschnitt "Begriffsbestimmungen und Methoden" im Anhang).

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

Gemäß diesen Studienergebnissen stellte im Jahr 1996 die **Sozialversicherung** mit **€ 722 Mio.** oder 85 Prozent (um Transfers bereinigt 81 %) österreichweit den weitaus **größten Teil** der Ausgaben für Gesundheitsvorsorge und -förderung. Mit 58 Prozent floss der **Großteil**

dieser Mittel in die **Tertiärprävention** (Rehabilitationsmaßnahmen), gefolgt von der Sekundärprävention mit 14 Prozent (hauptsächlich für Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge). Der **Bund** stellte für Prävention und Gesundheitsförderung insgesamt **€ 66 Mio.** oder acht Prozent (um Transfers bereinigt 11 %) zur Verfügung. Etwa zwei Drittel dieser Mittel gingen dabei in die Sekundärprävention.

Der Anteil der **Bundesländer** an den Gesamtausgaben belief sich insgesamt auf **€ 46 Mio.** oder **fünf Prozent** (um Transfers bereinigt 6 %). Davon ging fast die Hälfte in die Sekundärprävention und etwas mehr als ein Drittel in die Tertiärprävention. Die **Gemeinden** stellten mit insgesamt **€ 13,5 Mio.** oder **zwei Prozent** den geringsten Anteil an den Gesamtausgaben. Mit knapp mehr als € 3 Mio. stellten sie jedoch 37 Prozent der österreichweiten Ausgaben für gesundheitsfördernde Maßnahmen. Während sich der Anteil der Ausgaben der Bundesländer und Gemeinden für Gesundheitsvorsorge und -förderung österreichweit auf rund sieben Prozent beläuft, liegt dieser Anteil gemäß der vorliegenden Schätzung in Vorarlberg bei über 30 Prozent (vgl. Tab. 6.3.5), was auf den **besonderen Stellenwert** dieses Bereichs in Vorarlberg hinweist.

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

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

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

Gemäß der vorgenommenen Schätzung wurden in **Vorarlberg** im Jahr **1996** etwa **€ 39,4 Mio.** für Gesundheitsvorsorge und -förderung ausgegeben. Mit **€ 114,- pro Einwohner** entspricht das 108 Prozent des österreichischen Durchschnittes. Mit € 15,8 Mio. gingen in Vorarlberg 40 Prozent der Mittel in die Tertiärprävention, während es österreichweit knapp mehr als die Hälfte war. Das ist vor allem darauf zurückzuführen, dass in Vorarlberg der Anteil an **Rehabilitationspatienten** an den Einwohnern unter dem Bundesdurchschnitt liegt.

Bei der **Prävention im eigentlichen Sinn**, nämlich bei der Primärprävention (€ 5,2 Mio. oder 13 %) und der Sekundärprävention (€ 10,4 Mio. oder 26 %) lagen hingegen die Ausgabenanteile in Vorarlberg sehr deutlich über dem Österreichdurchschnitt, ebenso die Ausgaben pro Einwohner.

Der Anteil der Ausgaben für **Gesundheitsförderung** wurde mit rund **einem Prozent** geschätzt, was in etwa dem Österreichwert entspricht. Wie österreichweit ist für etwa ein Fünftel der Gesamtausgaben keine Aufteilung auf bestimmte Maßnahmenbereiche möglich.

Zusammenfassend zeigt sich, dass - gemessen an den für das Jahr 1996 geschätzten Ausgaben - der **klassischen Gesundheitsvorsorge und -förderung** in Vorarlberg ein **höherer Stellenwert** beigemessen wird als österreichweit.

Resümee

Das ausgezeichnete Ranking Österreichs und damit auch Vorarlbergs in der erwähnten WHO-Publikation (The World Health Report 2000) widerspiegelt die in Teilziel 17.3 angesprochenen Prinzipien der Sicherstellung der **allgemeinen Versorgung** sowie der **solidarischen** Finanzierung der Gesundheitskosten. Dem ebenfalls dort angesprochenen Grundsatz der **Nachhaltigkeit** dient insbesondere auch das in der Vorarlberger Wirtschafts- und Finanzpolitik konsequent verfolgte Prinzip geordneter Landesfinanzen. Die allgemeine Versorgung wird insbesondere durch das **flächendeckend** entwickelte, **abgestufte** und **bedarfsorientiert** ausgerichtete stationäre, teilstationäre und extramurale (Spitäler, Tageskliniken, niedergelassene Ärzte und Therapeuten, etc.) Angebot sicher gestellt. Die oben dargestellten gesundheitsökonomischen Indikatoren und Eckdaten sprechen für Kostenbewusstsein und Effizienz sowohl auf Seiten der Leistungserbringer als auch auf Seiten der maßgeblichen Financiers von Gesundheitsdienstleistungen.

Ziel 18: Bis zum Jahr 2010 sollten alle Mitgliedstaaten dafür Sorge tragen, dass sich Fachkräfte im Gesundheitswesen und in anderen Sektoren die zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit erforderlichen Kenntnisse, Einstellungen und Kompetenzen aneignen.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende **Teilziele** erreicht werden:

18.1 Die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften sollte auf den Grundsätzen der GFA basieren und die Fachkräfte darauf vorbereiten, hochwertige Leistungen im Bereich Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Heilung und Rehabilitation zu erbringen, und dabei helfen, zwischen klinischer Praxis und praktischer Public-Health-Arbeit eine Brücke zu schlagen.

18.2 Es sollten Planungssysteme geschaffen werden, die gewährleisten, dass die Zahl der ausgebildeten Gesundheitsfachkräfte und die Zusammensetzung ihrer Qualifikationen dem gegenwärtigen und zukünftigen Bedarf im Gesundheitswesen entspricht.

18.3 Alle Mitgliedstaaten sollten genügend Ausbildungskapazität für gesundheitswissenschaftliche Diplomstudiengänge haben, deren Absolventen imstande sein müssen, im Public-Health-Bereich Führungs- und Managementaufgaben zu übernehmen und in der Praxis zu arbeiten.

18.4 Auch bei der Ausbildung von Fachkräften in anderen Sektoren sollten die Grundprinzipien der GFA vermittelt werden, vor allem aber auch das Wissen darüber, wie sie durch ihre Arbeit die Determinanten von Gesundheit beeinflussen können.

6.4 Personal im Gesundheitswesen

Nach den **Zielsetzungen** der **WHO** sollen die **Fachqualifikation** im Bereich **Public Health** sowie die **Managementkompetenz** auf allen Ebenen und in allen Sektoren **verbessert** werden. Dazu sollen Infrastruktur und Funktionen des Public-Health-Sektors ausgebaut und modernisiert werden. Gesundheitsfachkräfte müssen in ihrer Aus- und Fortbildung nicht allein auf ihre fachliche Arbeit vorbereitet werden, sondern auch imstande sein, in allen Sektoren andere zum Handeln zu befähigen, als Mittler und Fürsprecher der Gesundheit und von bevölkerungsbezogenen Maßnahmen aufzutreten, um multisektorale gesundheitliche Maßnahmen zu unterstützen.

Die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften in Vorarlberg unterliegt zum größten Teil bundesgesetzlichen Regelungen. Die quantitativ wichtigsten **Berufsgruppen** im Gesundheitswesen und die entsprechenden Berufs- und Ausbildungsregelungen können wie folgt stichwortartig angeführt werden:

- **Ärzte** für Allgemeinmedizin und **Fachärzte** (Ärztegesetz, Universitätsstudiengesetz, Ärzte-Ausbildungsordnung)
- Gehobene medizinisch-technische Dienste (**MTD**) - z. B. Physiotherapeutischer Dienst, Ergotherapeutischer Dienst (MTD-Gesetz, Ausbildungs- und Prüfungsordnung für MTD)
- **Hebammen** (Hebammen-Gesetz, Hebammen-Ausbildungsverordnung)
- **Gesundheits- und Krankenpflegepersonen** (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung)
- **Pflegehelfer** (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung)

Neben der Ausbildung entsprechend diesen grundsätzlichen Regelungen steht den Angehörigen dieser Berufsgruppen in Vorarlberg ein breit gefächertes Angebot zur **Fort- und Weiterbildung** bzw. zur **Sonderausbildung** offen, wie z. B. :

- Veranstaltungsangebot der **Ärztammer** für Vorarlberg sowie der **Gesellschaft** der Ärzte Vorarlbergs;
- Bildungsangebot des Zentrums für Wissenschaft und Weiterbildung **Schloss Hofen** (ZWW), z. B. Lehrgänge universitären Charakters, Diplomlehrgänge sowie postgraduale Lehrgänge für Gesundheits- und Sozialberufe;
- Angebote an Fort-, Weiter- und Sonderausbildungen des **Instituts für Gesundheits- und Krankenpflege** (IGK);
- Sonderausbildungen an der **Gesundheits- und Krankenpflegeschule** Feldkirch;
- Fortbildungstätigkeiten des **Werks der Frohbotschaft Batschuns** sowie des Österreichischen **Roten Kreuzes** - Landesverband Vorarlberg in Feldkirch.

Eine spezielle Ausbildung im Bereich **Public Health** (entsprechend den Zielen der WHO mit Schwerpunkten in der Epidemiologie und im Gesundheitsmanagement) wird bundesweit nur vereinzelt angeboten, nämlich derzeit in Wien und in Graz. Für diese Ausbildung sind grundsätzlich universitätsnahe Standorte prädestiniert. Inwieweit eine spezifische Förderung dieser postgradualen Ausbildungsmöglichkeit von Seiten der Bundesländer bereit zu stellen ist, wird sich unter anderem nach dem Bedarf an solchen Führungskräften zu richten haben.

In Vorarlberg stehen derzeit rund **1.200 berufstätige Ärzte** (unabhängig vom Versorgungssektor, also inkl. Spitalsärzte, niedergelassene Kassenärzte und Wahlärzte) zur Verfügung, rund 930 davon sind den für die breite Bevölkerung versorgungswirksamen Fachrichtungen zuzuordnen (vgl. Tab. 6.4.1). Neben den über 300 Ärzten für Allgemeinmedizin sind die Fachrichtungen AN GGH, IM und PSY die quantitativ wichtigsten Fachrichtungen. Die **Ärztedichte** liegt in Vorarlberg deutlich **unter dem Bundesdurchschnitt** (vgl. Tab. 6.4.1). Für den Sektor der Ärzte mit Kassenvertrag erfolgt eine jährliche Evaluierung durch die Vertragspartner Ärztekammer/VGKK sowie erforderlichenfalls eine Anpassung/Erweiterung des Kassenstellenplans. Weiters stehen in Vorarlberg rund **150 Pharmazeuten** zur Verfügung - hier hat Vorarlberg die geringste Versorgungsdichte unter allen Bundesländern (vgl. Tab. 6.4.2).

In Vorarlberg sind weiters rund **300** Angehörige der gehobenen **MTD** (darunter etwa je 60 PhysiotherapeutInnen und LaborassistentInnen sowie etwa 75 radiologisch-technische AssistentInnen), rund **2.000** diplomierte **Gesundheits- und Krankenpflegepersonen** (DGKP, darunter rund 200 in der Hauskrankenpflege) in verschiedenen Sektoren berufstätig. Das **Amt der Vorarlberger Landesregierung** erhebt in künftig regelmäßigen Abständen den **Bedarf** an diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in allen Akutspitälern, in den Pflegeheimen sowie in der Hauskrankenpflege. Derzeit besteht bei den knapp 1.500 **Dienstposten** für DGKP kein relevanter Personalmangel, während bei den ca. 230 Dienstposten in den Pflegeheimen und 120 Dienstposten in der Hauskrankenpflege eine Unterdeckung des Bedarfs gegeben ist (die Dienstposten werden in Vollzeitäquivalenten gerechnet und sind daher nicht genau deckungsgleich mit der oben angeführten Zahl der tätigen Personen, die z. T. nicht vollzeitbeschäftigt sind). Überdies sind im intra- und extramuralen Bereich rund **600 PflegehelferInnen** berufstätig. Assistierend zu den Pflegefachkräften in der Hauskrankenpflege sind im sogenannten „**Mobilen Hilfsdienst**“ zur Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten knapp 1.200 - vorwiegend ehrenamtlich tätige - Mitarbeiter des „Mobilen Hilfsdienstes“ im Einsatz.

In den **Sanitätshilfsdiensten** sind in Vorarlberg rund 250 Personen aktiv, wobei die Sanitätsgehilfen (rund 130 Personen), die Operationsgehilfen (rund 40) sowie die Ergotherapiegehilfen (rund 25) die quantitativ wichtigsten Untergruppen sind. Bei den anerkannten Ret-

tungsorganisationen (Österreichisches Rotes Kreuz, Arbeitersamariterbund, Österreichischer Bergrettungsdienst, etc.) sind außerdem insgesamt rund 650 Sanitäter im Einsatz.

Dass die Vermittlung von Grundprinzipien der GFA auch in der Ausbildung von Fachkräften in anderen Sektoren Berücksichtigung finden sollte, ergibt sich auch aus den unter 7.2 dargestellten Ausführungen hinsichtlich der Bildung von Sektoren übergreifenden Partnerschaften und Allianzen.

Ziel 19: Bis zum Jahr 2005 sollten in allen Mitgliedstaaten Gesundheitsforschungs-, Informations- und Kommunikationssysteme zur Verfügung stehen, die den Erwerb sowie die effektive Nutzung und Verbreitung von Wissen zur Unterstützung der „Gesundheit für Alle“ fördern.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende **Teilziele** erreicht werden:

19.1 Die in den einzelnen Mitgliedstaaten verfolgte Forschungspolitik sollte sich an den Prioritäten des jeweiligen langfristigen GFA- Konzeptes orientieren.

19.2 In allen Ländern sollten Mechanismen vorhanden sein, die eine wissenschaftlich fundierte Bereitstellung und Entwicklung von Gesundheitsdiensten ermöglichen.

19.3 Gesundheitsinformationen sollten so aufbereitet werden, dass sie für Politiker, Manager und Fachkräfte im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen sowie für die Allgemeinheit nützlich und leicht zugänglich sind.

19.4 Alle Länder sollten durch Formulierung einer Kommunikationspolitik und einschlägiger Programme im Gesundheitsbereich das GFA-Konzept unterstützen und den Zugang zu diesbezüglichen Informationen erleichtern.

6.5 Gesundheitsinformation

Forschung und **Gesundheitsinformationssysteme** sind zwei **Schlüsselbereiche** für die Weiterentwicklung und Änderung von Gesundheitssystemen. Jegliche Konzepte und Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit setzen eine solide Wissensbasis voraus und Forschung ist eines der wertvollsten und wichtigsten Werkzeuge der Gesellschaft um die Grundlagen für bessere Strategien zur Verbesserung der Gesundheit und Gesundheitsversorgung zu schaffen. Informationssysteme sind in der heutigen „Kommunikationsära“ ein Schlüsselement zur Wissensverbreitung.

Universitäre bzw. klinische Forschung wird im Zusammenhang mit größeren Zentren in verschiedenen Abteilungen im Land betrieben. Das Land **Vorarlberg fördert** innerhalb seiner nur geringen Möglichkeiten **Forschungsprojekte**, vereinzelt auch aus dem Gesundheitsbereich, zum weitaus überwiegenden Teil ist Forschung und Wissenschaft aber Bundesangelegenheit., in diesem Sinne ist der Bund auch aufgerufen, sich bei der Forschung im Public Health Bereich an den GFA-Zielen zu orientieren. Ein Beispiel für eine wissenschaftlich fundierte Bereitstellung eines Gesundheitsdienstes ist der **wissenschaftliche Beirat des aks**, in dem - bestehende und neu entwickelte - Präventionsprojekte und -programme auf ihre wissenschaftliche Grundlage geprüft werden. Einem weiteren Sachverständigenrat, nämlich dem **Landessanitätsrat**, werden fallweise ebenfalls Fragen im Zusammenhang mit Neuerungen in den Gesundheitsversorgungsstrukturen vorgelegt.

Auf der **Public-Health-Ebene** sind die Informationen über Gesundheitszustand, Risikofaktoren und Organisation der Gesundheitsdienste unverzichtbar. **Gesundheitsinformationen** müssen auf breiter Ebene verfügbar werden und leicht zugänglich sein, wenn das „Gesundheit für Alle“-Konzept richtig verstanden und aktiv gefördert werden soll. Entscheidungsträger, Gesundheits- und Wirtschaftsexperten, Architekten, Lehrer, Forscher, die Medien sowie die allgemeine Öffentlichkeit müssen über gesundheitliche Belange in einer Art und Weise informiert werden, die ihr Interesse weckt und ihr Engagement in Gesundheitsfragen stärkt. Bürger können zu eigenständigem Handeln befähigt werden, indem man ihnen die Information in die Hand gibt, die sie benötigen, um sich an der Beurteilung der Versorgungsqualität beteiligen zu können. Auf allen Ebenen **sollte** eine **Beteiligung der Bürger** bei Entscheidungen über Gesundheitsfragen **gewährleistet** sein.

Das Land Vorarlberg hat diesen Gedanken bereits aufgegriffen und seinerzeit mit der Herausgabe der Landessanitätsberichte begonnen, gesundheitsstatistische Daten, die verschiedenen Strukturen und Dienste sowie deren Tätigkeit dem Fachpublikum und der Öffentlich-

keit zur Verfügung zu stellen. Als eines der ersten Bundesländer hat Vorarlberg den Bericht „Daten und Fakten zur gesundheitlichen und psychosozialen **Lage der Frau in Vorarlberg**“ 1998 herausgebracht, der auch eine wesentliche Weiterentwicklung der **Gesundheitsberichterstattung** zu einer modernen Berichterstattung darstellt, wie sie nun in diesem Landesgesundheitsbericht geschieht. Weiters sind die in des „Population Surveys 1986, 1991 und 1999“ erhobenen Daten und Fakten in den einschlägigen Gremien und auch in der Öffentlichkeit sowie in der Fachwelt vorgestellt und diskutiert worden.

Im Hinblick auf die heute unbedingt notwendige leichte **Verfügbarkeit** und **Zugänglichkeit** der Daten ist vorgesehen, dass dieser Bericht über **Internet** zugänglich ist, wie das in neuester Zeit bei einer Reihe von periodischen Berichtswerken aus der Schnittfläche zwischen Gesundheits- und Sozialbereich (z. B. betreffend stationäre, teilstationäre und ambulant-häusliche Dienste in der Langzeitpflege im Sozialbericht 2000 sowie verschiedene andere Berichtswerke) erfolgte. Dazu zählt auch die internetmäßige Präsentation aktueller regierungsamtlicher Dokumente (wie z. B. Drogenkonzept, Psychiatriekonzept, etc.).

Grundsätzlich ist den Verantwortlichen auf Landesebene bewusst, dass eine wichtige Aufgabe der nächsten Zeit darin besteht, nicht nur den Professionals im Gesundheits- und Sozialbereich sondern auch jedem einzelnen Mitbürger einen niederschweligen **leichten Zugang** zu Information über gesundheitliche Dienste, Strukturen und Aktivitäten zu ermöglichen sowie gleichzeitig auch Hilfsangebote von z. B. „Call-Centers“ zu offerieren. Innerhalb der medizinischen Versorgungsstrukturen ist die flächendeckende Entwicklung des „**Gesundheitsnetzes Vorarlberg**“ eine bedeutsame Innovation und Verbesserung des Information- und Befundaustausches (unter striktester Wahrung des Datenschutzes) gewesen.

Das **Monitoring** von **Gesundheit** und ihrer bekannten Determinanten sowie der Funktionsweise des Gesundheitsversorgungssystems sollte weiterentwickelt werden. Wie die Erbringer und Käufer von Gesundheitsversorgung muss insbesondere auch die Öffentlichkeit gut darüber informiert werden, was sie vernünftiger Weise in Bezug auf die Qualität und die Ergebnisse von Gesundheitsversorgung erwarten kann. Ein ausdrückliches **Ziel** von Gesundheitssystemen sollte zukünftig in der **Aufklärung** der **Bürger** und **Patienten** bestehen, damit diese zu gesundheitsorientiertem Handeln befähigt werden.

Ziel 14: Bis zum Jahr 2020 sollten alle Sektoren ihre Verantwortung für gesundheitliche Belange anerkennen und akzeptieren.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende **Teilziele** erreicht werden:

14.1 Entscheidungsträger in allen Sektoren sollten bedenken, welchen Nutzen Gesundheitsinvestitionen in ihrem jeweiligen Sektor einbringen können, und ihre Politik und diesbezügliche Maßnahmen dementsprechend ausrichten.

14.2 Die Mitgliedstaaten sollten Mechanismen zur Prüfung der Gesundheitsverträglichkeit schaffen und sicherstellen, dass alle Sektoren für die gesundheitlichen Auswirkungen ihre Konzepte und Maßnahmen rechenschaftspflichtig sind.

7 Gesundheit als gesellschaftliche Aufgabe

7.1 Multisektorale Verantwortung

Gesundheitliche Einflussgrößen

Gesundheit entsteht nicht hauptsächlich durch Maßnahmen des Gesundheitssektors, sondern durch das handelnde Zusammenwirken der Gesellschaft als ganzer. Es gibt **fünf** wichtige Kategorien von **Gesundheitsdeterminanten**:

- Die individuelle **genetische** Veranlagung, die den biologischen Ausgangspunkt im Leben einer Person definiert;
- ein sicheres und gesundes **Lebensumfeld**;
- ein gesundheitsbewusstes **Verhalten** des einzelnen, bestimmter Gruppen und der Gesellschaft insgesamt;
- **Wirtschafts-** und **Sozialsysteme**, die die Kluft in der Bevölkerung verringern und den sozialen Zusammenhalt fördern;
- eine **Gesundheitsversorgung** guter Qualität.

Die **wichtigsten Faktoren**, die die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung beeinflussen, sind das soziale und wirtschaftliche **Umfeld**, insbesondere die Verteilung von Wohlstand und Ressourcen. Soziale Faktoren beeinflussen die menschliche Entwicklung durch Prozesse, die sowohl das Individuum als auch die Gesamtbevölkerung berühren. Armut, ein schlechtes Umfeld und gesundheitsschädigende Entscheidungen erhöhen das Risiko, dass ein Mensch sich in kritischen Perioden - vor der Geburt, im Säuglingsalter, in der Kindheit und später dann in der Jugend und bis ins Erwachsenenalter hinein - schlecht entwickelt. Entscheidungen in Bezug auf Verhaltensweisen wie Stillen, Ernährung und Rauchen sowie in Bezug auf die Bildungs- und Arbeitsmöglichkeiten werden auch durch gesellschaftlichen Druck stark beeinflusst. Um eine Besserung des gesundheitlichen Verhaltens des Einzelnen zu erreichen, kann man dafür sorgen, dass der einzelne Mensch durch eine den verschiedenen Lebensphasen angepasste **Gesundheitserziehung** das Problem besser begreift und eher bereit ist, damit umzugehen.

Vorarlberg hat es, gestützt auf die in der Landesverfassung festgeschriebenen Prinzipien der Subsidiarität und Eigenverantwortung, seit Jahrzehnten nach dem Prinzip der **autonomen Sozialpolitik** ermöglicht, dass freie Träger in einer bewegend sich entwickelnden Soziallandschaft eine Fülle von Angeboten, Diensten und Strukturen etablieren konnten, welche allen Landesbürgern, die der Hilfe und Unterstützung bedürfen, einen direkten, **nieder-**

schwelligen Zugang zu Hilfsangeboten, sozialer Unterstützung, Information und Beratung ermöglichen.

In der 2. Hälfte des letzten Jahrhunderts ist eine Region mit einer sehr ansehnlichen Wirtschaftskraft entstanden, woran förderliche wirtschaftspolitische Rahmenbedingungen ihren Anteil haben. Diese Rahmenbedingungen haben einen nicht unbedeutenden Einfluss auf wichtige Indikatoren wie Lebenserwartung, subjektive Befindlichkeit etc.

Gesundheitspolitik in Vorarlberg wird nicht nur als Chefsache eines einzelnen Ressorts aufgefasst und gelebt, sondern auch in bedeutsamen Entscheidungen **anderer Ressorts mit berücksichtigt**. Dies gilt insbesondere für die Ressorts Soziales, Umwelt, Landwirtschaft, Bildung, Wissenschaft, Verkehr, Bau usw. Eine ressortübergreifend ausgerichtete Gesundheitspolitik widerspiegelte sich auch in teils über mehrere Regierungsperioden hinweg einheitlichen Ressortführungen zwischen Gesundheit, Sozialem und Umwelt.

Beispielhafte **landespolitische Initiativen**, Schwerpunkte und Projekte (wie z. B. die Förderung des Breitensports, des Vereinswesens, außerschulische Jugendarbeit, Gemeindeentwicklung) sind nicht unbedeutende Elemente zur Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Lebensraumes und einer für die gesundheitliche Entwicklung des Einzelnen förderlichen sozialen und physischen Umwelt. Durch verschiedene **ressortübergreifende Projekte und Aktionen** ist nicht nur gewährleistet, dass die gesundheitlichen Auswirkungen von Projekten, Aktionen und politischen Ausrichtungen mitberücksichtigt wurden, sondern es wirken diese mittelbar-indirekt bei der Verbesserung wichtiger Gesundheitsdeterminanten mit.

Gesundheitsbewusstes Verhalten des Einzelnen

In den Begriffen „Verhältnisse und Verhalten“ sind in verkürzter Form die wichtigsten Gesundheitsdeterminanten zusammengefasst. Mit einem dem sozialen Zusammenhalt förderlichen Wirtschafts- und Sozialsystem und mit einem sicheren, gesundheitsförderlichen Lebensumfeld wird ein Boden aufbereitet, auf welchem sich gesundheitsförderliches Verhalten günstig entwickeln kann.

Die **hohe Beteiligung** der Vorarlberger Bevölkerung an den medizinischen „**Vorsorgeprogrammen**“ (vgl. dazu auch Kap. 5.1) ist ein Hinweis dafür, dass erwünschtes Gesundheitsverhalten durch begünstigende Verhältnisse gefördert werden kann. Verhalten und Verhältnisse haben unter Umständen auch Anteil an den - für Vorarlberg sehr günstigen - Gesundheitsindikatoren wie Lebenserwartung oder behinderungsfreier Lebenserwartung.

Es darf aber nicht übersehen werden, dass gesundheitsfördernde Aktionen und Projekte eher von den „gesundheitsbewussten“ Vorarlbergern in Anspruch genommen werden. Zielgerichtete Projekte, die die „**benachteiligten Personengruppen**“ (alleinerziehende Mütter, Betagte, Arme, Alte und weniger gut Ausgebildete) ansprechen, sind eher selten.

Zahlreiche weitere **lokale Programme** unter Leitung verschiedenster Organisationen im öffentlichen wie auch privaten Bereich leisten zusätzliche Arbeit in verschiedenen Projekten im Bereich Gesundheitsförderung. Die Koordinierung und Planung dieser vielfältigen Tätigkeiten wird durch den 1994 gegründeten „**Fond Gesundes Vorarlberg**“ sowie die fast zeitgleich erfolgte Bildung der „**Plattform Gesundheitsförderung**“ gewährleistet. In diesen Foren wirken alle mit Fragen der Gesundheitsförderung in allen Ebenen befassten Institutionen mit.

Gesundheitsversorgung guter Qualität

Das stationäre, teilstationäre und ambulant-niedergelassene Versorgungsgefüge ist in Kapitel 6.1 ausführlich dargestellt.

Die Reputation der Vorarlberger **Spitalslandschaft** in der Öffentlichkeit, aber auch in der Fachwelt sowie der Zufriedenheitsgrad der Patienten sind ansehnlich und halten vielen Vergleichen stand. Ähnliches gilt für den niedergelassenen bzw. ambulanten Sektor.

Systematische und auf wissenschaftlicher Grundlage beruhende Instrumente der **Qualitätssicherung**, wie sie auch im Krankenanstalten- bzw. Spitalsrecht angesprochen sind, müssen jedoch über das bisher Vorhandene hinaus zu breiter Anwendung kommen. Erst dann sind konkret-spezifische Aussagen, insbesondere über die Ergebnisqualität der medizinischen Versorgung, möglich.

Die für mehr gesundheitliche Chancengleichheit, für Nachhaltigkeit und für einen schärferen Fokus in der Gesundheitsversorgung nötigen Maßnahmen erfordern langwierige, entschlossene Bemühungen **vieler Partner**. Der gesamte Gesundheitssektor muss als Verfechter der Gesundheit und Fürsprecher für mehr Chancengleichheit und Solidarität im Gesundheitsbereich auftreten.

Ziel 20: Bis zum Jahr 2005 sollten zur Umsetzung der GFA-Konzepte Allianzen und Partnerschaften gebildet werden, die Einzelne und Gruppen sowie Organisationen aus allen Bereichen des öffentlichen und des privaten Sektors und nicht zuletzt die zivile Gesellschaft insgesamt in die Verfolgung gesundheitlicher Belange mit einbinden.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende **Teilziele** erreicht werden:

20.1 Der Gesundheitssektor sollte gesundheitliche Belange aktiv fördern und für gesundheitliche Interessen eintreten und dabei andere Sektoren dazu ermutigen, sich an sektorenübergreifenden Aktivitäten zu beteiligen, gemeinsame Ziele zu verfolgen und die verfügbaren Ressourcen miteinander zu teilen.

20.2 Auf internationaler, nationaler, regionaler und lokaler Ebene sollten Strukturen und Prozesse vorhanden sein, die eine harmonische Zusammenarbeit aller Akteure und Sektoren bei der gesundheitlichen Entwicklung erleichtern.

7.2 Gesundheitspolitische Strategien

Aspekte des gesundheitlichen **Verbraucher-** und **Umweltschutzes** sind im Lauf der vergangenen Jahre in Aktivitäten, Vorhaben und Projekte zahlreicher Ressorts eingegangen (wie z. B. Umwelt, Landwirtschaft, Landschafts- und Naturschutz, Wasser-, Abfallwirtschaft, Bauwesen, Bildung und Sport).

Konkreter Niederschlag dieser Ausrichtung findet sich in umfassender **Anhörung** im Rahmen **legistischer Vorhaben** auf Landesebene, in der Mitwirkung des Gesundheitsressorts in zahlreichen ressortübergreifenden Arbeitsgruppen und schließlich dient die seit Jahrzehnten stabil-gefestigte politische Teamarbeit einer verstärkten intersektoralen Zusammenarbeit und einem verstärkten Einbezug gesundheitlicher Belange in die verschiedensten Ressort-Aufgaben der Landesverwaltung.

Partnerschaften für die Gesundheit werden auf verschiedensten Ebenen benötigt; auf internationaler, regionaler und lokaler Ebene. Sie sind erforderlich für die Schärfung des Problembewusstseins in der Bevölkerung, für das Verständnis gesundheitlicher Belange, für die Zielsetzungen und die Durchführung von Programmen, weiters für die Durchführung von Gesundheitsdiensten (einschließlich Prioritätenfestlegung und Ressourcenaufteilung) sowie schließlich für die Verlaufsbeobachtung und Evaluation der Resultate. Angesichts ihrer **Schlüsselposition** in der Gesundheitsversorgung sollten die **Gesundheitsfachkräfte** die Selbstversorgung ihrer Patienten aktiv unterstützen. Außerdem sollten sie sich auf Grund ihrer **Vorbildfunktion** selbst zu einer gesunden Lebensweise verpflichtet fühlen.

Viele **Fachleute außerhalb** des **Gesundheitssektors** können im Rahmen der intersektoralen Zusammenarbeit als wichtige Partner in Schlüsselfunktionen zur Hebung der Gesundheit gewonnen werden. **Schullehrer** und **Erzieher** können ihre Schüler dazu inspirieren und verhalten, eine gesunde Lebensweise zu führen. Sie können sie motivieren, verschiedensten Zwängen besser zu widerstehen. Sie können darüber hinaus praktische Lebensfertigkeiten vermitteln, um mit Stress und anderen widrigen Lebensumständen umzugehen. Lehrer müssen sich auch darüber im Klaren sein, dass sie wichtige Vorbilder sind und sollten sich entsprechend gesundheitsbewusst verhalten. **Architekten, Ingenieure** und **Stadtplaner** sollten ihr Verständnis über die Auswirkungen, die ihre Arbeit auf die Gesundheit Einzelner hat, erweitern. Sie sollten sich auch um ideenreiche Lösungen bemühen, z. B. wie die Entwicklung nachbarschaftlicher Netze durch unterstützende Planung gefördert werden kann.

Dass diese gesundheitsrelevanten Aspekte in Vorarlberg in die konkrete - auch politische - Handlungspraxis Eingang gefunden haben, zeigt sich z. B. in Initiativen und Vorgaben zum

Thema „**behinderungsfreies Bauen**“, aber auch in der **Raumplanung**, die Rücksicht auf die Bedürfnisse der Bevölkerung nach Erholungsräumen, Grünflächen und Ruheplätzen nimmt. Damit können von verschiedenen Ressorts letztlich gemeinsame Ziele verfolgt werden und der Begriff „ganzheitlich-umfassende“ Gesundheit konkrete Gestalt annehmen.

Partner in der Gesundheit sind letztlich auch die Führungskräfte in **Wirtschaft** und **Industrie**, sowohl hinsichtlich der Gesundheitsverträglichkeit und Relevanz ihrer Produkte, aber auch im Hinblick auf den unbestrittenen „impact“ einer gesundheitsförderlichen Arbeitswelt. Der **Arbeitsplatz** gehört zu den wirkungsvollsten sozialen Systemen, wenn es um die Entscheidung zugunsten einer gesünderen Lebensweise geht. Die arbeitsmedizinische Versorgung der Vorarlberger Betriebe ist gegenwärtig gewährleistet.

In diesem Zusammenhang sei nochmals die spezielle gesundheitsfördernde Komponente der **Arbeitsmedizin** hervorgehoben. Auf einem partnerschaftlichen Prinzip basierend, sollten im Zusammenwirken zwischen Arbeitgebern, Arbeitnehmern und arbeitsmedizinischen Diensten drei Ziele erreicht werden: Gesunde Mitarbeiter, Produktion gesunder Erzeugnisse sowie aktive Unterstützung örtlicher Gesundheitsprojekte durch das Unternehmen. Das an anderer Stelle erwähnte „**Arbeitsmedizinische Zentrum**“ des aks mag auch als Beispiel für Partnerschaften zwischen dem Gesundheitswesen und anderen großen Sektoren dienen. Der aks hat frühzeitig die Arbeitsmedizin thematisiert und - unterstützt durch eine forcierte Arbeitsschutz-Gesetzgebung - als wichtiger Partner der Wirtschaft ein gemeinsames Ziel verfolgt.

Sich an sektorenübergreifenden Aktivitäten zu beteiligen und gemeinsame Ziele zu verfolgen, wird auch eine bedeutsame Aufgabe aller **Medien** und der dort tätigen Schlüsselpersonen sein. Im Lauf der letzten Jahre hat sich das Thema Gesundheit in den Medien und in der (politischen) Öffentlichkeit nachhaltig und bedeutsam etabliert. Dies betrifft sowohl den gesundheitsfachlichen Teil und eine Vielzahl von medizinisch-gesundheitlicher Themenstellungen als auch die immer mehr politische und gesellschaftliche Bedeutung erlangende Berichterstattung über Probleme der Gesundheitsförderung, -ökonomik, -versorgung und -planung. Die durch eine allerdings qualifizierte **Berichterstattung** zwangsweise verstärkte **Transparenz** stellt Entscheidungen, Maßnahmen und Leistungen im Gesundheitswesen auf den Prüfstand der verstärkten öffentlichen Wahrnehmung. Dies betrifft die Gesundheitspolitik einerseits, aber auch die Qualität des Leistungsgeschehens in den Spitälern und in der niedergelassenen Medizin ebenso.

Zusammenspiel der Akteure/Sektoren

Die verstärkte **Zusammenarbeit aller Akteure** und maßgeblichen **Sektoren** in und außerhalb des Gesundheitswesens ist gerade für eine Region wie Vorarlberg eine stete Herausforderung, da - ganz im Sinne des WHO-GFA-Ansatzes - die hier praktizierte Gesundheits- und Sozialpolitik auf die wichtige Rolle nichtstaatlicher Organisationen abgehoben hat. Die auf diese Weise entstandenen vielfältigen Strukturen, in welchen freie Träger der sozialen und gesundheitlichen Wohlfahrtspflege tätig sind, bedürfen einer vertiefteren Zusammenarbeit, der Leistungsabstimmung und der Koordination. Das notwendige Zusammenspiel wichtiger Akteure betrifft aber nicht nur die nichtstaatlichen Organisationen außerhalb des stationär-klinischen Sektors, sondern auch die Strukturen in der Spitallandschaft. Der bereits 1995 im Pilotversuch gegründete und dann im Zuge der bundesweiten Einführung definitiv etablierte **Spitalsfonds** ist ein wichtiges Instrument für eine zielführende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen.

Der nun für 2003 vorgesehene Modellversuch „**Gesundheitsfonds Vorarlberg**“ stellt die Verwirklichung eines großangelegten Vorhabens dar, den niedergelassen-ambulanten Bereich und den Spitalssektor hinsichtlich ihrer Finanzierung zu fusionieren und ist als Maxi-

mum eines erreichbaren Zusammenschlusses wichtiger Akteure zu sehen. Damit wird für den finanziell größten Teil des Gesundheitswesens eine Zusammenarbeits-Struktur geschaffen, von der man sich bedeutende Effekte bei der Kostendämpfung, der Verhinderung unnötiger Schnittstellenverluste und zur Gewährleistung des medizinischen Standards erwartet.

Eine für Gesundheitsförderung und Prävention wichtige Struktur wurde durch den 1994 gegründeten „**Fonds Gesundes Vorarlberg**“ geschaffen, in welchen das Land Vorarlberg gemeinsam mit der Vorarlberger Gebietskrankenkasse, der Versicherungsanstalt der öffentlichen Bediensteten und der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft bisher über 160 Projekte in verschiedenen Größenordnungen und Settings gefördert hat. Im Dienste der gegenseitigen Information steht auch die 1993 gegründete Plattform Gesundheitsförderung - ein Forum, welchem wesentliche Akteure in der Gesundheitsförderung angehören. Der Zusammenarbeit Vorarlbergs mit den zuständigen Instanzen auf nationaler Ebene dienen neben der bundesstaatlich-verfassungsmäßig vorgesehenen Kompetenzbeteiligungen im Gesundheits- und Sozialbereich und neben den Zusammenschlüssen im Bereich der sozialen Krankenversicherungen auch eingerichtete Konferenzen, Kuratorien und sonstige Institutionen der Zusammenarbeit.

Für die **Zusammenarbeit auf internationaler Ebene** sind gemäß der bundesstaatlichen Aufgabenverteilung in erster Linie bundesstaatliche Instanzen zuständig, besonders erwähnenswert ist hierbei der zwischen dem WHO-Regionalbüro Europa und dem Land Vorarlberg unterzeichnete Vertrag zur Kooperation im sogenannten **CINDI**-Programm. Im Dienste internationaler Zusammenarbeit stehen schließlich auch Gremien, Institutionen und Gesprächsgruppen zwischen Vorarlberg und den Nachbarländern/Kantonen im Bodensee-Einzugsgebiet und in der ARGE Alp.

Die wichtige Rolle von **nichtstaatlichen Organisationen** im Gesundheits- und Sozialbereich (neben dem öffentlichen und privaten Sektor) dient auch der Erschließung des Potenzials, welches in der Selbsthilfe und im Ehrenamt gelegen ist.

Ziel 21: Bis zum Jahr 2020 sollten in allen Mitgliedstaaten - unterstützt durch geeignete institutionelle Infrastrukturen, Managementprozesse und innovative Ideen - auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene GFA-Konzepte formuliert und umgesetzt werden.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende **Teilziele** erreicht werden:

21.1 Die auf nationaler Ebene verfolgten GFA-Konzepte sollten motivierend und inspirierend wirken und einen zukunftsgerichteten Rahmen für die Einführung entsprechender Konzepte und Maßnahmen auf regionaler, kommunaler und lokaler Ebene sowie in Schulen, am Arbeitsplatz und zu Hause bilden.

21.2 Zur Förderung der gesundheitspolitischen Entwicklung auf nationaler und nachgeordneter Ebene sollten Strukturen und Prozesse geschaffen werden, im Rahmen derer eine Vielzahl unterschiedlicher Schlüsselpartner aus dem öffentlichen wie aus dem privaten Sektor Aufgaben im Bereich der Formulierung, Umsetzung, Überwachung und Beurteilung von Konzepten übernehmen sollten.

21.3 Auf der Grundlage der GFA-Prinzipien sollten kurz-, mittel-, und langfristige Ziele, Indikatoren und Prioritäten sowie die zur Umsetzung erforderlichen Strategien formuliert und die erreichten Fortschritte regelmäßig kontrolliert und evaluiert werden.

7.3 Empfehlungen und Maßnahmen

Die Ausrichtung des Vorarlberger Landesgesundheitsberichts (VLGB) nach den **21 GFA-Zielen** des WHO-Regionalbüros Europa erschließt eine umfassende Betrachtungsweise von Gesundheit. Damit ist verbunden, dass wesentliche, außerhalb der Medizin liegende Gesundheitsdeterminanten mit einbezogen werden - sowohl bei der Analyse als auch bei der Ableitung von Maßnahmen und Empfehlungen. Dadurch wird auch eine auf **Gesundheitsförderung** und **Prävention** abstellende Gewichtung aufgegriffen und angesprochen. Vor diesem Hintergrund sind konkrete Ausführungen und Ableitungen hinsichtlich der Versorgungsstruktur im Sozial- und Gesundheitswesen nicht in den alleinigen Mittelpunkt gerückt.

Es wird deshalb nicht diesem Bericht obliegen, konkret operationalisierbare Maßnahmenempfehlungen zu formulieren. Stattdessen wird auf die in größerer Zahl vorhandenen **Konzepte, Plan-, Regel- und Berichtswerke** verwiesen, wie etwa auf den ÖKAP/GGP, den Vorarlberger Spitalplan, Großgeräteplan, das Geriatrie-, Psychiatrie- Drogen- oder Neurorehabilitationskonzept, weiters auf große, in Umsetzung begriffene Projektkonzepte wie z.B. jenes zum Gesundheitsfonds Vorarlberg oder aber auch zahlreiche rollierend-fortlaufend verfasste Berichte zu großen pflegerelevanten Bereichen (z.B. den „Regionaler Bedarfs- und Entwicklungsplan 2000-2020“) sowie schließlich auf die Berichte „Mobile Hilfsdienste, Familienhilfe-Fachdienste und Hauskrankenpflege-Fachdienste“ und „Stationäre und teilstationäre Dienste“ (Jahresauswertungen).

Dem Ziel, Strukturen und Prozesse für den Miteinbezug von Schlüsselpartnern zu schaffen, dienen verschiedene **Beiräte, Arbeitsgruppen und Gesprächsforen** ebenso wie auch die in die Konzeptstellungen der letzten Zeit zur Ausdruck gekommenen Absicht der in Vorarlberg politisch Zuständigen, alle von Aktivitäten in der Gesundheitsplanung betroffenen Institutionen und Initiativgruppen in die konkrete Entwicklung wichtiger gesundheitlicher und sozialer Bereiche mit einzubeziehen.

Das oberste Ziel in der gesundheitlichen Entwicklung eines Gemeinwesens muss es sein, Menschen und Gesellschaft gesund zu halten, indem man Gesundheit stärkt, Krankheiten und Verletzungen verhindert und sich bestmöglich der von schlechter Gesundheit Betroffenen annimmt.

Dafür braucht man drei **Hauptinterventionskategorien**:

- Maßnahmen zur **Stärkung** der **Gesundheit** und zur **Prävention** von Krankheiten und Verletzungen;
- Sicherung einer guten **Gesundheitsversorgung** für alle Kranken bzw. Verletzten;
- einen innovativen Mechanismus, um alle Bereiche, Ressourcen und Potentiale der Gesellschaft für die gesundheitliche Entwicklung zu **sensibilisieren**.

Gesundheitsziele und Gesundheitsberichterstattung

Konzepte, Aktionen und ein Engagement für die Gesundheit werden nicht von selbst kommen. **Gesundheitsziele** (wie die in diesen Bericht übernommenen) sollten - mit entsprechenden Daten unterlegt - zum Bestandteil der Berichterstattung über gesundheitliche, wirtschaftliche und soziale Lage werden. Regelmäßige Berichte über entsprechende Trends vermitteln ein besseres Verständnis über die Determinanten der Gesundheit einerseits wie auch der gesundheitlichen Ungleichheiten andererseits. Eine **Gesundheitsberichterstattung** dieser Art sollte so konzipiert sein, dass sie von allen Systempartnern **verstanden** wird. Der **Einbezug** aller Beteiligten in den Gestaltungs- und Entwicklungsprozess der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung ist unabdingbar. Die Vorgabe von **Zielen** auch auf lokaler Ebene ist von großer Bedeutung, denn Ziele erfordern eine Beurteilung der gegenwärtigen Situation. Ziele bringen mehr Transparenz und Verantwortung und wirken wie Orientierungshilfen auf einer Landkarte, die allen Beteiligten ein klareres Verständnis von der Dimension des Problems vermitteln.

Mit der Übernahme der „Gesundheit für alle“ (**GFA**)-**Zielsetzungen** der **WHO** versucht die Vorarlberger Landesregierung, diesen Prozess zu fördern und eine diesbezügliche Diskussion zu stimulieren. Viele in diesem Dokument festgehaltene Ziele und Zielsetzungen wurden im Rahmen der Gesundheits- und Sozialversorgung der Bevölkerung bereits realisiert und spielen für das Vorarlberger Gesundheitsversorgungssystem eine eher untergeordnete Rolle (so wurde etwa das Ziel einer Säuglingssterblichkeit unter 10 pro 1.000 Lebendgeborene in Vorarlberg bereits vor vielen Jahren erreicht). Trotzdem stellen die verschiedenen weiteren Zielvorgaben auch für Vorarlberg eine **Herausforderung** an das Gesundheitssystem dar.

Empfohlene Maßnahmen

Die in einem anderen Kapitel bereits angesprochene Eindämmung des **Tabakkonsums** sollte in diesem Zusammenhang vorrangig angeführt werden. Wobei entsprechende landesweite Daten über den Konsum dieses Suchtmittels bei den am ehesten Zugänglichen, den Jugendlichen, erhoben werden sollten.

Die namhaften Bemühungen Vorarlbergs zur Reduktion der **Unfälle** im **Kindesalter** werden ebenso fortzuführen sein wie die Anstrengungen im Rahmen der **Schwangeren-Vorsorge**.

Die in der **Gesundheitspolitik** gewählten Strategien und getroffenen Maßnahmen sollten **wissenschaftlich verankert** sein. Mit den mittlerweile stark verbesserten Möglichkeiten, die Auswirkungen der Politik auf die gesundheitliche Entwicklung zu messen, Daten zu analysieren und Informationen zu speichern, sollten weitreichende gesundheitliche Entscheidungen künftig mit Unterlagen einhergehen, in denen die wissenschaftliche Beweislage für die gemachten Vorschläge deutlich dargelegt wird. Das gilt für die Prävention, für die Versorgung im niedergelassenen und stationären Bereich wie für Rehabilitationsmaßnahmen gleichermaßen.

Obwohl in Vorarlberg - auch finanziell - der **Vorsorgemedizin** ein deutlich höherer Stellenwert als in anderen Bundesländern eingeräumt wird (Vorarlberg liegt im Bereich der Ausgaben für Primärprävention und Sekundärprävention deutlich über dem Bundesschnitt) werden für die Vorsorgemedizin gegenüber dem Krankenanstaltensektor nur einen **Bruchteil** der

Ausgaben aufgewendet. Die Endkosten der Krankenanstalten liegen in Vorarlberg in einer Größenordnung von € 230 Mio., die geschätzten Kosten für die Primärprävention und Sekundärprävention in Vorarlberg werden demgegenüber mit knapp € 16 Mio. veranschlagt (ca. 7% der Gesamtkosten). Eine andere Gewichtung der Ausgaben in diesen Bereichen zumindest sollte angedacht und diskutiert werden.

In den Schlüsselstellen des öffentlichen Gesundheitswesens vermehrt notwendige Public-Health-Fachleute könnten diesen Prozess fördern.

Neuorientierung der Gesundheitspolitik

In der Vergangenheit ging es in der Gesundheitspolitik hauptsächlich um die Organisation des Gesundheits(versorgungs)wesens, um Ressourcen und Interventionsstrategien. Dadurch erkennt man zu wenig, welches bisweilen beachtliche **Potenzial** der einzelne **Mensch**, die **Familie** und die unmittelbare **Gemeinschaft** als „Produzenten“ ihrer eigenen **Gesundheit** und als aktive Partner bei der Planung und Umsetzung von gesundheitlichen Entwicklungsstrategien bereithält. Lässt man sich allerdings auf den Gedanken ein, dass jeder die Möglichkeit haben sollte, sein gesundheitliches Potential voll auszuschöpfen und sich an Entscheidungen zu beteiligen, die nicht nur seine eigene, sondern auch die Gesundheit der Gesellschaft, in der er lebt, betreffen, so müssen sich die **Haltungen** der Erbringer von Gesundheitsversorgung und derjenigen, die Gesundheitspolitik und -programme planen und darüber entscheiden, **grundlegend ändern**.

Die in Vorarlberg entwickelte und umgesetzte Gesundheitspolitik hat es ermöglicht, dass eine Gesundheits- und Soziallandschaft entstehen konnte, die flächendeckend, dezentral und abgestuft ein ansehnliches Angebot für alle Landesbürger unabhängig von ihrem sozialen Status, Wohnort oder Herkunft ohne relevante Barrieren bereithält. Dieses tragende Netz dem Stand der Zeit anzupassen und auf neue Erfordernisse auszurichten, bleibt unverzichtbares globales Ziel von Gesundheitsplanung und Politik.

Insoweit erfolgt eine ständige **Adjustierung** der **Gesundheitsplanung** an die gegebenen Herausforderungen und Erfordernisse in kleinen Schritten, die eine radikale Neuorientierung nicht erfordern. Wohl aber wird eine **Neuorientierung** im Sinne der vorerwähnten Gewichtung zwischen **Gesundheitsförderung und -versorgung** doch auch wichtiger Bestandteil einer modernen Gesundheitspolitik sein müssen. Dadurch kann Potenzial gewonnen werden für die Gestaltung der eigenen Gesundheit, das im Einzelnen, in der Familie und in der unmittelbaren Gemeinschaft der Erschließung harret.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin Vorarlberg (aks): 10 Jahre Zahnprophylaxe Vorarlberg. Bregenz 1998

Amt der Vorarlberger Landesregierung: Landeseigene Erhebungen und Statistiken.

Amt der Vorarlberger Landesregierung: Bericht über die soziale Lage 2000. Bregenz 2001.

Amt der Vorarlberger Landesregierung: Mobile Hilfsdienste, Familienhilfe-Fachdienst und Hauskrankenpflege-Fachdienst in Vorarlberg - Bericht über die Jahre 1998, 1999 und 2000). Bregenz 2001

Bechter E., Concin H.: Daten und Fakten zur gesundheitlichen und psychosozialen Lage der Frau in Vorarlberg. Amt der Vorarlberger Landesregierung. Bregenz 1998

Bezirksgendarmeriekommando Dornbirn.

Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (BMSG): Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2000. Wien 2000.

Diem, G. (Hrsg.): Gesundheitsbericht Vorarlberg, Band 1, Population Survey 1999 (1986, 1991). aks Vorarlberg. Hard 2001

Doblhammer-Reiter, G.: Soziale Ungleichheit vor dem Tod - zum Ausmaß sozioökonomischer Unterschiede der Sterblichkeit in Österreich. In: Demographische Informationen 1995/96, S. 71-81

Furian, G., Rein, F.: Evaluation „Sichere Gemeinden“ 2000 - Hauptergebnisse 2000

Goethals, B., Kisser, R.: Sichere Gemeinden in Vorarlberg - ein Modell für Österreich. Institut „Sicher Leben“. Fachbuchreihe (Band 8), Wien 1999

Haller, R., Lingg, A.: Vorarlberger Suizidstudie, im Auftrag der Vorarlberger Landesregierung, Bregenz 1985

Institut für Ernährungswissenschaften: Österreichischer Ernährungsbericht 1998. Hrsg.: Bundesministerium für Frauenangelegenheiten und Verbraucherschutz, Bundesministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales. Wien 1998

Institut für Suchtforschung der Leopold-Franzens-Universität am KH Maria Ebene / Amt der Vorarlberger Landesregierung: Vorarlberger Drogenbericht 2000. Bregenz 2001

Institut „Sicher Leben“: Unfallstatistik 2000. Verletzte nach Heim-, Freizeit und Sportunfällen in Österreich, Wien 2001

INTERREG II: Grenzübergreifende Bewertung der Luftqualität im Bodenseeraum. Abschlussbericht 2001

Kellerhof, M.: Ein wenig Theorie vorweg. In: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf: Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung. Düsseldorf, 1998

Kojima, K. I.: Mathematical topics in population genetics. Berlin, Heidelberg, New York 1970

Landeswasserbauamt Bregenz: Grundwassergüte in Vorarlberg. Bericht 2002. Bestandsaufnahme 1991-2001. Schriftenreihe „Lebensraum Vorarlberg“ (Band 54)

Lebensmittelsuntersuchungsanstalt des Landes Vorarlberg: Rechenschaftsbericht 2001

ÖBIG: Bericht zur Drogensituation 1999. Wien

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

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

ÖBIG: Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan 2001 (ÖKAP/GGP 2001). Wien 2002

ÖBIG-Koordinationsstelle Zahnstatus: Kariesprophylaxe in Österreich - Dokumentation der Aktivitäten. Stand 2000. Im Auftrag des BMSG. Wien 2001

ÖBIG-Koordinationsstelle Zahnstatus in Zusammenarbeit mit dem aks: Zahnstatuserhebung 2001 bei Sechsjährigen. Wien, 2002 (unveröffentlicht)

Patientenanwalt Vorarlberg: Jahresbericht 2001

Psychiatrie - Konzept

Santigli, E.: Gesundheitsbericht 2000 für die Steiermark. Amt der Steiermärkischen Landesregierung (Fachabteilung für das Gesundheitswesen). Graz 2000

ST.AT: Österreichischer Todesursachenatlas 1988/94. Wien 1998

ST.AT: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2000, Wien 2001

Stiftung Maria Ebene: Jahresbericht 2001

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

Umweltinstitut des Landes Vorarlberg: Luftdatendokumentation 2000

Umweltinstitut des Landes Vorarlberg: Schriftenreihe „Lebensraum Vorarlberg“

Urbas E., Klimont, J.: Gesundheit und Gesundheitsversorgung. Ergebnisse einer WHO-Studie für Österreich. Statistik Austria. Wien 2002

Weber I.: Gesundheitspolitische Relevanz ausgewählter Gesundheitsberichte der Länder. In Streich W. et al: Berichterstattung im Gesundheitswesen Weinheim/München, 1998

WHO Regionalbüro für Europa: Alkohol - weniger ist besser. Regionale Veröffentlichungen der WHO. Europäische Schriftenreihe (Nr. 70). Kopenhagen 1996

WHO Regionalbüro für Europa: Gesundheit 21. Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen 1998

WHO Regionalbüro für Europa: It can be done - a smoke-free Europe. Regionale Veröffentlichungen der WHO. Europäische Schriftenreihe (Nr. 30). Kopenhagen 1990

WHO: The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Genf 2000.

Anhang

Begriffsbestimmungen und Methoden

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

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

Ausgaben der Sozialversicherungsträger für Heilmittel und Heilbeihilfe-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 and 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 der Herkunftsbundesländer 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 der 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 Sekundärkosten (Kostengruppe 11-14) zusammen, die abschließend um Kostenminderungen und die Summe abgegebener innerbetrieblicher Leistungen berichtigt wird.

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

Geburtenziffer: Zahl der Lebendgeborenen pro 1.000 Einwohner

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

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

§ 2-Kassenärzte: Ärzte, die im Rahmen der sogenannten „ärztlichen Gesamtverträge“ („§2-Verträge“) in einem Vertragsverhältnis mit der Vorarlberger Gebietskrankenkasse, den örtlichen Betriebskrankenkassen, der Sozialversicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus und/oder - seit 1998 - auch mit der Sozialversicherungsanstalt der Bauern stehen.

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.

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

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

- Kerndiagnosen: Alkohol-Psychosen (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).

Potenziell verlorene Lebensjahre („Potential life years lost - PLYL): Die PLYL ergeben sich als jene Anzahl an Lebensjahren, die durch vorzeitigen Tod (im Alter unter 65 Jahren) verloren wurden. Die PLYL werden nach den Haupttodesursachen differenziert angegeben und relativieren die Aussagen zur Gesamtsterblichkeit.

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 (zB: Impfungen) als auch Aufklärung über und Vermeidungsstrategien von gesundheitsgefährdendem Verhalten (zB: 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 90er-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.

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

angegeben. Nach dem international gebräuchlichen Konzept des „Avoidable Death“ („vermeidbare Sterblichkeit“) bzw. des „Premature Death“ („vorzeitige Sterblichkeit“) wird bei der Berechnung dieses Indikators häufig auf die unter 65-Jährigen eingeschränkt. Dadurch können auch statistische Probleme, die sich aus Unklarheiten bezüglich der Haupttodesursache bei hochbetagten, multimorbiden Personen ergeben, erheblich reduziert werden. Da die Einschränkung auf die unter 65-jährig Verstorbenen außerdem Aussagen ermöglicht, die für die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention besonders relevant sind, wird im Bericht nicht nur auf die Gesamtsterblichkeit in Vorarlberg, sondern auch auf die („vorzeitige“) Sterblichkeit der unter 65-Jährigen Bezug genommen. 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.

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

Tabellenanhang

Tabellen zu Kapitel 2

- Tab. 2.1.1: Bevölkerungsstruktur 2001
nach Geschlecht, Altersgruppen und Regionen
- Tab. 2.2.1: Lebenserwartung bei der Geburt 1965-2000
nach Geschlecht und Regionen
- Tab. 2.2.2: Sterblichkeit nach Haupttodesursachen 1991-2000
nach Geschlecht und Regionen
- Tab. 2.2.3: Sterblichkeit der unter 75-jährigen nach Haupttodesursachen 1991-2000
nach Geschlecht und Regionen
- Tab. 2.2.4: Sterblichkeit der unter 75-jährigen nach Haupttodesursachen 1991-2000
nach Geschlecht und Regionen
- Tab. 2.3.1: Allgemeiner Gesundheitszustand nach eigener Einschätzung 1991 und 1999
nach Geschlecht, Altersgruppen und Regionen
- Tab. 2.3.2: Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Vorarlberger Bevölkerung im Alter über 15 Jahren nach Bildungsschichten 1999
ausgewählte Indikatoren

Tabellen zu Kapitel 3

- Tab. 3.1.1: Säuglingssterblichkeit 1981-2000
Verstorbene pro 1.000 Lebendgeborene gleichen Geschlechts nach Bundesländern
- Tab. 3.1.2: Lebendgeborene mit erkennbaren Missbildungen 1990-1999
nach Geschlecht und Bundesländern
- Tab. 3.1.3: Lebendgeborene nach Geburtsgewicht 1990-1999
nach Geschlecht und Bundesländern
- Tab. 3.2.1: Schnapskonsum der 11- bis 16-Jährigen 1998
nach Geschlecht und Bundesländern
- Tab. 3.2.2: Geburten bei unter 19-jährigen Müttern 1992-2000
nach Bundesländern
- Tab. 3.2.3: Sterblichkeit im Alter zwischen 5 und 19 Jahren 1991-2000
nach Geschlecht, Vorarlberger Bezirken und Bundesländern
- Tab. 3.2.4: Suizid-Sterblichkeit der 5- bis 19-Jährigen 1991-2000
nach Geschlecht und Regionen
- Tab. 3.2.5: Stationäre Prävalenz jugendlicher Unfallopfer 1993-2000
nach Geschlecht und Regionen
- Tab. 3.2.6: Kariesprävalenz der 6-Jährigen 2001
nach Geschlecht und Regionen
- Tab. 3.3.1: Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren 1991-2000

nach Geschlecht und Regionen

- Tab. 3.3.2: Behinderungsfreie Lebenserwartung bei der Geburt (DFLE) 1991-2000
nach Geschlecht und Bundesländern
- Tab. 3.3.3: Sterblichkeit der über 64-Jährigen nach Haupttodesursachen 1991-2000
nach Geschlecht und Regionen
- Tab. 3.3.4: Stationäre Prävalenz von über 64-Jährigen 1992-2000
nach ausgewählten Indikationsgruppen, Geschlecht und Bundesländern

Tabellen zu Kapitel 4

- Tab. 4.1.1: Inzidenz ausgewählter meldepflichtiger Infektionskrankheiten 1990-2000
nach Bundesländern
- Tab. 4.1.2: Stationäre Prävalenz nach ausgewählten meldepflichtigen Infektionserkrankungen 1992-2000
nach Geschlecht und Bundesländern
- Tab. 4.2.1: Sterblichkeit der unter 65-Jährigen an chronischen Krankheiten 1991 bis 2000
nach Geschlecht und Regionen
- Tab. 4.2.2: Gemeldete Krebsinzidenz nach ausgewählten Lokalisationen 1995-1998
nach Geschlecht und Regionen
- Tab. 4.4.1: Stationäre Prävalenz nach ausgewählten Indikationsgruppen im psychiatrischen Bereich 1992-2000
nach Geschlecht und Bundesländern
- Tab. 4.4.2: Drogenopfer nach Todesursache 1998-2000
nach Geschlecht und Bundesländern

Tabellen zu Kapitel 5

- Tab. 5.1.1: Body-Mass-Index 1991 und 1999
nach Geschlecht, Altersgruppen und Regionen
- Tab. 5.1.2: Zigarettenkonsum 1991 und 1999
nach Geschlecht, Altersgruppen und Regionen
- Tab. 5.1.3: Sterblichkeit in Bezug auf ausgewählte, mit Nikotin-, Alkohol- oder Drogenkonsum assoziierte Todesursachen
nach Geschlecht, Altersgruppen und Regionen
- Tab. 5.1.4: Stationäre Prävalenz von Alkoholpsychosen 1992-2000
nach Geschlecht und Bundesländern
- Tab. 5.1.5: Stationäre Prävalenz von Entzugsbehandlungen 1997-2000
nach Geschlecht und Bundesländern

Tabellen zu Kapitel 6

- Tab. 6.1.1: Vorhaltung und Frequentierung von Kapazitäten sowie Kosten im spitalsambulanten und niedergelassenen §2-Kassenbereich nach Fachrichtungen 2000
nach Bundesländern
- Tab. 6.1.2: Vorhaltung und Frequentierung von Kapazitäten sowie Kosten im spitalsambulanten und niedergelassenen §2-Kassenbereich nach Fachrichtungen 2000
nach Bundesländern (jeweils bezogen auf 1.000 Einwohner)
- Tab. 6.1.3: Stationäre Akutversorgung in Fondskrankenanstalten - Ausstattung, Inanspruchnahme und Kosten 2000
nach Bundesländern
- Tab. 6.1.4: Kapazitäten der stationären Alten- und Langzeitversorgung 1999
nach Bundesländern
- Tab. 6.3.1: Endkosten der Fondskrankenanstalten 1997-2000
nach Bundesländern
- Tab. 6.3.2: Personalkosten der Fondskrankenanstalten 1997-2000
nach Bundesländern
- Tab. 6.3.3: Abgerechnete Beträge der §2-Kassen für niedergelassene Ärzte 1991-2000
nach Bundesländern (indexiert, 1991 = 100)
- Tab. 6.3.4: Ausgaben der SVT für Heilmittel und Heilbehelfe/Hilfsmittel 1991-2000
nach Bundesländern (indexiert, 1991 = 100)
- Tab. 6.4.1: Berufstätige Ärzte nach ausgewählten Fachrichtungen und Ärztedichte 2000
nach Bundesländern
- Tab. 6.4.2: Apotheken und Pharmazeuten 2000
nach Regionen

Kartenanhang

- Karte 1: Lebenserwartung 1991 - 2000 nach Bundesländern (männlich)
- Karte 2: Lebenserwartung 1991 - 2000 nach Bundesländern (weiblich)
- Karte 3: Mortalität 1991 bis 2000 nach politischen Bezirken (männlich)
- Karte 4: Mortalität 1991 bis 2000 nach politischen Bezirken (weiblich)
- Karte 5: Mortalität der unter 65-Jährigen 1991 bis 2000 nach Bezirken (männlich)
- Karte 6: Mortalität der unter 65-Jährigen 1991 bis 2000 nach Bezirken (weiblich)

Tab. 2.1.1: Bevölkerungsstruktur 2001

Region	Bevölkerung insgesamt absolut	Anteile an der Gesamtbevölkerung in %							Ausländer
		Altersgruppen							
		0 bis 14	15 bis 29	30 bis 44	45 bis 59	60 bis 74	75 und mehr		
männlich									
Bludenz	30.214	19,9	20,9	26,0	17,9	11,5	3,7	12,0	
Bregenz	59.778	20,1	21,1	25,4	18,3	11,5	3,6	15,3	
Dornbirn	37.236	19,8	21,4	24,8	18,4	12,3	3,3	15,8	
Feldkirch	46.371	20,5	20,8	26,5	18,3	10,8	3,0	14,2	
Vorarlberg	173.599	20,1	21,1	25,7	18,3	11,5	3,4	14,6	
Burgenland	135.906	15,9	19,1	25,2	19,5	15,2	5,1	4,8	
Kärnten	271.120	17,6	19,5	25,3	18,8	13,5	5,2	6,1	
Niederösterreich	757.096	17,9	18,5	25,5	19,2	14,3	4,6	6,7	
Oberösterreich	675.491	19,0	20,0	26,0	18,1	12,6	4,2	8,1	
Salzburg	250.792	19,0	20,3	25,8	19,0	11,9	4,1	12,7	
Steiermark	576.140	17,1	19,9	25,8	18,4	13,8	5,0	5,1	
Tirol	328.932	19,3	20,5	26,2	18,0	12,0	4,0	10,1	
Wien	738.168	15,9	18,5	27,4	20,6	12,5	5,0	18,4	
Österreich	3.907.244	17,8	19,5	26,1	19,0	13,1	4,6	9,8	
EU-15 (1.1.2000)	184.015.700	17,7	20,5	23,9	19,1	18,8		n. v.	
weiblich									
Bludenz	30.373	18,3	19,8	24,1	17,1	13,2	7,5	10,5	
Bregenz	61.594	18,6	20,1	23,6	17,5	12,6	7,6	13,5	
Dornbirn	38.716	18,3	20,2	23,2	18,1	13,1	7,0	13,4	
Feldkirch	47.288	19,0	19,8	25,0	17,2	12,3	6,7	11,7	
Vorarlberg	177.971	18,6	20,0	24,0	17,5	12,7	7,2	12,5	
Burgenland	142.694	14,6	17,6	22,7	17,6	16,9	10,7	4,4	
Kärnten	290.006	15,9	17,7	23,5	18,1	15,1	9,8	5,5	
Niederösterreich	792.562	16,2	17,0	23,4	18,1	15,3	9,9	5,7	
Oberösterreich	706.502	17,3	18,5	23,7	17,1	14,2	9,2	6,7	
Salzburg	267.795	16,8	18,9	24,6	18,6	12,9	8,2	11,5	
Steiermark	610.239	15,3	18,0	23,3	17,9	15,3	10,2	4,1	
Tirol	346.138	17,5	19,2	24,6	17,7	13,0	8,0	9,2	
Wien	824.314	13,6	16,9	24,4	19,8	14,2	11,2	14,7	
Österreich	4.158.221	15,9	17,9	23,8	18,2	14,5	9,7	8,3	
EU-15 (1.1.2000)	192.439.600	16,1	18,8	22,3	18,4	24,4		n. v.	
männlich und weiblich									
Bludenz	60.587	19,1	20,4	25,0	17,5	12,4	5,6	11,2	
Bregenz	121.372	19,4	20,6	24,5	17,9	12,0	5,6	14,4	
Dornbirn	75.952	19,0	20,8	24,0	18,3	12,7	5,2	14,6	
Feldkirch	93.659	19,7	20,3	25,7	17,8	11,5	4,9	13,0	
Vorarlberg	351.570	19,4	20,5	24,8	17,9	12,1	5,3	13,5	
Burgenland	278.600	15,2	18,3	23,9	18,5	16,0	8,0	4,6	
Kärnten	561.126	16,7	18,6	24,4	18,4	14,3	7,6	5,8	
Niederösterreich	1.549.658	17,0	17,8	24,5	18,6	14,8	7,3	6,2	
Oberösterreich	1.381.993	18,2	19,2	24,9	17,6	13,4	6,7	7,4	
Salzburg	518.587	17,8	19,6	25,2	18,8	12,4	6,2	12,1	
Steiermark	1.186.379	16,2	18,9	24,5	18,2	14,6	7,7	4,6	
Tirol	675.070	18,4	19,8	25,4	17,8	12,5	6,1	9,6	
Wien	1.562.482	14,7	17,7	25,8	20,2	13,4	8,3	16,4	
Österreich	8.065.465	16,8	18,7	24,9	18,6	13,8	7,2	9,1	
EU-15 (1.1.2000)	376.455.300	16,9	19,6	23,1	18,7	14,4	7,2	5,0	

n. v. = nicht verfügbar

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

Tab. 2.2.1: Lebenserwartung bei der Geburt 1965 bis 2000

Region	zu erwartende Lebensjahre															
	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	männlich															
Bludenz	n. v.	n. v.	n. v.	69,8	72,9	71,4	72,4	73,0	74,4	74,1	74,8	76,3	75,9	75,6	75,9	76,4
Bregenz	n. v.	n. v.	n. v.	71,0	71,4	74,5	72,3	74,5	75,3	76,3	75,2	76,0	77,5	75,4	77,1	76,6
Dornbirn	n. v.	n. v.	n. v.	69,8	73,2	74,8	74,7	74,6	74,0	74,7	75,2	76,5	75,3	76,8	75,7	76,6
Feldkirch	n. v.	n. v.	n. v.	69,0	71,5	72,4	74,1	74,0	73,6	74,2	75,3	74,5	75,3	76,9	76,3	77,2
Vorarlberg	66,9	68,5	70,3	70,0	72,1	73,5	73,3	74,1	74,4	75,0	75,1	75,7	76,1	76,1	76,4	76,7
Burgenland	65,0	65,1	65,9	67,3	69,1	71,8	70,8	71,8	72,7	72,7	72,5	73,1	73,6	73,6	75,4	74,8
Kärnten	65,8	65,5	67,3	69,1	70,3	72,4	71,8	72,7	73,2	73,8	74,0	74,7	74,6	75,5	75,4	75,6
Niederösterreich	66,1	65,6	67,1	68,3	70,2	72,0	72,0	72,3	72,8	73,0	73,2	73,6	73,9	74,4	75,0	74,7
Oberösterreich	67,1	66,4	67,9	69,2	70,9	73,0	72,9	73,3	73,1	73,7	73,9	74,0	74,3	74,8	75,3	75,7
Salzburg	67,0	67,8	68,6	70,2	71,5	73,5	74,1	74,5	74,1	74,5	74,1	74,8	75,1	76,0	75,6	75,8
Steiermark	66,6	66,3	67,0	68,9	70,5	72,4	72,5	73,2	73,0	73,3	74,0	74,0	74,1	75,0	75,0	75,1
Tirol	68,3	68,5	69,7	70,5	71,3	73,4	74,1	74,1	74,7	74,7	75,2	75,7	75,8	76,2	76,8	76,5
Wien	66,6	67,0	67,7	68,6	69,9	71,5	71,3	70,9	71,5	72,2	72,3	72,9	74,0	73,7	74,2	74,4
Österreich	66,6	66,5	67,7	68,9	70,5	72,4	72,3	72,6	72,9	73,3	73,5	73,9	74,3	74,8	75,1	75,2
EU-15 ¹⁾	n. v.	68,4	n. v.	70,5	71,8	72,8	72,9	73,3	73,4	73,8	73,9	74,2	74,6	n. v.	n. v.	n. v.
	weiblich															
Bludenz	n. v.	n. v.	n. v.	76,9	78,1	77,7	79,2	78,7	79,9	80,6	80,3	81,1	82,2	81,0	82,4	82,6
Bregenz	n. v.	n. v.	n. v.	77,5	79,2	80,2	80,0	80,3	80,7	80,9	81,8	81,4	81,4	80,6	81,9	82,3
Dornbirn	n. v.	n. v.	n. v.	76,1	78,8	79,9	81,3	80,0	80,0	81,3	81,5	80,3	81,7	82,4	80,5	82,1
Feldkirch	n. v.	n. v.	n. v.	78,4	77,9	80,4	79,6	79,7	80,1	80,7	80,2	80,9	81,0	81,6	81,2	81,6
Vorarlberg	73,8	75,2	76,9	77,3	78,6	79,7	80,0	79,8	80,2	80,9	81,0	81,0	81,5	81,3	81,5	82,1
Burgenland	72,3	73,1	74,8	75,9	77,3	78,9	78,3	78,7	79,2	79,6	80,0	79,4	80,3	80,9	80,5	81,0
Kärnten	72,1	72,9	75,1	76,6	77,2	79,1	79,4	79,4	79,4	80,2	80,7	80,6	81,0	81,6	81,1	81,2
Niederösterreich	73,1	73,3	74,2	75,6	76,8	78,6	78,9	79,0	79,1	79,0	79,6	79,7	80,2	80,4	80,4	80,8
Oberösterreich	73,1	73,0	74,9	76,8	77,9	79,0	79,1	79,5	79,4	79,4	79,8	80,0	80,7	80,8	81,0	81,2
Salzburg	73,4	73,9	75,4	76,1	78,0	79,4	79,5	79,9	79,5	79,8	79,9	80,8	80,7	81,1	81,5	81,0
Steiermark	72,2	73,0	74,2	75,8	76,9	79,0	78,9	78,8	79,3	80,0	80,0	80,3	80,3	80,8	81,2	80,8
Tirol	74,0	73,9	76,1	77,2	78,3	79,3	79,6	80,0	80,0	80,3	81,4	80,9	81,3	81,1	81,6	81,9
Wien	73,1	73,5	74,3	75,1	76,5	77,9	77,8	77,8	78,1	78,5	78,4	78,8	79,3	79,9	79,8	80,1
Österreich	73,0	73,4	74,7	76,0	77,2	78,7	78,8	78,9	79,1	79,4	79,7	79,9	80,3	80,6	80,7	80,9
EU-15 ¹⁾	n. v.	74,7	n. v.	77,2	78,4	79,4	79,6	79,9	79,9	80,3	80,4	80,6	80,9	n. v.	n. v.	n. v.

n. v. = nicht verfügbar

¹⁾ aufgrund von unterschiedlichen Definitionen und Bezugszeiträumen sind die Indikatoren zur EU-15-Region mit jenen für Österreich nur bedingt vergleichbar

Anm.: Aufgrund unterschiedlicher Berechnungsmethoden können Abweichungen von den entsprechenden Werten in den Publikationen von ST.AT auftreten.

Quellen: ST.AT - Demographisches Jahrbuch 1999, Volkszählungen 1991 und 2001, Todesursachenstatistik 2000; IS - Health System Watch IV/2001/2002; ÖBIG-eigene Berechnungen

Tab. 2.2.2: Sterblichkeit nach Haupttodesursachen 1991-2000

Region	Einwohner 2001	Sterblichkeit ¹⁾ 1991-2000, altersstandardisiert ²⁾													
		männlich							weiblich						
		alle	HKE	BN	VER	VV	dav. Suizid	SON	alle	HKE	BN	VER	VV	dav. Suizid	SON
Bludenz	60.587	839	395	240	30	67	23	107	500	255	143	16	23	9	64
Bregenz	121.372	820	376	240	33	60	22	111	499	252	136	23	20	7	68
Dornbirn	75.952	832	379	247	45	61	28	102	496	241	137	27	19	9	73
Feldkirch	93.659	841	377	239	38	60	25	126	514	253	138	17	27	9	78
Vorarlberg	351.570	831	380	241	36	62	24	112	503	251	138	21	22	8	71
Burgenland	278.600	1.000**)	455*)	271**)	78**)	76	27	120	591**)	321**)	145	23	25	5	78
Kärnten	561.126	905	395	249	52	89**)	34*)	121	528	259	146	22	28	10	72
Niederösterreich	1.549.658	964**)	455**)	245	60**)	84*)	30	120	589**)	310**)	147	26	27	8	78**)
Oberösterreich	1.381.993	918	422	234	54	81	32	128**)	555	281	141	24	28	9	81**)
Salzburg	518.587	851	383	223	46	88*)	37**)	111	536	268	144	25	30	11*)	70
Steiermark	1.186.379	937	430	245	59**)	86**)	37**)	117	560	288	147	25	27	10	72
Tirol	675.070	818	371	226	36	76	27	109	508	247	145	23	27	9	68
Wien	1.562.482	1.020**)	509**)	260**)	55	74	27	123	618**)	319**)	167**)	30**)	29*)	10	73
Österreich	8.065.465	938	439	245	54	81	31	120	569	292	150	25	28	9	74
EU-15 ³⁾ (1996)	376.455.300	938	358	268	44	61	17,5	n. v.	552	227	149	25	28	6	n. v.

¹⁾ Todesfälle je 100.000 Einwohner

³⁾ aufgrund von unterschiedlichen Definitionen und Bezugszeiträumen sind die Indikatoren zur EU-15-Region mit jenen für Österreich nur bedingt vergleichbar

²⁾ Standardbevölkerung = Europabevölkerung

n. v. = nicht verfügbar

alle = alle Todesursachen (ICD9 001.x - 999.x)

) gegenüber dem Landesdurchschnitt Vorarlberg signifikant erhöhte Sterblichkeit (p<0,1)

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

) gegenüber dem Landesdurchschnitt Vorarlberg signifikant erhöhte Sterblichkeit (p<0,05)

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

*) gegenüber dem Bundesdurchschnitt signifikant erhöhte Sterblichkeit (p<0,1)

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

**) gegenüber dem Bundesdurchschnitt signifikant erhöhte Sterblichkeit (p<0,05)

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

SON = Sonstige Todesursachen

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

Tab. 2.2.3: Sterblichkeit der unter 75-Jährigen nach Haupttodesursachen 1991-2000

Region	Einwohner 2001	Sterblichkeit ¹⁾ 1991-2000, altersstandardisiert ²⁾													
		männlich							weiblich						
		alle	HKE	BN	VER	VV	dav. Suizid	SON	alle	HKE	BN	VER	VV	dav. Suizid	SON
Bludenz	60.587	512	188')	168	22	62	24	72	235	67	99	10	19	9	39
Bregenz	121.372	470	160	167	26	54	22	64	226	65	94	15	15	7	37
Dornbirn	75.952	486	160	174	38')	54	25	60	234	65	98	18	15	9	39
Feldkirch	93.659	490	174	170	27	54	24	65	234	70	97	9	18	9	40
Vorarlberg	351.570	486	168	169	28	55	24	65	231	67	96	13	17	8	38
Burgenland	278.600	611**)	218*)	196**)	67**)	69	24	62	269	99*)	103	14	18	5	35
Kärnten	561.126	539	183	167	43	79**)	31*)	66	253	78	103	15	22	10	36
Niederösterreich	1.549.658	570**)	212**)	167	50**)	75*)	26	66	274	95**)	104	17	21	7	37
Oberösterreich	1.381.993	536	194	158	43	72	29	68	258	83	100	14	22	8	40
Salzburg	518.587	486	165	143	37	79**)	34**)	61	250	75	100	15	25*)	11*)	35
Steiermark	1.186.379	551	194	168	48	78**)	34**)	64	267	88	104	16	22	10	37
Tirol	675.070	463	161	147	27	67	26	62	239	70	100	13	21	9	35
Wien	1.562.482	624**)	256**)	181**)	46	64	24	78**)	321**)	110**)	123**)	22**)	23	9	44**)
Österreich	8.065.465	555	205	167	44	72	28	68	273	90	106	17	22	9	38
EU-15	376.455.300	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.

¹⁾ Todesfälle je 100.000 Einwohner

n. v. = nicht verfügbar

²⁾ Standardbevölkerung = Europabevölkerung

alle = alle Todesursachen (ICD9 001.x - 999.x)

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 Todesursachen

) gegenüber dem Landesdurchschnitt Vorarlberg signifikant erhöhte Sterblichkeit ($p < 0,1$)

) gegenüber dem Landesdurchschnitt Vorarlberg signifikant erhöhte Sterblichkeit ($p < 0,05$)

*) gegenüber dem Bundesdurchschnitt signifikant erhöhte Sterblichkeit ($p < 0,1$)

***) gegenüber dem Bundesdurchschnitt signifikant erhöhte Sterblichkeit ($p < 0,05$)

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

Tab. 2.2.4: Sterblichkeit der unter 65-Jährigen nach Haupttodesursachen 1991-2000

Region	Einwohner 2001	Sterblichkeit ¹⁾ 1991-2000, altersstandardisiert ²⁾													
		männlich							weiblich						
		alle	HKE	BN	VER	VV	dav. Suizid	SON	alle	HKE	BN	VER	VV	dav. Suizid	SON
Bludenz	60.587	304	89')	88	19	58	21	50	137	25	60	7	17	8	28
Bregenz	121.372	267	65	91	19	49	20	43	130	24	58	10	13	6	26
Dornbirn	75.952	274	67	92	27	50	21	40	136	26	62	11	13	8	25
Feldkirch	93.659	284	78	97	21	47	22	41	141	26	62	6	16	8	31
Vorarlberg	351.570	279	73	92	21	50	21	43	135	25	60	9	14	7	27
Burgenland	278.600	369**)	101	110**)	53**)	66	22	40	146	35	62	10	16	4	23
Kärnten	561.126	321	85	88	33	73*)	29')	43	149	31	65	11	19	9	24
Niederösterreich	1.549.658	340*)	97	92	37**)	69*)	23	43	152	34	64	12	19	7	24
Oberösterreich	1.381.993	318	87	87	32	66	26	44	148	31	63	9	19	7	26
Salzburg	518.587	291	75	76	27	73*)	31**)	40	145	28	62	10	22*)	10*)	23
Steiermark	1.186.379	325	87	91	35	72**)	31**)	40	148	31	63	11	20	9	23
Tirol	675.070	277	76	79	19	62	24	41	140	27	62	8	18	9	25
Wien	1.562.482	377**)	125**)	102**)	34	60	22	56**)	190**)	46**)	77**)	15**)	21*)	9	32**)
Österreich	8.065.465	331	95	91	33	67	25	45	156	34	66	11	19	8	26
EU-15	376.455.300	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.

¹⁾ Todesfälle je 100.000 Einwohner

n. v. = nicht verfügbar

²⁾ Standardbevölkerung = Europabevölkerung

alle = alle Todesursachen (ICD9 001.x - 999.x)

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 Todesursachen

')

 gegenüber dem Landesdurchschnitt Vorarlberg signifikant erhöhte Sterblichkeit (p<0,1)

**) gegenüber dem Landesdurchschnitt Vorarlberg signifikant erhöhte Sterblichkeit (p<0,05)

*) gegenüber dem Bundesdurchschnitt signifikant erhöhte Sterblichkeit (p<0,1)

**) gegenüber dem Bundesdurchschnitt signifikant erhöhte Sterblichkeit (p<0,05)

Tab. 2.3.1: Allgemeiner Gesundheitszustand nach eigener Einschätzung 1991 und 1999

Region / Geschlecht / Altersgruppe	Personen über 15 Jahre mit der Einschätzung der eigenen Gesundheit als ...											
	sehr gut und gut				mittelmäßig				schlecht und sehr schlecht			
	1991		1999		1991		1999		1991		1999	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Vorarlberg												
15-44 Jahre	146.636	92,1	146.124	91,8	9.926	6,5	11.627	7,2	2.130	1,4	1.491	0,9
45-59 Jahre	40.633	73,8	46.039	75,2	11.587	21,5	11.867	19,5	2.563	4,7	3.290	5,4
60-74 Jahre	21.298	63,9	26.353	64,5	10.514	31,0	11.909	29,0	1.662	5,2	2.608	6,5
75 Jahre und älter	6.643	39,4	8.448	42,0	7.336	44,8	6.981	38,4	2.409	14,8	3.405	18,5
männlich	109.261	81,6	111.888	80,3	15.913	14,7	19.862	15,3	3.782	3,6	5.291	4,3
weiblich	105.949	79,1	115.076	81,3	23.450	17,4	22.520	15,3	4.982	3,4	5.503	3,4
Bludenz-Bregenzer Wald	52.177	79,3	55.255	80,4	10.464	17,4	10.812	15,9	1.967	3,2	2.887	3,7
Rheintal-Bodenseegebiet	163.033	80,7	171.709	81,0	28.900	15,7	31.570	15,1	6.797	3,6	7.907	3,8
Vorarlberg	215.210	80,4	226.964	80,8	39.364	16,1	42.382	15,3	8.764	3,5	10.794	3,8
Burgenland	161.166	74,2	168.982	76,1	48.131	19,9	49.972	18,6	14.663	5,6	15.783	5,0
Kärnten	336.529	75,9	346.528	77,1	83.118	18,3	90.205	17,6	26.342	5,5	25.926	4,8
Niederösterreich	833.820	70,4	908.383	74,1	277.784	21,8	254.817	18,4	81.001	5,9	77.296	5,0
Oberösterreich	745.663	68,4	806.532	72,8	253.221	24,1	241.204	20,9	68.523	6,3	69.842	5,7
Salzburg	296.979	75,2	325.277	78,1	75.287	20,0	72.221	16,9	18.034	4,6	21.181	4,7
Steiermark	664.192	68,9	723.818	75,4	232.616	23,7	198.585	18,7	68.280	6,3	62.716	5,2
Tirol	392.127	76,0	433.385	80,2	95.004	19,6	88.085	15,9	21.305	4,2	21.228	3,6
Wien	929.967	72,5	974.182	75,6	276.105	19,9	241.550	16,7	94.475	6,0	83.685	5,7
Österreich	4.575.652	71,9	4.914.052	75,7	1.380.629	21,2	1.279.020	18,0	401.385	5,7	388.451	5,1
15-44 Jahre	3.129.521	88,3	3.162.264	90,3	330.323	9,6	280.247	7,7	61.262	1,8	61.441	1,7
45-59 Jahre	821.002	61,0	1.002.348	68,3	408.241	30,6	363.223	24,8	105.097	7,9	92.525	6,3
60-74 Jahre	486.394	47,4	568.186	52,0	429.997	40,7	412.205	36,8	111.681	10,6	111.608	10,0
75 Jahre und älter	138.735	27,3	181.254	30,8	212.068	38,4	223.345	37,1	123.345	22,1	122.877	19,9
männlich	2.289.501	73,1	2.437.386	76,3	561.565	19,6	546.578	17,1	165.071	5,8	160.523	5,0
weiblich	2.286.151	70,7	2.476.666	75,1	819.064	22,8	732.442	19,0	236.314	5,7	227.928	5,2
EU-15	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.

n. v. = nicht verfügbar

Anm.: Bei kursiv dargestellten Tabellenwerten beträgt der Bereich des Stichprobenfehlers unter Annahme einfacher Zufallsauswahl mehr als +/- 20 %.

Quellen: ST.AT - Mikrozensus, Sonderprogramm "Fragen zur Gesundheit" (1991 und 1999); ÖBIG-eigene Berechnungen

Tab. 2.3.2: Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Vorarlberger Bevölkerung im Alter über 15 Jahren nach Bildungsschichten 1999

Indikator	Höchste abgeschlossene Schulausbildung						Vorarlberg n = 3.166	Österreich n = 38.148
	Pflichtschule n = 1.272	Lehre n = 1.009	BMS n = 416	AHS n = 111	BHS n = 201	Hochschule n = 157		
<i>Subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes (%)</i>								
sehr gut / gut	72,9*)	82,7	85,3	91,9	95,0	88,5	80,9	76,5
mittelmäßig	20,9*)	14,3	12,7	8,1	4,0	8,9	15,3	18,3
schlecht / sehr schlecht	6,2*)	3,1	1,9	0,0	1,0	2,5	3,8	5,2
<i>Anzahl schwererer Erkrankungen im letzten Jahr</i>								
keine	54,5	55,6	55,5	57,7	60,8*)	57,2	55,7	52,5
eine	30,0*)	32,8	32,3	30,6	33,7	33,3	31,6	31,9
zwei oder mehr	15,6*)	11,6	12,2	11,7	5,5*)	9,4	12,7	15,6
<i>Vorliegen chronischer Erkrankungen</i>								
keine	79,7*)	86,0	83,8	91,8*)	88,9	85,7	83,7	77,5
mindestens eine	20,3*)	14,0	16,2	8,2*)	11,1	14,3	16,3	22,5
<i>Subjektive Empfindung von Gesundheitsbeschwerden</i>								
keine	56,4*)	63,7	60,1	74,1*)	72,4	64,8	61,4	60,3
mindestens eine	43,6*)	36,3	39,9	25,9*)	27,6	35,2	38,6	39,7
<i>Body-Mass-Index</i>								
unter 20 (untergewichtig)	12,1	10,4	11,9	8,9	18,7*)	15,2	12,0	9,9
20 bis unter 27 (normalgewichtig)	59,7*)	69,1	69,8	84,1*)	64,0	72,2	65,9	64,2
27 und darüber (übergewichtig)	28,2*)	20,5	18,3	7,1*)	17,2	12,7	22,1	25,9
<i>Zigarettenrauchen</i>								
nie geraucht	57,0	43,3**)	56,3	63,7	60,8	54,8	52,8	54,0
gelegentlich	5,3	4,7*)	7,2	8,0	8,5	8,4	5,8	5,6
bis 10 Zigaretten	6,3	8,4	7,7	9,7*)	6,0	4,5*)	7,2	6,9
11 bis 20 Zigaretten	12,0	15,5*)	9,1	8,0	10,1	7,1	12,2	11,1
mehr als 20 Zigaretten	4,6	7,1*)	4,7	2,7	2,5	4,5	5,2	5,6
aufgehört	14,9	21,0	15,1	8,0*)	12,1	20,7	16,8	16,8
<i>Aktivitäten zur Gesunderhaltung</i>								
gesundheitsbewusste Ernährung	31,6	31,6	43,3	38,8	41,4	48,1*)	34,9	37,7
körperliche Aktivitäten (Sport, Bewegung)	30,6*)	38,4	45,5	45,3	43,8	53,8*)	37,7	36,7
psychische Aktivitäten (z. B. autogenes Training)	1,2	2,2	4,8	6,5	6,1	11,0*)	3,0	2,4
keine gezielten Aktivitäten	22,8*)	18,4	13,9	11,8	13,1	10,0	18,5	22,7
<i>Intensive sportliche Betätigung mindestens 1x/Woche</i>								
ja	25,6*)	32,3	35,1	39,4	42,8	47,6*)	31,9	30,9
nein	74,4*)	67,7	64,9	60,6	57,2	52,4*)	68,1	69,1
<i>Teilnahme an Gesundenuntersuchung im letzten Jahr</i>								
ja	34,5	33,1	40,1*)	34,6	39,3	37,0	35,2	24,9
nein	65,5	66,9	59,9*)	65,4	60,7	63,0	64,8	75,1

Legende: *) signifikante Abweichung gegenüber dem Landesdurchschnitt (p<0,1)

***) signifikante Abweichung gegenüber dem Landesdurchschnitt (p<0,05)

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

Tab. 3.1.1: Säuglingssterblichkeit - Verstorbene pro 1.000 Lebendgeborene gleichen Geschlechts

Jahre	Öster- reich	Burgen- land	Kärnten	Nieder- österreich	Ober- österreich	Salz- burg	Steier- mark	Tirol	Vorarl- berg	Wien
männlich										
1981	14.6	18.1	12.1	14.9	13.5	13.9	16.4	13.9	12.2	15.7
1982	15.1	10.9	13.2	16.9	13.4	13.8	15.5	13.2	15.2	18.0
1983	13.5	13.5	14.2	12.8	14.1	10.5	14.1	7.8	16.1	16.8
1984	12.7	11.3	14.5	12.5	11.5	12.3	12.0	10.6	14.4	15.0
1985	13.1	11.3	12.7	13.7	13.6	13.1	11.8	14.0	10.1	14.3
1986	11.9	10.6	12.0	11.7	14.1	7.2	12.1	10.8	12.3	11.9
1987	10.7	11.4	9.9	8.8	10.5	11.4	9.1	13.1	13.9	12.3
1988	8.7	9.3	6.9	9.2	8.7	7.0	6.9	9.7	9.4	10.4
1989	9.1	5.0	10.8	8.5	8.7	10.4	7.6	11.7	7.2	10.3
1990	8.5	5.3	6.7	8.6	9.2	9.7	7.1	10.1	9.0	8.6
1991	8.4	7.1	9.8	9.0	8.5	6.3	6.2	8.4	10.9	9.0
1992	8.5	6.1	10.4	7.0	9.7	6.5	6.6	7.2	9.1	11.4
1993	7.3	5.0	6.1	7.8	8.5	5.7	6.1	8.4	4.0	8.6
1994	6.9	8.1	4.4	7.9	8.8	5.5	5.6	8.4	4.9	6.0
1995	5.9	4.8	6.4	6.3	4.7	6.0	2.3	6.8	6.4	8.9
1996	5.3	7.3	4.8	5.1	6.4	6.5	3.3	5.7	4.2	5.6
1997	4.7	5.5	4.2	4.6	7.1	6.0	4.4	3.2	3.3	3.5
1998	5.3	3.4	4.7	4.8	5.1	4.4	3.9	6.4	6.9	7.0
1999	4.4	1.8	3.0	5.1	5.0	3.1	3.2	3.0	6.3	5.5
2000	5.4	5.2	3.0	7.5	4.5	3.9	4.2	7.0	7.6	5.0
weiblich										
1981	10.6	6.3	10.5	11.4	10.8	8.4	10.8	8.8	10.5	12.3
1982	10.4	8.3	8.8	11.2	9.5	6.0	12.0	9.8	12.7	11.8
1983	10.1	13.5	9.4	9.4	9.9	8.0	9.8	9.8	9.0	12.7
1984	10.1	5.8	10.9	10.1	10.6	7.2	11.0	7.3	8.8	12.5
1985	9.1	10.6	9.4	9.3	8.3	9.6	9.9	8.7	9.2	8.6
1986	8.6	11.7	8.1	9.1	9.8	9.4	7.2	6.8	7.3	8.7
1987	8.9	10.2	5.8	8.7	9.3	8.8	7.8	8.0	9.2	10.9
1988	7.5	9.3	6.3	5.9	8.9	4.0	7.3	9.1	8.5	8.3
1989	7.5	7.6	7.8	7.7	6.1	6.3	5.6	9.0	7.4	9.7
1990	7.1	4.5	8.3	6.9	6.1	6.3	5.3	8.7	9.8	8.7
1991	6.5	9.3	4.9	5.4	7.4	5.0	5.5	7.5	6.7	7.9
1992	6.5	9.2	4.0	5.2	6.9	3.4	6.3	7.9	6.0	8.4
1993	5.6	5.2	5.8	4.7	5.4	5.4	4.3	6.2	4.8	7.6
1994	5.6	2.4	6.2	7.0	5.4	6.6	3.2	6.2	5.8	5.8
1995	4.9	4.8	2.3	4.3	6.6	6.7	1.7	3.3	7.8	6.4
1996	4.8	4.9	5.7	4.0	5.2	3.0	4.2	6.3	5.8	5.1
1997	4.7	3.4	4.6	4.3	4.8	4.8	4.9	3.7	5.2	5.7
1998	4.5	2.6	3.7	4.0	3.2	4.7	3.1	6.0	4.4	6.9
1999	4.3	4.5	4.3	5.1	3.4	2.3	3.3	4.9	8.0	4.7
2000	4.2	4.8	3.6	3.1	5.3	3.1	4.2	3.5	4.2	5.2

Quelle: ST.AT - Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2000

Tab. 3.1.2: Lebendgeborene mit erkennbaren Missbildungen 1990-1999

Jahre	Öster- reich	Burgen- land	Kärnten	Nieder- österreich	Ober- österreich	Salz- burg	Steier- mark	Tirol	Vorarl- berg	Wien
insgesamt - absolut										
1990	555	14	45	82	127	33	78	57	28	91
1991	573	16	33	106	123	44	68	53	26	104
1992	582	18	31	88	138	45	89	52	27	94
1993	507	13	32	102	109	41	69	41	22	78
1994	510	11	31	97	114	43	69	48	30	67
1995	515	14	32	109	118	43	52	53	28	66
1996	442	11	29	94	109	32	60	34	25	48
1997	440	12	26	80	119	32	59	44	23	45
1998	342	12	30	52	79	29	55	29	16	40
1999	390	8	29	72	91	33	46	31	24	56
männlich - absolut										
1990	324	10	27	49	73	25	41	32	15	52
1991	323	7	20	67	62	28	36	31	14	58
1992	337	9	19	47	81	30	53	26	18	54
1993	299	8	22	58	66	24	43	23	13	42
1994	303	9	16	53	73	29	42	30	16	35
1995	306	11	23	72	62	18	35	32	14	39
1996	251	5	14	54	60	18	36	23	15	26
1997	254	8	10	51	70	21	29	27	14	24
1998	208	4	19	25	48	21	34	23	12	22
1999	221	5	20	37	53	20	25	16	9	36
weiblich - absolut										
1990	231	4	18	33	54	8	37	25	13	39
1991	250	9	13	39	61	16	32	22	12	46
1992	245	9	12	41	57	15	36	26	9	40
1993	208	5	10	44	43	17	26	18	9	36
1994	207	2	15	44	41	14	27	18	14	32
1995	209	3	9	37	56	25	17	21	14	27
1996	191	6	15	40	49	14	24	11	10	22
1997	186	4	16	29	49	11	30	17	9	21
1998	134	8	11	27	31	8	21	6	4	18
1999	169	3	9	35	38	13	21	15	15	20
insgesamt - auf 100.000 Lebendgeborene										
1990	614	523	700	496	772	556	587	695	613	556
1991	606	591	500	614	705	692	495	613	560	604
1992	611	687	469	517	784	683	650	588	554	539
1993	532	472	500	587	610	631	516	463	460	450
1994	552	420	494	581	662	678	533	559	644	393
1995	581	562	520	676	722	697	425	643	603	406
1996	498	447	476	581	667	522	483	409	540	296
1997	524	494	461	523	770	542	503	561	543	290
1998	421	515	546	353	538	510	493	377	381	263
1999	499	359	554	510	655	594	427	437	590	369
männlich - auf 100.000 männliche Lebendgeborene										
1990	697	752	821	572	870	809	597	767	646	615
1991	665	496	595	763	687	841	511	704	584	655
1992	686	685	567	534	890	889	739	570	713	607
1993	613	570	667	653	725	714	624	510	525	476
1994	639	664	500	622	835	879	636	680	657	396
1995	674	889	732	873	745	569	548	746	601	471
1996	551	404	449	646	715	584	559	550	627	311
1997	592	632	354	649	885	697	486	663	665	303
1998	499	335	684	326	632	715	602	593	556	280
1999	553	445	744	514	740	689	450	443	434	469
weiblich - auf 100.000 weibliche Lebendgeborene										
1990	525	297	574	415	670	281	575	621	579	493
1991	543	694	401	460	723	528	477	519	534	550
1992	530	690	369	498	671	467	551	606	383	469
1993	448	370	323	519	491	542	402	414	390	423
1994	460	158	488	538	483	461	426	431	630	389
1995	483	239	300	470	698	831	291	531	606	339
1996	442	491	505	511	617	460	401	266	447	279
1997	453	344	570	389	649	381	521	450	422	277
1998	339	704	406	382	437	292	381	157	196	244
1999	443	271	354	505	564	490	403	431	751	267

Tab. 3.1.3: Lebendgeborene nach Geburtsgewicht und Bundesländern 1990-1999

Jahre	ins-gesamt	Geburtsgewicht (in Gramm)									Untergewichtige (Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm)	
		unter 1.000	1.000 bis unter 1.500	1.500 bis unter 2.000	2.000 bis unter 2.500	2.500 bis unter 3.000	3.000 bis unter 3.500	3.500 bis unter 4.000	4.000 bis unter 4.500	4.500 und mehr	absolut	in %
		Österreich										
1990	90.454	214	483	1.021	3.345	14.605	36.397	26.641	6.907	841	5.063	5,6
1991	94.629	264	470	1.010	3.387	15.162	37.863	28.275	7.276	922	5.131	5,4
1992	95.302	251	577	1.075	3.502	15.099	37.827	28.619	7.360	992	5.405	5,7
1993	95.227	261	497	969	3.501	14.815	37.470	28.980	7.724	1.010	5.228	5,5
1994	92.415	310	508	984	3.388	14.422	36.214	28.036	7.548	1.005	5.190	5,6
1995	88.669	330	525	984	3.248	13.608	34.507	26.997	7.409	1.061	5.087	5,7
1996	88.809	318	503	1.082	3.224	14.120	34.233	26.893	7.473	963	5.127	5,8
1997	84.045	344	511	1.024	3.164	13.366	32.555	25.190	6.870	1.021	5.043	6,0
1998	81.233	335	520	1.011	3.102	12.986	31.729	24.198	6.408	944	4.968	6,1
1999	78.138	298	568	1.034	3.148	12.656	30.148	23.195	6.210	881	5.048	6,5
Davon: Männlich												
1990	46.478	109	224	500	1.538	6.226	17.433	15.285	4.568	595	2.371	5,1
1991	48.605	148	235	523	1.504	6.485	18.003	16.209	4.826	672	2.410	5,0
1992	49.096	132	299	491	1.620	6.348	18.216	16.412	4.856	722	2.542	5,2
1993	48.767	135	270	472	1.684	6.279	17.642	16.430	5.111	744	2.561	5,3
1994	47.412	140	257	478	1.526	6.106	17.180	16.010	4.995	720	2.401	5,1
1995	45.419	149	271	475	1.547	5.763	16.352	15.308	4.789	765	2.442	5,4
1996	45.558	156	259	543	1.491	6.104	16.202	15.186	4.946	671	2.449	5,4
1997	42.942	149	250	505	1.417	5.673	15.369	14.360	4.493	726	2.321	5,4
1998	41.712	169	273	515	1.434	5.541	15.162	13.754	4.165	699	2.391	5,7
1999	39.991	145	274	517	1.419	5.466	14.356	13.133	4.057	624	2.355	5,9
Weiblich												
1990	43.976	105	259	521	1.807	8.379	18.964	11.356	2.339	246	2.692	6,1
1991	46.024	116	235	487	1.883	8.677	19.860	12.066	2.450	250	2.721	5,9
1992	46.206	119	278	584	1.882	8.751	19.611	12.207	2.504	270	2.863	6,2
1993	46.460	126	227	497	1.817	8.536	19.828	12.550	2.613	266	2.667	5,7
1994	45.003	170	251	506	1.862	8.316	19.034	12.026	2.553	285	2.789	6,2
1995	43.250	181	254	509	1.701	7.845	18.155	11.689	2.620	296	2.645	6,1
1996	43.251	162	244	539	1.733	8.016	18.031	11.707	2.527	292	2.678	6,2
1997	41.103	195	261	519	1.747	7.693	17.186	10.830	2.377	295	2.722	6,6
1998	39.521	166	247	496	1.668	7.445	16.567	10.444	2.243	245	2.577	6,5
1999	38.147	153	294	517	1.729	7.190	15.792	10.062	2.153	257	2.693	7,1
Burgenland												
1990	2.675	4	15	19	76	363	1.065	880	219	34	114	4,3
1991	2.708	9	12	27	80	371	1.035	878	259	37	128	4,7
1992	2.619	9	19	20	76	371	969	856	254	45	124	4,7
1993	2.756	8	12	23	92	362	1.082	885	262	30	135	4,9
1994	2.620	16	13	27	73	355	993	859	248	36	129	4,9
1995	2.493	8	18	20	69	318	953	818	243	46	115	4,6
1996	2.461	9	7	34	78	329	938	797	238	31	128	5,2
1997	2.427	7	16	35	76	319	915	782	239	38	134	5,5
1998	2.331	5	14	41	58	350	917	703	213	30	118	5,1
1999	2.231	8	17	27	80	342	838	700	189	30	132	5,9
Kärnten												
1990	6.427	15	29	56	270	1.179	2.664	1.795	377	42	370	5,8
1991	6.600	18	33	82	242	1.162	2.761	1.862	395	45	375	5,7
1992	6.606	25	39	91	245	1.120	2.720	1.895	421	50	400	6,1
1993	6.396	17	39	75	264	1.088	2.591	1.827	437	58	395	6,2
1994	6.275	18	47	78	226	1.065	2.530	1.803	458	50	369	5,9
1995	6.149	27	42	74	257	998	2.529	1.721	448	53	400	6,5
1996	6.088	26	32	81	245	1.002	2.426	1.795	433	48	384	6,3
1997	5.637	22	28	80	241	980	2.310	1.559	359	58	371	6,6
1998	5.490	29	36	71	236	955	2.199	1.514	401	49	372	6,8
1999	5.233	24	47	80	257	911	1.963	1.519	391	41	408	7,8
Niederösterreich												
1990	16.522	46	98	171	553	2.485	6.636	4.957	1.398	178	868	5,3
1991	17.253	41	71	172	553	2.593	6.865	5.399	1.384	175	837	4,9
1992	17.035	40	109	170	584	2.487	6.697	5.281	1.455	212	903	5,3
1993	17.369	38	86	164	583	2.632	6.672	5.511	1.470	213	871	5,0
1994	16.701	52	107	153	564	2.388	6.469	5.273	1.473	222	876	5,2
1995	16.131	51	89	150	585	2.376	6.030	5.132	1.497	221	875	5,4
1996	16.182	37	89	196	622	2.509	6.001	5.000	1.520	208	944	5,8
1997	15.305	62	89	171	546	2.268	5.719	4.783	1.444	223	868	5,7
1998	14.741	59	94	185	529	2.222	5.556	4.648	1.252	196	867	5,9
1999	14.131	50	93	160	526	2.167	5.393	4.320	1.238	184	829	5,9
Oberösterreich												
1990	16.455	23	64	168	560	2.502	6.636	5.004	1.325	173	815	5,0
1991	17.457	44	104	168	553	2.635	6.828	5.442	1.477	206	869	5,0
1992	17.602	44	97	179	594	2.593	6.948	5.433	1.512	202	914	5,2
1993	17.867	39	72	179	562	2.565	6.982	5.616	1.629	223	852	4,8
1994	17.228	44	72	164	604	2.552	6.619	5.447	1.518	208	884	5,1
1995	16.349	51	95	143	504	2.271	6.350	5.305	1.409	221	793	4,9
1996	16.335	55	80	193	534	2.395	6.178	5.251	1.447	202	862	5,3
1997	15.459	60	86	169	539	2.322	5.862	4.859	1.370	192	854	5,5
1998	14.685	47	82	162	540	2.205	5.619	4.596	1.254	180	831	5,7
1999	13.902	52	77	173	498	2.158	5.320	4.303	1.149	172	800	5,8

Salzburg												
1990	5.934	9	32	69	249	958	2.462	1.696	405	54	359	6,0
1991	6.359	17	24	64	251	1.008	2.615	1.846	470	64	356	5,6
1992	6.590	12	42	80	240	1.127	2.613	1.959	457	60	374	5,7
1993	6.501	15	32	69	244	1.065	2.582	1.970	470	54	360	5,5
1994	6.338	27	41	77	228	1.012	2.565	1.862	468	58	373	5,9
1995	6.172	24	30	72	235	990	2.467	1.820	473	61	361	5,8
1996	6.127	28	33	78	252	1.070	2.426	1.719	463	58	391	6,4
1997	5.904	27	31	75	242	1.006	2.343	1.652	449	79	375	6,4
1998	5.682	25	27	64	197	886	2.363	1.641	412	67	313	5,5
1999	5.557	10	41	93	218	870	2.123	1.677	459	66	362	6,5
Steiermark												
1990	13.299	27	69	177	503	2.230	5.356	3.906	932	99	776	5,8
1991	13.750	31	66	162	538	2.227	5.565	4.082	961	118	797	5,8
1992	13.702	21	82	128	547	2.308	5.564	3.999	953	100	778	5,7
1993	13.361	25	82	141	541	2.168	5.329	3.959	1.008	108	789	5,9
1994	12.945	46	61	139	468	2.145	5.186	3.829	957	114	714	5,5
1995	12.226	34	58	149	456	1.917	4.845	3.622	1.007	138	697	5,7
1996	12.424	42	65	141	431	2.014	4.919	3.725	977	110	679	5,5
1997	11.721	44	69	146	435	2.097	4.604	3.354	853	119	694	5,9
1998	11.168	41	55	141	464	1.908	4.492	3.159	794	114	701	6,3
1999	10.765	35	73	132	463	1.840	4.283	3.068	768	103	703	6,5
Tirol												
1990	8.198	23	44	81	314	1.477	3.317	2.306	582	54	462	5,6
1991	8.643	22	27	77	313	1.471	3.704	2.387	584	58	439	5,1
1992	8.847	22	49	119	328	1.443	3.629	2.608	574	75	518	5,9
1993	8.853	24	35	82	395	1.509	3.654	2.502	591	61	536	6,1
1994	8.585	16	36	68	327	1.509	3.512	2.477	571	69	447	5,2
1995	8.245	22	38	87	333	1.430	3.327	2.377	567	64	480	5,8
1996	8.321	32	36	87	276	1.451	3.435	2.380	562	62	431	5,2
1997	7.849	24	43	93	327	1.334	3.170	2.272	520	66	487	6,2
1998	7.698	24	40	82	312	1.348	3.161	2.181	486	64	458	5,9
1999	7.091	24	54	95	297	1.254	2.911	1.928	473	55	470	6,6
Vorarlberg												
1990	4.568	14	23	51	140	687	1.870	1.354	385	44	228	5,0
1991	4.643	17	25	54	140	745	1.791	1.447	380	44	236	5,1
1992	4.874	13	26	49	180	726	1.940	1.477	400	63	268	5,5
1993	4.785	9	21	49	155	710	1.841	1.503	428	69	234	4,9
1994	4.659	10	18	52	174	692	1.847	1.423	392	51	254	5,5
1995	4.643	15	24	57	144	724	1.818	1.409	405	47	240	5,2
1996	4.629	15	36	54	176	719	1.765	1.388	412	64	281	6,1
1997	4.238	18	25	53	167	602	1.648	1.320	358	47	263	6,2
1998	4.203	17	20	52	157	687	1.620	1.267	334	49	246	5,9
1999	4.071	21	27	52	144	672	1.577	1.214	328	36	244	6,0
Wien												
1990	16.376	53	109	229	680	2.724	6.391	4.743	1.284	163	1.071	6,5
1991	17.216	65	108	204	717	2.950	6.699	4.932	1.366	175	1.094	6,4
1992	17.427	65	114	239	708	2.924	6.747	5.111	1.334	185	1.126	6,5
1993	17.339	86	118	187	665	2.716	6.737	5.207	1.429	194	1.056	6,1
1994	17.064	81	113	226	724	2.704	6.493	5.063	1.463	197	1.144	6,7
1995	16.261	98	131	232	665	2.584	6.188	4.793	1.360	210	1.126	6,9
1996	16.242	74	125	218	610	2.631	6.145	4.838	1.421	180	1.027	6,3
1997	15.505	80	124	202	591	2.438	5.984	4.609	1.278	199	997	6,4
1998	15.235	88	152	213	609	2.425	5.802	4.489	1.262	195	1.062	7,0
1999	15.157	74	139	222	665	2.442	5.740	4.466	1.215	194	1.100	7,3

Quelle: ST.AT - Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2000

Tab. 3.2.1: Schnapskonsum der 11- bis 16-Jährigen 1998

Region	Anteil der 11- bis 16-Jährigen, die Schnaps trinken (in %)				
	jeden Tag	einmal pro Woche	einmal pro Monat	seltener	nie
	männlich				
Burgenland	0,0	4,2	9,4	18,8	67,7
Kärnten	0,6	2,6	7,1	21,2	68,6
Niederösterreich	1,0	5,0	9,0	24,7	60,3
Oberösterreich	0,5	3,3	7,7	24,0	64,5
Salzburg	2,8	7,0	14,7	23,1	52,4
Steiermark	0,7	1,7	5,9	23,3	68,4
Tirol	1,9	6,2	8,1	21,5	62,2
Vorarlberg	0,0	1,0	11,3	18,6	69,1
Wien	0,0	0,9	4,4	10,1	84,6
Österreich	0,8	3,6	8,1	21,4	66,1
	weiblich				
Burgenland	0,0	10,4	10,4	24,0	55,2
Kärnten	0,0	2,7	8,5	21,8	67,0
Niederösterreich	0,0	3,5	6,6	25,0	64,9
Oberösterreich	0,5	2,0	10,1	20,2	67,2
Salzburg	0,0	2,8	4,9	19,4	72,9
Steiermark	0,3	2,4	6,7	16,2	74,3
Tirol	0,0	3,3	7,2	24,9	64,6
Vorarlberg	0,0	3,7	11,0	18,3	67,0
Wien	0,0	3,6	3,6	15,9	76,9
Österreich	0,1	3,3	7,4	20,6	68,6
	männlich und weiblich				
Burgenland	0,0	7,3	9,9	21,4	61,5
Kärnten	0,3	2,6	7,8	21,5	67,7
Niederösterreich	0,5	4,3	7,8	24,9	62,6
Oberösterreich	0,5	2,6	8,9	22,0	65,9
Salzburg	1,4	4,9	9,8	21,3	62,7
Steiermark	0,5	2,1	6,3	19,5	71,5
Tirol	1,0	4,8	7,7	23,2	63,4
Vorarlberg	0,0	2,4	11,2	18,4	68,0
Wien	0,0	2,4	4,0	13,3	80,4
Österreich	0,5	3,4	7,7	21,0	67,4

Quelle: WHO/HBSC Austria 1998; ÖBIG-eigene Berechnungen

Tab. 3.2.2: Geburten bei unter 19-jährigen Müttern pro 100.000 weibliche Einwohner im Alter von unter 19 Jahren 1992-2000

Region	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Gesamt
Burgenland	510	456	380	386	320	258	289	225	264	343
Kärnten	500	429	455	381	393	280	343	343	296	380
Niederösterreich	571	534	449	406	323	305	305	293	323	390
Oberösterreich	495	537	436	389	360	326	324	342	345	395
Salzburg	565	569	402	389	340	333	328	323	325	397
Steiermark	554	534	462	408	393	392	383	370	369	429
Tirol	605	552	487	421	353	295	310	315	316	406
Vorarlberg	752	602	582	474	419	343	406	362	373	479
Wien	828	838	633	612	547	466	481	481	533	602
Österreich	599	580	483	437	390	347	358	353	366	435

Quelle: ST.AT - Volkszählungen 1991 und 2001; BMSG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 1992-2000; ÖBIG-eigene Berechnungen

Tab. 3.2.3: Sterblichkeit im Alter zwischen 5 und 19 Jahren nach Vorarlberger Bezirken und Bundesländern 1991-2000

Verstorbene pro 100.000 Einwohner der Alters-/Geschlechtsgruppe

Code	Region	männlich							weiblich							zusammen						
		Einwohner	BN	HKE	KOA	VV	SON	insg.	Einwohner	BN	HKE	KOA	VV	SON	insg.	Einwohner	BN	HKE	KOA	VV	SON	insg.
801	Bludenz	62770	3,2	4,8	3,2	23,9	3,2	38,2	59091	1,7	0,0	3,4	10,2	6,8	22,0	121861	2,5	2,5	3,3	17,2	4,9	30,4
802	Bregenz	125874	5,6	3,2	0,8	27,0	2,4	38,9	118437	0,8	0,0	1,7	5,9	4,2	12,7	244311	3,3	1,6	1,2	16,8	3,3	26,2
803	Dornbirn	79252	2,5	2,5	1,3	29,0	3,8	39,1	74721	1,3	4,0	1,3	8,0	4,0	18,7	153973	1,9	3,2	1,3	18,8	3,9	29,2
804	Feldkirch	95197	4,2	2,1	1,1	28,4	8,4	44,1	90344	1,1	1,1	2,2	14,4	4,4	23,2	185541	2,7	1,6	1,6	21,6	6,5	34,0
1	Burgenland	250490	1,6	2,8	0,8	39,9	4,8	49,9	241849	3,3	1,7	1,2	13,6	2,1	21,9	492339	2,4	2,2	1,0	27,0	3,5	36,2
2	Kärnten	531128	2,3	1,1	1,5	31,3	3,6	39,7	505507	2,6	1,0	1,2	10,7	2,6	18,0	1036635	2,4	1,1	1,4	21,2	3,1	29,1
3	Niederösterreich	1400353	4,5	1,5	1,4	34,6	4,8	46,7	1330249	2,4	1,5	1,5	11,3	2,6	19,2	2730602	3,5	1,5	1,4	23,2	3,7	33,3
4	Oberösterreich	1336760	4,0	2,0	1,5	30,7	4,5	42,8	1277241	2,4	1,2	1,2	10,9	3,1	18,7	2614001	3,3	1,6	1,3	21,0	3,8	31,0
5	Salzburg	489183	4,3	2,9	0,6	37,6	5,1	50,5	463352	2,2	1,1	1,7	12,5	2,6	20,1	952535	3,3	2,0	1,2	25,4	3,9	35,7
6	Steiermark	1103243	3,6	1,2	1,4	34,2	4,2	44,5	1046414	2,8	0,9	1,1	10,8	3,3	18,8	2149657	3,2	1,0	1,2	22,8	3,8	32,0
7	Tirol	651579	2,9	3,1	1,4	27,9	6,1	41,4	620576	3,5	1,8	0,6	10,6	2,9	19,5	1272155	3,2	2,4	1,0	19,5	4,6	30,7
8	Vorarlberg	363093	4,1	3,0	1,4	27,3	4,4	40,2	342593	1,2	1,2	2,0	9,3	4,7	18,4	705686	2,7	2,1	1,7	18,6	4,5	29,6
9	Wien	1143906	3,8	1,9	1,3	23,0	4,7	34,8	1084541	3,0	1,9	1,8	10,3	4,1	21,2	2228447	3,4	1,9	1,6	16,8	4,4	28,2
	Österreich	7269735	3,7	1,9	1,3	31,2	4,7	42,8	6912322	2,6	1,4	1,4	11,0	3,1	19,4	14182057	3,2	1,7	1,3	21,3	3,9	31,4

Legende: BN = Bösartige Neubildungen, HKE = Herz-/Kreislaufkrankungen, KOA = kongenitale Anomalien, VV = Verletzungen und Vergiftungen, SON = Sonstige

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

Tab. 3.2.4: Suicid-Sterblichkeit der 5-19-Jährigen nach Regionen 1991-2000

Region	Selbstmorde je 100.000 Einwohner			
	5-9 Jahre	10-14 Jahre	15-19 Jahre	insgesamt
	männlich (altersstandardisiert*)			
Bludenz	0,0	0,0	4,6	1,5
Bregenz	0,0	0,0	9,2	3,1
Dornbirn	0,0	0,0	17,8	5,9
Feldkirch	0,0	0,0	12,4	4,1
Burgenland	0,0	2,4	22,0	8,2
Kärnten	0,0	4,0	19,4	7,8
Niederösterreich	0,0	1,1	15,4	5,5
Oberösterreich	0,0	1,2	17,4	6,2
Salzburg	0,0	2,5	26,9	9,8
Steiermark	0,0	2,5	17,6	6,7
Tirol	0,0	2,4	16,0	6,1
Vorarlberg	0,0	0,0	11,1	3,7
Wien	0,0	1,9	9,3	3,7
Österreich	0,0	1,9	16,3	6,0
	weiblich (altersstandardisiert*)			
Bludenz	0,0	5,2	10,0	5,0
Bregenz	0,0	2,6	0,0	0,9
Dornbirn	0,0	0,0	11,3	3,8
Feldkirch	0,0	0,0	9,6	4,3
Burgenland	0,0	1,3	1,1	0,8
Kärnten	0,0	0,6	4,5	1,7
Niederösterreich	0,0	0,2	1,9	0,7
Oberösterreich	0,2	0,5	3,9	1,5
Salzburg	0,0	0,7	8,7	3,1
Steiermark	0,0	1,2	3,8	1,6
Tirol	0,0	0,0	2,8	0,9
Vorarlberg	0,0	2,7	6,7	3,1
Wien	0,0	1,5	3,7	1,7
Österreich	0,0	0,8	3,8	1,5
	männlich und weiblich (altersstandardisiert*)			
Bludenz	0,0	2,6	7,3	3,3
Bregenz	0,0	1,3	4,6	2,0
Dornbirn	0,0	0,0	14,6	4,9
Feldkirch	0,0	1,7	11,0	4,2
Burgenland	0,0	1,9	11,6	4,5
Kärnten	0,0	2,3	11,9	4,8
Niederösterreich	0,0	0,7	8,7	3,1
Oberösterreich	0,1	0,8	10,6	3,9
Salzburg	0,0	1,6	17,8	6,5
Steiermark	0,0	1,8	10,7	4,2
Tirol	0,0	1,2	9,4	3,5
Vorarlberg	0,0	1,4	8,9	3,4
Wien	0,0	1,7	6,5	2,7
Österreich	0,0	1,3	10,0	3,8

* Standardbevölkerung = Europabevölkerung

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

Tab. 3.2.5: Stationäre Prävalenz jugendlicher Unfallopfer¹⁾ 1993-2000

Stationäre Patienten im Alter von 5 bis 19 Jahren pro 100.000 Einwohner dieser Altersgruppe								
Region	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
männlich (altersstandardisiert²⁾)								
Bludenz	2.632	2.995	1.920	2.227	2.295	2.475	2.198	2.394
Bregenz	2.140	2.234	2.502	2.435	2.360	1.995	2.421	2.231
Dornbirn	2.333	2.777	2.627	2.566	2.161	2.463	1.982	2.089
Feldkirch	2.536	2.764	3.049	2.815	2.652	2.941	2.668	2.647
Burgenland	2.368	2.070	2.250	2.110	2.104	1.901	1.994	1.853
Kärnten	2.450	2.402	2.352	1.762	2.631	2.744	2.881	2.878
Niederösterreich	2.351	2.357	2.222	2.205	2.371	2.449	2.455	2.418
Oberösterreich	2.234	2.392	2.406	2.368	2.500	2.326	2.564	2.442
Salzburg	3.020	2.628	2.480	2.606	2.641	2.785	2.824	2.805
Steiermark	2.565	2.420	2.710	2.557	2.667	2.687	2.579	2.655
Tirol	2.184	2.161	2.192	2.209	2.303	2.423	2.528	2.616
Vorarlberg	2.369	2.621	2.572	2.527	2.381	2.428	2.353	2.339
Wien	1.079	1.271	1.232	1.204	1.333	1.323	1.378	1.381
Österreich	2.204	2.212	2.219	2.139	2.298	2.305	2.364	2.346
weiblich (altersstandardisiert²⁾)								
Bludenz	1.258	1.187	1.437	1.283	1.380	1.358	1.256	1.086
Bregenz	1.083	1.174	1.196	1.436	1.399	1.351	1.097	1.002
Dornbirn	1.413	1.572	1.585	1.408	1.370	1.366	1.094	1.089
Feldkirch	1.549	1.598	1.716	1.528	1.508	1.547	1.486	1.551
Burgenland	1.052	1.126	1.044	1.042	1.131	896	1.008	892
Kärnten	1.283	1.250	1.276	986	1.443	1.624	1.662	1.601
Niederösterreich	1.262	1.256	1.287	1.240	1.281	1.385	1.474	1.336
Oberösterreich	1.254	1.265	1.259	1.336	1.263	1.308	1.427	1.340
Salzburg	1.638	1.545	1.462	1.451	1.465	1.595	1.647	1.704
Steiermark	1.422	1.327	1.514	1.415	1.449	1.478	1.494	1.454
Tirol	1.106	1.177	1.150	1.107	1.174	1.315	1.294	1.252
Vorarlberg	1.309	1.375	1.459	1.428	1.419	1.408	1.228	1.181
Wien	693	792	773	763	820	870	884	900
Österreich	1.204	1.209	1.234	1.195	1.247	1.313	1.355	1.299
männlich und weiblich (altersstandardisiert²⁾)								
Bludenz	1.945	2.091	1.679	1.755	1.837	1.917	1.727	1.740
Bregenz	1.612	1.704	1.849	1.936	1.880	1.673	1.759	1.616
Dornbirn	1.873	2.175	2.106	1.987	1.765	1.915	1.538	1.589
Feldkirch	2.042	2.181	2.382	2.172	2.080	2.244	2.077	2.099
Burgenland	1.710	1.598	1.647	1.576	1.618	1.399	1.501	1.373
Kärnten	1.867	1.826	1.814	1.374	2.037	2.184	2.271	2.240
Niederösterreich	1.806	1.807	1.755	1.722	1.826	1.917	1.965	1.877
Oberösterreich	1.744	1.828	1.832	1.852	1.881	1.817	1.995	1.891
Salzburg	2.329	2.086	1.971	2.029	2.053	2.190	2.236	2.254
Steiermark	1.994	1.873	2.112	1.986	2.058	2.083	2.037	2.054
Tirol	1.645	1.669	1.671	1.658	1.738	1.869	1.911	1.934
Vorarlberg	1.839	1.998	2.015	1.977	1.900	1.918	1.791	1.760
Wien	886	1.031	1.003	984	1.077	1.096	1.131	1.141
Österreich	1.704	1.710	1.726	1.667	1.772	1.809	1.860	1.822

1) Haupt- und Nebendiagnosen (ICD9-Code):

- (E01) Arbeitsunfall
- (E02) Schülerunfall
- (E11) Verkehrsunfall (exkl. Als Arbeitsunfall E12)
- (E12) Verkehrsunfall als Arbeitsunfall
- (E21) Sportunfall
- (E22) Unfall bei Hausarbeit
- (E23) Unfall beim Heimwerken und bei Gartenarbeit
- (E29) Sonstiger Unfall im privaten Bereich

2) Standardbevölkerung = Europabevölkerung

Quelle: Statistik Austria - Volkszählungen 1991 und 2001; BMSG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 1993-2000; ÖBIG-eigene Berechnungen

Tab. 3.2.6: Kariesprävalenz der 6-Jährigen 2001

Region	kariesfrei in %	dmfs	dmft
Vorarlberg			
männlich	53	4,0	1,7
weiblich	59	4,3	1,4
Bludenz-Bregenzer Wald	48	4,4	1,6
Rheintal-Bodenseegebiet	58	4,1	1,5
Vorarlberg	56	4,2	1,5
Burgenland	43	7,6	2,7
Kärnten	40	6,6	2,6
Niederösterreich	-	-	-
Oberösterreich	-	-	-
Salzburg	40	8,6	3,1
Steiermark	45	5,0	2,4
Tirol	49	5,2	2,1
Wien	48	8,2	2,4
Österreich¹⁾	49	5,4	2,1
männlich	50	5,2	2,0
weiblich	49	5,6	2,2

- keine Werte verfügbar

dmfs = decayed missing filled surfaces

dmft = decayed missing filled teeth

¹⁾ Der Österreichwert basiert auf der Bundeserhebung (n=516)

Quelle: ÖBIG-eigene Erhebungen und Berechnungen

Tab. 3.3.1: Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren 1991 bis 2000

Region	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	männlich									
Bludenz	14,9	16,7	16,0	15,0	15,7	17,0	15,6	16,0	16,8	17,1
Bregenz	14,3	15,5	15,8	16,5	16,0	16,2	16,3	15,7	17,3	17,3
Dornbirn	15,4	15,4	15,0	16,5	15,3	16,0	16,1	16,8	16,3	17,0
Feldkirch	14,9	15,3	15,4	15,5	16,7	15,4	15,6	16,6	16,5	16,9
Vorarlberg	14,8	15,6	15,5	16,0	15,9	16,1	15,9	16,2	16,8	17,1
Burgenland	14,1	14,4	14,5	15,0	14,7	14,7	15,1	15,1	15,6	16,0
Kärnten	14,2	15,1	15,0	15,4	15,5	15,8	15,6	15,9	15,7	16,5
Niederösterreich	14,5	14,3	14,8	15,0	15,0	14,9	15,1	15,4	15,7	16,0
Oberösterreich	14,7	15,0	14,9	15,3	15,3	15,2	15,4	15,6	15,9	16,4
Salzburg	14,9	15,7	15,4	15,9	15,6	16,0	16,1	16,2	16,2	16,8
Steiermark	14,3	14,8	14,7	15,0	15,2	15,2	15,3	15,6	15,8	16,2
Tirol	15,5	15,1	15,6	16,0	16,4	16,3	16,2	16,6	17,2	17,2
Wien	14,1	14,2	14,4	14,4	14,5	14,9	15,1	15,1	15,5	15,8
Österreich	14,5	14,7	14,8	15,1	15,1	15,3	15,4	15,6	15,9	16,3
EU-15	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
weiblich										
Bludenz	18,0	17,7	18,4	19,4	19,2	19,8	19,6	19,4	19,9	19,9
Bregenz	18,5	18,7	18,5	18,9	20,1	19,5	19,7	19,2	19,8	19,9
Dornbirn	19,7	18,6	18,9	19,5	19,3	19,1	19,1	20,4	19,5	19,9
Feldkirch	18,5	18,2	18,9	19,4	19,2	19,4	19,3	19,3	19,7	19,7
Vorarlberg	18,6	18,4	18,7	19,3	19,5	19,5	19,4	19,5	19,7	19,9
Burgenland	17,3	17,7	17,8	17,7	18,0	17,8	18,2	18,6	18,8	19,0
Kärnten	18,1	18,1	18,4	18,8	19,0	19,1	19,3	19,6	19,6	19,7
Niederösterreich	17,5	17,6	17,8	17,9	18,0	18,1	18,4	18,6	18,8	19,0
Oberösterreich	17,8	18,2	18,0	18,2	18,3	18,6	18,8	19,0	19,2	19,5
Salzburg	18,2	18,4	18,2	18,6	18,5	19,0	18,8	19,2	19,4	19,3
Steiermark	17,6	17,7	18,0	18,2	18,2	18,5	18,7	18,9	19,1	19,4
Tirol	18,5	18,7	18,7	18,9	19,2	19,2	19,2	19,6	19,9	20,1
Wien	17,6	17,5	17,9	17,9	18,0	17,9	18,4	18,7	18,7	19,0
Österreich	17,8	17,9	18,0	18,2	18,3	18,4	18,7	18,9	19,1	19,3
EU-15	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.

n. v. = nicht verfügbar

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

Tab. 3.3.2: Behinderungsfreie Lebenserwartung bei der Geburt (DFLE) 1991-2000

Region	Zu erwartende Lebensjahre ohne erhebliche Behinderung									
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	männlich									
Vorarlberg	67,5	68,1	68,5	68,8	68,9	69,4	69,7	69,6	69,7	70,1
Burgenland	65,6	66,4	67,2	67,0	66,8	67,4	67,8	67,8	69,3	68,9
Kärnten	66,4	67,1	67,4	67,9	68,0	68,6	68,5	69,2	69,1	69,4
Niederösterreich	66,5	66,8	67,1	67,2	67,5	67,8	68,0	68,4	68,8	68,8
Oberösterreich	67,3	67,6	67,4	67,8	68,0	68,1	68,3	68,7	69,0	69,5
Salzburg	68,4	68,4	68,2	68,4	68,1	68,6	68,8	69,6	69,2	69,4
Steiermark	67,1	67,5	67,4	67,5	68,1	68,2	68,1	68,8	68,9	69,0
Tirol	68,2	68,2	68,6	68,6	68,9	69,3	69,4	69,6	70,0	70,0
Wien	66,0	65,7	66,1	66,7	66,7	67,2	68,1	67,8	68,2	68,4
Österreich	66,9	67,1	67,2	67,5	67,7	68,0	68,3	68,6	68,9	69,1
EU-15	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
	weiblich									
Vorarlberg	72,5	72,3	72,5	73,0	73,0	73,0	73,5	73,2	73,3	73,9
Burgenland	71,3	71,6	72,0	72,4	72,7	72,2	72,8	73,2	72,8	73,2
Kärnten	72,1	72,0	72,0	72,5	72,9	72,8	73,0	73,5	73,0	73,2
Niederösterreich	71,8	71,8	71,9	71,8	72,3	72,4	72,7	72,7	72,7	73,1
Oberösterreich	71,9	72,1	72,1	72,1	72,3	72,4	73,0	73,0	73,1	73,3
Salzburg	72,1	72,5	72,1	72,3	72,4	73,0	72,9	73,2	73,4	73,1
Steiermark	71,8	71,7	72,0	72,5	72,5	72,8	72,7	73,0	73,3	73,0
Tirol	72,1	72,4	72,4	72,6	73,4	73,0	73,4	73,1	73,4	73,7
Wien	70,8	70,8	71,0	71,3	71,3	71,6	71,9	72,3	72,2	72,4
Österreich	71,7	71,7	71,8	72,0	72,3	72,4	72,7	72,9	72,9	73,1
EU-15	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.

n. v. = nicht verfügbar

Quellen: ST.AT - Volkszählungen 1991 und 2001, Todesursachenstatistik 1991-2000, Mikrozensus "Fragen zur Gesundheit" 1991 und 1999; ÖBIG-eigene Berechnungen

Tab. 3.3.3.: Sterblichkeit der über 64-Jährigen nach Haupttodesursachen 1991-2000

Region	Einwohner >64a 2000	Sterblichkeit ¹⁾ 1991-2000, altersstandardisiert ²⁾													
		männlich							weiblich						
		alle	HKE	dav. cer.vas.	BN	VV	dav. Suizid	SON	alle	HKE	dav. cer.vas.	BN	VV	dav. Suizid	SON
Bludenz	8.048	5.133,3	2847,0	671,3	1491,0	145,1	43,0	650,1	3.419,9	2096,7	582,7	846,0	68,7	16,6	408,5
Bregenz	15.456	5.261,7	2868,4	711,3	1472,3	152,0	36,9	769,0	3.478,6	2095,3	635,1	795,4	75,3	11,4	512,6
Dornbirn	9.247	5.326,8	2889,1	730,2	1543,0	152,2	85,2	742,4	3.405,5	1978,5	616,1	779,3	65,3	21,3	582,3
Feldkirch	10.758	5.325,6	2786,9	677,2	1425,1	161,8	41,1	951,8	3.531,3	2094,1	578,5	786,2	116,6	20,6	534,4
Vorarlberg	43.509	5.267,4	2851,4	700,2	1479,0	153,2	49,2	783,8	3.465,6	2071,2	607,8	798,7	82,3	16,8	513,4
Burgenland	50.660	6.059,7	3289,5	748,0	1593,1	162,0	64,9	1015,1	4.188,8	2629,7	664,6	843,6	95,9	10,6	619,6
Kärnten	92.992	5.578,2	2872,0	725,4	1582,0	215,0	78,3	909,2	3.571,9	2090,0	636,2	833,3	95,7	20,1	552,9
Niederösterreich	254.086	5.957,8	3315,1	673,6	1490,2	197,8	80,4	954,8	4.102,7	2527,5	591,8	845,8	98,0	19,8	631,4
Oberösterreich	208.494	5.720,1	3092,9	668,6	1440,4	201,6	77,3	985,3	3.828,5	2292,3	579,8	793,5	102,2	21,7	640,6
Salzburg	70.211	5.352,4	2854,6	744,9	1434,8	207,1	88,8	855,9	3.691,0	2196,7	722,0	829,6	92,3	22,7	572,5
Steiermark	199.909	5.832,9	3171,0	846,6	1517,0	197,9	91,6	947,1	3.870,5	2350,3	731,2	854,0	89,2	22,9	577,0
Tirol	91.864	5.142,4	2726,1	613,7	1440,3	186,3	57,5	789,7	3.473,7	2013,9	560,2	837,3	92,4	16,2	530,2
Wien	255.889	6.182,0	3589,0	588,0	1550,3	180,3	62,6	862,4	4.077,6	2522,7	504,1	911,1	98,8	21,1	545,0
Österreich	1.267.614	5.802,6	3193,1	688,2	1502,6	193,4	75,2	913,4	3.897,4	2370,0	598,6	848,9	96,2	20,5	582,3
EU-15	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.

¹⁾ Todesfälle je 100.000 Einwohner der betreffenden Altersgruppe

²⁾ Standardbevölkerung = Europabevölkerung

n. v. = nicht verfügbar

alle = alle Todesursachen (ICD9 001.x - 999.x)

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

dav. cer.vas. = davon cerebrovaskuläre Erkrankungen, insbesondere Schlaganfälle (ICD9 430.x-438.x)

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

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

dav. Suizid = davon Selbstmorde (ICD9 E950.x-E959.x)

SON = Sonstige Todesursachen

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

Tab. 3.3.4: Stationäre Prävalenz¹⁾ von über 64-Jährigen nach ausgewählten Indikationsgruppen 1992-2000

Stationäre Prävalenz

Region	Einwohner >64a	Stationäre Prävalenz ¹⁾ 1992-2000, altersstandardisiert ²⁾													
		männlich							weiblich						
		2000	alle	OSHF	TEPHü	HKE	dav. cer.vas.	DIAB	DEP	alle	OSHF	TEPHü	HKE	dav. cer.vas.	DIAB
Burgenland	50.660	21.684,2	418,8	551,0	9047,4	2498,1	1138,5	181,9	18.896,2	767,5	762,3	7030,9	1926,2	1324,9	410,0
Kärnten	92.992	21.685,0	307,4	478,1	8824,4	2789,7	1047,4	255,3	19.545,5	630,1	666,0	7121,6	2170,8	1166,7	569,9
Niederösterreich	254.086	21.984,0	402,6	612,3	9204,7	2787,9	1004,7	176,2	19.429,3	830,3	830,4	6895,9	2176,7	1091,0	399,5
Oberösterreich	208.494	22.759,0	418,2	618,5	9274,2	2950,4	1085,6	231,1	19.889,5	783,4	804,2	7215,5	2267,4	1097,8	477,5
Salzburg	70.211	21.472,1	391,7	531,8	8739,1	2866,3	898,3	266,7	18.391,9	788,0	682,7	6596,5	2248,3	932,8	589,7
Steiermark	199.909	21.652,1	337,8	533,5	9400,2	3068,1	979,8	240,5	19.506,1	729,3	673,4	7759,7	2564,5	1238,1	530,4
Tirol	91.864	21.126,0	373,2	579,3	7905,6	2106,8	699,5	238,9	18.421,5	723,7	766,8	6126,8	1671,8	954,1	524,9
Vorarlberg	43.509	20.832,9	383,0	569,6	8283,9	2388,6	607,0	180,2	17.872,0	726,1	697,5	6095,2	1895,4	770,4	463,1
Wien	255.889	22.288,5	483,8	529,4	9737,9	2854,9	1282,5	149,8	17.854,6	886,8	788,4	6704,9	2098,4	1127,1	305,7
Österreich	1.267.614	21.976,7	401,8	564,7	9177,9	2805,2	1037,2	206,3	19.009,7	793,0	763,4	6981,2	2185,7	1110,2	445,9
EU-15	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.

¹⁾ Stationäre Fälle je 100.000 Einwohner der betreffenden Altersgruppe und Jahr (exkl. Mehrfachaufnahmen innerhalb des Zeitraums 1992-2000, die Anzahl der stationären Fälle ist um einen Faktor von etwa 2,8 höher)

²⁾ Standardbevölkerung = Europabevölkerung

n. v. = nicht verfügbar

alle = alle stationären Patienten (ICD9 001.x - 999.x)

OSHF = stationäre Patienten mit Oberschenkelhalsfraktur (Hauptdiagnose ICD9 820.x)

TEPHü = stationäre Patienten mit Implantation von Hüftgelenksendoprothesen (Teilendoprothesen und Totalendoprothesen, MEL 4246-4272)

HKE = stationäre Patienten mit Herz-/Kreislauferkrankungen (Hauptdiagnose ICD9 390.x-459.x)

dav. cer.vas. = davon stationäre Patienten mit cerebrovaskulären Erkrankungen, insbesondere Schlaganfällen ((Hauptdiagnose ICD9 430.x-438.x)

DIAB = stationäre Patienten mit Diabetes mellitus (Hauptdiagnose ICD9 250.x)

DEP = stationäre Patienten mit Depressionen (Hauptdiagnose ICD9 296.x, 298.x, 309.x, 311.x)

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

Tab. 4.1.1: Inzidenz ausgewählter meldepflichtiger Infektionskrankheiten 1990-2000

Infektionskrankheit	Inzidenz (Fälle pro 100.000 Einwohner und Jahr, rohe Rate)										Gemeldete Fälle									
	B	K	N	O	S	St	T	V	W	Ö	B	K	N	O	S	St	T	V	W	Ö
Gonorrhoe	0,2	6,4	3,2	4,7	10,0	3,4	6,1	1,4	42,8	11,9	7	389	537	696	548	439	434	54	7290	10394
Keuchhusten	0,4	1,7	1,2	2,2	1,0	2,6	1,5	1,2	1,3	1,6	11	104	199	332	53	345	109	43	227	1423
Lues	0,4	1,6	0,5	0,5	0,7	0,6	1,8	0,6	8,7	2,3	12	98	83	67	36	80	128	21	1483	2008
Malaria	0,4	0,5	0,9	0,7	0,9	1,3	1,0	0,5	2,0	1,1	11	28	151	106	49	163	74	20	342	944
Paratyphus	3,1	0,0	0,1	0,3	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	94	1	14	40	11	16	2	1	21	200
Scharlach	19,1	31,4	23,4	15,9	11,8	16,2	31,3	24,5	24,0	21,5	579	1912	3874	2378	645	2112	2238	916	4090	18744
ansteckende TBC - extrapulmonal	1,4	0,8	2,0	2,6	1,3	0,7	1,7	2,1	1,9	1,7	42	46	324	381	69	93	124	80	319	1478
ansteckende TBC - pulmonal	13,2	9,6	11,7	15,2	10,9	11,9	10,2	17,8	19,7	13,9	399	586	1947	2271	595	1556	726	667	3352	12099
Typhus (abdominalis)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,4	0,2	2	6	14	9	11	11	4	1	69	127
Campylobakter (ab 1996)	21,3	32,3	30,1	15,4	42,1	14,6	17,8	31,1	55,8	29,9	296	902	2306	1054	1071	869	592	538	4347	11975
Shigellose	0,3	0,3	1,0	2,0	2,3	0,6	1,3	0,8	5,0	1,9	10	19	158	292	124	79	91	29	844	1646
Meningokokken (ab 1996)	0,4	0,9	0,7	0,8	1,5	1,0	1,6	2,0	1,1	1,0	5	25	55	55	38	58	53	34	89	412
Pneumokokken (ab 1996)	0,1	0,4	0,1	0,1	0,4	0,1	0,0	0,1	0,4	0,2	2	12	7	8	11	5	0	2	33	80
FSME (ab 1996)	0,2	0,6	0,3	0,1	0,0	0,3	0,2	0,1	0,1	0,2	3	16	20	9	0	15	6	1	4	74

Quellen: BMSG - Dokumentation der meldepflichtigen Infektionskrankheiten 1990 - 2000; ST.AT - Volkszählungen 1991 und 2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Tab. 4.1.2: Stationäre Prävalenz¹⁾ nach ausgewählten meldepflichtigen Infektionserkrankungen 1992-2000

Stationäre Patienten pro Jahr (absolut, Durchschnitt der Jahre 1992-2000)

Region	Einwohner 2000	Stationäre Patienten ¹⁾ 1992-2000 (pro Jahr)							
		männlich				weiblich			
		DF<15	Malaria	TBC	AIDS	DF<15	Malaria	TBC	AIDS
Burgenland	279.292	172	2	58	4	153	1	29	2
Kärnten	563.037	168	6	105	7	149	2	60	3
Niederösterreich	1.550.266	887	16	267	39	758	5	149	9
Oberösterreich	1.384.028	870	17	291	51	745	5	176	27
Salzburg	516.300	267	8	97	14	220	4	58	4
Steiermark	1.192.793	690	16	245	21	600	7	123	8
Tirol	673.998	360	7	103	25	299	4	55	15
Vorarlberg	350.450	212	4	73	11	169	1	47	6
Wien	1.563.545	756	31	501	217	620	14	262	66
Österreich	8.073.709	4.382	107	1.740	389	3.713	43	959	140
EU-15	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.

Stationäre Prävalenz

Region	Einwohner 2000	Stationäre Prävalenz ¹⁾ 1992-2000, altersstandardisiert ²⁾							
		männlich				weiblich			
		DF<15	Malaria	TBC	AIDS	DF<15	Malaria	TBC	AIDS
Burgenland	279.292	841,2	1,4	40,7	3,1	774,4	0,4	16,6	1,4
Kärnten	563.037	358,1	2,1	38,4	2,5	331,2	0,7	19,5	1,1
Niederösterreich	1.550.266	716,5	2,0	34,5	4,9	641,6	0,7	15,9	1,2
Oberösterreich	1.384.028	728,8	2,3	43,7	7,0	653,1	0,7	22,2	3,8
Salzburg	516.300	599,1	3,3	40,8	5,2	522,6	1,4	20,1	1,4
Steiermark	1.192.793	719,2	2,6	40,7	3,3	650,9	1,1	17,2	1,2
Tirol	673.998	599,4	2,1	33,0	7,2	523,8	1,2	15,3	4,1
Vorarlberg	350.450	646,1	2,6	46,4	5,8	548,5	0,6	24,3	3,5
Wien	1.563.545	686,4	3,9	63,9	25,8	595,8	1,8	27,1	7,8
Österreich	8.073.709	671,8	2,6	44,0	9,2	597,5	1,1	20,2	3,3
EU-15	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.

¹⁾ Stationäre Patienten je 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahr (exkl. Mehrfachaufnahmen im Zeitraum 1992-2000)

²⁾ Standardbevölkerung = Europabevölkerung

n. v. = nicht verfügbar

DF<15 = stationäre Patienten mit Durchfallerkrankungen im Alter unter 15 Jahren (ICD9 009.x als Haupt- oder Nebendiagnose)

Malaria = stationäre Patienten mit Malaria (ICD9 084.x als Haupt- oder Nebendiagnose)

TBC = stationäre Patienten mit Tuberkulose (ICD9 010.x-018.x als Haupt- oder Nebendiagnose)

AIDS = stationäre Patienten mit AIDS bzw. HIV-Infektion (ICD9 042.x-044.x als Haupt- oder Nebendiagnose)

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

Tab. 4.2.1: Sterblichkeit der unter 65-Jährigen an chronischen Krankheiten 1991 bis 2000

Anzahl der Todesfälle

Region	Einwohner < 65 2000	Anzahl der Todesfälle 1991-2000 (Durchschnitt pro Jahr)							
		männlich				weiblich			
		alle	HKE	BN	COPD	alle	HKE	BN	COPD
Bludenz	52.515	73	21	22	1	32	6	14	1
Bregenz	105.639	128	30	42	3	61	11	27	1
Dornbirn	66.458	86	21	28	1	42	8	20	1
Feldkirch	82.329	104	27	34	1	50	9	23	1
Vorarlberg	306.941	391	99	126	6	185	34	84	4
Burgenland	228.632	448	125	137	7	175	45	78	1
Kärnten	470.045	739	196	204	13	356	77	160	6
Niederösterreich	1.296.180	2255	658	628	32	1001	238	435	12
Oberösterreich	1.175.534	1775	481	487	29	829	177	363	10
Salzburg	446.089	593	148	153	11	304	60	133	3
Steiermark	992.884	1624	433	459	23	751	164	336	8
Tirol	582.134	734	196	206	13	374	73	171	6
Wien	1.307.656	2458	815	664	39	1314	329	552	19
Österreich	6.806.095	11017	3151	3064	173	5289	1197	2312	68
EU-15	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.

Sterblichkeit (altersstandardisiert)

Region	Einwohner < 65 2000	Sterblichkeit ¹⁾ 1991-2000, altersstandardisiert ²⁾							
		männlich				weiblich			
		alle	HKE	BN	COPD	alle	HKE	BN	COPD
Bludenz	52.515	303,9	88,9	89,8	4,4	136,8	25,4	62,1	2,7
Bregenz	105.639	267,3	65,4	91,8	6,7	130,3	23,8	58,0	2,4
Dornbirn	66.458	274,2	66,6	92,5	3,7	136,3	26,1	63,7	2,3
Feldkirch	82.329	284,0	78,0	97,6	2,2	140,9	25,5	63,6	1,4
Vorarlberg	306.941	279,4	72,9	93,1	4,4	135,5	25,0	61,4	2,1
Burgenland	228.632	368,7	100,8	111,4	5,1	145,9	34,9	63,6	1,0
Kärnten	470.045	321,2	85,2	89,4	5,6	148,9	30,9	65,7	2,5
Niederösterreich	1.296.180	339,6	97,4	93,8	4,8	152,4	34,5	64,9	1,8
Oberösterreich	1.175.534	317,7	87,4	89,0	5,3	148,1	30,9	64,3	1,8
Salzburg	446.089	290,7	74,6	77,1	5,6	144,7	28,3	63,1	1,5
Steiermark	992.884	325,1	86,9	92,7	4,6	147,5	31,1	64,9	1,6
Tirol	582.134	277,2	76,1	80,5	5,3	140,0	27,1	63,6	2,1
Wien	1.307.656	376,9	124,7	102,5	6,0	189,5	45,5	77,2	2,6
Österreich	6.806.095	331,0	95,0	91,5	5,2	156,2	34,2	65,9	2,0
EU-15	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.

¹⁾ Todesfälle je 100.000 Einwohner im Alter unter 65 Jahren

²⁾ Standardbevölkerung = Europabevölkerung

n. v. = nicht verfügbar

alle = alle Todesursachen (ICD9 001.x - 999.x)

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

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

COPD = Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (ICD9 490.x - 496.x)

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

Tab. 4.2.2: Gemeldete Krebsinzidenz nach ausgewählten Lokalisationen 1995-1998

Region	Ein- wohner	Krebsneuerkrankungen / 100.000 Einwohner und Jahr, altersstandardisiert ¹⁾															
		männlich								weiblich							
		alle ²⁾	Prostata	Lunge	Kolon u. Rektum	Magen	Lymph- u. Blut	HNO	DCO- Fälle ³⁾	alle ²⁾	Brust	Kolon u. Rektum	Lunge	Magen	Melanom	Cervix	DCO- Fälle ³⁾
ICD 9-Code	2001	140.x-208.x	185.x	162.x	153.x, 154.x	151.x	200.x-208.x	140.x-149.x 160.x, 161.x	140.x-208.x	174.x	153.x, 154.x	162.x	151.x	172.x	180.x		
Bludenz	60.587	437	116	72	52	29	19	21	74	338	118	43	17	19	17	15	36
Bregenz	121.372	391	81	75	47	19	22	31	71	291	89	38	19	12	17	8	42
Dornbirn	75.952	460	102	77	66	26	20	30	79	309	105	51	13	14	8	10	41
Feldkirch	93.659	453	125	87	51	18	13	32	68	301	94	37	18	16	15	6	47
Vorarlberg⁴⁾	351.570	430	103	78	53	22	19	29	73	306	99	41	17	15	15	9	42
Burgenland ⁴⁾	278.600	472	88	71	80	31	29	34	50	313	95	43	12	18	7	11	30
Kärnten ⁴⁾	561.126	394	62	73	57	30	21	25	82	309	91	35	17	18	8	14	52
Niederösterreich ⁴⁾	1.549.658	430	92	60	70	23	26	25	59	307	88	42	17	13	10	11	39
Oberösterreich ⁴⁾	1.381.993	461	105	63	69	29	30	25	45	313	88	41	16	16	11	10	29
Salzburg ⁴⁾	518.587	379	65	66	57	24	23	19	71	315	97	37	18	17	10	13	41
Steiermark ⁴⁾	1.186.379	398	80	64	59	24	22	25	92	304	94	37	15	13	4	14	55
Tirol ⁴⁾	675.070	514	153	76	50	31	27	25	63	363	102	38	22	17	28	17	42
Wien ⁴⁾	1.562.482	442	88	77	64	20	29	26	83	298	81	40	29	11	8	9	52
Österreich⁴⁾	8.065.465	435	93	68	64	25	26	25	70	311	90	39	19	14	10	12	44
EU-15	377.026.000	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.

¹⁾ Standardbevölkerung = Europabevölkerung

n. v. = nicht verfügbar

²⁾ alle Lokalisationen außer NMSC (non melanom skin cancer, ICD9 173.x)

³⁾ DCO = "Death Certificate Only Cases" (an Krebs verstorbene Personen, die aber zuvor dem Krebsregister nicht als Krebs-Neuerkrankung gemeldet wurden)

⁴⁾ überregionaler Vergleich aufgrund regional unterschiedlicher Meldedisziplin nicht sinnvoll

Tab. 4.4.1: Stationäre Prävalenz¹⁾ nach ausgewählten Indikationsgruppen im psychiatrischen Bereich 1992-2000

Stationäre Fälle pro Jahr (absolut, Durchschnitt der Jahre 1992-2000)

Region	Einwohner 2000	Stationäre Patienten ¹⁾ 1992-2000 (pro Jahr)					
		männlich			weiblich		
		PSY	PSY(LZ)	DEP	PSY	PSY(LZ)	DEP
Burgenland	279.292	1.067	182	188	1.056	130	431
Kärnten	563.037	4.526	527	861	4.364	551	1.765
Niederösterreich	1.550.266	6.231	1.339	1.002	6.500	1.102	2.345
Oberösterreich	1.384.028	7.201	1.108	1.372	7.917	1.157	2.872
Salzburg	516.300	3.418	517	710	3.523	509	1.515
Steiermark	1.192.793	6.835	1.171	1.310	7.174	1.176	2.990
Tirol	673.998	4.441	684	781	4.340	694	1.744
Vorarlberg	350.450	1.756	520	272	1.815	524	667
Wien	1.563.545	12.234	1.966	1.466	12.591	1.976	2.960
Österreich	8.073.709	47.709	8.014	7.962	49.280	7.819	17.289
EU-15	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.

Stationäre Prävalenz

Region	Einwohner 2000	Stationäre Prävalenz ¹⁾ 1992-2000, altersstandardisiert ²⁾					
		männlich			weiblich		
		PSY	PSY(LZ)	DEP	PSY	PSY(LZ)	DEP
Burgenland	279.292	762,1	129,3	132,1	671,6	90,6	267,5
Kärnten	563.037	1.646,1	187,8	311,7	1.421,4	172,0	568,7
Niederösterreich	1.550.266	810,1	171,9	129,5	756,7	132,4	267,0
Oberösterreich	1.384.028	1.054,1	161,5	204,4	1.031,2	148,2	384,1
Salzburg	516.300	1.377,9	206,5	289,3	1.271,6	178,1	553,3
Steiermark	1.192.793	1.148,3	194,3	219,9	1.082,3	168,9	450,6
Tirol	673.998	1.372,6	211,6	247,9	1.233,2	193,0	500,8
Vorarlberg	350.450	1.021,7	304,4	164,8	988,7	276,4	378,4
Wien	1.563.545	1.582,1	247,4	191,1	1.306,8	199,9	307,6
Österreich	8.073.709	1.198,2	198,3	200,8	1.087,5	168,9	384,2
EU-15	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.

¹⁾ Stationäre Fälle je 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahr (inkl. Mehrfachaufnahmen)

²⁾ Standardbevölkerung = Europabevölkerung

n. v. = nicht verfügbar

PSY = stationäre Fälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose (Hauptdiagnose ICD9 290.x-319.x)

PSY(LZ) = stationäre Langzeit-Fälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose (Hauptdiagnose ICD9 290.x-319.x) und Belagsdauer > 28 Tage

DEP = stationäre Fälle mit Depression als Hauptdiagnose (Hauptdiagnose ICD9 296.x, 298.x, 309.x, 311.x)

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

Tab. 4.4.2: Drogenopfer nach Todesursache 1998-2000

Region	Intoxikationen								indirekt suchtgiftbezogene Todesfälle										
	Opiate		Opiate und and. Suchtgifte		Suchtgifte ohne Opiate		insgesamt		AIDS		Sonstige Krankheit		Selbstmorde, Unfall, Mord		unbekannt		insgesamt		
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	
Anzahl der jugendlichen Drogenopfer (0-19 Jahre), Durchschnitt der Jahre 1998-2000																			
Burgenland	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	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kärnten	0,0	0,3	0,3	0,7	0,0	0,0	0,3	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Niederösterreich	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0
Oberösterreich	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Salzburg	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	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Steiermark	0,0	0,0	1,0	0,0	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	0,0	0,0
Tirol	0,3	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	0,7	0,3	0,0	0,0	0,3	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0
Vorarlberg	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0
Wien	1,3	2,7	3,0	1,3	0,3	0,0	4,7	4,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7
Österreich	1,7	3,0	6,0	2,7	0,7	0,0	8,3	5,7	0,0	0,0	0,3	0,3	1,7	0,7	0,3	0,0	2,3	1,0	0,0
EU-15	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
Anzahl der erwachsenen Drogenopfer (älter als 19 Jahre), Durchschnitt der Jahre 1998-2000																			
Burgenland	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kärnten	0,0	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	2,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	0,7	0,3	0,0
Niederösterreich	1,3	0,3	5,3	1,0	0,0	0,0	6,7	1,3	0,3	0,0	1,3	0,3	0,3	0,3	0,0	0,3	2,0	1,0	0,0
Oberösterreich	0,3	0,3	2,7	1,7	0,0	0,0	3,0	2,0	4,7	0,3	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,3	0,3	0,0
Salzburg	0,0	0,3	6,3	0,7	0,0	0,0	6,3	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,3	1,0	0,3	0,0
Steiermark	0,0	0,0	5,0	0,7	0,0	0,0	5,0	0,7	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0
Tirol	0,7	0,3	7,7	1,7	0,0	0,0	8,3	2,0	2,7	1,3	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	4,3	1,3	0,0
Vorarlberg	0,3	0,0	3,0	1,3	0,0	0,0	3,3	1,3	0,3	0,0	1,0	0,7	2,7	0,3	0,0	0,0	4,0	1,0	0,0
Wien	11,3	1,7	50,7	12,0	0,7	0,3	62,7	14,0	3,3	0,7	7,7	1,7	6,3	1,3	1,0	0,0	18,3	3,7	0,0
Österreich	14,3	3,0	83,3	19,0	0,7	0,3	98,3	22,3	12,0	2,7	10,7	2,7	12,3	2,3	1,0	0,7	36,0	8,3	0,0
EU-15	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.

n.v. = nicht verfügbar

Quelle: BMSG, Abt. VIII/B/12

Tab. 5.1.1: Body-Mass-Index 1991 und 1999

Region / Geschlecht Altersgruppe	Personen über 15 Jahre mit einem Body-Mass-Index ¹⁾ von ...											
	weniger als 18 (stark untergewichtig)				>=26 bis unter 30 (übergewichtig)				30 und höher (adipös)			
	1991		1999		1991		1999		1991		1999	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Vorarlberg												
15-19 Jahre	2.269	9,1	3.749	15,8	961	3,8	1.075	4,5	194	0,8	429	1,8
20-44 Jahre	4.125	3,1	4.314	3,2	19.372	14,9	21.982	16,1	5.599	4,5	8.229	6,1
45-59 Jahre	578	1,1	1.075	1,7	14.104	25,7	16.901	27,5	4.585	8,4	9.082	14,9
60-74 Jahre	200	0,5	434	1,1	9.737	29,6	11.951	29,2	3.474	10,2	6.922	17,1
75 Jahre und älter	714	3,5	781	4,4	3.087	18,1	3.908	19,5	1.002	6,0	2.224	11,4
männlich	1.622	1,2	3.204	2,4	26.858	22,2	32.760	24,2	7.022	6,0	12.320	9,4
weiblich	6.263	4,3	7.149	5,0	20.402	16,0	23.056	16,1	7.831	6,3	14.567	10,4
Bludenz-Bregenzer Wald	2.213	3,2	2.209	3,1	12.627	20,9	13.046	19,1	3.541	5,9	6.532	10,1
Rheintal-Bodenseegebiet	5.673	2,6	8.144	3,9	34.633	18,6	42.771	20,5	11.312	6,2	20.354	9,9
Vorarlberg	7.886	2,7	10.353	3,7	47.260	19,1	55.817	20,2	14.854	6,1	26.887	9,9
Burgenland	3.256	1,5	5.815	2,5	58.806	26,4	60.410	24,5	24.787	11,0	32.747	13,4
Kärnten	8.059	1,8	13.378	3,1	91.094	21,1	104.174	22,0	29.238	6,6	43.134	8,9
Niederösterreich	22.483	1,9	26.384	2,3	290.850	23,9	296.037	22,5	126.794	10,5	151.324	11,6
Oberösterreich	23.211	2,1	25.198	2,3	220.816	21,5	278.305	24,7	89.379	8,7	121.750	10,8
Salzburg	8.788	2,1	13.212	3,2	73.475	20,0	84.310	20,4	25.272	7,0	34.330	8,1
Steiermark	14.231	1,4	27.619	2,9	207.364	22,0	225.760	22,3	64.092	6,7	112.413	11,3
Tirol	15.303	2,7	17.790	3,2	84.757	17,8	103.501	19,3	22.533	4,8	41.093	7,6
Wien	24.120	1,9	28.548	2,5	283.886	21,7	302.190	22,5	106.885	8,4	142.808	10,5
Österreich	127.337	1,9	168.296	2,7	1.358.309	21,7	1.510.502	22,4	503.833	8,1	706.485	10,5
15-19 Jahre	35.158	7,0	55.913	11,5	21.114	4,2	27.999	5,7	6.019	1,2	11.505	2,3
20-44 Jahre	62.235	2,0	72.035	2,5	485.823	16,5	523.016	16,8	145.008	5,0	227.712	7,3
45-59 Jahre	10.539	0,8	16.362	1,1	410.944	30,8	440.576	30,1	175.249	13,1	221.154	15,1
60-74 Jahre	7.078	0,6	11.521	1,0	336.593	32,7	377.485	34,8	146.495	13,8	190.831	17,2
75 Jahre und älter	12.327	2,3	12.464	1,9	103.835	19,4	141.426	24,3	31.063	5,5	55.283	8,9
männlich	30.169	1,0	45.790	1,5	785.377	26,7	886.266	27,6	231.709	8,1	343.612	10,8
weiblich	97.168	2,9	122.506	3,8	572.932	16,7	624.237	17,1	272.124	8,1	362.873	10,2
EU-15 (1996) männlich	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
EU-15 (1996) weiblich	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.

¹⁾ Body-Mass-Index (BMI) = kg/m²

n. v. = nicht verfügbar

Anm.: Bei kursiv dargestellten Tabellenwerten beträgt der Bereich des Stichprobenfehlers unter Annahme einfacher Zufallsauswahl mehr als +/- 20 %.

Quellen: Statistik Austria - Mikrozensus, Sonderprogramm "Fragen zur Gesundheit" (1991 und 1999); ÖBIG-eigene Berechnungen (vorläufige und ungeprüfte Daten bzw. Ergebnisse)

Tab. 5.1.2: Zigarettenkonsum 1991 und 1999

Region / Geschlecht / Altersgruppe	Bevölkerungsanteile der Personen über 15 Jahre in Prozent an der jeweiligen Gruppe mit täglichem Zigarettenkonsum von ...							
	0 (Nie- oder Exraucher)		bis zu 10 Stück		11 bis 20 Stück		mehr als 20 Stück	
	1991	1999	1991	1999	1991	1999	1991	1999
Vorarlberg	74,5	68,7	8,2	13,4	10,9	12,6	6,4	5,2
15-19 Jahre	80,5	67,4	10,8	20,4	6,4	10,7	2,3	1,5
20-44 Jahre	65,9	60,0	10,2	17,1	15,5	17,8	8,4	5,1
45-59 Jahre	79,2	69,5	5,3	10,8	8,6	10,7	6,9	8,9
60-74 Jahre	82,6	85,7	6,2	6,0	6,7	5,4	4,5	2,8
75 Jahre und älter	91,6	92,1	5,6	4,1	1,7	1,4	0,2	1,3
männlich	67,5	63,3	9,0	13,8	13,2	14,8	10,3	8,0
weiblich	81,5	74,1	7,3	13,0	8,6	10,4	2,5	2,5
Bundesländer								
Burgenland	72,8	68,0	10,2	14,2	10,6	12,6	6,1	4,8
Kärnten	72,5	68,9	8,7	15,3	12,7	11,4	5,8	3,9
Niederösterreich	70,4	66,8	9,4	13,3	11,3	11,1	7,0	6,3
Oberösterreich	74,1	68,2	9,0	14,4	10,2	11,5	5,6	5,3
Salzburg	75,0	69,9	9,3	14,6	10,7	10,9	4,8	4,3
Steiermark	70,9	71,5	9,0	11,9	11,2	10,4	7,6	5,3
Tirol	73,1	69,3	7,9	12,1	11,4	11,5	7,4	6,7
Wien	62,7	62,4	8,6	11,9	14,5	14,2	12,6	9,5
Österreich	70,5	67,5	8,9	13,2	11,7	11,9	7,8	6,3
15-19 Jahre	77,5	66,7	12,5	23,7	7,3	7,7	1,7	1,4
20-44 Jahre	61,5	58,6	12,1	16,9	16,3	16,5	9,9	7,5
45-59 Jahre	73,6	70,3	6,0	9,6	10,5	10,8	9,4	8,8
60-74 Jahre	83,9	84,8	4,3	5,0	5,9	5,9	4,6	3,1
75 Jahre und älter	81,0	81,3	2,7	3,9	3,3	1,9	1,0	0,8
männlich	63,7	63,0	8,8	12,8	14,4	13,6	11,6	9,0
weiblich	77,3	72,0	9,0	13,5	9,1	10,2	3,9	3,6

n. v. = nicht verfügbar

Anm.: Bei kursiv dargestellten Tabellenwerten beträgt der Bereich des Stichprobenfehlers unter Annahme einfacher Zufallsauswahl mehr als +/- 20 %.

Quellen: Statistik Austria - Mikrozensus, Sonderprogramm "Fragen zur Gesundheit" 1991 und 1999; ÖBIG-eigene Berechnungen
(vorläufige und ungeprüfte Daten bzw. Ergebnisse)

Tab. 5.1.3: Sterblichkeit in Bezug auf ausgewählte mit Nikotin-, Alkohol- oder Drogenkonsum¹⁾ assoziierte Todesursachen 1991-2001

Region	Todesfälle pro 100.000 Einwohner der jeweiligen Gruppe						
	Altersgruppen						gesamt
	0 bis 14	15 bis 29	30 bis 44	45 bis 59	60 bis 74	75 und mehr	
männlich (altersstandardisiert²⁾)							
Bludenz	0,0	21,9	61,2	150,9	509,9	605,9	133,1
Bregenz	0,0	34,1	53,5	176,1	509,3	581,7	138,0
Dornbirn	0,0	26,0	53,3	157,7	565,6	704,6	144,2
Feldkirch	0,0	37,3	51,3	168,3	493,2	777,5	142,5
Burgenland	0,8	24,8	63,3	220,6	570,0	864,2	157,6
Kärnten	1,0	27,7	63,7	201,1	526,2	895,2	151,1
Niederösterreich	0,8	28,3	62,5	217,4	493,5	804,5	157,0
Oberösterreich	0,7	27,0	62,9	205,5	489,6	946,6	153,4
Salzburg	0,9	33,4	62,9	197,5	439,7	732,4	151,8
Steiermark	0,8	30,4	63,2	209,0	526,4	800,1	155,3
Tirol	0,9	32,0	59,0	183,3	425,0	791,7	143,6
Vorarlberg	0,0	31,1	52,4	166,2	517,5	657,9	135,7
Wien	0,8	25,1	60,9	224,0	499,1	847,4	155,9
Österreich	0,8	28,4	61,6	208,9	497,5	834,4	153,9
weiblich (altersstandardisiert²⁾)							
Bludenz	1,6	9,4	19,4	55,0	106,2	136,7	35,6
Bregenz	0,8	5,5	18,2	66,2	95,4	156,9	36,1
Dornbirn	0,0	9,5	21,1	49,7	132,1	115,9	36,9
Feldkirch	1,1	12,0	21,8	50,0	110,5	267,5	41,3
Burgenland	0,5	2,9	18,2	63,5	90,2	217,7	41,6
Kärnten	0,3	6,7	20,2	64,4	129,5	241,8	43,0
Niederösterreich	0,6	4,4	20,2	70,6	115,3	271,3	46,4
Oberösterreich	0,5	5,8	18,1	62,4	112,6	257,2	41,7
Salzburg	0,4	10,4	19,2	61,6	118,8	228,7	41,9
Steiermark	0,5	5,7	18,3	62,2	122,8	234,5	41,6
Tirol	0,0	6,5	19,5	63,9	121,3	249,8	42,3
Vorarlberg	0,3	8,8	18,9	60,4	109,3	170,9	40,6
Wien	0,6	9,7	21,7	81,7	176,1	324,5	52,0
Österreich	0,5	6,8	20,0	68,9	129,1	266,6	45,7
männlich und weiblich (altersstandardisiert²⁾)							
Bludenz	0,8	15,6	40,3	103,0	308,1	371,3	84,3
Bregenz	0,4	19,8	35,8	121,2	302,4	369,3	87,1
Dornbirn	0,0	17,7	37,2	103,7	348,9	410,2	90,5
Feldkirch	0,6	24,6	36,5	109,1	301,8	522,5	91,9
Burgenland	0,6	13,9	40,8	142,1	330,1	864,2	99,6
Kärnten	0,9	17,2	41,9	132,8	327,9	895,2	97,0
Niederösterreich	0,7	16,4	41,3	144,0	304,4	804,5	101,6
Oberösterreich	0,5	16,4	40,5	134,0	301,1	946,6	97,6
Salzburg	0,7	21,9	41,0	129,6	279,3	732,4	96,8
Steiermark	0,7	18,0	40,7	135,6	324,6	800,1	98,4
Tirol	0,6	19,2	39,3	123,7	273,1	791,7	93,0
Vorarlberg	0,4	19,9	35,7	113,3	313,4	657,9	88,2
Wien	0,9	17,4	41,3	152,8	337,6	847,4	103,9
Österreich	0,7	17,6	40,8	138,9	313,3	550,5	99,8

1) ICD9-Codes
 162 Bösartige Neubildungen der Lunge
 303 Alkoholismus
 304 Medikamenten-/Drogenabhängigkeit
 490-493 Chronische Atemwegserkrankungen
 571 Chronische Leberkrankheit und Leberzirrhose
 950-959 Selbstmord

2) Standardbevölkerung = Europabevölkerung

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

Tab. 5.1.4: Stationäre Prävalenz von Alkoholpsychosen ¹⁾ 1992-2000

Stationäre Patienten pro 100.000 Einwohner									
Region	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
männlich (altersstandardisiert ²⁾)									
Burgenland	80,6	85,3	103,4	102,6	86,8	92,0	70,2	77,1	70,9
Kärnten	65,1	60,8	60,6	72,5	87,5	114,7	95,2	137,9	146,7
Niederösterreich	83,0	81,4	82,6	74,6	89,9	95,8	83,9	85,8	81,5
Oberösterreich	61,2	71,3	67,7	69,8	68,4	85,3	74,6	67,1	73,5
Salzburg	50,0	78,8	63,2	61,5	62,2	116,5	89,6	82,2	71,6
Steiermark	113,7	102,1	93,5	98,3	100,1	99,7	102,5	111,2	104,9
Tirol	43,3	35,3	45,8	50,3	43,4	52,8	50,7	56,8	58,3
Vorarlberg	53,0	53,2	59,4	93,3	76,6	76,6	48,1	57,8	56,7
Wien	68,6	71,8	67,4	59,8	68,5	83,6	73,0	71,6	72,0
Österreich	73,6	74,8	72,9	73,3	77,5	90,5	79,5	83,2	82,5
weiblich (altersstandardisiert ²⁾)									
Burgenland	15,5	16,1	18,9	15,0	7,5	17,4	6,6	13,2	14,7
Kärnten	10,7	12,4	9,1	15,7	16,0	26,1	19,1	33,1	35,0
Niederösterreich	15,7	15,2	15,0	18,4	17,6	19,1	18,6	19,3	15,0
Oberösterreich	11,8	12,5	12,9	14,1	14,9	18,0	17,0	14,3	13,4
Salzburg	13,3	12,3	11,0	13,2	11,0	25,3	20,2	18,1	18,2
Steiermark	11,5	15,6	14,0	12,9	16,9	16,9	17,8	14,3	19,1
Tirol	12,4	12,0	7,7	11,3	11,1	16,6	16,8	19,5	15,2
Vorarlberg	8,8	15,7	13,5	20,0	17,1	16,4	15,8	18,0	10,2
Wien	19,6	22,7	23,9	20,4	22,2	27,1	24,6	26,1	25,7
Österreich	14,3	15,8	15,2	16,1	16,7	20,8	19,0	19,8	19,0
männlich und weiblich (altersstandardisiert ²⁾)									
Burgenland	48,0	50,7	61,2	58,8	47,1	54,7	38,4	45,1	42,8
Kärnten	37,9	36,6	34,8	44,1	51,7	70,4	57,1	85,5	90,9
Niederösterreich	49,3	48,3	48,8	46,5	53,8	57,5	51,3	52,6	48,2
Oberösterreich	36,5	41,9	40,3	42,0	41,6	51,6	45,8	40,7	43,5
Salzburg	31,7	45,5	37,1	37,4	36,6	70,9	54,9	50,1	44,9
Steiermark	62,6	58,9	53,7	55,6	58,5	58,3	60,1	62,7	62,0
Tirol	27,9	23,7	26,8	30,8	27,3	34,7	33,7	38,1	36,7
Vorarlberg	30,9	34,4	36,4	56,6	46,9	46,5	31,9	37,9	33,4
Wien	44,1	47,2	45,6	40,1	45,4	55,4	48,8	48,9	48,8
Österreich	44,0	45,3	44,1	44,7	47,1	55,7	49,2	51,5	50,8

1) Haupt- und Nebendiagnosen: ICD9-Code 271.x

2) Standardbevölkerung = Europabevölkerung

Quelle: Statistik Austria - Volkszählungen 1991 und 2001; BMSG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 1992-2000; ÖBIG-eigene Berechnungen

Tab. 5.1.5: Stationäre Prävalenz von Entzugsbehandlungen¹⁾ 1997-2000

Stationäre Patienten pro 100.000 Einwohner				
Region	1997	1998	1999	2000
männlich (altersstandardisiert2)				
Burgenland	17,2	17,6	19,2	10,5
Kärnten	48,9	62,4	52,6	57,3
Niederösterreich	29,7	46,8	51,3	53,5
Oberösterreich	48,4	66,0	73,1	74,5
Salzburg	15,0	26,1	27,2	33,6
Steiermark	25,9	29,0	31,6	29,1
Tirol	14,7	29,1	35,0	36,0
Vorarlberg	120,6	182,4	163,0	142,8
Wien	41,9	52,2	63,7	62,0
Österreich	37,1	51,3	55,4	55,0
weiblich (altersstandardisiert2)				
Burgenland	6,5	5,4	2,3	5,3
Kärnten	20,9	23,8	23,6	22,6
Niederösterreich	6,6	15,2	16,4	18,3
Oberösterreich	13,4	21,7	18,8	15,5
Salzburg	8,1	11,1	11,2	15,8
Steiermark	8,7	8,8	8,9	10,7
Tirol	10,6	12,5	18,2	19,3
Vorarlberg	42,4	69,0	57,6	40,4
Wien	14,7	18,6	24,2	24,3
Österreich	12,5	18,0	18,7	18,5
männlich und weiblich (altersstandardisiert2)				
Burgenland	11,8	11,5	10,7	7,9
Kärnten	34,9	43,1	38,1	39,9
Niederösterreich	18,2	31,0	33,8	35,9
Oberösterreich	30,9	43,9	46,0	45,0
Salzburg	11,5	18,6	19,2	24,7
Steiermark	17,3	18,9	20,2	19,9
Tirol	12,7	20,8	26,6	27,6
Vorarlberg	81,5	125,7	110,3	91,6
Wien	28,3	35,4	43,9	43,2
Österreich	24,8	34,7	37,0	36,7

1) MEL (Medizinische Einzelleistungen): *Einführung mit 1997*
 7316 (Alkoholentwöhnungsbehandlung)
 7321 (Drogenentwöhnungsbehandlung)

2) Standardbevölkerung = Europabevölkerung

Quelle: Statistik Austria - Volkszählungen 1991 und 2001; BMSG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 1997-2000; ÖBIG-eigene Berechnungen

Tab. 6.1.1: Vorhaltung und Frequentierung von Kapazitäten sowie Kosten im spitalsambulanten und niedergelassenen §2-Kassenbereich nach Fachrichtungen 2000

Vorarlberg (Einwohner: 351.570)		AM	IM	CH	UC	OR	GGH	AU	HNO	URO	ZMK ¹⁾	KI	PSY	NEU	RAD ²⁾	SON	Summe
Untersuchungs-/ Behandlungsplätze	Fonds-Krankenanstalten	0	40	16	18	1	19	10	7	3	1	2	26	0	40	145	328
Ambulante Fälle	Fonds-Krankenanstalten	0	14.348	26.688	27.189	1.586	6.350	6.994	4.297	1.599	2.137	3.027	1.631	0	11.409	34.727	141.982
Frequenz ambulanter Patienten	Fonds-Krankenanstalten	0	37.586	57.935	100.747	3.540	16.088	15.827	14.490	4.338	6.525	7.730	12.087	0	86.884	151.998	515.775
Ärzte ³⁾ in ambulanten Bereichen (VZÄ)	Fonds-Krankenanstalten	0	15	7	7	1	5	5	9	2	1	1	4	0	16	101	174
Anderes Personal ⁴⁾ in amb. Bereichen (VZÄ)	Fonds-Krankenanstalten	0	46	20	31	0	25	11	17	3	1	2	25	0	60	323	565
Endkosten, in Mio. €	Fonds-Krankenanstalten	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	Niedergel. Bereich	153	29	1	2	11	19	17	9	6	0	15	10	5	7	11	295
Krankenscheine / niedergel. §2-Kassenarzt	Niedergel. Bereich	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 €)	Niedergel. Bereich	166	178	187	57	199	205	159	165	190	0	176	159	159	501	0	187
Österreich (Einwohner: 8.065.465)		AM	IM	CH	UC	OR	GGH	AU	HNO	URO	ZMK¹⁾	KI	PSY	NEU	RAD²⁾	SON	Summe
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	Fonds-Krankenanstalten	0	601.727	657.681	813.275	150.813	267.987	264.202	209.961	117.587	135.003	242.642	66.718	112.478	497.939	1.000.316	5.138.329
Frequenz ambulanter Patienten	Fonds-Krankenanstalten	0	1.764.355	1.454.201	2.457.063	318.443	685.814	556.990	457.443	248.086	358.793	624.511	326.709	243.471	2.226.993	3.466.024	15.188.896
Ärzte ³⁾ in ambulanten Bereichen (VZÄ)	Fonds-Krankenanstalten	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)	Fonds-Krankenanstalten	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. €	Fonds-Krankenanstalten	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	Niedergel. Bereich	3.918	417	123	27	206	423	319	210	149	2.419	276	93	105	212	416	9.313
Krankenscheine / niedergel. §2-Kassenarzt	Niedergel. Bereich	3.924	2.512	1.598	1.403	3.741	4.265	5.400	3.544	3.428	0	3.431	2.157	2.157	8.167	0	4.285
Aufwendungen / ng. §2-Kassenarzt (1.000 €)	Niedergel. Bereich	150	200	115	115	237	166	202	160	189	0	148	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

* = fehlende Werte

IM = Innere Medizin

AU = Augenheilkunde

KI = Kinderheilkunde

CH = Chirurgie

HNO = Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

PSY = Psychiatrie

UC = Unfallchirurgie

URO = Urologie

NEU = Neurologie

OR = Orthopädie und orthopädische Chirurgie

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

RAD = Radiologie

SON = Sonstige

Tab. 6.1.2: 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	KI	PSY	NEU	RAD ¹⁾	SON	Summe
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	32	99	404
Frequenz ambulanter Patienten		0	107	165	287	10	46	45	41	12	19	22	34	0	247	432	1.467
Ärzte 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 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
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	75	82	101	19	33	33	26	15	17	30	8	14	62	124	637
Frequenz ambulanter Patienten		0	219	180	305	39	85	69	57	31	44	77	41	30	276	430	1.883
Ärzte 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 in amb. Bereichen (VZÄ)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
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 Bereich der Fonds-Krankenanstalten inklusive therapeutischer Leistungsbereiche (Strahlentherapie, Nuklearmedizinische Therapie), im Bereich der niedergelassenen Ärzte exklusive therapeutischer Leistungsbereiche

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

KS = Krankenscheine (Behandlungsscheine)

AM = Allgemeinmedizin

IM = Innere Medizin

CH = Chirurgie

UC = Unfallchirurgie

OR = Orthopädie und orthopädische Chirurgie

GGH = Gynäkologie und Geburtshilfe

AU = Augenheilkunde

HNO = Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

URO = Urologie

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

KI = Kinderheilkunde

PSY = Psychiatrie

NEU = Neurologie

RAD = Radiologie

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. 6.1.3: 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
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
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
Anderes Personal	958,6	80,3	1.369,6	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	5.559,2

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 = Intensivstationen

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. 6.1.4: Kapazitäten der stationären Alten- und Langzeitversorgung 1999

Region	Anzahl der ...				Plätze pro 1.000 Einwohner über 64 Jahre			
	Wohnplätze	Pflegeplätze	Wohn- pflegeplätze	Insgesamt	Wohnplätze	Pflegeplätze	Wohn- pflegeplätze	Insgesamt
Burgenland	291	897	163	1.351	5,8	17,9	3,3	26,9
Kärnten	1.163	1.683	610	3.456	12,8	18,5	6,7	37,9
Niederösterreich	3.469	6.247	1.188	10.904	14,0	25,1	4,8	43,9
Oberösterreich	3.537	4.471	2.795	10.803	17,3	21,9	13,7	52,8
Salzburg	1.971	1.285	1.738	4.994	28,2	18,4	24,9	71,4
Steiermark	1.696	3.331	1.922	6.949	8,6	17,0	9,8	35,4
Tirol	1.558	3.437	0	4.995	17,3	38,0	0,0	55,3
Vorarlberg	651	815	558	2.024	14,9	18,7	12,8	46,4
Wien	9.753	8.883	1.031	19.667	39,0	35,5	4,1	78,6
Österreich	24.089	31.049	10.005	65.143	19,4	24,9	8,0	52,3

Quelle: BMSG; Ämter der Landesregierungen; Statistik Austria; ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle 6.3.1: Endkosten der Fondskrankenanstalten 1997-2000

Region	Endkosten der Fondskrankenanstalten 2000							
	in Mio. €				Index, 1997 = 100			
	1997	1998	1999	2000	1997	1998	1999	2000
Burgenland	117	121	129	132	100	103	110	112
Kärnten	456	479	499	508	100	105	109	111
Niederösterreich	835	862	893	936	100	103	107	112
Oberösterreich	939	983	1.022	1.069	100	105	109	114
Salzburg	377	391	406	432	100	104	108	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	2.182	2.226	2.309	2.373	100	102	106	109
Österreich	6.476	6.680	6.935	7.240	100	103	107	112
	Stationäre Endkosten der Fondskrankenanstalten 2000				Ambulante Endkosten der Fondskrankenanstalten 2000			
	pro stationären Fall		pro Belagstag		pro ambulanten Fall			
	in €	Index, 1997=100	in €	Index, 1997=100	in €		Index, 1997=100	
Burgenland	1.718	106	338	121	151		108	
Kärnten	2.259	98	357	112	172		105	
Niederösterreich	1.873	97	343	118	112		108	
Oberösterreich	1.974	101	340	114	128		105	
Salzburg	2.155	100	372	118	108		99	
Steiermark	2.444	110	362	124	181		106	
Tirol	1.927	96	368	109	153		107	
Vorarlberg	2.082	104	359	112	163		109	
Wien	3.029	101	500	114	251		104	
Österreich	2.282	101	387	115	167		104	

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

Tabelle 6.3.2: Personalkosten der Fondskrankenanstalten 1997-2000

Region	Personalkosten der Fondskrankenanstalten 2000							
	in Mio. €				Index, 1997 = 100			
	1997	1998	1999	2000	1997	1998	1999	2000
Burgenland	78	79	83	85	100	102	106	109
Kärnten	286	296	311	315	100	104	109	110
Niederösterreich	510	532	554	572	100	104	109	112
Oberösterreich	549	574	602	623	100	105	110	114
Salzburg	230	236	246	255	100	103	107	111
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	1.056	1.078	1.139	1.141	100	102	108	108
Österreich	3.720	3.831	4.034	4.131	100	103	108	111
	Stationäre Personalkosten der Fondskrankenanstalten 2000				Ambulante Personalkosten der Fondskrankenanstalten 2000			
	pro stationären Fall		pro Belagstag		pro ambulanten Fall			
	in €	Index, 1997=100	in €	Index, 1997=100	in €	Index, 1997=100		
Burgenland	682	102	134	116	137	113		
Kärnten	864	96	137	109	153	107		
Niederösterreich	665	96	122	115	105	106		
Oberösterreich	617	96	106	108	134	110		
Salzburg	763	93	132	109	117	101		
Steiermark	907	105	134	120	150	109		
Tirol	752	94	144	106	130	91		
Vorarlberg	842	102	145	111	105	112		
Wien	913	98	151	111	140	102		
Österreich	781	98	132	112	131	104		

Anm.: Als Personalkosten werden in der Kostenstellenstatistik nur die im Primärkostenbereich erfassten Personalkosten ausgewiesen, das heißt ohne der im Zuge der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung hinzugerechneten bzw. abgezogenen Personalkosten. Eine detaillierte über den Bundesländervergleich hinausgehende Betrachtung erscheint daher nicht sinnvoll.

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

Tab. 6.3.3: Abgerechnete Beträge der §2-Kassen für niedergelassene Ärzte 1991-2000 - Index

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	Index, 1991=100									
	Abgerechnete Beträge der §2-Kassen für niedergelassene Praktische Ärzte									
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
Salzburg	100	109	125	132	140	141	143	152	159	157
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)									
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
Salzburg	100	113	127	142	150	155	155	169	177	181
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)									
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
Salzburg	100	111	126	137	145	148	149	161	168	169
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. 6.3.4: Ausgaben*) der sozialen Krankenversicherungsträger für Heilmittel und Heilbehelfe-Hilfsmittel 1991-2000

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	Index, 1991 = 100									
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
Salzburg	100	113	127	138	144	152	156	176	198	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

Schätzmethode: Da für die Bundesländerebene keine Daten zur Verfügung standen mussten die Ausgaben nach folgender Methode geschätzt werden.

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

¹⁾Ostregion: Wien, Niederösterreich, Burgenland

Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; ÖBIG-eigene Berechnungen

Tab. 6.3.5: Ausgaben*) für Gesundheitsvorsorge und -förderung 1996

	Vorarlberg					Österreich		
	insgesamt	pro Einwohner		Anteile		insgesamt	pro Einwohner	Anteile
	in Mio. €	in €	Index Ö = 100	in %	Index Ö = 100	in Mio. €	in €	in %
MITTELAUFBRINGUNG								
Bund	2,8	8	100	7	92	66,0	8	8
Land	11,5	33	587	29,3	543	45,8	6	5
Gemeinden	0,6	2	100	1,5	92	13,5	2	2
Sozialversicherung	24,4	70	79	62	73	721,8	89	85
Insgesamt	39,4	114	108	100	100	847,1	105	100
Transfers	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	41,7	5	5
Insgesamt (um Transfers bereinigt)	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	805,4	100	95
MITTELVERWENDUNG								
Primärprävention	5,2	15	190	13	176	63,3	8	7
Sekundärprävention	10,4	30	153	26	141	158,4	20	19
Tertiärprävention	15,8	45	83	40	77	442,4	55	52
Gesundheitsförderung	0,6	2	148	1	137	9,0	1	1
nicht aufteilbar	7,5	22	100	19	92	174,1	22	21
Insgesamt	39,4	114	108	100	100	847,1	105	100

*) Schätzwerte aufgrund von ÖBIG-Erhebungen

n. v. = nicht verfügbar

Quellen: 83 Sektionen aller österreichischen Bundesministerien, 9 Bundesländer, ÖBIG-Erhebungen in den "Gesunden Städten" des Netzwerkes "Gesunde Städte und Gemeinden Österreichs", ÖBIG-Erhebungen in 384 Gemeinden (entspricht einer repräsentativen Stichprobe), Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, ÖBIG-Berechnungen

Tab. 6.4.1: Berufstätige Ärzte nach ausgewählten Fachrichtungen und Ärztedichte nach Bundesländern 2000

Bundesland (Einw.)	Daten	AM	AN	AU	CH	DER	GGH	HNO	IM	KI	NC	NEU	OR	PAT	PCH	PSY	PUL	RAD	STR	UC	URO	ZMK	insg.
Burgenland	Ärzte	323	34	13	25	8	37	13	61	22	0	10	16	3	1	9	5	16	0	21	12	82	711
279292	Ärzte/1.000 Einw.	1,16	0,12	0,05	0,09	0,03	0,13	0,05	0,22	0,08	0,00	0,04	0,06	0,01	0,00	0,03	0,02	0,06	0,00	0,08	0,04	0,29	2,55
Kärnten	Ärzte	732	115	37	73	26	84	23	161	57	9	31	36	15	4	32	19	62	5	72	16	235	1844
563037	Ärzte/1.000 Einw.	1,30	0,20	0,07	0,13	0,05	0,15	0,04	0,29	0,10	0,02	0,06	0,06	0,03	0,01	0,06	0,03	0,11	0,01	0,13	0,03	0,42	3,28
Niederösterreich	Ärzte	2064	251	101	201	80	218	84	383	138	6	65	106	38	8	107	45	139	7	124	70	597	4832
1550266	Ärzte/1.000 Einw.	1,33	0,16	0,07	0,13	0,05	0,14	0,05	0,25	0,09	0,00	0,04	0,07	0,02	0,01	0,07	0,03	0,09	0,00	0,08	0,05	0,39	3,12
Oberösterreich	Ärzte	1698	213	86	131	50	168	59	268	92	12	59	67	29	5	64	45	113	3	128	57	490	3837
1384028	Ärzte/1.000 Einw.	1,23	0,15	0,06	0,09	0,04	0,12	0,04	0,19	0,07	0,01	0,04	0,05	0,02	0,00	0,05	0,03	0,08	0,00	0,09	0,04	0,35	2,77
Salzburg	Ärzte	696	94	39	87	31	80	27	147	55	13	36	33	11	7	35	16	49	4	59	21	257	1797
516300	Ärzte/1.000 Einw.	1,35	0,18	0,08	0,17	0,06	0,15	0,05	0,28	0,11	0,03	0,07	0,06	0,02	0,01	0,07	0,03	0,09	0,01	0,11	0,04	0,50	3,48
Steiermark	Ärzte	1682	206	82	199	67	167	60	410	131	15	96	53	31	8	91	50	101	11	75	47	528	4110
1192793	Ärzte/1.000 Einw.	1,41	0,17	0,07	0,17	0,06	0,14	0,05	0,34	0,11	0,01	0,08	0,04	0,03	0,01	0,08	0,04	0,08	0,01	0,06	0,04	0,44	3,45
Tirol	Ärzte	680	149	52	127	39	99	51	209	81	16	58	43	17	18	88	24	69	9	76	38	359	2302
673998	Ärzte/1.000 Einw.	1,01	0,22	0,08	0,19	0,06	0,15	0,08	0,31	0,12	0,02	0,09	0,06	0,03	0,03	0,13	0,04	0,10	0,01	0,11	0,06	0,53	3,42
Vorarlberg	Ärzte	306	64	22	29	10	49	15	75	38	4	13	22	6	2	44	6	26	2	31	15	145	924
350450	Ärzte/1.000 Einw.	0,87	0,18	0,06	0,08	0,03	0,14	0,04	0,21	0,11	0,01	0,04	0,06	0,02	0,01	0,13	0,02	0,07	0,01	0,09	0,04	0,41	2,64
Wien	Ärzte	2609	469	202	310	190	350	147	929	319	40	204	196	99	35	349	112	302	25	164	119	1117	8287
1563545	Ärzte/1.000 Einw.	1,67	0,30	0,13	0,20	0,12	0,22	0,09	0,59	0,20	0,03	0,13	0,13	0,06	0,02	0,22	0,07	0,19	0,02	0,10	0,08	0,71	5,30
Österreich	Ärzte	10790	1595	634	1182	501	1252	479	2643	933	115	572	572	249	88	819	322	877	66	750	395	3810	28644
8073709	Ärzte/1.000 Einw.	1,34	0,20	0,08	0,15	0,06	0,16	0,06	0,33	0,12	0,01	0,07	0,07	0,03	0,01	0,10	0,04	0,11	0,01	0,09	0,05	0,47	3,55

Quellen: ÖÄK - Österreichische Ärzteliste; ST.AT - Volkszählungen 1991 und 2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Tab. 6.4.2: Apotheken und Pharmazeuten 2000

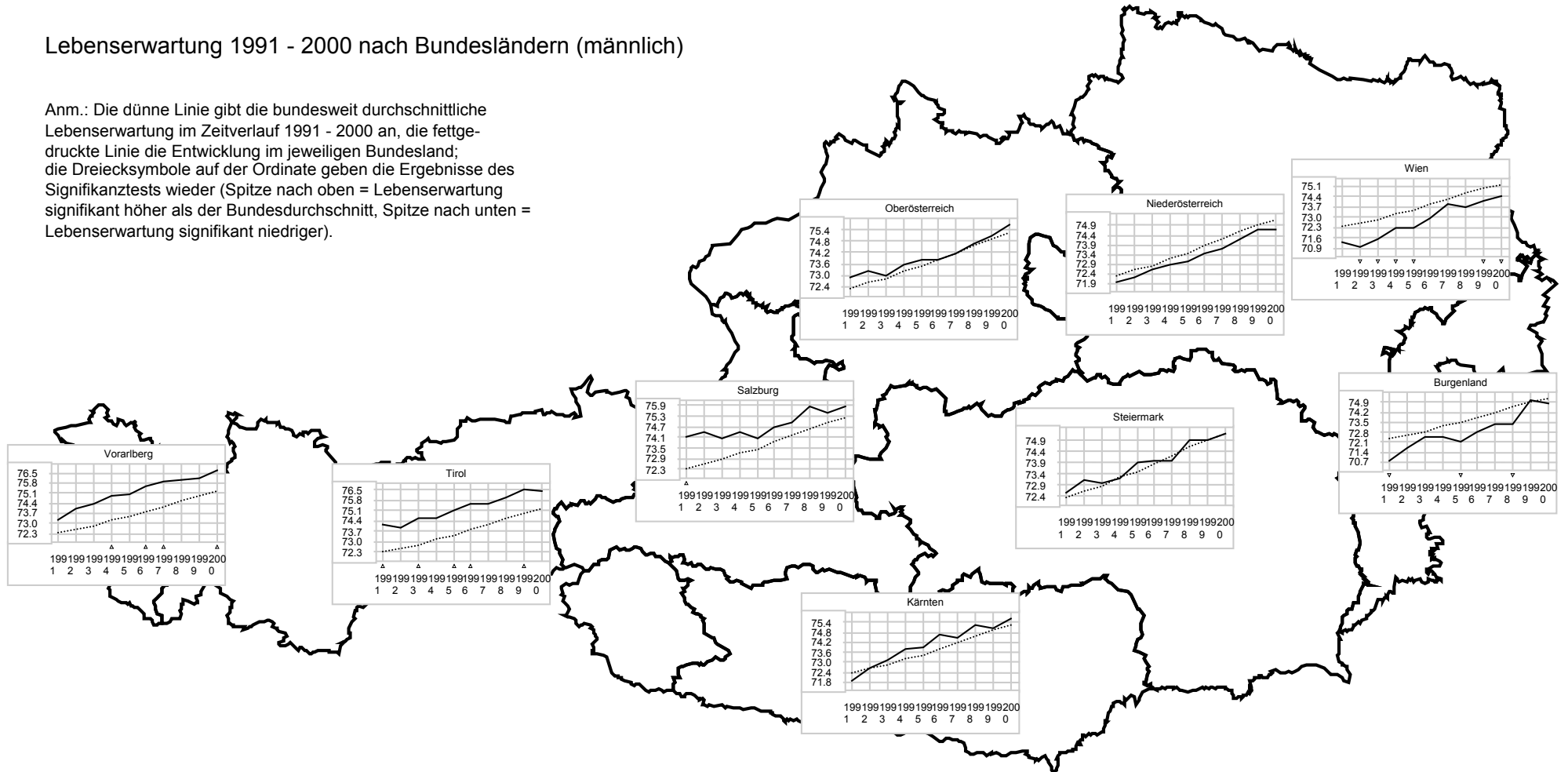
Region	Anzahl der			Anzahl der Einwohner pro		
	A. ö. Apotheken ¹⁾	Hausapotheken	Pharmazeuten	A. ö. Apotheke	Hausapotheke	Pharmazeut
Bludenz	7	10	24	8.655	6.059	2.524
Bregenz	15	14	43	8.091	8.669	2.823
Dornbirn	11	0	36	6.905	-	2.110
Feldkirch	13	3	46	7.205	31.220	2.036
Vorarlberg	46	27	149	7.643	13.021	2.360
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
Salzburg	73	49	279	7.104	10.583	1.859
Steiermark	166	206	692	7.147	5.759	1.714
Tirol	105	82	394	6.554	8.233	1.713
Wien	298	0	1.504	5.243	-	1.039
Österreich	1.182	986	4.736	6.824	8.180	1.703

¹⁾ ohne Anstaltsapotheken

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



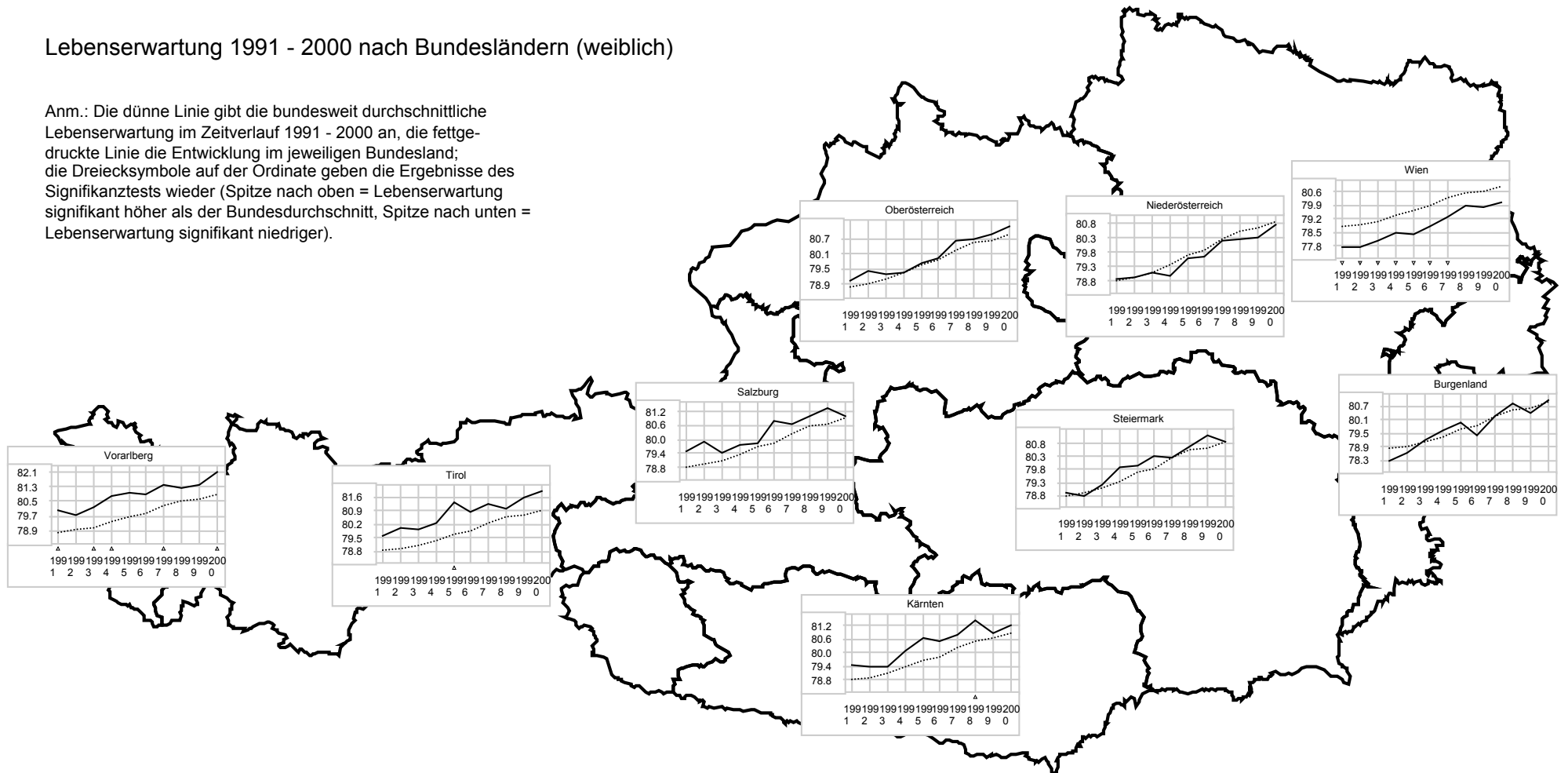
Maßstab 1 : 2 500 000

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

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

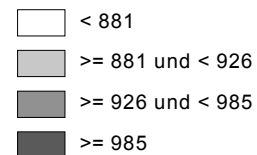


Maßstab 1 : 2 500 000

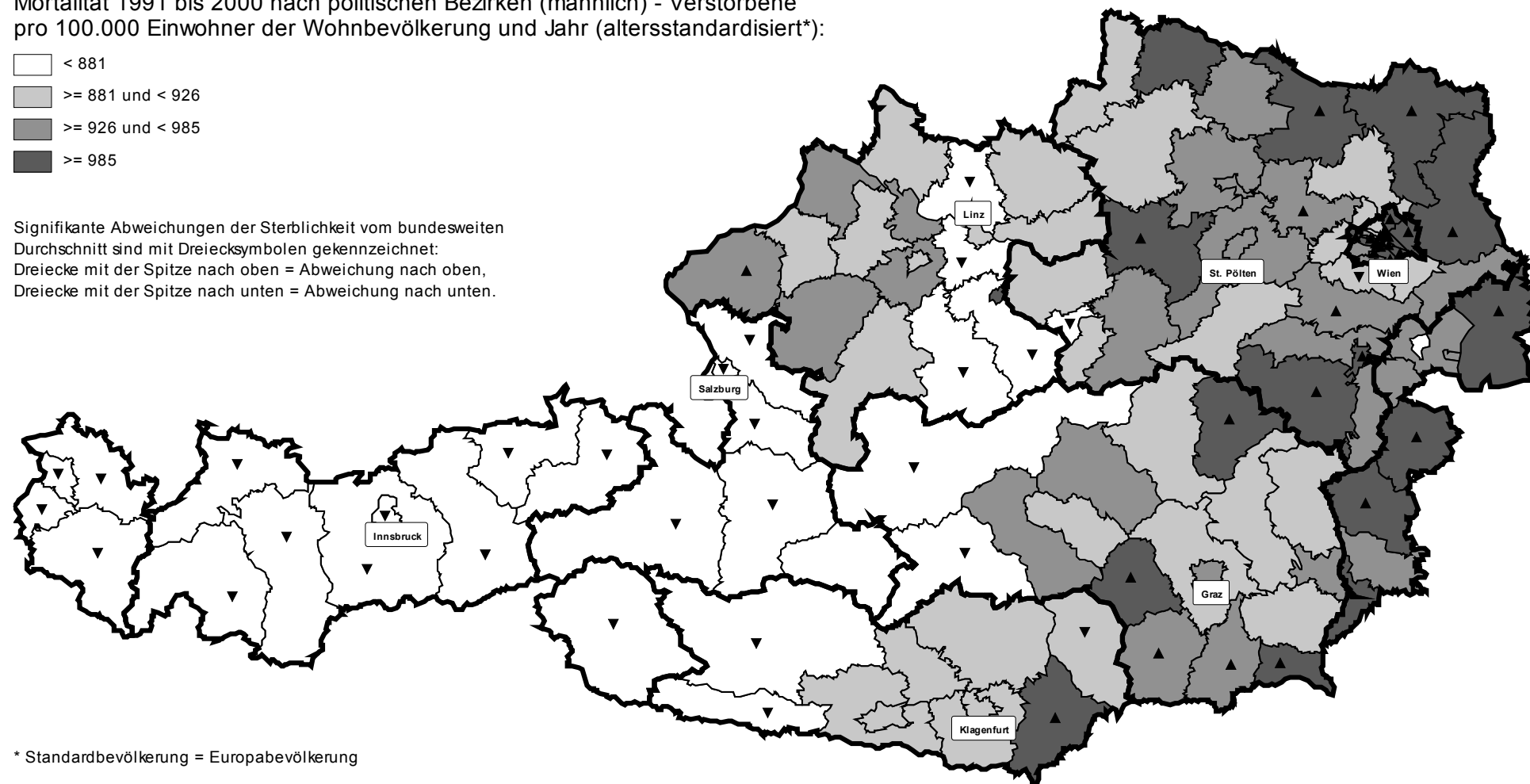
Quellen: ST.AT - Todesursachenstatistik 1991 - 2000, Volkszählungen 1991 und 2001;
ÖBIG-eigene Berechnungen

Vorarlberger Gesundheitsbericht 2002

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



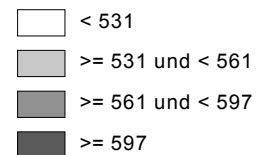
Signifikante Abweichungen der Sterblichkeit vom bundesweiten Durchschnitt sind mit Dreiecksymbolen gekennzeichnet:
Dreiecke mit der Spitze nach oben = Abweichung nach oben,
Dreiecke mit der Spitze nach unten = Abweichung nach unten.



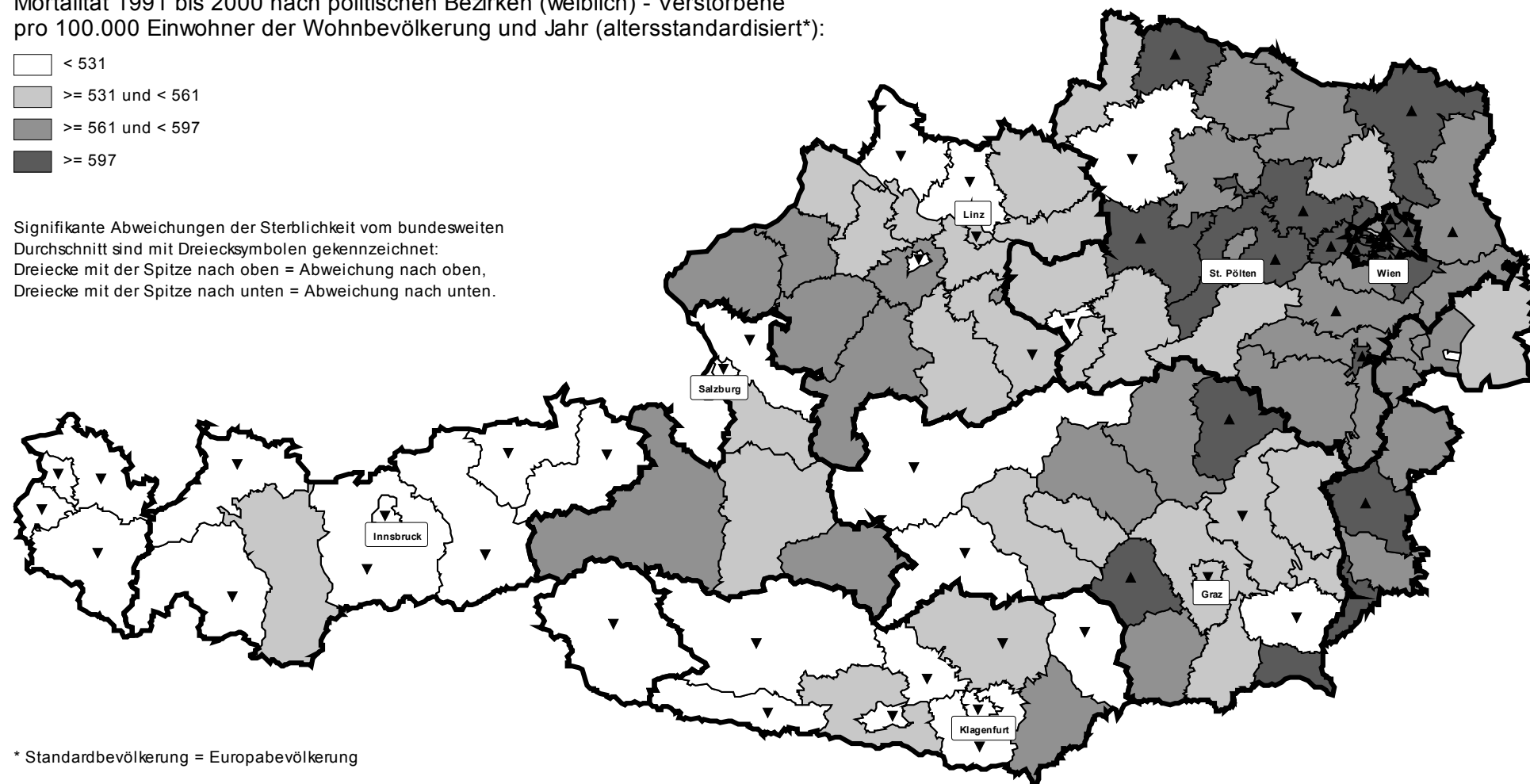
Quellen: ST.AT - Todesursachenstatistik 1991 bis 2000, Volkszählungen 1991 und 2001;
ÖBIG-eigene Berechnungen.

Vorarlberger Gesundheitsbericht 2002

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



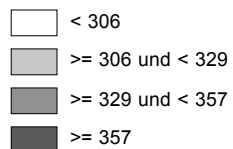
Signifikante Abweichungen der Sterblichkeit vom bundesweiten Durchschnitt sind mit Dreiecksymbolen gekennzeichnet:
Dreiecke mit der Spitze nach oben = Abweichung nach oben,
Dreiecke mit der Spitze nach unten = Abweichung nach unten.



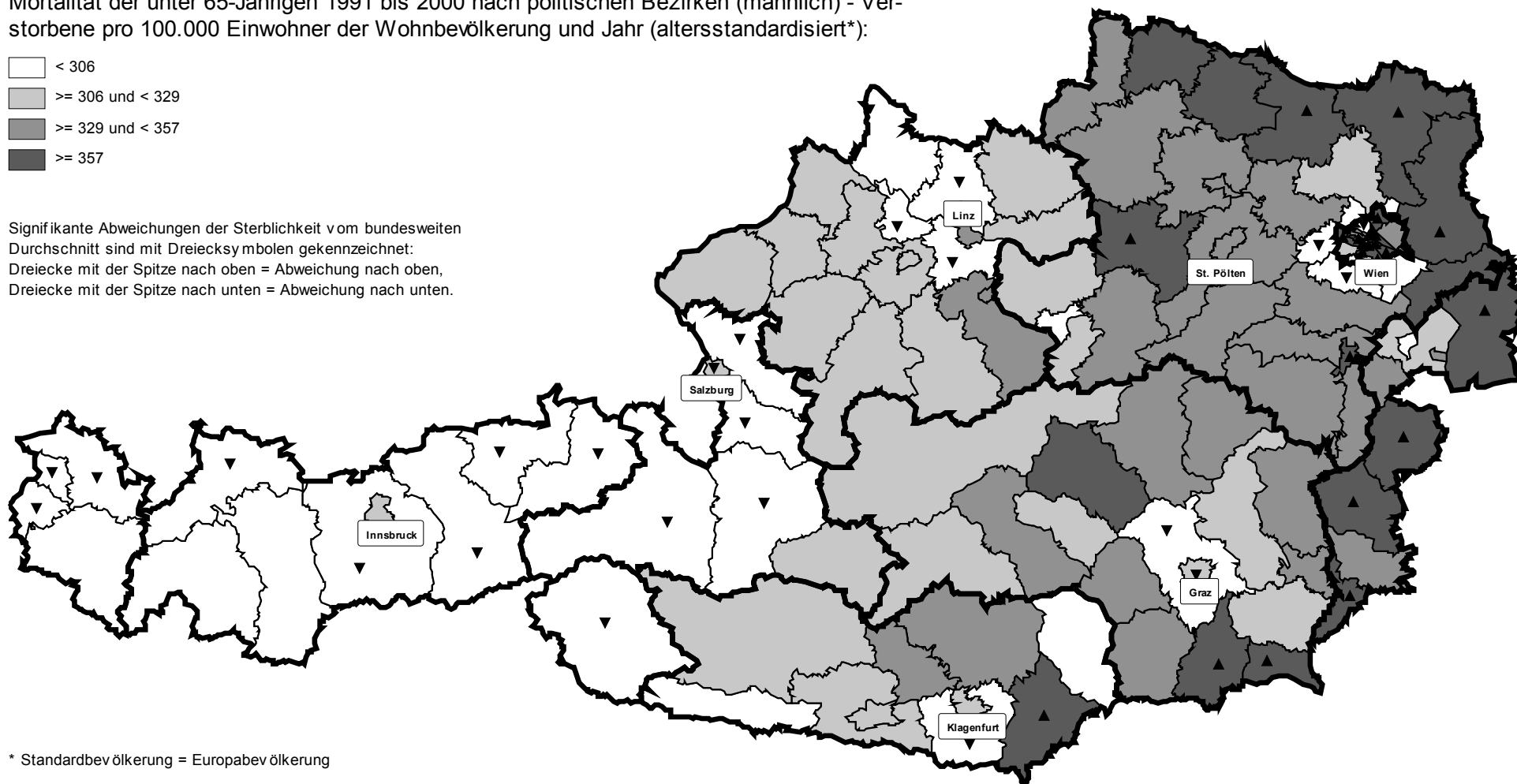
Quellen: ST.AT - Todesursachenstatistik 1991 bis 2000, Volkszählungen 1991 und 2001;
ÖBIG-eigene Berechnungen.

Vorarlberger 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 Dreieckssymbolen gekennzeichnet:
Dreiecke mit der Spitze nach oben = Abweichung nach oben,
Dreiecke mit der Spitze nach unten = Abweichung nach unten.

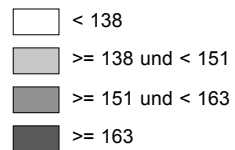


* Standardbevölkerung = Europabevölkerung

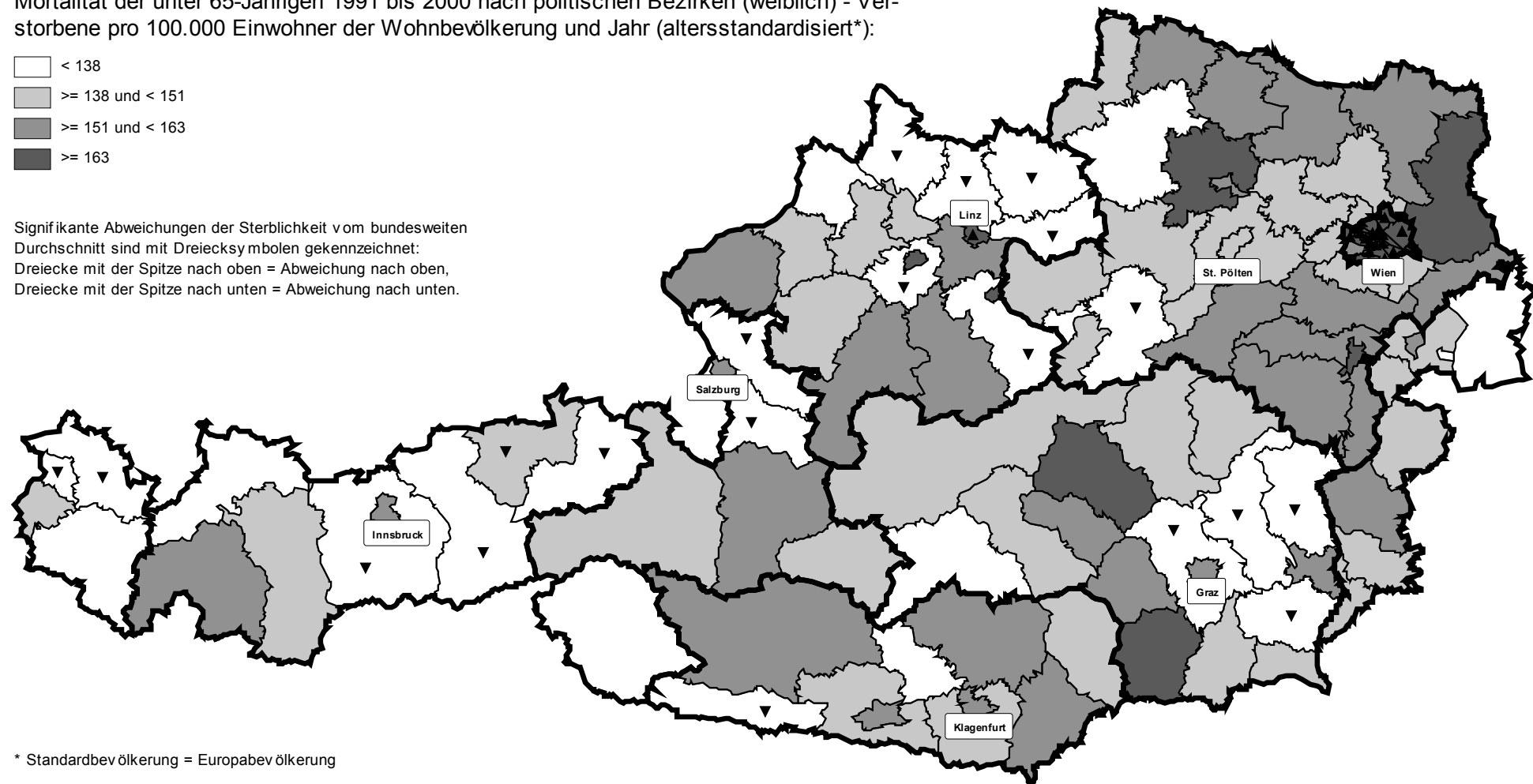
Quellen: ST.AT - Todesursachenstatistik 1991 bis 2000, Volkszählungen 1991 und 2001;
ÖBIG-eigene Berechnungen.

Vorarlberger 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 Dreieckssymbolen 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 bis 2000, Volkszählungen 1991 und 2001;
ÖBIG-eigene Berechnungen.