

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen

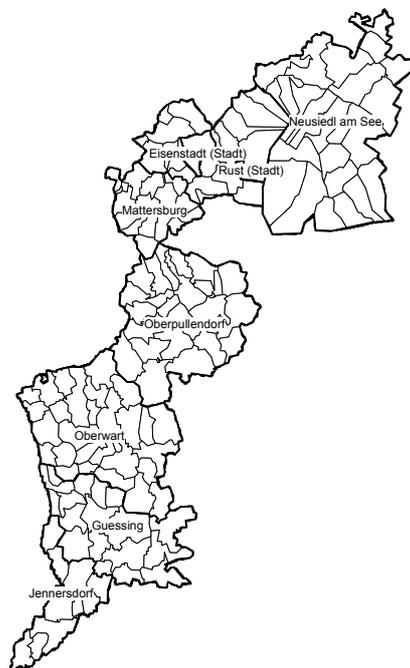


## Burgenländischer Gesundheitsbericht 2002

Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der burgenländischen Bevölkerung

Inanspruchnahme und Leistungen des burgenländischen Gesundheitssystems

Berichtszeitraum 1991-2000



Eisenstadt, März 2003

Im Auftrag der Burgenländischen Landesregierung



Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen



## **Burgenländischer Gesundheitsbericht 2002**

**Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Burgenländischen Bevölkerung**

**Inanspruchnahme und Leistungen des Burgenländischen Gesundheitssystems**

Berichtszeitraum 1991-2000

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

Projektkoordination  
Anton Hlava

Eisenstadt, März 2003

Im Auftrag der Burgenländischen Landesregierung

ISBN 3-85159-050-3

Zl. 42451/2002

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

Eigentümer und Herausgeber: Amt der Burgenländischen Landesregierung, Abteilung 6 - Hauptreferat Gesundheit, Familie und Sport: 7001 Eisenstadt, Europaplatz 1. Für den Inhalt verantwortlich: ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen): 1010 Wien, Stubenring 6

# Vorwort



Die Burgenländische Landesregierung beauftragte das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen mit der Ausarbeitung eines Burgenländischen Gesundheitsberichts. Der nun vorliegende Gesundheitsbericht 2002 ist eine fundierte Grundlage für gesundheitspolitische Maßnahmen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung.

Beschrieben werden die gesundheitliche Lage der burgenländischen Bevölkerung sowie die wichtigsten Merkmale des Gesundheitssystems im Burgenland. Inhaltlich finden sich Themenbereiche wie demographische Entwicklung, Lebenserwartung, Sterblichkeit, Erkrankungshäufigkeit, gesundheitliche Einflussfaktoren sowie Gesundheitsvorsorge und Einrichtungen des Gesundheitswesens. Als primäre Datenquellen dienten die routinemäßigen amtlichen Statistiken. Durch Vergleiche der Daten lassen sich sowohl positive als auch negative Trends im Gesundheitszustand der Burgenländerinnen und Burgenländer erkennen.

Der Gesundheitsbericht dient zur Weiterentwicklung des burgenländischen Gesundheitsversorgungssystems ebenso wie der Identifikation bestehender gesundheitlicher Problemfelder. Angesichts der Erwartungen an unser Gesundheitssystem kommen Fragen der mittel- und langfristigen Planung in Zukunft ganz besondere Bedeutung zu. Die Gesundheitsplanung soll sich kontinuierlich an die neuen Gegebenheiten und Bedürfnisse der Menschen, die schließlich im Mittelpunkt einer zukunftsorientierten Gesundheitspolitik stehen, anpassen.

Das Burgenland hat in den letzten Jahren durch eine aktive, engagierte Gesundheitspolitik große Fortschritte im Ausbau des medizinischen Leistungs- und Betreuungsangebotes quantitativ und qualitativ zu verzeichnen. Qualitätssicherung, Abstimmung und Vernetzung, aber auch die Sicherstellung der Finanzierung dieses Leistungsangebots und die Bestandssicherung für burgenländische Krankenhäuser stehen im Vordergrund der gesundheitspolitischen Zielsetzung im Burgenland.

Erfolgreiche Gesundheitspolitik bedeutet letztendlich auch Chancengleichheit und soziale Gerechtigkeit zu ermöglichen sowie Patientenrechte zu wahren.

A handwritten signature in blue ink that reads "Dr. Peter Rezar". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

Dr. Peter Rezar  
Landesrat für Gesundheit, Soziales und Krankenanstalten



# Inhaltsverzeichnis

<b>1 Einleitung</b> .....	1
1.1 Ziele und Zielgruppen des Gesundheitsberichts 2002.....	1
1.2 Grundlagen der Rahmenbedingungen.....	1
<b>2. Soziodemographische Faktoren</b> .....	4
2.1 Bevölkerungsstruktur und -entwicklung.....	4
2.2 Sozialstruktur.....	6
2.3 Regionalwirtschaftliche Situation.....	7
2.4 Zusammenfassung.....	7
<b>3. Gesundheitszustand</b> .....	9
3.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit.....	9
3.2 Morbidität.....	15
3.3 Behinderungen.....	21
3.4 Gesundheitliche Selbsteinschätzung.....	23
3.5 Zusammenfassung und Maßnahmenempfehlungen.....	25
<b>4 Gesundheitliche Einflussfaktoren</b> .....	31
4.1 Somatische Basisdaten.....	31
4.2.Rauchen.....	32
4.3 Ernährung.....	33
4.4 Alkohol und Drogen.....	34
4.5 Sport und Bewegung.....	40
4.6 Gesundheitsvorsorge.....	40
4.7 Umwelt.....	44
4.8 Zusammenfassung und Maßnahmenempfehlungen.....	47
<b>5 Einrichtungen des Gesundheitswesens</b> .....	51
5.1 Gesundheitsvorsorge und -förderung.....	51
5.2 Ambulante Versorgung.....	54
5.3 Stationäre Versorgung.....	59
5.4 Medizinisch-technische Großgeräte.....	62
5.5 Öffentlicher Gesundheitsdienst.....	62
5.6 Gesundheitsausgaben.....	63
5.7 Zusammenfassung und Maßnahmenempfehlungen.....	67
<b>6 Zusammenfassung</b> .....	71
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	76
<b>Begriffsbestimmungen und Methoden</b> .....	81
<b>Bemerkungen zur Datenqualität</b> .....	86
<b>Verzeichnis der Tabellen im Anhang</b> .....	88
<b>Verzeichnis der Karten im Anhang</b> .....	91

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1.1:	Altersverteilung im Burgenland und in den Bundesländern 2001.....	5
Abbildung 2.1.2:	Altersstruktur im Burgenland und in Österreich im Vergleich zwischen 2001 und 2011 .....	6
Abbildung 3.1.1:	Fernere Lebenserwartung im Alter von 60 und 75 Jahren im Bundesland Burgenland nach Geschlecht im Zeitverlauf 1981-2000.....	10
Abbildung 3.1.2:	Sterbefälle im Burgenland nach Haupttodesursachen und Geschlecht im Zeitraum 1991-2000.....	12
Abbildung 3.1.3:	Sterblichkeit der unter 75-Jährigen im Burgenland nach Haupttodesursachen und Geschlecht im Zeitverlauf 1991-2000 .....	14
Abbildung 3.2.1:	Krankenhausmorbidity der Burgenländer nach Diagnosengruppen 2000 .....	17
Abbildung 3.4.1:	Gesundheitliche Selbsteinschätzung der burgenländischen Bevölkerung 1999 im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung .....	24
Abbildung 3.4.2:	Subjektiver Gesundheitszustand nach Bildungsschichten im Burgenland 1999....	25
Abbildung 4.2.1:	Rauchverhalten (täglicher Zigarettenkonsum) der burgenländischen Bevölkerung nach Altersgruppen 1991 und 1999.....	33
Abbildung 4.4.1:	Verbreitung problematischen Drogenkonsums in der EU 1996-1998 .....	35
Abbildung 4.4.2:	Potenziell alkoholassoziierte Sterblichkeit (altersstandardisiert, Kerndiagnosen) im Durchschnitt der Jahre 1998 bis 2000 nach Bundesländern und insgesamt.....	37
Abbildung 4.4.3:	Durch Alkohol verursachte Anteile an Verletzten und Toten in Prozent der im Straßenverkehr Verletzten bzw. Getöteten insgesamt 1998-2000 .....	38
Abbildung 4.6.1:	Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen im Burgenland und in Österreich 1991 bis 2000 .....	44
Abbildung 5.2.1:	Soziale Dienste anbietende Institutionen in den burgenländischen Bezirken im Jahr 2000: Anzahl und Dichte (Anzahl je 10.000 Einwohner im Alter von 65 Jahren und darüber).....	58
Abbildung 5.2.2:	Öffentliche Apotheken, ärztliche Hausapotheken und Versorgungsdichte in den burgenländischen Bezirken im Jahr 2000 .....	59
Abbildung 5.3.1:	Kapazitäten der Alten- und Langzeitversorgung in den burgenländischen Bez- irken 1999 im Vergleich zum Bundesland und zu Österreich .....	61
Abbildung 5.6.1:	Stationäre Endkosten und Personalkosten der Fonds-Krankenanstalten in € im Jahr 2000 pro Fall.....	65
Abbildung 5.6.2:	Ambulante Endkosten und Personalkosten der Fonds-Krankenanstalten in € im Jahr 2000 pro Fall.....	65
Übersicht 3.5.1:	Projektvorstellung: Vorsorgestrategien - koronare Herzerkrankungen.....	30
Übersicht 4.6.1:	An im Burgenland lebenden Kindern in den Jahren 2000 und 2001 durchge- führte Impfungen .....	41

## Abkürzungsverzeichnis

AMS	Arbeitsmarktservice
AN	Anästhesiologie und Intensivmedizin
AU	Augenheilkunde
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BAKS	Burgenländischer Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin
BGKK	Burgenländische Gebietskrankenkassa
BKK	Betriebskrankenkasse
BMSG	Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen
BTD	Belagstagedichte
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
CH	Chirurgie
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
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 <sup>th</sup> Revision)
IM	Innere Medizin
KA	Krankenanstalt
KAG	Krankenanstaltengesetz des Bundes
KCH	Kinderchirurgie
KfV	Kuratorium für Verkehrssicherheit
KHH	Krankenhaustätigkeit (inkl. Mehrfachaufnahmen)
KHM	Krankenhausmorbidity (exkl. Mehrfachaufnahmen)
KI	Kinder- und Jugendheilkunde
KJNP	Kinder- und Jugendneuropsychiatrie
KRAGES	Burgenländische Krankenanstalten GmbH
LAP	Leistungsangebotsplanung
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
LIT	Lithotripsie
LTX	Lebertransplantation
MEL	Medizinische Einzelleistung gemäß LKF
MKC	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
MR	Magnetresonanztomographie
NAW	Notarztwagen
NC	Neurochirurgie
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
NEO	Neonatologie
NET	Nierenersatztherapie
NEU	Neurologie
NTX	Nierentransplantation
NUTS	Nomenclature des unités territoriales statistiques (EU-konforme räumliche Gliederung)
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖKAP/GGP	Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan
ONK	Onkologie
OR	Orthopädie und orthopädische Chirurgie
ÖRK	Österreichisches Rotes Kreuz
PAL	Palliativmedizin

PCH	Plastische Chirurgie
PET	Positronenemissions-Computertomographie
PHM	Physikalische Medizin
PSO	Psychosomatik
PSY	Psychiatrie
PUL	Pulmologie
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
PVAng	Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten
PVArb	Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter
QS	Qualitätssicherung
RAD	Diagnostische Radiologie
RKT	Rettungs- und Krankentransportdienst
RTW	Rettungs- und Krankentransportwagen
RZ	Rehabilitationszentrum
SKA	Sonderkrankenanstalt
ST.AT	Statistik Austria
STR	Strahlentherapie-Radioonkologie
SU	Stroke Unit
SVA	Sozialversicherungsanstalt
SZT	Stammzelltransplantation
TK	Tagesklinik
UBG	Unterbringungsgesetz
UBP	Untersuchungs- und Behandlungsplätze
UC	Unfallchirurgie
UKH	Unfallkrankenhaus
URO	Urologie
VA	Versicherungsanstalt
WHO	Weltgesundheitsorganisation

# 1 Einleitung

## 1.1 Ziele und Zielgruppen des Gesundheitsberichts 2002

Der burgenländische Gesundheitsbericht 2002 beschreibt die gesundheitliche Lage der burgenländischen Landesbürger sowie die wichtigsten Merkmale des Gesundheitsversorgungssystems im Land. Die Inhalte des Berichts beziehen sich grundsätzlich auf den Zeitraum 1991 bis 2000 und auf die regionale Ebene der Bezirke bzw. der NUTS-III-Regionen, soweit entsprechende Daten vorliegen (siehe dazu auch Abschnitt Bemerkungen zu Daten und Datenqualität). Der Bericht wendet sich an mehrere **Zielgruppen**, und zwar

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

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

## 1.2 Grundlagen und Rahmenbedingungen

### *Rechtliche Grundlagen*

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

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

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

öffentlichen Gesundheit“ (1997-2001) ein **Aktionsprogramm** der Gemeinschaft für Gesundheitsberichterstattung beschlossen. Als **Maßnahmen** dieses Programms wurden folgende Ziele festgelegt:

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

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

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

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

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

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

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

Im Sinne von Art. 10 B-VG:

- Angelegenheit des Gewerbes und der Industrie (z. B. betrieblicher Umweltschutz);

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

Im Sinne von Art. 11 B-VG:

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

Im Sinne von Art. 12 B-VG:

- Pflanzenschutz;
- Arbeiter- und Angestelltenschutz.

Im Sinne von Art. 15 B-VG:

- Örtliche Sicherheitspolizei (einschließlich Lärmschutz);
- Bauwesen.

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

### *Datengrundlagen*

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

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

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

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

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

## 2 Soziodemographische Faktoren

### 2.1 Bevölkerungsstruktur und -entwicklung

Im Jahr 2001 lebten im Burgenland gemäß den zum Zeitpunkt der Berichterstellung vorliegenden vorläufigen Ergebnissen der Volkszählung 2001 **278.600 Menschen**, das sind 3,5 Prozent der österreichischen Gesamtbevölkerung. Demnach ist das Burgenland - gemessen an der Einwohnerzahl - das kleinste Bundesland, gefolgt von Vorarlberg und Salzburg. Die Aufteilung der Bevölkerung nach Geschlechtern ist mit 49 Prozent Männern und 51 Prozent Frauen ausgewogen und entspricht dem österreichischen Bundesdurchschnitt. Auf Bezirksebene weisen die Bezirke Güssing und Jennersdorf mit 49,5 bzw. 49,4 Prozent die höchsten Männeranteile auf und die Stadt Eisenstadt mit 47,1 Prozent den geringsten. Der Ausländeranteil ist mit 4,6 Prozent nur halb so groß wie österreichweit und damit der geringste von allen Bundesländern. Innerhalb des Burgenlandes liegt der Ausländeranteil nur in den nordburgenländischen Bezirken Eisenstadt-Stadt (6,7 %), Eisenstadt-Umgebung (5,5 %) und Mattersburg (6,6 %) über dem Landes-, aber noch unter dem Bundesdurchschnitt. Den geringsten Ausländeranteil weist der südburgenländische Bezirk Jennersdorf mit 2,7 Prozent auf.

Die **Altersstruktur** der burgenländischen Bevölkerung ist im Vergleich zum Bundesdurchschnitt - der in etwa dem EU-Durchschnitt entspricht - durch höhere Anteile älterer Menschen geprägt (vgl. nachstehende Abb. 2.1.1). Fast ein Viertel der Burgenländer ist 60 Jahre alt oder älter, während es österreichweit nur rund ein Fünftel ist. Im Bundesländervergleich weist das Burgenland damit den höchsten Seniorenanteil auf. Umgekehrt sind nur 15,2 Prozent der Burgenländer jünger als 15 Jahre alt, während es bundesweit 16,8 Prozent sind (vgl. Karte 2.1.1 im Kartenanhang). Ein geringerer Wert findet sich nur noch in Wien mit 14,7 Prozent. Differenziert nach Bezirken zeigt sich das gleiche Bild. In allen burgenländischen Bezirken ist der Anteil der 60- und über 60-Jährigen höher als im Bundesdurchschnitt und der Anteil der unter 15-Jährigen niedriger. Besonders stark ausgeprägt ist diese Struktur im mittelburgenländischen Bezirk Oberpullendorf, den beiden südburgenländischen Bezirken Güssing und Jennersdorf sowie in der Stadt Rust (vgl. Abb. 2.1.1 sowie Tab. 2.1.1 im Tabellenanhang).

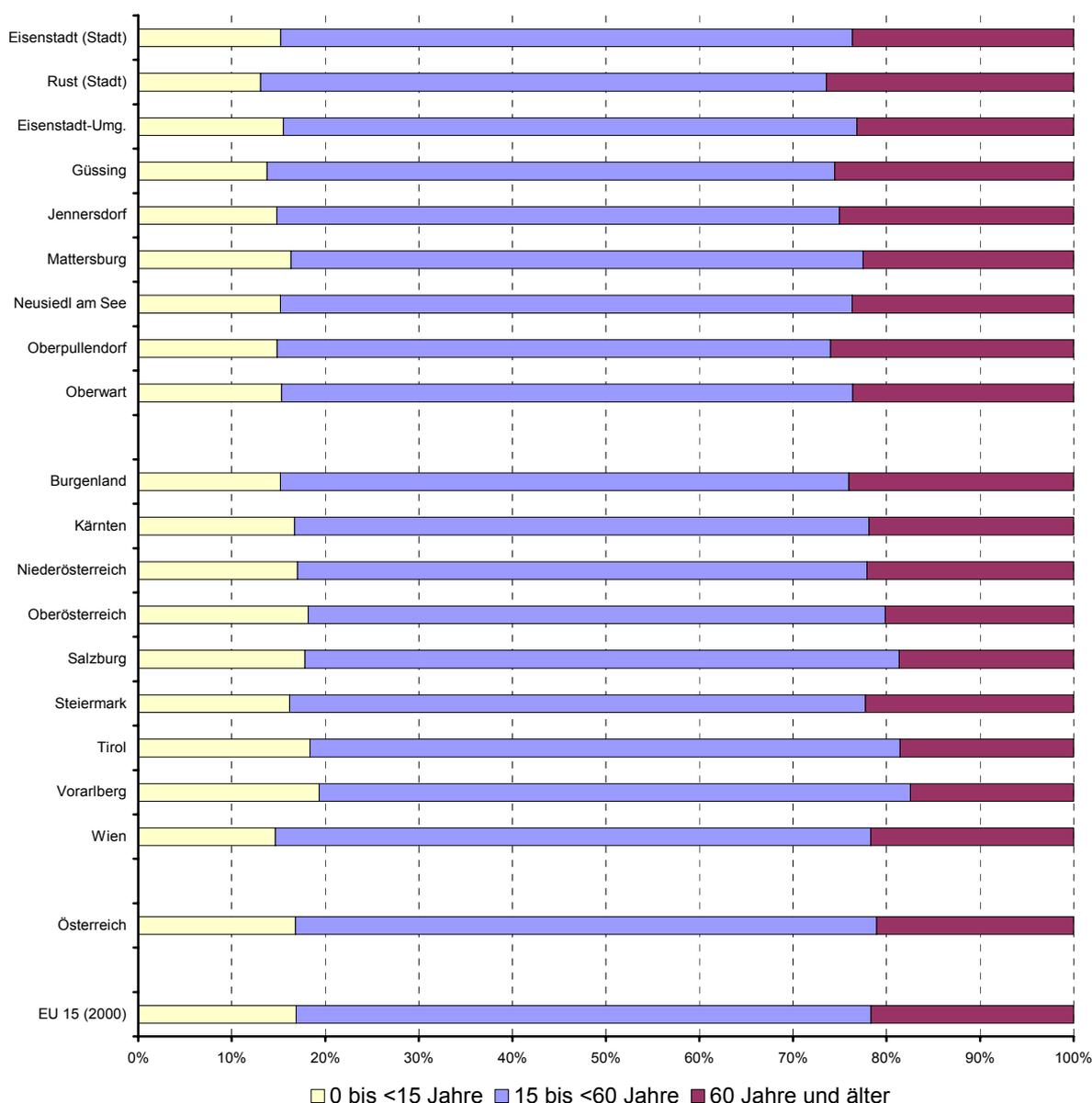
Zwischen 1991 und 2001 ist die Einwohnerzahl im Burgenland um 7.700 Personen oder 2,8 Prozent gestiegen (um 0,7 %-Punkte weniger als die Einwohnerzahl in Österreich insgesamt). Ein noch geringeres **Bevölkerungswachstum** verzeichneten die Bundesländer Steiermark (+ 0,1 %), Wien (+ 1,5 %) und Kärnten (+2,4 %). Die Zahl der Männer (+ 3,4 %) hat in den 1990er Jahren etwas stärker zugenommen als jene der Frauen (+ 2,4 %), was dem österreichweiten Trend entspricht. Die natürliche Bevölkerungsbewegung (Geburtenbilanz) verursachte im Burgenland einen Bevölkerungsrückgang um 2,2 Prozent (Österreich + 0,9 %), der jedoch durch das durch Wanderungen (Wanderungsbilanz) ausgelöste Bevölkerungswachstum von plus 5,1 Prozent überkompensiert wurde. Regional differenziert zeigt sich, dass die Bevölkerungszahl ausschließlich in den Bezirken des Nordburgenlandes gestiegen ist - insbesondere in Eisenstadt mit 10,1 Prozent und Eisenstadt-Umgebung mit 7,6 Prozent. Die Bezirke des Mittel- und Südburgenlandes verzeichneten hingegen ausschließlich Bevölkerungsrückgänge von bis zu zwei Prozent (vgl. Tab. 2.1.2 im Tabellenanhang).

Der **Anteil älterer Personen** stieg im Burgenland stärker als in Österreich insgesamt, wodurch sich die Altersstruktur im Burgenland in den 1990er Jahren im Vergleich zu jener Gesamtösterreichs noch deutlicher in Richtung älterer Bevölkerungsgruppen verschoben hat. Während die Zahl der unter 15-Jährigen im Burgenland um 8,7 Prozent zurückgegangen ist,

stagnierte sie im Bundesdurchschnitt. Die Zahl der 60- und über 60-Jährigen stieg mit elf Prozent hingegen (Österreich: 8,4 %) überdurchschnittlich (vgl. Tab. 2.1.2).

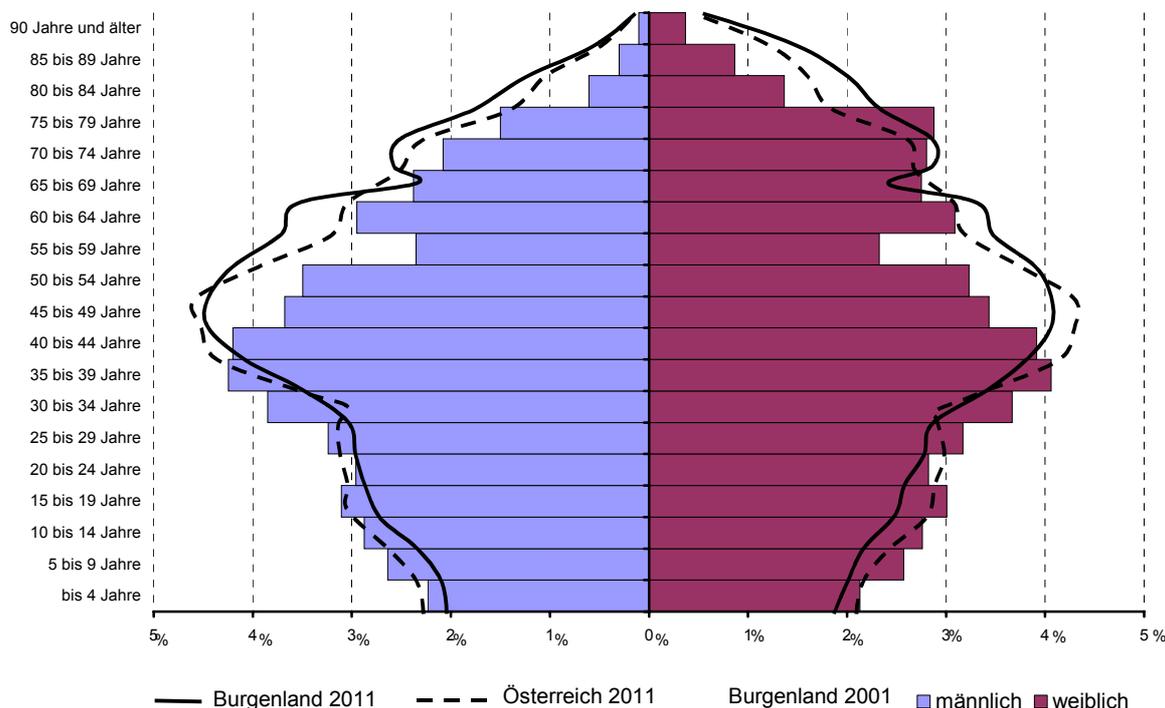
Die **Geburtenziffer** (Lebendgeborene pro 1.000 Einwohner) ist im Burgenland - wie in Österreich insgesamt und in den meisten 15 EU-Staaten - im Laufe der 1990er Jahre gesunken. Im Jahr 2000 wiesen innerhalb der EU nur noch Deutschland, Griechenland und Italien geringere Geburtenziffern als Österreich auf (Statistik Austria 2002). In diesem Jahr lag die Geburtenziffer im Burgenland bei 7,9 (1991: 10,0). Das ist der geringste Wert aller österreichischen Bundesländer. Der österreichische Durchschnitt betrug ungefähr 9,7 (1991: 12,1).

Abbildung 2.1.1: Altersverteilung im Burgenland und in den Bundesländern 2001



Quellen: Statistik Austria - Volkszählung 2001 (vorläufige Ergebnisse); Eurostat

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



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

Quellen: Statistik Austria, Volkszählung 2001 (vorläufige Ergebnisse); A. SPITALSKY - Regionalisierte Bevölkerungsprognosen 1999

Gemäß der am ÖBIG verwendeten **Bevölkerungsprognose** (regionalisierte Bevölkerungsprognose nach SPITALSKY 1999) wird sich bis zum Jahr 2011 der Alterungsprozess in Österreich und im Burgenland fortsetzen, wobei bundesweit ein Bevölkerungsrückgang von 0,3 Prozent prognostiziert wird, für das Burgenland jedoch ein Rückgang von 3,6 Prozent. Die Altersstruktur des Burgenlandes wird sich in diesem Zeitraum im Vergleich zur österreichweiten Altersstruktur weiter in Richtung älterer Personen verschieben (vgl. Abb. 2.1.2). Der Anteil der 75- und über 75-Jährigen ist im Burgenland zwischen 1991 und 2001 um 1,3 Prozentpunkte auf acht Prozent gestiegen. Gemäß Prognose wird bis zum Jahr 2011 dieser Anteil um weitere zwei Prozentpunkte auf zehn Prozent anwachsen.

## 2.2 Sozialstruktur

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

In diesem Gesundheitsbericht werden regionale Unterschiede im Gesundheitszustand auch in Anlehnung an diese Hypothese analysiert. In Ermangelung geeigneter personenbezogener Daten beschränkt sich die diesbezügliche Untersuchung auf das Aufzeigen möglicher

Erklärungszusammenhänge zwischen Sozialstruktur und regionalwirtschaftlicher Situation einerseits und dem Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der regionalen Bevölkerung andererseits. Aus diesem Grund sind Sozialstruktur (Kap. 2.2) und die regionalwirtschaftliche Situation (Kap. 2.3) der politischen Bezirke im Berichtszeitraum vorangestellt.

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

In Bezug auf diesen synthetischen Indikator liegt das Burgenland mit 94 Prozent des Österreichwertes im Bundesländervergleich im **Mittelfeld**, was vor allem auf die vergleichsweise überdurchschnittlich gute Wohnsituation im Burgenland zurückzuführen ist. Eine besonders günstige Sozialstruktur (mit überdurchschnittlichem Einkommen, guter Wohnsituation und zum Teil auch überdurchschnittlichem Ausbildungsniveau) ergibt sich für die Stadt Eisenstadt (185 %), während vor allem die Bezirke des Mittel- und Südburgenlandes Werte unter 91 Prozent aufweisen (vgl. Tab. 2.2.1 und Karte 2.2.1 im Anhang).

## 2.3 Regionalwirtschaftliche Situation

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

Bezüglich dieses synthetischen Indikators ist das Burgenland mit 84 Prozent des Österreichwertes im Bundesländervergleich hinter Niederösterreich, Steiermark und Kärnten das **schwächste Bundesland**. Während die nordburgenländischen Bezirke durchwegs Werte über (Raum Eisenstadt inkl. Rust: 114 %) dem Österreichwert bzw. knapp darunter (die Bezirke Mattersburg und Neusiedl mit 98 und 97 %) aufweisen, unterschreiten die mittel- und südburgenländischen Bezirke den Österreichdurchschnitt um 15 Prozentpunkte und mehr. Die ungünstigste regionalwirtschaftliche Situation findet sich gemäß dem synthetischen Indikator im Bezirk Oberwart mit 77 Prozent des Österreichwertes (vgl. Tab. 2.3.1 und Karte 2.3.1 im Kartenanhang). Aufgrund der erschwerten Erwerbs- und Beschäftigungschancen haben 44,2 Prozent (Österreichdurchschnitt 26,5 %) der im Burgenland wohnhaften Beschäftigten ihren Arbeitsplatz außerhalb des Wohnbezirks, wobei der Zentralraum Wien sowie dessen Umland das bevorzugte Pendlerziel darstellen.

## 2.4 Zusammenfassung

Insgesamt zeigt sich, dass das Burgenland hinsichtlich seiner demographischen Struktur und Entwicklung sowie seiner Wirtschaftssituation im Bundesländervergleich eine ungünstige Position einnimmt. Die Bevölkerungsstruktur ist von einem höheren Anteil älterer Menschen und einem niedrigeren Anteil jüngerer Personen sowie einem deutlich höheren Auspendleranteil als österreichweit geprägt. Der Einwohnerzuwachs war in den 1990er Jahren deutlich unterdurchschnittlich, die natürliche Bevölkerungsentwicklung negativ und die Geburtenziffer die niedrigste aller österreichischen Bundesländer - zudem seit 1990 rückläufig.

Regional differenziert zeigt sich sehr deutlich, dass die diesbezüglichen Problemgebiete die Bezirke des **Mittel- und Südburgenlandes** sind, wo Abwanderung, Überalterung und erschwerte Erwerbs- und Beschäftigungschancen kumulieren und sich in ihren negativen Auswirkungen verstärken. Im **Nordburgenland** - vor allem im Raum Eisenstadt - konnte hingegen in den 1990er Jahren - nicht zuletzt aufgrund guter Standortbedingungen im wachsenden Suburbanisierungsraum Wiens und ab 1995 einer vor allem im Norden sehr erfolgreichen Umsetzung des Ziel 1-Programms Burgenland (EU-Förderprogramm für die regionale Wirtschaftsentwicklung) eine positive Entwicklung Platz greifen.

## 3 Gesundheitszustand

### 3.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit

#### *Lebenserwartung bei der Geburt*

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

Die Lebenserwartung bei der Geburt ist im Burgenland im Zeitraum 1991 bis 2000 von rund 70,8 auf 74,8 Lebensjahre bei Männern und von 78,3 auf 81 Jahre bei Frauen **angestiegen**. Die Lebenserwartung der **Männer** lag damit während des Vergleichszeitraums um durchschnittlich 0,7 Jahre unter dem Bundesdurchschnitt, 1991 und 1998 sogar statistisch signifikant darunter (vgl. Karte 3.1.1 im Kartenanhang und Tab. 3.1.1 im Tabellenanhang). Bei den **Frauen** lag die Lebenserwartung während des gesamten Beobachtungszeitraums um den Bundesdurchschnitt, mit Schwankungen zwischen einem halben Lebensjahr unter bis 0,3 Jahren über dem Bundesdurchschnitt (vgl. Karte 3.1.2 und Tab. 3.1.1 im Anhang). Bei beiden Geschlechtern ist die Lebenserwartung innerhalb dieser zehn Jahre stärker gestiegen als in Österreich, die **Lebenserwartung nähert sich also dem Bundesdurchschnitt an**.

Die bezirksweise Betrachtung der Lebenserwartung bei der Geburt zeigt einen deutlichen geschlechtsspezifischen Unterschied: Bei den Männern wird eine deutlich größere Schwankungsbreite zwischen den Bezirken mit der höchsten Lebenserwartung (in Eisenstadt-Stadt konnten im Zeitraum 1991 bis 2000 die Männer mit durchschnittlich 1,5 Lebensjahren mehr rechnen als in Österreich) und den Bezirken mit der niedrigsten Lebenserwartung (Oberwart und Oberpullendorf, durchschnittlich 1,7 bzw. 1,3 Jahre unter dem Bundesdurchschnitt) sichtbar. Die Lebenserwartung der Frauen schwankt in allen Bezirken nahe um den Bundesdurchschnitt. Im Durchschnitt des Beobachtungszeitraumes ist der Nordosten des Burgenlandes (Bezirke Neusiedl/See und Rust) die Region mit der höchsten Lebenserwartung für Frauen (0,6 Jahre über dem Bundesdurchschnitt), während wie bei den Männern auch bei den Frauen in Oberwart das geringste Lebensalter erwartet werden kann (0,8 Jahre unter dem Bundesdurchschnitt).

#### *„Fernere Lebenserwartung“*

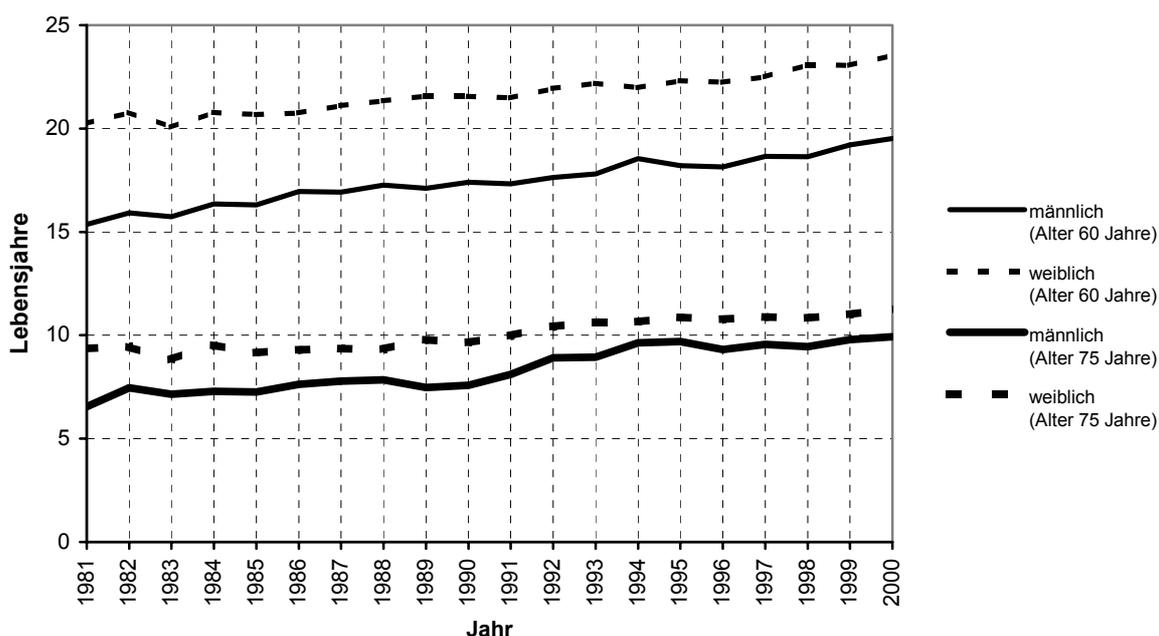
Der Zugewinn an Lebenserwartung zwischen 1991 und 2000 von etwa 3,5 Jahren bei Männern und Frauen ist zu einem hohen Anteil auf die Reduktion der Sterblichkeit älterer Menschen zurückzuführen. Ein 60-jähriger Burgenländer konnte 1991 mit etwa 17,3 weiteren Lebensjahren rechnen, im Jahr 2000 hingegen bereits mit 19,2 Jahren - das entspricht einem **Zuwachs** von etwa zwei Jahren. Für eine 60-jährige Burgenländerin stieg die Zahl der statistisch erwartbaren weiteren Lebensjahre im selben Zeitraum von etwa 21,5 auf 23,5 Jahre, also um zwei Jahre (vgl. Abb. 3.1.1 und Tab. 3.1.2 im Tabellenanhang). Die „fernere Lebenserwartung“ der 75-jährigen Landesbürger erhöhte sich ebenfalls bei beiden Geschlechtern, und zwar um etwa 1,8 Jahre bei Männern und um 1,3 Jahre bei Frauen (vgl. nachstehende Abb. 3.1.1).

#### *„Behinderungsfreie Lebenserwartung“*

Hier stellt sich die Frage, ob sich mit der steigenden Lebenserwartung auch die Lebensqualität der älteren Menschen erhöht oder ob bloß die Zeitspanne, die mit körperlichen oder geis-

tigen Gebrechen verbracht wird, länger wird. Mit dem statistischen Berechnungskonzept der „behinderungsfreien Lebenserwartung“ lässt sich zeigen, dass für die burgenländischen Männer die Zahl der **Lebensjahre**, die sie **frei von** erheblichen körperlichen oder geistigen **Beeinträchtigungen** (das sind solche Behinderungen, die zu einer dauernden Hilfs- bzw. Pflegebedürftigkeit führen) erwarten können, zwischen 1991 und 2000 von etwa 65,6 auf 68,9 Jahre **angestiegen** ist - also um über drei Jahre. Auch bei Frauen ist diese erwartbare behinderungsfreie Lebensspanne angestiegen, und zwar um fast zwei Jahre (von 71,3 Jahren auf 73,2 Jahre, vgl. Tab. 3.1.3 im Tabellenanhang).

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



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

Dies bedeutet aber auch, dass die älteren Burgenländer mit fast sieben Lebensjahren und die älteren Burgenländerinnen mit fast acht Jahren rechnen müssen, die sie - in der Regel im letzten Lebensabschnitt - mit funktionellen Einbußen ihrer körperlichen oder geistigen Fähigkeiten zubringen. Diese **Lebensspanne** hat sich in den letzten zehn Jahren im Burgenland wie auch im bundesweiten Trend **verlängert**: bei den Männern um etwa 0,8 Jahre, bei den Frauen um 0,9 Jahre.

### Säuglingssterblichkeit

Die **Säuglingssterblichkeit** (im 1. Lebensjahr Verstorbene pro 1.000 Lebendgeborene, im Burgenland gab es im Zeitraum 1991 bis 1999 14 im 1. Lebensjahr Verstorbene bei rund 2.500 Lebendgeborenen pro Jahr) wird häufig als Kenngröße für das Gesundheitsniveau in einer Region (insbesondere der Mütter), aber auch für die Qualität der neonatologischen Versorgung herangezogen. Die **Säuglingssterblichkeit** konnte seit den 1960er Jahren in Österreich deutlich **reduziert werden, insbesondere im Burgenland**, wo der Wert im Jahr 1999 mit 3,1 weniger als ein Zehntel des Wertes im Jahr 1965 ausmachte. In den 1960er Jahren war die Säuglingssterblichkeit im Burgenland nach Kärnten am zweithöchsten in Ös-

terreich, im Verlauf der Zeit hat sie sich jedoch dem Bundesdurchschnitt angenähert, ab 1975 war sie mit wenigen Ausnahmen stets unter dem österreichischen Wert. Gegen Ende der 1990er Jahre war die Säuglingssterblichkeit mit etwa drei Verstorbenen pro 1.000 Lebendgeborene neben Salzburg am niedrigsten in Österreich (vgl. Tab. 3.1.4 im Tabellenanhang). Auch im Vergleich zum EU-Durchschnitt zeigt sich eine sehr günstige Entwicklung: Bis 1992 war die Säuglingssterblichkeit im Burgenland höher als in der EU, ab 1993 (3 Jahre später als in Österreich insgesamt) war sie zumeist deutlich darunter. Die Säuglingssterblichkeit betreffend zeigt sich mittlerweile insgesamt also eine **sehr günstige Situation** für das Burgenland, wenngleich die Abweichungen aufgrund der geringen Fallzahlen nach dem hier angewendeten Test statistisch nicht signifikant sind.

In Bezug auf die **neonatale Säuglingssterblichkeit** (im 1. Lebensmonat Verstorbene pro 1.000 Lebendgeborene) ist die Situation im Burgenland **etwas weniger günstig**, wenngleich die zeitliche Entwicklung einen **positiven Trend** ausweist. Im Durchschnitt der 1990er Jahre war die neonatale Sterblichkeit im Burgenland etwa gleich hoch wie in Österreich insgesamt. Zu Beginn der 1990er Jahre verstarben im Burgenland allerdings deutlich mehr Säuglinge im ersten Lebensmonat (1991: 5,5, 1992: 5,0) als im übrigen Bundesgebiet (1991: 4,4, 1992: 4,2). Erst ab 1997 liegt der Wert deutlich unter dem österreichischen Durchschnitt (vgl. Tab. 3.1.5). Gegen Ende des Beobachtungszeitraumes starben im Burgenland etwas mehr als zwei Säuglinge pro 1.000 Lebendgeborene im ersten Lebensmonat. Auch hier sind die Abweichungen vom Bundesdurchschnitt aufgrund der geringen Fallzahlen statistisch nicht signifikant.

#### *Sterblichkeit und „vorzeitige Sterblichkeit“*

Die Sterblichkeit (Mortalität) wird aus der Relation zwischen der Anzahl der Verstorbenen und der Wohnbevölkerung berechnet und zumeist in der Dimension „Verstorbene pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahr“ angegeben. Nach dem international gebräuchlichen Konzept des „**Avoidable Death**“ („vermeidbare Sterblichkeit“) bzw. des „**Premature Death**“ („vorzeitige Sterblichkeit“) wird bei der Berechnung dieses Indikators häufig eine Einschränkung auf die **unter 75- oder unter 65-Jährigen** vorgenommen. Dadurch können auch statistische Probleme, die sich aus Unklarheiten bezüglich der Hauptdesursache bei hochbetagten, multimorbiden Personen ergeben, reduziert werden. Da die Einschränkung auf die unter 75-jährig bzw. unter 65-jährig Verstorbenen außerdem Aussagen ermöglicht, die für die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention besonders relevant sind, wird nachfolgend nicht nur auf die Gesamtsterblichkeit im Burgenland, sondern wiederholt auch auf die („vorzeitige“) Sterblichkeit der unter 75- bzw. unter 65-Jährigen Bezug genommen.

#### *Sterblichkeit im Burgenland im regionalen Vergleich*

Im Burgenland versterben jährlich durchschnittlich rund **1.450 männliche** und rund **1.600 weibliche** Personen, dennoch ist die altersstandardisierte **Sterblichkeit der Männer** deutlich **höher** als jene der Frauen. Insgesamt ist die Sterblichkeit im Burgenland - spiegelbildlich zur vergleichsweise niedrigen Lebenserwartung - im Vergleich zu anderen Bundesländern **hoch**. Die Gesamtsterblichkeit und die Sterblichkeit aufgrund von Herz-/Kreislaufkrankungen ist im Burgenland bei beiden Geschlechtern signifikant über dem Bundesdurchschnitt, bei den Männern trifft dies darüber hinaus auch bei der Sterblichkeit aufgrund von Krebs- und Verdauungserkrankungen zu. Die relativ hohe Sterblichkeit ist somit bei Männern deutlicher ausgeprägt als bei Frauen (vgl. Tab. 3.1.6 im Tabellenanhang). Auch in jedem einzelnen Bezirk lag die Sterblichkeit der burgenländischen Männer im Zeitraum 1991 bis 2000 (Bezugszeitraum des vorliegenden Berichts) über dem bundesweiten Durchschnitt, in den Bezirken Oberwart, Oberpullendorf und Neusiedl/See sogar signifikant darüber (vgl. Karte 3.1.3 im

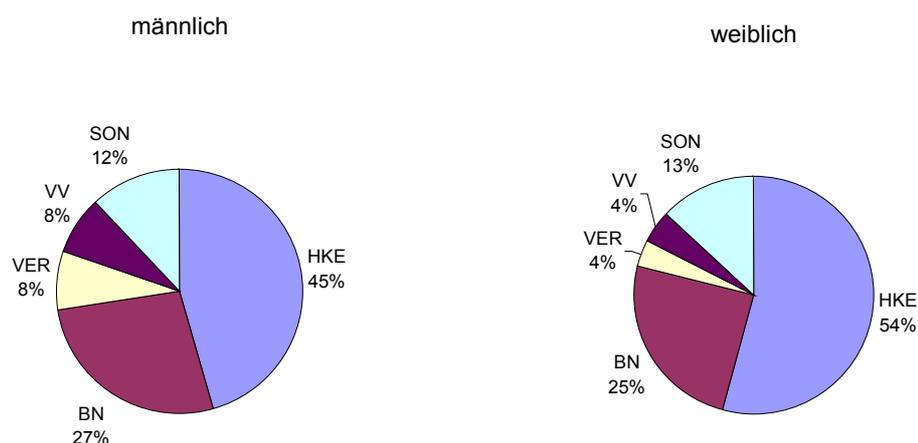
Kartenanhang). Bei den Frauen lag die Sterblichkeit nur im Bezirk Oberwart signifikant über dem österreichischen Durchschnitt, im Bezirk Neusiedl/See sowie in Rust zeigt sich eine im bundesweiten Vergleich sogar unterdurchschnittliche Mortalität (vgl. Karte 3.1.4 im Kartenanhang).

### Haupttodesursachen

Bei beiden Geschlechtern werden als **häufigste** Todesursachen **Herz-/Kreislauf-** sowie **Krebserkrankungen** angegeben, wobei bei den Frauen mehr als die Hälfte der Todesfälle durch Herz-/Kreislaferkrankungen (inkl. Hirngefäßerkrankungen, wie z. B. Schlaganfällen) verursacht werden, bei den Männern hingegen nur rund 45 Prozent (vgl. nachstehende Abb. 3.1.2). Bei beiden Geschlechtern ist rund ein Viertel der Todesfälle auf Krebserkrankungen zurückzuführen.

Bei Männern spielen **gewaltsame** Todesursachen (Unfälle, Verletzungen und Vergiftungen) und Verdauungserkrankungen (das sind vorwiegend Lebererkrankungen) mit jeweils etwa acht Prozent aller Todesfälle im Burgenland eine weit wichtigere Rolle als bei Frauen (jeweils rund 4 %). Etwa zwölf Prozent aller Todesfälle sind auf die Restkategorie der „sonstigen Erkrankungen“ zurückzuführen.

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



#### Legende:

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

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

### Sterblichkeit nach Haupttodesursachen im Zeitverlauf 1991-2000

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

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

Gewaltsame Todesursachen und Tod aufgrund von Verdauungserkrankungen spielen auch bei den unter 75-jährigen Männern eine wesentliche Rolle (jeweils etwa 10 % aller Todesfälle sind darauf zurückzuführen), bei den Frauen hingegen kaum.

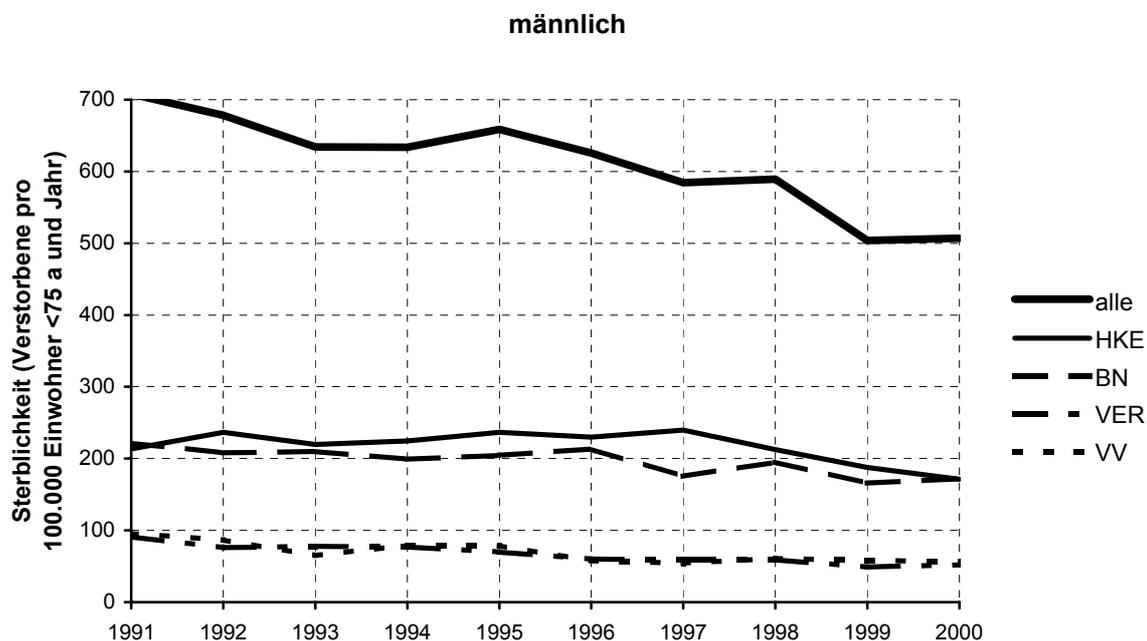
#### „Problemregionen“

Die gesundheitliche Situation der burgenländischen Bevölkerung ist aufgrund der Parameter „Lebenserwartung“ und „Sterblichkeit“ als vergleichsweise eher ungünstig einzuschätzen. Bei einer detaillierten Analyse der Mortalität nach Todesursachengruppen und einzelnen Bezirken zwischen 1991 und 2000 treten **Auffälligkeiten** zutage, die einer näheren Untersuchung bedürften.

Am auffälligsten ist nach dieser Analyse die Tatsache, dass die Sterblichkeit im Bezirk **Oberwart** statistisch **signifikant über** dem burgenländischen Landesdurchschnitt liegt, und zwar sowohl bei Männern als auch bei Frauen um jeweils knapp zehn Prozent (vgl. Tab. 3.1.6 im Anhang). Dies wird bei den Männern vor allem durch Herz-/Kreislauf- und durch Krebserkrankungen sowie Verdauungserkrankungen verursacht, bei den Frauen ausschließlich durch die signifikant erhöhte Herz-/Kreislaufsterblichkeit. In geringerem Ausmaß, aber immer noch deutlich über dem Landesschnitt, ist die Sterblichkeit der unter 75- und unter 65-Jährigen in Oberwart. Die extrem hohe Sterblichkeit in diesem Bezirk dürfte also nicht allein durch eine „importierte Sterblichkeit“ aufgrund der Pflegeheime (die Anzahl der Wohn- und Pflegeplätze lässt auf eine überregionale Bedeutung des Bezirkes Oberwart hinsichtlich der Versorgung mit Altenwohn- und Pflegeheimen schließen, vgl. Kap. 5.3) zu erklären sein. Darauf deuten auch Analysen der Mortalität auf Gemeindeebene (unter Ausschluss der Pflegeheimstandortgemeinden) hin. Eine **im landesinternen Vergleich** eher **ungünstige** Situation mit erhöhter Sterblichkeit zeichnet sich weiters in folgenden Bereichen ab (vgl. Tab. 3.1.6 bis Tab. 3.1.8 im Tabellenanhang):

- Erhöhte Sterblichkeit der Frauen (auch bei den unter 75- und unter 65-Jährigen) in **Eisenstadt-Stadt**;
- erhöhte Sterblichkeit der unter 75-jährigen Frauen an Krebs- und Verdauungserkrankungen im Bezirk **Eisenstadt-Umgebung**;
- erhöhte Sterblichkeit der Männer an Verdauungserkrankungen (auch bei den unter 75- und unter 65-Jährigen) im Bezirk **Jennersdorf**;
- erhöhte Sterblichkeit der Männer an Verletzungen und Vergiftungen (auch bei den unter 75- und unter 65-Jährigen) in den **Bezirken Jennersdorf** und **Oberpullendorf**;
- erhöhte Sterblichkeit auf Grund von Herz-/Kreislaufkrankungen der unter 65-jährigen Männer in den Bezirken Jennersdorf, Oberpullendorf und Oberwart;
- erhöhte Krebssterblichkeit der Männer (auch der unter 65-jährigen Männer) im Bezirk Neusiedl am See;
- erhöhte Sterblichkeit der Frauen an Krebserkrankungen **in den Bezirken Jennersdorf** und **Mattersburg** (in Mattersburg auch bei den unter 75-jährigen Frauen).

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



Legende:

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

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

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

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

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

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

Ein **Vergleich** der burgenländischen Bezirke mit dem **Bundesdurchschnitt** zeigt, dass bei den Männern sowohl die Gesamtmortalität als auch die Mortalität der unter 65-Jährigen im Zeitraum 1991-2000 deutlich und statistisch signifikant über dem Bundesdurchschnitt lag (vgl. Karten 3.1.3 und 3.1.5 im Anhang), während bei den Frauen im bundesweiten Vergleich zwar die Gesamtmortalität im Burgenland höher war (insbesondere im südlichen Burgenland), die Mortalität der unter 65-Jährigen allerdings eher unter dem Bundesdurchschnitt lag (vgl. Karten 3.1.4. und 3.1.6 im Anhang). Darüber hinaus treten folgende Auffälligkeiten zutage:

- Erhöhte Sterblichkeit der **Männer** (auch bei den unter 75- und unter 65-Jährigen) an **Verdauungserkrankungen** in allen burgenländischen Bezirken;
- erhöhte Sterblichkeit der **Männer** an **Krebserkrankungen** in nahezu allen burgenländischen Bezirken;
- erhöhte Sterblichkeit der **Frauen** an **Herz-/Kreislaufkrankungen** in nahezu allen burgenländischen Bezirken.

In einigen Bezirken zeigen sich Parallelen zwischen der Mortalität und der sozioökonomischen Situation. So ist etwa im Bezirk Oberwart die Mortalität signifikant über dem Landes- und Bundeschnitt und zugleich zählt der Bezirk zu den sozioökonomisch vergleichsweise schlechter gestellten Gebieten des Bundeslandes Burgenland (vgl. Tab. 2.3.1 im Anhang). Andererseits scheint sich die innerhalb des Bundeslandes sozioökonomisch sehr günstige Situation der Landeshauptstadt und deren Umgebung positiv auf die Gesundheit der Bevölkerung und die Mortalität auszuwirken.

### 3.2 Morbidität

#### *Datenlage*

Im Vergleich zu Analysen der aus der (v. a. durch relativ hohe Obduktionsraten verhältnismäßig gut abgesicherten) Todesursachenstatistik abgeleiteten Sterblichkeit sind Aussagen über die Morbidität, also die Häufigkeit von Erkrankungen, auf Grund von Defiziten der verfügbaren Statistiken (dazu zählen insbesondere die Krebsstatistik sowie die Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten, nachfolgend „DLD“ bezeichnet) mit größeren Unsicherheiten behaftet. So ist etwa die Tatsache zu berücksichtigen, dass die aus der DLD berechnete Krankenhaushäufigkeit nicht nur durch epidemiologische Faktoren, sondern auch durch verschiedene andere Faktoren (z. B. durch die regionale Akutbettdichte, die Verkehrswege, Zahl und Fächermix der niedergelassenen Ärzte oder durch regionalwirtschaftliche Faktoren) beeinflusst wird.

Während zur Krebsinzidenz und zur „stationären“ Morbidität (also für „hochakute Morbidität“) flächendeckende Datengrundlagen zur Verfügung stehen, ist die Abbildung der „ambulanten“ Morbidität aufgrund mangelnder adäquater Datengrundlagen besonders schwierig. In der Regel wird daher zur Abbildung dieser „ambulanten“ Morbidität auf Survey-Daten, die über eine Stichprobenbefragung der Bevölkerung erhoben werden, zurückgegriffen (Anzahl der befragten Personen im Alter über 15 Jahre in Österreich rund 49.000 bzw. im Burgenland rund 4.400). Die aktuellste derartige Erhebung ist das von Statistik Austria im September 1999 durchgeführte Mikrozensus-Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“, das mit praktisch identem Fragenprogramm auch schon 1981 und 1991 durchgeführt wurde. Allerdings wurden einzelne Fragen in unterschiedlicher Weise gestellt, sodass bei diesen Fragen - vor allem die Morbidität betreffend - ein unmittelbarer Vergleich zwischen 1991 und 1999 nur mit Einschränkungen möglich ist.

### *Krankenhausmorbidity („stationäre Morbidity“)*

Im Jahr 2000 wurden burgenländische Landesbürger laut Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten insgesamt rund 73.000 Mal in einem Krankenhaus in Österreich (in Fonds-Krankenanstalten oder Nicht-Fonds-Krankenanstalten, unabhängig von Rechtsstatus und Standort der jeweiligen KA) stationär aufgenommen. Diese rund **73.000 „stationären Fälle“** enthalten während eines Jahres öfter als einmal aufgenommene Patienten mit der Anzahl ihrer Aufnahmen. Blendet man diese „Mehrfachaufnahmen“ aufgrund derselben Erkrankung (die insbesondere bei der Behandlung von Krebspatienten und psychiatrischen Patienten entstehen) aus, so ergibt sich, dass die rund 73.000 „stationären Fälle“ von rund **55.000 Personen** („stationären Patienten“) „erzeugt“ wurden. Im Durchschnitt wird also etwa jeder fünfte Burgenländer zumindest einmal pro Jahr stationär in Krankenhauspflege aufgenommen.

Zwei Drittel dieser rund 55.000 stationären Patienten aus dem Burgenland wurden im Jahr 2000 auch in burgenländischen Krankenanstalten versorgt, jeweils etwa 13 Prozent wurden in niederösterreichischen und Wiener Krankenanstalten sowie neun Prozent in steirischen Krankenanstalten aufgenommen. Dies weist darauf hin, dass der Grad an Eigenständigkeit des Burgenlandes in der Krankenhausversorgung geringer ist als in anderen Bundesländern. Dem steht allerdings ein sehr hoher Anteil an Gastpatienten aus anderen Bundesländern gegenüber: Neben der Versorgung der eigenen Landesbürger übernahmen die burgenländischen Krankenanstalten die Versorgung von rund 10.000 **Gastpatienten** aus dem restlichen Inland (etwa jeder vierte im Burgenland behandelte Patient kommt aus einem anderen Bundesland, insbesondere werden Herz-/Kreislauf-Gastpatienten aufgenommen) und 360 aus dem Ausland.

Das Burgenland lag im Jahr 2000 hinsichtlich der Krankenhaushäufigkeit (KHH) mit rund 260 stationären Fällen pro 1.000 Einwohner und Jahr unter dem Bundesdurchschnitt (290 Fälle pro Einwohner). In den Jahren davor war sie dem Bundesdurchschnitt deutlich näher, aber die Zahl der Krankenhaushfälle von burgenländischen Landesbürgern ist in den 1990er Jahren mit etwa 18 Prozent weniger stark angestiegen als in Österreich insgesamt (26 %). Die - für die Analyse der Erkrankungsprävalenz eigentlich interessante - **Krankenhausmorbidity** (KHM, gemessen in Krankenhausaufnahmen exkl. Mehrfachaufnahmen pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung) liegt mit rund 170 stationären Patienten pro 1.000 Einwohner um etwa acht Prozent **unter dem Bundesdurchschnitt** (nur Wien hatte eine ähnlich niedrige Krankenhausmorbidity zu verzeichnen). Angesichts der überdurchschnittlichen Mortalitätsraten könnte die unterdurchschnittliche Krankenhaushäufigkeit ein Indiz dafür sein, dass die Burgenländer seltener stationäre Pflege in Anspruch nehmen als sie es möglicherweise nötig hätten.

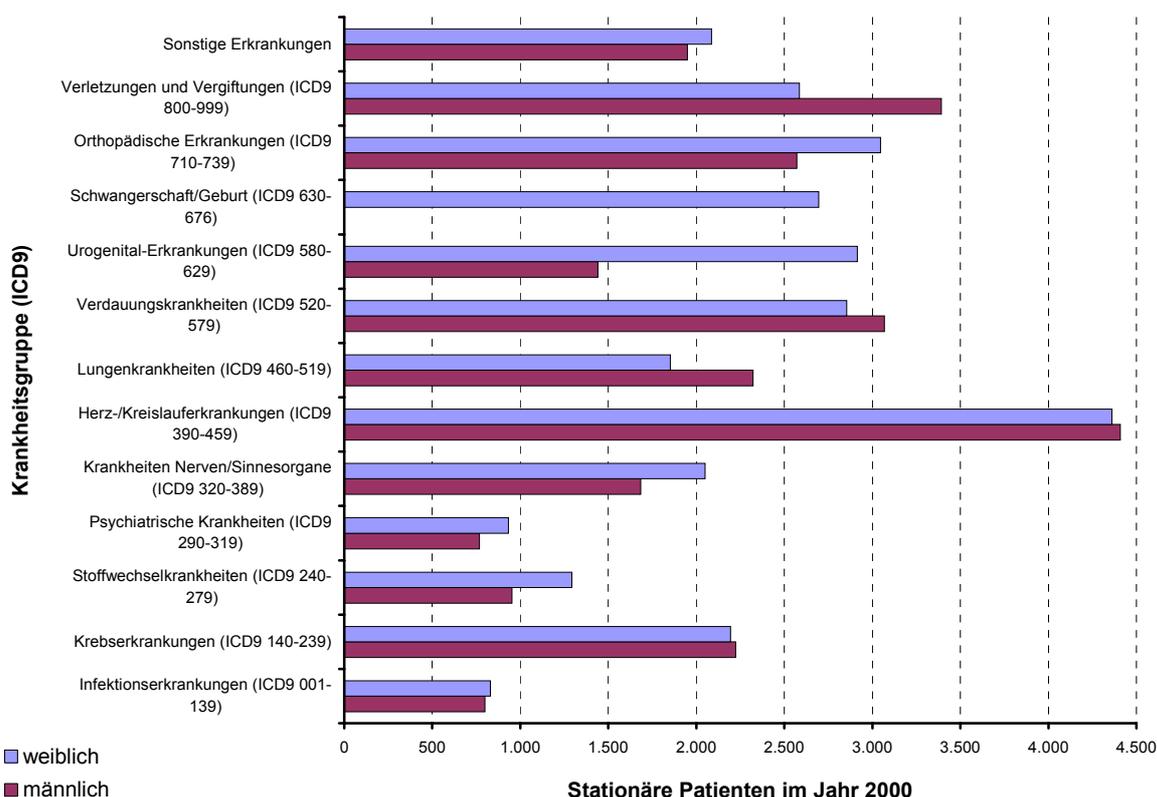
Die Krankenhausmorbidity unterliegt innerhalb des Burgenlandes zwar regionalen Schwankungen, im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ist sie allerdings in nahezu allen Bezirken (zum Großteil statistisch signifikant) niedrig. Nur in der Landeshauptstadt liegt die Krankenhausmorbidity bei Männern leicht über dem Österreichwert. In Güssing ist die Krankenhaushäufigkeit sowohl bei Männern als auch bei Frauen um 17 Prozent niedriger als im Bundesdurchschnitt, aber auch in den Bezirken Mattersburg und - bei Frauen - Neusiedl/See und Oberpullendorf beträgt die Abweichung mehr als zehn Prozent (vgl. Karte 3.2.1 und 3.2.2 sowie Tab. 3.2.1 im Anhang).

Die **zeitliche Entwicklung** in der Krankenhaushäufigkeit der burgenländischen Landesbürger (Krankenhaushäufigkeit inklusive Mehrfachaufnahmen) ist von zwei Phänomenen gekennzeichnet, die den österreich- und europaweit beobachteten Trends entsprechen: Einerseits stieg die Zahl der stationären Fälle (um insgesamt 20 Prozent) kontinuierlich an (von knapp 60.000 im Jahr 1991 auf etwa 73.000 im Jahr 2000), andererseits sank die durch-

schnittliche Belagsdauer im Krankenhaus (ebenso um 20 Prozent) kontinuierlich ab (von rund 9,1 Belagstagen pro Aufenthalt im Jahr 1991 auf rund 7,1 Tage pro Aufenthalt im Jahr 2000). Weniger deutlich (um 11 %), aber ebenso kontinuierlich stieg die Zahl der im Krankenhaus behandelten Patienten im Beobachtungszeitraum an.

Die mit Abstand häufigste **Ursache** für eine **Krankenhausaufnahme** von burgenländischen Landesbürgern sind Herz-/Kreislaufkrankungen, sowohl bei Männern als auch bei Frauen (jeweils etwa 4.400 Patienten). Bei Männern folgen Verletzungen (fast 3.400 Patienten im Jahr 2000), Verdauungserkrankungen (fast 3.100 Patienten) und orthopädische Erkrankungen (2.600 Patienten). Bei Frauen sind orthopädische Erkrankungen die zweithäufigste Ursache eines Krankenhausaufenthaltes (mehr als 3.000 Patientinnen), gefolgt von Verdauungserkrankungen und Urogenital-Erkrankungen (jeweils 2.900 Patientinnen) sowie Schwangerschaftsindikationen (fast 2.700 Patientinnen, vgl. Abb. 3.2.1). Die Wahrscheinlichkeit einer Krankenhausaufnahme steigt bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter kontinuierlich an, und zwar in allen Krankheitsgruppen mit Ausnahme der Infektionskrankheiten und der Lungenerkrankungen. Besonders stark ausgeprägt ist dieser Trend bei den Herz-/Kreislaufkrankungen (vgl. Tab. 3.2.1 im Anhang).

Abbildung 3.2.1: Krankenhausmorbidity der Burgenländer nach Diagnosengruppen 2000



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

### Herz-/Kreislaufkrankungen

An Herz-/Kreislaufkrankungen (darunter auch Hirngefäßerkrankungen, insbesondere Schlaganfällen) **sterben** im Burgenland jährlich rund **1.600** Personen, davon rund 350 an akutem Herzinfarkt, rund 700 an anderen ischämischen Herzerkrankungen und rund 380 an Schlaganfällen. Diese Erkrankungen sind damit die häufigsten Todesursachen und der häufigsten

figste Grund für eine Aufnahme im Spital. Rund **8.800** Burgenländer leiden an einer solchen Erkrankung in einem Schweregrad, der zumindest einmal pro Jahr eine **Krankenhausbehandlung** erfordert (darunter rund 400 Patienten mit akutem Herzinfarkt, rund 1.400 Patienten mit Bluthochdruck als Hauptdiagnose sowie 1.500 Patienten mit Schlaganfällen oder anderen Gehirngefäßerkrankungen).

Die „**ambulante Morbidität**“ hinsichtlich der für diese Krankheiten typischen gesundheitlichen Beschwerden, die aber nicht unbedingt zu einer Krankenhausaufnahme oder gar zum Tod führen, kann anhand der Ergebnisse des Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ für das Burgenland wie folgt grob abgeschätzt werden: Personen mit „Kreislaufstörungen“: 23.000, mit „Herzbeschwerden“: 16.000 sowie mit „Atembeschwerden“: 7.500. Außerdem ergibt sich aus dem Mikrozensus 1999, dass rund 16.000 Burgenländer (5,7 %) an chronischem Bluthochdruck leiden (1991 gaben 8,5 % der Befragten Hypertonie als chronisches Leiden an).

### *Krebserkrankungen*

An Krebserkrankungen **sterben** jährlich rund **730** Burgenländer und Burgenländerinnen, davon rund 100 an Lungenkrebs, rund 70 an Dickdarmkrebs, rund 60 an Magenkrebs, jeweils rund 50 an Brust- und Prostatakrebs sowie 20 an Leukämie. Diese Erkrankungsgruppe ist damit die zweithäufigste Todesursache und ebenfalls ein sehr häufiger Grund für eine Spitalsaufnahme. Rund **4.400** Burgenländer müssen sich aufgrund von Komplexität und Schweregrad dieser Erkrankung zumindest einmal pro Jahr in eine **Krankenhausbehandlung** begeben, die in vielen Fällen mit mehrfachen Wiederaufnahmen (z. B.: zur Chemo- und/oder Strahlentherapie) einhergeht.

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

Gemäß Daten des burgenländischen Krebsregisters **erkranken** jährlich rund **730 Burgenländer** und rund **670 Burgenländerinnen** an Krebs. Die häufigsten Tumorlokalisationen waren in den Jahren 1995 bis 1998 (aus diesem Zeitraum stammen die jüngsten und gleichzeitig verlässlichsten Daten aus der österreichischen Krebsstatistik) bei den Männern die Prostata (rund 140 Fälle jährlich), die Lunge (100), der Dickdarm (70), der Magen, HNO und Blut (jeweils 40 bis 50) sowie die Harnblase und die Haut (jeweils rund 35 jährlich). Bei den Frauen dominierte der Brustkrebs (170), gefolgt von Darmkrebs (80), Magenkrebs (45), Hautkrebs und Blutkrebs (jeweils 40), Lungenkrebs (30) sowie Gebärmutterhals- und Blasenkrebs (jeweils 15).

Nach Bezirken zeigen sich hinsichtlich der Krebsinzidenz im Zeitraum 1995 bis 1998 deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Bei den Männern fällt auf, dass das **Nordburgenland** (insbesondere die Landeshauptstadt und deren Umgebungsbezirk, aber auch Neusiedl/See) die höchsten Inzidenzraten und viele deutlich (um 10 % und mehr) **über** dem Landesschnitt liegende Werte aufweist (Eisenstadt und Eisenstadt-Umgebung bei den sehr häufigen Krebs-Lokalisationen Prostata, Kolon und Rektum sowie Magen, Neusiedl/See bei

Kolon und Rektum, HNO sowie Blut). Weiters zeigte sich im Bezirk **Oberpullendorf** eine **erhöhte** Inzidenzrate bezüglich Lungenkrebs bei Männern. Bei Frauen war die Krebsinzidenzrate in den Bezirken Eisenstadt-Umgebung und Jennersdorf am höchsten (insbesondere Brust- und Magenkrebs) und in den Bezirken Oberpullendorf und Neusiedl/See am geringsten.

#### *Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)*

Bei etwa **40 bis 50** verstorbenen Burgenländern pro Jahr wird die Zuckerkrankheit als **Haupttodesursache** angegeben. Andererseits werden jährlich rund **1.300** burgenländische Patienten aufgrund dieser Erkrankung im **Krankenhaus** behandelt, bei weiteren **3.200** Patienten wird Diabetes als Nebendiagnose angegeben. Dies ist deswegen von besonderer Bedeutung, weil die Zuckerkrankheit häufig zu Folgeerkrankungen wie z. B.: Herz-/Kreislaufkrankungen (insbesondere Gefäßleiden), Augenkrankheiten und Nierenversagen führt und insofern als eigentliche Ursache eines frühzeitigen Todes aufgrund dieser Folgeerkrankungen gewertet werden muss.

Nach den Ergebnissen des Mikrozensus 1999 litten rund **7.400** der über 15-jährigen Burgenländer (2,5 %) an **chronischem** Diabetes (vgl. Tab. 3.2.3), 1991 hatten ähnlich hohe Anteile der Befragten Diabetes als chronisches Leiden angegeben. Die Betroffenheit der burgenländischen Bevölkerung durch **Diabetes** ist nach Selbstauskunft der Befragten höher als österreichweit (1999: 2,0 %). Im Bundesländervergleich wiesen nur Wien und Niederösterreich ähnlich hohe (1999) oder höhere Werte (1991) auf. Insgesamt zeigt sich im Burgenland eine stärkere Betroffenheit der Frauen als der Männer. Da es sich bei dieser Prävalenzschätzung um die Hochrechnung von Eigenangaben der Befragten handelt, ist mit einer erheblichen Dunkelziffer zu rechnen.

#### *Lungenkrankheiten*

Rund **150** burgenländische Landesbürger **sterben** jährlich an Lungenkrankheiten, der Großteil davon (knapp 50 %) an Lungenentzündung und an chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen („COPD“, Chronic Obstructive Pulmonary Disease - Bronchitis, Emphysem und Asthma, 40 %). Rund **2.200** burgenländische Patienten werden pro Jahr im **Krankenhaus** wegen einer Lungenkrankheit stationär behandelt, davon etwa 1.000 wegen einer Lungenentzündung und 800 wegen einer COPD.

Zur „**ambulanten Morbidität**“: Der Mikrozensus-Erhebung 1999 zufolge leiden nach eigener Angabe etwa **5.000** Burgenländer (1,8 %, vgl. Tab. 3.2.3 im Anhang) an einer chronischen Lungenerkrankung (chronische Bronchitis und/oder Lungenasthma). Das ist im Bundesländervergleich der geringste Anteil, der Bundesdurchschnitt liegt bei 2,6 Prozent. Die Betroffenheit der Männer ist mit 2,1 Prozent deutlich höher als jene der Frauen (1,5 %). Der Anteil der chronischen **Asthmatiker** lag 1995 gemäß Auskunft der Befragten im Burgenland mit 1,4 Prozent auch unter dem Bundesdurchschnitt von 1,7 Prozent.

#### *Psychische Erkrankungen*

Jährlich begehen im Burgenland rund **40 bis 50** Personen **Selbstmord**. Etwa ein Drittel der gewaltsamen Todesfälle ist auf diese Todesursache zurückzuführen. Oft sind es Folgewirkungen von psychischen Erkrankungen, zu denen auch Abhängigkeitserkrankungen zählen (vgl. dazu Kap. 4.4.), die schließlich zu körperlichen Erkrankungen und oft auch zum Tod führen.

Doch diese Todesfälle sind nur die „Spitze des Eisbergs“ der psychischen Erkrankungen, die vergleichsweise selten tödlich enden. Jährlich müssen sich rund **1.700** Burgenländer auf-

grund von schweren Verlaufsformen psychischer Erkrankungen einer **Krankenhausbehandlung** unterziehen, die etwa bei 45 Prozent der Fälle auf Psychosen (steigende Tendenz) und bei rund 15 Prozent auf Missbrauch bzw. Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und/oder Drogen (sinkende Tendenz) zurückzuführen ist.

Die „**ambulante Morbidität**“ hinsichtlich der unter Umständen auf diese Krankheiten hinweisenden gesundheitlichen Beschwerden kann anhand der Ergebnisse des Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ für das Burgenland wie folgt grob abgeschätzt werden: Personen mit „Nervosität“: 15.000, mit „Depressionen“: 14.000 sowie mit „Schlafstörungen“: 20.000.

### *Infektionserkrankungen*

Infektionserkrankungen sind heute in den meisten Fällen medizinisch gut behandelbar und werden außerdem mit umfassenden Impfprogrammen bereits präventiv bekämpft. Dennoch **starben** im Burgenland Ende der 1990er Jahre etwa **zehn** Menschen pro Jahr an einer Infektionserkrankung, die meisten davon an Tuberkulose oder an einer Sepsis (Strepto-, Staphylo-, Pneumokokken, etc.). Etwa **1.500** Burgenländer werden pro Jahr aufgrund einer Infektionserkrankung im **Krankenhaus** aufgenommen, die meisten davon wegen Infektionen im Verdauungssystem (mehr als die Hälfte) und wegen Wundrose (Erysipel, ein Zehntel), weiters rund 50 Personen wegen einer Tuberkulose-Erkrankung (sinkende Tendenz) und rund zehn wegen einer AIDS-Erkrankung. Zwischen 1992 und 2000 hat sich die Anzahl der wegen einer Infektionserkrankung stationär aufgenommenen Patienten um ein Drittel erhöht - dieser steigende Trend findet sich mit Ausnahme der Tuberkulose bei fast allen Infektionserkrankungen wieder.

Gemäß der Statistik von **meldepflichtigen Infektionserkrankungen** des BMSG fielen im Burgenland im letzten Jahrzehnt folgende Erkrankungen am häufigsten an: Bakterielle Lebensmittelvergiftungen ohne Spezifikation des Erregers (rund 2.200 Meldungen), Bisse (1.600), Salmonellose (1.300), Scharlach (580), Tuberkulose (400), Campylobakter (300) sowie Hepatitis (Typ A: 60, Typ B: 40, Typ C: 30) und Paratyphus (90). Die Inzidenz von Lebensmittelvergiftungen ist nach den vorliegenden Daten im bundesweiten Vergleich im Burgenland sehr hoch, wobei dies ausschließlich auf die Krankheitsfälle in der ersten Hälfte der 1990er Jahre zurückzuführen ist (1996 wurden nur noch 68 nicht differenzierte Lebensmittelvergiftungen gemeldet, ab 1997 nur mehr Einzelfälle). Bei den anderen genannten Infektionskrankheiten liegen die burgenländischen Werte um den österreichischen Durchschnitt oder darunter. Auffällig ist die Anzahl der Erkrankungen an Paratyphus, welche mehr als zehn Mal so hoch ist wie der höchste Wert von allen anderen Bundesländern (Oberösterreich). Allerdings bestehen - ähnlich wie bei der Krebsstatistik - Zweifel in Bezug auf die Vollständigkeit dieser Angaben. In Bezug auf **AIDS** wurden im Burgenland zwischen 1991 und 2000 nur vier Neuerkrankungen und zwei Todesfälle gemeldet, allerdings könnte ein nicht unerheblicher Anteil (vorwiegend nach Wien) „exportiert“ worden sein (vgl. Tab. 3.2.5 im Anhang).

Die „**ambulante Morbidität**“ in Bezug auf Infektionserkrankungen schlägt sich vor allem in Form der - zumeist relativ komplikationsfrei verlaufenden - Erkältungskrankheiten (Grippe, akute Bronchitis, etc.) nieder. Rund 50.000 Burgenländer (etwa 22 %) leiden zumindest einmal jährlich derart an einer solchen Erkrankung, dass Bettlägerigkeit die Folge ist (vgl. Tab. 3.2.4 im Anhang).

### *Orthopädische Erkrankungen*

Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates schlagen sich in der Sterblichkeit praktisch nicht nieder, dennoch machen sie einen großen Teil der „Krankheitslast“ in der Bevölkerung entwickelter Industrienationen aus. Im Burgenland wurden in den letzten Jahren rund

**5.600** Patienten pro Jahr wegen orthopädischer Erkrankungen zur **Behandlung in einem Krankenhaus** aufgenommen. Anfang der 1990er Jahre waren jährlich nur rund 4.000 Patienten mit derartigen Erkrankungen in Spitalsbehandlung - die Anzahl der stationären Patienten mit orthopädischen Leiden hat sich also im letzten Jahrzehnt um etwa 40 Prozent erhöht.

Doch die im Krankenhaus stationär versorgten Patienten zeigen wiederum nur die „Spitze des Eisbergs“ in Bezug auf die Prävalenz orthopädischer Probleme in der burgenländischen Bevölkerung. Das wahre Ausmaß dieser Krankheiten lässt sich annähernd aus der Mikrozensus-Erhebung 1999 ableiten. Dieser zufolge litten im Jahr der Befragung nach eigener Angabe etwa sechs Prozent der burgenländischen Bevölkerung über 15 Jahre (rund 16.000 Personen) an **orthopädischen Erkrankungen** (Wirbelsäule, Gelenke, Rheumatismus), 7.000 davon an Erkrankungen der Wirbelsäule, 6.400 an Erkrankungen an Hüfte oder Beinen sowie 4.000 an Erkrankungen an Schulter oder Armen. 1991 gaben rund 4.900 Burgenländer Schäden an der Wirbelsäule als Erkrankung an, 6.500 gaben Erkrankungen an Hüfte oder Beinen sowie 3.100 an Schultern oder Armen an.

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

#### *Unfälle*

Jedes Jahr **sterben** rund **140** Burgenländer aufgrund von „externen Todesursachen“. Etwa ein Drittel davon sind Selbstmorde, der Großteil allerdings wird durch Unfälle (Vergiftungen, Verletzungen und sonstige Gewalteinwirkungen) verursacht. Etwa 45 dieser Todesfälle sind die Folge von Verkehrsunfällen.

Jedes Jahr werden rund **6.000** Burgenländer aufgrund von Verletzungen im **Spital** stationär versorgt, davon rund 1.000 mit Beinbrüchen, 500 mit Gehirnerschütterungen, 450 mit Armbrüchen, 400 mit Wirbelsäulen- und/oder Rippenbrüchen sowie rund 200 mit Schädelbrüchen. Der Rest wird aufgrund von offenen Wunden oder anderen Verletzungen, aber auch von Vergiftungen, im Krankenhaus versorgt. Die Anzahl der aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen stationär versorgten Patienten war in den letzten zehn Jahren leicht rückläufig (Anfang der 1990er Jahre gab es rund 6.300 stationäre Unfallpatienten).

### **3.3 Behinderungen**

#### *Körperliche Beeinträchtigungen*

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

Der Anteil der an **Sehbeeinträchtigungen** leidenden Bevölkerung war im Burgenland gemäß dieser Stichprobenerhebung mit rund 46 % (ca. 113.000) der Personen über 15 Jahre einer der niedrigsten von allen Bundesländern. Bei rund einem Zehntel dieser Personen konnte die Sehbeeinträchtigung nicht durch Brille, Kontaktlinsen, Operationen oder andere Maßnahmen behoben werden. Insbesondere in den Altersgruppen von 45 bis 74 Jahren lag der Anteil der durch Sehbeeinträchtigungen leidenden Personen im Burgenland deutlich unter jenem in den übrigen Bundesländern, in der höchsten Altersgruppe entsprach der Anteil dem Bundesdurchschnitt. Den geringsten Anteil an sehbeeinträchtigten Personen wies das Südburgenland auf, den höchsten Anteil das Mittelburgenland (vgl. Tab. 3.3.1 im Anhang).

An **Hörbeeinträchtigungen** litten im Burgenland hochgerechnet rund 19.000 Personen (weniger als 7 %) dieser Bevölkerungsanteil war ebenfalls etwas niedriger als in Österreich insgesamt. Der Anteil war bei den Männern deutlich höher als bei den Frauen. Bei den über 74-Jährigen litt bereits jeder Dritte an einer Hörbeeinträchtigung, dieser Anteil entsprach etwa dem Bundesdurchschnitt. Bei der regionalen Betrachtung zeigten sich keine auffälligen Unterschiede hinsichtlich der Betroffenheit durch Hörbeeinträchtigungen.

Wie die Seh- und Hörbeeinträchtigungen sind auch die **Bewegungsbeeinträchtigungen** offensichtlich vorwiegend altersbedingt. Bei dieser Form von Beeinträchtigung entsprach der Anteil im Burgenland mit 7,4 Prozent jenem von Österreich insgesamt. Die Betroffenheit war bei den Männern etwas höher als bei den Frauen. Mit zunehmendem Alter steigen auch die Ausmaße an Bewegungsbeeinträchtigung markant an - etwa jede(r) dritte Burgenländer(in) im Alter von 75 Jahren und darüber ist davon betroffen.

An einer **chronischen Krankheit** litt etwa ein Viertel der burgenländischen Bevölkerung. Auch der Anteil der durch chronische Krankheiten betroffenen Personen steigt sehr deutlich mit zunehmendem Lebensalter an. Während in der Altersgruppe der 15- bis 44-Jährigen etwa jeder (jede) zehnte Burgenländer(in) von mindestens einer chronischen Krankheit betroffen war, war es in der Gruppe der 60- bis 74-Jährigen bereits jede(r) zweite. Von den befragten über 74-Jährigen gaben ungefähr 60 Prozent der befragten Personen an, an mindestens einer chronischen Erkrankung zu leiden (vgl. Tab. 3.3.1). Der Anteil der betroffenen Personen ist bei den Frauen etwas höher als bei den Männern, der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist im Burgenland aber weniger deutlich ausgeprägt als in Österreich insgesamt.

#### *Pflegebedürftigkeit*

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

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

Mit Stichtag 31. 12. 2000 waren nach den vorliegenden Daten (Quellen: BMSG, Fa. Pagler & Pagler) **im Burgenland 13.019 Personen Bezieher von Landes- oder Bundespflegegeld** (s. Tab. 3.3.2 im Anhang), das waren rund **4,7 Prozent** der Gesamtbevölkerung des Burgenlandes. Von den übrigen Bundesländern wiesen nur die Steiermark und Kärnten einen ähn-

lich hohen oder höheren Anteil an Pflegegeldbeziehern in der Wohnbevölkerung auf, der Bundesdurchschnitt lag bei 3,8 Prozent. Mit rund fünf Prozent der Pflegegeldbezieher in den beiden höchsten Pflegestufen (6 und 7) lag das Burgenland über dem Bundesdurchschnitt (4,1 %) hinsichtlich der **Betroffenheit durch höchste Pflegebedürftigkeit**. Insbesondere bei den jüngeren Altersgruppen lagen die Anteile der Bezieher von Pflegegeld der Stufen sechs und sieben relativ deutlich über dem Bundesdurchschnitt, während die Anteile an Personen mit geringerer Pflegebedürftigkeit niedriger waren als in Gesamtösterreich.

Der **Anteil an Frauen** unter den Pflegegeldbeziehern war im Burgenland mit rund zwei Dritteln etwas niedriger als in Österreich insgesamt (72 %). Der Frauenanteil steigt kontinuierlich mit zunehmendem Alter an - von rund 40 Prozent bei den bis zu 20-Jährigen auf mehr als 78 Prozent bei den über Achtzigjährigen.

Während bundesweit die Anzahl der Pflegegeldbezieher zwischen den Jahren **1997 und 2000** um nahezu sechs Prozent zunahm, verzeichnete das **Burgenland einen Zuwachs um nur ein Prozent**. In der Altersgruppe der bis zu Zwanzigjährigen ging die Anzahl der Pflegegeldbezieher in den Stufen drei bis fünf sowie sechs und sieben sogar relativ deutlich zurück (jeweils um ca. 18 %), ebenso in der Altersgruppe der über Achtzigjährigen die Anzahl der Bezieher von Pflegegeld der Stufen eins und zwei (minus 16 %). Während der Rückgang in der Altersgruppe der über Achtzigjährigen bei beiden Geschlechtern annähernd gleich verlief, war er bei den unter Zwanzigjährigen vorwiegend auf den Rückgang an weiblichen Pflegegeldbeziehern zurückzuführen.

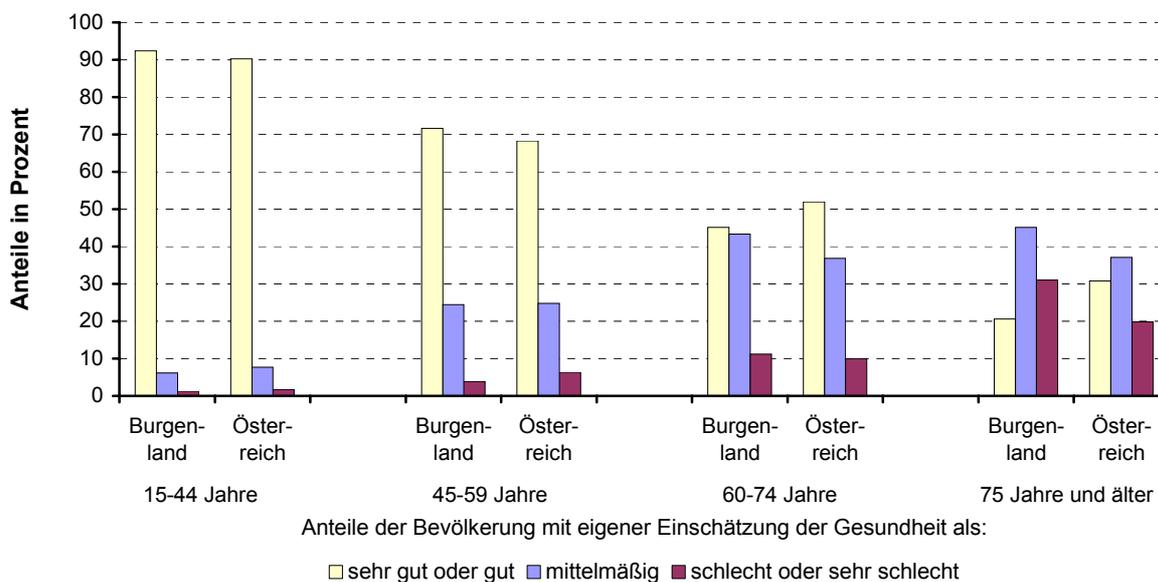
### 3.4 Gesundheitliche Selbsteinschätzung

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

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

Ungefähr **drei Viertel der burgenländischen** Bevölkerung schätzten bei der Befragung 1999 den eigenen **Gesundheitszustand** als „**sehr gut**“ oder „**gut**“ ein - der Anteil war somit etwas höher als im Durchschnitt aller Bundesländer. Bei den burgenländischen Männern war er etwas höher als bei den Frauen. Der Anteil der Bevölkerung, der seinen eigenen Gesundheitszustand als nur „mittelmäßig“ einstufte, lag im Burgenland etwas über dem Bundesdurchschnitt, jener Anteil, der die Gesundheit als „**schlecht bis sehr schlecht**“ einstufte, entsprach mit rund fünf Prozent dem **österreichischen Durchschnitt**. Die Anteile der Bevölkerung, die den Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einstufte, nahmen mit zunehmendem Alter deutlich ab - waren es in der Gruppe der 15- bis 40-Jährigen mehr als 90 Prozent, so lag der Anteil bei der Bevölkerung mit einem Alter von 60 Jahren und darüber nur noch bei 45 Prozent, von den über Fünfundszwanzigjährigen fühlte sich nur noch etwa jede(r) fünfte Burgenländer(in) gesundheitlich sehr gut oder gut. Während die Burgenländer im erwerbsfähigen Alter im Vergleich zu Österreich insgesamt die eigene Gesundheit in höherem Ausmaß als sehr gut oder gut einschätzten, lagen die Anteile bei den älteren Personen (60 und darüber) deutlich unter den Anteilen in den entsprechenden Altersgruppen in den übrigen Bundesländern (s. Abb. 3.4.1).

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



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

Die Auswertungsergebnisse weisen auf ein **Nord-Süd-Gefälle** hinsichtlich des **Gesundheitszustandes im Burgenland** hin: Die höchsten Anteile an sich gut oder sehr gut fühlenden Bewohnern wies (sowohl 1991 als auch 1999) das Nordburgenland auf, die niedrigsten das Südburgenland. Im bundesweiten Vergleich nach NUTS-III-Regionen liegen die **burgenländischen Regionen** hinsichtlich der gesundheitlichen Selbsteinschätzung im Jahr 1999 im Mittelfeld, und zwar sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen (vgl. Karten 3.4.1 und 3.4.2 im Kartenanhang).

Der Vergleich mit den Daten der Befragung aus dem Jahr 1991 zeigt, dass die **Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand in den 1990er Jahren im Burgenland zugenommen** haben dürfte. Dem österreichweiten Trend entsprechend erhöhte sich der Anteil der Befragten, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut und gut beurteilten, während jener, der den Gesundheitszustand als nur mittelmäßig einstufte, zurückging. Der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht einstuften, verringerte sich - dem bundesweiten Trend entsprechend - auch im Burgenland zwischen 1991 und 1999.

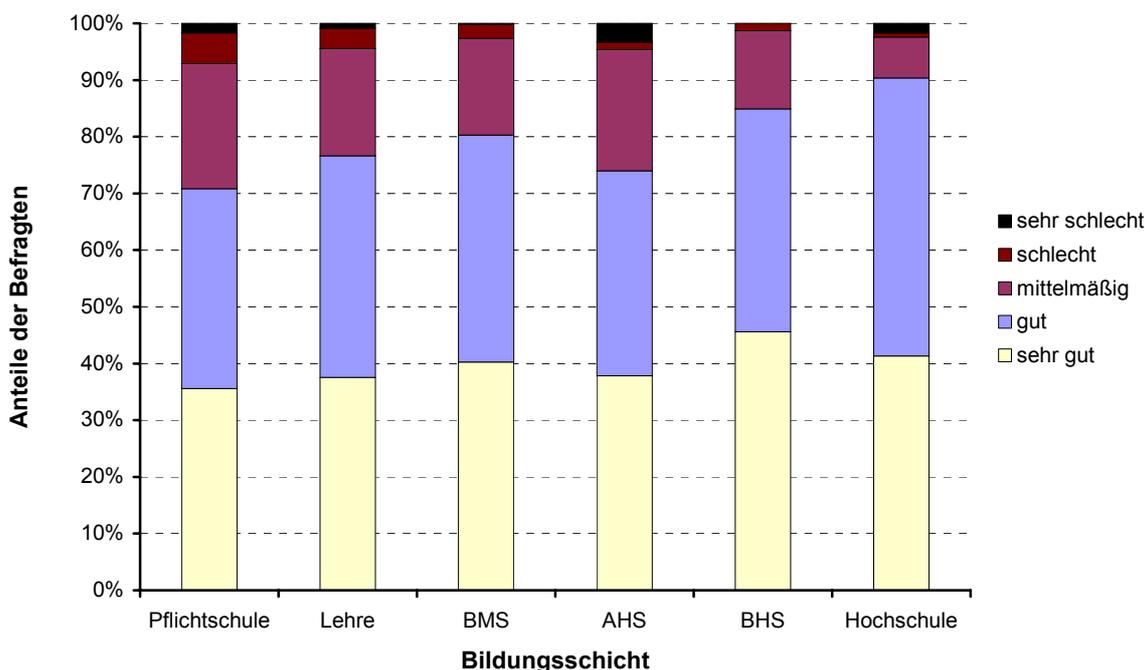
#### Gesundheitszustand nach sozialen Schichten 1999

Die höchste abgeschlossene Schulbildung gilt als gut geeigneter Indikator für die soziale Schichtzugehörigkeit. Bei Betrachtung der Befragungsergebnisse aus dem Mikrozensus 1999 zur Einschätzung der eigenen Gesundheit differenziert nach dem gleichfalls erfragten Bildungsstand zeigt sich, dass - nach Selbstauskunft der rund 4.400 befragten Burgenländer im Alter über 15 Jahre - mit **höherer Schulausbildung** auch der subjektiv empfundene **Gesundheitszustand** tendenziell **besser** ist.

Offensichtlich finden Unterschiede zwischen den sozialen Gruppen in Bezug auf das Gesundheitsverhalten auch ihren Niederschlag im Gesundheitszustand: Der Anteil jener befragten Burgenländer, die ihren eigenen Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“ einschätzten, stieg von knapp über 70 Prozent bei den Pflichtschulabsolventen auf knapp 85 Prozent bzw. 90 Prozent bei den BHS- bzw. den Hochschulabsolventen an.

Spiegelbildlich dazu ist der Anteil der den eigenen Gesundheitszustand als „schlecht“ oder gar „sehr schlecht“ einschätzenden Bevölkerung Burgenlands bei den Pflichtschulabsolventen (mit 7,1 %) am höchsten - nahezu dreimal so hoch wie bei den Hochschulabsolventen und mehr als fünfmal so hoch wie bei den BHS-Absolventen. Auch der Anteil der den Gesundheitszustand nur „mittelmäßig“ einstufenden Burgenländer und Burgenländerinnen ist bei den Pflichtschulabsolventen (ca. 22 %) tw. deutlich höher als bei den Personen mit höherer Ausbildung. Allerdings ist im Burgenland der Anteil der Absolventen einer Lehre oder einer AHS, der den eigenen Gesundheitszustand als nur mittelmäßig einstuft, ähnlich hoch wie jener bei den Pflichtschulabsolventen.

Abbildung 3.4.2: *Subjektiver Gesundheitszustand nach Bildungsschichten<sup>1)</sup> im Burgenland 1999*



<sup>1)</sup> altersstandardisiert

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

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

### 3.5 Zusammenfassung und Maßnahmenempfehlungen

#### Zusammenfassung

Die **Lebenserwartung** bei der Geburt war im Burgenland in den Jahren 1990-2000 niedriger als im österreichischen Durchschnitt, namentlich bei den Männern, wo sie teilweise signifikant unter dem Bundeswert lag, während jene der burgenländischen Frauen etwa dem gesamtösterreichischen Durchschnitt entsprach. Der Abstand hat sich allerdings im Verlauf der 1990er Jahre verringert, weil die **Lebenserwartung im Burgenland stärker angestiegen** ist

**als in Österreich** insgesamt. Im Jahr 2000 lag die Lebenserwartung der burgenländischen Männer mit rund 74,8 Jahren nur noch knapp unter dem österreichischen Durchschnitt (75,2 Jahre) jene der burgenländischen Frauen entsprach mit ca. 81 Jahren dem Bundesdurchschnitt. Bei den Männern schwankt die Lebenserwartung nach Bezirken deutlich, in Eisenstadt am oberen Ende der Skala können die Männer im langjährigen Durchschnitt mit bis zu drei Lebensjahren mehr rechnen als in den Bezirken Oberwart und Oberpullendorf am unteren Ende der Skala. Bei den Frauen sind die regionalen Unterschiede nicht so deutlich ausgeprägt, die südburgenländischen Bezirke liegen im langjährigen Vergleich etwas unter dem Landesschnitt.

Die **Säuglingssterblichkeit** (im 1. Lebensjahr Verstorbene pro 1.000 Lebendgeborene) konnte in den letzten Jahrzehnten im Burgenland **erheblich reduziert** werden: Noch in den 1960er Jahren war sie im Burgenland nach Kärnten am zweithöchsten in Österreich, gegen Ende der 1990er Jahre hingegen war das Burgenland neben Salzburg das Bundesland mit der niedrigsten Säuglingssterblichkeit. Die **neonatale** Säuglingssterblichkeit (im 1. Lebensmonat Verstorbene pro 1.000 Lebendgeborene) weist ebenfalls einen positiven Trend auf, wenngleich noch in den ersten Jahren der 1990er Jahre im Burgenland meist überdurchschnittlich viele Säuglinge im ersten Lebensmonat starben.

Im Burgenland versterben jährlich rund **1.450 männliche** und rund **1.600 weibliche** Personen, dennoch ist die altersstandardisierte **Sterblichkeit** der **Männer** deutlich **höher** als jene der Frauen. Bei den **Männern** ist die Sterblichkeit aufgrund von **Krebs- sowie Verdauungs-erkrankungen** signifikant höher als in allen anderen Bundesländern, die Sterblichkeit aufgrund von **Herz-/Kreislaufkrankungen** ist nur in Wien noch höher. Bei den **Frauen**, die im Vergleich zu Österreich insgesamt eher leicht unterdurchschnittliche Mortalitätsraten aufweisen, liegt die Sterblichkeit aufgrund von **Herz-/Kreislaufkrankungen** signifikant über dem Bundesdurchschnitt.

Bei beiden Geschlechtern werden als **häufigste** Todesursache **Herz-/Kreislaufkrankungen** angegeben, wobei bei den Frauen mehr als die Hälfte der Todesfälle darauf zurückzuführen ist, bei den Männern hingegen rund 45 Prozent. An Herz-/Kreislaufkrankungen **sterben** im Burgenland jährlich rund **1.600** Personen, davon jeweils fast ein Viertel an akutem Herzinfarkt und an Schlaganfällen. Bei beiden Geschlechtern wird rund ein Viertel der Todesfälle durch **Krebserkrankungen** verursacht. An Krebserkrankungen **sterben** im Burgenland jährlich rund **730** Personen. Die häufigste zum Tod führende Krebsart ist Lungenkrebs, gefolgt von Dickdarmkrebs, Magenkrebs sowie Brust- und Prostatakrebs. Krebserkrankungen sind damit die zweithäufigste Todesursache.

Analog zur steigenden Lebenserwartung ist die **Sterblichkeit** der burgenländischen Bevölkerung in den letzten zehn Jahren bei beiden Geschlechtern kontinuierlich **gesunken**. Auch in der („vorzeitigen“) Mortalität der **unter 75-Jährigen** zeigt sich bei beiden Geschlechtern ein rückläufiger Trend. In dieser Bevölkerungsgruppe halten sich **Herz-/Kreislaufkrankungen** und **Krebserkrankungen** als Todesursache die Waage, bei den **Frauen** überwiegen in geringem Ausmaß die Todesfälle aufgrund von **Krebserkrankungen**.

Im Jahr 2000 wurden rund **55.000 Burgenländer** („stationäre Patienten“) insgesamt **73.000-mal** in einem Krankenhaus in Österreich **stationär aufgenommen**. Die **Krankenhausmorbidity** (gemessen in Krankenhausaufnahmen exkl. Mehrfachaufnahmen pro 1.000 Einwohner) liegt im Burgenland deutlich **unter** dem **Bundesdurchschnitt**. Zwei Drittel der burgenländischen Patienten wurden in Krankenanstalten innerhalb der Landesgrenzen versorgt, der Großteil der übrigen Patienten in Niederösterreich, Wien und der Steiermark. Insbesondere hochrangige medizinische Leistungen werden vorwiegend in nahen Zentren außerhalb des Burgenlandes erbracht.

Die mit Abstand häufigste **Ursache** für eine **Krankenhausaufnahme** von burgenländischen Landesbürgern sind Herz-/Kreislaufkrankungen. Rund **8.800** Burgenländer werden aufgrund einer Herz-/Kreislaufkrankung zumindest einmal pro Jahr einer **Krankenhausbehandlung** unterzogen. Die nächsthäufigen Indikationen sind Verletzungen (bei Männern), orthopädische und Urogenitalerkrankungen (bei Frauen) sowie Verdauungserkrankungen (bei beiden Geschlechtern). Krebserkrankungen sind ebenfalls ein häufiger Grund für eine Spitalsaufnahme. Rund **4.400** Burgenländer müssen sich aufgrund von Komplexität und Schweregrad dieser Erkrankung zumindest einmal pro Jahr in eine **Krankenhausbehandlung** begeben. Gemäß dem burgenländischen Krebsregister **erkranken** jährlich rund **730 Burgenländer** und rund **670 Burgenländerinnen** an Krebs. Die häufigsten Tumorlokalisationen waren in den Jahren 1995 bis 1998 bei den Männern die Prostata, bei den Frauen die Brust.

Neben Herz-/Kreislauf- und Krebserkrankungen tragen **Verdauungskrankheiten, Zuckerkrankheit, Lungenerkrankungen, orthopädische** Erkrankungen sowie **Unfallfolgen** erheblich zur „Krankheitslast“ der burgenländischen Bevölkerung bei. Infektionserkrankungen spielen - nicht zuletzt aufgrund von Schutzimpfungen - quantitativ eine geringere Rolle, die Tendenz ist allerdings steigend. Auffallend hoch war - allerdings nur in der ersten Hälfte des Betrachtungszeitraumes - die Zahl der Lebensmittelvergiftungen im Vergleich zum österreichischen Durchschnitt, seit 1997 sind aber nahezu keine Fälle mehr aufgetreten.

In Bezug auf **körperliche Beeinträchtigungen** nach der Art der Beeinträchtigung stehen nur Daten aus dem Mikrozensus des Jahres 1995 zur Verfügung, diese beruhen ausschließlich auf den **eigenen Einschätzungen** der befragten Personen (im Burgenland ca. 4.400), wobei zwischen Seh-, Hör- und Bewegungsbeeinträchtigungen sowie chronischen Erkrankungen unterschieden wird. Die burgenländische Bevölkerung leidet demgemäß weniger an Seh- und Hörbeeinträchtigungen sowie an chronischen Krankheiten als die Bevölkerung im österreichischen Durchschnitt, obwohl alle diese Beeinträchtigungen vorwiegend altersbedingt sind und das Burgenland einen überdurchschnittlichen Anteil an älteren Personen aufweist. Der Anteil der Personen mit Bewegungsbeeinträchtigungen liegt etwa im Bundesdurchschnitt. An nicht behobenen **Sehbeeinträchtigungen** leiden im Burgenland ca. 14.000 Personen, Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Der **Gehörsinn** ist etwa bei 19.000 Burgenländern beeinträchtigt, wobei hier der Anteil bei Männern höher ist als bei Frauen. Unter **Bewegungsbeeinträchtigungen** leiden etwa 21.000 über 15-jährige Burgenländer, an einer **chronischen Krankheit** 64.000.

Die **burgenländische** Bevölkerung fühlt sich gemäß den Ergebnissen der Befragung im Rahmen des Mikrozensus 1999 trotz einer geringeren Lebenserwartung **subjektiv etwas gesünder** als die übrigen Österreicher. Nur in den westlichen Bundesländern und in Kärnten wird die eigene Gesundheit besser eingeschätzt. Dies betrifft allerdings nur die Altersgruppen der unter 60-Jährigen, die älteren Burgenländer schätzen ihren Gesundheitszustand schlechter ein als die Senioren im übrigen Bundesgebiet. Die burgenländischen Männer fühlen sich gesünder als die burgenländischen Frauen, und nach Selbstauskunft der rund 4.400 befragten Burgenländer im Alter über 15 Jahren wird mit höherer Schulausbildung auch der Gesundheitszustand tendenziell besser. Offensichtlich finden die Unterschiede zwischen den sozialen Gruppen in Bezug auf das Gesundheitsverhalten auch ihren Niederschlag im Gesundheitszustand.

Ende 2000 waren im Burgenland rund **13.000 Personen** Bezieher von **Landes- oder Bundespflegegeld** (rund 4,7 % der Gesamtbevölkerung). Von den übrigen Bundesländern wiesen nur die Steiermark und Kärnten einen ähnlich hohen bzw. höheren Anteil auf, der Bundesdurchschnitt lag bei 4,1 Prozent. Auch bei den höchsten Pflegestufen (6 und 7) weist das Burgenland überdurchschnittlich hohe Anteile auf, insbesondere bei den jüngeren Altersgruppen. Der Zuwachs an Pflegegeldbeziehern zwischen 1997 und 2000 war im Burgenland geringer als in allen anderen Bundesländern.

## *Maßnahmenempfehlungen*

Ausgehend von diesen Analyseergebnissen wurden **Maßnahmenempfehlungen** zu den Bereichen „Information“ (Datenbedarf), „(Ursachen-)Forschung“ sowie „Maßnahmen der (politischen) Entscheidungsträger“ entwickelt, die auch Gegenstand von **Spezial-Gesundheitsberichten** bzw. von **Spezialkonzepten** sein können. Dabei wurde nach österreichweiten und burgenlandspezifischen Maßnahmen differenziert.

### **Information**

#### *Österreichweite Empfehlungen*

- Ergänzung von sozioökonomischen Merkmalen (z. B. Schulbildung, Beruf) in der Todesursachen- und Krankenanstaltenstatistik;
- Beseitigung des Datendefizits in Bezug auf die „ambulante Morbidität“ (z. B. durch kürzere Zeitfristen zwischen den - um detailliertere Informationen zum Lebensstil der Befragten ergänzten - Gesundheitsbefragungen und/oder durch entsprechende Dokumentation der Krankheiten in ambulanten Versorgungseinrichtungen) sowie Qualitätssicherung dieser Dokumentation;
- Validierung der Selbstauskunft über den Gesundheitszustand durch ergänzend zur Befragung gemessene medizinische Parameter;
- Datenerfassung (ebenfalls ergänzt mit sozioökonomischen Merkmalen und Informationen über persönliche Verhaltensweisen) im Bereich der Gesunden-/Vorsorgeuntersuchungen, der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen sowie der Schuljugendlichenuntersuchung u. ä.

### **Forschung**

#### *Österreichweite Empfehlungen*

- Erforschung der Hindernisse für „gesundes Altern“ (z. B. durch Anwendung des WHO-Konzepts der „Potential Life Years Lost - PLYL“);
- vertiefende Ursachenforschung in Bezug auf chronische Krankheiten, vor allem auf Herz-/Kreislauferkrankungen, Krebserkrankungen, orthopädische sowie Verdauungserkrankungen;
- Erforschung der Zusammenhänge zwischen subjektiv empfundenen Gesundheitszustand und objektiv feststellbarem Gesundheitszustand;
- Forschung zum Ausmaß an „vermeidbaren Behinderungen“.

#### *Burgenland-spezifische Empfehlungen*

- Erforschung der Hintergründe für den zwischen den sozialen Schichten und zwischen den Regionen unterschiedlichen Gesundheitszustand (gemessen an Lebenserwartung, Sterblichkeit und Krankheitshäufigkeit) - insbesondere in Hinblick auf die im Bericht identifizierten Problemregionen;
- vertiefende Ursachenforschung in Bezug auf die gegenüber dem Bundesdurchschnitt signifikant erhöhte Sterblichkeit aufgrund von Herz-/Kreislauferkrankungen (bei beiden Geschlechtern);
- vertiefende Ursachenforschung der gegenüber dem Bundesdurchschnitt signifikant erhöhten Sterblichkeit der burgenländischen Männer (auch der unter 65-jährigen Männer!) aufgrund von Krebserkrankungen und Erkrankungen der Verdauungsorgane;
- Klärung der Ursachen der geringen Krankenhaushäufigkeit bei gleichzeitig hohen Mortalitätsraten im Burgenland;
- Klärung der Gründe für die Erhöhung der Krankenhausaufnahmen wegen Infektionserkrankungen;

- Klärung der Gründe für die im Vergleich zum Bundesdurchschnitt hohen Anteile an Pflegegeldbeziehern, namentlich bei den Beziehern der Stufen für die höchste Pflegebedürftigkeit bei jüngeren Altersgruppen;
- vertiefende Ursachenforschung der gegenüber dem Landesdurchschnitt deutlich erhöhten Sterblichkeit auf Grund von Herz-/Kreislaufkrankungen der unter 65-jährigen Männer in den Bezirken Jennersdorf, Oberpullendorf und Oberwart sowie der unter 65-jährigen Frauen im Bezirk Oberwart;
- vertiefende Ursachenforschung der gegenüber dem Landesdurchschnitt deutlich erhöhten Sterblichkeit der Männer auf Grund von Verdauungserkrankungen in den Bezirken Jennersdorf und Oberwart;
- vertiefende Ursachenforschung der gegenüber dem Landesdurchschnitt deutlich erhöhten Sterblichkeit auf Grund von Krebserkrankungen der Männer (auch der unter 65-jährigen Männer) im Bezirk Neusiedl am See sowie der (unter 75-jährigen) Frauen in den Bezirken Eisenstadt (Stadt), Eisenstadt (Umgebung) und Mattersburg.

### Gesundheitspolitik

- Gezielte Gesundheitsförderung für Angehörige unterer sozialer Schichten sowie für ältere Menschen mit dem Ziel, das vorhandene Gefälle im Gesundheitszustand, im Gesundheitsverhalten, in der Morbidität und in der Sterblichkeit zu verringern sowie präventive Potenziale auszuschöpfen (z. B. Programme zu „gesundheitsförderlichen Lebensweisen“ in der Lebens- und Arbeitsumwelt mit Schwerpunkten auf der Bekämpfung chronischer Krankheiten und auf der Unfallverhütung);
- Programme zur Früherkennung von Krankheiten (insbesondere von Krebserkrankungen, Herz-/Kreislaufkrankungen und Krankheiten der Verdauungsorgane).

Die angeführten Maßnahmenempfehlungen beziehen sich zum größten Teil auf **Prävention** und **Gesundheitsförderung**, die das Eintreten von Krankheiten verhindern (Primärprävention) bzw. verzögern (Sekundärprävention) oder den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen sollen. Messbares Ziel von Interventionen in diesen Bereichen ist die Absenkung von Inzidenz bzw. Prävalenz von Krankheit, Behinderung oder vorzeitigem Tod. Grundsätzlich geht es um eine Steigerung von Lebensqualität und Patientenzufriedenheit. Der direkte ökonomische Nutzen in Form von Einsparungen durch Verringerung der Behandlungskosten stellt ein weiteres Ziel von Prävention und Gesundheitsförderung dar (wobei über das Verhältnis des Mitteleinsatzes für Prävention zu diesen Einsparungen noch weitgehend Unklarheit herrscht).

Den in diesem Bericht vorgeschlagenen Maßnahmen kommt vornehmlich strategischer Charakter zu. Sie sind in weiterer Folge in einer höheren Detailliertheit zu konkretisieren, um eine **problemadäquate Projektentwicklung** zu ermöglichen. Für jedes Projekt sollten die identifizierten Probleme, deren Ursachen, daraus abzuleitende operationalisierte Ziele sowie - soweit sinnvoll - regionale oder zielgruppenorientierte Schwerpunkte spezifiziert werden. Hierbei sind die beteiligten bzw. zu beteiligenden Institutionen oder Personen zu nennen, Zeithorizonte für die Maßnahmenwirkungen und das zu erwartende Ausmaß der Wirkungen sowie die Kosten und deren Finanzierung festzulegen. Weiters ist die Evaluierung der Projekte zu empfehlen, wobei bereits bei der Projektentwicklung Art und Zeitpunkt der Evaluierung sowie die hierfür heranzuziehenden Indikatoren bestimmt werden sollten.

Im Burgenland wurde bereits eine Reihe von derartigen Projekten in Angriff genommen, wobei die Organisation und Durchführung vorwiegend dem Burgenländischen Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin (BAKS, s. dazu Kapitel 4 und 5) oblag. In der folgenden Übersicht sind beispielhaft die wesentlichen Inhalte eines Projekts, dessen Oberziel die Reduktion der negativen Folgen koronarer Herzerkrankungen im Burgenland ist und konkrete Unterziele auf den drei Stufen der Prävention definiert, dargestellt. Die Darstellung basiert auf einem in der Planungsphase befindlichen Projekt des BAKS (Ohrenberger 2002).

### Übersicht 3.5.1: Projektvorstellung: Vorsorgetrategien - koronare Herzerkrankungen

#### Problem: Erhöhte Sterblichkeit und Krankheitslast durch Herz-Kreislaufkrankungen

**Mögliche Einflussfaktoren:** Erbliche Faktoren, Ernährungsverhalten, Bewegungsverhalten, Rauchverhalten, Alkoholkonsum, Nicht-Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, Informationsstand der Bevölkerung, Erreichbarkeit von Notfalleinrichtungen, Qualität der medizinischen Versorgung...

**Ziele:** Reduktion der jährlichen Todesfälle bis zu einem zu definierenden Zeitpunkt um einen festzulegenden Anteil

Reduktion der jährlichen Todesfälle in der Altersgruppe der unter 65-jährigen bis zu einem zu definierenden Zeitpunkt um einen festzulegenden Anteil

**Regionale Schwerpunkte:** Jennersdorf, Oberwart, Oberpullendorf

Maßnahmen :	Wo	Beteiligte Institutionen / Personen	Ziel der Maßnahme	Zeithorizont für Maßnahmenwirksamkeit	Zielgruppen	Mögliche Finanzierer
<b>Klärung der Ursachen</b>						
<b>Primärprävention:</b>						
Information, Instruktion, Motivation	Schulen, Betriebe, Vereine, Gemeinden ("Setting-Ansatz")	Gesundheitspolitiker, Gemeinden, Niedergelassene Ärzte, Apotheken, Medien, Schulen, Betriebe...	Vermeidung der Erkrankung durch Erhöhung der Eigenkompetenz der Bevölkerung (Reduktion der Risikofaktoren und Stärkung der protektiven Faktoren)	10-30 Jahre	Bevölkerung unter 65 Jahren	Gebietskörperschaften, soziale Krankenversicherungsanstalten, private Versicherungsunternehmen, Betriebe, EU
<b>Sekundärprävention:</b>						
Erfassung von Risikofaktoren => Hypertonieeinstellung, Diabetes-einstellung, Cholesterin-einstellung, Rauchereinstellung, Gewichtsabnahme....	Vorsorgeuntersuchungen, Schuljugendlicheuntersuchungen, Lehrlingsuntersuchungen, Betriebe, Schulen, Bundesheer, Krankenanstalten....	Niedergelassene Ärzte, Gesundheitsämter, Schulärzte, Betriebsärzte, Bundesheer, Krankenanstalten....	Früherkennung der Erkrankung und frühzeitige Behandlung	5-20 Jahre	Frauen unter 65 Jahren; Männer unter 55 Jahren;	Land, soziale Krankenversicherungsanstalten, (Verzicht auf Kostendeckelung für Behandlung und weitere Diagnostik der erfassten Personen mit Risikofaktoren), private Versicherungsunternehmen
<b>Tertiärprävention:</b>						
Verbesserung der Notfalldienste => Optimierung der Erreichbarkeit, Qualitätssicherung der Erstbehandlung (Ausbildung,...)		Niedergelassene Ärzte, Krankenanstalten, Rettungsdienste, Bevölkerung (Kenntnis über Erstversorgung), Medien	Optimale Behandlung akut von Infarkt oder Gehirnschlag betroffenen Personen	3-5 Jahre		Land, Bund
Einrichtung von Interventionen und Qualitätssicherung in Krankenanstalten	Krankenanstalten	Krankenanstalten, BGKK, LR, Amt der Bgld. Landesregierung - Gesundheitsreferat, KRAGES,	Optimale Behandlung von Infarkt- und Schlaganfallpatienten	3-5 Jahre	Spitalsärzte, sonst. med. Spitalpersonal	Land, Bund
Erfassung und Dokumentation aller Herzinfarkte und Schlaganfälle in burgenländischen Krankenanstalten sowie Erfassung und Dokumentation der Infarkttherapie	Krankenanstalten, Rehabilitations-einrichtungen, Niedergelassene Ärzte...	Niedergelassene Ärzte, Krankenanstalten, Rehabilitations-einrichtungen, Ärztekammer, BGKK, LR, Amt der Bgld. Landesregierung - Gesundheitsreferat, BAKS, ÖBIG, Pharmaindustrie	Gewährleistung einer optimalen qualitätsgesicherter Behandlung	3-5 Jahre		Land, Bund
Gewährleistung eines möglichst raschen Zugangs zur Rehabilitation		Niedergelassene Ärzte, Krankenanstalten, Rehabilitations-einrichtungen, Land, KRAGES, ÖBIG	Verbesserung oder zumindest Stabilisierung des Zustandes bereits erkrankter Personen (Infarkt- und Schlaganfallpatienten), Verhinderung von Folgeereignissen	3-5 Jahre	Infarkt- und Apoplexiepatienten	Land, Bund

Quellen: Ohrenberger, G. (2002); ÖBIG

## 4 Gesundheitliche Einflussfaktoren

### 4.1 Somatische Basisdaten

#### *Body-Mass-Index*

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

Nach diesen Definitionen waren im Jahr 1991 im Burgenland rund **1,5 Prozent** der Bevölkerung über 15 Jahre (etwa 15.000 Personen) **stark untergewichtig**, wobei **Frauen** wesentlich **häufiger** als Männer betroffen waren (2 % versus 0,9 %, vgl. Tab. 4.1.1. im Tabellenanhang). Damit hatte das Burgenland nach der Steiermark den geringsten Anteil an stark Untergewichtigen unter allen Bundesländern - ein Phänomen, das sich für nahezu alle Altersgruppen zeigte. Innerhalb des Burgenlandes waren im **Nordburgenland** die höchsten und im Mittelburgenland die geringsten Anteile an stark Untergewichtigen festzustellen. Bis zum Jahr 1999 **stieg** der Anteil der stark Untergewichtigen im Burgenland bei den Männern leicht und bei den Frauen stark an (auf 1,2 % bzw. 3,8 %), was dem bundesweiten Trend entsprach.

Der Anteil der **übergewichtigen** Burgenländer **sank** zwischen 1991 und 1999 entgegen dem bundesweiten Trend - von 26,4 auf 24,5 Prozent (etwa 60.000 Personen), wobei Männer wie Frauen (insbesondere des Mittelburgenlandes) gleichermaßen einen Beitrag zu dieser Entwicklung leisteten. Dennoch blieb das Burgenland in beiden Jahren und bei beiden Geschlechtern diesbezüglich klar über dem Bundesdurchschnitt. Der Anteil der übergewichtigen Burgenländer lag im Jahr 1991 um fast fünf Prozentpunkte über dem Bundesdurchschnitt (der mit Abstand höchste Wert aller Bundesländer), 1999 immerhin noch zwei Prozentpunkte; nur in Oberösterreich war der Anteil an Übergewichtigen höher (vgl. Tab. 4.1.1). Der Anteil der **stark Übergewichtigen stieg** wiederum in diesem Zeitraum von 11 auf 13,4 Prozent (über 30.000 Personen). Diese Entwicklung zeichnete sich bei Männern und Frauen etwa in der selben Intensität und auch in allen Altersgruppen (mit Ausnahme der 20 bis 44-Jährigen) ab. Der Rückgang des Anteils an Personen mit einem BMI zwischen 26 und 30 kann also auch damit zu tun haben, dass die Übergewichtigen aus dem Jahr 1991 in die Gruppe der an Adipositas leidenden Personen „aufgestiegen“ sind, aber weniger Übergewichtige nachfolgten. Das Burgenland hatte damit sowohl 1991 als auch - noch deutlicher - 1999 den höchsten Anteil an stark Übergewichtigen. Diese Entwicklung wird auch durch eine andere Datenquelle belegt - nach den Daten aus den **Stellungsuntersuchungen** des Bundesheers hatten burgenländische Stellungspflichtige im Zeitraum 1991 bis 2000 gemeinsam mit jenen aus Niederösterreich den höchsten Anteil an Übergewichtigen und stark Übergewichtigen zu verzeichnen.

#### *Blutdruck*

Laut Eigenangaben der Befragten beim Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ **1991** litten zu dieser Zeit rund **8,5 Prozent** der Burgenländer (rund 20.000 Personen) an Bluthochdruck, und zwar deutlich mehr Frauen (10,3 %) als Männer (6,6 %), wobei vor allem die Bevölke-

rung ab 60 Jahre von dieser Erkrankung betroffen war (mehr als 20 %, vgl. Tab. 4.1.2 im Tabellenanhang). Nach den (vorläufigen) Ergebnissen des Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ **1999** war der Anteil der Hypertoniker im Burgenland auf **5,7 Prozent** (rund 16.000 Personen) gesunken, wobei vor allem Frauen zu dieser Senkung beitrugen. Offen bleibt, ob es sich hinsichtlich der Unterschiede zwischen den Geschlechtern bloß um eine unterschiedliche selektive Wahrnehmung aufgrund eines unterschiedlichen Gesundheitsbewusstseins handelt, oder ob diese Eigenangaben den Tatsachen entsprechen.

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

#### *Blutfette (Gesamtcholesterin)*

Flächendeckende Daten betreffend das Gesamtcholesterin im Blut stehen nur für die männlichen Jugendlichen zur Verfügung. Diese Daten stammen aus den Stellungsuntersuchungen des Bundesheers. Diesen Untersuchungen zufolge lag der Anteil der Stellungspflichtigen mit **Gesamtcholesterin** im Blut **höher** als **200 mg/dl** Anfang der 1990er Jahre noch zwischen sechs und zehn Prozent und damit etwa im Bundesdurchschnitt aller Stellungspflichtigen in Österreich (ca. 10 %). Mitte der 1990er Jahre stieg der Anteil sprunghaft auf über 20 Prozent an, aber gegen Ende der Dekade **sank** dieser Anteil wiederum auf unter zehn Prozent und lag damit auch **unter** dem **Bundesdurchschnitt** (ca. 13 %). Diese starken Schwankungen könnten auch auf Datenerhebungs- oder aufbereitungsmängel zurückzuführen sein.

#### **4.2 Rauchen**

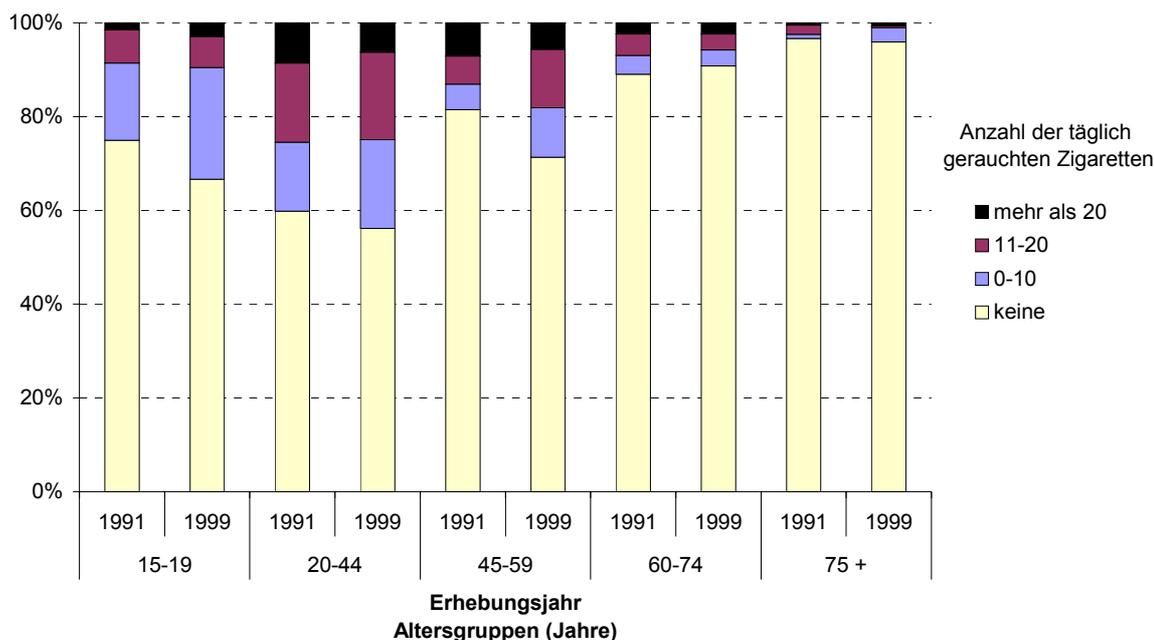
Gemäß den vorliegenden Ergebnissen und Auswertungen des **Mikrozensus 1999 rauchen etwa 30 Prozent der burgenländischen Bevölkerung täglich Zigaretten** (der Konsum anderer Tabakwaren wird im Mikrozensus nicht erfragt). Der **Raucheranteil** (unter den Auskunft erteilenden Personen) ist bei den **Männern** mit rund 37 Prozent **deutlich höher als bei den Frauen** (unter einem Viertel). Die höchsten Anteile an Rauchern weist die Bevölkerung in der Altersgruppe der 20- bis 44-jährigen auf, der Anteil an Nichtraucher ist in der älteren Bevölkerung (60 Jahre und darüber) mit mehr als 90 Prozent weitaus am höchsten. Etwa ein Drittel der Jugendlichen (15- bis 19-jährigen) gab bei der Befragung im Jahr 1999 an, täglich Zigaretten zu rauchen. Ungefähr 44 Prozent der Zigarettenraucher des Burgenlandes rauchen nur gelegentlich oder konsumieren täglich höchstens zehn Zigaretten, etwas weniger (40 %) 11 bis 20 Zigaretten. Rund 16 Prozent der Raucher konsumieren täglich mehr als ein Päckchen (20 Stück).

Im Vergleich mit den anderen Bundesländern weist das **Burgenland nach der Steiermark und Salzburg den drittniedrigsten Raucheranteil** in der Bevölkerung auf. Während bei den Männern der Raucheranteil dem Bundesdurchschnitt entspricht, liegt er bei den Frauen deutlich **unter dem österreichischen Durchschnitt**. Allerdings zeigt sich, dass bei der jüngeren Bevölkerung das Rauchverhalten bereits weitgehend dem der Bevölkerung in den entsprechenden Altersgruppen in den übrigen Bundesländern entspricht und der insgesamt geringere Anteil an Rauchern in der Bevölkerung offenbar überwiegend auf die Verhaltensweisen der älteren Bevölkerungsschichten zurückzuführen ist. Im Vergleich zu Österreich insgesamt ist die Anzahl an täglich konsumierten Zigaretten im Burgenland etwas niedriger. Der Anteil der starken Raucher (mehr als 20 Zigaretten täglich) ist nur in Kärnten und in Salzburg niedriger als im Burgenland.

Im regionalen Vergleich innerhalb des Landes zeigt sich, dass im Mittelburgenland der Raucheranteil etwas geringer ist als in den übrigen Landesteilen; im Nordburgenland ist der Anteil der Raucher in der Bevölkerung am höchsten.

Die Einbeziehung auch der Ergebnisse des Mikrozensus 1991 in die Betrachtung zeigt, dass im **Burgenland** - wie in Österreich insgesamt - der **Anteil der Nichtraucher** an der Bevölkerung **zwischen 1991 und 1999 rückläufig** war und die **Anzahl der Raucher tendenziell zugenommen hat**. Die **Zunahme an Rauchern** war bei den **Frauen** im Burgenland besonders deutlich ausgeprägt. Auch die **Zunahme an Rauchern bei der jugendlichen Bevölkerung** - wenngleich etwas schwächer ausgeprägt als im Bundesdurchschnitt - erscheint aus gesundheitspolitischer Sicht besonders bedenklich (der Anteil stieg von einem Viertel auf ein Drittel). Der österreichweiten Entwicklung entsprechend waren die Zunahmen an Rauchern, die täglich nur bis zu zehn Zigaretten konsumieren, am höchsten; die Anzahl der Raucher, die 11 bis 20 Zigaretten täglich rauchen, stieg um rund 20 Prozent. Erfreulicherweise zeigte sich bei der Anzahl und dem Anteil der starken Raucher (mehr als 20 Zigaretten täglich) eine Abnahme. Leider bilden allerdings hierbei die Jugendlichen eine Ausnahme - bei ihnen zeigte sich bei den täglich mehr als 20 Zigaretten rauchenden die größte prozentuelle Zunahme.

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



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

#### 4.3 Ernährung

Auf die Frage „Was tun Sie, um gesund zu bleiben bzw. Krankheiten vorzubeugen?“ gaben im Rahmen der Befragungen zum Mikrozensus 1999 „Fragen zur Gesundheit“ rund **31 Prozent** der befragten Burgenländerinnen und Burgenländer an, sich **gesundheitsbewusst zu**

**ernähren**<sup>1</sup>. Der Anteil der sich gesundheitsbewusst ernährenden Bevölkerung war bei den Frauen mit rund einem Drittel höher als bei den Männern (28 %). Die Auswertungen der Befragungsergebnisse nach Altersgruppen zeigt, dass im Burgenland der Anteil der sich gesundheitsbewusst Ernährenden mit zunehmendem Lebensalter ansteigt und im Pensionsalter wieder abnimmt.

Der Anteil der Bevölkerung, der angab, sich gesundheitsbewusst zu ernähren, war der **niedrigste von allen Bundesländern**, er lag sowohl bei der männlichen als auch bei der weiblichen Bevölkerung deutlich **unter dem Bundesdurchschnitt**. Die Unterschiede sind in den Altersgruppen ab 60 Jahre dabei am stärksten, aber auch in der Gruppe der 15- bis 44-Jährigen deutlich ausgeprägt

Innerhalb des Bundeslandes zeigte die Auswertung nach Regionen, dass vor allem im **Mittelburgenland** die **gesundheitsbewusste Ernährung einen geringen Stellenwert** aufweist.

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

#### 4.4 Alkohol und Drogen

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

**Konsumerfahrungen** mit illegalen Substanzen finden sich österreichweit in erster Linie bezüglich Cannabis (etwa 1/4 bis 1/3 der Befragten in verschiedenen Studien). Deutlich seltener wird über (Probier-)Konsum mit anderen Drogen (Ecstasy ca. 3 - 4 %; Opiate, Kokain etc. max. 1 - 2 %) berichtet. Daten aus einer im Jahr 2001 durchgeführten Erhebung bei burgenländischen Schülerinnen und Schülern (Falbesoner 2002) zeigen ähnliche Werte: 20 Prozent der befragten 12- bis 19-jährigen Jugendlichen berichteten über Konsumerfahrungen mit Cannabis, vier Prozent über Konsumerfahrung mit Ecstasy. Für alle anderen Substanzen lagen die entsprechenden Werte zwischen einem und drei Prozent oder darunter (Heroin: 1 %, Kokain: 2 %, Amphetamine: 3 %). Überraschend hohe Werte fanden sich weiters für Schnüffelstoffe (20 %) und biogene Drogen (psychoaktive Pilze, Pflanzen, etc.: 8 %). Gleichzeitig zeigte sich auch häufig ein problematischer Umgang mit legalen Substanzen wie Alkohol und Nikotin. Studienergebnisse (Raithel 2002, Institut für Sozial- und Gesundheits-

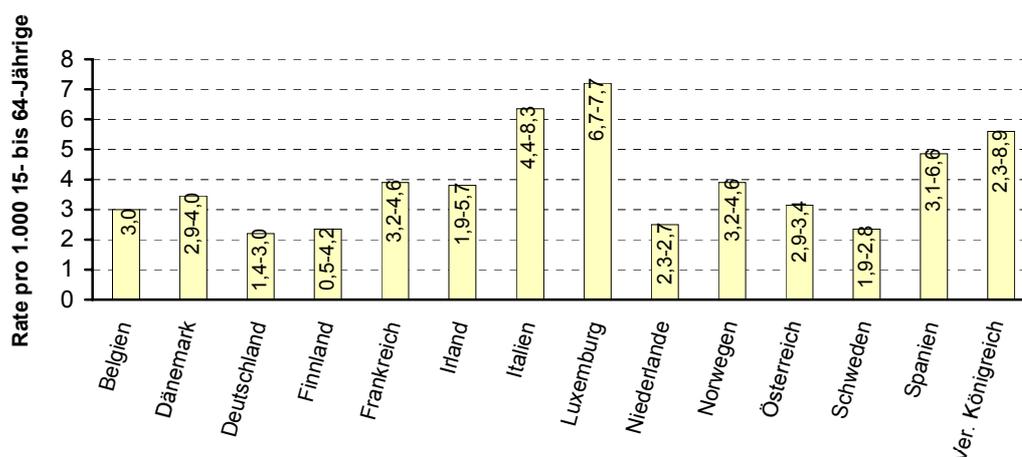
---

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

psychologie 1997) zeigen, dass sich das substanzspezifische Risikoverhalten als ein zusammenhängendes Verhaltensrepertoire präsentiert. So scheint der regelmäßige Umgang mit Alkohol eine Schlüsselrolle für die Bereitschaft zum Konsum illegaler Drogen zu spielen.

Die Zahl der **chronischen Alkoholiker** (im Sinne von ICD-9) wird für das Jahr 2000 österreichweit auf rund **330.000** Personen geschätzt (Handbuch Alkohol - Österreich 2001), für den Bereich des Medikamentenmissbrauches liegen keine, auch keine geschätzten Daten, vor. Die Zahl der „problematischen“ Konsumenten von illegalen Drogen wird für Österreich als stabil eingeschätzt. Nach wissenschaftlichen Prävalenzschätzungen gibt es etwa **15.000** bis **20.000** problematische **Opiatkonsumenten** (vgl. UHL/SEIDLER 2000), womit Österreich im europäischen Vergleich im unteren Mittelfeld liegt (vgl. Abb. 4.4.1). Eine regionale Differenzierung der Schätzung ist nur eingeschränkt möglich, bezogen auf die Einwohnerzahl liegt das Burgenland - mit einer Reihe anderer Bundesländer - unter dem Österreichdurchschnitt, während Wien und Tirol höhere und Vorarlberg durchschnittliche Werte aufweisen. Es ist dabei allerdings zu berücksichtigen, dass problematische Konsumenten dazu tendieren in Ballungszentren abzuwandern. Im Falle des Burgenlands ist traditionell eine Abwanderung von Drogenabhängigen nach Wien festzustellen. Vor einigen Jahren wurde eine anhaltende Rückkehr von Substitutionsklienten aus Wien ins Burgenland beobachtet, die lokale Beratungsstellen aber auch niedergelassene Ärzte in Anspruch nahmen (vgl. ÖBIG 1998a). In den letzten Jahren ist die Zahl der in Burgenland lebenden Substitutionsklienten aber wieder stabil.

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



<sup>1</sup> Schätzung

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

### Illegale Drogen

Österreichweit konnte in den letzten Jahren eine langsame „**Nivellierung**“ der **regionalen Unterschiede** beobachtet werden, die dazu führt, dass die Drogenproblematik nicht mehr nur in wenigen Zentren, sondern generell in Ballungsräumen sichtbar wird (vgl. ÖBIG, Bericht zur Drogensituation 1999). In diesem Zusammenhang zeigte sich eine deutliche Stabilisierung bzw. ein leichter **Rückgang** der Drogenproblematik in den früheren „**Schwerpunktbereichen**“ (v.a. Tirol, Vorarlberg, Wien).

Indikatoren für die durch Drogenkonsum verursachten gesundheitsbezogenen Probleme sind die Prävalenzraten bezüglich einiger **Infektionskrankheiten** sowie die „**Drogenopferstatistik**“ (vgl. Tab. 4.4.4 und 4.4.5 im Anhang). In Österreich gibt es bei (intravenös) Drogenabhängigen niedrige HIV-Prävalenzwerte (unter 5 %), aber hohe Prävalenzraten für Hepatitis B (35 bis 50 %) und Hepatitis C (70 bis 80 %). Spezifische Daten für das Burgenland liegen nicht vor. Die Zahl der drogenbezogenen **Todesfälle** ist in Österreich Anfang der 1990er Jahre stark gestiegen, danach aber wieder deutlich zurückgegangen. Die Zahl der burgenländischen Drogenopfer ist meist sehr gering (ca. 2 Fälle pro Jahr), lag aber in den Jahren 1994/95 mit vier (1994) bzw. drei (1995) Fällen über dem Durchschnitt (2000: 0 Fälle).

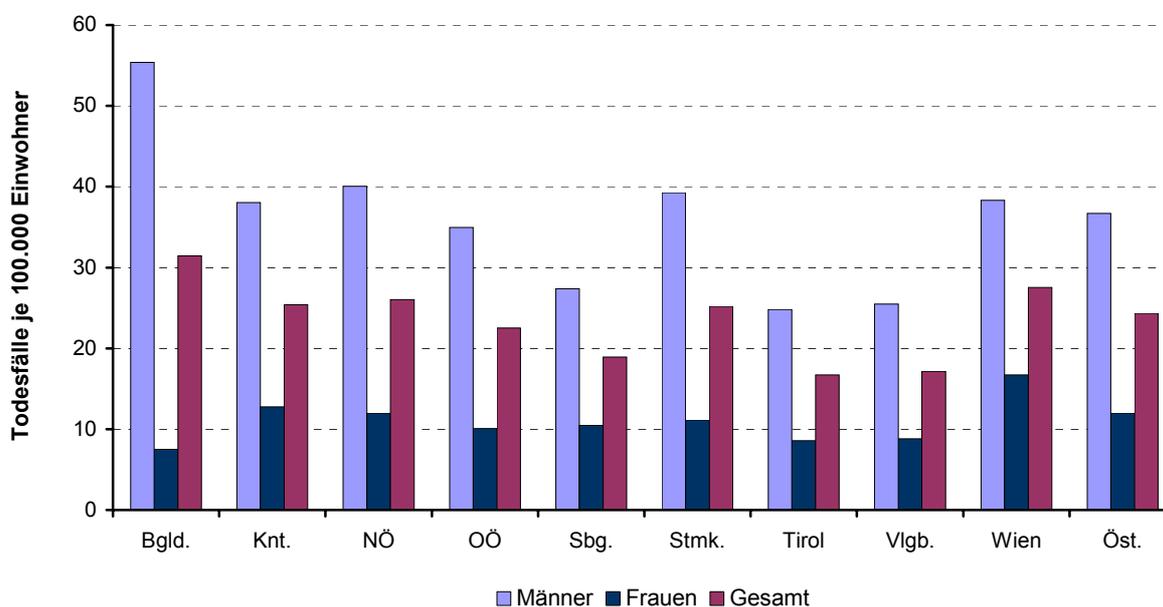
### *Alkohol*

Der **Alkoholdurchschnittskonsum** ist im **Burgenland** mit 38 Gramm Alkohol täglich (alters- und geschlechtsstandardisierter Wert) im Bundesländervergleich **am höchsten**. Danach folgen Kärnten (35 Gramm), Steiermark (34 Gramm) und Oberösterreich (33 Gramm). Auch nach Geschlechtern differenziert (alterstandardisierte Werte) wird im Burgenland mit 15 Gramm täglich bei den Frauen und 61 Gramm täglich bei den Männern von allen Bundesländern am meisten Alkohol konsumiert (vgl. Tab. 4.4.1 im Tabellenanhang).

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

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

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



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

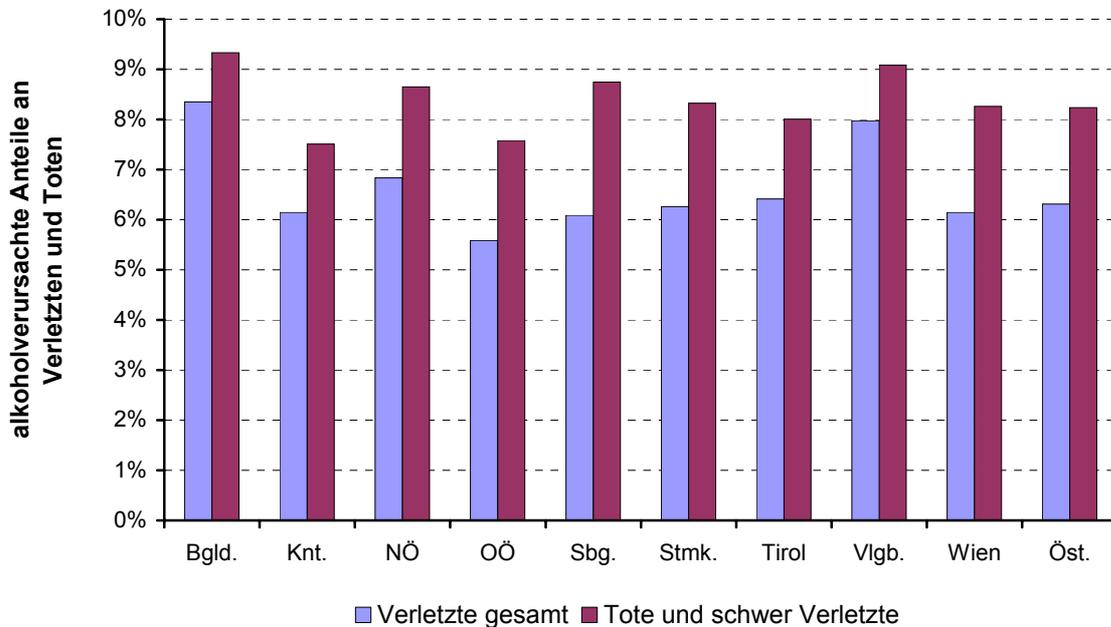
Innerhalb des Burgenlandes weisen nur die Bezirke **Güssing** und **Oberpullendorf** im Durchschnitt der Jahre 1998 bis 2000 bei den Kerndiagnosen eine knapp unter dem Bundesdurchschnitt liegende bzw. eine demselben entsprechende alkoholassoziierte Sterblichkeit auf. Knapp darüber - aber noch unter dem Landesdurchschnitt - sind die Werte der Bezirke **Eisenstadt-Umgebung** und **Neusiedl am See**. Die höchsten Werte finden sich in **Rust**, **Jennersdorf** und **Oberwart**. Nach Geschlechtern differenziert zeigen sich bei den **Frauen** nur in den Bezirken Rust, Güssing und Mattersburg über dem Bundesdurchschnitt liegende Sterblichkeitszahlen, während bei den **Männern** nur Güssing unter dem Österreichwert bleibt und alle anderen Bezirke zum Teil sehr weit darüber liegen. Bei der alkoholassoziierten Sterblichkeit nach „anderen Diagnosen“ zeigen Rust und Oberpullendorf deutlich überdurchschnittliche Werte. Hier muss jedoch berücksichtigt werden, dass bei den „anderen Diagnosen“ außer dem Alkohol noch eine Reihe anderer Faktoren (Ernährung, Selbstschädigung, Selbstmord, etc.) einen Einfluss auf die Sterblichkeit ausüben.

#### Alkohol im Straßenverkehr

Zur Untersuchung des **Alkoholeinflusses** im **Straßenverkehr** wurden die durch Alkohol verursachten Verkehrsunfälle auf den Straßen des Burgenlandes und für die Jahre 1998 bis 2000 der durchschnittliche jährliche Anteil der an solchen Unfällen beteiligten Personen an den im Burgenland an Verkehrsunfällen insgesamt Beteiligten ermittelt (vgl. Tab. 4.4.3 im Tabellenanhang). Dabei zeigte sich österreichweit, dass mit dem Verletzungsgrad auch der alkoholverursachte Anteil anstieg. Im Burgenland kamen in den betrachteten Jahren aufgrund der Alkoholisierung mindestens eines Unfallbeteiligten acht Menschen ums Leben, 319 wurden verletzt, davon 76 schwer. Im Bundesländervergleich ist der alkoholverursachte Anteil an den Verkehrstoten im Burgenland mit 6,2 Prozent (Österreich: 8 %) nach Niederösterreich und Wien (je 6,8 %) am geringsten, bei den schwer Verletzten ist der Anteil mit zehn Prozent (Österreich: 8,3 %) jedoch der höchste im Bundesländervergleich. Damit ist

auch der unter Alkoholeinfluss verursachte **Anteil** an den Verletzten insgesamt im Burgenland mit **8,3 Prozent** (Österreich: 6,3 %) am höchsten, gefolgt von Vorarlberg (8,0 %) und Niederösterreich (6,8 %; vgl. Abb. 4.4.3).

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



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

Die Betroffenheit ist vor allem in **Güssing, Oberpullendorf** und **Jennersdorf** sehr **hoch**, wo der alkoholverursachte Anteil an den Schwerverletzten und Toten 13 bis 20 Prozent beträgt. Im Vergleich zu Österreich insgesamt unterdurchschnittliche Werte weisen diesbezüglich nur **Eisenstadt** Stadt und der Bezirk **Neusiedl am See** auf (vgl. Tab. 4.4.3).

#### Hilfs- und Behandlungsangebote

Im Oktober 2000 wurde im Gesundheitsreferat der Burgenländischen Landesregierung eine **Suchtkoordinationsstelle** eingerichtet, die für alle Suchtformen zuständig ist. Die neue Stelle, die von einer Psychologin geleitet wird, erhielt den Auftrag, ein Suchtkonzept für das Burgenland zu erstellen, das in Zukunft die Grundlage für die Planung von gesundheitspolitischen Maßnahmen im Bereich der legalen und illegalen Drogen darstellen soll.

Im Jahre 1996 wurde das **Suchtforum Burgenland** gegründet. Das Suchtforum Burgenland ist eine beratendes Gremium, das in verschiedene Arbeitskreise gegliedert ist. Die Arbeitskreise - einer davon ist die weiter unten erwähnte ARGE Suchtprävention Schule - diskutieren die sich stellenden Fragen und erarbeiten Handlungsvorschläge für die burgenländische Suchtpolitik. Das Suchtforum entspricht dem Drogenbeirat in den anderen Bundesländern. Es setzt sich aus Vertretern der Exekutive, der Justiz, der Gesundheitsabteilung und der Sozialabteilung der Burgenländischen Landesregierung, der mit Jugendarbeit befassten Stellen der burgenländischen Landesregierung, der Kinder- und Jugendanwaltschaft sowie aus Vertretern der Medizin und der Drogen- und Suchtberatung des Psychosozialen Dienstes zusammen.

Eine wichtige Rolle im Bereich der **Primärprävention** von Suchtproblemen (Alkohol, Tabak, illegale Drogen, Medikamente, stoffungebunde Süchte wie Essstörungen, Spielsucht, etc.) nimmt die 1995 gegründete **ARGE Suchtprävention-Schule** ein, die mit Pädagogen aus allen schulischen Bereichen besetzt ist. Sie soll in nächster Zeit auf Basis bereits vorliegender Konzepte ein ganzheitliches, vernetztes Modell zur Suchtprävention an burgenländischen Schulen erarbeiten.

Im Bereich der „**Drogenhilfe**“ ist in Österreich eine zunehmende **Diversifikation** des Betreuungsangebots zu verzeichnen. Die ursprünglich ausschließlich auf **Abstinenz** ausgerichteten Angebote im Behandlungs- und Betreuungsbereich werden bereits seit der Mitte der 1980er Jahre zunehmend um **suchtbegleitende** und **substituierende** Maßnahmen **ergänzt**, wobei sich diese Entwicklung vor allem in den letzten Jahren deutlich verstärkt hat. Im Burgenland ist diese Entwicklung - auch aufgrund einer geringer ausgeprägten Problemlage bei den illegalen Drogen - bisher weniger sichtbar, allerdings wurden im letzten Jahrzehnt auch hier einige neue Angebote geschaffen. Dennoch ist das Burgenland nach wie vor das einzige österreichische Bundesland ohne Institution für Suchtprävention.

Das Burgenland verfügt im Bereich der **Drogenhilfe** über eine stationäre Einrichtung (Entzugsbehandlung im Rahmen des Psychiatrischen Krankenhauses in Sopron) und fünf ambulante Beratungs- und Betreuungsstellen. Seit Ende des Jahres 2000 können sich die Suchtpatienten auch an die psychiatrische Ambulanz im Allgemeinen Krankenhaus in Oberwart wenden. Im Bundesländervergleich weist das Burgenland eine eher niedrige auf die Bevölkerung bezogene Zahl an Mitarbeiterstunden, die für Drogenklienten zur Verfügung stehen, auf (vgl. ÖBIG 2001). Allerdings stehen die meisten in anderen Bundesländern angesiedelten stationären Einrichtungen auch burgenländischen Klienten offen.

In sieben burgenländischen Bezirken gibt es **Beratungsstellen** des Psychosozialen Dienstes Burgenland **für Alkohol- und Psychischkranke**, in den Bezirken Neusiedl am See, Eisenstadt, Oberpullendorf, Oberwart und Güssing gibt es zusätzlich auch **Beratungsstellen der Drogen- und Suchtberatung** des Psychosozialen Dienstes Burgenland. Der Psychosoziale Dienst Burgenland ist ein privater Verein, der eng mit den zuständigen Stellen im Amt der Burgenländischen Landesregierung verknüpft ist. So werden zum Beispiel die Personalkosten von der Burgenländischen Landesregierung getragen. Der Psychosoziale Dienst für Alkohol- und Psychischkranke betreute im Jahr 2000 insgesamt 1.256 Klienten, darunter 582 Menschen mit Alkoholproblem, 17 Menschen mit Drogenproblem, 19 Medikamentenabhängige und drei Personen mit Essstörung. Die Drogen- und Suchtberatung betreute im Jahr 2000 512 Klienten, sieben von zehn kamen auf Anweisung des Amtsarztes und bei jedem fünften wurden Eltern und/oder Partner mitbetreut. In den Beratungsstellen arbeiten diplomierte Sozialarbeiter, Psychologen und stundenweise auch Ärzte. Im **stationären Bereich** stehen Einrichtungen aus den Bundesländern Wien (z. B. Anton Proksch Institut), Niederösterreich (z. B. Therapiestation für Alkoholkranke in Mauer) und der Steiermark (z. B. Caritas Aloisianum in Graz) zur Verfügung.

**Zusammenfassend** ist festzuhalten, dass das Burgenland bei **illegalen Drogen** im gesamtösterreichischen Zusammenhang **kein Schwerpunktgebiet** darstellt. Im Gegensatz dazu stellen der **überdurchschnittliche Alkoholkonsum** und die daraus resultierenden Folgen - stark überdurchschnittliche **alkoholassoziierte Sterblichkeit** der Männer, überdurchschnittliche Anteile an **alkoholverursachten Verkehrsopfern** - ein ernstzunehmendes Problem dar. Wesentlich ist in beiden Fällen - neben bestehenden Hilfs- und Beratungsangeboten - die Suchtprävention. Während es bei den illegalen Drogen zunehmend auch um die Verhinderung der Verbreitung neuer Formen des Drogenkonsums (z. B. Extasy) geht, muss bei der in unsere Gesellschaft integrierten (insbes. in Weinanbaugebieten) - und im Ausmaß viel gefährlicheren - Droge Alkohol der verantwortungsvolle Umgang im Vordergrund stehen. Per-

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

#### 4.5 Sport und Bewegung

Der **Anteil der bewusst zur Gesunderhaltung regelmäßig Sport oder Bewegung ausübenden Personen** an der Bevölkerung über 15 Jahre war gemäß den Auswertungsergebnissen des Mikrozensus 1999 im Burgenland mit rund **32 Prozent** deutlich **niedriger als in fast allen anderen Bundesländern** - nur in Wien gab ein noch geringerer Anteil der Befragten an, regelmäßig körperliche Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung auszuüben. Dies trifft auf alle betrachteten Altersgruppen und auf Männer wie Frauen gleichermaßen zu.

Bei regionaler Betrachtung zeigt sich in den Befragungsergebnissen von 1999 auch hinsichtlich der körperlichen Aktivitäten eine gegenüber den anderen Landesteilen noch schlechtere Situation im Mittelburgenland. Während im Nord- und im Südburgenland rund ein Drittel der Befragten angab, regelmäßig Sport zu betreiben, war es im Mittelburgenland nur rund ein Viertel (vgl. Tab. 4.5.1).

Erfreulicherweise zeigt der Vergleich der Befragungsergebnisse des Jahres 1999 mit jenen des Jahres 1991 einen **positiven Trend im Burgenland** - nur die Steiermark wies höhere Zuwächse der regelmäßig Sport betreibenden Bevölkerung auf.

#### 4.6 Gesundheitsvorsorge

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

##### *Schutzimpfungen*

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

Im **Burgenland** wurde Ende der 1990er Jahre ein **eigenes Impfprogramm** erarbeitet und im vierten Quartal 1999 implementiert. Allen von den burgenländischen Gemeinden gemeldeten Neugeborenen werden **Impf-Scheckhefte** übermittelt, welche Gutscheine für unentgeltliche Impfungen für alle vom Obersten Sanitätsrat bis zum 7. Lebensjahr empfohlenen Impfungen

enthalten und auch als Impfnachweisdokumente dienen. Die burgenländische Gebietskrankenkasse ist für die EDV-mäßige Erfassung der Impfdaten zuständig. Die Meldung der Impfdaten an das BMSG erfolgt quartalsweise (durch das Amt der Burgenländischen Landesregierung). Mit der Umsetzung des **neuen Impfprogramms** wird die Erhöhung der Durchimpfungsrate, die Einführung eines „Recallsystems“, die Etablierung einer personenbezogenen Impfstatistik sowie die Einführung einer zeitgerechten Administrierung angestrebt. Künftig können damit auch auf Ebene der politischen Bezirke valide Durchimpfungsraten ermittelt werden.

Folgende Impfungen gegen insgesamt neun Infektionskrankheiten sind im neuen burgenländischen Impfkonzept inkludiert:

- Diphtherie - Pertussis - Tetanus - Polio
- Haemophilus influenzae Typ B (Hib)
- Hepatitis B (Hep B)
- Masern-Mumps-Röteln (MMR)

Insgesamt wurden in den Jahren 2000 und 2001 nahezu 52.000 Impfungen mit verschiedenen Kombinationsimpfstoffen an im Burgenland lebenden Kindern durchgeführt (s. Übersicht 4.6.1). Zusätzlich werden jährlich rund 5.000 Auffrischungen an FSME an Schülern in burgenländischen Pflichtschulen und Bundesschulen vorgenommen (Heinrich 2002).

*Übersicht 4.6.1: An im Burgenland lebenden Kindern in den Jahren 2000 und 2001 durchgeführte Impfungen*

	Impfungen <sup>1)</sup>	DTP	Hib	Polio	Hep B	MMR	dT
Neusiedl	8.004	1.840	1.796	2.023	3.337	1.231	1.596
Eisenstadt	11.513	5.135	4.741	4.833	4.836	1.973	1.010
davon Eisenstadt Stadt	4.871	2.288	2.063	2.195	2.007	757	449
Mattersburg	6.939	1.720	1.511	1.661	3.000	1.023	1.058
Oberpullendorf	8.197	2.193	1.881	2.212	3.335	1.314	1.319
Oberwart	10.723	3.014	2.810	3.005	5.414	1.609	1.388
Güssing	5.687	1.684	1.479	1.554	3.227	692	591
Jennersdorf	657	83	72	97	289	151	168
Gesamt	51.720	15.669	14.290	15.385	23.438	7.993	7.130

<sup>1)</sup> inkl. Impfungen mit Mehrfachwirkstoff

Quellen: Bgld. Gebietskrankenkasse - Datenerfassung im Rahmen des Bgld. Impfprojektes

Berechnungen, die auf den vom BMSG übermittelten Daten über in den Jahren 1998 bis 2000 durchgeführten Impfungen basieren (welche auch die Geburtsjahrgänge der geimpften Kinder enthalten), ergaben für das Burgenland **relativ hohe Durchimpfungsraten** bei **Diphtherie und Tetanus Auffrischung** im späteren Kindesalter (Jahrgang 1992: 96 %) und **Masern-Mumps-Röteln** (83 % für Geburtsjahrgang 1997) Die errechnete Durchimpfungsrate für **Polio** (Geburtsjahrgang 1999) lag bei nur **67 Prozent**, noch **geringere Durchimpfungsraten zeigten sich bei Hepatitis B** (ca. 30 %).

Über das Ausmaß des **Impfschutzes bei der erwachsenen Bevölkerung** herrscht in noch höherem Grade **Unklarheit**, obgleich der periodischen Auffrischung, namentlich gegen Kinderlähmung, Tetanus, Keuchhusten und Diphtherie, auch bei Erwachsenen große Bedeutung

beigemessen wird. Darüber hinaus wird zuweilen auch die periodische Immunisierung gegen Pneumokokken, Influenza, Hepatitis-A und -B sowie FSME bei Erwachsenen empfohlen, wobei bei einigen Impfungen die empfohlenen Abstände zwischen den Auffrischungen mit zunehmendem Alter geringer werden. Ergebnisse einer unlängst abgeschlossenen Studie (HAINZ, Ursula et. al. 2002) zeigen, dass bei der älteren österreichischen Bevölkerung häufig nur unzulänglicher Impfschutz vor Infektionskrankheiten besteht. Ursachen hierfür werden darin gesehen, dass die Impfempfehlungen nicht beachtet werden und dass mit zunehmendem Alter die zeitliche Dauer des Impfschutzes abnimmt. Empfohlen werden von den Studienautoren Überlegungen zu Maßnahmen (etwa Impfkampagnen, altersangepasste Impfstrategien), mit denen ein besserer Impfschutz der Senioren erreicht werden könnte.

Die Daten des **Mikrozensus 1999** „Fragen zu Gesundheit“, bei dem auch nach dem bestehenden Impfschutz gegen Kinderlähmung, Tetanus, Grippe und Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) gefragt wurde, zeigen, dass die **burgenländische Bevölkerung** im Alter von 15 Jahren und darüber **bezüglich dieser Erkrankungen** im Vergleich zu den übrigen Bundesländern in einem **relativ geringen Ausmaß durch Impfungen geschützt** ist. Einzig bei der FSME weist die burgenländische Bevölkerung mit etwa drei Viertel einen relativ hohen Anteil durch Impfungen geschützter Personen auf.

### *Zahngesundheit*

Mit ersten Initiativen betreffend Kariesprophylaxeaktivitäten wurde im Burgenland im Jahr 1992 begonnen. Seit 1999 werden sie durch den Burgenländischen Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin (BAKS) organisiert. Zielsetzungen der Kariesprophylaxeaktivitäten sind die Schulung in der korrekten Zahnputztechnik, die Verringerung des Karies- und Parodontitisbefalls, das frühzeitige Erkennen von Zahnfehlstellungen sowie das Heben des Zahngesundheitsbewusstseins in der Bevölkerung. Zielgruppe sind die Kinder der Kindergärten und Volksschulen sowie deren Eltern. 1999 wurden die Kinder der Bezirke Güssing und Jennersdorf betreut, 2000 kam der Bezirk Oberwart dazu. Seit 2001 erfolgt eine flächendeckende Betreuung aller Kindergärten und Volksschulen im Burgenland.

Das Kariesprophylaxeprojekt stützt sich auf Zahngesundheitserzieherinnen, die einmal pro Jahr die Kinder aufsuchen und das richtige Zähneputzen unterrichten sowie auf Zahnärzte und -Zahnärztinnen, welche die vierjährigen Kindergartenkinder und die Kinder der ersten und vierten Volksschulklassen in ihren Ordinationen untersuchen. Beide Berufsgruppen führen Elternabende in den Kindergärten und Volksschulen durch.

Das Projekt wird je zur Hälfte von der Landesregierung und der Burgenländischen Gebietskrankenkasse finanziert und kostet ab 2001 jährlich ca. € 230.000. Das entspricht etwa € 11,6 pro betreutes Kind.

Ergebnisse der Zahnstuserhebungen im Rahmen des Kariesprophylaxeprogramms des BAKS (1999) zeigten ein Abnahme des Anteils an Kindern mit naturgesundem Gebiss mit zunehmendem Alter: Während über 35 Prozent der Vierjährigen über ein naturgesundes Gebiss verfügten, waren es bei den sechsjährigen Kindern ca. 17 Prozent, bei den Zehnjährigen nur noch knapp 13 Prozent. Der Anteil der Kinder mit zwei bis fünf kariösen Zähnen und jener mit mehr als fünf kariösen Zähnen war bei den vierjährigen und den zehnjährigen Kindern mit ca. 34 Prozent bzw. zwölf Prozent jeweils annähernd gleich hoch, bei den Sechsjährigen hingegen mit jeweils mehr als 25 Prozent deutlich höher.

2001/2002 führten die ÖBIG-Koordinationsstelle Zahnstatus und die Burgenländische Gebietskrankenkasse, unter finanzieller Beteiligung des Fonds Gesundes Österreich, eine Zahnstuserhebung bei Sechsjährigen (Kinder der ersten Volksschulklassen) nach WHO-

Standards durch. Durch die Erhebung wird einerseits überprüft, inwieweit die Ziele der WHO in Bezug auf die Zahngesundheit der Sechsjährigen (2000: 50 Prozent der Kinder kariesfrei; 2020 80 Prozent) erreicht werden, andererseits können erstmals Vergleiche der Kariesprävalenz der NUTS-III-Regionen innerhalb des Bundeslandes, aber auch mit anderen Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt durchgeführt werden.

Die Erhebung ergab, dass 42 Prozent der sechs- bis siebenjährigen Kinder im Burgenland kariesfrei sind. Damit wird das WHO-Ziel 2000 noch nicht erreicht. Im österreichischen Vergleich liegt das Burgenland damit im unteren Drittel, gemeinsam mit Kärnten, das noch kein flächendeckendes Kariesprophylaxeprojekt hat, und Salzburg (vgl. Tab. 4.6.3im Anhang). Im Durchschnitt weisen die Kinder knapp drei durch Karies geschädigte Milchzähne auf.

### *Vorsorgeuntersuchungen*

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

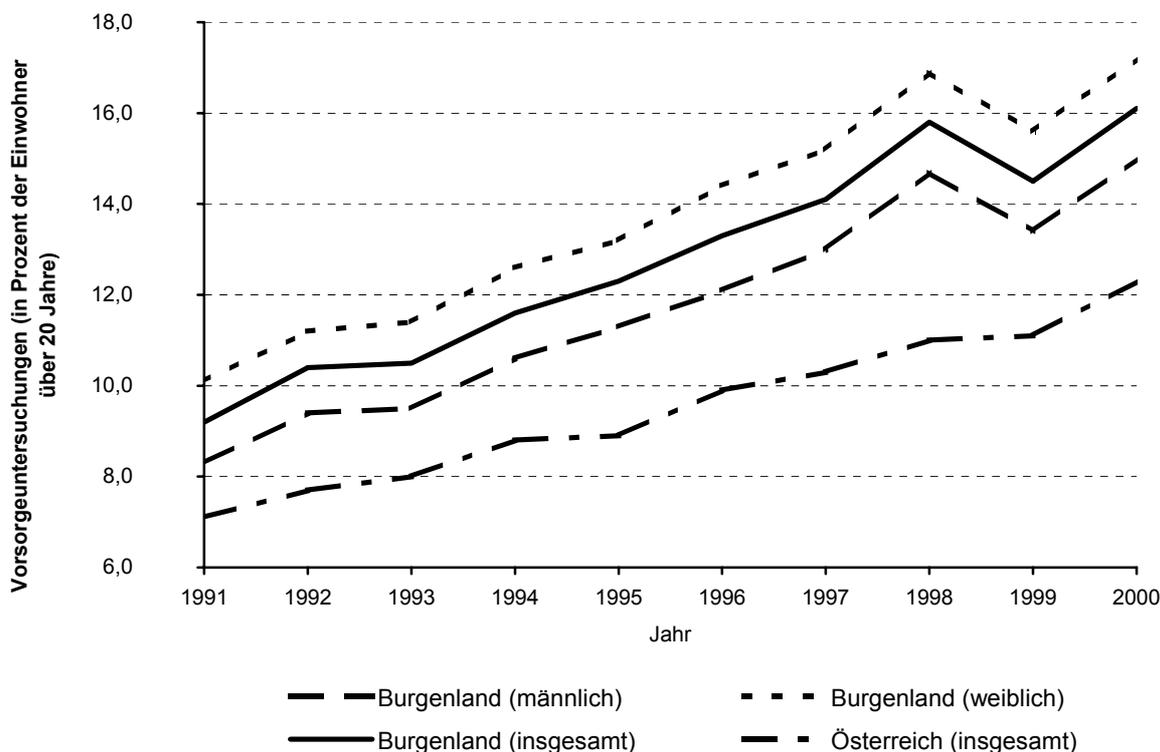
In den Jahren **1991 bis 2000** haben sich jährlich durchschnittlich **rund 27.500 Burgenländer und Burgenländerinnen einer Vorsorgeuntersuchung** unterzogen, das sind ca. **13 Prozent** der Wohnbevölkerung des Bundeslandes im Alter von 20 Jahren und darüber<sup>2</sup>. Damit liegt das Burgenland nach Vorarlberg, Tirol und Kärnten im Mittelfeld der Bundesländer an der vierten Stelle, noch deutlich über dem österreichischen Durchschnitt (rd. 9,5 %), der durch die sehr geringe Beteiligung der Bevölkerung in den einwohnerstarken Bundesländern Wien und Niederösterreich nach unten gedrückt wird. Während österreichweit der Anteil der an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmenden Männer im Zeitraum 1991 bis 2000 ca. 38 Prozent betrug, lag er im Burgenland bei 44 Prozent.

Auch hinsichtlich der **Zunahme an untersuchten Personen** im Betrachtungszeitraum lag das Burgenland an vierter Stelle aller Bundesländer (1991: knapp 19.000 Personen, 2000: mehr als 35.000, das entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Zunahme um 7,1 Prozent) und **über dem Bundesdurchschnitt** (5,8 %). Der österreichweiten Entwicklung entsprechend war auch im Burgenland die Zunahme bei den Männern stärker als bei den Frauen; dennoch waren auch noch im Jahr 2000 die Männer, die sich untersuchen ließen, in der Minderheit (45 %).

---

<sup>2</sup> Ab dem vollendeten 19. Lebensjahr besteht der Anspruch für jährlich eine unentgeltliche Vorsorgeuntersuchung für österreichische Staatsbürger

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



Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, ÖBIG-eigene Berechnungen

## 4.7 Umwelt

### Luft

#### Außenluft

Eine der ältesten Luftgütemessstellen in Österreich ist die vom Umweltbundesamt seit 1975 betriebene Station in Illmitz. Damit besteht eine Zeitreihe, aus der die Erfolge der gesetzlichen Bestimmungen und Luftreinhaltemaßnahmen in Österreich abgelesen werden können. Weiters wird an den Messstellen Eisenstadt, Oberwart und Kittsee die Luftgüte vom Amt der Burgenländischen Landesregierung, Abteilung 5, Hauptreferat Natur- und Umweltschutz - Referat 16/02 gemessen.

Folgende Schadstoffe, die im Zusammenhang mit der Gesundheit des Menschen und der Vegetation stehen, werden kontinuierlich registriert:

- Illmitz: Schwefeldioxid (SO<sub>2</sub>), Stickstoffoxide (NO, NO<sub>2</sub>), Kohlenmonoxid (CO), Ozon (O<sub>3</sub>)
- Eisenstadt: NO, NO<sub>2</sub>, Ozon, CO, SO<sub>2</sub> und Staub
- Oberwart: NO, NO<sub>2</sub>, Ozon, SO<sub>2</sub>
- Kittsee: NO, NO<sub>2</sub>, Ozon, SO<sub>2</sub>

Das größte Problem der Luftreinhaltung im Burgenland ist die Belastung durch Ozon, die aufgrund der Zeitreihe an der Station Illmitz ausreichend dokumentiert ist. An sonnigen Sommertagen werden im Burgenland oft die höchsten Ozon-Konzentrationen Österreichs

gemessen. Die **Immissionsgrenzwerte zum dauerhaften Schutz der menschlichen Gesundheit** werden öfters überschritten, fallweise auch Grenzwerte der **Vorwarnstufe des Ozongesetzes**. Das Burgenland wurde im Rahmen dieses Gesetzes mit dem nördlichen Teil - dem Überwachungsgebiet Nordostösterreich - sowie das Südburgenland - dem Überwachungsgebiet Südöstliches Alpenvorland - zugeordnet (SPANGL 1993). Im „**Pannonischen Ozon-Projekt (POP)**“ wurde die Ausbreitung der Schadstoffbelastung und deren Veränderung während mehrerer sommerlicher Schönwetterperioden in Niederösterreich, Wien und im Nordburgenland untersucht (BAUMANN 1995).

Die erhöhte Belastung durch Ozon führt nicht unbedingt dazu, dass die Patienten wegen Asthma oder anderer Atemwegserkrankungen in stationäre Behandlung im Krankenhaus aufgenommen werden. Untersuchungen in Wien haben gezeigt, dass bei Schönwetter mit erhöhter Ozonbelastung die Zahl der stationären Fälle geringer ist als bei schlechtem Wetter (FÜLÖP et al. 1998).

Die anderen Luftschadstoffe stellen im Burgenland kein Problem dar. Lediglich in **Neudörfel** hat ein Tischlereibetrieb zu einer Belastung durch Lösungsmitteldämpfe geführt. Dieser Missstand wurde behoben (Dritter Umweltkontrollbericht 1993). Fallweise entsteht bei Ostwind eine **grenzüberschreitende Belastung** durch SO<sub>2</sub> quer über die Staatsgrenze zwischen Rust und Deutschkreuz (RADUNSKY, REISENHOFER 1990).

Basis für die Beurteilung der Luftgüte und die Überprüfung von Maßnahmen ist die „**Emissionsbilanz Burgenland Luft**“. Sie wurde 1998 veröffentlicht und umfasst die nach Verursachergruppen gegliederten, anthropogenen Emissionen gegliedert nach Bezirken. Die Emissionen des Verkehrs wurden als „Verkehrsemissionskataster Burgenland 1995“ dargestellt (SCHÖNSTEIN, SCHÖRNER 1999).

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

Die Öffentlichkeit wird in verschiedenen Medien über den Umweltzustand im Burgenland informiert (<http://www.burgenland.at>). Bei Eintreten belasteter Verhältnisse werden Informationen aktiv bereitgestellt und über Radio verlautbart.

#### *Innenraumluft*

Gemäß den Ergebnissen des Mikrozensus 1994 (Statistik Austria 1997) fühlen sich 18,2 Prozent der Burgenländer durch **Gerüche** in ihrer Wohnung gestört. Das ist der niedrigste Wert, der von Statistik Austria erhoben wurde.

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

Die Analyse der Krankheitshäufigkeiten ergab, dass Atemwegserkrankungen und **Allergien** mit Ausnahme der Neurodermitis in städtischen Gebieten signifikant häufiger vorkommen als

in **ländlichen** Gebieten. Asthma wurde in Reinluftgebieten in 1,8 Prozent, in städtischen Regionen in 7,3 Prozent der Fälle diagnostiziert (OBERFELD et al. 1996). Da es im Burgenland keine Großstädte mit mehr als 50.000 Einwohnern gibt, ist auf ein geringeres Auftreten von Asthma als Folge von Luftverunreinigungen zu schließen.

In den Jahren 1995 und 1996 wurden in einer **weiteren** Querschnittsstudie **3.669 Kinder** im Alter von sechs bis acht Jahren und **3371 Jugendliche** im Alter von 12 bis 15 Jahren aus Salzburg Stadt untersucht. Die **Zusammenhangsanalysen** ergaben, dass **feuchte oder schimmelbefallene Wohnungen** zu vermehrten Asthmasymptomen, allergischem Schnupfen und häufigerem Husten führen können. Ein weiterer wesentlicher Risikofaktor ist das **Aktiv- und Passivrauchen von Tabak**. Auch **Holzrauch und Dieselabgase** führten zu vermehrten Asthmasymptomen, zu allergischem Schnupfen und auch zu unspezifischen Irritationen der Atemwege, was sich als Husten äußerte (OBERFELD et al. 1997).

### *Wasser*

#### *Trinkwasser*

Im Rahmen des - auf der Wassergütererhebungsverordnung basierenden - österreichischen Wassergütemonitorings werden Grundwasser-, Quell- und Flussgewässermessstellen in regelmäßigen Abständen beobachtet und die Ergebnisse dargestellt. Im Burgenland werden die Untersuchungen der Trinkwasserqualität durch die Biologische Station Illmitz durchgeführt.

Im Jahre 2000 wurden bei 28 Wasserversorgungsanlagen (Wassergenossenschaften) des Burgenlandes Überschreitungen des Richtwertes von 25 mg/l Nitrat festgestellt. Bei diesen Wasserversorgungsanlagen werden vierteljährlich Untersuchungen auf Nitrat durchgeführt. Darüber hinaus wurde bei einigen Brunnen des Wasserleitungsverbandes des Nördlichen Burgenlandes ein Nitrat-Wert von über 50 mg/l festgestellt. Durch Vermischen des Trinkwassers aus verschiedenen Gebieten ist es aber möglich, den Grenzwert von 50 mg/l bei allen Verbrauchern über das gesamte Jahr hindurch deutlich zu unterschreiten.

Bei sechs Wasserversorgungsanlagen (Pötzneusiedl, Stotzing, Markt St. Martin, Nikitsch, Strem und Kalch Ort) konnte der Grenzwert für Nitrat von 50 mg/l im Jahre 2000 nicht eingehalten werden.

#### *Badegewässer*

Die Badeseen im Burgenland werden von der Gewässeraufsicht chemisch und bakteriologisch untersucht und weisen eine **gute bis ausgezeichnete Badequalität** auf. An den meisten Seen entsprachen mindestens 80 Prozent der Proben den Richtwerten bei Einhaltung der Grenzwerte der EU-Richtlinie gem. 76/160/EWG (ausgezeichnete Badequalität). Im Jahr 2001 wurden am Badensee Neudörfel, am Römersee Wiesen und im Seebad Rust die zwingenden Grenzwerte der EU-Richtlinie eingehalten. Dies entspricht einer „guten Badequalität“.

#### *Boden*

Da der Großteil der landwirtschaftlichen Flächen im Burgenland intensiv genutzt wird, kommen größere Mengen von Agrochemikalien zum Einsatz. Allerdings gibt es auch Förderungsprogramme der EU zur Bewertung und Erhebung der ökologischen Leistungen der Bauern (Ökopunkte) als Grundlage für Direktzahlungen des Landes und der EU. Der Trend geht somit auch im Burgenland zur ökologisch nachhaltigen Landwirtschaft.

## Lärm

Gemäß den Ergebnissen des Mikrozensus 1994 (Statistik Austria 1997) fühlen sich 23,3 Prozent der Burgenländer durch Lärm in ihrer **Wohnung** gestört. Das ist der geringste Wert, der für die Bundesländer erhoben wurde.

## Radioaktivität

Das Burgenland wurde im Rahmen des Österreichischen Nationalen Radon-Projektes (ÖN-RAP) vollständig untersucht. Bei einer kurzzeitigen Inhalation von Radon tritt ein therapeutischer Effekt bei Asthmakranken auf. Bei einer langjährigen Belastung durch Radon in Innenräumen hingegen steigt das Lungenkrebsrisiko stark an. Der international vereinbarte Eingriffswert von  $400 \text{ Bq/m}^3$  wurde in den Gemeinden Jois ( $652 \text{ Bq/m}^3$ ) und Forchtenstein ( $598 \text{ Bq/m}^3$ ) überschritten. Aussagen über gesundheitliche Auswirkungen liegen nicht vor.

Das **Strahlenfrühwarnsystem** hat im Jahr 1986 - verursacht durch den Reaktorunfall in Tschernobyl - die für das Burgenland **höchste Ortsdosisleistung im Bezirk Oberpullendorf** mit  $120 \text{ nSv/h}$  ermittelt. Damit war die Strahlenbelastung im Burgenland wesentlich geringer als in den Alpen. Zehn Jahre später war die Belastung auch im Burgenland unter  $100 \text{ nSv/h}$  abgeklungen, auf einen Pegel wie vor der Katastrophe.

## 4.8 Zusammenfassung und Maßnahmenempfehlungen

### Zusammenfassung

Informationen zu Über- und Untergewichtigkeit, zu Blutdruck und zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (Ernährungsgewohnheiten, körperliche Aktivitäten, Zigarettenkonsum) standen aus den Mikrozensusbefragungen der Jahre 1991 und 1999 zur Verfügung. Sie basieren auf unüberprüften Angaben der befragten Personen.

Während der Anteil der stark Untergewichtigen ( $\text{BMI} < 18$ ) im Burgenland unter dem gesamtösterreichischen Durchschnitt liegt, ist der Anteil der Personen mit **starkem Übergewicht** der **höchste von allen Bundesländern**. Beide Anteile sind - dem österreichischen Trend entsprechend - zwischen 1991 und 1999 angestiegen, was auf eine Polarisierung in diesem Bereich hindeutet. Von Untergewichtigkeit sind Burgenländerinnen in einem höheren Ausmaß betroffen als Burgenländer, die höchsten Anteile finden sich in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen. Die Übergewichtigkeit hingegen ist im Burgenland vorwiegend ein Problem der männlichen Bevölkerung, die am stärksten betroffene Altersgruppe ist jene der 45- bis 75-Jährigen. Hinsichtlich des Anteils der Bevölkerung, der an **Bluthochdruck** leidet, liegt das Burgenland etwa im österreichischen Durchschnitt.

**Gesunde Ernährung** zum Zweck der Erhaltung der Gesundheit weist bei der burgenländischen Bevölkerung im Vergleich zu den übrigen Bundesländern einen geringeren Stellenwert auf: Die Anteile sowohl der Männer als auch der Frauen, die im Rahmen der Mikrozensusbefragung 1999 angaben, sich gesundheitsbewusst zu ernähren, waren die niedrigsten von allen Bundesländern. Dabei zeigte die weibliche Bevölkerung in Belangen der Ernährung ein höheres Gesundheitsbewusstsein als die männliche. Gemäß den Auswertungsergebnissen der Mikrozensusergebnisse 1991 und 1999 waren Anzahl und Anteil der Personen mit gesundheitsbewusster Ernährung in den 1990er Jahren rückläufig. Da es sich bei diesen Datenquellen um Selbstauskünfte handelt, könnte das zumindest teilweise auch auf die Entwicklung einer selbstkritischeren Sicht der eigenen Ernährung aufgrund einer verstärkten Aufklärung zurückzuführen sein. Neben ungesunder Ernährung mag auch ein Mangel an

**Sport und Bewegung** einen wesentlichen Grund für die relativ hohe Anzahl übergewichtiger Personen im Burgenland darstellen: Von den österreichischen Bundesländern ist (gem. Mikrozensus 1999) nur in Wien der Anteil der Sport zum Zweck der Gesundheitserhaltung betreibenden Bevölkerung niedriger als im Burgenland. Erfreulicherweise zeigt der Vergleich der Befragungsergebnisse von 1991 und 1999 einen positiven Trend bezüglich der Ausübung sportlicher Aktivitäten - nur die Steiermark weist noch höhere Zuwächse auf. Auffällig ist, dass sowohl hinsichtlich der gesundheitsbewussten Ernährung und sportlichen Aktivitäten als auch bei der Übergewichtigkeit das Mittelburgenland ungünstigere Werte aufweist als die übrigen Landesteile.

Rund 37 Prozent der burgenländischen Männer und ein Viertel der burgenländischen Frauen gaben 1999 an, **täglich Zigaretten zu rauchen**. Damit lagen die Männer etwa im bundesweiten Durchschnitt, die Frauen darunter. Der insgesamt niedrigere Raucheranteil im Burgenland im Vergleich zu den anderen Bundesländern ist allerdings vorwiegend auf den geringen Konsum der älteren Bevölkerung zurückzuführen, die Anteile der jugendlichen Raucher entsprechen weitgehend dem gesamtösterreichischen Durchschnitt. Aus gesundheitspolitischer Sicht bedenklich ist der Anstieg sowohl der Anzahl als auch des Anteils der rauchenden Bevölkerung im Burgenland, namentlich der Frauen und der Jugendlichen, zwischen 1991 und 1999. Bei der letzten Befragung gab bereits ein Drittel der 15- bis 19-jährigen Burgenländerinnen und Burgenländer an, täglich Zigaretten zu rauchen.

Während der Zigarettenkonsum der burgenländischen Bevölkerung im Vergleich zu Österreich insgesamt (noch) relativ moderat erscheint, ist der **Alkoholkonsum** pro Person der höchste von allen Bundesländern, wobei die durchschnittlich konsumierte Menge der burgenländischen Männer viermal so hoch ist wie jene der Frauen. Entsprechend hoch ist die potenziell alkoholassoziierte Sterblichkeit der burgenländischen Männer: Mit 31 Alkoholtoten (Kerndiagnosen) pro 100.000 Einwohner (männlich und weiblich) im Durchschnitt der Jahre 1998 bis 2000 weist das Burgenland - trotz einer deutlich rückläufigen Entwicklung - die höchste Anzahl von allen Bundesländern auf. Eine weitere fatale Folge des übermäßigen Alkoholkonsums ist der hohe Anteil an Verletzten und schwer Verletzten infolge von Alkoholeinfluss im Straßenverkehr (an den insgesamt an allen Verkehrsunfällen Beteiligten) - auch hier weist das Burgenland die höchsten Werte aller Bundesländer auf.

Rund 13 Prozent der burgenländischen Wohnbevölkerung im Alter von 20 Jahren und darüber haben sich im Durchschnitt der Jahre 1991 bis 2000 einer **Vorsorgeuntersuchung** unterzogen. Sowohl hinsichtlich dieses Anteils als auch hinsichtlich der Zunahme an Untersuchungen in diesem Zeitraum liegt das Burgenland über dem nationalen Durchschnitt (der allerdings durch sehr geringe Beteiligungen in den einwohnerstarken Bundesländern Wien und Niederösterreich stark nach unten gedrückt wird). Deutlich über dem österreichischen Durchschnitt ist der Anteil der untersuchten Männer, er liegt aber dennoch unter jenem der Frauen.

Die Datensituation betreffend **Schutzimpfungen** erlaubt es zur Zeit nicht, den genauen Grad der durch Impfungen erreichten Immunität der Bevölkerung gegen Infektionskrankheiten zu ermitteln. Das im Burgenland entwickelte und 1999 implementierte neue Impfprogramm (für Kinder) wird auf Grund der Etablierung einer personenbezogenen Impfstatistik künftig auch eine tief regionalisierte Berechnung valider Durchimpfungsraten und darüber hinaus die Einrichtung eines Einladungssystems („Recallsystems“) ermöglichen. Auswertungen der verfügbaren Impfdaten zeigen für burgenländische Kinder relativ hohe Durchimpfungsraten (81 bis 96 %) bei Diphtherie-Tetanus-Pertussis und Masern-Mumps-Röteln, deutlich geringere bei Polio und Hepatitis B. Bezüglich des Impfschutzes der erwachsenen Bevölkerung herrscht auf Grund der Datenlage noch größere Unklarheit; hier stehen nur Informationen aus dem Mikrozensus (Selbsteinschätzungen der Befragten) zur Verfügung - diese weisen (1999) auf einen relativ geringen Impfschutz der burgenländischen Bevölkerung gegen Polio, Tetanus und Grippe und einen relativ hohen gegen FSME hin.

Hinsichtlich der **Umweltsituation** im Burgenland bezüglich möglicher Gesundheitsbeeinträchtigungen für den Menschen bestehen nur kleinräumig beim Trinkwasser Probleme mit der Einhaltung des Nitratgrenzwertes. Durch Vermischung des Wassers aus verschiedenen Gebieten wird die Einhaltung des Nitratgrenzwertes des an die Endverbraucher gelangenden Wassers gewährleistet. Die Badeseen weisen allesamt eine gute bis ausgezeichnete Badequalität auf. Die Belastung der Luft durch Schadstoffe ist im Burgenland größtenteils geringer als in den anderen österreichischen Bundesländern, das größte Problem stellt die Belastung durch Ozon dar: an sonnigen Sommertagen werden oft die höchsten Ozon-Konzentrationen Österreichs gemessen. Der Boden ist durch die intensive landwirtschaftliche Nutzung teilweise belastet, jedoch geht mit Unterstützung aus EU-Förderprogrammen der Trend zu einer ökologisch nachhaltigen Landwirtschaft.

### *Maßnahmenempfehlungen*

Ausgehend von diesen Analyseergebnissen wurden **Maßnahmenempfehlungen** zu den Bereichen „Information“ (Datenbedarf), „(Ursachen-)Forschung“ sowie „Gesundheitspolitik“ entwickelt, die schlagwortartig wie folgt skizziert werden und Gegenstand von **Spezial-Gesundheitsberichten** sein können. Dabei wurde nach österreichweiten und burgenland-spezifischen Maßnahmen differenziert:

### **Information**

#### *Österreichweite Empfehlungen*

- Beseitigung der Informationsdefizite in den Bereichen Übergewicht, Blutdruck, Ernährungsgewohnheiten, Alkoholkonsum sowie Intensität von Sport und Bewegung (z. B. durch Mikrozensus-Erhebungen mit erweitertem Fragenprogramm in kürzeren zeitlichen Abständen und mit einer höheren regionalen Auflösung als bisher);
- Validierung der Selbstauskunft über - im Rahmen der Befragung gemessene - medizinische Parameter (z. B. Nikotingehalt im Blut oder Kohlenmonoxidgehalt in der Atemluft versus Selbstauskunft über Rauchgewohnheiten, gemessener Blutdruck versus Selbstauskunft über Hypertonie);
- Ausdehnung der Impfdokumentation auch auf die erwachsene Bevölkerung;
- Datenerfassung im Bereich der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, der Schuljugendlichen- und Lehrlingsuntersuchungen sowie auch der Vorsorgeuntersuchungen - ergänzt jeweils um Informationen über sozioökonomischen Status und Gesundheitsverhalten.

### **Forschung**

#### *Österreichweite Empfehlungen*

- differenzierte Erforschung der Auswirkung gesundheitlicher Verhaltensweisen und Belastungen auf die Gesundheit (multidimensionaler Ansatz aufgrund von Kombinationswirkungen);
- Erforschung der Auswirkung von Umweltbelastungen (insbesondere Lärm, Luftschadstoffe) auf die Gesundheit;
- Untersuchung von Zusammenhängen zwischen Informationsstand über die gesundheitlichen Folgen bestimmter Verhaltensweisen und tatsächlich „gelebten“ Verhaltensweisen);
- Analyse der Gründe für die Nichtteilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und Impfprogrammen.

### *Burgenland-spezifische Empfehlungen*

- Erforschung der Hintergründe für die zwischen den sozialen Schichten und zwischen den Regionen unterschiedlichen gesundheitlichen Verhaltensweisen, insbesondere in Hinsicht auf Ernährungsgewohnheiten, Alkoholkonsum und körperliche Aktivitäten (Spezialproblem Pendler!);
- Evaluationsforschung (z. B. Fall-Kontroll-Untersuchungen zur Wirksamkeit von Präventions- und Behandlungsmaßnahmen; Kosten-Nutzen-Analysen von Präventionsmaßnahmen im Burgenland,

## **Gesundheitspolitik**

### *Österreichweite Empfehlungen*

- Umsetzung der zehn Strategien der Madrider Charta 1988 für ein rauchfreies Europa;
- Etablierung eines „Erinnerungssystems“ („Recall-Systems“) auch im Bereich der Vorsorgeuntersuchungen; Ausarbeitung neuer, geschlechts-, alters- und ggf. auch sozialschichtspezifischer Untersuchungsstandards für die Vorsorgeuntersuchungen.

### *Burgenland-spezifische Empfehlungen*

- Förderung von Sport und anderen Formen körperlicher Bewegung (hpts. in Schulen, Betrieben und Vereinen, aber auch bereits in vorschulischen Einrichtungen); unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede bei der Entwicklung dieser Maßnahmen;
- Landesweite Gesundheitsförderungsprogramme mit regionalen und zielgruppenspezifischen Schwerpunkten zur Verringerung von gesundheitlichen Belastungsfaktoren, v. a. betreffend Übergewicht (aufgrund ungünstiger Ernährungsgewohnheiten und von Bewegungsmangel) sowie Rauchen und Alkoholkonsum - etwa durch Etablierung einer Institution für Suchtprävention nach dem Vorbild anderer Bundesländer und der Entwicklung eines „Aktionsplans Alkohol“ (nach Schweizer Vorbild; Ziel des „Aktionsplans sollte vorrangig die Senkung des „problematischen Alkoholkonsums“ sein) sowie Schaffung niederschwelliger Angebote zur Drogen- und Alkoholsuchtbekämpfung; Installierung einer Plattform zur Ausarbeitung und Umsetzung von regionalen Projekten zur Reduzierung des Alkoholkonsums;
- Schaffen von Anreizsystemen für die preisgünstigere Abgabe alkoholfreier Getränke - insbesondere an Jugendliche - durch die Gastronomiebetriebe;
- Erweiterung des Impfprogrammes auch auf die erwachsene Bevölkerung;
- Entwicklung oder Verbesserung von bestehenden Initiativen zur Identifikation und Reduktion von körperlichen und psychosozialen Risikofaktoren am Arbeitsplatz (Rauchen, Alkoholkonsum, Unfallgefahren, Stress, unergonomische Arbeitsplatzgestaltung...).

## 5 Einrichtungen des Gesundheitswesens

### 5.1 Gesundheitsvorsorge und -förderung

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

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

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

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

Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung werden in Österreich zu einem großen Teil von der **öffentlichen Hand** initiiert, durchgeführt und/oder finanziert. Präventive und gesundheitsfördernde Aktionen im öffentlichen Bereich sind mit Ausgaben verbunden, die Maßnahmen - wie etwa die Produktion von Informationsbroschüren - ebenso abdecken wie das Betreiben von Beratungsstellen oder die Durchführung von Schutzimpfungen. Über das Ausmaß der Ausgaben und der Leistungen in diesem Bereich steht in Österreich nur sehr eingeschränkt statistisches Datenmaterial zur Verfügung. Daher hat das ÖBIG in den Jahren 1998/99 im Auftrag des damaligen 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 den Ergebnissen dieser Studie stellte im Jahr 1996 die **Sozialversicherung** mit **€ 722 Mio.** oder 85 Prozent (um Transfers bereinigt 81 %) österreichweit den **weitest** **größten Teil** der Ausgaben für Gesundheitsvorsorge und -förderung. Mit 58 Prozent floss der **Großteil** dieser Mittel in die **Tertiärprävention** (Rehabilitationsmaßnahmen), gefolgt von der Sekundärprävention mit 14 Prozent (hauptsächlich für Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge). Der **Bund** stellte für Prävention und Gesundheitsförderung insgesamt **€ 66 Mio.** oder acht Prozent (um Transfers bereinigt 11 %) zur Verfügung. Etwa zwei Drittel dieser Mittel gingen dabei in die Sekundärprävention. Der Anteil der **Bundesländer** an den Gesamtausgaben belief sich auf **€ 46 Mio.** oder fünf Prozent (um Transfers bereinigt 6 %). Davon ging

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

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

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

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

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

Gemäß der vorgenommenen Schätzung wurden im **Burgenland** im Jahr **1996** etwa **€ 28 Mio.** für Gesundheitsvorsorge und -förderung ausgegeben. Mit **€ 102,- pro Einwohner** wird der österreichische Durchschnitt nur knapp unterschritten. Mit fast € 14,5 Mio. ging im Burgenland - wie österreichweit - knapp mehr als die Hälfte der Mittel in die Tertiärprävention (vgl. Tab. 5.1.1 im Tabellenanhang). Das ist vor allem darauf zurückzuführen, dass der Anteil der **Rehabilitationspatienten** an den Einwohnern etwa dem bundesweiten Anteil entspricht.

Auch bei der **Prävention im eigentlichen Sinn**, nämlich bei der Primärprävention (€ 2,1 Mio. oder 7 %) und der Sekundärprävention (€ 5,3 Mio. oder 19 %) entsprechen die Ausgabenanteile wie die Ausgaben pro Einwohner größenordnungsmäßig dem Österreichdurchschnitt.

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

*Gesundheitsvorsorge und -förderung im Burgenland: Institutionen, Schwerpunkte und Aktivitäten*

Um auf dem Gebiet der Vorsorge- und Sozialmedizin effizienter vorzugehen und eine entsprechende Koordination herbeizuführen, wurde im Jänner 1997 auf Initiative der Burgenländischen Landesregierung, der Ärztekammer für Burgenland und der burgenländischen Krankenversicherungsträger der **Burgenländische Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin (BAKS)** gegründet, in welchem die Aktivitäten des Landes, der Sozialversicherung, der KRAGES und der Ärzteschaft koordiniert werden. Jede Gruppe ist jedoch berech-

tigt, Eigeninitiativen zu entwickeln. In den Arbeitskreis werden von der Landesregierung, der Ärztekammer und der Sozialversicherung sowie von der KRAGES Vertreter entsandt.

Die **Schwerpunktsetzung** liegt in der Förderung der Eigenverantwortung des einzelnen Bürgers, wobei körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden gleichwertig sind. Schwerpunktthemen des BAKS sind:

- Diabetikerschulung
- Kariesprophylaxe
- Impfungen
- Dickdarmkrebsprohylaxe
- Rauchfreie Schule

Eine besondere Bedeutung im Rahmen der Gesundheitsvorsorge im Burgenland kommt dem im Jahre 1995 vom Burgenländischen Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin (BAKS) initiierten Projekt „**Diabetesschulung Modell Burgenland**“ zu. Ziel des Projektes ist es, durch Informationsvermittlung Diabetikern und/oder deren Angehörigen Kenntnisse über krankheitsadäquate Verhaltensweisen zu vermitteln und damit nicht nur Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus zu vermeiden oder zumindest zu verzögern, sondern auch die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Die Finanzierung erfolgt durch das Amt der burgenländische Landesregierung und die Burgenländische Gebietskrankenkasse.

Schulungskurse für Diabetiker und deren Angehörigen werden mittlerweile von ca. 190 niedergelassenen Ärzten (Stand 2001) mit Beteiligung von zwei Ernährungswissenschaftlerinnen, die den ernährungswissenschaftlichen Teil der Schulungen abdecken, angeboten. Weiters werden auch in den burgenländischen Krankenanstalten Schulungen nach dem Modell offeriert. Mit der verpflichtenden periodischen Teilnahme der eingebundenen Ärzte an diabetesbezogenen Fortbildungsveranstaltungen wird die laufende Adaptierung neuer Erkenntnisse gewährleistet. Nach einer Grundschulung der Patienten ist nach frühestens fünf Jahren zwecks Auffrischung und/oder Aktualisierung des Wissensstands die Teilnahme an einer Nachschulung möglich. Sowohl bei der Grundschulung als auch bei allfälligen Nachschulungen oder Nachkontrollen werden zur Qualitäts- und Erfolgskontrolle des Programms medizinische Parameter der Patienten erfaßt, dokumentiert und analysiert.

Bis Ende 2002 nahmen in mehr als 200 Schulungen über 2.000 Personen teil, darunter rd. 1.750 Diabetiker. Das Durchschnittsalter der Schulungsteilnehmer ist seit dem Start des Projektes von rund 66 Jahren auf ca 54 Jahre gesunken, der Anteil der Teilnehmer im Alter bis zu 40 Jahren hat sich in diesem Zeitraum mehr als verdreifacht. Die Analysen der erfassten medizinischen Parameter - namentlich der Blutdruck-, Blutfette- Cholesterin- und Gewichtswerte - der an den Schulungen teilnehmenden Diabetiker dokumentieren einen deutlich positiven Trend und belegen die hohe Relevanz des Projekts.

Ziel des Projekts „**Kolorektales Karzinom 1999 - Burgenland gegen den Dickdarmkrebs**“ ist die Senkung der Erkrankungs- und Mortalitätsraten hinsichtlich dieser relativ häufigen und oft zum Tod führenden Krebsform. Im Rahmen des Projekts ist vorgesehen, alle 40- bis 80jährigen Burgenländer jährlich zum Dickdarmkrebs-Screening mittels Hämocultttest (bei dem nicht sichtbares Blut im Stuhl nachgewiesen werden kann) einzuladen. Im Falle eines positiven Testergebnisses ist die Zuweisung zur Koloskopie vorgesehen. In weiterer Folge wird die Durchführung einer primären Koloskopie für Personen über dem 50. Lebensjahr in Intervallen von fünf Jahren in Erwägung gezogen. Die Koloskopien und ggf. die Polypektomien sollen im Rahmen der bestehenden Strukturen in den burgenländischen Krankenhäusern sowie bei niedergelassenen Endoskopikern mit Dokumentation und Qualitätskontrolle stattfinden, die zentrale Dokumentation und Datenauswertung vom Burgenländischen Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin vorgenommen werden. Die Finanzierung der

Stuhltests soll durch das Land Burgenland erfolgen, wobei die Gemeinden einen Kostenbeitrag in Form der Übernahme logistischer Aufgaben (Verteilung und Absammlung der Tests) leisten sollen. (Stimakovits, J, und Mach, K; o. J.)

Als weitere künftige Schwerpunkte sind Brustkrebsprophylaxe und Hypertonievermeidung sowie die betriebliche Gesundheitsförderung geplant.

Die kleinste Zelle soll das „**Gesunde Dorf**“ sein, wo Gesundheitserziehung und die Übermittlung von Gesundheitsinformationen im Mittelpunkt stehen (z. B. Kochkurse, Gymnastikkurse, Vorträge über wichtige Gesundheitsthemen, Gesundenuntersuchung). Der Hausarzt soll neben kurativen Funktionen auch jene als Gesundheitsmanager im „Gesunden Dorf“ erfüllen. Er soll in einem Gesundheitsbeirat, der von jeder Gemeinde definiert wird, eine wesentliche Rolle spielen.

Burgenlandweite Programme werden vom Programmleiter im Arbeitskreis erarbeitet und begleitet. Die Gesundheitsprogramme werden von den niedergelassenen Ärzten oder von den Spitälern der Bevölkerung angeboten. Für jedes Projekt ist eine eigene Dokumentation erforderlich, wobei eine Vernetzung zwischen den Daten im niedergelassenen Bereich mit den Spitälern vorgesehen ist. In den BAKS sind nach Möglichkeit alle bestehenden relevanten Vereine und Selbsthilfegruppen (wie Diabetikerverband, Herzverband, Krebshilfe usw.) integriert. Die Öffentlichkeitsarbeit erfolgt gemeinsam. Entsprechend den EU-Richtlinien sollen Vergleiche mit anderen europäischen Regionen hergestellt werden.

## 5.2 Ambulante Versorgung

### *Spitalsambulante Versorgung*

In den insgesamt fünf Fonds-Krankenanstalten (das sind jene vom Burgenländischen Landesfonds finanzierten KA) wurden im Jahr 2000 insgesamt rund **210 Untersuchungs- und Behandlungsplätze** vorgehalten, die zum überwiegenden Teil der spitalsambulanten Versorgung über „Krankenhausambulanzen“ zuzuordnen sind (in dieser Zahl sind auch Plätze enthalten, die nicht nur für ambulante, sondern auch für stationär aufgenommene Patienten zur Verfügung stehen wie z.B. „Gipszimmer“ oder tageschirurgische Operationssäle). Ein großer Teil dieser Untersuchungs-/Behandlungsplätze (UBP) ist den Fachrichtungen IM, CH, UC und RAD (letztere inkl. therapeutischer Bereiche der STR und NUKT) zugeordnet (vgl. Tab. 5.2.1 im Anhang). Auf diesen Plätzen wurden im Jahr 2000 knapp mehr als **110.000 „ambulante Fälle“** (entsprechend etwa je einer Krankheitsepisode, während der ein Patient auch mehrmals die Ambulanz aufsuchen kann) bzw. rund **353.000 „ambulante Frequenzen“** (entsprechend den einzeln gezählten Besuchen von Patienten in den Ambulanzen) dokumentiert. Die spitalsambulante **Inanspruchnahme** hat sich in den Jahren zwischen 1997 und 2000 **kontinuierlich erhöht** - die Zahl der „ambulanten Fälle“ ist von 99.000 auf 110.000 pro Jahr angestiegen.

In der spitalsambulanten Versorgung waren im Jahr 2000 rund **130** vollzeitäquivalent beschäftigte **Ärzte** (inkl. Fachärzte, Allgemeinmediziner und Turnusärzte) eingesetzt, wobei die Fachrichtungen IM, CH, UC, GGH und RAD (inkl. STR und NUKT) am stärksten besetzt waren (vgl. Tab. 5.2.1 im Anhang). Darüber hinaus waren rund **450** vollzeitäquivalent beschäftigte Personen (VZÄ) **anderer Berufsgruppen** (insbesondere im Gesundheits- und Krankenpflegefachdienst, in den medizinisch-technischen Diensten und im Verwaltungsbereich) im spitalsambulanten Sektor tätig. Die **Endkosten** für diesen Sektor betragen im Jahr 2000 insgesamt rund **17 Millionen Euro**.

Die Versorgungsdichte in der spitalsambulanten Versorgung war im Jahr 2000 im Burgenland mit 0,8 UBP pro 1.000 Einwohner die geringste der österreichischen Bundesländer (Ös-

terreich 1,7), ebenso die Anzahl der ambulanten Frequenzen mit 1.270 Frequenzen pro 1.000 Einwohner (Österreich: 2.140). Auch hinsichtlich der Dichte der ambulanten Fälle weist das Burgenland mit 400 Fällen pro 1.000 Einwohner die niedrigste Inanspruchnahme unter allen Bundesländern auf. Die Personalausstattung entspricht mit 0,5 VZÄ-Ärzten pro 1.000 Einwohner und zusätzlichen 1,6 VZÄ-Personen jener Niederösterreichs, Salzburgs und Vorarlbergs (vgl. Tab. 5.2.2 im Anhang) - das sind im Bundesländervergleich die niedrigsten Werte. Damit ist auch zu erklären, dass die **Endkosten** in diesem Bereich mit € 60,- pro Einwohner im Burgenland und in Niederösterreich die geringsten sind. Am höchsten waren sie in den Wiener Fonds-Krankenanstalten, wo sie mit € 194,- pro Einwohner deutlich **über** dem **Bundesdurchschnitt** von € 106,- pro Einwohner lagen.

Insgesamt sind sowohl die Dichte des Angebots als auch die Inanspruchnahme der spital-ambulanten Kapazitäten gegenüber dem Bundesdurchschnitt deutlich niedriger und das **Burgenland** liegt damit im Bundesländervergleich an der letzten Stelle. Das Versorgungsdefizit wird durch einen schwach ausgeprägten niedergelassenen Bereich noch verschärft. Diese Zahlen sind jedoch auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass der Wiener Raum für die gesamte Ostregion (Wien, Niederösterreich und Burgenland) eine zentrale Versorgungsfunktion - insbesondere für das Nordburgenland - erfüllt. Weiters müssen bei der Dateninterpretation die intensiven Pendelverflechtungen zwischen Wien und dem Burgenland berücksichtigt werden.

### *Extramurale ärztliche Versorgung*

Die extramurale ärztliche Versorgung wird durch insgesamt rund **460 niedergelassene** Ärzte, davon rund **300 § 2-Kassenärzte** (das sind Ärzte, die im Rahmen der sogenannten ärztlichen Gesamtverträge - § 2-Verträge - in einem Vertragsverhältnis mit der Burgenländischen Gebietskrankenkasse, den örtlichen Betriebskrankenkassen, der Sozialversicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus und seit 1998 auch der Sozialversicherungsanstalt der Bauern stehen), abgedeckt. Rund **200** der 460 niedergelassenen Ärzte sind **Allgemeinmediziner** (darunter wiederum rund 140 mit § 2-Kassenvertrag, vgl. Tab. 5.2.1 im Anhang, Rubrik „Niedergelassener Bereich“), der **Rest** niedergelassene **Fachärzte**, die in den Fachrichtungen ZMK, IM, und GGH am häufigsten vertreten sind. Die Versorgungsdichte im niedergelassenen Bereich kann für das Burgenland im Vergleich mit den anderen Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt wie folgt schlagwortartig beschrieben werden (vgl. dazu Tab. 5.2.2 sowie Karten 5.2.1 bis 5.2.6 im Anhang):

- Niedergelassene Ärzte insgesamt: Versorgungsdichte mit 1,63 Ärzten pro 1.000 Einwohner - gemeinsam mit Vorarlberg - vor Oberösterreich an vorletzter Stelle und damit deutlich **unter** dem Bundesdurchschnitt (2,04);
- Niedergelassene § 2-Kassenärzte insgesamt: Versorgungsdichte mit 1,06 Ärzten pro 1.000 Einwohner hinter Kärnten, Salzburg, Steiermark, Wien und Tirol an sechster Stelle und **unter** dem Bundesdurchschnitt (1,15);
- Niedergelassene Allgemeinmediziner: Versorgungsdichte mit 0,70 Ärzten pro 1.000 Einwohner entsprechend dem Bundesdurchschnitt (0,71), unterdurchschnittliche Versorgungsdichte im Mittel- und Südburgenland (vgl. Karte 5.2.1);
- Niedergelassene § 2-Allgemeinmediziner: Versorgungsdichte mit 0,50 Ärzten pro 1.000 Einwohner ebenfalls dem Bundesdurchschnitt (0,49) entsprechend, leicht unterdurchschnittliche Versorgungsdichte im Mittel- und Nordburgenland (vgl. Karte 5.2.2);
- Niedergelassene Fachärzte: Versorgungsdichte mit 0,66 Ärzten pro 1.000 Einwohner deutlich **unter** dem Bundesdurchschnitt (0,89), insbesondere im Mittel- und Südburgenland (vgl. Karte 5.2.3);
- Niedergelassene § 2-Fachärzte: Versorgungsdichte mit 0,32 Ärzten pro 1.000 Einwohner **unter** dem Bundesdurchschnitt (0,37), stark unterdurchschnittliche Versorgungsdichte im Mittelburgenland (vgl. Karte 5.2.4);
- Niedergelassene Zahnmediziner (inkl. Dentisten): Versorgungsdichte mit 0,28 Ärzten pro 1.000 Einwohner deutlich **unter** dem Bundesdurchschnitt (0,41) in allen Regionen des Burgenlandes (vgl. Karte 5.2.5);

- Niedergelassene § 2-Zahnmediziner (inkl. Dentisten): Versorgungsdichte mit 0,25 Ärzten pro 1.000 Einwohner **unter** dem Bundesdurchschnitt (0,30), unterdurchschnittliche Versorgungsdichte in allen Regionen des Burgenlandes insbesondere im Nordburgenland (vgl. Karte 5.2.6).

Grundsätzlich ist hinsichtlich der Ärztedichte zu beachten, dass diese - namentlich hinsichtlich der niedergelassenen Fachärzte- in peripheren Regionen stets geringer ist als im Bundesdurchschnitt, der durch die sehr hohen Dichten in den Ballungszentren (insbesondere in Wien) maßgeblich beeinflusst ist. Des Weiteren wird die geringe Fachärztdichte im Vergleich zum Bundesdurchschnitt oder den Zentren durch höhere Leistungsdichten (mehr Ordinationsstunden je Facharzt) größtenteils kompensiert. Eine 2002 getroffene Vereinbarung zwischen dem Land, den Gemeinden und der Burgenländischen Ärztekammer gewährleistet, dass ab dem Jahr 2003 auch an Werktagen rund um die Uhr ein Arzt verfügbar ist.

Die Anzahl der **pro § 2-Kassenarzt** (exkl. Zahnmediziner) im Jahr 2000 abgerechneten **Behandlungsscheine** („Krankenscheine“) lag mit **4.234 knapp unter** dem Bundesdurchschnitt (4.285) und lässt auf eine vergleichsweise durchschnittliche Inanspruchnahme des einzelnen § 2-Kassenarztes schließen (vgl. Tab. 5.2.2 im Anhang). Die Anzahl der § 2-Kassenärzte (ohne Zahnmediziner) stieg zwischen 1995 und 2000 von rund 220 auf rund 230 an, die Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle (Krankenscheine) erhöhte sich in diesem Zeitraum von rund 0,9 Mio. auf rund eine Million. Dies weist auf einen Ausbau des extramuralen Kassenbereiches und auf dessen laufend steigende Inanspruchnahme hin, die parallel zur ebenfalls sich erhöhenden Inanspruchnahme von spitalsambulanten Kapazitäten vor sich geht.

Die Summe der mit den § 2-Kassenärzten (exkl. Zahnmediziner) abgerechneten Beträge stieg im Burgenland von rund **€ 21 Mio.** im Jahr **1991** auf rund **€ 41 Mio.** im Jahr **2000**. Damit waren die Umsätze im niedergelassenen § 2-Kassenbereich (exkl. Zahnmediziner) im Jahr 2000 mehr als doppelt so hoch wie die Endkosten im spitalsambulanten Bereich (inkl. Zahnmediziner) in der Höhe von rund **17 Millionen Euro**.

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

Im Burgenland wird der bodengebundene Rettungs- und Krankentransportdienst (RKT) primär vom **Österreichischen Roten Kreuz** (ÖRK - Landesverband Burgenland) abgedeckt, das im Jahr 2000 insgesamt **zehn Einsatzstellen** (7 Bezirksstellen und 3 Ortsstellen), darunter fünf mit je einem Notarzwagen (NAW) oder Notarzteinsatzfahrzeug (NEF), führte und dort rund 120 hauptamtliche und rund 900 ehrenamtliche Mitarbeiter sowie rund 80 Zivildienstler beschäftigte. An diesen Einsatzstellen waren darüber hinaus rund 60 Rettungs- und Krankentransportwagen (RTW) stationiert, die mehr als **3.000 Notarzteinsätze**, etwa **2.250 Rettungseinsätze** ohne Notarzt sowie rund **46.000 Krankentransporte** - insbesondere in die Krankenanstalten und zurück in die Wohnung des Patienten - durchführten (vgl. Tab. 5.2.3 im Anhang).

Seit Beginn der 1990er Jahre ist im Burgenland die Zahl der Notarzteinsätze um rund 30 Prozent (1990 wurden etwas weniger als 1.900 Notarzteinsätze registriert) und die Zahl der Einsätze insgesamt um rund vier Prozent gestiegen (1990 waren es knapp 49.000 Einsätze). 1991 war die Anzahl der hauptamtlichen Mitarbeiter mit 102 noch deutlich geringer als im Jahr 2000, die der ehrenamtlichen Mitglieder aber fast doppelt so hoch wie heute. Dem burgenländischen Roten Kreuz standen damals 55 RTW und fünf NAW zur Verfügung.

Die **Versorgungsdichte** in Bezug auf den bodengebundenen RKT liegt im Burgenland mit 0,04 Einsatzstellen pro 1.000 Einwohner unter dem Bundesdurchschnitt, die Ausstattung mit Fahrzeugen (0,02 NAW und 0,2 RTW) ist durchschnittlich. Auffällig ist die relativ niedrige Zahl an Rettungseinsätzen mit nur acht Fahrten pro 1.000 Einwohner im Jahr 2000, während der Bundesdurchschnitt bei 25 lag (vgl. Tab. 5.2.4 im Anhang). Dies ist zum Teil darauf zu-

rückzuführen, dass im Burgenland ein Teil der Rettungseinsätze mit Krankentransportwägen erfolgt und daher in der Statistik nicht als Rettungseinsätze aufscheint.

Bezüglich der Rettung aus der Luft wird das Burgenland primär über die Einsatzstelle des Christophorus-Flugrettungsvereines des ÖAMTC in Wiener Neustadt (Christophorus 3) betreut. Im Jahr 1999 wurden im Burgenland 285 Einsätze des Christophorus 3 geflogen. Das ist mehr als das Doppelte als 1990, als nur 128 Rettungseinsätze aus der Luft gezählt wurden.

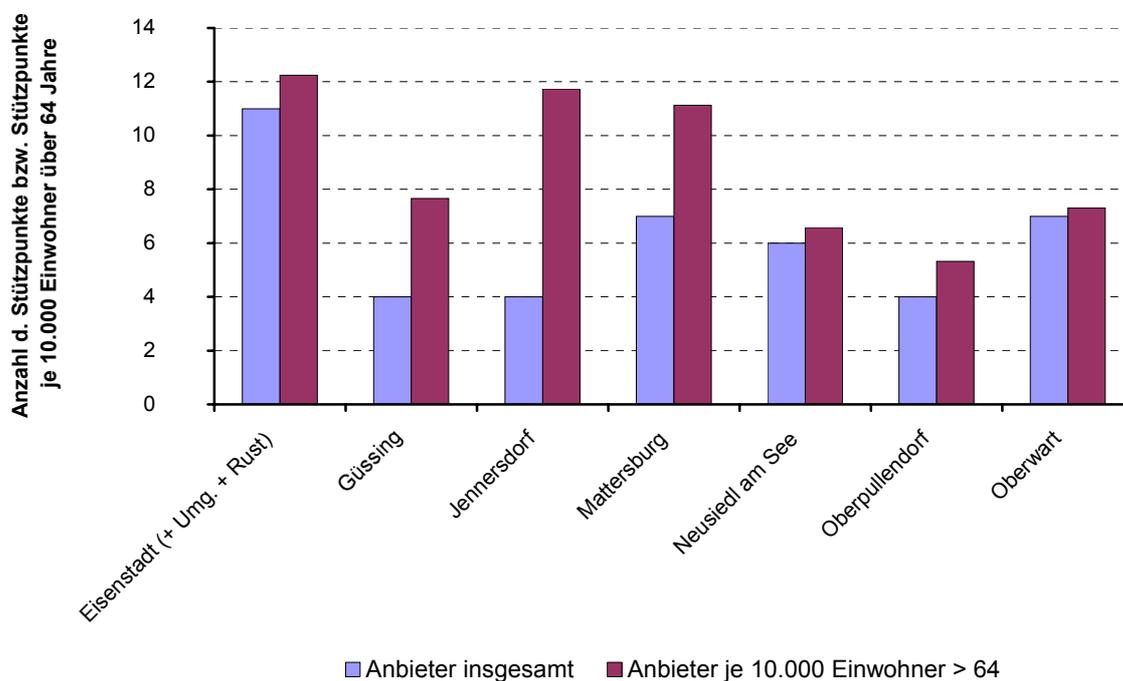
### *Mobile Dienste*

Im Burgenland wurden im Jahr 2000 von **19 Trägern Betreuungsleistungen der Sozialen Dienste für alte, kranke oder behinderte Menschen** angeboten. Caritas, das Österreichische Rote Kreuz, das Burgenländische Hilfswerk sowie die Volkshilfe Burgenland waren in mehreren Bezirken tätig. Als weitere Anbieter sozialer Dienste fungierten vorwiegend Gemeinden und kirchliche Institutionen.

Die Anzahl der Dienste anbietenden Institutionen streute in den Bezirken zwischen vier und sieben. Bei Betrachtung der Dichtewerte (Anzahl der anbietenden Einrichtungen je 10.000 Einwohner im Alter von 65 Jahren und darüber; hierbei wurden die Bezirke Eisenstadt-Stadt, Eisenstadt-Umgebung und Rust zusammengefasst) zeigt sich eine **im Landesvergleich überaus günstig Versorgungssituation in Eisenstadt** (ca. 600 Einwohner im Alter von 65 Jahren und darüber je anbietender Institution). Auch Jennersdorf und Mattersburg weisen noch mit weniger als 900 Einwohnern im Alter von 65 Jahren und darüber pro Einrichtung deutlich über dem Landesdurchschnitt liegende Versorgungsdichten auf. Die **geringste Anzahl** an Anbietern Mobiler Dienste je Einwohner (> 64 Jahre) wiesen die Bezirke **Oberpullendorf und Neusiedl am See** auf.

Im Burgenland standen gemäß einer Erhebung im November 2000 (Blutmager 2001) 87 (ca. 39 VZÄ) Diplompfleger, 37 (ca 25 VZÄ) Pflegehelfer und 178 (ca 72 VZÄ) Heimhelfer im Bereich der ambulanten Altenbetreuung für insgesamt 1.817 betreute Personen zur Verfügung. Das ergibt eine Anzahl von zu betreuenden Personen je VZÄ Betreuungspersonal von 12,5. Gegenüber 1995 bedeutete dies eine Steigerung des Personals der ambulanten Altenbetreuung von ca. 30 Prozent, wobei die höchsten Steigerungen mit fast 54 Prozent bei den Pflegehelfern zu verzeichnen waren - die Anzahl der VZÄ bei den Diplompflegern erhöhte sich in den fünf Jahren um 9,5 Prozent. Dem stand allerdings eine Erhöhung der zu betreuenden Personen von mehr als 58 Prozent gegenüber - Das Verhältnis von VZÄ Betreuungspersonal zu betreuten Personen betrug 1995 noch 10,2. Aussagen über regionale Disparitäten innerhalb des Burgenlandes und Vergleiche mit der Situation in anderen Bundesländern sind bezüglich der Versorgungssituation mit den verfügbaren Daten nicht möglich.

Abbildung 5.2.1: Soziale Dienste anbietende Institutionen in den burgenländischen Bezirken im Jahr 2000: Anzahl und Dichte (Anzahl je 10.000 Einwohner im Alter von 65 Jahren und darüber)

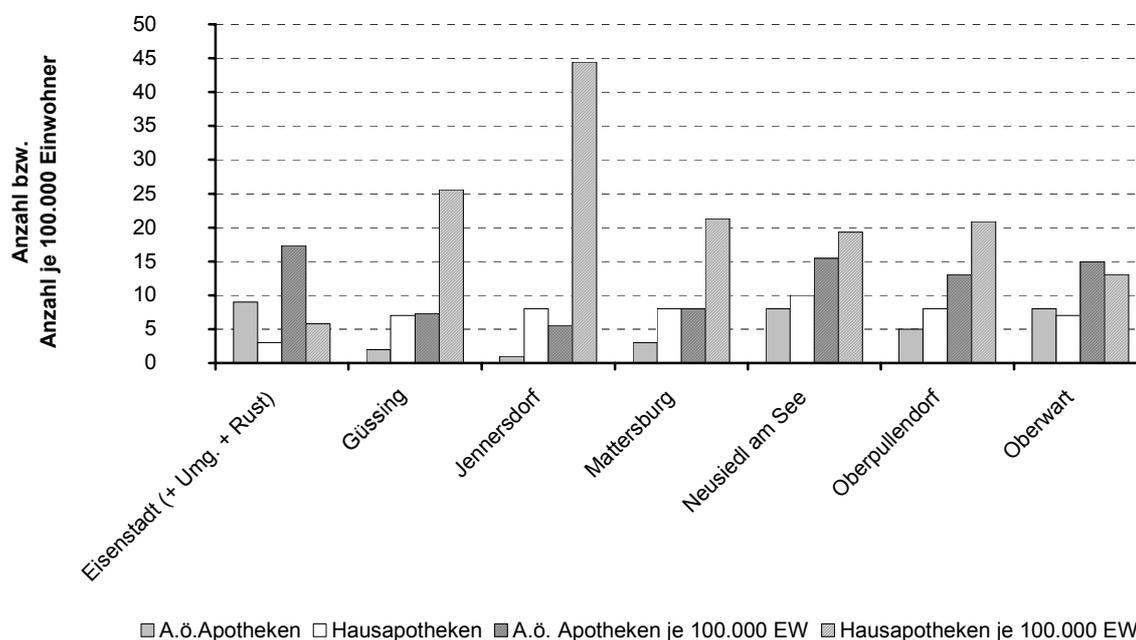


Quellen: Amann, A., Kneusel, M, Löger, B (1996) - Wissenschaftl. Gutachten z. burgenländischen Bedarfs- und Entwicklungsplan für die Pflegevorsorge; Statistik Austria - Volkszählung 2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

### Apotheken

Insgesamt standen der burgenländischen Bevölkerung im eigenen Bundesland **im Jahr 2000 36 öffentliche Apotheken** (ohne Anstaltsapotheken, inkl. zwei Filialapotheken) zur Verfügung. Im Landesdurchschnitt versorgt eine öffentliche Apotheke ca. 7.700 Einwohner. Damit weist das **Burgenland** nach Oberösterreich die **zweitniedrigste Versorgungsdichte der Bundesländer** auf. Im Bezirk Jennersdorf steht den rund 18.000 Einwohnern lediglich eine öffentliche Apotheke zur Verfügung, in Güssing (rd. 27.000 Einwohner) befinden sich nur zwei, in Mattersburg (rd. 37.500 Einwohner) drei öffentliche Apotheken. Damit weisen diese Bezirke noch deutlich unter dem Landesdurchschnitt liegende Versorgungsdichten auf. Ein Teil der Versorgungsfunktion wird hier durch - im Vergleich zum Landes- und Bundesdurchschnitt relativ häufig vorhandene - ärztliche Hausapotheken erfüllt (vgl. Abb. 5.2.2 und Tab. 5.2.5 im Tabellenanhang).

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



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

### 5.3 Stationäre Versorgung

#### Stationäre Akutversorgung

Im Burgenland befinden sich folgende fünf **Fonds-Krankenanstellen** (Reihung nach dem vom BMSG vergebenen Krankenanstellen-Code):

- 102 Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
- 104 Landeskrankenhaus Güssing
- 105 Landeskrankenhaus Kittsee
- 106 Landeskrankenhaus Oberpullendorf
- 107 Landeskrankenhaus Oberwart

Drei dieser Krankenanstellen (Güssing, Kittsee und Oberpullendorf) haben Standardversorgungsfunktion, die Krankenanstellen in der Landeshauptstadt Eisenstadt und jene in Oberwart Schwerpunktversorgungsfunktion. Mit **Ausnahme von Jennersdorf und Mattersburg** (sowie der Statutarstadt Rust) **verfügt** demnach **jeder burgenländische Bezirk über eine Krankenanstalt** zur stationären Akutversorgung mit **zumindest Standardversorgungsfunktion** (vgl. Karte 5.3.1 im Kartenanhang). Die Fonds-KA unterliegen hinsichtlich der dort vorzuhaltenden Kapazitäten und Leistungen den Bestimmungen des Österreichischen Krankenanstellen- und Großgeräteplans (ÖKAP/GGP), der in regelmäßigen Abständen neu gefasst wird.

In den burgenländischen Fonds-Krankenanstellen stehen insgesamt rund **1.430 systemisierte** (= sanitätsbehördlich bewilligte) bzw. rund **1.360 tatsächliche Betten** zur Verfügung, die sich vor allem auf die Fachrichtungen CH, IM, GGH, KI und UC verteilen, in geringerem Ausmaß stehen Betten in den Fachrichtungen NEU, HNO und URO zur Verfügung. In diesen Betten wurden im Jahr 2000 ungefähr 63.500 stationäre Fälle (inkl. tagesklinische Fälle, oh-

ne krankenanstalteninterne Transferierungen) versorgt, die bei einer durchschnittlichen **Belagsdauer von 5,1** Tagen (Bundesdurchschnitt 5,9 Tage) eine **Bettenauslastung** von rund **75 Prozent** erzeugten (Bundesdurchschnitt 84 %, s. Tab. 5.3.1 im Anhang; Werte dort inkl. krankenhausinterne Transferierungen).

Den stationären Bereichen waren unmittelbar **215 VZÄ-Ärzte** sowie weitere rund **830 VZÄ anderer Berufsgruppen** (darunter rund 600 VZÄ an diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal) zugeordnet, wobei die Abgrenzung der Tätigkeitsbereiche zu den unter 5.2 erwähnten Personalkapazitäten im spitalsambulanten Bereich keineswegs eindeutig, sondern vielmehr in hohem Maße fließend verläuft.

Die **Endkosten** in den stationären (=bettenführenden) Bereichen lagen im Jahr 2000 bei rund **€ 109 Mio.** und damit etwa sechseinhalbmal so hoch wie in den nicht bettenführenden (=größtenteils „spitalsambulanten“) Bereichen (rund € 16,7 Mio.). Mit **Endkosten** für die stationären Bereiche von rund **€ 390 je Einwohner** liegt das Burgenland - hier befinden sich keine höchstrangigen Krankenanstalten mit Zentralversorgungsfunktion - deutlich **unter dem österreichischen Durchschnittswert** (ca. € 690).

### *Stationäre Rehabilitation*

Die Versorgung des Burgenlandes in der stationären Rehabilitation ist von der Tatsache geprägt, dass sich innerhalb des Landesgebietes **zwei Rehabilitationszentren** befinden, die wesentliche Indikationsgruppen abdecken, nämlich Herz-/Kreislaufkrankungen (im Burgenland mit Abstand die häufigste Ursache für eine Krankenhausaufnahme) und orthopädische Erkrankungen (ebenfalls eine sehr häufige Indikation im Burgenland). Die beiden Rehabilitationszentren befinden sich in Bad Tatzmannsdorf und St. Andrä/Zicksee:

- K101 Rehabilitationszentrum für Herz- und Kreislaufkrankungen
- K109 Sonderkrankenanstalt Zicksee

Das von der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten geführte Rehabilitationszentrum in Bad Tatzmannsdorf konzentriert sich fast ausschließlich auf die Wiederherstellung von Patienten nach Herz-/Kreislaufkrankungen, zu einem geringen Anteil sind die Patienten aufgrund von Stoffwechsel- und Verdauungserkrankungen in Behandlung. In der Sonderkrankenanstalt Zicksee, geführt vom Kriegssopfer- und Behindertenverband für Wien, Niederösterreich und Burgenland, werden vorwiegend orthopädische und rheumatologische Krankheiten behandelt sowie Patienten zur chirurgischen Nachbehandlung nach Unfällen beherbergt.

Nur zwölf Prozent der im Jahr 2000 in den beiden burgenländischen Rehabilitationszentren behandelten Patienten waren Burgenländer. Der Großteil kam aus Wien (rund 47 %) und Niederösterreich (rund ein Viertel). Wie die Burgenländer selbst befanden sich auch die Gastpatienten aus den anderen Bundesländern zum überwiegenden Teil aufgrund von Herz-/Kreislaufkrankungen in Behandlung, die zweithäufigste Indikation waren Krankheiten im Bereich Orthopädie/Rheumatologie, die dritthäufigste im Bereich Unfallchirurgie/Neurochirurgie (vgl. Tab. 5.3.2 im Anhang).

### *Stationäre Alten- und Langzeitversorgung*

Im Jahr 1999 standen im Burgenland in **24 Altenwohn- und Pflegeheimen** insgesamt nahezu **1.400 Plätze** (Betten) für die Versorgung älterer und behinderter Personen zur Verfügung. Die **Anzahl der Betten** in stationären Einrichtungen je 1.000 Einwohner im Alter von 65 Jahren und älter ist mit ca. 28 im Burgenland nur etwa **halb so hoch wie im Bundesdurchschnitt**; kein anderes Bundesland weist eine geringere Dichte an Kapazitäten der Alten- und Langzeitversorgung auf als das Burgenland. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass im Burgenland der **überwiegende Teil der Pflegefälle im familiären Umfeld** betreut wird.

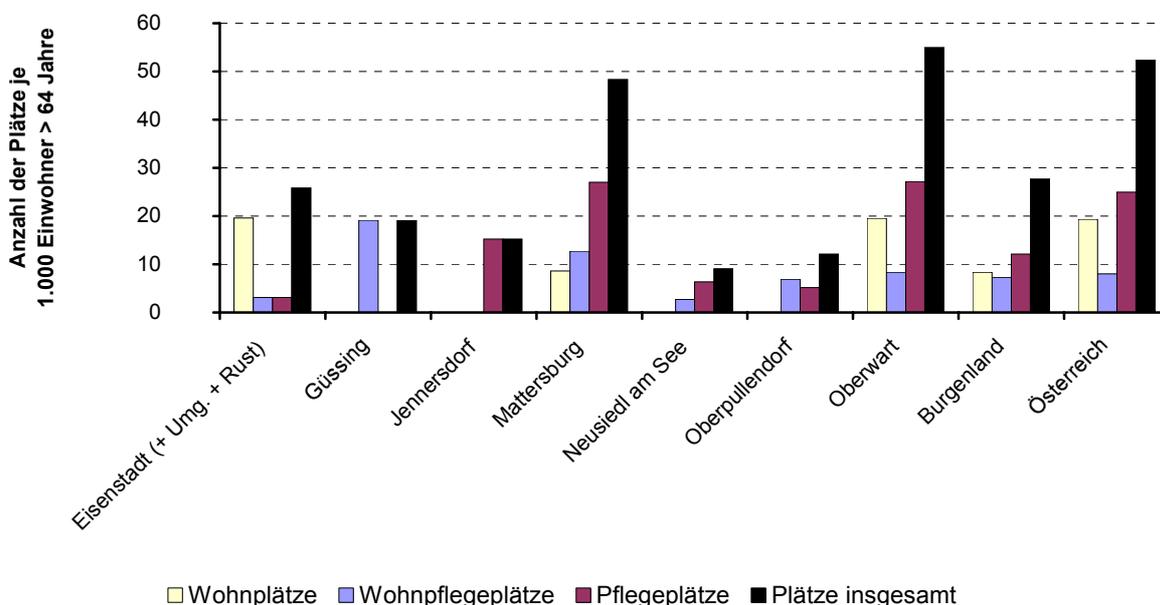
Rund 44 Prozent der Betten befinden sich in Pflegeheimen oder -anstalten, etwas weniger als ein Drittel in Wohnheimen für betagte Menschen, ca. ein Viertel in Einrichtungen, die sowohl Wohnplätze als auch Pflegeplätze anbieten.

Die Anzahl der vorgehaltenen Plätze in Alten- und Pflegeheimen je Einwohner (> 64 Jahre) liegt in den **Bezirken Mattersburg und Oberwart deutlich über dem Landesdurchschnitt**, in diesen Bezirken erreicht die Versorgungsdichte annähernd den österreichischen Durchschnitt bzw. überschreitet diesen sogar (in Oberwart). Die übrigen burgenländischen Bezirke erreichen hinsichtlich der Versorgungsdichte höchstens 37 Prozent des Österreicherwertes, besonders **wenig Plätze** stehen in den Bezirken **Oberpullendorf und Neusiedl am See** zur Verfügung (vgl.; Abb. 5.3.1, Tab. 5.3.4 im Anhang). Diese beiden Bezirke lagen auch hinsichtlich der Versorgung mit Anbietern Mobiler Dienste (s. oben) deutlich unter dem Durchschnitt des Bundeslandes.

In der zweiten Hälfte des Berichtszeitraums war die **Entwicklung** hinsichtlich der stationären Einrichtungen der Alten- und Langzeitversorgung einerseits durch eine **qualitative Verbesserung des Angebots** geprägt - sowohl die Anzahl als auch der Anteil des diplomierten Pflegepersonals wurde erheblich gesteigert -, andererseits auch dadurch, dass eine **zunehmende Anzahl** an Burgenländern und Burgenländerinnen **im eigenen Wohnbezirk** einen Heimplatz gefunden hat (trotz der noch immer sehr ungleichen Angebotssituationen).

Die Festlegung der Kapazitäten der Einrichtungen in Altenwohn- und Pflegeheimen im Burgenland erfolgt im periodisch aktualisierten **Bedarfs- und Entwicklungsplan**. Mit Fertigstellung der derzeit in Planung oder im Bau befindlichen Standorte (in Podersdorf, Gols, Güttenbach, Kittsee und Rudersdorf; insg. 135 Betten) sind die Planungsvorgaben des derzeit aktuellen Bedarfs- und Entwicklungsplanes erfüllt.

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



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

## 5.4 Medizinisch-technische Großgeräte

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

Im Burgenland stehen von den als Großgeräte definierten Geräten fünf Computertomographiegeräte, zwei Magnetresonanz-Tomographiegeräte, zwei digitale Subtraktions-Angiographieanlagen, vier Emissions-Computer-Tomographiegeräte sowie ein Herzkatheterarbeitsplatz zur Verfügung. Die Anzahl der Einwohner je eingerichtetes Großgerät ist bei allen diesen Geräten mit Ausnahme der Emissions-Computer-Tomographiegeräte weit höher als in den meisten übrigen Bundesländern und im Bundesdurchschnitt. Stoßwellen-Lithotripter, Strahlentherapie-Geräte und Positronen-Emissions-Computertomographie-Geräte sind im Burgenland nicht eingerichtet. Die **Versorgung der burgenländischen Bevölkerung** erfolgt zum überwiegenden Teil in den **benachbarten Bundesländern** Steiermark und Niederösterreich sowie auch in **Wien**. Die Versorgung des Burgenlandes in der **Strahlentherapie** wurde der radioonkologischen Einrichtung im KH Wr. Neustadt (NÖ) übertragen, die zu einem Drittel vom Burgenland finanziert wird und in der daher ein Drittel der Versorgungsleistung für burgenländische Patienten reserviert ist. Die **Lithotripsie** wird durch den mobilen Lithotripter des KH Mistelbach (NÖ) sichergestellt, der in Abständen von drei Wochen für je zwei Tage im LKH Oberwart zur Verfügung steht.

## 5.5 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Aufgrund gesetzlicher Regelungen bestehen die wesentlichen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in der Fachaufsicht und sanitären Aufsicht über Personen und Einrichtungen des Gesundheitswesens, in der Gesundeheitsaufsicht und Hygieneüberwachung, im gesundheitlichen Umweltschutz und der Umweltmedizin, im amtsärztlichen Dienst, in der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung sowie in der Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung (ab 2002 auch in der arbeitsmedizinischen Betreuung).

Der öffentliche Gesundheitsdienst umfasst die Gesundheitsämter in den Bezirkshauptmannschaften und Magistraten sowie die im Amt der Landesregierung zuständige Gesundheitsabteilung. Die Gesundheitsämter sind Teile der Bezirkshauptmannschaften und Magistrate und werden von je einem Amtsarzt oder einer Amtsärztin geleitet. Im Burgenland werden dabei fünf von neun Gesundheitsämtern von teilzeitbeschäftigten Amtsärzten geleitet.

Zusätzlich gibt es in den Gesundheitsämtern (meist teilzeitbeschäftigte) Tuberkulosefürsorgerinnen. Mit der Realisierung der geplanten Erweiterung der TBC-Fürsorge werden ab dem Jahr 2003 zudem zwei Lungenfachärzte, die auf Zuweisung die erforderlichen Untersuchungen durchführen werden, zur Verfügung stehen. Auf Landesebene arbeiten drei Amtsärztinnen und Amtsärzte (in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) 2,75), zwei nicht-medizinische Akademikerinnen und acht Lebensmittelinspektoren. Umgerechnet auf die Einwohnerzahl bedeutet dies, dass die Amtsärztinnen und Amtsärzte in den Bezirken durchschnittlich 50.000 Einwohner zu betreuen haben, unter Berücksichtigung der Tuberkulosefürsorgerinnen sind es etwas mehr als 37.000 Einwohner pro ÖGD-Fachperson. Im gesamten Bundesland inklusive des Personals in der Gesundheitsabteilung im Amt der Landesregierung kommen ca. 32.000 Einwohner auf einen Amtsarzt und knapp 12.000 Einwohner auf eine ÖGD-Fachperson. Allerdings erfüllt die Gesundheitsabteilung im Amt der Burgenländischen Landesregierung zusätzlich die Agenden des Familienreferats, des Sportreferats, der sanitätsrechtlichen Angelegenheiten, der Chemikalieninspektion sowie der Lebensmittelaufsicht.

Im Vergleich zu einer 1997 vom ÖBIG durchgeführten Erhebung bedeutet dies eine geringfügige Zunahme an Amtsärztinnen und Amtsärzten (8,7 VZÄ gegenüber 8,1 VZÄ) und eine Reduktion an Fachpersonal (v. a. in der Gesundheitsabteilung im Amt der Landesregierung) um ca. 3,8 VZÄ.

Zusätzlich zu den Amtsärztinnen und Amtsärzten in den Gesundheitsämtern erfüllen derzeit noch 95 Kreis- und Gemeindeärzte öffentliche Aufgaben. Deren Zahl blieb über den Berichtszeitraum nahezu unverändert.

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

Für den vorliegenden Bericht wurde eine Datenerhebung in den Landessanitätsdirektionen durchgeführt. In den Jahren 1991 bis 2000 stiegen sowohl die Personal- als auch die Sachausgaben an. Der Anstieg der Personalausgaben entspricht in groben Zügen den Steigerungen der Personalausgaben in anderen Bereichen des Gesundheitswesens. Die überproportionale Steigerung der Sachausgaben im Burgenland war vor allem durch den Aufbau von Gesundheitsvorsorge- und Gesundheitsförderungsprojekten bedingt. Insgesamt ergab sich für das Burgenland ein Anstieg der Personal- und Sachausgaben (ohne Berücksichtigung der Großinvestitionen) von 1991 auf 2000 um 70 Prozent. Die Subventionierung von Gesundheitsförderungsprojekten wurde von ATS 500.000 (ca. € 36.336) auf ATS 700.000 (ca. € 50.871) erhöht, daneben wurden im Jahr 2000 aus Landesmitteln in der Höhe von ATS 2,4 Mio. (ca. € 174.400) landeseigene Projekte zur Gesundheitsvorsorge finanziert (Diabetes-schulung "Modell Burgenland", Ernährungsberatung, Krebsvorsorgeuntersuchungen und Kariesprophylaxe Burgenland).

## 5.6 Gesundheitsausgaben

Aufgrund der eingeschränkten Datenverfügbarkeit und mangelnden Datenkohärenz ist eine exakte Erhebung oder seriöse Schätzung der gesamten Gesundheitsausgaben für die einzelnen Bundesländer nicht möglich. Aus diesem Grund sind auch die bisherigen Versuche, für Eurostat die Einnahmen und Ausgaben Österreichs im Bereich „Krankheit“ nach einer vorgegebenen Systematik zu ermitteln, gescheitert. Die Darstellung der Gesundheitsausgaben in diesem Bericht konzentriert sich daher auf wesentliche 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** sowie **Heilbehelfe und Hilfsmittel**.

### *Kosten der Fonds-Krankenanstalten*

Die **Endkosten** der **Fonds-Krankenanstalten** betragen im Jahr 2000 im Burgenland **€ 132 Mio.**, das sind etwa zwei Prozent der österreichweiten Kosten. Im Vergleich zu 1997, dem Jahr der Einführung der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF), sind die Endkosten im Burgenland um € 15 Mio. oder zwölf Prozent gestiegen. Diese Entwicklung entspricht dem österreichischen Durchschnitt. (vgl. Tab. 5.6.1 im Tabellenanhang).

Der **Anstieg** der **Personalkosten** in den Fonds-Krankenanstalten im selben Zeitraum ist im Burgenland mit neun Prozent (auf € 85 Mio. im Jahr 2000) hingegen leicht **unterdurchschnittlich** ausgefallen (Österreich: +11 %) und war im Bundesländervergleich gemeinsam mit Wien der geringste (vgl. Tab 5.6.2 im Tabellenanhang).

Eine genauere Analyse dieser Kostenentwicklung anhand von Leistungskennzahlen für den stationären und ambulanten Bereich zeigt ein differenzierteres Bild. So betragen die stationären **Endkosten pro stationären Fall** im Jahr 2000 im Burgenland € 1.718,- dies war der geringste Betrag im Bundesländervergleich (vgl. nachstehende Abb. 5.6.1). Die Steigerung um sechs Prozent war hingegen nach der Steiermark (+10 %) am stärksten, während Tirol, Niederösterreich und Kärnten Kostenrückgänge verzeichneten (vgl. Tab. 5.6.1 im Anhang).

Auch die stationären **Endkosten pro Belagstag** waren im Burgenland mit € 338,- am geringsten. Der Anstieg seit 1997 war mit 21 Prozent jedoch überdurchschnittlich (Österreich: +15 %) und wieder nur in der Steiermark höher (+24 %). Die **stationären Personalkosten** pro stationären Fall betragen im Jahr 2000 in den burgenländischen Fonds-Krankenanstalten € 682,-, das sind um zwei Prozent mehr als 1997 (vgl. Abb. 5.6.1). Niedrigere Kosten wiesen nur die Bundesländer Niederösterreich und Oberösterreich auf. **Kostenzuwächse** verzeichneten neben dem Burgenland hingegen nur die Steiermark und Vorarlberg.

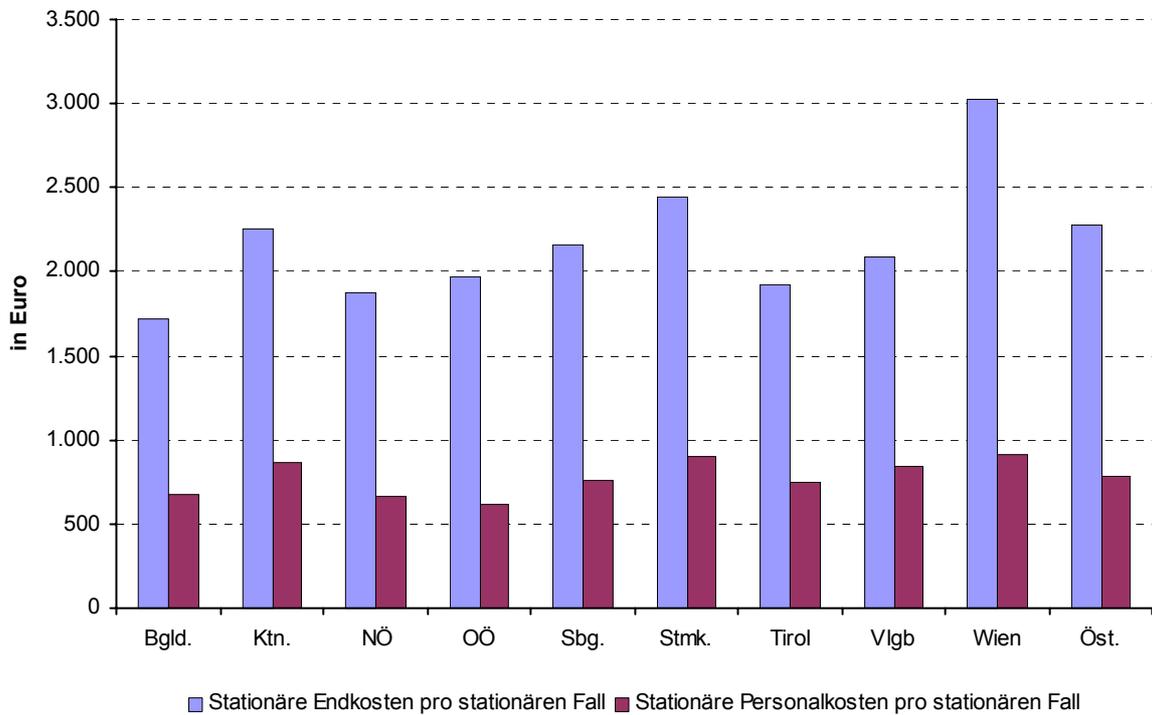
**Pro Belagstag** entsprachen die **stationären Personalkosten** in den burgenländischen Fonds-Krankenanstalten mit € 134,- etwa dem **Österreichdurchschnitt** (€ 132,-). Die Entwicklung dieser Kosten war mit plus 16 Prozent seit 1997 im Bundesländervergleich jedoch die zweitstärkste nach der Steiermark mit 20 Prozent.

Bei den **stationären Endkosten pro 1.000 LKF-Punkte** wies das Burgenland - wie Niederösterreich - € 82,- auf. Das ist nach Tirol (€ 72,-) und Oberösterreich (€ 76,-) der drittniedrigste Bundesländerwert. Die stationären Personalkosten pro 1.000 LKF-Punkte lagen im Burgenland mit € 32,- knapp über dem Österreichdurchschnitt (vgl. Tab. 5.6.1 und 5.6.2 im Anhang).

Im **ambulanten** Bereich nahm das Burgenland im Jahr 2000 mit **Endkosten pro Fall** von € 152,- eine **gute mittlere Position** im Bundesländervergleich ein. Niederösterreich, Oberösterreich und Salzburg wiesen einen geringeren Wert auf (vgl. Abb. 5.6.2). Der Kostenanstieg von acht Prozent seit 1997 war hingegen überdurchschnittlich und nur in Vorarlberg höher (vgl. Tab. 5.6.1 im Anhang). Die ambulanten Endkosten pro Frequenz blieben mit € 47,- knapp unter dem Österreichdurchschnitt. Bei den **ambulanten Personalkosten** pro ambulanten Fall wiesen die burgenländischen Fonds-Krankenanstalten mit € 137,- einen leicht **überdurchschnittlichen Wert** aus, der nur in Kärnten, der Steiermark und Wien höher war (vgl. Abb. 5.6.2).

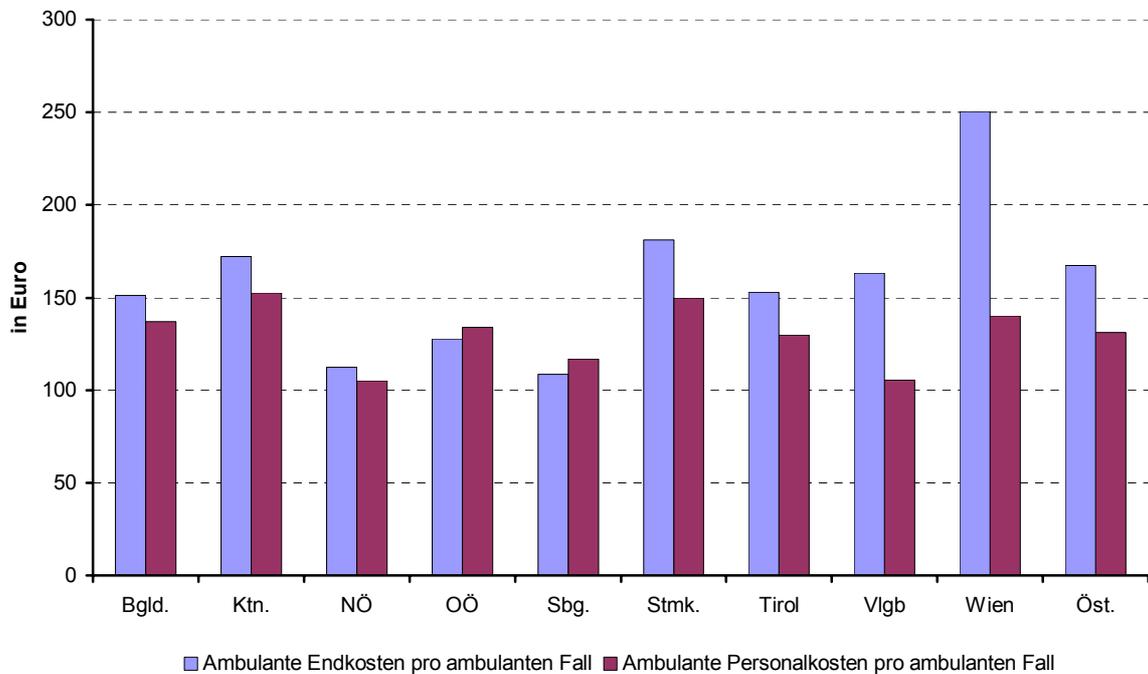
Der Kostenanstieg seit 1997 war mit plus 13 Prozent der höchste im Bundesländervergleich.

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



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

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



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

### *Kosten im niedergelassenen § 2-Bereich*

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

Die **abgerechneten Beträge** der **§ 2-Kassen** für **niedergelassene Ärzte** (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten) betragen im Burgenland im Jahr 2000 insgesamt **€ 41,3 Mio.** Davon gingen € 22,9 Mio. an praktische Ärzte und € 18,4 Mio. an Fachärzte. **Seit 1991** hat sich dieser Betrag **verdoppelt**, wobei - entsprechend dem Österrichtrend - die Abrechnungsbeträge für die **Fachärzte** wesentlich **stärker** zunahmen als jene für die praktischen Ärzte. Im Bundesländervergleich wies nur noch Tirol eine Verdoppelung der abgerechneten Beträge in diesem Zeitraum auf (vgl. Tab. 5.6.3 im Tabellenanhang).

Im Jahr 2000 wurden im Burgenland bei § 2-Kassen mit den niedergelassenen Ärzten (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten) rund **978.000 Fälle** abgerechnet - rund **593.000** mit den **praktischen Ärzten** (Allgemeinmediziner) und rund **385.000** mit **Fachärzten**. Die Zahl der Fälle ist seit 1991 im Burgenland - wie in Tirol - mit 28 Prozent um fünf Prozentpunkte stärker gestiegen als österreichweit. Eine stärkere Zunahme zeigte nur die Steiermark mit 39 Prozent. Dabei stieg die Zahl der Fälle bei Fachärzten mit 68 Prozent deutlich stärker (Österreich: +40 %) als bei den praktischen Ärzten mit elf Prozent (Österreich: 11 %). Die Zahl der Fälle nahm bei den „allgemeinen Fachärzten“ mit 66 Prozent deutlich stärker zu als österreichweit (+33 %), ebenso war die Zunahme der Fälle bei den „sonstigen Fachärzten“ (RAD, PHM, LAB) mit 86 Prozent stark überdurchschnittlich (Österreich: +55 %).

Betrachtet man die abgerechneten **Beträge pro Fall**, so zeigt sich folgendes Bild: Im Jahr 2000 wurden im Burgenland pro Fall € 42,- abgerechnet. Das ist um € 1,- weniger als im österreichischen Durchschnitt. Niedrigere Beträge wiesen nur die Bundesländer Oberösterreich, Steiermark und Wien auf. Seit 1991 ist der abgerechnete Betrag pro Fall im **Burgenland** mit 55 Prozent deutlich stärker gestiegen als österreichweit. Eine kräftigere Zunahme verzeichnete nur noch Tirol mit 56 Prozent. Bei den praktischen Ärzten war der Anstieg mit 58 Prozent stärker als bei den Fachärzten mit 42 Prozent. Mit dieser Entwicklung hat das Burgenland in den 1990er Jahren bei den abgerechneten Beträgen pro Fall zum österreichischen Durchschnitt aufgeschlossen.

### *Ausgaben der sozialen Krankenversicherungsträger für Heilmittel und Heilbehelfe (inklusive Hilfsmittel)*

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

Gemäß dieser Schätzung wurden im Burgenland im Jahr 2000 von den sozialen Krankenversicherungsträgern **€ 56,9 Mio.** für Heilmittel und Heilbehelfe (inkl. Hilfsmittel) ausgegeben. Das sind drei 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 **€ 331,-** ausgegeben, also vier Euro weniger als österreichweit, womit das Burgenland den niedrigsten Wert im Bundesländervergleich aufweist. Die höchsten Werte finden sich in der Steiermark, in Kärnten und in Wien.

Seit 1991 haben sich die Ausgaben für Heilmittel und Heilbehelfe (inkl. Hilfsmittel) mit einem Zuwachs von 110 Prozent (Österreich: +105 %) mehr als verdoppelt. Stärkere Zunahmen verzeichneten nur noch Tirol (+117 %) und Niederösterreich (+114 %). Die Ausgaben für Heilmittel stiegen in diesem Zeitraum mit 113 Prozent stärker als jene für Heilbehelfe und Hilfsmittel, was dem österreichweiten Trend entspricht.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Kostensituation in den burgenländischen Fonds-Krankenanstalten trotz einer überdurchschnittlichen Entwicklung in den 1990er Jahren vor allem im **stationären**, aber auch zum Teil im **ambulanten** Bereich besser ist als im **österreichischen Durchschnitt**. Einzig die ambulanten Personalkosten pro ambulanten Fall lagen über dem Österreichwert. Hier ist jedoch zu berücksichtigen, dass in den burgenländischen Krankenanstalten im Vergleich zu anderen Bundesländern ein weniger kostenintensives Leistungsangebot vorgehalten wird, da die diesbezügliche Versorgung der Ostregion und damit auch des Burgenlandes vor allem durch entsprechend ausgestattete und damit auch kostenintensivere Wiener Krankenanstalten sichergestellt wird. Im **niedergelassenen** Bereich hat das Burgenland bei den abgerechneten Beträgen der § 2-Kassen für niedergelassene Ärzte durch eine überdurchschnittliche Entwicklung in den 1990er Jahren zum Österreichdurchschnitt aufgeschlossen. Die Ausgaben der sozialen Krankenversicherungsträger für Heilmittel und Heilbehelfe (inkl. Hilfsmittel) pro Krankenversicherten waren im Jahr 2000 die niedrigsten in allen österreichischen Bundesländern, die Ausgabenentwicklung seit 1991 war hingegen überdurchschnittlich.

## 5.7 Zusammenfassung

Schätzungen zufolge wurden im **Burgenland** im Jahr **1996** etwa **€ 28 Mio. für Gesundheitsvorsorge und -förderung** ausgegeben. Mit € 102,- pro Einwohner entsprachen diese Ausgaben etwa dem Bundesdurchschnitt. Die Anteile dieser Mittel, die jeweils den Bereichen Primärprävention (7 %), Sekundärprävention (19 %), Tertiärprävention (52 %) sowie Gesundheitsvorsorge (1 %) zuordenbar sind, entsprachen ebenfalls weitgehend dem Bundesdurchschnitt. Die Schwerpunktsetzung in der Gesundheitsvorsorge und -förderung liegt im Burgenland in der Förderung der Eigenverantwortung des einzelnen Bürgers, wobei die Gemeinden als „Nahversorger“ in Gesundheitsfragen für eine Reihe von gesundheitsfördernden Maßnahmen eine zentrale Rolle spielen. Mit der Einrichtung von 95 Gesundheits- und Sozialsprengeln, in denen der Kreis- und Gemeindefacharzt in leitender und koordinierender Funktion als Anlaufstelle für die Bevölkerung zur Verfügung steht, werden mit Jahresbeginn 2003 die organisatorischen Zuständigkeiten für soziale und gesundheitliche Fragen auf kleinräumiger regionaler Ebene flächendeckend einheitlich organisiert. Der Burgenländische Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin (BAKS) koordiniert Aktivitäten des Landes, der Sozialversicherung, der KRAGES und der Ärzteschaft im Bereich der Gesundheitsförderung. Neben Impfprogrammen zählen Diabeteschulungen, Kariesprophylaxe und Dickdarmkrebsvorsorgeuntersuchungen in einzelnen Regionen zu den Schwerpunktthemen des BAKS. Künftige weitere Schwerpunkte der burgenländischen Gesundheitspolitik werden in der Ausweitung der Darmkrebsvorsorge-Maßnahmen auf das gesamte Burgenland bzw. in der allgemeinen Krebsvorsorge, der Erweiterungen des Impfprogramms (um Impfungen gegen Hepatitis A / A+B), der Erweiterung der TBC-Fürsorge, der betrieblichen Gesundheitsförderung und vor allem im Bereich von Maßnahmen zur Senkung der Herz-/Kreislauf-Krankheitsraten und -Sterblichkeit liegen.

Für die **ambulante Versorgung** werden im Burgenland in den **fünf Fonds-Krankenanstalten** rund **210 Untersuchungs- und Behandlungsplätze** vorgehalten; rund 130 Vollzeitäquivalent-Ärzte sind in diesen den „Krankenhausambulanzen“ zuzuordnenden Einrichtungen beschäftigt. Sowohl die Dichte des Angebots als auch die Inanspruchnahme liegt deutlich unter dem Bundesdurchschnitt, was auch durch die Mitversorgung der burgenländi-

schen Bevölkerung durch Einrichtungen im Wiener Zentralraum, bedingt auch durch die intensiven Pendelverflechtungen, begründet ist. Die **extramurale ärztliche Versorgung** wird durch insgesamt rund 460 niedergelassene Ärzte, darunter rund 200 Allgemeinmediziner, abgedeckt. Die gegenüber dem Bundesdurchschnitt geringe Versorgungsdichte wird durch längere Ordinationszeiten größtenteils kompensiert. Eine Vereinbarung zwischen dem Land, den Gemeinden und der Ärztekammer gewährleistet, dass ab dem Jahr 2003 auch an Werktagen rund um die Uhr ein Arzt verfügbar ist. Im Burgenland wird der **bodengebundene Rettungs- und Krankentransportdienst (RKT)** primär vom Österreichischen Roten Kreuz (ÖRK - Landesverband Burgenland) abgedeckt, das im Jahr 2000 insgesamt zehn Einsatzstellen (7 Bezirksstellen und 3 Ortsstellen) führte und dort rund 120 hauptamtliche und rund 900 ehrenamtliche Mitarbeiter sowie rund 80 Zivildienstler beschäftigte. Die Versorgungsdichte in Bezug auf den bodengebundenen RKT liegt im Burgenland mit 0,04 Einsatzstellen pro 1.000 Einwohner unter dem Bundesdurchschnitt, die Ausstattung mit Fahrzeugen ist durchschnittlich. Auffällig ist die relativ niedrige Zahl an Rettungseinsätzen mit nur acht Fahrten pro 1.000 Einwohner im Jahr 2000, während der Bundesdurchschnitt bei 25 lag. **Mobile Betreuungsleistungen** für alte, kranke oder behinderte Menschen werden im Burgenland von **19 Trägereinrichtungen** angeboten, in jedem Bezirk sind zwischen vier und sieben Anbieter verfügbar. Hinsichtlich der Versorgung mit **öffentlichen Apotheken** weist das Burgenland die zweitniedrigste Versorgungsdichte aller Bundesländer auf. Insgesamt befinden sich im Burgenland nur 36 öffentliche Apotheken. In einigen Bezirken liegt die Versorgungsdichte zudem deutlich unter dem Landesdurchschnitt. Demgegenüber steht eine relativ hohe Anzahl an ärztlichen Hausapotheken.

Die **stationäre Akutversorgung** des Burgenlands wird hauptsächlich durch die **fünf Fonds-Krankenanstalten** mit rund 1.300 Betten und ca. 215 Vollzeitäquivalent-Ärzten (2000) abgedeckt. In diesen Betten wurden im Jahr 2000 rund 63.500 stationäre Fälle (inkl. krankenanstalteninterne Transferierungen) versorgt, die bei einer durchschnittlichen Belagsdauer von 5,1 Tagen (Bundesdurchschnitt: 5,9 Tage) eine Bettenauslastung von rund 75 Prozent erzeugten (Bundesdurchschnitt: 84 %). Die Endkosten in den bettenführenden Bereichen lagen im Jahr 2000 bei rund € 390,- pro Einwohner im Burgenland (hier befinden sich keine höchstrangigen Krankenanstalten mit Zentralversorgungsfunktion) deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (€ 694,-). Im Burgenland stehen weiters zwei **Rehabilitationszentren** zur Verfügung, die sich auf Herz-/Kreislaufkrankungen und auf orthopädische Erkrankungen konzentrieren. Nur zwölf Prozent der in diesen Rehabilitationszentren im Jahr 2000 behandelten Patienten waren Burgenländer, der Großteil kam aus Wien und Niederösterreich. 1999 standen im Burgenland in 24 **Altenwohn- und Pflegeheimen** insgesamt nahezu 1.400 Plätze für die Versorgung älterer oder behinderter Menschen zur Verfügung. Obwohl die Versorgungsdichte im Vergleich zum Bundesdurchschnitt relativ gering ist; wird der Bedarf gut abgedeckt. Ein Großteil der Pflegefälle wird im Burgenland im familiären Umfeld betreut. Durch deutliche Steigerung der Anzahl und des Anteils an diplomiertem Pflegepersonal konnte in den letzten Jahren eine qualitative Verbesserung des Angebots erzielt werden, auch stieg in diesen Jahren die Anzahl der Burgenländer, die im eigenen Wohnbezirk einen Heimplatz erhalten konnten. Mit der Fertigstellung mehrerer derzeit in Planung oder Bau befindlichen Standorte werden in naher Zukunft die Planungsvorgaben des aktuellen Bedarfs- und Entwicklungsplanes erfüllt. Im Burgenland stehen fünf der acht gemäß ÖKAP/GGP als **Großgeräte** definierten Untersuchungs- bzw. Behandlungsgeräte in unterschiedlicher Anzahl zur Verfügung, die Versorgungsdichte ist bei fast allen im Burgenland eingerichteten Großgeräten unterdurchschnittlich. Die Versorgung der burgenländischen Bevölkerung erfolgt zum Teil durch in den benachbarten Bundesländern eingerichtete Geräte, die teilweise vom Land Burgenland mitfinanziert werden. Ein mobiler Lithotripter (Steinzertrümmerer) steht in periodischen Abständen im LKH Oberwart zur Verfügung. Der **öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD)** umfasst die von je einem ärztlichen Leiter geführten Gesundheitsämter in den Bezirkshauptmannschaften und Magistraten sowie die Gesundheitsabteilung im Amt der

Burgenländischen Landesregierung. Landesweit stehen Tuberkulosefürsorgerinnen zur Verfügung, im Zuge der geplanten Erweiterung der TBC-Fürsorge ist zudem der Einsatz von zwei Lungenfachärzten vorgesehen. Auf Landesebene arbeiten Amtsärzte, nicht-medizinische Akademiker und Lebensmittelinspektoren. Im gesamten Bundesland inklusive des Personals in der Landessanitätsdirektion kommen ca. 32.000 Einwohner auf einen Amtsarzt und knapp 12.000 Einwohner auf eine ÖGD-Fachperson. Allerdings erfüllt die Gesundheitsabteilung im Amt der Burgenländischen Landesregierung neben den Agenden des Gesundheitsbereichs eine Reihe weiterer Aufgaben.

Auf Grund eingeschränkter Datenverfügbarkeit bleiben Aussagen über die **Gesundheitsausgaben** auf die Kosten für Fonds-Krankenanstalten, Ausgaben der § 2-Kassen für niedergelassene Ärzte und der sozialen Krankenversicherungsträger für Heilmittel sowie Heilbehelfe und Hilfsmittel beschränkt. Sowohl die stationären Endkosten pro stationären Fall als auch die stationären Endkosten pro Belagstag waren in den burgenländischen Fonds-Krankenanstalten im Jahr 2000 die niedrigsten von allen Bundesländern, der Anstieg der Endkosten seit 1997 lag aber deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei Betrachtung der ambulanten Kosten im Bereich der Fonds-Krankenanstalten: unterdurchschnittlichen Kosten pro ambulanten Fall und pro Frequenz im Jahr 2000 standen leicht überdurchschnittliche Kostensteigerungen im Zeitraum 1997-2000 gegenüber. Im niedergelassenen Bereich hat das Burgenland bei den abgerechneten Beträgen der § 2-Kassen für niedergelassene Ärzte durch eine überdurchschnittliche Steigerung in den 1990er Jahren zum Österreichdurchschnitt aufgeschlossen; die Ausgaben der sozialen Krankenversicherungsträger für Heilmittel und Heilbehelfe waren hingegen trotz überdurchschnittlicher Zunahme seit 1991 im Jahr 2000 immer noch die niedrigsten von allen Bundesländern.

### *Empfehlungen*

Ausgehend von diesen Analyseergebnissen wurden **Maßnahmenempfehlungen** zu den Bereichen „Information“ (Datenbedarf), „(Ursachen-)Forschung“ sowie „Gesundheitspolitik“ entwickelt, die auch Inhalte von **Spezialgesundheitsberichten** und **Spezialkonzepten** sein können. Dabei wurde eine Differenzierung zwischen jenen Maßnahmen vorgenommen, deren Umsetzung - mit Unterstützung der Bundesländer - nur in bundesweit einheitlicher Form umgesetzt werden sollten und jenen, die auch oder ausschließlich eine burgenland-spezifische Realisierung sinnvoll erscheinen lassen.

### **Information**

#### *Österreichweite Empfehlungen*

- Aufnahme sozioökonomischer Daten in die Dokumentation von Präventionsaktivitäten (inkl. Vorsorge- und Mutter-Kind-Pass Untersuchungen);
- Vereinheitlichung und Verbesserung der österreichweiten Impfdokumentation (auch und vor allem für Erwachsene);
- Beseitigung des Datendefizits in Bezug auf die „ambulante Morbidität“ (niedergelassener Bereich, Ambulanzen, Ambulatorien, eventuell via „Chipcard“);
- Einführung einer bundesländerweit einheitlichen Dokumentation der Inanspruchnahme und der Kosten des ÖGD;
- Beseitigung der beachtlichen Datendefizite in Bezug auf die Gesundheitsausgaben.

### **Forschung**

#### *Österreichweite Empfehlungen*

- Entwicklung eines EU-kompatiblen Dokumentationssystems betreffend Gesundheitsausgaben (z. B. entsprechend der EUROSTAT-ESSOS-Methode).

### *Burgenland-spezifische Empfehlungen*

- Evaluierungsforschung (z. B. betreffend die Wirksamkeit von Präventionsprogrammen und Behandlungsmaßnahmen im Burgenland);
- differenzierte Erforschung des Versorgungsbedarfs im ambulanten, teilstationären und stationären Sektor;
- Untersuchung von Qualität und Quantität der Alten- und Langzeitversorgung in den burgenländischen Regionen (stationärer Bereich, familiäre Pflege, Mobile Dienste);
- Untersuchung der Situation der ärztlichen Versorgung in den burgenländischen Regionen im Bereich der spitalsambulanten und extramuralen ärztlichen Versorgung zur Identifikation und Beseitigung von Versorgungsdefiziten (vor allem die § 2-Kassenärzte betreffend).

### **Gesundheitspolitik**

#### *Österreichweite Empfehlungen*

- Einrichtung eines Arbeitskreises zur Konzipierung eines international kompatiblen Dokumentationssystems betreffend Gesundheitsausgaben;
- Prüfung der Notwendigkeit eines systematischen Fortbildungsprogramms für Gesundheits- und Fürsorgeberufe, vor allem zur vorzeitigen Erkennung von orthopädischen Problemen (v. a. Schulärzte), Demenzerkrankungen und Depressionen (v. a. Hausärzte, Hauskrankenpflege).

#### *Burgenland-spezifische Empfehlungen*

- Weiterführung und Ausbau der Programme zur Prävention und Gesundheitsförderung (inkl. entsprechender Fort- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals), Weiterentwicklung und - soweit sinnvoll - Zusammenführung und Abstimmung von Planungen zu allen Gesundheitssektoren (ÖKAP/GGP, Rehabilitationsplan, Bedarfs- und Entwicklungsplan gemäß Art. 15a B-VG, Psychiatrieplan, etc.).

## 6 Zusammenfassung

Der **burgenländische Gesundheitsbericht 2002** beschreibt die **gesundheitliche Lage der burgenländischen Landesbürger** sowie die wichtigsten Merkmale des **Gesundheitsversorgungssystems** im Land. Die Inhalte des Berichts beziehen sich auf den Zeitraum **1991 bis 2000** und auf die regionale Ebene der Bezirke bzw. der NUTS-III-Regionen. Er soll nicht nur die Identifikation von gesundheitlichen **Problemfeldern** und **Trends** ermöglichen, sondern auch eine fundierte Grundlage für gesundheitspolitische **Interventionen** im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung und zur Weiterentwicklung des burgenländischen Gesundheitsversorgungssystems bilden.

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

- Das Burgenland nahm im Berichtszeitraum hinsichtlich seiner **demographischen Struktur und Entwicklung** sowie seiner **Wirtschaftssituation** im Bundesländervergleich eine **ungünstige Position** ein.
- Die Bevölkerungsstruktur ist von einem **höheren Anteil älterer Menschen** und einem niedrigeren Anteil jüngerer Personen sowie einem **deutlich höheren Auspendleranteil** als österreichweit geprägt. Der **Einwohnerzuwachs** war in den 1990er Jahren deutlich **unterdurchschnittlich**, die **natürliche Bevölkerungsentwicklung negativ** und die **Geburtenziffer die niedrigste** aller österreichischen Bundesländer - zudem seit 1990 rückläufig.
- Regional differenziert zeigt sich sehr deutlich, dass die diesbezüglichen **Problemgebiete die Bezirke des Mittel- und Südburgenlandes** sind, wo Abwanderung, Überalterung und erschwerte Erwerbs- und Beschäftigungschancen kumulieren und sich in ihren negativen Auswirkungen verstärken. Im **Nordburgenland** konnte hingegen in den 1990er Jahren eine **positive Entwicklung** Platz greifen.
- Die **Lebenserwartung** bei der Geburt war im Burgenland in den Jahren 1990-2000 **niedriger als im österreichischen Durchschnitt**, namentlich **bei den Männern**, wo sie teilweise signifikant unter dem Bundeswert lag, während jene der burgenländischen Frauen etwa dem gesamtösterreichischen Durchschnitt entsprach. Der Abstand hat sich allerdings im Verlauf der 1990er Jahre verringert, weil die **Lebenserwartung im Burgenland stärker angestiegen ist als in Österreich** insgesamt.
- Im Burgenland sterben jährlich rund **1.450 männliche** und rund **1.600 weibliche** Personen, dennoch ist die altersstandardisierte **Sterblichkeit der Männer** deutlich **höher** als jene der Frauen. Bei beiden Geschlechtern werden als **häufigste** Todesursachen **Herz-/Kreislauf-** sowie **Krebserkrankungen** angegeben. Spiegelbildlich zur gestiegenen Lebenserwartung ist die **Sterblichkeit** der burgenländischen Bevölkerung in den letzten zehn Jahren bei beiden Geschlechtern kontinuierlich **gesunken**. Auch in der **Mortalität der unter 75-Jährigen** zeigt sich bei beiden Geschlechtern ein **rückläufiger Trend**, der sich in den letzten fünf Jahren tendenziell noch beschleunigt hat.
- Im Jahr 2000 wurden rund **55.000 Burgenländer** („stationäre Patienten“) insgesamt **73.000-mal** in einem Krankenhaus in Österreich **stationär aufgenommen**. Die **Krankenhausmorbidity** liegt im Burgenland deutlich **unter dem Bundesdurchschnitt**. Zwei Drittel der burgenländischen Patienten wurden in Krankenanstalten innerhalb der Landesgrenzen versorgt, der Großteil der übrigen Patienten in Niederösterreich, Wien und

der Steiermark. Insbesondere hochrangige medizinische Leistungen werden vorwiegend in den nahen Zentren außerhalb des Burgenlandes erbracht. Die **häufigsten Ursachen** für eine **Krankenhausaufnahme** von burgenländischen Landesbürgern sind **Herz-/Kreislaufkrankungen**, sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Bei **Männern** folgen **Verletzungen, Verdauungserkrankungen** und **orthopädische Erkrankungen**. Bei **Frauen** sind **orthopädische Erkrankungen** die zweithäufigste Ursache eines Krankenhausaufenthaltes, gefolgt von **Verdauungserkrankungen** und **Urogenital-Erkrankungen**. Die **Wahrscheinlichkeit** einer Krankenhausaufnahme **steigt** bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem **Alter** tendenziell an.

- Ende 2001 bezogen rund **13.000 Burgenländer auf Grund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung Pflegegeld**, das waren rund **4,7 Prozent** der Gesamtbevölkerung des Burgenlandes - der Bundesdurchschnitt lag bei 3,8 Prozent. Rund zwei Drittel der betroffenen Personen waren Frauen. Der Zuwachs des Anteils an Pflegegeldbeziehern zwischen 1997 und 2001 verlief im Burgenland aber in weitaus geringerem Ausmaß als im Österreichdurchschnitt.
- Trotz der objektiv messbaren geringeren Lebenserwartung fühlen sich die Burgenländer **subjektiv gesünder** als die meisten anderen Österreicher. Dies betrifft allerdings nur die Altersgruppen der unter 60-Jährigen, ältere Burgenländer schätzen ihren Gesundheitszustand überwiegend schlechter ein als Senioren in den übrigen Bundesländern. Burgenländische Männer fühlen sich besser als burgenländische Frauen, Nordburgenländer besser als Südburgenländer, Personen mit höherer Schulbildung besser als Personen mit niedrigerem Ausbildungsniveau.
- Während der Anteil der stark Untergewichtigen (BMI<18) im Burgenland unter dem gesamtösterreichischen Durchschnitt liegt, ist der Anteil der Personen mit **starkem Übergewicht** der **höchste von allen Bundesländern**. Beide Anteile sind - dem österreichischen Trend entsprechend - zwischen 1991 und 1999 angestiegen, was auf eine Polarisierung in diesem Bereich hindeutet. Während von Untergewichtigkeit vorwiegend Frauen zwischen 15 und 20 Jahren betroffen sind, ist die Übergewichtigkeit im Burgenland hauptsächlich ein Problem der Männer über 45 Jahren. Hinsichtlich der Anteile der Bevölkerung, die nach eigenen Angaben an **Bluthochdruck** leiden, liegt das Burgenland etwa im österreichischen Durchschnitt.
- **Gesunde Ernährung** zum Zweck der Erhaltung der Gesundheit weist bei der burgenländischen Bevölkerung im Vergleich zu der Bevölkerung der übrigen Bundesländer gemäß Befragungsergebnissen den geringsten Stellenwert auf, wobei Frauen noch einen höheren Wert auf gesunde Ernährungsweise legen als Männer. Hinzu kommt, dass ein im Vergleich zum Österreichdurchschnitt relativ geringer Teil der burgenländischen Bevölkerung regelmäßig **Sport und Bewegung** zum Zweck der Erhaltung der Gesundheit ausübt - diesbezüglich zeigte sich aber ein deutlich positiver Trend in den 1990er Jahren. Der Anteil der **täglich Zigaretten rauchenden** Männer liegt im Burgenland etwa im Bundesdurchschnitt, jener der Frauen (noch) darunter. Das Rauchverhalten der jüngeren burgenländischen Bevölkerung entspricht aber bereits weitgehend dem in den übrigen Bundesländern. Aus gesundheitspolitischer Sicht bedenklich ist, dass die Anzahl der rauchenden Bevölkerung zunimmt, insbesondere bei Frauen und Jugendlichen. Während der Zigarettenkonsum der burgenländischen Bevölkerung im Vergleich zu Österreich insgesamt (noch) relativ moderat erscheint, ist der **Alkoholkonsum** pro Person der höchste von allen Bundesländern, wobei die durchschnittlich konsumierte Menge der burgenländischen Männer viermal so hoch ist wie jene der Frauen. Die potenziell alkoholassoziierte Sterblichkeit der burgenländischen Männer ist trotz rückläufiger Entwicklung mit 31 Alkoholtoten (Kerndiagnosen) pro 100.000 Einwohner (männlich und weiblich) im Durchschnitt der Jahre 1998 bis 2000 die höchste von allen Bundesländern. Eine weitere fatale

Folge des übermäßigen Alkoholkonsums ist der hohe Anteil an Verletzten und schwer Verletzten im Straßenverkehr infolge von Alkoholeinfluss - auch hier weist das Burgenland die höchsten Werte aller Bundesländer auf.

- Sowohl der Anteil der sich einer **Vorsorgeuntersuchung** unterziehenden Bevölkerung (13 %) als auch die Zunahme an Untersuchungen in den 1990er Jahren lag im Burgenland über dem nationalen Durchschnitt. Über dem österreichischen Durchschnitt liegt auch der Anteil der untersuchten Männer, er ist aber dennoch niedriger als jener der Frauen.
- Über den Grad der durch **Schutzimpfungen** erzielten Immunisierung der burgenländischen Bevölkerung, namentlich der erwachsenen Bevölkerung, gegen Infektionskrankheiten sind noch keine zuverlässigen Aussagen möglich. Das im Burgenland entwickelte und 1999 implementierte neue Impfprogramm (für Kinder) wird auf Grund der Etablierung einer personenbezogenen Impfstatistik künftig auch eine tief regionalisierte Berechnung valider Durchimpfungsraten und darüber hinaus die Einrichtung eines Einladungssystems („Recallsystems“) ermöglichen.
- **Kariesprophylaxeaktivitäten** werden im Burgenland nach ersten Initiativen 1992 seit 1999 durch den Burgenländischen Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin (BAKS) flächendeckend organisiert. Eine Erhebung nach WHO-Standards in den Jahren 2001/2002 ergab, dass 42 Prozent der sechs- bis siebenjährigen Kinder im Burgenland kariesfrei sind. Damit wurde das WHO-Ziel 2000 (50 %) noch nicht erreicht.
- Hinsichtlich der **Umweltsituation** im Burgenland bezüglich möglicher Gesundheitsbeeinträchtigungen für den Menschen bestehen beim Trinkwasser nur kleinräumig Probleme mit der Einhaltung des Nitratgrenzwertes. Die Badeseen weisen allesamt gute bis ausgezeichnete Badequalität auf. Die Belastung der Luft durch Schadstoffe ist im Burgenland größtenteils geringer als in den anderen österreichischen Bundesländern, das größte Problem - insbesondere im Nordburgenland - stellt die Belastung durch Ozon dar: Der Boden ist durch die intensive landwirtschaftliche Nutzung teilweise belastet, jedoch geht der Trend zu einer ökologisch nachhaltigen Landwirtschaft.
- Im Burgenland wurden im Jahr **1996** etwa **€ 28 Mio. für Gesundheitsvorsorge und -förderung** ausgegeben - mit € 102,- pro Einwohner entsprachen diese Ausgaben etwa dem Bundesdurchschnitt. Schwerpunkte in der Gesundheitsvorsorge und -förderung bilden im Burgenland derzeit Impfprogramme, Kariesprophylaxe, Diabetesschulungen und Dickdarmkrebsvorsorgeuntersuchungen in einzelnen Regionen. Künftige weitere Schwerpunkte werden in der Ausweitung der Darmkrebsvorsorge-Maßnahmen auf das gesamte Burgenland, der allgemeinen Krebsvorsorge, der Erweiterungen des Impfprogramms, der Erweiterung der TBC-Fürsorge, der betrieblichen Gesundheitsförderung, der Hypertonievermeidung und vor allem im Bereich von Maßnahmen zur Senkung der Herz-/Kreislauf-Krankheitsraten und -Sterblichkeit liegen. Die Koordination der Gesundheitsvorsorgeprojekte obliegt dem Burgenländischen Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin (BAKS). Mit der Einrichtung von 95 Gesundheits- und Sozialsprengeln, in denen der Kreis- und Gemeindefacharzt in leitender und koordinierender Funktion als Anlaufstelle für die Bevölkerung zur Verfügung steht, werden mit Jahresbeginn 2003 die organisatorischen Zuständigkeiten für soziale und gesundheitliche Fragen auf kleinräumiger regionaler Ebene flächendeckend einheitlich organisiert.
- Für die **ambulante Versorgung** werden im Burgenland in den fünf Fonds-Krankenanstalten rund 210 Untersuchungs- und Behandlungsplätze vorgehalten; rund 130 Vollzeitäquivalent-Ärzte sind in diesen den „Krankenhausambulanzen“ zuzuordnenden Einrichtungen beschäftigt. Sowohl die Dichte des Angebots als auch die Inanspruchnahme liegt deutlich

unter dem Bundesdurchschnitt, was auch durch die Mitversorgung der burgenländischen Bevölkerung durch Einrichtungen im Wiener Zentralraum, bedingt auch durch die intensiven Pendelverflechtungen, begründet ist.

- Die **extramurale ärztliche Versorgung** wird durch insgesamt rund 460 niedergelassene Ärzte, darunter rund 200 Allgemeinmediziner, abgedeckt. Die gegenüber dem Bundesdurchschnitt geringe Versorgungsdichte wird größtenteils durch längere Ordinationszeiten kompensiert. Eine Vereinbarung zwischen dem Land, den Gemeinden und der Ärztekammer gewährleistet, dass ab dem Jahr 2003 im gesamten Burgenland auch an Werktagen rund um die Uhr ein Arzt verfügbar ist.
- Im Burgenland wird der **bodengebundene Rettungs- und Krankentransportdienst (RKT)** primär vom Österreichischen Roten Kreuz (ÖRK - Landesverband Burgenland) abgedeckt, das im Jahr 2000 insgesamt zehn Einsatzstellen führte. Die Versorgungsdichte in Bezug auf den bodengebundenen RKT liegt im Burgenland unter dem Bundesdurchschnitt, die Ausstattung mit Fahrzeugen ist durchschnittlich.
- **Mobile Betreuungsleistungen** für alte, kranke oder behinderte Menschen werden im Burgenland von 19 Trägereinrichtungen angeboten, in jedem Bezirk sind zwischen vier und sieben Anbieter verfügbar.
- Hinsichtlich der Versorgung mit **öffentlichen Apotheken** weist das Burgenland die zweitniedrigste Versorgungsdichte aller Bundesländer auf, insgesamt befinden sich im Burgenland nur 36 öffentliche Apotheken. In einigen Bezirken liegt die Versorgungsdichte zudem deutlich unter dem Landesdurchschnitt. Demgegenüber steht eine relativ hohe Anzahl an ärztlichen Hausapotheken.
- Die **stationäre Akutversorgung** des Burgenlands wird hauptsächlich durch die **fünf Fonds-Krankenanstalten** mit rund 1.360 Betten und ca. 215 Vollzeitäquivalent-Ärzten abgedeckt. In diesen Betten wurden im Jahr 2000 rund 63.500 stationäre Fälle (inkl. krankenanstalteninterne Transferierungen) versorgt, die bei einer durchschnittlichen Belagsdauer von 5,1 Tagen (Bundesdurchschnitt: 5,9 Tage) eine Bettenauslastung von rund 75 Prozent erzeugten (Bundesdurchschnitt: 84 %). Im Burgenland stehen weiters **zwei Rehabilitationszentren** zur Verfügung, die sich auf Herz-/Kreislaufkrankungen und auf orthopädische Erkrankungen konzentrieren.
- 1999 standen im Burgenland in **24 Altenwohn- und Pflegeheimen** insgesamt nahezu 1.400 Plätze (Betten) für die Versorgung älterer oder behinderter Menschen zur Verfügung. Obwohl die Versorgungsdichte im Vergleich zum Bundesdurchschnitt relativ gering ist; wird der Bedarf gut abgedeckt. Ein Großteil der Pflegefälle wird im Burgenland im familiären Umfeld betreut. Das Angebot konnte in den letzten Jahren sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht deutlich verbessert werden.
- Als **medizinisch-technische Großgeräte** definierte Untersuchungs- bzw. Behandlungsgeräte stehen im Burgenland selbst nur in relativ geringer Anzahl zur Verfügung, die Versorgung erfolgt - wie im Österreichischen Krankenanstaltenplan und Großgeräteplan vorgesehen - großteils durch in den benachbarten Bundesländern eingerichtete Geräte, die teilweise vom Land Burgenland mitfinanziert werden.
- Der **öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD)** umfasst die Gesundheitsämter in den Bezirkshauptmannschaften und Magistraten sowie die Gesundheitsabteilung im Amt der Landesregierung. Auf Landesebene arbeiten Amtsärzte, nicht-medizinische Akademiker und Lebensmittelinspektoren. Im gesamten Bundesland inklusive des Personals in der Landessanitätsdirektion kommen ca. 32.000 Einwohner auf einen Amtsarzt und knapp 12.000 Einwohner auf eine ÖGD-Fachperson. Allerdings erfüllt die Gesundheitsabteilung

im Amt der Burgenländischen Landesregierung neben den Agenden im Bereich des Gesundheitswesens eine Reihe zusätzlicher Aufgaben.

- Die **Gesundheitsausgaben** sind in allen untersuchten Bereichen (Fonds-Krankenanstalten, § 2-Kassenbereich, Ausgaben der sozialen Krankenversicherungsträger) - bezogen auf die jeweils finanzierte Einheit (stationärer Fall, Belagstag bzw. ambulanter Fall und ambulante Frequenz bzw. niedergelassener Arzt) deutlich unter dem Österreichdurchschnitt, die Kostensteigerungen im betrachteten Zeitraum lagen hingegen über dem Bundesdurchschnitt.

Ausgehend von diesen Analyseergebnissen wurden **Maßnahmenempfehlungen** zu den Bereichen „Information“ (Datenbedarf), „(Ursachen-)Forschung“ sowie „Gesundheitspolitik“ entwickelt, die auch Gegenstand von **Spezial-Gesundheitsberichten** bzw. von **Spezialkonzepten** sein können. Im Vordergrund standen dabei

- die Verbesserung der **Datenlage** (insbesondere in Bezug auf die „ambulante Morbidität“, auf die Gesundheitsausgaben und auf den ÖGD);
- die **Erforschung** von **Zusammenhängen** zwischen sozioökonomischer Lage, individuellen gesundheitlichen Verhaltensweisen und gesundheitlichem „Outcome“ (in regionaler Differenzierung);
- die differenzierte **Erforschung** des **Versorgungsbedarfs** im ambulanten, teilstationären und stationären Sektor;
- die **Evaluationsforschung** (z. B. Untersuchungen zur Wirksamkeit von Präventions- und Behandlungsmaßnahmen) sowie
- die Weiterführung und der gezielte Ausbau der Programme zur **Prävention** und **Gesundheitsförderung** entsprechend den Ergebnissen der epidemiologischen Analysen.

## Literaturverzeichnis

### *Publikationen und Quellenangaben*

Amann, Anton; Kneusel, Madelaine; Löger, Bernd: Wissenschaftliches Gutachten zum Burgenländischen Bedarfs- und Entwicklungsplan für die Pflegevorsorge. Endbericht, Zentrum für Alterswissenschaften (ZfA) Landesakademie Niederösterreich, November 1996

BAKS (Burgenländischer Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin): Burgenländisches Impfprogramm. Anleitung zum neuen Impfsystem und Impfscheckheft, unveröffentlichte Hektographie, Güssing 1999

Baumann R., et al.: Pannonisches Ozon-Projekt (POP) - Teilprojekt „Daten und Experimente“. UBA-Report 95-120. Umweltbundesamt, Wien 1995

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

Blutmager, Alexandra: Strukturelle Veränderungen der Altenbetreuung im Burgenland. Diplomarbeit an der Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften der Universität Wien, Wien, April 2001

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

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

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

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

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

Cerny, Gerhard: Diabetesschulung „Modell Burgenland“ Jahresbericht 2002; Eisenstadt 2003

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

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

EU-Grundwasserrichtlinie (in Vorbereitung)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Erhebungen der Landessanitätsdirektion Eisenstadt

Falbesoner, Beate; Schönfeldinger, Peter: Kurzbericht Studie Sucht. Verband Psychosozialer Dienst Burgenland, Jänner 2002

Fülöp et al.: ÖGIS - Weiterführung des Gesundheitsinformationssystems für Österreich. ÖBIG 1998 (unveröffentlicht)

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

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

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Ärztekostenstatistik. Jahresergebnisse 1991 bis 2000

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

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

HEINRICH, Michael (Landesschulrat für Burgenland): Schriftliche Mitteilung, Feber 2003

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

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

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

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

Kojima, Ken-ichi: Mathematical topics in population genetics. 1970

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ÖBIG: Bericht zur Drogensituation 1998, Wien 1998a

ÖBIG: Bericht zur Drogensituation 1999, Wien 1999

ÖBIG: Bericht zur Drogensituation 2000, Wien 2000

ÖBIG: Bericht zur Drogensituation 2001, Wien 2001

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

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

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

ÖBIG: Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan 1999 (ÖKAP/GGP '99). Wien 1999

ÖBIG: Österreichischer Krankenanstaltenplan 2001 (ÖKAP '01). Wien 2001

Ohrenberger, G.; Projektvorstellung: Vorsorgestrategien - koronare Herzerkrankung. Unveröffentlichter Entwurf, Eisenstadt 2002

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

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

Pillmann, W.; Sprinzl, G.: Umweltbericht Luft. ÖBIG 1989

Radunsky, K., Reisenhofer M., Reisenhofer A.: Stichprobenartige Transmissionsmessungen entlang der ungarischen Grenze von Rust/See bis Deutschkreutz (Burgenland) UBA-Report 90-048. Umweltbundesamt Wien 1990

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

Schönstein R., Schörner G.: Emissionsbilanz Burgenland Luft. Hrsg.: Abteilung 5 des Amtes der Burgenländischen Landesregierung, Wien und Eisenstadt 1999

Spangl, W.: Untersuchung der Korrelation von Ozonwerten an den Österreichischen Meßstellen und Einteilung Österreichs in Ozonüberwachungsgebiete. UBA-Report 92-064, Umweltbundesamt Wien 1993

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

Statistik Austria: Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 1998. Wien 1999

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

Statistik Austria: Österreichischer Todesursachenatlas 1988/94. Wien 1998

Statistik Austria: Statistisches Jahrbuch 2002. Wien 2002

Statistik Austria: Umweltbedingungen und Umweltverhalten. Mikrozensus Dez. 94. Statistisches Jahrbuch 1997

Statistik Austria: Umweltbedingungen und Umweltverhalten. Mikrozensus Dez. 98

Stimakovits, Josef und Karl Mach: Kolorektales Karzinom 1999 - Burgenland gegen den Dickdarmkrebs - Grundlagen und Projektbeschreibung, unveröffentlichte Hektographie, o. J.  
Strauss, R.; e. a.: Tuberkulose in Österreich 1995-1999. Teil II. In: Mitteilungen der Sanitätsverwaltung 3/2001, S. 3 ff.

Theuer, W.; Sprinzl, G.; Tappler, P.: Luftverunreinigungen in Innenräumen. ÖBIG 1995

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

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

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

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

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

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

#### *Internet-Links - allgemein*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Begriffsbestimmungen und Methoden

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

**Altersstandardisierung:** siehe Standardisierung.

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

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

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

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

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

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

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

**Body-Mass-Index (BMI):** Gilt als die sinnvollste Maßzahl, um die Unter- oder Übergewichtigkeit erwachsener Personen zu bestimmen, wenn lediglich Körpergewicht und Körpergröße bekannt sind; der BMI ergibt sich aus der Division des Körpergewichts (in Kilogramm) durch die Körpergröße (in Metern) zum Quadrat; bei festgestell-

tem Übergewicht (BMI $\geq$ 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 Fonds-Krankenanstalten:** Gemäß § 2 der „Kostenrechnungsverordnung für Fonds-Krankenanstalten“ sind Kosten 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 in einem bestimmten Zeitraum, zumeist ein Jahr.

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

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

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

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

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

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

**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 oder geistigen Fähigkeiten, die zur dauernden Hilfs-/Pflegebedürftigkeit führen, hier ermittelt aus den Mikrozensus-Erhebungen von ST.AT 1991 und 1999 über die Frage „Benötigen Sie Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens?“) für jede Altersgruppe und beide Geschlechter im Beobachtungszeitraum. Die im vorliegenden Bericht enthaltenen Indikatoren zur Lebenserwartung können geringfügige Unterschiede zu den von ST.AT publizierten Werten aufweisen, da bei der Ermittlung der „Sterbetafeln“ unterschiedliche Altersgruppen verwendet wurden.

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

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

**NUTS-III-Ebene:** EU-konforme regionale Gliederung des österreichischen Bundesgebietes (NUTS = „Nomenclature des unités territoriales statistiques“) mit 35 Regionen; tiefste regionale Ebene, auf der Ergebnisse von Mikrozensus-Erhebungen von Statistik Austria in sinnvoller Weise analysiert werden können. Das Burgenland weist drei NUTS-III-Regionen auf: Mittelburgenland (Politischer Bezirk Oberpullendorf), Nordburgenland (Statutarstädte Eisenstadt und Rust, Politische Bezirke Eisenstadt-Umgebung, Mattersburg und Neusiedl am See) und Südburgenland (Politische Bezirke Güssing, Jennerdorf und Oberwart).

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

**Potenziell alkoholassoziierte Todesursachen:** Unter potenziell alkoholassoziierter 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 sind diesbezüglich eine Reihe von Todesursachen nach ICD-9-Codierung angeführt, die eine hohe Wahrscheinlichkeit besitzen, alkoholverursacht zu sein. In den ÖBIG-Arbeitssitzungen zur Ländergesundheitsberichterstattung am 3. Oktober und 28. November 2001 wurde die Unterscheidung dieser Todesursachen in „Kerndiagnosen“ (sehr hohe Wahrscheinlichkeit des alkoholbedingten Todes) und „andere Diagnosen“ (hohe Wahrscheinlichkeit des alkoholbedingten Todes) diskutiert und beschlossen. Demzufolge werden im Bericht die potenziell alkoholassoziierten Todesursachen in folgender Weise unterschieden:

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

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

**Prävalenzrate:** Anzahl der innerhalb einer bestimmten Zeitperiode oder zu einem bestimmten Zeitpunkt an einer bestimmten Krankheit Leidenden pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung (altersstandardisiert).

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

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

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

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

Die exakte Berechnungsmethode ist im Anschluss an Tabelle 2.3.1 detailliert beschrieben.

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

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

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

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

$$z = \frac{\left( \sum_{a=1}^n \left( \frac{E_{r,a}}{Bev_{r,a}} - \frac{E_a}{Bev_a} \right) \cdot SB_a \right) \cdot \frac{1}{SB_{tot}}}{\sqrt{\sum_{a=1}^n \left( \frac{SB_a}{SB_{tot}} \right)^2 \cdot \frac{\left( \sum Bev_{r,a} \frac{E_{r,a}}{Bev_{r,a}} - \left( \sum Bev_{r,a} \right) \frac{E_a}{Bev_a} \right)^2}{Bev_{r,a}}}}$$

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

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

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

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

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

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

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

Die sechs Schritte zur Berechnung des Indikators sind im Anschluss an Tabelle 2.2.1 im Tabellenanhang detailliert beschrieben.

**Standardisierung:** Um einen methodisch sauberen Vergleich von Verhältniszahlen (z. B.: Sterblichkeit, Krebsinzidenzrate, Krankenhaushäufigkeit) zwischen Regionen oder 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.

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

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

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

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

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

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

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

## Bemerkungen zur Datenqualität

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

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

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

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

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

## Verzeichnis der Tabellen im Anhang

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

- Tab. 2.1.1: Bevölkerungstruktur 2001  
*nach Geschlecht, Altersgruppen und burgenländischen Bezirken*
- Tab. 2.1.2: Bevölkerungsentwicklung 1991-2001  
*nach Geschlecht, Altersgruppen und burgenländischen Bezirken*
- Tab. 2.2.1: Sozialstruktur 1991/1997  
*nach burgenländischen Bezirken*
- Tab. 2.3.1: Regionalwirtschaftliche Situation 1990/2000  
*nach burgenländischen Bezirken*
- Tab. 3.1.1: Lebenserwartung bei der Geburt 1965-2000  
*nach Bezirken und Geschlecht*
- Tab. 3.1.2: Fernere Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren 1991-2000  
*nach Bezirken und Geschlecht*
- Tab. 3.1.3: Behinderungsfreie Lebenserwartung bei der Geburt 1991-2000  
*nach Geschlecht*
- Tab. 3.1.4: Säuglingssterblichkeit 1965-1999
- Tab. 3.1.5: Neonatale Säuglingssterblichkeit 1980-1999
- Tab. 3.1.6: Sterblichkeit nach Haupttodesursachen 1991-2000  
*nach Bezirken und Geschlecht*
- Tab. 3.1.7: Sterblichkeit der unter 75-Jährigen nach Haupttodesursachen 1991-2000  
*nach Bezirken und Geschlecht*
- Tab. 3.1.8: Sterblichkeit der unter 65-Jährigen nach Haupttodesursachen 1991-2000  
*nach Bezirken und Geschlecht*
- Tab. 3.2.1: Krankenhausmorbidity nach Hauptdiagnosen-Gruppen 2000  
*nach Bezirken, Altersgruppe und Geschlecht*
- Tab. 3.2.2: Gemeldete Krebsinzidenz nach ausgewählten Lokalisationen 1995-1998  
*nach Bezirken und Geschlecht*
- Tab. 3.2.3: Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten 1999  
*nach Regionen, Altersgruppe und Geschlecht*
- Tab. 3.2.4: Inzidenz ausgewählter akuter Erkrankungen 1999  
*nach Regionen, Altersgruppe und Geschlecht*
- Tab. 3.2.5: Gemeldete übertragbare Krankheiten 1991-2000
- Tab. 3.2.6: Gemeldete übertragbare Krankheiten pro 100.000 Einwohner und Jahr 1991-2000

- Tab. 3.2.7: Prävalenz ausgewählter gesundheitlicher Beschwerden 1999  
*nach Regionen, Altersgruppen und Geschlecht*
- Tab. 3.3.1: Körperlich beeinträchtigte Personen nach Art der Beeinträchtigung 1995  
*nach Regionen, Altersgruppen und Geschlecht*
- Tab. 3.3.2: Pflegegeldbezieher 1997 und 2000 nach Pflegegeldstufen  
*nach Geschlecht und Altersgruppen*
- Tab. 3.3.3: Pflegegeldbezieher 1997 und 2000 nach Pflegegeldstufen pro 1.000 Einwohner  
*nach Geschlecht und Altersgruppen*
- Tab. 3.4.1: Allgemeiner Gesundheitszustand nach eigener Einschätzung 1991 und 1999  
*nach Regionen, Altersgruppen und Geschlecht*
- Tab. 4.1.1: Body-Mass-Index 1991 und 1999  
*nach Regionen, Altersgruppen und Geschlecht*
- Tab. 4.1.2: Personen mit Bluthochdruck 1991 und 1999  
*nach Regionen, Altersgruppen und Geschlecht*
- Tab. 4.2.1: Zigarettenkonsum 1991 und 1999  
*nach Regionen, Altersgruppen und Geschlecht*
- Tab. 4.3.1: Personen mit gesundheitsbewusster Ernährungsweise 1991 und 1999  
*nach Regionen, Altersgruppen und Geschlecht*
- Tab. 4.4.1: Durchschnittlicher Alkoholkonsum 1993/1994  
*nach Geschlecht*
- Tab. 4.4.2: Potenziell alkoholassoziierte Sterblichkeit 1991-2000 (altersstandardisiert)  
*nach Bezirken und Geschlecht*
- Tab. 4.4.3: Alkoholeinfluss im Straßenverkehr 1998-2000  
*nach Bezirken*
- Tab. 4.4.4: Drogenopfer 1991-2000  
*nach Altersgruppen und Geschlecht*
- Tab. 4.4.5: Drogenopfer nach Todesursache 1998-2000  
*nach Altersgruppen und Geschlecht*
- Tab. 4.5.1: Personen mit körperlichen Aktivitäten zur Gesunderhaltung 1991 und 1999  
*nach Regionen, Altersgruppen und Geschlecht*
- Tab. 4.6.1: Vorsorgeuntersuchung - Anzahl der untersuchten Personen 1991-2000  
*nach Geschlecht*
- Tab. 4.6.2: Vorsorgeuntersuchung - Anteil der untersuchten Personen 1991-2000  
*nach Geschlecht*
- Tab. 4.6.3: Kariesprävalenz der 6-Jährigen 2001  
*nach Regionen und Geschlecht*
- Tab. 5.1.1: Ausgaben für Gesundheitsvorsorge und -förderung 1996

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

## Verzeichnis der Karten im Anhang

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

