

GESUNDHEITSBERICHT 2005

DER SOZIALEN KRANKENVERSICHERUNG



FÜR DEN INHALT VERANTWORTLICH:

Mag. DI Alfred Mair MPH
(Oberösterreichische Gebietskrankenkasse)

HERAUSGEBER:

Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger
Kundmangasse 21, 1030 Wien

GRAFIK: Mag.^a art Marianne Winkler

DRUCK:

Mag. ^a Beate Atzler MPH	(Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau)
Dr. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Eleonore Bachinger	(Magistrat der Stadt Wien)
Mag. ^a Annamaria Gabanyi	(Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Universitätslektorin)
Dr. Helmut Hirtenlehner	(Universitätsassistent)
Elfriede Kiesewetter	(Oberösterreichische Gebietskrankenkasse)
Dr. ⁱⁿ Astrid Knopp MPH	(Steiermärkische Gebietskrankenkasse)
Mag. DI Alfred Mair MPH	(Oberösterreichische Gebietskrankenkasse)
Dr. ⁱⁿ Elisabeth Mayr-Frank BHC	(Oberösterreichische Gebietskrankenkasse)
Dr. Dr. Oskar Meggeneder	(Universitäts- und Fachhochschullektor)
Gerwald Mittendorfer	(Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Projektleiter)
Mag. ^a Notburga Pfoser	(Oberösterreichische Gebietskrankenkasse)
DI Berthold Reichardt	(Burgenländische Gebietskrankenkasse)
Mag. Mag. Martin Reif	(Institut für Gesundheitsplanung)
Dr. ⁱⁿ Karin Reis-Klingspiegl	(Styria Vitalis Graz)
Mag. Karl Schableger	(Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Universitätslektor)
Mag. ^a Sarah Sebinger	(Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Universitätslektorin)
Dr. Jürgen Soffried MPH	(Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau)
Dr. Martin Sprenger MPH	(Medizinische Universität Graz)
Dr. Enno Swart	(Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg)



Österreich ist eines der letzten Länder in Europa, das noch keine Gesundheitsziele als Steuerungsinstrument in seiner Gesundheitspolitik etabliert hat. Aus diesem Grund hat sich die Sozialversicherung mit diesem Thema auseinandergesetzt. Grundlage für eine an Gesundheitszielen orientierte Politik ist eine moderne Gesundheitsberichterstattung.

Der vorliegende Pilotbericht ist ein exemplarischer Versuch, anhand einzelner Punkte herauszuarbeiten, wie die Rolle der Sozialversicherung in der Gesundheitsberichterstattung aussehen kann. Wir freuen uns, dass die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse es übernommen hat, einzelnen ausgewählten Themenbereichen auf den Grund zu gehen und Vorgehensweisen zu entwickeln. Der strategische Ansatz der österreichischen Sozialversicherung ist, durch unser Handeln einen Beitrag für ein längeres Leben bei guter Gesundheit zu leisten. Das Ziel ist ein nachvollziehbarer und messbarer Zugewinn gesunder Lebensjahre für die Österreicherinnen und Österreicher.

Wir hoffen, dass uns die im Rahmen dieses Pilotprojektes geleistete Arbeit auf diesem Weg wieder einen Schritt weiter bringt.

A handwritten signature in blue ink that reads "Josef Probst". The signature is fluid and cursive.

Dr. Josef Probst
Generaldirektor-Stellvertreter des Hauptverbandes



Wenn in Österreich über Gesundheitspolitik diskutiert wird, geht es um Fragen der Kosteneinsparungen, um Macht- und Verteilungsfragen und um Einzelfälle. Der Nutzen, den man eigentlich für die Menschen erreichen will, die Ziele - das alles kommt kaum oder gar nicht vor. Umso wichtiger ist der Beitrag, den der österreichweite Gesundheitsbericht der Sozialversicherung leisten kann - denn die Orientierung an Zielen, das Erheben des Gesundheitszustandes und das Überprüfen von Erfolgen sind erste, wichtige Schritte auf dem Weg zu einer wissensbasierten Gesundheitspolitik.

Die Gesundheitsberichterstattung trägt auch dazu bei, das Expertensystem „Gesundheitswesen“ zu demokratisieren, denn über Gesundheitsziele und Ergebnisse können – und sollen! – die Bürgerinnen und Bürger diskutieren.

Besonders wichtig ist mir als Obmann und damit als Vertreter der Versicherten aber, dass wir durch diese wissensbasierte Orientierung auch den Fokus auf die tatsächlichen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung lenken. Und das sind zum Beispiel Fragen der Gerechtigkeit zwischen den sozialen Schichten und die Gendergerechtigkeit. Kinder aus sozial schwachen Familien haben von vornherein deutlich schlechtere Gesundheits-Chancen als gut situierte. Frauen haben mit manchen Diagnosen deutlich schlechtere Überlebenschancen, einfach weil das Lehrbuch-Krankheitsbild den Mann als Vorbild hat.

Es freut mich, dass die OÖGKK als Dienstleisterin für die gesamte Sozialversicherung zwei ihrer Kernkompetenzen, nämlich die Gesundheitsökonomie und unsere Datawarehouse-Erfahrung einbringen konnte. Ich hoffe, dass wir damit einen Beitrag zu mehr Wirkungs- und Qualitätsorientierung und damit zu einem demokratischeren und sozialeren Gesundheitssystem leisten.

Alois Stöger diplômé
Obmann der OÖGKK

1	ALLGEMEINER TEIL	7
1.1	EINLEITUNG, ZIELSETZUNG	9
1.2	LEISTUNGSDATENGESTÜTZTE GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG – Aufgaben, Ziele, Perspektiven	11
1.3	DATEN, BEGRIFFE UND METHODEN	20
1.4	DEMOGRAFIE	27
2	TEIL A: ALLGEMEINER GESUNDHEITSBAROMETER	35
2.1	EINLEITUNG TEIL A	37
2.2	KRANKHEITSLAST	38
2.3	CHRONISCH OBSTRUKTIVE LUNGENERKRANKUNGEN	60
2.4	HEILMITTEL BEI MAGEN-, HERZ-KREISLAUF- UND DEMENZERKRANKUNGEN	67
2.5	ZAHNFÜLLUNGEN	80
2.6	ARBEITSUNFÄHIGKEIT	85
3	TEIL B: GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION DURCH DIE SOZIALE KRANKENVERSICHERUNG	93
3.1	EINLEITUNG TEIL B	95
3.2	BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG	97
3.3	SCHULISCHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG	104
3.4	KOMMUNALE GESUNDHEITSFÖRDERUNG	112
3.5	ZAHNGESUNDHEITSFÖRDERUNG	118
3.6	VORSORGEUNTERSUCHUNGEN	122
3.7	JUGENDLICHENUNTERSUCHUNGEN	129
3.8	MUTTER-KIND-PASS	134
3.9	TABAKENTWÖHNUNGSPROGRAMME	137
4	TEIL C: GESUNDHEITSZIELE DER SOZIALEN KRANKENVERSICHERUNG	139
4.1	EINLEITUNG TEIL C	141
4.2	BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG	144
4.3	SCHULISCHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG	145
4.4	KOMMUNALE GESUNDHEITSFÖRDERUNG	146
4.5	ZAHNGESUNDHEITSFÖRDERUNG	147
4.6	DIABETES	148
4.7	HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN	161
4.8	ERKRANKUNGEN DES BEWEGUNGSAPPARATES	171
4.9	TABAKABHÄNGIGKEIT	176
4.10	VORSORGEUNTERSUCHUNG	183
4.11	PSYCHOSOZIALE GESUNDHEIT	184
5	WEITERE INHALTE DER GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG	195
5.1	FAZIT UND WEITERENTWICKLUNG	197

1 ALLGEMEINER TEIL

1 ALLGEMEINER TEIL

- 1.1 EINLEITUNG, ZIELSETZUNG
- 1.2 LEISTUNGSDATENGESTÜTZTE GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG –
Aufgaben, Ziele, Perspektiven
- 1.3 DATEN, BEGRIFFE UND METHODEN
- 1.4 DEMOGRAFIE

Gerwald Mittendorfer

1.1 EINLEITUNG – ZIELSETZUNG

Die soziale Krankenversicherung kann einen zentralen Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung durch ihre Informationen über die Leistungen der medizinischen Versorgung und deren Kosten leisten. Aufgrund ihrer umfassenden Datenbestände über den niedergelassenen Bereich, den Medikamentenkonsum und den Krankenanstaltenbereich kann sie die bestehende Gesundheitsberichterstattung der Länder – aber auch der Statistik Austria – ergänzen und darüber hinausreichende Informationsgrundlagen liefern. Aufgrund dieser Überlegungen hat der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Rahmen des Innovationsprojektes „Zukunftskonzept Gesundheitsförderung und Prävention“ auch die Entwicklung eines österreichweiten Gesundheitsberichtes mit den Daten der sozialen Krankenversicherung beauftragt.

Der Gesundheitsbericht der sozialen Krankenversicherung stellt einen Zusatznutzen für die bestehende Gesundheitsberichterstattung dar und geht über eine einfache Gesundheitsstatistik hinaus. Neben einer Transparenz bezüglich der Gesundheitsausgaben gibt er Hinweise auf gesundheitspolitischen Handlungsbedarf. Der Gesundheitsbericht ist ziel- und interventionsorientiert und als Instrument zur Evaluierung österreichischer Gesundheitsziele bzw. des österreichischen Gesundheitsförderungs- und Präventionsplanes konzipiert. Ein Mehrwert soll insbesondere durch die enge Anbindung an Gesundheits- und Präventionsziele erwachsen. Über ein reines Evaluationswerkzeug hinausgehend soll der Gesundheitsbericht der österreichischen Krankenversicherung aber auch ein Instrument zur Steuerung gesundheitspolitischer Aktivitäten sein. Bei der Entwicklung der Projekthalte waren einige Krankenversicherungsträger, der Hauptverband, die Medizinische Universität Graz, der Fonds Gesundes Österreich, die Bundesministerien für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz und für Gesundheit und Frauen sowie das Institut für Gesundheitsplanung eingebunden. Der nun vorliegende Pilotbericht umfasst einen allgemeinen Teil und drei Hauptteile.

Im allgemeinen Teil werden die Möglichkeiten und Grenzen einer auf Leistungsdaten der sozialen Kranken-

versicherung gestützten Gesundheitsberichterstattung dargestellt sowie Begriffe und Methoden erläutert. Ein kurzer Abriss über die demografische Situation der durch die Krankenversicherung geschützten Personen erlaubt einen Zugang nach Alters-, Regionen-, Gender- oder Versicherungsträgeraspekten.

Unter „Allgemeiner Gesundheitsbarometer“ (Teil A) wurde bei ausgewählten Leistungsbereichen versucht anhand der Sekundärdaten die entsprechenden Krankheitsbilder zu erkennen, die Situation darzustellen und zu analysieren. Die dafür benötigten Daten der Krankenversicherungsträger sind dezentral organisiert und mussten daher von den Trägern zur Verfügung gestellt werden. Es steht allerdings ein einheitliches Datawarehouse für alle Krankenversicherungsträger (FOKO) zur Verfügung. Dieses weist jedoch eine unterschiedliche Beschickungsqualität auf. In Teilbereichen bestehen unterschiedliche Leistungsnummern und Leistungsbezeichnungen. Damit die Daten für die Gesundheitsberichterstattung genutzt werden können, mussten vergleichbare Indikatoren entwickelt und teilweise die unterschiedlichen Leistungsinhalte abgestimmt werden. Ein Verbesserungsbedarf besteht nach wie vor bei der Verbindung von Versicherten- und Leistungsdaten, damit die Informationen epidemiologisch genauer interpretierbar werden. Fallweise wurde auch auf andere bestehende Datenquellen der Sozialversicherung zurückgegriffen. Dies hatte aber teilweise Einbußen bei demografischen Auswertungsmöglichkeiten zur Folge.

Teil B dokumentiert die Aktivitäten der Sozialversicherung im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention. Die dafür notwendigen Daten wurden bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern mittels eines umfangreichen Fragebogens erhoben.

In Teil C werden zehn Gesundheitsziele beschrieben. Deren Festlegung erfolgte in einem Prozess, in dem neben dem Projektteam auch ein Projektbeirat eingebunden war. Dabei orientierte man sich an den „Gesundheitszielen 21“ der WHO¹ und an bestehenden Gesundheitsberichten. Der Vorschlag wurde letztendlich mit den leitenden Angestellten der Krankenversicherungsträger diskutiert und dementsprechend angepasst.

¹ Vom WHO-Regionalkomitee für Europa auf seiner achtundvierzigsten Tagung in Kopenhagen im September 1998 verabschiedet.

Die Gesundheitsziele enthalten aktionsorientierte Parameter, die geeignet sind, das Ausmaß der Erreichung und damit den Erfolg der Aktivitäten in der Gesundheitsförderung und Prävention zu bewerten. Es liegt somit ein Diskussionsvorschlag für zehn Gesundheitsziele der sozialen Krankenversicherung vor. Diese Gesundheitszielvorschläge sollen später zu nationalen, bundesweiten Gesundheitszielen weiterentwickelt werden. Der Gesundheitsbericht soll den einzelnen Krankenversicherungsträgern auch als Informationsgrundlage für die Entwicklung von regionalen Gesundheitszielen dienen. Es wurde daher ein gesondertes Vorgehenskonzept erarbeitet, wie in Österreich nationale bzw. länderspezifische Gesundheitsziele entwickelt werden könnten. Das Vorgehenskonzept kann beim Hauptverband oder bei der OÖ Gebietskrankenkasse im Sekretariat der Abteilung Behandlungsökonomie (Tel.: 05 78 07 - 10 20 00, E-Mail: Sekretariat.BOE@oegkk.at) angefordert werden.

Der vorliegende Pilotbericht bezieht sich auf die Daten des Jahres 2005. In weiterer Folge soll der Gesundheitsbericht der sozialen Krankenversicherung alle fünf Jahre zur Verfügung stehen. Zwischen den Intervallen soll ein laufendes Monitoring die Entwicklungen und Zielerreichungen überwachen.

Enno Swart

1.2 LEISTUNGSDATENGESTÜTZTE GESUNDHEITSBERICHT- ERSTATTUNG – Aufgaben, Ziele, Perspektiven

1.2.1 AUFGABEN UND ZIELE EINER GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) hat im deutschsprachigen Raum in den vergangenen Jahren eine sprunghafte Entwicklung und Ausweitung genommen, gleichermaßen auf Bundes-, Landes- und kommunaler beziehungsweise regionaler Ebene. Das hängt nur zum Teil mit der Verbreiterung der Datenbasis und den verbesserten technischen Möglichkeiten zusammen. Wesentlicher erscheint der inhaltliche Wandel der GBE von einer rein deskriptiven Datensammlung und kommentarlosen Aufbereitung epidemiologisch und gesundheitswissenschaftlich relevanter Informationen hin zu einer ergänzenden Interpretation der Informationen und daraus der Ableitung von Handlungsempfehlungen. Diese Aufgabe und Zielsetzung einer ‚modernen‘ Gesundheitsberichterstattung wird in den vergangenen Jahren konsequent umgesetzt, ohne dass die Entwicklung damit abgeschlossen wäre. Eine inhaltlich wie methodisch-datentechnisch offene Frage betrifft etwa die Aufgabe, Gesundheitsprobleme frühzeitig zu erkennen, daraus Gesundheitsziele abzuleiten und geeignet erscheinende Maßnahmen für die Erreichung dieser Ziele zügig zu ergreifen.

Die aktuellen Gesundheitsberichte für Österreich (2004 und 2006)¹ und Oberösterreich (2005)² illustrieren den aktuellen Stand der Gesundheitsberichterstattung, ihre Möglichkeiten und ihre (derzeitigen) Grenzen.³ Moderne Gesundheitsberichte gewinnen dort an epidemiologischer Aussagekraft und Potenzial für gesundheitspolitische Weichenstellungen, wo sie auf Datenquellen verschiedener Herkunft zurückgreifen (etwa Daten der amtlichen Statistik, der sozialen Krankenversicherung und von Bevölkerungsbefragungen), die Darstellung sich primär an gesundheitlichen Fragestellungen und nicht an datentechnischer Verfügbarkeit orientiert (beispielweise explizit den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit thematisiert) und eine

Evaluation bestehender Gesundheitsziele angestrebt wird. Die Gesundheitsberichterstattung gewinnt weiter an Profil, indem sie spezifische Berichte für einzelne Bevölkerungsgruppen erstellt.⁴

Trotz aller Fortschritte in den vergangenen Jahren weist die Gesundheitsberichterstattung einige system- bzw. methodenbedingte Schwächen auf. So kann sie große Bereiche der medizinischen Versorgung nicht oder nur sektoral begrenzt abbilden. Lediglich die Daten der amtlichen Krankenhausstatistik geben regelmäßig Auskunft über den Bereich der stationären Versorgung. Wo auf Leistungsdaten der sozialen Krankenversicherung zurückgegriffen werden kann, stehen Informationen zum Krankenstand (allerdings begrenzt auf die Erwerbstätigen) und zu Medikamentenverordnungen zur Verfügung. Der gesamte Bereich der ambulanten Versorgung ist hingegen immer noch ein weißer Fleck. Informationen über Leistungsbedarfe oder Kontaktpunkte, die zum Eintritt in das medizinische Versorgungssystem führen, liegen derzeit nur über aufwändige Surveys vor. Methodisch sind an vielen Gesundheitsberichten und Einzeldarstellungen die fehlende Aktualität, die meist nur grobe Auflösung der Daten lediglich auf Ebene der Bundesländer oder Defizite bezüglich der Harmonisierung der Datenquellen (etwa bei unterschiedlicher Auflösung nach Altersgruppen) zu kritisieren.

Das häufig verwendete Schlagwort „Daten für Taten“ steht für das Verständnis einer auf die aktuellen gesundheitspolitischen Probleme abzielenden Gesundheitsberichterstattung. Im weiteren Verlauf dieses Beitrags wird die Gesundheitsberichterstattung um die Perspektive der sozialen Krankenversicherung ergänzt. Ausgehend von einer Bewertung der dort vorhandenen Leistungsdaten wird anhand kurzer Beispiele aufgezeigt, welche Chancen in der systematischen Erschließung von Krankenversicherungsdaten liegen. Der Beitrag endet mit der Skizzierung weiterer Entwicklungspotenziale.

1 Vgl. BMGF (2004, 2006b, 2007).

2 Vgl. Institut für Gesundheitsplanung (2005).

3 Zur Situation in Deutschland sei auf die Webseite des Robert-Koch-Instituts in Berlin verwiesen (www.rki.de).

4 Vgl. BMGF (2006a).

1.2.2 GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG AUS SICHT DER SOZIALEN KRANKENVERSICHERUNG

Die Träger der sozialen Krankenversicherung in Österreich verbinden mit der Gesundheitsberichterstattung ähnliche Zielsetzungen wie deren bisherige Träger. Gesundheitsberichte sollen – neben der Herstellung von bestmöglicher Transparenz auf dem Gebiet des Versorgungsgeschehens – vor allem eine ziel- und interventionsorientierte Ausrichtung besitzen. Mit den Leistungsdaten stehen den Krankenversicherungen umfangreiche Informationen zu den Datenbereichen Arztbesuche, Arzneimittelverordnungen, Arbeitsunfähigkeiten, stationäre Versorgung, Heilbehelfe- und Hilfsmittel und Krankentransporte zur Verfügung. Die grundsätzliche Herangehensweise bei der Erschließung dieser Daten sollte sich an den Aufgaben der Krankenversicherung ebenso wie an den bestehenden Defiziten der Gesundheitsberichterstattung orientieren. Hilfreich sind konkrete Fragen, die die Analyse dieser Daten strukturieren helfen, zum Beispiel:

- Wo liegen die Schwerpunkte der Versorgung (in quantitativer, qualitativer und ökonomischer Perspektive)?
- Wie hat sich die Inanspruchnahme in der Vergangenheit entwickelt? Welche Entwicklung ist vor dem Hintergrund des demographischen Wandels zu erwarten?
- Welche Determinanten bestimmen Umfang und Intensität der Inanspruchnahme?
- Wie sieht die Versorgung bei vulnerablen Versicherungsträgergruppen aus (zum Beispiel chronisch Kranke, sozial Benachteiligte, Ältere, Kinder)? Gibt es daraus ableitbare Gesundheitszustand Anlass zur Formulierung besonderer Versorgungs- und Gesundheitsziele?
- Lassen die Leistungsdaten Rückschlüsse auf die Erreichung der Gesundheitsziele zu?
- Wo gibt es HochnutzerInnen im System? Wie lassen sich diese charakterisieren?
- Geben die Leistungsdaten Hinweise auf Über-, Unter- und Fehlversorgung?
- Lassen sich aus den Leistungsdaten Erkenntnisse über die Qualität der Versorgung ableiten?
- Was lässt sich über den Erfolg neuer Versorgungs- und Finanzierungsmodelle sagen (Stichwort Disease-Management-Programme)?
- Sind die vorhandenen Strukturen der aktuellen und

zukünftigen Nachfrage nach medizinischen Leistungen und den Wünschen und Erwartungen der Versicherten angepasst?

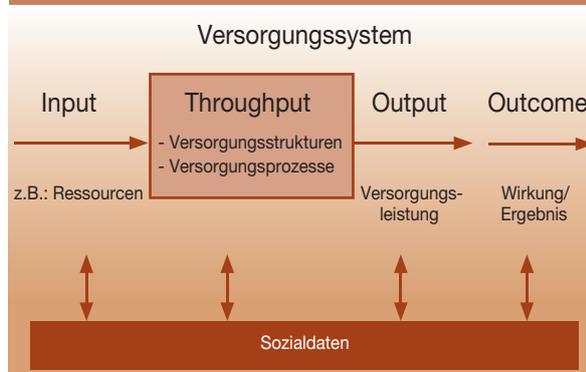
- Welche Informationsbedarfe haben die Versicherten und wie können wir diese befriedigen (etwa bezogen auf Angebotsstrukturen, Leistungsschwerpunkte, Qualität der Versorgung)?

Bevor anhand kurzer Beispiele erläutert wird, wie und wo Leistungsdaten der sozialen Krankenversicherung Antworten auf derartige Fragen liefern können, sollen sie zunächst bezüglich ihrer Eigenschaften und Qualitäten bewertet werden.

1.2.3 LEISTUNGSDATEN DER KRANKENVERSICHERUNG

Leistungsdaten der sozialen Krankenversicherung geraten zunehmend in den Focus von VersorgungsforscherInnen und GesundheitswissenschaftlerInnen. Ihre besondere Bedeutung erwächst daraus, dass sie den gesamten Versorgungsprozess auf individueller versichertenbezogener Ebene, ebenso wie auf beliebig aggregierter Ebene (nach Alter, Geschlecht und anderen Merkmalen des Versicherten oder des Falles) abzubilden in der Lage sind (Abbildung 1). „Die Sozialdaten können sowohl zur Beschreibung des Inputs als auch zur Beschreibung des Outputs des Versorgungssystems nützliche Informationen liefern. Oft stellen die Sozialdaten die einzige Möglichkeit dar, Informationen über das Versorgungssystem zu gewinnen.“⁵ Damit können sie bisherige Gesundheitsberichte genau dort ergänzen, wo diese erhebliche Lücken aufweisen.

Abbildung 1: Sozialdaten und Versorgungssystem



Quelle: Pfaff u. a. (2005)

5 Vgl. Pfaff et al. (2005), S. 339.

Leistungsdaten der sozialen Krankenversicherung sind Sekundärdaten. Ihr primärer Erhebungs- und Verwendungszweck ist nicht die Gesundheitsberichterstattung, sondern die Abrechnung von medizinischen Leistungen. Entsprechend diesem Zweck sind die zu übermittelnden Felder und die Art der Kodierung festgelegt. Leistungsdaten weisen über diese Besonderheit hinaus eine ganze Reihe von Eigenschaften auf, die sie für die Gesundheitsberichterstattung besonders geeignet erscheinen lässt.⁶

Bevölkerungsbezug: Epidemiologische Kennzahlen wie Inzidenzen (Neuerkrankungen) und Prävalenzen (Krankheitshäufigkeiten) lassen sich eindeutig bestimmen. Denn die absolute Zahl von Zielereignissen (wie Krankenhausbehandlungsfälle, Verordnungen) im Zähler wird auf einen definier- und quantifizierbaren Versichertenner (für einen Stichtag oder einen Beobachtungszeitraum; sog. ‚Bevölkerung unter Risiko‘) bezogen, der bei Bedarf weiter nach Alter, Geschlecht und anderen soziodemographischen Merkmalen differenziert werden kann. Diese Eigenschaft fehlt zum Beispiel Krankenhausstatistiken, die Wanderungen der PatientInnen nicht berücksichtigen (können).

Wohnortbezug: Über den Wohnort (Postleitzahl) der/des Versicherten ist – bei Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften – eine kleinräumige Auflösung epidemiologischer Kennzahlen innerhalb eines Bundeslandes möglich. Diese Möglichkeit ist bei anderen versorgungsbezogenen Gesundheitsdaten nicht gegeben.

Verknüpfbarkeit: Von Bedeutung für die Gesundheitsberichterstattung ist, ob und wie gegebenenfalls eine Verknüpfung verschiedener Leistungsdaten möglich ist. Diese kann beliebig unter anderem über die „6P“-Merkmale vorgenommen werden, also Berichtsperiode (‚period‘), Ort (‚place‘), Leistungserbringer (‚provider‘; zum Beispiel Arztgruppe, Krankenhaus), Problem (‚problem‘; Diagnose), Maßnahmen (‚procedure‘; Verfahren, Operation), Person (‚person‘; Versicherte/r).

Personenbezug: Leistungsdaten der sozialen Krankenversicherung können somit Versorgungsverläufe einzelner Versicherter personenbezogen längsschnittlich retro- und prospektiv abbilden. Über pseudonymisierte Versichertennummern ließen sich alle Kontakte eines Versicherten sektorübergreifend und unabhängig

vom Leistungserbringer und dem Ort der Leistungserbringung zusammenführen. Diese Eigenschaft fehlt bei allen lediglich fallbezogenen und sektorbezogenen Statistiken (wie zum Beispiel der Landes-Krankenanstalten-Fond Diagnosen- und Leistungsdokumentation).

Datenqualität: Routinedaten werden im Rahmen ihres primären Verwendungszweckes einer Prüfung auf Vollständigkeit und Richtigkeit unterzogen, zum Beispiel bezüglich der Konsistenz von vergütungsrelevanten Diagnose- und Operationsangaben. Im gleichen Atemzug muss allerdings erwähnt werden, dass nicht alle Datenfelder die gleiche Qualität aufweisen oder es unterschiedliche Kodierungen bei verschiedenen Krankenversicherungsträgern gibt.

Vollständigkeit: Ebenfalls aus Gründen der Vergütungsrelevanz kann davon ausgegangen werden, dass die Leistungsdaten eine nahezu 100-prozentige Vollständigkeit aufweisen (Krankenhausfälle, Medikamentenverordnungen und andere) und die Gefahr einer selektiven Untererfassung äußerst gering ist.

Niedrige Kosten: Routinedaten entstehen auf standardisierten Wegen innerhalb der alltäglichen Versorgung. Kostenrelevant im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung sind lediglich die Aufwendungen für Datenaufbereitung, -bereitstellung und -übermittlung, die über den Routineverwaltungsprozess hinaus gehen. Diese Aufwendungen sind aufgrund der fortgeschrittenen EDV-Technik nur noch gering.

Diese Überlegungen zur Qualität der Leistungsdaten der sozialen Krankenversicherung werden ergänzt durch die vor kurzem veröffentlichte „Gute Praxis Sekundärdatenanalyse“ (GPS).⁷ Damit wurde erstmalig ein Standard für die Nutzung von Leistungsdaten für Zwecke der Versorgungsforschung im Allgemeinen und der Gesundheitsberichterstattung im Besonderen formuliert. Die zehn Leitlinien bilden den gesamten Prozess der Sekundärdatenanalyse von Datenentstehung und -prüfung bis zu deren Auswertung und Interpretation ab. Im Einzelnen sind in der GPS Empfehlungen zu den Aspekten Studienkonzept, Datenaufbereitung, Datenanalyse, Qualitätssicherung, Datenschutz und vertraglicher Rahmen sowie zur wissenschaftlichen Unabhängigkeit der Zweitnutzer formuliert.

⁶ Vgl. auch Swart und Heller (2007).

⁷ Vgl. Swart et al. (2005)

Die folgenden Beispiele sollen Nutzungsmöglichkeiten von Leistungsdaten der sozialen Krankenversicherung aufzeigen.

1.2.4 BEISPIELE FÜR ANALYSEN VON LEISTUNGSDATEN DER SOZIALEN KRANKENVERSICHERUNG

Aus der Vielzahl der Nutzungsmöglichkeiten von Leistungsdaten der sozialen Krankenversicherung seien hier fünf Beispiele unter dem Aspekt einer inhaltlichen Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung in Österreich skizziert. Die Beispiele stammen zwar alle aus Deutschland, doch die in Österreich vorhandene Datenbasis erlaubt gleichartige Analysen.

1.2.4.1 Regionale Heterogenität

Die *kleinräumige Heterogenität* der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ist ein nicht nur in Deutschland weit verbreitetes Phänomen. Regionen mit über- und unterdurchschnittlicher Inanspruchnahme können Hinweise auf Über-, Unter- und Fehlversorgung liefern.⁸ So zeigt Abbildung 2 für das Bundesland Sachsen-Anhalt, dass Schlaganfälle in den nördlichen, mittleren und östlichen Landesteilen zu weniger als 50 Prozent in neurologischen Abteilungen erstversorgt werden. Lediglich in den größeren Städten Magdeburg, Halle und Dessau sowie im Westen und Süden des Landes liegen diese Anteile über 50 Prozent. Das deutet auf

strukturelle Defizite bei der Einrichtung von Stroke Units und der Versorgung von Notfällen hin. Die Erkenntnisse können für eine Verbesserung der Krankenhausplanung und Organisation der Notfallversorgung genutzt werden. Eine derartig feine regionale Auflösung, die auch Wanderungen über Landes- und Planungsgrenzen abbildet, ist mit anderen Datenkörpern in der Regel nicht routinemäßig möglich.

1.2.4.2 Sozialer Status und Gesundheitszustand

Leistungsdaten der sozialen Krankenversicherung erlauben über die Angaben zum Einkommen und zum beruflichen Status eine *Identifizierung sozial* benachteiligter Personen sowie eine Analyse ihres Gesundheitszustandes und ihrer Inanspruchnahme. Für Arbeitslose zeigt sich dabei nicht nur eine gegenüber Erwerbstätigen höhere Krankenhauseinweisungsrate,⁹ sondern besonders für Langzeitarbeitslose ein deutlich erhöhtes Mortalitätsrisiko (Tabelle 1). Derartige Analysen lassen die Risiken sozialer Benachteiligung frühzeitig erkennen und liefern Ansatzpunkte für spezifische Interventionsmaßnahmen. In diesem Fall kann dabei neben den arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen an Interventionen gegen die bei Arbeitslosen weit verbreitete soziale Isolierung und Depression gedacht werden. Diese längsschnittartigen Analysen sind nur mit personenbezogenen Daten möglich.

Tabelle 1:

Mortalitätsrisiko bei Arbeitslosen, Gmünder Ersatzkasse (GEK), 2004			
Dauer der Arbeitslosigkeit, 1993 bis 1995	Versicherte	Todesfälle je 100.000 Versicherte, 1996 bis 1998	Odds Ratio (95%-Konfidenzintervall*)
ohne Arbeitslosigkeit	254.940	296	1 (Referenzgruppe)
1 bis 364 Tage Arbeitslosigkeit	13.815	449	1,8 (1,4; 2,3)
1 bis unter 2 Jahre Arbeitslosigkeit	4.329	554	1,95 (1,3; 2,9)
mehr als 2 Jahre Arbeitslosigkeit	4.067	959	3,3 (2,4; 4,5)
Gesamt	277.151	318	

Quelle: Grobe et al. (1999), * adjustiert für Alter und Geschlecht; nur Versicherte unter 50 Jahren

8 Vgl. Swart (2005a, 2005b).

9 Vgl. Grobe et al. (1999).

1.2.4.3 Krankheitsspezifische Analysen

Leistungsdaten der sozialen Krankenversicherung ermöglichen bei sorgfältiger Prüfung der Validität diagnosebezogener Angaben *krankheitsspezifische Analysen* des Versorgungsgeschehens inklusive der Abbildung von Versorgungsverläufen einzelner PatientInnen. So kann beispielsweise über die Analysen von Wiedereinweisungen die Problematik sogenannter „DrehtürpatientInnen“ mit häufigen stationären Aufenthalten verdeutlicht werden. Diese ist etwa bei Alkoholkranken sehr ausgeprägt. Es zeigt sich, dass die

Wiederaufnahmehäufigkeit vor allem bei PatientInnen, die schon vor dem Bezugsjahr 2000 wegen Alkoholproblemen stationär behandelt wurden, sehr hoch ist (Tabelle 2). Derartige Aufstellungen werden erst mit einem eindeutigen Versichertenbezug möglich, der anders als bei einer rein fallbezogenen Darstellung mehrere Inanspruchnahmen (hier: Krankenhausaufenthalte) eines (r) Patient(en) sichtbar macht. In diesem Beispiel könnte nachgehend untersucht werden, inwieweit bei diesen PatientInnen Probleme in der ambulanten Betreuung von Alkoholkranken deutlich werden.

Tabelle 2:

Häufigkeit von Wiedereinweisungen bei alkoholkranken PatientInnen					
KH-Aufenthalte im Zeitraum 1997-1999	Diagnose* bei Ersteinweisung 2000	Versicherte	Anteil Hospitalisierung in Prozent mit F10 innerhalb		
			eines Jahres	von zwei Jahren	von drei Jahren
keine Hospitalisierung mit explizitem Alkoholbezug	F10 insgesamt	1.284	19,2	27,6	31,8
	F10.0, F10.1	415	13,0	17,6	20,2
	F10.2, F10.3, F10.4	776	24,0	34,8	40,0
bereits vorausgehende Hospitalisierung unter F10	F10 insgesamt	735	56,3	68,0	72,4
	F10.0, F10.1	129	56,6	65,3	70,7
	F10.2, F10.3, F10.4	553	57,3	69,9	73,7

Quelle: GEK 2001 bis 2003 (in % aller PatientInnen mit einer Hauptdiagnose F10** im Jahr 2000; Grobe et al. 2004)¹⁰

1.2.4.4 Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention gehören zunehmend zum Leistungskatalog der sozialen Krankenversicherung. Die Evaluation derartiger Angebote wird ebenfalls durch die Nutzung von Leistungsdaten erleichtert. So erfolgte eine Bewertung der Wirksamkeit eines gezielten ambulanten Präventionsprogramms für Versicherte der Allgemeinen Ortskrankenkasse-Niedersachsen mit wiederholten Arbeitsunfähigkeitsmeldungen aufgrund unspezifischer Rückenbeschwerden einerseits über die direkte Befragung der KursteilnehmerInnen und Kontrollen zu Schmerzen, körperlicher Funktionsfähigkeit und allgemeiner

Lebensqualität. Andererseits wurden über einen Zeitraum von zwei Jahren die Episoden von Arbeitsunfähigkeit analysiert. Es zeigte sich, dass die KursteilnehmerInnen in der Befragung nicht nur über weniger Schmerzen als die Kontrollgruppe klagten, sondern auch deutlich weniger Arbeitsunfähigkeitstage aufwiesen. Eine gesundheitsökonomische Analyse ergab zudem, dass das Programm unter dem Aspekt des ‚return on investment‘ mit einem Wert von 1,3:1 auch in wirtschaftlicher Hinsicht für die Krankenkasse lohnend war: Den Kosten des Programms in Höhe von 504 € pro TeilnehmerIn standen Einsparungen in Höhe von 662 € gegenüber.

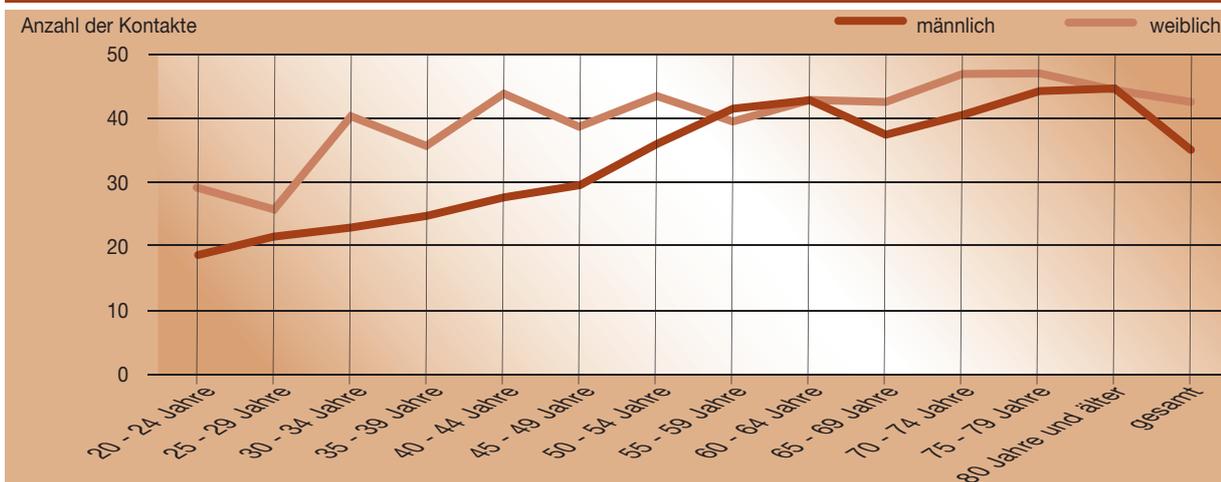
¹⁰ * nach der vierstelligen ICD 10; ** F10: psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Alkohol.

1.2.4.5 Ambulanter Sektor

Ebenso wie in Österreich konnte das Versorgungsgeschehen im *ambulantem Sektor* auch in Deutschland bislang nicht differenziert abgebildet werden. In dem Maße wie allmählich kontaktbezogene Angaben zu Behandlungsanlässen, Diagnosen und ärztlich durchgeführte Maßnahmen erfasst werden (in Deutschland seit 2004), können erstmalig sektorübergreifende Krankheitsverläufe abgebildet werden. So zeigt Abbildung 2 für PatientInnen, die 2005 wegen Bandscheibenbeschwerden stationär behandelt wurden, dass diese im Jahresverlauf durchschnittlich knapp 40 Mal ambulant behandelt worden waren. Diese Arztkontakte

konzentrieren sich auf Allgemeinmediziner (48 Prozent), Internisten (13 Prozent) sowie Orthopäden, Neurologen, Chirurgen und Radiologen (zusammen 22 Prozent). Hier kommt somit eine starke und häufig unkoordinierte Nutzung des Gesundheitssystems zum Ausdruck, die Gegenstand von Bemühungen um eine stärkere Vernetzung der Leistungserbringer verschiedener Leistungssektoren sein könnte. Mit der ambulanten Versorgung wird damit der letzte große Versorgungssektor einer notwendigen Transparenz zugeführt.¹¹ Dies war in allen vorliegenden Gesundheitsberichten bislang der zentrale weiße Fleck.

Abbildung 2: Durchschnittliche Zahl ambulanter Kontakte bei BandscheibenpatientInnen des Jahres 2005 nach Alter und Geschlecht



Quelle: AOK Sachsen-Anhalt 2005 (Swart et al. 2007)

Die Beispiele können selbst in ihrer Vielschichtigkeit nur einen Teil der Nutzungsmöglichkeiten von Leistungsdaten der sozialen Krankenversicherung aufzeigen. Daher seien einige weitere hier nur aufzählend erwähnt:¹²

- Leistungsdaten bieten anders als traditionelle Maßnahmen der Qualitätssicherung die Möglichkeit die Qualität der Leistungserbringung auch mittel- und langfristig abzubilden.¹³
- Die Auswertung von Inanspruchnahmen in Verbindung mit Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung lässt Vorhersagen zur zukünftigen Leistungsentwicklung zu. Dabei kann zusätzlich in Sensitivitätsanalysen die Auswirkung verschiedener Annahmen untersucht werden.¹⁴
- Durch die Analyse der Leistungsdaten aus verschiedenen Sektoren können Viel- und HochnutzerInnen mit besonderen Versorgungsbedarfen identifiziert

werden, die sektorspezifisch möglicherweise unauffällig geblieben wären.¹⁵

- Leistungsdaten zu Arzneimittelverordnungen können die Grundlage für ein systematisches pharmakoepidemiologisches Berichtswesen darstellen, die zur Identifizierung von Über-, Unter- und Fehlversorgung oder für die Analyse zu Therapiekosten genutzt werden könnten.¹⁶

11 Zu weiteren Auswertungsmöglichkeiten im Bereich des ambulanten Sektors vgl. Grobe et al. (2006).

12 Für mehr Details zu methodischen und inhaltlichen Aspekten der Sozialdatenanalyse vgl. Swart und Ihle (2005).

13 Der Endbericht des Projekts QSR (Qualitätssicherung mit Routinedaten) des AOK-Bundesverbandes und der HELIOS Kliniken findet sich unter www.wido.de zum Download.

14 Vgl. Willer und Swart (2005).

15 Vgl. Nordheim et al. (2006).

16 Vgl. Hasford et al. (2004).

1.2.5 PERSPEKTIVEN FÜR EINE LEISTUNGSDATENGESTÜTZTE GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG

Die spezifischen Eigenschaften der Routinedaten der sozialen Krankenversicherung und die kurzen Beispiele lassen deren breite Nutzungsmöglichkeiten im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung erkennen. Trotz aller Fortschritte in den vergangenen Jahren ist damit das Potenzial der Leistungsdaten längst nicht ausgeschöpft. Von der inhaltlichen und methodischen Weiterentwicklung dieser wichtigen Datenquellen profitieren nicht nur die Träger der sozialen Krankenversicherung als Datenherren, sondern „an der Weiterentwicklung der Datenbestände der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung und deren Verknüpfung mit Sozialdaten partizipiert die Gesundheitsberichterstattung indirekt mit. Jede Verbesserung [...] nutzt prinzipiell auch der GBE.“¹⁷ Die Möglichkeiten für krankheitsspezifische und gleichzeitig sektorübergreifende Analysen auf der Basis von Leistungsdaten sind in der Tat bislang nur ansatzweise ausgelotet. Die vorliegenden Beispiele ergeben aber schon jetzt neuartige Einblicke in das Versorgungsgeschehen und liefern Hinweise auf Verbesserungspotenziale.¹⁸

Aber die Perspektiven liegen nicht nur in der intensivierten Nutzung der Leistungsdaten allein, sondern in ihrer Verknüpfung mit anderen Primär- und Sekundärdaten. Leistungsdaten haben definitionsgemäß ihre Grenzen dort, wo tiefergehende klinische Informationen und die subjektive Sicht der Nutzer und Leistungserbringer nicht abgebildet werden können. „Sozialdaten sollten daher – wenn möglich – kombiniert werden mit quantitativen und qualitativen Befragungsdaten. Ein solcher Methoden-Mix ermöglicht es in besonderem Maße ein Gesamtbild der Versorgungssituation zu erstellen.“¹⁹

Auch dafür gibt es zahlreiche Beispiele. So hat die Gmünder Ersatzkasse für zwei der häufigsten chirurgischen Eingriffe (Operationen nach Leistenbruch und bei Gallensteinen) eine Befragung ihrer Versicherten nach diesen Eingriffen vorgenommen, um patientenbezogene Ergebnisindikatoren zu erheben.²⁰ Eine derartige Kombination von Primär- und Sekundärdaten steht auch im Mittelpunkt einer aufwändigen Evaluation eines integrierten Versorgungsmodells im südlichen Schwarzwald („Gesundes Kinzigtal“). Dabei werden

pseudonymisiert klinische Daten von den behandelnden ÄrztInnen, Befragungsdaten der eingeschriebenen TeilnehmerInnen und die Leistungsdaten aller Versicherten der Region in einer umfassenden Datenbasis zusammengeführt, um unter anderem Effekte individueller Zielvereinbarungen und spezifischer Präventionsangebote oder wirtschaftliche Auswirkungen des Modellprojekts zu untersuchen.²¹

Es bedarf neben der Beschäftigung mit inhaltlichen Fragestellungen zudem weiterer methodischer Überlegungen zur Erweiterung der Leistungsdaten. Zunächst kann daran gedacht werden die Leistungsdaten um einige Inhalte zu ergänzen, etwa um klinische Krankheitsschweregrade, die Differenzierung zwischen Verdachts-, Ausschluss- und Behandlungsdiagnose oder die einfache Angabe einer Seitenlokalisation bei paarigen Organen, um beispielsweise nach einer erneuten Hüftoperation nach bereits erfolgter Implantation eines künstlichen Hüftgelenks zu entscheiden, ob es sich um eine Komplikation bei der Prothese oder um einen Eingriff an der anderen Seite handelt. Wünschenswert ist ebenfalls die Abstimmung und Harmonisierung der Leistungsdaten verschiedener Träger der sozialen Krankenversicherung bezüglich Inhalten und Validität.

17 Vgl. Brand (2005), S. 386.

18 Vgl. Schubert et al. (2007).

19 Vgl. Pfaff et al. (2005), S.339.

20 Vgl. Bitzer et al. (2006).

21 Vgl. Hermann u. a. (2006).

1.2.6 ZUSAMMENFASSUNG

Der Beitrag zeigt auf, dass Routedaten der sozialen Krankenversicherung einen bedeutenden und vor allem qualitativ neuen Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung der Länder und des Bundes leisten können, in dem sie den zentralen weißen Fleck der Gesundheitsstatistiken löschen. Sie weisen Eigenschaften auf, die kaum eine andere der in der Gesundheitsberichterstattung bislang verwendeten Datenquelle besitzt. Die Beispiele haben gezeigt, dass eine Nutzung der Leistungsdaten über eine rein deskriptive Darstellung des Versorgungsgeschehens weit hinaus gehen kann.

Gelingt es Leistungsdaten der sozialen Krankenversicherung in eine Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung einfließen zu lassen, werden damit wichtige Schritte zur Umsetzung zweier grundlegender Konzepte der Gesundheitsberichterstattung vollzogen. Sie kann einerseits zur Beschreibung der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung („Monitoring“) beitragen und damit Erkenntnisse für die Gesundheitsplanung liefern. Gleichzeitig fördert die GBE eine stärkere Information und Beteiligung der BürgerInnen bzw. Versicherten („Reporting“). Diese Basiskonzepte einer Gesundheitsberichterstattung als Staatsaufgabe²² lassen sich auch auf die sozialen Krankenversicherungen als Träger einer leistungsdaten-gestützten Gesundheitsberichterstattung übertragen, insofern als diese ebenso wie der Staat in einer subsidiarisch organisierten Sozialversicherung handelnde und gestaltende AkteurlInnen im Gesundheitswesen sind. Die weiteren Beiträge dieses Gesundheitsberichts zeigen, wie auf der Basis dieser Konzepte Leistungsdaten der sozialen Krankenversicherung abgestimmt und koordiniert in eine weiter verbesserte Gesundheitsberichterstattung einfließen und geeignet aufbereitet einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden können.

²² mehr dazu bei Kuhn (2006).

1.2.7 LITERATUR

Bitzer, EM., Grobe, TG., Dörning, H., Schwartz, FW. (2006): GEK-Gesundheitsreport akutstationäre Versorgung 2006. Thema Leistenbruch und Gallensteine. St. Augustin: Asgard-Verlag.

Brand, H. (2005): Gesundheitsberichterstattung und Sozialdatenanalyse. In: Swart E, Ihle P (Hrsg.): Routedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Huber Verlag, 381-388.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) (Hrsg.) (2004): Gesundheit und Krankheit in Österreich. Gesundheitsbericht Österreich 2004. Wien.

Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (BMSG) (Hrsg.) (2004): 1. Österreichischer Männergesundheitsbericht. Wien.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) (Hrsg.) (2006a): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006. Wien.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) (Hrsg.) (2006b): Gesundheitsbericht 2006 an den Nationalrat. Wien.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) (Hrsg.) (2007): Monitoring 2006 zum Gesundheitsbericht 2004. Wien.

Grobe, TG., Dörning, H., Schwartz FW (1999): GEK-Gesundheitsreport 1999. Auswertung der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. St. Augustin: Asgard-Verlag.

Grobe, TG., Dörning, H, Schwartz, FW. (2004): GEK-Gesundheitsreport 2004. Auswertung der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Gesundheitsstörungen durch Alkohol. St. Augustin: Asgard-Verlag.

Grobe, TG., Dörning, H., Schwartz, FW. (2006): Ambulantärztliche Versorgung 2006. St. Augustin: Asgard-Verlag.

Hasford, J., Schubert, I., Garbe, E., Dietlein, G., Glaeske, G. (2004): Memorandum zu Nutzen und Notwendigkeit pharmakoepidemiologischer Datenbanken in Deutschland. St. Augustin: Asgard.

- Hermann, C., Hildebrand, H., Richter-Reichhelm, M., Schwartz, FW., Witzernath, W. (2006): Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf der Basis eines Einsparcontractings. Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 5-6/2006, 11-29.
- Institut für Gesundheitsplanung (2005): Gesundheitsbericht Oberösterreich 2005. Linz.
- Kuhn, J. (2006): Gesundheitsberichtserstattung als Staatsaufgabe. In: Kuhn J, Busch R (2006): Gesundheit zwischen Statistik und Politik. Beiträge zur politischen Relevanz der Gesundheitsberichterstattung. Frankfurt/M: Mabuse Verlag, 269-288.
- Nordheim, J., Maaz, A., Winter, MHJ., Kulmey, A., Hofmann, W. (2006): Vielnutzung von Krankenversicherungsleistungen im Alter – eine Analyse von Krankenhaus- und Arzneimitteldaten. Z ärztl. Fortb. Qual. Gesundh.wes 100: 609-615.
- Pfaff, H., Pritzbuer E., von, Kramer M, Driller E (2005): Sozialdatenanalyse als Instrument der Versorgungsforschung. In: Swart E, Ihle P (Hrsg.): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Huber Verlag, 331-340.
- Schubert, I., Küpper-Nybelen, J., Ihle, P., Krappweis, J. (2007): Inanspruchnahme von Demenzpatienten im Spiegel von GKV-Daten. Z ärztl. Fortb. Qual. Gesundh.wes 101: 7-13.
- Swart, E. (2005a): Kleinräumige Versorgungsforschung mit GKV-Routinedaten. In: Swart E, Ihle P (Hrsg.): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Huber Verlag, 243-252.
- Swart, E. (2005b): Über-, Unter- und Fehlversorgung in der stationären Versorgung - Welche Rückschlüsse lassen sich aus GKV-Routinedaten ziehen? In: Swart E, Ihle P (Hrsg.) Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Huber Verlag, 253-262.
- Swart, E., Heller G. (2007): Nutzung und Bedeutung von GKV-Routinedaten. In: Janßen C., Borgetto B., Heller G. (Hrsg.): Medizinsoziologische Beiträge zur Versorgungsforschung: Theoretische Ansätze, Methoden und Instrumente sowie ausgewählte Ergebnisse. Weinheim: Juventa, 93-112.
- Swart, E., Ihle P., Geyer S., Grobe T., Hofmann W. (2005): GPS - Gute Praxis Sekundärdatenanalyse. Das Gesundheitswesen 67: 416-421.
- Swart, E., Ihle P. (Hrsg.) (2005): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Hans Huber.
- Swart, E., Schwarz C., Robra B-P. (2007): Die stationäre Versorgung in AOK Sachsen-Anhalt. Routine- und Spezialberichterstattung. Magdeburg.
- Walter, U., Hoopmann M., Krauth C., Reichle C., Schwartz FW. (2002): Unspezifische Rückenbeschwerden. Medizinische und ökonomische Bewertung eines ambulanten Präventionsansatzes. Dt. Ärzteblatt 99: A 2257-2261.
- Willer, H., Swart, E. (2005): Nutzungsmöglichkeiten von Routinedaten für die Leistungsplanung - Herausforderung und Chancen der neuen Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt. In: Swart E., Ihle P., (Hrsg.): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Huber Verlag, 371-379.

Karl Schableger

1.3 DATEN, BEGRIFFE UND METHODEN

1.3.1 SEKUNDÄRDATENANALYSE

Sekundärdaten sind Daten, die nicht zu Forschungszwecken beziehungsweise im Zusammenhang mit einer anderen Fragestellung gesammelt wurden.¹

Wesentlich für die Auswertung und Interpretation von Sekundärdaten ist, dass der Kontext, in dem die Daten erhoben wurden bekannt, dokumentiert und einschätzbar ist. Unter Kontextbezug werden im Allgemeinen Fragestellungen und Rahmenbedingungen der Datensammlung verstanden.² Dazu gehören im Wesentlichen folgende Punkte:³

- **Zweck der Datenerhebung**
(Warum wurden die Daten erhoben?): Von der ursprünglichen Zielsetzung der Datenerhebung hängt in der Regel ab, welche Informationen erhoben werden. Auch die Datenqualität wird normalerweise auf die ursprüngliche Zielsetzung der Datensammlung abgestimmt sein.
- **Datenerhebungsprozess**
(Wie wurden die Daten erhoben und woher stammen die ursprünglichen Informationen?): Sekundärdaten können aus unterschiedlichen Quellen stammen (zum Beispiel Krankenhaus, ÄrztInnenabrechnungen etc.). Wichtig ist die Transparenz des gesamten Erhebungsprozesses. Bei der Interpretation sollten mögliche Fehlerquellen identifiziert und hinsichtlich der Bedeutung abgeschätzt werden. Beispielsweise könnten ÄrztInnen dazu neigen, Diagnosen zu vermeiden, von denen sie Nachteile für ihre PatientInnen erwarten. Bei diagnosebezogener Leistungsabgeltung (zum Beispiel LKF-System im Krankenhaus) könnte höher bewerteten Diagnosen der Vorzug gegeben werden.
- **Welche Informationen wurden erhoben**
und welche Personenkreise sind erfasst? Es ist abzuklären, ob anhand der verwendeten Sekundärdaten die gewünschten Fragestellungen überhaupt beantwortet werden können. Oft stehen nicht alle notwendigen Parameter (zum Beispiel soziale Schicht) zur Verfügung. Es ist auch zu prüfen, wie weit aus

den Daten auf die Morbidität in der Gesamtbevölkerung geschlossen werden kann. Krankenhausdiagnosen können beispielsweise nur sehr eingeschränkte Informationen bezüglich Erkrankungen liefern, die vorwiegend ambulant behandelt werden (zum Beispiel psychische Erkrankungen).

- **Zeitlicher und örtlicher Rahmen**
(Wann und wo wurden die Daten erhoben?): Im Zeitverlauf können sich die Modalitäten der Datensammlung verändern (zum Beispiel gesetzliche Rahmenbedingungen, Verrechnungsmodalitäten, neue Behandlungsmethoden). Auch regionale Unterschiede spielen diesbezüglich eine Rolle (zum Beispiel unterschiedliche Leistungskataloge in verschiedenen Bundesländern). Unterschiedliche Angebotsstrukturen können sich auf die Inanspruchnahme von Leistungen auswirken.
- **Datenqualität**
Die Qualität von Routinedaten ist meist auf den ursprünglichen Zweck der Datensammlung abgestimmt, muss aber nicht unbedingt für die Fragestellung der Sekundäranalyse ausreichen. Daher ist kritisch zu prüfen, ob die Qualität der Daten ausreicht, um die gewünschte Fragestellung zu bearbeiten. Häufig werden Datenfehler erst erkannt, wenn logische Widersprüche oder unplausible Ergebnisse auftreten. Bei der Analyse von Sekundärdaten sollte äußerst vorsichtig mit überraschenden Ergebnissen, für die kein Erklärungsmodell vorhanden ist, umgegangen werden. Sie verleiten nicht selten zu abenteuerlichen ad hoc Interpretationen.⁴

1.3.2 INDIKATOREN

Der Begriff Indikator ist nicht eindeutig definiert. Im politischen Kontext versteht man darunter meist einen beobachtbaren beziehungsweise messbaren „Anzeiger“ für unmittelbar nicht beobachtbare Sachverhalte (Konstrukte). Ein Indikator repräsentiert nicht nur das unmittelbar Gemessene (zum Beispiel Lebenserwartung), sondern soll Rückschlüsse auf einen bestimmten Zustand in der Bevölkerung zulassen (zum Beispiel Gesundheitszustand und -versorgung).⁵

1 Vgl. Geyer/Siegrist (2003) S. 274.

2 Vgl. Rienhoff/Kleinoeder (2003) S. 388.

3 Vgl. Geyer/Siegrist (2003) S. 275 ff.

4 Vgl. Rienhoff/Kleinoeder (2003).

5 Vgl. Nohlen (1986) S. 282.

Gesundheitsindikatoren sind ausgewählte Parameter, die Rückschlüsse über den Gesundheitszustand, die Gesundheitsversorgung und verfügbare Ressourcen der Bevölkerung zulassen. Sie sind Hilfsmittel zur Verfolgung der Entwicklung des Gesundheitszustandes, der Versorgung sowie zur Messung der Erreichung von gesundheitspolitischen Zielen.⁶

Die Gesundheitsberichterstattung bewegt sich im Spannungsfeld von verschiedenen Anforderungen, die miteinander in Einklang gebracht werden müssen. Diese unterschiedlichen Aspekte lassen sich durch drei wesentliche Fragestellungen charakterisieren:

- a) **Aspekt der politischen Relevanz:** Welche Indikatoren sind für die strategische Steuerung des Gesundheitssystems notwendig?
- b) **Aspekt der wissenschaftlichen/methodologischen Aussagekraft:** Welche Qualität müssen Indikatoren aufweisen um die Realität abzubilden?
- c) **Praktische Verfügbarkeit** beziehungsweise **Erhebbarkeit:** Welche Daten können genutzt werden beziehungsweise welche Daten können als Indikatoren verfügbar gemacht werden?

Frage a) ist vor allem im gesundheitspolitischen Kontext verankert. In diesem Zusammenhang ergeben sich wesentliche Funktionen, die Indikatorensysteme erfüllen sollten:

- **Informationsfunktion** für Politik und Öffentlichkeit.
- **Politische Orientierungsfunktion** für die Planung politischer Maßnahmen, die Auswahl politischer Ziele und als Prognose- und „Frühwarnfunktion“.
- **Evaluierungs- und Kontrollfunktion** bezüglich der Erreichung politischer Ziele.⁷

Aus der wissenschaftlich-methodologischen Sicht sollten Indikatoren bestimmte Qualitätsstandards erfüllen:

- Ein Indikator sollte das messen, was gemessen werden soll (Gültigkeit oder **Validität**).⁸ Es muss einen engen inhaltlichen Zusammenhang zwischen dem Indikator (zum Beispiel Lebenserwartung) und der zu messenden Dimension (zum Beispiel Gesundheitszustand) geben.
- Ein Indikator sollte hinreichend genau sein, das heißt möglichst frei von zufälligen Einflüssen (**Reliabilität**).⁹ Er sollte unter gleichen Bedingungen das gleiche Ergebnis liefern.¹⁰

- **Objektivität:** Indikatoren sollten möglichst unbeeinflusst von Interessen und subjektiven Wahrnehmungen sein. Dies betrifft die Zuordnung zu Kategorien (zum Beispiel Diagnosen) die Auswertung und Darstellung (Begründung der gewählten Verfahren) und – insbesondere bei Sekundärdaten – die Interpretation der Ergebnisse.¹¹

Aus praktischer Sicht stellt sich die Frage, welche Daten verfügbar sind beziehungsweise mit welchem Aufwand Daten zur Generierung von Indikatoren erhoben werden können.

1.3.3 DATEN

Die für den vorliegenden Bericht herangezogenen Daten und Auswertungen beziehen sich auf das Jahr 2005. Die Zuordnung von PatientInnen, Leistungen etc. erfolgte nach dem Prinzip der Versicherungspflicht.

Die verwendeten Daten und die daraus erstellten Auswertungen sind in Bezug auf ihre Qualität, Vollständigkeit und Validität unterschiedlich zu bewerten. Es wurden die Datenquellen der routinemäßig erstellten Statistiken der sozialen Krankenversicherung herangezogen, erweitert um Auswertungen aus dem sozialversicherungsinternen Data Warehouse FOKO. Ergänzt wurden die Quellen durch jene der amtlichen Statistik, allen voran der Statistik Austria mit dem Statistischen Jahrbuch und den Mikrozensus-erhebungen.

Nachfolgend erfolgt für die wichtigsten Quellen hinsichtlich Datenbereitsteller, Inhalt, höchste Auflösung, Validität und Verwendungszweck eine stichwortartige Beschreibung.

⁶ Vgl. Bradehle (2007), S. 73.

⁷ Vgl. Heiland u. a. (2003), S. 16.

⁸ Vgl. Geyer (2003), S. 35.

⁹ Vgl. WIKIPÄDIA (2007), Reliabilität.

¹⁰ Vgl. Geyer (2003), S. 37.

¹¹ Vgl. Geyer (2003), S. 39.

1.3.3.1 Datenquellen

FOKO

FOKO ist ein sozialversicherungsinternes Data Warehouse, das alle abgerechneten Leistungen der Anspruchsberechtigten beinhaltet. Als Standardprodukt verfügt es über normierte Schnittstellen und eine einheitliche Datenaufbereitung und steht jedem Träger zur Verfügung. Wie wohl mit FOKO eine sehr transparente Leistungsdatenbank geschaffen wurde, liegt die Verantwortung über die Qualität der Daten und deren Befüllung in das Data Warehouse beim jeweiligen Sozialversicherungsträger. Es ist festzuhalten, dass es in der Datenvalidität zwischen den Trägern große Unterschiede gibt, je nachdem wie die Datenverantwortung wahrgenommen wird. Aus diesem Grund erfolgt in der einen oder anderen Analyse auch eine Einschränkung auf bestimmte Sozialversicherungsträger.

Grundsätzlich ist die Datenvalidität in FOKO hoch. Folgende Einschränkungen sollte man beachten:

- Es handelt sich um Abrechnungsdaten. Bei von einem Arzt verschriebenen und vom Apotheker abgegebenen Heilmittel heißt es noch nicht, dass es der Patient auch eingenommen hat.
- Leistungsdaten für die Abrechnung (Heilmittel, ...) sind sehr gut dokumentiert. Bei den für die Fakturierung zweitrangigen Informationen (Geschlecht des Patienten, Wirtschaftsklasse, ...) gibt es aus gesundheitspolitischer Sicht großen Aufholbedarf.

Statistik Austria

• *Statistisches Jahrbuch*

Einwohner nach Alter und Geschlecht werden mittels Volkszählung und Berechnungen der Statistik Austria ermittelt. Die Datenquelle besitzt hohe Validität und bildet die Grundlage für die Ermittlung der demografischen Belastungsquote.

• *Mikrozensus*

Hierbei handelt es sich um Erhebungen der Statistik Austria oder der Landesstatistikämter über den Gesundheitszustand oder die gesundheitlichen Rahmenbedingungen (beispielsweise Rauchverhalten) der Befragten. Der Mikrozensus weist eingeschränkte Validität auf, da es sich bei den Angaben um Selbstauskünfte der Befragten handelt. Die Datenquelle dient als Grundlage für Aussagen zu gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

• *Krankenversicherungsanspruch-Kataster*

Aus dem Kataster des Hauptverbandes des Krankenversicherungsanspruches (KVA) werden die Anspruchsberechtigten ermittelt.

Der Kataster ist die Evidenz der vergebenen Versicherungsnummern. Er umfasst alle von der österreichischen Sozialversicherung betroffenen Personen. Das sind sinngemäß alle in der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung Pflichtversicherte, freiwillig Versicherte und Leistungsbezieher nach dem ASVG¹² oder einem anderen Bundesgesetz (insbesondere nach einer der im § 2 Abs. 2 ASVG angeführten Sonderversicherungen) sowie Angehörige.

Jede berechnete Stelle meldet nur jene Personen, die bei ihr zu einer der oben angeführten Versicherungen gemeldet sind. Leistungsbezieher sind Personen, die als leistungsberechtigt gelten, die sich zur Gesundenuntersuchung angemeldet haben oder als Angehörige gelten. Die Sozialversicherungsnummer ist eine eindeutige personenspezifische Nummer.

Die Datenquelle hat eine hohe Validität und Aktualität (monatlich). Für vorliegenden Gesundheitsbericht wurden die (gemittelten) Jahreswerte 2005 verwendet.

• *(Statistisches) Handbuch der österreichischen Sozialversicherung*

Neben sozialversicherungsinternen Publikationen¹³ verwenden wir vor allem die daraus resultierenden beiden Sammelbände

- Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung und das
- Handbuch der österreichischen Sozialversicherung als Datenquelle um einen statistischen Überblick über die österreichische Sozialversicherung zu erhalten.

Da es sich bei Leistungsdaten in letzter Konsequenz um Abrechnungsdaten, im Falle des Versicherungsschutzes um Meldedaten aus dem Melde-, Versicherungs- und Beitragsrecht handelt, gilt diese Datenquelle als äußerst valide. Eigene Meldevorschriften

¹² Kodex: Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, Band I

¹³ Vgl. etwa: Versicherte – Pensionen – Renten Jahresergebnisse 2005 Hrsg. Hauptverband oder die elektronische Statistikdatenbank des Hauptverbandes (KL)

für alle Sozialversicherungsträger engen den Interpretationsspielraum entsprechend ein, sodass hier von einer sehr klaren Datenlage ausgegangen werden kann.

• **BIG**

Eine für diesen Bericht noch nicht verwendete Datenquelle ist das *Business Intelligence* im Gesundheitswesen. Wiewohl BIG einen starken Controllingbezug hat, hat diese Datenquelle mittelfristig das Potential, auf aggregierter Ebene Daten für einen Gesundheitsbericht bereit zu stellen.

1.3.3.2 Bemerkungen zur Datenqualität

Abhängig vom Leistungsbereich gibt es Besonderheiten, die für das Verständnis und die Interpretation der Daten im Gesundheitsbericht erwähnenswert sind.

Allgemeine Bemerkungen

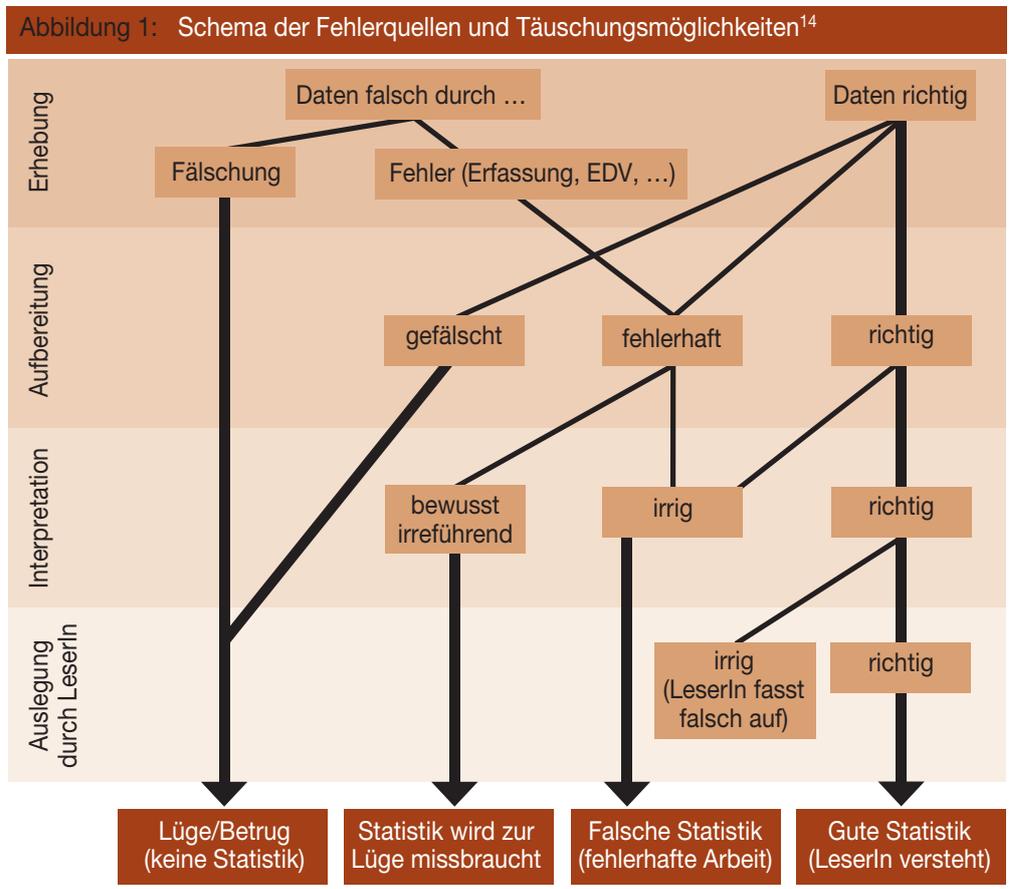
• **Fremdkassenfälle**

Nimmt ein Versicherter Leistungen eines nicht für ihn leistungszuständigen Versicherungsträgers in Anspruch, so liegt ein Fremdkassenfall vor. Leistungen

von Fremdkassenfällen werden weder vom leistungserbringenden noch vom eigentlich zuständigen Versicherungsträger für Analysen im Zusammenhang der Gesundheitsberichterstattung gemeldet.

• **Abrechnungsdaten**

Abrechnungsdaten sind auf Grund ihrer Beschaffenheit sehr gut dazu geeignet, als Basis für Analysen im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung zu dienen. Rechnungslegungsvorschriften und eine weit verbreitete elektronische Vertragspartnerabrechnung stellen eine einheitliche Form der Datenmeldung sicher. Fehler reduzieren sich auf Erfassungsfehler seitens der Vertragspartner, seltener auf EDV-Fehler. Nicht auszuschließen sind in Einzelfällen auch bewusste Falschabrechnungen in betrügerischer Absicht. Das Schema der Fehlerquellen und Täuschungsmöglichkeiten beim Er- und Verarbeiten von Statistiken soll dem(r) LeserIn helfen, nicht den Zahlenkolonnen, Phantasiekurven und der *ars conjectandi* (Vermutkunde) aufzusitzen.



¹⁴ Swoboda (1974), S. 181.

- **Honorarordnung und Satzung**

Unterschiedliche Honorarordnungen machen einen Vergleich bestimmter Leistungen der ärztlichen Hilfe sowohl inhaltlicher wie monetärer Art mitunter schwierig bis unmöglich. Vorliegender Gesundheitsbericht ist von dieser Problematik nicht betroffen, da überregionale Vergleiche überwiegend in jenen Bereichen stattfinden, wo ein einheitliches Leistungsrecht (nach Inhalt und Betrag)¹⁵ existiert.

Einzig im satzungsmäßig geregelten Bereich des Krankengeldes kann es auf Grund unterschiedlicher Satzungsregelungen zu Verzerrungen kommen.

Spezielle Bereiche

- **Heilmittel**

Für Analysen aus dem Heilmittelbereich ist zu beachten, dass Heilmittel unter der Rezeptgebühr nicht in den Daten enthalten sind.

- **Zahnfüllung**

Bei Analysen über die Füllungstherapie des konservierend-chirurgischen zahnärztlichen Bereiches sei angemerkt, dass nicht zwischen den verschiedenen Füllungsmaterialien unterschieden werden kann.

- **Arbeitsunfähigkeit**

Dienstgeber verlangen vielfach erst ab drei Tagen der Arbeitsunfähigkeit eine ärztliche Bestätigung. Wenn der(die) DienstnehmerIn innerhalb dieser drei gewährten Karenztage keine selbstständige Meldung beim zuständigen Versicherungsträger macht, und seine Arbeitsunfähigkeit nicht länger als eben diese drei Tage dauert, so ist weder der Arbeitsunfähigkeitsfall noch dessen Dauer beim Sozialversicherungsträger erfasst und fehlt demgemäß auch im vorliegenden Gesundheitsbericht.

1.3.4 BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

Angehörigeneigenschaft

Die Krankenversicherung schützt nicht nur die Versicherten selbst, sondern auch deren Angehörige (Ehegatte, Kinder, ...), und zwar ohne dass hierfür zusätzliche Beiträge zu zahlen sind.¹⁶ Die Angehörigeneigenschaft setzt voraus, dass die betreffenden Personen nicht selbst krankenversichert sind.¹⁷

Anspruchsberechtigte

Anspruchsberechtigt sind alle durch das ASVG oder einer der im § 2 Abs. 2 ASVG angeführten Sonderversicherungen geschützten Personen, egal ob sie diesen Schutz auf Grund einer pflichtversicherten Eigenschaft (Beschäftigung, Pensions- oder Rentenbezug, Arbeitslosengeldbezug, Kinderbetreuungsgeldbezug, ...), einer freiwilligen Versicherung, der Angehörigeneigenschaft oder aus sonstigen Gründen (AsylwerberInnen, ...) erhalten.

Anspruchsberechtigte sind also versicherte Personen und deren Angehörige.

Demografische Belastungsquote

Die demografische Belastungsquote beschreibt das Verhältnis der Kinder (unter 15 Jahren) und Senioren (über 60 Jahre) zu je 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (15 bis 60 Jahre). Eine Belastungsquote von 80 bedeutet, auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter kommen 80 Personen im nicht-erwerbsfähigen Alter, also Kinder und Senioren. Die demografische Belastungsquote ist ein Maß für den wirtschaftlichen und sozialen Aufwand, den die Menschen im Erwerbsalter zu leisten haben.

Generika

Ein Generikum ist ein Arzneimittel, das die gleiche qualitative und quantitative Zusammensetzung aus Wirkstoffen und die gleiche Darreichungsform aufweist und dessen Bioäquivalenz mit dem Referenzmittel durch geeignete Bioverfügbarkeitsstudien nachgewiesen wurde.¹⁸

Generika sind Arzneimittelkopien mit verkürztem Zulassungsantrag, ohne dass der Hersteller des Generikums vorklinische oder klinische Forschungsergebnisse vorlegen muss.¹⁹

15 Angesprochen sind hier die Bereiche Heilmittel und die Füllungstherapie im Rahmen der zahnärztlichen Versorgung

16 Seit 1.1.2001 ist unter bestimmten Voraussetzungen für erwachsene mitversicherte Angehörige ein Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung vorgesehen (kinderlose Ehepartner, ...).

17 Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2006, S. 19.

18 Art 19 (2) b der Richtlinie 2001/83 des Rates der Europäischen Union

19 Karl Schableger und Notburga Pfoser, Dokumentation Generika, S. 5. online verfügbar: <http://esv-bkk.sozvers.at/mediaDB/114006.PDF>

Gesetzliche (soziale) Krankenversicherung

In Österreich gilt das Prinzip der Pflichtversicherung. Das heißt, je nach Tätigkeit oder Status (unselbstständig erwerbstätig, Pensionist, selbstständig, ...) ist man verpflichtet, sich bei dem dafür gesetzlich vorgesehenen Krankenversicherungsträger (nach dem ASVG und den unter §2 genannten Sondersicherungsträgern) zu versichern. Es gibt weder eine Wahlfreiheit hinsichtlich des Krankenversicherungsträgers noch die Möglichkeit, ersatzweise eine private Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen.²⁰

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Der Hauptverband ist die Dachorganisation aller österreichischen Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherungsträger mit Sitz in Wien.

Inzidenz

Die Inzidenz stellt die Anzahl der Neuerkrankungen in Bezug auf eine bestimmte Krankheit in einem bestimmten Zeitraum, zumeist ein Jahr, dar.

Leistung

Unter Leistung im Rahmen dieses Gesundheitsberichtes verstehen wir die nach Maßgabe von § 117 und § 121 ASVG²¹ für eine geschützte Person zu gewährenden

- Pflichtleistungen (mit Rechtsanspruch) oder
- freiwilligen Leistungen.

Die Leistungen werden nach den Bestimmungen der Sozialversicherungsgesetze als Sach- oder Geldleistung erbracht.

Mehrfachversicherung

Da über bestimmten Einkommensgrenzen jedes Beschäftigungsverhältnis Krankenversicherungspflicht auslöst,²² kommt es in der Krankenversicherung zu einer Mehrfachversicherung. In den Statistiken der Versicherten und Beschäftigten werden nicht krankenversicherte Personen, sondern eben diese die Krankenversicherungsverhältnisse gezählt.

Normierung siehe Standardisierung, Kapitel 1.3.5.3.

Prävalenz

Die Prävalenz benennt die Anzahl der innerhalb einer bestimmten Zeitperiode oder zu einem bestimmten Zeitpunkt an einer bestimmten Krankheit Leidenden.

Versicherte (Versicherungsverhältnis)

Versichert im Sinne der Sozialversicherung sind nicht Personen, sondern die den Personen anhaftende versicherungspflichtige Eigenschaft. Bei mehreren Beschäftigungsverhältnissen kann ein und dieselbe Person mehrere Male als Versichert(e)r vorkommen.²³ Beim Begriff Versicherte handelt es sich also konkret um Versicherungsverhältnisse. Die wesentlichen versicherungspflichtigen Eigenschaften sind:

- Erwerbstätigkeit (selbstständig oder unselbstständig)
- Arbeitslosigkeit
- Pension- beziehungsweise Rentenbezug
- Kinderbetreuungsgeldbezug

1.3.5 METHODEN**1.3.5.1 Die Messgrößen****Anzahl der Leistungen**

Die Anzahl der Leistungen wurde für folgende Segmente ermittelt

- Verordnungen
- Tage
- Fälle

Betrag der Leistung

In vorliegendem Gesundheitsbericht wird einzig der Kostenbereich der Heilmittel dargestellt. Dafür wurde der Kassenverkaufspreis herangezogen. Die Rezeptgebühr wurde nicht berücksichtigt.

Anzahl der Personen

Es wurde die Anzahl der Personen ermittelt, die im Beobachtungszeitraum irgendwann ein- oder mehrere Male eine bestimmte Leistung in Anspruch genommen haben.

²⁰ Ergänzend zur gesetzlichen Krankenversicherung ist ein privater Krankenversicherungsschutz selbstverständlich möglich

²¹ man vergleiche auch die entsprechenden Bestimmungen der Sondergesetze

²² Vgl. § 4 (1) ASVG

²³ Zum Stichtag 1. Juli 2005 war die Zahl der Beschäftigungsverhältnisse um 1,2% höher als die Zahl der beschäftigten Personen. Bei den Männern war sie um 1,0% höher und bei den Frauen um 1,5%. (Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2006, S. 21)

Beispielsweise wurde bei den Lungenerkrankungen als Auswertungsvariable die Anzahl der Personen mit mehr als fünf Heilmittelpackungen evaluiert, bei den Zahnfüllungen alle Personen mit mindestens einer Füllungslegung.

1.3.5.2 Ermittlung der Indikatoren (Kennzahlen)

Für obige Messgrößen war vielfach eine unterschiedliche – aber immer selbsterklärende – Quotientenbildung notwendig. So wurden etwa die Kennzahlen Tage je Fall, Tage je Person oder ähnliches durch Division der entsprechenden Messgrößen ermittelt.

1.3.5.3 Standardisierung

Um einen sauberen Vergleich von Kennzahlen zwischen Versicherungsträgern, Geschlecht, Alter und Versicherungskategorie durchführen zu können, werden standardisierte Raten berechnet. Durch die Standardisierung wird der Einfluss der unterschiedlichen Struktur in den Differenzierungsvariablen ausgeschaltet. Diese können daher nicht mehr als erklärende Komponente für Unterschiede in den Kennzahlen herangezogen werden.

Die Standardisierung erfolgt auf eine Zehnerpotenz derselben Population, also je 1.000, je 10.000, etc.

Es gilt:
$$v_i = \frac{\sum_i X_i}{\sum_i N_i} \cdot 10^k$$

i ... i-te Ausprägung der Differenzierungsvariablen
X_i ... Leistungsbezogene Menge in der i-ten Ausprägung der Differenzierungsvariable
N_i ... Bezugspopulation der i-ten Gruppe
k ... 2 oder 3 oder 4

1.3.6 LITERATUR

Art 19 (2) b der Richtlinie 2001/83 des Rates der Europäischen Union

Bradehle, D.: Indikatoren verwenden. In: Reintjes, R./Klein, S. (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung und Surveillance. Messen, Entscheiden und Handeln. Bern 2007, S. 73-85.

Geyer, S.: Forschungsmethoden in den Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung in die empirischen Grundlagen. München. 2003.

Geyer, S., Siegrist J.: Sozialwissenschaftliche Verfahren in den Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, 3. Auflage, München 2003, S.259-280.

Heiland S. u.a.: Indikatoren zur Zielkonkretisierung und Erfolgskontrolle im Rahmen der Agenda 21. Endbericht. 2003. http://www.uni-potsdam.de/u/Geo-ökologie/institut/landschaftsplanung/download/uba_texte6703_anhang.pdf 9. 8.2007.

Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2006, Hrsg: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien.

Kodex: Sozialversicherungsgesetz, Band I und Band II, Stand: 1.1.2007, Linde Verlag.

Nohlen, D. (Hrsg) 1986: Lexikon Dritte Welt. Reinbek/H 1986.

Rienhoff, O., Kleinoeder, T.: Daten sammeln und auswerten. In: Schwarz et al (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Auflage.; München/Jena 2003, S. 379-392.

Schableger Karl und Pfoser Notburga, Dokumentation Generika, S. 5. online verfügbar: <http://esv-bkk.sozvers.at/mediaDB/114006.PDF>

Swoboda, Helmut 1974: Knaurs Buch der modernen Statistik, Ulm 1974.

WIKIPEDIA (2007): Reliabilität. <http://de.wikipedia.org/wiki/Reliabilit%C3%A4t>; 9.7.2007.

Karl Schableger

1.4 DEMOGRAFIE

1.4.1 EINLEITUNG

Ein Gesundheitsbericht, dessen vorrangiges Ziel Erkenntnisse über den Gesundheitszustand sowie über die medizinischen Versorgungsleistungen in einem Land sind, muss die demografischen und sozialen Charakteristika der Bevölkerung berücksichtigen. Bevor überhaupt von Erkrankten gesprochen werden kann, sollte Klarheit darüber bestehen, wie die gesamte Population beschaffen ist. Gerade strukturelle Merkmale einer Population spielen oft für das (vermehrte) Vorkommen von bestimmten Krankheiten eine wesentliche Rolle. Die Verteilung einer erkrankten Population an sich ist nicht aussagekräftig, wenn die Bezugsgröße fehlt. Erst durch den Vergleich der Merkmale der Betroffenen mit jenen der österreichischen Gesamtbevölkerung wird sichtbar, welche Gruppen von einer Erkrankung betroffen sind. Hier beginnt die interpretative Analyse, indem sich ExpertenInnen dem Diskurs stellen, warum nun gerade die jeweilige Population von der Erkrankung besonders betroffen ist.

Zudem liefert die Verteilung der österreichischen Versicherten Aufschlüsse über regionale sowie trägerspezifische Homo- oder Heterogenität der Versicherten oder Anspruchsberechtigten. Diese können zur Klärung der Prävalenz in einer bestimmten Population beitragen.

1.4.2 ABGRENZUNG DER BEZUGSPOPULATION

In Österreich gilt das Prinzip der Pflichtversicherung. Dadurch kommt mit 98,5 Prozent der Bevölkerung nahezu jede/r in den Genuss des Schutzes durch eine gesetzliche Krankenversicherung kommt.

Tabelle 1:

Grundinformationen zu den Versicherten in Österreich	
Anspruchsberechtigte in Österreich	7.960.538
Versicherte in Österreich ¹	6.102.614

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2006*. S. 20.

Insgesamt gibt es im Jahr 2005 in der österreichischen Krankenversicherung 7.960.538 Personen, die einen

Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung haben – sogenannte Anspruchsberechtigte. Anspruchsberechtigung ergibt sich entweder direkt über die Versicherungspflicht, über die Angehörigeneigenschaft (Kinder, Ehepartner, ...) oder über eine freiwillige Versicherung.²

Aus den Anspruchsberechtigendatenbanken des Hauptverbandes ist es möglich die genaue Anzahl der in der sozialen Krankenversicherung anspruchsberechtigten Personen zu erfassen.³

Der Bevölkerungsregister der Statistik Austria weist mit dem Jahr 2005 in Österreich 8.233.306 Einwohner aus.⁴ Wir betrachten in diesem Gesundheitsbericht also 96,7 Prozent der österreichischen Bevölkerung.

Eine weitere sozialrechtliche Besonderheit besteht darin, dass in Österreich jedes Beschäftigungsverhältnis (über bestimmten Einkommensgrenzen) Krankenversicherungspflicht auslöst – unabhängig davon, ob die betreffende Person bereits durch eine andere Tätigkeit einen Krankenversicherungsschutz aufweist. Das führt dazu, dass eine Person mehrere Versicherungsverhältnisse (auch beim selben Versicherungsträger) haben kann.

Bei der Betrachtung nach Versicherten werden eben diese Versicherungsverhältnisse gezählt. Die Analyse nach Versicherungsverhältnissen ist notwendig, da in diesem Zusammenhang zwischen den für einen Gesundheitsbericht wichtigen Differenzierungsvariablen Versicherungskategorie (mit den wichtigsten Ausprägungen *Arbeiter* und *Angestellter*) unterschieden wird.⁵

In Anbetracht der vorangegangenen Überlegungen wird im Anschluss die Demografie der krankenversicherten österreichischen Bevölkerung dargestellt.

1 Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung (2006) Kap. 2, S. 3. Anmerkung: Spätere Korrekturen im Bereich der Kindergeldbezieherinnen verursachen geringfügige Abweichungen zu den publizierten Werten.

2 Zusätzlich sind rund 200.000 Personen bei den Krankenfürsorgeanstalten versichert. Ebenso sind hier Personen, welche ihren Krankenversicherungsschutz durch die Sozialhilfe erhalten, nicht berücksichtigt.

3 Haydn (2007), S. 304.

4 Eine Bereinigung der Mehrfachzählung in den Statistiken des Hauptverbandes ist nur für die Gesamtzahl der beitragsleistenden Versicherten möglich, nicht jedoch für die einzelnen Versichertenkategorien (ebd. S. 305).

5 Eine Bereinigung der Mehrfachzählung in den Statistiken des Hauptverbandes ist nur für die Gesamtzahl der beitragsleistenden Versicherten möglich, nicht jedoch für die einzelnen Versichertenkategorien (ebd. S. 305).

1.4.3 DEMOGRAFISCHE VERTEILUNG

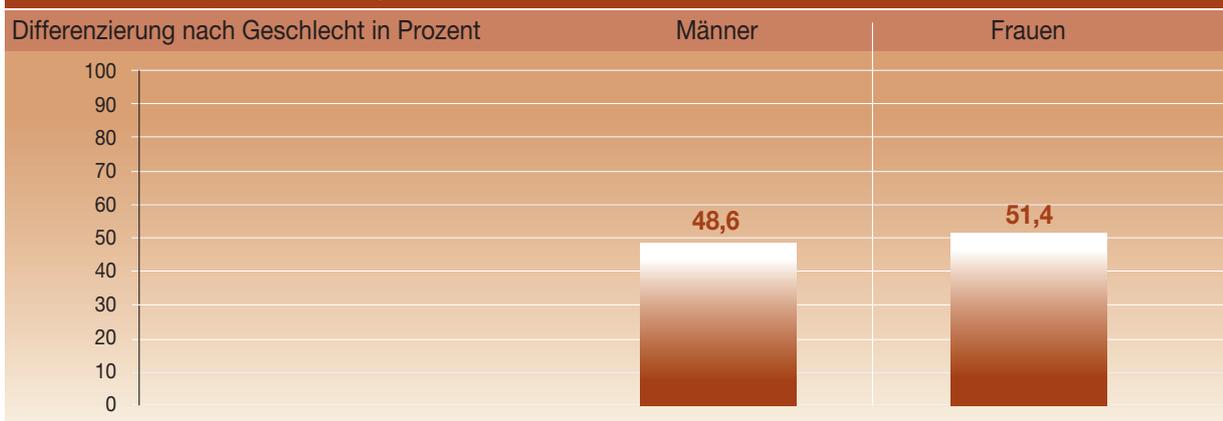
1.4.3.1 Geschlecht

Das Geschlechterverhältnis der durch die gesetzliche Krankenversicherung geschützten Personen beträgt 48,6 Prozent Männer zu 51,4 Prozent Frauen. Während der Frauenanteil an der Gesamtpopulation etwas über

51 Prozent beträgt, liegt er bei den über 70-Jährigen bei rund 60 Prozent.

Der Überhang der Frauen in den hohen Altersgruppen ist auf die höhere Lebenserwartung zurückzuführen. Die Folgen des 2. Weltkrieges – gefallene Männer der Geburtsjahrgänge vor 1928 – verlieren an Bedeutung.

Abbildung 1: Anspruchsberechtigte nach Geschlecht



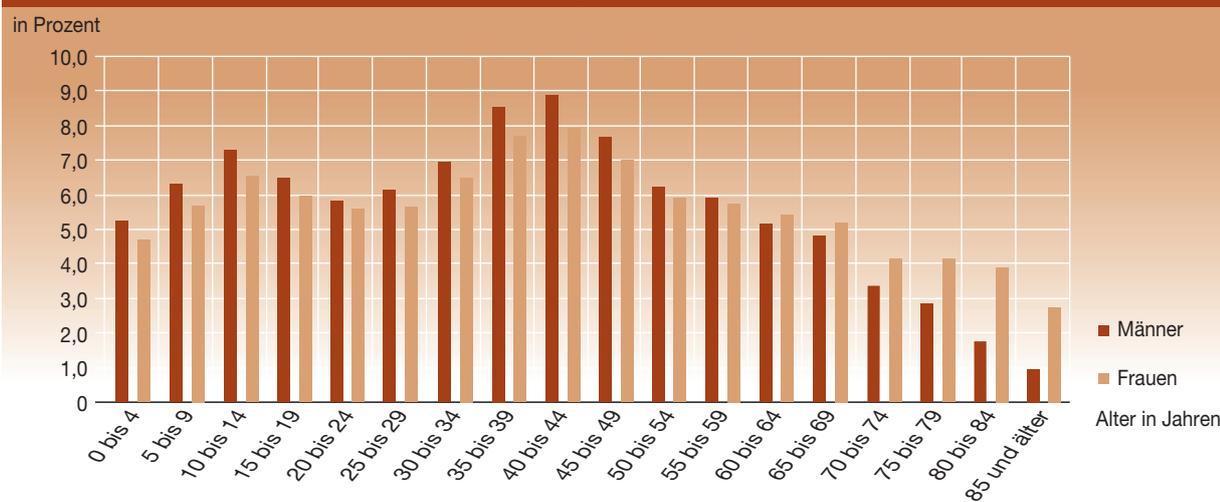
Quelle: Die elektronischen Tabellen der HVB Statistik Datenbank. (vgl. auch: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2006. S. 17)

1.4.3.2 Alter

Die zahlenmäßig größten Altersgruppen sind jene der 35- bis 49-Jährigen (Baby-Boom-Generation), gefolgt von der Gruppe der 10- bis 19-Jährigen. Der Geburtenrückgang zu Beginn der 70iger Jahre (beim

Geburtsjahrgang 1968 sprach man vom Pillenknick) war hauptverantwortlich für die sinkende Bevölkerungszahl nach 1970 (die jetzt unter 35-Jährigen). In den Kohorten der über 70-Jährigen sind anhand des Frauenüberhanges noch die Folgen des 2. Weltkrieges zu erkennen.

Abbildung 2: Altersstruktur der Anspruchsberechtigten differenziert nach Geschlecht

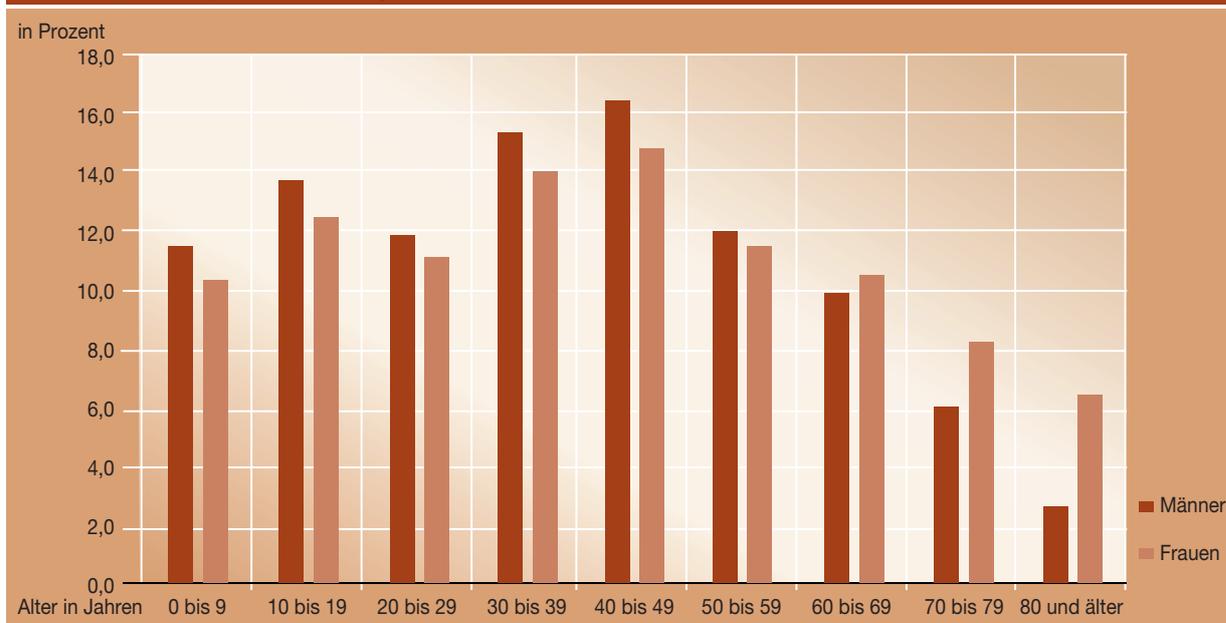


Quelle: Die elektronischen Tabellen der HVB Statistik Datenbank. Berichtsjahr 2005.

Die älteren Kohorten weisen deutlich höhere Ausgaben⁶ (nach Menge und Kosten) für die Gesundheit auf als jüngere Jahrgänge. Größte Herausforderung der nächsten 20 Jahre wird also die demografische

Belastung des Gesundheitssystems durch die geburtenstarken Jahrgänge der heute 35- bis 49-Jährigen sein. Sinkenden Beitragseinnahmen stehen dann höhere Ausgaben gegenüber.

Abbildung 3: Anspruchsberechtigte nach Alter und Geschlecht



Quelle: Die elektronischen Tabellen der HVB Statistik Datenbank. Berichtsjahr 2005.

1.4.3.3 Versicherungsträger

Mit Ausnahme der Fürsorgeeinrichtung (rund 200.000 Versicherte) betrachten wir die Anspruchsberechtigten aller gesetzlichen Krankenversicherungsträger. Das Krankenversicherungssystem in Österreich beruht in seinen bis in die 1920iger Jahre reichenden Wurzeln auf dem berufsständischen Prinzip⁷. Dieses Prinzip reicht durch die Tatsache, dass es für bestimmte Berufsgruppen (BäuerInnen, BeamtInnen, Selbstständige sowie EisenbahnerInnen und BergarbeiterInnen) einen eigenen Krankenversicherungsträger gibt, bis in unsere Zeit. Bei der regionalen Zugehörigkeit zu den neun Gebietskrankenkassen (hier finden alle unselbstständig Erwerbstätigen und deren Angehörige Schutz) der jeweiligen Bundesländer klingt dieses Prinzip noch durch die Versicherungspflicht jeder beruflichen Tätigkeit nach.

Drei Viertel – genau 75,6 Prozent – aller Anspruchsberechtigten haben bei einer (oder mehreren) der neun Gebietskrankenkassen Krankenversicherungsschutz.

8,6 Prozent finden Schutz in der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA), 7,1 Prozent bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVgW), 4,8 Prozent in der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) und 2,2 Prozent bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau. 0,7 Prozent oder rund 56.000 Anspruchsberechtigte verteilen sich auf eine der acht Betriebskrankenkassen⁸.

⁶ Kosten je Versicherten nach Alter

⁷ Fiereder (1994), vgl. S. 161ff.

⁸ BKK der Wiener Verkehrsbetriebe, BKK Kapfenberg, BKK Zeltweg, BKK Austria Tabak, BKK Mondi Business Paper, BKK Alpine Donawitz und BKK Kindberg (Fusion per 1.1.2006 zu BKK voestalpine Bahnsysteme), BKK Semperit (Auflösung per 1.1.2006)

Tabelle 2:

Versichertenstruktur nach Versicherungsträger		
Versicherungsträger	Anzahl der Anspruchsberechtigten	Anteil der Anspruchsberechtigten in Prozent
Gebietskrankenkassen		
GKK Wien	1.433.987	17,1 %
GKK Oberösterreich	1.126.072	13,5 %
GKK Niederösterreich	1.088.683	13,0 %
GKK Steiermark	860.118	10,3 %
GKK Tirol	514.117	6,1 %
GKK Salzburg	420.894	5,0 %
GKK Kärnten	406.841	4,9 %
GKK Vorarlberg	297.833	3,6 %
GKK Burgenland	181.430	2,2 %
Summe	6.329.975	75,7 %
Sonderversicherungsträger		
BVA	716.421	8,6 %
SVA	592.363	7,1 %
SVB	397.797	4,8 %
VAEB	268.624	3,2 %
Summe	1.975.205	23,7 %
Betriebskrankenkassen (BKK)		
BKK Verkehrsbetriebe	20.080	0,2 %
BKK Kapfenberg	10.390	0,1 %
BKK Donawitz	10.270	0,1 %
BKK Semperit	7.595	0,1 %
BKK Zeltweg	4.057	0,1 %
BKK Tabakwerke	3.763	0,0 %
BKK Kindberg	3.260	0,0 %
BKK Mondi	3.143	0,0 %
Summe	62.558	0,6 %
Gesamt	8.367.738	100 %

Quelle: Die elektronischen Tabellen der HVB Statistik Datenbank. Berichtsjahr 2005.

Die Summe aller Anspruchsberechtigten nach Träger ergibt letztlich eine Zahl von 8.367.738. Die Differenz von 407.200 zur obigen Gesamtzahl von 7,96 Millionen Anspruchsberechtigten ergibt sich auf Grund von Mehrfachversicherungen (und deren Angehörigen) bei unterschiedlichen Versicherungsträgern.

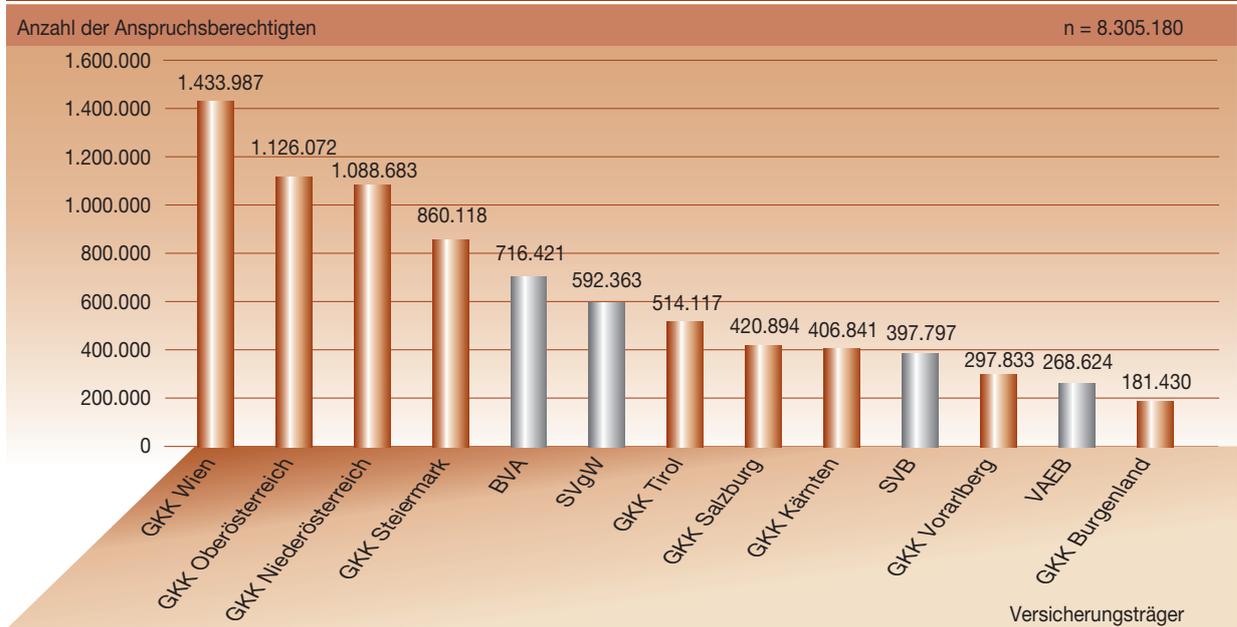
Die Verteilung der Anspruchsberechtigten bei den Gebietskrankenkassen deckt sich im Wesentlichen mit der Wohnbevölkerung. Geringe Verzerrungen gibt es hauptsächlich im Osten des Landes (Wien – Niederösterreich – Burgenland).

Während die Gebietskrankenkassen also nahezu die Demografie des Bundeslandes abbilden, findet bei den überregionalen Sonderversicherungsträgern die unterschiedliche regionale Verteilung der geschützten Berufsgruppen (mehr BeamtInnen in Wien als in anderen Bundesländern, dafür weniger Bauern und Bäuerinnen in Wien, Bergbau findet im Wesentlichen in der Steiermark und in Wien (OMV) statt) ihren Niederschlag.

Die Altersverteilung der Anspruchsberechtigten der Gebietskrankenkassen zeigt die unterschiedliche demografische Belastung durch ihren zu schützenden Personenkreis. Wie wir bereits oben ausgeführt haben, ist das Alter aber ein wesentlicher Faktor für die Höhe und Art der Leistungen aus der Krankenversicherung. Daraus ergibt sich unmittelbar die Notwendigkeit der Normierung. Im vorliegenden Gesundheitsbericht werden die Analysen auf 1.000 Personen gleichen Alters (oder Geschlechts, ...) normiert. Während Wien und Tirol hohe Anteile in der Alterskohorte der – in der Regel gesunden – 20- bis 39-Jährigen hat, weist die Burgenländische GKK mit einem Anteil von weit über 25 Prozent bei den über 60-Jährigen den mit Abstand höchsten Wert aller Gebietskrankenkassen auf (siehe Abbildung 4).

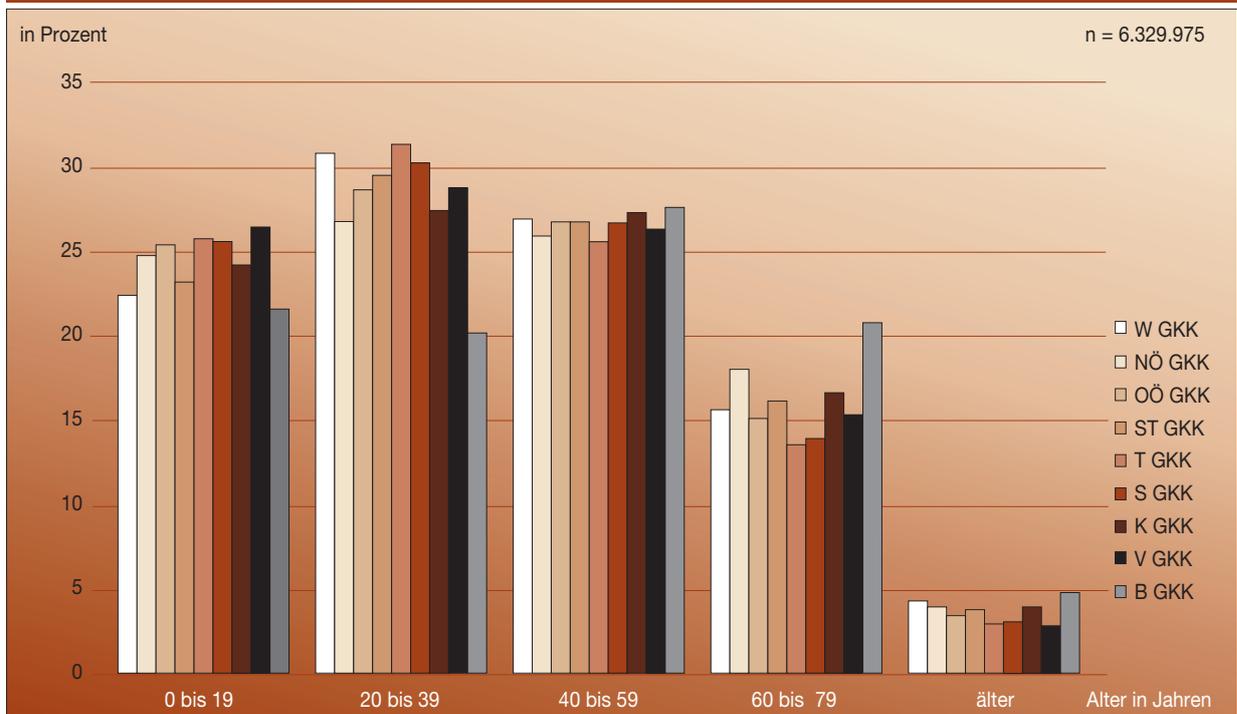
Die Situation bei den Sonderversicherungsträgern ist ähnlich unterschiedlich. Hier sind zwei Gruppen zu identifizieren. Zum einen die BVA und die SVgW mit einer vergleichsweise jungen Population. Demgegenüber stehen die „aussterbenden“ Berufsgruppen der SVB und der VAEB, was zu einer Überalterung ihrer Anspruchsberechtigten führt (siehe Abbildung 5).

Abbildung 4: Anzahl der Anspruchsberechtigten nach Versicherungsträger Gebietskrankenkassen und Sonderversicherungsträger



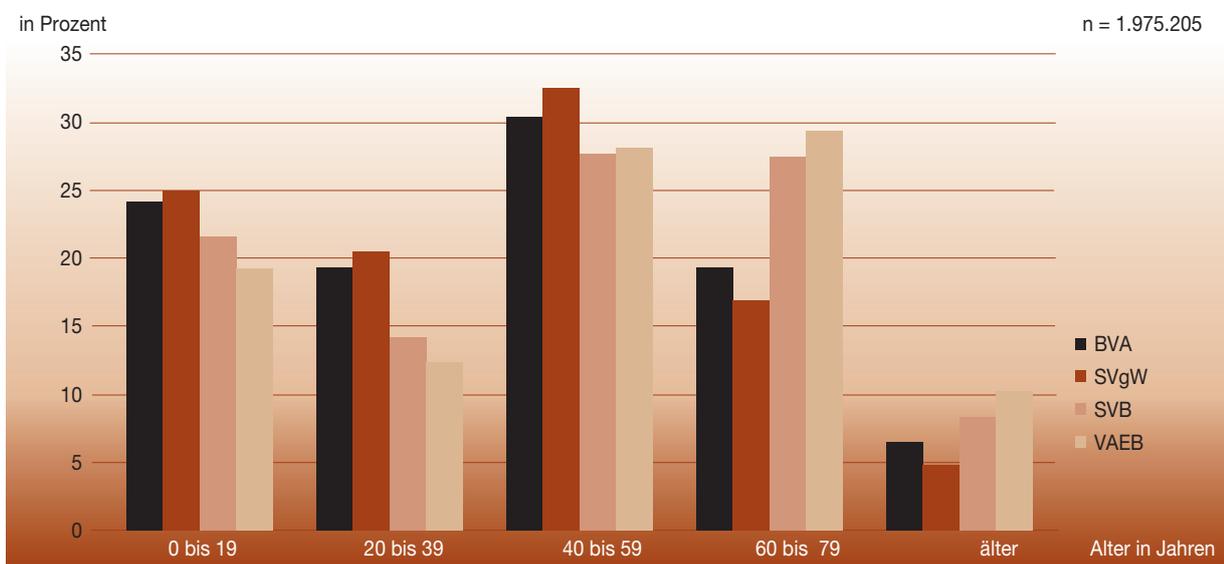
Quelle: Die elektronischen Tabellen der HVB Statistik Datenbank. Berichtsjahr 2005.

Abbildung 5: Altersverteilung der Anspruchsberechtigten bei den Gebietskrankenkassen



Quelle: Die elektronischen Tabellen der HVB Statistik Datenbank. Berichtsjahr 2005.

Abbildung 6: Altersverteilung der Anspruchsberechtigten bei Sonderversicherungsträgern



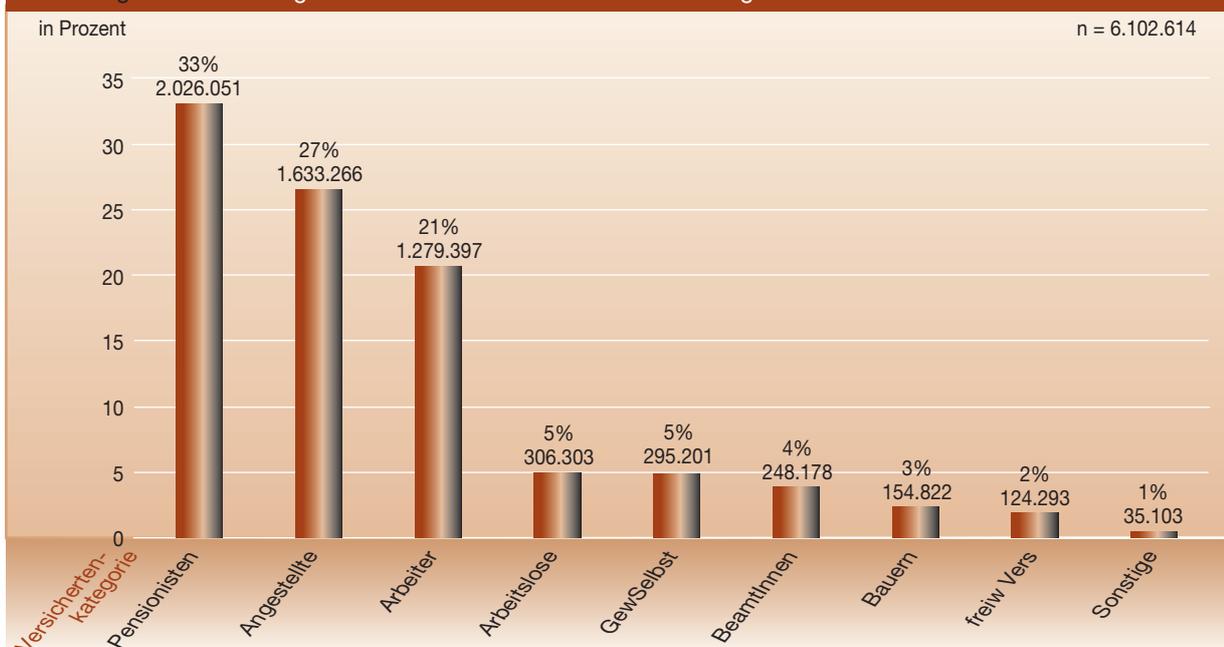
Quelle: Die elektronischen Tabellen der HVB Statistik Datenbank. Berichtsjahr 2005.

1.4.3.4 Versichertenkategorie

Von der Gesamtzahl der (beitragsleistenden) Versicherten (6.102.614) entfällt ein Drittel auf PensionistInnen. Mit rund 52 Prozent machen die unselbständig Beschäftigten (ArbeiterInnen, Angestellte, BeamtInnen)

die größte Versicherungsgruppe aus. Der Rest verteilt sich auf selbständig Beschäftigte (7,2 Prozent), Arbeitslose, freiwillig Versicherte, KinderbetreuungsgeldbezieherInnen usw.

Abbildung 7: Verteilung der Versicherten nach Versichertenkategorie



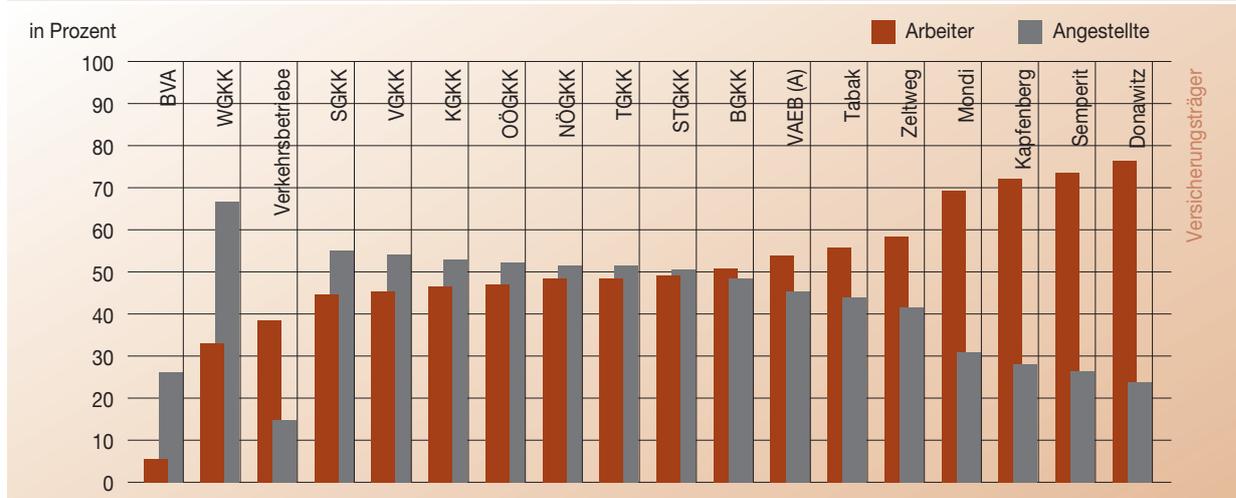
Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2006. S. 20.

Im Fokus des vorliegenden Gesundheitsberichtes stehen die zwei größten Versicherungskategorien der Erwerbstätigen, nämlich jene der ArbeiterInnen und der Angestellten.

Nachstehende Grafik verdeutlicht die großen trägerspezifischen Unterschiede im Verhältnis dieser beiden Versicherungskategorien. Während sich 65 Prozent der Beschäftigten der WGKK im Angestelltenverhältnis

befinden, liegt dieser Wert bei der GKK Burgenland unter 50 Prozent. Nachdem der Status im Beruf für die Ausbildung bestimmter Krankheiten entweder unmittelbar (Exposition gegenüber Stäuben und chemischen Stoffen oder den Stützapparat belastende Tätigkeiten) oder mittelbar über das unterschiedliche Gesundheitsverhalten (Rauchen⁹, Bewegung, ...) verantwortlich ist, ergibt sich auch hinsichtlich dieser Differenzierungsvariable die Notwendigkeit der Normierung.

Abbildung 8: Anteil der ArbeiterInnen bzw. Angestellten an den Versicherten¹⁰



Quelle: Beschäftigte in Österreich, Tabelle 6: Beschäftigte nach Krankenversicherungsträgern, Berichtsjahr 2005, Hauptverband.

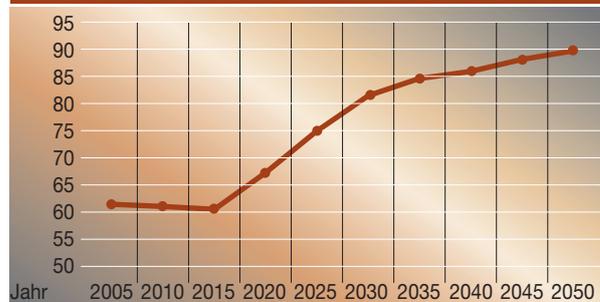
1.4.4 PROGNOSE DER BELASTUNGSQUOTEN

Demografische Abhängigkeitsquotienten sind ein Maß dafür, in welchem Verhältnis die (beitragsleistende) Population im Erwerbsalter (15 bis 59 Jahre) zu den Kindern (unter 15 Jahren) und älteren Menschen (60 Jahre und älter) steht.

Das Verhältnis der Kinder und Senioren je 100 Erwerbstätige ergibt den demografischen Abhängigkeitsquotienten (=Belastungsquote) und ist ein Indikator für den wirtschaftlichen und sozialen Aufwand, den die Menschen im Erwerbsalter zu leisten haben. Unmittelbar damit verknüpft sind das Beitragseinkommen und der Leistungsaufwand der sozialen Krankenversicherung.

Im Jahr 2005 betrug die Belastungsquote 61,2 und wird bis ins Jahr 2015 auf 60,4 sinken. Danach wird ein rasanter Anstieg der Belastungsquote beginnen. Im Jahr 2025 wird diese bereits 74,5 betragen, um aus heutiger Sicht im Jahr 2050 mit 89,6 ihren Höhepunkt zu finden.¹¹

Abbildung 9: Demografische Belastungsquote



Quelle: Statistik Austria, Statistisches Jahrbuch 2007, Bevölkerungsvorausschätzung 2006 bis 2050 (mittlere Variante) nach breiten Altersgruppen und Bundesländern, Tabelle 2.13 und eigene Berechnung

9 Sehr gut belegt ist etwa die Tatsache, dass der Anteil der Raucher unter den ArbeiterInnen deutlich höher ist als jener bei den Angestellten (vgl. Statistik Austria, Mikrozensus 1997. Rauchen. Online verfügbar).
 10 Die bei der BVA und BKK Verkehrsbetriebe fehlenden Prozent auf Hundert entfallen auf Beamte.
 11 Statistik Austria, Statistisches Jahrbuch 2007, Bevölkerungsvorausschätzung 2006 bis 2050 (mittlere Variante) nach breiten Altersgruppen und Bundesländern, Tabelle 2.13 und eigene Berechnung

1.4.5 LITERATUR

Fiederer, H.: 125 Jahre Soziale Krankenversicherung in Oberösterreich, 1994, Linz. S. 161ff.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2006, Wien. Kap. 2, S. 3.

Haydn, Reinhard: „Die österreichische Sozialversicherung im Jahr 2006“ in: Soziale Sicherheit, Nr. 6, Juni 2007.

Statistik Austria: Statistisches Jahrbuch 2007.

Statistik Austria: Mikrozensus 1997. Rauchen. Online verfügbar: URL: http://www.statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/rauchen/index.html, (06.10.2007).

2 TEIL A

ALLGEMEINER GESUNDHEITS- BAROMETER

2 TEIL A: ALLGEMEINER GESUNDHEITSBAROMETER

- 2.1 EINLEITUNG TEIL A
- 2.2 KRANKHEITSLAST
- 2.3 CHRONISCH OBSTRUKTIVE LUNGENERKRANKUNGEN
- 2.4 HEILMITTEL BEI MAGEN-, HERZ-KREISLAUF-
UND DEMENZERKRANKUNGEN
- 2.5 ZAHNFÜLLUNGEN
- 2.6 ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Alfred Mair / Martin Sprenger

2.1 EINLEITUNG TEIL A – ALLGEMEINER GESUNDHEITSBAROMETER

Idealerweise liefert ein allgemeiner Gesundheitsbarometer eine systematische Darstellung und Analyse des Gesundheitszustandes der Versicherten sowie Daten und Fakten zu wichtigen Krankheitsbildern und Versorgungsfragen.

Bei den Krankheitsbildern sollte dabei der Fokus auf jenen chronischen, aber potentiell vermeidbaren Krankheiten liegen, die rund zwei Drittel des Krankheits- und Sterbegeschehens in Österreich und den anderen Industrieländern ausmachen. Das sind Herz-Kreislauf-erkrankungen, Krebserkrankungen, Stoffwechselerkrankungen wie Typ-2-Diabetes, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), chronische Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychisch manifestierte Leiden sowie Unfälle. Trotz der Unterschiede in Hinblick auf ihre Ursachen und Verläufe haben diese Erkrankungen zwei für die Sozialversicherung wichtige Gemeinsamkeiten. Erstens, chronische Erkrankungen sind zumeist nicht gänzlich heilbar und bedürfen somit einer lebenslangen medizinischen und sozialen Betreuung. Zweitens sind alle diese Erkrankungen durch die Schaffung von gesundheitsfördernden und präventiven Lebenswelten und Verhaltensweisen zu einem großen Teil vermeidbar.

Weil die Datenlage nicht für alle diese Erkrankungen eine zufrieden stellende Beurteilung und Abbildung im Gesundheitsbarometer zugelassen hat, werden in diesem Bericht, nach einem Überblickskapitel zur Krankheitslast, beispielhaft COPD und Zahnbehandlungen angeführt, ergänzt durch ein Kapitel über den Heilmittelbedarf von ausgewählten Krankheitsbildern. Dabei ergaben sich für die Autoren erst in der Auseinandersetzung mit den einzelnen Themenbereichen viele inhaltliche und methodische Fragen, die nur zum Teil beantwortet werden konnten. Dieses Projekt soll aber in jedem Fall als Chance gesehen werden, die sozialversicherungsinterne Gesundheitsberichterstattung in

Österreich weiter zu verbessern, zu vernetzen und für eine Akzeptanz bei allen Stakeholdern zu sorgen.

In einem Gesundheitsbarometer darf auch das Thema Arbeitsunfähigkeit nicht fehlen. Darum wurde ein Kapitel über Krankenstände mit aufgenommen, das das unterschiedliche Krankenstandsverhalten von Männern und Frauen beziehungsweise von Beschäftigten und Arbeitslosen untersucht.

Eleonore Bachinger

2.2 KRANKHEITSLAST

2.2.1 DEFINITIONEN

Altersstandardisierte Raten sind eine international verwendete Messzahl zum regionalen und zeitlichen Vergleich von Inzidenz und Mortalität verschiedener Populationen. Als Bezugspopulation dient dabei eine fiktive Standardbevölkerung mit einer standardisierten Alterszusammensetzung (zum Beispiel Europabevölkerung). Die errechneten Raten drücken aus, wie viele Personen auf 100.000 Personen gleichen Alters und Geschlechts in Bezug auf eine fiktive Standardbevölkerung in einem bestimmten Jahr erkrankt oder verstorben sind.

Inzidenz/Inzidenzrate beschreibt die Häufigkeit von Neuerkrankungen, und zwar die Anzahl neu aufgetretener Krankheitsfälle innerhalb einer definierten Bevölkerungsgruppe (üblicherweise pro 100.000 EinwohnerInnen) in einem bestimmten Zeitraum (üblicherweise ein Jahr).

Morbidität oder Krankheitshäufigkeit (von lat. morbidus = krank) bezeichnet ein Krankheitsmaß, welches die Krankheitshäufigkeit bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe angibt.¹

Prävalenz bezeichnet die Anzahl der Erkrankten (in einer definierten Population) zu einem definierten Zeitpunkt.²

Mortalität oder Sterblichkeit (von lat. mortalitas = das Sterben) ist ein Begriff aus der Demografie und bezeichnet die bevölkerungsbezogene Betrachtung der Sterblichkeit, in der die Zahl der Gestorbenen mit der Bevölkerung in Bezug gesetzt wird.³ Sie wird durch die Sterberate (siehe auch unter altersstandardisierte Rate) ausgedrückt.

2.2.2 DATENQUALITÄT, BEZUGSPOPULATION

Die Datenlage für die bevölkerungsbezogene Erfassung der Morbidität ist sowohl quantitativ als auch qualitativ sehr eingeschränkt. Die wichtigsten bevölkerungsbezogenen Datenquellen sind Gesundheitsbefragungen, spezifische Studien, verschiedene Krankheitsregister (vor allem das Österreichische Krebsregister) und administrative Statistiken (wie etwa die Spitalsentlassungsstatistik und Statistiken der Versicherungsträger).

Für die Mortalität wird auf die Todesursachenstatistik zurückgegriffen. Für internationale Vergleiche kann auf die Datenbanken der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) verwiesen werden.

Zur Beurteilung der Datenqualität der oben erwähnten Quellen in Bezug auf ihre Aussagekraft sind jedoch einige methodische Bemerkungen notwendig.

- **Gesundheitsbefragungen:** Diese geben die subjektive Einschätzung der Befragten wider (Eigenangaben) und beziehen sich im Allgemeinen nur auf Personen in Privathaushalten. (Ausnahme: aktueller Gesundheitssurvey, siehe unten.) Somit ist die Bevölkerung in Krankenanstalten, Pflegeheimen, SeniorInnenheimen und sonstigen Institutionen ausgeschlossen, was Aussagen zur Prävalenz von bestimmten Gesundheitsproblemen (vor allem im höheren Lebensalter) erschwert. Trotz dieser Einschränkungen stellen Gesundheitsbefragungen eine durchaus legitime Erhebungsmethode des Gesundheitszustandes der Bevölkerung dar. Wenngleich einzelne Befragungen aufgrund meist verschiedener Stichprobengrößen, unterschiedlicher Samplestruktur und Bezugspopulationen, unterschiedlicher Fragestellungen und Antwortvorgaben nicht immer direkt vergleichbar sind, bieten sie den Vorteil der internen Korrelation von Gesundheitsvariablen mit sozial-demografischen Variablen.

Die Bedeutung von Gesundheitsbefragungen wird vor allem im Bereich der chronischen Erkrankungen ersichtlich. Da es in Österreich – abgesehen von einigen Ausnahmen wie dem Österreichischen Krebsregister – keine Routinestatistiken gibt, die kontinuierlich Aufschluss über die Häufigkeit und Entwicklung von chronischen Krankheiten geben könnten, stellt die Gesundheitsbefragung die wichtigste Datenquelle in diesem Bereich dar.⁴

1 Deutsches Bundesministerium für Gesundheit, Glossar zur Gesundheitsreform, <http://www.die-gesundheitsreform.de/glossar/morbiditaet.html>.
 2 Lexikon der Medizininformatik, <http://www.medi-informatik.de/lex/Pr%E4valenz>.
 3 Robert Koch Institut, Glossar der Gesundheitsberichterstattung, http://www.rki.de/nn_204574/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/Glossar/gbe_glossar_catalog.lv2=204686.lv3=222168.html.
 4 Statistik Austria (2007), Österr. Gesundheitsbefragung, S. 18.

Die aktuellste österreichweite Gesundheitsbefragung durch Statistik Austria stammt aus dem Jahr 2006/07;⁵ hervorzuheben ist, dass erstmals in dieser Art von Erhebung der Gesamtbevölkerung auch Krankenanstalten inkludiert sind. Eine erste, jedoch noch nicht vollständige, Auswertung dieser umfangreichen Befragung liegt seit 21. August 2007 vor. Diese Erhebung ersetzt die zuletzt 1999 durchgeführte Mikrozensus-Erhebung zur Gesundheit.

- **Spitalsentlassungsstatistik:** Wenngleich zweifellos eine wichtige Datengrundlage zur Betrachtung des Krankheitsgeschehens, so ist diese Statistik nur mit entsprechenden Einschränkungen zu interpretieren und lässt keine Rückschlüsse auf das Ausmaß der Gesamtmorbidität in der Bevölkerung zu. Dies deshalb, weil es sich zum einen um eine Fall- und keine Personenstatistik handelt, das heißt eine Person, die mehrmals während eines Jahres stationär aufgenommen wird, wird bei jedem Aufenthalt gesondert registriert. Das erschwert beziehungsweise verhindert etwa bei chronischen und therapieaufwendigen Krankheiten, die meist mit wiederholten Aufnahmen in Verbindung stehen (zum Beispiel Krebstherapie), eine Interpretation in Bezug auf Prävalenz in der Bevölkerung. Zum andern steht für die Auswertung nur die Hauptdiagnose bei der Entlassung zur Verfügung, nicht aber die zusätzlich behandelten Krankheiten (Neben-/Zusatzdiagnosen). Dies führt bei manchen Krankheiten, wie etwa Diabetes (häufig eine Nebendiagnose) zu Verzerrungen durch Unterrepräsentanz. Darüber hinaus kommt es durch die Umstellung auf das LKF-System (Leistungsfinanzierte Krankenanstalten Finanzierung) im Jahr 1997 zu einem Bruch in der Interpretation der Zeitreihe. Die zuletzt verfügbaren Daten beziehen sich auf das Jahr 2005.

Für diesen Beitrag kann jedoch auf zwei Spezifizierungen der Spitalsentlassungsstatistik zurückgegriffen werden, die auch die Nebendiagnosen berücksichtigen: Der Zugang zum DIAG Extranet (Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Diagnosen- und Gesundheitswesen; Dokumentation seit 2002) des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ) ermöglicht die Darstellung der Entlassungsfälle nach einzelnen Unterkategorien unter Einbeziehung aller Diagnosen für die Zeitreihe 2002 bis 2005. Des Weiteren

steht eine Sonderauswertung des ÖBIG-Gesundheit Österreich für chronisch entzündliche Darmerkrankungen zur Verfügung. Diese basiert sowohl auf der Erfassung der Haupt- als auch der Nebendiagnosen und zeichnet den Verlauf zwischen 1992 und 2005.

- **Todesursachenstatistik:** Wie bei der Spitalsentlassungsstatistik gilt auch für die Todesursachenstatistik, dass bisher nur die Haupttodesursache für die Dokumentation herangezogen wurden. Ein Teil der Auswertungen liegt bereits für das Jahr 2006 vor, die Berechnungen der altersstandardisierten Raten beziehen sich jedoch noch auf das Jahr 2005.
- **Krankheitsregister, Routinestatistiken:** Das seit 1969 bestehende Österreichische Krebsregister (Inzidenzstatistik) zählt zu den wichtigsten Datengrundlagen für Krebserkrankungen und weist seit 1983 eine sehr hohe Datenqualität auf. Die zum Zeitpunkt der Berichterstellung aktuellsten Daten beziehen sich auf das Jahr 2003. Wichtige Register, wie etwa für Diabetes oder Brustkrebs, fehlen jedoch in Österreich noch. Hier kann, wie im Fall der Diabetes-Erkrankung (Typ 2), welche zudem eine hohe Dunkelziffer aufweist (lange Zeitspanne vor Diagnose, häufig nur Nebendiagnose), nur mit internationalen Schätzwerten und den Ergebnissen aus Gesundheitsbefragungen gearbeitet werden.
- **Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit (Erwerbsunfähigkeit):** Diese Statistik zu den gesundheitsbedingten vorzeitigen Pensionierungen gibt einen interessanten Einblick in die gesamtgesellschaftliche Bedeutung bestimmter Krankheiten. Zu bedenken ist jedoch, dass diese Zahlen nur die Spitze des Eisbergs darstellen und darüber hinaus die Gewährung der Pension noch von anderen Faktoren abhängig ist. Die Auswertungen für das Jahr 2006 liegen bereits vor.
- **PYLL, DALYs/DALE, QALYs:** Die nach Krankheitsgruppen gegliederten potentiell verlorenen Lebensjahre (Potential Years of Life Lost, PYLL) sind eine von der OECD publizierte⁶ Maßzahl für die vorzeitige (vermeidbare) Sterblichkeit unter besonderer Gewichtung der Todesfälle in jüngeren Lebensjahren.

⁵ Erhebungszeitraum März 2006 bis Februar 2007. Befragung der Bevölkerung ab 15 Jahren in Form von persönlichen Interviews.

⁶ OECD Health Data <http://www.sourceoecd.org> (Zugangsberechtigung erforderlich).

Ausgangspunkt ist ein Lebensalter von 70 Jahren. Die international vergleichbaren Daten für behinderungsbereinigte Jahre (Disability-Adjusted Life Years, DALYs, beziehungsweise Disability-Adjusted Life Expectancy, DALE) können der WHO Health For All Datenbank⁷ entnommen werden. Diese von ExpertInnen aufgrund des Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehens eines Landes errechneten Werte eignen sich für internationale Vergleiche und geben Auskunft über das Morbiditätsgeschehen in einem Land, haben jedoch keine Aussagekraft für das Individuum. Hingegen, eine Auswertung der qualitätsbereinigten Lebensjahre für bestimmte Krankheiten (Quality-Adjusted Life Years, QALYs) erweist sich als sehr kompliziert und problematisch.⁸ Für Österreich stehen zur Zeit keine derartigen Berechnungen zur Verfügung.⁹

2.2.3 EPIDEMIOLOGIE – ÜBERBLICK

In diesem Beitrag soll versucht werden, einen Überblick über die Hauptkrankheitslast der österreichischen Bevölkerung und Änderungen im Zeitverlauf zu geben. Seit langem stellen chronische Krankheiten bei weitem die Hauptkrankheitslast in den westlichen Industrieländern dar, während etwa die bis Anfang des 19. Jahrhunderts vorherrschenden Infektionskrankheiten völlig in den Hintergrund gedrängt wurden. Hauptgründe dafür sind zum einen die längere Lebensdauer der Menschen (viele chronische Krankheiten treten vermehrt mit zunehmendem Alter auf), zum andern der moderne und oft nicht sehr gesundheitsförderliche Lebensstil (ungesunde Ernährung, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Bewegungsarmut, einseitige körperliche Belastungen, Stress und psychische Belastungen) sowie umweltbedingte Faktoren.

Zu den wichtigsten chronischen Krankheiten zählen vor allem Herz-Kreislauferkrankungen, Krebs, Krankheiten der Atmungsorgane, der Verdauungsorgane und des Bewegungsapparates, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (insbesondere Diabetes mellitus und Adipositas), psychische und Verhaltensstörungen (wie Demenz, Depressionen) sowie sonstige Krankheiten, wie etwa die im höheren Alter sehr verbreitete und tabuisierte Inkontinenz. In den folgenden Unterkapiteln

wird auf die wichtigsten beziehungsweise die meist verbreiteten Krankheiten etwas näher eingegangen.

Chronische Krankheiten stellen sowohl für den Einzelnen als auch für das gesamte Gesundheitssystem eine enorme Belastung dar. Viele dieser Krankheiten sind gänzlich oder zu einem hohen Anteil lebensstilbedingt, zum Teil auch umweltbedingt, und wären damit vermeidbar oder zumindest im gesamtgesellschaftlichen Ausmaß reduzierbar. Das Wissen darüber und entsprechendes Verhalten beziehungsweise die Bereitschaft zu einer Verhaltensänderung in Richtung eines gesundheitsorientierteren Lebensstils korrelieren dabei deutlich mit der sozialen Schichtzugehörigkeit einer Person (siehe unten).

Über das Ausmaß der Verbreitung von chronischen Krankheiten weiß man wenig. In der kürzlich von Statistik Austria durchgeführten österreichischen Gesundheitsbefragung gab jedoch mehr als ein Drittel der über 15-Jährigen (2,6 Millionen Personen) an, eine oder mehrere chronische Krankheiten oder chronische Gesundheitsprobleme zu haben, wobei eine eindeutige Zunahme in der Krankheitshäufigkeit mit dem Alter erkennbar ist. Frauen sind von chronischen Krankheiten und Gesundheitsproblemen in allen Altersgruppen stärker betroffen als Männer.¹⁰ Im Vergleich zur letzten Befragung aus dem Jahr 1999 stellt dies übrigens einen deutlichen Anstieg im chronischen Krankheitsgeschehen dar.¹¹ Laut Ergebnissen der aktuellen österreichischen Gesundheitsbefragung leiden sieben von zehn Frauen (2,5 Millionen) und sechs von zehn Männern (2,0 Millionen) – insgesamt also 4,5 Millionen Menschen! – im Alter von 15 und mehr Jahren an zumindest einem chronischen, also lang andauernden, gesundheitlichen

7 WHO European health for all database <http://www.euro.who.int/hfadb>.

8 QALYs werden durch spezielle Befragungen erhoben, wobei bei der Interpretation die jeweilige Fragestellung zu berücksichtigen ist. Sie drücken ein subjektives Maß aus, d.h. die subjektive Einschätzung/Wertschätzung des Befragten gegenüber Gesundheit und Krankheit. Ein wesentlicher Faktor für die Berechnung ist die Gewichtung etwa nach dem Alter des Befragten, da dies nachweislich die Wertschätzung von Gesundheit/Krankheit beeinflusst. Es gibt drei verschiedene Verfahren (unterschiedliche Instrumente) zur Berechnung von QALYs.

9 Auskunft des Instituts für Höhere Studien (IHS), Wien.

10 Statistik Austria (2007), Österr. Gesundheitsbefragung, S. 15f.

11 In der Mikrozensus-Erhebung 1999 gaben mehr als ein Viertel der Befragten (Frauen 29,3 Prozent, Männer 25,5 Prozent) an, an mindestens einer der in der Liste angeführten Krankheiten dauernd zu leiden, wobei sowohl der Anteil als auch die Anzahl der Krankheiten mit steigendem Alter deutlich zunimmt. Von den 75-Jährigen und Älteren gaben bereits mehr als die Hälfte mindestens eine chronische Krankheit an (Frauen 56,5 Prozent, Männer 51,7 Prozent). Erhöhter Blutdruck (5,6 Prozent), Schäden an der Wirbelsäule (5,6 Prozent) und Gelenkerkrankungen (5,5 Prozent) wurden jedoch auch damals mit Abstand am häufigsten genannt. – Statistik Austria (2002), Gesundheitszustand ..., S. 42-43, 106-111.

Problem. Am häufigsten werden dabei Wirbelsäulenbeschwerden und hoher Blutdruck angeführt: 2,3 Millionen ÖsterreicherInnen (ein Drittel der Befragten) geben Wirbelsäulenbeschwerden an, rund 1,3 Millionen Bluthochdruck, je rund 1,1 Millionen Allergien (einschließlich allergisches Asthma), Gelenkserkrankungen sowie Migräne und häufige Kopfschmerzen. Ohne Berücksichtigung der Bevölkerung in Krankenanstalten, Pflegeheimen und sonstigen Institutionen, gibt es in Österreich rund 400.000 DiabetikerInnen (6 Prozent der Befragten). Häufig genannte Krankheiten sind weiters chronische Angstzustände und Depression (fast 500.000 Personen), Tinnitus (mehr als 400.000 Personen), Osteoporose (rund 400.000 Personen, vor allem Frauen), Harninkontinenz (mehr als 350.000 Personen, ebenfalls überwiegend Frauen), Grauer Star, sowie chronische Bronchitis und Emphysem (jeweils mehr als 250.000 Personen). Fast 190.000 Menschen geben ein Magen- und Darmgeschwür an. Vor allem bei den stark altersbedingten Krankheiten überwiegen die Frauen deutlich.¹²

1,5 Millionen Frauen und 1,2 Millionen Männer berichten von erheblichen Schmerzen in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung, wobei insgesamt Kreuzschmerzen (Lendenwirbelsäule), Knie, Schultern, Nacken und Rücken (Brustwirbelsäule) genannt werden. Aber auch Füße und Zehen, Kopf und Hüften werden als häufige „Schmerzorte“ genannt.¹³

Von den im Jahr 2006 insgesamt fast 30.000 registrierten Neuzugängen an Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit waren 33 Prozent auf Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, 31 Prozent auf psychiatrische Krankheiten und Krankheiten des Nervensystems, 13 Prozent auf Herz-Kreislaufferkrankungen und acht Prozent auf Krebserkrankungen zurückzuführen. Die Diagnosestatistik der Krankenanstalten gibt zwar keine Auskunft über die Prävalenz bestimmter Krankheiten, doch kann sie Anhaltspunkte für tendenzielle Verschiebungen liefern. So zeigt sich etwa in den vergangenen fünf Jahren eine Zunahme der (Haupt-)Diagnosen bei den therapieintensiven Neubildungen, den Krankheiten des Nervensystems, des Kreislaufsystems, des Verdauungssystems sowie des Muskel-Skelettsystems, seit 2003 auch bei den Verletzungen und Vergiftungen. Im Psychriebereich ist die Interpretation

einer Zeitreihe weiters erschwert durch verschiedene Abrechnungsmodelle,¹⁴ doch ist zwischen 2003 und 2005 eine leichte Zunahme bei den psychischen Störungen erkennbar.

Anhand der Mortalitätsstatistik lässt sich deutlich erkennen, dass Herz-Kreislaufferkrankheiten und Krebserkrankungen nach wie vor und mit großem Abstand die Haupttodesursachen der österreichischen Bevölkerung darstellen, wenngleich im Laufe der letzten 25 Jahre starke Rückgänge in der Sterblichkeit dieser Krankheitsgruppen zu verzeichnen sind. Darüber hinaus ist auch zu bedenken, dass Herz-Kreislaufferkrankungen die Haupttodesursache in den höheren Altersgruppen darstellen und somit auch unter dem Aspekt der Lebenserwartung zu interpretieren sind. Bei den Jüngeren dominieren ganz deutlich die Krebserkrankungen sowie, insbesondere bei den jungen Männern, Verletzungen und Vergiftungen.

Im Zeitverlauf lässt sich erkennen, dass sich bei den Herz-Kreislaufferkrankungen, den Krebserkrankungen, und den Krankheiten der Verdauungsorgane bei beiden Geschlechtern starke Rückgänge verzeichnen lassen, während seit etwa 2001 eine Zunahme der sonstigen Krankheiten registriert wird. Auffallend ist jedoch der bei Frauen etwas stärkere und bei Männern abgeschwächtere Anstieg bei den Krankheiten der Atmungsorgane seit Ende der 90er Jahre.

Eine Möglichkeit der Abschätzung der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung des Krankheitsgeschehens beziehungsweise der am meisten verbreiteten Todesursachen ist die Heranziehung der Berechnung der vorzeitigen Sterblichkeit (das heißt vor Erreichen des 70. Lebensjahres) und damit der potentiell verlorenen Lebensjahre. Demnach gingen im Jahr 2005 3.388 potentielle Lebensjahre pro 100.000 Bevölkerung aufgrund vorzeitiger Sterblichkeit (PYLL) verloren. Im Vergleich zu 2000 ist eine Abnahme von zehn Prozent zu verzeichnen. Die größten Anteile entfallen dabei zum einen auf Krebserkrankungen (839 Jahre), davon wiederum ein beträchtlicher Anteil auf Lungenkrebs (169 Jahre) und weiblichen Brustkrebs (167 Jahre).

¹² Statistik Austria (2007), Ausgewählte Ergebnisse.

¹³ Statistik Austria (2007), Ausgewählte Ergebnisse.

¹⁴ Grundsätzlich Abrechnung nach dem Episodenmodell, mit Ausnahme des Jahres 2002 (tagesklinischer Betrieb). Dies führte in der Statistik zu einem scheinbaren Anstieg der PatientInnen.

Zum ändern scheinen Herz-Kreislaufkrankungen mit 414 Jahren als bedeutendste Großgruppe auf, darunter vor allem Herzinfarkt mit 143 Jahren. In beiden Gruppen ist jedoch eine starke Abnahme zu beobachten. Erwähnenswert sind vielleicht auch die Krankheiten des Verdauungssystems mit insgesamt 193 Jahren, davon 154 wegen chronischer Leberkrankheit und Zirrhose.¹⁵

2.2.4 SOZIALER STATUS UND KRANKHEIT

Niedriges Bildungsniveau, Armut, Migrationshintergrund und Arbeitslosigkeit sind wesentliche Faktoren sowohl für Gesundheitsverhalten als auch Krankheitsrisiken.¹⁶

Ebenso wie das Wissen über einen gesundheitsförderlichen Lebensstil und die Bereitschaft für ein gesundheitsorientiertes Verhalten nachweislich mit der sozialen Schichtzugehörigkeit einer Person in Zusammenhang stehen, gibt es auch sozioökonomische Unterschiede in der Verbreitung bestimmter Krankheiten und in der Sterblichkeit.

Zur Feststellung der Prävalenz ist eine Korrelation nach soziodemografischen Kriterien (soziale Schicht: Bildung, Stellung im Beruf, Einkommen) nur aufgrund der Daten aus repräsentativen Gesundheitsbefragungen oder eigens durchgeführten Studien möglich. Alle anderen Datenquellen beziehungsweise Statistiken enthalten keine entsprechenden Informationen über den sozialen Hintergrund der erfassten Personen.

Laut Mikrozensus-Erhebung aus dem Jahr 1999¹⁷ sind in der Prävalenz von Krankheiten sehr deutliche Unterschiede, etwa nach Bildungsniveau festzustellen, wobei sich die zu Tage tretenden Unterschiede auch in den Variablen Stellung im Beruf und Teilnahme am Erwerbsleben sinngemäß widerspiegeln. Die meisten der angeführten Krankheiten werden am häufigsten von PflichtschulabsolventInnen genannt, die wenigsten von UniversitätsabsolventInnen. So etwa gaben nur 47 Prozent der PflichtschulabsolventInnen ohne Lehrabschluss an, im Jahr vor der Befragung an keiner Krankheit gelitten zu haben, während der entsprechende Anteil bei den AbsolventInnen einer berufsbildenden höheren Schule 54 Prozent, bei den UniversitätsabsolventInnen 52 Prozent betrug.

Besonders auffallend ist die Überrepräsentanz der unteren sozialen Schichten in den Fällen von Zucker-

krankheit, erhöhter Blutdruck, andere Herzerkrankungen, Hirngefäßerkrankungen, Venenentzündungen, -thrombosen, Krampfadern, Lungenasthma, Lungenentzündung, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre, andere Magenkrankheiten (beispielsweise Gastritis), Gallenblasenentzündungen, Gallensteine, Leberkrankheiten, Schäden an der Wirbelsäule, Gelenkerkrankungen, Gefäßstörungen an den Beinen, Gelenksrheumatismus, Nervenentzündungen, Neuralgien, Ischias. All diese Krankheiten werden bei weitem am häufigsten von PflichtschulabsolventInnen genannt. Es ist offensichtlich, dass diese Krankheiten zum einen lebensstilbedingt sind (vor allem Rauchen, Alkohol, Ernährung), zum ändern auf die gesundheitsgefährdenderen Arbeitsbedingungen von schlechter Ausgebildeten zurückzuführen sind, die etwa auch in vorzeitigen Abnützungerscheinungen resultieren. Höher Gebildete, vor allem mit Universitätsabschluss, leiden hingegen häufiger an Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten und Erkältungskrankheiten.¹⁸

Arbeitslosigkeit ist ein bedeutender Faktor in der ungleichen Verteilung von chronischen Krankheiten und Beschwerden. Fast 63 Prozent der Arbeitslosen im Vergleich zu 54 Prozent der Erwerbstätigen nennen mindestens eine chronische Beschwerde; fast 33 Prozent berichten über eine aktuelle chronische Krankheit (Erwerbstätige: 23 Prozent). Selbst unter Berücksichtigung des Altersfaktors bei Arbeitslosen ist hier ein Ungleichgewicht zu erkennen. Den höchsten Anteil an chronischen Beschwerden und Krankheiten haben PensionistInnen.¹⁹

Auch die sozialen Unterschiede in der Sterblichkeit sind bemerkenswert. So etwa hatten, einer österreichischen Studie aus den 80er Jahren zufolge, Männer mit Pflichtschulbildung eine um 48 Prozent höhere Sterblichkeit als Hochschulabsolventen, wobei die Übersterblichkeit

15 OECD Health Data 2007. Alle Zahlen bezogen auf 100.000 Bevölkerung.

16 Statistik Austria, Ergebnisse des Mikrozensus 1999. Vgl. auch Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten, insbes. S. 95-102; Stadt Wien (2005), Gesundheitsbericht 2004, insbes. S. 361-386; Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999; Stadt Wien (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey; Stadt Wien (2003), Lebensstile; Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2004), Frauengesundheitsbericht 2003 und gleicher Hrsg. (2005) Gesundheitsbericht 2005.

17 In Bezug auf schichtspezifische Merkmale liegen noch keine Auswertungsergebnisse der aktuellen Gesundheitsbefragung aus dem Jahr 2006/2007 vor.

18 Statistik Austria (2002), Gesundheitszustand ..., S. 100-111. Vgl. auch Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999.

19 Statistik Austria (2002), Gesundheitszustand ..., S. 100-111. Vgl. auch Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999. Ähnliche Ergebnisse auch im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey (Stadt Wien, 2001).

mit jeder Bildungsstufe sinkt (Lehrabschluss +41 Prozent, AbsolventInnen von berufsbildenden mittleren Schulen +15 Prozent, Maturaabschluss +12 Prozent). Bei den Frauen waren die Unterschiede sogar noch größer. Die Sterblichkeit von Pflichtschulabsolventinnen war im Vergleich zu Hochschulabsolventinnen um 70 Prozent höher (Lehrabschluss +56 Prozent, berufsbildende mittlere Schule +49 Prozent, Maturaabschluss +33 Prozent).²⁰

Diese nach Bildungsschicht differenzierten Werte sind natürlich auch unter dem Gesichtspunkt der Berufswahl beziehungsweise der jeweiligen Arbeitsbedingungen zu interpretieren. Personen mit niedrigem Bildungsniveau arbeiten meist in körperlich belastenden Berufen mit vergleichsweise wenig Kontrollmöglichkeiten über Arbeitsabläufe und Zeiteinteilung²¹, und sind einem höheren Risiko von Arbeitslosigkeit ausgesetzt (vor allem ab dem 45. oder 50. Lebensjahr). Verschiedene Studien und Befragungen zeigen auch, dass Angehörige von unteren sozialen Schichten seltener zum Arzt gehen beziehungsweise weniger Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen als Angehörige oberer sozialer Schichten.²²

Interessant sind auch die Ergebnisse der bereits in den 1960er Jahren in London durchgeführten und danach benannten berühmten Whitehall-Studie an Beamten. Eines der Hauptergebnisse dieser Studie war, dass Beamte in der niedrigsten Einstufungskategorie (Boten, Portiere, etc.) eine dreimal so hohe Sterblichkeit an koronaren Herzkrankheiten aufwiesen als die höheren Beamten.²³

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch eine Auswertung des ÖBIG-Gesundheit Österreich, welche die Zusammenhänge zwischen Sterblichkeit und sozioökonomischer Lage in Wien analysiert. Als Parameter wurden insbesondere Ausbildungsniveau, Wohnungssituation, und verschiedene sozioökonomische Faktoren (vor allem Arbeitslosigkeit) verwendet.²⁴

2.2.5 HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN

Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems zählen heute zu den wichtigsten chronischen Krankheiten und stellen auch mit Abstand die häufigste Todesursache der österreichischen Bevölkerung dar. Betroffen sind davon vor allem ältere Menschen. Im Einzelnen werden unter

dieser Gesamtkategorie folgende Krankheiten subsumiert: Bluthochdruck (mit/ohne Herz-/Nierenkrankheit), ischämische Herzkrankheiten (darunter Herzinfarkt), andere Herzkrankheiten, Hirngefäßkrankheiten (Schlaganfall, etc.).

2.2.5.1 Verbreitung

Da es in Österreich keine statistische Aufzeichnung zur Inzidenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen gibt (keine Meldepflicht), können zur Abschätzung des Ausmaßes dieser Krankheitsgruppe in der Bevölkerung nur Gesundheitsbefragungen, die Diagnosen aus der Spitalsentlassungsstatistik und eventuell der Anteil von Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit herangezogen werden. Wie einleitend erwähnt,²⁵ beziehen sich Gesundheitsbefragungen im Allgemeinen jedoch nur auf Personen in Privathaushalten.²⁶ Der insbesondere in dieser Krankheitsgruppe hohe Anteil von Betroffenen im fortgeschrittenen Alter, vor allem wenn bereits hospitalisiert oder in einem Pflegeheim, wird somit nicht erfasst. Die Spitalsentlassungsstatistik ist wie gesagt fall- und nicht personenbezogen und bezieht sich darüber hinaus vorwiegend auf die Hauptdiagnosen.

Die Statistik zu den gesundheitsbedingten vorzeitigen Pensionierungen gibt zwar einen wichtigen Anhaltspunkt vor allem über die gesamtgesellschaftliche Bedeutung dieser Krankheitsgruppe, spiegelt jedoch nur einen kleinen Teil des Geschehens wider.

20 Doblhammer-Reiter (1997), S. 59-72.

21 Vgl. Mielck (2000), S. 284 zur Kontrollüberzeugung, wonach Angehörige mit höherem Sozialstatus eher den Eindruck der internalen Kontrolle haben (kann Schicksal selbst in die Hand nehmen, Möglichkeiten der Eigenentscheidung zur Zielerreichung), während Angehörige mit niedrigem Sozialstatus eher external kontrolliert werden (Fremdentscheidung, d.h. abhängig von Entscheidungen anderer, mächtigerer Menschen, kann selbst wenig zur Zielerreichung beitragen, Entscheidungen werden oft Zufall oder Schicksal zugesprochen). Vgl. auch Antonovsky (1979) zum Kohärenzsinne, also ein Gefühl des Vertrauens, dass erstens die Anforderungen des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind, dass zweitens auch die nötigen Ressourcen verfügbar sind, um diesen Anforderungen gerecht zu werden, und drittens, dass die Anforderungen Herausforderungen sind, die Investitionen und Engagement verdienen (Antonovsky, 1993).

22 Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999; Stadt Wien (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey; Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2005), Gesundheitsbericht 2005.

23 Breeze et al. (2001); Marmot et al. (1978); Marmot & Shipley (1984).

24 ÖBIG (2003), Sterblichkeit und sozioökonom. Lage, in: Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität, S. 172-176.

25 Siehe Abschnitt Datengrundlage.

26 Ausnahme: aktuelle österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07, die auch die Bevölkerung in Anstalten inkludiert. Diese Befragung ist jedoch noch nicht vollständig ausgewertet.

Eine andere Quelle zur Abschätzung des Krankheitsgeschehens ist die Todesursachenstatistik. Diese erfasst jedoch nur die Haupttodesursachen, womit sowohl die Auswirkungen von Multimorbidität als auch das Ausmaß des Einflusses von Lebensstilfaktoren nicht ersichtlich werden.²⁷

Aufgrund von Gesundheitsbefragungen lässt sich feststellen, dass chronische Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems in Österreich stark verbreitet sind, wobei der Anteil der Betroffenen mit zunehmendem Alter deutlich steigt. Laut aktueller Gesundheitsbefragung aus dem Jahr 2006/2007 leidet oder litt mehr als ein Fünftel der Befragten (21,3 Prozent) an Bluthochdruck, 2,1 Prozent erlitten bereits einen Herzinfarkt, 2,2 Prozent einen Schlaganfall oder eine Gehirnblutung.²⁸

Die Diagnosestatistik der österreichischen Krankenanstalten sagt zwar wie erwähnt wenig über die Prävalenz einer Krankheit aus, doch gibt sie indirekt gewisse Anhaltspunkte für die Abschätzung der Verbreitung. Im Jahr 2005 wurden in den österreichischen Spitälern etwas mehr als 300.000 Fälle mit der Hauptdiagnose Krankheiten des Kreislaufsystems registriert (ausgewogenes Geschlechterverhältnis). Dies stellt seit 1997 insgesamt eine geringfügige Abnahme, in den vergangenen Jahren jedoch wieder eine leichte Zunahme der Entlassungsfälle dar.²⁹

Unter Auswertung aller Diagnosen (Haupt- und Zusatzdiagnosen) in den österreichischen Fonds-Krankenanstalten für den Zeitraum 2002 bis 2005 ist jedoch insbesondere bei den Herzinfarkten ein drastischer Anstieg zu beobachten. Während die ischämischen Herzkrankheiten insgesamt um zehn Prozent anstiegen (Männer elf Prozent, Frauen acht Prozent), nahmen die diagnostizierten akuten Myokardinfarkte um 41 Prozent zu, und zwar in etwa gleichem Ausmaß bei Männern (41 Prozent) und Frauen (40 Prozent). Insgesamt wurden im Jahr 2005 Männer 43.061 Mal, Frauen 30.865 Mal mit der Haupt- oder Nebendiagnose Herzinfarkt aus einer Fonds-Krankenanstalt entlassen.³⁰ Selbst bei isolierter Betrachtung der Hauptdiagnosen (alle Akutkrankenanstalten) ist ein Anstieg der Herzinfarkte um 32 Prozent zu verzeichnen (Männer 31 Prozent, Frauen 33 Prozent). Dies entspricht im Jahr 2005 10.514 Entlassungsfällen wegen eines Herzinfarktes bei den Männern und 6.839 Fällen bei den Frauen.³¹

Hingegen nahmen im gleichen Zeitraum die zerebrovaskulären Krankheiten bei den Hauptdiagnosen um insgesamt 13 Prozent ab (Männer -12 Prozent, Frauen -14 Prozent).³²

Als Ursache für eine Pension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit wurde in 13 Prozent der Fälle beziehungsweise bei 3.901 Personen eine Herz-Kreislaufkrankung angeführt.³³

2.2.5.2 Mortalität

Wenngleich es innerhalb der vergangenen zehn Jahre zu einem deutlichen Rückgang der Sterblichkeit an Herz-Kreislaufkrankheiten um mehr als 40 Prozent kam, gelten Herz-Kreislaufkrankheiten nach wie vor als häufigste Todesursache. Fast jeder zweite Sterbefall wird durch Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems verursacht, wobei hauptsächlich ältere Menschen betroffen sind.

Fast 80 Prozent der an einer Herz-Kreislaufkrankung Verstorbenen sind über 70 Jahre (Männer) beziehungsweise über 80 Jahre (Frauen) alt. Insgesamt sterben mehr Frauen als Männer an einer Herz-Kreislaufkrankung (Verhältnis etwa 60 zu 40 Prozent), was jedoch vor allem aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen zu erklären ist. In „jüngeren“ Jahren (bis etwa 75) dominieren hingegen in der Sterblichkeit der Herz-Kreislaufkrankungen die Männer.

In der Herz-Kreislauf-Mortalität dominieren bei beiden Geschlechtern, wenngleich bei den Männern (53 Prozent) noch stärker als bei den Frauen (42 Prozent), die ischämischen Herzkrankheiten, und hier wiederum der akute Myokardinfarkt. Ein Viertel (25 Prozent) der an einer Herz-Kreislaufkrankheit verstorbenen Männer erlag einem Herzinfarkt (Frauen: 14 Prozent), wobei bei den Männern bereits ab dem Alter von 50 Jahren, bei den Frauen ab etwa 65 Jahren ein erhöhtes Infarktrisiko erkennbar ist. Die folgende Grafik veranschaulicht die Verteilung der Todesfälle aufgrund einer Herz-Kreislaufkrankung nach Geschlecht.

27 Vgl. Stadt Wien (2005), Gesundheitsbericht 2004, S. 114f.

28 Statistik Austria (2007), Österr. Gesundheitsbefragung, S. 62-63.

29 Statistik Austria, Direktion Bevölkerung, Spitalsentlassungsstatistiken.

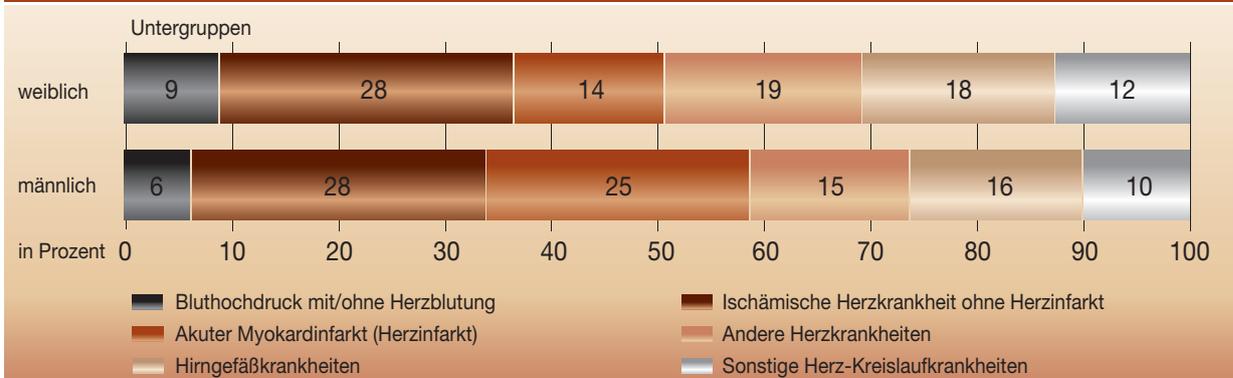
30 DIAG (BMGFJ), abgerufen 10-17 August 2007.

31 Statistik Austria, Spitalsentlassungsstatistik http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/index.html (10. August 2007).

32 Statistik Austria, Spitalsentlassungsstatistik http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/index.html (10. August 2007).

33 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2007).

Abbildung 1: Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauferkrankungen, nach Untergruppen und Geschlecht, 2006 (n=32.489)



Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung, www.statistik.at; eigene Berechnungen.

2.2.6 BÖSARTIGE NEUBILDUNGEN (KREBS)

2.2.6.1 Inzidenz

Jedes Jahr erkranken in Österreich mehr als 30.000 Menschen an Krebs. Männer sind von dieser Krankheit etwas häufiger betroffen als Frauen. Laut Österreichischem Krebsregister betrug im zuletzt verfügbaren Berichtsjahr 2003 die Anzahl der Neuerkrankungen 36.689, davon waren 53,6 Prozent Männer. Im Vergleich zu den Vorjahren ist eine deutliche Zunahme der Krebserkrankungen zu beobachten (im Vergleich zum Vorjahr +2,4 Prozent, im Vergleich zu vor zehn Jahren +10,7 Prozent).³⁴

Die häufigste Krebserkrankung ist für Männer Prostata- (29 Prozent), für Frauen Brustkrebs (28 Prozent). Bei beiden Geschlechtern folgt an zweiter Stelle Darmkrebs³⁵ (14 Prozent beziehungsweise 13 Prozent), und an dritter Stelle steht für Männer Lungenkrebs³⁶ (13 Prozent), für Frauen Gebärmutterkrebs (neun Prozent).³⁷ Zu bemerken ist, dass der bei Frauen stark zunehmende Lungenkrebs bereits an vierter Stelle (sieben Prozent) aller Krebslokalisationen steht und damit das weibliche Rauchverhalten der letzten Jahrzehnte (insbesondere seit dem starken Anstieg in den 1970er Jahre) widerspiegelt. Wenngleich die Lungenkrebsinzidenz bei den Männern sinkt (ebenfalls analog zum Rauchverhalten), ist sie dennoch immer noch hoch, und auch ein beträchtlicher Teil des Blasenkrebses (Männer sechs Prozent) sowie anderer Krebserkrankungen ist tabakassoziiert.

Im zuletzt verfügbaren Berichtsjahr 2003 wurden in der Krebsstatistik bei den Neuerkrankungen 2.711 Frauen

und 2.290 Männer mit Darmkrebs,³⁸ 1.199 Frauen und 2.626 Männer mit Lungenkrebs, 6.136 Männer mit Krebs der männlichen Geschlechtsorgane (davon 5.737 Prostatakrebs), 4.787 Frauen mit Brustkrebs und 2.448 Frauen mit Krebs der weiblichen Geschlechtsorgane registriert.

Die folgende Grafik zeigt die relative Entwicklung einiger ausgewählter Krebslokalisationen zwischen 1990 und 2003.³⁹ Auffallend ist der markante Anstieg der Lungenkrebsinzidenz bei den Frauen um 34 Prozent (im Gegensatz zu einer Senkung bei den Männern um fast 19 Prozent). Der starke Anstieg der bösartigen Neubildungen der männlichen Genitalorgane um fast das Doppelte ist hingegen zu einem wesentlichen Anteil auf den Screeningeffekt des Prostatakrebses zurückzuführen. Bei den Frauen fällt weiters die insgesamt seit 1990 zu verzeichnende Zunahme beim Brustkrebs auf (+17 Prozent). Allerdings kam es zwischen 2000 und 2003 wieder zu einer leichten Abnahme. Darmkrebs ist im Beobachtungszeitraum bei den Frauen um 14 Prozent, bei den Männern um nur zwei Prozent gesunken. Erfreulich ist bei den Frauen vor allem die Abnahme der bösartigen Neubildungen der weiblichen Genitalorgane um 26 Prozent.

34 Statistik Austria, Krebsinzidenz http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/index.html (10. August 2007).

35 Bösartige Neubildungen des Dickdarms (C18), des Rektums und des Anus (C19-C21).

36 Bösartige Neubildungen der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge (C33-C34).

37 Statistik Austria, Österreichisches Krebsregister Stand 30.11.2006, letzte Änderung 1.6.2006. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/krebsinzidenz_im_ueberblick/020524.html (10. August 2007)

38 Bösartige Neubildungen des Dickdarms, Rektums und Anus (C18-C21).

39 Berechnung basiert auf altersstandardisierten Raten.

Abbildung 2: Krebsinzidenz, relative Entwicklung 1991 bis 2003 (1990=100%), bei Männern (unterschiedliche Skalierung!)

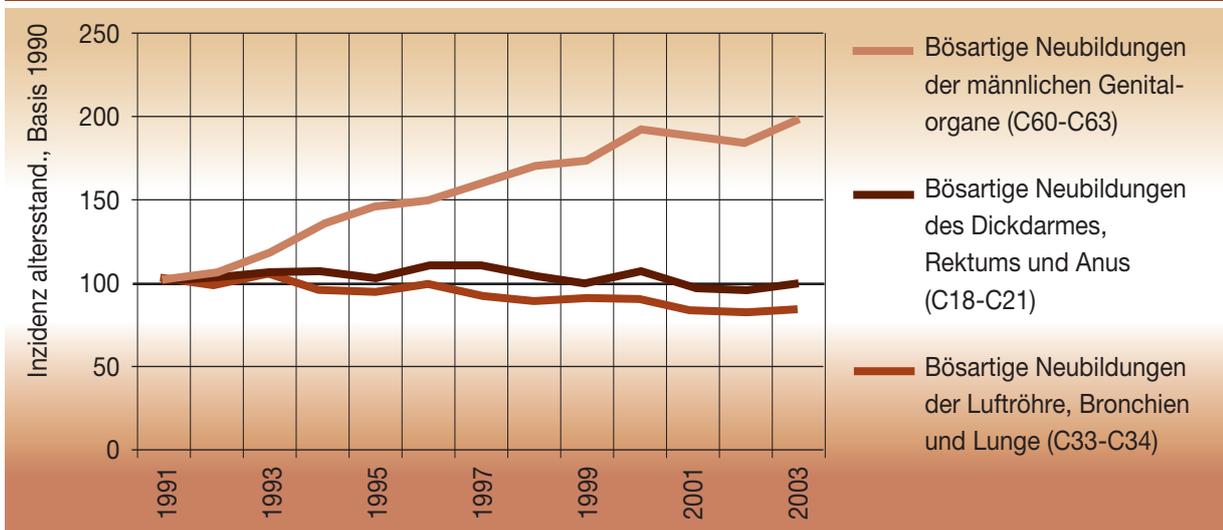
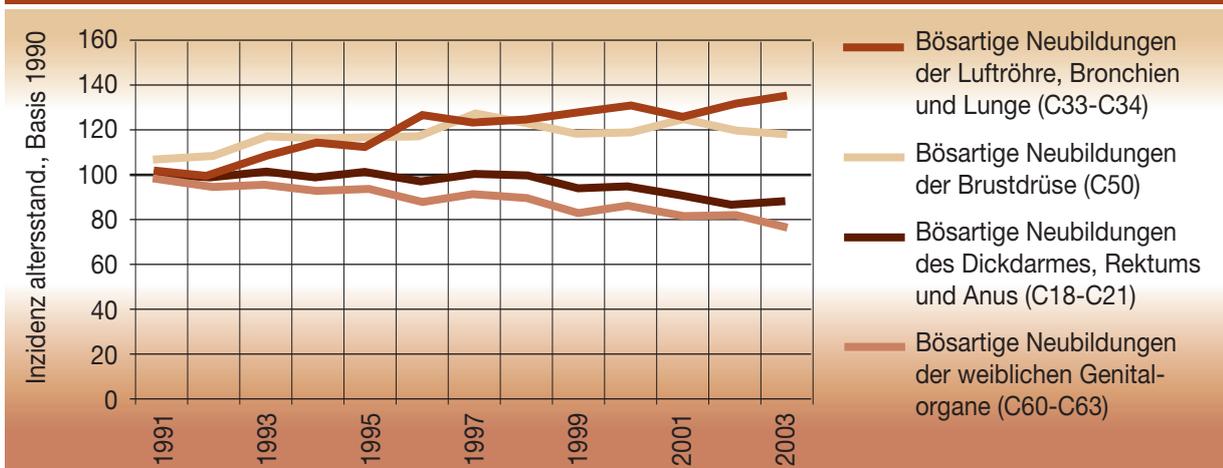


Abbildung 3: Krebsinzidenz, relative Entwicklung 1991 bis 2003 (1990=100%), bei Frauen (unterschiedliche Skalierung!)



Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung, Krebsinzidenz; eigene Berechnungen.

Ebenso wie Herz-Kreislauferkrankungen treten auch Krebserkrankungen mit zunehmendem Alter vermehrt auf, was in Anbetracht der insgesamt zunehmenden Alterung der Bevölkerung von großer gesundheitspolitischer Relevanz (vor allem im Planungs- und Versorgungsbereich) ist.

Eine genauere Betrachtung der Krebsinzidenz nach Alter und den wichtigsten Lokalisationen zeigt ein unterschiedliches Bild für Männer und Frauen. Bei den Männern ist ab der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen insgesamt ein merklicher Anstieg der Inzidenz

zu beobachten, ab dem 50. Lebensjahr ist der Anstieg dann sehr deutlich. Vor allem beim Prostatakrebs fällt der sprunghafte Anstieg ab etwa dem 50. Lebensjahr auf. Dies kann jedoch als Screeningeffekt der Vorsorgeuntersuchungen interpretiert werden. Auch beim Darm- und Lungenkrebs steigt die Inzidenz ab dem 50. Lebensjahr deutlich.

Bei den Frauen dominiert der Brustkrebs, welcher bereits ab der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen steil ansteigt. Der Anstieg beim Lungenkrebs ist zwar mäßiger ausgeprägt als bei den Männern, doch trotzdem

beachtlich (vor allem ab dem 50. Lebensjahr) und bereits im mittleren Lebensalter beginnend. Auffallend ist der steile Anstieg von Darmkrebs bei den Frauen im Alter von über 65 Jahren. Krebserkrankungen der Gebärmutter nehmen insbesondere ab dem 60. Lebensjahr zu, während die Inzidenz beim Gebärmutterhals (Cervix) bereits bei jungen Frauen ab etwa 30 Jahren deutlich steigt, und sodann, mit einer weiteren Erhöhung insbesondere zwischen 35 und 54 Jahren, mehr oder weniger auf diesem erhöhten Plateau bleibt.

2.2.6.2 Mortalität

Krebserkrankungen stellen für beide Geschlechter, nach den Herz-Kreislaufkrankungen, trotz eines Rückgangs in den vergangenen Jahren nach wie vor die zweithäufigste Todesursache dar. Im Jahr 2006 verstarben in Österreich mehr als 19.000 Menschen (10.094 Männer und 8.962 Frauen) infolge einer Krebserkrankung. Dies entspricht etwas mehr als einem Viertel⁴⁰ aller Todesfälle.

Bereits ab etwa dem 45. Lebensjahr ist ein deutlicher Anstieg der Krebstodesfälle zu registrieren. Fast die Hälfte aller Krebstodesfälle betrifft jedoch Menschen im Alter ab 75 Jahren.⁴¹

Die Rangreihung der Krebslokalisationen bei den Todesfällen ist etwas abweichend von der Inzidenz. Bei den Männern steht mit fast einem Viertel (23,3 Prozent) aller Krebstodesfälle der Lungenkrebs⁴² mit Abstand an erster Stelle. Rechnet man die bösartigen Neubildungen des Kehlkopfes⁴³ hinzu, so erhöht sich der Anteil auf 24,4 Prozent. Somit verstarben im Jahr 2006 insgesamt 2.465 beziehungsweise jeden Tag sieben Männer am vorwiegend tabakassoziierten Lungen- oder Kehlkopfkrebs. Mit großem Abstand folgen Darmkrebs (Dickdarm unter Hinzurechnung des Rektums und Anus⁴⁴) mit 12,2 Prozent (1.230 Gestorbene), sowie Prostatakrebs (10,7 Prozent bzw. 1.083 Gestorbene). Letzteres zeigt, dass trotz der hohen Inzidenzrate (2003: 5.727 Fälle) von Prostatakrebs vergleichsweise wenige Männer (knapp 20 Prozent) an dieser Diagnose sterben.

Bei den Frauen hingegen rangiert, ebenso wie bei der Inzidenz, der Brustkrebs mit 17,4 Prozent (1.563 Gestorbene) an erster Stelle der Krebstodesfälle. An zweiter und dritter Stelle stehen mit rund 12 Prozent beinahe gleichwertig Darmkrebs (einschließlich Rektum und Anus, insgesamt 1.119 Gestorbene) und Lungenkrebs

(einschließlich Kehlkopf, insgesamt 1.095 Gestorbene). Das heisst, im Jahr 2006 starben jeden Tag etwa vier Frauen an Brustkrebs, drei an Darmkrebs und drei an Lungenkrebs.

2.2.7 SONSTIGE CHRONISCHE ERKRANKUNGEN

2.2.7.1 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

Verbreitung

Im Jahr 2005 waren bei Entlassungen aus Akutkrankeanstalten in fast 67.000 Fällen als Hauptdiagnose Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90) angeführt. 58 Prozent betreffen Frauen. Mehr als die Hälfte (rund 35.000 Fälle beziehungsweise 52,5 Prozent) der Hauptdiagnosen dieser Krankheitsgruppe entfällt auf die Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus, E10-E14), wobei Männer und Frauen in gleicher Weise betroffen sind.⁴⁵

Diabetes stellt jedoch sehr häufig nicht die Hauptdiagnose bei stationären Aufenthalten dar. Unter Auswertung aller Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) der österreichischen Fonds-Krankeanstalten zeigt sich daher ein deutlich anderes Bild: Rund 97.200 Fälle von Diabetes Typ II („Altersdiabetes“, E11), rund 14.000 Fälle von Diabetes Typ I (Jugenddiabetes, E10). Während der Jugenddiabetes über die vergangenen vier Jahre relativ konstant blieb, zeigt sich beim Altersdiabetes eine starke Zunahme. Zwischen 2002 und 2005 ist eine Steigerung der Diagnosen um mehr als 20 Prozent zu beobachten, bei Männern (24 Prozent) etwas mehr als bei Frauen (18 Prozent). Insgesamt ist jedoch der Anteil der Frauen etwas höher (53 Prozent).⁴⁶

Da es in Österreich kein Diabetes-Register gibt, kann die Verbreitung von Diabetes nur anhand von internationalen Richtwerten und Gesundheitsbefragungen

40 Insgesamt 25,6 Prozent; Männer 29,0 Prozent, Frauen 22,7 Prozent.

41 Statistik Austria, Krebsmortalität, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/index.html (10. August 2007).

42 Bösartige Neubildungen der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge (C33-34).

43 Bösartige Neubildungen des Kehlkopfes (C32).

44 Bösartige Neubildungen des Dickdarms (C18): 772 Gestorbene; Bösartige Neubildungen des Rektums und des Anus (C19-21): 458 Gestorbene.

45 Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/index.html (10. August 2007).

46 DIAG (BMGFJ), abgerufen 10-17 August 2007.

geschätzt werden. International ist eine Zunahme der Erkrankungen an Diabetes mellitus, vor allem der Typ-2-DiabetikerInnen, zu beobachten. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass die Zahl der Diabetes-Kranken weiter steigen wird. Laut Schätzungen der WHO beträgt die Prävalenz des Diabetes mellitus in den westlichen Industriestaaten gegenwärtig etwa fünf Prozent. Neuere Schätzungen für Österreich gehen von fünf bis sieben Prozent beziehungsweise circa 500.000 Betroffenen aus, wobei etwa 90 Prozent der DiabetikerInnen erst im Laufe des mittleren beziehungsweise höheren Lebensalters erkranken.⁴⁷ Als Hauptursache für Diabetes (Typ 2) gelten Art der Ernährung und Übergewicht, häufig gepaart mit Bewegungsmangel. Gleichzeitig führen frühere Entdeckung durch Screening, bessere medizinische Versorgung zur Erhöhung der Lebenserwartung von DiabetikerInnen und damit zu einer Erhöhung der Verbreitung (Prävalenz) von Diabetes in der Gesellschaft.

In der aktuellen Gesundheitsbefragung 2006/2007 geben 5,9 Prozent der Befragten (Frauen 6,4 Prozent, Männer 5,4 Prozent) beziehungsweise rund 400.000 Menschen an, jemals an Diabetes gelitten zu haben.⁴⁸ Da in dieser Zahl keine Personen in Krankenanstalten und Pflegeheimen inkludiert sind beziehungsweise die Zahl der älteren bis hoch betagten Menschen insgesamt eher unterrepräsentiert ist, ist dies noch immer als Unterschätzung zu werten. Im Vergleich zur Befragung von 1999 stellt dieses Ergebnis (trotz unterschiedlicher Fragestellung) jedoch eine erhebliche Zunahme dar.⁴⁹ Im Jahr 2005 gingen in Österreich 143 potentielle Lebensjahre pro 100.000 Bevölkerung aufgrund vorzeitiger Sterblichkeit (PYLL) verloren, davon 56 aufgrund von Diabetes mellitus. Zwischen 2000 und 2004 ist hier eine enorme Steigerung zu verzeichnen, bei Diabetes um mehr als das Zweieinhalbfache, in der gesamten Krankheitsgruppe nur knapp darunter. Zwischen 2004 und 2005 kam es jedoch zu einer leichten Abnahme.⁵⁰ Ein weiterer bedeutender Anteil dieser Krankheitsgruppe entfällt auf Adipositas und sonstige Überernährung (E65-E68).

Laut Ergebnissen der letzten Gesundheitsbefragung sind 460.000 Österreicherinnen (13,4 Prozent) und 400.000 Österreicher (12,8 Prozent) im Alter von 20 und mehr Jahren als stark übergewichtig zu bezeichnen. Im Vergleich zu 1999 ist hier eine Zunahme um fast die

Hälfte (1999: Frauen und Männer 9,1 Prozent) zu verzeichnen. Der Anteil der Adipösen steigt kontinuierlich mit dem Alter und erreicht in der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen mit einem Anteil von rund 20 Prozent seinen Höhepunkt. Darüber hinaus zeigt sich ein deutliches Ost-West-Gefälle. Beinahe die Hälfte der Übergewichtigen leidet unter Bluthochdruck und/oder einer Wirbelsäulenerkrankung. Jeder siebente Betroffene leidet unter Diabetes.⁵¹

In den österreichischen Krankenanstalten wurde in mehr als 80.000 Fällen im Jahr 2005 die Fettleibigkeit als Haupt- oder Nebendiagnose gestellt. Ein beachtlicher Teil der Diagnosen stammt übrigens aus Privatkrankeanstalten. Etwas mehr als die Hälfte der Diagnosen (57 Prozent) entfällt auf Frauen. Allerdings ist zwischen 2003 und 2005 bei den Frauen ein leichter Rückgang, bei den Männern hingegen ein leichter Anstieg zu verzeichnen.⁵²

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass fast viermal so viele Frauen wegen eines Magenbandes (Gastric banding, MEL2948) und mehr als achtmal so viele Frauen wegen einer Fettschürze (MEL2891) operiert werden.⁵³

Mortalität

4.472 Menschen (1.909 Männer, 2.563 Frauen) starben 2006 an einer Ernährungs- und Stoffwechselkrankheit, davon war in mehr als 80 Prozent Diabetes mellitus die Todesursache.

2.2.7.2 Psychische Störungen und Verhaltensstörungen

Verbreitung und Bedeutung

Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) sind, vor allem aufgrund der damit verbundenen Folgen, von gesellschaftlich großer Bedeutung. Zu den wichtigsten Untergruppen zählen die Demenz, alkohol- oder drogen-

47 SCHERNTHALER, www.austria.com. Vgl. auch Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten, S. 270-280.

48 Statistik Austria (2007), Österr. Gesundheitsbefragung, S. 62-63.

49 Laut Ergebnis des Mikrozensus 1999 berichten 2,1 Prozent der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung, dass sie zum Erhebungszeitpunkt an Zuckerkrankheit leiden (Männer 2,0%, Frauen 2,1%). – Statistik Austria (2002), Gesundheitszustand ..., S. 110-111.

50 OECD Health Data 2007.

51 Statistik Austria (2007), Österr. Gesundheitsbefragung, S. 31-34; Statistik Austria (2007), Ausgewählte Ergebnisse.

52 DIAG (BMGFJ), abgerufen 10-17 August 2007.

53 DIAG (BMGFJ), abgerufen 10-17 August 2007.

verursachte Störungen, Schizophrenie und wahnhaftige Störungen sowie affektive Störungen (vor allem Depression).

In der aktuellen österreichweiten Gesundheitsbefragung geben 8,9 Prozent (Frauen 10,9 Prozent, Männer 6,7 Prozent) der Befragten über 15 Jahre an, jemals an chronischen Angstzuständen oder Depression gelitten zu haben.⁵⁴ Konkret bedeutet dies 300.000 Betroffene weiblichen und 180.000 Betroffene männlichen Geschlechts.⁵⁵

In den österreichischen Akutkrankenanstalten wurde im Jahr 2005 in fast 126.000 Fällen die Hauptdiagnose einer psychischen oder Verhaltensstörung gestellt. In etwas mehr als der Hälfte der Fälle (53 Prozent) betraf es Frauen.⁵⁶ Unter Einbeziehung der Nebendiagnosen sind es jedoch etwa zweieinhalb Mal so viele Fälle, die in einem Jahr diagnostiziert werden.⁵⁷

Affektive Störungen als Hauptdiagnose stellen mit mehr als einem Viertel einen bedeutenden Anteil dieser Gruppe, wobei Frauen etwa doppelt so häufig betroffen sind. Bei den Männern dominieren hingegen die alkoholbedingten Störungen.⁵⁸ Unter affektive Störungen (F30-F39) fallen insbesondere die depressive Episode (F32) sowie die rezidivierende depressive Störung (F33). Diese werden gemeinhin als „Depression“ bezeichnet und bilden mit etwa 80 Prozent den Hauptanteil.⁵⁹

Die vor allem ältere Menschen betreffende Demenz bildet mit knapp acht Prozent der Diagnosefälle im Vergleich zu den mehr als 18 Prozent alkoholbedingten Störungen einen vergleichsweise geringen Anteil. Auch der Anteil an psychischen und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen („Drogen“) ist mit knapp vier Prozent im Vergleich zur Ursache Alkohol als gering zu bezeichnen.⁶⁰

Personen mit psychischen Störungen haben ein erhöhtes Suizidrisiko. Im Jahr 2006 starben 997 Männer und 296 Frauen aufgrund von Suizid oder Selbstbeschädigung.⁶¹ Nicht eingerechnet sind hier die diese Zahlen übersteigenden Suizidversuche.

Einen Einblick in die gesamtgesellschaftliche Bedeutung von psychischen Störungen geben etwa auch die auf Gesundheitsgründen basierenden vorzeitigen Pensionen. Im Jahr 2006 wurde 8.035 Personen (4.370 Männer, 3.665 Frauen) eine Pension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit aufgrund einer psychiatrischen Krankheit gewährt,

weiteren 1.138 Personen (684 Männer, 454 Frauen) aufgrund einer Krankheit des Nervensystems.⁶² Zusammen entspricht dies bei den Männern einem Anteil von 27 Prozent an den Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit und bei den Frauen 31 Prozent.

2.2.7.3 Krankheiten der Atmungsorgane

Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99) beinhalten neben akuten Infektionen der oberen und unteren Atemwege sowie der Lungenentzündung vor allem auch chronische Krankheiten wie etwa Lungenkrankheiten und Bronchiektasien sowie Asthma. Diese sind zu einem großen Teil durch aktives und passives Rauchen sowie andere Umwelteinflüsse verursacht und betreffen häufig auch Kinder.

Verbreitung

Laut aktueller österreichischer Gesundheitsbefragung geben 5,5 Prozent der Befragten an, jemals an chronischer Bronchitis oder Emphysem gelitten zu haben, 4,3 Prozent an allergischem Asthma und 2,8 Prozent an einer anderen Form von Asthma.⁶³

In den österreichischen Akutkrankenanstalten wurden im Jahr 2005 mehr als 157.000 Hauptdiagnosen zu dieser Krankheitsgruppe gestellt. Fast ein Fünftel betraf Lungenkrankheiten und Bronchiektasien (J40-J44, J47).⁶⁴ Als Haupt- oder Nebendiagnose werden chronische Krankheiten der unteren Atemwege jedes Jahr in mehr als 50.000 Fällen gestellt.⁶⁵

54 Statistik Austria (2007), Österr. Gesundheitsbefragung, S. 62-63.

55 Statistik Austria (2007), Ausgewählte Ergebnisse.

56 Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/index.html (10. August 2007).

57 DIAG (BMGFJ), abgerufen 10-17 August 2007.

58 Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/index.html (10. August 2007).

59 DIAG (BMGFJ), abgerufen 10-17 August 2007.

60 Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/index.html (10. August 2007).

61 Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/index.html (10. August 2007).

62 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2007).

63 Mehrfachantworten möglich. Statistik Austria (2007), Österr. Gesundheitsbefragung.

64 Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/index.html (10. August 2007).

65 DIAG (BMGFJ), abgerufen 10-17 August 2007.

Bemerkenswert ist hier vor allem die Zunahme bei den Frauen, was vor allem auf den Anstieg der Raucherprävalenz, zum Teil auch auf die Auswirkungen durch Passivrauchen zurückzuführen ist.⁶⁶

1.020 Personen (786 Männer, 234 Frauen) erhielten im Jahr 2006 eine Pension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit aufgrund einer Krankheit der Atmungsorgane. Dies entspricht einem Anteil von 3,4 Prozent dieser Pensionen.

Mortalität

Deutlicher wird das Ausmaß dieser Krankheitsgruppe in der Mortalitätsstatistik. 4.401 Menschen (2.182 Frauen, 2.219 Männer) starben 2006 an einer Krankheit der Atmungsorgane, davon entfielen 63 Prozent auf chronische Krankheiten der unteren Atemwege. Im Zeitverlauf ist zwar bis Ende der 90er Jahre ein Rückgang der Sterblichkeit zu verzeichnen, doch ist seit 1998 insbesondere bei den Frauen ein Anstieg um 20 Prozent, bei den Männern ein Anstieg um sieben Prozent zu verzeichnen.⁶⁷

2.2.7.4 Krankheiten des Verdauungssystems

Zu den wichtigsten Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93) zählen insbesondere Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre, Dyspepsie (Reizmagen), Krankheiten der Appendix (Blinddarm), Hernien, Darmerkrankungen (darunter Crohn Krankheit und Colitis ulcerosa, sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, Divertikulose des Darmes, Krankheiten des Anus und Rektums), alkoholische Leberkrankheit und andere Krankheiten der Leber, Cholelithiasis (Gallenkolik) und andere Krankheiten der Gallenblase und Gallenwege sowie Krankheiten des Pankreas (Bauchspeicheldrüse).

Verbreitung

Fast 200.000 Personen (6,8 Prozent der Befragten) gaben in der letzten österreichischen Gesundheitsbefragung an, jemals an einem Magen- oder Darmgeschwür gelitten zu haben.⁶⁸

Bei den Diagnosen der österreichischen (Fonds-) Krankenanstalten ist im Zeitraum 2002 bis 2005 eine leichte Zunahme bei den Krankheiten des Verdauungssystems um rund acht Prozent zu verzeichnen. Die Fälle sind zwar in etwa gleich verteilt zwischen Frauen

und Männern, doch ist, bei gleicher Ausgangslage 2002, bei den Frauen ein etwas stärkerer Zuwachs zu erkennen (+9,7 Prozent im Vergleich zu +6,4 Prozent bei den Männern).⁶⁹

Eine Sonderauswertung des ÖBIG-Gesundheit Österreich für die beiden chronisch entzündlichen Darmerkrankungen Morbus Crohn (K50) und Colitis ulcerosa (K51), basierend auf der Erfassung der Haupt- als auch der Nebendiagnose bei stationären Aufenthalten in österreichischen Akutkrankenanstalten, zeigt den innerhalb der letzten 14 Jahre starken Anstieg der Diagnosefälle dieser beiden Krankheiten. In beiden Fällen betrug der Anstieg zwischen 1992 und 2005 das Zweieinhalbfache (Crohn-Krankheit +246 Prozent, Colitis ulcerosa +238 Prozent)! Insgesamt wurden im Jahr 2005 mehr als 11.000 Diagnosefälle aufgrund der Crohn-Krankheit (6.290 Fälle) und der chronischen Dickdarmentzündung Colitis ulcerosa (4.857 Fälle) registriert.

Mortalität

In der Todesursachenstatistik treten Krankheiten der Verdauungsorgane mit einem vergleichsweise geringen Anteil von 4,2 Prozent aller Sterbefälle auf (2006: 3.100 Todesfälle). Bemerkenswert ist allerdings, dass die Leberzirrhose als bedeutendste Einzelursache für etwa die Hälfte aller Sterbefälle (Männer: 63,5 Prozent) in dieser Gruppe verantwortlich ist.⁷⁰ Im Laufe der vergangenen zehn Jahre verringerte sich die Sterblichkeit dieser Krankheitsgruppe um insgesamt 32 Prozent.

Dieses Ergebnis spiegelt sich übrigens auch in der Berechnung der potentiell verlorenen Lebensjahre (PYLL) wider: Nach einer leichten Senkung von 14 Prozent im Zeitraum 2000 bis 2005 betrug der Wert 2005 für die gesamte Krankheitsgruppe 193 PYLL; davon entfielen 80 Prozent (154 Jahre) auf chronische Leberkrankheiten und Zirrhose (Männer 240, Frauen 71 Jahre).⁷¹

66 BACHINGER (2006); Statistik Austria (2002), Rauchgewohnheiten; DKFZ (2005).

67 Zeitreihe bis 2005, Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/index.html (10. August 2007).

68 Statistik Austria (2007), Österr. Gesundheitsbefragung, S. 62-63; Statistik Austria (2007), Ausgewählte Ergebnisse.

69 DIAG (BMGFJ), abgerufen 10-17 August 2007.

70 Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/index.html (10. August 2007).

71 OECD Health Data 2007.

2.2.7.5 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (M00-M99) nehmen einen bedeutenden Rang im Krankheitsgeschehen ein. In diese Gruppe fallen insbesondere Schädigungen des Kniegelenkes, Arthropathien, Arthrosen und sonstige Gelenksschädigungen, Krankheiten des Bindegewebes, Spondylopathien, Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens sowie Krankheiten der Weichteilgewebe.

Verbreitung

Laut Ergebnis der letzten österreichweiten Gesundheitsbefragung gibt jede dritte Person (Männer 36,1 Prozent, Frauen 39,2 Prozent) an, jemals unter Wirbelsäulenbeschwerden gelitten zu haben. Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit des Auftretens und im Alter von 45 bis 59 Jahren ist bereits fast jede zweite Person davon betroffen (48 Prozent). 16,8 Prozent der Befragten gaben an, jemals an Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus gelitten zu haben. Weiters litten rund 400.000 Personen bzw. 5,8 Prozent der Befragten (Frauen 9,5 Prozent, Männer 1,8 Prozent) an Osteoporose.⁷²

Die detailliertere Auswertung des Mikrozensus 1999 zeigt den aktuell zum damaligen Befragungszeitpunkt herrschenden Gesundheitszustand. Demnach litt vor acht Jahren eigenen Angaben zufolge ein Fünftel der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung (20,7 Prozent) an Rücken- und Kreuzschmerzen, 10,3 Prozent an Gelenks-, Nerven- oder Muskelschmerzen an Hüfte oder Bein, 7,1 Prozent an Gelenks-, Nerven- oder Muskelschmerzen an Schulter oder Arm, 3,5 Prozent an einer Gehbehinderung sowie 7 Prozent der Frauen und 4,2 Prozent der Männer an einem Beinleiden. Neben diesen Beschwerden wurden folgende chronische Krankheiten berichtet: 5,6 Prozent Schäden an der Wirbelsäule, 3,6 Prozent Gelenkserkrankungen an Hüfte oder Bein, 1,9 Prozent Gelenkserkrankungen an Schulter oder Arm, 1,5 Prozent Gelenksrheumatismus.⁷³

In den österreichischen Akutkrankenanstalten wurden im Jahr 2005 rund 250.000 Hauptdiagnosen zu einer Krankheit des Muskel-Skelett-Systems gestellt, das sind etwa zehn Prozent aller Diagnosen.⁷⁴ Unter Einbeziehung der Nebendiagnosen beträgt jedoch die Zahl mehr als das Doppelte.

Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens, Bandscheibenschäden und vor allem Rückenschmerzen

nehmen insgesamt mit fast einem Drittel (32,5 Prozent) einen beachtlichen Teil der Hauptdiagnosen ein, gefolgt von den Arthropathien, Arthrosen und sonstigen Gelenksschädigungen (29 Prozent). All diese Krankheiten sind zwar stark altersabhängig, betreffen jedoch schon Menschen ab der Altersgruppe 45- bis 64-Jahre. Vor allem Bandscheibenschäden sind in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen am stärksten vertreten. Bei allen genannten Krankheiten sind Frauen (zum Teil deutlich) stärker betroffen.⁷⁵

Eine Annäherung zur Abschätzung der Verbreitung von Osteoporose könnten die Diagnosefälle zu Veränderungen der Knochendichte und -struktur (M80-M85) darstellen. In den österreichischen Fonds-Krankenanstalten wurden 2005 insgesamt mehr als 29.000 Mal diese Haupt- oder Nebendiagnosen gestellt. Mehr als 80 Prozent betrafen Personen weiblichen Geschlechts. Insgesamt ist seit 2002 eine leichte Abnahme um sechs Prozent zu verzeichnen.⁷⁶

Ein Drittel der wegen geminderter Arbeitsfähigkeit beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit gewährten Pensionen (2006: 9.739 Personen) sind auf Krankheiten des Skeletts, der Muskeln oder des Bindegewebes zurückzuführen.⁷⁷

Mortalität

Als Todesursache fallen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems kaum ins Gewicht. Knapp 300 Menschen starben 2006 an einer dieser Krankheiten, wobei vor allem Menschen im höheren Lebensalter betroffen sind. Bei den Frauen waren chronische Polyarthritiden und Arthrose für ein Drittel der Todesfälle verantwortlich.⁷⁸

72 Statistik Austria (2007), Österr. Gesundheitsbefragung, S. 18, 62-63.

73 Mehrfachantworten möglich. Statistik Austria (2002), Gesundheitszustand ..., S. 90-95 und 100-111.

74 Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/index.html (10. August 2007).

75 Statistik Austria, Spitalsstatistik 2005, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/index.html (10. August 2007).

76 DIAG (BMGFJ), abgerufen 10-17 August 2007.

77 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2007).

78 Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/index.html (10. August 2007).

2.2.8 TODESURSACHEN UND STERBLICHKEIT IM ZEITVERLAUF

Im Jahr 2006 verstarben in Österreich insgesamt 74.295 Personen. Damit setzt sich die Tendenz eines Rückgangs der Mortalität fort. Die standardisierte Sterblichkeit ist in den vergangenen zehn Jahren um fast ein Viertel (23,4 Prozent) zurückgegangen. Dies ist Ausdruck der gestiegenen Lebenserwartung.

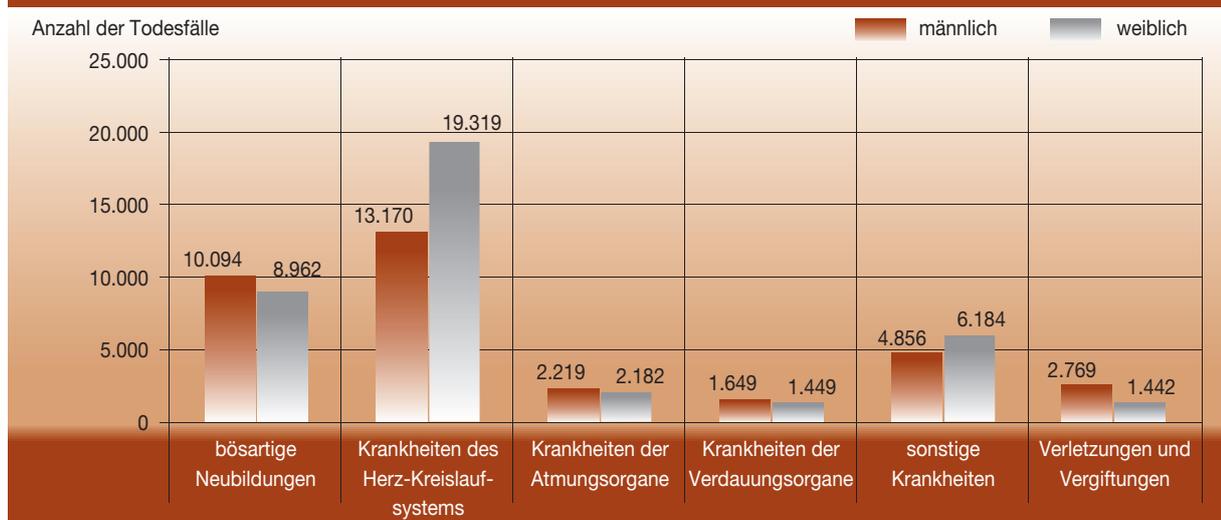
2.2.8.1 Haupttodesursachen 2006

Herz-Kreislaufkrankheiten und Krebs verursachten auch 2006 mehr als zwei Drittel (69,4 Prozent) aller Sterbefälle, wobei Herz-Kreislaufkrankheiten jeweils mit 43,7 Prozent und Krebs mit 25,6 Prozent zu Buche schlagen. Mit großem Abstand folgen die Krankheiten der Atmungsorgane (5,9 Prozent), Krankheiten der

Verdauungsorgane (4,2 Prozent), sonstige Krankheiten (14,9 Prozent) und nicht natürliche Todesursachen (Verletzungen und Vergiftungen; 5,7 Prozent).

Bei den genannten Hauptgruppen sind jedoch zum Teil gravierende Unterschiede nach Geschlecht festzustellen. Der höhere Anteil der Männer in der Krebsmortalität läßt sich vor allem auf lebensstilbedingte Krebslokalisationen (wie beispielsweise Lungenkrebs und andere vorwiegend tabakassoziierte Lokalisationen) zurückführen. Bei den Verletzungen und Vergiftungen ist vor allem die hohe Sterblichkeit bei den jungen Männern (Risikoverhalten) ausschlaggebend (siehe unten). Frauen hingegen weisen eine deutlich höhere Sterblichkeit bei den Herz-Kreislaufkrankungen auf, was jedoch insbesondere auf die höhere Lebenserwartung beziehungsweise das durchschnittlich höhere Sterbealter von Frauen zurückzuführen ist (siehe die folgende Grafik).

Abbildung 4: Todesursachen 2006 nach Hauptgruppen und Geschlecht (n = 74.295)



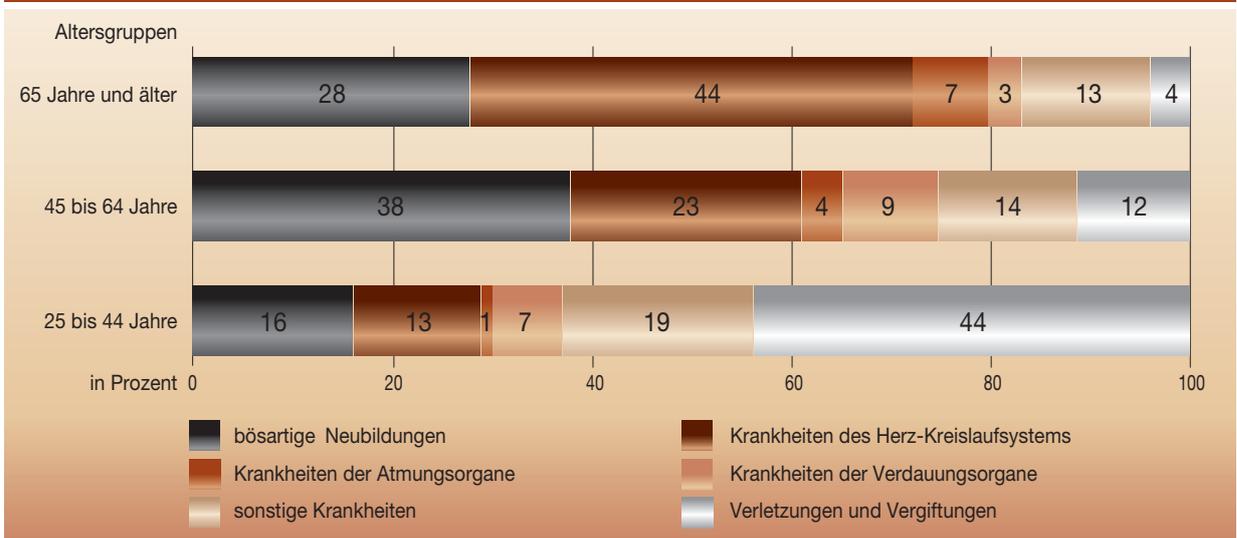
Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung, www.statistik.at; eigene Berechnungen.

Insgesamt sind jedoch die Todesursachen sehr stark altersabhängig. Im Jugendalter etwa sind die häufigsten Todesursachen Verletzungen (beziehungsweise Vergiftungen). Rund sechs von zehn verstorbenen Personen kommen in diesem Alter aufgrund von Verletzungen beziehungsweise Vergiftungen zu Tode.⁷⁹ Der besonders hohe Anteil von Verletzungen unter den jungen Männern (15- bis 24-Jährige: 65 Prozent, 25- bis 44-Jährige: 44 Prozent) ist auf deren Risikoverhalten beziehungsweise das höhere Unfallrisiko zurückzuführen.

Bereits im jungen Erwachsenenalter nehmen Krebserkrankungen eine Vorrangrolle ein – bei 25- bis 44-jährigen Frauen und danach bei beiden Geschlechtern stellen sie die Haupttodesursache dar. Bei älteren Menschen sind dann Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems die Todesursache Nummer eins (siehe die folgende Grafik).

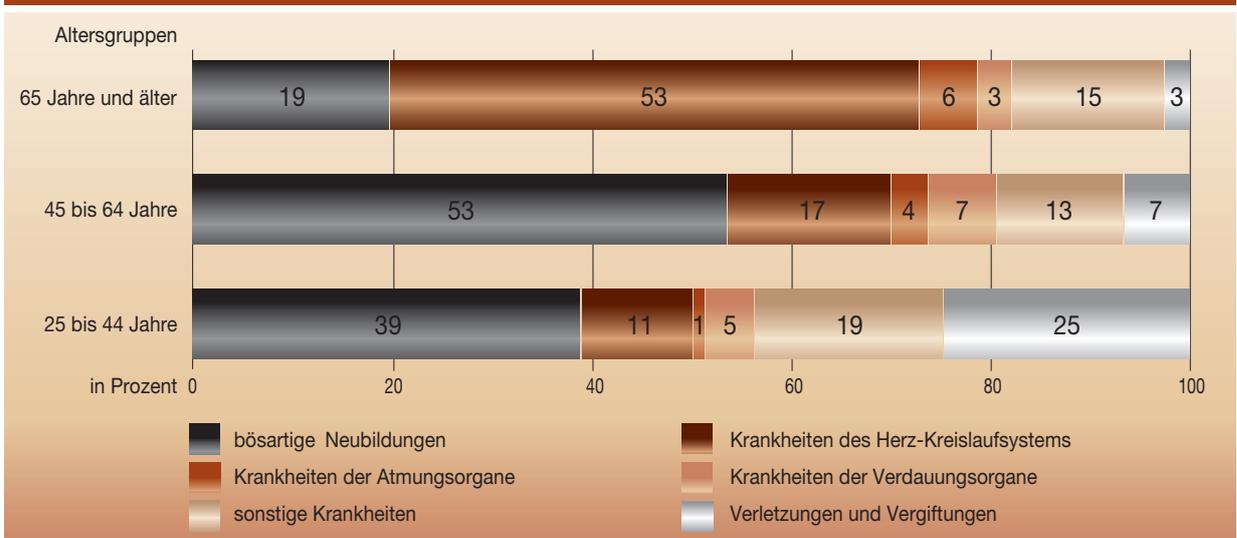
⁷⁹ Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/index.html (10. August 2007).

Abbildung 5: Todesursachen 2006 nach Altersgruppen bei Männern



Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung, www.statistik.at; eigene Berechnungen.

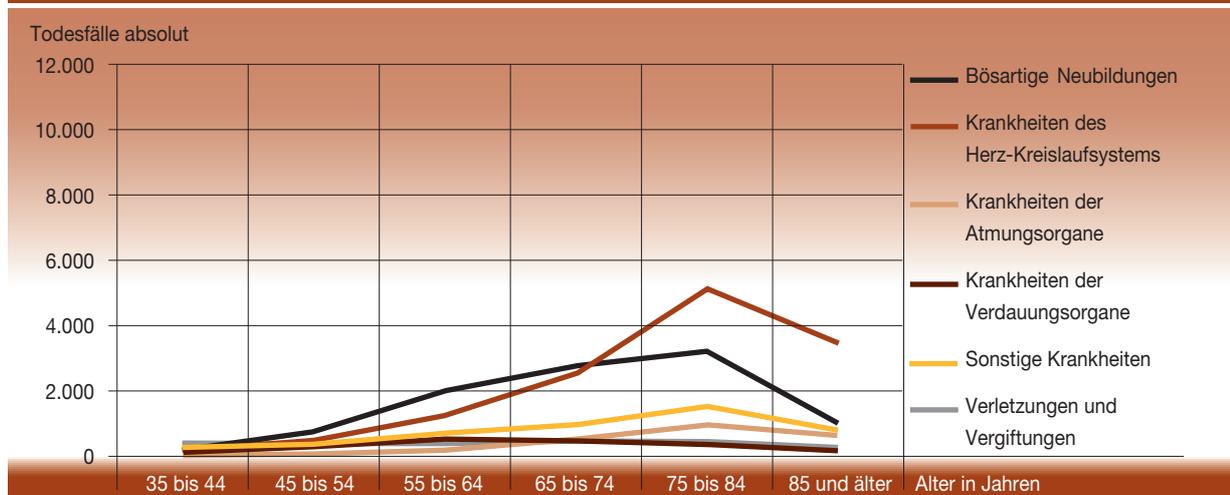
Abbildung 6: Todesursachen 2006 nach Altersgruppen bei Frauen



Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung, www.statistik.at; eigene Berechnungen.

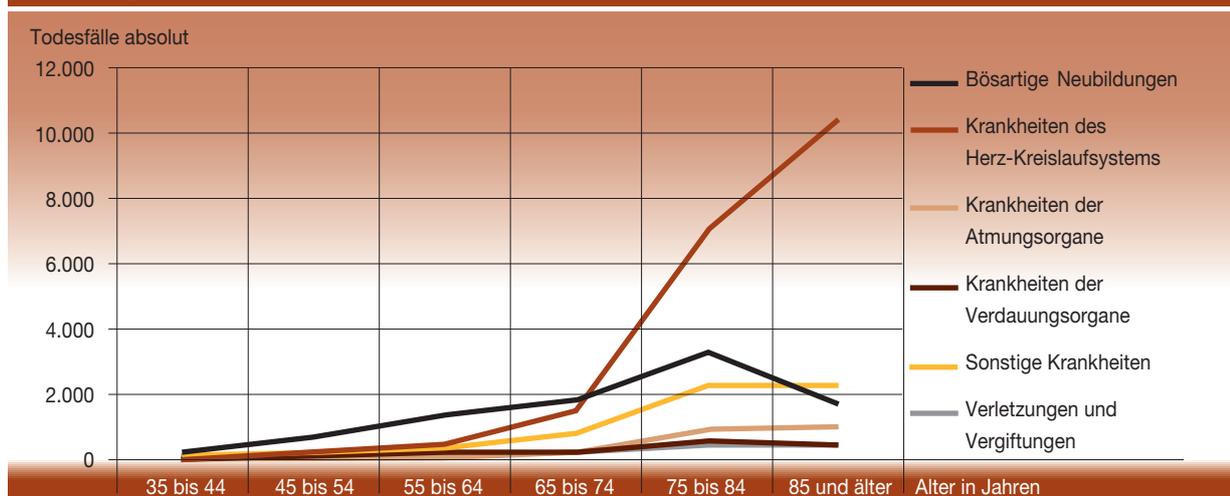
Die folgende Grafik zeigt insgesamt den altersmäßigen Verlauf der einzelnen Hauptgruppen. Bei den Frauen fällt insbesondere der sprunghafte Anstieg der Herz-Kreislauf-Todesfälle ab der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen auf sowie der gleichzeitig auch höhere Anteil bei den sonstigen Krankheiten. Bei den Männern hingegen fällt der höhere Anteil sowohl von Krebs- als auch von Herz-Kreislauf-Todesfällen im mittleren Alter auf.

Abbildung 7: Gestorbene 2005, nach Todesursachen und Alter bei Männern



Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2005; eigene Berechnungen.

Abbildung 8: Gestorbene 2005, nach Todesursachen und Alter bei Frauen



Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2005; eigene Berechnungen.

2.2.8.2 Altersstandardisierte Sterberaten im Zeitverlauf

Im Zeitraum 1985 bis 2005 ist insgesamt ein Rückgang der Mortalität um fast 40 Prozent (Männer 39 Prozent, Frauen 38 Prozent) zu beobachten. Dieser Rückgang verteilt sich jedoch nicht in gleichem Ausmaß auf alle Krankheiten, sondern ist zum größten Teil auf die Haupttodesursache Herz-Kreislaferkrankungen (Männer -54 Prozent, Frauen -53 Prozent) sowie Krebserkrankungen (Männer und Frauen -21 Prozent) zurückzuführen. Zu bemerken ist jedoch, dass der größte Anteil des

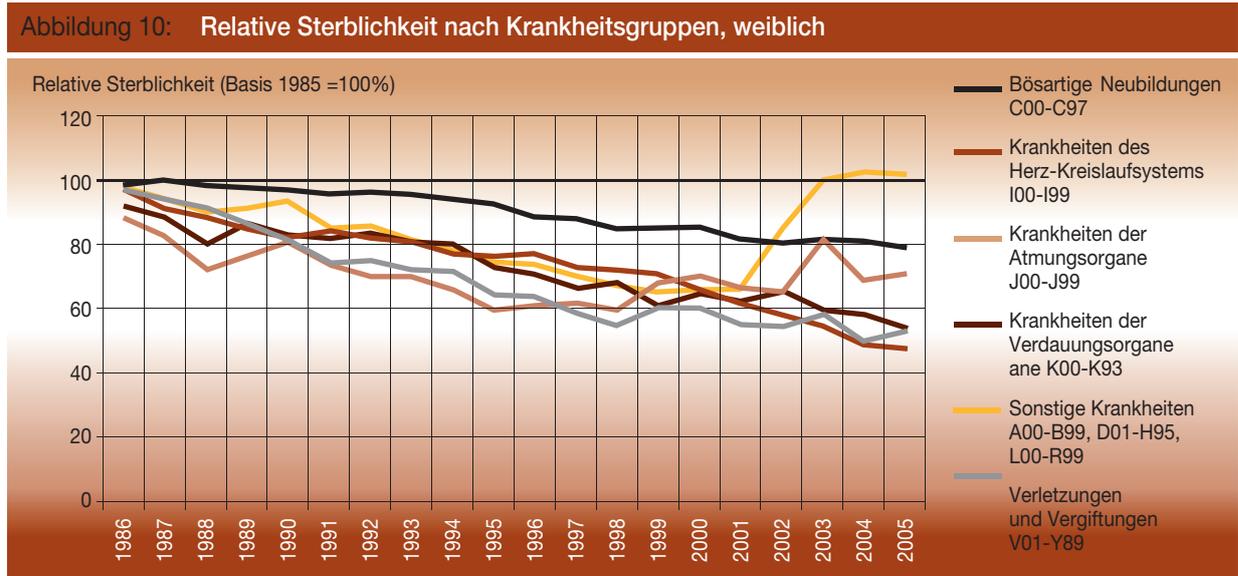
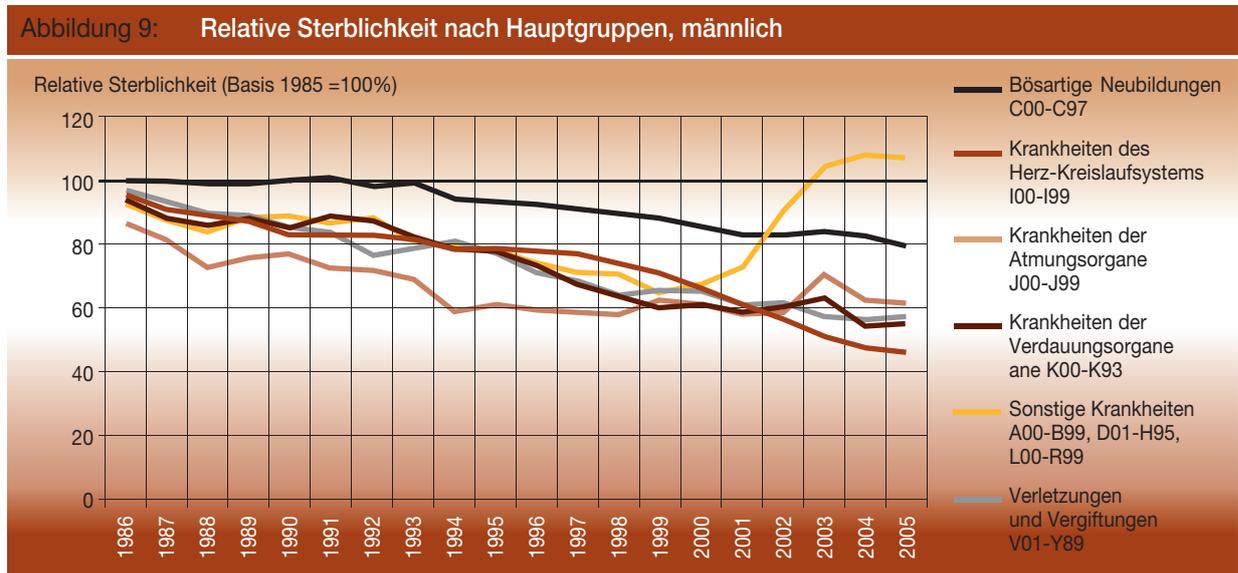
Rückgangs in der Herz-Kreislaufmortalität auf die Zeitspanne der letzten paar Jahre entfällt. Zwischen 1999 und 2005 sank die Sterblichkeit bei Männern um mehr als 35 Prozent, bei Frauen um mehr als 33 Prozent. Die Entwicklung der Krebstodesfälle stagnierte bei den Männern bis etwa 1994, erst danach ist ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Bei den Frauen ist die Entwicklung kontinuierlicher, aber auch hier ist ab 1996 ein verstärkter Rückgang zu verzeichnen. Die Rückgänge bei den Krankheiten der Atmungsorgane (Männer -39 Prozent, Frauen -29 Prozent) sowie der

Krankheiten der Verdauungsorgane (Männer und Frauen -46 Prozent) sind zwar ebenfalls beachtlich, doch fallen sie in der Gesamtmortalität weniger ins Gewicht. Interessant ist jedoch der seit Ende der 90er Jahre insbesondere bei den Frauen erkennbare Anstieg der Todesfälle aufgrund einer Krankheit der Atmungsorgane, was zu einem beträchtlichen Teil auf das Rauchverhalten beziehungsweise den Anstieg der weiblichen Raucherquoten seit den 1970er Jahren zurückgeführt werden kann.⁸⁰ Bei den Verletzungen und Vergiftungen

ist insgesamt ebenfalls ein starker Rückgang zu verzeichnen (Männer -43 Prozent, Frauen -48 Prozent). Einzig ein auffallender Anstieg bei den sonstigen Krankheiten um mehr als 50 Prozent (nach einem vorhergehenden Rückgang) ist seit Anfang dieses Jahrzehnts zu verzeichnen (Frauen 56 Prozent, Männer 49 Prozent).

Die folgende Grafik veranschaulicht die relative Entwicklung der Sterblichkeit der Hauptgruppen aufgrund der Basis von 1985.

Mortalitätsentwicklung nach Todesursachengruppen 1985 – 2005, nach Geschlecht



Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung, www.statistik.at; eigene Berechnungen.

⁸⁰ Vgl. Stadt Wien (2005), Gesundheitsbericht 2004; Stadt Wien (2002) Gesundheitsbericht 2002, insbes. S. 101ff.

2.2.9 ZUSAMMENFASSUNG UND RESÜMEE

Wie in anderen westlichen Industriestaaten werden auch in Österreich sowohl die Hauptkrankheitslast als auch die Haupttodesursachen von den chronischen beziehungsweise den so genannten Zivilisationskrankheiten bestimmt, allen voran Herz-Kreislaufkrankungen (insbesondere die ischämischen Herzkrankheiten beziehungsweise Herzinfarkt) sowie Krebserkrankungen (insbesondere Lungenkrebs, Darmkrebs, Brustkrebs, Prostatakrebs). Wenngleich mit großem Abstand folgend, sind jedoch auch die Krankheiten der Atmungs- und der Verdauungsorgane eine wichtige Gruppe.

Der Großteil dieser Krankheiten ist alters- und/oder lebensstilbedingt, zum Teil auch umweltbedingt. Der genetische Faktor spielt nach heutigem Wissensstand eine vergleichsweise vernachlässigbare Rolle.

Vor allem Herz-Kreislaufkrankungen und Krebserkrankungen, die zusammen mit rund 70 Prozent die beiden Haupttodesursachen bilden, treten vermehrt im höheren Lebensalter auf. In Anbetracht der insgesamt zunehmenden Alterung der Bevölkerung ist dies von großer gesundheitspolitischer Relevanz und stellt vor allem im Planungs- und Versorgungsbereich eine schwierige Herausforderung dar.

Die meisten dieser weit verbreiteten „Volkskrankheiten“ sind zu einem großen Teil verknüpft mit einem oft langjährigen gesundheitsschädigenden Lebensstil der Betroffenen, also ungesunde Ernährung (minderwertige Qualität der Lebensmittel, etwa vorgefertigte Produkte mit hohem Zucker-, Salz- und Fettgehalt und allgemein geringem Gesundheitswert, hoher Fleischkonsum, zu viele tierische Fette, usw.) beziehungsweise Übergewicht, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Bewegungsmangel und psychische Belastungen (Stress, etwa durch Überforderung im Beruf, Angst vor Arbeitslosigkeit oder bereits eingetretener Verlust des Arbeitsplatzes, Mobbing, etc.).

Ungesunde Ernährung führt nicht nur zu Übergewicht oder gar Fettleibigkeit, sondern häufig auch zu Diabetes, Herzinfarkt, hohem Blutdruck und Schlaganfall, Darmerkrankungen beziehungsweise Darmkrebs, um nur einige der wichtigsten Folgekrankheiten zu nennen. Es wird angenommen, dass das Leben eines Rauchers beziehungsweise einer Raucherin in der Hälfte der Fälle (davon wiederum die Hälfte vor Erreichen des 70.

Lebensjahres) an einer durch Rauchen verursachten Erkrankung endet, meist in Folge eines Herzinfarktes oder einer anderen Herz-Kreislaufkrankung, einer Atemwegserkrankung (vor allem Lungenemphysem) oder einer tabakassozierten Krebserkrankung (vor allem Lungenkrebs, aber auch Kehlkopf- oder Mundhöhlenkrebs, Blasenkrebs, usw.). Bei einer Anzahl von 1,6 Millionen täglichen RaucherInnen in Österreich⁸¹ bedeutet dies etwa 400.000 vorzeitige beziehungsweise insgesamt etwa 800.000 „vermeidbare“ Todesfälle. Jeden Tag sterben in Österreich etwa zehn Menschen in Folge von Lungenkrebs, der zu 90 Prozent eine Folge des Rauchens ist. Insgesamt sterben in Österreich an tabakassozierten Krankheiten (also Herz-Kreislaufkrankungen, andere Krebserkrankungen, Lungenemphysem usw.) schätzungsweise jedes Jahr 9000 beziehungsweise jeden Tag 25 Menschen,⁸² davon etwa zehn Prozent (also täglich zwei bis drei Menschen) an den Folgen des Rauchens ihrer Mitmenschen (Passivrauch). Die Raucherquote in Österreich ist nach wie vor hoch. Beinahe ein Viertel der 15-jährigen und älteren Bevölkerung raucht täglich,⁸³ hinzu kommt noch ein beträchtlicher Anteil von GelegenheitsraucherInnen.⁸⁴ Der Besorgnis erregende und nach wie vor anhaltende Aufwärtstrend der Raucherquoten bei den Frauen und Jugendlichen ist seit langem bekannt. Trotz dieser alarmierenden Zahlen sind die bisherigen gesundheitspolitischen Bemühungen als sehr bescheiden, zum Teil sogar als kontraproduktiv, in jedem Fall aber als kaum wirksam zu bezeichnen.

Alkohol ist, trotz der hohen Beteiligung am Krankheitsgeschehen und der gesellschaftlichen Problematik (wie etwa erhöhte Gewalttätigkeit und Unfälle),⁸⁵ in Österreich nach wie vor ein gesundheitspolitisch tabuisiertes Thema. Ebenso wie beim Rauchen zeigt man sich zwar auch beim übermäßigen Alkoholkonsum bestürzt über

81 Ohne Berücksichtigung der GelegenheitsraucherInnen. Statistik Austria (2007), Ausgewählte Ergebnisse.

82 Shafey et al. (2003).

83 Statistik Austria (2007), Österr. Gesundheitsbefragung, S. 34-39.

84 Unter „Gelegenheitsraucher“ fallen auch all jene, die zwar mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich rauchen.

85 Siehe auch BMFSSG (2001), Handbuch Alkohol.

das Verhalten der Kinder und Jugendlichen (erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, dass im internationalen Vergleich die österreichischen Jugendlichen bei Alkohol und Tabak an der Spitze stehen⁸⁶), sieht jedoch gleichzeitig in beidem primär die „Freiheit“ und das „Recht“ des Individuums ab 16 beziehungsweise 18 Jahren und somit kaum wirklichen Handlungsbedarf. In allen drei Fällen (Ernährung, Rauchen, Alkohol) ist der Vorrang von wirtschaftlichen Überlegungen gegenüber wirksamen gesundheitspolitischen Maßnahmen offensichtlich.

Hier wären also vor allem präventive und sektorübergreifende Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung, kombiniert mit politischen Maßnahmen (Gesetze, beispielsweise Werbeverbot für bestimmte Produkte, Rauchverbot in allen öffentlichen Plätzen und Einrichtungen, kontrollierter Verkauf von Alkoholika, Überwachung des Jugendschutzes, höhere Besteuerung bestimmter Produkte, Förderung der biologisch-ökologischen Landwirtschaft und Produktion von biologischen Lebensmitteln einschließlich wirksamerer Kontrolle, usw.) nicht nur dringend notwendig, sondern auch die einzige Möglichkeit, das gesellschaftliche Ausmaß dieser Krankheitslast und damit auch die volkswirtschaftliche Belastung (wachsende Gesundheitsausgaben, Ausfall von Personen im Erwerbsalter) zu reduzieren. Wirksam können solche Maßnahmen jedoch nur sein, wenn sie in Form eines auf mehreren Ebenen ansetzenden, gesamtbevölkerungsbezogenen und multisektoriiellen Maßnahmenpakets beziehungsweise einer umfassenden Präventionsstrategie angeboten werden und nicht als vereinzelte und unkoordinierte Aktivitäten.

Abgesehen von der grundsätzlich und auch international empfohlenen Vorgangsweise einer gut koordinierten Strategie anstatt von Einzelmaßnahmen bei Präventionsprojekten, die sich an eine Änderung des Lebensstils richten, wird die Notwendigkeit in diesem Fall auch aufgrund der mannigfaltigen Wechselwirkungen offensichtlich: Die meisten Krankheiten werden von den oben genannten Lebensstilfaktoren zumindest mitverursacht, und die auf einen Lebensstilfaktor gerichtete Prävention hat letztlich Auswirkungen auf eine Vielzahl von Krankheiten. Daher ist die Anforderung an eine wirksame Präventionsstrategie, dass sie ein Gleichgewicht von Verhaltens- und Verhältnisprävention berücksichtigt und weite Bereiche umfasst – also

über das Gesundheitswesen hinaus auch in vielen anderen Politikfeldern verankert sein muss (zum Beispiel Landwirtschaftspolitik, Verkehrspolitik, Stadtplanung, Bildungspolitik, Sozialwesen, Wirtschaftspolitik, usw.). Von besonderer Bedeutung ist auch die Nutzung der beziehungsweise die enge Zusammenarbeit mit den Medien als wichtigste Meinungsbildner und Träger von politischen Botschaften. Diese unter dem Namen „Media Advocacy“ bekannte Strategie bedeutet, durch gezielte Streuung von Pressemitteilungen sowie durch die persönliche Ansprache von Journalisten die Medienberichterstattung zu bestimmten Themen zu fördern.

⁸⁶ Griebler (2007), Auswertungen der aktuellen HBSC-Studie 2006/2007; Siehe auch CURRIE et al. (2004).

2.2.10 LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS

Amt der Steiermärkischen Landesregierung (Hrsg.): Gesundheitsbericht 2005 für die Steiermark. – Graz 2005.

Amt der Steiermärkischen Landesregierung (Hrsg.): Frauengesundheitsbericht 2003 für die Steiermark. – Graz 2004.

Antonovsky, A.: Health, stress and coping. – San Francisco 1979.

Antonovsky, A.: Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: A. Franke & M. Broda, Psychosomatische Gesundheit. – Tübingen 1993.

Bachinger, E.: Tabakprävention und Rauchverbote in Gastronomiebetrieben. Auswirkungen auf Raucherprävalenz, tabakassoziierte Morbidität und Mortalität, Kundenzufriedenheit und Umsatzzahlen in der Gastronomie. Erstellt im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien 3. November 2006.

BMSSG (Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen) (Hrsg.): Handbuch Alkohol – Österreich 2001. Zahlen, Daten, Fakten, Trends. – Wien 2001.

Breeze, E., Fletcher, A.E., Leon, D.A., Marmot, M.G., Clarke, R.J., Shipley, M.J.: Do socioeconomic disadvantages persist into old age? Self-reported morbidity in a 29-year follow-up of the Whitehall Study. American Journal of Public Health 2001; 91(2): 277-283.

Currie, C., Roberts, C. et al.: Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. – Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2004.

DIAG (Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Diagnosen- und Gesundheitswesen) des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ). Zugangsberechtigung erforderlich.

DKFZ (Deutsches Krebsforschungszentrum; Hrsg.): Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Band 5. – Heidelberg 2005.

Doblhammer-Reiter, G.: Soziale Ungleichheit vor dem Tod. In: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Seniorengesundheitsbericht. – Wien 1997.

Griebler, R.: Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Wiener SchülerInnen. Ergebnisse der österreichischen HBSC-Studie. In: Stadt Wien (Hrsg.): Gesundheitsbericht Wien 2007. – Wien 2007 (in Vorbereitung).

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Neuzugänge an Pensionen (inkl. Vorzeitiger Alterspensionen) wegen geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit nach Krankheitsgruppen und nach Geschlecht in der gesetzlichen Pensionsversicherung (insgesamt, Unselbständige, Selbständige), Berichtsjahr 2006. – Wien 2007.

Marmot, M.G., Rose, G., Shipley, M., Hamilton, P.J.S.: Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. Journal of Epidemiology & Community Health 1978; 32:244-249. (1978). Siehe auch <http://www.workhealth.org/projects/pwhitew.html>.

Marmot, M.G., Shipley, M.J., Rose, G.: Inequalities in death – specific explanations of a general pattern? In: Lancet 1984: 1003-1006.

Mielck, A.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. – Bern 2000.

ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, nunmehr ÖBIG/Gesundheit Österreich): Sterblichkeit und sozioökonomische Lage – regionale Zusammenhänge. In: Stadt Wien (Hrsg.), Lebenserwartung und Mortalität in Wien, S. 172-176. – Wien 2003.

OECD Health Data 2007: <http://www.sourceoecd.org> (Zugangsberechtigung erforderlich).

Shafey, O., Dolwick, S., Guindon, G.E. (Hrsg.): Tobacco Control Country Profiles. (The 12th World Conference on Tobacco or Health.) American Cancer Society Inc., World Health Organization, International Union Against Cancer. Second Edition 2003.

Stadt Wien (Hrsg.): Gesundheitsbericht Wien 2004. – Wien 2005.

Stadt Wien (Hrsg.): Chronische Krankheiten in Wien. – Wien 2004.

Stadt Wien (Hrsg.): Lebensstile und Mortalität in Wien. Wien 2003.

Stadt Wien (Hrsg.): Lebensstile in Wien. – Wien 2003.

Stadt Wien (Hrsg.): Gesundheitsbericht Wien 2002. – Wien 2002.

Stadt Wien (Hrsg.): Mikrozensus 1999 – Ergebnisse zur Gesundheit in Wien. – Wien 2002.

Stadt Wien (Hrsg.): Wiener Gesundheits- und Sozial-survey. – Wien 2001.

Statistik Austria, Direktion Bevölkerung: Jahrbücher der Gesundheitsstatistik (Aktuelle Tabellen unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/index.html (abgerufen 10.-17. August 2004).

Statistik Austria (Hrsg.): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. – Wien 2007. (Download unter < http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/0/1/3/CH0118/CMS1187686585694/gesundheitsbefragung_2006_2007_bmgfj.pdf>)

Statistik Austria: Ausgewählte Ergebnisse der Gesundheitsbefragung 2006/2007. Pressekonferenz vom 21. August 2007. (Download unter < <http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/0/1/3/CH0118/CMS1187686585694/pressunterlagen.pdf>> sowie < http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/0/1/3/CH0118/CMS1187686585694/ausgewaehlte_ergebnisse.pdf >)

Statistik Austria (Hrsg.): Gesundheitszustand und Konsum medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Mikrozensus September 1999. – Wien 2002.

Statistik Austria (Hrsg.): Rauchgewohnheiten 1997. Ergebnisse des Mikrozensus 1997. – Wien 2002.

Weitere Websites

Deutsches Bundesministerium für Gesundheit, Glossar zur Gesundheitsreform
<<http://www.die-gesundheitsreform.de/glossar/morbidityaet.html>>

Lexikon der Medizininformatik
<<http://www.medi-informatik.de/lex/Pr%E4valenz>>

Robert Koch Institut, Glossar der Gesundheitsberichterstattung <http://www.rki.de/nn_204574/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/Glossar/gbe_glossar_catalog_lv2=204686_lv3=222168.html>

Statistik Austria: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/index.html

WHO European health for all database
<http://www.euro.who.int/hfadb>

Martin Sprenger

2.3 CHRONISCH OBSTRUKTIVE LUNGENERKRANKUNGEN

2.3.1 EINLEITUNG

Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Bronchitis (COPD) gehören zu den Volkskrankheiten mit einer hohen Prävalenz (Krankheitshäufigkeit) und erheblicher volkswirtschaftlicher Relevanz. So liegen die Kosten pro PatientIn mit mittelschwerem allergischem Asthma bronchiale bei 2.200 bis 2.700 Euro pro Jahr, bei PatientInnen mit schwerem Asthma bronchiale bei 7.900 bis 9.300 Euro pro Jahr.¹

Legt man konservative Schätzungen aus Deutschland zugrunde, dann verursacht allein die COPD jährlich etwa 250.000 Arbeitsunfähigkeitstage und belastet die österreichische Volkswirtschaft mit rund einer Milliarde Euro pro Jahr,² wobei 90 Prozent der Fälle durch RaucherInnen bzw. Ex-RaucherInnen bedingt sind.

2.3.2 DEFINITION

Asthma bronchiale ist eine chronisch entzündliche Erkrankung der Atemwege, die durch eine bronchiale Hyperreagibilität und eine variable Atemwegsobstruktion charakterisiert ist.³

Eine *chronische Bronchitis* liegt vor, wenn Husten und

Auswurf an den meisten Tagen während mindestens je drei Monaten in zwei aufeinander folgenden Jahren bestehen.⁴ Der Übergang in die *chronisch obstruktive Bronchitis (COPD)* ist zusätzlich durch eine permanente Atemwegsobstruktion mit wechselnder Symptomatik von Atemnot gekennzeichnet.⁵

COPD ist eine chronische Erkrankung, die durch eine zunehmende irreversible und progressiv verlaufende Atemwegsobstruktion charakterisiert ist, die wiederum durch exogene Noxen – meist inhalatives Zigarettenrauchen – ausgelöst und unterhalten wird.⁶

2.3.3 DIAGNOSTIK

2.3.3.1 Asthma bronchiale

Zur Diagnostik von Asthma bronchiale zählen eine ausführliche Anamnese, körperliche Untersuchung, standardisierte Tests (Lungenfunktion, Bronchospasmodysetest, Testung der bronchialen Hyperreagibilität), die Beziehung von SpezialistInnen (zum Beispiel Allergologen) und spezifische Laboruntersuchungen.

2.3.3.2 COPD

Zur Diagnostik der COPD zählen eine ausführliche Anamnese, körperliche Untersuchung und standardisierte Tests (Lungenfunktion, Bodyplethysmographie, Blutgasanalyse).

Tabelle 1:

Unterschiede zwischen Asthma bronchiale und COPD ⁷		
Merkmal	Asthma bronchiale	COPD
Alter bei Erstdiagnose	variabel, häufig: Kindheit, Jugend	meist 6. Lebensdekade
Tabakrauchen	kein direkter Kausalzusammenhang; Verschlechterung durch Tabakrauchen möglich	direkter Kausalzusammenhang zwischen Rauchen und COPD
Hauptbeschwerden	anfallsartig auftretende Atemnot	Atemnot bei Belastung
Verlauf	variabel, episodisch	progredient
Allergie	häufig	selten
Obstruktion	variabel	persistierend
Bronchiale Hyperreaktivität	regelmäßig vorhanden	gelegentlich
Ansprechen auf Cortison	regelmäßig vorhanden	gelegentlich

Quelle: Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und der Deutschen Atemwegsliga. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 020/00. Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD). 2006.

2.3.4 ÄTIOLOGIE / URSACHEN

2.3.4.1 Asthma bronchiale

In der Literatur wird in der Regel zwischen allergischem (extrinsischem) und nicht-allergischem (intrinsischem) Asthma unterschieden.

Extrinsisches Asthma entsteht durch Allergie auslösende Stoffe (z.B. Hausstaubmilbe, Pollen), wobei die betroffenen Personen häufig genetisch vorbelastet sind. Intrinsisches Asthma kann durch Infektionen, toxische bzw. chemisch-irritative Stoffe, körperliche Anstrengung oder pseudoallergische Reaktionen verursacht werden. Reinformen sind selten, zumeist findet man Mischformen.

2.3.4.2 COPD

Tabakrauchen ist mit Abstand (etwa 90 Prozent) die wichtigste Ursache für COPD. Aber auch chronische Belastungen mit biologischen Stäuben (z.B. Getreide), anorganischen Stäuben (z.B. Silikate, Kohle) und Feinstäuben, Ruß, Dämpfen und Abgasen können zu einer COPD führen. Schlecht oder unbehandeltes Asthma kann vor allem in Kombination mit Tabakrauchen in eine COPD übergehen.

2.3.5 EPIDEMIOLOGIE

Derzeit beruhen die Schätzungen von Inzidenz und Prävalenz von Asthma bronchiale und COPD auf Befragungsdaten der österreichischen Bevölkerung (subjektive Angaben). Auf Basis einer Befragung der Wiener Bevölkerung (1999/2000 und 2000/2001) ergibt sich folgende Datenlage:⁸

2.3.5.1 Asthma bronchiale

- Eigenangaben zufolge waren 3,4 Prozent der Männer und 3,0 Prozent der Frauen ab dem 16. Lebensjahr irgendwann von Asthma bronchiale betroffen (Lebenszeitprävalenz). Zum Zeitpunkt der Befragung hatten 2,1 Prozent der Männer und 2,8 Prozent der Frauen Asthma bronchiale (Punktprävalenz).
- Ein einheitlicher Alterstrend ist in der Prävalenz von Asthma bronchiale nicht zu sehen. Am häufigsten betroffen sind bei den Männern die 45- bis 59-Jährigen, bei den Frauen die 60-Jährigen und darüber sowie die jungen Frauen von 16 bis 24 Jahren.

- Unter sozioökonomischen Gesichtspunkten findet sich Asthma bronchiale am häufigsten in der niedrigsten Einkommensschicht (Männer 5,1 Prozent, Frauen 3,5 Prozent), am seltensten in der höchsten (Männer 0,8 Prozent, Frauen 1,8 Prozent).

2.3.5.2 COPD

- Die Lebenszeitprävalenz für chronische Bronchitis betrug nach Eigenangaben in der Bevölkerung ab 16 Jahren bei Männern 5,3 Prozent, bei Frauen 4,4 Prozent.
- Die Lebenszeitprävalenz für chronische Bronchitis nimmt im Alter zu und ist bei den Männern im hohen Alter von 75 und mehr Jahren sowie in der Altersgruppe zwischen 45 und 49 Jahren am höchsten. Bei den Frauen sind die 60- bis 74-Jährigen am meisten betroffen.

Im Rahmen der Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD) Studie⁹ wurden 2.000 Personen über 40 Jahre aus dem Bundesland Salzburg mittels standardisierter Messmethoden untersucht. Bei 26 Prozent fand sich eine irreversible obstruktive Ventilationsstörung und bei elf Prozent eine fortgeschrittene COPD. Nur sechs Prozent der Untersuchten wussten von ihrer Erkrankung. Somit dürfte die Dunkelziffer je nach Alters- und Risikogruppe zwischen 50 und 70 Prozent liegen.

Asthma bronchiale ist die wichtigste chronische Erkrankung im Kindesalter. Nachdem die Prävalenz in vielen Ländern in den vergangenen Jahrzehnten zugenommen hat, zeigen neuere Studien, dass die Zunahme in westlichen Ländern wieder abflacht.¹⁰

1 Deutschland Bundesärztekammer (2005).

2 Rychlik u.a. (2001) S. 353-359.

3 Bergert u. a. (2006).

4 Definition der WHO

5 WHO Technical Report Series 213 (1961) S. 14-19.

6 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) <http://www.goldcopd.com/>

7 Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und der Deutschen Atemwegsliga (2006).

8 Bachinger u. a. (2004).

9 Schirnhöfer u.a. (2007) S. 29-36.

10 Weiland (2004) S. 637-638.

Befragungsdaten haben den Nachteil, dass die befragten Personen unter den Begriffen „chronische Bronchitis“ und „Asthma“ oft andere Krankheitsbilder verstehen als MedizinerInnen. Deshalb können diese nur bedingt zur Schätzung von Inzidenz und Prävalenz von Asthma bronchiale und COPD herangezogen werden. Befragungsdaten sind außerdem von individuellen Einstellungen geprägt und beruhen auf Freiwilligkeit. Die Folge sind Verzerrungen („Bias“) der Studienergebnisse.

Eine Sekundärdatenanalyse von Krankenversicherungsdaten soll nun diese „subjektiven“ Angaben durch „objektive“ Zahlen ergänzen.

**2.3.6 SEKUNDÄRDATENANALYSE
MITTELS FOKO DATEN**

Seit geraumer Zeit erheben alle gesetzlichen Krankenversicherungsträger Daten über die abgerechneten Behandlungen und verschriebenen Arzneimittel. Diese in der Folgekostendatenbank (FOKO) dokumentierten Medikamente, die zur Behandlung gegen Asthma bronchiale und COPD eingesetzt werden, können im Rahmen einer Sekundärdatenanalyse zur Schätzung der Inzidenz und Prävalenz von Asthma bronchiale und COPD herangezogen werden.

Nach dem Erstattungskodex der international gebräuchlichen Anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation mit Tagesdosen (ATC-Codierung) werden zur Behandlung von Asthma bronchiale und COPD vor

allem Medikamente mit dem ATC-Code R03 verwendet. Da beide Krankheitsbilder einer ähnlichen Therapie bedürfen, ist eine exakte Trennung auf Basis der FOKO Daten selbst bei einer aufwändigen Auswertung von R03 Subgruppen (R03A – R03D) nur bedingt möglich.

2.3.6.1 Bezugspopulation

Der Auswahl der Bezugspopulation kommt bei der Sekundärdatenanalyse eine große Bedeutung zu, da diese die Basis für alle weiterführenden Analysen darstellt.

Die Auswahl der Bezugspopulation erfolgt unter der Annahme, dass durch eine patientenbezogene Auswertung der Medikamentengruppe mit dem ATC-Code R03 (Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen) auf die Anzahl der Versicherten mit „chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen“ geschlossen werden kann.

In Summe bekamen im Jahr 2005 rund 501.000 Versicherte in Österreich eine Medikamentenverordnung aus der Gruppe R03. Bei Verordnungen von ein bis vier Packungen im Jahr kann auf ein saisonales allergisches Asthma bronchiale oder auf eine vorübergehende akute Erkrankung der Atemwege geschlossen werden. Zwei Drittel der MedikamentenbezieherInnen aus der Gruppe R03 gehören dieser Gruppe an. Ab fünf Verordnungen im Jahr ist eine chronische obstruktive Lungenerkrankung zu vermuten. Ein Drittel der Versicherten mit Atemwegsbeschwerden entfiel 2005 auf diese Gruppe.

Tabelle 2:

Anzahl der abgerechneten Packungen aus der Gruppe R03 ¹¹			
	Anzahl der Personen	Personen in Prozent	kumulierte Werte in Prozent
1 Packung	197.501	40	40
2 Packungen	81.674	16	57
3 Packungen	35.444	7	64
4 Packungen	26.730	5	69
5 bis 12 Packungen	90.469	18	87
mehr als 12 Packungen	69.140	14	100
Gesamt	500.958	100	

Quelle: FOKO. Daten Stand 2005.

11 ohne GKK Salzburg

Um den Daten Aussagekraft zu verleihen, wird im Beitrag je nach Fragestellung auf 1.000 Anspruchsberechtigte oder auf 1.000 Beschäftigte normiert.

In die weiteren Auswertungen sind nur Anspruchsberechtigte mit einbezogen, die Medikamente in der ATC-Gruppe R03 in der Größenordnung von mindestens fünf Packungen im untersuchungsrelevanten Jahr 2005 verordnet bekamen. Dadurch werden Versicherte mit „akuten“ Bronchitiden nicht miterfasst.

Tabelle 3:

Anspruchsberechtigte mit chronischen Erkrankungen mit asthmatischen Symptomen ¹³			
	Anzahl der erkrankten Anspruchsberechtigten	anspruchsberechtigte Erkrankte in Prozent	auf 1.000 Anspruchsberechtigte
Männer	80.314	53	19,8
Frauen	70.820	47	16,5
Gesamt	151.134	100	18,2

Quelle: FOKO. Daten Stand 2005.

Eine Auswertung nach Alter und Geschlecht zeigt einen kontinuierlichen Anstieg der Prävalenz bei Frauen und Männern ab dem 40. Lebensjahr. Dabei sind in den

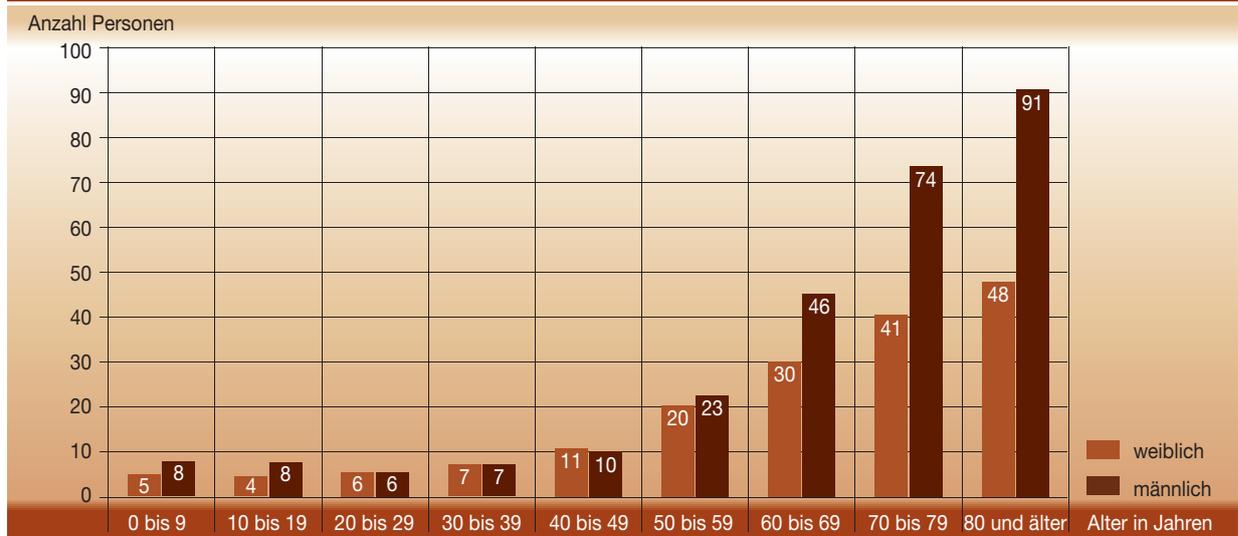
2.3.7 ERGEBNISSE

2.3.7.1 Betroffenheit durch COPD nach Alter und Geschlecht

Insgesamt sind von den Anspruchsberechtigten mehr Männer (53 Prozent) als Frauen (47 Prozent) betroffen. Der Unterschied bleibt auch nach der Normierung auf 1.000 Anspruchsberechtigte¹² bestehen. Unter den männlichen Anspruchsberechtigten entfallen auf 1.000 Anspruchsberechtigte 20 mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen, bei den Frauen rund 17.

höheren Altersgruppen fast doppelt so viele Männer betroffen wie Frauen.

Abbildung 1: Erkrankte Anspruchsberechtigte bezogen auf 1.000 Anspruchsberechtigte derselben Alterskategorie¹⁴ (n = 151.184)



Quelle: FOKO. Daten Stand 2005.

¹² Anspruchsberechtigte sind Versicherte, mitversicherte Angehörige und Selbstversicherte, denen Leistungen aus der Krankenversicherung zustehen.

¹³ ohne GKK Salzburg und VAEB

¹⁴ ohne GKK Salzburg und VAEB

Eine exakte Trennung in Asthma bronchiale und COPD ist aus den oben genannten Gründen nicht möglich. Allerdings ist davon auszugehen, dass es sich bei den Fällen vor dem 40. Lebensjahr eher um Asthma bronchiale handelt, ab dem 50. Lebensjahr eher um eine COPD.

Männer überwiegen ab dem 50. Lebensjahr in allen Altersgruppen. Das hängt in erster Linie mit den unterschiedlichen Rauchgewohnheiten von Männern und Frauen zusammen. Hier könnte es in den nächsten Jahren gravierende Änderungen geben, nachdem vor einigen Jahren die Mädchen die Burschen in Bezug auf den Zigarettenkonsum überholt haben.¹⁵

Eine weitere Ursache ist die Mehrbelastung von Männern durch Feinstaub, Ruß, Abgasen, etc. am Arbeitsplatz. Dabei potenziert wiederum die Kombination dieser Umweltbelastung mit einem gleichzeitigen Tabakkonsum das Risiko einer COPD.

Tabakkonsum ist somit nicht nur der bedeutendste Risikofaktor bei der Entstehung einer chronisch obstruktiven Atemwegserkrankung, sondern ist heutzutage in Österreich die wichtigste vermeidbare Ursache von

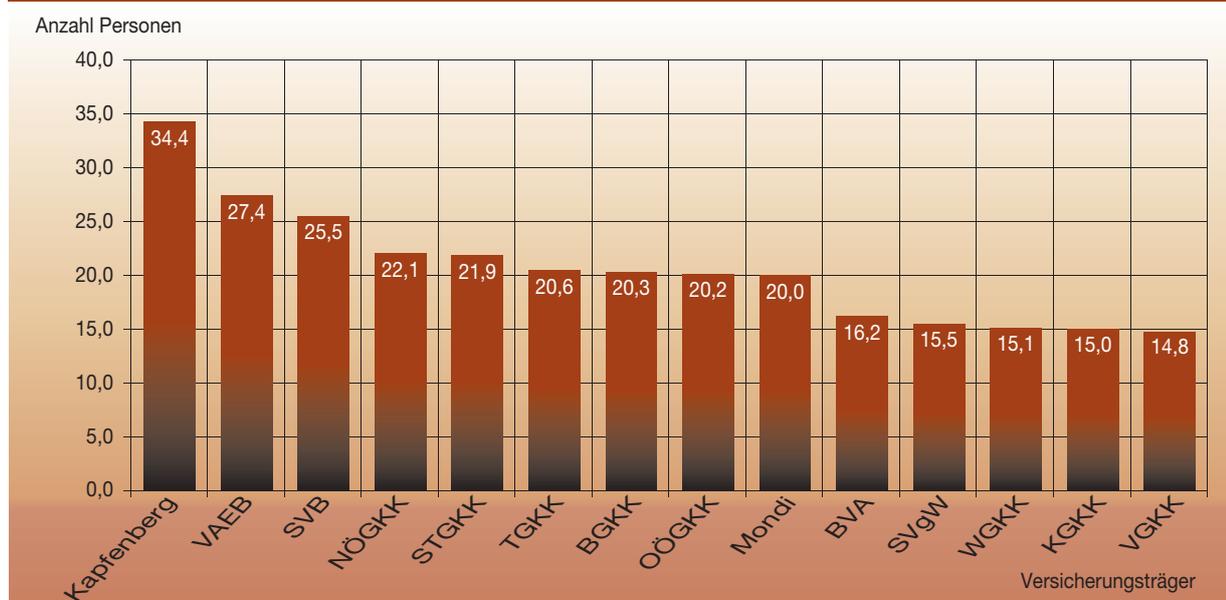
Krankheit und vorzeitigem Tod. Die Bemühungen der Gesundheitspolitik sollten deshalb bei drei Zielgruppen ansetzen: Erstens bei Kindern und Jugendlichen im Sinne einer erfolgreichen Vorbeugung, denn der überwiegende Teil der RaucherInnen nimmt sein Verhalten vor dem 18. Lebensjahr auf. Zweitens bei entwöhnungswilligen RaucherInnen, denen beim Ausstieg Unterstützung gewährt werden soll und drittens sollen NichtraucherInnen, unter besonderer Berücksichtigung von Kindern und Ungeborenen, vor dem Passivrauchen geschützt werden. Die Vision sollte lauten: Nichtrauchen ist die Norm und Rauchen die Ausnahme.

2.3.7.2 Die Rolle des Berufsumfeldes

Ein interessantes Bild ergibt sich, wenn die Bezugspopulation auf 1.000 Anspruchsberechtigte der unterschiedlichen Sozialversicherungsträger normiert wird.

Anspruchsberechtigte der Betriebskrankenkasse des Stahlgusswerkes Kapfenberg, der Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau und der Sozialversicherung der Bauern sind vermehrt von chronisch obstruktiven Erkrankungen der Atemwege betroffen.

Abbildung 2: Anzahl der chronisch erkrankten Anspruchsberechtigten nach Versicherungsträgern auf 1.000 Anspruchsberechtigte¹⁶ (n = 151.134)



Quelle: FOKO. Daten Stand 2005.

15 Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie Wien (2002).

16 ohne GKK Salzburg

Hinweis: Die Salzburger Gebietskrankenkasse wurde aufgrund unvollständiger Daten bei den Analysen ausgeschlossen.

Die höheren Zahlen decken sich mit einer 2003 durchgeführten Studie,¹⁷ die bei Landwirten mit Tierhaltung eine höhere Prävalenz von chronischen Atemwegserkrankungen feststellte.

Das vermehrte Auftreten von chronischen Atemwegserkrankungen bei Arbeitern, die anorganischen Stäuben (vor allem Silikate) ausgesetzt sind, ist schon lange bekannt. Durch entsprechende Maßnahmen in Arbeitsbereichen wie dem Tunnel- und Bergbau, in Steinbrüchen und der Steinverarbeitung sind die quarzstaubbedingten Lungenerkrankungen deutlich reduziert worden.¹⁸ Auch in der Metallindustrie und anderen Industriebereichen wo ArbeitnehmerInnen einer hohen Belastung durch Feinstäube, Ruß, Dämpfe und Abgase ausgesetzt sind, wurde durch präventive Maßnahmen eine Reduktion der dadurch bedingten Erkrankungen erreicht. Trotzdem sind offensichtlich Anspruchsberechtigte der Betriebskrankenkasse des Stahlgusswerkes Kapfenberg und der Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau nach wie vor häufiger von einer chronisch obstruktiven Atemwegserkrankung betroffen als andere Versicherte.

Im Einzelfall sollte mittels Primärdatenerhebungen Ursachenforschung betrieben und ein effektives Monitoring eingerichtet werden.

2.3.7.3 Unterschiede bei ArbeiterInnen und Angestellten

Eine auf 1.000 Beschäftigte normierte Auswertung nach Beschäftigungsstatus zeigt ebenfalls interessante Unterschiede.

Tabelle 4:

Chronisch obstruktive Erkrankungen nach Beschäftigten mit unterschiedlichem Beschäftigtenstatus ¹⁹			
Anzahl der behandelten Beschäftigten bezogen auf 1.000 Beschäftigte			
	gesamt	Männer	Frauen
ArbeiterInnen	11,0	10,2	12,7
Angestellte	10,3	11,3	9,5

Quelle: FOKO. Daten Stand 2005.

ArbeiterInnen scheinen im Vergleich zu Angestellten ein höheres Erkrankungsrisiko zu besitzen. Die Ursache liegt höchstwahrscheinlich im unterschiedlichen Rauchverhalten. Gemäß dem Mikrozensus 1997 rauchen mehr ArbeiterInnen als Angestellte.²⁰

2.3.8 DISKUSSION

Eine genaue Abbildung der Inzidenz und Prävalenz von Asthma bronchiale und COPD in der Gesundheitsberichterstattung kann nur auf Basis valider patientenbezogener Diagnosedaten aus dem Primär- und Sekundärversorgungsbereich erfolgen.

Nachdem dies in Österreich bis dato nicht möglich ist, versucht die vorliegende Sekundärdatenanalyse indirekt, d.h. über die Anzahl bestimmter verschriebener Medikamente, auf die Häufigkeit der Krankheitsbilder Asthma bronchiale und COPD zu schließen. Diese Vorgangsweise birgt einige Limitierungen.

- Die nicht mögliche klare Trennung zwischen Asthma bronchiale und COPD wurde bereits genannt. Ebenso ist es nicht möglich, Unterschiede im Schweregrad der Erkrankung oder nicht Leitlinien gerechte Behandlungen (zum Beispiel inkonsequente, unzureichende Therapie, unzureichende Beachtung von Stufenschemata, zu restriktiver Einsatz inhalativer Corticosteroide und langwirkender β 2-Sympathomimetika sowie zu hoher Verbrauch rasch wirksamer, inhalativer β 2-Sympathomimetika) abzubilden.
- Auch eine fehlende Compliance von Seiten der PatientInnen beziehungsweise die Nicht-Einnahme von verschriebenen Medikamenten kann mittels der Sekundärdatenanalyse nicht abgebildet werden.
- Eine weitere wichtige Limitierung ist die Tatsache, dass Versicherte mit Asthma bronchiale beziehungsweise einer COPD trotz klinisch relevanter Symptomatik oft lange unbehandelt bleiben und somit nicht erfasst werden. Dies spielt vor allem bei der COPD eine wichtige Rolle, da Personen mit einer leichten oder sogar mittelgradigen COPD die zunehmende Atemnot oft durch körperliche Schonung ausgleichen.

¹⁷ Radon u. a. (2003) S. 510-517.

¹⁸ Hnizdo u. a. (2003) S. 237-243.

¹⁹ Ohne GKK Salzburg, GKK Wien, VAEB und BKK Kapfenberg

²⁰ Statistik Austria (1997). Rauchen.

- Eine zusätzliche Auswertung von unspezifischen ärztlichen Leistungen im Rahmen der Diagnostik (zum Beispiel Lungenfunktionsuntersuchung) erhöht die Genauigkeit der Analyse nicht. Denn diese diagnostischen Tests sind nicht spezifisch für chronische Lungenerkrankungen. Das heißt, sie werden sehr unterschiedlich eingesetzt, beispielsweise im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen und in der Differentialdiagnostik anderer Krankheitsbilder.
- Das Fehlen einer Lungenfunktionsuntersuchung in den FOKO-Daten kann das Vorliegen einer Lungenerkrankung auch deshalb nicht ausschließen, da die Abklärung im stationären Bereich erfolgt sein kann.
- Nachdem Rauchen und Passivrauchen sowohl bei Asthma bronchiale als auch bei COPD eine wichtige Ursache für die Entstehung, Verschlechterung und Chronifizierung darstellt, ist es für weitergehende vergleichende Aussagen auf Basis der Sekundärdatenanalyse notwendig, über genaue Daten zum Rauchverhalten beziehungsweise die Exposition gegenüber Passivrauch zu verfügen.
- Prävalenz und Inzidenz von Asthma bronchiale und COPD hängen auch direkt mit der Durchführungshäufigkeit und Qualität von diagnostischen Tests (Erkennungsrate), dem Therapieerfolg und den gerade gültigen Grenzwerten zusammen. Dies sollte bei der Beurteilung von Trends immer berücksichtigt werden.

Aufgrund der genannten Limitierungen sollten alle wichtigen Aussagen und Entscheidungen, die auf Basis von Sekundärdaten getroffen werden, möglichst mittels Primärdatenerhebung an Subpopulationen überprüft werden.²¹

²¹ Swart u. a. (2005) S. 416-421.

2.3.9 LITERATUR

Bachinger, E., u.a.: Chronische Erkrankungen in Wien. 2004.

Bergert, F.W., u.a.: Hausärztliche Leitlinie. Asthma bronchiale und COPD. Stand Version 3.00. 05. Leitliniengruppe Hessen. April 2006.

Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der -
Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften,
Kassenärztliche Bundesvereinigung: Nationale Versorgungs-Leitlinie Asthma Langfassung. 2005 Version 1.1

Hnizdo, H., Vallyathan, V.: Chronic obstructive pulmonary disease due to occupational exposure to silica dust: a review of epidemiological and pathological evidence. *Occupational and Environmental Medicine*. 2003; 60: 237-243.

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und der Deutschen Atemwegsliga: AWMF-Leitlinien-Register Nr. 020/00. Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD). 2006.

Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie Wien, HBSC 17: Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-Jährigen in Österreich 2002.

Radon, K., u. a.: Atemwegs- und Lungenerkrankungen in der europäischen Landwirtschaft. *Pneumologie* - 2003; 57: 510-517.

Rychlik, R., Pfeil, T., Daniel, D., Pfeil, B., Mast, O., Thate-Waschke, I., Lorenz, J.: Zur sozioökonomischen Relevanz akuter Exacerbationen der chronischen Bronchitis in der Bundesrepublik Deutschland. *Dtsch. Med. Wschr.* 2001; 126:353-359

Schirnhöfer, L., Lamprecht, B., Vollmer, W.M., Allison, M.J., Studnicka, M., Jensen, R.L., Buist, AS.: COPD Prevalence in Salzburg, Austria. Results From the Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD) Study. *Chest*. 2007; 131:29-36.

Statistik Austria. Mikrozensus 1997. Rauchen. Online verfügbar: URL: http://www.statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/rauchen/index.html (06.07.2007)

Swart, E., u.a.: GPS – Gute Praxis Sekundärdatenanalyse. *Gesundheitswesen* 2005; 67: 416-421.

Weiland, S.K., Pearce, N.: Asthma prevalence in adults: good news? *Thorax* 2004; 59: 637-638.

WHO Technical Report Series: Report of an expert committee: Definition and diagnosis of pulmonary disease with special reference to chronic bronchitis and emphysema. 213:14-19. 1961.

Jürgen Soffried / Berthold Reichardt

2.4 HEILMITTEL BEI MAGEN-, HERZ-KREISLAUF- UND DEMENTERKRANKUNGEN

2.4.1 EINLEITUNG

„Das österreichische Gesundheitswesen ist Spitze!“ Wie lässt sich diese regelmäßig wiederkehrende, sehr positive Beurteilung des österreichischen Gesundheitssystems argumentieren? Dafür können folgende Argumente angeführt werden:

- Bei Patientenbefragungen wird unser Gesundheitssystem sehr positiv beurteilt.¹
- In internationalen Vergleichen von Gesundheitssystemen mit den Messparametern Lebenserwartung, Kindersterblichkeit, Zugang zu medizinischen Leistungen und Lebensqualität liegt Österreich im Spitzenfeld.^{2,3,4}
- Internationale Vergleiche zur Effizienz der Gesundheitssysteme weisen auf einen niedrigen Mitteleinsatz bei hohem Leistungslevel hin.⁴

Das (noch) leistungsstarke österreichische Gesundheitswesen steht zugleich vielen Herausforderungen gegenüber. Pflagenotstand und potentielle Bedrohung durch Pandemien wie die Vogelgrippe sind aus Medienberichten noch gut in Erinnerung. Auch der Ausbau von Krankheitsfrüherkennung (Vorsorgeuntersuchung Neu), von Prävention (neue Impfungen werden verfügbar) und von Gesundheitsförderungsprogrammen (zum Beispiel Betriebliche Gesundheitsförderung, Gesunde Schulen) soll vorangetrieben werden. Österreich muss also – wie auch alle anderen westlichen Industrieländer – Anstrengungen unternehmen, um ein gutes System weiter zu entwickeln. Die vielen verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens wie auch die politischen EntscheidungsträgerInnen beschäftigen sich daher mit Fragen der Nachhaltigkeit, Effizienzsteigerung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit dem Segment der medikamentösen Krankenversorgung. Es sollen Analysezugänge aufgezeigt und Fragen aufgeworfen werden, deren Beachtung und Bearbeitung geeignet erscheinen einen Beitrag zur erfolgreichen Bewältigung der aktuellen Herausforderungen zu leisten.

2.4.2 ANALYSE DER SEKUNDÄRDATEN DER SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

Die Sozialversicherungsträger verfügen über eine hohe Datendichte in guter Qualität. Eine bereits bekannte Anwendung der Aufbereitung dieser Daten ist die Leistungsinformation der Krankenversicherungsträger, die alle Versicherten in Österreich entsprechend den gesetzlichen Vorgaben jährlich zugesandt erhalten. Die Daten über jene Medikamente, deren Kosten von der Sozialversicherung erstattet werden, sind sowohl bezogen auf die Versicherten als auch bezogen auf die verordnenden ÄrztInnen bei den jeweiligen Krankenversicherungsträgern erfasst. Am Beispiel ausgewählter Medikamentengruppen soll gezeigt werden, welche Datenparameter bei den Sozialversicherungsträgern im Heilmittelbereich verfügbar und welche Analysenzugänge möglich sind. Auf Basis dieser Abrechnungsdaten können Aussagen zur Versorgungsqualität getroffen beziehungsweise Fragen dazu aufgeworfen werden. Dadurch können wiederum Handlungsfelder für Verbesserungen in der Heilmittelversorgung gefunden werden, auch wenn diese Versorgung mit Medikamenten in Österreich bereits als sehr gut beurteilt wird. Die Marktpenetration innovativer Arzneimittel erfolgt sehr schnell, ist sehr hoch, und die Zugangshürden auch zu sehr teuren Medikamenten sind sehr niedrig.^{2,3} Das medizinische Wissen ändert sich äußerst rasch mit einer geschätzten Halbwertszeit von drei Jahren. Jedoch kann nur einer von sieben neuen Wirkstoffen als echte Innovation bezeichnet werden, der die Behandlung von PatientInnen messbar verbessert. Die sechs anderen können das, was bereits auf dem Markt befindliche Alternativen auch schon können.⁵ Angesichts dieser Rahmenbedingungen besteht die Herausforderung nun darin, eine qualitativ gute und ökonomisch sinnvolle Medikamentenversorgung mit einer patientenorientierten Zielsetzung konsequent umzusetzen.

1 Stimmungsbarometer: So (un-)zufrieden sind die Österreicher. (2007, 16. Juli). Die Presse, Printausgabe 16.7.2007, 1. Download vom 06.08.2007 von <http://www.diepresse.com/home/politik/innenpolitik/317216/index.do>

2 Jönsson/Wilking (2007).

3 Jönsson/Wilking (2005).

4 WHO. (2000). The World Health Report 2000. Online verfügbar: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf (23. 07. 2007).

5 Angell (2004).

2.4.3 HERZKREISLAUFMEDIKAMENTE

Herzkreislauferkrankungen sind trotz positiver Entwicklungen der vergangenen Jahre unverändert die häufigste Todesursache in Österreich.⁶ Herzkreislaufmedikamente sind ein wesentlicher therapeutischer Ansatz, um die Krankheitslast (Morbidität) und die Sterblichkeit (Mortalität) durch Herzkreislauferkrankungen zu senken. Die in diesem Abschnitt betrachteten Medikamente umfassen die Substanzen, Substanzklassen beziehungsweise Indikationsgruppen Clopidogrel (ATC-Code B01AC04), Betablocker (C07), Calciumantagonisten (C08), Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09) und HMG-CoA-Reduktasehemmer (C10AA). Es handelt sich hierbei um eine von den Autoren getroffene Auswahl von fünf Medikamenten(gruppen), die in der Therapie der häufigsten Herzkreislauferkrankungen eine prominente Rolle einnehmen und gleichzeitig einen wesentlichen Verordnungs- und Kostenanteil ausmachen. Bei Clopidogrel handelt es sich gemäß der international üblichen Klassifikation des ATC-Codes zwar um ein antithrombotisches Mittel, diese Unschärfe wurde von den Autoren jedoch bewusst in Kauf genommen. Der Ausdruck „Herzkreislaufmedikamente“ bezieht sich daher in allen Tabellen und Graphiken auf die Summe dieser fünf ATC-Codes und nicht auf die Summe aller tatsächlich verfügbaren Herzkreislaufmedikamente! Die Gruppe dieser fünf ausgewählten ATC-Codes umfasst annähernd 19 Prozent aller abgegebenen Heilmittelpackungen und gut 16 Prozent der Gesamtausgaben für Heilmittel im Jahr 2005.

Tabelle 1:

Kosten und Packungen ausgewählter Herzkreislaufmedikamente und deren prozentueller Anteil an den Gesamtheilmitteln 2005		
	Kosten in Euro	Packungen
Heilmittel gesamt	1.945.707.432	99.900.020
B01AC04 Clopidogrel	26.870.428	357.375
C07 Betablocker	51.231.416	4.393.804
C08 Calciumantagonisten	31.223.752	2.723.119
C09 Renin-Angiotensin-System	134.481.842	8.568.925
C10AA HMG-CoA-Reduktasehemmer	68.921.930	2.766.670
Summe Herzkreislaufmedikamente	312.729.368	18.809.893
Anteil der Herzkreislaufmedikamente an Gesamtheilmitteln in Prozent	16,1	18,8

Quelle: FOKO. Daten Stand 2005.

Herzkreislauferkrankungen sind chronische Erkrankungen, die medikamentöse Therapie ist in der Regel eine Langzeittherapie über mehrere Monate (beispielsweise Clopidogrel) beziehungsweise eine Dauertherapie. Aus den durchschnittlichen Packungen pro Person kann abgeleitet werden, ob die Medikamentenversorgung einer Dauertherapie entspricht. Zu berücksichtigen sind dabei die verfügbaren Packungsgrößen und die Zeitdauer, welche mit einer Packung abgedeckt wird. Da die häufigste und übliche Packungsgröße aller Medikamente, die im Erstattungskodex (EKO) gelistet sind, die Monatspackung ist, hat **Clopidogrel** mit 5,9 Packungen pro PatientIn scheinbar die kürzeste Versorgungsdauer. Bei dieser Substanz ist allerdings zu berücksichtigen, dass es neben der Monatspackung auch eine Dreimonatspackung gibt, und dass diese bei einzelnen Krankenversicherungsträgern einen hohen Verordnungsanteil hat, mit dem Nebeneffekt, dass weniger Rezeptgebühren bezahlt werden müssen. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass Clopidogrel zwei unterschiedliche Einsatzgebiete hat und die Therapiedauer beim akuten Koronarsyndrom mit einem Jahr limitiert ist, sodass alle Therapiebeginner und Therapiebeender im Beobachtungszeitraum keine durchgehende Versorgung benötigen.

Im Zusammenhang mit Clopidogrel wäre auf die Substanz Acetylsalicylsäure (ASS) einzugehen, die gemäß ATC-Code ebenso zu den antithrombotischen Mitteln gehört und breite Anwendung findet bei der Behandlung von Herzkreislauferkrankungen. Aufgrund des niedrigen Preises von ASS (unterhalb der Rezeptgebühr) haben die SV-Träger hier eine Datenlücke, da nur die Verordnungen für rezeptgebührenbefreite Versicherte mit den SV-Trägern abgerechnet werden und nur dieser kleine Teil der Verordnungen daher in den zur Verfügung stehenden Daten erfasst ist. Analysezugänge sind auch hier mittels Hochrechnungen möglich, werden an dieser Stelle jedoch wegen ihrer Komplexität bewusst außen vor gelassen.

Bei den **Betablockern** und **Calciumantagonisten** ist zu berücksichtigen, dass auch 50 Stück Packungen verfügbar sind und daher mit durchschnittlich 6,2 Packungen beziehungsweise 8,0 Packungen pro Person eine

6 STATISTIK AUSTRIA (2007). Online verfügbar: http://www.statistik.gv.at/web/de/static/ergebnisse_im_ueberblick_021985.pdf (23.07.2007). Siehe auch das Kap. 2.2, Krankheitslast

durchgehende Versorgung für das Gesamtjahr argumentiert werden kann, zumal auch hier Einstellungen innerhalb des Beobachtungszeitraumes und Therapiebeender keine durchgehende Versorgung benötigen. Bei den **Mitteln mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System** ist mit 9,3 Packungen pro PatientIn die höchste Packungsanzahl der angeführten Gruppen gegeben. Dies wird als hoher Anteil einer durchgehenden Versorgung mit Monatspackungen in der einmal täglichen Dosierung interpretiert. Auch wenn in der Versorgung mit **Statinen** (= HMG-CoA-Reduktasehemmer C10AA) die Tablettenteilung berücksichtigt wird, erscheinen 6,6 Packungen pro PatientIn als niedrig, da nur Monatspackungen im Erstattungs-

kodez (EKO) gelistet sind. Dies könnte die Hinweise in der Literatur bestätigen, dass die Compliance der Statintherapie mangelhaft ist.^{7,8} Dies ist für die Versorgungsqualität kritisch zu sehen, weil der PatientInnennutzen einer Lebensverlängerung erst mit einer mehrjährigen Therapie zum Tragen kommt⁹ und eine Kurzzeittherapie Ressourcen ohne PatientInnennutzen bindet. Detaillierte Analysen zur Versorgung mit Statinen sind daher notwendig, um einen allfälligen Handlungsbedarf festmachen zu können. Die SV-Träger und der Hauptverband führen derzeit im Rahmen eines Kooperationsprojektes mit der Harvard School of Public Health weiterführende Analysen zur Versorgung mit Statinen im niedergelassenen Bereich durch.

Tabelle 2:

PatientInnenzahlen, abgegebene Packungen und entstandene Kosten pro Person, in Euro im Jahr 2005				
	PatientInnenzahlen absolut	Packungen pro Person	Kosten pro Person in €	Kosten pro Packung in €
Clopidogrel (B01AC04)	62.963	5,9	440,5	75,0
Beta-Adrenorezeptor (C07)	732.228	6,2	72,7	11,6
Calciumantagonisten (C08)	355.783	8,0	91,4	11,5
Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09)	955.039	9,3	146,2	15,7
HMG-CoA-Reduktasehemmer (C10AA)	433.861	6,6	164,6	24,9

Quelle: FOKO. Daten Stand 2005.

Unterschiede hinsichtlich des Generikaverordnungsanteils zeigen sich primär nicht in einer reinen Geschlechtsdifferenzierung ohne Berücksichtigung von Alter und Versichertenstatus.

Bemerkenswert erscheinen jedoch die Unterschiede im Generikaverordnungsanteil nach Alter der PatientInnen, wenn man die Altersgruppen der unter 30-Jährigen nicht berücksichtigt, weil in diesem Altersbereich die Relevanz von Herz-Kreislauf-erkrankungen und damit auch die Häufigkeit von verordneten Herz-Kreislaufmedikamenten sehr gering ist. Es zeigt sich ein linear absteigender Generikaanteil in Abhängigkeit von der Altersdekade: Je älter der/die PatientIn desto niedriger der Generikaanteil.

Tabelle 3:

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Generikaverordnungen ausgewählter Herz-Kreislaufmedikamente 2005

Generikaanteil bei Herz-Kreislaufmedikamenten	
in Prozent	
Männer	29,3
Frauen	29,9

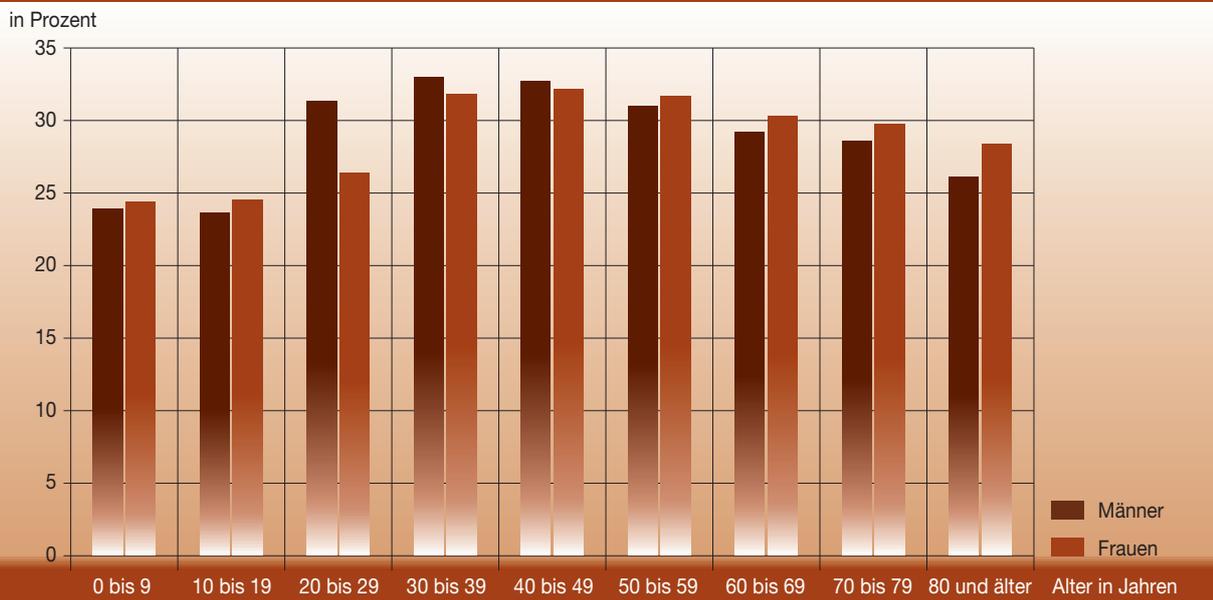
Quelle: FOKO. Daten Stand 2005.

7 Jackevicius/Mandani (2002) S. 462-467.

8 Brenner/Glynn/Mogun u. a. (2002) S. 455-461.

9 The Scandinavian Simvastatin Survival Study Group (1994) S. 1383-1389.

Abbildung 1: Generikaverordnungsanteil ausgewählter Herz-Kreislaufmedikamente nach Altersdekaden und Geschlecht 2005



Quelle: FOKO. Daten Stand 2005.

Die Differenzierung nach Versichertenkategorie zeigt einen höheren Generikaanteil für ArbeiterInnen unabhängig vom Geschlecht, und für Angestellte einen sogar niedrigeren Anteil als für PensionistInnen. Haben Bildung und Einkommen eine inverse Beziehung zur Wirtschaftlichkeit der verordneten Heilmittel? Meinen PatientInnen, die auf Grund ihrer Ausbildung dies auch gut artikulieren können, dass sie mit einer teureren Präparateauswahl besser versorgt sind? Die verfügbare patientenInnenbezogene Datenanalyse weist jedenfalls auf interessante Aspekte hin, die sich für weitere Versorgungsanalysen anbieten.

Tabelle 4:

Generikaanteil bei Herz-Kreislaufmedikamenten nach Versichertenkategorie und Geschlecht 2005			
in Prozent	Gesamt	Männer	Frauen
Arbeiter	35,5	36,6	33,4
Angestellte	28,6	28,8	28,3
Pensionisten	29,4	29,7	29,2

Quelle: FOKO. Daten Stand 2005.

2.4.4 PROTONENPUMPENHEMMER

Die Protonenpumpenhemmer (PPI; ATC-Code A02BC) sind im Jahr 2005 mit rund 141 Millionen Euro die umsatzstärkste Substanzklasse (4. Ebene des ATC-Codes – chemische Untergruppe). Immerhin sechs Prozent der auf Sozialversicherungskosten abgegebenen Heilmittelpackungen entfallen auf einen PPI. Über sieben Prozent der gesamten Heilmittelkosten werden damit für PPI aufgewendet. Das bedeutet auch, 2005 wurden für Protonenpumpenhemmer allein mehr Kosten aufgewendet als für alle Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09) zusammen (siehe Abschnitt 3), wobei der ATC-Code C09 die Gruppen ACE-Hemmer und AT2-Antagonisten – jeweils in Reinform und als Kombinationspräparate – zusammenfasst. Die PPI liegen damit auch weit vor einer anderen sehr prominenten Substanzklasse, nämlich den in Abschnitt 3 bereits erwähnten HMG-CoA-Reduktasehemmern (C10AA) mit rund 69 Millionen Euro. Die Indikationen der Protonenpumpenhemmer umfassen ein weites Spektrum unterschiedlicher Magen-Darm-Erkrankungen.¹⁰ Auch wenn nicht alle Indikationen bei allen Substanzen der PPI in der Fachinformation angeführt sind, so werden die PPI als einheitliche vergleichbare Substanzklasse gesehen.^{11,12,13}

Tabelle 5:

Aufwand Gesamtheilmittel und PPI 2005, Anteil PPI-Kosten an Gesamtheilmittel		
	Kosten in €	Packungen
Heilmittel gesamt	1.945.707.432	99.900.020
PPI (A02BC)	141.189.225	6.020.405
Anteil PPI an Heilmittel gesamt in Prozent	7,3	6,0

Quelle: FOKO. Daten Stand 2005.

Die Protonenpumpenhemmer halten nicht nur die Spitzenposition als umsatzstärkste Substanzklasse 2005, auch die Anzahl der mit PPI versorgten Personen ist mit über einer Million beachtlich. Mehr als zwölf Prozent der Anspruchsberechtigten lösen zumindest einmal im Jahr ein Rezept für einen Protonenpumpenhemmer ein, das entspricht einer von acht Personen! Die ausgewiesene Zahl von durchschnittlich 5,7 Packungen pro versorgter Person spiegelt die große Therapievariabilität nur mangelhaft wider.

Tabelle 6:

PPI 2005 – Versorgungsgrad, Packungen und Kosten	
Anzahl der mit PPI versorgten Personen	1.061.323
Anteil der Versorgten an den Anspruchsberechtigten	12,6 %
Anzahl der Packungen	6.020.405
Gesamtkosten in Euro	141.189.225
Packungen pro versorgter Person	5,7
Kosten pro versorgter Person in Euro	133,0

Quelle: FOKO. Daten Stand 2005.

Die Therapiedauer beziehungsweise -intensität mit PPI reicht von einer probatorischen Therapie mit einer Packung als symptomorientierte Therapie ohne weiterführender Diagnostik bis zu einer Dauertherapie mit bis zu 26 Packungen pro Jahr bei der Behandlung eines Barrett-Ösophagus.¹⁴

Von 1.000 anspruchsberechtigten Männern erhalten 105 zumindest eine PPI-Verordnung, im Schnitt erhalten Männer 5,5 Verordnungen mit durchschnittlichen

Kosten von 129 Euro im Jahr 2005. Von 1.000 Frauen erhalten 131 zumindest eine PPI-Verordnung – das ist immerhin um ein Viertel mehr als bei den Männern! Frauen erhalten auch geringfügig mehr Packungen mit einem konsekutiv höheren Kostenaufwand pro versorgter Anspruchsberechtigter. Dieser deutlich höhere Anteil der mit einem PPI versorgten Frauen erscheint bemerkenswert und sollte Ausgangspunkt weiterer Analysen sein, um festzustellen, ob dieser Unterschied mit geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Erkrankungshäufigkeiten argumentierbar ist oder ob Unterschiede in der Betreuung der Geschlechter bestehen. Jedenfalls sind für weitergehende Analysezugänge diagnosebezogene Daten erforderlich.

Tabelle 7:

Geschlechtsspezifische Unterschiede nach medikamentöser Behandlung			
	je 1.000 anspruchsberechtigter Männer bzw. Frauen	Packungen je Person	Kosten je Person in €
Männer	105	5,5	129
Frauen	131	5,8	137

Quelle: FOKO.¹⁵ Daten Stand 2005.

Der Anteil jener anspruchsberechtigten Frauen und Männer, die mit einem PPI versorgt werden, steigt mit zunehmendem Alter konstant an. Während in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen im Jahr 2005 jede neunte Frau und jeder zehnte Mann zumindest einmal einen PPI erhalten, sind es in der Altersgruppe 80 plus bereits eine von drei Frauen beziehungsweise einer von drei Männern!

10 Ulcus duodeni, Ulcus ventriculi, Erosionen im Zusammenhang mit einer Behandlung mit nichtsteroidalen Antiphlogistika (NSAID), Begleittherapie bei der Eradikation des *Helicobacter pylori*, gastro-ösophageale Refluxkrankheit, säurebedingte Dyspepsie, Zollinger-Ellison Syndrom.

11 McDonagh/Carson (2004). Online verfügbar: <http://www.ohsu.edu/drugeffectiveness/reports/documents/PPI%20Final%20Report%20u2.pdf> (23.07.2007).

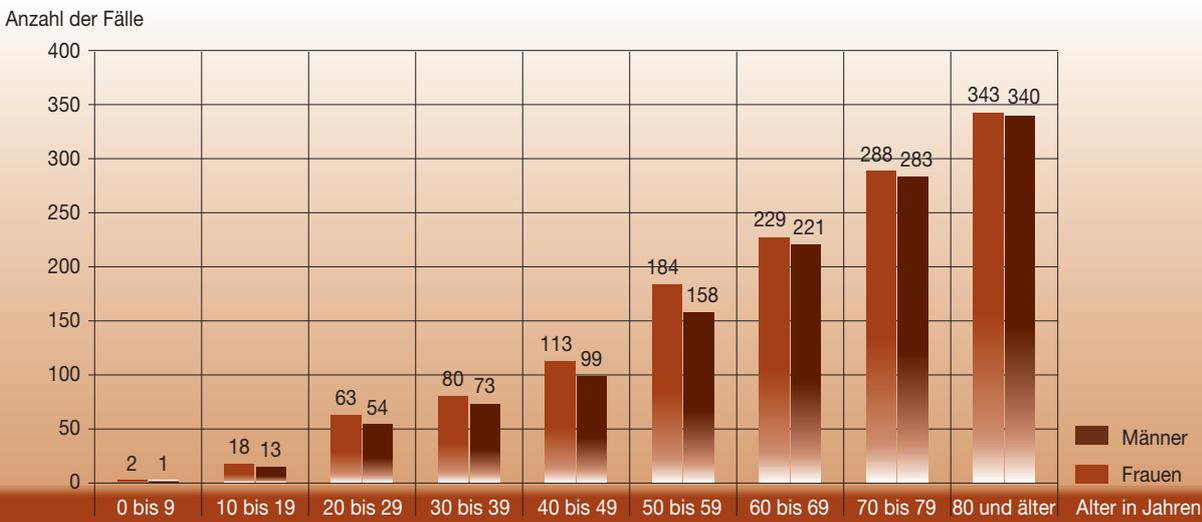
12 Blöchl-Daum (2006) S. 494-497.

13 North of England Dyspepsia Guideline development Group (2004) <http://guidance.nice.org.uk/CG17/guidance/pdf/English/download.dspix> (23.07.2007).

14 Initiative Arznei&Vernunft (2003). Online verfügbar: <http://www.oegkk.at/mediaDB/73971.PDF> (06. 08.2007).

15 Ausgenommene Versicherungsträger: Auch hier wird auf Anspruchsberechtigte normiert. Die SGK wird aus der Analyse ausgeschlossen. Bei den anderen Trägern ist das Geschlechtsmerkmal weitgehend angegeben.

Abbildung 2: Anzahl der mit einem PPI versorgten Anspruchsberechtigten je 1.000 Frauen und Männer pro Altersdekade (n = 945.801)

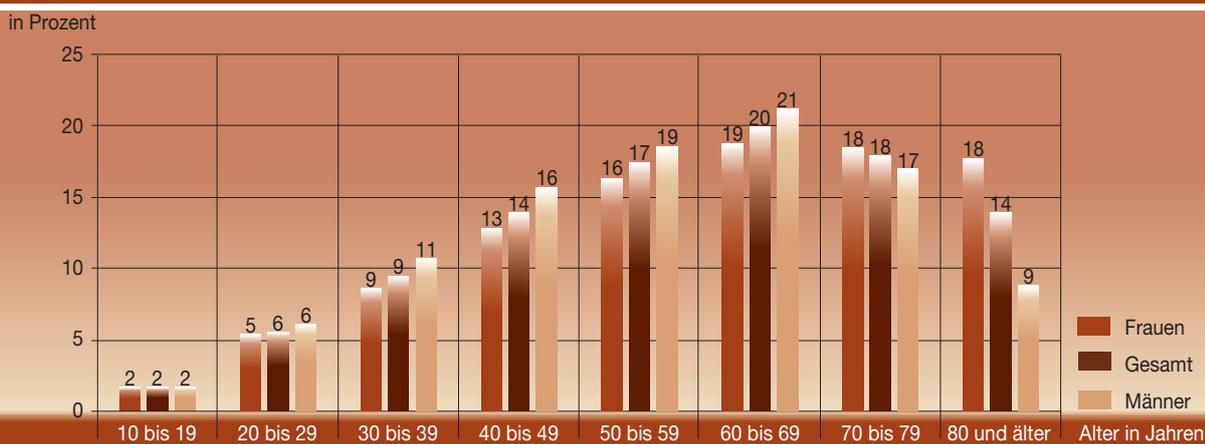


Quelle: FOKO.¹⁵ Daten Stand 2005.

52 Prozent aller mit einem PPI versorgten Anspruchsberechtigten sind im Jahr 2005 60 Jahre oder älter. 32 Prozent aller mit einem PPI versorgten Anspruchsberechtigten fallen in die Alterskategorie 70 plus. Allerdings befinden sich bei den mit einem PPI versorgten

Frauen 36 Prozent im Alter 70 plus, und bei den mit einem PPI versorgten Männern lediglich 26 Prozent. In der Altersgruppe der 20- bis 69-Jährigen befinden sich 73 Prozent der mit einem PPI versorgten Männer, aber nur 62 Prozent der Frauen.

Abbildung 3: Prozentuelle Verteilung der mit einem PPI versorgten Anspruchsberechtigten nach Altersgruppen und Geschlecht (n = 933.082)



Quelle: FOKO.¹⁵ Daten Stand 2005.

Das numerische Übergewicht an höheren Balken in den einzelnen Altersgruppen zugunsten der Männer darf jedoch nicht täuschen: Insgesamt ist der Versorgungsgrad bei den Frauen höher (131 von 1.000 Frauen erhalten einen PPI gegenüber 105 von 1.000 Männern).

Dies erklärt sich mit dem sehr hohen PPI-Versorgungsanteil in der Alterskategorie 70 plus sowie damit, dass der Anteil der mit einem PPI versorgten Frauen in dieser Altersgruppe deutlich höher ist als bei den Männern (36 gegenüber 26 Prozent).

Der Anteil der mit einem PPI Versorgten je 1.000 Anspruchsberechtigter eines Versicherungsträgers ist höchst unterschiedlich. Diese Unterschiede bestehen nicht nur zwischen den Gebietskrankenkassen und den berufsständischen Versicherungsträgern (VAEB, BVA, SVB, SVgW), zusätzlich scheint die Versorgungsdichte mit Protonenpumpenhemmern regional und zwischen verschiedenen sozioökonomischen Schichten

(Eisenbahner und Bergleute versus Beamte versus Bauern versus Selbständige) sehr unterschiedlich ausgeprägt zu sein. Ein Ost-West oder Nord-Süd Gefälle ist nicht erkennbar, da östliche Bundesländer wie Burgenland, Niederösterreich und Wien sowohl über als auch unter dem Median liegen; genauso die südlichen Bundesländer Steiermark und Kärnten.

Abbildung 4: Anzahl der mit einem PPI versorgten Anspruchsberechtigten je 1.000 Anspruchsberechtigter der verschiedenen Versicherungsträger 2005 (n = 1.061.323)



Quelle: FOKO.¹⁵ Daten Stand 2005.

Da die Versorgungsdichte mit PPI mit steigendem Alter deutlich zunimmt, könnten unterschiedliche Altersstrukturen der Anspruchsberechtigten der einzelnen Versicherungsträger eine Erklärung bieten. Im Altersdurchschnitt der mit einem PPI versorgten Anspruchsberechtigten der einzelnen Versicherungsträger

zeigen sich wiederum große Unterschiede. Allerdings wird deutlich, dass die unterschiedliche Altersstruktur allein nicht die Erklärung liefert für die Unterschiede zwischen den Versicherungsträgern hinsichtlich des Anteils der PPI-Versorgten an allen Anspruchsberechtigten.

Abbildung 5: Altersdurchschnitt der mit einem PPI versorgten Anspruchsberechtigten je Versicherungsträger 2005



Quelle: FOKO. Daten Stand 2005.

Hat die BVA zwar den höchsten Altersdurchschnitt der mit einem PPI Versorgten, so liegt sie insgesamt beim Anteil der PPI-Versorgten an allen Anspruchsberechtigten doch nur im Mittelfeld. Hat die TGKK zwar den niedrigsten Altersschnitt, so liegt sie insgesamt doch auch im Mittelfeld, sogar höher als die BVA. Die VAEB hat mit Abstand die meisten PPI Versorgten pro 1.000 Anspruchsberechtigte, liegt im Altersschnitt jedoch nur an dritter Stelle. Es ist daher anzunehmen, dass neben der Altersstruktur weitere Faktoren die Versorgungsdichte mit PPI bei den einzelnen Trägern beeinflussen.

Die Datenlage ist im Merkmal Versichertenkategorie leider lückenhaft, da nicht alle Versicherungsträger dieses dokumentierten. Zudem ist die Kategorisierung in ArbeiterInnen, Angestellte und PensionistInnen sehr grob. Erwartungsgemäß haben die PensionistInnen eine höhere Versorgungsrate als ArbeiterInnen oder Angestellte, da in dieser Versichertenkategorie gleichzeitig ein weiterer wesentlicher Faktor für höhere Versorgungsdichte mit PPI – nämlich das höhere Alter – inkludiert ist. Die unterschiedliche Versorgungsdichte von ArbeiterInnen und Angestellten erscheint auch vom Ausmaß her bemerkenswert und sollte Grundlage für weitere Analysen sein unter Einbeziehung diagnosebezogener Daten einerseits sowie unter Anwendung einer feineren Kategorisierung, die die Merkmale Bildung und Einkommen deutlicher abbildet, andererseits.

Tabelle 8:

Anteil der PPI-Versorgten in den einzelnen Versichertenkategorien	
Versichertenkategorie	je 1.000 Anspruchsberechtigte der jeweiligen Kategorie
ArbeiterInnen	114,3
Angestellte	87,8
PensionistInnen	148,0

Quelle: FOKO.¹⁵ Daten Stand 2005.

Interessant erscheint auch die Klärung der Frage, ob ArbeiterInnen und Angestellte eventuell andere Versorgungsstrukturen in Anspruch nehmen. Denkbar wäre zum Beispiel, dass Anspruchsberechtigte mit niedrigerem Ausbildungsgrad und Einkommen häufiger primäre Versorgungsstrukturen aufsuchen (HausärztInnen) und mit einem höheren Bildungsgrad und Einkommen die Bereitschaft steigt, diese Struktur zu überspringen und direkt niedergelassene FachärztInnen oder Krankenhausambulanzen aufzusuchen. Dabei wäre zudem zu prüfen, ob das Aufsuchen unterschiedlicher Versorgungsstrukturen tatsächlich mit einer unterschiedlichen Versorgungsdichte mit Protonenpumpenhemmern einhergeht.

Wie auch bei den HerzKreislaufmedikamenten ist der Generikaverordnungsanteil bei PPI in der Versichertenkategorie ArbeiterInnen am höchsten, wenn auch mit dem Unterschied, dass bei den PPI die Frauen einen höheren Anteil aufweisen. Anders als bei den HerzKreislaufmedikamenten bleibt bei den PPI-Verordnungen der Generikaanteil bei PensionistInnen auch hinter jenem der Angestellten zurück, und zwar relativ deutlich. Arbeiterinnen haben damit einen um fast 75 Prozent höheren Generikaverordnungsanteil bei PPI als männliche Pensionisten. Wie kann das argumentiert werden? Die bereits bei den HerzKreislaufmedikamenten erhobene Fragestellung wird durch die Verteilung des Generikaverordnungsanteils bei den PPI bestätigt: Haben Bildung und Einkommen eine inverse Beziehung zur Wirtschaftlichkeit der verordneten Heilmittel?

Tabelle 9:

PPI-Generikaverordnungsanteil nach Versichertenkategorie und Geschlecht 2005			
in Prozent	Gesamt	Männer	Frauen
ArbeiterInnen	16,3	15,6	17,3
Angestellte	13,2	11,8	14,3
PensionistInnen	10,1	9,9	10,2

Quelle: FOKO.¹⁵ Daten Stand 2005.

2.4.5 ANTIDEMENTIVA

Die Versorgung mit Antidementiva wird kontrovers beurteilt, sowohl eine Überversorgung als auch eine drastische Unterversorgung mit Antidementiva werden argumentiert. Folgende Punkte sprechen für eine Unterversorgung:^{16,17,18}

- Die Bevölkerung wird immer älter. Die Lebenserwartung steigt, und damit steigt auch die Inzidenz dementieller Erkrankungen.
- Dementielle Erkrankungen sind stigmatisierte und tabuisierte Erkrankungen. Indem die Erkrankung ignoriert wird, wird auch die Therapiebedürftigkeit nicht gesehen.
- Die zur Behandlung der Alzheimer-Demenz zugelassenen Medikamente aus der Gruppe der Cholinesterasehemmer sowie Memantin sind relativ junge Medikamente. Sie sind kostenintensiv, und der Zugang zu diesen Medikamenten ist in Abhängigkeit vom Gesundheitssystem mit Auflagen verbunden. In Österreich waren diese Medikamente bis zur Einführung des Erstattungskodex (EKO) bewilligungspflichtig und sind seit 2005 im Gelben Bereich des EKO gelistet. Sie sind dokumentationspflichtig und unterliegen der nachfolgenden Kontrolle.

Die schon seit langem verfügbaren Medikamente mit Extrakten aus Ginkgo biloba haben eine sehr hohe Patientenakzeptanz, weil einige Indikationen der Fachinformation wie zum Beispiel „Durchblutungsstörungen, Gedächtnisstörungen“ weniger bedrohlich klingen als Alzheimer-Demenz. Für die Fehlversorgung sprechen folgende Punkte:^{19,20,21}

- Die Cholinesterasehemmer und Memantin haben eine nur eingeschränkte Zulassung für die Alzheimer-Demenz bestimmter Schweregrade.
- Der klinische Nutzen der Cholinesterasehemmer und von Memantin wird auch in den zugelassenen Indikationen sehr kritisch gesehen. Bei geringem oder fehlendem Patientennutzen ist die Kosteneffektivität dieser Therapie fraglich.
- Viele Demenzkranke werden mit Ginkgopräparaten behandelt, deren Wirksamkeit bei dieser Erkrankung jedoch in Frage gestellt wird.

Zu den Versorgungsdaten wird angemerkt, dass für die Therapie der Alzheimer-Demenz mit einer Prävalenz von 25 Prozent bei den über 85-Jährigen und von

über einem Prozent bei den 65- bis 69-Jährigen¹⁴ nur fünf Substanzen zur Verfügung stehen: Die zur Gruppe der Cholinesterasehemmer gehörenden Substanzen Donepezil, Rivastigmin und Galantamin, der Wirkstoff Memantin und der Ginkgoextrakt. Zusätzlich stehen weitere Medikamente zur symptomatischen Behandlung, beispielsweise Psycholeptika gegen Agitiertheit, Antidepressiva, Schlafmittel, usw. zur Verfügung. Auch ist zu bedenken, dass im fortgeschrittenen Lebensalter eine Multimorbidität häufig ist, sodass sich individuell auch die Frage nach Priorisierung hinsichtlich der medikamentösen Therapie stellt. Das kann durchaus dazu führen, dass auf Antidementiva mit nicht überzeugender klinischer Effektivität zugunsten anderer Medikamente mit dokumentiertem klinischen Patientennutzen aus therapeutischen Überlegungen wie Compliance, Wechselwirkungen oder Therapieakzeptanz verzichtet wird.

Bei einem Vergleich der Anzahl der mit Antidementiva Versorgten von 2,1 Prozent der Anspruchsberechtigten mit den zitierten Angaben zur Prävalenz kann durchaus eine Vollversorgung argumentiert werden, wenn die Erkrankungshäufigkeit frühestens in der achten Lebensdekade die zwei Prozent-Marke übersteigt und 25 Prozent der über 85-Jährigen in Österreich circa 40.000 Personen entsprechen. Die Verfügbarkeit von durchschnittlich 3,9 (Monats-)Packungen pro PatientIn bedeutet, dass eine Dauertherapie mit Antidementiva bei den meisten PatientInnen nicht durchgeführt wird. Dies könnte Ausdruck eines mangelhaften Therapieerfolges sein oder einer schlechten Verträglichkeit. Mit einem Kostenanteil der Antidementiva von 1,2 Prozent an den Gesamtkosten für Heilmittel 2005 sollten auch höhere Steigerungsraten dieser Medikamentengruppe als Folge der demografischen Entwicklung durchaus leistbar sein.

16 Fricke&Pirk GmbH (2004). Online verfügbar: www.vfa.de/download/SAVE/de/presse/pressemitteilungen/pm_015_2004_attachments/gutachten_fricke-pirk.pdf (06.08.2007).

17 Longchamp u. a. (2004). Online verfügbar <http://www.soziotrends.ch/pub/alzheimer.pdf> (27.07.2007).

18 Schunack (2003). Online verfügbar: http://www.lesmueller-stiftung.de/media/pdf/vorlesung_2006_Prof_Schunack_ArzneimittelversorgungInDeutschland.pdf (27.07.2007).

19 NICE (2006). Online verfügbar: <http://guidance.nice.org.uk/TA111/guidance/pdf/English/download.dspix> (27.07.2007)

20 Les médicaments de la maladie d'Alzheimer. Online verfügbar: <http://www.prescrire.org/minidossiers/dossierAlzheimerMedoc.php> (27.07.2007)

21 Schwabe/Paffrath (2006).

Tabelle 10:

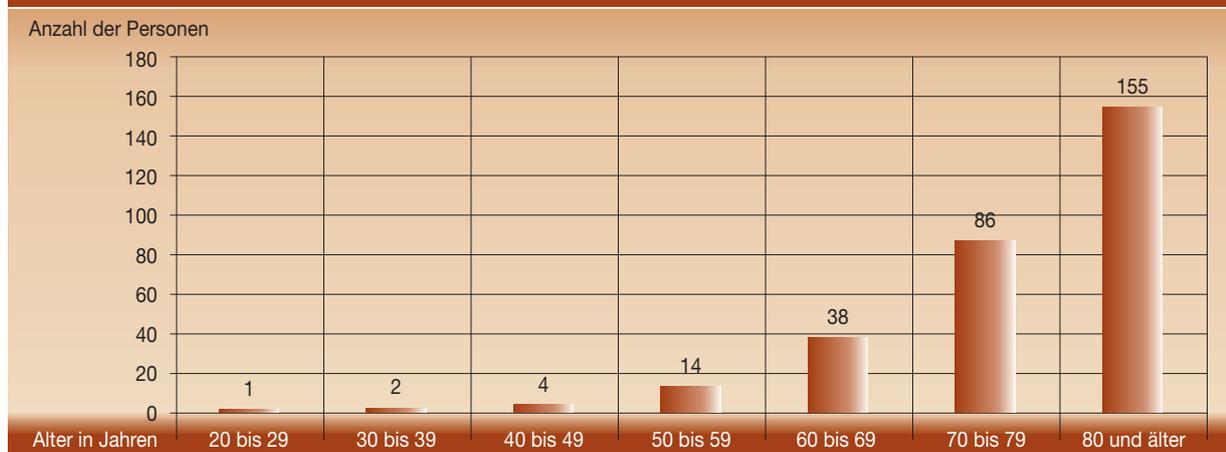
Antidementiva 2005 – Versorgungsgrad, Verordnungen und Kosten in Euro Grundinformationen zu Antidementiva (ATC N06D)	
Anzahl der mit Antidementiva versorgten Personen	177.678
Anteil der Versorgten an den Anspruchsberechtigten	2,1 %
Anzahl der Packungen	689.625
Gesamtkosten in Euro	23.951.659
Packungen pro Person	3,9
Anteil der Antidementiva an den Kosten Heilmittel gesamt	1,2 %
Anteil der Antidementiva an den Verordnungen Heilmittel gesamt	0,7 %

Quelle: FOKO. Daten Stand 2005.

Die Altersverteilung der mit Antidementiva versorgten Anspruchsberechtigten deutet darauf hin, dass die Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen (Prävalenz der Demenzerkrankungen von über einem Prozent in dieser Altersgruppe) voll versorgt ist, da bereits 3,8 Prozent der 60- bis 69-Jährigen mit Antidementiva versorgt

werden. Angesichts der Prävalenz von 25 Prozent bei den über 85-Jährigen lässt die Altersverteilung den Schluss zu, dass diese Altersgruppe mit Antidementiva unterversorgt ist (15,5 Prozent der Altersgruppe 80 plus erhalten ein Antidementivum).

Abbildung 6: Anteil der Antidementiva-Versorgten je 1.000 Anspruchsberechtigte pro Altersgruppe 2005 (n = 162.652)



Quelle: FOKO.¹⁵ Daten Stand 2005.

Die Angaben zur Versorgungsdichte relativieren sich allerdings mit der Argumentation, dass Extrakte aus Ginkgo biloba häufig auch außerhalb der Indikation Demenzerkrankungen eingesetzt werden. Die Differenzierung der mit Antidementiva versorgten Anspruchsberechtigten nach Sozialversicherungsträgern zeigt auf den ersten Blick enorme Unterschiede. Pro 1.000 Anspruchsberechtigte werden bei der VAEB viermal so viele Patienten versorgt wie in der VGKK. Ohne die

Information, dass der Anteil der über 80-Jährigen bei der VAEB bei über zehn Prozent liegt und bei der VGKK bei drei Prozent könnte der angeführte numerische Versorgungsunterschied zu einer falschen Interpretation führen. Dies unterstreicht die Wichtigkeit einer Altersstandardisierung in einer Vergleichsanalyse der Versorgung bei verschiedenen österreichischen Sozialversicherungsträgern.

Abbildung 7: Anzahl der mit Antidementiva versorgten Anspruchsberechtigten je 1.000 Anspruchsberechtigte der verschiedenen Versicherungsträger 2005 (n = 177.678)



Quelle: FOKO. Daten Stand 2005.

Die Angaben zum Durchschnittsalter der versorgten Anspruchsberechtigten zeigen ein anderes Bild: Die VAEB liegt beim Durchschnittsalter der Behandelten im Mittelfeld, während sie die mit Abstand meisten mit Antidementiva Versorgten je 1.000 Anspruchsberechtigte aufweist. In der SVB sind die Behandelten um zwei Jahre älter, die SVB hat aber nicht einmal halb so viele mit Antidementiva Versorgte je 1.000 Anspruchsberechtigte. Diese Daten weisen auf Versorgungsunterschiede hin. Warum werden die Anspruchsberechtigten der SVB deutlich weniger mit Antidementiva versorgt

als jene der VAEB und weisen dabei ein höheres Durchschnittsalter auf? Wie kommt dieser unterschiedliche Versorgungsgrad zustande, und ist er in der Sache gerechtfertigt? Oder weisen diese Unterschiede auf Über-, Unter- oder Fehlversorgung hin? Weitergehende Analysen sollten untersuchen, ob für die unterschiedliche Versorgung mit Antidementiva spezifische Versorgungsstrukturen verantwortlich sind beziehungsweise ob die Prävalenz von Demenzerkrankungen zwischen den verschiedenen SV-Trägern tatsächlich so unterschiedlich sein kann.

Abbildung 8: Altersdurchschnitt der mit Antidementiva versorgten Anspruchsberechtigten je Versicherungsträger 2005



Quelle: FOKO.¹⁵ Daten Stand 2005.

Die Versorgungsqualität dementieller Erkrankungen wird äußerst unterschiedlich beurteilt. Umso spannender wäre es, die Realversorgung mit den unterschiedlichen Facetten und Ausprägungen unter Einbeziehung weiterer relevanter Versorgungsparameter mit einer Wunschbeziehungsweise Zielversorgung auf Basis gesicherten medizinischen Wissens zu vergleichen. Verstärkte Aufmerksamkeit für dementielle Erkrankungen, eine rechtzeitige Diagnose und vor allem die Unterstützung der PatientInnen, die maximal mögliche Lebensqualität zu erhalten, sollte Motivation dafür sein, dass die Entscheidungsträger im österreichischen Gesundheitswesen eine von allen getragene „Demenz-Strategie“ entwickeln.

2.4.6 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

„Das österreichische Gesundheitswesen ist Spitze!“ Das (noch) leistungsstarke österreichische Gesundheitswesen steht – neben vielen anderen – auch vor der Herausforderung, die Krankenversorgung im Sinne von Qualitätssicherung und Effizienzsteigerung weiter zu entwickeln. Versorgungsforschung ist eine Basis, von der aus Optimierungsprozesse auf konkrete Ziele ausgerichtet werden können. Die medikamentöse Krankenversorgung ist aus unserer Sicht ein lohnendes Ziel. Analysen mit Sekundärdaten von Sozialversicherungsträgern haben Einschränkungen, können aber wichtige Beiträge zur Versorgungsforschung leisten. Gemeinsames Ziel aller Verantwortlichen und Stakeholder in der Heilmittelversorgung – Verordner, Kostenträger und Anbieter – sollte es sein, eine qualitativ gute und ökonomisch sinnvolle Medikamentenversorgung mit einer patientInnenorientierten Zielsetzung konsequent umzusetzen. Die hier dargestellten Analysen und gestellten Fragen sollen als Einladung verstanden werden zu weiteren Analysen und zu einer nachhaltigen Kooperation mit den Sozialversicherungsträgern.

2.4.7 LITERATUR

Angell, M.: The Truth about the Drug Companies. How They Deceive Us and What to Do about It. (1. Auflage). B&T. 2004.

Benner, J.S., Glynn, R.J., Mogun, H., u. a.: Long-term persistence in use of statin therapy in elderly patients. JAMA; 288(4):455-61. 2002.

Blöchl-Daum, B.: „Me-too drugs“ and the concept of a class effect. Wiener Medizinische Wochenschrift; 156/17-18: 494-497. 2006.

Fricke & Pirk GmbH (2004): Gutachten „Defizite in der Arzneimittelversorgung in Deutschland. Download vom 06.08.2007 von www.vfa.de/download/SAVE/de/presse/pressemitteilungen/pm_015_2004_attachments/gutachten_fricke-pirk.pdf

Initiative Arznei&Vernunft (2003). Magenkrank. 2.Ausgabe, Jänner 03. Download vom 06.08.2007 von <http://www.ooegkk.at/mediaDB/73971.PDF>

Jackevicius, C.A., Mamdani, M., Tu, J.V.: Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes. JAMA; 288(4): 462-467. 2002.

Jönsson, B., Wilking, N.: Market uptake of new oncology drugs. Annals of Oncology, 18 (3): iii31–iii48. 2007.

Les médicaments de la maladie d'Alzheimer. (2007, 15. Februar). La Revue Prescrire. Download vom 27.07.2007 von <http://www.prescrire.org/minidossiers/dossierAlzheimerMedoc.php>

Longchamp, C., Aebersold, M., Ratelband-Pally, S., Rousselot, B.R.E. (2004): Erhebliche Unterversorgung. Studie „Verbreitung und Versorgung der Demenzerkrankung in der Schweiz“. Bern: Alzheimervereinigung Yverdon. Download vom 27.07.2007 von <http://www.soziotrends.ch/pub/alzheimer.pdf>

McDonagh, M.S., Carson, S.M. (2004). Drug Class Review on Proton Pump Inhibitors. Final Report. Oregon Health & Service University. Download vom 23.07.2007 von <http://www.ohsu.edu/drugeffectiveness/reports/documents/PPI%20Final%20Report%20u2.pdf>

NICE (2006). Donepezil, galantamine, rivastigmine (review) and memantine for the treatment of Alzheimer's disease. Technology appraisal guidance 111. Download vom 27.07.2007 von <http://guidance.nice.org.uk/TA111/guidance/pdf/English/download.dsp>

North of England Dyspepsia Guideline development Group (2004). Dyspepsia: Managing dyspepsia in adults in primary care. Evidence-based Clinical Practise Guideline. Centre for Health Service. Report No 112. Download vom 23.07.2007 von <http://guidance.nice.org.uk/CG17/guidance/pdf/English/download.dsp>

Schunack, W. (2003). Arzneimittelversorgung in Deutschland – Quo vadis? 6. Lesmüller-Vorlesung. Download vom 27.07.2007 von http://www.lesmueller-stiftung.de/media/pdf/vorlesung_2006_Prof_Schunack_ArzneimittelversorgungInDeutschland.pdf

Schwabe, U., Paffrath, D.: Arzneiverordnungsreport 2006. (1. Auflage). Berlin : Springer. 2006.

STATISTIK AUSTRIA (2007). Todesursachenstatistik. Download vom 23.07.2007 von http://www.statistik.gv.at/web_de/static/ergebnisse_im_ueberblick_021985.pdf

Stimmungsbarometer: So (un-)zufrieden sind die Österreicher (2007, 16. Juli). Die Presse, Printausgabe 16.7.2007, 1. Download vom 06.08.2007 von <http://www.diepresse.com/home/politik/innenpolitik/317216/index.do>

The Scandinavian Simvastatin Survival Study Group (1994). Randomized trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). The Lancet; 344:1383-1389

WHO (2000). The World Health Report 2000: health systems: improving performance. NLM WA540.1. Genf. Download vom 23.07.2007 von http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf

Wilking, N., Jönsson, B. (2005). A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs. Karolinska Institutet. Stockholm. Download vom 23.07.2007 von http://ki.se/content/1/c4/33/16/Cancer_Report.pdf

Notburga Pfoser / Karl Schableger

2.5 ZAHNFÜLLUNGEN

2.5.1 EINLEITUNG

Die Füllungstherapie nimmt bezogen auf Umsatz und Anzahl der gelegten Füllungen innerhalb des konservierenden Leistungsspektrums der ZahnbehandlerInnen eine absolute Spitzenstellung ein.

Als Material für Zahnfüllungen wird seit mehr als 150 Jahren Amalgam verwendet. In den vergangenen Jahrzehnten sind jedoch vermehrt neue Füllungsmaterialien entwickelt und eingesetzt worden, um der steigenden Nachfrage nach Alternativen zu Amalgam – das als Bestandteil Quecksilber enthält und deswegen immer wieder verdächtigt wird, als Nebenwirkung Nierenfunktionsstörungen, Gedächtnisstörungen usw. hervorzurufen – befriedigen zu können.

2.5.2 FÜLLUNGSTHERAPIE UND FÜLLUNGSMATERIALIEN

Unter Füllungstherapie versteht man den Ersatz von durch Karies verloren gegangener oder erkrankter Zahnhartsubstanz durch Einbringen von körperfremden Materialien (Füllungsmaterialien) mit dem Ziel, eine funktionell wie kosmetisch befriedigende Situation wiederherzustellen.

Als Werkstoffe werden derzeit hauptsächlich folgende Materialien verwendet:

- Amalgam (Hauptbestandteile: rund 50 Prozent Quecksilber, Silber, Zinn, Kupfer und andere Metalle),
- Komposite (Kunststofffüllungen, deren Hauptbestandteile Kunststoffe, Glas und Quarzteilchen sind),
- Gold-Inlays (Legierung aus Gold, Platin, Silber und Kupfer),
- Keramik- (Hauptbestandteile sind Quarz, Feldspat und Kaolin) und Kunststoff-Inlays.

Grundsätzlich wird unterschieden zwischen Gussfüllung (wie Amalgam) und Einlagefüllung (Inlay). Gussfüllungen werden direkt am Zahn eingepasst, Einlagefüllungen müssen vorher im zahntechnischen Labor vorgefertigt werden und sind unter anderem deswegen auch kostenintensiver. Unabhängig vom Füllungsmaterial wird als Kassenleistung der gesetzlichen Krankenversicherung

im Kaudruckbereich der Seitenzähne nur der Tarif der Amalgamfüllungen übernommen. Kunststofffüllungen werden nur bei bestehender Allergie gegen Bestandteile von Amalgamfüllungen übernommen und im Vorderzahnbereich auch aus ästhetischen Gründen. In den anderen Fällen müssen die Kosten für alternative Füllungsmaterialien von den PatientInnen privat getragen werden (Zuschüsse beziehungsweise Kostenersätze laut Satzung des zuständigen Krankenversicherungsträgers). Die Höhe der Kosten kann dabei von den ZahnärztInnen frei festgelegt werden. Es gibt einen Richttarif der Zahnärztekammer,¹ dieser ist jedoch unverbindlich und wird bei der Schlichtung von Honorarstreitigkeiten zwischen ÄrztIn und PatientIn herangezogen.

2.5.3 DATENLAGE

Bei den folgenden Analysen wurde auf die Abrechnungsdaten der österreichischen VertragszahnbehandlerInnen der gesetzlichen Krankenversicherungsträger aus dem Jahr 2005 zurückgegriffen (Datenquelle FOKO). Enthalten sind darin alle von den ZahnbehandlerInnen abgerechneten Füllungspositionen. Der Größe nach kann unterschieden werden zwischen Einflächen-, Zweiflächen- und Drei- oder Mehrflächenfüllungen, eine Unterscheidung zwischen den Füllungsmaterialien selbst ist nicht möglich.

2.5.4 ALLGEMEINE VERTEILUNG

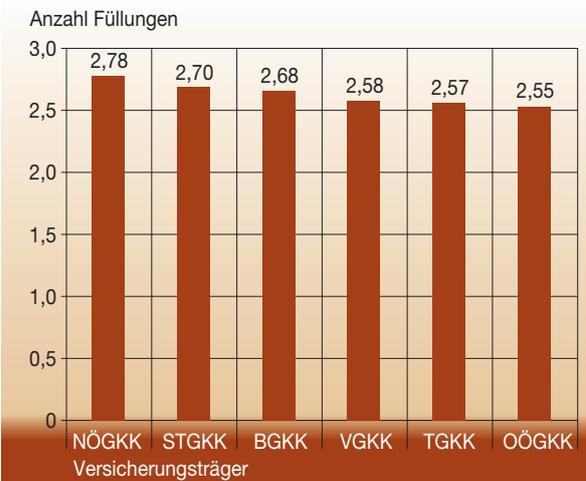
Die Auswertung aller abgerechneten Füllungspositionen ergab eine Grundgesamtheit von 1.277.328 PatientInnen, bei denen insgesamt 3.357.557 Füllungen gelegt wurden – das heißt 15,3 Prozent aller Anspruchsberechtigten wurden 2005 mit Füllungen versorgt.

Im Durchschnitt erhielt also jede/r füllungsversorgte PatientIn 2,63 Füllungen (bei Männern durchschnittlich 2,69 und bei Frauen 2,57 Füllungen). Bezogen auf alle Anspruchsberechtigten lag der Durchschnitt bei 0,4 Füllungen.²

¹ unter <http://www.ziv.at/ahr/ahr2003.htm>

² Anmerkung: Bei der Wiener GKK, der Kärntner GKK und der Salzburger GKK fehlten zum Auswertungszeitpunkt Füllungsdaten in FOKO – diese Träger sind hier noch enthalten, wurden aber bei Analyse nach verschiedenen Differenzierungsvariablen ausgenommen.

Abbildung 1: Durchschnittliche Anzahl der Füllungen je Versicherten nach Träger (n=1.183.156)



Quelle: FOKO. Berichtsjahr 2005.

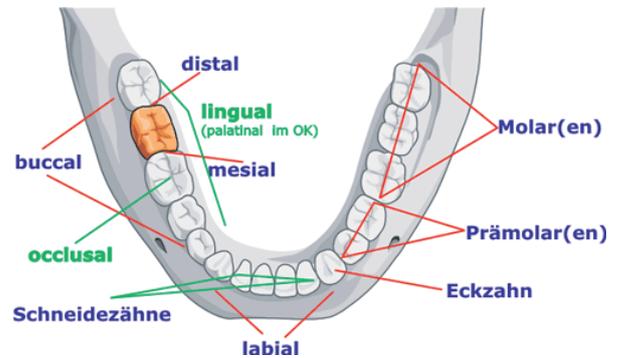
Die regionale Verteilung – ausgedrückt durch die durchschnittliche Anzahl der Füllungen je Versicherten nach Träger – zeigt, dass es kaum Unterschiede gibt. Bei durchschnittlich 2,63 Füllungen je Versicherten sind die Abweichungen und regionalen Unterschiede gering. Die Situation bei den Sonderversicherungsträgern ist ähnlich – auf Grund abweichender Satzungsregelungen wurde aber auf eine Darstellung verzichtet.

2.5.5 DIFFERENZIERUNG DER FÜLLUNGEN NACH FÜLLUNGSGRÖSSE

Aufgrund der Abrechnungsdaten lassen sich Füllungen der Größe nach unterteilen in Einflächen-, Zweiflächen- und Drei- oder Mehrflächenfüllungen, je nachdem wie viele Flächen eine Füllung auf jedem Zahn überdeckt. Jeder Zahn ist dabei in Bereiche unterteilt:

mesial	=	nach vorne oder zur Mitte hin,
distal	=	nach hinten oder von der Mitte weg,
occlusal	=	auf der Kaufläche,
buccal oder labial	=	auf der Außenseite,
lingual oder palatinal	=	auf der Innenseite des Zahnes oder zur Zunge hin.

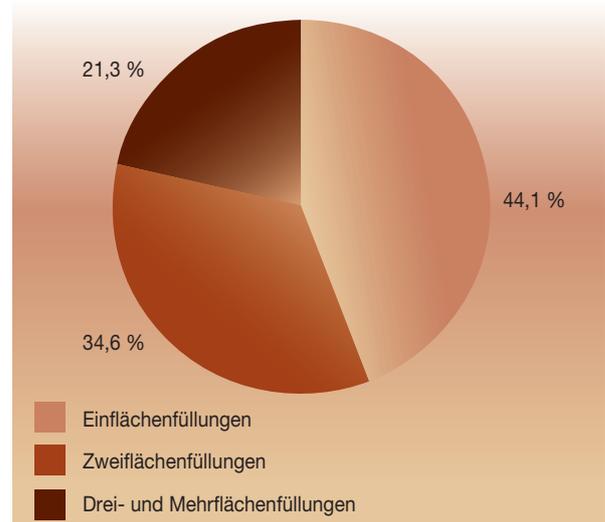
Abbildung 2: Zahnflächen- und Richtungsbezeichnungen



Quelle: Abbildung aus <http://www.zahnlexikon-online.de/> (24. 09. 2007)

Die Häufigkeitsauszählung der Füllungen nach Füllungsgröße ergab, dass 44,1 Prozent der 2005 abgerechneten Füllungen nur eine Fläche eines Zahnes (kleine Füllung) überdeckten, 34,6 Prozent zwei (mittlere Füllung) und 21,3 Prozent mehr als zwei Flächen (große Füllung).

Abbildung 3: Verteilung der Füllungen nach Füllungsarten (3.357.557)



Quelle: FOKO. Berichtsjahr 2005.

Bei den folgenden Auswertungen wird als Analysevariable die Anzahl der füllungsversorgten PatientInnen herangezogen.

2.5.6 ANALYSE DER FÜLLUNGSVERSORGTEN PATIENTINNEN

2.5.6.1 Verteilung nach Anzahl der Füllungen

41,2 Prozent der 1,28 Millionen füllungsversorgten Personen erhielt nur eine Füllung. Auffallend ist, dass annähernd zehn Prozent der füllungsversorgten PatientInnen in diesem Jahr mehr als fünf Füllungen erhielten (entspricht in etwa 1,5 Prozent aller Anspruchsberechtigten). Das kann daran liegen, dass Füllungen nach kurzer Zeit erneuert werden müssen, entweder aufgrund mangelhafter Füllungsqualität oder wenn Anweisungen der ÄrztInnen von PatientInnen nicht beachtet werden, wenn Füllungen aus anderen Gründen beschädigt werden oder wenn durch jahrelanges Hinausschieben der Kontrollen eine umfassende Sanierung mehrerer Zähne notwendig wird.

2.5.6.2 Verteilung nach Geschlecht und Altersgruppen

Bei der Differenzierung nach Frauen und Männern lässt sich erkennen, dass mehr als die Hälfte (52 Prozent) PatientInnen waren. Wird bei der Auszählung zusätzlich nach Altersgruppen differenziert, so werden die Unterschiede im Geschlecht auch im Altersverlauf deutlich sichtbar. Vor allem in den Altersgruppen von zehn bis 59 Jahren wurden auf 1.000 Anspruchsberechtigte normiert mehr Frauen als Männer mit Füllungen versorgt. Für diesen Altersbereich ergibt sich eine Differenz von rund 4,2 Prozentpunkten – 20,9 Prozent der anspruchsberechtigten Männer und 25,1 Prozent der Frauen erhielten Füllungen.

Abbildung 4: Personenbezogene Verteilung nach Anzahl der Füllungen im Jahr 2005 (n = 1.277.328)

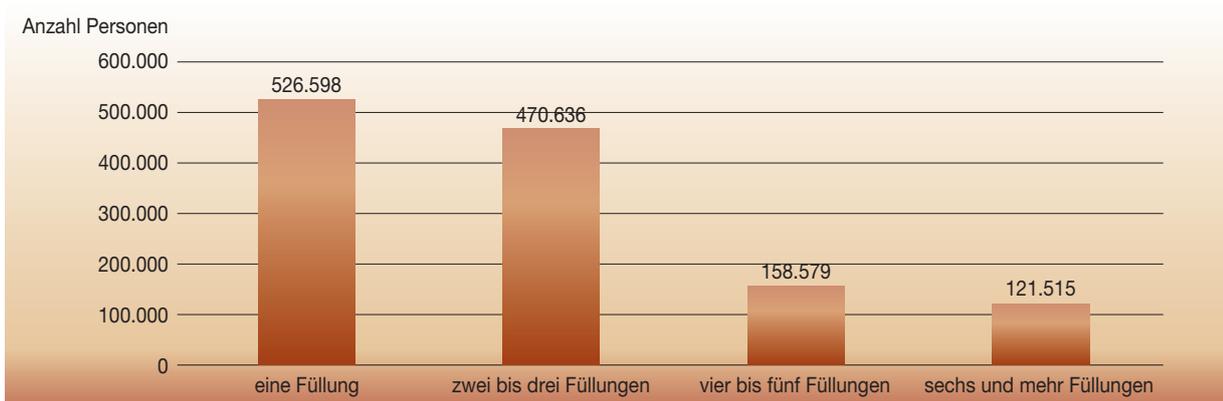
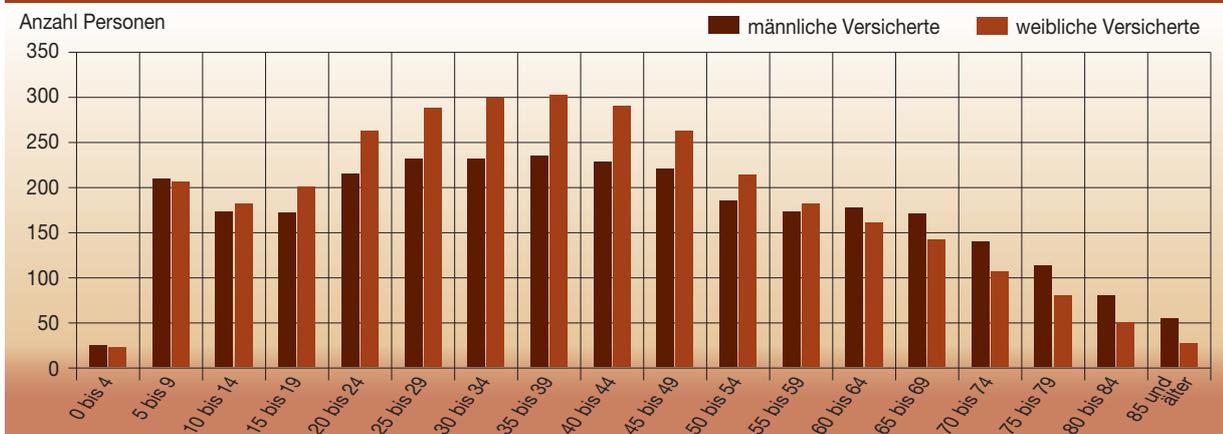


Abbildung 5: Anzahl der Versicherten mit Füllungen nach Alter und Geschlecht auf je 1.000 Versicherte (n = 1.183.156)



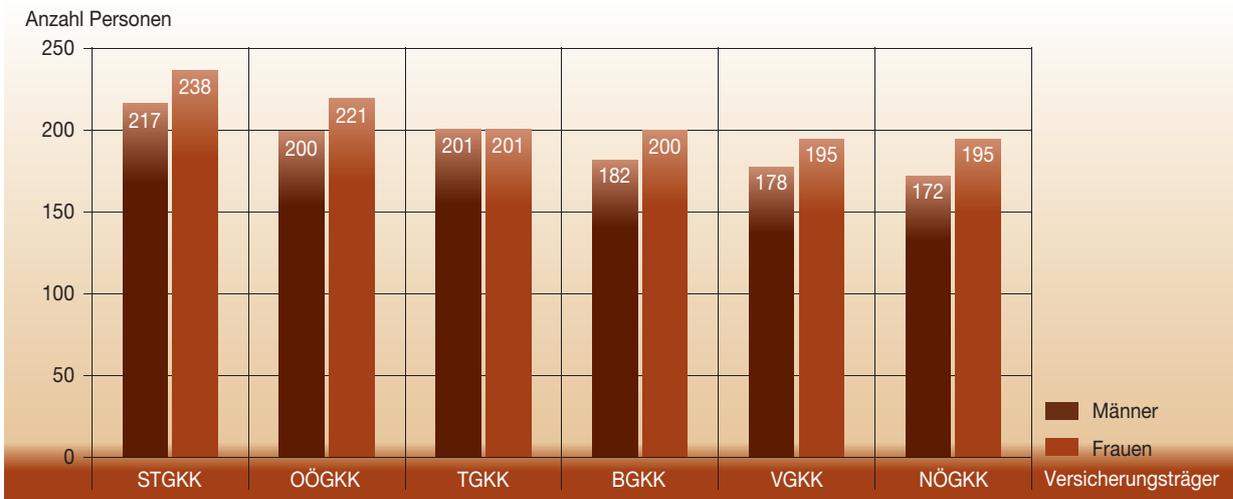
Quelle: FOKO. Berichtsjahr 2005.

Bereits bei Milchzähnen sollten bei Bedarf schon im Kleinkindalter Füllungen gelegt werden, da hier vorzeitige Verluste bei den nachfolgenden bleibenden Zähnen zu Platzproblemen führen können. Milchzähne dienen jedoch nicht nur als Platzhalter, sondern haben auch auf die Kiefer- und Sprachentwicklung der Kinder einen wesentlichen Einfluss. Sie müssen deshalb wie bleibende Zähne gepflegt und möglichst lange erhalten werden.³

2.5.6.3 Verteilung nach Versicherungsträger und Geschlecht

Bei der Analyse nach Versicherungsträger und Geschlecht sind Unterschiede zwischen den Trägern erkennbar.

Abbildung 6: Verteilung der Personen mit Füllungsleistungen nach Versicherungsträger und Geschlecht auf 1.000 Anspruchsberechtigte (n = 1.183.156)



Quelle: FOKO. Berichtsjahr 2005.

Der Unterschied zwischen Männern und Frauen zeigt sich nicht nur beim Alter, sondern auch in der regionalen Verteilung.⁴ In der Füllungstherapie gibt es demnach einen klaren Genderaspekt.

Da die Zahngesundheit im Allgemeinen und hier die Füllungstherapie im Besonderen stark von ästhetischen Einflüssen geprägt ist, darf der Aspekt privat bezahlter Leistungen nicht außer Acht gelassen werden. Goldinlays, Kronen, und ähnliche subsidiäre Leistungen scheinen in unseren Daten nicht auf. Eine Interpretation der regionalen Unterschiede ist aus diesen Gründen nicht möglich und sinnvoll.

Hinsichtlich der Differenzierungsvariablen Versicherungskategorie (also Angestellte/r, ArbeiterIn, usw.) sind Unterschiede nur in sehr geringem Maße vorhanden.

2.5.7 LEBENSDAUER VON ZAHNFÜLLUNGEN

Interessant bei den Ergebnissen der Häufigkeitsauszählung sind die Unterschiede zwischen Männern und Frauen im Altersverlauf. Hinsichtlich der Haltbarkeit von Zahnfüllungen zählen diese Variablen nicht zu den wesentlichen Einflussfaktoren.

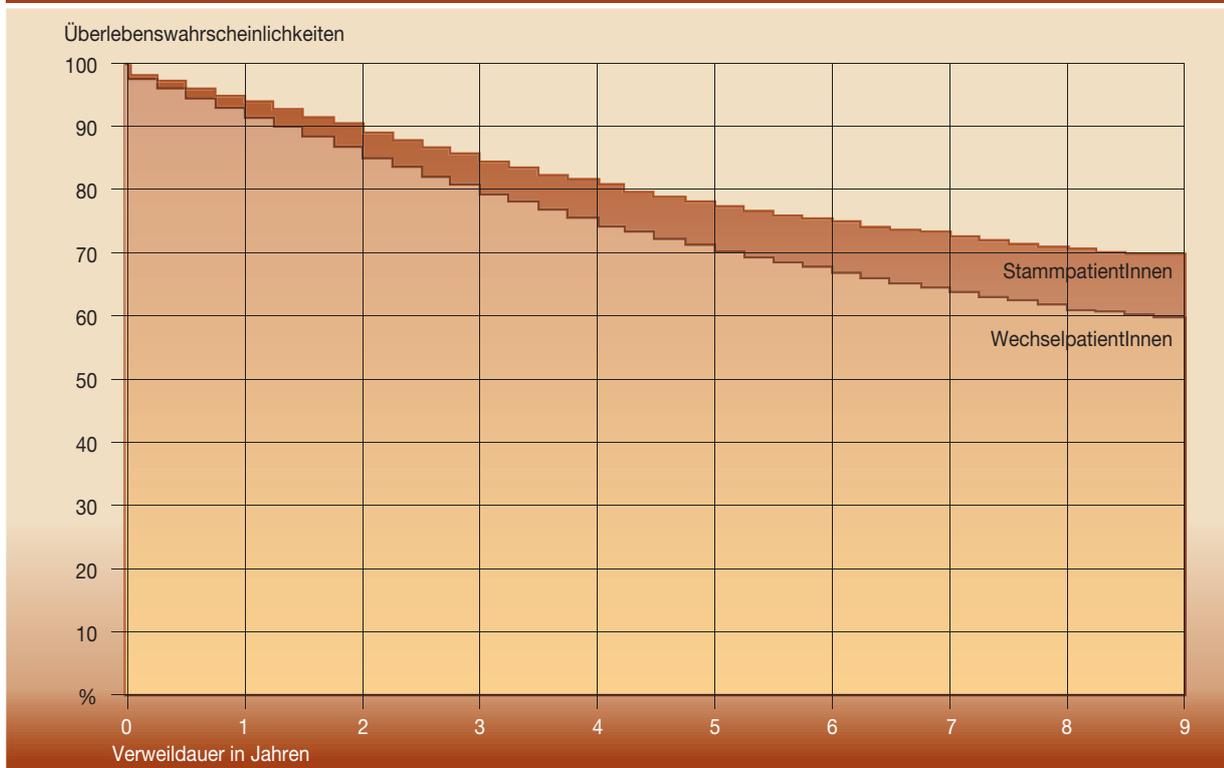
Vielmehr wird die Verweildauer einer Füllung von der Lage und Größe der Füllung, von der Anzahl der gelegten Füllungen beziehungsweise betreuten PatientInnen (viele PatientInnen bedeuten weniger Zeit beim Anfertigen einer Füllung) und von der ÄrztInnen-PatientInnenbindung beeinflusst. So weisen StammpatientInnen, also PatientInnen, die bei einem/r ZahnärztIn bleiben, eine längere Lebensdauer bei ihren Füllungen auf als PatientInnen die ihre/n ZahnärztIn mehrmals wechseln.⁵

3 Siuka 2007, <http://www.siuka.at/zhk.htm>

4 Als Proxyparameter verwenden wir hier die Variable Versicherungsträger.

5 Pfoser 2004, Seite 51-80.

Abbildung 7: Überlebensfunktion (Kaplan-Meier-Schätzer) der Füllungen nach Stamm- und WechselpatientInnen



Quelle: Pfoser 2004.

Weiters hat der/die ÄrztIn selbst einen wesentlichen Einfluss auf die Haltbarkeit der von ihm gelegten Füllungen. Dieser individuelle ÄrztInnenfaktor konnte durch ein statistisches Modell nachgewiesen und geschätzt werden.⁷

Die Analyse von mehr als 3,4 Millionen Füllungen auf Prämolaren und Molaren über die Dauer von neun Jahren zeigte, dass insgesamt die Haltbarkeit der Füllungen in Oberösterreich weit über der vertraglich geforderten Frist von zwei Jahren liegt. Nach zwei Jahren sind 87,5 Prozent der Füllungen noch erhalten, 82 Prozent erreichen eine Lebensdauer von drei Jahren. Die Überlebensfunktion wird nach diesem Zeitpunkt immer flacher und liegt nach neun Jahren immerhin noch bei knapp 66 Prozent.

⁷ Schableger et al. 2007, Seite 127-139.

2.5.8 LITERATUR

American Dental Association: Two new Clinical Studies Support the Safety and Use of dental Amalgam in Children, <http://www.ada.org/prof/resources/topics/index.asp>, April 2006.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: Amalgame in der zahnärztlichen Therapie, Broschüre, 31.01.2005, <http://www.bfarm.de>.

Zahnärztliche Internet Information Services: <http://www.zahnlexikon-online.de/>.

Siuka, M.: <http://www.siuka.at/zhk.htm>.

Pfoser, N.: Statistische Bewertung der Verweildauer von Zahnfüllungen in Oberösterreich. Diplomarbeit am Institut für angewandte Statistik der Johannes-Kepler-Universität Linz 2004.

Schableger, K., Pfoser, N., Wagner, H.: Identifikation von Kovariableneinflüssen in der Füllungstherapie. Austrian Journal of Statistics. Volume 36, 2007 Number 2.

Oskar Meggeneder

2.6 ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Das Phänomen krankheitsbedingter Fehlzeiten (Krankenstände) ist ein komplexes. Es hängt sowohl von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen als auch dem betrieblichen Umfeld sowie von der individuellen Situation der Betroffenen ab. Allgemein bekannt und auch nachgewiesen wurde, dass bei steigender Arbeitslosigkeit und schlechter konjunktureller Entwicklung tendenziell die Angst der Beschäftigten um ihre Arbeitsplätze steigt. Mit der Ausnahme jener Teilarbeitsmärkte, in welchen die Kündigung von ArbeitnehmerInnen sehr erschwert oder gar unmöglich ist (Teile des öffentlichen Dienstes und öffentlich rechtlicher Körperschaften) reagieren die Beschäftigten mit verminderten Krankenstandstagen.¹ Langfristig sinkt die durchschnittliche Dauer der Krankenstandstage je Beschäftigten. Dies wird zum Teil auch auf eine verbesserte medizinische Versorgung und einen generell besseren Gesundheitszustand der Bevölkerung zurückgeführt. Zum Teil ist die sinkende durchschnittliche Krankenstandsdauer statistisch begründet, weil häufig kranke oder chronisch kranke ArbeitnehmerInnen aus dem Arbeitsmarkt ausgegrenzt und in die Langzeitarbeitslosigkeit oder Berufsunfähigkeitspension abgedrängt werden.² Indirekt wird das Geschehen krankheitsbedingter Fehlzeiten auch durch rechtliche Rahmenbedingungen beeinflusst, welche die Eingliederungsmöglichkeiten von wieder Gesunden, die aufgrund von Krankheit arbeitslos wurden, bestimmen. Auch die Form des Krankmeldesystems sowie der Entgeltfortzahlung beeinflussen die Anzahl der (gemeldeten) Krankenstände sowie deren Dauer.^{3,4} Auch die Umweltsituation wirkt sich auf das Ausmaß krankheitsbedingter Fehlzeiten aus. In Gebieten mit hohen gesundheitlichen Belastungen oder bei einer generell sich verschlechternden Umweltsituation steigen auch die Krankenstände.

Von signifikantem Einfluss auf krankheitsbedingte Fehlzeiten ist das betriebliche Umfeld. Einschlägige Untersuchungen zeigen hinreichend, dass die physischen und psychischen Belastungen stark von der Branche abhängen, in welcher der Betrieb tätig ist. In Handelsbetrieben dominieren andere Belastungen

als im Bauwesen oder im Gastgewerbe. Betriebsklima und Führungsstil beeinflussen gleichfalls das Krankenstandsgeschehen. Kooperativer Führungsstil, gute Sozialkontakte zu Vorgesetzten und KollegInnen erhöhen die Motivation der MitarbeiterInnen wesentlich.⁵ Demotivierte Beschäftigte neigen häufiger zu Fehlzeiten.⁶ In diesem Zusammenhang ist auch die Betriebsgröße von Einfluss.⁷ Unmittelbar einsichtig ist, dass die Art der beruflichen Tätigkeit sich direkt auf das Krankenstandsgeschehen auswirkt. So sind ArbeiterInnen zumeist stärkeren (insbesondere physischen) Belastungen ausgesetzt als Angestellte. Auch ist deren Unfallrisiko deutlich höher. Arbeitsbelastungen, denen ArbeiterInnen ausgesetzt sind, kumulieren sich und werden meist nach langjähriger beruflicher Tätigkeit in Form von körperlichen Verschleißerscheinungen sichtbar. In diesem Zusammenhang sind auch die Arbeitsumwelteinflüsse zu erwähnen. Unfallrisiko, Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Schadstoffen am Arbeitsplatz sowie Arbeitsumweltbedingungen wie Lärm, Hitze, Kälte, Feuchtigkeit und andere beeinflussen den Gesundheitszustand der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und damit auch das Risiko, arbeitsunfähig zu erkranken.⁸ Von Bedeutung sind zweifellos auch das Engagement von Management und/oder Betriebsrat für fördernde Maßnahmen zur Gesundheit und Sicherheit im Betrieb.⁹

Neben den gesellschaftlichen und betrieblichen Bedingungen werden Krankenstände auch wesentlich von persönlichen Faktoren beeinflusst. Körperliche sowie psychische Konstitution und Disposition, Wohn- und Familienverhältnisse und persönliches Risikoverhalten wie Rauchen und Alkoholmissbrauch sind in diesem Zusammenhang zu erwähnen. Auch das Freizeitverhalten im Bereich der so genannten Out-door-activities,

1 Vgl. Pietzner (2007), S. 46 ff.

2 Vgl. Meggeneder (2005), S. 82 f.

3 Vgl. Resch (2007).

4 Vgl. Kohler (2002), S. 9.

5 Vgl. Brandenburg/Nieder (2003), S. 66 ff.

6 Vgl. Kuhn (2005), S. 649.

7 Vgl. Pietzner (2007), S. 59.

8 Vgl. Parent-Thirion et al. (2007), S. 61 ff.

9 Vgl. Meggeneder/Pelster/Sochert (2005), Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen.

von Bewegungsarmut über ausgleichende sportliche Betätigung bis hin zu Sportarten mit hohem Verletzungsrisiko (Fußball, Skisport) beeinflusst nicht unwesentlich den generellen Gesundheitszustand und damit das Risiko arbeitsunfähig zu erkranken. Allgemein sind demographische Merkmale wie Alter (ältere ArbeitnehmerInnen sind seltener, aber länger krank als jüngere), Geschlecht (Frauen haben ein anderes Krankenstandsverhalten als Männer) und Nationalität (AusländerInnen sind häufiger krank als InländerInnen; dies hängt wesentlich auch mit deren Arbeitsbedingungen zusammen; sie verrichten oft die am meisten belastenden Arbeiten) von Einfluss. Im Folgenden wird die empirische Evidenz mehrerer der angeführten Zusammenhänge mit den Daten der Sozialversicherung nachgewiesen.

2.6.1 ENTWICKLUNG VON KRANKENSTÄNDEN

Im Zeitraum von 1996 bis 2005 hat sich die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle in Relation zum durchschnittlichen Beschäftigtenstand um 3,5 Prozent vermindert. Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage im Jahresdurchschnitt pro Beschäftigten weist für den genannten Zeitraum erhebliche Schwankungen auf und erreichte im Jahr 2005 mit 12,1 Tagen den niedrigsten Wert. 1999 waren die ArbeitnehmerInnen im Durchschnitt 14,4 Tage arbeitsunfähig erkrankt. Dies ist der höchste Wert im betrachteten Zeitraum. Ab 1999 lässt sich ein Trend

sowohl bei den AU-Tagen je ArbeitnehmerIn als auch bei der Durchschnittsdauer der krankheitsbedingten Fehlzeiten feststellen. Beide zeigen eine abnehmende Tendenz. In den vergangenen zehn Jahren hat sich das Krankenstandsgeschehen auffällig verändert: Die durchschnittlichen Krankenstandstage pro Beschäftigten haben sich von 14,0 auf 12,1 Tage reduziert. Dies ist immerhin eine Verringerung um 13,6 Prozent.

Deutliche Unterschiede im Krankenstandsgeschehen, gemessen an der Zahl der AU-Tage je Beschäftigten, zeigen sich im Vergleich der Versicherungsträger. Die produzierende Industrie mit einem hohen Arbeiteranteil¹⁰ und belastenden Arbeitsbedingungen hat naturgemäß überdurchschnittlich viele Krankenstandstage pro Fall.¹¹ Am anderen Ende der Skala finden sich die Gebietskrankenkassen der Bundesländer mit einem hohen Tourismusanteil. Hier wirken sich die unterdurchschnittlichen Krankenstände der im Beherbergungs- und Gaststättenwesen Beschäftigten aus. Dass die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) im Durchschnitt überhaupt nur die Hälfte der Krankenstandstage aufweist, hat seine Ursache darin, dass aus dienstrechtlichen Gründen die Krankenstände der BeamtInnen nicht erfasst werden, sondern nur jene der Vertragsbediensteten. Bei diesen handelt es sich aber um eine junge Erwerbspopulation, die signifikant weniger Krankenstände aufweist.

Tabelle 1:

Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit von 1996 bis 2005: Fälle und Dauer nach Beschäftigten (ohne Arbeitslose)

Jahr	Arbeiter und Angestellte im Jahresdurchschnitt	Fälle	Tage	Durchschnittsdauer einer Erkrankung in Tagen	AU-Tage je Beschäftigte/n
1996	2.686.645	2.917.562	37.591.022	12,9	14,0
1997	2.694.743	2.854.190	35.511.390	12,4	13,2
1998	2.716.316	2.856.911	35.917.354	12,6	13,2
1999	2.748.270	3.169.818	39.659.222	12,5	14,4
2000	2.783.478	3.106.929	39.204.749	12,6	14,1
2001	2.808.891	3.037.798	37.722.076	12,4	13,4
2002	2.824.469	2.979.289	36.381.849	12,2	12,9
2003	2.854.487	3.018.914	36.158.004	12,0	12,7
2004	2.877.382	2.877.382	34.978.228	12,1	12,2
2005	2.916.311	3.065.529	35.172.049	11,5	12,1

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Statistische Daten aus der Sozialversicherung. Krankenstands-Statistik. Berichtsjahr 2005.

¹⁰ Vgl. Abbildung 8, Allgemeiner Teil, Demografie

¹¹ Vgl. Krankenstandsstatistik 2005, Tabelle 19, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Abbildung 1: Arbeitsunfähigkeitstage je Beschäftigte/n nach Versicherungsträger¹²



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Statistische Daten aus der Sozialversicherung. Krankenstands-Statistik. Berichtsjahr 2005.

Im Krankenstandsverhalten lassen sich geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen. Frauen sind im Durchschnitt geringfügig weniger häufig arbeitsunfähig

erkrankt und sie weisen auch weniger Krankenstandstage auf als Männer. Sie sind im Durchschnitt auch weniger lange arbeitsunfähig erkrankt als ihre männlichen Arbeitskollegen.

Tabelle 2:

Krankenstandsverhalten nach Geschlecht			
	Insgesamt	Männer	Frauen
Beschäftigte im Jahresdurchschnitt	2.916.311	1.545.310	1.371.001
Krankenstandsfälle	3.065.529	1.675.274	1.390.255
Durchschnittliche Krankendauer pro Fall	11,5	11,8	11,1
Krankenstandsfälle pro ArbeitnehmerIn	1,1	1,1	1,0
Krankenstandstage pro ArbeitnehmerIn	12,1	12,8	11,2

Quelle: Statistische Daten aus der Sozialversicherung, Berichtsjahr 2005.

2.6.2 KRANKENSTANDSDIAGNOSEN

Die im Jahr 2005 erfassten Arbeitsunfähigkeiten verteilen sich auf rund 1.000 Diagnosen (ICD10-Code), die vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger für die statistische Auswertung zu rund 60 Diagnosegruppen zusammengefasst werden. Die zwei häufigsten Diagnosegruppen, gemessen an den Krankenstandstagen, sind Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes sowie Krankheiten der oberen Luftwege. Diese beiden Diagnosegruppen erklären 40,7 Prozent aller Krankenstandstage. Die zehn häufigsten Diagnosen (unter Nichtberücksichtigung der „Symptome und schlecht bezeichneten Diagnosen“) erklären rund drei Viertel aller AU-Tage. Von den zehn häufigsten

Diagnosegruppen dauert ein durchschnittlicher Krankenstandsfall bei den psychiatrischen Krankheiten am längsten (29,8 Tage) und im Falle von Darminfektionen am kürzesten (4,9 Tage). Von allen Diagnosegruppen dauert Krebs der Lippe, Mundhöhle und Rachen mit durchschnittlich 85 Tagen am längsten. Arbeitsunfälle, Freizeitunfälle, Haushaltsunfälle und Verkehrsunfälle werden unterschiedlichen Unfalldiagnosen zugeordnet. Fasst man diese zusammen, so bilden sie mit 19 Prozent an allen Krankenstandstagen die dritthäufigste Krankenstandsursache.

¹² Zum besseren Verständnis beachte man die Abbildungen 5, 6 und 8 im Allgemeinen Teil, Demografie.

Tabelle 3:

Krankenstandstage und Krankenstandsfälle nach den zehn häufigsten Diagnosen			
Diagnosegruppe	Fälle	Tage	Dauer in Tagen
Krankheiten des Skeletts, Muskeln, BGW	420.726	7.296.006	17,3
Krankheiten der oberen Luftwege	1.063.337	7.025.548	6,6
Sonstige Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)	136.134	2.559.586	18,8
Nicht-Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)	113.110	2.278.090	20,1
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	234.966	1.912.118	8,1
Psychiatrische Krankheiten	51.101	1.524.444	29,8
Darminfektionen	242.474	1.200.218	4,9
Krankheiten des Magen-Darm-Traktes	90.908	962.246	10,6
Sportunfälle	42.526	936.413	22,0
Krankheiten des Nervensystems	45.648	590.587	12,9
Alle Diagnosen	3.065.529	35.172.049	11,5

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Statistische Daten aus der Sozialversicherung. Krankenstands-Statistik. Berichtsjahr 2005.

2.6.3 KRANKENSTÄNDE UND ALTER

Eine Betrachtung des Krankenstandsgeschehens nach dem Alter zeigt, dass die Krankenstände mit fortschreitendem Lebensalter kontinuierlich zunehmen. Bei den Jüngeren werden die Krankenstandstage tendenziell durch viele Kurzkrankenstände und bei den Älteren eher durch wenige lang andauernde Krankenstände bedingt. Zwei Altersgruppen fallen aus dem Trend heraus: Sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern weisen die unter 25-Jährigen im Durchschnitt mehr AU-Tage auf als die Altersgruppe der 25- bis unter 45-Jährigen. Dies erklärt sich aus der Eingewöhnung in die Arbeitswelt, die in der Phase der Adoleszenz schwieriger ist als im Erwachsenenalter sowie aus den naturgemäß fehlenden Arbeitserfahrungen. Beschäftigte dieser Altersgruppe weisen eine deutlich höhere Unfallhäufigkeit auf. Es mag zunächst auch verwunderlich erscheinen, dass in der Altersgruppe der über 60-Jährigen relativ weniger Krankenstandstage anfallen als bei der unmittelbar vorhergehenden Alterskohorte (55- bis unter 60-Jährige). Dies gründet sich zum Teil auf den so genannten Healthy-Worker-Effekt; das heißt, wenn jemand mit diesem Lebensalter noch arbeitet, dann ist er oder sie sehr gesund.¹³ Zum anderen ist dies dadurch begründet, dass es sich bei Personen, die in diesem Alter noch einer Berufstätigkeit nachgehen,

um beruflich sehr motivierte Menschen handelt, die zudem noch sehr befriedigende Berufstätigkeiten und gute Arbeitsbedingungen vorfinden.

Tabelle 4:

Arbeitsunfähigkeitsstatistik nach Alter und Geschlecht (bei Beschäftigten)			
Alter	AU-Tage je Beschäftigte	Männer	Frauen
Durchschnitt	12,1	12,8	11,2
unter 20 Jahren	12,5	13,3	11,2
20 bis unter 25 Jahre	10,7	12,1	9,2
25 bis unter 30 Jahre	8,9	10,3	7,4
30 bis unter 34 Jahre	9,3	10,1	8,5
35 bis unter 40 Jahre	10,2	10,6	9,7
40 bis unter 45 Jahre	11,4	11,7	11,0
45 bis unter 50 Jahre	13,4	13,5	13,3
50 bis unter 55 Jahre	17,0	16,8	17,3
55 bis unter 60 Jahre	22,0	22,2	21,7
60 bis unter 65 Jahre	18,6	18,9	17,7
65 und älter	10,5	9,7	11,5

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Statistische Daten aus der Sozialversicherung. Krankenstands-Statistik. Berichtsjahr 2005.

¹³ Vgl. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&=PubMed&list_uids=6854417&dopt=Abstract

2.6.4 KRANKENSTÄNDE IN DEN WIRTSCHAFTSKLASSEN

Über alle Wirtschaftsklassen hinweg waren im Jahr 2005 pro Beschäftigte/n 12,1 Arbeitsunfähigkeitstage zu verzeichnen, wobei die Krankenstandstage pro Beschäftigten bei den Männern über und bei den Frauen unter dem Durchschnitt lagen. Zwischen den einzelnen Wirtschaftsklassen sind auffällige Unterschiede in der Krankenstandsdauer pro Beschäftigten festzustellen. So liegen beispielsweise die Beschäftigten der Wirtschaftsklassen „Bauwesen“ und „Sachgütererzeugung“,

was die Krankenstandsdauer pro Arbeitnehmer anbelangt, deutlich über dem Gesamtdurchschnitt, während in den Wirtschaftsklassen „Unterrichtswesen“, „Bergbau, Gewinn von Steinen und Erden“, „Kredit- und Versicherungswesen“ sowie „Private Haushalte“ Beschäftigte den Durchschnittswert deutlich unterschreiten. In der Landwirtschaft und im produzierenden Wirtschaftssektor sind die durchschnittlichen Krankenstandstage pro Beschäftigte/n bei den Männern höher als bei den Frauen, im Wirtschaftssektor persönliche und öffentliche Dienstleistungen ist es umgekehrt. Ähnlich ist der Trend bei den Arbeitsunfähigkeitsfällen.

Tabelle 5:

AU-Statistik: Fälle und Tage pro ArbeitnehmerIn; nach Wirtschaftsklasse und Geschlecht						
Wirtschaftsklasse	Männer und Frauen		Männer		Frauen	
	Fälle	Tage	Fälle	Tage	Fälle	Tage
Land- und Forstwirtschaft	0,8	10,4	0,7	11,3	0,8	8,9
Fischerei und Fischzucht	1,0	11,0	1,0	13,5	0,8	4,1
Bergbau, Gewinnung von Steinen und Erden	0,6	7,9	0,6	8,4	0,5	5,1
Sachgütererzeugung	1,2	14,0	1,2	14,1	1,3	13,8
Energie- und Wasserversorgung	1,1	12,6	1,0	12,7	1,2	12,2
Bauwesen	1,2	14,7	1,2	15,4	0,9	9,7
Handel, Reparatur von Kfz und Gebrauchsg.	1,1	11,3	1,1	11,5	1,1	11,2
Beherbergungs- und Gaststättenwesen	0,9	10,8	0,8	9,7	0,9	11,5
Verkehr, Nachrichtenübermittlung	1,0	12,4	0,9	12,5	1,2	12,2
Kredit- und Versicherungswesen	0,9	8,9	0,8	8,3	1,0	9,6
Realitätenwesen, Unternehmensdienstl.	1,1	12,1	1,1	11,9	1,1	12,3
Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	0,8	10,8	0,8	10,7	0,9	10,8
Unterrichtswesen	0,6	5,3	0,5	4,5	0,7	5,8
Gesundheits-, Veterinär- u. Sozialwesen	1,1	12,3	1,0	11,0	1,1	12,7
Erbringung öffentlicher & pers. Dienstl.	1,1	11,5	0,9	10,8	1,2	11,9
Private Haushalte	0,6	9,1	0,5	8,1	0,6	9,2
Exterritoriale Org. und Körperschaften	1,0	10,0	1,0	10,5	1,1	9,5

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
Statistische Daten aus der Sozialversicherung. Krankenstands-Statistik. Berichtsjahr 2005.

**2.6.5 KRANKENSTÄNDE NACH
SOZIALRECHTLICHER STELLUNG**

Obwohl die psychosozialen Belastungen in der Arbeitswelt rapide im Zunehmen begriffen sind¹⁴ (Bödeker/Klingworth 2007, S. 22 ff), dominieren nach wie vor die physischen Belastungen das Krankenstandsgeschehen. Dies zeigt sich bei einer Betrachtung der Arbeitsunfähigkeitstage in Abhängigkeit von der sozialrechtlichen Stellung. Arbeiter weisen nahezu die doppelte Anzahl an AU-Tagen pro Beschäftigten auf als männliche Angestellte. Auch bei den Frauen sind Arbeiterinnen stärker betroffen als weibliche Angestellte, wobei der Abstand zwischen den beiden sozialrechtlichen Gruppierungen nicht so groß ist. Dies hängt zweifellos damit zusammen, dass Frauen in der Gruppe der Angestellten eher am unteren hierarchischen Ende zu finden sind und damit auch härteren Arbeitsbedingungen als ihre männlichen Kollegen ausgesetzt sind. Dies erklärt auch, warum bei den Angestellten die Frauen im Durchschnitt deutlich mehr AU-Tage aufweisen als Männer, währenddessen der Unterschied zwischen Arbeiterinnen und Arbeitern nicht so groß ist.

Tabelle 6:

AU-Statistik: Arbeitsunfähigkeitstage-Tage pro AN; nach sozialrechtlicher Stellung (Arbeiter, Angestellte) und Geschlecht			
Geschlecht	Arbeitsunfähigkeitstage je Beschäftigte/n	ArbeiterIn	Angestellte/r
Insgesamt	12,1	16,0	8,9
Männer	12,8	16,3	8,4
Frauen	11,2	15,4	9,3

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Statistische Daten aus der Sozialversicherung. Krankenstands-Statistik. Berichtsjahr 2005.

2.6.6 KRANKENSTÄNDE VON ARBEITSLOSEN

Der Grund, warum die Krankenstände von Arbeitslosen – also von Personen die ohnehin keiner versicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen – überhaupt erfasst werden, liegt darin, dass eine der Voraussetzungen für den Anspruch auf Arbeitslosengeld die Arbeitsfähigkeit der betroffenen Personen ist. In diesem Zusammenhang ist fest zu halten, dass der Bezug von Krankengeld den Anspruch auf Arbeitslosengeld, dessen Bezugsdauer

zeitlich begrenzt ist, unterbricht und auf diese nicht anzurechnen ist. Es wird deshalb auch häufig behauptet, dass Arbeitslose sich ohne medizinische Notwendigkeit „krank schreiben“ lassen beziehungsweise den Krankenstand über Gebühr ausdehnen, um den Bezug des Arbeitslosengeldes zu strecken. Tatsächlich wird bei mehr als 85 Prozent der Krankenstandstage der Arbeitslosen auch Krankengeld bezogen; es besteht in diesen Fällen also keine Entgeltfortzahlungspflicht des Arbeitgebers. Daraus aber generell auf ein Missbrauchsverhalten der Arbeitslosen schließen zu wollen, ist jedoch unzulässig, da „freiwillige“ Arbeitslosigkeit ein Phänomen von eher untergeordneter Bedeutung ist.^{15,16} Die durchschnittlichen Krankenstandstage pro Arbeitslosen sind mehr als doppelt so hoch als jene der Beschäftigten, wobei auffällige geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen. Die durchschnittlichen Krankenstandstage der männlichen Arbeitslosen betragen 246 Prozent der männlichen Beschäftigten, bei den weiblichen Arbeitslosen beträgt der entsprechende Anteil 321 Prozent.¹⁷

Tabelle 7: Krankenstandsstatistik Arbeitslose, Berichtsjahr 2005, Alle KV-Träger nach ASVG

Untergliederung der Arbeitsunfähigkeitstage			
Art der Tage	Geschlecht	Anzahl der Tage	
		Gesamt	je Arbeitslose/n
Krankenstandstage	Insgesamt	8.395.088	33,4
	Männer	4.584.248	31,5
	Frauen	3.810.839	35,9
Krankengeldtage	Insgesamt	7.166.614	28,5
	Männer	3.930.017	27,0
	Frauen	3.236.597	30,5
Karenztage	Insgesamt	1.039.179	4,1
	Männer	543.034	3,7
	Frauen	496.145	4,7
Sonstige Krankenstandstage	Insgesamt	187.842	0,7
	Männer	109.920	0,8
	Frauen	77.922	0,7

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Statistische Daten aus der Sozialversicherung. Krankenstands-Statistik, Tabelle 3, Berichtsjahr 2005.

14 Vgl. Bödeker/Klingworth (2007), S. 22 ff.

15 Vgl. Kirchlner (1991) S. 227 ff.

16 Vgl. Sverke u. a. (2006) auch Ferrie (2006) beides in: Badura (2006), Fehlzeiten-Report 2005

17 Es ist hier allerdings zu berücksichtigen, dass insbesondere bei den Arbeitslosen bei gegenwärtiger Datenlage nicht zu quantifizierende statistische Ungenauigkeiten auftreten, da Arbeitslosigkeit im Regelfall kein ganzjährig durchgängiges Ereignis ist. Dies trifft zwar auch für die Beschäftigung zu, aber in deutlich geringerem Ausmaß. Zieht man für Vergleichszwecke die für diesen Fall günstigere Krankenstandsquote heran, ergibt sich allerdings ein ähnliches Bild.

Aus Gründen der Datenverfügbarkeit wurden zum direkten Vergleich der Unterschiede des Krankenstandsverhaltens von ArbeitnehmerInnen und Arbeitslosen die Daten der OÖ Gebietskrankenkasse herangezogen.¹⁸ Im Fokus unserer Betrachtungen steht das Krankenstandsverhalten auf Grund der unterschiedlichen Kran-

kenstandslast von Arbeitslosen und Beschäftigten. Hierbei zeigt sich, dass die durchschnittliche Krankenstandshäufigkeit (AU-Fälle), die durchschnittliche Dauer eines Krankenstandes aber auch die Krankenstandstage 2005 bei den Arbeitslosen wesentlich höher waren als bei den Beschäftigten.

Tabelle 8:

Krankenstandsfälle bei Beschäftigten in OÖ 2005			
	Insgesamt	Männer	Frauen
Beschäftigte 2005	508.351	283.015	225.336
Krankenstandsfälle	607.339	357.722	249.617
Durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Fall	11,0	11,3	10,6
Krankenstandsfälle pro Beschäftigte/n	1,2	1,3	1,1
Krankenstandstage pro Beschäftigte/n	13,2	14,3	11,8

Quelle: Hauptverbandsstatistik. Berichtsjahr 2005.

Tabelle 9:

Krankenstandsfälle bei Arbeitslosen in OÖ 2005			
	Insgesamt	Männer	Frauen
Arbeitslose 2005	37.293	17.251	20.042
Krankenstandsfälle	58.244	30.485	27.759
Durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Fall	19,2	20,2	18,1
Krankenstandsfälle pro Arbeitslose/n	1,6	1,8	1,4
Krankenstandstage pro Arbeitslose/n	30,0	35,8	25,1

Quelle: Hauptverbandsstatistik. Berichtsjahr 2005.

Zur Erklärung der doch deutlich höheren Krankenstandshäufigkeit und -dauer von Arbeitslosen bieten sich grundsätzlich zwei Arbeitshypothesen an:

Hypothese 1: Das bestehende Krankmelde- und Kontrollsystem erlaubt es den Arbeitslosen, ihre Krankenstände selbst zu steuern. Arbeitslose haben eine deutlich weniger ausgeprägte Arbeitsethik als Beschäftigte. Durch die beiden genannten Umstände kommt es zum Missbrauch und dies erklärt die im Vergleich zu den Beschäftigten höheren Krankenstände (Missbrauchs-Hypothese).

Hypothese 2: Der Gesundheitszustand von Arbeitslosen ist im Vergleich zu jenem der Beschäftigten schlechter, wobei sich diese Annahme in zwei Teilhypothesen

aufspalten lässt: Die höhere Morbidität ist eine Folge der Arbeitslosigkeit (Kausations-Hypothese) oder kranke Menschen werden aus dem Arbeitsprozess heraus und in die Arbeitslosigkeit hinein gedrängt (Selektions-Hypothese).¹⁹

Jeder der genannten Hypothesen kommt ein Erklärungswert zu, es fragt sich nur, wie hoch die jeweiligen Effekte sind. Der Missbrauchs-Hypothese dürfte eher ein geringer Erklärungswert zukommen. So lag die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Krankenanstalten

¹⁸ Datenquelle ist FOKO.

¹⁹ Vgl. Meggeneder (1994), S. 51.

pro Arbeitslosen mit 14 Tagen erheblich höher als bei den Beschäftigten mit 8,6 Tagen. Die Aufenthaltsdauer in einem Krankenhaus dürften die Patienten aber wohl schwerlich selbst beeinflussen können. Mittlerweile dürfte es unstrittig sein, dass das höhere Ausmaß an Krankenständen von Arbeitslosen auf deren eingeschränkten Gesundheitszustand zurückzuführen ist. Zahlreiche Untersuchungen haben dies hinreichend nachgewiesen.²⁰ Eine bereits mehrere Jahre zurückliegende Analyse des Krankenstandsverhaltens von Arbeitslosen und Beschäftigten mittels Daten der Sozialversicherung hat belegt, dass die erhöhten Krankenstände bei den Arbeitslosen eher eine Folge der Arbeitslosigkeit sind, als umgekehrt.²¹

²⁰ Vgl. stellvertretend für viele: Kurth (2004), Berth (2003), Hollereder/Brand (2006), Bormann/Elkeles (1997).

²¹ Vgl. Meggeneder (1994).

2.6.7 LITERATURVERZEICHNIS

Badura, B., u. a. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2005. Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit, Berlin – Heidelberg – New York 2006.

Berth, H., u. a. : Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ergebnisse einer Studie bei jungen Erwachsenen. In: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 39, Hamburg 2003, S. 108 -124.

Bödeker, W., Klingworth, H.: Hearts and Minds at Work in Europe. A European work.related public health report on Cardiovascular Diseases an Mental III Health, Essen 2007.

Bormann, C., Elkeles, T.: Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Arbeits- und Langzeitarbeitslosen. In: Weber, Ingbert (Hrsg.): Gesundheit sozialer Randgruppen, Stuttgart 1997.

Brandenburg, U., Nieder, P.: Betriebliches Fehlzeiten-Management. Anwesenheit der Mitarbeiter erhöhen. Instrumente und Beispiele, Wiesbaden 2003.

Geißler, H., u.a.: Kommunikation und Gesundheit in der Hamburger Hochbahn AG, Bad Gandersheim – Salzburg 1992.

Hollereder, A., Brand, H. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit, Bern 2006.

Ichino, A., Riphahn, R.: The Effect of Employment Protection on Worker Effort: Absenteeism During and After Probation. In: Journal of the European Economic Association, 3. Jg., Heft 1 (2005), S. 120 - 143.

Kirchler, E.: Resigniert erstarren oder erfolgreich sein Schicksal schmieden? Determinanten der Wiederbeschäftigung von Arbeitslosen, Linz 1991.

Kohler, H.: Krankenstand – Ein beachtlicher Kostenfaktor mit fallender Tendenz. In: IAB Werkstattbericht, Heft 1 (2002), S. 3 - 10.

Kuhn, J.: Der Krankenstand: Epidemiologische und betriebswirtschaftliche Bedeutung. In: Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin, 40. Jg., Heft 12 (2005), S. 646 - 651.

Kurth, M.: Gesundheitliche Folgen von Arbeitslosigkeit und gesellschaftlicher Ausgrenzung. In: Greene, R., Halkow, A. (Hrsg.): Armut und Gesundheit. Strategien der Gesundheitsförderung, Frankfurt am Main 2004, S. 223 - 226.

Meggeneder, O.: Krankenstände von Arbeitslosen. In: Arbeit und Sozialpolitik, 48. Jg., Heft 2/8 (1994), S. 48 - 55.

Meggeneder, O.: Krankenstände vermeiden – Fehlzeiten reduzieren. Ein Leitfaden für Betriebe, Wien 2005.

Meggeneder, O., Pelster, K., Sochert, R. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen, Bern 2005.

Parent-Thirion, A. et al.: Fourth European Working Conditions Survey, Dublin 2007.

Pietzner, G.: Krankenstands- und Arbeitslosenquote in Deutschland, München und Mering 2007.

Resch, R.: Krankenstand. Arbeits- und sozialrechtliche Probleme, Wien 2007.

Roth, JJ. et al.: Betriebs- und Arbeitszeiten beim Gütertransport und bei der Personenbeförderung, Dortmund – Berlin – Dresden 2004.

3 **TEIL B**

**GESUNDHEITS-
FÖRDERUNG UND
PRÄVENTION
DURCH DIE
SOZIALE KRANKEN-
VERSICHERUNG**

3 TEIL B: GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION DURCH DIE SOZIALE KRANKENVERSICHERUNG

- 3.1 EINLEITUNG TEIL B
- 3.2 BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG
- 3.3 SCHULISCHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG
- 3.4 KOMMUNALE GESUNDHEITSFÖRDERUNG
- 3.5 ZAHNGESUNDHEITSFÖRDERUNG
- 3.6 VORSORGEUNTERSUCHUNGEN
- 3.7 JUGENDLICHENUNTERSUCHUNGEN
- 3.8 MUTTER-KIND-PASS
- 3.9 TABAKENTWÖHNUNGSPROGRAMME

Helmut Hirtenlehner

3.1 EINLEITUNG TEIL B

3.1.1 GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

„Gesundheitsförderung bezeichnet alle vorbeugenden Aktivitäten und Maßnahmen, die die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen und Lebensweisen von Menschen zu beeinflussen suchen. Dabei sind sowohl medizinische als auch hygienische, psychische, psychiatrische, kulturelle, soziale, ökonomische und ökologische Ansätze angesprochen“.¹ Eine solche Begriffsbestimmung macht deutlich, dass Gesundheitsförderung im Vorfeld des Eintretens von Gesundheitsstörungen ansetzt und schon deren Entstehung verhindern will. Strittig ist lediglich die Abgrenzung zur Prävention. Wurden die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention lange Zeit gleichbedeutend verwendet und trifft dies mitunter auch heute noch zu, so lassen sich vom Ansatz her doch unterschiedliche Schwerpunktsetzungen erkennen: Prävention zielt auf krankheitsgruppenspezifische Risikofaktoren und macht es sich zur Aufgabe, diese Krankheitsrisiken zu vermindern. Gesundheitsförderung fokussiert mehr auf die Ressourcen zur Aufrechterhaltung und Stabilisierung von Gesundheit, ohne dabei auf einzelne Krankheitsbilder ausgerichtet zu sein.²

Mit der Verabschiedung der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (und der darin enthaltenden Begriffsdefinition) hat die WHO³ die Bedeutung der Gesundheitsförderung von der Fokussierung auf bestimmte Krankheiten und der Identifikation von Risikogruppen auf die Beachtung der Gesundheit und des Wohlbefindens aller Bevölkerungsgruppen verlagert. Gesundheit wird dabei nicht mehr nur als Verantwortung des/der Einzelnen gesehen, sondern als Verantwortung der Gesellschaft – als Teil von Public Health.

Die Kernstrategie der Gesundheitsförderung stellt die Intervention in Lebensbereiche – in so genannte Settings dar. Es handelt sich dabei um soziale Gefüge, in denen eine Vielzahl an Menschen einen Großteil ihrer Zeit verbringen und demnach ähnlichen Einflussfaktoren ausgesetzt sind, ähnliche Handlungen vollziehen und mit anderen in Interaktion treten. Mit dem Setting-

Ansatz wird der „Erkenntnis Rechnung getragen, dass Gesundheitsprobleme einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und organisatorischer Umwelt und persönlicher Lebensweise sind“.⁴

Die Gesundheitsförderung konzentriert sich im Wesentlichen auf drei Settings: Schule, Betrieb und Gemeinde (oder kommunale Gesundheitsförderung).

Auch die soziale Krankenversicherung hat sich dem Ansatz der Ottawa Charta sowie dem Setting Ansatz verschrieben, wobei der Atem in diesem Bereich – vor allem was die betriebliche Gesundheitsförderung betrifft – weit zurückreicht.

Die schulische, betriebliche und kommunale Gesundheitsförderung findet sich auch in den für das Jahr 2010 formulierten Zielvorschlägen wieder und soll somit die strategische Verankerung dieses Ansatzes in der Ausrichtung der sozialen Krankenversicherung einmal mehr unterstreichen.

Es gibt gute Gründe für die soziale Krankenversicherung, ihr Leistungsspektrum in die Domäne der Gesundheitsförderung und Prävention auszuweiten. Die zeitgerechte Investition in die Stabilisierung von Gesundheit kann helfen, Kosten im kurativ-rehabilitativen Sektor im Rahmen zu halten. Gesundheitsförderung und Prävention versprechen den Sozialversicherungsträgern eine langfristige Kostenverringerung durch einen geringeren Bedarf an Krankenbehandlung und Arzneimitteln sowie einer Absenkung der Arbeitsunfähigkeitszeiten.

Die strategische Ausrichtung der Sozialversicherung folgt dem Grundsatz „Länger leben bei guter Gesundheit“, das heißt es muss Ziel der Bemühungen im Gesundheitswesen sein, die gesunden Lebensjahre für die Österreicherinnen und Österreicher zu vermehren. Neben einer Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung tritt die Sozialversicherung dafür ein, dass der Gesundheitsförderung in der Gesundheitspolitik ein wichtiger Stellenwert zukommt.

1 Laaser/Hurrelmann (1998), S. 395.

2 Spicker/Schopf (2007), S. 33.

3 WHO (1986), online.

4 Grossmann/Scala (2003), S. 205.

Die gesetzliche Krankenversicherung trägt der Einsicht, dass Gesundheitsförderung und Prävention für die Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung von zentralem Wert sind, in Form eines breiten Spektrums einschlägiger Aktivitäten durchaus Rechnung. Der folgende Abschnitt des Gesundheitsberichtes zeigt wie. Mehrere Kapitel setzen sich mit den Gesundheitsförderungs- und Präventionsleistungen der Krankenversicherungsträger auseinander. Differenziert nach einzelnen Handlungsfeldern wird dargelegt, welche vorbeugenden Aktivitäten und Maßnahmen in welcher Häufigkeit erbracht wurden. Damit kann der Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext des gesamten Leistungskataloges der sozialen Krankenversicherung bestimmt werden. Daraus wird unter anderem auch ersichtlich, dass Gesundheit nicht allein Sache der Gesundheitspolitik ist, sondern dass die Sozialversicherung auch die Strategie verfolgt, Gesundheitsförderung und Prävention mit anderen Politikfeldern und Stakeholdern zu thematisieren (Health in All Policy).

3.1.2 LITERATUR

Grossmann, R., Scala, K.: Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung (4. Auflage). Sabo Schwabenheim a. d. Selz, S. 205-206. 2003.

Laaser, U., Hurrelmann, K.: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa. S. 395 – 424. 1998.

Spicker, I., Schopf, A.: Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen. Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste. Wien: Springer. 2007.

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (am 05.08.2007 online, unter: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German)

Helmut Hirtenlehner

3.2 BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG

3.2.1 PROGRAMMATIK BETRIEBLICHER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Laut Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung, dem für die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und damit auch für die soziale Krankenversicherung in Österreich handlungsleitenden Manifest der BGF, bezeichnet betriebliche Gesundheitsförderung als Oberbegriff alle gemeinsamen Maßnahmen von ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.¹ Dazu gehören die gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeits- und Organisationsbedingungen ebenso wie Maßnahmen zur Förderung des Gesundheitsverhaltens der MitarbeiterInnen. Ganz in diesem Sinne erschöpft sich BGF nicht in Versuchen, das Gesundheitsverhalten und die Handlungskompetenzen der MitarbeiterInnen zu stärken, sondern macht gezielt auch Arbeitsstrukturen, Arbeitsabläufe und Arbeitsumwelten zum Gegenstand des Handelns. „Im Rahmen einer gesundheitsorientierten Unternehmenspolitik sollen von Angestellten und ArbeiterInnen, betrieblichen GesundheitsexpertInnen, Führungskräften und BetriebsrätInnen gemeinsam die Arbeitsbedingungen (Verhältnisse) gesundheitsförderlich gestaltet und die Arbeitenden zu gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensweisen befähigt und motiviert werden (Verhalten)“.² Eine so verstandene ganzheitliche und bedingungsbezogene betriebliche Gesundheitsförderung rückt in die Nähe von Organisationsentwicklung und Arbeitsgestaltung.³ Ziel ist die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozesse, die eine Sicherung und Festigung der Gesundheit der ArbeitnehmerInnen möglich und erwartbar machen.

Die Gründe für das Engagement der gesetzlichen Krankenversicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung sind breit gefächert. Eine Bearbeitung der Ursachen arbeitsbedingter Erkrankungen und eine Stärkung der Gesundheit der ArbeitnehmerInnen kann helfen, die Ausgaben für Krankenbehandlungen,

Krankengeld und vorzeitige Pensionierungen zu senken.⁴ Betriebliche Gesundheitsförderung verspricht den Sozialversicherungsträgern eine langfristige Kostenverringerung durch weniger Gesundheitsgefährdungen. Gesunde MitarbeiterInnen gehen weniger zum Arzt/zur Ärztin, brauchen weniger Medikamente und geraten seltener in den Zustand einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit. Eine ähnliche Umwegrentabilität ist auch im Hinblick auf die Pensionsversicherung zu erwarten. Gesunde MitarbeiterInnen gehen im Durchschnitt später in Pension, was reduzierte Kosten durch vorzeitige Pensionierungen und höhere Einnahmen durch längere Beitragszeiten bedeutet. Darüber hinaus sind positive Effekte auf das Image der Krankenversicherung zu erwarten. BGF fördert die Kooperation zwischen Betrieb und Krankenversicherungsträger und hebt damit natürlich auch das Ansehen der Krankenkassen im Allgemeinen.

3.2.2 DATENBASIS

Die vorliegende Darstellung der betrieblichen Gesundheitsförderungsaktivitäten der sozialen Krankenversicherung beruht auf mehreren Datenquellen. Im März 2007 wurde mit Ausnahme der Betriebskrankenkassen an alle österreichischen Krankenversicherungsträger ein Fragebogen zur Dokumentation der im Jahr 2005 im Bereich betrieblicher Gesundheitsförderung erbrachten Leistungen ausgeschiedet. Weitere Daten wurden von der Koordinationsstelle des Österreichischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung zur Verfügung gestellt. Es handelt sich dabei um Aufzeichnungen zur Zahl der bundesweit vergebenen Gütesiegel betrieblicher Gesundheitsförderung und zur Anzahl der Unternehmen, die eine Charta zur betrieblichen Gesundheitsförderung unterzeichnet haben. Informationen zur Anzahl der Unternehmen, die Versicherungsverhältnisse bei einem Krankenversicherungsträger unterhalten, wurden einer vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erstellten Statistik entnommen.

1 Europäisches Netzwerk (1997).

2 Kuhn (1997) S.25.

3 Meggeneder (2005) S.66.

4 Dür/Fürth (2006).

Die im nächsten Abschnitt vorgestellten Befunde beruhen somit zum überwiegenden Teil auf Selbstangaben der einzelnen Krankenversicherungsträger. Die Aussagekraft der Ergebnisse hängt von der Qualität der Dokumentation und Datenerfassung der einzelnen Krankenversicherungsträger ab.

3.2.3 BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN ZAHLEN 2005

3.2.3.1 Begleitung ganzheitlicher Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung

Herzstück der betrieblichen Gesundheitsförderung ist die Etablierung ganzheitlicher Projekte in den Unternehmen, die Maßnahmen der Verhältnisprävention mit solchen der Verhaltensprävention vereinen. Der Gesundheitsbegriff wird dabei nicht auf die Abwesenheit körperlicher Krankheit reduziert, sondern wird in seiner vollen Entfaltung als umfassendes körperliches,

psychisches und soziales Wohlbefinden aufgegriffen.⁵ Die Verschränkung von bedingungsbezogenen und personenbezogenen Interventionen mit einem solchen biopsychosozialen Gesundheitsverständnis rechtfertigt die Bezeichnung entsprechender betrieblicher Gesundheitspolitiken als ganzheitlich.

Laut Selbstangaben der an der Erhebung teilnehmenden Krankenversicherungsträger sind im Jahr 2005 insgesamt 165 Unternehmen in den Genuss einer von der sozialen Krankenversicherung mitgetragenen betrieblichen Gesundheitsförderung gekommen. Aufgrund der SVA dominiert entgegen dem sonstigen Trend die finanzielle Unterstützung. 55 Unternehmen wurden im Sinne einer inhaltlichen Prozessbegleitung durch MitarbeiterInnen der Krankenversicherung bei ihren Bemühungen zur organisierten Auseinandersetzung mit Gesundheit beraten und betreut. Eine rein finanzielle Unterstützung ist in 110 Fällen erfolgt.

Tabelle 1:

Bei ganzheitlichen BGF-Projekten begleitete Unternehmen			
Träger	Inhaltlich betreute Unternehmen	Finanziell unterstützte Unternehmen	Insgesamt begleitete Unternehmen
GKK Wien	0	8	8
GKK Niederösterreich	7	0	7
GKK Burgenland	3	0	3
GKK Oberösterreich	14	0	14
GKK Steiermark	5	0	5
GKK Kärnten	4	0	4
GKK Salzburg	11	0	11
GKK Tirol	1	0	1
GKK Vorarlberg	0	1	1
Betriebskrankenkassen	wurde nicht erhoben	wurde nicht erhoben	wurde nicht erhoben
VAEB	2	0	2
BVA	8	8	16
SVA	0	93	93
SVB	0	0	0
Gesamt	55	110	165

Quelle: eigene Angaben der Träger

⁵ WHO (1946).

Ein Vergleich der von Seiten verschiedener Versicherungsträger gemeldeten Aktivitäten zeigt recht unterschiedliche Unterstützungspraxen. Während die Mehrzahl der Träger inhaltlich-substanziell ins Geschehen eingreift, setzen die SVA, die WGKK und die VGKK auf finanzielle Zuschüsse. Im Bereich der BVA ist eine gemischte Unterstützungspraxis zu beobachten: Inhaltliche Betreuungsleistungen und ausschließlich finanzielle Förderleistungen halten sich die Waage.

In der Gesamtschau wird eine tragende Rolle der OÖGKK, der SGKK und der BVA sichtbar. Die genannten Krankenversicherungsträger haben die höchsten

Begleitungszahlen gemeldet. Bei den finanziellen Unterstützungen dominiert die SVA mit 93 von insgesamt 110 Zuschüssen.

Differenziert nach Unternehmensgröße wird bei der inhaltlichen Betreuung ein Tätigkeitsschwerpunkt bei mittleren und größeren Unternehmen erkennbar. Die überdurchschnittliche Resonanz betrieblicher Gesundheitsförderung in größeren Unternehmen gilt als bekannt (Hirtenlehner et al. 2005). Kleinbetriebe können weniger angesprochen und erreicht werden. Anders hingegen die finanziellen Unterstützungen: Insbesondere durch die SVA werden hier auch die Kleinbetriebe eingebunden.

Tabelle 2:

Bei ganzheitlichen BGF-Projekten begleitete Unternehmen nach Betriebsgröße					
Betriebsgrößenklasse	Inhaltlich betreute Unternehmen	Finanziell unterstützte Unternehmen	Insgesamt begleitete Unternehmen	Anzahl Unternehmen*	Reichweite in Prozent
1 – 9 MitarbeiterInnen	0	87	87	244.296	0,0%
10 – 49 MitarbeiterInnen	9	8	17	29.681	0,1%
50 – 249 MitarbeiterInnen	23	3	26	4.706	0,6%
Ab 250 MitarbeiterInnen	23	12	35	995	3,5%
Gesamt	55	110	165	279.678	0,1%

Quelle: eigene Angaben der Träger; *Statistik Austria (online)

3.2.3.2 Begleitung thematisch begrenzter Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung

Viele Betriebe können sich zur „Königsdisziplin“ einer ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsförderung (noch) nicht entschließen, und konzentrieren ihre BGF-Aktivitäten ausschließlich auf einzelne Problemfelder im Unternehmen. Eine solche thematisch punktuelle betriebliche Gesundheitsförderung muss konzeptuell als unvollständig begriffen werden, kann aber als Türöffner für nachfolgende ganzheitliche Gesundheitsförderungsprogramme dienen.

Betrachtet man die von der sozialen Krankenversicherung entweder inhaltlich oder finanziell unterstützten unvollständigen BGF-Projekte nach ihrem thematischen Zuschnitt, wird zunächst ein Schwerpunkt im Feld der Gesundheitsstraßen erkennbar. Das Gewicht der Gesundheitsstraßen gründet auf eine entsprechende Förderinitiative der BVA, die für alle hier angeführten Gesundheitsstraßen verantwortlich zeichnet. Gehäuft

unterstützt werden erwartungsgemäß auch Programme im Bereich Ernährung (vor allem von der OÖGKK, der SGKK und der KGKK) und Bewegung (hier zeigt sich abermals die BVA recht engagiert).

Tabelle 3:

Bei thematisch eingegrenzten BGF-Projekten begleitete Unternehmen	
	Insgesamt begleitete Unternehmen
Gesundheitsstraßen	30
Ernährung	19
Bewegung	12
Tabak	7
Psychosoziale Gesundheit / Stress	4
Alkohol	1

Quelle: eigene Angaben der Träger

3.2.3.3 Krankenstandsauswertungen

Krankenstandsauswertungen stellen wichtige Diagnose- und Evaluationsinstrumente im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung dar.⁶ Ganz in diesem Sinne bieten mehrere Krankenversicherungsträger Fehlzeitenanalysen für einzelne Unternehmen an. Dabei werden unter anderem die Anzahl der Krankenstandsfälle und Krankenstandstage im Jahr, die mittlere Dauer einer Arbeitsunfähigkeitsepisode und die häufigsten Diagnosen bei krankheitsbedingten Fehlzeiten ausgewertet. Besonders aufschlussreich ist dabei der Vergleich der einzelbetrieblichen Daten mit der Wirtschaftsklasse, der das Unternehmen angehört.

Das Angebot der Krankenstandsauswertungen ist selbstverständlich nicht auf Betriebe mit BGF-Projekten begrenzt. Wenn im Folgenden Zahlen zur Frequenz durchgeführter Krankenstandsauswertungen referiert werden, befinden sich darunter auch Unternehmen, die nicht in betriebliche Gesundheitsförderung investieren.

Tabelle 4:

Durchgeführte Krankenstandsauswertungen	
Träger	Anzahl der Krankenstandsauswertungen
GKK Wien	2
GKK Niederösterreich	7
GKK Burgenland	0
GKK Oberösterreich	30
GKK Steiermark	3
GKK Kärnten	12
GKK Salzburg	5
GKK Tirol	11
GKK Vorarlberg	5
Betriebskrankenkassen	wurde nicht erhoben
VAEB	1
BVA	0
SVA	keine Information verfügbar
SVB	0
Gesamt	76

Quelle: eigene Angaben der Träger

Insgesamt wurden 2005 von den an der Erhebung teilnehmenden Krankenversicherungsträgern 76 Krankenstandsauswertungen durchgeführt. Die größte Anzahl betrieblicher Arbeitsunfähigkeitsanalysen findet sich im Wirkungsbereich der OÖGKK. Auch die KGKK und die TGKK berichten über eine größere Anzahl realisierter Krankenstandsauswertungen.

3.2.3.4 Informationsveranstaltungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung

Bemühungen zur Vergrößerung der Resonanz betrieblicher Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt können um eine systematische Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit nicht umhin. Zahlreiche Krankenversicherungsträger machen es sich daher zur Aufgabe, durch gezielte Informationsarbeit einen Beitrag zur Ausdehnung der Reichweite betrieblicher Gesundheitsförderung zu leisten.

Tabelle 5:

Überbetriebliche Informationsveranstaltungen zur BGF	
Träger	Anzahl überbetrieblicher Informationsveranstaltungen
GKK Wien	5
GKK Niederösterreich	1
GKK Burgenland	0
GKK Oberösterreich	24
GKK Steiermark	2
GKK Kärnten	2
GKK Salzburg	2
GKK Tirol	3
GKK Vorarlberg	0
Betriebskrankenkassen	wurde nicht erhoben
VAEB	1
BVA	0
SVA	keine Information verfügbar
SVB	0
Gesamt	40

Quelle: eigene Angaben der Träger

⁶ Meggeneder (2005) S. 49 ff.

Tabelle 5 gibt Auskunft über den Umfang einer Säule der BGF-bezogenen Öffentlichkeitsarbeit der sozialen Krankenversicherung. Es wird dargestellt, wie viele Informationsveranstaltungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung von den Trägern entweder selbst durchgeführt oder durch einschlägige Vortragstätigkeit bereichert wurden. Gezählt wurden nur überbetriebliche Veranstaltungen, an denen mehrere Unternehmen zugleich teilgenommen haben.⁷

Insgesamt wurden 40 Informationsveranstaltungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung gemeldet, die von Krankenversicherungsträgern durchgeführt oder aktiv unterstützt wurden. 24 dieser Veranstaltungen wurden von der OÖGKK (mit-)organisiert oder konnten sich zumindest auf ReferentInnen aus den Reihen der OÖGKK stützen.

3.2.3.5 Aktivitäten der Qualitätssicherung

Das aus den Reihen der Sozialversicherung mit sozialpartnerschaftlicher Unterstützung der Wirtschaftskammer Österreich, der Bundesarbeiterkammer, der Industriellen-Vereinigung und dem Österreichischen Gewerkschaftsbund errichtete Österreichische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung hat es sich zum Ziel gemacht, BGF in Österreich zu verbreiten und dabei für einen hohen Qualitätsstandard zu sorgen. Das im Wesentlichen von der sozialen Krankenversicherung getragene Netzwerk bedient sich der OÖGKK als zentraler Koordinationsstelle sowie als nationaler Kontaktstelle zum Europäischen Netzwerk betriebliche Gesundheitsförderung.⁸ Das Österreichische Netzwerk kooperiert eng mit dem Fonds Gesundes Österreich und hat mit dessen Unterstützung ein dreistufiges Qualitätssicherungsmodell entwickelt, welches einen einheitlichen und hohen Standard der BGF im Lande gewährleisten soll. Folgende drei Qualitätssicherungsinstrumente wurden ausgearbeitet:

1. Stufe: BGF – CHARTA

Die BGF-Charta ist eine Absichtserklärung eines Unternehmens, sich den Grundsätzen der BGF zu verpflichten und die Unternehmenspolitik an diesen Prinzipien zu orientieren. Die Regionalstellen des Österreichischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung in den Bundesländern – in den meisten Fällen handelt es

sich dabei um die regionale Gebietskrankenkasse – verwalten die Adressen, halten zu den Unternehmen regelmäßigen Kontakt und bieten ihnen Beratungen und Informationen. Sollte es innerhalb von zwei Jahren zu keiner betriebsinternen Realisierung gesundheitsfördernder Maßnahmen kommen, wird das betroffene Unternehmen von der Liste der „Charta-Betriebe“ gestrichen.

2. Stufe: BGF – GÜTESIEGEL

Das Gütesiegel „Gesundheitsförderndes Unternehmen“ ist ein nach außen hin sichtbares Zeichen, dass im betreffenden Unternehmen Konzepte und Maßnahmen der BGF Anwendung finden. Es wendet sich an Unternehmen, die BGF bereits in den Regelbetrieb integriert haben beziehungsweise an Unternehmen, die kürzlich ein BGF-Projekt abgeschlossen haben und eine Implementierung in den Arbeitsalltag anstreben. Die ausgezeichneten Betriebe erhalten eine Urkunde und ein frei zu verwendendes Logo (elektronisch und als Plakette), welches sie für Marketingzwecke verwenden dürfen. Das Siegel wird für eine Laufzeit von drei Jahren verliehen. Nach Ablauf der Drei-Jahres-Frist ist das Siegel neuerlich zu beantragen und die Gesundheitsorientierung des Unternehmens erneut zu prüfen. Eine Bewerbung erfolgt mittels einer standardisierten Bewerbungsvorlage durch die Regionalstellen des Österreichischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung. Die Entscheidung über die Zuerkennung trifft das Netzwerk – nach Begutachtung durch einen Fachbeirat – mit qualifizierter Mehrheit.

3. Stufe: Österreichischer Preis für Betriebliche Gesundheitsförderung

Der früher als „BGF-Oskar“ bezeichnete Österreichische Preis für betriebliche Gesundheitsförderung wird in einem zweijährigen Rhythmus ausgelobt. Damit sollen herausragende Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung prämiert werden, die aufgrund ihrer hohen Qualität als Beispiel für andere Unternehmen dienen können. Die Ausschreibung erfolgt durch die Koordinationsstelle des Österreichischen Netzwerkes für BGF. Die Auswahl der PreisträgerInnen geschieht durch eine Fachjury.

⁷ Die klassische Erstinformation im Rahmen der Beratung einzelner Unternehmen ist damit explizit ausgeschlossen.

⁸ Kieseewetter/Hirtenlehner (2006).

Tabelle 6:

Unternehmen, die 2005 eine BGF-Charta unterzeichnet oder ein BGF-Gütesiegel erhalten haben		
Träger	Charta	Gütesiegel
GKK Wien	0	0
GKK Niederösterreich	0	3
GKK Burgenland	0	0
GKK Oberösterreich	16	5
GKK Steiermark	0	0
GKK Kärnten	5	2
GKK Salzburg	0	6
GKK Tirol	0	0
GKK Vorarlberg	0	0
Betriebskrankenkassen	0	0
VAEB	6	10
BVA	0	0
SVA	0	0
SVB	0	0
Gesamt	27	26

Quelle: Österreichisches Netzwerk BGF

2005 haben insgesamt 27 Unternehmen eine Charta zur betrieblichen Gesundheitsförderung unterzeichnet.⁹ Die meisten dieser Betriebe konnten in Oberösterreich rekrutiert werden. Das Gütesiegel „Gesundheitsförderndes Unternehmen“ konnte 26 Betrieben verliehen werden, am häufigsten solchen im Wirkungsbereich der VAEB.

Die bislang letzte Vergabe des Österreichischen Preises für betriebliche Gesundheitsförderung erfolgte im Jahr 2005. In zwei verschiedenen Betriebsgrößenklassen – einmal für Unternehmen bis einschließlich 100 MitarbeiterInnen, einmal für Unternehmen mit mehr als 100 Beschäftigten – wurden jeweils drei Preise verliehen. Überdies kamen zwei Sonderpreise der Sozialpartner zur Auslobung. Die Preisverleihung erfolgte öffentlich im Rahmen des jährlichen Informationstages zur BGF.

3.2.4 GESUNDHEITZIEL „BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG“

Ein Gesundheitsbericht soll immer auch ein Instrument zur Steuerung gesundheitspolitischer Aktivitäten sein. Um die Verbreitung einer qualitätsgesicherten, hochwertigen betrieblichen Gesundheitsförderung im Lande zu fördern, wurde vom Entwicklungsteam der Gesundheitsberichterstattung der sozialen Krankenversicherung eine Reihe von Vorschlägen ausgearbeitet, wie Gesundheitsziele zur betrieblichen Gesundheitsförderung beschaffen sein könnten. Tabelle 7 gibt einen Überblick. Es wird unmittelbar ersichtlich, dass die Ziele auf das Jahr 2010 datiert sind und ihre Ausgangsbasen mitunter im Leistungsniveau des Jahres 2005 gelegen sind.

Tabelle 7:

Gesundheitszielvorschläge im Bereich betrieblicher Gesundheitsförderung des Jahres 2005	
■	Bis zum Jahr 2010 unterzeichnen mindestens 10 Prozent aller Unternehmen mit mehr als 10 unselbständig beschäftigten MitarbeiterInnen die Charta zur betrieblichen Gesundheitsförderung des Österreichischen Netzwerkes BGF.
■	Bis zum Jahr 2010 sollen 300 Unternehmen Träger des Gütesiegels betrieblicher Gesundheitsförderung des Österreichischen Netzwerkes BGF sein.
■	Im Jahr 2010 soll sich die Anzahl der durch die Sozialversicherung betreuten Betriebe gegenüber 2005 verdreifacht haben.

Wie ist nun die Ausgangslage im Jahr 2005 zu beurteilen? Bei der Betrachtung ist zu berücksichtigen, dass sich die Instrumente Charta und Gütesiegel zum Erhebungszeitpunkt erst in der Implementierungsphase befunden haben. 2005 haben insgesamt 27 Unternehmen eine Charta zur betrieblichen Gesundheitsförderung unterzeichnet. Das entspricht weniger als einem Promille aller Unternehmen mit mehr als zehn unselbständig

⁹ Da die Zahlen zur Inanspruchnahme der Qualitätssicherungsinstrumente einer Aufstellung der von der OÖGKK betriebenen Koordinationsstelle des Österreichischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung entnommen wurden, besteht Vollständigkeit im Sinne einer Erfassung aller Krankenversicherungsträger.

beschäftigten MitarbeiterInnen.¹⁰ Im selben Jahr haben 26 Betriebe das Gütesiegel „Gesundheitsförderndes Unternehmen“ erhalten. Der Ausgangswert der durch die Sozialversicherung betreuten Betriebe, der bis zum Jahr 2010 zu verdreifachen ist, beträgt 55, wenn man – entsprechend obigem Ziel – nur auf die Zahl der bei ganzheitlichen BGF-Projekten inhaltlich betreuten Unternehmen abstellt. Insgesamt wurden im Jahr 2005 165 Betriebe begleitend unterstützt.

¹⁰ Aufgrund der in der Betriebsgrößenstatistik des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger verwendeten Gruppierung kann nur die Anzahl der Unternehmen mit 10 und mehr unselbständig beschäftigten MitarbeiterInnen berechnet werden. Im Juli 2005 waren beim Hauptverband 41.662 Unternehmen mit mindestens 10 unselbständig beschäftigten MitarbeiterInnen gemeldet. Nimmt man diese Zahl als Bezugsgrundlage, ist der Anteil der Unternehmen, die 2005 die Charta unterzeichnet haben, mit 0,065 % zu beziffern.

3.2.5 LITERATUR

Atzler, B./Marktl, G. 2006: Die Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung innerhalb der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB). In: Meggeneder, O./Hirtenlehner, H. (Hrsg.): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklungen. Frankfurt a.M.: Mabuse. S. 37 - 56.

Dür, W./Fürth, K. 2006: Grundlagen, Konzepte und Nutzen der Betrieblichen Gesundheitsförderung aus gesundheitssoziologischer Sicht. In: Meggeneder, O./Hirtenlehner, H. (Hrsg.): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklungen. Frankfurt a.M.: Mabuse. S. 101 - 112.

Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung 1997: Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union.

Hirtenlehner, H./Meggeneder, O./Sebinger, S. 2005: Betriebliche Gesundheitsförderung und der Faktor „Unternehmensgröße“. Ansprüche und Chancen einer auf die Arbeitsbedingungen bezogenen Gesundheitsförderung aus Sicht der Leiter/innen kleiner und großer Unternehmen. In: Soziale Sicherheit, Heft 12/05, S. XIX - XXIII.

Kiesewetter, E./Hirtenlehner, H. 2006: Das österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Meggeneder, O./Hirtenlehner, H. (Hrsg.): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklungen. Frankfurt a.M.: Mabuse. S. 57 - 72.

Kuhn, K. 1997: Betriebliche Gesundheitsförderung im Rahmen der Europäischen Union. In: Österreichische Kontaktstelle für Betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Linz: OÖGKK. S. 19 - 33.

Meggeneder, O. 2005: Krankenstände vermeiden – Fehlzeiten reduzieren. Ein Leitfaden für Betriebe. Wien: Linde. Statistik Austria, Zahlen zur Verteilung der Unternehmensgröße in Österreich (am 05.08.2007 online, unter: http://www.statistik.at/web_de/static/leistungs- und strukturstatistik 2005 - hauptergebnisse der leistungs- und 49817 024258.xls)

WHO 1946: Constitution, Genf.

Sarah Sebinger

3.3 SCHULISCHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG

3.3.1 AUSGANGSSITUATION UND BEGRIFFSDEFINITION

3.3.1.1 Gesundheit und Krankheit bei Kindern und Jugendlichen

Obwohl in den vergangenen Jahren vermehrt – vor allem von Medienseite – darauf hingewiesen wurde, dass immer mehr Kinder und Jugendliche zu dick sind, unmäßig Alkohol konsumieren und/oder immer früher mit dem Rauchen beginnen, stimmt diese defizitorientierte Sichtweise nicht, wenn es um eine Gesamtdarstellung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen geht. Durch diese großteils einseitige Medienberichterstattung besteht der Eindruck, dass es sich um eine gesundheitlich stark beeinträchtigte Gruppe von Menschen handelt. Auf diese Gruppe trifft aber eher das Gegenteil zu: Sie ist großteils gesund und im Vergleich zu Personen anderer Altersgruppen kaum durch Beschwerden und Krankheiten beeinträchtigt.

Auch wenn Kinder und Jugendliche in geringen Maßen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Krankheiten belastet sind, handelt es sich dabei um einen für die gesundheitliche Entwicklung sehr bedeutenden Lebensabschnitt. Im Kindes- und Jugendlichenalter werden die Weichen für eine gesunde Zukunft gestellt – es werden Verhaltensweisen erprobt, erlernt und schließlich gefestigt.

Mit zunehmendem Alter der Kinder – vor allem in der Phase der Adoleszenz – rücken der Einfluss des Elternhauses in den Hintergrund und andere Lebensbereiche in den Vordergrund. Während in den ersten Lebensjahren das Verhalten noch stark von den Eltern bestimmt wird, bestimmen die Heranwachsenden im Jugendalter zunehmend selbst über ihr (Gesundheits-) Verhalten, wobei sie sich dabei stark an ihrem Umfeld orientieren. Als ein zentraler Lebensbereich kann in dieser Lebensphase die Schule identifiziert werden. Studien haben zeigen können, dass bestimmte Aspekte der psychosozialen Schulumwelt (wie Unterrichtsqualität, Klassenklima, Partizipationsmöglichkeiten oder schulische Leistungsanforderungen) in einem direkten

Zusammenhang mit der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten der Heranwachsenden stehen.¹ Darüber hinaus werden Kinder und Jugendliche mit einer für sie sehr bedeutenden Gruppe – den Gleichaltrigen (so genannte Peer-Groups) konfrontiert. Die Gleichaltrigengruppe stellt ein entscheidendes Sozialisationsfeld² dar, gleichzeitig aber auch einen wichtigen Einflussfaktor jugendlichen Risikoverhaltens.

Die Schule und das damit einhergehende Umfeld bilden demnach ein zentrales Handlungsfeld der Gesundheitsförderung. Denn „Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“.³

3.3.1.2 Setting Ansatz und schulische Gesundheitsförderung

Der Ansatz der Gesundheitsförderung in zentralen Lebensbereichen wird auch als Setting Ansatz oder als „Schlüsselstrategie der Gesundheitsförderung“⁴ bezeichnet. Die Schule stellt dabei ein zentrales Setting dar, wo Kinder und Jugendliche einen Großteil ihrer Zeit verbringen. Der Setting Ansatz ist als Antwort auf die natürlichen Grenzen traditioneller Gesundheitserziehung- und Gesundheitsbildungsprogramme zu verstehen, indem Rahmenbedingungen und deren Veränderung in den Vordergrund der Intervention gerückt werden. Der Setting-Ansatz basiert auf der Erkenntnis, dass Gesundheitsförderung nur dann ihre volle Wirksamkeit entfalten kann, wenn sie auch in strukturelle Maßnahmen eingebettet ist, die auf die Umweltbezogenheit von Gesundheit Rücksicht nehmen und die Verbesserung der Lebens- und Umweltbedingungen für Kinder und Jugendliche zum Ziel haben. Die Interventionen der schulischen Gesundheitsförderung richten sich dementsprechend auf das soziale System Schule als Organisation.⁵ „Schulische Gesundheitsförderung umfasst demnach nicht nur die Information über Gesundheitsförderung und das Einwirken auf das Verhalten des Einzelnen, sondern auch die Gestaltung eines gesundheitsfördernden Lebensraums. Gesundheitsförderung

1 Einen kurzen Überblick liefert Richter (2005) S. 134

2 Vgl. Zum Beispiel Hurrelmann (1999).

3 WHO (1986).

4 Grossmann (1994).

5 Grossmann (2003) S. 205f.

betont somit in gleicher Weise die körperliche und geistige sowie soziale Gesundheit“.⁶

3.3.2 DIE ROLLE DER SOZIALVERSICHERUNG

3.3.2.1 Gesetzliche Basis und Einrichtung von Schulservicestellen

Die Sozialversicherung wird durch das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (sowie den entsprechenden Sondersicherungsgesetzen, die auf das ASVG verweisen) beauftragt, Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung zu setzen. Es handelt sich dabei um eine eher vage gesetzliche Bestimmung, die da lautet: „Die Krankenversicherung trifft Vorsorge für die Gesundheitsförderung“.⁷ Dieser gesetzliche Spielraum eröffnet der sozialen Krankenversicherung eine Bandbreite an Aktivitäten und die Möglichkeit eines innovativen und qualitätsgeleiteten Vorgehens, das darüber hinaus Raum für Weiterentwicklung zulässt.

Eine besondere Herausforderung für die Gesundheitsförderung war und ist die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen.

Im Rahmen eines Innovationsprojektes „Gesundheitsförderung und Prävention“ beauftragte der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse mit dem Teilprojekt „Gesundheitsförderung und Prävention – Setting Schule“. Dabei stand folgender Leitgedanke im Vordergrund: SchülerInnen sollen frühzeitig darin unterstützt werden, persönliche Kompetenz in Hinblick auf ein gesundheitsbewusstes eigenverantwortliches Handeln zu entwickeln und es in gesundheitsgerechten Lebenswelten zu verankern. Mit dem „Grundsatzlerlass zur Gesundheitserziehung“ des BMUK (aktuell: BMUKK) wurde dieser Gedanke bereits von Seiten der Schulbehörde verankert. Vielfach sehen sich LehrerInnen in Sachen schulischer Gesundheitsförderung jedoch inhaltlich wenig unterstützt. Hier bot sich für die soziale Krankenversicherung eine gute Möglichkeit, im Bewusstsein junger Menschen, aber auch deren LehrerInnen, als Kompetenzträger für Gesundheit wahrgenommen zu werden und ein entsprechendes Angebot zu schaffen.

Im Jahr 2004 konnten im Rahmen dieses Entwicklungsprojektes Schulservicestellen der Gebietskrankenkassen

in fünf Bundesländern erfolgreich eingerichtet werden. Diese Schulservicestellen werden von folgenden Gebietskrankenkassen getragen:

- Kärntner Gebietskrankenkasse (KGKK)
- Niederösterreichische Gebietskrankenkasse (NÖGKK)
- Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK)
- Salzburger Gebietskrankenkasse (SGKK)
- Steiermärkische Gebietskrankenkasse (StGKK)

Diese institutionelle Verankerung schulischer Gesundheitsförderung in Form einer regionalen Struktur dient in erster Linie dazu, bereits entwickelte Angebote systematisch an Gesundheit interessierte SchülerInnen und LehrerInnen heranzutragen. Die InitiatorInnen der Servicestellen für Schulen haben in erster Linie einen unterstützenden Charakter ins Auge gefasst. Sie sehen sich als DienstleisterInnen aller im Setting Schule tätigen AkteurInnen.

Die erfolgreiche Etablierung einer Servicestelle für Schulen setzt neben einer trägerübergreifenden Zusammenarbeit auch enge Kooperationen mit AnbieterInnen oder Institutionen auf regionaler und Landesebene wie zum Beispiel Landesschulrat, Pädagogische Institute und Vereine voraus. Auch dies wurde mit der Einrichtung der Stellen forciert.

3.3.2.2 Zielgruppen und Ziele der Schulservicestellen sowie Angebote im Überblick

Als vorrangige Ziele der schulischen Gesundheitsförderung wurde in einem Kooperationsvertrag Folgendes festgehalten:

- Gestaltung der Schule als gesundheitsförderliche Lebenswelt unter Einbeziehung aller im schulischen Alltag beteiligten Personen.
- Förderung persönlicher Kompetenzen und Leistungspotenziale der SchülerInnen in Hinblick auf gesundheitsbewusstes, eigenverantwortliches Wissen und Handeln.
- Förderung der kommunikativen und kooperativen Kompetenzen zwischen LehrerInnen, SchülerInnen und Eltern.

⁶ BMUKK (1997).

⁷ ASVG, § 116 (1) 5.

Aus diesen Zielsetzungen sind auch die Zielgruppen ableitbar. Die Schulservicestellen sehen sich als Ansprechpartner für SchülerInnen, LehrerInnen, Eltern und weitere Personen, die an dem Thema Interesse zeigen.

Die Angebote der Schulservicestellen lassen sich grob in drei Bereiche unterteilen. Die AkteurInnen der Schulservicestellen üben eine beratende Tätigkeit aus, das heißt sie fungieren als AnsprechpartnerInnen für Personen, die an der schulischen Gesundheitsförderung Interesse zeigen. Kann davon ausgegangen werden, dass Schulen an einem umfassenden und längeren Prozess interessiert sind, dann begleitet die Schulservicestelle solche Vorhaben oder regt von sich aus Projektinitiativen an. Darüber hinaus stellen sie – bundesländerspezifische oder gemeinsam entwickelte – Informationsmaterialien zur Verfügung. Darunter fallen beispielsweise Materialien zu Gesundheitsdaten der einzelnen Bundesländer oder ein- bis zweimal jährlich erscheinende Newsletter, die sich jeweils einem Schwerpunktthema

widmen oder aber auch spezielle Praxismodule (siehe Tabelle 1), die eine Umsetzung von themenbezogenen Schwerpunkten in der Schule erleichtern sollen. Die Tätigkeit im Rahmen der Schulservicestelle, aber vor allem die Projektbegleitung, basiert auf einer Reihe von Qualitätskriterien, die im Wesentlichen den Prinzipien des Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen⁸ entsprechen und sich in zahlreichen Studien⁹ wieder finden, aber auch durch die Erfahrung der in den Servicestellen tätigen AkteurInnen gefestigt oder kritisch hinterfragt werden. Idealerweise verfolgt die schulische Gesundheitsförderung (Ottawa Charta) einen ganzheitlichen Ansatz, der sowohl verhaltensorientierte (zum Beispiel Konsumieren einer gesunden Schuljause) als auch verhältnisorientierte Maßnahmen (Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen, dass diese Jause regelmäßig konsumiert werden kann) berücksichtigt, um Gesundheit nachhaltig einen fixen Platz im schulischen Alltag zu verschaffen.

Nachfolgende Tabelle liefert einen Überblick über die themenbezogenen Angebote der Schulservicestellen.

Tabelle 1:

Anzahl der Themenbezogenen Angebote im Jahr 2005								
	Ernährung	Bewegung	Tabak	Alkohol	Drogen	Psychosoz. Gesundheit	andere Themen	Summe (ja)
BGKK*								0
KGKK	ja		ja				ja	3
NÖGKK	ja	ja	ja					3
OÖGKK	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	7
SGKK	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	7
STGKK	ja	ja						2
TGKK*								0
VGKK*								0
WGKK*								0
BVA**								0
SVB**								0
VAEB**								0
SVA**								0
Gesamt	5	4	4	2	2	2	3	22

Quelle: *Schulservicestelle im Schuljahr 2004/2005 noch nicht eingerichtet.

**Die Einrichtung von Schulservicestellen ist aufgrund eines bundesweiten Wirkungskreises nicht vorgesehen

8 Das Netzwerk ist im Jahr 2006 in die „Strategie Gesundheitsförderung in den Schulen Österreichs“ (siehe <http://www.give.or.at/>) übergegangen.

9 Vgl. zum Beispiel Dür u. a. (2002) oder Wolfmeir (2005).

Die Angebote der Schulservicestellen decken eine breite Palette an Themen ab. Die meisten Angebote bestehen zu den Bereichen Ernährung und Bewegung, die wohl als klassische Gesundheitsthemen bezeichnet werden können. Einen hohen Stellenwert nehmen auch Aspekte ein, die sich der Risikoorientierung von Kindern und Jugendlichen zuwenden und mit dem Begriff Sucht umschrieben werden können. Ein Randthema scheint die psychische Gesundheit der Heranwachsenden zu sein. Lediglich zwei Gebietskrankenkassen (jene in Salzburg und Oberösterreich) bieten hierzu gezielt Unterstützung an.

**3.3.3 SCHULISCHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG
DER SOZIALEN KRANKENVERSICHERUNG**

**3.3.3.1 Grundlegendes zum Datenmaterial und
zu dessen Interpretierbarkeit**

Die nachfolgenden Daten basieren auf einer quantitativ angelegten Befragung aller österreichischen Sozialversicherungsträger zu Aktivitäten der schulischen Gesundheitsförderung im Jahr 2005. Da – wie weiter oben bereits erwähnt – Schulservicestellen zu diesem Zeitpunkt lediglich in fünf Bundesländern eingerichtet wurden und diese sich zu dieser Zeit großteils in der Startphase befanden, ist eine Abschätzung der Betreuungssituation im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung für Österreich nur sehr eingeschränkt möglich. Darüber hinaus gibt es neben den Schulservicestellen eine Vielzahl an AnbieterInnen,¹⁰ mit denen die AkteurInnen der Schulservicestellen eng kooperieren.¹¹ Diese indirekte Einflussnahme ist in den Daten nicht abgebildet, welche somit auch keinen Schluss auf Aktivitäten der schulischen Gesundheitsförderung insgesamt zulassen.

Um die Unterstützungsleistungen in ihrer Reichweite zu bewerten, werden darüber hinaus Daten der Statistik Austria über die Anzahl an Schulen sowie SchülerInnen herangezogen. An dieser Stelle stoßen die Befragungsdaten jedoch an ihre Grenzen. Es kann zum Beispiel von der Anzahl an durchgeführten Beratungsgesprächen je Bundesland (siehe Tabelle 2) nicht auf die tatsächliche gesundheitsfördernde Betreuung geschlossen werden, wenn zum einen davon auszugehen ist, dass sich die Schulservicestellen auch als Vermittler anderer AkteurInnen sehen und zum anderen Beratungsgespräche

möglicherweise erst zu einem späteren Zeitpunkt einen gesundheitsbezogenen Outcome liefern.

3.3.3.2 Schulische Unterstützungsleistungen

Eine zentrale Rolle der Schulservicestellen ist es, am Thema interessierte Personen des schulischen Umfeldes zu beraten. In Tabelle 2 wird die Anzahl der im Jahr 2005 durchgeführten Beratungsgespräche dargestellt.

Tabelle 2:

Anzahl durchgeführter Beratungsgespräche mit Personen im schulischen Umfeld im Jahr 2005	
	Beratungsgespräche
BGKK	2
KGKK	33
NÖGKK	4
OÖGKK	44
SGKK	0
STGKK	18
TGKK	0
VGKK	0
WGKK	0
BVA	0
SVB	0
VAEB	0
SVA	0
Gesamt	101

In Summe wurden im Jahr 2005 101 persönliche Beratungsgespräche – also in den Räumlichkeiten des Versicherungsträgers oder vor Ort in der Schule – durchgeführt. Diese Zahl kommt in erster Linie durch die Aktivität von drei Sozialversicherungsträgern zustande. Die Oberösterreichische, die Kärntner und die Steiermärkische Gebietskrankenkasse führten bereits im Jahr 2005 persönliche Beratungsgespräche durch – die Niederösterreichische und die Burgenländische Gebietskrankenkasse in Einzelfällen.

¹⁰ Vor allem zu themenspezifischen Angeboten wie in Oberösterreich das Institut für Suchtprävention oder die für das gesamte Bundesgebiet zuständige Give Servicestelle für Gesundheitsbildung.

¹¹ In den meisten Bundesländern existieren Arbeitskreise, in denen intensiv an der Etablierung und Weiterentwicklung der Thematik gearbeitet wird.



Die Kernaufgabe der AkteurInnen schulischer Gesundheitsförderungsarbeit liegt in der Projektbegleitung – also in der prozesshaften Begleitung von Schulen beim Projektmanagementzyklus sowie in der Abgabe von Empfehlungen, dass Qualitätskriterien der schulischen Gesundheitsförderung eingehalten werden (zum Beispiel Einbindung möglichst aller am schulischen Alltag beteiligten Personen).

Tabelle 3 gibt über die im Schuljahr 2004/2005 durchgeführten Schulprojekte, die mit Hilfe der MitarbeiterInnen der Schulservicestellen zustande gekommen sind, Auskunft. Um eine annähernde Vorstellung davon zu bekommen, welcher Anteil an Schulen und SchülerInnen eingebunden werden konnte, werden auch Zahlen der potenziell zu erreichenden SchülerInnen und Schulen angeführt und in Beziehung gesetzt.

Tabelle 3:

Anzahl Schulen und SchülerInnen in den Bundesländern (2004/2005) ¹² und Anzahl durchgeführter Schulprojekte und beteiligte SchülerInnen (2004/2005) Die Beteiligung von Schulen und SchülerInnen an Schulprojekten						
	Anzahl der Schulen			Anzahl der SchülerInnen		
	Schulen / BL	durchgeführte Projekte	Reichweite in %	SchülerInnen / BL	beteiligte SchülerInnen	Reichweite in %
BGKK*	323	1	0,3%	36.912	142	0,4%
KGKK	499	7	1,4%	84.145	2.216	2,6%
NÖGKK	1.367	2	0,1%	220.509	249	0,1%
OÖGKK	1.191	15	1,3%	224.421	1.472	0,7%
SGKK	439	5	1,1%	84.643	1.000	1,2%
StGKK	1.077	0	0,0%	170.382	0	0,0%
TGKK*	760	0	0,0%	110.362	0	0,0%
VGKK*	307	0	0,0%	58.963	0	0,0%
WGKK*	755	0	0,0%	214.963	0	0,0%
BVA**	–	1	–	–	400	–
SVB**	–	0	–	–	0	–
VAEB**	–	1	–	–	300	–
SVA**	–	0	–	–	–	–
Gesamt	6.718	32	0,5%	1.205.300	5.779	0,5%

*Schulservicestelle im Schuljahr 2004/2005 noch nicht eingerichtet

**Der Wirkungskreis erstreckt sich über das gesamte Bundesgebiet

Die in Tabelle 3 angeführten Projekte des Schuljahres 2004/2005, die durch Beschäftigte der sozialen Krankenversicherung unterstützt und betreut wurden, entsprechen bestimmten ausgewählten Qualitätskriterien. All diese Projekte haben gemeinsam, dass sowohl eindeutig nachvollziehbare Ziele als auch ein Arbeitsplan vor Beginn der Maßnahmenumsetzung festgehalten wurden. Nicht nur bei der Ausarbeitung dieser beiden Projektmanagementschritte, sondern beim Prozess als Ganzes wurde auf eine breite Einbindung möglichst vieler Personen geachtet. Idealerweise wurden auf

diese Art SchülerInnen, LehrerInnen und Eltern ins Boot geholt. All diese Projekte wären wohl ohne eine Unterstützung der Schulleitung nicht möglich gewesen – auch dafür wurde Sorge getragen. Um zum einen aus Fehlern für die Zukunft zu lernen und zum anderen einen (bewertenden) Abschluss für ein Schuljahr zu ermöglichen, wurde bei diesen Schulen eine Erfolgskontrolle, meist in Form einer Selbstevaluation durchgeführt.

12 Bundesministerium für Unterricht und Kunst (Online).

Diese Erfordernisse an ein qualitätsvolles Projekt werden auf Anraten der Schulservicestellen von Schulseite dokumentiert und von den AkteurInnen der Schulservicestellen im Rahmen des Begleitprozesses überprüft.

Alles in allem ist die – rein quantitativ bewertete – Reichweite der Schulservicestellen eher begrenzt.¹³ Im Schuljahr 2004/2005 kann österreichweit in etwa ein halbes Prozent der Schulen (0,5 Prozent) und SchülerInnen (0,5 Prozent) erreicht werden. Da die personellen Ressourcen¹⁴ im Schuljahr 2004/2005 in den (fünf) Bundesländern (mit Schulservicestelle) etwa gleich verteilt waren, orientiert sich die bundesländerspezifische Reichweite an der dort vorhandenen Anzahl an Schulen und SchülerInnen. Wird dieser Aspekt vernach-

lässigt, dann werden durch die Schulservicestelle der Kärntner Gebietskrankenkasse die prozentuell meisten Schulen (1,4 Prozent) und SchülerInnen (2,6 Prozent) erreicht. In absoluten Zahlen unterstützt die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse die meisten Schulen (15), die umfassende Projekte durchführen und die Kärntner Gebietskrankenkasse die meisten SchülerInnen (2.216), die sich an solchen Projekten beteiligen. In einem weiteren Schritt soll dargestellt werden, wie viele Schulen im Schuljahr 2004/2005 themenbezogene Angebote der sozialen Krankenversicherung in Anspruch genommen haben. Es liegt im Ermessen der Schule, welchen und wie vielen Themen sie sich zuwendet. Tabelle 4 stellt das Ausmaß an themenbezogener Unterstützung von Seiten der Schulservicestellen dar.

Tabelle 4:

Anzahl der Schulen, die im Schuljahr 2004/2005 themenbezogene Angeboten in Anspruch genommen haben (Mehrfachnennungen möglich)								
	Ernährung	Bewegung	Tabak	Alkohol	Drogen	Psychosoz. Gesundheit	andere Themen	Summe
BGKK*	1	1	1	0	0	0	0	3
KGKK	15	2	1	4	1	1	10	34
NÖGKK	37	2	0	0	0	0	0	39
OÖGKK	22	19	7	7	10	13	12	90
SGKK	46	8	118	118	114	4	110	518
STGKK	0	0	0	0	0	0	7	7
TGKK*	0	0	0	0	0	0	0	0
VGKK*	3	4	2	2	2	4	4	21
WGKK*	0	0	0	0	0	0	0	0
BVA**	0	0	0	0	0	0	0	0
SVB**	0	0	0	0	0	0	236	236
VAEB**	0	0	0	0	0	0	0	0
SVA**	0	0	0	0	0	0	2	2
Gesamt	124	36	129	131	127	22	381	950

*Schulservicestelle im Schuljahr 2004/2005 noch nicht eingerichtet.

**Der Wirkungskreis erstreckt sich über das gesamte Bundesgebiet.

Tabelle 4 beinhaltet nicht nur die an den oben angeführten Qualitätskriterien orientierten Schulprojekte, sondern auch thematisch begrenzte Angebote (wie zum Beispiel Vorträge oder Workshops). Abgesehen von „anderen Themen“ (die in erster Linie in den Wirkungsbereich der Sozialversicherungsanstalt der Bauern („Kindersicherheit am Bauernhof“) fallen) konzentrieren

sich die meisten Schulen auf „Ernährung“ oder wählen einen risikofaktorenorientierten Ansatz, indem sie Aspekte der Sucht (Tabak, Alkohol, Drogen) aufgreifen.

13 Ein Vergleich lässt nur ungefähre Richtwerte zu, da die Vergleichsdaten auch Schulen (zum Beispiel Pädagogische Akademien) umfassen, die (vorerst) nicht unmittelbar eine zentrale Zielgruppe der Schulservicestellen darstellen.

14 Die mit den Schulservicestellen verbundenen Arbeiten werden jeweils in etwa von einer Person ausgeübt. (Unterschiede ergeben sich bei der je Bundesland zusätzlich zur Verfügung stehenden administrativen Unterstützung.)

Die psychosoziale Gesundheit wird nur von wenigen Schulen (in Summe 22) behandelt. Betrachtet man die Vielfalt an Themen je Bundesland, so nimmt hier eindeutig Salzburg und die bei der Salzburger Gebietskrankenkasse eingerichtete Schulservicestelle eine Vorreiterrolle ein.

Unter „anderen Themen“ nannten die MitarbeiterInnen der Sozialversicherungsträger folgende Angebote oder Aktivitäten der Schulen: Kindersicherheit (am Bauernhof), Umwelt, Ökologie, Orthopädisches Screening in Volksschulen, Zahngesundheitsförderung,^{15,16} Sexualität, Hörschäden und Erste Hilfe.

3.3.3.3 Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse

Am Ende des Jahres 2004 – also im Schuljahr 2004/2005 – wurden bei fünf Sozialversicherungsträgern (Gebietskrankenkassen) Servicestellen für Schulen eingerichtet. Diese Einrichtungen sehen sich zum einen als fehlendes Bindeglied (oder VermittlerIn) zwischen Theorie und Praxis und zum anderen als AnsprechpartnerIn auf regionaler Ebene im Feld der schulischen Gesundheitsförderung. Bei einzelnen Sozialversicherungsträgern wurden dabei bereits etablierte Aktivitäten dieses Bereichs institutionell verankert, bei anderen wiederum ein neuartiges Themenfeld eröffnet.

Alles in allem ist die quantitative (und mit diesen Daten erfassbare) Reichweite der Schulservicestellen eher gering. In diesem Bereich müssen jedoch die Grenzen der hier zur Verfügung gestellten Daten aufgezeigt werden: Es können weder Aussagen über die Verbreitung der Informationsmaterialien noch über die Anzahl an Schulen, die sich mit schulischer Gesundheitsförderung (mit indirekter Unterstützung in Form von Arbeitskreisen mit anderen Institutionen oder Lehrerfortbildungsveranstaltungen) auseinandersetzen, getroffen werden.

3.3.4 GESUNDHEITSZIEL „SCHULISCHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG“

Zur Steuerung gesundheitspolitischer Maßnahmen, wurden für den Bereich der schulischen Gesundheitsförderung Ziele für das Jahr 2010 festgehalten. Es handelt sich dabei um Vorschläge (Tabelle 5), die im Wesentlichen eine Diskussionsgrundlage bilden.

Tabelle 5:

Vorschlag für Gesundheitsziele im Bereich Schulischer Gesundheitsförderung	
	Bis zum Jahr 2010 sollen jährlich 10 % aller Schulen Angebote der Schulservicestellen in Anspruch nehmen.
	Bis zum Jahr 2010 sollen jährlich 10 % aller Schulen Gesundheitsförderungsprojekte durchführen.
	Bis zum Jahr 2010 soll es in jedem Bundesland eine Schulservicestelle geben.
	Bis zum Jahr 2010 sollen die Schulservicestellen wirksamkeitsbasierte nutzerorientierte Angebote in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Sucht (Tabak und Alkohol) entwickeln.

Um diese Ziele in den einzelnen Organisationen auch strategisch zu verankern, werden die Aktivitäten der Schulservicestelle seit dem Schuljahr 2005/2006 in einer SV Balanced Scorecard festgehalten. Im Wesentlichen werden dabei Schulen gezählt, die unter Berücksichtigung bestimmter Qualitätskriterien gesundheitsfördernde Projekte mit Unterstützung der Schulservicestelle durchführen. Diese Aktivitätenmessung hat auch eine Steuerungsfunktion und trägt somit indirekt zur Erreichung des in Tabelle 5 festgehaltenen Ziels „Bis zum Jahr 2010 sollen jährlich 10 % aller Schulen Gesundheitsförderungsprojekte durchführen“ bei, indem Aktivitäten in diese Richtung gesetzt werden können. Alles in allem erscheint bei der Zielerreichung ein optimistischer Blick in die Zukunft angebracht. Immer mehr Institutionen erkennen – auch mit Unterstützung der Schulservicestellen –, dass die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ein wertvolles Gut darstellt, das es zu bewahren gilt. Darüber hinaus schließt diese positive Haltung sowohl die realistisch erscheinende Einrichtung von Schulservicestellen in (binahe) allen Bundesländern als auch die Entwicklung von Angeboten oder Instrumenten zur Qualitätssicherung (z.B. Evaluierungsinstrumente oder Auszeichnung) mit ein.

¹⁵ Hierzu bestehen zum Teil flächendeckende Angebote von Seiten der Sozialversicherungsträger, vgl. ÖBIG (2007)

¹⁶ Siehe auch GB 2005, Kap. 3.5, Zahngesundheitsförderung

3.3.5 LITERATUR

BMUKK (Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur): Grundsatzverordnung Gesundheitserziehung (am 05.08.2007 online, unter: <http://www.bmukk.gv.at/medienpool/902/gesunderl.pdf>). 1997.

BMUKK (Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur): Anzahl Schulen und SchülerInnen je Bundesländern im Schuljahr 2004/05 (am 05.08.2007 online, unter: http://www.bmukk.gv.at/medienpool/15078/stat_tb_2005.xls)

Dür, W., Aichberger, H., Grossmann, W., Mravlag, K., Bauer, M., Schindlauer, G. (2002): Partizipative Strukturen in der Schule und die Gesundheit von Jugendlichen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren in Österreich. Wien, 2002.

Grossmann, R. & Scala, K.: Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Juventa Verlag Weinheim und München. 1994.

Grossmann, R. & Scala, K.: Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. S. 205-206. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung (4. Auflage), Sabo Schwabenheim a. d. Selz. 2003.

Hurrelmann, K.: Lebensphase Jugend: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung (6. Auflage). Juventa Verlag Weinheim. 1999.

Richter, M.: Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. 2005.

Freitag, M.: Was ist eine gesunde Schule? Einflüsse des Schulklimas auf Schüler- und Lehrergesundheit. Gesundheitsforschung, Juventa Verlag Weinheim und München. 1998.

Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG (Hrsg.): Kariesprophylaxe in Österreich. Wien. 2007.

WHO: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (am 05.08.2007 online, unter: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German). 1986.

Wolfmeir, S.: Schulische Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung im Setting Schule unter besonderer Berücksichtigung deren Rahmenbedingungen sowie fördernden und hemmenden Faktoren. OÖGKK Linz. 2005.

Karin Reis-Klingspiegl

3.4 KOMMUNALE GESUNDHEITSFÖRDERUNG ALS AKTIVITÄTSBEREICH DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIAL- VERSICHERUNGSTRÄGER

Kommunale beziehungsweise regionale Gesundheitsförderung ist ein Bereich, der in Österreich vor allem über die Netzwerke Gesunder Gemeinden in der Steiermark,¹ Salzburg, Oberösterreich, Niederösterreich und Kärnten sowie über das Gesunde Städte-Netzwerk des Österreichischen Städtebundes und über die Teilnahme von Wien am Healthy City-Netzwerk der WHO über einige Tradition und Breite verfügt.² Allerdings hat sich gerade dieser Bereich der Gesundheitsförderung abseits der österreichischen Sozialversicherungsträger entwickelt. Dieses historische Faktum erklärt sich aus dem Zweck und den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, die auch Finanzierungs- und Zugangsmöglichkeiten bestimmen. Dass die kommunale Gesundheitsförderung nun erstmals als Zielbereich der Gesundheitsberichterstattung über Gesundheitsförderung und Prävention der Sozialversicherungsträger auftaucht,³ ist ein Novum. Sinnvoll erscheint diese Innovation angesichts einiger wichtiger und vulnerabler Zielgruppen (Kleinkinder, Erwerbsarbeitslose, Hausfrauen und -männer, ältere und alte Menschen), die praktisch ausschließlich über das Setting Gemeinde erreicht werden können. In diesem Kontext lohnt sich ein intensiverer Blick auf die Ausdifferenzierung gesundheitsfördernder Interventionen in der kommunalen und regionalen Lebenswelt sowie auf deren Wirkung.

3.4.1 VON DER GEMEINDE ALS INTERVENTIONSORT ZUM KOMMUNALEN ENTWICKLUNGSPROZESS

John Raeburn und Tim Corbett⁴ unterscheiden in ihrer Partizipationshypothese Interventionen auf Gemeindeebene nach dem Grad der Involviertheit von Gemeindestrukturen und -bevölkerung:

- **Lebensweltbasierte Interventionen** nutzen die Gemeinde beziehungsweise Region als Ort einer Maßnahme. Im Fokus steht die Zugangsmöglichkeit zu einer bestimmten, für die Sache wichtigen Bevölkerungs- oder Zielgruppe. Die Maßnahmenplanung ist meist abgeschlossen, hat in der Regel wenig Bezug zum spezifischen subjektiven und objektiven, von ExpertInnen definierten Bedarf⁵ der Gemeinde oder Region und wird von FachexpertInnen durchgeführt (zum Beispiel Gesundheitstage, Überprüfen der Gurtspflicht oder Kariesprophylaxeprogramme).
- **Lebensweltlich orientierte Aktivitäten** ermöglichen und sorgen für eine aktive Beteiligung der Gemeinde beziehungsweise Region (über Strukturen und Bevölkerung) in der Planung und Durchführung der Maßnahmen. Sie haben ihren Ausgangspunkt meist bei objektivem oder latentem Bedarf – objektivem Bedarf ohne subjektivem Bedarf der Zielgruppe – und versuchen, in der Umsetzung bei subjektivem Bedarf anzudocken (zum Beispiel Planung von Maßnahmen zu einem vorgegebenen Thema wie Tabakprävention, Lebensstilinterventionen für Risikopersonen).
- **Gemeinde- und Regionalentwicklung** verlagert die Kontrolle über die Interventionen in eine selbst bestimmte Lebenswelt. Der gesamte Managementzyklus – Diagnose von Bedarf, Ziel-, Maßnahmen- und Ressourcenplanung, die gesamte Umsetzung und Evaluation – erfolgt in der Gemeinde beziehungsweise Region. Im Voraus gibt es eher Visionen oder primäre Zieldefinitionen (zum Beispiel Förderung von Wohlbefinden und Lebensqualität). Geplant ist zwar die Struktur der Intervention, ihr Inhalt ist aber naturgemäß noch unspezifisch. Ziele und Maßnahmen gewinnen ihre Spezifik und Konkretheit aus dem Beteiligungsprozess. Dieser wird zwar häufig extern begleitet, der Auftrag dafür kommt aber aus der Gemeinde oder Region (zum Beispiel Prozessbegleitungs- oder Beratungsaufträge).

1 Vgl. www.aksaustralia.at

2 Vgl. Scharinger/Reis-Klingspiegl (2005) S. 27-31.

3 Vgl. Gesundheitsziele für die gesetzliche Krankenversicherung von März 2007

4 Vgl. Raeburn/Corbett (2001), S. 15.

5 Vgl. Sachverständigenrat (2000/2001), S. 26.

Im Sinne der Ottawa-Charta und der zentralen Handlungsprinzipien Partizipation, Empowerment und Vernetzung wären lebensweltbasierte Interventionen nun eher dem Präventionsbereich, Prozessorientierung und Entwicklungsansätze der settingorientierten Gesundheitsförderung zuzuordnen, wobei die Wahl der Strategie eine Frage der zu lösenden Probleme beziehungsweise des zu deckenden Bedarfs sind.

Aus der Sicht der Prozessbegleitung und Interventionstheorie ist anzumerken, dass die große Herausforderung im Übergang von expertenorientierten Projekten und Programmen zur Aktivierung und Begleitung der lebenswelteigenen Strukturen und Bevölkerung bis zu deren selbst bestimmtem Handeln liegt. Für diese Herausforderung bedarf es der sozialen Bereitschaft (Readiness)

der Gemeinde/Region, sich auf einen solchen Prozess einzulassen, der entsprechenden zeitlichen Voraussetzungen (mehrjährig) und der Möglichkeit zur Entschleunigung, um tatsächlich einen Beteiligungs- und Entwicklungsprozess in Gang zu bringen, zu begleiten und abzuschließen.

Da einer solchen Organisations- und Lebensweltentwicklung besondere Bedeutung zuzukommen scheint – [...] probably represents the ideal heartland of Health Promotion⁶ – wird die Frage relevant, wie ein solcher gesundheitsbezogener Gemeinde- und Regionalentwicklungsprozess operationalisiert werden kann. Als drei wichtige Interventionsebenen erscheinen in diesem Kontext die Bereiche der Prozesskontrolle, der Lebensweltgestaltung sowie der Kompetenz- und Potenzialentwicklung.

Tabelle 1:

Organisationsentwicklung in Lebenswelten			
Interventionsebenen	Prozesskontrolle	Lebensweltgestaltung	Kompetenz- und Potenzialentwicklung
Handlungsfelder	Balance of Power zwischen externer Prozessbegleitung und interner Projektsteuerung durch aktive Menschen und Strukturen vor Ort	Agenda zur sozialen Vernetzung und Unterstützung Kultur des Miteinander Verankerung von Gesundheit als Wert im Lebensalltag Lebensqualitätsentwicklung	Verankerung von Gesundheit als politischer Wert Ressourcenallokation Qualifizierung von Menschen Entwicklung von Leadership Partizipations- und Empowermentangebote
Konzepte	Projektmanagement	Sozialkapital	Capacity Building
Erhöht als Ergebnis	Empowerment	Partizipation	Lösungskompetenz

Quelle: nach Raeburn/Corbett 2001

In der Prozesskontrolle geht es darum, bei Bedarf zwar extern beratend zu begleiten, aber Verantwortung und Steuerung zunehmend internen Projektstrukturen zu übergeben, schließlich an kommunale und regionale Strukturen anzubinden und abzugeben. Wesentliche Erfolgsfaktoren sind die Identifikation solcher Kooperations- und Trägerstrukturen und die entsprechende Qualifikation der dahinter stehenden Menschen. Da es sich gerade in der kommunalen Gesundheitsförderung immer um die Kooperation mit Freiwilligen handelt, kann diese Befähigung nicht vorgeschrieben oder in

klassischen Bildungssettings angeeignet werden, sondern ist zumeist ein Lernen in der Ernstsituation Projekt, das von den externen BegleiterInnen gut gecoacht werden muss, um den beteiligten Menschen Erfolgserlebnisse zu ermöglichen und somit Mut zu Neuem und zur Übernahme der Verantwortung zu machen.

⁶ Vgl. Raeburn/Corbett (2001), S. 2.

Die Lebensweltgestaltung setzt bei der Kernkompetenz von Gesundheitsförderung – verstanden als soziale Interventionen – an. Es geht einerseits um die Entwicklung einer gemeinsamen Gesundheitskultur, um das Aushandeln und Definieren von sozialen Normen und Werten und die Veränderung von Einstellungen in Bezug auf Gesundheit. Und es geht andererseits um die qualitative und quantitative Förderung und Stärkung der sozialen Netze und sozialer Unterstützungsprozesse mit dem Blickwinkel auf jene, die keine oder kleine und schwache Netze haben. Diese Vernetzungsprozesse, die Teilhabe und Teilnahme von Menschen an bestehenden und neu zu entwickelnden und zu positionierenden Angeboten, setzen eine grundsätzliche Aktivierung der Menschen und vorhandenen Strukturen voraus. Sie erhöhen die Beteiligungsmöglichkeiten und -angebote und gleichsam als Konsequenz die Zahl der Beteiligten.

Die Kompetenz- und Potenzialentwicklung bildet den Möglichkeitsrahmen für die ersten beiden Interventions-ebenen und lässt sich im kommunalen oder regionalen Feld als ein Ergebnis des vom Fonds Gesundes Österreich, einem Bereich der Gesundheit Österreich GmbH, beauftragten und vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz durchgeführten Modellprojektes Lebenswerte Lebenswelten für ältere Menschen,⁷ wie in der folgenden Tabelle dargestellt, operationalisieren.⁸ Die Vorteile des Modells liegen in seiner Anwendbarkeit als Analyseinstrument vor Projektbeginn, um die Readiness einer Gemeinde beziehungsweise Region und damit den wahrscheinlichen Erfolg eines settingorientierten Gesundheitsförderungsprojektes abzuschätzen, und als komplexitätsreduzierendes Steuerungsinstrument im Prozess, um die aktuell wichtigste Handlungsebene zu identifizieren und dort zielgerichtet zu investieren.

Tabelle 2:

Community Readiness				
Verankerung von Gesundheit in der politischen Kultur	Vernetzung und Partnerschaften von Strukturen	Verfügbarkeit von Leadership und Managementkompetenzen	Ressourcenlage und -allokation	Partizipation und Empowerment
Durchführungsbeschluss im Gemeinderat nach Meinungsbildungsprozess	Verfügbarkeit formeller und informeller Strukturen, z.B. Vereine, Pfarre	Person/en mit hoher Projektidentifikation, Zeit und Bereitschaft zur Mitarbeit	Eingebrachte Finanzmittel der Gemeinde	Vorerfahrung mit Beteiligungsprozessen in der Gemeinde und ihre Bewertung
Kultur verbindlicher überparteilicher Kooperation	Historische oder aktuelle Konfliktlagen zwischen bestehenden Strukturen	Akzeptanz der Projektleitung durch Gemeinderat, -verwaltung und Zielbevölkerung	Wissens- und Managementressourcen in der Gemeinde	Wille zur Veränderung und Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit Widerstand
Nominierung von Kontaktperson mit hoher Projektidentifikation auf politischer und Verwaltungsebene	Historische oder aktuelle Partnerschaften zwischen bestehenden Strukturen	Durch-, Umsetzungs- und Mobilisierungskompetenz der Projektleitung	Ausreichend kompetente Personen für ein Projektteam	Ausreichend Zeit für Beteiligungsprozesse
Kommunikationsstruktur und Infofluss zwischen externer Projektbegleitung, interner Projektleitung und Gemeinderat	Nutzen und Mehrwert für einzelne Strukturen durch Vernetzung	Integrationskraft und Aktivierungskompetenz der Projektleitung	Räumlichkeiten, technische Infrastruktur, Medien, auf die Projekt zurückgreifen kann	Qualifizierungsmöglichkeiten für beteiligte Personen

Quelle: eigene Darstellung

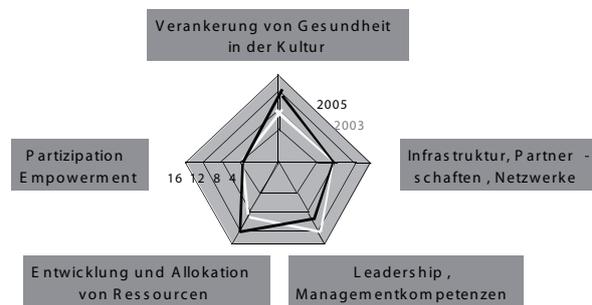
Die aus dem Analyseprozess mit regionalen Strukturen (zum Beispiel Gemeinderat, Projektteam, Steuerungsgruppe) generierten Daten (Bewertung der einzelnen Bereiche nach einem vorgeschlagenen Punktesystem) lassen sich gut in einem Spinnenmodell darstellen. Dieses ermöglicht es, auf einen Blick die Readiness einer Gemeinde/Region und den diesbezüglichen

Entwicklungsverlauf zu erfassen. Diese Veranschaulichung bewährt sich sowohl in der Arbeit mit Projektteams als auch in der Darstellung des Projektes bei politisch Verantwortlichen.

⁷ <http://lebenswelten.meduni-graz.at>

⁸ Vgl. Reis-Klingspiegl/Pöcheim/Schlemmer (2005) S. 33-39 auch Noack/Reis-Klingspiegl (2006), S. 113-122.

Abbildung 1: Spider-Model zur Community Readiness



Quelle: eigene Darstellung

Für regionale, settingorientierte Gesundheitsförderungsprojekte auf dem Weg von lebensweltlich orientierten Aktivitäten zu Gemeindeentwicklungsprojekten gibt es in der Steiermark drei Kohortenstudien, die Aussagen zur Wirkung dieser Intervention auf der Determinantenebene beschreiben.

3.4.2 ZUR WIRKUNG SETTINGORIENTierter GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Die beiden vom Fonds Gesundes Österreich beauftragten Modellprojekte Jugendgesundheitsförderung auf dem Lande⁹ und Lebenswerte Lebenswelten für ältere Menschen¹⁰ sowie ein ebenfalls vom Fonds und Land Steiermark kofinanzierter psychosozialer Survey zu zehn Gesunden Gemeinden¹¹ liefern folgende Outcome-Ergebnisse:

Die 908 Befragten der Kohorte älterer Menschen aus 13 steirischen Gemeinden haben bei der Veränderungsmessung eine tendenziell höhere Lebenszufriedenheit, das soziale Kapital in den Gemeinden (z.B. Partizipation und Gesundheitskommunikation) sowie die Kontakte ins formelle Netz – auch bei Menschen mit keinen Kontakten oder schwachen Netzen – steigen. Das größere Bewegungsangebot in den Gemeinden wird belohnt durch mehr körperliche Aktivität und weniger körperliche Einschränkungen durch Beschwerden trotz zunehmenden Alters.

Die Jugendkohorte (n = 539) von 11-, 13- und 15-Jährigen bei der Baselinebefragung ergibt nach zwei Jahren Intervention eine signifikant höhere Lebenszufriedenheit, mehr Selbstvertrauen und eine höhere

Selbstwirksamkeit, eine höhere Lösungskompetenz und bessere Zukunftsfähigkeit, mehr Partizipation und Teilhabe und weniger körperliche Gewalt und Aggression. Insgesamt profitieren die Mädchen aus den 17 steirischen Gemeinden der Mur- und Mürzfurche beziehungsweise der Grenzregion zu Slowenien weniger stark als die Burschen, die auch signifikant über weniger Beschwerden (Einschlafschwierigkeiten, Ängste, Müdigkeit und Erschöpfung) bei einer gleich bleibenden Einschätzung des Gesundheitszustandes berichten.

Nach fünf bis sieben Jahren Intervention in den zehn untersuchten Gesunden Gemeinden (n=1.089) berichten die Befragten über ein höheres Wohlbefinden und eine höhere Lebensqualität (je umfangreicher die Interventionen, desto höher), die soziale Unterstützung und der Kohärenzsinn steigen, die körperliche Aktivität nimmt zu, wie das Gesundheitshandeln allgemein. Frauen ernähren sich gesünder und nehmen die Angebote auch stärker wahr.

Insgesamt zeigt sich, dass gesundheitsfördernde, settingorientierte Interventionen sehr wohl Wirkung zeigen, wobei die drei Kohorten Indizien dafür liefern, dass Männer/Burschen stärker profitieren als Frauen/Mädchen, obwohl die Beteiligung in der Regel bei den Frauen höher ist. Weiters zeigt sich vor allem in den Daten aus den Gesunden Gemeinden auch, dass die Gesundheitsgewinne sozial ungleich verteilt sind: Der Benefit ist häufig für besser Gebildete höher.

3.4.3 KOMMUNALE UND REGIONALE AKTIVITÄTEN DER GESETZLICHEN SOZIALVERSICHERUNG

Der Vorschlag für Gesundheitsziele der gesetzlichen Krankenversicherung sieht vor, dass 2007 zumindest in einem Bundesland ein Angebotspaket für die kommunale Gesundheitsförderung entwickelt wird, das (bis) 2010 erprobt und evaluiert werden soll.

9 Vgl. Deutsch u. a. (2006).

10 Vgl. Reis-Klingspiegl (2007).

11 Vgl. Freidl/Neuhold (2002).

Im Berichtszeitraum 2005 wurden österreichweit vier Projekte zur kommunalen Gesundheitsförderung von MitarbeiterInnen der Versicherungsträger inhaltlich unterstützt, die insgesamt 284 Gemeinden und Städte erfassen, wobei eine Gemeinde davon Wien ist. Die Wiener Gebietskrankenkasse hat mit Ein „Herz für Wien“ ein großes Kooperationsprogramm mit dem Land und dem Fonds Soziales Wien zur Herz-Kreislauf-Prävention, das Subprojekte fördert, ein Veranstaltungsprogramm propagiert und auf einer Website auch Wissensressourcen und Praxisinformationen zu einem herzgesünderen Lebensstil vermittelt. Das Programm läuft in den Zielbezirken 10, 14, 15 und 16 und zielt vor allem auf sozial benachteiligte Menschen mit einem hohen Risiko, Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu erleiden.

Die Burgenländische Gebietskrankenkasse führt zwei durch ihre MitarbeiterInnen in der Ablauforganisation und durch Datenbanken unterstützte kommunale Projekte mit 151 erfassten Gemeinden an. Die Kärntner Gebietskrankenkasse beteiligt sich mit der Teilnahme an der Steuerungsgruppe sowie der Bereitstellung und Auswertung von Daten an einem Projekt mit 132 erfassten Gemeinden.

Eine finanzielle Unterstützung gibt es 2005 von Seiten der Gebietskrankenkassen für drei Projekte der kommunalen Gesundheitsförderung: In Wien für Wien – Sichere Stadt, im Burgenland ebenfalls für ein Projekt, für das die Anzahl der erfassten Gemeinden nicht genannt ist, und in Vorarlberg für drei Kommunen im Rahmen der Sicherer Gemeinden Vorarlberg. Die Salzburger Gebietskrankenkasse gewährt keine Unterstützung für kommunale Gesundheitsförderungsprojekte, weil die diesbezügliche Zuständigkeit in Salzburg beim Land liegt. Dennoch gewährt die SGKK im Einzelfall finanzielle Zuschüsse bei Gesundheitsveranstaltungen in Salzburger Gemeinden. Im Jahr 2005 sind es sieben Gemeinden, die in den Genuss eines solchen Zuschusses gekommen sind. Unter den Sonderversicherungsträgern gibt die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter an, 2005 drei kommunale Projekte finanziell unterstützt zu haben.

3.4.4 ZUSAMMENFASSUNG

Die im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung zu Gesundheitsförderung und Prävention 2007 durchgeführte Datenerhebung zum Jahr 2005 zeigt, dass die kommunale Gesundheitsförderung bei den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern eine marginale Rolle spielt. Die von MitarbeiterInnen der Kassen unterstützten oder finanziell geförderten Programme und Projekte werden hauptverantwortlich und operativ von anderen Organisationen umgesetzt. Soweit die Programme und Projekte zumindest in Teilen nachvollziehbar beschrieben sind, handelt es sich um Interventionen, die lebensweltbasiert in Gemeinden durchgeführt werden oder deren Aktivitäten lebensweltlich orientiert sind. Gemeinde- oder Regionalentwicklungsprojekte, wie oben beschrieben, scheinen sich 2005 keine darunter zu befinden.

Im Hinblick auf die in den Gesundheitszielen formulierte Entwicklungsperspektive ist interessant, welcher Bedarf mit dem „Angebotspaket“ gedeckt werden soll und welche Rolle die Gemeinde oder Region mit ihren Strukturen und ihrer Bevölkerung folglich spielen soll und kann: Sind sie schlicht Orte der Intervention oder Lebenswelten von Menschen, die in einem längerfristig begleiteten Entwicklungsprozess zu Autonomie und Selbstbestimmung geführt werden sollen?

3.4.5 LITERATURVERZEICHNIS

Deutsch, E. u. a.: Endbericht zum Modellprojekt Jugendgesundheitsförderung auf dem Lande. Im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich, durchgeführt von Styria vitalis und der ARGE Jugend gegen Gewalt und Rassismus. Graz 2006.

Freidl, W., Neuhold, C.: Gesundheitssurveyforschung im regionalen Setting. Gesundheitsberichterstattung in der Steiermark unter Berücksichtigung psychosozialer Aspekte. Frankfurt 2002.

Noack, H., Reis-Klingspiogl, K.: Building health promotion capacities in local settings: Community readiness and community participation. In: Horst Noack, Dorothea Kahr-Gottlieb (eds.): Promoting the Public's Health. EUPHA 2005 Conference Book, Gamburg 2006, S. 113-122.

Raeburn, J., Corbett, T.: Community development: How effective is it as approach in health promotion? Paper prepared for the Second International Symposium on the Effectiveness of Health Promotion. Auckland 2001.

Reis-Klingspiogl, K.: Eine stille Revolution wird sichtbar – Lebenswerte Lebenswelten für ältere Menschen in der Grünen Mark. Land & Raum 1(2007), S. 17-20.

Reis-Klingspiogl, K., Pöcheim, E., Schlemmer, G.: Community readiness oder Kairos, die Kunst des rechten Augenblicks. Wissen und Intuition für eine schwierige Praxis. In: Sprenger, M. (Hrsg.): Public Health in Österreich und Europa. Festschrift anlässlich der Emeritierung von Univ. Prof. Dr. R. Horst Noack PhD, Lengerich 2005, S. 33-39.

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Ausführliche Zusammenfassung des Gutachtens 2000/2001, S. 26. Download unter: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht01/Kurz-f-de.pdf> (13.9.2007)

Scharinger, C., Reis-Klingspiogl, K.: Gesundheitsförderung in Österreich 1995 bis 2005: Im Zeichen der Professionalisierung. In: Sprenger, M. (Hrsg.): Public Health in Österreich und Europa. Festschrift anlässlich der Emeritierung von Horst Noack. Graz 2005, S. 27-31.

Elfriede Kiesewetter

3.5 ZAHN- GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Die Zahngesundheitsförderung – insbesondere bei Kindern unter zehn Jahren – zählt zu jenen Präventionsmaßnahmen, die bei den Kassen schon seit längerer Zeit implementiert sind. In der Regel handelt es sich dabei um Gruppenprophylaxeprogramme für Kindergarten- und Volksschulkinder – in sehr eingeschränktem

Ausmaß auch für HauptschülerInnen – die gemeinsam mit den jeweiligen Ländern finanziert werden.

Von der GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH GESCHÄFTSBEREICH ÖBIG wurde vor kurzem eine Studie zu Kariesprophylaxeaktivitäten in Österreich veröffentlicht, die einen sehr genauen Überblick über Art der Programme, die Ziele und Zielgruppen, Kosten und Finanzierung sowie Qualitätssicherung und Evaluation gibt.¹ Die nachfolgend dargestellten Zahlen spiegeln diese Aktivitäten wider:

Tabelle 1:

Die Zahngesundheitsaktivitäten nach Zielgruppen ²								
	Kindergarten		Volksschule		Hauptschule		andere Schulformen	
	absolut	in Prozent						
WGKK	8.351	7	58.621	27	0	0	0	0
NÖGKK	16.676	15	13.305	6	0	0	0	0
BGKK	7.027	6	9.369	4	0	0	0	0
OÖGKK	37.380	33	68.885	32	4.697	25	0	0
STGKK	26.565	23	42.650	20	0	0	50	52
KGKK	8.434	7	573	0	412	2	7	7
SGKK	1.070	1	2.083	1	0	0	40	41
TGKK	41	0	98	0	206	1	0	0
VGKK	8.536	7	19.654	9	13.188	71	0	0
BKK	wurde nicht erhoben							
VAEB	60	0	0	0	0	0	0	0
BVA	0	0	0	0	0	0	0	0
SVB	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	114.140	100	215.238	100	18.503	100	97	100

Quelle: Eigene Angaben der Versicherungsträger.

Hauptzielgruppe der Zahngesundheitsaktivitäten stellen Kinder in Kindergärten (114.140 erreichte Kinder) und Volksschulen (215.238 erreichte Kinder) dar. Dies überrascht nicht, fokussiert doch das WHO Gesundheitsziel bis zum Jahr 2020 Kariesfreiheit (ohne sichtbare Dentinläsionen) von 80 Prozent aller Sechsjährigen und einen DMFT-Wert (durchschnittliche Anzahl kariöser, fehlender und gefüllter Zähne) von maximal 1,5. Dass bundesweite Träger hier keine erreichten Kinder gemeldet haben ist damit zu erklären, dass die

Gebietskrankenkassen vielfach die Kosten der Krankenversicherung nach einem vereinbarten Schlüssel weiterverrechnen und die von ihnen gemeldeten Zahlen die „Absolutzahlen“ der Prophylaxeprogramme abbilden.

¹ Gesundheit Österreich GmbH – Geschäftsbereich ÖBIG 2006.

² Die SVA beteiligt sich an Zahngesundheitsförderungsprojekten im jeweiligen Bundesland. Es gelten daher die Ausführungen der regionalen GKK auf für die SVA. Daher wird die SVA im Kapitel Zahngesundheitsförderung bei den Zahlen nicht gesondert angeführt.

Insgesamt konnten in Österreich im Jahr 2005 demnach 329.378 Kinder im Alter von drei bis zehn Jahren erreicht werden. Die prozentuell größten Anteile sind in den Bundesländern Wien, Niederösterreich, Oberösterreich, Steiermark, Burgenland und Vorarlberg zu finden. Aufholbedarf besteht sicherlich noch in Kärnten, Salzburg und Tirol. Die bereits angeführte ÖBIG-Studie spricht von einer Flächendeckung für diese Zielgruppe von annähernd 80 Prozent.³

Tabelle 2:

Die Zahngesundheitsaktivitäten in Kindergarten und Volksschule				
	Kindergarten		Volksschule	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
WGKK	8.351	7	58.621	27
NÖGKK	16.676	15	13.305	6
BGKK	7.027	6	9.369	4
OÖGKK	37.380	33	68.885	32
STGKK	26.565	23	42.650	20
KGKK	8.434	7	573	0
SGKK	1.070	1	2.083	1
TGKK	41	0	98	0
VGKK	8.536	7	19.654	9
BKK	wurde nicht erhoben		wurde nicht erhoben	
VAEB	60	0	0	0
BVA	0	0	0	0
SVB	0	0	0	0
Gesamt	114.140	100	215.238	100

Quelle: Eigene Angaben der Versicherungsträger.

3.5.1 ZAHNGESUNDHEITSFÖRDERUNGSMASSNAHMEN IN HAUPTSCHULEN UND ANDEREN SCHULFORMEN

Die HauptschülerInnen und SchülerInnen anderer Schulformen werden von den Krankenversicherungsträgern bislang nicht als bedeutende Zielgruppe für Kariesprophylaxeaktivitäten wahrgenommen. Lediglich Vorarlberg kann über 13.188 erreichte Kinder (das sind 71 Prozent aller insgesamt in Österreich erreichten HauptschülerInnen) berichten. Dazu melden noch die Bundesländer Oberösterreich, Kärnten und Tirol punktuelle Aktivitäten.

Tabelle 3:

Die Zahngesundheitsförderungsmaßnahmen in Hauptschule und anderen Schulformen		
	Hauptschule	andere Schulformen
WGKK	0	0
NÖGKK	0	0
BGKK	0	0
OÖGKK	4.697	0
STGKK	0	50 Vorschulen
KGKK	412	7 Sonderschulen
SGKK	0	40 Sonderschulen
TGKK	206	0
VGKK	13.188	0
BKK	wurde nicht erhoben	wurde nicht erhoben
VAEB	0	0
BVA	0	0
SVB	0	0
Gesamt	18.503	97

Quelle: Eigene Angaben der jeweiligen Versicherungsträger. Erhebungen der GF der OÖGKK.

3.5.2 ANZAHL DER IN SCHULEN DURCHFÜHRTEN ZAHNMEDIZINISCHEN UNTERSUCHUNGEN / ZAHNGESUNDHEITSTAGE

Fünf Bundesländer – Wien, Niederösterreich, Burgenland, Oberösterreich und Vorarlberg – melden durchgeführte zahnmedizinische Untersuchungen. Diese Untersuchungen verfolgen im wesentlichen zwei Zielsetzungen: Zum einen sollen die Kinder eine zahnärztliche Untersuchung in entspannter Atmosphäre kennen lernen. Idealerweise sind diese Untersuchungen spielerisch aufgebaut und tragen daher mit dazu bei, etwaige Ängste abzubauen. Zum anderen liefern die Zahnstaturerhebungen die notwendigen Daten für die Evaluierung der Programme beziehungsweise die Annäherung an die formulierten Gesundheitsziele.

³ Gesundheit Österreich GmbH – Geschäftsbereich ÖBIG 2006. S. 6.

Tabelle 4:

Zahnmedizinische Untersuchungen und Teilnahme an Zahngesundheitstagen in Schulen im Jahr 2005

	zahnmedizinische Untersuchungen	Zahngesundheitstage
WGKK	43.723	0
NÖGKK	13.305	11
BGKK	2.707	0
OÖGKK	18.241	0
STGKK	0	3
KGKK	0	4
SGKK	0	1
TGKK	0	0
VGKK	15.747	2
BKK	wurde nicht erhoben	wurde nicht erhoben
VAEB	0	0
BVA	0	0
SVB	0	0
Gesamt	93.723	21

Quelle: Eigene Angaben der jeweiligen Versicherungsträger. Erhebungen der GF der OÖGKK.

Tabelle 5:

Weitere Aktivitäten der Zahngesundheitsförderung im Jahr 2005

	Aktivität	Veranstaltungen	TeilnehmerInnen
WGKK	Zahntheater in VS	61	8.480
	Elternabende	112	3.085
	Tipp Top Kariesstopp	0	0
OÖGKK	Gruppenprohyplaxe in allen OÖ ZAs	25	350
	Seminar LSR für OÖ	1	21
	Vortrag im Autistenverein	1	12
STGKK	Karies in der Schwangerschaft	0	6
	Besuch von Wohnheim u. Arbeitsstätten behinderter Personen	0	90
	Tag der offenen Tür	0	15
KGKK	Mundhygiene vom ersten Milchzahn an	3	22
	ZGF Veranstaltungen im Pädagogischen Institut	1	30
	Gesundheitstage in Keutschach	4	700
	ZGF Vortrag in der SV der Bauern	2	50
SGKK	Kindergärten besuchen das Zahnambulatorium der SGKK	36	421
VGKK	Wöchnerinnen in Krankenhäusern	0	0
	Kinder in Elternberatungsstellen	0	0
	Spielgruppen und Kleinkinderbetreuungseinrichtungen	0	0
	Einrichtungen der Lebenshilfe & Caritas	0	0

Quelle: Eigene Angaben der Versicherungsträger.

3.5.3 WEITERE AKTIVITÄTEN DER ZAHNGESUNDHEITSFÖRDERUNG

Neben den Gruppenprophylaxeprogrammen setzen einzelne Träger unterschiedliche Aktivitäten für verschiedenste Zielgruppen. Betrachtet man die Zahl der erreichten TeilnehmerInnen so stehen dabei wiederum Kindergarten- und Volksschulkinder im Vordergrund, denen etwa mit dem Zahntheater der WGKK (8.480 TeilnehmerInnen) oder dem Besuch der Zahnambulatorien der SGKK (421 TeilnehmerInnen) die Angst vor der/dem Zahnärztin/Zahnarzt genommen werden soll. Auf Bewusstseinsbildung bei den Eltern setzt die WGKK mit 112 Elternabenden, bei denen insgesamt 3.085 Eltern erreicht werden konnten, MultiplikatorInnen sollen etwa mit dem Seminar im Landesschulrat für OÖ oder einer Veranstaltung der Kärntner GKK im Pädagogischen Institut erreicht werden. Diverseste Angebote für Gruppen mit speziellen Bedürfnissen und Fragestellungen – wie etwa Behinderte, Schwangere oder junge Mütter – runden die bunte Palette ab.

Nach einer Gesamtbetrachtung der erhobenen Zahlen ergibt sich der insgesamt Befund, dass der Zahngesundheitsförderung von den Krankenversicherungsträgern ein hoher Stellenwert eingeräumt wird und entsprechende Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Die teilweise bereits flächendeckenden Programme fokussieren zur Zeit die Kindergarten- und Volksschulkinder, Programme für andere Zielgruppen sind jedoch noch ausbaufähig.

3.5.4 GESUNDHEITSZIEL ZUR ZAHNGESUNDHEITSFÖRDERUNG

Mit einem Grundsatzbeschluss der Verbandskonferenz am 13. Juni 2000 wurden die Gebietskrankenkassen aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, dass in allen Bundesländern eine flächendeckende Versorgung mit Maßnahmen zur Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Volksschulen gewährleistet ist. Die Gebietskrankenkassen wurden weiters aufgefordert, im Einvernehmen und in finanzieller Kooperation mit den Ländern für eine regelmäßige Zahnstatushebung, beginnend mit Herbst 2001, zu sorgen.

Zur Steuerung gesundheitspolitischer Maßnahmen, wurde für den Bereich der Zahngesundheit ein Ziel für das Jahr 2010 festgehalten, welches sich an den WHO Zielen zur Zahngesundheitsförderung orientiert. Es handelt sich dabei um den nachfolgenden Vorschlag, der im Wesentlichen eine Diskussionsgrundlage bildet.

Bis zum Jahr 2010 sollen mindestens 80 Prozent der sechsjährigen Kinder kariesfrei sein und 12-Jährige sollen im Durchschnitt höchstens 1,5 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen.

Mit dem Besuch von „Zahnputztanten“ in den Wiener Kindergärten initiierte die Kurie der Zahnärzte der Wiener Ärztekammer Ende der 1970er Jahre erste Gruppenprophylaxeaktivitäten. Im Jahr 2004 sind bereits in allen Bundesländern Kariesprophylaxeprogramme vorzufinden, welche meist von Vereinen angeboten werden, die vom Land oder von den Gebietskrankenkassen finanziert werden.⁴

Zahlen für Oberösterreich aus den publizierten Statistiken des PGA zur Zahngesundheitsförderung verdeutlichen den Erfolg der Bemühungen, Zahngesundheit ins

Bewusstsein von Kindern und Jugendlichen zu rücken: Waren im Schuljahr 1995/1996 noch etwa drei Viertel (74,7 Prozent) der untersuchten sechsjährigen SchülerInnen von Karies betroffen, so waren es 2004/2005 nur mehr 44,1 Prozent.⁵ Dieser starke in Oberösterreich beobachtete positive Trend müsste sich in ganz Österreich fortsetzen, um bis 2010 das oben genannte Ziel zu erreichen.

Die zweite im Zielvorschlag genannte Altersgruppe der 12-Jährigen, hat laut ÖBIG Studie bereits im Jahr 2002 die österreichischen Zielvorschläge der WHO erfüllt: Österreichweit konnte bei den untersuchten 12-Jährigen ein DMFT-Wert von 1,4 beobachtet werden. In diesem Zusammenhang soll hier auf ein brisantes Detail der Studie hingewiesen werden, nämlich auf die Verteilung der beobachteten Schäden. Rund 81 Prozent der Zahnschäden verteilen sich auf 22 Prozent der untersuchten SchülerInnen. Als wesentlicher Faktor für die Kariesverteilung wird die soziale Schichtzugehörigkeit angeführt.⁶ Diese Erkenntnis weist – aufgrund der Tatsache, dass der definierte Zielvorschlag der Sozialversicherung bereits erreicht wurde – möglicher Weise den Weg für neue Handlungsfelder und Ziele in Richtung Chancengleichheit auf gesunde Zähne.

4 Gesundheit Österreich GmbH (2006), S. 2.

5 Online verfügbar: <http://www.pga.at/index.php?id=611> (02.10.2007).

6 ÖBIG (2004).

3.5.5 LITERATUR

Gesundheit Österreich GmbH. Geschäftsbereich ÖBIG. Kariesprophylaxe in Österreich. 2006.

ÖBIG. Zahnstatus 2002 in Österreich. Wien 2004. Online verfügbar: http://www.oebig.org/upload/files/CMSEditor/Publ_ZS_12Jährige_Kurzfassung2.pdf (02.10.2007).

Elisabeth Mayr-Frank

3.6 VORSORGEUNTERSUCHUNGEN

3.6.1 EINLEITUNG

Die Vorsorgeuntersuchung (VU) ist in Österreich seit 1974 fixer Bestandteil des Gesundheitssystems. Die Inhalte der Vorsorgeuntersuchung wurden in den vergangenen dreißig Jahren im Wesentlichen nicht verändert. In dieser Zeit erzielte die Medizin große Fortschritte und gewann neue Erkenntnisse. Deshalb war es notwendig, das bisherige Programm kritisch zu beleuchten und entsprechende Änderungen auf der Basis von „evidence based medicine“ vorzunehmen.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und eine gemeinsame ExpertInnenkommission der Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer haben in Folge die „Vorsorgeuntersuchung Neu“ entwickelt. Diese wurde dann im Laufe des Jahres 2005 flächendeckend eingeführt.

3.6.2 DIE VORSORGEUNTERSUCHUNG NEU

In der Präambel zum neuen Vorsorgeuntersuchungsvertrag wurde von den Beteiligten einvernehmlich festgehalten, dass sich die Sozialversicherung und die österreichische Ärztekammer dazu bekennen, dass das vorliegende Vorsorgeprogramm dem Inhalt und Umfang nach dem derzeitigen aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht.¹

Als Basis für die Entscheidung, welche Vorsorgeziele und Untersuchungsmethoden in das Programm aufgenommen wurden, dienten international anerkannte Kriterien und Leitlinien, zum Beispiel aus den USA und Großbritannien. Diese wurden an die Anforderungen der österreichischen Bevölkerung angepasst.

Neue Inhalte

Langfristiges Ziel der „Vorsorgeuntersuchung Neu“ ist, dass die Menschen in Österreich nachweislich länger und bei guter Gesundheit leben. Es sollen vor allem jene Risikofaktoren reduziert werden, die durch Änderung des Lebensstils beeinflussbar sind. Die beratende Rolle zur Lebensstiländerung durch die ÄrztInnen zu den Themen Ernährung, Bewegung und Rauchen wurde daher in den Vordergrund gerückt und Teile des Programms

zielgruppenspezifisch – nach Altersgruppen und Geschlecht – erstellt.

Für Frauen umfasst das neue Programm ab 18 Jahren einen jährlichen PAP-Abstrich und ab 40 Jahren eine Mammographie alle zwei Jahre. Neu ist außerdem eine Erweiterung der Darmkrebsvorsorge für Menschen ab dem 50. Lebensjahr: Neben dem Hämoccult-Test (Stuhluntersuchung auf Blut) kann alle zehn Jahre eine Koloskopie (Darmspiegelung) in Anspruch genommen werden. Eine weitere Neuerung ist die Einbeziehung von Parodontalerkrankungen (Erkrankungen des Zahnhalteapparates). Bei Menschen über 65 Jahren wird außerdem vermehrtes Augenmerk auf die Verminderung ihrer Hör- und Sehleistung gelegt.

Stufenweise Implementierung

Die Einführung der neuen Vorsorgeuntersuchung in den Bundesländern erfolgte stufenweise im Laufe des zweiten Halbjahres 2005. Die Bundesländer Tirol und Vorarlberg starteten bereits mit Anfang Juli, seit dem ersten Oktober 2005 wird die Vorsorgeuntersuchung Neu in allen Bundesländern angeboten. Somit wurden im Jahr 2005 Vorsorgeuntersuchungen sowohl nach dem alten, als auch nach dem neuen Programm durchgeführt, was bei Vergleichen zu berücksichtigen ist.

In Österreich bieten sowohl VU-VertragsärztInnen (AllgemeinmedizinerInnen, InternistInnen und LungenfachärztInnen sowie für die gynäkologische Vorsorge auch GynäkologInnen), als auch eigene Einrichtungen der Sozialversicherungsträger die Vorsorgeuntersuchung an.

Aus- und Weiterbildung

Für ÄrztInnen mit Vorsorgeuntersuchungsvertrag wurde ein detailliertes Handbuch und diverses Schulungsmaterial für die von den Landesärztekammern organisierten Fort- und Ausbildungsveranstaltungen erstellt. Neue Vorsorgeuntersuchungsverträge werden künftig nur mehr nach entsprechender Einschulung abgeschlossen.

Für die Versicherten wurden verschiedene Informationsfolder und für die Arztordinationen und die Einrichtungen

¹ Das Ergebnis der ÖÄK/SV Expertenkommission wurde von einer von Frau Bundesministerin Maria Rauch-Kallat eingerichteten Public Health-Kommission des Obersten Sanitätsrats unter der Leitung der Sozialmedizinerin Frau Univ. Prof. Dr. med. Anita Rieder geprüft. Die Public Health-Kommission, der auch Vertreter der wissenschaftlichen Hausärztevereinigung ÖGAM angehörten, befand in einer öffentlichen Präsentation am 23. 6. 2004 das Programm für wissenschaftlich gründlich und umfassend erarbeitet, wohl fundiert und solide (siehe auch www.bmfg.gv.at sowie www.zaeg.at/screening). (Präambel – Vorsorgeuntersuchung Neu, 2005).

der Sozialversicherungsträger Plakate produziert, um für die „Vorsorgeuntersuchung Neu“ zu werben.

Standardisierte elektronische Datenverarbeitung

Mit der neuen VU wurde auch ein elektronisches Anamnese- und Dokumentationssystem eingeführt, das als Basis für die Qualitätssicherung und die Evaluierung dienen soll. Bisher wurden diese wertvollen Daten weder elektronisch erfasst, noch ausgewertet. Um den Datenschutzbestimmungen zu genügen, werden alle Daten im Hauptverband pseudonymisiert.

Einlade- und Wiedereinladesystem

Den Sozialversicherungsträgern war es ein Anliegen, noch mehr Menschen für das Thema Gesundheitsvorsorge zu gewinnen. Deshalb wurde ein Einlade- und Wiedereinladesystem entwickelt, das besonders Risikogruppen zur Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung motivieren soll.²

3.6.3 ALLGEMEINES

Anspruchsberechtigte

Die kostenlose neue Vorsorgeuntersuchung steht allen Personen ab 18 Jahren zur Verfügung,³ die ihren Wohnsitz in Österreich haben – also auch jenen, die nicht krankenversichert sind. Auch wenn ein gesetzlicher Anspruch auf eine jährliche Durchführung der Vorsorgeuntersuchung besteht, gibt es folgende Frequenzempfehlung der ExpertInnen: Vor dem 40. Lebensjahr sollte man alle drei Jahre und über dem 40. Lebensjahr alle zwei Jahre zur Vorsorgeuntersuchung gehen.⁴ Eine Altersbeschränkung nach oben, wie sie in anderen Ländern durchaus üblich ist, wurde nicht festgelegt. Tabelle 1 zeigt die Absolutzahlen der Anspruchsberechtigten nach Geschlecht und Versicherungsträger sowie für die in der Vorsorgeuntersuchung relevanten Altersgruppen der 19- bis 39-Jährigen, 40- bis 59-Jährigen und 60-Jährigen und älteren Personen.



Tabelle 1:

Anspruchsberechtigte Männer und Frauen über 18 Jahre, nach Trägern und breiten Altersgruppen, Absolutzahlen, Jahr 2005						
Träger	19- bis 39-Jährige		40- bis 59-Jährige		über 60-Jährige	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
WGKK	215.720	239.833	181.943	202.281	102.306	182.563
NÖGKK	155.051	148.194	135.065	148.390	94.759	148.542
BGKK	23.002	23.791	23.339	27.055	18.284	28.117
OÖGKK	170.114	167.306	148.676	154.447	83.636	129.211
STGKK	130.263	133.177	109.144	122.672	66.256	107.623
KGKK	56.206	60.372	51.075	60.182	32.440	52.590
SGKK	64.153	68.095	51.489	60.882	28.108	45.353
TGKK	81.535	86.964	60.609	71.203	33.524	53.644
VGKK	44.535	44.648	37.407	41.017	22.313	32.376
BKK	7.020	2.404	10.581	4.455	12.865	14.568
VAEB	24.570	11.118	52.975	22.720	51.090	56.133
BVA	68.092	77.670	114.429	103.885	90.263	94.904
SVA	80.055	45.176	127.022	66.602	65.301	63.533
SVB	34.723	24.454	57.087	53.518	60.013	84.005
Gesamt	1.155.039	1.133.202	1.160.841	1.139.309	761.158	1.093.162

Quelle: KVA-Datenbank der Anspruchsberechtigten, Hauptverband

2 Anmerkung: aktuell läuft nur ein Einladesystem (Stand: Oktober 2007).

3 § 132b ASVG (bis zur Vollendung des 19. Lebensjahres gibt es die Jugendlichenuntersuchung)

4 Vorsorgeuntersuchung Neu – Wissenschaftliche Grundlagen, 2005, S. 14.

Einschränkungen

Wie unter 2.2. bereits erwähnt wurde, erfolgte die Einführung der neuen Vorsorgeuntersuchung stufenweise im zweiten Halbjahr 2005. Damit ist ein Vergleich der Frequenzen mit kommenden Jahren beziehungsweise ein Vergleich zwischen Bundesländern, die nicht gleichzeitig die neue Vorsorgeuntersuchung einführen, schwierig. Auch der Einfluss der bundesweiten beziehungsweise der unterschiedlichen träger- und länderspezifischen Werbeaktionen und die Medienberichterstattung rund um die neue Vorsorgeuntersuchung müssen bei Schlussfolgerungen berücksichtigt werden.

3.6.4 GESAMTAUSWERTUNG

Inanspruchnahme der Basisuntersuchungen

Tabelle 2:

Vorsorgeuntersuchungen (Basisprogramm inklusive Labor) ab dem 19. Lebensjahr nach Trägern und Geschlecht in Absolutzahlen, Jahr 2005		
Träger	Männer	Frauen
WGKK	49.338	66.090
NÖGKK	30.886	30.503
BGKK	14.056	18.357
OÖGKK	51.734	59.200
STGKK	47.012	59.682
KGKK	24.655	37.019
SGKK	18.654	24.713
TGKK	33.971	46.913
VGKK	16.550	21.636
BKK	480	67
VAEB	14.561	6.845
BVA	28.922	25.190
SVA	29.045	18.768
SVB	280	596
Gesamt	360.144	415.579

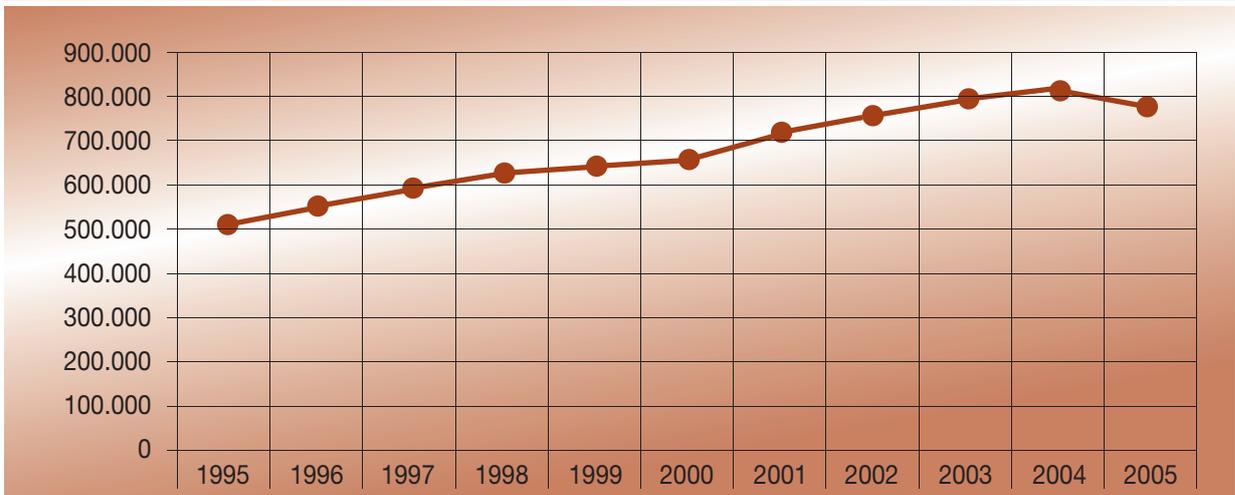
Quelle: Datenbank des Hauptverbandes

Im Jahr 2005 sind mit insgesamt 775.723 Personen 11,7 Prozent der Wohnbevölkerung über 18 Jahre zur Vorsorgeuntersuchung gegangen.

Wie Abbildung 1 zeigt, ist nach über einer Dekade stetigen Zuwachses bei der Anzahl an Basisuntersuchungen im Jahr 2005 erstmals ein Rückgang um 4,7 Prozent eingetreten.

Wahrscheinliche Erklärung ist die im Jahr 2005 eingeführte Vorsorgeuntersuchung Neu. Hier gab es möglicherweise Tendenzen, das neue Vorsorgeprogramm abzuwarten. Anlauf- und Umstellungsschwierigkeiten sind wohl ebenso mitverantwortlich für den Rückgang der in Anspruch genommenen Basisuntersuchungen. Wie schon in den vergangenen Jahren bestätigt sich in Tabelle 2 die Tatsache, dass Frauen die Vorsorgeuntersuchung etwas häufiger in Anspruch nehmen als Männer. Lediglich bei den Versicherten der NÖGKK, der BKK, der VAEB, BVA und SVA zeigt sich ein anderes Bild. Tabelle 3 zeigt die Verteilung nach verschiedenen Altersgruppen, in Tabelle 4 wurden die Zahlen auf 1.000 Anspruchsberechtigte gleichen Alters je Träger normiert.

Abbildung 1: Anzahl der VU-Basisuntersuchungen in Österreich, 1995 bis 2005



Quelle: Handbuch der Sozialversicherung, Jahrgang 1997 bis 2007

Tabelle 3:

Vorsorgeuntersuchungen (Basisprogramm inklusive Labor)
nach Trägern und Geschlecht in Absolutzahlen, Jahr 2005

Träger	19- bis 39-Jährige		40- bis 59-Jährige		über 60-Jährige	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
WGKK	18.196	23.491	20.214	24.796	10.928	17.803
NÖGKK	9.766	9.523	12.885	12.491	8.235	8.489
BGKK	3.293	4.429	5.887	7.176	4.876	6.752
OÖGKK	12.988	15.476	22.159	23.452	16.587	20.272
STGKK	19.163	25.401	16.433	19.364	11.416	14.917
KGKK	6.800	10.486	9.549	14.136	8.306	12.397
SGKK	5.521	6.835	7.908	10.194	5.225	7.684
TGKK	14.974	20.679	11.720	16.185	7.277	10.049
VGKK	3.722	5.405	7.169	8.788	5.659	7.443
BKK	100	23	282	27	98	17
VAEB	2.553	849	7.236	2.354	4.772	3.642
BVA	4.890	6.272	13.971	11.939	10.061	6.979
SVA	6.877	4.190	13.530	7.919	8.638	6.659
SVB	34	109	91	242	155	245
Gesamt	108.877	133.168	149.034	159.063	102.233	123.348

Quelle: Datenbank des Hauptverbandes

Tabelle 4:

Vorsorgeuntersuchungen (Basisprogramm inklusive Labor) nach Trägern, normiert auf 1.000 Anspruchsberechtigte gleichen Alters und Geschlechts, Jahr 2005						
Träger	19- bis 39-Jährige		40- bis 59-Jährige		über 60-Jährige	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
WGKK	84,4	97,9	111,1	122,6	106,8	97,5
NÖGKK	63,0	64,3	95,4	84,2	86,9	57,1
BGKK	143,2	186,2	252,2	265,2	266,7	240,1
OÖGKK	76,3	92,5	149,0	151,8	198,3	156,9
STGKK	147,1	190,7	150,6	157,9	172,3	138,6
KGKK	121,0	173,7	187,0	234,9	256,0	235,7
SGKK	86,1	100,4	153,6	167,4	185,9	169,4
TGKK	183,7	237,8	193,4	227,3	217,1	187,3
VGKK	83,6	121,1	191,6	214,3	253,6	229,9
BKK	14,2	9,6	26,7	6,1	7,6	1,2
VAEB	103,9	76,4	136,6	103,6	93,4	64,9
BVA	71,8	80,8	122,1	114,9	111,5	73,5
SVA	85,9	92,7	106,5	118,9	132,3	104,8
SVB	1,0	4,5	1,6	4,5	2,6	2,9
Gesamt	94,3	117,5	128,4	139,6	134,3	112,8

Quelle: eigene Berechnung

In der Gesamtbetrachtung ergibt sich die höchste Inanspruchnahme mit fast 140 Vorsorgeuntersuchungen je 1.000 Anspruchsberechtigten gleichen Alters bei den 40- bis 59-jährigen Frauen. Entgegen der oben geäußerten Tatsache, dass Frauen die Vorsorgeuntersuchung stärker in Anspruch nehmen als Männer, ergibt sich für die Gruppe der 60-Jährigen und Älteren ein anderes Bild. Hier liegt der Anteil der Männer je 1.000 Anspruchsberechtigte gleichen Alters mit 134,3 fast 20 Prozent über dem Frauenanteil von 112,8 Frauen mit Vorsorgeuntersuchung je 1.000 Anspruchsberechtigte. Mit ein Grund für dieses verzerrte Bild ist die nach oben offene Alterskategorie und der damit verbundene große Frauenüberhang (vgl. Tabelle 1) auf Grund der geringeren Lebenserwartung der Männer.

Bei den Anspruchsberechtigten der NÖGKK, OÖGKK und STGKK ist dieses Verhältnis besonders stark ausgeprägt. Ein Teil dieser geringeren Lebenserwartung

ist durch den sorglosen Umgang mit ihrer Gesundheit von den Männern hausgemacht.⁵

Ziel muss es sein, auch Männer frühzeitig zur Vorsorgeuntersuchung zu bringen und so damit bereits in jungen Jahren ein Gesundheitsbewusstsein zu erzeugen. Vor diesem Hintergrund hat beispielsweise die OÖGKK im Jahr 2006 gezielt mehr als 10.000 Männer zur Vorsorgeuntersuchung eingeladen.

Mammographien

Eine Interpretation der Daten über verrechnete Mammographien ist schwer möglich, da die in den Honorarordnungen der jeweiligen Träger enthaltenen Leistungspositionen und deren Definitionen variieren. Mammographien werden – je nach Definition der Leistung in der jeweiligen Honorarordnung des Trägers – im Rahmen von Krankenbehandlungen pro Brust verrechnet (vor

⁵ Bachinger u. a. (2004) S. 243.

allem bei Kontrolluntersuchungen wird oft nur eine Brust geröntgt). Dadurch können pro Frau und Untersuchung entweder nur eine oder auch zwei Leistungspositionen zur Abrechnung gelangen. Bei der Durchführung von Vorsorgemammographien müssen immer beide Seiten geröntgt werden, die Leistungsposition erscheint pro Frau jedoch nur einmal in der Abrechnung auf. Die Anzahl Vorsorgemammographien entspricht so der Anzahl der untersuchten Frauen, was bei den Mammographien im Rahmen einer Krankenbehandlung nicht anzunehmen ist.

Tabelle 5:

Mammographien im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen und Krankenbehandlungen sowie Mammographien gesamt (in Absolutzahlen), Jahr 2005		
Vorsorge (präventiv)	Krankenbehandlung (kurativ)	Mammographien gesamt
169.056	747.184	916.240

Quelle: Datenbank des Hauptverbandes und eigene Berechnungen

Durch die nicht immer eindeutige Kennzeichnung als „Vorsorgemammographie“ auf den Zuweisungen kann es vorkommen, dass Mammographien im Rahmen der VU als kurative Mammographien verrechnet werden. Insgesamt 916.240 Mammographien wurden im Jahr 2005 abgerechnet, der überwiegende Teil – 81,5 Prozent – im Rahmen der kurativen Krankenbehandlung.

PAP-Abstrich zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs

Über diese neue Leistung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung lassen sich noch keine genauen Zahlen ermitteln. Dies hängt mit der stufenweisen Einführung der Vorsorgeuntersuchung Neu zusammen. Aus Tabelle 6 ist erkennbar, dass die meisten PAP-Abstriche im Rahmen der (gynäkologischen) Vorsorgeuntersuchung die Gebietskrankenkasse Tirol, vor Vorarlberg und Kärnten, aufweist – exakt jene Träger, die zu den Ersten gehörten, wo die Vorsorgeuntersuchung Neu (bereits im Juli 2005) eingeführt wurde, führen dieses Ranking an. Die Frequenzunterschiede zwischen den Trägern sind auf Abrechnungsunterschiede zurückzuführen. Bei Trägern mit deutlich niedrigeren Frequenzen werden die PAP-Abstriche hauptsächlich im – hier nicht erfassten – kurativen Bereich abgerechnet.⁶

Tabelle 6:

Inanspruchnahme eines PAP-Abstrichs im Rahmen der VU nach Trägern, Jahr 2005		
Versicherungs-träger	Anzahl PAP-Abstriche im Rahmen der VU	PAP-Abstriche je 1.000 anspruchsberechtigte Frauen über 18 Jahre
WGKK	2.319	4
NÖGKK	1.406	3
BGKK	207	3
OÖGKK	2.411	5
STGKK	3.100	0
KGKK	20.886	121
SGKK	2.215	13
TGKK	47.115	222
VGKK	32.511	275
BKK	3	0
VAEB	739	8
BVA	3.955	14
SVA	2.596	15
SVB	342	2
Gesamt	119.805	36

Quelle: Datenbank des Hauptverbandes und eigene Berechnungen

3.6.5 GESUNDHEITSZIELE VORSORGEUNTERSUCHUNG

- Bis zum Jahr 2010 soll die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung gegenüber 2005 um 30% erhöht werden.
- Bis zum Jahr 2010 sollen 20% aller Versicherten und Angehörigen ab 18 Jahren die Vorsorgeuntersuchung in Anspruch nehmen, insbesondere sozial benachteiligte Personen.⁷

Im Jahr 2005 sind 12,04 Prozent von 6.442.711 anspruchsberechtigten Personen über 18 Jahre zur Vorsorgeuntersuchung gegangen, das waren in Absolutzahlen 775.723 Personen.

⁶ Grund hierfür sind die höheren Tarife des PAP-Abstriches im Zuge der kurativen Krankenbehandlung.

⁷ Die beiden Zielvorschläge wurden in Anlehnung an die von der ehemaligen Gesundheitsministerin Rauch-Kallat formulierten Gesundheitsziele erarbeitet.

Die zukünftige Entwicklung der Teilnehmerraten nach Einführung der neuen Vorsorgeuntersuchung ist schwer vorhersehbar, da bisher noch keine Jahresdaten zur Verfügung stehen, die einen ersten Trend zur Steigerung der Inanspruchnahme durch Einführung des neuen Programms zeigen könnten.

Um eine Erhöhung um 30 Prozent zu erreichen, müssten im Jahr 2010 knapp über eine Million Menschen die Vorsorgeuntersuchung in Anspruch nehmen. Für die 20 Prozent aller Anspruchsberechtigten über 18 Jahre sind es rund 1,3 Millionen Menschen.

Neben Marketingstrategien, die weiterhin stattfinden müssen, wird vor allem das Einlade- und Wiedereinlade-System gefordert sein, besonders Risikogruppen und sozial benachteiligte Personen zur Teilnahme zu motivieren. Diese Aufgabe stellt eine besonders große, aber wichtige Herausforderung dar, da sozial Schwache, bildungsferne Bevölkerungsschichten und MigrantInnen zwar ein erhöhtes Krankheitsrisiko haben, aber seltener an Vorsorgemaßnahmen teilnehmen. Versuche, diese Gruppe mittels niedrighschwelliger Zugängen zu erreichen, fanden bereits statt und werden noch evaluiert.

3.6.6 LITERATUR

Wissenschaftszentrum der VAEB für Gesundheitsförderung und Prävention: Bericht des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger an das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen sowie an das Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz gemäß §447h Abs.4 ASVG zur Vorsorgeuntersuchung Neu; 08/2006

Vorsorgeuntersuchung Neu – Wissenschaftliche Grundlagen, 2005, Hrsg.: Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau, Graz.

Bachinger, E., Csitkovics, M., Wais, K.: Gesundheitsbericht Wien 2004, Hrsg.: Stadt Wien, 2005.

Handbuch der Sozialversicherung, Jahrgänge 1997 bis 2007, Hrsg.: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien.

Annamaria Gabanyi

3.7 JUGENDLICHEN- UNTERSUCHUNGEN

3.7.1 EINLEITUNG

Lange Zeit hat sich die Gesundheitsforschung unter der Annahme, dass die Jugend bei guter Gesundheit sei, der Jugendgesundheit kaum zugewandt.¹ „Der Bereich der Gesundheitskontrolle und Krankheitsvorsorge von Jugendlichen blieb in der Öffentlichkeit weitgehend unbeachtet im Gegensatz zu prophylaktischen Maßnahmen im Kindheits- und Erwachsenenalter (Untersuchungen durch den Mutter-Kind-Pass, die Schüleruntersuchungen an den Schulen und die Gesundenuntersuchungen der Erwachsenen).“² Empirische Arbeiten, welche Veränderungen in der Jugendgesundheit aufzeigen,³ trüben das Bild und eröffnen politischen Akteuren und Beauftragten im Gesundheitswesen ein neues Handlungsfeld.

Daher wurden die Träger der Krankenversicherung nach dem ASVG, dem BSVG und dem GSVG gesetzlich beauftragt, die bei ihnen pflichtversicherten Jugendlichen zwischen dem 15. und 18. Lebensjahr jährlich einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen.⁴

„Die Träger der Krankenversicherung sind verpflichtet die bei ihnen pflichtversicherten Jugendlichen zwecks Überwachung des Gesundheitszustandes jährlich mindestens einmal einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen. Als Jugendliche gelten Personen nach Vollendung des 15. Lebensjahres (jedoch nach Vollendung der Schulpflicht) und solange sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.“⁵

Bevor nun näher auf die Jugendlichenuntersuchung eingegangen wird, soll die Jugend an sich und die Situation der Jugendlichen beschrieben werden.

3.7.2 DIE JUGEND UND IHRE SITUATION

Über die Definition von „Jugend“ konnte bisher in der Fachliteratur – weder die Alterssschranken noch die Sinnhaftigkeit der Jugend betreffend – keine einheitliche Auffassung erzielt werden. Wesentliche Erklärungsansätze beziehen sich bei der Bemühung um eine Definition von Jugend auf den Übertritt von der Kindheit ins Erwachsenenalter.⁶ Während dieser Phase stellen Jugendliche fest, dass jene in der Familie erlernten Werte und Verhaltensregeln, die während der Kindheit im Rahmen von persönlich emotionalen Beziehungen gelebt wurden, nicht ausreichen, um das gesellschaftliche Leben, wo sachlich-funktionale Beziehungen den Alltag gestalten, zu bewältigen.⁷ Familiäre Bindungen lockern sich, neue Interaktionsgruppen – Schul-/ArbeitskollegInnen, FreundInnen, LehrerInnen und Vorgesetzte – nehmen eine wesentliche Stellung im Leben des/der Jugendlichen ein. Das Verlassen der Familie und die Eingliederung in die Gesellschaft bringen Unsicherheit und Orientierungslosigkeit mit sich.⁸

Aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen, wie zerrüttete Familienverhältnisse⁹ oder der Leistungsdruck¹⁰ in unserer gegenwärtigen Gesellschaft im schulischen oder beruflichen Bereich, werden zusätzliche Belastungen zugeschrieben.

Während der Jugendphase befindet sich der Körper noch im Wachstum. Auf der einen Seite ist er weniger belastbar als jener von erwachsenen ArbeitnehmerInnen. Andererseits haben Jugendliche bei körperlichen Fehlentwicklungen noch bessere Chancen auf Heilung, sodass sich hier die Prävention als besonders effizient erweist. In Hinblick auf die genannten physischen Gegebenheiten ist die Jugendlichenuntersuchung für die Gesundheit der jugendlichen ArbeitnehmerInnen sehr bedeutend.

1 Vgl. Scharinger 1997 S. 11.

2 Pichler/Weberndorfer 1996 S. 1.

3 Vgl. Hackauf/Winzen 2004 auch Scharinger 1997.

4 Pichler/Weberndorfer 1996 S. 1.

5 §132a ASVG

6 Vgl. Griese 1987 S. 104 f auch vgl. Abels 2000 S. 85.

7 Vgl. Abels 2000 S. 82 auch Griese 1987 S. 105.

8 Vgl. Griese 1987 S. 104 f auch vgl. Abels 2000 S. 85.

9 Vgl. Schäfers 1994 S. 133 f.

10 Vgl. Schäfers 1994 S. 145.

3.7.3 DIE GESUNDHEIT DER JUGENDLICHEN

Die subjektive Bewertung der Gesundheit

Das von der Europäischen Kommission in Auftrag gegebene Eurobarometer 44.3., welches auf das Jahr 1996 zurückgeht, vermittelt folgendes Bild: Die Selbsteinschätzung der Gesundheit fällt bei jungen ÖsterreicherInnen zwischen 15 und 25 Jahren überwiegend positiv aus. 60 Prozent schätzen den eigenen Gesundheitszustand in Österreich als sehr gut, weitere 27 Prozent als gut ein.¹¹

Die Health Behavior in School-Aged Children Studie der WHO zeigt für 15-Jährige in Europa ähnliche Zufriedenheitsquoten. Gleichzeitig berichtete jedoch mehr als ein Fünftel der Befragten von regelmäßigen Befindlichkeitsbeschwerden, darunter Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Rückenschmerzen. Auch von psychosomatischen Beschwerden, die sich über Niedergeschlagenheit, Nervosität oder Einsamkeit äußern, sind Jugendliche – im größeren Ausmaß sind es Mädchen – betroffen. Die weiterführende Analyse ergab Zusammenhänge zwischen subjektiv beurteiltem Gesundheitszustand und familiärem Hintergrund, Lebensführung, schulischen Leistungen, sozialen Beziehungen sowie sozio-ökonomischen Lebensbedingungen.¹²

Allgemeine Tendenzen

Bei einem Versuch, die gesundheitliche Lage von jungen Menschen in Europa im Kontext von sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen unter Zuhilfenahme bestehenden Datenmaterials zu skizzieren, kommen die Autoren zu folgendem Schluss:¹³ Die Entwicklung deutet auf eine Tendenz zur Verlagerung von Infektionskrankheiten in Richtung chronische Krankheiten, darunter Allergien, Asthma und Diabetes hin, deren Zunahme teils auf gesellschaftliche Entwicklungen und deren Umweltbezug betrachtet werden kann. Die Ergebnisse sprechen auch für die gesundheitliche Situation von jungen Menschen in Österreich. Betont wird weiters die Bedeutung der sozio-ökonomischen und familiären Bedingungen, welche auf die Psyche von Jugendlichen Einfluss nehmen, für die Gesundheit beziehungsweise Erkrankung von Jugendlichen. Auch beim Suchtmittelkonsum bei einem nicht unbedeutenden Anteil der Jugendlichen (vor allem Rauchen, Alkoholkonsum und

in geringerem Ausmaß Drogenkonsum) weisen zuvor genannte Faktoren eine hohe Relevanz auf.

Die Autoren verweisen auf den Bedarf nach Kenntnissen zur psychischen Gesundheit von jungen Menschen in Europa. Schätzungen der EU-Kommission zufolge beträgt die Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei 15-Jährigen in etwa 20 Prozent.¹⁴

Arbeitsunfähigkeit

Junge ArbeitnehmerInnen unter 20 Jahren weisen mehr Arbeitsunfähigkeitstage als über 20-Jährige auf. Womöglich sind die Eingewöhnung in das Arbeitsleben und die daran geknüpften geringen Arbeitserfahrungen, zum Teil auch häufiger auftretende Verletzungen am Arbeitsplatz, für die vermehrte Inanspruchnahme von Arbeitsunfähigkeitstagen verantwortlich. Die folgende Tabelle veranschaulicht den Trend.

Tabelle 1:

Arbeitsunfähigkeitsstatistik der Beschäftigten nach Alter	
Alter	AU-Tage je Beschäftigte
unter 20 Jahren	12,5
20 bis unter 25 Jahre	10,7
25 bis unter 30 Jahre	8,9

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Statistische Daten aus der Sozialversicherung. Krankenstands-Statistik. Berichtsjahr 2005.

11 Vgl. Hackauf/Winzen 2004 S. 77 f.

12 Vgl. Hackauf/Winzen 2004 S. 79 ff auch Dür 1999 S. 37 f.

13 Vgl. Hackauf/Winzen 2004 S. 75 u. S. 182.

14 Vgl. Hackauf/Winzen 2004 S. 82.

3.7.4 DIE ENTWICKLUNG DER JUGENDLICHENUNTERSUCHUNG

Die Idee und die Zuständigkeit

Die Regierungsvorlage zum Bundesgesetz 1947 beinhaltet Bestimmungen zum Gesundheitsschutz von Kindern und Jugendlichen. Demnach sollen Kinder und Jugendliche, die in einem Dienst-, Lehr- oder sonstigen Ausbildungsverhältnis stehen, halbjährlich einer ärztlichen Untersuchung zwecks Überwachung des Gesundheitszustandes unterzogen werden. Die ärztliche Untersuchung soll Klarheit darüber verschaffen, ob der/die Betroffene für die Arbeit in bestimmten Betrieben bzw. zu bestimmten Arbeiten geeignet ist. Die Kosten sind vom Betriebsinhaber zu tragen.

Vier Jahre später ergeht am 11. Mai 1951 der Erlass des Bundesministeriums für Soziales an alle Ämter der Landesregierung – mit Ausnahme von Wien und Vorarlberg – AmtsärztInnen mit der Untersuchung der jugendlichen ArbeitnehmerInnen zu beauftragen.

Da die Arbeiterkammer und die Gewerkschaft mit der Durchführung der Untersuchungen durch Amtsärzte nicht einverstanden waren, wurde im Februar 1952 in den Bundesländern Wien, Steiermark und Salzburg die Durchführung der Jugendlichenuntersuchung den Gebietskrankenkassen übertragen. Ab 1. Jänner 1974 wurde die Zuständigkeit der Gebietskrankenkassen auf alle Bundesländer ausgeweitet.¹⁵

Konkretisierung der Inhalte

Während die Anfänge der Jugendlichenuntersuchung sich auf die Idee einer bloßen Bewertung der Gesundheit des Einzelnen und die Beurteilung der Eignung für die ausgeführte Tätigkeit beschränkten, verfolgen Richtlinien von 1981 bereits das Ziel durch „zweckmäßigere Organisationsform“ eine Vergleichbarkeit der Daten herbeizuführen, um Kenntnisse über die Jugendgesundheit zu gewinnen. Auch das Untersuchungsprogramm sollte zu Zwecken der höheren Beteiligung verbessert werden. Jugendliche werden von nun an persönlich per schriftliche Einladung statt der früheren „Vorladung“ zur Jugenduntersuchung geladen. Auf Wunsch erhalten ArbeitgeberInnen eine Bestätigung über den wahrgenommenen Termin. Wesentliche inhaltliche Konkretisierungen der Untersuchungsprogramme traten mit 1. Jänner 1992 in Kraft. „Im ersten

Jahr erfolgt die Basisuntersuchung und eine Anamnese, im zweiten Jahr werden Augen, Ohren und Zähne schwerpunktmäßig untersucht sowie eine Blutuntersuchung durchgeführt, die fakultativ angeboten wird. Im dritten Jahr erfolgt eine Berufsanamnese. Im vierten Jahr ist bei den weiblichen Jugendlichen eine gynäkologische Beratung durchzuführen. Diese vierte Untersuchung kann bei den männlichen Jugendlichen gemäß § 1 Abs. 2 entfallen.“¹⁶

Ziele der Jugendlichenuntersuchung

Bis heute wird mit der Jugendlichenuntersuchung in erster Linie die Wahrung der Gesundheit der Jugendlichen durch Prävention beziehungsweise die baldige Beratung oder Behandlung bei gegebenen oder absehbaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen angestrebt. Insbesondere gilt es den gesundheitlichen Zustand von Jugendlichen in Hinblick auf die Eignung für die ausgeübte berufliche Tätigkeit oder bestimmte Arbeitsaufgaben zu bewerten. Vorhandene Daten bestätigen die Relevanz dieses Untersuchungsziels: Bereits erste Auswertungen der Daten aus der Jugendlichenuntersuchung in Oberösterreich sprechen für eine höhere Prävalenz bei einigen Krankheiten in bestimmten Berufen. Beispielsweise gaben rund 31 Prozent der Zahnarzt-helferInnen an, unter einer Allergie zu leiden.¹⁷ Dass Tätigkeitsprofile in bestimmten Berufen Belastungen mit sich bringen, welche den Körper schädigen, ist in der Gesundheitsforschung bekannt:¹⁸ BäckerInnen sind vermehrt von „Bäckerasthma“, FriseurInnen vermehrt von Hautkrankheiten betroffen.

Gerade für das Wissen über gesundheitsbeeinträchtigende berufliche Tätigkeiten und deren Auswirkung auf den jugendlichen Körper, aber auch um allgemein Transparenz über den Gesundheitszustand der Jugendlichen im eigenen Land zu gewährleisten, ist die Nutzung der Daten aus der Jugendlichenuntersuchung von Bedeutung. Bisher ist eine Nutzung der Daten, welche über die Individualbetrachtung zum Zweck der Beratung hinausgeht, nicht erfolgt. Die OÖGKK arbeitet an

¹⁵ Vgl. Pichler/Weberndorfer 1996 S. 14 ff.

¹⁶ Pichler/Weberndorfer 1996 S. 24.

¹⁷ Vgl. Pichler/Weberndorfer 1996 S. 89.

¹⁸ Vgl. Nöstlinger, WISO 23 Jg (2000) Nr. 1, S. 121.

dem Auswertungssystem „JU goes Web“, das sich derzeit noch im Projektstadium befindet. Das umfassende Datenmaterial aus der Jugendlichenuntersuchung beinhaltet ein breites Informationsspektrum: Über die Beschreibung des Gesundheits-/Krankheitszustandes der jungen ArbeitnehmerInnen hinausgehend, können aufgrund der Datenlage soziale, verhaltens- beziehungsweise risikorelevante und settingbasierte Zusammenhänge untersucht werden. Erkenntnisse sollen in Folge der Wissenschaft dienen und als Grundlage für weitere Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen verwendet werden.

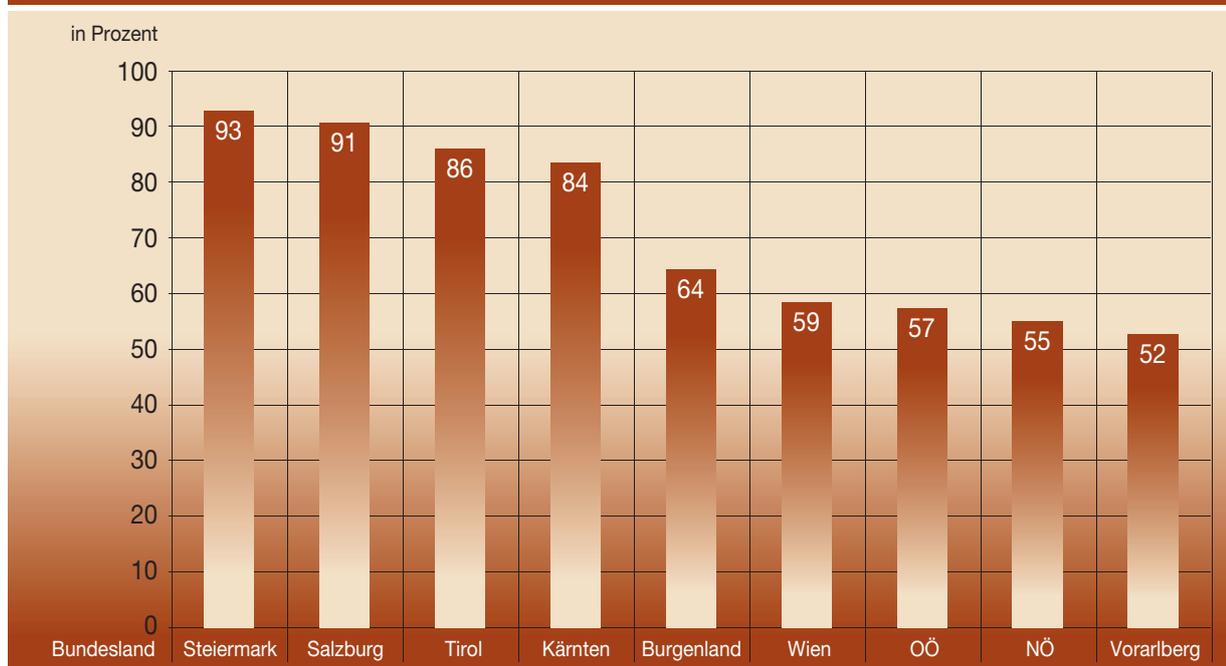
Eine latente Funktion der Jugendlichenuntersuchung, die Bewusstseinsbildung, scheint in den vorliegenden Unterlagen nicht auf: Die Entwicklung des Wertesystems ist bei Jugendlichen noch kaum abgeschlossen. Einstellungen zur Gesundheit und ausgeprägtes sowie „mangelhaftes“ Gesundheitsbewusstsein – wie bereits aufgrund der Literatur angedeutet – wird aus dem Elternhaus mitgebracht und oft auch weitergelebt.

Die Auseinandersetzung und die Reflexion der eigenen gesundheitlichen Situation im Rahmen der Jugendlichenuntersuchung kann als Chance gesehen werden, Jugendlichen die eigene Gesundheit ins Bewusstsein zu rücken. Die Publikation von Ergebnissen kann das Interesse der Jugendlichen wecken, damit sie über Folgen von Berufsbelastungen unterrichtet sind und auch den Reaktionen des eigenen Körpers auf Belastungen des Arbeitslebens Beachtung schenken.

3.7.5 DIE BETEILIGUNG AN DER JUGENDLICHENUNTERSUCHUNG

Wie bereits erläutert ist die jährliche Untersuchung von pflichtversicherten Jugendlichen im Alter von 15 bis 18 Jahren gesetzlich verankert. Doch in welchem Ausmaß gelingt es die Zielpersonen tatsächlich zu untersuchen? Die nachfolgende Abbildung zeigt eine unterschiedliche Ausschöpfung der Untersuchungsquote in den einzelnen Bundesländern.

Abbildung 1: Anteil der teilnehmenden Jugendlichen an der Jugendlichenuntersuchung



Quelle: HVB-Statistikdatenbank.¹⁹

¹⁹ Die Ermittlung der Zielpersonen erfolgt in den einzelnen Bundesländern nach unterschiedlichen Ansätzen.

3.7.6 ZUSAMMENFASSUNG

Das Bild von einer „gesunden Jugend“ ist passé. Erkenntnisse aus dem noch spärlichen Bestand der Jugendgesundheitsforschung haben bereits Veränderungen in der Zielrichtung, Organisation und den Inhalten der Jugendlichenuntersuchung herbeigeführt.

Das ursprüngliche Ziel die individuelle Gesundheit von einzelnen jugendlichen ArbeitnehmerInnen zu schützen, wurde um neue Aspekte einer gesamtheitlichen Betrachtung der Jugendlichengesundheit ergänzt. Die umfassenden Daten aus der Jugendlichenuntersuchung, welche das Potenzial haben zeitliche und regionale Entwicklungen in Bezug auf Krankheit beziehungsweise Gesundheit bei pflichtversicherten Jugendlichen aufzuzeigen und darüber hinaus risikospezifische Faktoren erkennbar zu machen, sollten künftig genutzt werden.²⁰ Die Erkenntnisse sollen gezielten Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen aber auch gesundheits- sowie umweltpolitischen Entscheidungen zugute kommen.

Die Erscheinungsquote fällt in den einzelnen Bundesländern noch sehr unterschiedlich aus. Gründe dafür dürften zum Teil in unpassend gewählten Zeiten, nicht erhaltenen Verständigungen, oder in der schwierigen Erreichbarkeit der Untersuchungseinrichtung etc. liegen. Zumindest wurde dies bei einer Befragung von 275 BerufsschülerInnen in Oberösterreich im Jahr 1996 am häufigsten als Erklärungen für das Fernbleiben genannt.²¹ Die Ergebnisse boten für die OÖGKK unter anderem den Anlass, die Jugendlichenuntersuchung vorwiegend direkt vor Ort in den Berufsschulen durchzuführen, um einerseits Dienstfreistellungen vom Dienstgeber zu vermeiden und andererseits, bei kürzeren Krankenständen der Jugendlichen, diesen eine weitere Möglichkeit zur Untersuchung zu gewähren, da Untersuchungszyklen in Berufsschulen über mehrere Tage beziehungsweise Wochen laufen.

²⁰ An dieser Stelle ist anzumerken, dass auch im Bereich der Jugendlichengesundheit die differenzierte Betrachtung nach Geschlechtern unumgänglich sein wird. Denn zusätzlich zur unterschiedlichen physischen Beschaffenheit von Mann und Frau kommen unterschiedliche Berufsbelastungen aufgrund der sozialen Filterung der Geschlechter in unterschiedliche Berufe.

²¹ Pichler/Weberndorfer 1996, S. 119.

Die Gebietskrankenkassen mit niedrigen Erscheinungsquoten sollten einen neuen Weg einschlagen: Eine Alternative bietet die bereits genannte Verlegung der Jugendlichenuntersuchungen in die Berufsschulen, mit gleichzeitig besserer EDV-technischer Unterstützung im Bereich Einladung und Durchführung der Jugendlichenuntersuchung (JU goes Web). Dabei nimmt ein sehr hoher Anteil der Eingeladenen an der Untersuchung teil. Bei einem Teil der Zielpersonen muss hier aber von der Einladung abgesehen werden. Wenn diese Möglichkeit wenig zusagt, dann könnten Maßnahmen konzipiert werden, welche die oben genannten Rahmenbedingungen auf eine andere Art erleichtern. Zusätzliche Bemühungen, welche die Zielgruppe Jugend ansprechen und deren Motivationslage fördern, könnten ebenfalls Quotensteigerungen herbeiführen.

3.7.7 LITERATUR

Abels, H.: Die Jugend der Soziologie. In: Sander U., Vollbrecht, R.: Jugend im 20. Jahrhundert. Neuwied 2000, S. 75 - 101.

Dür, W.: Schöner Vogel Jugend? Zur Lage der Jugend und zur Gesundheit der Jugendlichen in Österreich. In: Scharinger, C.: Perspektiven der Jugendgesundheit. Linz 1999.

Griese, H.M.: Sozialwissenschaftliche Jugendtheorien. Eine Einführung. Weinheim 1987.

Hackauf, H., Winzen, G.: Gesundheit und soziale Lage von jungen Menschen in Europa. VS Verlag für Wissenschaften. Wiesbaden 2004.

Nöstlinger, W.: Jugendlichenuntersuchungen – ein Beitrag zur Erhaltung der Gesundheit von jugendlichen Arbeitnehmern. Auszug aus WISO 1/2000.

Pichler, H., Weberndorfer, C.: Jugend und Gesundheit. Schwerpunkt: Jugendlichenuntersuchung. Linz 1996.

Schäfers, B.: Jugendsoziologie. 5. Auflage; Opladen 1994.

Scharinger, C.: Perspektiven der Jugendgesundheit. Linz 1999.

Elisabeth Mayr-Frank

3.8 MUTTER-KIND-PASS

3.8.1 DEFINITION

3.8.1.1 Einleitung

Seit Anfang der siebziger Jahre gibt es in Österreich einheitliche Mutter-Kind-Untersuchungen und eine standardisierte Dokumentation im so genannten Mutter-Kind-Pass (MUKIPA). Ziel dieser Maßnahme war es, eine bessere medizinische Versorgung sowie eine Senkung der Mortalitätsraten von Schwangeren und Säuglingen zu erreichen.

Eine zeitgerechte Durchführung der Untersuchungen bis zur Vollendung des 14. Lebensmonats ist Voraussetzung für die Weitergewährung des vollen Kinderbetreuungsgeldes ab dem 21. Lebensmonat.

3.8.1.2 Untersuchungsinhalte

Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen können je nach Untersuchung von dazu berechtigten ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und allgemeinen FachärztInnen durchgeführt werden.

Fünf Untersuchungen der Frauen während der Schwangerschaft

- bis Ende der 16. Woche einschließlich Blutuntersuchung
- in der 17. bis einschließlich 20. Woche mit interner Untersuchung
- in der 25. bis einschließlich 28. Woche einschließlich Blutuntersuchung
- in der 30. bis einschließlich 34. Woche
- in der 35. bis einschließlich 38. Woche

Fünf Untersuchungen des Kindes bis zum 14. Lebensmonat

- innerhalb der ersten Lebenswoche
- in der vierten, fünften, sechsten, oder siebten Lebenswoche einschließlich orthopädischer Untersuchung
- im dritten, vierten oder fünften Lebensmonat
- im siebten, achten oder neunten Lebensmonat einschließlich einer Hals-Nasen-Ohren-Untersuchung
- im zehnten bis einschließlich vierzehnten Lebensmonat einschließlich einer Augenuntersuchung

Weitere Untersuchungen von Mutter und Kind

- zwei Ultraschall-Untersuchungen während der Schwangerschaft
- zwei Hüftultraschall-Untersuchungen des Kindes
- kindliche Untersuchungen jeweils um den zweiten, dritten, vierten und fünften Geburtstag

Diese sind ebenso kostenlos und medizinisch empfohlen, führen jedoch nicht zum Teilverlust des Anspruchs auf Kindergeld, wenn sie nicht vorgenommen wurden.

3.8.2 AUSWERTUNG

Laut dem Statistischen Jahrbuch 2007 gab es in Österreich im Jahr 2005 78.479 Geborene (davon 289 Totgeborene¹).

Von den 77.248 Müttern, die 2005 eine Geburt hatten, entfielen 76.050 auf Einzelgeburten und 1.198 auf Mehrlingsgeburten² (mit letztlich 2.429 Kindern). Der Anteil an Mehrlingsgeburten liegt in Österreich bei 3,1 Prozent.

Die Lebendgeborenen verteilen sich entsprechend Tabelle 1 auf die Bundesländer.

Tabelle 1:

Lebendgeborene nach Bundesländer, in Absolutzahlen, Jahr 2005	
Bundesland	Lebendgeborene
Wien	16.740
NÖ	14.190
Burgenland	2.190
OÖ	13.624
Steiermark	10.451
Kärnten	4.824
Salzburg	5.278
Tirol	6.911
Vorarlberg	3.982
Gesamt	78.190

Quelle: Statistisches Jahrbuch 2007, S. 75, Tabelle. 2.29

1 Unter einer Totgeburt versteht man die Geburt eines im Mutterleib oder während der Geburt verstorbenen Kindes über 500 Gramm.

2 Die Häufigkeit von Mehrlingsgeburten errechnet sich nach der sogenannten „Hellinschen Regel“. Dieser Regel zufolge liegt die Wahrscheinlichkeit einer Zwillingsgeburt bei 1,8 Prozent, die einer Drillingsgeburt bei 0,014 Prozent und die Wahrscheinlichkeit einer Vierlingsgeburt bei 0,0001 Prozent.

Die erste MUKIPA-Untersuchung bei Schwangeren findet bis zum Ende der 16. Schwangerschaftswoche statt. Eine Auswertung zur Frage, wie viele der Frauen mit Geburt die Untersuchung nicht in Anspruch genommen haben, ist nicht möglich, da stattgefundenen Fehlgeburten nach der ersten MUKIPA-Untersuchung nicht erfasst sind. Außerdem könnten auch MigrantInnen, die erst nach der 16. Schwangerschaftswoche eingereist sind und deshalb auch keine erste MUKIPA-Untersuchung in Anspruch genommen hatten, das Bild verzerren.

Nach Art der Krankenversicherung wird der überwiegende Teil der Mutterschaftsleistungen durch die Gebietskrankenkassen erbracht.

Tabelle 2:

Entbindungsfälle nach Krankenversicherung, in Absolutzahlen, Jahr 2005	
Bundesland	Entbindungen
Gebietskrankenkassen	65.353
Betriebskrankenkassen	122
VA Eisenbahn und Bergbau	314
VA öffentlich Bediensteter	3.258
SVA gewerbliche Wirtschaft	1.541
SVA Bauern	994
Gesamt³	71.582

Quelle: Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung, 2006, Tab. 2.36

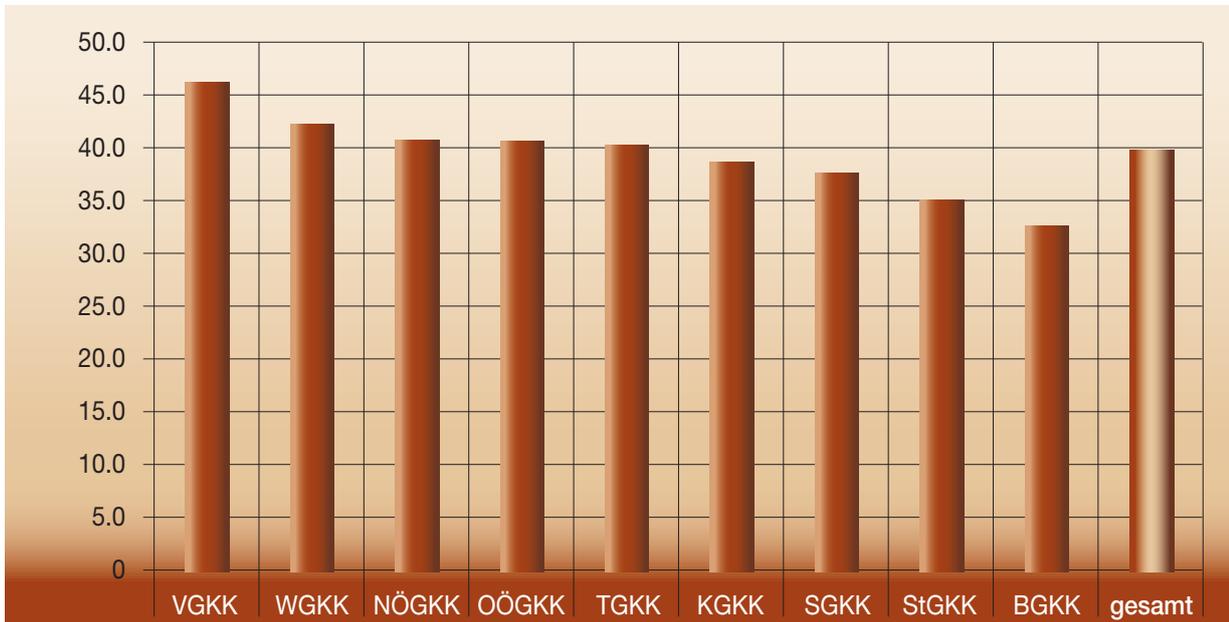
Tabelle 3:

Entbindungsfälle nach Gebietskrankenkassen, in Absolutzahlen und je 1.000 weibliche Anspruchsberechtigte zwischen 15 und 49 Jahren, Jahr 2005			
Bundesland	Entbindungen	weibliche Anspruchsberechtigte 15-49 Jahre	Anzahl Entbindungen je 1.000 weibliche Anspruchsberechtigte
WGKK	16.212	385.172	42,09
NÖGKK	10.562	259.704	40,67
BKGG	1.394	42.972	32,44
OÖGKK	11.682	288.267	40,52
StGKK	7.885	226.092	34,88
KGKK	4.089	105.902	38,61
SGKK	4.284	114.012	37,57
TGKK	5.761	143.385	40,18
VGKK	3.484	75.597	46,09
Gesamt	65.353	1.641.103	39,82

Quelle: Datenbank des Hauptverbandes und eigene Berechnung

³ Der Rest der Entbindungsfälle verteilt sich auf die hier nicht erfassten Krankenfürsorgeeinrichtungen.

Abbildung 1: Anzahl der Entbindungen je 1.000 weibliche Anspruchsberechtigte zwischen 15 und 49 Jahren, nach Gebietskrankenkassen, Jahr 2005



3.8.3 LITERATUR

Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2006, Hrsg.: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien 2006.

Statistisches Jahrbuch 2007, Hrsg.: Statistik Austria, Wien 2007.

Elisabeth Mayr-Frank

3.9. TABAKENTWÖHNUNGS- PROGRAMME

Im Rahmen dieser Gesundheitsberichterstattung gab es eine Erhebung über Programme zur RaucherInnenentwöhnung in der Krankenversicherung. Viele Aktivitäten beziehen sich auf diese spezielle Zielgruppe als Risikoträger.

Ambulante RaucherInnenentwöhnung hilft vor allem „leichten“ RaucherInnen. Stationäre Programme sind eher den RaucherInnen mit starkem Abhängigkeitsgrad und mit tabakassoziierten Erkrankungen vorbehalten.

Daten zu den Teilnehmerzahlen wurden nicht von allen Trägern übermittelt – Tabelle 1 zeigt, dass 2005 mehr als 2.000 Personen an RaucherInnenentwöhnungsprogrammen teilgenommen haben.

Tabelle 1:

TeilnehmerInnen an stationären und ambulanten RaucherInnenentwöhnungsprogrammen in Absolutzahlen, 2005		
	stationäre Entwöhnung	ambulante Entwöhnung
WGKK	73	479
NÖGKK	–	909
OÖGKK	53	89
STGKK	400	–
BVA	–	77
SVB	–	12
Gesamt	526	1.566

Quelle: Erhebungen der Gesundheitsförderung der OÖGKK

Eine detaillierte Darstellung über Möglichkeiten zur ambulanten und stationären Tabakentwöhnung (mit Kontaktadressen) wird in Kapitel 4.9. Tabakkonsum unter „RaucherInnenentwöhnungsangebote der Sozialversicherungen“ gegeben.



4 TEIL C

GESUNDHEITSZIELE DER SOZIALEN KRANKEN- VERSICHERUNG

4 TEIL C: GESUNDHEITSZIELE DER SOZIALEN KRANKENVERSICHERUNG

- 4.1 EINLEITUNG TEIL C
- 4.2 BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG
- 4.3 SCHULISCHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG
- 4.4 KOMMUNALE GESUNDHEITSFÖRDERUNG
- 4.5 ZAHNGESUNDHEITSFÖRDERUNG
- 4.6 DIABETES
- 4.7 HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN
- 4.8 ERKRANKUNGEN DES BEWEGUNGSAPPARATES
- 4.9 TABAKABHÄNGIGKEIT
- 4.10 VORSORGEUNTERSUCHUNG
- 4.11 PSYCHOSOZIALE GESUNDHEIT

Oskar Meggeneder

4.1 EINLEITUNG TEIL C

- Obwohl in den Gesundheitswissenschaften heute einhellig die Meinung vertreten wird, dass die Gesundheitsberichterstattung ziel- und handlungsorientiert sein muss, erfüllen nur wenige Gesundheitsberichte diese Anforderung. Nach wie vor überwiegen Gesundheitsberichte, die der Tradition der Medizinalstatistik verpflichtet sind. Eine 2006 durchgeführte Untersuchung zeigte, dass nur drei Bundesländer eigene Gesundheitsziele formuliert haben. Zwei weitere Bundesländer haben die Ziele Gesundheit21 der WHO (teilweise) übernommen.¹ Ein zeitgemäßer Gesundheitsbericht soll zwar auch den Ist-Zustand des Gesundheitswesens und den Gesundheitszustand der Bevölkerung abbilden, vor allem muss er aber ein realisierbares gesundheitspolitisches Konzept in Form von Gesundheitszielen enthalten. Ein Anspruch, den der vorliegende Gesundheitsbericht zweifellos erfüllt. In den vergangenen Jahren hat der Umfang der Daten bei der Sozialversicherung zugenommen, vor allem haben sich aber die statistischen Auswertungsmöglichkeiten erheblich verbessert. In Österreich wird das mit dem vorliegenden Gesundheitsbericht realisiert, was für Deutschland prognostiziert wird: „Vor diesem Hintergrund ist mit einer zunehmenden Nutzung von Kassendaten im Sinne einer GBE,² aber auch im Sinne der Epidemiologie und Versorgungsforschung zu rechnen“.³

Es gibt mehrere Konzepte der Gesundheitsberichterstattung, die einander allerdings sehr ähnlich sind. Das vom ehemaligen Österreichischen Bundesinstitut für das Gesundheitswesen entwickelte Konzept geht von drei Dimensionen aus: Information (messen und berichten), Forschung (Generierung von Wissen und „verstehen“) sowie Politik (aufzeigen von Interventionsnotwendigkeiten und -möglichkeiten).⁴ Das Anliegen der Gesundheitsberichterstattung in der Schweiz ist es, einen Beitrag zur Information und wissensbasierten Gesundheitspolitik zu leisten, Grundlagen zur Evaluation von Maßnahmen und Gesundheitsdiensten bereit zu stellen, den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung darzustellen sowie die Determinanten für Gesundheit und Krankheit zu

identifizieren.⁵ Die Gesundheitsberichterstattung in Bayern verfolgt die Ziele: Verhältnisse beobachten, Transparenz herstellen und Diskussion anregen.⁶ Auffällig ist, dass bei keinem der angeführten Konzepte auf die Notwendigkeit der Formulierung und Vereinbarung von Gesundheitszielen eingegangen wird, obwohl das Regionalbüro Europa der WHO bereits 1984 ein Strategiepapier mit Gesundheitszielen für Europa vorgelegt hat (aktualisiert 1991), welches die Vereinbarung von Gesundheitszielen als eine unabdingbare Voraussetzung zur Verwirklichung des Anspruchs „Gesundheit für alle in der europäischen Region“ hat.⁷ Die Formulierung von Gesundheitszielen im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung kann ein zentrales Steuerungs- und Orientierungsinstrument sein. „Die moderne Gesellschaft braucht mehr denn je eine valide, verwendbare, praxisorientiert und verständliche Gesundheitsberichterstattung, auch wenn die Politik dies noch nicht so richtig wahrhaben will.“⁸ Gesundheitsberichterstattung ist also kein Modethema, sondern gesamtgesellschaftliche Entwicklungen – und zwar insbesondere in der Gesundheitspolitik – haben dazu geführt, dass man sich intensiver mit dem Thema auseinandersetzt. Diese Entwicklungen haben auch die Sozialversicherung dazu veranlasst, im Bereich der Gesundheitsberichterstattung initiativ zu werden.

Die Gesundheitsberichterstattung erhebt den Anspruch, durch empirische Beschreibung und Analyse Transparenz im Gesundheitswesen zu schaffen. Diese müsste die Setzung von gesundheitspolitischen Prioritäten erlauben. Damit sollen gesundheitspolitische Ziele rational und unabhängig von Standesinteressen, Industrieinteressen und anderen Anbieterinteressen durchgesetzt werden. Nicht selten besteht die Vorstellung, man bräuchte nur eine datenmäßig möglichst umfangreiche Darstellung der Ist-Situation, dann

1 Vgl. Spitzbart 2006, S. 13 ff.

2 Gesundheitsberichterstattung

3 Grobe 2007, S. 205 f.

4 Vgl. Birner 2004, S. 183.

5 Vgl. Meyer 2004, S. 194 f.

6 Vgl. Kuhn et al. 2005, S. 5.

7 WHO Regionalbüro Europa (Hrsg.) (1993), Ziele zur „Gesundheit für alle“.

8 Stein 2006, S. 153.

würde man auch die Schwachstellen erkennen und wissen, was zu tun sei. Tatsächlich aber muss der Zugang ein völlig anderer sein: Zunächst sind konsensual die gesundheitspolitischen Ziele zu definieren und dann ist unter Heranziehung der vorhandenen oder allenfalls noch zu erhebender Daten, das Ziel zu operationalisieren. Diesen Zugang hatten auch Experten, die bereits vorzeigbare und interventionsorientierte Gesundheitsberichte erstellt haben. „Gesundheitsberichterstattung ist die sachgerechte Nutzung von im Wesentlichen vorhandenen Daten und sonstigen Informationen, die lesbare wissenschaftlich gestützte Interpretation von wesentlichen Themen und Zusammenhängen und deren zielgruppenorientierte Präsentation“.⁹ Ein zeitgemäßer Gesundheitsbericht enthält also einen „Datenteil“, der um einen zweiten Teil ergänzt wird, und zwar um einen handlungsorientierten oder interventionsorientierten Berichtsteil. Im vorgelegten Gesundheitsbericht, der Vorschläge für Gesundheitsziele der Sozialversicherung enthält, werden an die Ziele folgende Ansprüche gestellt:

- ihre Umsetzung ist zeitlich definiert
- sie sind evaluierbar
- sie sind mortalitäts- und morbiditätsbezogen oder salutogenetisch orientiert

Zusammenfassend lässt sich Folgendes festhalten: Gesundheitsstatistik und Gesundheitsberichterstattung sind zwei klar voneinander zu trennende Vorhaben. Eine qualitativ hochwertige und quantitativ umfassende Gesundheitsstatistik ist zwar für die Gesundheitsberichterstattung von Vorteil, aber keineswegs zwingende Voraussetzung. Es ist davon auszugehen, dass die vorhandenen Gesundheitsdaten für den Zielfindungsprozess im Zuge der Gesundheitsberichterstattung ausreichen oder zumindest ohne große Probleme zu beschaffen sind. Schwerpunkt jeder Gesundheitsberichterstattung ist die Formulierung von Gesundheitszielen, die idealerweise in eine mittel- und langfristige Gesundheitsplanung einmünden sollen. Jedes Gesundheitsziel ist daraufhin zu überprüfen, ob das Gesundheitswesen überhaupt einen Beitrag zur Zielerreichung leisten kann. Gesundheitsziele sind von den institutionellen NachfragerInnen (insbesondere den Gebietskörperschaften als Verantwortliche für den öffentlichen

Gesundheitsdienst und den sozialen Krankenversicherungen) im Konsens zu formulieren, wobei Gesundheitsziele in einem politischen Prozess entstehen, der sich auf partizipative Elemente stützen soll. Bezüglich der Operationalisierung von Gesundheitszielen ist den Ausführungen von Tophoven vollinhaltlich zuzustimmen: „Gesundheitsziele lassen sich über Leitlinien und Qualitätsindikatoren operationalisieren. Für bestimmte chronische Krankheitsbilder kann man – weitgehend evidenzbasiert – beschreiben, wie die Versorgung im hausärztlichen, fachärztlichen und stationären Behandlungskorridor aussehen sollte und wo genau die Schnittstellen zwischen den Versorgungsstufen liegen. Diese ablauf- und indikationsbezogene Operationalisierung von Gesundheitszielen sollte mit einem entsprechenden ökonomischen Anreizsystem, einer differenzierten Implementationsstrategie und einer transparenten Dokumentation gekoppelt werden. Gelingt dies, entfalten Gesundheitsziele konkrete Steuerungswirkung für die Versorgungspraxis“.¹⁰ Da der Gesundheitsbericht nicht für ExpertInnen oder die wissenschaftliche Community produziert wird, sondern für die (mediale) Öffentlichkeit und damit letztendlich für die BürgerInnen, ist dies bei seiner Gestaltung entsprechend zu beachten. Hier gilt wie so oft: „Weniger ist mehr“.

⁹ Thiele 1993, S. 37.

¹⁰ Tophoven 1998, S. 94.

4.1.1 LITERATURVERZEICHNIS

Birner, A.: Gesundheitsberichterstattung in Österreich, in: Meggeneder, Oskar (Hrsg.): Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens, Frankfurt am Main 2004, S. 183 - 192.

Grobe, T. G.: GBE der Krankenkassen, in: Reintjes, Ralf, Klein, Silvia (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung und Surveillance. Messen, Entscheiden und Handeln, Bern 2007, S. 201 - 206.

Kuhn, J. u. a.: Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. Begriffe, Methoden, Beispiele, Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Erlangen 2005.

Meyer, K.: Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium – Sein Beitrag für ein wissenschaftsbasiertes Gesundheitswesen, in: Meggeneder, Oskar (Hrsg.): Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens, Frankfurt am Main 2004, S. 193 - 197.

Spitzbart, C.: Vergleich der Gesundheitsziele in Österreich. Institut für Gesundheitsplanung, Linz 2006.

Stein, H.: Modernisierung der Gesellschaft – Modernisierung der Berichterstattung: Welche Berichterstattung braucht die Zivilgesellschaft in Deutschland und Europa?, in: Kuhn, Joseph, Busch, Rolf (Hrsg.): Ö: Gesundheit zwischen Statistik und Politik. Beiträge zur politischen Relevanz der Gesundheitsberichterstattung, Frankfurt am Main 2006, S. 147 - 159.

Thiele, W.: Stadt-Diagnose statt Diagnose? Voraussetzung der Erarbeitung und Nutzung eines Berichtes zur Gesundheit in Hamburg, in : Wien - Gesunde Stadt (Hrsg.): Daten für Taten. Anforderungen an kommunale Gesundheitsplanung und Gesundheitsberichte, Wien 1993, S. 37 - 54.

Tophoven, Christian: Gesundheitsziele – zur möglichen Renaissance eines Steuerungskonzeptes. In: Sozialer Fortschritt, 47. Jg., Heft 4 (1998), S. 92 - 96.

Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (Hrsg.): Ziele zur „Gesundheit für alle“. Die Gesundheitspolitik für Europa, Kopenhagen 1993.

4.2 GESUNDHEITSZIEL DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Die Gesundheitszielvorschläge im Bereich
Betrieblicher Gesundheitsförderung:

Bis zum Jahr 2010 unterzeichnen mindestens
10 Prozent aller Unternehmen mit mehr als 10
unselbständig beschäftigten MitarbeiterInnen die
Charta zur betrieblichen Gesundheitsförderung
des Österreichischen Netzwerkes BGF.

Bis zum Jahr 2010 sollen 300 Unternehmen Träger
des Gütesiegels betrieblicher Gesundheitsförderung
des Österreichischen Netzwerkes BGF sein.

Im Jahr 2010 soll sich die Anzahl der durch die
Sozialversicherung betreuten Betriebe gegenüber
2005 verdreifacht haben.

Diese Gesundheitszielvorschläge werden im Kapitel
3.2 erläutert!

4.3 GESUNDHEITSZIEL DER SCHULISCHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Die Gesundheitszielvorschläge im Bereich
Schulischer Gesundheitsförderung:

Bis zum Jahr 2010 sollen jährlich 10 Prozent aller Schulen Angebote der Schulservicestellen in Anspruch nehmen.

Bis zum Jahr 2010 sollen jährlich 10 Prozent aller Schulen Gesundheitsförderungsprojekte durchführen.

Bis zum Jahr 2010 soll es in jedem Bundesland eine Schulservicestelle geben.

Bis zum Jahr 2010 sollen die Schulservicestellen wirksamkeitsbasierte nutzerorientierte Angebote in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Sucht (Tabak und Alkohol) entwickeln.

4

Diese Gesundheitszielvorschläge werden im Kapitel
3.3 erläutert!

4.4 GESUNDHEITSZIEL DER KOMMUNALEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Die Gesundheitszielvorschläge im Bereich
Kommunale Gesundheitsförderung:

Im Jahr 2007 soll ein Angebotspaket für die kommunale
Gesundheitsförderung in mindestens einem Bundesland
entwickelt werden.

Bis zum Jahr 2010 soll das entwickelte Angebotspaket
erprobt und evaluiert werden.

4

Diese Gesundheitszielvorschläge werden im Kapitel
3.4 erläutert!

4.5 GESUNDHEITSZIEL DER ZAHNGESUNDHEITS- FÖRDERUNG

Der Gesundheitszielvorschlag im Bereich
Zahngesundheitsförderung:

Bis zum Jahr 2010 sollen mindestens 80 Prozent
der sechsjährigen Kinder kariesfrei sein und 12-Jährige
sollen im Durchschnitt höchstens 1,5 kariöse,
extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen.

Der Gesundheitszielvorschlag wird im Kapitel
3.5 erläutert!

Astrid Knopp

4.6 DIABETES MELLITUS

4.6.1 DEFINITION

Diabetes mellitus ist eine chronische Erkrankung, die bei relativem oder absolutem Insulinmangel auftritt. Die wichtigste Insulinwirkung ist die Beschleunigung der Aufnahme von Glucose (Traubenzucker) in die Zellen, vor allem in Leber-, Muskel- und Fettzellen. Damit ist Insulin das einzige Hormon, das den Blutzuckerspiegel senkt. Insulinmangel führt zu Hyperglykämie, der krankhaften Erhöhung des Blutzuckerspiegels.¹

1997 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine neue Empfehlung für die Diagnose und Klassifizierung des Diabetes mellitus herausgegeben.

- **Typ 1** ist gekennzeichnet durch absoluten Insulinmangel, ausgelöst durch eine Zerstörung der insulinbildenden β -Zellen in der Bauchspeicheldrüse. Betroffen sind meist Kinder, Jugendliche und jüngere Erwachsene.
- **Typ 2** bezeichnet Formen mit mehr oder weniger ausgeprägter Verringerung der Insulinwirkung in Kombination mit einer Störung der Insulinsekretion, das heißt es gelingt dem Körper nicht mehr dem Bedarf entsprechend ausreichend Insulin freizusetzen. Typ 2 tritt in der Regel im mittleren oder höheren Erwachsenenalter auf und ist häufig mit anderen gesundheitlichen Problemen wie Übergewicht, Bluthochdruck oder Störungen des Fettstoffwechsels assoziiert.
- **Typ 3** umfasst alle anderen spezifischen Diabetesformen, die vergleichsweise selten auftreten.
- **Typ 4** bezeichnet den Gestationsdiabetes; darunter versteht man eine während der Schwangerschaft neu aufgetretene oder festgestellte Erhöhung der Blutglucosewerte.

4.6.2 DIAGNOSTIK

Die Diagnose Diabetes mellitus wird über die Feststellung eines erhöhten Blutglukosespiegels gestellt, und zwar durch mehrfache Messungen an mindestens zwei verschiedenen Tagen. Dafür ist eine serologische Untersuchung erforderlich. Messstreifen, wie sie zur Stoffwechselkontrolle durch Erkrankte verwendet werden,

reichen hierfür nicht aus. Bei verdächtigem klinischen Bild und widersprüchlichen Messergebnissen ist zusätzlich die Diagnosestellung mittels oralem Glukosetoleranztest (OGTT) möglich.

Die diagnoserelevanten Grenzwerte¹ sind Tabelle 1 zu entnehmen:

Tabelle 1:

Blutzuckergrenzwerte Diabetes mellitus		
	Nüchternblutglukose mg/dl	„Gelegenheitszucker“ (nicht nüchtern)
Plasma venös	≥ 126	≥ 200
Kapillarblut	≥ 110	≥ 200
Während der Schwangerschaft gelten andere Grenzwerte.		

Quelle: Roden 2007.

Nüchternblutzuckerwerte im Plasma zwischen 100 und 125 mg/dl werden als erhöhte Nüchternblutglukose eingestuft.

4.6.3 RISIKOFAKTOREN FÜR DIABETES MELLITUS TYP 2

Die Ursachen des Diabetes mellitus Typ 2 liegen hauptsächlich in Lebensstil-bedingten Faktoren wie Bewegungsmangel und übermäßiger, fettreicher Ernährung. Das Risiko steigt mit dem Lebensalter, Übergewicht und Bewegungsarmut.² Auch sozioökonomische Faktoren scheinen eine Rolle zu spielen.³

Daneben kommt genetischen Faktoren eine gewisse Bedeutung zu. Nachkommen oder Geschwister von Typ 2 DiabetikerInnen, sowie Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes weisen ein erhöhtes Risiko auf, einen Typ 2 Diabetes zu entwickeln.

Personen mit metabolischem Syndrom mit den Teilkomponenten gestörte Glukosetoleranz, Übergewicht, Fettstoffwechselstörung und/oder Bluthochdruck stellen die Hauptrisikogruppe für die Entwicklung eines Diabetes Typ 2 dar und sind daher die primäre Zielgruppe für Screening und Diabetesprävention.

¹ Roden 2007.

² Anderwald-Stadler 2007

³ Evans 2000

4.6.4 VERLAUF DER ERKRANKUNG

Diabetes mellitus ist eine chronische Erkrankung. Während der Typ 1 Diabetes in der Regel abrupt beginnt mit plötzlich einsetzenden Beschwerden und in 15 bis 25 Prozent sogar das Bild einer ketoazidotischen Stoffwechselentgleisung bis zum Koma zeigt, verläuft der Typ 2 Diabetes oft schleichend mit allenfalls uncharakteristischen Symptomen. Neben den Akutkomplikationen wie Hypoglykämie (Unterzuckerung) und diabetisches Koma, die in erster Linie Typ 1 DiabetikerInnen gefährden, sind es vor allem die Spätschäden, die Lebenserwartung und Lebensqualität der Betroffenen deutlich beeinträchtigen.

Grundsätzlich unterscheidet man zwischen mikro- und makrovaskulären Spätschäden. Makrovaskuläre Komplikationen betreffen in erster Linie das Herz-Kreislauf-System und führen unter anderem zu Herzinfarkten⁴ und Schlaganfällen,⁵ mikrovaskuläre Komplikationen manifestieren sich an Augen, Nieren und dem Nervensystem und führen zu Sehbeeinträchtigung bis zur Blindheit, Störungen der Nierenfunktion bis zu deren vollständigem Ausfall mit Dialysepflicht und Sensibilitätsstörungen, vor allem an den Füßen. Eine

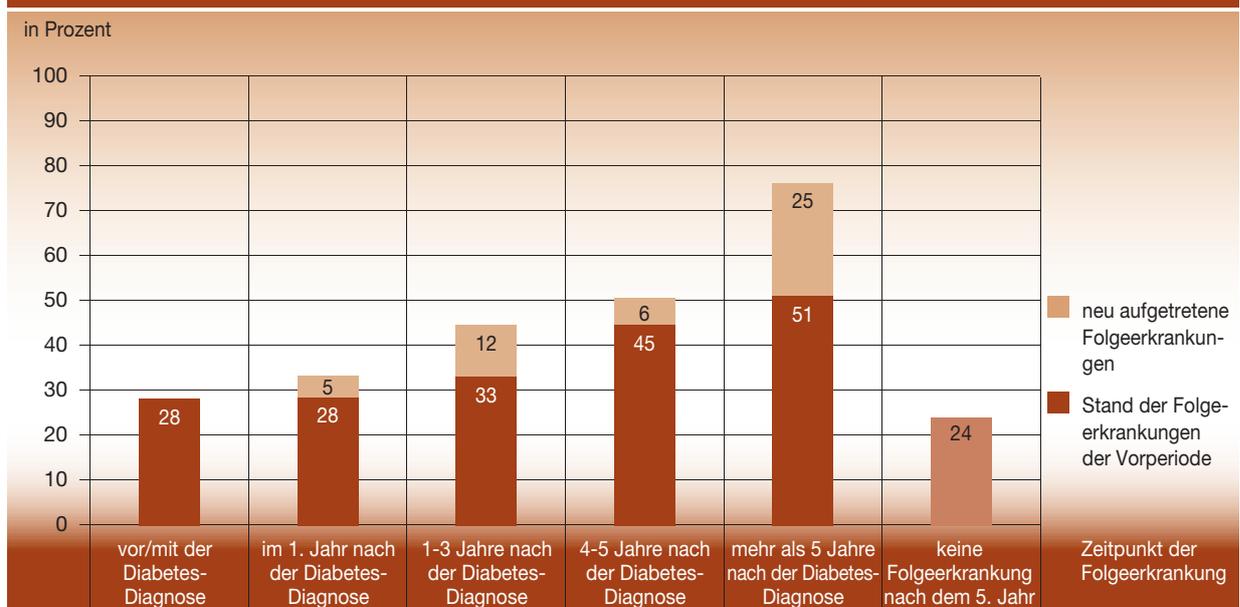
gefürchtete Komplikation ist das so genannte Diabetische Fußsyndrom, das meist eine Folge mikro- und makrovaskulärer Veränderungen ist und sich in Geschwürbildung äußert.

Beim Diabetes mellitus Typ 2 liegen bereits bei der Diagnosestellung häufig Spätkomplikationen vor, da die Erkrankung infolge ihres symptomarmen Verlaufs oft über Jahre nicht erkannt wird. In den ersten Jahren nach der Diagnosestellung nehmen Begleit- und Folgeerkrankungen rasch weiter zu. Die Ergebnisse der Diabetikerbefragung 2004 der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (STGKK) bestätigen diese Tatsache (Abbildung 1).

Diabetikerbefragung 2004 – STGKK – Begleit- und Folgeerkrankungen

- Die Stichprobe wurde aus allen Versicherten gezogen, die im Vorjahr mindestens einmal ein Antidiabetikum (oral oder Insulin) aus der Apotheke bezogen.
- Bei 28 Prozent der befragten DiabetikerInnen sind bereits vor/mit Diagnosestellung Begleit- und Folgeerkrankungen vorhanden.
- Nach 5 Jahren: 51 Prozent (+ 25 Prozent!) der Befragten berichten Begleit- und Folgeerkrankungen.

Abbildung 1: DiabetikerInnenbefragung 2004 – STGKK – Begleit- und Folgeerkrankungen
Zeitpunkt des Auftretens erster Anzeichen von Begleit- beziehungsweise Folgeerkrankungen (n=482)



Quelle: DiabetikerInnenbefragung 2004 der STGKK.

4 Haffner 1998.

5 Baliga 2006.

4.6.5 KRANKHEITSLAST IN ÖSTERREICH

4.6.5.1 Prävalenz und Inzidenz

Die Prävalenz, also die Krankheitshäufigkeit, des Diabetes mellitus in Österreich ist nicht genau bekannt, es liegen lediglich Schätzwerte vor. Da es einerseits, wie in den meisten anderen europäischen Staaten, kein Diabetesregister gibt, und andererseits bei Diabetes mellitus Typ 2 von einer höheren Dunkelziffer auszugehen ist (die Schätzungen liegen zwischen fünf und 50 Prozent), sind die entweder auf Selbstangabe (Mikrozensus) oder auf Medikamentenverordnungen (Daten der Sozialversicherung) beruhenden Schätzungen mit mehr oder weniger großen Fehlerquellen behaftet.

Eine eindeutige Unterscheidung zwischen Typ 1 und Typ 2 DiabetikerInnen ist mit den zur Verfügung stehenden Daten nicht möglich. Es ist jedoch davon auszugehen, dass in Österreich etwa 90 Prozent der DiabetikerInnen dem Typ 2 zuzuordnen sind und die restlichen zehn Prozent mehrheitlich dem Typ 1.⁶ Die beiden anderen WHO Gruppen betreffen nur eine sehr kleine Zahl von Personen.

Die **Dunkelziffer** wird von den VerfasserInnen des österreichischen Diabetesberichts 2004 im unteren Bereich vermutet (fünf bis 20 Prozent). Diese Annahme wird durch eine erste Datenauswertung eines Gesundheitsförderungsprojekts gestützt, in dem in einer Hochrisikogruppe bei elf Prozent der ProbandInnen Diabetes diagnostiziert wurde, während 62 Prozent eine normale Glukosetoleranz zeigten.⁷ Ergebnisse von Vorsorgeuntersuchungen 2001, die in Wien bei vier Prozent der Untersuchten einen Diabetes mellitus feststellten und in Vorarlberg selbst in der höchsten Alterskohorte maximal zwölf Prozent DiabetikerInnen fanden, weisen ebenfalls in diese Richtung.

Die Inzidenz des Diabetes bei **Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren** wurde in den Jahren 1989 bis 1999 im Rahmen der EURODIAB-Studie erfasst.⁸ In Österreich waren die Betroffenen beinahe ausschließlich an DM Typ 1 erkrankt und zwar in einer Inzidenzrate von 12,4 pro 100.000 EinwohnerInnen dieser Altersgruppe. Es ist davon auszugehen, dass die Prävalenz steigt, da einerseits die Inzidenz, das heißt die Zahl der Neuerkrankungen, im Beobachtungszeitraum um 2,1 Prozent pro Jahr anstieg, andererseits

die Überlebensraten ebenfalls zunehmen. Für diese Altersgruppe wird seit vielen Jahren an der Kinderklinik des AKH Wien ein österreichweites, flächendeckendes Diabetesregister⁹ geführt, die Teilnahme beziehungsweise Meldung ist jedoch nicht verpflichtend.

Die **Prävalenz und Inzidenz von DM Typ 2** nimmt in Österreich definitiv zu.¹⁰ Neben der demografischen Entwicklung – die Inzidenz von DM Typ 2 steigt mit zunehmendem Alter, (betroffen sind laut WHO vor allem die Altersgruppen ab dem 65. Lebensjahr) – begünstigen Lebensstilfaktoren wie Übergewicht und Bewegungsmangel die Manifestation der Erkrankung. Weiters tragen eine häufiger beziehungsweise früher gestellte Diagnose (entspricht einer Abnahme der Dunkelziffer) und eine (scheinbar) längere Überlebenszeit zu einem Anstieg der Anzahl der Erkrankten bei.

Die WHO schätzte für das Jahr 2000 die Zahl der DiabetikerInnen in Österreich auf 130.000, was einer Prävalenz von 2,1 Prozent entspricht.

Eine spezielle Auswertung des Mikrozensus Gesundheit aus dem Jahr 1999 für den Diabetesbericht 2004¹¹ ergab eine geschätzte Gesamtzahl von 167.120 DiabetikerInnen, entsprechend einer Prävalenz von 2,6 Prozent. Mehr Frauen (94.320) als Männer (77.140) gaben an, an Diabetes erkrankt zu sein. Bei den Frauen befanden sich die meisten in den Altersgruppen der 60- bis 74- und der über 75-Jährigen, während bei den Männern überwiegend Personen aus den Altersgruppen der 45- bis 59- und der 60- bis 74-Jährigen betroffen waren. Abbildung 2 stellt den Zusammenhang zwischen Lebensalter, Body Mass Index (BMI) und Diabetesprävalenz dar.

6 Roden 2007

7 Marchl 2007

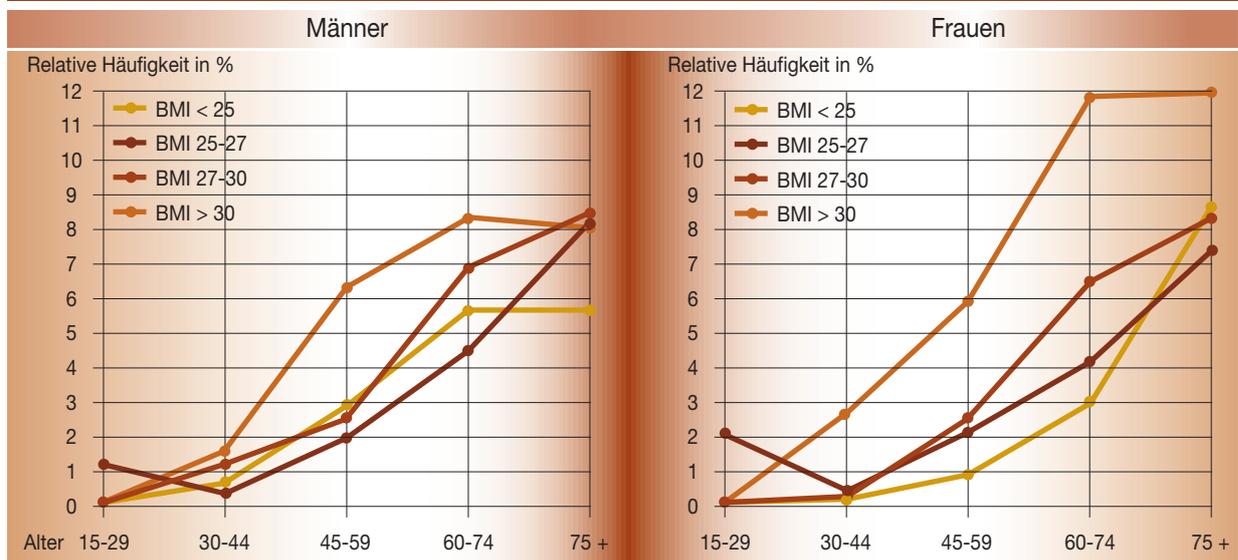
8 Schober 2003

9 Schober 2007; Schober 1995

10 Diabetesbericht 2004, Mikrozensus 1973 - 1999

11 Rieder 2004

Abbildung 2: Relative Häufigkeit für das Auftreten von Diabetes mellitus nach BMI, Alter und Geschlecht (in %)

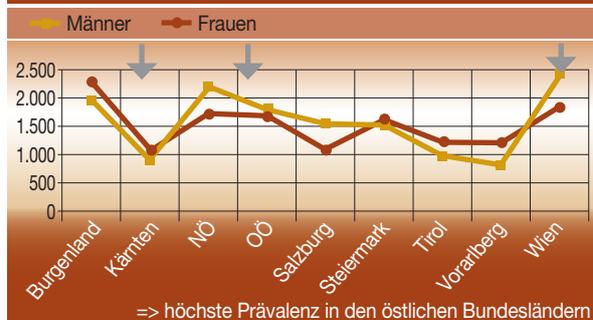


Quelle: Rieder A, Diabetesbericht 2004

Sozialversicherungsinterne Berechnungen für das Jahr 2003 kamen auf eine Zahl von 314.000 (STGKK) bis 325.000 (NÖGKK) an Diabetes mellitus Typ 2 Erkrankten in Österreich, entsprechend einer Prävalenz von 5,1 Prozent. Dabei sind Personen, die nur mit Lebensstilmaßnahmen behandelt werden, berücksichtigt. Unter der Annahme einer Relation von 90 Prozent Typ 2 zu 10 Prozent Typ 1 DiabetikerInnen kommt man für Österreich auf eine Gesamtzahl von etwa 340.000 an Diabetes mellitus erkrankten Personen.

In der regionalen Verteilung zeigt sich ein ausgeprägtes Ost-West-Gefälle mit den höchsten Prävalenzraten für DM Typ 2 im Burgenland (knapp 5 Prozent) gefolgt von Wien und Niederösterreich. Am unteren Ende der Skala liegen Salzburg und Tirol mit etwas über zwei Prozent (Daten der GKKs). Die Daten des Mikrozensus Gesundheit liefern ein ähnliches Bild (Abbildung 3).

Abbildung 3: Regionale Prävalenz von Diabetes mellitus
Altersstandardisierte Prävalenzraten des Diabetes mellitus pro 100.000 Erwachsene ab 25 Jahren, 1999



Sonderauswertung Mikrozensus 1999

Quelle: Rieder A, Diabetesbericht 2004

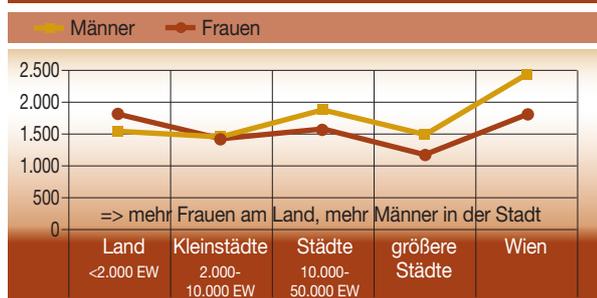
Für das Jahr 2005 stehen bei Erstellung dieses Berichts nur die Zahlen der STGKK zur Verfügung. Im Vergleich zum Jahr 2003 nahm die Zahl der PatientInnen, die mindestens einmal ein Antidiabetikum in der Apotheke bezogen, um 7,5 Prozent zu. 45,3 Prozent der Betroffenen waren Männer und 54,7 Prozent Frauen. Bei der Aufschlüsselung nach Lebensdekaden zeigt sich der Gipfel zwischen dem 60. und dem 80. Lebensjahr, wobei Männer in den jüngeren Altersgruppen einen höheren Anteil an Erkrankten stellen als Frauen und sich dies ab dem 70. Lebensjahr umkehrt.

Die Mehrheit der Erkrankten ist entsprechend dem Lebensalter PensionistIn. Der Anteil der in einem Beschäftigungsverhältnis Stehenden ist auch bei den unter 60-Jährigen klein (3.640 Personen – 2.053 ArbeiterInnen und 1.587 Angestellte – von 8.765 Betroffenen zwischen 21 und 60 Jahren, das entspricht 41,5 Prozent); auffallend ist der hohe Anteil an Arbeitslosen

(985 Personen, 760 ArbeiterInnen und 225 Angestellte; das entspricht 21 Prozent der Erwerbsfähigen).

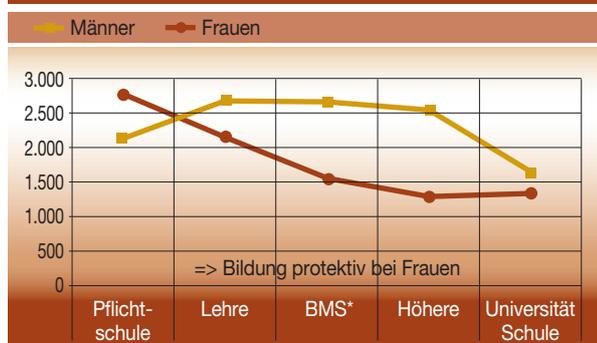
Die Daten des Mikrozensus Gesundheit 1999 zeigen einige weitere Auffälligkeiten: Am Land sind Frauen stärker von der Erkrankung betroffen als Männer (Abbildung 4), in den Städten ist dies umgekehrt. Bildung „schützt“ Frauen vor Diabetes, bei Männern ist dieser Effekt nicht zu erkennen (vergleiche Abbildung 5).

Abbildung 4: Prävalenz nach Geschlecht und Größe des Wohnorts



Quelle: Rieder A, Diabetesbericht 2004

Abbildung 5: Prävalenz nach Geschlecht und Bildung



Quelle: Rieder A, Diabetesbericht 2004

Die Inzidenz wurde im Diabetesbericht 2004 als in Österreich unbestimmbar klassifiziert; auch aus den Sozialversicherungsdaten sind diesbezüglich einigermaßen zuverlässige Schätzungen nicht möglich.

4.6.5.2 Mortalität

Die vorliegenden Daten zur Todesursache Diabetes mellitus weisen Limitierungen auf. Die Codierung aus den ausgefüllten Formblättern „Anzeige des Todes“ erfolgt zwar zentral durch Statistik Austria; eine Diabeteserkrankung kann jedoch nur erfasst werden, wenn sie in irgendeiner Form, als „unmittelbar zum Tode führende Krankheit“ oder als „Grundleiden“, auf dieser Anzeige vermerkt ist. Bei vollständiger Angabe der Kausalkette (beispielsweise Schlaganfall – Diabetes) wird Diabetes als Todesursache vermerkt, bei deren unvollständiger Angabe, was in erster Linie beim Diabetes mellitus Typ 2 wahrscheinlich häufiger der Fall ist, ist dies natürlich nicht möglich. Es ist daher davon auszugehen, dass die vorliegenden Zahlen zu niedrig sind.

Laut Statistik Austria starben im Jahr 2005 3.710 Personen an Diabetes mellitus und seinen Spätfolgen, 2006 waren es 3.641, davon waren 1.521 Männer und 2.120 Frauen. Der jüngste Todesfall trat in der Altersgruppe der 15- bis 20-Jährigen auf, die relativen Mortalitätsraten stiegen bei beiden Geschlechtern bis in die höchste Altersgruppe (90 und älter) an, bis zur Altersgruppe der 80- bis 85-Jährigen war sie bei Männern höher als bei Frauen, erst darüber übertraf die Rate der Frauen jene der Männer. Absolut traten die meisten diabetesbedingten Todesfälle bei Männern in der Altersgruppe der 75- bis 80-Jährigen auf, bei Frauen lag der Gipfel in der Altersgruppe der 80- bis 85-Jährigen.

Tabelle 2:

Gestorbene 2006, Todesursache Diabetes, nach Alter und Geschlecht																	
Diabetes mellitus E10-E14	gesamt	Gestorbene im Alter von ... bis unter ... Jahren															
		15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	65-70	70-75	75-80	80-85	85-90	90 und älter
absolut																	
Männer	1.521	1	1	3	-	4	7	20	41	79	132	175	219	315	292	138	94
Frauen	2.120	-	-	1	-	1	2	7	18	31	39	110	171	307	582	468	383
bezogen auf 100.000 Einwohner des gleichen Alters und Geschlechts																	
Männer	37,8	0,4	0,4	1,1	-	1,2	1,9	6,3	15,8	32,1	63,3	85,9	163,3	277,3	425,2	525,9	849,5
Frauen	49,8	-	-	0,4	-	0,3	0,6	2,2	6,8	12,2	17,3	48,1	101,4	184,9	380,7	665,4	1.001,8

Quelle: Statistik Austria.

4.6.6 VERSORGUNGSSITUATION IN ÖSTERREICH

4.6.6.1 Versorgung im niedergelassenen Bereich

Über die Versorgung der DiabetikerInnen im ambulanten und niedergelassenen Bereich gibt es keine bundesweiten Daten. Erhebungen und Auswertungen einzelner Kassen zeigen das Bild einer ausgeprägten Varianz

in der Versorgung. Sowohl eine Erhebung der OÖGKK 2003 (Institut für Gesundheitsplanung) als auch Daten der STGKK (vgl. Tabelle 3) zeigen, dass die Betreuung in erster Linie durch AllgemeinmedizinerInnen erfolgt, ein kleiner Teil der Betroffenen wird ausschließlich von InternistInnen oder Spitalsambulanzen behandelt.

Tabelle 3:

Arztkontakte zu AllgemeinmedizinerInnen und InternistInnen					
AllgemeinmedizinerInnen			FachärztInnen für Innere Medizin		
Anzahl der Kontakte	Anzahl der Personen		Anzahl der Kontakte	Anzahl der Personen	
	im Jahr 2003	im Jahr 2004		im Jahr 2003	im Jahr 2004
0 bis 2	1.278	1.135	0	20.142	20.663
3 bis 6	1.219	1.206	1 bis 6	5.578	5.883
7 bis 12	3.636	3.659	7 bis 12	1.070	1.090
13 bis 24	9.812	9.978	13 bis 24	738	785
25 bis 36	6.114	6.390	über 24	268	274
37 bis 48	3.073	3.331			
über 48	2.664	2.996			
Gesamt	27.796	28.695	Gesamt	27.796	28.695

Quelle: FOKO. Auswertungen der STGKK.

Aus Tabelle 3 ist die große Schwankungsbreite in der Zahl der Arztkontakte ersichtlich, etwa zehn Prozent der Betroffenen suchen ihren Arzt annähernd einmal wöchentlich auf.

Stoffwechselkontrollen durch HbA1c Bestimmung erfolgten 2004 im niedergelassenen Bereich bei etwa 50 Prozent der DiabetikerInnen, wobei es zwischen den einzelnen GKKs eine beträchtliche Bandbreite gab (45 Prozent bis 63 Prozent). Auch die jährlich empfohlenen augenärztlichen Untersuchungen erfolgten bei weniger als der Hälfte der Betroffenen.

Über die derzeitige Praxis der Fußuntersuchungen liegen keine umfassenden Daten vor. Es ist davon auszugehen, dass weniger als 50 Prozent der DiabetikerInnen einer jährlichen Untersuchung unterzogen werden.

Bei chronischen Erkrankungen spielt die Eigenverantwortlichkeit der PatientInnen eine entscheidende Rolle. Dies trifft auf den Diabetes in besonderem Ausmaß zu. In den vergangenen Jahren wurden in mehreren Bundesländern Schulungs- und Betreuungsprogramme entwickelt und erfolgreich implementiert, die die Rolle der PatientInnen als CoproduzentInnen ihrer Gesundheit stärken, zum Beispiel Avomed in Tirol, DIALA in Oberösterreich, das Burgenländische Betreuungsprogramm und das Steirische Schulungsmodell. Eine Vereinheitlichung der Vorgehensweise, wobei regionale Besonderheiten weiterhin Berücksichtigung finden und eine Ausrollung auf das gesamte Bundesgebiet wird derzeit mit dem Disease Management Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ umgesetzt.

4.6.6.2 Krankenhausaufenthalte

Die Bedeutung der Krankenhausaufenthalte für die Betreuung von PatientInnen mit Diabetes und deren Kosten zeigte die CODE-2 (The Cost of Diabetes Type II in Europe) Studie eindrücklich. Im Jahr 1998 wurden in acht europäischen Ländern die Daten von über 7.000 PatientInnen in 570 Praxen ausgewertet. Österreich nahm an der Studie allerdings nicht teil. Für jede PatientIn wurden vor nunmehr beinahe zehn Jahren jährliche Kosten in der Höhe von € 2.834 ermittelt. Der Anteil der Kosten für die stationäre Krankenbehandlung betrug im Durchschnitt 55 Prozent (Spannweite 30 bis 65 Prozent), in Deutschland, das von seiner Krankenhauslandschaft mit Österreich gut vergleichbar ist, sogar 61 Prozent. Im Beobachtungszeitraum von sechs

Monaten waren 13 Prozent der PatientInnen hospitalisiert mit einer hochgerechneten durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 23 Tagen pro Jahr. Daneben nehmen sich die Kosten für Medikamente (27 Prozent), ärztliche Behandlung (13 Prozent) und Arbeitsunfähigkeit (sieben Prozent) bescheiden aus.¹²

Im Diabetesbericht 2004 sind die Daten zur leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) aus dem Jahr 2001 detailliert aufgeführt. Bei 43.907 Spitalsentlassungen (21.188 Männer und 22.719 Frauen), das entspricht 1,9 Prozent (2 versus 1,8 Prozent), wurde die Diagnose Diabetes mellitus codiert (E10-14 nach ICD 10¹³) am häufigsten in der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen. 65,6 Prozent der Fälle entfielen auf DM Typ 2, 13,6 Prozent auf DM Typ 1. Die durchschnittliche Belagsdauer lag bei 11,91 Tagen und war für beide Geschlechter annähernd gleich (11,57 versus 12,23 Tage).

Auswertungen der OÖGKK ergaben, dass es bei stationär behandelten DiabetikerInnen im Jahr 2001 in 32 Prozent der Fälle zu Mehrfachaufnahmen ins Krankenhaus kam.

Laut Diabetesbericht wurde im Jahr 2001 die Diagnose in der Steiermark 5.746 mal codiert, bei 2.642 Männern und 3.104 Frauen. Im Jahr 2005 wurden 11.726 PatientInnen der STGKK, die mindestens ein Antidiabetikum in der Apotheke bezogen, mindestens einmal stationär aufgenommen, das entspricht 39,2 Prozent aller medikamentös behandelten DiabetikerInnen. Davon waren 6.691 Frauen (40,9 Prozent aller Diabetikerinnen) und 5.035 Männer (37,2 Prozent aller Diabetiker). 46 Prozent der stationär Aufgenommen hatten mindestens eine weitere Krankenhausaufnahme in diesem Jahr. Die große Diskrepanz zwischen den Zahlen der STGKK und der LKF-Abrechnung spiegeln die nicht optimale Codierqualität im LKF-System wider, das im Jahr 2001 darüber hinaus kurz nach seiner Einführung war. Darüber hinaus war es für diesen Beitrag leider nicht möglich zwischen Haupt- und Nebendiagnosen zu unterscheiden. Insgesamt jedoch scheint die Belastung des stationären Sektors durch DiabetikerInnen bei der Auswertung der LKF-Daten unterschätzt zu werden.

¹² Jönsson 2002

¹³ ICD 10 = International Classification of Diseases Version 10

**4.6.7 KOMPLIKATIONEN:
PRÄVALENZ UND INZIDENZ****4.6.7.1 Akutkomplikationen**

Zur Inzidenz von Hypoglykämien und Entgleisungen der diabetischen Stoffwechsellage gibt es wenig Datenmaterial aus Österreich.

Auswertungen der Datenbank des Forums für Qualitätssicherung in der Diabetologie (FQSD-Ö) zeigen große Unterschiede in der Hypoglykämieinzidenz zwischen PatientInnen, die mit Insulin und solchen, die mit oralen Antidiabetika oder ausschließlich diätetisch behandelt werden. Bei ersteren ($n = 5.538$) liegt die Rate schwerer Hypoglykämien, das heißt Fremdhilfe ist erforderlich, bei $0,9 \pm 5,4$ (SD - Standardabweichung) pro Patient und Jahr. Bei PatientInnen, die ohne Insulin behandelt werden ($n = 10.534$), ist sie mit $0,07 \pm 1,08$ (SD) um mehr als eine Zehnerpotenz niedriger. Diese Daten beruhen auf Angaben der PatientInnen selbst, sodass die Trennung zwischen schwerer und leichter Hypoglykämie unscharf sein dürfte. Weiters ist zu beachten, dass die Datenbank zwar Daten aus dem gesamten Bundesgebiet erfasst, jedoch kein flächendeckendes Register darstellt, weswegen ein möglicher Selektionsbias zu berücksichtigen ist (persönliche Mitteilung¹⁴).

4.6.7.2 Spätkomplikationen**Makrovaskuläre Komplikationen**

Darunter werden die Folgen der Atherosklerose der großen Gefäße zusammengefasst, wie Myokardinfarkt, Schlaganfall und Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK). Es ist unbestritten, dass deren Inzidenz bei DiabetikerInnen erhöht ist, wobei die Odds Ratios je nach Studie und Komplikation unterschiedlich hoch angegeben wird, zum Beispiel war in der Framingham Studie das Risiko für einen Myokardinfarkt für Männer doppelt so hoch wie bei Nichtdiabetikern, bei Frauen sogar dreifach erhöht.¹⁵ In der süddeutschen MONICA-Studie war das Myokardinfarktrisiko bei Männern um den Faktor 3,7 bei Frauen sogar 5,9-fach erhöht.¹⁶ Bis zu drei Viertel aller Todesfälle von DiabetikerInnen sind auf makrovaskuläre Komplikationen zurückzuführen.¹⁷

Auswertungen der Wiener Krankenanstaltendaten aus dem Jahr 2001 fanden, dass bei Spitalsentlassungen

mit einer Hauptdiagnose aus der Gruppe der Herz-Kreislaufkrankungen Diabetes mellitus in einem Drittel der Fälle als Nebendiagnose codiert war (Diabetesbericht 2004), am häufigsten war das Grundleiden eine ischämische Herzkrankheit, eine sonstige Form der Herzkrankheit oder eine zerebrovaskuläre Erkrankung.

Mikrovaskuläre Komplikationen

Diese manifestieren sich an Auge, Niere und dem Nervensystem.

Diabetes gilt zwar in Österreich heute als häufigste Ursache von **Erblindung** im Erwachsenenalter – Daten über ihre Prävalenz und Inzidenz fehlen jedoch; es gibt weder ein nationales Register, noch lassen sich die Zahlen an Hand von Krankenhausdaten oder über den Pflegegeldbezug eruieren. Auch aus der Selbsthilfeszene liegen keine umfassenden Daten vor.

Diabetes mellitus ist auch die häufigste Ursache der **terminalen Niereninsuffizienz** mit Dialysepflicht. Diese Spätkomplikation ist im Dialyseregister¹⁸ gut dokumentiert: Diabetes mellitus Typ 1 ist die Grunderkrankung bei drei Prozent der DialysepatientInnen, ebenso hoch ist der Anteil an den neu aufgetretenen Fällen. Diabetes mellitus Typ 2 war 2005 für 31 Prozent der Inzidenz (Abb. 6) und für 25 Prozent der Prävalenz (Abb. 8) kausal verantwortlich. In Abbildung 7 ist zu erkennen, dass der größte Teil der inzidenten DialysepatientInnen, wobei alle Grunderkrankungen erfasst sind, dem geriatrischen Patientengut zuzurechnen ist. Dabei liegt das Durchschnittsalter der Frauen bei Dialysebeginn um zwei Jahre über dem der Männer. Zu den Vorstufen, etwa der Niereninsuffizienz im Stadium der kompensierten Retention, verfügen wir über keine Daten.

14 Harbacher W, Institut für med. Systemtechnik und Gesundheitsmanagement, Joanneum Research, 2007

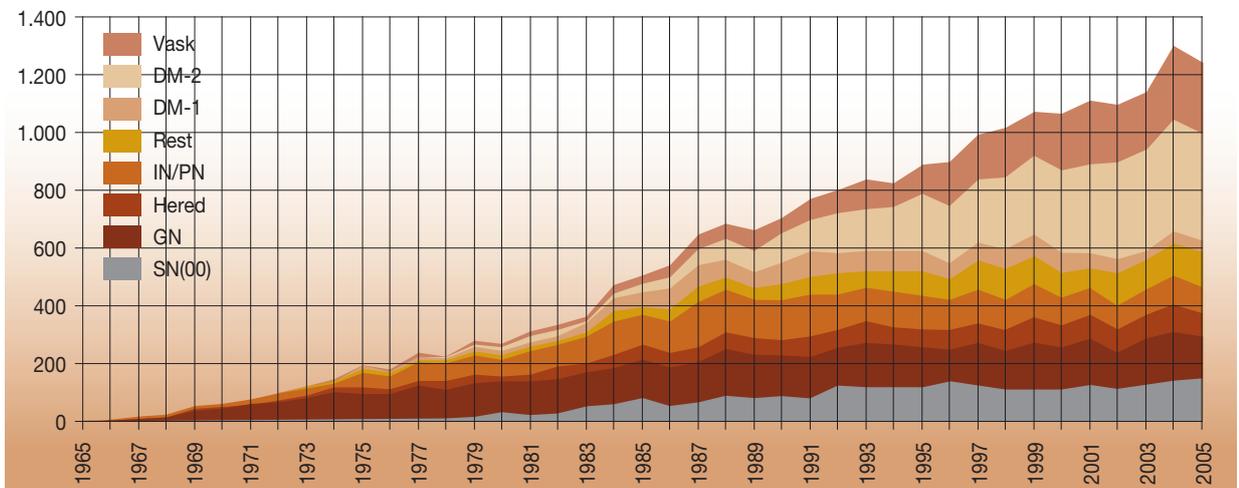
15 Kannel 1979

16 Meisinger 2005

17 Lüscher 2003

18 Kramar 2005

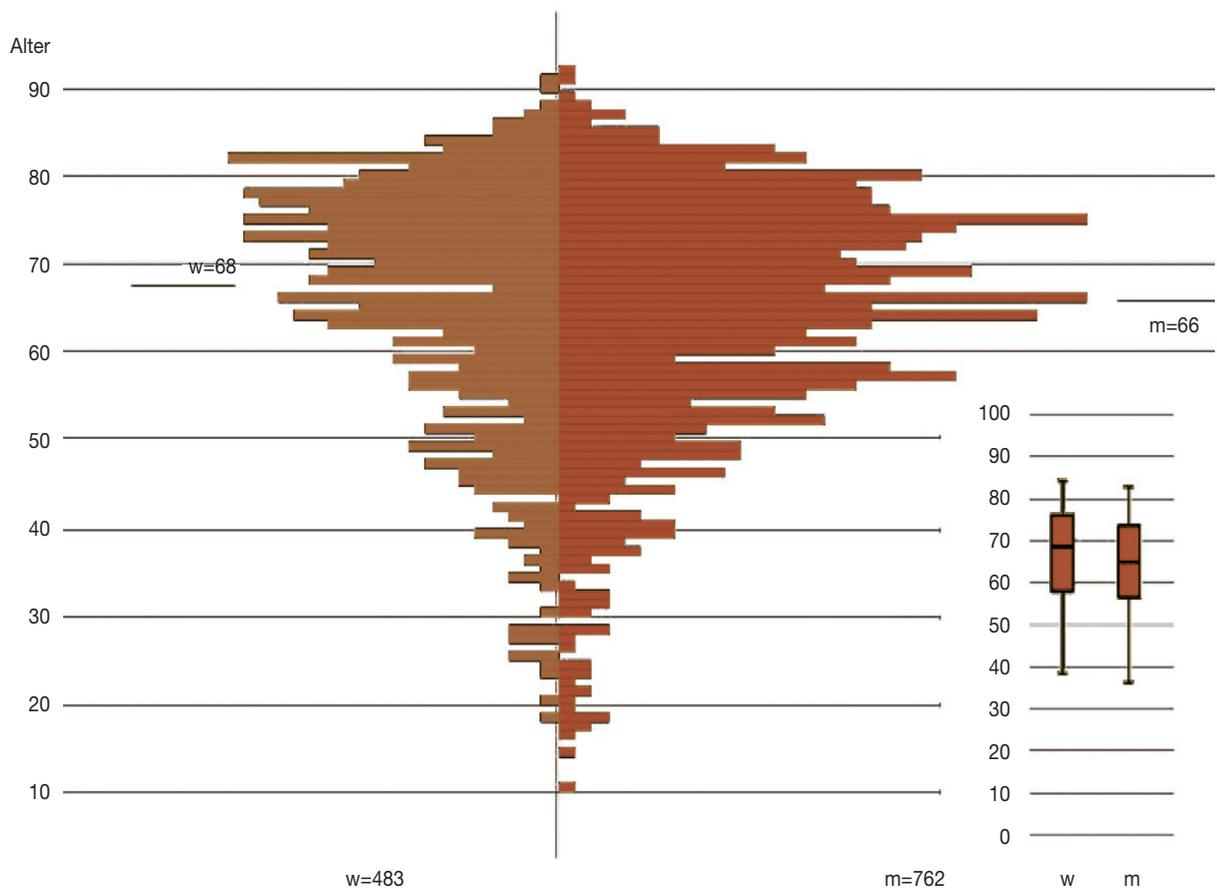
Abbildung 6: Inzidente PatientInnen an chronischer Nierenersatztherapie – Primäre renale Diagnose 1965-2005¹⁹



Quelle: Österreichisches Dialyse- und Transplantationsregister (ÖDTR) 2005

4

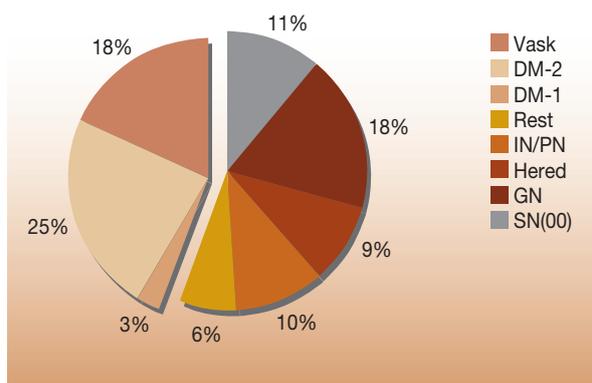
Abbildung 7: Altersstruktur inzidenter PatientInnen 2005



Quelle: ÖDTR 2005

Bei den 2005 inzidenten Patienten zur Nierenersatztherapie überwiegen männliche Patienten. Frauen haben einen höheren Altersmedianwert als Männer (68 Jahre vs. 66 Jahre).

Abbildung 8: Primäre renale Diagnose der PatientInnen mit Peritoneal- und Hämodialyse 2005²⁰



Quelle: ÖDTR 2005

Populationsbezogene Daten zur **Neuropathie** existieren bis dato ebenfalls nicht; im Rahmen der Dokumentation

für das Disease Management Programm Diabetes Typ 2 werden solche erstmals in größerem Umfang verfügbar sein.

In der Betreuung des **Diabetischen Fußes** ist in Österreich eine Unterversorgung anzunehmen. Neben mangelndem Problembewusstsein bei PatientInnen und auch bei vielen betreuenden ÄrztInnen fehlen flächendeckend Spezialstrukturen, wie Fußambulanzen, die sich der komplexen Problematik dieser Komplikation widmen. Die **Amputation der unteren Extremität** ist das (unerwünschte) Endstadium des Diabetischen Fußes. Eine Auswertung der LKF-Daten aus dem Jahr 2005 zeigt die regionale Variabilität nicht traumatischer Amputationen bei DiabetikerInnen in den österreichischen Versorgungsregionen. Dargestellt sind Major- und Minor-Amputationen, wobei im Bereich der Minor-Amputationen die Trennung gegenüber anderen Operationen am Fuß unscharf ist. Den örtlichen Bezug stellt der Wohnort der PatientIn dar, nicht das Krankenhaus. Abbildung 9 lässt den Eindruck entstehen, dass eine über die Diabetesprävalenz hinausgehende Varianz in der Versorgung des diabetischen Fußes besteht.

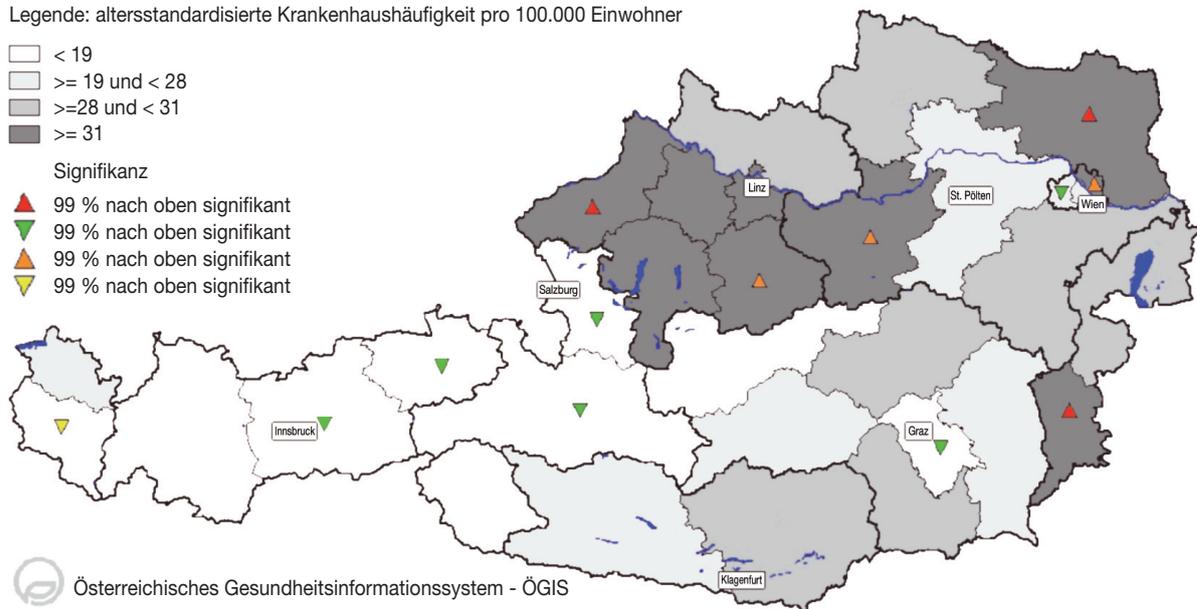
Abbildung 9: Amputationen (Minor und Major) an PatientInnen mit Diabetes mellitus (2000 - 2005)

Legende: altersstandardisierte Krankenhaushäufigkeit pro 100.000 Einwohner

- < 19
- >= 19 und < 28
- >=28 und < 31
- >= 31

Signifikanz

- ▲ 99 % nach oben signifikant
- ▼ 99 % nach oben signifikant
- ▲ 99 % nach oben signifikant
- ▼ 99 % nach oben signifikant



Österreichisches Gesundheitssystem - ÖGIS

Quelle: ÖBIG, Auswertungen für die STGKK

19 Abbildungsabkürzungen: SN (00) – unklare Schrumpfnieren, GN – Glomerulonephritis, Hered – Hereditäre Erkrankungen der Niere, IN/PN – Interstitielle Nephritis, Pyelonephritis, DM 1 – Diabetes mellitus Typ 1, DM 2 – Diabetes mellitus Typ 2, Vask – Vaskuläre Nierenerkrankungen, Rest – Rest.

20 Stock 2005.

4.6.8 DISEASE MANAGEMENT PROGRAMM

Die hohe und weiter steigende Prävalenz, der chronische Krankheitsverlauf und die Beeinflussbarkeit der Erkrankung, die Verfügbarkeit evidenzbasierter Leitlinien und die ausgeprägte Varianz in der Versorgung, die Rolle der Prävention in allen Erkrankungsphasen und die große Bedeutung der aktiven Mitarbeit der Betroffenen sowie nicht zuletzt die hohen Behandlungskosten führten dazu, dass Diabetes mellitus Typ 2 für das erste österreichische Disease Management Programm (DMP) ausgewählt wurde. Im Auftrag der Sozialversicherung entwickelte die STGKK das DMP Diabetes mellitus Typ 2 „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“.

DMPs versuchen, eine kontinuierliche Betreuung anstelle anlassbezogener Interventionen sicherzustellen. Eine leitlinienorientierte, qualitätsgesicherte und effiziente Versorgung sowie die aktive Einbindung der PatientInnen in das Krankheitsmanagement, zum Beispiel durch Schulung und Zielvereinbarungen, sollen die Entwicklung von Spätschäden verhindern oder zumindest hinauszögern.²⁰ In der Folge ist nicht nur eine Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen zu erwarten, sondern auch ein Rückgang der stationären Behandlungen und damit eine Reduktion der Ausgaben in dem Versorgungssektor, in dem derzeit die höchsten Kosten anfallen. Für die PatientInnen sollte als Langzeitziel ein längeres Leben in guter Lebensqualität realisierbar sein.

Besonderes Augenmerk wird im DMP auf die häufig bestehenden Begleiterkrankungen, wie etwa die Hypertonie gelegt, deren Therapie für die Ergebnisqualität von entscheidender Bedeutung ist. Die Rolle des Hausarztes als Langzeitbetreuungsarzt wird gestärkt, die Versorgungsebenen werden koordiniert und die Nahtstellenproblematik der traditionell sektoralen Versorgung verbessert. Eine systematische Evaluation wird das Programm als Qualitätssicherung begleiten.

4.6.9 GESUNDHEITSZIELE

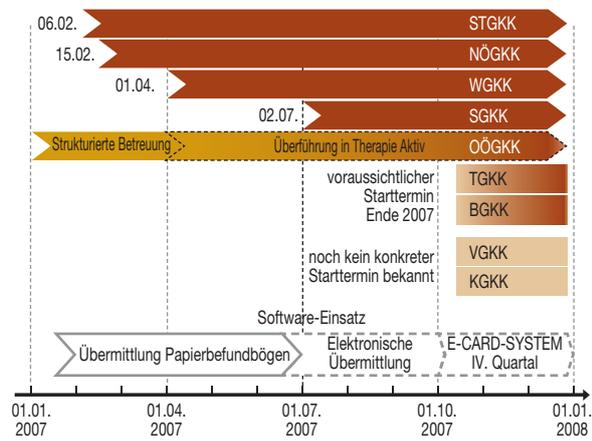
Zum Krankheitsbild des Diabetes mellitus wurden für diesen Gesundheitsbericht von relevanten Stakeholdern²¹ des österreichischen Gesundheitssystems zwei Ziele formuliert:

Das Gesundheitsziel

Bis zum Jahr 2010 soll es in mindestens fünf Bundesländern ein einheitliches Disease - Management - Programm für Diabetes mellitus geben.

wird erfreulicherweise voraussichtlich Ende 2007 erreicht (Abbildung 10) – nach dem Start in der Steiermark und Niederösterreich Anfang 2007 wurde im April in Wien mit dem DMP Therapie Aktiv begonnen. In Salzburg läuft seit Juli eine randomisierte kontrollierte Studie zum DMP. In Oberösterreich gibt es eine strukturierte Diabetesbetreuung, die in das nationale „Therapie aktiv“ übergeführt werden soll.

Abbildung 10: DMP Therapie Aktiv Umsetzungsplanung – Starttermine Bundesländer



Quelle: Selbsterstellte Grafik.

21 Einige KV-Träger, Hauptverband, MedUni Graz, Fonds Gesundes Österreich, BM f. soz. Sicherheit/Generation/Konsumentenschutz, BM f. Gesundheit/Frauen, Institut für Gesundheitsplanung.

Das zweite den Diabetes mellitus betreffende Gesundheitsziel lautet:

Bis zum Jahr 2010 soll die Häufigkeit von Diabetesfolgen wie Amputationen, Blindheit, Nierenversagen, Schwangerschaftskomplikationen und anderen Gesundheitsstörungen um 15 % reduziert werden.

Wie unter Punkt 4.6.6.1 ausgeführt, werden Änderungen in der Inzidenz diabetischer Spätschäden auf Grund fehlender zuverlässiger, flächendeckender Daten schwer bis nicht nachweisbar sein. Eine Ausnahme bildet die terminale Niereninsuffizienz, die im Dialyse- und Transplantationsregister gut dokumentiert ist. Durch die Dokumentation im Rahmen des DMP Therapie Aktiv, in der mikro- und makrovaskuläre Komplikationen erfasst werden, werden erstmals Daten zur Inzidenz und Prävalenz der Spätkomplikationen in größerem Umfang verfügbar sein.

Abgesehen von den methodischen Problemen müsste für das zweite Ziel klar festgelegt werden, ob damit die absolute oder die relative Inzidenz beziehungsweise Prävalenz gemeint ist. Unter absoluter Inzidenz/Prävalenz sind die Zahlen pro 100.000 Einwohner zu verstehen, unter relativer jene in der an Diabetes erkrankten Bevölkerung. In Anbetracht der steigenden Krankheitslast scheint die absolute Inzidenz- und/oder Prävalenzreduktion als Ziel sehr hoch gesteckt zu sein.

4.6.10 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Diabetes mellitus stellt aus Bevölkerungsperspektive ein bedeutendes Gesundheitsproblem in Österreich dar. Die Krankheitslast wird allein infolge der demografischen Entwicklung zunehmen, jedoch tragen die bekannten Lebensstilfaktoren (vgl. 1.2.3) zu einer dramatischen Zunahme der Risikofaktoren der Erkrankung bei. Unser Wissen über das Versorgungsgeschehen und dessen Ergebnisse ist lückenhaft. Die Schwerpunkte liegen heute im Bereich kurativer und palliativer Interventionen.

Das DMP Diabetes mellitus Typ 2 ist eine in Österreich neue Versorgungsstruktur, die neben einer qualitätsgesicherten und effizienten Krankenversorgung unter Förderung der aktiven Mitarbeit der Betroffenen, den Präventionsaspekt in allen Krankheitsstadien berücksichtigt. Aus Public Health Perspektive ist für die Zukunft, eine Weiterentwicklung in Richtung einer bevölkerungsbezogenen Primärprävention anzustreben.

4.6.11 LITERATUR

Anderwald-Stadler M, Prager R. Typ 2 Diabetes mellitus – Screening und Prävention. Wien Klein Wochenschr 2007; 119/15-16[Suppl 2]:8-9

Baliga BS., Weinberger J.: Diabetes and Stroke: Part one – Risk Factors and Pathophysiology. Curr Cardiol Rep 2006; 8:23-28.

Evans JMM, Newton RW, Ruta DA, MacDonald TM, Morris AD. Socio-economic status, obesity and prevalence of type 1 and type 2 diabetes mellitus. Diabetic Med 2000; 17:478-480.

Haffner SM, Lehto S, Ronnema T et al, Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in non diabetic subjects with and without myocardial infarction. NEJM 1998; 339:229-234.

ICD 10 Code, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision Version 2.0, http://www.medaustria.at/f_icd10.html, aufgerufen am 28.9.2007
Jönsson, B.: CODE-2 Advisory Board, Revealing the cost of Type II diabetes in Europe. Diabetologia 2002; 45:S5-S12.

Kannel, WB., McGee, DL.: Diabetes and cardiovascular disease: the Framingham study. JAMA 1979; 241:2035-38.

Kramar, R., Oberbauer, R.: Österreichisches Dialyse- und Transplantationsregister, ÖDTR, Jahresbericht 2005 der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie
http://www.nephro.at/oedr2005/JB_2005.pdf, aufgerufen am 3.9.2007

Lüscher, TF., Creager, MA., Beckman, JA. u. a.: Diabetes and vascular disease: pathophysiology, clinical consequences and medical therapy: Part II. Circulation 2003; 108(13):1655-61.

Marchl, S., Neuhold, C., Reis-Klingspiogl, K.: Diabetes in Europe – Prevention Using Lifestyle, Physical Activity and Nutritional Intervention (DE-Plan), Zwischenbericht Juni 2007 für den Gesundheitsfonds Steiermark.

Meisinger, C., u. a.: MONICA/KORA Study Group, Type 2 diabetes mellitus in Augsburg – an epidemiological overview. Gesundheitswesen 2005; 67 Suppl 1: 103-109.

Rieder, A., Rathmanner, T., Kiefer u. a.: Österreichischer Diabetesbericht 2004, Daten, Fakten, Strategien, <http://www.alternmitzukunft.at/con03DE/page.asp?id=619>, aufgerufen am 7.8.2007

Roden, M.: Diabetes mellitus – Definition, Klassifikation und Diagnose. Wien Klin Wochenschr 2007; 119/15-16[Suppl2]:5-7

Schober E, Rami B, Waldhör T. Austrian Diabetes Incidence Study Group. Steep Increase of incidence of childhood diabetes since 1999. Time trend analysis 1979-2005. A nationwide study. Eur J Pediatr 2007; DOI 10.1007/s00431-007-0480-5

Schober E, Schneider U, Waldhör Th, Tuomilehto J, Austrian Childhood Epidemiology Study Group. Increasing incidence of IDDM in Austrian children – a nationwide study. Diabetes Care 1995;18:1280-1283

Schober, E., Rami, B., Waldhör, T.: Austrian Diabetes Incidence Study Group. Small area variation in childhood diabetes mellitus in Austria: links to population density, 1989 to 1999. J Clin Epidemiol 2003; 56:269-273.

Statistik Austria: Gesundheit, Todesursachen: http://www.statistik.at/web_de/static/gestorbene_2006_nach_todesursachen_alter_und_geschlecht_49686_021987.xls aufgerufen am 3.9.2007

Stock, S., Redaelli, M., Lauterbach, KW.: Disease Management als Grundlage integrierter Versorgungsstrukturen. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2005.

Oskar Meggeneder / Martin Reif

4.7 HERZ-KREISLAUF- ERKRANKUNGEN

4.7.1 BEDEUTENDE ERKRANKUNGSBILDER

Zur Gruppe der Herz-Kreislaufkrankungen zählt eine Vielzahl an Krankheitsbildern. Die wichtigsten sollen nachfolgend kurz beschrieben werden.

Von *Herz- beziehungsweise Myokardinfarkt* wird gesprochen, wenn aufgrund mangelnder Sauerstoffversorgung des Herzmuskels ein Teil des Muskelgewebes abstirbt. Die mangelnde Sauerstoffversorgung des Gewebes wird als Ischämie bezeichnet. Die häufigste Ursache sind Ablagerungen an den Arterienwänden (Arteriosklerose), die sich in einem jahrzehntelangen Prozess bilden und die Gefäße einengen. Besonders gefährlich ist ein Aufbrechen dieser Plaque, da dadurch hervorgerufene Blutgerinnsel die Arterien verstopfen können.¹ Bei Verstopfung eines der großen Herzkranzgefäße führt dies oft unmittelbar zum Tod (akuter Herztod).² In seltenen Fällen ist bei jungen RaucherInnen die Unterversorgung des Herzmuskels durch Krämpfe der Muskelschicht in den Arterien bedingt. Die Mehrheit der Betroffenen weist bereits mehrere Monate vor dem Auftreten eines Herzinfarktes spezifische Symptome auf: Brustschmerzen (Angina pectoris), bei Belastungen oder – bei schwereren Fällen – auch im Ruhezustand, Kurzatmigkeit, nächtliche Anfälle von Luftnot und Leistungseinschränkungen. Es können auch Herzrhythmusstörungen oder Schwindel auftreten. Bei einem Teil der PatientInnen kündigt sich ein Infarkt bereits ein halbes Jahr vor dem Eintreten durch unspezifische Symptome (Erschöpfung, Schlaflosigkeit, tiefe Resignation) an. Beim Auftreten eines akuten Herzinfarktes spielt vor allem die Zeit bis zur Behandlung eine Rolle: Innerhalb der ersten Stunde nach Infarktbeginn bestehen für über 80 Prozent der PatientInnen gute Chancen auf Verhinderung beziehungsweise Begrenzung von Schäden, was nach sechs Stunden nur mehr in geringem Ausmaß der Fall ist. Etwa die Hälfte der PatientInnen, die innerhalb von 28 Tagen nach Eintreten eines akuten Myokardinfarktes verstirbt, stirbt bereits vor Erreichen des Krankenhauses.³ Ein Herzinfarkt äußert sich meist durch plötzlich auftretende,

stark drückende bzw. brennende Schmerzen im vorderen linken Brustbereich, die häufig auch in den linken Arm ausstrahlen. Es können aber auch, abhängig von der Lokalisation des Infarktes, Schmerzen im Oberbauch, im Rücken oder im Kiefer auftreten. Begleitend zeigen sich Beklemmungs-, Enge- und Angstgefühle, oft auch Atemnot, Bewusstlosigkeit oder Schwindelgefühle. Beim so genannten „stummen Infarkt“ hingegen treten keine Schmerzen auf (15 bis 20 Prozent der Fälle). Insbesondere PatientInnen mit Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) sind davon betroffen.⁴ Die bedeutendste Erkrankung des zerebrovaskulären Systems ist der **Schlaganfall**. Man versteht darunter eine plötzliche Durchblutungsstörung im Gehirn. Dabei kann es sich entweder um eine Blutung, hervorgerufen durch das Zerplatzen kleinerer Blutgefäße (intrazerebrales Hämatom), oder um die mangelnde Blutversorgung einzelner Gehirnregionen (ischämischer Hirninfarkt) handeln. Etwa 80 Prozent der Schlaganfälle sind ischämischer Art. Die häufigsten Ursachen der Minderdurchblutung des Gehirns sind Einengung beziehungsweise Verschluss der Blutgefäße im Gehirn durch Arteriosklerose, Thrombosen (Verschluss einer Arterie durch einen Blutpfropfen) oder Embolie (Verschluss durch ein Blutgerinnsel aus anderen Teilen des Blutkreislaufes – zum Beispiel dem Herzen oder der Halsschlagader – die durch den Blutstrom ins Gehirn befördert werden). Thrombose und Verschluss von Gefäßen durch Arteriosklerose gehen Hand in Hand, eine Thrombose entsteht oft auf dem Boden einer Arteriosklerose.

1 Vgl. Statistisches Bundesamt (1998).

2 Vgl. Böhm (2004).

3 Vgl. Statistisches Bundesamt (1998).

4 Vgl. Gill (2004).

Je nachdem welche Hirnregionen betroffen sind, können unterschiedliche Symptome auftreten. Die wesentlichsten sind Lähmungserscheinungen, Sprachstörungen, Einschränkungen des Gesichtsfeldes, Gefühls- und Schluckstörungen und Schwindelgefühl.⁵ Etwa jeder dritte Schlaganfall kündigt sich durch ähnliche, flüchtige Symptome an. Eines dieser Vorstadien stellt die transitorische ischämische Attacke dar, bei der sich die auftretenden Symptome innerhalb von 24 Stunden wieder vollständig zurückbilden. Eine zweite, schwerere Vorstufe zum Schlaganfall ist das prolongierte ischämisch neurologische Defizit, bei dem die Störungen länger als 24 Stunden auftreten, sich aber trotzdem wieder vollständig zurückbilden.

Eine weitere Folgeerscheinung der Arteriosklerose stellt die *periphere arterielle Verschlusskrankheit* dar. Die bekanntesten Krankheitsbilder sind das so genannte „Raucherbein“ oder die so genannte „Schaufensterkrankheit“. Durch krankhafte Verengung oder Verschluss der Arterien kommt es zu einer Unterversorgung der Extremitäten. Meist (zu 90 Prozent) sind die Beine betroffen. In der Folge kann es zum Absterben von Gewebezellen oder zu Infektionen kommen. Außerdem können Störungen der Blutdruck- und Wärmeregulation auftreten. Bei der „Schaufensterkrankheit“ treten belastungsabhängige Schmerzen in den Beinen auf, die die Betroffenen beim Gehen zu regelmäßigen Pausen zwingen. In selteneren Fällen werden die Durchblutungsstörungen durch Entzündungen der Gefäßinnenschicht oder durch Störungen der Gefäßmuskulatur hervorgerufen.⁶

4.7.2 ENTSTEHUNGSHINTERGRÜNDE UND RISIKOFAKTOREN

Durchblutungsstörungen auf dem Boden von *Entzündungen der Gefäßinnenwand* sind sehr häufig: Durch die Einlagerung von Cholesterin wird eine lokale Entzündung hervorgerufen, die dann zur weiteren Entwicklung der Krankheit beiträgt. Diese lokalisierte Entzündung ist die Hauptursache der Entwicklung der so genannten instabilen Plaques. Es handelt sich um eine oft nicht besonders starke Einengung eines Gefäßes, die aber aufplatzen (Plaqueruptur) und dann zu einem akuten Gefäßverschluss führen kann (zum Beispiel akuter Herzinfarkt). Etwa zwei Drittel der Herzinfarkte

entstehen so, und haben daher oft keinerlei Vorsymptome, da das Gefäß ja nur mäßig eingengt ist. Eine Verminderung des Durchflusses und damit spürbare Beschwerden (Warnsymptome) treten aber erst ab etwa 70 Prozent Gefäßeinengung auf. Daher ist die Behandlung der Risikofaktoren äußerst wichtig. Ohne eine exakte Diagnose dieser lokalen Gefäßwandverdickungen zu stellen, kann davon ausgegangen werden, dass bei Vorhandensein von Risikofaktoren auch diese Verdickungen vorhanden sein werden und behandelt werden sollen (Lebensstiländerung, Medikamente). In einem nächsten Stadium kommt es zur so genannten Plaquestabilisierung (Abnahme der Entzündung, Verdickung des „Schutzfilms“ über dem Plaque). Dadurch wird eine Plaqueruptur unwahrscheinlich. Im Gegensatz zu diesen oft vorhandenen lokalisierten Entzündungen, gibt es allgemeine Gefäßentzündungen ohne Arteriosklerose (rheumatische Krankheiten, Infektionen), die dann auch bei jungen Menschen auftreten und zuvor ganz gesunde Gefäße betreffen. Dabei sind oft auch andere innere Organe betroffen (zum Beispiel die Niere).

Im Hinblick auf Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems sind beeinflussbare und nicht beeinflussbare Risikofaktoren zu unterscheiden. Als nicht beeinflussbare Faktoren gelten Alter, Geschlecht (Männer sind stärker betroffen als gleichaltrige Frauen) und genetische Prädisposition. Die wesentlichen beeinflussbaren Risikofaktoren sind Bluthochdruck (Hypertonie), Erhöhte Cholesterinwerte (Hypercholesterinämie; darunter versteht man eine erhöhte Konzentration des LDL-Cholesterols,⁷ aber ein zu niedriges Niveau des HDL-Cholesterins⁸), Rauchen, Übergewicht, Bewegungsarmut, Diabetes mellitus, Stress und übermäßiger Alkoholkonsum. Die sich daraus ergebenden Präventionspotentiale sind in einem Gutachten zur Prävention im deutschen Gesundheitswesen aufgezählt:⁹

5 Vgl. Rous/Horner (2004).

6 Vgl. Statistisches Bundesamt (1998).

7 Low Density Lipoproteins: sogenanntes „schlechtes Cholesterin“, da es eine große Rolle bei der Entstehung von Ablagerungen an den Gefäßwänden spielt

8 High Density Lipoproteins: Sogenanntes „gutes Cholesterin“, da es eine Schutzfunktion vor Ablagerungen an den Gefäßwänden ausübt.

9 Vgl. Walter/ Schwartz(2006) S.8 ff.

- Durch die Verminderung von Bluthochdruck über Veränderungen der Lebensweise könnten bis zu 15 Prozent der koronaren Herzerkrankungen und 27 Prozent der Schlaganfälle vermieden werden.
- Die Förderung eines bewegungsorientierten Lebensstils könnte die Herz-Kreislaufmortalität um die Hälfte verringern.
- Durch Stressmanagement könnten die Herzinfarkt-todesfälle um bis zu 22 Prozent gesenkt werden.
- Auf den Risikofaktor Diabetes sind fünf bis zehn Prozent der Herzinfarkte zurückzuführen. DiabetikerInnen weisen ein zwei- bis dreimal so hohes Risiko auf, an Herzinfarkt zu versterben.
- Eine Senkung des Serum-Cholesterins um zehn Prozent ist bereits durch moderate Ernährungsumstellungen zu erreichen. Dadurch könnte das Risiko der Entwicklung von koronaren Herzkrankheiten – je nach Altersgruppe – um 27 bis 54 Prozent reduziert werden.
- Von wesentlicher Bedeutung ist auch die Reduktion des Risikofaktors Rauchen, insbesondere weil der Tabakkonsum auch das Mortalitätsrisiko durch andere Erkrankungen (zum Beispiel Krebs) erhöht. Beispielsweise könnte die Aufgabe des Rauchens im Alter von 50 Jahren das Risiko, innerhalb der folgenden 15 Jahre zu sterben, um die Hälfte senken.

Zwischen den einzelnen Risikofaktoren bestehen komplexe Wechselbeziehungen. Beispielsweise begünstigt Übergewicht das Auftreten von Störungen des Fettstoffwechsels, Hypertonie und Diabetes mellitus.¹⁰ Wichtig ist auch, dass fast alle der genannten Risikofaktoren zudem für andere Erkrankungen bedeutsam sind, sodass sich in Bezug auf Präventionsmaßnahmen erhebliche Synergieeffekte ergeben. So sind beispielsweise Verringerung von Übergewicht, Bewegung und gesunde Ernährung auch im Hinblick auf die Vermeidung von bestimmten Krebserkrankungen und Diabetes relevant.¹¹

4.7.3 RISIKOGRUPPEN

Kardiovaskuläre Risikofaktoren sind nicht zufällig in der Bevölkerung verteilt, sondern unter anderem auch von schichtspezifischen Lebensweisen beeinflusst. Sozial benachteiligte Personen neigen beispielsweise häufiger zu Nikotinkonsum, Übergewicht, Bluthochdruck und zu

geringerer sportlicher Betätigung als Personen aus Mittel- und Oberschicht. Bezüglich Hypercholesterinämie sind die Befunde widersprüchlich.¹² Auch die Befunde bezüglich des Alkoholkonsums in den verschiedenen sozialen Schichten sind widersprüchlich. Die meisten Studien aus Deutschland legen jedoch nahe, dass der Alkoholkonsum bei Personen der oberen sozialen Schichten höher ist, als in den unteren.¹³

Auch Umgebungslärm – als Stressfaktor – erhöht das Risiko von Herz-Kreislaufkrankungen (Bluthochdruck, Herzinfarkt).¹⁴ Eine neuere Studie aus Deutschland belegt den Zusammenhang zwischen Verkehrslärm oder Lärm am Arbeitsplatz und dem Risiko einen Herzinfarkt zu erleiden. In Gebieten mit hohem Verkehrslärm, mit einem mittleren Schallpegel im Außenbereich über 65 dB(A), wurde bei Männern ein um 30 Prozent höheres Herzinfarktrisiko festgestellt. Ähnliches trifft auch auf chronischen Lärm am Arbeitsplatz zu.¹⁵

Es gibt auch Hinweise darauf, dass Schichtarbeiter ein erhöhtes Risiko in Bezug auf Herz-Kreislaufkrankungen aufweisen. Dies dürfte zum Teil auch mit einer Anhäufung der oben genannten Risikofaktoren zusammenhängen (höherer Anteil an Rauchern, ungünstige Ernährungsgewohnheiten, Stressbelastung usw.) Es gibt jedoch auch Belege dafür, dass unter anderem spezielle Besonderheiten der Schichtarbeit dafür verantwortlich sind.¹⁶ Eine weitere Berufsgruppe, die besonders stark von Herz-Kreislaufproblemen betroffen ist, sind Beschäftigte im Fahrdienst (Busfahrer, Straßenbahnfahrer usw.).¹⁷ Es gibt auch Hinweise darauf, dass generell die Teilnahme am Straßenverkehr unter Umständen auslösend für einen Herzinfarkt sein kann – ein erhöhtes Risiko lässt sich bis zu einer Stunde danach feststellen.¹⁸

10 Vgl. The International Task Force for Prevention of Coronary Heart Disease (1998).

11 Vgl. WHO (2002) S. 57.

12 Vgl. Mielck (2000) S. 185 ff.

13 Vgl. Mielck (2000) S. 203 ff.

14 Vgl. Heuchert/Horst/Kuhn (2004).

15 Vgl. Umweltbundesamt (2004).

16 Vgl. Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (2000) S. 27.

17 Vgl. BG-Bahnen (2001) S. 14.

18 Vgl. Peters u. a. (2004).

Wenn im folgenden Kapitel von Herz-Kreislaufkrankungen (HKE) die Rede ist, dann sind darunter jene Erkrankungen zu verstehen, die im Kapitel 9 des ICD-10 Klassifikationssystem aufgelistet sind. Das ist eine allgemeine Kategorie von Krankheiten, die das Herz und das Kreislaufsystem betreffen. Diese umfassen:

- Akutes rheumatisches Fieber
- Chronische rheumatische Herzkrankheiten
- Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
- Ischämische Herzkrankheiten
- Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufs
- Sonstige Formen der Herzkrankheit
- Zerebrovaskuläre Krankheiten
- Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
- Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten (sofern nicht andernorts klassifiziert)
- Sonstige nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems

Tabelle 1:

Mortalitätsraten im EU-Vergleich							
Mortalitätsursachen bei 0- bis 64-Jährigen auf 100.000 Einwohner							
ICD 10 Code	ICD-10 Gruppen	EU 25			Österreich		
		Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
	Gesamt	222,1	304,1	143,6	206,5	273,3	138,9
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,6	5,1	2,2	2,5	3,6	1,4
C00-C97	Bösartige Neubildungen	78,3	94,6	63,1	73,6	84,1	63,1
D50-D89	Krankheiten des Blutes	0,8	1,0	0,6	0,4	0,5	0,3
E00-E90	Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	4,3	5,5	3,1	11,0	15,5	6,6
F00-F99	Psychiatrische Krankheiten	3,8	5,9	1,6	6,1	9,6	2,6
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems/der Sinnesorgane	5,4	6,4	4,3	4,3	5,2	3,4
I00-I99	Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems	49,3	74,8	25,2	35,8	52,2	19,2
J00-J99	Krankheiten der Atmungsorgane	7,8	10,7	5,1	6,2	8,5	3,9
K00-K93	Krankheiten der Verdauungsorgane	15,5	22,4	8,9	14,8	21,7	7,9
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems/Bewegungsapparates	0,6	0,5	0,7	0,6	0,5	0,8
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	1,5	1,8	1,2	1,2	1,6	0,8
P00-P96	Perinatale Affektionen	-	-	-	2,7	3,3	2,0
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen	3,6	3,8	3,3	2,6	2,7	2,5
R00-R99	Symptome und schlecht bez. Affektionen	8,7	13,1	4,5	0,8	1,0	0,6
V01-Y89	Verletzungen und Vergiftungen	33,1	51,9	14,4	32,0	49,4	14,5

Quelle: Bödeker, Wolfgang, Klingworth, Heike (eds.) (2007): *Hearts and Minds at Work in Europe. A European work-related public health report on Cardiovascular Diseases and Mental Ill Health*, Essen 2007

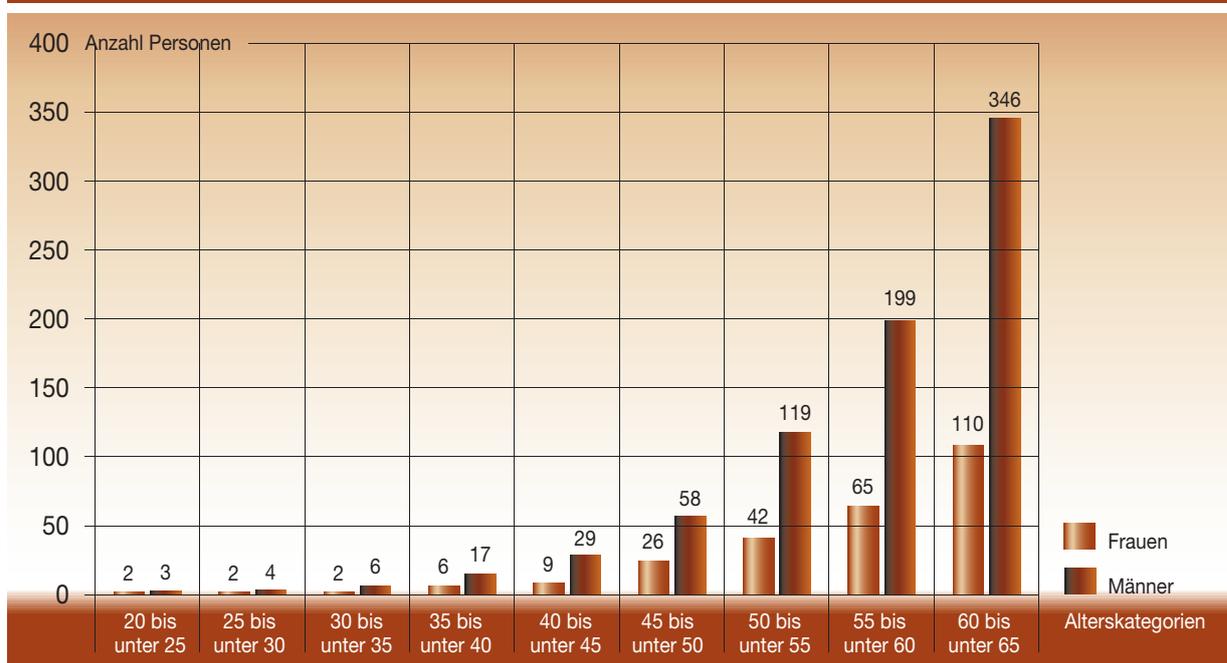
4.7.4 MORTALITÄT

Herz-Kreislaufkrankungen sind die Haupttodesursache in der Europäischen Union. Nahezu die Hälfte aller Todesfälle (42 Prozent) in den 25 Mitgliedsstaaten der EU resultiert aus HKE. Dies bedeutet, dass über 1,9 Mio. Todesfälle pro Jahr auf das Konto von HKE gehen. Die altersstandardisierte Mortalitätsrate beträgt 257 Todesfälle pro 100.000 Einwohner. HKE sind die zweithäufigste Todesursache in der Altersgruppe der bis 65-Jährigen in der EU; an erster Stelle kommen bösartige Neubildungen. Gemäß der European Cardiovascular Disease Statistics 2005 sind HKE die Haupttodesursache von Männern in zehn Mitgliedsstaaten der EU. Etwa 24 Prozent aller Todesfälle pro Jahr (225.000) in der erwerbsfähigen Bevölkerung sind HKE zuzuschreiben.¹⁹ Bei der Gesamtbevölkerung der bis 64-Jährigen beträgt die altersstandardisierte Mortalitätsrate in der Europäischen Union der 25 (EU25): 49 Todesfälle pro 100.000 EinwohnerInnen. Im Vergleich dazu schneidet Österreich mit 36 Todesfällen pro 100.000 EinwohnerInnen relativ günstig ab. Sowohl in der EU25 als auch in Österreich ist die Mortalitätsrate bei HKE bei den Männern erheblich höher als bei den Frauen, wobei im Geschlechterverhältnis zueinander in Österreich die Mortalitätsrate der Männer höher ist als in der EU25.

Die geringere Mortalität bei den Frauen wird einerseits durch ihren im Vergleich zu den Männern gesünderen Lebensstil erklärt (geringerer Alkohol- und Tabakkonsum, relativ weniger Übergewichtige bei den Frauen); andererseits werden der östrogenbedingte Vorteil der Frauen vor der Menopause und der im Durchschnitt höhere HDL- und niedrigere LDL-Wert bei den Frauen als schützende Faktoren angeführt.²⁰

Eine Betrachtung der altersspezifischen Mortalitätsrate von HKE zeigt, dass diese mit zunehmendem Alter kontinuierlich ansteigt, wobei bis zum 80. Lebensjahr die Mortalitätsrate bei den Männern erheblich höher ist als bei den Frauen. In der Alterskohorte der 80- bis 90-Jährigen ist der Unterschied nicht mehr so groß und bei den über 90-Jährigen ist die Mortalitätsrate bei den Frauen geringfügig höher.

Abbildung 1: Altersspezifische Mortalitätsrate aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen (Altersgruppen 20-65 Jahre). Gestorbene 2005 nach Alter und Geschlecht je 100.000 EW. Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems: ICD-10:I00-I99 (n=1.832)



Quelle: Statistik Austria (2007): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2005; Wien.

Im Jahr 2005 waren 32.639 durch HKE bedingte Todesfälle zu verzeichnen. Davon 19.591 Frauen und 13.048 Männer. Im Rahmen des Zielvorschlages 6 in diesem Bericht ist allerdings die Altersgruppe der unter 65-

Jährigen von besonderem Interesse. Hier überwiegen die Männer bei den Todesfällen deutlich (1.926 Männer zu 691 Frauen). Dies bedeutet eine Mortalitätsrate auf 100.000 Einwohner von 56 bei den Männern und 20 bei den Frauen.

Tabelle 2:

Mortalität aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems 2005 (Altersgruppen über und unter 65 Jahre) Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems: ICD-10:I00-I99									
	Bevölkerung			Gestorbene HKL (ICD-10:I00-I99)			Mortalitätsrate (je 100.000)		
	unter 65 J.	über 65 J.	Gesamt	unter 65 J.	über 65 J.	Gesamt	unter 65 J.	über 65 J.	Gesamt
Männer	3.468.603	533.258	4.001.861	1.926	11.122	13.048	56	2.086	326
Frauen	3.426.316	805.129	4.231.445	691	18.900	19.591	20	2.347	463
Gesamt	6.894.919	1.338.387	8.233.306	2.617	30.022	32.639	38	2.243	396

Quelle: Statistik Austria(2007): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2005; Wien (eigene Berechnungen).

19 Vgl. Bödeker/Klingworth (2007) S. 14.

20 Vgl. Härtel (2002) S. 279 f.

4.7.5 MORBIDITÄT

Herz-Kreislaufkrankungen sind nicht nur eine Haupttodesursache, sondern sie tragen auch erheblich zum Krankheitsgeschehen und zur Invalidität bei. Während die Mortalitätsraten statistisch gut erfasst sind und auch EU-weite Vergleiche erlauben, sind die Morbiditätsraten von HKE auf europäischer und internationaler Ebene viel schwieriger zu erheben. Verlässliche und vergleichbare Schätzungen der Prävalenz von HKE in Europa gibt es nicht.

In Österreich liegen die Männer bei Krankenhausfällen aufgrund von HKE mit rund 39 Fällen pro 1.000 Einwohner um etwa sieben Prozent höher als die Frauen (rund 36 Fälle). Bei den Krankenhaustagen liegen die Männer anteilmäßig unter den Frauen (Tabelle 3).

Dies bedeutet, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Krankenhaus aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen bei den Männern kürzer sein muss. Diese beträgt im arithmetischen Mittel bei den Männern 7,9 Tage (Frauen: 8,5 Tage). Bei 50 Prozent der Männer beträgt die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus weniger als 4,9 Tage (bei den Frauen 5,5 Tage). Die längere Aufenthaltsdauer bei Frauen dürfte damit zusammenhängen, dass die im Krankenhaus behandelten Frauen im Durchschnitt älter sind als die behandelten Männer, und bei den Frauen die Komorbiditätsrate höher ist.

Krankenhausaufenthalte aufgrund von HKE machen zwölf Prozent aller Krankenhausaufenthalte aus, wobei der Anteil bei den Männern mit 13,5 Prozent höher ist als bei den Frauen mit elf Prozent. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist bei HKE höher als im Durchschnitt aller Diagnosegruppen.

Tabelle 3:

Krankenhausbehandlungsfälle und Krankenhaustage 2005 aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen Krankenhausentlassungsfälle 2005; Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems: ICD-10:I00-I99.				
	KH-Tage (gerundet)	Bevölkerung 2005	KH-Fälle/ 1.000 EinwohnerInnen	KH-Tage/ 1.000 EinwohnerInnen
Männer	1.113.000	4.001.861	38,5	278
Frauen	1.201.000	4.231.445	35,9	284
Gesamt	2.314.000	8.233.306	37,2	281

Quelle: Statistik Austria (2007a): www.statistik.at; 4.6.2007 (eigene Berechnungen).

Tabelle 4:

Krankenhausbehandlungsfälle 2005 aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen Krankenhausentlassungsfälle 2005; Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems: ICD-10:I00-I99.					
Stationäre Aufenthalte				Durchschnittliche Aufenthaltsdauer für Aufenthalte (ohne 0-Tagesfälle)	
Geschlecht	insgesamt	darunter 0-Tagesaufenthalte	darunter verstorben	arithmet. Mittel	Median
Männer	154.134	13.259	5.611	7,9	4,9
Frauen	151.753	10.432	6.952	8,5	5,5
Gesamt	305.887	23.691	12.563	8,2	5,2

Quelle: Statistik Austria (2007a): www.statistik.at; 4.6.2007.

Tabelle 5:

Krankenhausbehandlungsfälle 2005 insgesamt Krankenhausentlassungsfälle 2005; Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems: ICD-10:I00-I99.					
Stationäre Aufenthalte				Durchschnittliche Aufenthaltsdauer für Aufenthalte (ohne 0-Tagesfälle)	
Geschlecht	insgesamt	darunter 0-Tagesaufenthalte	darunter verstorben	arithmet. Mittel	Median
Männer	1.139.870	175.141	19.187	6,8	3,8
Frauen	1.377.259	193.543	20.143	7,0	4,3
Gesamt	2.517.129	368.684	39.330	6,9	4,1

Quelle: Statistik Austria (2007a): www.statistik.at; 4.6.2007.

Durch HKE verursachte Invalidität wird mittels dem von der WHO²¹ entwickelten YLD-Indikator²² (years lived with disability) gemessen. HKE haben zwar nicht die Bedeutung für die im Status der Invalidität verbrachten Lebensjahre, wie psychische Erkrankungen und Verletzungen, aber sie zählen zu den Hauptursachen. Einer WHO-Schätzung zufolge gingen 2005 6,4 Prozent der Invaliditätsjahre auf das Konto von HKE.²³

In Österreich stehen Herz-Kreislaufkrankungen an dritter Stelle der Krankheitsursachen, die 2005 für Invaliditätspensionen (einschließlich vorzeitiger Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit) verantwortlich waren. An erster Stelle kamen Krankheiten des

Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (rund 35 Prozent) und an zweiter Stelle psychiatrische Krankheiten mit rund 16 Prozent.²⁴ 13 Prozent der Neuzugänge an Pensionierungen bei den unselbständig Erwerbstätigen gingen auf das Konto von HKE. Bei den selbständig Erwerbstätigen war der Anteil etwas höher (15 Prozent). Während der geschlechtsspezifische Unterschied bei den selbständig Erwerbstätigen relativ moderat ausfiel, war er bei den unselbständig Erwerbstätigen erheblich. Bei den Männern betrug der Anteil der durch HKE verursachten Neuzugänge aufgrund geminderter Arbeitsfähigkeit 16 Prozent, bei den Frauen „nur“ acht Prozent.

Tabelle 6:

	Neuzugänge an Pensionierungen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit/Erwerbsfähigkeit aufgrund von Herz-Kreislaufkrankheiten					
	Pensionsversicherung der Unselbständigen			Pensionsversicherung der Selbständigen		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Alle Diagnosen	26.228	17.602	8.626	4.652	2.597	2.055
Herz-Kreislaufkrankheiten	3.497	2.828	669	678	425	253
In Prozent	13	16	8	15	16	12

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2006): *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung. Krankheitsgruppe: Herz-Kreislaufkrankheiten.*

21 Vgl. Lopez u. a. (2006).

22 Der Faktor bezieht sich auf die nicht tödlichen Folgen von Krankheiten und Verletzungen und misst die durch sie verlorenen Jahre voller Gesundheit. Zur Berechnung der YLD für einen individuellen Fall für eine bestimmte Zeitspanne wird die Anzahl der Fälle mit der durchschnittlichen Dauer der Erkrankung und einen gewichteten Faktor, der die Schwere der Krankheit ausdrückt, multipliziert.

23 Vgl. Lopez u. a. (2006).

24 Vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2006), *Soziale Pensionsversicherung*, S. 315.

Herz-Kreislaufkrankungen in der Arbeitswelt

Wie schon ausgeführt, sind die Hauptrisikofaktoren für HKE vorwiegend Lebensstil bezogen (Fehlernährung einschließlich Alkoholabusus, Bewegungsmangel, Tabakkonsum und Stress). Fehlernährung und Stress sind Risikofaktoren, die arbeitsbedingt sein können. Einer fast zehn Jahre zurückliegenden Erhebung zufolge werden in Österreich täglich rund 1,9 Millionen Menschen durch Gemeinschaftsverpflegung verköstigt, davon mehr als 1,5 Millionen in Betrieben.²⁵ Entsprechen die in den Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen hergestellten und angebotenen Speisen den ernährungsphysiologischen Grundsätzen und sind sie auf die Bedürfnisse der zu Verpflegenden (zum Beispiel leichte Büroarbeit bis hin zu Schwerstarbeit) ausgerichtet, so werden im Sinne der salutogenen Perspektive zusätzlich soziokulturelle Ressourcen genützt, die nicht vom Gesundheitswissen, den Einstellungen, der Intelligenz und Flexibilität der Beschäftigten abhängig ist. Fehlernährung ist dann ein betrieblich bedingter Risikofaktor, wenn die Gemeinschaftsküche des Unternehmens ernährungsphysiologische Erkenntnisse nicht berücksichtigt. Der überwiegende Teil der betrieblichen Gemeinschaftsverpflegung dürfte den geforderten Ansprüchen nicht genügen. Denn der Fettanteil der Speisen in den Kantinen entspricht im Regelfall dem Bedarf von Schwerstarbeitern oder überschreitet diesen sogar, während der Anteil an Kohlehydraten durchwegs zu niedrig ist, oder im besten Fall für eine leichte Tätigkeit ausreicht.²⁶

Ein gravierender arbeitsbedingter Risikofaktor für HKE ist Stress. Stress ist ein vielschichtiger Begriff und es gibt dementsprechend viele Stresskonzepte. So unterscheiden Allenspach und Brechbühler beispielsweise zwischen inneren und äußeren Faktoren, die Stress auslösen (Stressoren) können, wobei eine Trennung von beiden mitunter schwierig ist. „Als äußere Faktoren sind neben Reizüberflutung auch Umweltfaktoren wie Zeitdruck, Lärm, Umweltverschmutzung oder Wettereinflüsse zu nennen. Stressoren, die von innen aus unserem eigenen Erleben und Denken kommen, sind sehr individuell und vielseitig. Gefühle wie Ärger, Wut, Sorgen, unverarbeitete Trauer oder Vorfreude auf ein an sich positives Ereignis ... können Stress auslösen.“²⁷ Auch die in der Arbeitswelt auftretenden

Stressoren sind vielfältig. Typische Beispiele sind: Zeit- und Termindruck, zu hohe quantitative und qualitative Anforderungen, Informationsüberlastung genauso wie Informationsmangel, unklare Aufgabenübertragung und widersprüchliche Anweisungen, Konkurrenzverhalten unter den MitarbeiterInnen, strukturelle Veränderungen im Unternehmen, Angst vor Aufgaben, Misserfolg, Tadel und Sanktionen, unerwartete Unterbrechungen und Störungen, um nur einige zu nennen.²⁸ Zahlreiche internationale Studien zeigen, dass Arbeitsstress einen erheblichen Einfluss auf das Auftreten von HKE hat. Arbeitsstress ist nämlich nicht nur ein Risikofaktor für sich alleine, sondern er kann auch zum Auftreten anderer Risikofaktoren für HKE führen. So werden in zahlreichen internationalen Studien mangelnde Bewegung, Rauchen, erhöhter Alkoholkonsum, Bewegungsarmut und ungesunde Ernährung als Folge von Arbeitsstress angeführt.²⁹ Es ist also davon auszugehen, dass die durch HKE verursachten Krankenstände zu einem erheblichen Teil arbeitsbedingt und arbeitsmitbedingt sind. Die durch Herz-Kreislaufkrankungen verursachten Krankenstandstage beliefen sich im Jahr 2005 immerhin auf mehr als 1,4 Millionen Tage. Der Großteil der Krankenstandsfälle entfällt auf die HKE-Gruppen: Krankheiten der Venen und Lymphgefäße,³⁰ sonstige Kreislaufkrankheiten und Hypertonie. Diese sind für zwei Drittel der durch HKE verursachten Krankenstandsfälle verantwortlich. Bei den Krankenstandstagen liegt die Hauptlast bei den Ischämischen Herzkrankheiten und den Krankheiten der Venen und Lymphgefäße, die für die Hälfte der durch HKE verursachten Krankenstandstage verantwortlich zeichnen. Die Betroffenheit durch HKE, gemessen an den Krankenstandstagen, ist bei den Männern erheblich höher als bei den Frauen.

25 Vgl. Elmadfa/Burger (1998) S. 235.

26 Vgl. Meggeneder (im Erscheinen), Gemeinschaftsverpflegung im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

27 Allenspach/Brechbühler (2005) S. 37

28 Vgl. Richter (2000) S. 24 f.

29 Zahlreiche Studien werden zitiert in: Bödeker/Klingworth (2007) S. 44 ff.

30 Hier könnten die Varizen Erkrankten zu einer Verzerrung der Aussage beitragen!

Tabelle 7:

Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen 2005									
Krankheitsgruppe	Krankenstandsfälle ³¹			Durchschnittsdauer eines Falles in Tagen			Auf 1.000 Erwerbstätige entfallende Tage		
	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich
Rheumatisches Fieber und rheumatische Herz-Krankheiten	299	168	131	18,4	17,1	20,0	2	2	2
Hypertonie	10.468	5.631	4.837	15,1	16,4	13,6	54	60	48
Ischämische Herzkrankheiten	9.589	7.064	2.525	37,7	41,3	27,6	124	189	51
Sonstige Herzkrankheiten	7.459	4.836	2.623	25,3	27,2	21,8	65	85	42
Cerebrovaskuläre Krankheiten	3.190	1.939	1.251	61,5	65,7	55,0	67	82	50
Krankheiten der Arterien	2.871	1.705	1.166	24,2	28,1	18,6	24	31	16
Krankheiten der Venen und Lymphgefäße	20.977	10.121	10.856	16,6	16,3	17,0	120	107	135
Sonstige Kreislaufkrankheiten	14.904	4.995	9.909	6,9	7,4	6,7	36	24	49
Gesamt³²	69.757	36.459	33.298	21	25	16	492	580	393

Quelle: Statistik Austria (2007): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2005; Wien.

4.7.6 ZIELE DER SOZIALVERSICHERUNG

Der Beitrag der Autoren verdeutlicht, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht nur bei den Haupttodesursachen ganz oben rangieren, sondern auch einen wesentlichen Beitrag zum Krankheitsgeschehen leisten und erheblich zur Invalidität beitragen. Aufgrund dieser Erkenntnisse wurden durch AkteurInnen der Sozialversicherung folgende Zielvorschläge formuliert.

- Bis 2010 soll die Morbidität und Mortalität infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei den Unter-65-Jährigen im Durchschnitt um 20% gesenkt werden.
- Bis 2010 soll die Zahl der Behandlungsfälle, der Behandlungsdauer und die Zahl der Krankenstandstage infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen um 20% gesenkt werden.

³¹ Alle im Jahr 2005 abgeschlossenen mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankenstandsfälle

³² Durchschnittsdauer: gewichteter Mittelwert; Krankenstandsfälle und -tage je 100.000: Summe (eigene Berechnungen).

4.7.7 LITERATURVERZEICHNIS

Allenspach, Marcel, Brechbühler, Andrea: Stress am Arbeitsplatz. Theoretische Grundlagen, Ursachen, Folgen und Prävention, Bern 2005.

BG-Bahnen: Gesundheitsförderung in Verkehrsunternehmen, Hamburg. 2001.

Bödeker, W., Klingworth, H. (eds.): Hearts and Minds at Work in Europe. A European work-related public health report on Cardiovascular Diseases and Mental Ill Health, Essen 2007

Böhm, M. (2004): Herzinfarkt (Myokardinfarkt), www.netdokter.de, 24.8.2004.

Eliasson, B. : Cigarette smoking and diabetes, in: Prog Cardiovasc Dis, Jg. 45, S. 405 – 413. 2003.

Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (2000): Schichtarbeit und Gesundheit; BEST 1/2000.

Gill, S. (2004): Herzinfarkt (Myokardinfarkt), www.netdokter.at, 24.8.2004.

Härtel, Ursula: Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems bei Männern und Frauen, in: Hurrelmann, Klaus, Kolip, Petra (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle 2002, S. 273 – 290.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung, Wien. 2006.

Heuchert, G., Horst, A., Kuhn, K. (2004): Arbeitsbedingte Erkrankungen; Probleme und Handlungsfelder; <http://www.inqa.de/pdf/ArtikelbundesarbProbleme.pdf>, 5.8.2004.

Larisch, K. (2004): Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK), www.netdokter.de, 24.8.2004.

Lopez, A.D., u. a.: Global burden of disease and risk factors, New York 2006

Meggeneder, Oskar: Gemeinschaftsverpflegung im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, in: Meggeneder, Oskar, Noack, Horst (Hrsg.): Volkswirtschaft und Gesundheit. Investitionen in Gesundheit – Nutzen aus Gesundheit, Frankfurt am Main (im Erscheinen).

Mielck, A.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit; Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern. 2000.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Soziale Pensionsversicherung, in: Soziale Sicherheit, 59. Jg., Heft 7/8 (2006), S. 304 – 317

Peters u. a.: Exposure to Traffic and the Onset of Myocardial Infarction; NEJM Vol. 351:1721-1730; Oct. 21, 2004.

Richter, G.: Psychische Belastung und - Beanspruchung. Streß, psychische Ermüdung, Monotonie, psychische Sättigung, Dortmund – Berlin 2000 (3. überarbeitete Aufl.)

Rous, B., Horner, S. (2004): Schlaganfall, www.netdokter.at, 24.8.2004.

Statistik Austria (2007): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2005, Wien.

Statistik Austria (2007a): www.statistik.at, 4.6.2007

Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland; Stuttgart; (Online-Version: www.gbe-bund.de; 24.8.2004)

The International Task Force for Prevention of Coronary Heart Disease: Coronary heart disease: reducing the risk, in: Nutr Metab Cardiovasc Dis, Jg. 8, S. 205 – 271. 1998.

Umweltbundesamt (2004): Chronischer Verkehrslärm erhöht das Herzinfarkt-Risiko; Presse-Information 19/2004; <http://www.umweltbundesamt.de/uba-info-presse/2004/pd04-019.htm>, 19.7.2004.

Walter, U., Schwartz, W. (2006): Gutachten: Prävention im deutschen Gesundheitswesen; <http://www.gesunde-bauarbeit.de/gutachten-praevention.pdf>; 9.3.2006

WHO: World Health Report 2002, Geneva. 2002.

Martin Sprenger

4.8 ERKRANKUNGEN DES BEWEGUNGSAPPARATES

4.8.1 EINLEITUNG

Störungen des Stütz- und Bewegungsapparates, besonders aber der Wirbelsäule, sind die häufigste Schmerzsache in der österreichischen Bevölkerung.¹ Sie führen zu einem erheblichen Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf und sind heute die wichtigste Ursache für Krankenstand und vorzeitige Pensionierung in Österreich² und ein Hauptgrund für in Behinderung verbrachte Lebensjahre beziehungsweise die dauerhafte Einschränkung der Lebensqualität.

Europäische Studien beweisen klar, dass Muskel- und Skeletterkrankungen nicht nur erhebliche Gesundheitsprobleme, sondern auch hohe Kosten verursachen, die zudem noch weiter ansteigen.³ Zwar können keine genauen Zahlen angegeben werden, doch liegen die Schätzwerte der Kosten, die der Wirtschaft durch arbeitsbedingte Gesundheitsschäden erwachsen, im Bereich zwischen 2,6 Prozent und 3,8 Prozent des Bruttosozialprodukts.⁴

Gemäß den Gesundheitszielen für die gesetzliche Krankenversicherung soll deshalb

„bis 2010 die Zahl der Krankenstandstage in Folge von Störungen des Stütz- und Bewegungsapparates um 10% reduziert werden.“

Im Sinne dieser Zielsetzung fokussiert der folgende Beitrag auf die chronischen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates.

4.8.2 DEFINITION

Hinter dem Überbegriff „chronische Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates“ verbirgt sich eine Vielzahl an Krankheitsbildern. Die wichtigsten sind:

- Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (zum Beispiel chronischer Rückenschmerz, Bandscheibenvorfall) ICD 10 M50-M54
- Gelenksabnutzungen (Arthrosen), vor allem im Bereich der Wirbelsäule, Schulter, Hüfte, Knie, Sprunggelenk ICD 10 M15-M19

- Gelenksentzündungen (Arthritiden, Rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew, etc.) ICD 10 M05-M14
- Osteoporose ICD 10 M80-M82
- Sehnenerkrankungen ICD 10 M65-M68
- Polymyalgien, Fibromyalgien ICD 10 M79, Dystonien ICD 10 G24
- Zustände nach Operationen und Verletzungen ICD 10 T90-T94; T84,85,88

Von chronischen Rückenschmerzen spricht man, wenn die Schmerzdauer länger als zwölf Wochen anhält.

4.8.3 DIAGNOSTIK

Es steht eine große Vielfalt bildgebender, labortechnischer und anderer Verfahren in der Diagnostik von chronischen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates zur Verfügung, auf die in diesem Beitrag nicht weiter eingegangen wird.

4.8.4 ÄTIOLOGIE / URSACHEN

Muskel- und Skeletterkrankungen sind oft multifaktoriell bedingt und die Beschwerden lassen sich nur selten auf eine bestimmte Ursache zurückführen.

Die wichtigsten Risikofaktoren sind:

- Chronische physische Über- und Fehlbelastung des Muskel- und Skelettapparates am Arbeitsplatz, aber auch bei Freizeitaktivitäten. Zum Beispiel durch schwere körperliche Arbeit, Fehlbelastung durch häufiges falsches Bücken, Aufheben und Drehen und ergonomisch falsche Sitzpositionen
- Psychosoziale Belastungen, zum Beispiel in Folge geringer Zufriedenheit am Arbeitsplatz, hohe Arbeitsanforderungen und Stress
- Bewegungsmangel, falsche Ernährung und Übergewicht, Tabakkonsum
- Spezifische Erkrankungen, wie Osteoporose, Arthrosen, Karzinome, rheumatische und immunologische Erkrankungen

1 Statistik Austria. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

2 Statistik Austria (2007) S. 117-131.

3 Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (2004).

4 Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (1998).

Bei über 80 Prozent aller Störungen des Stütz- und Bewegungsapparates lässt sich keine eindeutige körperliche Ursache feststellen!⁵

4.8.5 EPIDEMIOLOGIE

80 Prozent der ÖsterreicherInnen haben zumindest einmal in ihrem Leben Rückenprobleme. 40 bis 50 Prozent der Bevölkerung leiden mindestens einmal im Jahr an Rückenschmerzen und jeder Fünfte (20 Prozent der Bevölkerung) hat Dauerschmerzen im Bereich des Rückens.^{6,7} Gemäß der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 ist jede zweite 45- bis 59-jährige Person betroffen (48 Prozent). Ein Großteil der Betroffenen (86 Prozent) berichtet, auch in den letzten zwölf Monaten unter diesem Problem gelitten zu haben, wobei etwa die Hälfte davon (53 Prozent) in den letzten zwölf Monaten behandelt wurde beziehungsweise Medikamente eingenommen hat. Zwei Drittel der Befragten mit aktuellen Wirbelsäulenbeschwerden berichten, während der letzten zwölf Monate auch unter erheblichen Schmerzen gelitten zu haben. Die Schmerzorte, die am häufigsten genannt wurden, sind Kreuz (Lendenwirbelsäule), Nacken (Halswirbelsäule), Oberschenkel, Knie, Unterschenkel, Rücken (Brustwirbelsäule) und Schultern.⁸

Diese Werte decken sich auch mit einer Befragung in Deutschland, die ergab, dass im Verlauf eines Jahres 62 Prozent der Frauen und 56 Prozent der Männer davon betroffen sind.⁹

Nach banalen Erkältungserkrankungen sind Störungen des Stütz- und Bewegungsapparates die wichtigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit und gehören zu den häufigsten Gründen für einen Arztbesuch. Bei den Krankenhausentlassungen in Folge von Störungen des Stütz- und Bewegungsapparates liegt Österreich einsam an der Spitze Europas.¹⁰

In Österreich ist in etwa ein Fünftel aller Krankenstandstage auf Störungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes zurückzuführen, wobei ein Krankenstandsfall aufgrund von Störungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes im Jahr 2005 durchschnittlich 17 Krankenstandstage dauerte.¹¹

Nur 40 Prozent der PatientInnen, die länger als sechs Monate wegen Rückenschmerzen krankgeschrieben sind, kehren an den Arbeitsplatz zurück. Nach zwei

Jahren Krankenstand aufgrund von Rückenschmerzen, kehrt kaum jemand an seinen Arbeitsplatz zurück. Obwohl Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates in allen Wirtschafts- und Berufszweigen häufig auftreten, haben Untersuchungen eine Häufung in bestimmten Branchen und Beschäftigtengruppen nachgewiesen. Besonders hohe Prävalenzraten finden sich beispielsweise bei LandarbeiterInnen, BauarbeiterInnen, Zimmerleuten, BerufskraftfahrerInnen sowie Pflege- und Reinigungspersonal.¹²

Frauen gelten grundsätzlich als gefährdeter als Männer, wobei Rückenschmerzen mit dem Alter zunehmen. Zwar finden sich Rückenschmerzen quer durch alle sozialen Schichten, am häufigsten betroffen sind jedoch Frauen, hier vor allem die 45- bis 60-Jährigen, und Männer mit niedriger Bildung (Pflichtschule, Lehre). Personen mit niedrigerer Lebensqualität und belastenden Lebensereignissen haben deutlich häufiger starke Rückenschmerzen als Personen mit hoher Lebensqualität und geringen Lebensbelastungen.

Die Hälfte aller chronischen Erkrankungen älterer Menschen sind Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates. Nachdem sich bis 2050 der Anteil der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung von derzeit 20 Prozent auf zirka 35 Prozent erhöhen wird,¹³ ist mit einem deutlichen Anstieg der Prävalenz zu rechnen.

Die orthopädische Untersuchung der Wiener PflichtschülerInnen im Alter von sechs bis zehn Jahren im Schuljahr 2002/03 zeigt, dass 47 Prozent der untersuchten Kinder Haltungsfehler und Wirbelsäulenanomalien aufweisen, 26 Prozent haben Bein- und Fußanomalien. Im Vergleich zur orthopädischen Untersuchung im Schuljahr 2000/2001 bedeutet dies einen Anstieg um zwölf Prozent bei den Haltungsfehlern und 15 Prozent bei den Wirbelsäulenanomalien.¹⁴

5 Robert Koch Institut: Chronische Schmerzen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 7. 13. Online verfügbar: www.gbe-bund.de Zuletzt aufgesucht 09.07.2007

6 Pinsger (1993).

7 Stadt Wien (2004).

8 Statistik Austria. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

9 Robert Koch Institut: Chronische Schmerzen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 7. 1. Online verfügbar: www.gbe-bund.de Zuletzt aufgesucht 09.07.2007

10 WHO (2003).

11 Statistik Austria (2007) S. 130.

12 Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (2000).

13 Statistik Austria. Bevölkerungsprognosen für Österreich und die Bundesländer. 2005

14 Stadt Wien (2004) S. 258-260.

4.8.6 SEKUNDÄRDATENANALYSE ZUR ARBEITSUNFÄHIGKEIT

4.8.6.1 Ursachen für Arbeitsunfähigkeit

Tabelle 1:

Die 10 wichtigsten Krankheitsursachen für Arbeitsunfähigkeit in Österreich						
	AU-Tage	je 1.000 Beschäftigte	je 1.000 männliche Beschäftigte	je 1.000 weibliche Beschäftigte	je 1.000 ArbeiterInnen	je 1.000 Angestellte
Krankheiten des Skeletts, Muskeln, Bindegewebes	7.296.006	2.501,8	2.682,6	2.298,0	3.700,0	1.555,3
Krankheiten der oberen Luftwege	7.025.548	2.409,1	2.421,0	2.395,6	2.729,1	2.142,9
Sonstige Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)	2.559.586	877,7	1.333,8	363,5	1.655,9	268,7
Nicht-Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)	2.278.090	781,2	981,8	555,0	1.158,2	483,3
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	1.912.118	655,7	682,9	625,0	779,0	555,2
Psychiatrische Krankheiten	1.524.444	522,7	384,1	678,9	528,6	514,1
Symptome und schlecht bez. Affektionen	1.293.815	443,6	421,9	468,1	599,8	319,4
Darminfektionen	1.200.218	411,6	424,6	396,9	520,4	324,2
Krankheiten des Magen-Darm-Traktes	962.246	330,0	391,0	261,1	440,6	241,8
Sportunfälle	936.413	321,1	451,6	174,0	403,2	255,1

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Statistische Daten aus der Sozialversicherung, Krankenstands-Statistik, Berichtsjahr 2005.

Deutlich zeigt sich auch in den Daten zur Arbeitsunfähigkeit die Bedeutung von Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes. Gemeinsam mit den Erkrankungen der oberen Luftwege (vor allem bedingt durch virale Infekte) führen sie mit über sieben Millionen Arbeitsunfähigkeitstagen und 2,5 Millionen Betroffenen pro Jahr (inkludiert Mehrfachzählungen) die Liste der Ursachen für Arbeitsunfähigkeit deutlich an.

Männliche Beschäftigte sind bei den Muskel- und Skeletterkrankungen stärker betroffen als Weibliche. Dieser Befund deckt sich nicht mit den vorhandenen Befragungsdaten, bei denen Frauen in allen Altersgruppen häufiger als Männer von Rückenschmerzen betroffen sind.^{15, 16}

Interessant wäre hier eine Aufschlüsselung nach Altersgruppen, Diagnosen, Versicherungsträger, Beruf und sozioökonomischem Status.

Die Auswertung zeigt große Unterschiede zwischen ArbeiterInnen und Angestellten. ArbeiterInnen gehen aufgrund von Beschwerden des Muskel- und Skelettsapparates mehr als doppelt so oft in Krankenstand wie Angestellte.

4.8.6.2 Krankenstandsfälle und Krankenstandstage

Wenn man sich eine Aufschlüsselung nach Krankenstandsfällen und -tagen anschaut, sieht man, dass Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes für mehr als ein Fünftel aller Krankenstandstage verantwortlich sind. Im Schnitt bleiben Betroffene knapp über zwei Wochen im Krankenstand (Frauen 19 Tage, Männer 16 Tage).

¹⁵ Bellach u.a. (1998) S. 424-431.

¹⁶ Statistik Austria. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation.

Tabelle 2:

Arbeitsunfähigkeit bei Krankheiten d. Skeletts, Muskeln und Bindegewebes									
Arbeitsunfähigkeit nach Krankenstandsfällen, -tagen und Tagen pro Fall ¹⁷									
	Krankenstandsfälle			Krankenstandstage			Tage pro Fall		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Insgesamt	3.065.529	1.675.274	1.390.255	35.172.049	19.778.827	15.393.222	11,5	11,8	11,1
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes	420.726	252.548	168.178	7.296.006	4.145.511	3.150.495	17,3	16,4	18,7

Tabelle 3:

Arbeitsunfähigkeit bei Krankheiten d. Skeletts, Muskeln und Bindegewebes									
Arbeitsunfähigkeit nach Krankenstandsfällen, -tagen und Tagen pro Fall und Berufsstatus									
ArbeiterInnen	Krankenstandsfälle			Krankenstandstage			Tage pro Fall		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Insgesamt	1.617.462	1.126.564	490.898	20.466.789	14.005.213	6.461.576	12,7	12,4	13,2
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes	272.834	190.813	82.021	4.727.852	3.110.074	1.617.778	17,3	16,3	19,7
Angestellte	Krankenstandsfälle			Krankenstandstage			Tage pro Fall		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Insgesamt	1.448.067	548.710	899.357	14.705.260	5.773.614	8.931.646	10,2	10,5	9,9
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes	147.892	61.735	86.157	2.568.154	1.035.437	1.532.717	17,4	16,8	17,8

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Statistische Daten aus der Sozialversicherung. Krankenstands-Statistik. Berichtsjahr 2005.

Auch wenn in der obigen Auswertung die Summe der Krankenstandstage bei den Arbeiterinnen und Arbeitern deutlich höher liegt als bei den Angestellten, darf nicht vergessen werden, dass es sich bei den Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes um ein gesamtgesellschaftliches Problem handelt. Gezielte Primärdatenerhebungen könnten dabei behilflich sein Zielgruppen für präventive beziehungsweise gesundheitsförderliche Maßnahmen zu definieren. Interessant wäre eine Auswertung nach Altersgruppen.

4.8.7 DISKUSSION

Chronische Muskel- und Skeletterkrankungen gehören in Österreich und vielen anderen westlichen Industriestaaten zu den wichtigsten Gesundheitsproblemen. Die Krankheitshäufigkeit wird nicht zuletzt aufgrund der demografischen Entwicklung weiter zunehmen.

Zu kaum einem anderen Thema sind in den vergangenen Jahren mehr Publikationen erschienen, trotzdem ist dieses wichtige Handlungsfeld in der Gesundheitsberichterstattung nur mangelhaft abgebildet. Sowohl zu den relevanten Ursachen als auch zur sozialen Verteilung gibt es kaum valide Daten, obwohl internationale Studien zeigen, dass Personen mit einem niedrigeren Bildungsniveau, niedrigeren Einkommen oder niedrigeren Berufsstatus ein zweifach höheres Risiko haben von Rückenschmerzen betroffen zu sein als Personen mit einem höheren Sozialstatus.¹⁸

Es gibt zurzeit leider kaum epidemiologische Studien aus Österreich, die sich diesen Zusammenhängen widmen und eine Diskussion über Ursachen und mögliche Strategien unterstützen.

¹⁷ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2005).

¹⁸ Dionne (2001) S. 455-68.

4.8.8 LITERATUR

Bellach, BM., Ellert, U., Radoschewski, M.: Epidemiologie des Schmerzes-Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2000; 43, S. 424-431.

Dionne, CE., u. a.: Formal education and back pain; a review. J Epidemiol Community Health 2001, 55, S. 455-468.

Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz: „Wirtschaftliche Aspekte von Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union“, Bericht der Agentur, 1998.

Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz: Bestandsliste sozioökonomischer Informationen über arbeitsbedingte Muskel-Skelett-Erkrankungen in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union. Factsheets. 2004. Online verfügbar: <http://osha.europa.eu/publications/factsheets/9/index.htm>
Zuletzt aufgesucht 09.07.2007

Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Bestandsliste sozioökonomischer Informationen über arbeitsbedingte Muskel-Skelett-Erkrankungen in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union. Factsheet 9. 2000.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Statistische Daten aus der Sozialversicherung, Krankenstands-Statistik, Berichtsjahr 2005.

Pinsger, M.: Wertigkeit der Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates nach Krankenstands- und Verpflegetagen. Ludwig Boltzmann Institut f. konservative Orthopädie, Wien 1993.

Robert Koch Institut: Chronische Schmerzen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 7. 13. Online verfügbar: [URL:http://www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (09.07.2007).

Stadt Wien. Bereichsleitung für Sozial- und Gesundheitsplanung und Finanzmanagement (2004): Chronische Erkrankungen in Wien. 2004. S. 205.

Stadt Wien. Bereichsleitung für Sozial- und Gesundheitsplanung und Finanzmanagement (2004): Chronische Erkrankungen in Wien. 2004. 258-260.

Statistik Austria. Bevölkerungsprognosen für Österreich und die Bundesländer. 2005. Online verfügbar: [URL. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html) (18. 09. 2007)

Statistik Austria. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. 2007. 18. Online verfügbar: [URL.http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/025390](http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/025390) (18.09.2007).

Statistik Austria. Statistisches Jahrbuch 2007. Gesundheit. 117-131. Online verfügbar: [URL:http://www.statistik-oesterreich.at/web_de/wcmsprod/groups/zd/documents/webobj/023857.pdf#pagemode=bookmarks](http://www.statistik-oesterreich.at/web_de/wcmsprod/groups/zd/documents/webobj/023857.pdf#pagemode=bookmarks) (09.07.2007).

Statistik Austria. Statistisches Jahrbuch 2007. Gesundheit. 130. Online verfügbar: [URL:http://www.statistik-oesterreich.at/web_de/wcmsprod/groups/zd/documents/webobj/023857.pdf#pagemode=bookmarks](http://www.statistik-oesterreich.at/web_de/wcmsprod/groups/zd/documents/webobj/023857.pdf#pagemode=bookmarks) (09.07.2007).

WHO (2003): Atlas of Health in Europe. S. 81.

Beate Atzler

4.9 TABAKABHÄNGIGKEIT

4.9.1 HISTORIE UND EPIDEMIOLOGIE

Ausgangssituation

In Bezug auf die Tabakabhängigkeit befindet sich Österreich weltweit auf einem negativen Spitzenplatz. Eine nationale Antitabakstrategie fehlt bis dato ebenso wie ein stringentes Konzept innerhalb der österreichischen Sozialversicherung (SV).

In der „*Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategie der österreichischen Sozialversicherung 2005-2010*“¹ wurde das Krankheitsbild „Rauchen“ als eines der primären Handlungsfelder definiert. Um die in der Strategie empfohlenen Ziele zur Reduktion tabakassoziierter Erkrankungen bis 2010 erreichen zu können, ist es notwendig, einen konkreten Maßnahmenkatalog für die Operationalisierung der Strategie zu definieren.

Prävalenz

Die repräsentativsten Aussagen zur *RaucherInnenprävalenz in Österreich* basieren auf den von *Statistik Austria* im Jahr 1997 erhobenen Daten.² Damals lag der Prozentanteil an RaucherInnen (ab 16 Jahren) bei **29,3 Prozent**. 24,2 Prozent der Bevölkerung beziehungsweise 82,3 Prozent der RaucherInnen haben täglich geraucht. 10,4 Prozent der ÖsterreicherInnen beziehungsweise 22,8 Prozent der täglichen RaucherInnen zählten zu den starken RaucherInnen (mehr als 20 Zigaretten pro Tag).

Morbidität und Mortalität

Rauchen ist die wichtigste durch Verhaltensänderung vermeidbare Ursache von Krankheiten und Tod. Etwa 40 verschiedene Krankheiten sind nachweislich auf das Rauchen zurückzuführen, beispielsweise:

- Kurzatmigkeit und Verstärkung von Asthma
- erhöhte Infektanfälligkeit, erhöhte Herzfrequenz und erhöhte Blutdruckwerte
- Impotenz und Unfruchtbarkeit
- Herzinfarkt und Schlaganfall
- Lungenkrebs und andere Krebsarten (Kehlkopf, Mundhöhle, Rachen, Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Harnblase, Gebärmutterhals, Leukämie)

- Chronisch Obstruktive Atemwegserkrankungen (COPD).

„Verantwortlich für den gesundheitlichen Schaden des Tabakrauchens sind die mehr als 4.000 krankmachenden Substanzen, die beim Verbrennen des Tabaks freigesetzt und inhaled werden. Unter den Schadstoffen sind Ammoniak, Blausäure, Kohlenmonoxid, Formaldehyd, Dioxin und das radioaktive Polonium-210. Bei fünfzig der 4.000 Substanzen ist nachgewiesen, dass sie Krebs erregend sind“.³

In Österreich sterben jährlich geschätzte 9.000 Personen an den Folgen des Rauchens.⁴ Zirka die Hälfte der tabakbedingten Todesfälle tritt im mittleren Alter – zwischen 35 und 69 Jahren – ein. Im Durchschnitt werden etwa acht Lebensjahre durch das Rauchen verloren.

4.9.2 PRÄVENTIONSSTRATEGIE

Ziele

Das Präventionsprinzip Rauchen bezieht sich auf das „Herabsetzen von tabakverbundenen Krankheiten“.

Primäre Ziele beinhalten, dass bis 2010 der Anteil der rauchenden erwachsenen ÖsterreicherInnen gesenkt wird. Für minderjährige Personen sollen dann Tabakwaren nicht mehr erhältlich sein. Zusätzlich soll im gleichen Jahr der Anteil der rauchenden schwangeren Frauen auf unter zehn Prozent gesenkt werden und NichtraucherInnen (vor allem Ungeborene, Säuglinge und Kleinkinder) umfassend vor den schädlichen Wirkungen des Passivrauchens geschützt werden. Das Rauchen soll in jeglichen Betrieben, inklusive Gastgewerbe, verboten sein.⁵

1 Sprenger/Pammer/Püringer (2005).

2 Urbas/Klimont (2002).

3 Wissenschaftszentrum für Gesundheitsförderung/Prävention der VAEB (2005).

4 Shafey/Dolwick/Guindon (2003).

5 Konsensuspapier Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategie der österreichischen Sozialversicherung 2005-2010, S. 74.

Sekundärziele definieren sich dadurch, dass bis 2010 alle aufhörwilligen RaucherInnen beim Arztbesuch oder Krankenhausaufenthalt Angebote für eine RaucherInnenentwöhnung und alle nichtaufhörwilligen RaucherInnen eine Kurzintervention zum Motivationsaufbau erhalten. Das Wissen über die gesundheitsgefährdende Wirkung des Tabakkonsums und über das Angebot an Programmen zur Raucherentwöhnung der Sozialversicherung ist erhöht, genauso wie die Bereitschaft, den Tabakkonsum zu minimieren beziehungsweise reduzieren, dies betrifft auch besonders sozial benachteiligten Personen und Personen mit erhöhtem Risiko (beispielsweise schwangere Frauen, Menschen mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko oder Menschen mit chronischen Erkrankungen).

Rolle der Sozialversicherung

Die Sozialversicherung spielt eine zentrale Rolle bei der Erstellung und Umsetzung einer nationalen Tabakstrategie. In den Kompetenzbereich der Sozialversicherung im engeren Sinne fallen die Maßnahmen zur RaucherInnenentwöhnung. Allen, die im Gesundheitssystem tätig sind, sollte die Tabakproblematik bewusst sein. Das Rauchverhalten sollte bei jedem Kontakt mit dem Gesundheitssystem ein Thema sein, und es ist Aufgabe der Sozialversicherung, ihre VertragspartnerInnen zu dieser einfachen, aber effektvollen Maßnahme anzuhalten.⁶

4.9.3 ANSATZPUNKTE ZUR RAUCHERINNENENTWÖHNUNG

Für die WHO sind Maßnahmen zur RaucherInnenbehandlung fixer Bestandteil einer bevölkerungsweiten Antitabakstrategie zur Eindämmung des Tabakproblems⁷ – „Tabakabhängigkeit ist ein chronischer Zustand, der häufig wiederholte Interventionen notwendig macht. Es gibt effiziente Therapien, die langdauernde Abstinenz oder auch permanente Abstinenz möglich machen“.⁸

Maßnahmen der österreichischen Sozialversicherung sollen aber nicht nur die allgemeine Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung erreichen, sondern auch der gesundheitlichen Chancengleichheit und dem größtmöglichen Nutzen Rechnung tragen. Da die WHO⁹ davon ausgeht, dass in den Industrieländern

mehr als die Hälfte der Unterschiede in den Sterberaten zwischen Männern der niedrigsten und höchsten Statusgruppe auf das Rauchen zurückgeführt werden kann, sollten Maßnahmen und Programme zur Verringerung des Tabakkonsums dahingehend geprüft werden, ob und inwieweit sie auch sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen erreichen.

Die oberste amerikanische Gesundheitsbehörde (US Department of Health and Human Services) hat sich ausführlich mit der Evaluation der Literatur zu dieser Fragestellung auseinandergesetzt und folgende Evidenz gefunden: Als wirksame Methoden zur RaucherInnenentwöhnung werden unterschiedliche Beratungs- und Behandlungsangebote sowie medikamentöse Hilfsmittel empfohlen. Dazu zählen neben diversen Nikotinersatzprodukten und pharmakologischen Unterstützungsmitteln wie etwa Zyban, auch kurze standardisierte RaucherInnenberatungen und intensive RaucherInnenentwöhnungsangebote.¹⁰

Ein weiteres sinnvolles Hilfsmittel für flächendeckende Raucherentwöhnungsangebote wäre die Etablierung eines so genannten „Rauchertelefons“. Rauchertelefone beziehungsweise Tabakentwöhnungshotlines sind Standard in vielen Ländern. Es gibt gute Evidenz, dass proaktive Telefonberatung eine positive Wirkung hat. Die Wirksamkeit reaktiver Telefonberatung wird vermutet, ist aber nicht erwiesen. Die Wirksamkeit hängt wesentlich von der Struktur- und Prozessqualität des verwendeten Modells ab. Um die Effektivität und Effizienz eines Rauchertelefons zu gewährleisten, sollten internationale Standards zum Beispiel des „European Networks of Quitlines“ (ENQ) verwendet werden.¹¹

Für Österreich wäre der Beitritt an diesem Netzwerk ein empfehlenswerter und wichtiger Schritt in Richtung öffentliche Gesundheitsfürsorge.

6 Sprenger/Pammer/Püringer (2005).

7 WHO, WHO Framework Convention on Tobacco Control (2005).

8 Aigner/Homeier/Koessler/Zwick/Lichtenschopf (2005) S. 1.

9 Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2004) S. 3-5.

10 Fiore u. a. (2000).

11 Knopp/Sprenger/Ertl/Starl (2005) S.38.

4.9.4 ANSATZPUNKTE UND GEBIETE DER PRIMÄRPRÄVENTION

Primärprävention Schule

Beispielhaft für schulische Projekte im Bereich Primärprävention sollen nachfolgend die vom Fond Gesundes Österreich geförderten Kampagnen „Ich bRAUCHs nicht!“ und das Pilotprojekt „Die rauchfreie Schule – gemeinsam gegen das Rauchen“ dargestellt werden.

Kampagne „Ich bRAUCHs nicht!“ (2002)

Die konzeptionelle Grundlage der Kampagne beruht auf der positiven Bestätigung der jungen NichtraucherInnen. Die Pro-NichtraucherInnen-Kampagne sollte bei jenen Kindern und Jugendlichen, die noch nicht regelmäßig zur Zigarette greifen, einen Imagewandel herbeiführen. Als wirklich „cool“ sollte zukünftig unter den Jungen derjenige gelten, der sie nicht braucht. Das Motto „Ich brauchs nicht“ sollte die jungen (Noch-) NichtraucherInnen in ihrem Selbstwertgefühl stärken und steht für eine Lebenshaltung, die Glück und Lebensfreude durch andere Werte bezieht als durch den Zug am Glimmstängel.¹²

Die Evaluierung ergab positive Effekte des Programms in einer um 8,7 Prozent verringerten Abnahme der Nichtraucherquote und eine um 5,3 Prozent verminderte Raucherquote. Vergleichbare Studien berichten ebenfalls von einer durchschnittlichen Reduktion des Rauchverhaltens von rund fünf Prozent.¹³

„Die rauchfreie Schule – Gemeinsam gegen das Rauchen“: Ein Pilotprojekt an österreichischen Schulen (2004/2005)

Die Bundesministerien für Bildung, Wissenschaft und Kultur und für Gesundheit und Frauen haben die Durchführung des Projekts „Die rauchfreie Schule – Gemeinsam gegen das Rauchen“ beauftragt, das Schulen dabei unterstützen sollte, in einem demokratischen Prozess auf eine effektive und zugleich sozial verträgliche Weise Regeln gegen das Rauchen zu entwickeln. Ein Leitfaden beinhaltet wissenschaftliche Grundlagen zum Thema „Rauchen“ und Anleitungen zur Prozessgestaltung. Insgesamt waren 94 Schulen angemeldet, tatsächlich mitgemacht haben 58. Nach Abschluss des Projektes

zeigte sich folgendes Ergebnis:

- bedingungslos rauchfrei waren 12 Prozent
- eingeschränkt rauchfrei waren 29 Prozent
- Schulprojekte haben durchgeführt 19 Prozent
- Klassenprojekte haben durchgeführt 22 Prozent
- ein Projekt abgebrochen haben 17 Prozent.¹⁴

Aufgrund der Evidenzlage ist eine Senkung der RaucherInnenprävalenz bei Jugendlichen durch eine umfassende Tabakkontrollpolitik mit einem Mix aus Maßnahmen sowie die Anhebung der Zigarettenpreise am zielführendsten. So führt bei Jugendlichen eine Anhebung der Preise um zehn Prozent zu einer 13-prozentigen Reduktion der Prävalenz.¹⁵

Primärprävention Betrieb

Betriebe sind gut geeignete Settings für flächendeckende Tabakkontrollmaßnahmen, nicht nur weil die arbeitende Bevölkerung dort viel Zeit verbringt, sondern vor allem weil durch wirksame betriebliche (Nicht-)RaucherInnenschutzmaßnahmen sowohl NichtraucherInnen als auch RaucherInnen informiert und vor gesundheitlichen Schäden bewahrt werden können.¹⁶ Brenner, et al. (1997) konnten zeigen, dass betriebliche Tabakkontrolle sowohl bei den rauchenden als auch bei den nichtrauchenden MitarbeiterInnen auf große Akzeptanz stößt.¹⁷

4.9.5 RAUCHERINNEN- ENTWÖHNUNGSANGEBOTE DER SOZIALVERSICHERUNGEN

Im Folgenden findet sich eine Übersicht der ambulanten und stationären RaucherInnenentwöhnungsangebote der Sozialversicherungen.

¹² Fonds Gesundes Österreich (2005).

¹³ Hanewinkel/Albthauer (2004) S. 125–137.

¹⁴ Dür/Fürth (2005).

¹⁵ Chaloupka/Wechsler (1997).

¹⁶ Schmidt (2003) S. 165–173.

¹⁷ Brenner/Born/Novak/Wanek (1997) S. 138–143.

Übersicht der ambulanten RaucherInnenentwöhnungsangebote der Sozialversicherung	
Wien	
Gesundheitszentrum Wien – Mitte	Dr. Waltraud Kellner, Dr. Thomas Tauber, Strohgasse 28, 1030 Wien Tel.: 01-60122-40345, Fax: 60122/40303
Gesundheitszentrum Wien – Mariahilf	Dr. Herbert Nell, Mariahilfer Straße 85 – 87, 1060 Wien Tel.: 01-60122-40696
Kärnten	
Kärntner Gebietskrankenkasse	Dr. Brigitte Karner-Steininger, Kempfstraße 8, 9020 Klagenfurt Tel.: 050 5855 – 2120 oder 050 5855 – 2122 www.kgkk.at
Niederösterreich	
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse Raucherberatung NÖGKK-Bezirksstelle St.Pölten:	Dr. Renner Promenade 14-16, 3100 St.Pölten Tel.: 02742/ 899 DW 6216
Bezirksstelle Wr.Neustadt:	F.-Porsche-Ring 3, 2700 Wr.Neustadt Tel.: 02622/ 277 71-0
Salzburg	
GIZ Gesundheitsinformationzentrum SGKK	Faberstraße 17, 5024 Salzburg Tel.: 0662/87 14 91-0, Fax: 0662/87 14 91- 20 giz@sgkk.at
Oberösterreich	
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	Gruberstraße 77, 4020 Linz Anmeldung: Raucherentwöhnung OÖGKK, Maria Belinda Bindeus Tel.: 05 78 07 – 10 31 41 E-Mail: ooegkk@ooegkk.at www.ooegkk.at
Steiermark	
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	Josef-Pongratz-Platz 1, 8010 Graz, Frau Mager Tel.: 0316/ 8035 - 211
VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung / Prävention Josefhof	Haideggerweg 1, 8044 Graz Tel.: 0316 391102-217, Fax: 0316 391102-555 Email: petra.dominikus@josefhof.at www.josefhof.at
Burgenland	
GIZ – GesundheitsInfoZentrum der Burgenländischen GKK	Esterhazyplatz 3, 7000 Eisenstadt Tel.: 02682/ 608 – 2020, Fax: 02682/ 608 – 1963 E-Mail: giz@bgkk.at

Übersicht der stationären RaucherInnenentwöhnungsangebote der Sozialversicherung

Oberösterreich	
Linzerheim der OÖKK	Grieskirchner Straße 6, 4701 Bad Schallerbach Tel.: 05 78 07 - 42 56 00, Fax: 05 78 07 - 42 56 10 E-Mail: sekretariat.linzerheim@ooegkk.at
Steiermark	
Gesundheitsvorsorgeeinrichtung Josefhof der VAEB	Haideggerweg 1, 8044 Graz Tel.: 0316 391102-217, Fax: 0316 391102-555 petra.dominikus@josefhof.at www.josefhof.at
Niederösterreich	
Rehabilitationszentrum Weyer d. Pensionsversicherung der Arbeiter	Mühlein 2, 3335 Weyer Tel.: 07355/8651, Fax: 07355/8651-47

4

**4.9.6 BEISPIEL: STATIONÄRE
RAUCHERINNENENTWÖHNUNG
DER VERSICHERUNGSANSTALT
FÜR EISENBAHNEN UND BERGBAU**

Der Josefhof, eine Gesundheitseinrichtung und physikalisches Ambulatorium der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau bietet neben zahlreichen anderen Programmen, zwei Modelle der RaucherInnenentwöhnung für aufhörwillige RaucherInnen an: „Nicht-rauchen in 20 Tagen“ und „Nichtrauchen in 8 Tagen“.¹⁸

Das Programm „Nichtrauchen in 20 Tagen“

Dieses Modell der stationären RaucherInnenentwöhnung der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, Josefhof, zielt auf RaucherInnen mit stark ausgeprägter Nikotinabhängigkeit (Fagerströmtest ab 5) ab. Zudem richtet sich dieses Programm auf tabak-assoziierte Erkrankungen und auf Personen, welche schon mehrere Aufhörversuche hinter sich haben. In Kooperation mit dem Institut für Sozialmedizin der Universität Wien wurde diese neuartige Spur verfolgt um eine effektive Anti-RaucherInnenmethode verabschieden zu können. Mittlerweile bieten auch die Versicherungsanstalt der öffentlich Bediensteten (BVA) im Therapiezentrum Buchenberg bei Waidhofen/Ybbs beziehungsweise die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse in Bad Schallerbach (Linzerheim), Bad

Ischl (Haus Tisserand) sowie Bad Goisern (Hanuschof) eine stationäre RaucherInnenentwöhnung nach diesem „Josefhofmodell“ an.¹⁹

Ziel dieses Programms ist eine vollkommene Entwöhnung stark abhängiger RaucherInnen beziehungsweise die Reduktion des Tabakkonsums. Zu den oben genannten Zielpersonen zählen insbesondere aufhörwillige RaucherInnen mit den rauchverbundenen Gesundheitsstörungen, wie zum Beispiel Bronchitis, Bluthochdruck, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen oder Angina Pectoris.

Die Therapie beinhaltet verhaltenstherapeutisches Training, Sport- und Bewegungstherapien, mentales Entspannungstraining, Biofeedback und diätetische Beratung.

Es werden Gruppentraining und Einzelgespräche angeboten, genauso wie Herz-Kreislauftraining, Ergometertraining, Sportworkshops, Wandern und diverse Entspannungstechniken. Auch medikamentöse Zusatztherapien, also Nikotinersatzpräparate (nicht im Preis enthalten), können in Anspruch genommen werden.

Außerdem finden Gesundheitsvorträge zu den Themen Nikotinersatzpräparate, Stressmanagement, Ernährung, Geschichte des Tabaks und Herz-Kreislauftraining statt.

„Nichtrauchen in 8 Tagen“

Auch hierbei ist das Ziel die Nikotinabstinenz. Die Zielgruppe umfasst bei diesem Programm Personen, bei welchen keine schwere Nikotinabhängigkeit existiert und die das Rauchen aufgeben wollen.

Methoden sind auch bei diesem Programm verhaltenstherapeutisches Training, Sport- und Bewegungstherapien. Weiters kann Nordic Walking, Wandern und vieles mehr in Anspruch genommen werden.²⁰

Evaluierung

Im Jahr 2005 wurde vom Wissenschaftszentrum für Gesundheitsförderung und Prävention ein Bericht zur Evaluation der beiden Programme verfasst, basierend auf den Ergebnissen der TeilnehmerInnen des Jahres 2004.

Laut Bericht scheint das stationäre Entwöhnungsprogramm „Nichtrauchen in 8 Tagen“ vor allem für „mittelmäßig stark abhängige RaucherInnen“ erfolgreich zu sein. Es zeigten sich ein Jahr nach Abschluss des Programmes bei fast allen untersuchten TeilnehmerInnen Veränderungen auf der Ebene des Rauchverhaltens: Rauchabstinenz bei 93 Prozent gegeben und reduziertes Rauchen 4,3 Prozent. Zusätzlich scheint dieses ganzheitliche Programm mit den Themen Rauchen, Ernährung, Bewegung und Stress auch die subjektive Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen und das Ausmaß der körperlichen Beschwerden positiv zu beeinflussen.

Die Erfolgsquote nach einem Jahr für das Programm „Nichtrauchen in 20 Tagen“ lag bei 50 Prozent, und wurde extern evaluiert durch Univ. Prof. Schoberberger von der Medizinischen Universität Wien (Institut Sozialmedizin).²¹

4.9.7 VORSCHLAG FÜR GESUNDHEITSZIEL ZUR TABAKENTWÖHNUNG

Auf den hohen Anteil von tabakabhängigen Personen reagiert die Sozialversicherung, wie der Beitrag zeigt, mit einigen Maßnahmen. Für eine zielgerichtete Verbesserung der Situation wurden folgende Zielvorschläge der Sozialversicherung definiert.

- Bis zum Jahr 2010 soll es in allen Bundesländern Tabakentwöhnungsprogramme der Sozialversicherung geben.
- Bis 2010 soll die Anzahl der TeilnehmerInnen an Tabakentwöhnungsprogrammen gegenüber 2005 verdreifacht werden.

18 Der Josefhof (2007), <http://www.josefhof.at>

19 Knopp/Sprenger/Ertl/Starl (2005) S. 41.

20 Der Josefhof (2007), <http://www.josefhof.at>

21 Knopp/Sprenger/Ertl/Starl (2005) S. 41.

4.9.8 LITERATURVERZEICHNIS

Aigner, K., Homeier, I., Koessler, W., Zwick, H. & Lichtenschopf, A.: Standards der Raucherentwöhnung. Konsensus der ÖGP. In: Wiener Klinische Wochenschrift, 117 (Beilage), S.1. 2005.

Brenner, H., Born, J., Novak, P., Wanek, V.: Smoking behavior and attitude toward smoking regulations and passive smoking in the workplace. In: Preventive Medicine, 26, S. 138-143. 1997.

Chaloupka, F.J., Wechsler, H.: Price, Tobacco Control Policies and Smoking Among Young Adults. In: Journal of Health Economics 16(3). 1997.

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Rauchen und soziale Ungleichheit. Konsequenzen für die Tabakkontrollpolitik in Deutschland, Heidelberg, S. 3-5. 2004.

Dür, W. & Fürth, K. (2005). Die Rauchfreie Schule. Gemeinsam gegen das Rauchen, Bericht der Evaluation, <http://www.schule.at/dl/AbschlussLeitfadenRauchen2005.pdf> (Download am 27.4.2007)

Fiore u. a.: Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline, Public Health Service, Rockville, Maryland. 2000.

Fond Gesundes Österreich (2005). Ich brauchs nicht!, <http://www.fgoe.org/aktivitaeten/infos-und-aufklaerung/kampagnen/archiv-kampagnen/nichttrauchen-2002> (Download am 27.4.2007)

Hanewinkel, R., Aßhauer, M.: Fifteen-month follow-up results of a school-based life-skills approach to smoking prevention. In: Health Education Research, 19(2), S. 125-137. 2004.

<http://www.josephhof.at> (Download am 18.7.2007)

Knopp, A., Sprenger, M., Ertl, B. , Starl, T.: Innovationsprojekt Zukunftskonzept Gesundheitsförderung und Prävention: Risikofaktor Rauchen, S. 41. 2005.

Schmidt, B.: Suchtproblem Rauchen im Betrieb. In: Badura, B. & Hehlmann, T. (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation, Springer Verlag, Berlin, S. 165-173. 2003.

Shafey, O., Dolwick, S., Guindon, G.E. (2003): Tobacco Control Country Profiles (incl. Appendix B), American Cancer Society, World Health Organization, International Union Against Cancer, Atlanta, <http://www.who.int/tobacco/media/en/Austria.pdf> (Download am 15.9. 2006)

Sprenger/Pammer/Püringer: Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategie der österreichischen Sozialversicherung 2005-2010. Konsensuspapier, Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/ Prävention Josephhof der VAEB, Graz. 2005.

Urban & Klimont: Rauchergewohnheiten. Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1997, Statistik Austria (Hrsg.), Verlag Österreich GmbH., Wien. 2002.

WHO.WHO Framework Convention on Tobacco Control. 2005.

Wissenschaftszentrum für Gesundheitsförderung/ Prävention der VAEB (Hrsg.) (2005). Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen, <http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/89423.PDF> (Download am 26.4.2007)

4.10 GESUNDHEITSZIEL DER VORSORGEUNTERSUCHUNG

Die Gesundheitszielvorschläge im Bereich
Vorsorgeuntersuchung:

Bis zum Jahr 2010 soll die Inanspruchnahme der
Vorsorgeuntersuchung gegenüber 2005 um 30%
erhöht werden.

Bis zum Jahr 2010 sollen 20% aller Versicherten und
Angehörigen ab 18 Jahren die Vorsorgeuntersuchung in
Anspruch nehmen, insbesondere sozial benachteiligte
Personen.

4

Diese Gesundheitszielvorschläge werden im Kapitel
3.6 erläutert!

Oskar Meggeneder / Martin Reif

4.11 PSYCHOSOZIALE GESUNDHEIT

Der Begriff „Gesundheit“ bezieht sich nicht nur auf den physischen Zustand einer Person, sondern schließt auch die psychosoziale Gesundheit mit ein.¹ „Psychische Gesundheit ist das Resultat komplexer dynamischer Interaktionen zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren. Psychische Gesundheit ist somit nicht ein Zustand, der sich als Folge von persönlicher Disposition und individuellem Verhalten manifestiert, sondern ein sehr vielschichtiger Prozess, der neben individuellen Aspekten maßgeblich von sozio-ökonomischen, kulturellen und ökologischen Faktoren beeinflusst wird.“² Psychische Gesundheit ist im Einzelfall von den Coping-Fähigkeiten der betroffenen Person abhängig. „Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen.“³

Psychische Gesundheit und Krankheit können als entgegengesetzte Bereiche auf einem Kontinuum aufgefasst werden, mit zunehmender Stärke und Dauer der Symptome von völligem Wohlbefinden und „normalen“ Stimmungsschwankungen bis hin zu klinisch relevanten Störungen der Psyche.⁴

Die WHO definiert im Weltgesundheitsbericht 2001 psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen als klinisch relevante Sachverhalte, die durch Veränderungen des Denkens, der Gefühle beziehungsweise Stimmungslage oder des Verhaltens gekennzeichnet sind und die mit persönlichem Leid und/oder der Beeinträchtigung in der Erfüllung sozialer Anforderungen verbunden ist. Es wird betont, dass nicht jedes persönliche Leid eine psychische Störung darstellt. Psychisches Leid, das unter gegebenen persönlichen oder sozialen Umständen als „normal“ angesehen werden kann (zum Beispiel Trauer nach einem Todesfall), stellt keine psychische Erkrankung dar. Erst wenn bestimmte Symptome, anhaltende beziehungsweise wiederkehrende Beeinträchtigungen oder ein vorhersehbarer Krankheitsverlauf bei Nichtbehandlung hinzukommen,

kann von einer psychischen Störung gesprochen werden. Verhaltensweisen, die auf kulturelle Unterschiede zurückzuführen sind, können zwar die Manifestation psychischer Erkrankungen beeinflussen, sind jedoch selbst nicht als krankhaft eingestuft. Ebenso wird betont, dass Individuen zwar an psychischen Störungen leiden können, die Erkrankung jedoch nicht als Etikett für die Person angesehen werden darf. Eine Person sollte niemals mit der Erkrankung, an der sie leidet, gleichgesetzt werden.⁵

Menschen mit psychosozialen Erkrankungen sind einer Vielzahl von Vorurteilen ausgesetzt, von denen hier nur einige genannt werden sollen:

- Viele dieser Störungen werden nicht als Krankheit anerkannt, sondern als Folge persönlichen Versagens oder der Schwäche der Betroffenen (zum Beispiel Suchterkrankungen, Depressionen).
- Das Ausmaß der Verbreitung wird häufig unterschätzt.
- Betroffene werden vielfach als grundsätzlich gefährlich oder außerordentlich gewalttätig eingestuft, obwohl dies nur auf eine sehr kleine Minderheit zutrifft.
- Oft wird angenommen, dass es keine wirksamen Möglichkeiten gibt, psychosoziale Erkrankungen zu heilen, obwohl in den vergangenen 20 Jahren große Fortschritte in der Entwicklung und Verbesserung von Therapien gemacht wurden und eine Vielzahl an wirksamen Behandlungsmöglichkeiten besteht.

Diese und ähnliche Vorurteile führen zu einer Stigmatisierung, die nicht nur das Leid der Betroffenen zusätzlich erhöht, sondern auch ernsthafte Konsequenzen bezüglich Behandlungserfolge, Inanspruchnahme professioneller Hilfe und Heilungschancen mit sich bringt.⁶ Zudem führt Stigmatisierung zu sozialen Benachteiligungen (zum Beispiel im Berufsleben), die die persönliche Situation der Betroffenen verschlechtern und so zu einer Verstärkung beziehungsweise Stabilisierung der psychischen Erkrankung beitragen. Das Ziel von Anti-Stigma-Kampagnen ist es, diesen Teufelskreis zu durchbrechen.

1 National Research and Development Centre for Welfare and Health, STAKES (2000): Public Health Action Framework on Mental Health. S. 21

2 World Health Organisation (WHO) (2001). World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva.

3 World Health Organisation (WHO) (2001). Mental health: strengthening mental health promotion.

4 Urbas (2004): Psychische Gesundheit in Wien, S. 36

5 WHO (2001): The World Health Report 2001, S. 21

6 Gaebel (2004): Psychisch Kranke: Stigma erschwert Behandlung und Integration. Wessely (2003): Depression erkennen.

4.11.1 BEDEUTENDE ERKRANKUNGSBILDER

Der Themenbereich psychosoziale Erkrankungen umfasst eine Vielzahl von Krankheitsbildern mit unterschiedlichsten Symptomen und Schweregraden. Die Bandbreite reicht von Schizophrenie über affektive Störungen (wie beispielsweise Depression) bis hin zu Suchterkrankungen. Laut WHO-Studien entfällt auf diese Erkrankungen ein wesentlicher Anteil der gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Weltweit leiden etwa 450 Millionen Menschen an mentalen Störungen oder Verhaltensstörungen. Von den zehn Hauptursachen gesundheitlicher Beeinträchtigung stammen vier aus der Gruppe der mentalen Erkrankungen. Schätzungen zufolge verursachen mentale Erkrankungen und Verhaltensstörungen zwölf Prozent der globalen Gesundheitsbelastung.⁷ International sind laut WHO über 25 Prozent der Menschen einmal im Leben von einer psychischen Erkrankung betroffen. Im Querschnitt, das heißt zu einem bestimmten Zeitpunkt sind rund zehn Prozent der Bevölkerung von einer psychischen Störung betroffen.⁸

Für psychische Erkrankungen wurde in den letzten Jahren von Klassifikationssystemen, die die Krankheitsursache in den Vordergrund stellen, tendenziell abgegangen. Bei neueren Verschlüsselungssystemen (zum Beispiel ICD-10) werden eher Kombinationen von operationalisierbaren Symptomen in den Vordergrund gestellt. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass für viele dieser Erkrankungen die Ursachen weitgehend unaufgeklärt sind (eine Ausnahme bilden organisch begründbare Störungen). Beispielsweise wird die Klassifikation depressiver Störungen hinsichtlich der vermuteten Ursachen (zum Beispiel endogene und psychogene Erkrankungen; somatogene depressive Erkrankungen) abgelöst durch eine an Verlaufstypen und Schweregrad orientierte Einteilung (zum Beispiel episodisch auftretende beziehungsweise anhaltende depressive Störungen).⁹

Aus der Vielzahl an Krankheitsbildern, die zur Gruppe der psychiatrischen Erkrankungen zählen werden nachfolgend die bedeutendsten kurz dargestellt.

Unter den affektiven Störungen (F30-39 nach ICD-10) sind vor allem die verschiedenen Ausformungen depressiver Störungen zu nennen. Dazu zählen die eigentliche depressive Episode (major depression), dysthyme

Störungen, kurzfristige depressive Anpassungsstörungen und wiederkehrende kurze Depressionen (brief recurrent depression). Charakteristische Symptome einer depressiven Episode sind Gefühle der Trauer und Niedergeschlagenheit und der Verlust des Interesses oder der Freude an Aktivitäten, die normalerweise gerne unternommen werden. Weitere Kennzeichen sind Appetitlosigkeit und Gewichtsabnahme, Schlafstörungen, psychomotorische Gehemtheit oder Unruhe, verminderte Energie, Willens-, Denk- und Antriebshemmung und innere Leere ebenso wie das Gefühl der Ausweg- und Wehrlosigkeit, Angst und Schuldgefühle. Suizidideen oder gar Suizidversuche sind häufig. In schweren Fällen können auch psychotische Symptome wie Halluzinationen und Wahnideen sowie Starrezustände (Stupor) auftreten.¹⁰ Etwa fünf bis zehn Prozent der PatientInnen mit depressiven Episoden erleben zwischen den depressiven Phasen manische Phasen mit übersteigertem Antrieb und Selbstüberschätzung.¹¹ Österreich wies traditionell eine hohe Suizidrate auf, die jedoch seit 1986, als sie Werte von über 28 je 100.000 EinwohnerInnen erreicht hatte, deutlich gesunken ist. Seit dem Jahr 1945 lag die Suizidrate erstmals 1997 unter 20 Suiziden je 100.000 EinwohnerInnen. 2004 sank sie sogar auf 17 Gestorbene je 100.000 EinwohnerInnen ab.¹² Dysthymie (früher „neurotische Depression“ beziehungsweise „depressive Persönlichkeit“) ist eine leichtere aber chronische depressive Verstimmung. Sie weist ähnliche Symptome schwächerer Ausprägung auf wie die depressive Episode. Dieser Erkrankungstyp beginnt meist schon im Jugendalter. Psychotische Symptome wie Wahnvorstellungen und Halluzinationen treten bei dieser Form depressiver Störungen nicht auf. Die Krankheitsdauer beträgt mehr als zwei Jahre. Bei zehn bis 25 Prozent der Erkrankungsfälle dieses Typs treten jedoch zusätzlich Phasen von depressiven Episoden auf.¹³ „Wiederkehrende kurze Depressionen“ sind intensive, kurzfristige, zwei bis 14 Tage andauernde Phasen depressiver Verstimmung, die über einen längeren Zeitraum (länger als ein Jahr) einmal oder mehrmals

7 WHO (2001): The World Health Report 2001.

8 World Health Organisation (WHO) (2001). World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva.

9 Arolt (2003): Psychiatrische Erkrankungen. S. 605-606

10 Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 219

11 Statistik Austria (2006). Statistisches Jahrbuch 2006

12 Statistik Austria (2006). Statistisches Jahrbuch 2006

13 Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland S. 219

pro Monat auftreten. Dieser Erkrankungstyp weist eine besonders hohe Rate an Suizidversuchen auf.¹⁴

Zu den neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störungen (F40-48) zählen die verschiedenen Formen der Angststörungen und Phobien. Die so genannten „**phobischen Störungen**“ (früher „phobische Neurosen“) unterteilen sich wiederum in Agoraphobie („Platzangst“: Angst vor großen Plätzen und Menschenmengen etc.), soziale Phobie (Ängste vor sozialen Situationen und die Befürchtung in diesen Situationen zu versagen), in spezifische (isolierte) Phobien (darunter fallen dauerhafte und unangemessene exzessive Angstzustände, die von bestimmten Objekten oder Situationen ausgelöst werden, zum Beispiel vor bestimmten Tieren oder Flugangst) und in sonstige phobische Störungen. Ebenso wird bei den sonstigen Angststörungen zwischen Panikstörung, generalisierter Angststörung und verschiedenen Mischbildern unterschieden.¹⁵ Von **generalisierter Angststörung** spricht man, wenn übermäßig starke Ängste, Sorgen und Anspannungszustände über einen längeren Zeitraum (mehr als sechs Monate) andauern. Meist beziehen sich diese Ängste auf Alltagssituationen und gewöhnliche Lebensumstände und Probleme, wobei die Betroffenen keine Kontrolle mehr über die Dauer und Häufigkeit dieser Empfindungen haben. Weitere Symptome sind ein erhöhtes körperliches und psychisches Erregungsniveau (zum Beispiel Schlafstörungen, Nervosität, Reizbarkeit). Der Verlauf der generalisierten Angststörung ist meist chronisch. Das erstmalige Auftreten liegt meist zwischen der zweiten und fünften Lebensdekade.¹⁶ Charakteristisch für **Panikstörungen** (früher auch „Herzneurosen“ genannt) sind wiederkehrende, unerwartete und für die Betroffenen nicht erklärbare Panikattacken. Es zeigen sich Symptome wie Herzklopfen oder Herzrasen, Atemnot oder Kurzatmigkeit, Brustschmerzen, Erstickungs- oder Schwindelgefühle. Oft sind diese Symptome auch mit der Angst die Kontrolle zu verlieren, zusammen zu brechen oder verrückt zu werden verbunden und können sich bis zur Todesangst steigern. Nach einem Anfall werden die Betroffenen oft durch die Erwartungsangst vor dem erneuten Auftreten einer Panikattacke gequält. Panikstörungen treten typischerweise bereits im Jugendlichenalter oder im frühen Erwachsenenalter erstmals auf (nur sehr selten ist ein Beginn in der Kindheit oder nach dem 45. Lebensjahr). Personen mit Panikstörungen

bilden häufig auch eine Agoraphobie (Platzangst) aus. Auch das Risiko an Depressionen zu erkranken, ist erhöht.¹⁷

Alle Angststörungen sind zudem als starke Risikofaktoren für depressive Erkrankungen und Suchterkrankungen (Substanzenmissbrauch) anzusehen. Das heißt, dass im Hinblick auf mögliche Folgen auch augenscheinliche „leichte“ Erkrankungen, wie beispielsweise spezifische Phobien, nicht unterschätzt werden dürfen. Befunden aus Deutschland zu Folge weisen Personen mit Angsterkrankungen zu 31 Prozent depressive Erkrankungen, zu 25 Prozent somatoforme Störungen (körperliche Beschwerden, die keine organische Ursache erkennen lassen) und zu zehn Prozent Alkoholabhängigkeit auf. Die überwiegende Mehrheit dieser Komorbidität entwickelt sich erst nach dem Auftreten der Angststörungen. Das Risiko der genannten Folge- und Begleiterkrankungen ist bei Panikstörungen und bei der generalisierten Angststörung besonders hoch.¹⁸

Zu den Erscheinungsbildern der Störungen durch psychoaktive Substanzen (F10 – F19) zählen vor allem akute Intoxikation, schädlicher Gebrauch, Abhängigkeits- und Entzugssyndrom. In unserem Kulturkreis spielt in diesem Zusammenhang Alkohol die wichtigste Rolle. Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch (schädlicher Konsum) tragen wesentlich zur Verringerung der Lebenserwartung sowie zur Krankheitslast bei. Fünf Prozent der österreichischen Bevölkerung (acht Prozent der Männer und zwei Prozent der Frauen) sind als alkoholabhängig einzustufen und 14 Prozent als gefährdet. Die Gesamtlebenszeitprävalenz (also die Wahrscheinlichkeit im Laufe des Lebens an Alkoholsucht zu erkranken) beträgt zehn Prozent (15 Prozent bei den Männern und fünf Prozent bei den Frauen). Die Neuerkrankungsrate (Inzidenz) für chronischen Alkoholismus beträgt in Österreich 0,13 Prozent pro Jahr (0,20 Prozent der männlichen und 0,05 Prozent der weiblichen Bevölkerung). Das sind in etwa 10.000 Neuerkrankungen pro Jahr.¹⁹

14 Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland S. 220

15 Wittchen/Jakobi(2004): Angststörungen, S. 8ff

16 Wittchen/Jakobi(2004): Angststörungen, S. 9

17 Wittchen/Jakobi(2004): Angststörungen, S. 8

18 Wittchen/Jakobi(2004): Angststörungen, S. 14

19 Preinsberger (2004): Alkohol, S. 160

Die verschiedenen Typen *schizophrener Erkrankungen* äußern sich in Störungen des Denkens, der Wahrnehmung oder des Affektes bei sonst klarem Bewusstsein. Abgesehen von dieser Gemeinsamkeit zeigen sich sehr unterschiedliche Krankheitsbilder. Schizophrenieerkrankungen treten meist in jüngerem Alter erstmals auf und ziehen langfristige Beeinträchtigungen nach sich. Der Verlauf ist meist episodisch. In den akuten Episoden zeigen sich oft Wahngedanken und Halluzinationen. Zwischen den Akutphasen sind vielfältige, oft lang andauernde Folgezustände verbreitet: Störungen der Merkfähigkeit, Konzentrationsstörungen, Störungen des Gefühlslebens, des Antriebes und der Motivation sowie der Belastbarkeit und der Ausdauer. Oft geht der erstmaligen psychiatrischen Behandlung ein eher unspezifischer Frühverlauf der Erkrankung voraus, der durch leichtere psychische Beeinträchtigung und berufliches Leistungsversagen gekennzeichnet ist. Die Ursachen der Schizophrenie sind weitgehend unbekannt. Man geht davon aus, dass der Erkrankung komplexe Ursachen zugrunde liegen. Genetische Faktoren dürften mit einer verminderten Fähigkeit der Verarbeitung sozialer, psychologischer und anderer Belastungen zusammenwirken. Weitere Einflussfaktoren werden in Veränderungen der Gehirnstruktur gesucht, die durch vorgeburtliche Schädigung bedingt sind. Ebenso wird vermutet, dass Funktionsstörungen des Hirnstoffwechsels eine Rolle spielen. Es gilt als gesichert, dass psychosoziale Belastungen Rückfälle auslösen können. Ob Schizophrenie durch Lebenskrisen und kritische Lebensereignisse hervorgerufen werden kann, ist noch strittig.²⁰

Demenz zählt zur Gruppe der organischen beziehungsweise symptomatischen psychischen Störungen (ICD-10: F00-F09). Von Demenz sind vor allem Menschen im fortgeschrittenen Lebensalter betroffen. Mit zunehmendem Alter nimmt das Erkrankungsrisiko stark zu. Charakteristisch für das Krankheitsbild der Demenz ist die schwerwiegende Minderung der geistigen Leistungsfähigkeit. Vor allem sind Gedächtnis, Orientierung, Sprache und Urteilsfähigkeit betroffen.²¹ Im Wesentlichen können alle Veränderungen des Gehirns das Krankheitsbild der Demenz hervorrufen.²² Der Großteil der Demenzerkrankungen ist jedoch durch die Alzheimerische Erkrankung verursacht. Es handelt sich dabei um eine Funktionshemmung der Gehirnzellen durch

krankhafte Eiweißsubstanzen, die zu einem Mangel des Botenstoffs Acetylcholin führt. Mittlerweile gilt die so genannte „Demenz mit Lewykörperchen“ als zweithäufigste Form der Demenz.²³ Etwa zehn bis 20 Prozent der Demenzfälle sind durch Schädigungen der Blutgefäße des Gehirns durch Arteriosklerose bedingt (vaskuläre Demenz). Mischformen sind sehr häufig.²⁴ Der Rest ist auf verschiedene Krankheitsursachen zurückzuführen, etwa Stoffwechselstörungen (zum Beispiel Vitamin B12 Mangel, Schilddrüsenerkrankung), chronische Vergiftungen (Alkoholismus), Gehirntumore oder Infektionen des Gehirns (Aids, Meningitis, Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung).²⁵ Häufig zeigen sich bei Depressionserkrankungen ähnliche Symptome wie bei Demenz. In diesem Fall spricht man von einer „Pseudo-Demenz“.²⁶

Die meisten psychischen Erkrankungen sind von Faktoren auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene beeinflusst.²⁷ Im Zuge der Fortschritte der Genforschung wird häufig der genetische Einfluss auf das Entstehen von psychischen Erkrankungen thematisiert. Obwohl für viele psychische Erkrankungen ein genetischer Einfluss angenommen wird, bedeutet dies nicht, dass eine solche Veranlagung unweigerlich zur Erkrankung führt. Genau so, wie soziale und Umwelteinflüsse den Ausbruch von psychischen Störungen auslösen können, können sie diese auch verhindern. Über das komplexe Zusammenwirken von genetischer Veranlagung und Umwelteinflüssen ist noch wenig bekannt. Zweifellos ist eine interdisziplinäre, differenzierte Betrachtungsweise für die Weiterentwicklung therapeutischer Methoden von größter Wichtigkeit. Die Bedeutung genetischer Veranlagung sollte jedoch auch nicht überschätzt werden. „Bisher hat nur selten eine genetische Forschung einen höheren Einflussanteil als 50 Prozent der Gene demonstrieren können. Damit bleibt der Einfluss von Umweltfaktoren wichtig“.²⁸

20 Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland, S. 213

21 Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland, S. 209

22 Reinshagen (2005), Demenz.

23 Reinshagen (2005), Demenz.

24 Psychiatrie Aktuell (2005): Demenz.

25 Reinshagen (2005), Demenz.

26 Techniker Krankenkasse (1998): Demenz; Eine Information für Angehörige, S. 11

27 WHO (2001): The World Health Report 2001

28 Sonnenmoser (2004): Genetik und Psyche.

Man kann davon ausgehen, dass 15 bis 20 Prozent der erwachsenen Bevölkerung an psychischen Störungen (inklusive Alkoholismus) leiden.²⁹ Die Lebenszeitprävalenz, also die Wahrscheinlichkeit während des gesamten Lebens an einer dieser Erkrankungen zu leiden wird auf 25 bis 30 Prozent geschätzt.³⁰ Es wird angenommen, dass 60 Prozent aller psychischen Störungen einen chronischen Verlauf nehmen.³¹ Die Komorbidität psychischer Erkrankungen wird oft unterschätzt. Es kann angenommen werden, dass 60 Prozent aller PatientInnen, die an einer psychischen Erkrankung leiden, an einer oder mehreren weiteren psychosozialen Erkrankungen leiden.³² Personen, die an psychischen Erkrankungen leiden, haben oft auch Suchtprobleme und vice versa (duale Diagnose).

Risikogruppen

Laut dem Aktionsplan des IMHPA Netzwerks haben folgende Gruppen ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen:

- sozio-ökonomisch benachteiligte, ärmere Menschen
- ethnische Minderheiten
- MigrantInnen, Flüchtlinge, Wohnungslose
- Menschen unter Stress durch sozio-politische und wirtschaftliche Veränderungen
- Menschen mit Behinderung
- Familien und BetreuerInnen von Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen
- Menschen bei kritischen Lebensereignissen beziehungsweise Lebensveränderungen wie Verlust des Arbeitsplatzes, Scheidung, Tod von nahen Angehörigen³³

4.11.2 KRANKENHAUSAUFENTHALTE

Tendenziell dürfte die Auswertung nach Hauptdiagnosen das tatsächliche Ausmaß der durch psychische Erkrankungen verursachten Krankenhausaufenthalte eher unterschätzen. Insbesondere in nicht-psychiatrischen Krankenhausabteilungen dürften psychiatrische Diagnosen – bei Vorliegen mehrerer Erkrankungen – eher als Nebendiagnose angegeben werden und nicht als Hauptgrund des Aufenthaltes. Überdies verbirgt sich oft hinter körperlichen Symptomen eine psychische Störung.

Im Österreichischen Psychiatriebericht 2004 wurde festgestellt, dass nur etwas mehr als die Hälfte der Spitalsentlassungen von PatientInnen mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose aus psychiatrischen Krankenhausabteilungen erfolgt (1997: 46,5 Prozent; 1999: 51,3 Prozent; 2003: 53,8 Prozent). Demzufolge wird ein großer Teil (über 45 Prozent) der PatientInnen mit psychiatrischer Hauptdiagnose in nichtpsychiatrischen Abteilungen behandelt.³⁴

2005 wiesen fünf Prozent aller Krankenhausbehandlungsfälle eine psychiatrische Hauptdiagnose auf. Das sind knapp 126.000 Behandlungsfälle. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer liegt deutlich über dem Durchschnitt aller Diagnosen. Etwa die Hälfte aller stationären Aufenthalte weist eine Dauer von bis zu vier Tagen auf (Median 4,1 Tage). Bei den Fällen mit psychiatrischer Diagnose weist die Hälfte eine Aufenthaltsdauer von bis zu acht Tagen auf (Median 8,3 Tage). Die Unterschiede in der durchschnittlichen Behandlungsdauer bei Männern und Frauen dürfte vor allem damit zusammenhängen, dass sie in unterschiedlichem Ausmaß von verschiedenen Diagnosen betroffen sind (siehe Tabelle 1).

29 7-Tages bzw. Punktprävalenz

30 Arolt (2003): Psychiatrische Erkrankungen. S. 606

31 Arolt (2003): Psychiatrische Erkrankungen. S. 606

32 Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland S. 221

33 Jané-Llopis E, Anderson P (2005)

34 Katschnig/Ladinsler/Scherer et. al. (2001): Österreichischer Psychiatriebericht 2001 S. 68.

Tabelle 1:

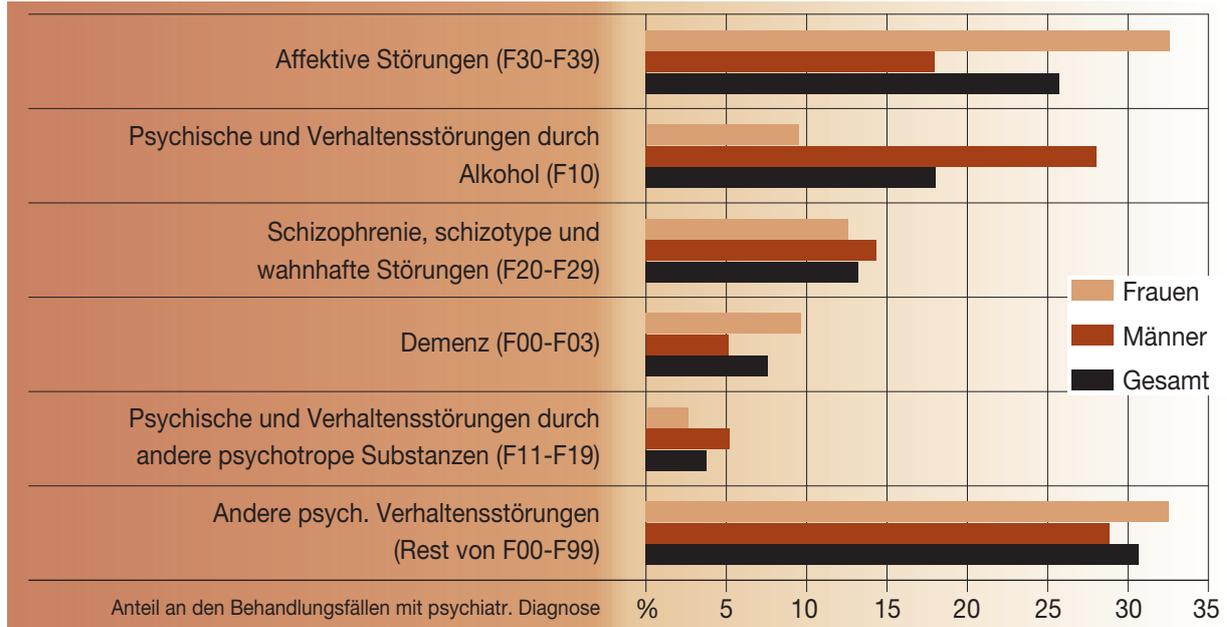
Krankenhausbehandlungsfälle 2005 aufgrund psychischen Erkrankungen Krankenhausentlassungsfälle 2005; Psychische Erkrankungen: ICD-10:F00-F99				
Geschlecht	Stationäre Aufenthalte		Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (ohne 0-Tagesfälle)	
	insgesamt	darunter 0-Tagesaufenthalte	arithmet. Mittel 1 +	Median 1 +
Psychische Erkrankungen (F00-F99)				
Männer	58.931	8.999	16,4	7,6
Frauen	66.938	7.061	15,4	8,9
Gesamt	125.869	16.060	15,9	8,3
Alle Diagnosen (A00-Z99)				
Männer und Frauen	2.517.129	368.684	9,9	4,1

Quelle: Statistik Austria: www.statistik.at; 30.07.2007.

Ein Viertel (26 Prozent) der Krankenhausbehandlungsfälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose geht auf affektive Störungen zurück. Der Anteil ist bei Frauen deutlich höher (33 Prozent) als bei Männern (18 Prozent). Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Alkohol machen 18 Prozent aus. Hier sind vor allem Männer betroffen, bei denen 28 Prozent der Kranken-

hausaufenthalte mit psychiatrischer Diagnose auf diese Erkrankungsgruppe entfallen (bei Frauen zehn Prozent). 13 Prozent der Krankenhausbehandlungen mit psychiatrischer Diagnose entfallen auf Schizophrenie, schizo- phrenieartige Erkrankungen und wahnhaftige Störungen. Der Anteil ist bei Männern und Frauen ungefähr gleich hoch.

Abbildung 1: Anteil ausgewählter Diagnosegruppen an den Krankenhausaufenthalten
Krankenhausentlassungsfälle 2005; Psychische Erkrankungen: ICD-10:F00-F99.

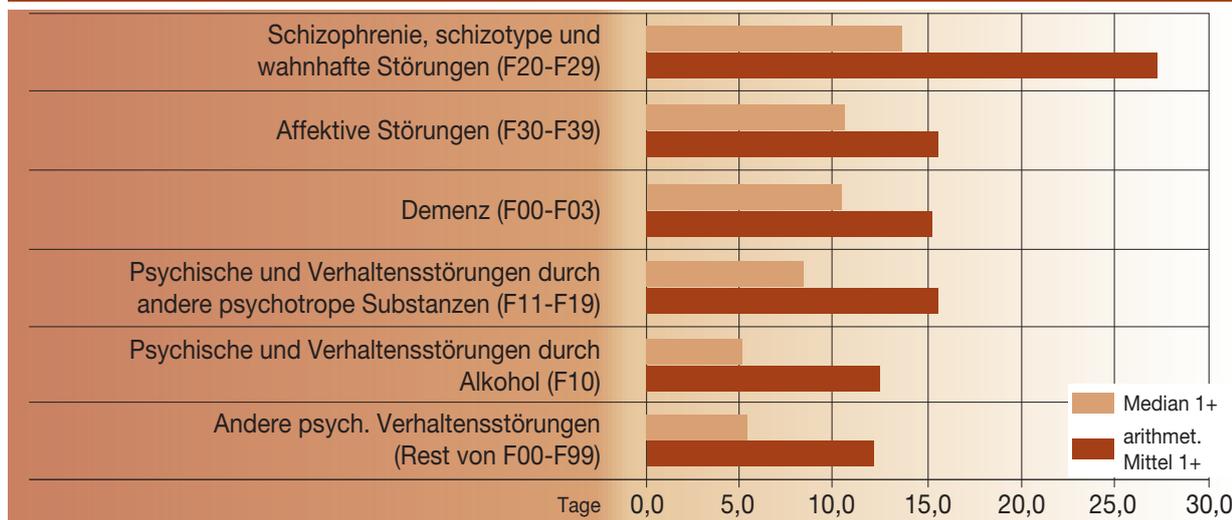


Quelle: Statistik Austria: www.statistik.at; 30.07.2007.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist in der Gruppe der schizotypen Erkrankungen und wahnhaften Störungen am höchsten, wo mehr als die Hälfte der

PatientInnen über 13 Tage im Krankenhaus verweilt (Median 13,7 Tage). Darauf folgen affektive Störungen (Median 10,7 Tage) und Demenz (Median 10,4 Tage).

Abbildung 2: Durchschnittliche Krankenhausaufenthaltsdauer ausgewählter Diagnosegruppen Krankenhausentlassungsfälle 2005; Psychische Erkrankungen: ICD-10:F00-F99.



Quelle: Statistik Austria: www.statistik.at; 30.07.2007.

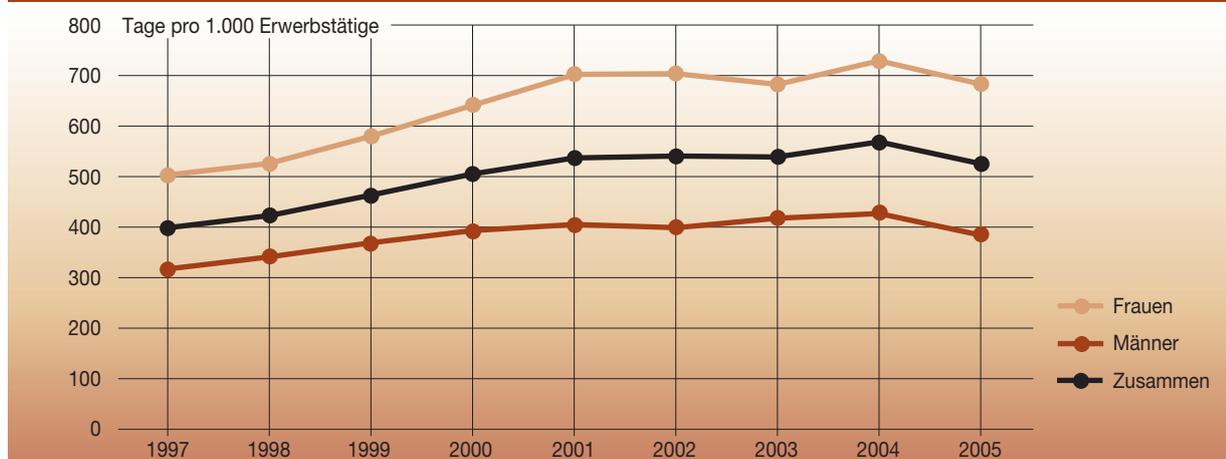
4.11.3 ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Während die Fehlzeiten aufgrund von Krankheit in den vergangenen Jahren einen fallenden Trend aufweisen, haben Krankenstände aufgrund von psychischen Erkrankungen deutlich zugenommen. Im Zeitraum von 1997 bis 2001 nahmen die Krankenstandstage mit psychiatrischer Diagnose um etwa ein Drittel zu. Der Anstieg war bei Frauen etwas stärker (knapp 40 Prozent)

als bei Männern (circa ein Viertel). Ab 2001 ist eine gewisse Stabilisierung zu beobachten.

Der Anteil der psychischen Erkrankungen an allen Krankenstandstagen betrug 1997 noch 3,0 Prozent (2,2 Prozent bei Männern und 4,2 Prozent bei Frauen) und stieg bis 2005 auf 4,4 Prozent (3,0 Prozent bei den Männern und 6,0 Prozent bei den Frauen).

Abbildung 3: Krankenstand aufgrund von psychiatrischen Erkrankungen 1997 bis 2005



Quelle: Statistik Austria (1999 bis 2007): *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1997 bis 2005*; Wien

2005 kamen auf 1.000 Beschäftigte 523 Arbeitsunfähigkeitstage infolge psychischer Erkrankung. Bei Frauen liegt die Rate, mit 679 Tagen pro 1.000 Beschäftigte, deutlich höher als bei Männern (384 Tage/1.000 Beschäftigte). Die durchschnittliche Dauer einer Krankenstandsepisode beträgt 30,4 Tage und liegt damit fast dreimal so hoch wie der Durchschnitt aller Krankenstände (der Durchschnitt über alle Diagnosegruppen

beträgt 11,5 Tage). Bei Frauen ist die durchschnittliche Krankenstandsdauer etwas höher (30,4 Tage) als bei Männern (29 Tage), was damit zusammen hängt, dass die Geschlechter in unterschiedlichem Ausmaß von den verschiedenen Diagnosen betroffen sind (zum Beispiel Frauen sind häufiger von affektiven Störungen betroffen, während Männer häufiger Alkoholdiagnosen aufweisen).

Tabelle 2:

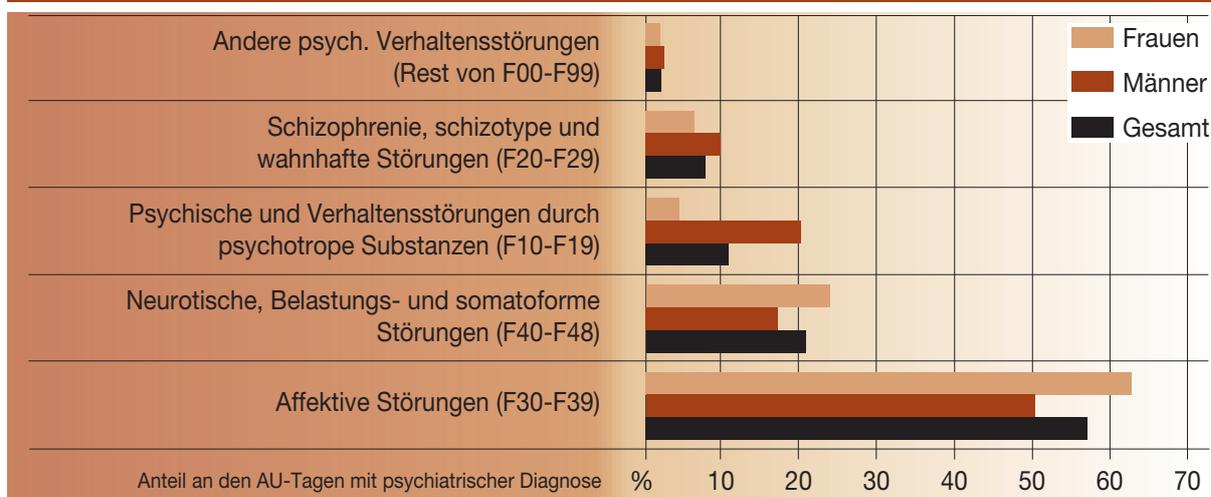
Arbeitsunfähigkeitsfälle und -dauer 2005 aufgrund psychischen Erkrankungen					
	AU-Fälle	AU-Tage	Fälle auf 1.000 Beschäftigte	AU-Tage auf 1.000 Beschäftigte	AU-Dauer nach Fall
Gesamt	51.101	1.524.444	17,5	522,7	29,8
Männer	20.475	593.627	13,2	384,1	29,0
Frauen	30.626	930.817	22,3	678,9	30,4

Quelle: Statistische Daten aus der Sozialversicherung. Krankenstands-Statistik. Berichtsjahr 2005. Code 19: Psychiatrische Krankheiten.

Für die Verteilung der durch psychische Erkrankungen bedingten Krankenstandstage auf einzelne Diagnosegruppen liegen nur Daten aus Oberösterreich vor (Abbildung 4). Der Großteil (58 Prozent) geht auf affektive Störungen zurück (50 Prozent bei Männern und 63 Prozent bei Frauen). Etwa ein Fünftel (21 Prozent) der Arbeitsunfähigkeitstage ist durch neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen bedingt (24

Prozent bei Frauen und 17 Prozent bei Männern). Störungen durch psychoaktive Substanzen (im Wesentlichen durch Alkoholkonsum) machen elf Prozent der durch psychische Erkrankungen bedingten Krankenstandstage aus (bei Männern 20 Prozent und bei Frauen vier Prozent). Schizotypie und wahnhaftige Störungen machen acht Prozent der durch psychische Erkrankungen bedingten Arbeitsunfähigkeit aus.

Abbildung 4: Anteil ausgewählter Diagnosegruppen an den Arbeitsunfähigkeitstagen
Nur Versicherte der OÖGKK, Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2005 (inkl. Arbeitslose)



Quelle: OÖGKK, FOKO

Die durchschnittliche Häufigkeit von Krankenständen aufgrund psychischer Erkrankungen ist unter Arbeitern und Arbeiterinnen häufiger als unter Angestellten. Dies trifft sowohl für Männer als auch für Frauen zu. Auf 1.000 beschäftigte männliche Angestellte entfallen pro Jahr 15 Krankenstandsmeldungen mit einer psychiatrischen Diagnose, auf 1.000 Arbeiter zwölf Meldungen. Bei den Frauen entfallen pro Jahr 28 Krankenstandsmeldungen auf 1.000 Arbeiterinnen und 20 Meldungen auf 1.000 Angestellte.

Hinsichtlich der durchschnittlichen Dauer eines Krankenstandesfallens unterschieden sich Arbeiterinnen (30,0 Tage/AU-Fall) und weibliche Angestellte (30,6 Tage/AU-Fall) nur geringfügig. Infolge der höheren Rate an

Krankenstandsmeldungen kommen daher auf 1.000 Arbeiterinnen rund 828 Krankenstandstage infolge psychischer Erkrankung. Bei den weiblichen Angestellten beträgt die Rate 607 Tage pro 1.000.

Deutliche Unterschiede in der Dauer der Krankenstände zeigen sich jedoch bei den Männern. Bei Arbeitern ist die durchschnittliche Krankenstandsdauer (mit 26,4 Tagen/Fall) deutlich kürzer als bei männlichen Angestellten (mit 33,1 Tagen pro Fall). Trotz der höheren Rate an Krankenstandsmeldungen kommen daher auf 1.000 Arbeiter im Schnitt ungefähr gleich viele Krankenstandstage (383) als auf 1.000 männliche Angestellte (384).

Tabelle 3:

Arbeitsunfähigkeitsfälle und -dauer 2005 aufgrund psychischen Erkrankungen nach Beschäftigungsstatus

	AU-Fälle	AU-Tage	Fälle auf 1.000 Beschäftigte	AU-Tage auf 1.000 Beschäftigte	AU-Dauer je Fall
Arbeiter	24.034	675.506	19	528,6	28,1
Angestellte	27.067	848.938	16	514,1	31,4
Männer					
Arbeiter	12.466	328.569	15	382,7	26,4
Angestellte	8.009	265.058	12	384,4	33,1
Frauen					
Arbeiter	11.568	346.937	28	827,6	30,0
Angestellte	19.058	583.880	20	607,1	30,6

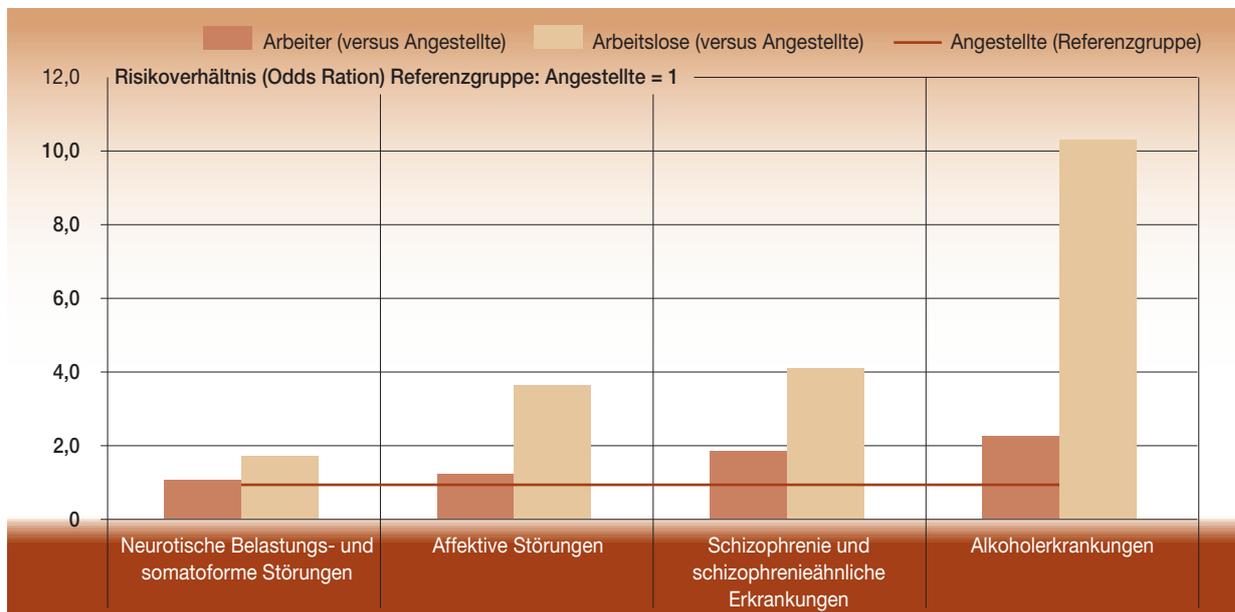
Quelle: Statistische Daten aus der Sozialversicherung. Krankenstands-Statistik. Berichtsjahr 2005. Code 19: Psychiatrische Krankheiten.

Die unterschiedliche Verteilung der Krankenstände auf ArbeiterInnen und Angestellte könnte damit zusammenhängen, dass die beiden Gruppen von unterschiedlichen Erkrankungstypen betroffen sind. Für Oberösterreich liegt eine detailliertere Analyse des durch psychische Erkrankungen bedingten Krankenstandes vor, in der verschiedene Erkrankungstypen getrennt analysiert wurden.³⁵ Betrachtet wurden die Diagnosegruppen neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48), affektive Störungen (F30-F39), schizotype Erkrankungen und wahnhaftige Störungen (F20-F29) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10).

ArbeiterInnen weisen ein ungefähr doppelt so hohes Risiko hinsichtlich schizophrener Erkrankungen und hinsichtlich Alkoholerkrankungen auf wie beschäftigte Angestellte. Das Risiko für Arbeitsunfähigkeit aufgrund von affektiven Störungen ist für ArbeiterInnen circa 30 Prozent höher. Hinsichtlich der neurotischen, Belastungs- und somatoformer Störungen unterscheiden sie sich nur geringfügig von Angestellten (Abbildung 5).

³⁵ Reif (2005): Psychosoziale Erkrankungen in Oberösterreich S. 111ff.

Abbildung 5: AU-Risiko für Krankenstand infolge von psychiatrischen Störungen – Arbeitslose und Arbeiter (versus beschäftigte Angestellte), Oberösterreich



Risiko innerhalb eines Jahres mindestens ein Mal mit der jeweiligen Diagnose im Krankenstand zu sein im Verhältnis zum Risiko der Referenzgruppe der Angestellten (Odds-Ratio); Ergebnisse von logistischen Regressionsmodellen; kontrolliert nach Alter, Geschlecht, Region (Stadt/Land), vorliegen anderer psychischer Erkrankungen.

Quelle: Reif, M. (2005): *Psychosoziale Erkrankungen in Oberösterreich*, S. 111ff.

Arbeitslose weisen ein deutlich höheres Risiko für Krankenstände aufgrund von psychischen Erkrankungen auf als Beschäftigte. Das Risiko für Arbeitsunfähigkeit aufgrund von neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störungen ist 1,8-mal so hoch wie bei beschäftigten Angestellten. Das Risiko für AU aufgrund von affektiven Störungen ist bei Arbeitslosen 3,7-mal so hoch, das für AU aufgrund schizophrener Erkrankungen 4,1-mal und das Risiko für Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Alkoholkrankungen 10-mal so hoch wie für beschäftigte Angestellte.

4.11.4 ZIELE DER SOZIALVERSICHERUNG

Auf den Handlungsbedarf, welcher aufgrund der steigenden Krankenstandstage bei psychischen Erkrankungen – trotz der generellen Tendenz des Rückgangs der durchschnittlichen Krankenstandstage – offen gelegt wird, antworten Vertreter der Sozialversicherung mit folgendem Zielvorschlag.

Der Anstieg der Krankenstandstage wegen psychiatrischer Krankheiten soll gestoppt und auf dem Niveau von 2005 gehalten werden.

4.11.5 LITERATURVERZEICHNIS

Arolt V. (2003): Psychiatrische Erkrankungen. Aus: Schwartz F.W.; Badura, B.; Busse R. (Hrsg): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. München, Jena 2003. S.605-612.

Bettge, S. (2004): Schutzfaktoren für psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Charakterisierung, Klassifizierung und Operationalisierung. Technische Universität Berlin, Institut für Gesundheitswissenschaften, Diplomarbeit 2004 als Manuskript gedruckt.

Egle, U.T., Hoffmann, S.O.; Steffens, M. (1997): Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. Gegenwärtiger Stand der Forschung In: Nervenarzt, Jg.1997, H.68, S.683-695.

Gaebel, W. (2004): Psychisch Kranke: Stigma erschwert Behandlung und Integration. Dtsch Aerztebl 2004; 101: A 3253-3255 [Heft 48] <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=44732> 3.3.2005.

Hofmarcher, M./Riedl, M./Röhrlichg, G. (2004): Gesundheitszustand in der EU: Erzeugt Krankenversicherung mehr Wohlbefinden? Schwerpunktthema: Arbeitsunfähigkeit infolge psychischer Leiden Health System Watch IV/Winter 2004; http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw04_4d.pdf 25.8.2007.

Jané-Llopis E, Anderson P (2005). Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijmegen http://www.imhpa.net/fileadmin/imhpa/A_Policy_for_Europe.pdf

Katschnig, A.; Deink, P. Scherer, M. (2004): Österreichischer Psychiatriebericht. Analysen und Daten zur Psychiatrischen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Wien 2004.

Katschnig, H.; Ladinsger, E.; Scherer, M. et. al. (2001): Österreichischer Psychiatriebericht 2001; Teil 1. Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Wien 2001.

National Mental Health Information Center (2005): Mental Health: A Report of the Surgeon General. <http://www.mentalhealth.org/cre/toc.asp> 14.4.2003.

National Research and Development Centre for Welfare and Health, STAKES (2000): Public Health Action Framework on Mental Health. Saarijärvi 2000.

Preinsberger, W. (2004): Alkohol In: Brosch, R; Mader, R (Hrsg.): Sucht und Suchtbehandlung. Problematik und Therapie in Österreich Wien 2004. S.160 - 175.

Psychiatrie Aktuell (2005): Demenz <http://www.psychiatrie-aktuell.de/disease/detail.jhtml?itemName=dementia&s=0> 11.5.2005.

Reif, M. (2005): Psychosoziale Erkrankungen in Oberösterreich. Detailbericht, Institut für Gesundheitsplanung (Hrsg.), Linz 2005.

Reinshagen, A. (2005): Demenz (Altersdemenz) <http://www.netdokter.de/krankheiten/fakta/demenz.htm> 10.5.2005.

Sonnenmoser M. (2004): Genetik und Psyche. Bedeutung der Gene nicht überschätzen. In: Deutsches Ärzteblatt/PP, Februar 2004, H. 2, S. 71 - 72.

Statistik Austria (1999 bis 2007): Jahrbücher der Gesundheitsstatistik 1997 bis 2005, Wien.

Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart 1998.

Techniker Krankenkasse (Hrsg.)(1998): Demenz. Eine Information für Angehörige. Hamburg 1998.

Urbas, E. (2004): Psychische Gesundheit in Wien. Wien 2004.

Wessely, P. (2003): Depression erkennen. ärzte magazin 06/2003 <http://www.medical-tribune.at/dynasite.cfm?dssid=4133&dsmid=59317&dspaid=397128> 3.3.2005.

WHO (1999): Gesundheit 21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle, Nr. 6; Kopenhagen 1999.

WHO (2001): Mental Health: strengthening mental Health Promotion. Fact sheet Nr. 220; Revised November 2001. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/print.html> 18.4.2005.

WHO (2001): The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Genf 2001. online verfügbar: <http://www.who.int/whr/2001/en/index.html>. 07.09.2007

WHO, Regionalbüro für Europa (2005): Psychische Gesundheit und Arbeitsleben. Helsinki 2003.

Wittchen, H.-U.; Jakobi, F. (2004): Angststörungen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 21, Berlin 2004.

5 WEITERE INHALTE DER GESUND- HEITSBERICHT- ERSTATTUNG

5 WEITERE INHALTE DER GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG

5.1 FAZIT UND WEITERENTWICKLUNG

Alfred Mair / Martin Sprenger

5.1 FAZIT UND WEITERENTWICKLUNG

Der vorliegende Gesundheitsbericht der Sozialversicherung hat Pioniercharakter. Zwar werden Versorgungsdaten seit vielen Jahren für strategische, manchmal auch inhaltliche Fragestellungen verwendet, eine vernetzte umfassende Auswertung im Sinne einer handlungsorientierten sozialversicherungsinternen Gesundheitsberichterstattung wurde bis dato aber noch nicht durchgeführt.

So ist dieser Gesundheitsbericht nicht nur als Ergänzung zu den Gesundheitsberichten des Bundes und der Länder zu sehen, sondern auch als Lernprozess, in dem die grundsätzlichen Möglichkeiten und Grenzen eines derartigen Vorgehens sichtbar gemacht werden.

Die Gültigkeit und Auswertbarkeit von Sekundärdaten wurde und wird international intensiv diskutiert. Diesen Diskussionen – die vor allem auch in Deutschland geführt werden – ist es zu verdanken, dass die Gesundheitsberichterstattung mit Sozialversicherungsdaten einem stetigen Entwicklungs- und Verbesserungsprozess unterworfen ist.¹ Mit diesem Gesundheitsbericht soll die Diskussion innerhalb und außerhalb der Sozialversicherung weiter gefördert werden. Nur gemeinsam lassen sich die vielen Möglichkeiten bestmöglich ausschöpfen, die die Datenbanken der österreichischen Sozialversicherung zu einem besseren Verständnis des Versorgungsgeschehens und der Gesundheitsentwicklung von Menschen in Österreich bieten.

Verbesserungsmöglichkeiten liegen vor allem im Bereich einer detaillierteren Auswertung, zum Beispiel nach Alter, Geschlecht, regionaler Herkunft und sozialer Schicht. Den damit zusammenhängenden methodischen Herausforderungen im Bereich der Datenqualität und des Datenschutzes, der sachbezogenen, regionalen, überregionalen und zielgruppenspezifischen Aggregation von Daten über mehrere Kassenarten und Kassenartenstrukturen hinweg, kann nur in Zusammenarbeit aller Versicherungsträger begegnet werden. Dabei könnten auch die Erfahrungen aus anderen Sozialversicherungsländern, wo es schon eine längere

Tradition in der Verwendung von Sekundärdaten gibt (wie zum Beispiel Deutschland), sehr hilfreich sein.

Neben der Sekundärdatenanalyse werden in diesem Gesundheitsbericht auch erstmals die Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten der Sozialversicherung zusammengefasst dargestellt. Hier hat sich in den vergangenen Jahren vor allem im Bereich der schulischen und betrieblichen Gesundheitsförderung sehr viel Positives getan. Dies ist Anreiz genug, auch im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention weiterhin intensiv zusammenzuarbeiten, um nicht nur voneinander zu lernen, sondern auch die bestehenden Angebote gemeinsam bedarfsorientiert zu erweitern und zu verbessern.

Als ein Beitrag für mehr Zielorientierung im Gesundheitswesen sind die Vorschläge für die Gesundheitsziele zu sehen. Die Entwicklung von Gesundheitszielen ist ein wichtiges Instrument, um Reformprozesse zu steuern, die Effizienz, Effektivität und Transparenz gesundheitspolitischer Handelns zu steigern und die Konsensfindung der gesundheitspolitischen Akteure zu erleichtern. Auch das ASVG kennt bereits einige Hinweise dazu. So besteht nach §441e für die Trägerkonferenz des Hauptverbandes die Verpflichtung, für das folgende Jahr und mittelfristig gesundheits- und sozialpolitische Ziele zu beschließen. Die Ziele werden dabei über das mittlerweile etablierte Zielsteuerungssystem der Balanced Scorecard zwischen Verbandsebene und den Trägern koordiniert.

Sowohl bestimmte Aspekte der Versorgung wie auch die Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten der Sozialversicherung sollten in einem Folgebericht mit Daten des Jahres 2010 erneut dargestellt werden. Es könnten damit erstmals Veränderungen, Trends und Fortschritte im Sinne einer handlungsorientierten Gesundheitsberichterstattung messbar und sichtbar gemacht werden. Weiters könnte überlegt werden, zu einzelnen – für die Sozialversicherung wichtigen – Themen zum Beispiel alle zwei oder drei Jahre Teilberichte zu erstellen. Sollten die angeführten Gesundheitsziele mehr Verbindlichkeit erlangen, dann könnten die wesentlichen Indikatoren für die Zielerreichung auch in diesen verkürzten Zeiträumen berichtet werden.

¹ Vgl. Braun/Müller (2006), S. 6-22.

LITERATUR

Braun B, Müller R: Gesundheitsberichterstattung mit GKV-Daten. In: Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 51. Vom Quer- zum Längsschnitt mit GKV-Daten. Schwäbisch Gmünd. Dezember 2006. S. 6 - 22.





GESUNDHEITSBERICHT 2005 DER SOZIALEN KRANKENVERSICHERUNG