

Gesundheitsberichterstattung



Tiroler Gesundheitsbericht 2012

Tiroler Gesundheitsbericht 2012

Wien, im März 2013

Im Auftrag der Tiroler Landesregierung



Gesundheit Österreich
Forschungs- und Planungs GmbH ● ● ●

Eigentümer und Herausgeber: Amt der Tiroler Landesregierung
Für den Inhalt verantwortlich: Amt der Tiroler Landesregierung,
Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (GÖ FP),
Redaktion: Mag. Dr. Andreas Vejvar (GÖ FP), Sekretariat: Alexandra Mayerhofer (GÖ FP)

Adressen:

Amt der Tiroler Landesregierung: A-6020 Innsbruck, Eduard-Wallnöfer-Platz 3,
Telefon +43 512 508, Fax +43 512 508 742 185, Website: www.tirol.gv.at/gesundheitsbericht
(Bericht in elektronischer Form)

Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH: A-1010 Wien, Stubenring 6,
Telefon +43 1 515 61, Fax +43 1 513 84 72, Website: www.goeg.at



Vorwort

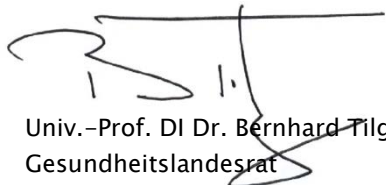
Eine fundierte Gesundheitsberichterstattung stellt allgemein ein wichtiges Instrument im Gesundheitswesen dar und hat sich in Österreich in den letzten Jahren praktisch überall etabliert. Über den Gesundheitszustand der Tiroler Bevölkerung wird in Abständen von fünf Jahren in Form sogenannter Basisgesundheitsberichte regelmäßig informiert. Nach den Gesundheitsberichten der Jahre 2002 und 2007 sowie zwischenzeitlich verfassten, anlassbezogenen Sonderberichten kann nunmehr der Tiroler Gesundheitsbericht 2012 im Auftrag der Tiroler Landesregierung vorgelegt werden.

Der Bericht enthält wieder grundlegende aktuelle Daten zum Gesundheitszustand der Tiroler Bevölkerung. Weiters bietet er einen Überblick zu gesundheitlichen Einflussfaktoren und zu Einrichtungen des Tiroler Gesundheitswesens. In enger Anlehnung an das bereits bewährte Konzept wurden einerseits bestehende Inhalte fortgeschrieben und aktualisiert, andererseits wurden aber auch einige Themen neu integriert bzw. umfassender dargestellt. Besonderer Wert wurde auf eine geschlechterspezifische Aufbereitung der Daten gelegt sowie auch auf eine verstärkte Darstellung von Themen aus dem Bereich der Frauengesundheit.

Die vorliegenden Daten und Fakten zeigen erfreulicherweise eine für Tirol im Vergleich sehr gute Situation im Bereich des Gesundheitswesens. Die zukünftige Herausforderung besteht in vielen Bereichen in der Qualitätssicherung unter Beachtung der finanziellen Ressourcen und demografischen Eckdaten. Dennoch gibt es selbstverständlich immer auch Bereiche mit Verbesserungspotenzialen. In dieser Hinsicht kann der Tiroler Gesundheitsbericht für die nächsten Jahre aus gesundheitspolitischer Sicht fundierte Anhaltspunkte für möglichst gezielte Interventionen bereitstellen, beispielsweise im Bereich der Prävention sowie der Gesundheitsförderung.

Bei der Berichterstellung wurden wieder die für die Gesundheitsversorgung maßgebenden Einrichtungen und Organisationen fachlich miteinbezogen. Mein besonderer Dank gilt den Vertreterinnen und Vertretern der beteiligten Organisationen im „Beirat Tiroler Gesundheitsberichterstattung“, der Projektpartnerin Gesundheit Österreich GmbH sowie den fachlich befassen Organisationseinheiten des Amtes der Tiroler Landesregierung für die konstruktive Zusammenarbeit.

Ich hoffe, dass der vorliegende Bericht reges Interesse findet.



Univ.-Prof. DI Dr. Bernhard Tilg
Gesundheitslandesrat

Beteiligte Organisationen und Personen

Die Erstellung des vorliegenden Gesundheitsberichts war nur durch Mithilfe, Diskussionen und Zusammenarbeit vieler Personen möglich. Daher möchten wir an dieser Stelle allen danken, die im Rahmen dieses Vorhabens mitgewirkt haben (jeweils alphabetisch sortiert):

Amt der Tiroler Landesregierung

Reinhold Antoniacomi
Peter Berger
Antonia Erhart
Dr. Karl Heinz Fischer
Mag.^a Angela Fodor
Mag.^a Ruth Friehe-Leitl
MMag. Christina Greil-Thum
Mag. Thomas Hain
Mag. Manfred Kaiser
Dr. Franz Katzgraber
MMag. Mario Kirchmair
Dipl.-HTL-Ing. Christoph Lechner
Dr.ⁱⁿ Anita Luckner-Hornischer
DI Hubert Palfrader
DI Johannes Pinzer
MMag.^a Silvia Praxmarer
Mag. Heinrich Rinner (Projektkoordination)
LAD-Stv. Dr. Dietmar Schennach
Dr. Andreas Weber
Dr. Peter Zaderer

ARGE Pflegedirektorinnen

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Gabriele Polanezky, MSc
Renate Ronacher, MSc

Ärztchammer für Tirol

Dr. Günter Atzl

Department für Medizinische Statistik, Informatik und Gesundheitsökonomie der Medizinischen Universität Innsbruck

ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanno Ulmer

Frauengesundheitszentrum Universitätsklinik Innsbruck

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Margarethe Hochleitner
Martin Schaffenrath, MBA MPA

Gesundheit Österreich GmbH

Mag. Robert Griebler
DI Anton Hlava (Projektkoordination)

Institut für klinische Epidemiologie der TILAK (IET)

Lois Harrasser
Hermann Leitner
Helmut Mühlböck
Mag.^a Karin Oberaigner
Priv.-Doz. Dr. Wilhelm Oberaigner

Landtagsausschuss für Arbeit, Soziales und Gesundheit

Vizepräsidentin Gabi Schiessling

Städtisches Gesundheitsamt der Stadt Innsbruck

Dr. Ber Neuman

Tiroler Gebietskrankenkasse

Obmann Werner Salzburger

Tiroler Patientenvertretung

Mag. Birger Rudisch

Autorschaft:

Amt der Tiroler Landesregierung (Kapitel 2; 3.1, 3.2.5; 4.3.2, 4.4, 4.5, 4.6; 5.1 – 5.4, 5.6, 5.7.2 – 5.7.7)

Frauengesundheitszentrum Universitätsklinik Innsbruck (Kapitel 5.7.1)

Gesundheit Österreich GmbH (Kapitel 1; 3.2.1 – 3.2.4, 3.2.6, 3.3, 3.4; 4.1, 4.2, 4.3.1; 5.5)

Institut für klinische Epidemiologie der TILAK (Kapitel 3.5, 3.6, 3.7)

Sehr geehrte Nutzerin, sehr geehrter Nutzer des Tiroler Gesundheitsberichts 2012!

Die Gesundheit Österreich GmbH führt im Namen der Plattform Gesundheitsberichterstattung eine Online-Befragung zur Beurteilung des Nutzens von Gesundheitsberichten durch. Ihre Anmerkungen und Anregungen zum vorliegenden Tiroler Gesundheitsbericht 2012 (bitte im Menü auswählen) werden gerne entgegengenommen: <http://umfrage.gesundheitsberichterstattung.at>.

Kurzfassung und Empfehlungen

Die wesentlichen Ergebnisse des „Tiroler Gesundheitsberichts 2012“ können wie folgt zusammengefasst werden:

Soziodemografische Faktoren

- » Die **Bevölkerungsstruktur** in Tirol ist von einem im Vergleich zur gesamtösterreichischen Situation höheren Anteil jüngerer Menschen bei einem gleichzeitig niedrigeren Anteil älterer Menschen gekennzeichnet; die Bevölkerungsstruktur gleicht jedoch zusehends der österreichischen Gesamtsituation. Das Bevölkerungswachstum im Berichtszeitraum lag nach wie vor über dem österreichischen Durchschnitt; in drei Bezirken war eine Stagnation oder ein Rückgang der Wohnbevölkerung zu verzeichnen.
- » Der Anteil der Wohnbevölkerung, der nur über einen **Pflichtschulabschluss** verfügt, liegt in Tirol über dem Bundesdurchschnitt; österreichweit ist tendenziell ein Rückgang dieser Bevölkerungsgruppe zu beobachten.

Gesundheitszustand

- » Die **Lebenserwartung** bei der Geburt ist von 2006 bis 2011 für die weibliche Tiroler Bevölkerung um 1,5 Jahre auf 84,4 Jahre, für die männliche Bevölkerung um weniger als ein Jahr auf 79,3 Jahre gestiegen.
- » Im Berichtszeitraum 2006 bis 2011 verstarben im Jahresdurchschnitt rund 2.740 weibliche und rund 2.510 männliche Personen mit Wohnsitz in Tirol. Aufgrund des deutlich höheren Anteils weiblicher Personen an der älteren Wohnbevölkerung fällt die altersstandardisierte **Sterblichkeit** bei den Männern aber höher aus als bei den Frauen. **Häufigste Todesursachen** für beide Geschlechter waren Herz-Kreislauf- sowie Krebs-Erkrankungen, wobei in der Altersgruppe der unter 75-Jährigen Krebs-Erkrankungen – im Gegensatz zur Gesamtbevölkerung – als Todesursache überwogen.
Während die **Säuglingssterblichkeit** bis vor zehn Jahren zeitweilig noch über dem jeweiligen Österreich-Durchschnitt lag, ist seither ein regelmäßiges Unterschreiten des bundesweiten Wertes zu beobachten. Im Jahr 2008 wurde mit 1,6 Promille der bisherige Tiefstwert erreicht.
- » Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt weist die Tiroler Bevölkerung einen insgesamt günstigeren **Gewichtstatus** auf (56 % gelten als normalgewichtig). Eine im Vergleich zum Bundesdurchschnitt günstigere Situation liegt auch bei der Tiroler Schuljugend vor. Insgesamt gilt, dass Tirols Frauen häufiger unter- und normalgewichtig sind, während Tirols Männer häufiger als übergewichtig und adipös ein-

zustufen waren. Letzteres gilt auch vermehrt für Personen mit einem geringen Bildungsabschluss.

- » Ergebnisse der Gesundheitsbefragung 2006/2007 weisen auch hinsichtlich **Bluthochdruck und erhöhter Cholesterinwerte** auf eine im Vergleich zur österreichischen Gesamtbevölkerung günstigere Situation hin. Von einem erhöhten Blutdruck sind v. a. Personen über 64 Jahre sowie Personen mit einem niedrigen Bildungsabschluss betroffen. 12 Prozent unternahmen dabei nichts gegen ihren Blutdruck (vermehrt Männer, 15- bis 44-Jährige sowie Personen mit einem niedrigen Bildungsabschluss). Von erhöhten Cholesterinwerten waren ebenfalls vorwiegend Männer, Personen über 64 Jahre, Migrantinnen/Migranten und Personen mit einem niedrigen Bildungsabschluss betroffen, 31 Prozent unternahmen nichts gegen ihr erhöhtes Cholesterin (vermehrt Männer, 15- bis 44-Jährige sowie Personen mit einem niedrigen Bildungsabschluss).
- » 43 Prozent der Tiroler/innen waren gemäß Selbstauskunft in ihrem Leben bereits von **Erkrankungen** des Bewegungsapparates, je 20 Prozent von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems sowie von Allergien betroffen. 12 Prozent gaben an, bereits an einer chronischen Lungenerkrankung gelitten zu haben; rund 7 Prozent waren bereits von Ängsten und Depressionen, 5 Prozent von Diabetes betroffen. Unterschiede zwischen den Geschlechtern (allesamt zu Ungunsten der Frauen) fanden sich sowohl was das Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Allergien als auch die Häufigkeit von Angstzuständen und Depressionen anbelangt. Ebenfalls häufiger von chronischen Krankheiten betroffen waren Personen über 64 Jahre sowie Personen mit Migrationshintergrund und einem niedrigen Bildungsabschluss (Ausnahme: Allergien).
- » Die Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter ist in Tirol – verglichen mit dem Bundesdurchschnitt – zu höheren Anteilen von **physischen Einschränkungen** im Alltag betroffen. Demgegenüber zeigen die Befragungsergebnisse, dass ein im Vergleich zum Bundesdurchschnitt geringerer Anteil **Probleme und Unsicherheiten bei (instrumentellen) Aktivitäten des täglichen Lebens** aufweist. Mit Stichtag 31. 5. 2012 waren rund 29.600 Tiroler und Tirolerinnen Bezieher/innen von **Pflegegeld**. 77 Prozent der Pflegegeldbezieher in Tirol sind über 64 Jahre alt; der Anteil an Pflegegeldbeziehenden im Land liegt mit 4 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt, steigt jedoch stärker an als im Bundesgebiet.
- » Im Jahr 2011 wurden rund 69.100 Tirolerinnen und rund 60.300 Tiroler zumindest einmal in einer österreichischen **Krankenanstalt stationär** aufgenommen (= rund 18 % der Tiroler Wohnbevölkerung). Sowohl die Anzahl der stationär aufgenommenen Personen als auch der relative Anteil an der Tiroler Gesamtbevölkerung ist gegenüber der im letzten Tiroler Gesundheitsbericht ausgewiesenen Werte gesunken. Die drei häufigsten Hauptdiagnosen bei stationären Aufnahmen von Frauen sind Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, Verletzungen und Vergiftungen und Krankheiten des Kreislaufsystems. Bei den Männern hinge-

gen sind Verletzungen und Vergiftungen die häufigste Ursache für einen Krankenhausaufenthalt, gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems und des Verdauungssystems.

- » Bezüglich anzeigepflichtiger Infektionserkrankungen weist Tirol seit Einführung des elektronischen Meldesystems (EMS) im Jahr 2009 bei einigen **Infektions-erkrankungen** – im Vergleich zum Bundesdurchschnitt – erhöhte Inzidenzraten auf (v. a. bei den gastrointestinalen Erkrankungen). Dies kann unter anderem auf ein überdurchschnittliches Laboraufkommen im Land Tirol zurückgeführt werden. Die gestiegene Inzidenz von Keuchhusten in Tirol entspricht einer globalen Entwicklung.
- » Nach dem in den letzten Jahren festzustellenden Rückgang der im **Straßenverkehr verletzten Personen** stieg deren Anzahl im Jahr 2011 wieder an. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt und zu den anderen Bundesländern liegt Tirol im Spitzenfeld der österreichischen Bundesländer – sowohl was den Anteil der Verunfallten an der Wohnbevölkerung und den Anteil der Verletzten als auch den Anteil der alkoholisierten Unfallbeteiligten betrifft. Bei den **Arbeitsunfällen** zeigte sich ein Rückgang des Unfallgeschehens zwischen 2007 und 2011. Der Anteil der **nach einem Unfall stationär versorgten Einwohner/innen** (Hauptursache: Freizeit- und Haushaltsunfälle) lag 2011 deutlich über dem Bundesdurchschnitt, obgleich niedriger als in den Jahren 2007 bis 2010. Die männliche Bevölkerung ist in deutlich höherem Maße von Unfällen betroffen als die weibliche, wobei die höchste Diskrepanz bei den Arbeitsunfällen besteht.
- » Fast 80 Prozent der Tiroler Bevölkerung über 14 Jahre fühlen sich gesundheitlich sehr gut oder gut. Auch bei der letzten Befragung der Schuljugend (2010) zeigte sich, dass in Tirol (mit 92 %) der **eigene Gesundheitszustand** besser eingeschätzt wird als im Bundesdurchschnitt. Der eigene Gesundheitszustand wird von der weiblichen Erwachsenenbevölkerung zu einem höheren Anteil als sehr gut oder gut eingeschätzt als von der männlichen Bevölkerung. Bei der Schuljugend ist es hingegen umgekehrt. Die **Lebensqualität** wird von vier Fünfteln der Tiroler Bevölkerung als gut oder sehr gut beurteilt. Je höher das Bildungsniveau, desto besser werden auch die eigene Gesundheit und die Lebensqualität von der Tiroler Bevölkerung eingestuft.
- » Die Zahlen des Tiroler **Geburtenregisters** zeigen für die Jahre 2000 bis 2011 einen Rückgang der Geburten und einen steigenden Anteil an gebärenden Frauen im Alter von 35 Jahren und älter. Der Anteil gebärender Frauen im Alter von weniger als 18 Jahren lag 2011 bei 0,4 Prozent. Der Anteil während der Schwangerschaft rauchender Frauen war rückläufig, betrug 2011 jedoch immer noch 8 Prozent. Neun von zehn der werdenden Mütter hatten wie empfohlen die erste Schwangerschaftsuntersuchung im empfohlenen Zeitraum. Bei Frauen mit Migrationshintergrund ist dieser Anteil niedriger.

- » Von rund 9.000 im Tiroler **Diabetesregister** erfassten Personen (rund ein Fünftel der für Tirol geschätzten Diabetikerinnen und Diabetiker) weisen rund 7 Prozent einen Diabetes mellitus Typ 1 und rund 85 Prozent einen Diabetes mellitus Typ 2 (T2DM) auf. Die übrigen im Register erfassten Diabetes-Erkrankten leiden an Gestationsdiabetes oder anderen Diabetes-Formen. 51 Prozent der im Register erfassten Personen sind weiblich, 18 Prozent dieser Diabetikerinnen sind jünger als 39 Jahre und 36 Prozent älter als 70 Jahre. Bei den männlichen Patienten sind 5,8 Prozent jünger als 39 Jahre und 29 Prozent älter als 70 Jahre. Der Raucheranteil bei der Erstdiagnose hat bei beiden Geschlechtern leicht zugenommen. Für alle Patientinnen und Patienten mit Ausnahme der weiblichen T2DM-Fälle gilt, dass der Body-Mass-Index statistisch signifikant zugenommen hat.
- » In Tirol wird pro Jahr bei etwa 1.550 Frauen und 1.750 Männern ein neuer Krebsfall festgestellt. Ebenfalls pro Jahr versterben in Tirol etwa 660 Frauen und 760 Männer an einem Krebs. Die häufigsten Krebsfälle sind bei den Frauen der Brustkrebs (28 % aller neuen Krebsfälle), gefolgt vom Darmkrebs (11 %). Bei den Männern ist der mit Abstand häufigste Krebs jener der Prostata (25 % aller Krebsfälle), gefolgt vom Lungenkrebs (14 %), allerdings sterben viel mehr Männer an Lungenkrebs (25 % aller Krebstodesfälle) als an Prostatakrebs (10 % aller Krebstodesfälle). Fasst man alle Krebsfälle zusammen, so liegt die Rate der neuen Fälle (bezogen auf die Bevölkerungszahl) bei beiden Geschlechtern im EU-Durchschnitt, die Rate der Todesfälle bei beiden Geschlechtern unter dem EU-Durchschnitt. Die altersstandardisierte Krebstodesrate hat sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern im letzten Jahrzehnt um 1,7 Prozent pro Jahr statistisch signifikant abgenommen. Die Überlebensraten entsprechen in Tirol dem sehr hohen mitteleuropäischen Niveau und belegen die hohe Qualität der medizinischen Behandlung. Die relativen Fünfjahresüberlebensraten liegen bei beiden Geschlechtern bei 65 Prozent und sind damit identisch mit Überlebensraten aus den USA.

Gesundheitliche Einflussfaktoren

- » **Körperliche Aktivität in der Freizeit** betreiben rund 28 Prozent der Tiroler/innen an drei oder mehr Tagen pro Woche. Körperlich inaktiv sind hingegen 45 Prozent. Tirols Schuljugend ist durchschnittlich an 4,8 Tagen pro Woche körperlich aktiv, wobei nur 29 Prozent den Bewegungsempfehlungen der WHO entsprechen. Verglichen mit der männlichen Bevölkerung, sind Tirols Mädchen und Frauen deutlich seltener in ihrer Freizeit körperlich aktiv. Darüber hinaus erweist sich das Ausmaß körperlicher Betätigung als bildungsabhängig, und zwar zu Ungunsten der bildungsferneren Bevölkerungsschichten.
- » 2006/2007 griffen rund 26 Prozent der Tiroler/innen täglich zur Zigarette. Personen mit einem Pflichtschulabschluss weisen dabei einen höheren **Raucheranteil** auf als Personen mit weiterführenden Ausbildungen. Rund 7 Prozent der 2010 befragten Schülerinnen und Schüler Tirols rauchen täglich. Dieser Anteil hat

sich gegenüber 2006 nicht verändert. Im Gegensatz zur Tiroler Bevölkerung von 15 Jahren und darüber ist der Anteil der täglich rauchenden Schüler/innen bei Mädchen höher als bei Burschen.

- » Der **Alkoholkonsum** der Tiroler Bevölkerung über 14 Jahre entsprach 2006/2007 weitgehend dem der österreichischen Gesamtbevölkerung: Rund 5 Prozent konsumierten täglich Alkohol, rund 18 Prozent nie. Der Anteil an Personen, die keinen Alkohol konsumierten, ist bei Pflichtschulabsolventen tendenziell höher als bei Personen mit besserer Ausbildung. Verglichen mit 2006 und mit dem Bundesdurchschnitt war der Alkoholkonsum der Tiroler Schuljugend 2010 geringer: 15 Prozent der Tiroler Schüler/innen konsumierten einmal wöchentlich oder öfter alkoholische Getränken (bei den 15-Jährigen waren dies 38 %).
- » Bezüglich **Zahngesundheit** hat sich der Anteil völlig kariesfreier Sechsjähriger zwischen 2006 und 2011 weiter erhöht. Mit rund 74 Prozent wies Tirol 2011 wie bereits 2006 den höchsten Anteil an kariesfreien Kindern aller Bundesländer auf und ist auf gutem Weg zur Erreichung des WHO-Ziels für 2020. Zwischen Mädchen und Burschen zeigen sich sowohl in Tirol als auch österreichweit keine nennenswerten Unterschiede. Bei Tiroler Kindern ohne Migrationshintergrund wurde 2011 das WHO-Ziel 2020 bereits erreicht, bei Kindern mit Migrationshintergrund hingegen deutlich verfehlt.
- » Gegenüber dem Endpunkt der Betrachtungsperiode des letzten Tiroler Gesundheitsberichts (2006) haben rund 9 Prozent mehr Tiroler und Tirolerinnen eine **Vorsorgeuntersuchung** durchführen lassen. Seit 2006 weist Tirol die höchste Beteiligungsquote aller Bundesländer auf. Der Anteil an Teilnehmenden an einer Basisuntersuchung ist bei Tiroler Frauen nach wie vor höher als bei Tiroler Männern; darüber hinaus unterzogen sich annähernd gleich viele Frauen einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung.
- » Für den Bereich der Erwachsenenimpfungen liegen seit dem letzten Gesundheitsbericht keine neuen Daten vor. Bei Kindern konnte die von der WHO angepeilte Durchimpfungsrate bei der Masernimpfung von 95 Prozent nicht erreicht werden. Die Zielvorgaben der WHO für eine Masernelimination wurden in Tirol somit (wie auch in Österreich insgesamt) noch nicht erreicht. Bezüglich Polio, Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hämophilus influenzae und Hepatitis B weisen rund 11 Prozent der Tiroler Kinder eines Geburtsjahrgangs keinen ausreichenden Impfschutz auf.
- » Im Rahmen des Tiroler **Kindergarten-Vorsorgeprogramms** wurden 2010/2011 in 454 Tiroler Kindergärten rund 18.900 Kinder untersucht. In einem Sprachscreening wurden bei 35 Prozent der Kindergartenkinder mit deutscher Muttersprache Auffälligkeiten mit Therapiebedarf festgestellt, wobei Burschen sich insgesamt häufiger betroffen erwiesen. Beim Hörscreening wurden 10 Prozent der Kinder als auffällig beurteilt. Bei den augenfachärztlichen Untersuchungen zeigten sich bei 16 Prozent der Kinder Auffälligkeiten, die einer weiteren augenfachärztlichen Abklärung, Kontrolle bzw. Therapie zugeführt werden konnten.

- » **Gesundheitsfördermaßnahmen durch den Arbeitskreis für Vorsorgemedizin und Gesundheitsförderung avomed** umfassten im Jahr 2011 Diabetikerschulungen (rund 640 Teilnehmende), Ernährungsberatungen, Vorträge zum Thema Gesundheit (13 Seminare mit 154 Teilnehmern), das Projekt „Gesunde Haltung“ (228 teilnehmende Volksschulkinder), Gesundheitsunterricht in Schulen (34), die SIDS-Vorsorge (301 betreute Patientinnen und Patienten) und die Zahngesundheitsvorsorge (40.000 betreute Kinder).
- » Den Tiroler Frauen konnte ein flächendeckendes **Mammographie-Screening-Programm** angeboten werden. Die begleitende Qualitätskontrolle zeigte, dass die hierfür von der EU vorgegebenen Ziele in hohem Ausmaß erreicht werden konnten.
- » Bei den umweltbezogenen gesundheitlichen Einflussfaktoren stellt sich die Situation betreffend Trinkwasser, Badegewässer, Bodenschadstoffe und Nahrungsmittel zufriedenstellend dar. Im Bereich der Luftqualität hat sich die Situation bei Schwefeldioxid und Kohlenmonoxid gegenüber den Vorjahren weiter verbessert, und die Grenzwerte zum Schutz der menschlichen Gesundheit konnten eingehalten werden, jedoch verschärfte sich die Situation bei den Komponenten Stickstoffdioxid (NO₂) und Feinstaub (PM₁₀). Beim Thema Lärm ist anhand von Befragungsergebnissen allgemein (wie auch in Österreich gesamt) eine stärkere Sensibilisierung der Bevölkerung zu beobachten.

Einrichtungen des Gesundheitswesens

- » Der Öffentliche Gesundheitsdienst umfasst 79 Sanitätssprengel mit 81 Sprengelärztinnen und -ärzten, die Gesundheitsämter in den Bezirken sowie die Landes-sanitätsdirektion. Der amtsärztliche Personalstand pro Einwohner hat sich seit dem letzten Bericht (2007) nicht relevant verändert (2011: rd. 35.300 EW pro amtsärztlichen Vollzeitäquivalent/VZÄ). Die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) haben sich von den Tätigkeiten als Amtssachverständiger sowie von Kontroll- und Aufsichtstätigkeiten weiterentwickelt in Richtung Infektionsschutz, medizinisches Krisenmanagement, Umweltmedizin und Umwelthygiene, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung sowie Gesundheitsförderung und Prävention. In acht klinisch- und gesundheitspsychologischen Beratungs- und Koordinationsstellen werden bei psychischen und psychosomatischen Störungen, bei chronischen körperlichen Erkrankungen mit psychischer Beteiligung und Lebensstilerkrankungen Hilfestellungen angeboten. 2011 wurden 1.404 Personen betreut. Der Bereich Gesundheit und Pflege der Landessanitätsdirektion ist insbesondere für fachliche Belange der Pflege zuständig und wirkt bei der Gesundheits- und Sozialplanung mit. Tirolweit werden 46 Ernährungs- und Diätberatungsstellen koordiniert und finanziert. Bei der Umsetzung der Maßnahme „Richtig essen von Anfang an! – Tirol“ übt der Bereich Koordinationstätigkeiten aus. Ziel des Gesundheits-Pädagogischen Zentrums (GPZ) ist die Förderung von Qualität und Professionalität in der Gesundheits- und Krankenpflege durch entsprechende Bildungsmaßnahmen. Arbeitsschwerpunkte der Mutter-Eltern-Beratung sind die Betreuung und

Begleitung von Eltern und ihren Kindern bis zum vierten Lebensjahr mit den Angeboten Schwangerengymnastik, Geburtsvorbereitung, Rückbildungsgymnastik, Säuglingspflege und Elternvorträge. Familienhebammen bieten Hausbesuche nach gesundheitlicher und psychosozialer Indikation an.

- » Zehn Fonds-Krankenanstellen mit 4.194 systemisierten Betten (2011; gegenüber 2006 -1,6 %) decken die stationäre Akutversorgung Tirols ab. Mit Ausnahme des Bezirks Imst ist eine dezentrale Versorgung über öffentliche Fonds-Krankenanstellen der (erweiterten) Standardversorgung in allen Bezirken gegeben. Die Fonds-KA werden in ihrer Versorgungswirkung durch drei private Sanatorien (384 systemisierte Betten) und ein Militärspital in Innsbruck ergänzt. Die Anzahl an stationären Fällen ist seit 2006 in Tiroler Fonds-Krankenanstellen entgegen dem österreichweiten Trend gesunken (um 0,5 % auf 280.000). Ebenso gesunken sind in diesem Zeitraum die durchschnittliche Belagsdauer (auf 4,1 Tage) und die Bettenauslastung (auf 76,5 %). Die Anzahl der VZÄ-Ärzte in den stationären Bereichen stieg zwischen 2006 und 2011 auf 784 (+4 %), die VZÄ des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals auf 2.628 Personen (+7,5 %). Dem stand eine Reduktion der VZÄ der anderen Berufsgruppen gegenüber (auf 771 Personen = -1,5 %). Die Endkosten stiegen seit 2006 mit +23 Prozent langsamer als im Bundesdurchschnitt. Sie betrugen 2011 rund 710 Mio. Euro (998 Euro je EW; österreichweit 1.049 Euro).
- » Im Jahr 2011 standen in Tirol drei privat geführte Rehabilitationszentren und ein privat geführtes Therapiezentrum zur Verfügung für die Bereiche Neurologie, Kardiologie, Pulmologie, zur Behandlung von verschiedenen Ödem-Arten, für Kinder und Jugendliche nach Organtransplantationen sowie für Heilbehandlungen von Schädigungen des Bewegungs- oder Stützapparates nach Arbeits- und sonstigen Unfällen (464 systemisierte Betten). Im Jahr 2011 wurden in diesen Einrichtungen rund 1.500 Entlassungen dokumentiert. Die durchschnittliche Belagsdauer lag mit 26,8 Tagen über dem Bundesdurchschnitt.
- » Für die stationäre Alten- und Langzeitversorgung standen der Tiroler Bevölkerung im Jahr 2011 84 Altenwohn- und Pflegeheime mit Tarifvereinbarungen mit dem Land, die Landes-Pflegeklinik Tirol und drei weitere Einrichtungen ohne Tarifvereinbarung mit dem Land zur Verfügung. Sie bieten insgesamt 5.605 Plätze (2007: 5.185) und beschäftigen derzeit 3.824 Personen.
- » Ein wichtiger Bestandteil der ambulanten Versorgung sind die Tiroler Spitalsambulanzen in den zehn Fonds-Krankenanstellen. Rund 900 vollzeitäquivalent beschäftigte Ärztinnen und Ärzte standen im Jahr 2011 für rund 2 Mio. Patientenkontakte („Frequenzen“; +10 % gegenüber 2006) zur Verfügung.
- » 1.621 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (davon 486 Allgemeinmediziner/innen) praktizierten im Jahr 2011 im Land Tirol. Das sind rund 5 Prozent mehr als 2007. Bezogen auf die Anzahl der Einwohner/innen, blieb die Zahl der Allgemein-

mediziner/innen in diesem Zeitraum allerdings annähernd konstant, während bei den Fachärztinnen und Fachärzten eine Zunahme zu verzeichnen war.

- » Im Rahmen der Behindertenhilfe wurden im Jahr 2011 gemäß Rehabilitationsgesetz rund 9.200 Personen unterstützt, 17,6 Prozent mehr als 2007. Insgesamt standen der Tiroler Bevölkerung 28 Einrichtungen für Menschen mit Körper-, Mehrfach- oder Sinnesbehinderung bzw. mit Entwicklungsstörungen und weitere zehn Einrichtungen für psychisch Kranke, alkohol- und drogenkranke Personen zur Verfügung.
- » Angebote der mobilen Pflege und Betreuung (medizinische Hauskrankenpflege, nichtmedizinische Hauskrankenpflege, Haushaltshilfe; Beratungen) standen 2011 in Tirol in 275 von 279 Gemeinden zur Verfügung. Insgesamt wurden rund 9.100 Personen (2/3 davon weiblich) gepflegt und betreut (Steigerung gegenüber 2007: 14,4 %).
- » Zum Jahresende 2011 gab es in Tirol 112 öffentliche Apotheken, 70 Hausapotheken, eine Krankenhausapotheke und sechs Filialapotheken. Gegenüber 2007 bedeutet dies einen Zuwachs von vier Apotheken.
- » Die notärztliche Versorgung ist ein integraler Bestandteil der rettungsdienstlichen Notfallversorgung in Tirol. Sie wird sowohl durch den bodengebundenen Rettungsdienst und durch die notärztlichen Bereitschaftsdienste als auch durch die Flugrettung sichergestellt. Die (im bodengebundenen Bereich noch nicht vollständige) Statistik der Leitstelle Tirol für das Jahr 2011 belegt rund 10.000 Notarzteinsätze, 60.000 Rettungseinsätze, 117.000 Krankentransporte, rund 4.600 Einsätze der Flugrettung im alpinen Gelände und 2.100 rettungsdienstliche Einsätze.
- » Der Tiroler Bevölkerung standen im Jahr 2011 insgesamt 25 Computertomographiegeräte (CT), 18 Magnetresonanztomographiegeräte (MR), drei Herzkatheterarbeitsplätze (COR), vier Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte (STR), acht Emissions-Computer-Tomographiegeräte (ECT) und ein Positronen-Emissions-Tomographiegerät (PET) zur Verfügung. Sowohl CT als auch MR liegen über dem Bundesdurchschnitt. Im Bereich der MR-Geräte werden die Einwohnerrichtwerte lt. ÖSG 2010 deutlich verfehlt. Im Gegensatz dazu weist die hohe Anzahl der zu versorgenden Einwohner/innen mit PET auf eine unterdurchschnittlich dichte Versorgung hin.
- » In den drei Tiroler Vertragszentren des Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation wurden 2007 bis 2011 3.044 Befruchtungsversuche durchgeführt. In 695 Fällen kam es dabei zu einer Schwangerschaft. Die Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion lag zwischen 26 und 33 Prozent (österreichweit zwischen 31 % und 34 %), der Anteil an Mehrlingsschwangerschaften sank dem österreichweiten Trend entsprechend von 25 auf 18 Prozent.
- » 2008 wurde in Tirol die gemeinsame Einrichtung Frauengesundheitszentrum mit dem Aufgabenbereich Forschung und Lehre der Gender-Medizin sowie Kranken-

versorgung von Frauen nach deren spezifischen Bedürfnissen eingerichtet. Neben einer allgemeinen Ambulanz und einer Station sollen auch Spezialambulanzen und Spezialsprechstunden angeboten werden. Der Schwerpunkt der Anlaufstelle liegt auf Check-up, Erhebung des Risikoprofils, Prävention, Beratung und Information. Die Anzahl der betreuten Patientinnen ist zwischen 2008 und 2011 von 1.000 auf 1.294 gestiegen. Weitere Aktivitäten des Zentrums sind das Angebot von Diagnosestraßen im Rahmen von Veranstaltungen, Vorträge, eine allgemein zugängliche Gender-Medizin-Ringvorlesung und Medienarbeit zu Aspekten der Gender-Medizin. Das Frauengesundheitszentrum wird laufend inhaltlich ausgebaut.

- » Spezielle Betreuungsangebote für die Behandlung und Entwöhnung drogen- und alkoholkranker sowie medikamentensüchtiger Menschen bieten derzeit in Tirol vier stationäre Organisationseinheiten öffentlicher Krankenanstalten. Außerhalb der öffentlichen Krankenanstalten bestehen zwei weitere stationäre Einrichtungen zur Versorgung von Drogensüchtigen. Weiters bestehen elf ambulante Drogeneinrichtungen. Das Angebot dieser Einrichtungen umfasst u. a. Anlauf- und Kontaktstellen, Notschlafstellen, Streetwork und Beschäftigungsprojekte. Zur ambulanten Versorgung alkoholkranker Personen stehen drei Einrichtungen zur Verfügung, deren Angebote umfassen Beratungs- und Nachsorgeprogramme für Alkohol- und Medikamentenabhängige und deren Angehörige, eine Aufnahme in eine Wohngemeinschaft sowie in ein Arbeitsprojekt nach abgeschlossener Alkohol-Entwöhnung und ein Stabilisierungs- und Wiedereingliederungsangebot für chronisch alkoholkrane Menschen auf einem Bauernhof.
- » Im Projekt Palliativ- und Hospizversorgung Tirol des Tiroler Gesundheitsfonds wird angestrebt die Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgungskultur in den bestehenden Einrichtungen, die Erarbeitung eines regionalspezifischen Konzepts zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgungsstrukturen, die Etablierung von unterstützenden Hospiz- und Palliativversorgungsstrukturen, die Förderung der regionalen Vernetzung und Zusammenarbeit der Einrichtungen in der Versorgung am Lebensende, die Unterstützung der Integration ehrenamtlicher und bürgerschaftlicher Initiativen in der Versorgung am Lebensende, die Sammlung von Erfahrungen für die Umsetzung in anderen Regionen und die Schaffung einer Wissensbasis für die Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in ganz Tirol. Nach einer entwicklungsorientierten Bedarfsanalyse und der Planung der Umsetzungsmaßnahmen wurde im Jahr 2011 mit der Umsetzung der Maßnahmen und der Implementierung der geplanten Strukturen begonnen.
- » In Tirol befinden sich zwei nach § 80 Abs 4 ASchG gemeldete arbeitsmedizinische Zentren. Im Jahr 2011 gab es in Tirol 149 Arbeitsmediziner/innen, während im Bereich der Arbeitspsychologie derzeit 34 zertifizierte Arbeitspsychologinnen/-psychologen registriert sind Laut Schätzung der AUVA (Ende 2012) wurden in nur 3 Prozent der Tiroler Betriebe Arbeitsmediziner/innen über das vorgeschriebene Mindestausmaß beauftragt. In 50 Prozent der Betriebe erfüllten die Arbeitsmediziner/innen das Mindeststundenausmaß, während in 40 Prozent deutlich zu wenig

Stunden vereinbart wurden. In 7 Prozent fand keine arbeitsmedizinische Betreuung statt.

- » Ziel des 2008 gestarteten Projekts „Integrierter Behandlungspfad/Patientenpfad Schlaganfall Tirol“ des Tiroler Gesundheitsfonds ist es, den medizinischen Fortschritt in der Schlaganfallbehandlung allen Schlaganfallpatientinnen/-patienten in Tirol zukommen zu lassen. Ein von Vertretern und Vertreterinnen der Gesundheitsberufe aller Behandlungsstufen erarbeiteter „integrierter Behandlungspfad“ soll die optimale Kooperation der verschiedenen Leistungsanbieter des Gesundheitswesens in den Behandlungsstufen prähospitale Phase, hospitale Phase, Akutnachbehandlung / stationäre Rehabilitation und ambulante Rehabilitation gewährleisten. Die Akzeptanz des Behandlungsangebotes und die Zufriedenheit der Patientinnen/Patienten mit den angebotenen Leistungen sind sehr groß.
- » Als zweite Säule der Tiroler Gesundheitsberichterstattung wurde im Jahr 2009 der „**Tiroler Gesundheitsdatenatlas**“ (www.tirol.gv.at/gesundheitsdatenatlas) implementiert. Standardkennzahlen der Gesundheitsberichterstattung mit Regionalbezug werden dabei routinemäßig aktualisiert und in Form von flexiblen statistisch-thematischen Karten im geografischen Informationssystem des Landes („*tiris*“) veröffentlicht. Darüber hinaus bietet der Tiroler Gesundheitsdatenatlas auch die Möglichkeit, adressenbezogene Standortinformationen von Tiroler Gesundheitseinrichtungen anzuzeigen.

Ausgehend von diesen Analyseergebnissen wurden Maßnahmenempfehlungen entwickelt, die zum Teil auf Landesebene und zum Teil auf Bundesebene umzusetzen wären.

Tirolspezifische Maßnahmenempfehlungen

Insgesamt zeigt der aktuelle Tiroler Gesundheitsbericht 2012, dass die gesundheitliche Situation der Tiroler und Tirolerinnen und die Versorgung mit Einrichtungen des Gesundheitswesens im Bundesländervergleich nach wie vor eine herausragend gute Position einnimmt. Auch bezüglich wichtiger gesundheitlicher Einflussfaktoren stellt sich die Lage für die Tiroler Bevölkerung vergleichsweise günstig dar. Eine Reihe von in den vorangegangenen Gesundheitsberichten vorgeschlagenen Maßnahmen für weitere Verbesserungen wurde zwischenzeitlich umgesetzt oder es wurde mit der Planung begonnen. Im Wesentlichen haben die bereits in den Berichten 2002 und 2007 vorgeschlagenen Maßnahmen nicht an Relevanz verloren. Viele Ergebnisse der für den vorliegenden Bericht ausgewerteten Daten weisen darauf hin, dass als wichtigste Zielgruppen für diese Maßnahmen bildungsfernere Schichten und Personen mit Migrationshintergrund ins Zentrum zu rücken wären.

- » Eine **weitere Verringerung des Raucheranteils** sollte zielgruppenorientiert durch primärpräventive Angebote vor allem für Kinder, Jugendliche, Frauen und Migrantinnen und Migranten angestrebt werden. Eine verstärkte Beratung und Unterstützung der Rauchentwöhnung bei Schwangeren könnte ggf. den Anteil an rauchenden werdenden Müttern weiter senken und damit die gesundheitliche Gefährdung von ungeborenen Kindern reduzieren.
- » Im Rahmen der Gesamtstrategie gegen **Übergewicht** als einen Hauptrisikofaktor für zahlreiche Erkrankungen und Leiden sollten die bereits eingeleiteten Maßnahmen weiterhin zielgruppenspezifisch auf gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung und Bewusstseinsbildung für einen gesunden Lebensstil ausgerichtet bleiben. Dabei stellt die Gesundheitsförderung in der Elternberatung, in den Kindergärten und in den Schulen einen Schwerpunkt dar. Maßnahmen hinsichtlich Ernährung sollten vorwiegend auf die männliche Bevölkerung, Maßnahmen hinsichtlich Bewegung vorwiegend auf die weibliche Bevölkerung fokussieren.
- » Bezüglich der **Zahngesundheitsvorsorge** sollten Maßnahmen (Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen) schwerpunktmäßig auf Kinder mit Migrationshintergrund konzentriert werden.
- » **Impfungen:** Da die bestehende Datenlage bei den Kinderimpfungen erkennen lässt, dass die Zielvorgaben der WHO derzeit nicht erreicht werden, sollten in folgenden Bereichen Maßnahmen ergriffen werden:
 - » Weitere Anhebung der Dokumentationsqualität durch Verbesserung der EDV-Qualität und Mitarbeiterschulung. Hierzu wurden in den letzten Jahren im Rahmen des bestehenden Dokumentationssystems bereits Verbesserungen erreicht; weiters wurde die Entwicklung eines neuen Impf-Software-Tools (ISGA) initiiert, das den Gesundheitsreferaten der Bezirkshauptmannschaften ab 2013 zur Verfügung stehen soll.

- » Detailanalysen auf regionaler Ebene, um bestehende Problembereiche weiter einzugrenzen, oder standardisierte Befragungsaktion von Ärzten in einer Region mit geringer Mehrjahreserfassungsrates, um mögliche Ursachen für die geringe Durchimpfung zu ermitteln.
- » Verstärkte – evtl. regionsspezifische – Information (sowohl der Impfenden als auch der Eltern); die Bedeutung einer vollständigen Grundimmunisierung ist herauszuarbeiten.
- » Erarbeiten von spezifischen Impfprogrammen zur frühzeitigen Hebung der Durchimpfungsraten gemeinsam mit den Systempartnern. Denkbar sind z. B. Meinungsbildungsprozesse bei Ärzten und Erziehungsberechtigten oder Einladungssysteme. 2012 wurde über das „Maserneleminationsprogramm Tirol“ die Möglichkeit eingeführt, dass Erwachsene bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres gratis bei den teilnehmenden Ärzten/Ärztinnen der „IMPFAKTION TIROL“ die Impfung erhalten können. Zudem wurde eine AG im Bundesministerium für Gesundheit eingerichtet, die eine österreichweite Strategie zur Hebung der Durchimpfungsraten erarbeiten soll.
- » Fortsetzung der bewährten zielgruppenorientierten **Screeningprogramme** mit
 - » verstärkter Bewusstseinsbildung für die Vorsorgeuntersuchung bei den Männern,
 - » verstärktem Bemühen um eine Erhöhung des Anteils der an Schwangerschaftsuntersuchungen teilnehmenden Frauen, insbesondere bei jenen mit Migrationshintergrund.
- » Analyse der Hintergründe für die relativ hohe **Unfallhäufigkeit** und Häufigkeit von Verletzungen, insb. im Straßenverkehr in Tirol, und in weiterer Folge Ableitung von geeigneten Maßnahmen zur Reduzierung (betroffen v. a. Männer).
- » **Umwelt:** Verschärfung der Restriktionen beim Verkehr (Nachtfahrverbote, Tempolimits) zur Reduktion von Lärm- und Abgasemissionen und strikte Überwachung der Einhaltung rechtlicher Bestimmungen bezüglich Emissionen aus Gewerbe- und Industrieanlagen (ggf. Verschärfung der Bestimmungen).
- » Verbesserte **Abstimmung** des ambulanten Angebots der Spitäler und des niedergelassenen Bereichs; Reduktion der Frequentierung der Spitalsambulanzen unter Berücksichtigung regionaler und gesundheitsplanerischer Gegebenheiten.
- » Weiterführung bzw. **Ausbau bewährter Projekte** (wie Palliativversorgung und Behandlungspfad Schlaganfall) unter Bedachtnahme auf die in den Pilotregionen gemachten Erfahrungen.

Österreichweite Maßnahmenempfehlungen

Datenerfassung

- » Beseitigung des Datendefizits in Bezug auf die „ambulante Morbidität“ (niedergelassener Bereich, Ambulanzen, Ambulatorien)
- » Vereinheitlichung und Verbesserung der österreichweiten Impfdokumentation (auch und vor allem für Erwachsene; Impfdatenbank Tirol als wichtige Basis)
- » Vollständige Datenerfassung und systematische Datenaufbereitung im Bereich der Mutter-Kind-Pass-, der Gesunden- und der schulärztlichen Untersuchungen
- » Übermittlung der Datenergebnisse von österreichweit standardisierten Mutter-Kind-Pass-, schulärztlichen, Gesunden- und Musterungs-Untersuchungen an den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), insbesondere an die Landes-sanitätsdirektionen

Gesundheitliche Einflussfaktoren

- » Erarbeitung einer österreichweiten Präventionsstrategie mit besonderer Berücksichtigung von sozial benachteiligten Gruppen
- » Fokussierung gesundheitlicher Unterstützung auf gefährdete Gruppen (sozial benachteiligte Gruppen, Migranten usw.)
- » Umsetzung des Nichtraucherschutzes
- » Förderung der Bewusstseinsbildung für einen kritischen Umgang mit Alkohol und anderen Drogen
- » Verursacherbezogene Maßnahmen zur Reduktion der Belastungen mit Feinstaub und NO₂ angesichts der wiederholt überschrittenen Grenzwerte zum Schutz des Menschen gemäß IG-L

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Ziele und Zielgruppen des Gesundheitsberichts 2012	1
1.2	Grundlagen und Rahmenbedingungen.....	2
2	Soziodemografische Faktoren	6
3	Gesundheitszustand	12
3.1	Lebenserwartung und Sterblichkeit.....	12
3.1.1	Lebenserwartung und Sterblichkeit des weiblichen Bevölkerungsanteils	14
3.1.2	Lebenserwartung und Sterblichkeit des männlichen Bevölkerungsanteils	19
3.1.3	Säuglingssterblichkeit	23
3.2	Morbidität.....	24
3.2.1	Somatische Basisdaten	24
3.2.2	Krankenhausmorbidität („stationäre Morbidität“).....	30
3.2.3	Chronische Erkrankungen	41
3.2.4	Einschränkungen und Beeinträchtigungen im Alltag.....	44
3.2.5	Meldepflichtige Infektionserkrankungen	54
3.2.6	Krankenstände.....	58
3.3	Unfälle.....	60
3.4	Subjektive Einschätzung der Gesundheit und des Wohlbefindens.....	66
3.4.1	Selbsteingeschätzte Gesundheit	66
3.4.2	Lebensqualität	69
3.5	Geburtenregister.....	75
3.6	Diabetesregister	81
3.7	Tumorregister.....	87
4	Gesundheitliche Einflussfaktoren	101
4.1	Gesundheits-/Risikoverhalten.....	101
4.1.1	Ernährungsverhalten	101
4.1.2	Bewegungsverhalten	105
4.1.3	Suchtverhalten	108
4.2	Zahngesundheit.....	114
4.3	Gesundheitsvorsorge	116
4.3.1	Vorsorgeuntersuchungen	116
4.3.2	Impfschutz.....	118
4.4	Weitere Gesundheitsvorsorge- und -förderprogramme im Überblick	122
4.4.1	Kindergarten-Vorsorgeprogramm	122
4.4.2	Gesundheitsförderung durch den avomed	123
4.5	Mammographie-Screening	127
4.6	Umwelt.....	131
4.6.1	Luft.....	131
4.6.2	Wasser	136
4.6.3	Böden	139
4.6.4	Nahrungsmittel	140
4.6.5	Lärm	141

5	Einrichtungen des Gesundheitwesens	144
5.1	Öffentlicher Gesundheitsdienst.....	144
5.2	Stationäre Versorgung.....	149
5.2.1	Stationäre Akutversorgung	149
5.2.2	Stationäre Rehabilitation.....	151
5.2.3	Stationäre Alten- und Langzeitversorgung	152
5.3	Ambulante Versorgung.....	156
5.3.1	Spitalsambulante Versorgung	156
5.3.2	Extramurale ärztliche Versorgung	158
5.3.3	Behindertenhilfe	159
5.3.4	Mobile Dienste	161
5.3.5	Apotheken	164
5.3.6	Rettungs- und Notarztwesen	166
5.4	Medizinisch-technische Großgeräte.....	170
5.5	In-vitro-Fertilisation	170
5.6	Gesundheitsökonomische Bewertung.....	172
5.7	Sonstige Einrichtungen bzw. Projekte	175
5.7.1	Frauengesundheitszentrum	175
5.7.2	Spezielle Betreuungsangebote im Bereich Suchtmittel	178
5.7.3	Palliativ- und Hospizversorgung Tirol	181
5.7.4	Arbeitsmedizin	182
5.7.5	Integrierter Behandlungspfad/Patientenpfad Schlaganfall.....	184
5.7.6	Tiroler Gesundheitsdatenatlas	189
5.7.7	Übersicht über in Tirol geführte institutionen- übergreifende Register im Gesundheitsbereich	192
	Literatur	195
	Anhang.....	197
	Begriffsbestimmungen und Methoden	198
	Datenquellen	206
	Tabellenanhang	213

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 1.1:	Struktur der Tiroler Gesundheitsberichterstattung	2
Abbildung 1.2:	Gesundheitspolitischer Regelkreis	4
Abbildung 2.1:	Verteilung der Bevölkerung in Tirol nach Bezirken (Angaben in Prozent).....	6
Abbildung 2.2:	Altersverteilung in Tirol 2011 (Angaben in Prozent).....	7
Abbildung 2.3:	Personen mit Migrationshintergrund (Angaben in Prozent).....	9
Abbildung 2.4:	Bevölkerungspyramide 2011/2020 (Angaben in Prozent).....	11
Abbildung 3.1:	Rate der verlorenen Lebensjahre pro 100.000 Einwohner/innen (PYLL-Rate) nach Geschlecht und ausgewählten Todesursachen	14
Abbildung 3.2:	Lebenserwartung der weiblichen Bevölkerung bei der Geburt und mit 60 Jahren im Zeitverlauf 1990 bis 2011	15
Abbildung 3.3:	Lebenserwartung der weiblichen Bevölkerung in Gesundheit 2006/07	16
Abbildung 3.4:	Prozentueller Anteil der Sterbefälle des weiblichen Bevölkerungsanteiles im Bundesland Tirol nach Haupttodesursachen im Zeitraum 2006–2011	17
Abbildung 3.5:	Sterblichkeit der unter 75-jährigen Frauen im Bundesland Tirol nach Haupttodesursachen im Zeitverlauf 1991–2011	18
Abbildung 3.6:	Lebenserwartung der männlichen Bevölkerung bei der Geburt und mit 60 Jahren im Zeitverlauf 1990 bis 2011	19
Abbildung 3.7:	Lebenserwartung der männlichen Bevölkerung in Gesundheit 2006/07	20
Abbildung 3.8:	Prozentueller Anteil der Sterbefälle des männlichen Bevölkerungsanteiles im Bundesland Tirol nach Haupttodesursachen im Zeitraum 2006 bis 2011	21

Abbildung 3.9:	Sterblichkeit der unter 75-jährigen Männer im Bundesland Tirol nach Haupttodesursachen im Zeitverlauf 1991 bis 2011	22
Abbildung 3.10:	Anteil der im 1. Lebensjahr Verstorbenen je 1.000 Lebendgeborene im Vergleich Österreich/Tirol, 1990–2011	23
Abbildung 3.11:	Gewichtstatus der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen nach Geschlecht (gerundete Werte)	25
Abbildung 3.12:	Anteil übergewichtiger adipöser Tiroler und Tirolerinnen (über 14 Jahre) nach Schulbildung und Altersgruppen (gerundete Werte).....	26
Abbildung 3.13:	Krankenhausmorbidity der Frauen mit Wohnsitz in Tirol nach Hauptdiagnosegruppen in den Jahren 2006 und 2011 (altersstandardisierte Raten)	34
Abbildung 3.14:	Krankenhausmorbidity der Frauen mit Wohnsitz in Tirol nach Wohnsitzbezirk in den Jahren 2006 und 2011 (altersstandardisierte Raten)	36
Abbildung 3.15:	Krankenhausmorbidity der Männer mit Wohnsitz in Tirol nach Hauptdiagnosegruppen in den Jahren 2006 und 2011 (altersstandardisierte Raten)	39
Abbildung 3.16:	Krankenhausmorbidity der Männer mit Wohnsitz in Tirol nach Wohnsitzbezirk in den Jahren 2006 und 2011 (altersstandardisierte Raten)	40
Abbildung 3.17:	Ausgewählte chronische Erkrankungen bei Tirolern und Tirolerinnen über 14 Jahre nach Geschlecht (gerundete Werte).....	42
Abbildung 3.18:	Ausgewählte chronische Erkrankungen bei Tirolern und Tirolerinnen über 14 Jahre nach Altersgruppen (gerundete Werte).....	43
Abbildung 3.19:	Ausgewählte chronische Erkrankungen bei Tirolern und Tirolerinnen über 14 Jahre nach Schulbildung (gerundete Werte).....	44
Abbildung 3.20:	Physische Einschränkungen bei über 64-jährigen Tirolern und Tirolerinnen nach Geschlecht.....	46
Abbildung 3.21:	Anzahl physischer Einschränkungen bei über 64-jährigen Tirolern und Tirolerinnen nach Geschlecht.....	47

Abbildung 3.22:	Physische Einschränkungen der über 64-jährigen Tiroler/innen nach Schulbildung	48
Abbildung 3.23:	Probleme und Unsicherheiten bei Aktivitäten des täglichen Lebens bei über 64-jährigen Tirolern und Tirolerinnen	49
Abbildung 3.24:	Probleme und Unsicherheiten bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens bei über 64-jährigen Tirolern und Tirolerinnen	50
Abbildung 3.25:	Probleme und Unsicherheiten bei (instrumentellen) Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL und IADL) bei über 64-jährigen Tirolern und Tirolerinnen nach Migrationshintergrund und im Vergleich zu Gesamt-Österreich.....	51
Abbildung 3.26:	Probleme und Unsicherheiten bei (instrumentellen) Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL und IADL) bei über 64-jährigen Tirolern und Tirolerinnen nach Schulbildung	52
Abbildung 3.27:	Anteil Tiroler Pflegegeldbezieher/innen an der Tiroler Gesamtbevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht, Stichtag: 31. 5. 2012	54
Abbildung 3.28:	Durchschnittliche Dauer von Krankenstandsfällen in Tagen im Zeitraum 2007 bis 2011 von bei der Tiroler Gebietskranken- kasse versicherten Arbeitern und Angestellten im Vergleich zu allen bei Gebietskrankenkassen Versicherten in Österreich	59
Abbildung 3.29:	Hauptursachen für Krankenstandsfälle und Krankenstandstage von bei der Tiroler Gebietskrankenkasse versicherten Arbeitern und Angestellten im Zeitraum 2007 bis 2011	60
Abbildung 3.30:	Im Tiroler Straßenverkehr verletzte Personen pro 100.000 EW nach Geschlecht	61
Abbildung 3.31:	Stationär versorgte Unfallpatienten/-patientinnen in Tirol nach Lebensbereichen und Geschlecht	64
Abbildung 3.32:	Anteil der bei Straßenverkehrsunfällen verletzten Tiroler und Tirolerinnen an allen Unfallbeteiligten in Tirol nach Altersgruppen und Geschlecht	65
Abbildung 3.33:	Gesundheitliche Selbsteinschätzung der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen (sehr gut oder gut) nach Geschlecht und Altersgruppen.....	67

Abbildung 3.34:	Gesundheitliche Selbsteinschätzung der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen (sehr gut oder gut) nach Migrationshintergrund und Altersgruppen	68
Abbildung 3.35:	Gesundheitliche Selbsteinschätzung der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen (sehr gut oder gut) nach Schulbildung	69
Abbildung 3.36:	Körperliche, psychische, soziale und umweltbezogene Lebensqualität der Tiroler und Tirolerinnen nach Altersgruppen	71
Abbildung 3.37:	Lebensqualität der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen (sehr gut oder gut) nach Migrationshintergrund und Altersgruppen	72
Abbildung 3.38:	Körperliche, psychische, soziale und umweltbezogene Lebensqualität der Tiroler und Tirolerinnen nach Migrationshintergrund und Altersgruppen	73
Abbildung 3.39:	Lebensqualität der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen (sehr gut oder gut) nach Schulbildung	74
Abbildung 3.40:	Körperliche, psychische, soziale und umweltbezogene Lebensqualität der Tiroler und Tirolerinnen nach Schulbildung	75
Abbildung 3.41:	Alter der Mütter, Tirol 2000–2011	77
Abbildung 3.42:	Rauchen der Mütter in der Schwangerschaft, Tirol 2000–2011	77
Abbildung 3.43:	Kaiserschnittentbindungen, Tirol 2000–2011	78
Abbildung 3.44:	PDA/Spinalanästhesie bei Kaiserschnittentbindung, Tirol 2000–2011	78
Abbildung 3.45:	Epiduralanästhesie bei Vaginalgeburt, Tirol 2000–2011	79
Abbildung 3.46:	Dammschnitt bei Vaginalgeburten, Tirol 2000–2011	79
Abbildung 3.47:	Kindliche Mortalität, Tirol 2000–2011	80
Abbildung 3.48:	Überlebenschancen der lebendgeborenen Kinder der Geburtsjahre 2007–2011 nach Schwangerschaftswoche	80
Abbildung 3.49:	Anteil der Diabetes-Patientinnen/-Patienten mit T1DM, T2DM und anderem Diabetes sowie Anteil der Patientinnen/Patienten mit Gestationsdiabetes nach Altersgruppen	82

Abbildung 3.50:	Anteil der Diabetes-Patientinnen/-Patienten mit Status Rauchen nach Erstdiagnosejahr und Diagnose (alle Diagnosen)	83
Abbildung 3.51:	Anteil der Diabetes-Patientinnen/-Patienten mit zumindest einer Spätkomplikation nach Altersgruppen und Diagnose (T1DM, T2DM)	86
Abbildung 3.52:	Alle Karzinome außer NMSC – zeitliche Entwicklung der altersstandardisierten Inzidenz- und Mortalitätsrate.....	87
Abbildung 3.53:	Alle Karzinome außer NMSC – EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate; Tirol 2006–2010 versus ECO 2008.....	88
Abbildung 3.54:	Alle Karzinome außer NMSC – Vergleich relatives Fünfjahresüberleben 2002–2006 versus SEER 2004	89
Abbildung 3.55:	Häufigkeit der Krebsentitäten in Tirol für den Zeitraum 2006–2010	90
Abbildung 3.56:	Brustkrebs – zeitliche Entwicklung der altersstandardisierten Inzidenz- und Mortalitätsrate.....	91
Abbildung 3.57:	Brustkrebs – EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate; Tirol 2006–2010 versus ECO 2008.....	92
Abbildung 3.58:	Brustkrebs – Vergleich relatives Fünfjahresüberleben 2002–2006 versus SEER 2004	92
Abbildung 3.59:	Prostatakrebs – zeitliche Entwicklung der altersstandardisierten Inzidenz- und Mortalitätsrate.....	93
Abbildung 3.60:	Prostatakrebs – EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate; Tirol 2006–2010 versus ECO 2008	94
Abbildung 3.61:	Prostatakrebs – Vergleich relatives Fünfjahresüberleben 2002–2006 versus SEER 2004	95
Abbildung 3.62:	Lungenkrebs – zeitliche Entwicklung der altersstandardisierten Inzidenz- und Mortalitätsrate.....	96
Abbildung 3.63:	Lungenkrebs – EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate; Tirol 2006–2010 versus ECO 2008	97
Abbildung 3.64:	Lungenkrebs – Vergleich relatives Fünfjahresüberleben 2002–2006 versus SEER 2004	97

Abbildung 3.65:	Darmkrebs – zeitliche Entwicklung der alters- standardisierten Inzidenz- und Mortalitätsrate	98
Abbildung 3.66:	Darmkrebs – EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate; Tirol 2006–2010 versus ECO 2008.....	99
Abbildung 3.67:	Darmkrebs – Vergleich relatives Fünfjahresüberleben 2002–2006 versus SEER 2004	99
Abbildung 4.1:	Essgewohnheiten der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen nach Geschlecht.....	102
Abbildung 4.2:	Essgewohnheiten der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen nach Altersgruppen.....	103
Abbildung 4.3:	Trinkgewohnheiten der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen nach Altersgruppen und Geschlecht	103
Abbildung 4.4:	Essgewohnheiten der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen nach Migrationshintergrund	104
Abbildung 4.5:	Essgewohnheiten der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen nach Schulbildung.....	105
Abbildung 4.6:	Körperliche Aktivitäten in der Freizeit, bei denen man ins Schwitzen gerät, nach Altersgruppen und Geschlecht (über 14-jährige Bevölkerung).....	106
Abbildung 4.7:	Körperliche Aktivitäten in der Freizeit, bei denen man ins Schwitzen gerät, nach Altersgruppen und Migrationshintergrund (über 14-jährige Tiroler Bevölkerung)	107
Abbildung 4.8:	Körperliche Aktivitäten in der Freizeit, bei denen man ins Schwitzen gerät, nach Schulbildung (über 14-jährige Tiroler Bevölkerung).....	108
Abbildung 4.9:	Beginnalter des täglichen Rauchens der über 14-jährigen Tiroler Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht	109
Abbildung 4.10:	Täglicher Tabakkonsum der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen (jemals vs. derzeit) nach Schulbildung	111
Abbildung 4.11:	Alkoholkonsum der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen nach Geschlecht.....	112
Abbildung 4.12:	Alkoholkonsum der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen nach Altersgruppen.....	113

Abbildung 4.13:	Alkoholkonsum der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen nach Schulbildung	114
Abbildung 4.14:	Ausgewählte Zahnstatusindikatoren für Sechsjährige in Tirol 2006 und 2011 nach Geschlecht und Migrationshintergrund (Angaben in Prozent)	115
Abbildung 4.15:	Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung von 2002 bis 2011 (Angaben in Prozent der Bevölkerung).....	118
Abbildung 4.16:	MMR-Impfungen Tiroler Kinder, Geburtenjahrgänge 2000–2009	120
Abbildung 4.17:	MMR-Impfungen Tiroler Kinder nach Wohnbezirken, Geburtenjahrgang 2009	120
Abbildung 4.18:	Polio-Impfungen Tiroler Kinder, Geburtenjahrgänge 2000–2009	121
Abbildung 4.19:	Polio-Impfungen Tiroler Kinder nach Wohnbezirken, Geburtenjahrgang 2009	122
Abbildung 4.20:	Entwicklung Anzahl der Unterrichtseinheiten von 2007 bis 2011 im Präventionsprogramm „Genussvoll essen und trinken“	125
Abbildung 4.21:	NO ₂ -Jahresmittelwerte 2011	134
Abbildung 4.22:	NO ₂ : Verlauf der Jahresmittelwerte	136
Abbildung 4.23:	Entwicklung der subjektiven Lärmbetroffenheit in Österreich von 1970 bis 2007	142
Abbildung 5.1:	Versorgungsgrad Heimplätze 2011 nach Bezirken	154
Abbildung 5.2:	Altersstruktur der durch die mobilen Dienste betreuten Personen 2011 (Angaben in Prozent)	163
Abbildung 5.3:	Anzahl der öffentlichen Apotheken und Hausapotheken pro 100.000 Einwohner/innen nach Bezirken, 2011	166
Abbildung 5.4:	NEF-Standorte und notärztliche Bereitschaftsdienste in Tirol seit 1. 7. 2011	168
Abbildung 5.5:	Ganzjährig (links) und saisonal (rechts) in Tirol stationierte Hubschrauber	168
Abbildung 5.6:	Übersicht „Integrierter Behandlungspfad/Patientenpfad Schlaganfall Tirol“	188
Abbildung 5.7:	Tiroler Gesundheitsdatenatlas: Beispiel aus Modul Gesundheitseinrichtungen	190

Abbildung 5.8:	Tiroler Gesundheitsdatenatlas: Beispiel aus Modul Gesundheitsstatistik.....	191
----------------	--	-----

Tabellen

Tabelle 3.1:	Anzahl (auf 100 gerundet) und durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen von Tiroler Patientinnen nach ICD-10-Kapiteln (Hauptdiagnosen) im Jahr 2011	32
Tabelle 3.2:	Anzahl (auf 100 gerundet) und durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen von Tiroler Patienten nach ICD-10-Kapiteln (Hauptdiagnosen) im Jahr 2011	37
Tabelle 3.3:	Meldepflichtige Erkrankungen mit zumindest einmal 10 oder mehr gemeldeten Erkrankungen im Jahr (Beobachtungsjahre 2009–2011)	55
Tabelle 3.4:	Anzahl der lebensmittelbedingten Ausbrüche (2009–2011)	58
Tabelle 4.1:	Mammographie-Screening Modell Tirol Performance-Indikatoren für das zweite und dritte Projektjahr.....	130
Tabelle 5.1:	Entwicklung der Wohn- und Pflegeheimplätze 2007–2011	152
Tabelle 5.2:	Entwicklung der Wohn- und Pflegeheimplätze 2007–2011 nach Bezirken	153
Tabelle 5.3:	Personalstruktur im Wohn- und Pflegeheimbereich (Vollzeitäquivalente) 2007–2011	155
Tabelle 5.4:	Unterstützte Personen in der Behindertenhilfe 2007–2011 nach Bezirken	160
Tabelle 5.5:	Altersstruktur und Geschlecht der unterstützten Personen in der Behindertenhilfe 2011 (Angaben in Prozent)	161
Tabelle 5.6:	Anzahl der durch mobile Dienste betreuten Personen nach Geschlecht 2007–2011	162
Tabelle 5.7:	Altersstruktur der durch die mobilen Dienste betreuten Personen 2007–2011	162
Tabelle 5.8:	Hauptberufliche Mitarbeiter der mobilen Dienste 2007–2011	164
Tabelle 5.9:	IVF-Versuche und Schwangerschaftsraten der Tiroler IVF-Zentren 2007–2011	171
Tabelle 5.10:	QuelleZiel-Matrix der Inanspruchnahme von Leistungen der IVF-Zentren im Zeitraum 2007 bis 2011 nach Bundesländern	172

Tabelle 5.11:	Patientinnen in der Frauengesundheits-Sprechstunde.....	176
Tabelle 5.12:	Teilnehmer/innen an der Seniorenmesse.....	176
Tabelle 5.13:	Arbeitsmedizinische Zentren in Tirol.....	184

Abkürzungen

AHS	Allgemeinbildende höhere Schule
AM	Allgemeinmedizin
AMS	Arbeitsmarktservice
AN	Anästhesiologie und Intensivmedizin
ATHIS	Austrian Health Information Survey (Die österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007)
ATLR	Amt der Tiroler Landesregierung
AU	Augenheilkunde
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BHS	Berufsbildende höhere Schule
BIN	Verein Beratung, Information und Nachsorge
BIT	Verein Begleitung, Integration und Therapie
BKH	Bezirkskrankenhaus
BKK	Betriebskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body–Mass–Index
BMS	Berufsbildende mittlere Schule
BMSG	Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen
BTD	Belagstagedichte
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
B–VG	Bundes–Verfassungsgesetz
CH	Chirurgie
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (chronisch–obstruktive Lungenkrankheit)
COR	Coronarangiographie
CT	Computertomographie
DER	Dermatologie
DIA	Hämodialyse
DLD	Diagnosen– und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten
DSA	Digitale Subtraktionsangiographie
d ₁₊₂₊₃ mft	durchschnittliche Anzahl der Milchzähne mit reversibler Schmelzkaries (d ₁₊₂) und irreversibler Dentinkaries (d ₃) sowie wegen Karies gezoge– ner (mt) und/oder gefüllter (ft) Milchzähne pro Kind
d ₃ mft	durchschnittliche Anzahl der akut kariösen (d _{3t}), wegen Karies gezogenen (mt) und/oder gefüllten (ft) Milchzähne pro Kind
ECO	European Cancer Observatory
ECT	Emissions–Computertomographie
EU	Europäische Union
Eurostat	Statistisches Amt der EU in Luxemburg

EW	Einwohner/innen
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FKA	Fonds-Krankenanstalt
FSME	Frühsommer-Meningo-Enzephalitis
GEM	gemischter Belag
GGH	Gynäkologie und Geburtshilfe
GGP	österreichischer Großgeräteplan
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HIS	Health Interview Survey
HKE	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
HVSVT	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IARC	International Agency for Research on Cancer
ICD-9	International Code of Diseases (9 th Revision)
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10 th Revision)
IET	Institut für klinische Epidemiologie der TILAK GmbH
IM	Innere Medizin
ISGS	Integrierte Sozial- und Gesundheitssprengel
KA	Krankenanstalt
KAG	Krankenanstaltengesetz des Bundes
KCH	Kinderchirurgie
KfV	Kuratorium für Verkehrssicherheit
KHH	Krankenhaustäufigkeit (inkl. Mehrfachaufnahmen)
KHM	Krankenhausmorbidity (exkl. Mehrfachaufnahmen)
KI	Kinder- und Jugendheilkunde bzw. Konfidenzintervall
K.I.T.	Verein Kontakt, Information und Therapie
KJNP	Kinder- und Jugendneuropsychiatrie
LAP	Leistungsangebotsplanung
LIT	Lithotripsie
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
LKP	LKF-Punkte
LTX	Lebertransplantation
MEL	Medizinische Einzelleistung gemäß LKF
MH	Migrationshintergrund
MKC	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
MMR	Masern-Mumps-Röteln
MR	Magnetresonanztomographie
NAACCR	North American Association of Central Cancer Registries
NAW	Notarzwagen

NC	Neurochirurgie
NEF	Notarzt-Einsatzfahrzeug
NEO	Neonatologie
NEU	Neurologie
NMSC	Non-Melanoma Skin Cancer
NTX	Nierentransplantation
NUKT	Nuklearmedizinische Therapie
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖBIG FP	ÖBIG Forschungs- und Planungs Gesellschaft mbH
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖKAP/GGP	Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan
ONK	Onkologie
OR	Orthopädie und orthopädische Chirurgie
ÖRK	Österreichisches Rotes Kreuz
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PAL	Palliativmedizin
PCH	Plastische Chirurgie
PET	Positronenemissions-Computertomographie
PHM	Physikalische Medizin
PSO	Psychosomatik
PSY	Psychiatrie
PUL	Pulmologie
PVAng	Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten
PVArb	Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter
RAD	Diagnostische Radiologie
RKT	Rettungs- und Krankentransportdienst
RTW	Rettungs- und Krankentransportwagen
RZ	Rehabilitationszentrum
SEER	Surveillance, Epidemiology, and End Results) Program 2011 (www.seer.cancer.gov)
SKA	Sonderkrankenanstalt
STR	Strahlentherapie-Radioonkologie
SU	Stroke-Unit
SVA	Sozialversicherungsanstalt
SZT	Stammzelltransplantation
TGKK	Tiroler Gebietskrankenkasse
TirKAP/GGP	Tiroler Krankenanstalten- und Großgeräteplan
TK	Tagesklinik
UBP	Untersuchungs- und Behandlungsplätze
UC	Unfallchirurgie
UKH	Unfallkrankenhaus
URO	Urologie

VZÄ	Vollzeitäquivalent
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZMK	Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

1 Einleitung

1.1 Ziele und Zielgruppen des Gesundheitsberichts 2012

Mit dem aktuellen dritten Tiroler Gesundheitsbericht erfolgt eine systematische Darstellung, Dokumentation und Analyse des Gesundheitszustandes der Tiroler Bevölkerung. Der Bericht soll als Basisgesundheitsbericht die Gesundheitsversorgung in Tirol analytisch betrachten, Hinweise auf Risikofaktoren geben sowie Versorgungsdefizite aufzeigen.

Der Beobachtungszeitraum erstreckt sich von 2007 bis 2011 auf Ebene der politischen Bezirke und auf Ebene bezirksübergreifend definierter Versorgungsregionen (siehe Begriffsbestimmungen im Anhang). Ein Vergleich mit den Gesundheitsdaten der Bundesländer ermöglicht eine Bestimmung der gesundheitlichen Lage in Tirol.

Der Gesundheitsbericht 2012 ist als periodische Fortschreibung der Tiroler Gesundheitsberichterstattung konzipiert und entspricht daher inhaltlich im Kern dem Bericht 2007. Soweit es die Datengrundlagen zulassen, werden die Gesundheitsdaten in Weiterentwicklung der Basisgesundheitsberichterstattung im Tiroler Gesundheitsbericht 2012 in verstärktem Maße geschlechtsspezifisch dargestellt und analysiert. Des Weiteren wurden auch einige Themen neu in den Bericht integriert bzw. etwas breiter dargestellt.

Der Tiroler Gesundheitsbericht erfüllt neben der Funktion der Dokumentation primär die Aufgabe, die relevanten Gesundheitsdaten und Gesundheitsdeterminanten aufzubereiten und zu interpretieren. Den Entscheidungsträgern in Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung sowie der interessierten (Fach-)Öffentlichkeit werden damit maßgebliche Gesundheitsinformationen nutzbar und zugänglich gemacht. Ein Hauptziel ist die für eine breite Zielgruppe verständliche Vermittlung einer systematischen Übersicht über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und über die Tiroler Gesundheitsversorgung.

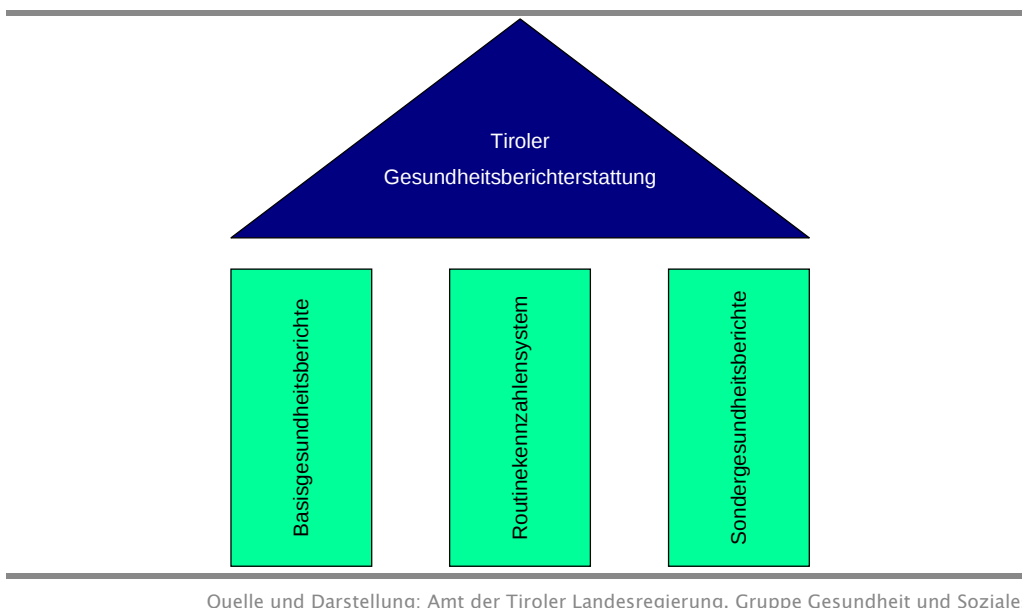
Die vorliegende Arbeit soll nicht zuletzt eine fundierte Grundlage für gesundheitspolitische Interventionen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung sowie für die Weiterentwicklung des Tiroler Gesundheitsversorgungssystems bilden.

1.2 Grundlagen und Rahmenbedingungen

Organisatorische Grundkonzeption

Die Tiroler Gesundheitsberichterstattung ist modular aufgebaut und basiert auf insgesamt drei Säulen:

Abbildung 1.1:
Struktur der Tiroler Gesundheitsberichterstattung



Quelle und Darstellung: Amt der Tiroler Landesregierung, Gruppe Gesundheit und Soziales

Basisgesundheitsberichte

Die Aktualisierung der Basisgesundheitsberichte erfolgt in Intervallen von fünf Jahren. Basisgesundheitsberichte beschreiben soziodemografische Merkmale, die gesundheitliche Situation der Bevölkerung, wichtige Einflussfaktoren der Gesundheit sowie die Versorgung mit Einrichtungen des Gesundheitswesens. Dabei werden nach Möglichkeit Entwicklungstendenzen dargestellt.

Routinekennzahlensystem

Da einerseits die Basisberichte nur alle fünf Jahre erscheinen, andererseits aber aktuellere Daten auf Tiroler Ebene zum Teil jährlich neu verfügbar sind, werden zwischen den Basisberichten ausgewählte Standardkennzahlen routinemäßig aktualisiert und veröffentlicht. Daten und Kennzahlen mit Regionalbezug werden über-

sichtsweise in einem geographischen Informationssystem abgebildet (www.tirol.gv.at/gesundheitsdatenatlas).

Sondergesundheitsberichte

In Ergänzung zu den Basisberichten werden zur Vertiefung anlassbezogen aktuelle Spezialthemen in eigenen Sondergesundheitsberichten behandelt.

Organisatorische Abwicklung der Tiroler Gesundheitsberichterstattung

Die Umsetzung der Tiroler Gesundheitsberichterstattung erfolgt organisatorisch durch

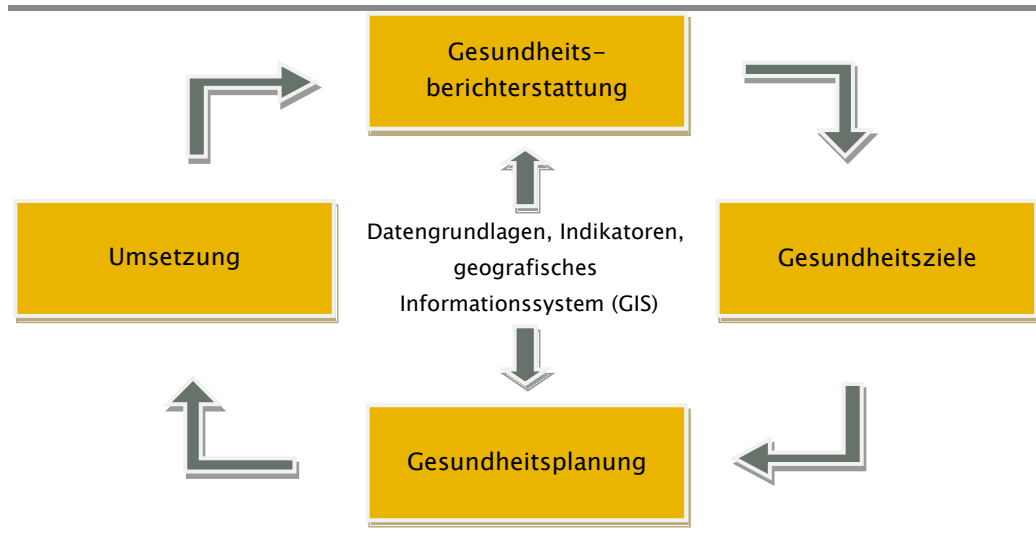
- » eine landesinterne Arbeitsgruppe,
- » einen Fachbeirat,
- » eine Kooperation mit externen Partnern bzw. Auftragnehmern.

Der vorliegende Bericht wurde in interdisziplinärer Zusammenarbeit mehrerer Organisationseinheiten des Amtes der Tiroler Landesregierung (Landessanitätsdirektion, Abteilung Krankenanstalten, Sachgebiet Landesstatistik der Abteilung Landesentwicklung und Zukunftsstrategie, Gruppe Gesundheit und Soziales) und der Gesundheit Österreich GmbH erstellt.

Gesundheitsberichterstattung als Teil des „gesundheitspolitischen Regelkreises“

Gesundheitsberichterstattung ist idealerweise als **Beginn und Bestandteil eines zirkulären Prozesses** zu verstehen. Hauptanliegen dabei ist, über den Gesundheitszustand einer Bevölkerung zu informieren und allfällige Gesundheitsprobleme sowie Versorgungsdefizite zu erkennen und zu dokumentieren. Dies dient als Basis für die Ausarbeitung von Zielen und in weiterer Folge von Strategien sowie Maßnahmen zur Verringerung der identifizierten Probleme bzw. Defizite. Nach Realisierung der abgeleiteten Maßnahmen wird im Idealfall nach einer angemessenen Periode (zumeist fünf Jahre) der Erfolg im Rahmen einer neuerlichen Berichterstattung evaluiert und ggf. eine Anpassung der Maßnahmen vorgenommen (vgl. Abbildung 1.2). Die Gesundheitsberichterstattung ist somit Teil des Konzeptes zur Gesundheitssystemplanung und zur nationalen und regionalen Gesundheitsplanung.

Abbildung 1.2:
Gesundheitspolitischer Regelkreis



Quelle und Darstellung: GÖ FP

Rechtliche Grundlagen und Rahmenbedingungen

In der Vereinbarung zwischen Bund und Ländern gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2008 bis 2013 kommen die Vertragspartner überein, sich bei der Durchführung ihrer Maßnahmen an Public-Health-Grundsätzen zu orientieren, die unter anderem eine systematische Gesundheitsberichterstattung vorsehen.

Mit dem vorliegenden Bericht wird auch der Beschluss eines Aktionsprogramms der Europäischen Gemeinschaft für Gesundheitsberichterstattung berücksichtigt (Beschluss Nr. 1400/97/EG des Europäischen Rates vom 30. Juni 1997), der neben der Festlegung gemeinschaftlicher Gesundheitsindikatoren und der Entwicklung eines gemeinschaftlichen Netzes für die Weitergabe von Gesundheitsdaten Analysen und Gesundheitsberichterstattung vorsieht.

Als wichtige Indikatoren wurden in diesem EU-Programm Kennzahlen zu folgenden Bereichen festgelegt, die über einen „engen Gesundheitsbegriff“ hinausgehen und Zusammenhänge von Gesundheit und Umwelt, Arbeitswelt, Ernährung, Bewegung, Freizeitverhalten, Verkehrssystemen und dergleichen beschreiben:

- » Gesundheitszustand,
- » Lebensweise und gesundheitsrelevante Gewohnheiten,
- » Lebens- und Arbeitsbedingungen,

- » Gesundheitsschutz,
- » demografische und soziale Faktoren.

In Fortführung dieses Aktionsprogramms haben das Europäische Parlament und der Rat ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit beschlossen (2008–2013). Auch in diesem wird die Wichtigkeit von Gesundheitsberichten auf verschiedenen regionalen Ebenen als Informationsgrundlage für Bürger, Interessenvertreter und politische Entscheidungsträger unterstrichen. Diese EU-Programme bildeten die Grundlage für Gliederung und Inhalte des vorliegenden Tiroler Gesundheitsberichts 2012.

In Anlehnung an die oben angeführten gesundheitsrelevanten Lebensbereiche und an die EU-Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung werden im vorliegenden Bericht in Kapitel 2 grundlegende sozioökonomische Rahmenbedingungen thematisiert. Kapitel 3 hat den Gesundheitszustand der Tiroler Bevölkerung zum Inhalt. In Kapitel 4 werden wichtige Einflussgrößen (auf Verhaltens- wie auf Verhältnisebene) erörtert. Kapitel 5 befasst sich mit Einrichtungen des Gesundheitswesens, die im Sinne des Determinanten-Modells als Einflüsse auf Verhältnisebene zu verstehen sind.

In einer EntschlieÙung des Tiroler Landtags (554/11 vom 17. 11. 2011) wurde die Landesregierung aufgefordert, *„im Rahmen des regelmäßig erscheinenden Tiroler Gesundheitsberichtes einen Schwerpunkt auf den Bereich der Frauengesundheit zu legen“*. Diese Aufforderung wurde – soweit im Rahmen eines Basisberichtes möglich – dadurch berücksichtigt, dass zum einen geschlechtsspezifische Darstellungen konsequent weitergeführt bzw. wo möglich weiter verstärkt wurden. Des Weiteren wurden einige speziell die Frauengesundheit betreffende Themen in den Bericht integriert.

Datengrundlagen

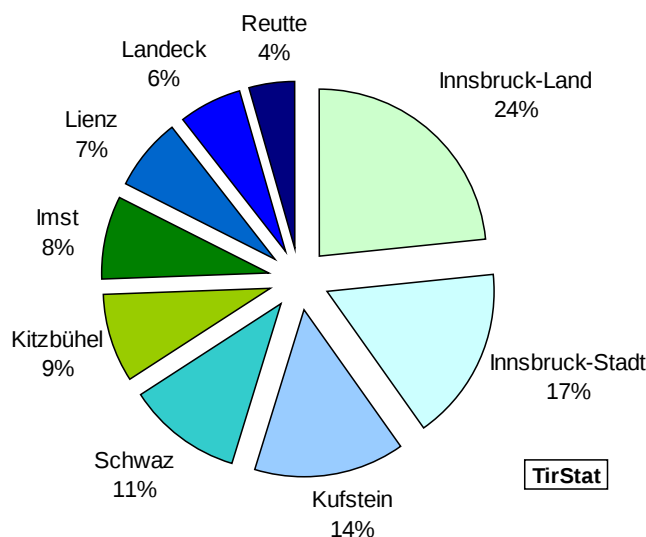
Für die Erstellung des Gesundheitsberichts standen Daten und Informationen aus dem an der GÖG/ÖBIG geführten Österreichischen Gesundheitssystem ÖGIS zur Verfügung. Dieses enthält weitgehend vollständig und laufend aktualisiert sämtliche Datenquellen der routinemäßigen Statistiken mit Relevanz für das Gesundheitswesen. Die wichtigsten Datenbereitsteller sind die Statistik Austria, das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSVT) sowie die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK). Darüber hinaus sind von den an der Berichterstellung beteiligten Institutionen des Landes Tirol für den vorliegenden Tiroler Gesundheitsbericht 2012 landesspezifische gesundheitsrelevante Datenquellen ausgewertet worden.

2 Soziodemografische Faktoren

Im Jahr 2011 (Stichtag: 31. 12.) lebten im Bundesland Tirol rund **714.000 Menschen**, das sind 8,5 Prozent der österreichischen Gesamtbevölkerung. Demnach ist Tirol – gemessen an der Einwohnerzahl – das fünftgrößte Bundesland. Die größten Tiroler Bezirke sind Innsbruck-Land (167.300 Einwohner/innen = EW), die Landeshauptstadt (121.300 EW) und Kufstein (101.300 EW).

Abbildung 2.1:

Verteilung der Bevölkerung in Tirol nach Bezirken (Angaben in Prozent)



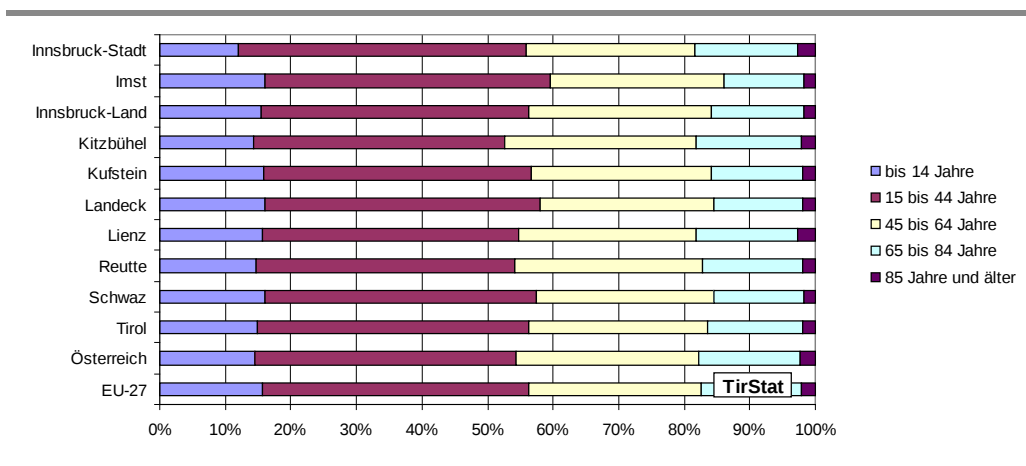
Quelle: Statistik Austria, Bevölkerungsregister; Berechnung und Darstellung: Landesstatistik Tirol

Von 2006 bis 2011 errechnet sich für Tirol ein Bevölkerungsanstieg von + 2,5 Prozent – dieser liegt um etwa einen halben Prozentpunkt über dem Österreich-Durchschnitt von +1,9 Prozent und jenem der EU-Länder (+2,0 %). Der Bezirk mit dem stärksten Bevölkerungswachstum ist Innsbruck-Stadt (+4,3 %) vor Imst (+4,1 %), Innsbruck-Land und Kufstein (jeweils +3,2 %). Drei Bezirke, nämlich Lienz (-1,8 %), Landeck (-0,5 %) und Reutte (-0,1 %), mussten hingegen mehr oder weniger ausgeprägte Bevölkerungsverluste hinnehmen. Der männliche Bevölkerungsteil hat dabei sowohl in Tirol (+2,7 %) als auch in Österreich (+2,2 %) und EU-weit (+2,2 %) jeweils stärker zugenommen als die Zahl der Mädchen und Frauen (T: +2,3 %, Ö: +1,7 %, EU: +1,9 %).

Die Altersstruktur der Tiroler Bevölkerung ist im Vergleich zum Bundesdurchschnitt **noch durch höhere Anteile jüngerer Menschen** geprägt (vgl. Abbildung 2.2). So liegt der Anteil der unter 15-Jährigen mit 15,0 Prozent über dem Österreich-Wert von 14,5 Prozent – dieser Abstand hat sich im Vergleich zum letzten Bericht 2007 jedoch abermals verringert. Gleichzeitig sind 16,5 Prozent der Tiroler 65 Jahre oder älter, während es bundesweit 17,8 Prozent sind (vgl. Tabelle 2.2 im Tabellenanhang). Tirol ist mit einem Durchschnittsalter der gesamten Bevölkerung von 40,8 Jahren (arithmetisches Mittel) hinter Vorarlberg (39,9 Jahre) derzeit das „zweitjüngste“ Bundesland (Österreich: 41,8 Jahre). Vor allem in den Bezirken Imst, Landeck und Schwaz erreicht die Bevölkerungsgruppe unter 15 Jahren überdurchschnittlich hohe Anteile von 16 Prozent bzw. knapp darüber. Der Anteil älterer Menschen (über 64 Jahre) liegt außer in Innsbruck-Stadt (18,4 %) noch in Kitzbühel (18,2 %) und in Osttirol (18,1 %) über dem Bundesschnitt.

Im Laufe dieses Jahrzehntes (bis 2020) wird die Tiroler Bevölkerung um +3,4 Prozent bzw. über 24.000 Personen auf einen Stand von 739.000 Einwohnern anwachsen, wobei wiederum das Plus bei den Männern (+4,0 %) kräftiger ausfallen wird als bei den Frauen (+2,8 %). Österreichweit ist ein Anstieg in derselben Größenordnung zu erwarten (+3,5 %), für die EU-Bevölkerung ist eine Zunahme um +2,6 Prozent prognostiziert. Nach Altersgruppen differenziert, werden in Tirol die jüngeren Gruppen geringfügig anwachsen (unter 15 Jahre: +0,8 %) bzw. schrumpfen (15 bis 44 Jahre: –5,5 %), während die Altersklassen über 44 Jahren kräftig zulegen werden. Am stärksten wird der Anstieg mit +24 Prozent für die Seniorinnen/Senioren über 84 Jahren ausfallen – Frauen: +12 Prozent, Männer: +55 Prozent (!) (vgl. Tabellen 2.4 und 2.5 im Tabellenanhang).

Abbildung 2.2:
Altersverteilung in Tirol 2011 (Angaben in Prozent)



Quellen: Statistik Austria; EUROSTAT-Datenbank; Berechnung und Darstellung: Landesstatistik Tirol

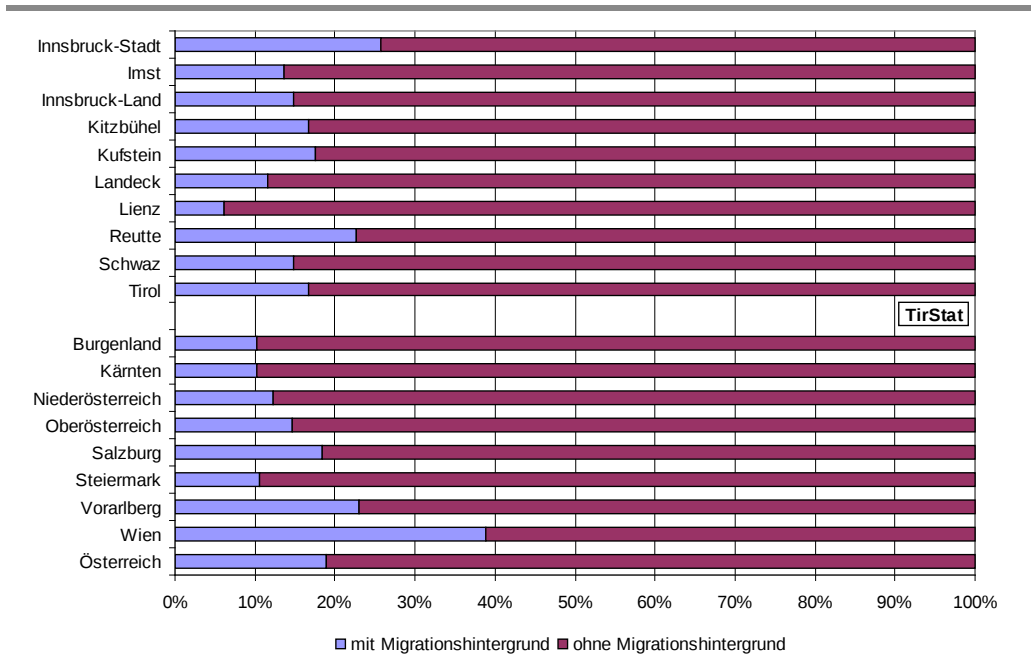
Neben der Altersstruktur ist auch die **Sozialstruktur** eine der ausschlaggebenden Determinanten des Gesundheitszustands einer Region. Aus diesem Grund folgt eine kurze Darstellung der Sozialstruktur und der regionalwirtschaftlichen Situation.

In Tirol gibt es, bezogen auf das Jahr 2010, einen geringfügig größeren Anteil an **schlechter ausgebildeten Erwerbspersonen** (20,1 % höchstens Pflichtschulabschluss) als österreichweit (19,3 %; vgl. Tab. 2.6 im Tabellenanhang). Im Vergleich mit dem Bericht 2007, wo noch die Ergebnisse aus der Volkszählung 2001 dargestellt sind, ist jedoch generell ein bemerkenswerter Anstieg des Ausbildungsniveaus in allen Regionen Österreichs festzustellen.

Migrationshintergrund

Rund 119.000 oder 17 Prozent der 714.000 Einwohner/innen Tirols sind Personen mit **Migrationshintergrund**, in den einzelnen Bezirken streuen diese Anteile im Jahr 2011 von 6 Prozent in Osttirol bis 23 Prozent im Außerfern und 26 Prozent in der Landeshauptstadt. Dabei stammt tirolweit ein knappes Drittel (31 %) dieses Bevölkerungsteiles aus Deutschland, rund 20 Prozent werden dem historischen Jugoslawien und seinen Nachfolgestaaten und etwa 17 Prozent der Türkei zugerechnet. Tirol liegt mit dem vorhin erwähnten Wert von 17 Prozent „Migrationsanteil“ an der Bevölkerung im Mittelfeld der Bundesländer; in Wien (39 %) und mit Abstrichen in Vorarlberg (23 %) haben relativ gesehen wesentlich mehr Immigrantinnen/Immigranten und deren Kinder ihren Wohnsitz begründet (vgl. Tabelle 2.7 im Tabellenanhang).

Abbildung 2.3:
Personen mit Migrationshintergrund (Angaben in Prozent)



Quellen: Statistik Austria, Bevölkerungsregister und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung;
Berechnung und Darstellung: Landesstatistik Tirol

Hinsichtlich der **regionalwirtschaftlichen Situation** (vgl. Tab. 2.8 im Tabellenanhang) wies Tirol im Jahr 2009 – aktuellere Daten sind noch nicht verfügbar – mit 34.600 Euro ein um 5 Prozent über dem Bundeswert situiertes Bruttoregionalprodukt (BRP) pro Kopf auf (Bundesschnitt: 32.900 Euro). Auch die Wirtschaftsleistung in den Regionen Außerfern (36.900 Euro) und Innsbruck (36.500 Euro) liegt deutlich über dem Österreich-Wert. Die Bruttowertschöpfung (BWS) stieg in Tirol in den Jahren 2010 um 3,0 Prozent und 2011 immerhin noch um 2,6 Prozent, allerdings konnte Tirols Wirtschaft somit im letzten Jahr nicht ganz mit der gesamtösterreichischen Wirtschaft (+3,1 %) Schritt halten (Definitionen BRP und BWS siehe Tabelle 2.8).

Für das Jahr 2011 ist in Tirol eine Arbeitslosenquote von 5,9 Prozent zu verzeichnen (Bundesschnitt: 6,7 %), 18.700 Menschen waren im Jahresdurchschnitt arbeitslos gemeldet. Osttirol (9,4 %) und das Oberland (8,0 %) sind die Tiroler Regionen mit den größten Problemen am Arbeitsmarkt.

Bezüglich der Einkommenssituation der Bevölkerung fällt Tirol als Folge der bekannten Gründe (z. B. weite Verbreitung von atypischen Beschäftigungsverhältnissen wie Teilzeit, nicht ganzjährige Beschäftigung in den wichtigen Wirtschaftsbereichen

Tourismus und Bauwesen) gegen die anderen Bundesländer ab: Bezogen auf den durchschnittlichen Jahresnettobezug aller Arbeitnehmer/innen verdienten erwerbstätige Männer 2011 in Tirol um 7,5 Prozent und Frauen um ca. 13 Prozent weniger als im Österreich-Durchschnitt.

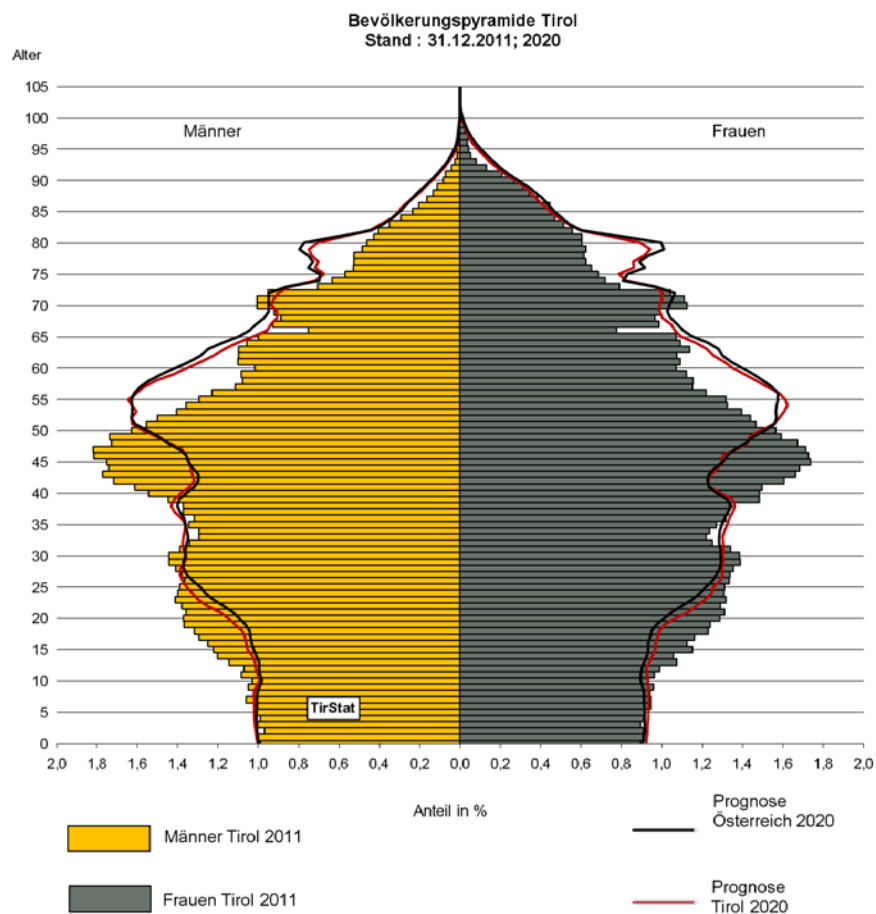
Frauen

Die 364.576 Frauen und Mädchen, die zum Jahresende 2011 in Tirol lebten, entsprechen 51,0 Prozent der Tiroler Bevölkerung. Wie Abbildung 2.4 zeigt, vollzieht sich in Tirol weiterhin eine Alterung der Gesellschaft; dies gilt sowohl für die Frauen als auch für die Männer. Im Zeitraum 2006 bis 2011 stieg im Bezirk Lienz die Zahl der Frauen über 84 Jahre um +40,5 Prozent, in Imst, Landeck und Schwaz um jeweils +36 bis +37 Prozent. Gleichzeitig sank die Zahl der unter 15-jährigen Mädchen durchwegs, besonders stark in den Bezirken Lienz (-14,9 %) und Reutte (-12,6 %).

Männer

Entsprechend dem Frauenanteil waren 49,0 Prozent der Tiroler Bevölkerung (349.873 Personen) Ende 2011 Männer und Knaben. Analog zur Entwicklung bei den Frauen ging der Anteil der jungen Bevölkerung seit 2006 auch bei den Männern zurück, die Zahl der Knaben unter 15 Jahren sank um -8,0 Prozent und jene der Männer im jüngeren Erwerbsalter (15 bis 44 Jahre) um -3,3 Prozent. Hingegen stieg die Zahl der Männer im mittleren und älteren Erwerbsalter (45 bis 64 Jahre) innerhalb dieser fünf Jahre um +15 Prozent, jene der Hochbetagten (85 Jahre und älter) sogar um +36,0 Prozent. Besonders ausgeprägt war der Anstieg in dieser Altersklasse in den Regionen Kitzbühel und Kufstein mit einem Plus von jeweils 54 Prozent. In der kommenden Entwicklung bis zum Jahr 2020 wird sich die Bevölkerungsstruktur Tirols derjenigen Gesamtösterreichs weiter annähern.

Abbildung 2.4:
Bevölkerungspyramide 2011/2020 (Angaben in Prozent)



Quelle: Statistik Austria, Bevölkerungsregister und Bevölkerungsprognose 2011;
Berechnung und Darstellung: Landesstatistik Tirol

3 Gesundheitszustand

3.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit

Die **Lebenserwartung bei der Geburt** wie auch die **Sterblichkeit**¹ gelten als zentrale Indikatoren zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation einer Bevölkerung. Wenngleich kein 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. Bei der Entwicklung von Sterblichkeit und Lebenserwartung ist zu beachten, dass seit dem **Jahr 2009 auch im Ausland Verstorbene mit Wohnsitz in Österreich** – mehrheitlich Männer – erfasst werden und daraus ein Bruch in den Zeitreihen resultiert.

Zusätzlich werden für eine differenzierte Betrachtung die Konzepte der **ferneren Lebenserwartung** und der „**Lebenserwartung in Gesundheit**“ herangezogen. Ersteres gibt die noch zu erwartenden Jahre nach Erreichen eines bestimmten Alters an (in der Regel sechzig Jahre), das andere Konzept die Anzahl an Jahren, die zum Zeitpunkt der Geburt in sehr guter bzw. in guter Gesundheit statistisch erwartbar sind – Informationen darüber sind allerdings lediglich aus den Ergebnissen der „Gesundheitsbefragung 2006/07“ der Statistik Austria und nicht in Form einer Zeitreihe verfügbar.

Auch hinsichtlich der Sterblichkeit kommen zusätzliche Betrachtungsweisen zum Einsatz, die genauere Aussagen ermöglichen. So wird entsprechend dem international gebräuchlichen Konzept des „Avoidable Death“ (der „vermeidbaren Sterblichkeit“) bzw. des „Premature Death“ („vorzeitigen Sterblichkeit“) die Berechnung der Sterblichkeit häufig auf die unter 75- oder unter 65-Jährigen eingeschränkt, um Zuordnungsprobleme zu reduzieren, die sich aus Unklarheiten bezüglich der Haupttodesursache bei hochbetagten, multimorbiden Personen ergeben. Zudem erlauben diese Betrachtungen Aussagen, die vor allem für Gesundheitsförderung und Prävention von großer Bedeutung sind.

Im Bundesland Tirol zeigte sich im Beobachtungszeitraum 2006 bis 2011 hinsichtlich der erwähnten Indikatoren ein sehr günstiges Bild. Die **Lebenserwartung** der Tiroler Bevölkerung **stieg weiter an** und lag über den gesamten Zeitraum hinweg über den

¹

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.

österreichweiten Werten. Analog dazu ist die **Sterblichkeit** der Tiroler Bevölkerung in den letzten fünf Jahren bei beiden Geschlechtern weiter **gesunken**. Auch in der („vorzeitigen“) Mortalität der unter 75-Jährigen zeigte sich bei beiden Geschlechtern generell ein rückläufiger Trend. Hinsichtlich der **Lebenserwartung in guter bzw. sehr guter Gesundheit** bei der Geburt ergibt sich für Tiroler Frauen mit 67,4 Jahren unter den Bundesländern ein Spitzenwert, Tiroler Männer hingegen liegen mit 61,2 Jahren in sehr guter bzw. guter Gesundheit nur im unteren Drittel der Bundesländer (vgl. Tabelle 3.3 im Tabellenanhang).

Ebenso wird das Konzept der verlorenen Lebensjahre (Potential Years of Life Lost, PYLL)² zur Analyse der vorzeitigen Sterblichkeit verwendet. Die in Tirol 2011 im Alter von unter 75 Jahren verstorbenen Frauen verloren die meisten Lebensjahre durch bösartige Neubildungen, nämlich 1.087 pro 100.000 Einwohnerinnen bei einem durchschnittlichen Sterbealter der unter 75 Jahren Verstorbenen von 62,2 Jahren. Mit großem Abstand folgen dann Verletzungen und Vergiftungen mit 370 (Durchschnittsalter aller unter 75 Jahren Verstorbener: 49,5 Jahre) bzw. Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit 319 Lebensjahren pro 100.000 Einwohnerinnen und einem durchschnittlichen Sterbealter von 65,5 Jahren.

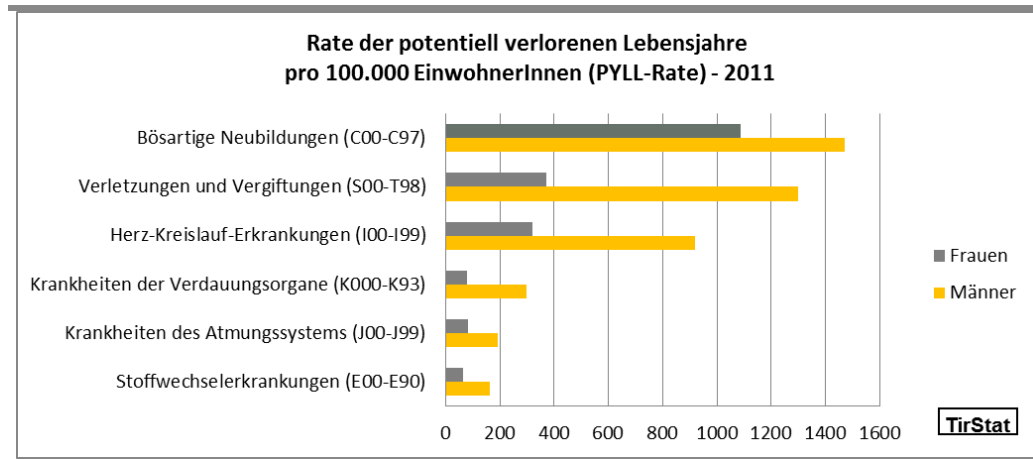
Diese Reihenfolge ist bei den Männern nahezu identisch, wenngleich die verlorenen Lebensjahre bei den Verletzungen und Vergiftungen mit 1.299 pro 100.000 Einwohner nahe an den Wert der bösartigen Neubildungen (1.471, durchschnittliches Sterbealter der Verstorbenen unter 75 Jahre: 63 Jahre) heranreichen. Hier zeigt sich also deutlich das erhöhte Unfallrisiko des männlichen Bevölkerungsteiles, ebenso wie in der Tatsache, dass das durchschnittliche Sterbealter bei dieser Todesursache mit 46,4 Jahren einen negativen Rekordwert bedeutet.

2

Zur Berechnung der potenziell verlorenen Lebensjahre (PYLL) wird in einem ersten Schritt das Alter der Verstorbenen (z. B. 30 Jahre) vom festgelegten Alter von 75 Jahren abgezogen. Diese Differenz (hier: 45 Jahre) wird für jede in einem Alter von unter 75 Jahren verstorbene Person berechnet. Sterbefälle von Personen über 75 Jahren werden nicht berücksichtigt. Die Summe aller Einzeldifferenzen, dividiert durch den Bevölkerungsumfang bis 75 Jahre und mit 100.000 multipliziert, ergibt die PYLL-Rate.

Abbildung 3.1:

Rate der verlorenen Lebensjahre pro 100.000 Einwohner/innen (PYLL-Rate)
nach Geschlecht und ausgewählten Todesursachen



Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik;
Berechnung und Darstellung: Landesstatistik Tirol

3.1.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit des weiblichen Bevölkerungsanteils

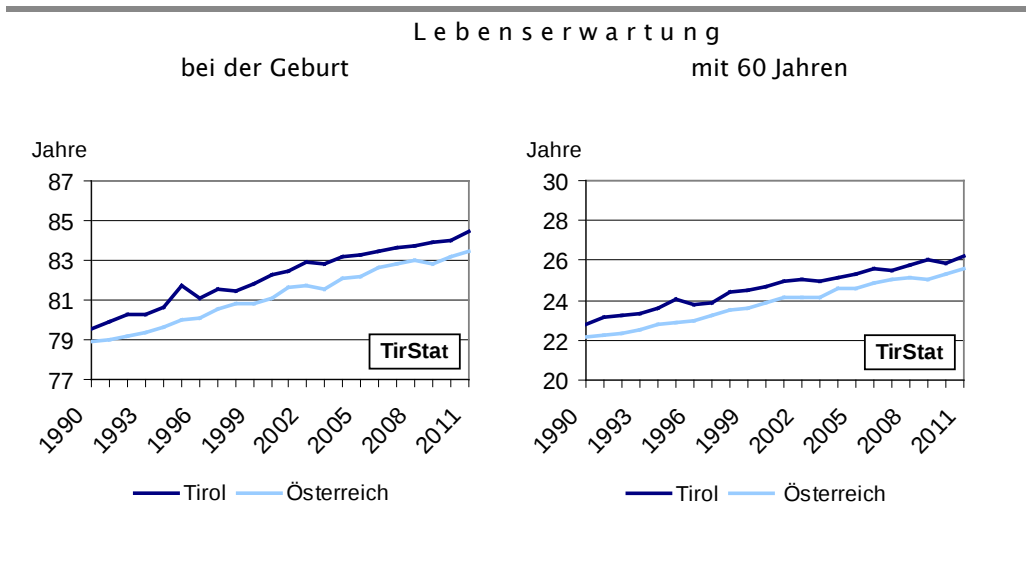
Lebenserwartung

Im Zeitraum 1990 bis 2011 ist die Lebenserwartung **bei der Geburt** für den weiblichen Bevölkerungsanteil im Bundesland Tirol **von 79,5 auf 84,4** Lebensjahre angestiegen – im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum seit dem Jahr 2006 um ein knappes weiteres Jahr.

Entsprechend dem Konzept der „**ferneren**“ **Lebenserwartung** konnte eine 60-jährige Tirolerin 1990 mit 22,8 weiteren Lebensjahren rechnen, im Jahr 2011 hingegen bereits mit mehr als 26 Jahren (vgl. Tab. 3.1 und 3.2 im Tabellenanhang).

Abbildung 3.2:

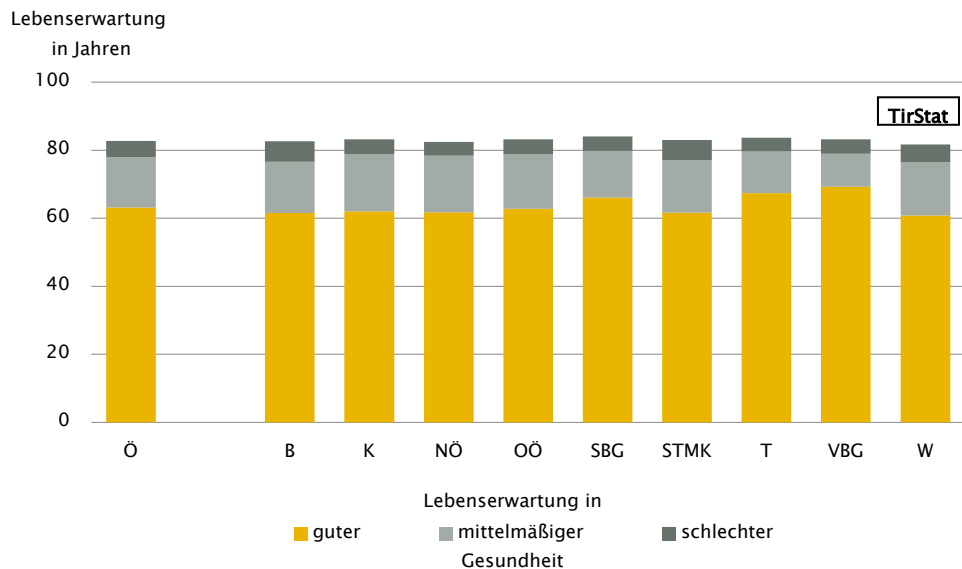
Lebenserwartung der weiblichen Bevölkerung bei der Geburt
und mit 60 Jahren im Zeitverlauf 1990 bis 2011



Quelle: Statistik Austria, Demographische Indikatoren;
Zeitreihenbruch durch Erfassung der Todesfälle im Ausland ab 2009;
Berechnung und Darstellung: Landesstatistik Tirol

Auf Basis der Sterbetafel 2006 sowie der Fragen über die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes im Rahmen der „Gesundheitsbefragung 2006/07“ konnte die „Gesundheitslebenserwartung“ errechnet werden. Demnach können rund um den Erhebungszeitraum geborene Tiroler Frauen mit 83,7 Lebensjahren rechnen, von denen sie vier Fünftel oder ca. 67,5 Jahre in sehr guter oder immerhin guter Gesundheit durchleben werden. Lediglich in Vorarlberg haben Frauen mit 69,3 Jahren in guter Gesundheit eine noch positivere Lebensperspektive, allerdings erreicht dort die gesamte Lebenserwartung mit 83,2 Lebensjahren knapp nicht die Werte von Salzburg (84,1) und Tirol (vgl. Tab. 3.3 im Tabellenanhang).

Abbildung 3.3:
Lebenserwartung der weiblichen Bevölkerung in Gesundheit 2006/07



Lebenserwartung in guter Gesundheit umfasst die Antwortkategorien „sehr gut“ und „gut“, Lebenserwartung in schlechter Gesundheit die Antwortkategorien „schlecht“ und „sehr schlecht“

Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/07;
Berechnungen auf Basis der Sterbetafel 2006 sowie der Fragen zur subjektiven
Einschätzung des Gesundheitszustands; Berechnung und Darstellung: Landesstatistik Tirol

Sterblichkeit

Im Beobachtungszeitraum 2006 bis 2011 verstarben **jährlich etwas über 2.700** weibliche Personen mit Wohnsitz in Tirol. Diese Größenordnung hat sich im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum zwar nicht gravierend verändert, bedeutet aber aufgrund des Bevölkerungszuwachses der letzten Jahre eine sinkende Mortalität. Auf Bezirksebene sind für den weiblichen Bevölkerungsanteil anhand der altersstandardisierten Raten (2007 bis 2011) vor allem die Bezirke Kitzbühel und Lienz mit der niedrigsten Sterblichkeit hervorzuheben. Eine für Tiroler Verhältnisse zwar noch immer ungünstigere, aber im Vergleich zur Vorperiode nicht mehr signifikant negativere Situation ist im Bezirk Schwaz sowie weiters im Außerfern und in Landeck festzustellen.

Von den 2.740 jährlich verstorbenen Frauen fielen rund **1.250 Herz-Kreislauf-Erkrankungen** und etwa **660 Frauen Krebserkrankungen** zum Opfer (darunter starben rund 110 an Brustkrebs, 90 an Lungenkrebs bzw. an bösartigen Neubildungen der

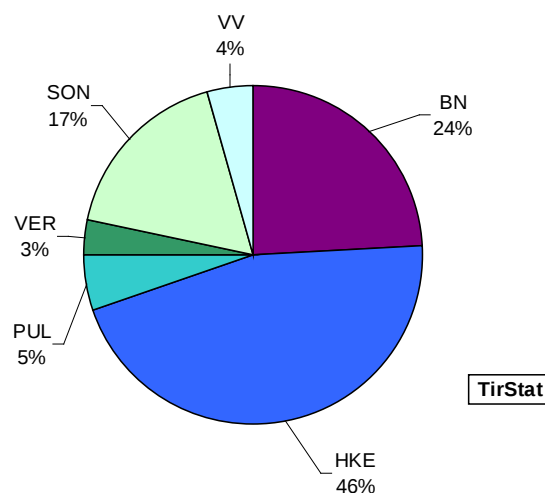
Atmungsorgane und jeweils mehr als 50 Frauen an bösartigen Neubildungen der Bauchspeicheldrüse und des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes).

Krankheiten der **Atmungsorgane** führten bei rund 150 und Krankheiten der **Verdauungsorgane** bei ca. 90 Tirolerinnen zum Tode. **470 Frauen** erlagen **sonstigen Krankheiten**. Schließlich sind noch **120 Frauen** infolge von **Verletzungen und Vergiftungen** verschieden.

Regionale Auffälligkeiten bezüglich der Haupttodesursachen sind für die Bezirke Kufstein und Reutte festzustellen, in denen signifikant mehr Frauen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstarben, sowie für den Bezirk Innsbruck-Stadt, in dem Krankheiten des Atmungssystems überdurchschnittlich oft zu den Haupttodesursachen zählten (vgl. Tab. 3.4 im Tabellenanhang).

Abbildung 3.4:

Prozentueller Anteil der Sterbefälle des weiblichen Bevölkerungsanteiles im Bundesland Tirol nach Haupttodesursachen im Zeitraum 2006–2011



BN = Bösartige Neubildungen (Krebserkrankungen ICD-10 C00-C97)
HKE = Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD-10 I00-I99)
PUL = Pulmologie (ICD-10 J00-J99)
VER = Krankheiten der Verdauungsorgane (ICD-10 K00-K93)
SON = Sonstige Todesursachen
VV = Verletzungen und Vergiftungen (ICD-10 V01-Y89); Suizid (ICD-10 X60-X84)

Quelle: Statistik Austria, Statistik der Todesursachen; Berechnung und Darstellung: Landesstatistik Tirol

Anders als bei der Gesamtmortalität waren die häufigsten Todesursachen der unter 75-jährigen Frauen im Zeitraum 2007 bis 2011 Krebserkrankungen, gefolgt von Herz-

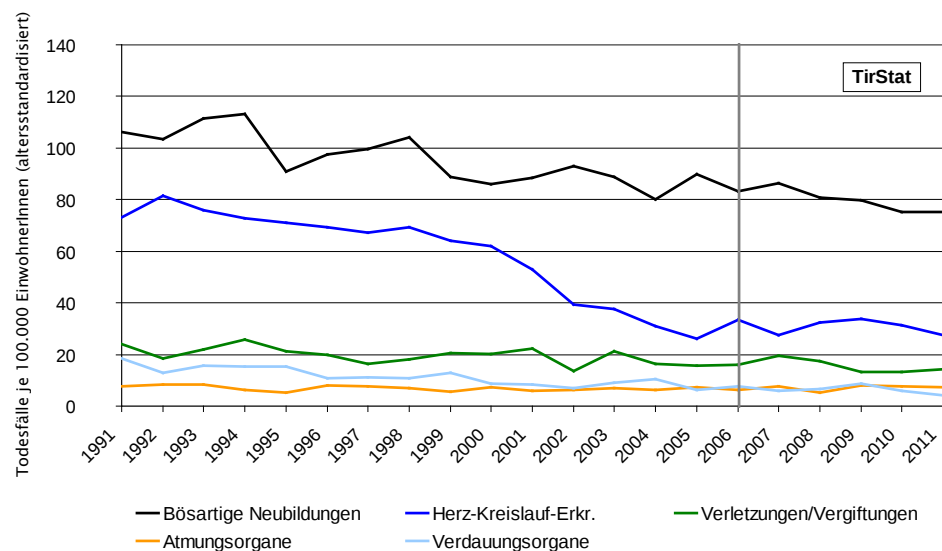
Kreislauf-Erkrankungen; im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum entwickeln sich beide Todesursachenraten jedoch deutlich rückläufig (vgl. Abbildung 3.5).

Bezüglich der Sterblichkeit der unter 75-jährigen Frauen ist wie schon im vorangegangenen Beobachtungszeitraum vor allem der Bezirk Innsbruck-Stadt auffällig, in dem eine vergleichsweise hohe Mortalität zu beobachten war, die vorrangig aus einer erhöhten Sterberate aufgrund von bösartigen Neubildungen resultiert (vgl. Tab. 3.5 im Tabellenanhang). Auch im Außerfern wird für Frauen unter 75 Jahren anhand der altersstandardisierten Rate eine überdurchschnittlich hohe Sterblichkeit ausgewiesen, bedingt durch landesweite Maximalwerte bei Tod durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie durch „Verletzungen und Vergiftungen“ (Suizid). Zu beachten ist dabei allerdings, dass Letztere in Absolutzahlen nur in geringer Anzahl auftreten (ca. 5 Sterbefälle pro Jahr unter der Todesursache „Verletzungen und Vergiftungen“ in dieser Altersgruppe, darunter ca. die Hälfte Suizid).

Bei den Todesursachen der unter 65-jährigen Frauen dominieren ebenfalls Krebserkrankungen. Im landesinternen Vergleich sind die Bezirke Innsbruck-Stadt mit einer signifikant erhöhten Sterblichkeit und mit Abstrichen der Bezirk Schwaz auffällig, wobei in diesem eine erhöhte Krebssterblichkeit registriert wird (vgl. Tab. 3.6 im Tabellenanhang).

Abbildung 3.5:

Sterblichkeit der unter 75-jährigen Frauen im Bundesland Tirol nach Haupttodesursachen im Zeitverlauf 1991–2011



Quellen: Statistik Austria, Statistik der Todesursachen; Berechnungen: GÖG;
Basis: bis 2001 Ergebnisse der Volkszählungen bzw. interpolierte Werte für die Zwischenjahre,
ab 2002 Bevölkerungsregister Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: Landesstatistik Tirol

3.1.2 Lebenserwartung und Sterblichkeit des männlichen Bevölkerungsanteils

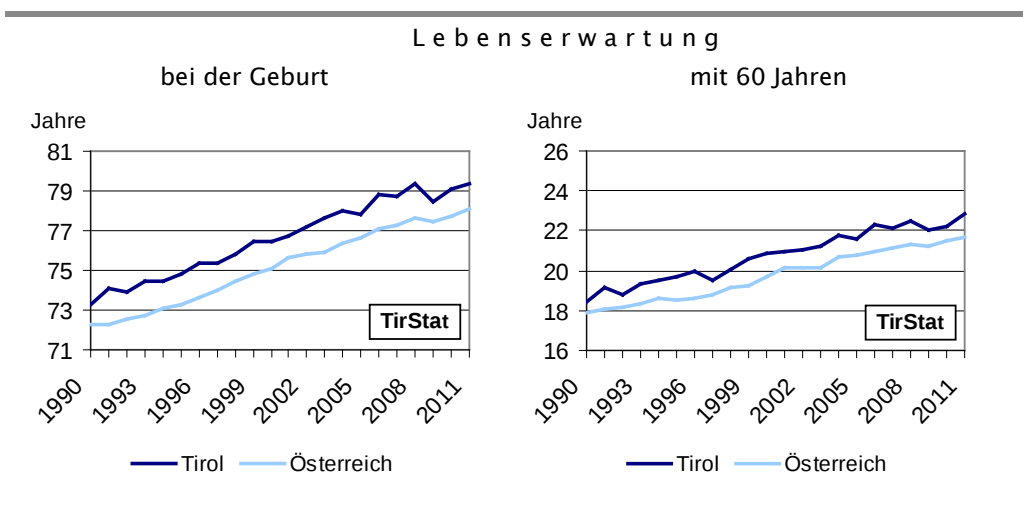
Lebenserwartung

Für den männlichen Bevölkerungsanteil ist die **Lebenserwartung bei der Geburt** in den Jahren 1990 bis 2011 von 73,2 auf 79,3 Jahre angestiegen und lag damit in diesem Zeitraum mehr als ein Jahr über dem Bundesdurchschnitt. Ähnlich dem bundesweiten Trend ist auch in Tirol eine Verringerung der Differenz zwischen den Geschlechtern bezüglich der Lebenserwartung zu verzeichnen. Während der Unterschied im Jahr 1990 noch 6,3 Lebensjahre betrug, ist bis zum Jahr 2011 ein Rückgang der Differenz auf 5,1 Lebensjahre zu beobachten.

Ebenso ist die **fernere Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren** von 18,4 im Jahr 1990 bis 2011 auf 22,8 Jahre angestiegen (vgl. Tab 3.1 und 3.2 im Tabellenanhang).

Abbildung 3.6:

Lebenserwartung der männlichen Bevölkerung bei der Geburt und mit 60 Jahren im Zeitverlauf 1990 bis 2011

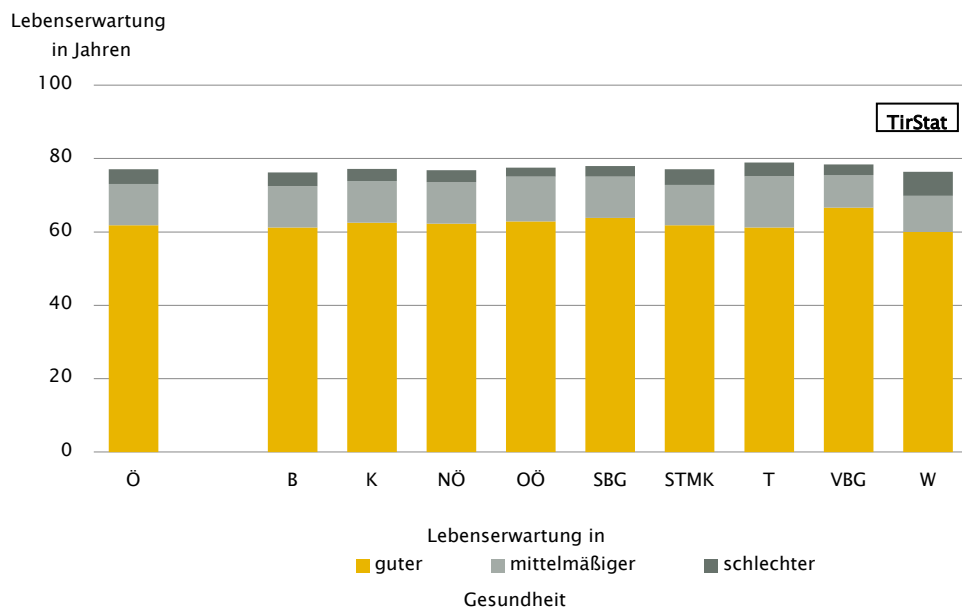


Quelle: Statistik Austria, Demographische Indikatoren;
Zeitreihenbruch durch Erfassung der Todesfälle im Ausland ab 2009;
Berechnung und Darstellung: Landesstatistik Tirol

Tirol ist (2006/2007) mit 78,9 Jahren das Bundesland mit der höchsten Gesamtlebenserwartung für Männer, wovon 61,2 in **guter bzw. sehr guter Gesundheit** durchlebt werden. Weniger Jahre in guter Gesundheit können Männer in Wien erwarten (60,0), in Vorarlberg kann der männliche Bevölkerungsteil – nach subjektiver Einschätzung des Gesundheitszustandes – mit 66,6 Jahren weit mehr als in allen anderen Bundesländern

gesund genießen (Österreich–Durchschnitt: 61,8 Jahre; vgl. Tab. 3.3 im Tabellenanhang).

Abbildung 3.7:
Lebenserwartung der männlichen Bevölkerung in Gesundheit 2006/07



Lebenserwartung in guter Gesundheit umfasst die Antwortkategorien „sehr gut“ und „gut“, Lebenserwartung in schlechter Gesundheit die Antwortkategorien „schlecht“ und „sehr schlecht“

Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/07; Berechnungen auf Basis der Sterbetafel 2006 sowie der Fragen zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands; Berechnung und Darstellung: Landesstatistik Tirol

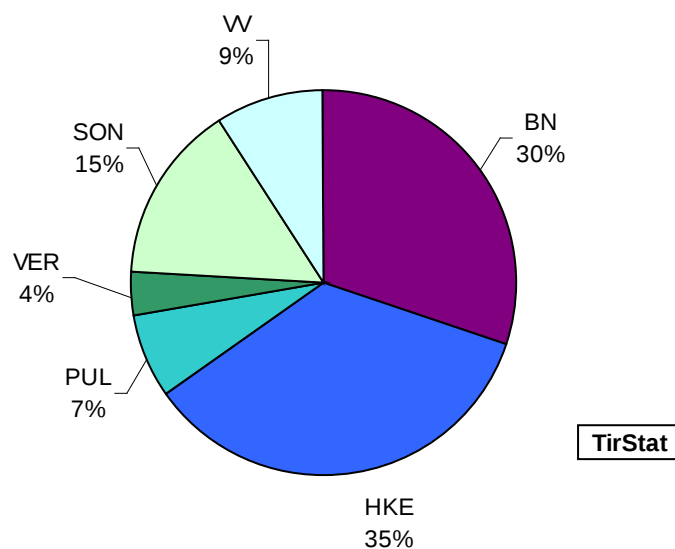
Sterblichkeit

Im Zeitraum 2006 bis 2011 verstarben pro Jahr durchschnittlich rund 2.510 Männer mit Wohnsitz Tirol, **870** davon infolge von **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**, etwa **760** aufgrund von **Krebserkrankungen** (darunter ca. 200 Personen an Lungenkrebs und etwa 70 an Prostatakrebs).

An Erkrankungen der **Atmungsorgane** verstarben im Jahresdurchschnitt rund **190 Tiroler**, an Erkrankungen der **Verdauungsorgane** etwa **90 Personen** (davon rd. 50 an Erkrankungen der Leber). Todesfälle durch **Verletzungen und Vergiftungen** waren bei etwa **230 Männern** und somit beinahe **doppelt so häufig** zu beobachten **wie bei Frauen**. An **sonstigen Krankheiten** verstarben jährlich etwa **370 Tiroler Männer**.

Abbildung 3.8:

Prozentueller Anteil der Sterbefälle des männlichen Bevölkerungsanteiles im Bundesland Tirol nach Haupttodesursachen im Zeitraum 2006 bis 2011



BN = Bösartige Neubildungen (Krebserkrankungen ICD-10 C00-C97)

HKE = Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD-10 I00-I99)

PUL = Pulmologie (ICD-10 J00-J99)

VER = Krankheiten der Verdauungsorgane (ICD-10 K00-K93)

SON = Sonstige Erkrankungen

VV = Verletzungen und Vergiftungen (ICD-10 V01-Y89); Suizid (ICD-10 X60-X84)

Quelle: Statistik Austria, Statistik der Todesursachen;
Berechnung und Darstellung: Landesstatistik Tirol

Eine auf das Landesniveau bezogen deutlich erhöhte Mortalität zeigt sich im Beobachtungszeitraum (2007 bis 2011) im Bezirk Innsbruck-Stadt und mit Abstand in Reutte, Imst und Landeck. In Innsbruck-Stadt und in Landeck sind diese erhöhten Raten vor allem darauf zurückzuführen, dass überdurchschnittlich viele Männer an Krebserkrankungen verstarben, für die Bezirke Imst und Reutte resultiert die erhöhte Mortalität insbesondere aus höheren Werten bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen (vgl. Tab. 3.4 im Tabellenanhang).

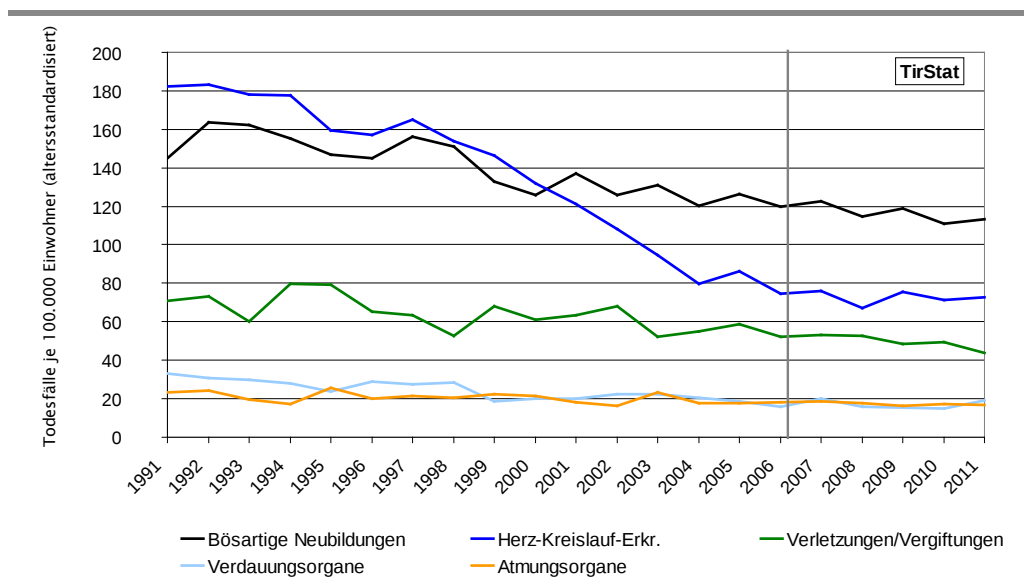
Hinsichtlich der Haupttodesursachen der unter 75-jährigen Männer ist besonders auffällig, dass bis etwa zur Jahrhundertwende **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**, dicht gefolgt von Krebserkrankungen, dominierten, seit 2001 allerdings erstere Erkrankung als Todesursache **stark rückläufig** ist, während der **Rückgang** der an **bösartigen Neubildungen** Verstorbenen **viel geringer** ausfiel. **Krebserkrankungen** sind mittlerweile

auch bei den unter 75-jährigen Männern die **weitaus häufigste Todesursache** (vgl. Abbildung 3.9 und Tab. 3.5 im Tabellenanhang).

Ähnlich wie bei der Sterblichkeit der unter 75-jährigen Frauen ist auch für die Sterblichkeit der unter 75-jährigen Männer eine erhöhte (altersstandardisierte) Rate im Bezirk Innsbruck-Stadt auszumachen, die bei Männern aus einer erhöhten Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen/Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen der Verdauungsorgane sowie sonstigen Todesursachen resultiert. Eine gesteigerte Mortalität durch Krebserkrankungen wird auch noch für den Bezirk Landeck registriert.

Abbildung 3.9:

Sterblichkeit der unter 75-jährigen Männer im Bundesland Tirol
nach Haupttodesursachen im Zeitverlauf 1991 bis 2011



Quellen: Statistik Austria, Statistik der Todesursachen; Berechnungen: GÖG;
Basis: bis 2001 Ergebnisse der Volkszählungen bzw. interpolierte Werte für die Zwischenjahre,
ab 2002 Bevölkerungsregister Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: Landesstatistik Tirol

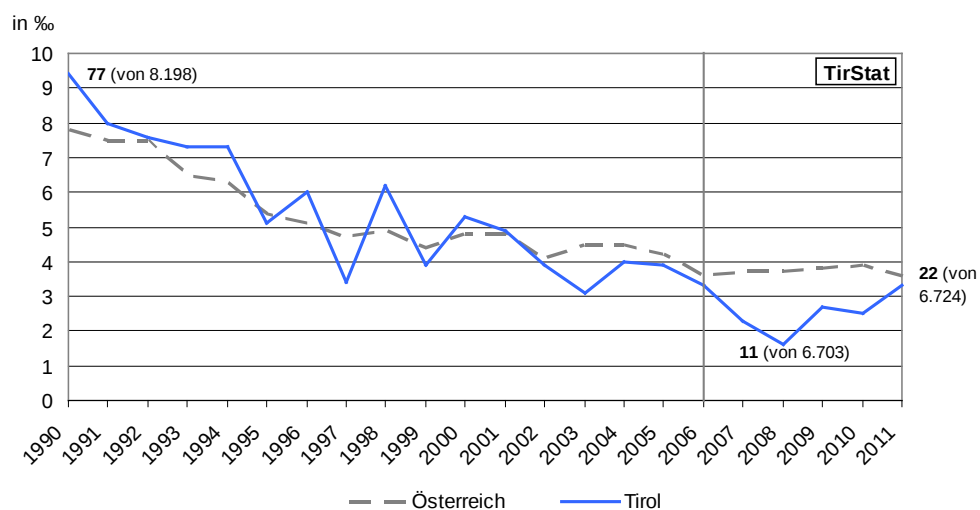
Ein ähnliches Muster liefert die Analyse der Sterblichkeit der unter 65-jährigen Männer: Auch hier dominieren Krebserkrankungen als Haupttodesursache, wobei erneut der Bezirk Innsbruck-Stadt eine vergleichsweise hohe Sterblichkeit aufweist. Wiederum sind wie bei den unter 75-jährigen vor allem überhöhte Werte bei Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie bei den Erkrankungen der Verdauungsorgane dafür verantwortlich (vgl. Tab. 3.6 im Tabellenanhang).

3.1.3 Säuglingssterblichkeit

Die **Säuglingssterblichkeit**, also die Anzahl der im ersten Lebensjahr Verstorbenen pro 1.000 Lebendgeborene, zeigte im Bundesland Tirol in der jüngeren Vergangenheit eine überaus **günstige Entwicklung**. Während sie bis vor zehn Jahren zeitweilig noch über dem jeweiligen Österreich-Durchschnitt lag, ist seither eine regelmäßige Unterschreitung des bundesweiten Wertes zu beobachten, wobei im Jahr 2008 mit 1,6 Promille der bisherige Tiefstwert erreicht wurde. Generell liegt die rezente Säuglingssterblichkeit in Tirol deutlich unter jenen Werten, die noch bis 1990 zu beobachten waren. So verstarben 1990 noch **77 der rund 8.200** lebend geborenen Säuglinge im ersten Lebensjahr (9 pro 1.000), im Jahr 2011 waren es **22 der 6.700** Lebendgeborenen (3 pro 1.000; vgl. Abb. 3.10 sowie Tab. 3.7 im Tabellenanhang). Zu beachten ist dabei, dass sich wegen der zwischenzeitlich geringen Absolutzahlen in Tirol von Jahr zu Jahr beträchtliche Schwankungen auf sehr tiefem Niveau ergeben.

Abbildung 3.10:

Anteil der im 1. Lebensjahr Verstorbenen je 1.000 Lebendgeborene im Vergleich Österreich/Tirol, 1990–2011



Quelle: Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung;
Berechnung und Darstellung: Landesstatistik Tirol

Auch eingeschränkt auf die **neonatale** Säuglingssterblichkeit lässt sich im Vergleich zum vorherigen Berichtszeitraum dieselbe positive Entwicklung feststellen. Diese liegt mit derzeit zwei im ersten Lebensmonat verstorbenen Babys pro 1.000 Lebendgeborenen seit zehn Jahren konstant tiefer als die Quote Gesamt-Österreichs (vgl. Tab. 3.8 im Tabellenanhang).

Ebenso bewegt sich die **perinatale** Säuglingssterblichkeit in Tirol mit drei bis fünf tot geborenen oder in der ersten Lebenswoche verstorbenen Säuglingen pro 1.000 lebend geborenen Babys im Beobachtungszeitraum 2006 bis 2011 auf sehr niedrigem Level. Auch diese Werte liegen unter dem österreichweiten Schnitt von knapp sechs tot geborenen oder in der ersten Lebenswoche verstorbenen Säuglingen auf 1.000 Lebendgeborene.

Das Thema Säuglingssterblichkeit wird auch im Kapitel „Schwangerschaft und Geburt“ behandelt. Die Basis dafür bildet das „Geburtenregister Tirol“ des Instituts für klinische Epidemiologie der Tilak mit den Geburten an den Tiroler Krankenhäusern, während im Rahmen der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung der Statistik Austria die Geborenen nach dem Wohnort der Mutter erfasst werden.

3.2 Morbidität

3.2.1 Somatische Basisdaten

Aussagen zu somatischen Basisdaten (Übergewicht, Adipositas, erhöhter Blutdruck und erhöhtes Cholesterin) können für die Tiroler Bevölkerung getroffen werden auf Basis der „**Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007**“ (Klimont et al. 2007) und des „**Österreichischen Health Behaviour in School-aged Children-Survey 2010**“ (Rame-low et al. 2011). Bereits im Tiroler Gesundheitsbericht 2007 enthaltene Auswertungen wurden dabei um vertiefende Analysen ergänzt.

Aussagen zu Übergewicht und Adipositas basieren auf den Größen- und Gewichtsangaben der Befragten, die zur Ermittlung des Body-Mass-Index (BMI) herangezogen wurden. Die Klassifizierung der BMI-Werte erfolgte entsprechend den WHO-Empfehlungen (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>)³; bei Kindern und Jugendlichen auf Basis von Cole et al. 2000.

3.2.1.1 Übergewicht und Adipositas

Laut Österreichischer Gesundheitsbefragung waren 2006/2007 rund **33 Prozent** der Tiroler/innen **übergewichtig** (bundesweit: 35 %), **9 Prozent adipös** (bundesweit: 12 %).

3

Zugriff am 1. 10. 2012

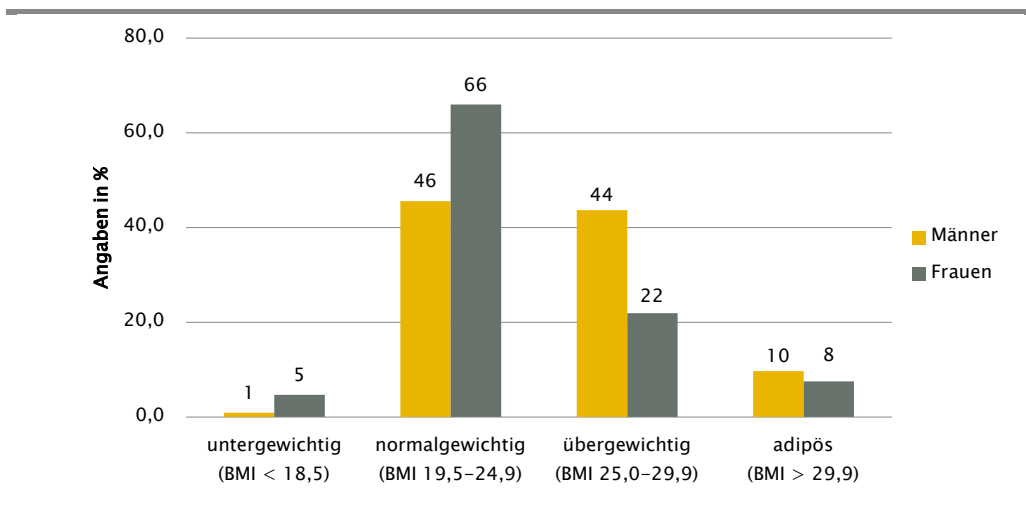
Als normalgewichtig erweisen sich hingegen 56 Prozent (bundesweit: 50 %); als untergewichtig rund 3 Prozent (bundesweit: 3 %; vgl. Tab. 3.9 im Tabellenanhang). Der HBSC-Studie zufolge waren 2010 rund **10 Prozent der 11-, 13- und 15-jährigen Tiroler Schüler/innen übergewichtig** (8,5 %; bundesweit: 12,4 %) **oder adipös** (1,6 %; bundesweit: 2,7 %).

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt weist die **Tiroler** Bevölkerung damit insgesamt einen **günstigeren Gewichtsstatus** auf.

Geschlechtsspezifische Betrachtung

Die **weibliche Bevölkerung** war 2006/2007 insgesamt häufiger unter- und normalgewichtig, die **männliche Bevölkerung** häufiger übergewichtig und adipös (vgl. Abbildung 3.11).

Abbildung 3.11:
Gewichtsstatus der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen
nach Geschlecht (gerundete Werte)



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Altersspezifische Betrachtung

Der höchste Anteil unter- und normalgewichtiger Personen (3,6 bzw. 65 %) findet sich in der Altersgruppe der 15- bis 44-Jährigen; der **Anteil übergewichtiger und adipöser** Personen steigt mit dem Alter von rund **31 Prozent – bei den 15- bis 44-Jährigen – auf**

rund **52 Prozent bei den 45– bis 64-Jährigen** sowie **über 65-Jährigen** an (vgl. Amt der Tiroler Landesregierung 2008).

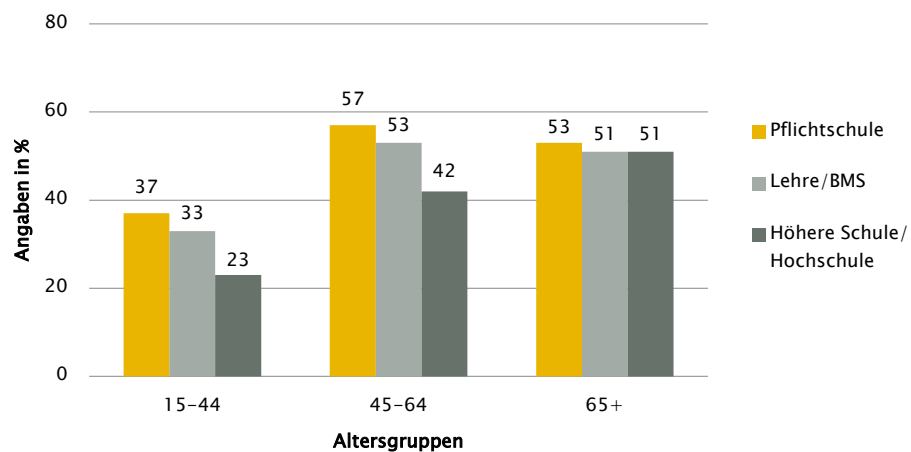
Migrationshintergrund

Personen mit Migrationshintergrund waren – verglichen mit Tirolerinnen und Tirolern ohne Migrationshintergrund – **häufiger von Übergewicht und Adipositas** betroffen. Dies gilt jedoch ausschließlich für die unter 45-jährige Bevölkerung (45 % Übergewichtige bei Personen mit gegenüber 29 % bei Personen ohne Migrationshintergrund).

Schulbildung

Übergewicht und Adipositas erweisen sich zudem mit der Schulbildung assoziiert: **Je höher der Bildungsabschluss** der Tiroler/innen, **desto geringer** auch ihr **Body-Mass-Index** und damit der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen – ein Zusammenhang, der sowohl für Männer und Frauen, jedoch ausschließlich für die unter 65-jährige Bevölkerung gilt (vgl. Abbildung 3.12).

Abbildung 3.12:
Anteil übergewichtiger adipöser Tiroler und Tirolerinnen (über 14 Jahre)
nach Schulbildung und Altersgruppen (gerundete Werte)



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

3.2.1.2 Bluthochdruck

68 Prozent der Tiroler/innen (rund 397.000 Personen) wurde – lt. ATHIS 2006/2007 – in den letzten zwölf Monaten von Angehörigen eines Gesundheitsberufs der **Blutdruck** gemessen (bundesweit: 69 %). Bei rund **24 Prozent** (rund 96.000 Personen; bundesweit: 29 %) erwies sich dieser als **erhöht** (= 16,5 % der Tiroler Bevölkerung über 14 Jahre⁴; bundesweit 20 %; vgl. Tab. 3.10 im Tabellenanhang). **38 Prozent** dieser Personen nahmen 2006/2007 **Medikamente** gegen dieses Gesundheitsproblem ein **und** versuchten zudem mithilfe von **Lebensstilmodifikationen** ihren Blutdruck zu senken (bundesweit: 42 %). **7,6 Prozent** (bundesweit: 9 %) nahmen ausschließlich **Medikamente** ein; **42 Prozent** (bundesweit: 34 %) setzten auf eine reine **Lebensstilveränderung**. 12 Prozent unternahmen nichts dergleichen (bundesweit: 15 %).

Geschlechtsspezifische Betrachtung

Häufiger als bei Männern wurde der Blutdruck bei Frauen gemessen (72 vs. 65 %), wobei ein **erhöhter Blutdruck bei beiden Geschlechtern** in etwa gleich häufig festgestellt wurde (bei rund 24 %). Um ihren Blutdruck zu senken, setzten Frauen häufiger auf eine Kombination von Medikamenten und Lebensstilmodifikationen (40 vs. 36 %), während Männer häufiger nichts gegen einen erhöhten Blutdruck unternahmen (16 zu 9 %).

Altersspezifische Betrachtung

Mit Abstand am häufigsten wurde der Blutdruck in der Altersgruppe der **über 64-Jährigen** kontrolliert (bei 87 % vs. 58 % bei den 15- bis 44-Jährigen). Sie waren **am häufigsten von einem erhöhten Wert betroffen** (47 %, hingegen nur 8 % der 15- bis 44-Jährigen). Zudem zeigt sich, dass die jüngere Bevölkerung (Personen zw. 15 und 44 Jahren) am häufigsten nichts gegen einen erhöhten Blutdruck unternommen hat (34 %; 7 % bei den über 64-Jährigen), während bei den über 64-Jährigen rund 90 Prozent Lebensstilmodifikationen vorgenommen haben; 40 Prozent in Kombination mit einer medikamentösen Therapie (49 bzw. 19 % bei den 15- bis 44-Jährigen).

4

Personen, die ebenfalls einen diagnostizierten Bluthochdruck haben, allerdings in den letzten zwölf Monaten diesbezüglich nicht von Vertreterinnen/Vertretern eines Gesundheitsberufs untersucht wurden, sind nicht in diesem Kollektiv enthalten. In der Befragung wird zudem kein direkter Bezug auf definierte Grenzwerte für einen erhöhten Blutdruck genommen. Im Allgemeinen wird ein Blutdruck als erhöht betrachtet, wenn er systolisch über 139 mm Hg und/oder diastolisch über 89 mm Hg liegt.

Migrationshintergrund

Etwas häufiger als bei Personen mit Migrationshintergrund wurde der Blutdruck bei Tirolern/Tirolerinnen ohne Migrationshintergrund untersucht (von Professionisten, innerhalb der letzten 12 Monate; 69 vs. 66 %). Ein **erhöhter Blutdruck** wurde hingegen **häufiger bei Migranten und Migrantinnen** festgestellt, wenngleich der Unterschied gering ausfiel (26 vs. 24 %). Zur Senkung des Blutdrucks setzten Migranten/Migrantinnen häufiger auf eine Kombination von Medikamenten und Lebensstilmodifikationen (44 zu 37 %), während Personen ohne Migrationshintergrund häufiger nichts gegen ihre Blutdruckerhöhung unternahmen (14 vs. 4 %).

Schulbildung

Personen mit Pflichtschulabschluss wurde am häufigsten der Blutdruck gemessen (71 %). Ihnen wurde zu **33 Prozent** ein **erhöhter Blutdruck** mitgeteilt. Die geringste Untersuchungsquote (65 %) wiesen hingegen Tiroler/innen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss auf. Von ihnen waren vergleichsweise nur 15 % von einem erhöhten Blutdruck betroffen. Hinzu kommt, dass Personen mit einem hohen Bildungsabschluss häufiger mit einer Kombination von Medikamenten und Lebensstilmodifikationen ihren Blutdruck zu senken versuchen (zu 45 %), während sie zugleich häufiger nichts gegen ihren erhöhten Blutdruck unternehmen (zu 19 %). Personen mit einem Pflichtschul-, Lehr- oder BMS-Abschluss versuchten hingegen ihren Blutdruck am häufigsten mit Lebensstilmodifikationen zu normalisieren (76–87 %; in 33 bis 41 % der Fälle in Kombination mit einer medikamentösen Therapie).⁵

3.2.1.3 Cholesterin

Bei rund 51 Prozent der Tiroler/innen (rund 298.000 Personen) wurde – lt. ATHIS 2006/2007 – in den letzten zwölf Monaten eine Cholesterinmessung durchgeführt (bundesweit: 51 %). Einem Viertel davon (**24 %**; rund 71.000 Personen; bundesweit: 27 %) wurde dabei **ein erhöhter Cholesterinwert bescheinigt** (= 12,3 % der Tiroler Bevölkerung über 14 Jahre⁶; bundesweit 14 %; vgl. Tab. 3.10 im Tabellenanhang).

5

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass Personen mit einem Pflichtschulabschluss – verglichen mit allen anderen Schulabschlüssen – überproportional weiblich, mit Migrationshintergrund und über 60 Jahre alt sind.

6

Personen, die ebenfalls einen erhöhten Cholesterinwert haben, allerdings in den letzten zwölf Monaten diesbezüglich nicht von Vertretern/Vertreterinnen eines Gesundheitsberufs untersucht wurden, sind nicht in

2006/2007 nahmen 26 Prozent dieser Personen Medikamente gegen dieses Problem ein und versuchten – in Kombination mit Lebensstilmodifikation – ihren Cholesterinspiegel zu senken (bundesweit: 24 %). 34 Prozent (bundesweit: 33 %) wurden ausschließlich medikamentös behandelt, 9 Prozent (bundesweit: 10 %) setzten ausschließlich auf eine Veränderung ihres Lebensstils. 31 Prozent haben nichts dergleichen unternommen (bundesweit: 33 %).

Geschlechtsspezifische Betrachtung

Cholesterinmessungen wurden bei Frauen häufiger als bei Männern durchgeführt (54 vs. 48 %). Der Anteil an Personen mit einem **erhöhten Cholesterinwert** fiel hingegen **bei den Männern höher** (27 %) als bei den Frauen aus (22 %). Um ihren erhöhten Cholesterinspiegel zu senken, setzten Frauen häufiger auf Lebensstilmodifikationen (43 %; 30 % in Kombination mit Medikamenten), während Männer häufiger nichts gegen ihr erhöhtes Cholesterin unternahmen (39 vs. 23 %).

Altersspezifische Betrachtung

Besonders häufig fand bei den **über 64-jährigen Tirolern/Tirolerinnen** eine Messung des Cholesterinwerts statt (bei 68 % vs. 39 % bei den 15- bis 44-Jährigen). Bei **35 Prozent** der Fälle wurde ein **erhöhter Cholesterinspiegel** festgestellt (11 % bei den 15- bis 44-Jährigen). In der Gruppe der 15- bis 44-Jährige wurde erhöhtes Cholesterin mehrheitlich medikamentös (bei 59 %; 12 % in Kombination mit Lebensstilmodifikationen) oder aber gar nicht behandelt (rund 39 %), wobei sich ein ganz ähnliches Bild auch bei den 45- bis 64-Jährigen findet. Bei den über 64-Jährigen ergriffen hingegen rund 65 Prozent Lebensstilmodifikationen (46 % jedoch in Kombination mit cholesterinsenkenden Medikamenten). 22 Prozent unternahmen nichts gegen ihren erhöhten Cholesterinspiegel.

Migrationshintergrund

Bei Migranten/Migrantinnen und Tirolern/Tirolerinnen ohne Migrationshintergrund fand bei rund 51 Prozent der Fälle eine Cholesterinmessung innerhalb der letzten zwölf Monate statt. **Migranten und Migrantinnen** waren dabei **häufiger** von einem **erhöhten Cholesterinwert betroffen** (35 zu 22 %). Sie setzten insgesamt häufiger auf

diesem Kollektiv enthalten. In der Befragung wird zudem kein direkter Bezug auf definierte Grenzwerte für erhöhtes Cholesterin genommen. Im Allgemeinen werden Cholesterinwerte als erhöht betrachtet, wenn sie einem Wert von 200 mg/dl (5,2 mmol/l) oder mehr entsprechen.

eine rein medikamentöse Therapie (41 zu 31 %), während Personen ohne Migrationshintergrund häufiger reine Lebensstilmodifikationen vornahmen (11,3 zu 1,2 %).

Schulbildung

Cholesterinmessungen fanden am seltensten bei Personen mit einem hohen Bildungsabschluss statt (48 %). Sie erwiesen sich zudem seltener von einem erhöhten Cholesterinwert betroffen (19 %). Ein **erhöhter Cholesterinspiegel** wurde hingegen **am häufigsten bei Personen** mit einem **Pflichtschulabschluss** dokumentiert (31 %), wobei Personen mit einem Pflichtschulabschluss – zur Senkung ihres Cholesterinswerts – zu 60 Prozent Medikamente einnahmen (in 34 % der Fälle begleitet von einer Lebensstilmodifikation). Bei Personen mit einem hohen Bildungsabschluss liegt dieser Anteil bei rund 66 Prozent, wobei nur 8 Prozent der Tiroler/innen sowohl auf eine Einnahme von Medikamenten als auch auf Lebensstilmodifikationen gesetzt haben. Keine Interventionen zur Senkung des Cholesterins nahmen 37 Prozent der Tiroler/innen mit Lehr- oder BMS-Abschluss vor. In den anderen Bildungsgruppen betrug dieser Anteil rund 31 (Pflichtschulabschluss) bzw. 25 Prozent (Matura oder Hochschulabschluss).⁷

3.2.2 Krankenhausmorbidity („stationäre Morbidity“)

Im Jahr 2011 wurden laut Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten rund 129.400 Menschen mit Wohnsitz in Tirol zumindest einmal stationär in einer österreichischen Krankenanstalt aufgenommen, das entspricht rund 18 Prozent der Tiroler Wohnbevölkerung. Sowohl die Anzahl der stationär aufgenommenen Tiroler und Tirolerinnen als auch der Anteil an der Tiroler Gesamtbevölkerung liegt unter den im Tiroler Gesundheitsbericht 2007 für das Berichtsjahr 2006 ausgewiesenen Werten (133.700 Personen – rund 20 %). Pro 100.000 Einwohner wurden im Jahr 2011 18.225 Personen hospitalisiert, rund 200 weniger als im Bundesdurchschnitt; Tirol wies den siebthöchsten Wert aller Bundesländer auf. Berücksichtigt man die unterschiedlichen Altersstrukturen der Bundesländer und betrachtet altersstandardisierte Raten, lag Tirol mit der vierthöchsten Rate der Bundesländer (rund 16.770 Hospitalisationen pro 100.000 Einwohner) um 1,8 Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Gegenüber dem Berichtsjahr im letzten Tiroler Gesundheitsbericht (2006; rund 4 %) ist der Unterschied der altersstandardisierten Krankenhaushäufigkeit Tirols zur gesamtösterreichischen kleiner geworden.

7

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass Personen mit einem Pflichtschulabschluss – verglichen mit allen anderen Schulabschlüssen – überproportional weiblich, mit Migrationshintergrund und über 60 Jahre alt sind.

Die Anzahl der Spitalsaufenthalte von in Tirol wohnhaften Personen, die zwischen 2000 und 2006 von knapp **183.000** auf über **231.000** angestiegen war, betrug im Berichtsjahr 2011 228.157. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Aufnahme betrug 2011 5,26 Tage (2006: 5,1 Tage; Österreich 2011: 6,4 Tage). Bei Außerachtlassung der „Null-Tages-Fälle“ entsprach die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von Tirolern und Tirolerinnen im Jahr 2011 mit 6,5 dem Wert des Jahres 2006 (österreichweit 2011: 7,8 Tage): Ohne „Langzeitpatienten“ – also ohne Personen mit einer Aufenthaltsdauer von mehr als 28 Tagen – betrug die durchschnittliche Belagsdauer von in Tirol wohnhaften Personen im Jahr 2011 wie bereits im Jahr 2006 **4,5 Tage** (inklusive der Null-Tages-Fälle; österreichweit 2011: 5,1 Tage).

Krankenhaushäufigkeit der weiblichen Tiroler Bevölkerung

Im Jahr 2011 wurden laut Dokumentation der österreichischen Krankenanstalten rund **69.100 Frauen** mit Wohnsitz in Tirol (2006: rund 72.000) zumindest einmal stationär behandelt. Die meisten Patientinnen⁸ wurden mit der Hauptdiagnose Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (orthopädische Erkrankungen) aufgenommen, gefolgt von Verletzungen und Vergiftungen, Krankheiten des Kreislaufsystems sowie Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und Krankheiten des Verdauungssystems. Den längsten durchschnittlichen Aufenthalt (rund 21 Tage) verzeichneten Patientinnen mit einer psychischen oder Verhaltensstörung als Hauptdiagnose (vgl. Tabelle 3.1).

8

Zur Berechnung der Patientinnenzahlen siehe Begriffsbestimmungen und Methoden; „Krankenhauspatienten“.

Tabelle 3.1:

Anzahl (auf 100 gerundet) und durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen von Tiroler Patientinnen nach ICD-10-Kapiteln (Hauptdiagnosen) im Jahr 2011

ICD-10-Diagnose	absolute Anzahl Patientinnen	durchschnittliche Aufenthaltsdauer
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	9.600	10,1
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	9.500	7,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	8.100	9,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	8.000	5,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	7.400	5,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	6.400	4,7
Neubildungen (C00-D48)	6.300	9,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	5.200	7,3
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)	4.600	1,5
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	3.900	6,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	3.800	20,7
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)	2.900	3,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	2.900	6,7
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	2.700	5,9
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	1.300	6,3
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)	1.300	4,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)	700	1,4
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)	700	4,1
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50-D89)	700	5,5
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96)	400	12,0

Datenquellen: BMG, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Hinsichtlich der **altersstandardisierten Raten** lassen sich im Vergleich zum Jahr 2006 vor allem folgende Unterschiede bezüglich stationärer Behandlungen weiblicher Patienten feststellen:

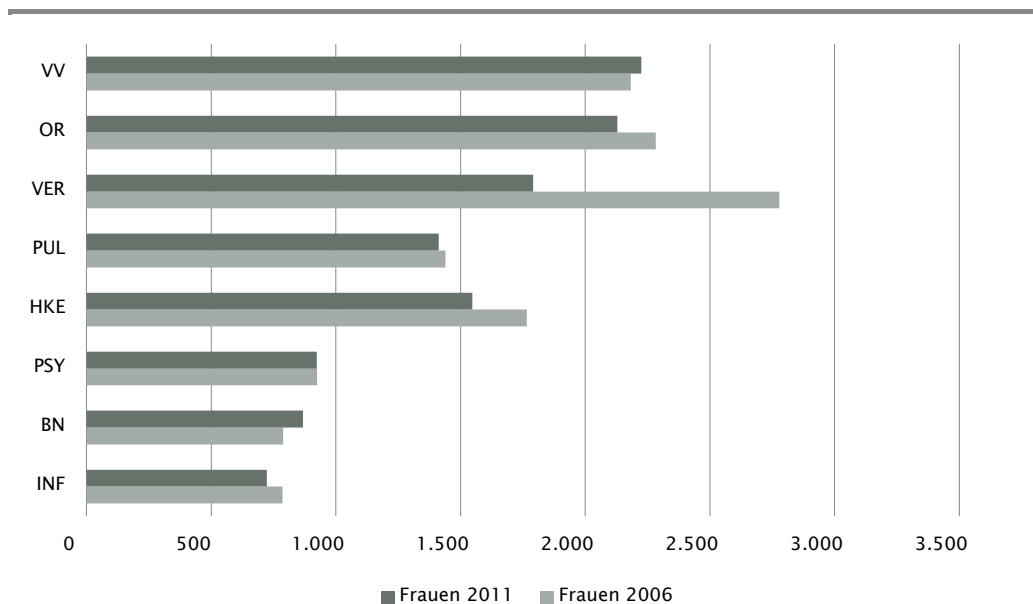
- » Die Rate an Patientinnen mit einer Hauptdiagnose aus dem ICD-10-Kapitel „bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten“ war im Jahr 2011 um 8 Prozent

niedriger als im Jahr 2006; häufigste Diagnosen waren „infektiöse Darmkrankheiten“ (48 %) und „sonstige bakterielle Krankheiten“ (22 %).

- » Die Rate der stationär behandelten Tiroler Krebspatientinnen war im Jahr 2011 um 10 Prozent höher als im Jahr 2006; häufigste Diagnosen waren „bösartige Neubildung der Brustdrüse“ (29 %), „bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane“ (13 %) und „Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut“ (13 %).
- » Die Rate der Patientinnen mit einer Hauptdiagnose aus dem ICD-10-Kapitel „psychische und Verhaltensstörungen“ entsprach jener des Jahres 2006; häufigste Diagnosen waren „affektive Störungen“ (36 %), „neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (24 %) und „psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (14 %).
- » Die Rate der Patientinnen mit einer Hauptdiagnose aus dem ICD-10-Kapitel „Krankheiten des Kreislaufsystems“ war 2011 um 11 % niedriger als im Jahr 2006; häufigste Diagnosen waren „sonstige Formen der Herzkrankheit“ (24 % – v. a. „Herzinsuffizienz“, „Vorhofflattern und Vorhofflimmern“ und „nicht-rheumatische Aortenklappenkrankheiten“), Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten (21 %), Hypertonie (14 %) und ischämische Herzkrankheiten (13 %).
- » Die Rate der Patientinnen mit einer Hauptdiagnose aus dem ICD-10-Kapitel „Krankheiten des Atmungssystems“ war 2011 um 2 % niedriger als im Jahr 2006; häufigste Diagnosen waren „sonstige Krankheiten der oberen Atemwege“ (26 % – v. a. „chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln“ und „sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen“), „Grippe und Pneumonie“ (24 %), „chronische Krankheiten der unteren Atemwege“ (21 %) und „akute Infektionen der oberen Atemwege“ (12 %).
- » Der für das Jahr 2006 festgestellten starken Erhöhung der Anzahl an Krankenhauspatientinnen mit einer Hauptdiagnose aus dem ICD-10-Kapitel „Krankheiten der Verdauungsorgane“ im Vergleich mit dem Jahr 2000 stand eine nahezu gleich große Verringerung zwischen 2006 und 2011 gegenüber (um rund 36 %); häufigste Diagnosen waren „sonstige Krankheiten des Darms“ (28 %, v. a. „Divertikulose des Darms“, „paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie“ und „sonstige funktionelle Darmstörungen“), „Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums“ (15 %) und „Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas“ (15 %).
- » Die Rate der Patientinnen mit einer Hauptdiagnose aus dem ICD-10-Kapitel „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ („orthopädische Erkrankungen“) war 2011 um 7 % niedriger als im Jahr 2006; häufigste Diagnosen waren „Arthrose“ (25 %), „sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ (23 %, v. a. „Rückenschmerzen“, und „Bandscheibenschäden“) und „sonstige Gelenkkrankheiten“ (17 %, v. a. „erworbene Deformitäten der Finger und Zehen“ und „Binnenschädigung des Kniegelenkes“).

- » Die Rate der Patientinnen mit einer Hauptdiagnose aus dem ICD-10-Kapitel „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ war 2011 um 2 % höher als im Jahr 2006; häufigste Diagnosen waren „Verletzungen des Knies und des Unterschenkels“ (16 %) „Verletzungen des Kopfes“ (14 %), und „Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äußerer Ursachen“ (12 %).

Abbildung 3.13:
Krankenhausmorbidity der Frauen mit Wohnsitz in Tirol nach Hauptdiagnosegruppen in den Jahren 2006 und 2011 (altersstandardisierte Raten)



VV = Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (ICD-10 S00-T98)
 OR = Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD-10 M00-M99)
 VER = Krankheiten des Verdauungssystems (ICD-10 K00-K93)
 PUL = Krankheiten des Atmungssystems (ICD-10 J00-J99)
 HKE = Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10 I00-I99)
 PSY = Psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10 F00-F99)
 BN = Bösartige Neubildungen - Krebserkrankungen (ICD-10 C00-C97)
 INF = Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (ICD-10 A00-B99)

Datenquellen: Statistik Austria, Statistik des Bevölkerungsstandes; BMG, Diagnosen- und Leistungs-
 dokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Bei mehr als der Hälfte der im Jahr 2011 aus einer österreichischen Krankenanstalt entlassenen Patientinnen mit Wohnsitz in Tirol und einer dokumentierten Hauptdiagnose „Krankheit des Urogenitalsystems“ (ICD-10 N00-N99) war eine Krankheit der Mamma (4 %), der weiblichen Beckenorgane (entzündlich, 5 %) oder des weiblichen Genitaltrakts (nichtentzündlich, 47 %) Hauptgrund für den Krankenhausaufenthalt. Bei den meisten dieser Patientinnen war „zu starke, zu häufige oder unregelmäßige

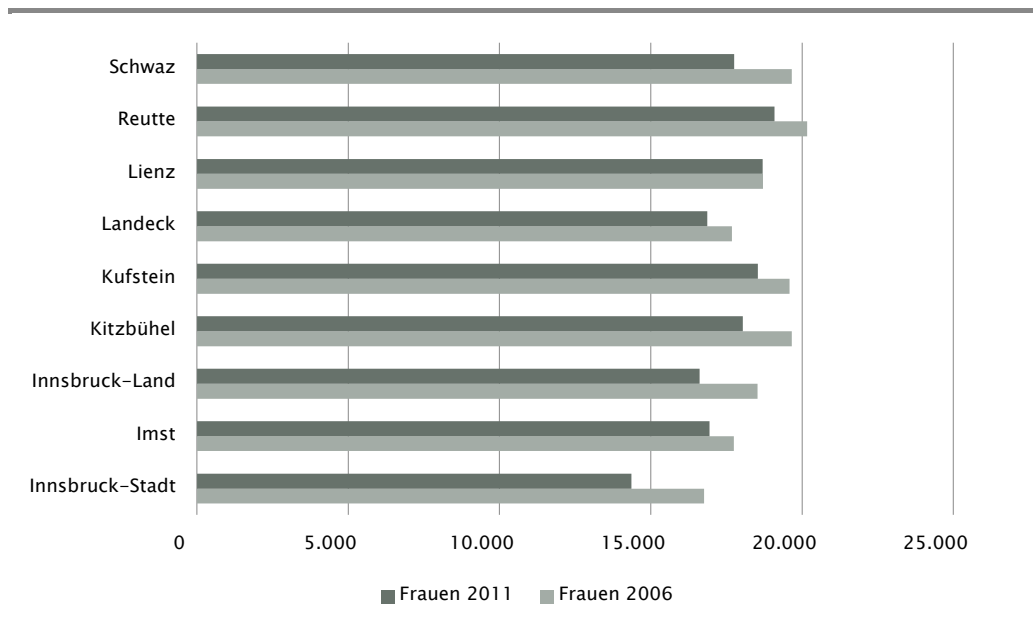
Menstruation“ (607, altersstandardisiert 153/100.000 EW), „Polyp des weiblichen Genitaltraktes“ (430, altersstandardisiert 105/100.000 EW), „nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Ligamentum latum uteri“ (418, altersstandardisiert 112/100.000 EW) oder „Genitalprolaps bei der Frau“ (330, altersstandardisiert 72/100.000 EW) als Hauptdiagnose dokumentiert. (Diese drei Diagnosen wurden bei rund 56 % aller Patientinnen mit einer „nichtentzündlichen Krankheit des weiblichen Genitaltrakts“ dokumentiert.)

Im Jahr 2011 wurden rund 8.000 Frauen mit Wohnsitz in Tirol mit einer Hauptdiagnose aus dem ICD-10-Kapitel „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ in einer österreichischen Krankenanstalt dokumentiert (altersstandardisiert 2.310/100.000 EW; österreichweit: 2.385/100.000 EW) – rund 80 Prozent davon wegen einer Entbindung (österreichweit: 67 %) und jeweils rund 10 Prozent wegen einer Schwangerschaft mit abortivem Ausgang (österreichweit: 12 %) oder wegen „sonstiger Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind“ (österreichweit: 8 %).

Die altersstandardisierten Raten der Krankenhaus-Patientinnen mit Wohnsitz in den **Bezirken Tirols** schwankten im Jahr 2011 zwischen rund 14.400 in Innsbruck-Stadt und rund 19.100 in Reutte. Während in Lienz die Rate im Jahr 2011 der von 2006 entsprach, lagen in allen übrigen Tiroler Bezirken die Raten des Jahres 2011 unter denen des Jahres 2006 – die Rückgänge betrugen zwischen 4 Prozent in Imst und 14 Prozent in Innsbruck-Stadt.

Abbildung 3.14:

Krankenhausmorbidity der Frauen mit Wohnsitz in Tirol nach Wohnsitzbezirk in den Jahren 2006 und 2011 (altersstandardisierte Raten)



Datenquellen: Statistik Austria, Statistik des Bevölkerungsstandes; BMG, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Krankenhausthäufigkeit der männlichen Tiroler Bevölkerung

Im Jahr 2011 wurden laut Dokumentation der österreichischen Krankenanstalten rund **60.300 männliche Einwohner** von Tirol (2006: rund 61.500) zumindest einmal stationär behandelt. Die meisten Patienten⁹ wurden wegen Verletzungen und Vergiftungen aufgenommen, gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems und Krankheiten des Verdauungssystems. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (orthopädische Erkrankungen) sind die vierthäufigsten Gründe für Krankenhausbehandlungen von Männern mit Wohnsitz in Tirol.

Den längsten durchschnittlichen Aufenthalt (rund 20 Tage) verzeichneten Patienten mit einer psychischen oder Verhaltensstörung als Hauptdiagnose (vgl. Tabelle 3.2), die Krankenhausaufenthalte pro Patient betrugen durchschnittlich 7,4 Tage.

9

Zur Berechnung der Patientenzahlen siehe Begriffsbestimmungen und Methoden; „Krankenhauspatienten“.

Tabelle 3.2:

Anzahl (auf 100 gerundet) und durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen
von Tiroler Patienten nach ICD-10-Kapiteln (Hauptdiagnosen) im Jahr 2011

ICD-10-Diagnose	absolute Anzahl Patientinnen	durchschnittliche Aufenthaltsdauer
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98)	11.840	6,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	8.200	11,2
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	8.100	5,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	7.500	8,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	6.800	7,4
Neubildungen (C00–D48)	5.500	10,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	4.500	4,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	3.800	6,2
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00–H59)	3.600	1,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	3.400	19,8
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00–R99)	2.700	2,9
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	2.400	6,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	2.000	7,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	1.500	5,3
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60–H95)	1.100	4,6
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00–Q99)	800	5,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00–Z99)	800	1,2
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50–D89)	500	4,1
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00–P96)	500	10,3

Datenquellen: BMG, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Hinsichtlich der **altersstandardisierten Raten** lassen sich im **Vergleich zum Jahr 2006** folgende Unterschiede bezüglich stationärer Behandlungen **männlicher Patienten** feststellen:

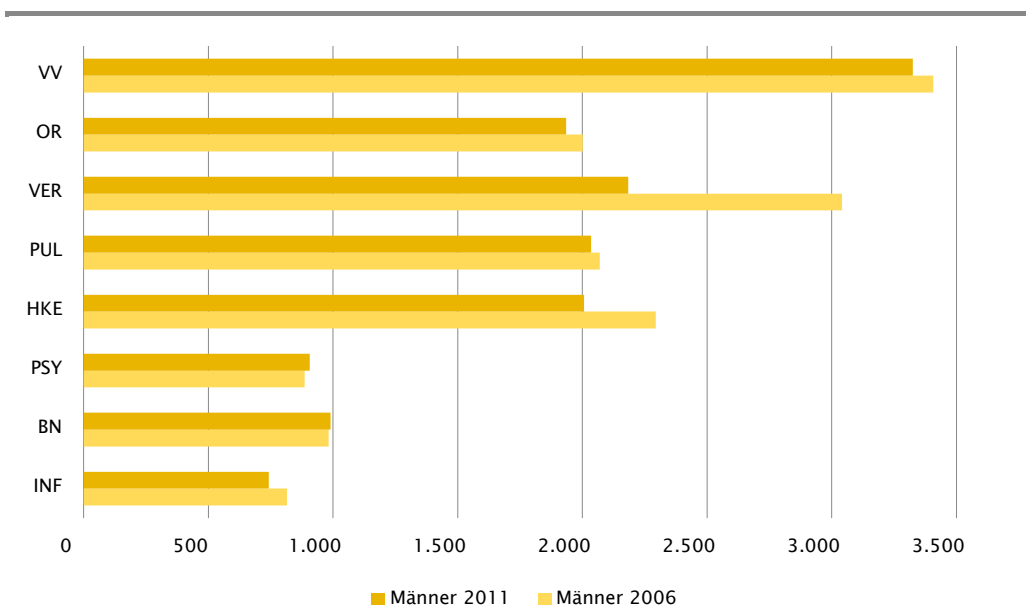
- » Die Rate an Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem ICD-10-Kapitel „bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten“ war im Jahr 2011 um 16 Prozent niedriger als im Jahr 2006; häufigste Diagnosen waren infektiöse Darmkrankheiten (44 %) und „sonstige bakterielle Krankheiten“ (26 %).
- » Die Rate der stationär behandelten Tiroler Krebs-Patienten (ICD-10 C00-C97) war im Jahr 2011 um 7 Prozent höher als im Jahr 2006; häufigste Diagnosen waren „bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane“ (19 %), „bösartige Neubildung der männlichen Genitalorgane“ (15 %) und „Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut“ (14 %).
- » Die Rate der Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem ICD-10-Kapitel „psychische und Verhaltensstörungen“ überstieg jene des Jahres 2006 um 10 Prozent; häufigste Diagnosen waren „psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (35 %), „affektive Störungen“ (22 %) und „neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (18 %).
- » Die Rate der Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem ICD-10-Kapitel „Krankheiten des Kreislaufsystems“ war 2011 um 13 Prozent niedriger als im Jahr 2006; häufigste Diagnosen waren „ischämische Herzkrankheiten“ (27 %), „sonstige Formen der Herzkrankheit“ (24 % – v. a. „Herzinsuffizienz“ und „Vorhofflattern und Vorhofflimmern“), „zerebrovaskuläre Krankheiten“ (13 %) und „Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten“ (12 %).
- » Die Rate der Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem ICD-10-Kapitel „Krankheiten des Atmungssystems“ war 2011 um 2 Prozent niedriger als im Jahr 2006; häufigste Diagnosen waren „sonstige Krankheiten der oberen Atemwege“ (26 % – v. a. „chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln“ und „sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen“), „Grippe und Pneumonie“ (23 %), „chronische Krankheiten der unteren Atemwege“ (20 %) und „akute Infektionen der oberen Atemwege“ (13 %).
- » Der für das Jahr 2006 festgestellten starken Erhöhung der Krankenhaus-Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem ICD-10-Kapitel „Krankheiten der Verdauungsorgane“ im Vergleich mit dem Jahr 2000 stand eine nahezu gleich große Verringerung von 2006 auf 2011 gegenüber (um rund 28 %); häufigste Diagnosen waren „sonstige Krankheiten des Darms“ (24 %, v. a. „Divertikulose des Darmes“, „Polypen des Kolons“ und „paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie“), „Hernien“ (24 %), „Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums“ (13 %) und „Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas“ (11 %).
- » Die Rate der Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem ICD-10-Kapitel „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ („orthopädische Er-

krankungen“) war 2011 um 6 Prozent niedriger als im Jahr 2006; häufigste Diagnosen waren „sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ (25 %, v. a. „Rückenschmerzen“ und „Bandscheibenschäden“), „Arthrose“ (23 %), „sonstige Gelenkrankheiten“ (15 %, v. a. „Binnenschädigung des Kniegelenkes“) und „sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes (14 %; v. a. „Enthesopathien der unteren Extremität mit Ausnahme des Fußes“).

- » Die Rate der Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem ICD-10-Kapitel „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ war 2011 um 5 Prozent niedriger als im Jahr 2006; häufigste Diagnosen waren „Verletzungen des Knies und des Unterschenkels“ (19 %), „Verletzungen des Kopfes“ (18 %) und „Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äußerer Ursachen“ (13 %).

Abbildung 3.15:

Krankenhausmorbidity der Männer mit Wohnsitz in Tirol nach Hauptdiagnosegruppen in den Jahren 2006 und 2011 (altersstandardisierte Raten)



VV = Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (ICD-10 S00-T98)
 OR = Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD-10 M00-M99)
 VER = Krankheiten des Verdauungssystems (ICD-10 K00-K93)
 PUL = Krankheiten des Atmungssystems (ICD-10 J00-J99)
 HKE = Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10 I00-I99)
 PSY = Psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10 F00-F99)
 BN = Bösartige Neubildungen - Krebserkrankungen (ICD-10 C00-C97)
 INF = Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (ICD-10 A00-B99)

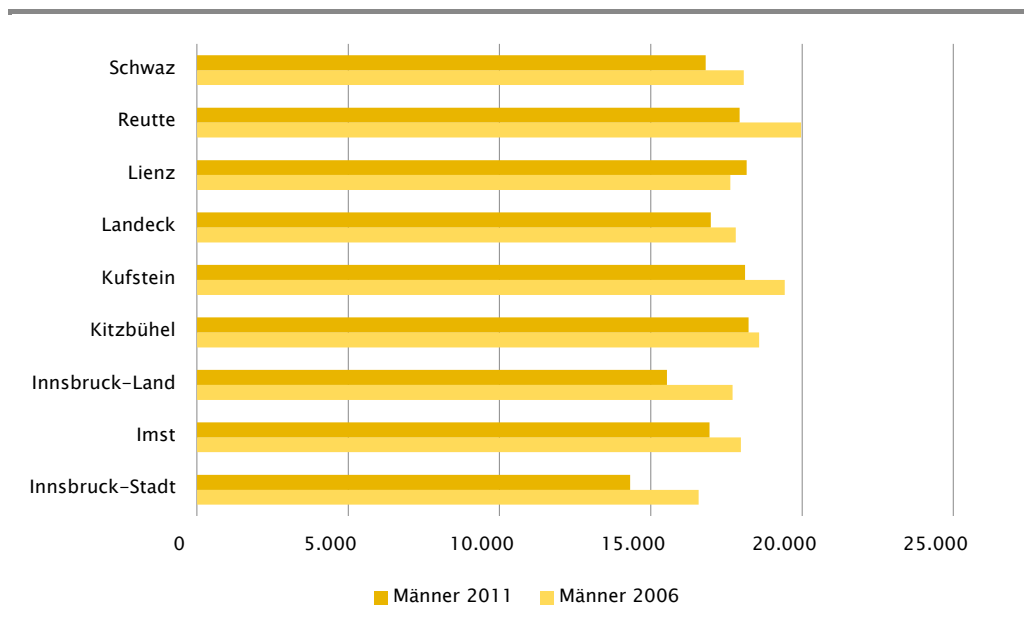
Datenquellen: BMG, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten;
 Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Bei rund der Hälfte der im Jahr 2011 in einer österreichischen Krankenanstalt entlassenen Patienten mit Wohnsitz in Tirol mit einer dokumentierten Hauptdiagnose „Krankheit des Urogenitalsystems“ (ICD-10 N00–N99) war eine Krankheit des männlichen Genitalsystems Hauptgrund für den Krankenhausaufenthalt. Bei den meisten dieser Patienten war „Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose, Präputiale Adhäsion, Vorhautverengung“ (874, altersstandardisierte Rate 324 pro 100.000 EW), „Prostatahyperplasie“ (651, altersstandardisiert 155/100.000 EW) oder „akute Prostatitis“ (109, altersstandardisiert 28/100.000 EW) als Hauptdiagnose dokumentiert. (Diese drei Diagnosen wurden bei rund drei Vierteln aller Patienten mit einer „Krankheit des männlichen Genitalsystems“ dokumentiert.)

Die altersstandardisierten Raten der Krankenhaus-Patienten mit Wohnsitz in den **Bezirken Tirols** schwankte im Jahr 2011 zwischen rund 14.300 in Innsbruck-Stadt und rund 18.200 in Kitzbühel und Lienz. Mit Ausnahme des Bezirks Lienz wiesen alle Tiroler Bezirke im Jahr 2011 niedrigere Krankenhausmorbidityraten auf als im Jahr 2006. Die Rückgänge liegen zwischen 5 Prozent (in Landeck) und 14 Prozent (in Innsbruck-Stadt) (vgl. Abbildung 3.16).

Abbildung 3.16:

Krankenhausmorbidity der Männer mit Wohnsitz in Tirol nach Wohnsitzbezirk in den Jahren 2006 und 2011 (altersstandardisierte Raten)



Datenquellen: BMG, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

3.2.3 Chronische Erkrankungen

Während für die Beschreibung der Krankenhausmorbidity auf die Diagnose- und Leistungsdokumentation der Krankenanstalten (DLD) zurückgegriffen werden konnte, existieren für den ambulanten Bereich keine vergleichbaren Datenbestände. Epidemiologische Aussagen zur Häufigkeit chronischer Erkrankungen sind daher nicht auf Basis medizinisch dokumentierter Routinedaten möglich. Im Folgenden wird deshalb auf die Ergebnisse der 2006/2007 durchgeführten „Österreichischen Gesundheitsbefragung“ zurückgegriffen (Klimont et al. 2007), die repräsentative Aussagen zu ausgewählten Erkrankungen erlauben. Bereits im Tiroler Gesundheitsbericht 2007 enthaltene Auswertungen wurden dabei um vertiefende Analysen ergänzt.

43 Prozent der Tiroler/innen waren 2006/2007 von Erkrankungen des **Bewegungsapparates**¹⁰ (bundesweit: 44 %), je **20 Prozent** von Erkrankungen des **Herz-Kreislauf-Systems**¹¹ (bundesweit: 23 %) sowie von **Allergien** betroffen (bundesweit: 22 %). 12 Prozent gaben an, bereits an einer chronischen Lungenerkrankung¹² gelitten zu haben (bundesweit: 10 %); rund 7 Prozent waren bereits von Ängsten und Depressionen (bundesweit: 9 %), 5 Prozent von Diabetes betroffen (bundesweit: 6 %; Tab. 3.12 im Tabellenanhang).

Geschlechtsspezifische Betrachtung

Unterschiede zwischen den Geschlechtern finden sich sowohl was das Auftreten von **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** und **Allergien** als auch die Häufigkeit von **Angstzuständen und Depressionen** anbelangt. **Frauen** waren insgesamt **häufiger** von diesen Erkrankungen betroffen (vgl. Abbildung 3.17).

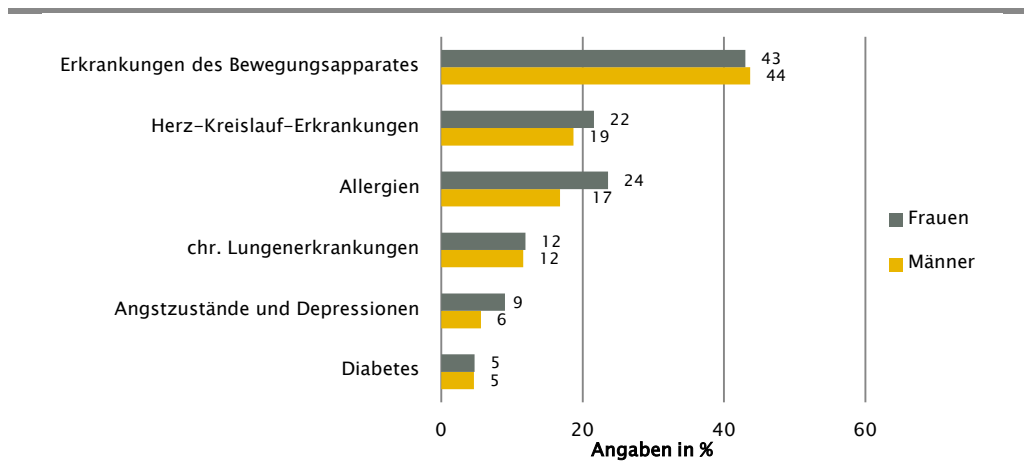
¹⁰
Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus, Wirbelsäulenbeschwerden

¹¹
Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall oder Gehirnblutung

¹²
Asthma, Bronchitis oder Emphysem

Abbildung 3.17:

Ausgewählte chronische Erkrankungen bei Tirolern und Tirolerinnen über 14 Jahre nach Geschlecht (gerundete Werte)



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;

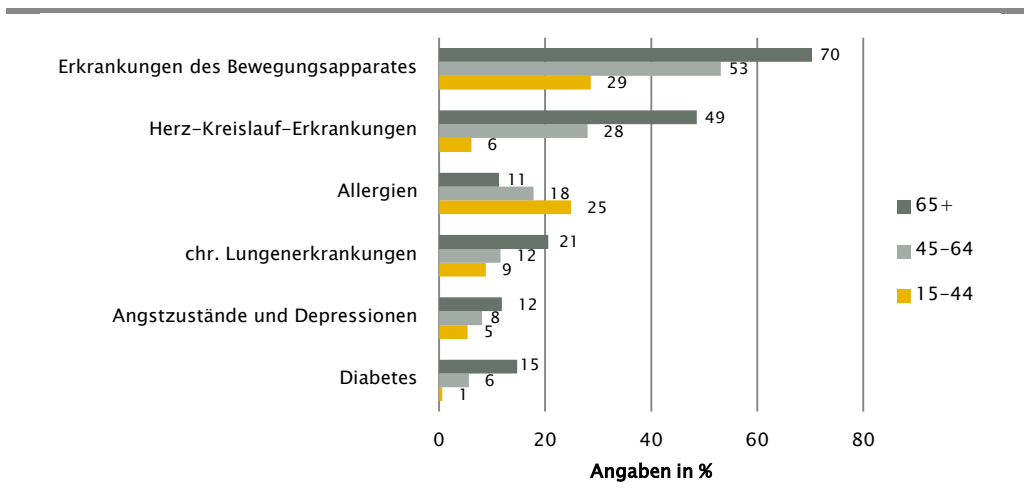
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Altersspezifische Betrachtung

Ältere Menschen erwiesen sich generell **häufiger** von chronischen Krankheiten betroffen als jüngere. Ein gegenläufiges Ergebnis fand sich nur bei den Allergien, die von Personen unter 45 Jahren am häufigsten berichtet wurden (vgl. Abbildung 3.18).

Abbildung 3.18:

Ausgewählte chronische Erkrankungen bei Tirolern und Tirolerinnen über 14 Jahre nach Altersgruppen (gerundete Werte)



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Migrationshintergrund

Personen mit Migrationshintergrund erwiesen sich – relativ gesehen – **häufiger** von chronischen Lungenerkrankungen, orthopädischen Problemen sowie von Angstzuständen und Depressionen betroffen als Personen ohne Migrationshintergrund.

Schulbildung

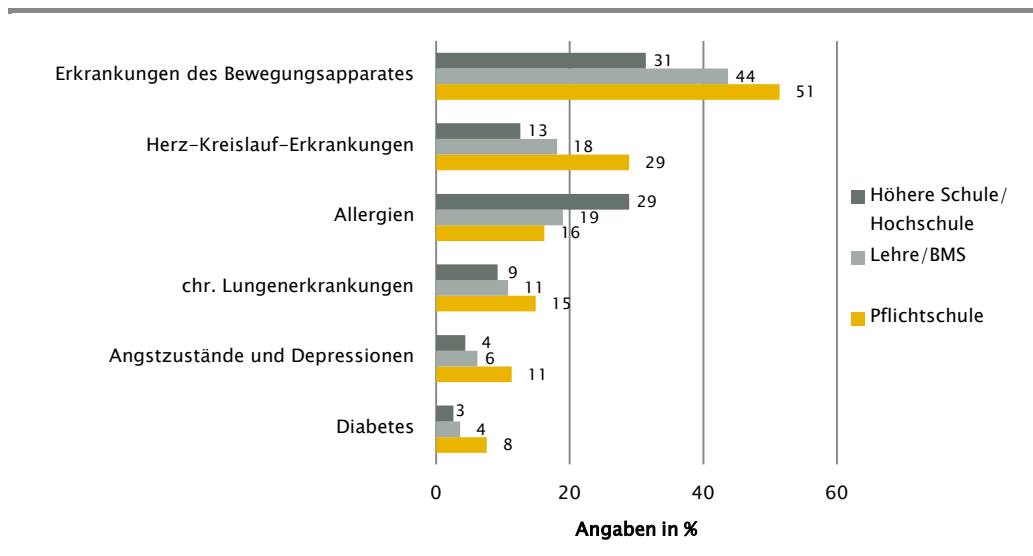
Ebenfalls **häufiger** von **chronischen Erkrankungen** betroffen waren Personen mit einem **Pflichtschulabschluss**. Im Vergleich zu Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss berichteten sie im Fragezeitraum 2006/2007 deutlich häufiger von chronischen Erkrankungen. Einzige Ausnahme dazu bildeten die **allergischen Erkrankungen**, die in **bildungsferneren** Bevölkerungsschichten verhältnismäßig **seltener** auftraten (vgl. Abbildung 3.19).¹³

13

Bei der Interpretation dieses Ergebnis gilt es zu beachten, dass Personen mit einem Pflichtschulabschluss überproportional weiblich und im Ausland geboren sind.

Abbildung 3.19:

Ausgewählte chronische Erkrankungen bei Tirolern und Tirolerinnen über 14 Jahre nach Schulbildung (gerundete Werte)



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

3.2.4 Einschränkungen und Beeinträchtigungen im Alltag

Einschränkungen und Beeinträchtigungen im Alltag führen häufig zu Einbußen in der Lebensqualität sowie zu Pflege- und Hilfsbedürftigkeit (Klimont et al. 2007). Sie treten vorrangig im Alter auf (vgl. Amt der Tiroler Landesregierung 2008) und werden deshalb im Folgenden nur für die **über 64-jährige Bevölkerung** ausgewiesen (Ausnahme: Pflegegeldbezug).

Zur Einschätzung der Tiroler Situation wird sowohl auf physische Einschränkungen im Alltag, auf Probleme bei (instrumentellen) Aktivitäten des täglichen Lebens als auch auf die Pflegebedürftigkeit eingegangen. Unter Aktivitäten des täglichen Lebens (*Activities of Daily Living*, kurz ADL) werden dabei **Basisaktivitäten der eigenen Pflege und Versorgung**, unter instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (*Instrumental Activities of Daily Living*, kurz IADL) hingegen **komplexere Tätigkeiten der Haushaltsführung** verstanden. Sie zeigen bei Einschränkungen die Pflege- und Hilfsbedürftigkeit einer Person an.

Informationen zu Einschränkungen und Beeinträchtigungen im Alltag stehen über die

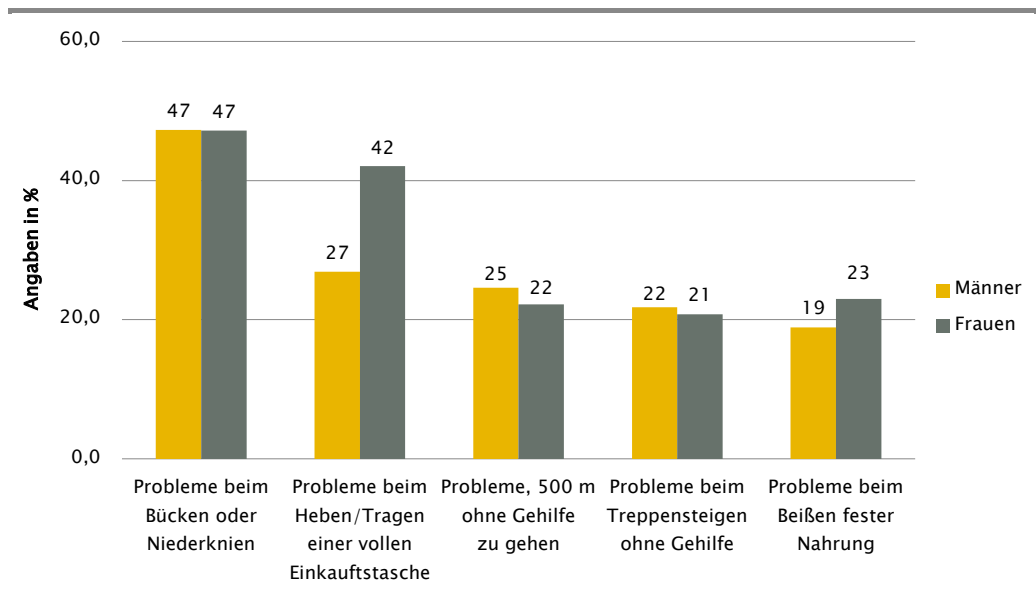
„Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007“ (Klimont et al. 2007) sowie über die Pflegegeldstatistik 2012 zur Verfügung. Bereits im Tiroler Gesundheitsbericht 2007 enthaltene Auswertungen wurden um vertiefende Analysen ergänzt.

3.2.4.1 Physische Einschränkungen

Von physischen Einschränkungen im Alltag waren 2006/2007 laut ATHIS 2006/2007 rund **60 Prozent der über 64-jährigen** Tiroler/innen betroffen (z. B. beim Bücken oder Niederknien, beim Treppensteigen / ohne Gehilfe, beim Gehen / 500 Metern ohne Gehhilfe, beim Heben und Tragen voller Einkaufstaschen und/oder beim Beißen fester Nahrung; bundesweit: 54 %). Von **zwei oder mehr Einschränkungen** berichteten rund **40 Prozent** (bundesweit: 35 %). Verglichen mit dem Bundesdurchschnitt war die Tiroler Bevölkerung damit – 2006/2007 – etwas häufiger von physischen Einschränkungen betroffen (vgl. Tab. 3.13 im Tabellenanhang).

Die häufigsten Probleme verursachten Einschränkungen beim Bücken oder Niederknien (47 %) sowie beim Heben und Tragen voller Einkaufstaschen (36 %). Probleme beim Gehen (23 %) und Treppensteigen (21 %) sowie beim Beißen fester Nahrung (21 %) wurde indessen von rund jedem fünften Tiroler / jeder fünften Tirolerin (über 64 Jahre) berichtet (vgl. Abbildung 3.20).

Abbildung 3.20:
Physische Einschränkungen bei über 64-jährigen Tirolern und Tirolerinnen
nach Geschlecht



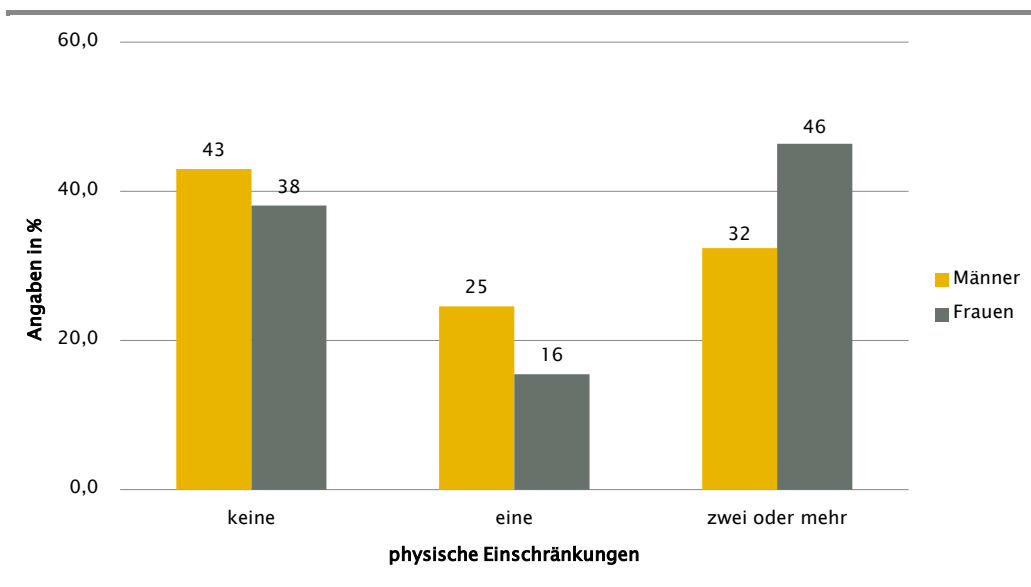
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Geschlechtsspezifische Betrachtung

Geschlechterunterschiede zeigten sich – mit Ausnahme von Problemen beim Heben und Tragen voller Einkaufstaschen – ausschließlich hinsichtlich der Anzahl physischer Einschränkungen. **Tirolerinnen** über 64 Jahre erwiesen sich demnach deutlich **häufiger** von **physischen Einschränkungen** betroffen, als dies – 2006/2007 – bei der männlichen Bevölkerung der Fall war (vgl. Abbildung 3.21). Dieser Unterschied lässt sich vermutlich aus dem rund 4 Prozentpunkte höheren Anteil über 74-jähriger Tirolerinnen an der Tiroler Gesamtbevölkerung erklären (Frauen: 10 %, Männer: 6 %).

Abbildung 3.21:

Anzahl physischer Einschränkungen bei über 64-jährigen Tirolern und Tirolerinnen nach Geschlecht



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Altersspezifische Betrachtung

Das Vorliegen physischer Einschränkungen weist erwartungsgemäß eine ausgeprägte **Altersassoziation** auf. Demnach waren 2006/2007 rund 56 Prozent der 65- bis 84-jährigen, jedoch 94 Prozent der über 84-jährigen Tiroler/innen von physischen Einschränkungen betroffen.

Migrationshintergrund

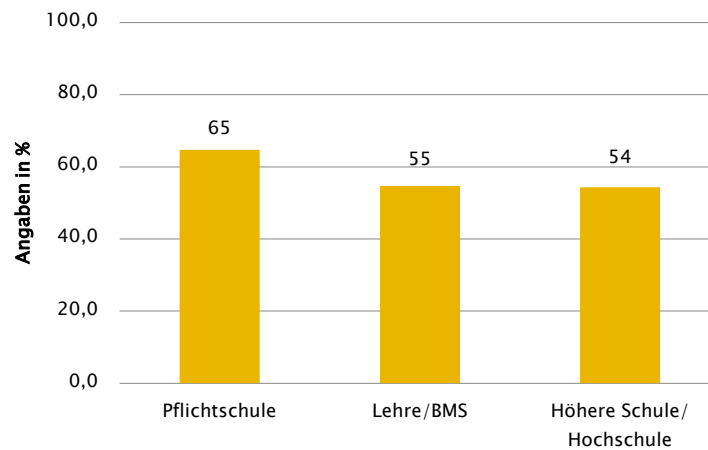
Eher **gering** fallen die **Unterschiede** nach Migrationshintergrund aus. So berichteten 60 Prozent der Tiroler/innen ohne und 56 Prozent der Tiroler/innen mit Migrationshintergrund von physischen Einschränkungen.

Schulbildung

Bildungsunterschiede zeigen sich vor allem zum **Nachteil bildungsferner Bevölkerungsschichten**. Personen mit ausschließlichen Pflichtschulabschluss sind um rund 10 Prozent häufiger von physischen Problemen betroffen, als dies für Tiroler/innen mit einer abgeschlossenen Lehre, einem Abschluss an einer berufsbildenden mittleren

Schule (BMS) oder mit einer höheren Schulausbildung gilt (vgl. Abbildung 3.22).¹⁴

Abbildung 3.22:
Physische Einschränkungen der über 64-jährigen Tiroler/innen nach Schulbildung



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

¹⁴

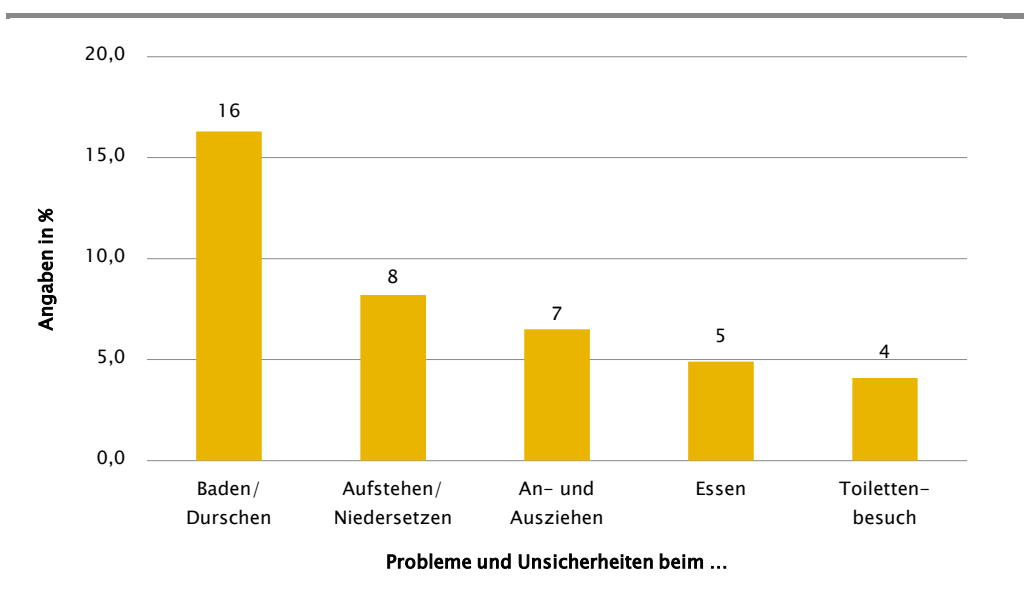
Bei der Interpretation dieses Ergebnis gilt es zu beachten, dass Personen mit einem Pflichtschulabschluss überproportional weiblich und im Ausland geboren sind.

3.2.4.2 Einschränkungen im Alltag

Probleme und Unsicherheiten bei **Aktivitäten des täglichen Lebens** (kurz ADL; wie z. B. beim Essen, Aufstehen, An- und Ausziehen, Toilettenbesuch, Baden oder Duschen) weisen rund **20 Prozent** der über **64-jährigen** Tiroler/innen auf (bundesweit 23 %; vgl. Tab. 3.14 im Tabellenanhang). Am häufigsten berichten sie von Problemen bei der Körperhygiene (vgl. Abbildung 3.23).

Abbildung 3.23:

Probleme und Unsicherheiten bei Aktivitäten des täglichen Lebens bei über 64-jährigen Tirolern und Tirolerinnen¹⁵



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

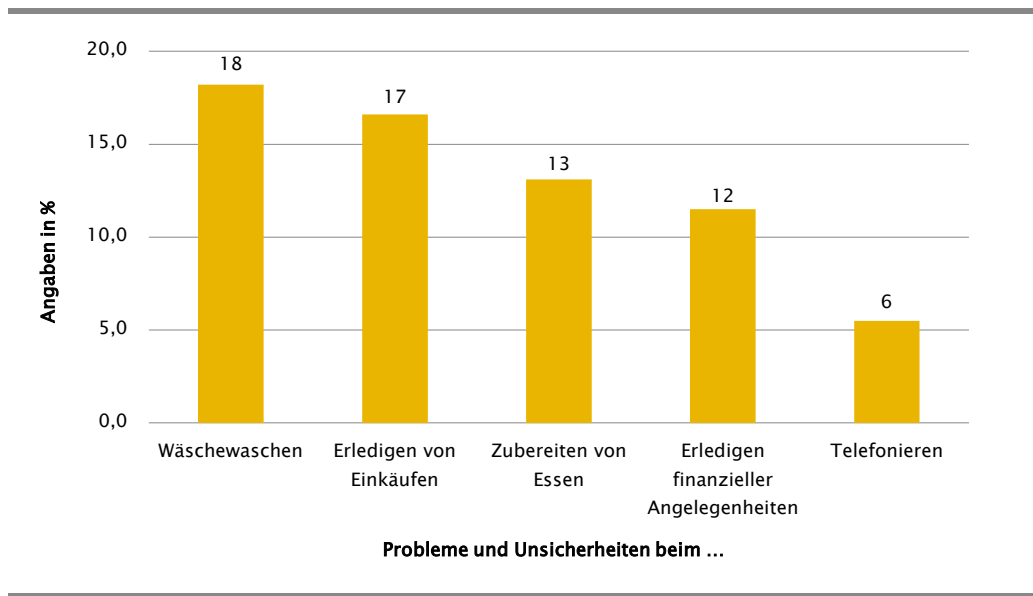
Von Schwierigkeiten bei **instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens** (kurz IADL; wie z. B. beim Erledigen von Einkäufen, Zubereiten von Essen, Telefonieren, Wäschewaschen und/oder Erledigen finanzieller Angelegenheiten) waren rund **28 Prozent** der über **64-jährigen** Tiroler Bevölkerung betroffen (bundesweit 32 %; vgl. Tab. 3.15 im Tabellenanhang). Sie waren am häufigsten durch Probleme beim Wäschewaschen und Einkäufen verursacht (vgl. Abbildung 3.24).

¹⁵

Eine differenzierte Darstellung der Ergebnisse (z. B. nach Geschlecht) ist aufgrund des zu geringen Stichprobenumfangs nicht möglich.

Die Tiroler Bevölkerung über 64 Jahre weist damit – im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung – etwas seltener Einschränkungen im Alltag auf.

Abbildung 3.24:
Probleme und Unsicherheiten bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens bei über 64-jährigen Tirolern und Tirolerinnen¹⁶



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Geschlechtsspezifische Betrachtung

Ein Vergleich der Geschlechter verdeutlicht, dass über 64-jährige **Tirolerinnen häufiger** von Problemen **bei ADL betroffen** sind (Männer: 11 %, Frauen: 27 %), während **Männer** (über 64 Jahre) häufiger Probleme und Unsicherheiten **bei IADL** berichten (Männer: 31 %, Frauen: 25 %).

¹⁶

Eine differenzierte Darstellung der Ergebnisse für die einzelnen Einschränkungen (z. B. nach Geschlecht) ist aufgrund des zu geringen Stichprobenumfangs nicht möglich.

Altersspezifische Betrachtung

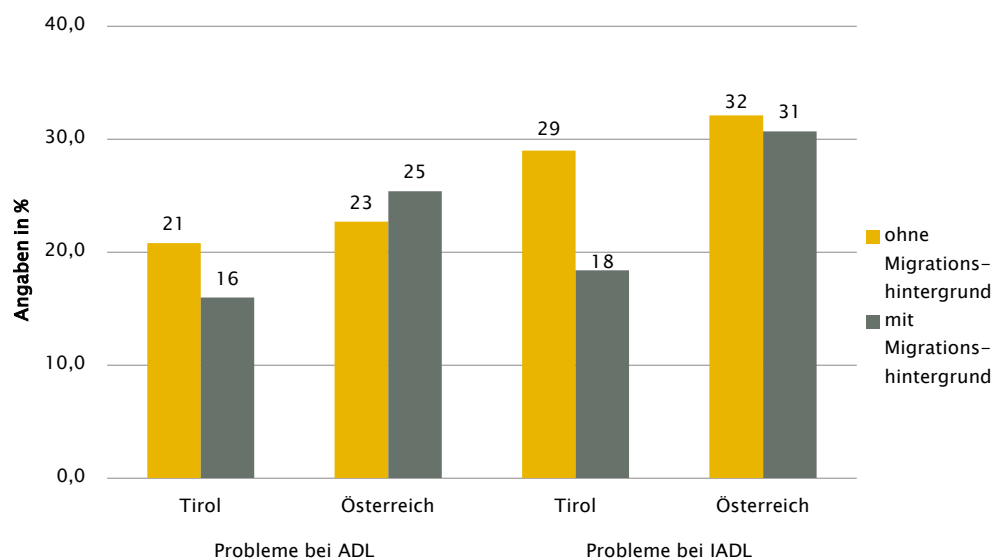
Altersbedingt weist vor allem die **über 84-jährige** Bevölkerung Probleme in der Alltagsbewältigung auf. Sie gaben zu 46 bzw. 69 Prozent an, von Einschränkungen bei ADL und IADL betroffen zu sein, während dies in der Altersgruppe der 65- bis 84-Jährigen „nur“ 17 bzw. 23 Prozent waren.

Migrationshintergrund

Unterschiede nach Migrationshintergrund zeigen sich sowohl für ADL als auch für IADL. Tiroler/innen **mit Migrationshintergrund** erwiesen sich dabei (im Vergleich zu über 64-jährigen Tirolern/Tirolerinnen ohne Migrationshintergrund) deutlich **seltener** von **Einschränkungen im Alltag** betroffen (vgl. Abbildung 3.25) – ein Ergebnis, das jedoch vom österreichischen Gesamtbild abweicht (nur geringfügige bis keine Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund) und aufgrund des geringen Stichprobenumfangs mit Vorsicht zu interpretieren ist.

Abbildung 3.25:

Probleme und Unsicherheiten bei (instrumentellen) Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL und IADL) bei über 64-jährigen Tirolern und Tirolerinnen nach Migrationshintergrund und im Vergleich zu Gesamt-Österreich



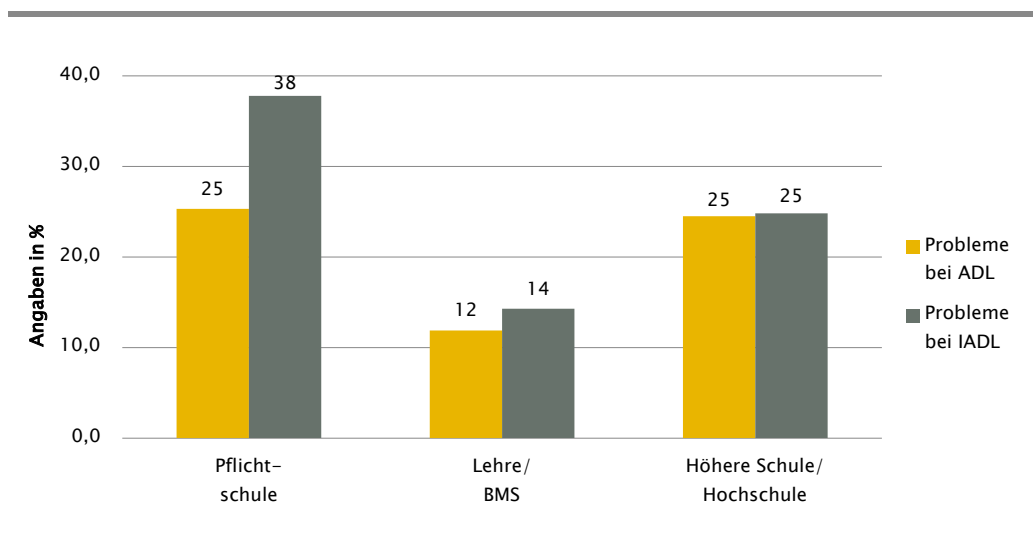
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Schulbildung

Bildungsbedingte Unterschiede in der Alltagsbewältigung zeigen sich sowohl hinsichtlich der ADL als auch der IADL. Personen mit einem **Pflichtschulabschluss** sowie Personen mit einem **höheren Bildungsabschluss** sind **häufiger** von Alltagseinschränkungen betroffen als Tiroler/innen, die eine Lehre oder eine berufsbildende mittlere Schule abgeschlossen haben (vgl. Abbildung 3.26).¹⁷

Abbildung 3.26:

Probleme und Unsicherheiten bei (instrumentellen) Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL und IADL) bei über 64-jährigen Tirolern und Tirolerinnen nach Schulbildung



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

3.2.4.3 Pflegegeldbezug

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. Die **Höhe** des Pflegegelds ist dabei

¹⁷

Bei der Interpretation dieses Ergebnis gilt es zu beachten, dass Personen mit einem Pflichtschulabschluss überproportional weiblich und im Ausland geboren sind.

abhängig vom **Ausmaß der Pflegebedürftigkeit**, wobei die Einstufung des Pflegebedarfs (in eine der sieben Pflegegeldstufen) aufgrund ärztlicher Gutachten erfolgt (unter allfälliger Beiziehung anderer Experten, etwa von Sozialarbeitern oder von Pflegepersonal¹⁸): Je stärker dabei die Einschränkungen im Alltag und das Ausmaß der monatlich benötigten Pflegeleistungen, desto höher auch die Pflegegeldstufe und damit der Pflegegeldbezug. Der Pflegegeldbezug ist damit ein guter Indikator für den Pflegebedarf, obgleich nicht alle Pflegebedürftigen Pflegegeld beziehen.¹⁹

Mit Stichtag 31. 5. 2012 waren rund **29.600 Tiroler und Tirolerinnen** Bezieher/innen von Pflegegeld (vgl. Tab. 3.16 im Tabellenanhang). Bezogen auf die Tiroler Landesbevölkerung entspricht dies einem Bevölkerungsanteil von rund 4 Prozent (bundesweit 5,2 %), wobei 77 Prozent der Pflegegeldbezieher/innen über 64 Jahre alt waren (dies sind 19 % aller über 64-Jährigen).

Tirol liegt damit **anteilmäßig unter dem Bundesdurchschnitt**, obgleich seit 2005 ein über dem Bundesdurchschnitt liegender Anstieg an Pflegegeldbeziehern/–bezieherinnen zu beobachten ist (20 %, bundesweit: 16 %). Die **deutlichste Zunahme** ist dabei bei den Beziehern/Bezieherinnen der **Pflegegeldstufe 6 und 7** zu verzeichnen (Zuwachs um 72 %), die allerdings nur 7 Prozent aller Tiroler Pflegegeldbezieher/innen repräsentieren.

Geschlechtsspezifische Betrachtung

Frauen beziehen in Tirol etwa **doppelt so häufig Pflegegeld** als Männer (5,3 % vs. 2,9 %). Deutlich wird dieser Unterschied jedoch erst bei den über 64-Jährigen (vgl. Abbildung 3.27), wobei keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Einstufung des Pflegegelds beobachtet wurden.

18

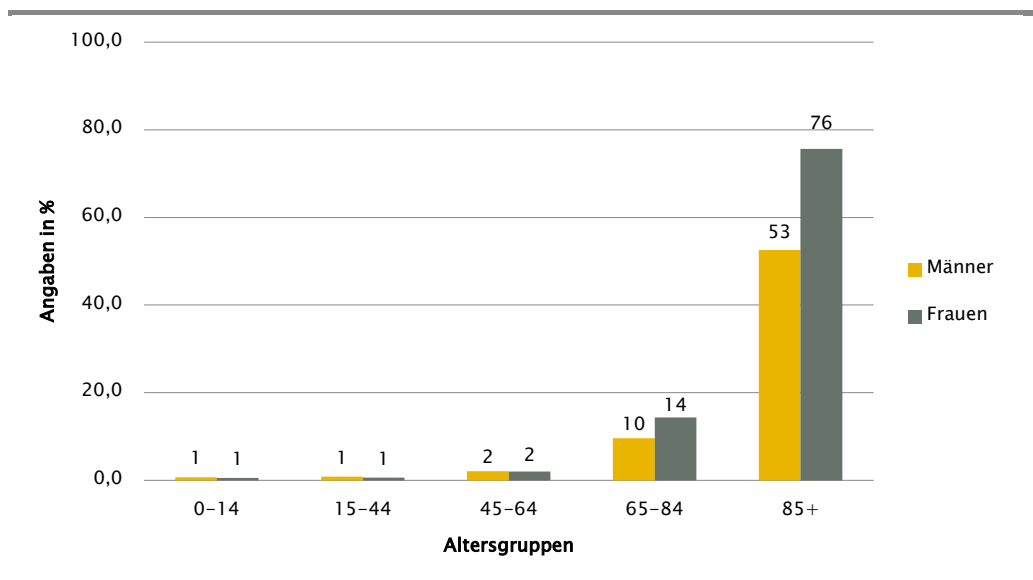
Seit 1. 1. 2012 werden Anträge auf Erhöhung des Pflegegeldes ab Pflegestufe 4 und bei mehr als 180 Stunden Pflegebedarf durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege begutachtet.

19

Winkler et al. (2012) schätzen den Anteil pflegebedürftiger Personen ohne Pflegegeldbezug auf knapp 10 Prozent. Sie beziehen sich dabei auf eine repräsentative Stichprobe mobil gepflegter Personen (in der Steiermark), wobei keine Aussagen über die Ursachen des Pflegegeldverzichts getätigt werden.

Abbildung 3.27:

Anteil Tiroler Pflegegeldbezieher/innen an der Tiroler Gesamtbevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht, Stichtag: 31. 5. 2012



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Altersspezifische Betrachtung

Der Anteil der Pflegegeldbezieher/innen steigt erwartungsgemäß mit dem Alter an, wobei bei der Altersgruppe der über 85-jährigen ein sprunghafter Anstieg zu verzeichnen ist (vgl. Abbildung 3.27).

3.2.5 Meldepflichtige Infektionserkrankungen

Das Bundesministerium für Gesundheit betreibt seit 2009 ein elektronisches Meldesystem (EMS), in das die Meldungen von insgesamt 48 nach dem Epidemiegesetz 1950 meldepflichtigen Erkrankungen mit 19 Untergruppen sowie Meldungen nach dem Tuberkulosegesetz 1968 eingepflegt werden.

Tabelle 3.3:

Meldepflichtige Erkrankungen mit zumindest einmal 10 oder mehr gemeldeten Erkrankungen im Jahr (Beobachtungsjahre 2009–2011)

Jahr		2009				2010				2011			
		Tirol 704.472 EW		Österreich 8.355.260 EW		Tirol 706.873 EW		Österreich 8.375.290 EW		Tirol 710.048 EW		Österreich 8.404.252 EW	
		Anzahl	Inzidenz	Anzahl	Inzidenz	Anzahl	Inzidenz	Anzahl	Inzidenz	Anzahl	Inzidenz	Anzahl	Inzidenz
A/H1N1–Virus (Neue Influenza A)	E	1.043	148,1	3.709	44,4	2	0,3	117	1,4	9	1,3	493	5,9
	T	2	0,3	17	0,2	0	0,0	14	0,2	0	0,0	19	0,2
Bissverletzung	E	34	4,8	263	3,1	36	5,1	250	3,0	38	5,4	218	2,6
	T	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Campylobakter spp., darmpathogen	E	740	105,0	5.589	66,9	703	99,5	5.247	62,6	686	96,6	5454	64,9
	T	0	0,0	3	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,0
Clostridium difficile	E	0	0,0	1	0,0	11	1,6	173	2,1	1	0,1	125	1,5
	T	0	0,0	0	0,0	2	0,3	37	0,4	0	0,0	25	0,3
E.-coli–Enteritis, sonstige darmpathogene Stämme	E	0	0,0	1	0,0	11	1,6	33	0,4	1	0,1	26	0,3
	T	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,1	1	0,0
FSME	E	14	2,0	60	0,7	7	1,0	59	0,7	18	2,5	103	1,2
	T	0	0,0	2	0,0	1	0,1	2	0,0	0	0,0	3	0,0
Hepatitis A	E	12	1,7	90	1,1	7	1,0	66	0,8	1	0,1	42	0,5
	T	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hepatitis B	E	36	5,1	726	8,7	43	6,1	792	9,5	20	2,8	824	9,8
	T	0	0,0	3	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	7	0,1
Hepatitis C	E	31	4,4	920	11,0	15	2,1	989	11,8	14	2,0	1.249	14,9
	T	0	0,0	7	0,1	0	0,0	6	0,1	0	0,0	4	0,0
Legionellose	E	18	2,6	92	1,1	17	2,4	87	1,0	11	1,5	106	1,3
	T	1	0,1	5	0,1	2	0,3	10	0,1	0	0,0	10	0,1
Masern	E	2	0,3	53	0,6	1	0,1	52	0,6	16	2,3	122	1,5
	T	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 3.3

Jahr		2009				2010				2011			
		Tirol 704.472 EW		Österreich 8.355.260 EW		Tirol 706.873 EW		Österreich 8.375.290 EW		Tirol 710.048 EW		Österreich 8.404.252 EW	
		Anzahl	Inzidenz	Anzahl	Inzidenz	Anzahl	Inzidenz	Anzahl	Inzidenz	Anzahl	Inzidenz	Anzahl	Inzidenz
Norovirus	E	74	10,5	1.210	14,5	1	0,1	1.381	16,5	4	0,6	1.161	13,8
	T	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
Pertussis	E	2	0,3	183	2,2	14	2,0	414	4,9	41	5,8	461	5,5
	T	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Pneumokokken- Erkrankung, invasiv	E	30	4,3	152	1,8	24	3,4	164	2,0	21	3,0	205	2,4
	T	1	0,1	15	0,2	0	0,0	13	0,2	1	0,1	23	0,3
Salmonella spp.	E	345	49,0	2.597	31,1	396	56,0	2.154	25,7	222	31,3	2.040	24,3
	T	0	0,0	4	0,0	0	0,0	3	0,0	0	0,0	3	0,0
Scharlach	E	131	18,6	2.124	25,4	111	15,7	1.666	19,9	94	13,2	1.396	16,6
	T	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Shigellose	E	11	1,6	77	0,9	2	0,3	93	1,1	2	0,3	52	0,6
	T	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
STEC/VTEC	E	33	4,7	89	1,1	42	5,9	88	1,1	37	5,2	132	1,6
	T	1	0,1	1	0,0	0	0,0	2	0,0	0	0,0	2	0,0
Tuberkulose	E	35	5,0	705	8,4	50	7,1	690	8,2	49	6,9	690	8,2
	T	1	0,1	46	0,6	3	0,4	53	0,6	1	0,1	24	0,3
Yersiniose	E	13	1,8	145	1,7	12	1,7	118	1,4	10	1,4	151	1,8
	T	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0

Anmerkung: Inzidenzen ermöglichen die Vergleichbarkeit der absoluten Anzahl von Meldungen, indem sie auf 100.000 Personen der Bezugsbevölkerung berechnet werden.

E = Erkrankungen; T = Todesfälle; EW = Einwohner/innen

Quellen: EMS – Abfrage Landessanitätsdirektion; Statistik Austria, Berechnungen: Landessanitätsdirektion; Darstellung: GÖ FP

Im Pandemiejahr der Influenza A/H1N1v 2009 zeigt Tirol eine überdurchschnittliche Jahresinzidenz dieser Erkrankung auf. Diese wird durch das Einpflegen des erheblichen labordiagnostischen Aufkommens ins EMS über Monate mitbedingt.

Die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) zeigt variable Jahresinzidenzen in Tirol. Als Hauptverbreitungsgebiete für FSME-infizierte Zecken gelten das Inntal bis Landeck sowie der vordere und mittlere Anteil des Zillertals bis in Höhen von 1.500 m.

Die Inzidenz von Keuchhusten (Pertussis) ist österreichweit angestiegen. In Tirol wird auf Diagnostik und Meldeaktivität vermehrt Augenmerk gelegt. Diese steigende Pertussis-Inzidenz spiegelt eine globale Entwicklung wider.

Bei den Masern-Inzidenzen erreichen weder Tirol noch Gesamtösterreich das Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von weniger als einem Erkrankungsfall pro einer Million Einwohner, das die angestrebte Elimination von Masern bedeuten würde.

Bei den Erregern von gastrointestinalen Erkrankungen (Breachdurchfällen) werden in Tirol vergleichsweise überdurchschnittliche Jahresinzidenzen registriert. Dies kann ebenfalls auf ein vergleichsweise erhöhtes Laboraufkommen zurückgeführt werden.

Im Durchschnitt werden drei Stuhluntersuchungen pro 100.000 EW in Österreich durchgeführt, in Tirol fünf und in Kärnten weniger als zwei. In jenen Bundesländern, in denen Stuhluntersuchungen häufig durchgeführt werden, ist auch die Inzidenz der Campylobacter hoch. (Quelle: Gesprächsprotokoll AG Humanmedizin-Campylobacter-Plattform)

Jede Stuhlprobe eines Kindes unter fünf Jahren wird in Tirol im Gegensatz zu anderen Bundesländern auf EHEC/VTEC-Erreger (toxinbildende E.-coli-Stämme) untersucht, wodurch wiederum eine vergleichsweise hohe Inzidenz dieser Erreger bedingt ist.

Bei den lebensmittelbedingten Ausbrüchen, die hauptsächlich durch Salmonellen und Campylobakter bedingt sind, stehen Kleinausbrüche mit im Schnitt zwei bis drei erkrankten Personen, vornehmlich Familienausbrüche, im Vordergrund. Im Jahr 2010 wurde ein tirolweiter allgemeiner Ausbruch mit Salmonella enteritidis 14b mit 74 Erkrankten (davon 3 hospitalisiert) registriert, dessen Nahrungsmittel-Quelle jedoch nicht zu identifizieren war.

Tabelle 3.4:

Anzahl der lebensmittelbedingten Ausbrüche (2009–2011)

Jahr	2009		2010		2011	
Anzahl	Tirol	Österreich	Tirol	Österreich	Tirol	Österreich
lebensmittelbedingte Ausbrüche (> 2 Erkrankungsfälle)	56	351	25	193	14	232
– davon durch Salmonellen	38	208	15	98	8	100
– davon durch Campylobacter	15	120	7	82	6	116
Erkrankte (in Verbindung mit lebensmittelbedingten Ausbrüchen)	146	1.330	195	838	45	789
– davon im Krankenhaus behandelt	20	223	13	155	15	179
– Anzahl der Todesfälle	0	6	0	2	0	0

Quellen: EMS – Zoonosenberichte (Abfrage: LSD);
Bericht über Zoonosen und ihre Erreger in Österreich im Jahr 2011 (BMG, AGES– 2012); Darstellung: GÖ FP

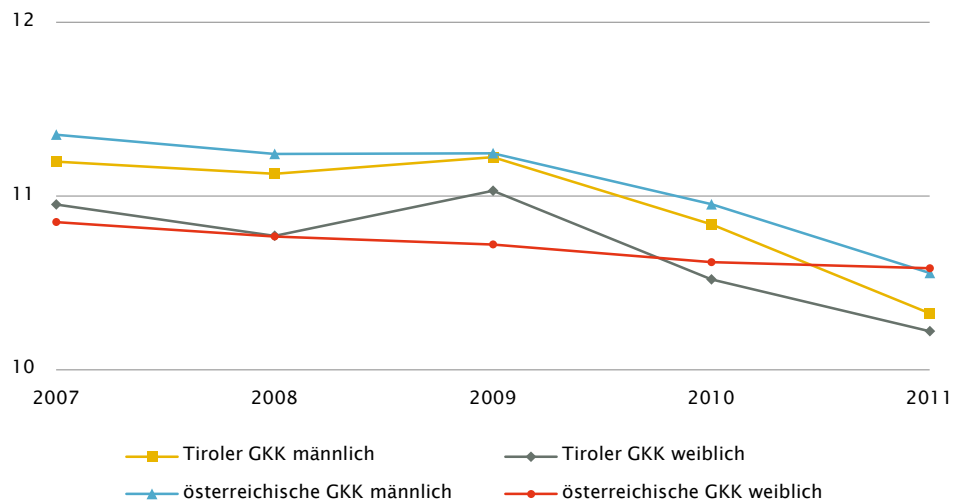
Insgesamt wird die Datenlage im elektronischen Meldesystem durch die Meldeaktivität der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte, der Krankenanstalten und der ebenfalls zur Meldung verpflichteten Labore sowie durch das Einsendeverhalten beeinflusst.

3.2.6 Krankenstände

Laut Statistiken des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) dokumentiert wurden in den Jahren 2007 bis 2011 im Jahresdurchschnitt 143.113 Krankenstandsfälle von männlichen und 119.350 von weiblichen Arbeitern und Angestellten, die bei der Tiroler Gebietskrankenkasse versichert waren. Während bei der Anzahl an Krankenstandsfällen (von 137 Tsd. auf 153 Tsd. bei den Männern bzw. von 110 Tsd. auf 129 Tsd. bei den Frauen) und an Krankenstandsfällen pro Versicherten (von 1,01 auf 1,08 bei den Männern bzw. von 0,95 auf 1,05 bei den Frauen) in diesem Zeitraum bei beiden Geschlechtern eine Zunahme zu verzeichnen war, ist die Anzahl an Krankenstandstagen pro Krankenstandsfall bei Frauen und bei Männern dem österreichweiten Trend entsprechend geringer geworden (vgl. Abbildung 3.28).

Abbildung 3.28:

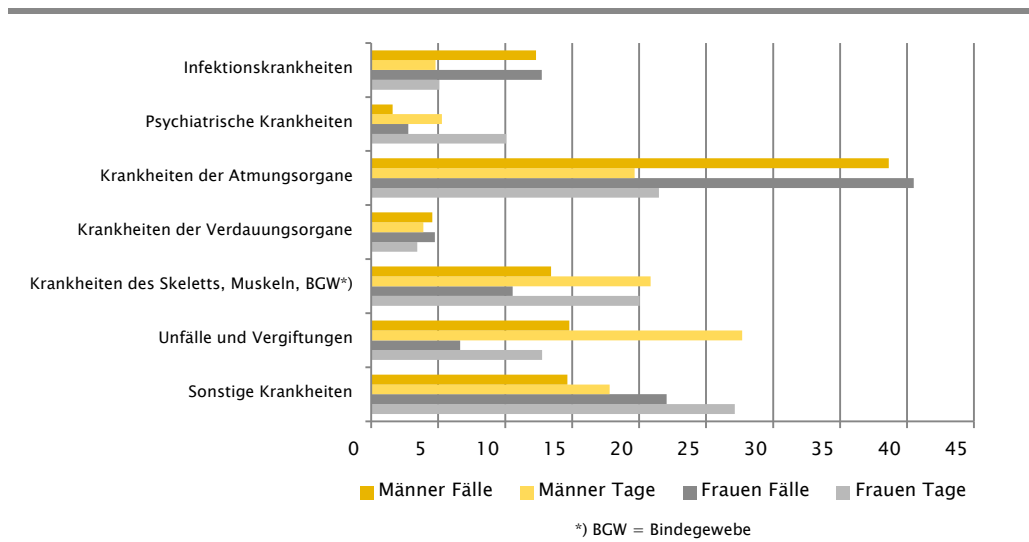
Durchschnittliche Dauer von Krankenstandsfällen in Tagen im Zeitraum 2007 bis 2011 von bei der Tiroler Gebietskrankenkasse versicherten Arbeitern und Angestellten im Vergleich zu allen bei Gebietskrankenkassen Versicherten in Österreich



Datenquellen: HVB, Krankenstandsstatistik;
Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Häufigste Gründe für Krankenstandsfälle waren im Zeitraum 2007 bis 2011 Krankheiten der Atmungsorgane, Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (orthopädische Erkrankungen), Unfälle und Infektionskrankheiten (vorwiegend Darminfektionen). Während Krankheiten der Atmungsorgane Grund für rund 40 Prozent der Krankenstandsfälle bei Männern und Frauen waren, verursachten sie nur rund 20 Prozent der Krankenstandstage. Rund 20 Prozent der Krankenstandstage waren bei beiden Geschlechtern durch Krankheiten des Skeletts, der Muskeln oder des Bindegewebes bedingt, rund 21 Prozent durch Unfälle und Vergiftungen, wobei der Anteil bei den Männern (28 % der Krankenstandstage) deutlich höher war als bei den Frauen (13 %) (vgl. Abbildung 3.29).

Abbildung 3.29:
Hauptursachen für Krankenstandsfälle und Krankenstandstage
von bei der Tiroler Gebietskrankenkasse versicherten Arbeitern und Angestellten
im Zeitraum 2007 bis 2011 (Angaben in Prozent)



Datenquellen: HVB, Krankenstandsstatistik;
Berechnung und Darstellung: GÖ FP

3.3 Unfälle

Das Unfallgeschehen in Tirol wird auf Basis der Straßenverkehrsunfallstatistik, der Arbeitsunfallstatistik und der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der Krankenanstalten eingeschätzt. Während die ersten beiden Statistiken einander ergänzen, überschneidet sich die DLD mit den beiden anderen Datenbeständen.

Straßenverkehrsunfälle

2011 waren in Tirol rund **7.900 Menschen**²⁰ in Straßenverkehrsunfälle verwickelt (= **1.109 Personen pro 100.000 EW**; bundesweit: 881,8 Personen pro 100.000 EW). **3 Prozent** dieser Personen waren **alkoholisiert** (34,6 Personen pro 100.000 EW; bun-

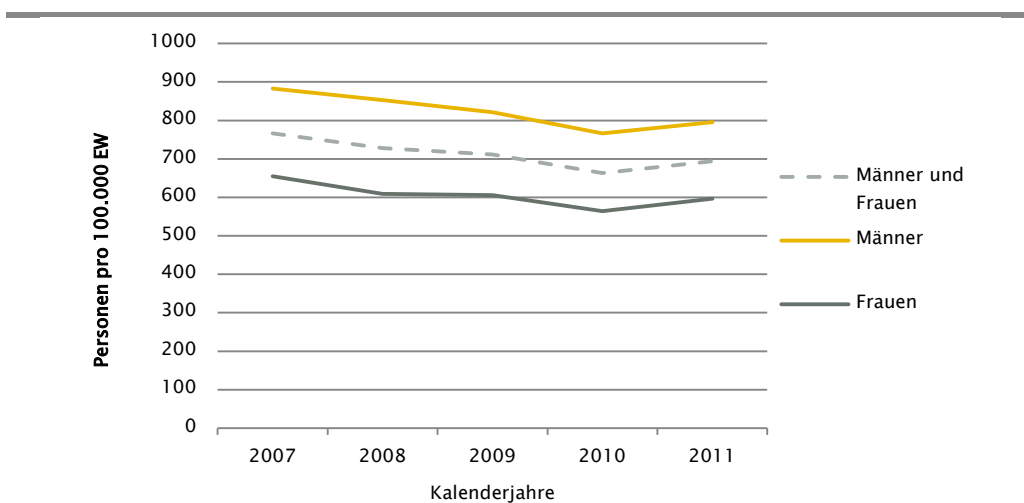
²⁰

Darunter auch Personen aus dem Ausland sowie mögliche Doppel- und Mehrfachzählungen, sollten Personen im Beobachtungszeitraum in mehr als nur einen Unfall verstrickt gewesen sein. Die nachstehende Rate ist demnach – bezogen auf die Tiroler Bevölkerung – als leicht überschätzt anzunehmen. Dieser Umstand gilt jedoch für alle Bundesländer und damit auch für den Bundesdurchschnitt.

desweit: 27,9 Personen pro 100.000 EW), in **5 Prozent** der Fälle waren **alkoholisierte Personen** am Unfall **beteiligt**. **63 Prozent** der Verunfallten trugen durch den Unfall / die Unfälle eine **Verletzung** davon (knapp 4.900 bzw. 694 Personen pro 100.000 Einwohner/innen; bundesweit: 541,9 Personen pro 100.000 EW), **44 Personen** wurden **tödlich** verletzt. **72 Prozent** der Verletzten waren **Lenker bzw. Lenkerinnen**²¹, 20 Prozent mitfahrende Personen, 8 Prozent Fußgänger/innen. Im Vergleich zu den Jahren 2007 bis 2010, in denen eine kontinuierliche Abnahme im Straßenverkehr verletzter Personen beobachtet werden konnte, ist **gegenüber dem Vorjahr** jedoch wieder ein **Anstieg** zu verzeichnen (vgl. Abbildung 3.30).

Abbildung 3.30:

Im Tiroler Straßenverkehr verletzte Personen pro 100.000 EW nach Geschlecht



Quelle: Kuratorium für Verkehrssicherheit 2007–2011;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt und zu den anderen Bundesländern liegt Tirol in Sachen **Straßenverkehrsunfälle** deutlich **über** dem **Bundesdurchschnitt** und damit im Spitzenfeld, sowohl was die Verunfallten, die Verletzten als auch den Anteil alkoholisierten Personen anbelangt.

²¹

von Fahrrädern, Mopeds/Kleinmotorrädern, Motorrädern/Leichtmotorrädern, Pkw und anderen Kraftfahrzeugen; mehrheitlich Pkw-Lenker/innen

Arbeitsunfälle

2011 ereigneten sich in Tirol rund **5.800 Arbeitsunfälle** (exkl. Wegunfälle), bei denen Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren verletzt wurden. Dies entspricht einem Anteil von rund 16,5 Unfällen pro 1.000 Erwerbstätige dieser Altersgruppe²². **Verglichen mit 2007** (rund 6.700 Unfälle bzw. 19,3 Schadensfälle pro 1.000 Erwerbstätige²³), haben damit 2011 deutlich **weniger** Arbeitsunfälle stattgefunden. Die Mehrheit der Unfälle ereignete sich im **Bauwesen** (26 %) sowie im Handel bzw. bei der Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen und Gebrauchsgütern (14 %).

Vergleiche mit anderen Bundesländern werden nicht angestellt, da das Unfallrisiko einerseits branchenabhängig ist, andererseits von der regionalen Dominanz einzelner Branchen bestimmt wird.

Stationär versorgte Unfälle

2011 wurden rund **18.000 Tiroler/innen** (rund 2,5 % der Tiroler Bevölkerung) aufgrund eines Unfalls **stationär versorgt** (ICD-10-Codes U1–U29; im Durchschnitt 1,2-mal). Dies entspricht einer altersstandardisierten Rate von rund 2.341 Personen pro 100.000 EW, wobei rund 74 Prozent in ihrer Freizeit oder im Haushalt, 17 Prozent beim Sport und je 6 Prozent im Verkehr und bei der Arbeit einen stationär zu versorgenden Unfall erlitten haben.²⁴ Tirol liegt damit deutlich **über dem Bundesdurchschnitt** (bundesweit: 1.561,9 Personen pro 100.000 EW) und über den Werten aller anderen Bundesländer, weist jedoch 2011 **gegenüber den Jahren 2007 bis 2010** eine **verringerte Rate** stationär versorgter Unfallpatienten/-patientinnen auf.

Geschlechtsspezifische Betrachtung

Straßenverkehrsunfälle

Männer waren insgesamt 1,7-mal häufiger an Straßenverkehrsunfällen beteiligt als Frauen, wurden jedoch „nur“ 1,3-mal so häufig verletzt. **Frauen** weisen damit ein

22

Quelle: Mikrozensus–Arbeitskräfteerhebung 2011 (Statistik Austria 2008)

23

Quelle: Mikrozensus–Arbeitskräfteerhebung 2007 (Statistik Austria 2012)

24

Da einzelne Personen in unterschiedlichen Kontexten einen stationär zu versorgenden Unfall erlitten haben, ergibt die Gesamtsumme mehr als 100 Prozent.

gegenüber Männern **erhöhtes Verletzungsrisiko** auf (74 % der Frauen vs. 56 % der an Straßenverkehrsunfällen beteiligten Männer haben 2011 eine Verletzung davongetragen), während Männer rund 3,9-mal häufiger in einem Verkehrsunfall tödlich verletzt wurden (35 Männer, 9 Frauen). Männer waren zudem 6,2-mal häufiger alkoholisiert an einem Straßenverkehrsunfall beteiligt.

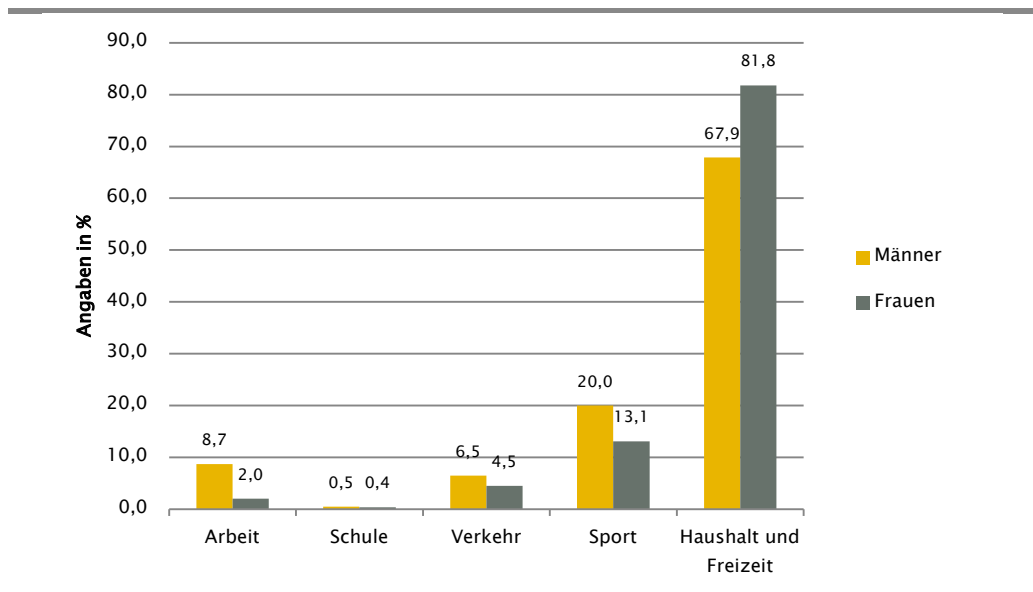
Arbeitsunfälle

Männer waren 2011 – im Vergleich zu den erwerbstätigen Frauen – etwa **3,6-mal so häufig** von Arbeitsunfällen betroffen. Während sich die Arbeitsunfälle bei den männlichen Erwerbstätigen mehrheitlich im Bauwesen (33 %) und im Handel bzw. bei der Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen und Gebrauchsgütern (10 %) ereignet haben, fanden die Arbeitsunfälle bei den **Frauen** mehrheitlich statt im **Handel bzw. bei der Instandhaltung und Reparatur** von Kraftfahrzeugen und Gebrauchsgütern (28 %), im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen (22 %) sowie im Beherbergungs- und Gaststättenwesen (11 %).

Stationär versorgte Unfälle

Tirols **Burschen und Männer** wurde 2011 ungefähr **1,3-mal häufiger** als Mädchen und Frauen aufgrund eines Unfalls stationär behandelt. Im Vergleich zu den Frauen waren sie häufiger von stationär zu versorgenden **Arbeits-, Verkehrs- und Sportunfällen** betroffen, während **Frauen** sich häufiger in **Haushalt und Freizeit** stationär zu versorgende Verletzungen zuzogen (vgl. Abbildung 3.31).

Abbildung 3.31:
Stationär versorgte Unfallpatienten/-patientinnen in Tirol
nach Lebensbereichen und Geschlecht



Datenquellen: BMG, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

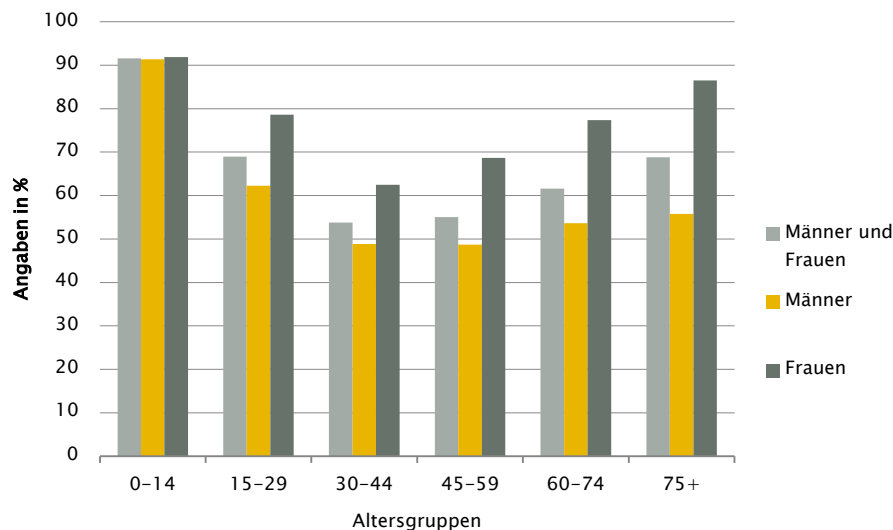
Altersspezifische Betrachtung

Straßenverkehrsunfälle

Am häufigsten in Straßenverkehrsunfälle verwickelt waren Personen **zwischen 15 und 29 Jahren** (rund 1.965 Personen pro 100.000 dieser Altersgruppe), **am seltensten** Personen **unter 15 Jahren** (328,4 Personen pro 100.000 dieser Altersgruppe). Das Risiko, im Zuge eines Straßenverkehrsunfalls verletzt zu werden, fällt hingegen **bei den 0- bis 14-Jährigen** – gefolgt von den 15- bis 29-Jährigen und den über 74-Jährigen – **am höchsten** aus (vgl. Abbildung 3.32).

Abbildung 3.32:

Anteil der bei Straßenverkehrsunfällen verletzten Tiroler und Tirolerinnen an allen Unfallbeteiligten in Tirol nach Altersgruppen und Geschlecht



Quelle: Kuratorium für Verkehrssicherheit 2007-2011;;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Arbeitsunfälle

Von Arbeitsunfällen **am häufigsten** betroffen waren Personen **zwischen 15 und 24 Jahren** (34,4 pro 1.000 Erwerbstätige), am seltensten Personen zwischen 55 und 64 Jahren (rund 10 pro 1.000 Erwerbstätige). Mit dem 25. Lebensjahr ist eine sprunghafte Abnahme arbeitsbedingter Unfälle zu verzeichnen.

Stationär versorgte Unfälle

Die Rate stationär versorgter Unfallpatienten/-patientinnen steigt mit dem Alter deutlich an. In Relation zum jeweiligen Bevölkerungsanteil werden Personen **über 85 Jahre am häufigsten** stationär aufgrund eines Unfalls versorgt (9.300 Personen pro 100.000 dieser Altersgruppe), **am seltensten Kinder** im Alter von 0 bis 14 Jahren (rund 1.881 Personen pro 100.000 dieser Altersgruppe).

3.4 Subjektive Einschätzung der Gesundheit und des Wohlbefindens

Aussagen zur allgemeinen Gesundheit und zum Wohlbefinden können auf Basis der „Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007“ (Klimont et al. 2007) und des österreichischen HBSC-Survey 2010 (Ramelow et al. 2011) getroffen werden.

Zur Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands wird dabei auf die selbsteingeschätzte Gesundheit, im Falle des subjektiven Wohlbefindens auf die subjektive Lebensqualität zurückgegriffen. Bereits im Tiroler Gesundheitsbericht 2007 enthaltene Auswertungen wurden um vertiefende Analysen ergänzt.

3.4.1 Selbsteingeschätzte Gesundheit

Den Ergebnissen der Österreichischen Gesundheitsbefragung zufolge stufen rund **79 Prozent** der Tiroler/innen (Personen über 14 Jahre) ihren Gesundheitszustand als **sehr gut oder gut** ein (bundesweit: 76 %; vgl. Amt der Tiroler Landesregierung 2008); 4,5 Prozent beschreiben ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht (bundesweit: 6 %; vgl. Tab. 3.18 im Tabellenanhang).

Als **ausgezeichnet oder gut** schätzen laut HBSC-Survey rund **92 Prozent der 11-, 13- und 15-jährigen Tiroler/innen** ihre Gesundheit ein (bundesweit: 87 %). Als schlecht wird diese von 1,8 Prozent der Tiroler Kinder und Jugendlichen bewertet (bundesweit: 2,1 %).

Der Anteil der **Tiroler** Bevölkerung, der ihren Gesundheitszustand als sehr gut/ausgezeichnet oder gut einschätzt, fällt damit **verglichen mit dem Bundesdurchschnitt höher** aus.

Geschlechtsspezifische Betrachtung

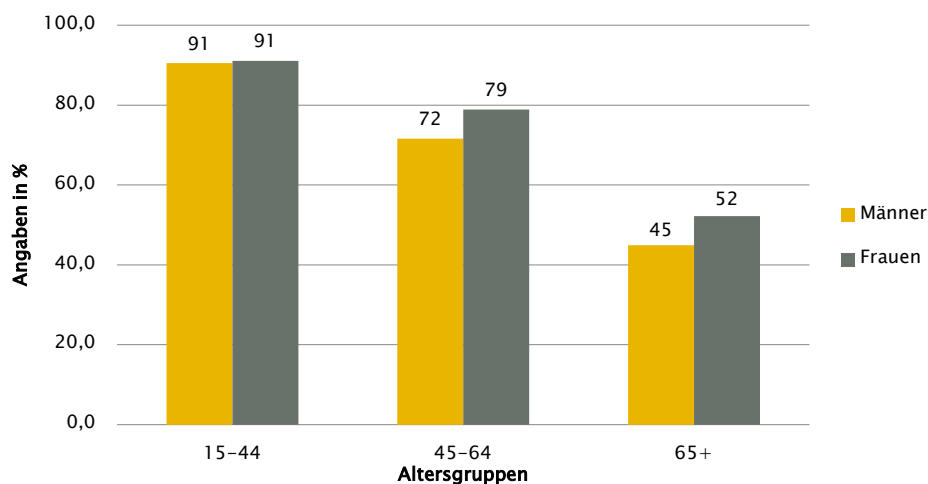
Mit Ausnahme der 15- bis 44-Jährigen weisen **Frauen** in allen betrachteten Altersgruppen eine deutlich **günstigere** Einschätzung der Gesundheit als Männer auf (vgl. Abbildung 3.33); ein Ergebnis, das von der österreichischen Gesamtsituation (Männer schätzen ihren Gesundheitszustand besser ein als Frauen) abweicht (vgl. Klimont et al. 2007). Bei den 13- und 15-Jährigen schätzt hingegen die männliche Bevölkerung ihren Gesundheitszustand besser ein.

Den Ergebnissen des ATHIS 2006/2007 zufolge berichten 80 Prozent der Frauen und 78 Prozent der Männer von einem guten bis sehr guten Gesundheitszustand (vgl. Amt

der Tiroler Landesregierung 2008). Bei den 11- bis 15-Jährigen sind es 94 Prozent der Burschen und 90 Prozent der Mädchen, die über eine gute bis ausgezeichnete Gesundheit verfügen.

Abbildung 3.33:

Gesundheitliche Selbsteinschätzung der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen (sehr gut oder gut) nach Geschlecht und Altersgruppen



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Altersspezifische Betrachtung

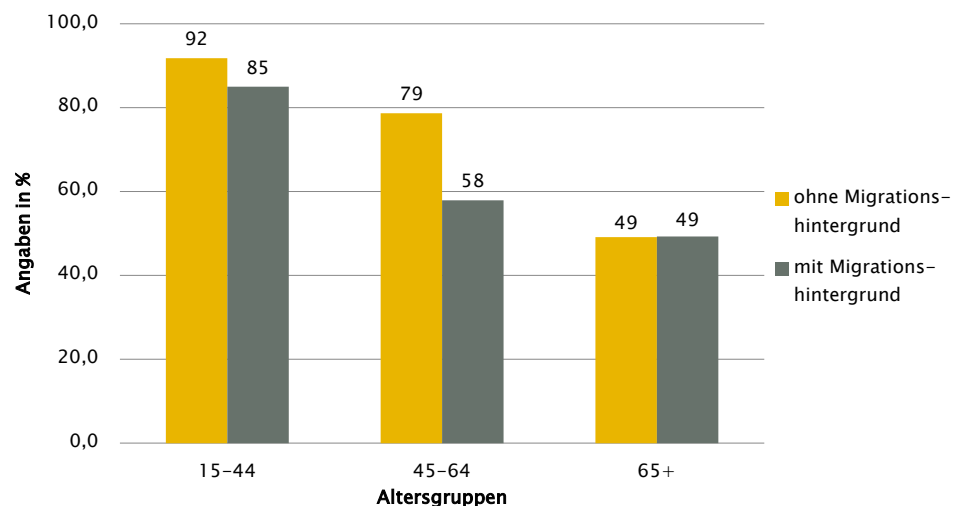
Die Einschätzung des Gesundheitszustands zeigt eine **altersbedingte Verteilung**. Stufen 2006/07 noch 91 Prozent der 15- bis 44-Jährigen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein, so waren dies bei den 45- bis 64-Jährigen nur noch 75 Prozent, bei den 65- bis 84-Jährigen lediglich 51 Prozent (vgl. Amt der Tiroler Landesregierung 2008).

Migrationshintergrund

Analysiert man die Daten des ATHIS 2006/2007 anhand des Migrationshintergrundes, so zeigen sich merkliche **Unterschiede**. Sie gelten ausschließlich für die unter 65-jährige Bevölkerung und fallen zum Nachteil der Migranten und Migrantinnen aus (vgl. Abbildung 3.34), während bei den über 64-Jährigen keine Unterschiede festzustellen sind.

Den Ergebnissen des ATHIS zufolge berichten rund 70 Prozent der Tiroler/innen mit und 80 Prozent der Tiroler/innen ohne Migrationshintergrund von einer guten bis sehr guten Gesundheit (vgl. Amt der Tiroler Landesregierung 2008).

Abbildung 3.34:
Gesundheitliche Selbsteinschätzung der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen (sehr gut oder gut) nach Migrationshintergrund und Altersgruppen



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Schulbildung

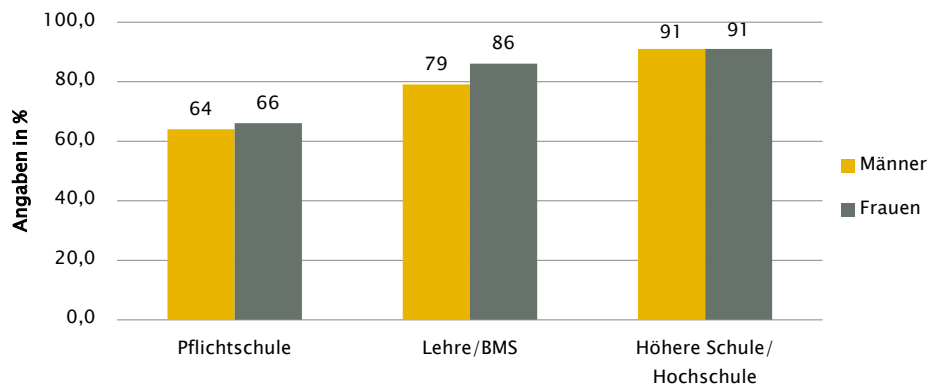
Bildungsunterschiede im Gesundheitszustand der Tiroler/innen zeigen sich sowohl für die weibliche als auch für die männliche Bevölkerung. Dabei gilt, dass Personen **mit** einem **höheren Bildungsabschluss** über eine **bessere Gesundheitseinschätzung** verfügen als Personen, die nur einen Pflichtschulabschluss besitzen (vgl. Abbildung 3.35).²⁵

²⁵

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass Personen mit einem Pflichtschulabschluss – verglichen mit allen anderen Schulabschlüssen – überproportional weiblich, mit Migrationshintergrund und über 60 Jahre alt sind.

Abbildung 3.35:

Gesundheitliche Selbsteinschätzung der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen (sehr gut oder gut) nach Schulbildung



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

3.4.2 Lebensqualität

Laut ATHIS 2006/2007 stuften rund **80 Prozent** der Tiroler/innen (Personen über 14 Jahre) ihre Lebensqualität²⁶ als **sehr gut oder gut** ein (bundesweit: 79 %); nur 4 Prozent bewerten diese als schlecht oder sehr schlecht (bundesweit: rund 4 %; vgl. Tab. 3.19 im Tabellenanhang).

Am besten bewerten die Tiroler/innen ihre **körperliche Lebensqualität**²⁷ (80,3 Punkte; bundesweit: 79,4), gefolgt von der **sozialen**²⁸ (78,2; bundesweit: 77,4), **psychischen**²⁹

²⁶

Die subjektive Lebensqualität wurde in der Österreichischen Gesundheitsbefragung mittels des WHOQOL-Fragebogens erhoben, eines international anerkannten Befragungsinstruments, das sowohl die Einschätzung der allgemeinen Lebensqualität als auch die Einschätzung spezifischer Lebensqualitätsdimensionen erlaubt (bezogen auf Körper, Psyche, Soziales und Umwelt). Die Einschätzungen rangieren dabei zwischen 0 und 100, wobei der Wert 100 die bestmögliche Lebensqualität, der Wert 0 die schlechtmöglichste Einschätzung repräsentiert.

²⁷

Die körperliche Lebensqualität umfasst die Dimensionen „Aktivitäten des täglichen Lebens“, „Angewiesenheit auf Medikamente und medizinische Hilfe“, „Energie“, „Mobilität“, „Schmerzen und Beschwerden“, „Schlaf und Erholung“ sowie „Arbeitsfähigkeit“.

(76,4 Punkte; bundesweit: 76,6) und **umweltbezogenen**³⁰ Einschätzung ihrer Lebenssituation (75,9 Punkte; bundesweit: 75,7). Die Lebensqualität der Tiroler Bevölkerung **entspricht** damit dem **Bundesdurchschnitt**.

Geschlechtsspezifische Betrachtung

Nennenswerte Unterschiede zwischen den Geschlechtern finden sich **nicht**, weder bei der Einschätzung der allgemeinen Lebensqualität noch bei der der einzelnen Lebensqualitätsdimensionen.

Altersspezifische Betrachtung

Erwartungsgemäß weist die Einschätzung der Lebensqualität jedoch eine **altersbedingte Verteilung** auf. Stufen 2006/2007 rund 86 Prozent der 15- bis 44-Jährigen ihre Lebensqualität als sehr gut oder gut ein, waren dies bei den 45- bis 64-Jährigen 79 Prozent, bei den 65- bis 84-Jährigen nur noch 67 Prozent. Am deutlichsten nimmt **die körperliche Lebensqualität** mit dem Alter ab, gefolgt von der psychischen und sozialen Einschätzung der Lebenssituation (vgl. Abbildung 3.36). Die umweltbezogene Lebensqualität scheint hingegen über das Alter hinweg weitgehend konstant zu bleiben.

28

Die soziale Lebensqualität umfasst die Dimensionen „persönliche Beziehungen“, „soziale Unterstützung“ und „Sexualität“.

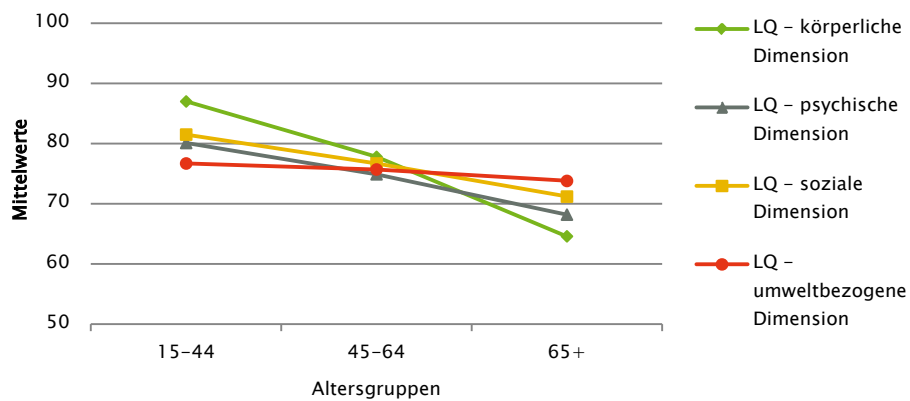
29

Die psychische Lebensqualität umfasst die Dimensionen „Körperimage und Aussehen“, „negative Gefühle“, „positive Gefühle“, „Selbstachtung“, „Spiritualität/Glaube“ sowie „Denken, Lernen, Gedächtnis, Konzentration“.

30

Die umweltbezogene Lebensqualität umfasst die Dimensionen „finanzielle Ressourcen“, „Freiheit und Sicherheit“, „Sozialsystem und Gesundheitsversorgung: Zugang und Qualität“, „Wohnsituation“, Möglichkeiten zum Informations- und Kompetenzerwerb“, „Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung“, „physische Umwelt (Verschmutzung, Lärm, Verkehr, Klima)“ sowie „Transport“.

Abbildung 3.36:
Körperliche, psychische, soziale und umweltbezogene Lebensqualität
der Tiroler und Tirolerinnen nach Altersgruppen



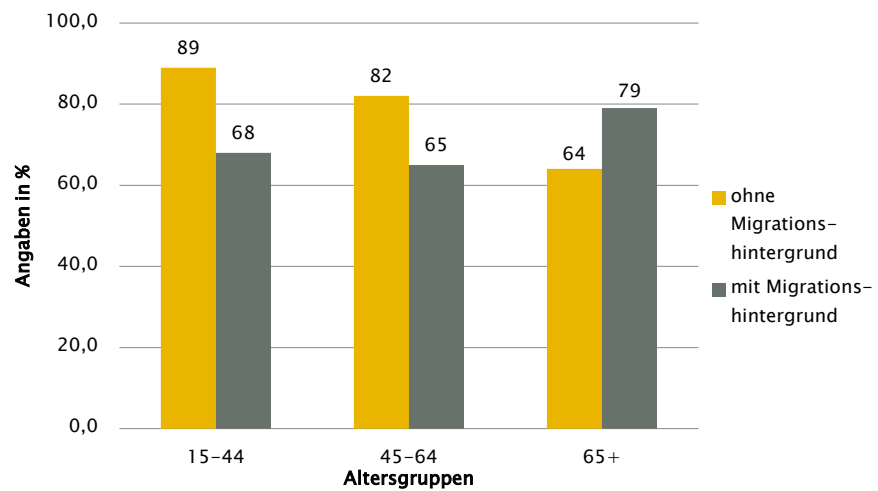
Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Migrationshintergrund

Merkliche Unterschiede in der Einschätzung der Lebensqualität finden sich hinsichtlich des Migrationshintergrunds – und zwar **abhängig vom Alter** der in Tirol wohnhaften Personen. Dabei zeigt sich, dass in der Altersgruppe der unter 65-jährigen Tiroler/innen ohne Migrationshintergrund eine bessere Lebensqualität aufweisen, während in der Altersgruppen der über 64-jährigen Tiroler/innen mit Migrationshintergrund über eine bessere Lebensqualität verfügen (vgl. Abbildung 3.37). Ein Muster, das sich sowohl für die körperliche und psychische als auch für die soziale und umweltbezogene Lebensqualität bestätigt (vgl. Abbildung 3.38).

Abbildung 3.37:

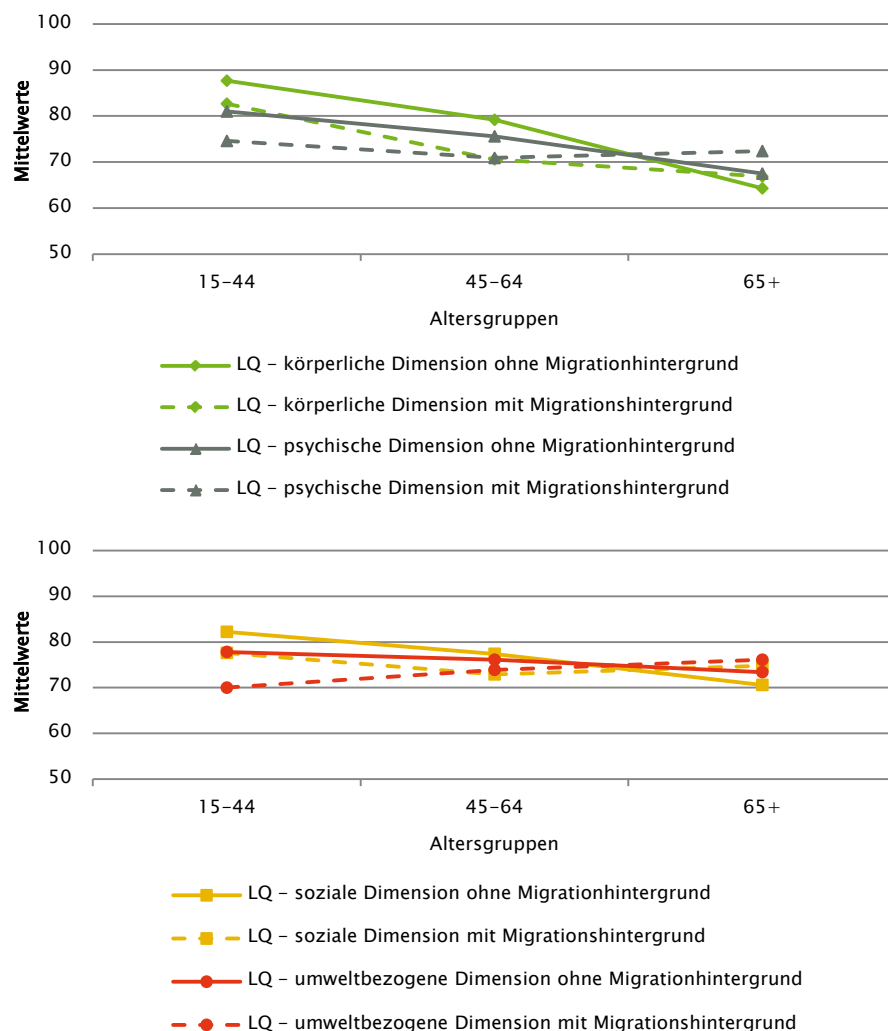
Lebensqualität der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen (sehr gut oder gut) nach Migrationshintergrund und Altersgruppen



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Abbildung 3.38:

Körperliche, psychische, soziale und umweltbezogene Lebensqualität der Tiroler und Tirolerinnen nach Migrationshintergrund und Altersgruppen



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;

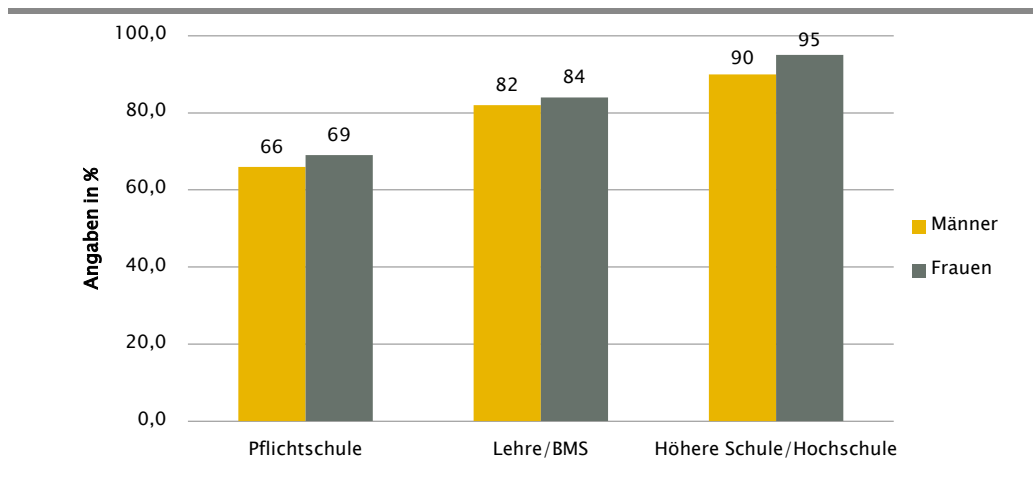
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Schulbildung

Bildungsunterschiede hinsichtlich der Lebensqualität finden sich sowohl für die weibliche als auch für die männliche Bevölkerung. Dabei gilt, dass Personen mit einer höheren Schulbildung eine kollektiv bessere Lebensqualität berichten als etwa Perso-

nen mit einem reinen Pflichtschulabschluss (vgl. Abbildung 3.39). Auch dieser Unterschied gilt für alle untersuchten Lebensqualitätsdimensionen (vgl. Abbildung 3.40).³¹

Abbildung 3.39:
Lebensqualität der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen (sehr gut oder gut)
nach Schulbildung



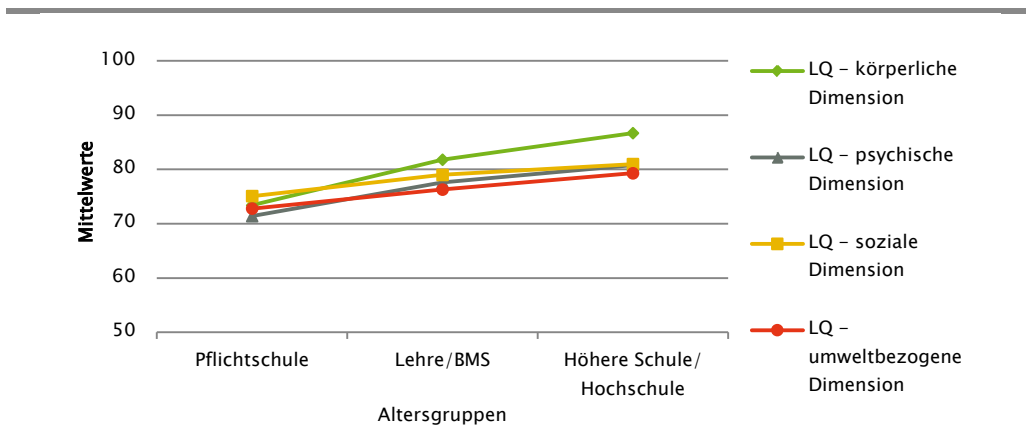
Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

31

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass Personen mit einem Pflichtschulabschluss – verglichen mit allen anderen Schulabschlüssen – überproportional weiblich, mit Migrationshintergrund und über 60 Jahre alt sind.

Abbildung 3.40:

Körperliche, psychische, soziale und umweltbezogene Lebensqualität der Tiroler und Tirolerinnen nach Schulbildung



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

3.5 Geburtenregister

Im Jahr 2011 fanden in den Tiroler Krankenhäusern 6.943 Geburten statt. Nach Daten der Statistik Austria haben im Jahr 2011 in Tirol 61 Frauen zu Hause entbunden, der Anteil der Hausgeburten liegt damit in Tirol in den letzten Jahren bei 0,9 Prozent und in Österreich bei 1,4 Prozent. Die folgenden Darstellungen beziehen sich auf **Krankenhausgeburten**.

Die Anzahl der Geburten hat sich in Tirol seit dem Jahr 2000 (7.149 Geburten) leicht reduziert um 3 Prozent. 29 Mütter waren jünger als 18 Jahre (0,4 %, Österreich: 0,5 %), es wurden nur wenige ganz junge Mütter (mit einem Alter von unter 16 Jahren) beobachtet, nämlich drei (Österreich: 23). 1.265 Mütter waren im Alter 35 bis 39 Jahre (18,2 %, Österreich: 17,6%) und 351 Mütter 40 Jahre oder älter (5,1 %, Österreich: 4,8 %). Der Anteil der älteren Mütter hat seit dem Jahr 2000 stark zugenommen (siehe Abbildung 3.41). Angaben für ganz Österreich liegen im Geburtenregister Österreich erst ab 2008 vor, daher wurden in den Längsschnittgrafiken nur Tiroler Daten dargestellt.

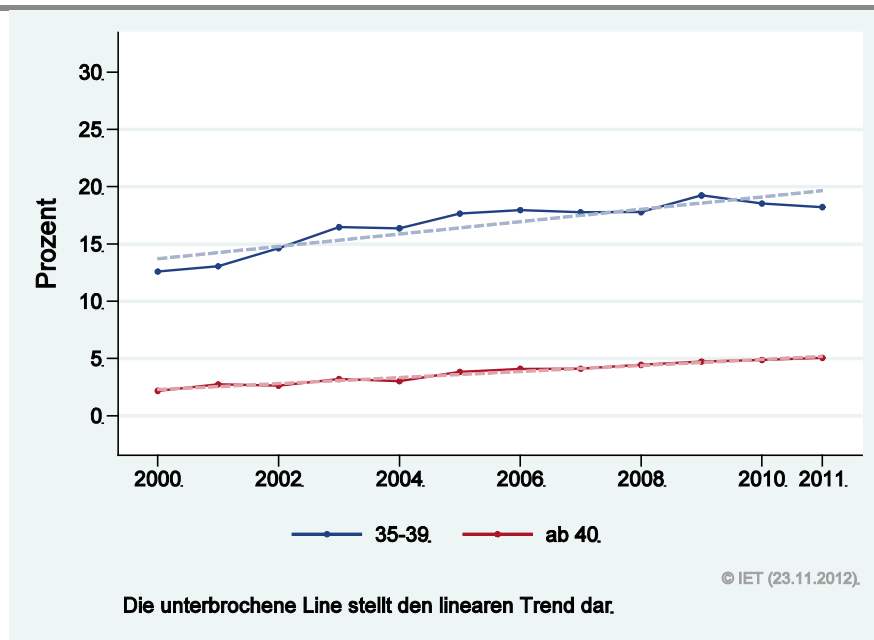
Im Jahr 2011 haben 7,8 Prozent der Mütter während der Schwangerschaft geraucht, dieser Anteil ist seit 2000 stark rückläufig (siehe Abbildung 3.42). Allerdings scheint sich der Rückgang in den letzten Jahren nicht fortzusetzen.

91 Prozent der Frauen hatten (wie in der Geburtshilfe empfohlen) die erste Schwangerschaftsuntersuchung bis einschließlich der 12. Schwangerschaftswoche (SSW), im Vergleich liegt der Anteil in Österreich bei 80,7 Prozent. Dieser Anteil hat sich in Tirol im letzten Jahrzehnt leicht erhöht. Bei den Frauen mit Migrationshintergrund ist der Anteil der Gebärenden mit der ersten Schwangerschaftsuntersuchung bis einschließlich der 12. SSW etwas niedriger (mit 86 %). Im Jahr 2011 wurden 60,4 Prozent (in Österreich 70,3 %) der Kinder vaginal entbunden, 8,7 Prozent (in Österreich 6,1 %) mit einer Zangengeburt und 30,8 Prozent (in Österreich 29,6 %) mit einem Kaiserschnitt (16,2 % im Rahmen einer primären Sektio, also im Rahmen eines geplanten Kaiserschnittes; in Österreich lag dieser Anteil bei 15,2 %). Der Anteil der Kaiserschnittentbindungen hat seit 2000 stark zugenommen (im Jahr 2000 lag der Anteil bei 17 %; siehe Abbildung 3.43). Bei 90 Prozent der Kaiserschnittentbindungen wurde eine PDA/Spinalanästhesie angewandt (starke Zunahme im letzten Jahrzehnt; siehe Abbildung 3.44). Diese Form der Anästhesie wird im Rahmen der Geburtshilfe als Qualitätsmerkmal angesehen. Bei 11,1 Prozent der vaginalen Entbindungen wurde eine Epiduralanästhesie angewandt, auch dieser Anteil hat sich im letzten Jahrzehnt stark erhöht (siehe Abbildung 3.45). Der Anteil der Vaginalgeburten mit einem Dammschnitt lag im Jahr 2011 bei 18,7 Prozent und in Österreich bei 18,1 Prozent. Dieser Anteil liegt bei den Erstgebärenden bei 29,2 Prozent (Österreich: 29,9 %) und bei den Mehrgebärenden bei 8,9 % (Österreich 7,2 %); die Dammschnitttrate hat sich in Tirol stark gesenkt, sowohl bei den Erstgebärenden (um 29 %) als auch bei den Mehrgebärenden (um 18 %; siehe Abbildung 3.46).

Die perinatale Mortalität lag im Jahr 2011 bei 5,1 Promille (Österreich: 6,0‰), die zeitliche Entwicklung ist in Abbildung 3.47 dargestellt. Mehr als zwei Drittel der perinatalen Todesfälle entfallen auf den antepartalen Bereich. Im Durchschnitt wurden im letzten Jahrzehnt 35 perinatale Todesfälle pro Jahr beobachtet. Die Überlebenschancen abhängig von der Schwangerschaftswoche sind in Abbildung 3.48 dargestellt: Ab der 29. Schwangerschaftswoche überleben mehr als 97 Prozent der Kinder, ab der 35. Schwangerschaftswoche ist das Überleben gleich hoch wie bei den Geburten am Termin.

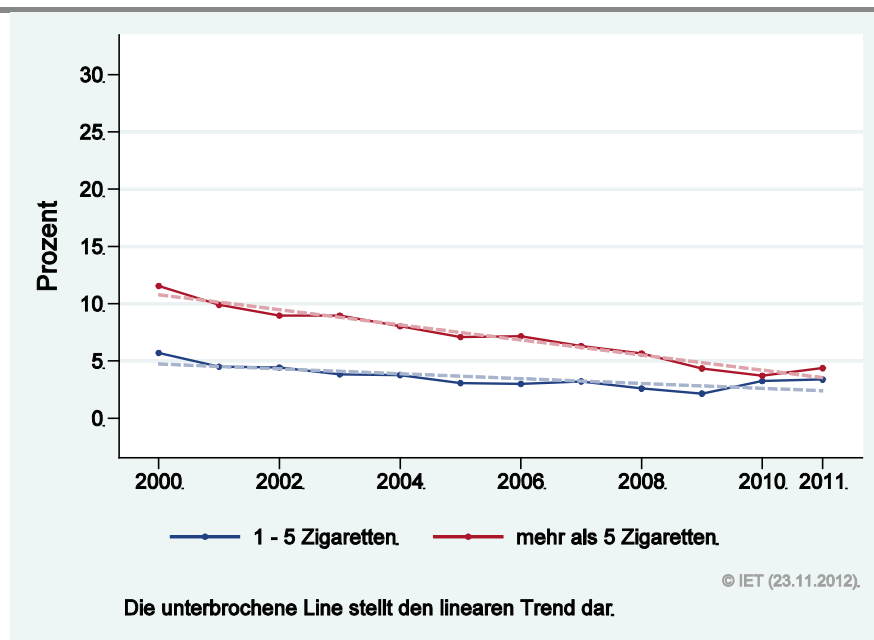
Ausführliche Informationen über die Geburtshilfe in Tirol finden sich in den Berichten des Geburtenregisters auf der Homepage des Instituts für klinische Epidemiologie (IET; www.iet.at) unter Publikationen.

Abbildung 3.41:
Alter der Mütter, Tirol 2000–2011



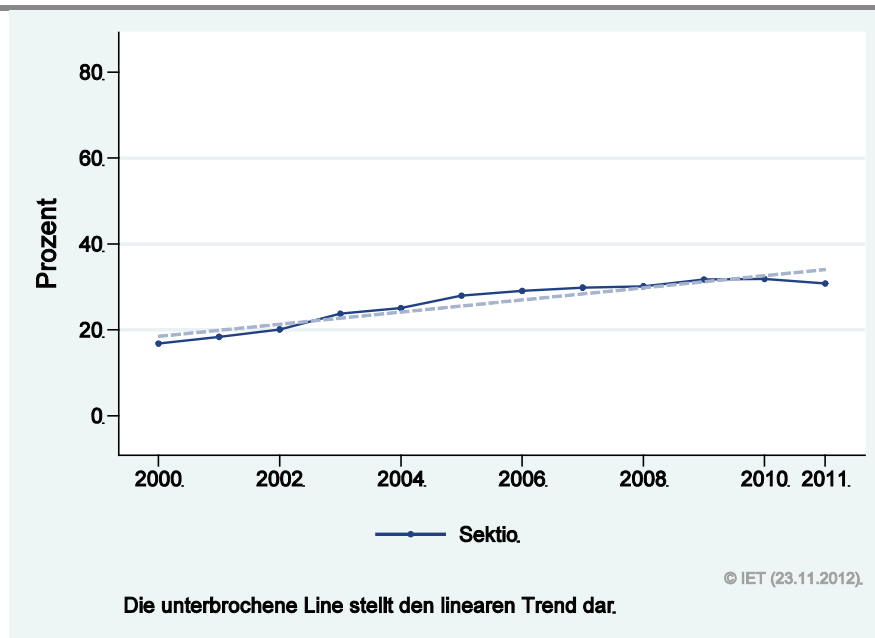
Quelle: Geburtenregister Tirol; Darstellung: IET

Abbildung 3.42:
Rauchen der Mütter in der Schwangerschaft, Tirol 2000–2011



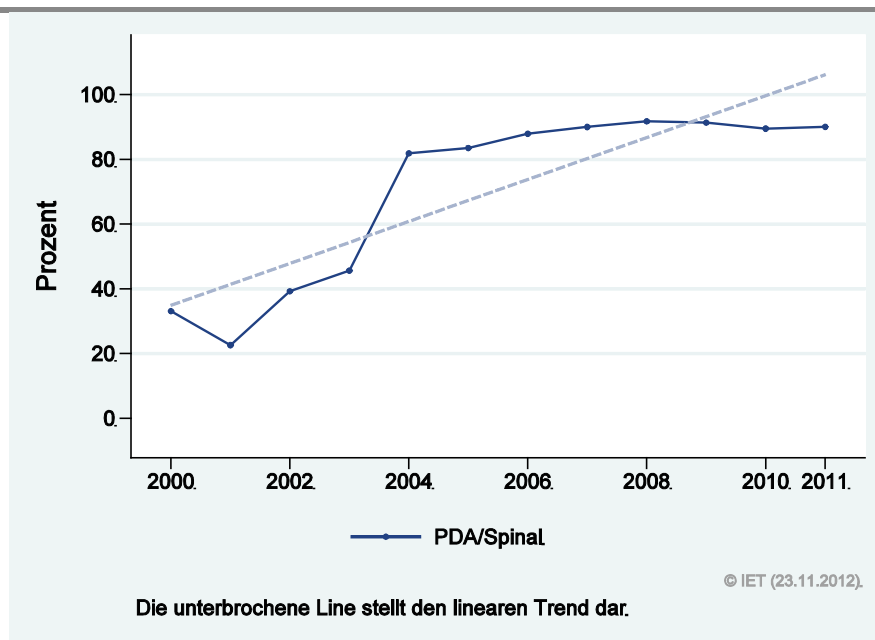
Quelle: Geburtenregister Tirol; Darstellung: IET

Abbildung 3.43:
Kaiserschnittentbindungen, Tirol 2000–2011



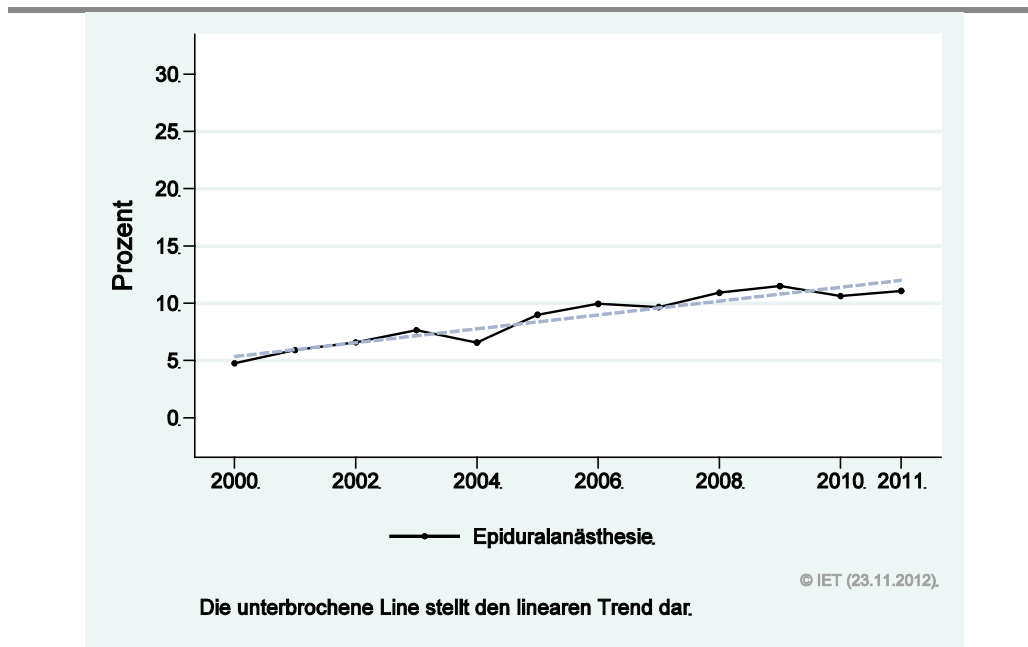
Quelle: Geburtenregister Tirol; Darstellung: IET

Abbildung 3.44:
PDA/Spinalanästhesie bei Kaiserschnittentbindung, Tirol 2000–2011



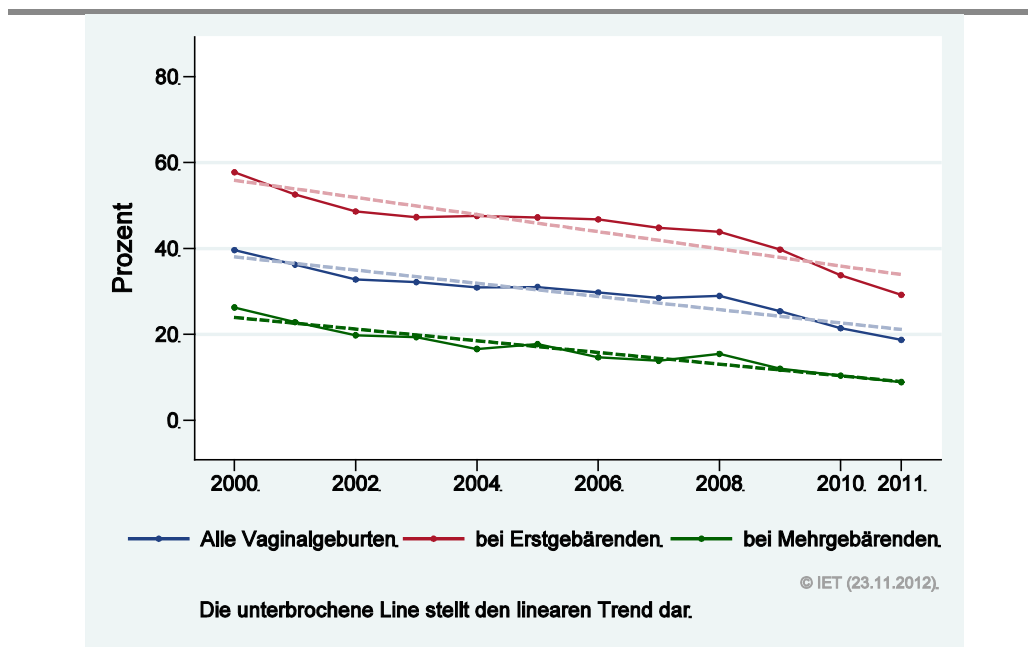
Quelle: Geburtenregister Tirol; Darstellung: IET

Abbildung 3.45:
Epiduralanästhesie bei Vaginalgeburt, Tirol 2000–2011



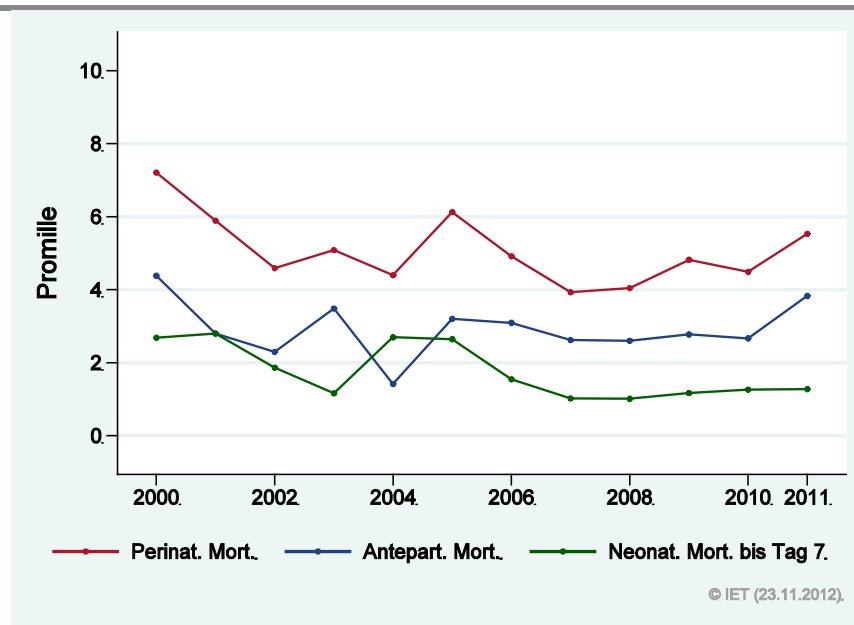
Quelle: Geburtenregister Tirol; Darstellung: IET

Abbildung 3.46:
Dammchnitt bei Vaginalgeburten, Tirol 2000–2011



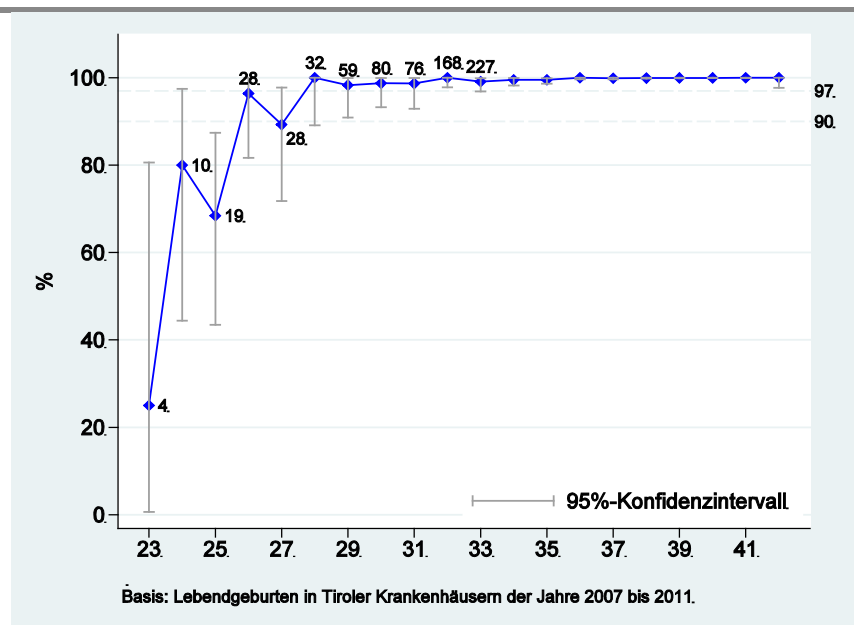
Quelle: Geburtenregister Tirol; Darstellung: IET

Abbildung 3.47:
Kindliche Mortalität, Tirol 2000–2011



Quelle: Geburtenregister Tirol; Darstellung: IET

Abbildung 3.48:
Überlebenschancen der lebendgeborenen Kinder der Geburtsjahre 2007–2011
nach Schwangerschaftswoche



Quelle: Geburtenregister Tirol; Darstellung: IET

3.6 Diabetesregister

Von Beginn des Diabetesregisters Tirol im Jahr 2006 an bis zum Jahresende 2010 wurden 8.931 Diabetiker/innen erfasst mit insgesamt 35.656 Ambulanzbesuchen. Für Tirol werden aufgrund von internationalen Publikationen ungefähr 50.000 Patientinnen und Patienten mit einer Diabeteserkrankung geschätzt, somit erfasst das Diabetesregister aktuell ungefähr ein Fünftel der Diabetes-Patientinnen/-Patienten.

Von den 8.931 PatientInnen weisen 631 einen Diabetes mellitus Typ 1 (7,1 %) auf, und weitere 7.629 leiden an Diabetes mellitus Typ 2 (85,4 %). Von den 4.394 Frauen, die im Diabetesregister Tirol in den Jahren 2006 bis 2010 erfasst wurden, entfallen 6,5 Prozent auf Diabetes mellitus Typ 1 (T1DM), 79,6 Prozent auf Diabetes mellitus Typ 2 (T2DM), 12,7 Prozent auf Gestationsdiabetes und 1,3 Prozent auf andere Diabetesformen. Von den 4.537 Männern weisen 7,7 Prozent eine Diagnose T1DM auf, 91,1 Prozent die Diagnose T2DM und ebenfalls 1,3 Prozent eine andere Diabetesform. Von den weiblichen Patientinnen sind 18 Prozent jünger als 39 Jahre und 36,2 Prozent älter als 70 Jahre, von den männlichen Patienten 5,8 Prozent jünger als 39 und 28,5 Prozent älter als 70.

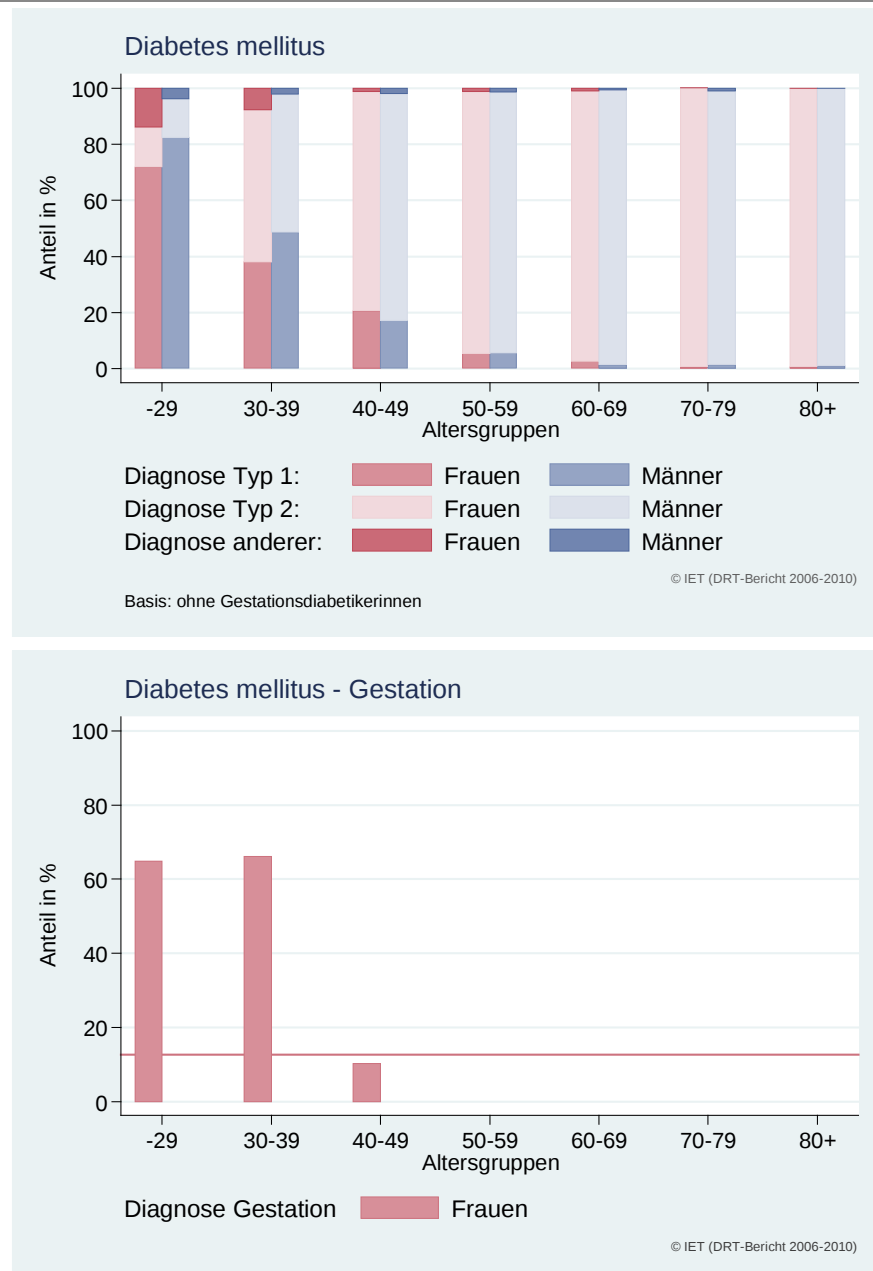
Von den derzeit erfassten 8.931 Patientinnen/Patienten wurde bei 640 in den Jahren 2006 bis 2010 zumindest einmal pro Jahr ein Ambulanzbesuch dokumentiert (im Folgenden als Fünfjahreskollektiv bezeichnet). Von diesen 640 Patientinnen/Patienten sind 276 Frauen (24 T1DM und 252 T2DM) und 364 Männer (43 T1DM und 321 T2DM). Für das Fünfjahreskollektiv sind 9.888 Ambulanzbesuche gespeichert, wobei jeweils ca. 90 Prozent auf T2DM entfallen.

Diabetes-Diagnose

Abbildung 3.49 zeigt für die Diagnose Diabetes mellitus aufgeschlüsselt die Verteilung nach den jeweiligen Altersgruppen, wobei für eine Vergleichbarkeit der Anteilswerte zwischen Frauen und Männern bei den Diagnosen T1DM, T2DM und anderen Diabetesformen die Anteile ohne Berücksichtigung der Gestationsdiabetikerinnen berechnet wurden. Auffällig ist, dass bei den Männern der Anteil der Patienten mit T1DM in den Altersgruppen bis 29 und 30 bis 39 Jahre höher ist als bei den Frauen. Des Weiteren ist anzumerken, dass bei den Frauen in den Altersgruppen bis 29 und 30 bis 39 Gestationsdiabetes einen Anteil von über 60 Prozent einnimmt, in der Altersgruppe 40 bis 49 einen Anteil von 10 Prozent.

Abbildung 3.49:

Anteil der Diabetes-Patientinnen/-Patienten mit T1DM, T2DM und anderem Diabetes sowie Anteil der Patientinnen/Patienten mit Gestationsdiabetes nach Altersgruppen*



* Hinweis: Derzeit sind ca. 20 % der Diabetiker/innen in Tirol im Diabetesregister erfasst.

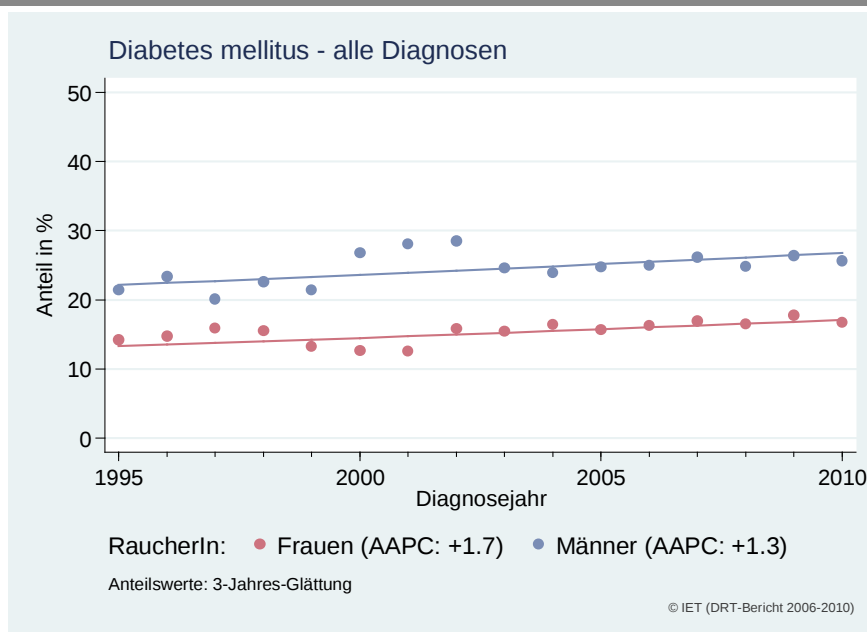
Quelle: Diabetesregister Tirol; Darstellung: IET

Risikofaktoren

Im Diabetesregister Tirol werden sowohl Risikofaktoren zum Zeitpunkt der Erstdiagnose als auch Risikofaktoren zum aktuellen Zeitpunkt (d. h. beim aktuellen Ambulanzbesuch) erhoben. Zum Zeitpunkt der Erstdiagnose werden unter anderem der Risikofaktor Rauchen abgefragt und der aktuelle BMI-Wert aus den Daten der Ambulanzbesuche berechnet.

Um beurteilen zu können, ob sich der Anteil an Raucherinnen und Rauchern zum Zeitpunkt der Erstdiagnose über die Jahre verändert, ist in Abbildung 3.50 pro Erstdiagnosejahr (ab 1995) der Anteil an Raucherinnen und Rauchern dargestellt. Bei beiden Geschlechtern hat der Anteil der Raucher/innen leicht zugenommen (nicht statistisch signifikant), bei den Männern liegt der Anteil der Raucher bei 25 Prozent und bei den Frauen bei 15 Prozent.

Abbildung 3.50:
Anteil der Diabetes-Patientinnen/-Patienten mit Status Rauchen
nach Erstdiagnosejahr und Diagnose (alle Diagnosen)*



* Hinweis: Derzeit sind ca. 20 % der DiabetikerInnen in Tirol im Diabetesregister erfasst.

** AAPC: Der AAPC-Wert der Join-Point-Regression beschreibt die durchschnittliche jährliche Änderung in Prozent.

Quelle: Diabetesregister Tirol; Darstellung: IET

Für das Fünfjahreskollektiv liegt der mittlere BMI-Wert über alle fünf Jahre hinweg gesehen für die Frauen bei 30, für die Männer bei 28. Diese Anteile sind für Patientinnen und Patienten mit T1DM deutlich niedriger, nämlich bei 24. Für alle Patientinnen/Patienten mit Ausnahme der weiblichen T2DM-Fälle hat der BMI statistisch signifikant zugenommen.

Qualitätsparameter

Im Diabetesregister Tirol werden Parameter erhoben, die Rückschlüsse auf die Qualität der Betreuung von Diabetes-Patientinnen/-Patienten erlauben sollen, darunter der HbA1c-Wert und die Teilnahme an einer Schulung. Zu beachten ist, dass für den Parameter HbA1c der zeitlich letzte gemessene Wert analysiert wurde, während für den Parameter Schulung die Teilnahme an zumindest einer Schulung im Gesamtzeitraum 2006 bis 2010 als Kriterium definiert wurde.

Als gute Einstellung von Diabetes-Patientinnen/-Patienten wird ein HbA1c-Wert von unter 6,5 Prozent (nach Definition der ÖDG) bezeichnet. Betrachtet man die letzten gemessenen Werte für jede Patientin / jeden Patienten, so können 37,3 Prozent der Frauen und 26,3 Prozent der Männer als gut eingestellt bezeichnet werden. Die Werte der T1DM-Fälle liegen unter diesen Durchschnittswerten, für Frauen bei 15,1 Prozent und für Männer bei 12,1 Prozent. Bei Patientinnen/Patienten mit T2DM liegen die vergleichbaren Anteilswerte bei 29,3 Prozent für Frauen und bei 27,3 Prozent für Männer.

Aufgeschlüsselt nach den einzelnen Altersgruppen ist zu beobachten, dass für die beiden Altersgruppen bis 29 Jahre und 30–39 Jahre die Mittelwerte der Frauen unter der 6,5-Prozent-Marke liegen, wobei dies maßgeblich durch die gute Einstellung der Gestationsdiabetikerinnen verursacht wird. Während bei T1DM mit zunehmendem Alter der mittlere HbA1c-Wert tendenziell leicht besser wird, gilt für T2DM-Fälle das Gegenteil. Mit Ausnahme der jungen Männer bis 29 Jahre ist der Mittelwert des HbA1c für jüngere Typ-2-Diabetiker/innen leicht besser als bei älteren Patientinnen/Patienten.

Im Zeitverlauf für das Fünfjahreskollektiv ist sowohl für die Frauen als auch für die Männer eine relevante Abnahme des mittleren HbA1c-Wertes festzustellen, bei den Frauen von 7,7 Prozent auf 7,5 Prozent, bei den Männern von 7,7 Prozent auf 7,4 Prozent (jeweils statistisch signifikant).

An einer strukturierten Schulung haben zumindest 65,0 Prozent der Frauen und 63,7 Prozent der Männer teilgenommen. Die Anteile für PatientInnen mit T2DM liegen mit jeweils 63 Prozent knapp niedriger, jene für T1DM mit 73,2 Prozent für Frauen und 71,5 Prozent für Männer darüber.

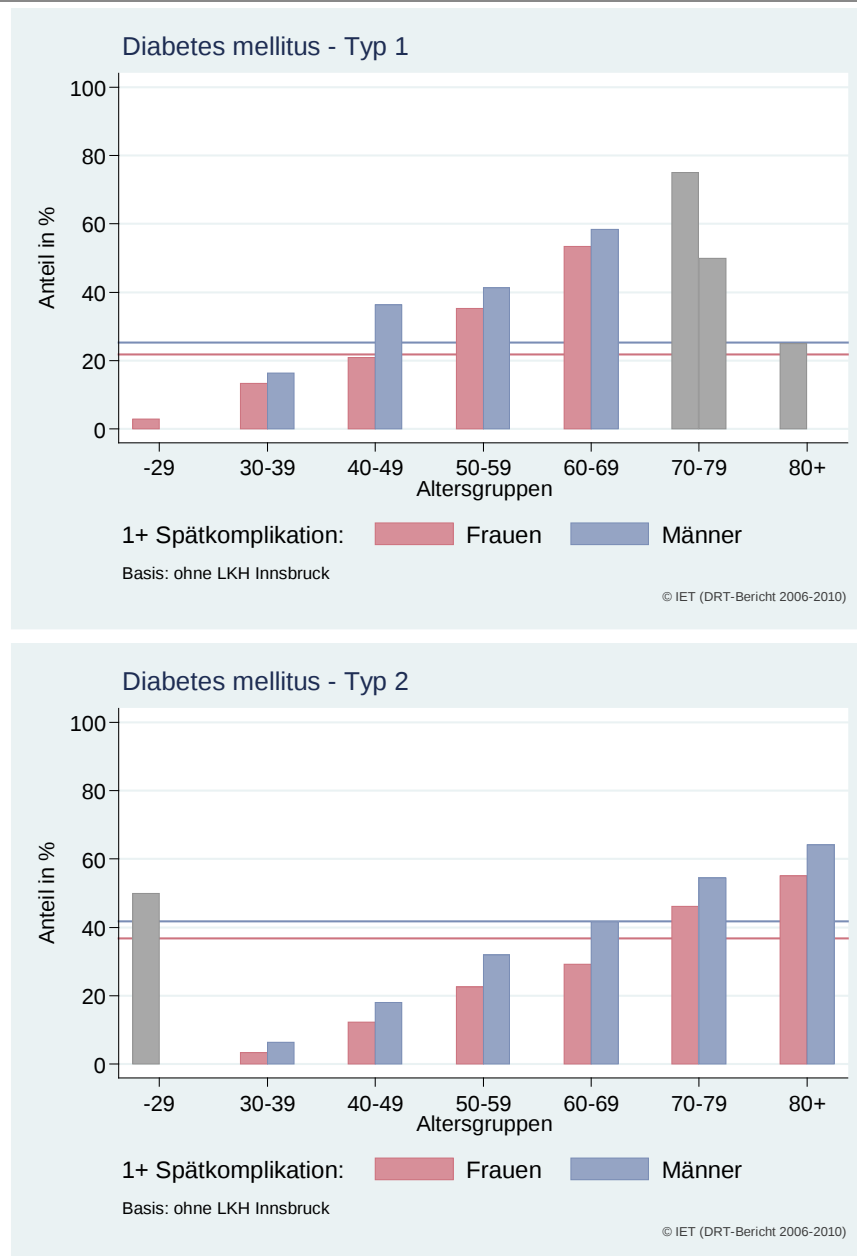
Spätkomplikationen

Im Diabetesregister Tirol werden neun verschiedene Spätkomplikationen erhoben: die mikrovaskulären Spätkomplikationen Nephropathie, Retinopathie und Neuropathie (Schädigungen der Nieren, der Netzhaut bzw. des peripheren Nervensystems) sowie der diabetische Fuß und dessen Folge, die Amputation, und die makrovaskulären Spätkomplikationen Herzinfarkt, Schlaganfall, PAVK (periphere arterielle Verschlusskrankheit) und Bypass/PTCA. An zumindest einer dieser Spätkomplikation leiden 31,7 Prozent der Frauen und 40,1 Prozent der Männer, wobei die häufigste Spätkomplikation bei den Frauen die Nephropathie ist und bei den Männern die Spätkomplikationen Nephropathie und Myokardinfarkt. Die Werte für T2DM-Fälle liegen ungefähr in diesem Bereich, während bei den T1DM-Fällen der Anteil an Patientinnen/Patienten mit zumindest einer Spätkomplikation wesentlich geringer ist, nämlich 21,8 Prozent bei den Frauen und 25,7 Prozent bei den Männern.

Auch die Verteilung auf die Altersgruppen unterscheidet sich zwischen T1DM und T2DM. Patientinnen/Patienten mit T1DM leiden früher an zumindest einer Spätkomplikation als solche mit T2DM. Zusätzlich ist der Anteil an Patientinnen/Patienten mit einer Spätkomplikation in fast allen Altersgruppen bei den Männern höher als bei den Frauen. Davon weichen nur die Altersgruppe bis 29 Jahre für beide Diagnosen ab sowie bei T1DM die Altersgruppen 70–79 und 80+ Jahre.

Abbildung 3.51:

Anteil der Diabetes-Patientinnen/-Patienten mit zumindest einer Spätkomplikation nach Altersgruppen und Diagnose (T1DM, T2DM)*, **



* Hinweis: Derzeit sind ca. 20 % der Diabetiker/innen in Tirol im Diabetesregister erfasst.

** Balken in Grau: Grundmenge zur Berechnung der Anteilswerte weniger als 10 Frauen bzw. 10 Männer

Quelle: Diabetesregister Tirol; Darstellung: IET

Weitere Daten und Informationen finden sich in den Berichten des DiabetesregisterTirol (www.iet.at).

3.7 Tumorregister

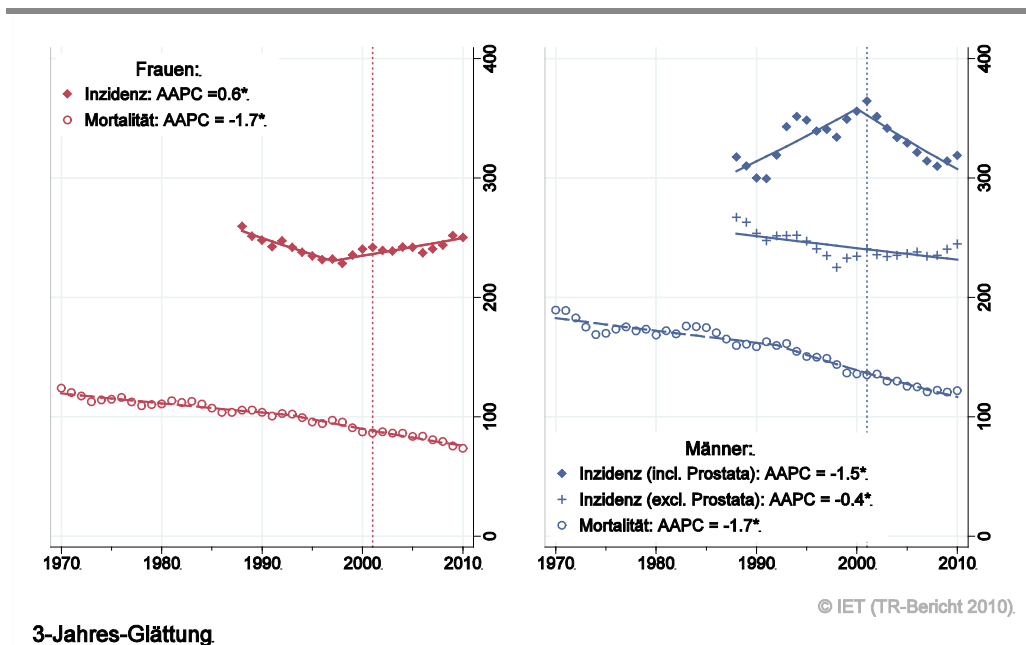
Alle Karzinome außer NMSC

In Tirol werden in den letzten Jahren etwa 1.550 neue Krebsfälle bei den Frauen und 1.750 bei den Männern diagnostiziert. Dabei wurden aus Gründen der internationalen Vergleichbarkeit die Basaliome und Plattenepithelkarzinome der Haut nicht mitgezählt. Das mittlere Alter bei Erkrankung beträgt 76 Jahre bei den Frauen und 73 Jahre bei den Männern.

Die altersstandardisierte Inzidenzrate (unter Verwendung des SEGI-Standards) liegt bei den Frauen bei 245 Fällen pro 100.000, bei den Männern bei 320 pro 100.000. Die Inzidenzrate nimmt bei den Frauen leicht zu (0,6 % pro Jahr), die Mortalitätsrate nimmt mit 1,7 Prozent pro Jahr ab (siehe Abbildung 3.52). Bei den Männern nimmt die Inzidenzrate insgesamt um 1,5 Prozent ab; wenn man die Prostatakarzinome ausnimmt (deren Inzidenz durch PSA-Screening beeinflusst sind), stellt man eine Abnahme von 0,4 Prozent fest. Die Mortalität nimmt um 1,7 Prozent pro Jahr ab. Alle Zeitrends sind statistisch signifikant und beziehen sich auf die letzten zehn Jahre.

Abbildung 3.52:

Alle Karzinome außer NMSC – zeitliche Entwicklung
der altersstandardisierten Inzidenz- und Mortalitätsrate



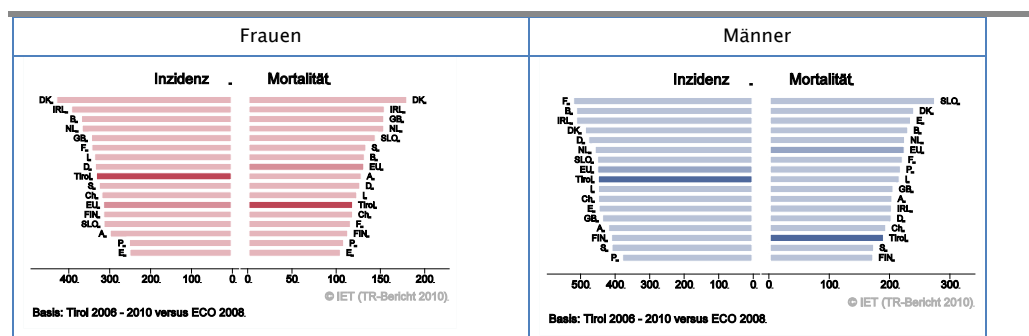
Quelle: Tumorregister Tirol; Darstellung: IET

Die Inzidenzraten liegen bei beiden Geschlechtern im Bezirk Lienz 20 Prozent und im Bezirk Reutte 15 Prozent unter dem Landesdurchschnitt.

Ein Vergleich mit den EU-Ländern (siehe Abbildung 3.53) zeigt, dass bei beiden Geschlechtern die Inzidenzraten im EU-Durchschnitt liegen und die Mortalitätsraten unter dem EU-Durchschnitt.

Abbildung 3.53:

Alle Karzinome außer NMSC – EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate; Tirol 2006–2010 versus ECO 2008



Altersstandardisierte Raten pro 100.000 Personen

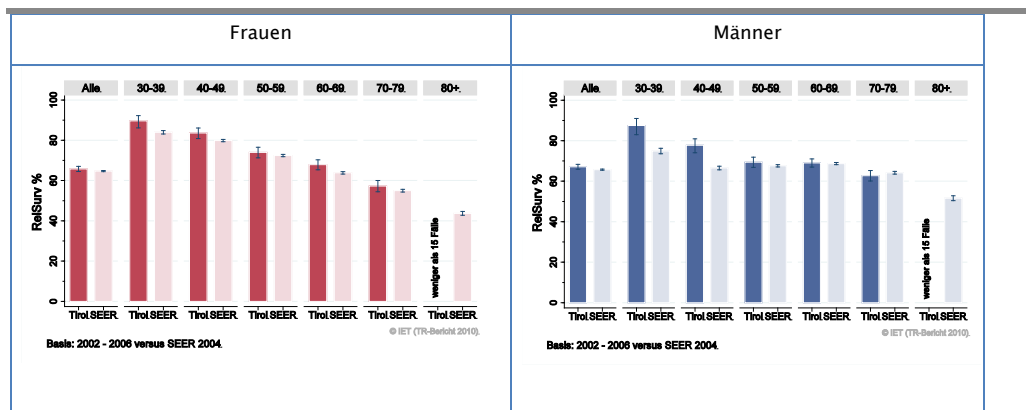
Quelle: Tumorregister Tirol; Darstellung: IET

Pro Jahr versterben in Tirol etwa 660 Frauen und 760 Männer an Krebs. Das mittlere Sterbealter beträgt bei den Frauen 76 Jahre und bei den Männern 73 Jahre.

Die relativen Fünfjahresüberlebensraten liegen für beide Geschlechter bei 65 Prozent und sind damit identisch mit den Vergleichsdaten aus den USA (siehe Abbildung 3.54).

Abbildung 3.54:

Alle Karzinome außer NMSC – Vergleich relatives Fünfjahresüberleben 2002–2006 versus SEER 2004



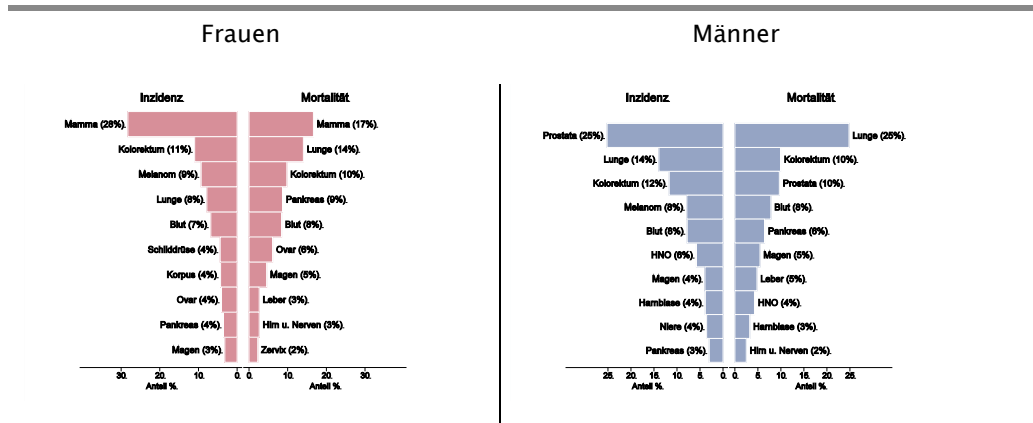
Quelle: Tumorregister Tirol; Darstellung: IET

Bevor wir die einzelnen Krebsdiagnosen beschreiben, wollen wir kurz die Häufigkeit der Krebsektitäten diskutieren (siehe Abbildung 3.55).

Bei den Frauen ist der mit Abstand häufigste Krebs der Brustkrebs mit einem Anteil von 28 Prozent an allen neuentdeckten Krebsfällen und von 17 Prozent an den Krebstodesfällen, gefolgt von Darmkrebs (11 % / 10 %), Melanom (9 % / 1 %), Lungenkrebs (8 % / 14 %) und Blutkrebs (7 % / 8 %) (jeweils prozentualer Anteil bei Inzidenz/Mortalität; je nach den Überlebensraten der Krebsektitäten ändert sich die Reihenfolge zwischen neuentdeckten Krebsektitäten und Krebstodesfällen).

Bei den Männern ist ein Viertel der neuentdeckten Krebsfälle Prostatakrebs (25 %), gefolgt von Lungenkrebs (14 %), Darmkrebs (12 %), Blutkrebs (8 %) und Melanom (8 %). An erster Stelle bei den Krebstodesfällen liegt der Lungenkrebs (25 %), gefolgt von Darmkrebs (10 %), Prostatakrebs (10 %), Blutkrebs (8 %) und Bauchspeicheldrüsenkrebs (6 %). Details sind in Abbildung 3.55 dargestellt.

Abbildung 3.55:
Häufigkeit der Krebsentitäten in Tirol für den Zeitraum 2006–2010

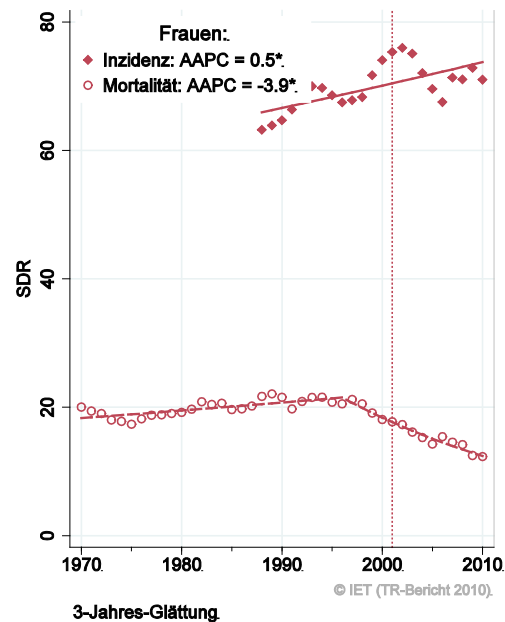


Quelle: Tumorregister Tirol; Darstellung: IET

Brustkrebs

Der häufigste Krebs bei den Frauen ist der Brustkrebs mit etwa 430 invasiven Fällen in den letzten Jahren; Abbildung 3.56 zeigt die zeitliche Entwicklung. Das mittlere Erkrankungsalter beträgt 62 Jahre.

Abbildung 3.56:
Brustkrebs – zeitliche Entwicklung der
altersstandardisierten Inzidenz- und Mortalitätsrate



SDR: altersstandardisierte Raten pro 100.000

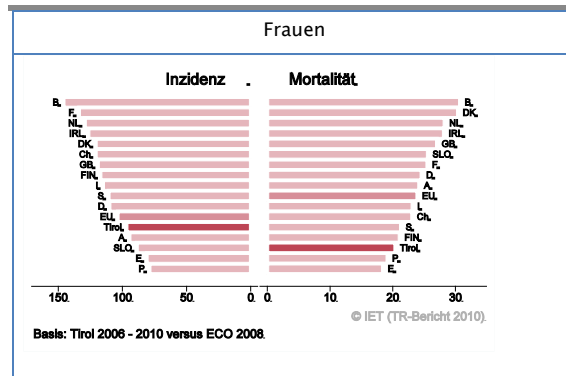
Quelle: Tumorregister Tirol; Darstellung: IET

In Detailuntersuchungen zeigte sich, dass die Zunahme besonders frühe Stadien betrifft und sicherlich zum Teil durch Früherkennungsmaßnahmen beeinflusst ist (Oberaigner et al. 2010). Es gibt keine Auffälligkeiten in der Bezirksverteilung in Tirol.

Im internationalen Vergleich liegt die Inzidenzrate bei den Tiroler Frauen im EU-Durchschnitt, die Mortalitätsrate unter dem EU-Durchschnitt (siehe Abbildung 3.57).

Abbildung 3.57:

Brustkrebs – EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate;
Tirol 2006–2010 versus ECO 2008



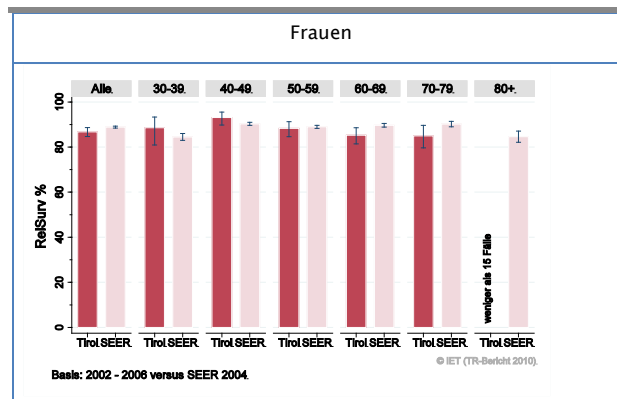
Altersstandardisierte Raten pro 100.000 Personen

Quelle: Tumorregister Tirol; Darstellung: IET

Pro Jahr versterben ca. 110 Frauen an Brustkrebs, die altersstandardisierte Rate war im letzten Jahrzehnt fallend (4 % pro Jahr). Das mittlere Sterbealter beträgt 73 Jahre. Die relativen Fünfjahresüberlebensraten liegen bei 87 Prozent und sind fast identisch mit den Ergebnissen der USA (siehe Abbildung 3.58).

Abbildung 3.58:

Brustkrebs – Vergleich relatives Fünfjahresüberleben 2002–2006 versus SEER 2004

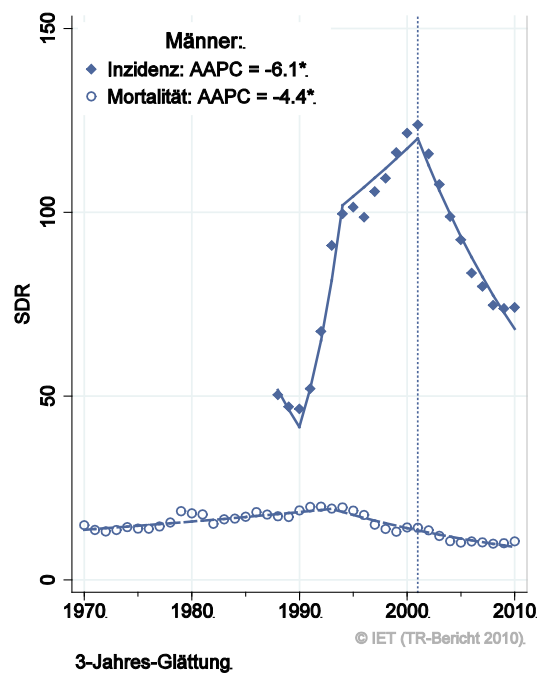


Quelle: Tumorregister Tirol; Darstellung: IET

Prostatakrebs

Der häufigste Krebs bei den Männern ist der Prostatakrebs mit 425 neuen Fällen pro Jahr, das mittlere Erkrankungsalter beträgt 67 Jahre. Der Prostatakrebs hat im letzten Jahrzehnt bei den Männern den Lungenkrebs als häufigsten Krebs abgelöst. Grund dafür sind wie schon erwähnt die intensiven PSA-Untersuchungen in Tirol, wodurch viele frühe Fälle mit einer sehr günstigen Prognose diagnostiziert werden. Die zeitliche Entwicklung zeigt eine starke Zunahme der Inzidenz seit Beginn der 1990er Jahre bis zum Jahr 2000, seit 2000 beobachten wir eine Abnahme, die Anzahlen liegen aber immer noch ungefähr doppelt so hoch wie vor dem Beginn des PSA-Screenings um 1993. Die Mortalität hat abgenommen (siehe Abbildung 3.59). Im Vergleich zur Situation vor den Auswirkungen des PSA-Screening-Programmes konnte eine Abnahme der Prostatakarzinom-Mortalität von 30 Prozent festgestellt werden, in den letzten Jahren verstarben um die 70 Männer pro Jahr infolge eines Prostatakarzinoms (siehe Oberaigner et al., 2011b). Das mittlere Sterbealter beträgt 81 Jahre.

Abbildung 3.59:
Prostatakrebs – zeitliche Entwicklung der
altersstandardisierten Inzidenz- und Mortalitätsrate



SDR: altersstandardisierte Raten pro 100.000

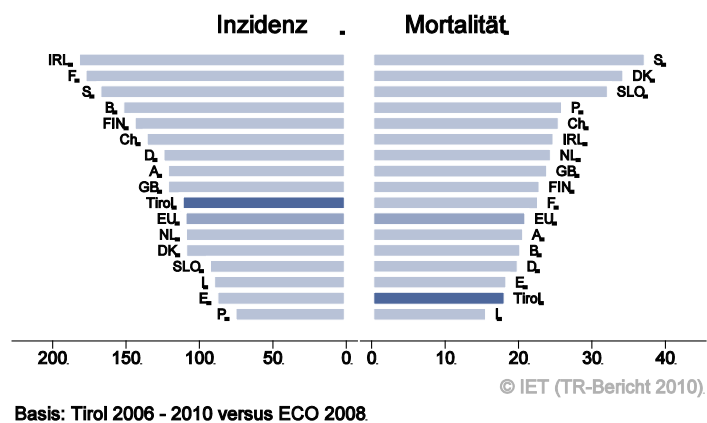
Quelle: Tumorregister Tirol; Darstellung: IET

Die Inzidenzverteilung nach Bezirken spiegelt die Intensität des Screening-Programmes wieder, es gibt keine Auffälligkeiten der Prostatakarzinom-Mortalität nach Bezirken.

Der internationale Vergleich spiegelt ganz stark das Ausmaß des PSA-Screenings wider (siehe Abbildung 3.60). Da in vielen Ländern seit mehr als zehn Jahren ebenfalls PSA-Screening in hohem Ausmaß stattfindet, liegen die Inzidenzraten im internationalen Vergleich im EU-Durchschnitt, die Mortalität liegt aber sehr deutlich unter dem EU-Durchschnitt.

Abbildung 3.60:

Prostatakrebs – EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate;
Tirol 2006–2010 versus ECO 2008



Basis: Tirol 2006 - 2010 versus ECO 2008.

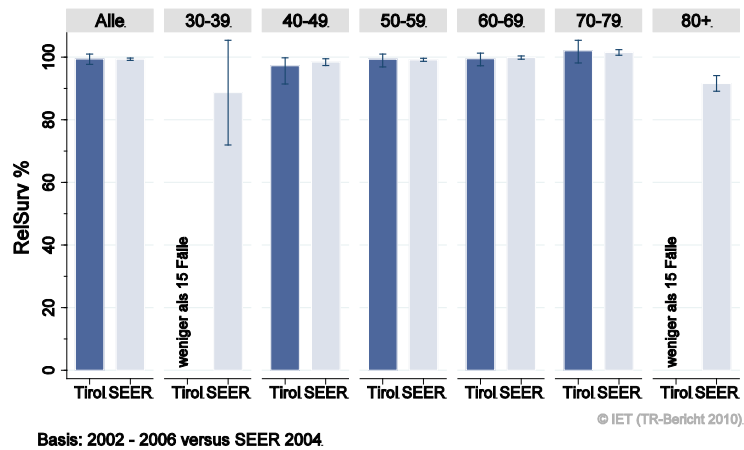
Altersstandardisierte Raten pro 100.000 Personen

Quelle: Tumorregister Tirol; Darstellung: IET

Die relativen Fünfjahresüberlebensraten liegen bei 99 Prozent und sind damit identisch mit den Vergleichsdaten aus den USA (siehe Abbildung 3.61).

Abbildung 3.61:

Prostatakrebs – Vergleich relatives Fünfjahresüberleben 2002–2006 versus SEER 2004

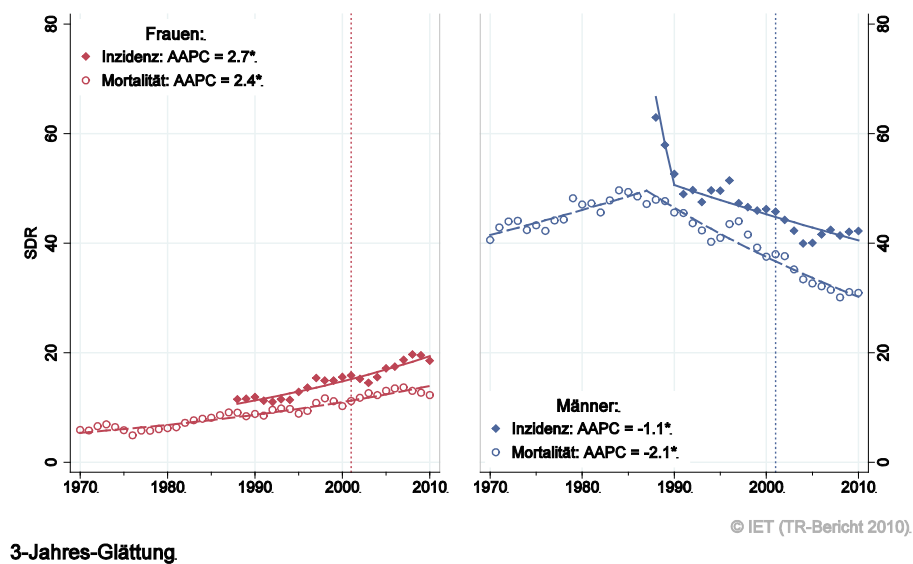


Quelle: Tumorregister Tirol; Darstellung: IET

Lungenkrebs

Der Lungenkrebs ist bei den Männern mit 240 neudiagnostizierten Fällen pro Jahr etwa doppelt so häufig wie bei den Frauen mit 120 Fällen. Pro Jahr versterben 185 Männer und 90 Frauen an Lungenkrebs. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 67 Jahren, das mittlere Sterbealter bei 69 Jahren (keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern). Sowohl Inzidenz als auch Mortalität nehmen im letzten Jahrzehnt bei den Männern ab, hingegen bei den Frauen statistisch signifikant um 2,5 Prozent pro Jahr zu (siehe Abbildung 3.62). Nach allgemeiner Einschätzung dürfte dies mit dem Rauchverhalten zusammenhängen, man ordnet etwa 85 Prozent der Lungenkrebsfälle dem Risikofaktor Rauchen zu.

Abbildung 3.62:
Lungenkrebs – zeitliche Entwicklung der
altersstandardisierten Inzidenz- und Mortalitätsrate



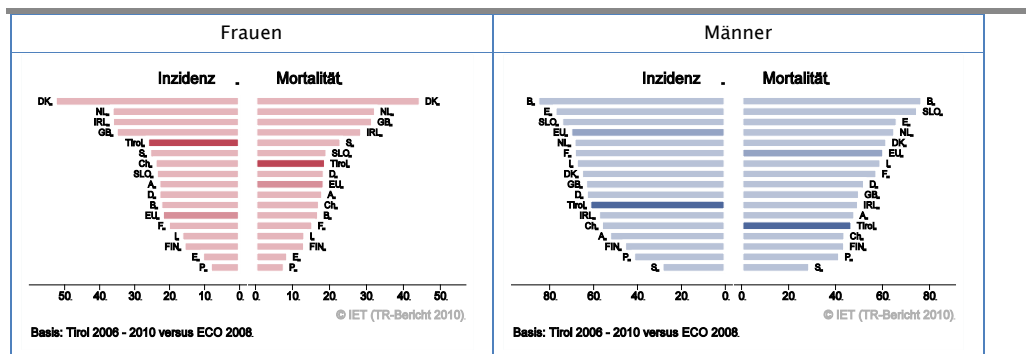
SDR: altersstandardisierte Raten pro 100.000

Quelle: Tumorregister Tirol; Darstellung: IET

Im europäischen Vergleich liegt die Inzidenzrate bei den Frauen über dem EU-Durchschnitt und die Mortalitätsrate im EU-Durchschnitt, bei den Männern liegen die Raten unter dem EU-Durchschnitt (siehe Abbildung 3.63).

Abbildung 3.63:

Lungenkrebs – EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate;
Tirol 2006–2010 versus ECO 2008



Altersstandardisierte Rates pro 100.000 Personen

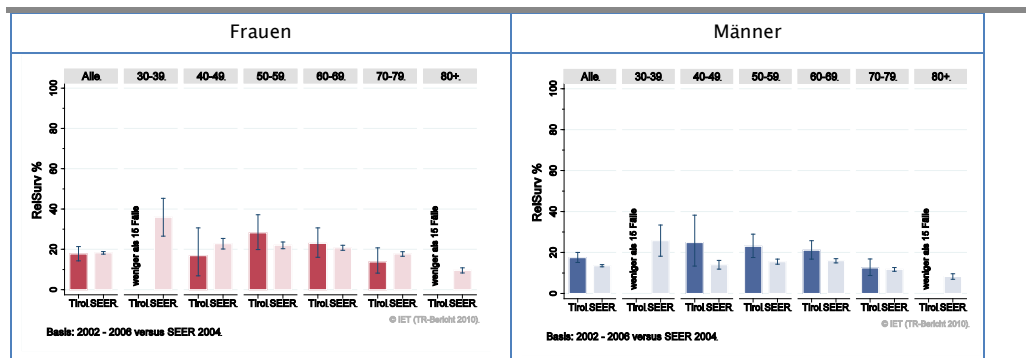
Quelle: Tumorregister Tirol; Darstellung: IET

Das Rauchverhalten ist auch die wahrscheinlichste Ursache für die im Vergleich zum Landesdurchschnitt um 25 Prozent erhöhten Lungenkrebsraten bei den Frauen in Innsbruck-Stadt (in den Städten haben Frauen früher zu rauchen begonnen als auf dem Land), bei den Männern zeigt die Bezirksverteilung keine Auffälligkeiten.

Die relativen Fünfjahresüberlebensraten liegen bei den Frauen und den Männern bei 17 Prozent (siehe Abbildung 3.64). Die Tiroler Ergebnisse liegen bei den Frauen gleich hoch wie in den USA; bei den Männern etwas über den Überlebensraten aus den USA.

Abbildung 3.64:

Lungenkrebs – Vergleich relatives Fünfjahresüberleben 2002–2006 versus SEER 2004

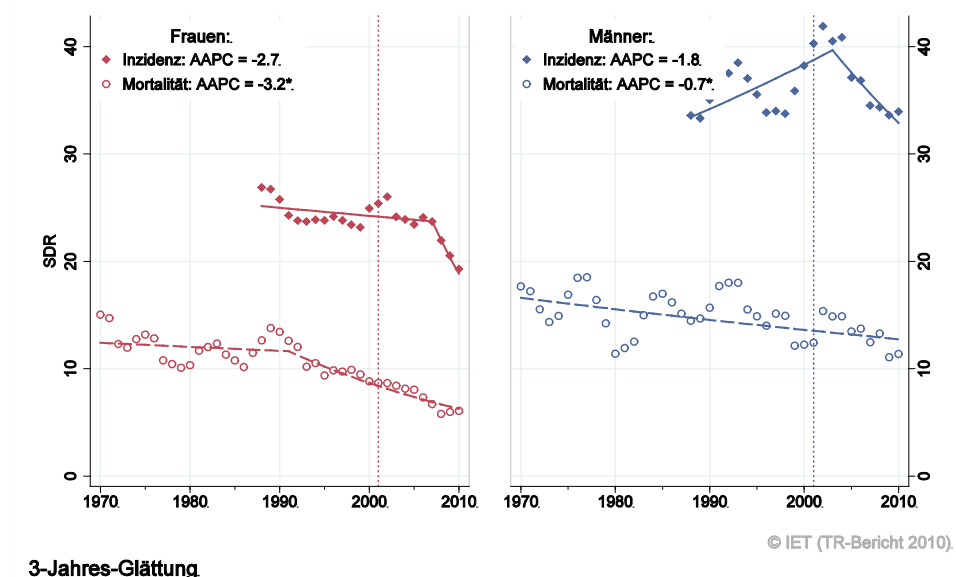


Quelle: Tumorregister Tirol; Darstellung: IET

Darmkrebs

Der Darmkrebs ist mit ca. 170 neudiagnostizierten Fällen pro Jahr bei den Frauen weniger häufig als bei den Männern mit 200. Pro Jahr versterben ca. 65 Frauen und 75 Männer an einem Darmkrebs. Das mittlere Erkrankungsalter beträgt 72 Jahre (Frauen) bzw. 69 Jahre (Männer), das mittlere Sterbealter 81 Jahre (Frauen) bzw. 73 Jahre (Männer). Im letzten Jahrzehnt nehmen die Inzidenzraten um 2 bis 3 Prozent pro Jahr statistisch signifikant ab, die Mortalitätsrate nimmt bei den Frauen um 3 Prozent und bei den Männer um 1 Prozent ab, jeweils statistisch signifikant (siehe Abbildung 3.65).

Abbildung 3.65:
Darmkrebs – zeitliche Entwicklung der
altersstandardisierten Inzidenz- und Mortalitätsrate



SDR: altersstandardisierte Raten pro 100.000

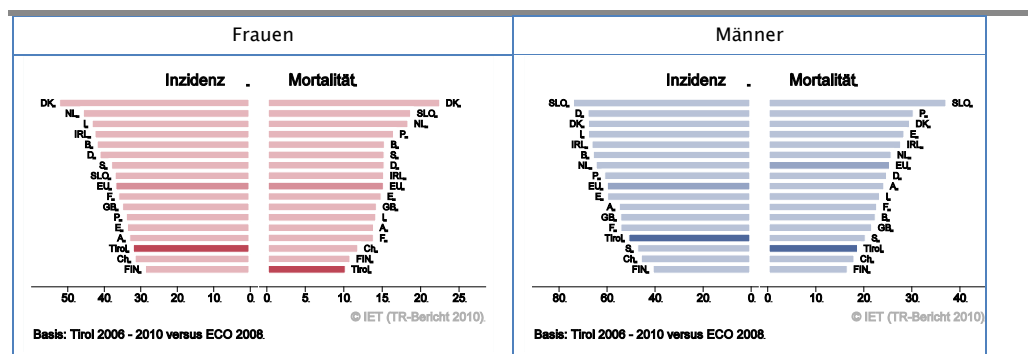
Quelle: Tumorregister Tirol; Darstellung: IET

Es gibt keine Auffälligkeiten in der Bezirksverteilung.

Der internationale Vergleich zeigt Raten, die deutlich unter dem EU-Durchschnitt liegen (siehe Abbildung 3.66).

Abbildung 3.66:

Darmkrebs – EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate;
Tirol 2006–2010 versus ECO 2008



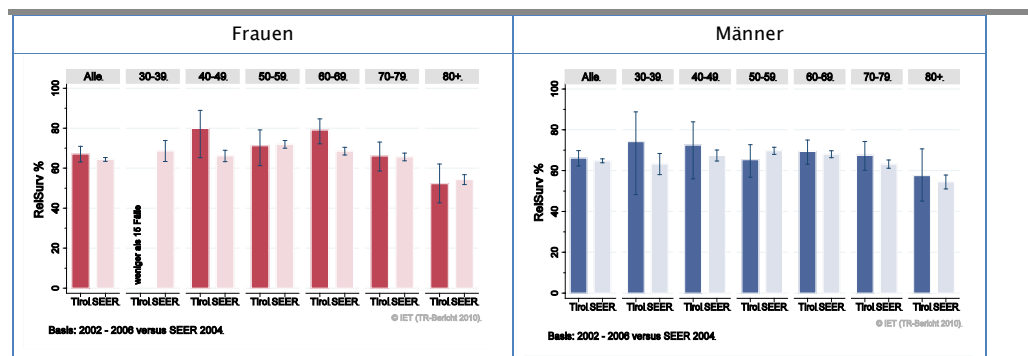
Altersstandardisierte Rates pro 100.000 Personen

Quelle: Tumorregister Tirol; Darstellung: IET

Die relativen Fünfjahresüberlebensraten liegen bei den Frauen bei 67 Prozent und bei den Männern bei 66 Prozent und sind fast identisch mit den Vergleichsdaten aus den USA (siehe Abbildung 3.67).

Abbildung 3.67:

Darmkrebs – Vergleich relatives Fünfjahresüberleben 2002–2006 versus SEER 2004



Quelle: Tumorregister Tirol; Darstellung: IET

Weitere Krebsentitäten

In diesem Bericht werden nur die vier häufigsten Krebsentitäten im Detail beschrieben. Eine ausführliche Darstellung der weiteren Krebsentitäten findet man im aktuellen Bericht des Tumorregisters Tirol über das Diagnosejahr 2010 (www.iet.at).

Auf einige Besonderheiten möchten wir an dieser Stelle hinweisen. Der **Magenkrebs** hat in den letzten beiden Jahrzehnten sehr stark abgenommen und ist damit mit zirka 50 neuen Fällen nicht mehr in der Liste der häufigen Tumorgruppen zu finden. Allerdings haben Magenkrebsfälle mit einem relativen Fünfjahresüberleben von 33 Prozent eine deutlich schlechtere Prognose als z. B. Darmkrebsfälle.

Die starke Zunahme der dokumentierten **Melanome** in Tirol hängt sicherlich auch damit zusammen, dass in Tirol auch diejenigen Fälle registriert werden, die von niedergelassenen Dermatologinnen/Dermatologen diagnostiziert und therapiert werden. Dieser Punkt ist bei nationalen und internationalen Vergleichen unbedingt zu berücksichtigen. Wir haben für Vergleiche mit anderen Registern auch nur diejenigen Fälle ausgewiesen, die in Krankenhäusern betreut werden.

Die Zunahme der Zahl der **Schilddrüsenkarzinome** wird in einer Diplomarbeit untersucht, insbesondere die Frage, ob ein Teil davon verbesserten Diagnosemethoden zuzuordnen ist.

Generell ist bei vielen Tumorentitäten die Anzahl der Fälle pro Jahr klein und daher statistischen Schwankungen unterworfen. Daher sollte bei Vergleichen mit anderen Regionen/Ländern unbedingt auch die statistische Schwankungsbreite berücksichtigt werden.

Die Überlebensraten sind im internationalen Vergleich sehr gut, wie sowohl in der EUROCARE-Studie belegt ist als auch in den Vergleichen mit den Überlebensraten aus den USA. Dabei ist noch zu berücksichtigen, dass in vielen Publikationen nachgewiesen wurde, dass die Überlebensraten in den USA mit wenigen Ausnahmen besser sind als die Überlebensraten in Europa.

4 Gesundheitliche Einflussfaktoren

4.1 Gesundheits-/Risikoverhalten

Aussagen zum Gesundheitsverhalten der Tiroler/innen können auf Basis der „Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007“ (Klimont et al. 2007) und des „Österreichischen Health Behaviour in School-aged Children-Survey 2010“ (Ramelow et al. 2011) getroffen werden. Der Fokus wird dabei auf die Themen Ernährung, Bewegung, Tabak und Alkohol gelegt. Im Tiroler Gesundheitsbericht 2007 enthaltene Auswertungen wurden dabei um vertiefende Analysen ergänzt sowie um neue Indikatoren erweitert.

4.1.1 Ernährungsverhalten

Essgewohnheiten

Rund **44 Prozent** der Tiroler/innen aßen 2006/2007 vorwiegend **„Mischkost mit wenig Fleisch“** (bundesweit: 47 %), **27 Prozent** vorwiegend **„Mischkost mit viel Obst und Gemüse“** (bundesweit: 24 %; Tab. 4.1 im Tabellenanhang). Laut HBSC-Studie nahmen 2010 rund **47 Prozent** der Tiroler Schüler/innen³² **täglich Obst** (bundesweit: 40 %), rund **27 Prozent täglich Gemüse** ein (bundesweit: 24 %). **Süßigkeiten** wurden von rund **28 Prozent** der 11-, 13- und 15-jährigen Tiroler Schüler/innen täglich konsumiert (bundesweit: 28 %). Im Vergleich zu Gesamt-Österreich weist die **Tiroler** Bevölkerung damit einen **günstigeren Obst- und Gemüsekonsum** auf.

Trinkgewohnheiten

Hinsichtlich ihrer Trinkgewohnheiten gaben rund **73 Prozent** der Tiroler/innen an, vorwiegend **Wasser, Mineralwasser oder ungezuckerte Tees** zu trinken (bundesweit: 75 %). **23 Prozent** nahmen hingegen in den Jahren 2006/2007 vorwiegend **Fruchtsäfte und Limonaden** (bundesweit: 23 %), 4 Prozent vorwiegend alkoholische Getränke zu sich (bundesweit: 2 %; ATHIS 2006/2007; vgl. Tab. 4.2 im Tabellenanhang). **Softdrinks** wurden von rund **19 Prozent** der Tiroler Schüler/innen auf einer täglichen Basis konsumiert (bundesweit: 21 %; HBSC-2010).

32

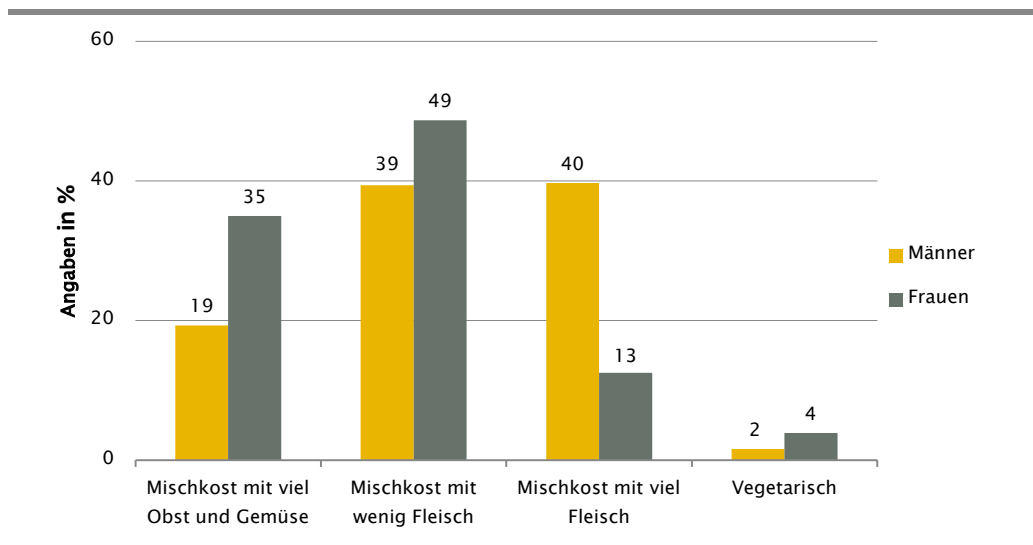
Personen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren

Geschlechtsspezifische Betrachtung

Mädchen und Frauen weisen insgesamt eine **günstigere Ernährungsweise** auf, indem sie mehr Obst und Gemüse sowie weniger Fleisch konsumieren (Abbildung 4.1). Sie greifen zudem häufiger zu Wasser, Mineralwasser und ungesüßten Tees (85 vs. 60 %), während Männer sowohl häufiger Fruchtsäfte und Limonaden (32 vs. 15 %) als auch alkoholische Getränke konsumieren (8 vs. 0,4 %).

Abbildung 4.1:

Essgewohnheiten der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen nach Geschlecht



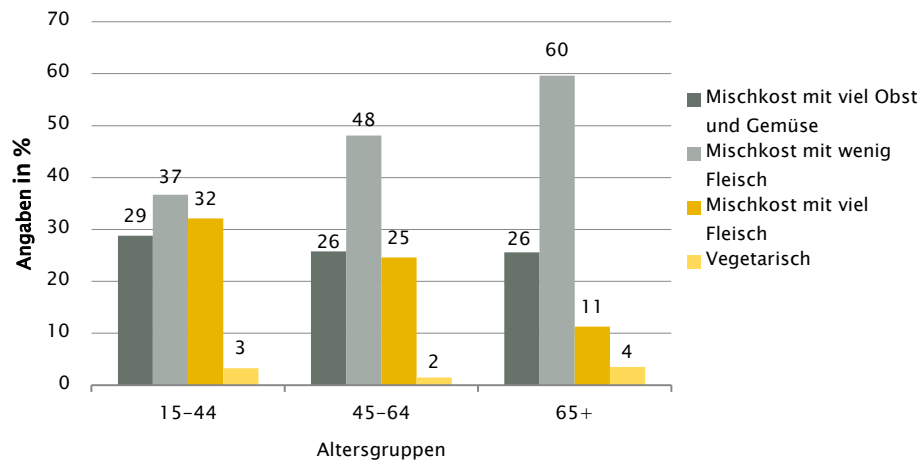
Quellen: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Altersspezifische Betrachtung

Mit dem **Älterwerden** ist eine **Abnahme** des übermäßigen **Fleischkonsums** zu beobachten, während der Konsum von „Mischkost mit wenig Fleisch“ zunimmt. Weitgehend konstant bleibt hingegen der vorwiegende Konsum von „Mischkost mit viel Obst und Gemüse“ (ATHIS 2006/2007; Abbildung 4.2), während bei den 11-, 13- und 15-jährigen Schülerinnen und Schülern der tägliche Konsum von Obst und Gemüse zwischen dem 11. und 15. Lebensjahr deutlich abnimmt (Obstkonsum von 55 auf 34 %; Gemüsekonsum von 30 auf 22 %; HBSC 2010).

Abbildung 4.2:

Essgewohnheiten der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen nach Altersgruppen

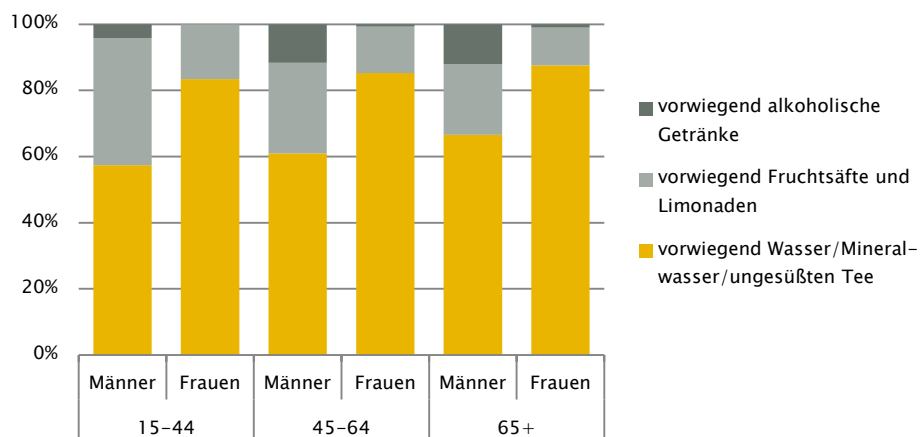


Quellen: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Kein altersbedingter Unterschied findet sich hingegen im Trinkverhalten der **Frauen**, während bei den **Männern** eine Abnahme des vorwiegenden Fruchtsäfte- und Limonadenkonsums (von 38 auf 21 %) zugunsten eines vorwiegenden **Konsums von Wasser, Mineralwasser und ungesüßten Tees** (von 57 auf 67 %) sowie eines vorwiegenden **Alkoholkonsums** zu verzeichnen ist (von 4 auf 12 %; vgl. auch Abbildung 4.3).

Abbildung 4.3:

Trinkgewohnheiten der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen nach Altersgruppen und Geschlecht

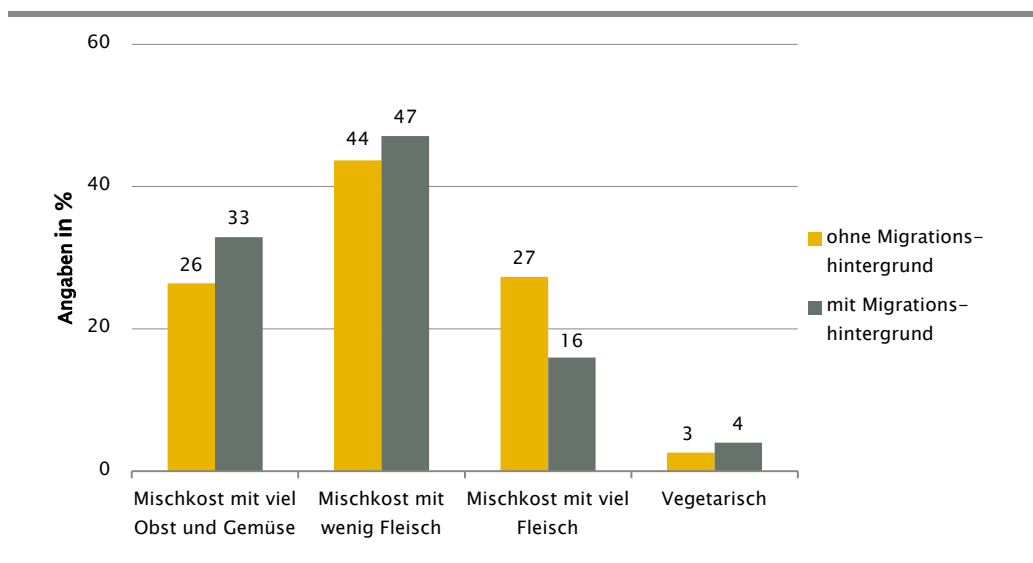


Quellen: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Migrationshintergrund

Tiroler/innen **mit** Migrationshintergrund konsumieren **häufiger Obst und Gemüse** sowie **weniger Fleisch** (Abbildung 4.4). Sie trinken zudem **häufiger Wasser, Mineralwasser und ungezuckerte Tees** (78 vs. 72 %), während Tiroler/innen ohne Migrationshintergrund häufiger vorwiegend „Mischkost mit viel Fleisch“ sowie vorwiegend Fruchtsäfte und Limonaden zu sich nehmen (24 vs. 18 %). Kein Unterschied findet sich hingegen hinsichtlich des vorwiegenden Konsums alkoholischer Getränke (rund 4 %).

Abbildung 4.4:
Essgewohnheiten der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen
nach Migrationshintergrund



Quellen: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

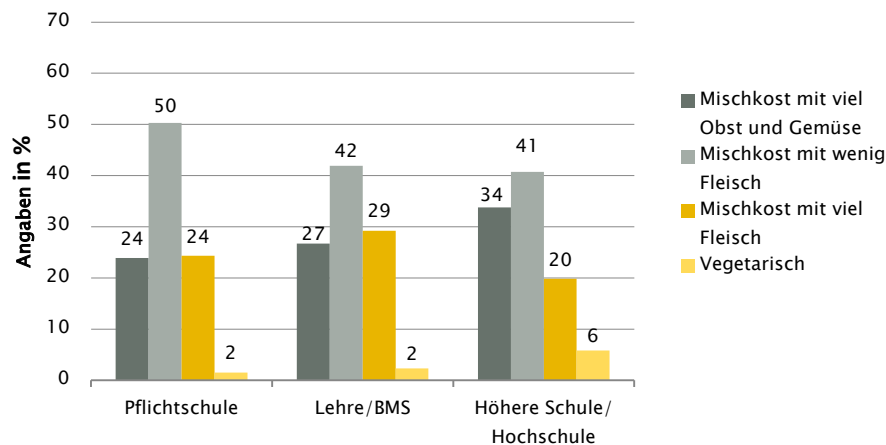
Schulbildung

Tiroler/innen **mit Matura** oder einem **hohen Bildungsabschluss** essen sowohl **häufiger Obst und Gemüse** als auch **weniger Fleisch** (Abbildung 4.5). Ebenfalls bildungsabhängig erweist sich das Trinkverhalten der in Tirol wohnhaften Bevölkerung. Auch hier zeigt sich, dass der vorwiegende Konsum von **Wasser, Mineralwasser und ungezuckerten Tees** vermehrt von Personen mit einem **hohen Bildungsabschluss** gepflegt wird, während sie zudem seltener vorwiegend Fruchtsäfte und Limonaden konsumieren.

Alkoholische Getränke werden hingegen von Personen mit einer abgeschlossenen **Lehre** bzw. mit einem Abschluss an einer **BMS am häufigsten** getrunken.³³

Abbildung 4.5:

Essgewohnheiten der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen nach Schulbildung



Quellen: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

4.1.2 Bewegungsverhalten

An **drei oder mehr Tagen die Woche**, sodass sie ins Schwitzen gerieten, waren in ihrer Freizeit rund **28 Prozent** der über 14-jährigen Tiroler/innen **körperlich aktiv** (bundesweit: 27 %; ATHIS 2006/2007) – körperlich inaktiv³⁴ hingegen **45 Prozent** (bundesweit: 46 %; vgl. Tab. 4.3 im Tabellenanhang).

³³

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass Personen mit einem Pflichtschulabschluss – verglichen mit allen anderen Schulabschlüssen – überproportional weiblich, mit Migrationshintergrund und über 60 Jahre alt sind.

³⁴

Als körperlich inaktiv werden jene Tiroler/innen bezeichnet, die sich in ihrer Freizeit nicht körperlich so betätigen, dass sie ins Schwitzen geraten. Körperliche Betätigungen im Rahmen der Berufsausübung sind damit nicht ausgeschlossen.

Laut HBSC-Studie waren Tirols Schüler/innen³⁵ durchschnittlich **an 4,8 Tagen pro Woche** (SD³⁶ = 1,9) körperlich aktiv (bundesweit: 4,4 Tage; SD = 2,0), wobei rund 29 Prozent den Bewegungsempfehlungen der WHO (täglich 60 Minuten körperliche Aktivität bei mittlerer bis hoher Intensität) entsprachen (bundesweit 24 %). Insgesamt betrachtet liegt Tirols Bevölkerung damit **weitgehend im bzw. leicht über dem Bundes-schnitt**.

Geschlechtsspezifische Betrachtung

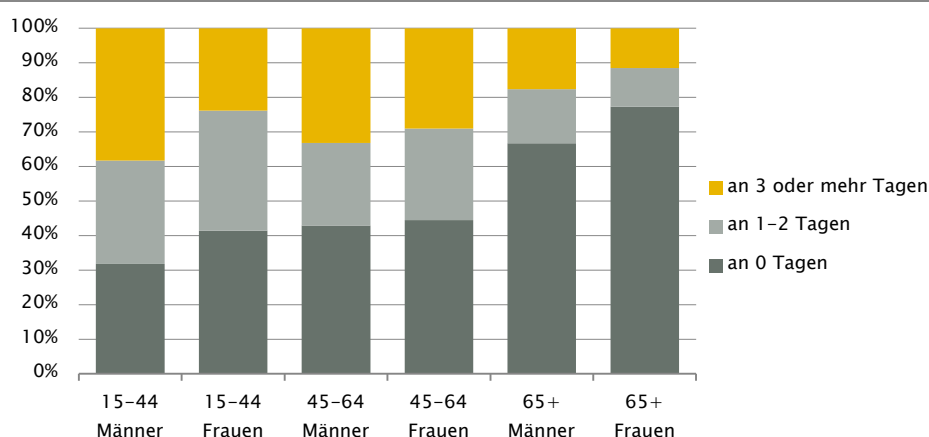
Verglichen mit der männlichen Bevölkerung sind Tirols **Frauen** deutlich **seltener** in ihrer Freizeit körperlich aktiv (50 vs. 59 %). Nur 23 Prozent von ihnen bewegten sich 2006/2007 an mehr als zwei Tagen die Woche, während dies auf rund 34 Prozent der Männer zutraf.

Altersspezifische Betrachtung

Das Ausmaß körperlicher **Aktivität nimmt mit dem Alter** deutlich **ab**, wobei die **über 64-Jährigen** mit Abstand am häufigsten körperlich inaktiv sind (Abbildung 4.6).

Abbildung 4.6:

Körperliche Aktivitäten in der Freizeit, bei denen man ins Schwitzen gerät, nach Altersgruppen und Geschlecht (über 14-jährige Bevölkerung)



Quellen: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

35

Personen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren

36

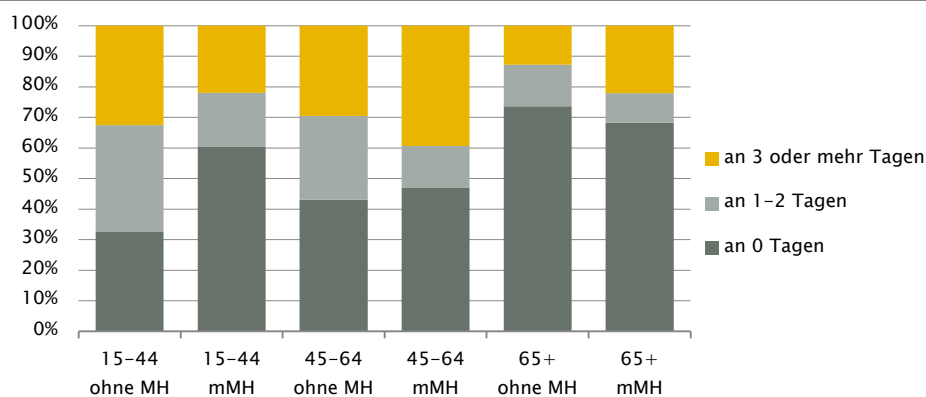
SD = Standardabweichung

Migrationshintergrund

Kein eindeutiges Muster findet sich hingegen in Bezug auf den Migrationshintergrund. So zeigt sich, dass in der Altersgruppe der 15- bis 44-Jährigen Tiroler/innen mit Migrationshintergrund häufiger körperlich inaktiver sind, während Migranten/Migrantinnen in der Gruppe der 45- bis 64-Jährigen sowie in der Gruppe der über 64-Jährigen häufiger an drei oder mehr Tagen die Woche körperlich ins Schwitzen geraten (Abbildung 4.7).

Abbildung 4.7:

Körperliche Aktivitäten in der Freizeit, bei denen man ins Schwitzen gerät, nach Altersgruppen und Migrationshintergrund (über 14-jährige Tiroler Bevölkerung)



Quellen: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Schulbildung

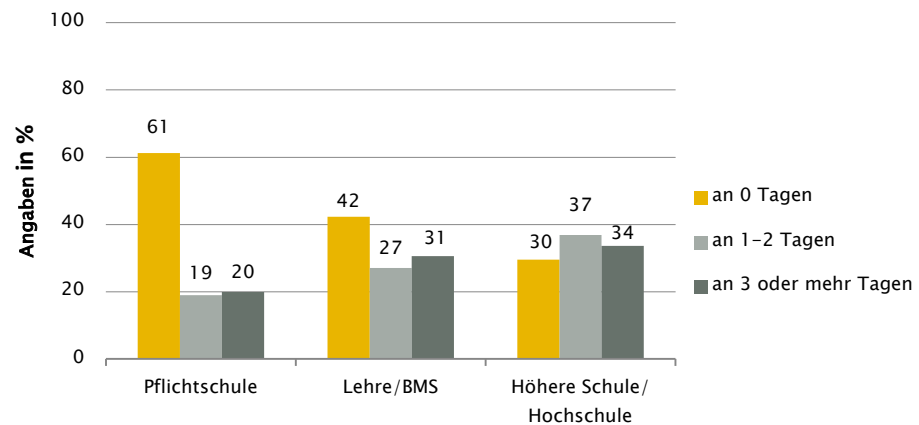
Am häufigsten körperlich **inaktiv** sind Tiroler/innen mit einem **Pflichtschulabschluss**, gefolgt von Personen mit einem Lehr- bzw. einem BMS-Abschluss. Umgekehrt hingegen gilt, dass Tiroler/innen mit einer **höheren Schulbildung häufiger** an drei oder mehr Tagen die Woche **körperlich aktiv** sind (Abbildung 4.8).³⁷

37

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass Personen mit einem Pflichtschulabschluss – verglichen mit allen anderen Schulabschlüssen – überproportional weiblich, mit Migrationshintergrund und über 60 Jahre alt sind.

Abbildung 4.8:

Körperliche Aktivitäten in der Freizeit, bei denen man ins Schwitzen gerät, nach Schulbildung (über 14-jährige Tiroler Bevölkerung)



Quellen: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

4.1.3 Suchtverhalten

4.1.3.1 Rauchen

50 Prozent der Tiroler/innen gaben an, in ihrem Leben bereits mehr als 100 Zigaretten, Zigarren oder andere Tabakwaren geraucht zu haben (ATHIS 2006/2007). Täglich geraucht haben bereits 46 Prozent der über 14-Jährigen (bundesweit: 44 %), wobei sie im Alter von rund 18 Jahren (SD = 4,7 Jahre) mit diesem Verhalten begonnen haben. 2006/2007 griffen rund 26 Prozent der Tiroler/innen täglich zur Zigarette (bundesweit: 23 %; vgl. Tab. 4.4 im Tabellenanhang).

Laut HBSC-Studie haben bereits 32 Prozent der Tiroler Schüler/innen³⁸ Tabak geraucht (bundesweit: 33 %; 2006: 39 % der Tiroler Schüler/innen). 7 Prozent zählen dabei zu den täglichen Rauchern/Raucherinnen (bundesweit 8 %; 2006: 7 % der Tiroler Schüler/innen); bei den 15-Jährigen liegt dieser Anteil bei rund 19 Prozent (bundesweit: 19 %; 2006: 15 % der Tiroler Schüler/innen).

³⁸

Personen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren

Insgesamt betrachtet liegt die Tiroler Bevölkerung damit **weitgehend im Bundesschnitt**.

Geschlechtsspezifische Betrachtung

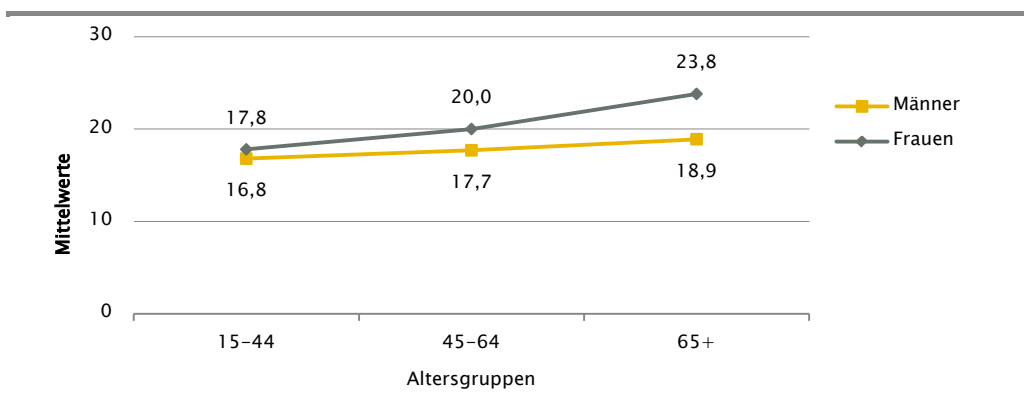
Männer haben insgesamt mehr Erfahrung mit Tabak. Sie haben nicht nur **häufiger** als Frauen jemals Tabak geraucht (56 vs. 36 %), sondern gehen auch aktuell (2006/2007) diesem Verhalten häufiger nach (32 vs. 20 %). Zudem zeigt sich, dass die **weibliche Bevölkerung** rund eineinhalb Jahre **später** mit dem täglichen Tabakkonsum **begonnen** hat (19 vs. 17,5 Jahre).

Anders hingegen das Ergebnis **bei den 11-, 13- und 15-jährigen** Schülerinnen/Schülern, bei denen **Mädchen häufiger** täglich zur Zigarette greifen (9 vs. 5 %) – ein Ergebnis, das vom Bundesdurchschnitt abweicht (Burschen 8 %, Mädchen 9 %).

Altersspezifische Betrachtung

Bei den **unter 65-Jährigen** hat bereits **jeder zweite Tiroler / jede zweite Tirolerin**, bei den **über 64-Jährigen jede dritte Person** täglich geraucht. Die ältere Generation (Personen über 64) hat dabei jedoch deutlich später mit diesem Verhalten begonnen (Abbildung 4.9).

Abbildung 4.9:
Beginnalter des täglichen Rauchens der über 14-jährigen Tiroler Bevölkerung
nach Altersgruppen und Geschlecht



Quellen: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Aktuell (2006/2007) greifen rund **31 Prozent** der **unter 45-Jährigen täglich** zu Tabakprodukten, gefolgt von den 45- bis 64-Jährigen (26 %) und den über 64-Jährigen (11 %). Der geringe Anteil bei den über 64-Jährigen ist dabei vermutlich auf einen

Generationseffekt (Frauen haben früher seltener geraucht) als auch auf eine durch den Tabakkonsum verminderte Lebenserwartung zurückführen, wonach ein Teil der täglichen Raucher/innen dieses Alter nicht mehr erreicht.

Migrationshintergrund

Unterschiede im Rauchverhalten finden sich zudem hinsichtlich des Migrationshintergrunds. Dabei zeigt sich, dass Tiroler/innen **mit einem Migrationshintergrund sowohl jemals** (57 vs. 44 %) **als auch aktuell** (2006/2007; 38 vs. 24 %) **häufiger täglich geraucht** haben.

Schulbildung

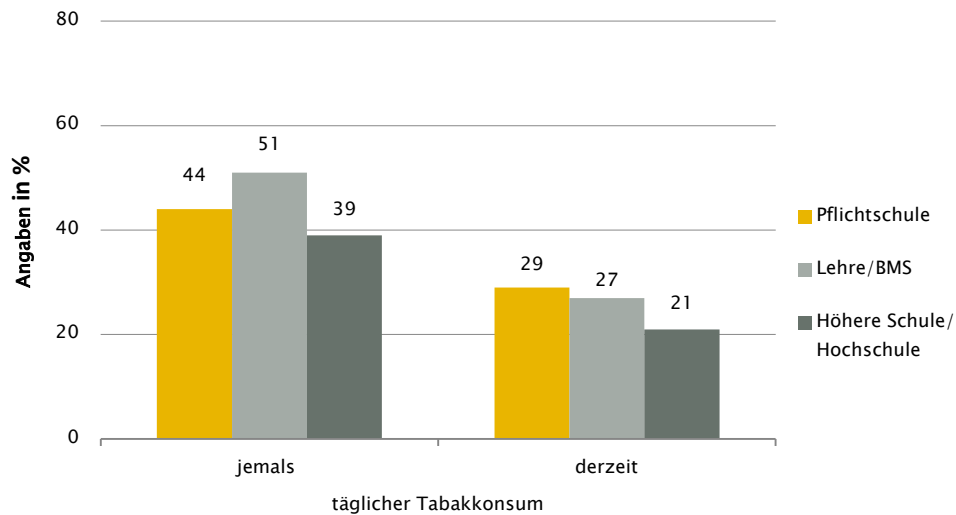
Der tägliche Tabakkonsum lässt eine deutliche **Bildungsabhängigkeit zugunsten der höheren Bildungsschicht** erkennen. Dies gilt insbesondere für aktuelle Konsumverhalten (Abbildung 4.10), wobei kein Unterschied im Beginnalter zu erkennen ist.³⁹

39

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass Personen mit einem Pflichtschulabschluss – verglichen mit allen anderen Schulabschlüssen – überproportional weiblich, mit Migrationshintergrund und über 60 Jahre alt sind.

Abbildung 4.10:

Täglicher Tabakkonsum der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen
(jemals vs. derzeit) nach Schulbildung



Quellen: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

4.1.3.2 Alkoholkonsum

Laut ATHIS tranken in den Jahren 2006/2007 rund 18 Prozent der Tiroler/innen keinen Alkohol (bundesweit: 20 %). Bezogen auf die letzten vier Wochen waren dies 35 Prozent (bundesweit 40 %). Im Gegensatz dazu gaben rund 13 Prozent der Tiroler/innen an, in diesem Zeitraum an rund jedem zweiten Tag oder öfter Alkohol getrunken zu haben (bundesweit: 14 %), wobei rund 5 Prozent täglich Alkohol konsumierten (bundesweit: 6 %; vgl. Tab. 4.5 im Tabellenanhang).

Laut HBSC-Studie griffen 2010 rund 15 Prozent der Tiroler Schüler/innen⁴⁰ regelmäßig, d. h. mindestens einmal pro Woche oder öfter, zu alkoholischen Getränken (bundesweit: 14 %; 2006: 16 % der Tiroler Schüler/innen). Bei den 15-Jährigen waren dies 38 Prozent (bundesweit: 32 %; 2006: 40 % der Tiroler Schüler/innen). 0,6 Prozent der Tiroler Schüler/innen gaben an, in den letzten 30 Tagen sechsmal oder öfter betrunken gewesen zu sein (bundesweit: 2,1 %; 2006: 1,4 % der Tiroler Schüler/innen),

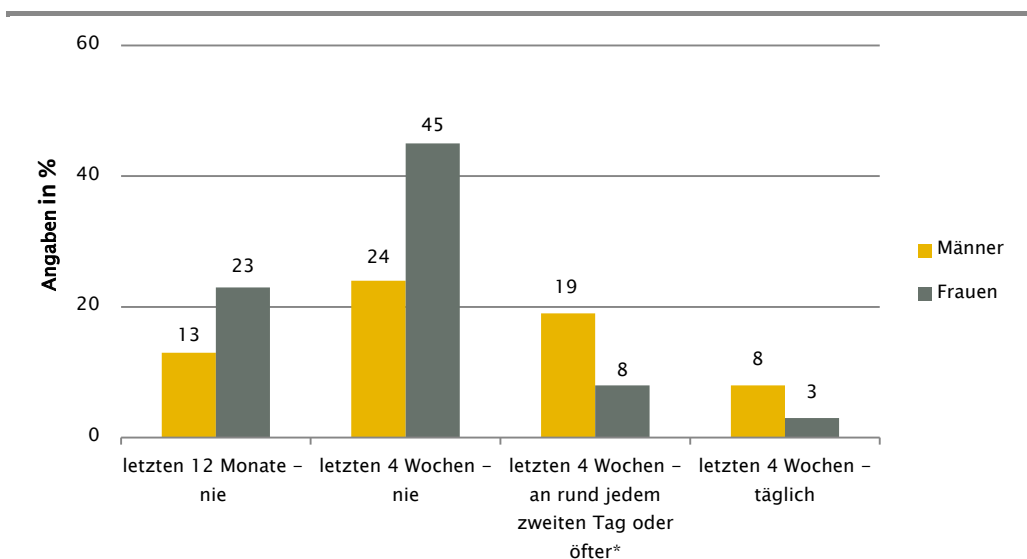
⁴⁰
Personen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren

bei den 15-Jährigen 0,7 Prozent (bundesweit: 4,6 %; 2006: 3,3 % der Tiroler Schüler/innen). Verglichen mit 2006 hat damit die **Extensivität des Alkoholkonsums unter Jugendlichen** deutlich **abgenommen**.

Geschlechtsspezifische Betrachtung

Burschen und Männer greifen insgesamt **häufiger** zu alkoholischen Getränken (Abbildung 4.11).

Abbildung 4.11:
Alkoholkonsum der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen nach Geschlecht



* inklusive des täglichen Konsums

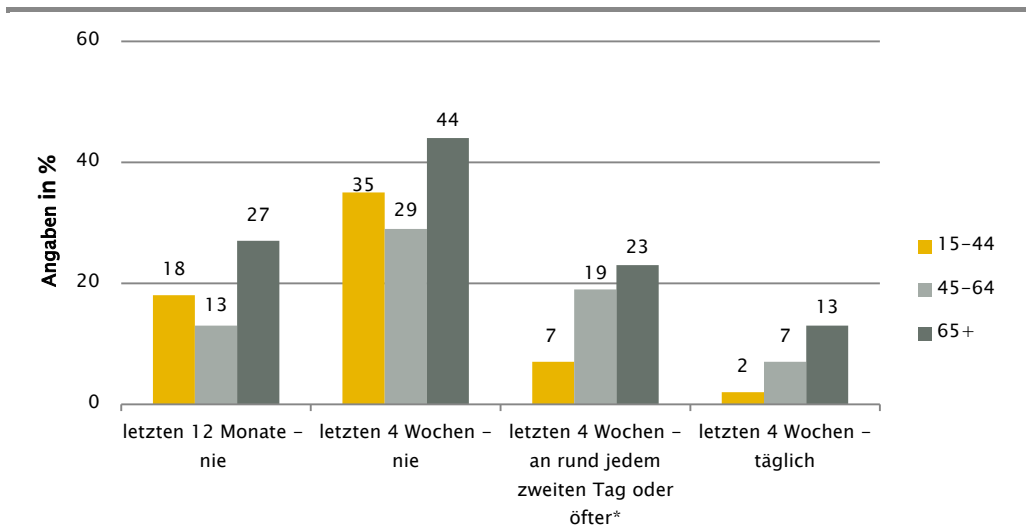
Quellen: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Altersspezifische Betrachtung

Der Konsum alkoholischer Getränke **nimmt mit dem Alter deutlich zu**. Gleichzeitig findet sich jedoch bei den **über 64-Jährigen** der höchste Anteil an Personen, die in den letzten 12 Monaten **keinen Alkohol getrunken haben** (Abbildung 4.12).

Abbildung 4.12:

Alkoholkonsum der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen nach Altersgruppen



* inklusive des täglichen Konsums

Quellen: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Migrationshintergrund

Tiroler/innen **mit** Migrationshintergrund zählen – verglichen mit Tiroler/innen ohne Migrationshintergrund – sowohl **häufiger zur „abstinenten Gruppe“** (32 vs. 16 %) als auch zur **Gruppe der regelmäßigen Alkoholkonsumenten**⁴¹ (16 vs. 13 %). Letzteres gilt jedoch ausschließlich für die über 44-jährige Bevölkerung und erweist sich vor allem bei den über 64-jährigen als besonders stark ausgeprägt.

Schulbildung

Tiroler/innen mit einem **Pflichtschulabschluss** konsumieren **seltener Alkohol** als Tiroler/innen mit einer abgeschlossenen Lehre, einem BMS-Abschluss oder einer höheren Schulbildung (Abbildung 4.13).⁴²

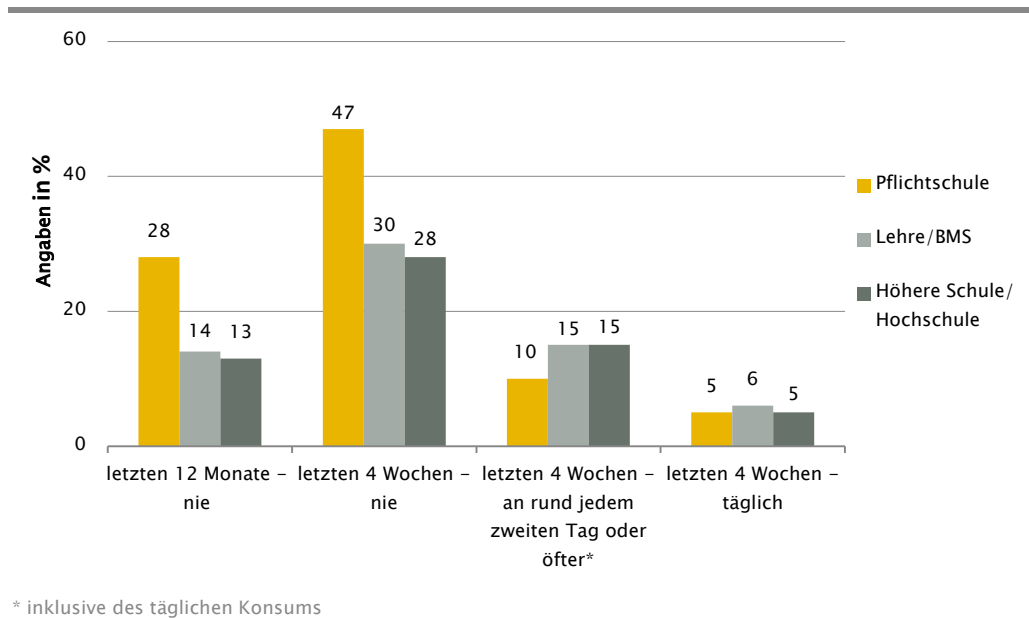
41

D. h. an rund jedem zweiten Tag oder öfter.

42

Dies gilt für beide Geschlechter und alle Altersgruppen.

Abbildung 4.13:
Alkoholkonsum der über 14-jährigen Tiroler und Tirolerinnen nach Schulbildung



Quellen: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

4.2 Zahngesundheit

Die Zahngesundheitsvorsorge des Arbeitskreises für Vorsorgemedizin und Gesundheitsförderung in Tirol (avomed) betreut seit 1985 rund 90 Prozent aller Tiroler Kindergärten, Volksschulen und Mutter-Eltern-Beratungsstellen und besucht diese Institutionen drei- bis viermal pro Jahr mit ausgebildeten Zahngesundheitserzieherinnen und -erziehern. Dabei wird das Thema Zahngesundheit mit verschiedenen altersabhängig angepassten Inhalten gelehrt und geübt. Zudem wird auch versucht, die Eltern verstärkt in das erfolgreiche Programm einzubinden.

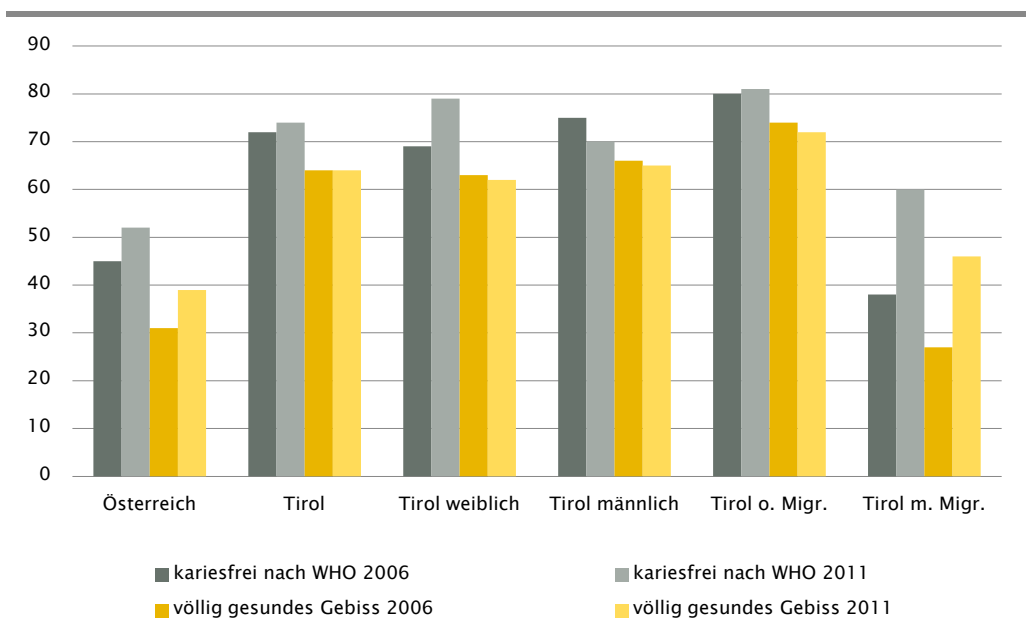
In den Jahren 2006 und 2011 wurden von der ÖBIG-Koordinationsstelle Zahnstatus unter finanzieller Beteiligung des Fonds Gesundes Österreich gemeinsam mit dem Hauptverband der Sozialversicherungen und sechs Ländern Zahnstatuserhebungen bei Sechsjährigen durchgeführt.

Die Länder-Zahnstatuserhebungen 2011 bei Schülerinnen und Schülern der ersten Volksschulklassen ergab für Tirol, dass aktuell bereits **74 Prozent** der untersuchten

Kinder nach WHO **kariesfrei** ($d_{3mft}^{43} = 0$) waren (vgl. Tabelle 4.2.1 im Tabellenanhang). Tirol wies damit – wie bereits 2006 – die höchste Rate an kariesfreien Kindern aller Bundesländer auf (österreichweit waren 52 % der Kinder kariesfrei). Damit hat Tirol die besten Voraussetzungen, das WHO-Ziel 2020 von 80 Prozent kariesfreien sechsjährigen Kindern zu erreichen. Im Durchschnitt zeigten die Sechsjährigen rund einen von irreversibler Dentinkaries betroffenen Milchzahn ($d_{3mft} = 0,7$). Bei 5 Prozent der Sechsjährigen wurde akuter zahnärztlicher Behandlungsbedarf festgestellt. 64 Prozent der Erstklässler/innen besaßen ein völlig gesundes Milchgebiss ($d_{1+2+3mft}^{44} = 0$). Diese Kinder hatten in ihrem Leben noch nie Kontakt mit Karies. Das heißt, sie wiesen auch keine ausheilbaren Kariesvorstufen auf.

Abbildung 4.14:

Ausgewählte Zahnstatusindikatoren für Sechsjährige in Tirol 2006 und 2011 nach Geschlecht und Migrationshintergrund (Angaben in Prozent)



Datenquellen: GÖG, Zahnstatuserhebung 2006 und 2011
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

43

Durchschnittliche Anzahl der akut kariösen (d_{3t}), wegen Karies gezogenen (mt) und/oder gefüllten (ft) Milchzähne pro Kind

44

Durchschnittliche Anzahl der Milchzähne mit reversibler Schmelzkaries (d_{1+2}) und irreversibler Dentinkaries (d_3) sowie wegen Karies gezogener (mt) und/oder gefüllter (ft) Milchzähne pro Kind

Mädchen und Burschen

Zwischen Mädchen und Burschen zeigen sich sowohl in Tirol als auch österreichweit keine wesentlichen Unterschiede. Der einst vorhandene Geschlechterunterschied hinsichtlich der Zahngesundheit ist am Verschwinden.

Migrationshintergrund

Kinder mit Migrationshintergrund haben deutlich weniger häufig kariesfreie Milchgebisse als Kinder ohne Migrationshintergrund. Dieser Unterschied zeigt sich auch in Österreich insgesamt: 2011 waren bundesweit 35 Prozent der Kinder mit Migrationshintergrund kariesfrei. Im österreichischen Durchschnitt hatten Kinder mit Migrationshintergrund je 3,5 von Karies betroffene Milchzähne (Tirol: 1,4). Kinder ohne Migrationshintergrund wiesen im Vergleich dazu österreichweit 1,4 kariöse Milchzähne auf (Tirol: 0,5). Die hervorragende Zahngesundheit der Kinder in Tirol zeigt sich auch im europäischen Vergleich, bei dem Tirol unter den skandinavischen „Niedrigkaries-Ländern“ rangiert.

4.3 Gesundheitsvorsorge

4.3.1 Vorsorgeuntersuchungen

Seit dem Jahr 2002 ist die Anzahl der unentgeltlichen jährlichen Vorsorgeuntersuchungen, die von Tirolerinnen und Tirolern in Anspruch genommen werden, von rund 138.000 auf rund 165.000 (+19,5 %) im Jahr 2011 gestiegen. Gegenüber dem Endpunkt der Betrachtungsperiode im letzten Tiroler Gesundheitsbericht, 2006, betrug der Anstieg 9 Prozent. Bezogen auf die über 19-Jährigen – für diese Bevölkerungsgruppe besteht das Angebot einer jährlichen unentgeltlichen Vorsorgeuntersuchung –, stieg der Anteil der Untersuchten von 27 Prozent im Jahr 2002 bzw. 28,2 Prozent im Jahr 2006 auf 29,6 Prozent im Jahr 2011. Tirol weist damit seit dem Jahr 2006 die höchste Rate an Personen, die sich einer Vorsorgeuntersuchung unterzogen, von allen Bundesländern auf (vgl. Tabelle 4.6 und 4.7 im Tabellenanhang).

Frauen

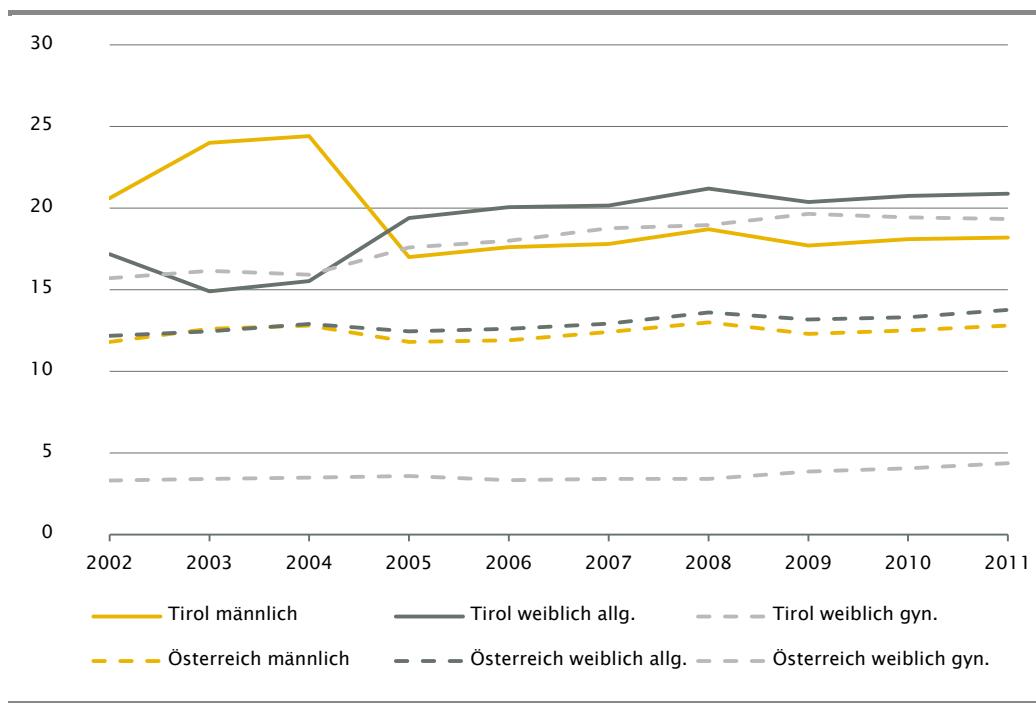
Rund 115.900 Vorsorgeuntersuchungen an Tiroler Frauen im Alter von 19 Jahren und mehr wurden im Jahr 2011 vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger dokumentiert; davon waren rund 60.200 Untersuchungen aus dem allgemeinen Untersuchungsprogramm und 55.700 aus dem gynäkologischen Untersuchungsprogramm.

Von den anspruchsberechtigten Tirolerinnen haben demnach rund 21 Prozent eine Untersuchung aus dem allgemeinen Untersuchungsprogramm durchführen lassen, rund 19 Prozent eine Untersuchung aus dem gynäkologischen Untersuchungsprogramm. Wie weit sich diese Anteile überschneiden, geht aus den verfügbaren Daten nicht hervor, weshalb es nicht möglich ist festzustellen, wie hoch der Anteil der Frauen ist, die im gleichen Jahr sowohl die allgemeine Untersuchung als auch die gynäkologische in Anspruch genommen haben. Die Anzahl der Untersuchungen insgesamt ist gegenüber 2002 um nahezu 33 Prozent und gegenüber 2006 um rund 10 Prozent gestiegen, wobei der Anstieg bei den gynäkologischen Untersuchungen um 2 bis 3 Prozentpunkte stärker war als bei den allgemeinen Untersuchungen. Sowohl die Rate der allgemeinen Untersuchungen als auch die Rate der gynäkologischen Untersuchungen lag für die Tirolerinnen im Betrachtungszeitraum 2002–2011 über dem Bundesdurchschnitt, wobei der Abstand zum Bundesdurchschnitt bei den gynäkologischen Untersuchungen höher war als bei den allgemeinen Untersuchungen (vgl. Abbildung 4.15).

Männer

Im Jahr 2011 wurden rund 48.900 Vorsorgeuntersuchungen (ausschließlich im allgemeinen Untersuchungsprogramm) für Tiroler Männer dokumentiert. In den letzten zehn Jahren zeigte sich ein starker Anstieg bis zum Jahr 2004 und nach einem starken Rückgang im Jahr 2005 ein erneuter Anstieg in den Folgejahren (vgl. Tab. 4.6 im Tabellenanhang). Seit dem Jahr 2005 liegt die Anzahl der dokumentierten Vorsorgeuntersuchungen in Prozent der für eine unentgeltliche Vorsorgeuntersuchung anspruchsberechtigten Tiroler zwischen 17 und 19 Prozent (vgl. Abbildung 4.15)

Abbildung 4.15:
Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung von 2002 bis 2011
(Angaben in Prozent der Bevölkerung)



Datenquellen: HVSVT, Vorsorgeuntersuchungen;
Statistik Austria, Statistik des Bevölkerungsstandes;
Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

4.3.2 Impfschutz

Für den Bereich der Erwachsenenimpfungen liegen seit dem letzten Gesundheitsbericht keine neuen Daten vor. Bei den Kinderimpfungen hingegen erfolgt im Rahmen der „Impfaktion Tirol“ eine laufende Dokumentation, sodass eine aktualisierte Darstellung möglich ist.

Bei der „Impfaktion Tirol“ handelt es sich um eine Dienstleistung in der Privatwirtschaftsverwaltung des Landes Tirol in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger. Eine Vielzahl der Impfungen, die im jährlich durch das Bundesministerium für Gesundheit publizierten Impfplan empfohlen werden, können im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der „Impfaktion Tirol“ bis zum vollendeten 15. Lebensjahr gratis angeboten werden (siehe www.tirol.gv.at/themen/gesundheit/lds-sanitaetsdirektion/impfaktion). Darüber hinaus kann seit 2012 die Masern-Mumps-

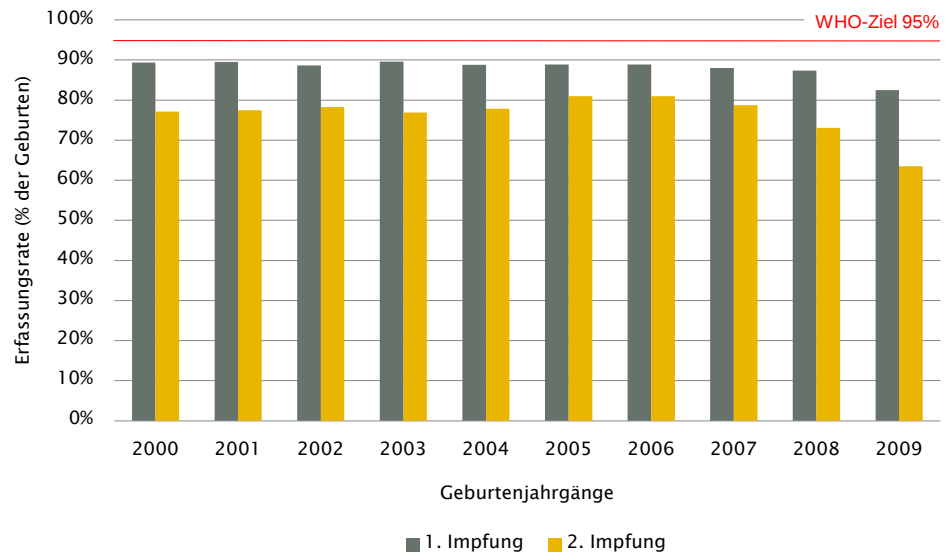
Röteln-Impfung bis zum vollendeten 45. Lebensjahr im Rahmen des „Maserneleminationsprogramms des Landes Tirol“ gratis bezogen werden. Alle in diesen Programmen durchgeführten Impfungen werden seit dem Jahr 2000 digital erfasst. Dadurch können Mehrjahres-Erfassungsraten pro Geburtenjahrgang für die jeweiligen Impfungen errechnet werden. Für diesen Bericht wurden exemplarisch die Masern-Mumps-Röteln-Impfung (MMR) und die Impfung gegen die Kinderlähmung (Polio) herausgegriffen. Die MMR-Impfung interessiert besonders, da seitens der WHO die Ausrottung von Masern angestrebt wird und dies durch eine konsequente Durchimpfungsrate von zumindest 95 Prozent für beide MMR-Impfungen bis zum Ende des zweiten Lebensjahres in den jeweiligen Geburtsjahrgängen erreicht werden kann. Das anvisierte Ziel, die Ausrottung der Masern mit dem Jahr 2010 zu erreichen, ist fehlgeschlagen. Ganz im Gegenteil ist es in Europa zu einer Renaissance der Masern gekommen. Bei einer mittleren Durchimpfungsrate von unter 90 Prozent mit nur einer MMR-Impfung kann das Auftreten von Masernepidemien nicht ausgeschlossen werden.

Als neues Ziel gilt es jetzt bis 2015 die Masernfreiheit zu erreichen, wobei weniger als ein Masern-Fall auf eine Million Einwohner auftreten darf – und dies drei Jahre in Folge. Tatsächlich wurden im Jahr 2011 im elektronischen Meldesystem, das vom Bundesministerium für Gesundheit betrieben wird, in Österreich 122 Masern-Fälle dokumentiert, 16 davon in Tirol.

Bei der **Masern-Mumps-Röteln-Impfung** liegt die Mehrjahreserfassungsrate für Gesamt Tirol bis zum Stichtag 31. 12. 2011 für die erste MMR-Impfung der beobachteten Geburtenjahrgänge (GJ) 2000–2009 zwischen 82,5 Prozent (GJ 2009) und 89,6 Prozent (GJ 2003), im Schnitt bei 88,2 Prozent. Die Mehrjahreserfassungsrate bei der zweiten MMR-Impfung liegt zwischen 63,5 Prozent (GJ 2009) und 81,0 Prozent (GJ 2005) und im Schnitt der beobachteten Geburtenjahrgänge bei 76,5 Prozent (vgl. Abbildung 4.16 bzw. Tab. 4.8 im Tabellenanhang). Im Bezirksvergleich (vgl. Abbildung 4.17 bzw. Tab. 4.10 im Tabellenanhang) weisen die Bezirke Reutte und Kufstein für die Geburtenkohorte 2009 eine nur knapp über 50 Prozent liegende Erfassungsrate bei der zweiten MMR-Impfung auf. Die schlechteren Durchimpfungsraten des Jahrgangs 2009 lassen sich durch eine noch mangelnde zeitnahe Impfbeteiligung (die ansonsten nach drei bis vier Jahren ihren maximalen Höchststand erreicht) erklären. Sie zeigen aber auch, dass die Vorgaben der WHO, die zweite Impfung bis zum Ende des zweiten Lebensjahres zu administrieren, ebenfalls nicht eingehalten werden können. Dies bedeutet, dass die Zielvorgaben der WHO für eine Masernelimination in Tirol nicht erreicht werden.

Da in Österreich keine Impfpflicht implementiert ist, sind die Erziehungsberechtigten entsprechend zu motivieren.

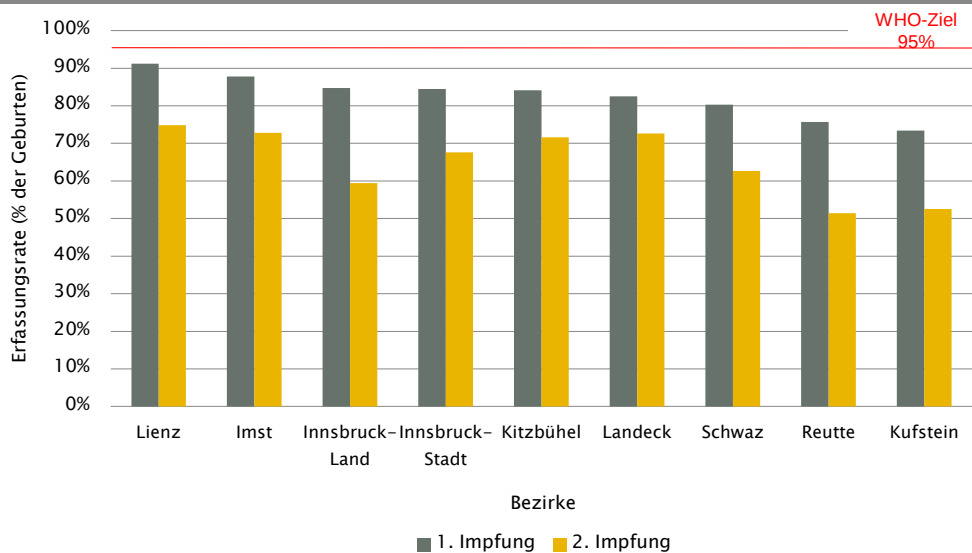
Abbildung 4.16:
MMR-Impfungen Tiroler Kinder, Geburtenjahrgänge 2000–2009



Mehrjahreserfassungsraten bis 31. 12. 2011

Quellen: Amt der Tiroler Landesregierung / Landessanitätsdirektion – Impfstatistik Tirol;
Berechnungen: Gruppe Gesundheit und Soziales; Darstellung: GÖ FP

Abbildung 4.17:
MMR-Impfungen Tiroler Kinder nach Wohnbezirken, Geburtenjahrgang 2009



Bezirkssortierung nach 1. MMR-Impfung
Mehrjahreserfassungsraten bis 31. 12. 2011

Quellen: Amt der Tiroler Landesregierung / Landessanitätsdirektion – Impfstatistik Tirol;
Berechnungen: Gruppe Gesundheit und Soziales; Darstellung: GÖ FP

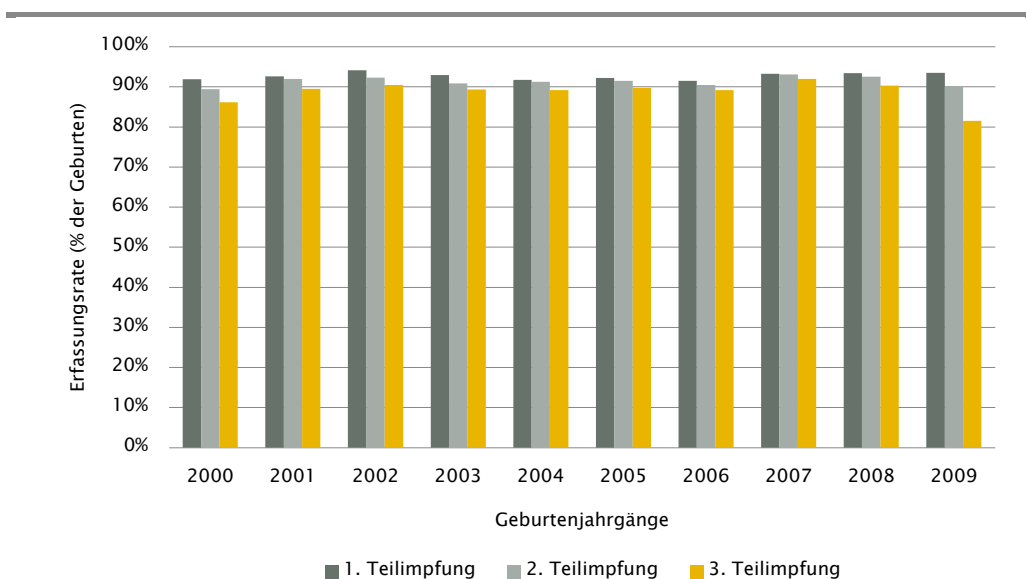
Auch die Umstellung des Impfregimes 2003 dahingehend, dass die zweite MMR-Impfung vorgezogen und bereits vier Wochen nach der ersten MMR-Impfung im zweiten Lebensjahr zu verabreichen ist, brachte, soweit bis zum Stichtag 31. 12. 2011 beurteilbar, keine wesentlich bessere Erreichung der Zielvorgaben.

Die **Polioimpfung** wurde als Marker-Impfung herangezogen, weil mit dieser Impfung in der Regel Diphtherie, Tetanus, Pertussis, *Hämophilus influenzae* und Hepatitis B im Säuglings- und Kleinkindesalter gemeinsam geimpft werden.

Bei den Polio-Impfungen erhielten laut Mehrjahreserfassungsraten bis zum Stichtag 31.12. 2011 92,7 Prozent der Kinder der Tiroler Geburtenjahrgänge 2000–2009 zumindest eine Polio-Erstimpfung. Die Mehrjahreserfassungsraten der dritten Polio-Impfung lagen im Schnitt der beobachteten Geburtenjahrgänge bei 88,8 Prozent (vgl. Abbildung 4.18 bzw. Tab. 4.9 im Tabellenanhang). Dies bedeutet, dass im Schnitt rund 11 Prozent der Kinder keinen ausreichenden Impfschutz gegen die erwähnten Infektionskrankheiten aufweisen, da sie entweder gar nicht geimpft wurden oder die Auffrischungs-Impfungen nicht erfolgt sind. Bezirksunterschiede finden sich in Abbildung 4.19 dargestellt (vgl. auch Tab. 4.11 im Tabellenanhang).

Abbildung 4.18:

Polio-Impfungen Tiroler Kinder, Geburtenjahrgänge 2000–2009

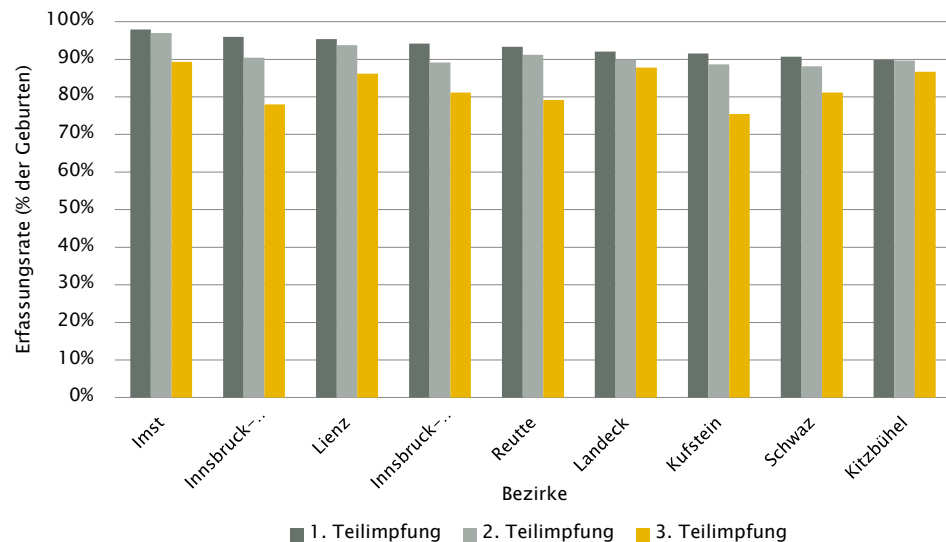


Mehrsjahreserfassungsraten bis 31.12.2011

Quellen: Amt der Tiroler Landesregierung / Landessanitätsdirektion – Impfstatistik Tirol;
Berechnungen: Gruppe Gesundheit und Soziales; Darstellung: GÖ FP

Abbildung 4.19:

Polio-Impfungen Tiroler Kinder nach Wohnbezirken, Geburtenjahrgang 2009



Bezirkssortierung nach 1. Polio-Teilimpfung
Mehrjahreserfassungsraten bis 31. 12. 2011

Quellen: Amt der Tiroler Landesregierung / Landessanitätsdirektion – Impfstatistik Tirol;
Berechnungen: Gruppe Gesundheit und Soziales; Darstellung: GÖ FP

4.4 Weitere Gesundheitsvorsorge- und -förderprogramme im Überblick

Die Gesundheitsvorsorge (Prävention) und die Gesundheitsförderung bilden einen wichtigen Bestandteil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und moderner Gesundheitspolitik. Aufgrund der vorliegenden Vielfalt und vieler Überschneidungen ist eine detaillierte Analyse aller Einzelprojekte nicht möglich. Es werden deshalb ausgewählte Projekte und Maßnahmen kurz dargestellt.

4.4.1 Kindergarten-Vorsorgeprogramm

Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen gibt es in Tirol ein spezielles Kindergarten-Vorsorgeprogramm. Im Kindergartenjahr 2010/2011 konnte den 454 Tiroler Kindergärten mit 18.875 betreuten Kindern im Kindergarten-Vorsorgeprogramm praktisch flächendeckend auf freiwilliger Basis ein umfassendes Screeningprogramm angeboten werden. In Fortsetzung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen sollen durch Verhaltensbeobachtung der Kindergärtnerinnen bzw. Sonderkindergärtnerinnen, durch

allgemeinmedizinische und augenfachärztliche Screeninguntersuchungen sowie durch ein logopädisches Hör- und Sprachscreening (in Anlehnung an den Marburger Sprachtest) im vorletzten Kindergartenjahr Entwicklungsstörungen bzw. -verzögerungen des Kindes noch rechtzeitig vor dem Schuleintritt festgestellt und einer zweckmäßigen Beratung und Behandlung zugeführt werden. So zeigten sich beispielsweise im standardisierten Sprachscreeningtest, der von Logopädinnen durchgeführt wurde, bei 35 Prozent der Kindergartenkinder mit deutscher Muttersprache Auffälligkeiten mit Therapiebedarf. Buben sind dabei um durchschnittlich 20 Prozent häufiger betroffen als Mädchen. Bei den einzelnen Störungsbildern dominieren phonetisch-phonologische Aussprachestörungen (49 %) und myofunktionelle Störungen (25 %) vor auditiv-phonologischen Verarbeitungsstörungen (12 %), Sprachentwicklungsverzögerungen (6 %) und Dysgrammatismus (4 %). Beim Hörscreening mussten 10 Prozent der Kinder als auffällig beurteilt werden, wobei relevante jahreszeitliche Schwankungen (Erkälungszeiten) und nicht immer optimale Untersuchungsbedingungen dieses Ergebnis relativierten. Es konnten aber jedes Jahr Einzelfälle mit insbesondere einseitiger Schwerhörigkeit entdeckt werden, die bei den vorangegangenen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen nicht erkannt wurden. Bei den augenfachärztlichen Untersuchungen zeigten sich bei 16 Prozent der Kinder Auffälligkeiten, die einer weiteren augenfachärztlichen Abklärung, Kontrolle bzw. Therapie zugeführt werden konnten. Die Ergebnisse der weiteren Jahre im Berichtszeitraum ergaben im Vergleich zur exemplarisch dargestellten Auswertung des Kindergartenjahres 2010/2011 keine relevanten Abweichungen.

4.4.2 Gesundheitsförderung durch den avomed

Hinsichtlich der Gesundheitsfördermaßnahmen durch den Arbeitskreis für Vorsorgemedizin und Gesundheitsförderung in Tirol (avomed) konnten im Jahr 2011 sämtliche Programme, die bereits im Gesundheitsbericht 2007 angeführt wurden, in bewährter Form weitergeführt werden; darunter die Atheroskleroseprophylaxe und die Dorfgesundheitswochen mit über tausend Besucherinnen und Besuchern. Zusätzlich fanden Seniorengesundheitstage in fünf Tiroler Bezirken und jährlich die Tiroler Gesundheitstage in einem Einkaufszentrum in Innsbruck statt.

Diabetikerschulung

Im Jahr 2011 wurden 30 Diabetikerschulungen mit 238 Diabetikerinnen/Diabetikern in der Arztpraxis durchgeführt und nach dem Tiroler Diabeteskonzept abgerechnet. Das mobile Schulungsteam des avomed absolvierte Schulungen in sieben Sozial- und Gesundheitssprengeln und zwei in der avomed-Zentrale. 83 Patientinnen und Patienten wurden über ihren Diabetes aufgeklärt. Das Schulungsteam der Kinderklinik führte an drei Terminen Schulungen für Typ-1-Diabetiker durch. Bei den insgesamt

39 Schulungen mit 321 Diabetikerinnen/Diabetikern konnte der innerhalb eines halben Jahres ermittelnde HbA1c-Wert von durchschnittlich 7,21 Prozent auf 6,79 Prozent gesenkt werden.

In neun Gesundheitseinrichtungen mit 153 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, vorwiegend Altersheimen, wurden zusätzlich Schulungen für Betreuungspersonal durchgeführt. Die Mitarbeiterschulungen sollen zu einer verbesserten Versorgung der Diabetiker/innen in den Gesundheitseinrichtungen führen und sind demnach sehr auf die alltägliche Praxis der Diabetikerversorgung ausgerichtet.

Ernährungsprogramme

Aufbauend auf das Projekt „Richtig essen von Anfang an!“ (www.richtigessen-vonanfangen.at) der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES), des Bundesministeriums für Gesundheit und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, werden die aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Säuglings- und Kleinkindernährung sowie der Ernährung für Schwangere und Stillende den Tirolerinnen und Tirolern zugänglich gemacht. Mitte 2011 wurde dieses Projekt gestartet, und es wurden neun Workshops durchgeführt und 60 schwangere Tirolerinnen erreicht.

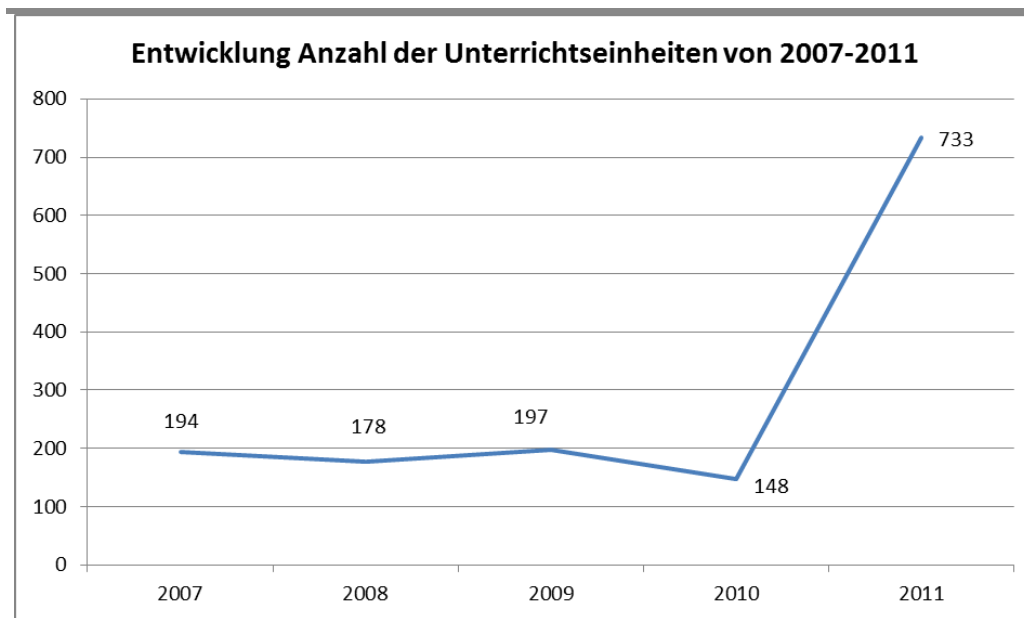
Im Programm „DidA“ (Diätologin in der Arztpraxis) wurden 2011 insgesamt 755 Beratungsgespräche durchgeführt. Im Modul „Genussvoll essen“ wurde der Selbstbehalt für das Schuljahr 2010/2011 aufgehoben, wodurch das Präventionsprogramm kostenlos an Tirols Kindergärten und Schulen angeboten werden konnte. Dies machte sich auch durch die Rekordanzahl von 175 betreuten Institutionen bemerkbar, die insgesamt 733 Unterrichtseinheiten von Diätologinnen des avomed in Anspruch nahmen.

In den Kalenderjahren 2007 bis 2011 wurden im Modul „Genussvoll essen und trinken“ insgesamt 1.450 Unterrichtseinheiten (entspricht Schulstunden) gehalten (siehe Abbildung 4.20). Rund die Hälfte dieser Stunden entfällt auf das Jahr 2011, was durch die Abschaffung des Selbstbehaltes erklärbar ist.

In diesem Zeitraum wurden 15.475 Teilnehmer/innen (2.673 Kindergartenkinder, 10.671 Schüler/innen, 1.796 Eltern und 335 sonstige Teilnehmer/innen) erreicht. Auch hier entfällt mehr als die Hälfte auf das Kalenderjahr 2011 (8.125 Teilnehmer/innen).

Abbildung 4.20:

Entwicklung Anzahl der Unterrichtseinheiten von 2007 bis 2011
im Präventionsprogramm „Genussvoll essen und trinken“



Quelle und Darstellung: Arbeitskreis für Vorsorgemedizin und Gesundheitsförderung in Tirol (avomed)

Zwei der vier im Jahr 2011 durchgeführten Teen-power-Kurse fanden in Innsbruck, einer in Landeck und einer in St. Johann statt. 32 Kinder nahmen dieses Angebot in Anspruch.

Als Beitrag zur Optimierung des Essensangebots in der Gemeinschaftsverpflegung und Gastronomie finanzierte der Fonds Gesundes Österreich im Jahr 2011 Kochworkshops, die in Tirol vom avomed durchgeführt wurden.

Weiters wurde ein zehnwöchiger Abnehmkurs „Natürlich abnehmen“ für Erwachsene abgehalten, der erstmals durch ein Bewegungsangebot ergänzt wurde. Das Ernährungsteam des avomed nahm auch an diversen Gesundheitstagen, den Seniorentagen in den Rathausgalerien sowie am Innsbrucker Ferienzug teil.

Fortbildung

Neben den Tiroler Gesundheitstagen wurden in den Tiroler Gesundheitssprengeln Vorträge zum Thema Gesundheit angeboten und vom avomed finanziert. Im Rahmen des Bildungsnetzwerks des Fonds Gesundes Österreich wurden 13 Seminare mit 154 teilnehmenden Personen durchgeführt.

Gesunde Haltung

In diesem Jahr wurde das Projekt Gesunde Haltung von 228 Volksschulkindern genutzt. An 15 Tiroler Volksschulen nahmen 15 Gruppen am vielseitigen Bewegungsprogramm von Oktober 2010 bis Mai 2011 teil. Außerdem bot der avomed 2011 bereits zum 10. Mal in Zusammenarbeit der Katholischen Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik eine Zusatzausbildung (36 Einheiten) für 57 angehende Kindergartenpädagoginnen an. Darüber hinaus war das Gesunde-Haltungs-Team des avomed an zahlreichen Gesundheitsfesten und betrieblichen Gesundheitstagen beteiligt.

Gesundheitsunterricht

Im Schuljahr 2010/11 nahmen 34 Schulen, davon 30 Hauptschulen und Polytechnische Schulen, am Projekt Gesundheitsunterricht durch (Schul-)Ärzte und Lehrer teil. Von den insgesamt 391 (Schul-)Arztstunden, die von 21 (Schul-)Ärztinnen und Ärzten gehalten wurden, entfiel der Großteil auf die Themenschwerpunkte Sexualität und Suchtprävention.

Sudden Infant Death Syndrome: SIDS-Vorsorge

Im Jahr 2011 wurden insgesamt 301 Patientinnen und Patienten in der SIDS-Ambulanz psychologisch betreut. Nach Beginn des SIDS-Vorsorgeprogrammes sank die SIDS-Inzidenz von 1,83 (gemittelte Inzidenz 1984–1994) auf 0,2/1.000 Lebendgeborene (Inzidenz 1995–2011). Im selben Zeitraum zeigte sich eine deutliche Abnahme der Prävalenz von Risikofaktoren.

Zahngesundheitsvorsorge

Allein im Jahr 2011 wurden in 858 Institutionen (372 Kindergärten, 340 Volksschulen, 120 Mutter-Eltern-Beratungsstellen, 20 Sonderschulen und 6 Behinderteneinrichtungen) über 40.000 Kinder in ganz Tirol betreut, mehr als 14.000 wurden in der mobilen Zahnarztpraxis des avomed – dem Dentomobil – untersucht.

Detaillierergebnisse aus den in diesem Zusammenhang durchgeführten Zahnstatuserhebungen finden sich in Kapitel 4.2.

4.5 Mammographie-Screening

Brustkrebs ist sowohl in Österreich als auch weltweit die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Jährlich erkranken ca. 5.000 Österreicherinnen an Brustkrebs, 1.600 erkrankte Frauen sterben daran. In Tirol erkranken pro Jahr ca. 430 Frauen an einem Mammakarzinom, das sind 22 Prozent der Krebsneuerkrankungen. Pro Jahr versterben in Tirol ca. 115 Frauen an einem Mammakarzinom, bezogen auf die Karzinommortalität ist dies ein Anteil von 17 Prozent.

Unter einem Screening (englisch für: Durchsiebung, Rasterung, Selektion, Durchleuchten) versteht man ein systematisches Testverfahren. In der Medizin steht Screening für eine Untersuchung, die bei möglichst vielen Menschen durchgeführt wird und so eine möglichst frühe Angabe zur Wahrscheinlichkeit des Vorliegens von bestimmten Krankheiten oder Risikofaktoren ermöglichen soll. Man spricht daher auch von „Reihenuntersuchungen“. Im Rahmen eines Mammographie-Screenings werden alle Frauen einer bestimmten Altersgruppe zur Teilnahme an einem Brustkrebs-Früherkennungsprogramm eingeladen. Ziel des Mammographie-Screenings ist es, eine möglicherweise vorliegende Brustkrebserkrankung in einem frühen Stadium zu erkennen, weil in diesem Fall die Möglichkeit schonenderer Eingriffe (brusterhaltende Operation) und bessere Heilungschancen gegeben sind.

Der Tiroler Gesundheitsfonds hat 2007 in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit ein flächendeckendes, bevölkerungsbezogenes Mammographie-Screeningprogramm in Tirol ins Leben gerufen. In einer zwölfmonatigen Pilotphase (Mai 2007 – April 2008) wurden alle sozialversicherten Frauen zwischen dem 40. und dem 69. Lebensjahr, die in den Bezirken Innsbruck und Innsbruck-Land wohnhaft sind, zur Brustkrebs-Früherkennung eingeladen. Im Mai 2008 wurde das Projekt schließlich auf alle Tiroler Bezirke ausgerollt. Seither werden alle sozialversicherten Frauen mit Hauptwohnsitz in Tirol an diese Früherkennungsuntersuchung erinnert. Frauen zwischen dem 40. und 59. Lebensjahr werden einmal jährlich, Frauen zwischen dem 60. und 69. Lebensjahr im regelmäßigen Zeitabstand von zwei Jahren zur Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung eingeladen. Der Zeitpunkt der Einladung orientiert sich an dem Monat, in dem die Frau ihren Geburtstag feiert: Im Mai werden alle Januar-Geborenen angeschrieben, im Juni alle Februar-Geborenen, im Juli die März-Geborenen usw.

In das Projekt sind sowohl niedergelassene Radiologinnen und Radiologen (mit Kassenvertrag bzw. Wahlarztpraxen) als auch Fondskrankenanstalten in allen Tiroler Bezirken eingebunden. Den Tiroler Fondskrankenanstalten kommt im System eine Doppelfunktion zu: Erstens fungieren sie als Screening-Einheiten (ca. ein Drittel aller Screening-Untersuchungen findet in den Ambulanzen statt). Zweitens sind in einigen Krankenanstalten sogenannte Assessment-Einheiten eingerichtet, in denen auffällige

Befunde z. B. durch weitere bildgebende Maßnahmen (MRT) oder die Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) abgeklärt werden können.

Im Vorfeld der Projektstarts haben sich die teilnehmenden niedergelassenen Radiologen der Zertifizierung durch die Österreichische Röntgengesellschaft unterzogen (Qualitätszertifikat Mammographie der Österreichischen Röntgengesellschaft und der Österreichischen Ärztekammer). Des Weiteren waren umfangreiche Adaptierungen der eingesetzten Radiologie-Softwarelösungen erforderlich, um einen funktionierenden Datenfluss an das Institut für klinische Epidemiologie der Tilak (IET) sicherzustellen. Die Investitionen in entsprechende IT-Voraussetzungen wurden vom Tiroler Gesundheitsfonds gefördert. Da die Pseudonymisierungsstelle im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für das Tiroler Projekt nicht zur Verfügung stand, war außerdem die Programmierung einer eigenen Pseudonymisierungssoftware durch die Firma health@net nötig.

Die in den Screening- und Assessment-Einheiten erfassten Daten zu den Mammographie-Untersuchungen werden an das Screening-Register am IET übermittelt. Das Screening-Register dient der kontinuierlichen Evaluierung und Überwachung des Programms. Die Daten werden vom IET monatlich eingeholt und ausgewertet. Im Rahmen des monatlichen Jour fixe der Arbeitsgruppe werden die Daten besprochen. Auffälligkeiten werden durch die medizinische Qualitätssicherung identifiziert und zeitnah abgeklärt.

Allen teilnehmenden radiologischen Untersuchungsstellen (niedergelassene Radiologinnen und Radiologen sowie Ambulanzen in den Tiroler Fondskrankenanstalten) und den Zuweisern wurden Informationsmaterial, Plakate, Informationsfolder und Giveaways zur Verfügung gestellt. Um Bürgerinnen mit Migrationshintergrund eine Hilfestellung zu geben, wurde außerdem die Einwilligungserklärung zur Datenweiterleitung in die Sprachen Englisch, Türkisch, Kroatisch und Serbisch übersetzt und in den Untersuchungsstellen aufgelegt.

Im Zeitraum 2007 bis 2011 wurden insgesamt 248.736 Mammographie-Untersuchungen an das IET gemeldet, davon haben 14.537 Frauen (5,8 %) einer Weiterleitung ihrer detaillierten Daten an die Screening-Datenbank nicht zugestimmt. 69.477 Untersuchungen (27,9 %) betrafen Frauen, die entweder nicht in Tirol wohnhaft waren (1,2 %), deren Alter nicht zwischen 40 und 69 Jahren lag (15,5 %) oder die nicht beschwerdefrei waren (4,5 %). Somit verbleiben 179.259 auswertbare Screening-Untersuchungen in der Zielpopulation. Die Teilnahmerate im dritten Projektjahr (Juni 2009 bis Mai 2010) war 60,7 Prozent, wobei Frauen mit einem zweijährigen Screening-Intervall trotz jährlicher Einladung und Frauen, welche die Übermittlung der Daten an die Datenbank ablehnten, berücksichtigt wurden.

Die Evaluierung des Projekts erfolgt auf Basis der „European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis“. Die Evaluierungsergebnisse werden in regelmäßigen Abständen publiziert (z. B. „Mammographie Screening Modell Tirol – Evaluation des zweiten und dritten Projektjahres“, erschienen im März 2012). Diese Veröffentlichungen belegen, dass das Tiroler Programm die von der EU vorgegebenen Ziele nahezu vollständig erreicht bzw. dass diese Ziele in einigen Bereichen sogar überboten werden. Die europäischen Richtlinien unterscheiden Performance-Indikatoren (im Wesentlichen Struktur- und Prozessqualitätsindikatoren) und Impact-Indikatoren (beziehen sich auf das Ziel bzw. den Nutzen des Screening-Programms, also auf die Ergebnisqualität). Wichtige Performance-Indikatoren sind unter anderem

- » die Teilnahmerate,
- » die Wiederholungsrate der Screening-Untersuchung aus technischen Gründen,
- » die Recall-Rate (der Anteil der zur weiteren Abklärung verdächtiger Befunde einbestellten Frauen zum Assessment),
- » die Rate „intermediate mammogram following further assessment“ (Anteil der Frauen, die nach dem Assessment kurzfristig – d. h. nach 6 Monaten – zur Kontrolle wieder einbestellt wurden),
- » das Verhältnis von benignen zu malignen offenen Biopsien,
- » die Zeit zwischen Screening-Untersuchung und Assessment,
- » die Zeit zwischen Tumorboard und Operation.

Die EU-Leitlinien geben für diese Indikatoren Zielwerte (akzeptabel/wünschenswert) an. Die nachfolgende Ergebnistabelle zeigt die Analyse der Daten des zweiten und dritten Projektjahres für die von der EU empfohlene Altersgruppe der 50- bis 69-jährigen Frauen. Die Ergebnisse werden in der nachfolgenden Tabelle jeweils den EU-Zielwerten gegenübergestellt.

Tabelle 4.1:

Mammographie-Screening Modell Tirol

Performance-Indikatoren für das zweite und dritte Projektjahr

	2. Projektjahr (50–69)	3. Projektjahr (50–69)	EU-akzeptiert	EU-erwünscht
Teilnahmerate (Zeitraum bis 2 Jahre nach Einladung)	54,8 %	59,1 %	> 70 %	> 75 %
Recall Rate ¹	1,3 %	1,4 %	< 5 %	< 3 %
Rate benigne zu malignen offenen Biopsien	1 : 0,33	1 : 0,74	≤ 1 : 2	≤ 1 : 4
Prozentsatz auswählbare Frauen, die wiedereingeladen wurden ²	100 %	100 %	> 95 %	100 %
Prozentsatz auswählbare Frauen, die in Screening-Intervall nach 6 Monaten wiedereingeladen wurden	n. v. (weil alle Frauen exakt im Screening-Intervall eingeladen wurden)			
Zeit zwischen Screening und Assessment ≤ 5 Arbeitstage (für invasive Karzinome)	92,5 %	73,1 %	90 %	> 90 %
Zeit zwischen Tumorboard und Operation ≤ 15 Arbeitstage (für invasive Karzinome ⁵)	86,9 %	89,3 %	90 %	> 90 %

n. v. nicht verfügbar)

¹ Recall-Rate entspricht im Modell dem Anteil der Frauen, die zum Assessment eingeladen wurden.² Betrifft die Frauen im Alter von 40 bis 59 Jahre, die nach einem Jahr wiedereingeladen wurden.³ Offene Biopsie nur in insgesamt 13 Fällen entspricht nur 3,8 % der Biopsien; Indikator für Projekt Tirol geringe Bedeutung, da Anteil der offenen Biopsien bereits niedrig ist.⁴ Offene Biopsie nur in insgesamt 12 Fällen entspricht nur 3,6 % der Biopsien; Indikator für Projekt Tirol geringe Bedeutung, da Anteil der offenen Biopsien bereits niedrig ist.⁵ Fälle mit neoadjuvanter Therapie wurden von Auswertung ausgeschlossen.

Datenquelle: Tiroler Gesundheitsfonds, Mammographie-Screening
Modell Tirol – Evaluation des zweiten und dritten Projektjahres; Darstellung: GÖ FP

Die guten Ergebnisse unterstreichen, dass in Tirol auf Basis bestehender Strukturen das langjährige opportunistische (nicht zentral organisierte) Mammographie-Screening innerhalb kurzer Zeit in ein qualitativ hochwertiges organisiertes Programm übergeführt werden konnte, das in den wesentlichen Qualitätsindikatoren den EU-Leitlinien entspricht. Nicht zuletzt ist es gelungen, durch die Daten und den Einsatz der gesamten „Projektgruppe Mammographie Screening Tirol“ den Ultraschall als wesentliche Untersuchungsmethode im geplanten nationalen Mammographie-Screening zu verankern. Tirol konnte darüber hinaus zeigen, dass Frauen zwischen 40 und 49 Jahren den gleichen diagnostischen Nutzen durch Screening haben wie die in den EU-Leitlinien genannte Screening-Population von 50 bis 69 Jahren. Aus der nunmehr fünfjährigen Erfahrung zeigt sich, dass die regelmäßige Evaluierung im Rahmen der Qualitätssicherung einen wesentlichen Beitrag zum Erfolg des Früherkennungs-Programmes Brustkrebs in Tirol leistet.

Die weitere Entwicklung des Mammographie-Screening-Projektes Tirol wird sich durch die anstehende Einführung eines österreichweiten organisierten Programms zeigen, die für das Jahr 2013 geplant ist. Um sicherzustellen, dass diese hohen Qualitätsstandards auch bei einer Überführung in ein nationales Mammographie-Screeningprogramm beibehalten bleiben, hat der Tiroler Landtag in seiner Sitzung vom 19. Mai 2011 mit den Stimmen aller fünf Landtagsparteien folgende EntschlieÙung zu den Standards bei Brustkrebsfrüherkennungsprogrammen verabschiedet: „Das erfolgreiche Frauengesundheitsprojekt des Landes Tirol muss im bisherigen Umfang fortgesetzt werden. Die Bemühungen des Landes Tirol zur Fortführung werden durch den Landtag unterstützt. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse über die positiven Effekte des Tiroler Projektes sind zu berücksichtigen.“

4.6 Umwelt

Nachdem der Mensch in ständiger Interaktion mit seiner Umwelt steht, können über Umweltmedien einwirkende Belastungen Gesundheit und Wohlbefinden beeinträchtigen. Über Luft, Wasser und Nahrungsmittel gelangen Schadstoffe in den Organismus, die anthropogen, also durch menschliche Aktivitäten, entstanden sind. Ebenso können geogene, also „natürliche“ Belastungen als schädliche chemische Verbindungen oder als physikalische Reize wie Hitze, Kälte oder radioaktive Strahlung auf den menschlichen Körper einwirken.

Zur Begrenzung des Gefährdungspotenzials derartiger Einflüsse werden in unterschiedlichen Gesetzesnormen die zulässigen Konzentrationen von Schadstoffen in verschiedenen Umweltmedien limitiert und regelmäßige Kontrollmaßnahmen vorgeschrieben. In diesem Kapitel werden mögliche gesundheitsrelevante Probleme jeweils für die verschiedenen Medien dargestellt, laufende Erhebungs- und Kontrollmaßnahmen beschrieben und die wesentlichsten Ergebnisse dargestellt.

4.6.1 Luft

Die Belastung der Luft durch Schadstoffe aus Verbrennungsprozessen, insbesondere aus dem motorisierten Verkehr, ist in der Tiroler Öffentlichkeit seit Jahren ein viel diskutiertes Thema. Insbesondere Grenzwertüberschreitungen der Schadstoffe NO₂ (Stickstoffdioxid) und PM₁₀ (Feinstaub mit einem Partikeldurchmesser bis zu 10 µm) geben Anlass zur Sorge, sind doch in einer Vielzahl von Studien die Zusammenhänge zwischen erhöhten Konzentrationen dieser Stoffe und einer Zunahme von Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der belasteten Bevölkerung wissenschaftlich abgesichert.

Auf Grundlage des Immissionsschutzgesetzes Luft (IG-L) und darauf basierender Verordnungen werden die Konzentrationen an NO₂ und PM₁₀ sowie weiterer Schadstoffe an mehreren Messstellen in Tirol kontinuierlich ermittelt. Die Ergebnisse werden in Form von Monats- und Jahresberichten dargestellt. Sämtliche Berichte und aktuellen Messergebnisse können unter <http://www.tirol.gv.at/luft> eingesehen werden.

Werden an einer gemäß § 5 IG-L festgelegten Messstelle Grenzwertüberschreitungen erhoben, so sind diese in einem Monats- bzw. Jahresbericht auszuweisen. Sofern die Überschreitungen nicht auf spezielle Ereignisse zurückzuführen sind, ist eine Statuserhebung (§ 8) durchzuführen. Diese hat unter anderem die Feststellung und Beschreibung der in Betracht kommenden Emittenten, die einen wesentlichen Beitrag zur Immissionsbelastung geleistet haben, zu enthalten. Auf Grundlage dieser Erhebung hat der Landeshauptmann ein Programm zur Erreichung der Ziele des IG-L zu erstellen, in dem auch das Sanierungsgebiet festgelegt wird. Dabei handelt es sich um einen Bereich, in dem sich Emissionsquellen befinden, die einen erheblichen Beitrag zur Grenzwertüberschreitung geleistet haben.

Im Sanierungsgebiet gem. IG-L wurden seitens des Landeshauptmanns als emissionsreduzierende Maßnahmen beim Sektor Verkehr Geschwindigkeitsbeschränkungen, Fahrverbote für schadstoffreiche Schwerfahrzeuge und ein Nachtfahrverbot verordnet.

Im Programm nach § 9a IG-L, das von der Tiroler Landesregierung am 6. 11. 2007 beschlossen wurde, sind weitere Maßnahmen und Vorhaben angeführt, die auch andere Sektoren (wie z. B. Industrie und Gewerbe) betreffen.

Aspekte der Luftreinhaltung werden auch in anderen Gesetzen berücksichtigt. So stellt etwa das Umweltverträglichkeitsprüfungsgesetz 2000 bei der Festlegung UVP-pflichtiger Vorhaben unter anderem darauf ab, ob diese in einem schadstoffbelasteten Gebiet realisiert werden sollen. In diesem Fall kommen niedrigere Schwellenwerte zum Tragen, und es sind bei der Prüfung der UVP-Pflicht speziell die Auswirkungen des Vorhabens auf das Schutzgut Luft zu beurteilen. Mit Stand Jänner 2012 waren in Tirol folgende Gebiete als belastete Gebiete gem. UVP-G 2000 ausgewiesen:

- » aufgrund der Anzahl von Überschreitungen des PM₁₀-Tagesmittelwertes:
 - » das Inntal von Kufstein bis Mieming bis zu einer Höhe von 700 m ü. A.,
 - » das Stadtgebiet von Lienz und die Siedlungsgebiete im Lienzer Talkessel,
 - » das Inntal zwischen Roppen und Landeck bis zu einer Höhe von 850 m ü. A.;
- » aufgrund von Überschreitungen des NO₂-Jahresmittelwertes:
 - » ein Streifen von 100 m beiderseits der Inntalautobahn zwischen Kufstein und Zirl.

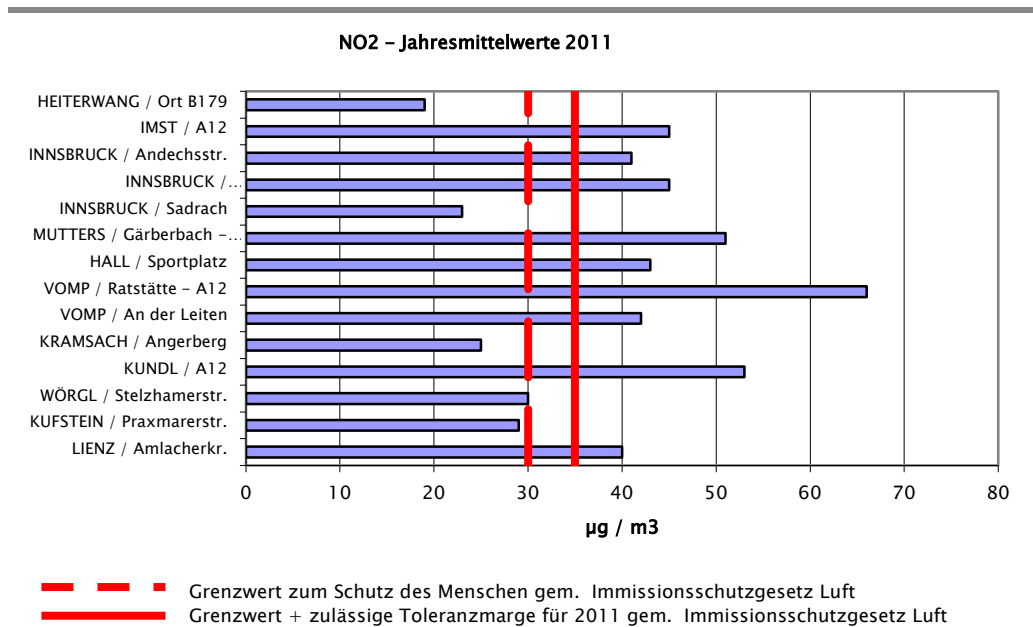
Belastete Gebiete zum Umweltverträglichkeitsprüfungsgesetz 2000 wurden in der Verordnung vom 20. 12. 2008, BGBl II 2008/483, kundgemacht, die sich derzeit in Überarbeitung befindet.

Weitere Gesetze, wie etwa die Gewerbeordnung 1994 oder das Mineralrohstoffgesetz, sehen für die Errichtung von Anlagen in vorbelasteten Gebieten spezielle Genehmigungsvoraussetzungen vor. In welchen Fällen diese zum Tragen kommen, ist in den betreffenden Gesetzen jeweils detailliert geregelt.

Im Jahr 2011 wurden Luftgütemessungen der Abt. Waldschutz an insgesamt zwanzig Standorten durchgeführt (siehe <http://www.tirol.gv.at/uploads/media/Jahresbericht-2011>). Während sich die Situation bei Schwefeldioxid und Kohlenmonoxid gegenüber den Vorjahren weiter verbessert hat und die Grenzwerte zum Schutz der menschlichen Gesundheit eingehalten werden, verschärft sich die Situation bei den Komponenten Stickstoffdioxid (NO₂) und Feinstaub (PM₁₀) zusehends.

Der Trend der NO₂-Immissionen ist seit 2002/2003 steigend. Dies schlägt sich bei den Auswertungen sowohl beim Tageszielwert als auch beim Jahresgrenzwert nach Immissionsschutzgesetz Luft nieder. Lagen 2001 fünf von zwölf NO₂-Messstellen oberhalb des Tageszielwertes von 80 µg/m³, so wurde dieser Wert im Jahr 2011 an 11 von 14 Standorten überschritten. Der ab dem Jahr 2012 gültige Jahresgrenzwert zum dauerhaften Schutz der menschlichen Gesundheit von 30 µg/m³ wurde an 9 von 14 Standorten überschritten und an einem weiteren Standort erreicht. An neun Standorten wurde der gemäß IG-L für das Jahr 2011 zulässige Jahresgrenzwert von 35 µg/m³ überschritten.

Abbildung 4.21:
NO₂-Jahresmittelwerte 2011



Quelle und Darstellung: Amt der Tiroler Landesregierung, „Luftgüte in Tirol – Bericht über das Jahr 2011“, Innsbruck 2011

Deutliche Unterschiede ergeben sich auch bei den festgestellten Überschreitungen des NO₂-Kurzzeitgrenzwertes (200 µg/m³ als Halbstundenmittelwert): Gegenüber dem Vorjahr lagen sechs Standorte über diesem Grenzwert, während 2005 lediglich die zwei Standorte Imst/Imsterau und Vomp/Raststätte A12 als überschritten auszuweisen waren.

Auffallend ist, dass die Stickstoffmonoxid-(NO-) und Stickstoffdioxid-(NO₂-) Immissionen nicht synchron verlaufen. Stickstoffmonoxid veränderte sich in den letzten Jahren im Gegensatz zu Stickstoffdioxid in der Außenluft kaum.

Dieser Befund kann sowohl durch geänderte Emissionen als auch durch geänderte luftchemische Voraussetzungen erklärt werden:

- » Zunächst ist in Tirol seit 2005 der Verkehr als Hauptverursacher von Stickoxid-emissionen gestiegen (siehe Verkehrsbericht des Amtes der Tiroler Landesregierung).
- » Des Weiteren ist aus der Literatur bekannt, dass Direktemissionen an NO₂ aus Pkw deutlich zugenommen haben, während ältere Motoren noch hauptsächlich NO emittierten.
- » Auch das leicht gestiegene Ozonangebot (vermehrte Anzahl an höheren Ozonwerten) dürfte zur erhöhten NO₂-Immission beigetragen haben.

Insgesamt belegt auch dieser Befund den deutlichen Einfluss der herrschenden Witterungsverhältnisse auf die Luftschadstoffkonzentration am Inntalboden und die Notwendigkeit von wirksamen und nachhaltigen Reduktionsmaßnahmen bei den Stickoxidemissionen, die in Tirol hauptsächlich aus dem Verkehr stammen.

Für Feinstaub (PM_{10}) zeigten die Messungen im Jahr 2011, dass der Tageszielwert von $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ gemäß IG-L an jedem der zwölf Standorte zumindest einmal überschritten war.

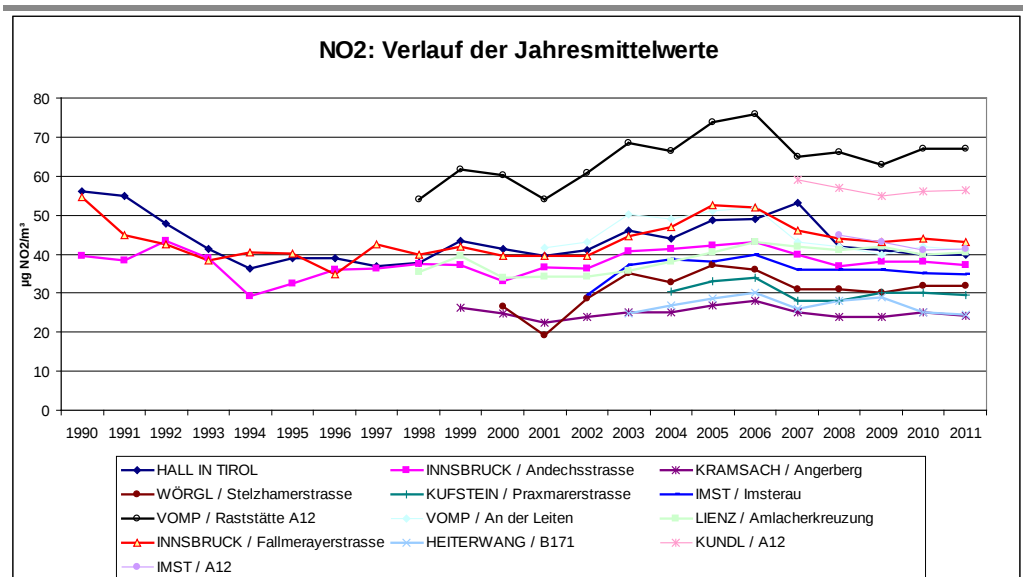
Im Hinblick auf die nach diesem Gesetz geltende Perzentilregelung für den Tagesgrenzwert (25 Überschreitungen pro Jahr zulässig) sind zwei Standorte – vornehmlich jene in dichter besiedelten Gegenden – als überschritten auszuweisen.

Der im IG-L für PM_{10} genannte Jahresgrenzwert von $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ wird überall eingehalten, mit $25 \mu\text{g}/\text{m}^3$ weist die Messstelle Innsbruck/Andechsstrasse die höchste Jahresbelastung auf.

Die an der Trendmessstelle Innsbruck/Fallmerayerstrasse zu messenden Komponenten Benzol und Benzo(a)pyren in PM_{10} zeigen für 2011 die Einhaltung der Grenzwerte zum Schutz des Menschen gemäß IG-L. An diesem Standort wird auch $\text{PM}_{2,5}$ gemessen, die Werte liegen bei ca. 80 Prozent der gleichzeitig gemessenen PM_{10} -Konzentration.

Die hohen Ozonwerte des außergewöhnlichen Sommers 2003 wurden im Jahr 2011 nicht erreicht, im Vergleich zu 2005 wurde allerdings nahezu überall eine geringfügige Steigerung im Jahresmittel registriert. Dies zeigen die Auswertungen sowohl beim maximalen Acht-Stunden-Mittelwert als auch bei der Anzahl der Tage mit einem maximalen Acht-Stunden-Mittelwert über $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

Abbildung 4.22:
NO₂: Verlauf der Jahresmittelwerte



Entwicklung der NO₂-Jahresmittelwerte seit 1990:

Die NO₂-Immissionsentwicklung über die vergangenen Jahre zeigt nach einem hohen Niveau anfangs der 1990er Jahre eine Absenkung und Stagnation in den 1990er Jahren. Seit 2002 ist eine steigende Tendenz ersichtlich.

Quelle und Darstellung: Amt der Tiroler Landesregierung, „Luftgüte in Tirol – Bericht über das Jahr 2011“, Innsbruck 2011

4.6.2 Wasser

Trinkwasser

Über Trinkwasser können sowohl Krankheitserreger als auch toxische Substanzen in den menschlichen Organismus gelangen und dort spezifische Krankheiten auslösen.

Die hygienischen und chemischen Anforderungen an Trinkwasser sind ebenso in der Verordnung über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch („Trinkwasserverordnung“) geregelt wie die Verpflichtung der Betreiber von Versorgungsanlagen zur regelmäßigen Kontrolle des in Verkehr gebrachten Wassers.

Die Trinkwasserversorgung der Tiroler Bevölkerung erfolgt zu ca. 90 Prozent durch Quellen, zu knapp 10 Prozent aus Grundwasser und nur zu einem verschwindend geringen Anteil aus Oberflächenwässern. Neben den großen Anlagen der Städte, Gemeinden und großen Wassergenossenschaften gibt es noch rund 3.000 Einzelanlagen, die ebenfalls Wasser in Verkehr bringen. Die Gewährleistung einer sicheren

und den gesetzlichen Anforderungen entsprechenden Trinkwasserversorgung stellt bei diesen kleinräumigen Strukturen große logistische Anforderungen.

Im Quellskataster wurden die Quellen Tirols in technischer, rechtlicher, quantitativer und qualitativer Hinsicht erfasst. Im Wasserinformationssystem des Landes Tirol werden sowohl die Stammdaten (Besitzverhältnisse, Lage, wasserrechtliche und lebensmittelrechtliche Belange, Literaturhinweise) als auch quantitative und qualitative Messergebnisse verwaltet.

Aufgrund der geologischen Gegebenheiten, fehlender landwirtschaftlicher Großbetriebe und nur weniger großer Industriebetriebe weist das Tiroler Trinkwasser insgesamt nur wenig chemische Verunreinigungen auf. So ist der Gehalt an Nitrat darin infolge landwirtschaftlicher Düngung und an Pestizidrückständen im Vergleich zu anderen österreichischen Bundesländern gering.

Trotz der generell guten Qualität des Tiroler Trinkwassers können bei Eintrag von Oberflächenwässern bakterielle Verunreinigungen auftreten, insbesondere bei Beweidung, oberflächlicher Fassung der Quelle, baulichen Mängeln oder unzureichenden Schutzgebieten.

Weiters bestehen in bestimmten Regionen vereinzelt geogene Belastungen durch toxische Verbindungen wie Arsen oder Antimon, die in Einzelfällen zu einer Überschreitung der Grenzwerte im Trinkwasser führen. In diesen Fällen besteht die Möglichkeit, durch die Aussetzung des betreffenden Grenzwertes (per Bescheid des Landeshauptmannes) ein Inverkehrbringen dieser belasteten Wässer für einen befristeten Zeitraum zu genehmigen, wenn eine Gefährdung der Gesundheit der Verbraucher nicht zu befürchten ist und die Versorgung mit Trinkwasser nicht auf andere zumutbare Weise sichergestellt werden kann. Seit Inkrafttreten der Trinkwasserverordnung (1. 9. 2001) musste nur in wenigen Fällen – hauptsächlich bei erhöhten Arsengehalten – von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht werden.

Badegewässerüberwachung in Tirol

Die Wasserqualität der Tiroler Seen, die im Sommer regelmäßig von einer größeren Zahl an Gästen zum Baden genutzt werden, wird seit 1997 im Rahmen der Badegewässerüberwachung nach den von der Europäischen Union festgelegten Kriterien über die Qualität der Badegewässer und deren Bewirtschaftung untersucht.

Die Seen, die zu untersuchen sind, wurden vom Landeshauptmann als Badegewässer festgelegt (LGBl 2011/53). Derzeit sind in Tirol 36 Badegewässer ausgewiesen, die in der Zeit vom 1. 6. bis zum 31. 8. eines jeden Jahres kontrolliert werden. An den Probenahmestellen der Badegewässer werden in diesem Zeitraum jeweils fünf Wasser-

proben genommen und in mikrobiologischer Hinsicht untersucht. Dabei werden die koloniebildenden Einheiten (KBE) der Bakterien *Escherichia coli* und Intestinale Enterokokken bestimmt, wobei die von der Europäischen Union vorgegebenen Grenzwerte nicht überschritten werden dürfen. Darüber hinaus werden weitere Parameter (z. B. pH-Wert, Sauerstoffsättigung oder Sichttiefe) beurteilt. Die Untersuchungen werden von der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit in Innsbruck im Auftrag der Bezirksverwaltungsbehörden durchgeführt. Die Untersuchungsergebnisse werden nach der Freigabe durch das Land an die Europäische Union übermittelt. Sollte eine Grenzwertüberschreitung festgestellt werden, ist ihre Ursache festzustellen und eine Kontrollprobe zu nehmen. Zeigt die Untersuchung neuerlich eine Grenzwertüberschreitung beim selben Parameter (*Escherichia coli* oder Intestinale Enterokokken), ist zu prüfen, ob eine Gesundheitsgefährdung vorliegt. Die in weiterer Folge von der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde zu setzenden Maßnahmen können von der Sanierung des Gewässers bis zum Badeverbot gehen, was in Tirol bisher noch nie notwendig wurde. Im Zeitraum von 1997 bis 2011 wurden lediglich vier Grenzwertüberschreitungen ohne Gesundheitsgefährdung gemeldet (landwirtschaftlicher Eintrag nach Unwettern). Festzuhalten ist, dass alle 36 Tiroler Badegewässer in mikrobiologischer Hinsicht unbelastet sind.

Neben der Überwachung der Wasserqualität der Badegewässer ist es erforderlich, allfällige Verschmutzungsursachen, die das Badegewässer und die Gesundheit der Badenden beeinträchtigen können, zu ermitteln, zu bewerten und an der Quelle zu beseitigen. Aus diesem Grund wurde für jedes der 36 Tiroler Badegewässer erstmalig mit 31.12. 2010 ein Badegewässerprofil erstellt, das regelmäßig überprüft und aktualisiert wird. Zur Information der Öffentlichkeit wird eine Kurzfassung davon in unmittelbarer Nähe der Badegewässer angebracht.

Durch das Land Tirol wird ein jährlicher Badegewässerbericht erstellt und an das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt. Alle Daten und weiteren Informationen zur Badegewässerüberwachung in Tirol – einschließlich der Einstufung der Badegewässer durch die Europäische Union – werden im Internet veröffentlicht (<http://www.tirol.gv.at/themen/umwelt/wasser/gewaesseroekologie/badegewaesser-in-tirol/badegewaesser-badesstellen/>).

Limnologische Badeseenüberwachung in Tirol

Neben den Untersuchungen nach der Badegewässerverordnung werden 28 Badeseen in Tirol seit 1992 jährlich auch limnologisch untersucht, mit dem Ziel, den gewässerökologischen Zustand der einzelnen Seen zu erfassen und ihre langfristige Entwicklung zu verfolgen. Dadurch kann gegebenenfalls mit gezielten Maßnahmen auf negative Entwicklungen (zunehmende Eutrophierung) reagiert und die Öffentlichkeit bei Auftre-

ten besonderer Phänomene (z. B. Massenaufreten von Algen) über deren Ursachen informiert werden.

Grundsätzlich weisen die untersuchten Seen eine gute Gewässerqualität auf und können in der Regel als nährstoffarm bezeichnet werden.

4.6.3 Böden

Boden und Pflanzen sind schützenswerte Güter mit vielfältigen Aufgaben. Sie gelten unter anderem als wertvolle Indikatoren zur frühzeitigen Erkennung möglicher Umweltbelastungen. Monitoringprogramme und verschiedene Erhebungen erlauben Aussagen über aktuelle Belastungen und ihre Entwicklung.

Der Tiroler Bodenkataster wurde nach dreijährigen Erhebungen im Jahr 1989 fertiggestellt und veröffentlicht und zeigt flächendeckend die Gehalte von Schwermetallen, den pH-Wert und die Radioaktivitätsbelastung von insgesamt 658 verschiedenen Standorten. In den Jahren 1993 bis 1995 wurde eine Wiederholungsbeprobung durchgeführt, deren Ergebnisse 1996 veröffentlicht wurden. Weitere Informationen finden sich unter <http://www.tirol.gv.at/themen/umwelt/boden/>.

Im Zug der intensiven Untersuchungen des Bodenzustands und von dessen Veränderungen wurden bisher in Tirol zehn Bodendauerbeobachtungsflächen eingerichtet. Diese Standorte werden als „Flächenpaare“ geführt (also jeweils eine landwirtschaftlich und eine forstlich genutzte Fläche pro Standort). Die Analysen und Ergebnisse dienen als Referenzen für Bodenphysik, Bodenchemie und Bodenbiologie sowie als Entscheidungsgrundlage für den vorsorglichen Bodenschutz.

Verschiedenste Pflanzenuntersuchungen erfolgen auch im Bereich der Futtermittel: Inhaltsstoffe, Schwermetalle, Verpilzungen oder gentechnische Veränderungen bis hin zu Pflanzenschutzmittelresten werden festgestellt. Dadurch wird zur Produktion gesunder Lebensmittel beigetragen.

Auf europäischer Ebene gibt es bereits seit längerer Zeit Bestrebungen, eine Bodenschutz-Rahmenrichtlinie zu erlassen, in der Vorgaben für einen Schutz der Ressource „Boden“ gegen schädigende Eingriffe als Mindeststandards festgeschrieben werden sollen.

Erhöhte Molybdängehalte von Boden, Pflanzen und Milch sowie das Auftreten der Rinderkrankheit „Molybdänose“ im Raum Reutte führten 1995 zu einem umfangreichen Forschungs-, Beobachtungs-, Beratungs- und Bewirtschaftungsprogramm. Durch gezielte Maßnahmen konnte eine deutliche Verbesserung der Situation erreicht wer-

den, die Molybdängehalte im Futter und in der Milch wurden gesenkt. Begleitende Kontrollen von Futter, Milch und Boden werden weiterhin durchgeführt.

Im Raum Brixlegg werden seit vielen Jahren Schadstoffe gemessen, die bei der Verhütung von Altmetallen entstehen können. Untersucht werden dabei Pflanzen und Böden auf Schwermetalle, Dioxine und Furane. Im Zusammenspiel aller Beteiligten konnten die Belastungen deutlich reduziert werden.

4.6.4 Nahrungsmittel

Die mögliche Beeinträchtigung der Gesundheit durch belastete Nahrungsmittel ist evident. Sowohl bakterielle und virale Kontaminationen, die für weit verbreitete Durchfallerkrankungen verantwortlich sein können, als auch toxische Substanzen in bedenklichen Konzentrationen werden bei Kontrolluntersuchungen gelegentlich gefunden. Diese Untersuchungen werden auf Grundlage des Lebensmittelsicherheits- und Verbraucherschutzgesetzes vorgenommen, das nicht nur die Anforderungen an Nahrungsmittel im engeren Sinn, sondern auch an diverse Gebrauchsgegenstände und Kosmetika regelt.

Im Jahr 2011 wurden durch die Tiroler Lebensmittelaufsichtsorgane 4.740 Kontrollen in 3.495 Betrieben durchgeführt, insgesamt wurden dabei 3.229 Warenproben entnommen und davon bis zur Erstellung des Jahresberichtes der Lebensmittelaufsicht 3.202 untersucht. Die Kontrollen und Probennahmen folgen dem bundesweiten Revisions- und Probenplan, zusätzlich zu den darin genau vorgegebenen Planproben werden im Anlassfall „Verdachtsproben“ entnommen. Die Gesamtanzahl der Kontrollen und auch der Warenproben war im Vergleich zu den vorhergehenden Jahren wieder etwas höher, was unter anderem auch auf eine Nachbesetzung einer vakanten Planstelle in der Lebensmittelkontrolle zurückzuführen ist.

Insgesamt wurden 511 (15,8 Prozent) der Proben beanstandet, zwanzig Proben (0,6 %) als gesundheitsschädlich beurteilt. Erwartungsgemäß war die Mehrzahl der Beanstandungen bei den Verdachtsproben zu verzeichnen. In über 50 Prozent der Fälle betrafen die Beanstandungen die Aufmachung oder die Kennzeichnung der entnommenen Warenproben.

In den Jahren 2009 und 2010 wurden 3.826 Kontrollen in 2.973 Betrieben bzw. 4.195 Kontrollen in 3.196 Betrieben durchgeführt und 3.041 bzw. 2.984 Proben entnommen. Der Anteil an beanstandeten Proben war dabei mit 15,5 Prozent bzw. 15,7 Prozent nahezu ident mit dem Wert des Vorjahres, ebenso verteilten sich die einzelnen Beanstandungsgründe vergleichbar mit jenen aus 2011.

4.6.5 Lärm

Der Einfluss von Schall auf Gehör, Gesundheit und Wohlbefinden ist wissenschaftlich sehr gut belegt. Unerwünschte Schallereignisse werden als „Lärm“ empfunden, dieser kann sich als unspezifischer Stressfaktor negativ auf die Gesundheit auswirken und die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen.

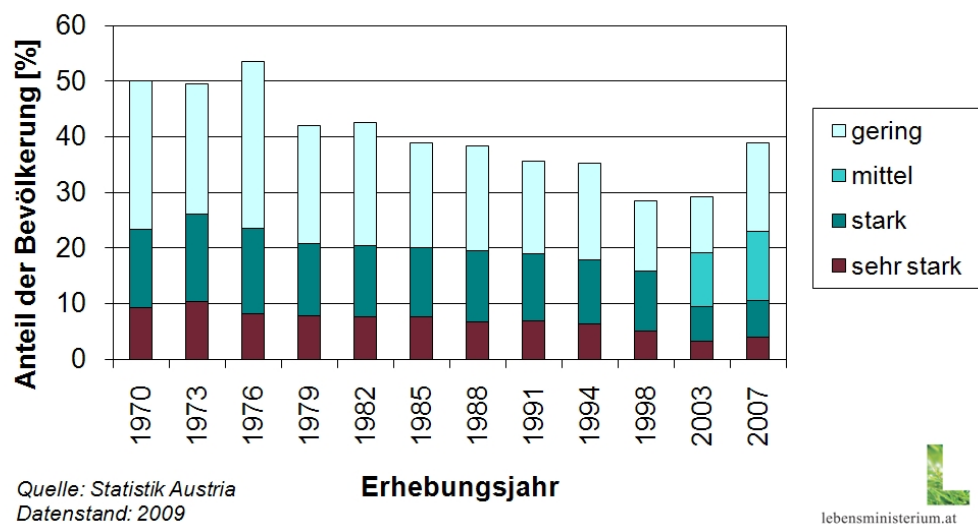
Seit der letzten Ausgabe des Tiroler Gesundheitsberichtes 2007 sind durch die Statistik Austria die periodischen Mikrozensususerhebungen durchgeführt und die Auswertungen veröffentlicht worden (Mikrozensus 2007). Zur Frage nach allgemeiner Lärmstörung (tags und/oder nachts) geben 37 Prozent der Tiroler und Tirolerinnen über 15 Jahren an, dass sie in einem gewissen Ausmaß gestört sind. Das Spektrum der Störung reicht dabei von sehr stark bis geringfügig belastigt. Hier zeigt sich im Vergleich zum vorherigen Beobachtungsintervall eine deutliche Steigerung der Betroffenheit. Absolut gesehen hat die Störung durch Lärm sowohl bei den Verkehrslärm- als auch bei den anderen Lärmquellen zugenommen, vor allem in den Kategorien „geringe“ und „mittlere Störung“. Interessant bei dieser Erhebung ist auch der Umstand, dass der Anteil der Befragten, die keine Angabe über die Lärmstörung treffen können oder wollen, mit 0,1 Prozent verschwindend gering ist. Dies deutet auf ein ausgeprägtes Problembewusstsein für die Empfindung von Schalleinwirkung bzw. Lärm in der Bevölkerung hin.

Die zeitliche Entwicklung seit der letzten Mikrozensususerhebung 2003 zeigt eine Steigerung der subjektiven Lärmbetroffenheit im Bundesgebiet (s. Abbildung 4.23) wie auch in Tirol, allerdings überwiegend in der Antwortkategorie „gering“.

Abbildung 4.23:

Entwicklung der subjektiven Lärmbetroffenheit in Österreich von 1970 bis 2007

Lärmstörung am Tag und/oder in der Nacht



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus Umweltbedingungen – Umweltverhalten 4. Quartal 2007;
Darstellung: Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft

Wird nach dem Ausmaß an ruhigeren Zeiten – also Zeiten mit geringerer Lärmbelastung – gefragt, so geben in Tirol 21 Prozent der Befragten an, dass dieses abgenommen habe, während 13 Prozent eine Zunahme ruhiger Zeiten empfinden.

Nach der Art der Lärmquelle geben über 60 Prozent der Tiroler/innen den Verkehr als Hauptlärmerreger an. Nach Art der Fahrzeuge und Verkehrsmittel gegliedert, zeigt sich mit 24 Prozent der Pkw als Hauptlärmverursacher, Lkw und Busse mit 15,5 Prozent und einspurige KFZ mit 8,8 Prozent folgen. Flugzeuge liegen in Tirol mit 6,2 Prozent noch vor den Eisenbahnen mit 5,4 Prozent, während im bundesweiten Durchschnitt diese beiden Lärmquellen umgekehrt gereiht werden.

Die Auswertungen über die Lärmstörungen im Wohnbereich zeigen, dass sich knapp 24 Prozent der Befragten in der Nacht gestört fühlen. Damit ist die Anzahl der Lärmbetroffenen in der Nacht in Tirol im Vergleich zu Gesamtösterreich geringfügig höher. Durch die Inbetriebnahme der über weite Strecken als Unterflurtrasse gestalteten Eisenbahnstrecke von Kundl bis zur Südumfahrung Innsbruck, die zum überwiegenden Teil den schweren Ferngüterverkehr aufnehmen soll, wird im Unterinntal in weiten Bereichen mit einer deutlich wahrnehmbaren Schallreduktion vor allem des nächtlichen

Schienenverkehrs gerechnet. Es ist zu hoffen, dass künftige Umfragen zur subjektiven Lärmbelastung diesen positiven Effekt abbilden werden.

In Tirol wurden im eigenen Kompetenzbereich in den vergangenen Jahren strategische Umgebungslärmkarten in Erfüllung der Vorgaben der EU-Richtlinie über die Bewertung und Bekämpfung von Umgebungslärm (Umgebungslärmrichtlinie) erstellt. Die Kartierung der ersten Stufe erfolgte bereits 2007. Dies betraf im Wesentlichen Landesstraßen mit einem jährlichen Verkehrsaufkommen von mehr als 6 Mio. KFZ. Für die zweite Stufe gehen die unionsrechtlichen Verpflichtungen wesentlich weiter, sodass auch Straßen mit einem Verkehrsaufkommen von 3 Mio. KFZ pro Jahr (dies entspricht einem durchschnittlichen täglichen Verkehrsaufkommen von ca. 8.200 Fahrzeugen) kartiert wurden. Damit stehen in Verbindung mit den vom Bund auszuarbeitenden Lärmkarten für Autobahnen, Schnellstraßen, Schienenstrecken und Flughäfen an den Hauptverkehrsträgern in Tirol nahezu lückenlose Informationen über die Schallbelastung zur Verfügung. Für die Bewertung von Umgebungslärm wurden einheitlich für die Europäische Union der Nachtlärmindex als Maß für die nächtliche Lärmbelastung und der Tag-Abend-Nacht-Lärmindex zur Beschreibung der allgemeinen Lärmexposition über 24 Stunden geschaffen.

5 Einrichtungen des Gesundheitwesens

5.1 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Aufgaben

Die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) haben sich von den Tätigkeiten als Amtssachverständiger sowie von Kontroll- und Aufsichtstätigkeiten weiterentwickelt in Richtung Infektionsschutz, medizinisches Krisenmanagement, Umweltmedizin und Umwelthygiene, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung sowie Gesundheitsförderung und Prävention. Dem wird in Tirol auch durch die medizinische und pflegerische Amtssachverständigentätigkeit, die sanitäre Aufsicht und Qualitätskontrolle der kurativen Medizin sowie durch die Lebensmittelaufsicht verstärkt Rechnung getragen.

Aufgrund der Vielzahl der Aufgaben des ÖGD ist eine umfassende Darstellung seiner Inanspruchnahme in diesem Rahmen nicht möglich. Es erfolgt daher, basierend auf den Berichten der Landessanitätsdirektion an den Landtag aus den Jahren 2007 bis 2011, eine Darstellung der Arbeitsschwerpunkte der Landessanitätsdirektion. Zur Wahrnehmung der fachlichen Angelegenheiten des Gesundheitwesens ist die Landessanitätsdirektion in sechs (Fach-)Bereiche eingeteilt, deren Aktivitäten im Jahr 2011 nachfolgend beschrieben werden:

Ärztliche Angelegenheiten und medizinische Begutachtungen

Gesetzlich vorgeschriebene Untersuchungen und Gutachtenerstellungen; Reorganisation im Infektionsmeldewesen und nach dem Tuberkulosegesetz; Mitarbeit in der Arge Alp; durchgehende ärztliche Betreuung nach den Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen im Kindergarten durch flächendeckendes Kindergarten-Vorsorgeprogramm, schulärztliche Betreuung an den Pflichtschulen und Lehrlingsuntersuchungen; Ausweitung des Impfprojekts; Umsetzung und Nachjustierung des flächendeckenden Notarztsystems und des Rettungswesens; Ausbau der umweltmedizinischen Begutachtung im Gewerbeverfahren und bei Umweltverträglichkeitsprüfungen; Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch flächendeckende Krankenhauseinschau des öffentlichen und privaten Bereichs und der Ambulatorien; Bedarfsprüfungsverfahren.

*Klinische- und Gesundheitspsychologie,
psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung*

Es erfolgen hier allgemeine fachpsychologische Begutachtungen, Stellungnahmen, Prüfungen, Erledigungen von Subventionsansuchen und Ausarbeitung von Konzepten im gesundheits-, klinisch- und medizinpsychologischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungsbereich sowie die zentrale Steuerung, Planung, Koordination und Aufsicht eines bedarfsgerechten Beratungs- und Betreuungsangebotes im Öffentlichen Gesundheitswesen.

Durch den Betrieb von acht klinisch- und gesundheitspsychologischen Beratungs- und Koordinationsstellen werden bei psychischen und psychosomatischen Störungen, chronischen körperlichen Erkrankungen mit psychischer Beteiligung und Lebensstilerkrankungen in den Bezirken mit wegweisender Früherkennungs- und Frühinterventionsfunktion Hilfestellungen angeboten. Im Berichtszeitraum 2011 konnten von den acht Bezirksstellen 1404 Patientinnen/Patienten bzw. Klientinnen/Klienten mit insgesamt 3.951 Kontakten betreut werden.

Erkenntnisse aus der bisherigen Verlaufsdokumentation seit Installierung der Bezirksstellen Okt./Nov. 2001 sind:

- » Psychische Störungen sind häufig, folgeschwer und oft unterversorgt.
- » Psychische und psychosomatische Erkrankungen sind zu einem zentralen Problem des Gesundheitswesens geworden.
- » Prävention psychischer Störungen und Beeinträchtigungen ist noch wenig rezipiert und kaum umgesetzt.

Zur Unterstützung der Früherkennung und Frühintervention mit dem Ziel der Verhinderung von Chronifizierung psychischer Störungsbilder erfolgte im Mai 2011 in direkter Verbindung mit den Bezirksstellen die Installierung einer zeitgemäßen interaktiven **Internetplattform** des Landes Tirol <http://ches.at/psychfit/index.php?id=home> zur psychologischen Prävention und Gesundheitsförderung.

Die Online-Fragebögen sollen auch zur Gewinnung epidemiologischer Screening-daten und zur Erhebung der Punktprävalenz in Tirol dienen.

Weitere Ziele sind die Etablierung bezirksnaher gesundheitspsychologischer Präventionsprogramme hinsichtlich Lebensstilerkrankungen, insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Stress, Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel) und der drei häufigsten psychischen Störungen Angst, Depression und Psychosomatosen; des Weiteren die Steuerung des Versorgungsangebotes tertiärpräventiver gesundheitspsychologischer Maßnahmen zur Krankheitsverarbeitung bei chronischen Krankheitsbildern und fachpsychologisches Controlling über die Verwendung öffentlicher Gelder und individueller Leistungsansprüche bei Maßnahmen nach dem Tiroler Rehabilitationsgesetz im

sozialpsychiatrischen und entwicklungspsychologischen Bereich hinsichtlich Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsziele und Rehabilitationsprognose.

Es erfolgt des Weiteren die Konzepterstellung zur psychometrischen Rehabilitationsdiagnostik bzw. Leistungsfeststellungsdiagnostik und die Optimierung und Anpassung der ambulanten verhaltenstherapeutischen Raucherentwöhnung in den Tiroler Bezirken nach dem State of the Art.

Lebensmittelaufsicht

Siehe Kapitel Umwelt.

Gesundheit und Pflege

Der Bereich Gesundheit und Pflege der Landessanitätsdirektion ist insbesondere für fachliche Belange der Pflege zuständig.

Zu den Hauptaufgaben gehören Sachverständigentätigkeit (im Rahmen der sanitären Aufsicht in Krankenanstalten, in Alten- und Pflegeheimen und in extramuralen Pflegeeinrichtungen) sowie die Fachaufsicht im Bereich der Ausbildung nichtärztlicher Gesundheitsberufe (Begutachtung von Ausbildungskonzepten, Vorsitztätigkeit bei Prüfungskommissionen, Sachverständigengutachten im Rahmen von Anerkennungen und Nostrifikationen, Lösen von Problemfällen etc.). Die Steuerung eines bedarfsorientierten Ausbildungsangebotes bei nichtärztlichen Gesundheitsberufen erfolgt durch laufende Evaluierung, Bedarfsstudien und eine enge Zusammenarbeit mit den Ausbildungseinrichtungen.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Mitwirkung in Gesundheits- und Sozialplanungen durch Stellungnahmen, Konzeptarbeiten, Teilnahme an Arbeitsgruppen, wie z. B. die Mitwirkung an der ARGE „Neustrukturierung Mobile Dienste“, ARGE „Qualitätsmanagement ambulante Dienste“, Projekt „Pflegepersonalbedarfserhebung in Heimen/SGS/Krankenanstalten“ und „Erhebung der AbsolventInnenzahlen“ usw.

Tirolweit werden vom Bereich Gesundheit und Pflege rund 46 Ernährungs- und Diätberatungsstellen koordiniert und finanziert.

Der Bereich Gesundheit und Pflege übt bei der Umsetzung der Maßnahme „Richtig essen von Anfang an! – Tirol“, die mit Beschluss der Bundesgesundheitsagentur vom 26. 11. 2010 und vom 1. 7. 2011 in Umsetzung des Artikels 33 (Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung) und der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswe-

sens, BGBl I 2008/105, beschlossen wurde, Koordinationstätigkeiten aus und arbeitet in der Steuerungsgruppe mit.

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit werden auch Beratungen für die Fachöffentlichkeit sowie in Ausbildungsfragen angeboten.

GesundheitsPädagogisches Zentrum (GPZ)

Ziel ist die Förderung von Qualität und Professionalität in der Gesundheits- und Krankenpflege durch entsprechende Bildungsmaßnahmen.

Berufsbegleitende Ausbildungsangebote: Sonderausbildung für Führungsaufgaben für Gesundheits- und Sozialberufe, Pflegehilfeausbildung und Ergänzungsausbildung zum/zur Pflegehelfer/in sowie Nostrifikationen, Heimhilfeausbildung und erstmalig die Ausbildung zum/zur Fachsozialbetreuer/in Behindertenarbeit (BA)

Berufsbegleitende Weiterbildungsangebote für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege: Pflegeplanung – Praxisanleitung, Hauskrankenpflege für Kinder und Jugendliche, Gerontologische Pflege; Praxisanleitung/MentorInnen und **für die Pflegehilfe:** Gerontologische Pflege, Psychiatrische Pflege, Pflege von behinderten Menschen, Validation.

Fortbildungsmaßnahmen: Wiedereinstiegskurs für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege, Lehrgang Qualitätsmanagement im Sozial- und Gesundheitswesen, Fortbildungsreihen für Pflegeaufsichten und neuerdings für Geschäftsführer/innen der Sozial- und Gesundheitssprengel; ein- bis dreitägige Fortbildungen hauptsächlich für Pflegepersonen, aber auch für andere Berufsgruppen, die im Gesundheits- und Sozialbereich (Krankenhaus, Altenpflegeheim, Behinderteneinrichtung, Hauskrankenpflege) tätig sind

Mutter-Eltern-Beratung

Arbeitsschwerpunkte bilden die Betreuung und Begleitung von Eltern und ihren Kindern bis zum vierten Lebensjahr im Rahmen der Mutter-Eltern-Beratung. Angeboten werden Schwangerengymnastik, Geburtsvorbereitung, Rückbildungsgymnastik, Säuglingspflege und Elternvorträge. Weitere Schwerpunkte sind Hausbesuche nach gesundheitlicher und psychosozialer Indikation. Aus diesem Grund sind Familienhebammen in verschiedenen Bezirken für die Mutter-Eltern-Beratung tätig. Weiters werden Mutter-Kind-Gruppen für regulationsauffällige Säuglinge und Kleinkinder bei Bedarf angeboten. Mehrmals jährlich werden Fortbildungen mit Schwerpunktthemen veranstaltet mit dem Ziel, einheitliche Beratungsrichtlinien zu erlangen und die Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen (Ärztinnen/Ärzte, Hebammen, Kinderkran-

kenschwestern) zu fördern. Die gute Zusammenarbeit mit Systempartnern (Jugendwohlfahrt, Erziehungsberatung, avomed, Suchtprävention ...) ist von großer Bedeutung.

Einrichtungen und Beschäftigte

Der Öffentliche Gesundheitsdienst umfasst Sanitätssprengel auf Gemeindeebene, die Gesundheitsämter in den Bezirken sowie die Landessanitätsdirektion.

Die 279 Gemeinden Tirols sind in 79 **Sanitätssprengel** zusammengefasst und werden von 55 Sprengelärztinnen/-ärzten nach altem Dienstrecht und 26 Vertrags-sprengelärztinnen/-ärzten (neues System) betreut. Eine Sprengelärztin bzw. ein Sprengelarzt ist durchschnittlich für rund 8.700 Einwohner zuständig. Ihr bzw. ihm obliegt der Vollzug des Gemeindesaniättsdienstgesetzes (mit den Hauptaufgaben: sanitäre Aufsicht in Heimen, Schulen, Friedhöfen etc., Totenbeschau, Überwachung hilfsbedürftiger Personen). Agenden nach Bundesgesetzen (Einweisungen nach dem Unterbringungsgesetz; Lenkeruntersuchungen nach der Straßenverkehrsordnung) werden im Rahmen des Bereitschaftsdienstes teilweise miterledigt, wo ein polizeiärztlicher Dienst (noch) nicht vorhanden ist. Der sprengelärztliche Dienst befindet sich in einer bereits länger dauernden Umstrukturierungsphase. Zur Abdeckung fehlender Sprengelarztkapazitäten wurden 52 Totenbeschauärzte bestellt.

Die **Gesundheitsämter** sind Teil der Bezirksverwaltungsbehörde und werden von je einem Amtsarzt bzw. einer Amtsärztin geleitet. Zusätzlich wird verschiedenes Fachpersonal beschäftigt (Tuberkulose-Fürsorgerinnen/-Fürsorger, Desinfektorinnen/Desinfektoren etc.). Tirol verfolgt in Personalausstattung und Personalverteilung ein dezentrales Konzept, d. h., die Gesundheitsämter sind zu Lasten der Landessanitätsdirektion im Bundesländervergleich personell relativ gut besetzt. Die einzelnen Amtsärztinnen/-ärzte in den Gesundheitsämtern haben zwischen 26.500 und 43.900 Einwohner zu betreuen. Eine für den vorliegenden Bericht durchgeführte Erhebung ergab, dass sich der Personalstand in Tirol seit dem letzten Bericht 2007 von amtsärztlicher Seite nicht relevant verändert hat. Der Bezirk Landeck ragt mit rd. 43.900 Einwohnern pro Amtsarzt-Vollzeitäquivalent heraus. Durchschnittlich kommen (auf Bezirksebene) auf ein amtsärztliches Vollzeitäquivalent 35.282 Einwohner. Insgesamt sind im Öffentlichen Gesundheitsdienst Tirols 30 Amtsärztinnen/-ärzte (25,125 Vollzeitäquivalente) und 69 nichtärztliche Fachpersonen beschäftigt (Logopädie, Diätberatung, Gesundheits- und Krankenpflegefachdienst, Lebensmittelaufsichtsorgan, Tuberkulosefürsorgerin/-fürsorger, Desinfektorin/Desinfektor).

5.2 Stationäre Versorgung

5.2.1 Stationäre Akutversorgung

Die stationäre Akutversorgung Tirols wird hauptsächlich abgedeckt durch die insgesamt **zehn Fonds-Krankenanstellen**, darunter auch das als Universitätsklinik geführte LKH Innsbruck. Dabei handelt es sich um folgende Krankenanstellen (nach dem vom BMG vergebenen KA-Code gereiht, Stand: 31. 12. 2011):

- » 704 Landeskrankenhaus Hall in Tirol,
- » 706 Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck,
- » 707 Landeskrankenhaus Hochzirl, Anna-Dengel-Haus,
- » 714 Bezirkskrankenhaus Lienz,
- » 715 Landeskrankenhaus Natters,
- » 717 Bezirkskrankenhaus Reutte,
- » 719 Bezirkskrankenhaus St. Johann in Tirol,
- » 720 Bezirkskrankenhaus Schwaz,
- » 722 Krankenhaus St. Vinzenz Zams,
- » 731 Bezirkskrankenhaus Kufstein.

Diese Spitäler sind einerseits im Raum Innsbruck konzentriert und andererseits in den jeweiligen Bezirkshauptorten angesiedelt, sodass – mit Ausnahme des Bezirks Imst – eine **dezentrale** Versorgung über öffentliche Fonds-Krankenanstellen der (erweiterten) Standardversorgung in allen Bezirken gegeben ist. Das Krankenhaus der Stadt Kitzbühel wurde mit 31. 12. 2009 geschlossen. Das Bezirkskrankenhaus Hall in Tirol und das Psychiatrische Krankenhaus des Landes Tirol wurden mit 31. 12. 2010 zum LKH Hall in Tirol fusioniert.

Die Fonds-KA unterliegen hinsichtlich der dort vorzuhaltenden Bettenkapazitäten je Fachrichtung den Bestimmungen des Tiroler Krankenanstellenplans (**TirKAP**), der seit 2009 auf dem „Regionalen Strukturplan Gesundheit Tirol“ (**RSG Tirol**) basiert. Das stationäre Modul des RSG Tirol wurde unter Berücksichtigung der im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) vorgegebenen Rahmenplanung erstellt.

Die Fonds-KA werden in ihrer Versorgungswirkung durch **drei private Sanatorien** mit insgesamt 384 systemisierten bzw. 346 tatsächlichen Betten (Sanatorium Kettenbrücke Innsbruck, Sanatorium der Kreuzschwestern Hochrum, Gesundheitszentrum Kursana Wörgl) ergänzt, in denen primär privat zusatzversicherte Patienten oder Selbstzahler im Belegarztsystem versorgt werden. Außerdem ist auch das **Militärspital** in der Conrad-Kaserne Innsbruck teilweise (im Rahmen der Kooperation mit dem LKH Innsbruck) öffentlich versorgungswirksam.

In den Tiroler Fonds-KA standen 2011 mit insgesamt **4.194 systemisierten** (= sanitätsbehördlich bewilligten) bzw. **4.108 tatsächlichen Betten** um 1,62 Prozent bzw. 1,37 Prozent weniger Betten zur Verfügung als im Jahr 2006, auf das sich die Aussagen des letzten Tiroler Gesundheitsberichts (2007) bezogen (vgl. Tab. 5.1 im Tabellenanhang). Dem teilweise erheblichen Ausbau insbesondere im Bereich AG/R, PSY und PAL standen Bettenreduktionen in den Fachrichtungen CH, GGH, HNO, AU, DER und KI gegenüber. Außerdem fand in der Versorgungsregion 73 Tirol-Nordost mit der Schließung des Krankenhauses Kitzbühel eine Standortbereinigung statt.

Die Anzahl der **stationären Fälle** (inkl. tagesklinischer Fälle und krankenanstalteninterner Transfers) ist in diesem Zeitraum von rd. 282.000 auf rd. 280.000 um ca. 0,5 Prozent gesunken (vgl. Tab. 5.1 im Tabellenanhang). Im gleichen Zeitraum ist die Anzahl der stationären Fälle in Österreich insgesamt von rd. 2,81 Mio. auf rd. 2,96 Mio. gestiegen (+5,5 Prozent). Die durchschnittliche **Belagsdauer** ist in Tirol von 4,2 Tagen 2006 auf 4,1 Tage 2011 erneut gesunken und liegt damit weiterhin deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (4,5 Tage). Die **Bettenauslastung** der Tiroler Fonds-Krankenanstalten lag 2011 mit **76,5 Prozent** um 1,3 Prozentpunkte unter dem Wert des Jahres 2006 (Bundesdurchschnitt 2011: 77,4 %, 2006: 79 %; vgl. Tab. 5.1 im Tabellenanhang).

Die Anzahl der **VZÄ-Ärzte** in den stationären Bereichen stieg zwischen 2006 und 2011 von 755 auf 784 (rd. 4 Prozent), die **VZÄ des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals** um rund 200 (7,5 %) auf 2.628. Dem stand eine Reduktion der VZÄ der anderen Berufsgruppen um 12 (-1,5 %) auf 771 gegenüber (vgl. Tab. 5.1 im Tabellenanhang).

Die Endkosten in den stationären (= bettenführenden) Bereichen lagen im Jahr 2011 bei rund 710 Mio. Euro (Veränderung seit 2006: +23 % gegenüber +25 % im Bundesdurchschnitt). Auf Einwohner umgerechnet, liegt Tirol bezüglich der **Endkosten** im stationären Bereich der Fondskrankenanstalten mit rd. 998 Euro um ca. 4,5 Prozent unter dem Österreich-Wert von etwa 1.049 Euro. Die **stationären Endkosten** betrugen 2011 **pro Belagstag 617 Euro, pro Fall 2.527 Euro**. Die entsprechenden Österreich-Werte beliefen sich 2011 auf 655 Euro pro Belagstag bzw. 2.976 Euro pro Fall. Bei beiden Indikatoren war in Tirol zwischen 2006 und 2011 ein leicht unter dem Bundesdurchschnitt liegender Anstieg zu verzeichnen (vgl. Tab. 5.2 im Tabellenanhang). Der Anteil der Personalkosten an den Endkosten lag in Tirol 2011 mit 244 Mio. Euro bei ca. 30 Prozent. Der Anstieg seit 2006 lag mit +22 Prozent knapp unter jenem der Endkosten insgesamt und gleichauf mit dem Bundesdurchschnitt. Die **stationären Personalkosten pro Belagstag** stiegen seit 2006 um 26 Prozent und beliefen sich 2011 auf **212 Euro**, was etwas **unter dem Bundesdurchschnitt** lag. Die stationären Personalkosten pro stationären Fall stiegen gegenüber 2006 um 22 Prozent, sie lagen 2011 mit 869 Euro unter jenen der meisten übrigen Bundesländer (Bundesdurchschnitt: 981 Euro; vgl. Tab. 5.3 im Tabellenanhang).

5.2.2 Stationäre Rehabilitation

Im Jahr 2011 standen der Tiroler Bevölkerung drei privat geführte Rehabilitationszentren und ein privat geführtes Therapiezentrum zur Verfügung:

- » K701 Rehabilitationszentrum Häring der AUVA,
- » K729 Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche nach Organtransplantation,
- » K733 Wittlinger Therapiezentrum,
- » K734 REHA Zentrum Münster – Tirol.

Das REHA Zentrum Münster wurde im Juli 2011 eröffnet und dient der Rehabilitation im Bereich der Neurologie, Kardiologie und Pulmologie. Im Jahr 2011 standen zur Versorgung der betroffenen Patienten 250 systemisierte Betten zur Verfügung. Geführt wird das Klinikum von der REHA Tirol Errichtungs- und Betriebs GmbH.

Der Anstaltszweck des Wittlinger Therapiezentrums ist die Behandlung von verschiedenen Ödem-Arten. Rechtsträger des Zentrums ist die Wittlinger Therapiezentrum GmbH, der im Jahr 2011 für die stationäre Behandlung der Patienten 43 systemisierte Betten zu Verfügung standen.

Wie bereits aus dem Namen ersichtlich, dient das Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche nach Organtransplantationen („Ederhof“) hauptsächlich der Betreuung von jungen Transplantierten vor und nach dem Eingriff. Im Jahr 2011 standen zur Behandlung dieser Patienten 35 systemisierte Betten zur Verfügung. Geführt wird das Zentrum von der Stiftung Rehabilitation nach Organtransplantation.

Das Rehabilitationszentrum Bad Häring wird von der AUVA geführt und befasst sich hauptsächlich mit der Heilbehandlung von Schädigungen des Bewegungs- oder Stützapparates nach Arbeits- und sonstigen Unfällen. Die systemisierte Bettenanzahl betrug im Jahr 2011 136 Betten.

Im Jahr 2010 wurden in den Tiroler Rehabilitationseinrichtungen ca. 1.500 Entlassungsfälle verzeichnet, was der geringsten Zahl innerhalb Österreichs entspricht. Die meisten Entlassungsfälle verzeichnete im Jahr 2010 Niederösterreich mit 34.903 Fällen, die in 17 Rehabilitationseinrichtungen versorgt wurden.

Die durchschnittliche Belagsdauer lag im Jahr 2010 bei 26,8 Tagen, was deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 23,4 Tagen liegt. Die hohe Belagsdauer konnte nur von Wien mit einer durchschnittlichen Belagsdauer von 38,2 Tagen übertroffen werden (vgl. Tab. 5.4 im Tabellenanhang).

5.2.3 Stationäre Alten- und Langzeitversorgung

Im Jahr 2011 standen der Tiroler Bevölkerung für die stationäre Pflege und Betreuung von älteren Menschen und von Menschen, die aufgrund verschiedener Erkrankungen (präsenile Demenz, Wachkoma, multiple Sklerose, Chorea Huntington etc.) einen hohen Pflegebedarf aufweisen, 84 Altenwohn- und Pflegeheime, die eine Tarifvereinbarung mit dem Land Tirol abgeschlossen haben, die Landes-Pflegeklinik Tirol und drei weitere Einrichtungen ohne Tarifvereinbarung mit dem Land Tirol zur Verfügung.

Der Großteil der Altenwohn- und Pflegeheime wird von zusammengeschlossenen Gemeinden in Form eines Gemeindeverbandes oder einer Kapitalgesellschaft im ausschließlichen Eigentum einer Gemeinde geführt. Vereinzelt werden Heime auch von Stiftungen und Orden in Form einer Kapitalgesellschaft betrieben. Eigentümer der Landes-Pflegeklinik Tirol ist das Land Tirol und Betreiber die Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH, kurz TILAK.

Die Anzahl der Wohn- und Pflegeheimplätze betrug im Jahr 2011 5.605 Plätze, wobei der überwiegende Teil von 80,4 Prozent (4.504 Personen) auf Pflegeheimplätze entfiel. Unter Pflegeheimplätze werden Plätze zur Pflege von Personen ab der PflegegeldEinstufung 3 verstanden, während unter Wohnheimplätzen die Betreuung von Personen bis zur Pflegegeldstufe 2 subsumiert wird.

Tabelle 5.1:

Entwicklung der Wohn- und Pflegeheimplätze 2007–2011

Bezirke	2007	2008	2009	2010	2011	Steigerung in %
Wohnheimplätze	1.180	1.228	1.221	1.144	1.101	-6,7
Pflegeheimplätze	4.005	3.976	4.198	4.410	4.504	12,5
Gesamt	5.185	5.204	5.419	5.554	5.605	8,1
Anteil Pflegeheimplätze in %	77,2	76,4	77,5	79,4	80,4	

Die Daten basieren auf der Tagsatzkalkulation.

Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abt. Soziales;
Darstellung: GÖ FP

Zwischen 2007 und 2011 stieg die Zahl der Heimplätze um 8,1 Prozent, was einer Zunahme um 420 Plätze entsprach. Die höchsten Zuwächse beim Platzangebot wurden erzielt im Bezirk Imst mit einer Steigerung von 32,9 Prozent (+93 Plätze), gefolgt von Reutte mit +23,9 Prozent (+26 Plätze) und Innsbruck-Stadt mit +11,1 Prozent (+123 Plätze). Der geringste Heimplatzausbau erfolgte in Kufstein mit einer Zunahme von 0,3 Prozent (+2 Plätze).

Tabelle 5.2:

Entwicklung der Wohn- und Pflegeheimplätze 2007–2011 nach Bezirken

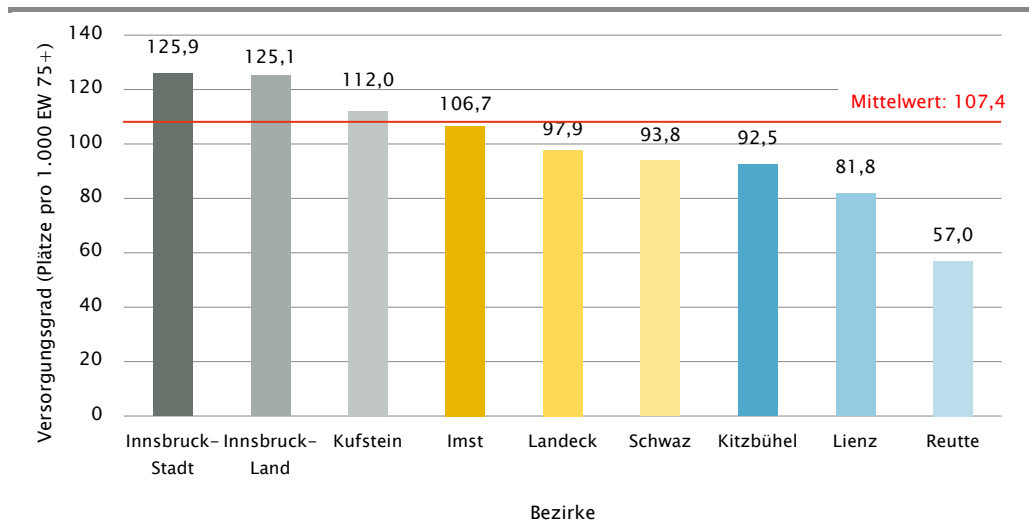
Bezirke	2007	2008	2009	2010	2011	Steigerung in %
Innsbruck–Stadt	1.109	1.110	1.122	1.182	1.232	11,1
Imst	283	285	365	379	376	32,9
Innsbruck–Land	1.274	1.279	1.341	1.367	1.363	7,0
Kitzbühel	423	430	438	440	442	4,5
Kufstein	762	768	762	768	764	0,3
Landeck	292	293	302	309	309	5,8
Lienz	346	346	355	363	359	3,8
Reutte	109	118	127	133	135	23,9
Schwaz	466	454	486	492	501	7,5
LPK	121	121	121	121	124	2,5
Gesamt ohne LPK	5.064	5.083	5.298	5.433	5.481	8,2
Gesamt mit LPK	5.185	5.204	5.419	5.554	5.605	8,1

LPK = Landes-Pflegeklinik Tirol
Die Daten basieren auf der Tagsatzkalkulation.

Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abt. Soziales;
Darstellung: GÖ FP

Der Versorgungsgrad, gemessen an den Heimplätzen pro 1.000 Einwohner im Alter von 75 und mehr Jahren, unterliegt in Tirol starken Schwankungen. Der höchste Versorgungsgrad zeigt sich in Innsbruck–Stadt mit 125,9 Plätzen pro 1.000 Einwohner über 75 Jahren, gefolgt von Innsbruck–Land (125,1 Plätze pro 1.000 Einwohner 75+) und Imst (106,7 Plätze pro 1.000 Einwohner 75+). Den geringsten Versorgungsgrad weist Reutte mit 57 Plätzen pro 1.000 Einwohnern im Alter von 75 und mehr Jahren auf. Der Mittelwert liegt in Tirol bei 107,4 Heimplätzen pro 1.000 Einwohner über 75 Jahren.

Abbildung 5.1:
Versorgungsgrad Heimplätze 2011 nach Bezirken



Bezirkssortierung nach absteigendem Versorgungsgrad
Die Daten basieren auf der Tagsatzkalkulation.

Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abt. Soziales;
Darstellung: GÖ FP

Im Jahr 2011 waren insgesamt 3.824 Personen in Tiroler Altenwohn- und Pflegeheimen beschäftigt, wovon 2.594 Vollzeitäquivalente im Pflege- und Betreuungsbereich und 1.230 vollzeitäquivalente Personen im Funktionsbereich (Heimleitung, Verwaltung, Küche udgl.) tätig waren. Die Personalstruktur beim Pflege- und Betreuungspersonal verteilte sich auf 25,1 Prozent diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger, 62,5 Prozent Pflegehelfer und Altenfachbetreuer, 1,6 Prozent Fach- und Diplomsozialbetreuer und auf 10,9 Prozent sonstiges Personal im Pflegebereich. Gegenüber 2007 stieg die Zahl des Pflege- und Betreuungspersonals um 13,8 Prozent (+315 VZÄ). Die größten Zuwächse verzeichnete die Gruppe der Pflegehelfer und Altenfachbetreuer, deren Vollzeitäquivalentenzahl von 1.487 VZÄ im Jahr 2007 auf 1.620 VZÄ im Jahr 2011 (+133 VZÄ) zunahm. Die Steigerung beim Funktionspersonal (Heimleitung, Verwaltung, Küche udgl.) betrug in der gleichen Zeitperiode nur 5,3 Prozent (+62 VZÄ).

Tabelle 5.3:

Personalstruktur im Wohn- und Pflegeheimbereich (Vollzeitäquivalente) 2007–2011

Personalstruktur	2007	2008	2009	2010	2011	Anteil in % (2011)
Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger	512	567	584	648	650	25,1
Pflegehelfer, Altenfachbetreuer, Familienhelfer	1.487	1.504	1.606	1.686	1.620	62,5
Diplom- und Fach- Sozialbetreuer	–	–	–	–	42	1,6
sonst. Mitarbeiter im Pflegebereich	280	260	236	240	282	10,9
Gesamt	2.279	2.331	2.426	2.574	2.594	100,0

Die Daten basieren auf Grundlage der Tagsatzkalkulation

Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abt. Soziales;
Darstellung: GÖ FP

Um der demografischen Entwicklung und dem damit verbundenen höheren Betreuungs- und vor allem Pflegebedarf in Zukunft gerecht zu werden, wurde von der Abteilung Soziales Ende 2011 der „Strukturplan Pflege 2012–2022“ entwickelt, der den künftigen Ausbau sowie den Finanzierungsbedarf im Bereich der Investitionen und der Betriebsfinanzierung für die nächsten zehn Jahre sicherstellen soll.

Im „Strukturplan Pflege 2012–2022“ ist vorgesehen, den derzeit bestehenden Versorgungsgrad von 107 Heimplätzen pro 1.000 Einwohner über 75 Jahren auf 97 Heimplätze pro 1.000 Einwohner über 75 Jahren bis zum Jahr 2022 schrittweise zu senken und gleichzeitig das Angebot an mobilen Diensten und alternativen Betreuungs- und Pflegeangeboten zu stärken. Zusätzlich soll der relativ hohe Anteil an Wohnheimplätzen von derzeit 19,6 Prozent auf 12 Prozent durch ein Bedarfsassessment bei der Heimaufnahme reduziert werden. Die daraus gewonnenen Heimplätze sollen künftig überwiegend durch Pflegefälle ab der Pflegegeldstufe 3 (Pflegeheimplätze) belegt werden.

Durch diese Planungsansätze könnten statt der zur Sicherung des Versorgungsgrades von 2010 zusätzlich erforderlichen 200 Heimplätze pro Jahr mit zusätzlich rd. 120 Heimplätzen pro Jahr und bei entsprechender Reduzierung der Belegungsquote der Heimplätze mit Pflegebedürftigen der Stufen 0 bis 2 die Versorgung dennoch sichergestellt werden.

5.3 Ambulante Versorgung

5.3.1 Spitalsambulante Versorgung

In den insgesamt zehn Tiroler Fonds-Krankenanstalten (= vom Landesfonds finanzierte KA) versorgt wurden im Jahr 2011 mehr als **960.000 „ambulante Patienten“** (entsprechend etwa je einer Krankheitsepisode, während der ein Patient auch mehrmals die Ambulanz aufsuchen kann) bzw. fast **2 Mio. „ambulante Frequenzen“** (entsprechend den einzeln gezählten Besuchen von Patienten in den Ambulanzen) (vgl. Tab. 5.5 im Tabellenanhang). Im Vergleich zum Jahr 2006 wurden um 186.193 Frequenzen ambulanter Patientinnen/Patienten mehr dokumentiert (+10 %); hauptverantwortlich dafür waren die Fachrichtungen IM und RAD mit Steigerungsraten von +37 Prozent bzw. +24 Prozent.

Die Zahl der spitalsambulant Patientinnen/Patienten bzw. jene der Frequenzen war in Tirol auch im Jahr 2011 mit 1.354 bzw. 2.778 pro 1.000 Einwohnern wieder die höchste aller österreichischen Bundesländer – der Bundesdurchschnitt lag bei 970 Patientinnen/Patienten bzw. bei einer Frequenz von 2.049. Auffällig dabei sind insbesondere die hohen Zahlen in der Unfallchirurgie und der Radiologie (zum Teil erklärbar durch die Behandlung von Gastpatientinnen/-patienten aus anderen Bundesländern und dem Ausland); eine im Bundesdurchschnitt höhere Inanspruchnahme der spitalsambulant Kapazitäten war aber – mit Ausnahme der OR und der AU – bei allen betrachteten Fachrichtungen festzustellen.

Entsprechend den Daten aus der Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik (vgl. Tab. 5.5 im Tabellenanhang) wurden der spitalsambulant Versorgung im Jahr 2011 knapp 900 (2006: 810) vollzeitäquivalent beschäftigte **Ärztinnen und Ärzte** (inkl. Fachärzte, Allgemeinmediziner und Turnusärzte) zugerechnet, wobei die Fachrichtungen IM, CH und RAD (inkl. STR und NUKT) am stärksten besetzt waren (vgl. Tab. 5.6 im Tabellenanhang). Darüber hinaus waren fast **2.500 vollzeitäquivalent beschäftigte Personen (VZÄ) anderer Berufsgruppen** (insbesondere im Gesundheits- und Krankenpflegefachdienst, in den medizinisch-technischen Diensten und im Verwaltungsbereich) im spitalsambulant Sektor tätig.

Die Personalausstattung lag mit 1,3 VZÄ-Ärzten bzw. 3,5 VZÄ anderer Berufsgruppen pro 1.000 Einwohner geringfügig über dem Bundesdurchschnitt, der allerdings stark durch den sehr hohen Wert in der Bundeshauptstadt beeinflusst ist.

Die **Endkosten** im spitalsambulant Bereich beliefen sich in Tirol im Jahr 2011 auf rund 138 Mio. Euro – auf Einwohner bezogen lag der Wert mit rund 194 Euro pro 1.000 Einwohnern im Bundesdurchschnitt. Der Anstieg der ambulanten Endkosten seit 2006

war mit +15 Prozent deutlich geringer als im Bundesdurchschnitt; die Kostenentwicklung seit 2006 liegt damit im nicht bettenführenden Bereich etwas unter den Kostensteigerungen von +23 Prozent im bettenführenden Bereich.

Spitalsambulante Frequenzen

Eine Verbesserung der Datenlage im ambulanten Bereich hat sich im Vergleich zu den bisherigen Gesundheitsberichten dadurch ergeben, dass mittlerweile spitalsambulante Einzelfrequenzdaten der Tiroler Fonds-Krankenanstalten routinemäßig und in guter Qualität verwertbar gemacht wurden. Auch wenn sich die verfügbaren Informationen auf administrative Angaben (wie Geschlecht, Wohnort, Alter, Fachrichtung, Leistungen nach dem Tiroler Ambulanzkatalog) beschränken und keine medizinischen Angaben (Diagnosen) beinhalten, so lassen sich doch einige auch für die Gesundheitsberichterstattung interessante Ergebnisse ableiten.

Eine bevölkerungsbezogene geschlechtsspezifische Betrachtung (vgl. Tab. 5.7 im Tabellenanhang) zeigt, dass in Summe die Tiroler Spitalsambulanzen im Jahr 2011 mehr von Frauen als von Männern frequentiert wurden. Anhand der altersstandardisierten Rate (welche die Verzerrung durch die unterschiedliche Altersstruktur der männlichen und weiblichen Bevölkerung „herausrechnet“) zeigt sich, dass die Tiroler Frauen im Vergleich zu den Männern mehr spitalsambulante Kontakte insbesondere in den Bereichen Chirurgie, Orthopädie, Nuklearmedizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation aufweisen, umgekehrt werden Unfallchirurgie, HNO, Augenheilkunde und Urologie deutlich mehr von Männern frequentiert.

Auch bezirksweise gibt es deutliche Unterschiede (vgl. Tab. 5.8 im Tabellenanhang), was in vielen Fällen durch die regionalen Strukturen (Verfügbarkeit einer Fachrichtung im Bezirksspital, Angebot im extramuralen Bereich) erklärbar ist. So liegen beispielsweise die spitalsambulanten Frequenzen pro Einwohner in der Kinderheilkunde für den Bezirk Reutte fast beim Fünffachen des Tirol-Schnitts, da hier das Krankenhaus auch die extramurale Versorgung „mitmacht“. Es ist aber besonders im städtischen Bereich bei vielen Fachrichtungen auch zu beobachten, dass trotz dichten Angebots im fachärztlichen extramuralen Bereich gleichzeitig auch die Zahl der spitalsambulanten Kontakte im regionalen Vergleich hoch ist.

Bei der Interpretation der Daten ist zu beachten, dass viele Patientinnen/Patienten im Laufe eines Jahres mehrfachen Kontakt mit einer Ambulanz haben – in Summe beträgt die Zahl der (verschiedenen) Patientinnen deutlich weniger als die Hälfte der Frequenzahlen. In manchen Fachrichtungen ist dies weniger ausgeprägt (insbesondere in der Nuklearmedizin und der Anästhesie, wo der Großteil der Patientinnen/Patienten nur einmal im Jahr eine Ambulanz besucht), in manch anderen hingegen sehr stark (etwa in

der Physikalischen Medizin und Rehabilitation, wo im Schnitt ca. 9 Frequenzen auf eine Patientin bzw. einen Patienten kommen).

5.3.2 Extramurale ärztliche Versorgung

Im Bundesland Tirol praktizierten zum Jahresende 2011 **1.621 niedergelassene** Ärztinnen und Ärzte, davon **785 §-2-Kassenärzte** (das sind jene, die im Rahmen der sogenannten ärztlichen Gesamtverträge – §-2-Verträge – in einem Vertragsverhältnis mit der Tiroler Gebietskrankenkasse und/oder den örtlichen Betriebskrankenkassen stehen. Die Berechnungen beinhalten des Weiteren die Zahlen der Sozialversicherungsanstalt der Bauern, da diese ebenfalls über die TGKK abgerechnet werden – formal handelt es sich dabei jedoch um keine §-2-Kassenärzte).

Diese Zahlen beziehen sich nur auf Hauptordinationen; die Gesamtzahl aller **Ordinationen** liegt mit knapp 1.900 etwas darüber (ca. 270 Ordinationen werden von den Tiroler Ärztinnen/Ärzten als Zweitniederlassungen oder weitere Berufssitze geführt).

486 Ärztinnen/Ärzte (30 %) sind in Bezug auf ihre Hauptordination der Allgemeinmedizin zuzuordnen; bei den Fachärztinnen/-ärzten entfällt der weitaus größte Anteil auf die Fachrichtung ZMK, gefolgt von IM und GGH.

Aufgrund der etwas geänderten Zählweise (angepasst an die ÖÄK) sind die Daten mit dem Gesundheitsbericht 2007 nicht direkt vergleichbar. Eine Blick in die Entwicklung der letzten Jahre zeigt aber, dass die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte in Tirol von 1. 7. 2008 auf 1. 7. 2012 um ca. 5 Prozent angestiegen ist (die Zahl der Ordinationen um ca. 7 %); dabei hat die Zahl der Vertragspartner der TGKK um 1,3 Prozent zugenommen, die Zahl der Nicht-Vertragspartner um ca. 9 Prozent.

Die Versorgungsdichte im niedergelassenen Bereich insgesamt liegt in Tirol um 6 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt; eine überdurchschnittliche Versorgungsdichte zeigt sich nur im Fachbereich ZMK. Auch die Anzahl der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte mit §-2-Kassenvertrag liegt um rund 5 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt; eine dichtere Versorgung der Bevölkerung als im Bundesdurchschnitt besteht bei NEU, PSY, HNO und UCH, deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegen insbesondere OR und CH.

Die österreichweite Versorgungsdichte ist allerdings stark von den hohen Werten in Wien beeinflusst. Im Vergleich mit den übrigen Bundesländern ohne Wien liegt die Anzahl der niedergelassenen Ärzte insgesamt je Einwohner für Tirol ungefähr im Durchschnitt. Die Versorgungsdichte mit §-2-Kassenärzten lag zum Jahresende 2011 insbesondere bei CH und OR, aber auch bei AM und GGH unter dem Durchschnitt der

übrigen Bundesländer (ohne Wien), zum Teil deutlich darüber hingegen in den Fachrichtungen NEU, PSY, HNO, KI, URO.

In Relation zur Einwohnerzahl blieb die Zahl der Allgemeinmediziner/innen in Tirol in den letzten Jahren annähernd konstant, im fachärztlichen Bereich hingegen hat die Zahl zugenommen. Bei den Vertragspartnern der TGKK sind für diese Kennzahl keine besonderen Entwicklungen zu beobachten (leicht rückläufiger Trend bei AM und ZMK, leicht zunehmender bei den Fachärztinnen/-ärzten).

Detaillierte kartografische Übersichten über die Ärztedichte in Tirol auf verschiedenen regionalen Ebenen (und auch über die genauen Standorte der einzelnen Ordinationen) finden sich im Tiroler Gesundheitsdatenatlas (www.tirol.gv.at/gesundheitsdatenatlas).

5.3.3 Behindertenhilfe

Als behindert im Sinne des Tiroler Rehabilitationsgesetzes (TRG) gelten Personen mit einer geistigen, körperlichen oder psychischen Einschränkung sowie auch Suchterkrankte.

Im Jahr 2011 wurden gemäß Rehabilitationsgesetz 9.203 Personen unterstützt, was einer Steigerung von 17,6 Prozent gegenüber dem Jahr 2007 (7.825 Personen) entsprach. Der Großteil der unterstützten Personen (68,85 %) lebte 2011 in den Ballungszentren Innsbruck-Stadt (2.099 Personen), Innsbruck-Land (1.991 Personen), Kufstein (1.162 Personen) und Schwaz (1.084 Personen), was unter anderem auf ein größeres Betreuungsangebot für Menschen mit Behinderung zurückgeführt werden kann.

Insgesamt standen der Tiroler Bevölkerung 28 Einrichtungen für Menschen mit Körper-, Mehrfach- oder Sinnesbehinderung bzw. mit Entwicklungsstörungen und weitere zehn Einrichtungen für psychisch Kranke, alkohol- und drogenkranke Personen zur Verfügung. All diese Einrichtungen konnten mit dem Land Tirol abrechnen.

Tabelle 5.4:

Unterstützte Personen in der Behindertenhilfe 2007–2011 nach Bezirken

Bezirke	2007	2008	2009	2010	2011	Steigerung in %	Anteil in % (2011)
Innsbruck-Stadt	1.939	1.942	2.020	2.067	2.099	8,3	22,8
Imst	620	639	700	714	728	17,4	7,9
Innsbruck-Land	1.772	1.815	1.830	1.944	1.991	12,4	21,6
Kitzbühel	478	527	545	589	611	27,8	6,6
Kufstein	930	1.001	1.074	1.164	1.162	24,9	12,6
Landeck	377	418	433	492	501	32,9	5,4
Lienz	530	543	568	673	676	27,5	7,3
Reutte	274	286	292	350	351	28,1	3,8
Schwaz	905	938	983	1.018	1.084	19,8	11,8
Tirol gesamt	7.825	8.109	8.445	9.011	9.203	17,6	100,0

Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abt. Soziales; Darstellung: GÖ FP

Bei der Betrachtung der Altersstruktur zeigt sich, dass der überwiegende Teil der unterstützten Personen in der Altersgruppe zwischen 40 bis 59 Jahren (2.816 Personen), gefolgt von den 6– bis 14-Jährigen (2.077 Personen) und den 20– bis 39-Jährigen (1.901 Personen) vorzufinden ist.

Besonders interessant ist die Auswertung der Altersstruktur im Zusammenhang mit dem Geschlecht. Im Kinder- und Jugendalter nehmen fast doppelt so viele Buben eine Unterstützung nach dem Tiroler Rehabilitationsgesetz in Anspruch wie Mädchen. Das Verhältnis der beiden Geschlechter nähert sich mit zunehmendem Alter an, wobei in der Altersgruppe der 40– bis 59-Jährigen beide Geschlechter annähernd ausgeglichen sind. Schon in der Altersgruppe der 60– bis 64-Jährigen überwiegt der Anteil der Frauen, die Unterstützung nach dem Tiroler Rehabilitationsgesetz in Anspruch nehmen, und dieser Trend setzt sich mit zunehmendem Alter fort.

Tabelle 5.5:

Altersstruktur und Geschlecht der unterstützten Personen in der Behindertenhilfe 2011
(Angaben in Prozent)

Altersgruppen	männlich		weiblich		Gesamt	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
< 5 Jahre	289	64,2	161	35,8	450	4,9
06 bis 14 Jahre	1.364	65,7	713	34,3	2.077	22,6
15 bis 19 Jahre	355	60,4	233	39,6	588	6,4
20 bis 39 Jahre	1.048	55,1	853	44,9	1.901	20,7
40 bis 59 Jahre	1.401	49,8	1.415	50,2	2.816	30,6
60 bis 74 Jahre	439	44,8	542	55,2	981	10,7
> 75 Jahre	121	31,0	269	69,0	390	4,2
Gesamt	5.017	54,5	4.186	45,5	9.203	100,0

Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abt. Soziales; Darstellung: GÖ FP

5.3.4 Mobile Dienste

Im Jahr 2011 wurde die mobile Versorgung der Tiroler Bevölkerung sichergestellt durch 61 Sozial- und Gesundheitssprengel, die Innsbrucker Sozialen Dienste (ISD) und fünf weitere mobile Pflege- und Betreuungsorganisationen in Innsbruck (Johanniter, Caritas, Verein Netzwerk Krebs, Sozialmedizinischer Verein Tirol, Volkshilfe Innsbruck). Der Großteil der Organisationen wurde in der Rechtsform eines Vereins von den Tiroler Gemeinden geführt. Einzige Ausnahmen waren die Innsbrucker Sozialen Dienste und die Johanniter Tirol Gesundheits- und Sozialen Dienste, die in der Rechtsform einer GmbH geführt wurden.

Das Angebot der mobilen Pflege und Betreuung stand 2011 in Tirol flächendeckend in 275 von 279 Gemeinden zur Verfügung, wodurch potenziell 99,5 Prozent der Tiroler Bevölkerung versorgt werden konnten. Das Dienstleistungsangebot reichte von Basisleistungen (medizinische Hauskrankenpflege, nichtmedizinische Hauskrankenpflege, Haushaltshilfe) bis hin zu Beratungsleistungen (Erstgespräche, Case Management) sowie Verwaltungsleistungen bei der Organisation von Heilbehelfen, Essen auf Rädern und dem Ehrenamt. Betreut und beraten wurden nicht nur pflegebedürftige Personen, sondern auch deren Angehörige.

Insgesamt wurden im Jahr 2011 in Tirol 9.093 Personen durch mobile Dienste gepflegt bzw. betreut, was einer Steigerung von 14,4 Prozent (+1.145 Personen) gegenüber dem Jahr 2007 entspricht. Der sichtbare Rückgang bei der Anzahl der betreuten Personen zwischen 2009 und 2010 ist auf die unterschiedliche Dokumentation zurückzuführen. Während vor dem Jahr 2010 auch die zusätzlichen Leistungen der

mobilen Dienste (wie die Organisation von Essen auf Rädern, der Heilmittelverleih u. dgl.) erfasst wurden, sind danach nur mehr jene Leistungen berücksichtigt worden, die mit dem Land Tirol verrechnet werden konnten (medizinische Hauskrankenpflege, nichtmedizinische Hauskrankenpflege, Haushaltshilfe, Erstgespräche, Case Management).

Bei mehr als der Hälfte der durch mobile Dienste betreuten Personen handelte es sich um Frauen (66,5 %). Die Altersstruktur der zu pflegenden und betreuenden Personen reicht von 0 bis 90 und mehr Jahren, wobei sich der Großteil der Klientinnen und Klienten im Alterssegment zwischen 81 und 90 Jahren (45,2 %) befand.

Tabelle 5.6:

Anzahl der durch mobile Dienste betreuten Personen nach Geschlecht 2007–2011

Geschlecht	2007	2008	2009	2010	2011	Steigerung in %
männlich	2.651	2.808	2.978	2.741	3.050	15,1
weiblich	5.297	5.688	5.998	5.581	6.043	14,1
Gesamt	7.948	8.496	8.976	8.322	9.093	14,4
Anteil der Frauen in %	66,6	66,9	66,8	67,1	66,5	

Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abt. Soziales; Darstellung: GÖ FP

Tabelle 5.7:

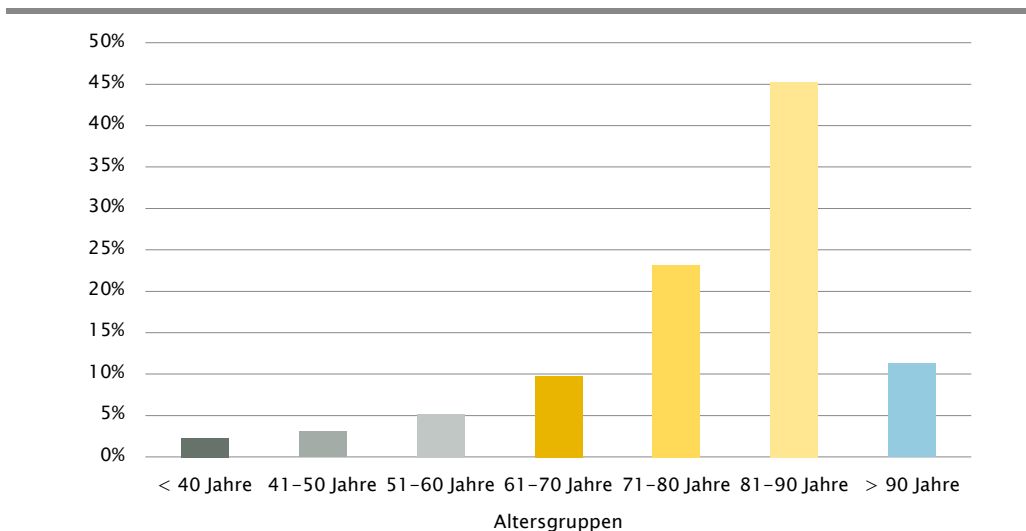
Altersstruktur der durch die mobilen Dienste betreuten Personen 2007–2011

Altersgruppen	2007	2008	2009	2010	2011	Anteil in %
< 40 Jahre	225	219	252	201	206	2,3
41 bis 50 Jahre	258	268	292	214	280	3,1
51 bis 60 Jahre	368	421	445	431	474	5,2
61 bis 70 Jahre	834	922	987	838	889	9,8
71 bis 80 Jahre	1.977	2.048	2.134	1.923	2.105	23,1
81 bis 90 Jahre	3.311	3.660	3.988	3.792	4.113	45,2
> 90 Jahre	837	897	870	923	1.026	11,3
ohne Angabe	138	61	8	0	0	0,0
Gesamt	7.948	8.496	8.976	8.322	9.093	100,0

Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abt. Soziales; Darstellung: GÖ FP

Abbildung 5.2:

Altersstruktur der durch die mobilen Dienste betreuten Personen 2011
(Angaben in Prozent)



Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abt. Soziales; Darstellung: GÖ FP

Die im Jahr 2011 in Summe von den mobilen Diensten geleisteten 672.791 Betreuungsstunden verteilten sich zu 52,8 Prozent auf die nichtmedizinische Hauskrankenpflege, zu 43,5 Prozent auf die Haushaltshilfe, zu 2,4 Prozent auf die medizinische Hauskrankenpflege und zu 1,3 Prozent auf die Erstgespräche, das Case Management, die Verwaltung der Heilbehelfe, des Essens auf Rädern und das Ehrenamt in absteigender Reihenfolge.

Im Jahr 2011 waren in mobilen Pflege- und Betreuungsorganisationen 1.603 Mitarbeiter/innen als Voll- bzw. Teilzeitkräfte beschäftigt. Dies entspricht rund 633 Vollzeitäquivalenten. Von den gesamten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entfielen 546 Personen (194 VZÄ) auf die Haushaltshelfer und Heimhelfer, 411 Personen (180 VZÄ) auf die dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger, 364 Personen (177 VZÄ) auf die Pflegehelfer, Altenfachbetreuer und Familienhelfer, 145 Personen (67 VZÄ) auf das Verwaltungspersonal und 137 Personen (15 VZÄ) auf das sonstige Personal.

Die stärksten Personalzuwächse konnten gegenüber 2007 verzeichnet werden beim sonstigen Personal (+59,3 %) gefolgt von der Mitarbeitergruppe der Pflegehelfer, Altenfachbetreuer, Familienhelfer (+30,0 %) und den Haushaltshelfern, Heimhelfern (+24,9 %), wobei im Speziellen die Steigerung von 2010 auf 2011 beim sonstigen Personal auch auf eine genauere Angabe in den Organisationen zurückgeführt werden

könnte. Die Steigerung bei den diplomierten Kräften (inkl. Pflegedienstleitung) betrug zwischen 2007 und 2011 17,4 Prozent.

Tabelle 5.8:

Hauptberufliche Mitarbeiter der mobilen Dienste 2007–2011

Mitarbeitergruppen	2007	2008	2009	2010	2011	Anteil in Prozent
Verwaltungspersonal	143	140	130	127	145	9,0
Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger	350	360	369	341	411	25,6
Pflegehelfer, Altenfachbetreuer, Familienhelfer	280	294	314	296	364	22,7
Haushaltshelfer, Heimhelfer	437	468	476	412	546	34,1
Sonstiges Personal	86	80	44	55	137	8,5
Gesamt	1.296	1.342	1.333	1.231	1.603	100,0

Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abt. Soziales; Darstellung: GÖ FP

Die Bedeutung der mobilen Pflege- und Betreuungsangebote und somit die Pflege bzw. Betreuung der Tiroler Bevölkerung im häuslichen Bereich wird vor allem in Zukunft eine wichtige Rolle spielen. Im Strukturplan Pflege 2012–2022 der Abteilung Soziales steht der Ausbau der mobilen Dienste im Vordergrund und soll in erster Linie dazu dienen, die derzeitige Qualität in der Pflege trotz einer steigenden Überalterung der Gesellschaft in Zukunft sicherzustellen. Auch im Pflegefondsgesetz (PFG, vom Bund im Jahr 2011 veröffentlicht), mit dem die Zweckzuschüsse an die Länder und Gemeinden zum bedarfsgerechten Aus- und Aufbau des Betreuungs- und Pflegedienstleistungsangebots in der Langzeitpflege geregelt werden, ist vorgesehen, die Zweckzuschüsse vorrangig für Maßnahmen zu verwenden, die nicht dem stationären Bereich zuzurechnen sind. In § 3 Abs 1 PFG wird als erstes zu fördernde Angebot der Aus- und Aufbau von mobilen Betreuungs- und Pflegediensten genannt.

5.3.5 Apotheken

Zum Jahresende 2011 gab es in Tirol 112 öffentliche Apotheken, 70 Hausapotheken, eine Krankenhausapotheke und sechs Filialapotheken, die der Bevölkerung rund um die Uhr zur Verfügung standen (vgl. Tab. 5.9 im Tabellenanhang). Gegenüber 2007 bedeutet dies einen Zuwachs von vier Apotheken (Stand 2007: 185 Apotheken; Stand 2012: 189 Apotheken).

Das Leistungsspektrum der Apotheken ist vielfältig und beinhaltet beispielsweise die Arzneimittelabgabe, Beratungsleistungen im Rahmen der Arzneimittelleinnahme, Gesundheitsberatungen, z. B. zu „Raucherstopp“, Impfungen oder Ernährung, Gesund-

heitsvorsorge wie z. B. Messung von Blutdruck, Blutzucker, Cholesterin und Gewicht, Informationen über Impfaktionen, die magistrale Zubereitung (= Herstellung von Arzneien) oder auch mögliche Suchmittlersatztherapien.

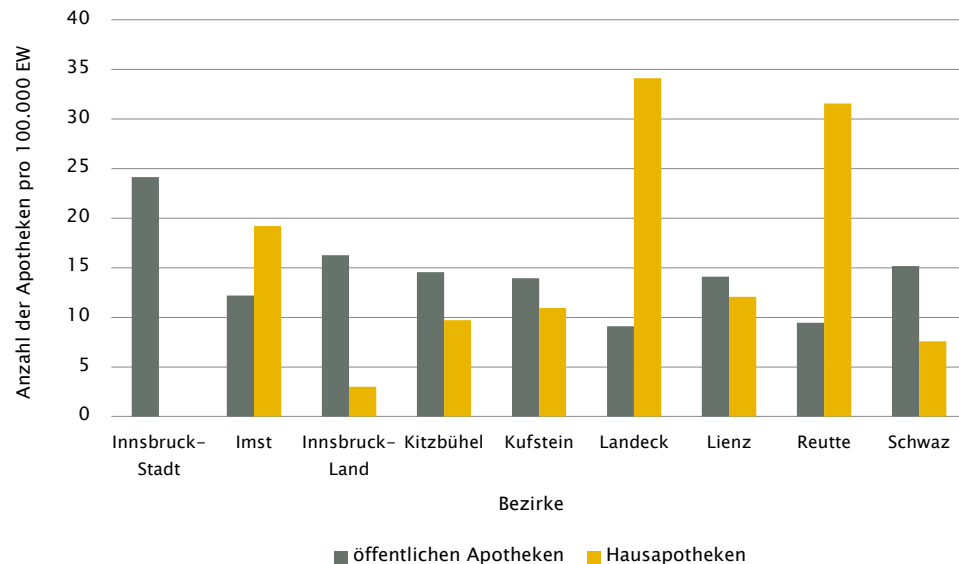
Seit 1. 1. 2011 bieten die österreichischen Apotheken als ergänzende Leistung den Apothekenruf an. Unter der Kurzwahl 1455 erhält ein Anrufer Auskünfte über die nächstgelegene dienstbereite Apotheke. Der Apothekenruf steht 24 Stunden zur Verfügung und wird von der Österreichischen Apothekerkammer betrieben.

Zum Jahresende 2011 versorgte eine öffentliche Apotheke in Tirol im Schnitt 6.340 Einwohner. Pro 100.000 Einwohner sind dies 15,8 öffentliche Apotheken, und demzufolge weist Tirol nach Wien und Kärnten das dichteste Netz an öffentlichen Apotheken in Österreich aus. Innerhalb der Bezirke von Tirol bietet Innsbruck-Stadt mit 24,1 öffentlichen Apotheken pro 100.000 Einwohner das beste Versorgungsangebot an und übersteigt damit um 5,8 Apotheken pro 100.000 Einwohner das Versorgungsangebot von Wien (vgl. Tab. 5.9 im Tabellenanhang).

Bei der Anzahl der Hausapotheken pro 100.000 Einwohner liegt Tirol mit 9,9 Apotheken leicht unter dem Österreich-Schnitt (10,7 Apotheken pro 100.000 Einwohner). Absoluter Ausreißer ist Landeck mit 34,1 Hausapotheken pro 100.000 Einwohner, wobei anzumerken ist, dass Landeck über das geringste Angebot an öffentlichen Apotheken pro 100.000 Einwohner verfügt und sich somit das Angebot über beide Apothekenformen hinweg ausgleicht. Die umgekehrte Situation zeigt sich für Innsbruck-Stadt und Wien, die über keine Hausapotheken verfügen, dafür aber ein stark ausgebautes Versorgungsnetz an öffentlichen Apotheken aufweisen (vgl. Tab. 5.9 im Tabellenanhang).

Abbildung 5.3:

Anzahl der öffentlichen Apotheken und Hausapotheken pro 100.000 Einwohner/innen nach Bezirken, 2011



Quellen: Tiroler Apothekerkammer, Apothekenverzeichnis (Stand: 1. 1. 2012);
Tiroler Ärztekammer, Standesmeldung (Stand: 1. 1. 2012);
Statistik Austria, Bevölkerungsregister (Stand: 1. 1. 2011);
Darstellung: GÖ FP

5.3.6 Rettungs- und Notarztwesen

Mit der Neuordnung des öffentlichen Rettungsdienstes in Tirol erfolgte eine grundlegende Neuverteilung. Die Sicherstellung des öffentlichen Rettungsdienstes ist seither eine Landesaufgabe. Die Durchführung von Notfallrettung und Krankentransport kann vom Land nach eigenem Ermessen entweder selbst besorgt oder auf geeignete Rettungseinrichtungen übertragen werden. Zur Festlegung übergeordneter Leistungsziele und der wesentlichen Rahmenbedingungen für die Ausgestaltung des öffentlichen Rettungsdienstes stimmt sich das Land mit den an der Finanzierung beteiligten Gemeinden und Sozialversicherungsträgern ab.

Die medizinisch-fachliche Aufsicht, Koordination und Beratung der beauftragten Rettungseinrichtung erfolgen durch den vom Land Tirol bestellten Ärztlichen Leiter Rettungsdienst.

Die Leitstelle Tirol ist für die gesamte Steuerung, Überwachung, Disposition und Koordination aller rettungsdienstlichen Einsätze im Bundesland Tirol zuständig.

Die Bietergemeinschaft „Rettungsdienst Tirol“ hat mit 14. 7. 2010 den Zuschlag zur Besorgung der Aufgaben des öffentlichen Rettungsdienstes gemäß § 3 Abs 3 Tiroler Rettungsdienstgesetz 2009 erhalten. Mit 1. 7. 2011 erfolgte seitens der Bietergemeinschaft „Rettungsdienst Tirol“ die volle Leistungsübernahme.

Notarztwesen

Die notärztliche Versorgung ist ein integraler Bestandteil der rettungsdienstlichen Notfallversorgung in Tirol. Sie wird sowohl durch den bodengebundenen Rettungsdienst und notärztliche Bereitschaftsdienste als auch durch die Flugrettung sichergestellt. Die bodengebundene notärztliche Versorgung ist als Rendezvous-System organisiert, bei dem Rettungswagen und Notarzt getrennt zum Notfallort disponiert werden. Die Anfahrt des Notarztes erfolgt in einem Notarzteinsatzfahrzeug, das von einem Notfallsanitäter gefahren wird. Nach dem Tiroler Rettungsgesetz, LGBl 1987/40 idF des Gesetzes LGBl 2001/114, stellte die Notarztversorgung eine freiwillige, fachlich über die Leistung Erster Hilfe hinausgehende Qualitätsverbesserung dar. Dabei wird der Notarzt am Notfallort tätig, um durch intensiv-medizinische Maßnahmen die Lebensbedrohung für den Patienten abzuwenden, ihn zu stabilisieren und transportfähig zu machen sowie den Notfallpatienten während des Transportes zu einer weiteren Behandlungseinrichtung zu begleiten und fachlich zu betreuen. Der vom Land empfohlene Notarztindikationenkatalog stellte bzw. stellt dementsprechend auch auf die Angabe zu den Vitalfunktionen des Notfallpatienten im Meldebild ab. Der Einsatz eines Notarztes ist dann indiziert, wenn bei einer/einem vital gefährdeten Notfallpatientin/-patienten die Versorgung durch einen Notarzt aus medizinischer Sicht erforderlich oder sehr wahrscheinlich ist. Insoweit wird der Notarzt auch dann alarmiert, wenn begründeter Verdacht auf eine Vitalgefährdung besteht oder durch andere Hinweise im Meldebild wahrscheinlich ist, dass eine Vitalgefährdung unmittelbar eintreten kann.

Die notärztliche Versorgung war bis dato sichergestellt durch zentrale NEF-Standorte (NEF = Notarzt-Einsatzfahrzeug), ergänzt durch lokale Systeme von niedergelassenen Ärzten insbesondere in Gebieten mit niedrigem Einsatzaufkommen. Dieses System soll bestehen bleiben.

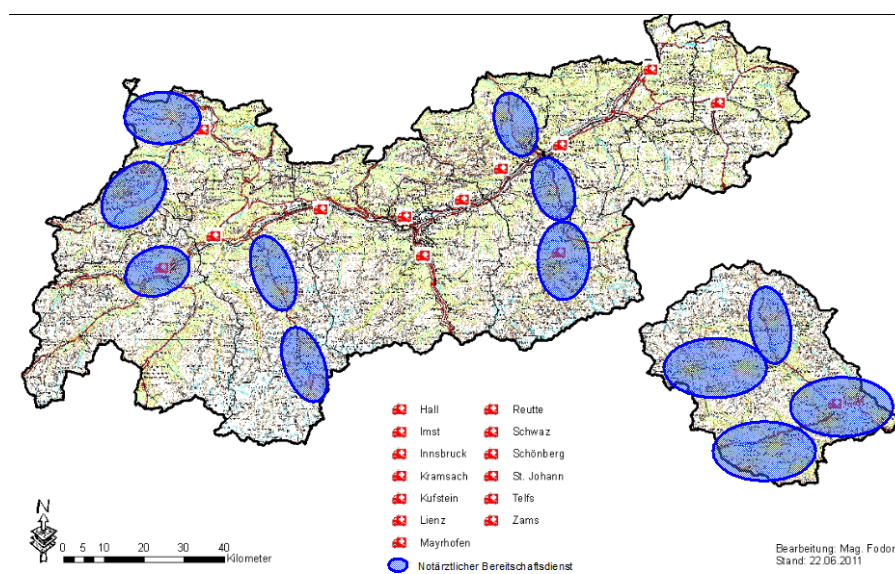
Die notärztliche Versorgung in Tirol gliedert sich seit 1. 7. 2011 in drei Bereiche:

- » **13 NEF-Systeme** in Zams, Imst (Teilzeit), Telfs, Reutte, Schönberg, Innsbruck, Hall i. T., Schwaz, Mayrhofen, Kramsach, Kufstein, St. Johann, Lienz;
- » **10 notärztliche Bereitschaftsdienste** im Achental, im Vorderen und Hinteren Ötztal, Lechtal, Tannheimertal, Hochpustertal, Iseltal, Defereggental, Lienzer Talboden und Vorderen Zillertal.
- » **15 Notarzt- und Rettungshubschrauber:** in Innsbruck, Nikolsdorf, Reutte, Zams, St. Johann, Kaltenbach und Imst ganzjährig; in Langkampfen, St. Anton, Ischgl, Obergurgl, Sölden, Hintertux, Matrei i. O. und Waidring saisonal.

In Abbildung 5.4 und Abbildung 5.5 wird die Verteilung der verschiedenen Notarzt-Systeme in Tirol dargestellt.

Abbildung 5.4:

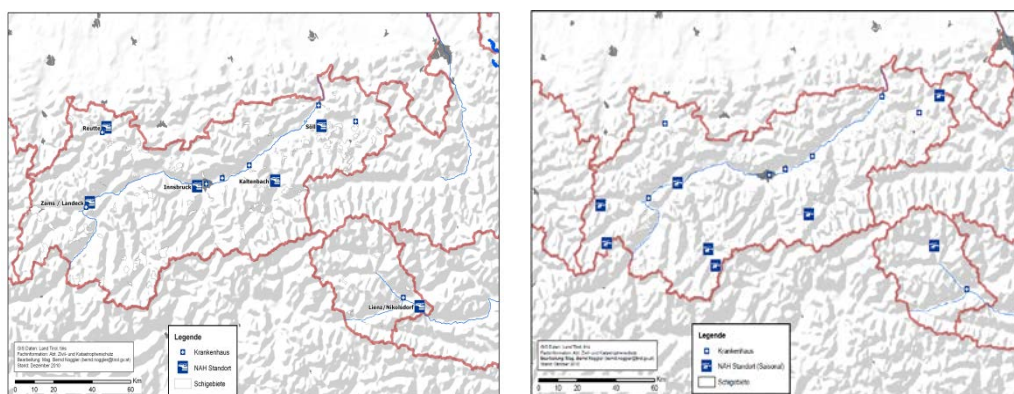
NEF-Standorte und notärztliche Bereitschaftsdienste in Tirol seit 1. 7. 2011



Quelle und Darstellung: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Zivil- und Katastrophenschutz

Abbildung 5.5:

Ganzjährig (links) und saisonal (rechts) in Tirol stationierte Hubschrauber



Quelle und Darstellung: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Zivil- und Katastrophenschutz

Das Land Tirol, vertreten durch die Landesregierung, hat mit 1. 7. 2011 mit der TILAK, dem BKH Kufstein, dem BKH St. Johann, dem BKH Schwaz und dem BKH Lienz Verträge gemäß § 3 Abs 5 Tiroler Rettungsdienstgesetz 2009 über die Bereitstellung notärztlicher Leistung zur Sicherstellung einer flächendeckenden, bodengebundenen notfallmedizinischen Versorgung abgeschlossen. Die öffentlichen Krankenanstalten stellen Notärzte für die NEF-Standorte Innsbruck, Telfs, Hall (zu 50 %), Schwaz, Kufstein, St. Johann und Lienz (ca. 25 %) bereit.

Die NEF-Stützpunkte Hall (zu 50 %), Schönberg und Imst werden aufgrund der vom Land Tirol abgerufenen Option für die Erbringung von notärztlichen Leistungen gemäß Vertrag vom 14. 7. 2010 durch die Bietergemeinschaft „Rettungsdienst Tirol“ mit Notärzten beschickt.

Darüber hinaus wurde mit Notärzten aus zehn Versorgungsgebieten (siehe oben) ein Vertrag gemäß § 3 Abs 5 Tiroler Rettungsdienstgesetz 2009 zur Einrichtung eines notärztlichen Bereitschaftsdienstes abgeschlossen.

Einsatzzahlen

Eine tirolweit flächendeckende einheitliche Statistik der Einsatzzahlen im bodengebundenen Bereich kann für das Jahr 2011 über die Leitstelle Tirol nicht vorgelegt werden, da einzelne Bezirke erst im Laufe des Jahres an die Leitstelle angebunden wurden. Die entsprechenden Einsatzzahlen und Bezugszeiträume sind Tabelle 5.10 im Tabellenanhang zu entnehmen. Demnach liegen bei der Leitstelle Tirol für das Jahr 2011 Daten über ca. 10.000 Notarzteinsätze, 60.000 Rettungseinsätze und 117.000 Transporte vor.

Im Bereich der Flugrettung sind flächendeckende Daten bereits verfügbar; hier wurden in Tirol im Jahr 2011 4.600 Einsätze im alpinen Gelände und 2.100 rettungsdienstliche Einsätze geleistet.

Im gesamten Zeitraum von 2006 bis einschließlich 2011 sind von der Leitstelle Tirol nur die Bezirke Innsbruck, Innsbruck-Land und Kufstein durchgehend disponiert worden. Anzumerken ist für die Bezirke Innsbruck und Kufstein aber, dass die Subunternehmer der Rettungsdienst GmbH (Arbeiter-Samariter-Bund, Johanniter und Malteser) die Daten zu ihrem Transportvolumen und ihren Rettungsdienst-Einsätzen (Wildschönau) erst ab dem jeweiligen Anschlussstermin an die Leitstelle Tirol 2011 „mitgebracht“ haben. Die Beschreibung zeitlicher Trends ist somit aufgrund dieser Umstellungen derzeit schwierig; für die drei „Stammbezirke“ der Leitstelle Tirol zeigt sich aber grob folgendes Bild: Während bei den Notarzteinsätzen im Jahr 2011 eine Abnahme von rund 23 Prozent gegenüber dem Jahr 2006 zu erkennen war, haben die

Rettungseinsätze seit dem Jahr 2006 stetig zugenommen. Auch die Anzahl der Krankentransporte stieg in diesem Zeitraum deutlich an.

Weitere Informationen finden sich auch auf der Homepage „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst des Landes Tirol“ (<http://aelrd-tirol.at>) sowie bei der Leitstelle Tirol (<http://leitstelle-tirol.at>).

5.4 Medizinisch-technische Großgeräte

Zu den medizinisch-technischen Großgeräten lt. ÖSG 2010 (inkl. GGP) gehören Computertomographiegeräte (CT), Magnetresonanztomographiegeräte (MR), voronariangiographische Arbeitsplätze (Herzkatheterarbeitsplätze; COR), Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte (STR; Linearbeschleuniger, Gamma-Knife), Emissions-Computer-Tomographiegeräte (ECT; inkl. ECT-CT) und Positronen-Emissions-Tomographiegeräte (PET; inkl. PET-CT). Für jede Großgerätegattung weist der ÖSG 2010 Einwohnerrichtwerte aus. Digitale Subtraktions-Angiographieranlagen (DSA) und Stoßwellen-Lithotripter (LIT) sind seit dem ÖSG 2006 keine planungsrelevanten Großgeräte mehr.

Der Tiroler Bevölkerung standen im Jahr 2011 insgesamt 25 CT-Geräte, 18 MR-Geräte, 3 COR, 4 STR, 8 ECT und 1 PET zur Verfügung. Die Versorgung im CT- und MR-Bereich ist weiterhin als sehr dicht zu bezeichnen. Sowohl CT als auch MR liegen über dem Bundesdurchschnitt. Im Bereich der MR-Geräte werden die Einwohnerrichtwerte lt. ÖSG 2010 deutlich verfehlt. Im Gegensatz dazu weist die hohe Anzahl der zu versorgenden Einwohner mit PET auf eine unterdurchschnittlich dichte Versorgung hin (vgl. Tab. 5.11 im Tabellenanhang).

5.5 In-vitro-Fertilisation

2011 wurden in 27 österreichischen Vertragszentren des Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation (IVF-Fonds) 7.042 Befruchtungsversuche bei 5.023 Paaren dokumentiert⁴⁵. In den Jahren 2007 bis 2011 wurden in den drei Tiroler Vertragszent-

⁴⁵

Quelle: http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/5/5/CH1094/CMS1340806672582/ivf_jahresbericht_2011_homepage.pdf

ren⁴⁶ 3.044 Befruchtungsversuche durchgeführt, darunter 2.407 Follikelpunktionen. In 695 Fällen kam es zu einer Schwangerschaft. Die Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion lag in den Jahren 2007 bis 2011 zwischen 26 und 33 Prozent (österreichweit zwischen 31 und 34 %), der Anteil an Mehrlingsschwangerschaften sank dem österreichweiten Trend entsprechend von 25 auf 18 Prozent (vgl. Tabelle 5.9; alle Angaben beziehen sich auf Daten aus dem IVF-Register und enthalten nur jene Fälle, für die eine Kostentragung gemäß IVF-Fonds-Gesetz beansprucht wurde; Patientenpaare, die IVF-Versuche privat bezahlen, werden in diesem Register nicht erfasst).

In welchem Ausmaß die Bevölkerungen der Bundesländer im Zeitraum 2007 bis 2011 Leistungen von IVF-Zentren im jeweils eigenen und in welchem Ausmaß in anderen Bundesländern in Anspruch nahmen, zeigt Tabelle 5.10. Die Tiroler Zentren wiesen im Betrachtungszeitraum von allen Bundesländern die vierthöchste Anzahl an Versuchen auf, wobei 93 Prozent der Patientinnen aus Tirol stammten. 7 Prozent der Tirolerinnen, die in den Jahren 2007 bis 2011 einen IVF-Versuch durchführen ließen, haben dafür Leistungen eines Zentrums in einem anderen Bundesland in Anspruch genommen, die meisten von ihnen (4 bzw. 2 Prozent) in Vorarlberg und in Salzburg.

Tabelle 5.9:

IVF-Versuche und Schwangerschaftsraten der Tiroler IVF-Zentren 2007–2011*

Jahr	Anzahl Versuche	Anzahl Follikelpunktionen	Anzahl Schwangerschaften	Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion	Einlings-schwangerschaften
2007	568	475	145	30,5 %	75,3 %
2008	617	494	163	33,0 %	78,4 %
2009	613	475	122	25,7 %	83,2 %
2010	596	466	134	28,8 %	80,6 %
2011	650	497	131	26,4 %	82,2 %
Summe	3.044	2.407	695	28,9 %	79,9 %

* Fälle, für die eine Kostentragung gemäß IVF-Fonds-Gesetz beansprucht wurde

Quelle: GÖG/ÖBIG, IVF-Register 2007–2011; Darstellung: GÖ FP

46

Landeskrankenhaus Universitätsklinik Innsbruck, Anichstraße 35, 6020 Innsbruck;
Private Kinderwunschklinik Dr. Josef Zech GmbH, Grabenweg 64, 6020 Innsbruck;
WOMED Therapiezentrum Kinderwunsch GmbH, Karl-Kapferer-Straße 5, 6020 Innsbruck;
Quelle: s. Fußnote 45.

Tabelle 5.10:

QuelleZiel-Matrix der Inanspruchnahme von Leistungen der IVF-Zentren
im Zeitraum 2007 bis 2011 nach Bundesländern*

Standorte der IVF-Zentren											
Herkunft der Patientinnen		B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Σ
	B	568	2	89	1	0	47	1	0	505	1.213
	K	0	1.726	0	2	4	12	24	2	9	1.779
	NÖ	68	6	1.070	650	9	11	8	3	4.284	6.109
	OÖ	1	3	5	4.810	303	4	21	2	43	5.129
	S	0	36	0	126	1.725	5	116	1	6	2.015
	ST	91	480	19	131	64	3.381	5	11	174	4.356
	T	0	17	0	14	53	1	2.828	134	7	3.054
	V	0	0	0	0	1	1	29	1.458	3	1.492
	W	14	8	67	52	5	12	6	4	6.983	7.151
	Σ	742	2.278	1.250	5.786	2.164	3.474	3.038	1.615	12.014	32.361

* Fälle, für die eine Kostentragung gemäß IVF-Fonds-Gesetz beansprucht wurde

Quelle: GÖG/ÖBIG, IVF-Register 2007–2011; Darstellung: GÖ FP

5.6 Gesundheitsökonomische Bewertung

Badelt/Österle stellten zur Frage der Finanzierung des Gesundheitswesens bereits im Jahr 2001 fest, dass der Gesundheitsbereich nach dem Pensionssicherungssystem der finanziell umfangreichste sozialpolitische Handlungsbereich ist, wobei der größte Teil der finanziellen Mittel im kurativen Bereich aufgewendet wird. Das österreichische Gesundheitssystem erfährt seine finanzielle Deckung zu mehr als 70 Prozent im Rahmen der öffentlichen Finanzierung, insbesondere im Rahmen der sozialen Krankenversicherung und durch allgemeine Steuern. Die übrigen 30 Prozent der Mittel werden von den privaten Haushalten aufgebracht und inkludieren unter anderem verschiedene Formen von Selbstbeteiligungen und Selbstbehalten, private Arznei- und Heilmittelkäufe sowie Beiträge zu privaten Krankenversicherungen.⁴⁷ Korrekterweise ist an dieser Stelle jedoch festzuhalten, dass die Mittel der sozialen Krankenversicherung in Österreich zu einem erheblichen Teil über die verpflichtende Leistung von Beiträgen der privaten Haushalte aufgebracht werden. Diesem Umstand wird nicht zuletzt durch

⁴⁷

Vgl. Badelt, C.; Österle A. (2001): Grundzüge der Sozialpolitik – Spezieller Teil – Sozialpolitik in Österreich. Band 2, 2. Auflage, Manz Verlag, Wien, 38 ff.

die Tatsache Rechnung getragen, dass die österreichischen Sozialversicherungsträger in Form der Selbstverwaltung organisiert sind.

Das Aufbrechen traditioneller Familienverbände einerseits und die demografischen Veränderungen andererseits führen dazu, dass der Bedarf an pflegerischen und medizinischen Leistungen ansteigt. Der medizinische Fortschritt hat dazu geführt, dass Behandlungen heute oft hochentwickelte medizinisch-technische Geräte voraussetzen und komplexe medikamentöse Therapien beinhalten; auch dies ist ein Grund für die steigenden Kosten. Je nach Berechnungsmethodik liegt der Anteil der stationären Versorgung bei circa einem Drittel bis zur Hälfte aller laufenden Ausgaben – je nachdem, ob man bspw. Verwaltungsausgaben und Investitionen auf die Krankenanstalten umlegt oder nicht. Außer Diskussion steht jedenfalls, dass der intramurale Sektor den größten Anteil an den Gesundheitsausgaben hat.

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben beinhalten Ausgaben des Bundes, der Länder, der Gemeinden und der Sozialversicherungsträger. Die laufenden gesamten Gesundheitsausgaben im öffentlichen Bereich für das Jahr 2010 betrugen 22,9 Milliarden Euro. Inkludiert man auch die öffentlichen Investitionen, so erhöht sich der Wert auf 23,9 Milliarden Euro, was einem Anteil von 76,2 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben entspricht. Die Gesundheitsausgaben belaufen sich auf 11 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP).⁴⁸ Diese Zahlen belegen eindrucksvoll, welchen bedeutenden Wirtschaftsfaktor das Gesundheitswesen für die österreichische Gesamtwirtschaft darstellt. Vielfach wird wegen der teilweise rasant ansteigenden Gesundheitskosten auch von einer „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ gesprochen. Vor dem Hintergrund der enormen Geldmittel, die in den Gesundheitsbereich fließen, ist kritisch anzumerken, dass die Struktur des österreichischen Gesundheitswesens zu einer Fragmentierung des Gesundheitssystems mit etwa 400 verschiedenen Finanzströmen geführt hat.

Da die Mittelaufbringung in Österreich weder ausschließlich durch privates Sparen, durch private Versicherungen, durch staatliche Versicherungsangebote und Sozialversicherung, noch allein durch Steuermittel erfolgt, kann von einer Mischfinanzierung gesprochen werden. Der österreichische Gesundheitssektor ist demnach geprägt von einer Koexistenz von privaten und öffentlichen Formen der Mittelaufbringung. Auch wenn die Finanzierung des staatlichen Gesundheitswesens in Österreich grundsätzlich auf einem Sozialversicherungssystem basiert, darf nicht übersehen werden, dass Spitals- und Pflegeleistungen in Österreich mittlerweile zu einem erheblichen Anteil steuerfinanziert sind. Der vom Staat bzw. von den Gebietskörperschaften finanzierte

48

Vgl. Statistik Austria, Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts 1990–210, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html.

Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben ist deutlich höher als in vergleichbaren Staaten wie bspw. Deutschland oder Belgien.⁴⁹ In Zusammenhang mit dem österreichischen Gesundheitswesen wird immer wieder kritisiert, dass die Finanzierungsströme intransparent sind. Eine Konsequenz der angesprochenen Fragmentierung des Gesundheitssystems sind die unterschiedlichen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, die sowohl Planung als auch Steuerung erschweren.

Der Rechnungshof (RH) hat im Februar 2009 eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die Konsolidierungs- und Verwaltungsreformmaßnahmen erarbeiten soll; eines der insgesamt elf Arbeitspakete ist dem Gesundheitsbereich gewidmet. Die zuständige Arbeitsgruppe, der als Fachexperten Vertreter des Rechnungshofes, des österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung (WIFO) und des Instituts für Höhere Studien (IHS) angehören, kommt zu folgendem Schluss: „An der Finanzierung des Gesundheitswesens sind kompetenzbedingt insbesondere die Gebietskörperschaften, die Sozialversicherungsträger, Krankenanstaltenträger und Patienten beteiligt. Die Finanzströme für den intra- und extramuralen Bereich sind verflochten und zeichnen sich durch Parallelität und Komplexität aus. Die Finanzierungsverantwortung von Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherungsträgern deckt sich nicht mit ihrer Aufgaben- und Ausgabenverantwortung. Dies führt zu unterschiedlichen Interessen, Ineffizienzen, Doppelgleisigkeiten, Intransparenz, Zielkonflikten und Steuerungsdefiziten.“⁵⁰

49

Vgl. Cypionka, T.; Reidel, M.; Röhring, G. (2008): Effizienz im Gesundheitswesen: Vorschläge für eine neue Finanzierungsstruktur. In: RdM – Recht der Medizin 06/2008, 15. Jahrgang, S. 42–48. Manz Verlag, Wien
Finanzierungsstruktur, 2008, S. 42.

50

Vgl. Rechnungshof, Positionen zur Verwaltungsreform II, Reihe 2009/1;
<http://www.rechnungshof.gv.at/berichte/kernaussagen/gesundheitswesen/allgemeines-und-begriffsbestimmung.html>.

5.7 Sonstige Einrichtungen bzw. Projekte

5.7.1 Frauengesundheitszentrum

Der erste Tiroler Frauengesundheitsbericht 2005 (Hochleitner et al.) folgte den Empfehlungen der WHO und erfasste soziodemografische, epidemiologische und gesundheitsbezogene Daten der weiblichen Tiroler Bevölkerung. Es konnten viele positive Fakten aufgezeigt werden: So hatte die Tirolerin die damals österreichweit höchste Lebenserwartung mit 82,85 Jahren. Die Tirolerin nahm von allen Österreicherinnen am häufigsten an Vorsorgeuntersuchungen teil, die altersstandardisierte Mortalitätsrate bei Mamma- und Kolorektalkarzinom nahm in Tirol signifikant ab. Die Tirolerin lag auch im Lifestyle-Bereich hervorragend, nämlich bei Übergewicht und Bluthochdruck unter dem Bundesdurchschnitt, bei Sport und „gesunder Ernährung“ über dem Bundesdurchschnitt und folglich auch unter dem Bundesdurchschnitt für koronare Herzkrankheiten und Diabetes mellitus.

Negativ war ein Mangel an Daten zur Frauengesundheitsberichterstattung sowie ein Mangel an wissenschaftlichen Daten zu allen Fachgebieten der Medizin, beides weltweite Phänomene.

Der Tiroler Gesundheitsbericht 2007 brachte weitere gesundheitsrelevante Daten für Frauen und Männer und bestätigte viele erfreuliche Fakten des Frauengesundheitsberichtes 2005.

Ein Frauengesundheitszentrum an den Universitätskliniken/Landeskrankenhaus war gerade im Aufbau.

Was ist seither geschehen?

Frauengesundheitszentrum

2008 wurde die gemeinsame Einrichtung Frauengesundheitszentrum (Direktorin Univ.-Prof. Dr. Margarethe Hochleitner) mit dem Aufgabenbereich Forschung und Lehre der Gender-Medizin sowie Krankenversorgung von Frauen nach deren spezifischen Bedürfnissen eingerichtet. Neben einer allgemeinen Ambulanz und einer Station sollen auch Spezialambulanzen und Spezialsprechstunden angeboten werden. Der Schwerpunkt der Anlaufstelle liegt auf Check-up, Erhebung des Risikoprofils, Prävention, Beratung und Information.

Tabelle 5.11:

Patientinnen in der Frauengesundheits-Sprechstunde

Patientinnen		2008	2009	2010	2011
Visiten	ca.	1.000	1.237	1.256	1.294

Quelle: Frauengesundheitszentrum Universitätsklinik Innsbruck; Darstellung: GÖ FP

Darüber hinaus fühlt sich das Frauengesundheitszentrum nach wie vor dem Auftrag des Landes Tirol an die Vorgängerorganisation, nämlich das Frauengesundheitsbüro des Landes Tirol, verpflichtet, Informationen zu Frauengesundheit einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen sowie das Bewusstsein für Frauengesundheit zu steigern. Dieses Bemühen ist auf die Patientinnen bzw. Bevölkerung fokussiert sowohl im direkten Kontakt im Frauengesundheitszentrum wie auch durch Außenaktivitäten.

Außenaktivitäten

Eine Diagnosestraße ist ein Herz-Check-up mit ambulanter Blutdruck-, Body-Mass-Index-, Cholesterin- und Blutzuckerbestimmung und Herzrisiko-Evaluierung für Frauen und Männer. Diese Frauengesundheits-Diagnosestraße wird im Rahmen verschiedener Veranstaltungen angeboten, z. B. Gesundheitstage für Seniorinnen und Senioren der Stadt Innsbruck und bei der Langen Nacht der Forschung. 2008 haben insgesamt 118 Frauen und Männer einen Herztest durchführen lassen, 2009 waren es insgesamt 134 Personen, 2010 und 2011 wurde die Lange Nacht der Wissenschaft nicht durchgeführt.

Tabelle 5.12:

Teilnehmer/innen an der Seniorenmesse

Jahr	Frauen	Männer	gesamt
2008	216	97	313
2009	268	88	356
2010	298	91	389
2011	288	86	374

Quelle: Frauengesundheitszentrum Universitätsklinik Innsbruck; Darstellung: GÖ FP

Vorträge: bei diversen Veranstaltungen, wie Land Tirol Frauentag, Firmengesundheitstage, Veranstaltungen des Roten Kreuzes, des Pensionistenverbandes Österreichs, diverser Frauengesundheitszentren, der Arbeiterkammer, der Gemeinden, der Wirtschaftskammer, der Apothekerkammer sowie bei diversen Frauenveranstaltungen.

Gender-Medizin-Ringvorlesung: eine für das allgemeine Publikum zugängliche Vorlesungsreihe zu Gender-Medizin an der Medizinischen Universität Innsbruck. Informati-

onen werden unter anderem über niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Apotheken verteilt, pro Semester werden Gender-Medizin-Vorträge zu wechselnden Themenschwerpunkten angeboten, z. B. Sexualität, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie, Onkologie, Infektiologie, Immunologie und Transplantation, Herz-Kreislauf, Sport und Notfallmedizin.

Medienarbeit: Beiträge und Interviews zu verschiedenen Aspekten der Gender-Medizin werden in diversen Radioprogrammen angeboten (wie Radiodoktor, Radiokolleg, Radio Tirol: Gut zu wissen, Radio Tirol: Gesundheitsratgeber, Tirol heute, Nahaufnahme, Tirol Thema); Interviews und Artikel für Zeitschriften (wie 2009 und 2010 die monatlich in der „Kronen Zeitung“ erscheinende Beilage Gesundheit special zu wechselnden Themen der Gender-Medizin).

Neben den Angeboten für die Bevölkerung und unsere Patientinnen ergab sich auch die Notwendigkeit, die Erkenntnisse der Frauengesundheit in das Bewusstsein aller Gesundheitsberufe zu bringen, alle für diese neue Fachdisziplin der Medizin zu gewinnen. An der Medizinischen Universität Innsbruck ist Gender-Medizin seit dem WS 2007/2008 in die Pflichtlehre des Human- und Zahnmedizinstudiums integriert, und zwar im 3. und 10. Semester. Seit WS 2011/2012 ist Gender-Medizin Pflichtfach im klinischen PhD, seit dem SS 2006 Pflichtfach im Medizinischen Aus- und Weiterbildungskurs (Habitationsvoraussetzung). Neben der Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte werden auch die anderen Medizinberufe serviert, so ist im Ausbildungszentrum West (AZW) für Gesundheitsberufe seit WS 2006/2007 Gender-Medizin im Curriculum integriert. Dazu wird an der Leopold-Franzens-Universität Gender-Medizin im dortigen PhD-Kurs als generische Kompetenz angerechnet (Pharmazeutinnen/Pharmazeuten, Psychologinnen/Psychologen etc.). Außerdem wird in der Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte die Ringvorlesung anerkannt, und bei den Ärztetagen in Grado wird seit 2005 Gender-Medizin als ärztliche Fortbildung mit DFP-Anrechenbarkeit für alle Ärztinnen und Ärzte anerkannt.

Zusätzlich wird auch versucht, bereits Schüler/innen an die Gender-Medizin heranzuführen, z. B. gibt es regelmäßige Angebote am Katholischen Oberstufenrealgymnasium (KORG) Kettenbrücke im KORG.med-Bereich sowie an der Medizinischen Universität Innsbruck mit der Kinder- und Jugendakademie sowie dem Girls' Day.

EUGIM-Projekt: EU-Projekt zur Erarbeitung fachlicher Inhalte zum Thema Gender-Medizin als Module für europaweite Masterlehrgänge, z. B. Sommerschulen mehrfach, Berlin/GER, Sassari/ITA und Budapest/HUN, sowie Mitarbeit am ersten Gender-Medizin-Masterlehrgang an der Medizinischen Universität Wien.

Weitere Entwicklungen

Das Frauengesundheitszentrum wird laufend inhaltlich ausgebaut. Das derzeit aktuellste Projekt ist die Entwicklung und Erprobung eines gendersensiblen Anamnesefragebogens mit dem Angebot an die Patientinnen, auch Fragen zu Sexualität und Gewalterfahrung mit der Ärztin in vertraulichem Rahmen zu erarbeiten, um besser auf die Bedürfnisse der Patientinnen eingehen zu können und entsprechende Angebote machen zu können. Es gibt selbstverständlich auch einen speziellen Fragebogen für Männer. Dieses Projekt wurde als „Verbesserung der Lehre-Projekt“ finanziert.

Die Entwicklung geht besonders in Forschung und Lehre, in Richtung Gender-Medizin, d. h., es sind bestmögliche Angebote für Frauen und Männer aufgrund ihrer speziellen Bedürfnisse und basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen zu erarbeiten. Dies ist unverzichtbar, wenn das Gender-Mainstreaming-Gebot im Gesundheitsbereich durchgeführt und auch unter den Gesichtspunkten Qualitätssicherung und Kosteneffizienz umgesetzt werden soll. Sicher haben anfangs Frauen mehr profitiert, als es um Versorgung von Frauen bei Herzerkrankungen und um Medikamententestungen ging; zwischenzeitlich hat sich das Bild gewandelt, war doch Osteoporose bis vor kurzem rein weiblich besetzt. Ziel ist es, maßgeschneiderte Gesundheitsangebote für Frauen und Männer und in der Folge für jede Patientin und jeden Patienten zu entwickeln. Dazu ist gendermedizinische Forschung auf allen Gebieten unverzichtbar. Nur darauf beruhend können verbindliche Richtlinien zu allen Angeboten bezüglich Prävention, Diagnostik und Therapie entwickelt werden und ist für Frauen und Männer eine selbstbestimmte Entscheidung bezüglich medizinischer Angebote möglich. Dies wird von der Bevölkerung auch angenommen.

Weitere Informationen und österreichweite Daten sind dem vom Frauengesundheitszentrum mitgestalteten „Österreichischen Frauengesundheitsbericht 2010/2011“ zu entnehmen.

5.7.2 Spezielle Betreuungsangebote im Bereich Suchtmittel

Im Zusammenhang mit Suchtmitteln und Abhängigkeitserkrankungen wird auf das aktuelle Tiroler Suchtkonzept verwiesen. Dieses gibt einen Überblick über die rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen unter Berücksichtigung von nationalen und bundesländerspezifischen Rechtsgrundlagen. Des Weiteren wurden neben den illegalen Substanzen die legalen Suchtmittel sowie die stoffungebundenen Abhängigkeiten in das Konzept aufgenommen. Außerdem wird anhand epidemiologischer Erhebungen die Suchtsituation in Tirol, in Gesamtösterreich sowie in Europa dargestellt. Auf Grundlage aktueller Jahresberichte der Europäischen Beobachtungsstelle für

Drogen und Drogensucht (EBDD) werden spezifische Forschungsergebnisse aus Österreich und Europa präsentiert.

Darüber hinaus wird auf die Grundsätze der Tiroler Suchtpolitik eingegangen, insbesondere auf die aus dem Public-Health-Ansatz abgeleiteten Empfehlungen für Tirol. Die Erstellung des Suchtkonzeptes, speziell der vom Suchtbeirat erarbeiteten Maßnahmenempfehlungen zur Verbesserung der Versorgung im Suchtbereich in Tirol, wurde von der Arbeits- und Steuerungsgruppe des Amtes der Tiroler Landesregierung in redaktioneller Abstimmung mit der GÖ FP vorgenommen. Das Tiroler Suchtkonzept ist im Internet abrufbar unter: <http://www.tirol.gv.at/themen/gesellschaft-und-soziales/soziales/publikationen/>.

Ein wesentlicher Schwerpunkt moderner Suchtkonzepte ist die Suchtprävention. Unter **Primärprävention** wird die Gesundheitsförderung bei nicht betroffenen, abstinenten Jugendlichen verstanden. **Sekundärprävention** widmet sich der Früherkennung und Frühintervention bei bereits konsumierenden Personen. Die Behandlung und Rehabilitation abhängiger Personen wird als **Tertiärprävention** verstanden. Aufgrund der gesellschaftlichen Relevanz wurden in den letzten Jahren auch legale Drogen wie z. B. Nikotin oder Alkohol verstärkt mit einbezogen. Suchtprävention soll ursachenorientiert, ganzheitlich und zielgruppenspezifisch ausgerichtet sein.

Im Bereich der „Suchthilfe“ ist eine zunehmende **Diversifikation** des Betreuungsangebots zu verzeichnen. Die ursprünglich ausschließlich auf **Abstinenz** ausgerichteten Angebote im Behandlungs- und Betreuungsbereich wurden bereits seit Mitte der 1980er Jahre zunehmend um **suchtbegleitende** und **substituierende** Maßnahmen **ergänzt**, wobei sich diese Entwicklung vor allem in den letzten Jahren deutlich verstärkt hat. Dieser gesamtösterreichische Trend trifft auch auf das Bundesland Tirol zu, das in Österreich zu einem der Vorreiter der Diversifikation sowie der Etablierung von suchtbegleitenden und substituierenden Angeboten zählt.

Stationäre Versorgungsstrukturen

Tirol verfügt im Bereich der Suchthilfe derzeit (Stand: 31. 12. 2011) über vier stationäre Organisationseinheiten in **öffentlichen Krankenanstalten**. Am LKH Innsbruck – Universitätskliniken widmen sich die Akutstation VI der Universitätsklinik für Biologische Psychiatrie sowie das Therapie- und Gesundheitszentrum Mutters – beide sind dem Departement für Psychiatrie und Psychotherapie zugeordnet – der Behandlung von drogen- und alkoholkranken bzw. medikamentensüchtigen Menschen. Zwei weitere Abteilungen sind am LKH Hall in Tirol eingerichtet: eine Fachstation für Drogenentzug und eine Fachstation für Alkohol- und Medikamentenentwöhnung. Die stationäre Versorgung in Fondskrankenanstalten ist auf den Großraum Innsbruck konzentriert, wobei jedoch nicht übersehen werden darf, dass eine Versorgung auch an peripheren

Krankenhäusern (z. B. im Rahmen der Inneren Medizin) stattfindet. Die Fortführung der Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung mit der Schaffung einer neuen Abteilung für Psychiatrie am BKH Lienz und dem Ausbau der psychiatrischen Abteilung am BKH Kufstein hat zu weiteren Verbesserungen geführt. Zusätzlich zu den bestehenden Versorgungsstrukturen sieht der Tiroler Krankenanstaltenplan (TirKAP) 2009 auch eine psychiatrische Abteilung am KH Zams vor.

Außerhalb der öffentlichen Krankenanstalten bestehen – wie im Tiroler Suchtkonzept dargestellt – **zwei weitere stationäre Einrichtungen** zur Versorgung von Drogensüchtigen: die Langzeittherapie des Vereins KIT in Schwaz und das Haus am Seespitz (Kurzzeittherapie für Drogenabhängige) in Maurach am Achensee.

Ambulante Versorgungsstrukturen

In Tirol bestehen derzeit **elf ambulante Drogeneinrichtungen**, die teilweise bewusst **niederschwellig** gestaltet sind. Das Angebot dieser Einrichtungen beinhaltet u. a. Anlauf- und Kontaktstellen, Notschlafstellen, Streetwork und Beschäftigungsprojekte:

- » Stelle für ambulante Suchtprävention (ASP),
- » Verein Suchtberatung Tirol,
- » Drogenberatungsstelle des Zentrums für Jugendarbeit Z6,
- » MDA basecamp (Mobile Drogenarbeit des Z6),
- » Komfüdros der Caritas der Diözese Innsbruck,
- » Mentlvilla der Caritas der Diözese Innsbruck,
- » Abrakadabra der Caritas der Diözese Innsbruck,
- » Zentrum für systemische Beratung und Betreuung (ZSB),
- » Kontakt & Co – Suchtprävention Jugendrotkreuz,
- » Drogenambulanz I in Innsbruck (Ambulanz für Abhängigkeitserkrankungen),
- » Drogenambulanz II in Wörgl (Drogen- und Substitutionsambulanz).

Die **Suchtpräventionsstelle Kontakt & Co** widmet sich nicht nur der Betreuung von Drogenkranken, sondern nimmt auch eine bedeutende Rolle im Bereich der **Primärprävention** von Suchtproblemen ein (Alkohol, Tabak, Medikamente, stoffungebundene Süchte wie Essstörungen, Spielsucht, aber auch illegale Drogen). Aufgaben der Fachstelle sind die Initiierung, Entwicklung, Beratung und Begleitung von lokal und regional durchgeführten Projekten sowie die Ausbildung für Multiplikatorinnen/Multiplikatoren und relevante Berufsgruppen und die Qualitätssicherung in der Suchtprävention. Die Ambulanz für Abhängigkeitserkrankungen (**Drogenambulanz I**) am Departement für Psychiatrie und Psychotherapie (LKH Innsbruck) spielt eine zentrale Rolle in der **Substitutionsbehandlung**. Auch die vom Gemeindeverband BKH Kufstein betriebene **Drogenambulanz II** in Wörgl ist von großer Bedeutung.

Zur **ambulanten Versorgung alkoholkranker Personen** stehen drei Einrichtungen zur Verfügung: Verein BIN, Verein Emmaus und Projekt LAMA. Der Verein BIN (Beratung Information Nachsorge) hat elf Außenstellen und bietet ein tirolweites Beratungs- und Nachsorgeprogramm für Alkohol- und Medikamentenabhängige und deren Angehörige an. Zusätzlich werden in Kooperation mit Kontakt & Co auch Informationsveranstaltungen durchgeführt. Der Verein Emmaus der Caritas der Diözese Innsbruck bietet wohnungs- und arbeitslosen Männern nach abgeschlossener Alkohol-Entwöhnung Aufnahme in einer Wohngemeinschaft und in einem Arbeitsprojekt. Das Projekt LAMA ist ein Stabilisierungs- und Wiedereingliederungsangebot für chronisch alkoholranke Menschen auf einem Bauernhof.

5.7.3 Palliativ- und Hospizversorgung Tirol

Dieses Projekt des Tiroler Gesundheitsfonds will die Integration von Hospiz- und Palliativversorgung in die regionalen Strukturen und Abläufe der **Modellregionen Reutte und Lienz** auf Basis des Konzeptes „Palliativ- und Hospizversorgung Tirol“ fördern.

Die Zielsetzungen des gesamten Umsetzungsprozesses sind:

- » Hospiz- und Palliativversorgungskultur in den bestehenden Einrichtungen weiterentwickeln,
- » regionalspezifisches Konzept der Hospiz- und Palliativversorgungsstrukturen erarbeiten,
- » unterstützende Hospiz- und Palliativversorgungsstrukturen etablieren,
- » regionale Vernetzung und Zusammenarbeit der Einrichtungen in der Versorgung am Lebensende fördern,
- » Integration ehrenamtlicher und bürgerschaftlicher Initiativen in der Versorgung am Lebensende unterstützen,
- » Erfahrungen für die Umsetzung in anderen Regionen Tirols sammeln,
- » eine Wissensbasis für die Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in ganz Tirol schaffen.

Der Projektablauf gliedert sich in drei Module. Im ersten Modul wurde, beginnend mit regionalen Palliativkonferenzen im Frühjahr 2009, eine entwicklungsorientierte Bedarfsanalyse durchgeführt. Im Modul 2 wurden die Umsetzungsmaßnahmen geplant und mit einem Finanzierungskonzept versehen. Im Jahr 2011 wurde, entsprechend der Inhalte des dritten Moduls, mit der Umsetzung der Maßnahmen und der Implementierung der geplanten Strukturen begonnen.

Der Start für die Palliativteams in beiden Modellbezirken wurde für April 2011 festgelegt. Damit ist auch der Beginn der Pilotphase gekennzeichnet, die zwei Jahre dauern soll. Die Teams wurden jeweils als Stabsstelle der Kollegialen Führung der Bezirkskrankenhäuser eingesetzt. Sie sollen zukünftig in den Krankenhäusern als Palliativkonsiliardienst und extramural als mobile Palliativteams sowie für den Bezirk als regionale Palliativkoordination tätig sein.

Im Jahr 2011 konnten auch noch Mittel für die Implementierung von regionalen Hospizkoordinatorinnen freigesetzt werden. Ende Dezember 2011 konnten die Vorbereitungen zur Besetzung dieser hauptamtlichen Funktion im Bezirk Lienz abgeschlossen werden. Hier wurde mit Beginn 2012 die Stelle besetzt. Im Bezirk Reutte wird dies zu einem späteren Zeitpunkt passieren.

Zur weiteren Förderung der Palliativversorgung und der Hospizkultur wurden aus dem Projekt zahlreiche Fortbildungsmaßnahmen unterstützt. Im Frühjahr 2011 begann der interprofessionelle Universitätslehrgang Palliative Care, der von der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft und der Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung IFF Wien durchgeführt wurde. In Reutte konnte ein Kurs für ehrenamtliche Hospizbegleiter abgeschlossen werden, in Osttirol wurde für das Jahr 2012 ein ebensolcher Kurs geplant.

5.7.4 Arbeitsmedizin

Allgemeines

Das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) regelt, dass Arbeitgeber für eine arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Betreuung ihrer Arbeitnehmer/innen zu sorgen haben.

Betriebe mit bis zu 50 Arbeitnehmerinnen/–nehmern

In Arbeitsstätten mit bis zu 50 Arbeitnehmerinnen/–nehmern kann die arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Betreuung in Form von Begehungen durch Arbeitsmediziner/innen oder Sicherheitsfachkräfte erfolgen. Dies hat in der Praxis jedoch nur untergeordnete Bedeutung, da jene Arbeitsstätten, die nicht mehr als 50 Arbeitnehmer beschäftigen, die kostenlose Betreuung des **Präventivzentrums der AUVA** in Innsbruck beanspruchen können. Die AUVA hielt im Jahr 2010 einen Marktanteil von 35 Prozent der Tiroler Betriebe und betreute damit 63 Prozent der Arbeitnehmer/innen in Betrieben mit bis zu 50 Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmern.

Das Ausmaß der jährlichen arbeitsmedizinischen Betreuungszeiten ist durch die Präventionszeiten in § 82a ASchG normiert. In Betrieben mit bis zu 50 Arbeitnehmerinnen/-nehmern wird dies in Form von jährlichen (bei 11 bis 50 Arbeitnehmerinnen/-nehmern) oder zweijährlichen (bei 1 bis 10 Arbeitnehmerinnen/-nehmern) Begehungen gemäß § 77a ASchG durchgeführt.

Betriebe mit mehr als 50 Arbeitnehmerinnen/-nehmern

In Betrieben mit mehr als 50 Arbeitnehmerinnen/-nehmern müssen entweder betriebseigene Arbeitsmediziner/innen gemäß § 79 ASchG beschäftigt oder externe Arbeitsmediziner/innen angestellt werden. Darüber hinaus muss in diesen Betrieben pro Jahr eine bestimmte Mindestzeit an arbeitsmedizinischer und sicherheitstechnischer Betreuung erbracht werden, deren Ausmaß von der Gefahrenklasse der Arbeitsplätze abhängt.

Aufgaben der Arbeitsmediziner/innen

Die arbeitsmedizinische Betreuung hat die Aufgabe, Arbeitgeber/innen und Arbeitnehmer/innen bei der Durchführung des Schutzes der Arbeitnehmer/innen im Betrieb zu unterstützen und zu beraten. Sie hat in allen Fragen der auf die Arbeitsbelastungen bezogenen Prävention, der menschengerechten Arbeitsgestaltung, des Gesundheitsschutzes und der Arbeitshygiene mitzuwirken. Dazu zählen insbesondere die Besichtigung der Arbeitsstätten, Baustellen und auswärtigen Arbeitsstellen sowie die Teilnahme an Besichtigungen durch das Arbeitsinspektorat, die Ermittlung und Untersuchung der Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen und Gesundheitsgefahren sowie die Auswertung dieser Ermittlungen und Untersuchungen oder die Durchführung von Schutzimpfungen.

Versorgungsangebot in Tirol

In Tirol befinden sich zwei nach § 80 Abs 4 ASchG gemeldete **arbeitsmedizinische Zentren**.

Tabelle 5.13:
Arbeitsmedizinische Zentren in Tirol

Betreiber	Bezeichnung des AMZ	Ärztliche Leitung	Telefon/E-Mail
Arbeitsmedizinisches Zentrum Hall in Tirol Milserstraße 21a 6060 Hall in Tirol	Arbeitsmedizinisches Zentrum Hall in Tirol Milserstraße 21a 6060 Hall in Tirol	Dr. Clemens BAUMGARTNER	0 52 23/573 04 mail@arbeitsmedizin-hall.at
WellCon Gesellschaft für Prävention und Arbeitsmedizin GmbH Invalidenstraße 5 1030 Wien	WellCon – AMZ Innsbruck Südtiroler Platz 14–16 6020 Innsbruck	Dr. Kathrin NEUNER	0612/34 17 93–302 k.neuner@wellcon.at oder g.aichinger@wellcon.at

Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz,
www.arbeitsinspektion.gv.at/praevdienste; Darstellung: GÖ FP

Im Jahr 2011 gab es laut Ärztekammer in Tirol **149 Arbeitsmediziner/innen**. Davon sind 89 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Pro Jahr kommen ca. zwei bis drei Arbeitsmediziner/innen dazu. Derzeit machen sechs Tiroler Ärztinnen und Ärzte die Ausbildung zum/ zur Arbeitsmediziner/in.

Im Bereich der Arbeitspsychologie sind derzeit **34 zertifizierte Arbeitspsychologinnen** und –psychologen für Tirol registriert.

Nach Einschätzung der AUVA stellt sich die arbeitsmedizinische Versorgung in Tirol zum Jahresende 2012 wie folgt dar: Etwa 3 Prozent der Betriebe beauftragen Arbeitsmediziner/innen über die vorgeschriebene Mindesteinsatzzeit hinaus, 50 Prozent erfüllen diese, 40 Prozent vereinbaren deutlich zu wenig Stunden, und 7 Prozent werden nicht betreut.

Aktuell ist das **betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM)**, also der Versuch einer Wiedereingliederung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit psychischen Erkrankungen in den Arbeitsprozess, eine Chance, die Arbeitsmedizin wieder verstärkt in das öffentliche Bewusstsein zu rücken (www.auva.at/fit2work).

5.7.5 Integrierter Behandlungspfad/Patientenpfad Schlaganfall

Hintergrund

Der Schlaganfall stellt eine große medizinische und gesundheitspolitische Herausforderung dar. Meist wird ein Blutgefäß im Gehirn durch ein Blutgerinnsel verlegt; seltener

führt das Platzen eines Hirngefäßes zu einer Hirnblutung. In beiden Fällen resultiert eine Funktionsbeeinträchtigung des Gehirns. Der Schlaganfall steht an vorgereicherter Stelle der Todesursachenstatistik, ist die häufigste Ursache von körperlicher Behinderung im Erwachsenenalter und eine häufige Ursache für die Entstehung einer Demenz oder Depression. In den letzten Jahren wurden die Therapiemöglichkeiten (Lysetherapie) und die Sekundärprävention ebenso wie die Versorgungsorganisation und -strukturen (Rehabilitation, Stroke-Units) deutlich verbessert.

Für die Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten stehen in Tirol im stationären Bereich drei Stroke-Units (Innsbruck, Kufstein, Lienz), drei neurologische Abteilungen (Innsbruck, Kufstein, Lienz), die internistischen Abteilungen der Akutkrankenhäuser (Reutte, Zams, Schwaz, St. Johann, Hall), eine Akutnachbehandlung in einer Sonderkrankenanstalt (Hochzirl) und zwei Akutnachbehandlungseinheiten in Bezirkskrankenhäusern (Kufstein, Lienz) sowie (seit Juli 2011) das Rehazentrum Münster zur Verfügung. Im Bereich der ambulanten Nachbetreuung gibt es zum Teil seitens einzelner Krankenanstalten im Anschluss an die Spitalsentlassung tagesklinische oder spitalsambulante Behandlungsangebote. Den durchwegs gut strukturierten Leistungseinheiten (niedergelassene Ärzte, Rettungssystem, Krankenhäuser, Rehabilitations-Einrichtungen, soziale Dienste) fehlte eine übergeordnete Integration.

Projektbeschreibung

Ziel des Projekts „Integrierter Behandlungspfad/Patientenpfad Schlaganfall Tirol“ des Tiroler Gesundheitsfonds ist es, den medizinischen Fortschritt in der Schlaganfallbehandlung allen Schlaganfallpatientinnen/-patienten in Tirol zukommen zu lassen. Hierfür wurde die Methode des integrierten Behandlungspfades gewählt, der eine optimale Kooperation der verschiedenen Leistungsanbieter des Gesundheitswesens in den Behandlungsstufen **prähospitale Phase, hospitale Phase, Akutnachbehandlung/ stationäre Rehabilitation** und **ambulante Rehabilitation** gewährleisten soll.

Im Herbst 2008 wurde mit der Konzepterstellungphase begonnen. Die tirolweite Umsetzung der Teilprojekte Prähospital, Hospital und Akutnachbehandlung / stationäre Rehabilitation erfolgte im Jahr 2009, das Teilprojekt Ambulante Rehabilitation startete im April 2010 im Pilotbezirk Landeck. Im Jahr 2011 wurden die Inhalte des Pfades ergänzt und mit Ende des Jahres der Abschlussbericht sowie das Konzept für das Folgeprojekt im Jahr 2012 verfasst. Im Zuge dieses Konzeptes soll der Übergang des Projektes in den Regelbetrieb ermöglicht werden.

Der Behandlungspfad wurde von Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsberufe aller Behandlungsstufen erarbeitet und EDV-unterstützt aufbereitet (vgl. Abbildung 5.6).

Zur Dokumentation und Evaluation des Behandlungspfades wurde eine landesweite Dokumentation in den Krankenanstalten eingeführt. Die Aufarbeitung der relevanten Daten wird in Form eines jährlichen Berichts den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt und in einer Besprechung mit den Verantwortlichen reflektiert.

Die Bevölkerung wurde im Frühjahr 2010 mittels einer breit angelegten Informationskampagne zur Symptomerkenkung und entsprechenden Vorgehensweise bei Schlaganfall sensibilisiert; diese Informationskampagne wurde im April 2012 wiederholt. Für die Pilotregion Landeck wurde ein Konzept zur wohnortnahen ambulanten Rehabilitation erstellt, das die bestehenden Strukturen (Hausärzte, Sozialsprengel, niedergelassene Therapeuten, Pflegeheime, entlassendes Akutkrankenhaus bzw. Akutnachbehandlung) zu einem qualitätsorientierten Behandlungsnetzwerk zusammenfasst.

Die ambulante Rehabilitation in der Pilotregion Landeck startet mit dem Transfer des Patienten aus dem Krankenhaus bzw. einer stationären Reha-Einrichtung und endet mit der Entlassung aus der ambulanten Pflege / ambulanten Therapie oder sechs Monate nach der Spitalsentlassung. In den zwei Jahren Projektarbeit in der Pilotregion Landeck ist es gelungen, den Schlaganfallpatientinnen/-patienten der Region eine interdisziplinäre Betreuung und Behandlung durch niedergelassene Physio- und Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/Logopäden, den Sozialsprengel, die Hauskrankenpflege, die behandelnde Hausärztin / den behandelnden Hausarzt sowie die niedergelassene Fachärztin / den niedergelassenen Facharzt für Neurologie zur Verfügung zu stellen. Der Zugriff auf diese Hilfe erfolgt über Kontaktaufnahme mit dem regionalen Schlaganfallnetzwerk. Dieser ist strukturiert und bereits vor Entlassung aus dem Akutkrankenhaus planbar, was eine große Entlastung für die/den Betroffene/n und ihre/seine Angehörige bedeutet. Die bereitgestellte Behandlung ist nicht nur wohnortnah, sondern erfolgt in den meisten Fällen sogar in den eigenen vier Wänden der Patientin / des Patienten. Angehörige können in die Behandlung und deren Umsetzung im Alltag aktiv integriert werden. Für den Aufbau des Netzwerkes wurden die lokalen Ressourcen nicht verändert.

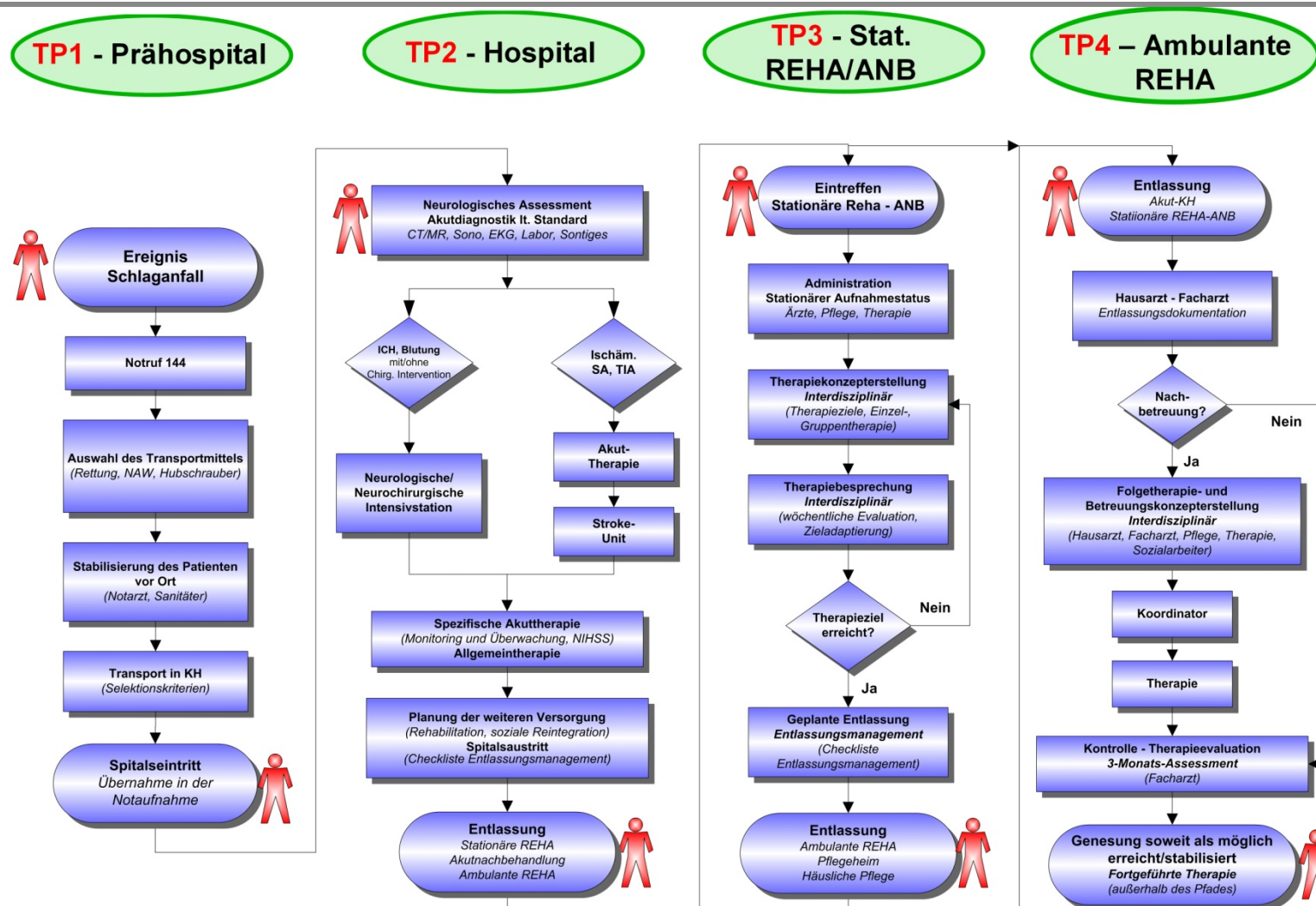
Die Akzeptanz des Behandlungsangebotes und die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit den angebotenen Leistungen sind sehr groß.

Bisher eingetretene Effekte des Projekts „Integrierter Behandlungspfad/Patientenpfad Schlaganfall Tirol“ in Bezug auf Gesamt- und Patientennutzen:

- » deutliche Verbesserung des Wissensstandes zum Schlaganfall in der Bevölkerung (dokumentiert durch eine zweimalige Befragung einer repräsentativen Stichprobe);
- » erfolgreiche Implementierung des Schlaganfallpfades in den Tiroler Krankenhäusern entsprechend dem vordefinierten Zeitplan mit Schaffung einer geeigneten EDV-Lösung, Bildung von Stroke-Teams und intensiver Fort- und Weiterbildung;
- » Vereinheitlichung der Diagnosekodierung für Schlaganfallpatientinnen/-patienten in ganz Tirol und Etablierung einer flächendeckenden Datenbank zur Qualitätskontrolle, Prozessoptimierung und Erfolgskontrolle des Projektes;
- » deutliche Steigerung der tirolweiten Thrombolyserate bei ischämischen Schlaganfällen;
- » Realisierung einer flächendeckenden Frührehabilitation und eines Dysphagie-Screenings – dadurch Vermeiden von Sekundärkomplikationen, insbesondere von Aspirationspneumonien;
- » Realisierung der ambulanten Rehabilitation in Landeck – Entlastung der stationären Reha-Strukturen, Kostenersparnis, individueller Vorteil für die Patientinnen/Patienten;
- » Fortbildung der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten und sozialen Dienste im Pilotbezirk Landeck;
- » Erfüllung der personellen, strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen für die Betreuung von Schlaganfallpatientinnen/-patienten (europäische Empfehlungen) an allen Akutkrankenhäusern in Tirol;
- » Realisierung einer optimalen Vernetzung der verschiedenen Berufsdisziplinen als Garant für eine optimale Schlaganfallbetreuung;
- » bessere Beratung und Information von Schlaganfallpatientinnen/-patienten (kostenlose Verteilung des Schlaganfallbuchs, Einrichtung einer Homepage).
- » In der zentralen Leitstelle Tirol wurde ein klarer Abfragealgorithmus für die Verdachtsdiagnose Schlaganfall definiert, der die Zuweisung des geeigneten Rettungsmittels ermöglicht.
- » Ein digitales Anmeldesystem für die Akutnachbehandlung im Krankenhaus Hochzirl erleichtert den Transfer aus dem Akutkrankenhaus.

Detaillierte Informationen und Unterlagen zum Projekt und zum Thema Schlaganfall finden sich unter www.schlaganfall-tirol.info.

Abbildung 5.6:
Übersicht „Integrierter Behandlungspfad/Patientenpfad Schlaganfall Tirol“



Quelle und Darstellung: Tiroler Gesundheitsfonds

5.7.6 Tiroler Gesundheitsdatenatlas

Der „Tiroler Gesundheitsdatenatlas“ (www.tirol.gv.at/gesundheitsdatenatlas) ist ein frei zugängliches Informationsservice des Amtes der Tiroler Landesregierung betreffend Daten und Einrichtungen des Tiroler Gesundheitswesens. Er ist – neben den Basis- und den Sonderberichten – als zweite Säule der Tiroler Gesundheitsberichterstattung („Routinekennzahlensystem“) konzipiert.

Da die Basisgesundheitsberichte nur alle fünf Jahre erscheinen, andererseits aber aktuellere Daten auf Tiroler Ebene zum Teil jährlich neu verfügbar sind, sollen zwischen den Basisberichten einige Standardkennzahlen routinemäßig aktualisiert und veröffentlicht werden. Im „Tiroler Gesundheitsdatenatlas“ werden dazu ausgewählte Themen und Kennzahlen mit Regionalbezug übersichtsweise in Form von flexiblen statistisch-thematischen Karten im geografischen Informationssystem des Landes („*tiris*“) abgebildet.

Das **„Modul Gesundheitsstatistik“** umfasst dabei folgende gesundheitsstatistische Themen:

- » Bevölkerungsstruktur,
- » Lebenserwartung,
- » Sterblichkeit,
- » Krankenhausmorbidity,
- » Apothekendichte,
- » Ärztedichte.

Alle diese Themen können auf verschiedenen regionalen Ebenen (Versorgungsregionen, Bezirke, Planungsverbände) dargestellt und – je nach Datengrundlage – auch noch nach Parametern wie beispielsweise Jahr, Geschlecht oder Altersgruppe gegliedert werden. Somit können viele Informationen, die im vorliegenden Gesundheitsbericht dargestellt sind, ergänzend in flexibler und detaillierter Weise im regionalen Vergleich abgefragt werden.

Über diese statistischen Informationen hinaus bietet der Tiroler Gesundheitsdatenatlas auch die Möglichkeit, adressbezogene Standortinformationen von Tiroler Gesundheitseinrichtungen anzuzeigen. Entsprechend derzeit verfügbarer Daten sind dazu im **„Modul Gesundheitseinrichtungen“** folgende Einrichtungen erfasst:

- » öffentliche Krankenanstalten,
- » private bettenführende Krankenanstalten,
- » private Ambulatorien,
- » Ordinationen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte
(Allgemeinmediziner/innen, Fachärztinnen/-ärzte, Zahnärztinnen/-ärzte),

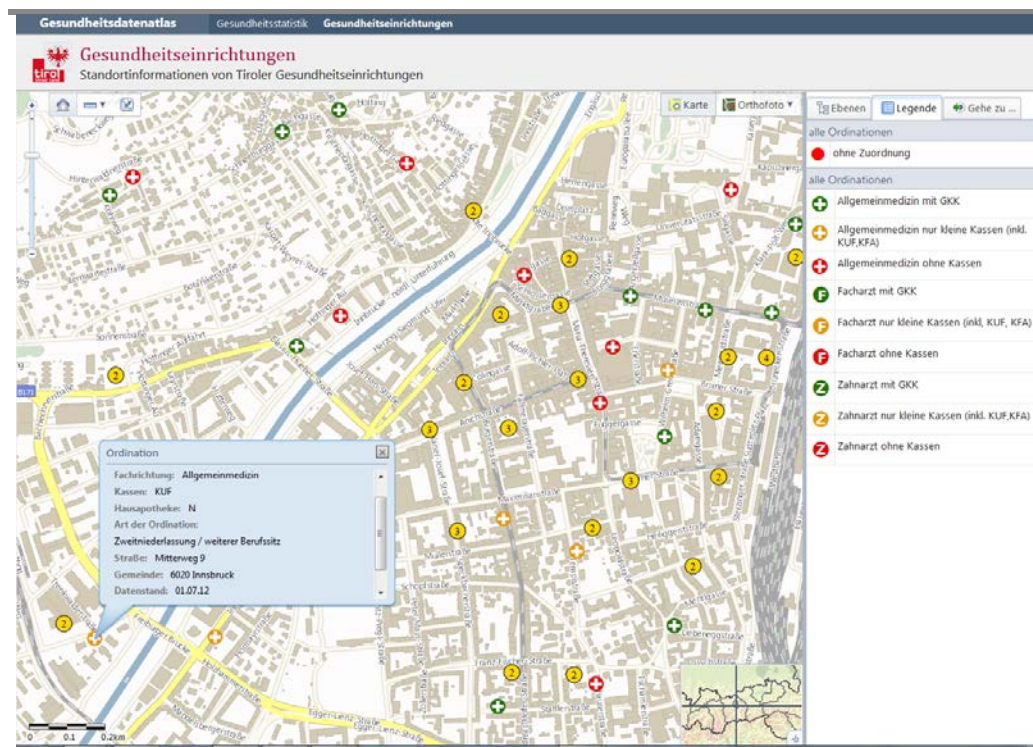
- » Apotheken (a. ö. Apotheken und Hausapotheken),
- » Alten- und Pflegeheime,
- » mobile Dienste.

Dabei stehen natürlich alle Möglichkeiten eines modernen geografischen Informationssystems zur Verfügung (zum Beispiel Zoomen in der Karte, Infoabfrage zu einzelnen Gesundheitseinrichtungen oder eine Suchfunktion).

Die Abbildungen 5.7 und 5.8 illustrieren exemplarisch einige Möglichkeiten; die Anwendung ist unter der Internetadresse www.tirol.gv.at/gesundheitsdatenatlas verfügbar und enthält in der dortigen Online-Hilfe auch eine Kurzanleitung sowie nähere Details zu den einzelnen Inhalten.

Abbildung 5.7:

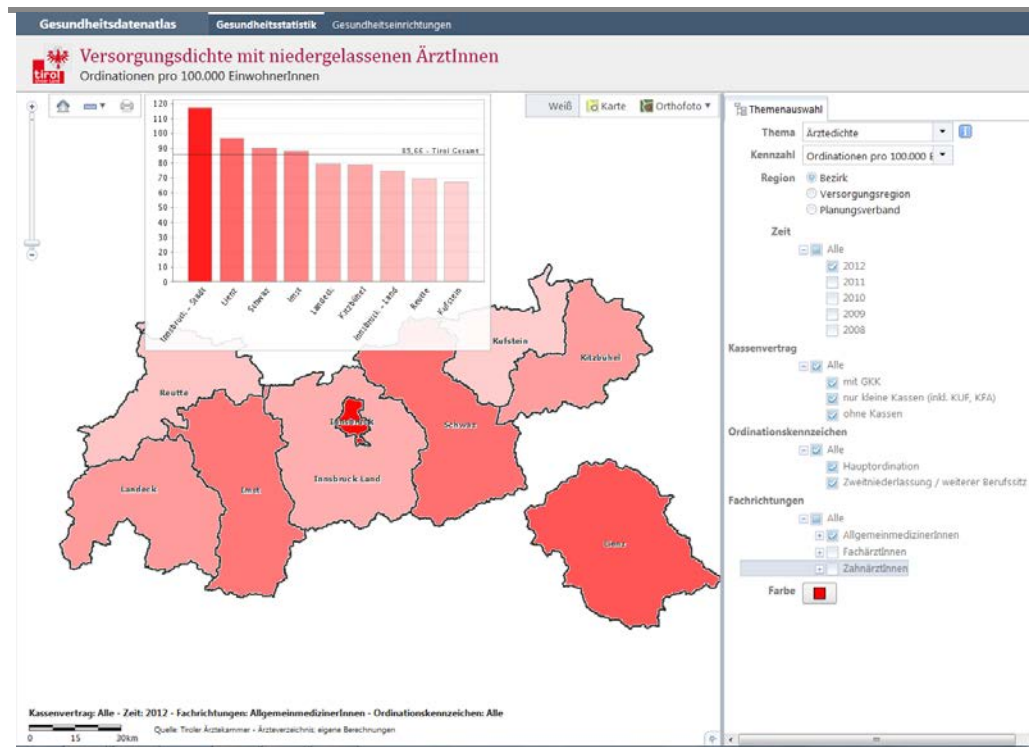
Tiroler Gesundheitsdatenatlas: Beispiel aus Modul Gesundheitseinrichtungen



Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Tiroler Gesundheitsdatenatlas (Screenshot 19. 11. 2012)

Abbildung 5.8:

Tiroler Gesundheitsdatenatlas: Beispiel aus Modul Gesundheitsstatistik



Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Tiroler Gesundheitsdatenatlas (Screenshot 19. 11. 2012)

5.7.7 Übersicht über in Tirol geführte institutionenübergreifende Register im Gesundheitsbereich

Register	führende Institution	Kurzbeschreibung
Tumorregister Tirol [www.iet.at]	Institut für klinische Epidemiologie der TILAK	Das Tumorregister Tirol hat die Aufgabe, » alle Krebsfälle in der Tiroler Bevölkerung zu dokumentieren, » durch Verbindung mit Mortalitätsdaten Überlebenszeiten und Überlebensraten zu berechnen, » in regelmäßigen Berichten die wesentlichen Daten über die Krebsinzidenz und Krebsmortalität in Tirol vorzulegen, » epidemiologische Studien und Analysen auf dem Gebiet der Onkologie durchzuführen. Das Tumorregister Tirol wurde im Jahre 1986 gegründet und begann mit dem Aufbau der Tumordokumentation in Tirol Anfang 1987. Regelmäßige Berichte werden seit dem Diagnosejahr 1988 vorgelegt. Die strategische Ausrichtung des Tumorregisters sowie die Publikation von Daten liegen im Verantwortungsbereich eines Fachbeirates. Das Tumorregister dokumentiert Tumorfälle nach international anerkannten Methoden. Lokalisation und Histologie der Tumorfälle werden codiert nach ICD-O Version 3, das TNM-Schema in der aktuellen Auflage Version 7. Neben Routineberichten über die einzelnen Diagnosejahre werden wissenschaftliche Fragestellungen zu verschiedenen Themen untersucht. Das Tumorregister Tirol ist als erstes österreichisches Register seit dem Diagnosejahr 1988 Vollmitglied der IACR, die Daten werden im Referenzwerk „Cancer Incidence in 5 Continents“ publiziert. Außerdem ist das Tumorregister Tirol Mitglied des ENCR (European Network of Cancer Registries), Partner des EUROCORE-Projekts (Ziel dabei ist eine europaweit vergleichbare Darstellung von Krebsüberlebensdaten) und des EUROPREVAL-Projekts (mit dem Ziel, Prävalenzdaten für europäische Länder zu berechnen).
Geburtenregister Österreich [www.iet.at]	Institut für klinische Epidemiologie der TILAK	Beim Geburtenregister handelt es sich um ein Qualitätsverbesserungsprojekt. Das Hauptziel des Geburtenregisters Österreich ist, einen Beitrag zur Senkung der perinatalen Mortalität und Morbidität zu leisten. Dieses Ziel wird erreicht durch Erfassung der geburtshilflichen Daten aller Krankenhausgeburten in Österreich, durch periodische Qualitätsvergleiche (jeweils eigene Abteilung versus andere Abteilungen) sowie durch internationale Vergleiche. Seit dem Jahr 2000 nehmen alle Krankenhäuser in Tirol am Geburtenregister teil, seit dem Jahr 2011 lückenlos alle geburtshilflichen Abteilungen in Österreich. Im Jahr 2010 wurde eine sogenannte strukturierte Qualitätsverbesserung eingeführt: Abteilungen, die aufgrund von definierten Qualitätsparametern als „auffällig“ eingestuft werden, müssen einer Qualitätsgruppe einen Bericht der Situation vorlegen. Das Geburtenregister wird von der OEGGG (Österreichische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie) getragen, die operative Durchführung liegt in den Händen des IET in Innsbruck. Ein Fachbeirat, in dem neben Geburtshelfern auch zwei Hebammen und ein Neonatologe vertreten sind, gibt die strategischen Ziele vor, genehmigt Auswertungen, die über Routinefragen hinausgehen, und ist verantwortlich für die Kommunikation nach außen.

Fortsetzung nächste Seite

Register	führende Institution	Kurzbeschreibung
Prothesenregister Tirol [www.iet.at]	Institut für klinische Epidemiologie der TILAK	Das Prothesenregister wurde 2003 gegründet mit dem Ziel, die Qualität der Behandlung im Bereich der Endoprothesen in Tirol zu verbessern, und zwar sowohl die Ergebnisqualität der behandelnden Abteilungen als auch die Qualität der Implantate (im Rahmen internationaler Kooperationen). Alle strategischen Entscheidungen werden vom Fachbeirat des Prothesenregisters Tirol getroffen, der auch für die Weitergabe von Daten nach außen verantwortlich ist. Seine Aufgaben sind in einem Statut geregelt, das über die Homepage des IET greifbar ist. Grundlage bei der Festlegung der Dokumentationsinhalte war einerseits, den Aufwand für die behandelnden Ärztinnen/Ärzte minimal zu halten, und andererseits, gut erprobte Erhebungsinstrumente einzusetzen. Es werden Operationsdaten für alle Erstimplantationen und alle Revisionen von Knie- und Hüftprothesen erfasst, die in den Tiroler Krankenhäusern durchgeführt werden. Informationen über die Befindlichkeit der Patientin / des Patienten werden mit dem WOMAC-Fragebogen erhoben, der standardisierte Fragen zu den Themen Schmerzen, Steifigkeit und Schwierigkeiten enthält. Die Patientinnen/Patienten beurteilen ihre Befindlichkeit vor der Operation und ein Jahr nach der Operation.
Diabetesregister Tirol [www.iet.at]	Institut für klinische Epidemiologie der TILAK	Beim Diabetesregister Tirol handelt es sich um ein Qualitätsverbesserungsprojekt, das 2006 gegründet wurde. In der ersten Phase wurden die Tiroler Krankenhäuser in das Projekt eingebunden sowie ein Fachbeirat ins Leben gerufen, der strategische Entscheidungen für das Diabetesregister vorbereitet, die Leitung des Registers in allen relevanten Fragen berät und zu allen aktuellen Fragestellungen bezüglich des Diabetesregisters Stellung nimmt. Das Diabetesregister Tirol hat als Ziel die Messung und Verbesserung der Qualität in der Betreuung von Diabetes-Patientinnen/-Patienten in Tirol. Dazu wird primär der Parameter HbA1c herangezogen. Ein weiteres Ziel des Diabetesregisters Tirol ist die Gewinnung von epidemiologischen Fakten über Diabetes-Patientinnen/-Patienten in Tirol wie Inzidenz und Prävalenz von Diabetes mellitus und Häufigkeit von diabetischen Spätkomplikationen. Die erhobenen Informationen sollen schlussendlich auch eine Abschätzung der zu erwartenden Kosten in der Behandlung des Diabetes mellitus und der Spätkomplikationen ermöglichen. Alle teilnehmenden Abteilungen dokumentieren regelmäßig die wichtigsten Parameter und erhalten daraufhin Informationen über die eigenen Qualitätsparameter, die mit denen aller anderen Abteilungen verglichen werden können, ohne den Schutz von Abteilungsdaten zu verletzen. Die teilnehmenden Abteilungen erhalten vom Diabetesregister Tirol vierteljährliche und jährliche Auswertungen für den Qualitätsvergleich, zusätzlich werden vom Diabetesregister regelmäßig Berichte ausgearbeitet.
Herzinsuffizienzregister Österreich [www.i-med.ac.at/msig/service]	Universitätsklinik für Kardiologie Innsbruck, Department für Medizinische Statistik, Informatik und Gesundheitsökonomie an der Med. Univ. Innsbruck	Das HIR Austria wurde 2006 als Aktivität der Arbeitsgruppe Herzinsuffizienz (AG-HI) der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft (ÖKG) installiert, um Daten zur Herzinsuffizienz in Österreich möglichst flächendeckend zu erfassen. In einem ersten Schritt (2006–2009) wurden Daten zur chronischen Herzinsuffizienz in einem horizontalen Netzwerk von etablierten Herzinsuffizienz-Ambulanzen (d. h. zwischen den Leistungserbringern einer Versorgungsebene) erfasst. In der derzeit laufenden zweiten Projektphase wird dieses Netzwerk auf den niedergelassenen Bereich ausgedehnt. In der dritten Projektphase ist die Einbeziehung des stationären Bereichs (d. h. Einbeziehung der akuten Herzinsuffizienz) vorgesehen, um so eine Erfassung der Erkrankung über mehrere Versorgungsebenen zu erreichen. Neben krankheitsspezifischen Daten werden demografische Daten und Informationen zu Diagnostik und Therapie registriert. Zur Beurteilung der Dynamik von Erkrankung und Therapie werden zudem Daten ein Jahr nach der Erstuntersuchung erhoben.

Fortsetzung nächste Seite

Register	führende Institution	Kurzbeschreibung
Akut-PTCA-Register Österreich [www.i-med.ac.at/msig/service]	Universitätsklinik für Kardiologie Innsbruck, Department für Medizinische Statistik, Informatik und Gesundheitsökonomie an der Med. Univ. Innsbruck	Das österreichische Akut-PTCA-Register wurde 2005 als landesweites Multizenter-Register zur Dokumentation der interventionellen Akuttherapie bei Myokardinfarkt implementiert und umfasst insgesamt über 10.000 Patienten. Von den 25 österreichischen PCI-Zentren (PCI = percutaneous coronary intervention) mit mindestens 50 Fällen pro Jahr beteiligen sich 19 Zentren. Träger des Registers ist die Österreichische Kardiologische Gesellschaft, initiiert wurde das Register von der Universitätsklinik für Kardiologie der Medizinischen Universität Innsbruck.
Parkinsonregister Österreich [www.i-med.ac.at/msig/service]	Universitätsklinik für Neurologie Innsbruck, Department für Medizinische Statistik, Informatik und Gesundheitsökonomie an der Med. Univ. Innsbruck	Das österreichische Parkinsonregister (ÖPAR) wurde 2011 als Aktivität der Österreichischen Parkinsongesellschaft gegründet, um Daten zur Parkinsonerkrankung in Österreich möglichst flächendeckend zu erfassen. Die derzeit teilnehmenden Zentren befinden sich in Wien, Innsbruck, Graz und Linz. Die Universitätsklinik für Neurologie Innsbruck und das Department für Medizinische Statistik, Informatik und Gesundheitsökonomie an der Medizinischen Universität Innsbruck koordinieren ÖPAR. Das Register dient zur Dokumentation und Analyse des Gesundheitszustandes von Parkinsonpatienten in ganz Österreich. Neben krankheitsspezifischen klinischen Daten werden demografische und sozioökonomische Daten sowie Informationen zu Diagnostik und Therapie registriert. Zur Beurteilung der Dynamik von Erkrankung und Therapie werden zudem Folgeuntersuchungen in regelmäßigen Zeitabschnitten von mindestens einem Jahr durchgeführt.
Invasive Interventionelle Kardiologie Österreich [www.i-med.ac.at/msig/service]	Universitätsklinik für Kardiologie Innsbruck, Department für Medizinische Statistik, Informatik und Gesundheitsökonomie an der Med. Univ. Innsbruck	Die invasive und interventionelle Kardiologie beschäftigt sich vor allem mit Herzkatheteruntersuchungen, Blutdruckmessungen, Gefäßdarstellungen und modernen Therapieformen durch Ballontechnik, Stentimplantation und ähnlichem. Das Register vernetzt die 36 Herzkatheterzentren für Erwachsene innerhalb Österreichs. Der Schwerpunkt liegt unter anderem in der Erstellung eines Datensicherungsprogrammes, das Qualitätsmanagement zur Verbesserung der risikoadjustierten Ergebnisqualität für die einzelne Patientin / den einzelnen Patienten kosteneffektiv ermöglicht.

Anmerkung: Hier nicht angeführt sind national geführte Register, in die auch Tiroler Daten einfließen (wie z. B. Todesursachenstatistik der Statistik Austria, Stroke-Unit-Register der GÖG), sowie Routinedokumentationen und deren Erweiterungen (z. B. Schlaganfallprojekt des TGF als erweiterte Dokumentation im LKF-Bereich).

Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung; Darstellung: GÖ FP

Literatur

Amt der Tiroler Landesregierung (2008): Tiroler Gesundheitsbericht 2007. Innsbruck

Breslow, N. E.; Day, N. E. (1980): Statistical Methods in Cancer Research. Volume I – The Analysis of Case–Control studies. IARC Sci. Publ. No 32

Breslow, N. E.; Day, N. E. (1987): Statistical Methods in Cancer Research. Volume II – The Design and Analysis of Cohort Studies. IARC Sci. Publ. No 82

Cole, T. J.; Bellizzi, M. C.; et al. (2000): Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. In: British Medical Journal 320, 1240–1243

Dickman, P.; Coviello, E.; Hills, M. (2012): Estimating and modelling relative survival. Programmversion 1.3.7 (29. 11. 2012)

ECO. European Cancer Observatory, Observatoire Européen du Cancer. International Agency for Research on Cancer, Lyon, 2009 (<http://eu-cancer.iarc.fr>, last accessed on: 30/08/2011). 2011.

Jensen, O. M., et al. (Hg.) (1991): Cancer Registration. Principles and Methods. IARC Scientific Publications No. 95

Joinpoint Regression Program, Version 3.4.3 (April 2010); Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute (NCI)

Klimont, J.; Kytir, J.; et al. (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend und Statistik Austria. Wien

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

Oberaigner, W., et al. (2011b): Prostate–specific antigen testing in Tyrol, Austria: prostate cancer mortality reduction was supported by an update with mortality data up to 2008. Int. J. Public Health. 2012 Feb;57 (1), 57–62; Epub 2011 Jun 17

Oberaigner, W.; Buchberger, W.; Frede, T.; Knapp, R.; Marth, C.; Siebert, U. (2010): Breast cancer incidence and mortality in Tyrol/Austria after fifteen years of opportunistic mammography screening. BMC Public Health

Oberaigner, W.; Mühlböck, H.; Harrasser, L. (2011a): Tumorregister Tirol. Bericht für das Diagnosejahr 2009. Innsbruck: IET-Bericht. Institut für klinische Epidemiologie der TILAK GmbH

Ramelow, D.; Griebler, R.; et al. (2011): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

Rothmann, K. J.; Greenland, S. (1998): Modern Epidemiology. Second Edition. Lippincott-Raven

SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results) Program 2011
(www.seer.cancer.gov) SEER*Stat Database: Incidence – SEER 18 Regs Research Data + Hurricane Katrina Impacted Louisiana Cases, Nov 2011 Sub (1973–2009 varying) – Linked To County Attributes – Total U.S., 1969–2010 Counties, National Cancer Institute, DCCPS, Surveillance Research Program, Surveillance Systems Branch, released April 2012, based on the November 2011 submission

Statistik Austria (2008): Arbeitskräfteerhebung 2007. Ergebnisse des Mikrozensus. Wien

Statistik Austria (2012): Arbeitskräfteerhebung 2011. Ergebnisse des Mikrozensus. Wien

Winkler, P.; Pochobradsky, E.; Wirl, C. (2012): Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich. Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) und Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

Anhang

Begriffsbestimmungen und Methoden

Datenquellen

Tabellenanhang

Begriffsbestimmungen und Methoden

§-2-Kassenärzte: jene Ärzte, die im Rahmen der sogenannten ärztlichen Gesamtverträge – §-2-Verträge – in einem Vertragsverhältnis mit der Tiroler Gebietskrankenkasse und/oder den örtlichen Betriebskrankenkassen stehen. Die Berechnungen beinhalten weiters die Zahlen der Sozialversicherungsanstalt der Bauern, da diese ebenfalls über die TGKK abgerechnet werden – formal handelt es sich dabei jedoch um keine §-2-Kassenärzte.

Ambulante Frequenzen: Anzahl der Besuche einer nicht bettenführenden Hauptkostenstelle durch ambulante Patienten pro Kalenderjahr.

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

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

Endkosten der Fondskrankenanstalten: Gemäß § 2 der „Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten“ sind Kosten als der bewertete Verbrauch (Verzehr) von Wirtschaftsgütern materieller und immaterieller Art zur Erstellung von betrieblichen Leistungen und Gütern (Werteinsatz für Leistungen) aufzufassen. 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.

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

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

Krankenhaushäufigkeit: 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. Die Berechnungen beinhalten die Aufnahmen sowohl der Fondkrankenhäuser als auch der Nicht-Fondkrankenhäuser.

Krankenhauspatienten: stationär versorgte Personen (exkl. Mehrfachaufnahmen). In der österreichischen Spitalsentlassungsstatistik sind Patienten nicht identifizierbar, dokumentiert werden nur Entlassungen. Die Schätzung der Patientenzahl erfolgt unter der Annahme, dass es sich bei Aufgehalten, bei denen sowohl die dokumentierte Wohnpostleitzahl als auch Staatsbürgerschaft, Geschlecht und Geburtsdatum (Tag-Monat-Jahr) identisch sind, um eine im Betrachtungszeitraum mehrmals in stationäre Behandlung aufgenommene Person (einen Patienten / eine Patientin) handelt. Unschärfen ergeben sich bei der Schätzung etwa durch die Existenz von Personen mit gleichem Geschlecht, gleichem Geburtsdatum und gleicher Postleitzahl des Wohnorts (Unterschätzung der Patientenzahl) oder durch den Wohnsitzwechsel von Personen mit Änderung auch der Wohnpostleitzahl oder der Änderung der Wohnpostleitzahl ohne Änderung der Wohnortgemeinde (Überschätzung der Patientenzahl).

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

Lebenserwartung: erwartbare Lebensjahre ab der Geburt oder ab einem bestimmten Alter; ermittelt durch Umlegung der Sterbewahrscheinlichkeiten für jede Altersgruppe und beide Geschlechter im Beobachtungszeitraum (dargestellt in „Sterbetafeln“) auf die jeweilige Wohnbevölkerung; Die im vorliegenden Bericht enthaltenen Indikatoren zur Lebenserwartung können geringfügige Unterschiede zu den von der Statistik Austria

publizierten Werten aufweisen, da bei der Ermittlung der „Sterbetafel“ unterschiedliche Altersgruppen verwendet wurden.

Mehrfachaufnahme: Patient/in, der/die innerhalb eines Jahres mehr als einmal in einer österreichischen Krankenanstalt (unabhängig davon, ob diese mit der erstversorgenden KA ident ist oder nicht) stationär aufgenommen wurde (definiert über Gleichheit von Geburtsdatum, Geschlecht, Wohnpostleitzahl).

Mehrjahreserfassungsraten: Zahl der Impfungen an Kindern eines bestimmten Geburtenjahrgangs bis zu einem definierten Impf-Stichtag (wobei der Stichtag für alle Geburtenjahrgänge derselbe ist – in diesem Bericht der 31. 12. 2011) in Relation zur Anzahl der Geburten des jeweiligen Jahrgangs.

Migrationshintergrund: Im Bericht sind unterschiedliche Definitionen des Migrationshintergrunds verwendet. Begründet liegt dies in der Datenverfügbarkeit. Folgende Definitionen wurden verwendet:

1. Als Personen mit Migrationshintergrund werden Menschen bezeichnet, deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden. Diese Gruppe lässt sich in weiterer Folge untergliedern in Migrantinnen und Migranten der ersten Generation (Personen, die selbst im Ausland geboren wurden) und in Zuwanderer der zweiten Generation (Kinder von zugewanderten Personen, die aber selbst im Inland zur Welt gekommen sind) (Kapitel 2; Soziodemografische Faktoren).
2. Migrant ist eine Person, welche selbst oder von welchem mindestens ein Elternteil im Ausland geboren wurde (Kapitel 4.2; Zahngesundheit)
3. Migrant ist eine Person, welche nicht in Österreich geboren wurde (sämtliche Auswertungen basierend auf Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007).

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

Niedergelassene Ärzte: jene Ärzte, die bei der Standesmeldung der Österreichischen Ärztekammer unter der Überschrift „Ärzte mit Ordination“ subsumiert werden.

Personalkosten der Fondskrankenanstalten: Personalkosten sind gemäß § 17 (1) der „Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten“ Kosten für Dienstnehmer,

für die Lohnkosten im Sinne des § 76 des Einkommensteuergesetzes 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.

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

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

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

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

Sekundärprävention: Maßnahmen zur Früherkennung von Risiken bzw. von bereits bestehenden Erkrankungen; hierunter fallen vorwiegend Vorsorgeuntersuchungen, die von

schulärztlichen Untersuchungen über Gesundenuntersuchungen bis hin zu ganz speziellen Untersuchungen (z. B. humangenetische Untersuchungen von Schwangeren) reichen.

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

Signifikanztest: Der hier verwendete Signifikanztest berücksichtigt die unterschiedlichen Größenordnungen der Grundgesamtheiten (politischer Bezirk, NUTS-III-Regionen, Bundesländer) („Prüfprinzip nach Neyman-Pearson“). Dabei wird der Test auf Abweichung – etwa einer Morbiditäts- oder Sterblichkeitsrate – vom Durchschnitt einer übergeordneten Gebietseinheit (zumeist Landes- oder Bundesdurchschnitt) durchgeführt durch Ermittlung einer Prüfgröße z nach der Berechnungsvorschrift

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

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

(vgl. Kojima 1970). Im Gegensatz zu „einfachen“ Signifikanztests wird bei diesem Test auch die Anzahl der der jeweiligen Rate zugrunde 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 % – gering signifikant“, „95 % – signifikant“, „99 % – hoch signifikant“ sowie „99,9 % – höchst signifikant“.

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; bei Datenquelle „Krankenanstalten-Kostenstellen-statistik“ inkl. krankenanstalteninterne Transferierungen, bei Datenquelle „Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten“ exkl. krankenanstalteninterne Transferierungen).

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 der Statistik Austria publizierten Werten aufweisen, da bei der Ermittlung der „standardisierten Sterblichkeit“ unterschiedliche Altersgruppen verwendet wurden.

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

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.

Tumorregister – Kennzahlen

Die verwendeten Maßzahlen sind Standardmethoden der Epidemiologie und in diversen Fachbüchern beschrieben (Jensen et al. 1991, Breslow & Day 1980, Breslow & Day 1987, Rothman & Greenland 1998). Eine ausführliche Beschreibung findet man auch in den aktuellen Jahresberichten des Tumorregisters (z. B. Oberaigner et al. 2011a). Das mittlere Erkrankungs- bzw. Sterbealter wurde mit dem Median berechnet.

Altersstandardisierte Raten (abgekürzt mit SDR) wurden mit dem SEGI-Standard berechnet. **Relative Fünfjahresüberlebensraten** errechnen sich aus dem Verhältnis zwischen beobachtetem Überleben in einer Diagnosegruppe und erwartetem Überleben in der Tiroler Bevölkerung. Sie geben also für eine Tumorentität die Abweichung vom Überleben in der „Normalbevölkerung“ wieder und beschreiben damit die Auswirkung dieser Diagnose auf das Überleben. Das Fünfjahresüberleben kann wegen der Beobachtungsdauer von fünf Jahren nur für Diagnosejahre bis 2006 berechnet werden.

Für die Beurteilung der **Zeittrends** wurde eine Joinpoint-Regression angewandt, die unter anderem eine durchschnittliche jährliche Änderung berechnet (in den Abbildungen bezeichnet mit AAPC), dabei wurde ein Programm der NCI angewandt (Joinpoint-Regression 2010). Alle AAPC-Angaben beziehen sich auf den Zeitraum der letzten zehn Jahre. Alle Berechnungen wurden mit dem Programmsystem STATA (Version 11) durchgeführt. Für die Berechnung der relativen Überlebensraten wurde das Programm strs von Paul Dickman eingesetzt (Dickman et al. 2012).

Statistische Tests wurden auf dem Alpha-Wert 5 % durchgeführt bzw. wurden 95 %-Konfidenzintervalle berechnet.

Generell beziehen sich die hier präsentierten Zahlen auf die letzten fünf Jahren, für die vollständige und überprüfte Inzidenzraten für Tirol vorliegen, dies ist der Zeitraum von 2006 bis 2010. Das Tumorregister Tirol wurde 1988 gegründet und hat Daten ab diesem Zeitraum zur Verfügung. Mortalitätsdaten für Tirol existieren in gleich bleibender Qualität seit einigen Jahrzehnten, daher ist in den Grafiken über die zeitliche Entwicklung die Mortalität für die letzten 40 Jahre dargestellt.

Für den EU-Vergleich wurden die Tiroler Daten 2006 bis 2010 verglichen mit den EU-Daten der ECO-Datenbasis 2008 (ECO 2011).

Wir haben hier nur die häufigsten Krebsentitäten dargestellt, ausführlichere Informationen findet man in den Jahresberichten des Tumorregisters Tirol; siehe z. B. Oberaigner et al. 2011a bzw. www.iet.at.

In der Gruppe „Alle Karzinome außer NMSC“ sind alle bösartigen Karzinome einschließlich der Melanome zusammengefasst mit Ausnahme der Basaliome und der Plattenepithelkarzinome der Haut. Bei vielen internationalen Vergleichen wird der sogenannte Nicht-Melanom-Hautkrebs (Non Melanoma Skin Cancer) nicht aufgenommen, da es große Unterschiede in der Vollständigkeit der Erfassung hauptsächlich der Basaliome gibt.

Versorgungsregion: Österreich ist entsprechend dem ÖSG in 32 Versorgungsregionen und vier Versorgungszonen unterteilt.

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

Datenquellen

Die für den vorliegenden Bericht herangezogenen Daten und Auswertungen beziehen sich grundsätzlich auf den Zeitraum 2002 bis 2011 (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, soweit 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 Datenbereitsteller, Inhalt, Bezugszeitraum (Zeitraum, für den die Daten verfügbar sind), höchster sinnvoller räumlicher Auflösung, Validität und Verwendungszweck wie folgt stichwortartig beschrieben werden können:

- » **Amt der Tiroler Landesregierung – Landessanitätsdirektion, Impfstatistik Tirol:** In der Impfstatistik werden seit dem Jahr 2000 jene Daten erfasst, die bei der Impfung eines Säuglings, Kleinkindes oder Schulkindes im Rahmen der „Impfkation Tirol“ von der impfenden Stelle (niedergelassene Ärzte, Bezirkshauptmannschaften, Gesundheitsamt der Stadt Innsbruck) erhoben werden. Seit dem letzten Gesundheitsbericht wurden einige Verbesserungen im Bereich der Datenqualität bereits umgesetzt, sodass die Validität der Daten als gut einzuschätzen und insgesamt von einer nur leichten Unterschätzung der tatsächlichen Durchimpfungsraten auszugehen ist. So ist beispielsweise nur bei 0,4 Prozent der Impfungen eine Regionszuordnung aufgrund fehlender oder ungültiger Postleitzahlen nicht möglich. Teilweise wurden durchgeführte Impfungen den entsprechenden Teilimpfungen nicht korrekt zugeordnet (Codierung von späteren Auffrischungsimpfungen mit einem anderen Impfstoff als „1. Auffrischungsimpfung“). Bei der Interpretation ist insbesondere zu beachten, dass Impfungen, die erst nach einem bestimmten Stichtag (hier: 31.12. 2011) erfolgten, in den Mehrjahres-Erfassungsraten noch nicht eingerechnet sind.
- » **BMG / LBI HPR (Bundesministerium für Gesundheit / Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research), Health Behavior in School-aged Children:** Die HBSC-Studie (www.hbsc.org) repräsentiert die größte europäische Kinder- und Jugendgesundheitsstudie und zählt sowohl in Österreich als auch in Europa zu den wichtigsten Informationsquellen hinsichtlich Gesundheitszustand sowie Gesund-

heits- und Risikoverhalten von Schuljugendlichen. 1982 konzipiert und 1983/84 erstmals durchgeführt, wird sie seit 1986 im Vierjahresrhythmus umgesetzt. Die Studie basiert auf einem Selbstausfüller-Fragebogen sowie auf einer Zufallsstichprobe österreichischer Schulklassen der 5., 7., 9. und 11. Schulstufe (davon ausgenommen: Schulklassen sonder- und heilpädagogischer Einrichtungen), quotiert nach Alter, Geschlecht, Schultyp und Bundesland. Sie kann in Bezug auf diese Kriterien als repräsentativ eingestuft werden. Die HBSC-Studie wird in Österreich vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragt und finanziert und in ihrer Umsetzung vom Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (BMUKK) unterstützt. 2010 wurde die HBSC-Studie vom Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderungsforschung durchgeführt (Erhebungszeitraum: Mai/Juni 2010). Österreichweit nahmen an der Befragung 6.493 Schüler/innen im Alter von 11, 13, 15 und 17 Jahren teil. Die Rücklaufquote lag für die einzelnen Altersgruppen zwischen 61 und 69 Prozent.

- » BMG (Bundesministerium für Gesundheit), Diagnosen- und Leistungsdokumentation: Die Diagnosen- und Leistungsdokumentation enthält Daten stationärer Aufenthalte nach Alter, Geschlecht, Wohnort, Haupt- bzw. Nebendiagnosen sowie medizinischen Einzelleistungen und ist ab 1992 verfügbar. Sie bildet die Grundlage für die Berechnung der Krankenhausmorbidity. Da die Daten primär zu Abrechnungszwecken erhoben werden, sind diese sehr vollständig, jedoch für epidemiologische Auswertungen nur bedingt verwendbar. So kommt es z. B. zu Verzerrungen wie hoher Krankenhausmorbidity in Regionen mit hoher Bettendichte oder durch bestimmte Anreize des Krankenhausfinanzierungs-Systems.
- » BMG (Bundesministerium für Gesundheit), Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik: Die Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik enthält Informationen pro Kostenstelle des stationären Bereichs, der Spitalsambulanzen und Nebenkostenstellen (Wäscherei etc.). Die Informationen beziehen sich u. a. auf Personalstand (VZÄ), Kosten (Personal, Sekundärkosten), Aufenthalte, Belagstage und ambulante Frequenzen.
- » KfV (Kuratorium für Verkehrssicherheit), Verkehrsunfallstatistik: Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden mit zusätzlichem Vermerk betreffend Alkoholbeeinflussung der beteiligten Personen; Validität hoch; Grundlage für die Ermittlung der Häufigkeit von Straßenverkehrsunfällen mit Personenschaden.
- » ÖAK (Österreichische Ärztekammer), Ärzteliste: Die von der Österreichischen Ärztekammer geführte Ärzteliste basiert auf Daten der Ärztekammern der Bundesländer. Sie enthält zu jedem Arzt und zu jeder Ärztin unter anderem Informa-

tionen zu Personenkenntung (IVNR), Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Titeln, Haupt- und Nebenfach, Standortgemeinde des Arbeitsplatzes (Ordination, Zweitordination, Dienstgeber, Wohnsitz im Fall von Wohnsitzärzten) und im Fall von niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen zu Krankenkassenvertragsverhältnissen.

Niedergelassene Ärzte: Datengrundlage bei der Österreichischen Ärztekammer ist die Standesmeldung für „Ärzte mit Ordination“. Laut Ärztekammer handelt es sich hierbei um Personenzählung von aktiven Mitgliedern. Beim angeführten Erstellungsdatum per 2. 1. 2012 handelt es sich um das Abfragedatum aus der zu dem jeweiligen Zeitpunkt vorliegenden Präsenzdatenbank. Abweichungen zu tagaktuellen Standesmeldungen in den Ärztekammern der einzelnen Bundesländer sind daher möglich. In der Tabelle der Standesmeldung der österreichischen Ärztekammer mit der Überschrift „Ärzte mit Ordination – Übersicht über alle Ärzte“ gibt es grundsätzlich keine Doppelzählungen, es sei denn, ein Arzt praktiziert gleichzeitig in zwei Bundesländern. Bei der Übersicht „Ärzte mit Ordination – Übersicht nach Personen“ kommt es zu Mehrerfassungen, da bei den Fachärzten auch Allgemeinmediziner mit Fach enthalten sind. Die Summe der Fachärzte nach Personen ist daher leicht höher (2,2 %) als der in der Übersicht über alle Ärzte angeführte Wert. Für den Tiroler Gesundheitsbericht und im Speziellen für den Abschnitt „ambulante Versorgung“ und den darauf zugrunde gelegten Tabellenanhang „Vorhaltung und Frequentierung von Kapazitäten sowie Kosten im spital-ambulant und niedergelassenen §-2-Kassenbereich“ bedeutet dies Folgendes: Jeder Arzt wird in der Tabelle bei den Fachrichtungen nur einmal erfasst, es sei denn, es handelt sich um einen Allgemeinmediziner mit Fach. Dann wird dieser sowohl bei den Allgemeinmediziner als Person gezählt als auch bei der jeweiligen Fachrichtung. In diesem Fall kommt es zu einer Doppelzählung. Datengrundlage bei der Österreichischen Zahnärztekammer ist die Standesmeldung der Mitglieder per 2. 1. 2012. Auch hierbei handelt es sich um Personenzählungen mit Hauptordination. Die Validität der Daten wird insgesamt als hoch eingestuft.

§-2-Kassenärzte: Datengrundlage bei der Österreichischen Ärztekammer ist wiederum die Standesmeldung, allerdings die Meldung „Alle §-2-Kassenärzte“. In dieser Standesmeldung sind alle Allgemeinmediziner/Fachärzte enthalten, die über einen Einzelvertrag mit dem Versicherungsträger einer Gebietskrankenkasse, einer örtlichen Betriebskasse oder auch mit der Sozialversicherung der Bauern haben, sofern diese über die GKK abgerechnet werden. Nicht enthalten sind Ärzte, die ausschließlich über einen Einzelvertrag mit folgenden Versicherungsträgern verfügen: KFA (Krankenfürsorgeanstalten), BVA, SVA, OEBH, KUF und VAEB. Die unter den niedergelassenen Ärzten angeführten Doppelzählungen gelten auch

für den Bereich der §-2-Kassenärzte. Die Daten der §-2-Kassenärzte bei den Zahnärzten und Dentisten basieren auf einer separaten Auswertung der Zahnärztekammer zum Stand 2. 1. 2012. Auch bei dieser Auswertung werden unter dem Begriff §-2-Kassenarzt nur jene Ärzte subsumiert, die über einen Einzelvertrag mit dem Versicherungsträger einer Gebietskrankenkasse, einer örtlichen Betriebskasse oder mit der Sozialversicherung der Bauern, sofern diese über die GKK abgerechnet werden, verfügen. Die Validität der Daten wird insgesamt als hoch eingestuft.

- » Statistik Austria, Krebsstatistik: Die Krebsstatistik enthält die Zahl der Krebsneuerkrankungen nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Tumorlokalisation. Validität und Vollständigkeit sind regional und zeitlich unterschiedlich, weshalb insgesamt von einer eingeschränkten Verlässlichkeit auszugehen ist. Sie ist Grundlage für die Berechnung der Krebsinzidenz. Die Zeitreihe ist ab 1983 verfügbar und wird jährlich revidiert; Revisionsstand Oktober 2012.
- » Statistik Austria, Mikrozensususerhebungen: Seit dem Jahr 1968 führt die Statistik Austria den Mikrozensus, eine Stichprobenerhebung in privaten Haushalten, durch. Neben der jährlichen Erhebung gleicher Merkmale (Grundprogramm; gesetzliche Auskunftspflicht) betreffend Bevölkerungs-, Haushalts- und Wohnungsstruktur und zu Erwerbstätigkeit werden in Sonderprogrammen bestimmte Themen der Bevölkerungs- und Sozialstatistik untersucht, die in der amtlichen Statistik sonst nicht abgedeckt sind (keine gesetzliche Auskunftspflicht).
- » Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: Die Gesundheitsbefragung wurde im Zeitraum März 2006 bis Februar 2007 bei rund 15.500 in Österreich wohnhaften Personen durchgeführt. Die europaweit im Rahmen von EHIS (European Health Interview Survey) abgestimmte Erhebung enthält Fragen zu Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen und zu sozioökonomischen Merkmalen. Sie bietet Repräsentativität auf Ebene der Versorgungsregionen. Zu beachten ist, dass es sich um Selbstauskünfte der Befragten handelt und die Befragung einer Teilnahmepflicht unterlag. Im vorliegenden Bericht wurde der gewichtete imputierte Datensatz verwendet. Die Ausschöpfungsquote liegt österreichweit bei 61,6 Prozent; in Tirol bei 64,8 Prozent. Die ungewichtete Stichprobengröße des imputierten Datensatzes teilt sich entsprechend der in den Tabellen standardmäßig verwendeten Stratifizierung wie folgt auf:

Tirol	Nettostichprobe	Österreich	Nettostichprobe
15–44 Jahre	940	15–44 Jahre	7.090
45–64 Jahre	624	45–64 Jahre	4.820
65–84 Jahre	393	65–84 Jahre	3.232
85 Jahre und älter	36	85 Jahre und älter	332
männlich	914	männlich	7.005
weiblich	1.079	weiblich	8.469
ohne Migrationshintergrund	1.774	ohne Migrationshintergrund	13.831
mit Migrationshintergrund	219	mit Migrationshintergrund	1.643
Tirol-Zentralraum	525	Burgenland	1.036
Tirol-West	531	Kärnten	947
Tirol-Nordost	540	Niederösterreich	2.505
Osttirol	397	Oberösterreich	2.956
		Salzburg	894
		Steiermark	2.815
		Tirol	1.993
		Vorarlberg	865
		Wien	1.463
		Österreich	15.474

Da der Auswertung die Daten eine geschichteten Zufallsstichprobe zugrunde liegen, sind die ausgewiesenen Ergebnisse (absolute Häufigkeiten, relative Anteile und Mittelwerte) mit einem Stichprobenfehler behaftet. Dieser kann näherungsweise mit nachstehenden Formeln ermittelt werden, wobei die Platzhalter a und b statistisch errechnete Korrekturfaktoren für den Designeffekt darstellen. Für Tirol betragen die Werte a und b –0,00027 und 364,896.

relativer Standardfehler für hochgerechnete Personenzahlen: $\varepsilon_X = \sqrt{a + \frac{bX}{a}}$

ε_X = Standardfehler für X

X = eine auf die Grundgesamtheit hochgerechnete Personenzahl

Radius des Konfidenzinterfalls (KI) mit 95 prozentiger statistischer Sicherheit:

$$95\%KI = X * 1,96 \sqrt{a + \frac{b}{X}}$$

X = eine auf die Grundgesamtheit hochgerechnete Zahl

relativer Standardfehler eines Anteils P (X von Y): $\varepsilon_P = \sqrt{a + \frac{b}{X} - (a + \frac{b}{Y})}$

ε_P = Standardfehler für P

P = Anteilwert (X von Y)

X = eine auf die Grundgesamtheit hochgerechnete Personenzahl

Y = Grundgesamtheit

Radius des Konfidenzinterfalls für den Anteil P mit 95 prozentiger statistischer Sicherheit:

$$95\%KI = P * 1,96 \sqrt{a + \frac{b}{x} - (a + \frac{b}{y})}$$

P = Anteilwert (X von Y)

X = eine auf die Grundgesamtheit hochgerechnete Personenzahl

Y = Grundgesamtheit

Auf eine explizite Darstellung der Standardfehler und Konfidenzintervalle wurde im Bericht zugunsten der Lesbarkeit verzichtet.

- » Statistik Austria, Todesursachenstatistik: Die jährlich ab 1991 verfügbare Todesursachenstatistik enthält die Anzahl der Verstorbenen nach Alter, Geschlecht, Wohngemeinde, Todesursache und (ab 2004) die Art der Obduktion. In der Statistik wird das Grundleiden (die im Totenschein angeführte zugrunde liegende Todesursache) erfasst. Die Validität ist hoch, jedoch mit zunehmender Differenzierung nach Todesursachen und Regionen abnehmend. Sie ist auch Grundlage für die Berechnung von Mortalität und Lebenserwartung.
- » Statistik Austria, Volkszählung: Wohnbevölkerung nach Gemeinden, Altersgruppen, Geschlecht und Staatsangehörigkeit (In-/Ausland); bis 2001 in 10-Jahres-Intervallen als Vollerhebung; danach ersetzt durch Registerzählung (vgl. „Statistik des Bevölkerungsstandes“); Bevölkerungszahlen zwischen den Volkszählungsjahren sind interpolierte Werte.
- » Tumorregister Tirol: Die Inzidenzdaten für die Bevölkerung des Bundeslandes Tirol werden vom Tumorregister Tirol gesammelt, dokumentiert und ausgewertet (Oberaigner 2011a). Die hier vorgelegten Daten werden in der von der IARC herausgegebenen Zusammenfassung aller Krebsregister mit einer guten Datenqualität „Cancer Incidence in 5 Continents“ publiziert und im Rahmen des Publikationsvorganges genauestens überprüft. Die gute Qualität der Inzidenzraten wurde in diesem Jahr auch durch die Zuerkennung des Qualitätsstandard in Gold der NAACCR bestätigt. Die Todesdaten stammen aus der offiziellen Mortalitätsstatistik Österreichs. Die Daten wurden dankenswerterweise von der Statistik Austria zur Verfügung gestellt. Für die Vergleiche der Tiroler altersstandardisierten Raten mit den EU-Ländern wurden die Daten der EU-Länder der Website ECO/OEC (ECO 2011) entnommen und verglichen mit den Tiroler Daten der Jahre 2006–2010. Da für die europäischen Länder keine aktuellen Überlebensraten publiziert sind, werden die relativen Überlebensraten von Tirol mit Daten aus den USA verglichen und der SEER-Datenbank entnommen bzw. mit dem von der SEER zur Verfügung gestellten Programmen und Daten berechnet (SEER 2011). Die SEER-Register umfassen 18 Krebsregister in den USA mit einer Bevölkerung von ca. 20 Millionen.

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

Tabellenanhang

Tabelle 2.1:	Bevölkerungsstruktur 2011 (absolut)
Tabelle 2.2:	Bevölkerungsstruktur 2011 (in Prozent)
Tabelle 2.3:	Bevölkerungsentwicklung 2006 bis 2011
Tabelle 2.4:	Bevölkerungsstruktur 2020 (in Prozent)
Tabelle 2.5:	Bevölkerungsentwicklung 2011 bis 2020 (Prognose)
Tabelle 2.6:	Erwerbspersonen nach höchster abgeschlossener Ausbildung und Geschlecht 2010
Tabelle 2.7:	Bevölkerung mit Migrationshintergrund
Tabelle 2.8:	Regionalwirtschaftliche Situation 2009/2011
Tabelle 3.1:	Lebenserwartung bei der Geburt 1990 bis 2011
Tabelle 3.2:	Fernere Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren 1990 bis 2011
Tabelle 3.3:	Lebenserwartung bei der Geburt und im Alter von 65 Jahren sowie Lebenserwartung in guter bzw. schlechter Gesundheit 2006/07
Tabelle 3.4:	Sterblichkeit nach Haupttodesursachen 2007–2011
Tabelle 3.5:	Sterblichkeit der unter 75-Jährigen nach Haupttodesursachen 2007–2011
Tabelle 3.6:	Sterblichkeit der unter 65-Jährigen nach Haupttodesursachen 2007–2011
Tabelle 3.7:	Säuglingssterblichkeit 1980–2011
Tabelle 3.8:	Neonatale Sterblichkeit 1980–2011
Tabelle 3.9:	Body-Mass-Index 2006/2007
Tabelle 3.10:	Personen, bei denen in den letzten 12 Monaten von Vertretern/ Vertreterinnen eines Gesundheitsberufs ein erhöhter Blutdruck / ein erhöhter Cholesterinwert gemessen wurde (2006/2007)

Tabelle 3.11:	Krankenhausmorbidity nach Hauptdiagnosen-Gruppen 2011
Tabelle 3.12:	Ausgewählte chronische Krankheiten 2006/2007 (absolut; Lebenszeitprävalenz)
Tabelle 3.13:	Personen über 64 Jahren mit physischen Einschränkungen (2006/2007)
Tabelle 3.14:	Personen über 64 Jahren mit Problemen oder Unsicherheiten bei Aktivitäten des täglichen Lebens (2006/2007)
Tabelle 3.15:	Personen über 64 Jahren mit Problemen oder Unsicherheiten bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (2006/2007)
Tabelle 3.16:	Pflegegeldbezieher/innen 2005 und 2012 nach Pflegegeldstufen
Tabelle 3.17:	Pflegegeldbezieher/innen 2005 und 2012 nach Pflegegeldstufen, Anzahl der Pflegegeldbezieher/innen je 1.000 Einwohner/innen
Tabelle 3.18:	Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand 2006/2007
Tabelle 3.19:	Selbsteingeschätzte Lebensqualität 2006/2007
Tabelle 4.1:	Essgewohnheiten 2006/2007
Tabelle 4.2:	Trinkgewohnheiten 2006/2007
Tabelle 4.3:	Körperliche Betätigung in der Freizeit 2006/2007
Tabelle 4.4:	Tabakkonsum 2006/2007
Tabelle 4.5:	Alkoholkonsum 2006/2007
Tabelle 4.6:	Vorsorgeuntersuchung – Anzahl der untersuchten Personen 2002–2011
Tabelle 4.7:	Vorsorgeuntersuchung – Anteil der untersuchten Personen an der über 19-jährigen Bevölkerung 2002–2011
Tabelle 4.8:	Masern–Mumps–Röteln–Impfungen Tiroler Kinder, Geburtenjahrgänge 2000–2009
Tabelle 4.9:	Polio–Impfungen Tiroler Kinder, Geburtenjahrgänge 2000–2009

Tabelle 4.10:	Masern-Mumps-Röteln –Durchimpfungsraten in Prozent nach Bezirken und Geburtenjahrgängen (2000–2009)
Tabelle 4.11:	Polio-Durchimpfungsraten in Prozent nach Bezirken und Geburtenjahrgängen (2000–2009)
Tabelle 5.1:	Stationäre Akutversorgung in Fondskrankenanstalten – Ausstattung, Inanspruchnahme und Kosten 2011
Tabelle 5.2:	Endkosten der Fonds-Krankenanstalten 2006–2011
Tabelle 5.3:	Personalkosten der Fonds-Krankenanstalten 2006–2011
Tabelle 5.4:	Rehabilitationseinrichtungen sowie Inanspruchnahme nach Indikationsgruppen 2010
Tabelle 5.5:	Vorhaltung und Frequentierung von Kapazitäten sowie Kosten im spitalsambulanten und niedergelassenen §-2-Kassenbereich nach Fachrichtungen 2011
Tabelle 5.6:	Vorhaltung und Frequentierung von Kapazitäten sowie Kosten im spitalsambulanten und niedergelassenen §-2-Kassenbereich nach Fachrichtungen 2011 (jeweils bezogen auf 1.000 Einwohner)
Tabelle 5.7:	Spitalsambulante Frequenzen von Tiroler Patienten/Patientinnen, nach Fachrichtungen und Geschlecht 2011
Tabelle 5.8:	Spitalsambulante Frequenzen von Tiroler Patienten/Patientinnen pro 100.000 EW – altersstandardisierte Rate, nach ausgewählten Fachrichtungen und Wohnbezirken 2011
Tabelle 5.9:	Apotheken 2012
Tabelle 5.10:	Einsatzzahlen Rettungs-/Notarztdienst, Krankentransport und Flugrettung 2011
Tabelle 5.11:	Versorgung mit medizinisch-technischen Großgeräten 2011

Tabelle 2.1: Bevölkerungsstruktur 2011 (absolut)

Region	Bevölkerung	Gesamtbevölkerung					
	insgesamt	Altersgruppen					Ausländer
	absolut	0 bis 14	15 bis 44	45 bis 64	65 bis 84	85 und mehr	
männlich							
Innsbruck-Stadt	57.934	7.479	26.532	14.910	8.241	772	10.906
Imst	28.682	4.808	12.701	7.649	3.274	250	2.956
Innsbruck-Land	82.063	13.290	34.095	22.887	10.950	841	7.911
Kitzbühel	30.138	4.538	11.835	8.872	4.484	409	3.813
Kufstein	49.821	8.227	20.760	13.832	6.444	558	6.129
Landeck	21.768	3.561	9.411	5.895	2.665	236	1.705
Lienz	24.436	3.944	9.905	6.742	3.479	366	873
Reutte	15.695	2.398	6.373	4.529	2.230	165	2.335
Schwaz	39.336	6.561	16.615	10.776	4.982	402	4.165
Tirol	349.873	54.806	148.227	96.092	46.749	3.999	40.793
Burgenland	139.829	19.333	52.882	44.202	21.413	1.999	8.086
Kärnten	270.735	39.222	104.979	80.959	41.297	4.278	20.474
Niederösterreich	793.173	121.559	309.579	231.946	119.662	10.427	58.069
Oberösterreich	697.033	110.299	284.851	199.223	94.129	8.531	61.256
Salzburg	259.563	41.156	107.581	72.412	35.184	3.230	35.401
Steiermark	593.881	83.611	244.585	170.211	86.874	8.600	45.025
Vorarlberg	183.011	31.237	76.811	49.894	23.157	1.912	24.955
Wien	830.937	126.412	367.123	220.753	106.143	10.506	195.580
Österreich	4.118.035	627.635	1.696.618	1.165.692	574.608	53.482	489.639
EU-27 (1. 1. 2010)	244.624.338	40.145.747	103.007.909	65.018.463	33.343.983	3.108.236	n. v.
weiblich							
Innsbruck-Stadt	63.395	7.181	26.676	16.155	10.986	2.397	10.133
Imst	29.052	4.473	12.417	7.650	3.804	708	2.930
Innsbruck-Land	85.276	12.529	34.272	23.587	12.829	2.059	8.040
Kitzbühel	31.828	4.369	11.856	9.260	5.402	941	4.108
Kufstein	51.500	7.780	20.608	14.134	7.641	1.337	6.223
Landeck	22.175	3.486	9.026	5.767	3.304	592	1.879
Lienz	25.132	3.781	9.498	6.704	4.219	930	929
Reutte	16.043	2.245	6.191	4.567	2.579	461	2.592
Schwaz	40.175	6.204	16.259	10.869	5.836	1.007	4.243
Tirol	364.576	52.048	146.803	98.693	56.600	10.432	41.077
Burgenland	146.386	18.552	52.168	43.237	26.762	5.667	9.283
Kärnten	287.038	37.556	102.819	83.205	52.620	10.838	20.250
Niederösterreich	824.282	114.664	304.827	231.847	144.825	28.119	57.812
Oberösterreich	719.739	105.037	274.890	198.179	118.080	23.553	58.920
Salzburg	274.559	39.164	106.755	77.018	43.619	8.003	35.281
Steiermark	619.374	79.831	234.026	171.382	111.019	23.116	42.688
Vorarlberg	188.730	30.016	75.643	49.864	28.183	5.024	24.795
Wien	900.299	119.858	373.515	232.572	143.078	31.276	190.796
Österreich	4.324.983	596.726	1.671.446	1.185.997	724.786	146.028	480.902
EU-27 (1. 1. 2010)	256.479.826	38.134.329	100.244.742	67.463.476	43.335.704	7.301.575	n. v.
männlich und weiblich							
Innsbruck-Stadt	121.329	14.660	53.208	31.065	19.227	3.169	21.039
Imst	57.734	9.281	25.118	15.299	7.078	958	5.886
Innsbruck-Land	167.339	25.819	68.367	46.474	23.779	2.900	15.951
Kitzbühel	61.966	8.907	23.691	18.132	9.886	1.350	7.921
Kufstein	101.321	16.007	41.368	27.966	14.085	1.895	12.352
Landeck	43.943	7.047	18.437	11.662	5.969	828	3.584
Lienz	49.568	7.725	19.403	13.446	7.698	1.296	1.802
Reutte	31.738	4.643	12.564	9.096	4.809	626	4.927
Schwaz	79.511	12.765	32.874	21.645	10.818	1.409	8.408
Tirol	714.449	106.854	295.030	194.785	103.349	14.431	81.870
Burgenland	286.215	37.885	105.050	87.439	48.175	7.666	17.369
Kärnten	557.773	76.778	207.798	164.164	93.917	15.116	40.724
Niederösterreich	1.617.455	236.223	614.406	463.793	264.487	38.546	115.881
Oberösterreich	1.416.772	215.336	559.741	397.402	212.209	32.084	120.176
Salzburg	534.122	80.320	214.336	149.430	78.803	11.233	70.682
Steiermark	1.213.255	163.442	478.611	341.593	197.893	31.716	87.713
Vorarlberg	371.741	61.253	152.454	99.758	51.340	6.936	49.750
Wien	1.731.236	246.270	740.638	453.325	249.221	41.782	386.376
Österreich	8.443.018	1.224.361	3.368.064	2.351.689	1.299.394	199.510	970.541
EU-27 (1. 1. 2010)	501.104.164	78.280.076	203.252.651	132.481.939	76.679.687	10.409.811	n. v.

n. v. = nicht verfügbar

Quellen: Statistik Austria, Bevölkerungsregister; EUROSTAT-Datenbank

Tabelle 2.2: Bevölkerungsstruktur 2011 (in Prozent)

Region	Bevölkerung	Anteile an der Gesamtbevölkerung in %					
	insgesamt	Altersgruppen					Ausländer
	absolut	0 bis 14	15 bis 44	45 bis 64	65 bis 84	85 und mehr	
männlich							
Innsbruck-Stadt	57.934	12,9	45,8	25,7	14,2	1,3	18,8
Imst	28.682	16,8	44,3	26,7	11,4	0,9	10,3
Innsbruck-Land	82.063	16,2	41,5	27,9	13,3	1,0	9,6
Kitzbühel	30.138	15,1	39,3	29,4	14,9	1,4	12,7
Kufstein	49.821	16,5	41,7	27,8	12,9	1,1	12,3
Landeck	21.768	16,4	43,2	27,1	12,2	1,1	7,8
Lienz	24.436	16,1	40,5	27,6	14,2	1,5	3,6
Reutte	15.695	15,3	40,6	28,9	14,2	1,1	14,9
Schwaz	39.336	16,7	42,2	27,4	12,7	1,0	10,6
Tirol	349.873	15,7	42,4	27,5	13,4	1,1	11,7
Burgenland	139.829	13,8	37,8	31,6	15,3	1,4	5,8
Kärnten	270.735	14,5	38,8	29,9	15,3	1,6	7,6
Niederösterreich	793.173	15,3	39,0	29,2	15,1	1,3	7,3
Oberösterreich	697.033	15,8	40,9	28,6	13,5	1,2	8,8
Salzburg	259.563	15,9	41,4	27,9	13,6	1,2	13,6
Steiermark	593.881	14,1	41,2	28,7	14,6	1,4	7,6
Vorarlberg	183.011	17,1	42,0	27,3	12,7	1,0	13,6
Wien	830.937	15,2	44,2	26,6	12,8	1,3	23,5
Österreich	4.118.035	15,2	41,2	28,3	14,0	1,3	11,9
EU-27 (1. 1. 2010)	244.624.338	16,4	42,1	26,6	13,6	1,3	n. v.
weiblich							
Innsbruck-Stadt	63.395	11,3	42,1	25,5	17,3	3,8	16,0
Imst	29.052	15,4	42,7	26,3	13,1	2,4	10,1
Innsbruck-Land	85.276	14,7	40,2	27,7	15,0	2,4	9,4
Kitzbühel	31.828	13,7	37,3	29,1	17,0	3,0	12,9
Kufstein	51.500	15,1	40,0	27,4	14,8	2,6	12,1
Landeck	22.175	15,7	40,7	26,0	14,9	2,7	8,5
Lienz	25.132	15,0	37,8	26,7	16,8	3,7	3,7
Reutte	16.043	14,0	38,6	28,5	16,1	2,9	16,2
Schwaz	40.175	15,4	40,5	27,1	14,5	2,5	10,6
Tirol	364.576	14,3	40,3	27,1	15,5	2,9	11,3
Burgenland	146.386	12,7	35,6	29,5	18,3	3,9	6,3
Kärnten	287.038	13,1	35,8	29,0	18,3	3,8	7,1
Niederösterreich	824.282	13,9	37,0	28,1	17,6	3,4	7,0
Oberösterreich	719.739	14,6	38,2	27,5	16,4	3,3	8,2
Salzburg	274.559	14,3	38,9	28,1	15,9	2,9	12,9
Steiermark	619.374	12,9	37,8	27,7	17,9	3,7	6,9
Vorarlberg	188.730	15,9	40,1	26,4	14,9	2,7	13,1
Wien	900.299	13,3	41,5	25,8	15,9	3,5	21,2
Österreich	4.324.983	13,8	38,6	27,4	16,8	3,4	11,1
EU-27 (1. 1. 2010)	256.479.826	14,9	39,1	26,3	16,9	2,8	n. v.
männlich und weiblich							
Innsbruck-Stadt	121.329	12,1	43,9	25,6	15,8	2,6	17,3
Imst	57.734	16,1	43,5	26,5	12,3	1,7	10,2
Innsbruck-Land	167.339	15,4	40,9	27,8	14,2	1,7	9,5
Kitzbühel	61.966	14,4	38,2	29,3	16,0	2,2	12,8
Kufstein	101.321	15,8	40,8	27,6	13,9	1,9	12,2
Landeck	43.943	16,0	42,0	26,5	13,6	1,9	8,2
Lienz	49.568	15,6	39,1	27,1	15,5	2,6	3,6
Reutte	31.738	14,6	39,6	28,7	15,2	2,0	15,5
Schwaz	79.511	16,1	41,3	27,2	13,6	1,8	10,6
Tirol	714.449	15,0	41,3	27,3	14,5	2,0	11,5
Burgenland	286.215	13,2	36,7	30,6	16,8	2,7	6,1
Kärnten	557.773	13,8	37,3	29,4	16,8	2,7	7,3
Niederösterreich	1.617.455	14,6	38,0	28,7	16,4	2,4	7,2
Oberösterreich	1.416.772	15,2	39,5	28,0	15,0	2,3	8,5
Salzburg	534.122	15,0	40,1	28,0	14,8	2,1	13,2
Steiermark	1.213.255	13,5	39,4	28,2	16,3	2,6	7,2
Vorarlberg	371.741	16,5	41,0	26,8	13,8	1,9	13,4
Wien	1.731.236	14,2	42,8	26,2	14,4	2,4	22,3
Österreich	8.443.018	14,5	39,9	27,9	15,4	2,4	11,5
EU-27 (1. 1. 2010)	501.104.164	15,6	40,6	26,4	15,3	2,1	n. v.

n. v. = nicht verfügbar

Quellen: Statistik Austria, Bevölkerungsregister; EUROSTAT-Datenbank

Tabelle 2.3: Bevölkerungsentwicklung 2006 bis 2011

Region	Veränderung zwischen 2006 und 2011 in %						
	Bevölkerung insgesamt	Altersgruppen					Ausländer
		0 bis 14	15 bis 44	45 bis 64	65 bis 84	85 und mehr	
männlich							
Innsbruck-Stadt	5,0	-5,2	4,1	7,1	14,6	14,4	29,6
Imst	4,2	-9,0	-0,7	20,7	11,4	38,9	33,2
Innsbruck-Land	3,2	-6,2	-4,1	15,2	17,3	38,1	14,9
Kitzbühel	1,9	-10,2	-6,6	16,3	13,1	54,3	17,4
Kufstein	3,4	-6,7	-3,4	16,5	14,3	53,7	13,2
Landeck	-0,8	-12,7	-7,8	18,3	6,1	43,0	-2,0
Lienz	-1,5	-13,4	-9,5	17,0	5,2	47,0	15,0
Reutte	-0,1	-11,1	-6,2	11,7	10,7	17,0	9,4
Schwaz	2,7	-6,3	-4,2	17,0	12,2	37,2	15,2
Tirol	2,7	-8,0	-3,3	14,9	13,1	36,0	18,5
Burgenland	2,0	-3,4	-6,2	15,8	1,4	47,1	28,5
Kärnten	0,0	-9,2	-7,5	11,4	7,5	37,9	17,5
Niederösterreich	1,9	-6,0	-5,1	13,6	7,4	46,3	12,3
Oberösterreich	1,3	-7,7	-5,5	14,5	7,8	39,8	14,3
Salzburg	1,7	-7,5	-4,2	11,3	14,4	30,2	12,8
Steiermark	1,2	-7,7	-4,6	12,7	5,3	40,9	26,7
Vorarlberg	1,8	-7,4	-4,5	13,5	14,0	46,3	6,4
Wien	4,7	2,3	1,0	8,5	11,5	32,6	22,2
Österreich	2,2	-5,5	-3,8	12,5	8,7	39,1	18,3
EU-27 (2005-2010)	2,2	-1,3	-1,7	7,5	6,7	41,7	n. v.

		weiblich					
Innsbruck-Stadt	3,6	-2,8	3,9	3,7	5,6	10,8	27,3
Imst	3,9	-11,1	-0,1	20,6	4,5	36,4	32,3
Innsbruck-Land	3,2	-6,1	-3,5	14,9	10,5	29,8	14,4
Kitzbüchel	1,3	-10,7	-6,9	13,5	10,0	28,2	17,8
Kufstein	3,0	-6,5	-3,4	16,6	6,4	29,6	15,8
Landeck	-0,2	-10,3	-7,4	19,1	-0,2	36,1	4,7
Lienz	-2,0	-14,9	-10,1	16,8	-0,7	40,5	11,0
Reutte	-0,2	-12,6	-6,1	13,7	1,5	30,6	17,2
Schwaz	2,0	-7,0	-4,8	15,0	7,0	36,6	11,0
Tirol	2,3	-7,9	-3,2	13,7	6,2	26,9	18,3
Burgenland	2,3	-4,0	-4,2	17,9	-6,8	45,2	40,8
Kärnten	-0,5	-9,3	-7,9	11,4	0,1	32,5	18,9
Niederösterreich	1,7	-6,4	-4,2	13,9	0,1	32,3	18,5
Oberösterreich	0,6	-7,8	-5,4	14,1	-1,0	32,2	19,1
Salzburg	1,3	-7,0	-5,0	11,0	6,6	28,3	13,6
Steiermark	0,6	-7,3	-4,6	10,9	-1,4	34,3	31,9
Vorarlberg	2,3	-5,9	-3,6	13,4	6,2	40,0	11,4
Wien	3,7	1,9	2,4	6,4	1,4	21,6	28,3
Österreich	1,7	-5,5	-3,3	11,7	0,7	30,2	23,0
EU-27 (2005-2010)	1,9	-1,3	-2,0	7,4	2,1	30,8	n. v.

		männlich und weiblich					
Innsbruck-Stadt	4,3	-4,1	4,0	5,3	9,3	11,6	28,5
Imst	4,1	-10,0	-0,4	20,7	7,6	37,1	32,7
Innsbruck-Land	3,2	-6,2	-3,8	15,0	13,5	32,1	14,7
Kitzbüchel	1,6	-10,4	-6,7	14,8	11,4	35,1	17,6
Kufstein	3,2	-6,6	-3,4	16,6	9,9	35,8	14,5
Landeck	-0,5	-11,5	-7,6	18,7	2,5	38,0	1,4
Lienz	-1,8	-14,1	-9,8	16,9	1,9	42,3	12,9
Reutte	-0,1	-11,8	-6,2	12,7	5,6	26,7	13,4
Schwaz	2,3	-6,6	-4,5	16,0	9,3	36,8	13,1
Tirol	2,5	-8,0	-3,2	14,3	9,2	29,3	18,4
Burgenland	2,2	-3,7	-5,2	16,8	-3,3	45,7	34,8
Kärnten	-0,3	-9,3	-7,7	11,4	3,2	34,0	18,2
Niederösterreich	1,8	-6,2	-4,7	13,7	3,3	35,9	15,3
Oberösterreich	0,9	-7,7	-5,4	14,3	2,7	34,1	16,6
Salzburg	1,5	-7,2	-4,6	11,2	10,0	28,8	13,2
Steiermark	0,9	-7,5	-4,6	11,8	1,5	36,0	29,2
Vorarlberg	2,1	-6,7	-4,1	13,5	9,6	41,7	8,9
Wien	4,2	2,1	1,7	7,4	5,5	24,2	25,2
Österreich	1,9	-5,5	-3,5	12,1	4,1	32,5	20,6
EU-27 (2005-2010)	2,0	-1,3	-1,8	7,5	4,1	33,9	n. v.

n. v. = nicht verfügbar

Quellen: Statistik Austria, Bevölkerungsregister; EUROSTAT-Datenbank

Tabelle 2.4: Bevölkerungsstruktur 2020 (in Prozent)

Region	Bevölkerung	Anteile an der Gesamtbevölkerung in %				
	insgesamt	Altersgruppen				
	absolut	0 bis 14	15 bis 44	45 bis 64	65 bis 84	85 und mehr
männlich						
Burgenland	144.905	13,2	34,4	32,0	18,4	1,9
Kärnten	271.956	13,9	35,4	30,8	17,9	2,0
Niederösterreich	835.806	15,1	36,1	30,2	16,8	1,9
Oberösterreich	722.085	15,2	37,6	29,7	15,7	1,8
Salzburg	269.208	15,0	38,4	28,9	15,9	1,8
Steiermark	604.921	13,9	37,3	30,2	16,6	1,9
Tirol	363.932	15,2	38,9	28,9	15,3	1,7
Vorarlberg	192.177	16,3	39,3	28,2	14,6	1,7
Wien	869.275	15,9	41,2	27,3	14,2	1,4
Österreich	4.274.265	15,0	38,0	29,4	15,9	1,7
EU-27 (1. 1. 2020)	251.940.308	16,3	38,1	27,8	15,9	1,9
weiblich						
Burgenland	149.640	12,2	32,4	30,7	20,4	4,2
Kärnten	286.469	12,5	32,6	30,4	20,6	4,0
Niederösterreich	868.418	13,8	34,2	29,6	19,0	3,5
Oberösterreich	738.071	14,1	35,1	29,2	18,1	3,4
Salzburg	279.749	13,8	35,1	29,2	18,8	3,1
Steiermark	626.219	12,8	34,5	29,4	19,6	3,8
Tirol	374.943	14,0	36,6	28,6	17,8	3,1
Vorarlberg	196.542	14,9	36,8	27,8	17,2	3,2
Wien	944.106	13,9	39,5	26,7	17,1	2,8
Österreich	4.464.157	13,6	35,7	28,8	18,5	3,4
EU-27 (1. 1. 2020)	262.425.379	14,8	35,4	27,3	18,8	3,7
männlich und weiblich						
Burgenland	294.545	12,7	33,4	31,3	19,4	3,1
Kärnten	558.425	13,1	34,0	30,6	19,3	3,0
Niederösterreich	1.704.224	14,4	35,1	29,9	17,9	2,7
Oberösterreich	1.460.156	14,6	36,4	29,5	16,9	2,6
Salzburg	548.957	14,4	36,7	29,1	17,4	2,5
Steiermark	1.231.140	13,3	35,9	29,8	18,1	2,9
Tirol	738.875	14,6	37,7	28,7	16,5	2,4
Vorarlberg	388.719	15,6	38,0	28,0	15,9	2,5
Wien	1.813.381	14,8	40,3	27,0	15,7	2,1
Österreich	8.738.422	14,3	36,8	29,1	17,2	2,6
EU-27 (1. 1. 2020)	514.365.687	15,5	36,7	27,6	17,4	2,8

Quellen: Statistik Austria, Bevölkerungsprognose 2011 (Hauptvariante); EUROSTAT-Datenbank

Tabelle 2.5: Bevölkerungsentwicklung 2011 bis 2020 (Prognose)

Region	Veränderung zwischen 2011 und 2020 in %					
	Bevölkerung insgesamt	Altersgruppen				
		0 bis 14	15 bis 44	45 bis 64	65 bis 84	85 und mehr
männlich						
Burgenland	3,6	-0,8	-5,7	4,9	24,6	40,3
Kärnten	0,5	-3,9	-8,2	3,4	18,1	25,8
Niederösterreich	5,4	4,0	-2,6	8,8	17,2	48,4
Oberösterreich	3,6	-0,6	-4,7	7,7	20,1	55,2
Salzburg	3,7	-1,8	-4,0	7,6	21,4	50,4
Steiermark	1,9	0,5	-7,7	7,4	15,8	35,7
Tirol	4,0	1,0	-4,5	9,5	18,7	54,8
Vorarlberg	5,0	0,0	-1,7	8,4	21,5	68,4
Wien	4,6	9,5	-2,4	7,7	16,1	12,6
Österreich	3,8	2,4	-4,3	7,6	18,2	39,6
EU-27 (2010–2020)	3,0	2,3	-6,8	7,7	19,9	54,6
weiblich						
Burgenland	2,2	-1,6	-7,0	6,3	14,3	10,9
Kärnten	-0,2	-4,9	-9,2	4,5	12,3	4,7
Niederösterreich	5,4	4,3	-2,7	10,9	13,7	7,9
Oberösterreich	2,5	-0,9	-5,7	8,8	13,4	6,3
Salzburg	1,9	-1,5	-8,1	6,0	20,7	9,8
Steiermark	1,1	0,2	-7,7	7,3	10,4	2,7
Tirol	2,8	0,7	-6,6	8,5	17,6	12,1
Vorarlberg	4,1	-2,2	-4,3	9,7	19,7	26,9
Wien	4,9	9,2	-0,1	8,6	12,8	-16,1
Österreich	3,2	2,0	-4,6	8,4	13,9	2,6
EU-27 (2010–2020)	2,3	1,9	-7,4	6,3	13,8	31,7
männlich und weiblich						
Burgenland	2,9	-1,2	-6,3	5,6	18,9	18,5
Kärnten	0,1	-4,4	-8,7	4,0	14,8	10,7
Niederösterreich	5,4	4,1	-2,6	9,8	15,3	18,9
Oberösterreich	3,1	-0,7	-5,2	8,3	16,4	19,3
Salzburg	2,8	-1,7	-6,0	6,8	21,0	21,5
Steiermark	1,5	0,4	-7,7	7,4	12,8	11,7
Tirol	3,4	0,8	-5,5	9,0	18,1	23,9
Vorarlberg	4,6	-1,1	-3,0	9,1	20,5	38,4
Wien	4,7	9,3	-1,3	8,1	14,2	-8,9
Österreich	3,5	2,2	-4,5	8,0	15,8	12,5
EU-27 (2010–2020)	2,6	2,1	-7,1	7,0	16,5	38,6

Quellen: Statistik Austria, Bevölkerungsprognose 2011 (Hauptvariante); EUROSTAT-Datenbank

Tabelle 2.6: Erwerbspersonen nach höchster abgeschlossener Ausbildung und Geschlecht 2010

Region/Wohnort	Anteil der Erwerbspersonen nach höchster abgeschlossener Ausbildung in %											
	Erwerbspersonen männlich und weiblich				Erwerbspersonen männlich				Erwerbspersonen weiblich			
	Universität, Fachhochschule	AHS, BHS, Kolleg	Lehre, BMS	Pflichtschule oder darunter	Universität, Fachhochschule	AHS, BHS, Kolleg	Lehre, BMS	Pflichtschule oder darunter	Universität, Fachhochschule	AHS, BHS, Kolleg	Lehre, BMS	Pflichtschule oder darunter
Innsbruck-Stadt	24,8	19,0	36,8	19,5	23,8	18,5	38,3	19,4	25,8	19,4	35,1	19,7
Imst	8,7	12,3	57,7	21,3	7,7	11,8	61,8	18,7	9,9	13,0	52,8	24,4
Innsbruck-Land	13,6	15,7	52,1	18,6	13,0	14,9	54,9	17,2	14,2	16,6	49,0	20,1
Kitzbüchel	7,9	10,9	63,0	18,2	7,2	9,5	67,6	15,8	8,7	12,5	57,8	21,0
Kufstein	8,7	10,9	59,1	21,4	8,2	10,2	62,7	18,9	9,2	11,7	54,9	24,2
Landeck	7,7	11,0	59,3	22,0	7,3	10,4	63,4	18,9	8,2	11,7	54,0	26,1
Lienz	9,3	11,7	62,2	16,8	8,2	10,4	67,6	13,8	10,7	13,2	55,7	20,4
Reutte	8,0	10,8	59,8	21,3	7,7	10,0	63,2	19,1	8,5	11,8	55,6	24,1
Schwaz	7,2	11,1	58,3	23,3	6,7	10,3	62,6	20,5	7,9	12,2	53,3	26,7
Außerfern	8,0	10,8	59,8	21,3	7,7	10,0	63,2	19,1	8,5	11,8	55,6	24,1
Innsbruck	18,0	17,0	46,0	19,0	17,2	16,3	48,4	18,0	18,9	17,7	43,4	20,0
Osttirol	9,3	11,7	62,2	16,8	8,2	10,4	67,6	13,8	10,7	13,2	55,7	20,4
Tiroler Oberland	8,3	11,8	58,4	21,6	7,5	11,2	62,5	18,8	9,2	12,5	53,3	25,1
Tiroler Unterland	8,0	11,0	59,8	21,2	7,4	10,0	63,9	18,7	8,6	12,1	55,1	24,2
Tirol	12,1	13,5	54,3	20,1	11,3	12,7	57,9	18,1	13,1	14,5	50,1	22,3
Burgenland	10,1	17,1	54,8	18,0	8,7	15,8	62,5	13,0	11,8	18,6	45,8	23,8
Kärnten	12,2	16,1	56,8	14,8	10,4	14,5	62,2	12,8	14,2	18,0	50,6	17,1
Niederösterreich	11,5	17,2	54,2	17,0	10,2	16,1	59,3	14,4	13,0	18,5	48,3	20,1
Oberösterreich	11,0	13,4	54,8	20,8	10,0	12,5	59,4	18,1	12,2	14,5	49,3	24,0
Salzburg	13,0	14,1	54,6	18,3	11,9	12,8	58,4	16,9	14,2	15,6	50,4	19,9
Steiermark	12,5	15,4	55,8	16,3	11,3	14,6	60,0	14,1	13,9	16,4	50,9	18,8
Vorarlberg	10,8	12,4	53,0	23,8	10,5	11,2	55,7	22,6	11,1	13,9	49,7	25,3
Wien	21,2	20,8	34,9	23,1	19,9	19,8	37,3	23,0	22,7	21,9	32,2	23,2
Österreich	13,6	16,2	50,9	19,3	12,4	15,1	55,2	17,4	15,0	17,4	46,0	21,5

Quelle: Statistik Austria, Abgestimmte Erwerbsstatistik mit Stichtag 31. 10. 2010

höchste abgeschlossene Ausbildung: Stufe der höchsten abgeschlossenen Ausbildung, gegliedert nach Kategorien des österreichischen Bildungssystems.

Für 5 % der Personen musste die höchste abgeschlossene Ausbildung geschätzt werden, ein Großteil davon sind Personen, die nach 2001 zugewandert sind.

Pflichtschule: Inklusive Personen ohne Pflichtschulabschluss.

BMS: Abschluss einer berufsbildenden mittleren Schule; inkl. mittlere Schulen des Gesundheitswesens, Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege sowie Meister- und Werkmeisterprüfung.

AHS: Abschluss einer allgemein bildenden höheren Schule.

BHS: Abschluss einer berufsbildenden höheren Schule; inklusive lehrerbildende höhere Schulen.

hochschulverwandte Lehranstalt: Abschluss einer berufs- und lehrerbildenden Akademie, Akademie im Gesundheitswesen; inklusive Abschlüsse verschiedener Universitätslehrgänge.

Universität/Fachhochschule: Abschluss an öffentlichen Universitäten, Privatuniversitäten, Fachhochschulen, pädagogischen Hochschulen (einschließlich anerkannter privater Studiengänge privater Rechtsträger, ohne Lehrgänge zur Fortbildung) und theologischen Lehranstalten. Inklusive Abschlüsse postgradualer Universitätslehrgänge oder Lehrgänge universitären Charakters.

Tab. 2.7: Bevölkerung mit Migrationshintergrund

Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Bundesländern (Jahresdurchschnitt 2011)

Bundesland	Bevölkerung in Privathaushalten	Bevölkerung mit Migrationshintergrund			
		zusammen	Zuwanderer der 1. Generation	Zuwanderer der 2. Generation	zusammen in %
		in 1.000			
Burgenland	283,0	28,7	22,4	6,4	10,2
Kärnten	553,1	56,2	42,9	13,3	10,2
Niederösterreich	1.596,5	195,5	145,6	49,9	12,2
Oberösterreich	1.393,3	203,4	144,9	58,5	14,6
Salzburg	524,7	96,1	69,2	26,9	18,3
Steiermark	1.198,7	126,9	96,6	30,3	10,6
Tirol	703,0	119,7	89,1	30,6	17,0
Vorarlberg	367,1	84,4	57,3	27,1	23,0
Wien	1.696,3	657,7	485,3	172,3	38,8
Österreich	8.315,9	1.568,6	1.153,3	415,4	18,9

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus–Arbeitskräfteerhebung

Von Personen mit Migrationshintergrund wurden beide Elternteile im Ausland geboren, wobei Angehörige der ersten Generation selbst im Ausland geboren wurden und Personen der zweiten Generation in Österreich zur Welt gekommen sind.

Bevölkerung mit Migrationshintergrund¹ nach Bezirken (31. 12. 2011)

Bezirk		Staatsangehörigkeit					
	Bevölkerung insgesamt	Österreich		Ausland		Bevölkerung mit	
		Geburtsland		Geburtsland		Migrationshintergrund	
		Österreich	Ausland	Österreich	Ausland	abs.	in %
Ibk–Stadt	121.329	90.105	10.185	2.701	18.338	31.224	25,7
Imst	57.734	49.855	1.993	617	5.269	7.879	13,6
Ibk–Land	167.339	142.643	8.745	2.221	13.730	24.696	14,8
Kitzbühel	61.966	51.601	2.444	828	7.093	10.365	16,7
Kufstein	101.321	83.545	5.424	1.691	10.661	17.776	17,5
Landeck	43.943	38.846	1.513	501	3.083	5.097	11,6
Lienz	49.568	46.561	1.205	231	1.571	3.007	6,1
Reutte	31.738	24.525	2.286	760	4.167	7.213	22,7
Schwaz	79.511	67.697	3.406	1.201	7.207	11.814	14,9
Tirol	714.449	595.378	37.201	10.751	71.119	119.071	16,7

Quelle: Statistik Austria, Bevölkerungsregister

¹ Da aus der Mikrozensus–Arbeitskräfteerhebung keine Bezirksergebnisse verfügbar sind, werden für diese Aufstellung der österreichische Bevölkerungsteil mit Geburtsort im Ausland und der ausländische Bevölkerungsteil in Summe als „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ definiert.

Tab. 2.8: Regionalwirtschaftliche Situation 2009/2011

Region	Bruttoregionalprodukt ¹ (BRP) 2009 zu laufenden Preisen		Bruttowertschöpfung ² real zu Vorjahres- preisen, Veränderung zum Vorjahr in %		Arbeitsmarkt 2011			Einkommen 2011	
	BRP absolut, in Mio. EUR	BRP je EW, in EUR	2010	2011	Unselbstständig Erwerbstätige ³ absolut	Gemeldete Arbeitslose absolut	Arbeitslosenquote in %	Durchschnittlicher Jahresnettoeinkommen aller Arbeitnehmer/innen – Österreich = 100	
								Frauen	Männer
Außerfern	1.170	36.900			12.667	742	5,5	82,1	97,1
Innsbruck	10.330	36.500			119.910	6.543	5,2	94,6	96,4
Osttirol	1.246	25.000			18.043	1.867	9,4	81,4	88,3
Tiroler Oberland	3.492	34.600			42.958	3.733	8,0	76,6	85,8
Tiroler Unterland	8.157	34.100			100.290	5.828	5,5	84,2	91,4
Tirol	24.395	34.600	3,0	2,6	301.092	18.713	5,9	87,1	92,5
Burgenland	6.304	22.200	2,7	3,3	94.276	7.663	7,5	102,3	103,4
Kärnten	15.373	27.400	2,7	2,6	205.909	20.136	8,9	95,9	96,5
Niederösterreich	43.398	27.000	2,3	3,8	573.305	41.698	6,8	106,1	107,5
Oberösterreich	46.289	32.800	3,1	4,5	608.139	26.980	4,2	94,8	103,1
Salzburg	19.845	37.500	3,0	2,9	238.625	11.242	4,5	93,4	95,9
Steiermark	34.395	28.500	3,2	4,4	475.668	32.414	6,4	94,9	97,0
Vorarlberg	12.754	34.700	3,1	4,0	147.560	8.704	5,6	88,9	101,6
Wien	72.063	42.600	1,7	2,4	777.173	79.152	9,2	113,5	97,2
ÖSTERREICH	274.818	32.900	2,2	3,1	3.421.747	246.702	6,7	100,0	100,0

Quellen: Statistik Austria, Regionale Gesamtrechnungen; Konzept ESVG 95,
VGR – Revisionsstand: September 2011;
WIFO – Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung;
WIFO-Datenbank – Wirtschaftsdaten;
Arbeitsmarktservice Österreich, Arbeitsmarktdaten online;
Statistik Austria, Lohnsteuerstatistik

¹ Das **Bruttoregionalprodukt** (regionales Bruttoinlandsprodukt, zu Marktpreisen) ergibt sich aus den regionalen Bruttowertschöpfungen und beschreibt den in einem bestimmten Zeitraum von den in einer Region ansässigen produzierenden Einheiten im Rahmen ihrer wirtschaftlichen Tätigkeit zusätzlich geschaffenen Wert.

² Die **Bruttowertschöpfung** (zu Herstellungspreisen) stellt den Gesamtwert der im Produktionsprozess von gebietsansässigen Einheiten erzeugten Waren und Dienstleistungen (Produktionswert), vermindert um die im Produktionsprozess verbrauchten, verarbeiteten oder umgewandelten Waren und Dienstleistungen (Vorleistungen) vor Abzug der Abschreibungen dar.

³ Ohne geringfügig Erwerbstätige

EW = Einwohner/innen

Tabelle 3.1: Lebenserwartung bei der Geburt 1990 bis 2011

Region	zu erwartende Lebensjahre bei der Geburt													
	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 ¹	2010	2011
	männlich													
Innsbruck–Stadt	74,1	74,0	76,4	76,5	76,1	75,9	77,5	77,9	78,6	77,8	79,0	77,3	77,8	78,5
Imst	73,1	74,7	76,5	75,5	76,2	77,0	77,2	75,7	78,5	78,0	80,1	78,4	78,4	79,5
Innsbruck–Land	74,2	75,8	77,5	76,8	77,5	78,0	77,0	77,8	78,5	79,1	79,1	79,4	79,6	79,9
Kitzbühel	74,5	75,0	76,1	77,7	77,8	78,4	79,0	79,1	79,7	80,2	80,1	79,8	80,7	79,7
Kufstein	73,5	75,4	75,5	76,1	77,4	77,1	77,8	77,4	78,6	78,4	79,8	78,6	79,7	79,8
Landeck	70,1	77,3	76,4	76,7	77,1	77,6	78,2	77,1	78,1	79,2	79,6	78,7	79,0	79,4
Lienz	73,1	76,2	78,4	76,9	76,8	77,8	78,4	77,3	80,8	79,5	78,8	78,1	78,3	80,3
Reutte	72,7	74,1	73,1	77,2	78,5	73,9	79,5	79,3	78,2	78,8	79,5	78,2	78,1	78,0
Schwaz	72,3	75,5	76,2	77,0	76,5	78,6	77,4	77,7	78,7	78,5	78,8	77,9	79,6	78,6
Tirol	73,2	74,9	76,4	76,7	77,2	77,6	78,0	77,8	78,8	78,8	79,3	78,5	79,1	79,3
Burgenland	71,8	72,2	74,7	75,1	75,1	75,9	76,0	76,4	76,1	76,2	76,6	77,3	77,6	77,9
Kärnten	72,4	73,9	75,6	76,1	75,5	76,6	76,9	76,8	77,1	77,7	77,6	77,6	77,7	78,4
Niederösterreich	71,8	72,9	74,5	75,6	75,5	75,4	75,6	76,4	76,7	76,9	77,0	77,2	77,6	77,8
Oberösterreich	72,8	73,6	75,5	75,8	76,0	76,2	76,4	76,9	77,4	77,4	78,2	77,7	78,0	78,4
Salzburg	73,3	74,0	75,8	76,5	76,3	77,0	77,7	76,9	77,8	78,3	79,2	78,6	78,6	79,1
Steiermark	72,3	73,8	75,0	75,6	75,9	75,6	76,7	76,6	77,0	77,5	77,3	77,5	77,8	78,2
Vorarlberg	73,3	74,9	76,5	75,8	77,0	77,1	77,7	77,9	78,3	78,3	78,3	78,6	78,9	79,2
Wien	71,5	72,2	74,4	74,8	75,3	75,0	75,7	75,9	76,3	76,6	77,0	76,4	76,6	77,1
Österreich	72,2	73,3	75,1	75,6	75,8	75,9	76,4	76,6	77,1	77,3	77,6	77,4	77,7	78,1
	weiblich													
Innsbruck–Stadt	79,5	81,3	81,5	81,8	82,4	82,4	81,8	81,9	82,4	83,7	83,3	83,7	83,4	84,5
Imst	79,0	80,6	82,0	81,4	82,3	83,0	82,8	83,1	84,5	85,0	83,4	84,5	84,3	84,3
Innsbruck–Land	78,9	81,0	81,9	82,3	82,3	82,3	81,8	82,3	83,1	83,0	83,7	84,0	84,2	84,1
Kitzbühel	79,5	82,2	81,9	82,2	81,9	82,9	83,7	82,0	84,7	85,2	84,8	86,3	85,3	85,2
Kufstein	79,8	81,6	82,2	82,2	82,4	82,5	82,6	82,7	83,7	82,6	84,3	83,8	84,4	83,9
Landeck	79,8	80,3	81,6	83,2	82,2	81,4	85,0	84,2	83,6	84,7	82,9	82,8	84,4	84,4
Lienz	80,2	82,1	81,9	82,8	83,6	82,6	83,4	84,2	84,9	84,2	84,1	84,0	84,1	85,7
Reutte	77,3	82,6	83,6	83,0	84,2	81,8	81,7	83,3	83,6	83,0	83,6	82,5	82,9	83,4
Schwaz	78,6	81,5	81,5	80,4	81,6	81,8	83,0	82,5	82,5	83,7	82,9	83,5	83,1	84,5
Tirol	79,5	81,7	82,2	82,5	82,9	82,8	83,1	83,2	83,5	83,7	83,7	84,0	84,0	84,4
Burgenland	79,2	80,3	81,1	81,9	82,0	81,0	82,4	81,8	82,4	83,1	83,0	83,7	83,4	83,8
Kärnten	79,2	81,1	81,5	82,4	82,7	82,3	82,7	82,6	83,0	83,4	83,7	83,4	83,6	83,5
Niederösterreich	78,7	79,8	80,9	81,2	81,3	81,3	81,8	81,7	82,4	82,5	82,5	82,5	83,0	83,2
Oberösterreich	79,1	80,0	81,4	82,0	82,0	81,7	82,4	82,3	83,0	83,0	83,0	83,0	83,4	83,8
Salzburg	79,3	80,2	81,3	81,8	82,0	81,5	82,3	82,4	83,8	83,6	83,9	83,6	83,9	84,1
Steiermark	79,1	80,2	81,1	81,9	81,9	82,2	82,3	82,7	82,8	83,3	83,4	83,1	83,5	83,8
Vorarlberg	79,9	81,5	82,5	82,6	83,0	82,0	82,7	83,5	83,1	83,7	84,1	84,0	84,2	84,7
Wien	78,1	78,8	80,4	80,7	80,5	80,6	81,3	81,6	81,7	81,9	82,1	81,9	81,9	82,4
Österreich	78,9	80,0	81,1	81,6	81,7	81,5	82,1	82,2	82,7	82,8	83,0	82,9	83,2	83,5

¹ Zeitreihenbruch durch Erfassung der Todesfälle im Ausland seit 2009

Tabelle 3.2: Fernere Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren 1990 bis 2011

Region	zu erwartende Lebensjahre im Alter von 60 Jahren														
	1990	1991	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 ¹	2010	2011
männlich															
Innsbruck-Stadt	n.v.	19,7	20,1	21,2	20,7	20,5	20,9	22,0	21,8	22,2	22,5	22,6	21,5	21,9	22,8
Imst	n.v.	17,6	19,4	21,1	20,9	20,5	20,6	21,1	19,5	21,4	22,2	22,9	21,5	21,2	23,0
Innsbruck-Land	n.v.	18,4	20,4	21,1	21,0	20,5	20,8	20,6	21,4	22,2	21,7	21,9	22,3	22,8	22,9
Kitzbühel	n.v.	20,0	20,4	20,7	21,5	21,6	21,6	21,8	21,8	23,1	23,5	22,8	23,8	23,6	22,7
Kufstein	n.v.	18,7	20,0	20,2	20,7	20,8	21,3	21,6	21,8	22,1	21,7	23,4	22,5	22,1	23,3
Landeck	n.v.	21,1	22,4	20,9	20,1	21,1	20,4	21,4	20,4	22,4	21,8	22,2	21,2	21,2	22,2
Lienz	n.v.	19,7	20,4	21,9	21,2	21,7	20,8	21,7	21,4	22,7	22,4	22,5	21,8	21,9	23,6
Reutte	n.v.	19,2	17,9	19,0	21,4	21,4	20,2	21,8	21,8	22,5	21,8	21,9	21,6	22,3	21,8
Schwaz	n.v.	18,5	20,0	20,6	20,5	20,9	21,2	21,3	21,5	22,6	21,9	22,2	22,2	22,4	22,5
Tirol	18,4	19,1	19,7	20,8	21,0	21,1	21,3	21,7	21,6	22,3	22,1	22,5	22,1	22,2	22,8
Burgenland	17,4	17,4	17,8	19,0	19,6	19,4	19,7	20,2	20,0	20,0	20,1	20,2	20,8	20,7	21,3
Kärnten	18,1	17,7	19,0	20,1	20,6	20,1	20,6	20,9	20,9	21,0	21,4	21,4	21,6	21,6	22,2
Niederösterreich	17,7	18,0	18,1	19,4	19,9	19,8	19,7	20,3	20,5	20,9	20,8	21,0	21,0	21,2	21,5
Oberösterreich	18,2	18,4	18,5	19,7	20,2	20,5	20,3	20,6	20,8	21,0	21,3	21,7	21,5	21,7	21,8
Salzburg	18,5	18,9	19,0	20,4	20,9	20,6	21,1	21,7	21,2	21,6	21,9	22,6	22,4	22,5	22,3
Steiermark	17,8	17,8	18,6	19,7	20,0	20,2	19,9	20,7	20,7	21,0	21,1	21,1	21,0	21,5	21,6
Vorarlberg	18,9	18,5	19,3	20,6	20,5	20,8	21,0	21,4	21,4	21,6	21,8	22,2	21,9	22,2	22,3
Wien	17,5	17,5	18,1	19,4	19,9	19,9	19,9	20,3	20,5	20,6	21,0	21,0	20,7	20,8	21,1
Österreich	17,9	18,0	18,5	19,7	20,2	20,2	20,2	20,6	20,7	21,0	21,2	21,3	21,2	21,5	21,7
weiblich															
Innsbruck-Stadt	n.v.	22,7	23,7	24,2	24,5	25,0	24,5	24,5	24,8	25,7	25,7	26,2	26,0	26,4	26,2
Imst	n.v.	21,3	23,2	24,2	23,4	24,6	24,9	24,7	24,7	25,6	26,2	24,7	26,2	25,7	26,2
Innsbruck-Land	n.v.	22,9	23,2	24,2	24,5	24,2	24,7	23,9	24,5	25,3	24,6	25,6	25,8	25,8	26,1
Kitzbühel	n.v.	23,3	23,7	24,2	24,4	24,6	24,7	24,7	25,0	25,5	27,0	26,3	27,7	26,5	26,8
Kufstein	n.v.	23,2	23,8	24,6	24,1	24,4	23,9	24,2	24,2	26,2	24,9	25,8	26,2	25,6	25,9
Landeck	n.v.	22,6	23,4	24,4	24,9	24,2	24,1	25,7	25,5	25,2	25,8	24,5	25,2	25,7	26,4
Lienz	n.v.	23,7	24,3	25,1	25,2	25,0	24,7	25,2	25,5	27,0	26,5	26,6	26,6	26,0	27,0
Reutte	n.v.	23,0	24,7	25,2	25,2	25,5	23,2	25,1	24,8	26,0	24,7	26,0	24,7	24,9	25,0
Schwaz	n.v.	22,5	23,7	23,5	24,1	23,5	24,4	25,2	24,6	24,5	25,7	25,9	26,0	25,5	26,4
Tirol	22,8	23,1	24,0	24,7	24,9	25,1	24,9	25,2	25,3	25,6	25,5	25,8	26,1	25,9	26,2
Burgenland	21,8	21,8	22,6	23,6	24,1	23,7	23,5	24,2	24,4	24,3	25,0	25,1	25,2	25,4	25,5
Kärnten	22,5	22,6	23,7	24,2	24,9	24,9	24,8	25,2	24,6	25,2	25,5	25,6	25,4	25,4	25,9
Niederösterreich	22,0	22,0	22,5	23,4	23,8	23,7	23,8	24,2	24,1	24,5	24,7	24,7	24,6	25,1	25,3
Oberösterreich	22,2	22,2	22,8	24,1	24,3	24,3	24,1	24,7	24,8	25,1	25,1	25,2	25,2	25,4	25,7
Salzburg	22,6	22,6	23,0	24,0	24,2	24,4	24,2	24,8	24,9	25,3	25,7	25,8	25,6	26,0	25,9
Steiermark	22,0	22,1	22,9	23,9	24,3	24,3	24,4	24,4	24,9	24,9	25,4	25,3	25,2	25,5	25,8
Vorarlberg	23,1	23,1	24,5	24,7	25,0	25,0	24,5	25,4	25,4	25,2	25,6	25,9	26,0	26,3	26,7
Wien	22,0	21,9	22,5	23,5	23,8	23,7	23,7	24,2	24,4	24,5	24,6	24,7	24,6	24,7	25,0
Österreich	22,2	22,2	22,9	23,8	24,2	24,2	24,1	24,6	24,6	24,9	25,1	25,1	25,1	25,3	25,6

n. v. = nicht verfügbar

¹ Zeitreihenbruch durch Erfassung der Todesfälle im Ausland seit 2009

Quelle: Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung; Berechnung: Landesstatistik Tirol

Tabelle 3.3: Lebenserwartung bei der Geburt und im Alter von 65 Jahren sowie Lebenserwartung in guter bzw. schlechter Gesundheit 2006/2007

Gesundheitslebenserwartung	Region									
	Österreich	Tirol	Burgenland	Kärnten	Nieder- österreich	Ober- österreich	Salzburg	Steiermark	Vorarlberg	Wien
Männer										
Lebenserwartung bei der Geburt (in Jahren)	77,1	78,9	76,2	77,2	76,8	77,5	78,0	77,1	78,4	76,4
in guter Gesundheit	61,8	61,2	61,2	62,5	62,3	62,9	63,8	61,8	66,6	60,0
in schlechter Gesundheit	4,0	3,7	3,7	3,3	3,2	2,4	2,9	4,3	2,9	6,5
Fernere Lebenserwartung im Alter von 65 (in Jahren)	17,2	18,5	16,3	17,2	17,1	17,3	18,0	17,3	17,9	17,0
in guter Gesundheit	8,8	7,3	7,8	9,1	9,1	8,9	11,3	8,0	12,3	8,5
in schlechter Gesundheit	2,5	2,7	1,9	2,1	2,1	1,4	1,7	2,9	1,9	4,2
Frauen										
Lebenserwartung bei der Geburt (in Jahren)	82,7	83,7	82,6	83,2	82,5	83,2	84,1	83,0	83,2	81,7
in guter Gesundheit	63,2	67,4	61,6	62,0	61,8	62,8	66,1	61,7	69,3	60,8
in schlechter Gesundheit	4,8	4,1	6,0	4,3	4,1	4,3	4,3	5,9	4,2	5,2
Fernere Lebenserwartung im Alter von 65 (in Jahren)	20,6	21,6	20,3	21,0	20,2	20,8	21,2	20,7	21,0	20,4
in guter Gesundheit	9,0	11,0	8,1	8,5	8,3	9,0	11,3	7,4	13,6	8,0
in schlechter Gesundheit	3,3	3,0	4,7	3,1	2,9	2,8	2,4	3,9	3,0	3,4

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
 Berechnungen auf Basis der Sterbetafel 2006 sowie der Fragen zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands.
 Lebenserwartung in guter Gesundheit umfasst die Antwortkategorien „sehr gut“ und „gut“,
 Lebenserwartung in schlechter Gesundheit die Antwortkategorien „schlecht“ und „sehr schlecht“.

Tabelle 3.4: Sterblichkeit nach Haupttodesursachen 2007–2011

Region		Sterblichkeit ¹ 2007–2011, altersstandardisiert ²															
	EW ³	männlich								weiblich							
	2007–2011	alle	HKE	BN	PUL	VER	VV	dav. Suizid	SON	alle	HKE	BN	PUL	VER	VV	dav. Suizid	SON
Innsbruck (Stadt)	118.190	667'	219	220'	40	30	53	20	105'	390	132	124	25'	15	24	7	70
Imst	56.559	638	229	179	48	30	68	19	84	382	161	113	19	11	20	3	57
Innsbruck (Land)	163.991	612	203	180	53	24	56	16	96	398	143	122	21	12	22	7	77'
Kitzbühel	61.437	573	204	176	42	23	63	23	66	339	147	105	14	10	18	5	46
Kufstein	99.335	603	218	177	44	17	62	23	85	396	163'	119	15	14	21	6	63
Landeck	44.095	637	203	209	52	28	68	22	77	401	146	121	17	17	20	5	79
Lienz	50.099	625	220	187	40	20	74	18	82	356	145	101	16	11	21	2	61
Reutte	31.783	640	251	187	35	20	66	22	82	430	189'	114	16	16	31	12	64
Schwaz	78.381	631	220	186	46	23	63	24	94	400	152	124	19	12	24	5	69
Tirol	703.871	623	215	189	45	24	61	20	89	387	148	118	19	13	22	6	66
Burgenland	282.645	761**	292**	222*	38	32	57	18	119*	421	180*	119	15	13	16	4	78*
Kärnten	559.581	694	240	205	45	37	67*	24	101	409	161	125	19	16	22	6	66
Niederösterreich	1.602.037	729**	264*	212*	44	38*	62*	21	109*	443**	174*	130	22*	18	20	5	79**
Oberösterreich	1.408.922	680	251	195	44	32	60	22	98	416	170	119	21	16	22	6	69
Salzburg	528.860	625	231	170	41	29	68*	23	85	392	155	118	19	15	22	6	64
Steiermark	1.206.779	707	261	205	39	37	62	25*	104	412	166	122	17	16	20	7	71
Vorarlberg	367.303	635	226	198	36	28	53	20	95	378	147	116	16	14	19	5	67
Wien	1.687.278	743**	284**	220**	38	42**	46	16	112**	464**	181**	146**	23*	22**	20	6	73
Österreich	8.347.276	700	257	205	42	35	59	21	103	425	169	127	20	17	21	6	71

¹ Todesfälle je 100.000 Einwohner/innen (Auslandssterbefälle nicht inkludiert)² Standardbevölkerung = Europabevölkerung³ Durchschnittswerte für die Jahre 2007–2011

alle = alle Todesursachen (ICD–10 A00–Y89)

HKE = Herz–Kreislauf–Erkrankungen (ICD–10 I00–I99)

BN = Bösartige Neubildungen – Krebserkrankungen (ICD–10 C00–C97)

PUL= Krankheiten des Atmungssystems (ICD–10 J00–J99)

VER = Krankheiten der Verdauungsorgane (ICD–10 K00–K93)

VV = Verletzungen und Vergiftungen (ICD–10 V01–Y89); Suizid (ICD–10 X60–X84)

SON = Sonstige Todesursachen

EW = Einwohner/innen

' gegenüber dem Landesdurchschnitt signifikant erhöhte Sterblichkeit im Bezirk (p < 0,1)

" gegenüber dem Landesdurchschnitt signifikant erhöhte Sterblichkeit im Bezirk (p < 0,05)

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

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

Quellen: Statistik Austria, Statistik des Bevölkerungsstandes; Todesursachenstatistik; Berechnungen: GÖ FP

Tabelle 3.5: Sterblichkeit der unter 75-Jährigen nach Haupttodesursachen 2007–2011

Region		Sterblichkeit ¹ 2007–2011, altersstandardisiert ²																
	EW ³	männlich								weiblich								
		2007–2011	alle	HKE	BN	PUL	VER	VV	dav. Suizid	SON	alle	HKE	BN	PUL	VER	VV	dav. Suizid	SON
Innsbruck (Stadt)	108.450	378"	89'	140'	18	25'	46	20	61'	193'	34	84	11	9	19	6	35	
Imst	53.178	319	69	111	23	18	52	18	47	156	38	73	7	4	13	3	20	
Innsbruck (Land)	153.667	295	68	105	18	16	45	15	43	163	25	81	7	6	15	7	29	
Kitzbühel	56.848	290	69	104	13	18	48	20	37	134	26	70	4	5	10	4	18	
Kufstein	92.795	314	69	112	17	13	52	22	51	168	30	80	5	7	15	6	30	
Landeck	41.070	315	64	132	13	18	48	20	40	160	27	79	9	6	10	5	29	
Lienz	45.865	331	73	119	17	14	60	16	47	155	32	69	4	6	13	2	31	
Reutte	29.469	308	75	106	12	18	56	21	41	189	42	76	6	7	28	13	31	
Schwaz	73.283	321	70	116	19	12	54	24	50	178	30	87	7	4	17	4	33	
Tirol	654.624	320	72	116	17	17	50	19	47	168	31	79	7	6	16	6	29	
Burgenland	255.957	384	99	140	11	25	44	15	64	167	33	81	4	6	10	3	33	
Kärnten	509.594	370	88	128	17	29	54*	21	54	180	36	86	6	9	15	6	28	
Niederösterreich	1.469.287	382*	91	136*	14	28	50	18	62	190	36	89	7	10	14	5	35	
Oberösterreich	1.299.343	357	90	125	15	23	48	19	55	177	36	80	6	9	15	6	30	
Salzburg	491.284	326	84	103	15	22	56*	21	45	166	32	78	7	8	15	5	26	
Steiermark	1.100.818	374	97	129	15	29	49	21'	55	178	35	82	6	9	15	6	31	
Vorarlberg	343.657	329	77	120	15	19	43	19	54	162	31	77	5	8	11	5	30	
Wien	1.559.259	422**	112**	146**	19*	34**	36	14	74**	233**	45**	104**	11**	16**	14	6	43**	
Österreich	7.683.823	373	93	130	16	27	47	18	60	189	37	87	7	10	14	5	34	

¹ Todesfälle je 100.000 Einwohner/innen (Auslandssterbefälle nicht inkludiert)² Standardbevölkerung = Europabevölkerung³ Durchschnittswerte für die Jahre 2007–2011

alle = alle Todesursachen (ICD–10 A00–Y89)

HKE = Herz–Kreislauf–Erkrankungen (ICD–10 I00–I99)

BN = Bösartige Neubildungen – Krebserkrankungen (ICD–10 C00–C97)

PUL = Krankheiten des Atmungssystems (ICD–10 J00–J99)

VER = Krankheiten der Verdauungsorgane (ICD–10 K00–K93)

VV = Verletzungen und Vergiftungen (ICD–10 V01–Y89); Suizid (ICD–10 X60–X84)

SON = Sonstige Todesursachen

EW = Einwohner/innen

' gegenüber dem Landesdurchschnitt signifikant erhöhte Sterblichkeit im Bezirk (p < 0,1)

" gegenüber dem Landesdurchschnitt signifikant erhöhte Sterblichkeit im Bezirk (p < 0,05)

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

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

Quellen: Statistik Austria, Statistik des Bevölkerungsstandes; Todesursachenstatistik; Berechnungen: GÖ FP

Tabelle 3.6: Sterblichkeit der unter 65-Jährigen nach Haupttodesursachen 2007–2011

Region		Sterblichkeit ¹ 2007–2011, altersstandardisiert ²															
	EW ³	männlich								weiblich							
	2007–2011	alle	HKE	BN	PUL	VER	VV	dav. Suizid	SON	alle	HKE	BN	PUL	VER	VV	dav. Suizid	SON
Innsbruck (Stadt)	96.910	254"	54'	81'	9	21'	42	19	48'	123'	16	50	5	8	16	6	26
Imst	48.968	195	28	62	8	15	50	18	32	97	16	49	2	3	11	3	16
Innsbruck (Land)	139.379	175	37	56	7	12	39	13	25	97	12	51	3	4	12	7	16
Kitzbühel	51.004	177	32	55	4	12	43	18	32	83	12	42	2	4	9	4	14
Kufstein	84.362	197	36	64	7	10	46	19	33	96	10	49	3	3	12	6	19
Landeck	37.510	182	28	77	6	12	40	20	18	99	15	51	5	4	6	3	18
Lienz	41.398	198	27	64	7	12	54	15	34	93	17	41	3	3	10	1	20
Reutte	26.550	176	38	46	4	11	53	22	24	108	17	39	3	4	22	11	23
Schwaz	66.915	200	38	64	4	8	52	25	33	118	15	58	4	2	15	4	23
Tirol	592.996	198	37	64	7	13	45	18	32	103	14	49	3	4	13	5	20
Burgenland	227.115	233	48	82	4	17	39	13	43	104	14	56	2	4	8	3	20
Kärnten	454.403	239	47	74	8	23	50*	21'	38	112	17	55	3	6	12	5	20
Niederösterreich	1.307.798	239	45	78	7	21	44	16	44	115	15	56	3	6	12	4	23
Oberösterreich	1.172.044	223	45	72	6	17	43	18	40	110	15	52	3	6	13	5	21
Salzburg	444.314	207	44	56	7	16	51*	20	33	102	14	49	3	5	13	5	19
Steiermark	983.073	232	49	73	7	22	43	19	38	110	15	53	3	6	13	6	20
Vorarlberg	312.844	201	38	65	6	13	38	18	40	101	13	51	3	5	10	4	20
Wien	1.406.574	269**	59**	84**	10*	27**	32	13	58**	148**	20**	66**	5**	11**	12	5	33**
Österreich	6.901.161	234	47	74	7	20	42	17	43	117	16	56	4	7	12	5	23

¹ Todesfälle je 100.000 Einwohner/innen (Auslandssterbefälle nicht inkludiert)² Standardbevölkerung = Europabevölkerung³ Durchschnittswerte für die Jahre 2007–2011

alle = alle Todesursachen (ICD–10 A00–Y89)

HKE = Herz–Kreislauf–Erkrankungen (ICD–10 I00–I99)

BN = Bösartige Neubildungen – Krebserkrankungen (ICD–10 C00–C97)

PUL = Krankheiten des Atmungssystems (ICD–10 J00–J99)

VER = Krankheiten der Verdauungsorgane (ICD–10 K00–K93)

VV = Verletzungen und Vergiftungen (ICD–10 V01–Y89); Suizid (ICD–10 X60–X84)

SON = Sonstige Todesursachen

EW = Einwohner/innen

' gegenüber dem Landesdurchschnitt signifikant erhöhte Sterblichkeit im Bezirk ($p < 0,1$)" gegenüber dem Landesdurchschnitt signifikant erhöhte Sterblichkeit im Bezirk ($p < 0,05$)* gegenüber dem Bundesdurchschnitt signifikant erhöhte Sterblichkeit im Bundesland ($p < 0,1$)** gegenüber dem Bundesdurchschnitt signifikant erhöhte Sterblichkeit im Bundesland ($p < 0,05$)

Quellen: Statistik Austria, Statistik des Bevölkerungsstandes; Todesursachenstatistik; Berechnungen: GÖ FP

Tabelle 3.7: Säuglingssterblichkeit 1980–2011

Region	Zahl der im 1. Lebensjahr Verstorbenen / 1.000 Lebendgeborene															
	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tirol	13,7	11,4	9,4	5,1	5,3	4,9	3,9	3,1	4,0	3,9	3,3	2,3	1,6	2,7	2,5	3,3
Burgenland	12,9	11,0	4,9	4,8	5,0	5,4	2,3	6,0	2,3	3,7	3,8	4,1	3,2	0,9	2,3	3,7
Kärnten	14,1	11,1	7,5	4,4	3,3	5,0	2,5	2,3	2,9	2,9	3,7	2,1	1,9	3,1	1,7	3,9
Niederösterreich	16,4	11,6	7,8	5,3	5,4	4,1	3,9	4,6	4,4	3,6	3,5	4,4	4,7	4,2	3,6	3,9
Oberösterreich	13,4	11,0	7,7	5,6	4,9	4,7	3,7	4,7	5,2	3,7	3,4	3,4	3,1	3,9	3,9	3,0
Salzburg	13,9	11,4	8,1	6,3	3,5	4,0	4,4	4,4	4,8	4,5	2,2	2,4	2,6	2,5	4,9	1,8
Steiermark	12,9	10,9	6,2	2,0	4,2	3,3	2,9	3,1	3,2	3,5	3,4	2,5	2,7	2,7	3,3	2,0
Vorarlberg	15,9	9,7	9,4	7,1	5,9	6,5	4,7	3,4	4,0	5,0	4,7	3,2	4,0	3,5	2,6	3,7
Wien	15,0	11,5	8,7	7,7	5,1	6,3	5,7	6,3	5,7	5,7	4,3	5,4	5,5	5,5	5,8	5,3
Österreich	14,3	11,2	7,8	5,4	4,8	4,8	4,1	4,5	4,5	4,2	3,6	3,7	3,7	3,8	3,9	3,6

Quelle: Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

Tabelle 3.8: Neonatale Sterblichkeit 1980–2011

Region	Zahl der im 1. Lebensmonat Verstorbenen / 1.000 Lebendgeborene															
	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tirol	7,8	6,8	5,0	3,8	3,9	2,8	2,7	2,2	2,6	2,9	2,2	1,4	0,9	1,8	1,9	1,9
Burgenland	10,4	6,8	2,6	4,4	4,1	4,1	1,9	4,2	0,9	2,7	3,3	3,2	1,8	0,5	2,3	1,4
Kärnten	10,0	7,6	4,2	2,4	2,1	2,6	1,9	1,7	2,3	0,4	1,8	1,5	0,8	1,5	1,3	2,4
Niederösterreich	10,6	6,6	4,4	3,0	3,9	3,0	2,5	3,1	3,1	2,7	2,1	3,3	3,3	2,9	2,4	2,3
Oberösterreich	9,2	8,0	4,7	3,7	3,3	3,2	2,6	3,3	3,4	2,9	2,2	2,0	2,5	2,2	2,6	2,1
Salzburg	7,5	6,6	3,7	4,1	2,4	2,7	3,1	2,3	3,2	3,6	1,2	1,6	2,2	1,2	3,3	1,2
Steiermark	9,0	6,5	3,3	1,1	3,0	2,3	2,2	1,8	2,4	2,8	2,9	1,6	2,0	2,1	2,3	1,6
Vorarlberg	9,1	6,0	6,3	4,3	3,3	5,3	3,2	2,1	3,2	4,5	4,2	2,4	2,4	2,7	1,3	1,9
Wien	9,9	7,5	5,3	5,0	3,2	4,5	4,0	5,0	4,3	3,6	3,4	3,8	4,3	4,1	4,4	4,1
Österreich	9,4	7,1	4,5	3,4	3,3	3,3	2,8	3,1	3,2	3,0	2,6	2,5	2,7	2,6	2,8	2,4

Quelle: Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

Tabelle 3.9: Body-Mass-Index 2006/2007

Region / Geschlecht / Altersgruppen	Personen über 15 Jahre mit einem Body-Mass-Index ¹ von ...							
	weniger als 18,5 (untergewichtig)		18,5 bis < 25 (normalgewichtig)		> = 25 bis unter 30 (übergewichtig)		30 und höher (adipös)	
	2006/2007		2006/2007		2006/2007		2006/2007	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Tirol								
15–44 Jahre	11.121	3,6	199.841	65,3	79.546	26,0	15.382	5,0
45–64 Jahre	2.992	1,8	78.957	46,3	66.030	38,7	22.605	13,3
65–84 Jahre	2.562	2,7	41.851	44,5	39.790	42,3	9.822	10,4
85 Jahre und älter	<i>389</i>	<i>3,4</i>	<i>5.716</i>	<i>49,4</i>	<i>3.414</i>	<i>29,5</i>	<i>2.058</i>	<i>17,8</i>
männlich	2.519	0,9	128.545	45,6	123.144	43,7	27.395	9,7
weiblich	14.546	4,8	197.821	65,8	65.635	21,8	22.472	7,5
ohne Migrationshintergrund	15.833	3,2	283.368	57,1	156.822	31,6	40.353	8,1
mit Migrationshintergrund	1.232	1,4	42.998	50,2	31.958	37,3	9.514	11,1
Tirol–Zentralraum	1.573	3,8	25.172	60,5	11.504	27,7	3.340	8,0
Tirol–West	4.856	3,7	80.196	60,6	37.983	28,7	9.273	7,0
Tirol–Nordost	3.873	3,6	59.147	54,9	32.708	30,4	11.920	11,1
Osttirol	6.762	2,2	161.850	53,9	106.584	35,5	25.334	8,4
Tirol	17.064	2,9	326.365	56,1	188.779	32,4	49.867	8,6
Burgenland	7.417	3,1	105.991	44,0	85.312	35,4	42.074	17,5
Kärnten	17.580	3,7	245.449	51,6	170.753	35,9	41.749	8,8
Niederösterreich	36.623	2,7	609.742	45,6	494.276	37,0	195.270	14,6
Oberösterreich	24.983	2,1	577.116	49,3	402.684	34,4	166.306	14,2
Salzburg	14.580	3,3	241.001	54,5	144.648	32,7	41.896	9,5
Steiermark	23.802	2,3	494.329	48,2	405.356	39,5	102.711	10,0
Vorarlberg	11.022	3,7	158.458	53,1	90.451	30,3	38.646	12,9
Wien	34.427	2,4	713.266	50,2	486.544	34,3	185.353	13,1
Österreich	187.500	2,7	3.471.717	49,7	2.468.803	35,3	863.872	12,4
15–44 Jahre	144.128	4,1	2.170.687	62,0	920.038	26,3	268.428	7,7
45–64 Jahre	23.598	1,1	798.505	38,2	899.018	43,0	368.313	17,6
65–84 Jahre	13.815	1,1	424.374	33,8	599.631	47,8	216.724	17,3
85 Jahre und älter	5.959	4,1	78.151	54,0	50.115	34,7	10.407	7,2
männlich	44.731	1,3	1.486.811	44,2	1.432.336	42,5	403.740	12,0
weiblich	142.769	3,9	1.984.906	54,8	1.036.467	28,6	460.132	12,7
ohne Migrationshintergrund	161.443	2,7	2.953.138	50,2	2.064.670	35,1	706.174	12,0
mit Migrationshintergrund	26.056	2,4	518.579	46,9	404.133	36,5	157.698	14,3

¹ Body-Mass-Index (BMI) = kg/m²

Anm.: Kursiv dargestellte Werte basieren auf einer kleinen Stichprobe (n < 50) und sollten nicht interpretiert werden.

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnungen: GÖ FP

Tabelle 3.10: Personen, bei denen in den letzten 12 Monaten von Vertretern/Vertreterinnen eines Gesundheitsberufs ein erhöhter Blutdruck / ein erhöhter Cholesterinwert gemessen wurde (2006/2007)

Region / Geschlecht / Altersgruppen	Personen über 15 Jahre mit ...			
	erhöhtem Blutdruck		erhöhtem Cholesterin	
	absolut	in %	absolut	in %
Tirol				
15–44 Jahre	14.136	4,6	13.171	4,3
45–64 Jahre	39.311	23,0	32.863	19,3
65–84 Jahre	38.013	40,4	23.158	24,6
85 Jahre und älter	4.769	41,2	2.238	19,3
männlich	44.312	15,7	36.213	12,9
weiblich	51.916	17,3	35.217	11,7
ohne Migrationshintergrund	81.379	16,4	56.102	11,3
mit Migrationshintergrund	14.849	17,3	15.328	17,9
Tirol–Zentralraum	49.360	16,4	45.437	15,1
Tirol–West	18.465	17,2	11.824	11,0
Tirol–Nordost	22.578	17,1	10.617	8,0
Osttirol	5.825	14,0	3.552	8,5
Tirol	96.228	16,5	71.431	12,3
Burgenland	63.273	26,3	39.271	16,3
Kärnten	88.927	18,7	56.806	11,9
Niederösterreich	291.513	21,8	212.580	15,9
Oberösterreich	228.605	19,5	152.786	13,0
Salzburg	72.180	16,3	46.701	10,6
Steiermark	229.518	22,4	140.909	13,7
Vorarlberg	52.934	17,7	24.717	8,3
Wien	270.710	19,1	230.614	16,2
Österreich	1.393.888	19,9	975.815	14,0
15–44 Jahre	221.995	6,3	186.441	5,3
45–64 Jahre	539.414	25,8	424.418	20,3
65–84 Jahre	565.939	45,1	339.705	27,1
85 Jahre und älter	66.540	46,0	25.250	17,5
männlich	633.271	18,8	457.211	13,6
weiblich	760.617	21,0	518.604	14,3
ohne Migrationshintergrund	1.186.224	20,2	819.480	13,9
mit Migrationshintergrund	207.664	18,8	156.335	14,1

Anmerkung: Kursiv dargestellte Werte basieren auf einer kleinen Stichprobe (n < 50) und sollten nicht interpretiert werden.

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnungen: GÖ FP

Tabelle 3.11: Krankenhausmorbidity nach Hauptdiagnosen-Gruppen 2011¹

Region	Krankenhäuserfälle (ohne Mehrfachaufnahmen) nach Wohnbezirken / 100.000 EW und Jahr (Krankenhausthäufigkeit)																		
	EW	männlich									weiblich								
		2011 ²	alle ³	INF	BN	PSY	HKE	PUL	VER	OR	VV	alle ²	INF	BN	PSY	HKE	PUL	VER	OR
Innsbruck-Stadt																			
0-14 Jahre	14.981	11.699	749	24	162	89	2.919	1.220	163	2.416	9.515	869	67	237	29	2.125	1.543	119	1.724
15-44 Jahre	52.490	9.639	351	147	1.742	403	916	1.214	794	3.104	12.679	433	276	1.360	528	769	1.016	794	1.765
45-64 Jahre	30.755	16.612	562	1.645	1.931	2.677	1.415	2.710	2.487	2.859	15.532	456	1.726	1.571	1.773	967	1.614	3.328	2.382
65-84 Jahre	18.823	29.984	1.355	5.582	1.281	7.105	3.210	4.500	4.800	3.538	26.199	1.061	3.552	1.315	5.083	2.288	3.242	6.806	4.380
85 Jahre und älter	3.098	54.162	3.255	8.913	3.399	15.086	8.706	6.207	4.863	8.283	43.925	2.579	4.132	2.929	14.549	5.310	4.783	6.210	11.244
insgesamt	120.147	14.315	621	1.125	1.412	1.719	1.789	1.968	1.520	2.987	14.361	619	959	1.177	1.325	1.314	1.542	1.935	2.267
Imst																			
0-14 Jahre	9.511	13.691	1.352	62	137	97	3.129	1.305	180	1.772	10.352	1.155	21	110	98	2.727	1.081	207	1.616
15-44 Jahre	25.204	10.463	467	111	813	574	1.168	1.421	924	2.937	14.423	442	153	574	595	1.046	1.262	801	1.049
45-64 Jahre	14.789	19.788	425	1.376	1.075	3.165	1.397	2.911	3.169	2.985	18.231	331	1.462	1.141	2.456	919	1.969	3.773	1.818
65-84 Jahre	6.917	40.384	1.175	4.994	1.133	10.195	4.928	5.474	5.124	3.610	35.152	1.342	2.756	1.908	6.161	2.407	3.425	7.494	4.289
85 Jahre und älter	901	54.977	3.249	4.910	1.941	16.450	11.225	5.614	3.645	7.427	53.784	2.408	3.311	2.607	13.156	5.417	5.575	6.009	9.835
insgesamt	57.322	16.942	750	953	773	2.238	2.133	2.215	1.769	2.805	16.946	681	743	768	1.633	1.564	1.658	2.135	1.778
Innsbruck-Land																			
0-14 Jahre	25.928	10.952	698	49	203	47	2.312	1.278	147	2.103	8.068	567	45	206	26	1.617	1.032	182	1.462
15-44 Jahre	68.835	10.215	331	219	959	467	1.066	1.370	1.010	3.173	15.365	409	279	926	550	702	1.262	902	1.406
45-64 Jahre	45.314	18.626	563	1.539	1.150	2.751	1.286	2.608	3.269	3.045	18.174	283	1.704	1.111	2.116	895	1.868	3.671	2.273
65-84 Jahre	23.043	36.077	857	5.352	988	8.371	3.486	4.673	5.500	3.587	33.257	841	3.445	1.563	6.070	2.161	3.708	7.258	4.159
85 Jahre und älter	2.795	56.863	2.389	5.572	4.146	18.553	9.290	8.342	3.635	6.752	51.245	2.842	3.573	2.849	14.431	6.014	6.107	4.785	9.028
insgesamt	165.915	15.533	543	1.078	875	1.917	1.720	2.059	1.860	2.983	16.610	480	933	897	1.517	1.150	1.656	2.110	1.987
Kitzbühel																			
0-14 Jahre	9.096	15.795	2.434	77	97	216	4.185	1.278	193	3.604	12.232	1.810	45	130	113	2.637	1.334	275	2.782
15-44 Jahre	24.026	13.041	532	226	793	655	1.153	1.481	1.557	4.778	16.430	709	208	918	703	728	1.441	940	2.167
45-64 Jahre	17.750	20.334	606	1.514	1.227	3.106	1.606	2.883	3.729	4.538	19.008	461	1.476	1.360	2.190	904	1.946	3.829	3.074
65-84 Jahre	9.652	36.330	1.464	4.997	1.228	7.930	4.566	4.402	4.704	5.505	31.781	1.195	2.781	1.506	6.114	2.218	3.177	6.945	5.704
85 Jahre und älter	1.262	56.305	1.698	4.307	2.722	14.034	11.117	8.617	3.824	12.016	52.009	2.911	2.621	3.358	12.174	7.272	5.521	4.088	13.431
insgesamt	61.786	18.232	1.074	1.033	811	2.033	2.374	2.150	2.138	4.605	18.042	960	770	938	1.601	1.406	1.758	2.148	2.995
Kufstein																			
0-14 Jahre	16.206	16.541	2.178	71	103	70	6.108	1.353	181	2.669	13.316	2.341	77	200	87	4.836	1.245	259	2.048
15-44 Jahre	41.554	11.889	393	119	937	506	933	1.594	1.366	4.277	16.340	406	237	1.045	610	837	1.451	1.029	1.957
45-64 Jahre	27.184	20.691	502	1.168	1.058	3.031	1.554	3.176	3.831	4.368	19.584	367	1.457	1.086	2.380	898	2.829	3.963	3.369
65-84 Jahre	13.772	37.494	1.005	4.326	1.017	8.685	3.341	5.770	5.468	4.685	33.317	1.261	2.463	1.110	5.993	2.013	4.476	6.682	6.009
85 Jahre und älter	1.791	56.191	1.927	4.830	2.417	15.138	10.981	5.948	4.934	9.811	52.181	2.314	3.187	2.212	14.493	5.042	5.736	4.468	14.608
insgesamt	100.507	18.116	889	839	807	2.006	2.568	2.397	2.167	4.042	18.542	927	759	888	1.615	1.891	2.095	2.193	2.862
Landeck																			
0-14 Jahre	7.162	13.358	1.419	24	73	24	2.430	1.166	254	1.722	9.845	1.343	201	144	25	2.478	1.087	188	931
15-44 Jahre	18.777	10.674	338	133	659	655	1.268	1.475	894	2.852	15.580	517	248	700	530	648	1.450	759	1.269
45-64 Jahre	11.352	20.768	635	1.691	1.237	2.983	1.733	3.318	3.274	3.390	17.443	491	1.150	1.311	1.926	760	2.415	3.846	1.998
65-84 Jahre	5.911	38.752	1.248	4.991	1.147	8.592	4.477	6.332	5.884	4.196	32.802	1.204	3.386	1.231	5.387	1.968	4.226	6.761	3.989
85 Jahre und älter	757	48.960	1.026	2.955	2.443	11.158	9.955	10.303	1.841	4.251	51.639	2.690	2.574	4.087	12.652	5.639	5.248	7.403	8.603
insgesamt	43.959	16.978	748	1.012	741	1.997	2.047	2.442	1.856	2.886	16.867	783	800	818	1.375	1.260	1.927	2.072	1.722

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 3.11

Region	EW	Krankenhausfälle (ohne Mehrfachaufnahmen) nach Wohnbezirken / 100.000 EW und Jahr (Krankenhaushäufigkeit)																	
		männlich									weiblich								
		alle ²	INF	BN	PSY	HKE	PUL	VER	OR	VV	alle ²	INF	BN	PSY	HKE	PUL	VER	OR	VV
Lienz																			
0–14 Jahre	7.972	13.352	2.312	0	442	130	3.187	950	261	2.748	11.073	2.283	73	315	99	2.384	566	354	1.679
15–44 Jahre	19.791	12.178	409	127	738	683	925	1.704	1.520	4.073	16.312	640	256	883	699	636	1.797	1.139	1.567
45–64 Jahre	13.096	21.845	328	1.370	1.136	2.887	1.395	4.526	4.336	3.390	20.073	234	1.356	1.363	2.179	783	3.729	4.264	1.924
65–84 Jahre	7.636	40.289	1.001	4.302	992	9.088	4.178	6.333	6.361	3.957	38.851	1.264	3.210	1.510	7.140	2.862	6.151	8.222	4.661
85 Jahre und älter	1.196	62.602	3.893	5.449	3.445	24.302	10.648	7.328	2.891	10.314	50.943	2.215	2.189	2.652	13.678	5.666	4.686	5.097	13.602
insgesamt	49.691	18.168	901	881	825	2.189	1.962	2.763	2.445	3.662	18.700	978	805	958	1.711	1.330	2.473	2.495	2.111
Reutte																			
0–14 Jahre	4.695	15.758	2.394	0	300	34	4.024	475	184	2.706	12.906	2.168	248	188	163	3.000	505	269	1.819
15–44 Jahre	12.724	11.700	311	93	669	885	1.333	1.191	1.416	3.458	17.436	458	297	966	677	1.300	1.030	1.398	1.787
45–64 Jahre	8.933	21.131	465	1.291	770	3.792	1.525	2.384	5.584	3.262	19.495	319	1.261	1.070	2.920	794	1.467	4.902	2.899
65–84 Jahre	4.734	38.033	968	3.704	469	10.166	4.448	4.886	7.640	4.169	35.746	622	2.913	1.349	7.417	2.214	3.386	8.861	5.297
85 Jahre und älter	601	47.146	1.192	1.727	657	15.165	6.986	9.784	1.850	6.084	48.162	2.135	2.359	888	10.874	4.102	4.729	5.729	10.786
insgesamt	31.687	17.938	882	749	593	2.495	2.341	1.787	2.814	3.341	19.093	833	810	858	1.901	1.667	1.297	2.815	2.513
Schwaz																			
0–14 Jahre	12.841	11.993	1.026	101	112	32	2.575	1.340	208	1.822	9.200	986	48	180	55	1.950	1.201	224	1.026
15–44 Jahre	33.095	11.622	494	153	913	600	1.218	1.591	968	3.325	17.160	584	352	718	516	1.041	1.729	782	1.232
45–64 Jahre	21.175	20.166	526	1.394	1.217	3.285	1.594	2.887	3.103	3.180	18.855	424	1.754	1.312	2.175	1.049	2.367	3.362	1.933
65–84 Jahre	10.575	37.267	1.239	4.393	892	9.174	3.977	4.438	5.086	4.279	33.433	1.282	3.719	1.299	7.226	2.059	3.213	6.438	4.432
85 Jahre und älter	1.348	52.697	2.152	5.762	694	15.380	9.953	6.753	1.714	7.539	46.270	2.767	2.162	2.089	13.120	6.257	4.739	3.221	11.729
insgesamt	79.034	16.815	710	932	809	2.151	1.974	2.196	1.754	3.095	17.751	724	990	820	1.626	1.397	1.951	1.894	1.787
Tirol–Zentralraum	365.096	15.396	607	1.065	1.031	1.899	1.788	2.056	1.727	3.005	16.015	575	953	968	1.473	1.251	1.673	2.008	2.039
Tirol–West	132.968	17.158	775	917	712	2.216	2.143	2.189	2.063	2.950	17.405	746	776	803	1.617	1.482	1.662	2.283	1.934
Tirol–Nordost	162.293	18.157	959	915	811	2.012	2.509	2.300	2.152	4.253	18.346	941	765	910	1.607	1.722	1.960	2.175	2.902
Osttirol	49.691	18.168	901	881	825	2.189	1.962	2.763	2.445	3.662	18.700	978	805	958	1.711	1.330	2.473	2.495	2.111
Tirol	710.048	16.555	743	990	907	2.006	2.035	2.183	1.934	3.325	16.993	723	868	923	1.547	1.412	1.791	2.129	2.225
Burgenland	284.897	15.285	616	918	659	2.217	1.406	2.466	1.993	2.485	16.815	623	793	703	1.655	1.045	2.226	2.245	1.743
Kärnten	558.271	16.591	794	822	1.106	2.397	1.832	2.440	2.259	3.067	18.131	829	779	1.102	1.857	1.387	2.160	2.706	1.988
Niederösterreich	1.611.981	15.938	582	941	775	2.328	1.565	2.032	2.345	2.805	17.024	568	763	782	1.595	1.150	1.691	2.604	1.930
Oberösterreich	1.412.640	18.054	836	1.004	1.089	2.529	1.949	2.287	2.393	3.224	18.927	783	780	1.135	1.885	1.396	1.905	2.560	2.198
Salzburg	531.721	16.840	712	969	1.110	2.232	1.501	2.361	2.230	3.622	17.486	649	860	1.072	1.754	1.061	2.063	2.438	2.406
Steiermark	1.210.614	16.059	705	800	962	2.239	1.771	2.478	2.316	2.737	17.110	677	639	1.021	1.850	1.265	2.217	2.647	1.831
Vorarlberg	369.938	15.888	559	960	957	1.918	1.563	2.409	2.060	2.985	15.957	491	737	768	1.364	1.097	1.952	2.058	1.957
Wien	1.714.142	13.580	574	973	859	2.125	1.681	1.812	1.798	2.142	14.896	508	889	810	1.384	1.271	1.526	2.445	1.645
Österreich	8.298.923	15.982	676	933	930	2.261	1.731	2.193	2.168	2.845	16.960	640	788	929	1.656	1.258	1.864	2.491	1.957

¹ Standardbevölkerung = Europabevölkerung; Berechnungen berücksichtigen alle österreichischen Krankenanstalten² Jahresanfangswerte³ Die Kategorie "alle" entspricht nicht der Summe der dargestellten Gruppen, da hier nur die quantitativ wichtigsten Gruppen einzeln ausgewiesen sind.

Altersgruppen lt. ECHI-Empfehlung

alle = alle Hauptdiagnosen (ICD–10 A00–Z99)

PSY = Psychische und Verhaltensstörungen (ICD–10 F00–F99)

VER = Krankheiten des Verdauungssystems (ICD–10 K00–K93)

INF = Best. infektiöse und parasitäre Krankheiten (ICD–10 A00–B99)

HKE = Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD–10 I00–I99)

OR = Krankh. des Muskel–Skelett–Systems und des Bindegewebes (ICD–10 M00–M99)

EW = Einwohner/innen

PUL = Krankheiten des Atmungssystems (ICD–10 J00–J99)

VV = Verletzungen und Vergiftungen... (ICD–10 S00–T99)

BN = Bösartige Neubildungen – Krebserkrankungen (ICD–10 C00–C97)

KA = Krankenanstalten

Quellen: Statistik Austria, Statistik des Bevölkerungsstandes, Bundesministerium für Gesundheit – Diagnosen– und Leistungsdokumentation der österreichischen KA; Berechnungen: GÖ FP

Tabelle 3.12: Ausgewählte chronische Krankheiten 2006/2007 (absolut; Lebenszeitprävalenz)

Region / Geschlecht / Altersgruppen	Personen über 15 Jahre mit chronischer Krankheit											
	Chronische Lungen- erkrankungen ¹		Zuckerkrankheit		Erkrankungen des Bewegungsapparates ²		Herz-Kreislauf- Erkrankungen ³		Allergien		Depression	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Tirol												
15–44 Jahre	26.779	8,8	1.834	0,6	87.506	28,6	18.520	6,1	76.085	24,9	16.391	5,4
45–64 Jahre	19.730	11,6	9.553	5,6	90.619	53,1	47.756	28,0	30.345	17,8	13.888	8,1
65–84 Jahre	20.133	21,4	12.644	13,4	64.389	68,5	45.752	48,7	11.367	12,1	11.439	12,2
85 Jahre und älter	1.575	13,6	2.928	25,3	9.814	84,8	5.524	47,7	525	4,5	1.012	8,7
männlich	32.560	11,6	12.878	4,6	123.148	43,7	52.620	18,7	47.293	16,8	15.651	5,6
weiblich	35.657	11,9	14.080	4,7	129.180	43,0	64.932	21,6	71.029	23,6	27.080	9,0
ohne Migrationshintergrund	52.653	10,6	23.151	4,7	210.443	42,4	100.104	20,2	101.083	20,4	34.034	6,9
mit Migrationshintergrund	15.564	18,2	3.807	4,4	41.885	48,9	17.448	20,4	17.239	20,1	8.697	10,1
Tirol-Zentralraum	41.262	13,7	17.643	5,9	141.928	47,2	60.799	20,2	62.321	20,7	27.353	9,1
Tirol-West	11.912	11,1	3.019	2,8	50.826	47,2	23.559	21,9	27.734	25,8	8.862	8,2
Tirol-Nordost	12.526	9,5	5.074	3,8	44.340	33,5	26.524	20,0	24.018	18,2	5.459	4,1
Osttirol	2.516	6,0	1.222	2,9	15.234	36,6	6.670	16,0	4.249	10,2	1.057	2,5
Tirol	68.217	11,7	26.958	4,6	252.328	43,3	117.552	20,2	118.321	20,3	42.731	7,3
Burgenland	18.295	7,6	15.686	6,5	113.120	47,0	71.071	29,5	47.719	19,8	19.479	8,1
Kärnten	40.822	8,6	26.316	5,5	212.328	44,7	91.946	19,3	90.542	19,0	31.892	6,7
Niederösterreich	126.430	9,5	78.213	5,9	566.646	42,4	339.089	25,4	298.047	22,3	102.622	7,7
Oberösterreich	130.564	11,1	61.461	5,2	554.746	47,4	265.965	22,7	277.565	23,7	107.961	9,2
Salzburg	53.955	12,2	18.928	4,3	202.871	45,9	93.460	21,1	103.503	23,4	45.683	10,3
Steiermark	115.392	11,2	64.735	6,3	446.795	43,5	231.508	22,6	216.325	21,1	98.532	9,6
Vorarlberg	26.730	9,0	13.760	4,6	113.335	38,0	57.982	19,4	52.231	17,5	19.827	6,6
Wien	147.794	10,4	109.300	7,7	585.978	41,3	335.986	23,7	335.855	23,7	153.762	10,8
Österreich	728.199	10,4	415.357	5,9	3.048.147	43,6	1.604.559	22,9	1.540.108	22,0	622.489	8,9
15–44 Jahre	296.951	8,5	40.189	1,1	967.617	27,6	210.633	6,0	880.795	25,1	179.137	5,1
45–64 Jahre	222.505	10,6	129.190	6,2	1.159.355	55,5	633.044	30,3	440.031	21,1	249.944	12,0
65–84 Jahre	182.417	14,5	219.370	17,5	815.874	65,0	676.978	54,0	198.357	15,8	164.866	13,1
85 Jahre und älter	26.327	18,2	26.609	18,4	105.300	72,8	83.904	58,0	20.925	14,5	28.542	19,7
männlich	322.621	9,6	183.011	5,4	1.374.760	40,8	733.958	21,8	635.360	18,9	225.757	6,7
weiblich	405.578	11,2	232.346	6,4	1.673.386	46,2	870.601	24,0	904.748	25,0	396.732	10,9
ohne Migrationshintergrund	599.696	10,2	352.210	6,0	2.564.953	43,6	1.367.917	23,2	1.328.291	22,6	485.496	8,2
mit Migrationshintergrund	128.503	11,6	63.147	5,7	483.193	43,7	236.642	21,4	211.817	19,1	136.993	12,4

¹ Chronische Bronchitis, Emphysem, Lungenasthma² Beschwerden im Kreuz-, Nacken- oder Brustwirbelbereich, Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus³ Herzinfarkt, Bluthochdruck, Schlaganfall, Gehirnblutung

Anm.: Kursiv dargestellte Werte basieren auf einer kleinen Stichprobe (n < 50) und sollten nicht interpretiert werden.

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnungen: GÖ FP

Tabelle 3.13: Personen über 64 Jahre mit physischen Einschränkungen (2006/2007)

Region / Geschlecht / Altersgruppen	Personen über 15 Jahre mit Problemen beim ...											
	mindestens eine Nennung		Bücken oder Knien		Treppensteigen ohne Gehilfe		Gehen von 500 m ohne Gehilfe		Tragen einer vollen Einkaufstasche (5 kg)		Beißen fester Nahrung	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Tirol												
65–84 Jahre	52.282	55,6	40.905	43,5	15.561	16,5	16.797	17,9	29.218	31,1	18.311	19,5
85 Jahre und älter	<i>10.908</i>	<i>94,2</i>	<i>8.941</i>	<i>77,2</i>	<i>6.894</i>	<i>59,5</i>	<i>7.673</i>	<i>66,3</i>	<i>8.542</i>	<i>73,8</i>	<i>4.186</i>	<i>36,2</i>
männlich	25.185	57,0	20.870	47,3	<i>9.647</i>	<i>21,8</i>	<i>10.856</i>	<i>24,6</i>	<i>11.883</i>	<i>26,9</i>	<i>8.360</i>	<i>18,9</i>
weiblich	38.004	61,9	28.976	47,2	12.809	20,8	13.614	22,2	25.877	42,1	14.138	23,0
ohne Migrationshintergrund	54.993	60,4	43.273	47,6	20.453	22,5	22.971	25,2	33.830	37,2	21.416	23,5
mit Migrationshintergrund	<i>8.196</i>	<i>56,1</i>	<i>6.572</i>	<i>45,0</i>	<i>2.002</i>	<i>13,7</i>	<i>1.498</i>	<i>10,3</i>	<i>3.930</i>	<i>26,9</i>	<i>1.081</i>	<i>7,4</i>
Tirol–Zentralraum	<i>35.444</i>	<i>65,1</i>	<i>29.171</i>	<i>53,6</i>	<i>13.366</i>	<i>24,6</i>	<i>13.220</i>	<i>24,3</i>	<i>22.192</i>	<i>40,8</i>	<i>10.954</i>	<i>20,1</i>
Tirol–West	<i>10.555</i>	<i>56,4</i>	<i>7.568</i>	<i>40,4</i>	<i>3.791</i>	<i>20,2</i>	<i>4.984</i>	<i>26,6</i>	<i>5.922</i>	<i>31,6</i>	<i>4.157</i>	<i>22,2</i>
Tirol–Nordost	<i>10.915</i>	<i>45,4</i>	<i>8.499</i>	<i>35,4</i>	<i>3.351</i>	<i>13,9</i>	<i>4.267</i>	<i>17,8</i>	<i>7.030</i>	<i>29,2</i>	<i>2.484</i>	<i>10,3</i>
Osttirol	6.276	74,4	4.607	54,6	<i>1.947</i>	<i>23,1</i>	<i>1.998</i>	<i>23,7</i>	<i>2.616</i>	<i>31,0</i>	4.902	58,1
Tirol	63.190	59,8	49.846	47,2	22.455	21,3	24.470	23,2	37.760	35,8	22.497	21,3
Burgenland	27.734	50,3	23.226	42,1	13.043	23,7	13.651	24,8	15.247	27,7	8.952	16,2
Kärnten	55.989	54,9	39.128	38,3	21.615	21,2	22.577	22,1	35.688	35,0	28.879	28,3
Niederösterreich	143.519	50,7	101.136	35,7	59.557	21,0	53.690	19,0	69.456	24,5	66.579	23,5
Oberösterreich	115.932	50,4	85.607	37,2	51.699	22,5	52.146	22,7	66.246	28,8	36.830	16,0
Salzburg	<i>33.531</i>	<i>41,6</i>	20.022	24,9	10.534	13,1	12.630	15,7	20.215	25,1	13.742	17,1
Steiermark	127.803	57,4	88.900	40,0	57.691	25,9	59.307	26,7	78.101	35,1	52.088	23,4
Vorarlberg	23.708	46,0	17.064	33,1	7.811	15,1	7.695	14,9	13.935	27,0	7.776	15,1
Wien	164.977	61,4	124.564	46,4	78.154	29,1	72.167	26,9	108.795	40,5	71.697	26,7
Österreich	756.384	54,1	549.493	39,3	322.559	23,1	318.332	22,8	445.444	31,8	309.041	22,1
65–84 Jahre	630.694	50,3	456.940	36,4	247.123	19,7	230.677	18,4	351.073	28,0	253.071	20,2
85 Jahre und älter	125.690	86,9	92.553	64,0	75.436	52,2	87.655	60,6	94.371	65,2	55.970	38,7
männlich	249.002	43,8	177.978	31,3	90.685	15,9	93.263	16,4	97.720	17,2	108.423	19,1
weiblich	507.382	61,1	371.515	44,7	231.874	27,9	225.069	27,1	347.724	41,9	200.618	24,2
ohne Migrationshintergrund	675.896	53,8	488.554	38,9	289.840	23,1	288.997	23,0	392.711	31,3	277.669	22,1
mit Migrationshintergrund	80.488	56,1	60.939	42,4	32.719	22,8	29.336	20,4	52.733	36,7	31.372	21,9

Anmerkung: Kursiv dargestellte Werte basieren auf einer kleinen Stichprobe (n < 50) und sollten nicht interpretiert werden.

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnungen: GÖ FP

Tabelle 3.14: Personen über 64 Jahre mit Problemen oder Unsicherheiten bei Aktivitäten des täglichen Lebens (2006/2007)

Region / Geschlecht/ Altersgruppen	Personen über 15 Jahre mit Problemen oder Unsicherheiten beim ...											
	mindestens eine Nennung		selbst Niedersetzen		selbst An- und Ausziehen		selbst Essen		selbst die Toilette Benutzen		selbst Baden und Duschen	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Tirol												
65–84 Jahre	15.971	17,0	5.709	6,1	3.588	3,8	3.233	3,4	2.049	2,2	12.177	13,0
85 Jahre und älter	5.322	46,0	2.973	25,7	3.241	28,0	1.941	16,8	2.249	19,4	5.015	43,3
männlich	5.008	11,3	2.979	6,7	1.453	3,3	1.060	2,4	942	2,1	4.168	9,4
weiblich	16.285	26,5	5.702	9,3	5.376	8,8	4.114	6,7	3.356	5,5	13.023	21,2
ohne Migrationshintergrund	18.950	20,8	8.359	9,2	6.354	7,0	4.807	5,3	4.144	4,6	15.537	17,1
mit Migrationshintergrund	2.342	16,0	323	2,2	475	3,3	367	2,5	154	1,1	1.655	11,3
Tirol–Zentralraum	12.109	22,3	5.379	9,9	2.273	4,2	2.540	4,7	1.081	2,0	9.886	18,2
Tirol–West	4.537	24,2	2.268	12,1	2.588	13,8	1.169	6,2	1.950	10,4	3.616	19,3
Tirol–Nordost	2.185	9,1	892	3,7	1.270	5,3	1.270	5,3	892	3,7	1.430	5,9
Osttirol	2.462	29,2	143	1,7	699	8,3	195	2,3	374	4,4	2.259	26,8
Tirol	21.292	20,2	8.682	8,2	6.829	6,5	5.174	4,9	4.298	4,1	17.191	16,3
Burgenland	12.061	21,9	5.585	10,1	8.026	14,6	4.918	8,9	4.936	9,0	9.958	18,1
Kärnten	26.154	25,6	9.910	9,7	13.930	13,7	7.386	7,2	7.411	7,3	20.205	19,8
Niederösterreich	55.027	19,4	26.916	9,5	31.438	11,1	17.745	6,3	16.840	5,9	32.071	11,3
Oberösterreich	47.463	20,7	20.842	9,1	26.250	11,4	12.219	5,3	17.570	7,6	39.927	17,4
Salzburg	12.814	15,9	7.070	8,8	8.635	10,7	5.380	6,7	4.494	5,6	9.539	11,8
Steiermark	60.762	27,3	29.474	13,2	33.884	10,7	22.482	10,1	17.167	7,7	40.921	18,4
Vorarlberg	7.558	14,7	3.123	6,1	2.253	4,4	3.551	6,9	2.238	4,3	4.479	8,7
Wien	78.381	29,2	44.943	16,7	49.651	18,5	18.623	6,9	28.732	10,7	58.717	21,9
Österreich	321.512	23,0	156.545	11,2	180.897	12,9	97.478	7,0	103.686	7,4	233.010	16,7
65–84 Jahre	240.695	19,2	117.370	9,4	129.553	10,3	68.915	5,5	68.841	5,5	162.181	12,9
85 Jahre und älter	80.817	55,9	39.175	27,1	51.344	35,5	28.563	19,7	34.845	24,1	70.829	49,0
männlich	99.825	17,5	48.704	8,6	56.861	10,0	30.945	5,4	35.465	6,2	70.945	12,5
weiblich	221.688	26,7	107.841	13,0	124.036	14,9	66.534	8,0	68.221	8,2	162.065	19,5
ohne Migrationshintergrund	285.023	22,7	138.872	11,1	161.764	12,9	85.749	6,8	94.535	7,5	209.627	16,7
mit Migrationshintergrund	36.490	25,4	17.672	12,3	19.132	13,3	11.729	8,2	9.151	6,4	23.383	16,3

Anmerkung: Kursiv dargestellte Werte basieren auf einer kleinen Stichprobe (n < 50) und sollten nicht interpretiert werden.

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnungen: GÖ FP

Tabelle 3.15: Personen über 64 Jahre mit Problemen oder Unsicherheiten bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (2006/2007)

Region / Geschlecht / Altersgruppen	Personen über 15 Jahre mit Problemen oder Unsicherheiten beim ...											
	mindestens eine Nennung		Erledigen von Einkäufen		Zubereiten von Essen		Telefonieren		Waschen von Wäsche		Erledigen finanzieller Angelegenheiten	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Tirol												
65–84 Jahre	21.131	22,5	12.035	12,8	9.624	10,2	4.319	4,6	12.244	13,0	8.688	9,2
85 Jahre und älter	7.953	68,7	5.525	47,7	4.200	36,3	1.524	13,2	6.927	59,8	3.442	29,7
männlich	13.708	31,0	5.723	13,0	6.526	14,8	3.609	8,2	9.964	22,6	4.159	9,4
weiblich	15.376	25,0	11.836	19,3	7.298	11,9	2.235	3,6	9.206	15,0	7.971	13,0
ohne Migrationshintergrund	26.393	29,0	16.303	17,9	13.087	14,4	5.843	6,4	17.831	19,6	10.873	11,9
mit Migrationshintergrund	2.691	18,4	1.257	8,6	736	5,0	0	0,0	1.339	9,2	1.257	8,6
Tirol–Zentralraum	15.426	28,4	8.399	15,4	8.443	15,5	2.838	5,2	10.046	18,5	7.792	14,3
Tirol–West	5.229	27,9	3.196	17,1	2.737	14,6	1.272	6,8	4.077	21,8	1.518	8,1
Tirol–Nordost	5.904	24,6	4.241	17,6	1.286	5,3	1.339	5,6	3.484	14,5	1.737	7,2
Osttirol	2.525	29,9	1.723	20,4	1.357	16,1	394	4,7	1.563	18,5	1.084	12,8
Tirol	29.084	27,5	17.559	16,6	13.823	13,1	5.843	5,5	19.170	18,2	12.131	11,5
Burgenland	17.356	31,5	11.747	21,3	12.812	23,2	3.356	6,1	12.268	22,3	7.897	14,3
Kärnten	32.343	31,7	24.661	24,2	14.055	13,8	8.580	8,4	21.467	21,0	16.771	16,4
Niederösterreich	77.196	27,3	48.597	17,2	42.388	15,0	12.885	4,5	44.470	15,7	31.447	11,1
Oberösterreich	75.634	32,9	42.585	18,5	49.057	21,3	15.845	6,9	53.814	23,4	28.330	12,3
Salzburg	16.624	20,6	8.871	11,0	7.328	9,1	1.448	1,8	8.584	10,7	6.162	7,7
Steiermark	91.266	41,0	61.083	27,5	49.821	22,4	13.616	6,1	62.385	28,0	22.800	10,2
Vorarlberg	13.493	26,2	8.277	16,1	7.547	14,6	3.091	6,0	8.390	16,3	5.239	10,2
Wien	93.486	34,8	61.334	22,8	53.907	20,1	14.495	5,4	55.644	20,7	30.165	11,2
Österreich	446.483	31,9	284.714	20,3	250.738	17,9	79.159	5,7	286.192	20,5	160.940	11,5
65–84 Jahre	355.060	28,3	219.237	17,5	198.146	15,8	56.290	4,5	222.336	17,7	113.058	9,0
85 Jahre und älter	91.423	63,2	65.477	45,3	52.592	36,4	22.869	15,8	63.856	44,2	47.882	33,1
männlich	181.446	31,9	79.510	14,0	121.848	21,4	32.145	5,7	143.286	25,2	43.115	7,6
weiblich	265.037	31,9	205.205	24,7	128.891	15,5	47.014	5,7	142.906	17,2	117.825	14,2
ohne Migrationshintergrund	402.481	32,1	257.396	20,5	228.652	18,2	74.975	6,0	262.977	20,9	146.653	11,7
mit Migrationshintergrund	44.002	30,7	27.318	19,0	22.086	15,4	4.184	2,9	23.215	16,2	14.288	10,0

Anmerkung: Kursiv dargestellte Werte basieren auf einer kleinen Stichprobe (n < 50) und sollten nicht interpretiert werden.

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnungen GÖ FP

Tabelle 3.16: Pflegegeldbezieher/innen 2005 und 2012 nach Pflegegeldstufen

Region	Anzahl der Pflegegeldbezieher/innen ¹							
	2005				2012			
	Stufe 1-2	Stufe 3-5	Stufe 6-7	gesamt	Stufe 1-2	Stufe 3-5	Stufe 6-7	gesamt
Tirol	12.776	10.789	1.181	24.746	14.968	12.568	2.036	29.572
Burgenland	8.097	6.228	721	15.046	8.713	7.690	912	17.315
Kärnten	18.991	12.305	1.367	32.663	18.979	12.916	1.393	33.288
Niederösterreich	39.301	29.466	3.408	72.175	44.942	35.641	5.231	85.814
Oberösterreich	34.247	23.934	2.692	60.873	36.923	29.664	4.103	70.690
Salzburg	10.656	7.865	1.115	19.636	12.661	9.951	1.425	24.037
Steiermark	33.562	25.204	3.803	62.569	37.644	31.095	5.479	74.218
Vorarlberg	5.739	5.166	804	11.709	7.516	6.965	1.387	15.868
Wien	45.507	26.857	2.764	75.128	49.010	30.933	4.155	84.098
Österreich	208.876	147.814	17.855	374.545	231.356	177.423	26.121	434.900

¹ Summe der Landes- und Bundespflegegeldbezieher/innen

Anmerkung: Je höher die Pflegegeldstufe ist, desto höher sind die Pflegebedürftigkeit und die Geldzuweisung.

Quelle: HVB – Pflegegeldstatistik; Berechnungen: GÖ FP

Tabelle 3.17: Pflegegeldbezieher/innen 2005 und 2012 nach Pflegegeldstufen, Anzahl der Pflegegeldbezieher/innen je 1.000 Einwohner/innen

Region	Anzahl der Pflegegeldbezieher/innen je 1.000 Einwohner/innen ¹							
	2005				2012			
	Stufe 1-2	Stufe 3-5	Stufe 6-7	gesamt	Stufe 1-2	Stufe 3-5	Stufe 6-7	gesamt
Tirol	18,5	15,6	1,7	35,8	21,0	17,6	2,8	41,4
Burgenland	29,1	22,4	2,6	54,1	30,4	26,9	3,2	60,5
Kärnten	33,9	22,0	2,4	58,3	34,0	23,2	2,5	59,7
Niederösterreich	25,0	18,8	2,2	46,0	27,8	22,0	3,2	53,1
Oberösterreich	24,5	17,1	1,9	43,6	26,1	20,9	2,9	49,9
Salzburg	20,3	15,0	2,1	37,3	23,7	18,6	2,7	45,0
Steiermark	28,0	21,0	3,2	52,2	31,0	25,6	4,5	61,2
Vorarlberg	15,9	14,3	2,2	32,4	20,2	18,7	3,7	42,7
Wien	28,0	16,5	1,7	46,2	28,3	17,9	2,4	48,6
Österreich	25,4	18,0	2,2	45,6	27,4	21,0	3,1	51,5

¹ Summe der Landes- und Bundespflegegeldbezieher/innen

Anmerkung: Je höher die Pflegegeldstufe ist, desto höher sind die Pflegebedürftigkeit und die Geldzuweisung.

Quelle: HVB – Pflegegeldstatistik; Berechnungen: GÖ FP

Tabelle 3.18: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand 2006/2007

Region / Geschlecht / Altersgruppen	Personen über 15 Jahre: Selbsteingeschätzte Gesundheit					
	sehr gut und gut		mittelmäßig		schlecht und sehr schlecht	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Tirol						
15–44 Jahre	277.864	90,8	23.675	7,7	4.351	1,4
45–64 Jahre	128.456	75,3	33.256	19,5	8.872	5,2
65–84 Jahre	47.581	50,6	36.371	38,7	10.073	10,7
85 Jahre und älter	4.294	37,1	4.675	40,4	2.608	22,5
männlich	218.942	77,7	51.089	18,1	11.571	4,1
weiblich	239.253	79,6	46.888	15,6	14.332	4,8
ohne Migrationshintergrund	398.069	80,2	76.411	15,4	21.895	4,4
mit Migrationshintergrund	60.126	70,2	21.566	25,2	4.009	4,7
Tirol–Zentralraum	34.405	82,7	5.112	12,3	2.073	5,0
Tirol–West	105.575	79,8	24.292	18,4	2.442	1,8
Tirol–Nordost	81.484	75,7	19.136	17,8	7.028	6,5
Osttirol	236.732	78,8	49.437	16,4	14.361	4,8
Tirol	458.195	78,7	97.977	16,8	25.904	4,5
Burgenland	174.773	72,6	48.073	20,0	17.948	7,5
Kärnten	352.417	74,1	97.578	20,5	25.536	5,4
Niederösterreich	1.012.445	75,8	247.149	18,5	76.317	5,7
Oberösterreich	894.762	76,4	224.610	19,2	51.717	4,4
Salzburg	343.581	77,7	77.439	17,5	21.105	4,8
Steiermark	758.050	73,9	197.186	19,2	70.962	6,9
Vorarlberg	245.820	82,3	39.402	13,2	13.355	4,5
Wien	1.040.228	73,3	265.582	18,7	113.781	8,0
Österreich	5.280.270	75,5	1.294.996	18,5	416.626	6,0
15–44 Jahre	3.167.300	90,4	280.170	8,0	55.812	1,6
45–64 Jahre	1.450.296	69,4	482.654	23,1	156.484	7,5
65–84 Jahre	605.485	48,3	475.720	37,9	173.339	13,8
85 Jahre und älter	57.190	39,5	56.453	39,0	30.990	21,4
männlich	2.619.268	77,8	564.516	16,8	183.833	5,5
weiblich	2.661.002	73,4	730.480	20,2	232.793	6,4
ohne Migrationshintergrund	4.482.519	76,2	1.077.178	18,3	325.729	5,5
mit Migrationshintergrund	797.751	72,1	217.818	19,7	90.897	8,2

Anmerkung: Kursiv dargestellte Werte basieren auf einer kleinen Stichprobe (n < 50) und sollten nicht interpretiert werden.

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnungen: GÖ FP

Tabelle 3.19: Selbsteingeschätzte Lebensqualität 2006/2007

Region / Geschlecht / Altersgruppen	Personen über 15 Jahre: Selbsteingeschätzte Lebensqualität					
	sehr gut und gut		mittelmäßig		schlecht und sehr schlecht	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Tirol						
15–44 Jahre	263.474	86,1	34.615	11,3	<i>7.801</i>	<i>2,6</i>
45–64 Jahre	135.583	79,5	30.972	18,2	<i>4.029</i>	<i>2,4</i>
65–84 Jahre	62.579	66,6	23.864	25,4	<i>7.582</i>	<i>8,1</i>
85 Jahre und älter	<i>7.057</i>	<i>61,0</i>	<i>2.201</i>	<i>19,0</i>	<i>2.319</i>	<i>20,0</i>
männlich	225.191	80,0	46.317	16,4	<i>10.095</i>	<i>3,6</i>
weiblich	243.502	81,0	45.335	15,1	<i>11.637</i>	<i>3,9</i>
ohne Migrationshintergrund	409.382	82,5	66.211	13,3	20.782	4,2
mit Migrationshintergrund	59.311	69,2	25.441	29,7	<i>950</i>	<i>1,0</i>
Tirol–Zentralraum	242.603	80,7	47.694	15,9	<i>10.232</i>	<i>3,4</i>
Tirol–West	84.743	78,7	16.419	15,3	<i>6.486</i>	<i>6,0</i>
Tirol–Nordost	105.753	79,9	22.599	17,1	<i>3.956</i>	<i>3,0</i>
Osttirol	35.594	85,6	4.939	11,9	<i>1.057</i>	<i>2,5</i>
Tirol	468.693	80,5	91.652	15,7	21.732	3,7
Burgenland	182.379	75,7	44.105	18,3	14.310	5,9
Kärnten	371.182	78,1	81.707	17,2	22.641	4,8
Niederösterreich	1.080.943	80,9	207.780	15,6	47.187	3,5
Oberösterreich	960.652	82,0	175.871	15,0	34.566	3,0
Salzburg	367.131	83,0	63.240	14,3	<i>11.754</i>	<i>2,7</i>
Steiermark	788.989	76,9	185.966	18,1	51.243	5,0
Vorarlberg	243.423	81,5	44.437	14,9	<i>10.717</i>	<i>3,6</i>
Wien	1.062.005	74,8	263.688	18,6	93.898	6,6
Österreich	5.525.398	79,0	1.158.446	16,6	308.048	4,4
15–44 Jahre	3.062.180	87,4	375.030	10,7	66.072	1,9
45–64 Jahre	1.603.113	76,7	385.232	18,4	101.089	4,8
65–84 Jahre	781.490	62,3	353.687	28,2	119.367	9,5
85 Jahre und älter	78.614	54,4	44.498	30,8	<i>21.521</i>	<i>14,9</i>
männlich	2.713.525	80,6	527.360	15,7	126.733	3,8
weiblich	2.811.873	77,6	631.086	17,4	181.315	5,0
ohne Migrationshintergrund	4.735.278	80,5	906.191	15,4	243.957	4,1
mit Migrationshintergrund	790.119	71,4	252.255	22,8	64.091	5,8

Anmerkung: Kursiv dargestellte Werte basieren auf einer kleinen Stichprobe (n < 50) und sollten nicht interpretiert werden.

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnungen: GÖ FP

Tabelle 4.1: Essgewohnheiten 2006/2007

Region / Geschlecht / Altersgruppen	Essgewohnheiten der Personen über 15 Jahre											
	Mischkost mit viel Obst und Gemüse		Mischkost mit viel Fleisch		Mischkost mit wenig Fleisch		Vegetarisch, mit Milchprodukten und/oder Eiern		Vegetarisch, mit Fisch und/oder Milchprodukten/Eiern		Vegetarisch und keine tierischen Produkte	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Tirol												
15–44 Jahre	88.238	28,8	95.418	31,2	112.271	36,7	2.578	0,8	6.544	2,1	840	0,3
45–64 Jahre	44.081	25,8	41.881	24,6	82.096	48,1	1.404	0,8	1.123	0,7	0	0,0
65–84 Jahre	26.043	27,7	11.074	11,8	53.951	57,4	780	0,8	1.731	1,8	445	0,5
85 Jahre und älter	1.026	8,9	869	7,5	8.936	77,2	0	0,0	746	6,4	0	0,0
männlich	54.238	19,3	111.751	39,7	110.994	39,4	2.131	0,8	2.489	0,9	0	0,0
weiblich	105.150	35,0	37.491	12,5	146.260	48,7	2.631	0,9	7.656	2,5	1.286	0,4
ohne Migrationshintergrund	1.376.513	23,4	1.569.576	26,7	2.792.846	47,5	52.921	0,9	84.324	1,4	9.247	0,2
mit Migrationshintergrund	273.025	24,7	303.992	27,5	487.627	44,1	15.122	1,4	22.678	2,0	4.022	0,4
Tirol–Zentralraum	98.167	32,7	68.736	22,9	122.915	40,9	3.479	1,2	6.352	2,1	880	0,3
Tirol–West	15.602	14,5	40.617	37,7	51.078	47,4	169	0,2	183	0,2	0	0,0
Tirol–Nordost	33.657	25,4	30.578	23,1	63.730	48,2	1.052	0,8	3.290	2,5	0	0,0
Osttirol	11.961	28,8	9.311	22,4	19.530	47,0	62	0,1	320	0,8	405	1,0
Tirol	159.388	27,4	149.242	25,6	257.254	44,2	4.762	0,8	10.145	1,7	1.286	0,2
Burgenland	73.011	30,3	58.610	24,3	104.486	43,4	2.169	0,9	2.518	1,0	0	0,0
Kärnten	91.411	19,2	121.950	25,6	256.293	53,9	2.251	0,5	3.258	0,7	368	0,1
Niederösterreich	347.451	26,0	368.403	27,6	590.116	44,2	14.487	1,1	12.930	1,0	2.524	0,2
Oberösterreich	260.073	22,2	327.711	28,0	560.460	47,9	9.469	0,8	11.146	1,0	2.230	0,2
Salzburg	116.768	26,4	103.603	23,4	210.552	47,6	3.340	0,8	6.271	1,4	1.592	0,4
Steiermark	155.650	15,2	276.502	26,9	569.567	55,5	11.273	1,1	9.731	0,9	3.475	0,3
Vorarlberg	85.416	28,6	84.077	28,2	123.684	41,4	3.159	1,1	2.049	0,7	192	0,1
Wien	360.371	25,4	383.471	27,0	608.060	42,8	17.134	1,2	48.954	3,4	1.602	0,1
Österreich	1.649.538	23,6	1.873.568	26,8	3.280.473	46,9	68.043	1,0	107.002	1,5	13.269	0,2
15–44 Jahre	800.360	22,8	1.123.632	32,1	1.450.539	41,4	49.661	1,4	68.751	2,0	10.338	0,3
45–64 Jahre	498.563	23,9	548.608	26,3	1.000.615	47,9	13.107	0,6	26.886	1,3	1.654	0,1
65–84 Jahre	319.939	25,5	190.787	15,2	729.946	58,2	3.480	0,3	9.115	0,7	1.277	0,1
85 Jahre und älter	30.675	21,2	10.541	7,3	99.373	68,7	1.794	1,2	2.250	1,6	0	0,0
männlich	581.615	17,3	1.357.626	40,3	1.381.892	41,0	14.722	0,4	25.873	0,8	5.890	0,2
weiblich	1.067.923	29,5	515.942	14,2	1.898.581	52,4	53.321	1,5	81.129	2,2	7.379	0,2
ohne Migrationshintergrund	131.191	26,4	135.534	27,3	216.922	43,7	4.212	0,8	7.231	1,5	1.286	0,3
mit Migrationshintergrund	28.198	32,9	13.708	16,0	40.332	47,1	549	0,6	2.914	3,4	0	0,0

Anmerkung: Kursiv dargestellte Werte basieren auf einer kleinen Stichprobe (n < 50) und sollten nicht interpretiert werden.

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnungen: GÖ FP

Tabelle 4.2: Trinkgewohnheiten 2006/2007

Region / Geschlecht / Altersgruppen	Trinkgewohnheiten der Personen über 15 Jahre					
	vorwiegend Wasser/Mineralwasser/ ungezuckerter Tee		vorwiegend Fruchtsäfte und Lomonaden		vorwiegend alkoholische Getränke	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Tirol						
15–44 Jahre	214.992	70,3	84.375	27,6	<i>6.523</i>	<i>2,1</i>
45–64 Jahre	125.081	73,3	35.132	20,6	<i>10.371</i>	<i>6,1</i>
65–84 Jahre	72.334	76,9	15.764	16,7	<i>5.927</i>	<i>6,3</i>
85 Jahre und älter	<i>10.881</i>	<i>94,0</i>	<i>696</i>	<i>6,0</i>	<i>0</i>	<i>0,0</i>
männlich	168.609	59,9	91.448	32,5	21.545	7,7
weiblich	254.678	84,8	44.520	14,8	<i>1.276</i>	<i>0,4</i>
ohne Migrationshintergrund	356.745	71,9	120.589	24,3	19.041	3,8
mit Migrationshintergrund	66.542	77,6	15.379	<i>17,9</i>	<i>3.780</i>	<i>4,4</i>
Tirol–Zentralraum	226.537	75,4	57.569	19,2	<i>16.423</i>	<i>5,5</i>
Tirol–West	69.312	64,4	36.035	33,5	<i>2.302</i>	<i>2,1</i>
Tirol–Nordost	96.864	73,2	32.214	24,3	<i>3.230</i>	<i>2,4</i>
Osttirol	30.573	73,5	10.151	24,4	<i>865</i>	<i>2,1</i>
Tirol	423.287	72,7	135.968	23,4	22.821	3,9
Burgenland	193.235	80,2	42.883	17,8	<i>4.676</i>	<i>1,9</i>
Kärnten	351.981	74,0	113.227	23,8	<i>10.323</i>	<i>2,2</i>
Niederösterreich	988.395	74,0	318.194	23,8	29.321	2,2
Oberösterreich	876.598	74,9	268.226	22,9	26.265	2,2
Salzburg	348.949	78,9	81.613	18,5	<i>11.563</i>	<i>2,6</i>
Steiermark	748.083	72,9	260.035	25,3	18.080	1,8
Vorarlberg	224.808	75,3	69.054	23,1	<i>4.715</i>	<i>1,6</i>
Wien	1.110.242	78,2	293.238	20,7	<i>16.111</i>	<i>1,1</i>
Österreich	5.265.578	75,3	1.582.438	22,6	143.875	2,1
15–44 Jahre	2.492.421	71,1	976.349	27,9	34.512	1,0
45–64 Jahre	1.642.784	78,6	381.570	18,3	65.080	3,1
65–84 Jahre	1.005.724	80,2	205.060	16,3	43.760	3,5
85 Jahre und älter	124.650	86,2	<i>19.459</i>	<i>13,5</i>	<i>523</i>	<i>0,4</i>
männlich	2.241.473	66,6	993.400	29,5	132.745	3,9
weiblich	3.024.106	83,4	589.038	16,3	<i>11.130</i>	<i>0,3</i>
ohne Migrationshintergrund	4.412.751	75,0	1.343.573	22,8	129.103	2,2
mit Migrationshintergrund	852.828	77,1	238.866	21,6	<i>14.773</i>	<i>1,3</i>

Anmerkung: Kursiv dargestellte Werte basieren auf einer kleinen Stichprobe (n < 50) und sollten nicht interpretiert werden.

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnungen: GÖ FP

Tabelle 4.3: Körperliche Betätigung in der Freizeit 2006/2007

Region / Geschlecht / Altersgruppen	Personen über 15 Jahre: Tage pro Woche					
	an 0 Tagen		an 1-2 Tagen		an 3 oder mehr Tagen	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Tirol						
15-44 Jahre	111.939	36,6	98.966	32,4	94.985	31,1
45-64 Jahre	74.591	43,7	43.010	25,2	52.983	31,1
65-84 Jahre	65.515	69,7	<i>13.672</i>	<i>14,5</i>	<i>14.838</i>	<i>15,8</i>
85 Jahre und älter	<i>11.454</i>	<i>98,9</i>	<i>123</i>	<i>1,1</i>	<i>0</i>	<i>0,0</i>
männlich	114.329	40,6	72.897	25,9	94.376	33,5
weiblich	149.170	49,6	82.874	27,6	68.430	22,8
ohne Migrationshintergrund	214.353	43,2	142.844	28,8	139.178	28,0
mit Migrationshintergrund	49.146	57,3	<i>12.927</i>	<i>15,1</i>	23.628	27,6
Tirol-Zentralraum	127.841	42,5	75.730	25,2	96.958	32,3
Tirol-West	53.104	49,3	24.561	22,8	29.984	27,9
Tirol-Nordost	57.036	43,1	46.821	35,4	28.451	21,5
Osttirol	25.519	61,4	8.659	20,8	7.413	17,8
Tirol	263.499	45,3	155.771	26,8	162.806	28,0
Burgenland	126.771	52,6	59.389	24,7	54.633	22,7
Kärnten	220.331	46,3	117.348	24,7	137.852	29,0
Niederösterreich	560.448	42,0	386.099	28,9	389.365	29,1
Oberösterreich	527.023	45,0	307.970	26,3	336.096	28,7
Salzburg	156.252	35,3	130.295	29,5	155.578	35,2
Steiermark	474.830	46,3	262.676	25,6	288.692	28,1
Vorarlberg	136.180	45,6	90.569	30,3	71.828	24,1
Wien	728.485	51,3	379.762	26,8	311.344	21,9
Osterreich	3.193.819	45,7	1.889.880	27,0	1.908.193	27,3
15-44 Jahre	1.240.326	35,4	1.156.425	33,0	1.106.530	31,6
45-64 Jahre	943.125	45,1	560.707	26,8	585.602	28,0
65-84 Jahre	869.880	69,3	171.798	13,7	212.866	17,0
85 Jahre und älter	140.487	97,1	<i>950</i>	<i>0,7</i>	<i>3.195</i>	<i>2,2</i>
männlich	1.335.987	39,7	967.544	28,7	1.064.087	31,6
weiblich	1.857.832	51,3	922.336	25,4	844.106	23,3
ohne Migrationshintergrund	2.572.082	43,7	1.667.536	28,3	1.645.808	28,0
mit Migrationshintergrund	621.736	56,2	222.344	20,1	262.385	23,7

Anmerkung: Kursiv dargestellte Werte basieren auf einer kleinen Stichprobe (n < 50) und sollten nicht interpretiert werden.

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnungen: GÖ FP

Tabelle 4.4: Tabakkonsum 2006/2007

Region / Geschlecht / Altersgruppen	Personen über 15 Jahre: Täglicher Tabakkonsum			
	jemals		derzeit	
	absolut	in %	absolut	in %
Tirol				
15-44 Jahre	147.322	48,2	95.321	31,2
45-64 Jahre	83.175	48,8	44.695	26,2
65-84 Jahre	36.542	38,9	<i>10.983</i>	<i>11,7</i>
85 Jahre und älter	<i>1.586</i>	<i>13,7</i>	<i>746</i>	<i>6,4</i>
männlich	158.574	56,3	90.609	32,2
weiblich	110.051	36,6	61.136	20,3
ohne Migrationshintergrund	219.796	44,3	119.180	24,0
mit Migrationshintergrund	48.829	57,0	32.565	38,0
Tirol-Zentralraum	140.896	46,9	80.098	26,7
Tirol-West	54.618	50,7	32.937	30,6
Tirol-Nordost	58.622	44,3	30.823	23,3
Osttirol	14.488	34,8	7.886	19,0
Tirol	268.625	46,1	151.745	26,1
Burgenland	109.618	45,5	66.120	27,5
Kärnten	205.982	43,3	106.180	22,3
Niederösterreich	564.167	42,2	290.966	21,8
Oberösterreich	519.091	44,3	265.593	22,7
Salzburg	203.123	45,9	109.357	24,7
Steiermark	432.454	42,1	206.574	20,1
Vorarlberg	131.589	44,1	76.099	25,5
Wien	622.650	43,9	349.717	24,6
Österreich	3.057.299	43,7	1.622.352	23,2
15-44 Jahre	1.616.535	46,1	1.046.309	29,9
45-64 Jahre	1.026.305	49,1	487.971	23,4
65-84 Jahre	395.728	31,5	85.035	6,8
85 Jahre und älter	<i>18.731</i>	<i>13,0</i>	<i>3.037</i>	<i>2,1</i>
männlich	1.778.388	52,8	920.764	27,3
weiblich	1.278.911	35,3	701.588	19,4
ohne Migrationshintergrund	2.536.881	43,1	1.304.202	22,2
mit Migrationshintergrund	520.418	47,0	318.151	28,8

Anmerkung: Kursiv dargestellte Werte basieren auf einer kleinen Stichprobe (n < 50) und sollten nicht interpretiert werden.

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen: GÖ FP

Tabelle 4.5: Alkoholkonsum 2006/2007

Region / Geschlecht / Altersgruppen	Personen über 15 Jahre: Alkoholkonsum							
	nie während der letzten 12 Monate		nie während der letzten 4 Wochen		an rund jedem zweiten Tag während der letzten 4 Wochen oder öfter		täglich während der letzten 4 Wochen	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Tirol								
15–44 Jahre	54.190	17,7	106.623	34,9	20.604	6,7	5.260	1,7
45–64 Jahre	21.926	12,9	49.440	29,0	32.747	19,2	11.537	6,8
65–84 Jahre	24.301	25,8	40.020	42,6	22.347	23,8	13.253	14,1
85 Jahre und älter	4.629	40,0	6.475	55,9	1.415	12,2	903	7,8
männlich	35.257	12,5	67.359	23,9	54.382	19,3	22.875	8,1
weiblich	69.789	23,2	135.200	45,0	22.732	7,6	8.078	2,7
ohne Migrationshintergrund	77.785	15,7	161.852	32,6	63.208	12,7	24.556	4,9
mit Migrationshintergrund	27.261	31,8	40.706	47,5	13.905	16,2	6.397	7,5
Tirol–Zentralraum	66.262	22,0	101.095	33,6	40.708	13,5	16.295	5,4
Tirol–West	11.934	11,1	27.020	25,1	21.434	19,9	8.412	7,8
Tirol–Nordost	20.611	15,6	61.025	46,1	10.324	7,8	4.698	3,6
Osttirol	6.240	15,0	13.418	32,3	4.647	11,2	1.549	3,7
Tirol	105.046	18,0	202.558	34,8	77.113	13,2	30.954	5,3
Burgenland	54.958	22,8	121.796	50,6	26.307	10,9	14.349	6,0
Kärnten	83.944	17,7	182.324	38,3	46.332	9,7	18.516	3,9
Niederösterreich	280.855	21,0	538.361	40,3	223.061	16,7	89.259	6,7
Oberösterreich	167.201	14,3	360.033	30,7	217.926	18,6	78.588	6,7
Salzburg	62.686	14,2	137.431	31,1	68.767	15,6	19.663	4,4
Steiermark	191.687	18,7	439.840	42,9	126.013	12,3	53.786	5,2
Vorarlberg	52.762	17,7	118.951	39,8	32.975	11,0	14.959	5,0
Wien	371.662	26,2	660.269	46,5	159.407	11,2	64.157	4,5
Österreich	1.370.802	19,6	2.761.563	39,5	977.900	14,0	384.232	5,5
15–44 Jahre	594.466	17,0	1.300.965	37,1	297.611	8,5	69.341	2,0
45–64 Jahre	364.587	17,4	753.932	36,1	404.859	19,4	160.733	7,7
65–84 Jahre	346.703	27,6	610.062	48,6	260.462	20,8	144.813	11,5
85 Jahre und älter	65.046	45,0	96.605	66,8	14.967	10,3	9.346	6,5
männlich	459.432	13,6	953.198	28,3	710.496	21,1	293.654	8,7
weiblich	911.370	25,1	1.808.365	49,9	267.404	7,4	90.579	2,5
ohne Migrationshintergrund	965.055	16,4	2.129.567	36,2	874.586	14,9	334.259	5,7
mit Migrationshintergrund	405.747	36,7	631.996	57,1	103.314	9,3	49.973	4,5

Anmerkung: Kursiv dargestellte Werte basieren auf einer kleinen Stichprobe (n < 50) und sollten nicht interpretiert werden.

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnungen: GÖ FP

Tabelle 4.6: Vorsorgeuntersuchung – Anzahl der untersuchten Personen 2002–2011

Region / Geschlecht	Anzahl der untersuchten Personen									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tirol										
männlich	50.479	59.801	61.271	43.216	45.277	46.192	49.154	46.782	48.153	48.870
weiblich	87.402	83.463	85.467	101.558	105.713	109.020	113.364	113.431	114.746	115.881
davon gyn. Unters.	41.756	43.428	43.245	48.290	49.990	52.573	53.516	55.686	55.509	55.713
insgesamt	137.881	143.264	146.738	144.774	150.990	155.212	162.518	160.213	162.899	164.751
Burgenland	39.167	40.582	42.394	40.395	40.194	45.476	48.854	51.659	53.826	56.983
Kärnten	90.588	92.862	95.991	96.307	87.909	90.856	94.838	90.937	90.939	97.747
Niederösterreich	73.870	79.998	80.702	76.215	79.247	79.216	83.218	81.373	80.112	79.969
Oberösterreich	124.212	130.940	136.792	128.672	129.006	130.499	139.951	136.060	141.784	146.132
Salzburg	56.797	58.229	59.837	55.371	57.174	60.018	60.896	60.081	56.308	58.742
Steiermark	132.946	138.138	135.921	129.399	126.666	124.890	129.179	124.930	126.765	132.034
Vorarlberg	74.805	77.635	83.929	82.733	74.028	75.539	81.302	79.322	80.184	82.678
Wien	126.544	137.015	146.791	141.662	158.433	175.257	186.942	186.620	201.556	216.800
Österreich	856.810	898.663	929.095	895.528	903.647	936.963	987.698	971.195	994.373	1.035.836

Quellen: HVB – Vorsorgeuntersuchungen; Statistik Austria, Bevölkerungsfortschreibung; Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Tabelle 4.7: Vorsorgeuntersuchung – Anteil der untersuchten Personen an der über 19-jährigen Bevölkerung (2002–2011)

Region / Geschlecht	Anteil der untersuchten Personen an den über 19-jährigen insgesamt in %									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tirol										
männlich	20,6	24,0	24,4	17,0	17,6	17,8	18,7	17,7	18,1	18,2
weiblich	32,9	31,0	31,4	37,0	38,0	38,9	40,1	40,0	40,2	40,2
davon gyn. Unters.	15,7	16,2	15,9	17,6	18,0	18,8	19,0	19,6	19,4	19,3
insgesamt	27,0	27,7	28,0	27,4	28,2	28,7	29,8	29,2	29,5	29,6
Burgenland	17,9	18,5	19,3	18,2	18,0	20,3	21,6	22,7	23,5	24,7
Kärnten	20,9	21,4	22,0	22,0	20,0	20,6	21,4	20,4	20,4	21,9
Niederösterreich	6,2	6,7	6,7	6,3	6,4	6,4	6,7	6,5	6,4	6,3
Oberösterreich	11,9	12,5	12,9	12,1	12,0	12,1	12,9	12,4	12,9	13,2
Salzburg	14,4	14,7	14,9	13,7	14,0	14,6	14,8	14,6	13,6	14,1
Steiermark	14,3	14,8	14,5	13,7	13,3	13,1	13,4	12,9	13,1	13,5
Vorarlberg	28,6	29,4	31,4	30,6	27,1	27,4	29,3	28,4	28,5	29,2
Wien	10,1	10,8	11,5	10,9	12,0	13,1	13,8	13,7	14,7	15,7
Österreich	13,7	14,3	14,7	14,0	14,0	14,4	15,1	14,8	15,0	15,5

gyn. Unters. = gynäkologisches Untersuchungsprogramm (Differenz auf ausgewiesene Summe für „weiblich“ = „allgemeines Untersuchungsprogramm“)

Quellen: HVB – Vorsorgeuntersuchungen; Statistik Austria, Bevölkerungsfortschreibung; Berechnungen: GÖ FP

Tabelle 4.8: Masern-Mumps-Röteln – Impfungen Tiroler Kinder, Geburtsjahrgänge 2000–2009

Geburten- jahrgang	Anzahl Geburten	Anzahl Impfungen		Durchimpfungsrate in %	
		1. Impfung	2. Impfung	1. Impfung	2. Impfung
2000	7.151	6.390	5.518	89,4	77,2
2001	6.784	6.072	5.252	89,5	77,4
2002	6.975	6.183	5.459	88,6	78,3
2003	6.849	6.135	5.269	89,6	76,9
2004	7.038	6.250	5.480	88,8	77,9
2005	6.914	6.146	5.600	88,9	81,0
2006	6.908	6.139	5.591	88,9	80,9
2007	6.653	5.855	5.236	88,0	78,7
2008	6.705	5.859	4.900	87,4	73,1
2009	6.636	5.474	4.214	82,5	63,5
Gesamt	68.613	60.503	52.519	88,2	76,5

Mehrjahreerfassungsraten bis 31.12.2011

Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung: Landessanitätsdirektion – Impfstatistik Tirol;
Berechnungen: Gruppe Gesundheit und Soziales

Tabelle 4.9: Polio-Impfungen Tiroler Kinder, Geburtsjahrgänge 2000–2009

Geburten- jahrgang	Anzahl Geburten	Anzahl Impfungen				Durchimpfungsrate in %			
		1. Teilimpfung	2. Teilimpfung	3. Teilimpfung	1. Auffrischungs- impfung*	1. Teilimpfung	2. Teilimpfung	3. Teilimpfung	1. Auffrischungs- impfung*
2000	7.151	6.571	6.394	6.159		91,9	89,4	86,1	
2001	6.784	6.282	6.239	6.071		92,6	92,0	89,5	
2002	6.975	6.564	6.439	6.313		94,1	92,3	90,5	
2003	6.849	6.364	6.223	6.122	5.974	92,9	90,9	89,4	87,2
2004	7.038	6.460	6.425	6.276	5.880	91,8	91,3	89,2	83,5
2005	6.914	6.376	6.328	6.206	5.806	92,2	91,5	89,8	84,0
2006	6.908	6.324	6.248	6.164	5.801	91,5	90,4	89,2	84,0
2007	6.653	6.206	6.197	6.122	5.528	93,3	93,1	92,0	83,1
2008	6.705	6.262	6.205	6.056	5.101	93,4	92,5	90,3	76,1
2009	6.636	6.203	5.988	5.412	3.056	93,5	90,2	81,6	46,1
Gesamt	68.613	63.612	62.686	60.901	37.146	92,7	91,4	88,8	77,9

* 2000–2002 keine validen Daten verfügbar, da Vermischungen in der Dokumentation mit Schulimpfungen

Mehrjahreerfassungsraten bis 31.12.2011

Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung: Landessanitätsdirektion – Impfstatistik Tirol; Berechnungen: Gruppe Gesundheit und Soziales

Tabelle 4.10: Masern-Mumps-Röteln – Durchimpfungsraten in Prozent nach Bezirken und Geburtsjahrgängen (2000–2009)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Gesamt
1. MMR-Impfung											
Innsbruck-Stadt	88,1	87,3	85,8	92,9	91,3	88,9	88,9	89,6	89,9	84,4	88,8
Imst	98,6	94,1	96,6	93,7	97,2	91,5	94,5	88,1	90,9	87,8	93,4
Innsbruck-Land	89,0	89,8	92,1	92,6	86,1	90,1	89,9	90,3	89,2	84,8	89,4
Kitzbüchel	81,3	82,4	79,5	77,4	78,9	83,7	86,3	77,5	85,9	84,1	81,6
Kufstein	90,0	88,5	83,2	86,2	91,3	87,0	84,3	87,2	80,8	73,4	85,2
Landeck	95,0	96,5	90,9	91,8	87,1	92,8	91,1	91,0	89,8	82,5	91,0
Lienz	94,0	97,1	95,9	94,6	95,4	92,3	90,3	86,0	91,2	91,2	93,0
Reutte	78,5	85,8	96,3	85,5	86,7	89,3	82,6	89,0	79,0	75,7	84,8
Schwaz	86,8	86,4	84,9	86,4	86,4	85,9	89,7	88,4	86,7	80,3	86,2
Tirol	89,4	89,5	88,6	89,6	88,8	88,9	88,9	88,0	87,4	82,5	88,2
2. MMR-Impfung											
Innsbruck-Stadt	63,8	70,0	76,6	83,8	79,7	81,8	81,8	82,8	74,9	67,7	76,4
Imst	80,2	85,3	88,1	83,0	84,4	80,6	89,1	82,4	81,3	72,8	82,8
Innsbruck-Land	80,7	77,7	82,3	80,6	78,2	84,3	79,3	72,8	66,3*	59,4	76,1
Kitzbüchel	73,0	72,1	67,1	61,7	67,1	78,2	80,5	72,2	75,5	71,6	71,8
Kufstein	77,2	75,0	66,4	65,2	75,0	77,6	75,3	77,3	67,4	52,5	70,8
Landeck	91,4	92,5	85,1	80,1	82,2	85,1	89,0	85,7	86,4	72,7	85,2
Lienz	86,6	87,2	83,9	83,6	85,9	81,8	80,4	81,6	80,3	74,8	82,9
Reutte	84,5	82,5	90,2	73,8	64,9	73,2	72,2	80,6	68,8	51,4	74,4
Schwaz	69,9	69,4	77,0	77,2	78,2	79,9	82,7	82,1	74,0	62,7	75,3
Tirol	77,2	77,4	78,3	76,9	77,9	81,0	80,9	78,7	73,1	63,5	76,5

* Untererfassung aufgrund Fehldokumentation (ca. 12 Prozentpunkte)

Mehrjahreserfassungsraten bis 31.12.2011

Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung: Landessanitätsdirektion – Impfstatistik Tirol; Berechnungen: Gruppe Gesundheit und Soziales

Tabelle 4.11: Polio-Durchimpfungsraten in Prozent nach Bezirken und Geburtenjahrgängen (2000–2009)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Gesamt
1. Polio-Teilimpfung											
Innsbruck-Stadt	92,8	91,8	91,0	90,7	92,5	92,0	90,8	94,9	97,1	95,9	92,9
Imst	95,1	94,6	98,2	97,9	101,3	94,6	95,5	93,5	95,6	97,9	96,4
Innsbruck-Land	94,4	94,0	98,2	98,4	88,8	91,6	92,7	95,9	92,1	94,2	94,0
Kitzbüchel	85,9	84,1	85,4	81,3	83,8	88,9	87,9	88,7	90,7	89,8	86,5
Kufstein	86,8	92,3	93,2	88,5	92,8	92,7	88,5	88,6	93,4	91,6	90,8
Landeck	98,0	98,1	91,5	94,8	94,4	94,7	93,5	96,1	93,0	92,1	94,7
Lienz	96,0	98,1	99,0	97,3	97,7	94,3	93,9	93,6	94,3	95,4	96,0
Reutte	83,8	86,1	100,3	95,6	91,5	90,6	87,8	95,1	87,9	93,3	91,1
Schwaz	90,5	91,0	90,7	90,9	89,6	91,3	92,2	91,9	92,9	90,7	91,2
Tirol	91,9	92,6	94,1	92,9	91,8	92,2	91,5	93,3	93,4	93,5	92,7
2. Polio-Teilimpfung											
Innsbruck-Stadt	90,5	89,8	88,7	88,7	91,1	89,8	89,3	95,4	94,4	90,4	90,8
Imst	93,1	94,0	96,4	96,0	98,3	93,7	93,0	91,1	95,6	97,0	94,8
Innsbruck-Land	90,2	93,8	94,9	94,2	89,0	91,2	92,4	95,9	91,8	89,2	92,2
Kitzbüchel	82,0	83,2	84,0	82,6	83,4	87,8	88,6	89,5	89,8	89,6	85,9
Kufstein	85,5	93,7	92,1	86,5	93,7	94,2	85,3	90,5	93,1	88,6	90,3
Landeck	95,6	94,0	91,5	92,0	92,9	93,8	93,7	94,5	90,6	89,9	92,9
Lienz	94,0	98,1	96,7	96,1	95,4	93,7	93,7	93,3	94,3	93,8	95,0
Reutte	82,8	86,4	98,0	89,1	91,1	90,3	86,5	93,5	86,8	91,2	89,5
Schwaz	89,4	90,2	90,8	91,5	90,4	89,7	91,1	91,1	92,7	88,1	90,5
Tirol	89,4	92,0	92,3	90,9	91,3	91,5	90,4	93,1	92,5	90,2	91,4
3. Polio-Teilimpfung											
Innsbruck-Stadt	79,7	86,3	86,7	87,4	89,6	88,5	89,1	91,7	92,0	78,0	86,9
Imst	89,7	92,0	95,4	95,8	95,3	88,7	93,9	90,2	94,5	89,3	92,4
Innsbruck-Land	87,6	91,0	94,4	92,9	87,6	89,1	91,0	94,6	89,0	81,1	89,8
Kitzbüchel	81,6	82,2	81,5	81,3	81,1	89,6	87,9	88,7	87,3	86,7	84,7
Kufstein	86,2	89,5	89,4	84,4	90,1	91,1	82,2	90,9	90,3	75,5	86,9
Landeck	88,4	93,2	90,3	90,5	91,8	91,1	90,1	93,3	90,6	87,8	90,7
Lienz	94,6	97,9	96,1	94,0	93,9	94,9	93,1	91,8	90,2	86,1	93,4
Reutte	79,9	84,8	93,9	86,5	85,6	91,3	83,3	93,2	84,9	79,2	86,2
Schwaz	86,8	87,7	87,6	90,0	88,8	87,7	91,1	91,1	91,6	81,2	88,3
Tirol	86,1	89,5	90,5	89,4	89,2	89,8	89,2	92,0	90,3	81,6	88,8

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 4.11

	2000*	2001*	2002*	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Gesamt
1. Polio-Auffrischungs- impfung											
Innsbruck-Stadt				85,3	83,6	84,2	84,8	83,4	78,5	52,4	82,2
Imst				85,8	90,5	85,8	90,0	83,4	80,9	55,9	81,4
Innsbruck-Land				97,3	84,0	85,7	86,9	86,3	77,3	52,4	79,1
Kitzbüchel				74,2	74,2	81,4	83,7	79,9	77,2	55,4	75,3
Kufstein				81,5	81,6	77,7	75,6	77,8	66,9	30,1	70,0
Landeck				86,0	83,1	88,3	82,1	82,2	73,8	31,4	76,0
Lienz				91,5	91,4	90,7	84,8	85,6	86,4	46,7	83,1
Reutte				93,5	80,1	81,2	74,7	79,1	68,8	41,2	74,0
Schwaz				83,4	83,0	82,8	86,7	85,1	76,2	42,5	76,9
Tirol				87,2	83,5	84,0	84,0	83,1	76,1	46,1	77,9

* keine validen Daten verfügbar, da Vermischung in der Dokumentation mit Schulimpfungen

Mehrjahreerfassungsraten bis 31.12.2011

Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung: Landessanitätsdirektion – Impfstatistik Tirol; Berechnungen: Gruppe Gesundheit und Soziales

Tabelle 5.1: Stationäre Akutversorgung in Fondskrankenanstalten – Ausstattung, Inanspruchnahme und Kosten 2011

	IM	PUL	CH	UC	OR	NC	GGH	AU	HNO	URO	DER	KI	PSY	NEU	INT	SON	Insgesamt
Tirol																	
Systemisierte Betten	976	97	655	387	126	59	317	66	116	144	62	169	482	219	206	113	4.194
Tatsächliche Betten	963	74	629	397	125	56	318	65	117	135	61	166	471	217	204	110	4.108
Tats. Betten/1.000 EW	1,4	0,1	0,9	0,6	0,2	0,1	0,4	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,7	0,3	0,3	0,2	5,8
Stationäre Fälle (Zugänge)	64.113	5.049	44.537	30.508	6.435	2.890	24.955	11.731	8.194	12.622	3.541	15.028	13.884	10.231	17.851	8.831	280.400
Belagstage	295.045	22.241	169.517	122.242	36.635	17.532	68.727	11.536	29.659	33.771	16.254	35.114	131.839	74.746	59.049	23.692	1.147.599
durchschn. Belagsdauer	4,6	4,4	3,8	4,0	5,7	6,1	2,8	1,0	3,6	2,7	4,6	2,3	9,5	7,3	3,3	2,7	4,1
durchschn. Auslastung	83,9	82,3	73,8	84,4	80,3	85,8	59,2	48,6	69,5	68,5	73,0	58,0	76,7	94,4	79,3	59,0	76,5
Ärzte (VZÄ)	172	12	92	64	22	8	48	13	23	21	13	45	95	42	101	15	784
DGKP (VZÄ)	540	45	361	212	62	31	181	30	59	79	48	139	236	155	587	61	2.827
Anderes Personal (VZÄ)	156	12	92	49	13	12	97	10	14	21	8	27	156	43	50	11	771
Endkosten in Mio. Euro	131,5	11,4	115,1	68,5	25,0	13,2	54,5	12,6	17,8	25,4	9,6	29,0	46,3	35,0	92,8	20,8	708,5
Burgenland																	
Systemisierte Betten	1.219	76	405	235	184	38	200	45	52	62	40	91	354	178	157	119	3.455
Tatsächliche Betten	1.205	69	430	230	178	36	192	39	60	61	40	91	338	158	155	123	3.405
Tats. Betten/1.000 EW	4,2	0,2	1,5	0,8	0,6	0,1	0,7	0,1	0,2	0,2	0,1	0,3	1,2	0,6	0,5	0,4	12,0
Stationäre Fälle (Zugänge)	64.862	3.548	29.449	14.613	8.078	1.747	14.478	5.694	4.544	4.641	2.054	9.368	11.336	6.677	10.112	13.225	204.426
Belagstage	369.122	20.517	114.056	72.661	58.590	10.681	49.470	7.118	13.336	17.001	10.607	23.624	109.896	53.301	44.449	32.500	1.006.929
durchschn. Belagsdauer	5,7	–	3,9	5,0	7,3	–	3,4	1,3	2,9	3,7	–	2,5	9,7	8,0	4,4	2,5	4,9
durchschn. Auslastung	83,9	–	72,7	86,6	90,2	–	70,6	50,0	60,9	76,4	–	71,1	89,1	92,4	78,6	72,4	81,0
Ärzte (VZÄ)	70	0	33	14	5	0	20	2	9	7	0	16	10	6	40	8	239
DGKP (VZÄ)	201	0	86	39	25	0	44	2	19	16	0	31	21	23	150	32	687
Anderes Personal (VZÄ)	68	0	33	16	4	0	36	1	5	4	0	6	6	5	12	6	201
Endkosten in Mio. Euro	155,1	11,5	88,5	43,7	26,9	8,5	45,3	9,3	11,0	12,2	6,5	15,6	38,5	27,8	79,5	22,5	602,4

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 5.1:

	IM	PUL	CH	UC	OR	NC	GGH	AU	HNO	URO	DER	KI	PSY	NEU	INT	SON	Insgesamt
Kärnten																	
Systemisierte Betten	1.219	76	405	235	184	38	200	45	52	62	40	91	354	178	157	119	3.455
Tatsächliche Betten	1.205	69	430	230	178	36	192	39	60	61	40	91	338	158	155	123	3.405
Tats. Betten/1.000 EW	2,2	0,1	0,8	0,4	0,3	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,6	0,3	0,3	0,2	6,1
Stationäre Fälle (Zugänge)	64.862	3.548	29.449	14.613	8.078	1.747	14.478	5.694	4.544	4.641	2.054	9.368	11.336	6.677	10.112	13.225	204.426
Belagstage	369.122	20.517	114.056	72.661	58.590	10.681	49.470	7.118	13.336	17.001	10.607	23.624	109.896	53.301	44.449	32.500	1.006.929
durchschn. Belagsdauer	5,7	5,8	3,9	5,0	7,3	6,1	3,4	1,3	2,9	3,7	5,2	2,5	9,7	8,0	4,4	2,5	4,9
durchschn. Auslastung	83,9	81,5	72,7	86,6	90,2	81,3	70,6	50,0	60,9	76,4	72,7	71,1	89,1	92,4	78,6	72,4	81,0
Ärzte (VZÄ)	164	11	44	18	10	5	30	5	6	8	7	24	45	21	88	27	512
DGKP (VZÄ)	512	33	189	109	38	18	75	18	24	28	22	50	162	116	434	87	1.915
Anderes Personal (VZÄ)	305	16	100	59	21	7	96	6	14	12	10	32	73	92	37	25	903
Endkosten in Mio. Euro	155,1	11,5	88,5	43,7	26,9	8,5	45,3	9,3	11,0	12,2	6,5	15,6	38,5	27,8	79,5	22,5	602,4
Niederösterreich																	
Systemisierte Betten	2.277	129	1.305	620	429	75	679	171	164	260	90	218	763	485	470	190	8.325
Tatsächliche Betten	2.215	129	1.239	618	468	71	649	157	164	252	82	192	731	492	474	207	8.140
Tats. Betten/1.000 EW	1,4	0,1	0,8	0,4	0,3	0,0	0,4	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,5	0,3	0,3	0,1	5,0
Stationäre Fälle (Zugänge)	123.011	7.087	68.840	39.493	23.304	4.627	38.879	19.604	9.891	17.435	3.487	19.109	17.539	18.783	36.232	16.525	463.846
Belagstage	653.769	31.626	298.739	163.413	130.962	23.598	126.241	12.418	36.621	60.843	19.989	39.220	222.989	154.217	120.202	48.413	2.143.260
durchschn. Belagsdauer	5,3	4,5	4,3	4,1	5,6	5,1	3,2	0,6	3,7	3,5	5,7	2,1	12,7	8,2	3,3	2,9	4,6
durchschn. Auslastung	80,9	67,2	66,1	72,4	76,7	91,1	53,3	21,7	61,2	66,1	66,8	56,0	83,6	85,9	69,5	64,1	72,1
Ärzte (VZÄ)	341	20	157	74	49	13	108	19	22	42	14	57	130	89	254	30	1.419
DGKP (VZÄ)	1.039	56	558	284	203	37	297	52	65	100	36	150	468	317	1.046	120	4.828
Anderes Personal (VZÄ)	440	22	197	110	80	18	173	27	32	38	11	33	160	145	89	56	1.633
Endkosten in Mio. Euro	295,5	18,5	213,3	113,2	86,5	16,4	110,1	26,5	24,0	45,1	10,7	33,8	82,0	71,0	195,5	32,3	1.374,4

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 5.1:

	IM	PUL	CH	UC	OR	NC	GGH	AU	HNO	URO	DER	KI	PSY	NEU	INT	SON	Insgesamt
Oberösterreich																	
Systemisierte Betten	2.298	285	1.159	612	365	90	598	184	213	258	126	338	796	595	422	181	8.520
Tatsächliche Betten	2.355	279	1.133	640	379	90	590	167	216	284	134	320	775	528	408	223	8.521
Tats. Betten/1.000 EW	1,7	0,2	0,8	0,5	0,3	0,1	0,4	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,5	0,4	0,3	0,2	6,0
Stationäre Fälle (Zugänge)	150.258	18.550	71.665	44.711	19.943	4.907	40.118	34.839	16.393	23.835	7.769	32.832	22.848	23.197	34.453	25.393	571.711
Belagstage	687.312	82.166	293.425	185.281	110.047	26.870	139.591	29.774	54.543	79.313	37.281	78.138	292.475	170.022	118.224	51.230	2.435.692
durchschn. Belagsdauer	4,6	4,4	4,1	4,1	5,5	5,5	3,5	0,9	3,3	3,3	4,8	2,4	12,8	7,3	3,4	2,0	4,3
durchschn. Auslastung	80,0	80,7	71,0	79,3	79,6	81,8	64,8	48,8	69,2	76,5	76,2	66,9	103,4	88,2	79,4	62,9	78,3
Ärzte (VZÄ)	372	47	157	69	40	11	95	25	37	36	22	91	129	93	179	48	1.450
DGKP (VZÄ)	1.199	128	565	322	174	53	283	65	90	129	63	245	498	294	1.016	166	5.291
Anderes Personal (VZÄ)	482	54	187	105	59	17	141	34	33	48	29	77	148	114	104	41	1.672
Endkosten in Mio. Euro	368,5	38,8	206,6	120,6	76,8	25,2	109,1	36,5	32,2	48,9	18,8	60,1	96,9	70,5	177,6	42,3	1.529,4
Salzburg																	
Systemisierte Betten	851	44	500	225	172	43	293	80	101	83	88	125	348	263	183	68	3.467
Tatsächliche Betten	881	44	482	239	158	43	285	78	85	76	87	112	349	253	184	66	3.422
Tats. Betten/1.000 EW	1,7	0,1	0,9	0,4	0,3	0,1	0,5	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,7	0,5	0,3	0,1	6,4
Stationäre Fälle (Zugänge)	56.279	4.788	35.550	16.232	8.283	2.614	17.093	10.624	7.452	7.305	4.737	8.422	10.741	10.057	17.046	3.920	221.143
Belagstage	244.909	12.714	122.084	66.437	41.684	13.306	62.248	12.116	23.900	19.177	22.043	22.151	113.438	83.686	47.015	16.019	922.927
durchschn. Belagsdauer	4,4	2,7	3,4	4,1	5,0	5,1	3,6	1,1	3,2	2,6	4,7	2,6	10,6	8,3	2,8	4,1	4,2
durchschn. Auslastung	76,2	79,2	69,4	76,2	72,3	84,8	59,8	42,6	77,0	69,1	69,4	54,2	89,1	90,6	70,0	66,5	73,9
Ärzte (VZÄ)	167	9	87	24	17	8	51	9	17	8	17	27	51	48	66	16	622
DGKP (VZÄ)	443	27	233	109	61	24	146	27	41	26	37	81	166	156	469	45	2.090
Anderes Personal (VZÄ)	200	10	74	49	33	17	90	8	19	7	29	47	131	128	68	22	934
Endkosten in Mio. Euro	134,0	8,7	87,5	41,3	28,5	12,3	42,4	13,2	15,1	13,2	13,7	18,6	34,6	35,2	75,4	15,1	589,0

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 5.1:

	IM	PUL	CH	UC	OR	NC	GGH	AU	HNO	URO	DER	KI	PSY	NEU	INT	SON	Insgesamt
Steiermark																	
Systemisierte Betten	2.270	138	1.187	215	268	48	384	82	177	115	80	178	863	498	358	162	7.023
Tatsächliche Betten	2.192	115	1.112	222	262	47	344	91	161	106	75	173	821	497	359	162	6.739
Tats. Betten/1.000 EW	1,8	0,1	0,9	0,2	0,2	0,0	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,7	0,4	0,3	0,1	5,6
Stationäre Fälle (Zugänge)	112.765	6.522	72.486	11.999	12.772	2.540	25.449	15.314	11.370	6.593	6.005	15.456	19.653	16.760	27.857	9.127	372.668
Belagstage	644.430	28.312	276.838	61.839	86.115	12.962	82.268	20.126	46.850	27.580	23.968	47.405	256.445	156.592	99.378	40.405	1.911.513
durchschn. Belagsdauer	5,7	4,3	3,8	5,2	6,7	5,1	3,2	1,3	4,1	4,2	4,0	3,1	13,0	9,3	3,6	4,4	5,1
durchschn. Auslastung	80,5	67,4	68,2	76,3	90,1	75,6	65,5	60,6	79,7	71,3	87,6	75,1	85,6	86,3	75,8	68,3	77,7
Ärzte (VZÄ)	390	20	147	36	34	9	88	10	30	11	23	69	135	84	159	30	1.276
DGKP (VZÄ)	966	55	480	102	119	20	198	40	67	51	36	133	344	248	1.014	91	3.961
Anderes Personal (VZÄ)	637	32	276	51	79	14	115	23	39	25	20	78	291	190	116	64	2.051
Endkosten in Mio. Euro	278,0	15,6	202,1	45,3	47,5	10,5	76,8	17,9	26,2	17,6	10,0	33,8	79,9	61,5	162,0	27,2	1.111,8
Vorarlberg																	
Systemisierte Betten	383	37	221	141	103	17	141	37	43	45	12	88	319	92	87	143	1.909
Tatsächliche Betten	391	37	220	144	102	17	129	36	40	45	12	83	319	92	87	146	1.900
Tats. Betten/1.000 EW	1,1	0,1	0,6	0,4	0,3	0,0	0,3	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,9	0,2	0,2	0,4	5,1
Stationäre Fälle (Zugänge)	31.151	2.891	14.410	8.780	4.306	886	9.049	4.586	3.112	4.715	681	7.926	6.672	3.457	5.429	9.641	117.692
Belagstage	108.061	9.862	58.016	38.958	27.748	4.477	30.629	8.381	11.279	12.766	3.127	16.062	101.629	29.646	23.351	36.900	520.892
durchschn. Belagsdauer	3,5	3,4	4,0	4,4	6,4	5,1	3,4	1,8	3,6	2,7	4,6	2,0	15,2	8,6	4,3	3,8	4,4
durchschn. Auslastung	75,7	73,0	72,2	74,1	74,5	72,2	65,1	63,8	77,3	77,7	71,4	53,0	87,3	88,3	73,5	69,2	75,1
Ärzte (VZÄ)	81	8	35	24	17	5	29	4	6	13	2	28	41	18	34	16	361
DGKP (VZÄ)	202	18	109	59	48	10	80	15	18	23	5	42	131	49	181	71	1.060
Anderes Personal (VZÄ)	84	11	34	29	22	1	47	9	6	11	4	22	94	34	15	30	454
Endkosten in Mio. Euro	63,3	5,4	38,5	28,1	17,4	3,7	24,5	5,9	7,0	9,1	1,3	13,1	28,4	13,2	33,4	20,1	312,3

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 5.1:

	IM	PUL	CH	UC	OR	NC	GGH	AU	HNO	URO	DER	KI	PSY	NEU	INT	SON	Insgesamt
Wien																	
Systemisierte Betten	3.643	331	1.474	348	804	145	654	227	268	347	239	330	894	677	749	282	11.412
Tatsächliche Betten	3.339	287	1.275	350	752	131	584	189	236	285	192	268	820	623	704	244	10.279
Tats. Betten/1.000 EW	1,9	0,2	0,7	0,2	0,4	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,5	0,4	0,4	0,1	6,0
Stationäre Fälle (Zugänge)	201.387	17.247	83.230	18.482	42.727	6.038	53.767	43.744	18.661	20.815	10.684	24.117	16.268	21.783	47.577	15.077	641.604
Belagstage	1.051.151	87.544	372.333	120.356	220.965	40.015	158.248	33.363	62.096	81.172	55.673	68.041	269.725	194.140	210.001	67.090	3.091.913
durchschn. Belagsdauer	5,2	5,1	4,5	6,5	5,2	6,6	2,9	0,8	3,3	3,9	5,2	2,8	16,6	8,9	4,4	4,4	4,8
durchschn. Auslastung	86,2	83,6	80,0	94,2	80,5	83,7	74,2	48,4	72,1	78,0	79,4	69,6	90,1	85,4	81,7	75,3	82,4
Ärzte (VZÄ)	2.492	186	1.034	387	380	78	604	137	197	202	128	452	811	533	1.325	238	9.185
DGKP (VZÄ)	7.032	539	3.402	1.463	1.112	290	1.719	357	529	624	370	1.129	2.654	1.784	6.862	859	30.725
Anderes Personal (VZÄ)	3.296	229	1.335	553	498	118	1.013	165	215	226	151	426	1.327	933	841	318	11.644
Endkosten in Mio. Euro	612,0	53,5	335,1	87,0	168,5	36,7	158,9	57,7	56,3	67,1	35,7	61,1	118,6	98,6	389,6	66,1	2.402,5

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 5.1:

	IM	PUL	CH	UC	OR	NC	GGH	AU	HNO	URO	DER	KI	PSY	NEU	INT	SON	Insgesamt
Österreich																	
Systemisierte Betten	14.374	1.137	7.144	2.873	2.495	515	3.380	901	1.174	1.357	737	1.619	4.835	3.046	2.702	1.361	49.650
Tatsächliche Betten	13.928	1.034	6.727	2.928	2.463	491	3.184	831	1.115	1.279	683	1.463	4.640	2.895	2.643	1.363	47.667
Tats. Betten/1.000 EW	1,7	0,1	0,8	0,3	0,3	0,1	0,4	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,6	0,3	0,3	0,2	5,7
Stationäre Fälle (Zugänge)	832.320	65.682	431.554	190.555	128.157	26.249	229.433	148.471	81.490	100.114	38.958	135.968	119.438	112.651	202.192	118.241	2.961.473
Belagstage	4.167.129	294.982	1.754.489	857.441	724.835	149.441	736.742	134.832	286.271	340.094	188.942	337.641	1.503.706	926.026	741.044	318.549	13.462.164
durchschn. Belagsdauer	5,0	4,5	4,1	4,5	5,7	5,7	3,2	0,9	3,5	3,4	4,8	2,5	12,6	8,2	3,7	2,7	4,5
durchschn. Auslastung	82,0	78,2	71,5	80,2	80,6	83,4	63,4	44,5	70,3	72,9	75,8	63,2	88,8	87,6	76,8	64,0	77,4
Ärzte (VZÄ)	2.492	186	1.034	387	380	78	604	137	197	202	128	452	811	533	1.325	238	9.185
DGKP (VZÄ)	7.032	539	3.402	1.463	1.112	290	1.719	357	529	624	370	1.129	2.654	1.784	6.862	859	30.725
Anderes Personal (VZÄ)	3.296	229	1.335	553	498	118	1.013	165	215	226	151	426	1.327	933	841	318	11.644
Endkosten in Mio. Euro	2.086,5	163,3	1.320,1	565,6	484,8	126,6	637,8	181,3	194,4	244,2	106,3	271,0	528,2	416,6	1.231,2	255,2	8.813,0

durchschn. Belagsdauer = Belagstage/Stationäre Fälle (Zugänge)

durchschn. Auslastung = Belagstage*100/(tatsächliche Betten*365)

DGKP = Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal

IM = Innere Medizin

PUL = Pulmologie

CH = Chirurgie einschließlich plastischer Chirurgie und Kinderchirurgie

UC = Unfallchirurgie

OR = Orthopädie

NC = Neurochirurgie

GGH = Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Frauenheilkunde (Gynäkologie), Geburtshilfe

AU = Augenheilkunde

HNO = Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

VZÄ = Vollzeitäquivalent Beschäftigte (Synonym: „Korrigierte Beschäftigte“)

URO = Urologie

DER = Dermatologie

KI = Kinderheilkunde

PSY = Psychiatrie einschließlich Kinder- und Jugendpsychiatrie

NEU = Neurologie

INT = Intensiveinheiten lt. LKF Handbuch 2012; FC xxxx81; xx1117; xx5112

SON = Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie; Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde; Anästhesie, Radiologie, Nuklearmedizin,

Physikalische Medizin, Pathologie, Medizinisch-chemische Labordiagnostik, Mikrobiologisch-serologische

Labordiagnostik, Interdisziplinärer Bereich, Fachhauptbereich(e) – andere(r)

EW = Einwohner/innen

Quellen: Bundesministerium für Gesundheit: Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG);
Amt der Tiroler Landesregierung: Berechnungen: Abteilung Krankenanstalten

Tabelle 5.2: Endkosten der Fonds-Krankenanstalten 2006–2011

Region	Endkosten der Fonds-Krankenanstalten 2006–2011						
	in Mio. Euro						Steigerung in %
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2006 – 2011
Tirol	752	769	812	820	843	901	19,9
Burgenland	177	185	199	205	212	220	24,2
Kärnten	628	645	685	695	723	744	18,4
Niederösterreich	1.268	1.390	1.528	1.612	1.646	1.690	33,3
Oberösterreich	1.482	1.572	1.697	1.748	1.825	1.877	26,7
Salzburg	559	596	635	656	678	717	28,2
Steiermark	1.271	1.352	1.413	1.468	1.466	1.486	16,9
Vorarlberg	303	317	337	351	361	377	24,1
Wien	2.841	2.902	3.071	3.137	3.280	3.373	18,7
Österreich	9.281	9.728	10.377	10.692	11.036	11.384	22,7

Region	Stationäre Endkosten 2011						Ambulante Endkosten 2011			
	Stat. Endkosten		pro stationären Fall		pro Belagstag		Amb. Endkosten		pro Frequenz	
	in Mio. Euro	Steigerung in % 2006–2011	in Euro	Steigerung in % 2006–2011	in Euro	Steigerung in % 2006–2011	in Mio. Euro	Steigerung in % 2006–2011	in Euro	Steigerung in % 2006–2011
Tirol	709	22,6	2.527	23,3	617	26,8	138	15,4	70	4,5
Burgenland	183	24,5	2.076	7,5	649	37,8	27	26,5	68	28,0
Kärnten	602	14,3	2.947	14,7	598	21,4	114	59,2	119	32,6
Niederösterreich	1.374	31,8	2.963	33,6	641	37,7	241	71,9	84	62,0
Oberösterreich	1.529	26,1	2.675	12,8	628	31,6	259	42,2	82	28,0
Salzburg	589	30,6	2.664	15,4	638	35,6	74	34,3	73	40,9
Steiermark	1.112	19,3	2.983	13,6	582	25,4	251	26,4	123	22,0
Vorarlberg	312	24,4	2.654	14,0	600	32,8	50	38,5	72	23,7
Wien	2.402	22,8	3.744	15,8	777	29,2	492	19,6	120	18,4
Österreich	8.813	24,2	2.976	17,7	655	30,3	1.647	33,2	96	25,7

Quellen: Bundesministerium für Gesundheit: Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG);
Amt der Tiroler Landesregierung: Berechnungen: Abteilung Krankenanstalten

Tabelle 5.3: Personalkosten der Fonds-Krankenanstalten 2006–2011

Region	Personalkosten der Fonds-Krankenanstalten 2006–2011						
	in Mio. Euro						Steigerung in %
	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ¹⁾	2006 – 2011
Tirol	454	472	499	524	532	552	21,5
Burgenland	110	115	121	128	131	136	23,5
Kärnten	381	396	422	442	443	437	14,6
Niederösterreich	771	849	923	981	1.008	1.028	33,2
Oberösterreich	838	874	930	984	1.018	1.033	23,2
Salzburg	290	305	363	387	397	415	43,1
Steiermark	758	805	865	917	925	942	24,3
Vorarlberg	190	197	205	217	222	229	20,3
Wien	1.416	1.463	1.550	1.620	1.680	1.728	22,0
Österreich	5.209	5.475	5.878	6.200	6.356	6.498	24,7

Region	Stationäre Personalkosten 2011						Ambulante Personalkosten 2011			
	Stat. Personalkosten		pro stationären Fall		pro Belagstag		Amb. Personalkosten		pro Frequenz	
	in Mio. Euro	Steigerung in % 2006–2011	in Euro	Steigerung in % 2006–2011	in Euro	Steigerung in % 2006–2011	in Mio. Euro	Steigerung in % 2006–2011	in Euro	Steigerung in % 2006–2011
Tirol	244	21,7	869	22,4	212	25,8	200	22,1	101	10,5
Burgenland	65	18,9	743	2,7	232	31,6	51	34,6	127	36,3
Kärnten	200	6,3	977	6,7	198	12,9	156	23,7	163	3,0
Niederösterreich	479	29,7	1.032	31,6	223	35,6	362	40,6	126	32,5
Oberösterreich	455	24,6	796	11,5	187	30,1	378	26,1	120	13,5
Salzburg	202	30,4	912	15,3	219	35,4	132	25,3	129	31,5
Steiermark	406	20,7	1.090	14,8	212	26,8	335	27,1	163	22,8
Vorarlberg	117	20,1	993	10,1	224	28,2	72	24,8	105	11,5
Wien	738	20,0	1.151	13,1	239	26,2	631	24,2	154	23,0
Österreich	2.906	22,0	981	15,7	216	28,0	2.317	27,3	135	20,3

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. Eine detaillierte über den Bundesländervergleich hinausgehende Betrachtung erscheint daher nicht sinnvoll.

¹ Die Summe der stationären und ambulanten Personalkosten entspricht nicht den Personalkosten der Fonds-Krankenanstalten, da es Personalkosten gibt, die weder dem stationären noch dem ambulanten Bereich zuordenbar sind.

Quellen: Bundesministerium für Gesundheit: Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG); Amt der Tiroler Landesregierung: Berechnungen: Abteilung Krankenanstalten

Tabelle 5.4: Rehabilitationseinrichtungen¹ sowie Inanspruchnahme nach Indikationsgruppen 2010

	Indikationsgruppen						Insgesamt
	HKE	NEU	OR/RHE	STWVD	UC/NC	SON	
Tirol (Einrichtungen: 4)							
Bettenäquivalent	27	0	1	3	55	37	123
Entlassungsfälle ²	421	2	13	40	495	537	1.508
durchschn. Belagsdauer ²	20,8	34,5	27,0	25,7	36,5	22,6	26,8
Burgenland (Einrichtungen: 3)							
Bettenäquivalent	166	0	9	3	112	69	361
Entlassungsfälle ²	2.486	7	149	45	1.743	1.087	5.517
durchschn. Belagsdauer ²	22,0	22,9	20,9	19,3	21,2	20,9	21,5
Kärnten (Einrichtungen: 7)							
Bettenäquivalent	134	67	396	28	49	192	866
Entlassungsfälle ²	1.870	542	6.227	440	711	1.884	11.674
durchschn. Belagsdauer ²	23,5	40,8	20,9	21,2	22,7	33,4	24,4
Niederösterreich (Einrichtungen: 17)							
Bettenäquivalent	514	114	826	262	425	379	2.520
Entlassungsfälle ²	7.100	1.240	12.823	4.114	4.768	4.858	34.903
durchschn. Belagsdauer ²	23,8	30,2	21,2	20,9	29,3	25,6	23,7
Oberösterreich (Einrichtungen: 10)							
Bettenäquivalent	312	68	551	57	172	131	1.290
Entlassungsfälle ²	4.127	803	9.070	860	2.662	2.136	19.658
durchschn. Belagsdauer ²	24,8	27,9	20,0	21,6	21,2	20,2	21,6
Salzburg (Einrichtungen: 6)							
Bettenäquivalent	164	44	334	1	34	33	610
Entlassungsfälle ²	2.601	823	5.510	23	610	492	10.059
durchschn. Belagsdauer ²	20,7	17,5	19,9	21,0	18,0	22,0	19,9
Steiermark (Einrichtungen: 12)							
Bettenäquivalent	155	203	576	207	325	510	1.977
Entlassungsfälle ²	2.253	2.196	9.035	3.306	3.397	6.472	26.659
durchschn. Belagsdauer ²	22,7	30,4	20,9	20,6	31,4	25,9	24,4
Vorarlberg (Einrichtungen: 0)							
Bettenäquivalent	0	0	0	0	0	0	0
Entlassungsfälle ²	0	0	0	0	0	0	0
durchschn. Belagsdauer ²	-	-	-	-	-	-	-
Wien (Einrichtungen: 2)							
Bettenäquivalent	0	102	23	1	46	54	227
Entlassungsfälle ²	4	970	190	5	284	496	1.949
durchschn. Belagsdauer ²	30,5	34,7	39,1	52,6	53,3	36,1	38,2
Österreich (Einrichtungen: 61)							
Bettenäquivalent	1.471	600	2.716	562	1.218	1.405	7.973
Entlassungsfälle ²	20.862	6.583	43.017	8.833	14.670	17.962	111.927
durchschn. Belagsdauer ²	23,2	29,9	20,7	20,9	27,3	25,7	23,4

durchschn. Belagsdauer = Belagstage/Entlassungsfälle

Bettenäquivalent = (Belagstage/365)*(100/90)

¹ Rehabilitationseinrichtungen = alle fonds- und nichtfondsrelevanten Krankenanstalten sowie Kur- und Erholungsheime mit dem Versorgungssektor Rehabilitation lt. Klassifikation Statistik Austria² Entlassungen, durchschn. Belagsdauer aller Patienten, welche in einer fonds- bzw. nichtfondsrelevanten Krankenanstalt oder einem Kur- und Erholungsheim mit dem Versorgungssektor Rehabilitation versorgt wurden lt. Klassifikation Statistik Austria

HKE = Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD-10 I00-I99 abzgl. I60-I69)

UC/NC = Unfallchirurgie / Neurochirurgie (ICD-10 S00-T98)

NEU = Neurologie (ICD-10 I60-I69)

SON = Sonstiges

OR/RHE = Orthopädie/Rheumatologie (ICD-10 M00-M99)

STWVD = Stoffwechsel- und Verdauungserkrankungen (ICD-10 E00-E90, K00-K93)

Quellen: Statistik Austria, Statistische Datenbank von Statistik Austria (STATCube);
Amt der Tiroler Landesregierung: Berechnungen: Abteilung Krankenanstalten

Tabelle 5.5: Vorhaltung und Frequentierung von Kapazitäten sowie Kosten im spitalsambulanten und niedergelassenen §-2-Kassenbereich nach Fachrichtungen 2011

		AM	IM	CH	UC	OR	GGH	AU	HNO	URO	ZMK	KI	PSY	NEU	RAD	SON	Summe
Tirol (EW: 710.048)																	
Ambulante Patienten	Fonds-Krankenanstalten	0	108.560	83.020	193.014	19.033	37.690	21.784	23.755	23.549	42.443	31.020	14.450	24.166	238.569	100.248	961.301
Frequenz ambulanter Patienten		0	252.473	176.619	399.754	36.979	84.129	37.973	45.656	43.702	85.879	67.416	61.127	52.019	397.488	231.183	1.972.397
Ärzte ¹ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0	95	98	55	9	44	16	16	25	33	32	30	27	114	298	892
Anderes Personal ² in amb. Bereichen (VZÄ)		0	234	215	196	37	109	26	59	49	89	76	55	130	327	863	2.467
Endkosten, in Mio. Euro		0	22	11	18	2	8	2	3	4	10	7	5	5	28	14	138
Niedergelassene Ärzte	NL Ber.	486	107	72	42	43	96	49	33	29	399	41	50	30	27	117	1.621
Niedergelassene §-2-Kassenärzte		310	36	7	4	11	31	26	24	14	215	24	14	13	15	41	785
Burgenland (EW: 284.897)																	
Ambulante Patienten	Fonds-Krankenanstalten	0	24.582	27.184	56.322	5.225	8.611	0	7.714	3.109	0	12.046	743	3.964	50.638	9.745	209.883
Frequenz ambulanter Patienten		0	61.705	61.735	106.058	8.932	25.310	0	12.978	6.389	0	23.458	2.671	5.689	69.798	19.317	404.040
Ärzte ¹ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0	18	14	27	6	11	0	2	3	0	9	0	4	19	83	195
Anderes Personal ² in amb. Bereichen (VZÄ)		0	93	22	125	5	5	0	10	3	0	10	3	4	81	270	630
Endkosten, in Mio. Euro		0	7	3	5	1	2	0	0	1	0	2	0	1	4	1	27
Niedergelassene Ärzte	NL Ber.	217	55	18	20	22	43	17	14	12	104	17	9	13	10	40	611
Niedergelassene §-2-Kassenärzte		148	14	3	3	5	14	10	7	5	74	6	4	3	5	15	316
Kärnten (EW: 558.271)																	
Ambulante Patienten	Fonds-Krankenanstalten	0	35.990	55.272	102.385	10.135	18.908	23.656	13.300	5.788	11.676	16.543	6.499	12.924	121.053	63.411	497.540
Frequenz ambulanter Patienten		0	114.924	117.757	204.991	17.687	41.942	35.943	22.310	12.794	19.157	28.652	16.001	21.163	192.245	112.654	958.220
Ärzte ¹ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0	56	72	45	9	35	11	12	7	10	13	6	19	73	207	576
Anderes Personal ² in amb. Bereichen (VZÄ)		0	177	187	157	12	89	46	46	24	26	13	25	35	273	621	1.731
Endkosten, in Mio. Euro		0	22	12	14	1	6	4	2	2	3	4	2	7	23	12	114
Niedergelassene Ärzte	NL Ber.	433	101	61	41	43	80	31	20	17	281	36	29	26	28	98	1.325
Niedergelassene §-2-Kassenärzte		236	39	14	10	14	25	25	15	10	184	17	9	6	18	45	667

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 5.5:

		AM	IM	CH	UC	OR	GGH	AU	HNO	URO	ZMK	KI	PSY	NEU	RAD	SON	Summe
Niederösterreich (EW: 1.611.981)	Fonds- Krankenanstalten																
Ambulante Patienten		0	124.652	125.695	242.816	44.682	46.957	49.969	27.322	20.038	3.987	50.724	5.129	18.453	255.644	219.949	1.236.017
Frequenz ambulanter Patienten		0	341.154	269.493	519.247	108.357	118.394	86.030	51.832	42.179	8.172	95.104	12.777	28.881	535.264	650.068	2.866.952
Ärzte ¹ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0	155	130	121	52	81	36	25	27	8	36	15	17	141	633	1.478
Anderes Personal ² in amb. Bereichen (VZÄ)		0	440	257	316	86	137	59	56	62	14	48	55	95	504	1.827	3.955
Endkosten, in Mio. Euro		0	59	25	34	6	10	5	4	4	1	7	2	3	33	47	241
Niedergelassene Ärzte	NL Ber.	1.279	290	159	122	143	224	97	76	75	595	118	107	85	97	319	3.786
Niedergelassene §-2-Kassenärzte		751	68	28	5	32	65	54	34	26	461	39	18	18	39	83	1.721
Oberösterreich (EW: 1.412.640)	Fonds- Krankenanstalten																
Ambulante Patienten		0	144.554	82.186	299.163	47.100	54.611	66.778	48.226	32.128	27.943	43.161	18.050	34.089	321.369	223.434	1.442.792
Frequenz ambulanter Patienten		0	382.433	168.286	679.626	95.566	131.309	119.199	93.514	65.219	62.663	79.362	59.018	85.064	502.316	630.284	3.153.859
Ärzte ¹ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0	154	52	89	30	80	46	26	33	13	36	26	36	198	738	1.556
Anderes Personal ² in amb. Bereichen (VZÄ)		0	467	114	265	37	230	80	79	60	39	46	171	86	598	2.351	4.625
Endkosten, in Mio. Euro		0	51	14	37	7	15	9	6	8	5	9	6	9	43	41	259
Niedergelassene Ärzte	NL Ber.	1.077	143	88	91	80	172	91	59	41	561	68	63	54	49	192	2.829
Niedergelassene §-2-Kassenärzte		703	46	12	10	27	72	53	35	20	369	38	17	19	23	78	1.522
Salzburg (EW: 531.721)	Fonds- Krankenanstalten																
Ambulante Patienten		0	59.578	63.611	69.833	11.147	18.328	30.100	21.717	7.319	11.043	17.226	7.556	19.160	137.358	35.669	509.645
Frequenz ambulanter Patienten		0	137.228	121.776	150.834	22.611	40.606	54.494	42.511	15.106	22.019	35.900	28.199	28.588	200.057	116.402	1.016.331
Ärzte ¹ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0	58	55	36	20	16	24	14	11	13	18	12	12	74	197	559
Anderes Personal ² in amb. Bereichen (VZÄ)		0	147	144	108	33	40	47	36	20	26	28	65	22	188	577	1.483
Endkosten, in Mio. Euro		0	17	8	11	2	3	2	2	1	1	3	2	2	12	8	74
Niedergelassene Ärzte	NL Ber.	423	90	67	44	42	84	49	27	24	293	29	44	28	17	105	1.366
Niedergelassene §-2-Kassenärzte		238	25	11	3	12	29	26	14	12	164	19	12	8	9	32	614

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 5.5:

		AM	IM	CH	UC	OR	GGH	AU	HNO	URO	ZMK	KI	PSY	NEU	RAD	SON	Summe
Steiermark (EW: 1.210.614)																	
Ambulante Patienten	Fonds- Krankenanstalten	0	151.408	220.234	42.870	36.478	36.025	28.799	21.592	13.288	34.858	37.555	8.595	29.745	232.942	143.527	1.037.916
Frequenz ambulanter Patienten		0	338.722	470.784	85.240	61.201	90.132	46.968	38.820	24.764	88.557	80.829	39.668	46.457	369.494	266.395	2.048.031
Ärzte ¹ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0	181	203	22	28	59	24	26	23	24	45	18	33	121	467	1.274
Anderes Personal ² in amb. Bereichen (VZÄ)		0	493	633	69	47	236	64	72	62	117	102	117	145	460	1.306	3.922
Endkosten, in Mio. Euro		0	70	38	5	3	13	6	5	3	11	13	3	8	37	38	251
Niedergelassene Ärzte	NL Ber.	957	210	101	45	61	162	78	58	37	567	66	57	51	49	157	2.656
Niedergelassene §-2-Kassenärzte		591	66	13	1	21	58	41	27	20	350	35	14	14	28	62	1.341
Vorarlberg (EW: 369.938)																	
Ambulante Patienten	Fonds- Krankenanstalten	0	28.370	26.734	31.356	2.777	7.726	10.350	6.859	3.415	3.204	7.710	2.406	1.371	107.732	83.981	323.991
Frequenz ambulanter Patienten		0	61.215	59.543	68.580	5.189	18.568	16.983	14.779	8.957	9.003	14.399	12.469	2.411	182.183	217.103	691.382
Ärzte ¹ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0	26	10	6	2	7	5	10	3	3	2	4	1	36	166	280
Anderes Personal ² in amb. Bereichen (VZÄ)		0	63	25	24	1	35	13	23	5	3	3	25	5	112	420	756
Endkosten, in Mio. Euro		0	8	4	4	0	2	1	1	1	1	1	1	0	9	16	50
Niedergelassene Ärzte	NL Ber.	227	67	20	10	19	46	22	18	14	164	24	37	10	12	41	731
Niedergelassene §-2-Kassenärzte		152	28	2	2	11	19	17	9	8	93	14	10	6	5	15	391
Wien (EW:1.714.142)																	
Ambulante Patienten	Fonds- Krankenanstalten	0	344.803	139.915	173.303	52.221	83.663	89.609	80.976	46.450	24.880	147.624	24.184	46.720	303.060	377.119	1.934.527
Frequenz ambulanter Patienten		0	830.778	292.099	313.506	130.488	184.588	178.713	143.719	92.032	45.531	281.974	85.358	78.427	540.827	909.236	4.107.276
Ärzte ¹ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0	347	197	91	56	137	74	77	56	29	98	52	63	349	938	2.563
Anderes Personal ² in amb. Bereichen (VZÄ)		0	953	727	358	276	407	183	182	168	68	296	197	145	1.086	2.913	7.959
Endkosten, in Mio. Euro		0	127	36	27	10	23	16	13	11	7	31	11	11	91	78	492
Niedergelassene Ärzte	NL Ber.	1.389	528	259	106	243	337	201	125	112	981	163	272	148	111	518	5.493
Niedergelassene §-2-Kassenärzte		781	113	35	1	83	110	89	60	45	700	86	30	29	74	175	2.411

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 5.5:

		AM	IM	CH	UC	OR	GGH	AU	HNO	URO	ZMK	KI	PSY	NEU	RAD	SON	Summe
Österreich (EW: 8.404.252)																	
Ambulante Patienten	Fonds- Krankenanstalten	0	1.022.497	823.851	1.211.062	228.798	312.519	321.045	251.461	155.084	160.034	363.609	87.612	190.592	1.768.365	1.257.083	8.153.612
Frequenz ambulanter Patienten		0	2.520.632	1.738.092	2.527.836	487.010	734.978	576.303	466.119	311.142	340.981	707.094	317.288	348.699	2.989.672	3.152.642	17.218.488
Ärzte ¹ in ambulanten Bereichen (VZÄ)		0	1.090	831	493	211	469	236	208	187	133	288	162	211	1.126	3.726	9.372
Anderes Personal ² in amb. Bereichen (VZÄ)		0	3.066	2.325	1.618	534	1.288	519	563	454	382	623	712	667	3.629	11.146	27.526
Endkosten, in Mio. Euro		0	383	152	155	32	82	46	36	33	38	77	32	45	281	255	1.647
Niedergelassene Ärzte	NL Ber.	6.488	1.591	845	521	696	1.244	635	430	361	3.945	562	668	445	400	1.587	20.418
Niedergelassene §-2-Kassenärzte		3.910	435	125	39	216	423	341	225	160	2.610	278	128	116	216	546	9.768

¹ Auch Ärzte in Ausbildung

² Inklusive aller in der KA-Kostenstellenstatistik erfassten Berufsgruppen

VZÄ = Vollzeitäquivalent Beschäftigte (Synonym: „Korrigierte Beschäftigte“)

AM = Allgemeinmediziner

IM = Innere Medizin

CH = Chirurgie einschließlich plastischer Chirurgie, Kinder- und Thoraxchirurgie

UC = Unfallchirurgie

OR = Orthopädie

GGH = Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Frauenheilkunde (Gynäkologie), Geburtshilfe

AU = Augenheilkunde

HNO = Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

URO = Urologie

NL = Niedergelassener Bereich

ZMK = Zahn-, Mund-, und Kieferheilkunde, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie;
im niedergelassenen Bereich inkl. Dentisten

KI = Kinderheilkunde

PSY = Psychiatrie einschließlich Kinder- und Jugendpsychiatrie

NEU = Neurologie

RAD = Radiologie, Nuklearmedizin; im niedergelassenen Bereich inkl. Strahlentherapie-Radioonkologie

SON = Pulmologie, Neurochirurgie, Dermatologie, Anästhesie, Physikalische Medizin, Pathologie, Medizinisch-
chemische Labordiagnostik, Mikrobiologisch-serologische Labordiagnostik, Interdisziplinärer Bereich,
Fachhauptbereich(e) – andere(r); im niedergelassenen Bereich inkl. Anästhesiologie und Intensivmedizin,
Anatomie, Arbeitsmedizin, Blutgruppenser. und Transfusionsmed., Gerichtsmedizin, Hygiene und Mikrobiologie,
Immunologie, Med. Genetik, Pharmakologie und Toxikologie, Physiologie, Spez. Prophylaxe u. Tropenmedizin,
Tumorbiologie

EW = Einwohner/innen

Quellen: Bundesministerium für Gesundheit, Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG);
Statistik Austria, Bevölkerungsregister (Stand 1.1.2011);
Österreichische Ärztekammer, Standesmeldung (Stand 2.1.2012);
Österreichische Zahnärztekammer, Standesmeldung (Stand 1.1.2012);
Amt der Tiroler Landesregierung: Berechnungen: Abteilung Krankenanstalten

Tabelle 5.6: Vorhaltung und Frequentierung von Kapazitäten sowie Kosten im spitalsambulanten und niedergelassenen §-2-Kassenbereich nach Fachrichtungen 2011 (jeweils bezogen auf 1.000 Einwohner)

		AM	IM	CH	UC	OR	GGH	AU	HNO	URO	ZMK	KI	PSY	NEU	RAD	SON	Summe
Tirol (EW: 710.048)																	
Ambulante Patienten	Fonds- Krankenanstalten		152,89	116,92	271,83	26,81	53,08	30,68	33,46	33,17	59,77	43,69	20,35	34,03	335,99	141,18	1.353,85
Frequenz ambulanter Patienten			355,57	248,74	563,00	52,08	118,48	53,48	64,30	61,55	120,95	94,95	86,09	73,26	559,80	325,59	2.777,84
Ärzte ¹ in ambulanten Bereichen (VZÄ)			0,13	0,14	0,08	0,01	0,06	0,02	0,02	0,04	0,05	0,04	0,04	0,04	0,16	0,42	1,26
Anderes Personal ² in amb. Bereichen (VZÄ)			0,33	0,30	0,28	0,05	0,15	0,04	0,08	0,07	0,13	0,11	0,08	0,18	0,46	1,22	3,47
Endkosten, in 1.000 Euro			30,83	14,89	25,20	2,87	11,96	2,78	4,01	4,96	14,44	9,63	6,37	7,14	39,92	19,17	194,16
Niedergelassene Ärzte	NL Ber.	0,68	0,15	0,10	0,06	0,06	0,14	0,07	0,05	0,04	0,56	0,06	0,07	0,04	0,04	0,16	2,28
Niedergelassene §-2-Kassenärzte		0,44	0,05	0,01	0,01	0,02	0,04	0,04	0,03	0,02	0,30	0,03	0,02	0,02	0,02	0,06	1,11
Burgenland (EW: 284.897)																	
Ambulante Patienten	Fonds- Krankenanstalten		86,28	95,42	197,69	18,34	30,22	0,00	27,08	10,91	0,00	42,28	2,61	13,91	177,74	34,21	736,70
Frequenz ambulanter Patienten			216,59	216,69	372,27	31,35	88,84	0,00	45,55	22,43	0,00	82,34	9,38	19,97	244,99	67,80	1.418,20
Ärzte ¹ in ambulanten Bereichen (VZÄ)			0,06	0,05	0,10	0,02	0,04	0,00	0,01	0,01	0,00	0,03	0,00	0,01	0,07	0,29	0,68
Anderes Personal ² in amb. Bereichen (VZÄ)			0,33	0,08	0,44	0,02	0,02	0,00	0,03	0,01	0,00	0,04	0,01	0,01	0,28	0,95	2,21
Endkosten, in 1.000 Euro			25,38	11,86	16,94	2,94	5,54	0,00	1,46	2,11	0,00	7,15	0,19	2,14	15,61	5,08	96,41
Niedergelassene Ärzte	NL Ber.	0,76	0,19	0,06	0,07	0,08	0,15	0,06	0,05	0,04	0,37	0,06	0,03	0,05	0,04	0,14	2,14
Niedergelassene §-2-Kassenärzte		0,52	0,05	0,01	0,01	0,02	0,05	0,04	0,02	0,02	0,26	0,02	0,01	0,01	0,02	0,05	1,11
Kärnten (EW: 558.271)																	
Ambulante Patienten	Fonds- Krankenanstalten		64,47	99,01	183,40	18,15	33,87	42,37	23,82	10,37	20,91	29,63	11,64	23,15	216,84	113,58	891,22
Frequenz ambulanter Patienten			205,86	210,93	367,19	31,68	75,13	64,38	39,96	22,92	34,31	51,32	28,66	37,91	344,36	201,79	1.716,41
Ärzte ¹ in ambulanten Bereichen (VZÄ)			0,10	0,13	0,08	0,02	0,06	0,02	0,02	0,01	0,02	0,02	0,01	0,03	0,13	0,37	1,03
Anderes Personal ² in amb. Bereichen (VZÄ)			0,32	0,34	0,28	0,02	0,16	0,08	0,08	0,04	0,05	0,02	0,04	0,06	0,49	1,11	3,10
Endkosten, in 1.000 Euro			39,31	21,45	24,73	2,35	10,45	7,28	4,32	3,13	5,57	7,71	3,15	12,12	40,99	21,19	203,75
Niedergelassene Ärzte	NL Ber.	0,78	0,18	0,11	0,07	0,08	0,14	0,06	0,04	0,03	0,50	0,06	0,05	0,05	0,05	0,18	2,37
Niedergelassene §-2-Kassenärzte		0,42	0,07	0,03	0,02	0,03	0,04	0,04	0,03	0,02	0,33	0,03	0,02	0,01	0,03	0,08	1,19

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 5.6:

		AM	IM	CH	UC	OR	GGH	AU	HNO	URO	ZMK	KI	PSY	NEU	RAD	SON	Summe
Niederösterreich (EW: 1.611.981)																	
Ambulante Patienten	Fonds- Krankenanstalten		77,33	77,98	150,63	27,72	29,13	31,00	16,95	12,43	2,47	31,47	3,18	11,45	158,59	136,45	766,77
Frequenz ambulanter Patienten			211,64	167,18	322,12	67,22	73,45	53,37	32,15	26,17	5,07	59,00	7,93	17,92	332,05	403,27	1.778,53
Ärzte ¹ in ambulanten Bereichen (VZÄ)			0,10	0,08	0,08	0,03	0,05	0,02	0,02	0,02	0,00	0,02	0,01	0,01	0,09	0,39	0,92
Anderes Personal ² in amb. Bereichen (VZÄ)			0,27	0,16	0,20	0,05	0,08	0,04	0,03	0,04	0,01	0,03	0,03	0,06	0,31	1,13	2,45
Endkosten, in 1.000 Euro			36,77	15,81	21,21	3,93	6,46	3,30	2,30	2,51	0,52	4,46	1,41	1,82	20,20	29,01	149,70
Niedergelassene Ärzte	NL Ber.	0,79	0,18	0,10	0,08	0,09	0,14	0,06	0,05	0,05	0,37	0,07	0,07	0,05	0,06	0,20	2,35
Niedergelassene §-2-Kassenärzte		0,47	0,04	0,02	0,00	0,02	0,04	0,03	0,02	0,02	0,29	0,02	0,01	0,01	0,02	0,05	1,07
Oberösterreich (EW: 1.412.640)																	
Ambulante Patienten	Fonds- Krankenanstalten		102,33	58,18	211,78	33,34	38,66	47,27	34,14	22,74	19,78	30,55	12,78	24,13	227,50	158,17	1.021,34
Frequenz ambulanter Patienten			270,72	119,13	481,10	67,65	92,95	84,38	66,20	46,17	44,36	56,18	41,78	60,22	355,59	446,17	2.232,60
Ärzte ¹ in ambulanten Bereichen (VZÄ)			0,11	0,04	0,06	0,02	0,06	0,03	0,02	0,02	0,01	0,03	0,02	0,03	0,14	0,52	1,10
Anderes Personal ² in amb. Bereichen (VZÄ)			0,33	0,08	0,19	0,03	0,16	0,06	0,06	0,04	0,03	0,03	0,12	0,06	0,42	1,66	3,27
Endkosten, in 1.000 Euro			36,45	10,25	26,45	4,98	10,51	6,43	3,94	5,44	3,25	6,29	3,93	6,08	30,56	29,10	183,65
Niedergelassene Ärzte	NL Ber.	0,76	0,10	0,06	0,06	0,06	0,12	0,06	0,04	0,03	0,40	0,05	0,04	0,04	0,03	0,14	2,00
Niedergelassene §-2-Kassenärzte		0,50	0,03	0,01	0,01	0,02	0,05	0,04	0,02	0,01	0,26	0,03	0,01	0,01	0,02	0,06	1,08
Salzburg (EW: 531.721)																	
Ambulante Patienten	Fonds- Krankenanstalten		112,05	119,63	131,33	20,96	34,47	56,61	40,84	13,76	20,77	32,40	14,21	36,03	258,33	67,08	958,48
Frequenz ambulanter Patienten			258,08	229,02	283,67	42,52	76,37	102,49	79,95	28,41	41,41	67,52	53,03	53,77	376,24	218,92	1.911,40
Ärzte ¹ in ambulanten Bereichen (VZÄ)			0,11	0,10	0,07	0,04	0,03	0,05	0,03	0,02	0,02	0,03	0,02	0,02	0,14	0,37	1,05
Anderes Personal ² in amb. Bereichen (VZÄ)			0,28	0,27	0,20	0,06	0,08	0,09	0,07	0,04	0,05	0,05	0,12	0,04	0,35	1,08	2,79
Endkosten, in 1.000 Euro			31,04	15,45	20,59	3,18	4,79	4,52	4,46	1,90	2,28	6,27	3,73	4,30	23,13	14,26	139,90
Niedergelassene Ärzte	NL Ber.	0,80	0,17	0,13	0,08	0,08	0,16	0,09	0,05	0,05	0,55	0,05	0,08	0,05	0,03	0,20	2,57
Niedergelassene §-2-Kassenärzte		0,45	0,05	0,02	0,01	0,02	0,05	0,05	0,03	0,02	0,31	0,04	0,02	0,02	0,02	0,06	1,15

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 5.6:

		AM	IM	CH	UC	OR	GGH	AU	HNO	URO	ZMK	KI	PSY	NEU	RAD	SON	Summe
Steiermark (EW: 1.210.614)																	
Ambulante Patienten	Fonds- Krankenanstalten		125,07	181,92	35,41	30,13	29,76	23,79	17,84	10,98	28,79	31,02	7,10	24,57	192,42	118,56	857,35
Frequenz ambulanter Patienten			279,79	388,88	70,41	50,55	74,45	38,80	32,07	20,46	73,15	66,77	32,77	38,37	305,21	220,05	1.691,73
Ärzte ¹ in ambulanten Bereichen (VZÄ)			0,15	0,17	0,02	0,02	0,05	0,02	0,02	0,02	0,02	0,04	0,01	0,03	0,10	0,39	1,05
Anderes Personal ² in amb. Bereichen (VZÄ)			0,41	0,52	0,06	0,04	0,19	0,05	0,06	0,05	0,10	0,08	0,10	0,12	0,38	1,08	3,24
Endkosten, in 1.000 Euro			57,59	31,27	3,84	2,42	10,82	5,00	3,88	2,12	8,79	10,56	2,61	6,41	30,63	31,46	207,40
Niedergelassene Ärzte	NL Ber.	0,79	0,17	0,08	0,04	0,05	0,13	0,06	0,05	0,03	0,47	0,05	0,05	0,04	0,04	0,13	2,19
Niedergelassene §-2-Kassenärzte		0,49	0,05	0,01	0,00	0,02	0,05	0,03	0,02	0,02	0,29	0,03	0,01	0,01	0,02	0,05	1,11
Vorarlberg (EW: 369.938)																	
Ambulante Patienten	Fonds- Krankenanstalten		76,69	72,27	84,76	7,51	20,88	27,98	18,54	9,23	8,66	20,84	6,50	3,71	291,22	227,01	875,80
Frequenz ambulanter Patienten			165,47	160,95	185,38	14,03	50,19	45,91	39,95	24,21	24,34	38,92	33,71	6,52	492,47	586,86	1.868,91
Ärzte ¹ in ambulanten Bereichen (VZÄ)			0,07	0,03	0,02	0,00	0,02	0,01	0,03	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,10	0,45	0,76
Anderes Personal ² in amb. Bereichen (VZÄ)			0,17	0,07	0,06	0,00	0,09	0,04	0,06	0,01	0,01	0,01	0,07	0,01	0,30	1,13	2,04
Endkosten, in 1.000 Euro			21,95	10,12	10,17	0,92	6,05	2,71	3,04	2,34	2,55	1,79	3,23	0,80	25,43	44,11	135,20
Niedergelassene Ärzte	NL Ber.	0,61	0,18	0,05	0,03	0,05	0,12	0,06	0,05	0,04	0,44	0,06	0,10	0,03	0,03	0,11	1,98
Niedergelassene §-2-Kassenärzte		0,41	0,08	0,01	0,01	0,03	0,05	0,05	0,02	0,02	0,25	0,04	0,03	0,02	0,01	0,04	1,06
Wien (EW: 1.714.142)																	
Ambulante Patienten	Fonds- Krankenanstalten		201,15	81,62	101,10	30,46	48,81	52,28	47,24	27,10	14,51	86,12	14,11	27,26	176,80	220,00	1.128,57
Frequenz ambulanter Patienten			484,66	170,41	182,89	76,12	107,69	104,26	83,84	53,69	26,56	164,50	49,80	45,75	315,51	530,43	2.396,11
Ärzte ¹ in ambulanten Bereichen (VZÄ)			0,20	0,11	0,05	0,03	0,08	0,04	0,04	0,03	0,02	0,06	0,03	0,04	0,20	0,55	1,50
Anderes Personal ² in amb. Bereichen (VZÄ)			0,56	0,42	0,21	0,16	0,24	0,11	0,11	0,10	0,04	0,17	0,11	0,08	0,63	1,70	4,64
Endkosten, in 1.000 Euro			74,03	21,13	15,93	5,77	13,55	9,55	7,63	6,15	3,81	18,15	6,58	6,20	52,99	45,56	287,05
Niedergelassene Ärzte	NL Ber.	0,81	0,31	0,15	0,06	0,14	0,20	0,12	0,07	0,07	0,57	0,10	0,16	0,09	0,06	0,30	3,20
Niedergelassene §-2-Kassenärzte		0,46	0,07	0,02	0,00	0,05	0,06	0,05	0,04	0,03	0,41	0,05	0,02	0,02	0,04	0,10	1,41

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 5.6:

		AM	IM	CH	UC	OR	GGH	AU	HNO	URO	ZMK	KI	PSY	NEU	RAD	SON	Summe
Österreich (EW: 8.404.252)																	
Ambulante Patienten	Fonds- Krankenanstalten		121,66	98,03	144,10	27,22	37,19	38,20	29,92	18,45	19,04	43,26	10,42	22,68	210,41	149,58	970,18
Frequenz ambulanter Patienten			299,92	206,81	300,78	57,95	87,45	68,57	55,46	37,02	40,57	84,14	37,75	41,49	355,73	375,12	2.048,78
Ärzte ¹ in ambulanten Bereichen (VZÄ)			0,13	0,10	0,06	0,03	0,06	0,03	0,02	0,02	0,02	0,03	0,02	0,03	0,13	0,44	1,12
Anderes Personal ² in amb. Bereichen (VZÄ)			0,36	0,28	0,19	0,06	0,15	0,06	0,07	0,05	0,05	0,07	0,08	0,08	0,43	1,33	3,28
Endkosten, in 1.000 Euro			45,58	18,07	18,41	3,86	9,79	5,51	4,31	3,88	4,54	9,18	3,78	5,35	33,44	30,32	196,01
Niedergelassene Ärzte	NL Ber.	0,77	0,19	0,10	0,06	0,08	0,15	0,08	0,05	0,04	0,47	0,07	0,08	0,05	0,05	0,19	2,43
Niedergelassene §-2-Kassenärzte		0,47	0,05	0,01	0,00	0,03	0,05	0,04	0,03	0,02	0,31	0,03	0,02	0,01	0,03	0,06	1,16

¹ Auch Ärzte in Ausbildung

² Inklusive aller in der KA-Kostenstellenstatistik erfassten Berufsgruppen

VZÄ = Vollzeitäquivalent Beschäftigte (Synonym: „Korrigierte Beschäftigte“)

AM = Allgemeinmediziner

IM = Innere Medizin

CH = Chirurgie einschließlich plastischer Chirurgie, Kinder- und Thoraxchirurgie

UC = Unfallchirurgie

OR = Orthopädie

GGH = Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Frauenheilkunde (Gynäkologie), Geburtshilfe

AU = Augenheilkunde

HNO = Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

URO = Urologie

NL = Niedergelassener Bereich

ZMK = Zahn-, Mund-, und Kieferheilkunde, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie;
im niedergelassenen Bereich inkl. Dentisten

KI = Kinderheilkunde

PSY = Psychiatrie einschließlich Kinder- und Jugendpsychiatrie

NEU = Neurologie

RAD = Radiologie, Nuklearmedizin

SON = Pulmologie, Neurochirurgie, Dermatologie, Anästhesie, Physikalische Medizin, Pathologie, Medizinisch-chemische Labordiagnostik, Mikrobiologisch-serologische Labordiagnostik, Interdisziplinärer Bereich, Fachhauptbereich(e) – andere(r); im niedergelassenen Bereich inkl. Anästhesiologie und Intensivmedizin, Anatomie, Arbeitsmedizin, Blutgruppenser. und Transfusionsmed., Gerichtsmedizin, Hygiene und Mikrobiologie, Immunologie, Med. Genetik, Pharmakologie und Toxikologie, Physiologie, Spez. Prophylaxe u. Tropenmedizin, Tumorbologie

EW = Einwohner/innen

Quellen: Bundesministerium für Gesundheit, Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG); Statistik Austria, Bevölkerungsregister (Stand 1.1.2011); Österreichische Ärztekammer, Standesmeldung (Stand 2.1.2012); Österreichische Zahnärztekammer, Standesmeldung (Stand 1.1.2012); Amt der Tiroler Landesregierung: Berechnungen, Abteilung Krankenanstalten

Tabelle 5.7: Spitalsambulante Frequenzen von Tiroler Pat., nach Fachrichtungen und Geschlecht 2011

Fachrichtungen	Anzahl			pro 100.000 EW			altersstandardisierte Rate ¹		
	männlich	weiblich	m & w	männlich	weiblich	m & w	männlich	weiblich	m & w
IM	96.491	100.251	196.742	27.777	27.643	27.708	24.303	23.631	23.967
PUL	1.877	1.554	3.431	540	428	483	467	345	406
CH	60.135	72.901	133.036	17.311	20.101	18.736	15.556	17.247	16.402
UC	152.481	123.264	275.745	43.895	33.988	38.835	43.474	31.883	37.678
OR	11.320	16.335	27.655	3.259	4.504	3.895	3.030	3.975	3.502
NC	4.502	4.883	9.385	1.296	1.346	1.322	1.167	1.167	1.167
PCH	5.468	7.271	12.739	1.574	2.005	1.794	1.492	1.851	1.671
KCH	1.363	847	2.210	392	234	311	530	332	431
GGH	651	67.849	68.500	187	18.708	9.647	183	18.024	9.103
AU	17.895	16.396	34.291	5.151	4.521	4.829	4.781	3.773	4.277
HNO	17.336	14.648	31.984	4.991	4.039	4.504	4.981	4.076	4.529
URO	23.740	9.294	33.034	6.834	2.563	4.652	6.282	2.263	4.272
DER	20.889	19.839	40.728	6.013	5.470	5.736	5.684	5.169	5.426
ZMK	24.165	24.454	48.619	6.956	6.743	6.847	6.837	6.642	6.740
KI	30.552	27.409	57.961	8.795	7.558	8.163	12.234	11.274	11.754
PSY	27.441	31.299	58.740	7.899	8.630	8.273	7.403	8.024	7.713
NEU	20.319	23.236	43.555	5.849	6.407	6.134	5.156	5.469	5.313
AN	11.005	13.959	24.964	3.168	3.849	3.516	3.135	3.588	3.361
RAD	194.727	218.727	413.454	56.056	60.310	58.229	53.213	53.992	53.602
NUK	6.192	17.276	23.468	1.782	4.764	3.305	1.590	4.227	2.908
PMR	53.316	74.752	128.068	15.348	20.612	18.037	14.393	18.253	16.323
LBP	142.765	208.882	351.647	41.098	57.596	49.524	37.824	53.207	45.516
Gesamt	924.630	1.095.326	2.019.956	266.173	302.018	284.482	253.713	278.412	266.063

¹ Standardbevölkerung: europäische Standardbevölkerung (18 Altersklassen)

Anmerkung: exklusive Selbstzahler

IM = Innere Medizin

PUL = Pulmologie

CH = Chirurgie exklusive plastischer Chirurgie, Kinderchirurgie

UC = Unfallchirurgie

OR = Orthopädie

NC = Neurochirurgie

PCH = Plastische Chirurgie

KCH = Kinderchirurgie

GGH = Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Frauenheilkunde
(Gynäkologie), Geburtshilfe

AU = Augenheilkunde

HNO = Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Pat. = Patientinnen/Patienten

URO = Urologie

DER = Dermatologie

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

KI = Kinderheilkunde

PSY = Psychiatrie einschließlich Kinder- und Jugendpsychiatrie

NEU = Neurologie

AN = Anästhesie

RAD = Radiologie

NUK = Nuklearmedizin

PMR = Physikalische Medizin und Rehabilitation

LBP = Labormedizin und Pathologie

EW = Einwohner/innen

Quellen: Tiroler Gesundheitsfonds: Ambulanzdatensätze der Tiroler Fonds-Krankenanstalten;
Statistik Austria, Bevölkerungsregister (Stand 1.1.2011)

Tabelle 5.8: Spitalsambulante Frequenzen von Tiroler Pat. pro 100.000 EW – altersstandardisierte Rate¹, nach ausgewählten Fachrichtungen und Wohnbezirken 2011

	IM	CH	UC	OR	NC	GGH	AU	HNO	URO	DER	KI	PSY	NUK	PMR	Insgesamt
Innsbruck-Stadt	36.783	19.602	39.100	6.129	7.928	11.277	6.443	7.927	7.396	15.740	18.325	20.181	3.609	17.182	217.620
Imst	18.187	10.459	28.287	1.326	2.891	7.439	3.234	2.320	2.075	3.098	8.208	2.600	948	7.563	98.636
Innsbruck-Land	25.562	16.033	36.287	3.379	5.615	9.921	5.451	5.331	5.493	7.322	10.798	8.939	2.366	19.433	161.931
Kitzbühel	19.534	14.562	32.845	7.460	3.618	8.386	3.015	2.313	2.581	1.351	7.757	1.740	3.084	18.190	126.435
Kufstein	18.347	16.769	38.669	3.051	8.585	8.385	5.233	7.096	5.151	1.520	6.136	6.086	3.960	9.565	138.552
Landeck	20.501	12.012	36.801	583	1.894	8.359	1.999	1.057	946	1.410	9.201	1.267	471	21.123	117.625
Lienz	16.032	16.351	42.165	2.421	4.695	5.005	789	4.071	2.697	833	7.030	4.846	6.117	33.093	146.147
Reutte	27.920	19.970	44.275	810	1.412	11.162	2.311	893	621	1.137	53.957	913	442	24.897	190.719
Schwaz	20.094	18.301	44.441	2.061	3.421	9.088	3.414	1.640	2.929	2.537	7.572	4.452	3.155	5.052	128.157
Gesamt	23.967	16.402	37.678	3.502	5.313	9.103	4.277	4.529	4.272	5.426	11.754	7.713	2.908	16.323	153.169

¹ Standardbevölkerung: europäische Standardbevölkerung (18 Altersklassen)

Anmerkung: exklusive Selbstzahler

IM = Innere Medizin

CH = Chirurgie exklusive plastischer Chirurgie, Kinderchirurgie

UC = Unfallchirurgie

OR = Orthopädie

NC = Neurochirurgie

GGH = Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Frauenheilkunde (Gynäkologie), Geburtshilfe

AU = Augenheilkunde

Pat. = Patientinnen/Patienten

HNO = Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

URO = Urologie

DER = Dermatologie

KI = Kinderheilkunde

PSY = Psychologie

NUK = Nuklearmedizin

PMR = Physikalische Medizin und Rehabilitation

EW = Einwohner/innen

Quellen: Tiroler Gesundheitsfonds: Ambulanzdatensätze der Tiroler Fonds-Krankenanstalten;
Statistik Austria, Bevölkerungsregister (Stand 1.1.2011)

Tabelle 5.9: Apotheken 2012¹

Region	Anzahl der				Anzahl der EW pro		Anzahl der ... pro 100.000 EW		Summe der ... pro 100.000 EW
	öffentliche Apotheken	Hausapotheken	Krankenhausapotheken	Filialapotheken	öffentlicher Apotheke	Hausapotheke	öffentlichen Apotheken	Hausapotheken	öffentlichen Apotheken und Hausapotheken
Innsbruck-Stadt	29	0	1	0	4.143	–	24,1	0,0	24,1
Imst	7	11	0	2	8.189	5.211	12,2	19,2	31,4
Innsbruck-Land	27	5	0	1	6.145	33.183	16,3	3,0	19,3
Kitzbühel	9	6	0	0	6.865	10.298	14,6	9,7	24,3
Kufstein	14	11	0	3	7.179	9.137	13,9	10,9	24,9
Landeck	4	15	0	0	10.990	2.931	9,1	34,1	43,2
Lienz	7	6	0	0	7.099	8.282	14,1	12,1	26,2
Reutte	3	10	0	0	10.562	3.169	9,5	31,6	41,0
Schwaz	12	6	0	0	6.586	13.172	15,2	7,6	22,8
Tirol	112	70	1	6	6.340	10.144	15,8	9,9	25,6
Burgenland	38	51	1	4	7.497	5.586	13,3	17,9	31,2
Kärnten	90	65	3	1	6.203	8.589	16,1	11,6	27,8
Niederösterreich	224	248	8	6	7.196	6.500	13,9	15,4	29,3
Oberösterreich	192	232	11	1	7.358	6.089	13,6	16,4	30,0
Salzburg	82	39	2	3	6.484	13.634	15,4	7,3	22,8
Steiermark	190	174	5	3	6.372	6.958	15,7	14,4	30,1
Vorarlberg	50	24	1	0	7.399	15.414	13,5	6,5	20,0
Wien	314	0	14	0	5.459	–	18,3	0,0	18,3
Österreich	1.292	903	46	24	6.505	9.307	15,4	10,7	26,1

¹ Fünf Apotheken sind sowohl öffentliche Apotheken als auch Krankenhausapotheken und bei beiden Gruppen angeführt.

EW = Einwohner/innen

Quellen: Österreichische Apothekerkammer (Stand 31.12.2011);
 Tiroler Apothekerkammer, Apothekenverzeichnis (Stand 1.1.2012);
 Statistik Austria, Bevölkerungsregister (Stand 1.1.2011);
 Amt der Tiroler Landesregierung: Berechnungen: Abteilung Krankenanstalten Tirol

Tabelle 5.10: Einsatzzahlen Rettungs-/Notarztdienst, Krankentransport und Flugrettung 2011

Region	Anschalttermine an die Leitstelle Tirol	Anzahl der Einsätze			Flugrettung			
		Notarzt- einsätze	Rettungs- einsätze	Transporte	Einsatzstellen ²	ALP	RD	SEK
Innsbruck-Stadt ¹		3.563	22.936	49.478	1	37	7	3
Imst	ab 30.09.2011 19:00	323	2.592	1.641	1 (2)	923	276	1
Innsbruck-Land		3.798	20.983	38.436	0	479	254	1
Kitzbühel	ab 25.11.2011 19:00	92	913	795	1 (1)	454	405	83
Kufstein ¹		2.139	10.445	13.785	1	247	233	123
Landeck	ab 28.10.2011 19:00	155	1.125	1.903	1 (2)	960	243	75
Lienz	2011 noch nicht an Leitstelle angebunden	0	0	0	1 (1)	264	141	75
Reutte	ab 14.10.2011 19:00	144	782	632	1	273	300	80
Schwaz	2011 noch nicht an Leitstelle angebunden	0	0	0	1 (1)	967	243	15
Tirol-Zentralraum		7.361	43.919	87.914	2 (1)	1.483	504	19
Tirol-West		622	4.499	4.176	3 (4)	2.156	819	156
Tirol-Nordost		2.231	11.358	14.580	2 (1)	701	638	206
Osttirol		0	0	0	1 (1)	264	141	75
Tirol		10.214	59.776	106.670	8 (7)	4.604	2.102	456

Anmerkung: Einsatzzahlen Notarzt/Rettung/Krankentransporte ab dem jeweiligen Anschalttermin; Einsatzzahlen Flugrettung jeweils gesamtes Jahr

¹ Daten Samariterbund (I, KU) ab 8.8.2011, Daten Johanniter Unfallhilfe und Malteser Hospitaldienst (Innsbruck) ab 30.9.2011

² in Klammer angeführt die saisonellen (Winter-)Stützpunkte

ALP = Einsätze im alpinen Gelände (inkl. Skigebiete)

RD = Rettungsdienstliche Einsätze (Dauersiedlungsraum/Versorgungsbereich Rettungsdienst)

SEK = Sekundärtransporte

Quelle: Leitstelle Tirol

Tabelle 5.11: Versorgung mit medizinisch-technischen Großgeräten 2011

Tirol	Medizinisch-technische Großgeräte					
	CT	MR	COR	STR	ECT	PET
Großgeräte in Fondskrankenanstalten	16	10	3	4	6	1
Großgeräte in Akut-Krankenanstalten gesamt	17	11	3	4	6	1
Großgeräte im extramuralen Bereich	8	7	0	0	2	0
Großgeräte in Rehabilitationszentren	0	0	0	0	0	0
Anzahl der Großgeräte (insgesamt)	25	18	3	4	8	1
EW pro Großgerät in Tirol	28.402	39.447	236.683	177.512	88.756	710.048
EW pro Großgerät im Bundesland...						
Burgenland	31.655	71.224	284.897	–	71.224	–
Kärnten	31.015	55.827	279.136	186.090	139.568	558.271
Niederösterreich	38.381	70.086	201.498	322.396	146.544	537.327
Oberösterreich	39.240	64.211	176.580	201.806	70.632	353.160
Salzburg	31.278	66.465	132.930	132.930	88.620	531.721
Steiermark	28.154	44.838	201.769	302.654	86.472	605.307
Vorarlberg	61.656	52.848	369.938	184.969	123.313	369.938
Wien	31.743	43.952	131.857	155.831	55.295	428.536
Österreich gesamt	33.617	53.191	182.701	210.106	83.210	494.368
Einwohnerrichtwert lt. ÖSG 2010	30.000–50.000	70.000–90.000	200.000–300.000	100.000–140.000	80.000–100.000	300.000–400.000

– = kein Gerät im Bundesland

CT = Computertomographiegeräte

MR = Magnetresonanztomographiegeräte

COR = Herzkatheterarbeitsplätze

EW = Einwohner/innen

Stand der Einwohner: 1.1.2011 (Jahresanfangswerte)

STR = Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte

ECT = Emissions-Computer-Tomographiegeräte

PET = Positronen-Emissions-Tomographiegeräte

Quellen: Bundesministerium für Gesundheit – ÖSG2012, Statistik Austria, Bevölkerungsregister,
Berechnungen: Amt der Tiroler Landesregierung